經方在香港臨床運用的探析

Analysis on the clinical application of classical formulae in Hong Kong

陳抗生 *CHAN Kongsang*

（香港註冊中醫學會永遠會長）

[摘要] 本文重點整理在香港應用經方的臨床探析與體會，充份認識到只有熟悉經方的組方與方證，是確保驗效的關鍵；精細辨析病因病機，是準確應用經方的保證；重視經方的量效關係，嚴格遵從經方的用量比例，常可提高療效。

[關鍵詞] 經方；臨床運用；論析與體會

經方是經典方的簡稱，它是集古代經驗方劑之大成，既是中華民族幾仟年應用天然藥物的經驗結晶，也是中醫藥學的精華和臨床運用的規範。後世醫家稱張仲景為醫聖，尊其經典名著《傷寒雜病論》所載的方劑為「經方」，本經典名著包含《傷寒論》、《金匱要略》兩書的傳世，對於經方的傳播和應用起到至關重要的作用。我們在香港長期臨床實踐中，深深感受到經方具有准繩法度，配伍謹嚴，用藥精專，施之臨床，療效桴鼓。本文重點整理在香港應用經方的臨床探析與體會，供同道參考。

1 熟悉經方的組方與方證，是確保驗效的關鍵

《傷寒雜病論》的配方和方證，來源于先人自古的親身嚐試。配方藥物的組成，每味藥物的用量，如何煎煮及服用，服藥後反應等等，均有嚴格的規定。由於經方「有方必有證」，這些經典方證是啟示我們臨床應用的指南，確保經方運用的得法與佳效。以半夏厚樸湯(《金匱要略》)為例，本方由半夏1升，厚樸3兩，茯苓4兩，生薑5兩，乾蘇葉2兩組成。根據《金匱要略》原文記載的「經典方證」：「婦人咽中如有炙臠，半夏厚樸湯主之」。我們在臨床實踐中體會，婦人多七情六鬱，怒則氣機不暢，痰氣鬱結，上壅於咽，致使咽中有異物感，吐之不出，咽之不下，但飲食無礙，氣息出入正常，咽部無任何器質性病變，屬中醫的「梅核氣」。由於半夏厚朴湯方中的半夏、厚朴、生薑辛以散痰結，苦以降逆氣，開通氣機；茯苓淡滲水飲，利飲化痰；蘇葉芳香宣展氣機，解鬱散結，降逆除噦。諸藥合用，氣順痰消，炙臠可除。香港社會的工作生活節奏緊張，具七情六鬱的婦人患「梅核氣」者較為常見，只要熟悉半夏厚樸湯的組方與方證，可在臨床應用中確保經方應用的驗效。舉例一位李姓女子，48歲，於2021年10月7日初診。因自覺咽喉有痰結粘塞，咳之不出，吞咽不下，甚者胸悶氣逆。曾多次醫院檢查，無器質性病變，被香港西醫診斷「慢性咽炎」、「氣管敏感」等，經2年多治療無顯效而轉中醫診治。患者平素性燥易怒，寡鬱不暢，舌質淡紅，脈弦細。屬中醫診斷的「梅核氣」，治以順氣化痰結，解鬱除煩為法，給予半夏厚樸湯加味。處方：法半夏10g，厚樸10g，茯苓15g，生薑10g，蘇葉6g，枳殼12g，陳皮6g，桔梗10g，杏仁10g，甘草6g。連服3劑明顯緩解，因鬱怒煩躁未除，原方加香附30g，川芎10g，梔子10g使行氣活血解鬱，清熱除煩之效加強，再服6劑諸症消除，久治無效之疾痊癒，充份顯示經方的卓效。

2 精細辨析病因病機，是準確應用經方的保證

《傷寒雜病論》以六經辨證為綱，八綱辨證為目，以八法論治，統轄諸病，形成完備的治療手段。長期大量的臨床實踐證明，要使經方運用得心應手，關鍵是精於辨析病因病機，通過辨證求因，以期明析病機，才能獲得準確的辨證施治療效。以香港常見的「咳喘」為例，本證在《金匱要略》中「肺痿肺癰咳嗽上氣病脈證治第七」可見。咳喘屬咳嗽上氣，即咳嗽氣喘病，上氣指氣逆不降，其證有虛實之分。我們在香港臨證常見的咳喘有腎虛氣喘、寒飲哮喘、痰濁咳喘、虛火喘咳等證型，因其病因病機不同，故選方用藥有異。

2.1 「腎虛氣喘」的病因病機辨析與經方選用

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

腎虛氣喘的主證：氣喘，喘息氣逆，抬肩呼吸，顏面浮腫，脈浮大無根。本證型符合金匱原文：「上氣面浮腫，肩息，其脈浮大，不治，又加利尤甚」。我們辨識本主證的病因為久咳體虛，耗傷腎氣；或房室過度，勞傷腎精。本病機為腎氣虛衰，吸入之氣不能納於腎，則氣上逆而致氣喘；腎氣虛衰必致肺氣亦虛，導致喘息氣逆，抬肩呼吸；腎虛水氣浮越，故顏面浮腫；正氣虛弱，虛陽外越，故脈浮大無根。經上述病因病機的辨識，本主證屬「腎虛氣喘」，應以補益腎氣為治則，故選用腎氣丸（《金匱要略》）加減治之可獲佳效。我們在香港治療多例證屬「腎陽虛弱，腎不納氣」病例，因經西醫治療多年無顯效，轉診中醫服用腎氣丸加減數劑後即獲佳效。由于本療法深受全國名醫劉渡舟教授醫案啟示，特把《當代醫家論經方》的典型案例[1]闡析，供同道參考。余姓女患者，37歲，喘促7年餘，自訴多年服西藥「氨茶鹼」等治療無顯效。初診證見哮喘，腰酸腿軟，下肢水腫，小便失禁，臥床不起，舌質淡，脈沉細。證屬腎陽虛弱，腎不納氣。治宜溫補腎陽，納氣定喘。方用腎氣丸加味，故以六味地黃丸加制附子5g，肉桂3g（亦即腎氣丸），分2次吞服，每日1劑，共3劑。因藥證相符，故3天後已能自行徒步來診，謂服1劑後喘促較平，2劑後已能隨意自行排尿，無小便失禁。續以腎氣丸加減繼服，以鞏固療效[1]。本案例之所以遷延7年之久，在于早期治療不當，醫者僅用西藥「氨茶鹼」解除支氣管痙攣，實屬治標之法，未治腎陽虛弱之本，故其病不愈。由于劉渡舟教授洞悉病機，從腎虛入手治療，使數年宿疾，應手而愈。

2.2 「寒飲哮喘」的病因病機辨析與經方選用

寒飲哮喘的主證：咳嗽氣喘，喉中痰鳴聲連續不斷，胸膈滿悶，惡寒不渴，痰液清稀量多，舌苔白滑，脈浮緊。辨析本哮喘因寒飲鬱肺，致使氣道受阻而致病。因病機為痰飲鬱肺，肺失宣降，肺氣上逆導致咳嗽氣喘；又因痰飲阻塞氣道，氣受痰阻，呼吸之氣通過氣管狹窄之處，導致痰與氣相擊有聲，即喉中水雞聲或痰鳴聲；再加上胸膈滿悶，惡寒不渴，痰液清稀量多，舌苔白滑，脈浮緊顯示一派寒飲鬱肺之病徵，應以溫肺化飲，止咳平喘的治則，選用射干麻黃湯（《金匱要略》）治之。因本方劑射干降逆祛痰結，利咽喉順氣道；麻黃宣暢肺氣，平喘止咳；生薑、細辛溫肺化飲；款冬花、紫菀、法半夏下氣降逆，止咳化痰；五味子收斂肺氣，止咳平喘；大棗安中調和諸藥。全方合用，散中有收，祛中有補，但側重祛邪。其化飲、宣肺、開結、降逆的組方原則，確保辨治寒飲哮喘的卓效。說明以上辨識，符合金匱原文：「咳而上氣，喉中水雞聲，射干麻黃湯主之」。

2.3 「痰濁咳喘」的病因病機辨析與經方選用

痰濁咳喘的主證：咳逆氣喘，痰液粘稠，膠固難以咳出，雖時時吐濁，症狀難以減輕，但坐不得眠，臥則氣喘更甚，並伴胸膈滿悶，舌苔黏澀，脈滑。辨析病因病機為熱居上焦，肺失清肅，痰濁壅塞，氣逆不降，導致痰壅氣閉，故出現咳逆氣喘，但坐不得臥，臥則氣喘更甚，並伴胸膈滿悶；由於痰濁黏稠如膠，故時時吐濁，也難以隨逆氣而上出，出現一派痰濁壅肺的病徵。治則應為宣肺導滯，祛痰止咳，通竅開閉。因皂莢辛散走竄，有宣肺止咳，祛痰開竅之功，是強烈的祛痰藥，能開壅塞之肺氣，軟化稠厚之頑痰，治痰濕壅滯，胸悶咳喘，痰多而咯吐不爽者尤佳，故選用皂莢丸治之。根據臨證經驗，皂莢性味辛、溫，可單用本品焙乾研末，並用紅棗煮湯調服，既可緩皂莢慄悍峻猛之性，又可兼顧脾胃之氣。根據《中華本草》記載，本藥有小毒，內服1-2g，多入丸散。如《金匱要略》皂莢丸，以本品單味為末，煉蜜和丸，用棗湯送服，可有效取緩消痰濁[2]。上述辨識，符合金匱原文：「咳逆上氣，時時吐濁，但坐不得眠，皂莢丸主之」。

2.4 「虛火喘咳」的病因病機辨析與經方選用

虛火喘咳的主證：咳嗽氣喘，咽喉不利，咽乾喉燥，咳痰不爽，手足心熱，舌紅少苔，脈虛數。本喘咳因虛火上灼於肺，導致肺胃損傷而致病。中醫學認為，胃為水穀之海，津液化生之源，若化源枯竭，必生虛火燥熱，火熱隨胃氣上逆，熏灼於肺，肺氣不利，故見咳嗽氣喘；咽喉為肺胃門戶，本因陰虛水液不足，再加虛火熾灼，導致咽喉不利，咳痰不爽等。上述症狀加上舌紅少苔，脈虛數，顯示一派虛火灼肺胃之像。辨析本喘咳的病位雖在肺，而病源之本則在胃，由於胃陰不足，致虛火上炎，灼傷肺氣，導致肺胃之氣俱逆。說明本證其標在肺，其本在胃，故應肺胃並治，以清養肺胃，降逆下氣的治則，選用麥門冬湯（《金匱要略》）治之。因

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

本方所治乃由肺胃陰虧，虛火上炎，氣機上逆所致。方中重用麥冬為君藥，既滋養肺胃之陰，又清降虛火；法半夏為臣藥，降逆化痰，其性雖燥，但與大量麥冬配伍，則燥性減而降逆之性存，取其善降肺胃虛逆之氣，又使麥冬補而不膩；人參補益中氣，與麥冬配伍，補氣生津之力更強；粳米、大棗、甘草補脾益胃，共為佐使藥，諸藥相合，可使陰津復，虛火降，痰液化，氣逆止，喘咳愈。所以，上述辨識，符合金匱原文：「大逆上氣，咽喉不利，止逆下氣者，麥門冬湯主之」。

3　重視經方的量效關係，是準確應用經方的關鍵

量效關係，是研究與應用經方的重要課題。我們在香港應用經方的臨證中，充份體會到張仲景用藥極為重視量效關係。以常用的「半夏」為例，大劑量（2升）治胃反嘔吐不止，方如大半夏湯；小劑量（半升）僅治惡心嘔吐或喜吐、咳喘、胸滿、噫氣、心悸、聲啞，方如旋覆代赭湯、小陷胸湯、竹葉石膏湯、半夏瀉心湯等。又以「厚朴」為例，大劑量（8兩）通腑行氣，消脹止痛，可治脘腹脹滿，方如厚朴三物湯、厚朴半夏生姜人參湯；小劑量（2兩）解肌發表，下氣平喘，主治宿有喘病，又感風寒而表現桂枝湯證者，方如桂枝加厚朴杏子湯。再以「大黃」為例，大劑量（4-6兩）通腑瀉熱結，治腹痛便秘，方如大承氣湯；中量（3-4兩）攻逐瘀血，泄熱除滿，活血通經，治少腹急結，經水不利，方如桃仁承氣湯、抵當湯；小量（1-2兩）清熱利濕，利膽退黃，瀉火止血，治身熱、發黃、心下痞、吐血衄血等，方如瀉心湯、茵陳蒿湯。在經方運用中，我們體會到仲景在同一方藥，若劑量不同，則主證有異。以小柴胡湯為例，若治療急症發熱，柴胡劑量加大，即柴胡30g，黃芩20g，患者服之可出大汗而退熱；若小劑量柴胡，以治慢性肝炎為例，處方中的柴胡6g，黃芩6g，法半夏6g，甘草3g等，可解胸脅苦滿之效。

《傷寒雜病論》的經方組成有許多「藥對」，這些「藥對」既有協同、制約、促進關係等作用，在劑量調配方面也重視量效關係，以保證療效。我們在香港應用經方的臨證中，認識到經方中許多常用「藥對」的量變，可以決定主治病證。以「桂枝配芍藥」的藥對為例，本藥對的桂枝辛溫發汗，解肌發表，以治療太陽中風證，只有運用發汗法，才能祛除表邪；芍藥斂陰止汗，只有合理的止汗，才能使營陰內守。二者相互為用，使發汗中有止汗，止汗中有發汗，從而達到發汗不傷營陰，止汗不留邪氣，顯示藥對的妙用[3]。在臨證中若兩藥用量相等，則可解肌散邪，調和營衛，在治理太陽中風證的桂枝湯可見；若桂枝用量大于芍藥，則平沖降逆，在治療腎寒氣逆證的桂枝加桂湯可見；若芍藥用量大于桂枝，則溫陽緩急止痛，在治療太陰腹痛證如桂枝加芍藥湯、小建中湯等可見。又以芍藥配甘草為例，本藥對的芍藥補益陰血，滋榮筋脈，緩急止痛；甘草益氣和中，緩急止痛。兩藥均具有緩急止痛，但芍藥偏于養血以緩急，甘草偏于益氣以緩急。二藥相用，酸甘化陰，益氣養血，滋養筋脈，緩急與消除攣急，從而達到緩急止痛功效[3]。本「藥對」的比例通常是相等的，可見于治療筋脈拘急或疼痛等證，如芍藥甘草湯用芍藥與甘草各4兩（12g），芍藥甘草附子湯用芍藥與甘草各為3兩（9g）；若用于治療腹脘攣痛證，其用量比例是3:1，即芍藥6兩（18g），甘草2兩（6g），如小建中湯、桂枝加芍藥湯；若是治療大腸飲結證，其用量比例是5:1，即芍藥5枚 ，甘草1枚，如甘遂半夏湯。總之，我們在臨證中充份體會到，重視經方的量效關係，嚴格遵從經方的用量比例，常可提高療效。

參考文獻：

[1] 劉渡舟,等. 當代醫家論經方[M]. 北京: 中國中醫藥出版社,1993:85.

[2] 國家中醫藥管理局. 中華本草. 上海: 上海科學技術出版社,1996:861.

[3] 王付編著. 經方藥對. 北京: 學苑出版社,2013:2-43.

（編委：王冠明審校2022.01.01）

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