

# 刘英锋湿热杂病辨治经验例析<sup>※</sup>

● 李富贵<sup>1</sup> 刘英锋<sup>2</sup>▲

**摘要** 导师刘英锋教授临证善从湿热辨治杂病,认为其湿热不仅要有轻重之别、上下之异,更要有在气在血之分。因而选方用药各有侧重,如湿重热轻,温燥为宜;热重湿轻,苦寒则妙;病位偏上,贵取芳香;病位偏下,渗利堪当;病初多在气分,汤剂易效;病久易入血分,丸散易达。

**关键词** 杂病诊治 湿热病证 名医经验 刘英锋

导师刘英锋教授,崇尚先师姚荷生先生“入伤寒,出温病”之学风,临证30余年来,善于以伤寒六经分类之规,融温病三焦卫气营血之法,综合辨治内科疑难杂病,尤其从湿热角度辨治杂病,取效甚验。导师认为,杂病湿热辨治之要,不仅有湿热病因孰轻孰重之别、三焦病位偏上偏下之异,更有病机之在气在血之分。湿热缠绵并彼此消长,辗转多变而疑似较多,因此辨证选方思路宜广,立法用药各有侧重。如:湿重热轻,温燥为宜,予以柴胡平胃散之类;热重湿轻,苦寒则妙,予以柴胡泻心汤之类;病位偏上,贵取芳香,予以甘露消毒丹之类;病位偏下,渗利堪当,予以草薢渗湿汤之类;病初多在气分,汤剂易效,予以三仁汤之类;病久易入血分,丸散易达,予以龙胆泻肝丸之类。湿热之邪侵

入气分,气易受阻,其征易显,如身热不扬,胸闷腹胀,肢体困倦,呕恶,便溏尿黄,舌红苔黄腻,脉滑数等;但若湿热渗入血分,则气反如故,而病象隐匿,因而辨证指标少有共识,以致现代医生未能重视。导师认为,血分湿热在《金匱要略》中实有初步记载,并也给出证治要点。如赤小豆当归散证、蒲灰散证、当归贝母苦参丸证等等,仲师常以“饮食如故”,通过除外气分可能而反证病在血分。导师结合临证经验,提出辨舌在鉴别湿热气血之分具有特殊意义。湿热入侵气分多伴舌苔变化,如苔厚白或黄而腻;湿热入侵血分则应有舌质之变化,如舌青、舌暗或舌紫等。治疗也必求方药清利湿热而能走血分。下面基于笔者近年跟师所得,例举数案以示其辨证治疗之妙。

## 1 反复发热案——阳明气分湿热辨治

陈某,男,15岁。2014年3月18日初诊。主诉:反复低热2月余。现病史:2个月前突然发热,伴有咽痛、疲倦、前额胀痛明显,略有喷嚏、咳嗽,时在当地诊所输液后热退不尽,仍低热缠绵。刻见:低热,体温37.5°C,仍伴有咽痛、疲倦,稍有喷嚏、流涕,饮食二便平。舌质淡红,舌尖边略红,苔白隐黄略厚;脉略弦,右寸外稍旺;咽壁淡红夹有少量血丝。导师认为,此为风湿郁热夹痰,病位为足阳明牵涉手太阴。治法以辛香宣表、甘淡化湿为主。方选甘露消毒丹加减。药用:藿香10g(后下),茵陈15g,白豆蔻6g(后下),薏苡仁15g,连翘10g,桑叶10g,杏仁10g,炙甘草6g。10剂。水煎,日1剂,分2次服。

2014年4月1日复诊:发热显减,仅剩午后稍有发热,疲倦、喷嚏、流涕等症均除,咽喉中略有痰,稍有咳嗽时咽痛;舌质同前,苔转薄白,脉略弦。导师认为此乃湿热

※基金项目 江西省自然科学基金资助项目(No. 20122BAB205078);江西省卫生计生中医药科研计划重点项目(No. 2008Z03)

▲通讯作者 刘英锋,男,医学博士,教授,主任医师,博士研究生导师。E-mail: ncfengyingliu@163.com

• 作者单位 1. 江西中医药大学2015级硕士研究生(330006);2. 江西中医药大学岐黄国医书院(330006)

俱减,但余湿留恋,病位以太阴为主。处以三仁汤加减。药用:杏仁10g,白豆蔻6g(后下),薏苡仁20g(后下),藿香10g(后下),郁金15g(打碎),连翘10g。再进7剂,以巩固疗效。

**按** 此患者初期为外感风湿,上犯阳明,郁阳热化,治疗本当以祛风化湿为主,兼顾清热。患者病初接受西医治疗(以输液为主),而从中医理论上讲,输液之剂多为湿冷之品,虽易退热,但有助湿留邪之弊。故而患者热势一时减退但易反复。导师考虑其湿多热少,仍在气分,结合病位偏上,治疗以甘露消毒丹辛香宣表、甘淡化湿为主,稍佐清热,而能预期其“湿化热开”则热能自去。

## 2 舌头火辣案——厥阴血分湿热辨治

徐某,男,57岁。2015年11月27日初诊。主诉:舌头前半部火辣感40天。现病史:40天前出现舌头(质)发红伴火辣感,午后尤甚,口唇略有发热感,舌苔较黄,期间服中药(清利湿热)未见改善。长期外出就餐,辛辣油荤较多,现食欲食量皆正常,大便成形,色黄,偶有不尽感,咽喉痰多、难咯,心情欠佳时稍觉手心发热。舌质略青

红,苔淡黄中后部厚;脉略沉弦,左细右欠流利。既往有口干口苦、易头汗出(夜寐时汗出)情况;1年前查出胃炎,伴有糜烂;痛风病史6~7年,左趾关节疼痛,尿酸高。导师认为,此为中焦湿热痰浊,病久转入营血分,病位以肝脾两经为主。治法以清营血分火热为主,兼顾清利气分湿浊。方选龙胆泻肝汤(丹皮代龙胆草)合茵陈赤小豆汤加减。药用:丹皮15g,栀子10g,酒黄芩6g,泽泻10g,车前子10g(包煎),生地黄10g,茵陈20g,赤小豆20g,苍术10g,萹藤10g,荷叶20g,土茯苓20g。20剂。水煎,日1剂,分2次服用。

2015年12月22日复诊:舌头火辣感几除,舌头仍发红,伴有干涩感,咽喉痰黏感减轻,大便稍有转稀。尿酸指标稍有下降。舌质转红,苔同前;左脉同前、右欠流利减,右寸略旺。导师认为此乃厥阴营血分热退较明显、湿稍减。治疗上守前法,减轻清热。原方去生地,丹皮减量至10g,再服7剂;后原方去生地,10剂,研细末共1500g,制成丸剂,30g/日,分早中晚3次服用,以图缓攻根治。

**按** 本例患者起病怪异,但经追查,有长期外出就餐辛辣油荤的饮食史。渐致湿热痰浊内生,上犯

少阳上焦,症显口苦口干、夜卧盗汗、咽喉异物感明显。故而服前医清利湿热药物后咽喉梗阻感减轻,但舌面火辣感始终未见改善。此乃湿热日久由气入血之顽症,治疗必须重在清利血分湿热,佐治气分。然湿与热合,深入血分,非汤剂可取速效。因“湿与热合,其气氤氲,其质重浊,其性粘滞,其病缠绵,病难速已”<sup>[1]</sup>,故而在剂型方面改汤做丸,取“丸者缓也”之义,旨在缓攻湿热,入血治本。

## 3 总结

对比以上两则案例,我们可以清晰地认识到湿热为病,气分血分证治同中有异。导师认为,对于气分湿热证,应遵循“清热宜轻不宜重,宜晚不宜早”的治疗原则。否则清热过早过重,湿邪缠绵不去,久则复会蕴热。而对于湿热入侵血分的治疗,导师在治疗剂型方面做出改变,以丸、散剂缓清湿热。此法不仅利于患者便捷服药,也更适合湿热入侵血分的治疗,望当代医生予以借鉴运用。

## 参考文献

[1]姚荷生,潘佛巖,廖家兴.脏象学说与诊断应用的文献探讨—脾脏、肝脏、肺脏[M].北京:人民卫生出版社,2014:33.

(上接第18页)

少<sup>[6]</sup>。笔者以六经辨证理论为指导,结合自身三十余年临证实践,通过对《内经》《伤寒论》《金匮要略》嘔病相关条文进行归纳分析,将嘔病简化分为阳明热结实证、阳明虚寒证、太阴胃气虚败证等三大证型,并应用经方配合中医外治进行辨治,临床屡获良效,值得进一

步推广使用。

## 参考文献

[1]周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2013:220.  
[2]吴军,姜莉莉,鲁峻,等.郑昱运用经方治疗呃逆经验[J].中医药通报,2016,15(3):28-30.

[3]黄家诏.《伤寒论》呕哕病机探析[J].河南中医,2005,25(11):3-5.

[4]李宁,吴滨,张永玲.针灸疗法治疗术后呃逆症的临床随机对照研究[J].中国针灸,2003,23(12):7-9.

[5]李冀.方剂学[M].中国中医药出版社,2011:146.

[6]宋嫦娥.《伤寒论》呕吐嘔研究概况[J].河北中医,2006,28(6):476-477.