

者五条,属上下共二条,风寒湿各一条共三条,属热者四条,火者五条,总和为十九条。

汉代以前术数家们以十九条为“天地终数”。《周髀算经》曰:“阴阳之数,日月之法,十九岁为一章。”《汉书·律历志》也说:“闰法十九,因为章岁,合天地终数,得闰法。”以此,常副十九而言道,如《庄子·寓言》云:“寓言十九籍外论之。”《尔雅》也契十九篇。奕之围棋也用十九道。传世之古诗也十九首。明代胡应麟深知此机,在《诗薮》中评《古诗十九首》与曹子建诗时说:“子建《杂诗》,全法十九首意象。”以十九位天数,故《素问·至真要大论》作者,合于术

数而论病机,以十九之数正尔同符,是以十九条隐示读者,此十九条所列之病机乃天机也。从“微义”论,可据初兆上工治未病,从“关义、宜义”而论,在诊断在治疗中把握“主发”。《帝王世纪》说黄帝“至罗霍,见黄盖童子,受金银方十九首。”皇甫谧当是深谙术数之机。刘完素在《素问玄机原病式》,把 176 字发为 277 字,在病机、升降、主火等多有发明,医如橐籥种树,所在全活,创河间学派。但所增补之“诸燥枯涸”一条,将病机扩为二十条,闵闵之当,孰者为良?

(收稿日期:2011-02-15;修回日期:2011-03-20)

[编辑:黄健]

中医七方十剂及其应用

田辰^{1*} 史海霞² 指导:魏玮³

(1. 北京中医药大学 2007 级五年制教改班,北京市北三环东路 11 号,100029;

2 北京市宣武中医医院;3 中国中医科学院望京医院)

*通讯作者: tctickets@sohu.com, 13466624718

[摘要] 七方十剂分类法是中医方剂分类的代表方法,对后世的科学分类起到了先导作用。对方剂分类法的掌握能更容易把握方剂的应用。

[关键词] 七方十剂;方剂学;分类法

《儒门世亲》有云:“方有七,剂有十,旧矣。”七方者,大、小、缓、急、奇、偶、复也;十剂者,宣、通、补、泻、轻、重、滑、涩、燥、湿也。此为方剂分类方法中经典之作。“七方出于岐伯,因气有多少,形有盛衰,治有缓急、上下、内外之不同,故立七方以制之”^[1]。十剂出于北周徐之才,其谓十剂乃药之大体,但与七方分类方法不同,十剂是按方剂的功能进行方剂类分。而后人对十剂也有所补充与修改,从而完善了中医治病之基本大法^[2]。

1 七方十剂概述与临床应用

七方中的大与小、缓与急、奇与偶可对比而论,复方当单述之。所谓大方,乃大力之方也,因邪有盛强,非大力不能克之。大方有两种意思,一是药味多,二是药味虽少但用量大。而与芍药甘草汤同处于伤寒论的大承气汤、大青龙汤也是此意,此二者下一汗,皆取其药力重。数其药味也各胜于小承气汤、小青龙汤。而相比之下,小方其意在于药少量轻,中病即止,以防徒伤正气,因而多用于邪气轻浅之病。如小温经汤之微温,小柴胡汤之微散。

急方,顾名思义用于病势急迫之证,以求速效。急方普遍应用于急诊,如阳明腑实证用大承气汤之

急下。少阴病之阳气衰微,阴寒内盛证用四逆汤之急救。而缓方则用于正邪纷争日久,正气虚衰之证,当用缓药和之,如小儿脾胃弱以致过敏性皮肤瘙痒,当用补中益气汤和之,此法对于成人的过敏性皮炎也有效,用白术、枳壳、薏苡仁、山药调理脾胃。

奇方者,单方也。单数为奇。取药之单锐之效,如《伤寒论》治疗少阳咽痛只用一味“甘草汤”。又如治疗久病或暴病之元气虚衰而虚极欲脱,脉微欲绝之证者,用“独参汤”。而对于某些病症用单方,因其力孤,不如偶方多品力大,如张仲景用桂麻相配则发表之力骤增。复方,乃是多方相加而成。多用于两证或数证相杂,则用多方相合或单方加药,如桂枝二越婢一汤,调胃承气汤加连翘、薄荷、黄芩、栀子为凉膈散。对此三方,我们以为奇数和偶数,属于术数之学,与医学相去甚远,只是提出了简单的方剂类型。至于复方,《黄帝内经》曰:“奇之不去则偶之,是为重方”。这并不是指方剂的一种分类,而只是一种用法罢了。

十剂中补与泻、轻与重、滑与涩、燥与湿也可对比而视之。补可扶弱,补其不足,如补先天之肾气丸,补后天之归脾汤。再如魏玮老师用生脉饮治疗

气阴两虚证,麦冬与五味子用量之比在3:2,参随症加减。泻可去闭,泻其实邪,如承气汤泻热实。

轻可去实,风寒之邪,中于人身痈疮疥座,发于肢体,宜轻而扬之,使从外解,如仲景用麻桂。重可镇怯,怯则气浮,故重以镇之,如旋覆代赭汤之类。《黄帝内经》称三焦为决渎之官,而“上焦如雾,中焦如沤,下焦如渑”,清代吴鞠通依《黄帝内经》所言又提出:治上焦如羽(非轻不举),治中焦如衡(非平不安),治下焦如权(非重不沉),正是依据轻重两法提出的治则。

滑可去着,着留而不去当以滑剂。《汤液本草》卷上:“滑可以去着,冬葵子、榆白皮之属是也。”如石淋,尿中夹砂石,排尿困难,或尿时疼痛,或腰痛难忍,尿色黄赤而浑浊或带血,苔黄白腻,脉数,用葵子散(冬葵子、石楠、榆白皮、石韦、木通)加滑石、金钱草、海金砂等以利水通淋。涩可固脱,开肠润泻,遗尿滑精,大汗亡阳为脱,当涩之。如理中汤、桃花汤等。

燥可去湿,外感内伤之湿,当以苦寒之物燥之。如五苓散。湿可润燥,枯燥当以湿润之。魏玮老师常用五仁汤治疗便秘,特别是长时间服用泻药致肠燥精亏,又根据肺与大肠相表里,故也要兼顾降肺气,以此治疗,常收奇效。

宣可去壅,凡是具有宣达散郁,可以去除雍塞阻滞的方剂,都是属于宣剂的范围。如引邪上越,涌吐雍塞的瓜蒂散,疏理郁结,宣散雍塞的越鞠丸等。魏老师常用加味逍遥散治疗肝气郁结的忧郁症,便是依据此法。通可行滞,能通行留滞,去除蓄聚阻滞之方。如通利小便的五苓散,通泄水气的十枣汤等。

“十剂”之说,也是自成无己始,丹波元坚曾经指出这十个字原是唐代陈藏器《本草拾遗》里用来分类解释药物性能的。陈氏所说,原为解释药性而设,后来宋代的《圣济经》添入“剂”字,并谓:“凡此十者,治病之成法也。”^[3]

2 七方十剂的古今发展

古今的历代医家对“七方十剂”都有自己独到的见解。唐代陈藏器在《本草纲目拾遗》中首先提出,诸药有宣、通、补、泄、轻、重、涩、滑、燥、湿,此十种药,是药之大体。”并未涉及方剂的类分。北宋《圣济总录》始称为剂,其逐条增加了与病机及相关疾病的联系。而《圣济总录》则云:“郁而不散为壅,必宣剂以散之,如痞满不通之类是也;留而不行为滞,必通剂以行之,如水病、痰癖之类是也。”金代成元己于《伤寒明理论》中始称“十剂”,则是作为方剂分类而

正式提出来的。他明确指出十剂是“制方之体”。其后刘完素《素问病机气宜保命集》则综合诸家之说,并加以己意补充发挥,使“十剂”之说初具规模。

其中尤以张子和的《儒门世亲》中“七方十剂绳墨订一”所阐述最有代表性。依张子和之说,大方有二,小方有二,缓方有五,急方有四,奇方有二,偶方有三,复方有三,把方剂分七类。囊括了方剂的整体配伍关系、药品分量数目、君臣配伍比例、药性气味厚薄、毒性峻缓、治疗效应、剂型、服用量等内容。如张子和论急方,皆为药性猛烈之方。如峻补下元、救羸固脱者,则当选用气雄味厚质重的药物配伍,使之力专直取。后世以厚味滋填下元之剂的组方意旨,当是宗此而来。而李时珍《本草纲目》也将张子和所论作为“七方十剂”的主要文献而收录,对后世方剂理论的发展影响较大。

张子和在《儒门世亲》中也有所发挥,他提到前人以宣为散壅:“所谓宣剂者,理人皆以宣为泻剂,抑不知十剂之中,已有泻剂;又言宣为通者,抑不知十剂中已有通剂?岂非宣剂,即所谓涌剂乎?张子和将宣剂的治疗范围扩大至风痫、中风、胸中诸实、痰饮、寒结胸中、热郁化火等多种病症。他还认为,通与泻相类,通为轻而泻为重也。涵括了利尿、通便、流经、通因通用等功效^[4]。

清代陈士铎《本草秘录》也提出,“大方不多用药,终难为大方。不知大方之意,在用意之大,不尽在用药之多也^[5]”。“泻剂所以治闭乎,抑治开乎?不知泻剂开、闭俱可用也”。此外,《本草秘录》还增录了“辟陶隐居十剂中增入寒热二剂论”和“辟缪仲淳十剂内增入升降二剂论”。

七方十剂的分类方法对后世的方剂分类起到了先导作用,其影响是显而易见的。如宋代寇宗奭增加寒、热二剂而为十二剂,明代缪仲醇又增加升、降二剂为十四剂,而明代张介宾则认为,大都方宜从简,因此,他又在十剂的启发下,另外提出了补、和、攻、散、寒、热、固、因等八阵方剂分类法^[6]。不胜枚举。

3 七方十剂的影响

七方十剂分类法,由于处于方剂分类的初级阶段,所以从临床实用而言,并不那么完美。七方是从方剂的一般特点而分,而十剂是按药物功效而分,两者所总虽都并不全面,但经过历代医家的不断修改完善,方剂分类法也更加接近现今所用的以方剂功效为分类依据的方法。

可以说七方十剂对后世的科学分类起到了先导

作用,其影响是显而易见的。七方十剂给了我们一个思路,我们不光可以从药性来分类,还可通过病证分,通过组方原理来分,还可以根据同种病不同阶段用方而分,或是在研究其有效成分后,根据西医的分类法而分,有人甚至已把西药用汪昂的二十一剂分类法归为不同类别,这对中药是种很好的补充,也未尝不可。

但无论是七方十剂,还是后世产生的分类方法,无非是想在纷繁众多的方剂中找出一定规律,从而执简驭繁,在复杂多样疾病的临床治疗中,有理可依,有章可循,而能较好地契合病机,收到理想的效果。所以研究掌握方剂分类组成的规矩法度,是每个医生必不可少的基本功。而用不同分类法分类同一方剂也能让我们更好地理解记忆。

参考文献

- [1] 唐宗海. 中西汇通医经精义[M]. 上海: 上海古籍出版社, 1996: 3-6.
- [2] 吕本强, 赵素霞, 侯士良. “十剂”原始考[J]. 河南中医, 2002, 22(2): 66-67.
- [3] 凌一揆. 方剂概说[J]. 中医杂志. 1956, (10): 518.
- [4] 张丹翎, 杨建于, 杨庆有. 略论张子和七方十剂[J]. 光明中医. 2001, 16(96): 54-55.
- [5] 崔德芝. 浅谈《本草秘录》对方剂学的贡献[J]. 中医文献杂志, 1995, 5(1): 13, 9.
- [6] 洪丕谟. 七方十剂. 见: 三千年中医妙谈[M]. 西安: 陕西人民出版社, 2008: 50-53.

(收稿日期: 2011-02-15; 修回日期: 2011-04-20)

[编辑: 李巍]

如何认识李可的学术思想

颜芳^{1*} 杨志敏² 徐国峰¹ 陈党红¹ 黄臻¹

(1 广东省中医院中医经典临床应用研究基地, 广州市芳村涌岸街 36 号, 510370; 2 广东省中医院芳村分院)

* 通讯作者: yanfangar@139.com, (020) 81499399 转 8323

[摘要] 李可因擅长破格用药, 以重剂救治各种危急重症, 其学术思想备受关注, 但也存在不少的责难和质疑。提出应客观理性的看待李可的学术思想, 既不应简单地顶礼膜拜, 也不应片面地责难质疑。只有在临床中不断学其之长, 悉归实用, 才能使中医学不断发扬光大。

[关键词] 中医流派; 李可; 学术思想

中医文化博大精深, 中医学术流派及医家的各种学说, 是中医学术体系的重要组成部分, 不同学术流派之间的争鸣和更替之路正是中医学术理论的求索与创新之路^[1]。近日熟读《中医各家学说》, 不期然竟忽有所悟, 原来学术争鸣本非简单对与错, 劣与优, 每一个新的学术理论的产生, 都有其特定的历史背景, 而其兴衰史, 则必将走过一条始于怀疑、终于信仰, 最后归于实用之路。

1 李可简介

李可, 1933 年生, 山西灵石县人, 为山西乃至国内独具特色的名医。崇尚张仲景学说, 倡导“难症痼疾, 师法仲景”。认为“仲景方能治大病, 救急痛, 愈痼疾, 是攻克疑难大症的仙丹妙药”, “仲景学说是中医学的灵魂, 也是破解世界性医学难题的一把金钥匙。”擅长以重剂救治重危急症, 尤其擅用附子、乌头类峻药抢救濒危患者。此外, 李可对内、外、妇、儿、皮肤等科也积累了较为丰富的经验^[2]。

2 李可不等于附子

世人对李可的深刻印象多源自于其对附子的重用、善用及其言论。“阳虚者十之八九, 阴虚者百无一见”。从其专著及临证实践可以看出, 李老擅治心力衰竭、呼吸衰竭等危急重症, 一方面是倡用大剂附子, 他认为, 历代所用四逆方, 主药附子仅 10g 左右, 剂量显然不足。故其用附子治疗心衰等危急重症, 一般都在 100~200g 之间, 且日夜连续进服, 1~3 剂, 总量当在 500g 左右。另一方面是善用附子, 李老认为, 对心衰垂危的患者而言, 附子的毒性正是其起死回生药效之所在。其创制的破格救心汤, 破格重用附子为君, 经 40 年反复临床验证, 在救治心力衰竭等各类垂危急症方面, 疗效显著^[3]。也正因于此, 世人多闻及李可, 即念及附子, 甚至将李可等同于附子。“附子”几乎成为了李老的代名词。

然而仔细梳理李老的学术经验, 不难发现, 善用附子仅仅是其学术体系的一方面, 只是其特色之一, 而绝非其全貌。纵观李老的学术体系, 主要包括以下几个大的方面: ①以六经统百病, 如李老主张, 凡