

基于重症病例及现代病理生理机制的 小柴胡汤合麻杏石甘汤方证条文内涵解读 及其治疗肺部感染、慢性阻塞性肺疾病急性加重等 急危重症体会

熊兴江

(中国中医科学院 广安门医院, 北京 100053)

[摘要] 小柴胡汤合麻杏石甘汤为经方合方,均出自张仲景的《伤寒论》。该方具有和解少阳、辛凉宣泄、清肺平喘功效,主治三阳合病、邪热壅肺证。小柴胡汤合麻杏石甘汤为治疗外感病三阳合病的经典组合,在北方外感诸疾中尤为常用。小柴胡汤合麻杏石甘汤也是新型冠状病毒感染伴发热、咳嗽的治疗主方。麻杏石甘汤是历代临床治疗肺热咳喘的经典名方。“汗出而喘”揭示邪热壅肺,轻者可见于咳喘的同时伴见额头、发际汗出溱溱,重症多见于全身汗出,前胸“挂满”豆大汗珠,成排成串,现代医学认为与肺部感染有关。“无大热”,这里的“大热”言症状而不言病机,并非热证不重,恰恰相反,提示火热与炎症很重。小柴胡汤合麻杏石甘汤证指征:①疾病方面,可用于病毒性肺炎、支气管肺炎、大叶性肺炎、支原体肺炎、新型冠状病毒感染、麻疹合并肺炎、重症急性呼吸综合征(SARS)、禽流感、甲型H1N1流感、慢性阻塞性肺疾病合并急性加重、百日咳等;②症状方面,其指征包括口苦、咽干、目眩、默默不欲饮食、心烦喜呕、胸胁苦满、往来寒热、恶寒与发热交替、低热、中等发热、或高热均可见,胸闷咳喘、咳嗽咳痰、黄痰难咳、口干渴、欲冷饮、烦躁、汗出、小便黄、大便干、舌红、苔薄白或黄、质干、脉浮滑数有力、右寸为主。

[关键词] 小柴胡汤; 麻杏石甘汤; 肺部感染 《伤寒论》; 急危重症

Connotation of Xiao Chaihu Decoction combined with Moxing Shigan Decoction based on severe cases and modern pathophysiological mechanism and application for severe pulmonary infection and acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in critical care medicine

XIONG Xing-jiang

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

[Abstract] Xiao Chaihu Decoction combined with Moxing Shigan Decoction is a classic herbal formula. All of them are derived from *Treatise on Cold Damage (Shang Han Lun)* by ZHANG Zhong-jing. This combination has the effects of harmonizing lesser yang, relieving exterior syndrome, clearing lung heat, and relieving panting. It is mainly used for treating the disease involving the triple-Yang combination of diseases and accumulation of pathogenic heat in the lung. Xiao Chaihu Decoction combined with Moxing Shigan Decoction is a classic combination for the treatment of exogenous diseases involving the triple-Yang combination. They are commonly used in exogenous diseases, especially in the north of China. This combination is also the main treatment strategy for coronavirus disease 2019

[收稿日期] 2022-12-21

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81403375, 81904064); 中国科协青年人才托举工程项目(2017QNRC001); 中国中医科学院育苗基金培育专项(ZZ11-073); 中国中医科学院优秀青年科技人才项目(ZZ13-YQ-018, ZZ14-YQ-023); 中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A03804); 中国中医科学院中药研究所启航人才项目(ZXKT21017); 中国中医科学院中药研究所国家自然科学基金基金培育专项(ZXKT23015)

[作者简介] 熊兴江, 博士, 副主任医师, 主要从事经方治疗心血管病临床与基础研究, Tel: (010) 88001566, E-mail: xiongxingjiangcm@163.com

(COVID-19) accompanied by fever and cough. Maxing Shigan Decoction is a classical herbal formula for treating the syndrome of phlegm-heat obstructing the lung. "Dyspnea after sweating" suggests the accumulation of pathogenic heat in the lung. Patients with mild symptoms may develop cough and asthma along with forehead sweating, and those in critical severe may develop whole-body sweating, especially the front chest. Modern medicine believes that the above situation is related to lung infection. "Mild fever" refers to syndromes rather than pathogenesis. It does not mean that the heat syndrome is not heavy, instead, it suggests that severe heat and inflammation have occurred. The indications of Xiao Chaihu Decoction combined with Maxing Shigan Decoction are as follows. ① In terms of diseases, it is suitable for the treatment of viral pneumonia, bronchopneumonia, lobar pneumonia, mycoplasma pneumonia, COVID-19 infection, measles with pneumonia, severe acute respiratory syndrome (SARS), avian influenza, H1N1 influenza, chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, pertussis, and other influenza and pneumonia. ② In terms of syndromes, it can be used for the syndromes of bitter mouth, dry pharynx, vertigo, loss of appetite, vexation, vomiting, and fullness and discomfort in the chest and hypochondrium. It can also be used to treat alternate attacks of chill and fever and different degrees of fever, as well as chest tightness, cough, asthma, expectoration, dry mouth, wanting cold drinks, feeling agitated, sweating, yellow urine, dry stool, red tongue, yellow or white fur, and floating, smooth, and powerful pulse, especially the right wrist pulse.

[Key words] Xiao Chaihu Decoction; Maxing Shigan Decoction; pulmonary infection; *Treatise on Cold Damage (Shang Han Lun)*; critical care medicine

DOI: 10.19540/j.cnki.cjcm.20230215.501

小柴胡汤合麻杏石甘汤为《伤寒论》经方合方,由柴胡、黄芩、姜半夏、人参、生姜、大枣、麻黄、杏仁、生石膏、甘草组成。本方具有和解少阳,辛凉宣泄,清肺平喘的功效,主治三阳合病,邪热壅肺证,症见外感发热,咳嗽咳痰,痰黄难咳,或干咳,或呛咳,气急,鼻煽,有汗或无汗,口干口苦,咽干,纳差,容易恶心,咽部不适,咽干咽痛,欲冷饮,小便黄,大便干,舌红,舌面干燥少津,舌苔薄白或薄黄,脉弦滑。临床多将本方用于发热、急性上呼吸道感染、急性支气管炎、肺炎、麻疹合并肺炎等治疗。笔者在临床多将本方用于新型冠状病毒感染(以下简称“新冠感染”)、肺部感染、急性高热等治疗。通过诊治急危重症患者,积累了大量运用小柴胡汤合麻杏石甘汤的有效临床经验^[1-4]。

笔者深刻体会到:①麻杏石甘汤是临床治疗肺热咳嗽的经典名方,主治病毒性肺炎、支气管肺炎、大叶性肺炎、支原体肺炎、新冠感染、麻疹合并肺炎、重症急性呼吸综合征(SARS)、禽流感、甲型H1N1流感、慢性阻塞性肺疾病急性加重等;②“汗出而喘”揭示邪热壅肺,轻者可见于咳嗽的同时伴见额头、发际汗出溱溱,重症多见于全身汗出,前胸“挂满”豆大汗珠,或排成串,现代医学认为与肺部感染有关;③“无大热”这里的“大热”言症状而不言病机,并非热证不重,恰恰相反,提示火热与炎症很重;④小柴胡汤合麻杏石甘汤为笔者治疗外感病三阳合病的经典组合,在北方外感诸疾中尤为常用,每年运用多达数千例;⑤小柴胡汤合麻杏石甘汤证指征,疾病方面,可用于治疗病毒性肺炎、支气管肺炎、大叶性肺炎、支原体肺炎、新冠感染、麻疹合并肺炎、SARS、禽流感、甲型H1N1流感、慢性阻塞性肺疾病合并急性加重、百日咳等;症状方面,其指征包括口苦、咽干、目眩、默默不欲饮食、心烦喜呕、胸胁苦满,往来寒热、恶寒与发热交替、低热、中等发热、或高热均可见,胸闷咳嗽、咳嗽咳痰、痰黄难咳,口

干渴、欲冷饮、烦躁、汗出,小便黄、大便干,舌红、苔薄白或黄、质干,脉浮滑数有力、右寸为主;⑥小柴胡汤合麻杏石甘汤也是本次新冠感染伴见发热、咳嗽的治疗主方。

1 小柴胡汤合麻杏石甘汤方证溯源

小柴胡汤是传统退热经典名方,出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》,可以广泛运用于发热性疾病,包括感染性发热和非感染性发热。在《伤寒论》中,小柴胡汤的临床运用范围很广,其相关条文在《伤寒论》中所占篇幅也比其他方剂多,日本医家丹波元简曾言“伤寒诸方,惟小柴胡为用最多,而诸病屡称述之。”因该方证条文极多,仅择第96、263、379条分析如下:第96条谓“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”;第263条谓“少阳之为病,口苦、咽干、目眩也”;第379条谓“呕而发热者,小柴胡汤主之”。由上述条文可知,小柴胡汤的经典指征包括往来寒热、胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食、心烦喜呕、口苦、咽干、目眩、呕而发热。

麻杏石甘汤在《伤寒论》中共2处记载:第63条谓“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。方二十六。麻黄(去节)四两,杏仁(去皮尖)五十个,甘草(炙)二两,石膏(碎,绵裹)半斤。上四味,以水七升,煮麻黄,减二升,去上沫,内诸药,煮取二升,去滓,温服一升”;第162条谓“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”。由上述条文可知,麻杏石甘汤的经典指征包括汗出、咳嗽、气喘。

2 基于“病机结合病理”的小柴胡汤合麻杏石甘汤方证条文内涵解读

2.1 “呕而发热”内涵 小柴胡汤可以和解少阳,疏肝利胆,主治邪在少阳证。“呕而发热”指患者呕吐的同时,伴见发热

指征。在《伤寒论》中,该条文实质为临床运用小柴胡汤治疗各类感染性发热与非感染性发热的治病“口诀”,只要症见呕吐与发热即可选小柴胡汤为主方进行治疗。结合第96、263条,发现其发热有如下特征:①往来寒热,表现为恶寒与发热交替,或憎寒壮热,或表现为强烈的恶寒感觉,其发热时作时止,或一到下午就发热加重;②伴见口苦、咽干、咽痛;③伴见神志萎靡,不欲与人交流,头晕不清爽;④伴见胸满闷,咳喘,咳嗽咳痰;⑤伴见纳差,不欲饮食,时时恶心呕吐等。值得注意的是,这里的“呕”需要灵活看待,并非所有患者均可见到呕,部分患者虽然并无呕吐,但表现为纳差、胃口减退等也属于小柴胡汤方证范畴。因此,发热的同时伴见呕吐、纳差、恶心是临床运用小柴胡汤的必然证^[5]。

2.2 “汗出而喘”内涵 该条文揭示其存在汗出、气喘指征。在《说文解字》中,喘为“疾息”之意,即呼吸急促。在这里,当与邪热壅肺,肺气上逆有关,属“热喘”,既可见于肺部感染的急性咳喘,也可见于慢性阻塞性肺疾病的慢性咳喘。陆渊雷在《伤寒论今释》中指出“麻杏石甘汤之主证,为烦渴喘咳,凡支气管炎、支气管哮喘、百日咳、白喉等,有烦渴喘咳之证者,悉主之”。汗出,也是因肺热所致,可表现为头面出汗、全身出汗等,且不伴有汗后怕冷发凉,属“热汗”。在《伤寒论》中,治疗“汗出而喘”的处方有桂枝加厚朴杏子汤、葛根芩连汤、麻杏石甘汤等。很显然,桂枝加厚朴杏子汤针对素有咳喘的虚证而设,而葛根芩连汤主治“喘而汗出”,但其喘并非方证关键指征,且并非由邪热壅肺所致。而在麻杏石甘汤方证中,喘确与肺热密切相关,正如尤在泾所言“发汗后,汗出而喘,无大热者,其邪不在肌腠,而入肺中,缘邪气外闭之时,肺中已自蕴热”。在《方机》中也说,本方“治汗出而喘,热伏者,又治喘息而渴者,兼用南吕或姑洗”。

“汗出而喘”很形象地展现出肺部感染等肺热内壅患者出现的呼吸道症状。《名医类案》载张友樵先生曾治疗的“右寸浮数,口渴恶热,冷汗自出,喘急烦闷”“夏月痰喘气喘,夜不得卧。服凉药及开气药不效。有议用《金匱要略》麦门冬汤者。张诊之,右寸数实,此肺实非肺虚也,投以人参则立毙矣。遂用葶苈五钱,焙研,滑石五钱,煎服立愈。明年复感客邪,壅塞肺气,喘咳复作。医以葶苈进,不效,反烦闷汗泄。张诊其右寸浮数,口渴恶热,冷汗自出,喘急烦闷,曰:此热邪内壅,肺气郁极,是以逼汗外越,非气虚自汗也。服葶苈反烦闷者,肺热极盛,与苦寒相格拒也。夫肺苦气上逆,本宜苦以泄之,而肺欲散,又当急食辛以散之。与麻杏石甘汤,一剂肺气得通,喘止汗敛,诸证悉平”。南京中医药大学黄煌教授曾治疗1例小孩发热咳喘,诊为毛细支气管炎肺炎,营养状况好,但不时咳嗽,汗多,不停哭闹,投麻杏石甘汤1剂(生麻黄10g,生石膏50g,杏仁15g,生甘草10g)。急煎300mL,每小时2~3汤匙,2h喂药1次。当晚,咳喘好转,安然入睡。次日热退,活泼如常。安徽省温兴韬教授曾见1例患者发热咳嗽,查为肺炎,予以输液治疗,但每输液时大汗淋漓,投麻

杏石甘汤1剂热退汗止。

笔者在心血管重症监护病房(CCU)收治重症心力衰竭合并重症肺部感染的老年患者较多。观察发现,“汗出而喘”在慢性阻塞性肺疾病、二型呼吸衰竭伴急性加重患者中出现的几率极高。既可以表现为顽固性喘憋、呼吸困难,伴燥热异常,烦躁不宁,全身汗出,额头汗出涔涔,自颈以下前胸部位挂满了豆大汗珠,成排成串,也可以表现为剧烈咳喘、喘憋不能平卧,在长期采取半卧位后,医生查体发现患者后背与床垫之间因不断出汗而潮湿闷热,还可表现为医生在听诊时发现前胸闷热出汗,脉诊时手腕部位自汗^[1]。

2.3 “无大热”内涵 因本方证邪热内壅,在病机上仍属热证较重。因此,这里的“大热”并非言病机,只是患者因有持续汗出,导致体温不如无汗时升高明显,此时很少见到高热,而低热或者中等程度发热更为常见。由此可见,“无大热”中的“大热”,不是指病机,而是言其症状。小儿发烧伴无汗身热时,其体温可达40℃以上,但其退热也相对简单;反而,当成人出现重症感染时,其体温(T)常波动在38~39℃,伴见咳喘汗出,炎症相对难以控制,而容易反复迁延难愈。

此外,“无大热”还表现为老年患者的一种邪热内壅的体质倾向。观察发现,在患有多年慢性阻塞性肺疾病病史的老年患者中,部分存在动则气喘,容易身热多汗、燥热、烦躁,经常在家或住院时赤身,拒绝佩戴无创呼吸机,容易出现人机对抗、纳差、眠差。体型肥胖、壮实,胸廓饱满或桶状胸,皮肤或黄或白或黑。虽然体温正常,但在病机与体质上,则属内热。笔者常将之称为“黄胖”“白胖”“黑胖”类型,多见于麻黄体质^[6]。针对这种体质类型,笔者尤其喜用麻杏石甘汤宣肺泄热,患者服用本方后,其燥热渐能缓解。

3 小柴胡汤合麻杏石甘汤方证特征

疾病方面,本方可用于治疗病毒性肺炎、支气管炎、大叶性肺炎、支原体肺炎、新冠感染、麻疹合并肺炎、SARS、禽流感、甲型H1N1流感、慢性阻塞性肺疾病合并急性加重、百日咳等。症状方面,其指征包括口苦、咽干、目眩、默默不欲饮食、心烦喜呕、胸胁苦满,往来寒热、恶寒与发热交替、低热、中等发热、或高热均可见,胸闷咳喘、咳嗽咳痰、痰黄难咳,口干渴、欲冷饮、烦躁、汗出,小便黄、大便干,舌红、苔薄白或黄、质干,脉浮滑数有力、右寸为主。

4 基于“药性结合药理”的小柴胡汤合麻杏石甘汤方证解读

在药理作用方面,小柴胡汤合麻杏石甘汤也显示了较好的抗炎、抗病毒、化痰、解痉、平喘的作用。

首先,小柴胡汤具有良好的抗炎、抗病毒、诱导白细胞介素产生、增强人体特异性体液免疫功能及非特异免疫功能,改善免疫亢进,抗流感病毒等,明显降低肺炎链球菌感染模型动物死亡的发生率及内毒素致发热模型动物各时间段体温的升高水平^[5-6]。柴胡抗炎的有效成分为柴胡皂苷,能显著抑制炎症,使毛细血管通透性增加,显著抑制白细胞游走,还能显著抑制晚期炎症组织增生。黄芩抗炎成分为黄芩苷

及黄芩素,可通过抑制促炎性细胞因子的过度释放,促进抗炎性细胞因子表达,从而抑制机体全身炎症反应综合征。人参可增强机体非特异性抵抗力。甘草的抗炎成分为甘草酸和甘草次酸。生姜可促进发汗而加强散热,也有抗炎作用,可能与含辣味成分6-姜酚及其生物合成中间体去氢姜二酮能抑制前列腺素生物合成有关。

其次,麻杏石甘汤具有良好的解热、抗炎、镇咳、抗病毒等功效^[7-8]。麻黄中的主要活性成分包括麻黄碱、伪麻黄碱、挥发油等,具有松弛支气管平滑肌作用,可有效解除支气管痉挛。杏仁有效成分为苦杏仁苷,经水解后可以产生另一种物质——氢氰酸,具有祛痰、镇咳等功效。石膏在古代一直有“白虎”之称,属于传统解热药物,且清热效果明显,已广泛用于热证的治疗中。石膏对体温调节中枢亢进产生抑制作用,具备良好的解热功效。甘草具有抗肿瘤、免疫调节、抗病毒等功效。

5 小柴胡汤合麻杏石甘汤在重症感染中的临床运用

5.1 慢性阻塞性肺疾病急性加重、二型呼吸衰竭案 患者某,女,83岁。主因“反复喘憋10年,加重3d”于2016年9月26日就诊。患者10年前受凉后出现胸闷喘憋,就诊于外院,考虑慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染,给予抗感染治疗,症状好转出院。后患者喘憋反复,外院诊为“慢性阻塞性肺疾病急性加重、真菌感染、二型呼吸衰竭、冠心病、不稳定型心绞痛”等。3d前,患者喘憋再次加重。刻下症见:胸闷,喘憋,咳嗽,咯白黏痰,动则咳喘,不能多走;容易汗出,平常自觉燥热,经常冬天在家身着单衣或赤身,不怕冷,口干,口苦,大便干,2~3日一行。舌暗红,干燥,少津,脉弦滑。查体:体温正常,体型白胖,双肺呼吸音粗,双下肺可闻及干啰音。全血细胞分析+C-反应蛋白(CRP):红细胞(RBC) 12.43×10^9 个/L,中性粒细胞百分比(NEUT%) 78.9%,淋巴细胞百分比(LYMPH%) 14.2%。快速血气分析:二氧化碳分压(PCO₂) 58.9 mm Hg(1 mm Hg $\approx$ 0.133 kPa)。肺部高分辨CT:两肺慢性支气管炎,肺气肿,两肺多发肺大泡形成,右上肺陈旧性病变,右肺中叶内侧段舌叶下段节段性肺不张。中医诊断:喘证,邪在少阳,肺热壅盛证。西医诊断:慢性阻塞性肺疾病急性加重、肺部感染、二型呼吸衰竭,冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定型心绞痛。

考虑患者属于慢性阻塞性肺疾病急性加重合并二型呼吸衰竭,病情较重。其剧烈咳嗽,胸闷,容易出汗,这属于典型的“汗出而喘”,其体温不高,属于“无大热”,虽然体温正常,但并不可认为其体内无热证指征。相反,其平常自觉燥热,经常冬天在家身着单衣或赤身,不怕冷,属于阳明热盛的经典指征。其口干,口苦,伴胸闷喘憋,这属于邪在少阳指征。因“肺与大肠相表里”,肺热下移大肠,故见大便干,2~3日一行。舌暗红、干燥、少津、脉弦滑均为邪热壅肺所致,属于典型的小柴胡汤合麻杏石甘汤。处方:柴胡18g,黄芩10g,法半夏10g,党参15g,生甘草10g,生姜6g,大枣15g,生

麻黄8g,杏仁12g,生石膏45g,桔梗15g,紫菀15g,款冬花15g。3剂,水煎服,浓煎100mL,日1剂,分2次服。

二诊(2016年9月28日):患者服药3剂后喘憋明显好转,咳嗽咳痰显著减轻,大便较前通畅。后在此方基础上加减,患者共服药20剂,燥热大减。嘱其复查,PCO₂降至49 mm Hg。改小柴胡加石膏、桔梗汤,继续调理,病情平稳,9个月复查PCO₂为42 mm Hg,已降至正常范围。

三诊(2017年7月19日):患者诉胸闷喘憋未有发作,近期因偏头痛加重来诊。患者既往有偏头痛病史40年,痛甚则头晕,定期发作。刻下症见:恶心呕吐,呕吐黏液痰涎,舌淡红,苔薄白,脉弦。考虑患者目前以头痛为主,与《伤寒论》中第243、309、378条高度相似,即第243条“食谷欲呕,属阳明也,吴茱萸汤主之。得汤反剧者,属上焦也”;第309条“少阴病,吐利,手足逆冷,烦躁欲死者,吴茱萸汤主之”;第378条“干呕,吐涎沫,头痛者,吴茱萸汤主之”。在病机上属于肝胃虚寒,浊阴上逆。因此,予以吴茱萸汤原方。处方:吴茱萸6g,党参30g,生姜10g,大枣30g。7剂,水煎服,日1剂,分2次服。

四诊(2017年7月26日):家属代诉,患者服药7剂后头痛未见缓解。因家属见患者咳嗽较前大有缓解,再次邀请治疗。患者为典型的吴茱萸汤证,为何无效?考虑再三,患者偏头痛多达40年,其发作并非寒凝夹痰可以囊括,还存在瘀血内阻,经络不通指征,这与血府逐瘀汤方证中的第1条主治证头痛高度相似,原文谓“头痛有外感,必有发热恶寒之表证,发散可愈;有积热,必舌干、口渴,用承气可愈;有气虚,必似痛不痛,用参芪可愈。查患头痛者,无表证,无里证,无气虚,痰饮等,忽犯忽好,百方不效,用此方一剂而愈”。然而,血府逐瘀汤的药性偏阴柔,恐非所宜。改《寿世保元》清上蠲痛汤祛风散寒,通络止痛。处方:当归15g,川芎10g,白芷10g,细辛6g,羌活6g,防风10g,菊花10g,蔓荆子6g,苍术15g,麦门冬15g,独活6g,生甘草10g,黄芩10g。7剂,水煎服,日1剂,分2次服。

五诊(2017年11月10日):家属代诉,患者服上方3剂后头痛彻底消失,随访至今再未发作。因冬天来临,家属发现其手脚发凉,想服用中药治疗,纳眠可,二便调。考虑患者既往存在慢性阻塞性肺疾病,因“肺主气,司呼吸”,其标在肺,而其本在肾,急性期与邪热壅肺有关,而缓解期的气短、怕冷则与肾气、肾阳不足有关。予以肾气丸少火生气。处方:附片15g,桂枝15g,生地黄30g,山萸肉15g,山药30g,牡丹皮10g,茯苓30g,泽泻15g。7剂,水煎服,日1剂,分2次服。患者服药7剂,手足转温,能不用搀扶行走1km。

按:既往认为老年患者多属阳气不足,在临床治疗时,尤需慎用寒凉。然而,发现该患者初诊时即表现为胸闷喘憋咳嗽反复,伴燥热,口干口苦,便秘,舌红脉滑,其本质仍属内热。此时,不可见其高龄而慎用寒凉。“邪去则正安”,大剂量石膏清火泻热,内热去则正气安。特别是患者服药后,

在不佩戴无创呼吸机的情况下,其二氧化碳潴留竟得以逆转,进一步提示肺功能改善。而疾病后期,笔者改用肾气丸善后以补其不足,取得疗效。

5.2 小儿急性支气管炎伴发热案 患者某,男,7岁。主因“发热咳嗽2h”于2019年12月19日就诊。患儿脸红、身热、无汗,精神萎靡不振,不言语,不似以前活泼好动,喜睡眠,恶寒发热,抚摸额头烫手, $T 38.9^{\circ}\text{C}$,全身无汗,时有阵咳,咳吐黄黏痰,口气重,唇红,纳差,不欲饮食,大便干,气味重,小便黄,舌质红,脉数。中医诊断:咳嗽,三阳合病,肺热壅盛证。西医诊断:急性支气管炎。

考虑患儿急性起病,“有一分恶寒,就有一分表证”,其恶寒发热,是为太阳表证;身热,口气重,唇红,大便干,气味重,小便黄,舌质红,脉数,为阳明热盛;纳差,不欲饮食,为邪在少阳,枢机不利;时有阵咳,咳吐黄黏痰,为痰热蕴肺,肺气不能肃降,上逆作咳。综上,当属三阳合病,痰热内蕴所致。处方:柴胡18g,黄芩10g,法半夏9g,党参10g,生甘草10g,生姜6g,大枣15g,生麻黄6g,杏仁10g,生石膏45g,桔梗15g,鱼腥草15g。2剂,水煎服,日1剂,分2次服。

二诊(2019年12月21日):患者服药1剂后体温降至正常,2剂服完,咳嗽咳痰消失,纳眠可,二便正常。

按:因小儿多不能准确表达口苦等主观不适,部分患儿也无法咳出黏痰,无法判断痰液的颜色、质地,在一定程度上影响了方证的识别与判断。因此尤需关注其面色、唇、舌、咽喉等黏膜颜色,小便颜色,咳嗽声音,口气等望诊和闻诊的客观指征,作为本方依据。另外,因小儿的发热、咳嗽多以火热常见,在疾病的初起阶段尤其常见。因此,本方可用于各年龄段患者的急性支气管炎伴发热的治疗,尤其适用于小儿。

5.3 急性上呼吸道感染、类风湿、干燥综合征、冠心病、频发多源室早、短阵室速案 患者某,女,45岁。主因“胸闷憋气反复发作10年,加重伴乏力3d”于2015年11月12日入院。患者10年前无明显诱因出现胸闷憋气,活动后加重,劳累后减轻,就诊于当地医院,查心电图提示心肌缺血、室性早搏、房性早搏,诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病、心律失常、室性早搏、房性早搏”。后胸闷憋气反复发作,多次就诊于我院。3d前症状再次加重,为求进一步治疗来诊。刻下症见:神情默默,不欲与人交流,恶寒发热, $T 38.7^{\circ}\text{C}$,口干,口苦,口黏,口臭,咽干痛,喜冷饮,但不能冷饮,恶心,纳差,不欲食,肩、肘、手关节酸痛,后背酸楚,时有呛咳,干咳为主,大便时干时稀,干结时2~3日一行,偏稀时每日2~3次,大便气味臭,小便黄。舌暗红,苔薄白,脉弦结代。患者既往有类风湿性关节炎、干燥综合征病史。辅助检查:全血细胞分析+CRP、胸片未见异常。心电图示:频发室早。心电监护显示频发多源室性早搏、短阵室性心动过速。

中医诊断:发热、咳嗽、三阳合病、邪热壅肺证。西医诊断:急性上呼吸道感染、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心律失常、频发多源室性早搏、短阵室性心动过速、类风湿性关节

炎、干燥综合征。

接诊时患者默默不言,待护士回报生命体征,体温 38.7°C 。笔者意识到,这是发烧后的一种“默默”反应,是少阳证的经典条文再现。治以小柴胡汤合麻杏石甘汤。处方:柴胡18g,黄芩10g,法半夏10g,党参15g,生甘草10g,干姜3g,大枣15g,生麻黄6g,杏仁10g,生石膏30g。2剂,水煎服,急煎1剂,日1剂,分2次服。患者当晚服药半剂即退烧,次日晨起体温 36.4°C 。

按:住院期间出现的发热非常常见,如何快速退烧,避免病情加重,这是临床难题^[9]。该患者属于典型的三阳合病,即使见其容易大便腹泻,但仍有大便气味重等内热指征,依然不避寒凉。同期住院的另一位老年女性患者,主因“胸闷反复发作23年,加重5d”入院,既往有冠心病、慢性阻塞性肺疾病病史。住院期间,外出抽烟受凉后出现恶寒发热,体温 38.5°C ,口干渴,口苦,咽干,纳差,喜冷饮,大便干,小便黄,舌暗红,苔薄白,脉沉。因患者下颈部见皮肤红点,上级医师查房时,认为其红点当属热入营血,当以犀角地黄汤清热凉血。该患者虽然反复发烧,但其三阳合病的病机仍在,因治不得法,引邪深入以致久久不愈,甚为可惜。

5.4 慢性阻塞性肺疾病伴急性加重、肺部感染、二型呼吸衰竭、冠状动脉粥样硬化性心脏病、永久性心房颤动、心力衰竭(以下简称“心衰”)、心功能IV级案 患者某,女,83岁。主因“心悸反复发作4年,加重伴喘憋、咳嗽5d”于2017年1月30日收入院。患者4年前无明显诱因出现心悸,就诊于某康复中心,诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病”,予对症治疗后好转(家属口述)。3年前出现心慌症状加重,心肌酶增高,于北京某医院住院治疗,诊断为“房颤、心衰”,予对症治疗,好转后出院。2年前因肺炎再次出现心慌、咳嗽,于北京某三甲医院住院治疗,诊断为“肺部感染、急性冠脉综合征、心功能III级、高血压病2级(极高危)、心房颤动、血脂代谢异常、反流性食管炎、抑郁症”,予抗感染、强心、控制心室率等治疗,好转后出院。现口服阿司匹林、倍他乐克、单硝酸异山梨酯片、阿托伐他汀、盐酸曲美他嗪。5d前患者心悸加重,伴喘憋、咳嗽来我院就诊,经急诊对症治疗,症状好转不明显,现为求进一步治疗,由急诊收入我科。刻下症见:心悸,胸闷,喘憋,动则喘甚,休息后可缓解,咳嗽咳痰,痰色白量少,质黏较难咳出,无心慌、胸痛,无恶心呕吐,偶有反酸,口渴,喜冷饮,纳可,眠差,小便可,大便日1次,质地适中。舌淡,苔薄白,脉沉结代。

既往有抑郁症史31年,现口服米氮平、盐酸艾司唑仑、西酞普兰,控制良好。慢性阻塞性肺疾病、高血压病、脂肪肝、左肾囊肿病史。查体: $T 36.0^{\circ}\text{C}$,脉搏(P)86次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)110/64 mmHg。发育正常,自主体位,轮椅推入病房,面色萎黄,双侧呼吸音粗,双下肺可闻及大量散在湿啰音,心音强弱不等,心率(HR)95次/min,律不齐,腹软,双下肢中度凹陷性水肿。

全血细胞分析+CRP: 白细胞(WBC) 8.67×10^9 个/L, NEUT% 82.8%, CRP $4.22 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 。生化+心肌肌钙蛋白 I (cTnI) 测定: cTnI $0.059 \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$, 钠(Na) $124 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 钾(K) $2.61 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 白蛋白(ALB) $34.50 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, 碳酸氢根(HCO_3^-) $41.7 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 肌酸激酶(CK) $276 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, 肌酸激酶同工酶(CK-MB) $20 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, 乳酸脱氢酶(LDH) $259 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$ 。快速血气分析(微电极): pH 7.403, PCO_2 74.6 mm Hg, 氧分压(PO_2) 78.8 mm Hg, 血氧饱和度(SpO_2) 95.3%, 碳酸氢盐浓度(CHCO_3^-) $45.5 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。DIC 初筛试验: D-二聚体(D-Dimer) $1.13 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ FEU, 纤维蛋白降解产物(FDP) $5.6 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$, 国际标准化比值(INR) 1.04。N 端脑钠肽前体(NT-proBNP) $7801 \text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。心电图示: 心房颤动, 陈旧性前间壁梗死。床边胸部 X 线示: 右肺炎症, 右侧胸腔积液, 双肺陈旧性病变, 心影增大, 大致同前。

中医诊断: 心悸、胸痹、咳嗽、邪在少阳、痰热蕴肺证。西医诊断: 冠状动脉粥样硬化性心脏病、陈旧性心梗(前间壁)、心律失常、永久性心房颤动、心功能Ⅳ级(NYHA 分级)、慢性心衰急性发作、慢性阻塞性肺疾病、二型呼吸衰竭、肺部感染、高血压病 2 级(极高危)、抑郁症、反流性胃炎、血脂异常、低钾血症、低钠血症、脂肪肝、左肾囊肿。

入院后给予抗血小板聚集、抗凝血、扩张冠状动脉、降血脂、稳定斑块、利尿、抗感染、化痰、解痉、平喘、无创呼吸机辅助呼吸、补钾等治疗。

二诊(2017 年 2 月 3 日): 患者仍有胸闷气短, 喘憋明显, 咳嗽咳痰, 痰黏色黄, 乏力纳少, 口干, 偶有反酸, 眠差, 二便可。舌红, 苔黄剥脱, 有裂纹, 脉沉。查体: T 36.5°C , BP 125/67 mm Hg, HR 103 次/min, SpO_2 98%, 双肺呼吸音粗, 可闻及散在干湿罗音, 心律绝对不齐, 第一心音强弱不等, 腹膨软, 双下肢轻度浮肿。24 h 总入量 1798 mL, 尿量 2000 mL, 总出量 2850 mL。生化全项: 肌酐(Cr) $65 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, 尿素氮(BUN) $4.3 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 总蛋白(TP) $59.60 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, ALB $35.80 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, Na $146 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 氯(Cl) $93 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, K $3.98 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, HCO_3^- $38.6 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 胆固醇(CHO) $2.97 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 甘油三酯(TG) $0.86 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 谷丙转氨酶(ALT) $18.1 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, 谷草转氨酶(AST) $19.4 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, 超敏 C 反应蛋白(hs-CRP) $4.95 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 。细菌真菌血清学检查: 血凝抑制实验(H-test) $0.064 \text{ EU} \cdot \text{mL}^{-1}$, 葡萄糖实验(G-test) $21 \text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$, 降钙素原(PCT) $<0.05 \text{ ng} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。快速血气分析(微电极): pH 7.392, PO_2 76.0 mm Hg, PCO_2 79.5 mm Hg, SpO_2 95.6%, HCO_3^- $47.3 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。甲状腺检查四: 促甲状腺激素(TSH) $0.0913 \mu\text{IU} \cdot \text{mL}^{-1}$, 总三碘甲状腺原氨酸(TT_3) $0.42 \text{ ng} \cdot \text{mL}^{-1}$, 游离三碘甲状腺原氨酸(FT_3) $1.34 \text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$, 血清总甲状腺素(TT_4) $6.37 \mu\text{g} \cdot \text{dL}^{-1}$ 。床边心动超声示: 左心室壁运动普遍减低, 主动脉瓣钙化并狭窄(中度), 三尖瓣反流(中度), 肺动脉高压(中度), 双房增大(左心房前后径 50 mm, 右心房左右径 41 mm), 左心室收缩功能减低, 射血分数(EF) 43%。床边胸腔

超声示: 双胸腔积液(右侧胸腔前后径 9.6 cm, 上下径 6.8 cm。左侧胸腔前后径 7.2 cm, 上下径 2.9 cm)。

考虑患者目前主要存在心衰、房颤、感染、冠心病、瓣膜病等, 且其感染加重心衰为该病的核心病理改变。另外, 需关注患者有无出现胸痛、呼吸困难、昏厥等主动脉瓣狭窄三联征症状。因目前已行利尿、抗感染等方案治疗, 根据《金匱要略》中“先治其卒病, 后乃治其痼疾”的先表后里治则, 当首先控制感染。根据其心悸、胸闷、喘憋、动则喘甚、休息后可缓解、咳嗽咳痰、痰黏色黄、偶有反酸、口渴、喜冷饮、乏力纳少、眠差、心悸、胸闷、喘憋为冠心病、房颤、心衰所致, 胸闷、喘憋、纳差、为邪在少阳; 口渴、喜冷饮, 为阳明蕴热; 咳嗽咳痰、痰黏色黄为痰热内蕴; 舌红, 苔黄剥脱, 有裂纹, 为过量运用利尿剂伤阴。且其咳嗽黄黏痰涎, 与《金匱要略》中皂荚丸方证“咳逆上气, 时唾浊痰, 但坐不得眠者”高度相似。综上, 当以中药和解少阳, 宣肺泄热化痰, 予以小柴胡汤合麻杏石甘汤、皂角丸、桔梗甘草汤。处方: 柴胡 18 g, 黄芩 12 g, 法半夏 15 g, 党参 15 g, 甘草 15 g, 生姜 2 g, 大枣 15 g, 生麻黄 10 g, 生石膏 120 g, 炒杏仁 20 g, 蜜紫菀 20 g, 款冬花 20 g, 桔梗 15 g, 炒薏苡仁 30 g, 皂角刺 10 g。3 剂, 浓煎 50 mL, 每日 1 剂, 分 2 次服。

三诊(2017 年 2 月 7 日): 患者喘憋较前明显缓解, 偶有胸闷气短, 咳嗽咳痰减轻, 咳少量黄痰, 乏力纳少, 口干, 咽干, 眠差, 保留导尿, 小便量多, 可见少量暗红色沉淀物, 今日排大便 2 次。舌红, 苔黄剥脱, 有裂纹, 脉沉结代。查体: T 36.2°C , BP 131/75 mm Hg, HR 90 次/min, SpO_2 98%。24 h 总入量 2106 mL, 尿量 3000 mL, 总出量 3850 mL。全血细胞分析+CRP: WBC 9.96×10^9 个/L, NEUT% 78.4%。快速血气分析(微电极): pH 7.441, PO_2 54.5 mm Hg, PCO_2 52.7 mm Hg, SpO_2 89.4%, HCO_3^- $32.0 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。床边心动超声示: 左心房增大, 主动脉瓣狭窄(轻度)并关闭不全(轻度), 主动脉瓣钙化, 二尖瓣反流(轻度), 三尖瓣反流(轻度)。

患者在中西医结合治疗中, 血常规、血气均较前显著改善, 咳嗽咳痰明显减轻。考虑患者舌红, 苔黄剥脱, 有裂纹, 脉沉结代, 其舌苔的变化与利尿剂有关, 其时有咳嗽, 伴气上冲感, 与《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治》麦门冬汤方证之“火逆上气, 咽喉不利”极为相似, 因此选方麦门冬汤。处方: 麦冬 60 g, 法半夏 9 g, 党参 15 g, 甘草 15 g, 大枣 20 g, 山药 30 g。7 剂, 水煎服, 日 1 剂, 分 2 次服。

四诊(2017 年 2 月 15 日): 患者胸闷气短明显改善, 无喘憋, 咳嗽咳痰减轻, 无口干, 眠可, 保留导尿, 大便可。全血细胞分析+CRP: WBC 8.10×10^9 个/L, NEUT% 77.8%。生化+cTNI: (-)。DIC 初筛试验: D-Dimer $0.84 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ FEU, TT 41.1 s, 活化部分凝血活酶时间(APTT) 35.2 s。快速血气分析(微电极): pH 7.352, PO_2 86.2 mm Hg, PCO_2 52.6 mm Hg。床边胸腔超声示: 右胸腔积液。心脏超声提示 EF>50%, NT-proBNP 降至 $2517 \text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。准予患者出院。

按: 高龄患者的肺部感染合并心衰是 CCU 中的常见危重症。很多老年患者存在心脏和肺的基础疾病, 心脏疾病包括冠状动脉粥样硬化性心脏病、心房颤动、瓣膜病等, 肺疾病包括慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化等, 而肺部感染是加重心衰的最常见诱因。如何用经方治疗肺部感染加重心衰, 是需要面临的重要临床难题^[10]。总结发现, 在常规抗感染、利尿、扩血管、强心基础上, 合并运用小柴胡汤合麻杏石甘汤, 中西医结合, 能收到较好的退热、止咳、平喘、化痰功效。且大多数患者在服用本方后, 抗感染治疗方案可不用升级, 在感染平稳控制后, 能够为纠正心衰赢得时间。

6 小柴胡汤合麻杏石甘汤的临床运用体会

小柴胡汤合麻杏石甘汤为笔者常用的主治外感病三阳合病的经典组合, 在北方外感诸疾中尤为常用, 每年运用多达数千例。本次新冠病毒——奥密克戎 (Omicron) 感染导致的阳性病例以发热、咳嗽为主要症状时, 笔者也以本方为主方。发现服用本方 1~3 剂, 多能退烧、止咳而取效。值得注意的是, 国家中医药管理局推荐的清肺排毒汤也是在本方基础上加五苓散、射干、细辛、紫菀、款冬花、山药、枳实、陈皮、藿香而成, 其发挥作用的核心仍为小柴胡汤合麻杏石甘汤。兹将本方合方与加减、临床剂量等体会论述如下。

首先, 临床运用指征发现: ①不论有无发热均可主治, 且在发热的程度上, 以低热与中等度发热常见, 高热比较罕见; ②不论轻症的支气管炎与重症的肺炎均可治疗, 针对重症肺炎, 经中医辨证属于痰热蕴肺证, 在本方基础上重用生石膏, 酌情增加化痰清热排脓中药, 可获得一定疗效; ③不论有无表证均可主治。且针对表证, 方中麻黄可散寒解; 若无表证, 方中麻黄可宣肺平喘。

其次, 发现本方的加减与合方有规律可循。临床常合桔梗甘草汤以止咳化痰, 合大剂量芦根以清热生津止渴, 合鱼腥草以清热化痰, 合紫菀、款冬花以肃肺止咳。①针对慢性咽炎、咽痛、咽部不适、喉中有痰, 或咳嗽咳痰, 量多易咳, 可参考《伤寒论》第 311 条, “少阴病二三日, 咽痛者, 可与甘草汤; 不瘥, 与桔梗汤”。桔梗甘草汤由桔梗、甘草组成, 可以宣肺、祛痰、排脓、利咽, 合方可起到沐舒坦样的化痰作用。②针对外感病过程中出现的发热, 可在本方基础上加大剂量芦根 (120 g)。芦根甘寒, 归肺经、胃经, 可以清热生津、除烦、止呕、利尿, 用于热病烦渴、胃热呕吐、肺热咳嗽、肺痛吐脓、热淋涩痛。在外感发热类疾病过程中, 发现大剂量芦根甘寒清热, 可达到清热消炎补液功效。③针对外感病中合并出现咳嗽黄痰, 可合用鱼腥草。鱼腥草辛, 微寒, 归肺经, 可以清热解毒, 消痈排脓, 利尿通淋, 用于肺痛吐脓、痰热喘咳、热痢、热淋、痈肿疮毒。针对咳吐黄黏痰、黄浓鼻涕等排泄物黄稠, 鱼腥草具有较好的清热解毒排脓功效。现代药理研究也发现, 鱼腥草可以抗炎、抗病毒、抗微生物、利尿。④针对热病后期出现的咳嗽不止, 常在本方基础上加蜜紫菀、款冬

花以强化止咳。蜜紫菀苦温, 可以温肺下气, 消痰止咳, 主治风寒咳嗽气喘, 虚劳咳吐血, 喉痹, 小便不利。款冬花味辛、微甘, 性温, 可以润肺下气, 化痰止咳, 主治新久咳嗽, 喘咳痰多, 劳嗽咳血。这 2 味中药常以对药运用。针对咳嗽后期, 热证倾向不太明显时, 加用蜜紫菀与款冬花能够协同止咳。

第三, 在药物剂量方面, 方中柴胡剂量以及麻黄与石膏的剂量比例是关键。在治疗感染性发热时, 柴胡剂量可适当放大, 用至 30 g 和解少阳以退烧。另外, 在麻杏石甘汤中, 麻黄与生石膏的比例是临床运用关键, 在原文中, 麻黄四两, 石膏半斤, 笔者的经验是 1:5 甚至更多, 倘若生石膏 4 倍于麻黄剂量, 则麻黄走太阳之表的效力减弱, 而更多侧重于宣肺, 此时本方可单独用于少阳阳明合病。

综上, 小柴胡汤合麻杏石甘汤为笔者主治外感病证属三阳合病的经典名方, 本方具有较好的抗炎、抗病毒、抗菌等作用。在临床运用时, 需要根据方证指征及邪在三阳的轻重, 进行灵活拓展和精准调量, 并与柴葛解肌汤^[11]进行鉴别, 以推广运用。

【参考文献】

- [1] 熊兴江.《伤寒论》与急危重症: 基于 CCU 重症病例及中西医结合诠释经典条文内涵、经方剂量与六经实质[J]. 中国中药杂志, 2018, 43(12): 2413.
- [2] 熊兴江, 王阶. 外感高热诊疗心得[J]. 中西医结合学报, 2011, 9(6): 681.
- [3] 熊兴江, 苏克雷, 王朋倩. 基于新型冠状病毒肺炎解读《伤寒论》为狭义伤寒及寒温统一[J]. 江苏中医药, 2021, 53(5): 13.
- [4] 苏克雷, 熊兴江. 新型冠状病毒肺炎的经典名方治疗策略与思考[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(2): 494.
- [5] 王阶, 熊兴江, 何庆勇, 等. 方证对应内涵及原则探讨[J]. 中医杂志, 2009, 50(3): 197.
- [6] 熊兴江. 基于临床重症病例的麻黄附子细辛汤方证特征及其治疗脓毒症、多脏器功能衰竭、气管插管术后高热不退、急性心梗合并糖尿病末梢神经病变剧烈疼痛研究[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(18): 3869.
- [7] 钱妍, 吴整军. 小柴胡汤抗感染与解热作用的实验研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2008, 18(4): 576.
- [8] 袁长津, 卢芳国, 朱应武. 小柴胡汤及其加减方体外抗流感病毒的实验研究[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(1): 41.
- [9] 熊兴江.《伤寒论》研究亟需中西医结合[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(7): 865.
- [10] 于悦, 金子轩, 罗富银, 等. 基于病-证-治结合的核心方证研究思路[J]. 中国中药杂志, 2023, 48(10): 2625.
- [11] 熊兴江. 基于 CCU 重症病例的《伤寒六书》柴葛解肌汤方证及其在医院内感染、急性上呼吸道感染等外感热病中的运用[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(18): 3876.

【责任编辑 张燕】