

临证心得

先师孙谨臣治疗湿热病的经验

北京中医学院 刘弼臣

先师孙谨臣先生，临床实践经验丰富，对于湿热病的认识，更有独到之处。尝云：“热为天之气，湿为地之气，热得湿而愈炽，湿得热而愈横，湿热两分，其病轻而缓，湿热两合，其病重而速，病情不同，证治有别。”

一、湿多热少，则蒙上流下，当三焦分治

先师认为，湿邪为病，其临床特点有四：第一是“重浊”。重的方面如头重、身重、四肢沉重、腰重、臂重等；浊的方面如小便浑浊、大便粘臭、湿疹疮疡流水、小儿口角流涎、即分泌或排出带有混浊的东西。第二是“滞腻”。如舌苔浑腻，发病缓慢，病程较长，停滞不去，难期速效。第三是“下流”。因湿与水同类，水湿之性趋下，如小溲清长、大便溏泄等。第四是“伤阳”。因湿为阴邪，阴盛则伤人阳气，特别是容易损伤脾胃的阳气，出现运化失健，如纳食呆滞、腹胀形寒等。

在湿多热少的情况下，其主要特点，就是“蒙上流下”。所谓“蒙上”就是湿浊之邪蒙蔽上焦，如证情表现为憎寒、微热、身重头昏等；所谓“流下”，就是根据湿邪通过三焦水道有一个向下流动的特性，所以湿热为病，也就形成了由上焦逐步向中、下二焦次第相传而进展的病程。因此，在治疗原则上都需化湿清热，但应根据三焦不同的见证而分别论治，才能奏效。

1. 上焦湿热

上焦湿热是湿热伤人的初起阶段，邪在卫表。阳气为湿所遏故多恶寒，同时每有身热不扬，伴以头痛身困湿郁之象，先师认为这是上焦湿热的重要标志，与寒邪在表之证截然不同。因胃为水谷之海，脾为湿土之脏，故湿热之邪

最易侵犯脾胃，初起即使邪尚在表，亦每多兼有胸脘痞闷、舌苔白腻、渴不欲饮等里湿证候，尤其四肢为太阴之表，肌肉胸中为阳明之表，故胸痞为湿热必有之证，四肢倦怠、肌肉烦疼，亦必兼见。

上焦湿热伤表，有的则表现恶寒无汗、身重头痛胸痞，湿遏卫阳，性近于寒，在治疗方面，须重芳香辛散，芳香可以燥湿，辛散可以透表，庶几湿热之邪当自外解。但只宜微表，不可过汗，以免耗伤阳气。最常用的方剂，当推藿香正气散。方中藿香、苏叶、白芷都是芳香燥湿之品，有微发汗解除恶寒头痛的作用；茯苓、白术、厚朴、半夏、大腹皮功能燥湿利湿，可疗身重胸痞；桔梗开提肺气，而使表湿之邪外出于皮毛，共奏表通里和，散邪化湿之功。

如果湿郁则饮内留而不引饮，热蒸则液不升而口渴，临床表现发热比较明显，汗出胸痞，兼见恶寒身重、关节疼痛等证。治疗方面，又应利湿泄热，宗“湿宜淡渗，不宜专用燥药”之旨，让湿邪淡渗下走，以免郁热上蒸，可选用黄芩苡仁滑石汤加减，谨避苦燥散湿之剂，而免耗津，变证蜂起，用药如滑石、清水豆卷、茯苓皮、苍术、藿香、白通草、桔梗、鲜荷叶等，淡渗利湿而清热。

此外先师对湿热之邪入侵于肺，肃降失司而上逆所致的小儿咳嗽喘促不宁、日轻暮重、胸脘痞塞、口渴而不欲饮之证，又常用葶苈子、炙杷叶泻肺降逆，六一散、车前子清热利湿，往往收到良好的效果。

2. 中焦湿热

先师认为“湿病乃少阴太阳同病，湿热乃

阳明太阴同病也。”因此脾胃为湿热病变的中心。

湿热病入中焦，往往热盛阳明则恶热汗出，湿盛清阳则胸痞昏重，湿邪内盛则舌苔白腻，湿热交蒸则苔黄舌红。是湿热病进入中期的表证，也是整个湿热病变过程中的重点。上焦湿证，为时短暂，很快由表入里。这时临床特征，先师认为有四大特点：第一，热象开始明显起来，早晨发热轻，下午发热重，恶寒现象相对减轻，即为湿热之邪已经入里，由卫到气的标志。第二，由于脾为湿困，运化失职，故胃肠症状特别明显，消化功能受损亦较严重，如不饥纳少、肠鸣便溏、胸痞腹胀更甚；肌肉四肢为脾所主，故此时身重肢困更明显。第三，病程很长，病势缠绵，其证数周数月很少变化。第四，病情表现复杂，既可寒多热少，也可壮热憎寒，或寒热模糊。但是邪气终究不是从阳化热，就是从阴化寒，或者深入脏腑，而使病情发展加重，出现变局。

中焦湿热由于病情复杂，治疗未得要领，往往缠绵难愈。因为中焦湿热各种证情出现的因素，皆由湿邪所致，故化湿也就成为治疗的中心。常用方剂如蒿芩清胆汤或达原饮加减。因为蒿芩清胆汤中的陈皮、半夏、茯苓，达原饮中的草果、厚朴等均化为化湿之品。先师亦常在此类方中加入藿香、苍术、佩兰等。如邪偏于胸膈，介于上、中焦之间，则以蒿芩清胆汤为主，分消上下之法治之，用青蒿合半夏开上透泄，黄芩合竹茹、茯苓清热导下。先师常在化湿的同时，增加鲜荷梗为引，辛开宣泄，以畅达三焦气化，因为气化则湿化，从而使湿热之邪自解。如果湿热之邪长期盘踞郁结难解，邪结不开，先师认为一般化湿方法则难收全功，故在化湿开达的同时，常用槟榔、枳壳、青皮、桔梗等，以增强散结之力。

此外，湿热之证，大多兼痰。因脾为生痰之源，肺为贮痰之器，中焦湿热蕴蒸成湿可以上蒸于肺，出现咳嗽痰多、咯吐不爽，宜用**三仁汤**加减，杏仁、生苡仁清肺止咳，半夏化痰，滑石、通草利湿，白蔻仁、厚朴芳香化浊。

出现湿蒙蒙蔽清窍，耳聋不聪，表情淡漠，反应迟钝，或者处在半明半昧状态，先师又常用菖蒲郁金汤加减，如菖蒲、广郁金、瓜蒌、大贝母、戈制半夏等，以除痰开窍。

3. 下焦湿热

下焦湿热的主要表现在大、小二便为湿热所滞留，造成二便不通，或通而不畅。由于湿热带留，不能向外排出，故而全身湿热症状也就不易消退，腹胀、胸闷、头昏等证也难消除。其治疗方法，重在利湿。膀胱气化不利，小便不通者用五苓散，方中猪苓、茯苓、泽泻通调水道泻湿利水，白术燥湿利水，官桂以助膀胱气化功能，用之多能收效。如果小便淋涩不利，溺管闭塞多用寒通汤加减，知母、黄柏清下焦湿热，利下窍通淋，滑石、芍药利水渗湿和血止痛，共奏清化湿热利水通淋之功。传导失司大便不通者，则常用二丑末、茯苓、制军导浊行滞，把肠内滞留的湿浊排掉。如果大便利下不畅，里急后重，腹部胀痛痞满者，则用木香槟榔丸燥湿清热，疏通肠胃，往往效如桴鼓。湿流下焦，大便泄泻少者，此即所谓“湿胜则濡泄”，常用滑石、茯苓、猪苓、泽泻、车前、通草等淡渗利湿之品，以复分清泌浊之职，湿净则便泻自告痊愈。

二、湿热俱盛，则下闭上壅，当开泄清热

湿盛的重点在脾，其症身热稽留，汗出不退，渴不引饮或喜热饮，胸闷泛恶，四肢倦怠，身重头蒙，神志呆钝，小便浑浊，大便溏泄，脉象濡缓，舌苔白腻等。热盛的重点在胃，其证身热增高，口苦作渴，但不欲多饮，胸痞干呕，心烦溲赤，便秘或溏而不爽，舌苔黄腻甚或干燥，舌边尖红，脉象濡数等。湿热俱盛则下闭上壅。所谓“下闭”乃湿热之邪与肠腑积滞相结，传导失司，故便秘或热结旁流，腑气壅塞，则腹满胀痛、拒按，湿热蒸腾则发热、日晡尤甚、舌苔黄腻而干。所谓“上壅”乃湿热蒸腾，正邪剧争，而火性炎上，故高热恶热，渴饮气粗，呼吸因之增大加快，上扰神明，则可见烦躁昏谵等证，形成一派表里上下充斥肆虐，三焦俱困之象，最易产生耳聋、干呕、发痉。

发厥,而成危殆变局。

下闭上壅是湿热病情在整个发展过程中邪气处于极盛时期,治疗原则就是开泄清热。先师认为:“毒寓于邪,毒随邪入,热由毒生,变由毒起,湿毒不去则热不除,而变证必生。”基于这一指导思想,偏于上壅者则重用生石膏,因生石膏为治阳明气分高热之主药。先师认为:“湿热郁蒸,阻遏清阳,非石膏不足以制其陷;毒火煎熬,上扰神明,非凉水不足以制其燥”。偏于下闭者则应用大黄以攻下逐邪。先师认为:“毒势深重,火焰沸腾,若不扫尽狂氛,则难存阴液”。在常用方剂中轻证者又常选用甘露消毒丹加减,以清热解毒燥湿,方中黄芩清热燥湿;连翘清热解毒;藿香、白蔻仁芳香化湿;滑石利湿泄热;晚蚕砂、丝瓜络宣气通络;石菖蒲泄浊开闭,以宁心安神,一旦湿热清除,气畅络和,则发热可退,下闭上壅解除,而诸证自愈。热甚者可用生石膏,增强清热作用;咳嗽未除者可加杏仁以宣肺止咳;兼呕吐者加半夏以和胃降逆;热结旁流者加瓜蒌、黄连以

燥湿清热。小儿抽搐惊叫者加钩藤、地龙以熄风定惊。重证者则用凉膈散以清热解毒泻火。先师认为:“此方能够开泄清热,导湿下行,对下闭上壅湿热俱盛者有良效,而且对于湿热蒸郁,迫血妄行的吐血衄血等证,每可一攻而缓解。”

三、热多湿微,则耗气伤阴,当撤热保津

如湿热蒸酿肌表,证见壮热有汗不解,心烦口干欲饮,胸痞泛恶,甚则热盛神昏,谵语妄言,此非邪入心营,实乃胃热亢盛,势必耗气伤阴。斯时治疗,救液则助湿,燥湿则劫阴,先师常用白虎汤清撤阳明胃热,稍加苍术以燥太阴之湿,使湿与邪热各有出路,常收撤热除烦、保阴生津之功。并谆谆告诫切不可辛散发汗,更损阴气;亦不可攻下,损伤阳和;早用滋阴,常用腻滞不解,病情转重之弊。如果呕恶不止,胃火上逆,又常用川连苦寒降逆以清湿热,稍加苏叶性味芳香,通降顺气,两味煎汤,呷下即止。病人热退神清呕止,但多遗有余热伤津,或脾运未复等证,经过适当调理,自可逐渐恢复。

伸筋草汤泡浸法治疗脑卒中后手足拘挛

河北中医学院 薛芳

笔者于1981~1987年用伸筋草汤泡浸法治疗脑血管意外后遗症手足拘挛取得了较满意的疗效,现报告如下。

临床资料:本组67例手足拘挛均为脑血管意外后遗症。其中男43例,女24例。41~50岁12例,51~60岁18例,61~70岁31例,>70岁6例。手指拘挛32例,指趾拘挛35例;功能完全缺失45例,大部分缺失22例;67例拘挛的皮肤表面温度均较健侧清凉,皮肤颜色显著紫红37例,局部肿胀28例,麻木感觉18例。病程1~6个月22例,6个月~1年20例,1~2年18例,>2年7例。本组病例均系统接受过内服中西药和针刺疗法,拘挛未见改善。

治疗方法:伸筋草、透骨草、红花各3克。置于搪瓷脸盆中,加清水2公斤,煮沸10分钟后取用,药液温度以50~60℃为宜,泡浸15~20分钟。汤液温度降低后需加热,再浸泡一遍。手足拘挛者,先浸泡

手部,后浸泡足部,一日三次。泡浸时,手指、足趾在汤液中进行自主伸屈活动。一个月为一疗程,二疗程判定疗效。

治疗结果:显效35例(泡浸二疗程后指趾伸屈自如,功能改善,皮肤温度、颜色与健侧比较无明显差异,肿胀、麻木消失);好转29例(指趾伸屈较治前进步,皮肤温度、颜色改善,肿胀、麻木减轻);无效3例(与治前比较无明显变化)。

病案举例:孙××,男,51岁。1979年3月12日患动脉硬化性脑梗塞。遗留右侧手足拘挛,手指握固,不能伸展,功能完全缺失,皮肤温度较健侧显著清凉,皮肤颜色紫红,局部明显肿胀。内服补阳还五汤及针刺治疗1年余,效果不显。1981年2月20日用伸筋草泡浸法治疗。一疗程后,功能改善,手足可自主伸屈,皮肤温度及颜色进步,肿胀减轻。二疗程后,手足伸屈自如,功能完全恢复。