

流性食管炎A级。

按:此例患者餐后出现胸骨后烧灼感,伴有反酸、胸骨后堵闷感,且患者平时易焦虑、纳一般,结合舌淡红苔微黄腻,脉弦,可知其病机为肝胃郁热,气滞中焦,胃气上逆。肝主疏泄,调畅全身气机,若情志不畅,肝的疏泄功能受限,气不得疏通、畅达就会导致气郁。“土得木而达”,肝疏泄正常则脾正常运化以升清阳之气、胃受纳腐熟以降浊阴之气,若肝疏泄不及势必土失木疏,横逆犯胃则胃气壅滞,胃气失于通降加上气郁不疏则胸部堵闷感,甚则夹邪上逆则引发暖气反酸、胸骨后疼痛。克伐脾土则脾失健运,湿气横生而见大便不成形、质黏、排不尽感。且气有余便是火,尤其肝胆风木之脏,最宜从阳化热,故可表现出一派肝火热盛的表现。故此病例,从脏腑辨为肝胃同病,从虚实辨为虚实夹杂以实为主,从气血辨为气血同病以气为主,从寒热辨为寒热错杂证。治疗以疏肝泄热、理气和胃的化肝煎为基础方,加上紫苏梗、柿蒂行气降气,与青皮、陈皮合用共同理气疏肝,有升降气机之妙;龙胆清热燥湿、左金丸清肝泻火,与牡丹皮、栀子一起泻肝火,搭配柴胡、白芍,有疏肝气之郁,解肝气之逆,清肝经之火之用;白及、丹参活血化瘀,与牡丹皮一起走血分,气血同调,促进黏膜修复;浙贝母清热散结、海螵蛸制酸止痛,合为乌贝散舒肝和胃缓解症状;珍珠母、酸枣仁益肝安神。二诊时患者已无暖气无胸闷,苔由微黄腻变为微腻,知热已稍减,故去理气宽中、行气开郁的紫苏梗,秉持顾护脾阳之思想,去掉苦寒之栀子、牡丹皮,加上少量干姜以防过于寒凉伤中。如此前后3月余,症状已基本缓解。

参 考 文 献

- [1] MARET-OUDA J, MARKAR SR, LAGERGREN J. Gastroesophageal reflux disease[J]. JAMA, 2020, 324(24):2565.
- [2] D'SILVA KM, MEHTA R, MITCHELL M, et al. Proton pump inhibitor use and risk for recurrent Clostridioides difficile in-

fection: a systematic review and Meta-analysis[J]. Clin Microbiol Infect, 2021(16):S1198-S1202.

- [3] CHAPMAN DB, REES CJ, LIPPERT D, et al. Adverse effects of long-term proton pump inhibitor use: a review for the otolaryngologist[J]. J Voice, 2011, 25(2):236-240.
- [4] 中华医学会消化病学分会. 2020年中国胃食管反流病专家共识[J]. 中华消化杂志, 2020, 40(10):649-663.
- [5] 张曼玲, 杨晶璐, 时昭红. 中医药治疗胃食管反流研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(11):156-159.
- [6] BOECKXSTAENS GE, ROHOF WO. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease[J]. Gastroenterology Clinics of North America, 2014, 43(1):15-25.
- [7] 陈有源, 廖挺. 廖志峰教授从“气机”论治胃食管反流病经验[J]. 中医研究, 2021, 34(1):56-59.
- [8] 陆喜荣, 杨炜, 张昕琰, 等. 胃食管反流病相关影响因素分析及应对策略[J]. 世界中医药, 2022, 17(15):2108-2111.
- [9] 张景岳. 景岳全书精华本[M]. 北京:科学出版社, 1997:201
- [10] 张声生, 朱生樑, 王宏伟, 等. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5):321-326.
- [11] 唐旭东. 董建华“通降论”学术思想整理[J]. 北京中医药大学学报, 1995, 18(2):45-48.
- [12] 张北华, 张泰, 王凤云, 等. 脾胃病治疗中的“调中复衡”理论[J]. 中医杂志, 2021, 62(9):737-742.
- [13] 秦伯未. 中医临证备要[M]. 北京:人民卫生出版社, 1963:196.
- [14] 李世琴, 熊丽丹, 何海伦, 等. 白芨的药理作用和临床研究进展[J]. 中国美容医学, 2021, 30(11):176-178.
- [15] 张娇, 王凤云, 王安璐, 等. 胃食管反流病的常用方剂及药对规律[J]. 中医杂志, 2015, 56(10):881-883.
- [16] 张敏, 王凤云, 唐旭东, 等. 从“治中焦如衡”论治胃食管反流病[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(2):660-663.
- [17] 王凤云, 张北华, 苏博, 等. “调中复衡”理论的内涵及其在脾胃病治疗中的应用[J]. 中医杂志, 2021, 62(11):930-933.

(收稿日期2022-10-19)

基于胡希恕学术思想治疗外感发热探析*

马民凯 韩福谦 陈 娜 马伟凤

(河北省保定市第四中心医院, 河北 保定 072350)

中图分类号:R254 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)08-1474-06

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.08.043

【摘要】 胡希恕先生是我国著名的经方学家,率先提出了“六经源自辨证”“辨方证是辨证的尖端”等重要学术思想,指出经方主要依据症状反应进行六经方证辨证,即根据患者的症状特点,先辨六经,继辨方证,求得方证对应而治愈病。笔者基于胡希恕六经-八纲-方证学术思想探析外感发热的经方治疗,分别从太阳病、少阳病、

*基金项目:河北省第五批中医优秀临床人才研修项目(冀中医药函[2022]76号)

阳明病、太阴病、少阴病方面论述外感发热的六经八纲方证治疗,总结外感发热常用方剂麻黄汤、桂枝汤、葛根汤、大青龙汤、小柴胡汤、麻黄附子细辛汤等的治疗外感发热方证要点,并举例说明,以期精准辨证,提高临床疗效。

【关键词】外感发热 六经八纲 麻黄汤 桂枝汤 葛根汤 小柴胡汤 白虎汤 麻黄附子细辛汤

胡希恕先生是我国著名的经方学家、中医教育家,师承于王祥徵,精研伤寒之学,根据皇甫谧在《针灸甲乙经·序》云“伊尹以元圣之才撰用《神农本草经》以为《汤液》……仲景论广伊尹《汤液》为数十卷用之多验”。提出《伤寒论》六经体系不同于《黄帝内经》,仲景书的六经不是经络脏腑概念,而是症状反应的八纲概念,创造性地总结出了独具匠心的六经辨证学说:六经-八纲-方证理论^[1],将经方运用得出神入化,临床疗效卓著,被业界称赞是“中国有独特理论体系著名的《伤寒论》研究者、经方家”^[2],先生医德高尚,治病济世六十余年,活人无数。

本文试探讨总结基于胡希恕“六经-八纲-方证”理论治疗外感发热的临床经验,以资后学学习借鉴。

1 胡希恕六经-八纲-方证理论体系

胡希恕先生认为《伤寒论》里的六经辨证是病位与病情的辨证统一,根据疾病病邪反应部位分为表、里、半表半里3个病位,表是由皮肤、肌肉、筋骨等组成的躯壳,病邪反映到这个部位就叫作表证;里是由食管、胃、小肠、大肠组成的消化道,如果病邪反映到胃肠里面的证候就叫做里证;半表半里就是表之内、里之外,即胸腹腔之间诸脏器所在的部位,病邪反映到这个部位就叫半表半里证^[3]。从病性而言分阴阳、虚实、寒热,病情必反映于病位,而病位亦必因有病情的反映而反应。两者结合,将表证分阳实热证即太阳病(证)、阴虚寒证即少阴病(证),半表半里证分阳实热证即少阳病(证)、阴虚寒证即厥阴病(证),里证分阳实热证即阳明病(证)、阴虚寒证即太阴病(证),即六经辨证^[4],所以六经辨证亦可称为八纲辨证。胡希恕先生指出某方的适应证及称为某方证,辨方证是六经八纲辨证的继续,即辨证的尖端,中医治病有无疗效,其关键就在于方证是否辨证准确^[5]。

2 外感发热的病因病机

中医学认为外感发热是指由感受六淫邪气或温病疫毒引起的一类发热性疾病,又名热病、寒热、壮热等,是临床常见的症状^[6]。病因为感受风、寒、暑、湿、燥、火六淫所致,风、寒、暑、湿、燥、火是指六种自然界的正常气候,称为“六气”,当气候变化异常,如六气发生太过或不及,或非其时而有其气,或气候变化过于急骤,在人体正气不足、抵抗力下降、不能适应这种气候的变化时,六气就成为致病因素,导致疾病发生^[7]。外感发热的病机为外邪入侵与人体正气相搏,正邪交争于内,

导致脏腑气机紊乱,阴阳失调,邪正盛衰的病理性改变如风寒之邪侵袭肌表,卫阳与邪气抗邪,正邪交争,而见发热、恶寒;风性疏泄,卫气不能固护营阴,营阴失于内守则导致汗出;寒邪束表,皮毛内舍于肺,肺失宣降,可表现为鼻塞、流涕、咳嗽、气喘等症状^[8-9]。人体由于感受风寒暑湿燥火等邪气不同及脏腑不同及患者体质因素决定外感发热的病性。胡希恕先生认为外因是变化的条件,内因是变化的根据,外因通过内因而起作用,故人体感受外邪后会有六经八纲一般的规律反应,主要的原因不是来自疾病的外在刺激,而是来自机体抗病的内在作用^[10]。

3 外感发热的六经治疗

中医药治疗外感发热性疾病拥有独特优势,在长期历史发展过程中形成了独具特色的辨证论治体系。东汉末年医圣张仲景所著的《伤寒杂病论》提出了六经辨证体系,在太阳病、少阳病、阳明病及少阴病等均有发热的治疗。清代叶天士提出了卫气营血辨证治疗温病发热,清代吴鞠通提出了三焦辨治温热、湿热等疾病。现代医学家韩文兵^[11]认为外感发热之伤寒表证用发汗解表法,温病早期用透表清气,温病火郁可透热解郁,寒温合邪可寒温并用,烈性传变注重截断扭转,时行热疫加强清热解毒,温病实热注重通腑泻热,邪客少阳则和解枢机阳气卫外不固则可鼓舞阳气。胡希恕先生提出经方用药是据八纲、六经辨证而用药,而非经络脏腑学说,临床强调先辨六经,继辨方证,辨方证是辨证的尖端^[12]。笔者基于从患者表现的临床症状,以药测证,试以胡希恕六经八纲学术体系解读外感发热的经方治疗如下。

3.1 太阳病

太阳病为表阳证,是指人患病后,症状表现为“脉浮,头项强痛而恶寒”一类在表的阳证,即人体患病后正邪交争,机体驱集大量体液于上半身机体表面,欲借助发汗自体表以解除表邪,是与少阴病相对在表的阳证^[13-14]。《伤寒论·辨太阳病脉证并治(上)》第1条“太阳病,脉浮,头项强痛而恶寒”为太阳病的提纲条文,即是说无论什么病只要表现为脉浮、头项强痛而恶寒即为太阳病。太阳病又分为太阳中风证与太阳伤寒证两大类型,《伤寒论·辨太阳病脉证并治(上)》第2条“太阳病,发热汗出,恶风,脉缓者,名为中风”,说明太阳中风的主要表现为头痛发热,恶风恶寒,自汗出,脉浮而弱;《伤寒论·辨太阳病脉证并治(上)》第3条“太阳病,或已发热,或未发热,必恶寒体疼呕逆,脉阴阳俱紧者,名

为伤寒”,根据此条说明恶寒、脉紧是太阳伤寒与中风的主要区别,太阳中风或太阳伤寒的判断标准主要由症状反应所定,而非感受的外邪。根据上述分析,表明太阳病的治疗主要包括桂枝汤类方和麻黄汤类方。

3.1.1 太阳病——桂枝汤类方 桂枝汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治(上)》第12条“太阳中风,阳浮而阴弱,阳浮者,热自发,阴弱者,汗自出……桂枝汤主之”。阳浮、发热提示身体机能对抗病邪的反应是亢进的,故病情属阳;阴弱为人体津液虚,人体精力有所不支的反应。《伤寒论·辨太阳病脉证并治(上)》第13条“太阳病,头痛发热,汗出、恶风者,桂枝汤主之”。现代药理研究桂枝汤的解热机制主要是影响发热环节中的环磷酸腺苷(cAMP)、前列腺素E₂(PGE₂)、一氧化氮(NO)等发热中枢介质和白细胞介素-1(IL-1)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子(TNF)等内生致热原的产生和释放,从而发挥其解热作用^[15]。郑启仲教授运用桂枝汤加减肺炎发热,并指出炎症并非热证,不能一见“炎”就与“热”画等号,中医治病在于辨证,辨证首辨阴阳,只要平衡阴阳,则诸症皆消^[16]。目前临床广泛应用桂枝汤治疗上呼吸道感染、急性支气管炎等急性感染性疾病的发热。根据上述认为桂枝汤证的辨证要点为恶风、汗出、脉缓、伴或不伴有食欲不振。如患者出现喘而汗出。则加厚朴、杏仁平喘,即《伤寒论·辨太阳病脉证并治(上)》第18条“喘家作,桂枝汤加厚朴杏子佳”,如出现汗出恶风项背部拘紧不适加葛根疏筋缓急,即《伤寒论·辨太阳病脉证并治(上)》第14条“太阳病,项背强几几,反汗出恶风者,桂枝加葛根汤主之”,指出桂枝汤证如有项背部不适加葛根治疗,桂枝加葛根汤的方证特点为汗出恶风、项背部拘急,发热,舌苔薄白,脉浮缓。

3.1.2 太阳病——麻黄汤类方 麻黄汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治(中)》第35条“太阳病,头痛发热,身疼腰痛,骨节疼痛,恶风,无汗而喘者,麻黄汤主之”。本条是伤寒表实证的主要方证条文,其风寒邪气侵袭人体,太阳经首当受邪,卫气郁遏太过、腠理闭塞,寒邪闭表,正邪相争而出现一系列太阳伤寒表实证的症状群。麻黄汤证主要是由于无汗、病邪充斥体表,故表现为表实证,无汗热邪无法外出而已肺的呼吸代偿,故表现出喘的症状,身痛、腰痛、骨节痛均为外邪充斥体表所致。《伤寒论》所述“麻黄八证”概括了麻黄汤用于太阳伤寒表实证的辨证要点,王国华主任医师认为麻黄汤的应用指证为高热无汗,恶寒,无咽痛,舌苔薄白,脉浮或浮紧,血象不高,同时患者身体壮实者,以免汗出伤正^[17]。熊平等^[18]研究发现麻黄汤可广泛应用于流行性感、扁桃体炎、急性慢性支气管炎等符合外感风寒表实证的呼吸系统疾病发热。故临床出现无汗出、身体疼痛、脉紧而喘的外感患者,则宜与麻黄汤;若项背强

几几、无汗、恶风者,则宜与葛根汤,正如《伤寒论·辨太阳病脉证并治(中)》第31条“太阳病,项背强几几,无汗恶风,葛根汤主之”;葛根性味甘辛微凉,有解肌退热之功,葛根之性,延蔓上腾,故能升津液舒经脉以疗项背拘急不舒。潘磊^[19]认为外感病外寒内热证采用葛根汤加减治疗,结果发现葛根汤组解热时间和痊愈时间明显缩短;CD4⁺、CD3⁺及CD4⁺/CD8⁺较前增高,与对照组对比,差异有统计学意义。葛根汤的方证特点为发热,恶风或恶寒恶寒,项背部拘紧感。大青龙汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治(中)》第38条“太阳中风,脉浮紧,发热恶寒身疼痛,不汗出而烦躁者,大青龙汤主之,若脉微弱、汗出恶风者,不可服之。服之则厥逆、筋惕肉瞤,此为逆也”。此方为麻黄汤与越婢汤的合方,主要适用于二方的合病证,为发汗利水之峻剂,用药太阳阳明合病者,其既能加太阳表、清阳明里热,并能够祛除在表之水湿,并指出本方汗出恶风之表虚证不可应用。麻黄杏仁甘草石膏汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治(中)》第63条“发汗后,不可更行桂枝汤,汗出而喘,无大热者,可与麻黄杏仁甘草石膏汤”;及《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》第162条“下后不可更行桂枝汤,若汗出而喘,无大热者,可与麻黄杏仁甘草石膏汤”。此方由麻黄汤减去辛温的桂枝加石膏而组成,病机为表邪未解但里热已显,因里热蒸汗外出故其汗多黏腻,本方归属于太阳阳明合病。本方的方证特点为汗出而喘,无大热,口渴,咳嗽,气喘,痰黏黄稠,舌尖红,苔薄白而干或薄黄,脉浮数或滑数。

3.2 少阳病——小柴胡汤类方

少阳病为在半表半里的阳证。《伤寒论·辨少阳病脉证并治》第263条“少阳之为病,口苦,咽干,目眩也”。本条为少阳病的提纲条文,意即少阳病以口苦、咽干、目眩等一系列症候为特征,因为半表半里的热证,热邪势必循孔窍上迫,因此会出现口腔、咽喉等症状。小柴胡汤为少阳病的代表方剂,《伤寒论·辨太阳病脉证并治(中)》第96条曰“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,嘿嘿不欲饮食,心烦,喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸,小便不利,或不渴,身有微热,或咳者,小柴胡汤主之”;《伤寒论·辨太阳病脉证并治(中)》第97条曰“血弱气尽,腠理开,邪气因入,与正气相搏……小柴胡汤主之”。根据上述条文故认为小柴胡汤的病机为“血弱气尽,腠理开,邪气因入”正邪对峙、留而不去的病理状态,可以将小柴胡汤的主症概括为口苦、咽干、目眩、往来寒热、胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食、心烦喜呕^[20]。通过“伤寒,脉弦细,头痛发热者,属少阳。少阳……烦而悸”条文可知太阳病桂枝汤证的头痛发热和少阳病小柴胡汤证的头痛发热区别要点在于少阳病多为脉弦细而太阳病多见脉浮。朱国伟^[21]通过研究发现小柴胡汤加减治疗发热性疾病的效

果十分显著,能够降低患者的白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)炎症因子水平,促进康复。小柴胡汤常用于治疗感冒、上呼吸道感染、肺炎、慢性阻塞性肺疾病伴见肺部感染疾病、胆囊炎、腮腺炎、中耳炎等^[22-23]。小柴胡加石膏汤为本方原方生石膏,主要用于小柴胡汤证而口干口渴明显者,临床多用于感冒、麻疹、肺炎等疾病发热后热不退或不适合发热者;小柴胡汤加桔梗汤适用于小柴胡汤证而有咽痛或排痰困难者;小柴胡汤合葛根汤适用于太阳少阳合病的外感重证,特别适用于初发病及不是单纯的表证恶寒发热、同时伴有恶心呕吐口苦的少阳证者。

3.3 阳明病——白虎汤类方

阳明病即在里的阳证,《伤寒论·辨阳明病脉证并治》第180条曰“阳明之为病,胃家实是也”,《伤寒论·辨阳明病脉证并治》第182条曰“阳明病外证云何,答曰:身热,汗自出,不恶寒而发热也”。上述2条指出了阳明腹实证和阳明外证。白虎汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治(下)》第176条言“伤寒脉浮滑,此以表有热,里有寒,白虎汤主之”。及《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》350条“伤寒脉滑而厥者,里有热,白虎汤主之”。白虎汤是伤寒阳明经证的主方,其病机是表里俱热,热邪壅遏于里或三阳合病,邪热偏重于阳明^[24]。现代药理研究表明白虎汤明显抑制发热家兔TNF- α 、IL-1 β 、IL-6、CD8+水平升高,促进CD4+水平与CD4+CD8+显著上升而发挥退热作用^[25]。冯世纶教授认为本方属于阳明证方剂^[26],临床常用于感冒、发热、中暑以及伤寒、斑疹伤寒、乙型脑炎等发热性疾病,认为本方的方证特点为自汗出、脉滑数。白虎加人参汤为白虎汤原方加入人参,通过与白虎汤条文对比发现白虎汤证无一条论述大渴,而白虎加人参汤条文有“大烦渴”“口燥渴”“身热而渴”等,故可认为治疗口渴的主要药物为人参而非石膏。本方为阳明太阴合病,白虎加人参汤的方证特点是白虎汤证又见口渴明显者。竹叶石膏汤出自张仲景《伤寒论·辨太阳病易差后劳复病脉证并治(上)》397条云“伤寒解后,虚羸少气,气逆欲吐者,竹叶石膏汤主之”,本方为麦门冬汤去大枣加石膏、竹叶而成,具有清热生津、益气和胃之功^[27],本方属于阳明太阴合病,辨证要点为虚羸少气,烦渴者,主要用于急性发热性疾病的后期治疗,如肺炎治疗后反复低热等。

3.4 少阴病

少阴病即为表阴证,其症状反应于表的虚证、寒证、阴证,是因为体质虚弱或老年气虚俱衰,当外邪来犯时无力于邪气相争,邪气很快传里,即不能驱集大量体液于体表,故表现为无热而恶寒的病理状态^[28]。《伤寒论·辨少阴病脉证并治》281条曰“少阴之为病,脉微

细也”,这条说明了症状反应于表而见脉微细、但欲寐的表现者即为少阴病。《伤寒论·辨少阴病脉证并治》301条曰“少阴病,始得之,反发热脉沉者,麻黄附子细辛汤主之”。王怀茂^[29]认为少阴病病因病机为里虚寒证、阳气衰弱的基础上感受寒邪,机体尚存抗故可出现发热症状,本方以麻黄外散表寒来解除发热,同时应用附子温里振奋阳气,细辛性善走窜麻黄祛风散寒解表、助附子温里祛邪外出,共同治疗阳虚外感证。胡希恕先生认为素体素虚的人,若患伤寒或感冒,当有表证时往往表现为少阴病,由于功能不振维持在表的时间较短,故以本方微发汗以解除少阴在表之邪^[30]。本病病位在表可给予发汗解表之法治,然而少阴病为在表的阴证,治疗不可单纯发汗,同时必须佐以温阳强壮之剂才能够有力祛除外邪而不伤正气。本方的方证特点为恶寒、无汗、脉微细者,多用于虚弱体质患者感冒等外感发热性疾病的治疗。

4 病案举例

4.1 急性上呼吸道感染案

患某,男性,61岁,初诊时间:2019年5月7日。主诉:间断性发热7d。现病史:患者7d前受凉后出现寒战发热,体温最高达39.8℃,伴有头痛,鼻塞流涕,无汗出,无咳嗽、咯痰,无咽痛,无胸痛胸闷气短,在我院查胸部CT未见明显异常,血常规大致正常,诊断为“急性上呼吸道感染”,给予抗病毒等治疗,患者寒战、发热未见好转,为求进一步治疗而来我院。查体:体温39.0℃,咽部黏膜无充血,双侧扁桃体无肿大,双肺呼吸音清晰,未闻及干湿性啰音。刻下症:恶寒发热、头痛,伴有口干,无咳嗽、咯痰,无鼻塞流涕,大便正常,小便清,舌淡苔薄白,脉弦紧。西医诊断:急性上呼吸道感染。中医诊断:外感发热,六经辨证为太阳阳明合病。辨方证为葛根汤加石膏方证,药用:葛根30g,麻黄10g,桂枝12g,白芍10g,生甘草9g,生石膏45g,生姜9g,大枣10g。中药配方颗粒剂,2剂,每日1剂,用200mL开水融化,每日3次。2019年5月8日:患者二诊,患者诉仍有头痛、恶寒发热、颈背部肌肉拘紧感,伴有口干,测体温仍达39.0℃,舌脉同前。患者因仍发热要求更换处方,考虑患者症状及舌脉同前,辨证同前,考虑服药间隔时间过长并未用辅汗三法,故改为患者每4小时口服半剂,并嘱患者服药后口服稀粥一小碗发汗。2019年5月10日:三诊,患者诉按上述服用方法后昨晚全身微微出汗,随头痛、恶寒发热消失,今晨患者无明显不适症状。

按语:本患者有恶寒、发热、头痛等症状,检查胸部CT未见明显异常,故西医诊断急性上呼吸道感染感染明确。从中医来讲虽然发热已经7d,但患者仍有恶寒、头痛、鼻塞、流涕等症状,根据中医辨证依据症状反

应仍考虑为太阳病,同时患者项背部不适,辨方证为葛根汤证,故给予葛根汤治疗,但效果不理想。考虑桂枝汤原方后服用方法“服已须臾,多热粥一升余,以助药力……臭恶等物”。李士懋教授认为辅汗三法可用于发汗解表方剂^[31],故二诊时改为每4小时口服1次,并服用热粥以助发汗而取效,说明了方证相对时药物的剂量及护理具有重要的作用。

4.2 急性扁桃体炎案

患某,男性,14岁,初诊时间:2022年3月1日,主诉:间断性发热5d。现病史:患者5d前受凉后出现发热恶寒、咽痛,伴有咳嗽、咯痰,为少量白色黏痰,无胸痛胸闷气短,在当地给予口服“阿莫西林胶囊”等药物治疗后恶寒症状消失,但仍有发热、咳嗽、咽痛,体温波动在38.5℃左右,伴有口苦口渴,食欲差,为求进一步治疗而来我院。查体:体温:38.9℃,咽红,双侧扁桃体Ⅱ度肿大,双肺呼吸音清晰,未闻及干湿性啰音。刻下症:发热、咳嗽、咽痛,纳差,无鼻塞流涕,大便正常,小便色略黄,舌尖红苔薄白,脉弦数。西医诊断:急性扁桃体炎。中医诊断:外感发热,六经辨证为少阳阳明合病,方证辨证为小柴胡汤合桔梗甘草汤方证。具体中药如下:柴胡24g,黄芩10g,清半夏12g,党参10g,生甘草9g,桔梗10g,生薏苡仁30g,生石膏45g,生姜9g,大枣10g。中药配方颗粒剂,每日1剂,用200mL开水融化,每日3次。2022年3月4日二诊:患者诉服用药物后发热减退,仍有轻度咽喉肿痛,无咳嗽,纳差,大便日1行,舌尖红苔薄白,脉弦细。上方减柴胡18g,并加金银花15g,连翘10g清热解毒,患者纳差加陈皮18g,3剂,服用方法同前。2022年3月7日,三诊,患者诉发热咽痛消失,无明显不适,嘱患者避免受凉感冒,注意调摄。

按语:急性扁桃体炎是儿童常见的感染性疾病,西医治疗主要采用抗感染等,中医则多从炎症为热邪考虑,治疗以清热解毒为主。本患者根据胡希恕六经八纲辨证理论体系辨六经:患者咽喉肿痛、发热,纳差,病在半表半里,经治疗后无寒症表现,故可排除厥阴病,辨证为少阳,阳热之邪郁集于胸腹腔间的半表半里,外不得出于表,内不得入于里,则导致热邪循孔道以上炎,则口、咽、耳、目诸炎症,多属于少阳证。口干、小便略黄为病在阳明;无恶寒、无身痛、无鼻塞等表证,排除太阳少阴病,故辨证为少阳阳明合病。辨方证:发热、口苦、纳差,为病在少阳,予小柴胡汤,咽痛为桔梗甘草汤方证,口渴为生石膏药证,故本病以小柴胡汤合桔梗甘草加石膏治疗,二诊患者发热明显减轻,考虑效不更方,继续予以原方治疗,因食欲差,故加陈皮开胃,经治疗后患者痊愈,说明运用六经八纲指导临床用药具有简单易掌握的优势。

5 结 语

以上为外感发热六经八纲方证辨治要点,若能深刻领会要点精髓,基于胡希恕六经八纲方证理论运用经方治疗外感发热均能起到事半功倍的效果,所述方剂仅为笔者常用方剂,临床仍有经方治疗大柴胡汤、桂枝去桂加茯苓白术汤、猪苓汤等未能进行深入研究。在今后的工作中仍需更加深入研究胡希恕先生的学术思想,长期进行临床实践,才能全面认识、系统掌握外感发热的辨治。

参 考 文 献

- [1] 冯世伦. 中国百年百名中医临床家书·胡希恕[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:112-113.
- [2] 武开放,杨幼新. 胡希恕先生独特的六经辨证体系[J]. 吉林中医药,2013,33(7):665-667.
- [3] 段治钧.《胡希恕经方精义笔录》[M]. 北京:北京科学技术出版社,2017:4-6.
- [4] 臧海洋,顾庆华,葛桂萍,等. 基于胡希恕教授下利治验探讨溃疡性结肠炎六经方证[J]. 中国民族民间医药,2022,31(13):73-76.
- [5] 冯世伦. 冯世伦经方医论·冯世伦[M]. 北京:中国中医药出版社,2020:65-66.
- [6] 丘宇慧,武曼丽,华荣. 林夏泉辨治外感发热经验介绍[J]. 新中医,2022,54(13):200-204.
- [7] 徐树春. 外感发热的分类诊治[J]. 中国民间疗法,2020,28(14):17-20.
- [8] 郭昶,蔡小丽,张秋彬,等. 周洪彬治疗外感发热经验介绍[J]. 新中医,2020,52(11):218-221.
- [9] 采晓阳,马秀霞,刘楠,等. 中医药治疗发热研究进展[J]. 光明中医,2022,37(6):1093-1096.
- [10] 冯世伦. 胡希恕论通治:纪念胡希恕诞辰120周年[J]. 中医药通报,2018,17(2):1-5.
- [11] 韩文兵,王双玲,李玉峰,等. 外感热病中医治法[J]. 中医临床研究,2021,13(22):122-125.
- [12] 毛丽容,王释亮,谢义松. 从胡希恕《伤寒论》学术思想探析小柴胡汤[J]. 湖南中医杂志,2021,37(9):124-126.
- [13] 冯世伦. 经方辨证依据症状反应[J]. 中华中医药杂志,2021,36(1):22-26.
- [14] 冯世伦. 经方医学讲义[M]. 北京:中国中医药出版社,2020:39.
- [15] 郭超峰,陈升. 桂枝汤解热作用的机制研究回顾[J]. 中国中医药现代远程教育,2015,13(8):144-146.
- [16] 张建奎,郑宏,冯刚,等. 郑启仲教授运用桂枝汤加减治疗儿科疾病经验[J]. 中医儿科杂志,2020,16(5):16-19.
- [17] 陈媛媛,王国华. 王国华老中医运用麻黄汤治疗流感发热的临床经验[J]. 中医临床研究,2021,13(34):110-111.
- [18] 熊平,蒋灵芝,苗维纳. 麻黄汤解表发汗的研究方法及临床运用[J]. 中医研究,2003,16(5):54-58.
- [19] 潘磊. 葛根汤治疗上呼吸道感染外寒内热证的临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2019,17(4):77-78.

- 剪切波超声弹性成像评价[J]. 颈腰痛杂志, 2019, 40(2): 197-200.
- [25] 吴凡, 曹端广, 许权, 等. 竹圈姜灸治疗寒湿痹阻型慢性非特异性腰痛的效果及对患者睡眠质量的影响[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(5): 1158-1161.
- [26] 唐丽梅, 邓陈英, 黄辉, 等. “长蛇灸”治疗寒湿型慢性非特异性腰痛及负性情绪的临床研究[J]. 针刺研究, 2020, 45(12): 1014-1018, 1022.
- [27] 刘媛媛, 拉巴次仁, 苏莹, 等. 岭南传统天灸疗法治疗非特异性腰痛的临床疗效[J]. 西部医学, 2022, 34(6): 891-895.
- [28] 王洋, 周秀玲. 百笑灸调治对社区老年慢性非特异性下腰痛患者及其生命质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(17): 4397-4399.
- [29] 吕智桢, 房敏. 脊柱微调手法治疗非特异性下腰痛[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(1): 218-220.
- [30] 王博毅, 贺阿利, 郝东岩, 等. 手法弹拨腹部阳性反应点(物)治疗肾虚型非特异性慢性腰痛32例[J]. 现代中医药, 2020, 40(6): 58-61.
- [31] 许菁, 王中明, 李奎. 推拿联合肌内效贴治疗慢性非特异性下腰痛的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2018, 40(5): 52-54.
- [32] 熊国星, 王鑫, 程元辉, 等. 动推疗法与单纯推拿疗法治疗慢性非特异性腰痛的近期疗效对比研究[J]. 中医正骨, 2017, 29(11): 33-37.
- [33] 杨明, 齐艳秋. 中药热奄包结合麦肯基疗法治疗非特异性下腰痛30例[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(5): 842-843.
- [34] 刘宜军, 杨勇, 孙丽敏. 附子汤合芍药甘草汤加味离子导入治疗寒湿痹阻证非特异性下腰痛[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(20): 195-200.
- [35] 陈润, 张喆, 葛玲玉, 等. 改良寒痹透骨方治疗慢性非特异性下腰痛的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(15): 122-124.
- [36] 许琳, 张洪玉. 以扶他林乳胶为介质走罐对慢性非特异性腰痛患者生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(16): 1800-1803.
- [37] 袁娜, 冯敏山, 任书英, 等. 储药罐疗法对非特异性下腰痛患者疼痛症状改善效果观察[J]. 北京中医药, 2017, 36(5): 467-469.
- [38] 章芬. 阿是穴拔罐放血配合八段锦治疗气滞血瘀型慢性非特异性下腰痛33例[J]. 福建中医药, 2022, 53(4): 12-14.
- [39] 夏秀云, 章显宝. 契约式体能训练结合艾灸、推拿对亚健康状态下非特异性腰背痛患者的影响[J]. 山东中医杂志, 2021, 40(12): 1347-1351.
- [40] 陈振华, 郑其开, 陈水金, 等. 温针灸联合三步七法推拿治疗阳虚寒湿痹阻型慢性非特异性腰痛: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2022, 42(5): 505-510.
- [41] 熊杉, 张如祥, 杨明艳. 火龙罐联合怀独壮腰丸方外敷治疗肾虚型下腰痛的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2022, 44(1): 53-55.
- [42] 张海亮. 独活寄生汤加减联合中医推拿和中药熏洗治疗非特异性腰痛患者的效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(21): 102-104.
- [43] 杨星月, 赵宏, 刘佳, 等. 针刺在国内外腰痛指南中的应用现状[J]. 中国针灸, 2019, 39(8): 908-912.
- [44] 谢思睿, 毕宇峰, 董友朋, 等. 针灸治疗慢性非特异性腰痛选穴规律研究[J]. 世界中医药, 2022, 17(11): 1611-1616.
- [45] 苏红, 潘珺俊, 范肃, 等. 基于数据挖掘探究推拿治疗腰腿痛的选穴规律[J]. 北京中医药, 2021, 40(12): 1393-1396.
- [46] 罗容, 章薇, 石文英, 等. 古代文献中针灸治疗腰痛的选穴规律分析[J]. 中医药导报, 2021, 27(4): 126-130.
- [47] 陈沛, 任超学, 李新通, 等. 呼吸训练在非特异性腰痛防治中的研究进展[J]. 中国康复理论与实践, 2020, 26(8): 913-916.
- [48] 孙明媚, 毛翔, 刘金涛, 等. 头针结合运动疗法治疗非特异性腰痛: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2022, 42(5): 511-514.

(收稿日期 2023-02-10)

(上接第 1478 页)

- [20] 郭健, 胡洋, 何华. 何华应用小柴胡汤经验[J]. 国医论坛, 2022, 37(5): 50-52.
- [21] 朱国伟. 小柴胡汤加减治疗发热性疾病的效果及对炎症因子水平的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(21): 144-145.
- [22] 何军, 万丽玲, 丁兆辉. 万丽玲治疗少阳外感发热体会[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(6): 193, 195.
- [23] 陈海萍. 郑恺运用小柴胡汤经验介绍[J]. 新中医, 2022, 54(8): 37-40.
- [24] 杨思齐, 王钰涵, 王耀光. 王耀光教授运用白虎汤经验[J]. 天津中医药, 2022, 39(7): 832-835.
- [25] 杜立遥, 于蓓蓓, 孙丹丹, 等. 经方白虎汤药理作用及药效成分研究进展[J]. 北京中医药, 2018, 37(5): 476-479.
- [26] 冯世伦, 张长恩. 胡希恕病位类方证解[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 162.
- [27] 祖浣毓, 姜枫. 基于文献计量学分析竹叶石膏汤的研究热点和临床应用[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(11): 35-38, 148-149.
- [28] 冯世伦. 中国百年百名中医临床家丛书: 胡希恕[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 175.
- [29] 王怀茂, 赵鸣芳. 仲景应用麻黄治疗外感发热配伍浅析[J]. 河南中医, 2015, 35(11): 2585-2586.
- [30] 冯世伦, 张长恩. 胡希恕病位类方证解[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 162.
- [31] 李士懋, 田淑霄. 李士懋田淑霄医学全集[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 336.

(收稿日期 2022-12-06)