

学术论坛

守原方 善变通 立新方

□孙玉信

患者就医，方切于病，才能奏效。可以说，医生治疗疾病，必须依靠方剂；就好比攻击敌人，必须依靠武器一样。疾病种类繁多且复杂，医者唯有广蓄方剂于胸中，才可从容应对。

正如谚语所云：“医生肚子，杂货铺子。”笔者认为，医生要掌握300个~500个常用方剂。方剂是历代医学家经长期实践总结的经验，是留给我们宝贵的遗产，切不可轻视。

张锡纯在《医学衷中参西录》中的一段话：“邑治东二十里，有古城址基，周十余里，愚偶登其上，见城背阴多长白头翁，而彼处居人未之识也。遂剖取其鲜根，以治血淋、溺血与大便下血之因热而得者甚效，良药也。是以张仲景治厥阴肝病有白头翁汤也。愚感白头翁具此良材，而千百年埋没于此不见用，因作俚语以记之曰：白头翁住古城阴，埋没英才岁月深；偶遇知音来劝驾，出为斯世起疴沉。”张锡纯仅因白头翁一药未被启用便有此感叹，而埋没的良方不知凡几，正待“知音劝驾”。

从方源而言，方剂不外乎经方、时方、经验方和民间方四类。一般来说，前两者多出自医学家之手，后者多源自群众实践，各类方剂各有特色，各有主治，只要用之得当，皆能应手取效。不言而喻，凡从医者对用方皆有体会。笔者将个人心得与大家交流，不当之处，敬请指正。

原方原量

无论古方、今方，大多有方有量，尤其经方对用药剂量比例要求严苛，用药剂量不同，功效亦异。如小承气汤、厚朴三物汤和厚朴大黄汤，方中药味完全相同，但是因所用剂量有别，主治便存在差异。桂枝汤中桂枝与芍药等量，方能起到调和营卫的作用。故此，使用经方时需要注重其用药剂量，否则会影响疗效。

除此之外的众多方剂，亦有明确的用药剂量要求。如丹参饮中的丹参剂量为一两（旧时计量单位），檀香、砂仁为一钱（旧时计量单位），否则有悖方义。又如阳和汤，熟地一两，鹿角胶三钱、白芥子二钱，肉桂、甘草各一钱，炮姜、麻黄各五分，水煎服，服药后再饮好酒数杯，谨戒房事，服至病愈为止；无论冬夏皆宜，不可妄行增减；体虚极者，肉桂、炮姜可加一两倍用。用此方时，恪守此用药剂量，效果较好。再如补阳还五汤，黄芪需要用至四两，方能发挥主导作用。一

般而言，病证与方药完全相适应者，皆可用原方原量治疗。

原方变量

原方变量，是指沿用原方药味不变，仅调整用药剂量，即可取得不同的治疗效果。比如，用独活寄生汤治疗腰膝疼痛证，若疼痛与天气变化关系明显，便加重方中祛风湿药的剂量；反之，则减小其剂量，可起到畅行肌肉气血的作用。

逍遥散亦是笔者常用方剂，对某些病证，调整方中部分药物的剂量，便可超出该方原本的治疗范围。若加重方中白芍、甘草的剂量，可治疗肝气失疏所致的呃逆和小便频数；若加重当归、白芍的剂量，可治疗肝失疏泄所致的便秘；若加重方中茯苓的剂量，可治疗肝脾失调所致的下肢水肿。又如，笔者治疗心火内盛、阴伤明显的失眠，喜用清宫汤，且重用麦冬，收效较好。心火内盛必伤心阴，麦冬入心经，能滋阴生津、清心除烦，重用麦冬则疗效更著。

原方加减

根据病情在某个方剂基础上进行加减，是临幊上应用广泛、切合实际的常用方法。张仲景对此运用最为精妙，如桂枝加厚朴杏子汤等，皆是经方加减的典范。而小柴胡汤的加减幅度更大，原文记载：“若胸中烦而不呕者，去半夏、人参，加瓜蒌一枚；若渴，去半夏，加人参与桂枝三两，温覆微汗愈；若咳者，去人参、大枣、生姜，加五味子半升，干姜二两。”由此可见，张仲景对方剂加减极为讲究、严谨，若无高深的理论功底和丰富的临床实践经验，难以达到如此境界。

用方针对性要强

方对证，才能有效，俗话说：“差之毫厘，谬以千里。”医生治病用方，何尝不是如此？若用错方药，不仅会偏离治疗方向，甚至可能引发医疗事故，不可不慎。临床用方，应力求针对性强。例

原方合方

合方，是指将两个以上方剂合并使用。大致在两种情况下运用此法：一是增强方剂的治疗作用，笔者常将半夏泻心汤与厚朴生姜半夏甘草人参汤合用，或者把越鞠丸与小柴胡汤合用；二是患者同时患有两种病证，需要同时治疗时，如肺心同病，笔者常将都气丸合生脉饮；肝胆同病，常将逍遥散合金铃子散；肝脾同病，常将四君子汤合四逆散；肝燥病，常将甘麦大枣汤合百合地黄汤。

使用合方，必须配伍合拍、协调统一，既不能有所放矢，也不能盲目撮合，要让各方发挥自身作用、增强整体疗效，而非互相抵触、削弱药效。原方合方的内容极为丰富，如何运用得当，正所谓“神而明之，存乎其人”。

立新方

疾病千变万化，极为复杂，成方往往难以完全契合病情，此时必须重组新方，即据证立法。此处所说的新方，并非指个人已固定的成绩经验方，而是根据具体病情，制定恰如其分的对应方剂。

立新方看似容易实则不易。所谓容易，是指可随心所欲随时开出；所谓不易，是指方剂的主治方向是否明确，诸药配伍是否合理，预期疗效如何，都需要深思熟虑。

临证立新方虽然为常用之法，但是需要以扎实的理论功底和丰富的实践经验为底蕴，否则难免有“乱点鸳鸯谱”之弊。为医者不仅要会用成方，更要善于立新方，方能达到至善之境。纵观历代大医家，皆擅长立新方治病，我辈当努力学习。

用方要巧而活

证已明确，方已确定，若要进一步提升疗效，还需要注重方的巧与活（巧，指灵巧、机灵；活，指灵活、生动）。用方之活有两层含义：

一是根据病情变化及时调整方药，即“证变方亦变”，包括治则的变动、药味的增减及用药剂量的调整；二是处方本身需要具备灵动性。用方之巧亦有两层意思：一是用方之巧，二是用药之巧。巧妙之处，源于医者的匠心独

创。

□张广智

肝硬化是临床常见的慢性

进行性肝病，由一种或多种病因长期反复作用于肝脏，引发肝细胞广泛坏死、纤维组织增生和肝细胞结节状再生，最终导致肝脏形态结构破坏与功能衰退。

中医认为，肝硬化多归属于“鼓胀”“积聚”“胁痛”范畴，其病机演变与肝脏、脾脏、肾脏功能失调密切相关；而现代医学影像学技术的发展，为肝硬化的诊断、病情评估提供了精准的可视化依据。将中医辨证分型与医学影像表现相结合，既能溯源病因病机，又能准确把握病位病性，为疾病的诊疗提供参考。

《黄帝内经》早已描绘了肝硬化腹水期腹部膨隆、肤色苍黄、腹壁静脉怒张的典型征象；东汉医学家张仲景在《金匱要

略》中提出“血不利则为水”的理论，阐明了瘀血阻滞、水液代谢失常的病理关联，为血瘀水停型肝硬化的治疗奠定了理论基础；清代医学家王清任《医林改错》强调瘀血致病，认为“治病要诀，在明白气血”，创制膈下逐瘀汤等活血化瘀方剂，至今仍指导着肝硬化的临床用药。中医对肝硬化的认识，始终围绕“本虚标实”的核心特点，其辨证分型与病情发展阶段紧密关联，与现代影像学呈现的病理改变高度契合。

在肝硬化早期，中医多辨证为肝郁气滞证。此阶段多因情志失调、饮食不节，导致肝失疏泄、气机不畅，常表现为肝区胀痛、胁痛、嗳气食少，情绪波动时症状加重，舌淡红、苔薄白，脉弦。

随着病情发展，肝气郁结日久犯脾，或饮食不节损伤脾胃，易转为脾虚湿困证。脾失健运则水湿内停，患者可见腹胀食后加重、神疲乏力、大便溏薄，或伴轻度下肢水肿，舌淡胖边有齿痕，苔白腻，脉濡缓。在影像学检查报告中，超声检查发现肝实质回声增粗增强，分布不均匀，

对应影像学检查，超声检查发现肝脏形态基本正常或轻度肿大，肝实质回声稍增粗、分布欠均匀，肝内管道结构走行尚清晰，门静脉内径多在正常范围内，无腹水、脾肿大等门静脉高压征象。此阶段以脾虚为本、湿困为标，健脾祛湿是关键治法，通过恢复脾胃运化功能，可减轻水湿停滞之象，逆转肝脏病理损伤。

病程迁延至中期，气滞日久致瘀血，瘀血阻滞肝络，便形成气滞血瘀证。患者肝区刺痛固定不移，夜间尤甚，胁下可触及肿大的肝脏，质地偏硬，面色晦暗，可见蜘蛛痣、肝掌，舌紫暗或有瘀点瘀斑，脉弦涩。

影像学检查更能凸显“血瘀”征象：CT（计算机层析成像）检查结果显示肝实质密度不均匀，肝叶比例开始失调，右叶缩小，左叶及尾状叶代偿性增大，

肝脏表面呈轻微结节状凸起；CT检查结果可见肝内血管走行扭曲、变细，门静脉内径≥13毫米，肝脏明显肿大，脾门区可见迂曲的侧支循环血管。此阶段正如《景岳全书》提出“胀病亦不外乎水囊、气结、血瘀”的理论，需要行气活血、化瘀散结，通过疏通肝络、消散瘀血，改善肝脏血供，阻止纤维化进一步发展。

当病情进展至晚期，水湿内停、脾肾衰败，出现水湿内停证与脾肾阳虚证。水湿内停证患者腹部膨隆如囊裹水，腹胀难忍，下肢水肿，小便短少，舌淡胖、苔白滑，脉沉迟。

在影像学检查报告中，超声检查可见大量腹水，肝脏表面凹凸不平呈波浪状或锯齿状，肝实质回声呈网格状，门静脉高压征

象显著；CT检查结果显示腹腔内广泛低密度液性影，肝脏体积明显缩小，门静脉增宽伴管壁增厚，甚至可见门静脉血栓。若进一步发展为脾肾阳虚证，患者畏寒肢冷、腰膝酸软、夜尿增多，影像学可见腹水顽固难消，肝脏重度肿大，胃底食管静脉曲张呈条索状或团状强化影，提示病情危重，治疗时要兼顾温补脾肾与利水消肿。

此外，肝硬化合并感染或黄疸时，多辩证为湿热蕴结证，患者口苦口黏，恶心呕吐，皮肤、巩膜黄染，舌红、苔黄腻，脉弦数。在影像学检查报告中，可见肝脏密度不均匀，合并胆囊炎时胆囊壁增厚、毛糙，部分患者腹水密度稍高，提示存在自发性腹膜炎。而久病耗伤阴液则会转为

肝肾阴虚证，患者肝区隐痛、潮热盗汗、手足心热，舌红少苔，脉细数，MRI（磁共振成像）检查结果可见肝内再生结节在T₂加权像呈低信号，需要警惕阴虚火旺引发的牙龈出血、鼻出血等出血倾向。

中医辨证分型注重整体状态与病机演变，医学影像学则精准呈现肝脏形态结构的病理改变，二者相辅相成。从中医“治未病”的理念出发，早期结合影像学干预，中期辨证施治兼顾化瘀利水、晚期固本培元改善肝脏功能，方能为肝硬化患者提供更全面的诊疗方案。这正是中医与现代科技手段的融合，为慢性肝病的防治开辟了新思路。

（作者供职于河南中医药大学第一附属医院）

中医人语

“善治者治皮毛，其次治肌肤”，这一观点源自《黄帝内经》，强调疾病干预应尽早着手，方为高明之举。其核心在于，高明的医者能在疾病初起（“皮毛”阶段）及时察觉并干预，而非待其深入（“肌肤”阶段）才施治。这体现了中医“治未病”的重要理念，通过早期预防避免疾病恶化，而非被动应对已成的病证。

传统解读：“治皮毛”即“治未病”。

《黄帝内经》中的“皮毛”不单指皮肤，更象征疾病的初始阶段。中医认为，疾病发展往往“由表及里”，从“皮毛”渐次深入至肌肤、筋脉、六腑、五脏。“治皮毛”是通过观察细微征兆（如乏力、食欲不振等）提前干预，防病于未然。例如感冒初起时，及时驱寒解表，可防其发展为发热、咳嗽。若病至“肌肤”层次（如显性疼痛、发热），邪气已深，治疗便费时费力，且易留后遗症。这一思想不仅适用于医疗，还对健康管理、企业管理乃至社会治理具有启示：最高明的策略，是将问题化解于萌芽。

现代深意：从“皮毛”理解解决复杂问题

“治皮毛”还有一个深刻内涵：高水平的医者善于通过调理“皮毛”层面，解决内在复杂病证。人体毛细血管与微血管总长占血管系统的绝大部分是物质与能量代谢的关键场所。“皮毛”作为人体最大器官，富含毛细血管与微血管，若受寒热瘀堵，直接影响生理功能。因此，从“皮毛”入手调理，实为直指病根。

当前一些特色疗法正实践这一理念。例如，李氏砭法虎符铜砭刮痧创始人李道政的虎符铜砭刮痧、驻马店市骨科研究所所长刘中朝的浴泡治疗法、“刘氏刺熨疗法”第十四代传承人刘光瑞的刘氏刺熨疗法等，均通过直接调治“皮毛”部位，取得较好的临床效果。这进一步佐证了“善治者治皮毛”的现代价值，从表层调理入手，亦可通达深层健康问题。

“善治者治皮毛”既是中医“治未病”思想的体现，也蕴含着通过外部调理解决内部疾病的智慧。这一观点提醒我们，无论是健康维护还是问题处理，皆贵在及早洞察、从浅处着力，以达事半功倍之效。

（作者供职于河南省中医药科学院）

如何理解“善治者治皮毛”

□徐宏伟

□王跃进

生蒲黄汤治疗外伤性前房积血经验

外伤性前房积血是眼钝挫伤的常见病证。如何迅速止血、促进积血吸收，并有效防止继发性出血、角膜血染及青光眼等并发症，是临床治疗的关键所在。笔者以生蒲黄汤为基础方进行加减治疗外伤性前房积血，取得了较好的疗效。

病因与病机

外伤性前房积血，属中医学“血灌瞳神”“撞击伤目”等范畴。主要病机为外力撞击，目络受损，血溢络外，瘀滞于瞳神之内。若瘀血久滞，或治疗失当，可导致继发性出血、青光眼、角膜血染等众多变症。

治疗方法

一般处理 医者嘱咐患者半卧位休息，受伤初期局部冷敷，必要时包扎双眼，并安抚患者情绪。

分期辩证用药：以《中医眼科六经法要》之生蒲黄汤为基础方，药物组成包括：生蒲黄、旱莲草、丹皮、生地、荆芥炭、丹参、郁金、川芎等。临证时，根据出血时间、积血程度、并发症及患者体质、年龄等情况灵活化裁。

出血初期（急性期）：此期血热妄行，治宜凉血止血，佐以行气活血之品，旨在止血而不留瘀。可酌情加入三七、赤芍、白茅根等药物。

瘀血停滞期（吸收期）：此期瘀血顽固，或兼有他证，治宜破血逐瘀、行气散结。可酌情加入三棱、莪术、枳壳等药物。

并发症处理 若继发青光眼，可加用车前子、猪苓、夏枯草等利水渗湿、清肝明目之品。

临证体会

现代医学治疗外伤性前房积血，常使用止血剂、脱水剂、糖皮质激素等。其中，部分止血药物通过促进凝血而止血，易致“血止瘀成”，反而不利于前房积血的早期吸收，可能增加继发性青光眼等风险。

中医辨证论治外伤性前房积血，具有独特的优势。生蒲黄汤中，生蒲黄功擅止血化瘀，旱莲草、生地、牡丹皮清热凉血，荆芥炭收敛止血，丹参、川芎、郁金活血行气。诸药合用，共奏凉血止血、活血化瘀之功。早期应用生蒲黄汤，可使血热得清，妄行之血得止，且无瘀滞之弊；中后期应用生蒲黄汤，则能加速瘀血吸收，疏通目络，从而有助于减轻前房积血对房角的阻塞，可以改善房水循环，对于预防角膜血染、控制眼压、减少并发症具有积极意义。临床应用时，贵在紧扣“离经之血即为瘀”的核心病机，根据疾病不同阶段的病理特点，灵活调整“止血”与“化瘀”药物的比重与配伍，方能取得满意疗效。

（作者供职于唐河县中医院眼科）

中西医视角下肝硬化的辨识

□张广智

肝硬化是临床常见的慢性进行性肝病，由一种或多种病因长期反复作用于肝脏，引发肝细胞广泛坏死、纤维组织增生和肝细胞结节状再生，最终导致肝脏形态结构破坏与功能衰退。

中医认为，肝硬化多归属于“鼓胀”“积聚”“胁痛”范畴，其病机演变与肝脏、脾脏、肾脏功能失调密切相关；而现代医学影像学技术的发展，为肝硬化的诊断、病情评估提供了精准的可视化依据。将中医辨证分型与医学影像表现相结合，既能溯源病因病机，又能准确把握病位病性，为疾病的诊疗提供参考。

《黄帝内经》早已描绘了肝硬化腹水期腹部膨隆、肤色苍黄、腹壁静脉怒张的典型征象；东汉医学家张仲景在《金匱要

略》中提出“血不利则为水”的理论，阐明了瘀血阻滞、水液代谢失常的病理关联，为血瘀水停型肝硬化的治疗奠定了理论基础；清代医学家王清任《医林改错》强调瘀血致病，认为“治病要诀，在明白气血”，创制膈下逐瘀汤等活血化瘀方剂，至今仍指导着肝硬化的临床用药。中医对肝硬化的认识，始终围绕“本虚标实”的核心特点，其辨证分型与病情发展阶段紧密关联，与现代影像学呈现的病理改变高度契合。

在肝硬化早期，中医多辨证为肝郁气滞证。此阶段多因情志

失调、饮食不节，导致肝失疏泄、气机不畅，常表现为肝区胀痛、胸胁满闷、嗳气食少，情绪波动时症状加重，舌淡红、苔薄白，脉弦。随着病情发展，肝气郁结日久犯脾，或饮食不节损伤脾胃，易转为脾虚湿困证。脾失健运则水湿内停，患者可见腹胀食后加重、神疲乏力、大便溏薄，或伴轻度下肢水肿，舌淡胖边有齿痕，苔白腻，脉濡缓。在影像学检查报告中，超声检查发现肝实质密度不均匀，肝叶比例开始失调，右叶缩小，左叶及尾状叶代偿性增大，</p