

## 刘喜明基于“至虚有盛候”辨治危急重症验案3则

付守强<sup>1,2</sup> 朱莉莉<sup>2</sup> 周英梅<sup>1</sup> 朱晓云<sup>1</sup>

(1. 中国中医科学院广安门医院, 北京 100053; 2. 北京中医药大学生命科学院, 北京 100029)

指导: 刘喜明

关键词 危急重症; 水肿; 淋证; 厥证; 右心衰竭; 泌尿系统感染; 脑梗死; 刘喜明; 验案

“至虚有盛候”是中医诊断学中的经典学说,最早源于苏轼的《苏轼文集·求医诊脉》<sup>[1]</sup>,书中云:“脉之难明,古今所病也,至虚有盛候,而大实有羸状,差之毫厘疑似之间,便有死生祸福之异”,《中医大辞典》<sup>[2]</sup>释义为“虚弱证发展至严重阶段时出现类似盛实的假象”。但是如何精准辨治真虚假实的复杂病机,一直是中医临床研究的焦点问题。临床上各类心、肺、肾等脏器功能衰竭继发导致的危急重症患者,若兼有高龄、病程较长等情况,多会出现此种真虚假实的征象。但因各类病证气血阴阳的虚损偏重不同,导致盛实假象各异,且其症状复杂多变,虚实判别较为棘手,而权衡攻补治法时,稍有不慎便病转危笃。

刘喜明教授是第二届全国百名杰出青年中医,出身中医世家,潜心临床30余年,运用中医中药治疗危急重症患者经验丰富。笔者侍诊于侧,受益颇多,现择刘师基于“至虚有盛候”辨治危急重症医案3则介绍如下。

## 1 因虚生滞——水肿

案1. 尚某,男,61岁。2021年4月11日初诊。

主诉:双下肢水肿5个月。患者5个月前运动劳累后出现双下肢轻度水肿,未予重视。后水肿逐渐加重,伴胸闷喘憋、小便量少,遂于2021年3月29日于当地医院(具体不详)就诊,住院查空腹血糖7.15 mmol/L,尿白蛋白(++++) ,肾小球滤过

兼顾,故能获得较好的近远期疗效,值得我们细细揣摩学习。

## 参考文献

- [1] AWADIE H, ZOABI A, GRALNEK I M. Obscure-overt gastrointestinal bleeding: a review[J]. Pol Arch Intern Med, 2022, 132 (5): 16253. doi: 10.20452/pamw.16253.
- [2] 张金敏, 葛存锦, 全巧云. 住院患者消化道出血的病因分布与临床分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2014, 23 (8): 961.
- [3] 佚名. 灵枢经[M]. 戴铭, 金勇, 员晓云, 点校. 南宁: 广西科学技术出版社, 2016: 112.
- [4] 叶璐, 吕菁君, 魏捷. 走好中庸之道——急性冠状动脉综合征合并消化道出血的急诊诊治策略[J]. 临床急诊杂志, 2016, 17 (8): 654.
- [5] 刘扬浪, 陈升金, 莫如聪, 等. 中西药合用治疗缺血性肠病临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38 (4): 632.
- [6] INGRAHAM K M, O'BRIEN M S, SHENIN M, et al. Gastric antral vascular ectasia in systemic sclerosis: demographics and disease predictors[J]. J Rheumatol, 2010, 37 (3): 603.
- [7] 张为. 消化性溃疡出血的中医证候及相关因素研究[D]. 南

宁: 广西中医药大学, 2018.

- [8] 张永红, 寇元改, 郑涛, 等. 白及止血作用机制及临床应用研究进展[J]. 中国药师, 2022, 25 (2): 321.
- [9] 尚巧利, 何乐人. 蓝色橡皮疣痣综合征诊治进展[J]. 中华医学美容美容杂志, 2022, 28 (4): 340.
- [10] 蒋洪耀, 王滕民. “酸性收敛”刍议[J]. 国医论坛, 2000, 15 (1): 49.
- [11] 黄子健, 李纪强, 周洁灵, 等. 放射性肠炎的诊疗进展[J]. 中国肿瘤临床, 2019, 46 (21): 1121.
- [12] 陈祥华, 林平, 何友成, 等. 基于唐宗海“治血四法”探讨急性非静脉曲张性上消化道出血的诊疗思路[J]. 世界中医药, 2022, 17 (15): 2216.

第一作者: 陈丹丹 (1991—), 女, 医学硕士, 主治中医师, 研究方向为中医治疗脾胃病、老年病。

通讯作者: 沈贤发, 硕士研究生在读, 副主任中医师。2057651763@qq.com

收稿日期: 2022-10-22

编辑: 蔡强

率27 mL/min, N端B型钠尿肽前体(NT-proBNP) 26 500 pg/mL, 血红蛋白75 g/L, 胸部CT示双侧胸腔积液伴临近肺组织膨胀不全、心包少量积液。诊断为2型糖尿病性肾病、慢性肾功能不全IV期、右心衰竭、高血压3级、胸腔积液、中度贫血, 予降糖、降压、利尿等对症治疗后, NT-proBNP逐渐下降至8000 pg/mL, 血糖、血压趋于平稳, 住院期间曾用呋塞米、氢氯噻嗪、托拉塞米等多种利尿剂方案, 至今每日尿量波动在900~1200 mL, 下肢仍重度水肿, 遂由家属前来代诉病情, 以求中医诊治。既往史: 2型糖尿病15年, 肾功能不全3年, 冠心病1年。刻下: 全身浮肿, 下肢尤甚, 按之凹陷不起, 乏力懒言, 倦怠神疲, 胸闷气短, 平卧时加重, 腹胀, 四肢沉重, 纳差, 不喜饮, 大便偏干量少, 小便量少, 面色晦暗黧黑, 舌暗红质嫩、苔黄腻, 脉不详。西医诊断: 右心衰竭, 2型糖尿病性肾病, 慢性肾功能不全IV期。中医诊断: 水肿; 病机: 元气大亏, 水气凌心。西药予胰岛素降糖、厄贝沙坦氢氯噻嗪片降压以及单硝酸异山梨酯片扩冠治疗。中医治法: 大补元气, 利水蠲饮。方选人参葶苈丸加减。处方:

生晒参10 g, 葶苈子30 g(包煎), 生黄芪60 g。5剂。每日1剂, 水煎, 久煎1 h, 分4~6次少量频服。

2021年4月16日二诊: 患者小便量显著增多, 4月13日24 h尿量达4000 mL, 而后每日尿量维持在2000 mL左右, 全身浮肿减轻, 仍有下肢轻度水肿, 胸闷憋气较前改善, 四肢沉重发凉, 行走需人搀扶, 纳差, 大便偏干, 舌暗红质嫩、苔薄黄, 脉不详。治宜益气养阴, 佐以蠲饮。方选玉液汤加减。处方: 生黄芪120 g, 生山药30 g, 北沙参30 g, 麦冬10 g, 丹参30 g, 大腹皮10 g。14剂, 煎服法同前。西医治疗方案同前。

2021年5月6日三诊: 患者已于5月4日出院, 本人前来门诊就诊。出院时复查NT-proBNP 900 pg/mL, 空腹血糖6.3 mmol/L, 尿蛋白(+), 肾小球滤过率92 mL/min, 血红蛋白86 g/L。现患者全身浮肿基本消失, 精神好转, 可自主步行200 m, 无腹胀, 大便偏干, 小便可, 24 h尿量在1500 mL左右, 舌暗红偏嫩、苔薄黄, 脉沉缓。予二诊方去北沙参、大腹皮, 生黄芪减量至30 g, 加太子参15 g、石斛10 g, 28剂, 煎服法同前。西医治疗方案同前。嘱患者控制饮水量, 避免劳累及剧烈运动。

后患者规律就诊2月余, 以健脾益气养阴之法调理善后, 水肿未再发作。

按: 本案患者下肢水肿兼舌嫩苔腻, 为饮邪聚而成形, 又因水饮上犯, 停聚胸膈, 故胸闷、喘憋、腹胀等症渐显, 终致全身浮肿, 一派水饮泛滥之象。但刘

师细察诸症, 患者既往有消渴病史多年, 燥热伤阴耗气, 现又见纳差、乏力、气短、精神欠佳等表现, 当有元气亏虚之根, 且西医屡用利尿剂效果不佳, 可知若仅淡渗通利恐难见效。此时病机为元气已然大亏, 无力推动水行, 乃因虚生滞, 导致饮浊闭塞于上, 宗气不得畅达故见喘憋; 饮浊壅滞于中, 脾阳不得健运, 故见腹胀; 饮浊停聚于下, 肾阳失于蒸煦, 故见水肿、尿少。正如《素问·水热邪论》云: “水病下为跗肿大腹, 上为喘呼不得卧者, 标本俱病。”上述喘憋、腹胀、水肿等症皆为盛实假象, 刘师认为当重视正虚之本, 不可一味攻逐, 避免戕伐元气。

人参葶苈丸出自《医学启源》<sup>[3]</sup>, 方中仅人参、葶苈子二药合枣肉为丸, 攻补兼施, 可治疗“一切水肿喘满不可当者”, 十分切合本案以水肿、喘憋、胀满为主症的患者。因此, 刘师取张元素人参葶苈丸之意, 重用生晒参配伍生黄芪大补元气, 逆转病势之危, 再配合葶苈子攻逐有形浊饮。《本草经集注》<sup>[4]</sup>言葶苈子“破坚逐邪, 通利水道”, 治疗“皮间邪水上出, 面目浮肿”。全方用药虽少, 但扶正与祛邪兼顾, 标实与正虚同治, 故二诊时患者水肿、喘憋诸症明显改善, 可见待正气充沛, 运转周身, 则如《金匱要略·水气病》<sup>[5]</sup>所言: “大气一转, 其气乃散”, 水饮邪实之标自可消除。二诊时, 患者乏力纳差症状尚未完全恢复, 兼见大便偏干、舌红苔黄, 此为气阴两虚之象, 故治当以益气养阴为主, 刘师选用张锡纯《医学衷中参西录》中的玉液汤进行加减。方中生黄芪、生山药配伍健脾益气, 培补后天之气以复脾胃之源; 北沙参、麦冬甘寒养阴、滋补胃液; 丹参养阴血兼通瘀浊; 下肢仍有轻度水肿, 故去峻猛攻逐之葶苈子, 改用药性稍缓的大腹皮以助渗利水饮余邪。三诊时, 患者全身浮肿消退, 可见水饮盛实假象已基本消除, 故去大腹皮; 《灵枢·病本第二十五》<sup>[6]</sup>言: “病发而不足, 标而本之, 先治其标, 后治其本”, 邪实之标已祛则可专于补虚, 此时本虚之候亦较前好转, 故生黄芪减量使用, 易北沙参为石斛专于滋养胃阴, 并加太子参配伍生山药健脾益气, 共同调理善后, 疾病终得向愈。

## 2 因虚生热——淋证

案2. 马某, 女, 85岁。2020年5月3日初诊。

主诉: 血尿伴发热10 d。患者10 d前无明显诱因出现肉眼血尿伴高热, 于当地医院住院治疗, 测体温38.6℃, 血常规示血红蛋白55 g/L, 尿常规示白细胞(+++)、红细胞(+++), 尿培养示真菌感染(具体不详)。诊断为泌尿系感染、重度贫血, 予抗真菌治疗, 并留置尿管持续膀胱冲洗。5月1日复查尿常规: 白细胞(+), 红细胞(+++)。住院期间持续发热,

遂由家属代诉病情,以求中医诊治。刻下:尿色红赤,无排尿灼热或疼痛感,体温 $39.1^{\circ}\text{C}$ ,近几日伴寒战,微有汗出,神疲乏力,困倦喜卧,呼之可应,腰膝怕凉,食欲不振,大便稀溏,每日10余次,舌质嫩色淡暗,苔薄黄而干,脉不详。西医诊断:泌尿系感染。中医诊断:淋证;病机:脾肾阳虚,血虚血热。治以健脾温肾、养血凉血。方选当归补血汤合白术附子汤加减。处方:

生黄芪30g,当归15g,炒白术15g,制附子6g(先煎),生晒参6g,陈皮6g,炙甘草6g,炒白芍15g,白茅根30g。5剂。每日1剂,水煎,早晚温服。

2020年5月7日二诊:患者服药2剂后,体温即降至 $37.2^{\circ}\text{C}$ ,3d后体温回落到 $36.7^{\circ}\text{C}$ ,至今未再发热,复查尿常规:红细胞(+)。患者未再寒战,体力及食欲均较前好转,腰膝怕凉减轻,大便偏稀,日行3~4次。予初诊方去白茅根,生晒参减量为3g,14剂。

2020年5月22日随访,患者已于5月20日出院,未再发热,无血尿,体力及食欲可。

3个月后电话随访,尿路感染未再发作,复查血常规,血红蛋白上升至 $83\text{g/L}$ 。

按:本案患者以高热不退及显著血尿为主诉,均为邪热盛实之象,看似因热邪久羁,内扰营血,灼伤血络,迫血妄行随溺道而出,实则本虚于内。一方面,细察本案患者各症,虽高热不退,但近日寒战,已伴明显畏寒,为正邪交争日久、正气虚怯之象;虽见血尿,但无其他下焦热炽营血的征象,反见腰膝乏力怕凉,可知并非邪热之实,而为龙雷升腾、元阳失煦之虚<sup>[7]</sup>。另一方面,统观整体病势,患者年逾八旬,贫血严重,平素神疲乏力、食欲不振、大便稀溏、舌质淡暗,一派先后天同病、气血生化乏源之象,正如《素问·通评虚实论》<sup>[8]</sup>所言:“邪气盛则实,精气夺则虚。”综上,本案患者乃因虚生热,阴血亏虚不能濡养下窍,而龙雷升腾之火又进一步煎灼津液,导致尿血、发热等假热征象,此时急当峻补以挽救虚衰颓势,不可再因邪热假象而用清泄攻逐之法。

张介宾在《类经·病有真假辨》中言:“虚者正虚也,为色惨形疲,为神衰气怯……虽外证似实而脉弱无神者,皆虚证之当补也。”<sup>[9]</sup>故刘师诊治本案患者首重扶正,用生黄芪、生晒参、炒白术、陈皮、炙甘草培补脾胃生气;合用当归、炒白芍取当归补血汤之意,气生则血生,发挥益气养血之功;合用制附子取白术附子汤之意,温煦脾肾,白术附子汤可“暖肌补中,益精气”<sup>[5]</sup>,用之可复先后天化源,且制附子可引龙雷之火归于窟宅,则高热自退,元阳得以温煦则虚寒自除,阳气固密则血不妄行,故血尿可治,体

现“热因热用”之旨;白茅根可制炒白术、制附子之温燥,还可引药力入前阴窍道以清退余热。全方虽并未专治邪热盛实之假象,但因正气得彰而诸症渐除。二诊时,患者尿血、发热等症好转,故去白茅根,体力亦较前好转,故稍减生晒参用量,余仍着眼益气养血以培固正虚之根,终获佳效。

### 3 因虚内陷——厥证

案3.肖某,男,77岁。2020年5月11日初诊。

主诉:头晕7d,加重伴昏睡5d。患者7d前夜晚行走时不慎跌倒,感头晕,无头痛、意识丧失、活动不利等,故未予重视。5d前头晕症状加重,伴精神不振,言语不清,尚可由人搀扶下床。4d前开始出现嗜睡,至傍晚18时,突发意识丧失,呼之不应,由120急救车送至某三甲医院急诊,测血压 $90/50\text{mmHg}$ ( $1\text{mmHg}\approx 0.133\text{kPa}$ ),心率115次/min,立即收治入院。入院后完善相关检查,诊断为脑梗死急性期、心肌梗死、高血压、2型糖尿病、肺部感染、胸腔积液、尿道感染,予盐酸多巴酚丁胺维持血压、抗生素控制感染以及抗血小板、降糖等对症治疗后,患者生命体征基本平稳,但仍昏睡不醒,喘憋水肿等症状未见明显好转,家属为寻求中医治疗,遂至刘师门诊代诉病情以求诊。刻下:患者昏睡少神,呼之偶尔可应,精神萎靡,体温维持在 $37.5^{\circ}\text{C}$ 左右,下肢浮肿,按之凹陷不起,腹胀如鼓,时而咳嗽咳痰,痰白难咯,胸闷喘憋,周身畏冷,偶有汗出,四肢发凉,口干,暖气频,留置胃管,每日仅进食少量水及稀饭,大便失禁,便质稀溏,3~4次/d,留置尿管,尿量 $2000\text{mL/d}$ ,尿色红,有絮状物,舌脉不详。西医诊断:脑梗死急性期,心肌梗死,肺部感染,胸腔积液。中医诊断:厥证;病机:气血大亏,虚阳浮越。治以益气填精、回阳固脱。方选景岳两仪膏加减。处方:

西洋参15g,熟地黄12g,麦冬10g,生山药30g。3剂。每日1剂,水煎,早晚分服,每次100mL,鼻饲。

2020年5月13日二诊:患者多巴胺给药剂量已由 $4\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 降至 $2\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ ,精神状态较前好转,体温已回落至 $36.8^{\circ}\text{C}$ 左右,食欲改善,大便已能自控,质偏稀,1~2次/d,尿液颜色由红转黄,怕冷较前改善,仍低热不退,嗜睡,呼之可应,下肢浮肿,腹胀如鼓,胸闷喘憋,痰不易咯,夜卧易醒,躁动不安,舌红、苔黄燥,脉象不详。予初诊方加沉香3g(冲服),西洋参增量至20g,熟地黄增量至30g,7剂。煎服法同前。

2020年5月19日三诊:患者精神转佳,偶有轻微神志不清,2d前停用多巴胺,测血压 $140/80\text{mmHg}$ ,心率97次/min,无胸闷咳嗽,下肢轻

微浮肿,食欲尚可,四肢发凉,仍时有气喘,腹胀严重,按之胀满不适,住院期间灌肠3次改善肠道积气,大便每2日1次,质稀,舌瘦红、苔薄黄偏干,脉不详。予二诊方去熟地黄、沉香,西洋参减量至6g,加生麦芽30g、生谷芽30g、佛手10g,7剂。

2020年5月28日随访,患者于5月24日夜间断高热39.7℃,因心力衰竭合并肺部感染去世。

按:本案患者基础疾病较多,却迁延失治,导致就诊时病情便极其危重。初诊时,患者神昏伴喘憋、腹胀、水肿等症,表面上表现为秽浊实邪蒙蔽心包,当使用芳香化浊或攻逐豁痰一类的治法,然详问病情,患者肢冷汗出、失禁的症状更为危重,已然一派元阳将脱、肾关不固之象,可知此时神昏乃是正虚已极、神明失用的脱证,因此不可再用攻逐辛燥之品,以防耗散一线残阳<sup>[10]</sup>。正如《景岳全书·虚实篇》言:“至虚之病,反见盛势……每多身热便闭、戴阳胀满、虚狂假斑等症,似为有余之病,而其因实由不足,医不察因,从而泻之,必枉死矣。”<sup>[9]883</sup>故刘师重用西洋参回阳救逆以固元气,以熟地黄补肾滋阴以填其精,即所谓“气归精,精归化”,固全精气则神明暂保。此方正是取“两仪膏”之意,《景岳全书·补阵》言两仪膏“治精气大亏,诸药不应,或以克伐太过,耗损真阴。……而精不化气者,莫妙于此”<sup>[9]1582</sup>,所谓太极生两仪,人体神机变化也分阴阳二气。两仪膏中以人参固护阳气,以熟地黄充益阴精,两仪并补,治疗虚损重症常有佳效。麦冬增养阴补血之力,又加生山药既配伍西洋参益气固脱,又可佐制熟地黄、麦冬重浊滋腻的药性。四药合用,平补气血阴阳,补虚培本,共奏益气填精、回阳固脱之功。二诊时,患者精神状态改善,饮食、大便均有好转,此时胸闷、喘憋、腹胀症状明显,为正气虚脱浮越、壅滞于上所致,此时亦不可泄气、散气。刘师在初诊方的基础上加沉香一味,取其温肾纳气、收摄冲逆气机下归命门之效。同时,增加西洋参、熟地黄用量,进一步填补气血阴阳。三诊时,患者胸闷咳嗽明显好转,精神状态也逐渐好转,此为气血渐复,阳气固密充身,因此发热、水肿等最初看似邪实的假象也逐渐祛除,故去静柔之熟地黄;西洋参减量,稍助正气恢复;患者腹胀明显,为气机壅滞之象,故去沉香,加佛手辛香理气和中,生麦芽、生谷芽行气消胀,三药合用以宣通气滞。

但本案另一着眼点在于消化道症状。患者大便失禁、食欲不振、倦怠神疲,确是脾阴不敛、生化乏源之象,故用生山药、麦冬收敛脾阴、助脾运化。三诊时患者食欲明显改善,大便得以自控,但对于腹胀症状却收效甚微,细辨此症,患者腹胀兼矢气频,按之

胀满不适,可知并非纯为虚胀,故脾胃虽稍健运而胀不减。但患者大病未愈,正虚远未恢复,虽有邪实壅滞也不可专用攻伐,正邪错杂,虚实矛盾,实难施治。故三诊时,只得转方去静柔之熟地黄,加佛手、生麦芽、生谷芽辛香理气而不伤正,取其缓攻补虚之意,积年累月或可功成。但患者正虚日久,诸般邪气易侵,尚未及正气充沛而病情恶化,终是回天乏术,令人扼腕。

#### 4 结语

综上,“至虚有盛候”多用于临床危急重症,常常因突然发作的喘憋、肿胀、高热、多窍道出血等主症而被轻率诊断为邪实诸证。本文所选3则医案,病位病机各异,假实征象也大不相同。案1为气虚运化失司导致饮邪壅滞的邪实假象,案2为阳虚龙雷升腾导致血热淋浊的邪实假象,案3为气血大亏导致秽浊蒙蔽的邪实假象。刘师仔细诊察患者的各类细微症状,四诊合参,认识到因虚生滞、因虚化热、因虚成瘀等继发病机的特殊性,从疾病根源入手,拨开邪实假象的干扰,则不难正本清源,获取佳效。

#### 参考文献

- [1] 苏轼.苏轼文集[M].孔凡礼,点校.北京:中华书局,1986:2341.
- [2] 中国中医研究院,广州中医药大学,主编.中医大辞典[M].北京:人民卫生出版社,1995:524.
- [3] 张元素.医学启源[M].郑洪新,校注.北京:中国中医药出版社,2007:71.
- [4] 陶弘景.本草经集注[M].尚志钧,尚元胜,辑校.北京:人民卫生出版社,1994:330.
- [5] 张仲景.金匱要略[M].何任,何若苹,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [6] 佚名.灵枢经[M].田代华,刘更生,整理.北京:人民卫生出版社,2005:66.
- [7] 王晓静,王玉生.论“至虚有盛候,大实有羸状”[J].中医临床研究,2014,6(3):46.
- [8] 佚名.黄帝内经素问[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2005:57.
- [9] 张介宾.张景岳医学全书[M].北京:中国中医药出版社,2002.
- [10] 袁林杰,陈涛,宋海祯,等.“邪气盛则实,精气夺则虚”释疑[J].中华中医药杂志,2013,28(12):3748.

第一作者:付守强(1996—),男,博士研究生在读,从事内分泌及代谢系统疾病的中医药临床研究。

通讯作者:朱晓云,本科学历,副研究员。  
qiebenben@163.com

收稿日期:2022-09-13

编辑:吴宁 张硕秋