

# 谈中医临床处方用药的几个关键点

刘沈林

(江苏省中医院, 江苏南京 210029)

**摘要** 处方用药是辨证论治的重要组成部分,是投药治病的关键环节,它与临床疗效密切相关。如何开好中医的处方,涉及理法方药的每一步骤。“药证相符”,是指与患者的病情对路。“病证结合”的概念,其重点仍然在于采用中医的方法以“证”组方,而不必生搬硬套实验研究药物的初步结果。制方必须严谨,选择成方要准,并能熟练化裁运用。掌握足够数量的常用方剂作为资本,至为重要。实践证明,药味多寡与疗效并无直接关系,药之贵贱也不能决定疗效的高下。相反,随意堆砌的“大处方”,或过多使用“苦寒败毒”之品,均能“伤脾败胃”,欲速而不达,不利于病情的改善,临床用药必须思之、妥之。

**关键词** 中医临床 治疗用药 以证组方

**中图分类号** R288

**文献标志码** A

**文章编号** 1672-397X(2017)10-0007-02

近年来,在中医学术传承和临床经验交流中,业界常常谈到中医的处方用药问题。当然,它与临床取得疗效是密切相关的,其重要性不必赘言,但也有人觉得,这是中医的常识,是一个老生常谈的话题。然而当下,临床处方所出现的种种问题和现象值得反思。我认为,无论从提高中医学术水平,还是保证中医临床疗效,以及从规范处方用药的角度而言,确有进一步讨论的必要。中医临床是在理论指导下的具体实践,尤其对那些刚刚步入临床工作不久的年轻中医,踏踏实实走好第一步,从认真组方用药开始,培养临证思辨和理法方药的正确思路,必将为今后临床水平的提高打下良好的基础。处方用药究竟涉及哪些问题需要重视?以下略陈管见。

## 1 药证相符,制方严谨

所谓药证相符,是指所开的处方与患者的病情对路。用药是根据理法而来,是辨证施治的结果。就理法方药来说,其步骤是:分析机理,确立治法,依法选方,据方议药,环环相扣,序贯相连。一张处方,不仅关系到疾病的治疗效果,所包含的知识内容也是广泛的。例如对主症的把握,对病因病位、寒热虚实的分析,以及治法的运用,成方的选择,药物配伍和剂量等等。所以从一张中医处方,大体可以看出是治疗何种病证的,也往往能反映一个医生的基本功和中医水平。

“病证结合”,这是目前临床常用的一个诊治方法,它主要反映在西医诊断和中医治疗的概念上。虽然在治疗时也会考虑某一疾病的因素,但其重点还在于采用中医的办法对“证”用药。如果见到有幽门螺杆菌感染就用清热解毒药,见到肿瘤就用消癌攻

毒药,遇到糖尿病就用降糖药,这就不是中医的辨证施治,临床也难以取得疗效。当然,在实验研究时,可以就某一、两味中药对某一疾病的治疗机制进行探索性研究,但也不能仅凭体外或动物实验的初步结果,就在处方用药上生搬硬套,这样的例子是很多的。对于复杂疑难病症,中医的特色恰恰在于有机的复方组合,在于合理的个体化治疗。这也是近年来,世界医学对某些重大疾病研究所寄予的发展方向,其理念与中医的整体观念和辨证施治有相通之处。

“制方要严,选方要准。”用药不可杂乱,要体现对疾病主要矛盾的治疗。药物有主辅之分,应遵循“君、臣、佐、使”的配伍关系。若在处方中加上几味不相干的药物,即难见功。

## 2 加减有则,贵在灵活

运用古方需要随证加减,因病症有主次之分,脏腑互有联系和影响。组方时不但要突出主治,对有关联的症状有时也需兼顾。比如,主症为中虚胃痛,痛在夜间,夜不安寐,在选用黄芪建中汤时,可加茯苓、远志,或酸枣仁、夜交藤等一二味以宁心安神,有助于提高治疗效果。因“胃不和则卧不安”,而“神不安舍”也会影响到胃。再如,肝郁气滞引起的胁下胀痛,常选柴胡疏肝散等加减;如兼少腹(脐之两旁)引痛,则加乌药、川楝子、青皮等疏泄厥阴;如伴腹部冷痛,又可加肉桂、淡吴萸或小茴香之类温经散寒。因这些病症的特点都属肝经,在病机上是一致的。

加减的药物仍然要“对证”,而不仅仅是“对症”。前人积累了丰富的用药经验,这需要临证学习,细心体会,并经自己的手加以整理,以使用时参考。例如

肠燥便秘,若老人舌淡血虚者,每加当归、首乌、肉苁蓉等养血润燥;舌红口干阴伤者,则加生地、玄参、麦冬等滋阴润肠。再如泛酸一症,吞酸吐苦多属郁热,加川连、淡吴萸、煅瓦楞子;呕吐清水痰涎多属胃寒,加淡吴萸、法半夏、生姜等。还如胀症,若胃脘痞胀,常选陈皮、半夏、木香、砂仁、枳壳、佛手、香橼皮等理气和胃;腹部胀满,常选枳实、川朴、槟榔、莱菔子、大腹皮、乌药、沉香等行气疏腑;胸胁胀闷,常选醋柴胡、香附、青皮、郁金、苏梗、金橘叶等疏肝调气。虽然都是理气药,但同中有异,在具体选择时,必须考虑到病变部位和药物归经。

另外,选择一些符合病症特点的小品方或经验药对也有助于提高疗效。比如,金铃子散(川楝子、延胡索)行气止痛,用于气郁腹痛偏热者;枳桔散(枳壳、桔梗)升降气机,用于咽塞、胸闷偏于气滞者;失笑散(五灵脂、蒲黄)活血化瘀,用于瘀血脘腹痛者;三棱、莪术化瘀消癥,用于癥积硬肿者等等。还有一些常用验方,也是加减时的常用配伍,如对肝损或谷丙转氨酶升高,我常用夏枯草、垂盆草降酶保肝;痰核瘰癧,用炙僵蚕、浙贝、夏枯草、山慈姑化痰散结;胆石症,用三金汤(炙鸡金、海金沙、金钱草)利胆化石,效果良好。

### 3 药宜适量,过犹不及

古人云:“用药之妙如将用兵,兵不在多,药不贵繁,唯取其功。”目前处方的药味多少与剂量轻重,出入很大。一张汤剂处方,少则几味,多则二三十味,甚至更多;一味药的剂量,有用数克的,也有用几十克的。还有一般虚寒证,把干姜、肉桂、川椒、吴萸等用到10~15g,似乎没有这个必要。当然,除了认为病情复杂,地道药材已少,药材质量下降,有效成分含量不足,而考虑适当增加药量的因素外,我觉得总应有一定的法度或标准,主要根据病情需要而定。

古今组方有两种情况:一种是,病重复复杂的取其数多量重,病情表浅的取其数少量轻。另一种是,重病症急,用药味数少量重,取其药专效宏;轻症慢病,用药味数多量轻,取其力薄而缓。这是用药的一般规律。《内经》很早就提出大、中、小三种方制的概念,认为“大则数少,小则数多,多则九之,少则二之”;又说:“君一臣二,制之小也;君二臣三佐五,制之中也;君一臣三佐九,制之大也”。由此可知,处方药味虽无刻板规定,但却有一定规律可循。据考历代医案,多数医家的组方在9~12味之间,少则5~6味,超过14味以上的脉案虽有但并不多。说明药味的多寡与疗效并无直接关系,关键在于治法对路,配伍妥当。蒲辅周先生曾说:“用药无的放矢,用量越大,其弊越深。”对超常处方提出过训诫。

我在门诊也经常看到外地一些“大处方”,药味

堪比膏方,数十味药密密麻麻,然而病人反映服后并不舒服。一般来说,慢性病症,脾胃功能本就薄弱,药物浓度过高,难以消化吸收。即便是抗癌中草药,也多为“清热败毒”之品,过多使用反而“苦寒败胃”,不利于病情的改善,此所谓过犹不及也。开方应先讲理法,再议方药,不可随意拼凑堆砌,否则就是“有药无方”,达不到治疗效果。

### 4 治在达病,不在药贵

实践证明,药之贵贱,并不能决定疗效的高下,唯有针对病情,方药适当,方能取效。曾考《清宫医案研究》(陈可冀,中医古籍出版社2006年出版)一书,在浩瀚的皇室医案中,鲜见冬虫夏草等贵重药材,御医常用古方化裁,配伍严谨,用药平淡,实乃平中见奇,疗效卓然,堪称清时国手,值得今人效仿。而现时个别医生用药追求名贵,不考虑病情的实际需要和病人的经济负担,凡此不但于医术无补,相反有碍医德。

我认为,中医治疗的长处主要有三点:一是慢性病,二是疑难病,三是老年病。很多病症并非“一剂起沉痾”,而是多次复诊,慢治调理。有些贵重药物如因病情需要必须用时,可以使用;有些是可用可不用的,可以不用或少用;有些药材因病家经济难支,或者药源短缺(如保护动物类药),可以用替代品。

再提一点关于选方的问题。临床要开好方子,除辨证准确外,还涉及胸中有较多成方的资本,做到临证时心中有数,得心应手。“持数方以应百病,猎中者少,受误者众。”这是“医到用时方恨少”的通病。目前《方剂学》所编诸方算是一个基础,必须掌握运用。个人认为,在此基础之上,还要根据能力扩大范围。我的老师徐景藩先生曾说:“从事脾胃病专科的良好中医,所熟练掌握的与脾胃病相关的方剂不应少于200首(包括附方),否则难以适应消化病及其相关病症的治法需要。”多年来,临床实践体会,前辈所言极是。

“药有个性之特长,方有合群之妙用。”中医学术的发展,除经典著述、医案记载、经验传承外,还体现在历代对方剂学的贡献上,这是一个伟大的经验宝库。因此我们在学习方法上,尤要提倡博采众芳,取其所长,融会贯通,而不泥于一方一派之说,以此扩大我们的知识视野,从而在中医的百草园里开好方,用好药,治好病。

**第一作者:**刘沈林(1949—),男,医学硕士,主任中医师,教授,博士研究生导师,国务院政府特殊津贴专家,首届全国名中医。曾师从国医大师徐景藩教授,长期从事中医消化道肿瘤及脾胃病临床研究,具有丰富的理论与实践经验。

收稿日期:2017-07-28

编辑:吴宁