

经验交流

儿 科 高 热 的 辨 治

刘 弼 臣



刘弼臣副教授近影

小儿高热为儿科常见的证候之一，由于小儿质薄娇柔，既不堪时邪之稽留，又难耐高热的燔灼，故每易因高热炽盛，伤津耗液，而引动肝风，导致发痉抽搐；或热深厥深，病情剧变，而危及生命。因此，临床必须详审病机，及时给予恰当治疗。

一、病毒性感冒

例一：伍××，男，8岁，1982年11月28日初诊。

证经16天。初起高热无汗、鼻流清涕、头痛形寒，继则高热不退、汗出不透、疲乏无力、食思不振、小便微黄、大便隔日一次。予阿司匹林口服后热度暂降，俄顷汗收则身热复高。迭经青霉素水剂肌注，中药三黄石膏汤加减和人工牛黄治疗，热仍不解。遂来我院求治。现症身热日轻夜重，热前略有形寒，手足微凉，面色不华，微有咳嗽心烦，口干不欲饮水，舌苔白而根腻，脉象浮数无力。查：体温39.5℃，咽红，心(-)，肺呼吸音略粗，胸透(-)，白细胞8200/立方毫米，中性58%，淋巴42%。西医诊断：病毒性感冒。辨证：外邪遏表，未得宣散，以致高热不退，形寒肢凉。治当疏散外邪，宣肺解表，宗荆防解表汤加减：荆芥10克，防风6克，薄荷3克，淡豆豉10克，柴胡10克，黄芩10克，枳壳5克，连翘10克，陈皮3克，炙甘草3克，生姜2片，葱头3个。3剂。每日1剂水煎，分3次服。另用五粒回春丹，早晚各一瓶。

二诊：药后身得透汗，形寒肢凉已解，身热趋降，白天体温36.7℃，晚间体温37.1℃左右，面色转红，睡眠安静，食纳转佳，小便略黄，大便正常，舌苔微黄，脉象缓滑。此乃身热趋解，余邪未尽，治当清肃。宗柴胡温胆汤加减：柴胡10克，黄芩10克，茯苓10克，炙甘草3克，橘皮5克，半夏5克，枳壳5克，竹茹5克，生姜2片，大枣5枚。3剂。每日1剂，水煎分3次服。

按：外感高热有风寒和风温之别。本例初起根据临床表现有高热无汗、形寒头痛、鼻流清涕等症象，是为风寒遏表之证，治当辛温宣肺，开泄肌腠，以收“体若燔炭，汗出而散”之功。而前医过用寒凉凝滞之品（如人工牛黄、三黄石膏之类），反使表邪郁遏，不得宣散，以致高热不退。延余诊治之时，虽病程较长，发热较高，但无津伤，且热前有形寒肢凉，根据“有一分恶寒，便有一分表证”的辨证原则，故仍以疏散外邪，宣肺解表为上策。采用荆芥、防风辛温发汗，以散表邪；葱头、豆豉通阳发汗，宣泄除烦；柴胡、薄荷、连翘透邪出表，以清郁热；枳壳、陈皮畅利气机；生姜、炙甘草散邪和中。三剂即收到“轻可去实”的效果。

二、病毒性肺炎

例二：李××，男，3岁，1983年3月16日初诊。

患儿于14日午夜一时许突然发热无汗，惊惕不安。清晨时身热反见增高，伴以咳嗽气急，呕吐，烦躁不安。至××医院急诊，收住院诊治。患儿入院后检查：体温升高至40.2℃，呼吸急促，鼻翼煽动，面呈苍白，口唇紫绀，咽红，心率140次/分，两肺满布细密湿性罗

音, X线检查见两侧肺叶有大小不等片状浸润阴影。外周血象: 白细胞 9800/立方毫米, 中性 58%, 淋巴 42%。诊为病毒性肺炎, 并发心力衰竭。除给予清热镇静止咳等对症治疗外, 并施以输液、给氧等支持疗法。迨至翌日中午, 因患儿出现陈-施氏呼吸, 遂邀余会诊。刻诊: 壮热 (39.8℃) 有汗不解, 咳憋喘促, 鼻煽而干, 手足厥冷, 神烦嗜卧, 哭无涕泪, 腹胀而满, 二便闭塞, 舌苔糙腻, 舌质红绛, 两脉弦滑数大有力。辨证: 温邪化火, 火毒逼迫气营, 形成热深厥深之证。治当上病下取, 通腑泄热。宗犀连承气汤加减。犀角粉 1.5 克 (冲), 生地 10 克, 黄连 1 克, 风化硝 5 克 (化服), 生大黄 10 克 (后下), 生甘草 3 克, 连翘 10 克, 赤芍 10 克, 淡竹叶 10 克, 生石膏 25 克 (先下)。1 剂。水煎分 3 次服。

二诊: 药后大便畅泻 2 次, 体温逐渐下降为 38.3℃, 手足转温, 喘促鼻煽显著平定, 咳嗽转爽, 舌苔化薄, 尖仍红赤, 脉象尚呈弦滑, 证属温邪痰热渐化, 余邪尚蕴肺胃, 治当清热化痰, 宣肺止咳。处方: 南沙参 10 克, 桑叶 10 克, 生石膏 25 克 (先下), 杏仁 10 克, 黄芩 10 克, 黛蛤散 10 克 (包), 海浮石 10 克, 炙杷叶 10 克, 大贝母 6 克, 制大黄 10 克。3 剂。每日 1 剂, 水煎分 3~4 次服。

三诊: 身热已解, 呼吸平稳, 咳嗽轻微, 脉弦已和, 惟有口渴喜饮, 倦怠嗜卧, 苔薄质红, 此为温邪余焰未熄, 治宜养阴泄热, 以善其后。处方: 南沙参 10 克, 麦冬 10 克, 生地 10 克, 石斛 10 克, 玉竹 10 克, 地骨皮 10 克, 黄芩 10 克, 炙杷叶 10 克, 大贝母 6 克。一周后经该院胸透检查, 肺部阴影已吸收, 痊愈出院。

按: 病毒性肺炎一般多系外邪闭肺、痰热内蕴所致, 治疗总以宣肺止咳、清热豁痰为主。但本例来势急暴, 邪热不得外泄, 因而迅即气营两燔, 出现哭无涕泪、咳憋不已、抬肩喘息、摇身辘肚、呼吸短促不匀等“肺气垂绝”现象。同时高热不退, 手足厥逆, 出现热深厥深之象, 加重了危殆之势。此时肺之化源将

竭, 若宜提肺气, 开之则愈促其肺气闭绝, 故治当釜底抽薪, 上病下取, 实则泻之。盖肺主一身之气化, 通调水道, 与大肠相表里, 通利大肠, 适以减轻肺之壅塞, 故用风化硝、大黄、生甘草调胃通下以泻热; 犀角、生地、赤芍、黄连、石膏凉营解毒以泄热; 药后身热趋降, 热深厥深解除, 收到“急下存阴”之效。

小儿形体娇柔, 一般使用下法, 必须正盛邪实, 方可使用。否则, 将有胃气损伤之虞。正如《温病条辨》指出: “热邪最易伤阴”往往“下后正虚, 邪气复聚”。本例主要是掌握了舌苔糙腻, 脉象弦滑, 高热不退, 二便闭塞的腑实证群, 故当机立断, 下后效如桴鼓。根据笔者经验, 如果津伤明显、口干舌红绛而津少者, 可用鲜沙参、鲜石斛、鲜生地、鲜芦根养阴生津, 佐以少量苦寒泄热的大黄、黄连、黄芩清热通下, 亦常达到“清滋而不碍胃, 通下而不伤正”的目的。

三、胆道感染

例三: 尹××, 女, 10 岁, 1981 年 5 月 21 日初诊。

证经三月。初因发热恶寒, 伴以恶心呕吐, 继则寒热往来, 热前恶寒, 待体温上升至 39℃后, 即转为恶热, 数小时后汗出则体温自行下降, 神疲倦怠, 上腹部微痛。曾在××医院检查: 白细胞 15800/立方毫米, 中性 80%, 淋巴 20%, 转氨酶 150 单位。诊为胆道感染。经用红霉素静滴, 口服新诺明、维生素 B₁、维生素 C 等症状未见好转, 遂来我院求治。现症寒热往来, 热有定时 (下午体温多可高达 39.5℃), 汗出不畅。面色萎黄无华, 精神倦怠, 食欲不振, 强纳则泛恶, 腹部胀满, 右上腹微痛, 大便正常, 小便微黄, 睡眠不好, 舌苔水黄而腻, 舌质微赤, 脉象濡滑。查: 心肺 (一), 肝未扪及, 右上腹有压痛; 白细胞 10800/立方毫米, 中性 70%, 淋巴 28%, 单核 2%; 胸透正常, 肝功能正常; 血沉 20 毫米/小时。证属湿热蕴蒸, 气机不畅。治当芳香宣化, 清利湿热。宗蒿芩清胆汤加减: 青蒿 10 克, 黄芩 10 克, 鲜藿香 10 克, 鲜佩兰 10 克,

陈皮 5 克, 竹茹 10 克, 马尾连 6 克, 半夏 5 克, 碧玉散 10 克(包), 赤苓 10 克, 枳壳 5 克。3 剂。每日 1 剂, 水煎分 3 次服。

二诊: 药后遍体微汗, 身热渐退, 腹部胀满已减, 右上腹痛消失, 惟略有恶心, 食思不振, 舌苔微腻, 脉仍濡滑。证属湿热阻滞中焦, 治拟和中化湿, 以肃余邪。处方: 青蒿 10 克, 黄芩 10 克, 马尾连 5 克, 藿香 10 克, 竹茹 10 克, 陈皮 5 克, 半夏 5 克, 六一散 10 克(包), 香稻芽 10 克, 姜皮 1 克。3 剂。每日 1 剂, 水煎分 3 次服。

按: 湿热之邪犯人, 初起大多困阻肌表, 病在上焦。若湿热困中, 邪归太阴, 脾胃受病, 则气机升降失调, 症见胸脘痞闷, 大便溏滞不爽, 甚而高热憎寒, 倦怠乏力, 四肢沉重, 面色光亮而淡, 头晕且胀, 舌苔白腻, 脉象濡软。往往病程较长, 病情相对稳定, 叶天士云: “伤寒多有变证, 温热虽久, 在一经不移” 实即指此而言。本例症经三月, 烧有定时, 仍见寒热往来, 伴以腹胀恶心, 神疲纳呆, 舌苔水黄, 脉象濡滑, 显属湿遏热伏。其治疗关键, 主要在于化湿, 湿开则热去。此时虽有热邪, 亦不可过用寒凉, 以免凝滞, 诚如章虚谷云: “湿盛而脾不健运, 浊壅不行, 自觉闷极。虽有热邪, 其内湿盛而舌苔不燥, 当先开泄其湿, 而后清热, 不可投寒凉以闭其湿也”。故用青蒿, 黄芩、马尾连清泄湿热; 鲜藿香、鲜佩兰芳香宣湿; 陈皮、半夏、枳壳、竹茹消痞降逆; 赤苓、碧玉散清利湿热; 从而收到湿化中和、高热解除之效。此外高热时间虽长, 但正气耗伤并不显著, 主要原因是湿邪缠绵所致, 临床时切勿误为虚证, 纯用补法, 以犯“误补益疾”之戒。

四、变应性亚败血症

例四: 栗××, 女, 12 岁, 1974 年 10 月 18 日初诊。

证经十年。每年约有 2~3 次高热, 持续 3~4 月, 每次高热大多伴有寒战, 热呈弛张, 每日波动在 3~4℃ 之间, 常自然缓解, 经 3~5 周的间歇, 又再次发作。发作时除寒热外,

常伴关节疼痛, 偶见肿胀。曾经两度来北京检查。按风湿病治疗未效。嗣后又至上海、广州、天津、武汉、南京等地治疗, 选用激素、抗风湿药、抗菌素及环磷酰胺等, 均未获得显效。两周前因突发高热、关节疼痛、皮肤有大小不等的斑疹, 再次来京住入××医院。当时检查: 咽红, 肺(一), 心尖部可闻及 III 度收缩期杂音, 肝肋下 1.5 厘米, 脾可扪及, 颈下淋巴结可触及, 白细胞 17800/立方毫米, 中性 80%, 淋巴 20%, 血红蛋白 8 克%, 血沉 80 毫米/小时, 胸透(一), 心电图示 I 度房室传导阻滞。诊断: 变应性亚败血症。应用抗菌素及中药乌梅丸加减治疗效果不佳, 遂邀余会诊。当时症见身热不解, 体温可达 39.8℃, 热前寒战, 面色晄白, 肢足发凉, 恶心呕吐, 胸脘痞闷, 全身酸楚, 关节疼痛, 舌苔滑腻, 脉象沉细。辨证: 素体阳虚, 感受湿热之邪, 邪从湿化而归太阴, 遏阻中阳, 以致阴阳不相顺接, 阳气不能达于四末。治当苦辛微温, 以开湿郁, 宣畅气机, 以通中阳。处方: 桂枝 10 克, 附子 10 克, 干姜 1.5 克, 生苍术 3 克, 炙甘草 3 克, 草薢 10 克, 陈皮 5 克, 木香 3 克, 茯苓 10 克, 炒白术 10 克, 炒白芍 10 克。3 剂。每日 1 剂, 水煎分 3 次服。

二诊: 药后寒战肢厥已解, 身热渐退, 高热时已不超过 38.3℃, 恶心呕吐未作, 脘闷身痛亦减, 两脉渐起, 转为濡滑, 苔润舌质略红。此湿郁开化, 中阳宣畅之象, 暂拟原方增损: 党参 10 克, 炒白术 10 克, 干姜 1.5 克, 炙甘草 3 克, 附子 6 克, 炒白芍 10 克, 桂枝 6 克, 茯苓 10 克, 陈皮 5 克。3 剂。每日 1 剂, 水煎分三次服。

三诊: 身热已解, 面色转润, 精神佳, 纳食馨, 二便调和, 苔白脉缓, 检查: 白细胞 10000/立方毫米, 中性 70%, 淋巴 30%, 血沉 40 毫米/小时, 血红蛋白 10 克%。上方不可久服, 防其增热, 改用芳香宣化, 以为善后。处方: 藿香 10 克, 炒川朴 3 克, 茯苓 10 克, 半夏 5 克, 陈皮 5 克, 炒白术 10 克, 炒白芍 10 克, 炙甘草 3 克, 生姜 2 片, 大枣 5

枚。连服20剂后,身热未作,临床症状消失,体检未发现异常,住院观察半年后出院。

按:变应性亚败血症,是一种变态反应性综合症,多发生于儿童,本例持续十年不愈,实属少见。根据患儿高热弛张,伴有全身痠楚,关节疼痛,故诊为湿热之邪内蕴,阳气郁遏不宜。正如《证治准绳·幼科》所云“若身热沉重,走注疼痛,乃湿热相搏,风热郁而不得伸也”。但湿属阴邪,加以病久体虚,致使寒凉凝滞,遏阻中阳,阴阳不相顺接,出现高热肢厥,脉象沉细之象。因此临床上虽然表现一派

高热,但本证实属寒厥,诚如《证治准绳·幼科》所云:“热而脉数,按之不鼓,此寒盛格阳,虽形证似热,实非热也”。寒凝涩滞,非辛温则不能驱寒开凝通闭,故用四逆汤加桂枝、草蔻辛温散寒,通阳开郁;湿归太阴,唯宣化方可使热邪随湿而去,故用苍术、木香、陈皮、茯苓、白术理气化湿,渗利和中,以冀中焦调和,则阴阳上下庶可顺接。方中干姜、附子虽然偏于辛温燥热,取其收敛阳气,复伍芍药性寒,相互约制,一寒一热,全在停分得宜,故药后肢厥即解,身热趋降,收到“厥热平衡”之效。

苓桂术甘汤加味治验二则

四川省开江县卫生进修学校 柏汝炜

茯苓桂枝白术甘草汤首见于《伤寒杂病论》,仲景用此治心脾阳虚水泛证和痰饮疾患。笔者加减使用本方,取得较好疗效,现介绍如下。

例一:刘×,27岁,干部,1981年5月12日就诊。

脘腹隐痛反复发作已五年。五个月前因饮食失宜而疼痛加剧。其后脘腹钝痛时作,轻则须臾自止,重则脘腹胀痛,须吐出酸腐食物方可缓解。伴有心下水声汩汩,食少神疲,尿少便溏,面色黧黑,气息稍弱,苔白腻,脉沉滑,关脉小弱。两个月前经某医院胃肠造影检查,诊断为十二指肠球部溃疡并发幽门梗阻。辨证为痰饮留胃,治以温胃化饮,降逆止呕。处方:茯苓18克,桂枝9克,白术12克,甘草6克,半夏10克,生姜10克,赭石20克(先煎)。

二诊:服前方二剂,呕吐稍减,精神好转,余证如故。方虽对证,但水饮内盛,宜加利水之品。原方去赭石加防己12克,椒目10克,葶苈10克。煎服二剂后,尿量增多,腹胀减轻,四剂而诸症全消。

按:病由脾胃阳虚水停所致,故以温阳化饮降逆止吐为法。初用苓桂术甘汤合小半夏汤加赭石,药虽对证,但药力嫌轻,水饮难动。因师仲景“肠间有水气”者治以己椒苈黄之意,于温脾化饮方中加防己、椒目、葶苈,因体虚便溏而去大黄,仅四剂而奏功。

例二:张×,男,46岁,农民,1981年11月5日就诊。

三个月前因暴食生冷而致腹痛、腹泻、发热身痛

等症,服药两剂小瘥。此后缓慢出现心下痞满,腹胀,腹中水声漉漉,食少神疲,心悸气短,面色少华,口淡不渴,苔白中心黄腻,舌尖红少津,脉沉弦而细。辨证为胃虚水停,寒热错杂致痞,予生姜泻心汤减味。处方:生姜15克,党参12克,黄连5克,法夏10克,甘草6克,大枣10克。

服二剂后,腹胀肠鸣稍减,余证如故。再进二剂,仅舌红已去而已。方不奏效,遂改以温脾化饮为法。处方:茯苓15克,桂枝10克,白术12克,半夏10克,党参12克,砂仁6克,甘草6克,生姜10克。服二剂,诸症减半,继服二剂而告愈。

按:此因暴食生冷损伤脾胃,水饮不化滞于胃肠之证,其中虚饮停、气机升降失调是其病机特点。初诊因泥心下痞满、腹中雷鸣下利而投生姜泻心汤,其效不显。因悟仲景“水走肠间沥沥有声”及“短气有微饮,当从小便去之”之旨,予苓桂术甘合小半夏汤温中化饮、淡渗利湿为法,加党参协甘草补脾益气以升清,加砂仁佐桂枝通阳行气化饮以止泻,服四剂而收功。

综观两例,例一之饮邪内盛,故单用“温药和之”其效不显;虽体虚胃弱,但合己椒苈黄之法逐饮而收功。例二类生姜泻心汤证,用其方却不效。虽有“肠间有水气”之水声漉漉,但其气短神疲,脉细等虚象显现。故不合己椒苈黄而予苓桂术甘合小半夏汤,复加党参、砂仁而获效。由此说明临床使用经方贵在通法而不在泥方。