

## 临 证 心 得

## 王乐甸治外感热病运用附子的经验

任 何\*

**主题词** 外感病/中医药疗法 发热/中医药疗法 附子/治疗应用

安徽中医学院王乐甸教授,对于外感热病,既有独到的学术见解,又有丰富的临证经验。他认为伤寒和温病是不同时代对外感热病的命名,两者根叶相连。如判定阳厥常可与闭证伴随而至,而阴厥往往可以成为脱证先兆;主张回阳之中必佐阴药,摄阴之内必顾阳气;创制一些邪正合治与寒温并用之方等。今择其在外感热病治疗中运用附子的经验,介绍如下:

### 1 温邪内陷,肾阳不振者用附子

王老尝谓:“凡虚人感邪,虽自阳经传入,亦不可拘定于先有头痛发热等证,而以‘传经属热’一语印定眼目”。临床上,病在阳经,而中阳素虚,或寒凉攻伐太过,使正气能托邪。此时,在病位上虽属阳经,却已经有阴经证候的成分了。如果辨证不精审,仓卒投药,则疗热未已,寒从内生,证见厥逆而脉弱沉细。纵然尚有若干热象,如烦渴胀实,亦径考虑其人阳气之不足。王老于温邪内陷,伤及真阴而肾阳不振,无以托邪外出的病例,在加减回阳急救汤中果敢的运用附子,以助阳气,温经托邪,使邪气得药力一涌而出,转危为安。

章某,女,40岁。1957年5月22日诊。初起呕逆泄泻,继则寒热交作。曾就诊于附近一医,服藿香正气、三仁汤等剂,而热恋不退,延至诊时,呕泻已止,口渴喜热饮,时时烦躁,而四末厥逆,面赤戴阳,神识时明时昧,舌色红,有如涂朱,并不干燥,脉濡细少神。此由患者中阳不振,正气不能托邪,龙相之火飞越于上,乃由阳转

阴,由实转虚之局。其舌赤如涂朱者,此所谓肾水凌心,逼其心阳外越之故。拟陶氏加减回阳急救方:红参(另炖)6g,生附片(先煎)6g,炙甘草3g,北五味子3g,麦冬9g,细生地15g,煅龙骨15g,煅牡蛎18g,肉桂5g;另用六神丸20粒分2次吞服。

服1剂后,神识渐清,面部阳色亦退,已不烦躁,四末厥逆渐温,舌色仍红,脉濡弱。治本原意出入,再进一筹。方用:吉林参(另炖)6g,生附片(先煎)6g,炙甘草3g,麦冬9g,干地黄15g,煅磁石24g;另:至宝丹1粒吞服。1剂服后,厥逆已回,神识亦清,舌红但已无如涂朱之状,拟予益胃阴法以善其后。

阳厥转阴,病情趋于危重阶段,这是两个截然相反的变局。如果一经误诊,处理不当,则变生于俄顷。王老指出:“下焦温病,《温病条辨》中则重养阴而忽温阳,如名为护阴和阳汤却舍附子,未免偏颇。我早年行医乡里,该地为一严重血吸虫病流行区,所治病人中,有不少脾肾之阳不足,这些人即患感证,亦不典型,往往虚实相杂。结合临床实际来看,阳厥不是没有向阴厥转化的可能”。

### 2 湿重于热,阳被湿困者用附子

湿温证治,如湿从热化,伤阴劫津,以救阴通府而生津液,与一般温病治无二法。如湿重于热,则发热缠绵,身热不扬,昏沉困倦,舌苔腻白,脉来濡缓,四肢烦疼。王老治疗此症,每多避开常法,而以附子为主,参以芳香化浊之剂,以振阳气,则可湿开而热透,收效甚捷。

李某,男,50岁。1957年8月23日诊。湿热互郁,流连气分,漫布三焦,体温39.2℃左右,发热一候不退。容色晦滞,当脘闷塞,纳谷不香,便溏不爽,两足浮肿,日暮肿甚,舌苔白腻,

\* 安徽中医学院,安徽省合肥市绩溪路15号

收稿日期:1993-06-07

脉濡而数。此脾肾阳虚之体，又感湿温病邪，邪气欲达而未能透达，热气薰蒸，湿邪重浊，阳气不振则湿不化，湿不化则热不休，勉予温通阳气而化湿浊，能得湿开热透，庶可使湿热两分而病解。方用：熟附片（先煎）9g，连皮苓 15g，藿香梗 15g，川桂枝 4.5g，淡姜衣 4.5g，五加皮 9g，苍白术各 4.5g，佩兰 9g，通草 3g，炒扁豆衣 12g，范志曲 9g，米炒荷叶 12g，2 剂。

二诊时大便渐实，日尚二、三起。湿热交混之象尚盛，仍本原意出入。方用：熟附片（先煎）9g，薏仁 3g，连皮苓 12g，苍白术各 4.5g，制川朴 4.5g，通草 3g，扁豆衣 12g，范志曲 9g，米炒荷叶 12g，4 剂。

三诊时，胸闷已舒，渐渐知饥思食，颈项胸膈之间，晶痕累累，舌苔黄腻渐化，脉濡而带数，阳气渐振，湿邪已有退机，热犹未楚，拟再分解湿热，然脾肾阳虚之质，清润之品，用之宜慎。鞠通谓温邪之兼湿者，用药宜刚而忌柔，旨哉言乎！方用：熟附片（先煎）4.5g，鲜青蒿 9g，川朴花 4.5g，佩兰叶 9g，石菖蒲 4.5g，净连翘 9g，藿香 6g，薏仁 3g，赤苓 9g，苡仁 12g，通草 3g，滑石（包）12g，炒黄芩 3g，青荷叶尺许，4 剂。服完上方 2 剂后，身热渐退，诸症悉减，嘱再服 2 剂。继以甘露消毒丹出入为方，续予分解湿热，最后用七味白术散加减，作善后调理。

湿温证中，邪留气分，充斥三焦，若素体阳虚，或久施重投苦寒之品，湿邪适逢阴寒之助而暗中滋蔓，阳气愈被湿困，无以透发，每多病程缠绵，病情复杂。王老对此则强调：“用药宜刚而忌柔。不一定寒湿才会伤阳，湿为阴邪，湿温湿热证，在一定条件下，同样可以伤阳。即湿温病湿从燥化，往往余湿犹滞，即使燥邪一去，湿仍可卷土重来，出现‘抽蕉剥茧’病情。加上阳虚之体，治疗中当用附子扶阳逐湿，使阳得援而振奋，湿浊之邪自然可逐。如蓦然投以清滋苦寒之剂，其热将不可挽回。”

### 3 热逼入营，中阳闭郁者用附子

热邪入营，病情多深重。王老于临症中，视其邪机变化而施以方治。如中阳闭郁，邪热逼入营分，以致邪气欲达不达者，则采取寒湿并用，

妙用附子，温其中阳，促营热外达，给邪以出路。

程某，男，6 岁。1969 年 7 月 20 日诊。患儿平素体质虚弱，营养不良，大便常溏薄。此次起病时高热烦躁，继则热恋不退，精神疲乏，神识时明时昧，寐时呓语，四肢清冷，大便溏泻，躯干部有出血点，色淡不荣，唇燥口干，舌红少苔，脉来虚数。此热逼入营，中阳闭郁，邪气欲达不达，颇虑正气不支而有内外虚脱之变。舒驰远有石膏与附子同用之法，虽未必尽合于本证之治，然寒温并用，为本证所当采取。方用：生晒参（另炖）3g，熟附片（先煎）3g，水牛角（锉，文火先煎）15g，细生地 9g，带心连翘 9g，石菖蒲 4.5g，川贝母 4.5g，大青叶 18g，银花 12g，板蓝根 18g，局方至宝丹（去腊壳溶化服）1 粒。服完 1 剂后神识渐清，寝时仍有呓语，余症如前。原方加展灯心 1 束。嘱服 1 剂，服后神识已清，热渐退而未尽。于方中去灯心、至宝丹，加炒白术 4.5g，扁豆衣 9g，米炒荷叶 12g，1 剂。

服毕，神色渐振，热亦渐退，溏泻已止，邪机已转，法当清透气分之邪热，参以顾护气阴之品。方用：孩儿参 9g，北条参 9g，连翘 9g，银花 9g，鲜佩兰 12g，扁豆衣 12g，石菖蒲 4.5g，生谷芽 12g，碧玉散（荷叶包，刺孔）9g。2 剂服后，热退神清。再予沙参麦冬汤合参苓白术散出入为方，作善后调理。

邪热入营，临床病情万变，实难执一而治。但极力创造条件，透热转气，候其热达于胃，使正气抗邪有力，则是治疗关键。王老在邪机欲达不达，正气不支而有虚脱之变的紧要关头，妙用寒湿并用法，参入附子，使病邪能乘药势而外透，挽回了变局。

### 4 中阳不振，不能托邪者用附子

王老谓：“治疗体虚中阳不运，感召外邪之病，初起最难着手，不比壮实之体发表攻里，去邪除病较为之容易。”治此类病症，他首重起手开局，防变于未然，可收到预期之效。

周某，男，70 岁。1960 年 2 月 10 日诊。厨师为业，外腴内亏，邪乘虚入，恶寒发热两天，精神不振，但神识尚清。舌苔淡黄而少津，脉来沉细无力。此由患者中阳不振，不能托邪，致使津

少上承,舌干、苔淡黄。必先扶其正气,温其中阳,俾得邪从外达。否则呃逆连连,势必内陷。方用:吉林参须(另炖)10g,熟附片(先煎)10g,生熟甘草 3g,防风 6g,葱白 10g。

嘱服 1 剂后,脉沉以起,淡黄少津之苔已转润,神色亦稍振。于前方之参须、附片各改为 6g,再服 1 剂后,阴象已退。方用:淡豆豉 10g,

桔梗 6g,薄荷 6g,连翘 10g,炒山栀 6g,葱白 10g,生甘草 3g,淡竹叶 8g。服完 2 剂,病愈。

此案系古稀之年,阳虚之体,正气不固,御邪抗病能力低下,外邪乘虚入侵,病之初起,切忌寒凉。否则气机闭塞,郁不开则邪不达,每易邪气内逼深入,变生危证。王老用参、附扶正温阳,助中阳斡旋,托邪气外达,故首剂即效。

## 益气活血化瘀法治疗急性脑血管病

张会川\* 王小平\* 郭志红\* 李凤秀\* 孙宏\* 郭向东\*

我们于 1986~1990 年将急性脑血管病随机分为益气活血化瘀中药治疗组与西药治疗组对照进行临床观察,报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 益气活血化瘀中药组(以下简称中药组)45 例,男 34 例,女 11 例;年龄 47~78 岁,其中 47~60 岁 34 例,61~78 岁 11 例,平均 57.6 岁;脑出血 16 例,蛛网膜下腔出血 4 例,脑梗塞 25 例。病情严重程度:轻型 15 例,中型 22 例,重型 8 例。45 例中高血压病Ⅲ期者 40 例,占 88.89%,病程最短 1 小时,最长 7 天,平均 1.5 天。对照组 43 例,男 33 例,女 10 例,年龄 40~80 岁,其中 40~60 岁 28 例,61~80 岁 15 例,平均 58.9 岁;脑出血 15 例,蛛网膜下腔出血 3 例,脑梗塞 25 例。病情严重程度:轻型 15 例,中型 23 例,重型 5 例。43 例中高血压病Ⅲ期者 38 例,占 88.37%,病程最短 2 小时,最长 7 天,平均 1.8 天。

1.2 疗效标准及疗程:按 1986 年第二届全国脑血管病疗效标准判断。全部病例均经 CT 及腰穿检查证实。疗程为 30 天。

1.3 治疗方法 对照组:①脱水剂:20%甘露醇 250ml,8~12 小时 1 次,静脉点滴。②抗生素:有感染者加青霉素 400~640 万 U,1 日 1 次,静脉点滴,青霉素过敏者选用红霉素或庆大霉素等。③脑梗塞患者用低分子右旋糖酐 500ml,1 日 1 次,静脉点滴。④止血剂:对蛛网膜下腔出血或脑出血患者根据病情可选用止血芳酸、三七粉等或不用。

中药组:除 30 例中、重型患者短时间辅以脱水(6 天以内)治疗外,主要以中药治疗为主。基本方:生黄芪、赤芍、当归、丹参、川芎、红花、生地、水蛭面。

高热昏迷者加安宫牛黄丸、局方至宝丹,肝火盛加黄芩、白芍、胆草,大便干燥加大黄,恢复期加杜仲、怀牛膝。

### 2 治疗结果

中药组治愈 31 例,其中脑出血 9 例,脑梗塞 18 例,蛛网膜下腔出血 4 例,治愈率 68.89%,平均治愈天数 28.51 天。好转 14 例,其脑出血 6 例,脑梗塞 8 例,占 31.11%。对照组治愈 23 例,其中脑出血 6 例,脑梗塞 14 例,蛛网膜下腔出血 3 例,治愈率 53.49%。平均治愈天数 35.17 天,好转 20 例。其中脑出血 9 例,脑梗塞 11 例,占 46.51%。

治疗前两组上肢、下肢手部肌力情况相似,治疗后,经秩和检验,中药组的上肢、下肢及手部的肌力恢复明显优于对照组( $P<0.05$ ,  $P<0.05$ ,  $P<0.01$ ) (表略)。

### 3 讨论

无论出血性或缺血性脑血管病,其病理基础绝大多数为高血压、动脉硬化,如中药组 45 例中高血压病Ⅲ期 40 例,占 88.89%。由于动脉硬化,血管弹性降低,致使血行障碍、血溢脉外或瘀阻脉内,不论是脑出血或蛛网膜下腔出血这一类急性出血性脑血管病,我们都不用止血药,在辨证的前提下皆以活血化瘀为主,均取得了良好疗效。现代实验研究有人报道,在脑出血 6 小时内进行脑血管造影中,在血肿内未能发现放射性标记的红细胞,可见脑出血急性期止血不是首要问题,大量止血药弊多利少。由于老年人的凝血机制障碍,血粘稠度增高,红细胞电泳速度减慢等多种因素存在,在用大量止血药后有可能在出血的基础上又造成新的梗塞,如有的住院患者经 CT 证实为脑出血,治疗一疗程后(含大剂量止血药),复查 CT 出血灶未尽吸收,又出现了新的梗塞灶,西医在治疗上出现了矛盾。我们采用异病同治法——益气活血化瘀,则无矛盾可言。

\* 中国人民解放军 262 医院,北京新街口(100088)

收稿日期:1993-05-19