温病下法在临床杂病应用的中医理论探究及验案浅析*

李方凯¹, 曹云松¹, 谷新怡², 朱跃兰¹, 刘小平¹, 王东峰³, 胡博^{1,△}

(1. 北京中医药大学东方医院, 北京 100078; 2. 北京中医药大学东直门医院通州院区, 北京 101121;
3. 北京中医药大学第三附属医院, 北京 100029)

摘要: 以温病和下法的历代源流为切入点, 探究温病下法在临床杂病应用的中医理论, 尤其湿温证应用下法的争议、时机和技巧, 并通过临证验案两则简要分析应用下法的辨证思路和心得体会。旨在梳理和总结温病下法的遣方用药特色, 为临床杂病的诊疗提供新的理论依据。

关键词: 温病; 下法; 临床杂病; 中医理论; 验案

中图分类号: R 242 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 11-0021-05

Exploration of Traditional Chinese Medicine Theory Xia fa and Analysis of Clinical Cases of Treating Febrile Diseases/LI Fangkai¹, CAO Yunsong¹, GU Xinyi², et al// (1. Dongfang Hospital of Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100078, China; 2. Tongzhou Branch of Dongzhimen Hospital of Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101121, China)

Abstract: Starting from the historical origins of febrile diseases and Xiafa, this article explores the traditional Chinese medicine theory of the application of Xiafa in clinical miscellaneous diseases, especially the controversy, timing, and skills of the application of Xiafa in the syndrome of dampness and warmth. Through two clinical cases, it briefly analyzes the dialectical thinking and experience of applying Xiafa. The purpose is to sort out and summarize the characteristics of prescription and medication for treating febrile diseases, and provide a new theoretical basis for the diagnosis and treatment of clinical miscellaneous diseases.

Keywords: Febrile diseases; Xia fa; Clinical miscellaneous diseases; Theory of Traditional Chinese Medicine; Clinical cases

关于温病的记载, 最早在《黄帝内经》《难经》等中医典籍中即有所体现, 然涵义各有不同, 或指温热病之泛称, 如《素问·生气通天论》:“冬伤于寒, 春必病温。”^[1]《灵枢·论疾诊尺》:“尺肤热甚, 脉盛躁者, 病温也。”《素问·评热病论》:“有病温者, 汗出辄复热而脉躁疾, 不为汗衰, 狂言, 不能食, 病名阴阳交……”。或指广义伤寒中的一种, 如《难经·五十八难》:“伤寒有五, 有中风, 有伤寒, 有湿温, 有热病, 有温病。”或指夏至以前发病之温热病, 如《素问·热论》:“凡病伤寒而成温者, 先夏至日者为病温……”。现代中医理论认为温病是指因感受温热之邪而引起的以热象偏重、易于化燥伤阴为特点的急性外感疾病的总称, 包括多种外感急性热病, 如风温、春温、暑温、湿温、秋燥、伏暑、冬温、温疫、温毒、大头瘟、烂喉痧等^[2]。

温病具有起病急、热势甚、传变快、易于伤津化燥伤津的特点, 按照温病学之卫气营血和三焦辨证法, 常用的治法包括解表、疏卫、清营、凉血、和解、通下、开窍、回阳固脱等。其中, 通下属于中医治疗八法之下法, 指运用具有泻下、润下、攻

逐等作用的药物, 达到通导大便、消除积滞、荡涤实热、攻逐水饮或积聚的治疗方法。笔者拜读吴又可、叶天士、吴鞠通、柳宝诒等温病大家之著作和医案浅获心得, 温病临床运用下法的理论独具特色, 尤其湿温证可用下法与否的争辩和下法的时机、方法、用药的选择颇有感悟, 应用于临证内科杂病颇合病机, 具有一定的实际意义。

1 下法滥觞归内经, 历代沿袭论方全

1.1 《内经》开下法之先河, 立下法之纲目 《素问·阴阳应象大论》曰:“其下者, 引而竭之; 中满者, 泻之于内。其实者, 散而泻之。”《素问·热论》曰:“其满三日者, 可泄而已。”《素问·至真要大论》曰:“留者攻之。”由文见解, 病邪积滞于内, 所致中焦脘腹胀满, 里实内结, 宜用攻下祛邪法。结合临床实际情况, 可以认为凡是胃肠实热积滞、燥屎内结, 以及体内蓄水、冷积、瘀血内蓄等邪实之证, 而正气未虚者, 均可使用下法。

1.2 《伤寒论》首倡下法, 分门别类, 方药具备 首先把下法成功运用于临床, 并将其作为基本大法独立呈现, 实乃东汉张仲景之功。仲景确立寒下、

* 基金项目: 国家自然科学基金委员会资助项目 (编号: 81874438)。第一作者: 李方凯, 硕士, 主治医师, 研究方向: 中医药防治风湿免疫疾病。E-mail: lifangkai1324@163.com; △ 通讯作者: 胡博, 博士, 主治医师, 研究方向: 中医药治疗皮肤疾病。E-mail: shevchenbo@163.com。

温下、峻下、缓下、逐水等不同方法，如《伤寒论》“阳明病，脉迟，虽汗出，不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘，有潮热者，此外欲解，可攻里也，手足濇然而汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之……若腹大满不通者，可与小承气汤，微和胃气，勿令大泄下”“伤寒吐后，腹胀满者，与调胃承气汤”等^[3]，此为三承气汤分别治疗不同程度的“腹满”之证。除此之外，还有如“太阳病不解，热结膀胱……外解已，但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤”“太阳病，六七日表证仍在……以热在下焦，少腹当硬满……瘀热在里故也，抵当汤主之”，此为下焦太阳蓄血证所设之“桃核承气汤、抵当汤”；又如“伤寒六七日，结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石硬者，大陷胸汤主之”“太阳中风，下利，呕逆……心下痞硬满，引胁下痛……此表解里未和也，十枣汤主之”，此为水饮结胸证所设之“大陷胸汤、十枣汤”；再如“趺阳脉，浮而涩，浮为胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约，麻子仁丸主之”，此为脾约证所设之“麻子仁丸”等。以上条文方药堪称临床运用下法的鼻祖。

1.3 金元门户始争鸣，见解各异均可鉴 金元时期的医家在下法理论和应用的发展中起到了承前启后、创新突破的重要推动作用。刘完素倡导的“火热论”，提出“六气皆从火化”，治疗火热为因的病症使用寒凉药物，如《素问玄机原病式》曰：“如表热服石膏、知母、甘草、滑石、葱、豉之类寒药，汗出而解者；及热病半在表，半在里，服小柴胡汤寒药，能令汗出而愈者；热甚服大柴胡汤下之，更甚者，小承气汤，调胃承气汤、大承气汤下之。发黄者，茵陈蒿汤下之；结胸者，陷胸汤、丸下之。此皆大寒之利药也，反能中病，以令汗出而愈。”认为惟有用辛凉或甘寒以解表，则表解热除，斯为正治；表证已解而里热郁结，汗出而热不退者，都可以运用下法，因此后世有“伤寒宗仲景，热病崇河间”之说。张从正作为“攻邪派”的代表，传承刘完素的学术思想，将下法推上又一个高峰。他认为邪气的阻碍是血气郁滞的根本原因，故祛邪为第一要义，据此确立了“论病首重邪气，治病先论攻邪”的疾病诊治总原则。如《儒门事亲》曰：“所以谓寒药下者，调胃承气汤泄热之上药也；大、小桃仁承气，次也；陷胸汤，又其次也；大柴胡又其次也。以凉药下者，八正散泄热兼利小溲；洗心散抽热兼治头目；黄连解毒散，治内外上下蓄热而不泄者；四物汤凉血而行经者也；神芎丸解上下蓄热而泄者也。以温药而下者，无忧散下诸积之上药也；十枣汤下诸水之上药也。以热药下者，煮黄丸、缠金丸之类也……”^[4]故子和推崇下法在祛邪法中最为直接，可达到“陈莖去而肠胃洁，症瘕尽而营卫昌”的目的。

1.4 明清温病重下法，汇分探幽细斟酌

1.4.1 吴又可 吴又可认为下法不仅泻实，还可泻

热，倡导“温病下不厌早、急证急攻”。如《温疫论》“急证急攻”篇曰：“温疫发热一二日，舌上白苔如积粉，早服达原饮一剂……此伏邪即溃，邪毒传胃也。前方加大黄下之……通舌变黑生刺，鼻如烟煤，此邪毒最重，复瘀到胃，急投大承气汤……此一日之间，而有三变，数日之法，一日行之。因其毒甚，传变亦速，用药不得不紧。设此证不服药，或投缓剂，羁迟二三日，必死。”。另如《温疫论》“大便”篇曰：“大便闭结者，疫邪传里，内热壅郁……下之结粪一行，瘀热自除，诸证悉去……热结旁流者，以胃家实，内热壅闭……因大肠邪胜，失其传送之职，知邪犹在也，病必不减，宜更下之……大肠胶闭者，其人平素大便不实，设遇疫邪传里……疫毒无路而出，不下即死，但得粘胶一去，下证自除，霍然而愈。”认为“邪为本，热为标，结粪又其标也”“勿拘下不厌迟”“邪未尽可频下”。同时其下卷记载“应下诸证”中，用专门的篇章陈列了19种应用下法的症状和舌脉特征，提出下法“非专为结粪而设”，主张“注意逐邪，勿拘结粪”，可见其对临证下法灵活运用之心得。

1.4.2 叶天士 叶天士对温病之可下与否及下法轻重提出独立见解，正如其《温热论》“里结阳明”篇所述：“再论三焦不得从外解，必致成里结。里结于何？在阳明胃与肠也。亦须用下法，不可以气血之分，就不可下也。但伤寒邪热在里，劫烁津液，下之宜猛；此多湿邪内搏，下之宜轻。伤寒大便溏为邪已尽，不可再下；湿温病大便溏为邪未尽，必大便硬，慎不可再攻也，以粪燥为无湿矣。”同时，叶氏强调在应用下法及攻下药物时须查验舌象之变化，将下法之证与湿满、气滞等证以细缜鉴别，如曰：“前云舌黄或浊，当用陷胸、泻心，须要有地之黄，若光滑者，乃无形湿热，已有中虚之象，大忌前法。其脐以上为大腹，或满或胀或痛，此必邪已入里，表症必无，或存十之一二。亦须验之于舌：或黄甚；或如沉香色；或如灰黄色；或老黄色；或中有断纹。皆当下之，如小承气汤，用槟榔、青皮、枳实、元明粉、生首乌等皆可。若未现此等舌，不宜用此等药。恐其中有湿聚太阴为满；或寒湿错杂为痛；或气壅为胀，又当以别法治之矣。”

1.4.3 吴鞠通 吴鞠通的《温病条辨》对温病学理论基础的建立和临床疗效的提高具有划时代的重要意义，他对三承气汤的细致辨证和灵活运用，充分体现了温病下法的特色，如《温病条辨》“中焦篇”“阳明温病，面目俱赤，肢厥，甚则通体皆厥，不蜷，但神昏，不大便……胸腹满坚，甚则拒按，喜凉饮者，大承气汤主之”、“阳明温病，诸证悉有而微，脉不浮者，小承气汤微和之……阳明温病，汗多谵语，舌苔老黄而干者，宜小承气汤”、“阳明温病，纯利稀水无粪者，谓之热结旁流，调胃承气汤主之……”等。另外，鞠通补前人之未备，总结创

立多首承气新方运用于温病治疗，如“中焦篇”所载：“下后数日，热不退，或退不尽，口燥咽干，舌苔干黑，或金黄色，脉沉而有力者，护胃承气汤微和之”、“阳明温病，下之不通，其证有五：应下失下，正虚不能运药，不运药者死，新加黄龙汤主之。喘促不宁，痰涎壅滞，右寸实大，肺气不降者，宣白承气汤主之。左尺牢坚，小便赤痛，时烦渴甚，导赤承气汤主之。邪闭心包，神昏舌短，内窍不通，饮不解渴者，牛黄承气汤主之。津液不足，无水舟停者，间服增液，再不下者，增液承气汤主之。”所述承气汤类方和新加黄龙汤等法，宗源下法而各显所长，实为丰富下法之临床发挥具有重要指导作用。综合上述历代名医之理法和立方可见，广义之下法包含泻下、润下、逐水、下血等多层涵义，至明清温病大家对于下法的运用集中体现为泻下、润下治法，此可理解为狭义之下法。

2 温病下法之辨析

温病下法是运用具有泻下作用或滋阴增液的药物组成方剂，治疗外感温热之邪或湿热之邪所致大便内结、阳明腑实、湿热积滞、津亏便秘等证，以达到攻下祛邪、急下存阴、荡除积滞等治疗目的。病因病机多为卫分热邪转入气分，邪传胃腑，邪热内结，或上焦热邪下传中焦，邪结胃腑而成。温病学家柳宝诒说：“温热病热结胃腑，得攻下而解者，十居六七。”可见温病下法最大的特点就是针对性较强，主要针对外感疾病中具有温热性质的一类疾病。然而需要注意的是下法，尤其是寒下法，固然是截断病势、逐邪泄热的一种有效的治疗措施，用之得当，可收立竿见影之效，但毕竟大黄、芒硝等易损伤人体津气，运用不当可导致阴液耗伤。正如《素问·六元正纪大论》云：“大积大聚，其可犯也。衰其大半而止，过者死。”换言之，温病运用下法治疗需要注意相关禁忌原则，如腑实未成者慎下，阴虚不可数下，湿温初起禁下，年老体弱者慎下等。

对于温病里结便秘之证，必须区别温热病与湿热病，采取不同的下法。温热病属温病之不兼湿者，忌刚喜柔。其下法证治的病机主要为阳明胃热伤阴，肠失濡润，邪热与肠中糟粕相结，致使燥屎内阻，胃气不降，邪无出路。临床表现以腹满、便秘、苔燥为特点，治疗当以承气之剂，苦寒攻下，或滋阴攻下，通降胃气，逐邪外出，以救阴液。如寒下法之承气汤类，增液承气汤、宣白承气汤、新加黄龙汤、牛黄承气汤、导赤承气汤。其中，吴鞠通对于寒下法最大的贡献当设定“增液汤”一法以治“无水舟停”之证莫属。湿热病属温病之兼湿者，忌柔喜刚。其下法证治的病机主要为湿热内阻大肠，阻滞肠道气机，致使传导失职，清阳不升，浊阴不降，大便不下，临床表现以腹满、便秘、苔腻为特点，治疗以导滞通下、宣清导浊为主，清热利湿、通腑导下、宣发清气，导浊而出。对于湿温病可否应用

下法的争论历代未休，也正是在此焦点论题上明清温病大家各抒己见，探讨斟酌盛况空前。

3 湿温下法之治法

3.1 湿温之证可下否，古今异论悟心得 一种观点认为湿温禁用下法，前贤早有明训，如张仲景在《伤寒论》中提出“湿家下之，额上汗出，微喘，小便不利者死”的论断；吴鞠通也说到：“湿温‘下之则洞泄’。然而另一种观点则认为湿温可下，而下法时机的选择尤为关键，以明清时期温病大家叶天士和王孟英为代表，如叶天士云：“再论三焦不得从外解，必致成里结。里结于何？在阳明胃与肠也。亦须用下法，不可以气血之分，就不可下也。”王孟英亦论断：“湿热病原有可下之证，惟湿未化燥，腑实未结者，不可下耳，下之则利不止，如已燥结，函宜下夺，否则垢浊熏蒸，神明蔽塞，腐肠烁液，莫可挽回，较彼伤寒之下不嫌迟，去死更速也”。笔者查阅相关古籍和精读温病大家医案，愚认为叶、王之见更为推崇，略陈拙见以为湿温之证的下法仅仅适用于湿温病早期，湿重于热或湿热并重之证候，并非贯穿于湿温病始终，如果病情进展，出现胃中积滞，或者热重于湿，或湿邪化燥等，则当下则下。不可过于拘泥前人之字句，一味倡导“湿温禁下”亦不可取。先贤医家精妙运用下法施治湿温病，然而在现今临证实践中，吸取温病学家的理和法，并借助其方和药，我们灵活变通以下法治疗各种内科杂症收效甚佳，颇有异病同治之参悟。

3.2 病机证治各不同，选方用药俱匠心

3.2.1 湿温化燥 《湿热论》《温病条辨》共介绍了3种湿温化燥的情况，皆可使用下法邪热通便：（1）暑湿已去，热结独存。《温病条辨·中焦篇》40条：“阳明暑温，湿气已化，热结独存，口燥咽干，渴欲饮水，面目具赤，舌燥黄，脉沉实者，小承气汤各等分下之。”（2）胃津劫夺，热邪内居。《湿热论》第35条：“湿热证，口渴，苔黄起刺，脉弦缓，囊缩舌硬，澹语，昏闷不知人，两手搐溺，津枯邪滞。宜鲜生地、芦根、生首乌、鲜稻根。若脉有力，大便不通，大黄亦可加入。”（3）湿热波及厥阴发痉。《湿热论》曰：“湿热证，发痉，神昏笑妄，脉洪数有力，开泄不效者，湿热蕴结胸膈，宜仿凉膈散；若大便数日不通者，热邪闭结肠胃，宜仿承气微下之例。”

3.2.2 湿热痰邪互结于胸 湿热酿痰，结聚于胸，形成结胸的证候；或结胸证，夹有湿热之邪与肠中燥屎相结，成腑实证；若只有前者则可用小陷胸汤加减，夹有后者可用承气和小陷胸汤方。清代著名温病学家何秀山称赞此方：“此为开肺通肠，痰火闭结之良方。”《温病条辨》中焦篇第十条亦有此论断“温病三焦俱急，大热大渴，舌燥，脉不浮而躁甚，舌色金黄，痰涎壅甚，不可单行承气者，承气合小陷胸汤主之。”

3.2.3 湿热积滞郁结肠道 湿与热困阻中焦，湿热与积滞搏结于肠道，进而出现身热稽留，胸腹灼热，呕恶，大便不爽，色黄如酱，苔黄厚腻，脉滑数等症状，非通导不能祛其积滞，非清化不能结其湿。如枳实导滞汤以导滞通下、清热化湿，即清代医家俞根初采用所谓“轻法频下”之法。

3.2.4 热邪久羁，郁结下焦 吴鞠通在《温病条辨》下焦篇第五十五条提到：“湿热久羁，三焦弥漫，神昏窍闭，少腹硬满，大便不下，宜清导浊汤主之”。宣清导浊汤由猪苓、茯苓、寒水石、晚蚕沙、皂荚子组成，猪苓配茯苓渗湿泄滞，晚蚕沙化湿浊升清气，皂荚退暑燥湿、宣开上窍、通利下窍，并借其子通大便虚闭，诸药合力，使郁结湿邪由大便而散。

3.3 湿温下法重技巧，慎终承始护脾胃

3.3.1 轻法频下 清代章虚谷最早提出“轻法频下”，他指出“伤寒化热，肠胃干结，故下宜峻猛；湿热凝滞，大便本不干结，以阴邪瘀闭不通。若用承气猛下，其行速而气徒伤，湿仍胶结不去，故当轻法频下。”后世俞根初承此说，提出“每有迟一二日，热复作，苔复黄腻，伏邪层出不穷。往往经屡次缓下，再次清利，伏邪始尽。”创枳实导滞汤，用攻下之法通导肠腑湿热积滞。何秀山评价枳实导滞汤一方乃“开者开，降者降，不透发而自透发……此为消积下滞，三焦并治之良方。”^[5]笔者对“轻法频下”用于湿温病之理解浅见：轻法，即药量相对要小，如生大黄可用3~6g，必要时可用制大黄；频下，即频繁连续之意，湿热之邪并非一次攻下即能尽除，往往需要连续攻下，即服药可一日不拘两次，少量多饮，但制剂宜轻。

3.3.2 顾护脾胃 在温病临床应用下法诊疗中，对于脾胃的顾护当贯穿始终，笔者研读《临证指南医案》意得叶氏临证常顾于此，如载“夏令脾胃司气，兼以久雨泛潮，地中湿气上干，食味重浊少运，所谓湿胜成五泄也。”“肠胃属腑，湿久生热，气阻不爽，仍以通为法。”立方用生白术、川黄连、厚朴、淡生姜渣、广皮白、酒煨大黄，通下清利湿热，同时兼顾脾胃。

4 古今虽未异轨，但需拆旧易新

4.1 古今时代病机特点及变化 古者时代以外感湿热者居多，或外感湿热与内有秽浊相合而为病。今者时代则以内伤湿热者居多，外感湿热者较古代少，兼夹证多且偏重。病因多为饮食所致湿热内蕴，嗜食肥甘厚味，辛辣刺激；或虽多食寒冷，但仍易化热，日久成湿热胶结。临证审视当今时代湿热之病机，挟有食积、热毒、秽浊较多。正所谓张元素尝云：“运气不齐，古今异轨。”^[6]湿热之证本多蕴结于中焦，属阳明胃和太阴脾者居多，中气实则病在阳明胃，中气虚则病在太阴脾。但就现代临证来看，湿热除中焦之外，还多偏于肠腑，不局限于脾胃，

且挟有心肝之火、肝气者甚多故湿热之病位，自胃至肠，涉及心、肝二脏。病机之转变如何？一方面，今时之人饮食不节成习，嗜食辛辣油腻等味重刺激者众，损及太阴湿浊内生，久化湿热壅滞阳明，另一方面，情志不畅躁怒郁烦频发，气机阻滞内伤心肝，中焦湿热乘虚侵犯。

4.2 把握下法时机与遣方用药思路 内伤之湿热与外感之湿热治法不同，愚以为应提倡更加早下、频下，不可错失良机。虽未见到大便秘结，甚至大便臭秽不堪者，均可使用下法。据此推敲，湿温之下法应具备“截断扭转”之含义，截断理论的核心是采取果断措施和辨证方药，直捣病巢而祛除病邪，快速控制病情，截断疾病的发展蔓延，以求提高疗效、缩短病程。然湿温之病亦有地域气候、环境人文等差异。结合北方地域环境，时季特点乃暑夏炽热而秋冬寒燥，又饮食习惯偏于肥甘厚腻，笔者总结临证运用下法治疗温病之经验体会：其一，湿浊易化热，且多挟有食积、热毒、秽浊等；其二，湿热易于化燥，并且耗伤津液；其三，治疗的遣方用药主张量大而直取，使病邪从大便而去，给邪以出路；其四，湿热病久而入络者，酌情加用活血通络药，具体可仿三甲散类；其五，复杂病机、胶结难分者，选择大方复制法，见效尤快。综观其治疗大法：通腑化滞，解毒消痰^[7]。故于遣方用药方面，可以辨证选择枳实导滞汤、甘露消毒丹、连朴饮、小陷胸汤等经典方剂为主加减，使用大黄、枳实、焦槟榔、厚朴等通腑泻下，同时可加入焦神曲、虎杖、冬瓜子、槐花、紫草等药味清热导滞、升清驱浊、清热利肠等。用药剂量方面，笔者通过临证疗效总结认为用量不可过小，虽古人倡导“轻法频下”，但内伤湿温并非如此，量小必不能力透。

5 临证验案

5.1 验案一 李某，男，67岁。入院诊断为：膜性肾病合并肺部感染，体温居高不下，最高可达39.5℃，西医先后给予美罗培南、氟康唑等广谱抗生素，体温仍未降至正常，时高时低。伴有咳痰不爽，口苦，纳差，大便黏滞。曾服用银翘散、九味羌活汤、小柴胡汤等药剂，但未见效果，查其舌苔黄腻，两脉俱伏。此为湿热内伏于内，闭塞三焦气机，郁而发热，故上焦不得宣发而无以肃降，中宫痰浊凝滞而运化无权，下焦化气受碍而不得畅达，故治以清热化湿、宣畅气机、通腑导浊；处方：枇杷叶15g，瓜蒌20g，浙贝母12g，白豆蔻9g，茵陈20g，滑石15g，石菖蒲15g，黄芩炭9g，连翘12g，厚朴12g，冬瓜子20g，苦杏仁9g，焦神曲10g，川芎12g，郁金12g。3剂后大便畅通而发热减退，7剂后口苦愈且食欲开。此患并非古之湿温病，乃内科杂症之顽固发热，但核心病机为湿热痰浊凝滞三焦，处方取小陷胸汤合甘露消毒丹加减，宣上、畅中、通下三法并用，其中茵陈、滑石使湿随小便出，瓜

从茯苓白术汤治疗新冠感染后嗅觉障碍验案 探讨“脾-肺-鼻轴”理论*

刘滢¹, 王罗茜¹, 黄佳¹, 黄亚文¹, 邓婷涵¹, 唐瑗¹, 程宏斌²

(1. 成都中医药大学临床医学院, 四川 成都 610075; 2. 成都中医药大学附属医院皮肤科, 四川 成都 610032)

摘要: 新冠后嗅觉障碍作为感染新冠病毒的典型症状之一, 与新冠病毒为六淫寒邪, 伤人阳气, 肺脾寒湿困阻, 清窍闭塞失养相关, 且四川盆地多“湿”邪, 蜀人嗜食辛辣, 湿易化热, 湿热蒸腾肺脾, 煎熬成痰, 使疾病缠绵难愈。程宏斌教授从茯苓白术汤治疗新冠后嗅觉障碍的临床验案出发, 结合“脾-肺-鼻轴”理论, 分析新冠后嗅觉障碍主体病机, 因地制宜地采取“健脾通窍”法治疗, 临床疗效甚佳, 附验案1则以验证。

关键词: 健脾通窍; 茯苓白术汤; 新冠后嗅觉障碍; 验案

中图分类号: R 563.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 11-0025-05

From the case of Poria Baishu Soup for the treatment of smell disorder after COVID-19 infection, the theory of “lung-spleen-nasal axis” was discussed/LIU Ying, WANG Luoqian, HUANG Jia, et al// (Clinical Medical College, Chengdu University of Chinese Medicine, Chengdu Sichuan 610075, China)

Abstract: As one of the typical symptoms of infection with the COVID-19, the smell disorder after infection with the COVID-19 is related to the COVID-19 as six lewd cold evils, hurting people's yang, cold and wet obstruction of the lungs and spleen, and occlusion and loss of nourishment, and the Sichuan is more “wet” and evil, Sichuan people crave spicy food, dampness is easy to dissolve heat, humid heat transpires the lungs and spleen, and suffers into phlegm, making the disease lingering and difficult to heal. Professor Cheng Hongbin started from the clinical case of Poria Baishu decoction for the treatment of olfactory disorder after infection with the COVID-19, combined with the theory of “lung-spleen-nasal axis”, analyzed the main pathogen-

* 基金项目: 四川省科学技术厅重点研发计划 (重大科技专项) (编号: 2022YFS0416); 四川省中医药管理局科学技术研究专项课题 (编号: 2022CP1336, 2021MS035); 中国出土医学文献与文物研究中心—基于马王堆汉墓出土医书探究中医原创思维。第一作者: 刘滢, 硕士研究生在读, 研究方向: 中医药防治皮肤病, E-mail: liuying2@stu.cdutcm.edu.cn; △通讯作者: 程宏斌, 博士, 主任医师, 硕士/博士生导师, 研究方向: 中医药防治皮肤病的基础与临床研究及中药药理毒理药效学方面研究, E-mail: Hongbincheng2007@126.com。

菱、冬瓜子、厚朴以浊自大便解, 并用枇杷叶、杏仁以肃降肺气, 石菖蒲、白豆蔻、焦神曲以斡旋中焦, 故取效颇捷, 为湿温下法于内科杂症中应用之灵活变通。

5.2 验案二 秋某, 男, 65岁。既往高血压病史10余年, 血压控制不佳, 自诉以舒张压高为主, 平素急躁易怒, 头部昏蒙晕沉, 自诉如戴帽紧箍状, 口苦口干且异味较重, 纳可, 小便黄, 大便或黏腻不下或干结不爽。舌苔黄干, 两脉弦滑。此病起于饮食积滞而内伤湿热, 日久不除则宿食与痰浊相合, 停滞中脘及肠腑, 加之易怒而肝胆之火尤盛, 故痰火之症成矣。故治以通腑导滞、清热解毒、化痰消积; 处方: 瓜蒌 30g, 浙贝母 15g, 连翘 15g, 薤白 9g, 冬瓜子 30g, 熟大黄 12g, 生石膏 20g, 枳实 12g, 蒲公英 30g, 茵陈 20g, 虎杖 15g, 槐花 15g, 生地黄 20g, 牡丹皮 12g, 淡竹叶 9g。14剂后患者症状大减, 头脑清利而血压下降, 大便爽快且口中干苦改善, 再以前法加减善后。此患为痰火壅滞深入, 胃脘肠腑闭塞不通, 肝火夹痰浊上逆, 犯于清窍; 且上下皆不通, 施以大剂清化痰浊、通腑畅下, 为

上病下取之法, 釜底抽薪, 其中瓜蒌、浙贝母、冬瓜子、熟大黄、枳实以清热化痰导滞, 蒲公英、虎杖、槐花、丹皮以泻火清肝解毒, 生地黄一味可滋润凝滞之痰火, 以防伤阴耗津, 此法临证颇多效验。

参考文献

- [1] 禄颖. 基于《内经》因势利导思想从“因其轻而扬之”略论温病学派用药特点 [J]. 四川中医, 2022, 40 (10): 13-15.
- [2] 赖雪瑜, 王育林. 《素问》《灵枢》引用、解说关系初探 [J]. 长春中医药大学学报, 2022, 38 (07): 725-728.
- [3] 张永超, 余蕊薇. 试论阳气在《伤寒论》中的重要性 [J]. 中医临床研究, 2023, 15 (01): 33-35.
- [4] 邓萍, 赵吉超, 章文春, 等. 《儒门事亲》气学说研究 [J]. 中华中医药杂志, 2022, 37 (04): 2169-2171.
- [5] 闫彦峰, 漆文霞, 刘凯. 温病下法的研究进展 [J]. 湖南中医杂志, 2019, 35 (11): 176-178.
- [6] 姜婧, 刘刚, 张钰欣, 等. 基于考据学探讨易水学派张元素在金元时期的医学地位 [J]. 环球中医药, 2023, 16 (10): 2030-2033.
- [7] 张程程, 王宁, 马婷, 等. 湿热病“流气化湿”治法探析 [J/OL]. 中国中医基础医学杂志: 1-8 [2023-11-05]. <https://doi.org/10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.20231030.002>.

(收稿日期 2023-07-07)