

经方在中国传统医学和日本汉方医学的应用现状

王 欢¹, 朱 莹²

1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410007

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007

摘 要: 经方药物精简, 疗效显著, 历久不衰, 全国掀起了经方热潮。日本汉方医学与中国传统医学同源异流。当代经方大师多受日本汉方医学影响, 强调方证相应、体质辨识与腹诊, 这也成为现在大多数经方学者研究的方向。中医和汉方医学在经方的辨证体系、应用形式、剂量和剂型上均存在不同。清晰认识我国经方和日本汉方医学的发展现状, 了解其中差异, 扬长避短, 为我国经方的正确发展提供思路, 也为我国经方制剂的研发提供借鉴。

关键词: 经方; 中医学; 日本汉方医学; 方证相应; 经方研发

中图分类号: R28 文献标志码: A 文章编号: 0253-2670(2019)15-3714-06

DOI: 10.7501/j.issn.0253-2670.2019.15.030

Application status of classical prescription in traditional Chinese medicine and Japanese Kampo medicine

WANG Huan¹, ZHU Ying²

1. Hunan University of Traditional Chinese Medicine, Changsha 410007, China

2. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Traditional Chinese Medicine, Changsha 410007, China

Abstract: Classical prescription is long-lasting which is characterized by simple composition and obvious curative effect. It is popular over China and welcomed by many people. Japanese Kampo medicine and traditional Chinese medicine originated from the same resource but flowed into two branches. Some classical prescription experts are mostly influenced by Japanese Kampo medicine, emphasizing the correspondence between prescriptions and syndromes, physical identification and abdominal diagnosis, which have become the research direction of most classical prescription scholars. Traditional Chinese medicine and Japanese Kampo medicine differ in the dialectical system, application form, dose and dosage form of classical prescription. It is important to have a clear insight of the development status of classical prescription in Chinese medicine and that of Japanese Kampo medicine, understand the differences between them and make full use of advantages and avoid disadvantages. It can provide ideas for the correct development path of classical prescription and reference for the research of preparation of classical prescription in China.

Key words: classical prescription; traditional Chinese medicine; Japanese Kampo medicine; corresponding prescriptions and syndromes; research and development of classical prescription

经方是《伤寒论》和《金匱要略》(统称为《伤寒杂病论》)中所载方剂的尊称, 因疗效显著、历久不衰, 被誉为“众法之宗, 群方之祖”^[1]。

中国传统医学即指中医学, 一般专指汉医学, 是以中国哲学中的阴阳五行作为理论基础, 通过望闻问切四诊和参的方法, 探求病因、病性、病位, 分析病机及人体五脏六腑、经络关节、气血津液的变化, 判断邪正消长, 进而得出病名, 归纳出证型,

以辨证论治原则, 制定汗、吐、下、和、温、清、消、补等治法, 使用中药、针灸、推拿、按摩、拔罐、刮痧、气功、食疗、音疗等多种治疗手段, 使人体达到阴阳调和而康复。中医学是以《黄帝内经》为理论基础, 《伤寒杂病论》为辨证论治基础。《伤寒杂病论》问世不久就被一分为二, 后世温病学派的兴起贬低了六经辨证, 直到柯琴的《伤寒来苏集》出版, 经方开始复苏, 后又随着胡希恕、刘渡舟、

收稿日期: 2019-02-01

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81874466)

作者简介: 王 欢(1982—), 女, 副主任医师, 在读博士, 研究方向为中西医结合内科。Tel: 13687523268 E-mail: welley@163.com

*通信作者 朱 莹, 女, 博士, 博士生导师, 主任医师, 从事中医内科研究。E-mail: zhuying089@126.com

郝万山、冯世纶、黄煌、李赛美等一批经方大家的涌现,经方才再次进入大众的视野,在全国掀起了一股经方热潮,分别形成了冯世纶、黄煌、李赛美为主的北京、南京、广州3大经方派系。

日本传统医学即指日本汉方医学,在日本幕府末期以前被称为本道,是日本的主流医学,明治维新后因西医成为主体,开始被称为“汉方”^[2-3]。汉方医学源于中医学,与中医学一脉相承,又在长期的发展过程中,结合自身的理论研究和临床实践,形成了与中医同源异流的“日本化了的中医医学”^[4]。据考证,中国医药在5世纪前后经朝鲜传入日本^[3,5],中日医学直接交流的最早记录是公元562年吴人知聪携《明堂图》及医药书籍到日本^[6],后中医在日本得到广泛传播,以曲直濂道三为代表的“道三流派”是日本汉医“后世派”的代表,标志着具有日本民族特色的汉方医学体系形成^[7]。而被日本尊为医学圣典的《伤寒论》是在镰仓时代(1192—1333年)通过宋元印刷本传入日本^[5],室町时代明应年间(1492—1500年)坂净运赴中国学习张仲景学术思想,并从中国带回《伤寒杂病论》,后永田德本(1513—1603年)继而倡导张仲景医说,被誉为“古方派的先驱者”^[8]。江户时代古方派的代表人物吉益东洞(1702—1773年)尊张仲景为师表,独推《伤寒论》,提出方证相对,善用经方,成为日本汉方医学古方派的代表人物,使汉方医学焕然一新,汤本求真、大塚敬节等也是古方派的著名医家代表。

虽然中医学与汉方医学都受到了西方医学的极大冲击,但中国的中医学者及日本的很多学者仍在关注和研究经方。经方在日本汉方医学中占据了主导地位,有统计表明,在出典的128品目日本汉方制剂中,经方61个,占48%,时方48个,占37%,日本本国验方19个,占15%^[8]。近几年中国掀起了经方热潮,对经方的研究日益增多。经方大家胡希恕曾表示汤本求真的《黄汉医学》指导了其临床用药,明显提高了临床疗效,提出“方证是辨证的尖端”,其弟子冯世纶更是将“方证对应”学说发扬光大,成为目前中国研究与发展经方的主流。黄煌教授也是留学日本后受日本汉方医学影响,归国后发扬了体质学说,将人分为若干体质。由此可见日本汉方医学对中国的经方发展起到了很大的推动作用。本文就经方在中国和日本的应用现状做比较研究,为我国经方扬长避短,促进我国经方更好的传承与发展。

1 临证思维比较

1.1 理论渊源不同

《黄帝内经》是中国现存最早的医学理论著作,建立了以五脏系统为中心的脏腑经络和阴阳学说为核心的医学理论,构成了中医学的理论根基,对中医学影响至今。中国传统医学认为《伤寒论》来源于《黄帝内经》,认为张仲景六经辨证体系来源于《内经》的脏腑经络理论。著名经方家郝万山^[9]认为《金匮要略》杂病的治疗以脏腑经络辨证为主,《伤寒论》则是既源于《内经》脏腑经络理论又独立于《内经》之外的三阴三阳辨证体系,六经辨证不能脱离《内经》经络理论而存在。刘渡舟先生^[10]曾说:“脱离了经络学说的三阴三阳是无本之木,无源之水,就失去了存在的基础。”王军等^[11]认为张仲景六经概念源于《内经》十二经脉理论,并结合伤寒病变特点,形成了完整的六经辨证体系。

日本汉方医学认为《伤寒论》是与《黄帝内经》平行的一个独立的医疗体系^[12]。其理由是《黄帝内经》发生在黄河文化圈,是以针灸等物理疗法为主的医学;而《伤寒论》则发生在江南文化圈,是以药物疗法为主的医学,两者是不同体系的医学,否定用《黄帝内经》的观点去研究《伤寒论》^[12]。胡希恕经方派即是受到日本汉方的影响,认为六经来源于八纲,目前中国有冯世纶、彭坚等学者支持这一观点,认为《黄帝内经》来源于医经,以阴阳五行、脏腑经络为理论体系,主要治疗手段为针灸,有理论无具体方药;而《伤寒论》来源于经方,以三分思维、六经辨证为理论体系,主要治疗手段为方剂,强调方证对应。

1.2 辨证体系不同

中医存在各家学说,辨证体系也纷繁复杂。总的来说,中医运用中医基础理论辨证论治,强调理、法、方、药的联系,即透过八纲、脏腑、六经、六淫、七情、气血津液、卫气营血、三焦辨证等中医基础理论,对患者的症状、体征进行综合分析,辨别证候,再拟治法、处方。临证多以脏腑辨证为主,结合八纲、气血津液进行辨证,外感病多结合六淫辨证。一般先辨阴阳,继而表里、寒热、虚实,还要对应相应的脏腑。中医的证是对某一个阶段疾病病因、病性、病位、邪正力量的概括。中医研究方证则强调在处方的基础上探求方剂相应的病机,存在“一方多证”与“一证多方”。

日本汉方医学以曲直濂道三为代表的后世派学

术以李杲、朱丹溪学术思想为指导,注重辨证论治,强调实证,引导汉方医学自身发展^[6]。而医学古方派辨证体系强调六经辨证与八纲辨证相结合的模式,以气血水学说为核心理论,释证析方,解释证候,分析方义^[13]。

吉益东洞对《伤寒论》经方极为推崇,认为张仲景随证投药,不拘病因^[7],注重具体的临床证候,唯方与证、方证相对才是仲景治法之大要^[14],明确提出“方证相对”,成为汉方医学的诊疗原则,并被汤本求真、大塚敬节发扬光大,对汉方医学的发展产生了深远影响。后世日本汉方十分重视《伤寒杂病论》的研究,并依张仲景原意选方用药,以“方证对应”与“药证对应”的形式指导临床应用^[2]。汉方医学的辨证,将“能指示病态的特异性之证候”与方剂直接联系,将证候诊断与处方直接连结,即“方证相对”^[15]。“有是证,用是方”,此证主要含义有证候、证候群、机体内部的病变、与方剂相适应的病型等,“方证”的对应关系就如同“锁”与“钥匙”的关系,证为锁,方为钥匙^[16]。

汉方医学“方证相对”是对病机的简化和治则的实用化,不考虑病因病机,仅考虑症状及其对应的方剂^[17],强调证的相对稳定性和证与治的统一性,是理论简化、重视实际证候的经验主义。大塚敬节在《汉方诊疗三十年里》就深刻认识到方证相对绝不是简单、孤立的,应重视阴阳虚实辨证的重要性^[18],并以阴阳虚实统领方证的选择^[19]。“方证相应”理论得到了中国胡希恕经方派的推崇,认为一个方剂的应用,有其一定的适用范围,这就是某个方剂的适应证,称作某方剂之证^[20]。其弟子冯世纶教授^[21]指出,方证理论指六经辨证论治体系,《伤寒论》的主要组成是诸多方证,其理论是八纲、六经,理论特点是先辨六经,继辨方证,求得方证对应治愈疾病。

1.3 中医重视脉诊,汉方医学重视腹诊

中医讲究望、闻、问、切四诊和参,尤重脉诊。《黄帝内经》即言“察色按脉,先别阴阳”。现有重视腹诊的,如黄煌教授就重视腹诊。当病情复杂,诊脉困难时,通过腹诊识别体质寒热虚实,辨别证候属性并确定治法^[22]。

汉方医学重视腹诊,认为万病之根在腹,临证以腹为中心确定方证,无论何疾必察腹部。腹诊最早见于中国《内经》《难经》,并在《伤寒杂病论》中得到了发展和临床应用,开辟了腹诊辨证施治之

先河^[23]。日本汉方医学从 16 世纪开始提倡腹诊,其后世派的代表曲直濑道三继承田代三喜发挥张仲景《伤寒论》的腹诊之法,编著了《百腹图说》,被认为是日本腹诊的开山之祖^[6]。在江户时代,根据理论根源不同,形成了“难经派腹诊”和“伤寒派腹诊”两大流派^[7,24]。伤寒派腹诊在《伤寒杂病论》的基础上结合自身的临床特点对腹诊进行了继承与发展,形成了一套腹诊理论体系,对日本汉方医学腹诊的发展产生了较为深远的影响。吉益东洞曾指出:“腹为生命之本,百病之根,是以诊病必先候腹”^[17]。伤寒派腹诊,主要以覆手按压法、三指探按法及抚循手法,综合运用望、闻、问、切等方法在胸腹部进行全面诊察的一种直觉诊法,用于辨别体质和人体正气强弱,诊断和鉴别疾病,确定病位,分析病因病机,指导治疗,推断预后^[23]。

1.4 体质辨证差异

1978 年王琦^[25]率先提出了“中医体质学说”的概念,并于 1982 年出版了第一部中医体质学专著,正式确立了“中医体质学说”,成为中医理论体系的重要组成部分。中医体质学说是指以中医理论为基础,研究人类各种体质特征与体质类型的生理病理特点,并以此分析疾病的反应状况、病变性质及发展趋势,从而指导疾病预防和治疗的一门学科^[26-27]。中医体质学说认为,体质是由先天的遗传和后天的获得所形成的在形态结构和功能活动方面所固有的、相对稳定的特性,与心理性格具有相关性,表现在人对环境的适应性、外界反应的敏感性以及对疾病的易感倾向性^[27]。体质学说与中医理论的“邪之所凑,正气必虚”相互吻合。王琦将体质分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质 9 种基本类型^[28],为当今体质辨识的标准,并为中医治未病提供了依据。体质与证既具有相关性,又各自存在,表现为不同体质对某种证的易感性,而体质较稳定,证却是随时变化的。

日本方证体质学认为,体质是遗传因子决定的,具有一生不变性,但通过治疗可以改变,可根据虚实判断人的体质,体质决定证,证是可以改变的^[29]。日本汉方家吉益东洞用体质辨证就是方-病-人。大塚敬节也认为腹诊必须结合脉诊及体质状态来辨证,病同而治异因人之差别^[18]。

1.5 对经方药物认识不同

在对经方药物认识方面,中医主要从药性、药

味考虑,主要理论依据为历代本草著作,但主要参考是《中药大辞典》。如中医将石膏归于清热泻火药,主要功效是清热泻火、除烦止渴;黄芩苦寒,归于清热燥湿药,主要功效是清热燥湿解毒;桂枝归于解表药,发汗解肌、温通经脉;柴胡归于解表药,大剂量解热,中剂量疏肝,小剂量升阳;白术归于补益药,健脾益气;苍术归于燥湿药,用于健脾燥湿。现代经方家强调对经方药物的认识需要以《神农本草经》为依据,要从张仲景用药的角度去考虑药物的作用。

日本汉方从药证相对来认识药物,主要依据为《伤寒杂病论》,从条文中出现的症状来解释药物的作用。他们认为张仲景是根据具体的临床症状用药而非抽象的病因。如日本汉方医学则认为石膏主治烦渴,旁治谵语、烦躁、身热;黄芩主治心下痞,旁治呕吐、下利、心下苦满^[30];桂枝主降冲逆^[31];柴胡主治胸胁苦满,旁治寒热往来;术(包括白术和苍术)主要功能是利水^[32]。

1.6 与现代医学模式的交叉性差异

中医经过几千年的积累,具有很好的临床疗效,尤其是经方更是经久不衰,临床仍效如桴鼓。但中医是主观经验医学,如何进行客观化、现代化转变是现代中医面临的难题。《伤寒论》经方根据临床见证,而不是病因,见证是具体的,而病因是抽象的。对于中医来说,“有是证,用是方,方证对应”是学好中医的一条捷径。这样或许可以将病证客观化,从而走向世界。

日本汉方医学认为《伤寒杂病论》是在长期人体实验的基础上加以总结,并以方证的形式写成的,简明实用,可重复性高。方证相对主旨是定证、定方,证有规定,方无加减,实现汉方证治标准化^[14]。方证相对在现代看来更具有科学性和客观性。吉益东洞方证相对是对以方类证的标准化、简单化借鉴,可谓中医学规范化诊疗之先导。大塚敬节则是将方证与西医病名相结合进行诊疗,也可谓是将传统医学与现代医学进行有机结合^[18],有利于传统医学的现代化研究。但绝对不能将经方与西医病种进行简单的组合,日本小柴胡事件就是经方西用结果。方证相对是促进了诊疗的标准化和规范化,但因对疾病与个体的复杂性考虑不周全,终究还是停留在经验医学^[33]。

2 常用经方形式比较

中医临证用方多不拘原方,方药组成视病因病

机进行药味加减与剂量调整或进行多方整合。中医这种合方思维被认为是充分体现出中医的整体思维、中和思维、变易思维与功用思维,是中医思维的产物与体现^[34]。医生在临床应用经方时同样如此,甚者仅取方中代表性的与病机相符的一两味药即称经方,不但违背了经方的原旨,也不利于经方的研究。

日本汉方医学认为若对原方作过多的剂量或用药变化便会失去“方证相对”的意义,所以方剂组成与药物用量均恪守《伤寒论》原文,基本固定原方药味和配伍比例,较少加减,保持仲景立方本意^[12-13,17]。日本汉方医学应用经方的这种形式现已被中国一些经方家认可,开始进行原方应用探索,有利于经方的深度研究。

3 常用经方剂量比较

《伤寒杂病论》中共载药 206 种,载方 296 首。由于历代度量衡的演变,中医学对经方剂量尚无定论。中医界有以《伤寒论》1 两为今 1.3~2 g、3 g、6.96 g、13.8 g、15.625 g 等多种说法^[35-36],目前多偏向于 1 两等于 13.92 g 或 15.625 g 的观点^[37],但临床大都仍以 1 两等于 3 g 用经方。刘起华等^[38]以煎煮有效浓度的方法认为以 1 两合 9 g 进行经方剂量换算时,饮片的有效成分煎出率最高。因剂量无法统一,对于经方用量尚未实现规范化。

日本汉方医学所用药物种类较少,用药剂量也小。汉方医学认为《伤寒杂病论》1 两等于 1.2 g^[12]。研究表明,日本排列前 50 位药物有 41 种和我国经方常用前 50 位药物一致,汉方药物剂量明显偏小,仅有 8 味药最大剂量大于 10 g/d,石膏用量最大 20 g/d;有 16 味药物的最小剂量小于 1 g/d,排列前 50 位药物中,平均剂量 1.2~9.4 g/d,只有石膏和芍药大于 5 g/d,超过 80% 平均剂量 2~5 g/d,相当于中医药现代临床用量的 1/3~1/5^[39]。

4 常用经方剂型比较

中国经方剂型大都为汤剂,较少使用丸剂、散剂等其他剂型。现已有冲调方便的各个成分的颗粒剂,但仅限于医院,且也不齐全,而且味道难被大多数人接受。中国市场上按经方原方制成的成方制剂较少,仅 20 余种,多有加减,疗效不确切,且方名常有所改动。虽然进行了很多实验及临床研究证明半夏泻心汤治疗胃肠道疾病的有效性,但中国至今仍没有半夏泻心汤的成药制剂。市场上中成药大多都为现代研制的一些医生经验方,质量良莠不齐。现代生活方式大

大限制了中药的使用,需要成品替代。

日本汉方制剂主要剂型有煎剂、散剂、细粒剂、颗粒剂、片剂、丸剂、液剂等,其中以浸膏制剂即颗粒剂最为常用,占比达 90% 以上,具有精细的生产工艺和严格的质量控制^[40]。浸膏制剂作为传统汤剂的改良剂型,既继承了汤剂的综合治疗、易吸收、显效快的优势,又具备了成药易保存、易携带和便于服用的特点,同时,也克服了传统中药口感苦涩、服用量大、工艺不合理、有效成分破坏严重的不足^[41]。汉方制剂选用经典名方,多为经方,工艺上只认可浸膏剂或浸膏化制剂,基础是与“标准汤剂”对照,通过与标准汤剂比较指标成分转移率、浸膏得率,从而保证浸膏质量与标准汤剂基本一致^[42]。《一般用汉方制剂承认基准》(简称《基准》)收载处方大多来源于《伤寒杂病论》,于 1975 年首次出版,1976 年被日本政府纳入国民医疗保险,现共收录 294 个处方^[43],奠定了日本汉方制剂研究及生产的基础。

5 现代经方研发比较

中国对于中药方剂的研发为仿西方研究模式,先进行动物实验、再进行 I~IV 期临床试验。我国经典名方可以免除临床试验是基于人用历史有效性的考虑,动物实验是研究药物安全、有效的作用机制,使疗效客观化。但是中医复方本身就是多靶点整体治疗,临床有效就是最好的疗效证明,要用西医的理论探讨作用机制存在很多不确定因素。我国经典名方的研发工作,中药复方工艺筛选时,不能仅限于 1 个或几个成分的研究,需要从人用经验的传承角度尊重原来临床有效的工艺,审视、比较、确定工艺^[44]。

近些年,日本基于我国《伤寒杂病论》等经典著作,对经方制剂进行不断研究开发,并实现产业化,不断完善汉方制剂注册审批制度,健全汉方制剂质量管理标准体系^[45],形成了具有日本特色的汉方制剂体系。汉方制剂拥有强大的国际竞争力,2000—2010 年,日本医药品产业稳居世界医药品市场第 2 的位置。日本认为经方经过了千百年来的医疗实践,基本认可其有效性和安全性,故规定制药企业在申报这些基本处方制剂生产许可时,手续可以简化^[42]。日本汉方制剂精美的外观、便捷的服用、良好的口感、卓越的疗效及高品质、安全、有效的优势使其在国际市场上深受民众信赖和认可,取得如此高评价的根源在于日本对汉方药的研制开发、生产及销售环节的高度重视^[46]。日本重视生药

品质及汉方制剂的研制与开发,从药材源头、生产工艺和上市评价各个方面进行质量控制和规范化,而生药 83% 来源于中国。日本汉方药源于中医药,但在长期的历史发展过程中,逐渐形成了具有日本特色的汉方药文化,并建立了完善的汉方药生产质量管理规范及注册管理制度,形成了有别于我国中成药发展的汉方药研究开发模式及质量控制管理体系^[46]。日本制药企业在汉方药研发、生产及销售的全流程做出了质量管理标准化体系的顶层设计,取得显著成果。

6 结语

随着现代生活方式的改变,疾病模式和医学模式也发生了变化,人民群众的健康观念也随之发生了改变,中医药调治优势日益凸显。尤其是随着经方热的兴起,经方以其药简效宏的优势再次走进了大众的视野。日本汉方医学的方证相应、体质辨证、重视腹诊在很大程度上影响了中国的经方发展,成为当代大部分经方学者研究的方向。经方应用应充分尊重中医药理论指导和中医临床应用特点,强调中医辨证。我国经方制剂的研发工作可借鉴日本汉方制剂的政策、审批、生产及技术要求。用《伤寒杂病论》原方原剂量比例做成制剂,让经方应用具有便利性和可重复性,促进经方的现代化研究,但在经方药物剂量上还有待进一步商榷。

参考文献

- [1] 刘渡舟. “经方”溯源 [J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22(1): 7-9.
- [2] 杨俊, 何剑平. 论经方与汉方之异同 [J]. 湖南中医学院学报, 2002, 22(3): 38-39.
- [3] 小曾戸洋. 漢方の歴史 [M]. 東京: 大修館書店, 2006.
- [4] 刘延州. 日本传统的汉方医药在复兴 [J]. 中医杂志, 1980(7): 75.
- [5] 杨晶鑫. 近世日本汉方医学变迁研究 [M]. 长春: 吉林大学出版社, 2010.
- [6] 马骏, 王育林. 曲直瀨道三在日本汉方医学中的地位 and 贡献 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(1): 76-79.
- [7] 潘桂娟. 日本汉方医学的起源与兴衰 [J]. 中华中医药杂志, 2005, 20(12): 712-715.
- [8] 刘辰, 高慧, 闫国跃, 等. 日本汉方药与我国中成药用药指导比较分析 [J]. 中草药, 2018, 49(17): 4178-4183.
- [9] 武冰, 郝万山. 《伤寒论》六经辨证体系与《黄帝内经》五脏阴阳理论的关系 [J]. 北京中医药大学学报,

- 2007, 30(12): 802-804.
- [10] 刘渡舟. 《伤寒论》自注 [J]. 新中医, 1980(4): 12.
- [11] 王 军, 吴 彬, 权晓玲. 《伤寒论》六经体系与《黄帝内经》十二经脉体系的关系刍议 [J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(3): 926-928.
- [12] 成肇仁. 试论当代日本汉方医学治《伤寒论》的理论及学术特点 [J]. 河南中医, 1993, 13(5): 247-248.
- [13] 贾 波. 试论汉方医学对仲景方研究的特点 [J]. 成都中医学院学报, 1989, 12(4): 9-13.
- [14] 于真健, 杨 彪. 论日本汉方医学方证相对 [J]. 国医论坛, 1996, 11(4): 20-21.
- [15] 日本东洋医学会学术教育委员会. 入门汉方医学 [M]. 东京: 南江堂, 2002.
- [16] 王 进. 中医学与汉方医学的合方源流诠释及其临证思维比较 [J]. 北京中医药大学学报, 2017, 40(10): 813-816.
- [17] 郑红斌, 陈 威. 日本汉方医学的几个主要学术特点 [J]. 中医杂志, 2003, 44(1): 76.
- [18] 刘巧娟, 司国民, 杨聪聪, 等. 《汉方诊疗三十年》中辨证思维探析 [J]. 中华中医药志, 2017, 32(12): 5537-5539.
- [19] 大塚敬节. 金匱要略研究 [M]. 王宁元, 孙文墅, 译. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [20] 胡希恕. 胡希恕伤寒论讲座 [M]. 北京: 学苑出版社, 2016.
- [21] 冯世纶. 何谓经方——略述经方定义己见 [J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(11): 3156-3158.
- [22] 张玲玲. 绍派伤寒与朱氏伤寒腹诊法比较研究 [J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(8): 2986-2988.
- [23] 赵晓晖, 马维骥. 日本汉方医“伤寒派”腹诊法探析 [J]. 现代中医药, 2018, 38(2): 72-74.
- [24] 李文瑞. 日本汉方医腹诊简介 [J]. 中医杂志, 1982(3): 77-80.
- [25] 王 琦. 中医体质学说研究现状与展望 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(2): 6-15.
- [26] 王 琦, 盛增秀. 中医体质学说 [M]. 南京: 江苏科技出版社, 1982.
- [27] 王 琦. 中医体质学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [28] 王 琦. 9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据 [J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(4): 1-8.
- [29] 戴昭宇, 赵中振. 日本传统医药学现状与趋势 [M]. 北京: 华夏出版社, 1998.
- [30] 柯雪帆. 略述中医与日本汉方医对中药认识的异同(一) [J]. 天津中医药, 2005, 22(4): 265-269.
- [31] 柯雪帆. 略述中医与日本汉方医对中药认识的异同(二) [J]. 天津中医药, 2005, 22(5): 8-11.
- [32] 柯雪帆. 略述中医与日本汉方医对中药认识的异同(三) [J]. 天津中医药, 2005, 22(6): 444-447.
- [33] 金 丽. 循证医学视野下吉益东洞“方证相对”与中医现代化 [J]. 中医杂志, 2012, 53(21): 1824-1826.
- [34] 姜 璇, 袁红霞, 司国民. 合方应用中的中医哲学思维阐释 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(1): 82-84.
- [35] 仝小林, 穆兰澄, 姬航宇, 等. 《伤寒论》药物剂量考 [J]. 中医杂志, 2009, 50(4): 368-372.
- [36] 范吉平, 程先宽. 经方剂量折算研究述评 [J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(1): 7-11.
- [37] 刘弘毅, 吴深涛. 对经方剂量的初步换算 [J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(4): 1007-1009.
- [38] 刘起华, 文 谨, 陈弘东, 等. 从《伤寒论》煎煮法探讨经方剂量的合理使用 [J]. 中医杂志, 2016, 57(13): 1081-1085.
- [39] 冯 青, 柳井杜莎, 黄一珊, 等. 我国经方常用药物在日本汉方医学中的用量探析 [J]. 中草药, 2013, 44(9): 1211-1214.
- [40] 于翠婷, 田 侃, 住田尚之, 等. 日本汉方制剂的发展现状及其经验启示 [J]. 中草药, 2018, 49(2): 494-498.
- [41] 黄明福, 朱长康. 浅述日本汉方药颗粒剂的研制与发展 [J]. 中国药业, 2000, 9(7): 59.
- [42] 杨 平, 林 丹, 宋 菊, 等. 日本汉方制剂及其特点与中药新药研究的思考 [J]. 中草药, 2018, 49(9): 1985-1989.
- [43] 一般用汉方制剂承认基准の改正について [S]. 2012.
- [44] 阳长明. 中药复方新药研究的质量设计、质量完善与技术审评的分阶段要求 [J]. 中草药, 2017, 48(16): 3253-3258.
- [45] 冯国忠, 罗赛男. 从日本汉方药的成功看我国中药产业的发展 [J]. 中国药房, 2006, 17(20): 1526-1528.
- [46] 杨 瑾, 加茂智嗣, 能濑爱加. 汉方药在日本的发展现状 [J]. 中草药, 2016, 47(15): 2771-2774.