

牟重临运用经方合方治疗疑难病医案4则

付丽娟¹, 陈辰² 指导: 牟重临²

1. 浙江省台州医院, 浙江 台州 318050; 2. 台州市第一人民医院, 浙江 台州 318020

[关键词] 高热; 失眠; 风心合并心衰; 夜尿频; 经方; 牟重临; 医案

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2025) 14-0039-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.14.008

牟重临是浙江省名中医, 全国名老中医医药专家学术传承工作室指导老师, 牟重临老师出身中医世家, 幼承庭训, 至今已深耕中医教学、临床58载, 治学严谨, 学验丰富。牟重临老师治疗疑难杂病, 谨守辨证, 常尊奉仲景之旨, 又灵活变通其方, 擅用经方合方, 化裁使用, 功效叠加, 疗效卓著。

经方具有组方精妙, 用药精湛, 药简效宏等特点, 为历代医家临床常用。李东垣言:“易水张先生云: 仲景药为万世法, 号群方之祖, 治杂病若神, 后之医者, 宗《内经》法, 学仲景心, 可以为师矣。”^[1]经方包含的理、法、方、药的临床法则对后世影响巨大。在临床中如能对经方条文深入理解, 对所治疾病的复杂病机准确把握, 适时使用经方组合, 加减得当, 方证对应, 常能获得非凡疗效。牟重临老师认为, 经方为治病之范本, 针对疑难病证之病机复杂, 须以经方合方应对。笔者有幸跟师学习, 深受启发, 现整理医案4则, 以飨同道。

1 小柴胡汤合五苓散治疗反复高热

王某, 男, 66岁, 2024年8月10日初诊。主诉: 反复发热3月余。患者3个月前受凉后始发高热, 体温最高39℃, 查胸部CT显示双肺少许炎症, 两肺弥漫性粟粒影, 纵膈及两肺门多发淋巴结显示, 肺气肿多发肺大泡, 慢性支气管炎。血常规示: 单核细胞比率16.7%↑, 超敏C-反应蛋白46.1 mg/L↑, 血沉43 mm/1 h↑。诊断为肺部感染, 予头孢哌酮针(每次2.0 g, 每天2次)抗感染治疗, 体温仍反复不愈,

遂至中医科门诊就诊。诊见: 发热, 体温38.5℃, 每于午后热势加剧, 伴有胸闷气喘, 口渴, 小便不利, 纳食欠佳, 夜眠可, 大便无异常。舌暗、苔薄白微腻, 脉弦滑数。西医诊断: 肺部感染。中医诊断: 发热; 辨证属少阳郁热、水停不化。治法: 和解少阳, 清热化饮。予小柴胡汤合五苓散加减, 处方: 柴胡20 g, 黄芩20 g, 制半夏15 g, 人参8 g, 甘草5 g, 青蒿10 g, 炒白术15 g, 茯苓20 g, 泽泻15 g, 猪苓20 g, 桂枝10 g, 石韦15 g。5剂, 每天1剂, 水煎, 分2次温服。

2024年8月14日二诊: 发热消退, 体温36.7℃, 胸闷气喘减轻, 小便通利, 纳食增加, 易乏力, 舌暗、苔薄白, 脉弦稍滑。予初诊方减柴胡量为15 g, 去青蒿, 加茵陈、败酱草清利余热, 7剂。煎服法同上。

2024年8月21日三诊: 体温正常, 体力较前改善, 胸闷气喘基本消除, 纳食正常, 小便调。期间复查血常规、超敏C-反应蛋白均恢复正常。予补气健脾类药以扶正固本, 调理而愈。

按: 发热是临床上的常见症状, 其病因病机复杂。张仲景对发热的认识十分独到, 且辨治时理法方药俱全, 疗效显著。《伤寒论》398条条文中, 与“热”相关的有145条, 仲景对少阳病提出的小柴胡汤主方, 颇有独特见地, 后世医家效之, 用于外感发热、内伤发热及不明原因发热, 只要辨证正确, 无不见效。该患者发热病程较长, 前来就诊时发热

[收稿日期] 2025-01-16

[修回日期] 2025-06-04

[基金项目] 牟重临全国名老中医专家传承工作室项目(国中医药人教发[2022]75号); 浙江省中医药科技计划项目(2023ZF058)

[作者简介] 付丽娟(1991-), 女, 医学硕士, 主治医师, E-mail: 2427864395@qq.com。

已持续3个月,发热特征为“每于午后热甚”,牟重临老师认为“定时发热”符合小柴胡汤证中的“休作有时”,胸闷气喘和纳食欠佳分别对应小柴胡汤证的“胸胁苦满”“嘿嘿不欲饮食”,且小柴胡汤使用时“但见一证便是,不必悉具”,主以小柴胡汤和解少阳郁热,牟重临老师认为时值暑季,故加青蒿以增清热解暑之功。《脾胃论》^[2]谓:“按《内经·标本论》,大小便不利,无问标本,先利大小便。”牟重临老师言此论着眼于恢复机体生理功能,使病邪有出路,颇有临床意义。本例发热伴小便不利,口渴,与五苓散证相符,给予五苓散以化气利水,使邪热随小便而出;配石韦增强利水泄热之功。本病属太阳少阳合病,给予小柴胡汤和解少阳,配合五苓散温阳化气利水,使热退利尿而病除,获得速效。

2 小柴胡汤合甘麦大枣汤治疗长期失眠

张某,女,54岁,2024年7月13日初诊。主诉:失眠2年余。患者2年余前因多思多虑而发生失眠,曾服用谷维素等西药,似有改善,但总反复不愈,为求进一步治疗,遂至中医科就诊。诊见:失眠,入睡难而早醒,每晚仅眠2~3 h,乏力,胸闷气短,心烦,口干,多汗,下肢酸冷,纳食及小便均可。舌暗淡、苔薄白,脉弦细。月经已绝2年。西医诊断:失眠。中医诊断:不寐;辨证属肝郁气滞、心脾两虚。治宜疏肝解郁、养脾宁心。予小柴胡汤合甘麦大枣汤加减,处方:柴胡6 g,黄芩15 g,姜半夏15 g,人参10 g,甘草8 g,浮小麦30 g,红枣8枚,巴戟天15 g,黄芪30 g,炒白术15 g,橘红8 g,升麻6 g,石菖蒲10 g,茯苓20 g。14剂,每天1剂,水煎,分2次温服。

2024年7月26日二诊:夜眠较前明显改善,每晚可眠5~6 h,体力增,胸闷基本控制,仍动则多汗,舌暗、苔白,脉沉。考虑口干仍存,予初诊方去茯苓,加百合20 g,润肺清热,清心安神,山萸肉、熟地黄各20 g,固益肾精。14剂,每天1剂,煎服法同前。

2024年8月10日三诊:诉此方效不如前方,于是改为首诊处方,加入红花2 g,增加流通气血之功。

2024年9月14日四诊:睡眠已经明显改善,每

晚能睡眠6、7 h以上,诸症随之改善,守方继服,以巩固效果。嗣后随访3个月,睡眠一直良好。

按:失眠在门诊非常常见,其病因繁多,或情志失调、饮食内伤,或痰火内扰、瘀血内停,或因体虚、病后均可导致失眠^[3]。中医认为,人之寤寐与天之阴阳相交当属一致。阴阳相交则夜寐得安,阴阳当交而不交,则寤寐不安。牟重临老师认为失眠与五脏功能失调有关,主要责之肝、心、脾。《血证论·卧寐》谓:“肝病不寐者,肝藏魂……若阳浮于外,魂不入肝则不寐。”^[4]本病平素善思多虑,抑郁不解则伤肝,肝气郁结而木气不达,少阳枢机不利,致阴阳不交,肝魂不藏则发为失眠。牟重临老师认为少阳经脉是阴阳之气相交之处,给予小柴胡汤可以和解少阳,转运枢机,有助于恢复阴阳之气交通协调。该患者思虑过多,肝郁化火,伤阴耗液,致心脾两虚,以甘麦大枣汤补益心脾,安神宁心,三药平和,养胃生津化血,则脏不躁,神自安。方中配以石菖蒲通窍安神,黄芪、白术、茯苓、升麻以益气补脾、升补中气,巴戟天温肾助阳,橘红以理气温中。牟重临老师认为久病肝虚,配合补脾益肾,有助于养肝。首诊获得较好效果,二诊合入《金匱要略》百合地黄汤润肺养心,加山萸肉固肾益精,效果反不如前,可能滋补阴血,固涩肾精类药物有碍于少阳枢机及脾之健运,复于原法,稍加流动气血之味而获全功。

3 木防己汤合五苓散治疗风心合并心衰

王某,女,68岁,2023年5月26日初诊。主诉:反复胸闷2年余,加重伴双下肢水肿1周。患者2年余前无明显诱因下出现胸闷乏力,反复发作,至恩泽医院就诊,期间予相关检查,N端脑钠肽前体2 640 pg/mL。胸腔B超:右侧胸腔积液大量。心脏B超:双房、左室扩大,左室前壁、心尖部运动减低、心功能低;主动脉瓣退变伴轻微反流;三尖瓣重度反流,肺动脉增宽,肺动脉高压;二尖瓣中重度反流。诊断:风湿性心脏病,心力衰竭。多次住院治疗,仍反复未已。1周前患者再发胸闷乏力,伴下肢水肿,遂至本院中医门诊就诊。诊见:胸闷,乏力气短,动则尤甚,下肢水肿,行走无力,胃纳尚可,胃脘饱胀,口不渴,二便调,夜寐安。舌紫黯、苔

薄,脉象沉弦数。西医诊断:风心病,心力衰竭。中医诊断:支饮;辨证属气虚水停、水瘀互阻。治宜益气行水、化痰祛瘀。予木防己汤合五苓散加减,处方:生晒参8g,防己10g,生石膏30g,桂枝10g,炒白术20g,茯苓20g,泽泻15g,猪苓20g,当归10g,黄芪30g,瓜蒌皮10g,泽兰15g,薏苡仁30g。7剂,每天1剂,水煎,分2次温服。

2023年6月5日二诊:胸闷气短有改善,足肿减退,心悸好转。大便每天1次,口不渴,纳食不佳。效不更方,守上法加丹参饮活血化瘀、化湿开胃,7剂,煎服法同前。

2023年6月14日三诊:劳累后胸闷心慌再发,左下肢肿胀再发,程度较前均有所减轻,夜寐欠佳,小腹胀感,口不渴,稍口苦,纳可,大便不成形,每天2次,仍守木防己汤合五苓散为主,加附子15g,生龙骨、生牡蛎各30g,温壮阳气,潜阳安神。后续随症加减调理月余,诸症皆消。随后多次复诊,患者病情稳定,无急性发作。

按:慢性心力衰竭是大多数心血管疾病的最终归宿,常由冠心病、风湿性心脏病、高血压等引起,病情重且迁延难愈。根据其胸闷气喘、呼吸困难、水肿等临床表现,可归属中医胸痹、痰饮、喘证、水肿等范畴。心衰病机多责之于气虚、水停、血瘀,属于本虚标实之证。本案患者初诊表现为胸闷,动则尤甚,乏力气短,下肢水肿,行走无力,当属气虚水停、痰瘀互阻之证。故予木防己汤行水镇饮,益气通阳,合五苓散温阳利水,患者久病气血耗损,加黄芪、当归补益气血;由于水血同源,故加泽兰、薏苡仁活血利水;胸闷明显,故加瓜蒌皮宽胸利气。二诊乏力减轻,胸闷、下肢水肿较前改善,《血证论》谓:“水病则累血。”^[4]故加丹参饮化瘀。三诊诸症均有改善,时有胸闷心慌,加龙骨、牡蛎镇潜安神;加附子,为薏苡附子散之意通阳行痹,《金匱要略》中主治“胸痹缓急”。牟重临老师常从《金匱要略》论痰饮病证探讨心血管病的病机,认为属痰饮者居多,故在治疗此类疾病时宗仲景法,从痰饮论治,大都获得良效。牟重临老师认为此例风心病伴心衰,从痰饮论治,主方使用《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》治支饮的木防己汤,该方原条文谓:

“其人喘满,心下痞坚,面色黧黑,其脉沉紧。”颇似心衰表现。合五苓散为增加行水作用,与西医所谓“利水强心”同一道理。痰之成在肺、脾两脏,故论治要点亦在肺、脾两脏。

4 金匱肾气丸合五苓散治疗顽固性夜尿频

郑某,女,42岁,2024年8月28日初诊。主诉:夜尿频半年。半年前无明显诱因渐发夜尿频多,每晚少则2~3次,甚则4~5次,曾于外院服用补肾缩尿之类中药未见明显改善,转至中医科就诊。诊见:夜尿频多,尿臭,饮水后即有尿意,尿频愈甚,而尿后则口渴益甚,腹部怕凉,矢气后稍舒,夜眠差,入睡难,易醒,易乏力,烦躁焦虑,夜眠不佳时头痛,经期腰酸怕冷,纳食及大便正常,舌暗、苔薄白,脉弦细。西医诊断:功能性尿频。中医诊断:尿频;辨证属肾阳虚亏、气化失司。治宜益肾固脬、温阳化气。予金匱肾气丸合五苓散加减,处方:山萸肉30g,熟地黄30g,山药30g,茯苓20g,黄芪30g,人参10g,泽泻15g,炒白术15g,桂枝10g,猪苓15g,牛膝6g,乌药10g,益智仁10g。7剂。每天1剂,水煎,分2次温服。

2024年9月4日二诊:夜尿基本控制,未再起夜,口渴明显减轻,饮冷胃脘部不适,晨起食米粥、牛奶会反酸,午后乏力,夜眠较前明显改善。患者诸症减轻,守方继进,上方加入百合20g以润燥安神,加巴戟15g,肉桂2g以增温肾之力。全方着意固本,以杜病复。

按:2018年《夜尿症临床诊疗中国专家共识》推荐,夜尿症的诊断标准为每晚排尿 ≥ 2 次。夜尿频不仅严重影响患者的睡眠质量,还会导致抑郁、情绪障碍、认知功能障碍和跌倒损伤等并发症。肾气丸是仲景《金匱要略》之方,主要功用是温补肾阳,适用肾阳不足的各种病证,可用于肾阳虚亏之小便频多,或小便不利之证,能调节命火不足之气化失司。五苓散是利水剂,一般认为尿频者不宜使用。牟重临老师认为,该患者尿频伴口干,饮水后即有尿意,且尿后口干益甚,存在膀胱气化不利,津液不能蒸腾,三焦水道不通,即水液代谢功能障碍,故用五苓散助膀胱气化之功,通利三焦水道,调节机体水液代谢。清代钱潢谓五苓散:“其立方之义,

用桂以助肾脏蒸腾之气，更用诸清淡以助肺家下降之功，使天地阴阳之气交通，气化流行，而上下之气液皆通矣。”^[5]牟重临老师认为，本病旨在温阳化气，故方中去附子、牡丹皮，用药重在桂枝。患者病久易乏，伴有气虚，加黄芪、人参补气益脾，以脾肾互养。方中加乌药、益智仁，合山药即缩泉丸方意，增强温肾缩尿之力。本案主以肾气丸与五苓散合用，一温补，一通利，补通结合，是谓相反相成也。

5 小结

《伤寒论》经方被誉为“医方之祖”，无疑是临床诊病之范本。牟重临老师认为方从法立，临床诊病断案时，需对经方条文理解通透，掌握经方背后的医理与法，要师其法，毋泥其方。针对疑难病证

之病机复杂，故须以经方合方应对。临证要避免习惯性思维，不囿于教条，不要被西医诊断所迷惑，最重要的是要把握住疾病本质，用药丝丝入扣。对经方的应用要随机应变，灵活化裁，方能达到预期效果。

〔参考文献〕

- [1] 李东垣. 内外伤辨惑论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 51.
- [2] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 71.
- [3] 张丽平, 鲜于开璞. 小柴胡汤加味治疗失眠体会[J]. 实用中医药杂志, 2009, 25(8): 561.
- [4] 唐容川. 血证论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 132, 5.
- [5] 钱潢. 伤寒溯源集[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 16.

(责任编辑: 刘淑婷)