

# 热(火)证治法集锦

张娟 指导:刘鲁明

(上海中医药大学,上海市浦东新区蔡伦路1200号,201203)

**关键词** 热证;火证;治法

温为热之渐,火为热之极<sup>[1]</sup>。火证和热证是指具有温热性质的证候,主要有实热(火)、虚热(火)之分。就发病而论,热多外感,例如风热、暑热、湿热之类病邪;火常内生,如心火上炎、肝火亢盛等证。

## 1 热(水)证病因

1.1 实热(火) 实热病因有外感、内伤之分。外感温热阳邪,“邪并于阳”而使“阳”亢盛;或虽感受阴寒之邪,但入里化热;内伤或过食辛辣温热之品;或情志内伤,五志过极而化火;或因气滞、血瘀、食积等郁而化热;或脏腑气机过旺等,使体内阳热之气过盛,阴液未能御制阳热之邪,临床多现热象及燥动之象。

1.2 虚热(火) 虚热(火)多为内伤,有阴虚内热(阴虚火旺)、气虚阴火之分。阴虚内热(火旺)是由于人体阴气不足,制约阳热的功能减退,阳相对偏亢而出现燥、热、升、动和化气太过等病理状态。主要病因多由于阳邪伤阴,或因五志过极,化火伤阴,或因久病伤阴所致,或素体阴虚。《素问·至真要大论》言:“大热而甚,寒之不寒,是无水也。”<sup>[2]</sup>《素问·刺志论篇》曰:“气虚身热”<sup>[2]</sup>。巢元方《诸病源候论·虚客热候》言:“虚劳之人,血气微弱,阴阳俱虚,小劳则生热,热因劳而生”<sup>[3]</sup>。李东垣根据《内经·调经篇》:“有所劳倦,形气衰少,谷气不盛,上焦不行,下脘不通,胃气热,热气熏胸中,故为内热。”首次提出“阴火”,且认为“火与元气两不立,一胜则一负。”(《脾胃论·饮食劳倦所伤为热中论》)<sup>[4]</sup>。

## 2 热(火)证治法

### 2.1 实热

2.1.1 热者寒之 《素问·至真要大论》曰:“热者寒之、温者清之”<sup>[1]</sup>。即用寒凉性质的方药来治疗表现热象的热性病证。临床治疗外感热者,多选用辛凉透表方药,使热邪透达于外;内生诸热(火)者,选用甘凉或苦寒药物,直折火势。吴鞠通《温病条辨》之银翘散<sup>[5]</sup>,以金银花、连翘辛凉透表治疗外感热在卫分者。张仲景《伤寒论》之白虎汤<sup>[5]</sup>,以甘寒之石膏、知母清热泻火,治疗阳明气分热证。孙思邈《备急千金要方》之犀角地黄汤<sup>[5]</sup>,以苦寒之犀角、生地黄、赤芍、牡丹

皮清热凉血、活血化瘀,治疗热入血分证。钱乙《小儿药证直诀》之导赤散<sup>[5]</sup>,以甘寒之生地黄凉血滋阴,治疗心经火热证;泻白散以甘寒之桑白皮、地骨皮清泻肺热,治疗肺热喘咳证;泻黄散以苦寒之栀子、甘寒之石膏泻脾胃伏火,治疗脾胃伏火。汪昂《医方集解》之龙胆泻肝汤<sup>[5]</sup>,以苦寒之龙胆草、黄芩、栀子清泻肝胆实火,治疗肝胆实火上炎证。李东垣《脾胃论》之清胃散<sup>[5]</sup>,以黄连、牡丹皮清热凉血治疗胃火牙疼。王焘《外台秘要》之黄连解毒汤<sup>[5]</sup>,以苦寒之黄连、黄芩、黄柏、栀子泻火解毒,治疗三焦火毒证。临床治疗各脏腑热(火)证,注意药物归经,如心火旺者选用栀子、黄连、连翘、竹叶等;肝火盛者用栀子、夏枯草、龙胆草、青黛等;脾胃热者用黄连、石膏等;肺热甚者选用黄芩、鱼腥草、桑白皮等;肾热者选用黄柏、知母等。

2.1.2 导邪外出 通过汗、吐、下三法,使邪热从汗液、痰涎、大便、小便排出。邪有出路,则热无所附。《内经·五常政大论篇》曰“汗之则疮已”<sup>[2]</sup>,言东南温热的地方多疮疡,用汗法则疮疡自愈。薛己《校注妇人良方》之仙方活命饮<sup>[5]</sup>,伍辛散之金银花、防风、白芷通滞散结,使热毒从外透解,治疗痈疡肿毒初起。《内经·阴阳应象大论篇》曰“其高者,因而越之”<sup>[5]</sup>,即病位在上的,可用吐法。如张仲景《伤寒论》之瓜蒂散<sup>[5]</sup>,涌吐泄热,可治痰热郁于胸中之癫癎发狂。程国彭《医学心悟》曰:“治风痰热闭之证,以牛黄丸灌如前法(频频灌之,痰随药出则拭之,随灌随吐,随吐随灌)。”<sup>[6]</sup>《内经·阴阳应象大论篇》曰“其下者,引而竭之”<sup>[2]</sup>,即病位在下的,可用疏导之法。如张仲景《伤寒论》之大承气汤,峻下热结,治阳明腑实及热结旁流证。刘完素《宣明方论》论病主火热,其治热病强调清解里热,必须借重通下,清而不通,则如扬汤止沸,清下合用,有如釜底抽薪<sup>[7]</sup>。钱乙《小儿药证直诀》之导赤散<sup>[5]</sup>,伍苦寒之木通、甘淡之竹叶利水通淋,使心经之火从小便排出,治疗心经火热证。汪昂《医方集解》之龙胆泻肝汤<sup>[5]</sup>,伍泽泻、木通、车前子,以导湿热从水道而去,湿去则热无所附,治疗肝胆湿热证。

2.1.3 火郁发之 《素问·六元正纪大论》曰“火郁者发之”<sup>[2]</sup>,火者阳热之邪,郁者郁滞不通,发即发越

也,《类经》曰:“如开其窗,如揭其被。”<sup>[8]</sup>发之开郁通闭,使气机通畅,泄热外出。张仲景《伤寒论》之栀子豉汤<sup>[5]</sup>,以辛甘微苦微寒,性升浮之豆豉清表宣热解郁,苦寒之栀子清心泻火,治疗邪热怫郁于胸膈之烦证。叶天士在《温病条辨》中解《太平惠民和剂局方》之安宫牛黄丸的方义<sup>[9]</sup>时言:“郁金香之香、梅片之香、雄黄石之香、麝香乃精血之香,合四香以为用,使闭固之邪热温毒深在厥阴之分者,一齐从内透出,而邪秽自消,神明可复也。”诸如此类,还有紫雪丹、至宝丹、行军散等凉开剂;清营汤,以苦寒之犀角为君,伍以金银花、连翘以清热解毒、轻宣透邪,使营分之热邪透出气分而解,即“入营犹可透营转气”,治疗热入血分证。李东垣《兰室秘藏》之火郁汤<sup>[10]</sup>,由升麻、葛根、柴胡、防风、白芍、甘草,诸辛甘、辛凉、辛寒之药组成,辛以发散,寒、凉以治热,治疗“心火下陷于脾土之中,郁而不得伸”;清胃散以苦寒之黄连为君,直泻胃府之火,以升麻为臣,升而能散,宣达郁遏之伏火,治疗胃火牙痛。《太平惠民和剂局方》之凉膈散<sup>[5]</sup>,佐以薄荷、竹叶轻清疏散,解热于上,治疗上中二焦火热证。钱乙《小儿药证直诀》之泻黄散<sup>[5]</sup>,以寒性之石膏、栀子清热,伍以辛味之藿香、防风以发散郁火。

2.1.4 祛邪清热 挟痰邪热者,应清热化痰并举,如孙思邈《备急千金要方》之黄连温胆汤<sup>[5]</sup>,以苦寒之黄连伍化痰之温胆汤,治疗痰火扰心证。挟瘀邪热者,应活血化痰兼清热,如张仲景《伤寒论》之桃核承气汤<sup>[5]</sup>,以桃仁活血化痰,伍大黄、芒硝破瘀泻热,治疗瘀热互结之下焦蓄血证。挟湿邪热者,清热利湿并重,如《伤寒论》之茵陈蒿汤<sup>[5]</sup>,以利水渗湿之茵陈,伍以苦寒之大黄、栀子,治疗湿热黄疸。挟食邪热者,应消食兼清热,如朱丹溪《丹溪心法》之保和丸<sup>[5]</sup>,以消食之神曲、山楂、陈皮、莱菔子,伍清热散结之连翘治疗食积有热证。气机郁滞不畅化热者,应宣畅气机兼清热如杨栗山《伤寒温病条辨》之升降散<sup>[11]</sup>,以大黄、白僵蚕、蝉蜕、姜黄,疏达三焦气机,清泻里热,治疗温病杂气所致表里三焦大热者。

## 2.2 虚热

2.2.1 滋阴制阳 即采用滋阴的方法以制约阳亢,又称“阳病治阴”,王冰次注《素问·至真要大论》言:“壮水之主以制阳光。”<sup>[1]</sup>张介宾《类经·论治类七》曰:“诸寒之而热者,谓以苦寒治热而热反增,非火之有余,乃真阴之不足也,阴不足则阳有余而为热,故当取之于阴,谓不宜治火也,只补阴以配其阳,则阴气复而热自退矣。”<sup>[8]</sup>朱丹溪《丹溪心法》之大补阴丸<sup>[5]</sup>,以熟地黄、龟甲以滋阴培本为主,伍知母、黄柏降火清源为

次,治疗阴虚火旺证。李东垣《兰室秘藏》之当归六黄汤<sup>[10]</sup>,以黄连、黄柏、黄芩,伍以滋阴养血之生地黄、熟地黄,使阴血充则水能制火,养血育阴与泻火彻热并进,标本兼顾,治疗阴虚火旺盗汗证。

2.2.2 补脾益气 《素问》曰“劳者温之”“损者益之”<sup>[2]</sup>。张仲景《金匮要略》云:“虚劳里急,悸,衄,腹中痛,梦失精,四肢酸痛,手足烦热,咽干口燥,小建中汤主之。”<sup>[12]</sup>李东垣《脾胃论》言“内伤脾胃,乃伤及气,唯当以辛甘温之剂,补其中而升其阳,甘寒以泻其火则愈矣……盖温能除大热,大忌苦寒之药,伤及脾胃”,创立补中益气汤治疗气虚发热,白术散治“虚热而渴”<sup>[4]</sup>。叶天士《临证指南医案·汗》<sup>[13]</sup>载:“案牒积劳,神困食减,五心汗出,非因实热,乃火与元气势不两立,气泄为热为汗,当治在无形,以实火宜清,虚热宜补尔,议用生脉四君子汤。”因治疗虚劳发热用药性味多甘温,后世又称“甘温除热”法。

2.2.3 引火归元 《医略六书·杂病证治》分析右归丸言:“肾脏阳衰,火反越于上,遂成上热下寒之证,故宜引火归元法,熟地补肾脏,萸肉涩精气,山药补脾,当归养血,杜仲强腰膝,鹿角胶温补精血以壮阳,枸杞子甘滋精髓以填肾也,附子肉桂补火回阳,专以引火归原,而虚阳无不敛藏于肾命。”<sup>[5]</sup>《韩氏医通》之交泰丸<sup>[14]</sup>,以黄连、肉桂清心降火、引火归原,治疗心火炽盛,不能下交于肾的不寐证。正如《医学心悟》<sup>[6]</sup>所云:“肾气虚寒,逼其无根失守之火浮于上,当以辛热杂以壮水药中,导之下行,所谓导龙入海,引火归原,如八味汤是也。”

## 2.3 寒热错杂

2.3.1 辛开苦降、寒热并用 张仲景《伤寒论》之半夏泻心汤<sup>[5]</sup>,以辛温开结之半夏、干姜,伍以苦寒降泻之黄芩、黄连,平调寒热,治疗原小柴胡汤证误用下剂损伤中阳,外邪乘机而入,寒热互结,气机升降失调而致心下痞证。李东垣司仲景之法,《兰室秘藏》<sup>[10]</sup>有枳实消痞丸,以黄连、半夏、干姜辛开苦降、平调寒热,共助枳实、厚朴行气消痞除满,合四君子汤治疗脾虚气滞、寒热互结证。

## 3 讨论

临床常见热(火)证,应分析其发病病机,根据病机制定治法方药,不能见热止热,用药一派苦寒。另外组方注意使用发汗、通大便、利小便之法,一方面使热邪随之排出体外,另一方面使热所附之邪如风邪、湿邪、痰邪等诸邪有出路,使邪去则热无所附。若为长期郁滞之热,应注意消除痰、湿、瘀、食等实邪,并注意调畅气机。气机调畅,则郁热得散,热无藏身之所。临床

见虚热,不可一派滋阴,若气虚发热者,原本气虚运化乏力,用滋腻药后不仅对病无益,反遏制气机加重病势。对于寒热错杂、上热下寒者,注意寒热并用,灵活运用辛开苦降法以平调寒热,应用引火归原法,使上浮之热归藏于肾。临床治疗热(火)证选方用药时,可根据病情多种方法联合运用,如清热与通腑、利小便同用,如茵陈蒿汤;滋阴与泻火联用,如知柏地黄丸;清热与调达气机合用,如泻黄散。总之,临床根据病证所需,灵活运用。

**参考文献**

[1]吴敦序. 中医基础理论[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002.  
 [2]谢华. 黄帝内经(白话释译)[M]. 北京:中医古籍出版社,2002.

[3]巢元方. 诸病源候论[M]. 北京:人民卫生出版社,1956.  
 [4]李东垣. 脾胃论[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.  
 [5]段富津. 方剂学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002.  
 [6]程国彭. 医学心悟[M]. 北京:人民卫生出版社,1963:12.  
 [7]郑世俊. 釜底调薪治法刍议. 南京中医药大学学报,2003,19(6):327-329.  
 [8]张介宾. 类经[M]. 北京:人民卫生出版社,1965.  
 [9]吴塘. 温病条辨[M]. 北京:人民卫生出版社,1996.  
 [10]李东垣. 兰室秘藏[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.  
 [11]杨栗山. 伤寒瘟疫条辨[M]. 北京:人民卫生出版社,1986.  
 [12]尤怡. 金匱要略心典[M]. 北京:中国中医药出版社,1992.  
 [13]叶天士. 临证指南医案[M]. 上海:上海人民出版社,1976.  
 [14]张伯臾. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1985.

(2009-07-21 收稿)

## 血府逐瘀胶囊治疗缺血性脑血管病 126 例

陈炳煌 沈超英 苏藻

(福建省安溪县中医院,362400)

**关键词** 缺血性脑血管病/中医药疗法; @ 血府逐瘀胶囊

缺血性脑血管病(ICVD)具有高发病率、高致残率、高死亡率的特点,已引起医学界高度重视。我们自2007年1月-2010年1月采用血府逐瘀胶囊治疗ICVD患者126例,现报道如下。

**1 临床资料**

230例患者均为我科住院患者,符合ICVD诊断标准,均为首次发病,且在发病6h后接受治疗。随机分成治疗组126例,男性77例,女性49例,年龄(64.5±6)岁;对照组104例,男64例,女40例,年龄平均62.2±7岁。

根据卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准,使用美国国立卫生院神经功能缺损评分量表(NIHSS)进行观察。对意识、指令、凝视情况、面瘫、语言、上下肢肌力、忽视等指标进行评分,共45分(0~6分为轻型,7~22分为中型,22~45为重型)。2组治疗前后分别进行检查评分,根据积分减少和总的生活能力判断疗效。基本痊愈:神经功能缺损积分减少90%以上,可恢复工作或操持家务。显著进步:神经功能缺损积分减少45%~90%,部分生活自理。进步:神经功能缺损积分减少18%~45%以上。无变化:上述积分减少或增加不足18%。恶化:积分增加18%或更多。2组神经功能缺损程度见表1。由表1可见,2组治疗前无显著性差异( $P > 0.05$ )。2组治疗后与同组治疗前相比, $P$ 值 $< 0.05$ 。

**2 治疗方法**

治疗组给予血府逐瘀胶囊(天津宏仁堂药业有限公司生产,批准文号:国药准字Z12020223),每次6粒,每日2次,以及常规给予银杏叶注射液20mL加入生理盐水250mL,胞二磷胆碱0.75g加入生理盐水250mL,静脉滴注,每日1次;肠溶阿司匹林100mg,每晚1次;14天为1个疗程。对照组仅给予银杏叶注射液20mL加入生理盐水250mL,胞二磷胆碱0.75g加入生理

盐水250mL,静脉滴注,每日1次;肠溶阿司匹林100mg,每晚1次;14天为1个疗程。2组患者如梗死面积大则同时配合脱水等对症治疗。2组治疗前及治疗1个疗程后均对患者进行神经功能缺损评分。

**表1 2组治疗前后神经功能缺损程度**

组别	总数(例)	轻型	中型	重型	神经功能积分(平均)	
治疗组	治疗前	126	47	67	12	14.56 ± 5.67
	治疗后	126	66	57	3	6.76 ± 4.93*
对照组	治疗前	104	39	54	11	14.14 ± 5.98
	治疗后	104	48	51	5	7.83 ± 4.33*

注:治疗后与治疗前比较,2组\* $P$ 值 $< 0.05$ 。

**3 治疗结果**

见表2。由表2治疗结果表明血府逐瘀胶囊有较好改善神经功能作用。

**表2 2组疗效比较 例(%)**

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效
治疗组	126	29(23.0)	61(48.4)	27(21.4)	6(4.8)	3(2.4)	117(92.9)**
对照组	104	12(11.5)	32(30.8)	37(35.6)	14(13.5)	9(8.7)	81(77.9)

注:与对照组比较,\*\* $P < 0.01$ 。

**4 体会**

ICVD治疗的目的是使闭塞的动脉恢复通畅,恢复受累脑组织的血供,使梗死区脑细胞坏死量降至最低限度,半暗带脑细胞损伤最少。血府逐瘀胶囊由桃仁、红花、生地黄、当归、川芎、赤芍、牛膝、枳壳、桔梗、柴胡等药物组成,具有活血祛瘀、行气通络的作用,可溶解血栓,使闭塞血管再通,及时抢救缺血半暗带,最大程度地保护受损神经细胞,使脑缺血得到改善,受损神经功能得以恢复。

(2010-10-21 收稿)