

# 常见病

---

## 中医临床治疗进展

李富生 牛满山 主编



中国中医药出版社

样 本 库

# 常见病中医临床治疗进展

李富生 牛满山 主 编



中国中医药出版社

1206987

# 《常见病中医临床治疗进展》编辑委员会

主 编

李富生 牛满山

副 主 编

张国富 于遂罗 毛克寿 郭克信 古 洁 智文峰

常 务 编 委

(以下均以姓氏笔划为序)

于遂罗 王锁欣 古 洁 毛克寿 牛满山 田保州  
付宏伟 许新民 李献平 李 敏 李富生 李清波  
张 玲 张国富 陈培军 郭克信 韩其邦 智文峰

编 委

于遂罗 王锁欣 古 洁 毛克寿 牛满山 田保州  
付宏伟 朱 素 朱志仁 任丽达 乔奎元 许新民  
刘益斌 李献平 李明英 李 敏 李富生 李清波  
张 玲 张月丽 张国富 陈培军 杨惠莲 杨素娟  
郭克信 葛丙耀 韩其邦 智文峰 焦素芳 魏书民

编 写 人 员

于遂罗 于雅丽 马新普 卫秀云 王亚琴 王西明  
王石柱 王燕民 王锁欣 王笑可 王汴杰 王庚午  
王彦林 古 洁 毛克寿 毛新萍 牛满山 牛仁鹏  
石玉珍 田保州 付中西 付宏伟 白彦隆 权进华  
权雅静 朱 素 朱志仁 任丽达 许新民 齐宇平  
刘 文 刘 涵 刘新智 刘益斌 刘党军 刘娜娜  
李献平 李贵林 李明英 李水珍 李 敏 李富生  
李清波 李鸿义 杜约孔 杜丽萍 吴权国 肖金元  
何春红 何留柱 张雅丽 张 玲 张月丽 张国富  
张留运 张 斌 张淑霞 张恺彬 陈培军 陈蒙恩  
杨 健 杨惠莲 杨素娟 杨翠娥 杨春林 庞贵文  
屈德民 施正新 赵瑞光 俎新爱 袁文英 郭克信  
郭艳丝 高志云 徐 燕 曹向黎 梁丽君 梁雅君  
葛丙耀 韩其邦 韩春香 韩国红 智 良 智文峰  
焦素芳 焦广显 蔺志娟 蔡永泰 霍传惠 魏书民

# 序

中医中药，肇端于华夏，炎黄子孙独专其利。战国先秦，连英缀华，始有《内经》。继而医家蜂起，扁鹊捷足先登。东汉仲景以六经脏腑论病，奠定辨证施治基础。唐宋两代，朝野鼎力，国子监首设医学。迨至金元，刘完素倡寒凉、极言六气化火；张子和主攻下，详述祛邪扶正；李东垣重脾胃，力主升阳泻火；朱丹溪善养阴，畅述相火易动，遂成中医学派之滥觞。明清以降，温病学兴起，使中医理论体系趋之完善。清末民初，西医传入中国，中医、西医在世人的好恶中浮沉、回旋，发展极不平衡。

新中国成立后，特别是八十年代以来，中医事业得以长足发展。诸说竞陈，诸法齐现，医疗成果，灿若明星，层出不穷。然而吾人精力有限，力难从心，常以不能分门别类尽窥堂奥而为憾；故而一部集成之作问世，为民服务、启迪同仁，甚为迫切。《常见病中医临床治疗进展》一书则填补了这一空白，阅之有耳目一新之感。

李富生、牛满山、郭克信等同志造诣深厚，雅好著述，在临床实践中，既留心总结，又苦读不辍，在此基础上联合中医饱学之士，广征博采国内外医学文献二百零九种，资料六千余篇，取其精华，分门别类，汇集成编。是书集中医学术之精华，展国内外中医学之动态，内容翔实，体例新颖，资料广度与学术深度兼顾，纵向源流与横向联系互济，传统治法与现代进展相映，理法方药与科研成果交融，并兼有疾病的溯源、演变、阐释、评点之笔，博而不繁、详而有要，便于学习，易于运用。手中备有这样一部经过筛选的、普及兼顾提高之著作，庶可省却查找之苦，免去寻师之劳。

本书资料信息丰富，忠实于最新成果，是一部有理论价值、临床价值和文献价值的中医专著。实为临床医师之龟镜，中医传道之师资，医药科研之益友，振兴中医之幸事。有识者阅之增益，细玩者必致精深，造福华夷，其功明矣。

我深信本书的出版，对充实中医学学术内涵，对未来中医学学术的发展必将起到积极的推动作用。有鉴于此，特为之序。

李安邦

一九九一年十二月书于国家中医药管理局

# 序

。改革开放的春风，吹绿了大地，吹绿了杏林。谨以同行者的热忱，推荐《常见病中医临床治疗进展》，是为序。

中国医药学的历史，是在实践中不断总结、创新和发展的历史。新中国成立以来，中国医药学进入了充实、提高、不断发展的鼎盛时期，科学的研究技术和方法，使得中医学研究达到了前所未有的深度和广度。特别是近十年来，中医学在基础研究和应用研究领域，运用传统和现代科学技术的方法，取得了引人瞩目的成就，新思路、新方药、新疗法不断涌现，迎来了中医学蓬勃发展的春天。遗憾的是，各种中医书刊浩如烟海，中医药信息容量之大，令人莫测，特别是新的治疗方法更是美不胜收，给临床应用造成诸多不便，实为医务工作者烦心之事。

李富生、牛满山等同志不辞辛苦，甘为人梯，愿为杏林增色。他们博览群书，搜罗百氏，翻阅了大量古典医籍，参考了建国以来，特别是近十年来的中西医学文献209种，资料6000余篇，每病分病因病机、辨证分型、辨证施治、专方专药、外治法、名医经验荟萃等六个章节，收录了国内名医独特的诊疗经验，编写了《常见病中医临床治疗进展》一书。该书在编写过程中力尽善美，内容博而不繁，详而有要，历时年余，终成此书，实为杏苑之奇葩，检索之良友。“将升岱岳非径奚为，欲诣扶桑无舟莫适。”阅读此书可使人洞悉近十年来中医对常见病的临床治疗进展，使之一目了然。可谓一书在手，耳目全新。

该书容量大，资料新，文字简练，义理昭晰，无愧为十年来常见病中医临床治疗进展之缩影。如此之作尚属少见，实为从事中医及中西医结合医务人员所必备。该书的出版，对推广祖国医学的研究成果，继承和发展祖国医学，亦将起到一定的促进作用，故乐为本书作序。

张月丽

一九九一年十二月于洛阳

# 前 言

中国医药学源远流长，积数千年之临床经验，有独特的理论体系和科学的认识论、方法论。在漫长的历史长河中，对中华民族的繁衍昌盛，对中国人民乃至世界人民的保健事业作出了巨大的贡献。

建国以来，特别是近十年期间，中医基础理论和临床研究进展迅速，在急症、心脑血管疾病、呼吸、泌尿、血液病，以及不孕症、小儿多动症诸疾病的治疗方面，取得了较好的疗效，积累了丰富的临床经验。新的观点、新的治法、新的治疗手段层出不穷，开拓了人们的视野，充实了中医学学术内涵，使中医学在实践中得以创新，在竞争中得到了发展。

然而，由于这些经验散见于众多的中西医药文献之中，茫茫书海，若欲一一浏览，实非朝夕易事，对广大临床工作者来说，更有“非径奚为，无舟莫适”之难。因此，整理出版一部比较系统、全面地反映近年来常见病、多发病中医临床治疗进展专著，铸舟辟径，满足广大中医、中西医结合人员更新知识、交流信息的愿望和要求，实为刻不容缓。

有鉴于此，特组织有关人员，编写了《常见病中医临床治疗进展》一书。本书在编写过程中，翻阅了大量古典医籍，参考了建国以来，重点是八十年代以来国内外中西医药文献209种，资料6000余篇，涉及到内、外、妇、儿等科疾病60个。每病均以现代医学病名为纲，分别从病因病机、辨证分型、辨证施治、专方专药、外治法、名医经验荟萃等六个方面进行了系统论述。基于目前对各病研究的广度和深度不一，有的疾病资料较多，上述六个方面的内容，尚不能概括，故在大体上保持体例统一的前提下，对这些疾病增加了一些章节，如单味药制剂的研究、多途径治疗、中药治疗的实验研究等，以充分反映近年来本病临床的新成果、新进展，使本书的内容更加丰富。也有一些疾病因研究尚处于起步阶段，资料较少，不能达到本书总体设计中六个方面内容的要求，故而个别内容可能缺如。名医经验荟萃一节多录之专题笔谈、医林汇笔、中国中医药名人志及其他有关篇章，根据“百花齐放，百家争鸣”的方针，不强求统一格式或体例，以充分反映出专家、学者的学术思想和独特经验。名医署名均以原文为主，故同一专家、学者前后可能有不一致之处，在此特一并说明。

本书各篇首先以简练的语言概述了疾病的定义、临床特点及中医的类似病名，以相互参照。在病因病机上以传统公认为基础，突出新观点、新认识。辨证分型章节，首先对本病的分型综合归类，使人们对目前国内外本病分型的总体情况有所了解，然后推荐较为合理的观点，对已有的全国性、区域性的统一分型，尽可能予以收入，以期指导本病的研究趋于规范化，并为之向高层次发展奠定基础。辨证施治、专方专药为核心部

分,择优选择病例多、疗效好、方法独特,且易于掌握的资料,强调选材的科学性、先进性、实用性,以充分反映近年来中医治疗本病的新水平。外治法包括传统的针灸、按摩、气功及近代的内窥镜药物喷洒、气雾剂、中药结肠透析等。针灸治疗如体针、耳针、眼针、割治、埋线等法均予以收录,在急性脑血管病、三叉神经痛、面神经麻痹等疾病的治疗中不仅弥补了药物疗法的不足,而且具有疗效迅速、简便易行等优点。传统的贴敷疗法近年来发展较快,新的剂型不断出现,治疗范围不断扩大,遍及内、外、妇、儿各科疾病。如麝香心绞痛膏脐敷治疗心绞痛,药物脐敷治疗婴幼儿腹泄,外敷肾衰药方、药物坐浴治疗肾衰等均收到了较好的疗效。其他如复方五倍子液内窥镜下药物喷洒治疗上消化道出血,中药结肠透析治疗流行性出血热,强心栓肛门给药治疗心衰,香囊佩戴治疗小儿厌食等均在本书的收录范围之内。这些都充分反映了中医的治疗优势,体现了中医特色。

本书资料来自各方面,叙述中对个别内容作了评述。限于篇幅,选材时在保持原义的基础上作了删节,书中度量衡单位均以原文为准,未作改动。需要说明的是虽然我们注意到选材的广度、深度及相关问题,但因资料时间跨度较大,笔手较多,经验不足,错漏之处,实为难免,敬希关心本书的专家、学者、读者提出宝贵意见。

编写本书的指导思想是“汇百家之长、传百家之术”,为广大中医、中西医结合人员、医学生、函授生及中医爱好者提供临床信息资料,使大家能够充分了解近年来诸病研究的国内外动态,为医疗、教学、科研服务,并为振兴中医、发展中医事业奉献一份力量,但愿它能在中医事业历史长河中放出光和热。

本书在编写过程中得到了有关方面领导的关怀和支持,国家中医药管理局人事教育司李安邦副司长、洛阳市卫生局张月丽副局长为本书作序,中国中医药出版社及有关方面的专家、学者对本书的出版给予了很大支持,在此一并表示衷心的感谢。

编 者

一九九一年十二月

# 目 录

外感高热临床治疗进展 .....	( 1 )
上消化道出血临床治疗进展 .....	( 11 )
乙型病毒性肝炎临床治疗进展 .....	( 19 )
流行性腮腺炎临床治疗进展 .....	( 29 )
百日咳临床治疗进展 .....	( 36 )
带状疱疹临床治疗进展 .....	( 42 )
流行性出血热临床治疗进展 .....	( 47 )
糖尿病临床治疗进展 .....	( 60 )
肥胖病临床治疗进展 .....	( 74 )
高脂血症临床治疗进展 .....	( 81 )
类风湿性关节炎临床治疗进展 .....	( 93 )
红斑狼疮临床治疗进展 .....	( 103 )
慢性支气管炎临床治疗进展 .....	( 110 )
支气管哮喘临床治疗进展 .....	( 120 )
慢性心功能不全临床治疗进展 .....	( 131 )
过早搏动临床治疗进展 .....	( 138 )
高血压病临床治疗进展 .....	( 145 )
冠心病心绞痛临床治疗进展 .....	( 155 )
心肌梗塞临床治疗进展 .....	( 173 )
慢性肺原性心脏病临床治疗进展 .....	( 181 )
心肌炎临床治疗进展 .....	( 189 )
病态窦房结综合征临床治疗进展 .....	( 198 )
血栓闭塞性脉管炎临床治疗进展 .....	( 203 )
慢性胃炎临床治疗进展 .....	( 211 )
胃下垂临床治疗进展 .....	( 220 )
消化性溃疡临床治疗进展 .....	( 227 )
胃癌临床治疗进展 .....	( 237 )
溃疡性结肠炎临床治疗进展 .....	( 245 )
肝硬化临床治疗进展 .....	( 252 )
原发性肝癌临床治疗进展 .....	( 262 )
胆石病临床治疗进展 .....	( 273 )
胆囊炎临床治疗进展 .....	( 282 )
急性胰腺炎临床治疗进展 .....	( 290 )



慢性肾小球肾炎临床治疗进展 .....	( 297 )
肾病综合征临床治疗进展 .....	( 309 )
慢性肾功能衰竭临床治疗进展 .....	( 316 )
前列腺炎临床治疗进展 .....	( 327 )
男性不育症临床治疗进展 .....	( 335 )
再生障碍性贫血临床治疗进展 .....	( 347 )
白血病临床治疗进展 .....	( 358 )
原发性血小板减少性紫癜临床治疗进展 .....	( 369 )
甲状腺机能亢进症临床治疗进展 .....	( 375 )
三叉神经痛临床治疗进展 .....	( 381 )
面神经麻痹临床治疗进展 .....	( 387 )
美尼尔氏病临床治疗进展 .....	( 394 )
血管神经性头痛临床治疗进展 .....	( 400 )
坐骨神经痛临床治疗进展 .....	( 407 )
急性脑血管病临床治疗进展 .....	( 412 )
癫痫临床治疗进展 .....	( 430 )
妇女更年期综合征临床治疗进展 .....	( 439 )
白塞氏病临床治疗进展 .....	( 445 )
功能失调性子宫出血临床治疗进展 .....	( 450 )
盆腔炎临床治疗进展 .....	( 456 )
不孕症临床治疗进展 .....	( 464 )
先兆流产及习惯性流产临床治疗进展 .....	( 473 )
乳腺增生病临床治疗进展 .....	( 479 )
小儿厌食症临床治疗进展 .....	( 486 )
婴幼儿腹泻临床治疗进展 .....	( 491 )
小儿肺炎临床治疗进展 .....	( 501 )
轻微脑功能障碍综合征临床治疗进展 .....	( 507 )
方剂索引 .....	( 513 )

# 外感高热临床治疗进展

外感高热是一个症状,以体温超过 $38.5^{\circ}\text{C}$ 而命之。它是许多发热性疾病的共有特征,是发热性疾病极期阶段的一个反映,与中医学所说之“壮热”类似。热度的高低在一定程度上预示着疾病的进退和预后,并且是验证治疗效果的标准。我国古代文献中对此记载较多,并有与此有关的专著和卓有成效的辨证论治体系。建国以来,中医热病的研究经历了发展、低谷、飞跃三个不同阶段。1966年之前可谓推陈致新的发展阶段,1966~1976年是热病临床研究艰难的十年,70年代后期到80年代以后,热病的临床研究突飞猛进,研究范围之广是建国以来之最,且逐步趋于深入,表现在科研设计比较严密,大多有对照组和统计学处理,并有临床与实验研究的结合。同时采用全国或地方性协作,具有迅速出成果的优点,不少高效、速效、低毒的新制剂相继出现,显示出中医药宝库的雄厚实力。全国统一诊断标准的制定,对证候转变、疗效评定采用记分方法,使本病的研究向着规范化、客观化方向发展。治疗手段的不断更新,临床治疗趋向多种方法的综合运用,这些对于中医热病的研究向高层次发展起到了积极的促进作用。

## 一、病因病机

关于外感高热前人论述颇多,《内经》有热病专论,六经、卫气营血、三焦辨证纲领的相继出现,不仅使外感热病的辨证施治体系日趋完善,同时也基本上阐明了本病的发病机理,为后世热病学的研究奠定了基础。

古代医家从宏观的角度认识到,温病卫气营血阶段,伤寒论三阳阶段均可引起高热。温病邪在气分,主要为正邪剧争和热郁气机两个方面,以但热不寒为其特点。病毒侵入营血,营阴受损,以身热夜甚、心烦不寐或出血为其证候特点。《伤寒论》中“发热恶寒发于阳也”的论述,揭示了三阳发病的共同特点。由于病位之不同,因而有发热恶寒、寒热往来、但热不寒等不同证候。病在三阳正盛邪实,正邪交争故见发热,这种热发是正气抗邪的表现,是机体抗损害的病理反应。近年来国内对高热的研究日趋深入,对其病因病机的认识也提出了不少新的见解。

方氏认为:外感高热多因时疫流行,触感疫毒之气;或因寒温失调,风寒之邪侵袭;或感受其他六淫之邪所致。虽有在表、在里、在气、在血之不同,但总以正邪相争为其病机(1)。

南方高热协作组认为:本病之起系邪毒内侵、正邪相争,导致阴阳平衡遭到破坏而发病。疫毒内侵、卫气失固、正邪搏结、由外而内,而为高热;风寒外袭、腠理闭塞、玄府不通、泄越失常,故见高热;久病劳伤,阴液枯竭,外邪再加则阴气少而热气盛,故见高热而烦(2)。

鉴于外感高热多为邪盛热实之证,或正虚邪实之证,清热解毒方药又对于感染性高热具有比较普遍的治疗作用,以及该类方的主要作用非抗生素的事实,故黄星垣提出“毒寓于邪,毒随邪入,热由毒生,毒不除,热不去,变必生”的观点(3),将热毒视为感染性高热的病理核心,发热为贯穿整个病程的主要症状,在国内有广泛的影响。

1990年陕西邀请国内部分专家就外感热病的病因病机、诊断、鉴别诊断、治疗方法等进行专题讨论,认为“外邪是外感高热的病因,这种外邪是存在于自然界里的一类致病因子,古人多称六淫”。其中对温邪在本病的致病作用尤为重视,温邪的概念是指六淫中具有温热之性之邪,如风热、暑热、湿热、燥热等,此外又有“邪毒”、“疫毒”之说。温病邪毒致热的病理表现,并非单纯的物理致热反应,而是极为严重的毒害病理表现。温热邪毒一旦入侵为病,一方面可以直接造成机体功能紊乱和组织的损害,产生中毒证候。另一方面又能损害机体抗感染的防御机能,加重感染的严重程度。外感高热的产生,是邪正双方相争的表现,是人体阳气亢奋以抗邪的表现。外邪犯表,卫气与邪相争,必然亢奋而致发热;外邪在表,可引起腠理紧闭,致阳热之气不能向外泄越,也可造成发热。外邪深入脏腑,全身阳气必然进一步调动以与相争,此时热势更盛。温邪致热之毒最易伤津灼液,因此温病劫烁营阴,系其共同的病理反应。温病的多种危候多属热耗营阴之变。发斑,乃热毒不散、搏结于肌肤之征;谵昏,乃热毒耗津上扰清空之兆;厥脱,乃热毒内陷、营阴灼伤、阴阳逆乱之变;动血,乃热毒壅滞、迫血外溢之候;关格,乃浊毒弥漫三焦、气化失司之征。自黄氏提出“热由毒生”之论以来,对其机理的研究有了新的进展。现已证明,温病的热,系由于病原微生物的毒素及其代谢产物,在体内经过转化,产生为内生致热原,破坏了机体体温的正常调节,从而引起产热增加,导致发热。这种由外源热在体内转化产生为内生热而致热病的病理过程,即温病“热由毒生”之理(4)。

## 二、辨证分型

在我国医学史上,外感发热的理论自秦汉至宋代,基本上是以伤寒包括温病,金元明清出现寒温分家,各立门户,自此外感高热辨证分型始见分歧,数百年来的寒温之争一直持续到今天,有的以伤寒六经为辨证纲领;有的以卫气营血为辨证纲领;有的以三焦为辨证纲领;亦有以八纲、脏腑为辨证纲领者。辨证体系不同,分型方法不一,致高热的辨证分型多元化、复杂化,使人不易掌握,对于初学者尤为明显。为了逐步探索本病辨证分型规律,不少中医有志之士,曾提出寒温统一的设想及寒温统一的热病辨证纲领,并成立了专门的研究机构和组织,出版了《寒温统一论》专著,这些对中医热病学的研究起到了积极的促进作用。目前比较一致的看法是,伤寒、温病乃脉源一流。伤寒温病学派的基本认识是一致的,并无根本的矛盾和原则的分歧……,之所以出现争论的原因,不过是一个谁统谁的问题;发展和反发展的的问题;百花齐放还是一家独鸣的问题,从学术上来说意义不大(5)。

在统一寒温辨证纲领方面,不少人从不同的侧面,以不同的方法进行过有益的探索。北京中医学院肖德馨用逻辑和系统论的方法,从系统的概念上、科学内涵上(包括定位、定向、定性、定量),把六经和三焦、卫气营血等辨证体系进行系统的比较,认为六经概念无论从外延和内涵上都可包括卫气营血和三焦,因而外感热病可以用“六经系统统一”(6)。贵阳中医学院二附院内科高热急症研究组以八纲为基础,吸取众家之长,综合六经、卫气营血、三焦、脏腑、气血等辨证方法,经过临床验证,将外感热病分为病邪初入期、邪盛表里期、邪盛里实期、邪盛正衰期五个期,下分33个证型:(一)病邪初入期,根据病邪之不同分为风寒表证、风热表证、暑湿表证、湿热表证和秋燥表证

5个证型。〈二〉邪盛表里期,分为邪入少阳与表里同病二个部分。〈三〉表里同病期,包括表寒里热证、表里俱热和卫营同病3个证型。〈四〉邪盛里实期,根据侵犯脏腑及临床证候的不同可分为邪热壅肺、热炽阳明、热结腑实、湿热困脾、肝胆湿热、胃肠湿热、湿热痢疾、膀胱湿热、湿热郁阻三焦、气营同病、邪热入营、气血两燔、热入血分(包括邪热动血、热盛动风)、痰热蒙蔽心包等15个证型。〈五〉邪盛正衰期,有阴虚火炽、热耗津气2个证型。其邪盛而正气极虚者,又有亡阴证、亡阳证与阴竭阳脱3个证型。〈六〉邪退正虚期,根据脏腑气血阴阳虚损之不同,常见的有:肺胃阴虚、肝肾阴虚、气阴两虚和脾肾阳虚4个证型。通过504例疗效观察,单独应用中药物治疗474例,其中痊愈426例,好转48例(7)。

全国北方热病协作组对急性热病辨证规范的临床及实验研究,应用症状疗效评分法、统计分析法,把急性热病分作三期二十一个证候,通过1826例的临床验证,各期各个证候病例所见如下:〈一〉表证期:表寒证123例,表热证605例,表湿证31例,表燥证11例。〈二〉表里证期:半表半里证96例,表寒里热证118例,表里俱热证300例,表里湿热证40例。〈三〉里证期:气分热毒证60例,热结肠道证9例,痰热阻肺证88例,脾胃湿热证34例,肝胆湿热证24例,膀胱湿热证83例,肠道湿热证134例,气营两燔证4例,热入心营证7例,热极生风证1例,阴虚风动证0例,热盛动血证3例,阴竭阳脱证4例。该方案以大量病例进行观察、统计、分析,在客观性和科学性的基础上肯定了“三期二十一候”作为急性热病辨证纲领所具有的指导意义。此外,本标准还提出了量化辨证的科学辨证方法,对辨证具有量化意义,为今后科研、医疗、教学提供了良好的条件(8)。

经一九八八年十二月国家中医药管理局热症协作组南京会议修订的外感高热诊疗规范,以卫气营血为基础,参考六经辨证,把外感高热分为七大类15个证型,具体内容为:〈一〉卫分证:1、风热袭表,2、风寒乘表,3、暑湿在表3个证型;〈二〉卫气同病;〈三〉气分证:包括肺热壅盛、胃热炽盛、腑实热结、肝胆湿热、大肠湿热、脾胃湿热、膀胱湿热等7个证型;〈四〉气营(血)两燔;〈五〉营分证;〈六〉血分证;〈七〉热极生风。本标准突出了中医辨证施治的特点,体现了中医特色,尽管还不完善,但它是当前国内诸多热病专家的经验总结,不仅反映了当前国内中医诊疗热病的水平,而且对外感高热规范化、系统化的研究具有积极的促进作用(9)。

从临床角度出发,温病卫气营血阶段,基本上相当于急性感染性疾病的前驱期、极盛期和衰竭期。卫气分阶段属于正盛邪实的抗病理损害反应;营血分阶段为正衰的病理损害反应,此时血液流变学改变明显,血沉、血钾、红细胞电泳、纤维蛋白原等均较卫气阶段明显增加,而细胞免疫功能则较卫气阶段低下(10)。

对伤寒高热的研究,虽未形成较大的范围,但在某些病种方面也取得了一定成绩,如流行性出血热,呈伤寒病机过程的,由太阳传经入腑,经蓄血证、蓄水证、结胸证等转化为少阴病(休克),或厥阴病(中毒状态),是其根本规律(11)。

国外日本学者对外感高热也进行了较为系统的研究,其中,山本岩氏把外感高热病分为三期:1、初期(又称恶寒期)包括伤寒的表证(有太阳病、还有少阴病)和温病的卫分病;2、中期(又称热盛期)包括伤寒少阳病、阳明病(气分病)、营分病、血分病;3、末期(又称疲惫期)包括伤阴、亡阴、伤阳、脱阳。这种分型倾向寒温统一

论，与国内观点大致相同（12）。

### 三、辨证施治

自50年代中医应用白虎汤及苍术白虎汤治疗乙脑取得了显著疗效之后，到1978年11月青蒿素治疗恶性疟获得成功，中医对高热的辨证论治研究就是这样从单一病种、单一疗法开始，逐步发展到大宗病案的群体观察及辨证论治规律的研究，并集诸种辨证论治研究之大成，形成辨证论治规范，使中医对高热证的辨证治疗进入到系统化、规范化的阶段。

温病发热治疗必须把住气分关，这是重庆中医研究所等单位根据大量临床观察提出的新理论。屈氏在高热疾病治疗中印证了这一理论，他提出“温病的传变与否，取决于正邪斗争趋势及其力量的对比。临床实践证明，气营之间的传变是正邪斗争的关键时期。因此必须把住气分关”。同时又指出“高热为气分证的典型症状，而高热又是产生伤阴的直接原因，伤阴是温病的病理基础，伤阴的轻重将直接决定着疾病的转归和预后。因而温病的治疗要想把住气分关，必须从撤高热和养阴两方面着手，以清热解毒护阴为第一要义，阻止疾病向营血转化”。为此他们拟制银翘白虎汤为基础方加减治疗高热，达到了迅速控制症状，阻断病情发展的目的（13）。

北方热病协作组制定的《外感高热诊疗规范》辨证论治体系——三期二十一候：表证期：表寒证，立法：辛温解表，方药：荆防解表汤；表热证，立法：辛凉解表，方药：桑菊饮或银翘散加减；表湿证，立法：芳香透表，方药：藿香正气散加减；肺证，立法：辛凉润肺，方药：桑杏汤加减。表里证期：半表半里证，立法：和解表里，方药：小柴胡汤或蒿芩清胆汤加减。表寒里热证，立法：清热宣肺，方药：麻杏石甘汤加减。表里俱热证，立法：透热清里，方药：凉膈散加减。里证期：气分热炽证，立法：清气生津，方药：白虎汤加减。热结肠胃证，立法：泻下实热，方药：大承气汤或增液承气汤加减。温热灼肺证，立法：清肺化痰，方药：千金苇茎汤加减。湿热困脾证，立法：宣化湿热，方药：三仁汤加减。肝胆湿热证，立法：疏利肝胆，分湿消热，方药：蒿芩清胆汤加减。膀胱湿热证，立法：泄热利尿，方药：八正散加减。湿热痢疾证，立法：清热解毒，燥湿止痢，方药：白头翁汤加减。气营两燔证，立法：清气凉营，方药：玉女煎加减。邪热入营证，立法：清营透热，方药：清营汤。邪热入心证，立法：清心开窍，方药：清宫汤。热极生风证，立法：凉肝熄风，方药：羚角钩藤汤。阴虚风动证，立法：滋阴养血、潜阳熄风，方药：大定风珠。血热发斑证，立法：凉血解毒化斑，方药：化斑汤。阴竭阳脱证，立法：益气滋阴，回阳固脱，方药：生脉散或四逆汤加减。三期共计1775例，此外应用黄连合剂38例，益气养阴剂13例，三者共计1826例。经统计学处理，治愈率81.3%，总有效率91.4%（14）。

《外感高热症诊疗规范》辨证治疗体系：卫分证：风热，治法：辛凉解表，方药：银翘散。风寒，治法：辛温解表，方药：荆防败毒散。冒暑，治法：清暑燥湿解表，方药：新加香薷饮。卫气同病，治法：辛凉解表、清气泄热，方药：银翘白虎汤（竹叶、薄荷、淡豆豉、甘草、芦根、粳米）。气分证：肺热，治法：清热平喘，方药：麻杏石甘汤。胃热，治法：辛寒清热，方药：白虎汤。腑实，治法：苦寒泻下，通便导滞，方药：大承气汤。脾胃湿热，治法：辛开苦降，方药：王氏连朴饮。膀胱湿热，治法：清热利湿，方药：八正散。气营（血）两燔，治法：清气凉营（血），方药：清瘟败毒

饮。营分证：热灼营阴，治法：清营凉血，方药：清营汤。热入心包，治法：清心开窍，方药：清宫汤，加服安宫牛黄丸、至宝丹。血分证：热盛动血，治法：清热凉血，方药：犀角地黄汤。血热动风，治法：凉血熄风止痉，方药：羚角钩藤汤加服紫雪丹。以上各证均随症加减（9）。

江苏省中医急症研究会，按照上述标准和方法，进行了临床验证，观察治疗外感高热1277例，治愈983例，显效117例，好转42例，无效135例，总有效率为89.4%。这一验证为本标准提供了临床实践的重要依据（15）。

黄氏以静脉给药抢救热病急症159例，病种有急性肺炎、肺脓疡、急性胆囊炎、胆石症、急性胰腺炎、肾盂肾炎等。治疗：邪盛正未虚者，以祛邪为主：1、肺热壅盛，膀胱湿热者用马英注射液（马鞭草、蒲公英、黄芩等）50ml加入5%葡萄糖盐水或10%葡萄糖液500ml静滴；2%黄芩甙注射液50ml静滴（方法同上）；2、肝胆湿热、脾胃湿热用茵栀黄注射液（茵陈、栀子、黄芩、大黄）50ml；利胆排石针（土茵陈、金钱草、大黄、黄芩、枳壳、云木香、栀子、北柴胡）50ml静滴（方法同前）；3、热盛动风选用醒脑静、清开灵注射液。正虚邪却，以扶正为主：1、阴津受损选用育阴针、生津针；2、气阴两虚选用参麦注射液（人参、麦冬）或生脉针；3、热厥选用枳实注射液、311、417注射液。邪盛正虚，扶正祛邪：先攻后补，先补后攻或攻补兼施。辅助治疗：口服马英合剂、加味葶苈大枣泻肺合剂、大承气汤。结果：显效（4天内体温恢复正常、症状消失、理化检查正常）112例，有效32例，无效15例。体温、白细胞恢复正常者占86.8%（16）。

湖北宜昌中医院及第一人民医院将487例外感发热疾病分为太阳病7例、太少合病3例、风温90例、春温29例、暑温24例、湿温4例、秋燥18例、感冒250例，分别选银翘散、香薷饮、柴平汤、三仁汤、藿朴夏苓汤等。退热最快者一天，最长者14天，平均退热时间2.82天。提出辨证必须注意感冒、伤寒、温病三者的区别，注意时令变迁遣方用药（17）。

## 四、专方专药

### （一）大输液类

清气解毒针：本品由鱼腥草、败酱草、虎杖、肿节风等药配制而成，每次用400~800ml静滴，每日一次，对多种细菌和病毒感染高热有较快的退热和控制病情的效果。据报导用于治疗各种气分感染性高热191例，3天内体温降至正常者67.8%，其疗效不亚于抗菌素。目前已在临床上进一步验证（18）。

重庆中医研究所应用清气解毒法治高热证327例，其中中药组202例（研究组）西药组125例（对照组），观察病种包括急性成人肺炎、急性胆道感染及其它感染。研究组采用清气解毒为主的综合方案，用清气解毒针200~400ml加增液——养阴针静滴，结合辨证论治及随证加减，对照组用青霉素、链霉素，10~14天为一疗程。观察结果：研究组202例，治愈147例，临床治愈43例，无效10例；对照组125例，治愈99例，临床治愈20例，无效6例，经统计学分析 $P>0.05$ ，无明显差异。说明中药抗高热的疗效不亚于抗菌素（19）。

重庆中医研究所用本所制剂室研制的大输液剂（既保持了中药之传统特点，又具有西药大输液的优点，大量输入无毒，连续使用无隐蔽性损害，无配伍禁忌等）：10%养阴

针(生地、麦冬、玄参=0.5:1:1,用食盐调至等渗);10%增液针(生地、麦冬、玄参=1:1:1,用葡萄糖调至等渗)500~1500ml静脉点滴,治疗高热伤津症,结果表明二药均获得了与用生理盐水和5%葡萄糖液输液后相同的十几项物理和血生化正常指标,经324例临床观察对照,中药大输液较生理盐水和葡萄糖液另具特色(18)。

### (二) 静脉注射类

**醒脑静注射液:**由古方“安宫牛黄丸”,保留了牛黄、黄连、黄芩、山栀、广郁金、麝香、冰片等改制而成的新品种。第二军医大学附属西南医院,用本品治疗25例有对照组的急性发热病人,用药后在24小时内,针对高热的临床指标,降温降到正常的病例占84%,总有效率达96%。在降温过程中,病人表现安静,很少有汗出。对呼吸系统感染性疾病中以发热为主的病人疗效更好(20)。

**肺宁注射液:**系长春中医学院研制的还魂草制剂。任氏用40ml,重者60~80ml加入5%葡萄糖生理盐水或5%葡萄糖中静滴,每日1次,8~16天为一疗程。治疗呼吸道感染318例,痊愈176例,显效60例,好转65例,无效17例,与常用抗生素疗效基本一致(21)。

**清开灵:**系北京中医学院中药系研制的以猪牛羊胆酸代替天然牛黄,用水牛角代替犀角,其他成份从黄芩、金银花、山栀、板蓝根中提取的清热解毒、化痰活血、醒脑开窍药物。每日以“清开灵注射液”40~60ml,加入10%葡萄糖注射液500ml中,静脉滴注,对高热神昏具有较好疗效,故在全国北方热病协作组科研课题《风温肺热的临床研究》方案中作为治疗高热神昏的首选药物(22)。

### (三) 肌肉注射类

**青蒿注射液:**用新鲜青蒿的蒸馏提取液制成200%的注射液。朱氏用于治疗体温38℃~40℃的各种发热病人126例,肌注2~4ml,日1~2次,配合其他中药,1天退热者45例,1~2天退热者41例,总有效率为68.25%。本品退热不伤阴,且无副作用是其优点(21)。

**蒿甲醚注射液:**每ml含蒿甲醚100毫克,每次肌注2ml。曹氏观察本品对上感高热20例的即刻退热作用,2小时后体温平均下降 $0.96 \pm 0.6^\circ\text{C}$ ,总有效率86%,其退热作用稳定,出汗甚少,无明显毒副作用(21)。

**鱼腥草制剂:**每支2ml含鱼腥草2克。用于呼吸及泌尿系感染等。刘氏等用高浓度鱼腥草素(10毫克/2ml),每次肌注10~20毫克,日2次,治疗呼吸道炎114例,急性病例3~6天,慢性病例7~10天为一疗程,多数病例在1~2个疗程内有效,总有效率95.6%(21)。

**鹿蹄草注射剂:**每ml含甲基氢醌20毫克。潘氏等用本品40毫克肌注,日2~4次,或400毫克静滴,日1次,治疗80例肺炎高热患者,总有效率85%(21)。

### (四) 口服药类

**正柴胡饮冲剂:**按《景岳全书》剂量比例,将柴胡、陈皮、白芍、防风、甘草、生姜等制成冲剂,每次12克,日3次。中医研究院中药研究所治疗感冒666例,48小时内主要症状消失或好转九成以上者526例(79.0%)。同期用板蓝根冲剂组238例中有效仅130例(54.6%)(21)。

**抗感冲剂:**由松针、龙芽菜、荆芥、葛根、大青叶、贯众制成,每次15克,日3次,连服2天。方氏等治疗感冒337例,有效299例,风热型与风寒型的疗效无明显差

异(21)。

复方鱼金片：取金荞麦、鱼腥草、虎杖、鸭跖草各30克、前胡6克，制成32片，每次8片，日4次。张氏治疗肺炎、肺脓疡、慢支伴感染等呼吸道炎症40例，服药7~30天，38例有效(21)。

炎可平：为穿心莲总内酯胶囊剂，每次1粒，日3~4次，治疗急性菌痢、肠炎、感冒、流感、急性咽炎、急性扁桃体炎所致发热共509例，总有效率为86.8%(21)。

白花败酱口服剂、针剂：冲剂每包含生药31克，1包/次，日3次。针剂每支含生药8克，肌注1支/日2次，连用2日。治疗流感401例，有效率86.5%，高于对照组(吗啉胍)的有效率25.6%( $P < 0.01$ )(21)。

肺宁口服剂：王氏等用还魂草制成的肺宁口服剂，每次10克，或肺宁胶囊，每次2~3粒，日3次，1~2周为一疗程，治疗呼吸道感染309例，总有效率85.76%(21)。

广西曾用中药治疗流感15478例，经鉴定病原体为流感病毒甲型。其中有12.4%的病例用银翘散加减治愈。55.8%用银翘散、桑菊饮治愈。19.9%的病例用银翘散、桑菊饮、小柴胡汤合剂治愈(23)。

## 五、外 治 法

高热的外治法较多，如药物擦浴、刮痧、针灸、灌肠等，但多附属于其他方法之中，对控制热势起到了一定的作用。

### (一) 物理降温(药物擦浴)

1、用荆芥15克，薄荷15克，煎水擦浴，得微汗而解，适用于风寒外感高热。2、用麻黄10克，薄荷15克，用法及适应证同上。3、石膏水：用20%石膏煎液擦浴，适用于邪热入里之高热。4、冰敷：用冰袋装入冰块，置于头颈部、腋下、腹股沟处。大热已退即停用(9)。

### (二) 刮痧

方法：取背部双侧足太阳膀胱经与双侧委中穴，以刮出紫红色斑点为度。赵氏将30例高热病人随机分成两组，结果：1、体温，刮痧组平均5天退热，12小时以后体温逐渐降至正常，无反复。对照组平均6天退热，12小时后又反复至原来的体温。2、预后，刮痧组15例全部治愈，无一例死亡；对照组15例，13例治愈，2例死亡(24)。

### (三) 针刺、刺络疗法

针刺治疗选穴：上肢取曲池、合谷，配内关、手三里；下肢取足三里、阳陵泉、三阴交，手法均采用泻法。亦可用柴胡注射液、银黄注射液穴位注射，每穴0.5~1ml，每4~6小时一次，至大热已退为止(38)。

刺络疗法：高热，依病因及兼证之别，可选少商、曲池、委中、十宣等点刺之，使热随血泻(25)。

### (四) 滴鼻

1、用三解素滴鼻液(湖北中医学院附院方)：由柴胡、二花、连翘、青蒿等组成，经提炼成31%的蒸馏液，每次每侧鼻腔3~4滴，每半小时至1小时一次，退热效果较好。2、复方柴胡滴鼻液：由柴胡、薄荷等组成，制成40%蒸馏液，用法同上(9)。

### (五) 灌肠



1、大黄枳实汤：生大黄、枳实、甘草、山药、寒水石，煎水取汁200ml，高位直肠滴注或灌肠（保留30分钟左右），每隔2~4小时一次。体温下降后应视病情而减少灌肠次数或停用。本方适用于各种外感热病。2、清热灌肠汤：生石膏、连翘，煎取汁200ml，用法同上。本方适用于卫分证、气分证或卫气同病之高热。3、大柴胡汤：柴胡、大黄、枳实、黄芩、半夏、白芍，煎取汁200ml，用法同上。本方主要用于胆系感染所致之高热。4、大承气汤：大黄、枳实、芒硝、厚朴，或用大黄（30克）或用番泻叶（30克）。各煎取汁150~200ml，用法同上，其中大承气汤对急性坏死性胰腺炎效果较好（9）。

## 六、名 医 经 验 荟 萃

**姜春华教授**：根据多年的临床经验，治疗急性病要掌握针对病证的截断扭转方药，截断病邪，扭转病势，迅速纠正病理状态，恢复正常的生理功能。温病治疗中不拘泥“卫之后方言气，营之后方言血”，“到气才可清气”的顺应疗法，作到先证而治。有鉴于温病的特异性，结合吴又可《温疫论》“知邪之所在，早拔去根”为要的截断扭转学术思想，将卫气营血辨证施治和截断病因辨病用药有机的结合起来，“当病之开始用药得力，即可阻遏病势，或击溃之”，以提高疗效。临床上温病的主要特点是有热有毒，清热解毒是温病的重要截断法。余认为：用清热解毒要掌握两个法度：一是早用，在卫分阶段即可加入清热解毒药；二是重用，量要大，剂要重，甚至可日夜连服2~3剂，这样才能截断病邪。这对重型温病把好气分关，扭转病势尤为重要，常用的清热解毒药有二花、连翘、苦参、鸭跖草、黄连、黄芩、黄柏、山栀子、蒲公英、大青叶、板蓝根、穿心莲、四季青、知母、鱼腥草、紫花地丁、野菊花、龙胆草、青黛、芦根等。在治疗重症流行性出血热时，早期使用大量的清热解毒截断方药，直折伏遏之温毒，则不仅身痛、发热、恶寒等表证可除，而且可由发热期越过低血压期、少尿期直接进入恢复期，使病程阻断或缩短（25）。

**董建华教授**：急性热性病临床治疗可以概括为：按病位的深浅不同而分为表证（有表寒、表热、秋燥、表湿）；表里证（半表半里，有偏重于表、偏重于里、表里同病）；里证。表证可用荆防败毒散、银翘散、桑杏汤或杏苏散、羌活胜湿汤或藿香正气散等加减化裁以解表邪；表里证以和解法通达表里、驱邪外出，以小柴胡汤、达原饮、柴胡清膈煎、凉膈散、小柴胡合桂枝汤、大柴胡汤、蒿芩清胆汤、麻杏石甘汤等分别治之；里证则根据气、营、血分证不同，予白虎汤、增液承气汤、三仁汤、或藿朴夏苓汤、连朴饮、黄芩滑石汤、苡仁竹叶散、玉女煎、清宫汤、安宫牛黄丸、菖蒲郁金汤、至宝丹、羚角钩藤汤、紫雪丹、大小定风珠、犀角地黄汤等加减辨证施治（27）。

**黄星垣研究员**：在温病研究的过程中，发现毒与感染性疾病的发病和演变，以及辨证论治都有密切关系。此关系表现为：“毒”随邪来，热由毒生，“毒”不除，则热不去，变必生。此公式基本概括了邪、毒、热三者的辨证关系，因而在治疗温热病宜从解毒着手，卫分证治宜清热宣透，气分证治宜清热解毒，营分证治宜解毒清营，血分证治宜解毒凉血。总之治热治变，必须以清热解毒贯穿始终（28）。

**赵绍琴教授**：根据多年经验，治疗温病有以下几方面的体会：1、病邪在表，切忌寒凉滋腻。温病初起，邪在肺卫，病轻邪浅，只宜辛凉清解，宣郁清热，不可用过寒凉滋腻