

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.08.002

学术探讨

经方方证用量发微与探索

王 付

(河南中医学院经方研究所, 河南省郑州市郑东新区龙子湖高校园区, 450046)

基金项目: 郑州市技术与开发经费支持项目 (112PLJRC360)

摘要 方证是研究方剂与病证之间的对应关系及多边关系所构建的辨治体系, 突出研究方剂药物及用量调配比例以辨治常见病、多发病、疑难杂病。“方证”之方是治证之手段, 证是用方之依据, 学习经方方证的固定性是灵活选用经方方证可变性的基本点和切入点, 方证可变性是应用方证理论指导临床实践以变应变的治病宗旨和最终目的。只有重视研究方证固定性并结合临证应用可变性, 才能真正掌握经方方证; 只有从药症角度深入研究方证理论, 才能用活经方方证用量以指导临床辨治内伤杂病、外感疾病、内外夹杂疾病。

关键词 伤寒杂病论; 经方; 方证; 药症; 用量

研究经方方证的基本内涵, 权衡方证用量调配的内在必然联系, 探索方证固定性和可变性对临床有特殊指导意义, 是学好用活经方方证的关键所在。为此试将学用经方方证及用量的认识探讨于此。

1 方证内涵

方证是研究方剂与病证之间的对应关系^[1-2]及多边关系所构建的辨治体系, 突出研究方剂药物及用量调配比例以辨治常见病、多发病、疑难杂病。

①“方证”之方: 方是由药物所组建的, 药是由用量所规范的, 药物具有特殊功效, 用量具有主导药效、思辨药与量的规定性以构成治病方剂, 权衡药与量的调配关系限定辨治病证的范围, 亦即选择任何一个方剂都不可能辨治所有病证; 再则, 方剂辨治病证的局限性越大其疗效就越显著。探索方证用药既要研究单味药作用, 又要研究药与药之间的相互作用; 既要研究药与量之间的调配关系, 又要研究量与量之间的特有关系。研究经方方证只有重视药与量之间的内在关系, 才能辨清方证的基本构建及其可变性的应用要点。②“方证”之证: 证是症的集约, 症是证的表现, 证具有规范性与界定性, 症具有可变性与疑似性。从证角度研究症, 可规范症是此证而非彼证, 可避免对症辨治似是而非。

如研究头痛症状可从舌脉等辨析, 以此规范头痛症状是热证还是寒证, 或是虚证抑或实证, 亦即证具有单一性、或复杂性、或特有性; 而症具有不确定性、或单纯性、或普遍性, 如头痛症是诸多疾病在其演变过程中的共有表现, 或是某些疾病的特有表现。③“方证”之“方”与“证”: 方是治证之手段, 证是用方之依据; 方药治病既要针对证又要针对症, 只有重视标本兼治才是最佳选方, 若治病仅强调某一方面都会直接或间接影响治疗效果。可见研究“方证”之方是研究药与量调配, 证是研究寒热虚实属性, 证以方治, 方以治证, 方证结合是研究应用方证的基本出发点和最终落脚点。

研究《伤寒杂病论》中用方治病理论。①“证方”^[3]理论即辨证用方, 亦即“证”与“方”之间的关系是先辨证后用方, 其为对应关系, 如阳明热结证可选用大承气汤, 阳明寒结证可选用大黄附子汤, 阴虚血热证可选用百合地黄汤, 阳虚出血证可选用黄土汤等。②“方证”理论即用方辨证, 亦即从方药角度研究病证, 即柴胡汤证、桂枝汤证, “方证”理论是研究“方”与“证”之间的一般关系, 即方证对应关系和特殊关系即方证多边关系, 如四逆汤既可辨治心阳虚证, 又可辨治肾阳虚证, 还可辨治亡阳证, 四逆汤与心阳虚证、肾阳虚证和亡阳证之间是对应关系, 而心阳虚证、肾阳

* 通讯方式: 1034383171@qq.com, 13083602901

虚证和亡阳证之间则是多边关系，这就是研究“方证”与“证方”之间的本质区别。再则，运用“证方”理论辨治病证具有规范性和基础性及操作性，如虚热肺痿证可选用麦门冬汤，虚寒肺痿证可选用甘草干姜汤；而运用“方证”理论辨治病证具有前瞻性和思辨性及可变性，如理中丸方证可辨病变在中焦即脾胃虚寒证、在上焦即虚寒胸痹证、在中下焦即寒湿霍乱证；再如小青龙汤方证既可辨治内外夹杂即太阳伤寒证与寒饮郁肺证，又可辨治内伤杂病之寒饮郁肺证，还可辨治水气之溢饮寒证等；可见，研究方证理论是探索与求知方与证之间内在相互关系及诸多复杂演变关系。

2 方证用量

方证辨治之药和量，用量标识药效，药效因量而变。研究经方方证，既要重视用药又要重视用量，药与量调配变化主导功效及辨治病证，用量因病证随机应变。①方证用药：在多数情况下每味药常常有不同功效，功效因用量调配而变化，如麻黄大于桂枝用量调配旨在发汗，如麻黄汤治“头痛，发热，身疼，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘”，小于桂枝用量调配旨在化气行水，如桂枝芍药汤加麻黄附子细辛汤治“心下坚大如盘，边如旋杯，水饮所作”，与桂枝用量相等配伍旨在温宣肺气，如小青龙汤治“咳逆倚息不得卧”；又如炙甘草汤由炙甘草、人参、大枣、桂枝、生姜、麦冬、火麻仁、干地黄、阿胶组成，方中重用益气药（大枣 30 枚）、补血药（干地黄一斤，30 g），气化阳、血化阴，以此辨治气血阴阳俱虚证。②方证用量^[9]：在多数情况下药量调配主导药效及辨治病证，如桂枝汤中配伍白芍旨在敛阴，芍药甘草汤中配伍白芍旨在缓急，胶艾汤中配伍白芍旨在止血，桂枝加芍药汤及当归芍药散中配伍白芍旨在止痛；又如麦门冬汤由麦冬七升（168 g）、半夏一升（24 g）、人参三两（9 g）、甘草二两（6 g）、粳米三合（9 g）、大枣十二枚组成，方中重用滋阴药、降逆药及益气药，所以方药功效以滋阴为主。③药与量之间的调配关系：研究经方方证若仅仅认识用药是不全面的，或仅仅剖析用量也是不全面的，只有重视研究药与量之间的调配比例，才能更好地运用经方方证理论指导临床实践。

研究经方方证，既要权衡方中用药的特有作用，又要思辨方中用量的主导作用。如研究桂枝汤用必须结合方中用量，即在桂枝加桂汤中桂枝与白

芍药量的比例调配旨在平冲斡降，在桂枝汤中桂枝与白芍用量比例调配旨在发汗斡营，在桂枝加芍药汤中桂枝与白芍用量比例调配旨在通经止痛；再如研究麻黄在麻黄汤中桂枝与麻黄用量比例调配旨在发汗通经，在桂枝麻黄各半汤中桂枝与麻黄用量比例调配旨在通经发散，在桂枝二麻黄一汤中桂枝与麻黄用量比例调配旨在温通透散；又如研究桂枝用量三两配伍以解肌、温阳、通经为主，五两以平冲降逆为主。可见，相同的药与不同的量配伍所产生的治疗作用不同，相同的量与不同的药配伍所产生的治疗作用也不同。因此，研究方证不可仅仅局限于药，更要重视药量调配与病证之间的内在关系，只有重视药量及病证之间的调配比例，深入研究方证，才能辨清方证的特有功效及运用细则，才能用活方证理论以指导临床实践。

3 方证固定性

经方用药及用量的固定性^[9]主导方证辨治病证的相对不变性。既然经方方证具有固定性，为何还要深入学习经方方证，运用经方方证的固定性怎样后迪学习经方思维，又怎样指导临床用活经方辨治病证，于此必须认清学习经方方证的固定性是引导用活经方方证可变性的基本点和切入点，即非有经方方证的固定性就无法运用经方方证理论指导性。研究经方方证固定性是提升运用方证可变性的关键步骤。如肾气丸：干地黄八两（24 g），山药四两（12 g），山茱萸四两（12 g），茯苓三两（9 g），泽泻三两（9 g），牡丹皮三两（9 g），附子一两（3 g），桂枝一两（3 g）。其中寒性药（干地黄、泽泻、牡丹皮）用量总和是十四两（42 g），温热药（附子、桂枝、山茱萸）用量总和是六两（18 g），平性药（山药、茯苓）用量总和是七两（21 g），从药量权衡方药功用是滋补肾阴、温补肾阳，辨治证型是肾阴阳俱虚证，亦即肾气丸是辨治肾阴阳俱虚证的最佳用方，若非肾阴阳俱虚证则不能选用肾气丸。肾气丸的组成是《伤寒杂病论》中的固定方，若非学习肾气丸固定的药物和用量，就无法深入研究与运用肾气丸方证以辨治诸多疑难复杂病证。再如人参汤（理中丸）：人参三两（9 g），干姜三两（9 g），白术三两（9 g），炙甘草三两（9 g）。方中温补药用量总和是九两即 27 g，辛热药用量是三两（9 g），从用药属性及用量而分析其功效以温补散寒为主，若非虚寒病变证机则不能选用人参汤。可见研究方证的固定性是构建辨治

病证的基础,是引导研究方证的最佳切入及归结。

4 方证可变性

方证可变性是应用方证理论指导临床实践以应变的治病宗旨和最终目的,只有重视研究方证固定性并结合临证应用可变性,才能真正学好用活经方方证,才能在临床中取得最佳预期疗效。如大黄附子汤:大黄三两(9g),附子三枚(15g),细辛二两(6g)。方中温热药(附子、细辛)用量总和是21g,寒凉药(大黄)用量是9g,其用量比例是7:3,根据大黄附子汤辨治寒结证或寒结夹热证,即寒结证者用大黄既能通泻又能制约温热药燥化伤津,寒结夹热者用大黄既能通下又能兼以泻热,权衡药与量以温阳散寒通泻为主;若调整方中大黄用量为15g,附子用量为9g,用相同的药因用量调整变化而辨治病证也发生变化,即方药功效由原来以温阳散寒为主变为清泻与温阳并行;再如麻杏石甘汤:麻黄四两(12g),杏仁五十个(8.5g),炙甘草二两(6g),石膏半斤(24g)。方中温热药(麻黄、杏仁)用量总和是20.5g,寒凉药(石膏)用量是24g,平性药(甘草)用量是6g;治表药1味,治里药3味,分析治表治里药及用量,辨治病变部位以在里为主即肺热证或表寒里热证,肺热证者用麻黄既能宣发又能制约寒药凝滞,表寒里热者用麻黄既宣肺又兼以辛温散寒解表;若调整方中麻黄或石膏用量比例,虽用相同药可因用量调配而改变方药辨治病证。

研究经方方证可变性^[8],①原有方药及用量不变,因病证表现不同,方与证之间的作用关系也不尽相同,如大承气汤以泻热为主,厚朴旨在行气并兼防寒药凝滞,若病变夹寒,厚朴既行气又兼温通;②原有方药不变,因调整原有方药用量,可使原有方证辨治发生变化。可见应用方证可变性是以方证固定性为基础的演化、深化和细化,研究经方方证只有以固定性为切入点,以可变性为突破口,才能学好用活经方方证;若研究方证仅仅局限于固定性是不切合临床现实的,若仅仅着眼于方证的可变性则是无章可循,无法可依。

5 方证药症

研究方证的切入点是研究药与药、药与量、量与量之间的调配比例关系,药与药之间有相须、相使、相畏(杀)、相反调配,药与量之间是药与药用量比例增减变化,量与量之间调配是协同、制约及质变的关系。可见研究方证的内容广泛,单元交

错,结构复杂,问题难解,因此,研究方证只有从多层次、多角度、多方位思考与探索,才能辨清运用方证的基本准则与思路。如研究半夏泻心汤方证,既要考虑苦寒药配温热药,又要考虑苦寒药配补益药,还要考虑温热药配补益药,更要权衡苦寒药、温热药与补益药之间用量的调配比例关系,以此才能掌握运用半夏泻心汤方证的基本准则和变化细则,用之即能取得最佳疗效。研究方证要注意以下方面:①全盘考虑方中用药的基本功用;②调整药量增减与辨治病变属性;③思辨方与证之间的内在演变关系及用量比例调配关系,认清治证必有方,用方必治证,“证方”与“方证”之间的辨证关系是转化及可变关系。

研究药症^[9]应研究药的基本功效,同时权衡药物多种功效,而用量调配又主导其功效变化。运用药症既针对病变证机,又针对病变症状,药症针对病变证机是基础,针对症状表现是配伍用药之变通,即药用与症状之间存在演化及可变关系。如大黄泻下、祛瘀、燥湿等作用,辨治病证既可是热结,又可是寒结,或虚结,或水结等,对此只有从用量调配角度深入研究才能使药量主导药效。可见研究药症只有重视药与量之间的调配比例关系,才能用活药症,以辨治复杂多变的病证。

研究方证的对象是群体,药与量既有相互促进作用,又有相互制约作用,更有相互平衡作用;而研究药症的对象是个体,药与量既有相对的独立性,又有相对的随机性,更有相对的偏向性,如麻黄可辨治寒证,石膏可辨治热证,麻黄配石膏因用量调配比例变化,既可辨治寒证,又可辨治热证;再如当归辨治虚证是其药症的基本功用,而辨治实证是药症转化方证用量调配的特殊功用。又如肾气丸方证因用量调配变化既可辨治以阴虚为主,又可辨治以阳虚为主,更可辨治以阴阳俱虚为主。可见研究药症是以基本功效为切入点,研究药症转化方证以药量调配为切入点,研究方证的关键是药、量、症、证之间的内在必然联系。

运用经方药症辨治病证受用量的调控具有可变性,如麻黄既可治寒证头痛,又可治热证头痛,更可治虚实夹杂证头痛,亦即药症既可针对病变证机,又可针对症状表现,用之贵在剂量调配;运用方证辨治病证受到用量的调配具有相对的固定性,如麻黄汤只可辨治风寒表实证或风寒犯肺证,而对风寒表虚证、风热表证则不宜选用,亦即方证针对的是病变证机与病证表现。总之,既要从药症角度

深化研究方证^[1]，又要从方证角度细化研究药症，用活药症从而化为方证的核心是药与药之间用量调配，用活方证的关键是由方证固定性转为方证可变性，以指导辨治内伤杂病、外感疾病及内外夹杂疾病。

参考文献

- [1] 王付. 经方方证思考与探索 [J]. 中医杂志, 2011, 51(18): 1535-1536, 1541.
- [2] 王阶, 熊兴江. 方证对应特征探讨 [J]. 中医杂志, 2010, 50(3): 200-203.

- [3] 王付. 经方用量探索与实践 [J]. 中医杂志, 2012, 52(22): 1899-1901.
- [4] 王付. 学方固定性与用方变化性 [J]. 中医杂志, 2005, 45(6): 475-476.
- [5] 王付. 枳实薤白桂枝汤方证探索与实践 [J]. 中医杂志, 2013, 53(13): 1160-1162.
- [6] 王付. 经方药症与方证 [J]. 中医药通报, 2008, 5(3): 19-20.
- [7] 王付. 小陷胸汤方证思考与探索 [J]. 中医杂志, 2013, 53(6): 537-539.

Exploration on Formula-Pattern in Classical Formulae

WANG Fu

(Henan University of TCM, Henan Province 450046)

ABSTRACT Formula-pattern is a pattern differentiation and treatment system constructed to study the correspondent and multilateral relations between formula and pattern, and study the medicinal and dosage of formula to treat common diseases and miscellaneous diseases. In formula-pattern system, formula is a means of pattern differentiation and treatment and pattern is a basis for medication. The fixability of formula-pattern in classical formulae is fundamental, and the variability of formula-pattern in classical formulae is the ultimate purpose of treatment. Formula-pattern in classical formulae can only be grasped by paying attention to its fixability and variability. Dosage of formula-pattern in classical formulae can only be used to guide clinical treatment of exogenous diseases and miscellaneous diseases by thoroughly researching the formula-pattern theory from the perspective of medicinal and symptom.

Keywords *Treatise On Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases* (伤寒杂病论); classical formulae; formula-pattern; medicinal-symptom; dosage

(收稿日期: 2013-10-20; 修回日期: 2013-11-12)

编辑: 黄 健

欢迎订阅 2014 年《中医杂志》

《中医杂志》是由中华中医药学会和中国中医科学院主办的全国性中医药综合性学术期刊。1955 年创刊以来始终坚持“以提高为主，兼顾普及”的办刊方针，是我国中医药界创刊早、发行量大、具有较高权威性和学术影响力的国家级中医药期刊之一，是中国中文核心期刊和科技核心期刊、中国精品科技期刊、首届国家期刊奖获得者和中国期刊方阵双奖期刊。2009 年被中国期刊协会评为“新中国 60 年有影响力的期刊”。2011 年和 2013 年获国家新闻出版政府奖期刊奖提名奖，并且是唯一获此荣誉的中医类期刊。2013 年被国家新闻出版总署评为“中国百强科技期刊”。

本刊主要栏目中当代名医和临证心得分别介绍名老中医和临床医生辨证用药治疗疑难病的经验；临床研究、临床报道介绍中医药治疗的新方法、新成果。学术探讨、思路与方法、专家论坛、病例讨论、综述、百家园等栏目，提供最新信息与治疗方法，成为学习中医药、研究中医药，不断提高临床及研究水平的良师益友。2014 年《中医杂志》从内容、版式、纸张多方面进行调整以更好地满足读者的需要。

《中医杂志》为半月刊，2014 年改为国际标准大 16 开本，每月 2 日和 17 日出版，每期 15.00 元。读者可以到全国各地邮局办理订阅手续（邮发代号：2-698），也可以与本刊读者服务部联系邮购，邮购免邮费。电话：010-64035632。国外发行：中国国际图书贸易总公司（北京 399 信箱，邮编：100044，代号：M140）。本社地址：北京市东直门内南小街 16 号，邮编：100700，网址：http://www.jtcm.net.cn。

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.08.003

克服思维定势对中医辨证的消极影响

何泽民^{*}, 何勇强²

(1. 邵阳学院医院, 湖南省邵阳市大祥区七里坪, 422000; 2. 湖南中医药大学中医学院)

摘要 中医辨证存在多种思维定势, 表现出局部性思维、片面性思维、定向思维、惯性思维等局限性。因循守旧的思维惰性, 制约辨证的客观性和创新思维, 导致辨证误诊。坚持辨证论治的特色和独立性, 培养综合辨证思维, 奠定扎实的中医理论基础, 加强临床辨证思维训练和实践, 以患者为本, 活跃创新思维, 才能克服思维定势对中医辨证的消极影响。

关键词 思维定势; 辨证论治; 权威定势; 经验定势; 经典定势; 从众定势; 实验定势

辨证论治是中医认识和处理疾病的基本原则。思维定势是指人们受已有知识、经验的影响, 在思考问题时, 所具有的倾向性和心理准备。简单地说, 思维定势就是人们分析、解决问题的习惯性思路^[1]。思维定势普遍存在于临床思维过程中, 对辨证思维活动产生不同程度的影响。

由于医生长期积累的知识、经验、思维模式和习惯的干预, 使以往的诊疗辨证思维形成对后来诊疗辨证的特殊的心理准备状态或倾向性, 按照已积累的诊疗经验和规律, 在反复使用中形成比较稳定的、定型化了的诊疗辨证思维模式, 产生认知上的固定倾向, 从而影响后来辨证的分析和判断, 往往不自觉地陷入思维定势中, 容易导致辨证错误。因此, 克服思维定势对保持辨证思维正确方向具有重要意义。

1 临床常见辨证思维定势

临床辨证活动中存在多种形式的思维定势, 较常见的有权威定势、经验定势、经典定势、从众定势和实验定势等。

1.1 权威定势

疑难危重疾病的诊病辨证往往多数是由该院的专家来承担, 这无疑对其他医师产生无形的影响, 如此反复多次就会使他们潜移默化, 形成权威定势。虽然权威定势可以节约辨证时间, 加快诊疗速度, 但权威定势亦有其局限性。

1.2 经验定势

中医学很大程度上属于经验医学, 一方面要借

助于中医理论的指导, 另一方面又离不开经验的参与。经验有时甚至绕开理论指导, 而更快捷地得出辨证结论, 当然这个结论可能是正确的, 但由于缺乏中医基础理论的指导、缺少对疾病全部信息的客观、全面的综合分析, 不可能长期保持正确。任何辨证经验运用时都受时间和空间的制约, 脱离经验的适用范围得出的结论就很难保证其正确。另外, 经验虽然在反复实践中形成, 但一旦形成则又带有很强的主观性, 不管临床经验多么丰富, 相对于复杂而又不断变化的疾病而言又是非常有限的, 中医临床实践中经常会面对层出不穷的新问题, 如果只凭已有经验诊病辨证, 易陷于经验思维定势中。比如某女患者, 从北方迁居湖南, 即感肩背酸痛, 纳差体倦, 厌油腻, 口苦, 舌质稍红, 苔黄腻, 脉弦。初诊医生依经验辨证为风寒湿痹, 用羌活胜湿汤化裁, 疏风散寒除湿, 经治疗 20 天无效。复诊为脾受湿困, 投加减正气散、五苓散醒脾利湿, 行气化痰, 服药月余, 亦无效。来诊时症见面色黄, 神倦乏力, 纳差, 以上诸症犹存。辨为肝胆湿热, 脾胃气虚, 治宜疏肝清胆, 健脾和胃, 行气化湿。予柴胡桂枝汤加减, 并建议做胆囊造影, 调畅情志, 忌食油腻、生冷食物。二诊服药后诸症减轻, 胆囊造影为: 慢性胆囊炎, 胆囊萎缩合并息肉。继上方加味继续治疗 30 天, 诸症消失。

1.3 经典定势

在辨证论治时, 引经据典有时是必要的, 但不能局限于经典。比如某患者, 眩晕 15 年, 每年发作 6~8 次, 伴耳鸣、呕恶。曾用平肝潜阳熄风治疗稍有缓解, 但仍复发; 后转某院采用滋养肝肾,

* 通讯作者: hzm7687@163.com, (0739) 5305891