

经方药症与方证

● 王 付*

关键词 经方 药症 方证

研究“药症”与“方证”有何本质不同,药症为什么不用“证”,而方证又为何不用“症”,药症与方证有何特殊含义及临床意义?研究经方药与症的对应关系以及方与证的辨证关系,探索与总结其中的规律性和成功经验,以便更好地指导现代临床实践,这是研究、学习经方又一的主题和目的。

1 药症研究

药症研究是探讨药物与症状之间的对应关系,即药有什么样的功效就能主治什么样的症状,如大黄功效具有显著通下作用,那么研究大黄药症既能治疗热证不大便,又能治疗寒证不大便;又如大黄功效具有退黄作用,那么研究大黄药症既能治疗热瘀发黄,又能治疗寒瘀发黄。可见,研究药症既能针对病变证机,又能针对症状表现;针对病变证机而治是研究药症的基本性能,而针对症状表现而治则是研究药症配伍变化。

研究药症主要是探索药用个

性的基本性能与作用特点,权衡药症之间的关系是对应关系,①研究药性与病变证机相逆,即用辛温桂枝能治疗寒证头痛;②研究药性与病变证机相顺,即用辛温桂枝能治疗热证头痛,提示临证只要合理运用药症,都能取得预期治疗效果,但运用药症欲取得最佳治疗效果,就必须通过正确运用方证来实现。比如根据麻黄药症基本性能是治疗寒证发热或咳嗽,而运用麻黄药症治疗热证发热或咳嗽则是通过方证配伍来实现,提示药症在方证运用变化中具有可变性、灵活性与对应性。

2 方证研究

研究方证是对药症进行认真分析研究、全面仔细权衡、科学总结提炼、系统归纳升华、逻辑加工推敲、临床检验验证的成果,方证是对药症运用的深化与凝炼。审度方证的特点是既重视研究药症基本性能,又重视研究药与药之间的相互关系,还要重视研究药用剂

量调配。如研究麻杏石甘汤方证,既要研究麻黄基本性能具有宣肺止咳平喘,又要研究麻黄在方证中的特殊用途及其用量,从而得出麻黄在方证中是治疗热证而非寒证。可见,研究与应用方证的显著特点是具有严谨性、时机性与针对性。

方证是研究方药与证型之间的辨证关系,因方是由药物与剂量所组成的整体,证是由症状与体征综合所得出的诊断。譬如大承气汤治疗大便干燥不能排出的是热结证,而大黄附子汤治疗不解大便是寒结证,所以,治疗寒结证则是不能运用大承气汤。可见,研究方证的核心是针对病变证机而不是针对症状表现。提示运用药症针对症状表现在病变属性方面没有明确界限,而运用方证针对症状表现在病变属性方面则有严谨法度,不得有丝毫差错。也可以说,药症中合理配伍寒性大黄治疗寒证不大便,在特定的情况下能取得显著治疗效果,而用方证大承气汤治疗寒证不大便不仅没有治疗作用,反而还会导致病证加重或发生其他变化。

研究方证的另一显著特点是主治病变证机可能不局限在一个方面,因每一个方中至少由2味或

* 作者简介 王付(又名王福强),男,教授,硕士研究生导师。河南省高校优秀骨干教师,河南省教育厅学术技术带头人,被连续评为“我最喜爱的教师”。发表学术论文200余篇,出版《伤寒杂病论字词句大辞典》、《伤寒杂病论症状鉴别与治疗》等20余部,临床诊治多种疑难杂病。

● 作者单位 河南中医学院(450008)

2 味以上药组成,而每一味药至少有 2 个或 2 个以上功用,提示方药相互聚合的异同作用则决定主治病变证机的复杂性。如根据麻黄汤方药组成,则知麻黄汤不仅可治疗太阳伤寒证,还可治疗风寒犯肺证,更能治疗关节疼痛寒证,以及皮肤瘙痒寒证等。又如根据温经汤组成,既能治疗痛经,又能治疗不孕症,还能治疗肌肉关节疼痛寒证,还能治疗心胸寒痛证。可见,深入研究方证对扩大应用范围具有举足轻重的作用,对此必须引起高度重视。

3 药症方证辨证关系

药症是方证组成的基础,方证是药症的有机结合。运用药症旨在治疗症状表现,无论怎样变化运用药症,但药症主治症状表现在一般情况下都不会改变,如麻黄无论是治疗寒证咳嗽气喘,还是治疗热证咳嗽气喘,只要合理配伍运用,都有良好的治疗效果。而方证则具有相对固定性,即用药变化与用量调整,则会改变方证主治病变证机。如桂枝汤主治太阳中风证,若将桂枝用量由 3 两(9g)变为 5 两

(15g),方药就由桂枝汤变为桂枝加桂汤,其功效由主治太阳中风证而变为肾寒气逆证;再如将桂枝汤中芍药用量由 3 两(9g)变为 6 两(18g),方药由桂枝汤变成桂枝加芍药汤,主治太阴脾腹痛证,这是研究药症与方证之间的不同。

深入研究与全面探讨经方药症,是灵活运用药症治病的基本准则,非此则不能登堂入室;而系统总结与科学掌握经方方证,则是学好活用经方治病的必备条件,否则不能提高辨治用方技能。

海外中医

澳大利亚:中医药走向世界的“桥头堡”

自上世纪 80 年代,中医越来越多的国家认可。然而,在不少国家,中医的行医范围受到限制,对中药的使用限制更是严厉。而中医药被别国认可的最有效途径,就是立法。这方面,澳大利亚走在了西方国家的前面,被誉为中医药走向世界的“桥头堡”。

(1)最早承认中药为药物 1989 年,澳联邦政府通过了《药物管理法》,并于 1991 年 2 月实施。鉴于中草药在医疗实践中广泛应用,该法将中草药列入辅助药类管理,与维生素、矿物元素、植物、荷尔蒙等同列,并将草药者(Herbalist)正式改为中医师(Chinese Medicine Practitioner),初步确立了中医药在澳大利亚联邦政府医药体系中的地位。澳大利亚因此成为全球第一个承认中药为药物的西方国家。

(2)最先确立中医的平等地位 1995 年 8 月,维多利亚州卫生与社会服务部决定,对有关中医在澳洲的现状进行调研,并开始对中医药如何立法管理进行论证。1998 年 8 月,维州政府宣布:将在澳洲首先立法管理中医。2000 年 5 月,维州议院终于通过了《中医药管理法》(CHINESE MEDICINE REGISTRATION ACT 2000)。这部中医法与目前美国推行的针灸师执业法规有很大区别。前者是立法机构制定的法律,中医行医的合法地位从此获得与西医同样的法律保护,中医师同样被称为医生,并可以加入澳大利亚医疗保险体系;后者的针灸师执业法规,仍是把中医放在从属西医的辅助治疗地位。一则最新消息让人欣喜,新南威尔士州根据卫生厅的建议,正在考虑批准在西悉尼利物浦医院设立传统中医药部,如果事成,将是澳大利亚首次主流公立医院设立中医试点,可成为以后开办综合中医院的蓝本,并有助于推动中医的注册和立法。新南威尔士州有望成为继维州后,第二个对中医立法的州。

(3)中澳中医药合作日趋升温 澳大利亚还是西方国家中医药高等教育最成功的国家之一。此前,悉尼和墨尔本最早开设两家针灸学院,即现在悉尼理工大学中医部及维多利亚大学中医部的前身。至今,已有四所政府大学开设中医学士学位以上课程,除上面两所外,还有皇家墨尔本理工大学(1994 年开始)、西悉尼大学(1998 年开始)。其中维多利亚大学成立了辅助医学及中医学部;皇家墨尔本理工大学与南京中医药大学合作成立了中医部,开设正规中医本科学士、硕士课程。中澳两国政府间合作日益密切。1997 年 6 月,时任国家中医药管理局副局长李振吉率团访澳,并与联邦药物管理局签订协议。1998 年 4 月,澳洲全国中医药针灸学会联合会与中华中医药学会,在北京签订两国中医药学会姐妹合作与学术交流协议。

(摘自《中国中医药报》)