

内伤热证温引敛

——李可学术思想探讨之十八

● 孙其新*

摘要 针对内伤热证用滋阴、清热、降火,进一步探讨了李可学术思想。李可关于内伤热证的经验:五志之火,疏气降气;血热妄行,降气抑火;肝阳上亢,浊阴不降;气虚发热,土不伏火;肺癆潮热,虚阳外散;虚火上燔,火不归原;阴盛格阳,浮阳外越;足心发热,阴火沸腾;消渴燥热,假热真寒;肿瘤发热,本寒标热。内伤热证的治疗大法:温补、引导、敛固。内伤热证的辨证要领:邪正交争,阴阳盛衰,气机不利,阴证化阳,浮阳外越。

关键词 内伤热证 温补 引导 敛固 李可 医案

笔者在《热病急病汗清下》一文中,探讨了李可治外感热病不用后世温病方,“师仲景,遵六经,汗清下,统温病;承气汤,融解毒,创新方,探新径”,取得了令人瞩目的成就。对于内伤热证,自朱丹溪创“阳有余阴不足论”,近代中医皆宗丹溪之旨,从“阴虚火旺”立论,滋阴、清热、降火定法。李可对内伤热证理论进行痛苦的反思,感悟出深刻的道理。现根据其数则医案,整理出以下内容:

1 内伤热证的经验

1.1 五志之火,疏气降气

李可认为,情志为病,忧思郁怒。气有余便是火,五志过激化火,非同实火,宜疏、宜降,气降火即降,不宜清。火盛灼阴,养阴配阳(333、363页)。

常用方药 疏肝解郁,逍遥散,降气加赭石 30 克(230、333

页);养阴配阳,一贯煎、二至丸(120、320页)。

乳衄 刘某,女,44岁。乳衄2月余,由生闷气渐致两肋窜病,右乳结核如胡桃大,乳头溢出鲜血。每适经期,必头眩泛呕,血黑多块。常觉有一股热流从右肋下章门穴向乳房涌来,立即灼痛如针刺状,随即有鲜血溢出,轰热自汗,左侧亦有同感。每月经行2次,经量少则乳头出血必多。舌红无苔口苦,脉沉弦而数。脉证合参,必是七情内伤,肝气久郁化火。今见一旦动气,病必发作,明是木强侮土。疏泄太过,则肝不藏血;脾胃过弱,则不能统血。治法拟养脾胃之阴,清金制木而解胃之围,兼柔肝之体而敛其用:醋柴胡 10g,当归、白芍、生地、石斛、沙参、枸杞、山萸肉、乌梅各 30g,麦冬 15g,川楝子 10g,三仙炭各 12g,丹皮、黑栀子、炙草各 10g,3 剂。二诊:药

后块消血止,但增多腹胀如孕状,视之,少腹鼓凸。神倦、腰困膝冷,舌红无苔,脉沉,右寸极弱。遂改投大剂补中益气汤升提下陷,加肾四味温养肾命:生芪 60g,当归、白术各 20g,红参(另炖)、灵脂、炙草、三仙炭、柴胡、升麻、桔梗各 10g,陈皮 3g,肾四味 120g,鲜姜 10 片,枣 10 枚,胡桃 4 枚(打)。患者连服 9 剂,已痊愈,且腰困、经乱亦愈(120 页)。

李按 初诊见患者口苦舌红,遂用大剂养胃汤之甘寒,丹栀之苦寒,致损中下之阳,中气随之下陷,故有此变,医之罪也。情志之火,非同实火,宜疏、宜降,气降火即降,不宜清。且前贤曹炳章氏谓“舌红非常并非火”,“非常”二字,当细细咀嚼。

1.2 血热妄行,降气抑火

李可认为,若胃失和降,则诸经皆不降,气逆而为火,血热妄行,血从上溢则病吐衄。证见面赤气粗,口苦苔黄,脉象数实。此时急以旋覆赭石汤加炙枇杷叶 30 克,

* 作者简介 孙其新,男,主任医师。从事辨证论治的整理和经方的临床应用,著有《谦斋辨证论治学》。

• 作者单位 辽宁中医药大学附属医院(110032)

降肺胃之气。不可一味苦寒清火，应以顾护胃气为要。血证初期，亦见肝不藏血，血热妄行。证见血上溢或下出，势急量多，面赤气粗，暴躁易怒，头晕胁痛，口苦脉弦数，以丹梔逍遥散舒肝之郁，炙枇杷叶 30 克清金制木；生地、阿胶滋水涵木，凉血养血，止血柔肝；赭石降气抑火平木(126 页)。

常用方药 降肺胃之气，旋覆赭石汤，加炙枇杷叶 30 克；降胃止呕，双呕汤(吴茱萸、红参、生半夏、赭石、茯苓、姜汁、生姜、炙甘草)；疏肝降气抑火，丹梔逍遥散，加炙枇杷叶、赭石各 30 克，三七粉 6 克吞服(15、126 页)

肺结核大咯血 董某，男，36 岁。患肺结核 10 年，3 年来不断发生大口咯血，频咳不止，胸痛，神疲，住院 7 日，未能控制。每次大咯血约 200 毫升，现仍频频咳嗽，面赤气粗，胸痛彻背，脉洪大，舌红尖赤，边有瘀斑。每次犯病，即用针剂止血。但降其气，气降则火降，血自归经。血证不可一味兜涩，于止血之中行瘀、化瘀：旋覆花 12g(包)，代赭石 30g，瓜蒌 30g，薤白 15g，生半夏 30g，姜汁 1 盅(兑)，丹参 30g，檀降香各 10g，炙枇杷叶 30g，桃杏仁各 15g，甘草 10g，童便、韭汁各 30 毫升兑入，“三七 5g、白芨 10g”研粉煮糊加红白糖服，3 剂。二诊：血止，病象显露，面色苍白少华，拟培元固本散善后(310 页)。

按 患者肺胃气逆，血热妄行，咯血不止，以旋覆代赭汤加炙枇杷叶，但降其气，气降则火降。又每次犯病，即用针剂止血，血虽暂止，胸膈积瘀已甚，证见胸痛彻背，舌有瘀斑，故用瓜蒌薤白合丹参饮加味，于行血之中行瘀，以免后患。

1.3 肝阳上亢，浊阴不降

清末、民国初，中西汇通派认为高血压、中风均属“肝阳上亢”，最著名的就是张锡纯之“镇肝熄风汤”。李可认为，高血压及中风，其根本点就在于先天阳虚，清阳不升，浊阴不降，痰湿瘀浊窍踞阳位(44 页)。

常用方药 藏阳，四逆汤或潜阳丹；镇冲，温氏奔豚汤加龙牡、磁石、煅紫石英；透邪，麻附细、大小续命汤；引导，引火汤(44 页)。

阳虚型高血压兼肥胖病 胡某，女，46 岁，1979 年 10 月 31 日，突然昏厥邀诊，至则已醒，心有余悸，甚为恐惧。询之，患肾性高血压已 5 年。低压常在 110~120 毫米汞柱之间，曾服镇肝熄风汤、羚羊钩藤汤近百剂，不仅无效，反增食少便溏。近 3 年异常发胖，头晕畏寒，呕逆腹胀，足膝冰冷。近 1 月服羚羊粉后，常觉有一股冷气从脐下上冲，冲至咽喉部，人即昏厥。约三五日发作 1 次。其眩晕如腾云驾雾，足下如踏棉絮，越胖越觉无力。腰困如折，小便余沥，咳则遗尿，时时有咸味之痰涎上壅。常起口疮，头面又觉轰轰发热，每日中午面赤如醉。舌淡胖，苔白腻，脉洪不任按，久按反觉微细如丝。脉证合参，乃清阳不升，浊阴不降。下寒是真，上热是假。复加误用寒剂，更损元阳，阴盛于下，逼浮阳上越，故见上热假象。予温氏奔豚汤：附子 30g，加吴茱萸 15g，肾四味 60g，生龙骨、生牡蛎、活磁石、紫石英(煅)、山萸肉各 30g，益火之原，以消阴翳。上药加冷水 1500ml，文火煮取 600ml，日 3 服，3 剂。二诊：患者在无人陪侍下坐班车来门诊。主诉：服药 3 剂，每天小便很多，全身舒适，头不晕，脚底再不飘浮欲倒，腹中觉暖，再无冷气上攻，

心中也不觉怕了。每天服药后，腹中阵阵响动，矢气极多，惹得孩子们哄堂大笑，几年肚胀，一下子松宽许多。药已中病，嘱守方再服 10 剂。三诊：其夫特来门诊告知，诸症均愈。舒张压保持在 80~90 毫米汞柱，已正常上班。最奇的是服药后尿特别多，10 多天功夫，腰围瘦了 1 寸多(383 页)。

李按 本案证属命火衰微，不主温煦，故怯寒肢冷；火不生土，中阳不运，故见食少便溏。诸阴失阳之统摄，故上则饮逆头眩，挟冲气上冲，下则尿多不禁。异常肥胖亦属阴盛阳衰，与寒湿停聚同理。复加误用寒剂，更损元阳，阴盛于下逼浮阳上越，故见上热假象。予温氏奔豚汤加味，因呕吐加吴茱萸，腰困如折，加肾四味，时发昏厥，加山萸肉固脱，服药近半月，诸症均愈，低压亦维持在 80~90mmHg。

1.4 气虚发热，土不伏火

气虚发热，多见食少便溏，消瘦潮热，面色萎黄等。李可认为，《内经》中“阴虚生内热”，这“阴”指足太阴脾脏，土壤不能敛火，虚阳外散，当温之敛之，“甘温除热”是也。而明朝张景岳则是个折中派，他提出“阳非有余，阴常不足”论，强调了“阳虚多寒，宜补而兼温；阴虚有热，宜补而兼清。”试想脾阳虚的发热(气虚发热)，怎么可以用“清热滋阴”？甚至是沾唇必殆(181 页)。

常用方药 甘温敛固，补中益气汤加龙牡、山萸肉、乌梅各 30 克，焦三仙各 15 克(396 页)。

丁癸瘕重症 李某，男，7 岁。1975 年 4 月 5 日初诊。出生后断脐不洁，致成烂脐(脐疝)，久治不愈。且因过用祛湿解毒之剂数十剂，遂致食少腹胀，肚大筋青，便溏，四肢枯细，头大脖颈细，面色萎

黄,毛发枯焦,皮肤干瘪,满脸皱纹,如小老头状。四肢不温,脐突,中心湿烂流黄水,味臭,午后潮热,唇指苍白,脉数无力,舌淡白无华,已成痞积重症。此症,由过用苦寒伤中,致中气下陷,湿热不化而致。法宜下病上取,内服补中益气汤:生芪60克,当归、苍白术、炙草各10克,红参(另炖)、柴胡、升麻、姜炭各6克,生苡仁30克,鲜生姜3片,枣6枚,5剂;外敷化腐生肌敛疮之品:五花龙骨、枯矾、无名异各10克制粉,每日以盐椒水洗净干掺,纱布包扎。二诊:药后7年痼疾已痊愈,无丝毫痕迹。予培补脾胃方:全河车1具,红参、三七、内金、炒二芽各30克,共研细粉1.5克,2次/日。随访至1983年底,病孩13岁,已上4年级,体质增强,与健康小儿无异(85页)。

李按 “丁奚疳”指小儿疳积,骨瘦如柴,其形似“丁”之证。由脾肾虚损,气血衰颓,以致出现面色萎黄或苍白,低烧潮热,四肢细小,颈长骨露,尻臀无肉,腹胀脐突,以及食多吐逆,吐泻无度等症,为脾疳重症。本例病情更为严重,先以补中益气汤加龙牡、山萸肉、乌梅、焦三仙,服至潮热退净,能食易饥时增损培元固本散1料可愈。治疳如治癆,有热莫清热,有蒸莫退蒸,保得脾胃健,何愁病不痊。

1.5 肺癆潮热,虚阳外散

李可认为,肺癆首先是损伤脾胃之气,然后耗散元阳,所以病人会不断地发热,而朱丹溪就认为这种病应该补“水”,就可以把那个“火”扑灭了,水火不就平衡了吗?其实这种治疗过程就是把胃气进一步损伤,最后连元气也保不住了,就是死亡(68页)。

常用方药 甘温敛固,补中龙牡梅萸汤;救阳固脱,参附龙牡救

逆汤(23、300页)。

肺结核危症 刘某,女,22岁。1963年5月23日初诊:患干血癆3年多,经某医院诊为肺空洞型肺结核,病危出院。羸瘦脱形,四肢枯细,体重锐减20公斤。骨蒸潮热,昼夜不止半个月。双颧艳若桃李,口苦,舌光红无苔而干,食少,干渴能饮,脉弦而数。古今医家,皆谓“癆”为阳火灼阴,火炎水竭,真阴销铄。尤以昼夜皆热为重,阳无阴,当亟泻其阳,峻补其阴,乃选清骨散加龟板、黄芩、童便为治:龟、鳖甲(先煎)、地骨皮各30g,知母20g,银柴胡、胡黄连、秦艽、青蒿、黄芩、炙草各3g,童便1杯兑入,水煎分2次服。次日黎明,病情突变邀诊。见患者呃逆频频,大汗肢厥,面如死灰,喘不能言,脉微欲绝。其母云:“昨日药进一煎,患者即不思饮食。睡前服二煎,泻稀便一次,随即阵阵汗出,气喘不能接续。半夜服参汤一杯,才勉强支持到天亮。”至此,余已知前方误投。盖患者虽在青年,但3年癆病,其阴阳气血已耗伤殆尽。初诊见其面若桃李,艳若涂丹,误以为乃癆证必有征象,实则已是浮阳飞越之戴阳危象,当救阳固脱为先,反投清骨散,是为一错。胡连、骨皮、知母苦寒败坏胃阳,稀便一泄,气从下脱;银胡、秦艽、青蒿之辛寒外散,多汗亡阳于上,尤以鳖甲一物,开破肝气之力甚强,促使肝气外泄,故药后出现上下俱脱之危候。二错在对脉学的书本式理解,“数”固主火、主热,然当四诊合参,全面分析,方不致误。肺癆脉多数,濒危之际,有一分钟120~240次以上者,已是七急八败之死脉,何来“火”与“热”之可言!故数脉变局中有“数则为劳,数则为虚”两条。若非躬行实践,绝难领悟。逐

急疏张锡纯氏来复汤合参附龙牡求逆汤,以救阳固脱:红参(捣末同煎)、附子各30g,干姜20g,炙草60g,山萸肉90g,龙牡、白芍各30g。从煎沸10分钟后,频频喂服,余守护病榻,以大艾柱灸神阙,药进5次,约200毫升,半小时许,呃止、汗敛、喘定、厥回,幸得脱险(299页)。

李按 这是我最通苦的一个案例,打那以后余生不用滋阴降火的套方。从中感悟出这所谓的潮热,那是一种“相火离位,土不伏火,元阳虚弱”。这么一种外散的表现,你从这个元阳角度去敛它,就可以把热敛住了。如果不在生死关头你是体会不到这一点的。所以说,你若没有亲身经历这一过程,就不可能去鉴别历史传承下来的几十万张方中,哪些是正确的,哪些是不正确的(71页)。

1.6 虚火上燔,火不归原

李可认为,肾中水火,共处一宅。水火相抱,阴平阳密。水足则火藏于下,温煦脏腑,统领一身气化,是为健康无病。若因外感内伤,致水亏于下,则火失其制,古人喻为水浅不养龙,于是离位上奔;肾水寒于下,逼真火浮游于上,亦可致火不归原之证。龙火上奔,多见种种上热见证,如头痛、头晕、耳痛、齿浮、齿衄、目赤如鸠、面赤如醉、心悸暴喘,耳鸣如潮、口舌生疮、咽痛如灼等(240页)。

常用方药 水浅不养龙,壮水敛火,导龙归海,引火汤;水寒不藏龙,温脏敛阳,引火归原,引火汤加油桂1.5克,饭丸先吞(241页)。

三叉神经痛 裴某,女,55岁。患原发性三叉神经痛8年,选用酒精封闭、针灸,服中药百剂皆无效。近年来发作频繁,因外受风寒,或大喜大怒,过度劳累,高声

说话,咀嚼食物,洗脸刷牙,打呵欠皆能触发。8 年前仅下颌枝患病。2 年之后累及上颌枝,去年冬眼枝亦病。以为龋齿作痛,牙已拔光,病势日见严重,以致不敢进食咀嚼,以流质食物维持不饿,致消瘦脱形,弱不禁风。此次发病已 3 日,病前无故右眼赤如鸠目,泪如泉涌,日夜不止,右耳鸣如潮声。今晨,因大声呼唤幼子起床,冷风拂面,突觉畏寒。同时觉有热气从右脚心沿腿之内侧上攻头面,迅如闪电,旋即整个右头部如蛇咬蝎蛰,火灼电击,剧痛嚎哭,惊扰四邻。每次发作约 5 分钟,频发 30 余次,已历 3 小时之久。诊脉洪大无伦,舌干红无苔。头晕脚软,足膝冰冷,口干便燥,3~4 日一行。拟傅山引火汤合芍药甘草汤大剂,滋阴敛阳,引火归原,柔肝缓急,以制雷火:熟地 90g,盐巴戟天、天麦冬各 30g,茯苓 15g,五味子 6g,白芍 100g,炙草 30g,3 剂。二诊:药后脚底上冲之气已敛,发病次数逐日减少。每有发作,一闪即过,已可耐受,洪脉已敛,目赤、耳鸣均愈。考虑多年痼疾,久痛入络,佐以虫类搜剔。原方加细辛 15 克,全蝎 12 只、蜈蚣 2 条研粉冲服。三诊:服 1 剂发作停止,已 4 日未发,全家人大喜过望。嘱原方再服 3 剂巩固。随访 10 年,未复发(240 页)。

李按 本病为临床常见疑难病之一,各家多以风、寒、痰、火、瘀论治,或见效于一时,后必复发。盖本案患者年逾五旬,肾气已衰,肾阴下夺,阴不恋阳,时值春令,阳气升发。脚底为肾经循行始发部位,龙雷之火之不能下安宅窟,循经上攻,上奔冲击无制,而成燎原之势,法宜大剂滋水,考虑多年痼疾,久病入络佐以虫类搜剔,更加

细辛引入少阴而驱伏寒,兼寓火郁发之之意。

1.7 阴盛格阳,浮阳外越

李可认为,阴盛格阳为下焦阴寒独盛,格拒真阳不能回归宅窟而浮阳于外;戴阳为下元虚极,真阳不能下守,浮游于上。故见种种外热或上热假象(23、187 页)。

常用方药 破阴回阳,四逆汤;破阴通阳,白通加人尿猪胆汤(187、298 页)。

阴盛格阳证 赵某,女,29 岁。因无故头面阵阵发热,服升阳散火汤 1 剂,变为心悸、气喘、自汗,头面烘热不止,面色嫩红,烦躁欲寐,足膝冰冷,多尿失禁,脉微细而急,120 次/分。本属阴盛格阳,误作上焦郁火而投升散之剂,致有此变。幸在壮年,未致亡阳暴脱。予白通加人尿猪胆汁汤,破阴通阳为治:附子、干姜各 30g,葱白 3 节,童便、猪胆汁各 1 杯对人,2 剂。次日来告,上药服 1 剂,心悸喘汗均止,足膝已热,月余之烘热证亦罢。本病病机,为下焦阴寒独盛,格拒真阳不能回归宅窟而浮越于上,故见种种上热假象。以白通汤破阴通阳,因有假热在上,以人尿猪胆汁之苦咸寒为反佐,热因寒用,宣通上下,消除格拒,引浮越之阳归于下焦而病愈(187 页)。

按 李氏在本案中指出,因有假热在上,以人尿猪胆汁之苦咸寒为反佐,热因寒用,宣通上下,消除格拒,引浮越之阳归于下焦。“引浮越之阳归于下焦”实际就是“引火归原”。

肺结核戴阳危证 英某,女,68 岁。传染科住院病人,诊断:肺结核;肺气肿合并急性感染。经抗结核、抗菌治疗无效,请中医协治。李氏诊见双颊艳若桃花,双目神采外露,发热烦躁,咳喘月余。盗汗,

渴喜热饮,双膝极冷,心动神摇,六脉细数无伦,心率 132 次/分,舌淡。患者年近古稀,肾元久虚,复加久病耗伤,过服清热凉剂,致成上盛下虚戴阳格局,有欲脱之虞。急急固肾敛肝,引火归原,纳气归根为治:山萸肉 90g,红参(另炖)15g,龙牡、白芍各 30g,炙草 15g,油桂 3g(米丸吞),附子 30g。上药连服 3 剂,脱险,出院回家调养(23 页)。

李按 此戴阳为下元虚极,真阳不能下守,浮游于上,阴盛格阳之危候。又因用过秦艽鳖甲之类,开破肝气,致肝虚不敛。故用参附龙牡救逆汤合来复汤(山萸肉 90g,红参 15g,龙牡、白芍各 30g,炙草 15g),加油桂固摄下焦、温纳浮阳,重用山萸肉敛肝固脱。

1.8 足心发热,阴火沸腾

火神派始祖郑钦安,将浮阳外越与浮阳上越之假热统称为“阴火”。李可在其书中两次提及“阴火”,均指足心发热。如阴虚型红斑狼疮案中指出,患者 3 日来脚心涌泉穴热如火焚,夜卧非坦露双脚不能入寐,脉大不任重按。考虑病本阳虚血寒,寒伤元阳,阳不统阴,致下焦阴火沸腾,列同浮阳外越,以加味四逆汤温而敛之(204 页)。

常用方药 温阳敛固,四逆汤(236 页)。

足心发热怪症 刘某,女,33 岁,教师,1983 年 8 月 20 日初诊。足心发热 7 年,日夜不休,日轻夜重,自觉涌泉穴处呼呼往外冒火。不论冬夏,夜卧必把脚伸出被外,或踏于凉墙上,始能入睡。曾多次求医,服滋阴补肾、滋阴降火以及清胃蒸劳热之剂百余剂,不效。又认为阳陷入阴,用升阳散火汤,反增头面轰热。诊视见面色嫩红,艳若桃李,阳浮于上显然。询其病

史,因年久已不甚了然,似与产后失调有关。按脉细数,132次/分。干渴,小便清长,饮一溲一,不存尿。中上脘处冷感,胃纳不馨。食入稍一受凉,即觉酸腐不适,双膝独冷。是宜补火之原,真火旺,阴火自安:炙草60克,干姜、附子各30克,冷水1500毫升,文火煮取500毫升,2次分服,3剂。二诊:药后热势顿减,多年之双膝冷亦热,自诉多年来从未有如此舒适过,且食纳亦增。因在会议期间,不慎感冒,觉脑冷,如风从脑壳吹入状,畏恶风寒特甚。筋惕肉瞤,皮下如虫行,脉反沉细。诸多见证,证属阳微:麻黄10克,附子15克,细辛10克,炙草30克,干姜15克,2剂。药后又愈,临行前特来致谢。嘱服金匱肾气丸1个月,以巩固疗效(236页)。

李按 细思此症,乃阴阳盛衰之变。阴阳之道,阳为阴根。命门位居下焦,乃人身真火,气化之本原。此火一衰,火不生土,胃中水谷便无由蒸化,故见纳少化艰;人身津液赖此火之温煦,始能蒸腾于上,敷布上下,此火一衰,气化便弱,津液不能升腾,故口干;涌泉为足少阴肾经井穴,为肾气之所出。今下焦阳衰,不能统摄肾阴,而致阴火沸腾,自觉涌泉穴处呼呼往外冒火,夜卧必把脚伸出被外,踏于凉墙上始能入睡。

1.9 消渴燥热,假热真寒

李可认为,糖尿病在三阴,但统于太阴。过食肥甘对人体最大的影响是脾胃过劳(因肥甘厚味完全消化大约需5~7小时,上一顿饭尚未代谢掉,下一顿又接上,脾胃的工作时间过长),嗜食生冷直折脾阳。二者均可导致中气虚馁,随之脾气左升不利则中满,胃气右降不利则产生郁热。脾升不及则

厥阴风木过度调动肾气助脾散精,表现出肝疏泄太过,风火相煽之消渴;肺胃降气不利出现中上二焦之假热(如面红如醉,午后更甚,头汗多),热象背后却是元气不归宅而上浮。升降左右两端均能造成下焦虚寒,中上生热的局面。故消渴者燥热为本,阳虚为本,其病机主脑(《北京扶阳论坛讲稿》)。

常用方药 引导,引火汤、附桂地黄汤;温敛,乌梅丸、封髓丹;运脾固肾敛肝,附子理中汤加砂仁、生半夏、白芍、山萸肉、油桂(《北京扶阳论坛讲稿》)。

虚寒型糖尿病 李某,男,52岁,1984年1月16日初诊。患糖尿病10个月,曾用胰岛素不能控制。消瘦,体重下降7公斤,乏力,脘痛而呕酸涎。厌食,日仅进食3~4两。饮多,日6热水瓶上下;尿多,日35~40次,几乎不能系裤带。畏寒甚,由平车拉来就诊。目赤气喘,头面烘热,脉右微细,左沉滑细。当日化验:尿糖(++++) , 血糖65毫克/分升。拟滋阴助阳,引火归原,纳气归肾:熟地90克(砂仁10克拌捣),盐巴戟肉、天麦冬各15克,茯苓15克,红参(另炖)、吴茱萸、五味子、炙草各10克,山药、山萸肉各30克,油桂1.5克(研吞),鲜生姜5片,大枣10枚,胡桃打4枚,3剂。二诊:胃痛呕逆、目赤气喘、头面烘热均愈,食纳已佳,饮水减至日1热水瓶,尿减少至日10次。脉较前有力,自己走来就诊。守方3剂。三诊:尿量日7次,夜间不尿。日可进食0.5公斤之多,行动如常。舌红润,中有裂纹,脉沉滑。原方去吴茱萸,加生山药、生黄芪、枸杞各30克,猪胰脏10克(另煮熟,连汤带肉食之),10剂。四诊:今日化验尿糖(++),血糖37毫克/分升。

上方加减调理月余,用猪胰脏40个。尿糖消失,血糖稍高,病情平稳,体重回升(55页)。

李按 证属肾之气阴两虚,阴损及阳。肾气不纳,故喘;肾气失于统束,膀胱失约故尿频不能系裤;肾阴虚,水浅不养龙雷,故见相火上奔,目赤烘热。命门衰微不主温煦,津液不能蒸腾上达,故饮多;釜底无火,故胃脘冷痛,厌食呕逆。治以人参胡桃汤纳气归肾,参萸敛元固肾,引火汤壮水敛火,油桂、巴戟、五味子温命火以生脾土,吴茱萸降逆止呕。3剂后,胃痛呕逆、目赤轰热、气喘等诸证均愈。

1.10 肿瘤发热,本寒标热

李可认为,肿瘤病见口渴烦热,恶热喜凉饮食,持续高热或低热不退等现象。此为假热或标热。这种假热源于真寒,因寒主收引,阻遏气机,气机升降出入受阻,郁而化热。尤其是高热或长期低烧,多为本寒标热。高热的出现,多为正气渐复,阴证化阳之佳兆,伏邪有望从阳明透发之机。若出现大热、大渴、大汗、脉大四症,可于附子剂中加石膏250克,冰炭同炉,热退即止,不可过剂(《北京扶阳论坛讲稿》)。

常用方药 温通,四逆汤,理中汤,当归四逆汤,麻黄附子细辛汤(《北京扶阳论坛讲稿》)。

脑瘤积水高热不退 刘某,女,72岁。因神志淡漠10个月,高热20天入院。数月前无明显诱因出现左侧肢体乏力,神情淡漠,大小便失禁。CT提示:后颅窝占位性病变—脑膜瘤。行脑膜瘤切除术,1后上症加重。又查CT提示:脑积水。行右侧脑室—腹腔分流术。术后出现高热,中段尿培养提示肠球菌生长,痰培养提示耐药性葡萄球菌生长,以多种抗生素治

疗,高热仍不退,全身高度浮肿,乃告病危,求中医协治。症见高热 40.5℃,神昏,口噤唇焦,面色红赤,无汗,少尿,大便 10 日未解,偶有咳嗽。项强,全身高度水肿,四肢痿软无力,脉紧数而细。诊为阳虚水泛,阴寒冰结。治以回阳救逆,开表透邪,遂拟破格救心汤合麻黄附子细辛汤:制附子 90g,炙甘草 120g,山萸肉 90g,白术 30g,茯苓 30g,红参 30g,(另炖),麻黄 45g(另煎去沫),细辛 15g,砂仁 13g,龙牡各 30g,磁石 30g,生姜 60g。日夜连服 2 剂。二诊:药后汗出,尿量增多,体温降至 38℃,上方加五苓散。三诊:体温正常,守方继续服。四诊:神清,肿消,尿量正常,大便略溏。治以破格救心汤加白术、砂仁、补骨脂等健脾厚肠。四诊:1 个月后,又出现高热面赤,汗多,发热夜甚。邀李可会诊,症属阳气来复之佳兆,但邪伏少阴,未能尽透,方改为麻黄附子细辛、白通汤加减:制附子 200g,麻黄 10g,细辛 45g,红参 45g(另炖),炙甘草 120g,葱白 4 寸,生姜 45g。日夜连服 3 剂。五诊:发热轻减,时有发作,汗多,加肾四味固肾,黄芪 250g,白术 60g,甘温除热是也。六诊:发热退,神志清,能言语,四肢活动欠利,双手仅能握物,不能下地行走,下肢轻度浮肿,带药出院(78 页)。

按 患者年已 7 旬,元阳渐衰。脑瘤积水,全身浮肿,神志昏愤,为阳气失用,浊阴窍踞阳位。面色红赤,高热不退,证属阴证化阳之佳兆。但伏邪未尽,正虚不能一鼓作气而驱之。故以麻附细、白通汤温通。

2 内伤热证的治疗大法,温补、引导、敛固

李可治内伤热证 10 种,除五志之火、血热妄行外,其它均与温补、引导、敛固有关。总共涉及 20 首成方,含苦寒药仅 3 方,如丹栀逍遥散之丹、栀,封髓丹之黄柏,乌梅丸之连、柏,其它均属温补、引导、敛固方。

2.1 温补法,补中益气汤、乌梅丸、四逆辈

温补法,用于温补三阴。如气虚发热,用补中益气汤温脾;消渴燥热,用乌梅丸温肝;足心发热,用四逆汤温肾。

2.2 引导法,引火汤、附桂地黄汤、潜阳丹

引导法,即引火归原,主要用于火不归原证。如虚火上燔,用引火汤;消渴燥热,用附桂地黄汤;肝阳上亢,用潜阳丹。李可认为,虚火上燔而见嗓子痛,脸上长痘,舌尖红,那是机体由内向外自我修复的一种机制。中医讲“从治”,就是顺其势,他本来是一个热证,一大片的热象,然后你用热药,把它引到它应该去的地方。《内经》讲“君火以明,相火以位”。这个位很重要,这个相火应该在什么地方?君之下,水之中。如果它离开水,跑到君的前面、上面去了,实际上就是你不应该跑到上面去,你应该回去。但是它的脾气很暴,你要顺着来,不要骂它、揍它,这个就是引导(157 页)。笔者在《火不归原引火汤》一文中,根据李可的临床经验,将引火归原分为狭广二义:①狭义引火归原:指火不归原证,即水浅不养龙(阴不抱阳)与水寒不藏龙(阴损及阳);②广义引火归原:除了火不归原证,还涵盖格阳戴阳之热药冷服、或反佐苦寒、或

少佐肉桂等。前者(火不归原证)之引火归原为《内经》从治法,而后者(热药冷服、佐苦寒、佐肉桂)之引火归原为《内经》反佐法(巧诈法),如咽痛寒症兼齿衄案之四逆汤冷服、阴盛格阳案之白通加人尿猪胆汤、戴阳危证案之参附龙牡救逆汤佐肉桂(23、187、289 页),从中可以看出,引导不仅用于火不归原证,还用于上述之格阳、戴阳证。

2.3 敛固法,来复汤、参附龙牡救逆汤、破格救心汤

敛固法,即收敛固守,主要用于敛肝固肾。如肺癆潮热,用来复汤、参附龙牡救逆汤;消渴燥热,用乌梅丸;浮阳上越,用破格救心汤(《北京扶阳论坛讲稿》)。李可将“收敛”法不仅用于肝木,还广泛用于三阴。下面举例证之:①敛肝木:如肺癆,中午一阵潮热,属肝虚失敛,疏泄太过,在主方内加山萸肉敛肝(308 页);②土不敛火:如气虚发热,为土不敛火,虚阳外散,当温之敛之,“甘温可除热”是也(181 页);③敛元阳:中西汇通派认为,中风就是“肝阳上亢”,治法就是“镇肝熄风”。这所谓“肝阳上亢”,就是阳气不守外越的一种表现,你把它收敛起来就对了(104 页);④敛三阴:糖尿病若服六味地黄丸,那就大错了,要用金匱肾气丸,主要从三阴经的那阳的方面来敛(155 页)。总之,收敛亦有狭广二义。狭义之敛:指敛肝木,用于疏泄太过之汗多而喘、寒热往来,药用山萸肉、乌梅、白芍等;广义之敛:除肝木外,还涵盖土不敛火、元阳不敛,如温土敛火用四逆汤之干姜、炙甘草,收敛元阳用山萸肉、龙牡、肾四味等。其用药各有所指,应细心揣摩。

3 内伤热证的辨证要领

3.1 邪正交争

邪正交争,有外感与内伤之分。关于内伤之邪正交争,李可在论四逆汤、金匱肾气丸时指出:六十岁以上的老人,都可用小剂四逆汤常服,可以消除你长期积累的“六淫外邪”,以及内生的一些个寒邪,能对抗一些当代错误习惯对人身体的伤害,调整你的元阳,延年益寿。一些阳虚引起的症状性高血压,也可服金匱肾气丸。经过一段时间就可以把属于肾虚的证候都扭转过来。即使血压暂时升高也不要紧,要继续吃,此系邪正交争。只要阳盛阴退,血压自会安宁(153、155页)。其中“内生的寒邪”即内伤之邪,高血压之“邪正交争”属于内伤,“邪”指痰湿瘀浊,“正”指阳气,其病机为清阳不升,浊阴不降。详见阳虚型高血压案(283页)。

3.2 阴阳盛衰

所谓“自身阴阳盛衰之变”,是指内伤杂症之人体阴虚、阳虚、阴盛、阳盛,随着阴阳盛衰之年节律、日节律而发作或加剧的时辰病。如病以上午(或后半夜)出现或加重者,多属阴虚(或阳盛)病人。因为本身阴虚者(或阳盛者),又逢阳升(或阳生)之助,故病势更甚。同样的道理,症以下午(或前半夜)出现或加重者,大多属于阳虚(或阴盛)患者。李可在足心发热案中指出,细思此症,乃阴阳盛衰之变。阴阳之道,阳为阴根。涌泉为足少阴肾经井穴,为肾气之所出。今下焦阳衰,不能统摄肾阴,而致阴火沸腾,自觉涌泉穴处呼呼往外冒火,夜卧必把脚伸出被外,踏于凉墙上始能入睡(236页)。详见红斑狼疮案(204页)。

3.3 气机不利

李可在论糖尿病、肿瘤的治疗思路时指出,过食肥甘则引起脾胃过劳,嗜食生冷则直折脾阳。二者均可导致脾气、胃气升降功能失调,即中气虚馁。脾不升则中满,肺胃不降则产生郁热,出现面红如醉,午后更甚,头多汗等。肿瘤病见热象,多为假热或标热。它源于真寒,因寒主收引,阻遏气机,气机升降出入受阻,郁而化热(《北京扶阳论坛讲稿》)。从中可以看出,“气机不利”亦是内伤热证的病机之一。详见糖尿病案(55页)。

3.4 阴证化阳

李可在论肿瘤的治疗思路中指出,肿瘤出现高热,多为正气渐复,阴证化阳之佳兆,寒邪有望从阳明透发之机。若出现大热、大渴、大汗、脉大四症,可于附子剂中加石膏250克,冰炭同炉,热退即止,不可过剂(《北京扶阳论坛讲稿》)。从中可以看出,“阴证化阳”亦是内伤热证的病机之一。详见风心病阴证化阳案(200页)。

3.5 浮阳外越

李可论内伤热证10余种,其涉及浮阳外越者有8种之多,如气虚发热、肺癆潮热、虚火上燔、肝阳上亢、阴盛格阳、足心发热、消渴燥热、肿瘤发热等。从中可以看出,浮阳外越是内伤热证的最常见病机,不要误以为浮阳外越就一定是急症、重症(这是浮阳外越的辨证误区),它也见于小来小去的病症,如咽痛、目赤、足心发热等。详见咽痛、足心发热案(236、297页)。

总之,李可论内伤热证辨证要领,多从内伤邪正交争入手,明察自身阴阳盛衰之变化,气机升降之不利,浮阳外越之危急。而高热的出现,多为正气渐复,阴证化阳之佳兆。

4 内伤热证的理论误区

4.1 朱丹溪的滋阴论,张景岳的折中派

李可认为,汉唐以后出现了金元四大家,这个时候中医就开始走向歧路了,其中走得最远的是朱丹溪。他当时创造了一个理论,叫“阳常有余,阴常不足”。实际上是谬论。他混淆五脏之火与六淫外邪之火的区别,竟把肝肾虚火视为“元气之贼”而加苦寒攻伐(48、84、381页)。而明朝张景岳则是折中派,他提出“阳非有余,阴常不足”论,强调了“阳虚多寒,宜补而兼温;阴虚有热,宜补而兼清。”试想脾阳虚的发热(气虚发热),怎么可以用“清热滋阴”?甚至是沾唇必殆(181页)。

4.2 阴阳平衡,似是而非

所谓“阴阳平衡”,它是中性的,滋阴派可以讲,扶阳派也可以讲,关键是看你在什么前提下讲。朱丹溪讲“阴阳平衡”的前提是“阳常有余,阴常不足”,所以治肺癆就应该补“水”。李可则认为,肺癆潮热是“相火离位,土不伏火,元阳虚弱”。这么一种外散的表现,你从元阳这角度去敛,就把潮热退掉了(69页)。所以当记者讲“一般人都认为,一个健康的人,阴阳要平衡”时,李可才说:这个观点(即阴阳平衡)不完全对,就是这个道理(50页)。

4.3 阴阳一体与左阳右阴

由于太极图表示左为阳、右为阴,阴阳相抱,有人就误以为阴阳是分开的。李可认为,中医上讲的阴阳,其实是浑然一体、互相融合的,不能说这边(右边)就是阴,那边(左边)就是阳(47页)。

4.4 阳为主导与平起平坐

张景岳在钻研《内经》30年

后,著成了《类经附翼》,把阴阳关系理解成半斤对八两、平起平坐的关系。李可指出,《内经》讲阳生阴长,阳杀阴藏。阳气是居于统帅地位的,是主导,而阴的东西都是在阳的统率下,绝对不是半斤八两、平起平坐的(50 页)。

4.5 助阳平和与滋阴平衡

李可认为,阴阳的不平衡,不是你给它大量添“水”,那个水火就能平衡了。而是因为阳虚造成的,所以还要助阳,只有你把阳虚扶得差不多了,即阳旺以后,阴阳自然就平和了(155 页)。

4.6 阴阳之要,阳密乃固

李可指出,《内经》讲“凡阴阳

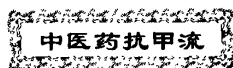
之要,阳密乃固”。那阴阳的重要性在哪呢?那就是阳密。只有当你的阳气处于一个固秘(饱满)的状态下的时候,才能达到阴平阳秘(50 页)。

上面列举了内伤热证的理论误区,亦是阴阳平衡的理论误区。阴阳平衡理论误区的根源,就在于朱丹溪的滋阴论、张景岳的折中派。前者创造了“阳有余阴不足论”,后者把阴阳理解成平起平坐的关系。李可认为,阴阳是浑然一体的,阳为主导。其不平衡是阳虚造成的,只有助阳,即阳旺以后,阴阳自然就平和了。阴阳的重要性就在于阳密,只有当人身的阳气处

于茂密的状态下,真火才能潜藏到水中,命根永固,健康长寿。

关于热证,笔者已撰写了《热病急症汗清下》、《火不归原引火汤》、《肺癆阴阳气血虚》、《血证关键在脾胃》、《浊阴不降高心病》、《中风危症不避麻》、《内伤热证温引敛》等 7 篇文章,其中《热病急症汗清下》偏重外感,而《内伤热证温引敛》是对《火不归原引火汤》、《肺癆阴阳气血虚》等文的小结。从中可以看出,古中医学对热证的诊治特色。

(选自《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》、《人体阳气与疾病》)



中医辨证细分轻重 增加热毒壅肺证型

卫生部近日对《甲型 H1N1 流感诊疗方案(2009 年试行版第二版)》进行了修订、完善,于 10 月 13 日公布了《甲型 H1N1 流感诊疗方案(2009 年第三版)》,第二版方案同时废止。

本次修订将中医辨证治疗细分为轻症辨证治疗方案和重症与危重症辨证治疗方案。在轻症辨证治疗方案中又分为风热犯卫和热毒袭肺两种证型,在重症辨证治疗方案中分热毒壅肺和气营两燔两种证型,其中热毒壅肺证型是第二版内容中没有的。

针对目前重症病例可能增多的情况,方案对如何加强重症病例的甄别和救治作出了重点描述。出现以下情况之一者为重症病例:持续高热 3 天以上;剧烈咳嗽,咳脓痰、血痰,或胸痛;呼吸频率快,呼吸困难,口唇紫绀;神志改变:反应迟钝、嗜睡、躁动、惊厥等;严重呕吐、腹泻,出现脱水表现;影像学检查有肺炎征象;肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)等心肌酶水平迅速增高;原有基础疾病明显加重。

方案提出以下人群对此病毒普遍易感:妊娠期妇女;肥胖者;5 岁以下儿童及 65 岁以上老年人;伴有慢性疾病人群和免疫功能低下者较易成为重症病例的高危人群。此类人群出现流感样症状,应当给予高度重视,尽早进行甲型 H1N1 流感病毒核酸检测及其他必要检查。

方案要求,根据患者病情及当地医疗资源状况,应按照重症优先的原则安排住院治疗。高危人群感染甲型 H1N1 流感较易成为重症病例,宜安排住院诊治。轻症病例可安排居家隔离观察与治疗。

(摘自《中国中医药报》)

悦读《中医药通报》,与大师交流终身受益。

欢迎订阅 (邮发代号:34-95)