

北京中医名家 巡讲实录

主编 ● 屠志涛 傅延龄

- 北京市中医人才“125”计划第三批人才项目
- 二位中医大家的授课实录
- 经典与临床的启悟
- 中青年专家成才读本

北京中医名家 巡讲实录

● 北京市中医人才“125”计划第三批人才项目
● 二位中医大家的授课实录
● 经典与临床的启悟
● 中青年专家成才读本

策划编辑 张 科
责任编辑 李剑光 张 科
封面设计 华章印联 赵京津
版式设计 郑 阳

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询, 在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源,
大众健康资讯

销售分类 / 中医

ISBN 978-7-117-21305-9



9 787117 213059 >

定 价: 39.00 元

北京中医名家

巡讲录

主 编 屠志涛 傅延龄
编 委 王会玲 刘 刚 姜楠 杨 红

邓亚楠 刘绍永 肖荃月

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

北京中医名家巡讲实录/屠志涛,傅延龄主编. —北京:人民卫生出版社,2015

ISBN 978-7-117-21305-9

I. ①北… II. ①屠… ②傅… III. ①中医学-临床医学-经验-中国-现代 IV. ①R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 215744 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

北京中医名家巡讲实录

主 编: 屠志涛 傅延龄

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 14

字 数: 259 千字

版 次: 2015 年 11 月第 1 版 2015 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-21305-9/R·21306

定 价: 39.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前言

为了向北京市中医药事业在 21 世纪的全面发展提供人才保障,加快北京市优秀中青年中医药人才的成长,落实完成《北京市中医药事业发展“十五”计划》培养中医药人才的任务和要求,北京市中医管理局于 2001 年制定下发了“北京市中医药人才培养计划”。计划的核心任务是培养 10 名中医药学科带头人(一类),20 名中医药临床、技术专家(二类),50 名中医药临床技术骨干(三类),故本计划亦被称为“北京市中医药人才 125 计划”,简称“125 计划”。

2002—2004 年,北京市中医管理局实施第一批人才培养,良好地完成了任务,达到了预期目的。在此基础上,市局于 2006 启动第二批人才培养,除继续培养一、二、三类人才外,又增设“北京市优秀中医临床人才”一项,即从第一批“125 计划”培养出来的一二类人才中遴选培养 5 名中医理论深厚、临床水平较高、能立足于国内中医药学术和临床前沿的优秀中医临床专家。第二批人才培养工作于 2008 年圆满完成。

2011 年,北京市中医管理局印发了《第三批北京市中医药人才“125 计划”培养实施方案》,启动了第三批 125 人才培养工作,委托北京中医药大学继续教育学院承担教学及日常管理。正式培训 works 于 2012 年展开。北京中医药大学继续教育学院专门成立了“125 人才培养办公室”,认真安排各种形式的培养活动,包括学术讲座、医院参观学习、临床科研能力培训等。同时,他们实行严格的过程管理,为每一位学员建立学习档案,进行年度考核,记录培养过程,这些措施对于保证培养各种中医药人才的质量是很有意义的。还有一点值得肯定的是,他们将部分为 125 计划人才设计的学术讲座也同时提供给“北京市中医药全科医生培养项目”的学员,达到了教学资源共享,学员在更广泛的范围内交流、互学的效果。

按照培养计划,北京中医药大学继续教育学院于 2014 年下半年开办了“经典与临床”系列讲座,邀请十多位既具有丰富临床经验,同时具有精深经典造诣的专家为学员授课。中医经典理论对临床诊疗具有重要的指导价值。“学经典,做临床”“中医发展的主要方向是临床”,这已经成为中医药界大多数

人的共识。中医学之所以历千年而不坠不衰,关键在于中医药在防治疾病中有很好的疗效。没有临床疗效就没有中医学,中医学发展必须以临床为先导,以疗效为根本;中医教学科研都应该以此为基础,以此为根本。北京市中医人才培养计划之最基本目的也是培养优秀的中医临床人才。经典对于中医学术发展,对于中医临床人才培养具有十分重要的意义。应该看到,近年来临床一线中医师对经典的重视是不够的,他们用于读经典的时间是不够的。可以这样讲,中医经典方面的薄弱反映出来的就是中医基础理论的薄弱。因此,北京中医药大学继续教育学院为第三批 125 中医人才开办的“经典与临床”系列讲座是很有必要的;而它之所以受到学员们的热烈欢迎,也是情理之中的。

在学员们的建议和要求下,我们在征得了本次“经典与临床”系列讲座的各位专家的同意后,将全部讲座的录音整理为文字,并在整理完毕后请各位专家对自己的演讲文稿进行修改、审定,编辑成册,正式出版,以便更多的人能够分享。

本书的顺利出版,首先要感谢为“经典与临床”系列讲座讲课的各位专家!感谢为本书的整理、编辑出版付出辛劳的全体人员!感谢北京中医药大学继续教育学院教职员工的参与和支持!在本书的整理过程中,北京中医药大学司鹏飞、王超、马浔、李金懋、赵笑芃、黄一珊等同学参与了校对工作,在此一并致谢。

编者

2015 年 5 月



1. 经方之道与启悟——王琦教授	2
2. 理法方药量,重剂起沉疴——仝小林教授	18
3. 《金匱要略》论治癥瘕积聚——苏宝刚教授	46
4. 泻心汤类方在胃肠内科的应用——傅延龄教授	64
5. 中药不传之秘在于用量——张炳厚教授	92
6. 慢性肾病新论及临床应用心得——彭建中教授	112
7. 谈谈风湿痹病及其系列中成药的临床运用——阎小萍教授	130
8. 经方在脾胃病中的作用——杨晋翔教授	146
9. 从桂枝汤的应用谈临床处方用量控制——傅延龄教授	158
10. 温病伏邪说指导“疑难性热病”辨证论治的探讨——谷晓红教授 ...	182
11. 论外感病的内伤基础——姜良铎教授	192
12. 肿瘤本草发挥——黄金昶教授	202



王琦，男，1943年2月出生，江苏高邮人，国医大师，北京中医药大学终身教授、主任医师、研究员、博士生导师，中央保健委员会会诊专家，国际欧亚科学院院士。中华中医药学会中医体质分会主任委员，世界中医药学会联合会体质研究专业委员会会长。第二、三、四批全国老中医药专家学术经验继承指导老师，中医药传承博士后合作导师。国家重点基础研究发展计划（“973”计划）首席科学家，享受国务院特殊津贴的有突出贡献专家。2013年获全国优秀科技工作者称号、首都劳动奖章、何梁何利基金科技进步奖，2014年获中华中医药学会终身成就奖。

主持国家级项目10项（包括“973”项目2项，国家自然科学基金重点项目1项），部级项目6项。以第一完成人获国家级二等奖1项，省部级一、二等奖13项，发明专利6项。主编专著36部，发表核心期刊论文326篇，SCI论文15篇。



——王琦教授

各位同道，我感到北京市中医管理局对于人才的培养真是做的很实在，举办了各种培训班，做了很多具体的工作。

今天我讲的是一个关于《伤寒论》的问题，我在以前教过不到二十年的《伤寒论》，也做了一些这方面的工作，在这方面也有一些自己的想法，今天就这些想法，想跟大家一起进行一些探讨。其中主要的一个问题就是怎么能学好《伤寒论》，落脚点是在经方应用上。

我在讲课以前，先亮一亮我的观点，我今天这个课怎么讲。我对《伤寒论》的学习，对经方的看法是提出了这样一个观点——抓住经方研究的三个纲。

第一个纲就是抓住《伤寒论》的原著原貌。这是什么意思呢？就是要照着《伤寒论》原著读，照着原著讲，照着原著用。现在我们很多人已经不按照《伤寒论》讲了，张仲景怎么讲我们已经不管了，而是自己讲自己的。我举个浅显的例子，比如说《伤寒论》中“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也，喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之。”我们现在所有的《伤寒论》教科书讲葛根黄芩黄连汤是治“协热下利”的，还有人说葛根芩连汤能治喘的吗？没有了。为什么没有了呢？《伤寒论》中明确讲了“喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之”，那我们为什么就把“喘而汗出”拿掉了呢？难道它不治喘了吗？这就是不按照《伤寒论》原著读的结果。

曾经有一个黑龙江的小儿患者，发烧，麻疹出不来，还有拉肚子还有喘，用抗生素治疗效果也不好。老先生跑去给他一看，就给他开了几味药，烧也退了，利也止了，疹子也出来了，开的什么药啊？就是葛根黄芩黄连汤。可是我们现在为什么讲葛根黄芩黄连汤就治下利，不治喘了呢？这就是不按照原著读的结果。我说到这些东西我就生气，这样的话你究竟是算读过《伤寒论》，还是没读《伤寒论》呢？

现在《方剂学》把五苓散归入利尿剂当中，可是在《伤寒论》当中“小便不利，微热消渴”“脉浮数，烦渴者”“汗出而渴者”“渴欲饮水”“脐下有悸，吐涎沫而癫眩”，这些都是用五苓散来治疗。怎么就把五苓散归入利尿剂了呢？这个“癫眩”、“水入则吐”不都是五苓散证吗？怎么就把它归入利尿剂了呢？怎么



就归入水蓄膀胱证了呢？谁让这么讲的呢？

为什么我们用不好经方？就是由于我们人为地偷换了概念。我一讲这些东西我就激动，为什么激动？明明张仲景的本文是这样说的，现在有人就偏要那样说。所以我今天讲课的第一条就要跟大家讲这样一个思想，要照着原著读，要照着原著讲，要照着原著用。

第二个问题，《伤寒论》中讲汤方辨证，比如桂枝汤证、麻黄汤证，这个是汤方辨证。什么八纲辨证、六经辨证、表里辨证、卫气营血辨证，那是你的辨证。张仲景《伤寒论》里就是汤方辨证，张仲景就是这么说的。如果把桂枝汤说成是太阳中风的表虚证，很多人认为有汗时就用桂枝汤，无汗时就用麻黄汤，这是错误的。因为《伤寒论》中讲“病人藏无他病，时发热自汗出而不愈者，此卫气不和也，先其时发汗则愈，宜桂枝汤”，这个桂枝汤是发汗的。你不读这个条文，就把那个中风的桂枝汤拿来说事儿，当然这个桂枝汤不是文中的桂枝汤，桂枝汤是调和营卫的，既可以发汗，也可以止汗，你非要说是那个太阳中风的桂枝汤，那你理解的桂枝汤就不是原文的桂枝汤了，我们在临床上就没办法用了。是不是这个道理？所以我们要抓住这个汤方辨证的问题。

第三个问题的要害是要抓住经方的法度问题。为什么《伤寒论》被称为“群方之宗，众法之祖”？因为它是有法度的。你为什么不行呢？我们当代的中医为什么难以出现大家呢？为什么难以出现传世的名方啊？关键性问题是无法度。现在很多人开个方子，寒寒得要死，热热得要命。现在中医的处方已经大到什么水平呢？一张处方都写不下了，二十几味药，甚至是三十几味药。大道至简，《伤寒论》《金匮要略》教我们怎么用方啊？张仲景的方子平均药味数就是 4.81 ± 2.28 味药。我们现在的处方是多大方啊？真的要这么多的药吗？我今天跟大家说，作为一个好中医，一个处方里的药不用太多，你要有会用的主病主方，在一个方子当中会用一个特殊的用药，那你想加一味你都加不进去，达到这种水平那你就是好大夫。如果说想加一味药就加一味药，想减一味药就减一味药，这种医生就是无法度的法度。

因此，我们做医生要有底气、要有根本、要有源头。有一个俚语就说“药过十二三，大夫必不粘；没读圣人书，何敢把脉参？”为什么这么讲呢？就是因为这样的医生忽略了法度。我下面说了，现在临床上存在的问题是“开方大而杂，忽略法度；用药多而重，有欠精纯”。我们为什么要学经方？学经方的目的就是让自己能够有一个源头和根本。

唐代的一个医生，叫许胤宗，他举了一个例子：“不能别脉，莫识病原，以情臆度，多安药味，譬之于猎，未知兔所，多发人马，空地遮围。冀一人获之，术亦疏矣。假令一药偶然当病，他药相制，气势不行，所以难瘥，谅由于此。”就像打猎，我们万箭齐发，可能把这个兔子打到了，是哪支箭打到的呢？我们并不知



道。我们现在的中医难道不是万箭齐发吗？

我们现在中医，如果拿一张处方出来给大家看，可以说清楚这个处方的理法方药，不需要炉火纯青、头头是道，只要有根有据、有理有方，那就是好大夫了。所以说为什么《伤寒论》是“群方之宗，众法之祖”啊？你看宣白承气汤是哪儿化裁来的？柴胡舒肝散是哪儿化裁来的？哪个不是从经方来的？为什么现在出的这些方子出来不管用了？为什么出不了好的方子？就是因为没组方思想，没思想就没架子。

我举个例子，王某，女，26岁，2013年8月19日初诊。主诉：瘫痪在床16个月。患者自幼体弱易乏，怯懦胆小。2012年4月受上司训话后心志郁结，如厕时大便干燥用力排便后脱力，无法站起，自此长期卧床，查无器质病变。就诊时卧不能立，气弱语短，进食甚微，小便失禁，便结如球，呃逆频频，畏寒恶热，体瘦肉削，历时半年。眠差，难以入睡，伴头痛，腰部酸痛。舌尖红，舌边齿痕，舌根苔黄腻，苔质不均。脉弦。西医诊断是癱症性瘫痪，中医诊断是郁证、风痺轻症、筋痿。先后以逍遥散合越鞠丸、小柴胡汤合萎贝温胆汤加减治疗，虽有进展，但患者仍然不能起立。患者2014年4月7日九诊时诉其服药后精神转佳，时有坐轮椅外出晒太阳。自觉脚后跟刺痛，不能着地。饮食可，腰背痛似折。小便调，大便一周未解，患者身无痛，四肢不收，神志无乱，据此从“风痺”论治，用《金匱要略》所载《古今录验》续命汤加味治疗。处方：麻黄9g，桂枝9g，当归9g，生晒参9g，生石膏15g（先煎），干姜9g，甘草9g，川芎6g，杏仁10g，炒决明子20g。5剂，水煎取1000ml，每次250ml，温服取微汗。患者2014年4月14日十诊时已能持杖站立、短走、爬三层台阶，语言畅达。又以此方合补阳还五汤加减调治月余，其后对患者电话随访得知其诸症良好，饮食正常，体重增加，已如正常人一般工作生活，状态良好。这个患者病情缠绵难愈，就诊前半年起效不显，然而病情的直接转机则是出现在九诊运用《古今录验》续命汤之时，病人从原来的终日躺卧病床而变为可站立行走。《金匱要略》引《古今录验》续命汤原文里面就讲了“治中风俳，身体不能自收持，口不能言，冒昧不知痛处，或拘急不得转侧”。这个方子很简单，但是你们知道这个方子有多神奇吗？效果很好。我觉得要学习经方的应用，一定要照着经方读、照着经方用，要理解它的精神。

我讲的这些开头的话，是为了引到我们今天上午讲的这个课——经方之道与启悟。

我要讲这么几个问题。首先，我们要掌握经方，就要掌握它的道，也就是说是它的顶层的、规律性的、有指导意义的思想或者概念。大家对于经方的意义都很了解，我就不去多讲了。但是我要讲下面一句话，为什么朱丹溪说：“仲景诸方，实为万世医门之规矩准绳也。后之欲为方圆平直者，必于是取则焉”？



直到现在，它仍然是我们学习的规矩准绳。例如麻黄汤的汗法，一个汗，一个法，再加上一个麻黄汤，它就是一个证、一个法、一个汤，张仲景就是这么几个东西，就把这个规矩准绳勾勒出来了。我们现在的医生开了这么多药，有个规矩准绳吗？我们要怎么样呢？我们可以有所变化，可以把承气汤给化裁成宣白承气汤，但是变化的思想一定要是从《伤寒论》的源头上变化来的。大家今天在这里不是听一个老中医来讲，关键问题是要学张仲景的规矩准绳，能从这个当中学会怎么掌握运用，能够出神入化，能够方圆平直。我们现在的医生开方子缺少思路，临床上遇到患者嗓子一疼，就是蒲公英、板蓝根、连翘、金银花等，这叫什么东西呢？这叫没有水平。

我们经方之道的第一个问题是方药之道，包括以下几个方面：汤证一体，证因方名；因证立法，以法统方；精于配伍，体现整体；药精效宏，一药多用；主病主方，专病专药；病证结合，不可偏废；剂量精准，法度森严；煎服有法，至纤至悉。

首先是汤证一体，《伤寒论》的辨证思维丰富多采，其重要特色之一就是创立了“汤证一体”的辨证体系。学习《伤寒论》，大家永远要记住“汤证一体”，也就是说“汤”和“证”之间的关系是一个相应的关系。例如我们常说的麻黄汤证、桂枝汤证、青龙汤证，大家一定要注意，这里不叫青龙汤，而是叫青龙汤证，一定要记住这个词。这里说的不是我们学的《方剂学》中的柴胡汤、麻黄汤、桂枝汤，而是柴胡汤证、麻黄汤证、桂枝汤证。一定要把汤和证放在一起，这是《伤寒论》里面的一种特殊的应用方法。在运用的时候不用管八纲辨证、卫气营血辨证，而是要抓住疾病的根本。你只要见到“胸满烦惊”，就可以用柴胡加龙骨牡蛎汤；见到“无汗而喘”，就可以用麻黄汤。有时候患者的症状可能很复杂，他有头痛、身痛、骨节烦痛，还有喘，有不汗出，这一大堆的症状，我们只要抓住这几个字：喘、不汗出，还有四个疼痛就可以了。我们不要学会麻黄汤治喘，就不知道麻黄汤也能治不出汗了，不知道麻黄汤能治疼了。“头痛，发热，身疼、腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘”，这个就是麻黄汤的证，我们不能死盯着那个汤，而没有学会证，要把它们联系在一起，这个汤肯定是为这个证而来的，这就叫“汤证一体，证因方名”。

我在《汤方辨证及临床》一书的序言中有这样一段话：“方若游离了证，则无的放矢；证若游离了方，便治无所依。由此可见，‘汤证’是中医辨证论治的要素之一，其方法亦为医家习用。但一个较长时期以来，人们论及中医辨证论治的内容，多为八纲辨证、脏腑辨证、三焦辨证、卫气营血辨证等，而鲜有论及汤方辨证者，使‘仲景活法’竟少问津，隐而不明。”我们要学习证，但是也要学汤证，汤证是不可以被替代掉的。我们现在的教科书是考你们卫气营血辨证、八纲辨证，从来不考汤方辨证。由于你们不会汤方辨证，你就觉得这个《伤寒



论》学了之后不知道怎么来用,不知道用汤方辨证的思路来指导临床。

我们为什么要学习这个东西呢?因为汤方辨证是一个法的指导,它把这个法跟汤联系到一起了,它把这个方又跟法联系在一起了,这就是因证而立法,以法而统方。经方理论源于《内经》,张仲景结合临床经验总结,主要表现在因证而立法,以法统方,开创辨证论治之先河。如《内经》云:“其高者,因而越之。”仲景则明确提出:“病人手足厥冷,脉乍紧者,邪结在胸中,心下满而烦,饥不能食者,病在胸中,当须吐之,宜瓜蒂散。”体现了仲景用方先辨病证,次立大法,再设方药的思维模式,而其辨证立法理论亦多源于《内经》等。

可以说经方是每方之中必蕴大法。我们看《伤寒论》中汗、吐、下、和、温、清、消、补八法,麻黄汤的汗法、瓜蒂散的吐法、承气汤的下法、理中汤的温法、泻心汤的清法、柴胡汤的和法、陷胸汤的消法、建中汤的补法,等等,这充分体现了仲景以法统方的组方思想。它都有法则在里面,有了这些法则,再来以法统方,就懂得这样一个道了。

仲景组方多根据药物的寒温、升降、表里等进行配伍。如附子配大黄寒温并用、柴胡配枳实升降相因、麻黄配石膏表里同治等。我认为《伤寒论》的组方思想是个太极思想,我们看它在运用升降、消补、表里的时候,它是把这些思想用得是整个的是一个“负阴而抱阳”。这样的话,才有了表里同治、升降相因、寒热并用等,这个思想的过程是一个非常有意思的过程,所以大家一定要在这个道上去把握经方的精髓。我刚才说了,我们开的方子不要要寒寒得要死,要热热得要命,这种方子不是经方。为什么《伤寒论》中的方子叫经方啊?因为它有格局。像散敛并用、表里同治、寒热并用、升降并调,这都是张仲景用药的一个很大的特点。我最近在《天津中医药》上发表了《王琦用药30讲》系列文章,已经发表了《阴阳论》《动静论》《升降论》《润燥论》,我还会继续写下去,我们用药有很多规矩,这些不完全是用药经验,还有大量的理论要把它更新出来,所以我觉得我们用药的规矩准绳要体现出来。

我的《升降论》里面讲到,“升”,大家都知道升阳举陷是“升”,升阳散火是“升”,补中益气也是“升”,有很多“升”的方法。“降”呢?降气是“降”,降火是“降”,降逆也是“降”,还有很多“降”的方法。如果我们把这些东西都学到手,那么我们在开药的时候,一张方子能够做到升降相因,没有偏颇,这就是有法度。

每一方必有固定组成,“非此药不能成此方”。我们以四逆散为例,《伤寒论》中说:“少阴病,四逆,其人或咳、或悸、或小便不利、或腹中痛、或泄利下重者,四逆散主之。”方中柴胡、枳实能升能降能开泄,芍药、甘草能收能敛能舒和,四者并用,具有升降开阖、通阳宣郁之效,不可游移一味,既体现了仲景组方强调配伍,又表现为在方剂的组成构架上的整体性。如果我们在开药的时



候能够做到不可游移一味,那这个医生就做到自己的“味”了,就是个有水平的医生了。做医生开方子就像诗人作诗词一样,一首好诗改一个字都不行,一定要有格律,没有格律就不叫诗了。我们今天的中医人要想学好中医,要想做到这个份儿上,一定要传承《伤寒论》里这些原原本本的东西。我们中医人一定要有中医的魂,没有了中医的魂,那就是个假中医。那中医的魂是什么呢?中医的魂就是经典,一定要抓住原著中的东西,而且是越精越好。

经方还有一个特点,就是药精效宏。《伤寒论》和《金匱要略》中的用药多为3~7味药,其中7味药物以下的方剂共计占89%;10味药以上的方剂只有10首,不到经方总数的4%。仲景的用药总共只有166种,药味虽少,但疗效确切。如芍药甘草汤仅芍药、甘草两味,有益阴荣筋、缓急止痛功效,治疗营阴不足、肝脾不和所致的手足拘挛、筋脉挛缩、脘腹疼痛有明显疗效。

有一个老太太来找我看病,她女儿把老太太搀上来,患者身上疼得厉害,疼得都不能翻身,我就给她开了一个很简单的方子,就六味药。患者就问我:“这个方子能行吗?”我就说:“吃吃看行不行吧。”结果复诊的时候老太太是自己走上来的。用的什么方子啊?就是桂枝新加汤啊。《伤寒论》里面说了:“发汗后,身疼痛,脉沉迟者,桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之。”

我们现在很多医生认为疼痛就非得用羌活、独活,难道疼就非需要祛风吗?其实人参也可以止疼。但是现在我们《中药学》里头哪有人参止疼的记载啊?我刚才说的桂枝新加汤加人参不就是止疼的吗?不仅如此,我们看理中汤的加减法中“腹中痛者,加人参,足前成四两半”,也是用人参来止疼的。我们现在遇到疼痛就怎么样?活血化瘀。就记住“痛则不通,通则不痛”了,忘记疼痛里还有虚痛了。

有一个女孩子来找我看月经病,她就是月经量少,头疼得要命,月经来的时候就头疼,月经不来就头不疼。我就开了四味药,当归、川芎、白芍、地黄,这不就是四物汤吗?川芎能下行血海,上至巅顶,我就把川芎用了20克,其他药都常规用量,患者吃了以后效果很好。当然,这个不是经方,但是道理是一样的。四物汤能治疗月经量少、也能治疗头疼。

我们要掌握药的特性,一定要把一个药用精了、用活了。比如桂枝汤里面的桂枝,大家都说桂枝在《中药学》里的功效是解表的,可是桂枝在炙甘草汤里是用来解表的吗?桂枝加桂汤中的桂枝是解表的吗?不是。我们现在把药物功效理解得太死板了,实际上一味药可能有很多个用途,这个我们一定要了解。桂枝能够和营、通阳、利水、下气、化瘀、补中。经方中用桂枝的方剂有73首,在麻黄汤中桂枝配麻黄能发汗解表,在桂枝汤中桂枝伍芍药能调和营卫,在五苓散中桂枝合茯苓能化气利水,在桂枝甘草汤中桂枝配甘草能通补阳气,在桃核承气汤中桂枝配大黄能活血化瘀,在小建中汤中桂枝配饴糖能温中补



1. 经方之道与启悟

虚。为什么张仲景的方子那么精？那么少啊？就是因为他对药物功效的理解很全面，所以他才能一药多用。

有一个通州的女性患者，她的主要症状就是腹部的肌肉会不自主地抽动，非常痛苦。她找了多少医生都不知道这是什么病，其实我也不知道什么病，我为了安慰患者，就告诉她爱人说你老婆得的是“腹肌歇斯底里”，因为我当时并不能准确地把握这个病，我并没有直接给患者开方子。我回去以后就想，这应该就是《伤寒论》里的奔豚病，第二天给患者开的桂枝加桂汤，吃完以后效果很好。我们在临床上要实事求是，不能糊弄患者，我经常干这种事，我不会开的方子，我就直接跟患者说我明天再把方子开给你。

临床当中，一个病肯定有一个主要的病机，一个方子肯定有一个主要的药，就如徐大椿在《兰台轨范》里讲的“一病必有主方，一方必有主药，或病名同而病因异，或病因同而病症异，则又各有主方，各有主药，千变万化之中实有一定不移之法。”

一病要有一病的主方，主病主方是指一病多方中高度针对贯穿整个疾病始终的主导病机的方剂。例如张仲景在论治百合病时，有百合地黄汤、百合知母汤、滑石代赭汤、瓜蒌牡蛎散多个方剂，但是其中高度针对百合病心肺阴虚内热这一主导病机的主方便是百合地黄汤。另外比如治疗肠痈的主方是薏苡附子败酱散、大黄牡丹汤；治疗肺痈的主方是苇茎汤；治疗黄疸的主方是茵陈蒿汤；治疗梅核气的主方是半夏厚朴汤；治疗狐惑病的主方是甘草泻心汤；治疗疟母的主方是鳖甲煎丸。

而且我们要学会针对某些病要用某些药，就是专病专药，专病专药是经方中体现主方核心治法的药物，或者对某一特定病症具有独到确切疗效的药物。例如茵陈是治疗黄疸的专药，善利湿退黄；厚朴、杏仁是治疗喘的专药等。我们现在好多的药都不会用了，《伤寒论》里面明确说了“喘家，作桂枝汤，加厚朴、杏子佳”，但是我们现在没有人用厚朴来治喘，现在厚朴都是用来消痞除满的，没有人用它来治喘。

再一点是病证结合，不可偏废。辨病、辨证、辨症及病证结合同属中医诊疗模式。辨病是以病理为核心的疾病分类体系，而辨证则是以病机为核心的疾病分类体系。《伤寒论》《金匱要略》开创建立了以病为纲、按病论述、据病立法、逐类设证、因证制方、按方用药的诊疗模式。

我现在看病，我是反对过分强调辨证论治的，我认为不要把这个搞得太复杂，有的时候是很难准确地辨证的，比如我们临床上常见的阳痿，现在人把它分出很多证型，有湿利下注型、心脾两虚型、肝郁气滞型、肾气不足型、命门火衰型等。有合并阴囊潮湿的就用龙胆泻肝汤，有心慌的就用归脾丸，有腰膝酸软的就用金匱肾气丸。大家要记住，在这个时候腰膝酸软是主要问题吗？关



键问题是阳痿,这一点才是主要矛盾。高血压可以引起阳痿,糖尿病也可以引起阳痿,我们面对这种情况时,可以把哪一个证型放进去呢?我们看病要务实,要解决问题才行。

张仲景是怎样教我们的呢?《伤寒论》主论六大类病:太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病,亦对风温、霍乱、奔豚等病具体论述,如《辨太阳病脉证并治》《辨霍乱病脉证并治》。《金匮要略》中多为辨具体的疾病,有以单个疾病为一篇的,如疟病、水气病、黄疸病、奔豚气病等;亦有把同类疾病或易混淆需鉴别的疾病合并于一篇,如《痉湿喝病脉证治第二》。然而二者皆是采用病证结合的诊疗模式来指导临床治疗的,病证结合,是临床准确诊治的关键。因为病主要是反映机体整个生理病理系统的基本矛盾,而证则反映疾病当前阶段的主要矛盾。病决定证的基本特征与发展方向,证体现疾病不同阶段的病机特点,两者结合既掌握了疾病的基本矛盾,又能解决证候的主要矛盾。

我们现在很多人把“病”去掉了,只在谈“证”,把“辨证论治”视为我们中医的两大基本特征之一,这是有点过分强调了,要知道辨证论治不是无所不在、无所不能的。我们中医根本来讲,治的还是病。我们现在在临床上做医生,首先要学会的是辨病,其次才是辨证,并且把辨病和辨证很好地结合在一起。

周扬俊在《金匱玉函经衍义》里说:“凡仲景方,多一味,减一药,与分两之更重轻,则异其名,异其治,有如转丸者。”经方用药有严格的剂量及比例,即使药物组成相同,而剂量各异,则为不同方剂。例如桂枝汤、桂枝加芍药汤、桂枝加桂汤三个方子都是由桂枝、芍药、生姜、大枣、炙甘草五味药物组成,但是因为其中桂枝和芍药的量不同,它的方名和功能主治都发生了变化。

另外,经方亦尤为注重药物的煎法与服法,这也是保证药效的重要措施。因为有专门的讲座,我在这里就不多讲述了。

《伤寒论》和《金匱要略》中有很多特殊的煎法,我总结了一下,主要的有先煎去沫法、另包后下法、麻沸汤渍法、甘澜水煎法、潦水煎法、清浆水煎法、水酒同煎法、苦酒煎法、去滓再煎法。比如经方中小柴胡汤、大柴胡汤、半夏泻心汤、甘草泻心汤、生姜泻心汤、柴胡桂枝干姜汤、旋覆代赭汤等方剂都是去滓再煎,目的都是助其调和之性以利于更好地发挥效果。

关于药物的服用方法,《伤寒论》中也有很多记载,有一次顿服法、药后啜粥法、定时服药法、针后服药法、试探服药法、随证服药法。像《伤寒论》桂枝汤方后注中的服药方法就是一个很好的例子。

第二个大的方面是返本之道。我在三十年前就提出了这样几个观点:“伤寒不独为‘寒’论”、“提纲非‘纲’论”、“六经非‘经’论”、“无分‘经’‘腑’论”。



伤寒不独为“寒”论

《伤寒论》是一部外感病的专著。“伤寒”二字实际上是“外感”的同义语，《伤寒论后条辨》说：“寒字，则只当得一邪字看”，故不可理解为狭义的伤寒或伤寒邪之病。就如陈伯坛先生在《读过伤寒论》中所说：“《伤寒论》不是寒伤论，勿将伤寒二字倒读作寒伤。”

关于“伤寒”，历代医家都有记载，《素问·热论》中说：“今夫热病者，皆伤寒之类也。”《难经·五十八难》又说道：“伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病。”日本医家中西唯忠则说：“伤寒者，为邪所伤寒也。谓邪而为寒，盖古义也，故寒也者，邪之名也。”近代温病学大家王孟英在《温热经纬》中说：“仲景着论亦以伤寒统之，而条分中风、伤寒、温病、湿、喝五者之证治。”综上所述，《伤寒论》之“伤寒”应该是外感疾病的总称。

提纲非“纲”论

长期以来，许多人将《伤寒论》中第1、108、263、273、281、326条（条文号码按明·赵开美本）六条条文，称之为“六经提纲”或“纲领”。但是所谓“提纲”应该是当对某篇或某病有“提纲挈领”的作用，但这六条条文实际上并不具有这一意义。

我们来看第1条“太阳之为病，脉浮、头项强痛而恶寒”。后人说“凡称太阳病者，皆指此脉证而言也。”似乎一见“太阳之为病”就意味个个皆是“脉浮，头项强痛而恶寒”，其实绝对不完全是这样的。太阳病包括太阳中风、伤寒、温病、湿病、中喝五个病证。而“太阳病，发热而渴，不恶寒者为温病”就以“不恶寒”作为与伤寒、中风的鉴别重点。另外，“头项强痛”这一症状在太阳中风、伤寒条文中均没有见到，只有在第14条桂枝加葛根汤证、31条葛根汤证才见到“项背强几几”。

我们现在如果把很多的问题都变成一个提纲，那都是我们强加于张仲景的。说“阳明之为病，胃家实是也”是阳明病的提纲。所谓“胃家实”多数是指病邪深入阳明，胃肠燥热亢盛，病变以里热实证为特征。但阳明病中有“不能食”；有“胃中冷、水谷下利”；有“大便初硬后溏”；有胃气空虚的“谷疸”证；有“食谷欲呕”的吴茱萸汤证；大多点出“虚”字。就像喻嘉言所说：“阳明病，其胃不实者多矣，于义安取乎？”我们应该全面地学习《伤寒论》，不要在张仲景之外的地方随意发挥。

我拿小柴胡汤说，现在很多人不会用小柴胡汤，为什么不会用呢？是因为说了小柴胡汤是少阳病提纲证，“少阳之为病，口苦、咽干、目眩也”。临床上仅凭口苦、咽干、目眩三证实在难以断为少阳病。而口苦、咽干、目眩三证也并非少阳所特有。例如189条阳明中风就有口苦咽干的症状，67条就有头眩的症状等。长期以来，小柴胡汤被人当为少阳病主方，但太阳病篇之37、96、97、98、