

方禮 主编 王阶 张允岭 何庆勇

社家見人醫方禮王階

MINGFANG MINGYI SHIJIANLU

名方名医

实践录



国医大师推荐珍藏
最受欢迎中医医院专家联合推荐



科学技术文献出版社

最受欢迎中医医院专家联合推荐
国医大师推荐珍藏

名方名医实践录

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北京

图书在版编目(CIP)数据

名方名医实践录/王阶,张允岭,何庆勇主编.-北京:科学技术文献出版社,2010.10
ISBN 978-7-5023-6750-3

I. ①名… II. ①王… ②张… ③何… III. ①方剂-汇编 IV. ①R289.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 182386 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)58882938,58882087(传真)
图书发行部电话 (010)58882866(传真)
邮 购 部 电 话 (010)58882873
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail:stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 付秋玲
责 任 编 辑 张金水
责 任 校 对 唐 炜
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 富华印刷包装有限公司
版 (印) 次 2010 年 10 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×1092 16 开
字 数 512 千
印 张 22.75
印 数 1~3000 册
定 价 45.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

【主编简介】

王阶男，1956年生。博士，主任医师，教授，博士研究生导师，中国中医科学院首席研究员，国务院学位委员会中西医结合学科评议组成员兼召集人，享受国务院政府特殊津贴，国家中医药管理局中医心病重点学科学术带头人，现任中国中医科学院广安门医院院长、党委书记。兼任中国中西医结合学会副会长、中国药学会理事、老年药学专业委员会副主任委员、国家药典委员会委员、国家食品药品监督管理局新药审评专家、国家自然科学基金委员会评审专家、中华中医药学会心病专业委员会主任委员、中华医学会全国医疗事故鉴定专家委员会委员、世界中医药学会联合会临床疗效评价分会副主任委员、第四届中国科协委员、楚天学者特聘教授、首都医科大学中西医结合系副主任。承担国家973计划、国家自然科学基金、国家“十五”科技攻关、国家“十一五”科技支撑计划、国家“十一五”科技重大专项、北京市自然科学基金等课题。成果获国家科技进步一等奖1项（第4名），中华中医药学会科技进步一等奖1项，中国中西医结合学会、中华中医药学会科技进步二等奖各1项，北京市科技进步三等奖3项，中国中医科学院科技进步一等奖2项、三等奖2项。《中西医结合学报》副主编，《世界科学技术——中医药现代化》副主编。在国内外核心期刊上发表学术论文共200余篇，其中SCI或EI收录14篇，主编《实用中西医结合心血管病学》及参编医学书籍10余部。

【主编简介】

何庆勇 男，28岁。在读博士研究生。师从王阶、张允岭教授。主持北京中医药大学校级学生科研课题2项，作为主要完成人之一参加中国中医科学院中医治疗有特色和优势病种课题1项，参加国家自然科学基金项目2项，作为主要完成人之一参加国家973计划《证候规范及其与疾病、方剂的基础研究——冠心病心绞痛病证结合的诊断标准与疗效评价体系研究》1项，参加国家“十五”科技攻关课题1项，参加国家“十一五”科技支撑计划课题1项，参加国家“十一五”科技重大专项课题1项。2007年获北京中医药大学课外学术论文大赛一等奖，2007年获北京中医药大学中西医结合学术论文大赛一等奖，2007年获中国中医科学院科技进步三等奖1项（第8名），2008年中国中西医结合学会第六次全国中青年学术研讨会优秀论文二等奖，2008年中国中医科学院科技进步二等奖1项（第7名），2009年全国中医药博士论坛论文优秀奖，2009年北京市科技进步三等奖（第3名），2009年中华中医药学会科技进步一等奖（第6名），2009年北京市青年优秀科技论文二等奖，2010年中国中西医结合学会第八次全国中青年学术研讨会优秀论文二等奖，2010年首届中医药博士优秀论文，2010年第八届全国博士生学术年会优秀论文。《Evidence-based Complementary and Alternative Medicine》（SCI收录）审稿专家，《BMC Complementary and Alternative Medicine》（SCI收录）审稿专家。在国外及国内国家级核心期刊发表论文48篇。被MEDLINE收录21篇，被SCI或EI收录8篇，主编或副主编学术著作5部。

序

医之为道，源于岐黄，临诊之际，贵在辨证，论治之妙，在于方证对应，久则名方成焉。名方者，常为大医家所创，卓有良效，久用不衰，经岁月磨砺而成。由中国中医科学院首席研究员王阶主任医师、北京中医药大学东方医院博士生导师张允岭主任医师和中国中医科学院广安门医院何庆勇博士共同主编，联合全国多家医院的临床专家和北京中医药大学的方剂学专家，共同撰写的《名方名医实践录》，洋洋近50万言，集名方辨证治疗疑难病之大成，强调名医经验的传承。本书充分体现了实用性、系统性、科学性等特色，对中医方剂学的发展，将起到很好的促进作用。

本书资料丰富，内容翔实，注重全面突出名医运用名方的独特经验。对于传承名方法术，提高疑难病的辨治水平与临床疗效具有重要的实用意义。本书上汲古训，下采众长，继承和发展结合，确是一部较为完善的关于名方的专著。相信本书之问世，必将对中医临床学家辨治疑难病提供重要资料，并可供医学院校的师生作为理论探索和临床应用的参考。

稿成行将付梓，余先睹为快，故欣然为序。

国医大师

国家级非物质文化遗产传统医药项目代表性传承人

The image shows a handwritten signature in black ink, which reads '路志正' (Lu Zhizheng). The characters are written in a fluid, cursive style characteristic of traditional Chinese calligraphy.

前 言

名方者，常为大医家所创，卓有良效，经久不衰，经岁月磨砺而成。名方立法严明，药无虚用，辨之得当，效如桴鼓。名医多嗜名方，名医在长期的实践中，积累了丰富的临床经验，总结他们的学术经验可以发现，名医对名方有高深的造诣，他们善用名方，博采众长，学验俱丰，形成了独特的学术思想。名医历经几十年临床实践摸索出来的经验，是中医的临证精华。总结他们运用名方的经验，不仅可以继承其学术思想，更能创新、发扬中医，提高临床疗效。

本书分为5章共16节，主要介绍16张著名的方剂，分别从名方导读、名医心悟、名医医案、国医大师点评等方面对每一张方剂做了全面的阐述。其中[名方导读]主要是对该方剂的相关经典原文的较系统回顾，[名医心悟]主要叙述各位名医对该方剂的个人独特体会和观点，[名医医案]主要介绍各位名医运用名方治疗疑难病的典型病例及治疗过程，[国医大师点评]主要介绍首届国医大师对该方剂的精辟点评。本书对各位名医运用名方的独特体会、心悟和医案均做了较详尽介绍。学术性、实用性俱佳，真实记录了名医们运用名方的思维过程和临床经验。值得中医临床者参考借鉴。

本书从构思到完成，前后三载，把名医运用名方之经验示于众，将成功经验供之临床参考，一也；学习交流，共同提高发扬中医学术，二也。

本书在编写过程中，得到中国中医科学院广安门医院及北京中医药大学各级领导的关心、指导，国医大师路志正在百忙之中赐序，在此一并表示衷心的感谢！

王 阶 张允峰 何杰勇

C 目录

Contents

..... 名方名医实践录

	总论 名方临证运用现状与思路	/1
	一、药物指征淡化是普遍现象	/1
	二、基于病机的研究思路可能是问题所在	/3
	三、方药的客观指征是名方运用关键	/4
	四、结语	/10
	第一章 解表剂	/11
第一节	银翘散	/11
	一、名方导读	/11
	二、名医心悟	/12
	三、名医医案	/16
	四、国医大师点评	/24
第二节	桑菊饮	/26
	一、名方导读	/26
	二、名医心悟	/27
	三、名医医案	/31
	四、国医大师点评	/34
	第二章 泻下剂	/36
第一节	温脾汤	/36
	一、名方导读	/36
	二、名医心悟	/37
	三、名医医案	/38
	四、国医大师点评	/45

第二节	济川煎	/46
	一、名方导读	/46
	二、名医心悟	/47
	三、名医医案	/52
	四、国医大师点评	/54
	第三章 和解剂	/55
第一节	逍遥散	/55
	一、名方导读	/55
	二、名医心悟	/56
	三、名医医案	/65
	四、国医大师点评	/92
第二节	蒿芩清胆汤	/93
	一、名方导读	/93
	二、名医心悟	/94
	三、名医医案	/98
	四、国医大师点评	/104
	第四章 清热剂	/106
第一节	清营汤	/106
	一、名方导读	/106
	二、名医心悟	/107
	三、名医医案	/110
	四、国医大师点评	/123
第二节	黄连解毒汤	/124
	一、名方导读	/124
	二、名医心悟	/125
	三、名医医案	/128
	四、国医大师点评	/141
第三节	龙胆泻肝汤	/142
	一、名方导读	/142
	二、名医心悟	/143
	三、名医医案	/147

	四、国医大师点评	/165
第四节	清胃散	/167
	一、名方导读	/167
	二、名医心悟	/168
	三、名医医案	/170
	四、国医大师点评	/175
第五节	青蒿鳖甲汤	/176
	一、名方导读	/176
	二、名医心悟	/177
	三、名医医案	/179
	四、国医大师点评	/186
	第五章 补益剂	/187
第一节	参苓白术散	/187
	一、名方导读	/187
	二、名医心悟	/188
	三、名医医案	/194
	四、国医大师点评	/211
第二节	补中益气汤	/213
	一、名方导读	/213
	二、名医心悟	/214
	三、名医医案	/220
	四、国医大师点评	/251
第三节	四物汤	/253
	一、名方导读	/253
	二、名医心悟	/254
	三、名医医案	/261
	四、国医大师点评	/300
第四节	六味地黄丸	/301
	一、名方导读	/301
	二、名医心悟	/303
	三、名医医案	/308
	四、国医大师点评	/325

第五节	归脾汤	/327
	一、名方导读	/327
	二、名医心悟	/328
	三、名医医案	/330
	四、国医大师点评	/345

❀ 总 论 ❀

名方临证运用现状与思路

从中医学的发展史不难看出,在人类历史早期,对疾病的认识首先是从单一症状和单个疾病开始的,如甲骨文记载的疾首、疾耳、疔、疥、病软、病眩等,《山海经》中的痲、癭、痔、痹、痿等,其诊疗经验也就是从最原始的对病对症的经验开始逐步积累;在治病手段上,从《黄帝内经》等早期中医学经典著作可以看出,也从最原始的祝由、砭石治疗发展成针灸治疗,最后出现了药物治疗。《神农本草经》的问世标志着药物治疗逐渐走向系统完善。人们首先从单味药物治疗某疾病或某症状开始认识,随着药学知识的不断增加和医疗经验的不断积累,相应地出现了由单味药组成的复方治病形式,至此方剂成为重要的治病手段。

经典名方是方剂学的主体、核心,其灵活运用是名中医临证治病的特色。方剂学是传承讲授经典名方的重要载体,是联系中医学基础与临床的桥梁学科,其对于培养、提高临床中医师诊治疾病、临证处方水平具有重要意义。建国后,高等中医药教育的出现使中医学的传承发生了历史性的变化,方剂学的学习也由传统的背诵《药性赋》、《汤头歌诀》、《伤寒论》、《金匱要略》等变成了全国统编教材《方剂学》,这对规范中医教育,培养后继人才功不可没。但我们在《方剂学》的学习和临床实践中发现,教材存在淡化药物运用客观指征的倾向。

一、药物指征淡化是普遍现象

药物指征就是使用药物的客观证据。目前业内存在一种认识倾向,即认为把握住病机就能把握疾病的本质,其证治方药之道自在其中,并将把握病机作为诊治疾病的最高境界,临证时针对病机选择与之对应的方药就能取效而且必然取效,如一旦诊断为血瘀证,运用丹参、赤芍、桃仁等也就顺理成章。这是基于病机用药,即以病机为靶向的治疗模式,在这里病机是使用药物的证据。但通过系统研究学习经典,我们发现中医学中还蕴藏着另外一种古老而独特的疾病辨治体系——方证对应,其基于方证用药的思想处处体现在中医学的经典著作中。方证是指运用方剂的客观证据,即方剂所对应的症状、体征。有是证用是方是其最大特色,临证之际,根据患者表现出来的症状体征反应,辨识为某方方证,然后直接选用该方进行治疗。如不论是外感抑或内伤,只要见到容易汗出、恶风、脉浮缓,就可以用桂枝汤治疗。这是基于方证

(药证)用药,即以症状体征为靶向的治疗模式,在这里症状体征即是使用药物的证据。由于病机是对疾病外在表现的抽象概括,其主观性较强,而症状体征则是相对客观可见的,因此我们认为是否重视方药使用的客观证据指征是这两种思维模式的最大差别^[1]。

目前在中医学临床、科研与教学中似乎存在淡化方药客观运用指征的倾向。以方剂学为例,对方剂中方药配伍意义的解释应当能最大程度地还原到创方者的制方本意上去,但目前教材对此所作的解释似乎存在一种套路,即能够作配伍意图解释则加以解释,而对不能很好解释的地方则从阴阳、五行、气血、脏腑等哲理、病机角度进行反复推导、循环论证,继而罗列药物性味归经、主治功效,以期能从病机这一最高认识层次将古人用药意图说圆说通,而对药物客观指征的描述则显不足。

以酸枣仁汤为例,一般认为肝血不足、阴虚内热为其方证病机,本方可以养血安神、清热除烦,主治“失眠心悸,虚烦不安,头目眩晕,咽干口燥,舌红,脉弦细”。对方中药物的配伍意义,教材认为,“重用酸枣仁,以其性味甘平,入心肝之经,养血补肝,宁心安神为君药。茯苓宁心安神,知母滋阴清热,为臣药,与君药枣仁相配,以助君药安神除烦之效。佐以川芎调畅气机,疏达肝气,与君药相配,酸收辛散并用,相反相成,具有养血调肝之妙。甘草生用,和中缓急,为使药。诸药相伍,一则养肝血以宁心神,一则清内热以除虚烦。共奏养血安神,清热除烦之功”,仔细分析不难发现,茯苓宁心安神似乎与肝血不足、阴虚内热的方证病机关系不大,且茯苓具淡渗利湿之功,用之于阴虚内热之证岂不会因利水太过而加重阴伤?川芎调畅气机,疏达肝气,养血调肝似乎也与方证病机关系不大,且如果川芎之用是为调畅肝气而设,为何不在方证病机中加一“肝气不畅”?再作深入思考,用川芎调畅肝气的指征是什么?用甘草和中缓急的指征又是什么?在这首仅由5味药物组成的小方中,教材未能明确阐明客观证据指征的药物多达3味。当然,古今注解《金匱要略》诸家对该问题也存在疑问,如曹颖甫认为“惟茯苓、川芎二味,殊难解说”(《金匱发微》)。值得注意的是,类似从医理、哲理角度解释,淡化药物客观指征的方解之风古即有之,如《古今名医方论》解释说,“枣仁酸平,应少阳木化,而治肝极者,宜收宜补,用枣仁至二升,以生心血,养肝血,所谓以酸收之,以酸补之是也。顾肝郁欲散,散以川芎之辛散,使辅枣仁通肝调营,所谓以辛补之。肝急欲缓,缓以甘草之甘缓,防川芎之疏肝泄气,所谓以土葆之。然终恐劳极,则火发于肾,上行至肺,则卫不合而仍不得眠,故以知母崇水,茯苓通阴,将水壮金清而魂自宁。斯神凝、魂藏而魄且静矣。此治虚劳肝极之神方也。”

如果说上述事例还仅仅是个案不足以说明问题的话,不妨再看如下方解。

小青龙汤解表散寒、温肺化饮,主治外寒内饮证,一般认为风寒束表、水饮内停为其方证病机。对于方中配伍五味子、芍药的问题,教材解释说“然而素有痰饮,纯用辛温发散,既恐耗伤肺气,又须防诸药温燥伤津,故配以五味子酸收敛气,芍药和营养血,并以佐制之用”,“麻黄、桂枝解散在表之风寒,配白芍酸寒敛阴,制麻桂而使散中有收”,“干姜、细辛、半夏,温化在肺之痰饮,配五味子敛肺止咳,令开中有合,使之散不伤正,收不留邪”,如果这两味药物的配伍意义真如书中所言,那么与方证病机有何关联?且能不能将之换成同样具有酸寒敛阴、散中有收的山萸肉、诃子、五倍子等药物呢?很显然这样的解释并没有很严格的排他性。

济川煎温肾益精、润肠通便,主治肾虚便秘,教材认为方中之所以配伍升麻,是因其“轻宣升阳,清阳得升,浊阴自降,且有欲降先升之妙”;之所以配伍泽泻,是因“肾虚气化失职,水液代

谢失常,以致浊阴不降,故用泽泻甘淡泄浊,又入肾补虚,配合枳壳,使浊阴降则大便得通,共为佐使”,且诸药“合而用之,成为温润通便之剂,是寓通于补之中,寓降于升之内,故适于老人肾虚及产后血虚之便秘”,对此我们不妨作如下思考:如果升麻之用确如教材所言“寓降于升”,“欲降先升”,那么是否在主治肾虚证通便类方中使用升麻欲降先升是一种规律?很显然不是!既然升麻可以“轻宣升阳”,那么是否可以将之替换成柴胡、葛根等其他具有升阳功效的药物?“肾虚气化失职,水液代谢失常,以致浊阴不降”是抽象的病机层次的描述,其具体可见的客观临床表现又是什么?如果“浊阴不降”是便秘的话,那为何又用泽泻“甘淡泄浊”?很显然,这里仅仅简单地介绍了药物功效,并未对使用升麻、泽泻的临床运用指征进行深入剖析。

十枣汤攻逐水饮,主治悬饮、水肿,原文在方后要求“先煮大枣肥者十枚,取八合去渣,纳药末”,教材认为这样“取其益脾缓中,防止逐水伤及脾胃,并缓和诸药毒性,使邪去而正不伤”,大枣甘温,可以补中益气,养血安神,但仅用“味甘则能缓”恐怕并不能很好解释用大枣而不用其他甘味药(如甘草、白蜜)这一问题关键,即“味甘则能缓”并非使用大枣的有力指征,并不具有较强的论证说服力。

黄土汤温阳健脾,养血止血,主治脾阳不足导致的便血,教材认为方中配伍生地、阿胶“既可以补益阴血之不足,又可制约术、附之温燥伤血,是为佐药”,“生地、阿胶得术、附,则可避免滋腻呆滞碍脾之弊”。生地可以清热生津、凉血止血,阿胶可以补阴、养血、止血,按照仲圣用药范例,生地、阿胶是止血药,多用于子宫出血、便血、尿血等。然此二药果真为“制约术、附温燥伤血”而设?脾阳虚便血用术、附正可鼓舞脾阳温摄止血,用之正为药证对应,为何还会温燥伤血?如果术、附温燥,那么白术附子汤用之于风湿骨节疼烦,真武汤用之于“心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地”会不会同样也有温燥伤津之弊?是不是需要同时顾护阴血?由此可见,说生地、阿胶“补益阴血之不足”尚可,而说成“又可制约术、附之温燥伤血”则可能证据不足。

教材在方证鉴别上同样忽视客观可见的临床指征差异。以桂枝汤和玉屏风散的鉴别为例,教材认为“本方(玉屏风散)与桂枝汤均可用治表虚自汗,然本方证之自汗,乃卫气虚弱,腠理不固所致;桂枝汤证之自汗,因外感风寒,营卫不和而致。故本方功专固表止汗,兼以祛风;而桂枝汤则以解肌发表,调和营卫取效”,这里并未对两方方证作出明确区分,而只是在作病机上的鉴别。只有对症状体征作出明确的鉴别区分,才会给后学者以规矩、准绳,才会对临床提供有价值的参考。

由此可见,类似淡化用药指征的问题还有很多,从哲理、病机对方药进行的解释似乎不能圆满解释方药配伍意义问题,经典名方的不知用、不会用、不敢用、不想用也就在情理之中。

二、基于病机的研究思路可能是问题所在

中医学古称“方脉”、“方术”,《汉书·艺文志》将中医学列入“方技略”篇,这说明在一定程度上,方剂是中医学的代表,是中医学的代名词,中医学实质就是一门如何运用方剂的技术。中医学历来就以方书著称,从《五十二病方》、《武威汉代医简》、《辅行诀脏腑用药法要》、《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匮要略》等无不记载着先人运用方剂的心得体会。其中《武威汉代医简》载方 30 余首,《辅行诀脏腑用药法要》载方 56 首,《伤寒杂病论》载方 314 首,《备急千金药方》

载方 5300 余首,《外台秘要》载方 6000 余首,《太平圣惠方》载方 16 834 首,《圣济总录》载方 20 000 首,《普济方》载方 61 739 首,建国后南京中医学院主编的《中医方剂大辞典》载方更是多达 100 000 首。如果按病机概括方剂主治的思路,仅仅以现前较常用的脏腑辨证等有限的几个证型囊括、涵盖如许之多的方证,则不免陷入一证多方的困境,即同一证型之下往往会出现多首方剂。

但长期以来,受教材反复讲授的熏陶与强化,在一定程度上形成了我们过于强调抓病机的临床思维定势,即认为病机是疾病的临床表现、发展、转归和诊断治疗的内在依据,而根据病机所辨别得出的证是疾病某一阶段病因、病位、病性、邪正关系的病理概括,反映了疾病发展过程中该阶段病理变化的全面情况,是对疾病的本质性认识。在临床论治时运用八纲辨证、气血津液辨证、脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证、经络辨证等方法,将从疾病表现出来的纷繁复杂的症状体征中归纳、思辨得出某一证候诊断,作为把握、诊治疾病的最高境界。处方时只要根据得出的证候诊断,选择与之对应的代表性方药则临证必能取效。如不管是什么疾病,只要能辨别出气虚血瘀证一般都会选用补阳还五汤,只要能辨别出气血两虚证一般都会选用归脾汤。因此,将方剂所对应的病机作为掌握该方剂的关键也就在情理之中。

只要随机抽取学过《方剂学》的学生进行一项简单调查,提问“主治气滞血瘀证的方剂是什么?”十有八九会回答血府逐瘀汤;提问“主治寒热互结的方剂是什么?”十有八九会回答半夏泻心汤;提问“疏肝养血健脾的方剂是什么?”同样也会回答逍遥散。这说明在学生的脑海中已经牢固地形成了方剂与教材归纳的核心病机之间的一一对应关系。之所以会出现这种现象,除受上述病机思维影响外,还与日常教学不断强化方证病机这一核心理念有关,考试时也将之作为重点、难点、考点、标准答案,反复训练、考查学生。同时,在之后的临床各科学习中这一认识又不断得到重复、深化。

只要从逻辑上进行一番思考也就不难发现该思维方式的缺陷。针对寒热互结病机的方剂有很多,姑且称之调和寒热类方,如半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、黄连汤、干姜黄芩黄连人参汤、乌梅丸等,很显然半夏泻心汤只是该类方中较为常用的一张处方,但不能因之常用而淡化同类方剂之间的功效主治差别,更不能一见寒热互结证就一概施以本方。以半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、黄连汤为例,教材对此四方证仅作病机层面上的区分,说生姜泻心汤偏于宣散水气,甘草泻心汤偏于调中补虚,黄连汤温清并用、补泻兼施,至于辨证为寒热互结证,且呕吐、痞胀、腹痛、下利俱见时,如何再进一步识别判断何方方证则叙述不详。针对病机选用代表方治疗虽然在治则治法上似无大碍,但不一定就是最佳处方,因为治则治法规范的只是一个很宽泛的治疗方向,而具体方证才是更为细腻精确的治疗靶向,且治疗大法之下的方证主治差异显著。

三、方药的客观指征是名方运用关键

中医学是一门极其严谨规范的学科,其方药的使用均要有很严格的证据作支撑。这种使用方药的证据是古人长期对在人体自身反复进行的大规模方药试验结果的提炼和升华。有是证用是方,有是证用是药就是对这种严格契合关系的高度概括。宋代以降,中医学开始逐渐分化出不同的学术流派,有主张气化学说者,有主张医易同源说者,有主张补土说者,有主张滋阴

降火说者,有主张命门说者,有主张温病说者,有主张阳气说者,但是一旦落实到临床治病,还是要用方用药,并且用方指征不可能因为学术渊源的不同、历史的推进、空间的变移而发生变化,正如桂枝汤永远不可能用于麻黄汤证的治疗一样。明确了用方指征,就可以以不变应万变,正如徐灵胎所说:“盖方之治病有定,而病之变迁无定,知其一定之治,随其病之千变万化而应用不爽。此从流溯源之法,病无遁形矣。”

基于临床实践经验的适当思辨固然有利于中医学的发展,但过度的思辨则往往会淹没中医学实实在在的用方治病技术。强调抓病机的研究思路往往会诱导学生临证时详于思辨而略于论治,面对疾病纷繁复杂的临床表现虽能说出诸如脾虚、肾虚、阴虚、阳虚之类的套话术语,但治疗时则又陷入了前述寻找病机的怪圈。基于上述发现的问题及原因分析,我们认为方证才是方剂学核心,寻找方药与其主治病证症状体征的对应关系是方剂学教学的关键,而重视方药使用的客观证据指征是方剂学的最大特色。在经典名方方证问题上,我们认为重点需要把握如下5个方面。

【方证原则】

方证,即是方剂的使用证据指征,方证的识别问题实质就是运用方剂的具体技术问题。传统意义上的方证对应不仅仅是方剂与病机、证候的对应,而是方剂与其客观适应证的对应、与其使用指征的对应、与其主治症状体征的对应。前者只是一种笼统抽象宽泛的对应,而后者才是一种相对客观具体明确的对应,因为后者才能更准确地指出用方的关键点,才能更直接地指导临床,才是“有的放矢”之“的”。如和麻黄汤相对应的不仅是风寒表实的病机,更是“头痛发热,身疼,腰痛,骨节疼痛,恶风,无汗而喘”的症状组合。因此,可以认为风寒表实证不等于麻黄汤证,前者范围比后者要大得多。临证时,若疾病外在表现与方证主治一致,则径选原方治疗,此即徐灵胎所谓“古圣人之立方,不过四五味而止。其审药性,至精至当,其察病情,至真至确。方中所用之药,必准对其病,而无毫发之差,无一味泛用之药,且能以一药兼治数症,故其药味虽少,而无症不该。后世之人,果能审其人之病,与古方所治之病无少异,则全用古方治之,无不立效”^[2]。

具体方证的归纳主要来自于3个方面:一是从文献中得来,主要是对经典条文的学习继承;二是从临床中得来,通过大量临床实践观察,发现并提炼方药的使用规律和指征;三是从构成方证的药证中得出。

以酸枣仁汤为例,《金匱要略》以“虚劳虚烦不得眠”为其主治依据。“虚劳”是说病程长;“虚烦不得眠”是指病人辗转反侧,难以入眠,或者睡后早醒,这与黄连主治的实烦不同。验之临床,我们体会到本方对于失眠时间较长,体质相对偏弱,体型中等或偏瘦,经常头痛头晕,舌苔不厚腻的患者效果较好。多见于高血压病、脑动脉粥样硬化、脑神经衰弱等疾病。因此我们认为,长期失眠兼有头痛头晕就是酸枣仁汤方证^[3]。

再如四逆散在《伤寒论》中主治少阴病热化阳郁的四肢不温症,即:“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。”笔者运用本方治疗慢性胃炎、慢性胃溃疡、慢性胆囊炎、慢性过敏性鼻炎、年轻人的手脚冰凉等均取得较好疗效。分析其方证可知,从条文记载来看,“咳”、“悸”、“小便不利”等均是或然证,而“四逆”才是特征证、必然证。在部位上,四逆以手腕以下不温明显;在病机上,四逆是由于阳气内郁不得宣通,末梢不得温煦

所致。四逆症状的改善与否是判断本方能否取效的重要标准。另外,笔者还体会本方隐含其他方证表现,如面色晦暗无光泽,或手掌指颜色深暗;脉象初按似无,按之良久则越来越有力;平素汗出较少,或很难出汗;其他还有鼻尖、耳尖发凉,容易鼻塞流涕,精神性阳痿等。若从药证分析其方证,按照《伤寒论》用药习惯,用柴胡则有胸膈肋部胀满不适感;用枳实则有胃胀腹胀、大便干结症,且腹诊按之膨满;用芍药则有胃痛、腹痛、小腿抽筋疼痛症;用甘草则有烦躁急迫症^[4]。

岳美中先生曾诊治一患慢性肾盂肾炎的妇女,症见尿频、血尿,先用猪苓汤原方三剂而愈;20日后疾病又见复发,因见脉虚加入山药一味,病情反重,再用猪苓汤原方又效。后病再发又来诊,因思加入海金沙似无不可,竟又不效,再用猪苓汤原方而愈,后连续观察2个月未复发。由此可见,方证有其独特、稳定而完整的内在结构,岳先生亦感慨仲景方配伍精当严整,不仅方药宜守原意,即用药分量比例亦应注意^[5]。

【药证原则】

药证是药物使用的客观证据,是构成方证的基础。药证对应即指药物与所主治的症状、体征之间存在着特殊的对应关系,药证对应是方证对应的前提和保障。中医学对每一味药物的使用都要有十分严格的证据作支持,“有是证用是药”就是对这种严格契合关系的高度概括。《伤寒论》就有这样的范例,如在小柴胡汤的加减法中明示,“若胸中烦而不呕,去半夏、人参,加枳实一枚。若渴者,去半夏,加人参,合前成四两半,瓜蒌根四两。若腹中痛者,去黄芩,加芍药三两。若胁下痞硬,去大枣,加牡蛎四两……”。再如调和诸药的甘草也并非想像中的可有可无,甘草、大枣同为甘味补气药,但十枣汤为何不取甘草之甘缓而独用大枣?仅仅是因为一句“藻戟遂芫俱战草”?主治血痹的黄芪桂枝五物汤为何唯独去甘草不用?有人研究发现《金匱要略》通导肠腑方剂和活血化瘀方剂中存在着不用甘草调和诸药的倾向。

药证与教材中药物主治功效有很大差别。和药物相对应的不应仅仅是主治功效,更应细化到功效之下很明确的客观证据上。譬如一般认为桂枝可以“发汗解肌、温经止痛、助阳化气”,而《伤寒论》则用于“心下悸”、“奔豚”、“气上冲”、“头痛”、“汗出”、“恶风”等;一般认为人参可以“大补元气,固脱生津,安神”,而《伤寒论》则用于“心下痞硬”,岳美中先生临证严格遵照仲景原意,亦认为使用人参的标准有“心下痞硬;亡血家(虚);补虚(阴虚为主,血虚也可属阴)”。再如口干渴是石膏证,下利是干姜证,下血是黄芩证、生地证等。和教材思路相比,药证模式的作用靶点更为明确具体。

从经典文献(如《伤寒论》)入手,我们认为药证的归纳主要来自于5个方面:

一是根据经典原文增损药物的习惯得出。从经典中关于方剂加减变化的条文就可以直接管窥作者用药心法,如桂枝加桂汤主治“烧针令其汗,针处被寒,核起而赤者,必发奔豚。气从少腹上冲心者,灸其核上各一壮,与桂枝加桂汤,更加桂二两”,其中“气从少腹上冲心”显然就是再加桂枝二两的指征,所以桂枝主治冲逆症。再如理中丸方后加减法有“若脐上筑者,肾气动也,去术加桂四两;吐多者,去术,加生姜三两;下多者,还用术;悸者,加茯苓二两;渴欲得水者,加术,足前成四两半;腹中痛者,加人参,足前成四两半;寒者,加干姜,足前成四两半;腹满者,去术,加附子一枚”,由此可见,脐上筑动、跳动、悸动是桂枝证而不是白术证,下利、口渴是白术证,心悸是茯苓证,腹痛是人参证,腹满是附子证等。