

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.02.019

百 家 园

对《伤寒论》方证辨证的认识

刘南阳, 李浩*

中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091

摘要 方证辨证是中医辨证论治的重要组成部分, 综合分析《伤寒论》中方证辨证的特点, 认为方证辨证不是简单的症状叠加, 而是观察患病之后人体所处状态及反应在外的病证, 在明确病证特点的基础上, 选择相应处方的一种思维模式。临床应用时灵活多变, 体现在方随证变、药随证变、量随证变、煎服法随证变和剂型随证变五个方面。

关键词 方证辨证; 药证; 六经辨证; 伤寒论; 辨证论治

方证辨证也叫汤方辨证、方证相应、方证对应、方证相符, 是指以方剂的适应病证范围、病机、治法、禁忌症等相关内容为框架, 对疾病的临床表现、体征及其他相关资料进行综合分析的辨证方法, 以探求治疗疾病的最佳处方^[1]。中医的辨证方法有很多, 包括方证辨证、六经辨证、脏腑辨证、经络辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等, 其中方证辨证在中医学发展的历史长河中占有重要地位。方证辨证追求患病病情与方剂适应证的高度契合, 强调有是证用是方, 无是证则去是药, 其优点是灵活性高、实用性强, 若方证对应, 则效如桴鼓。方证辨证不是来源于理论的推断, 而是几千年来中华民族在实践中与疾病不断斗争的经验总结。近年来许多经方学者如胡希恕、刘渡舟、冯世纶、黄煌、姜绍昆等无不强调方证辨证的重要性, 因此, 对《伤寒论》方证辨证的深入研究具有重要的临床价值。

1 方证辨证的提出与发展

“方证辨证”最早由顾武军在 1987 年提出^[2], 而方证理论则起源于《伤寒论》。《伤寒论》中 113 方均是以证言方, 方随证出, 方证一体, 并明确提到桂枝证、柴胡证, 强调“但见一证便是, 不必悉具”的观点, 开方证辨证之先河。随后唐代孙思邈在《千金翼方》中采用“方证同条, 比类相附”的方式对《伤寒论》进行重新编次, 对

方证进行了高度概括和总结^[3]。宋代朱肱首倡“药证”之说, 在《伤寒类证活人书》中提出“所谓药证者, 药方前有证也, 如某方治某病也, ……须是将病对药, 将药合病, 乃可服之”。药证即所谓方证, 方证思想虽早在东汉就已提出, 但一直以来并未占据中医学发展的主流, 甚至金、元、明时期鲜有提及, 直至清代, 方证研究才迎来高潮。以柯琴、徐灵胎、方有执、尤在泾、张锡纯等为代表的医家对《伤寒论》的方证思想进行了详细的阐述。如柯琴《伤寒来苏集》云“仲景之方, 因证而设, 见此证便用此方, 是仲景活法”; 同时采用证以方名、方随证附、以方类证的方法对《伤寒论》进行编次, 使方证之间的联系更加清晰和紧密^[4]。徐灵胎采用“以方类证”的方法, 将《伤寒论》113 方分为桂枝汤类、麻黄汤类、葛根汤类等 12 类, 方以类从, 证随方列, 不仅将《伤寒论》诸方做了分类, 并对同类诸方随证加减变化也做了深入研究, 这种研究方法对临证颇有实际意义。曹颖甫在其《经方实验录》中载案 75 则, 皆以汤证命名, 如桂枝汤证、麻黄汤证、小柴胡汤证等, 并强调“有此证, 用此方, 得此方, 消此证, 但凭脉证施治”。胡希恕教授则主张先辨六经, 再辨方证, 大力倡导方证对应法, 并指出临床治病有无疗效的关键在于所辨方证是否正确^[5]。刘渡舟教授也指出“认识疾病在于证, 治疗疾病则在于方, 方与证乃是伤寒学的关键”^[6]。

* 通讯作者: xyhplihao1965@126.com

2 方证是《伤寒论》的关键

虽然历代医家对六经实质争论不休,但都能运用其方剂治愈某些疾病,这得益于每位医家都或多或少地掌握了一些方剂的适应病证,即方证。《伤寒论》的方证思想体现在有是证则用是方、无是证则去是药,证以方名、方随证变的基本特征,强调“病证与方相应者乃服之”,即每一首方剂甚至药物都有其具体的适应病证,具有独立性。方证辨证在临床使用时既强调方证相应,又强调方随证变,即当主证发生变化时主方也要随之变化,不仅体现在药物的加减上,还体现在药物剂量的变化上,甚至剂型、服药方法、煎煮方法都要改变,即“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。方证辨证与六经辨证共同构成了《伤寒论》辨证论治的核心,辨证论治是理、法、方、药的有机结合,证即理与法,方即方与药,证变则方、药、量皆变。

2.1 方随证变

《伤寒论》以六经辨证为基础,方证辨证为关键,要求先辨六经,次辨方证。张仲景将简单的方、证进行归纳总结,并用六经辨证的方法将其串联起来,形成与六经辨证相互结合的整体模式,如第 103 条“太阳病,过经十余日,反二三下之,后四五日,柴胡证仍在者,先与小柴胡汤。呕不止,心下急(一云呕止小安),郁郁微烦者,为未解也,与大柴胡汤,下之则愈”。此条论述由太阳病转为少阳病的过程,虽然经过误治但少阳柴胡证仍然存在(即口苦、咽干、目眩、往来寒热、心烦喜呕等),仍使用小柴胡汤治疗,此所谓证未变而方不变。若经误下之后喜呕转为呕不止,胸胁苦满转为心下急,心烦转为郁郁微烦,主证发生变化则方剂也要随之改变,遂使用大柴胡汤治疗。通过观察误治之后的脉、证重新划分六经归属,根据具体病证特点选择最佳的适用方剂,体现出《伤寒论》辨证论治的核心思想。

2.2 药随证变

药随证变即根据兼证之变化来决定药物的增减。黄煌^[1]认为,方证有主证、兼证、类证之分。主证是反映方证本质的特异性症状与体征,如葛根汤以项背强、恶寒、无汗为主证,以身痛、腰痛、咳、喘等为兼证;小柴胡汤以往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜呕等为主证,以心下悸、小便不利等为兼证。兼证依附于主证,没有主证也就没有兼证。主证发生变化往往需要调整主方,而兼证发生变化则需要调整主方中的某些药

物。如桂枝汤治疗发热、恶寒、汗出的太阳表虚证,而桂枝加厚朴杏子汤则适用于在桂枝汤基础上出现项背不适的症状,桂枝加厚朴杏子汤则在桂枝汤基础上出现咳、喘的症状,桂枝加黄芪汤则适用于黄汗的治疗,桂枝去芍药汤、桂枝去桂加茯苓白术汤等均是某些兼证发生改变时主方药物的加减变化。此外,黄煌教授将药随证变称为“药证”^[2],认为药物是经方的基本单位,对方证辨证的灵活运用仅仅停留在方证的层次是不够的,必须研究药证。有是证,则用是药;无是证,则无是药。加药或者减药,都要根据临床见证的变化而变化,如白虎汤证出现口渴时必加入参,小柴胡汤证出现口渴时必去半夏加天花粉。药证是构成方证的基础,方证是药证的扩大,方证相应、药证相应是中医有无疗效的关键。

2.3 量随证变

量随证变即同一病证前提下根据主证不同而调整药物之间的配伍比例。中医治疗疾病不以病因为依据,而主要观察患病之后机体的反应状态,以及表现在外的病证,由证选择合适的方剂,即使病因相同,也不一定使用相同的治疗方法。如生姜泻心汤和甘草泻心汤证候特点均属脾胃不和、寒热错杂,均以心下痞满为主证,但其兼证略有不同。生姜泻心汤以干噎食臭、胁下有水气、腹中雷鸣下利为兼证,方中增大生姜的用量以散水气。甘草泻心汤除心下痞满外还兼有下利、干呕、心烦,方中增大甘草的用量以缓急止泻,养心安神。小承气汤、厚朴大黄汤均由厚朴、大黄、枳实组成,其证候特点虽均属阳明腑实,但其用量却不相同。小承气汤以潮热、谵语、大便不通为主证,证候特点偏于热结,用大黄四两以通腑泄热,仅用厚朴二两、枳实三枚行气消胀。《金匱要略》载“痛而闭者,厚朴大黄汤主之。”厚朴大黄汤三药用量为厚朴八两、大黄四两、枳实五枚,以腹痛、大便不通为主证,证候特点偏于气滞热结,方中厚朴、枳实用量均大于小承气汤,以达行气止痛、泄热通便之功。《金匱要略》另载“支饮胸满者,厚朴大黄汤主之。”方中厚朴用至一尺、大黄六两、枳实四枚,同样以气滞热结为主要证候特点,厚朴、大黄均比其他两方用量大,体现出量随证变的特点。

2.4 煎服法、剂型随证变

在主证不同而主方相同的情况下,还可通过调整药物煎服方法及剂型以适应病情。大黄黄连泻心汤方证在《伤寒论》中针对邪热与无形之气搏结而成的痞证时,以麻沸汤渍其须臾,分温再服,以

取其气，不取其味，治虚痞而不伤正气。在《金匱要略》中则以水煎顿服，取其味厚而直泻血分之火热，以治疗血中热盛、迫血妄行所致之吐血、衄血。抵当汤证以发狂、少腹硬满为主证，热瘀互结已深，病情加重，攻逐不可稍缓，治当选活血峻品以破血逐瘀，煎汤服用。而抵当丸证仅针对热瘀互结的轻证，不若抵当汤病势险急，故用丸剂以图缓进。大陷胸汤和大陷胸丸亦是根据不同的病情选用不同的剂型。可见方药虽同，煎服方法、剂型不同，所针对的主证也不相同。

3 小结

《伤寒论》有着明显的病、证、方层次结构，方证辨证立足于对方、证的把握上，基础在于证，正如原文所言“伤寒，中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉俱”。方证辨证的过程其实是探求病机的过程，是医生根据患者的临床表现（症状、体征、舌脉象），在明确证候（病因、病机、病位、病性）诊断的基础上，选择相应的处方（药味、药量、剂型、用法）治疗的一种临床诊疗思维方法^[1]。

总之，临床疾病谱不断变化，但机体患病后所反映的状态以及表现在外的证从古至今都没有发生改变，因此，古方能够治今病，关键在于对证的把

握。《伤寒论》以六经辨证为主体，将方证辨证融入其中，讲究先辨六经，次辨方证，辨六经为基础，辨方证为目的，是辨证论治化繁为简的充分表现，临床使用时依据主证、兼证的不同来调整法、方、药的变化，辨证思路清晰，方法简便，疗效卓越，值得深入研究。

参考文献

- [1] 王方方,陈家旭,宋明,等. 方证辨证发展脉络及应用前景 [J]. 北京中医药大学学报, 2017, 40(2): 103-106.
- [2] 顾武军. 应重视方证辨证规律的研究 [J]. 南京中医药大学学报, 1987, 3(3): 4-5.
- [3] 周雪梅,陈雪功,董昌武. 论方证辨证的形成源流和运用特点 [J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(3): 153-155.
- [4] 宋明,陈家旭,李晓娟. 简析方证辨证的三种境界 [J]. 中医杂志, 2017, 58(20): 1796-1798.
- [5] 李国臣,王冠民,崔文艺. 胡希恕方证辨证说略 [J]. 上海中医药杂志, 2003, 37(10): 39-41.
- [6] 刘渡舟. 方证相对论 [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 3-5.
- [7] 黄煌. 论方证相应说及其意义 [J]. 中国中医基础医学杂志, 1998, 4(6): 11-13.

(收稿日期: 2019-06-29; 修回日期: 2019-08-30)

编辑: 黄 健

(上接第 165 页)

补化源而兼通利”，在健脾胃以化生气血、催生乳汁的基础上辅以王不留行、穿山甲、通草等通利乳汁。现代药理研究发现，用于治疗产后缺乳的常用中药多有增强机体免疫力的作用^[8]，尤其益气补血之黄芪^[9]、当归^[10]可增强机体造血能力，王不留行^[11]、穿山甲^[12]、通草^[13]可增加乳腺细胞的泌乳量，使产妇脾胃得健，乳汁得化。同时调护方面，该病与饮食、情志密切相关，故产妇要保持清淡营养饮食，切勿过于肥甘，要调畅情志，家人应给予支持和关心，如此产妇脾胃得健，气血有源，乳汁得生，气机条达，乳汁自下。

参考文献

- [1] 常继乐,王宇. 中国居民营养与健康状况监测: 2010—2013 年综合报告 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2016: 51-53.
- [2] 尤昭玲. 中西医结合妇产科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001: 344-345.
- [3] 张宇,彭巧,廖东霞,等. 产后缺乳的病机研究及治疗现状 [J]. 中医药导报, 2008, 14(5): 117-118.

- [4] 王彩珊,王朝红. 泌乳素在预测产后缺乳及子宫复旧中的研究 [J]. 中医临床研究, 2019, 11(11): 26-28.
- [5] 生冉,闫素梅. 催乳素与其他激素对乳腺内乳成分合成的协同调节作用 [J]. 动物营养学报, 2014, 26(6): 1435-1443.
- [6] 周燕蓉,谢萍,毛利华,等. 产后缺乳的中西医认识 [J]. 甘肃中医, 2006, 18(2): 27-28.
- [7] 孙白云,蔡滨,金保方,等. 中药治疗产后缺乳的药理机制探讨 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(5): 562-564.
- [8] 沈映君,陈长勤. 中药药理 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2008: 120-214.
- [9] 唐国廷. 黄芪药理作用与临床应用研究进展 [J]. 中医药临床杂志, 2010, 22(9): 844-845.
- [10] 陈慧珍. 当归的研究进展 [J]. 海峡药学, 2008, 18(8): 83-85.
- [11] 周国洪. 王不留行化学成分及炮制对其影响研究 [J]. 北京: 中国中医科学院, 2016.
- [12] 侯士良,赵晶,董秀华,等. 比较猪蹄甲、穿山甲泌乳作用实验研究 [J]. 中国中药杂志, 2000, 42(1): 46-48.
- [13] 王国平,王文炳. 通草的真伪鉴别与最新研究进展 [J]. 药学研究, 2017, 36(6): 360-362.

(收稿日期: 2019-05-23; 修回日期: 2019-10-08)

编辑: 侯建春