

湿 温 发 热 治 验

中医研究院西苑医院 时振声主治 吴立文*整理

时振声老师熟谙伤寒、温病诸说，擅长急性热病的治疗。对湿温发热注重舌诊，强调辨证宜细，兼采伤寒、温病之长治疗，每获效验，现介绍二例如下。

病例一：徐××，女，33岁。1982年8月23日住院。

患者既往有慢性结肠炎，经常腹泻。1982年6月突然呕血三次，遂来京治疗。入院后，经胃镜、结肠镜检查诊为“浅表性胃炎”、“胃粘膜脱垂症”、“轻度乙状结肠、直肠炎”。经中西药物治疗，未见明显效果，并自9月中旬起出现低热，逐渐升高。至9月30日，发热38.6℃，伴恶寒，全身痠痛不适，恶心，不欲食，腹胀，脐下压痛，大便稀溏，日行三、四次，舌苔薄黄，脉小滑数。查：白细胞9600/立方毫米，中性80%，淋巴20%。给予输液、静滴青霉素、红霉素、庆大霉素，肌注柴胡注射液，口服清开灵及中药小柴胡汤加生石膏、莱菔子，发热不退，体温升至39.2℃，于10月6日邀请会诊。

根据患者寒热往来两周，起病缓慢，初为低热，渐为高烧，有汗不解，口苦咽干，口粘不爽，不欲饮水，胸闷不饥，大便溏泻，小便不利，舌淡苔腻，脉沉而弱的特点，诊为湿温。为湿热内蕴，遏困脾胃，兼有少阳见症。拟宣化湿热，兼以和解少阳之法，方以三仁汤加柴芩等味治之。处方：杏仁10克，薏仁6克，生苡仁12克，云苓15克，法半夏10克，厚朴10克，淡竹叶10克，碧玉散15克，柴胡15克，枳壳10克，淡子芩15克。二剂。

10月9日二诊：体温降至38℃，仍感恶寒，发热汗出，口苦咽干，不欲饮水，水入即呕，大便溏泻，小便少，舌淡有齿痕，腻苔已

退，脉象沉弦。辨其热型仍属寒热往来，胸闷虽减，但水湿下趋，腹泻未减，湿热尚未全去，拟和解少阳兼化湿利水，改用柴胡桂枝干姜汤合五苓散加减。处方：柴胡15克，桂枝10克，干姜6克，白术10克，猪茯苓各12克，黄芩15克，天花粉30克，煅牡蛎30克，泽泻10克，炙甘草6克，马尾连12克，吴茱萸3克。二剂。

10月11日三诊：已无寒热往来，测体温37.8~38℃，腹泻未减，出现心下痞满，恶心呕吐，食欲不振，口粘口苦，不欲饮水，舌淡有齿痕，苔微黄稍腻，脉濡稍弦。少阳因泻转痞，可用辛开苦降之法，因有久利，故以半夏泻心汤合赤石脂禹余粮汤加味治之。处方：半夏15克，党参10克，干姜6克，黄芩12克，马尾连12克，炙甘草6克，大枣10克，陈皮10克，竹茹10克，赤石脂30克，禹余粮30克。四剂。

10月15日四诊：体温降至37℃以下，腹泻次数减少，日三行，仍有稀便，乃加用张锡纯薯蓣芩苈汤，即上方加山药10克，车前子30克，继服三剂，腹泻基本控制，于10月18日出院。

病例二：冯×，男，70岁。1982年9月15日住院。

患者因高血压、冠心病十二年而入院，经治心绞痛未有发作，但自10月22日开始发烧，呈稽留热，体温波动在38~39℃左右，肢体痠痛。查：白细胞5200/立方毫米，中性74%，淋巴21%，单核5%，血红蛋白15.3克%，胸透(一)，血培养(一)，肥达氏反应(一)、经肌注

* 本院研究生

庆大霉素,口服复方新诺明等,体温不降,一度升至40.1℃,于10月25日邀请会诊。

患者面色红赤,发热汗出,不恶寒,口粘口苦,口干喜饮,大便干结,心下痞满,按之痛,舌苔中心黄腻,前半部黄而燥,舌质红,脉弦滑数。中医诊断为湿温,拟清胃泻热合苦辛之法,方用苍术白虎汤合小陷胸汤加减。处方:苍术10克,知母10克,生石膏30克,马尾连12克,半夏10克,全瓜蒌30克,枳实10克,酒军6克。一剂。

10月26日二诊:服上方后,大便日二行,呈稀便,胸以上有汗出,心下痞满有所减轻,纳食稍增,但晨起有寒战高热,继之汗出,体温略降至39.6℃,口粘减,仍口苦,口干喜饮较昨日为甚,舌苔根部腻,色微褐,前半部黄褐而燥,舌质红,脉弦数。有阳明转属少阳之势,拟柴胡白虎汤。处方:柴胡15克,知母10克,生石膏30克,生甘草6克,太子参15克,半夏10克,生姜6克,大枣10克。一剂。

10月27日三诊:体温39℃,但热不寒,微有汗出,口苦口干喜饮水,大便偏稀,日一行,舌苔黄褐而干,舌质红,脉弦细而数。目前湿去热留,拟甘寒清胃法。处方:知母10克,生石膏30克,银花30克,生地12克,麦冬12克,淡竹叶10克,天花粉30克,南北沙参各15克,滑石15克,生甘草6克。二剂。

10月29日四诊:体温降至38℃,口已不苦,略有口粘,口干喜饮,全身有微汗出,精神较佳,大便调,舌略有津,脉弦细稍数,拟甘苦合化阴气之法。处方:知母10克,生石膏30克,银花30克,生地12克,麦冬12克,马尾连10克,黄芩10克,玄参12克,丹皮10克。二剂。

10月31日五诊:体温降至37.7℃,仍口干喜饮,有汗不多,虚羸少气,纳可,大便调,舌苔仍黄褐,舌质红有津,脉弦细稍数。拟竹叶石膏汤加减,甘寒清热,养阴益气。处方:淡竹叶10克,生石膏30克,太子参30克,半夏10克,麦冬12克,生甘草6克,银花30

克,生地12克,马尾连10克,生姜6克,大枣10克。二剂。

11月1日,体温降至正常,于11月15日出院。

按:湿温一病,发于夏至之后,以长夏季节为多见。这一时期,由于天暑下迫,地湿上蒸,人处气交之中,常易感受暑湿之邪而发病。王孟英指出:“既受湿又感暑也,即是湿温。”然亦有感受暑湿而不即时发病者,如吴鞠通所说:“长夏受暑,过夏而发者,名曰伏暑”。以上两例湿温发热,均属湿热伏匿而病发于秋季,故亦可称为伏暑。湿温为病,上焦为少,中焦病变最多,主要涉及脾胃。薛生白曰:“湿热病属阳明太阴者居多,中气实则在于阳明,中气虚则在太阴。病在二经之表者,多兼少阳三焦,病在二经之里者,每兼厥阴风木”。若病传下焦,则系其危重阶段。湿温病有时以发热为主症,热度可达39~40℃以上,若见其高热而不加细辨,往往误用寒凉,直折其热。但湿热交互,如油入面,热寓湿中,郁而不宣,缠绵难愈,冒进寒凉,更致湿遏热伏,禁锢难出,非但热势不减,且拖延病程,变生它患。亦有误以辛温发之,或误以阴虚滋之,非助其热,即恋其湿。湿温病的临床表现错综复杂,因人而异,并随人体正气的盛衰而转化,阳气旺者易趋燥化而伤阴血,阳气虚则易趋寒化而伤气分。因此,必须详察脉症,观其转化,不可胶柱鼓瑟。在治疗上,亦应不拘一家之说,择善而用。上述二案,前者湿重,后者热重。湿重者,多兼少阳三焦之证,故例一有寒热往来,初以宣化三焦兼以和解少阳为治。二诊寒热往来见减,苔腻胸闷亦好转,但水湿下趋,腹泻加重,故采用柴桂干姜合五苓散加减以和解少阳,兼化湿利水。三诊寒热往来已除,少阳因泻转痞,故以半夏泻心汤加味治之。柯韵伯曰:“伤寒五六日,误下后,心下满而胸胁不满者,则去柴胡生姜,加黄连干姜以和之,此又治少阳半表半里之一法也”。本例虽未误下,但原即有下利不解,故可见痞,亦符合《伤寒论》所描述的临床过程。热重者则可化燥,例二开始以清胃泻

热合苦辛之法以祛湿，药后心下痞满减轻，但突有寒战高热，似有转属少阳之势，乃以柴胡白虎汤治之，则又呈但热不寒，为湿化燥，故取甘寒清胃法，体温逐渐下降，燥象亦减。进甘寒后，又微有湿象显露，继进甘苦化阴气之法，湿象渐除，口粘消失，最后以甘寒清

热养阴益气收功。

以上两案见症有异，故用药不一，但两案均兼采伤寒、温病之方随证施治，并均以伤寒方善其后，可见伤寒方亦可治温病，要在辨证准确，选方得当，即使高热重症，亦可收到满意的疗效。

结节性坏死性巩膜炎 2 例治疗介绍

江苏省沭阳县中医院眼科 潘开明 冯佩诗

结节性坏死性巩膜炎临床尚不多见，治疗也较困难。我们以中药为主治疗 2 例，获满意效果，现报告如下：

例一：马××，男，58 岁。1 月前右眼被树枝刺伤，2 天后，眼痛，畏光，流泪，经点可的松眼药水、肌注青霉素等治疗，不能控制症状，于 1981 年 4 月 5 日转我院就诊。

患者舌红、苔少，脉洪有力。视力右眼 0.08，眼压 15.88 毫米汞柱，上下眼睑水肿(++)，呈混合型充血(++)，睫状体压痛(++)，距角膜缘约 3 毫米，于鼻侧上象限之巩膜可见约 9×9 毫米大小扁平隆起，黄白色，角膜尚清，房水混浊，丁道尔氏现象(+)，前房深浅正常，虹膜轻度肿胀，纹理不清，瞳孔 2 点钟处局限性后粘连。左眼正常。诊断为右眼结节性坏死性巩膜炎(结节期)并发性前葡萄膜炎。处方：生地、玄参、黄芩、赤芍、泽泻、藁本各 12 克，龙胆草 6 克，柴胡 9 克，石决明 18 克，红花 10 克，桃仁 9 克，车前子、生石膏各 15 克，炙甘草 10 克。每日一剂，水煎服。局部热敷，并点 1% 阿托品散瞳，点庆大霉素眼药水及可的松眼膏。

服药 10 剂，眼痛基本消失，唯畏光、流泪仍存。上方加菊花、白芷各 10 克。连服 10 剂，眼睑水肿消退，混合型充血减轻，巩膜结节缩小，房水清晰，丁道尔氏现象(-)，虹膜纹理清晰，瞳孔药物散大约 6 毫米，瞳孔 2 点钟处后粘连仍存，舌、脉已基本正常，乃去藁本、石决明、生石膏、柴胡、龙胆草，加当归 12 克，黄芪、党参、枸杞子、菟丝子、山药各 15 克。续服 10 剂，眼部症状基本消失，唯感四肢无力，舌淡红、苔白、边有齿痕，脉细无力。改用十全大补汤加陈皮 10 克，大腹皮、鸡内金各 12 克。再服 15 剂后，右眼视力 0.7，巩膜结节处与正常组织无异常，唯瞳孔 2 点钟处虹膜后粘连，其余均正常。随访 1 年无复发。

例二：朱××，女，52 岁。1981 年 11 月 3 日以左眼疼痛、畏光、流泪 4 月余，用激素、抗菌素等治疗无效而转我院就诊。

诊见舌红、苔少，脉数有力。视力右眼 1.5，左眼 0.05，左眼睑痉挛、水肿(++)，球结膜充血(++)。距角膜缘约 4 毫米、11 点钟处红汞染色见一 5×12 毫米之球结膜、巩膜溃疡，凹陷明显，境界清晰，底部呈紫蓝色，四周巩膜紫红色充血，局部拒按，角膜、房水清，虹膜纹理清，瞳孔正常。诊断：左眼结节性坏死性巩膜炎(溃疡期)。内服生地、玄参、黄芩、赤芍、藁本、泽泻各 12 克，柴胡 9 克，石决明、生石膏各 18 克，车前子 15 克，红花、桃仁、龙胆草各 6 克，白芷、炙甘草各 10 克。水煎，每日一剂。局部点西药同例一。

服药 15 剂，左眼视力达 0.2，眼睑痉挛、水肿消失，结合膜充血减轻，溃疡灶较前缩小，上方去藁本、生石膏、石决明、龙胆草，加黄芪、党参、枸杞子各 15 克，当归、丹参、菊花各 12 克。服药 10 剂后，巩膜溃疡面凹陷深度较前减轻，凹底光滑，白色，改予十全大补汤加陈皮 10 克，大腹皮、鸡内金各 12 克。服 15 剂后，症状基本消失，已能参加劳动。为巩固疗效，续服十全大补汤 20 剂，左眼视力 0.8，眼球无充血，溃疡愈合，球结膜遮盖，四周新生血管伸入，红汞染色(-)。随访 10 个月，未复发。

按：本文所治 2 例，均为单眼发病，例一为结节期，例二为溃疡期，均以中药治疗为主，辅以局部点用西药等而治愈。治疗过程中，本病早期用药多为苦寒药，用药后伤阳败胃及脾胃虚弱气阳不足者宜标本兼顾，伍用温补之品。疾病后期，多因久病而虚，故治疗除继续廓清余邪外，需加用补益药如十全大补汤，以增加机体的抗病力，防止其复发。