

## 张晓云从郁论治外感高热过用寒凉的经验总结

王涣群<sup>1</sup>, 张晓云<sup>2a</sup>, 郭留学<sup>2b</sup>

(1. 重庆市永川区中医院, 重庆 永川 402160;

2. 成都中医药大学附属医院 ① 急诊科, ② ICU, 四川 成都 610075)

张晓云教授从事中医急症工作 40 余年, 通过多年对外感高热的临床观察研究认为, 郁贯穿在外感发热发展与治疗的始终: 阳气郁闭是主要机制, 治疗上应给邪以出路; 过用寒凉会形成火郁与土郁, 治疗上予以火郁发之, 土郁夺之。

### 1 治疗误区

在外感发热的整个发病过程中, 因为患者有热象的表现, 如咽红肿痛、咳黄黏痰、面红目赤、口干口苦、心烦渴喜冷饮、大便秘结不通、舌红苔黄、脉数有力, 火热亢盛是其特点之一。因此, 抗菌药物与清热解毒类中药合用已成为治疗感染性发热的习惯。

但是, 通过大量的临床观察发现, 为了达到降温而滥用清热之品导致许多患者在治疗过程或治疗后出现腹泻、腹胀、腹痛、食欲下降、四肢发热等症状。因此, 临床上需加以注意。

### 2 正确认识外感高热初起阶段机制

阳气的正常运行起到温养百骸的作用, 外邪郁闭不通则阳气不能外达于肌表。《素问·调经论篇》曰:“上焦不通利, 则皮肤致密, 腠理闭塞, 玄府不通, 卫气不得泄越, 故外热。”指出, 外感发热的热象, 不在于阳热的有余, 而在阳气的郁遏, 不能发挥温分肉, 肥腠理的作用, 正邪相争, 滞而为郁<sup>[1]</sup>。金代刘完素在《黄帝内经·素问·宣明论方》中写到:“人之伤于寒, 则为病热, 寒毒藏于肌肤, 阳气不行散发, 而内为拂结……”。清代尤怡在《伤寒贯珠集》中指出:“人之伤于寒也, 阳气郁而成热, 皮肤闭而成实”。

外感发热的基本病理变化为热气拂郁, 玄府闭塞。古代医家在外感发热的治疗上总结了很多宝贵的指导原则和治疗大法。《素问·生气通天论》曰:“体若燔炭, 汗出而散”, 《素问·阴阳应象大论》曰:“其高者因而越之; ……其在皮者汗而发之。”是“因势利导”、“给邪以出路”的经典条文。清代叶天士对外感发热的精辟论述“在卫汗之可也, 到气才可清气, 入营犹可透热转气……入血犹恐耗血动血直须凉血散血”<sup>[2]</sup>一直引导后人在外感发热治疗中的正确方向。

在外感发热初起阶段, 根据阳气郁闭的病机, 在治疗上提出:“其在皮者, 汗而发之”、“其在卫者, 汗之可也”。同时导师指出阳气郁闭的表现不都是热象, 有些重症患者表现出一派寒凉症状, 如身凉、恶寒, 并不发热, 但切其脉象有力、粗大而数, 舌红, 属于“热深厥亦深, 外寒格热”之证, 因此, 治疗上同样要给邪以出路, 遵循火郁发之、土郁夺之的原则。

### 3 过用寒凉加重郁结的两种常见发展方向

**3.1 火郁:**郁而为火, 过用寒凉则寒遏冰伏, 壅滞加重, 不利于邪热外透, 邪气得不到透达则入里化热, 里热炽盛, 闭门留寇。

**3.2 土郁:**寒凉最易伤及脾胃之气, 脾胃受损气化无力, 不能驱邪外出, 脾主湿, 脾失健运会生湿邪, 湿郁热伏, 热不能宣散透发, 则热势缠绵不愈。

### 4 病案举隅

**4.1 案例 1:**患者男性, 36 岁, 2011 年 7 月 15 日就诊, 感冒 6~7 d, 持续低热, 曾用抗菌药物及大剂清热解毒药物, 高热已退。症见:心下痞满, 不思饮食, 四肢发热, 热如火燎, 扪之烙手, 二便调, 舌淡红苔薄黄, 脉沉。证属阳气郁遏于脾, 治以升阳散火, 方选升阳散火汤加减, 处方:柴胡 15 g, 生晒参 15 g, 独活 15 g, 生升麻 15 g, 羌活 15 g, 白芍 15 g, 葛根 15 g, 防风 15 g, 炙甘草 6 g, 生甘草 6 g。服 2 剂后痞满自除, 四肢不热, 低热自退, 神清, 告愈。

按:外感高热过用寒凉之品以达退热目的, 留下低热, 此时发热属于脾胃之气虚弱、阴火乘其脾土所致的内伤火郁证, 证属正伤热伏, 中阳被遏而热郁于中焦之内伤发热。阳气被邪热阻抑, 不能向四肢透达, 正如《赤水玄珠·郁证门》指出:“夫郁者, 结滞而不通畅之谓, 当升而不得升, 当降而不得降, 当变化而不得变化, 所以为郁”。治疗上应火郁发之。《类经》指出:“发, 发越也”, “如开其窗, 如揭其被”。方选升阳散火汤以风药为主发散郁火, 并配伍甘温益气敛阴之品固其元气。少阳之火用柴胡以发之; 阳明之火用升麻、葛根以发之; 太阳之火用羌活、防风以发之; 少阴之火用独活以发之。不同归经的风药辛散味薄气轻, 清轻灵活, 充分发挥“轻而扬之”之性, 起到开宣汗道、给邪以出路、因势利导, 升举中焦之清气、发散脾土郁遏之火的作用, 使郁火有泄越之机、透散之路。达到清火邪非降火药物而是运用升举其阳的目的, 使三焦得通, 而火邪自散。生晒参、甘草益脾土更助泻热, 芍药敛阴轻泻脾火, 且酸甘化阴, 以资脾脏虚怯之气阴, 本方散中有收, 不致有损阴气。张景岳认为:“但使气得升扬, 则火郁自解”, 提示治疗火郁证还要把握火性升散的特点, 以升散、透达、疏导、宣通等法治疗, 使郁开气达, 则火热自散, “阳生阴长”<sup>[3]</sup>, 诸药共用, 能使脾胃之气升发, 元气随之充旺, 元气旺则阴火消, 发热则止。

**4.2 案例 2:**患者男性, 41 岁, 2011 年 9 月 10 日从外地回家后出现持续高热不退 1 周, 予以大剂量抗菌药物及清热类中药, 因病情进展迅速且较重进入重症监护病房 (ICU) 治疗, 患者腹胀如鼓、泻水样便每日 10 次以上, 身重如裹, 实验室生化检查提示严重菌群失调。导师会诊, 症见高热气急,

咽部红肿,发热困倦,胸闷腹胀,肢体酸痛,小便短赤,舌红苔黄腻,脉弦数。证属湿热并重,治以清热化湿,方选甘露消毒丹加减,处方:飞滑石 15 g,茵陈蒿 10 g,黄芩 15 g,石菖蒲 15 g,川贝母 10 g,通草 6 g,藿香 10 g,射干 10 g,连翘 15 g,薄荷 15 g,白豆蔻 15 g。患者当晚即服下 1 剂药约 150 mL 后即微微出汗,未再发热,头身困重解轻,腹胀消退,腹泻次数减少,心情舒畅一晚未呻吟。此时患者热势已去,留有湿邪,予以藿朴夏苓汤加减化湿行气,处方:藿香 15 g,佩兰 12 g,厚朴 10 g,法半夏 10 g,茯苓 15 g,白豆蔻 6 g,杏仁 10 g,砂仁 5 g(后下),生薏苡仁 20 g,泽泻 10 g,2 剂,水煎服,分早晚 2 次服用。患者服用 2 剂后,症状完全消失,次日出院。

按:湿温是湿邪与热邪交织为病。在湿温病的辨证论治上,首先要分清楚湿与热孰轻孰重,方可权衡治湿与治热的轻重比例,即湿重于热、热重于湿或湿热并重。薛雪曰:“夫热为天之气,湿为地之气;热得湿而愈炽,湿得热而愈横;湿热两分,其病轻而缓;湿热两合,其病重而速。”说明以黏滞为特征的湿邪与以炎上炽热为特征的热邪相互交织使治疗十分棘手,邪热由于湿邪的黏滞而难以消除,湿邪则由热邪的弛张而弥漫上下,病情较重难愈。过用寒凉反致湿遏热伏<sup>[4]</sup>,故治疗的关键在于祛湿。该患者开始为湿热并重,予以甘露消毒丹。张景岳指出:“土郁壅滞,凡滞在上者夺其上,吐之

可也;滞在中者夺其中,伐之可也;滞在下者夺其下,泻之可也,凡此皆谓之夺。”有郁不能过用寒凉,并非不用,方中重用滑石、茵陈蒿、木通以达清热利湿之功效;用黄芩、川贝母、连翘、射干以达清热利咽解毒之功效;石菖蒲、藿香、薄荷、白豆蔻芳香化湿浊,宜畅气机。诸药合用共奏清热利湿,化浊解毒之功效。然热除后不能再用,重在化湿,方选藿朴夏苓汤加减;方中藿香、白蔻仁、佩兰芳香化湿运脾;半夏、厚朴燥湿运脾,脾运则不为湿邪所困;杏仁发挥向上走的作用,开泄肺气,肺气宣发与肃降正常,则能通调水道;茯苓、泽泻、生薏苡仁发挥向下走的作用,淡渗利湿,水道畅通,湿有去路。正确认识湿邪的存在方式,合理用药,才能给邪以出路。

参考文献

[1] 山东中医学院,河北医学院.黄帝内经素问·校释[M].北京:人民卫生出版社,2009.  
 [2] 潘华信.叶天士医案大全[M].上海:上海中医药大学出版社,1994.  
 [3] 杨凤利,邵雅斐,于婧辉.补中益气汤加减治疗内伤发热 56 例体会[J].中国中西医结合急救杂志,2010,17(6):374.  
 [4] 苗凌娜,宋春东.三仁汤临床治验举隅[J].中国中西医结合急救杂志,2012,19(6):379.

(收稿日期:2014-06-22)  
(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

本刊常用的不需要标注中文的缩略语(一)

- B 型脑钠肽 (brain natriuretic peptide, BNP)
- C-反应蛋白 (C-reactive protein, CRP)
- Toll 样受体 (Toll-like receptor, TLR)
- γ-干扰素 (γ-interferon, IFN-γ)
- 白细胞计数 (white blood cell count, WBC)
- 白细胞介素-4 (interleukin-4, IL-4)
- 丙氨酸转氨酶 (alanine aminotransferase, ALT)
- 肌酸激酶同工酶 (creatinase isoenzyme, CK-MB)
- 丙二醛 (malondialdehyde, MDA)
- 超氧化物歧化酶 (superoxide dismutase, SOD)
- 低密度脂蛋白 (low-density lipoprotein, LDL)
- 高密度脂蛋白 (high-density lipoprotein, HDL)
- 动脉血二氧化碳分压 (arterial partial pressure of carbon dioxide, PaCO<sub>2</sub>)
- 动脉血氧饱和度 (arterial oxygen saturation, SaO<sub>2</sub>)
- 动脉血氧分压 (arterial partial pressure of oxygen, PaO<sub>2</sub>)
- 多器官功能衰竭 (multiple organ failure, MOF)
- 多器官功能障碍综合征 (multiple organ dysfunction syndrome, MODS)
- 格拉斯哥昏迷评分 (Glasgow coma score, GCS)
- 格拉斯哥预后评分 (Glasgow outcome score, GOS)
- 谷氨酰胺转移酶 (glutamine transferase, GST)
- 核转录因子-κB (nuclear factor-κB, NF-κB)
- 呼气末二氧化碳分压 (end tidal carbon dioxide partial pressure, P<sub>ET</sub>CO<sub>2</sub>)

- 红细胞比容 (hematocrit, HCT)
- 呼气末正压 (positive end-expiratory pressure, PEEP)
- 呼吸机相关性肺损伤 (ventilator induced lung injury, VILI)
- 呼吸机相关性肺炎 (ventilator-associated pneumonia, VAP)
- 急性肺损伤 (acute lung injury, ALI)
- 急性冠脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS)
- 急性呼吸窘迫综合征 (acute respiratory distress syndrome, ARDS)
- 急性肾衰竭 (acute renal failure, ARF)
- 急性肾损伤 (acute kidney injury, AKI)
- 急性生理学与慢性健康状况评分系统 (acute physiology and chronic health evaluation, APACHE)
- 简易智力状态检查量表 (Mini-Mental State Examination, MMSE)
- 蒙特利尔认知量表 (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)
- 降钙素原 (procalcitonin, PCT)
- 连续性静-静脉血液滤过 (continuous veno-venous hemofiltration, CVVH)
- 连续性肾脏替代治疗 (continuous renal replacement therapy, CRRT)
- 慢性心力衰竭 (chronic heart failure, CHF)
- 慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD)
- 酶联免疫吸附试验 (enzyme-linked immunosorbent assays, ELISA)