



中华中医药学会系列期刊  
中国学术期刊（光盘版）全文收录期刊  
中国核心期刊（遴选）数据库全文收录期刊

ISSN 1002-1078  
CN41-1110/R

# 国医论坛

FORUM ON TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

GUOYI LUNTAN



2013年1月 第28卷 第1期（总第157期）  
VOL. 28 NO. 1 January 2013

主管 河南省中医管理局

主办 中华中医药学会  
南阳医学高等专科学校

ISSN 1002-1078

01>  
9 771002 107004

2013

1

## 经方原方剂量应用临床体会

李宇铭

(北京中医药大学第一临床医学院东直门医院,北京 100700)

**摘要:**以汉代一两等于15 g的折算方法,运用经方原方以及原方剂量,总结250例病案的临床体会。在治验的病案之中,2剂药内治愈的病例占六成,5剂药内治愈的约占九成,需用7剂药以上的只占少数;2剂内病情减半的占八成,3剂内病情减半的占九成多。由此临床实践,初步验证了应用经方原方以及原方剂量于当今临床,具有“一剂知、两剂已”之速效。并体会到临床运用经方并非必须“灵活加减”,经方并非不能长期服用,经方煎服法方便患者,翻煎易破坏方剂配伍关系,使用经方必须注意药物质量,必须打破药典“常用量”的局限,使用原方必须重视原意。

**关键词:**经方;《伤寒论》;《金匱要略》;剂量;病案

中图分类号:R222

文献标志码:A

文章编号:1002-1078(2013)01-0003-04

经方是中医方剂中的经典药方,具有“药少精练、功专力宏”之美誉,《伤寒论》与《金匱要略》中所载的方剂习称经方,至今仍为医家所推崇。现代使用经方的医案报道及研究甚多,如《经方实验录》一类的经方验案医著至今亦不断出版。但是,大部分医家运用经方均是“灵活加减”,甚少严格按照原方的剂量与比例处方。为了证明“古方能为今用”,笔者近年心下悸(痰饮);轻者停于肺系,则短气(支饮)。更加严重者还会引动伏饮,出现喘满。显然,此段紧接上一条(第11条),并与第24条“膈间支饮,其人喘满,心下痞坚,面色黧黑,其脉沉紧,得之数十日,医吐下之不愈,木防己汤主之。虚者即愈,实者三日复发,复与不愈者,宜木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤主之”相呼应。

概括以上三条,不难发现伏饮病的严重性:病位广泛,遍及膈间、肺系(喘满)、胃脘(心下痞坚);病程漫长,深达血分(面色黧黑);病性复杂,亦虚亦实(其脉沉紧,得之数十日,医吐下之不愈)。可以由“饮水多”引动,故为伏饮;证候以“喘满”为主,故为支饮。

相比于“食少饮多”的诱因性质,“皆大下后善虚”是更加根本的病因。痰饮病以阳虚水停为主要病机,故治疗“当以温药和之”。在处理虚劳之类的疾病时,如果误用大陷胸汤、十枣汤等峻下剂,势必重伤脾胃阳气,导致水谷受纳运化失常,从而形成水饮停留。痰饮病的成因概属于此等误治或失治。

由寒化饮,既是被动形成的结果,更是主动调节的反应。素体虚劳之人,本易感受外邪,再被误治失治,必然气津损伤。阳虚生寒,温煦气化失职,致使气津郁阻。津停生饮,逐渐积累增长,又为气津恢复创造了物质条件。也就是说,水饮兼具生理意义,决定

在临幊上作了一些尝试,坚持使用经方原方及原方剂量治病,以期体验经方的本来效果。

### 1 经方原方与剂量的争议

#### 1.1 关于“原方”

笔者在“经方的理论特点”<sup>[1]</sup>一文中指出:“经方在加减一药甚至相同药物但不同剂量时,就会成为新方……假若临幊中一定要称之为经方而与时方作了疾病的痊愈与否。

这一病理过程体现在脉象上,就是从弦脉走向平脉。弦主寒凝气滞。当水饮未成之时,脉体紧绷,可见双侧脉弦。伴随着水饮形成,脉体舒缓,将出现递进式变化:先是饮侧渐复,仅余寒侧脉弦;再到双侧渐复,脉象但紧不弦;终至双侧尽复,脉象由紧转平。

假如水饮是停留在肺系,病情会从气喘、短气证候较轻的肺饮发展成较重的支饮(支撑胀满)。此时,一旦肺饮达心,心部于表,就有汗出自愈之机。如果阳气难以继,必须善加引导,采用小青龙汤温肺发阳,仍然可收饮去阳复之效。否则,人体就会形成完全病理意义的水饮,轻者留饮,重者伏饮。

回到原文,第12条的第一段主要探讨了伏饮病的诱因,当独立作为一条;从第12条的第二段到第14条,集中探讨了由寒化饮的脉象变化,不可分割,当合并为一条。

综上所述,《伤寒杂病论》成书于一千八百年前,其医学用语和行文习惯都有鲜明的时代特点。此书在历史上长期隐匿,迭遭变乱,虽数次得到编次整理,但出现疑文错句也在所难免,尤以《金匱要略》更甚。因此,要想正确地理解原文,必须把握其时代特点,并敢于打破前人的一些错误认识。

(收稿日期:2012-10-08)

区别,必须要严格按照原方的要求,对于药物组成以及剂量比例应严格遵从。”但实际上,现代临床中很少有中医单纯使用经方原方药物组成,更少有使用原方剂量处方,可是仍自称是使用了经方。且有医者认为“古方不能今用”,强调使用经方是必须按病情灵活加减。

因此,本研究所收载的病例,主要以符合原方药物组成并遵循原书的加减法而处方为目标,以临床运用获效为收录条件,未愈或误治病案亦收录以作为参考对照。

### 1.2 关于“原方剂量”

近代对于经方药物剂量的衡重折算,已渐有共识,剂量折算应当偏大。代表者如柯雪帆<sup>[2]</sup>根据文物考古,认为汉代一两当为15.625 g;近期研究如范吉平等<sup>[3]</sup>考证,认为经方一两折合今制约13.8 g<sup>[3]</sup>;而笔者在“经方药量衡重折算刍议”<sup>[4]</sup>一文中指出,经方药量折算,一两当在今之14~16 g的较大剂量范围。这些考证认识,与过去“古之一两,今之一钱(3 g)”的说法大相径庭,现在临床实践中亦甚少有医家运用这一较大剂量,形成了理论与实践的鸿沟。

经方的衡重折算,现在普遍认为是较大的重量。例如桂枝三两,按上述一两折合13.8 g抑或15.6 g计算,则桂枝的量分别为41.4 g或46.8 g,两者之间只相差5.4 g,这一剂量差距,在剂量偏大的情况下,对药物功效影响较低,在临幊上可忽略不计。

因此,本研究采取一个简约的方法,以汉代一两约等于15 g折算,以便于处方换算计量。另一方面,由于经方每一首方剂的煎服法各异,有“日X服”的不同次数,因此,经方除了药物的“折算量”外,还有“一次量”和“一天量”的不同剂量,本研究强调原方剂量,并讲究原方的煎服法及方后医嘱。

### 1.3 “原方剂量”并非等于“大量”

现代医家很少使用经方原方剂量的原因,是觉得一两折算15 g的方法剂量甚重,实际上并非如此。由于经方一般分多次服用,较多为“日三服”,如桂枝汤中桂枝三两,按3次服计算,则桂枝的一次量为15 g,现代不少中医临床处方也基本是这一剂量,不同点是经方的“一天”服用量较多。

另一方面,经方药味数很少,“平均在4.81±2.28,而相较现代北京、河南与上海等不同地区的3509个临床处方,药味数平均在15.52±4.16”<sup>[3]</sup>,若从全方的总剂量来看,现代临床处方的剂量与古代不相上下。

## 2 经方原方的临床应用

### 2.1 病案来源与收录时地

本研究收载了笔者亲自诊治的250例经方病

案,其中83例是笔者在香港以及中国内地的亲友,其余167例则是笔者到菲律宾一处偏远农村义诊时的案例。患者的年龄与疾病比较宽泛,包括了2岁到86岁的男女患者,主要为内科和妇科疾病,亦有个别儿科、外科病证。

病案收录时间从2005年至2011年,其中2005年1例、2008年2例、2009年3例、2010年138例、2011年106例,以2010年至2011年最为集中,占244例,亦是笔者逐渐熟练运用原方的时期。实际上这期间使用经方并不只250例,因于病案记录不全、复诊不完整等因素,使得一些病案难以收载统计。

### 2.2 药物来源与法规问题

药物来源方面,香港与中国内地的患者均是开出处方后由患者自行到药店抓药;而在菲律宾的义诊患者,则为赠医施药,由笔者直接从中国购买药物,以确保药物质量。

由于经方原方剂量处方偏大,一般远超《中国药典》之规定,难以在一般中医诊所开出处方,故本研究的病案均为免费诊治,医生与患者建立互信关系后,患者自愿接受治疗。每次处方时,均核对原书,以确保方药以及剂量准确。

### 2.3 疗效评价

由于当前应用原方剂量的医案报道甚少,且单纯研究一首经方不能体现对所有经方原方剂量应用的可行性,故本研究以广泛使用多首经方为目标,而不局限在某方某病,病案所涉及的病种以及所用经方很多,这是对经方原方剂量应用的研究初探,可作为日后进一步临床研究的基础。

在评定疗效时,本研究创制了两项特色评价方法:以“主诉治愈”与“主诉减半”的服药剂数作为疗效判断依据。以患者主诉的治愈或好转与否以说明疗效,这是传统中医判断疗效的方法,类似于《素问·邪气藏府病形》篇中“上工十全九、中工十全七、下工十全六”的疗效统计思想。

所谓的“主诉治愈”,是指患者自诉病情完全消失或显效,抑或使用该方取得了阶段性效果,仍有一些兼症未完全消失而改用其他方药或疗法。所谓的“主诉减半”,是指患者自诉病情减轻50%或50%以上,患者复诊时,笔者刻意询问主诉减轻的百分比程度,以患者自我感觉为准。

### 2.4 本研究的局限性

本研究并非严谨的科学的研究,而属于个人临床体会总结。由于大部分病案是在义诊中获得,只能以短期疗效为收录条件,难以进行治愈后的长期疗效追踪。另外,以患者主诉为疗效判断标准,很大程度上会受到患者的主观性影响,只因笔者能力所限,未能以其他客观指标作为评价方法,这只能在日后的

研究中进一步完善。

### 3 结果统计

#### 3.1 运用经方数量统计

在 250 例病案之中,一共运用了 75 首经方,包括《伤寒论》方 46 首,《金匱要略》方 29 首。其中部分经方使用频次较多,如桂枝汤及其类方共约有 40 余例,小柴胡汤及其类方约 37 例,小建中汤与黄芪建中汤 10 例,苓桂术甘汤 18 例,苓甘五味姜辛汤 9 例,真武汤及其加减法 14 例,附子汤 13 例,栝楼薤白白酒汤及其类方 8 例,当归芍药散 10 例等。这与笔者所能遇到的病种、用方习惯有关,亦可侧面反映某一类经方较为常用。

个别病案还运用了一般认为功效峻烈之方,如大青龙汤、小青龙汤、麻黄汤、麻黄杏仁甘草石膏汤、越婢汤、白虎汤、大承气汤、抵当汤、桂枝芍药知母汤、乌头汤等。250 例病案之中,有 217 例只用 1 首经方,27 例先后用了 2 首经方,5 例用了 3 首经方,1 例用了 4 首经方。

#### 3.2 “主诉治愈”者疗效统计

250 例病案中,有 238 例治愈;10 例未完全治愈,或义诊结束未能继续跟踪追访;另有 2 例误治病案。所有病案之中,基本没有因药物剂量过大而出现不良反应者,只有个别因为药物质量差、炮制不当而见副作用,也有因辨证不准而使病情恶化者。

在 238 例治愈的病案中,有 5 例因使用两方以上难以判断效果属谁,另有 6 例并非使用汤剂,因此只有 227 例汤剂病案能够统计出一共服用了多少剂数,详见表 1。

表 1 227 例验案中“主诉治愈”服药剂数统计表

主诉治愈剂数	病例(%)	累计病例(%)
1	16.7	16.7
2	45.4	62.7
3	10.6	72.7
4	7.9	80.6
5	8.8	89.4
6	4.4	93.8
7 或以上	6.2	100.0

由表 1 可以看出,227 例中 2 剂药内治愈者占了六成,五剂药内治愈者约占九成,需用 7 剂药以上的只占少数。

#### 3.3 “主诉减半”的疗效统计

在前述 10 例未完全治愈的患者之中,有 3 例是服药后主诉减半,因此共有 230 例可作统计,详见表 2。

表 2 230 例验案中“主诉减半”服药剂数统计表

主诉减半剂数	病例(%)	累计病例(%)
1	24.8	24.8
2	55.2	80.0
3	12.6	92.6
4	1.7	94.3
5	2.7	97.0
6	1.3	98.3
7 或以上	1.7	100.0

由表 2 可以看出,230 例中服药后 2 剂内主诉减半者约占八成,3 剂内能够使主诉减半的病例占九成多。

但是,由于部分病案无法清晰记录减半剂数,上述数据未能完全反映实况。一些病案中初诊即直接处方两剂药物,患者服药后即愈,未能告知减半服药剂数,则该例病案的减半剂数与治愈剂数等同。因此,实际上 1 剂即能减半的案例应当更多,部分 1 剂减半的病案被归纳到 2 剂减半的案例之中。

#### 3.4 菲律宾义诊病案统计

在 250 例病案之中,对 167 例菲律宾义诊病案作了特别统计。这类病案一共分两次义诊:第一次是 2010 年 9 月的 3 周义诊,共 149 名患者,99% 使用经方原方剂量(其中有 1 名患者另行组方外洗),有 82 例能收录在案,其余患者未有复诊。82 例中有 75 例完全治愈或显效,7 例病情减半未能痊愈。第二次是 2011 年 7~8 月的 4 周义诊,共 169 名患者,100% 使用经方原方剂量,有 85 例能收录在案,其余患者未有复诊。85 例中有 3 例未完全治愈,2 例误治。另对于未有复诊的患者,进行电话随访,结果在能够接触到的 24 位病人之中 1 位患者服药后病情加重,1 位患者无服药,2 位患者效果不显因在外地无法复诊,其余 20 位患者皆因治愈而不再复诊。若按这一数据推算,治愈率达 83.0%。

### 4 临床体会与讨论

#### 4.1 古方能为今用

笔者临床尝试用经方原方以及原方剂量的结果说明,大部分情况下均能取得佳效,未见因剂量过大而出现不良反应,至于个别出现副作用的病案,皆属辨证不准或药物质量问题所致。由此可以初步证明,经方原方剂量能够应用于今天,而从在菲律宾义诊的情况来看,亦说明经方可用于中国以外的热带地区。

#### 4.2 “一剂知、两剂已”之速效

以上数据明显反映出经方效如桴鼓。虽然疗效是随着病证的复杂程度、医生所接触的病种而有所变化,但综合大量使用经方原方剂量的案例来看,经

方大多能获“一剂知，两剂已”之速效，只是个别病案获效较慢，这或许与患者正气偏虚、药物质量欠佳以及医者水平有限等因素有关。

#### 4.3 经方并非不能长期服用

过往一些医家认为经方必须“中病即止”，不能长期使用，但在笔者的病案之中，亦有9例坚持服用7剂以上（2例服用10剂、1例12剂、1例15剂、1例17剂、1例19剂、2例20剂、1例30剂）才获效的，这说明使用经方后效与不效亦并不是或必然是“一剂知，两剂已”，而是根据实情也可以长期服用的。

对于经方可否长期服用的问题，笔者认为，由于经方一般获效迅速，因此只能说是“不需”长期服用而非“不能”。另一方面，所谓“中病即止”，是指某些较为猛烈的经方而言，这些经方服后一旦取效即可停服，以防伤正，而非所有经方的运用都按此要求。

#### 4.4 原方剂量拉伸范围很大

在仲景原著中，确实部分经方剂量很重，但亦有一些经方剂量甚轻。例如小柴胡汤运用柴胡八两约120 g，即使一次量计算亦为40 g；大青龙汤中麻黄用六两约90 g，即使一次量亦为30 g。但是，亦有剂量甚轻的时候，例如表郁轻证三方，桂枝麻黄各半汤中芍药一次量为5 g，麻黄升麻汤中桂枝一次量为1.3 g。总而言之，应当这样理解，经方的剂量拉伸范围很大，多是随着病情而变化，亦有因煎服法不同而使剂量多变的。

#### 4.5 运用经方并非必须“灵活加减”

根据笔者运用原方治病的体验，并非只是在遇到典型、简单的病情时才使用经方原方，即使面对多病机共存的复杂病证，仍然可以选择使用经方原方，这种情况下分清先后缓急，集中击破某一核心病机，这亦是上述案例中常能获得速效的原因。笔者认为临床运用经方，并非必须“灵活加减”，使用原方亦能治病。

#### 4.6 经方煎服法方便患者

人们对中医有“慢郎中”的称谓，这除了指服中药获效慢之外，还由于煎服法的不便，例如煎药时需要“浸泡”药物，煎药需要煎第二次（翻煎），因此服中药不如西药方便。但是，假若按照经方的煎服法，并没有浸泡药物的要求，而且煎药一次能分服多次，这给患者带来极大便利，加上经方疗效迅速，因此用经方治病可一改中医“慢郎中”的形象。

#### 4.7 翻煎破坏方剂配伍关系

所有经方的煎药法并没说要“翻煎”，若从理论上仔细考虑，“翻煎”并不符合仲景学术思想，这会破坏方剂学的配伍理论。由于张仲景加减一味药即另名新方，例如桂枝汤在煎煮第一遍后，各种药物释出的药性多少不同，生姜为生药当已煎出大部分药汁，

第二次煎煮时已成为“桂枝减桂枝芍药甘草大枣去生姜汤”，假若将第二次煎煮的药物与第一煎相合再分开，实际上也破坏了第一煎的药物配伍关系。

在笔者的病案之中，为了珍惜药物资源，一些病案中亦会嘱咐患者翻煎药物，但是翻煎汤药显然味道较淡，且部分患者反馈，服翻煎药后有不适感觉，这可理解为药物之间失去了原方配伍关系而出现的不良反应。

#### 4.8 使用经方必须注意药物质量

使用经方原方时，必须同时注重药物的质量。由于经方药味少，假若其中一药出现问题，即对方药疗效造成明显影响。笔者在运用大青龙汤治病时，曾用90 g 麻黄患者却无任何不适，而有时只用30 g 麻黄反而出现心悸失眠的副作用，这是由于麻黄质量问题，假若能做到“去上沫”而且“去节”的麻黄，则效果缓和，就不会出现副作用。又如笔者曾给患者运用20剂附子汤治疗关节疼痛未愈，其后嘱咐患者到另一药店购买炮附子，结果服1剂即告病情大减，显然前服无效的原因是由于附子质量问题所导致。

#### 4.9 打破“常用量”的局限

由于《中国药典》对中药进行了“常用量”的规定，导致在中国内地运用经方原方剂量十分困难，在药店或医院中难以抓到处方。实际上，《中国药典》的规定当理解为“安全量”而非“常用量”，且现代处方多为“一次剂量”而言，而非经方一天多次服用的剂量。由于《中国药典》限制了一天服用量，与历代中医处方模式有所违背，缩窄了中医处方的灵活范围，这亦是中医临床疗效下降的原因之一。因此，打破“常用量”的限制，提倡经方原方剂量的应用，或许可为提高中医临床疗效的一种途径。

#### 4.10 使用原方必须重视原意

经方有“药少力专”的美誉，对于病机诊断的要求非常严格，假若辨证不准即不能获效，甚至加重病情。因此，运用经方原方时不可随便草率，而是要从证候（临床表现）、病机、治法、方药、剂量等方面综合考虑，做到“证机法方药”环环相扣，亦即使用原方要讲求原意，这才是对仲景学术思想的高水平发挥。

#### 参考文献：

- [1] 李宇铭. 经方的理论特点[J]. 环球中医药, 2012, 5(1): 29-32.
- [2] 柯雪帆. 现代中医药应用与研究大系: 伤寒与金匮[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 1995: 139-142.
- [3] 范吉平, 程先宽. 经方剂量揭秘[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 98, 38-39.
- [4] 李宇铭. 经方药量衡重折算刍议[J]. 中医杂志, 2010, 51(增刊2): 7-9.

（收稿日期：2012-08-10）