

# 当今中医遣方用药流派之我见

张雪亮<sup>1\*</sup>, 尹玉芳<sup>2</sup>

(1. 中国中医科学院培训中心, 北京 100700;

2. 二炮司令部清河门诊部, 北京 100085)

中医如武术, 历来分流派, 眼下有人说中医流派逐渐合而为一, 或根本不承认有流派的存在, 其实, 从多个角度来看, 笔者认为中医还是存在流派的, 现仅从遣方用药的角度分为四大流派, 当然, 不见得能囊括所有配方思路, 仅作参考之用。不当之处, 敬请同道斧正。

## 1 传统理法方药派

如全国统编教材内科学、诊断学等所列的那样, 分四个步骤, 辨证分型(根据四诊得到的信息综合分析病机)、确定治法、拟订处方(通常以某传统处方为基础)、列出药物及用量。

这种处方方法通常以八纲辨证和脏腑辨证为主, 是学院制教育遣方用药的主流思路, 也就是临床诊疗疾病的主要程序和方法。如肝火犯肺型的咳嗽, 根据四诊将证机概要为肝郁化火, 上逆侮肺, 从而确定治法为清肺泻肝, 顺气降火, 代表方为黛蛤散合加减泻白散<sup>[1]</sup>。

以上几个阶段, 根据每个医生的习惯不同, 方药可以不同, 辨证正确, 方药不同是常见的事情, 这也就是有人说“同一个病人, 几个老中医可以开出几个不同的方子来”的道理, 但只要辨证准确, 治疗方向相同, 同样都可以取得好的疗效。

## 2 方证对应派

关于方证的定义可能意见不一, 笔者此处专指古代经典方剂, 尤指仲景方剂。此派遣方用药基于对经典条文的纯熟, 如: 见到“干呕, 吐涎沫, 头痛”的患者, 就可用吴茱萸汤一试, 甚至可以不号脉不看舌苔。再如: “口苦, 咽干, 目眩”、“两耳无所闻, 目赤, 胸中满而烦”、“往来寒热, 胸胁苦满, 默默不欲饮食, 心烦喜呕”的患者, 遇到上述症状哪怕就是一部分症状, 也可“但见一证便是, 不必悉具”, 直接以小柴胡汤加减应对。

经典类方要举一反三, 如“与芍药甘草汤, 其脚即伸”, 凡是拘挛性的疼痛都可以杭白芍和炙甘草酸甘化阴为基础方, 当然, 也可再加些路路通和络石藤、青风藤等通络治标。经典类方派曾是中医的主流, 但近些年很可惜, 越来越多的人不愿意下苦功夫去熟悉甚至背诵经典, 甚至还有人要求取消伤寒温病等经典课程。

## 3 病证结合派

[收稿日期] 2008-10-21

[通讯作者] \*张雪亮 Tel: (010) 64010876

眼下中医院的临床大夫大都属于此派, 他们重视中医辨证和西医辨病相结合, 也就是中药药性和西医药理相结合, 双重筛选组成处方。他们不会偏离中医辨证论治的大方向, 只是在辨证分型确定以后, 具体用药时候结合现代药理毒理学的研究进展。这样的结果从理论上讲是双保险, 疗效应该比单纯的依靠中医理论指导还要好一些, 这和撇开中医辨证, 只重视药理研究只靠药理学来组方是有根本区别的。以糖尿病为例, 具降血糖药理作用的中草药<sup>[3]</sup>有: 人参、五加皮、黄芪、白术、茯苓、山药、麦芽、葛根、灵芝、生地、熟地、白芍、枸杞子、女贞子、麦冬、玉竹、玄参、知母、石斛、山萸肉、附子、淫羊藿、蛤蚧、桑叶、桑枝、桑椹、牛蒡子、地骨皮、天花粉、三七、大黄、虎杖、赤芍、紫草、夏枯草、藕节、黄连、熊胆、桔梗、枇杷叶、薏苡仁、玉米须、昆布、泽泻、荔枝核、麻黄、苍耳子、苍术、威灵仙、鬼箭羽、卷柏、白蒺藜、僵蚕、荔枝核。而阴虚的糖尿病患者可从以上药物中选择养阴之品, 如白芍、枸杞子、女贞子、麦冬、玉竹、玄参、知母、石斛、山萸肉、地骨皮、天花粉等, 如此, 既符合中医养阴原则, 又符合药理研究证实可以降低血糖的原则, 双重筛选, 双重保险, 其他湿热类等, 以此类推。这样做的好处还可以尽可能的避免毒副作用, 如避开那些升血糖的中草药, 如党参、刺五加、杜仲、紫苏、生姜、柴胡、龙胆草、秦艽、龙葵、槐花、槐米、瓜蒌、浙贝母、淡竹叶、娑罗子、鹿蹄草、全蝎<sup>[3]</sup>等。

## 4 “能合色脉, 可以万全”派

笔者思索良久, 没有想出更好的命名方法来给这派下个定义, 最后还是认为以内经的“能合色脉, 可以万全”命名为宜。高度概括此派的学术特点, 就是无论主诉是什么, 遣方用药不针对主诉, 总以舌脉所见为诊断证的依据, 处方遣药也以此为根据为方向, 与以上三派相比, 此派传人最少。

既然不以主诉为处方遣药的主要依据和治疗方向, 那么, 本派的处方往往给人几种感觉, 一是仅仅根据处方, 往往看不出是治疗什么病的; 再有, 该方一般不以某一古方为原始方剂加减, 有点随心所欲。此派常被人讥为“有药无方”, 其实, 方从法立, 何惧“有药无方”? 徐大椿《医学源流论》就认为“按病用药, 药虽切中, 而立方无法, 谓之有药无方”。其实, 似这等证明了, 立法清楚下的遣方用药自然不能说是无药无方。

## 5 小结

以上四派为笔者大致归纳, 因为学识和眼界所限, 自然还有其他门派没有提及, 即使在以上四派之中, 也还有相互掺杂融合派, 时间地点病例不同, 同一大夫可以转换学派等情况, 总之, 挂一漏万, 再所难免, 管窥之见, 供同道共享。

## [参考文献]

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 78.
- [2] 阴健, 郭力弓. 中药现代研究与临床应用[M]. 北京: 学苑出版社, 1993: 1-651.