

程 门 雪 湿 温 遗 稿

丁学屏* 夏 玲* 整理

主题词 湿温/中医药疗法 @ 程门雪

湿温病大都发生于夏、秋之间,两湿较盛之季节。病由感受湿热邪毒而起,亦称之为湿热病。薛生白《湿热篇》中,完全是湿温病证,湿温治法。严格而讲,湿温与湿热,应有所区别:湿温多有发热,且热势缠绵,不易化解;如身无发热,而仅有湿热症状者,则称为湿热。

湿温不同于温热,以其湿热合邪,病势缠绵,治湿碍热,治热碍湿,往往温清两难,互相掣肘。且其间轻重缓急,最难恰到好处,故湿温为最最难治之病。

1 主证

身热不扬,头痛恶寒,身重疼痛,脘痞不渴,苔白黄,脉濡缓。

头痛恶寒,身重疼痛,此与伤寒初起,似无二致,然伤寒初起,恶寒较甚,湿温则恶寒较轻耳,且湿温始恶寒后但发热。从病机而言,湿温恶寒,因阳为湿遏,与伤寒之寒伤肌表有间焉。湿温身疼痛,系身重而疼痛,不同于伤寒之身痛而不重。主证之中,以“胸痞不渴”四字,最关紧要,所谓不渴,系指口干不渴而言。“热盛阳明则汗出,湿蔽清阳则胸痞,湿邪内盛则舌白,湿热交蒸则舌黄,热则液不升而口渴,湿则内留而不引饮”,此为王旭高《湿热论歌诀》,便于诵习记忆,为临证之一助。

2 机要

湿温病程冗长,缠绵起伏,湿为粘腻之邪,与热相合,更难速效,且其证候复杂多变,诊治非易。湿温重心,在脾胃三焦,盖胃为阳土而主

燥,脾为阴土而主湿,湿热合邪,热归于阳明,湿归于太阴。三焦为决渎之官,行水道路,故宣通三焦气化,为治湿温要则。治湿温之难,难在湿热之间,孰轻孰重,不易掌握,因而化湿清热之间,最难恰到好处。

湿温传变,不外两途,邪从热化,化燥伤阴,传入营血,与温热并无二致;邪从湿化,耗气伤阳,不同于湿热。特以伤阴为多,伤阳仅见耳。

3 治法

湿温治法,以化湿清热为首务,化湿之法,不外芳香化浊、苦温化湿、淡渗利湿 3 法。或单独使用,或合并应用,须视病情而定。有谓“湿郁上焦,芳香化浊;湿阻中焦,苦温燥湿;湿盛下焦,淡渗利湿”。未免失之拘泥,试想人身为一整体,未始有中焦湿热交困,而上、下焦安然无恙者,故叶天士别具只眼,谓治湿温,须重三焦。历来治湿温病案,亦每每芳香、苦温、淡渗同用。

再者,湿郁上焦,芳香化浊,亦欠妥贴,就我所知,湿郁上焦,应以宣化气湿为主,如杏仁、薏壳、瓜蒌、贝母、枇杷叶之类,才是上焦之药。

有谓湿温有汗、吐、下三禁,其实亦不尽然。湿温病势缠绵,往往汗出而不解,其热非汗法所能除,且屡屡发汗,病不去而津先伤,易致昏瞢、痲疯之变。或有鉴于此,列以为禁。若固有汗出不彻,邪郁在表者,亦未始不可发汗。湿为粘腻之邪,与热相合,胶固肠胃,原无形质,非燥矢结实阳明可比,若下之过早,易致洞泄不禁,故亦以为禁。如先有食滞,复为湿热胶固,而见胃肠燥结者,亦未始不可下,惟下之宜轻耳。湿温原为湿热交混,若早用滋阴,易致湿热胶固,病反不易泄化,故亦列以为禁。但湿温后期,热灼津伤,液随汗去,而见舌红苔黄者,亦未始不可滋

* 上海中医学院附属曙光医院,上海市普安路 185

号(200021)

©1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

收稿日期:1992-09-30

生阴分。

4 辨治

4.1 湿遏卫气:湿温初起,无论邪在卫分,或邪遏卫气,为时极短,极易解散,须分有汗、无汗,《湿热论歌诀》明白清楚,“阴湿伤表必无汗,恶寒身重目头痛,羌苍薤藿薄荷等,头不痛将羌活停。”但须补充胸痞舌白,否则与风寒郁表无别矣。药用辛芳利湿,稍佐温散表寒。若汗出仍恶寒者,亦须解表。《湿热论歌诀》“阳湿伤表自汗出,汗出不解身仍热,关节烦疼微恶寒,湿在肌表身重极,豆卷苓皮苍术皮,滑石藿叶鲜荷叶,通草桔梗等味宜,不恶寒者去苍术。”由此可见,湿邪在表,湿遏卫气,无汗用香薷、藿香,有汗用豆卷、藿香,恶寒用苍术。

4.2 邪在气分:湿温病程冗长,缠绵起伏,绝大部分均在气分逗留。盖湿遏卫气,为时极短;邪入营血,证势危急,或急转直下,或经治向愈,为时亦短。惟有湿热混合,始终在气分留连者,身热有汗不解,热势起伏不定,苔腻胸闷,脉象濡数,小溲短赤,渴喜热饮,或渴不欲饮,最易淹缠难愈。

4.2.1 湿热未合:湿热未合者,有轻重之别。重者壮热多汗,渴欲多饮,舌苔白腻,须清热燥湿重剂,苍术白虎汤。轻者又有湿重于热、热重于湿之异。湿重于热者,三仁汤;热重于湿者,苡仁竹叶散加入透解之品,透发白痞,白痞为湿热出路之一。(痞非湿温所特有,湿热亦有发痞者,特以湿温长期汗出发热,较温热更易发痞耳。)

4.2.2 湿热混合:即湿中有热,热中有湿,热势起伏,汗出热轻,继而复热,口苦或甜,舌苔黄腻。化湿药偏温燥,犹恐助热;清热药多寒凉,虑遏湿邪。往往温清两难,互相掣肘。惟有苦寒清热、淡渗利湿一法,庶与病机相契。盖寒能泄热,苦能燥湿,且淡渗利湿,不致于助热。如杏仁滑石汤、黄芩滑石汤之例。若湿热胶结难解,舌苔已转垢黄,苦温化湿之品,所当禁忌。甘露消毒丹清热利湿解毒、芳香化浊,确是湿温邪在气分,始终可用之方法,习惯用12~15g包煎。

4.2.3 邪留少阳三焦:如热势朝轻暮重,或泛恶口苦,乃邪留少阳三焦,用小柴胡合三仁汤方

法,或小柴胡合杏仁滑石汤。所谓小柴胡汤,仅取柴胡、半夏、黄芩3味,一般用银柴胡,热势较重者易青蒿。湿温忌发汗,宜透解,透解不同于发汗,如银柴胡、青蒿梗、清水豆卷等味,清水豆卷不同于大豆卷,无解表作用,只有透的作用,可连服数天。

4.2.4 湿热郁阻脾胃:如壮热无汗,或汗出不彻,胸中烦闷,脘腹痞满,口渴喜热饮,小溲黄赤,舌苔黄腻,则为湿热并重,郁阻脾胃,须透邪化湿清热并重,以王氏连朴饮最为的对。方中豆豉配山栀,轻清透邪,清宣郁热;黄连配半夏,苦辛通降,化湿清热;厚朴配芦根,苦温燥湿,甘寒清热并用;犹如苍术白虎汤中,苍术、石膏同用相仿佛;石菖蒲芳香化浊。全方苦辛通降,燥湿清热,兼以透解。诚为湿温邪在气分,湿热并重、表里兼治之良方。如再加入黄芩、滑石,则配伍有所转变。即:厚朴配黄芩,一苦温化湿,一苦寒清热;滑石配芦根,滑石利湿、芦根清热。须知配伍之妙,始能轻车熟路,驾驭自如。

4.2.5 湿热酿痰,蒙闭心包:湿热酿成痰浊,痰浊蒙闭清窍,身热不扬,脉象濡滑且数,神昏谵语,舌苔黄垢。

神昏谵语,有温邪逆传心包,痰浊蒙蔽心包,胃热薰蒸心包之辨:温邪逆传者,热势高亢,舌质红绛;痰热蒙闭者,身热不扬,苔黄垢腻;胃热薰蒸者,日晡发热,大便秘结,舌苔老黄或焦黄起刺。痰浊蒙闭心包,仍归属气分。所谓气分指以气分为主,并非与营分无涉,不过主次之分而已。辨证关键,在舌苔黄垢腻和身热不扬。治宜豁痰开窍,菖蒲郁金汤加减。菖蒲配郁金,芳香开窍;竹沥、姜汁豁痰开窍、力嫌单薄,应增入胆星、竺黄,以增药力;银花、连翘,清温解毒;竹叶、滑石渗利湿热;丹皮、山栀泻火清营。方中菊花、牛蒡,似与病情无涉,可去。须加玉枢丹泄化痰水,芳香通神,却邪解毒。如用之无效,热重者至宝丹;湿重者白金丸。

4.3 邪在营血:神昏谵语,动风痉厥,治法与温热大致相同。神昏者,清心凉营,芳香开窍;动风者,育阴凉营,清热熄风。然湿温邪入营血,系从湿邪化燥而来,尚有痰热逗留,故清心凉营、育

阴熄风方中,务必参入涤痰开窍之品,如胆星、竺黄、菖蒲、竹沥之类,庶与病机契合。此外,尚有神昏默默不语,邪陷厥阴,痰瘀互结者,当用加减三甲散透邪化痰。

至于大便下血,有轻重之别。重者,血热炽盛,犀角地黄凉营泄热;轻者固血后重,肛门热痛,脉左关弦数,白头翁汤凉泄厥阴。

若下血过多,必致气虚欲脱,所谓欲脱者,必汗多肢冷,脉微欲绝,中医成法,血脱益气,古方用独参汤,益气固脱。(野山人参价格昂贵,往往限于经济,可重用党参 15~24g)但单单一味

人参,仅能补气,未能固脱,更无回阳之力,须加龙骨、牡蛎、附子、阿胶同用。盖血去阴伤,阴伤阳脱,故益气必须固脱,回阳必须固阴。

有谓先服独参汤,后服黄土汤,未免脱离实际。凡大便出血不止至颜面苍白、汗出肢冷,脉象微细,气虚欲脱之险候,势已危急,决非单单一味独参汤所能挽回,亦非黄土汤所能胜任。盖人参一味,仅能益气,未能回阳;黄土汤原为杂病便血而设,虽能阴阳两顾,但无人参、龙、牡,缓不济急,务必益气固脱,回阳救阴,全力以赴,方能力挽危局。

中药治疗原发性巨球蛋白血症致慢性肾功能衰竭 1 例

叶学锋* 高子平* 牟 虹*

原发性巨球蛋白血症,属临床少见疾病。该病引起慢性肾功能衰竭后,内科治疗十分棘手。国外多以血液净化疗法治疗。最近,我院肾内科收治 1 例原发性巨球蛋白血症致慢性肾功能衰竭患者,报告如下。

谭××,男,69岁,住院号 068156。因神疲乏力,伴纳差恶心 2 周,先后到 3 个综合性医院诊治。经其他医院检查示:血红蛋白 64.6g/L;尿常规:蛋白++~+++;RBC 0~1/HP,血 BUN 11.79mmol/L,SCr 300.7μmol/L。血浆免疫球蛋白 IgM 7.5g/L。骨髓检查:淋巴样细胞增生,红细胞呈串钱状排列。尿中本周氏蛋白阴性。诊为原发性巨球蛋白血症。经我院门诊服中药等治疗后 IgM 下降,为进一步治疗,于 1991 年 10 月入我院肾内科治疗。入院时,患者感神疲乏力,恶心呕吐,食入即吐,胃脘部胀闷不适,唇舌干燥不欲饮,咳嗽,痰白粘不易咯出,面色萎黄,舌微红,少苔,脉滑数。查体:形体消瘦,贫血貌,浅表淋巴结未见肿大,双下肢轻度水肿,肝脾未扪及,余无特殊。眼底检查:双眼底有点状出血,并有微血管瘤。实验室检查:血红蛋白 60g/L,红细胞 $2.09 \times 10^{12}/L$,白细胞 $7.0 \times 10^9/L$,中性 73%,淋巴细胞 16%,嗜酸细胞 4%;周围血片:红细胞呈串钱状;血沉 165mm/h;肝功:总蛋白 90g/L, A:29g/L, G:61g/L;抗核抗体:阴性。血浆 SDS-PAGE:γ 区有一异常蛋白带。血 FDP 25μg/ml,血 BUN 11.2mmol/L,

SCr 458μmol/L, CO₂-cp 15.1mmol/L。诊断同前。中医辨证:气阴两虚,湿瘀内阻。

治疗:当归补血汤、苏叶黄连汤合桃红四物汤化裁。方药:黄芪 30g,当归 10g,黄连 10g,苏叶 10g,薤梗 10g,女贞子 30g,桃仁 10g,红花 10g,川芎 10g,酒军 9g,丹参 30g,云苓 20g。以上基础方加减服用 2 月,同时配合纠正酸中毒和电解质失衡,抗感染、蝮蛇抗栓酶及低蛋白饮食治疗,患者恶心呕吐、胃脘部胀闷不适及咳嗽、咯痰不爽消失,神疲乏力明显缓解。血 BUN 为 12mmol/L, SCr 361.3μmol/L。血 FDP 1.5μg/ml。继续观察 1 月。患者病情稳定。

体会:慢性肾功能衰竭分别在中医学虚劳、水肿、关格等病证中有所论述。因病及多个脏腑,以其气血阴阳不足为主要病机,故按虚劳诊治。气虚则神疲乏力,少苔,阴血亏损则面色萎黄,形体消瘦,脾气亏损,中焦运化失司,故痰湿内生,胃失和降,胃气上逆而见胃脘胀闷不适、恶心呕吐。痰湿内蕴,水湿内停而水肿,津液不能上呈而唇舌干燥反不欲饮。气虚则血无以生化,湿浊内停,则更加克伐阳气,阳气不足则推动无力,血亦凝滞,理化检查有瘀血之征(1988 年北京血瘀证研究会标准)。统而言之,五脏之伤辨证以气、血、阴、阳为纲。因虚致实,则标本兼治,逐邪时扶正祛邪,化瘀时益气活血。因证非单一,选药时宜力选如黄芪补气利水、大黄泻浊而活血一药顾多证为好。虚劳的诊治中,虽其本在肾,然其治在脾,不可一味呆补。

* 成都中医学院附属医院,四川省成都市(610072)