宋軍老師運用經方臨證拾隅

Clinical practice insights of Professor SONG Jun in applying classic formulae

張喜，宋軍*　*ZHANG Xi, SONG Jun*

（中國中醫科學院醫學實驗中心，北京 100700）

[摘要] 《傷寒論》中的柴胡桂枝湯等方劑示範地說明經方合用可產生相加與協同作用。宋軍老師臨床上善於合用經方，靈活應用於冠心病、糖尿病、失眠、抑鬱症、腦卒中、慢性膀胱炎等多種慢性疾病，他認為臨證合用經方，須審證求因，謹守病機，通權達變，優化組合。茲摘錄部分驗案，分析宋老師經方合用思想及其臨證經驗，希望能在擴大合用經方的治療範圍，和提升中醫臨床辨證治療準確性及有效性方面有一定作用和意義。

[關鍵詞] 經方；合方；辨證論治；臨床經驗

自民國後，「經方」特指仲景方[1]。《素問·至真要大論》有：「奇之不去則偶之，是謂重方」，張仲景師其意，將數方合用治療諸多疾病，如治療風寒表鬱輕證的桂枝麻黃各半湯，治療太陽少陽兩感的柴胡桂枝湯等。

宋軍老師沿革、衍化經方合用思想，且廣泛實踐於臨床，靈活應用於冠心病、糖尿病、高血壓、帕金森病、面神經麻痹、失眠、哮喘、甲亢、抑鬱症、癌症、腦卒中、慢性胃炎、慢性腎炎、慢性膀胱炎、多囊卵巢綜合症、不孕症等多種慢性疾病。宋老師認為臨證合用經方，須審證求因，謹守病機，通權達變，優化組合，方證切合，方可取效。現將宋老師經方合用的幾則驗案謹述如下：

1　當歸四逆湯合桂枝茯苓丸治療冠心病

張某，女，53歲，2018年3月15日就診。主訴：反復胸痛10年，氣促伴四肢乏力4個月。既往4年前診斷冠心病，行冠脈搭橋術，PCI術。心功能III級（NYHA分級），高血壓II級，脂肪肝，右腎動脈狹窄。於2016-3-23行冠脈造影檢查，左前降支中段95%×20mm狹窄，對角支開口處70%狹窄，迴旋支中段80%×15mm狹窄，右冠近段70%×20mm狹窄，OCT提示動脈狹窄為典型冠狀動脈粥樣硬化表現。現服用氯吡格雷100mg qd，阿司匹林100mg qd，硝苯地平控釋片30mg qd，倍他樂克20mg bid，辛伐他汀20mg qn。刻診：脈搏61次/分，血壓127/79mmHg，呼吸15次/分，胸悶氣短，一般體力活動明顯受限，偶發胸前區刺痛，伴四肢乏力，易出汗，面色晦暗，口唇青紫，手腳冰涼，手掌、指部或側緣部出現水皰、滲出，因搔抓伴感染。多夢易醒，納少，二便正常。舌暗有瘀點，苔白，六脈沉細澀，右脈尤甚。中醫診斷：胸痹。證屬陽虛血虧，寒濕痹阻經脈。治以溫陽散寒，益氣養血，活血通脈。方擬當歸四逆湯合桂枝茯苓丸加減，處方：桂枝12g，生白芍30g，當歸9g，細辛9g，通草6g，炙甘草12g，清半夏6g，大棗45g，生薑12g，茯苓12g，牡丹皮12g，桃仁12g，黨參6g，生黃芪60g，首烏藤15g，黃芩6g，煅牡蠣45g，桑白皮15，炒梔子9g，淡豆豉6g。7劑，水煎服，每日1劑，分溫3服。囑患者規律作息，儘量少吹空調及穿堂風。

二診，患者自述乏力減輕，睡眠改善，手腳冰涼感大為減輕，手部濕疹滲水減少，瘙癢減輕，血壓120/73mmHg。每日吃藥後微微汗出，自覺輕快。舌暗苔白，脈沉細緩。上方療效顯著，守方隨症加減，去桑白皮、炒梔子、淡豆豉，煅牡蠣45g改為生牡蠣9g，生黃芪增至90g，加茵陳12g，路路通12g，升麻5g。後患者每週來診1次，繼與此二方基礎上隨症加減，病情較穩定，近三個月未發生心前區壓榨樣疼痛，一般體力活動不會引起胸悶氣喘或心絞痛，可以外出爬山或遠足等，血壓較平穩。

按語：宋老師認為，伏其所主，而先其所因，法應其證，如矢中的。此患者陰寒凝滯，氣血痹阻，見胸悶氣短。日久耗氣傷陽，血行澀滯，陽氣升發疏泄溫養不足，心神失養，見手腳冰涼，面色晦暗，多夢易醒。選用當歸四逆湯加減，以奏辛溫散寒，養血通脈之效。當歸養血和血，《本經逢原》記載：「蓋血壅而不流則痛，

Copyright 中醫學會 版權所有 All Rights Reserved

當歸甘溫，能和營血，辛溫能散內寒，使氣血各有所歸。」[2]桂枝溫經散寒，白芍養血和營，細辛破寒凝，《藥品化義》曰：「細辛若寒邪入裏，而在陰經者以此從內托出。」通草通血脈，大棗、甘草益氣健脾養血。桂枝茯苓丸溫經活血，使寒去瘀除，陽氣溫行。宋老師認為，細辛用量不必拘於「細辛不過錢」，歷代本草皆用其根，但現在已改用全草，細辛根中所含的揮發油是全草的3倍[3]。另外，現代細辛多入煎劑，很少單用末，在複方和煎劑中有毒成分易遭到揮發破壞，故而細辛用量可稍大。案例中加梔子豉湯以宣散透邪，煅牡蠣、桑白皮收濕利水。合方併用，方證相應，即奏其效。

2　半夏瀉心湯合甘姜苓朮湯治療失眠

康某，男，47歲，2018年9月6日初診。主訴：失眠2年餘。患者兩年前因車禍診為腦震盪住院治療，遺留失眠，行走不利，情緒不佳。輾轉多處之治療失眠，無明顯療效。刻診：脈搏80次/分，血壓112/76mmHg，呼吸18次/分，入睡困難，夜間易醒，醒後難以入睡，早醒。伴日間疲乏，煩躁易怒。它證見口渴喜飲，時發噁心嘔吐，自覺脘腹部滿悶不舒，進食後尤甚。肢體困重乏力，自覺腰涼，易出汗，記憶力及認知能力明顯下降，食欲欠佳，小便不利，大便日1-2次，不成形。舌淡苔白膩，舌尖偏紅，脈沉細緩。頭部平掃：腦內多發異常信號影，腦萎縮改變。肝功檢查未見異常。多導睡眠監測（PSG）顯示：夜間總睡眠時間為246分鐘，入睡後清醒時間為231.5分鐘，清醒次數為15次，睡眠效率為50.9%。在有限的腦電導聯中未見異常腦電波。中醫診斷：不寐，濕盛困脾證。治以健脾除濕，和胃安神。方擬半夏瀉心湯合梔子豉湯加減，處方：生白朮9g，炒梔子9g，清半夏9g，大棗30g，首烏藤15g，茯苓12g，淡豆豉6g，炙甘草6g，黨參9g，黃芩9g，乾薑9g，黃連3g。7劑，每日1劑，分溫3服。囑患者天黑自覺困乏即可入睡，白天少睡，多飲溫水。

二診：患者上方服7劑後，夜間醒來次數減少至7-8次，每晚睡眠時間約5小時。胸部滿悶，噁心嘔吐等症狀減輕，幾無腰涼感，食納好轉，情緒狀態較前改善，小便量增多。自述貪涼稍有咳嗽，發冷。繼用上方去乾薑，黃連，加桂枝湯加減鞏固治療，桂枝12g，白芍12g，川芎9g，桔梗6g，制白附子6g。共治療三周，入睡時間少於30分鐘，夜間醒來次數減少至2-3次，醒後10分鐘左右可再次入睡，睡眠總時間約6-7小時。記憶力增強，煩躁易怒明顯減輕，願與人交流。患者及其家屬甚感欣慰。

按語：宋老師認為此證是脾胃不和，氣機阻滯，痰濕聚於中焦之證。脾胃乃上下交通之要道，陰陽升降之樞紐，若脾胃運化失職，氣機升降失序，陰陽不能交泰，陽不入陰則失眠。痰濕困脾，脾不能為胃行其津液，則肢體困重乏力，亦影響胃的納降，引起納呆、脘腹脹滿。脾胃虛弱，陽氣鬱遏升騰不及，則腰中冷，小便量少。舌淡苔白膩，脈沉細緩為痰濕內蘊之癥。「辛以通陽，苦以清降」，運用半夏瀉心湯承順氣機升降，除濕滌飲。喻嘉言有云：「諸瀉心湯原以滌飲」。半夏、乾薑，以辛助辛，能行能散，通陽升陽，寬中消痞。黃芩、黃連，能清能下，降氣泄濁，使痰濕從下而泄。佐以人參、甘草、大棗甘溫益氣補中。諸藥合用，辛開苦降甘調，瀉不傷正，補不滯中，使清升濁降，恢復脾胃對氣機升降的斡旋之力[4]。用甘草乾薑茯苓白朮湯化氣利水，小便通利，意達宣暢氣機、恢復陽氣溫養之功。用梔子豉湯宣散胸中鬱滯。

3　小柴胡湯合梔子豉湯治療慢性膀胱炎

畢某某，女，56歲。2018年6月7日就診。主訴：尿頻，尿痛4年餘，伴排尿不暢，下腹部疼痛。患者4年前於當地醫院行腹部彩色多普勒超聲檢查見：雙腎形態大小正常，排尿後膀胱內殘餘尿量75ml，提示尿瀦留。子宮及雙附件區未見明顯異常。尿常規檢查見：尿沉渣鏡檢紅細胞為5-7個/HP，滿視野白細胞。當地醫院予以頭孢菌素類靜脈滴注治療，尿頻、尿痛緩解。停藥後復發，輾轉多家醫院治療，病情遷延不愈。刻診：體溫36.8℃，脈搏84次/分，血壓105/67mmHg，呼吸18次/分，患者自述尿液渾濁，有異味，尿不盡，遇勞加重，日間排尿次數達20餘次，夜尿次數>6次，嚴重影響睡眠。胸中煩悶不舒，下腹部輕微疼痛，腰膝酸軟，口苦，肢體困重。納可，大便偏乾，舌暗紅苔黃膩，脈弦數。中醫診斷：淋證，證屬濕熱壅滯。治以理氣疏導，清熱利尿。方擬小柴胡湯合梔子豉湯加減，處方：清半夏6g，黨參12g，柴胡6g，黃芩6g，白芍12g，炙甘草6g，大棗60g，

Copyright HKPCMA All Rights Reserved

炒梔子9，淡豆豉6g，桂枝12，厚樸9g，醋香附12g，石菖蒲12g，熟地黃15g，首烏藤15g，蘆根15，白茅根12。7劑，水煎服，每日3次。囑患者若覺身熱，微汗出，宜避風寒。二診，患者自述吃藥後微微汗出，排小便舒暢，尿痛明顯緩解，日間排尿次數減少至13-14次，尿液較前清澈，下腹部無疼痛感。出現胃脘部脹痛，納穀不香，舌紅、苔薄黃，脈弦細數。效不更方，守方再進，去炒梔子、淡豆豉、蘆根、白茅根，加蒲公英30g，茯苓12g，砂仁9g，葛根15g。三診，胃脘脹痛消失，食欲好轉，日間排尿次數減少至10-11次，夜尿次數<4次，睡眠改善。後患者每兩周來診1次，繼與此方基礎上隨症加減，共就診十次，服藥兩個半月，尿常規檢查見：白細胞2+，排尿困難症狀基本消失，隨訪一個月未復發。

按語：宋老師認為此證核心在於濕熱蘊結下焦，膀胱氣化不利。濕遏熱伏，膠結不解，氣機疏泄不及，蘊結下焦而成淋證；流注肢體則肢體困重；郁蒸上焦則口苦；舌紅苔黃膩，脈弦數，為濕熱內蘊之癥。方中柴胡苦平疏散透熱，通利六腑，《神農本草經》明確提出了柴胡具有「主心腹腸胃中結氣，飲食積聚，寒熱邪氣，推陳致新」 的作用。黃芩苦寒清熱燥濕，佐以清半夏、生薑和胃降逆，合梔子豉湯宣熱透邪，開鬱調氣。共奏清利濕熱，暢達氣機之效。在本例治療處方中，宋老師未應用淋證常用方八正散、小薊飲子等治療，恐大隊寒涼降泄之品傷脾陽而致邪戀不解，故選用小柴胡湯疏散清泄，祛濕除熱。

4 討論

清代唐容川於《中西匯通醫經精義·七方十劑》[5]言：「複方，重複之意，兩證併見，則兩方合用，數證相雜，則化合數方而為一方也。」所指複方即為合方。合方可產生相加、協同與拮抗作用[6]。

宋老師強調經方合用並非是經方間「藥藥相合」，而是通過審察病機進行臨床辨證，針對主要病機的主方與針對兼夾症狀的輔助方相合，仔細斟酌，遣方用藥應方證切合，有章可循，方可取效。

文中三例驗案，均以病機為綱合用經方。驗案1緊扣寒濕痹阻心脈的主要病機，兼夾久病必有瘀出現的面色晦暗，口唇青紫，多夢，舌暗有瘀點，脈沉細澀的臨床症狀，應用主方當歸四逆湯以溫經通脈，養血散寒，輔助方桂枝茯苓丸活血化瘀。驗案2緊扣濕盛困脾的主要病機，兼夾寒濕下侵，膀胱氣化不及出現的腰涼，小便不利的臨床症狀，應用主方半夏瀉心湯以健脾燥濕，降氣和胃，輔助方甘姜苓朮湯溫陽化氣。驗案3緊扣濕熱壅滯的主要病機，兼夾邪熱內鬱出現的胸中煩悶不舒，便乾，舌暗紅苔黃膩，脈弦數的臨床症狀，應用主方小柴胡湯以疏散清泄，通利下焦，輔助方合梔子豉湯宣散透邪。

宋老師臨證多合用經方，同時也結合現代相關研究以提高臨床療效。驗案2中患者以失眠為主訴，尚缺乏客觀依據，通過PSG監測能夠清楚報告包括入睡時間、夜間醒來次數、總睡眠時間，睡眠結構等睡眠情況，在實現失眠主客觀統一，提升臨床辨證失眠的準確性及應用經方治療失眠有效性方面有着重要作用及意義。

宋老師合用經方治療臨床多種疾病，以「謹守病機，各司其屬」為其要領，靈活變通，隨證而施，擴大了經方的治療範圍，也是中醫臨床研究新思路 「以病機辨證為核心，以證候緩解為質控」[7]的實踐詮釋，值得後學者借鑒。

參考文獻：

[1] 陳騰飛, 劉清泉. 探析「經方」概念之源流演變兼論「經方」「時方」之爭[J]. 中華中醫藥雜誌, 2017,32(03):939-942.

[2] 張璐. 本經逢原[M]. 北京: 中國中醫藥出版社, 2007:54.

[3] 王紹印. 仲景方細辛用量探討[J]. 國醫論壇, 2005,20(5):4.

[4] 蘇晶. 脾胃是五臟和合的中心—半夏瀉心湯的運用體會[J]. 北京中醫藥大學學報, 2010,33(02):77-79.

[5] 唐容川. 中西匯通醫經精義[M]. 太原: 山西科學技術出版社, 2013:64.

[6] 賈春華, 王永炎, 黃啟福, 魯兆麟, 王慶國. 張仲景合方理論研究[J]. 北京中醫藥大學學報, 2006(10):653-657.

[7] 岳振松, 於春泉, 潘戰宇, 等. 以病機辨證為核心, 以證候緩解為質控的中醫臨床研究新思路[J]. 中華中醫藥雜誌, 2015,30(12):4362-4364 .

Abstract: Chaihu Guizhi Decoction （柴胡桂枝湯）, from Treatise on Cold Pathogenic Disease （傷寒論）, shows that combined prescriptions could do additively. Professor SONG Jun applied combined prescriptions flexibly to a variety of diseases, including coronary heart disease, diabetes, insomnia,

香港醫學會 版權所有 Copyright HKMA All Rights Reserved

depression, chronic cystitis, stroke, according to their etiology and pathogenesis. In this paper, combined with some clinical cases, flexible compatibility of using combined prescriptions, which develops the scope of application of combined prescriptions, and the effectiveness and accuracy of treatment based on syndrome differentiation, is analyzed.

Key words: Classical prescription; Combined Prescriptions; Syndrome differentiation; Clinical Experience

（編委：周叔英審校2021.01.12）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved