

例 2：胡某，男，45 岁，2016 年 10 月 12 日初诊。因“跌倒致左胫腓骨远端骨折”在当地医院行左下肢内固定术。术后 1 周，夜不能寐，下肢少许疼痛，肿胀瘀青，皮肤灼热难以入睡，无发热恶寒，无头晕头痛，平素体健。查体：左下肢青紫瘀肿，活动受限，石膏固定。肿胀、瘀斑、肌肤灼热、疼痛是术后常见的症状与体征，由于非甾体消炎药的使用，以及术后镇痛措施的实施，疼痛可以得到有效的控制，因而肿胀、肌肤灼热成为影响患者的常见问题，临床医生常常忽略此问题，认为这种情况是手术后常见的并发症，一般以抬高患肢、固定制动或适当的功能锻炼以促进水肿的消退和功能的恢复。笔者认为导致瘀血、肿胀、肌肤灼热的病因虽为手术创伤，但病机仍为血瘀、水停、郁热，病虽不同，但证同，异病同治。仍以活血、利水、兼以凉血为法，予桂枝茯苓丸加减，处方：桂枝、白芍、桃仁各 10 g，茯苓 30 g，牡丹皮 15 g，生地黄、川牛膝各 20 g。正如《汤液本草·东垣用药心法》^[5]曰：汤者荡也，丸者缓也；今用汤而不用丸，以图急攻，正所谓瘀血不去，新血不生。3 剂后患者下肢肿胀好转，青紫瘀斑变淡，夜间睡眠显著改善，继续前方治疗，后患者肿胀、瘀血瘀斑消失。随访至今，骨折愈合良好，肢体功能恢复良好。

肿胀、疼痛、肌肤灼热以及局部瘀斑是损伤后骨伤科病人的常见症状和体征，手术、外伤导致软组织挫伤，皆属于中医损伤范畴。在损伤初期，以瘀血、水停、郁热为主要病机。桂

枝茯苓丸自仲景以后，历代各有发挥，所治中医之病不下 36 种^[6]，涉及内外妇儿，但其核心离不开一个瘀字，或活血利水、或清热、或补气、或行气、或养血等，临证随症治之。中医骨伤科历代皆重视活血化瘀的运用，创立了大量的瘀血方，笔者认为桂枝茯苓丸以其活血、利水、清热凉血之功，更适合于损伤初期。

[参考文献]

- [1] 张仲景. 金匱要略[M]. 北京：中国医药科技出版社，2012：306-307.
- [2] 黄仰模. 金匱要略教与学[M]. 北京：人民卫生出版社，2006：326.
- [3] 邹澍. 本经疏证[M]. 北京：中国中医药出版社，2013：90.
- [4] 梅国强. 伤寒论讲义[M]. 北京：人民卫生出版社，2003：114.
- [5] 王好古. 汤液本草[M]. 北京：中国中医药出版社，2013：19.
- [6] 艾丽丝. 桂枝茯苓丸古今运用考探[D]. 北京：北京中医药大学，2006.

(责任编辑：冯天保，郑锋玲)

沈元良教授运用经方治疗杂病医案 4 则

吕旭阳

义乌三溪堂中医保健院，浙江 义乌 322000

[关键词] 杂病；经方；桂枝汤；麻黄附子细辛汤；大黄甘草汤；小柴胡汤；附子泻心汤；沈元良

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2017) 03-0184-03

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2017.03.066

《伤寒杂病论》经方具有组方灵活的特点，辨证论治具有可拓展性，可为百病立法，临床疗效是经方的生命力所在^[1]，也是经方在临床上得到广泛应用的基础。沈元良教授是国家级名中医，第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老

师，国家中医药管理局绍派伤寒学术流派传承工作室代表性传承人，从事内科工作近 40 年，学验俱丰，临证擅长用经方治疗内科杂病，同时，重视在辨证论治的基础上配伍其它方药。笔者有幸师从沈教授，今将沈教授运用经方治疗杂病医案介绍

[收稿日期] 2016-08-25

[基金项目] 国家中医药管理局“绍派伤寒学术流派”建设项目（国中医药人教函〔2012〕228 号）；第五批全国老中医药专家学术经验继承工作（国中医药人教函〔2012〕123 号）

[作者简介] 吕旭阳（1978-），男，副主任中医师，主要从事中医内科临床工作。

如下。

1 桂枝汤治疗伏暑

骆某,男,28岁,2013年10月21日初诊。头痛伴周身酸痛反复发作3年。四季均易发作,劳累、喝酒后易发作,多处就诊,多以清热解暑化湿之法为主治之,服后疗效不佳,经人介绍来诊。患者自述除中暑外,汗多,一直自觉后背发凉,双侧腰酸,形瘦,腹胀脘痞,面色㿔白,乏力,口干,肤色略暗,舌淡,苔白腻,边有齿痕,脉沉细。诊断为暑温,证属脾肾阳虚,湿邪不化。遂拟健脾温肾,化湿解暑之法。方用桂枝汤加味,处方:桂枝、炒白芍、姜厚朴各12g,砂仁(后下)、干姜、炙甘草各5g,牛膝、荷叶各15g,制附子(先煎)9g,葛花、佩兰、香薷各10g,生姜2片,大枣5枚,7剂。

二诊:服药后头痛、周身酸痛未作,后背发凉明显好转,腹胀亦减,肤色转润,腰酸仍有,舌苔腻稍退。治宜守前法,前方加桑寄生、狗脊各20g,附子用至12g,7剂。

三诊:后背发凉已瘥七八,腹胀、腰酸已除,舌苔薄白,脉细。效不更方,再用上方加减调理半月而愈。随访,服药后半年症状未作。

按:治暑之法初起以解表清暑化湿为主,然本案患病已久,除主症外,又有汗多,自觉后背发凉,同时,伴有腰酸,劳累、喝酒后易发作,脘痞,苔腻等,沈教授诊其为伏暑,病机为脾肾阳虚,湿邪不化。治法:健脾温肾,化湿解暑。方用桂枝汤加减,方中桂枝辛能散邪,温阳扶卫,附子温阳益肾,二者共为君药。芍药臣桂枝,是于固表中有微汗之道焉;牛膝益肾强腰,与附子相伍加强益肾助阳之力;香薷、荷叶、佩兰诸药化湿解暑,葛花善解酒毒,醒脾和胃,对嗜酒导致中暑者用之疗效尤佳,砂仁、姜厚朴理气化湿,共为臣药。生姜之辛,佐桂枝以解肌表,干姜之辛,佐附子以温里,再配以大枣之甘,可辛甘化阳,共为佐药。甘草益气和中,调和诸药。沈教授指出,治疗久病患者应注重既往用药情况和其它兼症。如本案患者,虽诊为伏暑,但发病时已将近霜降节气,天地之阳气渐衰,而阴气渐盛,同时,患者表现为后背发凉、双侧腰酸、乏力、肤色较暗,舌淡苔白腻等一派阳虚之症,前医又多次投清热解暑之法不效,致其阳气更弱,当务之急,应以扶阳为先,故治法为:健脾温肾,化湿解暑。二诊,患者服药后后背发凉好转,提示药症相符,故治法上仍以扶阳为主,加重附子剂量,并配桑寄生、狗脊以增加补肾扶阳之力。三诊之后,治法用药上一一直遵守前法,直至痊愈。沈教授运用化湿之法,常取其“绍派伤寒”^[2]之特色,或芳香宣透、淡渗利湿,或辛温佐以淡渗,或又配以温散之品,药如防风、苍术、白术、麻黄、桂枝,取“风能胜湿”之意^[1],临床运用于湿邪为主因的疾病,无不效。

2 麻黄附子细辛汤治疗鼻鼾

刘某,男,39岁,2013年12月2日初诊。鼻塞,打喷嚏反复发作近5年,加重1周。西医诊为过敏性鼻炎,用西

替利嗪等抗过敏药则减轻,停药则喷嚏时作,且服西药后常觉神疲乏力,嗜睡,故求治于中医。诊时鼻塞,涕多色白,神疲乏力,喷嚏连作,面色㿔白,纳寐尚可,舌淡苔白略腻,脉沉细滑。鼻部CT检查示:未见明显异常,过敏原检测总IgE 175 IU/mL。诊为鼻鼾,证属阳气虚损,肺卫不固。治宜温阳散寒,宣通鼻窍。方用麻黄附子细辛汤合苍耳子散加减。处方:麻黄(先煎)、附子(先煎)、苍耳子、白芷各12g,鹅不食草、僵蚕、藿香各10g,薏苡仁30g,神曲15g,细辛(后下)3g,甘草6g,生姜2片,7剂。

二诊:药后鼻塞明显减轻,前日因食过咸之品,时有咳嗽,痰黄,量不多,余症如前,舌淡苔白,脉沉细滑。治宜原方进出,前方加鱼腥草(后下)、陈皮各12g,7剂。

三诊:药后鼻塞、喷嚏均明显减轻,咳嗽偶作,自述服药后偶有腹胀,舌淡苔白略腻,脉细滑,前方去鱼腥草,加香橼10g,7剂。

四诊:药后鼻塞、喷嚏、咳嗽均已不显,偶有喷嚏,鼻涕不多,腹胀未作,舌脉如前。原方再进7剂。

五诊:药后诸症不显,精神一般,自述偶有感冒,复查总IgE(-)。治宜温阳通窍,益气固卫。方用麻黄附子细辛汤合玉屏风散加减,处方:制附子(先煎)、麻黄(先煎)、白术、苍耳子、白芷各12g,鹅不食草、藿香、僵蚕各10g,防风、蝉蜕、甘草各6g,薏苡仁30g,黄芪20g,神曲15g,细辛(后下)3g,生姜2片,7剂。

六诊:药后诸症均瘥,前方再服10剂。随访半年未复发。

按:过敏性鼻炎属中医鼻鼾范畴,为临床常见病。本例患者诊见鼻塞,涕多色白,神疲乏力,喷嚏连作,面色㿔白,受凉尤甚,患者阳气已虚,又常服用抗过敏药,致症状不断反复。本案病机为阳虚不能固卫,鼻窍不通。治法:扶阳解表,宣通鼻窍。方用麻黄附子细辛汤加减。本方原为少阴与太阳表里两感之证而设,沈教授临证时常移治于阳虚外感之人,并根据病情辨证加减,临床疗效明显。方中麻黄辛温,发汗解表,为君药。附子辛热,温肾助阳,为臣药。二药配合,相辅相成,为助阳解表的常用组合。细辛既能祛风散寒,助麻黄解表,又可鼓动肾中真阳之气,协助附子温里;苍耳子、白芷、藿香、鹅不食草发散风寒,宣通鼻窍;僵蚕祛风通窍;神曲、薏苡仁健脾和胃,共为佐药。甘草、生姜温阳和胃,调和药性,共为使药。五诊之后,患者诸症均不明显,但患者自述偶有感冒。沈教授指出,阳虚日久者多兼气虚,治疗此类人群,在温阳的同时应注重补气,故又加用玉屏风散益气固卫,阳气虚得补,可减少或防止鼻鼾再次发作。

3 大黄甘草汤合小柴胡汤治疗呕吐

杨某,男,6岁,2013年7月11日初诊。呕吐3月,患者母亲口述,患儿3月前因“支气管炎”在某市级医院住院治疗,静滴盐水多日,病情稳定出院后,一直呕吐,胃口不

佳,用中西成药治疗,疗效不显。诊时呕吐,常食入即吐,每天3~6次,口干,时欲饮水,便干,常2~3日1次,恶心,纳少,面微红,形瘦。舌淡,苔薄黄略腻,食指指纹略紫偏暗。腹部压痛(-),反跳痛(-)。

中医诊断:呕吐,胃失和降型。治宜通便止呕,和胃降逆。方用大黄甘草汤合小柴胡汤加减,处方:生大黄、柴胡、黄芩、姜半夏、太子参各5g,生甘草、陈皮各3g,生姜2片,3剂。

二诊:药后排出宿便多枚,呕吐每天仅1~2次,口干亦减,恶心偶有,纳稍增,舌淡苔薄黄。前方去生大黄,加姜竹茹6g,制大黄3g,3剂。

三诊:呕吐未作,恶心偶有,胃纳仍欠佳,面微白,舌淡苔白,食指指纹略淡。守前法,佐加和胃消食之味,处方:柴胡、黄芩、姜半夏、太子参、炙内金各5g,生谷芽、生麦芽各10g,炙甘草、陈皮各3g,制大黄1g,生姜2片,3剂。1月后电话回访,述服前方后呕吐一直未作,胃纳如常,诸症已瘥。

按:呕吐是小儿科常见的一种证候,临床很多疾病都可以出现,多由于胃失和降,气逆于上所致。本症患儿食入即吐,便干,2~3天1次,知其有宿食在里,故遵《金匱要略》所云:“食入即吐者,大黄甘草汤主之。”患者又有恶心,纳少等症,并用小柴胡汤和胃止呕,二方合用治疗此症甚为合拍。沈教授指出,使用本方时既要抓住食入即吐这个主症,又要注意本方是为胃肠实热呕吐而设的方剂。同时,小儿为稚阴稚阳之体,临证使用此方时,应特别注意患儿脾胃功能,随病情变化而对药物的配伍和剂量作出调整。初起有宿食在里,大黄生用,剂量为5g,意在通里泻实。

二诊时患儿宿便基本排净,而呕吐、恶心等症仍有,恐用量过大伤及脾胃故减为3g,通而不泻。

三诊时偶有恶心,纳谷欠佳,面微白,舌淡指纹淡等,知其脾胃不足,用炙鸡内金、生谷芽、生麦芽健脾和胃消食,配制大黄为引药下行,兼能健脾和胃,用量仅用1g,并与生姜相配实有健脾和胃之功。姜竹茹一味,甘而微寒,轻清和胃而止呕,且无伤阴败胃之忧。

4 附子泻心汤治疗不寐

吴某,男,57岁,2014年11月5日初诊。失眠月余,易出汗,白天脚寒,晚上胸热,心下痞满,纳可,二便调,舌

淡红,苔薄黄,脉寸浮尺沉。素喜食冷饮,此为上热下寒、心胃不和之证,治宜清上温下,方用附子泻心汤加减。处方:黄连、黄芩各8g,生大黄5g,附子(先煎40min)10g,以上前3药,沸水泡5min。再与后药相混煎3min即服。3剂。

二诊:药后失眠好转,汗出即止,脚冷减轻,大便略溏,舌脉如前。治宜守前法加减,前方合四君子汤加减。处方:黄连、黄芩各8g,制大黄5g,附子(先煎)、炮姜、炙甘草、苍术、党参、五味子、陈皮各10g,炒白术、茯苓各15g,7剂。

三诊:药后夜卧渐佳,大便如常,诸症向愈,续投前法。前方去大黄,加制龟板、神曲各12g,7剂。

按:附子泻心汤组方特色鲜明,温清、寒热、攻补兼用,可平复六腑实热,又能温补五脏之虚,有其独特的功效^[4]。今患者除失眠、出汗外,又见脚寒胸热,心下痞满,结合舌脉和平时饮食习惯,可见本案病机为上热下寒、心胃不和,方用附子泻心汤。二诊时患者服药后失眠好转,汗出即止,脚冷减轻,大便略溏,可见药虽对症,然本方为大热大寒并用之症,加之患者脾气已亏,故又合四君子汤益气和中,陈皮理气健脾,五味子养心安神,兼收敛固涩。沈教授指出:盖人之一身,以胃气为本,胃气旺,则五脏受荫。故临证用药时,对脾胃已伤者,必先培其中土,使药气四达;而对于脾胃素健者,若用药可能伤及脾胃时,亦必佐健脾益胃之品,以防伤及中土。三诊配用制龟板与制附子,则阴阳并济,用神曲健脾和胃,诸症痊愈。

[参考文献]

- [1] 钟相银,程发峰,王庆国,等.经方现代应用的临床与基础研究思路探讨[J].中医杂志,2011,52(19):1640-1642.
- [2] 徐荣斋.重订通俗伤寒论[M].北京:中国中医药出版社,2012.
- [3] 吕旭阳,裴静波,朱阳蓬勃.绍派伤寒学术思想与传承思路[J].中华中医药杂志,2015,30(8):2717-2719.
- [4] 谢静,周洁.附子泻心汤临床应用概况[J].浙江中医杂志,2012,47(3):227-228.

(责任编辑:刘淑婷)