

# 经方古今药量分析及量效关系探析

董 晖

(陕西核工业四一七医院,陕西 西安 710600)

**摘 要:**目的 探讨药物剂量在经方量效关系中的重要性。方法 结合文献研究与临床实践从剂量标准、方剂配伍、处方总量、煎煮方法几方面分析经方的正确用量。结果 遵循经方原本剂量是提高临床疗效的根本途径。结论 尽快统一经方剂量标准,用之临床确可突破中医药疗效瓶颈。

**关键词:**张仲景;经方剂量;古今用量;量效关系

**中图分类号:** R 289.9      **文献标识码:** A      **文章编号:** 1002-168X(2015)04-0097-03

**DOI:**10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.04.037

人云“中医不传之秘在于量”“古方之妙,全在药量”<sup>[1]</sup>。说明药物剂量的重要及正确掌握的不易。药物用量的大小,决定着整个方剂的性质、功效和主治,方为经,药为纬,二者缺一不可。仲景的《伤寒论》《金匱要略》之所以疗效卓著称为经方,被后世医家奉为准绳墨规,是因其理法方药与量效关系达到了完美的统一,才能达到“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的境界。但经方的剂量问题,长久以来一直存在诸多不同的看法,这是目前制约临床疗效的关键问题之一。

## 1 剂量标准

所谓剂量,权威规定是指公认的、或法定的剂量。目前收载于国家《药典》《中药学》《方剂学》的中药剂量即为规定用量,普遍用量为 3~15 克,超过此即为特殊用量或超大剂量提示不安全,开方者须再次签字以示负责。笔者在临床辨证中运用经方关键药物剂量如太阳症麻黄 15~30 克、桂枝 15~45 克、葛根 15~90 克;少阴症附子 20~100 克、细辛 10~30 克;少阳症柴胡 24~60 克、黄芩 15~45 克、半夏 15~60 克;阳明症大黄 10~30 克、石膏 40~200 克等主药均大大超过此限量,即使再次签字也因用量“过大”遭到药店拒付,被指为超过安全剂量;改为常规用量后则疗效大为降低,患者服药周期延长,病情传变难以控制,而坚持用经方原本剂量则屡验屡效,效果满意。《伤寒论》《金匱要略》也为中医必修教材,被奉为“万方之祖”,为何其剂量遭到人为割裂?

经方的剂量标准,一直是困扰临床疗效的长

期问题,千百年来专家学者仁者见仁,智者见智,众说纷坛,莫衷一是,大都据经验用药,没有权威规定。这里有个经方、时方问题,宋以前以经方为主,讲究方小力专,量大效宏,宋以后以时方为主,方大量小,讲求阴阳平衡,二者各有千秋,皆能取效。但二者度量衡不同,当前经方延用宋以后的换算剂量,疗效自然大打折扣。目前从临床疗效看,回归经方者有越来越普遍的趋势,特别是自 1981 年考古发现汉代度量衡“权”以后,上海中医药大学柯雪帆教授据此考证出经方中 1 斤=250 克,1 两=15.625 克,1 升=200 毫升,1 合=20 毫升,1 分=4 克<sup>[2]</sup>以及经换算蜀椒 1 升=50 克,吴茱萸 1 升=50 克,五味子 1 升=50 克,半夏 1 升=130 克,附子大者 1 枚=20~30 克,乌头小者 1 枚=3 克,大者=5、6 克,杏仁大者 10 枚=4 克,梔子 10 枚=15 克,瓜蒌 1 枚=46 克,枳实 1 枚=14.4 克,石膏鸡蛋大 1 枚=40 克,厚朴 1 尺=30 克,竹叶 1 握=12 克<sup>[3]</sup>。这是目前临床比较公认的经方剂量,进而一举解决了历史上古方剂量的标准问题,用之临床,疗效确切。新版《药典》《中药学》《方剂学》应该予以采纳,区别对待经方与时方的剂量标准,解决用药合理不合法的问题,回归仲景理法方药原意,毕竟剂量问题是方剂疗效的核心之一。

## 2 剂量配伍

剂,指方药,体现辨证结果;量,指用量,单味药物具体重量,二者相辅相成,相得益彰。仲景方药中,各药间比例尤其精当,不容篡改。如《伤寒论》中麻黄汤主药麻黄经计算应在 26 克以上方为

合理,若按教材 1 两 3 克计算,3 两 9 克,则佐药杏仁 70 个相当于 28 克,用量大于麻黄,明显有违配伍法度。又如桂枝汤,大枣 12 枚经计算为 30 克,按教材桂枝 3 两,即为 9 克,大大小于佐药,即使按规定最大剂量 9 克,也仅为 27 克,仍少于佐使药物。而按汉 1 两 15.6 克计算,桂枝合 46.8 克,则超过佐使药物,符合方义,用药合理。再如经方中药同量异方即异的情况更是不胜枚举,如小承气汤与厚朴三物汤,二方因量不同,导致一同五不同,即药味相同,立法不同、药量不同、君臣不同,主治不同、方名不同,告诉我们剂量在方剂中的重要性。同等例子还有小建中汤,即为桂枝汤中芍药用量增加一倍。再如桂枝汤类变方桂枝加桂汤、桂枝加芍药汤、桂枝二麻黄一汤、麻黄桂枝各半汤、麻黄二越婢一汤,经桂枝汤加减化裁的方剂有 29 首之多。另外,外感类大、小青龙汤;柴胡类大、小柴胡汤;泻心汤类半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤同样都是量变方亦变,主治亦变,说明仲景非常重视药物用量,提示我们在临床实践中虽然可以根据患者病情加减用药,但法度不能变,剂量配伍原则不能随意改变。

3 剂量总量

经方与当今处方相比,普遍存在这样的规律,即药味少而药量大,量大力专。仲景汤方辨证贵在“其言精而奥,其法简而详”<sup>[4]</sup>。剂量讲究君臣佐使,法度严格规范,配伍精当巧妙,据证用药,不妄增减,因而疗效卓著。因此,1 两折合 15.6 克猛一看使人觉得用量过重,不过从方剂总量比较与现代时方差别并不大。如《金匱要略》中小半夏汤,药仅半夏、生姜 2 味,其中半夏 1 斤,合 200 毫升,现用半夏饮片装满 200 毫升,称之约 100 克;生姜半斤,合 125 克,两药共重 225 克,用于治疗心下痞之眩晕、心悸、剧吐药简效宏,几付即见效。比较典型的还有桂枝甘草汤,药仅两味,总重不过 60 克,治疗阳虚型冠心病、心律失常,用之即效;芍药甘草汤,总量 80 克,治疗小舞蹈病、不安腿综合症及各种痉挛都有确切疗效。据统计,《伤寒论》中大部分处方药量按 1 两 15 克计算,总重为 100-200 克之间,其中总量小的为 80-90 克,代表性的麻黄汤约 130 克,桂枝汤约 200 克,较重的小柴胡汤,主药柴胡用到半斤,折合 125 克,全方不过 390

克,最重的是炙甘草汤,其中生地一味用一斤,全方总重 500 余克,与现今处方并无太大差异,且治疗心脏疾病效果非常好。整个仲景经方都体现了这样的特点,配伍严谨,量效关系恰如其分,多一味不用,少一分效弱。现今处方用药的习惯是药味多而药量轻,并且多用合方,总重加起来多数超过了经方,而当代人生存环境、生活节奏、饮食习惯包括中药来源(野生变家种),与千百年前人们日出而作,日落而息根本不能同日而语,所以《药典》、教材上只规定单味药剂量而忽视整个方剂配伍的总量是不符合临床实际的,更不科学,做为用药参考可以,上升到用药准绳就会极大地制约中医事业的传承与发展。

4 煎煮方法

经方用药剂量 1 两折算成 15.6 克,不少药房专业人员认为用量过大,以缺乏安全性为由要求医生更改剂量,否则拒绝调配。殊不知古今煎药方法不同,汤液浓度与量效关系息息相关。仲景《伤寒论》中所载经方均采用一次性煎药法,即只取头煎。仍以麻黄汤为例,4 味药“以水九升,(即加水 1800 毫升)先煮麻黄减二升,去上沫,内诸药,煮取二升半,去渣,温服八合(即煮取 500 毫升,分三次温服)”。按 1 两 15.6 克计算,4 药总重 119.6 克,加水 1800 毫升,煮取 500 毫升,分三次温服。比例符合方义,药物浓度适宜,能够达到出汗要求。若按《方剂学》教材 1 两 3 克计算,全方 4 药总重 27 克,不及一握。加水 1800 毫升,煮取 500 毫升,煎药时间过长,药液浓度过低,很难达到发表取汗的效果。现在常规煎药都是两次煎煮法,即分别煎煮两次,滤液混合后再分次服,所以两次煎煮比一次煎煮有效成分溶出率、利用率都更高。况且现在为方便病人服药,大多数药店都采用机器煎药,即处方药物总量同时煎煮,按用水比例分别包装成 100-200 毫升真空袋,分次服用。这于经方煎煮方法异曲同工,不会影响有效性及安全性,所以从煎药方法上比较,经方药物总量与现在用药习惯差别并不很大,缺乏安全性之说不足为凭。

综上所述,笔者认为经方之所以被后世冠为“众方之宗,群方之祖”,仲景其书被立为万世法, (下转第 105 页)

松注射液(得宝松注射液)24篇、强的松龙注射液23篇、曲安奈德注射液加利多卡因注射液加维生素B12注射液者20篇。

其余131篇中当归注射液联合维生素B<sub>12</sub>注射液者23篇、参麦注射液者14篇、丹参注射液者12篇、正清风痛宁注射液者9篇、红花注射液、鹿瓜多肽注射液者各6篇、膝康注射液者4篇,余均不足4篇。

**3.2 注射用量与疗程** 一次一个膝关节(内或外膝关节眼)注射玻璃酸钠(规格2 mL:20 mg注射液2~3 mL,1次1周,5次1个疗程,共计547篇(占97.5%),或一次一个膝关节加注臭氧15~30 mL、曲安奈德注射液1.5~2 mL、复方倍他米松注射液1 mL、强的松龙注射液1 mL。中药制剂多执行相应说明用量。一般一次一个膝关节注射4~6 mL。

**3.3 注射部位** 561篇为膝关节腔(80.0%),93篇为穴位注射,其中膝关节处阿是穴(即压痛点,此点多位于股四头肌肌腱、膝关节内缘胫侧副韧带与股骨内上髁附着部、膝关节内侧鹅足滑囊、膝关节外侧副韧带起止点等处)61篇、内(或加)外膝眼者20篇、阳陵泉者15篇、血海12篇、足三里10篇、阴陵泉9篇、梁丘9篇、鹤顶5篇、委中4篇。

4 结语

穴位注射是治疗退行性膝关节炎的有效方法。其注射的药物—玻璃酸钠是构成关节软骨和滑液的主要成分,主要由滑膜细胞和单核吞噬细胞合成,在关节腔内起润滑、屏障及缓冲应力作用,从而保护软骨、维持软骨基质完整、屏蔽痛觉

感受器等功能<sup>[2]</sup>,由于玻璃酸钠的屏障作用,可屏蔽痛觉感受器,消除致炎和致痛物质,减轻疼痛,从而缓解临床症状。医用臭氧是利用氧气为原料,通过高压电场将O<sub>2</sub>分解为两个氧原子,氧分子与其中一个氧原子结合生成臭氧(O<sub>3</sub>,或称活性氧)<sup>[3]</sup>。臭氧可以减少组织充血、促进水肿消散、降低局部温度和增加关节活动。肾上腺皮质激素能很快消肿止痛,改善症状,同时它还可以阻断基质金属蛋白酶的合成和激活,对软骨代谢有一定作用<sup>[4]</sup>。但如果反复大剂量应用会抑制透明质酸和蛋白聚糖的合成,引起关节软骨结构破坏,造成严重不良反应<sup>[5]</sup>。

笔者通过文献研究规范其退行性膝关节炎穴位的药物及其用量、穴位、疗程等,由于穴位注射用药量小,临床疗效确切,且操作简单,病人痛苦小,故具有良好的临床发展前景,值得进一步研究。

参考文献

[1] 姚树源. 痹祺胶囊治疗膝骨性关节炎的临床观察[J]. 天津中医药,2004,21(4):285~286.  
[2] 凌沛学. 透明质酸[M]. 北京:中国轻工业出版社,2003,137~141.  
[3] 于亚洲. 三氧与疼痛治疗[J]. 实用疼痛学杂志,2006,2(4):233~235.  
[4] 林志雄,余楠生,卢伟杰. 关节镜诊断和治疗膝关节炎[J]. 中华骨科杂志,1998,18(4):199~202.  
[5] 杨藕罗,喻建设. 玻璃酸钠与曲安缩松治疗膝关节炎疗效比较[J]. 医学临床研究,2005,22(7):1006~1007.

(收稿日期:2014-12-02 编辑:巩振东)

(上接第98页)

“夫岐黄之书,经也。仲景之经,律也。临证疗疾,引经案律,十不失一,此医门之金科玉条也。”<sup>[4]</sup>是千百年来千锤百炼经过无数临床验证得到的,经方剂量同样是其方法论不可分割的组成部分,正确运用经方剂量是提高临床疗效的核心。离开正确药量,经方就成了无源之水,无本之木,考古中“权”的发现,解决了旷日持久的经方剂量标准问题,应引起有关部门足够重视,统一认识,回归张仲景经方本源剂量,使经方有望成为当前突破中医药疗效瓶颈的重要途径。

参考文献

[1] 毛进军. 全国经方论坛现场实录[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:139.  
[2] 柯雪帆. 中华全国中医学会仲景学说讨论会论文汇编[S]. 北京:学苑出版社,1982:222.  
[3] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原:山西科学技术出版社,2002:403.  
[4] (日)丹波元坚. 医籍考[M]. 北京:学苑出版社,2007:168,174,184.

(收稿日期:2014-07-31 编辑:文颖娟)