

# 浅谈体温与热证

刘维君

(天津市津南卫生学校 300350)

赵玉霞

(天津中铁十八局中心医院 300350)

中图分类号: R249.8 文献标识码: B 文章编号: 1005-7145(2000)02- 0044- 02

在临床上往往借助体温表来客观地观察病人是否发烧及发烧的程度。一般情况下, 体温升高多属中医热证, 在临床用药中使用寒凉类清热药, 往往能起到药到病除, 热退身凉, 使之恢复正常。但是, 有些疾病, 虽然体温升高甚至达到 40℃, 它并不纯属中医之“热证”, 如“气虚感冒”, “阳虚感冒”及某些“真寒假热证”, 若仅以体温升高为据, 妄施寒凉, 则祸不旋踵。下面通过老中医的病案来谈谈体温与热证这个问题。

## 1 湿温案

七七事变前, 施今墨老先生治疗一陈姓病人, 男, 50 岁。农历五月间, 感染湿温, 西医诊断为肠伤寒, 住医院两旬, 高热不退, 精神萎靡不堪, 返家服中药, 犀、羚、膏、黄、连、芩、知、柏、十香、紫雪、至宝、安宫莫不备尝, 迁延月余, 脉由洪滑转濡缓, 而体温迄未平静, 上午、下午或夜间, 仍有升至 38℃左右, 口干强饮, 舌苔垢厚, 大便始燥涩, 后见稀溏, 小便量少, 不能食, 间作呕逆, 不寐汗出。邀施老诊治, 遍阅前服各方, 详察脉症, 至再至三, 以为开始治法, 初无错误, 继进寒凉太过, 遂由热中转为寒中。此病属于正虚阴亏。脾胃寒凝, 虚热外浮之证。先固本元, 复津液, 温脾胃, 退虚热, 药用人参、党参、茯苓、白术、姜炭、附片、黄连、五味、山药、桔、半、建曲、陈皮、白芍、炙甘草等味出入为治。数服后, 病人津复神旺, 热退身和。

## 2 胸膜炎

1978 年 6 月间, 李统华老中医会诊一患者, 年

18 岁, 该年元月因低热咳嗽住某医院, 经 X 线胸部摄片, 诊断为“左下胸膜炎”, 伴少量积液, 长期应用抗痨药、抗生素等, 胸水大部分吸收, 形成包裹性积液。6 月 12 日。突然高热畏寒, 头痛剧烈, 经 X 线胸部摄片: 则两肺有均匀、弥漫的细小颗粒状病灶, 左肺部分有不规则的透明区, 体温 39.8℃, 心率 100 次/分。血液检查: 白细胞 7800/mm<sup>3</sup>, 中性 73%, 淋巴 26%, 单核 1%, 血沉 20mm/小时, 西医诊断为结核性胸膜炎合并急性粟粒性肺结核。治以链霉素、利福平等, 效果不显。精神萎靡, 食纳极差, 呼吸急促, 时值炎夏, 身覆厚被, 面色苍白, 形瘦神疲, 唇舌俱淡, 舌根黄而润, 脉细数无根。

据以上病情分析, 患者为肾阳虚, 阴寒内盛, 阴极似阳之真寒假热证。治宜急温少阴, 益气养血。

处方: 附子 15g, 干姜 9g, 肉桂 1g(冲), 党参 15g, 黄芪 30g, 白术 12g, 陈皮 9g, 半夏 9g, 茯苓 12g, 当归 9g, 甘草 3g。6 剂后, 体温降至 36.8℃, 头痛消失, 换盖薄被, 食纳稍增, 继服药一周, 体温降至正常。但仍食少腹胀, 上方加代代花 10g、麦芽 15g, 作善后调理。

## 3 化脓性扁桃腺炎:

李统华老中医 1979 年 11 月间治一化脓性扁桃腺炎, 年 41 岁, 男, 发热, 咳嗽, 咽痛已 8 天。某医院诊断为化脓性扁桃腺炎, 以庆大霉素、磺胺及中药清热解毒之剂治疗, 咽痛不减, 体温不降, 时值初冬, 天未大寒, 而患者身穿皮袄, 外披大衣, 面色苍白, 测体温 39℃, 扁桃腺肿大化脓, 但其周围粘膜色淡, 舌质

淡,苔薄白多津,脉细数无力,据其病情分析,其素体阳虚,感受寒邪,使阴寒更甚,寒在骨髓,故重衣不知暖,体温升高阳虚浮越,热在皮肤,扁桃腺肿大化脓其粘膜反见淡白,知为虚阳上浮所致;咳嗽乃肺感寒邪失于宣肃,它如面色,舌脉之象也为阳虚之征。治宜温阳健脾,引火归元,止咳化痰。

处方:党参 15g,白术 15g,干姜 10g,肉桂 10g,补骨脂 15g,菟丝子 15g,陈皮 10g,半夏 10g,杏仁 12g,款冬花 15g,紫苑 10g,百部 15g,甘草 3g。仅进 1 剂,即咽痛止而热退,大衣脱去,效不更方,继进 2 剂而愈。

通过以上病例分析,我们看到治法上,对其体温升高不但没有用寒凉药,反而用温热药进行治疗,达到了热退身凉,疾病康复的效果。究其原因,上述病例实属真寒假热证。是由于阳虚阴寒内盛,阳浮越于外,热在肌肤。因此通过运用温阳法,而达到了阳复寒去,引火归元的目的。如果我们在临床中,若不辨体质,对于阳虚重症患者,则其体温升高,概投清热之剂,妄进芩连、石膏、紫雪等无疑为雪上加霜,愈亡

其阳。而起到反作用。

在临床上,对体温升高原因的准确辨证是治疗用药的关键。首先要辨别体温升高,是由于热证造成的,还是由于真寒假热造成的。对于热证造成,我们会很容易辨别,临床表现为:壮热,面色红赤,口渴喜冷饮,便秘,小便短赤,舌红,苔黄,脉数有力,用寒凉清热药进行治疗。而对于真寒假热证的辨别。当从外部的形色舌脉中求之。如望其面色白或晦暗,或面红如装;望其口舌生疮,然疮面周围不红或微红,口润不渴或渴喜热饮,溺清便溏,咯痰稀薄,呕吐痰涎,妇女带下清稀等多为真寒假热证。在辨证中,尤当注重舌象。临床经验证明,凡舌质淡白、淡蓝、暗蓝或舌体淡胖有齿痕;舌面湿润或津液欲滴者,患者反而体温升高,多为真寒假热证。其中,舌红无苔多津,口不干渴者,为虚阳上浮,生发之机不足而致;舌质淡或舌体胖大,苔薄白或白腻,状似缺津而口不干,或黄腻苔,舌质淡而多津者当属寒证,在真寒假热证的施治中,只有温扶心肾阳气,方能阳复阴退,化险为夷。

(收稿日期: 2000- 03- 01)

## 《血证论》治血法则及临床举验

丁 莹

(天津职工医学院 300052)

中图分类号: R 243 文献标识码: B 文章编号: 1005-7145(2000) 02- 0045- 02

清代医家唐宗海对血证治法有深入研究,其著《血证论》对后世影响较深,对血证论辨治颇有成就,是我们学习和研究血证的重要参考文献。

### 1 对血证论治法的研究

唐氏对治疗血证具有丰富的临证经验。他以吐血为例详细的阐述了治疗血证的四大法则,即止血、消瘀、宁血、补虚,并以气作为通治血证的大纲。

1.1 止血法:唐代认为对于出血者,尤其是大出血证,往往气随血脱,危急异常,此时止血为第一要法。

并强调血入胃中,随上逆的胃气而出,其证属实属热者居多,大都由于冲气逆乱所引起。由于邪热内盛,气炎逆上,火升血沸,腾溢而不可遏。因此,止血必须以猛降之药,折其冲逆之势,用釜底抽薪法降气止血。并认为《伤寒论》的泻心汤是达到这种目的的最好方剂。方中大黄一味泻火降逆,推陈出新,能下胃之逆气,并提出“惟有泻火一法,除暴安良,去其邪以存其正。方名泻心,实则泻胃,胃气下泄,则心火有所消导,而胃中之热气亦不上壅,斯气顺而血不逆矣。”