

者发病日久,在内服中药的基础上配合患者控制饮食及适量运动锻炼以减轻体重,疗效更佳。

### [参考文献]

- [1] 李祥云. 实用妇科中西医诊断治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 122.
- [2] 谭艳丽, 杨健红, 吴晚英. 达英-35联合二甲双胍治疗肥胖型多囊卵巢综合征的临床观察[J]. 医药前沿, 2013, 3(4): 199-200.
- [3] 赵恒侠, 周道成, 李惠林, 等. 荷芪散对多囊卵巢综合征大鼠内分泌代谢及PI3K/AKT信号通路的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(2): 130-135.
- [4] 侯丽辉, 王晓冰, 吴效科. 从“痰壅胞宫”病机理论论多卵巢综合征排卵障碍[J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 14(10): 725-726.
- [5] 冯丽萍, 潘文. 近5年多卵巢综合征中医证型及用药规律研究[J]. 中医药临床杂志, 2016, 28(7): 955-958.
- [6] 刘玲, 赵恒侠, 李惠林, 等. 荷芪散联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征伴胰岛素抵抗的临床研究[J]. 世界中医药, 2017, 12(8): 1832-1835.
- [7] 戚微微, 陆硕蕾. 浅谈活血化瘀法治疗多囊卵巢综合征[J]. 中国医药指南, 2014, 12(24): 296-297.
- [8] 金凤丽, 曹东. 从肝郁与痰瘀互结论多囊卵巢综合征中医病机及辨证实质[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(8): 1836-1837.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

## 陈镜合寒温并用法治疗内科疾病经验介绍

余锋, 信梦雪

广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[关键词] 消化性溃疡; 慢性阻塞性肺疾病; 寒温并用; 辨证论治; 经验介绍; 陈镜合

[中图分类号] R249.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 03-0297-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.03.094

陈镜合教授是国家名老中医, 广州中医药大学首席教授、博士研究生导师, 曾任国家重点学科中医内科学学科带头人, 被国家人事部、教育部及国家中医药管理局认定为全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 主攻心脏内科急救、中西医结合临床与实验研究, 学验俱丰, 不仅提出要先中后西、能中不西, 中西结合, 走以中医为主、中西医结合的现代中医之路及现代中医急症思维, 且在内科杂病治疗方面积累了丰富的经验, 临床疗效确切, 兹将陈教授寒温并用法论治内科疾病经验介绍如下。

### 1 寒温并用法的真正内涵及适应症

1.1 寒温并用法源流 陈教授指出本法源于《内经》。该书作为中医学奠基之作, 提出正常人体生理功能状态为“阴平阳秘, 精神乃治”, 而阴阳失衡是所有疾患共同的病机归属。《灵枢·官能》: “寒与热争, 能合而调之, 虚与实邻, 知决而

通之, 左右不调, 把而行之, 明于逆顺, 乃知可治, 阴阳不奇, 故知起时。审于本末, 察其寒热……”, 提示寒热错杂之证治宜寒温并用, 调其阴阳。医圣张仲景在《伤寒杂病论》一书中将本法演绎的淋漓尽致。如麻杏石甘汤、乌梅丸、半夏泻心汤、大黄附子汤等寒药与热药同用, 清上与温下并举, 开创了寒温并用的先河<sup>[1-2]</sup>。后世医家如孙思邈、朱丹溪等在此基础上多有发挥。

1.2 寒温并用法的概念 针对致病因素与患者不同体质所呈现的寒热错杂、正邪交争病机, 融和具有寒凉和温热之性的中药于一炉, 寒药清热或养阴, 温药散寒或助阳, 合用以相互佐制而阴阳互调的一种治疗方法, 属“和法”范畴。

1.3 寒温并用法适应症 主要针对临床证见寒热错杂、正邪交争者, 具体来说体现在以下几方面: ①外感性疾病: 表寒里热之“寒包火”证候; ②内伤疾病: 上热下寒, 寒热互结, 或

[收稿日期] 2018-05-31

[基金项目] 国家中医药管理局全国名老中医陈镜合学术思想传承工作室项目 (国中医药人教发 [2011] 41号)

[作者简介] 余锋 (1982-), 男, 主治医师, 博士, 研究方向: 中西医结合治疗内科急症。

里虚寒而外感风热、湿热之邪。病程日久，缠绵难愈者多虚，多寒，往往呈现阳损及阴，阴损及阳的病理状态。《素问·生气通天论》：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰，故天运当以日光明，是故阳因而上，卫外者也。”说明阳气在维持人体生理功能中极其重要，有阳则生、无阳则死。尤应重视的是危重症患者如呈现阴盛格阳、阳盛格阴之证，陈教授指出单纯以一派滋阴、扶阳之品治之可能收效甚微，而寒温并用以阴中求阳，阳中求阴从而可达阴阳互根互用之效。诚如张景岳所述：“又有阳失阴而离者，不补阴何以收散亡之气？水失火而败者，不补火何以苏垂寂之阴？此又阴阳相济之妙用也。故善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而源泉不竭。余故曰：以精气分阴阳，则阴阳不可离；以寒热分阴阳，则阴阳不可混，此又阴阳邪正之离合也。”③病程缠绵日久，病因复杂难辨，多重病机错杂，病情较重表现多个脏腑功能失调患者，通过辨识疾病寒热轻重以寒温并投拟方<sup>④</sup>。

**1.4 寒温并用法临床应用注意事项** ①从阴阳学说深刻领会寒温并用的实质，有是证用是药，注重寒温药物配伍比例，绝不能寒温混用。陈教授强调临证一定要以中医学理论为指导，详辨患者病因病机，分清寒热虚实，是以寒为主或以热象为主，进而处方确立主攻方向佐以甘寒、苦寒或辅以辛热、甘温之品，并确立各药的剂量。②对特殊患者用此法应注重煎煮法，如后下、包煎、冲服及烊化、武火急煎等。部分药物因其性质、性能及临床用途不同，所需煎煮时间不同。甚至同一药物因煎煮时间不同，其性能与临床应用也存在差异。徐灵胎《医学源流》“煎药之法，最宜深讲，药之效不效，全在乎此”<sup>⑤</sup>。如肉桂多后下焗服取其辛甘大热之性更能发挥补火助阳、温通经脉作用。③注重言语开导，消除患者畏惧心理，提高依从性。部分患者曾在多家医院反复就医或受舆论影响，认为自己体质不适合服用辛热之品，但凡看见处方中有桂附则诉自己体质偏虚，服用桂附则易“上火”，表现为口腔溃疡、心烦不寐及便秘等。陈教授针对这部分里虚寒而表现为外在部分热象患者，详细告知其病情，有时采取诱导法，告诉患者本处方虽有桂附但非辛热。对于一小部分患者在难以言语开导者，则处以养阴之品二三剂，待虚寒之象显现则投以辛温佐以甘寒治之。

**1.5 常用处方** 陈教授治疗外感之证喜用麻杏石甘汤、小柴胡汤、柴胡桂枝汤；内伤性疾病则据证候不同选用左金丸、半夏泻心汤、温脾汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、五苓散、桂枝汤、炙甘草汤及小建中汤等。

## 2 寒温并用法治疗内科杂病举例

**例1：温脾汤加减治顽固性便秘** 王某，女，91岁，因“言语不利伴意识欠清1天”于2016年3月3日入院。患者既往高血压病史，1天前出现言语不利，伴少动懒言，嗜睡，不能应答，嘴角向右歪斜，小便失禁，无发热，无气促，无呕

吐，遂至本院急诊就诊。查头颅CT示：左侧基底节区脑软化灶，考虑右侧侧脑腔隙性脑梗塞可能，脑血管硬化。为求系统诊治收入院。入院症见：患者呈浅昏迷状态，呼之无应，无发热寒战，无气促，无呕吐，小便失禁，4天无大便。查体：体温：37.6℃，呼吸：17次/分，心率：66次/分，血压：110/78 mmHg。表情淡漠，被动体位，神志浅昏迷，精神差，语音不清晰，查体不合作。心肺及腹部查体未见异常。四肢肌张力增高，双侧腹壁反射存在，病理反射未引出。舌质淡、苔白腻微黄，脉弦滑。入院予以急则治其标，星萎承气汤加减，但大便未通，辅以苳蓉通便口服液、开塞露及乳果糖等仍无效。3月9日陈教授查房，指出结合患者四诊资料，当以温脾汤合涤痰汤加减，处方：法半夏、熟附子(先煎)、全蝎、炒桃仁、炒僵蚕各10g，茯苓、石菖蒲、柴胡、黄芩、大黄、党参各15g，甘草5g。患者服用此方第2天即解大便，继以此方加减，大便每天1~2次，患者神志转清，病情稳定办理出院。

按：陈教授指出温脾汤由温补脾阳药配伍寒下攻积药组成，温通、泻下与补益三法兼备，寓温补于攻下之中，具有攻补兼施、补而不滞、攻下不伤正的特点<sup>⑥</sup>。考虑该患者高龄，虽有便秘，但虚多实少，且老年人脏腑功能衰退，脾胃阳虚，一味予以大黄芒硝之类泻下则很难取效。纯用攻下，必更伤中阳；单用温补，则寒积难去，治疗当以寒温并用，攻补兼施。考虑患者中风基础病，故以攻下冷积，温补脾阳，佐以化痰熄风为法。尤其重视的是方中附子配大黄，用附子之大辛大热温壮脾阳，解散寒凝，配大黄泻下已成之冷积。党参益气，配伍大黄走而不守，不至于温补滋腻碍胃，甘草既助人参益气，又可调和诸药为使，故起效明显。

**例2：阳和汤治疗难治性消化性溃疡** 李某，男，68岁，2010年3月10日以“反复胃脘部痞满不适8年余，加重1周”就诊。患者既往多次外院行电子胃镜检查提示十二指肠球部溃疡，幽门螺旋杆菌(Hp)(+)，平素畏寒，时有剑突下疼痛，反酸，以夜间及进食后明显。服用质子泵抑制剂及规范根治Hp方案，中医予以柴胡疏肝散、陈夏六君子汤及半夏泻心汤等效果不明显，近1周症状加重。症见：纳差，便溏，精神疲倦，四末不温，剑突下轻压痛，无反跳痛，肠鸣音4次/分，舌淡、苔白滑边有齿痕，脉沉细。证属脾肾阳虚、痰瘀阻络，治以温肾健脾、散寒通络为法，拟方阳和汤加减。处方：熟地黄30g，海螵蛸、浙贝母、鹿角胶、白芥子各10g，炒麦芽20g，党参15g，肉桂(焗服)6g，麻黄、甘草各5g。5剂，每天1剂，水煎服。

2010年3月16日二诊：患者怕冷症状减轻，胃纳改善，腹胀较前有所减轻，仍觉进食后不适，继以上方去白芥子，加茯苓15g，厚朴10g，7剂。胃脘部不适感较前明显减轻，嘱其注意清淡饮食，调畅情志，以当归生姜羊肉汤为食疗。

按：阳和汤为清代著名医家王洪绪所创之名方，是治疗阴疽的代表方，有温阳补血、散寒通滞之效。一般常用于素体阳

虚，寒凝痰滞，痹阻肌肉、筋骨、血脉、关节等所致附骨疽、鹤膝风等<sup>[6]</sup>。陈教授认为该方温阳与补血并用，寒温并用，祛痰与通络相伍，可使阳虚得补，营血痰滞得除。临床辨证应用阳和汤，要抓住阳虚、寒凝、痰滞的病机特点，谨守病机辨清寒热虚实。如《成方便读》：“所谓邪之所凑，其气必虚，故其所虚之处，即受邪之处。病因于血分者，仍必从血而求之。故以熟地大补阴血之药为君；恐草木无情，力难充足，又以鹿角胶有形精血之属以赞助之；但既虚且寒，又非平补之性可收速效，再以炮姜之温中散寒，能入血分者，引领熟地、鹿角胶直入其地，以成其功”。反复发作的消化性溃疡因患者多经抗生素等根治 Hp 治疗或反复就医，酿成阳虚寒凝之证，该患者溃疡病数年迁延不愈此其一，溃疡隐藏于体内此其二，这和阳和汤的主治阴疽有异曲同工之妙，故应异病同治，随证加减。笔者检索国内中国知网及维普等数据库，鲜见阳和汤治疗复发性消化性溃疡的报道。以上验案体现了陈教授执中创新，理实合一，对中医经典的创新发挥。

例3：葶苈大枣泄肺汤序贯小青龙汤治疗慢性阻塞性肺病急性发作 刘某，男，69岁，2013年10月16日初诊。因“反复咳嗽咳痰8年余，加重5天”就诊。既往慢性阻塞性肺病病史，5天前受凉后咳嗽咳痰加重，伴有气喘。症见：发热恶寒，体温：38.6℃，咳嗽气促，动则加剧，形寒肢冷，痰色白微黄，难以咳出，咽干，大便干，2天未解，小便正常。舌淡、苔白微黄，脉沉滑。诊断：肺胀(脾肾阳虚)，夹有外感热邪。以葶苈汤合葶苈大枣泄肺汤加减，处方：葶苈30g，薏苡仁20g，桃仁、泽泻各10g，冬瓜子、葶苈子各15g，大枣5g。辅以积极抗感染及氧疗等。3剂后患者诉咳嗽夜间明显，无咽干，痰色白质稀，有泡沫，可咳出，舌淡、苔白润，脉浮。以温肺散寒、健脾益气为法，小青龙汤加减，处方：干姜、桂枝、法半夏、白术、陈皮、五味子各10g，党参、茯苓各15g，炙甘草5g，细辛3g。连服3剂，每天1剂，复诊哮喘症状明显减轻，原方再进5剂，嘱服用陈夏六君子丸每次8g，每天3次调理。

按：肺胀多为哮病、喘证、肺癆等日久伤及脾肾而成，临床以咳、痰、喘、胀、肿、悸、紫为主要表现，如不积极治疗，预后较差。肺胀患者来就诊多半是因感染所致，感触风寒或风热之邪入里化热，故见口干、大便干等热象，但应注意患

者以热为表象，本质实为脾胃或脾肾虚寒，疾病急性期用药不可过杂，要有主攻方向。本例患者寒热夹杂，寒热难辨，如患者真寒假热而用寒凉之品则如火上加油；如真热假寒误用温药则痰黄咽干更甚，故先以清肺之方数剂试探之，如为热证则会好转，如属真寒则患者寒的主症暴露无遗，根据患者表现急改以温肺散寒之剂获愈。陈教授称此法尤其适用于寒热错杂咳嗽，可以试探法以退为进，诱敌深入，一举歼之。但应注意急性期以清热解毒泄肺平喘为法，寒凉之品泄肺不可过用，中病即止。待咳嗽稍止，而应以温中立法，培土生金，小青龙汤加减以解表散寒，温肺化痰。分阶段据寒热虚实情况序贯治疗实为寒温并用的又一创新之举。

### 3 小结

寒温并用治法的运用，当须审察证情的寒热主次，决定热药与寒药的孰轻孰重，切忌本末倒置。清代何梦瑶《医碥》：“寒热并用者，因其人有寒热之邪夹杂于内，不得不用寒热夹杂之剂”<sup>[7]</sup>。本法贯通于中医治疗八法，针对寒热错杂之复杂病机，扩大了药物配伍适用范围，对提高临床疗效有着积极意义，可为慢性难治性疾病的中医药治疗提供重要参考价值。

### [参考文献]

- [1] 岳滢滢, 洪亨惠, 胡轶, 等. 《伤寒论》寒温并用方运用规律探析[J]. 中医研究, 2013, 26(12): 6-8.
- [2] 张瑞卿, 李俊莲, 李孝波, 等. 浅析《伤寒论》中的寒温并用法及特点[J]. 山西中医学院学报, 2013, 14(5): 6-7, 9.
- [3] 石杨, 李秋贵. 中医寒温并用时方浅述及验案总结[J]. 实用心脑血管病杂志, 2015, 23(5): 131-132.
- [4] 何清湖. 传世藏书·子库·医部4[M]. 海口: 海南国际新闻出版社, 1995: 7109.
- [5] 李飞. 方剂学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 319.
- [6] 陈志丹, 王晶莹, 蒋燕. 阳和汤临床应用研究进展[J]. 现代中医药, 2017, 37(1): 86-88.
- [7] 王莉, 姚军汉. 寒温并用法之源流探析[J]. 西部中医药, 2012, 25(6): 1-3.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)