

从补气法探讨临床依法制方思路

王 欣* 刘持年

山东中医药大学方剂学重点学科, 山东省济南市长清大学科技园, 250355)

* 通讯作者: xinw0422@126.com, 15963125330

[摘 要] 通过对临床辨证论治过程中存在问题的分析, 指出辨证体系过于粗略、使用证据严重不足、治法研究明显滞后以及选药配伍失于协调等是影响方剂临床疗效的重要因素, 提出构建更为精细的辨证体系、寻找和使用临床最佳证据、遵循以法统方原则、明确核心配伍及组方规律等依法制方思路, 以切实保证处方质量, 提高临床疗效。

[关键词] 依法制方; 证候体系; 补气法

治法是中医学理、法、方、药的重要内容, 是辨证论治中具有关键作用的环节。在临证过程中, 治法是指指导临床遣药组方的原则, 方剂则是体现和完成治法的主要手段^[1], 故中医有“方从法立, 依法制方, 方即是法”之说。

1 问题的提出

一般认为, 治法是在辨明病证之后, 在治疗原则的指导下, 针对病因病机提出的治疗方法。例如, 针对临床气虚之证, 确立补气之法, 全国统编《方剂学》教材将四君子汤称为补气的基本方^[2], 故临床补气方剂首选四君子汤。但在临床实际应用中, 却往往出现方证相应, 但疗效欠佳的现象。究其原因, 临床医生或怀疑依法制方的科学性, 或否认四君子汤的补气效果, 更有甚者则对中医能否治病产生质疑, 继而全盘否定中医药的疗效。那么以补气法涵盖临床所有气虚证的治疗方法是否妥当? 能否将四君子汤认定为补气的基础方? 临床依法制方, 方证相应, 但疗效欠佳的原因是什么? 这些都是临床研究亟待解决的问题。

2 临床研究现状

理、法、方、药是中医辨证论治的核心内容, 通过对治法与方剂关系的研究及临床辨证论治现状的思考, 发现目前临床依法制方过程中存在诸多问题, 直接影响着中医药疗效的发挥, 制约了中医临床实践的深入发展。

2.1 辨证体系过于粗略

辨证是中医治疗的前提。气血辨证、脏腑辨证、六经辨证、三焦辨证、卫气营血辨证, 与表里辨证、寒热辨证、虚实辨证、阴阳辨证错综交叉, 构成了中医临床多维化、多层次的辨证体系。因此, 有学者提出“辨证层次论”^[3], 意在阐明中医辨证体系存在明确

的层次性, 而每一层次之间又有严密的逻辑统属关系, 层层深入, 反映了辨证规律。如气虚证, 除气虚本证之外, 尚有气虚兼证、气虚变证之不同, 如气阴两虚、气血不足、气阳两虚, 或气虚血瘀、气虚气滞、气虚水停等等。从五脏而论, 又有心气虚、肝气虚、脾气虚、肺气虚、肾气虚之差别。临床辨证论治, 应针对不同层次之气虚证, 确立不同层次的治疗方法, 选择更具有针对性的治疗方药, 而不能仅仅以补气一法、四君子汤一方概而治之。因此, 辨证体系的精细化、准确化是提高辨证水平和临床疗效的关键, 而目前临床辨证过于粗略化的现象, 严重影响依法制方的针对性和精确性, 从而明显降低临床疗效。

2.2 使用证据严重不足

著名临床流行病学家 David Sackett 将循证医学(Evidence Based Medicine, EBM)定义为“慎重、准确和明智地应用所能获得的最好研究依据来确定患者的治疗措施。”循证医学以寻求最佳临床研究证据为目标, 强调临床治疗方案的科学化和最优化。在中医药临床研究中, 随机对照试验、队列研究、病例对照研究以及个案报告、名老中医学术经验等均可作为循证医学的研究证据^[4]。而所谓“循证中医药学”, 其核心内容应体现在寻找和使用中医临床处方的最佳证据, 即对当前患者疾病证候的病因病机、病理特点及预后转归的准确解析, 以及对适宜药物的优化筛选。只有在透彻了解了证候的病因、病位、病性、病势等诸多信息之后, 才能全面掌握证候特点和变化趋势, 从而制定相应的治法; 在对适宜中药进行了筛选、优化之后, 才能实现有针对性地合理配伍、组方。反之如果对证候的分析不够深入, 对病情的变化缺乏了解, 便会导致临床诊断证据不足, 确定的治法与证候吻合度差; 如果对相关中药的性能不

能准确辨别,则会导致药物选择环节证据欠缺,所用中药堆积罗列,散乱无序,甚则相互掣肘制约,临床疗效难以保障。

2.3 治法研究明显滞后

治法是中医治疗学的一个重要概念,但对于治法内涵的认识目前仍存在很多分歧。如将针灸、按摩、气功等具体治疗手段作为治法;将中医内治、外治等治疗途径列为治法;针对专科(外科疮疡“消、托、补”三法)或专病(肿瘤“扶正散结”治法)的不同特点划分不同范围的治法等等。近年,也有一些学者对治法及其特点做了进一步探讨,如刘时觉等从“辨证层次论”提出“治法层次论”^[6];王浩中等认为,治法的分类和层次性中存在“同证异治”的现象,“同证异治”可以使辨证更加精细和准确^[6];谢鸣提出,治法位于病证与方药之间,作为一种中介而将病证与方药紧密联系起来,治法的这种中介特性不仅赋予方或药与病证相关的特性,同时也使治法本身含有病证与方药的双重属性^[7]。由此可见,长期以来有关中医治法的概念及其内涵尚未得到共识,对治法研究的明显滞后,不仅不利于治法理论的提高和完善,而且制约了临床依法制方的规范化和科学性。

2.4 选药配伍失于协调

临床医生在临证实践中,常会受到多种思维模式的影响,除传统的辨证论治外,尚有辨病论治、辨症论治、辨体论治、中西结合等,继而在选药组方过程中,分别有针对证候、疾病、症状、体质,或与现代药理研究相结合等不同制方模式。这就使得医生在临床使用或创制方剂的时候,往往将多种选药处方思路和技巧相互掺杂,综合使用。但需要注意的是,虽然每种思路的目标指向性是一致的,但可能因为出发点不同,立法的角度自然就有差异,治法的差异反映在药物的选择和组方配伍层面上,则必然呈现药物之间相互关系失于顺畅,或不相协调,甚则相互牵制。而这样的一张处方,因为要顾及到医生认知的方方面面,所以常常很难精确地对应于某法、某证或某病,从而淡化了中医处方一气呵成、配伍严谨、设计周密的特点,进而在一定程度上影响了方剂临床疗效的发挥。

3 依法制方思路

为避免上述问题,临证时需严格遵循以下制方思路,以确保处方质量,提高治疗效果。

3.1 构建更为精细的辨证体系

辨证,即辨析、识别证候,在全面收集四诊素材

的基础上,运用中医理论对当前病变的部位和性质进行分析推理、综合判断的思维认识过程。周仲瑛教授提出,辨证的过程是不同层次病机推演、分析、归纳的过程,辨证最终必需落实到具体的证候病机,才能确定针对性的治法,依法选方用药施治^[8]。例如,中医气虚之证,临床实际又包括多个层次的不同证型,如先天不足,后天失养,或年老体弱,或久病重病,劳累过度等,导致正气不足,脏腑机能衰退,临床表现为头晕目眩,少气懒言,神疲乏力,自汗,容易感冒或兼发热,活动后诸症加重,舌淡,脉弱或虚大者,辨证应属气虚之本证。若在此基础上,兼见心悸怔忡,精神疲惫,气短胸闷,动辄尤甚,舌淡苔白,脉虚无力,或见促、结、代脉者,辨证应属心气虚证^[9]。若在气虚本证的基础上,临床又见眩晕,心悸失眠,面色萎黄,眼睑、口唇、爪甲色淡,肢体麻木,舌淡,脉细弱者,辨证应属气虚而兼血虚之证。由此可见,对于以上证型,临床辨证不宜以“气虚”一证概之,而应以五脏为纲,气血津液为目,进一步辨明气虚证的本证、五脏虚证及其兼证、变证的病因病机及其证候特点,然后才能为据证立法、依法制方奠定基础。因此,构建更为精细的辨证体系,是临床依法制方的前提。

3.2 寻找和使用临床最佳证据

临床依法制方必须依赖于对当前患者证候特点、病机转化的透彻解析,以及对相关中药药性、功用的全面掌握及优化筛选。如气虚之证,临床表现为自汗乏力,少气懒言,舌淡,脉弱等共同的、最基本的证候特点,因此凡见到以上症状即可明确地诊断为气虚证,所以临床可以将自汗乏力、少气懒言、舌淡、脉弱作为诊断气虚本证的最佳证据。再如,临床气虚本证兼见心悸怔忡,精神疲惫,胸闷气短,脉至数不齐等心主神明、心主血脉功能失常症状者,即可作为诊断心气虚证的最佳证据。气虚本证兼见眩晕、心悸失眠、面色萎黄、唇甲色淡、脉细弱等机体失于血液濡养症状者,即可作为辨证气血不足证的最佳临床证据。此外,熟练掌握和了解相关中药的性味、归经、功用、主治及性能特点,比较、筛选与证候和治法最相适宜的药物,并最终确定优化方案,亦是临床处方过程中找寻最佳证据的重要方面。因此,寻找并使用中医证候学、病机学、药物学等方面的最佳证据,是临床运用成方或创制新方的基础。

3.3 遵循以法统方原则

中药复方是中医临床治疗疾病的重要手段之一。根据病情分析病机,依据病机拟定治法,在治法

指导下使用或创制符合病情需要的方剂,这是临床辨证论治的关键环节。在这样一个从分析问题到解决问题的连续过程中,在辨证准确的前提下,治法必须具有明确和具体的针对性,根据治法遣药组方才能获得预期疗效。因此可以说,治法是临证运用成方或创制新方的依据,是联系辨证论治和遣药组方的纽带,此即古人所谓的“方从法出,法随证立,以法统方”,“证—法—方”三者之间相互为用,密不可分。例如,气虚本证,临床治宜益气补虚之法,处方首选保元汤;心气虚证,治宜补气养心之法,养心汤为代表方剂;气血不足证,治宜补气养血之法,临床首选七珍散。由此可见,若以“补气”一法涵盖临床所有气虚证的治疗方法,难免过于简单笼统;而将治疗脾胃气虚证、具有补气健脾益胃作用的四君子汤作为补气的基础方,又有太过偏颇之嫌。因此,以法统方,是临床依法制方过程中必须严格遵循的指导原则。

3.4 明确核心配伍及组方规律

方剂配伍是方剂学的核心问题,组方配伍规律是对方剂配伍方法在更高层次上的认识和概括^[10],对于指导临床处方、提高临床疗效具有重要意义。在精确辨证、据证立法的基础上,通过对某一证候不同层次证型相应方药的分析梳理,总结归纳不同层次治法代表方剂的核心配伍及组方规律,可以为临床依法制方、合理用药、增加治疗的针对性提供依据。例如,通过对《博爱心鉴》保元汤、《医级》养心汤及《嵩崖尊生》七珍散等方剂的分析,可以认为人参、黄芪、甘草等为补气方剂的核心配伍。治疗气虚本证时,需在此基础上酌配肉桂等温阳之品,以滋养益气,扶弱补虚,正如《博爱心鉴》所云:“人参益内,甘草和中,实表宜用黄芪,助阳须凭官桂。前三味得三才之道体,后一味扶一命之濒危。”《古今名医方论》引柯韵伯语亦曰:“参、芪非桂引道,不能独树其功;桂不得甘草和平气血,亦不能绪其条理。”临床治疗心气虚证时,可在上述核心配伍的基础上,伍用酸枣仁、柏子仁、远志、茯神、当归、川芎等宁心安神、养血活血之品,以兼顾心藏神、心主血脉之生理特点。如治疗气血不足之证,又可适当配伍阿胶、当归、白术、山药、茯苓等养血补血、健脾生血药物,以达气血双补、阳生阴长之效。因此,提炼方剂的核心配伍,探索组方规律,并以此指导临床识方、用方、制方,是提高方剂临床疗效的重要保障。

综上所述,在临床实践过程中,以精细辨证为前提,以寻找和使用临床最佳证据为基础,遵循以法统

方原则,以方剂核心配伍及组方规律为指导,真正实现依法制方,才能切实保证处方质量,提高临床疗效。

参考文献

- [1]李冀.普通高等教育“十一五”国家级规划教材·方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2006:8.
- [2]许济群.高等医药院校教材·方剂学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:93.
- [3]刘时觉.辨证层次论[J].浙江中医学院学报,2001,25(1):9-11.
- [4]刘建平.传统医学证据体的构成及证据分级的建议[J].中国中西医结合杂志,2007,27(12):1061-1065.
- [5]刘时觉,刘尚平,姜绍昆,等.治法层次论[J].浙江中医学院学报,2010,25(5):13-15.
- [6]王浩中,沈宏春,邓瑞镇,等.从方剂治法的分类论“同证异治”[J].辽宁中医杂志,2010,37(10):1913.
- [7]谢鸣.治法概念、内涵及意义[J].中国医药学报,2002,12(3):137-139.
- [8]周学平,叶放,郭立中,等.以病机为核心构建中医辨证论治新体系——国医大师周仲瑛教授学术思想探讨[J].中医杂志,2011,52(18):1531-1534.
- [9]王琦.中医藏象学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2009:114,136.
- [10]李飞,柴瑞霁,樊巧玲.方剂的配伍方法[M].北京:人民卫生出版社,2001:1.

(收稿日期:2011-10-20;修回日期:2011-12-06)

[编辑:黄健]

石家庄炎黄针灸推拿专修学校招生

石家庄炎黄针灸推拿专修学校是一所理论与实践相结合的全日制针灸推拿专修学校。多年以来,我校恪守“严谨、求实”校训,严抓教学质量和教学水平,可谓“桃李满天下”。2012年我校培训项目如下。

1. 针灸推拿培训班:学期4个月,学费2800元,7月1日、11月1日开学。课本为大专教材的中医基础理论、中医诊断学、解剖学、针灸学、推拿学,针法有腹针、眼针、锋针、舌三针、头皮针、梅花针及其适应症。

2. 高级针灸进修班:学期半个月,每月10日开学,学费1700元,讲授腹针、眼针、锋针、舌三针、头皮针、梅花针的针法及适应症;重点讲授半身不遂、高血压、肠炎、胃炎、妇科病、更年期综合征的治疗。

3. 按摩师培训班:学期1个月,每月1日开学,学费600元,讲授保健按摩、治疗按摩、刮痧、拔罐、足疗。考试合格颁发劳动部中、高级职业资格证书或卫生部门康复理疗师专业证书。

4. 小儿推拿班:学期半个月,学费600元。

地址:石家庄市桥西区广平街69号,电话:13131169949,0311-83819019, www.yhzhenniu.com。