

## · 临床经验 ·

衡先培教授采用辛温除热法治疗 2 型糖尿病合并  
难治性高热临床经验

陈晓红 王永发

发热是临床常见病症,却有不少患者因现代医学难以找到病因而治疗困难;有部分患者即使病因明确,但治疗效果却不理想;此外还有一部分持续高热或者反复发热的患者,经规律治疗体温不降者,在临床上称为“难治性高热”。糖尿病患者由于具有特殊的体质和条件,其发热的病情就更为复杂,更易出现难治性高热。中医学将发热主要分为外感发热和内伤发热,温病、伤寒的发病过程中外感发热可见,内伤发热多为不明原因引起的发热。自先贤李东垣提出“甘温除大热”<sup>[1]</sup>之法,在治疗低烧发热、无体温升高的自觉发热方面具有良好效果;明清时期的温病学说对热性疾病又有了进一步的完善及发展。衡先培教授长期从事临床工作,他认为糖尿病患者多脾阳不足,虚寒内生,脾虚生湿,湿浊困闭,或在此基础上又感寒,寒热交争而出现发热,据此他从寒湿立论,提出“辛温除热”治法,强调“见湿不清热”“见寒不养阴”,治疗一些糖尿病合并难治性高热的患者取得了较好疗效。

## 1 以“辛温除热”治疗高热的病因病机基础

李东垣在《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》中指出,“内伤脾胃,乃伤其气”<sup>[1]</sup>,论脾胃气虚、脾气下陷与发热有关,提出“甘温除热”之说,创补中益气汤补脾气、升脾阳以治疗发热。结合临床,东垣之发热多为低热或无体温升高的自觉发热,常见于久病内伤的患者。

衡先培教授认为,随着现代生活方式及饮食结构的改变,2 型糖尿病患者大多因为长期饮食不节,损伤脾胃,脾失运化,内湿由生,湿困脾阳,而致脾阳受损。在湿困脾阳的情况下,易于感受寒邪,进一步闭郁阳气,使内郁之阳气不得宣发而出现发热。加上南方地区地理、气象的特殊性,温热而湿气重。热则

腠理开,阳气易泄;外湿重又使邪热不易散发。又因气候热而多用空调降温,外寒内热使阳气不得宣发;又因热而渴,常常饮冰冷水,更损脾阳。因此,夏天南方的糖尿病患者发热常有 3 种情况:一是过饮冰冷之物,损伤脾阳,表现出脾阳虚、脾湿内盛之象;二是暴热之余、汗出蒸蒸之时,急于凉爽而进入空调低温环境,一方面寒邪郁于肌表,使肌腠急闭而邪热不得散发,另一方面寒邪内侵脾肺,水液输布运化失常,湿从内生,表现为外寒内湿之征象;三是同时合并上述两种情况,既有在内的脾阳不足并湿浊困郁,又有感受外寒、闭阻肌腠毛窍。这类糖尿病患者的发热,多表现为持续高热或反复高热,西药治疗效果欠佳。加上患者因反复发热及久病,已使用大量西药尤其是多种抗生素,损伤脾胃,致脾气更虚,湿热留恋而致热象缠绵。故糖尿病合并的这类特殊的高热,其基本病机具有如下特点:即以“脾阳不足”为本,“湿浊困闭”为基本条件,“感寒”为发热的直接原因。此与“外感伤寒”发热明显不同。

## 2 “见湿不清热”“见寒不养阴”

衡教授强调,湿为阴邪,得寒则凝、遇热则行。湿行则化而散,湿停则郁而生热。且湿之生多因阳气不足,水谷之湿不能气化而散。临床但凡见湿之热,多因湿而生,去其湿则热自退。如妄予清热,更伤阳气,使湿聚更盛,热亦难除。故在临床治疗过程中,若遇发热患者即使舌苔黄腻,也不宜清热,以免伤阳而湿久不化。寒为阴邪,主聚主收,易凝易停。停则聚,聚则郁,郁久热自生,此因寒生热之道。养阴之药,性沉降而滋腻,与寒性同类。见寒养阴,必助寒邪。糖尿病患者多脾阳不足,易生湿、从寒化。因此,对于糖尿病患者,凡有湿邪,多阳气不足,其湿之生源于阳虚。糖尿病患者常因反复发热,也可出现口干、尿少等“阴津耗伤”征象,但其本质是水气不行,停而为湿。常伴有神疲乏力、身热肢冷、舌淡苔白,故其疾病本质仍为脾阳不足、阳气被遏,而养阴之品性味多寒凉,此时若妄用滋养阴津之品,则易患虚之弊。因此,衡教授提出“见湿不清热”“见寒不养阴”的

作者单位:福建中医药大学附属晋江中医院内分泌科(福建 362200)

通讯作者:王永发, Tel: 0595-85674132, E-mail: 784661122@qq.com

DOI: 10. 7661/j. cjim. 2021111.253

主张,这是治疗本类发热获得速效的关键。

### 3 “辛温除热”治疗难治性高热的用药方法

**3.1 辛温扶助脾阳** 衡教授指出,脾阳不足是本类患者发病的基础,故治当以辛温除热,兼健脾治本为主。临床常用辛温的干姜健脾温阳、桂枝助阳发散以开郁。对于同时又肌表感寒者,可伍以防风、羌活之类辛温发表,给郁热之邪以出路。确兼脾胃气虚者,又可宗“甘温除热”之法,兼用黄芪、白术、炙甘草等品补其中气,助升其中阳;并配伍少量升麻以升阳明之清气,少许柴胡以升少阳之清气,清气升则浊阴降,郁火可消。但发热苔腻者不可早用人参、黄芪、甘草。

**3.2 辛温开闭透达肌表** 患者以脾虚为本,运化不力,常易湿从中生。且脾主肌肉而为气血生化之源。故患者又常肌表不固,易于感受寒邪。内湿既生,复加外寒束表,湿气不能发散而内郁,化而为热。湿性黏滞,与郁热相纠结,致使邪热欲散不能,反复发热。其热生于湿,又因寒闭而致湿气与热气俱不能散发。热气本有散发之性。如肌表未束,毛窍得开,热自能散。对此类情况,辛温宣透肌表是退热之前提;使脾能运化而内湿不生,是切断生热之源的根本。因此,对这类患者应当重在辛散宣透,透达郁阳。临床上以桂枝、细辛辛温开闭、助阳宣透,配生姜温胃散寒,辛散郁火。根据表邪轻重,可选加荆芥、防风、苏叶、威灵仙、羌活等。此重在宣透肌肤,使郁邪向外透达。

**3.3 芳化湿浊以开通阳气** 夹湿是本类患者的基本特征。脾主运化,脾阳虚致内湿不化;水湿停聚,亦可致脾之运化功能失常。“湿为阴邪,易伤阳气”。阳之气化不足,阴之成形有余,易致湿病的产生。湿闭则阳郁,阳郁则生热。湿邪阻碍脾气升发,清阳不升,浊阴不降,则脾湿益甚,致中阳虚馁,热亦难除。因此,欲开通阳气,必化湿浊;欲化湿浊,必投芳香宣透之品。衡教授认为,这类糖尿病并发热的患者,治疗在芳香燥化以健脾、运脾的基础上,还应重视脾湿的治疗。临床上多用白豆蔻、藿香、苍术、佩兰等芳香化湿,以及茯苓、白术、薏苡仁等健脾祛湿。湿性重浊黏腻,易阻碍气机,故临床上这类患者常常出现胸膈满闷、恶心呕吐、暖气腹胀等气滞症状,多应配伍如陈皮、厚朴等行气化湿之品,以求气化则湿化。

**3.4 轻清宣散,慎用苦寒** 湿困脾阳,阳气被遏,必蒸蒸发热。如见此蒸蒸之热便投以寒凉药物,必将更伤阳气,重挫脾阳,加重脾失运化,内湿益盛,加剧湿邪对于脾阳的困遏。苦寒之品易致邪陷入里,徒伤阳气;苦寒太过易化燥伤阴,同时苦寒直折,又

会凝滞气机,邪气难以外透,易内陷生变,使病情加重。衡教授认为,抗生素与苦寒药相似,久用则损伤阳气,戕害脾胃。临床常见发热日久屡用抗生素而无效者,多系脾胃阳虚之故;且糖尿病等慢性病久脾阳已弱,故治疗糖尿病并发热时应重视顾护脾胃,用药宜轻灵。如果热势过盛,可酌选淡竹叶、淡豆豉等轻清宣透之品,并可配伍健脾和胃药,以期中焦健运,生化有源;切不可一心想到“杀菌”离不开黄芩、黄连、栀子、知母、银花、连翘等;或予以甘渗微寒的滑石足以,利湿宣透,药量宜轻,不可重剂,否则欲速而不达,反伤中气。

### 4 “辛温除热”常见适用证型

**4.1 湿困脾阳,寒邪内袭** 本证型脾阳虚、寒湿之邪在里,典型临床表现为大热无汗,口干不饮水。热势也可或高或低。可有神疲或乏力,少气懒言,大便或闭或溏薄,舌淡苔白,脉沉。这类患者临床除体温升高外,还可出现一派“实热”之假象,如大便闭而不解,解则如羊屎,此是阳虚不得运化津液;或尿黄如浓茶、酱油,量少而频,则是真寒强盛而贼藏于内,迫阳外达。辨识的要点在于其苔多或灰或黑,舌质淡,脉细弱必数而疾。贪凉饮冷的病史也是判断的关键依据。病多因素体脾阳虚,暴晒暴热之后,急饮冰冷之物,致中阳更虚,而致虚阳外越。治当以辛温扶助脾阳,兼健脾化湿,用干姜、桂枝或仿麻附细辛汤,必重用姜,参以藿香、佩兰、滑石、陈皮等芳燥化湿运脾之品。如偏远乡村不便取药,也可就地取红辣椒、花椒浓煎热服。患者多不过 0.5 h 即会便通尿清而热退。这类患者对抗生素、激素都效果差或者无效,切勿轻用。

**4.2 脾虚湿困,外感寒邪** 本证型湿困脾虚在里、寒邪在表,典型临床表现为易感冒,发则体温升高,畏冷为主,少数恶风,头目不清,纳少便溏,身重嗜卧,舌淡胖或有齿痕,苔白润,脉浮或浮滑。特别说明此类患者并无明显恶风寒症状,仅在发热前稍感怕冷。多因素体脾虚、脾为湿困,易感寒邪。感寒之后,又寒湿胶着,困遏脾阳,郁而发热。治疗要以辛散之法,扶脾与开闭透表并举,同时当健脾祛湿。此证辛温之药常用细辛、桂枝、生姜以辛散透表,不可用干姜、花椒、肉桂辛热燥烈之药。除湿常以藿朴夏苓汤加减,化湿健脾以助宣透,用防风等发散在表之风寒,或加滑石利湿宣透。必要时可少佐菊花轻宣通气。

**4.3 脾虚湿困,内外皆寒** 本证型脾阳虚夹湿、表里皆寒,临床表现为热势缠绵,形寒怯冷,欲加衣被,口淡不渴,身热而四肢不温、大便稀溏,或四肢



浮肿,小便清长或不利,舌淡胖嫩,舌苔白润或灰白,脉沉迟。病多因脾阳虚,寒从中生,复外感寒邪,阳虚无力鼓动气血,邪正交争而致发热。当表里同治,里温燥助阳、外辛散祛寒,同时予健脾除湿之法。常以理中汤加荆芥、香薷、防风之类,可以干姜与生姜同用,并助以健脾利湿之茯苓、薏苡仁等。

## 5 病案举隅

**病案 1** 杨某,男性,48 岁。此次因“反复口干 1 年余,乏力 10 余天”入院,主要住院调控血糖。入院第 2 天患者自行外出后出现发热,体温高达 39.1℃,伴全身困重,肢体酸楚不适,偶有咳嗽,咳痰白而黏。血常规、C 反应蛋白、肝肾功能未见明显异常。西医考虑“呼吸道感染”,予“哌拉西林钠/舒巴坦钠(每支药物含哌拉西林 2 g 及舒巴坦 0.5 g,用法:每次 5 g,每 12 h 1 次)、左氧氟沙星(用法:每次 0.5 g,每日 1 次)”抗感染,并退热及补液等对症处理 1 周,体温仍反复,并出现胸闷,活动后气喘不适。衡教授询问病史,患者平素反复口干,喜热饮但不多饮。刻下:神疲,肢体酸楚,全身困重,汗少而黏,胸闷气喘,口干喜热饮,夜寐尚可,腹胀纳差,食不知味,便黏不爽,小便稍赤。舌体胖大,苔白厚腻、中黄,脉弦滑略数。体温 39℃。中医诊断:消渴,发热;证属“脾虚湿困、感受寒邪”。治以辛散透气、通表化湿,理气醒脾舒郁。处方如下:桂枝 10 g 生白芍 10 g 细辛 6 g 藿香 15 g 佩兰 15 g 苍术 15 g 生白术 10 g 桔梗 10 g 半夏 10 g 厚朴 15 g 陈皮 10 g 茯苓 30 g 薏苡仁 15 g 滑石 20 g 淡竹叶 6 g。水煎服,早、晚各 1 次,服药 2 次后全身微微持续汗出,次日体温降至正常,继续原方服用 2 剂,未再出现发热,全身困重、肢体疼痛基本缓解,无恶寒、咳嗽、胸闷气喘。续以健脾之法(主药:白术、茯苓、薏苡仁、炒淮山等)善后。体温正常 5 日后出院。

按:患者素体脾虚,湿邪困脾,津液不能上承,故见反复口干喜热饮,但不多饮。近乏力 10 余天,乃湿困脾胃较甚,又加之住院期间,不慎突感外寒,故见身体困重、肢体酸楚,汗少而黏;湿为阴邪,闭郁阳气而正气难以奋起抗争,故无明显恶寒。湿性重浊黏腻,易阻碍气机,故见胸闷气喘,腹胀纳差,食不知味,便黏不爽,小便稍赤。其舌体胖大,苔白厚腻、中黄,脉弦滑、略数乃湿欲化热之象。故治当辛散透气、通表化湿,理气醒脾舒郁,使热退于无形。方中用滑石、淡竹叶,是取其透气之用,使气通以退热,而非清热。衡教授认为,治湿有“外透、中燥、

下渗”三法,但尤其以芳化宣透为祛湿治热之关键。凡属湿气为病,当宜芳化宣透为治;而湿浊为病,则首当渗湿利湿治之。茯苓、白术甘温健脾益气,药性柔和,培本扶中。薏苡仁健脾渗湿,再辅以化湿的藿香、佩兰、苍术;并予淡竹叶轻清宣透,桂枝、细辛辛温达表散寒,配伍陈皮、厚朴、桔梗等理气之品以求气化则湿化。全方共奏辛温达表、化渗分消湿邪,使阳升湿除,热消于无形。衡教授强调临床必须遵从“两不”的用药原则,即“见湿不清热,见寒不养阴”。指出治湿之要,切勿见热象即清热,指出“见湿不清热”是治湿之核心要旨。凡见内生寒邪,必不可养阴。

**病案 2** 李某,男性,61 岁。以“反复发热 3 周”为主诉入院。入院前 3 周无明显诱因出现发热,最高体温 39.8℃,无汗,伴全身酸痛。曾就诊于当地诊所,予退热处理(具体不详),体温有所下降,但反复升高,以午后和夜间为主,为进一步系统诊治,求诊我院,门诊拟“发热待查”收入院。既往糖尿病史 1 年,未规范诊治。入院体格检查及辅助检查未发现明显异常。入院后西药予胰岛素控制血糖,先后予“哌拉西林/舒巴坦钠(每支药物含哌拉西林 2 g 及舒巴坦 0.5 g,用法:每次 5 g,每 12 h 给药 1 次)、左氧氟沙星(用法:每次 0.5 g,每日 1 次),美罗培南(用法:每次 0.5 g,每 12 h 给药 1 次)”抗菌,“奥司他韦胶囊(用法:每次 75 mg,每日 2 次)”抗病毒,并使用非甾体类抗炎药退热,同时配合积极补液处理。经上述治疗 8 天后患者仍反复发热,体温最高达 40℃,常于午后发热。追寻病史,患者平素畏冷喜暖、四肢冰凉,神疲乏力,口喜热饮,纳差呕恶、大便稀溏。刻下:发热无汗,全身酸痛、喜暖、神疲乏力,口喜热饮,纳差呕恶、大便稀溏。查之四肢冰凉,舌淡胖,苔白腻,关脉沉细数。中医学诊断:消渴,发热;证属“脾阳亏虚,寒湿束表”。根据患者的病情特点,采用病机分治的办法:(1)无发热时治里为主:治以温阳健脾,益气化湿。处方:茯苓 10 g 生白术 10 g 干姜 10 g 淡竹叶 6 g 生黄芪 10 g 甘草 10 g 薏苡仁 15 g 佩兰 10 g 藿香 10 g 陈皮 10 g 神曲 15 g;1 剂分 1 次煎服,每 4 h 服用 1 次。(2)发热前治表祛邪:以散寒祛湿、助阳解表为法。根据发热规律于发热前(14:00、17:00、20:00、00:00)服用。处方:羌活 10 g 防风 10 g 生白芍 15 g 五味子 6 g 桂枝 6 g 细辛 6 g 滑石 15 g 佩兰 10 g 白芷 10 g 生姜 10 g 大枣 6 g 茯苓 10 g 薏苡仁 10 g。患者交替服用两方,体温逐渐下降,2 日后体温恢复正常,未再发热,体温正常 4 日后出院。

按:患者素体脾阳亏虚,寒湿内生,故畏冷喜暖、四肢凉,神疲乏力,喜热饮,纳差呕恶、大便稀溏,舌淡胖,苔白腻,脉沉细等。脾为太阴湿土,湿最易伤脾,脾虚又易生湿。午后属阴,湿为阴邪,湿借其旺之时,与热相争,故发热常于午后开始。因内阳虚而外受寒湿闭阻,故见发热、无汗、全身酸痛等。衡教授予温补脾阳,散寒化湿开闭。然阳气虚弱,不可过于发散,需于未发热之时,阳气与邪气还未争相搏击,予温补中阳,化湿醒脾。故用干姜温中助阳,黄芪、茯苓、白术甘温健脾益气,薏苡仁健脾渗湿。加藿香、佩兰化湿,陈皮、神曲健脾和胃。当在里之脾阳得助,振奋欲与邪斗争之机,发散寒湿,以期在发作时一战而愈。故发作前予桂枝汤及白芷、防风、羌活、细辛等辛温解表、外散风寒。最终以复盛之正气助以祛邪之药,使邪祛而正复热退。

## 6 讨论

脾虚发热的理论最早见于《内经》。《素问·调经论》“有所劳形,形气衰少,谷气不盈,上焦不通,下脘不畅,胃气热,热气熏胸中,故内热”。即劳倦伤脾,致上焦与下脘不得相通,中焦气郁而为热。脾虚易外感邪气。《素问·经脉别论》中说:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱”。脾处中焦,为气机调节之枢。脾阳虚衰,影响脾气的升降功能,水谷精微无法上输于肺,外致皮毛不密;脾虚不运,水液停滞,寒湿内生,聚而生痰,肺气壅滞。二种原因合之是造成外感发生的内在因素<sup>[2]</sup>。

金·李东垣倡导“百病皆由脾胃衰而生也”<sup>[3]</sup>,他对脾虚发热机制有深刻见解,认为:“脾胃之气下流,使谷气不得升浮,是生长之令不行,则无阳以护其荣卫,不任风寒,乃生寒热,皆脾胃之气不足所致也”<sup>[4]</sup>。简而言之,脾胃虚弱,中气下陷,正气不足,卫外不固,所以容易感受风寒而得外感病。然而李东垣对脾虚外感倡导的“甘温除热”法,适用于脾气亏虚所致之低热。

若属伤寒夹湿,历代医家早有论述。如“绍派伤寒”的代表人物俞根初,辨证重湿是其施治伤寒的一个特色,他提出“浙绍卑湿,凡伤寒恒多夹湿。故予于辛温中佐以淡渗者,防其停湿也。……辛温发汗法虽同,而佐使之法则异。治正伤寒证,每用以代麻桂二汤,辄效”<sup>[5]</sup>。在此理论基础上,其创立代表方“苏羌达表汤”。至于辛温扶正解表之法,明代陶节庵《伤寒六书》中记载的“再造散”,用桂姜附加参芪,是针对脾阳虚气弱而感受风寒<sup>[6]</sup>,而非夹湿之证。

笔者所述之辛温除热法适用脾阳素虚致湿浊内生、又感寒邪所致之高热,与李东垣的“甘温除热”法所治之低热为主有所不同。这类发热患者为内外合邪,脾胃之气先度,复感外邪为病,单用驱风胜湿,调和营卫或淡渗分利,甘温除热均不切病情。治应标本兼顾,治疗重心在寒湿。现代医家蒲辅周认为“……湿为阴邪,寒湿同体,非温不通,非辛不散,非淡不渗。若不辨其所因,分析病因病机,轻微之恙亦必纠缠难解”。<sup>[7]</sup>因而,对这类发热患者,重在辛温散寒、除湿健脾。

辛温除热有三种情况:一是脾阳虚、寒湿之邪在里而发热,该证型以阳虚偏重为主,寒湿证为辅,主要表现为身大热、便秘却怕冷的“真寒假热”之象或口干不欲饮、神疲乏力、便溏等脾阳虚之证,治当用辛温扶助脾阳为主,兼健脾化湿;二是湿困脾虚在里、寒湿在表而发热,其神疲乏力、纳差便溏等脾虚症状较轻,而肢重、身体酸楚等寒湿症状较重。治当用辛散宣透之法,扶脾与开闭透表并举,同时健脾祛湿。三是脾阳虚夹湿、表里皆寒,阳虚与寒湿症状并重,主要表现为身重形寒肢冷,舌淡胖、苔白、脉沉细。治当用健脾除湿温阳与辛温透表并举。三者皆取辛温,实有不同,当细品其异。这三种情况都与糖尿病患者长期慢性疾病体质造成正气不足有关。此外,值得一提的是,对于寒湿侵袭,湿重而阳气未伤者,常规治疗应以散寒除湿为主,如临证收效不满意或不明显,则应考虑适当加入温阳之品,鼓舞阳气以温化寒湿。

## 参 考 文 献

- [1] 金·李东垣.张年顺校注.脾胃论[M].北京:中国中医药出版社,2007:8.
- [2] 邵明义,魏明,李发枝.基于“脾为升降之枢”探讨感冒(虚实夹杂证)的论治[J].辽宁中医杂志,2011,38(10):1984-1985.
- [3] 金·李东垣.脾胃论[M].北京:人民卫生出版社,2006:15.
- [4] 金·李杲.内外伤辨惑论[M].北京:人民卫生出版社,2007:13.
- [5] 清·俞根初.徐荣斋重订.重订通俗伤寒论[M].北京:中国中医药出版社,2011:45,50,55,57.
- [6] 明·陶华.伤寒六书[M].北京:人民卫生出版社,1990:136-137.
- [7] 中国中医研究院主编.高辉远整理.蒲辅周医案[M].北京:人民卫生出版社,2005:68.

(收稿:2020-02-09 在线:2022-01-26)

责任编辑:汤 静