

专 题 笔 谈

甘温除大热的理论与实践

陈鼎祺(中国中医研究院广安门医院)

甘温除大热的问题是老题重提,笔者认为重新加以讨论,是很有必要的。

首先讨论一下“大热”。从现代医学看,大热是属于发高烧(即高热),而高热的原因很多,其治疗法则也各异,所以甘温药物在除热时,有其一定的局限性。补中益气汤用于重病之后,元气大伤,在恢复阶段,有虚象的话,肯定有效。但临床上常见的虚热,温度不太高,一般够不上“大热”范畴,而常见的大热,往往在外感热病时较为多见。从六经辨证来说,不论在太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴,用补中益气汤均难以奏效。众所周知,人参、黄芪主要补益中气,均有恋邪作用,所以在伤寒或中风之初,六淫之邪,易受参、芪所恋,因此,不但不能除热,反使病情加重,这是古今临床所不能否认之事实。至于温病,大多呈现高热,不论从卫气营血或三焦辨证,不但高热,往往发展成昏迷、发斑等证候,主要用清热(寒凉)及存津之法,更不能用人参、芪补品,否则不但高热不退,反会火上加油,耽误病情。现举几种高热病证,加以讨论。

从现代医学的热型来说,如大叶性肺炎、肠伤寒、斑疹伤寒等急性传染病,表现的稽留热,高热持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 上下,达数天或数周之久。这些疾病均是微生物感染,用清热解毒等药才有效,而补中益气辈定致恋邪而乏效。又如结核病、败血症、局灶性化脓感染、小叶性肺炎、渗出性胸膜炎等引起的弛张热,均宜用清热解毒方药,用甘温法则,也均不能取效。至于不规则热(热型无规律),可见流行性

感冒、支气管肺炎、亚急性细菌性心内膜炎等,同样,如用甘温药,很难除热。

再谈祖国医学“大热”证候,外感热病,均可见高热;内伤杂病,罕见大热。仲景所述的伤寒、中风等发热病证,未见甘温之选;温病疫痢,更乏补中治则。

关于甘温除虚热方面,笔者也确有治验数例,如有的病人,初有炎症感染,白细胞增高,用大量及多种抗生素发热更高,但炎症已消,白细胞已正常,考虑由西药引起之药物热,将全部西药停药,改用中药治疗,方宗补中益气汤化裁,很快热退而获效。另有些患者,发热在 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$ 之间,各方面检查,未有阳性发现,在除外炎症等病变的情况下,适有气虚证候,用补中益气汤加减,热象也渐退而愈。由此可见,甘温可以除虚热,若将甘温除大热改为甘温除虚热,是否更为恰当?希同道们指正。

赵树珍(浙江省中医药研究院)

东垣所谓之甘温除大热,有其特定含义,即指中气不足所致之发热。临床所见,饮食不节,寒温不适,治疗不当,过用寒凉攻伐,皆可损伤脾胃,劳役过度,情志所伤,或久病脏腑相传,亦可损脾耗气,致受纳腐熟无权,温煦输布失职,中气不足,运化无力,或滞于中,或陷于下,郁滞不宜或散越不敛而发热。发热的特点有四:一是发热无定时。或入夜即热,天明暂缓。且以手心热为主要见症。二是与活动量大小有关。安静少动则缓,烦劳太过则加剧。三是热势较平稳。无大的起伏波动,多为低热或中等度发热,一般在 38.5°C 以下,

或仅有烦躁烘热,而体温无明显升高。四是病程较长。治疗取效较慢。全身症状可伴有头痛(时痛时不痛),口渴(喜热饮),恶寒(得衣即解),自汗,怠惰嗜卧,行动喘乏,四肢困倦,大便溏薄,小便清长,脉缓弱或虚大无力等。这种气虚发热,属虚证范畴,与实热证之发热,如阳明经证之大热,大渴,大汗出,脉洪大之大热显然不同,与阴寒内盛,格阳于外,或戴阳于上之阳虚发热,亦有本质不同。因此,无论从病因病机分析,或观察其临床表现,气虚发热绝无大热可言。

气虚发热的治疗,固当以补中气,升清阳为基本治法,以补中益气汤为基本方剂,但应根据中气虚弱之重轻,累及脏腑之多寡,兼夹证之有无,四时季节之变化等而辨证加减,灵活运用,才能取得更好疗效。东垣在补中益气汤方后,加减多达25条,足以示人辨证加减之重要。急性白血病化疗过程中或化疗后,脾胃功能受损,气血虚衰,髓海不充,易合并细菌或病毒感染。证见高热不退,体温达39℃以上,大汗淋漓,口渴喜饮,纳差,面色苍白,神疲乏力。或见咳嗽痰黄,口腔溃腐,甚者热盛动风,抽搐惊厥,或热盛动血,吐衄便血。舌苔黄燥,脉虚大而数。此时之发热,可谓大热,但系气虚与实邪兼夹之发热,并非单纯虚热。治之当补气养血合清热凉血之品,单用甘温益气或苦寒清热均非所宜。总之,甘温可以除热,其热属气虚发热,而非实热,虚热无大热。

朱炳林(江西省波阳县中医院)

一种治法,可不必穷究其首创者的用意,也不一定非要在经典著作中找到根据方承认它的合理性不可,余以为检验它的标准只有实践。因此,对于“甘温能否除大热”这个问题,回答是肯定的。

对“甘温除大热”的“大”字,必须活看。首先,“大”是与“小”相对而言的。“大热”指的是高热。高热疾患用甘温法治疗,必须掌握关键,关键即在于别阴阳、分虚实六字。也就是说属气虚、阳虚者方可用甘温法。余治一妇,

郑××,28岁,产后十五天,突发高热,体温达40℃(腋下),伴恶寒、鼻塞,自以为受寒感冒,服安乃近一片,全身汗出,体温降至37.5℃,下午体温又复升至39.5℃,汗少,四肢不温,气短懒言,疲倦无力,嗳气恶食,小便淡黄,大便不畅,诊之,舌质淡、苔白,脉虚大。产后多虚,自不待言,此证中气不固,脾失健运,脾阳泛越,虚热自生,复兼一派中气虚馁之象,治以补中益气,予黄芪20克,党参20克,炙甘草6克,炒白术10克,当归12克,陈皮10克,柴胡5克,升麻5克,焦山楂10克。日一剂,分三次服,服上方2剂后,热势顿挫,体温38.5℃(腋下),症状见减。又进2剂,中气得补,胃气因和,热退身安。

又治王××,男,16岁,高热三天,门诊以“发热待查”收住内科。入院后高热不退,始终在39~40.5℃之间,经多种抗生素治疗十天,热仍未撤,后转中医治疗。症见体温39.5℃,微恶寒,口渴喜热饮,精神疲倦,气短乏力,面色㿔白,胃纳锐减,作呕欲吐,大便溏薄,小便清白,舌淡胖嫩、苔薄白,寸口脉弱。此证乃中气虚亏,脾阳不振,治当甘温益气,助阳和中。药用:党参15克,炒白术10克,茯苓10克,炙甘草5克,葛根15克,藿香5克,广木香3克,扁豆10克,山药10克,干姜5克,薏苡仁15克。日2剂,分4次服。上方共服4剂,体温降至38℃。复进2剂,日服一剂,热退思食,诸症悉平。

此二例都属大热,但非实热,非阴虚,一切咸寒、苦寒、酸寒、甘寒之品概不能投,只宜于甘温。所用补中益气汤、七味白术散、理中汤等都属甘温范畴,药后皆热退症祛,可见甘温是可以除大热的。

其次,“大”当作程度深解,指长期消耗性发热。发热日久,程度非浅;体温虽不高,但缠绵难愈,亦可视作“大热”。此种大热,解表不可,攻里不宜。凡见证为气虚、阳虚者,无论何病,皆可以甘温法治之。

甘温除大热,当然不限于补中益气汤,诸如六君子汤、举元煎、七味白术散、六神散、

小建中汤、人参建中汤等等皆具补益脾胃，温复中阳之功，皆可除大热。若高热不见气虚之证，或出现血热者，皆非所宜，临床时宜细心辨治。

徐 斌 (浙江省金华市中心医院)

临证所见，甘温不仅能除热，而且能除大热，只须辨证正确，用药确当，往往效如桴鼓。兹举病案一例以示：

楼某，女，29岁，工人。初诊日期：1984年3月9日。患者发现硬皮病病史十余年，高热（体温 39.5°C 左右）一周，西医诊断为胶原性疾病（硬皮病）所致的高热，予激素等对症处理，高热不退，无畏寒，无汗出，气短神怯，疲惫乏力，纳呆，舌胖大、苔薄白，脉沉细软，两尺部脉尤甚。前医误用白虎汤4剂，热势反张（体温 40.3°C ），气喘吁吁，精神极差，两颧泛红如胭，不能寐。余诊之，认为患者素体阳虚，大热乃虚阳亢奋所致，非阳明经证之大热，故改用甘温之品，投桂附八味（丸）汤2剂，以温助肾阳，引火归原。3月11日再诊，热退（体温 36.8°C ），精神转佳，诸症均已改善，脉沉细，复以原方再进3剂而告痊愈。

笔者以为甘温除大热的“大热”应有所指，即在阴火证的范围内，发热本质属寒，而治法宜温忌清的。阴火证是由于阳气虚衰、虚阳亢奋而表现于某一脏腑之虚火偏亢，也可是气血不足产生的虚火。阴火证中“热”与“大热”，二者之间主要是反映了阳气虚衰、虚阳亢奋的程度不同而产生的发热程度的不同，其治疗大法是一致的。确切地说，甘温能除之“大热”，也并不仅仅是西医所指的高热，它有其特定的含义。而西医所指的高热是用体温表测到体温高达 39°C 以上，具有一个客观的数据。若在诊断上以高热作为“大热”的一个必备条件，无疑增加了科学性。

黄海龙 (江西中医学院)

我的意见很明确：甘温能够除大热。其理由如下：（一）所谓“甘温能够除大热”是属于反治法的内容，即热因热用。疾病的本质是寒，属气虚抑或阳虚为其本，但现象与本质不同而

出现假热，假热是现象，即真寒假热证。甘温除大热之热，是针对假象而言，它不同于正治法“热病现热象，寒病现寒象”所采用的“热者寒之，寒者热之”的治疗方法。（二）所谓“大热”之热，仅仅是假象，它不同于实热证（阳明证或气分证）的“高热”和“壮热”。据我的临床体会：有的病人仅现五心烦热，面升火，皮肤发烫等自觉热象，但体温表测不到发热（或有低热）。有的病人体温表也可有 39°C 左右，甚至 40°C 以上的发热，虽体温很高，但病人口渴欲热饮，或不欲饮。诊其脉，洪大无伦，重按无力，外显假热，内有真寒的真寒假热证。为什么会出现身热的假象？究其因乃是阴盛于内，格阳于外，虚阳外越的表现。“阳虚则寒”言其常，“虚阳亢奋而热”言其变。故“甘温除热法”是从其假象而言，就其本质来讲，仍然是属于“寒者热之”的范畴。（三）临床实践不乏其例。我在临床上运用“甘温除热法”的指征，一般来说：一是经他医用甘寒、养阴甚至苦寒清热药而发热不退，诸症加重的患者。二是病人自觉五心烦热，面升火，皮肤发烫，伴有气虚，如气短息少，头晕眼花，声怯音弱等或阳虚，如“病人身大热，反欲得近衣者”和“身热目赤，索水到前复置不饮”等，病人的舌质一般偏红，或娇红，舌苔无明显变化；脉呈浮大虚数无力，甚至洪大无伦，重按无根的虚阳外越欲脱之候。三是西医医院使用多种抗生素和退热药治疗，发热不退者。不论体温表上是否显示发热，但不能作为我们是否采用甘温除热法的依据，而是要治病必求其本，抓住气虚或阳虚这一本质。

胡 臻 (温州市第二人民医院)

笔者运用“甘温除热”，临证中屡能取效，尤其对肝炎发热的治疗，收效颇为显著，且有普遍意义。如曾治陈某，女性，18岁，工人。患者于1988年3月4日因发热一周，伴全身皮肤黄染三天而入院。经化验检查，确诊为黄疸型急性甲型肝炎。经中西药治疗一周，未见明显好转，体温一直波动在 $38.5\sim 39.2^{\circ}\text{C}$ 。诊其发热不退，全身皮肤以及巩膜色黄，但黄

而欠鲜明,伴有神疲乏力,遇劳则甚,纳差,便溏,舌苔白微腻,脉弱。拟甘温益气除热法。药用:炙黄芪30克,党参、柴胡、葛根、藿香、白芍各10克,当归5克,陈皮、炙甘草各3克,白茅根30克。二剂。每剂煎二次,分早晚二次服。服药一剂后,次晨热退身凉。

肝炎患者大都可以发热,但以低热或中等发热为多见,往往黄出热退。但该患者黄出热不退,且呈持续高热达二周余。从其脉证来看,全身乏力症状显著,而且遇劳则甚,脉象虚弱,又兼有纳差、便溏,皆为脾胃气虚的表现。故用“甘温除热”法,使其脾胃之气得补,则其热自退。同时大多数甘温益气之品,如黄芪对免疫系统的调节作用也有利于肝炎病人的恢复。所以临床中我们不仅对肝炎持续发热病人有明显气虚证者用“甘温除热”法,对一般的患者,主张早期配合甘温益气之品。

王武兴(湖北宜昌医专中医系临床教研室)

甘温除热法,其用方不必拘于补中益气汤,凡东垣所立如“升阳散火、升阳益胃、黄芪人参汤”等类方均可选用,只要抓住病机要点,疗效卓然。特举一例:韩某,女,50岁,干部。1977年5月12日初诊。发热近三个月,初起于感冒,经中西药治疗,鼻塞咽痛等感冒症状消除,然发热不退,体温波动在38~39℃之间,午后为甚,伴短气,乏力,自汗出,头晕微胀,纳呆,神疲懒言,舌淡胖有齿痕,脉濡软。三个月来曾多次求医,有谓感冒而用银翘散之类者,有谓阴虚而用青蒿鳖甲汤者,也有谓慢性感染而肌注青霉素一个疗程。然热势不减,且全身症状逐渐加重。余审证求因,辨其为久病,损伤脾胃,运化不及,清阳不升,浊阴不降,以致虚火蒸腾于外,此正是东垣所论之“脾虚阴火证”也,遂宗“甘温除热”之旨,拟升阳益胃汤化裁治之,药用:升麻6克,炙甘草9克,太子参15克,炙黄芪12克,焦白术12克,川黄连3克,法半夏6克,陈皮9克,五味子9克,麦冬9克。6剂。水煎服,每日1剂,一日服4次。上方服至第二剂,发热退

至37.8℃,6剂服完,发热全退,精神气力明显好转,自汗头晕消除,饮食增加。继守上方5剂以巩固。随访三月余,病未复发。

王心好(河南省夏邑县人民医院)

从临床所见,笔者认为同为气虚发热,其辨治又有不同。如治李某,42岁,女性。患者因子宫III°脱垂作阴道式子宫全切,术后三天出现高热,经青、链霉素,红、氯霉素联合治疗一周,高热仍持续在39.5℃以上,邀余诊治。余见面色萎黄,少气懒言,动则自汗,倦怠无力,食少便溏,脉细无力,舌淡苔薄等证,认为证属中气下陷,气虚发热,治宜升举中气,甘温除热,方用补中益气汤加减:黄芪15克,党参12克,炒白术12克,陈皮6克,升麻6克,柴胡10克,当归10克,金银花15克,连翘12克,炙甘草6克,生姜三片,大枣三枚。服药二剂,体温下降至37.5℃,继服二剂,诸证消失,体温正常。还治一张某,28岁,男性。患者因外伤致脾破裂作脾切除术,术后30天一直高热不退,体温持续在39.5℃以上,一个月来,经输液及大剂量应用氨苄青霉素、先锋霉素、退热剂等无效而邀余诊治。证见头晕目眩,心悸怔忡,烦躁失眠,食少纳呆,自汗不止,脉细微数,舌淡、苔薄白等证,认为证属心脾两虚,气虚发热,治宜补益心脾,甘温除热,方用归脾汤加减:黄芪20克,党参12克,炒白术12克,当归10克,酸枣仁15克,龙眼肉15克,木香6克,炙远志12克,生龙牡各12克,金银花30克,连翘12克,炙甘草10克,生姜三片,大枣四枚。服药6剂,体温下降至37.4℃,头晕心慌,烦躁失眠诸证递减。继服6剂,自汗停止,体温正常。

从上述二例气虚发热来看,说明甘温确能除大热。其高热之标证相同,然其本证有别:例一,首因中气下陷子宫脱垂,继而术后重伤气血,故见少气懒言,食少便溏,四肢倦怠,动则自汗等气虚下陷之证,故选用补中益气汤为主,以升其下陷之阳;例二,因脾脏破裂,失血过多,复作脾切除,气血俱损,故见心悸怔忡,烦躁失眠,自汗不止等心脾两虚之证,

气虚兼有血虚，故选用归脾汤补益心脾。因此临床实践证明，甘温除热的方剂，不单限于补中益气汤，凡方中含有参、桂、芪、术、甘、枣等味者皆属之，如小建中汤、黄芪建中汤、香砂六君子汤、人参养荣汤、归脾汤、十全大补汤等。但“甘温除热”法本属“反治法”之一，用之得当，效如桴鼓，用之不当，反“以火济火”，故临证一定要四诊合参，弄清热的性质，确属气虚发热者，方可应用。

在治疗二例不同类型的气虚发热过程中，笔者均以甘温剂为主，佐以银花、连翘等甘寒药，其用意在于，补其中而升其阳，佐以味甘性寒的银花、连翘等以泻火，引阳药入阴，使阴阳交通而无格拒之患。此乃是仿效仲景《伤寒论》白通加猪胆汁汤，以辛热回阳，反佐苦寒，从阴引阳之反佐法也。

万友生(江西省中医药研究所)

“甘温除大热”的“甘温”是指补中益气汤，“大热”是指气虚发热证，即用甘温的补中益气汤解除气虚发热证之意。

本来气不足便是寒，为什么气虚反而会发热呢？这是因为脾气虚甚，导致血虚，使气无所附，引起虚阳亢奋所致。而其虚阳亢奋程度的轻重，决定着气虚发热的高低，亢奋程度重的则发高热，否则发低热。必须指出的是，气虚发热之证，是现象热而本质寒，主用补中益气汤方的甘温除热法，既可以说是“热因热用”，也未尝不可以说是“寒者热之”，这是应该深入领会的。

补中益气汤方的作用，是以大补脾胃元气为主，并在补气生血的同时升清降浊。由于气足血生，则心火虚火自降，清升浊降，而胃之虚火亦平，故为脾胃气虚导致阴火炽盛的甘温除热的主方。

曾治邹××，女，59岁。病起恶寒发热，头昏痛，全身关节痠痛，继以呕吐泄泻。西医初按感冒治以“感冒灵”和“庆大霉素”等，仍高热不退。乃住入某大医院，诊断为：败血症、中毒性心肌炎、糖尿病、高血脂症、左上慢性纤维空洞型肺结核，右侧渗出性胸膜炎。血培

养先后报告“生长产气杆菌”和“霉菌”。经西医抗菌、抗痨、降糖等多方案治疗，病情日重。患者高热 39.7℃，有时寒战，全身痠痛，神疲，气短甚，胃脘痞硬压痛，不饥不食，口干，恶心，便溏，舌淡红少苔而前部稍见干红，脉滑数而重按无力。初诊投以补中益气汤加减方：黄芪 60 克，党参、银花各 30 克，升麻、柴胡、鸡内金各 15 克，白术、甘草各 10 克，生谷麦芽各 60 克。另用西洋参 10 克煎汤代茶，连服三剂，体温降至 37.7℃，但又出现胸闷、气憋。复诊守上方加瓜蒌皮、薤白、桔梗、枳壳各 15 克，冰片 2 克(研末吞)。再服二剂，体温接近正常，仍胸闷气憋、恶心、脘腹胀满、便溏。三诊守上方加入行气导滞药：黄芪 60 克，党参 30 克，白术、茯苓、枳实各 15 克，升麻、柴胡、半夏、厚朴、砂仁、白蔻仁各 10 克，甘草 5 克，生姜 5 片，冰片 2 克(研末吞)。仍另用西洋参 10 克煎汤代茶，一剂体温正常，三剂胸闷大减，六剂诸症悉平。调治月余，痊愈出院。

按：本例气虚发热证是因虚致滞，心肺胃壅实之象显著，故在用升清有余而降浊不足的补中益气汤方时，加入大量行气导滞药，消补兼施。倘但用原方，则虚虽得补，滞将尤甚，必难全治。

又治李××，男，35岁。自幼多病，气血素亏，偶因低热不退，验血发现幼稚淋巴细胞 42%，白细胞 2900/立方毫米，经骨髓穿刺确诊为急性淋巴细胞白血病，住入某大医院血液科治疗。因合并大叶性肺炎，高热达 40℃ 以上不退，白细胞降至 600/立方毫米，经用各种抗生素和清肺解热中药无效。初诊时，患者高热而多汗，肢冷背寒，面、唇、舌淡白，精神萎靡，声低气细，恶心厌食，咳嗽、胸痛、吐血痰，脉虚数甚。投以补中益气汤加减方：黄芪、党参各 50 克，白参、白术各 15 克，西洋参、升麻、柴胡、陈皮、炙甘草各 10 克。二剂服后体温降至 38.7℃。复诊守上方，柴胡加重至 15 克，更加青蒿 15 克，继服八剂，体温降至正常，其他症状大为好转，惟仍咳嗽、胸痛、吐血痰，三诊守上方加入桔梗、枳壳、橘络、丝瓜络、紫菀、款冬花等药，

更进二十余剂,复查胸片示肺炎全部吸收,血象示急性淋巴细胞白血病缓解。

按:本例身大热,体温高达40℃以上而多汗,肢冷背寒,面唇舌淡白,精神萎靡,声低气细,现象热而本质寒的病机暴露无遗。虽然兼有肺热灼伤阳络之症,仍断然投以补中益气汤方,因为病情矛盾的主要方面在于气虚,肺热仅处于次要地位,而治病必求其本。正由于抓住了主要矛盾,气虚发热证解除了,肺热灼伤阳络之症也就迎刃而解了。

江育仁(江苏省中医院)

个人认为,甘温能除大热的“大热”两字,应该要加用引号,否则会对“大热”的概念产生模糊。所谓大热也者,当然不是指的临床上所常见的一般性发热,而是具有不寻常的壮热,否则就不能称之为大热。产生大热的因素很多,然亦不离外感与内伤两大原因。从发生的情况来讲,外感的大热多为实证;内伤的“大热”虚证为主。暴病多实热;久病多虚热,这也是一般的普遍规律。然亦有因外感未能及时捍邪外撤,致邪恋正虚,正不敌邪,真阳外越,虽见“大热”实属假象,此时疾病的关键,已不在邪多,而在正虚。若同时伴见虚象见证者,皆为亡阳暴脱之先兆。在急性热病中常能见及。记得1956年秋,中央卫生部召开的全国中医治疗流行性乙型脑炎经验交流大会上,我介绍了“温阳救逆治疗乙脑危重症的体会”,认为乙脑虽属中医暑温病范畴,但温病也可用温药治疗。这一论点当时引起了蒲辅周老先生和郭子化副部长的重视和疑问。在一次座谈会上,肯定了运用温阳救逆法治疗乙脑危重症中的真阳外越的经验,同时对我温药能治温病的论点提出了疑点。实际上,我所治的病例,均系温病中的变证和坏证,因此,使我对甘温能除大热更有进一步的理

解。中医的特点,长于辨证,所以在处理疑难病证时常能从本质的深处去解决问题。近几年来,在临床上还遇到一些长期发烧的患儿,有的明确诊断为“迁延性肺炎”,而多数是诊断不明或病毒感染,发热的时间在3个月以上,

有的长达6个月,体温每日波动在38.5~39.5℃甚至40℃以上。其共同的见症是:身热不为汗解,汗出欠温,四肢趾指端发凉,小溲虽少但不黄不赤,舌苔多薄白,或虽有薄黄苔但舌质潮润,脉虽数而无力,精神委软或有虚烦。此类病儿,均表现为内伤发热,所谓不在邪多,而在正虚。尤其明显者为营虚卫弱,营卫失谐则致寒热倏高倏低,其热固非外盛实热,而是内伤虚热。若不及时治疗,可导致气阳暴脱之险。药非甘温难除其热,佐用介类以潜阳越。余常以黄芪桂枝五物汤、桂枝加龙骨牡蛎汤,佐用参附等复方图治。

甘温能除大热,首受丁仲英老师的启蒙,时在1938年,我在上海中国医学院毕业后,留居沪上悬壶应诊。遇一中年妇女患喉疾,两侧乳蛾肿胀,引饮疼痛,伴有发热,余以清肃利咽辛凉轻剂不效。患者发热增高,咽痛加剧,引饮困难,乳蛾更形肿大,几合咽关。乃即投以大剂三黄石膏汤类苦寒解毒,并用羚羊角凉熄肝风,消肿止痛。前后诊治已六七天时间,病情非但不见好转,且在进展。体温增高,引饮更觉困难。家属惶惑,极为紧张,而余更慌了手脚,乃邀丁老诊治,以定决策。当陪同丁师到达病家了解病情后,他并不详问我治疗经过,而要我先到病人处抚摸肢端及足心的温度和脉搏的有力无力,看舌苔的颜色,舌质的润燥,有否两颧收红等。我当时即觉察到丁师已料到我所用药物,莫非是治疗温病的一套常规方法,所以不效者,恐属温病中的变证或坏证,因此引导我从反面去考虑问题。对此,我亦有心领神会之感。当将诊得之脉虽数而无力,身虽发热,而膝以下不温,舌苔虽有黄晕,而舌质尚润等等,向其回报后,作点头示意,然后亲去诊视病人。对我说,病者属真寒假热,热者乃正气内匿,真阳外越也,急用甘温救逆,引火归原法施治之。处方为人参、熟附子、肉桂片、熟地、麦冬、炙甘草、五味子、煅龙骨、煅牡蛎、石决明等,嘱每日煎服1剂,连服2剂。余与病家有交谊,即代为煎药喂服,因当时引饮吞咽困难,遂以新制毛笔蘸药润下,午

夜即入睡甚安,病情显著好转。次日黎明,患者呼喊腹中饥饿,索取粥汤,既然已能慢慢吞咽,服第二剂后,身热颧红得退,喉蛾明显消肿,脉息有力,舌苔转黄,舌质见红,精神好转,惟觉咽部干燥,喜饮汤水。请示丁师,云:正气已复,浮火亦敛,可转用润喉、护阴法善其后。此类证情,临床上虽亦见及,亦知有甘温除大热和引火归原之法,但究竟未曾亲自体验,总不敢冒然尝试,可知实践经验之宝贵。

麻疹本属阳邪,毒热症重,化火最速。在治法上清热解毒、甘寒育阴固在所必需,然在麻疹流行之际,其中合并肺炎、心衰者最多。这些危重患儿均属逆症麻疹,临床虽见大热,呼吸气促,但如面见眇白,脉细而数促,四肢

欠温者,均非真热实证,此时最易产生厥脱。余常施以温清并用,扶正以祛其邪,祛邪以保其正。方用麻黄、杏仁、甘草、石膏加天浆壳,紫菀宣肺开闭;黄连解毒泄热;附子、龙骨、牡蛎、磁石固正潜阳,防其阳气之暴脱。使用这一温清并用、开闭救逆法,确实对一些逆证麻疹收到了良好的效果。

余用温阳药的指征:凡是长期发热不退,临床出现精神萎靡,面色眇白,四肢末端不温,脉息细而软弱,或大便溏、小便清等见证,抓住其一二主证,即放胆应用。其小便清长者,重用附子;小便少者,重用肉桂。问题在于未雨绸缪,若必待气阳虚衰,脱证毕具而后用之,则往往噬脐莫及矣!

抽动——秽语综合征一例治验

陕西中医学院儿科 苗 晋

抽动——秽语综合征又称为多发性抽动症(multipletics),是一种以运动、语言和抽搐为特点的综合症或行为障碍。可见频繁眨眼,头、躯干、上下肢的小抽动,语言的抽动可表现为喉部发出奇特叫声、个别音节、字或句子不清楚,或说出骂人的话。笔者收集到国内文献报道16例。中医文献中无此病名,据其临证表现,属慢惊风、抽搐、癔疾、筋惕肉瞤等范畴。笔者治验一例介绍如下。

病例:李某,男,8岁,咸阳韩家湾人,1985年7月10日初诊。7岁时开始头部和手臂不自主抽动,后来日渐加重,眨眼睛,撅嘴、扭颈、耸肩,腹部上下抽动每分钟约十余次,秽语不止,经西安某儿童医院诊为抽动——秽语综合征,经氟哌啶醇治疗一月余效不显,转我院就诊,望其形瘦,面色淡黄,舌质红、苔薄黄腻,切脉弦滑数。证属心肝血虚,痰热内蕴,治以酸枣仁汤加味:酸枣仁10克,知母3克,川芎6克,茯苓10克,炙甘草3克,远志5克,菖蒲5克,地龙10克,白芍15克,黄连3克。水煎,每日一剂,分三次温服。

六剂药后,秽语止,手足抽动每分钟三次,撅嘴、扭颈、耸肩消失,经用上方加减调治一月,诸症消失,读书如常,随访四年至1989年5月未见复发。

体会:《证治准绳·幼科·慢惊》:“水生肝木,木为风化,木克脾土,胃为脾之腑,故胃中有风,应

痰渐生,其癔疾症状,两肩微耸,两手下垂,时复动摇不已,名曰慢惊”。由于肝强脾弱,血虚不能温养肌肉,血虚不荣筋则筋挛,故扭颈、耸肩、腹部抽动,手足徐徐颤动。《小儿药证直诀·肝有风甚》:“凡病或新或久,皆引肝风,风动而上于头目,目属肝,肝风入于目,上下左右如风吹,不轻不重,儿不能任,故连扎也”。肝开窍于目,肝胆属风木二经,内寄相火,肝藏血,血不足则风火内生,故频眨眼睛。《证治准绳·幼科·唇口蠕动》:“唇为脾之华,口乃脾之窍,又阳明之脉环唇口而交人中,阳明胃也,是以脾胃虚者,多有此症不独病后而已”。肝木乘脾土则撅嘴、口唇蠕动。肝气横逆,脾失健运,痰浊内生,上逆于脑,蒙蔽神志,故秽语不止。总之,证属心肝血虚,痰热内蕴之象。为本虚标实,治以扶正祛邪,方以酸枣仁汤加味。若腹部抽甚者加白芍;头部抽甚者,加菊花、钩藤、生龙牡;上肢抽动甚者,加丝瓜络、地龙、防风;下肢抽动甚者,加地龙、怀牛膝、木瓜;频频眨眼者加黄连;秽语者加菖蒲、远志、郁金;病久气虚者加黄芪;血虚兼瘀者加丹参、赤芍。

方中酸枣仁,补养心肝安神;川芎,辛温行气活血;茯苓,补脾宁心;知母滋阴降火;白芍甘草相伍,柔肝缓急;远志、菖蒲,化痰开窍;地龙,解毒化痰,通络止痉;黄连,清泻心火,共奏补养心肝,安神清心化痰之效。