

情
証
求
真



编 著 者

杨 波
纪有福
张鹤声
高庆银

魏 钰
李志云
徐魁忠
王 鹏

申殿栋
张慧琴
陈志忠
颜振龙



序

发展中医学术,提高临床疗效,需要不断地去总结、去探索,求真求实,不断达到新的高度。可以说,“真实是一切价值的根基”。无论什么事物,只有真实,才具有生命力。如近代医家高士栻的《医学真传》、余显廷的《脉学存真》、余含箴的《保赤存真》以及黄宫绣的《本草求真》、《医学求真录》等,之所以能够流传不衰,为后代所称颂,正是重在一个“真”字。编者集数十年之临床所得,两载寒暑,著成《临证求真》一书,亦在追求一个“真”字。

本书之“真”,在于非验不入,无实不采,刻意求新,中西互参。临床案例系统完整,辨证诊治准确精当。对于指导临床实践,提高医疗质量和医疗水平,都将起到积极的作用。历史证明,中医理论的形成和完善,是在医疗实践中不断丰富和发展的。书中【浅论】,就是以医疗实践为依据,对中医理论进行充实和提高,不但有现实的指导意义,而且对于中医学术的发展亦将起到一定的推动作用。因此本书是一部具有理论意义,实用价值和求真求实的中医专著。

有鉴于此,故为之序。

周次清

于山东中医学院

1993年9月

目 录

乙型病毒性肝炎	(1)	偏头痛	(71)
无症状带病毒乙型肝炎的 辨治	(8)	脑萎缩	(74)
伏暑高热	(11)	腔隙性脑梗塞	(77)
流行性出血热	(14)	厥证	(80)
流行性腮腺炎	(19)	消化性溃疡	(82)
肌衄	(21)	胃脘痛	(84)
高脂血症	(24)	胃下垂	(86)
郁症	(27)	胃柿石	(88)
奔豚	(29)	呃逆危证	(89)
糖尿病	(32)	泄泻	(91)
痿证	(35)	慢性非特异性溃疡性结肠炎	(93)
阳痿	(37)	休息痢	(96)
悬饮	(38)	百合病	(98)
胆石病	(41)	过敏性支气管哮喘	(100)
急性风湿热	(48)	肺炎球菌性肺炎	(104)
冠状动脉粥样硬化性心脏病	(53)	慢性肺源性心脏病	(108)
急性心肌梗塞	(58)	慢性肾小球肾炎	(113)
病毒性心肌炎	(60)	肾上腺皮质机能减退症	(121)
心包积液	(64)	癃闭	(125)
自汗	(67)	尿浊	(127)
心血管神经官能症	(68)	淋证	(129)

干燥综合征	(131)	肝病	(186)
虚劳	(134)	肺脓肿	(189)
腺垂体机能减退症	(139)	子痫	(194)
再生障碍性贫血	(142)	脱疽	(195)
输尿管结石	(145)	破伤风	(200)
痛经	(147)	肠梗阻	(203)
崩漏	(149)	胃扭转	(205)
妊娠恶阻伴发热	(152)	坐骨神经痛	(208)
产后发热	(153)	颈椎病	(212)
恶露不绝	(157)	小儿风疹	(216)
乳泣	(161)	牛皮癣	(218)
慢性盆腔炎	(163)	复发性口腔溃疡	(220)
不孕症	(166)	慢性咽炎	(224)
症痕	(169)	美尼尔氏病	(227)
乳痈	(171)	失治无汗证	(229)
乳癖	(173)	治胃寒证罔效	(231)
小儿泄泻	(175)	治“震颤麻痹综合征”罔效案	
疳积	(178)		(233)
阑尾周围脓肿	(181)	主要参考书目	(237)
多发性疖病	(184)		

乙型病毒性肝炎

乙型病毒性肝炎(简称乙肝)属于祖国医学黄疸病的范畴。本病是由乙型肝炎病毒(HBV)引起。临床表现多样化,最易发展为慢性肝炎和肝硬化,少数病例可转变为原发性肝细胞癌,称之为“乙肝—肝硬变—肝癌三部曲”的生命威胁。乙肝在我国广泛流行,感染率高,是当前危害人民健康最严重的传染病。就发病机理而言非常复杂,可造成人的免疫功能紊乱,引起人的中枢神经及植物神经系统的兴奋和反射协调功能紊乱。这就给短期治愈本病带来了很大的困难。祖国医学对本病虽有论述,但不详。主要因素是感受湿热、疫疠或饮食不节等引起。湿热之邪,郁而不达,脾胃受困,肝失疏泄,气机阻滞。《诸病源候论·黄疸候》曰:“黄疸之病,此由酒食过度,腑脏不和,水谷相并。”乙肝以正虚邪实病机为主,以肝郁脾虚、肝肾阴虚和气滞血瘀为多见。湿热之邪存在于整个病变过程。乙肝在肝、脾、肾三脏为主。

【临证案】

一、肝郁脾虚型

齐某,男,14岁,学生。于1989年6月14日就诊。现为食欲减退,有时恶心呕吐,全身疲乏,腹胀满,肝区胀痛,发热 37°C ,无黄疸,大便稀,小便稍黄,苔薄黄而微腻,脉弦而数。经B超检查,肝脏剑突下4.5厘米,肋下3厘米,脾4.5厘米。肝功能:丙氨酸氨基转移酶(ALT)45单位,麝香草酚浊度(TTT)8单位,r谷氨酰转肽酶(r-GT)46单位,表面抗原(HBsAg)

阳性(滴度 1 : 256),核心抗原(HBcAg、HBeAg)均为阳性,抗—HBc、抗—HBe 阳性。自拟乙肝方(1 号方):炒白术、党参各 12 克,黄芪 15 克,野菊花、公英、板蓝根、丹参各 12 克,虎杖、柴胡、佛手、陈皮各 10 克,当归、炒白芍各 9 克,甘草 6 克。每日 3 次,每次 250 毫升。服用 21 剂,ALT、TTT、r—GT 均正常。唯 HBcAg、HBeAg、HBsAg(滴度 1 : 120)、抗—HBc、抗—HBe 仍为阳性。肝大稍减,脾稍大,食欲增进,大便不稀,余症亦有减轻。原方又用 25 剂,临床症状大减,HBsAg 仍阳性(滴度 1 : 60),原方把清热利湿解毒药适当减量,加酒军 6 克,续服 15 剂,症状消失,HBsAg 转阴。经一年复查一切正常。

二、气滞血瘀型

韩某,女,28 岁,职工。于 1990 年 1 月 16 日就诊。患者半年前已确诊乙型肝炎,曾服用多种西药,如干扰素、转移因子及保肝药品,其效果不佳。临床表现面色灰暗,肝区胀痛,腹胀纳差,神疲乏力,苔薄白,舌质暗红,有瘀血点,脉弦涩。B 超检查,肝剑突下 3.2 厘米,肋下 3.5 厘米,脾 4.4 厘米,ALT 50 单位,TTT 8 单位,r—GT 48 单位,HBsAg(滴度 1 : 360)、HBcAg、HBeAg 均为阳性,A/C 明显倒置。西医诊断为慢性活动性乙型肝炎。以乙肝方(3 号方):黄芪 20 克,丹参 30 克,当归、赤芍各 15 克,生大黄 10 克,柴胡、陈皮各 12 克,野菊花、公英各 15 克,虎杖 10 克,甘草 6 克。服用 25 剂,ALT、TTT、r—GT 转为正常,临床症状有所减轻,HBsAg(滴度 1 : 160)、HBcAg、HBeAg 仍阳性,守原方,续用 26 剂,表面和核心抗原均转阴,A/C 趋于正常。临床症状基本消失。约定 2 个月后复查,HBsAg(滴度 1 : 80)阳性,又用原方 23 剂,HB-

sAg 转为阴性。以上方配成散剂,服用 3 个月巩固疗效。1 年后复查均正常至今。

【浅论】

从辨证分型上,肝郁脾虚型临床符合慢性迁延性肝炎(CPH),一般是乙肝的早期,正气虚损尚轻,肝细胞轻度炎症反应;肝肾阴虚型临床符合慢性活动性肝炎(CAH),多是本病的中期,肝功能损伤较重,病情常反复活动;气滞血瘀型,是肝肾阴虚型的进一步发展,正气损伤较重,瘀热内蕴,属乙肝中晚期,病情较重。把乙肝分为三型较妥,湿热之邪存在于整个病变的始终,列为一型不当。

治疗乙肝的组方原则,根据主要病因病机选药组成有效方剂,是治愈乙肝的关键所在。

一、清利湿热解毒药类

乙型肝炎病毒属于湿热疫毒的范畴。通过实践证明,HBV 的复制活动与湿热疫毒轻重有密切关系,湿热疫毒越重,而 HBV 复制亦活跃,临床各方面表现也越严重。首先选择能够抑制、驱赶和消除 HBV 作用的药物:野菊花、板蓝根、蒲公英、虎杖、山豆根、白花蛇舌草、半枝莲等。其中公英尚具有抑制免疫球蛋白升高的作用。

二、健脾益气药类

HBV 的持续复制,既与湿热疫毒有密切关系,亦与脾虚有关。《内经》曰:“正气内存,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚。”脾主运化水湿,湿热内存又能影响脾的运化功能和脾虚是内在原因。乙肝病位虽然在肝,但与脾虚有极大关系。现代医学研究认为,细胞免疫功能降低,又与 T 细胞免疫功能不

足有关,在这种情况下,HBV 复制就难以控制。最终揭示细胞免疫功能降低与脾虚有重要关系。补脾气药能够提高细胞免疫功能。现代药理研究证明,补益脾气药物具有增强网状内皮系统吞噬功能,调整、提高机体的免疫功能与解毒作用,发挥自身的防御机能,有助于身体稳定及终止一些有害免疫反应的发生。这类药物有黄芪、山药、白术、人参等。这与《金匱要略》所说:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾。”是相吻合的。实脾能够加强机体的免疫能力,并不是单纯防止传变的实脾了,有重大意义。

三、肝肾阴虚药类

乙肝伤肾,HBV 不仅能在肝细胞复制,亦能在肝外的一些组织,如胰腺、胆管上皮细胞和肾小球基底膜复制。在少数情况下,慢乙肝患者循环中的免疫复合物可沉积于各脏器的血管壁上,造成肾炎;在重症型肝炎或肝硬化变时,由于内毒素血症、肾血管收缩、肾缺血、有效血容量下降等因素,导致肾小球滤过率和肾血浆流量降低,从而引起急性肾功能不全。肾脏受损多是功能性的,然亦有发展为急性肾小管坏死。湿热之邪蕴结于内,易伤及阴液。湿热阴虚这是治疗乙肝最难处理的问题,滋补肝肾阴虚药易助湿热恋邪,又因阴虚尚需补之,这是矛盾的两个方面,必须根据临床辨证,湿热与阴虚的轻重程度灵活投药。可选用当归、白芍、枸杞、沙参等。

四、气滞血瘀药类

湿热之邪最易导致肝的气血失调,阻遏气机,疏泄失常,气病及血,故出现气滞血瘀。肝脏的微循环障碍,首先是渗出性炎症,经过一系列变化,肝细胞变性坏死和炎性细胞浸润,然后是肝纤维化小叶结构的改变,最后引起肝硬化。从临床观

察,血瘀较广泛的存在于慢性乙肝病人之中,只是轻重程度不同而已。血瘀的存在,不利于 HBV 的清除,且能加重肝纤维化与肝细胞的过度再生,导致病情向肝硬化和肝癌转化。从而揭示了对慢乙肝的治疗,运用活血化瘀药改善肝脏血液循环的重要意义。这类药物常用的有丹参、赤芍、当归、红花、川芎、郁金等。这类药物通过药理研究证实,具有扩张肝内血管的作用,故能改善微循环,增加血流量,改善肝细胞的供血供氧,提高肝细胞的耐氧能力,因而减少肝细胞的坏死。且能软化纤维组织,加快炎症消除与肝细胞的修复,以及改善机体的免疫功能,抑制体液免疫,加速肝内沉积的免疫复合物的消除作用等。

五、其他药物选择

①清热凉血药:肝郁能够化火,加之湿热,均能导致血热。据资料统计证明,在慢性迁延性肝炎和慢性活动性肝炎患者所占比数颇多。因此,不能忽视清热凉血的配伍,可酌情选用丹皮、赤芍、紫草等。②大黄的运用:一是乙肝少数病人湿热较重者,出现便秘,可通腑泄热;二是常用于活血祛瘀;三是通过药理研究证明,能促使肝细胞再生,防止肝细胞的坏死,尚具有促进机体产生干扰素,增强细胞免疫、抑制体液免疫,清除各种肠源性有毒物质、改善微循环,并能抑制与清除 HBsAg、HBeAg。大黄与当归配伍具有防预脂肪肝与降低转氨酶的作用。脾虚患者可用酒军,与白术配伍,不致腹泻。③理气药:因肝郁而致疏泄失常,临床多见胁肋胀痛,脘腹痞闷等肝气郁结之表现;气滞血瘀更极需行气药,增强其化瘀和消气滞的作用。可用佛手、柴胡、陈皮等。④补肾阳药:在临床中,少数成人患者,出现肾阳虚的症状,如畏寒身倦,头晕耳鸣,腰膝

酸软,阳痿或滞下清稀等。这是因为,病久不仅伤及肾阴,且能损伤肾阳。阳痿者不仅在肾,与肝亦有密切关系。可选菟丝子、肉苁蓉、桑寄生等。这些药品温而不热,补而不腻,尚能改善肝脾的功能,增强机体免疫能力。

组方药物,一是清利湿热解毒药,二是补气健脾药,三是疏肝理气药,四是活血化瘀药为主。并不是罗列上述所有药物形成大杂会,反而无效。可根据临床表现适当加减为妥。乙肝方即是依据此原则组选而成。补益药品的运用,湿热蕴结的病人,不能早投入参、冬虫夏草、蜂王浆之类。因补益药中多有增强免疫功能作用,而人体免疫系统的平衡是受多方面因素控制的。其用量过多时,自身调控就会产生免疫抑制,用量少时又不能提高免疫作用。必须因人而异,用量适宜,根据检查的数据,增减药物和剂量。

乙肝患者的饮食调节很重要。应宜清淡甘寒,富有营养之品,日常多用新鲜蔬菜和豆制品,如山药、绿豆汤、红枣等。忌用滋腻荤食、辛热燥烈,如酒、肥肉类、辣椒等。总之,不助湿热,勿伤脾,莫耗阴,并防止脂肪肝的发生。

根据“1990年全国第六次病毒性肝炎会议将乙肝治愈标准定为:表面抗原(HBsAg)转阴,随访一年无异常改变者。”慢性迁延性肝炎的机理主要与细胞免疫功能降低有关,而慢性活动性肝炎除细胞免疫功能低下外,尚与体液免疫亢进及循环中免疫复合物存在有关。在1982年以前以板蓝根、大黄、虎杖、丹参、蒲公英清热解毒药治疗慢性迁延性肝炎31例,HBsAg转阴效果不明显,反出现腹泻,引起患者体力下降,已损正气。后经加入白术、黄芪、陈皮等健脾药,逐渐好转,结果HBsAg转阴。这主要是不完全掌握病机,没能详细辨证施治,

纯按湿热论治,选药不当,无顾及脏腑功能而致疗效不佳。

关于气滞血瘀型即慢性活动性乙肝,临床上有肝脾肿大、蜘蛛痣、肝掌、舌红有瘀血点(斑)等典型的血瘀之证,又伴有湿热和血热之表现,肝细胞损害亦轻重,气虚及阴虚又同时存在。显然出现正虚邪实的矛盾,正虚轻,邪实重。治疗大法当是活血化瘀,清热凉血解毒,佐以扶正理气。病变反复性较大,是临床处理上很棘手的一个证型。若治疗不当,最易导致肝硬化的发生,或向肝癌转变。必须引起高度重视和谨慎治疗。在 ALT 较高持续不降时,可用下列药物治疗:一是黄芩、党参、黄芪有显著的加强细胞免疫能力,使肝功能得到改善和恢复,能使 ALT 降低,HBsAg 转阴或滴度下降,用黄芪治疗此型乙肝剂量不宜过大,否则会影响转氨酶下降;二是白芍、升麻、葛根亦有较强的降低 ALT 作用;三是丹参、升麻、葛根也能使 ALT 下降作用,其中丹参的用量可以大些,除具有上述活血化瘀药类的作用外,尚有较好的抗 HBV 的作用和缩肝之效;四是丹皮、升麻、葛根能使升高的 ALT 降低作用。

免疫复合物的存在,对乙肝的治疗极不利,它沉积于血管壁上和关节腔内引起发热、皮疹与关节痛等血清病样表现。除上述某些药品能清除免疫复合物外,蒲黄、丹皮、白茅根亦有消除它的作用。

共治本病 126 例,两个月治愈者 46 例,占 36.3%,3 个月至 5 个月治愈者 62 例,占 49.4%,6~12 个月治愈者 14 例,占 11.1%,好转 4 例,占 3.2%。治疗中反复者 41 例,占 32.3%。

关于无症状 HBsAg 携带者(以下简称携带者)的治疗。携带者是指肝功能正常,无自感症状和体征,仅 HBsAg 阳

性。大多数携带者血液中极少测出抗-HBs。当前国内报道 HBsAg 的自然转阴率为 5~17%。无症状乙型肝炎病毒携带者,其免疫耐受和 T 细胞功能一般均属低下。携带者虽无症状,中医在临床中,总遇到部分携带者有轻微的不适,如食欲不振,或全身轻度乏力,或自觉口中稍粘腻,或口淡、口苦,或舌苔舌质有无异常表现等。这与无症状和体征并不矛盾,轻微的不适,不能视为症状。具体处理方法有二种:①根据轻微为依据,仍须辨证治疗,若食欲不振,乏力,以脾虚为主;口中发粘、口苦可为湿热等等。②确无任何临床之表现,无据可辨,只能按其乙型肝炎病毒携带者的普遍规律组方治之。一般常用清热解毒法,健脾疏肝法,凉血化瘀法,扶正育阴法,温阳扶正法等。可以治疗乙肝的几类药物组方治疗。从实践中探索一方,用之临床其效果较为满意,名为带 HBV 冲剂:白术 12 克,黄芪 15 克,当归 12 克,丹参 15 克,黄芩、升麻、葛根各 10 克,柴胡 12 克,公英 15 克,菟丝子 20 克,炙甘草 10 克。经消毒加工而成,一日 3 次,每次 10 克,以糖水冲服。

携带者需要治疗,在临床中观察了携带者 68 例,仅管时间长短不一,当机体抵抗能力下降时,可发展成乙肝。

(王景龙 陈志忠)

无症状带病毒乙型肝炎的辨治

病毒性乙型肝炎与中医的“黄疸”、“胁痛”、“瘟黄”、“积聚”等病相类似。据临床表现可分为急性肝炎(急性黄疸型肝炎、急性无黄疸型肝炎)、慢性肝炎(慢性迁延型肝炎、慢性活

动型肝炎)、重症肝炎(急性重症肝炎、亚急性重症肝炎)、瘀胆型肝炎。本文所论述的是乙肝后期,临床症状消失,只表现为表面抗原阳性、谷丙转氨酶持续升高的特殊病症。

【临证案】

刁某,男,26岁,1989年8月9日就诊,病者二年前曾患乙型黄疸型肝炎,当时身、目及小便均黄,恶心不欲食,右肋疼痛,发热不恶寒,厌油腻,四肢无力。查表面抗原阳性,GPT在250u以上,r-GT100^u,经中西药物治疗后近3周,诸症明显减轻,四周后余症消失。复查,诸项唯表面抗原阳性及GPT持续在200^u以上,别无特殊不适,一如常人。二年来曾复查5次,二项指标均如前。病人心存疑虑,延诊于余。尝知中医凭辨证而施治,现无症可辨,舌脉如常,唯化验指标异常,其属何证?寻思良久,难得其解,先人明哲亦无验案可查,看来循规蹈矩自不可得,只有另辟径溪。余尝思,肝体阴而用阳,喜柔而恶刚,以血为本,以气为用。肝胆蒙受湿热实邪既久,自然会影响肝胆之系统功能。热则耗血伤阴而伤其体,湿邪则阻遏气机,此可知肝体阴血有伤而气机失和也。而表面抗原阳性、GPT升高者,是湿热余毒未净之象,正若灰中有火,火烟虽不可见,然犹有死灰复燃之虞,只是时机未至,条件未备耳。一俟人体劳倦或大怒,或暴饮酒,或复感乙肝病毒,自可一触即发,而有害无穷也。必治之,所谓“治未病”。方以养肝柔肝,疏肝和枢,清化余毒为法。方药:柴胡15克、白芍15克、枸杞子15克、郁金10克、马鞭草15克、虎杖15克、生黄芪20克、贯众10克、生山楂15克、炙甘草10克。水煎服,日1剂,连服10剂。后改为蜜丸,每服10克,日3次。连服3月余,复查表面

抗原及谷丙转氨酶均属正常,体无不适。

【浅论】

中医辨证施治的过程,即是“审证求因”、“审因论治”的思维过程。据此程序,显然以临床症状或体征为基本前提,若无症可辨,则病因莫洞;病因不明,则论治不清,更谈不上确立正确的治则治法、遣方用药。在传统医学观念中,由于科技水平之原因,一些传统认识难免有其局限性,虽然有治未病一说,及摄生调养之论,但对于没有任何症状和体征的非健康人体,只能看作“无病”。尽管在古代医学论著中不乏“疾病潜伏期”的内容,然而由于无实验室等客观指标,又无临床症状及体征可查,使得医生们既是面对“疾病潜伏期”病人,也无从知晓,一概以健康者对待。实质上,在中医的传统观念中“疾病潜伏期”名存而实无。这亦同西方医学认为“查不到病原体及器质性损伤”,既是有临床症状和体征,也谓其“无病”一样,在认识上具有片面性。这是由于中医的着眼点在人体的系统功能方面,而西医则在微观实体上的分歧(实质上也是两种不同的哲学观和医学方法论的分歧)所造成的。因而在一些查不到病原体或器质性损伤而有临床症状及体征的“功能性疾病”,现代医学当移植一些有关中医的辨证论治思想和具体方法。同样,对于一些临床无任何症状或体征的“潜伏期病人”或病愈后的“带病毒、病菌者”(即余邪未尽的病人),理应借助现代医学的实验室病理指标进行指导性辨治,逐步将先进的实验室各种病理客观指标纳入中医的“症状学”体系,逐渐沟通与中医“病因学”、“诊断学”、“治疗学”的联系,探索其内在规律,正式建立起中医的第五大诊法——现代实验室检查诊法。

本病案所载绝不回避实验室检查对该病人治疗的指导性。尽管其表面抗原阳性及谷丙转氨酶升高不能直接揭示中医传统的有关病因,但起码能证明一点,即患者肝胆系统处在病态之中。在没有探索出实验室病理指标与中医的病因间的关系时,也毋庸否认,根据肝系统的生理功能及其特点推测病因病机,乃至遣方用药,带有很大的模糊性,甚或有思辨成分,然而这种尝试或许亦不无意义。

方中马鞭草、虎杖、贯众针对病毒而设;柴胡、生山楂则有疏肝活瘀之功,能促进病毒的排泄及肝细胞的再生与代谢;枸杞子、白芍、黄芪等则有益肝、柔肝之效,对肝功能的恢复有较好的作用,能保护肝组织免受病毒的侵害,并可提高机体免疫功能。笔者曾以本方为主,治疗如上病证 23 例,无效仅 5 例。

(杨波 张华)

伏 暑 高 热

伏暑为暑季感受暑湿病毒,后为秋冬时令邪毒诱发之急性热病,先贤又有称为“晚发”者。该病初起类似感冒,但是又有暑湿见证,继之不规则发热,再进而但热不寒。

【临证案】

孟某,男,24岁,职工,住院号 826132。

病人发热 5 天,初以为感冒而未在意治疗。继之高热不退,于 1982 年 11 月 3 日住医院内科。入院后疑诊流行性出血热,查血常规、血小板、尿常规皆属正常范围,周身皮肤亦无出

血斑点，一直未能确诊。给以静滴青霉素、氟美松等对症治疗。至11月12日治疗9天，仍发热不退，呈不规则发热，体温高时达41℃。即日晨邀中医会诊协助治疗，见病人体格健壮，神志清楚，面红目赤，肌肤灼热。诊脉弦数，舌质红，舌苔黄腻。证为伏暑，气分热盛。恐有营血之变，制邪宜先摄为快、先发制胜，清气分之疫毒、祛营血之邪热，嘱服安宫牛黄丸1粒。当日下午体温降至38℃，晚间又服用安宫牛黄丸1粒，次日晨测体温为37.4℃。又服1粒，午后体温恢复正常。病人见该药疗效卓著，恐热复起，自己晚间又服用1粒。体温恢复正常后未再复发，即停用一切药物，观察1周一切正常，痊愈出院。

【浅论】

伏暑为温病病证，其致病因素乃是暑湿病毒，其病机有邪在气分、邪在营分之别。邪在气分多为暑湿郁蒸之证，邪在营分者为暑湿化燥之候。其治疗，清·雷丰阐述最明：“其初起如疟，先服清宣温化法。倘畏寒已解，独发热淹绵，可加芦、竹、连翘，本法内之半夏、陈皮乃可删去，恐其温燥之品，伤津液也。其舌苔本腻，尚渐黄渐燥、渐黑、渐焦，是伏暑之邪已伤其阴，于本法内可加洋参、麦冬、玄参、生地治之。倘神识昏蒙者，是邪通心包，益元散、紫雪丹，量其证之轻重而用。倘壮热舌焦、神昏谵语，脉实不虚，是邪热归并阳明，宜用润下救津法治之，……种种变证，务在临证之时，细审病之新久，体之虚实，按法用之，庶无差忒耳”（《时病论》）。

温病辨证治疗，叶天士创卫气营血四阶段论，这也是今天一般仍遵循的辨治方法。叶天士曰：“大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血，在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透