

第二讲 关于乌梅丸与五苓散治疗 疑难杂病医案的探讨[※]

● 倪诚 王琦[▲] 俞若熙 李玲孺 张惠敏 李英帅 王济 杨玲玲 郑燕飞 袁卓珺 杨寅 郑璐玉 白明华 张妍 井慧如 田杨

关键词 乌梅丸 五苓散 医案 王琦

1 前言

倪诚(双博士,教授,主任医师,博士生导师,王琦教授学术继承人,北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心主任):首先请允许我简单介绍一下王琦教授。大家都知道王琦教授是我国中医体质学、中医男科学的创始人,可能不太了解他对经方也很有研究。其实,王琦教授曾在中国中医研究院研究生部(现中国中医科学院研究生院)工作长达14年之久。期间先后主讲研究生课程《黄帝内经》和《伤寒论》。他编写的《素问今释》已在国外被广泛翻译出版;他编写的《经方应用》是最早的经方临床应用研究著作;他编著的《伤寒论讲解》和《伤寒论研究》中提出的很多学术观点,在伤寒学界

引起了广泛的反响。今天我们围绕王琦教授应用乌梅丸与五苓散治疗现代疑难杂病的临床经验及其制方思想,以医案启发式、师徒互动式、现场问答式展开讨论。

2 乌梅丸治疗难治病及其制方思想

传统认为,厥阴病是伤寒病千古之绝案,而乌梅丸又被认为是绝案当中的“悬案”,尤其是关于乌梅丸的制方思想及其在难治病中的临床应用问题,一直困扰着伤寒学界和中医界。王琦教授长期从事经方研究,对乌梅丸有独到的学术见解和丰富的临床经验。今天从他众多验案中选取3则医案,来研讨他的临床思辨及其制方思想。

2.1 嗜酸粒细胞性胃肠炎医案评析

医案

王某某,男,9岁。2011年7月25日初诊。主诉:腹痛伴腹水半年。现病史:近半年来,患儿自觉腹痛腹凉,腹痛多于每晚十点发作,至天亮缓解,大便一日2次,质稀有黏液,患儿不能食虾类食物。舌体淡胖边有齿痕,苔薄黄腻,脉弦迟。实验室检查:2011年7月6查:白细胞 17.35×10^9 个/L,嗜酸细胞绝对值6.2,嗜酸细胞百分比35.74%。西医诊断:嗜酸粒细胞性胃肠炎,右侧腹部腹水。中医辨证:脾肾虚寒,肝旺乘脾。治法:温肾暖脾,泄肝止痛。处方:乌梅10g,制苍术10g,细辛1g,桂枝6g,淡附片6g(先煎1小时),川椒6g,黄连6g,黄柏6g,当归6g,陈皮6g,白芍6g,防风10g,白术10g,柴胡10g,法半夏6g,黄芩6g,党参6g,炙甘草6g。27付,水煎服。

2011年8月22日二诊:服上方后,腹痛减轻十之七八,大便呈软便,一日一次,腹水明显减少。2011年8月16日复查:白细胞 14.62×10^9 个/L,嗜酸细胞绝对值4.27,嗜酸细胞百分比29.21%。守法继进。处方如下:乌梅10g,细辛1g,桂枝6g,淡附片6g(先煎1小时),黄连

※基金资助 ①国家重点基础研究发展计划(973计划)“中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究”项目(No:2011CB505400);②国家中医药管理局王琦名老中医药专家传承工作室建设项目;③北京中医药薪火传承“3+3”工程王琦名中医传承工作站建设项目

▲通讯作者 王琦,男,著名中医学家。北京中医药大学教授,博士生导师,国家重点学科中医基础理论学科带头人,国家973项目“中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究”项目首席科学家,中国科协中医原创思维论坛首席科学家,国家自然科学基金重点项目“痰湿体质易发代谢综合征的中医病因病机分子特征研究”项目负责人。本刊学术顾问。E-mail:wangqi710@126.com

●作者单位 北京中医药大学(100029)

6g,黄柏6g,当归6g,柴胡10g,黄芩10g,法半夏10g,生姜6g,党参10g,炙甘草6g,陈皮6g,白芍10g,防风10g,白术10g,木香6g,大腹皮6g。30付,水煎服。

2011年11月14日三诊:腹水已消(腹腔内未见积液征象),血常规示:白细胞、嗜酸细胞绝对值在正常范围,嗜酸性粒细胞百分比降至7.70%(正常值:0.5~5%),大便次数一日2次,粪质正常。腹部彩超示:腹腔内多发淋巴结。现可以进食鱼类。处方:乌梅10g,细辛1g,桂枝6g,党参10g,淡附片6g(先煎一小时),川椒6g,干姜6g,黄连3g,黄柏6g,当归6g,防风6g,陈皮6g,白芍6g,蒲公英15g,草河车6g。7付,水煎服。

分析

倪诚:嗜酸粒细胞性胃肠炎(EG)是一种极少见的疾病,Kaijser在1937年首次报告了3例EG病人。迄今为止,全世界文献中报告的典型病例约300例左右。典型的EG以胃肠道的嗜酸性粒细胞浸润、胃肠道水肿增厚为特点。本病主要发生在20~30岁的年轻人中,但儿童和老年人也可发病;男性发病率约为女性的2倍。病因迄今未明,且缺乏特异表现,可表现为腹痛或不适(100%)、恶心(67%)、呕吐(33%)、焦虑(67%)、肠梗阻(50%)、腹水等慢性症状。西医保守治疗主要采用糖皮质激素、抗过敏药物等。

王琦教授经常对我们说,中医治病不光要让病人自觉病状减轻,还要让病理改变,指标要下降,就是说疗效不光是中医要信,西医也要信;中国人要信,外国人也信。

该患儿半年多来自觉腹痛、腹凉,每日十点钟发作,至天亮缓解,

大便一日2次,质稀有黏液,患者不能食虾类食物,舌体淡胖边有齿痕,苔薄黄腻,脉弦迟。实验室检查提示白细胞偏高,嗜酸细胞绝对值6.2,嗜酸细胞百分比35.75%(正常0.5~5%)。西医诊断为嗜酸粒细胞性胃肠炎、右侧腹水。王琦教授根据本例患儿腹痛时间、腹泻特征,辨证为脾肾虚寒肝旺乘脾,治法是温肾暖脾、泻肝止痛。制方思路是有是证用是方,即所辨脾肾虚寒,肝旺乘脾之证与乌梅丸、痛泻要方、小柴胡汤三方证合拍。方中乌梅、细辛、蜀椒、黄连、黄柏、当归、党参是典型的乌梅丸中的组成药物。此外,陈皮、白芍、防风、白术,是一个痛泻要方。另外还用了柴胡、法半夏、黄芩、党参、炙甘草,取小柴胡汤意。所用三方中有两个是《伤寒论》方。二诊的时候,腹痛已减轻了70%~80%,大便由稀便变软便,便次由两次减为一次,而且腹水明显减少。经过治疗以后,白细胞、嗜酸细胞绝对值都有不同程度的下降。所以守法继进,上方去制苍术、川椒,加木香6g、大腹皮6g,加大法半夏、党参的用量。到了三诊的时候,腹水已经消除,而且白细胞、嗜酸细胞值已经在正常范围;嗜酸细胞百分比从一开始的35.75%降到7.70%,接近正常,大便次数1~2次,能够进食鱼类。这是一个很大的转变,效果十分明显。下面请王老师对医案做点评。

点评

王琦教授:学医要学案,中医学大量鲜活的思想都在临床中。具体的临床思维和方药运用及其灵活变通,都在医案中得以体现。我们每个医生就算是活到90岁,也不可能把所有的病都看过,但是

通过学医案,就可以看到触类旁通的东西。今天我们从医案开始,和倪诚老师共同来讲解经方应用的一些原理。在方剂书上,乌梅丸放在驱虫剂中,认为乌梅丸是治蛔厥的,但是现在临床上蛔虫病少了,乌梅丸是否就没机会用了?另外将蛔虫病等同于胆道蛔虫病是不正确的。这些问题需要我们来拓宽思路解决。

如这个病例,全世界文献中只有300例左右,是罕见的病例。典型的嗜酸粒细胞性胃肠炎以胃肠道的嗜酸性粒细胞浸润、胃肠道水肿增厚为特点。患者腹痛、恶心、肠梗阻、腹水,这些症状相当于一个急腹症的表现。我们就根据腹痛的时间、腹泻的特点,在辨证的时候诊断它是脾肾虚寒,肝旺乘脾。在三个方子组合之中,乌梅丸是首方。其中小柴胡汤是调理三焦的,其可治腹痛是一个特点。同学们学《伤寒论》时,只知道小柴胡汤证是“往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕”,并不知道小柴胡汤还治腹痛。但是在《伤寒论》中还有“伤寒,阳脉涩,阴脉弦,法当腹中急痛,先与小建中汤;不差者,小柴胡汤主之”。所以小柴胡汤也是治疗腹痛的方子,而且此处用来治腹痛,并不是来“和解少阳”的。因此,不能一见小柴胡汤就给它定义为“和解少阳”。其中,痛泻要方是治痛泻的。三个方子合用,最终有了这样的效果。所以我们从中得到一个启示:乌梅丸不仅仅是驱虫剂。我们在应用经方的时候,要打开思路。

2.2 慢性非特异性溃疡性结肠炎医案评析

医案

唐某某,男,55岁。北京某机

关干部。2001年7月31日初诊。主诉：腹痛、腹泻、黏液便15年。现病史：每日晨起腹泻、黏液便，伴有左少腹隐痛，三餐后半小时复又临厕，夜间更衣2~3次，腹部胀气，肠鸣排气，里急后重，历时15年，反复发作。诊断：西医诊为溃疡性结肠炎(UC)；中医辨为脾寒肝旺，湿热蕴结。立法：寒温并进，敛散并用，去腐生肌。处方：生黄芪15g，杭白芍10g，炙甘草6g，防风10g，陈皮6g，桂枝10g，乌梅15g，细辛3g，党参10g，生姜3片，蒲公英15g，黄连3g，马齿苋15g，神曲10g，白术10g，饴糖适量冲入(1汤匙)。30付，水煎服。

2001年9月21日二诊：前投乌梅丸合黄芪建中汤、痛泻要方合剂，下泄黏冻物减少，拟方再图。处方：黄芪15g，补骨脂10g，白术10g，防风10g，乌梅15g，仙鹤草15g，吴茱萸10g，地榆10g，罂粟壳10g，白头翁10g，石榴皮10g，白及10g，五倍子10g，孩儿茶6g，木香6g(后下)，马齿苋15g，赤石脂10g(布包)，诃子10g。30付，水煎服。

2001年10月15日三诊：患者自述连续服用21付中药，效果比较明显，主要表现在大便次数由原来每天十几次到目前的六、七次，大便形状由过去的稀便有黏液到现在大便能够成型，肠黏膜脱落现象由过去严重到现在明显减少，伴腹胀、矢气、时有腹痛，仍感里急后重。处方：黄芪20g，补骨脂10g，白术10g，防风10g，乌梅15g，仙鹤草15g，吴茱萸10g，地榆10g，白头翁10g，石榴皮10g，秦皮15g，赤石脂15g(布包)，白及15g，马齿苋15g，厚朴10g，生姜3片，罂粟壳10g，肉豆蔻6g(后下)。30付，水煎服。

2001年12月7日四诊：腹泻

次数较诊疗前减其大半，黏液排出减少，晨起有成形大便，饮食、睡眠尚可。刻下仍腹胀气体频多，晚餐后偶有里急后重，夜间如厕2~3次，带有泡沫。脉象涩滞欠畅(有左束支传导不畅)，拟方再图。处方：生黄芪15g，乌贼骨20g，诃子10g，赤石脂20g(布包)，补骨脂10g，煅瓦楞子10g，葛根15g，厚朴10g，干姜10g，细辛3g，乌梅20g，黄连3g，茯苓10g，制苍术10g，白术10g，木香10g(后下)，白芍10g。30付，水煎服。

2002年1月23日五诊：按处方连续服药一个多月，症状较前缓解：既往腹胀气多，现在虽仍有腹胀，但与以前比症状减轻；白天大便次数减少，里急后重症状有所改善，一般能够控制；平时每天有一次成形的大便，多为晨便。刻下每天排便大约在5次左右，即上午1~2次，下午1次，晚上及夜间3次左右。其中有1~2次能比较正常排便，其它为肠黏膜脱离，每次排出不多。纳可，寐渐善。处方：防风10g，白芍10g，陈皮6g，白术10g，生黄芪20g，桂枝10g，干姜10g，炙甘草6g，细辛3g，乌梅20g，黄连3g，木香10g(后下)，白芍10g，乌贼骨20g，诃子10g，赤石脂20g(布包)，煅瓦楞子15g，补骨脂10g，厚朴10g，葛根15g，神曲10g，白头翁10g。24付，水煎服。

2002年4月19日六诊：叠进温清并用，消痼涩肠之剂，数年痼疾渐入佳境，腹胀排气大减。刻下感腹部时寒，投以温熨，脉象弦，舌质淡，苔薄。兹投仍宗原意，温清并施，标本兼顾以巩固之。处方：乌梅15g，细辛3g，桂枝10g，淡附片6g(先煎半小时)，败酱草30g，川连6g，冬瓜子20g，吴茱萸6g，白芍10g，防风10g，诃子10g，地榆

10g，党参15g，白芍10g，炮姜10g，金银花15g，桔梗10g，百部10g，15付，水煎服。

分析

倪诚：慢性非特异性溃疡性结肠炎，又称溃疡性结肠炎(UA)。本病病程较长，病情轻重不等或时轻时重，多有反复发作趋势。西医认为本病是一种病因不明的直肠和结肠炎性疾病，目前认为本病的发病主要由于免疫机制异常，涉及体液与细胞免疫反应，并与遗传因素有关。王琦教授认为本病治疗的难点为久泻或反复发作，病久之后，本虚标实，寒热夹杂，多见大便溏薄，时夹脓血、黏液，腹痛里急，畏寒肢冷，口苦而干，舌淡苔腻，脉濡或虚数。可从内痼论治，以温中清肠、去腐生肌为治法。常用乌梅丸合薏苡附子败酱散、痛泻要方进行加减，以趋达到免疫调节及降低肠黏膜局部炎症反应的作用。

该患者腹痛、腹泻、黏液便15年。症状特点是每天早晨腹泻、黏液便，伴有左少腹隐痛，三餐后半小时一定上厕所，晚上还要2~3次，一天共有十多次大便，而且还伴有腹部胀气、肠鸣排气、里急后重，反复发作。西医诊断为溃疡性结肠炎。王琦老师辨证为脾寒肝旺、湿热蕴结，属于寒热错杂，所以立法寒温并进、敛散并用、去腐生肌。王琦老师治疗溃疡性结肠炎，从内痼去考虑，这是别开生面之处。这里用黄芪、桂枝、白芍、甘草，加上一味饴糖就是黄芪建中汤意，另外就是乌梅丸和痛泻要方加减。用过一个月方以后，黏冻物就明显减少。在第二诊的时候，王老师做了一些变通，对一些顽固性的疾病、慢性久泻，常从肾论治，所以加补骨脂；另外加了仙鹤草、罂粟

壳等收敛药。罂粟壳现在已经不能用了,王琦老师一般用石榴皮来代替。方中配伍防风,体现了散收并用。三诊时病人自述连续服了21付中药效果比较明显:大便由原来每天十多次,目前变为六七次;大便形状由以前的稀便、有黏液,到现在能够成形,肠黏膜脱落现象明显减少。刻下还有腹胀、排气、腹痛,所以对上一个方做了一些微调,加四神丸。注意这里面的一个演变:从一开始的温涩并用,到后来从温补命门之火来考虑。四诊时,患者大便次数比一开始减轻大半,好了大概六七成,黏液明显减少,晨便成形,饮食睡眠尚可,胀气仍多,便有泡沫。五诊时,患者腹胀减轻,里急后重有所改善,大便次数减少,变成了有形的大便,现在大便在五次左右,而且现在能够形成正常排便,这是一个显著的变化。现在肠黏膜有时候还有脱离,但是不多。所以五诊的处方仍以痛泻要方、乌梅丸为基础加减。到六诊时,王琦老师在医案中写道:叠进温清并用,消痈涩肠之剂,数年痼疾渐入佳境,腹胀排气大减,刻下感腹部时寒,投以温熨,脉象弦,舌质淡,苔薄,兹投仍宗原意,温清并施,标本兼顾以巩固之。所以继续用这个方巩固。我们看第六诊处方中除了用乌梅丸,又加了败酱草,这里就含有《金匮要略》的薏苡附子败酱散意。可见,王琦老师从内痈去考虑,是一个创新的思路。

下面我介绍患者在2002年5月的书面表述:“近几个月来,病情大有好转,可以说有质的飞跃。主要表现为:腹胀和疼痛现象大为减轻;大便次数减至每天一到二次,且成型;睡眠好转,由过去每天4小时到现在的5~6小时,自觉精

神健旺。回顾两年来的治疗过程,皆王琦教授之功劳也。自我感觉王教授的治疗有几个特点:标本兼治,以治本固本为主,着力提高机体自身的抵抗力和免疫力,此其一也;辨证治疗,循序渐进,不断实现由量变到质变的飞跃,此其二也;临床处置随机应变,针对病人的特殊情况,不断修改处方,敢于创新,善于化腐朽为神奇,此其三也。”

点评

王琦教授:通过这个医案提示,大家读书要读小字,读原文后面的字。乌梅丸在叙述的时候,从“伤寒,脉微而厥”到“蛔厥者,乌梅丸主之,又主久利”。这个“又主久利”是乌梅丸的另外一个治疗作用。现在拿它来治疗结肠炎,就是根据这个“又主久利”来的。再如在服用理中丸的时候,《伤寒论》里没记载服用天数,服用到腹中暖为止,就有疗效了。大家要记住这样一个问题,不能把原著的东西改了、丢了。第二个问题,你用方的时候一定要考虑病的机制是什么?这个病用中医的思维来说是一个什么样的病机?就是寒热错杂,不管病是痢疾、痞满、呕吐,还是腹痛……主要是抓住一个病机的问题。还有治疗这个病有一个特点,就是我在治疗中把它作为“内痈”来治的。患者排出来的像鱼冻子一样的东西,在中医来讲就是排的痈脓,所以你在这个时候要考虑到这是一个痈。同时还有热的症状,也有腹痛等寒的症状,因此选用薏苡附子败酱散。但是不要认为薏苡附子败酱散就是治疗肠痈,我们现在用它来治疗前列腺炎、前列腺盆腔痛。这个病人十五年的病,我们治了一段时间以后好了,至今大概七八年未犯,甚至能喝酒了。所以

说“学好经方,受用无穷”。因为后世的很多方都是从经方来的,宣白承气汤是从承气汤来的,逍遥散也是从四逆散来的……把经方学好了,底子打好了,源头抓好了,你这一辈子有很多的用处。

2.3 变应性鼻炎医案评析

医案

赵某某,男,15岁。2010年9月17日初诊。主诉:流涕、打喷嚏不时发作近10年。现病史:自小学开始,不定时突发喷嚏10余多,有时流透明清涕,偶会流泪,自觉与受凉有关。纳可、寐安,大便黏滞,小便正常。舌尖红有点刺,舌上有裂纹,苔白稍腻后有剥苔,脉数。既往史:今年5月罹患痤疮,分布于额部、下颌、前胸、后背,吃辛辣食物后加重。家族史:父亲易发痤疮。诊断:变应性鼻炎。中医诊断:鼻鼈,辨为特禀质(伏热上干,异气外侵)。治法:清透伏热,散邪通窍。处方:乌梅15g,蝉衣6g,辛夷10g(包煎),苍耳子6g,细辛2g,薄荷6g(后下),防风10g,白芷6g,鹅不食草10g,黄芩10g,百合15g。21付,水煎服。

经随访,用上方调治3月后,近1年未发作,已痊愈。

分析

倪诚:变应性鼻炎,又称过敏性鼻炎,其发病机制尚不完全清楚,现有研究提示其发病与过敏体质(对变态反应的易感性,具有比正常人更高的血清IgE和更多的肥大细胞数目)、环境因素诱发、气道黏膜上的上皮细胞分化不全、Th1和Th2免疫反应失衡而致鼻腔黏膜组织中大量表达Th2细胞因子的细胞浸润、免疫调节失灵、免疫耐受未形成有关。西医主张

避免接触过敏源,但是有人对粉尘过敏,人不是生活在真空当中,所以过敏源不可能完全避免。王琦老师经常说,与其避开过敏源,那我们应该想办法让病人耐受过敏源。

变应性鼻炎属于中医学“鼻鼽”、“鼻嚏”、“鼻水”范畴,以突然和反复发作鼻痒、喷嚏、鼻流清涕、鼻塞为临床特征。鼻痒、喷嚏、鼻流清涕、鼻塞等症,貌似寒象,实为素禀伏热,异气外侵,腠理闭塞,热极怫郁所致。《名医杂著·卷八·鼻证》所云“肺热鼻塞流清涕”与《景岳全书·卷二十七·鼻证》所说“鼻涕多者,多由于火”,以及今人所谓“郁热熏鼻”或“肺经伏热”,虽说到“火热”,并未论及体质因素,多从肺和胃肠等脏腑火热考虑。王琦教授创制的“脱敏止嚏汤”以调体为要,以脱敏清热、散邪通窍立法。方以黄芩、蝉衣清透内伏郁热;细辛、辛夷、苍耳子、鹅不食草辛散外邪,宣肺通窍;乌梅收敛以防宣散之过,收敛肺气;百合滋阴清热。其中,蝉衣和乌梅是王琦教授用以脱敏的药对。诸药配伍,既可内清伏热、外散客邪,又能脱敏调体。本方可视为乌梅丸的变法,以苦泄之黄芩、辛散之细辛、酸敛之乌梅为核心药法,属于整合药组,开发潜能的变通用方模式。

这是一个15岁的男性患者,2010年9月17日初诊,已经有十年了,经常打喷嚏流鼻涕,经常反复发作。这孩子从小学就开始,每天不定时要打十多个喷嚏,有时候还流透明的鼻涕,还会流眼泪,自己感觉与受凉有关,大便有点黏滞。舌尖有点刺,有裂纹,苔白稍腻后有剥苔,脉数。他除了过敏性鼻炎之外,还有痤疮。西医诊断为变应性鼻炎,中医诊断为鼻鼽,又

叫鼻嚏。《内经》里讲:“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒”。传统根据鼻塞流清涕等鼻鼽主症,往往从寒饮伏肺,用小青龙汤论治。跟随王琦老师门诊时发现,他并非从寒饮伏肺论治,而是从伏热上干、异气外侵入手。方中用黄芩、防风、薄荷这些药来清透伏热;辛夷用来散邪通窍,散的是异气之邪,即“过敏源”。这个孩子只用了21付药,因为王老师的号很难挂上,用这个方一共调治了三个多月。经过电话随访,后来他一年多没复发。

点评

王琦教授:关于鼻鼽和鼻渊,《内经》里有“胆移热于脑,则辛頞鼻渊”,就相当于我们现在说的鼻窦炎。鼻鼽,就是流清鼻涕。这个病流清鼻涕是过敏人肺中伏热导致的结果。基于这种认识,治疗时把它看成是清肺中伏热的思想来用药。关于过敏源和过敏人的关系,人们无法完全不接触过敏源,这种阻断过敏源的方法不是一个好方法,我们主张治疗过敏人,就是改变过敏体质。而且调治过敏人的疗效,要经过长期检验,当过敏人在任何时间、地点都不过敏了,才说明治愈了,而且还调整了体质状态。所以我们在治疗这种病的时候,要学习古典知识的基础上也要结合一些现在的诊断。

倪诚:王琦老师治疗变应性鼻炎,自拟了“脱敏止嚏汤”,方中黄芩、细辛、乌梅,是乌梅丸中的三味药。乌梅丸有三类药组成:是酸味的乌梅,苦味的黄连、黄柏,和辛味的细辛、桂枝等。此方中王老师不用黄连、黄柏,改用了黄芩。从方剂学角度来讲这个方就是乌梅丸的变法。王老师说过一个很重要的思想,不要把温病学家和伤寒学

家完全对立起来。张仲景创制的乌梅丸到了温病学家叶天士衍变成连梅汤。善用、活用经方是温病学家的一大特色,如吴鞠通从炙甘草汤(复脉汤)逐步衍变成一加减、二加减、三加减、三甲复脉汤及大定风珠。显然从经方到时方,这是一个传扬的过程,所以大家应从中领悟到王琦老师如何在遵循《伤寒论》应用乌梅丸既主蛔厥又治久利的基础上,结合现在难治病症的特点,变通运用苦泄、辛散、酸敛核心药法,灵活掌握经方应用的精髓。

研究个案的同时,王老师经常鼓励我们学术团队做临床研究观察。所以本人将来源于2009年3月至2011年2月王琦教授和我本人治疗变应性鼻炎的门诊病例进行了疗效观察比较。本研究采用病历对照研究的方法,观察组为导师采用伏热上干异气外侵调体论治变应性鼻炎的病例;对照组为传统的寒饮伏肺外邪诱发辨证论治变应性鼻炎的病例,观察导师经验用方的疗效。变应性鼻炎的诊断标准和疗效评价标准采用中华医学会耳鼻咽喉科分会2009年版《变应性鼻炎诊断和治疗指南》。纳入标准为符合变应性鼻炎的上述诊断标准,年龄 ≥ 18 周岁,复诊2次以上的门诊病例。排除标准为:①排除诊治资料不全者;②排除急性鼻炎、血管运动性鼻窦炎及变应性鼻炎合并心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病患者,妊娠或哺乳期妇女;③处方不以治疗变应性鼻炎为主方的病例;④治疗期间不能坚持治疗或离开原发地点及环境者。采用SPSS11.0统计软件,疗效的统计学检验采用两组等级资料的非参数检验。经过统计学分析,两组患者的基线资料可比。疗效统

计分析结果显示,在所纳入的61例成年人变应性鼻炎的病例中,30例导师治疗组与31例对照组的总有效率分别是80%、54.8%。采用两组等级资料的非参数检验法进行两组疗效的统计学差异分析, $Z = -6.426$, 双侧 $P = 0.000 (< 0.05)$, 说明两组疗效有统计学差异,导师的经验用方治疗变应性鼻炎的疗效优于传统的经典用方,从而也证明导师的郁热内伏,异气外侵的组方思路优于传统的寒饮伏肺,外邪诱发的组方思路,这是对中医药治疗变应性鼻炎组方思路的创新和发展,该组方思路值得进一步深入研究。此外,对导师治疗组所用自拟方的方次进行用药频次和频率的统计,使用10次以上的药物频率,依次是蝉衣、乌梅、百合、辛夷、细辛等^[1]。

2.4 论乌梅丸制方思想

倪诚:王琦老师对制方的思想很注重,他认为一个方就是古今医家临床经验和学术思想的载体。下面由王琦老师谈一下乌梅丸的制方思想。

王琦教授:大家学方剂的时候,不能只从表面学到方剂的排列组合,要掌握制方思想,掌握了制方思想也就能够把这个方子灵活运用。对于乌梅丸来说,主要是下面几个方面制方思想:一方面泄肝安胃,温脏安蛔。《伤寒论》说:“蛔厥者,其人当吐蛔。今病者静而复时烦者,此为脏寒。蛔上入其膈,故烦……”。这里面有痛、厥、吐、烦等症状,属脏寒、肝逆问题。痛是肝气不疏,吐是胃气不和,所以泄肝安胃。另一方面温脏散寒。原书记载:“厥阴之为病,消渴,气上撞心,心中疼热,饥而不欲食,食则吐蛔……”吴鞠通移治久病伤及厥阴,上犯阳明,气上撞心,饥不欲

食,干呕腹痛,称“乌梅丸治厥阴、防少阳、护阳明之全剂……”现代常用于消化系统急慢性疾病诸如萎缩性胃炎、顽固性呕吐、慢性非特异性溃疡性结肠炎、慢性痢疾、肠易激综合征等属于厥阴病肝热犯胃、脾(肾)虚寒(或脾寒肝旺,湿热蕴结)者,本方可起泄肝安胃、温脏散寒作用。只要符合这个机理就可以用此方。

倪诚:下面我把乌梅丸制方的原理简单介绍一下。大家在学《方剂学》的时候知道乌梅丸证的病机是上热下寒。性质是明确的,寒热错杂,但病位不清。吴鞠通对乌梅丸证病位的理解是非常到位的,认为“久痢伤及厥阴,上犯阳明”,厥阴和阳明就是在肝和胃。关于乌梅丸证的病性,热是肝胃有热,寒是脾虚肠寒。蛔厥是先有肠寒虫扰,后是肝胃有热,但总的来讲同是寒热错杂。《内经》提出了性味合化配伍,后世医家运用的比较少。但到了吴鞠通,每个方都是从性味合化的角度来配伍。乌梅丸治疗蛔厥和厥阴病,含有三方面的配伍:乌梅合黄连、黄柏,酸苦泄热,其中黄连、黄柏还可以燥湿厚肠;蜀椒、细辛、附子、桂枝、干姜辛温之药,除温脏祛寒外,还可以通阳疏肝,合上黄连、黄柏用以辛开苦降;人参、当归益气养血,其中人参还有培土以御木乘的作用,当归可以养血柔肝。关于米饭和蜜,一般是来引诱蛔虫出动,其实这里用米饭和蜜合乌梅还有酸甘化阴的意思,合辛、附、桂、可以辛甘扶阳,同时蜜还可以调和诸药。所以这个方的功效综合起来是泄肝安胃、温脏安蛔,同时又可温脏散寒^[2]。

王琦教授:学乌梅丸要牢牢记住几个字,第一个是“酸”,酸收、酸敛;第二个是“苦”,苦能泄能降;第

三个是“辛”,辛能通能行。此外,还有“甘”,甘能补能缓急,因此乌梅丸里面核心的问题是记住酸苦、酸甘、辛苦、辛甘,酸味药是主要的,乌梅丸里乌梅用量高达三百枚,同时还要放在苦酒里浸泡一昼夜。其它药的一些剂量如细辛是6两,当归是4两,蜀椒是4两,桂枝是6两,跟酸味药量比例差远了,因此酸味是主要的。用乌梅既可涩肠止泻,还能泄肝和胃,敛肝生津。在学乌梅丸的时候不要把温脏安蛔作为唯一功效,应该是泄肝和胃、温脏散寒,安蛔只是其中的一小部分内容。在叶天士《临证指南医案》中,腹痛、痢疾、呕吐等这些医案里都用到乌梅丸或者用其化裁,这样就把乌梅丸用活了,如用乌梅丸治疗崩漏,把乌梅改成乌梅炭,它就能作为止血药,这在妇科病中用得也很多。所以这样掌握乌梅丸就能够在临床上举一反三。

3 五苓散治疗疑难杂病及其制方思想

3.1 五苓散治疗尿频尿急及泄泻医案评析

倪诚:现在很多人误以为五苓散是中医的利尿剂,因为它治疗蓄水证,水蓄在膀胱,影响到膀胱机能,所以就变成了中医的利尿剂。我们看看王琦教授是如何理解五苓散的制方思想,怎样用于临床实践。下面我将临床现场实录的一个医案介绍给大家。

2009年5月6日上午,晴。国医堂特需一诊室。跟王琦老师出门诊时见到尿频尿急用五苓散治疗的医案,会诊同学颇感意外和惊奇。这位患者姓李,男,43岁,公司职员,北京市怀柔区人。5年前得了前列腺炎,一直服用西药,病

情时好时坏。半年多来尿频尿急又犯了,但服用原来的西药也不管用。除了尿频尿急以外,余无所苦。王老师问身边自称“杏林小卒”的袁博士:“你对这个病人如何辨治?”袁博士思索片刻后回答:“患者有前列腺炎,主诉尿频尿急,属于湿热下注,治宜清利湿热,可用王老师的验方‘五草汤’加减。”王老师对大家说:“这个病人体形适中,脉平苔薄润,除了尿频尿急外,并无排尿疼痛、尿道滴白、阴囊潮湿、舌红苔黄腻、脉滑数等湿热表现。刚才我问病人时你们有没有注意到‘稍微多喝水就会尿频尿急,大约10~20分钟一次,下午明显’?”王老师说了一句:“属于气不化津所致。”随即处方如下:川桂枝10g,猪苓10g,茯苓10g,白术10g,泽泻10g,益智仁15g,乌药20g。14付,水煎温服。在座的所有人愕然,窃窃私语。因就诊的病人太多,未能进一步请教王老师。大家怀着好奇的心态嘱咐病人下次要来复诊。

2009年5月20日二诊时,患者尿频已减其半。诊述运动后出汗频多。王老师说了一句:“再予增益。”处方如下:川桂枝10g,猪苓10g,茯苓10g,白术10g,泽泻10g,乌药20g,益智仁15g,杭白芍15g,桑叶30g。14付,水煎温服。

2009年6月10日三诊时,患者高兴地告诉王老师:“现在饮水后尿频减少,几乎正常,夜间出汗显著减少,目前有时尿道口滴白”。王老师笑着对袁博士说:“这次要改治前列腺炎了。”处方如下:连翘20g,马鞭草20g,土茯苓20g,草薢15g,石菖蒲10g,生甘草10g,乌药20g,射干10g。14付,水煎服。这个处方再一次地使人感到意外。病人刚走,袁博士耐不住了,抢先

问王老师:“前两诊尿频尿急为什么要用五苓散?这个方不是利尿的吗?”王老师回答说:“辨治尿频尿急,不仅要辨尿痛与否,而且还要辨析排尿通畅与否。一般伴尿痛、排尿不畅者为淋证,属实证;否则为单纯尿频,属虚证或虚实夹杂。这个病人尿频尿急由气不化津,水津直趋膀胱所致,故以温阳化气、布津利水立法。关于五苓散的作用,不能仅理解为利水之剂,还要认识到化气布津的一面。方中桂枝温阳化气以复三焦膀胱气化功能,白术、茯苓健脾布津以水津四布全身,泽泻、猪苓合茯苓利水渗湿以除有余之水,益智仁、乌药温肾缩尿以兼顾其本。因方证相应,所以病人服药2周后尿频尿急就减轻一半。二诊因伴见出汗频多,所以我又加了白芍酸敛止汗,桑叶‘除……出汗’(《本经》)以‘治遍身出汗不止’(《种杏仙方》)。”闻后,大家不约而同地自言自语:“哦,原来如此!”……

这个医案对跟诊学生的感触很深。通过这个医案我也深深认识到,五苓散不能仅理解为利水之剂,还要认识到它化气布津的一面。特别是王老师说用桂枝主要是温阳化气,恢复三焦气化功能,白术健脾布津功能。另外王老师说:“五苓散利有余之水,真武汤是利不足之水。”这句话用来概括这两个方子的特点特别精炼。王老师用五苓散利水渗湿、化气布津,兼顾温肾缩尿,其中用白芍既可酸敛止汗,还能解除膀胱括约肌痉挛。另外,桑叶是王老师用于止汗的一个专药。

时隔不久,王老师还给我转发过二则患儿家长的短信,内容如下:

“王伯伯:我家宝宝吃了您开

的药立刻见了效!吃了两付,连续两天每天大便一次,而且成形,真的很神奇啊!改天一定带宝宝登门向神医爷爷道谢!不知第三付还要不要吃呢?”

“王老师:你的妙方一剂而效,我们再次领略了你的精湛医术,笼罩在心头的阴云顷刻消散。全家人的感动、感激自不待言,对你的高超医术更是崇拜得无以复加。任何语言都无法表达我们的谢意,相信你会理解一颗母亲的心。”

当时看到王老师发来的短信,我有点莫名其妙。后来王老师可能意识到了,过了五分钟又发来一条短信:“倪诚:该患儿9个月腹泻数日,用抗生素未止泻,我用了五苓散全方加车前子一剂愈。”这就是王老师用五苓散加车前子六味药治疗小儿水泻,效果明显。

王琦教授:关于五苓散的问题,刚才倪老师已经指出大家在学《伤寒论》的时候给张仲景带了一个帽子,认为五苓散是治疗太阳病膀胱蓄水证,所以认为它是个利尿剂,这种观点一直禁锢了我们的思想,其实这是大家强加于张仲景的。张仲景对于五苓散的运用很多,如“渴欲饮水,水入则吐者,名曰水逆,五苓散主之”。饮水后即吐,此为“水逆”,这个病位在胃,并不在膀胱,但却用了五苓散。同样在《金匮要略》里有“假令瘦人脐下有悸,吐涎沫而癫眩,此水也,五苓散主之”的记载。痰饮、癫眩等,也是用五苓散治疗,所以大家不要禁锢于教科书上的内容,一定要学原著,不然只学会了五苓散治蓄水证,而不知道五苓散的其它治疗作用。而且五苓散在原著里两条原文用治小便不利,大多数条文里有烦渴,如“太阳病,发汗后,大汗出,胃中干,烦躁不得眠,欲得饮水者,

少少与饮之,令胃气和则愈;若脉浮,小便不利,微热消渴者,五苓散主之”;“中风发热,六、七日不解而烦,有表里证,渴欲饮水,水入则吐者,名曰水逆,五苓散主之”;“其人渴而口燥烦,小便不利者,五苓散主之。”这也没都涉及小便不利问题,仍用五苓散。可见条文中涉及烦渴最多,小便不利只是其中的一部分。水停在中焦,停在上焦,水停在膀胱,都可以用五苓散。所以五苓散证的主要病机是气不化津,不管水停到哪个部位都能用。这样把握五苓散就有纲目了。《临证指南医案》里有这样一段话:“医道在乎识证、立法、用方,此为三大关键”。作为医生,如何识证、如何立法、如何用方?抓住了这三个问题,就抓住了关键。我提出‘抓主病主证(症)主方是三个关键’……处方用药也有思想”。阅倪诚医师论五苓散化气布津方旨,则见其推求师意,亦见其引而不发者跃如焉。盖就案说案,就方云方,则未见推求之功。

关于五苓散之化气布津,清·同治名医火神派鼻祖郑钦安先生著《医法圆通》,论五苓散圆通运用法云:“一治大便水泻,而小便全无者。”是说用五苓散利小便实大便之意。“此病夏月居多,由暑邪怫郁,扰乱正气,以致阑门失职,津液不行于膀胱,而直趋大肠。五苓散能化膀胱之气,故治之而愈。”此外,治头晕、咳嗽、呕吐、腹胀、小便短。“病形虽见头晕、咳嗽、呕吐,总缘膀胱气化不运,水湿之气不得下降,气机必返于上,上干清道,故现以上病形。五苓散专攻利水,水气下降,气机自顺,故病自愈。”以上可见,抓住“气化不利,水停失布”,则本方应用乃有纲目。

3.2 五苓散制方思想

倪诚:联想到2005年2月王老师给我的个人专著《新编方剂学》作序和书评时写道:“研究方剂,把握原著精髓,揭示其本来面目至关重要。试想,五苓散如果不讲化气布津,专治蓄水就成了利尿剂,尚治水逆及水气上泛清阳的五苓散就没有着落”。于是,我查阅了大量文献,在王老师的指导下,写了“王琦教授从化气布津论五苓散制方思想及其运用心法”一文,发表在北京中医药大学学报2011年第十期^[3]。

王琦教授:关于我论五苓散的制方思想,大家可以参阅倪老师发表的论文。我在这里重申几点。第一,“三焦膀胱与腠理毫毛相应”在五苓散证病机学中的意义。首先,刚才已经论述五苓散证并非“膀胱蓄水”之一端。五苓散治疗的病状很多,希望大家能够按照原文的精神,能把五苓散整个条文,能够综合的来看。其次,五苓散证的病机核心是三焦不能化气布津,病位在三焦而不仅是膀胱,病性有水湿(饮)停蓄某处与水津不布全身两种情况。

第二,五苓散并非专事“利尿”,功善化气布津、分消水气。五苓散针对三焦气化不利,水湿(饮)内停,水津不布,或兼外邪未解之方证病机,并根据“三焦膀胱与腠理毫毛相应”、水制在脾的病理生理特点,以淡渗利水为主结合化气布津、解肌发汗、实脾制水而组方配伍。五苓散中药物特色配伍有以下二组:一是泽泻、猪苓、茯苓配桂枝,化气利水,分消水气。二是白术、茯苓配桂枝,化气布津,实脾制水。所以我们在用方的时候要注意一个问题,就是要画龙点睛,这么多健脾利水药,但是如果缺少了桂枝,温通的作用就没有了。

《伤寒论》里有栀子豉汤,一个豆豉,一个山栀。栀子可清,豆豉可透,一起用就能清透郁热。所以临证处方时应该注意配伍的问题,如四君子汤加了陈皮以后就变成了异功散,四君子汤可以健脾,但是用了陈皮后,流动之气就产生了。这些道理就是说还要把经典理论用到我们的制方思想上。应用经方,去读《内经》去读《伤寒论》等经典原著,那是回味无穷。每个年龄段所读的意境是不一样的。经典是永恒的,要把经典翻来覆去的读。如某个病人腹泻无度,但没小便,可以通过利小便之后就实大便,这就是一个治法的问题,这样的内容在原著里很多。此外,读了经典理论后还要学药,要了解每个药从古到今应用的变化,这个药本来的作用以及后来的作用。中医不传之秘在于剂量,所以在经方运用的问题上,大家一定要注意剂量的运用。还要读经方的方后注,比如理中丸原方加减法中,对腹痛者加人参理虚止痛。现在学医的人很少知道人参能治疗腹痛,只知道“不通则痛,通则不痛”,全都运用活血化瘀治疗,有失偏颇。

4 现场问答及感言

倪诚:今天,王琦老师介绍了乌梅丸、五苓散的应用经验及其制方思想,唤起了大家对读经典、做临床、跟名师的热情。有人称王老师是怪医,这个怪就是一种灵巧,就是一种创新的体现,其源泉就在于“读经典、做临床、跟名师”。大家听了今天的讲座,可能有许多问题要请教王老师。

某同学问:我想提个问题。王老师您刚才说剂量很重要,但是现在原药材从产地到病人手中经过了很多中间环节,药材质量不能保

证,在临证处方的时候该如何去把握饮片的剂量呢?

王琦教授答:你提的问题与我说的剂量是两个不同层面的问题,我说的剂量问题并不是你的那个意思。比如说,《伤寒论》里的承气汤类,剂量一变化,方子的名字都改变了;炙甘草汤中、乌梅丸中哪个药最重要、哪个药量最多,是对这些剂量的把握。至于你说的问题,要根据当代临床条件下去运用把握,但是你首先要把握方里的这些规定的格局掌握好。

某同学问:我刚才听您说乌梅丸可以治妊娠呕吐,而《金匮要略》中用桂枝汤,这两个方在临床上如何区别应用?

王琦教授答:妊娠呕吐也好,其它呕吐也好,是根据病机来选择的。现在有的妊娠呕吐,照样可以用活血化瘀,但是现在哪个怀孕的找你,你敢用桃仁红花?我当时用过,30年前我给学生讲课的时候,一个学生跟我说,他是个妇产科的医生,他就用桃红四物汤治疗妊娠顽固性呕吐,我当时听到觉得很奇怪,可是他治疗了30多例。后来我回去再学习,发现妊娠时当盆腔有积血的时候,就会呕吐,所以他用活血化瘀就能把止呕。你刚才说到用小柴胡汤也好,用桂枝汤也好,或者乌梅丸,要根据病人的脉症,呕吐只是一个表现而已,根据他的脉症来判断他的病机,然后你再选用对应方剂。

某同学问:您刚才强调读经典很重要,但是我们现在看古书有的看不懂,我想问一下您,除了看医学典籍外,还有哪些可以参考?

王琦教授答:其实你不用读

很多的书。读书千遍其义自现!道理很简单,就是你读了一千遍的时候就会慢慢地领会其中的含义了。

某同学感言:我们听了您的讲座受益匪浅。首先我对您的三句话有深刻的印象。第一个就是学医要学案,明白了学习医案的重要性。第二个就是读书要读小字,因为我们平时读书可能比较关注大字,所以会忽略了这些小字。比如您讲的一些临证方法、注意事项一般都在小字上面,这个是我之前读书忽略的问题,回去我要补充这些小字部分。最后就是您让我们读了三遍的话:学好经方,受用无穷。这更让我意识到了经方的重要性,所以我以后还会加强对经方的学习。

某同学感言:我的感悟是用药是经方的精髓。历代医家虽然对经方有很多注释,但是有些注释把经方误解了。所以还是要像王老师说的那样,要读原著,注释可以作为一个参考,但不要搞得定势,我是这样理解的。

某同学感言:之前也听了别的老师讲病机治疗学,今天又听了王老师的讲座,更加说明同病异治的关键就是抓病机。还有就是我们初学者存在的最大问题,拘泥于教课书上的脉症、病症,导致我们对经方的一些理解有局限性。

某同学感言:今天我们听了老师讲的许多医案,知道临床上怎样才能达到举一反三的效果,让我们从一个理论层次上升到一个经验层次。

5 结束语

王琦教授:结束之前再跟大家说几句话,我跟倪老师在这里跟大家讲这堂课,只是说了经方的应用,但是还有一个更重要的思想内容,就是希望你们能成为名医。我们靠什么贡献于社会,就是要看好患者的病。但是怎样才能成为名医呢?要熟读经典,就像刚才说到的五苓散,它涉及《伤寒论》、《金匮要略》、《温病条辨》等相关内容。因此,读经方的背后,要有大量的理论做支撑,底子越厚,对问题的看法就越深刻。第二要学会用,要反复应用经方,自己要有一个思考的过程,就是刚才那位同学说的思维问题,形成医生的感悟和灵巧,这种感悟的东西是自己得到的,不是别人给的,是要有理论基础的。第三个问题是学习的方法上,要连续不断,持之以恒,要把它做为一种使命感。不管将来干什么,首先你是一名医生,医生最重要是治好病,如果到了临床上的时候,乌梅丸还记不清楚,这还叫医生吗?如果连这个功夫都做不到是不行的。但是我对大家充满希望。

参考文献

- [1]倪 诚.王琦教授主病主方学术思想和临床经验总结及治疗变应性鼻炎的临床研究[D].北京中医药大学临床医学专业博士学位论文,2011:71-78.
- [2]倪 诚.新编方剂学[M].北京:人民卫生出版社,2006:586-587.
- [3]倪 诚.王琦教授从化气布津论五苓散制方思想及其运用心法[J].北京中医药大学学报,2011,34(10):699-701.