

# 黄仕沛运用续命汤经验介绍

孙燕 指导：黄仕沛

广州市越秀区中医医院，广东 广州 510030

[关键词] 续命汤；经验介绍；黄仕沛

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 04-0211-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.04.060

近年来，随着重温经典热潮的到来，越来越多的医家开始重视续命汤。原因何在？首先，续命汤，从表面理解，乃是延续生命之意，可见其作用重大。其次，古代著作中提到的续命汤有很多首，它们当中有相同，也有不同。第三，关于续命汤，在历史发展中，它的地位发生了巨大的变化，其中的原因发人深思。黄仕沛教授是广州市越秀区名中医、越秀区中医医院副主任中医师、广州中医药大学兼职副教授，作为研究伤寒一派的现代临床经方家，临证处方，宗“方证对应”之旨，对于续命汤的运用也有独到的经验，笔者跟随黄教授门诊抄方学习，下面就其应用续命汤的经验进行总结。

## 1 续命汤来源

续命汤首见于《小品方》，该书约成书于隋唐之前，汉魏晋南北朝时期，是隋唐以前医学史上一部极为重要的方书。《小品方》其中记载小续命汤：“治卒中风欲死，身体缓急，口目不正，舌强不能语，奄奄惚惚，精神闷乱，诸风服之皆验，不令人虚方”，药用：甘草、麻黄、防己、人参、桂枝、黄芩、川芎、芍药各一两，防风一两半，生姜五两，附子大者一枚。因该方治疗中风效果显著，被当时众医奉为“诸汤之最要”。唐代名医孙思邈亦将续命汤收入《备急千金要方》“诸风”篇之首，并列有续命汤类方数首。《外台秘要》亦载有续命汤。续命汤对于唐宋以前的医家来说，是治疗中风病的重要方剂。

今人之所以对续命汤了解甚少，是因为宋代以后，中风病“内风”学说逐渐建立，代表医家有金元

四大家，其中刘完素<sup>[1]</sup>提出“心火暴剩，水不制火”，认为“中风瘫痪者，非谓肝木之风实甚而卒中，亦非外中于风尔，由于将息失宜，而心火暴甚，肾水虚衰，不能制之，则阴虚阳实，而热气怫郁，心神昏冒，筋骨不用，而猝倒无所知也。多因喜、怒、思、悲、恐之五志过极，皆为热甚故也。”朱丹溪<sup>[2]</sup>在《丹溪心法·中风》开篇指出：“中风大率主血虚有痰”，认为中风病属于素体血虚，血虚而湿盛，湿盛则生痰，痰湿内阻，阳气不得宣泄，郁而生热，使得痰浊上犯而为病，并且还可以理解为血虚生风，而风邪易袭阳位，从而导致中风。至明代，《普济方·诸风》更认为小续命汤治疗中风是“不治其本”，张景岳认为中风“悉由内伤”“本无外感”，故用小续命汤治疗中风是“速其危耳”，完全颠覆了该方的作用<sup>[3]</sup>。及至清朝张山雷，则对小续命汤直接批判，谓“小续命汤之治卒中欲死，本是附会《伤寒论》之太阳中风，而制此鸿蒙未判之奇方，乃后人之论中风有中经络之一证，又附会小续命汤之可治太阳证，而造此不可思议之病理，要知昏瞶卒中之中风，既非在表之风邪，必非小续命汤之庞杂所能侥幸图功”<sup>[4]</sup>。由此之后，小续命汤的地位一落千丈，使得多数医家不敢贸然采用。亦有少数医家选用小续命汤，无奈影响力太低，使得小续命汤在治疗中风中的作用越来越弱。

《金匱要略》附方：《古今录验》续命汤“治中风痲，身体不能自收持，口不能言，冒昧不知痛处，或拘急不得转侧。”药物组成：麻黄、桂枝、当归、人参、石膏、干姜、甘草各三两，川芎一两，杏仁四

[收稿日期] 2017-10-12

[作者简介] 孙燕 (1984-), 女, 主治中医师, 研究方向: 中医内科。

十枚。黄教授在临床上善用续命汤治疗脑血管病及重症肌无力等多种神经系统疾病。《黄仕沛经方亦步亦趋录》<sup>[9]</sup>中提到,对于续命汤,原文可以理解为:“身体不能自收持”指四肢肌力下降,肌张力降低;“冒昧不知痛处”指感觉障碍(包括脑血管病及多数脊神经根病变者);“口不能言”指言语蹇涩,构音功能障碍或吞咽功能障碍;“拘急不得转侧”指肌张力增高及伴发神经性疼痛等症状,方后云:“并治但伏不得卧,咳逆上气,面目浮肿。”指的是风痲之重症损及呼吸肌或伴发肺部感染、心衰等。黄教授在临床上遵循“有是证,用是方”的理论,认为凡是出现运动、感觉障碍、肢体偏枯或痿废,或神经性疼痛等症状,若无明显禁忌证,皆可选用续命汤。本方药物组成温、清、通、补并用,麻黄、桂枝、干姜温阳散寒,当归、川芎行气活血化瘀,党参、甘草甘温补虚,杏仁宣散邪气,石膏清凉防诸药温燥。关于本方的组成,黄教授认为要遵循以仲景解仲景的规律,不能一味强求逐味药物进行解释。常言道:“一家有一家之伤寒,一家有一家之仲景”。历史上注释《伤寒论》的不下数百家,哪一家才是仲景原意?莫衷一是。正如陈瑞春教授所说:“陈修园的注解是陈修园心中的《伤寒论》,柯韵伯的注疏是柯韵伯对《伤寒论》的理解,这都不能代表张仲景的本意。”因此,黄教授主张“以论解论”,通过仲景书前后文,探索仲景的辨证及用药规律,不臆度揣测。有学者<sup>[6]</sup>提出本方“重在石膏、干姜并用,而调理脾胃之阴阳。”其观点认为《内经》所云:“治痿独取阳明”,而干姜辛温升阳,石膏质重沉降,一升一降,可使脾升胃降,从而水谷精微得以运化至四肢肌肉,四肢得养,则风痲可愈。对此黄教授并不完全赞同,原因在于《伤寒论》与《内经》并非同一个体系,仲景用药有自己的规律,况且有些续命汤并无干姜、石膏或干姜、石膏同用,这又如何解释?黄教授指出,由于受到时代的局限性,仲景时代的医家认为外邪直中导致中风并不出奇,遂续命汤从药味上看,与大青龙汤类似,《伤寒论》第38条,太阳中风、脉浮紧,发热恶寒,身疼痛,不汗出而烦躁者,大青龙汤主之:麻黄六两,桂枝二两,甘草二两,杏仁四十枚,生姜三两,大枣十枚,石膏如鸡子大。《古今录验》续命汤可理解成借用了大青龙汤加味而成,正如《金匱要略》借用原治疗痞证的半夏泻心汤而治疗狐惑病是同

样的道理。

综观历代多首续命汤及《千金方·风门》诸方。寒温补散组合,各药皆有出入,惟独麻黄没有去,可见麻黄是此方关键性药物。提及麻黄,首先想到的是解表发汗,特别是把“中风”看作是“外风”,更觉麻黄是“发散外风”的,所以把“续命汤”看作是大青龙汤的变方。其实,麻黄功效不止于发汗,此方也不止于发汗。麻黄是该方的主药,在《神农本草经》里明确记载麻黄作用有五:解表发汗,利水消肿,平喘止咳,温经通阳,活血祛瘀<sup>[3]</sup>。黄教授认为麻黄的功用除了上述五点之外,更有止痛及开窍之功,且温经通阳的力度可达到振奋沉阳的程度,比如麻黄附子细辛汤,麻黄在此方的作用应是振奋沉阳、开窍宣通。与麻黄汤药味相同的是还魂汤,此方载于《金匱要略·杂疗方》中:“救卒死,客忤死,还魂汤主之。”《千金方》也有载,《千金方》云:“主卒忤鬼击飞尸,诸奄忽气绝,无复觉,或已无脉,口噤拗不开,去齿下汤,汤下口不下者,分病人发左右,捉翕肩引之,药下复增取一升,须臾立苏。”《皇汉医学》云:“此方为起死回生之神剂。还魂之名,诚不愧也。”并载有多例验案。由此观之,麻黄汤和还魂汤虽然药味相同,然则所治疾病并不相同。半夏泻心汤与甘草泻心汤药味亦相同,然则一个治痞,一个治狐惑病。同样的道理,续命汤与大青龙汤药味相似,但续命汤已不局限于治疗外感疾病,而是变为治疗中风病。至于外风、内风之争,黄教授认为并无争论的必要,关键在于方证对应准确。那么,既然续命汤中的麻黄非发汗之用,那么为什么方后服法写到:“以水一斗,煮取四升,温服一升,当小汗,薄覆脊,凭几坐,汗出则愈。不汗更服,无所禁,勿当风”?对此,黄教授认为此处的汗出则愈,其实是服药后药力达到“知”的程度,若无汗出,说明药力不够,但不可大汗,应为小汗出,小汗出才是“药汗”,若为大汗出,则为“病汗”,易伤阳气。关于麻黄与桂枝配伍的问题,观仲景用药,麻黄配伍桂枝是一大规律,教科书往往解释为桂枝增强麻黄发汗解表之力,实则不尽然。续命汤的麻黄并非解表发汗,桂枝固然可以增强麻黄温经通阳之力,但更能制约麻黄,减少其致“悸”的副作用。《伤寒论》第64条:发汗过多,其人叉手自冒心,心下悸,欲得按者,桂枝甘草汤主之。第65条:发汗后,其人脐下悸者,欲作奔豚,

茯苓桂枝甘草大枣汤主之。第107条：伤寒八九日，下之，胸满烦惊，小便不利，谵语，一身尽重，不可转侧者，柴胡加龙骨牡蛎汤主之。此三条，实为救误之治，“发汗过多、发汗后、下之”均为误治，出现的“心下悸、脐下悸、胸满烦惊”均为误治后出现的副作用，因此，在救误的治疗中，均选用了桂枝这一味药，可知桂枝有定悸、减少麻黄副作用之功。关于麻黄的煎法，《伤寒论》中麻黄必是先煮，去上沫。黄教授认为，主要是针对麻黄碱可以令人“烦”，“上沫”中麻黄碱较多，故先煮，并去上沫。关于麻黄的用量，黄教授一般从小剂量开始，12g起始，结合患者的个体差异逐渐加量，一般以3g作为递增用量，一般最大用至30g。若患者服药后出现心烦不寐，可嘱患者中午前服药，至于有人出现明显心悸等不适，可终止或减少剂量。下面介绍黄教授运用续命汤医案2则，以飨同道。

## 2 病案举例

例1：脑梗死。黄某，男，72岁，2017年3月16日初诊。既往高血压病史，因一己偏见从未服用降压药，后因“言语謇涩，左上肢乏力2周”来诊，2周前患者突发言语謇涩，左上肢精细动作欠灵活，曾于广州市第一人民医院行CT检查提示急性脑梗死，于常规治疗后症状无明显好转，亦无明显加重。为求中医治疗，求诊于黄教授。患者面白，言语不利，左上肢乏力感，动作欠灵活，纳眠可，二便调。舌红、苔白，脉沉涩。诊断：中风-中经络(气虚血瘀型)。黄教授处以续命汤加黄芪，处方：黄芪90g，麻黄12g，党参、石膏各30g，当归25g，桂枝、杏仁各15g，甘草、干姜、川芎各10g。3剂，每天1剂，水煎温服。

2017年3月19日二诊：患者诉服药后未见明显心悸、汗出，睡眠质量可，言语仍欠流利，上肢稍乏力。前方黄芪加到120g，麻黄(先煎)15g，4剂。

2017年3月23日三诊：患者言语较前流利，上肢精细动作仍欠灵活，无明显副作用。刻下心率82次/分，律齐。上方麻黄加到18g，继续服7剂。

2017年3月31日四诊：患者言语謇涩明显改善，自觉上肢精细动作好转。纳眠可，二便调。黄教授嘱守方续服。

后患者坚持于门诊复诊，随访至2017年7月，左上肢乏力亦明显改善。

按：本患者为中风中经络轻证，表现为言语謇涩，上肢精细动作差，无疼痛，按照原文所说，符合“口不能言，身体不能自收持”之典型特点，所以黄教授有是证，用是方，处方用药精准，取得较好的临床疗效。

例2：腰椎间盘突出案。张某，女，63岁，2016年11月22日初诊。因“反复腰痛3余年，加重3天”来诊，既往腰椎间盘突出症病史，刻下：患者腰痛，右下肢放射痛，不能久立久坐，3天前负重后症状明显加重，甚则不敢弯腰洗脸，纳眠可，二便调，舌红、苔白，脉沉。以续命汤方治疗，处方：麻黄12g，当归25g，党参、石膏各30g，桂枝、杏仁、甘草各15g，川芎10g，干姜5g。3剂，每天1剂，水煎温服。

2016年11月25日二诊：仍由家属陪同前来，诉腰痛及右下肢放射痛基本同前，可站立时间较前延长，服药后夜间睡眠质量欠佳，入睡困难。麻黄加至15g，先煎。4剂，嘱早、午餐后服药，勿夜服。

2016年11月29日三诊：患者自行来诊，腰痛及下肢放射痛好转，活动后无加重。余症状无特殊。处方麻黄加至18g，先煎。3剂，每天1剂，水煎温服。

2016年12月3日四诊：患者诉腰痛及下肢痛明显好转，但时有心悸，处方麻黄减至15g。4剂，后患者再复诊3次，症状基本消失。

按：本例主要症状为疼痛，无明显寒热之象，黄教授治疗肢体疼痛，常用的几首方包括葛根汤、当归四逆汤、桂枝芍药知母汤、麻杏薏甘汤等。“太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之”，对于无汗，怕风，颈肩背腰椎等疼痛，黄教授常用葛根汤。“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之”，针对四肢末端循环差，手足冷的疼痛，黄教授常用当归四逆汤。“诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。”对于风、寒、湿侵袭人体，导致的肢体疼痛，关节变形、肿痛，黄教授喜用桂枝芍药知母汤。那么，对于本例，为何选用续命汤？仍然归结于方证对应。病人腰腿痛，不能俯仰身体，不敢久坐久立，不正对应了续命汤条文之“拘急不得转侧”，且病人无明显寒热表现，续命汤可作为首选。在本例中，麻黄主要起到止痛的作用，这一点，葛根汤、麻杏薏甘汤有异曲同工之妙。

## [参考文献]

- [1] 高丽, 饶凯华, 千元江, 等. 论中风病之“风”[J]. 江西中医学报, 2009, 21(6): 11-14.
- [2] 杨懿, 朱立鸣. 朱丹溪从“痰”论治中风学术思想浅探[J]. 国医论坛, 2007, 22(6): 12-13.
- [3] 陈党红, 颜芳, 徐国锋, 等. 重新解读小续命汤的地位[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(9): 2154-2157.
- [4] 张寿颐. 张山雷医集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 20-21.
- [5] 何莉娜, 潘林平, 杨森荣. 黄仕沛经方亦步亦趋录[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 20.
- [6] 江长康, 江文瑜. 经方大师传教录[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 100.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

## 张延昌治疗强直性脊柱炎经验介绍

王智明, 田雪梅

甘肃省中医院, 甘肃 兰州 730050

[关键词] 强直性脊柱炎; 经验介绍; 张延昌

[中图分类号] R593.23

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2018) 04-0214-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.04.061

张延昌主任医师为全国名老中医传承工作室专家, 甘肃省名中医, 从事中医临床工作40余年, 临证经验丰富, 尤善诊治风湿性疾病, 对强直性脊柱炎的治疗有独特的见解和认识, 现将张主任治疗强直性脊柱炎的经验总结如下。

### 1 善于运用武威汉代医简所载方

张主任出身甘肃武威, 1972年武威旱滩坡出土的汉代医简引起了极大的兴趣, 在出土的92枚简牍中, 所载医学内容非常丰富, 详细记载了疾病的病名、症状、药物、剂量、治疗方法、服药时辰、药量、药物禁忌、生活禁忌, 以及药方的主治范围等, 原汁原味地反应了汉代西北地区医学发展状态和发展水平<sup>[1-3]</sup>。在所载30首方剂中, 治疗风湿病的就有6首, 张主任深入研究此6首方剂, 根据其主治病证的病机特点, 结合强直性脊柱炎的中医病机, 形成了以治东海白水侯所奏方为基础方, 灵活合用治鲁氏青行解解腹方、治伤寒逐风方、瘀方为主要方药的治疗方案, 在强直性脊柱炎的治疗中取得了显著疗效<sup>[4-6]</sup>。

强直性脊柱炎病变部位主要在脊柱腰骶, 为督脉所过, 病变的主要组织为筋骨, 主要病机为筋软骨痿, 主要表现为疼痛和活动不利。现代医学研究显示, 强直性脊柱炎的主要病理特点为附着点炎, 病变部位主要在脊柱和骶髂关节<sup>[7]</sup>, 这与中医病变部位在筋骨的病理机制是完全一致的。中医认为肝主筋, 肾主骨, 督脉通于肾, 肝肾不足是导致该病发病的主要原因, 而先天不足、后天失养是形成该病的主要基础, 强直性脊柱炎患者发病年龄多集中在儿童期, 即说明了先天不足在发病原因中的重要性。治东海白水侯所奏方主要由桔梗、牛膝、续断、防风、远志、杜仲、赤石脂、山茱萸、黄柏、肉苁蓉、附片、山药组成, 主要功效为补肾益精, 祛风散寒, 强筋壮骨, 与强直性脊柱炎的病因病机相符, 故作为治疗的基础方。治鲁氏青行解解腹方由麻黄、大黄、厚朴、石膏、苦参、川乌、附子组成, 主要功效为散风清热, 祛湿止痛, 主治风寒湿邪外侵, 渐次化热, 出现肢节红肿热痛或发热不解等证<sup>[8]</sup>, 该方的主要特点为小剂量温热药与大剂量清热药相伍, 寒热并用, 适用于强

[收稿日期] 2017-10-17

[作者简介] 王智明 (1972-), 男, 副主任医师, 研究方向: 风湿性疾病的中西医结合临床与基础研究。