

对“气虚发热”的思考

顾思臻 黄 震 窦丹波

(上海中医药大学附属曙光医院传统中医科,上海,201203)

摘要 统计 408 篇“气虚发热”个案中所载的症状,方药以及涉及的疾病,以期了解现代医家对该证候的认识及临床应用情况,作为中医特有的退热方法,通过该文献研究试图明确“气虚发热”的适用范围,为实际临床运用的进一步研究打下基础。

关键词 气虚发热;医案;统计;思考

Reflections on Qi Deficiency Fever Pattern

Gu Sizhen, Huang Zhen, Dou Danbo

(Shu Guang Hospital, Shanghai 201203, China)

Abstract Symptoms of qi deficiency fever pattern, formula and related diseases recorded in 408 papers were reviewed, as well as views of modern doctors and applications on this pattern were studied. As a special treatment of anti-fever, the scope of application of qi deficiency fever pattern was to clarified to lay a foundation for further studies of its clinical application.

Key Words Qi deficiency fever pattern; Case records; Review; Reflections

中图分类号: R228 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2016.11.066

“气虚发热”作为中医发热证型的一种,其源于李东垣的“阴火”理论,该理论近 50 年,已从其涵义、病机、临床表现、治法及代表方剂等方面作了大量的研究,同时从 1960 年至今也报道了大量“气虚发热”的医案,或为个案,或为小样本,但缺乏较大范围的文献统计,此次就对典型的个案文献进行搜集分析,以期从临床案例统计更好地理解并探讨“气虚发热”及相关中医理论,现将具体内容展开如下,以嗣同道。

1 研究方法

以“气虚发热”作为检索词,年限设定为 1956-2015 年,采用全文搜索,平台为上海中医药大学图书馆 CNKI 文献库作,结果搜得 3 500 余篇文献,阅读文献内容,剔除重复、无关、理论文献,采用双人录入 Excel,并校对,最后共得 408 例典型医案。

2 研究结果

2.1 “气虚发热”的热象表现及发热节律 在 408 篇“气虚发热”的案例中,明确指出有“发热”症状的有 366 篇,非“发热”为主诉的有 45 篇,但表现为某一脏腑或部位的热象。见表 1。

在 366 篇明确指出“发热”的医案中,明确记录体温的有 336 篇,未记录体温有 30 篇。在记录体温

的 336 篇中,有 92 篇明确描述了发热高峰或变化趋势,其中有 70 篇是午后至夜间发热,或下午至夜间体温升高明显,另有 22 篇是上午至中午有发热,或昼高夜退。

表 1 非“发热”的“气虚发热”主诉

篇数	主症
18	潮热轰热,手足,胃中,腹部灼热,烦热,足底热痛
13	口疮,扁平苔藓,眼病,扁桃体,咽喉炎
9	尿频,尿痛,尿急
4	便脓血黏液,肛门灼热
1	严重饮不解渴

2.2 “气虚发热”的体温峰值 已知 336 篇“气虚发热”的医案是明确记录体温的,现代医学上一般将大于等于 37.5℃ 作为发热的标准,当然低热也并非没有器质性疾病。此处则以 38℃ 为界限,将医案中描述体温波动超过 38℃ 的,归为高热,共有 217 例,体温在 37~38℃ 之间的属于低热,共计 119 例。

2.3 “气虚发热”证候的雏形 由于中医脉案描述文辞差异较大,故将医案中含义相近的症状进行合并,如将不饥不食、不思饮食、恶食、纳差、纳呆、纳少、纳食不振、纳食大减、食减、食少、食欲不振、食欲差、胃纳不佳、厌食、饮食减少和饮

基金项目:上海市中医药事业发展三年行动计划项目,传统医学示范中心建设项目(编号:ZYSNXD-YL-CTXK)

作者简介:顾思臻(1988.11—),男,硕士研究生,住院医师,研究方向:中医内科,E-mail:gusizhen@126.com

通信作者:窦丹波(1971.10—),男,博士研究生,主任医师,研究生导师,科主任,主要从事中医内科学临床、科研及教学工作,研究领域涉及脾胃疾病的中医临床和基础研究、中医证候本质研究、传统医学国际标准化,E-mail:doudanbo@126.com

食不佳等同于“纳差”；将失眠、不能寐、烦躁不眠、寐差、眠差、少寐多梦、夜寐不安和夜寐欠安等同于“夜寐不安”，其他类推，408 篇“气虚发热”医案症状频次如下。

表 2 气虚发热”医案症状频次

症状	频次	症状	频次
纳差	258	腹胀腹痛	86
神疲、倦怠等	274	烦热	78
面色不华	216	消瘦	76
乏力	208	恶风寒	63
大便异常	190	小便异常	47
气短,少气	164	心悸	44
声低懒言	128	夜寐不安	29
渴与不渴	124	咳嗽,干咳	23
汗出	161	肢体酸痛	23
头晕头痛	113		

至于舌脉,有 365 例记载了脉象,除一例为滑数,浮数,其他均为沉、细、弱、微、缓、虚和无力等虚性脉的组合,舌象过于复杂,不列于本次统计中。

2.4 补中益气汤现代应用剂量 见表 3。

表 3 补中益气汤剂量范围

药物	剂量	药物	剂量
黄芪	2 ~ 80 g	参类	6 ~ 60 g
白术	2 ~ 20 g	甘草	2 ~ 15 g
当归	2 ~ 20 g	陈皮	3 ~ 30 g
升麻	2 ~ 30 g	柴胡	2 ~ 30 g

2.5 “气虚发热”中的寒温并用 408 例“气虚发热”的医案中有寒温药物相配的有 202 例。见表 4。

表 4 202 例“寒药”的分类

分类	具体药物
清热燥湿	黄芩、黄连、黄柏、石膏、知母、蒲公英、栀子
清热解毒	土茯苓、金银花、连翘、淡竹叶等
清热化痰	川贝母、桑白皮、鱼腥草等
清热利湿	车前子、泽泻、六一散、白茅根、木通、通草等
清热凉血	牡丹皮、赤芍、丹参等
清虚热	地骨皮、白薇、青蒿、鳖甲、秦艽、银柴胡等
清热滋阴	生地黄、麦冬、石斛、天花粉、玉竹、芦根等

2.6 “气虚发热”方剂、药物统计频次 见表 5 ~ 表 7。

3 讨论

3.1 对“气虚发热”发热节律的探讨 根据传统的中医理论,气虚发热应为上午发热或为太阳表证欲解时,而午后发热多考虑阴虚火旺,热入营血,阳明发热,湿热郁蒸等几个情况。但统计结果却与之相反,即午后、夜间发热或体温更高的,明显多于午前,这倒也符合临床上发热性疾病一般的热型规律。如

果说《素问·生气通天论》中“故阳气者,一日而主外,平旦人气生,日中而阳气隆,日西而阳气已虚,气门乃闭。”描述的是人体生理情况下阳气的生化收藏,那出现“气虚发热”的患者,按照自然规律更应该是朝轻夜重的,类似水肿、鼓胀朝宽暮急,又如《黄帝内经》中的“旦慧昼安夕加夜甚”,都应该是描述阳气变化对病情的影响,那么传统认为的“气虚发热”于午前发生或更重的依据为何? 相对的夜间阴盛阳衰,何以阴虚? 如果说阳气入于阴分,那么阳气内伏加重了邪热? 如果说阴阳共同消长,那又怎么体现涉及阴虚、阳虚的相关症状的时间规律呢? 另外对于阳明发热、湿热缠绵的身热,甚于午后的理论依据呢? 诸如此类,又当作和解释,这里并不是否定那些“约定俗成”的中医定义,但其内涵确实有待从临床实际和实验室去验证,当然也不排除医案中的体温波动与大量用药之后改变了热型有关,因为大部分医案中的病例都记叙了冗长的中西医治疗过程,但通过上述统计结果还是想强调中医辨证要把握整体观,做到知常达变化,不能过于先入为主,囿于成说。

表 5 408 篇医案的药物频次

药名	频次	药名	频次	药名	频次
黄芪	284	黄连	23	生地黄	14
白术	279	黄芩	23	桔梗	14
参类	263	白薇	23	羌活	14
柴胡	259	砂仁	22	藿香	14
升麻	257	金银花	22	石膏	13
甘草	251	黄柏	19	赤芍	13
陈皮	250	泽泻	19	独活	12
当归	248	牡蛎	19	丹参	12
白芍	87	木香	19	枳壳	12
茯苓	83	连翘	18	川芎	12
大枣	79	肉桂	18	鸡内金	10
生姜	77	麦芽	18	干姜	9
葛根	49	苍术	18	杏仁	9
桂枝	46	扁豆	15	饴糖	8
山药	36	浮小麦	15	厚朴	7
防风	31	五味子	16	龙眼肉	6
青蒿	28	神曲	16	谷芽	6
半夏	25	知母	16		
地骨皮	24	熟地黄	15		

表 6 参类中的频次

药物	频次	药物	频次
党参	224	西洋参	6
人参	17	太子参	5
红参	8	晒参	3

表 7 方剂的使用情况

方剂	频次	方剂	频次
补中益气汤	284	升阳益胃汤	6
升阳散火汤	6	清暑益气	7
自拟方	68	它方	40

3.2 关于“甘温除大热” 现在的中医教材多认定“气虚发热”属于一个功能性的发热或者自觉发热的内伤证候,体温多在 38℃ 以下,且检查多为阴性。而事实证明并非如此,高热案例比例高出近 1 倍,可见“甘温除热”的用武之地远超过理论,在 408 例医案中,明确给出诊断的就有 125 篇,涉及消化(如食管反流、慢性胃炎、消化道溃疡合并出血,急性黄疸型肝炎,急性胆管炎,病毒性肠炎,慢性肠炎,溃疡性结肠炎,坏死性肠炎,肠结核等)、呼吸(慢性支气管炎急发,肺炎,肺结核,结核性胸膜炎,上呼吸道感染等)、风湿免疫(成人 Still 病,类风湿,结节性动脉炎,血管炎,硬皮病,白塞氏综合征等)、五官(复发性口腔溃疡,扁平苔藓,颞合关节炎,慢性鼻窦炎等)、肿瘤(各类肺、骨、肾脏肿瘤及转移)、泌尿(慢性肾盂肾炎急发,尿道综合征,前列腺增生伴感染)、血液(急性粒细胞性白血病,急性淋巴性白血病,再障,淋巴瘤,嗜酸性粒细胞增多症等)、神内(脑干出血,植物神经功能紊乱)、心内(心肌炎、心肌梗死、急性感染性心内膜炎)等各科疾病,以及很多术后的发热(如产后、骨折术后),甚至包括败血症,MODS,其中不乏西医的疑难病或急重症,不少还是多系统的并发症^[1-10],如对万友生^[11]先生采用“甘温除热”法的有效案例印象最深,一例为败血症合并中毒性心肌炎、糖尿病、高脂血症、左上慢性纤维空洞型肺结核、右侧渗出性胸膜炎的患者,一例为急性淋巴细胞白血病合并大叶性肺炎;郑宏^[12]则在西医支持治疗的同时,运用补中益气汤加减益气升阳,佐以苦寒泻火、化瘀解毒之品,使一例 ICU 多脏器功能不全综合征(肺部感染、呼吸衰竭 I 型、糖尿病 2 型、肾功能衰竭、冠心病、上消化道出血、中度贫血、高血压病)的患者发热退净,并脱离呼吸机;杨氏^[13]在患者家属要求停用抗生素的前提下,以补中益气汤加味调治多发性胆囊胆管结石合并慢性胆囊炎急性发作,伴左下肺炎并少量胸腔积液(左侧)、冠心病、心律失常、频发房性早搏、心功能Ⅲ级心力衰竭Ⅱ度、痔疮外脱重叠嵌顿合并感染出血的患者 3 周而痊愈,董振华^[14]单用补中益气合桂枝汤加味使嗜酸性粒细胞增多症的发热患者恢复正常(EOS 最高达 79.6%、EOS 绝对值(EOS#)35.68×10⁹/L(正常值

(0.02~0.5)×10⁹/L),马智教授^[15]在停用一切西药的情况下,应用补中益气汤加味治愈了成人 Still 病;徐氏^[16]等对脑干出血,昏迷伴高热的患者,方选补中益气汤加减(生黄芪,生石膏,仙鹤草,石菖蒲,白术,地龙,白薇,柴胡,陈皮,香薷,川芎,三七粉,大黄)以补中益气、活血化痰、解表清热,同时予针刺大椎、曲池、合谷(均用泻法),少商点刺出血,西药仅予常规氨溴索注射液静脉滴注护肺及胃肠营养治疗,如此治疗至第 19 天体温正常,未再发热,自主呼吸平稳,生命体征稳定,予停用呼吸机等,诸如此类棘手的病情,不胜枚举,心中不禁感叹膺服,鼓舞人心,能在西医诊断不明确或对症对因治疗无效或少数情况下使用中医药,或缓解或治愈如此疑难危重,再一次证明中医辨证论治的独到,也证明中医并非只能治疗小疾、慢性调理,因为它的着眼点在于人的状态,而非单纯的实验室指标和所谓的感染,只是如今中医成为了替代和补充医学,很难有机会在临床一线运用,故缺乏了这类疾病的治疗经验,即使有机会,绝大多数现代中医师也缺乏运用中医理论去分析病情和运用方药针灸等传统医学手段去尝试解决的自信,在盲目运用西药后,究竟有效无效,反致狐疑。因此“甘温除大热”的大热不仅可理解为高热,也可以衍生为重症难病所导致的发热。

当然导致发热的原因繁多,一般考虑是感染、肿瘤、免疫疾病、组织坏死、手术后的吸收热,中枢性发热等,但“发热待查”也不在少数,在 336 篇记录体温的案例还有 211 篇未给出诊断的,未明确诊断的原因可以有很多,或是医疗条件落后没有检查的条件,或是凭借多种现代诊断技术仍无法明确诊断,或是患者本人未行相关检查,或是写脉案的医家未能诊断出来等等,而这些“发热待查”多数属于“慢性迁延性”的发热,其病程长,又经历了过度治疗或误治,导致患者出现气虚,虽然中医对于“疾病”这个具有完整发生发展的病理过程的认识是有所缺陷,但临床上很多疾病即使运用现代技术使诊断明确,也无法提供治疗,至于无法明确诊断的,现代医学更无法采取决策,因为循证必须根据多中心大样本的临床指南,但在中医看来,只要符合“气虚”的标准,“甘温”都可以改善或解决,所以中医并非慢郎中。

再反观各种突如起来的传染性疾病也让西医无法从病因层面上迅速下手解决,比如 SARS,禽流感以及闹的沸沸扬扬的埃博拉出血热,因为在这些病毒疫苗诞生之前,患者只能靠着抵抗力或在支持治疗下对抗病原导致的病理变化,否则只能坐以待毙,

但这又恰恰是中医干预的优势所在,可以说中医的发展史是一部与传染病斗争史,如中医临床方书之祖的《伤寒论》,上海中医药大学张再良教授通过几十年对温病、伤寒的相关古籍进行梳理,结合近现代医家的研究基础,基本明确张仲景时代的“伤寒”大致为“流行性出血热”,现在看来无论从该病的前驱期,发热期,低血压休克期的表现,还是从心肺肾血液等丰富的并发症而表现出“坏证”“变证”繁多等方面来说都基本吻合,而证情危重,传变迅速又导致了仲景族人的高死亡率,所以仲景在序中提到“余宗族素多,向余二百,建安纪年以来,犹未十年,其死亡者,三分有二,伤寒十居其七”,故“感往昔之沦丧,伤横夭之莫救”,据《汤液经》广而作《伤寒卒病论》以救世,后世遂外感皆法仲景,其后魏晋南北朝至唐代的《肘后方》《小品方》《千金》《外台》等著作也记述了很多瘟疫的内容,宋有庞安石,朱肱,许书微,刘河间等治热病伏气,至于金元时代东垣所经历的汴京大疫,付友丰先生更是在 90 年代就详细论证了与鼠疫的相关性,而非“内伤”,可谓证据凿凿;而后明清又有吴又可,杨栗山,薛雪,叶天士,雷丰,吴鞠通等温病大家,他们都经历了大大小小的不同种类的瘟疫,从而使温病学脱离“伤寒”,使近代更注重卫气营血等温热辨证法,原因在于病种不同,证候也不同,这样的辨证体系更符合时代,而正因为有了这些与疫病斗争的丰富经验,古人即使缺乏西医,通过抓住疾病的证候进行早期干预,也能使一部分患者脱离险境,转危为安,这就是中医的优势所在,当然现代医学支持治疗也是非常重要的,这是中医在既往温病的治疗上所欠缺的,往往辨证精当,也无法阻断疾病的进程,毕竟胃肠补液、用药不比静脉迅速,再加上中药煎煮的繁琐,使其在急症应用中受限,其实古人也在渴望中药特效药的诞生,吴有性在其《瘟疫论》就认识到“受无形杂气为病,莫知何物之所能制,惟其不知何物之能制,故勉用汗、吐、下三法以决之……能知以物酯气,病只有一药之到病已,不烦君臣佐使品位加减之劳矣”,其实青蒿素的发明就是很好的体现,在 2015 年 2 月 27 日出版的《科学》杂志^[17]上还刊登了美国一个研究小组宣称发现了埃博拉病毒的细胞感染机制,并找到了一种可有效预防病毒感染的中草药提取物——即 Sakurai 等人通过运用粉防己碱,阻断感染通道的活性,改善埃博拉感染小鼠存活率,且无明显不良反应和耐药性,有望成为一种防治埃博拉病毒的理想候选药物,可见中草药的单体或特效药的研究是很有必要的,对传统

辨证可谓如虎添翼,然而中草药在欧美是禁止使用的,就像 SCIENCE 中描述的汉防己仅是在中国被批准使用的药物,加之东西方国人对于疾病的易感性是不同的,中草药也是如此,可如今国人放弃如此宝贵的财富,拱手相让于西方研究者,反而去按图索骥地照搬西方疗效评价体系去质疑和诋毁中医的科学性和有效性,不得不感慨医道之衰竟如此。

再者大部分收集的案例年份为 2000 年前的报道,可能的原因有二:1) 与国家的国情有关,与群众的体质有关,目前疾病谱朝着富裕化西方发达化的方向发展,处于贫穷虚弱状态的人群在减少,相应的“气虚发热”的证候也在减少。2) 现代医学追求的是大样本随机对照双盲研究,这样可以使研究对象排除很多治疗意外的干扰因素,确实不失为严谨的临床科研,但是对于西医束手的很多情况下,中医取效的病例不可能为大样本,可重复性的机会本来就少,但是并非没有意义,相反这些报道值得好好去体会和研究,因此不应该放弃中医个案的报道和研究,个案体现的个体化治疗,中医个案是个巨大的宝库,如何从中挖掘,采用什么样的方法研究,也是我们亟待解决的问题。

3.3 “气虚发热”证的证候对比 除去发热或热象主诉,如将表 4 中的症状与《中药新药临床研究指导原则》中气虚证比较较,后者规定:主症为气短、乏力、神疲、脉虚,次症:自汗,懒言,舌淡,具备主症 2 项及次症 1 项即可诊断。而表 4 中排在前六位的分别是纳差,神疲,面色不华,乏力,大便异常,气短少气,可见还是有差异的,所以这里再次涉及中医证候标准化的问题,证候是否是固定的征候群? 证候中的症状是否具有权重? 是“但见一证便是”还是症症悉具? 如果是多种证候重叠呢等等,由于目前各地证候标准不统一,严重阻滞了中医的发展,犹如聚讼一室,证是中医认识分析疾病的方法和结论,它直接指导理法方药,并影响疗效,因此开展证候标准研究,尤为必要,需建立全国统一的标准,共享医案方剂数据库,挖掘古籍,采用较为一致的书写和命名进行日常病案记录及整理,并尝试新的统计方法分析,如聚类分析研究,复杂网络等进行探索文献中一般规律,这样才有希望推进岐黄之道。

3.4 从药物剂量探讨补中益气汤 《内外伤辨惑论·卷中·饮食劳倦论》载“黄芪劳役病热甚者一钱,甘草炙,以上各五分,人参去芦、升麻、柴胡、橘皮、当归身酒洗、白术,以上各三分,上件呷咀,都作一服,水二盏,煎至一盏,去粗,早饭后温服”,可知补中益

气汤原方所用药物药量不超过 5 分,可谓至轻,而现代医案中,由表 5 可知除去 1 例全方均为 2 g 的是用于儿科,1 例黄芪 80 g 的是用于艾滋病,前者为小儿,后者为免疫缺陷,故都在情理之中,其余的案例都在常规剂量范围内,而原书中补中益气汤用量轻与宋代使用煮散不无关系,剂型也是决定剂量的要素之一,因此东垣的方剂用量大都比较轻灵。那么方剂中是否需要一些药物以特定剂量相配才能发挥最大效果?如补中益气汤原方中特别是升麻、柴胡,所谓的风药,历代医家都谆谆教导量要轻,方能取效果;相反,东垣的当归补血汤、王清任的补阳还五汤的黄芪,傅山的完带汤的山药、白术,以及邢斌医师大剂量运用半夏(最大 90 g)治疗失眠,大剂量玄参(最大 120 g)来利咽等又都是主病者量大的经验,可以肯定的是,如果患者病情较单纯,辨证较单一,又想方剂的整体疗效跟着某些药走的,那么他们的量肯定要大,那如果寒热、升降、表里性质相反的药物同用又当如何?中药的量效关系到底是如何的?这些一直是方剂研究的难点,然而目前对于方剂剂型、剂量与药物、疗效、证候、疾病间的研究报道并不多,俗话说中医不传之密在于量,反观现今临床,无论什么疾病,都有有着日趋大复方的趋势,并提倡重剂方能起沉疴观念,可以说这与中医师对症使用中药,中药饮片质量极度下降,患者病情不断复杂化等众多因素不无关系。如何去解答这些问题,着实困扰着当代中医人。

3.5 从寒温配伍探讨补脾胃泻阴火升阳气法 寒温配伍可以解决很多临床问题,如麻黄配石膏清热宣肺,治心肾不交的交通泰丸,用于中焦脾胃的黄连干姜,黄芩半夏,黄连苏叶,黄连吴萸,黄连木香,另有乌梅丸,麻黄升麻汤,栝楼瞿麦丸;四逆汤合安宫牛黄丸治疗中风内闭外脱,大黄附子汤、温脾汤内服灌肠治疗尿毒症等等,都是寒热错杂的问题,只是具体治法和药物不同,本次统计也有近一半左右的医家采用该法治疗“气虚发热”,东垣在《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》就提出“惟当以甘温之剂,补其中,升其阳,甘寒以泻其火则愈……盖温能除大热,大忌苦寒之药泻胃土耳。今立补中益气汤”,至《脾胃论·脾胃胜衰论》复立更合其旨的补脾胃泻阴火升阳汤,并言“后之处方者,当从此法加时令药”,现代试验研究也证实,单纯用参芪难以退热,升麻、柴胡才是退热药,寒温相配效果最佳,如有学者^[18]以补中益气汤全方组与拆方 I 组(补中益气汤去升麻、柴胡)、II 组(升麻、柴胡)比较饮食失节 + 过度疲劳 +

LPS 注射“气虚夹邪”大鼠模型的平均体温曲线、发热峰值均数、发热指数,发现全方组差异有统计学意义($P < 0.001$ 或 $P < 0.01$),且该组体温波动小,最高体温低,体温下降快,其次就是拆方 II 组。同时模型组,随着禁食时间的延长,体温渐趋下降,有的甚至降至正常范围以下,与正常动物比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),并伴有蜷卧、少动、喜挤堆取暖等行为。由此似乎可以认为甘温所除之“热”为气虚无力抗邪,邪毒入侵,或邪毒内生,或毒伤正虚,正邪相争而致,单纯脾胃气虚不可能导致发热,当然人体的变化更复杂,人为造模不能等同,在甘温补中的基础上加上清热药确实是“气虚发热”的一种方法,当升麻柴胡力量不够时,需要针对更细致的病机加入广谱的清热药物、凉血药、利湿药、清虚热药,使之疗效更佳。

3.6 从“气虚发热”方药探讨中医气血阴阳理论具体应用的交叉性及类方类证的构想 从方药统计不难看出治疗气虚发热首选补中益气汤加减,除了李东垣的几张经典方外,也有不少医家运合入小建中汤或桂枝汤来甘温除热,或者说是加入了桂枝、白芍;生姜、大枣 2 组药对,桂枝汤原治太阳中风,营卫不和,症见“发热、汗出、恶风、脉缓”者,也可用于太阴中焦,再结合《伤寒论》中“患者脏无他病,时发热,自汗出而不愈者,此卫气不和,先其时发其汗则愈,宜桂枝汤主之”的条文,加味之后复成小建中、黄芪建中,两方都载于《金匱要略·虚劳病篇》,可见中虚表虚的内伤发热是它的适应证无疑,但建中、桂枝历来认为是调和阴阳营卫的,似乎不能用单纯的气虚去概括。此外当归补血汤,归脾汤,六君子汤,六神汤加减也用于“气虚发热”,六君、六神尚属纯正,但归脾汤则是治疗心脾气血两虚的,当归补血汤则是血虚发热的代表方,原治“治肌热,燥热,困渴引饮,目赤面红,昼夜不息。其脉洪大而虚,重按全无”,方解却以黄芪当归五比一,补气生血来解释,但两者也都不能等同于气虚;再有由于气虚发热源于“阴火”理论,文献中将肾阳不足的发热作为“阴火”,或是在补中方中加入附子、肉桂等温补阳气的药物的医家也不在少数,那阳虚发热也可以归于气虚?以上种种,说明中医理论辩证存在界定上的模糊性,或许东垣的一段话作了很好的圆场:“元气、谷气、荣气、清气、卫气、生发诸阳之气,此六者……胃气之异名,其实一也”,临床也确实,发热日久,渐成虚劳,确实气血两虚,血虚发热,气阴两虚都难以截然分开,既然这样,看来气虚发热的“气”又当重新

定义了。

4 结论

通过对一定样本量“气虚发热”的个案研究,从热型热势,治法配伍,方药剂量等统计结果分析,使我们对“气虚发热”有了新的认识和思考,中医目前对于疾病医案的汇总研究较为常见,而对于证候的文献研究并不多,证候作为中医的核心,尤其是在历史上没有定论的一些证候,尤其需要了解近现代医家如何在临床上辨识和应用,从临床实际出发,而不是作为文字之医评头论足。

参考文献

- [1]王雪利,张中兴.甘温除热法小议[J].中国中医急症,2009,18(4):645-646.
- [2]陈国献,韩亚萌,刘璞.发热性疾病治验二则[J].浙江中医杂志,2010,45(11):800.
- [3]张文仲.补中益气汤治疗小儿急性腹泻后期持续发热216例[J].江西中医药,2006,37(4):35.
- [4]胡晓丽.中医辨证治疗内伤发热的体会[J].内蒙古中医药,2010,29(4):20-21.
- [5]欧阳云,彭清华,谭涵宇,等.补中益气汤眼科应用举隅[J].河南中医,2014,34(3):542-543.
- [6]高雅蓓,苗青.苗青主任医师应用升阳散火汤治疗顽固性低热[J].吉林中医药,2014,34(1):54-56.

- [7]沈昱颖,沈华军.补中益气汤异病同治三则[J].山东中医杂志,2010,32(6):417-418.
- [8]朱建丰.浅谈补中益气汤之甘温除大热[J].光明中医,2011,26(10):2131-2132.
- [9]刘昱.补中益气汤治愈术后发热及伤口不愈合1例[J].湖北中医杂志,2014,36(4):47.
- [10]穆怀萍.补中益气汤治疗口腔扁平苔藓体会[J].湖南中医杂志,2013,29(2):52,150.
- [11]万友生.略谈“甘温除大热”[J].新中医,1991,33(2):21-23.
- [12]郑宏.甘温除热法治疗多脏器功能不全综合征高热临床体会[J].北京中医药,2006,25(4):224-226.
- [13]杨光钦.甘温以除热守病机而圆用[J].安徽中医临床杂志,2002,14(1):45-46.
- [14]李琛琛,董振华.董振华运用甘温除热法辨治嗜酸性粒细胞增多症验案1则[J].上海中医药杂志,2013,47(2):31-33.
- [15]丁邦晗,吕冠华,马智.补中益气汤加味治疗成人Still病1例[J].中医杂志,1999,40(6):350.
- [16]徐坡,孙腾,朱洪.大剂量生黄芪在ICU中的应用[J].新中医,2011,43(1):156-158.
- [17]Falzarano D, Feldmann H. Virology. Delineating Ebola entry[J]. Science,2015,347(6225):947-948.
- [18]傅贞亮,张登本,邢玉瑞.补中益气汤对气虚邪侵发热动物体温的影响[J].中医杂志,1998,39(4):236-238.

(2016-02-26 收稿 责任编辑:王明)

(上接第2455页)

- [14]Ranjan Aparna, Tarigopula Leena, Srivastava Rakesh K, et al. Effectiveness of the Clinical Pathway in the Management of Congestive Heart Failure[J]. Southern Medical Journal, 2003, 96(7):138-143.
- [15]邹旭,周袁申,潘光明,等.慢性心力衰竭中医临床路径的回顾性分析[J].中华中医药杂志,2011,26(6):1415-1418.
- [16]邹伟忠,黄斌,戴星辉,等.慢性心力衰竭中西医结合临床路径构建及实施[J].医学理论与实践,2011,24(12):1420-1421.
- [17]姚耿圳.慢性心力衰竭中西医结合临床路径的构建与评价研究[D].广州:广州中医药大学,2011.
- [18]钱俊峰,姜红.我国慢性心力衰竭流行病学和治疗现状[J].中

国临床医学,2009,16(5):700-703.

- [19]潘光明,邹旭,盛小刚,等.慢性心力衰竭中西医结合临床路径构建与实施的经验与体会[J].实用医学杂志,2011,27(1):154-155.
- [20]潘光明,邹旭,盛小刚,等.慢性心力衰竭中西医结合临床路径多中心实施效果研究[J].中国中西医结合杂志,2013,33(6):154-155.
- [21]胡鹏.临床路径质量评估与持续改进体系研究[D].南京:南京医科大学,2012.

(2015-12-23 收稿 责任编辑:徐颖)