

· 临床经验 ·

“大方治顽疾”验案三则

张娜 常玉娟 郭光业

【摘要】 大方治病,古已有之,在治法上多法兼备,“其处方既寓有巧思,而配伍又极其精密”,临床上一些顽固性疾病,病程冗长、缠绵难愈,病机复杂,虚实夹杂,证候多变,通过大方复治,可以综合调治,以提高疗效。依据多年临证经验,辨证运用“大方治顽疾”,形成独特的治疗理念和思路,取得了很好的临床疗效,其组方思路及辨治慢性难治病的方法值得深思。

【关键词】 大方; 顽疾; 临床经验

【中图分类号】 R249 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.11.024

现今“施治之要,必须精一不杂,斯为至善”的主张备受推崇,但笔者认为大方有着自己非常独特的优势和长处,对一些疑难和复杂疾病的治疗,大方复治法具有重要意义。大方治病源于《黄帝内经》,实践始自张仲景,历代医家亦有丰富发挥^[1]。“大方”绝非简单的药物堆砌,而是严谨的配伍组合,其组方思路及辨治慢性难治病的方法值得深思。

1 大方的含义

中医理论对“大方”的认识有两层含义,其一:指药味多的方剂,“君一臣三佐九制之大也”,一般指 15 味以上药物组成的方剂,尤其以 20 味以上具有代表性;其二:指药量大的方剂,“远而奇偶,制大其服也”。简而言之即药力雄猛、品味多、分量重。^[2]

一般大方治病多运用于急、重、疑难的复杂病证。清·曹仁伯《柳选四家医案·继治堂医案》曰:“每遇病机丛杂,治此碍彼,他人莫能措手者,必细意研求,或于一方中变化而损益之,或合数方为一方而融贯之。”^[3]笔者认为大方对于日久不愈的顽固性疾病有着独特的优势和长处。适用于大方的情况:(1)病因、病机复杂,甚至同时患有数种疾病,病情复杂;(2)病邪深痼,病程长,经过多种方法治疗经久不愈。以上情况下患者病情复杂,药味少的小方难以兼顾,需要选用大方多味药分治之,多法兼备,多个环节各个击破;又或者患者病情经久不愈,病邪深痼,药量小可能难以解决问题,需用药量重的大方才可能针对顽邪痼疾,使疾病向愈。

2 大方的源流

《黄帝内经》言大方于理,张仲景制大方于用,后世医家丰富发挥。

作者单位:050051 石家庄市中医院脾胃科(张娜、常玉娟、郭光业)

作者简介:张娜(1981-),女,硕士,主治医师。研究方向:消化内科。E-mail:1007432423@qq.com

大方理论渊源于《黄帝内经》。《素问·至真要大论》曰:“君一臣二,制之小也;君一臣三佐五,制之中也;君一臣三佐九,制之大也。”《黄帝内经》提出了大、小、奇、偶、缓、急、复七方,大方属于七方之一,13 味及以上药物组成的方剂,称为“大方”。同时“大则数少,小则数多。多则久之,少则二之”,大方中亦含有剂量大之意旨^[4]。“有毒无毒,所治为主,适大小为治”,阐述应根据病情轻重,“适其至所”,随证选择大方、小方。

大方实践始于张仲景。《伤寒杂病论》共载方 260 首,其中组方药味在 7 味以下的约占总数的 90%^[5],药物组成超过 13 味及其以上的为少数,大黄廑丸(13 味)、薯蓣丸(22 味)、鳖甲煎丸(25 味)等为其大方中的代表方。疟母一病,气滞、血瘀、湿聚、痰凝互结,兼有正虚,病机复杂,鳖甲煎丸合数法为治,标本兼治,主次分明,实为大方应用之典范。

此后的历代医家亦皆有探讨。《备急千金要方》中 20 味及以上方剂 80 余首,孙思邈曾言:“病轻用药须少,病重用药即多。”^[6]补土派李东垣是典型的善用大方者,所制方剂药味常多达二三十味。如清暑益气汤就有 17 味组成,升阳益胃汤 16 味组成,中满分消丸 16 味组成,中满分消汤 21 味组成,草豆蔻丸 18 味组成等。虽然组方较大,但其组方之内互相联系,多而不乱。徐大椿《兰台轨范》载“大活络丹”一方,全方由 50 味药组成,堪称大方之最。“大病需用大药”,王孟英言:“急病重症,非大剂无以拯其危。”历代医家不乏善用大方高手^[7]。

3 大方的应用原则

3.1 辨证论治

辨证论治是中医诊疗的重要准则之一,笔者认为遣方用药需建立在推求正确的病机之上,把握病机是大方复治法用药的根本。复杂顽疾多为日久而成,多种病机夹杂,这同时决定了用药性质和治法的多样。由于个体的差异,临床上可见到看似互不相关甚至互相矛盾的病机同时并存于一个患者的身上,如表里同病或上热下寒,脏寒兼郁热腑实,患者既

可上焦有伏火,烧心反酸、反复口腔溃疡、舌苔厚腻,但同时下焦虚寒,四肢冰凉、便溏,甚至还可以见到更为复杂的证候,难辨阴阳寒热,下手困难,若照常规思路治之,很难做到理法方药丝丝入扣,疗效不甚理想。此时起用大方复治法,精准的辨证是治疗的关键,做到方证对应,并且随着病机的变化对药物进行加减调整。临证不必拘泥于平常观念和成方,须量体裁裁,紧守病机。《桂林伤寒杂病论》谈到:“病變百端,本原別之。欲知病源,當憑脈變。欲知病變,先揣其本。本之不齊,在人体躬。相体以診,病無遁情。”指出疾病是发展变化的,处方用药要根据患者具体症状,谨守病机,辨证施治,才能切中病情^[8]。

3.2 统筹兼顾

笔者认为复法大方并不是多种治法的简单相加或者多味药物的罗列堆砌,而是在辨证论治下进行的,在中医理论指导下,以中药药性理论为基础,按照遵循君臣佐使这一配伍原则,有着严谨的配伍组合,针对某些病机复杂的顽固性疾病而采用的论治方法。

传统配伍的君臣佐使、三因制宜等中医治疗的基本思想仍然值得参考仿效。在配伍大方时要求有整体全局观,针对所治病证形成一个整体调节系统,进而对机体达到综合调节的目的。其次在全面详细了解病情的同时,分清标本虚实、轻重缓急。复法中有主法,有次法;大方中有主药,有辅药。组方统筹兼顾,主次分明,方证对应,理法方药相互统一。《素问·标本病传论》云:“谨察问甚,以意调之,间者并行,甚者独行。”“无致邪,无失正”,使用大方遣方用药,需标本兼顾,祛邪不伤正,补正不留邪。疑难复杂顽疾大多病机复杂,兼加证多,或先后施治或共同施治,即使同时治疗多症,也是有主次之分,有所侧重的,需要临证根据疾病的轻重缓急灵活应用。如乌梅丸既有苦寒的黄连、黄柏清热,也有辛热的附子、细辛、桂枝、干姜、蜀椒散寒,乌梅酸敛补肝阴,人参、当归补气血,可见滋阴和祛湿不矛盾,清热和温寒不矛盾,即使药性、功效相反的药物共同使用,只要统筹兼顾,配伍得当,就能达到捷效。临床遇到方证对应却疗效不佳时,除了要考虑是否遗漏了其它病机外,还要思考用药的平衡,如用药主次不分,繁杂无序,必会分散药力。大方是十分考验中医功底的艺术,只有具有整体观、全局观,同时抓住主要病机,统筹兼顾,谋篇布局,主次分明,组合有序,有君、有臣、有佐、有使,才能事半功倍。

3.3 顾护脾胃

脾胃居中央,灌四旁,为后天之本。饮食入胃,腐熟水谷,脾气散精,脾胃运化水谷精微,中焦受气取汁,脾胃为气血生化之源。脾为之使,胃为之市。脾胃为气机升降之枢,脾胃气机升降失调,可影响到其他脏腑气机的升降,脾胃于人体的心肾、肝肺气机的升降有着较大的影响。清·黄元御《四圣心源》中提到:“脾胃者,四维之中气也。脾以阴土而含阳气,故脾阳左升则化肝木,胃以阳土而胎阴气,故胃阴右降则化肺金。”因此,人体一旦脾胃出现问题,往往导致其他脏器功能失调。脾胃的以上生理特点决定了调理脾胃的重

要性,“有胃气则生,无胃气则死”^[9]。加之一些顽固性疾病患者,为病痛所扰日久,正虚邪盛,脾胃本已受损,更应时刻存顾护脾胃之念。另外大方药味繁多,又往往需要长期服用一定疗程,日久会影响脾胃运化功能,部分患者服用后可能会引起胃脘不适,如不加用调和脾胃之品,影响患者依从性。在运用复法大方时,非常注意患者胃气的保护,“有一分胃气,便有一分生机”,常于方中配以半夏、陈皮、茯苓、炒谷麦芽、砂仁等和胃之品。

3.4 调畅气机

气的升降出入是机体生命运动的基本形式,“是以升降出入,无器不有”。“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危”。气的升降出入失序,则百病由生。人体的气机运行是一个整体,升降出入是环环相扣的,人体气机升降道路主要有三条,即三升三降,脾主升清、胃主降浊;肝之疏泄,肺之肃降;心火下降,肾水上济。脾胃为后天之本,位居中焦,通连上下,是气机升降运动的枢纽。慢性顽固性疾病因上常数邪交织,气滞、瘀血、痰饮互相结聚,气滞则津液凝滞,津血等实邪内阻又进一步影响气机的运行;病机上常虚实错杂,正虚不能御邪外出,实邪阻滞,气随之不通,此皆“因滞而病”。又因慢性病久治难愈,患者为病所困,情志抑郁,此张景岳所谓“因病而郁”。由此可见,气机运行不利是慢性顽疾常见的病理表现,无论虚实寒热,根据气滞的轻重之别,或以调气为主,或兼以调气。笔者在慢性顽疾的治疗中十分重视调理气机。如治疗痰瘀互结之证,虽以化痰软坚、活血化瘀散结为主,配合半夏、厚朴行气化痰,理气开郁,使气行助痰化,气行促瘀逐;又如治疗气血不足之虚劳病,除大剂量采用健脾益气、养血润燥之品外,还配伍少量杏仁、桔梗、枳实等理气,因肺主气,调一身之气机,故取桔梗开宣肺气,杏仁肃降肺气,枳实开结行气,与补益药合用,补中寓散,补而不滞。

3.5 慢病缓图

慢性难治病多为沉痾顽疾,非一朝一夕所能奏效,治疗慢性顽疾要有方有守。所谓“有方”即是在辨证的基础上应有一个符合病情的方药,同时这个方药是有理法依据的,具有治疗作用,或辅助调理的功能;所谓“有守”是指有效的方药要坚持服用,不要随意更改。慢性顽疾由于病因多端,病性错杂,病程迁延,难以速愈,因此,治疗慢性病贵在有方守方,不可操之过急。如医圣张仲景治疗虚劳的薯蓣丸,注明一日服一丸,一百丸为剂,一个疗程为百天。临床上许多顽疾如肿瘤术后调理的患者,尽管患者的临床症状得以缓解,但其病理变化仍未改善,还应坚持长期服药^[10]。调理过程中以阴阳为纲领,以“和”为妙法,从而使五脏旺盛,六腑平衡,达到“阴平阳秘”的状态。

3.6 中病即止

大方运用在解决顽疾重病、复杂病证中,确实具有一定优势,尽管如此,治病也不必动辄就用大方。临证中,如果常规方剂就能治愈的疾患笔者不会使用大方,以免加重患者负担,甚者损害患者健康。其次本团队认为疾病是发展变化的,大方的使用需要选择正确的时机。病机复杂多变时选用

大方治疗,但当疾病向愈之时,应该审时度势,逐步减少药味和药量,使大方过渡到常规方剂来调养,同时也能给患者脾胃以恢复的空间,不必大方一用到底,贯穿始终。

4 案例分析

4.1 病例 1

患者,男,56 岁。2015 年 3 月 16 日就诊。患者反复胃脘胀满 5 年余,期间曾服用中西药物治疗,虽有缓解,疗效欠佳,饮食失宜及季节变化时加重,甚者连及全腹胀满,颇为痛苦。现患者胃胀腹胀明显,影响睡眠及进食,暖气频繁,偶有胃脘刺痛,痛有定处,无烧心反酸,乏力,纳差,寐欠佳,小便可,大便偏干,日 1 次。舌质黯,舌上有瘀点,苔少,脉弦滑。胃镜提示:慢性浅表性胃炎伴糜烂;病理:胃窦黏膜慢性炎症,肠上皮化生 2 级。诊断:慢性浅表性胃炎;中医诊断:痞满,辨证:气虚血瘀;治法:健脾益气为主,辅以理气、活血化瘀;方药:二陈汤和香砂六君子汤加减。处方:清半夏 10 g、陈皮 10 g、茯苓 15 g、炙甘草 6 g、白术 10 g、党参 15 g、木香 6 g、砂仁 3 g、黄芪 15 g、厚朴 10 g、薏苡仁 15 g、白花蛇舌草 15 g、鸡内金 10 g、焦三仙 30 g、当归 15 g、川芎 6 g、醋五灵脂 10 g、三七粉 3 g、柏子仁 10 g、炒谷芽 15 g、枳壳 10 g、酸枣仁 10 g、白芍 15 g、香附 10 g、枳实 6 g、丹参 15 g、白及 10 g、黄柏 3 g、苦参 6 g、地榆 10 g,服药 14 剂,患者胃胀、腹胀较前减轻,舌质偏黯,苔薄白,脉弦。效不更方,前方基础上酌加紫苏梗、豆蔻、薏苡仁、山药等健脾化湿之品。服药 1 月后,患者诸症均明显好转,后继服 3 个月巩固疗效。2016 年 6 月 7 日患者复查胃镜:慢性非萎缩性胃炎,病理未见增生肠化。全方有主攻邪者,有主扶正者,有条畅气机者,有醒脾化湿者,集数法于一方,熔攻补于一炉。

4.2 病例 2

患者,87 岁,2016 年 3 月 23 日就诊。患者食管癌术后,现患者烧心,反酸,胸骨后憋闷,胃脘不适,胁肋胀痛,口干口苦,食欲不振,寐可,二便可。舌质黯,苔厚腻,脉弦涩。胃镜提示:食管癌,慢性浅表性胃炎,十二指肠球炎;病理:食管鳞状细胞癌。腹部彩超:胆囊结石,肝胰脾未见明显异常。诊断:食管癌,慢性浅表性胃炎,十二指肠球炎;中医诊断:反酸,辨证:气滞血瘀;治法:健脾益气,疏肝理气,活血化瘀;方药:二陈汤和柴胡疏肝散加减。处方:清半夏 6 g、陈皮 6 g、茯苓 15 g、炙甘草 6 g、北沙参 15 g、丹参 15 g、浙贝母 6 g、郁金 10 g、煅瓦楞子 20 g、白及 10 g、瓜蒌 15 g、太子参 30 g、厚朴花 10 g、薏苡仁 10 g、香橼 6 g、蒲公英 15 g、金银花 10 g、牡丹皮 6 g、赤芍 10 g、柴胡 6 g、枳壳 6 g、玄参 15 g、生地 15 g、焦三仙 30 g、鸡内金 10 g、藤蓼根 10 g、白花蛇舌草 15 g、海螵蛸 10 g、仙鹤草 30 g;以二陈汤理气和中,丹参、赤芍活血化瘀,柴胡、枳壳、香橼疏肝理气,太子参、生地黄养阴生津,瓜蒌宽胸理气,焦三仙、鸡内金健脾消食。全方共奏健脾益气、疏肝理气、活血化瘀之功。服药 7 剂,患者胁肋胀痛减轻,食欲较前好转,仍烧心反酸,舌淡黯,苔薄黄,脉弦。效不更方,前方基础上酌加海螵蛸、炒谷芽、炒麦芽等制酸止

痛,健脾消食之品。服药 1 月后,患者诸证明显好转,烧心反酸较前显著减轻,胸骨后不适缓解,食欲有所恢复,后间断服用中药调理至今。上方药物计 29 味,融健脾、益气、活血、生津、疏肝、滋阴等诸法于一炉,寒热并用,攻补兼施,气血共调等。从不同的点面发挥作用,最终使疾病得以缓解。

4.3 病例 3

患者,男,61 岁,2016 年 3 月 2 日就诊。患者原发性肝癌化疗栓塞术后,现腹部胀满不适,胁肋胀痛,乏力,口苦,恶心,厌油腻,食欲不振,腰痛,下肢浮肿,偶有头晕,夜寐欠佳,小便黄,大便黏腻不爽。舌紫黯,上有裂纹,苔黄腻,脉弦细。查体:一般状态欠佳,面色黧黑,肝掌阳性,中上腹胀痛,腹部膨隆,腹壁未见曲张静脉,移动性浊音阳性,双下肢轻度水肿。诊断:原发性肝癌;中医诊断:胁痛,辨证:肝胆湿热;治法:清热利湿、疏肝理气、活血化瘀;方药:龙胆泻肝汤合丹栀逍遥散加减。处方:茵陈 15 g、虎杖 15 g、当归 10 g、赤芍 10 g、白芍 15 g、柴胡 6 g、郁金 10 g、炒栀子 10 g、泽泻 10 g、黄芩 10 g、三七 2 g、炙甘草 6 g、龙胆草 3 g、车前子 10 g、茯苓 15 g、太子参 30 g、黄柏 3 g、知母 10 g、生地 15 g、炒酸枣仁 15 g、淡竹叶 6 g、枳壳 6 g、牡丹皮 6 g、焦三仙 30 g、大黄炭 3 g、益母草 10 g、煅瓦楞子 15 g、石斛 10 g、香橼 6 g、地榆 10 g、金银花 10 g、泽兰 10 g、大腹皮 15 g、猪苓 10 g,全方以龙胆泻肝汤为主方,清利肝胆湿热,丹栀逍遥散健脾养血,疏肝理气,佐以三七、当归活血化瘀,酸枣仁安神助眠,淡竹叶清热利尿等,全方共奏清热利湿、疏肝理气、活血化瘀、养阴生津之功。患者服药 7 剂,口苦、恶心缓解,食欲较前好转。但患者诉便溏,日 2 次,晨起及餐后即泄。前方基础上酌加薏苡仁、白扁豆等健脾化湿之品。服药 14 剂后,腹胀、胁痛较前好转。1 月后,患者体力、精神状态有所恢复,诸症均明显好转,后坚持服用中药调理至今。全方以清热利湿为主,同时健脾养血、行气化瘀、养阴生津共用,祛邪的同时不忘扶正,诸药配伍,攻补兼施,并行不悖,有方有守。

5 结语

虽然按一般的辨证论治要求,方药应当精练严谨,但临床上所遇到的病证是极为复杂的,有时小方难以胜任。面对病因复杂,病情多变的顽固性疾病,大方能够多证兼顾,数法并用,推动全局、力挽狂澜。在病情复杂的情况下,复合应用多法组成的大方则不应加以非议和排斥。同时大方并非杂乱无章,也当辨证准确,组方严谨,配伍合理,并且中病即止,免伤正气。医者临证不应拘泥于大方小方之名,而应以疾病为中心,多方位辨治相结合,根据病者的实际情况加减变化,因人因病制宜,综合调治,提高临床疗效。

参 考 文 献

- [1] 赵惠,王志英,周仲瑛. 周仲瑛经方合用治疗难治病案摘萃[J]. 时珍国医国药,2014,25(11): 2781-2782.
- [2] 谢观. 中国医学大辞典[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1998: 4.

- [3] 黎鹏程,卢丽丽. 程丑夫. 从虚、痰、郁、瘀论治难治病经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(7): 94-96.
- [4] 章诚杰,杨雪军,何立群. 从尿浊辨证运用大方论治泌尿系结石[J]. 新中医,2014,46(9):214-215.
- [5] 张丹丹,谢志军,范永升,等. 从张仲景大方组方思路探析慢性难治病的辨治[J]. 中医杂志,2016,57(8):653-657.
- [6] 朱晓丹,安超,左明焕. “大方”治疗恶性肿瘤浅析[J]. 中医杂志,2014,55(17):1525-1527.
- [7] 滕信涛,相宏杰. 慢性难治病治疗思路和方法浅探[J]. 四川中医, 2014, 32(12): 34-35.
- [8] 何泽民. 试论中药大方的临床运用[J]. 辽宁中医杂志, 2010,37(4):646-647.
- [9] 苏婷,石显方,傅文录. 大方整体观治疗失眠的体会[J]. 四川中医,2013,31(12):37-38.
- [10] 王基魁,张军,李晔,等. 关于大方治疗疑难病的思考[J]. 上海中医药杂志,2003,37(9):3-5.
- (收稿日期:2017-05-23)
- (本文编辑:王馨瑶)