

论中医药治疗外感发热

● 洪广祥*

关键词 外感发热 宣散透热法 名老中医经验 典型病案

发热是临床上的一个常见症状,是机体正气抗御病邪和机体内在的阴阳失去相对平衡的一种表现。它可以发生在许多疾病的过程中,由于发热的原因不同,因此其临床表现也不完全一致。一般来说,高热和中热多见于外感发热;低热多见于内伤发热。

1 立宣散透热法治外感发热

外感发热,多因感染所致的发热;内伤发热,是慢性脏腑功能失调的一种临床表现,多见于体质虚弱及慢性病患者,故内伤发热的虚证居多。对发热的治疗,中医有种种退热的方法,临床应用时先要辨明外感发热还是内伤发热,再从外感和内伤中分析其不同的病因,从而根据证候的具体情况选择不同的退热治法,不可“见热退热”。特别是内伤发热,常因病情比较复杂,必须客观、全面地进行辨证,只有这样才能取得治疗上的主动权。

有人认为,中医“退热”不如西

医药来得快,这是一种误解。其实中医药治疗发热证有着很好优势和较高疗效。特别是外感发热中以病毒感染为主者,中医辨证为外感风寒,或风寒挟湿的发热,中医的疗效也很显著。当年我出任中医科主任时,曾专门收治无名高热患者,单纯应用中医药进行治疗,取得了非常令人兴奋的疗效。所谓“无名高热”,是指经过西医系统、正规的诊治,不仅诊断不名,而且也尤明显疗效的发热患者。在治疗无名高热(实际上是外感发热)过程中,体会到“宣散透热”治法,对外感发热有着重要的指导意义。

所谓“宣散透热”,是应用辛温宣散,解表透热的方药,以达到迅速解热之目的。有一次邀请我省著名中医临床家姚荷生先生会诊时,他特别强调在治疗发热患者过程中,不能单纯以发热高低的变化,作为衡量病势进退的唯一依据。姚老认为,有些疾病初期正邪相交,热度上升,病情加重,后期热

度下降,病告痊愈。而有的病人初次服药体温不但未降,反而有短暂上升。遇有这种情况,不能随便武断这是病情恶化的表现。例如风寒郁热、风湿郁热、湿遏热伏等证,都存在一个病邪“郁闭”的共同点。因此,“宣透”是其共同的基本治法。病人服药后也可能出现发热短暂升高的透热反应。医者应事先告知患者避免出现误解。我在临床过程中,也发现类似规律,这种短暂的体温反跳,可以理解为邪正斗争一种正常反应。

外感发热多数易治,但也有较难治的。临床常有些外感发热病例屡经中西医结合治疗,效果不佳,甚至非常棘手,颇多周折。下面举几个病例可以看出外感发热治疗的难度。

2 典型病案

2.1 五积散治发热案

袁某,男,20岁,1983年1月27日入院。住院号109951。

病史摘要:不规则发热一月。于82年12月26日为庆祝生日而聚餐后发热,继而腹泻呕吐,治疗5天呕泻止,转为午后或傍晚发热,特点为午后至傍晚(5~6时)体温升高至39℃~40℃,伴见面红

*作者简介 洪广祥,男,著名中医学家。主任医师、教授,北京中医药大学中医内科学博士生导师,国务院特殊津贴获得者。全国首批500名老中医药专家学术经验继承工作导师,本刊学术顾问。

•作者单位 江西中医学院呼吸病研究所(330006)

目赤,约持续1小时体温略有下降,至晚约11~12时汗出热退。在门诊用抗生素、抗病毒、解热、输液等无效。近一周来全天发热,体温以午后为甚(38℃),伴轻微干咳,门诊以“发热待查”入院。

证见:身热畏寒,热时无汗,汗出热退,口干欲饮,大便偏干,尿黄灼热,神疲乏力,咽痒,语音偏浊,干咳少痰,咳引胸痛,舌红,苔薄黄略腻,脉弦数略浮。

体检无异常发现,门诊查白细胞 $5.2 \times 10^9/L$,伊红细胞计数0,小便常规(-),血培养(-),肥达氏反应正常。

入院后按寒热郁于少阳,肺气不畅,治以和解少阳为主,兼疏宣肺气,方用小柴胡汤化裁:柴胡24g,黄芩15g,法夏10g,太子参30g,甘草3g,大枣6枚,桔梗8g,杏仁10g,橘络3g。

当日下午体温39.2℃,服药后未出汗,自诉身体烘热,察其面红目赤,身有微汗,至夜晚10时遍体出汗,汗后舒畅,体温37.8℃,继而又高热,且持续38.8℃~39.6℃之间。按小柴胡汤化裁已服四天,疗效不显。余查房细察患者病情,发热持续,微有恶寒,汗出热减,继而复热,伴口干,干咳无痰,语音较浊,二便尚调,苔白微腻,舌质偏红,脉浮弦紧数,发热时感鼻塞,考虑寒湿之邪郁遏肺卫,试用五积散解表达里。方用:当归6g,川芎6g,白芍6g,苍术10g,陈皮10g,厚朴10g,枳壳10g,茯苓15g,法夏10g,麻黄6g,白芷10g,干姜8g,桂枝6g,桔梗10g,甘草6g(1月31日服用)。

服药1剂最高温度38.7℃,有下降趋势,2月2日最高为38.4℃(傍晚),最低为37.4℃(上午)。原方继续服用,体温逐渐呈梯形稳

步下降,2月9日体温已趋正常(37.2℃),因近年关,患者回家心切,要求出院服药(五积散原方),经随访,出院后体温完全正常,症状消失。

按:患者不规则发热月余,屡经中西医结合治疗发热不解。从发病及治疗经过,分析如下:

一是发病时间正值寒冬腊月,气候寒冷,易感受风寒病邪致病。同时又逢生日聚餐,过食膏粱味厚之品,而导致食滞胃肠,脾胃升降失常,故而出现发热、呕吐、泻泄等风寒挟滞,脾胃失和之证。此时如果正确运用“解表和中”方药,如藿香正气散之类进行治疗,可能有较好效果。但这阶段治疗以西医抗炎、输液为主,致使卫阳抑遏,寒邪郁闭,毛窍闭塞,肺气失宣,是发热持续不解的重要原因。

二是患者发热虽持续一个月,但入院时仍呈现发热畏寒无汗脉浮等风寒表实证候。由于病者年青体壮,寒邪易从阳化热,因而又同时并见口干欲饮,大便偏干,尿黄灼热,舌红苔黄,脉弦数等热郁见证,提示病邪有入里化热趋势。入院后按寒热郁于少阳,肺气不畅(干咳少痰,咳引胸痛)论治,施以小柴胡汤化裁,服药4天郁热受挫,但体温仍持续38.8℃~39.6℃之间,汗出热减,继而复热。由此说明,本案患者不属少阳半表半里证,故小柴胡汤未能取效。

三是余查房时细察患者病情,发热微恶寒,汗出热减,继而复热,语音浊,干咳,鼻塞脉浮等证,显然是寒邪郁闭,卫阳被遏,肺气失宣所致。其中发热可得汗而减,更能提示前段治疗解表发汗方药未真正到位,说明辨证施治有误。病者虽有口干、舌红等热象,这是阳郁所致,不影响辛温发散药的使用。

苔白微腻,提示患者有寒邪挟湿。寒为阴邪,其性凝滞收引,寒邪郁表,腠理闭塞,卫阳被遏不得宣泄,故发热恶寒无汗,得汗则热减,正如《内经》指出:“体若燔炭,汗出而散”。湿性粘滞,湿邪郁肺,肺气不宣,故于咳痰少,语音重浊持续不解。综合分析考虑,本患者为寒湿之邪郁遏肺卫,试用五积散解表达里。服药1剂体温有下降趋势,原方连续服用七剂体温已趋正常,亦无化热化燥证候出现,由此说明提高辨证施治水平,不仅是显示中医药特色和优势的关键,也是提高临床疗效的关键。

五积散(《和剂局方》)其组方为:白芷、川芎、炙甘草、茯苓、桔梗、当归、肉桂、芍药、半夏、陈皮、枳壳、麻黄、苍术、厚朴、干姜。严用和《济生方》指出“冬冒风寒,身热头痛,无汗恶寒,宜进五积散”。此方为阴阳表里通用剂,具有解表温中除湿作用,是发表温里,一方统治多病的好方子。适用于外感风寒,内伤生冷。表现为身热无汗,头身痛,胸满恶食,呕吐腹痛,以及妇女血气不和,心腹疼痛,月经不调等属于寒证者。我认为,五积散方不仅主治寒、食、气、血、痰五邪之郁积,而对表里内外,脏腑经络之寒湿阴邪,悉皆能治。正如汪切庵在《医方集解》中将五积散归入表里之剂,称其为“解表温中除湿之剂,去痰消痞调经之方”,“能散寒积,食积,气积,血积,痰积,故名五积”,足见应用范围之广泛。

2.2 重剂柴胡桂枝汤治发热案

张某,男,29岁,1983年4月7日入院。住院号111724。

病史摘要:发热5天。患者新婚外出旅游,途中淋雨感冒风寒而始病。初起则恶寒发热(39.2℃),

汗出而发热不解,头痛乏力,经服西药及中药银翘散加减症未减,遂于急诊入院。

证见先寒后热,汗出热不退,口干,舌质红,舌苔薄白,脉浮弦,但无头重身困倦等表湿证。经管医生当时认为风湿外感,遂用香薷饮合藿香正气散加减以发散风湿。药后症未减,热未降。且见寒战后发热,体温 39.3°C ,热后出汗,伴口干口苦。当即查疟原虫,结果为阴性。其它各项常规检查,均无异常发现。

4月9日又按少阳病证论治,遂改用小柴胡汤加味(柴胡30g,西党参15g,黄芩15g,常山10g,法半夏10g,甘草6g,红枣6枚,生姜3片)。当日服药2剂,药后汗出,体温略降,旋即又升。

4月11日余细思患者病情,先恶寒继而高热,寒热交作(交替),热多寒少,午后体温增高($39.2^{\circ}\text{C} \sim 40.3^{\circ}\text{C}$),上午体温 $37.8^{\circ}\text{C} \sim 38.2^{\circ}\text{C}$ 。有汗出,伴口苦口干,舌质红,苔薄白微黄,脉浮数重按无力,证属太少合病,用柴胡桂枝汤,疏通营卫,和解表里。方药:北柴胡30g,桂枝10g,黄芩15g,白芍10g,生姜3片,红枣6枚,太子参30g,生甘草5g,法半夏10g,常山10g,首次日服药2剂,4次分服。药后当日体温正常,亦无恶寒,原方连服4天,改为每日1剂,寒热未作,疗效巩固。最后用参苓白术散调理1周痊愈出院。

按:本案为新婚感冒风寒,发热持续不解,经中西药治疗未能退热而急诊入院。入院治疗5天发热如前,且见寒战高热,体温波及在 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间。证见寒热交作,热多寒少,有汗出,口苦口干,舌苔薄白微黄,脉浮弱而数。我认为这是太少合病,少阳兼表。应施

用柴胡桂枝汤加常山,以和解少阳,宣展枢机,调和营卫,解肌辛散。首次日服2剂,水煎4次分服。患者当口服药2剂即体温正常,观察数日。未见反复,可谓效如桴鼓!

如何看待本案应用柴胡桂枝汤的依据?一是患者发病之时,正值新婚旅游,途中冒雨受寒而致病。新婚劳碌,生息失调,“劳则气耗”,卫气不足,腠理疏松,风寒伤卫,而发为太阳中风表虚证。从恶寒发热,汗出,脉浮弱等症,足以证明属桂枝汤证无疑。二是正气受伤,抗邪能力下降,易使表邪入里,由太阳向少阳半表半里发展。从寒热交作,热多寒少,口苦口干,苔黄来看,已具小柴胡汤证主症表现。由此可见,太少合病,少阳兼表证据充分。柴胡桂枝汤是最佳优选方。本案虽无“支节烦疼,微呕,心下支结”等症,但已具备少阳兼表,太少合病的基本病机。符合仲景指出“有柴胡证,但见一证便是,不必悉具”的提示。如果欲求症象典型而方敢使用者,则不惟有束茧自缚之嫌,而遗“置佳方于疑窟”之讥,且更与大量临床实践之经验相悖。三是柴胡桂枝汤方中加常山的问题。习惯上将常山列为截疟药,这只反映其药效作用之一。

我的经验认为,常山是邪入膜原,寒热往来,高热不退的有效药。笔者在治疗少阳寒热往来,或寒战高热证,与小柴胡汤相伍,具有显著的解热效果。本案例桴鼓之效,也足以证明其实用性。河南名老中医李学舜先生认为,“外感初期发热不宜使用常山。当发热日久,缠绵不已,中西药乏效,并见似疟非疟等症时,无论低烧高烧,投以酒制常山多奏效,常山经用酒

制,用量可大,退热之力方强”。其解热作用值得临床重视。常山气味苦寒,有毒。临床应用,关键在于把握邪正斗争,相持不下,邪在膜原,枢机不利的病机。应用时与小柴胡汤配合取效甚速,未见有明显副作用,常用量以10g为宜。

此外,方中柴胡用量多达30g,这是我治外感高热的常用量。柴胡用于退热散邪,必配黄芩。服药后未见有大汗淋漓,以及升阳劫阴的副反应。本案首次日服2剂,4次分服。这也是我治疗急重症的体会,对顿挫病势,保持药性在体内的必要浓度,充分发挥其药力和药效,有着不可忽视的作用。患者当日服药2剂,体温降至正常,这不仅体现辨证论治的正确,同时,在处方剂量和服药方法上也功不可没。值得临床重视。

2.3 甘露消毒丹治发热案

彭某,男,26岁,1983年4月12日入院。住院号111839。

病史摘要:不规则发热,伴咳嗽半个月。患者于3月27日值夜班受凉后,深夜2时许出现寒战发热,寒战1小时后缓解,但发热持续不退,体温 $38^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ 之间,最高达 40°C ,伴有咳嗽,头昏,神倦乏力,单位医务所先后用多种抗生素及解热药,发热仍不退,病情未见改善,而转我院治疗。

证见不规则发热,以午后为甚($38.8^{\circ}\text{C} \sim 39.4^{\circ}\text{C}$),吐泡沫样痰,量少,胃纳差,胸闷,神倦乏力,口苦口干,喜热饮,大便由稀转干,每日1次,舌质红苔黄厚而少津,脉弦数。

检查:两肺未闻及干湿性啰音,心率84次/分,律齐,心界不大,未闻及病理性杂音,腹软,肝脾未及。

门诊化验:白细胞 $4.6 \times 10^9/\text{L}$,

中性64%,胸透:两肺纹理增粗。

经管医生按邪热遏肺辨证施治。用清金化痰汤合二陈汤加减。服药3剂,体温未降,症状为前。

4月15日余查房所见:持续发热半个月,发热特点为午后增高,身热不扬,汗出不透,口苦口干,喜热饮,口粘,饮食减少,胸痞,咳嗽,咳声不扬,咯痰不畅,痰白而粘,身倦乏力,小便短少而黄,大便成形,每日一次,舌质红,苔黄白腻少津,脉象濡数。证属湿热发热,有湿从热化之势。应以甘露消毒丹加减:茵陈20g,滑石12g,木通6g,石菖蒲10g,藿香10g,射干10g,川贝6g,黄芩10g,连翘15g,薄荷10g,佩兰10g,杏仁10g。

服药3剂,体温降至正常,精神转佳,饮食增加,舌苔渐化,连续观察1周,体温稳定,症状消失出院。

按:本案为典型的湿热发热证,故以甘露消毒丹加减以清化湿热而获卓效。由此可见,从辨证论治上下功夫,是提高疗效的关键。

甘露消毒丹为清·王孟英《温热经纬》方。由豆蔻、茵陈、黄芩、石菖蒲、川贝、木通、藿香、滑石、射干、连翘、薄荷等药组成,具有利湿清热,宣通气机之功,为湿温时疫,邪阻气分而设。由于湿热邪深在里,正邪相争于内,而现但热不寒,身热不扬,汗出不透,胸脘痞闷,咳嗽痰粘,小便短少,舌红苔白黄腻,脉濡数等湿热里证。正如《湿热条辨》说:“湿热证,始恶寒,后但热不寒,汗出,胸痞,舌白或黄,口渴不引饮”。薛氏自注:“此条乃湿热证之提纲也。湿热证属阳明太阴经

者居多,中气实则病在阳明,中气虚则病在太阴”。湿热为病,缠绵难以速愈,其病机关键主要在于中焦太阴脾和明胃,并由中焦而弥漫到上、下二焦,且随湿热邪的偏胜而有太阴湿偏重或阳明热偏重之分。本案发病已由初期进入中期,故多见阳明热偏重证候表现。

甘露消毒丹用于太阴阳明湿遏热伏,热胜于湿者有显著效果。本方以苦寒和淡渗清热利湿为主,芳香宣化湿浊为佐,从其不用苦温燥湿药来看,可见其亦能治中焦湿热偏重证。此方应用甚广,尤以夏令暑湿季节,凡见湿温、暑温、时疫之属于湿热并重,邪留气分者皆可运用。

2.4 竹叶石膏汤治发热案

龚某,男,22岁,1983年2月9日入院。住院号B0110303。

病史摘要:患者于4天前早起锻炼身体后始感身体不适,乏力,纳差,至2月8日自觉身热,测体温39.5℃,午后6时达40℃,急去医院就诊,经用抗炎、解热、输液诸措施,体温降至38.5℃,回家后体温复升,复去医院,重复上述措施效果不显,下午以“发热待查”入院治疗。

入院后经治医生先后应用麻黄汤、柴胡桂枝汤加减,高热下挫,但低热不退,并出现持续呃逆症状,经中西药治疗效果不佳。

2月15日余诊视:患者仍有低热(37.2℃~38℃之间),呃逆较频,其则呕吐,大便干结,舌质偏红而苔少,脉虚弦数。证属高热伤阴,胃气虚弱,气机逆乱。拟清热养阴,益气和胃,降逆止呃。方

用竹叶石膏汤加味:生石膏30g,麦冬15g,太子参20g,法半夏10g,淮山15g(易粳米),枇杷叶10g,竹茹10g,柿蒂6g,生甘草6g。服药1剂低热全退,呃逆停止,胃纳增进,感觉良好,于2月23日痊愈出院。

按:患者连续发热10天。始初为外感风寒证明显,经辛温解表、和解少阳之后病情改善,体温下降,但低热持续不除,且呃逆频繁,综合治疗未见效果。余诊视,患者因高热损伤气阴证候明显,低热不除,实为气阴亏损,余邪未清所致。其呃逆频繁,亦为胃虚气逆而引发。故用竹叶石膏汤加减,以清热养阴,益气和胃。服药1剂,则热退呃止。说明经方的运用,必须在辨证论治水平上下功夫。

竹叶石膏汤乃仲景为热病后期,余热未清而气液两伤之证而设。舌红苔少,脉象虚数是临床应用本方的必具指征。热病后期形体羸瘦,虚烦少气,身热多汗,气逆欲吐等症是本方的适应症。热病后期,余热未清,此时只清热而不益气生津,则气阴难于恢复;若只益气生津而不清热,又恐邪热复炽,死灰复燃。叶天士所谓“炉烟虽息,灰中有火”。唯有清补并行,方为两全之法。诸药合用,清热而兼和胃,补虚而不恋邪,实为一首清补结合之良方。本案在竹叶石膏汤基础上,加用枇杷叶、竹茹、柿蒂以弥补该方和胃降逆之不足,从而提高了降逆止呃的显著效果。