

对提高温病疗效的几点认识

重庆市中医研究所 郭 铭 信

温病在急性发热中十分常见, 约占五分之四⁽¹⁾。近年来, 各地治疗温病的疗效有了提高, 究其原因, 除了剂型改进和改变给药途径外, 还与在临床实践和发掘传统理论的基础上, 总结和提出若干证治见解和经验, 并用以指导温病的辨治有关。现结合笔者认识, 从临床角度择要论述如下。

突出热毒为患, 重视祛除邪热

近年强调热“毒”是温病的重要致病因素, 即“毒随邪来, 热由毒生。毒不除则热不去, 变必生”⁽²⁾。热邪之毒除疫毒、温毒外, 六淫亦可化火为毒。其机制一是邪盛化火为毒, 二是有一个过程, 卫分、气分轻症一般不称为毒, 而气分重症和营血分证则多认为系毒邪炽盛⁽³⁾。营血分的耗血动血, 斑疹瘀血, 神昏痉厥等, 多由热毒使然, 因为温病入营血时邪气多已化火, 转化为热毒⁽⁴⁾。其致病的特点是: 发病较急, 病情较重, 热邪较盛; 有特殊症候, 如局部红肿热痛, 斑疹等; 病程中多出现昏谵痉厥; 多夹瘀血为患; 可呈传染流行⁽⁵⁾。

《温热论》主张治疗温病宜“急”, 且以“救”来突出病情重危, 总因温病易伤津之故⁽⁶⁾。《温病条辨》“始终以救津液为主”, 该书205方中, 含益气药和养阴药者占173方, 而含清热药者仅117方⁽⁶⁾。前贤在邪正关系上, 相对重视维护正气。现因诊疗水平的提高和患者即时就诊, 严重伤津耗气大为减少, 已十分重视祛除邪热, 并成为温病的主攻方向。邪热是温病的原始动因, 津气匮乏是邪热损伤正气的结果⁽⁷⁾。在温病诸多治法中, 清热与滋阴两大法则往往贯穿于温病整个病程的治疗之中。由于清法能祛除病因, 达到阻止或中断病程的发展, 并间接起到护阴扶正的目的, 故占有重要地位; 而保护津液则为扶正祛邪, 属祛邪的变法, 总的目的都是达到邪去正安⁽⁸⁾。就控制高热而言, 它是控制温病病情恶化的必要措施, 除表证外, 凡汗出不恶寒, 发热口渴者, 均应采用各种清热法⁽⁹⁾。有人按八法统计78例温病发热患者的治疗, 用汗、下、清者占70例⁽¹⁰⁾, 并有“无汗则发, 有汗则清, 腑结则下”⁽¹¹⁾的经验之谈。

“透”与“泄”是温病祛邪的两大途径。透法是由内

之外, 达邪外出不全是解表发汗, 包括辛平散表, 辛凉解表, 轻清气热, 宣发表湿, 透热转气, 清泄营热, 凉血透疹等。泄法一是清泄邪热, 二是逐热邪、下燥屎、除积滞, 包括清热泻火、清瘟败毒, 苦寒通下, 扶正祛邪等。透与泄不可截然分开, 但有一定的规律: 由卫到气, 以透为主, 以泄为辅; 由气到营, 以泄为主, 以透为辅⁽¹²⁾。

某些高热患者, 按急则治标的原则, 在辨证指导下对症处理, 亦属必要, 如采用物理、针刺降温等。有人对中药擦浴降温作了初步观察, 擦后30分钟体温平均下降0.7℃, 有效率70.6%, 与用30~50%酒精相当。若按摩合谷、曲池、太阳、风池, 则效果更好⁽¹³⁾。

修正辨证指标, 注意先证而治

在卫气营血传变过程中, 由气入营是病情变化的关键。“其热传营, 舌色必绛”, 舌绛被认为是邪热深入营血的特异性指征。临床观察表明, 有时舌色不绛也不能排除外邪已入营, 而应结合神志、斑疹、热型、惊厥等进行综合判断。有人观察乙脑中重型极期有发热, 意识障碍, 甚或惊厥等营血分症状者19例, 仅5例为舌红或舌边红, 无1例舌绛。另一组邪入营血病情重笃的乙脑27例, 舌色紫暗的仅1例, 其余均为舌红。其原因可能有二: 一是乙脑等病情传变迅速, 舌象未能起相应变化; 二是采用了降温、输液等, 热势得以减轻, 影响舌象变异^(14,15)。

瘀血是营血分的重要病变之一。现初步发现, 在入营血之前, 已有潜在性的瘀血存在。有人测定42例主要为气分阶段的温病患者的血流变指标, 并与100例正常值对照, 结果提示温病气分血液流动性下降⁽¹⁶⁾。还有人对温病卫气营血证候103例和健康对照组40例进行微循环和血流变多项指标的检测, 其微循环积分随卫气营血的演变而递增, 卫气营血的全过程均属“高粘综合症”, 且微循环功能障碍与血液流变性改变的轻重程度相一致。“亦即说明, 卫、气、营、血全过程都有瘀血存在, 且随卫、气、营、血证候而加重”⁽¹⁷⁾。

叶天士论卫气营血治疗强调“缓急先后之法”, 其

基本精神是有是证用是药。但在某些温病传变迅速的情况下,如采用这种常规证治方法,每每来不及用药,病情迅速向纵深发展。此时若在证象未显于外之前,即预先给用下一层次药物(如卫分加用气分药,气分加用营血分药等),则可阻止病情深入,而收祛邪退热,保阴存津之效。是为先证而治,或叫药先于病。

先证而治对提高危重性温病的疗效有重要意义。如乙脑卫气分加熄风、豁痰、开窍醒脑药⁽¹⁸⁾,脑膜炎初期用清瘟败毒饮⁽¹⁹⁾,出血热早期用丹参、生地、赤芍、丹皮等凉血活血化瘀⁽²⁰⁾,都证实能缩短病程,改善预后。

有人主张治温应“三护”,这是先证而治的又一体现。当其夜有烦躁,睡则梦呓,醒则清明,或高热而舌红绛者,即须于大剂清热方中加紫雪丹、牛黄清心丸等以护脑;初见舌干,乏津口渴者,即用生地、石斛之属以护津;温病初用发汗热不解而大便不畅或三、四日未行者,即用下法以护脑。“三护”犹兵家之先发制敌,用药制邪于病机变化之先,不使病邪有内传之机⁽¹¹⁾。

温病先证而治沿于《内经》“上工治未病”和仲景“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”的观点。它并未脱离卫气营血理论指导,是卫气营血理论在某些特殊情况下的具体应用。由于本法是对体内即将发生或刚发生的病理变化在未显露于外之前就先予以治疗,因此要求在掌握具体疾病的传变特点,明确诊断或拟诊的前提下运用,否则就会刻伐无辜,引邪内入⁽²¹⁾。

发挥峻猛泻热,应用清解化瘀

石膏为辛寒清气主药,长于清气。自仲景以来,历代医家恒多用之。伤寒学派用治阳明经证,温病学派用以清泄气分无形邪热,温病学家余霖更以之泻疫毒蕴壅之火,却淫逸之热。张锡纯治温病,把石膏作为清解大热的特效药物,14个解高热方剂中,用石膏者13方。用石膏为主药的方剂,如麻杏石甘汤、白虎汤、清瘟败毒饮治疗急性支气管炎,肺炎,流感,乙脑,流脑,出血热,败血症等,取得很好的疗效。

运用石膏的经验指征主要有三:蒸蒸发热的“热型”⁽²²⁾;里热已盛,表现为发热有汗不解⁽²³⁾;不必拘泥于阳明经证俱备,凡热病见脉洪滑,唇红,舌红,苔白稍粘涩,口略渴,恶寒不甚重,即可运用。也不必拘泥于气分或中焦,烂喉痧、温毒发斑等营血分也可用,下焦热沸用八正散加石膏,可提高疗效⁽²⁴⁾。阳明经四大症于白虎汤中加大黄,使清解与泄热双管齐下,可大挫热势⁽²⁵⁾。阳明经证而大便不通或不甚通畅,白虎汤可与承气汤同用⁽²⁶⁾。

大黄擅长泻热邪。仲景以大黄泻热通下逐瘀,又可主用大黄逐邪,鞠通在大黄配伍应用上有所发展,用承气汤均有“大便秘”、“不大便”、“大便不通”、“热结旁流”等腑实证。上述大黄的攻泻作用包括泻温热、泻湿热、泻瘀热、泻热饮、泻痰热、泻燥屎积滞等诸方面。其中泻热邪作用,值得重视。

《温疫论》关于“邪为本、热为标,结粪又其标”等见解,和不拘结粪主用大黄逐邪的经验,临床已经证实:可使肺炎、胆道感染等疾病加速退热,疗效提高;使乙脑、重症肝炎、败血症、出血热等危重病的死亡率得以降低。

大黄在温病中的应用范围很广,《温疫论》谓“可下者”约30余症。掌握早期应用指征至为重要,下列主证可供参考:1.舌黄,心腹痞满。便秘则非关键之症⁽²⁸⁾。2.表证渐罢。因表证有所改善,而发热不解或不清,说明不是一般感冒,病势可能还要向里发展⁽²³⁾。3.表证已解而汗出热不退,提示里热郁结⁽²⁷⁾。另外,对湿温热盛之肠伤寒,不少人主张用大黄泻下⁽²⁸⁾。总之,大黄不要在腑实证具而后用。

祛无形之邪热,大黄可单用或加入辛散、清解复方;祛有形之邪,则以大黄为主,随证伍以软坚、行气、导滞、活血、逐水等品。并根据邪气所在部位和正气强弱,灵活选方组药。同时,还要掌握急下指征,如瘟疫,热盛神昏,动风,伤阴,关格等。津枯而热不盛者,应增水行舟,以补为攻,非纯用大黄攻下所宜。

清热解毒贯穿于热毒致病治疗过程的始终。以清热解毒为主治疗化脓性扁桃体炎,肺炎,胆道感染,胰腺炎,菌痢,尿路感染,乙脑,出血热,钩端螺旋体病等,取得了良好效果。基于“毒”是温病致病因素的认识,对热毒为病者,治热治变必须以解毒清热为主⁽²⁾。

清热解毒贵乎早。凡诊为瘟疫、疫疔或有化火成毒证象者,即予应用。早用大剂清解,里热一清,表气自透⁽²⁸⁾。清热解毒宜兼逐秽,疏利三焦。在解毒的同时,上焦“升而逐之”,中焦“疏而逐之”,下焦“决而逐之”,使秽浊热毒内外分消⁽³⁰⁾。

这里应强调苦寒解毒对营血分证治疗的重要性。天士治营血分证以咸寒合甘寒为主,对营热阴伤,血热出血有重要作用,但对祛除热毒病因,则其力较弱。而苦寒之品清热解毒之力较强,不但能清解气分,亦能入营血,多具清心、消斑、凉血、止血功效。现对流脑,乙脑,出血热,肠伤寒,肝炎,肺炎,钩端螺旋体病等营血分证,采取苦寒解毒取得疗效者,已非鲜见⁽⁴⁾。

活血化痰可用于某些温病的卫气分。近年来,在对乙脑,流脑,出血热,急性黄色肝萎缩等运用卫气营血辨证论治的同时,进一步重视了活血化痰法的应用。活血化痰法不仅对营血分证有作用,而且可用于某些温病的卫气分。

卫分瘀血证,见于湿热病毒郁于肺卫,损及络脉为瘀,出现以卫分证候为主,兼见鼻衄,咯痰带血,皮肤斑疹等的一类病证。气分瘀血证,则见于气分热邪壅盛,内犯血脉为瘀,出现以高热不恶寒等气分证候为主,兼见斑疹,吐衄,咯血,便血等一类病证。前者宜清卫化痰,方如银翘散合犀角地黄汤,银翘散去豆豉,加生地、丹皮、大青叶,倍玄参方等;后者宜清热化痰,方如麻杏石甘汤加桃仁,加减玉女煎,导赤承气汤,化斑汤等⁽¹¹⁾。

鉴于热毒多夹瘀,故对温毒、温疫、或温病有化火成毒倾向者,尤应警惕潜在性瘀血的可能,必要时宜作血液流变学等有关检查。

参 考 文 献

- (1) 刘茂甫等,广西中医药7(5):21,1981。
- (2) 黄星垣,云南中医杂志2(1):19,1981。
- (3) 张学文,中医杂志22(8):5,1981。
- (4) 戴春福,福建中医药16(6):2,1985。
- (5) 沈庆法,上海中医药杂志(4):17,1980。
- (6) 邱德文,贵阳中医学院学报(1):22,1980。

- (7) 骆崇通,新中医(10):7,1981。
- (8) 钱元龙,江苏中医杂志1(4):44,1980。
- (9) 欧阳琦,湖南中医杂志1(1):7,1985。
- (10) 胡丙炎,湖北中医杂志(2):18,1985。
- (11) 严世芸等,上海中医药杂志(1):3,1981。
- (12) 康锦其,云南中医杂志3(3):20,1980。
- (13) 陈佩琼,中药擦浴降温疗效初步观察,龙溪地区中医院院刊,110页,1985。
- (14) 林宗广,上海中医药杂志(3):24,1980。
- (15) 成都中医学院儿科等,27例“乙脑”中医诊治小结,中医温病卫气营血理论研究资料汇编,46页,四川省中医温病卫气营血理论研究协作组,1980。
- (16) 程远纶等,温病患者血液流变学的初步观察——附100例正常值,中国中西医结合研究会第二届全国会员代表大会暨学术讨论会论文摘要汇编,246,中国中西医结合研究会,1985。
- (17) 徐应抒等,中医杂志27(8):39,1986。
- (18) 李传龙,中医杂志20(8):42,1979。
- (19) 欧阳琦,湖南医药杂志(1):42,1979。
- (20) 贝润浦,山东中医学院学报7(1):17,1983。
- (21) 郭铭信,中医杂志23(4):4,1982。
- (22) 沙星垣,中医急诊通讯(7):封2,1986。
- (23) 马云翔,江苏中医杂志5(2):9,1984。
- (24) 张琪,黑龙江中医药(3):1,1983。
- (25) 王维新,江苏中医杂志3(4):10,1983。
- (26) 达国钧,浙江中医杂志19(7):2,1984。
- (27) 陈扬荣,福建中医药14(5):27,1983。
- (28) 施仁潮,陕西中医6(7):294,1985。
- (29) 张文选,江苏中医杂志7(6):35,1986。
- (30) 薛伯寿,中医杂志22(4):4,1981。
- (31) 张学文,上海中医药杂志(5):10,1982。

参 附 汤 退 热 治 验

中国中医研究院西苑医院神经科 周绍华

李×,男性,55岁,病历号226。

患者因眩晕、复视、视物偏斜、旋转、饮食发呛,于1985年10月15日收住北京××医院。一周后出现四肢瘫痪伴发热(体温38~38.7℃),呼吸困难,痰多,而行气管切开,痰培养为绿脓杆菌、克雷伯杆菌。12月23日作CT扫描,提示中脑中线偏左有约1×1×1厘米大小低密度区,诊为中脑梗塞。给予脱水、扩溶及支持疗法,应用先锋霉素IV、妥拉霉素及α-糜蛋白酶、庆大霉素雾化吸入控制感染。同时给予安宫牛黄丸,经多日治疗,体温仍不退。

1986年1月12日请我院会诊。证见,发热(体温38.4℃),呼吸急促,冷汗淋漓,四肢不温,面色苍白,形体肥胖,脉细微稍数,重取无力,舌质淡,舌体胖嫩,苔薄白润,此乃元气不足,阳气暴脱之证。治宜益气回阳,敛汗固脱。拟参附汤加味。处方:生晒参

(另煎兑服)10克,制附子(先煎)10克,生牡蛎30克,生黄芪30克。每剂煎200毫升,分二次鼻饲,服上药三剂,体温降至正常,汗亦减少。后因痰多,改用二陈汤加味,服十余剂,痰量明显减少。

按:祖国医学退热的方法很多,如解表、和解、清气、通下、清营开窍、凉血清热、益气回阳等。本例脑干梗塞后合并绿脓杆菌感染,引起发热,但未出现灼热、烦躁不安、舌质红绛、热邪内陷、热入心包之征象,故用安宫牛黄丸清热解毒,豁痰开窍显系不对症,不但不能退热,而且应用苦寒之品更伤其元气,促使病情加剧。笔者根据临床症状、脉象、舌象,改用益气回阳、敛汗固脱治法,用人参大补元气,附子温壮真阳。二药合用具有回阳益气固脱作用,生牡蛎敛阴潜阳,收敛止汗,生黄芪益气固表。由于方证相附,故而收效。