

· 临证心得 ·

全小林治疗疑难性高热经验

谭宏文 指导:全小林

(华北石油管理局总医院附属井下医院中医科,河北省任丘市华北石油会战道南段,062552)

[关键词] 疑难病;高热;中医药疗法;经验;全小林

中国中医科学院广安门医院全小林教授在热病的辨证与治疗方面积累了丰富的经验,特别是对治疗病毒性、中枢性及不明原因引起的疑难性高热,具有独特的见解和体会,笔者有幸随师学习,受益匪浅,现将其经验介绍如下。

1 辨证要点

1.1 辨疾病,定伏气新感

时令病初起之高热多为新感,如流行性出血热、小儿病毒性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、腮腺炎、流行性感 冒等病毒性疾病;慢性病反复发作之高热多为伏气,如慢性胆囊炎急性发作、慢性胰腺炎急性发作、慢性肾盂肾炎急性发作、白血病之高热、红斑狼疮之热毒型、多发性骨髓瘤之热毒型等。新感沿经传变,逐步深入;伏气发有定位,来势急骤,由内而外,常常是发于气营,波及前后,虽有表证,但无表邪。新感必由外邪侵袭而发,伏气则可由内伤(如饮食、劳倦、情绪波动等)诱发而作。

1.2 辨热势,定截断平治手法

外感高热循经渐深,体温虽高而热势表浅平缓;伏气高热由内而外发,体温不甚高而热势深重。对于前者可按卫气营血或六经辨证平治,所谓“在卫汗之可也,到气才可清气”,对于后者必须先安未受邪之地,采取截断疗法,所谓“发于机先”。对于热在一经始终不移者,如药疹、变态反应性亚败血症之高热,则但治一经。

1.3 辨汗出,定表里虚实

临床高热之汗有虚实表里之分。汗出不止,汗质清爽,头痛恶风为卫表不固的表虚证;大汗不止,汗质黄黏,但恶热不恶寒为里实证;汗白而清,汗出不断,不恶风寒,汗越出体越虚,热不随汗而泄,为气不敛阴的里虚证。

1.4 辨舌质,定津伤阴伤

舌质不瘦,红不甚干,苔不甚少,大渴引饮为肺胃津伤,主要是细胞外液的丢失,可大量快速补充水分,

加甘寒养阴之药,如麦冬、沙参、石斛、玉竹治之;舌干裂而红绛,甚或舌卷萎缩,少苔或光苔为肝肾阴伤,主要是细胞内液的匮乏,补液不必过快,加咸寒育阴之药,如生龟甲、生鳖甲、生龙骨、生牡蛎治之。

1.5 辨脉象,定热之进退

高热尽退,脉静身凉,可予调补之药;若热虽退而脉不静,仍小数或滑数,如灰中有火,不可骤予调补之药,必乘胜追击,除热务尽。

1.6 辨体质,定舌脉之取舍

慢性病合并外感高热时,长期的病理损害使患者形成较为特殊而相对恒定的病理体质,加之病理产物的存在,因而表现为较为固定的舌质、舌苔、脉象、面色、形体,与无内伤的外感高热在表象上完全不同。如尿毒症晚期合并高热时舌仍较淡,苔仍较厚,脉仍较弱,此时必须综合分析,去伪存真,可舍舌脉而从证。

2 治疗原则

2.1 新感外邪宜用常规手法,伏气温病必须直捣其穴

外感之邪不同,各有所袭。风寒之邪,先犯肌表,而多从督脉、太阳经起病,尤其是背部、后头部至鼻颧、鼻鞍,周身怕冷,恶风恶寒,旋即高热蜂起,但舌不甚小,苔不甚干,此可按伤寒手法,以麻黄汤或柴胡桂枝汤治之;风热之邪,先犯咽喉,咽痛咽干口渴,恶寒轻,发热重,舌开始即显红色、苔干,此可按温病手法,以桑菊饮、银翘散治之;另有一种,发病之初即有咽痛咽干咳嗽,但同时又有头痛、身痛、恶寒发热,可用升降散合川芎茶调散治之。

伏气温病的病机特点是:发于气营,波及前后左右。故找到病源后即可直捣其穴。如慢性胆囊炎急性发作,可不必虑其初起有恶寒之症,直接用大柴胡汤类,清肝利胆通腑泄热;如慢性肾盂肾炎急性发作,属湿热下注者,亦不必虑其初起有无剧烈寒战,可用八正散清热利湿;如红斑狼疮热毒型,可用清瘟败毒饮大剂清热解毒。

2.2 因势利导,给邪出路

解热形式多种,有热随汗解,有热随溲泄,有热随便出,亦可偶见温毒上发,热从上窍而解。全师曾治一尿毒症无尿患者,温毒上发,面肿如狮,双外耳道流出

大量黄色黏汁而后热退。

对于体实之人,无论是表实发汗,还是里实透汗,不要惧怕汗出太多,出的越透越好,只是要大量补充水分,汗出到位的标志是:脉静身凉,精神清爽。对于体虚之人,外感高热,说明病邪来势凶猛,仍宜大剂短程,因势利导,顿挫热势,切莫杯水车薪,药难胜病。

2.3 盘踞中焦必须开畅气机

邪聚中焦,胸膈痞塞,高热持续不退或邪正相搏,汗后热又复,清热热不退,当通腑泄热,开畅中焦,大气一转,其气乃散。此时,即使没有痞满燥实,仍可通下。

2.4 老年温病重在顾护阴液

老年肝肾素亏,细胞内液不足,津液匮乏,一旦高热,则阴伤立现。尤其是糖尿病、高血压、脑中风、冠心病、肿瘤以及慢性消耗性疾病的老年患者,津液可以速补,而阴液不能骤生。所以老年温病自始至终要顾护阴津。热在气分,即要早用养阴之药。

3 用药体会

3.1 重用生石膏、生地黄两清气营

张锡纯谓:“盖石膏生用以治外感实热,断无伤人之力,且放胆用之,亦断无不退热之理”。高热时体内积热太多,散发不出,生石膏在此处用之以清泻郁热、打开玄府,内热清,玄府开,自然汗出而热解。亦可仿效张锡纯生石膏配阿司匹林之意,加服百服宁等解热镇痛药辅之。生石膏一般用60~120g,最多可用至300g,且不用先煎。用生石膏时,有是证即可用是药,关键在于掌握度,中病即止。

在应用麻杏石甘汤合升降散治恶寒不甚、高热为主的病证时,麻黄用至6~9g,生石膏为其5~6倍,一般用量30~60g。在气营两燔,热毒转重时,生石膏可配大剂量生地黄30~60g,甚或120g,两清气营,气分阶段即可配伍用之,以防伤阴。气分热很重时亦可用三石汤(滑石、生石膏、寒水石)以清泄内热。

3.2 巧用大黄以泻热

大黄既可导热下行,又可化瘀止血,加强凉营凉血的作用。大黄的使用不要拘于痞满燥实,只要有热需从肠道排泄即可用之,给邪以出路。若大便干欲使大便快下,则大黄宜后下,服药后4~6小时大便即可排出;若要使大便在服药后6~8小时排出,则大黄需与其他药同煎。

3.3 安宫牛黄丸使用不必泥于是否昏迷

安宫牛黄丸功能清热开窍,主治高热烦躁神昏,痰热蒙蔽清窍之证。方中牛黄味苦而凉,功能清心解毒,熄风豁痰;麝香辛温,长于开窍;水牛角清心凉血解毒,配黄连、黄芩、栀子清热泻火解毒,是一凉开之剂。现代

研究本方还可降温、降颅压、减轻脑水肿、改善局部循环、治疗昏迷。对脑出血、脑血栓形成等中枢性高热患者宜尽早用之,应用指标为高热、脑水肿、神昏抽搐,但不必拘泥于是否昏迷。每次1~2丸,每日2次,连用不超过3天。昏迷患者可用温水化开后胃管注入。小儿可酌情减量。

4 病案举例

例1:刘某,男,5个月,患化脓性脑膜炎,在当地某医院治疗1个月,仍高热不退,抽搐不止,1997年10月1日在北京某医院住院。症见:高热39~40℃,痉挛性抽搐7~8次/日,每日需抽脑脊液2次,5种抗生素联用,仍未好转。夜间22时邀全师会诊。刻诊:面色苍白,高热,体质稍虚,舌质红,嗜睡,无昏迷,凶门突出较甚。给予安宫牛黄丸1/8粒,3次/日,第2日体温降至38℃,抽搐减为3~4次/日,第3日体温正常,抽搐已止。后继续服药巩固,共服用安宫牛黄丸3丸,痊愈,未遗留后遗症。

例2:王某,男,61岁。主因“头晕1天,昏迷12小时”而收入神经内科住院。入院后第4天颅脑MRI示:双侧小脑大面积梗死,双侧丘脑及桥脑梗死,脑白质病,脑萎缩。给予脱水、降颅压、抗凝及对症治疗,患者仍处于浅昏迷状态,发病10天后出现发热,体温在38~39.5℃之间波动。发病第23天颅脑CT示:双侧基底节区、放射冠区脑梗死,左侧枕部、左小脑脑出血并溃入第4脑室。发病第26天患者体温39.3℃,查血常规未见异常;尿常规示:蛋白(+),红细胞1~3个/HP,白细胞20~30个/HP。患者为多发性脑梗死,目前又出现梗死后出血,故考虑为中枢性发热,给予药物降温及物理降温,效果均不理想,特邀全教授会诊。下午16时患者体温39.5℃,意识朦胧,大声呼之能应,压眶反射存在,双瞳孔不等大,右侧直径约3mm,左侧直径约2.5mm,四肢肌张力低,肌力0级,双侧巴氏征(+),面红赤,大便数日未行,舌干红苔黄厚腻,脉滑数。给予安宫牛黄丸1丸,2次/日(当日下午17时,次日上午8时各一次),温开水化开后胃管注入;中药予犀角地黄汤加减:水牛角60g(先下),羚羊角1g(冲),生石膏60g,生地黄60g,牡丹皮30g,赤芍30g,生大黄9g,金银花30g,败酱草30g,野菊花30g,紫花地丁30g。2剂,水煎服,每剂煎至300ml,于当日晚20时、凌晨1时、次日早7时分别服用150ml,次日早8时体温降至38℃,大便3次,下午16时服用150ml,晚20时体温为37.1℃,连续观察2日体温均正常。

(收稿日期:2007-03-07)

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

[编辑:洪涛]