引用:原松竹,高霞,司廷林. 司廷林从伏暑论治季节性鼻炎经验[J]. 湖南中医杂志,2021,37(7):39-40.

司廷林从伏暑论治季节性鼻炎经验

原松竹[1],高　霞[1],司廷林[2]
(1. 山东中医药大学,山东　济南,250014;
2. 山东中医药大学第二附属医院,山东　济南,250001)

[摘要]　介绍司廷林教授从伏暑论治季节性鼻炎经验。季节性鼻炎是指每年同一时间发生的变态反应性鼻炎,具有显著的季节性发病特点。伏暑是夏季感受暑邪内伏,至秋冬为当令时邪引发的一种伏气温病。司廷林认为季节性鼻炎的发病主要特点是感邪未发,内伏机体、体虚邪伏,时令诱发,其治疗主张虚实并用,寒温并用,既重视体质的虚弱,又重视邪气的乖张;既重视时令之气的温宣,又重视伏暑的清泄。并附验案 2 则,以资佐证。

[关键词]　季节性鼻炎;伏暑论治;名医经验;司廷林
[中图分类号]R276.152.1　[文献标识码]A　DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.07.014

季节性鼻炎是指每年同一时间发生的变态反应性鼻炎,典型的临床表现为发病具有显著的季节性,多在春秋季节发病,伴有鼻痒、鼻塞、喷嚏及结膜充血等。现代医学多通过抗组胺药物及糖皮质激素等药物治疗,使症状暂时得以缓解,但仍会反复发作,未能达到良好的长期治疗效果。本病属中医学“鼻鼽”范畴,病机多为脏腑虚损、卫表不固,治法多为祛风解表、宣肺固卫,但治疗效果不一。

司廷林教授长期从事中西医结合临床工作,擅长于运用中医经典方剂与五运六气理论治疗各种内科疾病及疑难杂症,疗效较好。现将其从伏暑论治季节性鼻炎经验介绍如下。

1　感邪未发,内伏机体

中医学对伏暑的基本认识起源于《黄帝内经》“冬伤于寒,春必病温”的伏气学说,直至明清才逐渐发展完善。《素问·生气通天论》中“夏伤于暑,秋为痎疟”是对暑邪感而未发,内伏机体的最早记载,描述了伏暑的病因与发病时间的关系。明代王肯堂在《证治准绳》中首次提出伏暑概念:“暑邪久伏而发者,名曰伏暑”,明确指出了暑邪是伏暑的病因[1]。清代吴鞠通亦在《温病条辨》中指出:“长夏受暑,过夏而发者,名曰伏暑”,意为伏暑是长夏时感受暑邪,至秋冬而发的一种伏气温病,也说明了暑邪感而未发,内伏机体的发病特点。正如俞根初《通俗伤寒论》所载:“夏伤于暑,被湿所遏而蕴伏,至深秋霜降及立冬前后,为外寒搏动而触发。”可见,伏暑外因是暑邪伏于体内,感时未发,而立秋后发作,诱发因素为秋冬时令之邪。临床表现既有暑邪的湿热之性,也有秋凉的寒凉之性。而季节性鼻炎亦有此发病特点,患者多有鼻炎病史多年,平素一如常人,每值夏秋季节更替之时发作,病情多表现为寒热错杂,缠绵难愈。每至深秋乃至立冬后可逐渐好转。发作时间、症状与伏暑为病极为相符。故司师从伏暑论治,收到较好疗效。

2　体虚邪伏,时令诱发

伏暑以伏气学说为理论基础,体虚邪伏为发病特点,表里同治为治疗原则[2]。吴鞠通在《温病条辨》中谓:“长夏盛暑,气壮者不受也,稍弱者但头晕片刻,或半日而已;次则即病。其不即病而内舍于骨髓,外舍于分肉之间者,气虚者也。盖气虚不能传送暑邪外出,必待秋凉金气相搏而后出也,金气本所以退伏暑,金欲退之,故伏暑病发也。其有气虚甚者,虽金气亦不能击之使出,必待深秋大凉初冬微寒相逼而出……暑得湿则留也。”指出了伏暑多发于秋冬,邪气可舍于骨髓分肉之间,外感暑气者,正气足则不病,弱者或病,或不病则邪气潜藏于内。因此,伏暑的发病与正气的盛弱关系密切[3]。雷丰《时病论》曰:“伏天所受之暑者,其邪盛,患于当时,其邪微,发于秋后。”若正气亏虚,感受暑邪较弱,或因暑湿交杂,暑得湿则留而蕴伏,表虚不足以抗邪,邪弱不足则即时发病,致使邪气伏藏体内,时至日久,至秋冬又感时令之邪,新感引动伏邪而发

基金项目:山东省中医药科技发展计划项目(2015-126);全国名老中医药专家学术传承工作室建设项目(2014-20)
第一作者:原松竹,女,2018 级硕士研究生,研究方向:中西医结合防治肾脏病
通讯作者:司廷林,男,副主任医师,副教授,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合防治肾脏病,E-mail:stl-2004@126.com

病。再观季节性鼻炎,《诸病源候论》曰:“肺气通于鼻,其脏有冷,冷随气入乘于鼻,故使津涕不能自收”,指出内有肺气虚寒,外有风寒之邪,肺气不宣,津液停聚,鼻窍壅塞[4]。表虚者夏季感受湿热之邪伏于体内,内热壅盛,又感秋季寒凉之邪,卫表郁滞,肺气不宣,津液停聚于体内,以致鼻塞、喷嚏、流涕不止;若素体脾虚,健运失职,邪气更易上犯清窍,出现鼻塞加重、流黏白涕、嗅觉迟钝,甚则诱发哮喘。故司师在治疗此类疾病时主张虚实并用,寒温并用,既重视体质的虚弱,又重视邪气的乖张;既重视时令之气的温宣,又重视伏暑的清泄。

3 典型病案

案1:王某,女,30岁,2018年10月19日初诊。主诉:反复发作鼻塞、流涕10年余,加重3 d。患者为年轻女性,体型瘦小,面色苍白,既往有哮喘病史10年余,期间反复发作,每于立秋后稍受凉即发作,病情缠绵难愈,多至深冬才好转。此次3 d前因外出受凉后出现鼻塞,晨起流清涕,量多,咳嗽,咳白色水样、透明冻块状痰。恶寒,无发热,感后背发紧不适,无头晕、头痛,无口干、口苦,纳眠尚可,二便正常。舌边红、苔薄白黄,舌下静脉迂曲,唇红,脉细弱。辨证属外寒内饮兼热证,治以解表散寒、温肺化饮,治以小青龙汤化裁。处方:生麻黄12 g,桂枝15 g,炒白芍15 g,细辛3 g,清半夏15 g,五味子9 g,干姜9 g,生石膏30 g,茯苓30 g,甘草9 g,前胡15 g,炒白术30 g。7剂,水煎,每天1剂,早晚分服。10月24日二诊:病情好转,感鼻塞、流涕较前减轻,咳嗽较前好转,仍咳白痰,口黏,时有恶心、呕吐(自诉近几日食羊肉颇多),口干,无口苦,饮不多,纳眠可,二便可。舌淡红、苔白,寸脉浮,余沉弦。上方加生麦芽10 g、炒山楂12 g、陈皮12 g、厚朴12 g。7剂,水煎,每天1剂,早晚分服。11月2日三诊:病情平稳,昨日接触异味后,即出现鼻塞、流清涕,量不多,无咳嗽、咳痰,无恶寒、发热,口干,不欲饮,纳眠一般,二便正常。舌暗红、苔略厚,寸脉浮、濡。以10月19日方减茯苓、前胡、炒白术,加瓜蒌10 g、丹参15 g、牡丹皮12 g、白芷12 g。7剂,水煎,每天1剂,早晚分服。

按语:患者为年轻女性,患有哮喘病史多年,且多于立秋后发作,多方诊治效果欠佳。初诊时精神萎靡,面色无华,鼻塞,流清涕,咳嗽、咳痰,考虑其此次发病时间正值秋季寒凉之邪正盛之时,可从伏暑“秋为痎疟”入手辨证施治。恶寒,感后背发紧不适,说明太阳受邪表证未解;鼻塞、流大量清涕,痰多提示内有饮邪,此为外邪里饮而致病,故方选外寒内饮之小青龙汤加减,在解表的同时驱逐水饮;舌边红、苔薄黄白,唇红为热证,可酌加石膏以清热。服药后症减,又因过食肥甘,助里热盛,加生麦芽、山楂以消食化滞祛热,并嘱其清淡饮食,以免湿热郁滞,加重病情。再服7剂,鼻炎症状明显减轻,继则根据其体质进行调治。

案2:辛某,男,35岁,2018年10月16日初诊。主诉:反复鼻塞、流涕5年余,加重伴憋喘1周。既往过敏性鼻炎病史5年,每于秋季发作,此次因1周前受凉后出现鼻塞、流黄涕,端坐呼吸,夜间易憋醒,无咳嗽、咳痰,无恶寒、发热,无头晕、头痛,纳可,小便正常,大便秘结,舌尖红、舌体胖大,苔黄白厚,脉右弦滑。辨证属风热壅盛,表里俱实证,治以疏风解表,泄热通便。方选防风通圣散加减:生麻黄9 g,荆芥9 g,防风9 g,薄荷(后入)9 g,大黄6 g,生石膏30 g,黄芩9 g,连翘12 g,芒硝6 g,滑石30 g,赤芍15 g,炒白术30 g,甘草9 g,佩兰9 g。7剂,水煎,每天1剂,早晚分服。10月26日二诊:鼻塞、流涕较前好转,一侧鼻孔仍塞而不通,纳眠可,小便调,大便仍秘结,舌尖红胖大,苔略厚,脉沉弦。上方大黄改为9 g,加羌活12 g、白芷12 g。7剂,水煎,每天1剂,早晚分服。11月2日三诊:病情较前明显好转,鼻塞明显减轻,大便可,舌尖红、舌体胖大,苔白,脉沉弦。上方效佳,继服7剂,水煎,每天1剂,早晚分服。

按语:患者既往患有过敏性鼻炎病史5年,每年秋季定时发作,是为“长夏受暑,过夏而发”的典型表现。夏季感暑湿、暑热之邪伏于体内,至秋季又感寒凉之邪,外感风邪,内热壅盛,表里俱实。内有蕴热,肺胃受邪,故见黄涕,端坐呼吸,大便秘结;又见舌尖红、舌体胖大,苔黄白厚,脉右弦滑,亦为里热之证。方选防风通圣散加减,治以疏风散热以解表邪,泻热攻下以除里实,使邪有出路,则鼻塞、流涕等鼻炎症状随之缓解。7剂后,症状减轻,仍有鼻塞,大便仍秘,则加羌活、白芷以助解表祛湿之力,增大黄之量加强泻热通便之功。效佳,继服7剂即可。

4 小 结

季节性鼻炎属中医学“鼻鼽”范畴,病因多为脏腑虚损,卫表不固,其与伏暑的发病特点相似,均为卫表不固则邪气入侵,内伏机体,感时而发,待秋冬寒凉之邪盛时诱而发病,寒热错杂,病多缠绵难愈。因此,临床上从伏暑论治季节性鼻炎,表里双解,使邪有出路,亦可取得理想的治疗效果。

参考文献

[1] 丁慧芬. 伏暑的伏邪与发病研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2010,12(5):88-89.

[2] 许晓楠,郭加利,姜德友. 伏暑病因及辨治源流考[J]. 山东中医药大学学报,2018,42(1):70-73.

[3] 许勇镇,阮诗玮. 伏暑致病特点及在肾损害类疾病中的临床应用[J]. 山东中医药大学学报,2018,41(2):125-127.

[4] 曲中源,王爱平,曲汝鹏,等. 孙海波基于伏邪致病理论治疗过敏性鼻炎经验[J]. 辽宁中医杂志,2018,45(12):2499-2501.

(收稿日期:2021-01-05)