

• 论著 •  
• 专论 •

# 《内经》反佐疗法在内科疑难杂病中的应用探讨

王钢, 朱俊, 李强, 郭小娟, 赵国臣, 李卫婷, 沈辛宜, 刘定承, 王玥, 邹燕勤

(南京中医药大学附属南京博大肾科医院邹氏肾科医术非物质文化遗产传承工作室, 江苏 南京 210004)

摘要:总结了邹氏肾科医术三代专家对《内经》“反佐疗法”的认识,认为反治法、寒热反佐、配伍反佐、服药反佐、外治反佐、炮制反佐皆属于反佐疗法。并结合验案介绍了在实际临证过程中反佐疗法的应用原则和体会。

关键词:内经;反佐疗法;内科疑难杂病;邹氏肾科医术

中图分类号:R242 文献标志码:A 文章编号:1672-0482(2019)04-0361-05

DOI:10.14148/j.issn.1672-0482.2019.0361

引文格式:王钢,朱俊,李强,等.《内经》反佐疗法在内科疑难杂病中的应用探讨[J].南京中医药大学学报,2019,35(4):361-365.

Studies on the Application of the Anti-Adjuvant Therapy in the Internal Classic Treating Internal Miscellaneous Diseases

WANG Gang, ZHU Jun, LI Qiang, GUO Xiao-juan, ZHAO Guo-chen, LI Wei-ting, SHEN Xin-yi, LIU Ding-cheng, WANG Yue, ZOU Yan-qin

(Zou's Nephrology Medicine Intangible Cultural Heritage Inheritance Studio, Nanjing Boda Nephrology Hospital, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210004, China)

**ABSTRACT:** This paper summarized the understanding of Zou's three-generation experts on the "anti-adjuvant therapy" in the Internal Classic. It is believed that the anti-adjuvant therapy includes retrograde treatment, anti-adjuvant cold and heat, compatibility, medication, external treatment and processing of materia medica. Combined with the proven cases, the paper introduced the application principles and experience of anti-adjuvant therapy in the actual clinical trial process.

**KEY WORDS:** Internal Classic; anti-adjuvant therapy; complex diseases in internal medicine; Zou's nephrology

反治与反佐首见于《内经》中的《至真要大论》,经过历代医家之运用和发展,其含义和临床使用范围有了很大的发展,但在历代医家的著述、相关辞书和教科书中,其概念和论述常常混淆模糊,不尽完善。本文总结了邹氏肾科医术三代专家(邹云翔教授、邹燕勤教授和王钢教授)对《内经》中反佐疗法的认识,并介绍了邹氏肾科医术专家在治疗内科疑难杂病中的运用体会。

## 1 反佐疗法

反佐疗法包括反治法、寒热反佐、配伍反佐、服药反佐、外治反佐、炮制反佐等。

### 1.1 反治与反佐

提到反佐,不同的学者有不同的见解,历代多数

医家如张仲景、李时珍以及现代包括《中医大辞典》及五版《方剂学》等全国教材均遵从了《内经》反佐的本义,将反佐的定义为病重邪甚可能拒药时,配用与君药性味相反而又能在治疗中起相成作用的药物。关于反治,《素问·至真要大论》曰:“反治何谓?岐伯曰:热因热用,寒因寒用,塞因塞用,通因通用。”<sup>[1]434</sup>对于逆治与从治,《素问·至真要大论》也有精辟的阐述:“寒者热之,热者寒之,微者逆之,甚者从之……何谓逆从?逆者正治,从者反治,从少从多,观其事也。”<sup>[1]433</sup>反治法通因通用的代表方为《伤寒论》中的小承气汤,所谓“下利谵语者,有燥屎也,宜小承气汤”<sup>[2]</sup>。

自《内经》提出反治与反佐后,历代医家中以明

收稿日期:2019-03-22

基金项目:南京中医药大学附属南京博大肾科医院邹氏肾科医术非物质文化遗产课题(Z19001)

第一作者:王钢,男,主任中医师,教授,博士生导师,E-mail:njboda@sina.com

通信作者:邹燕勤,女,国医大师,主要从事中医内科学的研究,E-mail:935997559@qq.com

代张景岳和李时珍为代表,认为反治与反佐等同。《景岳全书》中有专篇论述反佐,将反佐划定范围:“然则何者宜反也?何者不宜反?盖正治不效者,宜反也;病能格药者,宜反也;火极似水者,宜反也;寒极反热者,宜反也。真以应真,假以应假,正反之道,妙用有如此也。”<sup>[3]</sup>李时珍在《本草纲目》中论道:“从者反治,反佐,即从治也。谓热在下而上有寒,寒邪格拒则寒药中入热药为佐,下膈之后,热气既散,寒性随发也,寒在下而上有浮火格拒,则热药中入寒药为佐,下膈之后,寒气既消。”<sup>[4]</sup>以上两位医家对反治与反佐的等同原理进行了明确的阐述。但近代不断有学者提出不同观点,认为反佐作为一种配伍法度在组方中起作用,而反治法是总的治疗原则,是两个不同的概念<sup>[5]</sup>。反佐如从治法来看,的确包含相反的意义,因而将它列为反治之一,似乎无可非议,但反治是治法之反,而反佐则是配伍之反,两者并无共同之处<sup>[6]</sup>。

邹氏肾科医术专家认为:反治与反佐是两个不同的概念,反治是治法之反,反佐则是配伍、服法之反。但反治与反佐二者有着密切的关系,反治是理论原则,反佐是反治在方剂配伍运用上的一种体现,如真寒假热证用热因热用反佐法治,方选白通加猪胆汁以反佐姜附之热,说明反佐配伍属反佐疗法内容之一,更证明反治和反佐同属反佐疗法内容。所以将反治与反佐归类于反佐疗法中比较合理。

### 1.2 寒热反佐与配伍反佐

寒热反佐最早见于《素问·至真要大论》:“奇之不去则偶之,是谓重方,偶之不去,则反佐以取之,所谓寒热温凉,反从其病也。”<sup>[1]427</sup>王冰注曰:“甚大寒热,则必能与违性者争雄,能与异气者相格,声不同不相应,气不同不相合,如是则憚而不敢攻之,攻之则病与药气抗行,而自为寒热以关闭固守;是以圣人反其佐以同其气,令声气相合,复令寒热参合,使其终异始同,燥润而败,坚刚必折,柔脆自消尔。”<sup>[1]427</sup>提示“声气相合,寒热参合”为寒热反佐之真正内涵,如真寒假寒证中佐以热药,真寒假热证中佐以寒药,以诱病受药,使药尽其效。关于寒热反佐的应用原则:①反佐药应与君药的性味或功用相反,不直接对主证或兼证起治疗作用,但与君药的治疗作用和目的相一致;②反佐药味数应少于君药;③反佐药的用量应少于君药。寒热反佐代表方为治疗少阴重证寒热格拒的白通加猪胆汁汤、通脉四逆加猪胆汁汤。

配伍反佐是指使用与主药性味不同、作用相反

的药辅佐主药的一种配伍方法和治疗方法,起源于清代何梦瑶对《内经》寒热反佐精神的理解,打破寒热格拒的限制,指出在没有寒热格拒的情况,亦可用配伍反佐,其在《医碥》中曰:“也有纯寒而于热剂中少加寒品,纯热而于寒剂中少加热药者,此则名为反佐”<sup>[7]</sup>。清代医家石寿棠则进一步打破寒热反佐的限制,具体将反佐推广到升与降、开与合的领域,其在《医原·用药大要记》中曰:“用药治病,开必少佐以合,合必少佐以开;升必少佐以降,降必少佐以升,或正佐以成辅助之功,或反佐以作向导之用,阴阳相须之道,有如此者。”<sup>[8]</sup>在临床配伍中,反佐疗法目前运用较为广泛,涉及到升与降的代表方有黄龙汤;开与合的代表方有小青龙汤;寒与热的代表方有左金丸;润与燥的代表方有麦门冬汤;补与泻的代表方有十枣汤;散与敛的代表方有川芎茶调散;通与涩的代表方有萆薢分清饮等。

病重邪甚出现寒热格拒时使用反佐,可称为正治不效,病能拒药时的寒热反佐,即《内经》所言的狭义反佐。目前临床此类反治病案已很少见。随着清代医家何梦瑶、石寿棠突破了寒热反佐的限制,随着临床学科疑难杂症不断地增多,使用相反相成配伍者越来越多,邹氏肾科医术专家们深感寒热反佐和配伍反佐对提高临床中医药治疗疑难杂症效果起到了重要作用。因此笔者认为有必要将传统的寒热反佐和发展的配伍反佐共同列入反佐疗法之中。关于配伍反佐的运用原则笔者提出以下几点:①一般在兼症较多,药味复杂或君药有大毒时应用;②君药与佐药性味相异或相反,反佐药用于消除或减弱君臣药的毒性或制约君臣药的峻烈之性;③虽然反佐药性味与君药相反,治疗中却起到相成作用;④反佐药药味宜少,药量宜小。以上原则可以清楚地区别于比较多见的寒热并用、补泻兼施等相反的配伍治法。寒热并用、补泻兼施等治法虽配伍之药性相反,却是针对疾病病机的寒热交织、虚实夹杂而设,根据正与邪、寒与热双方的偏重,起相成之效。相反配伍之药可以共处于君臣之位,也可以属于佐药之列,即使属于佐药,其作用仍是直接治疗主证或兼证,因此与药物反佐之意大相径庭。

### 1.3 服药反佐

服药反佐是指治热病用寒药,而用温服的方法;治寒病用热药,而用凉服的方法;实际上讲的是服药反佐,即服药反佐法,主要是避免药物格拒现象的出现。《素问·五常政大论》曰:“治热以寒,温而行之;

治寒以热,凉而行之。”<sup>[1]342</sup>对此,徐灵胎释之甚详:“寒甚格热,热不能前,则以热药冷服,下咽之后,冷性既消,热性便发,情且不违而致大益……大热在中,以寒攻治则不入,以热攻治则病增,及寒药热服,入腹之后,热情既消,寒性逐行,情且协和,而病且以减也。”<sup>[9]</sup>《本草纲目》中解释更为清楚:“凡用乌附,药并宜冷服者,热因寒用也。盖阴寒在下,虚阳上浮,治之以寒,则阴气益甚而病增,治之以热,则拒格而不纳,热药冷服,下咽之后,冷体既消,热性便发而气随愈,不违其情,而致大益,此反治之妙也。”<sup>[4]</sup>

#### 1.4 外治反佐

外治反佐包括外治法的药性与同时内服的主药药性相佐;外治法治疗的部位与发病的部位相佐;外治法中配伍的药物互为反佐。《普济方》中用大蒜、附子等捣碎贴涌泉穴治疗鼻衄和鼻渊等病,是上病取下部位的反佐之法;王孟英治陈秋槎血症神昏躁乱案,内服养阴凉血止血之剂,外用生附子捣贴涌泉穴反佐之,引纳浮阳,是内服药与外治药的反佐;又治陈叟二便不通,用田螺、车前草、大蒜捣贴脐下,田螺潜阳软坚,车前草清凉导水,大蒜辛温反佐,这是外治配伍反佐。此皆从《普济方》化裁而来,是反佐变通之妙用,创立了内服和外治结合的反佐疗法。

#### 1.5 炮制反佐

中药炮制反佐理论与反治、反佐一样,有反制法和反佐制法等争论。反制炮制法是指使用药性相对立的药物或辅料来制约中药的偏性或改变药性的炮制方法,如栀子苦寒之性甚强,用辛温的姜汁能降低苦寒之性,即以热制寒<sup>[10]</sup>。如清代徐洄溪在《医学源流论》中说:“凡药物气厚力大者,无有不偏,偏则有利必有其害,欲取其利而去其害,则用法以制之,则药性之偏者醇矣。其制之义,又各有不同,或以相反为制,或以相资为制,或以相恶为制,或以相畏为制,或以相喜为制。”<sup>[11]</sup>

反佐炮制是指将性味相反而又有协同作用的药物与主药一同炮制后取主药入药,其目的是去药存性,即制约主药的偏性又增加其功效。《辞海》在反佐条下著曰:“方中协助主药治疗兼证或制约减缓主药之偏弊者称为佐药,与主药性味作用相反称反佐,或以性味、作用相反的药物与主药一起炮制,如将辛热的吴茱萸与苦寒的黄连同炒后,再制成香连丸”<sup>[12]</sup>。此炮制法是反佐法在中药炮制中的运用,即为反佐炮制。邹氏肾科医术专家认为,只要是用药性相反的药物或辅料来炮制中药,都可以归属于

炮制反佐范畴。

#### 2 反佐疗法临证运用原则

反佐疗法临证可单用一法,亦可数法兼施或内外多途径合用。当今临床疾病谱、疾病证候与古代相比发生了巨大的变化,单纯的真寒假热,真热假寒,寒热格拒已经非常少见,而多脏器损伤、寒热虚实交织,病情错综复杂、难治久治无效的病症日益增多,对于这种情况,单用反佐一法治病往往是不够的。反佐疗法中有一类是外治反佐,邹氏肾科医术专家在临床上治疗高血压、失眠等病时,也曾运用内服外用相结合的反佐疗法(内服熄风潜阳和苦泻心火等剂,外用生附子或葱、蒜等贴敷涌泉),疗效甚好。对于晚期尿毒症出现肾劳、关格证时内服左金丸加济生肾气丸加大黄附子汤加减以苦辛通降、和胃止呕、泻火补水、扶正祛邪,数法数药合理反佐,外用大黄、附子醋制贴双侧肾俞、涌泉等穴位,并用大黄附子汤为主保留灌肠,多途径内外结合的反佐疗法可起到明显效果。

反佐疗法临证运用应突出辨证精准、治病求本、合理配伍的原则。邹氏肾科医术专家认为反佐疗法具有非常深层的作用原理和独特的学术内涵,有别于现代一般意义上的复方配伍概念,反佐疗法具有很强的经验性,一直是中医临床组方中最具有技巧性的内容之一。必须依靠辨证的硬工夫,既知常,又达变,反佐疗法才能运用自如,就是说要能在寒热格拒之证,偶之不去之时精准使用反佐疗法以取之。同时反佐配伍理论不仅有其深刻的自然哲学基础和对立统一的唯物辩证法思想,也是方剂学组方理论中的重要学术内容,深入研究反佐疗法、反佐配伍理论,有助于揭示方剂组方规律,发掘历代古方中的配伍技巧,指导临床创制新方,提高疗效。

#### 3 验案举例

##### 3.1 肾劳、关格案

李某某,男,45岁,2016年3月28日初诊:患者因患慢性肾炎、慢性肾功能不全5年余,血肌酐比较稳定,波动在180~260  $\mu\text{mol/L}$ 。2016年3月初因感冒发热血肌酐飙升到640  $\mu\text{mol/L}$ ,迅速到安徽某三甲医院住院,西药对症治疗半月余,血肌酐不降又上升至780  $\mu\text{mol/L}$ ,血尿素32.8  $\text{mmol/L}$ ,血色素78  $\text{g/L}$ ,尿蛋白++++,医院要求血透,患者因惧怕透析,遂来本院门诊。诊断为晚期尿毒症。刻诊:头晕,面部萎黄,恶心呕吐,不思饮食,腰酸,怕冷,下肢浮肿,大便干结,小便不利,舌淡有齿印,苔根黄腻,

脉细小弦。中医诊断：肾劳、关格。辨证：肾元衰竭、浊毒上逆。治拟和胃降逆、益肾泄浊。方选左金丸合济生肾气丸、大黄附子汤加减。处方：黄连 5 g，吴茱萸 1 g，姜半夏 10 g，陈皮 10 g，竹茹 10 g，苍术 15 g，焦山楂 15 g，焦神曲 15 g，桑寄生 20 g，怀牛膝 15 g，肉桂 5 g，制附片（先煎）12 g，生地 15 g，山萸肉 15 g，山药 15 g，泽兰 15 g，丹皮 12 g，茯苓皮 40 g，车前子（包煎）60 g，制大黄 15 g。日服 1 剂，连服 15 剂。

2016 年 4 月 12 日二诊：经服以上苦辛通降、和胃益肾、泄浊利水之剂 15 帖，患者恶心、呕吐症状消失，胃纳好转，小便增多，大便稍软但仍不通畅，苔根黄腻渐化，脉同前。复查血肌酐  $765 \mu\text{mol/L}$ ，血尿素  $29.8 \text{ mmol/L}$ 。胃气得复，宗上法化裁。上方去竹茹，黄连改为 3 g，制附片改为 15 g，制大黄改为 25 g，加枳实 15 g，槟榔 15 g，大腹皮 15 g，土茯苓 30 g，日服 1 剂，连服 30 帖。

另：加用中药保留灌肠方（大黄 30 g，附子 15 g，煅牡蛎 40 g，蒲公英 50 g）浓煎 150 mL，每日在家保留灌肠 1 次。

2017 年 5 月 12 日三诊：经上方加重温补肾阳、导滞泄浊排毒之品，患者大便转为通畅增加到每日 3 次，小便量增多，浮肿消退，但仍感体乏无力，动则气喘，舌淡白脉细小弦，血肌酐较前明显下降为  $682 \mu\text{mol/L}$ ，血尿素氮  $25.2 \text{ mmol/L}$ ，血色素  $79 \text{ g/L}$ ，尿蛋白 ++，治宗上法增入补气填精之品。

黄连 3 g，太子参 15 g，苍术 15 g，白术 15 g，桑寄生 20 g，怀牛膝 15 g，肉桂 5 g，制附片（先煎）15 g，生地 15 g，山萸肉 15 g，山药 15 g，泽兰 15 g，丹皮 12 g，茯苓皮 40 g，车前子（包煎）60 g，制大黄 25 g，枳实 15 g，槟榔 15 g，大腹皮 15 g，土茯苓 30 g，当归 10 g，紫河车 5 g，日服 1 剂，连服 30 剂。

中药保留灌肠改隔日 1 剂。另加肾衰穴位贴（大黄粉、附子粉等份用醋调制）贴敷双侧肾俞、关元、双侧涌泉穴，隔日 1 次。

2017 年 6 月 15 日四诊：患者转从补气填精、益肾泄浊剂治疗后，诸症明显改善，特别是乏力之症好转，血色素升至  $85 \text{ g/L}$ ，血肌酐降为  $620 \mu\text{mol/L}$ ，血尿素氮  $22.6 \text{ mmol/L}$ 。效不更方，续在上方基础上辨证加减，随访半年，血肌酐最低降至  $460 \mu\text{mol/L}$ ，波动在  $460 \sim 580 \mu\text{mol/L}$  之间。

按语：本案系晚期尿毒症，属于中医的肾劳、关格病范畴，病机为肾元衰竭、浊毒内蕴、胃气上逆，治拟和胃降逆，益肾泄浊。此患者何以能转危为安，分

析如下：

第一，重视调理脾胃之气。吾师邹云翔教授常说：百病以胃气为本。因为脾胃为后天之本，生化之源，脾胃之强弱，关系肾脏功能之盛衰。正所谓有胃气则生，无胃气则死，得谷者昌。本案患者初诊时由于浊毒中阻，胃气上逆出现关格之证，抓住保胃气的重点，用《丹溪心法》左金丸合二陈汤加焦山楂、神曲、苍术和胃降逆，健脾化湿助运，使胃中浊气下降、脾胃清气上升，运化之功稍复，补肾排毒之药也得以从胃吸收而起作用。

第二，治病必求于本。本者，致病之由也。张景岳云：“凡治病者，在必求于本，或本于阴，或本于阳，求得其本，然后可以施治”<sup>[3]</sup>，“未有不阴明而能知疾病者”<sup>[3]</sup>。虞抟《医学正传》亦云：“肾元盛则寿延，肾元衰则寿夭”<sup>[13]</sup>。本例为肾劳重症，肾之元阴、元阳两衰是病之本，在整个治疗过程中自始至终抓住补益肾元之本，《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》曰：“虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者，八味肾气丸主之”<sup>[14]</sup>。由于患者水肿明显，取《张氏医通》之意将桂枝改肉桂，加车前子、怀牛膝名为济生肾气丸。全方十味药相合，温补肾阳，化气利水，实为补下治下之良方也。张景岳有云：“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳生而源泉不竭。”<sup>[3]</sup>本方生地黄补肾滋阴，滋养阴血于下；山萸肉补肝肾之精；山药健脾益气；泽兰易泽泻加强活血利水的作用，并防生地滋腻；丹皮主清肝火，制山萸肉之温；茯苓用茯苓皮加车前子增强淡渗化湿利小便之功效，并助山药之健运。盖阴阳本互根互用，无阳则阴无以化，无阴则阳无以生，故在大量滋阴药中反佐少许辛温之肉桂、附子，借桂、附之辛温补肾阳以生气，即所谓“少火生气”，蒸发津液于上，补阴助阳，生气化水以通利小便。本例患者在肾劳病症初步稳定阶段，仍表现乏力，动则气喘，严重贫血，根据邹云翔教授治肾劳经验加入了太子参、当归、紫河车三味药，补气养血填精，此乃《内经》所云：“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味”<sup>[14]</sup>，药后气血精亏证候明显好转。

第三，巧妙运用反佐配伍提高临床疗效。在本案的方药配伍中体现了多种反佐配伍法。①在一诊中所用的寒热反佐配伍法代表方左金丸，重用苦寒之黄连，反佐吴茱萸，连萸之比 5 : 1（丹溪原方 6 : 1），借其辛热之性制黄连之寒，散肝气之郁，使清中有散，寒中有温，热清邪解而不致过寒，合二陈汤使

关格所致呕吐之症消失;②济生肾气丸,其中的六味地黄丸为补泻反佐配伍的代表方,加肉桂、附子为肾气丸,又是润燥反佐、阴阳反佐的代表方;③左金丸与济生肾气丸合用又是泻火补水反佐的代表方,正如《难经·七十五篇》所谓:“泻南方火,补北方水,南方火,火者,木之子也,北方水,水者,木之母也,水胜火,子能令母实,母能令子虚,故泻火补水,欲令金不得平木也”<sup>[15]</sup>。合理使用这一反佐使得该患者关格消失,肾气复生。④济生肾气丸加大黄附子汤、内服补虚中药加中药灌肠加中药外敷,此乃补虚祛邪反佐、内外兼治反佐法之代表方。因此充分证明本案以上多种反佐方、反佐药、多途径反佐配伍是将此肾劳、关格重症力挽狂澜的关键。

### 3.2 口糜、狐惑、水肿案

陆某某,女,45岁,2018年11月23日初诊:2018年10月出现全身水肿,大量蛋白尿++++,24h尿蛋白定量13.6g,血白蛋白23g/L,随即住某肾病专科医院,肾穿诊断为膜性肾病Ⅲ期。用中西医结合治疗,西药强的松每晨1次,每次9粒,45mg;环孢素1日2次,每次75mg;中成药火把花根片,每次4片,1日3次;益肾化气、活血利水中药复方水煎,每日1剂。住院1月,24h尿蛋白定量下降为6.35g。出院30d门诊复诊:满月脸、水牛背,胸部痤疮,面部下肢水肿已退,舌颊牙龈肿痛,外阴白斑溃疡,心烦失眠,面部升火,大便偏干,小便灼热,舌质红苔根黄腻,脉细少力。尿常规++,24h蛋白定量2.24g,肝肾功能正常。虚火炎于上,湿热注于下,气血瘀浊郁于中。治拟兼顾,用邹氏导阳归肾汤合越鞠丸加减。处方:败龟板(先煎)9g,生蒲黄(包煎)9g,大生地30g,川石斛9g,大麦冬9g,黑玄参9g,黄柏3g,肉桂粉(冲)0.6g,黄连0.9g,六一散(包煎)10g,炒山栀15g,川芎15g,香附12g,神曲30g,虎杖15g,鬼箭羽15g,蛇舌草30g,雷公藤(先煎)15g,青风藤30g。日服1剂,连服30剂。

2018年12月24日二诊:诸症好转,牙龈肿痛、外阴溃疡愈合,原方再服30剂,尿常规转阴,24h尿蛋白定量下降为0.34g,正在逐渐撤减激素、环孢素剂量,巩固治疗中。

按语:导阳归肾汤为吾师邹云翔教授创制的反佐疗法经验方,由败龟板(先煎)9g,生蒲黄9g(包煎),川石斛9g,大麦冬9g,黑玄参9g,炒黄柏3g,肉桂粉0.6g(冲),黄连0.9g,生甘草3g组成。这

是治疗虚阳上越所致口舌糜病、牙龈肿痛的有效方剂。借用于目前肾科临床,笔者用于服用激素、环孢素、骁悉后出现口舌糜病、牙龈肿痛的病人,非常有效。主要适应证为口舌糜烂碎痛,牙龈肿痛,口干而不欲饮,面部升火,而下肢怕冷,心烦少寐,脉细少力,凡属于心营肾阴不足,虚阳无制,浮越于上,表现为上实下虚者,皆为其适应范围。或用法无效者亦可试用此方。方用生蒲黄、黄连泻心火,麦门冬、生甘草助之,生地黄、败龟板、黑玄参、川石斛、川黄柏补肾真阴而生津,肉桂反佐藉咸寒滋肾之力,归入肾宅,而安肾阳,以引真阳归原,龙潜大海。本案患者因服用激素、环孢素出现免疫功能失调,产生牙龈肿痛、外阴白斑等虚火炎于上的证候,还引起了机体气机出入功能的紊乱,湿浊瘀滞阻于脏腑肌腠,表现满月脸、水牛背、痤疮、出汗升火、心烦不寐、小便灼热等症。根据吾师邹云翔教授经验用疏滞泄浊法治疗,通过疏其气血,泄其湿浊瘀滞,使失常之升降出入功能得以恢复,方选越鞠丸加减。因患者还有水肿、蛋白尿等症候,加入了虎杖、鬼箭羽、雷公藤、青风藤以祛风通络利水,降低尿蛋白。三法共施,治疗1个月后患者牙龈肿痛、外阴白斑消失,2个月后24h尿蛋白降为0.34g,尿常规阴性。正所谓“寒热温凉,反从其病”是也。

### 参考文献:

- [1] 张登本,孙理军.王冰医学全书[M].北京:中国中医药出版社,2006.
- [2] 李克绍.伤寒论语译[M].济南:山东科学技术出版社,1982:163.
- [3] 李志庸,罗根海,徐又芳.张景岳医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:902,877,883.
- [4] 柳长华.李时珍医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1996:53,688.
- [5] 金文君.不能把反佐归属于反治[J].广州医学院学报,1992,20(1):49.
- [6] 叶显纯.论“反佐”[J].上海中医药杂志,1980:28.
- [7] 何梦瑶.医碕[M].北京:中国医药科技出版社,2014:10.
- [8] 石寿棠.医原[M].南京:江苏科学技术出版社,1983:16.
- [9] 刘洋.徐灵胎医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:360.
- [10] 叶定江,张世臣.中药炮制学[M].北京:人民卫生出版社,2003:27.
- [11] 徐大椿.医学源流论[M].北京:人民卫生出版社,2007:37.
- [12] 夏征农.辞海[M].上海:上海辞书出版社,1989:693.
- [13] 虞抟.医学正传[M].太原:山西科学技术出版社,2013:210.
- [14] 张仲景.金匮要略[M].北京:人民卫生出版社,2005:23.
- [15] 王履.医经溯洄集[M].北京:人民卫生出版社,1993:60.

(编辑:叶亮)