

思路与方法

温热病临床研究思路的回顾及展望

重庆市中医研究所 郭铭信 杨天海 喻全谕 汪天曙

审阅 黄星垣

温热病在中医内科中十分常见，并可引起高热、伤阴、厥脱、神昏、抽搐、关格等急重症。其中，急性发热属热病范畴者约五分之四。

自秦汉以来，热病始终受到重视。在《内经》中，急症内容以热病最为丰富，涉及病因、病机、证候、治则等，已具理论雏型。《伤寒论》开热病辨证论治先河，提出了若干思路、方法和处理原则。金代刘完素、明代吴又可开始把温病从伤寒中独立出来。清代叶天士、薛生白、吴鞠通等使温病学自成证治体系，成为一门辨治温热病的独立学科。近十余年来，在中医急症研究中温热病也占有较大比例。

我们认为，从方法论角度总结温热病有关临床研究的思路及其重要经验，有助于加快热病临床研究步伐，少走弯路；对研究非热病性急症，也有一定借鉴价值。

一、审因论治，把祛除邪热放在首位

祛除邪热之所以成为温病的主攻方向，系遵循“客者除之”、“审因论治”的原则。盖邪热是温病的原始动因，津气匮乏和痰、瘀等继发病变是邪热伤正、灼津、耗血动血的结果。

对祛除邪热的重要性，吴又可、杨栗山、刘松峰等温疫学家已有所论述。但在七十年代末姜氏倡截断论^{〔1〕}之前，多按卫气营血论治而未引起足够重视。黄氏把祛除邪热提到温病学术继承发扬的高度来认识，认为温病病因病机以论毒为始，即：毒寓于邪，毒随邪入，热由毒生，变由毒起，毒不去则热不除，变必生；进而提出，由卫而气而营而血，治热治变均以解毒清热贯穿始终^{〔2〕}。郭氏将祛邪撤热作为防治温病伤阴及合并症如厥脱、动风、关格、血瘀等的首要原则，指出其主要方法和措施是解毒清热、通腑泻热和药先于病^{〔3〕}。这样，在全面继承温病学家祛除邪热和养阴增液两大基本治则的基础上，将温病学家在特定历史条件下形成的相对重视维护正气，改变为以祛除邪热为首务，从而确立了温病辨证论治以病因治疗为第一的指导思想。

祛除邪热在温病临床上已得到广泛应用，其重要性已日益受到重视。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^{〔4〕}。祛除邪热不仅成为温病临床研究的重要课题，而且在中药新剂型的研制中所占的比重也最大。据统计，在105种治疗温病的制剂中，属祛除邪热者达82种，占78.1%。其中尤以清热解毒的品种最多，计70种，占祛除邪热制剂的85.4%^{〔5〕}。从一个侧面反映了对祛除邪热，特别是清热解毒的重视。

加强祛除邪热的经验主要有三。一是清下并用。这不仅可以应用于腑实为基本病变的某些急腹症和其他热病有腑实证者；而且，利用其泻热排毒作用，对肺炎、败血症、感染性休克、重症肝炎等也有重要作用。二是强化清解。将单独口服苦寒重剂直折热毒的方法，扩大为口服、注射、吸入、肠道、局部用药等多途径给药，以及针刺、按摩等的综合应用，进一步加强了清热解毒的功用。三是菌毒并治。对败血症、感染性休克及其他目前需采用中西医结合治疗的危重病症，在选用抗菌素的同时，充分发挥中药的解毒排毒作用^{〔6〕}。

二、欲求高效、速效，必须改进剂型，充分发挥峻攻、峻补方药的作用

急症急治是《伤寒论》处理外感热病的重要原则。各地的经验提示，温热病在应用这一原则时，不应局限于标本缓急和处理时序的先后，更重要的是方药的高效、速效。为此，必须改进剂型，充分发挥峻攻、峻补方药的作用。

张隐庵在注释《伤寒论》急温急下时说：“夫病有缓急，方有大小，若以平和汤药治急症者，与庸医杀人同律”。张景岳在众多药物中，将人参、熟地、附子、大黄称为“药中之四维”。并谓：“病至于可畏，势非庸庸所济者，非此四物不可。”说明只有采用峻猛之剂，才能保证急症急治原则的实施。特别是温热重危急症，皆属邪气极盛或正气至虚，非用峻攻或峻补药物不可。

目前值得重视的峻攻、峻补药物和方剂有：(1)生石膏。生石膏为治阳明气分高热之主药。余霖强调，“毒火煎熬于内，非冰水不足以制其燥，非石膏不足以制其陷”。石膏宜生用，重用。用石膏为主药的方剂，以清瘟败毒饮作用最强。(2)大黄。大黄用治温病主要与其有攻下逐邪和清热解毒的作用有关。除应用于一般腑实证外，掌握早期应用指征和急下指征至为重要。在含大黄的诸承气汤中，以峻攻的大承气汤应用最多。(3)人参。人参功能大补元气，为固脱要药。以其为主药的生脉散治疗感染性休克的疗效，已被临床反复证实。若为阳脱或阴阳俱脱者，则需配伍附子等，如参附汤。(4)其他：破气的枳实、青皮，用治感染性休克；桃仁承气汤、十枣汤、大陷胸汤等破血逐水方药用治出血热急性肾衰合并播散性血管内凝血、肺水肿、高血容量综合征，均有效验⁽⁷⁾。

使药物能较快到达病所或直达病所，是目前温病临床中剂型改革的目的之一。除沿用传统制剂外，近几年研制了不少新制剂。按温病治则划分有解表、退热、清热解毒(清热解毒泻火、清热解毒凉血、清热解毒燥湿、清热解毒退黄、清热解毒利胆)、通腑泻下、养阴增液、活血化瘀、醒脑开窍、固脱救逆等；按剂型划分有口服的冲剂、合剂、片剂(浸膏片)、糖浆剂、胶囊剂，以及注射剂、滴鼻剂、雾化吸入剂、栓剂、结肠灌注剂等。这种在中医温病理论指导下的剂型改进和辨证应用，是取得较好疗效的重要原因。

为使药物尽快达到病所，各地主要从选择给药途径和合适剂型入手。对全身治疗而言，注射用药较口服药吸收快；肠道给药与肌注吸收速度相似；口服中药提取物如浸膏、总成份等，较口服生药的粉、片、丸、散的吸收显效快。对局部治疗而言，为使药物直达病所，可采用多种途径给药，如化脓性扁桃体炎用吹药、肺炎用雾化吸入、急性菌痢用肠道给药、阳明腑实用口服或肠道给药等。另外，在病变脏器的相应体表部位用药外敷，也可较快地达到药到病所的目的。

三、提高危重性温病疗效的关键，在于采用中医综合治疗

八十年代初，我所根据内科急症来势急、变化快、病变多不单一、因果关系复杂等特点，提出必须针对各个环节，既治本，也治标；既治原发病，也治并发症的中医综合性治疗措施。在温热病中，体现为既针对病因邪热，也针对由之引起的病理变化，诸如瘀、痰、水毒及伤阴等的综合治疗。中医综合治疗目前已广泛应用于高热、感染性休克、急性肾衰、中毒性肠麻痹等热病急症；出血热、乙脑、散发性脑炎、流行

性腮腺炎、传染性单核细胞增多症、重症肝炎、急性菌痢等急性传染病；急性化脓性扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、急性会厌炎、急性呼吸道感染、肺炎、肺脓肿、急性胆道感染、急性胰腺炎、急性阑尾炎、阑尾脓肿、败血症等急性感染性疾病。各地的经验提示，中医综合治疗是大面积提高温热病疗效的有效方法，也是提高危重性温病疗效的关键所在。下面举有对照组的资料予以说明。

中医综合治疗的疗效优于口服中药等单一疗法。王氏用麻杏石甘汤加味口服与宣肺、祛痰、清热的超声雾化吸入治疗小儿支气管肺炎，其治愈时间、发热、咳嗽、气急、肺部罗音等症状和体征消失时间，均较单服同一方药的对照组为优⁽⁸⁾。诸氏经验，小儿肺炎治用清热泻肺通腑法(虎杖、鱼腥草、桃仁、苏子、葶苈子、大黄、甘草)，心阳衰弱加生脉散等，其疗效优于以麻杏石甘汤为主方的治疗⁽⁹⁾。沈氏等观察到儿童呼吸道感染经中药(麻黄、葶苈子、远志、丹参、鱼腥草等)超声雾化吸入治疗后，病情好转但未愈或不能坚持治疗者，加服上药重剂可提高疗效⁽¹⁰⁾。

中医综合治疗的疗效，不逊于常规西医疗法。胡氏用桔梗白散配合口服辨证汤药治疗出血热所致急性肾衰，与用西医非透析疗法者相比较，疗效明显高于后者⁽¹¹⁾。

包括中医综合疗法在内的中西医结合治疗的疗效一般均优于西医疗法。孙氏用中西医结合治疗乙脑，中医汤、丸、散、针剂及针刺并用，注意把好高热、抽搐、呼吸衰竭“三关”，以控制高热为重点明显提高了疗效⁽¹²⁾。朱氏采用口服清热解毒、凉血化瘀、熄风解痉的中药煎剂加肌注板蓝根溶液，大部分病例并加服安宫牛黄丸和配合西药，治疗进入营血阶段的散发性脑炎，与单用西药的对照组比较，病死率明显减少⁽¹³⁾。王氏等以静滴和口服清热解毒、清营凉血、开窍通下的中药制剂为主，治疗暴发型肝炎，亦获得了病死率显著低于西药组的效果⁽¹⁴⁾。设有西药组以对比观察中西医结合以中医综合疗法为主治疗热病急症的疗效，近几年各地屡有报道。如：中药口服和灌肠并用治疗重症菌痢⁽¹⁵⁾、以泻热通腑和清热解毒的中药重剂为主治疗革兰氏阴性杆菌败血症⁽¹⁶⁾、用通腑和固脱中药配合西药治疗感染性休克⁽¹⁷⁾、在西药抗休克的同时加用固脱和活血的中药煎剂和针剂治疗出血性休克⁽¹⁸⁾等，疗效均获显著提高，病死率也显较对照组低。

另有用通腑中药保留灌肠配合大柴胡汤加减口服，治疗胆系感染，比单服中药效果更优⁽¹⁹⁾；肺炎口服清热解毒方药及肌注鱼腥草针的疗效与抗菌素加中

药辨证论治者无明显差异⁽²⁰⁾；用调胃承气汤保留灌肠和口服辨证方药，对细菌性感染发热的降温效果，优于中药加西药组⁽²¹⁾；也有用中药保留灌肠、口服、外敷及针刺等配合西药，抢救重症出血性胰腺炎获效的报告⁽²²⁾。以上充分显示了中医综合疗法治疗温病的广阔前景。

中医综合疗法较好地解决了温病整体与局部、治本与治标的关系。它采用清解与泻下、清解与活血、清解与救阴、固脱与解毒等多种治法，始终把整体调治放在首位。在给药途径方面，除口服、注射用药外，还用吹药、雾化吸入、灌肠、外敷等，使药物直接或间接作用于病灶。

中医综合治疗除要注意加强顿挫邪热外，还要注意如下几点：(1)及时消除痰、瘀、水毒等继发病变。需要注意的是，对出血热、乙脑等传变迅速的病证，要应用截断和先证而治的原则，将中医综合治疗应用在痰、瘀等征象出现的前面。如在乙脑卫分证期即加熄风、豁痰、开窍醒脑药，在脑膜炎初期即用清瘟败毒饮，出血热早用丹参、生地、赤芍、丹皮等凉血化瘀药，都证明能缩短病程，改善预后。急性肾衰中的水毒潴留，应与瘀热等一并排出；否则，不但阴伤难复，甚至有危及生命之虞。(2)扶正与祛邪同步进行。扶正固脱与祛邪撤热同时并重，对治疗重症感染所致的休克、心衰和呼吸衰竭等均有较好疗效。对本虚标实的老年肺部感染及邪热伤正患者，清解与扶正并用，可使病情得到较快好转和控制。采用补液或静滴养阴针、增液针以防治伤阴，几乎已成为热病治疗的常规。

四、小结及展望

坚持辨证论治和整体观念是急性热病临床研究的基本原则。从控制病因邪热入手，选择峻攻、峻补方药，研制快速达到病所的制剂，采用切断多个病理环节的治疗措施，是近几年温病防治研究中所需要解决的问题。这三者的关系是：祛除邪热是治本，是提高疗效的前提；研制高效速效的方药剂型是手段，是实施温热病急症急治的首要条件；而综合性治疗所体现的标本并治原则，则是前二者的具体应用，也是缩短疗程、提高治愈率、降低死亡率的必要保证。

寻求增强祛邪热效应的方法，是亟待深入研究的问题。从祛除邪热的两条基本途径——“透”与“泄”来看，目前多侧重于后者，即清解与泻下，如能在此基础上，对“阳热怫郁”予宣清通同用的理论加以研究并进行系统观察，有可能会进一步提高祛除邪热的疗效。

不脱离中医理论，着重于复方的研究，是温病剂改的成功经验。在加强研制针剂的同时，扩大其他剂

型和品种的研制，使之系列化，是当前剂改工作的趋势。发挥传统给药途径并加以改进亦不宜忽视。如肠道给药能使药物直接作用于肠道病灶，经肠壁吸收发挥整体治疗作用，因而能弥补口服给药的不足；且有保持药物性能、作用较快、操作简便、易于实施等长处，值得深入研究。

中医综合疗法治疗热病的突出疗效，已日益受到医学界的重视。它十分重视祛除邪热，也不忽视活血、开窍、化痰、逐水、止痛等对症措施。在治疗方法上，除充分运用多种药物治疗外，还注意发挥针灸等非药物治疗的作用。扩大中医综合疗法的应用范围，总结温热急症和急性感染性疾病、急性传染病的中医综合疗法的成功经验，判定并逐步完善相应病证的证治常规，是提高温热病疗效的重要途径。

参考文献

- (1) 姜春华：新医药学杂志 (8):8, 1978。
- (2) 黄星垣：云南中医杂志 2(1):19, 1981。
- (3) 郭铭信：中医杂志 23(4):4, 1982。
- (4) 胡丙炎：湖北中医杂志 (2):18, 1985。
- (5) 重庆市中医研究所情报室：中药新制剂在温热病中的应用概况，待发表资料。
- (6) 重庆市中医研究所情报室：中医急症通讯 (5):8、(6):11, 1987。
- (7) 郭铭信：中医急症通讯 (4):9, 1986。
- (8) 王小鹿等：中医杂志 25(3):45, 1984。
- (9) 诸惜勤：上海中医药杂志 (6):8, 1984。
- (10) 沈书萍等：中医杂志 23(4):24, 1982。
- (11) 胡元奎：中医杂志 23(12):33, 1982。
- (12) 孙景振：江苏中医杂志 6(7):22, 1985。
- (13) 朱玛喇：新中医 (11):22, 1984。
- (14) 王国中：上海中医药杂志 (2):7, 1985。
- (15) 赵淑颖等：中级医刊 (8):39, 1982。
- (16) 张淑文等：中西医结合杂志 4(5):288, 1984。
- (17) 崔清和等：中西医结合杂志 6(2):181, 1986。
- (18) 徐德先等：中西医结合杂志 6(2):93, 1986。
- (19) 朱广根：上海中医药杂志 (9):14, 1984。
- (20) 陆礼然：广西中医药 7(2):21, 1984。
- (21) 徐应杼：四川中医 2(6):31, 1984。
- (22) 韩守义等：冶金医学 (2):47, 1985。

新书出版消息

目经大成(点校本) 卢丙辰、张邓民点校，定价 2.60 元，中医古籍出版社出版。

全书共 23 万字，卷一立论，卷二考症，卷三类方，内容极为丰富。该书突出了局部与整体相结合进行辨证的思想，证治俱备，方注精详，是珍贵的眼科文献。欲购者可直接与北京东直门内北新仓 18 号中医古籍出版社联系，并另附 10% 邮挂费。