

阮诗玮“六辨”热病经验撷菁[※]

林希璟¹ 杨运劼¹ 赵晓果¹ 阮诗玮^{2▲}

摘要 阮诗玮教授博采众长,创立热病“六辨”体系,即辨病、辨因、辨位、辨体、辨势、辨时。文中总结阮诗玮教授多年辨治热病的临床经验,以辨病为统领,结合辨因、辨位、辨体、辨势、辨时五个方面,以期对中医热病辨治提供新思路,起到由博返约,以简驭繁之效。

关键词 阮诗玮;热病;辨治经验;六辨

阮诗玮教授(以下简称“阮师”)系福建省名中医,其中医造诣深厚,行医四十载,对于热病的诊治亦有独到见解,临床验案俯拾即是。阮师总结提出以辨病为统领,结合病因、病位层次、体质差异、病势顺逆、时令变换的多维辨治体系,即“六辨”体系,包括辨病、辨因、辨位、辨体、辨势、辨时六个方面。笔者恭列门墙,受益匪浅,现将阮师采用“六辨”体系辨治热病经验浅述如下。

1 辨病居首,提纲挈领

辨病,主要指辨识热病具体的病名及其鉴别诊断。病是疾病全过程的概括,辨病乃从宏观角度把握疾病的发展、转归及预后。阮师认为辨识病名可抓住疾病的基本矛盾,明确外感内伤之属,辨病在诊治热病的过程不仅可掌控全局,而且囊括了热病的病程特点及发展规律,先明其本,后方言治。

热病辨病之要领可见于《伤寒论》,仲景研究外感病,提倡“辨病脉证治”,辨病居首要;吴鞠通著《温病条辨》,首列常见的九种温病,并对不同病名进行定义,之后方言治疗;《病因脉治·内伤发热》先立病名“内伤发热”,后论治。是故阮师上求百家之见,临证时提出热病辨病时首辨外感内伤以定病名,同时要结合鉴别诊断。其中,外感热病是外受六淫之邪入里化热或温热疫毒之气,导致营卫失和,脏腑气血阴阳失调,出现以发热为主要临床表现的外感疾病,其范畴包括现代医学的急性感染和传染性疾病^[1]。阮师认为,外感疾病可分为伤寒病、温病,伤寒进而细分为太

阳病、少阳病等,温病则进而细分为风温、春温、暑温等。内伤发热^[2]是以内伤导致脏腑功能失调,气血阴阳失衡为基本病机,以发热为主要临床表现的病症,西医学中的肿瘤、血液病、内分泌疾病和某些不明原因发热,均可属本病范畴。值得一提的是,在热病诊断的过程中,鉴别诊断尤为重要,例如阮师曾提出湿温病有“状若阴虚”的特点,然治法迥异,需明辨,缘于湿温病强调禁润,若妄施滋阴,反起滞腻助邪之弊。故而辨识热病病名,能统揽大局,提纲挈领,寻得基本矛盾及治疗方向,不犯盲人摸象之咎。

2 以病为纲,五辨施方

2.1 辨因 辨因,即指审因论治。病因,指疾病发生的源头,《医学源流论》载:“凡人之所苦,谓之病;所以致此病者,谓之因。”病因不祛,源头不消,疾病难愈,故需辨其源流,明其变化,而后施治。在掌握热病病名的前提下,识别病因能“知其始、求其本”,此乃治疗的基石,方能避免“不知其要,流散无穷”。阮师治疗热病时总是先确定热病的病名,以病为纲,再将疾病分型论治,溯其源流,虽病因冗杂亦可条理明晰,寻根源及症结,审因论治。

对于外感热病,《素问·玉机真藏论》有言:“风寒客于人……皮肤闭而为热,当是之时,可汗而发也。”阮师认为从病因论,多为感触六淫、疫毒邪气致病。风热致病,若偏表而热,予银翘散,若偏肺而咳,择桑菊饮;风寒致病,南方之人,不耐峻汗,麻桂少用,荆防败毒散以易之;湿热致病,择藿朴夏苓汤,以芳香化湿,三仁汤亦现佳效;暑湿致病,择新加香薷饮,以涤暑化湿,升阳益胃汤、清暑益气汤亦是病后良方;燥热致病,予桑杏汤,辛凉甘润;寒湿致病,予苍术麻黄汤,以外散寒湿,若兼水饮,以小青龙治之,若肺气闭郁,喉中痰鸣似水鸡,予射干麻黄汤,若肺络郁痹,咳痰黏

※基金项目 国家中医药管理局全国名老中医药专家阮诗玮传承工作室建设项目(No. 国中医药人教函[2022]75号)

▲通信作者 阮诗玮,男,主任医师,教授,博士研究生导师。主要从事肾脏病的中西医临床研究。E-mail: 1476068677@qq.com

• 作者单位 福建中医药大学附属人民医院(福建 福州 350004)

稠,予上焦宣痹汤。

内伤发热要分虚实。《血证论》提出瘀血发热,《素问·刺志论》提出“气虚身热”,明代秦景明创气虚柴胡汤以治之。《素问·调经论》明言“阴虚生内热”,指出内伤发热可因劳倦过度,阴阳失调导致。李东垣认为脾胃气虚可导致发热,创补中益气汤。一言以蔽之,热病病性属虚者,责之于气血阴阳亏损;属实者则需辨瘀血、气郁、痰饮等之不同。阮师临证时见气郁发热者,予丹栀逍遥散,或以越鞠丸理之;痰湿者,若胸闷气短,温胆汤可化,若热象深重,以蒿芩清胆汤透之,若心热烦甚,再加黄连、栀子、淡豆豉清之;血瘀者,若瘀在肌肉,翕翕发热,以血府逐瘀汤化之,若为跌仆损伤,轻以当归导滞汤,重则桃仁承气汤,下瘀血则愈,若热入血室,胶着瘀血,以小柴胡汤加减。若是虚者,各随其“因”而加减补之,血虚施归脾汤,阳虚予肾气丸,阴虚则葳蕤汤,或沙参麦冬汤,以此类推。只要病因求属得当,则治病不落窠臼。

如阮师曾收治一患者长期低热,观其夜热早凉,热退无汗,形体消瘦,舌红少苔,脉沉细稍数,结合西医方面的辅助检查,断此为非何杰金氏淋巴瘤,辨为内伤之阴虚发热。《温病条辨·下焦篇》言:“夜热早凉,热退无汗,热自阴来者,青蒿鳖甲汤主之。”遵前人之经旨,施以青蒿鳖甲汤,缓缓图之,效如桴鼓,身静热退,月余出院。

2.2 辨位 辨位,主要指对正邪交争之处行部位辨证。部位辨证乃微观思辨,是辨疾病发生的部位或场所,即正邪相争的具体位置^[3]。邪气中人,所入之道不一,正如《温热经纬》所言“一闻温病之名,即乱投寒凉,反使表邪内闭,其热更甚,于是愈治而病愈重”,病位不同,治法迥异,岂可混哉,知邪所在,攻其奸邪,阻其羁留,早拔病根,可期康复。

阮师认为,热病病位,既有明确部位的“具象”,如脏腑、官窍等,也有功能层次的“抽象”,如三阴三阳、三焦、卫气营血等。六经、三焦、卫气营血四层病位都可据时间推移呈线性发展,而六经、卫气营血又是以表里不同层次行横向定位,三焦则是以上、中、下三部纵向定位。三者辨位方式维度不同,但纵横经纬,共同构建热病辨治的网格模型,更有助医家辨位,有的放矢,投药精当。

阮师临证时习以三焦辨位为主,卫气营血、六经辨位为辅,譬如寒湿、湿温辨三焦,温热辨卫气营血,伤寒辨六经等。若见伤寒少阳阳明合病,寒热往来,胸满作渴,予柴胡枳桔汤和解表里,治贵明宜;见肾脏

病患者微微发热,常为肾阳不足复感寒邪,断为太少合病,施用麻黄附子细辛汤,收效甚多。辨三焦者,遵吴氏“上焦如羽,非轻不举……下焦如权,非重不沉”之见选方用药。热在上焦,邪实居多,病久不愈,方可论虚,上焦发热,非轻不举:风寒表证,发热水肿,越婢加术汤或小青龙汤常效;风热相搏,咽喉作疼,翘荷汤宣之;风湿夹热,面色暗垢,身热无汗,上焦宣痹汤用之;暑邪夹湿,烦躁呕恶,清络饮或鸡苏散祛之;上焦心肺气阴久亏,见虚热内生,沙参麦冬汤以滋养。热在中焦,非平不安:阴火伏存,内伤生热,兼湿困脾,以甘温建中法,用升阳益胃汤;脾虚湿盛,发热咳嗽,纳食欠佳,采用参苓白术散,咳加杏仁;湿浊中阻,夏月感之,寒热交作,上吐下泻,陈荫南六和汤予之,正气散、缩泉饮亦可。热在下焦,五心烦热,手足蠕动,予三甲复脉汤或大定风珠等,以奏佳效。热在三焦,邪热弥漫,兼湿浊者,予分消饮,兼气郁者,予逍遥散。

如阮师曾治一急性淋巴细胞性白血病患者,昼夜大汗淋漓不止一周余,汗出臭秽,体热肢凉,气急胸痛,心悸而烦,口苦少饮,大便黑臭,溲短而赤,舌质淡,苔薄黄,脉洪数。阮师见其热象深重,辨位在阳明胃肠,内热猖獗,逼津外泄,气随津脱,已至危殆,辛凉平剂,焉能胜任。故遵圣贤于《温病条辨》所述“虎啸风生,金飙退热,而又能保津液”,急予白虎加人参汤,次日汗止,此辨明晰,切中时弊。“留得一分津液,便有一分生机”,即是此理。

2.3 辨体 辨体,是对病家体质禀赋和心理状态的评估。同一季节,同一地域环境,个体染邪机会相等,然体质禀赋有别,正气强弱不等,或发病或不发病,病情程度、预后发展亦轻重不一^[4]。“正气存内,邪不可干”,阮师认为,伏邪温病中,体质强弱起主导作用,若肾气不足,春受邪毒,即发病温,而非因冬寒潜伏^[5]。通过辨明体质,可察正气虚损,从而指导治疗,年轻气盛者正气强劲,逐邪有力,若患热病,当以攻为主;老弱多病热势缠绵而正气式微,祛邪萎靡,当攻补兼施,恰如杨士瀛在《仁斋直指方论·总论》中所言“少壮新邪专攻是则,老衰久病兼补为规”。

此外,阮师还认为辨体质可识别热病发展趋向。阴盛之体,多发寒湿;阳旺之躯,多发湿热。如若患者素来营分有热,兼卫阳失职于外,新感之初,即便是风寒之邪也易迅速从阳化热,形成风热表证。阮师临证时多习用匡调元教授的体质分类法,选方用药不离其“体”,如燥红之质,素体阴亏,阴虚火旺,多病温热,需顾阴液,加减葳蕤汤、竹叶石膏汤、青蒿鳖甲汤皆可

用;倦眊之质,素体气虚,稍佐益气,扶正祛邪,人参败毒汤、参苏饮之类可选;迟冷之质,素体阳虚,多病寒湿,辅温少阳开太阳之法,桂枝加附子汤、麻附细辛汤为良方;晦涩之质,当防瘀血,内停作患,佐活血化瘀之药,如泽兰、桃仁、赤芍等;臃滞之质,当防痰湿,胶着难除,六和汤化之,白术、半夏佐之;经水适来,倦怠乏力,热入血室,小柴胡汤和之,丹皮、川芎、当归善用。

如阮师曾治一民工,其人平素喜食肥甘厚味,一日劳作冷浴,遂发寒战发热。前医不知其所以然,颞颥施治,误辨风温予银翘散不效,延师诊治。见其寒多热少,手按肤冷,形体拘束,腹胀便溏,舌淡红而胖苔白腻,脉弦缓,乃寒湿克表,肺卫失宣,素体脾虚,属臃滞质^{[65]-52}。此为痰湿胶黏,碍滞脾胃,内外相召,病见发热。故投六和汤化裁,六和之意,理中焦和六腑是也,使内外之寒湿一同而解。6剂之后,诸症改善,知药中病机。故治热病,辨明体质,方可圆机活法,万无一失。

2.4 辨势 辨势,即辨清病势。病势受人体正气、病邪的性质、感邪的部位等诸多因素影响^[7]。病家素体差异可致疾病向不同的方向发展,一般来说,中气内盛者外感热病,常伤津化热,成胃肠实热,若中气虚弱,邪伤脾阳,而成脾胃虚寒,正如“中气实则阳明,虚则太阴”所言。且正气强弱,病发轻重不同,故有缓急之别,当间者并行,甚者独行。

故而阮师认为热病有轻重,病势有缓急,首先当辨病明外感内伤,“治外感如将,治内伤如相”。外感热病多来势凶猛,发病迅速,变化多端,治疗就需从速截其发展,不使内犯;内伤发热,顽邪胶结,唯抽丝破茧,缓消渐攻。然临证往往病情复杂,多种病邪狼狈为奸,故阮师强调还需辨别各种邪气的“势力”,譬如寒湿,需虑各邪“势力”寡多,若寒重伤营,须知配合理血之法,若湿重遏气,当以宣气为要^[63]。盖因疾病大都多因作祟,辨各病邪之“势”可明诸因主次,知“可为”与“不可为”,灵活变通,主次分明,明辨基本病机,抓住主导病机,因机立法,方从法出,随证治之,方是治病之道。

如前述急性淋巴细胞性白血病的高热患者,便是病势急迫,病情深重之典型。陈修园治伤寒数十年,感悟“存津液,是真诠”。里热高亢,伤津最速,若不积极清热,仅调补水源,是杯水车薪,舍本逐末,难济于事。是故非清热不能取效,此即辨势而祛邪扶正之法。

又如阮师整理闽山学派第一代老师汪济美主任诊治的“寒包暑”案^[8]:患者恶寒发热,吐泻交作,后神昏肢厥,舌淡红苔白厚腻,脉伏,他医投清热利湿解毒之剂,疗效甚微。遂邀汪老诊治,辨寒阻阳气,闭郁不达四末。断为寒包暑邪,先拟苍术麻黄汤温经散邪祛其寒,1剂后粳粳微汗,守服2剂,诸症改善。复诊时寒邪已祛,余暑热未清,继以清暑益气汤涤暑,连投2剂而安。经所谓“从外之内而盛于内者,先治其外而后调其内”,故知以逐寒邪围剿为先,后清内热。此即表里同病而外寒之势为重。前医不识,误投苦寒呆钝,是为凉遏,闭门留寇,邪气无从出焉。此先表后里之“势”,当先攘外而后安内。

2.5 辨时 辨时,即因时制宜。《素问·五常政大论》阐明“化不可代,时不可违”,指明世间万物包括人在内,都不可与天时相违,妄以人力抗之。雷丰认为“湿气在于秋分之前,燥气在于秋分之后”,从节气变化角度阐明了何为“秋伤于湿”及“秋伤于燥”^[9]。我国新型冠状病毒肺炎疫情初发时,阮师和许多学者称其为“寒湿疫”,认为要从天时入手,参照《寒湿论治》方法治之。误以温热者,治之失矣。是以不识气候,反误诊他邪,可造成误治。故治热病需谨顺四时之序而行事,从之则生,逆之则殆。

阮师临证每每参佐时令季节,主张顺时巧变,投药立竿见影。初春伤风,尚有余寒,里热先伏,外受风寒,治当先以辛温,淡豆豉、杏仁为佳,再顺生发之势,柴胡、升麻、防风、羌活、独活常用,方剂多以升阳益胃汤为主,若兼湿邪,采用九味羌活汤;天暑气热,湿多从热,苦寒可投,并清热祛湿、芳香化湿,香薷、藿香、滑石、竹叶、白扁豆、荷叶多用,枇杷叶、西瓜翠衣亦多用,方以藿香正气汤、六一散、清暑益气汤、香薷饮为善;燥金当令,秋阳以曝,南方之人,多见温燥,需柔润不离,桑叶、杏仁、梨皮、贝母屡选,加减葳蕤汤、沙参麦冬汤、桑杏汤胜任;冬寒降临,阳气潜藏,若病发热,多表里俱病,麻黄、桂枝外散寒邪,附子理中丸、肾气丸安内。然著及四时热病者多,而论寒湿者鲜少,是故阮师溯源穷流,收集验案,融古贯今,专著《寒湿论治》一书。书中提及寒湿者四季皆可见,但以冬春孟夏为重,春季尤甚^[64]。缘于冬春多雨,气候潮湿,寒与湿合,沆瀣一气。寒湿中人,上焦予辛温,中焦予苦燥,下焦予淡渗;寒湿束表,烘热阵发,身痛乏力,以李东垣苍术麻黄汤宣散寒湿,若逢夏月,香薷饮为先,若心烦尿赤,加银翘竹叶,若妊娠气郁,加香苏葱豉汤;寒湿阻于经脉,发热无汗,择麻杏苡甘汤。

如阮师曾治一患者劳累汗出,冷浴不慎,适逢芒种梅雨时节,恶寒发热,寒甚热微,午后尤甚,周身疼痛,汗出不畅,舌淡红苔白腻厚浊,脉弦^{[6]72}。柳宝诒《温热逢源》记载:“邪涉于胃,则舌上生苔,(吴)又可所论邪由募原而发,故始则苔如积粉。”结合舌象、时节,该患者当为寒湿扰于募原,郁遏阳气所致,投以雷氏宣透募原法,3剂后立起沉疴,寒热自清。

3 小结

“六辨”讲求“天人合一”,是在阮师所提正邪辨证的基础上继续发展而来,以正气辨证察其人身禀赋,邪气辨证究其致病因素、病位深浅、病势进退、感邪时令。六辨热病,各具特点,数虽有六,其实为一,交相参伍,统筹兼顾,务必明鉴,治有方寸,法有准则,对提高热病辨治的有效性大有裨益。

(上接第9页)

羟基脲剂量减半。

患者之后于门诊续方,服药5个月后,上肢麻木症状基本消失,血小板计数波动于 $420 \times 10^9/L \sim 600 \times 10^9/L$,采用上述中药颗粒制剂维持,停用羟基脲,并加用拜阿司匹林(0.1 g/次,1次/日,口服)控制血小板聚集,此后患者血小板计数维持稳定,波动于 $435 \times 10^9/L \sim 550 \times 10^9/L$,药物耐受良好,未诉明显不适。

按 杨师根据患者既往检查报告,认为患者“原发性血小板增多症”诊断明确,属中医学“血积”范畴。患者病程及用药时间较短,且正值壮年,以血瘀证为主要证候。血脉瘀阻,气血运行不畅,不能濡养肢体,故见双上肢麻木;血脉瘀阻,则心脉受阻,心神失养,故见夜寐不安、入睡困难;舌色偏紫乃血瘀之象。故初诊时以血府逐瘀汤为主方改善患者血瘀状态;患者兼有夜寐不安、入睡困难,故酌用养心安神之品。二诊时患者睡眠质量明显改善,故去合欢皮、珍珠母;患者肢体麻木症状明显改善,血小板较前下降,故考虑将羟基脲剂量减半,但为防病情反复,遂加大活血化瘀力度。药证合拍,故疗效良好,病情能在羟基脲减量甚至停用的基础上保持稳定。

6 结语

杨师认为,在病证结合模式下,中西医结合治疗具有显著的优势,是治疗ET的理想模式。其中,现代医学在诊断ET,控制血小板水平,救治危重患者中具

参考文献

- [1]杨葛亮,刘 龙,朱德增.论外感热病辨体质与辨证的关系[J].中国中医药信息杂志,2013,20(11):96-97.
- [2]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:421-426.
- [3]敦 序.中医基础理论[M].上海:上海科学技术出版社,1995:171.
- [4]赵海虹,卢秀霞,叶燕彬,等.从中医体质学基本原理理解大健康养生概念[J].天津中医药,2022,39(1):36-39.
- [5]丘余良,阮诗玮.阮诗玮学术经验集[M].福州:福建科学技术出版社,2021:44.
- [6]阮诗玮.寒湿论治[M].福州:福建科学技术出版社,2008.
- [7]何凡夫.《内经》“因势制宜”学术思想探讨[J].国医论坛,2000,15(6):17-18.
- [8]汪济美,阮诗玮.寒包暑证治[J].福建中医药,1985,16(4):34.
- [9]李董勇.《时病论》知时论证辨证思路[J].长春中医药大学学报,2016,32(2):221-224.

(收稿日期:2022-09-26)

(本文编辑:蒋艺芬)

有显著优势;而中医学在改善临床症状,减轻西药不良反应,改善患者预后方面具有无法替代的作用。因而,中西医结合可以充分发挥两种医学的优势,相得益彰。中西医结合治疗,有利于稳定患者血小板计数,改善ET患者生存质量。按照疾病、证候、症状、现代药理学及经验用药等方面科学组方,能够充分发挥中药多维度、多靶点治疗效应,可使部分ET患者在西药减量,甚至停药时,疾病仍维持在平台期。

参考文献

- [1]梁春灵,李 达.李达以“血积”辨治原发性血小板增多症经验[J].中华中医药杂志,2016,31(1):158-160.
- [2]刘松山,张 爽.探讨中药治疗原发性血小板增多症的临床评价方法[J].中国新药杂志,2011,20(18):1762-1765.
- [3]代兴斌,曹兆平,华芳卉.孙雪梅教授治疗原发性血小板增多症经验[J].中国中西医结合杂志,2016,36(1):108-110.
- [4]李雪晴,耿 婷,黄文哲,等.血小板活化因子(PAF)受体拮抗剂的研究进展[J].中国中药杂志,2018,43(7):1392-1407.
- [5]任金贤,丁秀芝,李万春.青黛外敷联合重组人白介素-11对恶性血液病化疗后血小板减少的疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(17):17-19.
- [6]李 岗,仙云霞,王 晓,等.皂角刺化学成分及其抗肿瘤活性研究[J].中草药,2015,46(19):2846-2850.
- [7]李媛媛,贺石麟,白崇智,等.通关藤总皂苷提取工艺及抗肿瘤活性研究[J].山西中医学院学报,2018,19(5):46-50.

(收稿日期:2022-04-28)

(本文编辑:金冠羽)