

《伤寒论》“一方二法”思想在临床实践中的应用

罗彤¹ 江松平²

(1.瑞安市中医院,浙江瑞安 325200; 2.青田县中医院,浙江青田 323900)

摘要 对《伤寒论》中方剂的运用方法进行了研究,发现药物组成相同的方剂根据临床病证的不同,可采用不同的剂型、不同的剂量、不同的煎法、不同的服法,归纳为“一方二法”。临床运用确实获得了更好的疗效,列举案例以说明。

关键词 伤寒论 方剂 投药和剂量

中图分类号 R222.29

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)08-0061-02

笔者近年来对《伤寒论》中方剂的运用方法进行了研究,发现药物组成相同的方剂根据临床病证的不同,可采用不同的剂型、不同的剂量、不同的煎法、不同的服法,归纳为“一方二法”。具体内容是方不变,剂型变;方不变,剂量变;方不变,调护变;方不变,而每次服用的剂量有别等。征之于临床,这种灵活的辨证用方思想为我们提供了广阔的思维空间,兹结合案例阐述“一方二法”这一用方思想在临床的具体应用。

1 方剂组成基本相同,剂型之异则缓急不同

临床上对于一个药物组成基本相同的方剂,剂型的选择很重要,如汤剂、颗粒剂、散剂、蜜丸、水丸、膏剂等,剂型不同则功效有别,如《伤寒论》第386条理中丸证,具体来说,理中丸就有服丸法和服汤法之不同。而《伤寒论》第124条和第126条抵当汤与抵当丸证则是方剂组成不变,但剂量剂型皆不同:二方皆由水蛭、虻虫、桃仁、大黄四药组成。抵当汤破血逐瘀,煎汤服用,为攻逐瘀血之峻剂;抵当丸攻下瘀血,改汤为丸,峻药缓攻笔者在临床上遵循此法,一般规律是病势急而丸不济事者用汤剂,病情缓而需久服者用膏剂或丸剂,同样是丸剂,祛邪者多用水丸,滋补者多用蜜丸。

如治章某,男,46岁。反复中上腹痛5年余,再发加重半月来诊,伴大便干,时暖气,口中常泛清水,服用多种质子泵抑制剂和胃肠动力西药等未效。2月前外院胃镜检查示:胃窦黏膜慢性炎伴中度肠上皮化生。舌淡红、苔白腻略糙,脉细。因时下痛势较剧,先予黄芪建中汤合理中丸加减以健运中焦,补益脾胃,理气和中。前后治疗月余,诸症好转,因经常外出,服药不便,再则,该患者经治疗后胃痛除,但多饮水则胃有不适,即以原方制成蜜丸,一则

巩固治疗,二则可免多饮水。

再治叶某,男,59岁。胸闷胸痛半年余,以胸骨后明显,呼吸时感觉胸部有物梗阻感,时胃胀,无泛酸烧心,舌红苔中黄腻,脉弦。予清热化痰,散结、理气开痹为治则,方以小陷胸汤合瓜蒌薤白半夏汤、金铃子散加减,每日1剂,水煎服,日2次,饭后服。前后调治月余,以原方制成膏剂调理善后,随访未发,此乃汤者荡也、丸(膏)者缓也之意。

2 方剂组成相同,多法序贯则疗效彰显

笔者认为临床治疗用药,一般均一日一方,其实视病情需要:急重者可一日二方;既可一方重复,亦可二方序贯,如古人晨服知柏暮归脾;既可早晚各一服,亦可循经顺时用,如子午流注针药法;病缓者也可二日用一方,或者间日各一方。对于虚实相兼、寒热错杂之证,有时可立昼夜两方两法分解调理。例如治疗肝经郁热、脾胃枢机不畅又兼阳虚外感的患者,解郁和胃、调理枢机用小柴胡汤加轻清透达之品,如青蒿、葛根、白薇之属,但如恐此方偏于清解,有伤阳之弊,则可于夜间当阳气衰减之时予以温补,如麻黄附子甘草汤之类,温阳而无扰动少阳相火之虞^[1]。

笔者以脑心通胶囊合天麻钩藤饮颗粒序贯治疗中风后眩晕症。脑心通胶囊化痰通络之力强,但平肝潜阳和补益肝肾之功不足,而天麻钩藤饮重在平肝潜阳息风、补益肝肾,然活血化瘀通络之力不足,两者合用既能协同配合,又可补相互之不足,采用胶囊和颗粒的形式,且轮流序贯使用,简单方便,病人易于接受较长时间的疗程而保证临床的疗效。

《伤寒论》中不乏序贯疗法之例,如针对阴阳两虚患者阳易复、阴难生的特点,就是采用甘草干姜汤证、芍药甘草汤证序贯给药;再如,张仲景在治疗

基金项目:浙江省第二批基层名中医培养计划(浙中医药[2014]28)

太阳病伤寒表邪太甚时,采用“先刺风府、风池,再与桂枝汤则愈”方法,寓内外合治、序贯治疗的思想,开阔了我们临床诊疗用药的思路。

另外,陶君仁教授在治疗湿邪黏滞且病程日久的患者时,发现在初服中药时往往疗效显著,但服用一段时间后,效应却逐渐下降,他认为,这是机体对药物吸收及敏感性有所下降,这时采用序贯疗法,加用理气调血药物如绿萼梅、砂仁、粉丹皮、蓬莪术等,即可增加机体对药物的敏感性而继续发挥疗效^[2]。这些都是—方二法在临床灵活应用的精彩典范。

3 方剂组成相同,用法复合则多途取效

笔者常以中药内服加药渣外敷法治疗各种外阴病、带下病、盆腔炎症性疾病、腹壁及四肢各种静脉炎、外伤腰痛、乳腺疾病等,此也是“—方二法”应用的临床实践之一,也是内外合治法的一种体现,这样既可节省药材,增强临床疗效,甚至可起到单纯内服中药难以达到的效果,同时还增强患者的治疗信心,因为让患者和家属感受到了中医治疗的多样性和灵活性。

如治叶某,女性,55岁。因停经后1年余,外阴瘙痒剧烈月余来诊,伴时有潮热汗出,烦躁易怒,在皮肤科和妇科予多种外洗制剂、服过敏药无效,夜间外阴瘙痒剧烈,影响睡眠,妇科检查示宫颈中度糜烂,白带检查无霉菌滴虫等。舌尖边红、苔薄黄糙,脉弦数。予滋肾平肝、祛风止痒为则,内服外治相结合。方药:以甘麦大枣汤合丹栀逍遥散加减口服,并嘱第三煎煎汤外洗,每日1剂,水煎服,日2次,饭后服。二诊时诉中药外洗1剂后,外阴瘙痒即显减,2剂后瘙痒即除,一直随诊至今未发。再如笔者自拟草薢泄浊除痹汤治疗痛风性关节炎急性发作,每日1剂,以水煎煮2次,饭后服用,第三煎加入冰片5g,以药液先蒸后洗病变关节,可起到止痛增效之目的。

4 方剂组成相同,煎服有别则功效相殊

昔日徐灵胎云:“煎药之法,最宜深讲。药之效不效,全在乎此。……方药虽中病,而煎法失度,其药必无效。”足见煎法用法之重要,赵晴初所谓“有方还须有法”^[3]。“—方二法”的煎药服药法:如《伤寒论》第213条、第214条小承气汤证,两条原文均为阳明多汗伤津,致胃燥内实,阳明腑实轻证而设。但前者每次服六合,而后者每次服一升。数量上的差别是因为后者毕竟里实已成,只不过未至燥坚程度,故用小承气汤加量以泄热通腑、理气消滞。此乃“—方二法”在服用药量上区别的例证。再如《伤寒论》中,有7首方子的煎药法有“去滓再煎取”的特殊要求,这就是大柴胡汤、小柴胡汤、半夏泻心汤、甘草泻心汤、生姜泻心汤、旋覆代赭汤、柴胡桂枝干姜汤,这种“去滓再煎取”的特殊煎煮法,我们现今在临床上往往是不重视的,先贤徐灵胎、现代伤寒

学家郝万山以及朱章志教授等均认为,“去滓再煎取”意在使寒热药性和合,可起到增强方剂和解之目的^[4]。笔者遵循其法,在临床上治疗口腔、咽喉和胃、食管疾病时,常常采用去滓再加粳米煎熬,然后令汤汁慢咽,或者是用舌舔服法,如此,不但可增强和解之效,还可真正使药液作用于病灶而不致径入胃肠,经临床反复验证,确实比单纯口服法有效验。

如治吴某,女,81岁。患者于半年前逐渐出现吞咽不畅,于3月前胃镜检查,诊为食管中段恶性肿瘤,并经病理检查确诊为中分化腺癌。近1月来症状加重,时有梗阻不能吞下而噎膈吐出,大便偏干,体重减轻,乏力神疲易倦。家属及患者均拒绝手术和放化疗,来寻求中药治疗。原有类风湿性关节炎史,手指严重变形呈典型天鹅颈样改变,舌淡红质裂纹少苔,脉细。诊为噎膈(津亏热结,虚火上逆,痰气交阻,胃失和降)。予滋阴润燥、和胃降逆,佐以清热散结为则,方药以麦门冬汤加味,每日1剂,以水浸泡后先煎去滓,再加粳米一把浓煎取汁,用舌头舔服,不计次数,1天内服完。7剂后患者吞咽较前略有顺畅,2周后能进食稀饭等软食而无吞咽障碍。再拟前法继进,原方加荷叶和杵头糠,仍加米浓煎以舌舔服。后患者来诊室,诉药后吞咽困难症状明显减轻,能进食米饭,乏力减轻,精神好转,生活能自理,再拟前方10剂。后按方在当地配药治疗共3月余,随访病情稳定。

5 结语

《伤寒论》“—方二法”用方思想开拓了我们临床用药思维的空间,突破中药汤剂每天1剂分2次口服这一简单的中医用药模式,可以充分发挥中医剂型方便、快捷、灵活、多样化特点,保证治疗的高效、稳效,同时节省了宝贵的中药资源,对促进中医药临床疗效的提升和中医药健康持续发展也具有一定的现实意义。

参考文献

- [1] 李赛美,朱章志.经方研究与临床发微[M].北京:人民卫生出版社,2008:204.
- [2] 马俊杰,张以来,陶缪,陶君仁临证思想探析[J].中华中医药杂志,2014,29(6):1904.
- [3] 张存悌,田振国,张勇,等.品读名医[M].北京:人民卫生出版社,2006:46.
- [4] 朱章志.伤寒论临床发挥[M].北京:科学出版社,2010:132,220.

第一作者:罗彤(1972—),女,本科学历,副主任中医师,从事中西医结合治疗内科杂症工作。

通讯作者:江松平,本科学历,主任中医师。zjqtlzy@126.com。

收稿日期:2017-03-10

编辑:吕慰秋