

• 学术探讨 •

剂 量 心 悟

全小林* 吴义春* 赵林华* 姬航宇*

药物剂量是取得临床良好疗效的关键。《伤寒论》药味少而精纯，组方法度严谨，临床疗效确切，对后世影响巨大，被后世誉为“经方”。但因为年代久远，度量衡屡经变易，代有所改，悬殊极大，后世对经方剂量的折算众说纷纭，历代医家谓之“不传之秘”。限制了经方疗效的发挥，后世医家为确保经方疗效，使用古方，均需考虑剂量折算问题，对仲景用药本源剂量的研究从未间断。有的依据临床用药经验和一般用药剂量，但经不起出土实物及历代文献的考证；有的以神农秤为依据，将其 1 两折合为 1~2g 间，亦无出土文物可证，日本汉方学家常用此剂量，在我国则应用较少。

总结中医方药剂量应用的现状，可以用“误、乱、惑”三个字来概括。误，是指经方剂量传承认识不一，正误难辨；乱是指临床剂量应用混乱，实际上它是由误而引起；惑是指有关中医剂量论述，散落于大量的古今文献之中，临床上缺乏剂量理论的指导。

1 追本溯源，还原仲景本源剂量

经方本源剂量、以及剂量的演变和沿革规律的不明确，导致经方在目前普遍理解的剂量下，单纯使用，疗效却不理想的现象普遍存在。有人遂说，经方不灵。或者通过增加相似功效的中药来达到提高疗效的目的，于是处方越来越大，药味越来越多。我们调查^[1]，《伤寒论》经方平均单剂药味数为 4.18 味，药味分布在 1~14 味，由 4~8 味药组成的方剂最为常见；广安门医院 100 首汤剂处方的平均单剂药味数为 18.28 味，药味分布于 16~22 味，方剂多由 12~20 味中药组成；文献报道现代中医汤剂处方平均单剂药味数为 15.55 味，药味分布于 1~42 味，方剂多由 10~20 味中药组成。可见，现代中医汤剂处方的平均单剂药味数是《伤寒论》经方的 3 倍以上，无论单剂的药味数范围，或常见的单剂药味数均较《伤寒论》经方有所扩大。

药味之多，品种之杂，势必互相牵制，往往影响疗效的发挥。正如汪昂所言：“古人立方，分量多而药味寡，譬如劲兵，专走一路，则足以破垒擒王矣。后世无前人之朗识，分量减而药味渐多，譬犹广设攻围，以庶几于一遇也。然品类太繁，攻治必杂，能无宜于此，而不宜于彼呼？”出于安全，“广设攻围”，或亦取效。这种大处方，看似单味药剂量减少，但每副汤药的总量往往并没有减少。基于以上分析，我们知道，“分两减而药味渐多”并不是提高疗效的最佳途径，而引起分歧的主要问题就是出在剂量上。所以要想寻求突破，提高疗效的关键也应该从深入研究剂量着手。

如今，国家计量总局编的《中国古代度量衡图集》中“光和大司农铜权”（中国历史博物馆藏）被认为是推算汉制的权威标准。此权铸于光和二年闰月廿三日，光和二年为公元 179 年，与张仲景为同年代。从权上铭文可知，此权为当时中央政府为统一全国衡器而颁布的标准。铜权，按秦汉密制的单位量值和权的量级程序，此权当为 12 斤权，标准重量当为 3000g。据此东汉 1 斤合今之 250g，1 两合今之 15.625g。

目前教科书应用的剂量主要受李时珍《本草纲目》和汪昂《汤头歌诀》影响，认为“今古异制，古之一两，今用一钱可也。”，“大约古用一两，今用一钱足矣”。由于两位医家很有名，他们的观点广为流传，而事实上，该药量是《伤寒论》经方剂量的 1/5。《伤寒论讲义》及以后的教材均采用了此说。

2 重拳出击，非化不足以撼重病

仲景面对来势凶猛之伤寒大疫，必然要求立方贵精贵狠，所谓“乱世用重典，重剂起沈痾”，方能挽狂澜于倾倒、扶临危于即倒，也只有量大、药简，方能力专效宏，才最能阻断病势传变，挽救危亡。如果剂量过小，则杯水车薪，无济于事。

用药剂量减少，药味就会增多，清人顾炎武在《日知录》中，以官多乱将多败之理形象论及此事：“夫病之与药，有正相当者，惟须单用一味，直攻彼病，药力既纯，病即立愈。今人不能别脉，莫识病源，以情臆度，多安药味，譬之于猎，未知兔所，多发人马，空地遮围，冀有一人获知，术矣疏矣。假令一药，偶然当病，他味相制，气势不行，所以难差，谅由于此。”都说明用药在精不在多。系统论的不兼容原理指出：“一个系统的复杂性增大时，我们使它精确的能力必将减小，在达到一定阈值以上时，复杂性和精确性将互相排斥。”

所以重拳出击，并不主张盲目增加药味，更强调用足剂量，用到起效剂量。黄连最苦，然治糖尿病这一甜病特效。笔者用黄连，通常剂量为每日 30g，而治疗糖尿病酮症，每日量最多达 120g，降糖迅速。我们用药具体经验是：黄芪治萎，四两起步，佐陈皮以防壅滞；黄连消糖，30g 基本，配干姜以防伤胃；山茱萸固脱，三两见功，必与参附搭配；乌头止痛，八两口麻欲吐，效毒两刃；石膏清气，每日可至六百，关键识证；生地黄凉营，极量八百；酸枣仁安眠，最大百八；人参强心，救急三十；大黄排泄尿毒，可用 30g；麻黄顿止暴喘，30g 分服；茯苓渗顽水五百，猪苓消浮肿百二；土茯苓解毒二百四，赤芍疗急黄百二起；芦根降温百二无虑，葛根降糖三两无毒；桔梗治咽一两安全。

以药之偏性，治病之偏胜，个体化是医学的最高境界。救治急危重症，非做到“化”的地步，难以挽倾颓于一刻，必其功于一役。所谓“药不瞑眩，厥疾弗瘳”，药到瞑眩就是“化”，非化不足以撼病，非化不足以除疾。

3 多管齐下，保证用药的安全性

然给药特有讲究。量虽极大，多次分服，“化”到即止，不可过剂，不可孟浪。因为毒药毕竟是毒药，“燥悍之将，善用之奏效甚捷，不善用之为害非轻”。峻剂起沉痾，要想用药安全有效，我们在临床中常用以下一些具体处理原则和措施。

3.1 胆大心细，配伍煮服

处方用药应当因时因地因人制宜，处方用药，其用量的变化，要因人而异，视体质之强弱，病情之轻重，结合时地而定，不可拘执。同时要掌握适应症，例如大黄、附子、细辛的大剂量应用，就要找准适应症。第二，要注意配伍，例如黄连苦寒，

可配干姜、生姜；附子可配甘草等；第三，要注意煎煮，分析经方会发现经方煎煮的时间相对较长。结合现代药理，如乌头碱类中药^[2]，其毒性成分容易被水解成双酯性生物碱。所以我们的处理办法：川乌、草乌、附子用至15g必须先煎4h，用至30g必须先煎8h左右，且口尝至不麻，这样交代清楚方能保证既用足剂量治好病，又能保证用药安全。第四，要注意服法，如分多次，频频服用。

3.2 投石问路，循序渐进

大剂量用药在拿捏不准时，可以通过试药，观察反映，然后逐渐加量，循序渐进，可以有效保证用药安全性。《神农本草经》讲“若用毒药治病，先起如黍粟，病去即止，不去倍之，不去十之，取去为度”。《金匱要略》甘草附子汤“恐一升多者，宜服六七合始”。所以临床大剂量用药为保证安全性的必要措施是：如上所述对服法很讲究，即采取少量频饮的方法，这样一方面可以通过小量试服，观察药证是否相合，有无剧烈反应；另一方面可以通过频频饮服，累积用药剂量，保证血药浓度，达到持续不断的供药。这种化整为零的策略巧妙的化解了大剂量与小剂量的矛盾，解决了患者服药的后顾之忧。

3.3 以知为度，中病即减

“大毒治病，十去其五”，大剂量用药绝不能长期服用，防止出现蓄积后遗反应。临床一旦出现疗效后我们就酌情调整剂量。《神农本草经》“下药多毒，不可久服”，讲的就是这个问题。再如桂枝汤方后主讲“若一服汗出病差，停后服”、“又不汗，后服小促其间”。临床上有人服龙胆泻肝不加辨证滥用数年，这种方法绝对不可取。我们临床决定调整剂量主要是依靠患者症状的改善情况，辅助参考检验结果的变化。大剂量截断、控制病情以后，我们就会适时调整用药剂量，切记不可一味打持久

战。

3.4 振荡为先 丸散后调

这一部分受西医冲击疗法的启发。其实这种思想在《易经》中早就有论述。《易经·系辞传上》云：“鼓之以雷霆，润之以风雨”，风雷相搏，鼓舞激荡，松动巢穴，后期再用丸散调补，巩固疗效，刚柔相济。在农村有这样的生活经验，结冻的冰，要想打洞，必须用大锤砸一下，有裂纹松动以后，然后才能慢慢敲开。在《内经》中也能看出这种思路：“大毒治病，十去其六；……谷、肉、果、菜、食养尽之，无使过之，伤其正也。不尽，行复如法。”通过改变剂型，从起手的汤药涤荡，过度到煮散散邪，直至最后水丸缓图，逐渐恢复正气体现速战速决之后的休养生息，既强调治病质量，又强调治病速度。

基于上述原则，我们对临床常用药的处理方法如下：如乌头（包括附子）止痛时从15g开始，逐渐加量，最大可至240g，必须久煎至少8h以上口尝无麻感，同时可配甘草、生姜、白蜜以减药毒；再如石膏600g为一日量，可取半上午下午各一半剂量。

当然，我们提倡经方大剂量，是针对特定的病情——急危重症，特定的阶段——急性发作，使用大剂量来扼制病势、控制病情、迅速起效，中病即减，如按原剂量的1/2~1/4递减，中病即止，随后改用丸散调理。

参考文献

[1] 仝小林，吴义春，姬航宇，等.发现经方剂量[J].上海中医药杂志，2009，43（11）：1-4.

[2] 于之敏.中医药之“毒”[M].北京：科学技术文献出版社，2007：269.

基金项目：国家重点基础研究发展计划（2010CB530600）

* 中国中医科学院广安门医院（100053）

合理增加中药剂量，有效提高中医药疗效

肖小河*

长期以来，中医药不断受到人们的非议，特别是近年来甚至出现了“取消中医”、“中医伪科学”、“废医验药”等杂音，给中医药事业的持续发展带来了一定的负面影响。中医药之所以屡屡受到诟病，关键还是中医药的临床疗效问题。疗效是中医药存续和发展的根本，提高中医药的疗效是振兴中医药事业的首要之策^[1]。

当今，提高中医诊断水平和中药质量固然对提高中医临床疗效会有一些帮助，但不是根本上的解决措施。笔者认为，在阐明中药量—效（毒）关系和保证安全性的基础上，突破传统中药用量（包括单味中药的药材用量和复方的药材总用量，本文主要指前者，下同）局限，增加中药用量，可能将是提高中医临床疗效的重大乃至根本性举措。本文论述了从增加中药用量角度提高中医临床疗效的科学性、必要性和可行性。

1 提高中医临床疗效的根本出路

1.1 进一步提高中医诊断水平

这主要是医家的职责。但笔者认为，在当今情况下，提高中医诊断水平对于进一步提高中医临床疗效的作用有限，或者贡献度不会很显著。这是因为在继承中医传统的基础上，更有一系列现代仪器设备辅助诊断，即在西医辨病的基础上再进行中医辨证，病证结合，可以说当下中医师的总体诊治水平不

比从前单纯依靠辨证而论治的先辈中医师们的水平低下。

1.2 进一步提高中药质量

这主要是药师的职责。但笔者认为，从提高中药的质量角度进一步提高中医临床疗效的空间也是十分有限的。不可否认，长期以来，部分中药材质量有下降的趋势，但是总的来说，中药质量保证措施在增加，如GAP种植、GMP生产、现代理化检测手段应用，中药质量保证水平在提高，应该说中药质量比从前更有保证。

1.3 进一步增加中药用量

这需要医家和药师共同完成的职责。也许这是一个很突兀且大胆的提法，但笔者认为中药传统用量一直偏低，在保证安全性的前提下，突破传统中药用量规定束缚，地增加中药用量，这可能将从根本上改善中医临床疗效的重大举措。理由如下：①从西药的临床剂量设定反观中药，中药传统用量设定是欠严谨和合理的。西药临床用量一般是几毫克到几百毫克，也就是说不同西药用量通常是几十到几百倍的差异。而中药一般是6~9g或者5~15g，也就是说不同中药用量通常只有1~3倍的差异。这种用量规定设置，几乎是抹杀了中药的量效关系，或者说默许了绝大多数中药的有效剂量是近同的，更何以体现“剂量是中医不传之秘”？②从中药或天然药物制得的有效成分药