

学 术 探 讨

高热证治研究的讨论纪要

重庆市中医研究所 黄星垣整理

高热，是温热病的主证之一，常见于卫气营血的各个阶段。不同的高热，不仅能反映出病势的深浅和病情的轻重，而且还能推测判断出不同病机，预测其传变的顺逆。因此，探讨高热的证治规律，是继承发扬温病理论和提高临床疗效的重要内容之一。

重庆市中医学会内科分会为了深入开展卫气营血理论的讨论，于1980年6月份组织了一次高热证治研究的专题学术讨论会，历时2天。有重庆市中医学校、重庆市第二中医院、重庆医学院附一院、重庆市第一工人医院、四川省中药研究所和重庆市中医研究所等单位，共十四位从事中医温热病临床、基础和药物研究的老中医，以及有关医药科技人员在会上发了言。现将他们讨论的内容，简要整理如下：

一、发热是不同病机的证候反映

发热有因于外感和内伤之别，外感发热多实证，热无休止；内伤发热多虚证，热有间歇。外感发热为外受六淫之邪所转化，有表证；内伤发热，多为食伤、劳倦、阴虚和瘀血所致，无表证。故发热之名虽同，而外感和内伤发热之性质各异，其所以有虚实之不同者，由于阴阳有偏胜，热有内外故也。

伤寒与温病的不同高热，分别为阴阳所化

熊寥莹：伤寒“三阳”中的三个不同热型，太阳病发热恶寒，为表有热，里无热证，故用辛温解表法撤其表热；少阳病往来寒热，邪在半表半里，有寒有热，有虚有实，故表里两顾，攻补兼施，寒热并用，以和解之；阳明为但热不恶寒之里实热证，故分别用清泄二法，

以泄里热。“三阳”之发热，太阳轻，阳明重，少阳介乎其间，而以阳明里实热证的高热多见。欲治此高热，既可从太少二阳以解其表，或和解其热，以预防里实热证的出现；也可于邪入阳明之际，及时清热保津，以阻断其热势之再进。

温病卫气营血之四种热型，卫分为邪热初入，侵袭肺卫，治当辛凉宣透，勿使滋蔓；邪入气分，热盛伤津，应当机立断，迅投重剂清气保津之剂，把住气分，杜其逆传；若邪热入营入血，热炽伤阴，则宜清营凉血，甚者或清心开窍，或益气固脱，或镇肝熄风，急治其变。

以上说明伤寒、温病之不同高热，分别为阴阳所化，阴不足则阳乘之而变为热，阳不足则阴乘之而变为寒。阴根于阳，阳根于阴，阴阳之消长转化，相反相成。故治伤寒在未化热时宜护阳，已化热则宜存阴；治温病在邪入气分，宜及早保津，若出现阳微征兆，亦急须护阳。阴阳互根，相维则生，相离则逆，此阴阳不可偏重偏废之大纲也，善治高热者，当于此着眼。

邪热内陷，热灼营阴，是逆证发生主要病机

谢浴凡、夏睿明：温邪入侵人体后，并非所有病人均按卫气营血这四个步骤传变。若邪入卫分不经气分，迳入营血为逆传；也可发病即直犯心包，出现高热、神昏、谵语等症，亦为逆传。故温热之邪在病程中，既可有随时外解之机，亦可有随时内陷之险，关键在于邪在卫分气分时，使之外解，则不内陷。若邪热已经内陷，则营分又为病情凶吉转化之关口，如能使病邪由营转气，则病情由重转轻，预后较

好；如病邪不能转气，反而向血分深入，病情则由重转危，预后较差。

邪热内陷之原因，一般说来，可因邪热炽盛，或因正气太虚；可因素体热重，或因素体阴亏；可因治疗失时，或因治疗不当等，皆可导致邪热内陷营血，出现种种危急证候。邪热内陷之病机，是邪热劫灼营阴，深入营血，病情进一步发展，导致阴阳失衡，形成“阳胜则热”的继续和恶化的阶段，为温热病的极期或衰竭期，其临床特点是发热夜甚或高热出血，并见舌质红绛，心烦不寐，时有谵语、神昏、口干不渴，可见斑疹，脉细数等。治宜清营透热，切忌滥用一派滋阴遏伏之品；若邪入血分，则宜清热凉血，勿使邪热与血搏结愈陷愈深。

二、掌握不同高热的

辨证要点

高热见于临床，除伤寒之阳明病以外，主要见于温病的气分和入营入血及其它病程中。因此，探讨有关高热的辨证要点，则应从鉴别阳明和气分高热，以及高热传变的要点着手。同时，辨汗与辨渴，也有助于辨明温病高热热势之进退。

阳明高热的特点和太阳发热的鉴别

马有度：伤寒阳明病，其高热之典型脉证为：身大热、大汗出、大烦渴、脉洪大，以及可见腹满硬痛、大便秘结、潮热谵语。阳明为正盛邪实之候，热盛于里，表里俱热，它与太阳病发热之鉴别要点有五：(1) 阳明高热为但热不恶寒，太阳发热为发热与恶寒并见；有时阳明高热或可见有短时之轻微恶寒，但必迅即自罢；阳明高热或见背微恶寒，乃因汗出肌肤，由于汗之时出时止，故亦可有“时时恶风”之见证。(2) 阳明高热，其热为里热蒸腾，热度甚高，按之灼手，久按益甚；太阳发热，热度较低，热在肌肤，久按不增。(3) 阳明高热，逼津外出，汗出绵绵不止；太阳中风汗出，量少不爽。(4) 阳明高热，耗伤阴津，烦渴不解，舌上干燥，与肠中燥屎相结，则有腑实见证；太阳发热多伴有头项强痛，或头身疼痛，未伤

津液，故口和不渴。(5) 阳明高热，其脉大；太阳发热，其脉浮。

温病气分高热的特点和伤寒阳明高热的鉴别

徐有玲：温病发展至气分，其高热之典型脉证，亦如上述阳明病之“四大”。其与伤寒阳明病不同者：(1) 阳明之起病，多有衣单风露，冒雨入水，临风脱衣，当檐洗浴等生活诱因；而温病气分之起病，多无这类诱因之诱发。(2) 阳明发病一般多由太少传入，且多属感邪后即发；温病气分之发病，多由卫分传入，感邪之后多不即发，而有长短不等的潜伏期。(3) 阳明之高热多经清泄而缓或愈；温病气分之高热，清泄之后多不即缓或愈。(4) 阳明发斑为病笃；气分发斑多提示病将外解。(5) 阳明之“四大”多单独出现，较少兼有它症；气分之“四大”多兼它症，很少单独出现。如温热犯肺，则兼见咳喘，吐黄稠痰或脓痰；热结于肠，则出现肠腑燥证；如湿热犯脾胃，则兼见胸腹痞满，纳呆恶心，便溏苔腻；暑邪内扰，则可兼见卒中昏迷痉厥等症。这说明温病气分证是邪热内袭，导致有关脏腑功能失调，正盛邪实之里实热证，与伤寒阳明之经证腑证有不同的病理变化。辨证时务须细审兼症，方不致贻误病情。

高热变证的临床特点

熊寥笙、张右乎：温病出现高热症后，最易伤津耗液，若治不如法，营阴亏损，多会演变为热深厥深的厥证，热动肝风的痉证，热阻心窍的闭证，热竭气阴的脱证等危候。

痉厥系邪热入营入血，灼伤营阴，心神扰乱，躁扰不安之变证。凡肢体抽搐，牙关紧闭，甚则角弓反张者为痉；四肢逆冷，或昏迷不省人事者为厥。痉与厥是两个不同的证候，但在一定情况下，常可同时并见，故每以痉厥并称。足厥阴肝为风木之脏，内寄相火，而主筋脉，温热之邪亢盛，引动肝风，风火相煽，则生痉厥，此为实证；温病后期，邪热久羁，精血耗损，水不涵木，阴虚风动，亦可产生痉厥，此为虚证。实证，热势炽盛，多四肢抽

搐，热深厥深，舌绛，脉弦数，谵语昏狂；虚证，每有手足蠕动，热势不甚，脉细数，或虚而无力，神昏气竭等症。痉为误汗劫液，误下伤阴，阴血伤则血燥，血燥则筋失所滋，筋脉拘急，势所必然。厥为下虚，《灵枢·卫气篇》曰：“下虚则厥”，虚则气上逆而阴阳失调，致阴阳不相顺接，轻则四肢厥冷，重则人事不省。人身气血灌注经脉，昼夜流行，绵绵不绝，若外受温邪之袭，内有七情之伤，阻遏运行之机，致阴阳之气不相接续，就会发生厥证。

闭脱亦为高热之变证，邪实多闭，正虚多脱。闭证为邪热内陷，神昏谵语，口噤目张，两手握固，痰气壅塞。脱证为元气素弱，元阴耗竭，瞑目昏沉，气息若有若无，真气不续，命在顷刻。

辨高热当辨汗辨渴

陈枢燮：汗与渴在温病病程中，常与高热并见。辨汗辨渴有助于辨识高热演变的顺逆。汗是祛邪散热，由内出外；渴是引水自安，由外入内。此两症状既是反映体液的调节失衡，也是机体自身修复，达到存阴保津和邪去正安的内在调节。

汗为心之液，由人体津液蒸化而成。温病病程中汗液的变化，有微汗、无汗、自汗、大汗、战汗、粘汗、红汗、汗疹（白痞）等之不同。温病初起，邪袭于表，卫气被郁，症见发热微恶风，每多微汗或无汗；如病不解，邪传气分，症见大热、大渴、大汗自出，此为气分热盛，津液被迫外泄，故大汗多汗，乃属实证；如汗出淋漓，脉象散大，此为津液大亏，气不摄液之虚脱证候，此为虚证；另一种为少见之战汗，症见高热烦渴，寒栗如疟，且战且汗，遍身如洗，甚至神昏气脱，此为邪热趋于内陷，病情由实转虚之际，当慎治之；若出现粘汗腻手，多系湿热蒸发自出，邪退汗自敛；而红汗（鼻衄）之出现，一为邪随衄解，多见于温病早期，为病将愈之佳象；一为热极伤阴，迫血妄行，入营入血之先兆，为病逆之征。汗之兼见汗疹（白痞），亦有两种情况，若

疹色枯陷不荣，则多为邪热伤阴内陷之征；若疹色晶莹透彻，则预后良好，不需特殊治疗。

渴为津液亏虚的一种病理反映，亦为高热常并见之症状。温热之邪易伤津液，故温病发热多口渴。如邪在卫分，口渴轻，邪在气分，热盛伤津则口渴甚。凡渴喜冷饮，为阳明热盛，此为实证；如口渴而不欲饮，此为口干，实非口渴，温病邪热入营，真阴被劫，多有此象，则示由实而渐虚。

三、清热养阴为治温病 高热之主法

温病的高热，由于其起病急，发展快，变化速，易伤阴耗液，演变为逆传之热闭心包，热盛逼血，热盛动风，痉厥闭脱等变证。可见高热和伤阴是病情加剧和逆传的基础，因此及时正确退其高热和存阴保津，则是防止病情恶化，杜其逆传的重要环节。以清热养阴为主的治则，可能有助于达到上述要求。

清热解毒是治疗高热的有效治则

郑新：菌、热、毒是温病高热发病的主要因素，清热解毒是针对这些病因治疗的主要治则。它既有古代医家丰富的临床实践作依据，又有现代实验研究资料为基础。如喻嘉言在治温热病时特别强调“邪既入，即以逐秽为第一要义”。余师愚在运用名方清瘟败毒饮治疗当时疫疹流行，收到了卓著疗效。可见清热解毒法自古以来已列为温热病之主要有效治则。近年来四川医学院用清热解毒与益气活血法治疗慢性肺心病急性发作 75 例，收到较好疗效；用清热排脓汤治疗肺脓疡 70 例，痊愈 50%，有效 97%；上海龙华医院用清热解毒的复方制剂，治疗高热急症 64 例，有效率为 84%；武汉医学院附二院用“抗炎 6 号”注射液治疗胆道、胰腺等感染性疾病 150 例，疗效也较满意；我们近年来也先后曾用清热解毒的柴芩汤治疗急性肾盂肾炎高热 36 例，蚤休汤治疗肺炎高热 63 例，银连合剂治疗菌痢和急性肠炎高热 54 例，均收到较好的退烧和缓解症状的良好效果。实验也证明这些方药的解热作用，

主要是解毒。这就为我们今后治疗感染性高热,从临床实践和药物的实验研究方面,提示了新的路子。

改进剂型和投药途径

杜树明:温病高热之治疗,中医早有一套独特的理论和经验,但由于剂型单调,治疗技术未能改进,所以疗效起伏不稳,重复率不够满意。近年来我所通过临床反复验证,筛选出以清气分高热为主的“清气解毒”针(由虎杖、肿节风、败酱草、鱼腥草组成),共治疗观察了急性感染性疾病48例,其中肺炎15例,急性肾盂肾炎5例,急性菌痢5例,慢性支气管炎继发感染14例,急性扁桃体炎8例,其它消化道感染5例。体温除2例在38℃以下外,均在38℃以上,其中39℃以上的30例。外周血白细胞在1万以上的36例,病程均为1~3天。用药为静脉滴注,每次100~200毫升清气解毒针,加入等渗糖水500~1000毫升内,每日1~2次,全部病例均未加用抗菌和退热西药,部分病例加服辨证中药汤剂。治疗结果,除14例慢性支气管炎继发感染7例近控、7例无效外,其余34例急性感染均获治愈,平均退烧天数为2天。其中5例菌痢平均退烧1天,8例急性扁桃体炎平均退烧1.5天,5例肾盂肾炎平均退烧为6天。15例肺炎平均退烧为2.8天,白细胞降至正常平均11.3天,X线阴影吸收平均16.3天;同期有8例肺炎采用青、链霉素作治疗对照,平均退烧为3.1天,白细胞降至正常为12.5天,X线阴影吸收平均为20.5天。我们过去单用口服清热解毒汤药治肺炎102例,平均退烧天数为3.5天。这一结果初步看出,采用清热解毒中药针剂静脉给药,对感染性疾病的高热,能收到可重复验证的良好疗效,因此值得进一步深入研究。

清热解毒方药对卫气营血高热均有效果

田令群:我所总结了近15年来以中医辨证,用清热解毒的方药为主,治疗的880例感染性高热的患者,大部分收到良好的临床效果。全部病例体温均是39℃以上的住院病例,并有明确的急性感染的其它化验检查依据。这

880例中,中医辨证属卫分的295例,气分的523例,营分35例,血分27例。并发厥脱的64例,其中卫分无并发厥脱,气分并见厥脱者13例,营分并见厥脱者25例,血分并见厥脱者26例。按中医辨证专用中药治疗的587例(66.7%),加用西药治疗的293例(33.3%)。治疗结果,以3天内退烧作为显效统计,除25例死亡未统计外,计消化道感染的125例中有54例,呼吸道感染的567例中有200例,泌尿道感染的139例中有35例,其它感染24例中有8例。消化和呼吸道感染的显效率明显高于泌尿道感染($P<0.01$)。卫气营血的疗效比较,卫分295例全部有效,气分523例痊愈379例,有效118例,有效率为95.0%;营血分62例,痊愈30例,好转3例,有效率为53.3%。卫气与营血分的痊愈率和有效率比较,差异非常显著($P<0.01$)。初步看来,卫分高热可用清热宣透法,气分高热用清气保津法,营分高热用清热透气法,血分高热用清热凉血法是可行的。总之,以清热解毒法为主要治则,贯穿于卫气营血的各个阶段,以治疗高热,既符合中医的理法,也能经受实践的反复验证。

掌握高热伤阴及养阴的指征

郭铭信:伤阴程度的轻重,直接影响到温病的转归和预后。因此,古代医家十分强调“温热存阴,最为紧要”,“温热为法,法在存阴”。更有“若留得一分津液,便有一分生机”的警句。这要求医者,诊治高热应随时注意有无伤阴之情况发生,并及时采取相应的治疗措施,“刻刻顾护津液”,作为对温病高热论治的重要环节。

高热伤阴的临床证候特点,是由于体内阴液不足,欲增加津液的摄入量,减少津液排出量的自我调节的病理生理反映,以及体内缺乏津液润养而出现“燥”的征象。前者以症状为主,如口渴明显,渴而喜冷饮,饮不解渴,尿量减少,溲短而黄,大便燥结等;后者以皮肤及可视粘膜的体征为主要表现,如皮肤不润,唇齿干燥,舌上少津,甚则肌肤甲错,毛发枯焦,形体瘦削,舌苔焦燥,或生芒刺;并可见

鼻燥咽干,干咳声嘶,烦热不寐,重时可有昏迷瘡厥等发生。阴津受损其脉则以细数芤大等虚象为常见。上述症状和体征,并非所有高热病人全部出现,临床上判断有无伤阴存在,应以“燥”象的体征和典型症状为主,其中以舌象变化为常见体征的依据。在通常情况下,察舌之润燥,辨舌质之荣枯,多可知津液之盈亏,若再结合病史,全身脉证,则更为全面。

伤阴之论治,多以辛凉、甘寒、咸寒作为基本治则。辛凉可泄卫清气,透营凉血;甘寒以生肺胃之津;咸寒以滋肝肾之阴,实际上乃清热养阴两法之综合。近年内我所以增液汤为基础,改进剂型,制成静脉给药的中药大型输液“增液针”和“养阴针”,开始用于临床,对高热顾护津液,扶正解毒,促使邪热速退早愈,出现了苗头。初步看来,养阴增液之针剂,似不同于生理盐水、等渗葡萄糖液,对调节体内异常生化代谢有其微妙作用。

四、高热证治的实验研究和设想

高热的证治研究,除应根据中医的理法,筛选有效方药,反复进行验证,重点改进一批抢救剂型和改革投药途径,把疗效大大提高一步以外,还必须运用现代科学方法,结合中医理论,探讨温病高热新的病机,寻找新的辨证指标,重点把舌诊和有效方药的实验研究,逐步深入地开展起来。

舌诊的研究有助高热的诊断治疗

何健村:最近我们观察了386例温病发热病例的舌诊和脱落细胞的特点,初步看来,舌诊不仅有助于卫气营血的辨证,而且有其近代病理生理的客观依据。这386例的舌诊结果是:舌苔和舌质的变化基本上符合古代文献的记载;脱落细胞的变化,亦有其规律性。卫分的脱落细胞只有60.7%,气分上升为81%,营分上升为85.7%,血分则达到88.5%。入营入血后多出现钠、氯之降低,而钾则大多数增高,此似可作为高热伤津的参考。由于邪热伤津,体液亏损,血循改变,毒素损害,代谢障

碍,故使舌苔变黄,由润而干,此时舌苔中粒细胞和淋巴细胞明显增多,说明黄苔与炎症、感染、发热有密切关系。此外,从脱落细胞的形态变化看,热重伤阴时,可出现细胞缩小、变形,甚至破碎。这些都是人体受邪毒损害的病理反映,对高热的诊断治疗均有重要意义,因此应进一步深入研究。

中药对感染性发热的影响

邓文龙:引起发热的原因虽然很多,现知能激活“产致热原细胞”的物质有:(1)病毒和细菌;(2)内毒素;(3)抗原抗体复合物;(4)炎性渗出液激活物;(5)淋巴细胞激活素;(6)某些化学物质等。同时热型与病变性质密切相关,即参与发热反应的“产致热原细胞”的种类,内热原释放入血的量、速度及持续时间等亦有关。高热多因致热物质,激活多形粒细胞,引起大量内热原释放入血所致。由此可见,感染疾病的致热原因是多元的,所以治疗高热,也不一定要通过抗菌这一“必须”的途径。

根据近年的研究,中药对感染性发热的作用机制,可能有以下几方面:(1)抗病原微生物作用。最明显的有黄连、黄芩、曲莲、白头翁等对细菌;大蒜制剂对真菌;贯众、满山香对病毒等,都具有较强的抑菌作用。(2)解毒作用。微生物毒素是直接引起发热的主要因素,而黄连、黄芩、黄连解毒汤、地锦草、养阴清肺汤、仙方活命饮、射干、金荞麦、甘草等,已证明有明显的解毒作用。(3)增强肾上腺皮质功能。因为肾上腺皮质激素,可抑制内生致热原的产生,且有解毒作用,因而可以迅速解热。如黄连、秦皮、穿心莲、地黄、甘草、人参、六味地黄丸、参麦针等。(4)增强网状内皮系统(RES)功能。RES是体内廓清病原体及内毒素的最为重要的场所,增强RES的吞噬功能,可因对上述致热物质加速廓清,而减弱或终止发热。如黄芪、人参、白术、党参、黄连解毒汤、参麦针等,就具有这类明显的作用。(5)加速体表散热作用而解热。如一些解表药,活血化瘀药,攻下药,以及一些苦寒清热药,均有抑制体温调节中枢的作用。

上述机制中,抗菌、解毒可能与苦寒泻热有关;增强肾上腺皮质功能和RES功能,可能与甘温除热有关;加快体表血循,加强散热,可能与解表透热有关;泻下、活血则与通瘀泻热有关。这说明中医药对感染性高热治疗,既是丰富多采,又各具优点,非常值得进一步研究。

研究温病高热,可从论毒着眼

黄星垣:温病的热由何而生,如何演变?这是我们探讨高热证治应好好研究的题目。研究内容可否从以下几点认识开始:(1)毒随邪来,热由毒生。虽然正气的盛衰与温邪入侵人体后,是否发病和发病的轻重有密切关系,但是一旦发病,出现发热则是外邪中有一种共同致热因素作用的结果。这种共同因子,是随外邪入侵这一先决条件而来的;其热之生,也随邪之入侵而发;不论温热、湿热、燥、暑之邪,均有此共同致热因素。所以将此致热的共同因素,以毒概之,既有助于温病高热病机的深入探讨,也有利于对临床疗效的进一步提高。(2)毒不除,则热不去,变必生。温热邪毒入侵人体发病后,在一般情况下,是循卫气营血由浅而

深的发展,也有直陷营血的逆传变证。这些变证乃由毒而生,由热而变。如厥脱之起,乃由邪毒内陷而发,毒生热,热炽灼伤营阴,阴津亏耗,则阳无以附,或上扰神明,或内动肝风,或逼血妄行,故出现四肢厥逆,神昏谵妄,出血抽搐等变证。(3)解毒清热养阴,为退热防变固脱之要。除温病之热,虽有宣透、清气、清营、凉血诸法之不同,但其共同作用,均以解毒清热贯穿其中。近年来,经江苏、武汉、四川等地对清热解毒方药的实验研究证明,这些药物之作用机理,并非简单的抗菌和解热作用,主要是提高了机体吞噬毒素的能力,减轻和对抗各种毒性反应,改善了毒素导致的生理生化功能的失调,避免了严重的病理改变。这些结果给了我们这样的启示:解毒清热养阴的治则,在抗感染性高热及其并发的危症中,作为防变固脱退热的要点是可行的。

因此,探讨温病高热证治,若能从病因病机上,重点探讨毒的病理;在论治的理法上,集中研究解毒方药的剂型改进和药理作用,可能在理论和疗效提高上,都会有新的进展。

桃红四物汤化裁治疗脱发1例

陕西省人民医院中医科 王志义 邵 新

傅××,女,27岁,已婚,住院号108212。患者于1979年9月21日住我院产科行剖腹产。10月3日突患急性菌痢,给用氯霉素静脉点滴,每日2克,10月6日起,全身皮肤见有针尖样出血点,体温38.5℃,查末梢血及骨髓象符合全血细胞减少症,乃停氯霉素。输鲜血200毫升,静脉点滴地塞米松。10月20日皮肤出血点消退,体温正常,痢疾痊愈,但头发由头顶开始少量脱落,逐渐呈片状脱落,至10月24日头发全部脱光,乃请中医诊治。

一诊(10月24日):患者精神差,疲乏无力,面色皓白,头部光秃。舌苔薄白,舌质紫,脉细。证属气血双虚,瘀血内停,发无所养致脱落。治以活血化瘀,益气养血;方用桃红四物汤化裁:归尾、党参、白术、茯苓、神曲各12克,川芎、赤芍、红花各10

克,丹参、鸡血藤各15克,黄芪24克。每日1剂,服9剂。

二诊(11月2日):最近低热,精神较前有好转,仍疲乏无力,头部光秃。舌脉同前。处方:归尾、川芎、赤芍各12克,红花9克,丹参30克,鸡血藤、白薇、桑椹、女贞子各15克,知母10克。服15剂。

三诊(11月19日):体温正常,精神好,头顶部见有新发生出,舌脉同前。处方:归尾、女贞子、枸杞子各12克,川芎、赤芍、红花各10克,丹参、黄芪各30克,太子参15克。服6剂。

此后,曾于11月26日及1980年2月6日复诊用上方或原方或稍作加减各服30剂。于1980年7月8日末次诊治时见头发全部长出,发长12厘米,乃停服中药。