

中药临床用量研究丛书

中药临床用量 流域研究

主编 傅延龄 张林 宋佳



科学出版社

食 药 警 肉

中药临床用量研究丛书

中药临床用量流域研究

主 编 傅延龄 张 林 宋 佳

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书是《中药临床用量研究丛书》分册之一，系国家重点基础研究发展计划（973 计划）项目“以量-效关系为主的经典名方相关基础研究”之“基于文献及临床经验分析的中医方药剂量理论研究”课题成果。

本书以历代重要医家的大量文献资料为依据，用“方药用量流”和“方药用量流域”的观点和方法，全面研究两千多年时间里的临床方药用量情况，还原不同年代方药用量传承与变化的历史，并深刻分析其原因；通过对临床常用 50 种中药在两千多年时间里的最大用量、最小用量、平均用量、最常用量和最常用量范围的统计，绘制每一味药物的“用量流域图”，直观、清晰地展示各药在不同历史时期的用量特点；选择古今部分重要医家，分析揭示其临床方药用量规律。

本书内容丰富、全面，数据翔实、准确，分析深入、细致，不仅具有重要的文献价值，显著的思想性和学术性，也具有很强的实用意义，适合临床医生、科研和教学人员阅读。

图书在版编目（CIP）数据

中药临床用量流域研究/傅延龄，张林，宋佳主编. —北京：科学出版社，2015.3

（中药临床用量研究丛书）

ISBN 978-7-03-043671-9

I. ①中… II. ①傅 ②张… ③宋… III. ①经方-剂量控制-研究
IV. ①R289.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2015）第 048517 号

责任编辑：丁 毅 曹丽英 / 责任校对：张小霞

责任印制：徐晓晨 / 封面设计：范璧合

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码：100717

<http://www.sciencep.com>

北京京华虎彩印刷有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2015 年 3 月第 一 版 开本：787×1092 1/16

2015 年 3 月第一次印刷 印张：26.75 插页：8

字数：650 000

定价：128.00 元

（如有印装质量问题，我社负责调换）

《中药临床用量研究丛书》 总编委员会

主 任 仝小林 傅延龄

编 委 (按姓氏音序排列)

陈 明 傅延龄 何丽清 焦拥政

李家庚 连凤梅 宋 佳 陶晓华

仝小林 王跃生 徐国良 徐晓玉

张 林 赵鲲鹏 周祯祥

《中药临床用量流域研究》

编委会

主 编 傅延龄 张 林 宋 佳

编 委 (按姓氏音序排列)

安相佑 (韩国)	车雄硕 (韩国)	陈传蓉
陈丽名	程怡华	丁 毅
方 静	冯 青	韩美仙
何丽清	黄熙颖	黄一珊
黄英杰	蒋跃文	金钟斗 (韩国)
李丙旭 (韩国)	李晨辉	柳井杜莎 (日本)
刘绍永	罗明宇	马 浔
马艳红	倪胜楼	潘 锋
潘中艺	朴持炫 (韩国)	司鹏飞
宋延强	孙晓峰	谭曦然
王 超	王 倩	王博峰
王洪蓓	王振宇	王醜恩
熊 鹏	徐大基	杨 琳
赵城焄 (韩国)	赵鲲鹏	赵思佳
周 易		

序 一

方药之成 剂量为重

剂量是影响方药有效性及其安全性的重要和关键的因素,如果脱离了剂量,任何关于方药有效性和安全性的谈论都是空洞的。前人说“中医不传之秘在于量”,这句话所要表达的意思并非是议论方药剂量的神秘性,而是强调方药剂量的重要性。

中医临床处方用量有多样性和个性化的特点,时下,有些学者认为这是中医标准化和规范化不够的表现,我个人却以为这也正是中医辨证用药特色的一种反映。人体是一个十分复杂的有机整体,疾病是在复杂病因作用下导致的机体失衡,方药的组成更是一个复杂的系统工程。临床医家面对这样三个“复杂”的难题,仁者见仁,智者见智。既有“轻药能愈病、四两拨千斤”的轻灵派的观点,也有“大剂起沉疴、重药回垂绝”的火神派的主张。

我们认为中医处方剂量的确定具有多样性和个性化的特点,这充分说明了中医方药剂量科学内涵的丰富和多彩,说明研究中医方药剂量的必要性和复杂性,比化学药物剂量研究有更大的难度。

产生这些多样性的原因与疾病流行的背景不同、医生的传承流派不同、用量经验的积累不同、地域药材的基源品质及炮制制剂技术的不同,以及人群体质禀赋强弱的不同等多种复杂因素相关。我们不能采取把复杂问题简单化的作法,必须通过科学研究来揭示中药处方剂量确定的科学内涵,阐明量效关系、量毒关系是我们当代医药工作者共同的历史责任。

我校傅延龄教授主攻张仲景医学,长期从事经方应用与研究,经方量效关系是他的主研方向。近五年来带领团队,在国家科技部973课题“基于文献及临床经验挖掘的中医方药剂量理论研究”的支持下,通过对与剂量相关的古今文献进行全面的整理和分析,对中医方药剂量问题进行了深入细致的研究,取得了可喜的研究成果,并在此基础上,总结编著出版了有关方药剂量研究的三部著作——《经方本原剂量问题研究》、《中药临床用量流域研究》和《中药临床处方用量控制》。《经方本原剂量问题研究》采用逻辑考证的方法,充分论证了经方药物计量采用的是东汉官秤,并逐一分析了在经方本原剂量问题上的各种不同观点。《中药临床用量流域研究》一书中提出“方药用量流大坝”和“方药用量流域”等观点,以历代医家著作作为原始文献依据,统计临床常用50种中药在2000多年的时间里最大用量、最小用量、平均用量、最常用量和最常用量范围,逐一绘制了其“用量流域图”,并选择性介绍古今医家在临床上的用量特点。《中药临床处方用

量控制》一书中提出中药临床处方用量控制的新观念,对支撑临床处方用量控制的各种基础知识进行了详尽的论述,挖掘和提炼了众多著名临床医家方药用量控制的智慧和策略,总结和归纳了方药临床用量控制的原则和方法,并选择一些具有方药用量控制典型示范意义的医案进行了分析。

方药剂量研究三书是国家973课题中医方药剂量研究的丰硕成果的总结,其内容翔实丰富准确,给人一个全新的面貌,为读者展示了中医方药剂量研究的新天地。该书不仅对广大临床医师遣药组方确定用量具有重要的指导意义,同时对从事古今中药药物剂量方药研究的科学工作者提供了很好的文献研究思路和方法、对中药剂量理论的创建做出了应有的贡献,为国家有关部门对中医方药临床用量的相关政策法规的修订提供了科学依据。

延龄教授的方药剂量三书将我们带入了临床处方用量的历史长河,以详实的历代文献为本,以切实可行的研究思路、科学求实的研究方法、严谨认真的治学精神,旁征博引、思古观今,为中医剂量研究专著难得的上乘之作。本人力荐,愿与同道分享,欣然命笔,乐之为序。

国家药典委员会资深专家 高学敏
北京中医药大学教授

2014年9月9日

序 二

经方之于中医，厥功伟矣。以其疗效卓著，虽逾两千余年而不衰。古今临床之大家，不从经方走出者，鲜矣。然应用经方最要紧的剂量，却成为中医史上最大的一宗悬案，并由此而导致在经方剂量应用上的四大问题即：误、乱、惑、缺。

所谓误，是剂量错误。现代教科书之折算，离经方本源剂量，相差甚远。所谓乱，是剂量混乱。门派林立，各承家技，随心所欲。即使治同一疾病，用同一处方，方量和药量可差数倍甚至十数倍。所谓惑，是考据之经方剂量和临床实际应用之剂量两层皮，考据归考据，临床归临床。因为吃不准，没用过，而心生疑惑。所谓缺，一是缺少对临床有指导意义的用量、策略进行全面系统的总结，二是缺少研究方药剂量的思路、方法和技术，三是缺少方药理论。

傅延龄先生，才子也，君子也，伤寒之大家也。学问深厚、治学严谨、人品端庄。早在16年前，我们就曾有感于经方剂量之乱象，开展了合作研究，共同带研究生，可谓志同道合。及至2009年，我们以积年研究之沉淀和自信，获得了国家科技部973重大专项：经典名方量效关系相关研究。我作为项目的首席科学家，从内心里感激和敬佩延龄君和他所领导的团队，以其卓越的成绩非常出色并创造性地完成了文献考据部分，为项目添彩不少。

首先，他们纠正了“误”。以毫无悬念的结论，确定了仲景之一两约为13.8克。其次，他们平定了“乱”。绘制了两千年剂量流域图，以仲景常用50味中药，详尽描绘了历代剂量之变迁，并解释了剂量乱象产生的原因。再次，他们补充了“缺”。系统总结了历代名医的用量策略，为构建方药剂量理论，铺垫了宽厚的基石。

在973项目即将结题之际，延龄君完成了三本经方剂量专著，并所序于余。展卷之时，感慨万千。我们16年前的夙愿，由延龄君得以实现，所谓仲景之大功臣也。

感慨之余，略写几句小诗，以表达对延龄及其团队之敬意。

(一)

经方剂量错千年，
厘定不易纠更难。
犹如晚清剪长髮，
花掉整整五十年。

(二)

门派林立乱象生，
千古谜团度量衡。
“流域”理清无头绪，
“煮散”可释困惑因。

(三)

用量策略简而明，
方药剂量理论兴。
科学求出剂量阈，
量化时代已来临。

仝小林

甲午中秋写于寺尚村慧觉斋

自序

方药用量流、用量流域是我在研究经方药物历代用量特点时提出来的两个概念。方药的应用具有两千多年的历史。这句话讲述的事实看似简单,如果仔细想一想,其实是很不容易的。因为这里讲的是相同的经方,相同的药物,如桂枝、麻黄、葛根、柴胡,以及桂枝汤、麻黄汤、葛根汤、小柴胡汤,它们的应用具有两千多年的历史。桂枝、麻黄仍然是桂枝、麻黄,桂枝汤、麻黄汤仍然是桂枝汤、麻黄汤,没有变化。一如我们几千年前吃大米、小麦,至今仍然吃大米、小麦没有变化。化学药物也有经久不衰的,如阿司匹林、布洛芬、硝酸甘油,但毕竟推陈出新,不断淘汰,不断创制,是大局面,是主旋律。中医历史上也曾有关“古方今病不相能也”的观点,但临床历史证明这种观点是不正确的,经方具有永远而旺盛的生命力。

经方和经方药物的应用薪火相传,子子孙孙无穷尽也,形成奔流不息的历史长河。所以,经方药物的用量,如果我们把祖孙父子师徒的用量相缀,也形成绵绵不绝的长河。分而言之,一首经方,一味药物,它们的用量,当我们把一代一代医家的用量连缀起来,你就会发现这是一条条连贯的,不绝如缕的细流。于是我便提出来“方药用量流”的观点。

方药的用量并不总是相同的,不是整齐划一的。不同的医家,不同时期、不同时代的医家,他们的方药临床用量可能是不相同的。这就恰如一条河流,它从源头向下流去的时候,时而平缓、时而湍急,时而宽阔、时而狭窄。我们对方药用量流域,也要把它看成一个四维的事物,而不宜把它看成一条细狭的、平坦的线条。于是我便提出来“方药用量流域”的观点。

本书正是我和我的团队采用“方药用量流”、“方药用量流域”的观点进行历代方药临床用量特点研究结果的反映。我们选择了经方常用50味中药为代表,依据历史文献进行全面的统计,得出了50味中药的5个基本数据:最小用量、最大用量、平均用量、最常用剂量、最常用量范围。并在此基础上绘制了经方常用50种药物2000年的用量流域图,同时对每一幅图的图形特征,从其形成原因,结合医家的经验进行分析。相信这些工作能够帮助读者全面认识历代方药用量,拓宽视野,去掉人们在方药用量认识上的局限和枷锁。

谈到药物用量流域图,不能不说到我的遗憾。我曾设想采用计算机技术,把流域图做得更好一些,我想或许可以用颜色的浓淡来表达药物不同用量使用频次的多少。本书的流域图没有把药物不同用量的频次表达出来,这是不足的,应该承认这是缺点。

我这里还想谈一谈我关于方药用量的四个阶段划分。第一个阶段是汉唐时期:在这一时期,临床所用剂型主要为汤剂,用量很大,大抵皆如张仲景著作中记

载的剂量,庞安时等人称之为“大汤剂”。第二个阶段是唐末两宋及金元时期:在这一时期,临床所用剂型主要为煮散剂,药物的用量很小,大抵相当于张仲景方药用量的三分之一到五分之一,甚至更小。第三个阶段为明清民国时期:在这一时期,汤剂再次成为临床所用主要剂型,煮散剂的应用减少,退居为次要剂型。不过在药物用量上,由于经过从唐末到金元几百年,特别是北、南两宋煮散剂应用,医家已经习惯于小剂量,即使汤剂应用回归,但剂量却没有重新回到大剂量。第四个阶段为当代:在这一时期,虽然单味药物的用量仍与明清以来的用量不相上下,但每一个处方的药味数却大幅度增加。众所周知,经方的药味数很少,宋代以来,虽然也有少数医家常常一个处方用很多药味,但绝大多数医家通常一个处方仅用寥寥数味药物。而到了当代,处方药味数多逐渐成为普遍现象。北京某中医院对方药味数的统计表明,该院一个处方平均药味数是18.5味,超过经方平均药味数的3倍。人们现在习惯把这样的处方称为“大处方”。这样的大处方,每一单味药物的用量与汉唐相比虽然不大,但每一个处方的药物用量总量却不小于甚至超过汉唐。笔者根据上述四个阶段的药物用量特点,把它们分别称为大汤剂、煮散剂、小汤剂和新大汤剂阶段。

古谚曰:“礼失求诸野”。又曰:“耕当问夫,织当问婢。”临床病症是复杂的,多样的,因此药物的用量也应该是多样的。我们对历代药物临床用量特点的研究结果表明,在过去近两千年的历史里,药物临床用量符合多样性的特点,药物的用量范围很宽。虽然在宋代以至金元,由于煮散剂是临床应用的主要剂型,临床药物用量呈现“小剂量、窄范围”的特点,但汉唐、明清及民国,药物的用量范围并不狭窄。而即使是两宋、金元,一些医家对于那些用“不可煮散”方剂的病例,药物的用量范围依然很宽。需要我们认真思考的问题是,进入当代,临床药物用量的个性化、多样化逐渐丧失。这种情况的出现与两个方面的主要因素有关:其一,从1956年开始办规范化的中医药大学教育,至今近六十年,毕业学生数以万计。他们所受到的教育给了他们临床药物常用量范围。其二,《中华人民共和国药典》对中药的常用量范围也有规定。虽然《药典》明确说明其中给出的用量范围不可逾越的法圈。在这两个方面的因素的作用下,众人束手,天下归一。于是我们常常看到,即使很重的病情,医生开的中药仍然在常用量范围之内,一日一剂,不越雷池一步。当然,这样的情况主要存在于“规范管理”的医院。在那些非规范管理的医疗机构,时常还能见到不拘常规的应用。是耶?非耶?这的确是值得我们很好思考的问题。

我常常给学生讲这样一句话:知道常用量范围、法定常用量范围是重要的,而知道非常用量范围,知道在什么情况下需要突破常用量范围,那却是更重要的。

是为序。

北京中医药大学 傅延龄

2014年9月

前 言

在思考如何撰写这篇前言的时候,有几个成语不停地在笔者的头脑里闪动:杯水车薪、杀鸡焉用牛刀、失之交臂、四两拨千斤……

这几个成语都可以用来反映方药用量轻重。当病情严重的时候,方药的用量要大。如果病情严重而方药用量很小,一般是难以取得疗效的。我们把这种情况评价为病重药轻,也可以把它形容为“杯水车薪”。如果病重药轻,不仅不能取得疗效,有时还有可能贻误病情,导致疾病发生不良变化。《伤寒论》所论述的太阳病若“发汗不彻,不足言”,就属于病重药轻的情况,结果是“阳气怫郁不得越”,以致“其人躁烦”。病重药轻是不对的,而反过来,如果病情不重,或者患者体质较弱,对药物的耐受性差,那方药的用量就应该相应地减少,药量不可过大,否则就属于病轻药重,一般也不会产生好的疗效,甚至也有可能加重病情。这种情况可以形容为“牛刀杀鸡”。临床上常常有一种情况,诊断和辨证准确,立法正确,选方用药恰当,本来应该能够治愈疾病,可是药量用得太小了,患者坚持服药,一点效果都没有。医生不知是药量不足的原因,以为辨证立法有误,放弃正确的方法,改用其他方药,依然无效。这种情况可以形容为“失之交臂,擦肩而过”,殊为可惜!

另外,临床医生对于方药的用量,既可能用重药治疗重病,也就是用大剂量治疗急危重症的大病,即所谓“重剂起沉痾”,也有可能用轻药治疗重病,也就是用较小的剂量治疗急危重症,即所谓“四两拨千斤”。四两拨千斤还不是指对于那些病情比较轻缓的慢性病,或者对于邪微正虚,或病位在上焦的病,采用较小的药量去治疗。清代医家吴鞠通所谓“治上焦如羽,非轻不举”、“治下焦如权,非重不沉”,其中的轻、重,主要指的是药物的质地,而不是药物的剂量。当然,质地重的药物,其用量一般也较重,质地轻的药物,其用量一般也较轻。

1. 理、法、方、药与理法方药量

我们知道中医讲理、法、方、药。什么是“理法方药”?一个病例,医生通过望、闻、问、切,寻找它的表现,进而认识它的病因、病机,这是理,或者说是病理。认识了它的病理,明白了它是如何发生的,病因是什么,有哪些环节,各个环节之间的关系如何,关键的环节在哪里,在此基础上确定解决方案、治疗方法,这就是法,也可以称为立法。方法既已确立,就需要选择一个药方,一个能够实现已经确立的治疗方法的方子,一般来讲是前人的成方,比如张仲景的方子,或者李东垣、刘河间的方子,这就是方。到了这一步,事情还没有完成。医生还需要根据具体病例的具体病情,根据它的个性特点,对所选的方剂进行细节处理,可能要把原方中的某药减去,也可能要往其中加入某药,这样做的目的就是使药方最大

程度地适合该具体病例。这就是中医临床理法方药之中药的环节,中医也把这个环节称为加减,亦称为“化裁”。顾名思义,这个环节好比衣服裁剪。要为某人做一件衣服,也确定了一块布料,然后就要根据这人的身高、胸围、肩宽、臂长等,对这块布料进行裁剪,才能做成一件合体的衣服。中医讲的方剂化裁,通俗点讲就是量体裁衣。成方是一块布料,加减就是裁剪。

理、法、方、药是中医师在临床上诊治一个病例的基本过程的四个环节,正确的理、法、方、药是取得良好临床疗效的保证。

不过,有人认为“理法方药”这种归纳性的表达还需要做一点改动。中华中医药学会方药量效研究分会主任仝小林教授说,把中医临床诊疗过程归纳为“理法方药”是不完整的;在“理法方药”以外还有一个重要的环节——量,也就是对方药用量的确定。或许有人会说,传统上讲的理、法、方、药,其中的“药”本来就包括用量方面的内容。笔者认为,仝小林教授把量的概念从“理法方药”中剥离出来,这是很有意义的。如此表达,不仅把方药用量的重要性充分显示了出来,而且能够让临床医生的大脑里有一个清晰的意识:辨证立法很重要,选方用药也很重要,而斟酌确定方药的用量同样具有重要的意义。

2. “中医的不传之秘在于剂量”

由上面的论述可以看出方药用量的重要性,所以方药用量是临床诊疗程序中很关键的一个环节。如果辨证明确,立法正确,选方准确,化裁恰当,但是到了最后一个环节,药物的用量不合适,那么疗效就有可能受到很大影响。

谈到用量的重要性,很自然地让人想到中医的一句老话:“中医的不传之秘在于剂量。”这句话既充分反映了临床方药用量的重要性,也让人感到方药用量的某种神秘特色。那么,为什么说中医的不传之秘在于剂量呢?笔者认为,这或许与四个方面的因素有关。

其一,作为方药用量的源头,张仲景方剂的用量一直是一个谜。虽然很多人都认为张仲景用于方药计量的权衡单位,采用的就是汉代官秤标准,但大多数人都不敢接受这样的观点,因为如果张仲景的方药计量采用的是汉代官秤标准,那么他的方药用量实在太大。正因为如此,所以在唐代以来的一千多年时间中,总是有人在对张仲景方药用量进行考证。然而人们的考证结果各不相同,相差很大。这或许是人们说“中医的不传之秘在于剂量”的理由之一。

其二,医案是记载前代名医医疗经验的重要文献,方药用量是医疗经验的极其重要的内容。可是许许多多的医案里面都没有记载药物用量。宋代许叔微《伤寒九十论》记载着他数十则应用经方的医案,可是里面都没有记录用量。清代名医叶天士、徐灵胎的医案绝大多数都没有记录药物用量。如《临证指南医案·中风》中记载:“某,阳明虚,内风动,右肢麻痹,痰多眩晕。天麻、钩藤、半夏、茯苓、广皮。”^[1]又

[1] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:3.

《临证指南医案·寒》中：“某，客邪外侵，头胀。当用辛散。苏梗、杏仁、桔梗、桑皮、橘红、连翘。”这种现象不能不让人产生一个疑问，为什么这些医家的医案不记录药物用量呢？有人对这种现象提出了解释。清代医家唐笠三在《吴医汇讲》里说，那些医案中不记录药物用量，其目的是“不以分量明示后人者，盖欲令人活泼泼地临证权衡，毋胶柱而鼓瑟也。”^{〔1〕}意思是说，那些不记录药物用量的医案的作者是担心读者照猫画虎，生搬硬套，把医案中的用量刻板地用到临床。笔者不完全同意《吴医汇讲》的这种说法。按照这个道理，担心读者照猫画虎，那医案中就连药物也不要记录好了！但《吴医汇讲》的这句话也反映出作者的一种观点，临床医家对于药物用量需要活活泼泼地增减，而不可死死板板地把握。

笔者认为，文献中的有些医案没有记录药物用量，那是编书人自作主张的处理结果。现代著名医家秦伯未先生编辑《清代名医医案精华》时，为求全书体例统一，将一些医案中本来记录的药物用量也全部删除了：“用药分量，前人每多遗漏。盖分量之多寡，因病之轻重而定，原非一致。原书概行删除，以昭一律。”^{〔2〕}秦伯未先生在编书的时候，为求体例统一，竟然删掉医案中至关重要的内容，笔者认为这种做法很不可取。这里请读者注意，按照上述秦伯未先生这段话中讲的意思，前人的部分医案中之所以没有用量，那并不是被编写者“秘藏”了，而是被编写者“遗漏”了。

其三，是否存在另一种可能，少数或者个别医家在记录医案时，大概为了保密的缘故，有意把药物用量也省去了？即使编写医案的人没有故意“秘其量而不传”的意识，读书的人却可能产生这样的想法。

至于第四个方面的因素，笔者将在前言的下面部分提出。

3. 方药用量的最高原则是适量

方药用量最讲究适量。药物用量太小，不能产生疗效。然而也不是越大越好。药物用量过大，无论是补药，还是泻药，都有可能于病情不利，甚至有可能伤害患者身体，至少会浪费药材，增加患者或者社会的财政负担。所以，方药用量的最高原则是适量。

这里用两个事例来更加着重地解释这个原则。

案一：清代医家陈颂幕治一肿胀病人，以《金匱要略》麻黄附子甘草汤为基本方：麻黄八分，附子一钱，甘草一钱二分。患者服之无效。邀著名医家吴鞠通会诊。吴鞠通在进行了一番诊察和分析之后，认为该病例确属阳虚水停，陈颂幕医师辨证无误，用麻黄发表，附子扶阳，甘草和中，选方用药亦精纯不杂。他的处方之所以没有产生疗效，是因为用量不够。吴鞠通遂把陈医师处方的三味药物

〔1〕 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:204.

〔2〕 秦伯未. 清代名医医案精华[M]. 上海:上海科学技术出版社,1959:2.

都加了量:麻黄二两,熟附子一两六钱,炙甘草一两二钱。患者服药后取得较好的疗效。^[1]

案二:一人患腹胀,一医处以厚朴生姜半夏甘草人参汤,服药后腹胀依然,乃请陈慎吾老大夫高诊。陈老认为处方恰当,但剂量不适。原方(药味)不变,只将厚朴由9g增至18g,党参、炙甘草由9g减至3g,服后其胀立消。盖陈老增厚朴之量是在于消除胀满,减参、草之量,是恐其助满碍中。^[2]

从上述这一古一今两则医案可以看出,临床方药用量无论是不足还是过大,都可能发挥不出疗效。一般认为,临床疗效不好时,如果是用量方面的原因,通常都是由于药量太小或药量不足。上述第一则医案即为其例。但是,如果药量太大,那也可能不会产生疗效,甚至有可能导致病情加重。上述第二则医案即是其例。笔者在临床上常常遇到这样的病例,他们或为胸闷短气,或为脘腹胀满,病机确为脾气虚弱,医生用的也是益气健脾之法,但是患者服完药后,症状不仅得不到减轻,反而明显加重。检视处方,发现问题就出在益气药用量太大。在适当减少其用量以后,胸闷、腹胀很快就消失了。刘渡舟老师曾说,有些人对药物的敏感性很高,吃药以后的反应大。对于这种情况,古人有一个应对方法,将第一煎药液弃去,让患者服第二煎药液。笔者思考认为,这种方法的道理也在于适当减少药量,因为第一煎药液浓度高,第二煎药液浓度低。当然,这种方法还存在第二个方面的道理,就是用传统眼光看,第一煎药液的性质没有第二煎药液柔弱平和。

4. 知变有时比守常更加重要

适合患者的用量不能太大,也不能太小,这并不是说适合患者的用量不能大,也不能小。所以,正确的表达是:适合患者的用量该大则大,该小则小。

前一段时间,笔者发表了这样一条微博:“关于中药饮片的用量,有些人特死板,比如麻、桂,他们若看医生的处方量超过9g,要么不发药,要么让医生再签字,要么自作主张把量给减了。我想,现在很多人可能都没有仔细读《药典》的“凡例”关于药物用量的说明:“用量系指成人一日常用剂量,必要时均可根据需酌情增减。药典从来没有捆住临床医生的手脚,捆住医生手脚的是医生自己。药量是可以增减的!”长期以来,很多医生都在诉说和抱怨《药典》关于药量的规定不合理,呼吁《药典》修改药量。事实上《药典》并没有限定临床药物用量,《药典》清楚而明确地指出,它给出的“用量”只是一个常用量。什么是常用量?常用量就是通常的用量,是在多数情况下、对于多数病例使用的药量。而如果病情较重,或者患者对药物的反应性差,那就要增加用量。《药典》已经给了临床医生这样一个灵活掌握的自由度,而且可以肯定地说,《药典》并没有设定上限。

[1] 吴塘. 吴鞠通医案[M]. 北京:人民卫生出版社,1960:222.

[2] 陈明,张印生. 伤寒名医验案精选[M]. 北京:学苑出版社,1998:131.

长期以来,许多人墨守一个并不是限制的“限制”,或者因为突破了不是限制的“限制”而心有不安,这确实是当代中医临床一种令人啼笑皆非的现象。

药物的常用量是适合多数病例的用量。我们知道,任何疾病,从病变轻重程度去看,它的病例数呈现的是正态分布,一般程度的病例是最多数,轻微程度的病例和严重程度的病例只占少数。每一种病症,它的一般程度的病例、轻微程度和严重程度的病例各占多少比例,我们很难给出一个具体的数字。常用量是适合最多数病例的用量;从另一个角度讲,人们之所以把某个量称为“常用量”,就是因为该用量是给最多数病例使用的量。

临床医生在大多数情况下用的都是常用量。但是作为一名临床医生,他不能只会使用常用量,不能只会治疗常见的多数病例,而不会治疗不甚常见的少数病例;他不能只给常见的多数病例治疗,而不给不常见的少数病例治疗。即使100个病例里面,只有10个甚至只有5个需要变化剂量,那在临床上他也应该掌握适合这少数病例的用量。虽然较为严重的病例只是少数,甚至就是“小概率事件”,其比例通常仅占全部病例的5%,但临床医生既有治疗严重病例的责任,也应当具有治疗严重病例的能力。这种能力就包括超出常用量范围用药的能力,而不能墨守常用量,否则车薪杯水,那是不能获得满意疗效的。从某种程度上讲,超出常用量范围用药比按照常用量用药的意义更大,超出常用量范围用药的能力比按照常用量用药的能力更加重要;知变比守常更加重要。为什么一般病例大多数医生都能治,而严重程度的病例只有少数医生能治,笔者认为那与少数医生能够超出常用量范围用药有很大的关系。

说到这里,笔者补充解释“中医的不传之秘在于用量”这个说法的第四个方面的因素:方药用量之所以是“不传之秘”,还在于方药用量常常是变化的,往往因人而异,因病而异,而且还有可能因时期而异、因地域而异。中医的用量在多数情况下是守常的,但是在少数情况下又可能不循常规。这就会让人产生隐秘的感觉。如果用量千篇一律,千人一面,哪还有什么隐秘或者神秘可言?

5. 古代医生临床方药用量经验值得重视

中医历史悠久,源远流长。如果我们从汉代起计算,那么到今天中医也有了两千多年的历史。在两千多年的历史长河中,千千万万的医生在临床应用方药治病,积累起来丰富的经验,包括药量应用方面的经验。从古代文献可以看到,古代医生在绝大多数情况下按照已有的成熟方法治病,而在面临复杂的、特殊的病例,或面临难治性病例时,他们就会创造性地采用特别的方法治病。有些时候,为了降伏病魔、挽回患者的生命,医生们几乎会尝试各种各样可能想到的和能够做到的方法。在他们的尝试中,也包括对方药各种用量的尝试。举例而言,《伤寒论》桂枝汤治疗太阳中风,在一般情况下,一日仅仅服用一剂,病轻较轻的时候可能只需要一剂。但是,“若病重者,乃服至二三剂”。也就是说,如果病情

严重,那就有需要一天服用两剂药,甚至服三剂药。可以想到,这样的药量应用方法也一定是古代医生在处理严重病例时,经过反复的尝试后形成的一条经验。古代医生并不受到现今我们所受到的用量限制(当然,笔者在前面说过,其实《药典》并没有死板地限制临床医生的方药用量),所以他们在长期的临床实践中,既找到了常用量,也在常用量范围以外,探索出了方药用量的极为宽泛的范围。

古代医生的临床经验是很有价值的,值得我们现今的医生重视和学习。应该指出的是,今天我们对古代医生临床经验的学习和继承还远远不够;在方药用量方面,我们似乎较多地注意其一般用量,注意其最常用剂量,而对他们的非常用剂量的关注却不够,研究不够,继承和应用不够。

6. 方药用量流与方药用量流域

中医有两千多年的历史,医家的临床经验代代相传。有鉴于此,笔者提出来“方药用量流”和“方药用量流域”的观点:将历代医家的临床方药用量连接起来,就形成了一条上下两千多年的方药用量流;每一味药物的用量都是一条河流,跌宕起伏,纵横流淌。方药用量流并不是一条条狭窄而平直的线条,而是一条条时而狭窄、时而宽阔的江河;这一条条江河有它们基本的河床,也有蔓延的河滩。为了更加准确地描述方药用量流的这种状况,笔者遂称之为“方药用量流域”。“流”重在表达时间的上下;“域”重在表达面积的宽窄;“流”重在表达用量经验的传承;“域”重在用量个性化的常变。

古谚云:“礼失求诸野。”又云:“耕当问奴,织当问婢。”在过去漫漫的岁月里,无数临床中医师创造了良好的医疗方法,获得了许许多多的真知灼见,包括对药量的应用。其中有一些非常有用的内容弥足珍贵。可是或许只因为它们是非常用的,是非主流的内容,往往为人所忽视。用笔者提出的“方药用量流域”的观点来讲,有些人只把他们自己的注意力集中在奔流的河床,而不太注意甚至忽略蔓延的河滩。后来人们在总结和整理古人经验的时候,也只是注意常用的内容。久而久之,一些十分宝贵的经验就渐渐丢失了。只有一根主干,而没有分支,这往往不是一棵自然的大树;只有狭长的主干,没有河滩和支流,这不过是人工沟渠,不是自然的河流。所以笔者说,今天我们在挖掘古代临床经验的时候,还有必要“旁搜边采,问婢问奴”,求诸四野,尽可能地找回那些可能失去的宝贵经验。本书《中药临床用量流域研究》正是笔者在这一方面研究工作成果的汇集。

医术是艺术。更准确地讲,医学理论是科学,医学实践也是艺术。从方药剂量的斟酌、应用和控制来看,中医学在它的科学性特点以外,更具有很强的艺术性特点。