日本漢方醫學的「方證」探析

An analysis on the formulae and syndromes in *Kampo* medicine

戴昭宇　*DAI Shaoyu*

（香港浸會大學中醫藥學院）

[摘要] 重視對《傷寒論》經方的研究與應用，是日本以古方派為代表的漢方醫學最顯著的特點。盡管「方證相對」的診療形式原本就是《傷寒論》體系中方藥應用的方法之一，但對這一診療模式最初明確加以提示並就「方證」研究不斷強調並拓展而使其成為自身體系診療特色的，則是日本漢方醫學。近年來「方證」研究在中日兩國都成為熱點，不過對「同源異流」的中醫學與漢方醫學間在「方證」及「方證相對」研究中存在的諸多差異，至今還缺少深入且客觀的比較和剖析。本文著重就漢方在此領域的特點加以探討。

[關鍵詞] 日本；　漢方醫學；　古方派；方證；方證相對

1　獨尊仲景的日本古方派

按照日本漢方學者安西安周氏提出的對漢方學派的劃分基準，亦即：①取法《內經》；②取法《傷寒論》；③主要運用古方；④主要運用宋代以來新方。這樣4個特點來看，後世(方)派以上述①和④為核心，即重視《內經》以來理論，以運用金元以來新方為特色；而古方派的特點則是以方法②和③為核心，也就是取法《傷寒論》並主要運用張仲景的經方[1]。與此相關，現代漢方醫家大塚敬節指出，古方派大多排斥《內經》以及金元醫學所強調的五運六氣、引經報使和陰陽學說，表現有獨尊仲景的傾向[2]。

古方派的代表醫家主要有：名古屋玄醫、後藤艮山、香川修庵、山脅東洋、吉益東洞、吉益南涯、村井琴山、永富獨嘯庵、和田元庸、中西深齋、尾臺榕堂，以及明治時期以來的和田啟十郎、湯本求真、奧田謙藏、大塚敬節、藤平健等。這些醫家的學術觀點各有不同，但重視對《傷寒論》證治的研究則構成他們之間最顯著的共性。由於古方派至今在日本漢方醫學界占據主流地位，上述特點從200多年前的江戶時代中期以來得以沿承，近代以來對中國的中醫界也帶來不可忽視的影響。目前在日本醫保範圍內的148種醫療用漢方制劑處方中，出自仲景的經方占達49%以上，接近半數。

2　漢方的「方證」與「方證相對論」

盡管《傷寒論》中提示有「柴胡湯證」以及「桂枝湯證」等「方證」說法，盡管張仲景強調「隨證治之」的原則，盡管唐代孫思邈提示了「方證同條，比類相附」的「方」與「證」之直接對應方式，都被認為是「方證相對論」的思想表現，盡管朱丹溪的著作中也包含有「方證相對」意思在內的「藥證相對」說，但是「方證相對」這一診療模式，在中日兩國之間最初還是由日本的吉益東洞（1702-1773）明確提出的。

吉益東洞在其著作《方極》以及《古方便覽》的序言中說到：「夫仲景之為方也有法，方證相對也，不論因也[3]。」；「陰陽，猶內外也。譬如聞外譫語，論知內有燥屎；聞內絞痛，論知外拘急也。病應見於大表者，隨見證施治方之謂也。後世先病因，後治法，可謂失古醫法矣[4]。」

上文中吉益東洞所言之「方」，是指處方、方劑；而他所說的「證」，則指「病應見於大表」之「見證」，也就是反映於體表的、可見可徵的「病候」或「癥狀」，如譫語、拘急者是也。拋開對病因與治法的追究，而將處方直接與仲景所提示的「病候」或「癥狀」（包括由幾個癥狀組成的「癥候群」）相對應，即所謂「方證相對」。

從東洞弟子中西深齋所提出的有關「證」的定義，我們還可進一步對「方證相對」加以理解。中西說：「疾病之於變化，各有外候，外候謂之證。……不必索之於藏府之內，當索之於外候焉而已。乃其於外候也，幹嘔咳喘渴噎，所以心下有水氣也；……下利欲飲水，為熱利也。各盡其所由來，具其外候，使以規矩者若此。故

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright © HKRCMP All Rights Reserved

欲循規則於仲景氏者，當索之於外候焉而已。何必索之於藏府於內也哉[5]。」

中西所強調的「外候謂之證」見解與東洞一脈相承。對於歷來論「證」要經常涉及到的臟腑，中西深齋秉承師說，否定其必要性，強調「不必索之於藏府之內，當索之於外候焉而已。」由此可以明白，東洞等人的「方證相對」所言之「證」，與中醫學以及日本後世方派所強調的通過對於病因以及臟腑的生理病理等分析，運用理論思維進行辨別所得出的「證」，亦即中醫所說的「辨證」之「證」或漢方後世派所提出的「察證辨治」之「證」，概念是不同的。前者是臨床表現（亦即「癥狀」或「癥候群」），後者為基於臨床表現而加以推理、分析的結論。

與此同時，東洞的「方證相對」所言之「證」，是與處方密切相關的。在《類聚方》一書中，東洞只匯聚諸方而論處方之適應癥，不論方意和藥理。該書序言明確指出：「醫之學，唯方耳[6]」。這就表明，東洞的「方證相對」所言之「證」，主要是指「方證」，亦即能夠適用於某方的「病候」或「癥狀」，也就是處方的適應癥。如此，診療中有「方」有「證」足矣，其他如臟腑、病因、治法等議論都成為多余的、被東洞所貶斥的「空理空論」。

近代古方派代表著之一的奧田謙藏對「證」更有如下清晰定義：「所謂證，是指體內病變表現於外的證候。據此而可以證明病的實態存在，也可以據此質之於藥方而為證據[7]」。這段話表明「證」具有臨床表現的意義，同時還具有處方之適應癥，也就是「方證」的涵義。

在昭和年代（1926-1989）結成、由奧田謙藏、藤平健為代表的千葉古方派，將上述「方證相對」的「方」與「證」之間對應關係，形象地比喻為「鑰匙與鎖」的關係，亦即他們認為一把鑰匙對應著一把鎖，「方」與「證」之間也存在著「對號入座」式的一一對應與契合關係[8]。

3 「方證」與「腹證」

以小柴胡湯為例，日本對其應用重視「方證」，講求「方證相對」。古方派更從仲景《傷寒論》一書中「但見一證便是，不必悉具」的原文而得出「凡外感病見到寒熱往來，或內傷病見到胸脅苦滿，就可應用小柴胡湯」的結論（藤平健經驗）。由此，寒熱往來和胸脅苦滿二證（癥），就成為應用小柴胡湯的方證之關鍵所在。

在中國中醫界看來，寒熱往來和胸脅苦滿都是自覺癥狀；但在日本漢方看來，「胸脅苦滿」則是需經腹診而確認的「腹證」體徵。所謂「腹證」，亦即腹部所見，是醫生以手切診而采驗得到的腹部與肌張力或壓痛等局部反應相關的體徵。對於古方派醫家來說，比起舌診或脈診，「腹證」最重要的、甚而近乎是唯一的診斷手段。僅憑腹診採驗的「腹證」，往往就成為某某方劑的「方證」。例如胸脅苦滿、心下悸、心下痞鞕、小腹急結、腹皮拘急、臍下不仁等等來自腹診的「腹證」，就分別構成柴胡劑、真武湯、瀉心劑、建中湯、腎氣丸等方劑的適應癥（方證）。這一由「腹證」確定「方證」的診療法，進而擴展到經方之外的方劑應用，成為漢方醫學的重要診療特點。

由此可見，日本漢方所言之「證」大多是「方證」，或是與「方證」相關的「腹證」。

4 「方證相對論」的局限性

吉益東洞始創的「方證相對」診療方法，至今對日本的漢方臨床具有重要影響。重視成方，盡量不做加減，便是其影響之一。由於「方」是與「證」相對應的結構單位，處方加減之後勢必要發生「方證」變化，一些日本醫生對此感覺難以把握，因此盡量避免加減；同時，「方證相對」所提示的運用成方之法，不要病名，無需進行病因與病機的分析，形成見某某癥狀即可判定為某某「方證」的「診斷就是治療」程式，對於初學者來說顯得簡單明快，而日久之後就形成以處方為基本單位的臨床思維定勢，然而對單味藥的把握及應用也會逐步出現怠慢和生疏的局面。

另一方面，由於重視前人之論或既成經驗，「方證相對」與「口訣漢方」之間具有天然的親和性。也就是說，一些日本醫生將《傷寒論》中有關方證的條文，以及前人運用這些處方的經驗都看成為「口訣」，以「在

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKIOM All Rights Reserved

某某情況下使用某某方」為公式而臨床。筆者觀察，由此常會出現以下3種結果：一是效若桴鼓，令人驚喜；二是療效不能滿意；三是難以下手處方。

效若桴鼓者，往往在癥狀典型，亦即「方」與「證」能夠較多契合時出現；難以下手處方者，多因患者缺乏癥狀，或者癥狀不明顯以及不典型，以至於搞不清該用什麼處方。以有限之方而應對無限之病，其中必有臨床表現難以同《傷寒論》處方內容相契者。在一些無明顯癥狀或臨床表現與《傷寒論》內容以及前人經驗難以合拍的奇難怪癥與新興疾病面前，「方證相對」者便常會不知所措；療效不能滿意者，原因多多。對於拋棄了理論思維的「方證相對」式診療來說，在療效不滿意時難以運用理論武器進行思辨以反省和總結，這是它的一個重要欠缺。也就是說，「一把鑰匙開一把鎖」式的「方證相對」診療，往往令一些人「知其然而不知其所以然」，難以舉一反三，臨機應變。

為此，單以患者外在癥狀作為「證」而對號入座選取處方的「方證相對論」，或稱之為「有是證用是方」和「隨證治之」的治療，其適用範圍與局限性都是客觀存在的。

參考文獻：

[1] 安西安周. 日本古醫學派考（十一）. 漢方の臨床, 1960, 7（9）:51.

[2] 花輪壽彥. 名古屋玄醫について. 近世漢方醫學書集成102. 東京: 名著出版社, 1984: 9.

[3] 吉益東洞. 方極. 近世漢方醫學書集成11. 東京: 名著出版社, 1979: 134.

[4] 六角重任筆記. 古方便覽. 日本漢方名醫處方解說. 古方系1. 大阪: オリエント出版社, 1989: 382.

[5] 中西深斎. 傷寒論名數解. 近世漢方医学書集成35. 東京: 名著出版, 1979: 205-209.

[6] 吉益東洞. 类聚方·序言. 近世漢方医学書集成11. 東京: 名著出版, 1979: 25.

[7] 奥田謙藏. 《傷寒論梗概》. 東京: 医聖社, 1973: 5

[8] 藤平健. 漢方臨床ノート論考篇. 大阪: 創元社, 1986: 48-49.

（編委：朱洪文審校2014.11.13）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved