

# 经方临床疗效的制约因素及应对策略

林树元, 柴可夫\*

(浙江中医药大学基础医学院, 浙江省杭州市滨江区滨文路 548 号, 310053)

**摘要** 总结了临床中制约经方疗效的六大因素, 包括对基础理论中六经辨证与方证学说的认识, 以及临床处方时剂量、加减合方、剂型及煎服法的选择, 对经方的临床运用与再研究进行了反思, 在基础研究、辨治思维、临床用方三大方面提供了思路与方法。

**关键词** 经方; 临床疗效; 制约因素; 应对策略

经方以《伤寒论》与《金匮要略》的三阴三阳理论为基础, 以书中所载之方为临床体系。由于卓越的临床疗效, 近两千年来, 历代医家均对其推崇备至, 奉为临证准绳。然而随着时代的发展, 现今临床工作中, 有较多因素影响了经方疗效的发挥。本文剖析经方的临床运用现状, 以期为进一步提高临床疗效提供更多思考。

## 1 经方临床疗效的制约因素

### 1.1 对六经辨证的过度解读

六经辨证是经方理论的基石, 也是经方临床的核心, 从古至今, “六经实质”一直都是经方研究的焦点。有学者统计, 对于六经实质, 至今已有数十种学说<sup>[1]</sup>。六经实质是经方理论的重大课题之一, 然而过度地解读与发挥, 也容易使得六经理论难以在临床中发挥应有的指导作用。

《伤寒论》与《黄帝内经》的三阴三阳之名有相合之处, 然《黄帝内经》本身对三阴三阳即有不同的解读与应用, 如用于解释四季气机浮沉的《素问·四气调神大论》、用于解释经络循行空间规律的《素问·阴阳离合论》、用于解释运气的《素问·六微旨大论》等, 故以《黄帝内经》理论看待张仲景之三阴三阳, 就会有经络、脏腑、气化、开阖枢等多种不同的思路与角度。而细读《黄帝内经》即可以看出, 三阴三阳本身并不存在“实质”, 而是阴阳理论的一种延伸。正如阴阳本是存在于世间万物之规律一样, 并不存在“阴阳实质”的命题。《素问·阴阳应象大论》曰“阴

阳者, 天地之道也, 万物之纲纪, 变化之父母, 生杀之本始, 神明之府也。”既然世间万物皆可以阴阳理论进行研究, 作为阴阳的子系统, 三阴三阳理论同样是研究事物的方法。

张仲景以三阴三阳对千变万化、错综复杂的临床疾病与证候进行了总结与归纳, 而研究与运用经方, 自应以张仲景之所论述为依据。若过度地以与经方无涉的理论研究三阴三阳, 容易造成对六经的过度解读。

### 1.2 对方证学说的过度拔高

《伤寒论》条文中“桂枝证”“柴胡证”等提法, 如 149 条曰“柴胡证不罢者, 复与柴胡汤”, 而 317 条通脉四逆汤方后注更是有“病皆与方相应者乃服之”的提法, 后人将此称为“方证相对”学说<sup>[2]</sup>, 又称“方证相应”或“方证对应”<sup>[3]</sup>。

经方中“方证相应”的理念由来已久, 考证文献可知其原始称谓为“方说相应”。南朝陈延之《小品方·自序》记载“古方旧方者, 非是术人逆作方, 以待未病者也。皆是当疾之时, 序其源由诊候之, 然后依药性处方耳。病者得愈, 便记所主治, 序为方说。”可见“方说”原是古人临床效验的原始记录, 如《辅行诀》所载的小阳旦汤“治天行(病)发热, 自汗出而恶风, 鼻鸣干呕”, 就是典型的方说。然而《小品方》又曰“夫用故方之家, 唯信方说, 不究药性, 亦不知男女老少殊耐、所居土地温凉有早晚不同, 不解气血浮沉深浅应顺四时、食饮五味以变性情。唯见方说相应, 不知药物随宜, 而一概投之, 此为遇会得力耳, 实非

\* 通讯作者: ckl666@163.com, 13588111461

审的为效也。”可见陈延之对当时医者以方说中某方治某病为临床依据的现象给予批评，其后又盛赞张仲景“意思精密，善详旧效，通于往古”，认为张仲景的经方从“方说相应”的经验医学升华为系统完备的理论医学。如《伤寒论》12 条中，张仲景仍以小阳旦汤“自汗出而恶风，鼻鸣干呕”之治验，然冠以“太阳中风”之名，以太阳中风，概括了桂枝汤证（或者小阳旦汤证）的病因、病位、病机，就是明证。

故“方证相应”是经方较为初级的理论形态，过度地拔高方证相应，在临床上容易造成在辨证中重局部而忽视整体、重症状而忽视病机的误区<sup>[4]</sup>，导致张仲景经方法度的缺失，从而影响疗效。

### 1.3 对加减合方的过多依赖

经方之加减与合方，张仲景书中已有成例，然不论是加减还是合方，皆形成了新的法度。

经方加减，即成为了新的方剂，所谓加减一药即成新方，这也是经方与时方相比更为法度森严的标志<sup>[5]</sup>，如桂枝汤加黄芪即成桂枝加黄芪汤，桂枝汤加附子即成桂枝加附子汤等，而原方法度亦分别从太阳中风证向太阴表证或少阴表证倾斜。而诸方之方后注的加减法亦不例外，如小柴胡汤方后注之“如渴者，去半夏加栝蒌根”，即成为柴胡去半夏加栝蒌根汤（见《金匱要略·疟病》篇引《外台秘要》方），而再结合“去大枣加牡蛎”“去人参加桂”等加减法，正是柴胡桂枝干姜汤。

经方合方后原方之法度亦发生极大变化，如桂枝汤能调和营卫，小柴胡汤可使“津液得下”，而二者合方之柴胡桂枝汤功效即为“和其荣卫，以通津液”（《伤寒论·辨发汗后病脉证并治第十七》），对荣卫和津液的调节作用上升到了新的层次。由于法度之变化，原方之剂量亦需作相应调整。桂枝汤证，多津虚血弱，故桂枝、白芍、生姜、大枣皆为补养津液之品；而小柴胡汤证，又有“邪气因入，与正气相搏，结于胁下”（《伤寒论》97 条），形成了“阳微结”（《伤寒论》148 条）的病理状态，故用八两柴胡以“去心腹肠胃中结气，……推陈致新”（《神农本草经》），开结破邪之力较强。二方合用之时，考虑到桂枝汤证之病机，柴胡不宜再用八两之重剂。故柴胡桂枝汤中，小柴胡汤与桂枝汤的剂量都减为原方之一半。

而观现今临床运用经方，直接运用原方者为数不多。如有“经方之祖”之称的桂枝汤，有学者统计近 30 年来文献中应用桂枝汤的报道数百篇，其中用原方的仅有 10 余篇，其余皆为加减与合方

的运用<sup>[6]</sup>。

加减与合方，是在病机转换之时，对原方理法的一种变通与延伸，其运用之法需要对经方理法有较强的驾驭能力。临床上见症加药、以方对症，皆容易出现过多的加减与合方，忽视了经方辨证处方的精髓，对临床疗效亦会产生影响。如有医者临床亲验用桂枝加龙骨牡蛎汤治疗多例遗精患者，加黄芪、党参，服用多剂未见寸效，遂守原方而去党参、黄芪，仅数剂而愈<sup>[7]</sup>。还有医者使用甘草泻心汤治疗白塞病时以原方效果最佳，而加大黄、生地、附子等效果均无原方理想；治疗溃疡性结肠炎加柴胡、防风则效果不显，改用原方即效<sup>[8]</sup>。究其原因，甘草泻心汤原为温里补中、蠲化水热之方，加大黄则更败胃气、加生地则更助水热，加柴胡、防风更是把温里固中的方子加上了解表之功，均与原方法度大相径庭。

### 1.4 对原方剂量的处置不严

方药剂量被称为中医的“不传之秘”，而经方药物的剂量更直接关系到每一味药物所发挥的功效。由于汉代至今年代久远，度量衡已发生变化，汉代的计量单位如两、铢等，与现代临床常用的“克”所代表的实际剂量存在着必然的差异。故现代对经方剂量的研究多集中在剂量折算上。对经方剂量中一两的折算，有 1.6 g、3 g、6.96 g、13.92 g、15.625 g<sup>[9-13]</sup>等多种算法，这使得在临床中难以取舍，而《中华人民共和国药典》对中药饮片剂量的控制又较为严格，在 600 种规定剂量范围的药物中，最常见的最大剂量是 10 g，这与经方中一两等于 13.92 g、15.625 g 等观点相去甚远<sup>[14]</sup>。现今经方临床的两种主要趋势：以轻可去实为宗旨的小剂量应用<sup>[15-16]</sup>，以及以速取捷效为目标的大剂量应用<sup>[17]</sup>。

与剂量的绝对值相比，经方组方中各药物相互之间的配比也不容忽视。同样的药味组成，不同的剂量取舍，即代表着不同的法度。如桂枝汤能解肌祛风、调和营卫、补养津血，加芍药则成桂枝加芍药汤，治疗津血更虚的太阴腹痛证，而加桂枝则成桂枝加桂汤，治疗寒邪束表、气上冲胸的奔豚证。原方比例的调整，意味着理法的变化。其余如小承气汤与厚朴三物汤、厚朴大黄汤，麻黄附子甘草汤与麻黄附子汤，都是组方相同而剂量变化后形成的新方。

故经方的剂量选择，每一味药之增减皆有法度。单纯将目光集中在剂量折算上，而忽视每一药相互之间的比例与相应机制的研究，就有可能形成

临床中经方剂量选择存在盲目性与随意性的现象。因此,有学者提出,剂量研究不宜过分强调计量考证,经方剂量研究应更注重相对量的确定<sup>[8]</sup>。

### 1.5 对经方剂型的选择僵化

经方中剂型的选择较为丰富,有汤剂、丸剂、散剂、膏剂、栓剂、灌肠剂等。相同的组方,不同的剂型,对应着不同的理法。如同样是由水蛭、虻虫、桃仁、大黄组成的方剂,张仲景名之“抵当”,根据其主治病证之轻重不同,选择汤剂或丸剂。下焦瘀热,重症者少腹硬满,其人如狂,治以汤剂;轻症者,少腹满而不硬,治以丸剂。又如同样渗利下焦水热之方,兼有表证者用五苓散,以其尽散剂发散之能;兼有阴伤者用猪苓汤,以汤剂煎煮更有滋养之功。每一剂型的选择,都有其应发挥的功效。现今临床上不论丸、散、膏剂,多以汤剂代替,或汤剂而以中成药之丸剂、片剂代替,无形中造成了原方理法的部分缺失。

### 1.6 对煎服方法的一味简化

经方的煎服方法对原方功效的发挥亦有举足轻重的作用,特别是汤剂的煎服法有着极为精细的要求,如煎药用水、煎煮时间、煎出水量、药物的先煎后下、去滓再煎、服药次数等。

煎药用水,如枳实栀子豉汤的清浆水、苓桂枣甘汤的甘澜水、麻黄连翘赤小豆汤的潦水、泽漆汤的东流水,不同的用水皆有讲究,或清利湿热,或不助水邪,总以符合原方之效用为法。煎煮时间之异,有七升煮取三升者,如桂枝汤及其类方等解表之方,时间较短而有发散之功;有八升煮取三升者,如附子汤、真武汤、理中丸改汤等温阳益气之方,时间较久而更能发挥温补之功。煎出水量,有二升如葛根芩连汤、二升半如麻黄汤、三升如桂枝汤、三升半如栀子干姜汤、四升如茯苓甘草汤等。药物先煎如麻黄汤及其类方之麻黄,皆先煎去上沫以减其悍勇之性;后下如大承气汤之大黄,后下加强其攻下之用。去滓再煎者,如小柴胡汤及半夏泻心汤等,以加强其和解之功。服药次数之异,如同样是温里剂,有顿服如干姜附子汤,再服(即两服)如甘草干姜汤,三服如茯苓四逆汤等。

然而现今随着自动煎药机的普及,加之生活节奏较快,经方煎药用水皆失去了讲究,煎煮时间亦较为统一,解表药、清热药、攻下药、补益药,时间皆无差异化;煎出剂量皆为 200 ml,服药次数皆为一日两服,先煎后下、去滓再煎等较为复杂的操作更是无从谈起。如此,则经方的功效无法完全发挥,临床疗效亦会受到影响。

上述 6 个方面是现今临床运用经方时普遍存在的现象,亦是对经方疗效影响较大的主要因素。这些因素的存在,制约着经方理论与临床的进一步发展。

## 2 应对策略思考

基于上述对经方临床现状的分析,现今临床研究与运用经方应当重视以下 3 点。

### 2.1 基础研究应回归张仲景原意

经方的基础研究,一方面可结合新的思路与方法,以期能进一步发展经方的理论内涵,然另一方面亦不应忽视张仲景所论之原意。基础研究中应该以张仲景所强调之理、法、方、药为核心,不宜过多地掺杂非经方元素,不宜一味地以经方之外的理论进行理解与研究,亦不宜过多地参考后世各注家的理论与学说。基础研究倡导回归张仲景原文,体会条文之间的内涵,以张仲景之文解释张仲景之方,能在临床上更好地驾驭经方理法。

### 2.2 辨治思维宜还原经方全貌

经方的临证思维,应建立在详细的望、闻、问、切四诊资料的采集上,进行阴阳、表里、寒热、虚实的辨析,把握胃气的虚实强弱、津液的输布离合、营卫的循行交会,形成病机上的整体把握,最后落实到三阴三阳病势的判定,并处以相应的药方。单纯地抓主证,一味地强调方证相应,或者草率地进行所谓的六经辨证,都有可能造成临床信息了解不足,以致对病机判断的失真、辨证处方的失当,从而影响疗效。

### 2.3 临床运用当重视张仲景原方

临床运用经方,宜重视张仲景原方组成、剂量配比、剂型、煎服法等,尽量去除影响经方临床疗效的制约因素,以原方、原量、原剂型、原煎服法进行临床工作,这样方能还原经方的真实疗效,为进一步总结与研究经方的理论和经验提供更充足的临床资料。

## 3 结语

经方发展至今已逾两千年,历代名家皆自有发挥,使得经方的理论与临床熠熠生辉。由于现代科技的日新月异,以及现代医学的迅猛发展,现今的临床现状与古时相比有较大差异,经方的理论受到极大冲击,临床疗效的发挥也因此受到了较大的挑战。结合后世诸家学说或现代科技方法进行经方研究并开展临床工作可以为经方的发展提供更多的参考,而回归张仲景原文、回归经方原旨,则更能还

原经方临床的真实面貌, 为进一步提高临床疗效奠定坚实的基础。

# 参考文献

- [1] 王庆国, 李宇航. 《伤寒论》六经研究 41 说 [J]. 北京中医药大学学报, 1997, 20(4): 23-30.
- [2] 刘渡舟. 方证相对论 [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 3-5.
- [3] 王阶, 熊兴江, 何庆勇, 等. 方证对应内涵及原则探讨 [J]. 中医杂志, 2009, 50(3): 197-199.
- [4] 鲍艳举, 花宝金. 经方方证对应的六大误区 [J]. 中西医结合学报, 2012, 10(12): 1363-1370.
- [5] 李宇铭. 经方的理论特点 [J]. 环球中医药, 2012, 5(1): 29-32.
- [6] 王永春, 周军, 刘珊. 桂枝汤原方临床应用概况 [J]. 山东中医药大学学报, 2012, 36(1): 74-77.
- [7] 刘雪堂. 经方加味而效不显 [J]. 江西中医药, 1984(6): 36.
- [8] 黄煌. 用经方要尽量用原方 [N]. 中国中医药报, 2012-06-06(4).
- [9] 王伊明. 为古方权量正本清源 [J]. 北京中医学院学报, 1986, 9(2): 10.

- [10] 李时珍. 本草纲目(上册) [M]. 北京: 华夏出版社, 2002: 41.
- [11] 熊曼琪. 伤寒学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 439-441.
- [12] 朱晟. 古今汤方剂量异同的考证 [J]. 中医杂志, 1956(10): 531.
- [13] 柯雪帆, 赵章忠, 张玉萍, 等. 《伤寒论》和《金匱要略》中的剂量问题 [J]. 上海中医药杂志, 1983(12): 36.
- [14] 姬航宇, 陈欣燕, 焦拥政, 等. 对药典规定中药饮片用量的分析 [J]. 中国中药杂志, 2013, 38(7): 1095-1097.
- [15] 薛伯寿. 蒲辅周学术医疗经验继承心悟 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 154-155.
- [16] 王象礼, 赵通理. 百年百名中医临床家: 李翰卿 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001.
- [17] 全小林, 吴义春, 穆兰澄, 等. 经方剂量探索 [J]. 上海中医药杂志, 2010, 44(1): 18-21.
- [18] 万晓刚. 经方剂量研究: 不宜过分强调计量之考 [N]. 中国中医药报, 2009-03-30(10).

## Factors Restraining Clinical Effect of Classical Prescription and Strategy for Solving the Problems

LIN Shuyuan, CHAI Kefu

(College of Basic Medical Science, Zhejiang University of Chinese Medicine, Hangzhou, 310053)

**ABSTRACT** This article summarizes the six factors restraining clinical effect of classical prescription, which include problems in six-meridian syndrome differentiation, problems in prescription-syndrome theory, limitations in prescription dosage, modification, formulation, as well as decocting and taking methods. The authors analyze the current clinical application of classical prescriptions and its restudies, and then provide ideas and methods for basic research, syndrome and treatment thinking path and clinical application.

**Keywords** classical prescription; clinical effect; restraining factors; coping strategy

(收稿日期: 2016-03-01; 修回日期: 2016-04-06)

编辑: 黄健

## 欢迎订阅 2017 年《中国针灸》杂志(月刊), 《针刺研究》杂志(双月刊)

两刊均为中国针灸学会、中国中医科学院针灸研究所主办的针灸学术权威期刊, 均已成为中国科技核心期刊、中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊(核心库)。《中国针灸》为中国精品科技期刊、百种中国杰出学术期刊。全面报道国内、国外针灸学科的最新研究成果。《中国针灸》报道以临床为主, 介绍临床有效治疗方法、专家经验、特色疗法等, 提供继续教育培训、技能培训、学术会议、医疗药品器械信息。《针刺研究》报道以基础研究为主, 反映针灸机制探讨最新进展及研究现状。实为针灸科研、医务工作者及针灸爱好者订阅之首选。

2017 年《中国针灸》杂志每册 25 元, 全年 300 元, 邮发代号: 2-53。《针刺研究》杂志每册 25 元, 全年 150 元, 邮发代号: 82-171。在全国各地邮局均能订阅。

如当地邮局订阅困难者, 请直接与中国中医科学院针灸研究所期刊中心发行部联系, 或到我部淘宝网店购买, 淘宝网店铺名称: 针灸广发。地址: 北京东直门内南小街 16 号, 邮编: 100700。电话: 010-84046331, 010-64089349。E-mail: zhenjiuguangfa@aliyun.com

《中国针灸》网址: www.cjcupuncture.com, E-mail: zhenjiubj@vip.sina.com

《针刺研究》网址: www.zhencijianjiu.cn, E-mail: zcyj2468@sina.com

《中国针灸》微信公众平台

