

方
剂
学



高等医药院校教材

(供专科中医学专业用)

方 剂 学

主编 惠纪元 副主编 邓中甲

R289/HJY

药出版社



中国中医药出版社

高等医药院校教材

方 剂 学

(供专科中医学专业用)

主 编 惠纪元
副主编 邓中甲
编 委 傅国祯 车庆云 熊克难
审 定 吴崇奇 蔡绪江

中国中医药出版社

C0188956



(京)新登字 025 号

高等医药院校教材
方 剂 学
主编 惠纪元

中国中医药出版社出版
(北京市朝阳区东兴路7号)
邮编: 100027 电话: 64151553 电挂: 3406

新华书店总店北京发行所发行
北京市卫顺印刷厂印刷
787×1092 毫米 16 开本 10.5 印张 269 千字
1994 年 8 月第 1 版 1997 年 10 月第 3 次印刷
印数 9001—13000 册

ISBN 7-80089-356-1/R·357 定价: 12.60 元

前 言

为发展普通高等中医药专科教育，加强专科教材建设，提高专科人才培养质量，国家中医药管理局组织编写出版了专科中医学专业 17 门教材。

本套教材主要是为培养适应县、乡、厂矿等基层医疗卫生机构需要的中医临床人才服务的。计有《中医学基础》、《中药学》、《方剂学》、《正常人体解剖学》、《生理学》、《西医临床基础》、《西医诊断学基础》、《中医内科学》、《中医妇科学》、《中医儿科学》、《中医外科学》、《中医骨伤科学》、《中医急症学》、《针灸推拿学》、《西医内科学》、《西医外科学概论》、《农村卫生防疫》等 17 门专科中医学专业主要课程教材。

在编写过程中，力求体现中医特色与专科特点，坚持科学性与适用性相统一，既注意吸取适合农村和基层需要的中医药学术新进展和诊疗新技术，又注意在取材的深度和广度上符合专科层次的要求。为了保证编写质量，特别加强了教材的审定工作，各门教材编写出初稿后，均由各门教材审定人和编审委员会根据教材的要求进行全面认真地审定。

编写专科中医学专业教材，属探索性的工作，可供借鉴的经验较少，要使本套教材适应普通高等中医药专科教育的需要，还需进行长期的努力。要通过大量实践，不断总结经验，加以提高，才能逐步完善。因而殷切期望广大师生和读者提出宝贵意见，以便在今后的修订时加以改进。

全国专科中医学专业主要课程
教材编审委员会

目 录

上篇 总 论

绪言	(1)	第二节 组成变化	(6)
第一章 方剂与治法	(3)	第三章 剂型与用法	(8)
第一节 方剂与治法的关系	(3)	第一节 剂型	(8)
第二节 治疗大法	(3)	第二节 方剂的用法	(10)
第二章 方剂的组成与变化	(5)	〔附〕古今药量单位比较	(11)
第一节 方剂组成	(5)		

下篇 各 论

第一章 解表剂	(13)	第三章 和解剂	(30)
第一节 辛温解表	(13)	第一节 和解少阳	(30)
麻黄汤 (附:三拗汤、华盖散)	(14)	小柴胡汤	(30)
桂枝汤 (附:桂枝加葛根汤、桂枝加厚 朴杏子汤)	(14)	大柴胡汤 (附:复方大柴胡汤、胆道排 石汤)	(31)
杏苏散	(16)	蒿芩清胆汤	(32)
小青龙汤	(16)	第二节 调和肝脾	(32)
香薷散 (附:新加香薷饮)	(17)	逍遥散 (附:加味逍遥散、柴胡疏肝 散)	(32)
九味羌活汤	(17)	痛泻要方	(33)
败毒散 (附:荆防败毒散)	(18)	第三节 调和肠胃	(34)
第二节 辛凉解表	(19)	半夏泻心汤 (附:生姜泻心汤、甘草泻 心汤)	(34)
桑菊饮	(19)	第四章 清热剂	(36)
银翘散	(20)	第一节 清气分热	(36)
麻黄杏仁甘草石膏汤	(20)	白虎汤 (附:白虎加人参汤、白虎加桂 枝汤、白虎加苍术汤)	(36)
加减葳蕤汤	(21)	竹叶石膏汤	(37)
第二章 泻下剂	(23)	第二节 清营凉血	(38)
第一节 寒下	(23)	清营汤	(38)
大承气汤 (附:小承气汤、调胃承气汤、 增液承气汤、复方大承气汤)	(23)	犀角地黄汤	(39)
大黄牡丹汤 (附:薏苡附子败酱散) ..	(25)	第三节 清热解毒	(39)
麻子仁丸 (附:润肠丸、五仁丸)	(26)	黄连解毒汤 (附:泻心汤)	(40)
第二节 温下	(27)	普济消毒饮	(40)
大黄附子汤	(27)	仙方活命饮	(41)
温脾汤	(27)		
第三节 逐水	(28)		
十枣汤 (附:控涎丹)	(28)		

第四节 清脏腑热	(41)	大补阴丸	(65)
导赤散	(42)	百合固金汤	(65)
龙胆泻肝汤	(42)	第四节 补阳	(65)
清胃散(附:玉女煎)	(43)	肾气丸(附:济生肾气丸、右归饮)	(65)
苇茎汤	(43)	第七章 固涩剂	(69)
泻白散(附:葶苈大枣泻肺汤)	(44)	第一节 固表止汗	(69)
芍药汤	(44)	玉屏风散	(69)
葛根黄芩黄连汤	(45)	当归六黄汤	(70)
白头翁汤	(45)	第二节 涩肠固脱	(70)
第五节 清热祛暑	(46)	四神丸	(70)
六一散(附:益元散、碧玉散、鸡苏散)	(46)	真人养脏汤	(71)
清暑益气汤	(47)	第三节 涩精止遗	(72)
第六节 清虚热	(47)	金锁固精丸	(72)
青蒿鳖甲汤	(48)	桑螵蛸散	(72)
清骨散	(48)	第四节 固崩止带	(73)
第五章 温里剂	(50)	固经丸(附:固冲汤)	(73)
第一节 温中祛寒	(50)	完带汤(附:易黄汤)	(74)
理中丸(附:附子理中丸、连理汤)	(50)	第八章 安神剂	(76)
小建中汤(附:黄芪建中汤)	(51)	第一节 重镇安神	(76)
吴茱萸汤	(52)	朱砂安神丸	(76)
第二节 回阳救逆	(53)	第二节 滋养安神	(77)
四逆汤(附:四逆加人参汤)	(53)	天王补心丹(附:柏子养心丸)	(77)
参附汤	(54)	甘麦大枣汤	(78)
第三节 温经散寒	(54)	第九章 开窍剂	(79)
当归四逆汤(附:黄芪桂枝五物汤)	(54)	第一节 凉开	(79)
阳和汤	(55)	安宫牛黄丸(附:牛黄清心丸)	(79)
第六章 补益剂	(57)	紫雪	(80)
第一节 补气	(57)	至宝丹	(81)
四君子汤(附:异功散、六君子汤、香砂六君子汤)	(58)	紫金锭	(81)
参苓白术散	(58)	第二节 温开	(82)
补中益气汤(附:升陷汤)	(59)	苏合香丸(附:冠心苏合丸)	(82)
生脉散	(60)	第十章 理气剂	(84)
第二节 补血	(60)	第一节 行气	(84)
四物汤(附:桃红四物汤、八珍汤)	(61)	越鞠丸	(84)
当归补血汤	(62)	金铃子散	(85)
归脾汤	(62)	半夏厚朴汤	(85)
炙甘草汤	(63)	瓜蒌薤白白酒汤(附:瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤)	(86)
第三节 补阴	(63)	天台乌药散	(87)
六味地黄丸(附:知柏地黄丸、杞菊地黄丸、左归饮)	(64)	第二节 降气	(87)
一贯煎	(64)	苏子降气汤	(88)
		定喘汤	(88)

旋覆代赭汤	(89)
橘皮竹茹汤	(89)
丁香柿蒂汤	(90)
第十一章 理血剂	(91)
第一节 活血祛瘀	(91)
桃核承气汤	(91)
血府逐瘀汤(附:通窍活血汤、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤、身痛逐瘀汤)	(93)
复元活血汤	(93)
失笑散(附:冠心Ⅱ号方)	(94)
补阳还五汤	(94)
温经汤	(95)
第二节 止血	(95)
十灰散	(96)
咳血方	(96)
小蓟饮子	(97)
黄土汤	(97)
第十二章 祛湿剂	(99)
第一节 燥湿和胃	(99)
平胃散(附:不换金正气散)	(99)
藿香正气散	(100)
第二节 清热祛湿	(101)
茵陈蒿汤(附:茵陈四逆汤)	(101)
三仁汤(附:藿朴夏苓汤)	(102)
甘露消毒丹	(102)
八正散(附:五淋散)	(103)
第三节 利水渗湿	(103)
五苓散(附:猪苓汤)	(104)
防己黄芪汤	(104)
第四节 温化水湿	(105)
苓桂术甘汤	(105)
真武汤(附:附子汤)	(106)
实脾散	(106)
藜蘆分清饮(附:藜蘆分清饮)	(107)
第五节 祛风胜湿	(108)
羌活胜湿汤	(108)

独活寄生汤	(108)
第十三章 祛痰剂	(110)
第一节 燥湿化痰	(110)
二陈汤(附:温胆汤、导痰汤、理中化痰丸)	(111)
第二节 清热化痰	(111)
清气化痰丸(附:清金化痰汤)	(112)
滚痰丸	(112)
第三节 润燥化痰	(113)
贝母瓜蒌散	(113)
第四节 温化寒痰	(113)
苓甘五味姜辛汤	(114)
三子养亲汤	(114)
第五节 治风化痰	(115)
止嗽散	(115)
半夏白术天麻汤	(115)
第十四章 治风剂	(117)
第一节 疏散外风	(117)
川芎茶调散(附:菊花茶调散)	(117)
消风散	(118)
牵正散	(119)
小活络丹	(119)
第二节 平熄内风	(120)
羚角钩藤汤(附:天麻钩藤饮)	(120)
镇肝熄风汤	(121)
大定风珠	(121)
第十五章 消导剂	(123)
保和丸	(123)
木香槟榔丸	(124)
健脾丸	(124)
枳实消痞丸	(125)
第十六章 驱虫剂	(126)
乌梅丸	(126)
化虫丸	(127)
肥儿丸	(127)
驱绦汤	(128)

附 录

一、常用中成药简表	(129)
二、方剂歌诀	(143)

三、方剂索引	(155)
--------	-------

上篇 总论

绪言

方剂学是阐明和研究中医治法和方剂的理论及其临床应用的一门学科，与临床各科有着广泛的联系，是中医学主要的基础学科之一。

“方以药成”，方剂是在辨证审因确定治法之后，选择合适的药物，酌定用量，按照组成结构配伍而成。

方剂形成和发展的历史相当悠久。早在我国原始社会时期，我们的祖先就已发现药物并用以治疗疾病。最初，只是使用单味药，通过长期实践，认识到运用多味中药组成复方治病具有更多的优越性，于是逐渐产生了方剂。1973年冬在长沙马王堆三号汉墓中发现的帛书医籍，经整理后定名为《五十二病方》，据考证，至少是公元前三世纪末秦汉之际的抄本，是我国现存最古老的方书。虽然其内容还很粗糙，但在当时却是一个很大的跃进。以后《汉书·艺文志》所列“经方十一家”，不仅有按病归类方剂的专著，而且有了方剂理论的专著《汤液经法》32卷。这些古籍虽已亡佚，但标志着这一时期已经建立了方剂的基本理论。

《黄帝内经》是现存最早的中医理论经典著作，书中载方13首，剂型已有汤、丸、散、酒、膏之分，其有关治则、治法、组方结构、配伍宜忌以及分类方法等理论阐述，为后世方剂学的形成奠定了基础。

东汉张仲景著《伤寒杂病论》，创造性地融理、法、方、药为一体，奠定了临床辨证论治的基础。全书共载方314首，配伍严谨，用药精炼，效果卓著，至今仍被视为中医处方用药的基础，对方剂学的发展具有深远影响。因此后世尊其方为“经方”，尊其书为“方书之祖”。

随着社会生产力的发展，晋唐时代出现了许多方书。其中如晋代葛洪的《肘后备急方》（简称《肘后方》），选方简、便、廉、效，反映了晋以前民间疗法的成就，为研究我国古代民间方药，特别是急救方剂，提供了重要的参考资料。《刘涓子鬼遗方》载方140首，是最早的外科方书。北齐徐之才著《药对》，将药物按功效归纳为宣、通、补、泄、轻、重、滑、涩、燥、湿十种。宋代赵佶在《圣济经》里将十种演化为“十剂”，为后人以治法归类方剂提供了理论依据。

盛唐时代，方剂学获得了迅速发展，孙思邈著《千金要方》、《千金翼方》，前书载方5300余首，后书载方2000余首，系统地搜集了汉、晋、南北朝及隋代的医方和海外传来的方剂。王焘的《外台秘要》，载方6000余首，所选医方均著有书名、出处，是研究唐以前方剂的宝贵资料。

宋代方剂学的成就主要反映在两个方面，一是出现了一批由政府组织编写的方书，如《太平圣惠方》和《圣济总录》，前者载方16834首，后者则近2万，是方剂学资料的又一次总结。《太平惠民和剂局方》收方虽不足800，但其所选方剂，都经太医局验证有效的，并以之作为修制成药的依据，这是我国历史上第一部由政府组织编制的成药典。二是一批较有影

响的专科方书的诞生，如钱乙的《小儿药证直诀》、陈自明的《妇人大全良方》等，标志着中医专科方剂学的迅速发展。此外，这一时期还产生了许多来自实践、切合实用的方书，如陈言的《三因极一病证方论》、严用和的《济生方》等，都各自从一个方面反映出当时的临床医学成就，对后世方剂学的发展产生了一定的影响。在方剂理论研究方面，金·成无己的《伤寒明理论》，首倡以《内经》提出的君、臣、佐、使理论分析组方意义和组方方法，开后世方论之先河，把方剂理论和实践的结合提高到一个新的水平。

继宋以后，金元四大家的兴起，明清温病学的发展，以及王清任对活血化瘀方法的运用等，都对方剂学的发展作出了极大的贡献。其间如明代吴崑的《医方考》，选方 700 余首，对方剂的命名、组成、功效、适应证、方义、加减应用、禁忌等均有比较深刻的论述，是历史上第一部详析方论的专著。明代朱橚编纂的《普济方》，广搜博采，载方 61739 首，是我国古代载方最多的方书。其他诸如明代张景岳的《新方八阵》、张路玉的《祖方》、徐洵溪的《伤寒论类方》、罗美的《古今名医方论》等都是学习和研究方剂学的重要资料，尤其应当提出的是清·汪昂的《医方集解》和《汤头歌诀》，对后世方剂学的教学作出了重要贡献。《医方集解》是一本比较完备，又切合实用的方剂学专著，是学习方剂学的重要参考书之一。汪氏以治法与病因相结合的分类方法，不但为嗣后多数方书所效仿，也成为现代历版方剂学教材分类所遵循的蓝本。《汤头歌诀》以七言方歌的形式，扼要概括了方名、药物、主治或功用，言简意赅，音韵协调，易读易记，成为初学者启蒙必读之书，流传甚广。

新中国成立以来，随着中医理论研究和临床实践的进展，中医方剂学得到了全面的发展，编写出版了一批方剂学教材和专著；点校、重印了许多古代方书；临床研究中创制了众多疗效可靠的新方；对古今方剂的实验研究不断扩展，并阐明了部分方剂的复方药理和化学成分；方剂的剂型改革也迈出了新的步伐。所有这些，为方剂学的提高和发展奠定了前所未有的良好基础。

从方剂学发展过程的简要介绍可知，本门学科是在历代医药学家广泛实践及理论总结的基础上逐步发展成熟的。通过本门课程的学习，不仅要掌握遣药组方的理论和方法，了解剂型和用法的基本知识，还应掌握一定数量的，经反复验证的历代有效方剂，这既是今后学习临床各科必备的基础知识，也是临床工作中不可缺少的重要手段。因此，学好方剂学，对于整个中医学的专业学习，都具有极其重要的意义。

学习方剂学，必须背诵一定数量的临床常用而有代表性的方剂歌诀，理解和背诵是相辅相成，互相促进的，只有这样才能记忆牢固，应用自如。由于方剂学是联系中医基础课程与临床各科的桥梁，因此，在学习过程中，既要善于联系已学的其它中医基础知识，如《中医基础理论》、《中药学》的有关内容，又应充分重视理论联系实际，以适应临床应用型人才培养目标的要求。

根据《专科中医学专业课程设置方案》中关于《方剂学》与中医临床各科教学内容的要求，本教材旨在按照基础为临床服务的要求，选取既是代表方又是临床常用方的方剂，以体现中医治法和各类方剂的配伍方法，为临床课教学奠定基础；对本教材及教学大纲规定以外的方剂内容，由临床课教学中按照方剂教学要求予以完成。因此，要求学生对方剂学的学习，既应注意阶段性的系统学习，又应重视并贯穿于临床学习的全过程。

第一章 方剂与治法

第一节 方剂与治法的关系

方剂是在单味药运用的基础上逐步发展而成的。治法则是针对病证，通过辨证审因而制定的基本治疗方法，即治疗大法。

方剂是治法形成的基础，方剂与治法是中医治疗学体系“理、法、方、药”中不可缺少的组成部分，二者关系十分密切。从中医学形成与发展过程来看，一般地说，方剂运用在先，治法形成于后，治法是在大量方剂反复多次临床实践中总结出来的，是对疾病施治的方法。很显然，方剂及其运用是治法形成的实践基础。

治法是方剂运用的原则和依据，当治法一经确立，便成为遣药组方和成方运用的指导原则。临床治疗疾病，首先通过四诊辨证，确定治法，而后才能依据治法选药组方。例如病人恶寒发热，头痛身疼，无汗而喘，舌苔薄白，脉象浮紧。根据四诊辨证，审证求因，确定系由外感风寒引起的风寒表实证，治疗应发汗散寒采用辛温解表的治疗方法，并选择具有发汗解表作用的麻黄汤（麻黄、桂枝、杏仁、炙甘草）进行治疗。由此可见，治法是选拟方剂及其运用的理论依据；方剂则是治法临床运用中的具体体现，治法与方剂是辨证统一、相互依存的。临床上既不能有方无法，也不可能无法无方。没有治法，则选药组方及成方运用就不能谨守病机，取得理想的治疗效果；同样，若仅有治法而没有方剂去体现它的指导作用，便不可能最终完成对于疾病的施治。所以临床疗效的取得，是治法与方剂相互配合的结果。

综上所述，治法是指导选拟方剂及其运用的原则和依据，方剂是体现和验证治法的手段，只有方剂与治法相互配合，才能完成理、法、方、药辨证施治的全过程。

第二节 治疗大法

祖国医学的治法极为丰富，它含有治疗大法与具体治法两个方面。治疗大法综合了许多具体治法的共性，是临床具有普遍指导意义的治法理论。治疗大法可扼要地概括为“八法”，即汗、吐、下、和、温、清、消、补。八法的制定是以“八纲”为依据的。由于八法简明扼要，已经概括了中医治法的重点和核心，故至今仍被沿用。兹就八法的内容简要介绍如下。

汗法 即解表法。是运用具有发汗解表作用的方药，通过宣发肺气，开泄腠理，使外感六淫之邪随汗而解的一种治法。汗法主要适用于外感病初起的表证。此外，对于麻疹透发不畅；水肿病腰以上肿甚；疮疡初起有寒热表证；或病邪由里出表需要透邪外达者，皆可应用汗法治疗。然而，由于证候有寒热之别，病邪有兼夹不同，体质有强弱之异，所以汗法相应地有辛温、辛凉之分，并可与清法、下法、温法、补法等其他治疗方法结合运用。

吐法 吐法是运用具有涌吐作用的方药，通过呕吐，使停留在咽喉、胸膈、胃脘等部位的痰涎、宿食或毒物从口中吐出的一种治法。凡痰涎壅塞在咽喉，或顽痰蓄积在胸膈，或宿食停滞在胃脘，或误食毒物尚留在胃中等，都可及时运用吐法以排除病邪。由于吐法作用迅

猛，易损胃气，所以只宜于实邪壅塞、病情急剧的患者；对于年老体弱患者及孕妇等，必须慎用。

下法 下法是运用具有泻下作用的方药，通过荡涤肠胃、泻下通便、攻积逐水，使停留于肠胃的燥屎、积热、瘀血、寒积、水饮等从下而解的一种治法。下法主要适用于里实证。凡邪在肠胃，而致大便不通，燥屎内结，以及停痰留饮，瘀血内蓄等邪正俱实之证，均可应用。由于证情有寒热，病邪有兼夹，所以下法相应的有寒下、温下、逐水之分，以及与其他治法的配合运用。

和法 和法是通过和解或调和作用，以达到祛除病邪、治愈疾病的一种治法。所谓和解，是指和里解表之意。适用于伤寒邪在半表半里的少阳病；所谓调和，即调整人体功能，使之归于平复之意。适用于脏腑气血不和，或寒热错杂，或虚实互见的病证。总之，凡伤寒邪在少阳，以及肝脾不和、肠胃寒热错杂等，都可使用和法。和法根据其作用和适应证的不同而有和解少阳、调和肝脾、调和肠胃等区别。

温法 温法是运用具有温里祛寒作用的方药，通过温中祛寒、回阳救逆、温经散寒，使寒邪祛，阳气复，经络通，血脉和的一种治法。温法适用于里寒证。由于里寒证的成因有外寒直中于里，或误治损伤阳气，或素体阳气虚弱寒从内生之分；其病证部位有脏腑、经络的不同，所以，温法相应的有温中祛寒、回阳救逆和温经散寒等区别。里寒证的发生，往往是寒邪与阳虚气弱同时存在，故温法又常与补法配合运用。

清法 清法是运用具有清热作用的方药，通过清热泻火、凉血解毒，以清除火热之邪的一种治法。清法适用于里热证。由于里热证有热在气分、营分、血分，热盛成毒，以及热在某一脏腑之分，所以，清法相应地有清气分热、清营凉血、清热解毒、清热祛暑以及清脏腑热等不同。清法的运用范围比较广泛，尤其对温热病的治疗，更为常用。若温病后期，热灼阴伤，或久病阴虚而有骨蒸潮热者，则清法又当与补阴并用。

消法 消法是运用具有消散作用的方药，通过消导和散结，使气、血、痰、湿、食、虫等壅滞而成的积滞痞块渐消缓散的一种治法。消法的概念较为广泛，所治的病种也较多，从广义上来说，如祛痰法、祛湿法、理气法、理血法和驱虫法等都属于消法的范围。但本书所论消法，是指消食导滞和消痞化积而言，适用于饮食积滞和气血积聚之癥瘕痞块等。根据病情需要，消法也常与补法或下法配合运用。

补法 补法是运用具有补益作用的方药，通过补养人体气血阴阳，使人体脏腑或气血阴阳之间的失调重归于平衡的一种治法。补法主要适用于各种原因造成的脏腑气血阴阳虚弱的病证。若正气虚弱不能抗邪或祛除余邪时，也可用补法扶助正气，或配合其他治法，达到扶正祛邪的目的。补法的运用，既有补气、补血、补阴、补阳、补心、补肝、补脾、补肺、补肾之分，又有峻补、平补之异，亦有根据五行相生的间接补益之法，如补土生金、滋水涵木等。但常用的补法分类仍以补气、补血、补阴、补阳为主。

上述治疗大法，除吐法外均为临床常用。但其运用时不能孤立对待，因为疾病的临床表现往往不是单一治法所能适应，而是需要二种或二种以上治法的结合，才能全面照顾。因此，临证处方，必须针对病情，灵活运用，才能提高疗效。另外，八法中每一治法在临床运用中，尚有更为具体的治法分化，例如现今常用的理气、活血化瘀、祛痰等治疗方法，实际上是八法中消法的衍化。所以《医学心悟》说：“一法之中，八法备焉，八法之中，百法备焉。”但究其实质，总不出八法范围，所以不一一赘述。

第二章 方剂的组成与变化

方剂是在治法指导下，将药物进行科学合理组合应用于临床的形式。实践证明药物通过配伍组合，较之单味药不仅能增强药物原有的作用，扩大治疗范围，提高疗效，同时可以监制药物的毒性和烈性，从而消除或缓解对人体的不良因素，所谓“药有个性之专长，方有合群之妙用”即是此意。所以方剂的组成不能视为是药物简单的堆砌；其治疗效应的发挥，也不是同类药物药效的相加，而是药物相辅相成或相反相成的综合结果，它体现了方剂配伍的优越性。

第一节 方剂组成

方剂是在辨证的基础上，依据确定的治法，选择适当的药物，配伍组合而成。其组成结构，前人概括为“君、臣、佐、使”。它是在《素问·至真要大论》“主病之谓君，佐君之谓臣，应臣之谓使”这一论说基础上提出的制方理论。方剂的这一“君、臣、佐、使”的组成结构，表明了药物配伍之间的主从关系，既有明确的作用方向，又有相互间的紧密配合，因而能够发挥理想的治疗效果。所以，一张疗效确实的方剂，必须是针对性强、组方严谨、选药适当的，否则就失去了组成方剂的意义。

现将“君、臣、佐、使”的涵义分述如下：

君药：针对病因及主证，起主要治疗作用的药物。是方剂的主要组成部分。

臣药：协助君药加强其治疗作用的药物。

佐药：有三种意义。一是协助君药照顾兼证或兼病的药物；二是制约、消除或缓解君、臣药的毒性或烈性的药物；三是反佐药，即方中与君药性味或作用相反而起相成作用的药物。

使药：引经或调和药，即引导诸药使该方直达病所，或调和方中药性的药物。

为说明方剂上述“君、臣、佐、使”的组成结构，兹举《伤寒论》麻黄汤为例。该方由麻黄、桂枝、杏仁、炙甘草组成，主治风寒表实证。症见恶寒发热，头痛身疼，无汗咳喘，苔薄白，脉浮紧等。其主要病机为风寒束表，毛窍闭塞，肺气不得宣泄。所以治当辛温发汗。组成分析如下：

麻黄汤	{	君药：麻黄，辛温，发汗解表以散 风寒，宣利肺气以平咳喘。
		臣药：桂枝，辛甘温，温经和营， 解肌散寒。协助麻黄加强发 汗解表的作用。
		佐药：杏仁，苦温，宣肺降气，协 助麻黄治疗兼证咳喘。
		使药：炙甘草，甘温，调和诸药。

综上所述，方剂组成药物的君、臣、佐、使，主要由方剂中药物所起的作用而决定的。至于每一方剂中君、臣、佐、使是否均需具备，以及其药味的多少，则应视病情和治疗的需

以及所选药物的功用来决定。一般地说，君药是必不可少的，没有君药，就否定了方剂的存在。其余臣、佐、使药三者则不一定均具备。因为有些方剂中的君药或臣药，其本身就兼有佐药或使药的作用，故方中无需另配佐、使药物。对于组成药物较多的方剂，则可将作用类似的药物适当归类，分为“主要”与“次要”两部分加以区分与分析，不一定拘泥“君、臣、佐、使”进行分析。至于方剂组成中“君、臣、佐、使”的药味多少与药量的轻重，并无呆板规定。通常君药的药味少，而药量偏重（有毒药或烈性药除外），臣、佐药的药味较多且用量也轻。但具体应依临床表现与立法的主治方向而定，这样才能发挥药物通过配伍组合成方剂的优势与疗效。

第二节 组成变化

方剂的组成既有一定的严谨性，也有其极大的灵活性。临床遣药组方必须审视病情的缓急，以及患者的体质、年龄、生活环境与四时气候等，予以灵活化裁，令方药与病证相符，才能收到理想的疗效。因此在运用方剂时，不能固执成方，必须通过各种配伍变化来适合病情的需要。

方剂的组成变化，大抵有药味增减变化，药量增减变化与剂型更换变化三种形式。

一、药味增减变化

药味增减的变化，通常称“随症加减”。一般是指在君药、主证不变的情况下，随着次要症状或兼证的不同，通过方剂组成药物的增加或减少，改变其药物的配伍环境，从而导致方剂功用和主治的改变。例如麻黄汤，原为辛温发汗、宣肺平喘的方剂，如果表寒不重而咳喘明显者，则可减去解肌发表的桂枝（即三拗汤）成为止咳平喘的基础方。再如四君子汤，本为甘温益气、健脾养胃之剂，主治脾胃气虚证。若于方中加入陈皮、半夏（即六君子汤）则为健脾益气、燥湿化痰之剂，宜于脾胃气虚兼见胸脘痞闷，咳嗽痰多色白，恶心呕吐者。

上述方剂组成药物的增加或减少，虽然使原方的配伍关系有所改变，但其主治病机与主症仍和原方相符，如果组方药味增减后其君药和主症完全改变，则就不属于药味增减变化的范畴。

二、药量增减变化

药量增减变化，是指方剂组成药物不变，通过增加或减少方中药物用量，使之改变方剂的配伍作用，从而导致功效和主治范围的变化。例如《伤寒论》桂枝汤与桂枝加芍药汤及桂枝加桂汤，三方组成均以桂枝为君，芍药为臣，姜枣为佐，甘草为使。其中桂枝加芍药汤由桂枝汤倍芍药组成，主治桂枝汤证兼见腹满时痛者；而桂枝加桂汤则由桂枝汤加重桂枝用量组成，主治奔豚气，气从少腹上冲心胸者（见表1）。

表1 桂枝汤、桂枝加芍药汤、桂枝加桂汤比较表

方名	组成					功用	主治
	君	臣	佐		使		
	桂枝	芍药	生姜	大枣	甘草		
桂枝汤	三两	三两	三两	十二枚	二两	解肌发表，调和营卫	风寒表虚证，见头痛发热，汗出恶风，苔薄白，脉浮缓
桂枝加芍药汤	三两	六两	三两	十二枚	二两	解肌发表，缓急止痛	上证兼见腹满时痛
桂枝加桂汤	五两	三两	三两	十二枚	二两	温阳祛寒，平降冲逆	表证误汗致发奔豚，气从少腹上冲心胸

以上举例说明，桂枝汤与桂枝加芍药汤主治虽有区别，但仅是兼证的不同，这种变化，属于量变；桂枝汤与桂枝加桂汤，由于药量变化后导致了配伍关系的改变，以致二方功效、主治也有很大的区别，因此属于质的变化。

三、剂型的变化

剂型的变化，是指同一张方剂，由于剂型不同，致使运用上也有区别。例如《伤寒论》治疗脾胃虚寒的理中丸，如将丸剂改汤内服，则作用快而力峻，适用于病情较重者；反之，如病情较为轻缓，则多以汤改丸，取其慢而力缓。

以上三种方剂的组成变化方式，可以单一应用，也可结合运用，例如桂枝汤倍芍药加饴糖而为小建中汤，就融药味增减变化与药量增减变化于一方；再如张洁古将《金匱要略》枳术汤衍化为枳术丸，则为剂型变化与药量增减变化的结合。

综上所述，方剂组成以后，临床运用有极大的灵活性，只有掌握了方剂的配伍理论和配伍方法，才能在临床实践中运用自如。

第三章 剂型与用法

第一节 剂 型

剂型是将组成方剂的药物，根据治疗需要和药物的特性制成一定的制剂，它和临床治疗效果有着密切的关系。适宜的剂型是方剂治疗作用和药效发挥不可缺少的条件。即使临床诊断、立法正确，组方合理，选药精当，但如剂型与病情不合，则也不能取得满意疗效。

中医方剂的剂型种类很多，《内经》十三方中就有汤、丸、散、酒、膏等剂型。以后历代医家长期的临床实践，又创制了多种剂型，如药露、锭剂、灸剂，以及熏烟、熏洗、灌肠、坐药等。随着中医药的发展和现代制剂技术的引用，方剂剂型有了新的进展，制成了各种新的剂型，如针剂、片剂、冲剂、糖浆剂等，以便于临床应用。

现将常用剂型介绍如下：

一、传统剂型

汤剂 将药物饮片混合，加水浸泡后，煎煮一定时间，去渣取汁而成的液体剂型，称为汤剂，如麻黄汤、桂枝汤等。汤剂多作内服，亦可外用熏洗。它的优点是吸收快，能迅速发挥药效，而且便于加减使用，能因人因证灵活变化，以适应辨证论治的需要，是中医过去和现在运用最广泛的一种剂型。汤剂的缺点是：煎煮费时，不利于危重病人及时抢救；有些药物的有效成分难溶于水，不易煎出；味苦，小儿较难服用；携带困难。

散剂 是将药物粉碎，混合均匀而制成的粉末状制剂。根据其用途，分内服和外用两类。内服散剂可研成细末，过筛混合，用量小者，可直接吞服或冲服，如行军散、七厘散等；亦有研成粗末，临用时加水煎煮去渣取汁服的，称煮散，如银翘散、败毒散等。外用散剂一般外敷、掺散疮面或患病部位，如金黄散、生肌散等；亦有作点眼、吹喉等外用的，如八宝眼药、冰硼散等。散剂具有制备方法简便，吸收较快，节省药材，性质较稳定，不易变质，以及运输、携带方便等优点。

丸剂 是将药物研成细末，以蜜、水或米糊、面糊、酒、醋、药汁等作为赋形剂制成的圆形固体剂型。临床常用的丸剂有蜜丸、水蜜丸、水丸、糊丸等。另有一种浓缩丸，系将方中药物或部分药物煎汁浓缩成膏，再与其他药物细粉或适宜的辅料制成丸剂。丸剂吸收缓慢，药力持久，而且体积小，服用、携带、贮存都比较方便，一般适用于慢性、虚弱性疾病，如六味地黄丸、朱砂安神丸等；也有取峻药缓治而用丸剂的，如十枣丸、抵挡丸等；亦有用于急救，但方中含芳香开窍药物，不宜入汤剂煎煮而制成丸剂的，如安宫牛黄丸、苏合香丸等。

膏剂 是将药物用水或植物油煎熬去渣浓缩而成的剂型，有内服和外用两种。内服膏剂主要有煎膏；外用膏剂又分软膏和硬膏两种。

①煎膏 又称膏滋。是将药物用水煎煮后，去渣浓缩，加糖或炼蜜制成的稠厚半固体剂。膏滋含有大量的糖或蜂蜜，味甜而营养丰富，有滋补作用，且便于服用。适宜于久病体质虚弱的患者，如参芪膏、枇杷膏等。

②软膏 又称药膏。系用适当的基质与药物均匀混合制成的一种容易涂布于皮肤、粘膜

的半固体外用制剂。软膏基质在常温下呈半固体状，具有一定的粘稠性，但涂于皮肤或粘膜上，能渐渐软化或溶化，有效成分可被缓慢吸收，持续发挥疗效。软膏适用于外科疮疡肿疔等疾病，如三黄软膏。

③硬膏 又称膏药。系以食用植物油将药物浸泡、煎熬至一定程度，去渣后再加黄丹等收膏呈暗黑色的膏药肉，涂于布或纸等裱褙材料上，供贴敷于皮肤的外用剂型，亦即黑膏药，古代称为“薄贴”。膏药在常温时呈固体状态，36~37℃时则软化，起局部或全身治疗作用，同时亦起机械性保护作用，用法简便，携带贮存方便。膏药多用于跌打损伤、风湿痹痛和疮疡等疾病，如狗皮膏等。

丹剂 多指用含汞、硫黄等矿物经过加热升华而成的一种化合制剂。一般多作外用，如红升丹、白降丹等。此外，亦有将某些贵重药物或有特殊功效的药物制成的剂型称之为“丹”的，如神犀丹、小儿回春丹等。丹剂的概念比较广泛，非指一种固定的剂型，目前所称的“丹”有散剂，如紫雪丹、九一丹等；有丸剂，如至宝丹、小活络丹等；有锭剂，如玉枢丹等。

酒剂 古称“酒醴”，后世称为“药酒”。系以白酒或黄酒为溶媒浸制药物，经过一定时间所得的澄明浸出液制剂。酒剂可供内服，亦可外用。多用于体虚补养、风湿痹痛或跌打损伤等。如十全大补酒、虎骨木瓜酒等。

茶剂 是由药物粗粉与粘合剂混合制成的固体制剂。使用时置有盖的容器中，以沸水泡汁代茶服用，故称茶剂。茶剂外形并无一定，常制成小方块形或长方块形，亦有制成饼状或制成散剂定量装置纸袋中。茶剂多用于治疗感冒、积滞等疾患。由于茶剂制法简单，服用方便，如午时茶，广大群众都乐于采用。

药露 是将新鲜含有挥发性成分的药物，放在水中加热蒸馏制成的水溶液制剂。药露气味清淡，芳洁无色，便于口服。一般作为饮料，夏天尤为常用，如金银花露等。

锭剂 是以药物细粉加适当粘合剂制成不同形状的一种固体制剂。可供外用或内服，研末调服或磨汁服，亦可磨汁涂敷患处，如紫金锭等。

条剂 又称“纸捻”，为中医外科常用的剂型。是将桑皮纸粘药后捻成细条，或将桑皮纸捻成细条后再粘着药物而成。条剂制备比较简单，用时将纸捻插入疮口或瘰管内即可化腐拔毒、生肌收口，如化管药条等。

线剂 是用丝线或棉线浸泡于药液中，并与药液同煮，经干燥而得的一种外用制剂。用于结扎瘰管或赘肉，使之自行萎缩脱落。

灸剂 系将艾叶捣碎如绒状，捻成一定大小形状后，置于体表的某些腧穴或患处，点燃熏灸，使之温热或灼痛，以达到预防或治疗作用的一种外用剂型。

上述传统剂型中，以汤、丸、散、酒、膏等为常用。剂型的选用，应符合病情需要，一般病起急骤，欲速取效，多用汤剂；慢性疾患，宜久服缓治，多用丸剂或膏剂；散剂取效比汤剂徐缓而较丸剂为迅速；风湿痹痛，跌打损伤则多采用酒剂。

二、新制剂型

糖浆剂 是指含有药物的蔗糖饱和水溶液。系将药物煎煮去渣取汁煎熬成浓缩液，加入适量的蔗糖溶解而成。糖浆剂味甜，尤宜于儿童服用，如川贝止咳糖浆等。

片剂 是将中药加工或提炼，配合赋形剂压制而成的圆形片状剂。片剂含量准确，质量稳定，体积小，服用方便。对于味苦或具有恶臭气味的药物，压片后可包以糖衣，使之便于吞服。对于需在肠道中发挥作用或遇胃酸有效成分易被破坏的药物，则可包以肠溶衣，使之

在肠道中崩解。如桑菊感冒片、银翘解毒片等。

冲剂 系指以药物的细粉或提取物等制成的干燥颗粒状剂型。通常是把药物煎煮浓缩成浸膏，加入适量的辅料（糖粉、淀粉、山药粉、糊精等）混合制作而成。冲剂是近年来在糖浆剂和汤剂的基础上发展起来的一种新剂型，分为可溶性和混悬性两种。冲剂作用迅速，服用方便，适用范围广。常用冲剂如感冒退热冲剂、覆盆草冲剂等。

针剂 即注射剂。是将药物经过提取等过程配制而成的灭菌溶液，或作成配制注射液的无菌粉末，供皮下、肌肉、静脉注射用的制剂。针剂具有剂量准确、药效迅速、药物不受消化液和食物影响、能直接进入人体组织等优点，如生脉注射液、参附注射液等。

除上述常见剂型外，尚有胶囊剂、气雾剂、海绵剂、油剂、栓剂、霜剂及五官科外用制剂等新剂型，这些剂型均应进一步研究，以便更好发挥中药方剂的治疗效果。

第二节 方剂的用法

方剂的用法包括煎法和服法，它对方剂临床疗效的发挥有直接影响，应加以重视。

一、煎法

煎法是指煎药方法。汤剂是临床最常用的剂型，因此历代医家对汤剂的煎法都十分重视，正如《医学源流论》所说：“煎药之法，最宜深讲，药之效不效，全在乎此。”

方剂的煎法应注意以下几方面：

煎药用具 目前通常选用有盖砂锅或瓦罐。这类煎具化学性质稳定，煎时受热均匀，因而煎汁浓，质量高。不宜使用铜、铁、锡锅，因这些煎具与有些药物在煎煮时会产生沉淀，降低溶解度，甚至会引起化学变化，产生副作用。

煎具的容量宜大，以利于汤药沸腾与有效成分的浸出，并可避免外溢耗损。此外，煎时需加盖，以防煎煮时药液过快蒸发，以利于挥发性成分的保存。

煎药用水 古人常用的有泉水、井水、河水、雨水、雪水等。现今煎药用水，除处方有特殊要求外，一般以洁净为度，如自来水、井水或蒸馏水等。至于加水量，常与药量或药味多少，药物吸水情况，煎煮时间与火候有关。通常一般以水浸没药物超出一寸为宜（即加水量为药物总量的5~8倍），二煎时用水量可酌减。

煎前浸泡 中药煎煮之前，必须先加水浸泡，使药材组织湿润、细胞膨胀，从而有利于药物有效成分的煎出；如不浸泡即煎煮，则受热后会使得药材组织表面蛋白凝固，淀粉糊化，不利于有效成分溶出。浸泡时间，一般粉末为5~20分钟，饮片为20~30分钟。

煎药火候与时间 煎药火候有“武火”与“文火”之分。急火煎之谓“武火”，慢火煎之谓“文火”。汤液煎煮，一般先“武”后“文”，即开始用武火，煎沸后改用文火，这样既可防止药液的溢出，又可减少水分的过量蒸发，同时可以减少药液中挥发性成分的损耗及高温引起的有效成分破坏。至于煎药时间，一般头煎从煮沸开始，需20~25分钟，二煎15~20分钟；如系解表、清热、气薄类方药，宜武火急煎，头煎约15~20分钟，二煎10~15分钟；若为味厚滋补方药，则宜文火久煎，头煎需30~40分钟，二煎20~30分钟。汤液煎成以后，应立即滤取药汁，不宜久置，以防酸败。

煎药方法 药物经过浸泡煎煮时，应严格按照上述火候及时间的要求，完成煎煮程序。煎药期间不宜频频打开锅盖，以防气味走散，并可减少挥发性成分的丢失。如药物不慎煎糊，则应弃去，不宜加水再煎服。另外，对于某些煎法比较特殊的药物，煎煮时尤需予以注意。