

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.23.002

寒湿发热病机与辨治探要

刘庚鑫¹, 张星², 张格第¹, 皮持衡³, 晏子友³✉

1. 江西中医药大学, 江西省南昌市新建区招贤镇梅岭大道 1688 号, 330004; 2. 山东中医药大学; 3. 江西中医药大学附属医院

[摘要] 发热是外感或内伤寒湿的临床常见症状之一。通过阐述古人对寒湿发热的认识, 从病机、辨证、治法三个方面分析寒湿发热的辨治, 认为寒湿发热以寒湿郁表、正邪相争, 闭阻气机、蕴热于里, 寒湿伤阳、虚阳外浮为基本病机, 并比较其与寒湿化热证、阴病见阳证的异同。提出寒湿发热辨证当以三焦辨证为主, 结合对发热虚实与热型的诊断, 以辛温燥湿法、通阳利湿法、温阳散寒除湿法作为寒湿发热的主要治法, 并应慎用清热之品, 以期对发热的证型研究与寒湿发热的临床治疗提供一定指导。

[关键词] 寒湿; 发热; 三焦辨证

寒湿为湿与寒水之气搏结而成的病邪, 病性属阴, 其致病或因外感, 或由内伤, 亦可缘于内外相合, 以阻遏气机、损伤阳气、凝滞血行为主要致病特点^[1]。发热, 指患者体温升高, 或体温正常而自觉全身或局部(如手足心)发热^[2]。《素问·阴阳应象大论篇》曰:“阳盛则热, 阴盛则寒”, 古今对发热的认识多以阳盛为纲, 而对于寒湿发热研究较少。实际上, 无论外感还是内伤, 寒湿是导致发热症的重要病因。本文探讨寒湿导致发热的发病机理、辨证、治法等相关问题, 旨在为临床工作提供参考。

1 古代医家对寒湿发热的认识

《黄帝内经》中首次论述了寒湿合邪伤人之病因、病脉、病症, 如《素问·六元正纪大论篇》云:“民病寒湿, 发肌肉萎, 足痿不收, 濡泄血溢”, 《素问·五脏生成篇》云:“青脉之至也, 长而左右弹。有积气在心下支胛, 名为肝痹, 得之寒湿”, 然并未言及发热。寒湿发热最早在《金匮要略·痉湿喝病脉证治第二》中述及, 如“湿家病身疼发热……病在头中寒湿, 故鼻塞, 纳药鼻中则愈”, 提出寒湿郁表可出现发热, 法用辛香温散之药熏鼻。《金匮要略》麻黄加术汤是寒湿发热的重

要治方, 可见张仲景对外感寒湿而症见发热已有深刻认识, 并创制其治法方药启发后世。陈无择《三因极一病证方论》拓其方证为“治寒湿, 身体烦疼, 无汗恶寒, 发热者”^[3], 提出“病者身体烦疼……发热, 脉浮缓细, 皆寒湿相并所致也”^[3], 补充了寒湿犯表发热的脉象。《景岳全书·杂证谟》言:“阳虚则寒从中生, 寒生则湿气留之”^{[4]144}, “阳虚者, 亦能发热, 此以元阳败竭, 火不归元也”^{[4]35}, 阐明了阳虚可生寒湿, 阳衰可发虚热之理。

清代温病学家如叶桂、薛雪、吴塘、雷丰均重视寒湿的辨治, 对内伤寒湿发热病症多有研究^{[5]486}。如叶桂《临证指南医案》中莫五十案, 为寒湿损伤脾胃之阳, 症见“寒热不饥”^{[6]232}, 此为内伤寒湿致热证, 提出温阳运脾胃法, 治以苓姜术桂汤。《湿热病篇》第 12 条湿滞阳明证见“舌遍体白, 口渴”, 此为寒湿闭阻, 郁热于里, 提出用厚朴、草果、半夏等辛散寒湿之品治疗^[7]。《温病条辨》中从概念、病机、病证、治则、方药五个方面阐述了寒湿理论^{[5]487}, 继承了叶桂对寒湿伤脾胃阳气致发热的认识, 并提出了疝病及脾症病寒湿发热证及治法, 如《温病条辨·下焦篇》云:“暴感寒湿成疝, 寒热往来, 脉弦反数……椒桂汤主之”, 此为肝禀素虚, 外感寒湿引动内伤而发病^[8], 用苦辛热两解表里; 又言:“寒疝脉弦紧, 胁下偏痛发热, 大黄附子汤主之”, 提示寒湿搏结厥阴成疝,

基金项目:国家自然科学基金(81960843)

✉ 通讯作者:13970025368@163.com

其发热病机为“胆因肝而郁”，并提出苦辛温下治法；《温病条辨·中焦篇》云：“太阴脾疟，脉濡寒热，疟来日迟，腹微满，四肢不暖，露姜饮主之”，此为寒湿伤脾，太阴虚寒，正虚而成疟，见寒热往来症状，治疗以甘温之方扶正祛邪^[8]。《时病论·寒湿篇》论述了寒湿证及治法，提出寒湿之病迁延可“酝酿成温”继“温甚成热”^[9]，从而出现寒湿化热的病机变化。

2 寒湿发热机理与相关病证探讨

2.1 寒湿发热病机

寒湿为阴邪，兼具寒邪与湿邪的性质，易阻遏和损伤阳气。寒湿致病既可发自外感，由表传来，由肺而脾胃，又可因素体阳虚或饮食生冷而寒湿内生，亦可外感内伤相合致病^[10]。寒湿以三焦为传变途径，犯表则损伤营卫，伤里则影响脏腑，并受患者体质因素影响，逢素体阳盛或脾肾阳虚均可发热，其病机大致分为寒湿郁表、正邪相争，闭阻气机、蕴热于里，寒湿伤阳、虚阳外浮三个方面。

2.1.1 寒湿郁表，正邪相争 《素问·调经论篇》言：“寒湿之中人也，皮肤不收，肌肉坚紧，荣血泣，卫气去。”体表为一身之藩篱，营卫之气充于其间，营行脉中，卫行脉外。寒湿外侵体表，寒邪凝滞收引，湿邪阻遏气机，可损伤营卫。寒湿属阴邪，与阳气相争，更偏于影响卫阳，卫阳被郁，卫气受损，不能透散逐邪，可产生恶寒、发热之症。寒湿郁表发热因正邪相争、病势不同而有不同热型，病势急迫，正邪交争剧烈，可表现为高热；阳虚之人或中邪轻浅，正邪交争不著者，热势较低；若病势迁延，寒湿入里，正虚而邪留，则可出现低热缠绵或寒热往来症状。

2.1.2 闭阻气机，蕴热于里 《证治准绳·杂病·诸气门》言：“一气之中而有阴阳，寒热升降动静备于其间。”人体阳气温煦气化，主升主动，维持人体正常生理功能^[11]。蒲辅周言寒湿发热，寒湿是本，而蕴热是标^[12]。湿邪阻滞气机，寒邪郁闭阳气，寒湿之邪由表传里，自经络侵脏腑，可阻滞脏腑气机，闭郁阳气不得宣发运转，蕴热于里而出现发热；寒湿客于中焦，郁遏脾胃阳气，阳气郁而发热，或寒湿损伤脾胃阳气，气弱无以推动舒展而发热，即“弱者气着则病”^[11]。寒湿凝滞厥阴，胆因肝而郁，木火为寒湿所遏，亦可导致发热。此外，寒湿蕴热日久，不得宣散，再逢患者素体阳盛或过用燥热药物，亦可转化为寒热错杂证或

湿热证，出现以热象为主的病症。

2.1.3 寒湿伤阳，虚阳外浮 寒湿邪气最易伤阳，阳虚又可加重寒湿，二者互为因果。吴塘《温病条辨》言：“湿久，脾阳消乏，肾阳亦惫矣。”^[13]^[14]肾寓元阳为一身阳气之根，脾主后天为气血生化之源，寒湿侵犯中下二焦，或肾阳虚、内生寒湿，轻者可致脾肾阳衰，不能运化蒸腾水液，日久寒湿凝闭于下为本，虚火、燥邪浮见于上为标；重者可见元阳虚极，阴盛格阳，如《伤寒论·辨阳明病脉证并治篇》言：“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之”，脏真寒在里，虚热浮于表，故有此证。此外还有《伤寒论》之通脉四逆汤证见“里寒外热，手足厥逆”，亦为阴极阳脱而致的假热症状。《医碥》言：“阳虚谓肾火虚也，阳虚应寒，何以反发热？则以虚而有寒，寒在内而格阳于外，故外热；寒在下而戴阳于上，故上热也，此为无根之火，乃虚焰耳”，可知寒湿阴邪内踞，阳气虚衰，阴邪格拒阳气，火不归元而向外向上浮散外发，产生虚热外证^[14]。

综上所述，寒湿发热的根本病机在于正邪的相互影响，寒湿并非能直接导致发热，而是通过闭阻卫气、郁遏气机、损耗阳气，影响人体气机与阳气功能，继而间接导致发热。

2.2 寒湿发热相关病证

2.2.1 寒湿发热与寒湿化热之异 寒湿发热为寒湿病的常见症状之一，易与寒湿化热混为一谈，如叶桂《临证指南医案》言：“其症愈多，其理愈晦。毋怪乎医者临症时，不能灼然分辨”^[6]^[205]，因此对二者的分析具有一定临床意义。我们认为，寒湿发热与寒湿化热之异有以下四点：一是概念不同，寒湿发热为寒湿病证的发热一症，寒湿化热为寒湿到湿热的病机变化。二是病性不同，寒湿发热之病性仍以寒湿为主，寒湿化热则多因素体阳盛或治疗不当，病性由寒转热，由寒湿证转化为湿热证。三是病势发展不同，寒湿发热虽有虚实，但病势较为稳定，以寒湿三焦顺传为主，寒湿化热则处于病势进展期，由寒湿证向湿热证过渡，既可于本病位伤阴化燥，又可向上郁蒸扰神。四是病症表现不同，寒湿发热虽有发热，但病症仍以寒湿为主，伴有舌白、脉沉缓、胸闷脘痞、便溏等症，而寒湿化热则为先有寒证继有热证，而后以寒热错杂或湿热证为主，症见发热口渴、心烦、苔黄、脉滑数等。

2.2.2 “寒湿发热”与“阴病见阳证” 阴阳为辨证总纲，寒湿为阴邪易伤太阴、少阴，可兼见发

热阳证，因而寒湿发热可属阴病见阳证的范畴，但二者又有区别。阴盛则阳衰，“阴病见阳证”多指邪入阴经为病反见阳证，多为阳气回复或根本未绝的征象。如《伤寒来苏集》言：“伤寒以阳为主，不特阴症见阳脉者生，亦阴病见阳证者可治也。凡蜷卧四逆，吐利交作，纯阴无阳之症，全赖一阳来复，故反烦者可治，手足反温者，反发热者不死。”^{[15]213} 阴阳互为根本，若阴邪内盛，反见“烦”“发热”“手足反温”之象，伴阴证转弱，脉证相应而不躁动虚浮，多为阳气未绝，疾病可治之证。

“寒湿发热”与“阴病见阳证”二者区别在于“阴病见阳证”多提示预后较好，而寒湿发热既可见于邪正相持，也可见于邪胜正负、疾病加重阶段。寒湿郁闭表阳与寒湿蕴热于内均可有发热症，见于寒湿郁闭较重而正气尚足。寒湿证见热象还可见于病情加重，如寒湿阴盛格阳发热，或外伤寒湿入里化热耗气伤津，寒湿证转化为湿热证，在原本伤阳基础上更伤阴液，发展为阴阳两伤、虚实夹杂的复杂病证。

3 寒湿发热辨治

3.1 寒湿证分型举要

寒、湿邪气“体本同源，易于相合”^{[13]82}，二者虽性质各异而可相互从化、兼合发病，故其致病有轻重主从之分。辨明寒湿证之邪气盛衰，性质归属，对判断寒湿发热症病势发展、病情轻重有挈领之功。

3.1.1 寒重于湿 寒重于湿证多见于严寒冬令^{[16]29}，此时或涉冒雨雪，或素体有湿，病证具寒主湿从的致病表现。寒邪凝滞收引，易伤营分，郁遏、损伤阳气，寒重于湿证具有发病较急、病势易进的特点。其伤表可见肢节疼痛拘急，身重、恶寒发热，舌苔薄白腻，脉浮弦或缓等症；伤里可见脘腹冷痛、恶心呕吐，苔白腻，脉迟缓等症。如《伤寒论·辨太阳病脉证并治》所言：“伤寒脉浮缓，身不疼，但重，乍有轻时，无少阴证者，大青龙汤主之”，此本伤于寒，表闭不通，水液凝滞皮腠留为寒湿，故而脉缓身重，属寒重于湿证，当发汗逐邪。

3.1.2 湿重于寒 湿为长夏主气而寄旺于四时，故时令湿蒸之际常因外感触冒或阳气损伤而兼夹寒邪，形成湿重于寒证，如吴塘《温病条辨·中焦篇》言：“湿困中焦则中气虚寒，中气虚寒则阳光不治”^{[13]84}。本证具有病势较缓、病程绵长、三焦

传变的特点，以湿邪阻滞气机、重浊黏滞、易耗阳气的特性为征象。在表可见首如裹、身重、身倦乏力、恶寒、苔薄腻、脉濡或浮弦，在里可见胸闷脘痞、腹胀泄泻、苔白厚腻、脉濡缓等。《温病条辨·下焦篇》言：“湿久不治，伏足少阴，舌白身痛，足跗浮肿，鹿附汤主之”^{[13]140}，此即湿重于寒证，湿邪耗乏肾阳，阳虚水湿泛滥而致浮肿，湿寒相合，凝滞经脉气血而身痛，故当温补元阳、散寒除湿。

3.1.3 寒湿并重 寒湿二邪同气相求，外感内伤相互召至，故常并重合病。本证兼重寒邪、湿邪的致病特点，更易郁遏、损伤阳气。如《温病条辨》中小青龙汤证得自“秋湿内伏，冬寒外加”^{[13]142}，外寒束表见恶寒身痛、脉紧无汗，内有湿饮而见胸满、恶水不欲饮、水饮冲肺而喘逆倚息。此外，饮食不节或失治误治损伤心、脾、肾之阳气，阳虚不能散寒化湿亦是内生寒湿的重要原因，如《时病论》言：“须知寒湿之病，患于阳虚寒体者为多”^[9]。脾肾阳虚可致水湿停聚、寒从中生，进一步损伤阳气，可致畏寒、胸闷、心悸、纳呆、腹胀便溏、水肿等症。

3.2 寒湿发热辨证要点

辨证论治是中医临证治疗的总原则，辨证是立法治疗的前提和依据。寒湿发热以热为标，病理本质仍为寒湿^[1]，如《医原》言：“寒湿为湿之本气，本气为阴邪。其见证也，恶寒战栗，周身疼痛，或外邪郁遏内热，疼而且烦，但舌苔白滑，不渴不饮，内无热象，故为寒湿”，可知寒湿发热辨证仍须以三焦辨证寒湿为本^[12]，亦需结合对发热证候虚实与热型变化的判断以指导治疗。

3.2.1 辨三焦 寒湿证候为寒湿发热的主要征象，也是与风湿、湿温、少阳证等发热的主要鉴别点^[12]。吴塘认为寒湿侵犯人体，以三焦为路径传变至各脏腑，并提出三焦辨证与脏腑辨证结合诊断病程、病位、传化趋势等。《温病条辨·下焦篇》言：“其在人身也，上焦与肺合，中焦与脾合，下焦与少阴癸水合”^{[13]139}，“其在上焦者，如伤寒；其在下焦也，如内伤；其在中焦也，或如伤寒，或如内伤”^{[13]140}，“上中不治，其势必流于下焦”^{[13]140}等，寒湿病邪伤人则弥漫三焦，易影响三焦、肺、脾、肾功能，并具有上中下三焦顺传的特点。寒湿在上焦，损伤营卫，肺失宣肃，困闭胸阳，症见恶寒无汗、发热、关节疼痛、咳嗽、胸闷、头身困重、脉浮缓细等症；寒湿在中焦，困遏脾胃，升降

失常,损伤中阳,脾失运化,主症可见脘痞腹胀、口淡不渴、纳差不食、恶心呕吐、大便溏泄,舌脉象可表现为苔白腻、脉濡缓;寒湿迁延不愈伤于下焦,凝滞肝脉可见发热、胁痛、口苦纳呆、少腹挛急等症,损伤肾阳,虚阳外浮,可见身热、心烦、四肢厥冷、畏寒踡卧等症,舌脉象可表现为舌淡苔白、脉微弱细。

3.2.2 辨虚实 发热有虚实之分,实热指邪气侵袭,正气不虚,正邪相争剧烈,脏腑气血亢盛引起的发热,多由于外感热邪或阴邪郁而化热。虚热多为正气亏损,可由人体气虚阴阳虚衰而引起,见于体虚受邪或邪气伤正。寒湿发热有虚有实,治法相左,且发热的虚实未必与病机的虚实完全一致,如阴盛格阳为邪实正虚证,其发热则为虚热。寒湿致实性发热多在疾病初起、正邪交争阶段,多见于上焦、中焦寒湿证或寒湿之邪刚开始化热,除发热症状外并见寒湿证实脉,在表如恶寒、肢体疼痛、身困重、脉浮缓不虚等,在里如脘腹疼痛、胸胁痛、呕吐泄泻、脉沉缓有力、苔白厚腻等。寒湿所致虚热多由患者素体阳虚或邪盛正衰,病程较长,病位多在中焦、下焦,以低热为主,见阴盛阳虚之脉证,在中焦可有倦怠乏力、困倦纳呆、腹胀便溏、脉沉缓弱等,下焦则恶寒踡卧、下利不止、四肢逆冷、舌淡、脉沉细弱等,或不见发热仅见烦躁、颧红、汗出、脉微细沉欲绝或浮大躁动等虚阳外脱之证。

3.2.3 辨热型 寒湿发热的热型可有微热、壮热、寒热往来、潮热等。微热是寒湿发热的主要热型,因寒湿阻遏,热势不宣,可见自觉发热或热势不高,体温多不高于 38℃,如有研究^[17]表明,寒湿郁热证患者体温大部分为 37.1~38℃,少数可至 38.1~39℃。寒湿格阳发热也多属于微热型,以发热反欲盖衣被,自觉发热而体温不高,或口渴喜热饮,面色浮红如妆等为特点^[18]。

壮热为热势较高、扪之灼手之象,提示正邪剧烈相争,寒湿开始化热,病势急进的阶段。有研究者^[19]认为寒湿疫病情加重期可出现高热。此外寒湿内外合邪伴正气不足也可出现高热,如有研究^[20]发现部分糖尿病患者既有在内的脾阳不足并湿浊困郁,又因感受外寒、闭阻肌腠毛窍,多表现为持续高热或反复高热。

寒热往来为恶寒发热交替出现,《温病条辨》中见于寒湿侵于足厥阴与太阴经,可发为疟证与脾疟证,吴瑭自注其发病一因“肝脏本虚”^{[13]107},一

因“太阴虚寒”^{[13]147},皆因正虚受邪,邪正交争,邪胜则恶寒,正胜则发热,因而有寒热往来的症状,又因其为寒湿阴邪诱发,故临床表现常为寒多热少。

潮热指身体发热有定时,如同潮水。寒湿发热亦有潮热,较阳明腑实之潮热多发于日晡,寒湿发热则多于上午发热,见于寒湿郁热里证。若患者久服寒凉,损伤中阳,寒湿内蕴,则可发为每日上午阵发性发热^[21],日久不愈。因上午阳气主事,蒸动阴邪,下午阳气渐弱则病势静止,发热不作。

3.3 寒湿发热治法及用药

3.3.1 辛温燥湿法 《景岳全书·杂证谟》言:“寒湿之病,宜燥宜温,非温不能燥也”^{[4]144}。辛温燥湿法以辛散、温燥药物组成,治疗寒湿实邪弥漫三焦,阻滞气机,闭阻阳气之证,证候表现以三焦寒湿为主,兼发热症。蒲辅周认为:“伤于寒湿,应以辛热温散为主,重在去邪”^[22],因此本法以辛温药散寒行气,苦温药燥湿运脾,亦可佐芳香药化浊开郁,使寒湿俱去,三焦畅通,郁阳得伸。上焦寒湿发热以寒邪郁表为重者可用麻黄加术汤,以麻黄、桂枝辛温散寒解表,行阳通痹,杏仁开宣肺气,甘草护中,苍术燥湿运脾;以湿郁为重者可用苍术香薷饮,以苍术燥湿解表,香薷、厚朴、扁豆花芳香温化寒湿,开郁行气^{[16]36}。中焦寒湿蕴热可用厚朴草果汤,以厚朴、草果、半夏苦辛温燥寒湿,运转脾阳,杏仁、陈皮宣肺行气,茯苓渗湿导下。下焦寒凝肝经郁热,可用椒桂汤,以川椒、桂枝、吴茱萸、高良姜温散寒湿止痛,小茴香、青陈皮理气行滞,柴胡、桂枝透邪外出,升达胆气,使郁热得去,寒湿凝结较重者可用大黄附子汤,本方为苦辛合用,温通之法,用大黄、附子、细辛温阳开结,解散寒凝。

3.3.2 通阳利湿法 《温热论》言:“湿邪害人最广,如面色白者,须要顾其阳气,湿盛则阳微也。”寒湿伤及中下二焦,可损伤清阳,阻滞气机,使水湿不化,中阳虚而郁热。叶桂将《伤寒论》苓桂术甘汤变通为通阳利湿治法,以辛温、淡渗、健脾药物组成,治疗寒湿水气阻遏阳气证^{[5]494}。在中焦可用苓姜术桂汤,以茯苓、白术健脾利水去湿,桂枝、生姜温阳散寒化气,有“鼓运转旋脾胃”^{[6]232}之功。下焦肾阳虚水泛可用真武汤,柯琴认为本方“降水利水”^{[15]140},君附子温肾阳,茯苓渗湿、白术制水、生姜散饮,芍药酸苦制热,使肾阳回复,寒饮得消。

需要注意的是,通阳利湿法只适用于寒湿伤阳不重者,若阴邪内盛,元阳已衰,重用通利药则更伤阳气,加重病情,如《景岳全书》言:“但微寒微虚者,即温而利之,自无不可。若大寒大虚者,则必不宜利。此寒湿之证,有所当忌者也”^{[4]144}。

3.3.3 温阳散寒除湿法 温阳散寒除湿法以温热药如附子、干姜等温补肾阳、散寒除湿为主,用于寒湿盛阳气衰重证或阴盛格阳危证,遵《景岳全书》言:“无根之热者,宜益火以培之”^{[4]33},“病之微者,宜温、宜利、宜燥……病之甚者,必用温补,俟阳气渐复,则阴邪始退”^{[4]144}。寒湿内盛发为虚热,以脾肾阳虚为重可用附子理中汤,附子、干姜温阳散寒湿,白术、人参、甘草培土益气,补养后天;若阴盛格阳,元阳欲脱者,当急用通脉四逆汤加人参汤回阳救逆,峻补元气,病势格拒者可加猪胆汁为反佐,引阳入阴。

3.4 寒湿发热清热药运用小议

凡药性寒凉,以清解里热为主要作用的药物称为清热药。据统计,甘草、柴胡、黄芩、石膏、连翘、杏仁、薄荷、金银花等均为在发热治疗中运用频繁的药物^[23],运用寒凉药治疗热性病证是临证常规思维。然而清热药可治表里气血实热证或阴虚发热证,对于寒湿发热却有损伤阳气、加重寒湿之弊。《温病条辨》谓:“湿为阴邪,弥漫于中,喜热以开之也。故方法以苦辛通降,纯用温开,而不必苦寒也”^{[13]109},因此寒湿发热应慎用寒凉清热药。

寒湿发热误用清热法会加重病情,造成变证。如蒲辅周治疗沈钧儒公子案^[24],患者为阳虚之体感受寒湿,见感冒发热,午后为甚,倦怠,纳少,口淡,尿少,自服银翘散,药后热不退,反增便溏。蒲辅周认为湿为阴邪,治当芳香淡渗,间可用刚,凉药伤中阳,湿更难除,用平陈汤合三仁汤,二剂即愈。衡先培认为寒湿发热因寒湿邪气凝闭,阳气郁遏,妄与清热,则更伤阳助邪,清热与养阴之法均不宜用,当主以“辛温除热”^[20]。因此临床上应慎重使用清热药,必见实热之脉证方可据证使用,不可见发热即应用银翘散、连花清瘟胶囊、双黄连口服液等退热药剂。

此外,寒湿发热无清热治法,但并非完全禁用寒凉药物。如大黄附子汤方中大黄苦寒,治疗寒湿发热乃用其苦味通降,必合附子、细辛散寒除湿。通脉四逆汤加寒凉之猪胆汁可从阴引阳,防止药性格拒。因此,寒湿发热亦可用寒凉药,总体以不伤阳气、佐通寒湿、据证施用为原则。

4 结语

寒湿发热以寒湿为本、发热为标,三焦之寒湿均可有发热症状。我们认为寒湿发热病机以阴邪遏阳伤阳为主,并强调寒湿发热概念不可与寒湿化热、“阴病见阳证”混同。明晰病机是辨治的基础,寒湿发热辨证应综合病位、病性及热型判断,以散寒除湿、温复阳气为主体治疗目标,并应慎用寒凉药物。本研究可进一步完善中医诊疗发热理论体系,为临床辨治寒湿发热提供思路。另外,未来寒湿发热的相关研究,应更系统地整理归纳古人的治疗思想,作为辨证治疗的依据,结合现代化诊疗理论,开展对多疾病寒湿发热的理论与临床研究,发挥中医药特色。

参考文献

- [1] 王晓梅,姜秀新,丁宁,等. 中医学寒湿病因内涵探赜[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(6): 891-892, 909.
- [2] 王丽琴,李赛美. 基于六经探析《伤寒论》之发热[J]. 江苏中医药, 2018, 50(11): 11-13.
- [3] 陈言. 三因极一病证方论[M]. 北京:人民卫生出版社, 1957: 61.
- [4] 张景岳. 景岳全书:杂证谟选读[M]. 邱宗志,李戎,吴愚,等,点校. 重庆:重庆大学出版社, 1988.
- [5] 张文选. 温病方证与杂病辨治[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2017.
- [6] 叶天士. 临证指南医案[M]. 苏礼,整理. 北京:人民卫生出版社, 2006.
- [7] 吴塘,薛雪,叶桂. 温病条辨 温热论 湿热病篇 外感温病篇[M]. 周鸿飞,吕桂敏,徐长卿,点校. 郑州:河南科学技术出版社, 2017: 164.
- [8] 李伟. 《伤寒论》与《温病条辨》湿病证辨治规律的比较研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2021.
- [9] 雷丰. 时病论[M]. 福州:福建科学技术出版社, 2010: 121.
- [10] 匡宇,王键. 吴鞠通论治寒湿初探[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(8): 2011-2013.
- [11] 王方方,陈家旭. 内伤发热的沿革及辨治探要[J]. 中医杂志, 2017, 58(18): 1534-1537.
- [12] 刘干华. 寒湿发热证治一得[J]. 四川中医, 1987, 5(2): 15.
- [13] 吴塘. 温病条辨[M]. 北京:人民出版社, 2005.
- [14] 何晶,赵红兵,邵铭,等. 内伤发热中医用药思路[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(1): 124-126.
- [15] 柯琴. 伤寒来苏集[M]. 王晨,点校. 北京:中国中医药出版社, 2019.

- [16]阮诗玮. 寒湿论治[M]. 福州:福建科学技术出版社, 2008.
- [17]黄敬平. 万丽玲论治外感发热经验探究[D]. 南昌:江西中医药大学, 2019.
- [18]戴永娜,王作顺. 虚火辨治理论与实践[J]. 河南中医, 2017, 37(7):1147-1149.
- [19]阮永队,范登脉,谢炎烽,等. 从寒湿疫论治新型冠状病毒肺炎思路探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(6):1003-1007.
- [20]陈晓红,王永发. 衡先培教授采用辛温除热法治疗 2 型糖尿病合并难治性高热临床经验[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(4):504-507.
- [21]韦能定. 内伤发热验案二则[J]. 四川中医, 1994, 12(10):39.
- [22]蒲辅周. 蒲辅周医案[M]. 高辉远,整理. 北京:人民卫生出版社, 1972:69.
- [23]朱文琳,王建超,银艳桃,等. 中医药治疗发热用药规律[J]. 河南中医, 2020, 40(9):1383-1387.
- [24]刘建,蒲志孝. 蒲辅周[M]. 北京:中国中医药出版社, 2018:76.

Pathogenesis, Differentiation and Treatment of Cold-damp Fever

LIU Gengxin¹, ZHANG Xing², ZHANG Ged¹, PI Chiheng³, YAN Ziyu³

1. Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanchang, 330004; 2. Shandong University of Traditional Chinese Medicine; 3. Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT Fever is a common manifestation of external or internal cold-damp. In this article, we have discussed the ancient understanding of cold-damp fever and explored the theory of identifying and treating cold-damp fever from three aspects including pathogenesis, differentiation and treatment. We believe that the basic pathogenesis of cold-damp fever is cold-damp constraining the exterior, struggle between healthy *qi* and pathogenic *qi*, the blocking of *qi* movement, the embedding of heat in the interior, cold-damp damaging *yang*, and the floating of deficient *yang*, which should be differentiated from that of cold-damp transforming into heat pattern, and yin disease but *yang* syndrome pattern. *Sanjiao* (三焦) pattern differentiation, together with the distinguishing of fever deficiency and excess and the fever type, is advised in the diagnosis of cold-damp fever. The main treatment methods are drying dampness with acrid-warm medicinals, unblocking *yang* and draining dampness, warming *yang*, dissipating cold and eliminating dampness, and the heat-clearing medicinals should be avoided, all of which can provide certain guidance for future syndrome study and clinical treatment of cold-damp fever.

Keywords cold-damp; fever; *sanjiao* (三焦) pattern differentiation

(收稿日期: 2022-08-21; 修回日期: 2022-09-26)

[编辑: 侯建春]