

范冠杰运用“三仁汤”治疗湿温病的临床辨治思路

张锦明, 田滢舟, 张鹏, 王丘平, 温建炫, 吴露露, 宋薇, 赵玲(指导: 范冠杰)

(广州中医药大学第二附属医院, 广东省中医院, 广东广州 510120)

摘要: 总结范冠杰教授运用“三仁汤”治疗湿温病的临床经验。范冠杰教授在运用“三仁汤”辨治湿温病时, 提出分析核心病机以确定核心证素, 灵活遣方用药、动态因“候”辨治的临床辨治思路。“三仁汤”治疗湿温病的核心病机是“太阴脾虚, 湿热蕴结, 外感湿热邪气”, 其对应的核心证素为“口干不欲多饮, 纳食不多, 头重如裹, 昏蒙眩晕, 脘腹胀满, 身体困重, 大便黏腻不爽, 舌苔白腻或黄腻”。临证时若疾病存在湿热邪实内蕴的核心证素, 均可灵活使用“三仁汤”, 只要动态辨别“湿”与“热”的孰轻孰重, 做到因“候”施药, 则可提高临床疗效。

关键词: 三仁汤; 湿温病; 太阴脾虚; 湿热蕴结; 范冠杰

中图分类号: R254.2²

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2022)03-0679-04

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2022.03.035

Thoughts for the Treatment of Damp-warm Disease with *Sanren* Decoction by FAN Guan-Jie

ZHANG Jin-Ming, TIAN Ying-Zhou, ZHANG Peng, WANG Qiu-Ping,
WEN Jian-Xuan, WU Lu-Lu, SONG Wei,
ZHAO Ling (Advisor: FAN Guan-Jie)

(The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Provincial Hospital of
Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510120 Guangdong, China)

Abstract: The clinical experience of Professor FAN Guan-Jie in treating damp-warm disease with *Sanren* Decoction (Three-Seed Decoction) was summarized. For the treatment of damp-warm disease with *Sanren* Decoction, Professor FAN Guan-Jie suggested that the core pathogenesis should be analyzed firstly to define the core syndrome elements, and the flexible medication of the prescription should be based on the differentiation of dynamic syndrome manifestations. The core pathogenesis of *Sanren* Decoction indicated for damp-warm disease can be summarized as *Taiyin* spleen deficiency resulting into the accumulation of damp-heat and external attack of damp-heat pathogens. The core syndrome elements of the indications of *Sanren* Decoction are manifested as dryness sensation in the mouth but unwilling to drink much water, poor appetite, swathing sensation of head, abdominal distention and fullness, heaviness of the body, unsmoothly defecation with loose stool, and white-greasy tongue fur or yellow-greasy tongue fur. In the clinic, once the patients have the core syndrome elements of internal accumulation of excessive damp-heat, *Sanren* Decoction can be applied for the treatment flexibly. Satisfactory efficacy will be achieved if the predominance of dampness and heat has been determined and the medication follows the dynamic syndrome manifestations.

Keywords: *Sanren* Decoction (Three-Seed Decoction); damp-warm disease; *Taiyin* spleen deficiency; accumulation of damp-heat; FAN Guan-Jie

收稿日期: 2021-04-19

作者简介: 张锦明(1984-), 男, 硕士, 主治医师; E-mail: 121638335@qq.com

通讯作者: 赵玲, 女, 博士, 主任医师; E-mail: 18818866015@163.com

基金项目: 广东省中医院中医药科学技术研究专项(编号: YN2014WB02); 广东省中医药科技创新平台建设项目(编号: 2018KT1068); 吕仁和广东省中医院名中医药专家学术经验传承工作室建设项目; 范冠杰广东省名中医传承工作室建设项目

三仁汤出自清代吴鞠通所著的《温病条辨》，具有宣畅气机、清利湿热之功效。三仁汤为临床著名的祛湿剂，由杏仁、飞滑石、白通草、白蔻仁、竹叶、厚朴、生薏苡仁、半夏组成，主治湿温初起及暑温夹湿之湿重于热证。临床应用以头痛恶寒，身重疼痛，午后身热，苔白不渴为辨证要点。范冠杰教授为国家优秀中医临床人才指导教师，国家中医药管理局重点专科中医糖尿病学科带头人，“动-定序贯范氏八法”中医原创理论创始人。先后师承国医大师吕仁和教授、王永炎院士、熊曼琪教授，学术思想承继于施今墨、秦伯未、祝湛予等中医名家。范冠杰教授基于临床实践、传承名医和融合经典，围绕中医临床诊疗现状，提出“动-定序贯范氏八法”的理论，即以“核心病机”为靶点，以“证素”为辨证的基础和规范，灵活动态组合“药串”为组方思路，针对动态变化的证进行有序连贯的治疗。以下基于“动-定序贯范氏八法”理论，对“三仁汤”古籍原文中部分证候和病机特点及其现代临证运用进行分析，以期中医临床运用经典名方进行辨治提供参考。

1 分析核心病机，确定核心证素

对于三仁汤的适应证，吴鞠通在《温病条辨》原文中提到“头痛，恶寒，身重疼痛，舌白，不渴，面色淡黄，胸闷，不饥”多个临床证候，基本病机特点为太阴脾虚，湿热蕴结，加之外感湿热邪气。但在具体的现代中医临床辨治过程中，相当一部分患者并无外感邪气的表现，故通常不会出现“头痛恶寒”“身重疼痛”等症状；而在脾虚湿热内盛方面，患者除了口干不欲多饮、纳食不多等症状外，亦可出现精神不佳、倦怠乏力、头重如裹、昏蒙眩晕、脘腹胀满、身体困重、大便黏腻不爽、小便黄等证候。上述现代临床实际提示两个问题：(1)从证候来看，古籍原文中所列举的证候并不能完全概括“太阴脾虚，湿热蕴结，外感湿热邪气”病机的临床表现；(2)从“三仁汤”的方药组成及功效来看，虽然此方出于《温病条辨》，但随着中医学的发展及此方的广泛应用，其治疗范围已不局限于温病范畴。

核心病机所表现在外的特征性临床症状及体征就是核心症状，一组核心症状背后往往对应一

个核心病机。“动-定序贯范氏八法”提出从核心证候抓核心病机，强调辨证时要善于从四诊资料中发现最典型的表现(包括患者主要的不适和舌脉表现)，迅速而准确地找准其背后的核心病机^[1]。基于“动-定序贯范氏八法”理论，范冠杰教授认为“三仁汤”的使用适应证不应局限于古籍记载，只要辨证分析疾病存在湿热内蕴病机导致的核心证候，均可灵活使用三仁汤，这与《伤寒论》在柴胡汤证中提到的“但见一证便是，不必悉具”的理念有异曲同工之处。三仁汤适应证的核心证素可归纳为“口干不欲多饮，纳食不多，头重如裹，昏蒙眩晕，脘腹胀满，身体困重，大便黏腻不爽”。

然而，临床上亦可遇到症状不典型甚至毫无特殊不适的三仁汤适应证患者。对于此类患者，若仅仅从问诊就很难进行辨证和做出用药判断。此时，舌诊的重要性则尤为凸显。纵观中医学历史长河，舌诊真正得到较大发展是在16世纪温病学派兴起的阶段。随着温病学派的兴盛，“辨舌验齿”在外感热病的辨证中得到重视并广泛使用。由此可见，舌诊在温病辨治过程中尤为关键^[2]。众所周知，三仁汤所针对的是湿重于热的湿温病，其病因之一就是外感时令湿热之邪，湿热外邪是外因实邪，与太阴脾虚内外相应合而为病。清代医家薛雪在《温热经纬》中提出：“太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热”。另外，舌为脾之外候，而舌苔乃胃气之所熏蒸，所以脾胃的病变也必然影响精气的变化而反映在舌象上^[3-6]。清代的章楠在《医门棒喝·伤寒论本旨》中记载：“观舌本(即舌质)，可验其阴阳虚实；审苔垢，即知其邪之寒热浅深也”；“血病观质，气病察苔”。清代嘉庆年间吴贞(坤安)所著的《伤寒指掌》提出：“如舌苔白而厚或兼干，是邪已到气分；白内兼黄，仍属气分之热。”以上文献记载均说明，温病患者的舌苔在湿热外侵、邪在气分的疾病辨治中具有典型的外在表现。在临床辨证中，舌象在“太阴脾虚”和“气分湿热”这两个核心病机方面都能体现出其重要性和特异性，范冠杰教授因而提出，临床辨证使用“三仁汤”时，舌象的判断必不可少，且“舌苔白腻或黄腻”应为三仁汤适应证的辨证要点和核心证素之一。

2 灵活遣方用药, 动态因“候”辨治

“动-定序贯范氏八法”理论强调, 无论对中药药性的认识, 还是对疾病病机的认识, 都应打破固定思维, 灵活动态地看待。范冠杰教授认为古代医书中经典方剂的使用并不是不可变通的, 中药复方的药性和功效主治也不是一成不变的, 疾病的病机和证候表现可存在动态变化, 而单味中药的性味功效亦可随着环境气候、社会变迁、地域改变而存在差异。秉承“动”的思维的发散性, 临床医生在学习经典古医籍时更易于进行思考和创新, 在中医临床诊疗中可摆脱守旧和拘泥, 更具有灵活性。

在对三仁汤进行临床加减用药时, 可以采用“去性存用”和灵活加减“药串”的方法。中药复方配伍中的去性存用, 是指某味药通过与其他药味配伍后, 其部分药性得到一定程度的抑制或减弱及消除, 但部分效用得到保留的一种配伍形式^[7]。寒热温凉的药性搭配是临床遣方用药的常见技法, 而诸如清热类、温补类等方剂属性也是相对而言, 并非绝对。故临床通常可通过增减药味与药量而改变整个方剂的寒热属性, 以达到治疗疾病的目的^[8]。灵活运用固定“药串”是“动-定序贯范氏八法”理论的一个重要特色。范冠杰教授继承秦伯未、施今墨两位中医名家的学术思想, 在临床实践中总结出了针对不同病机使用的固定药串, 如针对湿热内蕴的药串为苍术 10 g、黄柏 10 g、薏苡仁 30 g、车前草 30 g、绵茵陈 15 g, 针对湿盛困脾的药串为茯苓 12 g、炒白术 10 g、法半夏 10 g、炒神曲 15 g。这些药串不仅可以灵活方便地加减变换, 而且还能加强药物间的协同和配伍作用。

在湿热辨证过程中, 可借鉴国医大师吕仁和教授(以下尊称吕老)创立的“以虚定型, 以实定候”理论, 即辨证时把证型和证候分开, 认为“型”是模式, “候”是随时变化的情状。证型变化慢, 证候变化快, 故把变化较慢的正虚归为证型, 把变化较快的邪实归为证候^[9-12]。在证型相对固定的基础上, 根据邪实的变化随时辨出证候, 调整用药, 以利于提高疗效^[13]。基于前文所述的吴鞠通在《温病条辨》认为湿温病的内因是脾虚, 湿温邪气为外因, 而痰湿热邪为病理产物, 故根据吕老的“以虚定型, 以实定候”的理论思想,

脾虚为湿温病的“型”, 湿与热是两个变化的“候”。基于这两个“候”的轻重变化而推论出来的证候与古医籍中“湿热并重”“湿重于热”“热重于湿”的分类辨治证候不谋而合。结合吕老的“以虚定型, 以实定候”理论, 范冠杰教授认为“三仁汤”的临床使用不应只局限于湿重于热的病症, 本方剂的应用范围可以更加广泛, 亦可用于热重于湿、湿热并重、热毒挟湿等证候, 通过辨别“湿”“热”两者的孰轻孰重, 做到因“候”施药。纵观“三仁汤”中的药物组成, 杏仁、白蔻仁、法半夏、厚朴性温, 薏苡仁、滑石、通草、竹叶甘寒, 诸药寒热搭配, 分工明确, 达到分消三焦湿邪而兼清热的功效。若患者年老体弱、久病体虚、素体脾气虚(脾阳虚)明显, 则可减少滑石、薏苡仁、竹叶等药量, 或者酌减药味, 或者添加健脾温中的药串(茯苓、淮山、干姜); 反之, 若热象明显, 则可增加薏苡仁、滑石药量, 或者添加清热利湿的药串(苍术、黄柏、车前草、绵茵陈); 若湿热并重或热毒炽盛者, 可添加清热利湿解毒的药串(黄芩、连翘、藿香、绵茵陈)或合甘露消毒丹加减。

3 病案举隅

患者李某, 女, 28岁, 因“剖宫产术后1周, 发热腹泻5 d”于2020年3月6日就诊。患者于1周前于外院行剖宫产术, 顺利产下1男婴, 术中出血约300 mL。术后予静脉补液支持及预防感染治疗, 患者生命体征及术口情况均稳定。2020年3月1日患者出现发热, 体温最高达39.9℃, 寒战, 腹泻, 水样便, 每小时1次, 伴气短、乏力、纳差。当日行血液分析检查, 结果如下: 白细胞计数: $16.81 \times 10^9/L$; 中性粒细胞百分比: 92.4%; 中性粒细胞绝对值: $15.55 \times 10^9/L$; 红细胞计数: $3.78 \times 10^{12}/L$; 血红蛋白: 111 g/L; 血小板计数: $163 \times 10^9/L$ 。C反应蛋白: 151.5 mg/L; 降钙素原: 0.5 ~ 2.0 ng/mL。二便常规检查结果正常, 胸腹部CT检查未见明显感染征象。血液培养结果提示: 革兰氏阳性球菌(+). 给予泰能1 g每8 h静脉滴注抗感染治疗, 配合口服退热药物及整肠生、思密达等对症治疗。中药治疗采用口服补中益气汤合小柴胡汤加减。治疗后发热改善不明显, 最高体温可达39.3℃, 仍每日水样便10余次, 遂来我院

就诊并入院治疗。刻下症见：患者精神疲倦，乏力，发热，体温38.2℃，无恶寒，无肌肉酸痛，无鼻塞流涕，无咽痛咳嗽，胃纳差，睡眠一般，小便调，水样便每日约10次，舌红，苔白腻，脉滑。中医诊断：发热，辨证为脾虚湿热内蕴(湿重于热)。治法：健脾清热祛湿。中药以三仁汤加减，中药处方：薏苡仁30g，厚朴30g，法半夏10g，通草10g，淡竹叶15g，白扁豆15g，诃子15g，陈皮10g，茯苓20g，白芷15g，藿香15g，炙甘草10g，生姜10g，白蔻仁15g，淮山30g。每日1剂，水煎取汁约200mL，分两次早晚温服。服药1剂后腹泻明显改善，大便次数减少，略呈糊状，晨起体温为38℃。再服3剂后未再发热，腹泻症状消失，疲倦、乏力症状明显缓解，继续维持原中药方口服。服中药1周后病情稳定出院。

2020年3月25日二诊。出院后患者于家中进食较多温补食材。患者出院6d后再次出现午后发热，体温最高达38.5℃，伴有微恶寒，余无不适。二便正常，舌红，苔灰厚腻，脉滑数。查体：心率92次/min，余无特殊。中医诊断：发热，辨证为脾虚湿热毒蕴(湿热并重)。治法：健脾祛湿，清热解毒。中药以三仁汤合甘露消毒丹化裁治疗。中药处方：藿香15g，茵陈15g，滑石30g，通草5g，苍术15g，白蔻仁15g，薏苡仁30g，北杏仁15g，法半夏10g，川厚朴10g，甘草15g，黄芩15g，连翘30g，柴胡30g，浙贝母10g，薄荷10g(后下)，僵蚕10g，蝉蜕5g。每日1剂，煎服法同前。服用3剂后患者发热消退，午后最高体温37℃，灰腻苔消失，舌红苔薄黄。再服药4剂后患者体温正常，诸症皆愈。后随访未再出现发热。

按：范冠杰教授在初诊时发现，患者在外院住院期间均为下午发热明显，晨起可无发热或热势较低，与中医学的“午后发热”相似。初起见寒颤，为邪正交争之象，提示该患者虽是产后气血耗损，但正气仍存。患者术后卧床，脾胃肠道功能受影响，中焦运化功能不足。术后曾服用补中益气汤之类的温补药味，虽有甘温除热之效，更有助湿助热、闭门留寇之嫌。患者此时出现的舌苔白腻即为湿邪壅盛的特征表现。以上证候及舌象表明，患者此时的病机符合湿温发热的特

点，邪在气分，湿重于热，故投以三仁汤。结合患者产后体质特点，方中去滑石以避免寒凉损伤脾阳，服用1剂中药后腹泻明显改善，3剂之后腹泻、发热症状消失。

患者二诊时发热，诱因为进食过多温补食物，符合中医“食复”特点。就诊时舌苔灰厚腻，提示体内湿热之象明显，已是湿热并重、热毒之邪渐盛。根据吕老的“以虚定型，以实定候”理论，此时“湿”“热”两“候”的轻重已经较前发生变化，此时虽然仍投以三仁汤方药，但方中以滑石、薏苡仁等清热利湿药物为主药，使三仁汤的整体药性偏于寒凉，有助于加强清热之力，再加上甘露消毒丹之清热解毒功效，服药3剂后热势下降，灰腻苔消失，患者病愈。

参考文献：

- [1] 龙艳, 邹冬吟, 沈歆, 等. 基于“动-定序贯八法”理论浅谈核心病机辨证[J]. 江苏中医药, 2013, 45(1): 9-10.
- [2] 王飞雪, 王大伟, 王玉贤, 等. 《温病条辨》舌脉术语规范化研究探讨[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(8): 2695-2698.
- [3] 杜杰. 舌苔与中医脾胃病病势的关系探究[J]. 中国社区医师, 2019, 35(14): 93-93, 95.
- [4] 付晶晶, 李福凤, 陆雄, 等. 慢性胃炎中医证候舌象信息特征研究[J]. 中国中医基础杂志, 2015, 21(9): 1107-1108.
- [5] 刘启鸿, 黄文彬, 许淑敏, 等. 舌为脾胃之镜[J]. 亚太传统医药, 2018, 14(8): 97-98.
- [6] 付桃利, 魏盼, 张觉人. 张觉人教授临证特点浅析[J]. 山西中医学院学报, 2016, 17(5): 39-40.
- [7] 刘进娜, 谢鸣. “去性存用”配伍内涵的探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2011, 34(7): 444-447.
- [8] 张美英, 张赤志. 仲景去性存用之组方浅析[J]. 光明中医, 2007, 22(9): 34-35.
- [9] 赵进喜, 王耀献. 吕仁和临床经验集(第二辑)[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009.
- [10] 冯兴中. 溯《内经》渊源, 行“消渴病”规范——吕仁和学术思想简述[J]. 北京中医药, 2011, 30(4): 268-271.
- [11] 申子龙, 赵进喜, 王世东, 等. 吕仁和教授“六对论治”糖尿病性腹泻经验[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(1): 47-49.
- [12] 张虹, 牛常霞, 吕仁和. 吕仁和教授对IgA肾病分期辨证论治经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2002, 9(5): 68-69.
- [13] 庞博, 王世东, 赵进喜, 等. 再论吕仁和论治糖尿病“六对论治”思路与方法[J]. 世界中医药, 2013, 8(3): 274-278.

【责任编辑：贺小英】