学术论坛

# 浅析遣方用药的特点与思路

国医大师 张 磊

许多中医认为“用药如用兵”,在中医古典医籍中,时常将临床辨证用药比喻为临阵打仗,调兵遣将,这种比喻形象地描述了中医用药的原则。我认为,若将兵学原理运用到医学中,特别是中医学中,无论在理论上还是在实践中,都可以启发人们的智慧,开阔人们的视野,指导养生治病意义深远。

## 合格的中医应学会遣方用药

在诊疗间隙,我与年轻弟子在谈到中医的造诣和素养时,时常强调中医应具备“方药功夫”。我认为,作为一名合格的中医,必须学会遣方用药。

所谓遣方,即医生治疗疾病时开出的药方。按照治法、治则,一个药方由无数不同的药物组成,通过周密组方,药物可以更好地发挥作用。根据病证不同,药方规格也各有不同。对此,我时常告诉年轻学子:“遣方如派兵,派兵要有兵可派,遣方也是如此。如果一个医生掌握的方子不多,用方时就‘无兵可派’。在中医书籍中,中药方浩如烟海,谁也不能把它们全部记在脑子里,但常用的经方、时方和经验方等不可不记,要熟练掌握。”

## 遣方用药须与病相符

在临证示教时,我时常说:“经方数量不大,其识见高明,用意深远,奥妙无穷,只要用之得当,可屡获良效。”为此,古代医籍中有“能起大病者经方也”的文字记载。

时方即“时下盛行之方”,实际上泛指东汉末年著名医学家张仲景以后的历代医方。时方的内容更为丰富,适用面更宽,疗效亦很显著,是中医治疗疾病的创新与发展,应多读、多记、常用。经验方包括他人和个人的经验方,有一些还是独特的。我认为,多读方,多记方,既便于临床应用,又是自己组方的基础,多多益善。但需要强调的是,疾病是千变万化的,因此,要灵活加减变化,或取其方义,或化裁其方,务求与实际病情相符。

## 辨证准确 用药得当

结合多年临证经验,我认为,用药与遣方关系密切,辨证的落脚点在用方用药。药用得是否恰当,直接关系到治病疗效。譬如打仗,即使战略战术正确,若兵不精或者用兵不当,也是难以取胜的。

我认为,要想把药用好,取得预期治疗效果,需要注意以下几个方面。

一要熟悉每一味药的性能。中药品种各异,其性味功能也各不同,很多药物性能并不是单一的。比如玄参既能清火解毒,又能养阴生津。鳖甲既能滋阴清热,又能软坚散结。大黄既能泻热通肠,又能破结行瘀等。

二要掌握药物用量的分寸。该用大量的不用大量为药疲于病,不该用大量的用大量为药过于病,过与不及,同属于欠妥。

三要明确处方中药与药用量的比例。在一个处方中,有一些药可用至30克或者更多,有一些药用量数克或更少,有的必须等量使用。

四要注意药物的炮制。通过炮制,药物性能会有所改变。比如大黄生用则泻力大,炭用(即炒炭法,将药炒至表面显焦黑色)则泻力小并能止血。干姜生用则温中散寒,炭用则温经止血。红花生用则活血散瘀,炭用则散瘀止血等。其间,油、盐、醋、蜜、糖、酒等,也是制药必备品。

五要注意鲜药的使用。有一些药鲜用比干用好,比如白茅根、苇根、竹叶、石斛、车前草等鲜用效果更佳。

## 用药之道 如用兵之道

诊疗之余,我对临证用药进行了分析、总结,并且将用药之道归纳为3个方面:知己知彼、调兵遣将、不战而胜。

知己知彼。医生临证与军人临战一样,不明敌情时要周密侦察,通过“望、闻、问、切”四诊,认真收集资料,结合发病时间、患者体质等因素,进行辨证分析,慎重诊断病情。熟记所用“武器”,即药物之性味、归经、特性、特长,以及配伍原则。总之,除了辨证准确,还要熟知药物的药性。

调兵遣将。在辨证结束时,目标确定了,就要调兵遣将。医家以用兵来比喻用药。对于急危重症,用药宜足量重剂,犹如使用飞机大炮,猛烈攻击;对于慢性虚损性疾病,用药宜轻量缓剂,犹如小米加步枪,慢慢谋划这件事。

不战而胜。对于疾病,医家主张“圣人不治已病治未病”,也就是说,只有那些能预防或减少疾病发生的医生,才能称得上良医。我提倡,医生应该树立治未病的思想,防患于未然。对于已经患病的人,要少用药、开小方、治大病;尽量使用无毒性或毒性小的药物,不能不治病而致病。唯有如此用药,方能达到“平淡之中见奇功”的效果。

(本文由河南中医药大学第三附属医院肝胆脾胃科主任孙玉信整理)

中医人语

# 在学术上 经常否定自己才能进步

□毛德西

中医药传承数千年来,许多老中医治病虽然效果显著,但一些中医理论很难为近现代医学所理解,为什么呢?源于其中蕴含大量隐性知识,隐性知识是中医药传承的关键所在,隐性知识的传承,关键就在于否定的应用。中医药隐性知识传承中否定的应用有3个要义:1.否定的主体应是自我;2.否定的关键在于空,就是要做好接纳的准备;3.无条件积极关注,只有否定自己过去的经验,全身心地体会老中医的临证经验,积极接纳隐性知识,才能更好地传承、创新。笔者通过举例来详细说明时常“自我批评,自我检讨”,养成严谨之学风的重要性,仅供同道参考。

一是鉴药。鉴药二字,取之唐代文学家刘禹锡的一篇散文名称,说的是用药有一定法度,用毒药消除疾病,用补药安定心神,随意改换是不行的。主方选定了,然后选择主药,如同排兵布阵,“君、臣、佐、使”,不可混用。既然有了主方,药物就在其中了。这里的鉴药包括3个内容:一是主方也可以加减;二是药物的品种也有不同;三是药物的剂量是一门大学问。例如《伤寒论》中的桂枝汤,就有许多加减方,譬如桂枝加桂汤、桂枝加芍药汤、桂枝新加汤、桂枝加附子汤、桂枝加葛根汤等,中药是分道地药材的,如河南的“四大怀药”(怀地黄、怀山药、怀菊花、怀牛膝),浙江的“浙八味”(白术、白芍、贝母、白菊、元胡、玄参、麦冬、郁金)等,都是药材中的佳品。方剂组成还有一个非常重要的课题,就是药物配伍,多数是讲两味配伍,特别是君臣之配伍,来不得半点儿马虎,懂得灵活运用配伍法则,不仅对主方的功效容易理解,对药物的性能也会有进一步理解与辨析。这一方面请各位同道研读、分析医籍——《施今墨对药》。

在药物剂量方面,经方要求比较严格,有一些名方也不能马虎,例如五苓散、桂枝汤、左金丸等。同是一张处方,剂量变了,处方功效就会跟着变化。经方中的小承气汤与厚朴三物汤就是典型的例子。而现在,有的医生基本上不用经方,一张处方写得满满的,不知道方名,不知道什么是君药,什么是臣药。还有的医生方方有人参,治疗效果一般,其用意大家非常明白。清代名医徐灵胎写了一篇文章“人参论”,提出“人参者,乃医家邀功避罪之圣药也。病家如此,医家如此,而害人无穷矣”的观点,如果不用人参,深感“在父为不慈,在子为不孝”。对于先辈的警语,我们都应该铭记在心,不可有一点儿偏离。

二是思误。思误并不是一件容易的事。用哲学家的话说就是“自我批评,自我检讨”。自己找自己身上的疮疤,当然不是一件容易的事。但古代医家做到了,清代名医程钟龄就是这样一位医生,他在《医学心悟》中,开篇就写“医家误”。他认为,“医家误”有三:一是证不清;二是脉不真;三是药不中。特别是药不中,程钟龄还在文章中多次提及。现今日之中医临床,这种现象并不少见。以西医诊断结果为依据而用药,或堆砌式用药,或每用大方者,比比皆是。程钟龄所说的“劝君举笔须留意”,看似简明扼要,一看就明白,但做起来就不那么容易了。东晋时期的田园诗人陶渊明在《归去来兮辞》中有一名言绝句:“实迷途其未远,觉今是而昨非。”伤寒学家陈亦人写了一本书——《伤寒论“求是”》,他认为,今天认为“是”,明天又未定“是”。其严谨之学风时时激励后人:在学术上,要经常否定自己,而不要天天肯定自己。其实,他是提醒医者:在学术上,要经常否定自己才能进步;时刻都要注意自己的医德、医风、医术、医貌等。做到这些,非常不容易,但做到患者满意是可以的。清代山阳医派的创始人吴鞠通说:“进与病谋,退与心谋。”这里所说的“心谋”,包括读书增智,也包括一天临床工作的总结、医案分析。坚持正确的,改正错误的,只有这样,医者的医德与医术,才会不断提高与升华。

笔者经常提醒自己,并教育年轻学子,不管社会怎么进步,物质生活怎么提高,对患者的怜悯之心是永远不能丢弃的。同时,医者的医德、医术、医风集中表现在一张处方上。一张处方,不是简单的草根、树皮、果皮的组合,而是医者心灵与意境的表现,是有温度的。

(作者为第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、全国首届百名中医药科普专家)

本版图片由安阳市龙安区马家乡贾氏诊所贾喜来提供

诊疗感悟

# 以“通”为主是久泻实证的立法关键

□韦宇霞

长期以来,受“久泻必虚”之说的影响,一些中医临证时经常运用补益固涩之药为患者治疗疾病。诚如清代名医徐灵胎在《临证指南医案·泄泻门》中云:“若滥加人参、五味,对正虽虚而尚有留邪者,则此证永无愈期。”笔者运用此治疗法则,进行临床实践,认为久泻属于肠间病,肠为腑属阳,腑病多滞多实,故久泻多有滞,滞不除则泻不止。宜取《黄帝内经》中治疗久病“雪污,拔刺,决闭,解结之义,首重通降,庶无留邪之弊”之法则。笔者结合临证体验,择要总结、分析如下,仅供同道参考。

久泻实证时常以气滞为先,并容易与食滞、湿阻、火郁、血瘀、痰结相因为患,故治疗当立足于一个“通”字。久泻病程较长,正气已伤,用药以轻疏灵动为主,剂量不可过重,重则损伤正气,反而不利。大便次数减少,黏冻、脓血俱除,宜辅助用补气、益胃之品,可祛邪而不伤正,扶正而不留邪,以取得预期效果。祛邪务尽,以防宿疾未净,新邪又生。即使兼有明显虚象,只要正气未至衰竭之境,仍当以“通”为主。因邪气久恋终究应予驱除,若必待正复而后逐,则疗程延长,最终属于被动。兹列举证治。

一是理气通降。泄泻每因抑郁恼怒,木郁乘土,脾失健运,聚湿生痰,痰湿流注肠间而发者,其证为腹痛即泻,兼夹黏液较多,欲便不爽,泻后痛减,并且伴有脘胁胀满、嗳气不舒、食欲不振、苔薄腻或厚腻、脉弦滑等症状。治宜注重理气通降,辅助运用燥湿祛痰,宜用四逆散合二陈汤加桔梗,桔梗与枳壳同用,一开一降,以协调脾胃之气的升降,兼取其排脓之功效,以除黏液。脾虚证象显著者,加白扁豆、苍术健脾祛湿;黏液未除时,慎用人参、白术。这样,可防风升清,疏肝祛湿。里急后重甚者,加薤白通阳行气。

二是化瘀通络。湿、食、痰、寒、热诸邪瘀积日久,雍滞气机,血行不畅,皆可导致瘀阻肠络,清浊不分而致泄泻。症见泄泻缠绵不已,泻下不畅,伴有黏液、污血等症状,泻后有不尽之感,腹痛有定处,泻后痛不减。不论有无舌黯、脉涩之症状,皆有瘀血。治宜化瘀通络,理气和中。宜用中西医汇通学派的代表人物之一张锡纯的活络效灵丹合化滞丸。乳香、没药用量宜重,可化瘀止痛,擅于“止大肠泄游”(出自《本草拾遗》),并且能够消肿敛疮,对久泻之属于溃疡性结肠炎者,可取得良效。山楂炒炭用,则有导滞与化瘀止泻兼备之功效,加入田三七,以增强祛瘀生新、止痛敛溃之功效。

三是苦辛通降。《金匮要略》中有“下利已瘥,至其年月日复发者,以病不尽故也,当下之”的文字记载,将其运用于临床,“病不尽”以湿热为主。每因复感外邪或饮食不节,以致湿热瘀积肠道,阻碍气机,伤及血络,发为泄泻。症状有肠鸣泄泻、大便黏腻、泻下不爽,或有脓血,里急后重,腹部胀痛,脘闷纳呆,体倦乏力,或兼舌苔黄腻,脉濡数或滑数等。治宜辛开苦降,宜用半夏泻心汤。干姜、半夏味辛,能通能开,黄芩、黄连味苦,能泻能降。只有这样,才能辛开无助热之弊,苦降无损阳之害,可起到泄热除湿、宣畅气机之功效。若

担心人参恋邪,宜弃之,加紫苏、藿香,以畅中化湿。若湿重于热,大便中有黏液,可加苍术;热重于湿、便脓血者可加白头翁,兼瘀者加乳香、没药。

(作者供职于安阳市中医院,本文由第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师韦绪性指导)

# 中医辨治中风疗效欠佳的原因和对策

□尹国有 丁 睿

中风是严重威胁中老年人健康和生命的常见病,由中风引起的智力障碍、语言障碍、肢体功能障碍等后遗症,给家庭和社会带来了沉重负担。笔者认为,普及有关中风的防治知识,提高中风的诊治技能,具有重要的现实意义。对于中风的治疗,虽然中西医均有不少方法,但总体来看,临床疗效却不尽如人意。究其原因,是多方面的,但有一些是可以避免的。笔者认为,分析、找出疗效欠佳的原因,制定出相应的对策,对提高疗效具有重要意义。

**辨治失当**

中医治疗中风疗效欠佳的一个重要原因,就是辨治失当。中风的临床表现复杂多样,有中经络、中脏腑两大类,又有急性期、恢复期、后遗症期三期,在中脏腑的急性期,还有闭证、脱证的不同,而闭证中又分阳闭、阴闭,各期有不同的证型、不同的情况,患者的体质强弱、个人嗜好、居住环境千差万别,所以其病情是多种多样的。治疗中风必须从多种多样的病情中找出各自的特点,辨证准确,用药得当,方能取得好的临床效果。虽然我们的教科书、各种中医专著在介绍中风治疗时,都分中经络、中脏腑两大类,并且分有不同的证型,其治则、方药各不一样,还有随证加减药物的介绍,但在实际应用时,怎样做到仔细辨证、灵活用药呢?按照气虚血瘀、风阳上扰,辨证治疗中经络患者,只用补阳还五汤、镇肝熄风汤两个方剂的医生多一些,甚至有一部分医生,根本不进行辨证,对于缺血性中风全部用补阳还五汤,对出血性中风用凉血止血法。同时,也有一部分医生,运用现代医学理论,大量运用保护脑细胞的中药,把活血化瘀法当成治疗中风之“法宝”,对血压高者加用降压药,是出血者加用止血药,丢掉了中医的辨证论治。如此,病杂而型少,证多而方寡,甚至不辨证,怎能不影响疗效呢?

要想改变这种情况,医者应该反复学习中医理论,善于总结临床经验,把中风分成若干类型(比如中经络、中脏腑)、若干期(比如急性期、恢复期、后遗症期),从纷乱的表现中,透过现象,抓住疾病的本质,归纳出若干证型,然后一个证型一个证型地研究,找出最佳治则和方药,结合患者的不同情况和现代研究成果,灵活运用。只有这样,才能辨证准确、治法得当、组方合理。

**守治失恒**

中风发病急骤、变化快,但它的病程较长,治疗起效缓慢,特别是在后遗症期,并非一朝一夕就能见效。若不明白这一点,守治失恒,朝三暮四,也不会取得好的疗效。

守治失恒是医患双方共同存在的问题。对于患者,急于求成,用药少则三四剂,多则不过十天半个月,若不见效,或见效轻微,则舍南就北,更求他医。有的患者,今天找张三治病,明天听说李四技术好,又找李四治病,后天又找王五治病,如此反复,难免功亏一篑。还有的患者,今天应用针灸疗法,明天服用汤药,后天又开始找西医治疗,治法不恒定;或治疗用药十天半个月,停药一年半载,一曝十寒,则更难见效。对于医者,对治疗用药心中没底,不能做到有的放矢,治病不能守法守方,闻听药后无效,动辄更方易辙,时通时补,时温时清,左右自无定见,结果前功尽弃。这种原因在于医道不精,胸无成竹。

要想提高临床疗效,必须做到辨证准确,治法专一。首先,医者应注意博极医源,勤于实践,不断提高自己的医学理论水平和临床技能,做到诊疗细心,辨证准确,用药合理,对患者的病情和用药后的情况等了如指掌,不被外界干扰所困惑;其次,要对患者进行健康知识教育和思想沟通,使其对中风的发病情况、治疗手段、治疗效果以及自己的病情、所需治疗方法、治疗中应注意的问题、患者及家属如何配合治疗等,有一个全面而正确的了解、认识,以取得患者及家属的信任和配合。如此医道精通,自然胸有成竹,能够守法守方,加之患者理解和配合治疗,辨证准确,治法合理,组方严谨,方可取得预期效果。

**失于配合**

失于配合是中风临床疗效欠佳的又一原因。作为医生,应该熟悉各种疗法的优点和不足,把各种疗法恰当地运用于临床治疗中,尽量采取综合疗法,发挥综合治疗优势,比如药物、针灸并用等。随着医学模式的改变,医学知识的普及,医患关系的观念已由被动就医向“指导合作型”“共同参与型”的模式转化,医生、患者要互相配合,共同完成各项治疗。比如医生让患者一天吃3次药,而患者只吃两次;医生要患者每天坚持康复锻炼,而患者“三天打鱼,两天晒网”,这样能取得好的疗效吗?再者,患者在服药过程中出现食欲下降、血压不稳、头晕等情况,不能及时向医生反映,医生对以上情况全然不知,治疗方案不能及时调整,同样不能取得好的疗效。只有医患配合,才有利于提高疗效。

综上所述,辨治失当、守治失恒、失于配合是中风治疗中临床疗效欠佳的常见原因,也是都能克服的。只要医患紧密结合,中医治疗中风的临床疗效就能够不断提高。

(作者供职于遂平县人民医院)