

## 十六種退熱法

发热是一个常见的明显症状。由于它的原因复杂，牵涉疾病的种类较多，在临床上对于以发热为主诉的初诊病人，尤其是初发现发热的病人，很难作出确切的诊断。中医运用辨证论治的法则，鉴别发热的不同形态及其兼症来分析发热的病因和病灶，从而估计其病程和发展情况，及时地进行种种适当治疗，有着详尽的文献记载。单从我们的临床经验来说，中医的退热治法就有不少大纲细目，还意味着这种种退热方法，在祖国医学里具有完整的理论体系，比之现代医学似乎更加全面。我现在把自己初步认识到的发热证的中医治法，向同道们介绍一个轮廓。所述的病证不够完备也不够细微，所引的方剂也只是举例说明，不等于是特效方剂。不妥当的地方，请大家不吝指正！

### 一、发汗退热法

使用发汗药物来放散体温，使升高的体温降低，在中西医的观点上是一致的。中医认为发汗退热法适应于体表受外邪的发热，外邪发热病在表，就称表证，用发汗治表热也就叫做解表法。外邪的种类不一，性质不同，发汗仅仅是一个基本法则，具体应用必须诊断是哪一种外邪，然后选择哪一类药来解表。主要是分辛温发汗和辛凉发汗两大类，就是把有发汗作用的辛味药作为主体，再结合温性的或凉性的药物来治疗。辛温多用于感冒风寒，辛凉多用于感冒风温。风寒和风温证的区别是：前者发热恶寒，不欲揭去衣被，肤燥无汗，头痛及后项不舒，周身肌肉关节疼痛，舌苔薄白或厚腻，脉象浮紧而数；后者发热恶风，头胀，自汗出、口干、舌苔薄腻、或带黄色，脉滑数或两寸独大。不论风寒或风温都属于外感，多有呼吸道感染症状，如喉痒，咳嗽，鼻塞流涕，但风温证不似风寒的严重，并且鼻腔常有热感，咯痰：不爽利，或觉咽喉梗痛。

辛温发汗剂如麻黄汤（张仲景方：麻黄、桂枝、杏仁、炙甘草），香苏饮（和剂局方；紫苏、香附、陈皮、甘草、生姜、葱白）；辛凉发汗剂如银翘散（吴鞠通方：银花、连翘、薄荷、荆芥、桔梗、豆豉、牛蒡子、竹叶、甘草、芦根），桑菊饮（吴鞠通方：桑叶、菊花、薄荷、杏仁、连翘、桔梗、甘草、芦根）等。这些方剂里并非单纯用辛温性或辛凉性发汗药，而是配合清热、止咳、清头目等药物在内，故汗出以后症状随着消失，恢复健康比较迅速。且有一部分解毒和胃药，对胃没有副作用，很少引起食呆恶心，以及耳鸣、浮肿、荨麻疹等现象。

外邪中除了风寒、风温，还有常见的外湿、暑气和秋燥，虽然湿的性质偏于寒，暑和燥的性质偏于温热，但用药上各有差别。外湿是感冒雾露之邪，症见发热、头胀如裹、胸闷一身烦疼，宜神术散（苍术、藿香、厚朴、陈皮、菖蒲、甘草、姜枣）；暑气是中冒暑热，皮肤蒸热、头痛头重、倦怠、烦渴，宜加味香薷饮（和剂局方：香薷、黄连、扁豆、厚朴）；秋燥系秋季的一种时令病、患者微有身热，鼻孔觉烘热，干咳，口唇枯燥脱皮，宜桑杏汤（吴鞠通方：桑叶、杏仁、香豉、沙参、象贝、山栀皮、梨皮）等。

外邪还可以引起多种发热的疾患:如疔腮即腮腺炎,寒热、耳前耳后漫肿压痛;乳蛾即扁桃体炎,寒热、咽喉如肿、咽饮梗痛;赤眼即结膜炎,寒热、目赤、迎风流泪;又如龈肿即牙龈炎,寒热、牙龈肿胀作痛、化脓等等。方剂有柴胡葛根汤(医宗金鉴方:柴胡、葛根、黄芩、石膏、花粉、牛蒡子、连翘、桔梗、甘草、升麻);甘桔射干汤(沈氏尊生书方:甘草、桔梗、射干、山豆根、连翘、防风、荆芥、元参、牛蒡子、竹叶);洗肝散(审视瑶函方:当归、川芎、薄荷、生地、羌活、山梔、防风、大黄、龙胆草、甘草);泻黄散(钱乙方:防风、藿香、山梔子、石膏、甘草)一类,可随着症状及病位不同而选用。

发汗方法在发热证上应用最为广泛,虽分辛温和辛凉两大法,因其外邪的性质及呈现的症状各异,并结合了清热、镇痛、解毒等,随时据症变其方剂组成,所以处方亦最为复杂。此外发汗能退热,也能损伤津液,并使汗出不止,造成多种病变和亡阳虚脱等症,故除掌握适当剂量外,对于虚弱证和虚弱体质的人使用时应非常慎重。

## 二、调和营卫退热法

调和营卫的意义,简单的说,就是调整气血的不平衡。血营于内,气卫于外,卫分受了风邪的感染,肌肤发热,鼻塞呼吸有声,自汗出,形成营弱卫强的现象。在这种情况下必须把风邪驱出,才能气血和谐。故调和营卫实际上也是解表的一法,典型方剂如桂枝汤(张仲景方:桂枝、白芍、炙甘草、姜、枣)。但调和营卫不等于发汗,桂枝汤用桂枝祛风,又用白芍和血,用了生姜发表,又用红枣补中,两两对称,与发汗剂的专持发汗退热,显然不同。我认为:调和营卫是增强本身机能来祛邪外出,服桂枝汤后,还应喝稀粥和盖被安卧,帮助出汗。

桂枝汤的疏风退热既不同于一般的发汗剂,故桂枝汤不宜用于无汗的表实证,用量也要适当配合。根据桂枝汤原方桂枝和白芍的用量相等,如果桂枝重于白芍,或白芍超过桂枝,均会变更其作用。也因为桂枝汤能调和营卫,经过加味以后又能治疗虚弱证候,(例如:黄芪建中汤、小建中汤等)这又是一个突出的特点。

## 三、清气退热法

外感发热不解,病邪逐渐深入,其症状为持续高热,不恶寒,反恶热,下午热势加剧,汗出较多,口渴饮水量增加,舌苔薄黄,脉象洪大而数,中医称做“阳明经证”。阳明指胃经,此时不能用发汗法,误用后有阳脱阴竭的危险,也不能单用养阴,促成阴遏阳伏的病变,宜予微辛甘寒清胃,方如白虎汤(张仲景方:石膏、知母、炙甘草、粳米),一方面保持津液,一方面使热邪仍从肌表缓缓透泄。这种证候在伤寒或温病过程中极为多见,因为还是希望病邪从表透达,故服药后自然汗出,大多挟有秽气。在这时期中医不主张用冰袋凉遏,便是为了避免治法上的冲突。

在类似里热证中,有心烦,错语,不是甘寒能胜任的,则用苦寒法,如大黄黄连泻心汤(张仲景方:大黄、黄连),黄连解毒汤(崔氏方:黄连、黄芩、黄柏、山梔)等。我认为甘寒和苦寒的用法完全不同,要求和目的亦不一致,但均有清热解毒能力。甘寒退热的特长,在于能使邪从汗出,限制体温产生和防

止体液枯涸；苦寒劑則使邪從下泄，因而一般精神症狀可得以減輕或消除。這是中醫善於先治病因而克服主症的一個最好例子。

#### 四、通便退熱法

胃中熱盛，勢必消耗津液水分，影響到腸，大便因而閉結。這時候非但身熱不退，而且熱勢蒸蒸有增無減，日晡更劇，還會煩躁不寧，神昏譫語，舌苔黃膩而糙或黑有芒刺。急予大承氣湯（張仲景方：大黃、芒硝、枳實、厚朴）通利大便，比如釜底抽薪、水自不沸。大承氣湯為攻下重劑，應具有燥、實、堅、滿見症，即腹脹作痛拒按，確斷腸中有燥屎的方可予之。如其津液不足的，比如舟底無水，無法推動，可佐用潤腸，如脾約麻仁丸（張仲景方：麻仁、白芍、杏仁、大黃、枳實、川朴）。又有津液極傷，不能接受內服瀉劑，可用外導法，過去有蜜煎（張仲景方：蜂蜜、皂角末）和豬胆汁（張仲景方：豬胆汁、醋）等方法，相似於現在用的甘油栓、灌腸等。但溫熱病陰分乾燥過甚，或病人陰液素虛的，非但不能用瀉劑，連外導法亦不可輕用，故後來又有增液湯（吳鞠通方：元參、麥冬、生地）的處方，此方以補藥之體，作瀉藥之用，既可去實，又能防虛，在臨床上值得重視。

我們感覺到就一般通便藥而言，現代制劑有些優於中藥，可以考慮替代，但發熱證中的瀉劑，兼有清熱、解毒、護陰、生津等作用，這是它的特点，不能同一般瀉劑相提並論。

#### 五、催吐退熱法

發熱證心中懊惱，或曾經下後身熱不退，心下結聚作痛，可用催吐法，方如梔子豉湯（張仲景方：山梔子、豆豉）服後令其微吐。

前人治熱性病以汗、吐、下為三大法則，近來用吐法的時候比較少，可能因為用催吐法往往使病人有不愉快的感覺，在體質薄弱的患者一經涌吐，常常汗出氣促，增加病變。然而必須說明，吐法含有發散作用，邪熱壅結上焦的，實為清除的捷徑，如果畏用吐法，改投降下，亦能因逆其性而變生不測。所以前人有可汗、可下、可吐和不可汗、不可下、不可吐等重要指示，總之以適應病症為是。

#### 六、和解退熱法

發熱證中有忽冷，忽熱，一天內可以幾次發作，形似瘧疾而不是瘧疾，稱作“寒熱往來”。它的病灶既不在表，又不在里，界於半表、半里的少陽經部位，因此既不能汗，又不能下，便採取和解方法。寒熱往來是少陽經病的特征，還伴有胸脇痞滿，心煩嘔惡，口苦、目眩、耳聾、脈弦等症，主方如小柴胡湯（張仲景方：柴胡、黃芩、人參、半夏、炙甘草、姜、棗）安內攘外。因為少陽病亦由表邪傳入，故一方面用柴胡、黃芩迎而奪之，另一方面所以和解不是講和，因為邪正不能並立，不是正勝邪，便是邪勝正，二者根本不能調和。所以和解的企圖是和其里而解其表，和其里則邪不再犯，解其表則使邪仍從外出，它的目的還是在於祛邪，形勢不同，戰略上亦應有所不同了。

从这方法推论，凡是具有安内之力兼有攘外之能的，都属于和解的范畴。例如：藿香正气散（和剂局方：藿香、紫苏、白芷、大腹皮、茯苓、白术、陈皮、半夏曲、厚朴、桔梗、甘草、姜、枣）治外感风寒、内伤湿食，证见寒热、头痛、呕恶、胸膈满闷等。用藿香疏散和中兼治表里为君药，苏、芷、桔梗散寒利膈，帮助发表，朴、腹、陈、夏化湿消食行气，帮助疏里，再用苓、术、甘草补益正气。

## 七、表里双解退热法

表热当汗，里热当清当下，这是大法。有的病初起表里证俱见，或数天后表证未除，又见里证，可以用疏表清里双管齐下，称做表里双解法。例如三黄石膏汤（陶节庵方：石膏、黄芩、黄连、黄柏、山栀、麻黄、豆豉、姜、枣）治表里、上下均热，脉象洪数。不能单纯使用麻黄汤和白虎汤时，就在这两方的基础上改用麻黄、豆豉解表热；石膏、山栀、黄连、黄芩、黄柏清内部上中下三焦之热。比较复杂的如防风通圣散（刘河间方：防风、荆芥、连翘、麻黄、薄荷、川芎、当归、白芍、白术、山栀、大黄、芒硝、黄芩、滑石、石膏、桔梗、甘草、葱白、姜）治怕冷、高热、目赤、鼻塞、口苦口干、咳嗽、咽喉不利、大便闭结、小溲赤涩等。用麻、防、荆、薄、桔梗宣肺散风；翘、栀、芩、膏、滑石清里热；硝、黄泻实通便；又因饥饱劳役，气血怫郁，和入归、芍、药、术、甘草等调肝健脾，一经分析，眉目朗然。可以明确复杂的病症上用退热方法，应从多方面考虑，中医的复方组织是在一定的理论上发展形成的。

中医对表证分为三个阶段，最初是太阳经，其次阳明经，再次少阳经，统称三阳经，都有发热，症状的鉴别，如前所述，在太阳为恶寒发热，以麻黄为主；在阳明不恶寒，但发热，以葛根为主；在少阳为往来寒热，以柴胡为主。但外邪传变过程中，往往两经并见，便须同时处理，例如太阳阳明合病用葛根汤（张仲景方：葛根、麻黄、桂枝、白芍、炙甘草、姜、枣），少阳阳明合病用柴胡升麻汤（和剂局方：柴胡、葛根、前胡、黄芩、升麻、桑皮、荆芥、赤芍、石膏、豆豉、姜），同样的在里证中有上中焦同病的，有中下焦同病的，也有上中下三焦同病的，亦应兼筹并顾，均可称为双解法。

## 八、清化湿热

湿为阴邪，热为阳邪，性质根本不同，可是一经结合，如油入面，不易分散。最明显的如湿温病，往往象抽茧剥蕉，去了一层，又来一层，湿温病的特征是：身热、午后增加，两足不温，口干不能多饮，饮喜热汤，有头痛、自汗、心烦等热症，又有胸闷、恶心、舌苔厚腻等湿症。严重的有神昏症状，亦时明时昧，似睡非睡，不同于热证的躁不卧，原因是湿热氤氲，蒙蔽清阳，不似热邪犯脑，精神失常。治疗方法，以清热化湿为主，但湿热有偏胜，如何斟酌轻重用药，是一个重要问题，同时还应结合宣透、芳香、舒郁、淡渗、苦燥等方法，分解病势。常用方剂如三仁汤（吴鞠通方：杏仁、蔻仁、苡仁、滑石、通草、竹叶、厚朴、半夏），取竹叶、滑石的清；厚朴、半夏、蔻仁的燥；杏仁的宣；通草、苡仁的利。又如甘露消毒丹（叶天士方：藿香、蔻仁、菖蒲、射干、薄荷、茵陈、滑石、川贝、黄芩、连翘、木通），用芩、石的凉；蔻仁的辛；薄荷的轻扬；藿香的芳香；菖蒲的开窍；川贝的化痰；射干的利咽；木通的导尿，再加连翘、茵陈的善于清化中下焦湿热，组方都很周密。因此，治湿热的昏，大多采用神犀丹（温热

經緯方：鮮生地、紫草、板藍根、豆豉、天花粉、連翹、元參、人中黃、黃芩、犀角、銀花、菖蒲），取其清熱鎮靜之中兼有化濁開竅作用，處處照顧到發病的雙重原因。

黃疸病證有發熱，頭部汗出而身上無汗，小便不利，口渴、胸悶、惡心、皮膚鮮明如橘子色，肝臟腫大，西醫稱為傳染性肝炎，中醫亦歸入濕熱，稱做陽黃證。用茵陳蒿湯（張仲景方：茵陳、山梔、大黃）清利。據我們觀察，傳染性肝炎是黃疸的病種，但不一定發黃，發黃之前必小便黃赤，故中醫清化利小便，實為防止發黃的最好方法。

### 九、清營解毒退熱法

治發熱證，除分辨表里並在表里中分辨三陽、三焦外，還要分辨衛、氣、營、血。邪已侵入營血部分，不宜單從衛氣治療，但又不可遽用涼血抑遏。如溫邪發斑用化斑湯（吳鞠通方：犀角、玄參、知母、石膏、炙甘草、粳米），即從甘寒清胃劑內加入血分藥；又如小兒麻疹用竹葉柳莠湯（繆仲醇方：西河柳、荊芥、薄荷、甘草、葛根、牛蒡子、竹葉、石膏、知母、元參、麥冬、蟬衣），亦從辛涼解表劑內加入清泄血熱藥。斑疹的變化甚多，這裡所舉的是一個初起治法，說明邪入營分即宜加血分藥。至於營與血有深淺之別，邪在營分猶可望轉其氣分，在血則直須清血涼血了。

邪入營血最嚴重的症狀，為神昏、躁狂、驚厥，中醫認為熱入心包，用紫雪丹（本事方：磁石、石膏、寒水石、滑石、羚羊角、木香、犀角、沉香、丁香、升麻、元參、甘草）；牛黃清心丸（萬氏方：牛黃、黃連、黃芩、郁金、朱砂、山梔仁）等。我認為此時是指病毒犯腦，中樞神經發生錯亂現象，故用藥偏於鎮靜和清熱解毒。

溫熱之邪傳入營分，更易引起鼻衄，痰內帶血等症。凡有發熱症的大多用清營涼血法，不主張以止血為能事，因為血得熱而妄行，不清其營，血必不止。例如：加減玉女煎（吳鞠通方：生地、知母、石膏、元參、麥冬）治氣血兩燔，病情危急者用犀角地黃湯（濟生方：犀角、生地黃、赤芍藥、丹皮），均能退熱止血。

### 十、舒郁退熱法

五臟都有郁證，郁而發熱，在原因上以七情為主，在內臟中以肝膽兩經為多。症狀是：午後發熱，或時寒、時熱、或心中不稱意即覺全身發熱，面部充血，性情急躁，易于惱怒，頭脹、耳鳴、睡眠多夢惊醒，婦女月經失調。肝郁證極易影響脾胃，往往伴有食呆，胸悶、噯噫、便秘等症。治宜疏通肝氣、肝氣條達則火自散，血自和，消化系統也自然恢復正常。逍遙散（和劑局方：柴胡、當歸、白芍、薄荷、白朮、茯苓、甘草、煨姜）以調暢肝氣，宣通膽氣為主，佐以和養脾胃，為解郁常用方劑。化肝煎（魏玉璜方：青皮、陳皮、白芍、貝母、山梔、澤瀉）着重理氣、清火，用意相仿。

郁證經久，能使血液暗枯，肌肉消瘦，骨蒸勞郁，並發生頸項瘰癧，月經停止等，呈似虛癆，而且也可成為虛勞，但初期不宜純用補劑，當予苦辛，涼潤宣通。因苦能泄熱，辛能理氣，涼潤能滋燥，宣

通能發郁、治情志之病必須藥性與證情氣味相投，以柔制剛，才能取效。處方仍從逍遙散和化肝煎出入，或添左金丸（朱丹溪方：黃連、吳萸）之類。

### 十一、去瘀退熱法

發熱如見狂證而不同於熱入心包，兼見小腹急結，小便自利的，審屬蓄血，當予桃仁承氣湯（張仲景方：桃仁、桂枝、大黃、芒硝、甘草）。又少陽經寒熱往來，適值婦女月經來潮或經行方淨，忽增譫語，肋部和臍部結痛，是為熱入血室，亦當清熱、祛瘀并用，方如陶氏小柴胡湯（陶節庵方：柴胡、黃芩、半夏、生地、丹皮、桃仁、山楂、甘草）。

腸痛似急性闌尾炎，在小腹作痛，按之更劇，不便轉側，腿縮較舒，身發高熱，初起亦以祛瘀為急，大黃牡丹皮湯（張仲景方：大黃、丹皮、桃仁、冬瓜仁、芒硝）下之。外科腫瘍發熱，多由氣滯瘀凝引起，中醫慣用內服藥來退熱消散，不離和營活血，例子更多。

我認為人體內“氣”的作用，為祖國醫學所特有，與氣相對而又互相發生作用的為“血”。氣血在中醫生理上非常重視，因而在病理方面極其注意氣郁和血瘀，因它能使生理機能障礙產生多種疾患。所以對發熱這個全身症狀，從整體療法出發，應當對郁證和瘀證有深入的认识。

### 十二、消導退熱法

消導退熱法多用於胃腸病，因飲食不節或食物中毒引發的胃炎和腸炎一類疾患。常見的如食積證，胃痛飽悶，嘔吐，噯腐吞酸，或腹痛泄瀉，往往身熱驟升，用保和丸（朱丹溪方：神曲、山楂、萊菔子、半夏、陳皮、麥芽、茯苓、連翹）消化食滯，其熱自退。又如痢疾腹痛，身熱，多因腸有積滯，用枳實導滯丸（李東垣方：大黃、枳實、黃芩、黃連、神曲、白朮、茯苓、澤瀉）去其積，熱亦隨解。倘然不兼外邪，毋須清疏。

中醫對瀉痢初起發熱，並不認為嚴重。如果久瀉久痢不止，本無熱度而見發熱，這發熱又不因外感引起，則十分重視。因多數由於傷陰所致，禁忌消導疏散，當用阿膠連梅丸（証治准繩方：阿膠、黃連、烏梅、當歸、赤芍、赤苓、黃柏、炮姜）之類。

小兒疳積證，肌膚潮熱，形体日瘦，面色不華，肝腹膨脹，煩躁多啼，亦由恣食損傷腸胃形成。初起可用消導和中，既成之後，則宜朴中、清熱、消運、磨積并用，方如肥兒丸（醫宗金鑑方：人參、白朮、黃連、胡黃連、茯苓、使君子、神曲、麥芽、山楂、甘草、芦荟）標本兼顧。

### 十三、截瘧退熱法

過去中醫對於瘧疾不了解由於瘧原蟲的感染，但很早以前的截瘧主方，如常山飲（和劑局方：常山、草果、檳榔、知母、貝母、烏梅、姜、棗）和七寶飲（易簡方：常山、草果、檳榔、青皮、厚朴、陳皮、

甘草) 中常用常山作为抗疟专药。据近人研究常山的抗疟效能远远超过奎宁, 反映了祖国医学内容的精湛。

疟疾先冷后热, 一日一次, 或间日一次, 或三日一次, 在诊断上比较明显。然而它的热型并不一致, 有先寒后热, 有先热后寒, 有寒多热少, 有但热不寒, 有发于午前, 有发于午后或夜间, 在兼症上更有不同的症状。中医分别为痰疟、寒疟、瘧疟和三阴疟等等, 定出柴朴汤(证治准绳方:柴胡、厚朴、独活、前胡、黄芩、苍术、陈皮、半夏曲、茯苓、藿香、甘草); 蜀漆散(张仲景方:蜀漆、云母、龙骨); 桂枝黄芩汤(证治准绳方:桂枝、黄芩、人参、甘草、柴胡、半夏、石膏、知母); 柴胡芎归汤(沈氏尊生书方:柴胡、川芎、当归、桔梗、赤芍、人参、厚朴、白术、茯苓、陈皮、葛根、红花、甘草、乌梅、姜、枣) 等方剂, 按证治疗, 并不以常山为特效药而一概使用。

疟疾最易破坏红血细胞, 造成贫血不但发病中面无华色, 四肢软弱, 且有寒热停止, 劳动力不恢复, 稍稍劳动寒热复发, 中医称做劳疟, 治以补养气血, 方如何人饮(张景岳方:首乌、人参、当归、陈皮、煨姜、红枣)。也有久疟脾脏肿大, 左肋下一片坚满如癥瘕状, 称做疟母, 疲劳后亦寒热随起, 则用疟母丸(证治准绳方:鳖甲、青皮、莪术、三棱、桃仁、神曲、海粉、香附、红花、麦芽) 和血消滯。这些说明了中医对于疟疾, 有对症疗法, 也注意辨证施治。

#### 十四、辟疫退熱法

疫证是指传染秽浊之邪, 这种病邪多从口鼻吸人直犯肠胃, 故初起头晕脑胀, 背微恶寒, 呕恶, 胸闷, 或下利绕脐作痛, 旋即高热, 有汗不解。并且即使药后汗出热减, 亦不能一次便尽, 常有热势起伏, 或热退两三天后复发的, 必须看其内蕴之邪是否从里达表, 彻底消除。一般用达原饮(吴又可方:黄芩、白芍、厚朴、草果、知母、槟榔、甘草、姜、枣), 目的就在透泄里邪。

大头瘟为温疫证之一, 初起发热, 口干舌燥, 咽喉不利, 渐见头面红肿, 目不能开。成方中如普济消毒饮(东垣方:黄芩、黄连、橘红、甘草、元参、连翘、板蓝根、马勃、牛蒡子、薄荷、僵蚕、升麻、柴胡、桔梗), 用辛凉的薄荷、牛蒡子、连翘散风热, 苦寒的黄芩、黄连泻实火, 并用柴胡、升麻、桔梗、橘红疏气, 僵蚕、马勃、甘草消肿, 因与血分有关, 又有元参、板蓝根走血分以解毒。疫证甚多, 这里仅举两例, 以见治法的一斑。

#### 十五、温经退熱法

外感发热初起, 神疲困倦, 脉不浮而反沉, 这是体力衰弱, 阳气极虚。虽受风寒, 不可发汗, 汗出易致亡阳虚脱, 然又不能不祛邪, 邪不去势必乘虚直入, 此为太阳、少阴同病, 治以温经为主。温经是温少阴经以发挥其捍卫功能, 再佐发散药以祛除太阳表邪, 方如麻黄附子细辛汤(张仲景方:麻黄、附子、细辛), 附子能温少阴助阳气, 麻黄散太阳风寒, 细辛为少阴经的表药, 用来联络其间, 药味简单, 却有力地显示出它的治疗目的。

这种证候不多见，治法有似和解及表里双解但性质实不相同，而且又不能通用于一般虚弱人的感冒发热。一般虚弱体质容易感冒，因而引起寒热自汗，多由于卫气不固，通用玉屏风散（世医得效方：黄芪、防风、白术）固表祛邪。

## 十六、滋阴退热法

中医把疾病分为外感和内伤两大类，滋补退热用于内伤虚证。虚证见发热多不轻浅，大概可分为三类。一为阴虚：形体羸瘦，五心烦热，下午体温上升，自觉从肌骨之间蒸发，习用方如清骨散（证治准绳方：银柴胡、胡黄连、地骨皮、青蒿、知母、鳖甲、秦艽、甘草）。

这种发热都由阴分损伤引起，阴伤则肝胆之火必旺，故用鳖甲养阴，地骨皮、胡黄连、知母除阴分之热而平于内，银柴胡、青蒿等除肝胆之火而散之于表，为退虚热的一般法则。它如治肺癆骨蒸，咳嗽，体弱自汗的秦艽扶羸汤（直指方：柴胡、秦艽、鳖甲、人参、当归、地骨皮、紫苑、半夏、甘草、姜、枣），又治风癆骨蒸，午后高热，咳嗽肌瘦，面赤盗汗，脉象细数的秦艽鳖甲散（罗谦甫方：鳖甲、秦艽、知母、当归、柴胡、地骨皮、乌梅、青蒿），基本上不离滋阴清热的规矩。

一为阳虚：形寒恶风，神萎懒言，头不痛，饮食少味，心烦身热，脉大无力，当用补中益气汤（李东垣方：黄芪、人参、白术、当归、甘草、陈皮、升麻、柴胡、姜、枣）。阳虚发热的特点，在子午之分为多，交阴即止，就是以下半夜和上午为常见，恰恰与阴虚发热的时间相反；它的恶风最畏风窗隙风，怕冷得暖便减，不像外感证的厚衣拥炉，仍然凛寒。如果不用甘温退热，误予发散则汗出不止，误予清凉则呃逆连声，或误予滋阴则神疲昏愤，大便溏泄。

另一种为血虚，血虚发热和阴虚发热相近，但阴虚发热以下午为多，人夜逐渐降低，血虚发热则小有劳即热，缺乏规律，轻者身不发热，但觉面部充血发烧，手足心有热感，体力疲乏异常。方如当归补血汤（李东垣方：黄芪、当归）；人参养荣汤（和剂局方：人参、白术、黄芪、肉桂、当归、熟地、五味子、白芍、远志、茯苓、甘草、姜、枣），因心生血，肝藏血，脾统血，故用药以心、肝、脾三经为重点。又因有形之血生于无形之气，所谓阳生阴长，故虽属血分，亦用气药。血虚或津液虚的能成项强、角弓反张的痉病，但兼发热症的一般多与外感有关，如刚痉用葛根汤（张仲景方：葛根、麻黄、桂枝、白芍、甘草、姜、枣）；柔痉用瓜蒌桂枝汤（张仲景方：瓜蒌、桂枝、白芍、甘草、姜、枣）。又有金刃创伤、跌扑损破皮肉，或疮疡溃后，受外邪而寒热间作，牙关微紧，项强体直，称做破伤风，通用万灵丹（张氏医通方：当归、川芎、荆芥、防风、细辛、甘草、麻黄、天麻、川乌、全蝎、首乌、茅术、雄黄、石斛），另煎葱豉汤（千金方：豆豉、葱白）送服。这些虽与血虚有关系，但不作血虚发热治疗。

最后补充，中医对发热证有种种退热治法，在饮食营养上也十分注意。一般在外感热证中，认为食粥汤、藕粉及清淡蔬菜为佳，禁忌油腻，尤其荤腥一类，以免影响胃肠功能增加热势，即使热退以后也得过一个时期，否则会继续引起发热，称做食复。但对虚热并不禁忌，相反地有多种食养疗法，如牛、羊肉汤，鸡、鸭叶、牛奶、鸡蛋、鲫鱼、海参等，常劝其选食。

## 小 结

综合以上中医的种种退热治法，包括了不少病因和疾病，使我们首先感到祖国医学的内容丰富。除了内服药之外，还有渍形和水浴等外治退热法，除内科之外，针灸、推拿等也有多种多样的退热法，如果能把它汇集起来，会更加丰富多采。

就本文所述，在中医八法里具备了汗、吐、下、和、温、清、消、补；在八纲里具备了阴阳、表里、寒热、虚实；在三因、四诊里也指出了它的重点。我们知道三因、四诊和八纲、八法是中医辨证论治的基本理论，用来指导实践，不难看到在这发热一证里就运用了这完整的方法。主要是分成外感和内伤两大系统，再从外感和内伤里分析其不同的因素，又在外感和内伤之间随时观察其联系和变化，更密切地联系本身的体力和机能。这种从全面考虑，随着病情的发展和个体的特殊情况而决定适当的处置，是极其合理的，所以中医治病有其一定的规律，方剂的组成均有法度，用药却又非常灵活，这些都可在发热证里得到体会。

我认为中西医的退热方法各有所长。但中医的方法比较多，在使用同样的方法时，中医的方剂作用也比较全面。例如：发汗退热法，在西医临床上应用范围较小，常用于一般感冒，时其它高烧疾病偶尔用作减轻症状的办法，于病程无多大影响，而中医的应用范围甚广，不仅能改善症状，并且可以缩短疗程，不单纯作为一般高烧的姑息疗法。其次，发热的后期病人多数体力衰弱，中西医均采取支持疗法，但中医的支持疗法兼有治本作用，能使维持体力的同时，病理上也得到好转。类似这些治法中的优越性，有进一步探索的必要，不能等闲视之。

当然，这不是说中医退热治法没有缺点。在临床上常见有些发热证很难找出结论，中医能够及时给予医治做到早期治疗，并且收到了很高疗效，我们应当充分地发挥自己的特长，进行更加深入的研究。

（一九五九年二月发表于《中华内科杂志》）