

风热感冒质疑

● 金华彬¹ 陈玉龙²▲

摘要 本文基于中医临床观察和理论探讨从症、证、病、治法、文献、文理、医理等方面对风热感冒病因属风热提出质疑,认为此证发病非感受风热病邪所致,实由外感风寒所致,属伤寒日久出现的兼变证,治法亦不能局限于“辛凉”。

关键词 感冒 风热犯表 辛凉解表

感冒为中医临床诊疗中常见内科外感疾病,临床以恶寒发热、鼻塞、流涕、喷嚏、咽痒、咳嗽、周身酸楚不适、头痛、脉浮为主要临床特征^[1],四时皆可发病。七版《中医内科学》教材对此病的论述有风寒、风热之论,五版、六版《中医内科学》教材亦有此说。感冒分风寒、风热似已为不争之事实,然笔者在临床实践和学习中对此深感疑惑,认为感冒之风热犯表证,却非外感风热所为,治法亦不能局限于辛凉解表,故不揣浅陋,撰此文以述之。

1 风热犯表证病因之疑

1.1 审症求因 七版《中医内科学》教材对感冒风热犯表证的记述:身热较著,微恶风,汗泄不畅,头胀痛,面赤,咳嗽,咽燥,或咽喉红肿疼痛,鼻塞,流浊涕,口干欲饮,舌尖红苔薄黄,脉浮数^[1]。中

医讲审症求因,然从以上诸症并不能得出“风热”为其病因,具体论述如下。

首先对于发热一症,《伤寒论》曰:“太阳病,或已发热,或未发热必恶寒,体痛,呕逆,脉阴阳俱紧者,名曰伤寒。”^[2]明确指出了发热为伤寒的或然症,与风热病因并不是一对一的必然关系。且临床中发热出现与否,会因看病当时距离发病的时间长短、患者机体阳气的盛衰、阳气的郁闭程度等各异,临证之时或已出现、或未出现、或可不出,故发热之症不能作为感受风热病因的必然诊断依据,至于用发热之轻重来定风寒风热之说亦无需再辩。

中医凭脉辨证,然脉浮数仅记述了脉象的两个特征,更无其它脉象信息,此简单的脉象描述亦不可作为风热病因的直接诊断依据。若单凭此脉便诊此证为感受风热

之邪所致,那《伤寒论》第52条:“脉浮而数者,可发汗,宜麻黄汤”,第57条“伤寒发汗,解半日许,复烦,脉浮数者,可更发汗,宜桂枝汤”又作何解^[2]?

至于咽干、口干、口渴与否,不仅与人体津液的盛衰有关,而且受人体津液的输布情况影响,如中医学术语之“津不上承”。而临证中影响患者津液盛衰和津液输布的因素又非常之多,绝非单指风热,故从口干、口渴与否亦不能直接得出此证为风热所致。

1.2 审证求因 中医临床诊断讲四诊合参,即是看病人的综合表现,总体分析。对单一症状、体征进行论述或不足以说明问题,对此症候群进行综合分析是否仍存在这样的问题呢?为此先做一个假设,假设此证为外感风寒所致。

《素问·玉机真藏论》云:“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”,又云:“寒则皮肤急而腠理闭。”^[3]关于腠理,《金匱要略》载:“腠者,是三焦通会元真之处,为血气所注;理者,是皮肤脏腑之文理

▲通讯作者 陈玉龙,男,教授,医学博士,硕士研究生导师。主要从事肿瘤病机与防治研究。E-mail:cy172621@163.com

•作者单位 1.河南中医药大学基础医学院2014级硕士研究生(450046);2.河南中医药大学(450046)

也。”^[4] 风寒外束,腠理郁闭不通,造成人体气机运行失常,人体产生的热量不能及时有效地向外布散,热郁在内则身发热;津液运行不畅,向外输布障碍则无汗或汗泄不畅,向上输布障碍,津不上承则可出现咽燥、口干欲饮;腠理闭塞,阳气内郁不能输布体表则恶风寒;火(热)性炎上,内郁之热郁积上行则会出现面赤、头胀痛、咽喉红肿疼痛、舌红苔黄等诸“上火”之症;腠理闭塞,人体气机不畅,而肺主一身之气,外感风寒或可出现咳嗽;脉浮为病位在表,数为有郁热。

由此看来这个症候群亦可为外感风寒所致,或可以理解为此症候群的出现不能排除为外感风寒所致,也即是此假设有一定的可能性,进一步推理,此症候群的出现和“风热”病因的关系并不是一对一的必然关系。

1.3 审病求因 对于“感冒”,七版《中医内科学》给出的定义为:“感冒是感受触冒风邪,邪犯卫表而导致的常见外感疾病,临床以……为其特征。”^[1] 此定义疑点有二:首先,虽风为百病之长,但感受寒、湿等外邪不一定兼加风邪,如感受寒邪亦可以引起感冒;其次,感受外邪亦可以致里证,并非只有表证,而教材中所论专主表证。由于本文重点并不在此,故不作细述。

就感冒病因而言,教材对感冒的病因记为“由于六淫、时行病毒侵袭人体而致病”^[1],然而细研之,定义中感冒既以感受风邪所致,虽六淫之中,风为之长,可兼余之五邪,然余之五邪之中并无热邪,“风热”致感冒之说又何从谈起?

1.4 审治求因 教材对本证给出指导性治法为“辛凉解表”,辛以开表,凉以胜热,而临床应用却不尽

然。辨证可知此证之热为“郁热”无疑,为散热不及或散热障碍而非产热太过,虽辛以解郁、凉以解热,然是否需要用凉应视热郁的程度而定,热郁甚,则用辛凉,不甚则用辛温之剂无碍,盖郁既解则热亦散。笔者睹恩师执辛温之剂治疗此证,屡试不爽,足见此证的正治亦非独辛凉可解。

辛凉解表之法实为《伤寒论》麻杏石甘汤之权变,病因实为风寒不差,况诸辛凉解表之方剂皆为江南诸医的临证用药经验,考虑到空间、地域、社会等对人、对疾病的影响,治法局限到辛凉,未免欠妥。方从法出,法随证立,遣方用药,因人而异,此证是否应该治以辛凉尚有待商榷,故由治法反推“风热”病因,立论不足。

1.5 审文求因 鉴于《中医内科学》感冒风热犯表证病因存在以上疑问,我们再着眼看一下中医感冒和感冒病因的传承。

“感冒”之名首见于北宋《仁斋直指方》,后世医家世袭用之。“感冒”一词在《仁斋直指方》中共出现十处,皆为动词,如“人有中年以上,素挟风痰,腹中时痛,忽尔感冒,虽已发散寒邪,无复发热头疼之苦”^[5]。此处“感冒”乃“感冒外邪”之略写,从“发散寒邪”这一治法来看,此处感冒之外邪为寒邪。书中余处“感冒”之后均接有“风邪”“风湿之气”“风寒”“寒邪”^[5]等病因名词,皆指六淫邪气,然其中并无“风热”。

北宋之前虽无感冒之说,然经典中对“感冒”之病却已有论述,如《素问·玉机真藏论》:“是故风者百病之长也,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。”^[3] 由此可见《内经》对感冒的病因、病机、治法已有

高度的认识。宋以后,医家对感冒的认识时有变化,明代医家多将“伤风”与“感冒”互称,清代“感冒”的含义却有所扩大,如《医宗金鉴》即将“伤风”“伤寒”“感冒夹惊”等证置于“感冒门”^[6]。建国以后,“感冒”逐渐取代了“伤风”而成为规范病名,然而诸医家对于“感冒”病因的认识,却鲜有直接论及“风热”者。

1.6 审理求因 此处讨论感冒,先彰感冒之本义。至于“感”字,《说文解字》曰:“感,使人心动,从心咸声”,《广韵》云:“动也”,意为人对客观事物、外界刺激等引起的心理、生理的变化,如《诗经·召南》云:“无感我帨兮”,《易经·咸卦》言:“天地感而万物化生,圣人感人心而天下和平。”至于“冒”字,许慎《说文解字》曰:“冡而前也,从冡从目”,段玉裁《说文解字注》云:“冒,冡而前也。冡者,覆也……。邶风,下土是冒。传曰,冒,覆也。”足见“冒”之本义为覆盖,后引申为触犯、顶着、轻率、假充、贪求等义。在古中医经典著作中“冒”字常使用本义,如《伤寒论》第 64 条:“发汗过多,其人叉手自冒心,心下悸欲得按者,桂枝甘草汤主之”^[2]。时至北宋之时“冒”字之本义亦时常被使用,如沈括《梦溪笔谈》:“蜡和纸灰之类冒之”,可见“冒”字本义一直被沿用。

综合以上文理分析结合感冒的定义,“感冒”的本义即为感受六淫之邪而引起的人机体腠理闭塞、气机运行困阻的病理变化。腠理闭塞,气行受困(郁)即为此病病机。

而风为阳邪,其性轻扬开泄;热之性似火,热为火之渐,火为热之极。风热能不能引起人体气机

运行障碍呢?显然是可以的,风热合邪可以引起人体散热功能障碍,然此之所谓散热障碍实为外界温度过高所致,实为中暑而无湿,《灵枢·岁露论》云:“寒则皮肤急而腠理闭,暑则皮肤缓而腠理开。”^[3]此之病机显然与感冒有明显差异,已不属于感冒范畴。故由感冒的文理和医理(病机)分析均不能得出其有“风热”病因推论。

1.7 审俗求因 人们在生活实践中为了便于对复杂专业知识理解、记诵,常会绕开复杂的中间理论直接对事物下一个较直观、便于理解、记忆、使用的定义,如清热药、止咳药等。但有时也会带来一些问题,如在单纯感染引起的感染性炎症的治疗中,单独使用抗生素是有效的,人们通过这种直接的观察,便在观念里形成了一个错误的

认识即抗生素的作用是消炎,甚至有些医务人员也这么认为,然而抗生素的作用是抗感染而非消炎。

如果感冒风热犯表证的病因定为外感风热,只是为了便于理解记忆而托名风热,笔者以为不妥,此既不能说明此证之病因,又不能概括此证之病机,徒然以风热名之,不仅失去了证名的作用,又隐匿了此证内在的医理。

2 小结

鉴于“风热”之邪作为感冒病之风热犯表证的病因在中医临床实践和理论研究中存在诸多疑问,而又无直接证据证明其为感受风热外邪所致,笔者认为本证病因的确定需要根据病人的具体情况具体分析,而离开具体的病人来讨论此证的病因,继而将此些许症状体

征的病因定为“风热”有欠妥当,也不符合中医学整体观念、辨证论治的特点。然就本证临床观察和理论研究而言其病因属“风寒”者多,至于其治法是否需要用“辛凉”,笔者认为亦应根据具体病人具体分析,不应拘泥。

参考文献

- [1]周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:63-70.
- [2]刘渡舟. 伤寒论校注[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:39-70.
- [3]杨鹏举等注释. 黄帝内经·素问[M]. 北京:学苑出版社,2014:196-781.
- [4]杨鹏举等注释. 金匮要略[M]. 北京:学苑出版社,2007:3.
- [5]杨士瀛. 仁斋直指方论[M]. 福州:福建科技出版社,1989:42-134.
- [6]吴妍妍. 小儿风热感冒的中西医结合治疗方案临床对照研究[D]. 南京:南京中医药大学,2010:2-9.

(上接第25页)

阴亏得滋,胃气得降,胃脘胀痛及反酸烧心好转。二诊时大便日行,质干量一般,加用制大黄、枳实、全瓜蒌增强理气通腑之功。三诊时大便可,寐安,脉弱,脾胃虚弱显现,予枳术颗粒运脾调气以善后。

3 总结

随着现代社会物资的极大丰富,学习、就业、工作等压力的不断加大,以及环境和食品的污染,功能性消化不良的患病比例也是逐年增多^[4]。该病主要表现为中上

腹饱胀或疼痛不适等,但经有关检查却未发现器质性疾病^[5]。

以上对药皆为吾师多年来治疗功能性消化不良的经验总结,临床中在辨证处方基础上随症加减,效专力宏,其中的精义奥妙值得多加学习与揣摩。临床应用时,当把握病机,熟知药性,抓住方剂配伍中的核心,方可得心应手而获事半功倍之效。

参考文献

- [1]周晓明,朱雍鸣,季雁浩. 季雁浩教授治疗隆起糜烂性胃炎常用对药举隅[J]. 中国保健营养,2016(1):348.
- [2]国家药典委员会. 中华人民共和国药典:2010年版·一部[M]. 2010:588.
- [3]张仲景著. 何任,何若苹整理. 金匮要略[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:57.
- [4]彭栋柱. 功能性消化不良138例危险因素分析[J]. 中国乡村医药,2013,20(24):3-4.
- [5]罗马委员会. 功能性胃肠病罗马Ⅲ诊断标准[J]. 现代消化及介入诊疗,2007,12(2):137.

悦读《中医药通报》 感受中医药文化

欢迎订阅(邮发代号:34-95)