

对新型冠状病毒感染中医证治演变的再思考

湛 韬

(长沙市第一医院中西医结合科, 长沙 410005)

【摘要】2020年初疫情发生以来,对新型冠状病毒感染的中医病机和干预策略尚存在争议,尤其是关于寒热燥湿之辨。回顾3年的抗疫历程,新型冠状病毒感染的主要临床表现和疾病转归多次发生阶段性变化,使得其中医证治规律更加复杂。单一化的中医病名或病机包括风寒、风热、温病、湿温、燥邪、寒湿,难以全面准确地概括新型冠状病毒感染的中医临床特征及其演变趋势。吴又可《温疫论》对疫病的理解比较符合烈性传染病的流行特点,不同疫病具有独特性,简单按一种外感病理来认识和治疗新型冠状病毒感染是不合理的,应当同时关注其在人群维度中的普遍性和特殊性,承认其中医病机的复杂性和可变性。在临证实践和制定诊疗方案时,运用方证对应的理念,按方证进行精准的临床分类可能是更加实际的做法。

【关键词】新型冠状病毒感染;奥密克戎;中医病机;方证

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.01.008

我国疫情防控“新十条”发布后,各地医疗机构的救治工作面临着新的挑战。自2020年初疫情暴发以来,新型冠状病毒不断发生变异,现阶段我国流行的毒株以奥密克戎 BA.5.2、BF.7 为主,感染病例的早期临床表现与2022年12月份以前的国内病例均有不同。此病为外感邪气所致,不论病毒是否变异,依据“外邪感人,受本难知,因发知受,发则可辨”的理念,仍可依据四诊信息进行中医辨证治疗。

国内对当前奥密克戎株感染者的主要中医病机尚未形成统一认识,不同版本的中医干预方案也存在差别。新型冠状病毒感染后的临床表现、转归、预后与既往已知的呼吸道传染病都不同,对其中医理解也应区别于一般外感病。疫情3年以来,中医界围绕新型冠状病毒感染的中医病机进行了诸多讨论,但在病机定性、干预管理方面仍有较多分歧,尤其是在基本病机上,自疫情之初就有寒热燥湿之争^[1-4]。

1 “风寒”“风热”论的局限性

风、寒、热(火)都属于六气,六气太过则为六淫,原本是外感病的基本病因概念。《素问·气交变大论篇》曰:“岁木太过,风气流行,脾土受邪,民病飧泻,食减,体重,烦冤,肠鸣,腹支满”“岁木不及,燥乃大行……民病中清,肘胁

痛,少腹痛,肠鸣,溏泄”。描述了风、火、湿、燥、寒太过与不及导致不同表现的疾病流行,《内经》多处描述风邪的致病特点,如“风者,善行而数变,腠理开,则洒然寒,闭则热而闷”“风者百病之长也,今风寒客于人,使人毫毛毕直,皮肤闭而为热,当是之时,可汗而发也”“风从外人,令人振寒,汗出头痛,身重恶寒”,在《伤寒论》中有太阳中风与太阳伤寒之别,黄元御《伤寒悬解》注解道:“风寒客之,各有所伤,风则伤卫,寒则伤营”。后世常将风冠于寒、热、湿、温邪之前,一般表示外感病的起始阶段,大抵相当于现今的上呼吸道感染,后世多以风寒、风热区分感冒类型,如《丹溪心法》就提出辛温、辛凉作为感冒的两大治法。

风寒或风热能够描述一部分新型冠状病毒感染轻症患者的病理状态,但难以解释现阶段相当一部分轻症感染者的症状,如高热、腰痛如折、咽痛如割、恶心、纳差、嗅觉/味觉减退等,也不能反映绝大多数普通型、重型患者的病机,更加不能反映感染后的疾病进展规律。值得注意的是,2022年12月之前各地散发的奥密克戎株感染者以无症状居多,轻症多表现为咳嗽、低热、咽干、轻度咽痛等上呼吸道症状,累及肺部者少见,比较符合的外感风热表现^[5],12月之后的人群感染

作者简介:湛韬,男,35岁,博士,副主任医师。研究方向:中西医结合脑病治疗。

引用格式:湛韬.对新型冠状病毒感染中医证治演变的再思考[J].北京中医药,2023,42(1):33-36.

症状则与单纯风热外感相去甚远。

2 “温病”“湿温”“湿毒”“燥邪”论的局限性

温病理论自成一系，其源出于《内经》中“冬伤于寒，春必病温”之论，在病因上重视伏邪，在辨治上强调三焦分部和卫气营血分期。《温病条辨》温病的分类包括风温、温热、温疫、湿毒、湿温、秋燥、冬温和温疟，其中单独描述温疫为“厉气流行，多兼秽浊，家家如是，若役使然也”，符合烈性传染病高传播力的特点。一些学者倾向于参照温病学原则来治疗新型冠状病毒感染^[6-7]，也是因为部分病例的早期表现和进展与温病类似。然而，现阶段感染者中有大量起病即表现为振寒、头痛、身痛、无汗，普通型、重型均以肺系症状为主，一般也不按卫气营血规律传变，温病后期表现如高热、斑疹、神昏谵语等并非当前新型冠状病毒感染重症、危重症的主流表现，这些都与典型的温病特点不符。

吴鞠通认为“湿温”初期表现为“头痛恶寒，身重疼痛，舌白不渴，脉弦细而润，胸闷不饥，午后身热，状若阴虚，病难速已”，其发热表现与阴虚发热类似，直接用汗、润、下法皆不宜，在上焦时宜用三仁汤清开肺气。目前的奥密克戎株感染轻症多有咽痛如割、头痛恶寒、身重疼痛，可考虑用银翘马勃散或甘露消毒丹治疗，但这些感染者亦多有口干欲饮，发热也并非在午后，与经典的湿温表现亦存在出入。湿温病势延绵，传变后难以速已，且多为繁杂的中下焦症状，如疸、痢，与新型冠状病毒感染中后期表现不同。

当今亦有学者认为新型冠状病毒感染属“湿毒症”，而湿毒历来多用于描述皮肤疮疡疾患的病机，如《诸病源候论》《外科正宗》《洞天奥旨》《医宗金鉴》中均是如此。少数著作亦以湿毒之名描述其他外感病，但主要用于肠腑积热兼湿的下焦症状，如血痢、脓血痢，与新型冠状病毒感染的临床特征不符，也不宜用来指导感染各阶段的治则。

2021 年夏季德尔塔毒株流行时，长沙地区的本土散发感染者多表现为发热而畏寒轻、身体酸痛、舌苔腻，当时正值暑季，故笼统按湿热论治^[8]，用三仁汤、藿朴夏苓汤等治疗轻型、普通型感染者，其他地区的总结分析结论亦相似^[9]，于现阶段疫情仅供参考。

燥邪（或燥疫）之论的局限同样显而易见，《素问·至真要大论篇》描述燥邪致病的常见表现有：“燥淫所胜，则霖雾清暝，民病喜呕，呕有苦，善太息，心胁痛，不能反侧”，同时提出治法“治以苦温，佐以甘辛，以苦下之”以及“燥者润之、燥者濡之”。《素问》关于燥邪的阐述与 3 年来新型冠状病毒感染的表现多有不符。吴鞠通在《温病条辨·燥气论》中认为燥气非寒非温，可寒化热化，亦可与湿相兼，然而在论述燥气的证治时，却全处以辛凉甘润之方^[10]，如在上焦用桑杏汤、桑菊饮、清燥救肺汤等，在中焦用五汁饮、沙参麦冬汤、玉女煎等，在下焦用三甲复脉汤、大定风珠等，对新型冠状病毒感染各型的治疗有借鉴意义，桑杏汤、沙参麦冬汤、清燥救肺汤、麦门冬汤均已成为常用的新型冠状病毒感染治疗方。然而，燥邪致病只适用于部分病例，尤其近期奥密克戎株感染后普遍出现的寒战或显著畏寒、头痛、身痛、痰多等症状，亦不支持燥邪之论。

3 “寒湿”论的局限性

《温病条辨》按三焦分部专论寒湿，与湿温对比互证。因“伤于湿者，下先受之”，吴鞠通所论寒湿导致的症状多在中下焦，尤以胃肠道症状为主，提出的方药也都是围绕温阳扶正之法，这与现阶段新型冠状病毒感染者的证治大不相同。《温病条辨》另外论述了与温疫不同的“寒疫”，原文道“世多言寒疫者，究其病状，则憎寒壮热，头痛骨节烦疼，虽发热而不甚渴，时行则里巷之中，病俱相类”，同时提出治则“或有是证，其未化热而恶寒之时，则用辛温解肌，既化热之后，如风湿证者，则用辛凉清热”，体现了按病程阶段灵活辨治的思想。另外，在《三因极一病证方论》中出现了“湿疫”病名，记有“京师大疫，汗之死，下之死，服五苓散遂愈”，从用方来看应有发热、口渴、呕吐等症，然别处鲜有记载。若将新型冠状病毒感染疫情定位“寒湿疫”，将产生二种理解，一是理解为中焦症状为主的“寒湿”之病，但与 3 年来新型冠状病毒感染的临床表现不符；二是理解为兼有湿邪特点的“寒疫”，但缺乏经典文献描述。

持寒湿论者一般主张在新型冠状病毒感染早期发汗以截断病势，或用芳香辛燥之品温化湿邪，故处方多用麻黄汤、麻黄附子细辛汤、大青龙汤、葛根汤、麻杏苡甘汤、达原饮、五苓散等。这种

做法存在以下几个问题：一是对于疫邪，早期发汗能否中止病情进展，倘若如此，使用非甾体类抗炎药是否也能达到同样目标；二是年轻感染者病程多为自限性，截断病程对重症的高危人群即高龄体虚或存在基础疾病者（尤其是心血管病）尤为重要，应如何保证在高危人群中安全应用发汗剂量的麻黄。

4 《温疫论》的启发

吴又可《温疫论》将疫邪与六淫进行了明确区分，提出“伤寒与中暑，感天地之常气，疫者感天地之疠气”“戾气者，非寒、非暑、非暖、非凉，亦非四时交错之气，乃天地别有一种戾气”，被认为是疫病理论的一大发展。吴又可观察到了疫病进展的多变性和复杂性，指出“其热淫之气，浮越于某经，即能显某经之证”“有先表而后里者，有先里而后表者，有但表而不里者，有但里而不表者，有表里偏胜者，有表里分传者，有表而再表者，有里而再里者”，这样的论述与 3 年来新型冠状病毒感染症状变化相符。

吴又可的疫病理论认为疫邪首先侵犯“半表半里”的膜原，并明确指出，由于疫邪不在肌表，故早期发汗不能祛除，感邪重者须战汗（即先振战而后大汗淋漓）可解，感邪轻者可自汗而解。据此，吴又可创制了达原饮用于温疫初起，此方寒温并用，一重理气燥湿，二重清热。对于已传变的疫病，吴又可亦强调灵活辨治，清、下、吐法均有运用，但并未形成如《温病条辨》里成体系的治法理论。运用达原饮或其加味方（如三消饮、柴胡达原饮）的前提需承认邪在膜原理论的合理性，其组方无法适用于温病、伤寒理论体系，如张锡纯在《医学衷中参西录》指出达原饮中的辛燥之药耗阴助热，不宜用于温病。

5 疫病普遍性与特殊性的矛盾

新型冠状病毒感染在群体中的临床表现相似，但感染者基数、病毒变异、病毒载量、地理气候环境等因素都可能影响人群的临床特征。对于新型冠状病毒感染，进行个体化辨证论治不难，要找出共性，形成共识，制定普适性高的方案却很不容易。2020 年初原始毒株感染者表现畏寒、身痛的比例不高，表现干咳、口干欲饮者较多^[11-12]，故常参照温病、燥邪论治；2021 年德尔塔株流行时则多参照湿温论治；2022 年 12 月前的奥密克戎株感染者大部分无症状，轻症多表现为咽痒、咽

痛、鼻塞、流涕等上呼吸道症状，类似于风热感冒；现阶段奥密克戎株轻症感染者中常见发热、畏寒、头痛、肌肉痛、乏力、纳差等病毒血症症状，咽痛症状也更为突出。无论是何种毒株，普通型、重型感染者多同时表现出肺炎与全身症状，部分患者存在基础疾病，其中中医病机则更为复杂。

由此可见，对于数量庞大的群体，新型冠状病毒感染的临床和中医证治特征呈现出显著的阶段性变化。病原体是决定传染病临床特点的首要因素，即使是在同一地域、同一时间，由于存在多种流行毒株，也会增加中医病机分布的复杂性。因此，所谓传染病的普遍性特征，应当分阶段、分地域进行总结探讨，各地形成的诊疗方案也应当动态更新，对病机理解要突破简单性思维，“六淫致病”“六经辨证”“三焦辨证”“卫气营血辨证”等方法和各类方剂均可灵活运用，不应拘于一论。

6 提倡按方证分类制定诊疗方案

在年轻的轻症患者中，中医证型分布较为集中，而在有基础疾病、老年患者和重型、危重型患者中则存在较大程度的变异，且在各类感染者中，兼具 2 种以上证型者十分普遍^[13]。对新型冠状病毒感染中医病机的理解需要因时因地制宜，动态更新，及时调整。运用方证对应的理念，直接按方证进行临床分类可能是更加实际的做法。将诊疗方案按方证分类，如分为新冠葛根汤证、新冠小柴胡汤证、新冠麻杏石甘汤证等，更能精准地反映病情差异，更好地应对病毒变异和环境差异等因素带来的地域性、阶段性变化。业界应共同致力于对新型冠状病毒感染进行详细的方证分类，制定出更为清晰规范、有利于临床实践和讨论的中医诊疗方案。

参考文献

- [1] 陈龙娇,杨喜乐,王芳,等.基于燥理论对全球新型冠状病毒肺炎的思考[J].湖南中医药大学学报,2021,41(11):1749-1755.
- [2] 范逸品,张华敏,王燕平,等.新型冠状病毒肺炎中医疾病属性归类简析[J].中医杂志,2020,61(11):921-927.
- [3] 洪靖,余宋,赵河通,等.病机兼化理论下新型冠状病毒肺炎(COVID-19)病机演化规律探析[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(2):500-505.
- [4] 杨映映,李青伟,鲍婷婷,等.全小林院士辨治新型冠状病毒肺炎:“寒湿疫”辨治体系的形成、创新与发展[J].

- 世界中医药,2022,17(6):833-837,842.
- [5] 陈博武,杨梦琪,温宗麟,等.上海地区新型冠状病毒奥密克戎变异株感染轻症患者中医证候特征研究[J].中医杂志,2022,63(15):1436-1441.
- [6] 朱妍妍,梁爽,李明珠,周波.从温病学理论浅谈新型冠状病毒肺炎的中医诊治[J].实用中医内科杂志,2022,36(10):88-90.
- [7] 周梦琪,蔡阳平,姜良铎.基于新型冠状病毒肺炎探讨温病气分危重症[J].北京中医药大学学报,2022,45(8):764-769.
- [8] 张扬,毛以林,陈美平,等.长沙地区收治新冠病毒 Delta 和 Omicron 变异株感染者中医辨证分析[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(23):117-121.
- [9] 张伟,陈凤.德尔塔变异毒株致新型冠状病毒肺炎中医分析[J].山东中医杂志,2022,41(1):1-5,12.
- [10] 原金隆.从秋燥演变看吴鞠通的护阴保津学术思想[J].云南中医杂志,1983(3):4-6.
- [11] WANG D, HU B, HU C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China[J]. JAMA,2020,17,323(11):1061-1069.
- [12] 冉君,李延萍,李群堂,等.重庆地区 2020 年新型冠状病毒肺炎患者 209 例中医证型调查分析[J].中国中医急症,2020,29(5):753-755,758.
- [13] 李群堂,邱敏,万鹏,等.重型新冠肺炎的中医病机与治法探讨[J].中国中医急症,2021,30(11):1959-1961,1973.

Rethinking on the evolution of TCM syndrome differentiation and treatment of novel coronavirus infection

ZHAN Tao

(收稿日期: 2023-01-07)

《北京中医药》杂志对正确使用医学名词术语及中药材名称的要求

正确使用名词术语对于规范科研论文写作、方便学术经验交流、提高论文的科学性具有重要意义。投稿本刊说使用西医、中医、中药学名词术语应使用全国科学技术名词审定委员会公布的相关学科名词,中医名词术语建议按 GB/T 16751.1-1997《中医临床诊疗术语疾病部分、证候部分、治法部分》执行;缩略语使用可参照北京大学医学出版社出版的《医学缩略语词典》,在首次出现时先叙述其中文全称并在括号内注明英文全称及英文缩略语,再出现时则用简称;中药材名称应使用处方名称,以最新版《中华人民共和国药典》为主要依据,暂未公布者及《药典》未收载品种可参考团体标准 ZGZYXH/T 1-2015《中药学基本术语》及《中药大辞典》《中药学》等专著,北京地区常用中药饮片名称及炮制品种也可参考《北京市中药饮片调剂规程》予以规范。

中药名称的使用应根据其概念范畴使用相应的名称。中药材使用药材名称,不应使用植物名称或常用别称;临床处方应使用饮片名称,若其无法定名称,论述时可使用药材名称。由特定种质、产区,以及特定的生产加工技术生产的道地药材加工炮制而成的饮片,可在药材名前加产地名称作为特殊的饮片名称,如岷当归、川厚朴等。处方中饮片为生品者,有法定名称的遵法定名称,如“生甘草”写做“甘草”;无法定名称用生品时,应在其药材名称前加注“生”字,如生石膏。炮制品种,有法定名称的遵法定名称,如“炒山楂”写做“山楂”、“麸炒白术”写做“炒白术”、“蜜炙枇杷叶”写做“枇杷叶”、“酒制地黄”写做“熟地黄”等;无法定名称的需在其药材名称之前(后)加炒、焦、煨、炙、盐、炭、曲等炮制术语作为饮片名称,如炮姜、煨石膏、茜草炭、半夏曲等。无法定饮片名称的鲜品入药时,应在药材名前加“鲜”字,如鲜薄荷。使用特定药用部位入药的饮片,如无法定饮片名称,表述时可在其药材名称前或后加药用部位名称,如当归尾。有特殊煎煮要求的中药,应在饮片名称、计量后加圆括号注明煎服法,如薄荷 3 g(后下)、生石膏 30 g(先煎)、三七粉 3 g(冲服)等。

中成药名称以国家药典委员会《中成药通用名称》为准,暂未公布者可参照国家药品监督管理局批准的中成药通用名称。

(本刊编辑部)