

学术争鸣 ·

对中医临床药量决策的思考

黄 开 泰

(四川省科学城医院中医科, 绵阳市游仙区绵山路64号, 621000)

[摘 要] 临床用药基本原则在于方药与证候病机的对应性,以《内经》“治有轻重,适其致所”和“所治为主,适大小为制”为标准,在处方上反映出药味数的七方规律和药量梯度比例关系。由于药量决策中环节较多,实现方药对应量存在一定难度。

[关键词] 剂量效应关系; 药物; 证候/中医病机; @ 药量决策

理法方药是辨证论治的四个重要环节,缺一不可。药是最后一个环节,包括了选择药味和确定药量。中医理论最终落实在临床,就集中体现在如何用药的问题上,反映医生辨证论治的临床水平。

1 证候病机对应原则

我们从历代医案可以看出,通过辨证论治形成临床处方用药,体现证候病机的对应原则,即根据证候病机确定立法,选方用药。中药的临床药量应当具有:(1)处方药味构成数量;(2)每味药的具体分量;(3)调剂和加工后获得量;(4)最终服用量。

任何药物的临床运用都应当以适应具体患者的病情需要为原则,中医临床用药决策,不是孤立地以书面计量单位的规定性作为标准,而是根据定性和定量辨证后得到的证候病机构成要素及其关系后确立的治法来决定,方药用量的大小多少遵循证候病机的对应原则,称之为方药对应量。方药对应量的确定方法是具体情况具体对待,其“论”之靶在证候病机,其“论”之据在中药理论。证候病机的构成有病种、病因、病位、病性、病形、病势等六个要素,其病机的临床意义不仅在于病机要素,还在于病机要素之间的关系。病机要素的辨知内容,包含证候病机具体要素的构成数量和轻重程度,而病机要素关系则包含了各病机要素之间的主次、标本、因果等等^[1]。病种、病因、病位、病性、病形等病机要素的具体内容,决定证候病机本质,治法依此确立,进而决定用药基本方剂类别。病势既反映了证候病机动态变化的趋向,又体现传变势态的缓急,是既病防变用药的依据。

证候病机是具有一定趋向性和病机值的逻辑结论,病机要素值和病机关系值的形成过程反映中医定性和定量的动态辨证过程,是临床选择药味和确定药量的基本前提^[2]。从证据的可靠性上来讲,中药理论和

个人经验必须和临床证候病机有机结合进行决策,其论治才具有对应性,才符合辨证论治在药量要求上的基本原则。以证候病机为根据,也体现了《伤寒论》“随证治之”的论治原则。

任何药物均存在一定的量效关系,中药的量效关系具有自身特殊性,即相同药物由于用量大小不同,药效存在质的差异性,如益母草小剂量活血化瘀、大剂量利水消肿(60~120g)(《朱良春用药经验集》),柴胡、薄荷小剂量疏肝理气、大剂量则发散解表(《中医治法与方剂》),“附子等药少用生气,多则散气”(《中医临证经验与方法》)。中药的这种量效转换关系是从辨证论治的临床实践中得出的结果。临床选择药味和确定药量是以药物有毒无毒、四气五味归经及其配伍规律等理论为依据,以与证候病机的吻合度为衡量标准。离开辨证,不明白“气有高下,病有远近,证有中外”的具体情况,无法确定方药对应量;离开有毒无毒等药性理论,同样无法确定方药对应量。可以说,适合证候病机的药量就是中药的最佳临床药量,需要量大处方而反量小则无效,需要量小处方而反量大同样无效。如《中医临证经验与方法》记载的一充血性心力衰竭患者案,复诊、三诊、四诊均在回心肾之阳,复诊用附子0.3g,人参1g,服药仅2小时病情开始好转;三诊附子15g,人参15g,病情复剧;四诊附子0.1g,人参1g,“病情大见好转”。同样病机,同样用药,不同用量,疗效迥然不同,是“适”与“不适”之必然。中医临床用药必须与具体的证候病机相适应,是个体化的,虽然有的药物临床用量相差极大,但并非是漫无目的、毫无原则的。诚如岳美中所说:“中医治病的巧处在分量上,用量的大小要因人因病而定,以适合患者的体质和病情为宜。”(《岳美中医话集·增订本》)

2 临床药量的基本规律

方药对应量反映在处方用药上具有两种基本规律,一是中药味数的七方规律,一是处方药量的梯度比

例关系。七方规律反映的是中药处方中选择药味数的规律,与临床证候病机要素构成数量及其主导病机要素的情况相对应,分为大、中、小、奇、偶、单、复七个类别。《素问·至真要大论》:“君一臣二,奇之制也;君二臣四,偶之制也;君二臣三,奇之制也;君二臣六,偶之制也。”“君一臣三佐九,制之大也。”大者药物味数较多,小者药物味数较少,大小之间者为中,奇者药物味数组成单数,偶者药物味数组成双数,而复者为多方组合而成,单者处方由一味药而成。处方选择药味的多少,必须遵循“所治为主,适大小为制”的原则。如证候病机要素构成复杂,处方味数则较多,如“偶方”、“大方”、“复方”;证候病机要素构成简单,则处方味数较少,如“奇方”、“小方”、“单方”。习惯上把缓、急归为七方,可是缓、急主要是针对药效要求的快慢而言的,方药味数的多少不是决定药效快慢的主要因素。《素问·至真要大论》:“补上治上,制以缓;补下治下,制以急;急者气味厚,缓者气味薄。”药物气味厚薄的选择是方药疗效缓、急的依据,但就中药味数而言,一般证候病机构成的主导要素数量较少而病势急者,需要单刀直入扭转主导病机要素的病变,可以用“小方”、“单方”,如独参汤、参附汤仅由一、两味构成;如果证候病机构成的主导要素数量较多而且病势急者,需要综合考虑才能扭转病势者,则必须用“大方”、“复方”,如安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹三方味数都在10味以上。“小方”、“单方”等存在药物气味厚薄的选择,“大方”、“复方”同样存在药物气味厚薄的选择,从方药味数与证候病机的对应逻辑关系看,缓、急作为七方不妥。

梯度比例关系反映处方确定药量的规律,与临床证候病机构成的要素值及其关系值相对应,体现出中药之间的君臣佐使关系。《素问·至真要大论》曰:“主病之谓君,佐君之谓臣,应臣之谓使。”张景岳注:“君者,味数少而分两重,赖之以为主也。佐君者谓之臣,味数稍多而分两稍轻,所以匡君之不迨也。应臣者谓之使,数可出入而分两更轻。”(《类经》)君臣佐使必须遵循“治有轻重,适其致所”的原则,根据证候病机构成的要素值和关系值,确定处方药量的梯度比例关系。在实际处方上,药物用量既可能有多有少,也可能基本一样,其药量梯度比例的大小主要由证候病机构成的要素值和关系值的差异性所决定,如果证候病机构成的要素值和关系值的差异性小药量梯度就小,差异性大药量梯度就大。处方药量要符合“治有轻重,适其致所”的药量梯度比例原则,根据证候病机的需要,一般从三方面考虑:一是中药的基本性能,如四气五味、有毒无毒、归经功效等;二是量效转换关系,在适合的范

围确定药量;三是中药的七情、君臣佐使等配伍理论。《景岳医话》:“用药分量之轻重,鄙意当视其病以为准,初不能执定某药当重用,某药必轻用。即古方流传,其分两故以酌定,仍必赖用之者增损其间,乃和病机,不独药品之宜加减也。所谓君、臣、佐、使,即分别于分量,故同一方也,有见此证则以此药为君,见他证复以他药为君者。”辨证论治讲求的是实事求是的三因制宜,通过理、法、方、药、量、护等环节落实到临床,如果药量缺乏证候病机对应性,辨证论治就成了一句空话。

3 存在的困扰

药量是辨证论治的最终环节。因为中药是非人工合成的,一般饮片不能直接服用,实际药量除了医生的处方外,还必须通过调剂与加工和患者服用等才能落实,医生的处方药量不能确定调剂与加工和患者服用的具体药量。临床药量一般是个体化的,以证候病机的对应量为标准,虽然医生的处方十分重要,但离开调剂与加工和患者自己服用是毫无意义的。当代临床中药药量的决策过程复杂,中药房调剂、再加工(如煎煮、粉碎)人员、患者及其家属等等不同程度决定着药量的大小,其药量决策思维过程的主体是多个的,医生不能完全掌握和控制药量决策,临床中药用量能否与辨证论治保持内在一致性,不是临床医生能够最终决定的。1995年版高校教材《方剂学》指出:服用汤剂,一般1日1剂,分2~3次温服。通常是治疗热证可以寒药冷服,治疗寒证可以热药热服。《方剂学》中只是讲“一般”和“通常”,忽视了证候病机的对应性,忽视了“保胃气、存津液”的基本要求,以至于患者也牢固树立了与时间机械对应的煎服思维,在医生处方之后只问一剂药服几天,不问怎么服等等。

总而言之,临床远比理论深刻复杂的多,即便是同类处方,也存在患者具体情况的差异性,如果忽视处方药量的大小多少,不管证候病机的性质及轻重缓急,不注意克服只讲“一般”和“通常”的机械对应思维方式,辨证论治就只是一句空话。证候病机对应原则是确定临床药量必须遵循的根本原则,一切不符合证候病机对应原则的药量,都不利于中药疗效的发挥。从某种意义上讲,缺乏证候病机对应性的药量,是一种虚假的药量,因为它背离了辨证论治,与患者的证候病机不合。

参考文献

- [1]黄开泰.论病机层次和要素.河南中医,2004,24(3):12~13.
- [2]黄开泰.症状与证候标识.中华中医药杂志,2006,21(1):10~14.