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。有积气在心下支胁，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·痉湿暍病脉证治第二》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，并提出了疟病及脾疟病寒湿发热证及治法，如《温病条辨·下焦篇》云："暴感寒湿成疟，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："寒疟脉弦紧，胁下偏痛发热，大黄附子汤主之"，提示寒湿搏结厥阴成疟，

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]141 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“体本一源，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，阳虚水湿泛溢而致浮肿，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，可由人体气血阴阳虚衰而引起，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实证实脉，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，可发为疝证与脾疟证，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“降火利水”[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]厍宇，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]吴瑭. 温病条辨[M]. 北京：中国人民出版社，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 Gengxin[1], ZHANG Xing[2], ZHANG Gedi[1], PI Chiheng[3], YAN Ziyou[3]
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. S*anjiao* (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］

广告

欢迎邮购《中医杂志》过刊

2000、2001年合订本每本100元，2002、2003年合订本每本105元，2004年合订本115元，2005年合订本125元，2007—2010年合订本每本140元。2011(缺5、6期)—2013年每册9.80元，2014(缺21期)—2017年（缺3、5、15、18期）每册15元，2018年（缺5、7、9期）每册20元，2020年（缺7、8、9期）每册20元，2021年每册20元。2011—2013年合订本每年4本，全年280元，2014—2017年合订本每年4本（缺2017年上半年合订本)，全年400元，2018—2021年合订本，每年4本，全年600元，2022年上半年合订本共2本，400元。《中医杂志》2006—2008年增刊每册40元。

以上免费邮寄，如需挂号每件另加3元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街16号，收款人：中医杂志社

或关注《中医杂志》官方微信（zyzzgzh）购买。邮编：100700，电话：(010)64089195。