学术论坛

应用经方心悟

□毛德西

抓住证候性质

《素问》提出“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，治病必求于本”。辨证论证的精神就是求本，什么是“本”，“证”就是“本”代表病的本质。当代著名中医学家任应秋说：“一个名家的临床，关键在于思路。”治疗疾病是用辨证的思路呢？还是用辨病的思路呢？这是用好经方的关键。用经方必须用辨证的思路，即整体观的思路，用把人与大自然联系起来的思路，要把一种病作为人体机能失调来对待。比如冠心病，中医称为胸痹心痛病。在西医看来就是冠状动脉粥样硬化引起的，其着眼点在“冠状动脉”的“硬化”。而中医名为胸痹心痛病，用东汉末年著名医学家

张仲景的话来说，它的病位在“胸”，病性是“痹”，病机是“太过”与“不及”。中医认为，“胸”中不仅有心脏，还有肺脏，心主血脉，肺主宗气，还有“胃之大络，名曰虚里，出于左乳下”等。由此可见胸痹就不是单纯心脏病变，还有肺脏病变；不单纯是血脉之病，还有宗气之病，还涉及胃腑等。而引起“痹”的原因也不单纯是“太过”，还有“不及”；再说“太过”，西医将“太过”仅限于“硬化”，而将“硬化”只限于“血瘀”。但在中医学家眼里，“硬化”还有气滞、痰阻、寒凝、食气等诸多因素，这就涉及肝、脾（胃）、肾等脏器。用这样的思路去考虑冠心病，就将冠心病看成整体疾病在心脏的局部反应。张仲景治疗

“胸痹”，并不单单看重活血化瘀，而是运用宽胸、化痰、通痹、理气、扶阳等诸多方法。诸如宽胸宣痹的瓜蒌薤白剂，扶阳散寒的乌头赤石脂丸，心胃同治的橘枳姜汤，心肺同治的茯苓杏仁甘草汤，温阳利水的真武汤，益阴扶阳的炙甘草汤等。我在诊治冠心病的时候，首先想到的是《金匮要略》中的胸痹心痛短气病篇以及《伤寒论》的有关篇章，前者以“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也……”为宗旨，并以瓜蒌薤白剂为主方；后者以三阴病篇的扶阳益阴方药（如炙甘草汤、真武汤、四逆汤等）为急救方，以备灵活运用。

明确证候主证

《伤寒论》里的证候，已不是患者自述的原始症状，而是医者对所掌握到的症状、体征及其有关病情，通过逻辑思维，上升到理性认识的概括。一种疾病起码有两个证候，证候的数目随着疾病的复杂性而增多。不管何种疾病，其证候的性质都包括病位、病性、趋势，并为治疗提出了明确的指导路线。当代著名中医学家岳美中：“《伤寒论》言证候不言病理，证候是客观存在的，至今已1500多年，证候不变；出方剂不言药性，由实践而来，有是证，用是药。”他这段话的意思是说，证候是客观存在的，不以人的意志为转移，后人对其进行了大量临床实践，总结出许多有益于临床遵循的证候规律，比如太阳表虚证、太阳表实证、太阴虚寒证、少阴热化证及寒化证等。中医证候不是单一症状，也不是单一病理现象，而是综合了病因、病位、病性等诸多因素，比如太阳表虚证，里面包含了太阳病3个字，包含了一个表字，包含了一个虚字。这些带有疾病本质的证候，给后人的辨证论治带来了诸多方便，但也引起了不少纷争。怎样理解这些证候，我的体会是在实践中去理解和综合分析。因为“证候”一词是概念化的，它代表的是一组症状群，而我们在临床上所碰到的是活生生的患者，这就要求医者要掌握证候的本质，即临床表现的主题，即代表方剂的主证是什么，比如桂枝汤证的

“恶风脉缓”，麻黄汤证的“恶寒无汗身痛”，白虎汤证的“高热汗出”，小青龙汤证的“咳喘痰液稀薄”，大青龙汤证的“高热恶寒无汗”，五苓散证的“小便不利”，柴胡桂枝汤证的“发热恶寒肢节烦痛”，炙甘草汤证的“脉结代心动悸”，真武汤证的“恶风寒”，厚朴麻黄汤证的“咳喘心悸杂干渴喘”，理中汤证的“脐腹痛而下利”，半夏泻心汤证的“痞满痞痞”，黄连汤证的“热呕寒痛”，柴胡加龙骨牡蛎汤证的“胸满烦惊”，栀子厚朴汤证的“心烦腹满卧起不安”，乌梅丸证的“腹痛烦躁止而安”等。只有抓住主证（即代表证候的主要症状），才能有的放矢地遣方用药。

辨析药物配伍

《伤寒论》的配伍大致可以分为两大类，一是相辅相成配伍，二是相反相成配伍。前者好理解，现代医学叫协同作用，性味功效近似，比如桂枝配麻黄，石膏配知母，大黄配芒硝，柴胡配黄芩，附子配干姜等。而不好掌握的是相反相成配伍，现代医学叫拮抗作用，比如寒热互济的大黄配附子，黄连配

干姜，麻黄配石膏；散收平调的桂枝配芍药，柴胡配白芍；升降有序的栀子配豆豉，代赭石配人参；补泻兼施的甘遂配大枣，厚朴配人参，当归、白芍配通草、细辛等，这种配伍是《伤寒论》的精髓，它多用于复杂证候，比如寒热夹杂，热寓湿中，升降失序，阴阳俱虚，或大实有羸状，或至虚有盛候等。张仲景

将这些药性及作用相反的药物配伍在一起，是借其长而避其短，是一种激化作用。老子在《道德经》中有一句名言，“反者道之动”。此正彼负，此阴彼阳，阴性药物在阳性药物的作用下，变得活跃而有生机；阳性药物在阴性药物的作用下，变得柔和而绵长。这就是后来明代医学家张景岳所

经方的发挥应用

经方是否可以发挥？当然可以。近代伤寒学家曹颖甫说：“足见治危急之症，原有经方所不备，而借力于后贤之发明者，故治病贵具通识也。”六味地黄丸就是对金匮肾气丸的发挥，复脉汤就是对炙甘草汤的发挥，达原饮是对小柴胡汤的发挥，清暑益气汤是对半夏泻心汤和小柴胡汤的综合发挥，黄龙汤以及宣白承气、牛黄承气、导赤承气等，就是对承气汤的发挥，温胆汤是

从小半夏加茯苓汤加味而来，清朝中期医学家叶天士的椒梅汤、连梅汤就是乌梅汤的便方。要熟练地应用经方，并有所发挥，就必须大量阅读前辈的著作，我的体会是临床医生要更多地阅读近现代医家的著作。哪些书有助于走“捷径”呢？有三本书需要读，一是《岳美中医学文集》（其中《岳中医学案集》《岳中医学集》尤为重要），二是《蒲辅周医集》，三是《赵锡武医疗经验》。

这3位老前辈对经方的理解与应用至精至微，“精”是理说得透彻、很明白，“微”是用得很巧、很灵活。例如岳美中老师对炙甘草汤的解读，赵锡武老师对真武汤的解读，蒲辅周老师对六气致病的解读，解决了我多年来在理解与实践上的困惑。还有两本书，一本是曹颖甫的《经方实验录》，一本是赵守真的《治验回忆录》。前者为曹氏运用经方的经验总结：“用方规矩本仲景，应变无穷于临床。”后者为赵氏对疑难杂病的治验回忆，百例中应用经方治验者57例，其行文之精炼，方证之合拍，堪为同类医案中佼佼者。

经方与时方的关系

经方与时方的关系应当是源与流、纲与目的有序联系，而不是分割、各自独立的关系。但只有学习、熟悉经方，才能正确地理解时方与创新时方（即经验方）。传承的时方是否与经方毫无关系呢？不是的！例如大家所熟悉的《医林改错》《医

学衷中参西录》，我们翻开这两本书看一看，多数方剂的思路都与经方有关。例如《医林改错》中的诸多逐瘀汤，都含有四逆散的成分；《医学衷中参西录》中的石膏阿司匹林汤，就是对《伤寒论》白虎汤的大胆发挥，其他如参赭培气汤、加味苓桂术

甘汤、通变白头翁汤、通变大柴胡汤等，都是以经方为主的著名时方。当然，我们不能要求历代医家全部都用经方，那不是停滞不前吗？学习经方不是仅仅学习方药，更重要的是学习创新思路，学习怎样将药物“君、臣、佐、使”地配伍在一起的，学习怎样与病证有机地结合在一起的，学习怎样用简练的方药去治疗复杂疾病的。要研制新的中成药，就必须熟悉经方，在此基础上经过临床反复实践，反复总结，其研制的新方就具有生命力，这就是“方虽旧，唯命唯新”！

怎样领悟意会性知识

□宋旭

学习中医，自然要拜师。拜师，就要拜有敬畏之心，保持谦恭之态，将老师的中医精髓尽可能多地学到手。中医精髓包括可言传的部分，还包括非言传的部分，也有需要学生自己体悟的部分。中医的某些认识成果，如基础理论解释、诊断治疗诀窍等，就具有明显的意会性特征，难以用语言、文字等形式完整地呈现出来。同那些能够写出来、说出来的言传性知识相比，意会性知识也许才是学习中医的精髓。学习者能不能成才、能成怎样的才，与意会性知识的学习程度紧密相关。

拜典籍为师

秦汉时期以《黄帝内经》为代表的中医典籍，在阴阳学说、五行学说的哲学根基上建立了中医基础理论。秦汉以来，中医理论体系不断扩展、充实和完善，但其核心理论框架在长期发展中并没有出现替代性更迭。典籍是中医理论之本。后世从医者学习理论知识，必须在研读中医典籍方面下大功夫，学透典籍。

现今的中医学习者，拥有研读典籍的优越条件。中医药大学为学生开设了《黄帝内经》《伤寒论》《金匮要略》等课程，引导学生充分认识学习典籍。面对文言写成的中医典籍，一部分学生能够学得津津有味，大有所获。学贵善疑，小疑小进，大疑大进，不疑则不进。学习者研读中医典籍，不满足于用白话解释典籍中的每个句子。从框架来说，他们可能对某个中医理论提出各种疑问：这个理论有没有先导理论、哲学基础？哪个治则、治法来自于这个理论？这个理论在

后世有哪些发展？为什么能够有所发展？从细节来说，他们可能对典籍中的某一句话、某个概念提出诸多疑问：这句话有哪几种有代表性的解读方式？它们的本质差别在哪里？这个概念都有哪些不一样的诠释？对此有没有自己的独立见解？这个问题链，引领学习者在中医典籍中读出乐趣。

宝剑锋从磨砺出，梅花香自苦寒来。从医者终生以典籍为师，不仅要苦读，还要巧读。巧读，就是带着问题读、跟着问题走。在不同阶段，读典籍所提出的问题由浅入深，从医者学而问之、读而思之，上下求索，永远有一种常学常新的感觉。从而领悟典籍文本内外的意会性知识。

拜名家为师

“江山代有才人出”，历朝历代都有医学名家。中医从医者能够拜在名家门下钻研医道、演练医术，机会来之不易，当然应该倍加珍惜。中医院校和研究机构的师承制研究生、中医医院的师承制见习医生，就是当下获得这种机会的幸运者。

师父领进门，修行在个人。同一位名医的入室弟子中，成才水平各不相同，与弟子的努力程度有关，更与他们的悟性有关。在中医药领域，名医、名师所知道的多于他们所能言说的，他们在带徒过程中讲出来的只是一部分言传性知识，难以做出清晰表述的意会性知识一定比言传性知识更加丰富。弟子通过与名家的近距离接触，在了解名家行医经验、研究经验的基础上，不仅得到言传中的“鱼”，还要力求得到只可意会的“渔”，通过独立思考悟出那些隐藏在

行医经验中的思维之道。

提高悟性思考力与获取意会性知识，是一个过程的两个方面，都依赖学习者的积极训练、自我修行。“望、闻、问、切”四诊是辨证论治的基础，然而，学生学会四诊并非易事。脉诊的指力轻重、28种基本脉象的特征等都没有量化标准，师傅讲出来的“轻取”“重取”“散脉浮大无根”“革脉弦急中空”等都是模糊词，弟子需要在师傅的引领下反复实践、细心领会，掌握模糊词的自我判断尺度。

对于青年从医者来说，要知道意会性知识的特殊价值，在学习和行医中时刻保持对意会性知识的警觉性，通过诚心讨教、细心实践，在名家的言传身教下，悟懂医理、医道，将名家的绝活儿学到手、传承下去。

（作者为河南中医药大学研究生）

辨证论治是中医的特色和优势，也是中医治疗疾病的主要方法，中医治疗中风，需找准辨证思路。找准辨证思路，是中医治疗中风取得好的临床疗效的前提，中医辨证治疗中风，应从以下几个方面考虑。

明辨标本与缓急 急治风痰缓治络

明辨标本，权衡缓急，做到“急则治其标，缓则治其本”，是中医辨治中风的一般思路。总观中风病程，属于本虚标实，上盛下虚之证。在中风急性期中经络的患者中，虽有本虚的情况存在，但标实之症状较为突出，“痰浊”“瘀血”“腑实”“风阳”等困扰着机体，此时应按急则治其标的原则，迅速祛除机体之病邪，当然也应考虑其本虚处于次要的地位。对于脏腑之闭证患者，因以邪实内闭为主，标病甚急，其治疗宜急以祛邪治标，而对于脏腑阳气欲脱之脱证患者，则应以扶正固脱治本为主，闭脱互见者更应权衡主次，标本兼顾。恢复期，病情逐渐平稳，正虚明显出现，而病邪仍时时作用于机体，治疗多以标本兼治为原则，以祛除病邪，恢复正气，促使机体功能不断恢复。中风后遗症患者，正气不足，无力驱邪外出，正虚之本为主要矛盾，其治疗应在扶正治本的基础上加以祛除其标病。

中风的传统论治思维重肝而略脑，现代研究越来越明确该病发于脑，“脑为元神之府，以统全体”，中老年人气血逐渐虚弱，阴阳趋于失衡，遇烦劳、恼怒时，气血随之变化，气变为动，动则化风，风动生热，热津为痰，风热痰火上犯，攻冲脑髓经络，轻则脑络受阻，风痰瘀滞壅塞，发展为缺血性中风；重则血随风鼓，受热而冲，脑络为之破裂，血溢络外而成瘀肿，发为出血性中风。可见本病急发于气血逆乱，脑与经络病，治则有别，重在始发状态下以风火痰瘀伤及脑络为主，治当除邪祛之邪为急；缓发阶段虽然脑气未复，但残余之邪未净，病位主要在络，以治络病为要。然而，在急性期虽风火痰瘀损伤，但四邪之中以风痰为祸首，因为风为动变之源，痰为伤脑之害，重点当治风与痰。恢复期乃至后遗症期，治疗当采用补脑润络、透经通络等不同治络的方法。

坚持补虚调阴阳 整体论治是特色

《素问·至真要大论》中说：“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”疾病的发生，从根本上说即是机体阴阳的平衡遭到破坏，出现偏盛偏衰的结果。对于阴阳的偏盛偏衰进行纠正，调整阴阳，恢复阴阳的相对平衡，促进阴阳平衡，是治疗疾病，立法、选方、遣药的总原则。中风的病机虽然较为复杂，但肝肾阴虚是其根本，既有虚，“虚则补之”，必用补虚之法。肝肾阴虚，虚则阳亢，肝阳亢盛，风阳内动，痰夹火走窜经络，蒙蔽清窍，则发中风。要治之，必须补肝肾之不足，抑制亢盛之肝阳，用补虚调阴阳的手段，使阴阳达到新的平衡。

整体观念，辨证论治是中医的优势。中风的病变部位虽然主要在头部、血脉，但与全身脏腑、经络的功能失常密不可分，所以在治疗时，应注意头部及血脉病变，也不能忽视脏腑、经络的功能失常，在抓主要矛盾的同时，还应做到全面调整，才能使患者全面康复。

病分三期有标本 依据神志分脏络

根据中风的发病过程，通常分为急性期、恢复期、后遗症期3个阶段，由于3个阶段的发病特点不同，病机也不一样，所以治疗原则也应不同。临证时，医者必须根据“同病异治”的原则，做到动态观察病情，分段分期进行治疗，方能获得好的临床疗效。虽然中风病理总势以气血内虚、脏腑功能失调为病本，风火痰瘀为标，但急性期、恢复期及后遗症期3期之中皆有标本。急性期病来急剧，虽有脏腑失调之虚，但风痰瘀毒其标为最急，当大破大泄通腑，驱邪祛毒以救标急，也有元气散脱者，当以救脱为急。恢复期由危转安，脑之功能未复，脏腑失调，尤以肝肾阴虚为病本，痰浊瘀毒残邪滞络为标，治疗当调整脏腑，祛除痰瘀毒，使脑络复流再通，标本兼治。后遗症期由元气大亏，肝肾受损为病本，痰瘀瘀毒未清，留滞经络为标，治当温补后天或滋补先天，可取得预期之效。

中风始发状态下，尽早正确治疗，这是治疗成功的关键，首当辨清是脏病还是络病。辨别二者，当以是否具有神志障碍为标志。脏病始发即神昏，络病始发多神清，脏病以祛邪醒脑或救脱为急，络病以治络病为要，但还要结合具体病情予以治疗。以临床所见，脏病以脑出血居多，络病以脑梗死常见。不仅可用中药治疗，前者还可手术清除脑血肿或脱水治疗脑水肿，后者则可尽早溶栓，复流再通，改善脑血流量，以延长脑细胞耐受缺氧时间，保护脑神经。

目前，大量临床实践表明，采用中西医结合的方法治疗中风，其疗效明显优于单纯中医或单纯西医治疗的疗效。为此，我们应努力发挥中西医结合治疗中风的潜在效能，提高临床疗效，有利于中风患者顺利康复。

（作者供职于遂平县人民医院）

治疗中风需找准辨证思路

□尹国宥