

· 经典研究 ·

# “十八反”配伍在经方合方辨治肺系疾病中的运用验案举隅<sup>※</sup>

● 王 付<sup>1,2\*</sup>

**摘 要** 经方(即《伤寒杂病论》中的治病用方)合方是以2个或2个以上的经方组合应用的治病用方,不可避免地会运用到“十八反”配伍,临床中应当果断用之。本文列举了数则临床运用经方合方辨治肺系疾病的验案,这些验案均涉及到“十八反”配伍用药,均取得了良好的疗效。

**关键词** 伤寒杂病论;张仲景;经方;经方合方;肺系疾病;十八反

众所周知,《伤寒杂病论》《千金要方》等著作中均记载了运用中药“十八反”配伍治病之案例,并未提出中药“十八反”配伍禁忌之说。直至宋金时期,王怀隐的《太平圣惠方》以及张子和的《儒门事亲》等著作才出现了中药“十八反”配伍禁忌之说,然而这些医家又在临床中相悖而行,选用“十八反”进行配伍用药,这足以证明王怀隐、张子和等人提出的中药“十八反”配伍禁忌完全属于荒谬言论<sup>[1]</sup>。

临床疾病复杂多变,仅用一个经方治疗具有一定的局限性,对此

只有选择经方合方才能更好地运用经方辨治临床各科常见病、多发病、疑难病,但难免会遇到“十八反”配伍的情况,当不囿于“十八反”配伍禁忌之说,大胆用之。笔者在临床中运用经方合方辨治疾病时常采用“十八反”配伍用药,非但未出现毒副作用,反而取得了较好的临床疗效<sup>[1-2]</sup>,于此试举数则肺系疑难疾病的辨治验案如下。

## 1 泽漆汤、附子半夏汤、甘草海藻汤、藜芦甘草汤与麻杏石甘汤合

## 方辨治原发性支气管肺癌术后复发案

詹某,女,55岁,河南人,2016年9月2日初诊。患者有多年慢性支气管炎病史,2年前经检查诊断为原发性支气管肺癌,手术治疗后又复发。刻诊:咳嗽,气喘,动则尤甚,呼吸不畅,胸痛,消瘦,怕冷,手足不温,上肢麻木,倦怠乏力,口渴欲饮水,舌质红,苔黄腻夹白,脉沉弱。西医诊断:原发性支气管肺癌。中医诊断:肺积。辨为肺热夹痰,阳虚夹风证。治当清热化痰,益气温阳。给予泽漆汤、附子半夏汤、甘草海藻汤、藜芦甘草汤与麻杏石甘汤合方,药用:泽漆30g,生半夏24g,红参10g,黄芩10g,制附子10g,紫参15g,白前15g,桂枝10g,藜芦1.5g,海藻24g,麻黄12g,杏仁10g,石膏24g,生姜15g,大枣12枚,炙甘草10g。6剂,以水1000~1200mL,浸泡30分钟,大火烧开,小火煎煮50分钟,去滓取药液,每日分早中晚3次服。

**※基金项目** 河南省重点科技攻关项目(No.132102310099;No.152102310105);河南省郑州市科技领军人才项目(No.112PLJRC360)

**\* 作者简介** 王付(又名王福强),男,教授,博士研究生导师,河南省教育厅学术技术带头人,国家科技奖励评审专家,教育部评审博硕论文专家,国家中医药管理局中医师资格认证中心命审题专家,中国中医药信息学会常务理事及经方分会会长,中国中医药研究促进会常务理事及经方分会会长、世界中医药学会联合会经方专业委员会副会长,连任河南省中医方剂分会主任委员。发表学术论文近400篇,出版著作76部,临床诊治多种疑难杂病。本刊编委会委员。

**• 作者单位** 1.河南经方医药研究院(河南 郑州 450046);2.河南经方医药研究院中医门诊/临床教研基地(河南 郑州 450046)

2016年9月9日二诊:咳嗽减轻,仍动则气喘,以前方变红参为12g,6剂。2016年9月16日三诊:咳嗽进一步减轻,动则气喘好转,仍怕冷,以前方变制附子为12g,6剂。2016年9月23日四诊:咳嗽、动则气喘进一步减轻,仍上肢麻木,以前方变藜芦为2g,6剂。2016年9月30日五诊:咳嗽基本消除,倦怠、乏力较前好转,仍有轻微胸痛,以前方加五灵脂10g,6剂。2016年10月7日六诊:怕冷、手足不温基本消除,上肢麻木较前减轻,以前方变藜芦为3g,6剂。2016年10月14日七诊:诸症较前又有好转,为了巩固疗效,又以前方治疗150余剂,经CT复查提示:与原片比较,病灶减小。之后,继续以前方加减变化巩固治疗效果<sup>[3]</sup>。随访3年,病情稳定,一切尚好。

**按** 根据咳嗽、口渴辨为肺热;再根据怕冷、手足不温辨为阳虚;因气喘动则尤甚辨为气虚;又因苔黄腻夹白辨为寒热夹痰;更因上肢麻木辨为风痰。以此辨为肺热夹痰,阳虚夹风证。方以泽漆汤清热益气,降逆化痰;以附子半夏汤温阳燥湿化痰;以藜芦甘草汤益气熄风化痰;以甘草海藻汤益气软坚散结;以麻杏石甘汤宣肺降逆。根据症状表现变化,酌情调整方药用量,以取其效。

## 2 麻黄汤、麦门冬汤、附子半夏汤、甘草海藻汤与藜芦甘草汤合方辨治肺结节病案

李某,女,44岁,河南人,2017年2月3日初诊。患者于5年前因咳嗽日久不愈,经检查诊断为肺结节病,经中西医治疗(具体不详)但未能有效改善症状。刻诊:咳嗽,咯痰量少、黏稠色白,消瘦,怕冷,

手足不温,盗汗,胸闷,胸痛,倦怠乏力,不思饮食,口渴欲饮水,舌红少苔,脉沉弱。西医诊断:肺结节病。中医诊断:咳嗽。辨为肺寒阴虚,气虚夹痰证。治当温肺益阴,益气化痰。给予麻黄汤、麦门冬汤、附子半夏汤、甘草海藻汤与藜芦甘草汤合方,药用:麻黄10g,桂枝6g,杏仁15g,麦冬170g,生半夏24g,红参10g,粳米10g,制附子10g,海藻24g,藜芦1.5g,生姜10g,大枣12枚,炙甘草10g。6剂,以水1000~1200mL,浸泡30分钟,大火烧开,小火煎煮50分钟,去滓取药液,每日分早中晚3次服。2017年2月10日二诊:咳嗽、胸闷减轻,仍胸痛,以前方加五灵脂10g,6剂。2017年2月17日三诊:咳嗽、胸闷进一步减轻,胸痛好转,仍不思饮食,以前方加陈皮30g,6剂。2017年2月24日四诊:咳嗽、胸闷基本消除,仍痰稠,以前方变藜芦为2.5g,6剂。2017年3月3日五诊:怕冷、手足不温基本消除,仍有轻微倦怠乏力,以前方变红参为12g,6剂。2017年2月10日六诊:咯痰明显减少,饮食基本正常,以前方6剂继服。2017年2月17日七诊:诸症较前均有明显好转,又以前方治疗120余剂,经CT复查提示:肺结节基本消除。随访1年,诸症未再复发。

**按** 根据咳嗽、盗汗、舌红少苔辨为阴虚;再根据咳嗽、痰稠色白辨为寒痰;因消瘦、倦怠乏力辨为气虚;又因怕冷、脉沉弱辨为阳虚。以此辨为肺寒阴虚,气虚夹痰证。方以麻黄汤宣肺降逆;以麦门冬汤益阴降逆,益气化痰;以附子半夏汤温阳燥湿化痰;以藜芦甘草汤益气熄风化痰;以甘草海藻汤益气软坚散结。根据症状表现变化,酌情调整方药用量,以取其效。

## 3 小青龙汤、小柴胡汤、附子半夏汤与藜芦甘草汤合方辨治间质性肺疾病案

谢某,女,56岁,河南人,2017年8月5日初诊。患者于4年前经检查诊断为间质性肺疾病,近2年来症状加重。刻诊:咳嗽,气喘,形体消瘦,咯痰色白夹泡沫,怕冷,手足不温,胸痛,倦怠乏力,情绪低落,胸胁满闷,口干口苦,舌质淡红,苔黄白夹杂,脉沉弱。西医诊断:间质性肺疾病。中医诊断:喘证。辨为肺寒夹痰,气郁夹虚证。治当温肺化痰,调气益气。给予小青龙汤、小柴胡汤、附子半夏汤与藜芦甘草汤合方,药用:麻黄10g,桂枝10g,细辛10g,白芍10g,生半夏12g,柴胡24g,红参10g,黄芩10g,制附子10g,五味子12g,干姜10g,藜芦1.5g,生姜10g,大枣12枚,炙甘草10g。6剂,以水1000~1200mL,浸泡30分钟,大火烧开,小火煎煮50分钟,去滓取药液,每日分早中晚3次服。2017年8月12日二诊:咳嗽、气喘略有减轻,仍胸痛,以前方加五灵脂10g,6剂。2017年8月19日三诊:咳嗽、气喘进一步减轻,仍倦怠乏力,以前方变红参为12g,6剂。2017年8月26日四诊:咳嗽、气喘进一步减轻,胸痛消除,以前方去五灵脂,6剂。五诊:倦怠乏力较前明显好转,仍手足不温,以前方变制附子为12g,6剂。2017年9月2日六诊:情绪低落基本消除,仍口苦,以前方变黄芩为20g,6剂。2017年8月9日七诊:诸症较前又有明显好转,又以前方治疗180余剂,经CT复查提示间质性肺疾病基本消除。随访1年,诸症未再复发。

**按** 根据咳嗽、气喘、怕冷辨

为阳虚;再根据口干、口苦辨为郁热;因消瘦、倦怠乏力辨为气虚;又因情绪低落、胸胁满闷辨为气郁。以此辨为肺寒夹痰,气郁夹虚证。方以小青龙汤宣肺降逆,温肺散寒;以小柴胡汤调理气机,清热散寒,补益中气;以附子半夏汤温阳燥湿化痰;以藜芦甘草汤益气熄风化痰<sup>[4]</sup>。根据症状表现变化,酌情调整方药用量,以取其效。

#### 4 小青龙汤、麻杏石甘汤、四逆加人参汤与藜芦甘草汤合方辨治左肺炎症伴空洞、胸膜炎案

梁某,女,57岁,河南人,2017年4月1日初诊。患者于3年前因咳嗽于某综合性医院行CT检查提示“左肺上叶炎症、下叶炎症伴空洞、胸膜局灶炎症”,经住院及门诊中西药治疗2年余未能有效改善症状。刻诊:咳嗽,气喘,咯痰时黄时白,时有咯痰夹血,胸部烦热,时时胸痛,怕冷,手足不温,倦怠乏力,情绪低落,口干口苦,舌质淡红,苔黄白夹杂,脉沉弱。西医诊断:(1)左肺炎症伴空洞;(2)胸膜炎。中医诊断:喘证。辨为肺寒夹郁,气虚夹热证。治当温肺解郁,清热益气。给予小青龙汤、麻杏石甘汤、四逆加人参汤与藜芦甘草汤合方,药用:麻黄12g,桂枝10g,细辛10g,白芍10g,生半夏12g,红参3g,杏仁10g,生附子5g,五味子12g,干姜10g,石膏24g,藜芦1.5g,生姜10g,大枣12枚,炙甘草10g。6剂,以水1000~1200mL,浸泡30分钟,大火烧开,小火煎煮50分钟,去滓取药液,每日分早中晚3次服。2017年4月8日二诊:咳嗽、气喘略有减轻,仍倦怠乏力,以前方变红参为6g,6剂。2017年4月15日三诊:咳嗽、气喘进一步减轻,

仍倦怠乏力,以前方变红参为10g,6剂。2017年4月22日四诊:咳嗽、气喘基本消除,仍胸痛,以前方加五灵脂10g,6剂。2017年4月29日五诊:倦怠乏力较前明显好转,仍胸中烦热,以前方变石膏为50g,6剂。2017年5月6日六诊:胸中烦热减轻,仍有轻微咯血,以前方加白茅根30g,6剂。2017年5月13日七诊:病情较前基本缓解,又以前方治疗100余剂,经复查提示肺部炎症消除;又以前方治疗90余剂,经复查提示肺空洞消失。随访1年,诸症未再复发。

按 根据咳嗽、气喘、胸中烦热辨为肺热;再根据情绪低落辨为气郁;因脉沉弱、倦怠乏力辨为气虚;又因手足不温、怕冷辨为阳虚。以此辨为肺寒夹郁,气虚夹热证。方以小青龙汤宣肺降逆,温肺散寒;以麻杏石甘汤清泻郁热<sup>[5]</sup>;以四逆加人参汤益气温阳散寒;以藜芦甘草汤益气化痰。根据症状表现变化,酌情调整方药用量,以取其效。

#### 5 小青龙汤、半夏泻心汤、附子栝楼汤与藜芦甘草汤合方辨治慢性支气管炎、肺源性心脏病、慢性胃炎案

魏某,女,8岁,河南人,2017年5月6日初诊。患者有多年慢性支气管炎、肺源性心脏病、慢性胃炎病史。刻诊:咳嗽,气喘,每因受凉加重,痰多,质清稀、色白,心悸,胸闷,时时心痛,似有寒气直入心胸,胃脘痞满胀痛,怕冷,手足不温,倦怠乏力,口腻口苦,舌质淡红,苔腻黄白夹杂,脉沉弱。西医诊断:(1)慢性支气管炎;(2)肺源性心脏病;(3)慢性胃炎。中医诊

断:(1)喘证;(2)胸痹心痛;(3)痞证。辨为心肺虚寒,胃寒夹热证。治当温宣心肺,益气清热。给予小青龙汤、半夏泻心汤、附子栝楼汤与藜芦甘草汤合方,药用:麻黄12g,桂枝10g,细辛10g,白芍10g,生半夏12g,五味子12g,干姜10g,红参10g,黄连3g,黄芩10g,制附子10g,全瓜蒌24g,藜芦1.5g,生姜10g,大枣12枚,炙甘草10g。6剂,以水1000~1200mL,浸泡30分钟,大火烧开,小火煎煮50分钟,去滓取药液,每日分早中晚3次服。2017年5月13日二诊:咳嗽、气喘略有减轻,仍胸闷,以前方变全瓜蒌为30g,6剂。2017年5月20日三诊:咳嗽、气喘进一步减轻,仍口苦口腻,以前方变黄连为6g,6剂。2017年5月27日四诊:咳嗽、气喘进一步减轻,仍心痛,以前方加五灵脂10g,6剂。2017年6月3日五诊:咳嗽、气喘基本消除,心痛减轻,仍口苦,以前方变黄连为10g,6剂。2017年6月10日六诊:似有寒气直入心胸、怕冷基本消除,手足温,以前方6剂继服。2017年6月17日七诊:诸症较前明显好转,又以前方治疗120余剂,诸症消除;之后又以前方断断续续巩固治疗。随访2年,诸症未再复发。

按 根据咳嗽、气喘、痰多色白辨为肺寒夹痰;再根据胃脘胀痛、怕冷辨为胃寒;因心悸、脉沉弱、倦怠乏力辨为心气虚;又因口腻口苦辨为湿热。以此辨为心肺虚寒,胃寒夹热证。方以小青龙汤宣肺降逆,温肺散寒;以半夏泻心汤温胃清热燥湿;以附子栝楼汤益气温阳,宽胸止痛;以藜芦甘草汤益气化痰。根据症状表现变化,酌情调整方药用量,以取其效。

#### 6 小青龙汤、茯苓四逆汤、附子花粉汤与藜芦

## 甘草汤合方辨治间质性肺疾病、脑白质脱髓鞘疾病、心肌肥大、动脉粥样硬化案

卫某,女,63岁,河南人,2017年7月1日初诊。患者有多年间质性肺疾病、心脏增大、脑白质脱髓鞘疾病、动脉粥样硬化病史。刻诊:咳嗽,气喘,痰多色白,心悸,胸闷,头晕,头昏沉,怕冷,手足不温,倦怠乏力,口干不欲饮水,舌质淡,苔白夹黄,脉沉弱。西医诊断:(1)间质性肺疾病;(2)心肌肥大;(3)脑白质脱髓鞘疾病;(4)动脉粥样硬化。中医诊断:(1)喘证;(2)心悸。辨为心肺虚寒夹伤阴证。治当温宣心肺,益气清热。给予小青龙汤、茯苓四逆汤、附子花粉汤与藜芦甘草汤合方,药用:麻黄12g,桂枝10g,细辛10g,白芍10g,生半夏12g,五味子12g,茯苓12g,干姜10g,红参3g,制附子10g,天花粉24g,藜芦1.5g,生姜10g,大枣12

枚,炙甘草10g。6剂,以水1000~1200mL,浸泡30分钟,大火烧开,小火煎煮50分钟,去滓取药液,每日分早中晚3次服。2017年7月8日二诊:咳嗽、气喘略有减轻,仍倦怠乏力,以前方变红参为10g,6剂。2017年7月15日三诊:咳嗽、气喘进一步减轻,倦怠乏力好转,仍手足不温,以前方加生附子为3g,6剂。2017年7月22日四诊:咳嗽、气喘较前基本消除,仍痰多,以前方变生半夏为15g,6剂。2017年7月29日五诊:心悸明显减轻,手足不温基本消除,仍口干,以前方变天花粉为30g,6剂。2017年8月5日六诊:头晕、头昏沉基本消除,倦怠乏力消除,以前方6剂继服。2017年7月12日七诊:病情基本缓解,又以前方治疗100余剂,诸症消除;之后又以前方断断续续巩固治疗。随访2年,诸症未再复发。

**按** 根据咳嗽、气喘、痰多色白辨为肺寒夹痰;再根据心悸、手

足不温辨为阳虚;因口干不欲饮水辨为寒郁化热伤阴;又因苔白夹黄辨为寒夹热。以此辨为心肺虚寒夹伤阴证<sup>[6]</sup>。方以小青龙汤宣肺降逆,温肺散寒;以茯苓四逆汤温阳散寒;以附子花粉汤温阳散寒,清热益阴;以藜芦甘草汤益气化痰。根据症状表现变化,酌情调整方药用量,以取其效。

### 参考文献

- [1]王 付.从经方合方治验驳“十八反”配伍禁忌[J].中医药通报,2020,19(5):14-17.
- [2]王 付.重新厘定从君臣佐使角度研究方剂的理论意义及临床价值[J].中医药通报,2020,19(3):25-27.
- [3]王 付.解读阳明病辨证论治体系法[J].中医药通报,2019,18(4):9-11.
- [4]王 付.解读少阳病辨证论治体系[J].中医药通报,2019,18(5):5-8.
- [5]王 付.解读厥阴病辨证论治体系[J].中医药通报,2020,19(2):15-17.
- [6]王 付.解读太阳病辨证论治体系法[J].中医药通报,2019,18(3):8-11.

(收稿日期:2020-07-16)

(本文编辑:蒋艺芬)

(上接第4页)

究方法之间是平行、并列的关系,彼此不可能、也不允许相互交换或代替。

其四,综合-演绎方法是哲学体系之内的关于宏观领域事物运动变化的理性思维研究的方法;分析-归纳方法是物理学、化学体系之内的关于微观领域物质形态结构的实体实验研究的方法。理论思维与实体实验,一者面对着事物的运动变化,一者面对着物质的形态结构。彼此的研究方法,是由各自的研究对象的本质区别所决定的。

归根到底,中医与西医两者的区别,不是主观或客观的问题,不是唯心或唯物的问题,不是古代或

现代的问题,更不是落后与先进的问题。中医与西医两者的区别是时间与空间上的差异,中医重在时间、重在人身整体现象的运动变化过程,西医重在空间、重在局部实体组织的结构与功能。这是由两者的研究对象与方法而决定的,亘古不变。

基于上述可以肯定,中西医两者在基础理论上必然是并存并重、共同繁荣的关系;中西医两者在临床治疗上,必然是相互尊重、优势互补、有机配合的关系。北马同学会的年轻中医们如能对以上强调的诸多深层理论问题认真思考、加深理解,将会在以后的中医临床中少走弯路,健康成才。

习近平主席近年来多次讲过:“中医药是中华民族的瑰宝,一定要保护好、发掘好、发展好、传承好。”值此北京中医药大学北马同学会成立之际,谨此表示衷心的祝贺!祝愿马来西亚年轻的中医们在学术上坚定信念,守正向前,为推进中医学的复兴和发展不懈努力!

### 参考文献

- [1]李致重.SARS防治的中医理性之思[J].辽宁中医杂志,2004,31(10):799-802.
- [2]李致重.中医学兴衰的史学探源——在中华医学会史学分会第十五届三次学术年会上的发言[J].中医药通报,2020,19(1):1-5,16.

(收稿日期:2020-10-10)

(本文编辑:金冠羽)