

【编者按】“铿锵中医行”学术沙龙第四讲以“经方”为议题,于 2015 年 1 月 12 日在北京中医药大学东直门医院举行。各临床有得的经方名家与学有所得的中青年医师围坐桌旁,讲述、讨论自己学习和应用经方的心得体会。学生们散座周围,点滴记录老师们的论述,气氛热烈而融洽。本次议题主要针对经方的疗效,临床应用思维,剂量配伍,学习定位等方面进行。编者认为学习者在熟背条文的前提下,多参考前辈先学对经典的解读,在临床上用以经方,但不拘于经方,行以条文,而不困于条文,方可行之有效。同时,如何把经典、经方普学于后人,普惠于大众将是中医人永恒的话题。谨以此文与后来者勉之。

## · 铿锵中医行 ·

# 用经方,循经旨,需详审病机内涵;辨方证,抓主证,当重视剂量配比

赵进喜 贾海忠 冯学功 肖相如 肖永华 吴双 刘宁 储真真 朱立

【摘要】 张仲景经典方,相对于时方,被称为经方,组方严谨,配伍得当,临床疗效确切,为历代医家推崇。经方应用临床思维,丰富多彩,其中辨方证、抓主证等为医者所重。唯应用经方,必须谨遵经典理法,应详审方证病机,重视药物剂量配伍比例,并注意应用合方,或结合时方,以解决临床复杂问题。

【关键词】 经方; 仲景学说; 方证对应; 临床思维; 剂量

【中图分类号】 R249 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.03.020

近年来,随着传统文化回归与中医药不断深入人心,医圣张仲景《伤寒杂病论》的经典名方,即所谓“经方”,以其药味少,组方严谨,配伍得当,疗效确切,受到中医界重视,“经方热”已在悄然兴起。那么如何定义经方?尤其是如何应用经方,以提高临床疗效?当代医家虽存在争议,却也积累了丰富经验。“铿锵中医行”第四期,特邀请临床有得的经方名家与学有所得的中青年医师,对经方应用临床思维,包括用方思路、技巧以及剂量配比等,召开热烈讨论。在此谨总结报告如下。

### 1 经方是中医精粹,用好经方是提高临床疗效的基础

肖相如教授:

医生的使命,在于治病。为医者终生求索,总期望能找到特效药,药到病除。张仲景经方,往往就是这种“特效方”。为什么《伤寒杂病论》能够经历战火流传至今?就是因为经方确切有效。应该说背会《伤寒论》、《金匮要略》,是临证的基础。经典背得好的学生,进入临床后就比较容易打开局面。

作者单位:100070 北京中医药大学东直门医院内分泌科[赵进喜、肖永华、吴双(硕士研究生)],针灸科(刘宁),血液肿瘤科(储真真),中医内科教研室(朱立);中日友好医院中西医结合心内科(贾海忠);北京市中西医结合医院脑病科(冯学功);北京中医药大学基础医学院(肖相如)

作者简介:赵进喜(1965-),博士,主任医师,教授,博士生导师。研究方向:中医治疗肾病、内分泌代谢病。E-mail:zhaojinximd@126.com

赵进喜教授:

“经者,验也。”按照《汉书·艺文志》所在经方多少家,经方本意应是指经验方。但现在论及经方,乃是相对于后世方、时方而言,主要还是指张仲景《伤寒论》、《金匮要略》之方,实际上是经典方的意思。其实,仲景经典方无疑是经验方中最优秀、最杰出的代表。经方药味少,组方严谨,用药精当,适应证明确,疗效确切,用好经方,不仅可以提高临床疗效,更可规范医生的临床诊疗行为,符合中国国情与医疗现状,值得推崇。

贾海忠教授:

早年诊治家乡一女病人,该妇女患结核性腹膜炎,经西医输液治疗无效,卧床不起,手足逆冷,下肢蜷卧,语声低微,脉微欲绝。当时辨证为四逆汤证,处方以四逆汤合参附汤。3天后病人脉微续而出,诸症好转,但下肢蜷卧,双腿伸不开,继用上方合芍药甘草汤,服药3剂,果然“其脚即伸”。可以说,经方的疗效让医者树立了信心。如果西医必须读指南的话,学中医则一定要学经方。经方速效、高效,即是中医临床的指南。

冯学功教授:

应用经方可以提高临床疗效已是共识。另一个方面,学经方还可以缩短中医成才周期。造就大医需要一个漫长的过程。有没有一种方法能让青年医生轻松上手,快速构建中医思维?通过背诵《伤寒论》与《金匮要略》,掌握经方适应症并应用于临床,无疑是一个缩短中医成才周期的良好路径。需要指出的是:对经方的认识与解读存在不同的流派,医者可

以通过自己的学习、思考,不断领悟,加以选择或融会贯通。

## 2 经方应用的临床思维,丰富多彩

赵进喜教授:

经方应用的临床思维是多方面的。(1) 熟读原文的基础上,按照原文所述脉症选方,重复验证,往往就可取效。(2) 类比联想。如半夏泻心汤是治疗痞证的代表方,但胃脘痛也可有与痞证相同的中焦气滞的病机,由痞证就可联想到胃脘痛。临床应用半夏泻心汤治疗脾胃虚弱、寒热错杂、湿热中阻等所致的胃脘痛,也有疗效。(3) 根据证候群选方。如桂枝汤,在《伤寒论》中散见于各篇,相关条文众多,后世医家归纳其典型证候群为“发热、恶风、汗出、脉浮缓”。再如大柴胡汤的典型证候群为“口苦、咽干、目眩、烦躁、大便干”。临床若见糖尿病合并高血压病出现“口苦、咽干、目眩、烦躁、大便干”症状,投用大柴胡汤即可取效。(4) 抓病机。每个方证背后实际都存在特定病机,故有学者提出“方机”的概念。刘渡舟教授曾治一个山西妇女,因阴冷天于河边洗衣捶布,出现上臂肿痛,服解热镇痛药无效,刘渡舟教授望其舌质红绛、舌苔水滑,辨为溢饮,证属饮闭其热,投大青龙汤,一汗而愈。此即抓病机,故而出奇制胜。(5) 抓主症。胡希恕教授曾提出“辨方证是辨证论治的尖端”,刘渡舟教授则进一步提出“抓主症是辨证的最高水平”。近期临床曾治一少女,月经量大,心烦失眠、五心烦热,舌红苔少,脉细数。患者虽以月经过多求诊,实际上具备了黄连阿胶汤“心中烦,不得卧”的主症,所以用黄连阿胶汤加生地、地骨皮,迅即起效。(6) 重视腹诊,辨识腹证。日本汉方医家尤其重视腹诊。但实际上《伤寒杂病论》腹诊相关论述已经相当系统。如“小结胸病,正在心下,按之则痛,小陷胸汤主之”,“从心下到少腹皆硬满疼痛,不可触近,大陷胸汤主之”,“心下痛,按之石硬者,大陷胸汤主之”等等。腹诊相关内容很多,辨识腹证选较之脉诊更易掌握。《古方妙用》一书曾对辨识腹证运用经方有专门论述。(7) 衷中参西,创立新方。柴胡解毒汤和苓桂茜红汤是刘渡舟教授治疗肝炎和冠心病的常用方,前者是小柴胡汤加用连翘、板蓝根、白花蛇舌草等清热解毒药,后者是苓桂术甘汤加用茜草、红花等活血化瘀药,二者皆是经方借鉴现代药理研究而创制的新方。所以在经典理论的基础上结合现代科研成果,也是经方运用的重要思路。

冯学功教授:

临床应用经方,首先要探求经典,遵循经典理法。“问渠那得清如许,为有源头活水来”,不要忘了《伤寒杂病论》是经方的根。胡希恕先生与冯世纶教授重视八纲辨证,主张以八纲统经方。应用经方可以灵活,但决不能离开经典随意发挥。譬如半夏厚朴汤,临床报告所治疾病谱很广,分析此方,苏叶、生姜行气发表,半夏、厚朴、茯苓温化痰饮,倘不能把握其“外邪里饮、痰气交阻”的病机,泛泛地用其治疗现代医学所诊断的感觉异常或神经系统疾病,很多时候可能会让我们失望。其次要重视合方。面对复杂的临床疾病,单一处

方往往难以解决问题,怎么办? 时方往往通过加减应对疾病的复杂性,而经方则常常通过合方,如麻黄桂枝各半汤、柴胡桂枝汤等。如今临床上绝大部分的常见病、慢性病、疑难病,从六经八纲角度分析,多系寒热虚实错杂,属多经的合病与并病,也常需要运用经方的合方。当然也可以用经方合用时方。近日曾用四妙散合桂枝茯苓丸合四逆散治疗一疱疹性银屑病患者,表现为四肢关节红肿疼痛,皮肤红斑脱屑渗液,服药一周后诸症明显减轻。

## 3 “方证对应”作为经方常用临床思维方法,内涵丰富

冯学功教授:

大家常说经方“药简价廉”,但这并非经方的核心特征。经方的核心特征应是“方证对应”。“方证对应”应从深浅两个层面理解。第一层次即“有是证用是方”,简单规范,便于操作,这是“方证对应”的优势。深一层次,不能把方证对应简单化,要深刻理解“方证对应”的内涵,“方”是什么,“证”是什么,如何“对应”,要想达到方证对应这个良好的境界,我们要做大量的工作,要提高我们的四诊技能,不仅要研究方证,还要研究药证,要研究条文、方子后面的病机,学经方不讲病机肯定是不行的。

贾海忠教授:

中医学总体偏于抽象玄妙,而“方证对应”是中医学里最朴素实际的内容,非常珍贵。“方证对应”相当于数学等式,中间一个等号,左边是症加症,右边是药加药。另外需要强调的是,完整的“方证对应”概念应涵盖剂量、剂型、煎服法等。对此,在学习经典时要给予充分重视。

刘宁博士:

“方证对应”不仅要对症状,还要对病机。现以 3 例癃闭病人来佐证。例 1: 中年男性,急性前列腺炎伴泌尿系感染,西医考虑尿道压迫,倾向手术治疗。见此人发热,恶寒,头晕,目眩,咽干,辨证为少阳气结,予小柴胡汤原方 7 剂,用药后诸症减轻,小便通畅。例 2: 青年男性,前列腺炎伴急性泌尿系感染,已插尿管准备行手术。症见恶寒,出汗,喜冷饮,辨证为膀胱气化不利,予五苓散原方 7 剂取。例 3: 老年女性,神经源性膀胱、尿道功能障碍,平素靠尿管排尿,多汗,辨证为气虚漏汗,用补中益气汤合桂枝附子汤加减,服药 1 个月,出汗减轻,已拔除导尿管自主排尿。

肖相如教授:

应用经方仅仅“方证对应”是不够的,“特异性的方证对应”才是《伤寒论》能够流传千古的原因所在。如果西医治病的最高境界是药到病除的话,中医治病的最高境界就是方到证除。“方到证除”需要方和证之间有特异性的关系,即特效关系,这就是“特异性的方证对应”的内涵和临床意义。现以小柴胡汤为例加以解读。《伤寒论》第 97 条:“血弱气尽,腠理开,邪气因入,与正气相搏,结于胁下,正邪分争,往来寒热,休作有时”,阐明了少阳病最本质的特征,即人体的

正气开始虚衰,邪气亦不强盛,正邪相持,往来纷争。少阳病的主方是小柴胡汤,参考《伤寒论》中小柴胡汤诸条并结合少阳病正气始衰的病机,可以再归纳出一条:“正气虚弱,呕而发热者,小柴胡汤主之。”临床用于慢性肾衰合并发热的病人,屡用屡验。可以说小柴胡汤是治疗慢性肾衰伴发热的特效方。《伤寒论》一书,论辨证论治说理详备不及后世《景岳全书》等,但论实用性和临床疗效,后世著作则难望其项背。因此,我们要珍惜经方,珍惜“方证对应”的临床思维。

#### 4 “汉方不传之秘,在于剂量”,最重要的是药物配伍的剂量比例

贾海忠教授:

剂量是近年来经方讨论中的热门问题。学院派使用的剂量偏于保守,但这是规避医疗风险的必然。李可老先生以善用大剂量附子闻名,其秘诀在于给药方法——重剂缓投。常嘱病人小量频服,中病则止,不适即停,这样能够便于控制。所以临床使用经方若需突破剂量时,最好嘱咐病人分多次服。

冯学功教授:

现在临床用药都是依据药典,与仲景原方的剂量差异很大。一些比较温和的药物适当超量无妨,但相对峻烈的如麻黄、细辛、附子等,如何既保证疗效又保证安全?首先,探讨剂量的前提是对证,在对证的基础上循序渐进增加药量。把附子用于真正的阳虚病人远比大剂量重要。其次,要科学考证,并借鉴其他一些医家使用某种药物的剂量和用法。再次,注意煎药方法,仲景时代煎药只煎一次,并且很多时候是中病即止。最后,合理配伍以减轻毒性。经方应用峻烈药物时常配伍姜枣、甘草、蜜,用意在调和脾胃之外,也在缓和药性。另外作为医生,需要掌握特殊药物的炮制方法和质量鉴别,譬如炮附子是如何炮制的?质量是否达到要求?半夏是旱半夏还是水半夏?总而言之,量效关系的存在是肯定的,但增加剂量应以保障用药安全为前提。

赵进喜教授:

上海中医药大学柯雪帆教授考证的经方参考用量是 1 两等于 15.625 g,这应该是基本可信的。但世易时移,古人这样用,我们现在不一定还要用这么大剂量。第一,仲景用药很灵活,常常强调“中病即止”,“得下者止后服”。而如今开方动辄十四剂,甚至数十剂,长期不变方,大剂量用药存在安全隐患。第二,仲景时代药物炮制、常规煎服法与现代不同。第三,经方药味少而精,而今动辄数十味。仲景之后,宋元明清,处方药味增多,单味药剂量减少,有可能是古人出于保证疗效、降低用药风险的考虑。许多人认为当前药材质量降低,其实并不尽然。如家种丹参中的丹参酮、金银花中的绿原酸、三七中的三七皂苷,所谓的“有效成分”都在提高。所以建议辨证看待药典用量。单味药用量应是参考剂量而不应是僵化的教条铁律。

更应该指出的是,与单味药剂量相比,更重要的是药物配伍之间的剂量比例。早年曾治一肠易激综合征病人,中年

女性,典型的“胸上有热,胃中有邪气,腹中痛,欲呕吐”,投用黄连汤原方,桂枝、干姜用 12 g,黄连用量 6 g。服后患者虽腹痛、腹胀、呕吐等诸症缓解。但数日后出现上火牙痛。考虑主药黄连剂量不足所致。山西名老中医李翰卿教授曾有公案。学生以真武汤加红参常规剂量治疗一重症心衰病人,不效,李翰卿认为心衰病人阳气式微,元阳易散,必得以少火生气,以其原方剂量减半,却应手而效。可见“汉方不传之秘在于剂量”,不仅仅是单味药大剂量应用,更包括药物配伍的剂量比例。“四两拨千斤”与“重剂起沉疴”同样重要,二者并不矛盾。

肖相如教授:

事实上,历代医家皆有喜用重剂者和善用轻剂者。更有大家如叶天士,遇沉痾痼疾出手便是重剂,治外感时疾则多用轻灵小方。医学涉及生命体,并无定式,每个人对药物的适应量都不相同,用药典法规去约束失之机械。具体说,医生首先要精研医术,恪守医德,最大程度地维护病人的利益。其次,因人、因时、因地、因病制宜。第三,应该尊重考证的成果,但更应该遵循现代临床的专家共识。第四,结合自身临床,以病人反馈的疗效作为真正依据。攀比用重剂、用峻药以显示水平的现象,值得注意。

#### 5 学习经方,应提倡包容精神,以博采众长

冯学功教授:

包容与谦虚,这是学习经方应该有的态度。现在全国上下“经方热”,学术氛围浓厚,但个别人缺乏包容精神,以一管之见否定他人,随意贬低不同学术见解的学者。人生也有涯,而知也无涯。不同流派的学术观点都有其理论体系和个中道理,条条大路通罗马,只要深入钻研,都能学有所成。

赵进喜教授:

学习《伤寒论》有四个境界:第一境界是会用经方,第二境界是理解《伤寒论》的理法,第三境界是学习仲景的治学方法,第四境界是学习仲景的为人。张仲景于《伤寒论》序中说:“勤求古训,博采众方,撰用《素问》、《九卷》,并《平脉辨证》,为《伤寒杂病论》一十六卷”。“勤求古训”就是全面继承传统医学的精髓,“博采众方”就是学习一切有利于人类健康的知识成果,“平脉辨证”就是要扎根临床实践,“撰为《伤寒杂病论》一十六卷”就是提出理论性的创新思想。以上即“继承、学习、实践、创新”八字治学方针。从中可以看出,包容精神是张仲景成才的重要条件。事实上,后世各家各派皆可理解为对《伤寒论》的继承和发展。试看温病学派用方,无论是复脉汤、加减承气汤系列还是清瘟败毒饮,都与经方有着千丝万缕的联系。因此,学习经方就如同游览颐和园,必须站在佛香阁的高度才能鸟瞰全貌,若仅仅留恋知春亭、谐趣园等一时一景,必不能领略皇家园林气度。

贾海忠教授:

建议中医学习者切勿将自己划派。在学习经方的同时,

广泛吸收各家经验。经方疗效备受推崇,正因它是“博采众方”的产物。若固守经方而排他,恰恰违背了张仲景的本意。要以博大的胸怀,学好中医各家,更学好西医,最后真正兼容并包,成为精诚大医。

## 6 结语

张仲景《伤寒杂病论》的经典方是中医历代经验方的优秀代表,学经方、用经方是提高中医临床疗效的基础。历代医家皓首穷经,在经方应用方面积累了丰富的经验。掌握经方应用技巧,如辨方证、抓主症、识腹证等等,具有重要意义。重视“方证对应”的丰富内涵,重视经方的煎服法和配伍剂量比例,尊重经典理法,合理应用经方。另外还要充分领会经方本身蕴含的“包容”精神,博采众长,衷中参西,促进中医学术进步,提高中医诊疗水平。

## 赵进喜教授简介

北京中医药大学东直门医院内分泌科主任医师、教授、博士研究生导师,医学博士,首届全国中医优秀临床人才优秀奖获得者,师从黄文政、王永炎、吕仁和教授等,首都国医名师吕仁和教授学术继承人。著有《四大经典与中医现代临床(丛书)》。

## 贾海忠教授简介

中日友好医院中西医结合心内科主任医师、教授、硕士研究生导师,全国第二批优秀中医临床人才,全国第三批名老中医史载祥教授学术继承人。

## 冯学功教授简介

北京市中西医结合医院脑病科主任医师、教授、博士研究生导师,医学博士,北京中医药学会仲景学说专业委员会主任委员,中华中医药学会脑病分会常委,全国第二批优秀中医临床人才。

## 肖相如教授简介

北京中医药大学基础医学院伤寒教研室教授、主任医师、博士研究生导师,医学博士,师从时振声、李培生、梅国强教授等,中华中医药学会肾病分会常委。著有《肖相如论伤寒》、《时振声伤寒发挥》。

## 刘宁博士简介

北京中医药大学东直门医院针灸科主治医师,医学博士,国家级名老中医刘景源教授学术继承人。

(收稿日期:2015-01-21)

(本文编辑:黄凡)

## · 临床报道 ·

# 加味血府逐瘀汤联合中药保留灌肠治疗子宫内膜异位症疗效观察 40 例

刘书婷

**【摘要】 目的** 探讨加味血府逐瘀汤口服联合中药保留灌肠治疗子宫内膜异位症(内异症)的临床疗效。**方法** 选取 2011 年 7 月至 2013 年 10 月河北省内丘县中医院收治的内异症患者 80 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组各 40 例。观察组给予加味血府逐瘀汤口服联合中药保留灌肠治疗,疗程为 3 个月;对照组给予孕三烯酮胶囊口服治疗,疗程为 6 个月。观察并对比两组的临床疗效、盆腔包块变化、妊娠情况及不良反应情况。**结果** 观察组与对照组临床总有效率分别为 92.5%、90.0%,盆腔包块缩小率分别为 84.0%、79.0%,受孕率分别为 53.0%、50.0%,以上三方面组间比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。观察组与对照组不良反应发生率分别为 7.5%、30.0%,观察组较低,两组差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 加味血府逐瘀汤口服联合中药保留灌肠治疗内异症临床疗效与孕三烯酮胶囊无显著差别,但是其疗程短,副作用小,容易为患者接受,值得临床推广应用。

**【关键词】** 子宫内膜异位症; 血府逐瘀汤; 中药保留灌肠

**【中图分类号】** R271.1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.03.021

子宫内膜异位症简称内异症,是妇科临床常见病、疑难病<sup>[1]</sup>。该病在育龄妇女主要表现为进行性痛经或/和不孕史以及盆腔的疼性包块,严重的影响妇女的身体健康及生育能力<sup>[2]</sup>。目前在西医方面内异症的药物治多采用激素治

疗,一般需服用 6 月以上,因其服药时间长,副作用较多,不易被患者所接受,许多患者因中途停药而影响治疗效果<sup>[3]</sup>。中医药在治疗妇科疾病方面具有一定的优势,认为内异症与“血瘀”关系密切,因此作者设计本研究采用血府逐瘀汤口服

作者单位:054200 邢台,内丘县中医院妇产科

作者简介:刘书婷(1964-),女,本科,副主任中医师。研究方向:妇产科疾病的诊断与治疗。E-mail: nqxlst@163.com