

总 论

第一章 方剂沿革

第一节 方剂的发展概况

一、方剂的形成

远在殷商时代（公元前 1711 年~1066 年）或更早，中医方剂就已形成雏型。晋·皇甫谧在《针灸甲乙经序》中提到“伊尹以亚圣之才，撰用神农本草以为汤液”；汉·班固的《汉书·艺文志》亦有“《汤经法》三十二卷”的记载。

二、奠基时期

《黄帝内经》不仅是中医基本理论巨著，也是方剂学理论的奠基者。它除记载有 13 方（包括单方、复方）外，还总结出辨证、立法、处方、性能、制约、宜忌等理论，剂型上有汤、丸、散、酒、膏，并以病情轻重，病位上下，病势缓急，药味奇偶作为制方依据，提出了君、臣、佐、使组方原则，为方剂学理论发展，奠定了基础。

《伤寒杂病论》为后汉·张仲景所著，后人将其分为《伤寒论》、《金匱要略》两书。该书在《内经》制方法则指引下，创制和搜集临床有效方剂 314 首，对方剂的组成和加减变化，有其严谨法度；在因证立法，以法制方，遣方用药上，已具备系统的方剂学理论，后世称仲景为“方书之祖”，将《伤寒》、《金匱》所载之方称为“经方”。

三、发展时期

至两晋南北朝，涌现出了大量经验方书，如葛洪《肘后备急方》，刘涓子《鬼遗方》，陈延之《小品方》，释僧深《深师方》，谢士泰《删繁方》等。其中《肘后方》所载方剂多简、便、廉、验，对内、外、妇、儿、眼各科和急性传染病的病因、病机、治疗、预防均有论述，同时兼收治疗六畜病之方。该书长期在民间广泛流传应用。现除《肘后方》、《鬼遗方》尚存外，其它早已佚亡。

唐代出现了集唐以前方剂之大成的医学类书，如孙思邈的《备急千金要方》、《千金翼方》，和王焘的《外台秘要》。《千金要方》刊行于公元 625 年，全书分 30 卷，合方论 5300 首；《千金翼方》30 卷，载方 2571 首。二书广泛收集了汉以后的经验方和民间偏、验方，并吸收了唐代国外医方，对内、外、妇、儿、五官各科及解毒急救、食养、导引等均有论述，为我国最早一部医学全书。《外台秘要》分 40 卷，载方 6000 余首。该书既收载有唐代各家方书，且保存了大量失传古籍，如《小品方》、《深师方》、《崔氏方》、《许仁则方》、《张文仲方》等原本均已散佚，有《外台》的收集，今人才可略见一斑。

自唐代以来，方剂数目日见繁多，宋《太平圣惠方》载方 16834 首，《圣剂总录》二万多首，《太平惠民和剂局方》788 首。由于临床各科的发展，各科方剂著作日益繁多，如《三因方》、《小儿药证直诀》、《妇人良方》、《济生方》、《苏沈良方》等等。它们都是从实践经验中而来，至今仍照原书使用或加减衍化。

《普济方》为明代朱橚所撰，收载方剂 61739 首，是十五世纪以前方书的最后一次总结，

也是我国目前最大的一部方剂大典。

四、学科成熟时期

发展到明、清时代，由于叶、薛、吴、王温病学派崛起，打破了以伤寒法治温病的禁锢，制方理论研讨由此兴起，标志着方剂学科的成熟。方剂理论研讨始于宋·成无己的《注解伤寒论》、《伤寒明理论》，成于明·吴鹤皋的《医方考》。至清汪切庵的《医方集解》，已集其大成，将组方意义和临床使用，从病源、脉候、脏腑、经络、药性、治法上，系统地阐明其大义，对近代方剂的分类和组方原理剖析，都有较大启迪作用。

吴仪洛的《成方切用》，取《医方考》、《医方集解》两书增减而成，收载古今成方一千一百八十余首，逐方解释制方原意，并从加减进退之理加以发挥。费晋卿的《医方论》则由博返约，从每一方剂的适应证入说，以知其禁忌之所在。此外，罗美的《古今名医方论》、王子接的《绛雪园古方选注》等，都是解释方义的专著。上述医家均对方剂证治机理和组方原则作了详细阐明，使方剂学成为了一门具有较为完整理论体系的学科。

第二章 方剂与治法

第一节 方剂与治法之关系

方剂，是在理、法指导下，有目的有法度地运用药物以防治疾病的工具，俗称“处方”。治法，是针对不同的病证，通过辨证求因，审因论治而制定的基本治疗原则，即治疗方法。

方剂从属于治法，治法是应用方剂和创造新方的理论依据。前人称“方从法出，法随证立，以法统方”。所谓“方从法出”者，如临床见患者恶寒发热，头痛身疼，无汗而喘，苔薄白，脉浮紧等病症。据此可推断为风寒表实证，治宜发汗解表，宜肺平喘法，选麻黄汤治疗。这就是“方从法出”。至于该治法为何要“发汗解表，宣肺平喘”，则是根据临床证候，通过辨证求因，推断患者的临床表现是由风寒外袭，肺气不宣所致。在确定成因基础上，进行审因论治，就是“法随证立”。而方剂则在立法之后，才能确定如何具体运用成方或创造新方，故称之谓“以法统方”。所以，法是方的理论根据，方是法的具体运用。

然则，没有法就难以运用成方和制定新方，若仅有法而无方，则体现不出治法的作用。所以理、法、方、药四者，是中医辨证论治体系的高度概括。

第二节 治疗大法

中医治病，方法颇多，如药物、针灸、按摩、推拿，及外伤、五官各科的手术等皆属之。药物治病，前人概括为汗、吐、下、和、温、清、消、补八法。清代程钟龄对八法作了系统的论述。程曰：“论病之情，则以寒、热、虚、实、表、里、阴、阳八字统之；而论病之方，则又以汗、和、下、消、吐、清、温、补，八法尽之”（《医学心悟·首卷医门八法》），说明八法的制定是以八纲辨证为依据。八法简明扼要，概括了中医治法的重点所在，兹扼要介绍于下：

1、汗法：即解表发汗法（详见解表剂）。是一种具有开泄腠理，调和营卫，使外感六淫之邪由肌表随汗而解的治法。汗法除发汗解表作用外，尚可通畅气血，调和营卫，主要用于外

感六淫致病的表证。亦可用治麻疹初期透发不畅，水肿病腰以上肿甚，疮疡初起兼表等证。欲其透邪外达，皆可使用本法。

由于病情有寒热之分，体质有强弱之异，邪气有兼挟，加之季节地域之不同，故汗法又有辛温、辛凉之分，以及与它法结合运用的不同。

2、吐法：即涌吐法（详见涌吐剂）。是通过服药使患者产生呕吐，以排除停留在咽喉、胸膈、胃脘等部位的痰涎、宿食或有毒物质于体外的治法。金代张子和长于本法。吐法刺激性大，易损正气，后世医家用者不多。

3、下法：即泻下法（详见泻下剂）。具有荡涤肠胃，泻下积滞作用。是一种使停留于肠胃的宿食、燥屎，或瘀血、痰饮等从下而解以消除疾病的治法。

由于病情有寒热，体质有虚实，邪气有兼挟，故本法又分寒下、温下、润下、逐水、表里双解等类。

4、和法：即和解法（详见和解剂）。和法是一种通过和解作用达到消除病邪的治法。《伤寒论》桂枝汤、小承气汤最早提到“和”，确定该法始于成无己。成氏是注解《伤寒论》第一人，在《伤寒明理论》云：“伤寒邪在表者，必渍形以为汗；邪气在里者，必荡涤以为利；其于不外不内，半表半里，既非发汗之所宜，又非吐下之所对，是当和解则可矣。小柴胡汤为和解表里之剂也。”戴北山引伸其义说：“寒热并用谓之和，补泻合剂谓之和，表里双解谓之和，平其亢厉谓之和”。戴氏之说范围太广，难以依从，但表里双解谓之和则合其义。故本书的和解剂，分和解少阳、表里双解、疏理肝脾、调和肠胃及截疟五种。

5、温法：即温里法（详见温里剂）。是一种具有温里祛寒、回阳救逆等作用以治里寒证的治法。由于寒邪窃据部位不同，有温中祛寒、回阳救逆、温阳祛湿、温经散寒等分类。虚与寒常常并存，故温法多与补法配合运用。

6、清法：即清热法（详见清热剂）。是一种具有清热泻火作用以治里热证的治法。由于热邪窃据的部位有深、浅，脏腑有偏胜，故清法又分清气分热、清营凉血、清热解毒及清脏腑等数法。本法运用范围较广，尤以温热病更为常用。若温病后期，阴液耗散或阴虚火旺而发热者，则当滋阴清热，不宜苦寒直折。

7、消法：即消导法（详见消导剂）。是一种具有消积导滞，消痞散结作用，对气、血、痰、食、水、虫等所结的有形之邪，使之渐消缓散的治法。该法运用的范围较广。广义说，如祛痰、祛湿、驱虫、理气、理血等皆可统属于消法。但本书的消导剂仅立消食导滞、消痞化积两类，用于饮食和气血积滞之证。

8、补法：即补益法（详见补益剂）。是一种具有滋补人体阴阳气血作用，用于体质素虚或因病致虚予以补养的治法。补法以补虚为主，亦可收扶正祛邪的间接作用。本法以补阴、阳、气、血为统，结合脏腑为用。

上述八法，虽各有侧重，但不能孤立对待。病情复杂时，往往需数法合用才能全面照顾。程钟龄云：“一法之中，八法备焉。八法之中，百法备焉”。因此，临证处方，必须针对不同情况，灵活运用，才能提高疗效。

第三章 方剂分类

方剂的分类，首见于《素问·至真要大论》：“病有盛衰，治有缓急，方有大小，……君一臣二，奇之制也；君二臣四，偶之制也”；“奇之不去则偶之，是谓重方……”。后人定名为“七方”。随着医药业的发展，方剂分类不断改进，有十剂、八阵、二十二类等分类法。简介如下：

一、方剂分类之源流

1、**七方** 源于《内经》，但无具体分类记载，至宋·成无己正式定名：“制方之用，大、小、缓、急、奇、偶、复七方是也”（《伤寒名理论》）。刘完素（河间）和之，并谓“方不七，不足以尽方之变”。张子和又述河间之说，同然一词，故后世言方者，无不以七方为制方规范。

2、**十剂** 历代认为导源于北齐·徐之才的《药对》，但原书已佚无考。该书将药物按功效归纳为宣、通、补、泄、轻、重、滑、涩、燥、湿十种，与方剂分类无关。后《圣济总录》添以“剂”字，成无己在《伤寒明理论》中就称为“十剂”，称“制方之体，宣通补泄轻重滑涩燥湿是也。”刘河间的《素问病机气宜保命集》，张子和的《儒门事亲》均沿其说，由是成为方剂正式分类法。

至寇宗奭，在十剂基础上加寒、热两剂，称十二剂；明代缪仲醇又增升、降，称十四剂。徐思鹤在十剂基础上，增加调、和、解、利、寒、温、暑、火、平、奇、安、缓、淡、清为二十四剂，实则繁而无要。十剂对于临床组方用药颇有指导意义，故至今仍为临床所沿用和借鉴。

一般认为，十剂之中的宣、轻有升义，泻、滑有降义。诸药性非升即降，或可升可降，或升多降少，或升少降多，别无不升不降专为宣通之性者。所以“升、降”二字，可概括诸药之功用，不必另立两门。

3、**八阵** 明代张景岳著《景岳全书》，认为“大都方宜从简”，把前代医家的分类法，演变为补、和、攻、散、寒、热、固、因八阵。即补其不足，调和偏胜，攻其有余，散其外邪，寒凉清热，温阳散寒，固其滑脱，因证列方。但八阵不能概括一切方剂，所以又附列了妇人规、小儿则、痘疹铨、外科钤等四门方剂，以作补充。

4、**二十二类** 清代汪切庵著《医方集解》，根据方剂不同功效，分为补养、发表、涌吐、攻里、表里、和解、理气、理血、祛风、祛寒、清暑、利湿、润燥、泻火、除痰、消导、收涩、杀虫、明目、痲痧、经产、救逆等二十二类。该分类法有利于临床应用和学习，因而被后世所沿用。

5、**八法** 清代程仲龄根据八纲而提出“八法”分类法。即汗、吐、下、和、温、清、消、补（详第二章治法），此分类法以法统方，简明扼要。

总之，历代在方剂分类上，有以病分类，有以证分类，有以病因分类，有以各科分类，有以脏腑分类，有以治法分类，等等，但以治法分类者居多，该分类切合临床应用，也体现了方与法的关系。

二、方剂分类三内涵

1、七方

(1)**大方** 是指药味多，或药味少而用量大之方剂，多用于邪气盛的疾病，或用于下焦疾病。一般用顿服法。如用于峻下的大承气汤，解表清里的大青龙汤属此类。《素问·至真要大论》云：“君一臣三佐九，制之大也”。刘河间却说：“大方之说有二，一则病有兼证，而邪不专，不可以一二药治之，宜君一臣三佐九之类是也；二则治肝肾在下而远者，宜分量多而顿服之是也”（《素问·病机气宜保命集》，下同）。

(2)**小方** 是指药味少，分量轻，或药味多而药量少之方剂，多用于病邪轻浅的疾病，或用于上焦疾病，一般用分次顿服法。如用于外感轻证的葱豉汤，或轻下的小承气汤属此类。《素问·至真要大论》云：“君一臣二，制之小也”。刘河间却说：“小方之说有二，一则病无兼证，邪气专一，可以君一臣二小方之治也；二者治心肺在上而近者，宜分量微而频频少服之，亦为小方之治也。”

(3)**缓方** 是指药性缓和，用于一般慢性虚弱证的方剂。如四君子汤、六味地黄丸属此类。《素问·至真要大论》云：“补上治上制以缓，……缓则气味薄”。刘河间有所扩充，他说：“缓方之说有五，有甘以缓之为缓方者，如炙甘草汤之类，取其恋膈也；有丸以缓之为缓方者，盖丸之比汤散药力宣行迟故也；有品味群众之缓方者，盖药味众多，各不能骋其性也；有无毒治病之缓方者，盖药性无毒，则功自缓也；有气味薄而缓方者，药气味薄，则常补于上，比至其下，药力既已衰，为补上治上之法也。”前五说均为河间所发挥。但第二说丸剂，则不一定均属缓方，如三物备急丸、礞石滚痰丸之类。

(4)**急方** 是指药性猛烈，用治病势危急，需迅速取效的方剂。如十枣汤、安宫牛黄丸等可属此类。《素问·至真要大论》云：“补下治下制以急，……急则气味厚”。刘河间说：“急方之说有四，有急病急攻之急方者，如腹心暴痛，前后闭塞之类是也；有急风荡涤之用急方者，谓中风不省口噤是也，取汤剂荡涤，取其易散而施功速者是也；有药之有毒之急方者，如上涌下泄夺其病之大势者是也；有气味厚之急方者，药之气味厚者直趋于下而力不衰也，谓补下治下之法也。”

(5)**奇方** 是指由单味药或单数药物所组成的方剂。如独参汤用人参一味，四逆汤用附子、干姜、炙甘草单数药组成，属此类。《素问·至真要大论》云：“君一臣二，奇之制也，……君二臣三，奇之制也”。刘河间说：“奇方之说有二，有古之单行之奇方者，为独一物是也；有病近而宜用奇方者，为君一臣二，君二臣三数合于阳也，故宜下不宜汗也。”

(6)**偶方** 是指由双味或合于双数者为偶方。如左金丸、六一散、四物汤等属此类。《素问·至真要大论》云：“君二臣四，偶之制也，……君二臣六，偶之制也”。刘河间说：“偶方之说有二，有两味相配而为偶方者，盖两味相合者是也；有病远而宜用偶方者，君二臣四，君二臣六，数合于阴也，故宜汗不宜下。”

(7)**复方** 是指由两方或数方合用而治较复杂病证的方剂。如八珍汤、胃苓汤、五积散等属此类。《素问·至真要大论》云：“奇之不去，则偶之，是谓重方”。《内经》只提到“重方”，并无复方之说。复方之名，始于成无己。张景岳在《类经》中对复方的解释是：“此示人以

圆融通变也。如始之用奇，奇之而病不去，此其必有未合，乃当变而为偶，奇偶迭用，是曰重方，即后世所谓复方也。”

2、十剂

(1)宣剂 《证类本草》：“宣可去壅”。壅即壅塞不通之义。即用宣散、涌越之品以治胸闷、呕恶等壅塞之证。

(2)通剂 《证类本草》：“通可去滞”。滞即留而不行之义。即用通利之品，以治乳汁不通，湿痹经络等留滞之证。

(3)补剂 《证类本草》：“补可扶弱”。弱即虚弱之义。即用补益之品，以治体倦神疲，色枯气短等虚弱之证。

(4)泄剂 《证类本草》：“泄可去闭”。闭即闭塞之义。即用开泄之品，以治腑实便秘，肺实气急等郁闭之证。

(5)轻剂 《证类本草》：“轻可去实”。实即腠理壅实之义。即用轻浮之品，以治外感表邪，肌腠闭塞无汗之证。

(6)重剂 《证类本草》：“重可镇怯”。怯即神气怯弱，惊恐不宁之义。即用重镇之品，以治心神浮越，惊悸不宁之证。

(7)滑剂 《证类本草》：“滑可去著”。著即著而不去之义。即用滑利之品，以治膀胱、尿道等砂石凝着有形之证。

(8)涩剂 《证类本草》：“涩可固脱”。脱即滑脱不禁之义。即用收涩之品，以治自汗、盗汗、遗精、遗尿、肠滑泻痢、崩漏带下等久病滑泄之证。

(9)燥剂 《证类本草》：“燥可去湿”。湿即湿邪过盛之义。即用燥湿之品，以治水肿腹胀，小便不利等水湿内停之证。

(10)湿剂 《证类本草》：“湿可去枯”（一曰湿可润燥）。枯即枯燥之义。即用滋润之品，以治干咳无痰，口舌干燥等津液不足之证。

3、八阵

《景岳全书·卷五十新方八略引》：

(1)补方 “补方之制，补其虚也。凡气虚者宜补其上，人参、黄芪之属是也；精虚者宜补其下，熟地、枸杞之属是也；阳虚者宜补而兼暖，桂、附、干姜之属是也；阴虚者宜补而兼清，门冬、芍药、生地之属是也；此固阴阳之治辨也。其有气因精而虚也，自当补精以化气；精因气而虚者，自当补气以生精；又有阳失阴而离者，不补阴何以收散亡之气；水失火而败者，不补火何以苏垂寂之阴，此又阴阳相剂之妙用也。故善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭”。

(2)和方 “和方之制，和其不和者也。凡病兼虚者，补而和之；兼滞者，行而和之；兼寒者，温而和之；兼热者，凉而和之；和之为义广矣，亦犹土兼四气，其于补泻温凉之用无所不及，务在调平元气，不失中和之为贵也”。

(3)攻方 “攻方之制，攻其实也。凡攻气者，攻其聚，聚可散也；攻血者，攻其瘀，瘀

可通也；攻积者，攻其坚，在藏者可破可培，在经者，可针可灸也；攻痰者，攻其急，真实者暂宜解标，多虚者只宜求本也。但诸病之实有微甚，用攻之法分重轻，大实者攻之未及，可以再加，微实者攻之太过，每因致害，所当慎也”。

(4)散方 “散者，散表证也。观仲景太阳证用麻黄汤，阳明证用升麻葛根汤，少阳证用小柴胡汤，此散表之准绳也。后世宗之而复不能用之，在不得其意耳”。

(5)寒方 “寒方之制，为清火也，为除热也。夫火有阴阳，热分上下。据古方书咸谓黄连清心，黄芩清肺，……今之用者多守此法，是亦胶柱法也”。

(6)热方 “热方之制，为除寒也。夫寒之为病者，有寒邪犯于肌表，有生冷伤于脾胃者，有阴寒中于脏腑者，此皆外来之寒，去所从来，则其治也。……观丹溪曰气有余便是火，余续之曰气不足便是寒”。

(7)固方 “固方之制，固其泄也。如久嗽为喘而气泄于上者宜固其肺，久遗成淋而精脱于下者，宜固其肾，小水不禁者宜固其膀胱，大便不禁者宜固其肠藏，汗泄不止者宜固其皮毛，血泄不止者宜固其营卫”。

(8)因方 “因方之制，因其可因者也。凡病有相同者，皆可按证而用之，是谓因方”。

4、二十二类

张景岳在八阵中，以补养之剂为先，汪切庵亦取义于景岳，在《医方集解》中以补剂首列。汪说：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸兵，不亦晚乎？故先补养。”但程钟龄在《医学心悟》中，以汗法居八法之首，颇具深意。《素问·阴阳应象大论》说：“善治者，治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏。治五脏者，半死半生也。”盖六淫外袭，初起伤人肌表，当此之时，应抓住时机及时治疗，因势利导，驱邪外出。否则，病邪深入，则医治较难。可见程氏列汗法为首，是颇具见地的。

第四章 方剂的组成与变化

方剂，除单味方外（如独参汤之类），均由两味以上药物组成。药物通过配伍后，既能增强它的原有作用，更能调和偏胜，制其毒性，消除或缓解对人体的不利影响，更好地切合复杂的病情。

第一节 组成原则

组成一个方剂，不是简单地进行药物堆砌，主要是根据病情需要，在辩证立法基础上，按照一定的组织原则选择适当的药物，规定其必要的剂量。这种组方原则，前人称之为“君、臣、佐、使”。它是根据《素问·至真要大论》“主病之谓君，佐君之谓臣，应臣之谓使”理论提出的。金代李东垣则说：“主病之谓君，兼见何病，则以佐使药分别之，此制方之要也”。进一步提出了主病兼病的用药配伍方法。说明君、臣、佐、使是一种制方时药物配伍的主从关系，既有明确的分工，又有紧密的配合。现将君、臣、佐、使的涵义如下：

君药：是针对病因或主证起主要治疗作用的药物，即主药。

臣药：是协助主药以加强治疗作用的药物，即辅药。

佐药：有三个意义。一是治疗兼证或次要症候的药物；二是用于主药有毒，或药性峻烈加以制约者，即“因主药之偏而为监制”之义。上两种一般称为“正佐”法；三是反佐药，用于因病势拒药而加以从治者，如温热剂中加入少量寒凉药，或寒凉剂中加入少量温热药以消除寒热格拒，药不能进的现象。

使药：有两种意义。一是引经药，即引导它药直达病所的药物，如治上部疾患用桔梗为引，治下部疾病以牛膝为引等；二是调和药性的药物，如方剂中常用甘草、大枣以协和药性等。每首方剂，主药必不可少，但简单方剂中，臣、佐、使药不一定具存。

为说明君、臣、佐、使组方原则，兹举麻黄汤为例。麻黄汤由麻黄、桂枝、杏仁、甘草四药组成，主治伤寒表实证的发热恶寒，头身疼痛，无汗而喘，脉浮紧等症；其功能为散寒解表，宣肺平喘，使在表寒邪随汗而解。其中：

君药，麻黄辛温发汗解表，宣肺平喘；

臣药，桂枝辛甘温，温经解肌助麻黄发汗解表；

佐药，杏仁苦温，下气降逆，助麻黄宣肺平喘；

使药，炙甘草甘温，调和诸药。

麻黄汤的配伍不仅说明用药有主有次，既突出重点，又照顾全面，同时也体现了药物配伍的内在联系。

第二节 组成变化

方剂的组成，既需原则性，又需灵活性，临床运用时应随病情的变化，体质的强弱，年龄差异及地土方宜的不同，灵活予以加减化裁，做到“师其法而不泥其方”。徐灵胎说：“欲用古方，必先审病者所患之证，悉与古方前所陈列之证皆合，更与方中所用之药无一不与所现之证相合，然后施用，否则必须加减，无可加减，则另择一方”（《医学源流论》）。

一、药味加减的变化

1、随证加减：是指在主证、主药不变情况下，随着次要症状或兼证的不同，增减其次要药物，以适应新的病情需要，一般常称为随证加减。其中又分加味、减味、有加有减等三种情况。

(1) 加味的变化。如桂枝汤主治发热头痛，汗出恶风，脉浮缓等风寒表虚证。若兼见喘咳者，可加杏仁、厚朴以降逆定喘，名桂枝加厚朴杏子汤。

(2) 减味的变化。仍以桂枝汤为例，若桂枝汤证兼见脉促、胸满等心阳损伤之候，则减去方中芍药，名桂枝去芍药汤。因本方所治乃误下伤阳引起，芍药为酸寒阴柔之品，用之恐增重胸满，故去而不用。

(3) 有加有减的变化。如瓜蒌薤白白酒汤，主治胸阳不振、气滞痰阻所致的胸痹证，若胸中阳气较弱，痰气互结较甚，胸背彻痛，气从胁下上逆，胸中闭塞难忍。可去白酒加桂

枝、枳实、厚朴以增强通阳、下气、降满之用，名枳实薤白桂枝汤。

上述三种加减，都是主药不变，只增删其辅助药物，是临床上使用最多的一种变化方式。但必须是在主证未变，兼证不同的情况下使用，否则就须另行立法组成，不属单纯加减药味的问题。

2、药物配伍变化：是指在主要药物不变的情况下，通过臣、佐药的配伍变化，直接影响该方的主要作用，叫药物配伍变化，也属药味增减变化的范畴。如麻黄配桂枝，组成麻黄汤发汗解表，以治伤寒表实证；配石膏，组成麻杏甘石汤解表清里，以治表邪未解，里热已炽之证；配薏苡仁，组成麻杏薏甘汤，解表祛风湿，以治风湿在表，一身尽痛之证；配附子，组成麻黄附子细辛汤解表助阳，以治阳虚感寒之证。可见主辅药物配伍不同，其作用也就各别。

3、组方变化：是指增减方中药味，更换主药，主治随之变化，方名亦随之改变者。一般分两种情况。

(1) 更换主药，增加药味的变化。如桂枝汤倍芍药，加饴糖，名小建中汤。主药变为饴糖温中缓急，故主治证变为虚劳里急，腹中痛，或心悸而烦者。

(2) 更换主药，增减次要药味的变化。如桂枝汤加当归、细辛、木通，去生姜，名当归四逆汤。主药变为当归，故主治证亦变为治厥阴伤寒，手足厥冷，脉细欲绝。

二、药量增减的变化

是指方中药味不变，只增减药物用量，或更换药味的主次关系，其结果即可改变原方的药力大小或扩大治疗范围，还可改变其主治证。例如：

1、改变药力：如四逆汤与通脉四逆汤（见下表）均用生附子、干姜、炙甘草三药组成，但由药量增减而改变药力，故主治亦异。

方剂名称	药 物			功用	主 治	备 注
	生附子	干姜	炙甘草			
四逆汤	一枚	4.5 克 (两半)	6 克 (二两)	回阳 救逆	下利清谷，呕吐恶寒，肢厥，身痛，脉沉细弱或沉迟	
通脉 四逆汤	一枚 (大者)	9 克 (三两)	6 克 (二两)	回阳 救逆	下利清谷，四肢厥逆，脉微细欲绝，反不恶寒	加重姜附用量，回阳救逆之力更强

2、扩大治疗范围：如桂枝加芍药汤，倍加芍药以缓急止痛，主治桂枝汤证兼腹痛甚者。

3、改变主治：如小承气汤与厚朴三物汤（见下表）均由大黄、枳实、厚朴相成，但由于更换药物的主、次关系，故主治亦各有别。

方剂名称	药 物 组 成			功 用	主 治
	君	臣	佐、使		
小承气汤	大黄 12 克 (四两)	枳实 三枚	厚朴 6 克 (二两)	清热通便	阳明腑实，潮热谵语，大便秘结，腹痛拒按。(热结证)
厚朴 三物汤	厚朴 24 克 (八两)	枳实 五枚	大黄 12 克 (四两)	行气通便	气滞腹胀，大便不通

三、剂型更换的变化

是指方剂中的药味完全相同，只是根据病情的轻重缓急而更换其剂型，故主治亦各有别。如理中凡是治理脾胃虚寒证的方剂，若将理中丸改为汤剂内服，则作用快而力峻，适用于证情较重而急者。反之，若病情较轻或缓者，不需急于求效，则多以汤改丸，取丸剂作用慢而力缓。

四、数方相合的变化

是指由两个以上的方剂复合而成，用于病情复杂之证。如脾胃气虚用四君子汤补益中气，若又兼血虚者，则宜与四物汤合用，就变成气血双补的八珍汤。另如五积散、桂枝麻黄各半汤，均为数方相合之例方。

第五章 常用剂型与用法

第一节 剂 型

方剂的剂型，是指方药制剂的形式。方药的剂型对于临床疗效有很大的影响。

剂型种类繁多，在《内经》13方中，就有汤、丸、散、酒、膏等剂型。以后各代医家又创造了多种剂型。如饮、露、锭、饼、条、钱，还有熏烟、熏洗、滴耳、灌肠、灌鼻、坐药等。目前的中药制剂，在保持传统的基础上，采用现代制剂方法，又创造了新的剂型。如针剂、片剂、冲剂、糖浆、浸膏、流浸膏、橡皮膏等等，这是中医剂型的又一次发展。如何选择剂型和制作剂型，一般应考虑的是：

一、根据不同药物的特性选择剂型，如麝香、牛黄、安息香之类芳香走窜性药物，宜作散剂或丸剂，若作煎剂，会使功效减弱，甚至丧失药效。如《备急千金要方序例》说：“药有宜丸者，宜散者，宜汤者，宜酒渍者，宜膏煎者，亦有一物兼宜者，亦有不入汤酒者，并随药性，不得违之”。

二、根据不同病症选用不同剂型。如新病、急性疾病、宜用汤剂，散剂；旧病、慢性疾病，宜服丸剂、膏剂。正如华佗论治疗法：“病有宜汤者，宜丸者，宜散者，……种种之法，岂唯一也。若非良善精博，难为取效”（《景岳全书·传忠录上》）。兹将常用剂型简介如下：

1、汤剂

将药物配成方剂后加水煎煮，去渣取汁，称为汤剂，是临床使用最广的一种剂型。李东垣说：“汤者荡也，去大病用之”（《用药法象》）。特点是：吸收快，易发挥疗效，便于灵活加减，

能紧密结合治疗的需要，全面照顾到每一病人或各种病证的特殊性。汤剂所用药物，在古方中多注明“㕮咀”字样，是将药切碎之意，至宋、金、元时代，多锉为粗末，近代则用饮片，便于煎煮，易发挥药效。

2、散剂

有内服、外用两种。内服散剂，是将药物研成粉末，用水、茶汤或米饮或酒等冲服，或水煎服；外用散剂，是将药研细后，撒布或调敷患处，亦有作点眼、吹喉等外用。散剂有易于制作，便于服用，节约药物和不易变质等优点，但吸收较汤剂稍慢。李东垣说：“散者散也，去急病用之”（《用药法象》），因而散剂可作急、慢性疾病的常用剂型。

3、丸剂

丸剂是将药物研成极细末，以炼蜜、水泛或米糊、面糊、酒、醋、药汁等为赋形剂以制成颗粒状的药丸。李东垣说：“丸者缓也，不能速去之，其用药之舒缓而治之意也”（《用药法象》）。丸剂吸收缓慢，药力持久，且体积小，服用、贮存、携带都较方便，是一种常用的剂型。一般适用于慢性、虚弱性疾病，如归脾丸、理中丸之类；亦有用于急救的，如安宫牛黄丸、抱龙丸之类；亦有因药性峻烈，不能急切使用，为使其缓缓发挥药效而作丸剂者，如抵当丸、大黄鳖虫丸等；亦有因药性有毒，难入煎剂，或因芳香走窜，不宜久煎之药物如麝香、牛黄、安息香之类，亦应作丸剂者，如苏合香丸、安宫牛黄丸等。临床常用丸剂的种类有蜜丸、水丸、糊丸、浓缩丸。

4、膏剂

分内服外用两种。内服膏剂，是将药物反复煎熬，去渣取汁，再用微火浓缩，加冰糖或蜂蜜收膏即成。一般用作滋补剂，如琼玉膏之类。内服膏剂中还有流浸膏、浸膏、煎膏等。外用膏剂，人称膏药，古代称为“薄贴”。是用油类将药物煎熬，去渣后加入黄丹、白蜡等收膏。一般用作痹痛或跌打损伤外贴之用。外用药膏，现又有软膏药、硬膏药两种。

5、丹剂

多指由含汞、硫黄等矿物药经过加热升华而成的一种化合制剂。此剂有内服、外用两种。一般多外用，如红升丹、白降丹等。但由于临床运用的习惯，对某些贵重药，或有特殊药物的剂型，亦称为丹。因此，丹，并非是一种固定剂型。目前所称丹，有散剂如红升丹、白降丹；有丸剂如至宝丹、小儿回春丹；有锭剂如玉枢丹；有液体制剂如化铁丹等。

6、酒剂

酒剂。古称酒醴，后世称为酒药。是将药物浸入酒内，经过一段时间，药汁浸出即成；或隔汤煎煮，然后去渣饮酒。一般常用于风湿痹痛之病，但不宜于阴虚火旺之证。酒剂见于文献最早的是《内经》的鸡矢醴，《金匱》的红蓝花酒。

7、药露

用含有挥发性成分的新鲜药物，放入水中加热蒸馏所收集的蒸馏液，即为药露。气味清淡，芳洁无色，便于口服。一般作为饮料，夏天尤为常用，如金银花露等。

8、锭剂、饼剂

系指将药物研为细末，单独或与赋形剂混合而制成不同形状的一种固体制剂。可供外用或内服，研末调服或磨汁服，亦可磨汁以敷患处，如紫金锭等。若制成饼状，则称饼剂。

9、条剂

又称纸捻，是中医外科常用的剂型。系将桑皮纸粘药后捻成细条状，或将桑皮纸先捻成细条后再粘药，用于插入疮口，化腐拔管。如化管药条等。

10、线条

系将丝线或棉线浸泡于药液中，并与药液同煮，经干燥而成的一种外用制剂。用于结扎瘰管或赘肉，使其自行萎缩脱落。

11、导法

用易于溶解的药物制成锭状，纳入肛门中，取其溶解后润滑肠道，使干燥的粪便易于排出，如《伤寒论》的蜜煎导法。

上述剂型中，以汤、丸、散、膏、酒、丹等为临床所常用，其余剂型则视不同情况而定。剂型的制作，目前有很大发展，如针剂、气雾剂、冲剂、胶囊剂等均属新剂型。

第二节 汤剂用法

汤剂的用法包括煎法和服法。煎、服法的恰当与否，对疗效有很大影响，简述如下。

一、煎法

药物煎熬时，首先应注意煎药的器具，煎药水量、火候、方法等，一有不善，可直接影响疗效。徐灵胎说：“煎药之法，最宜深讲，药之效不效，全在乎此”（《医学源流论》）。

1、煎药用具：古人认为“银者为上，磁者次之”，“切忌油秽腥气、铜、锡、铁锅”（《药治通义》），以免发生化学变化。以有盖的陶瓷砂锅为通用，价廉且不发生化学变化。

2、煎药用水及水量：有用泉流水、泉水、甘澜水（亦称劳水）、米泔水、酒水、以及麻沸渍等。煎药用水以洁净水为原则，如自来水、井水或蒸馏水均可。煎药用水量，一般为30克（一两）药用水一碗（200~300毫升），或将药物放入锅内，加水浸过药面一掌为度。

3、煎药火候：有“文火”、“武火”之分。急火煎之为武火，慢火煎之为文火。急煎取其生而疏荡，久煎取其熟而停留，一般煎药以先武后文为宜。如《本草纲目》说：“先武后文，如法服之，未有不效者。”

4、煎药方法：可分一般煎法和特殊煎法两种。

（1）一般煎药法：即将诸药同煎，煎药前将药放入容器内，加冷水浸过药面片刻，再行煎煮，则有效成分易于溶解煎出。沸后可改为微火，以免药汁溢出或过快熬干。煎药时不宜频频打开覆盖物，以尽量减少挥发性成分的丧失。

对于解表药、清热药、气薄类药，宜武火急煎，以免药性挥发，药效降低；对味厚滋补药，宜文火久煎，使药尽出。毒性大药如乌头、附子、狼毒等，宜慢火久煎或先煎，可减其毒性。

（2）特殊煎药法：对某些须特殊煎煮药物，处方时须加以注明。如：

先煎：介壳类、矿石类药物，药性难以煎出，应打碎先煎，煮沸后约 20 分钟，再下它药，如代赭石、鳖甲之类；泥沙多的药物，宜先煎取汁，然后以药汁代水再煎它药，如灶心土、糯稻根之类。

后下：凡气味芳香，借其挥发油取效者，宜将它药煎好后再下，煎四、五分钟即可，以防有效成分走散，如薄荷、木香、砂仁、银花之类。

包煎：为防止煎后药液混浊及减少对消化道、咽喉的不良刺激，可将药物用砂布包好再入药同煎，如赤石脂、旋覆花、滑石之类。

另炖或另煎：某些贵重药，为尽量保存其有效成分，减少同煎时被其它药物吸收，可另炖或另煎，如人参、羚羊角、犀角之类。

溶化(烊化)：凡胶质、粘性大且易溶的药物，同煎则易粘锅或烧焦，且粘附它药，影响有效成分溶解，应在它药煎好后，置于去渣的药液中微煮使之溶解，如阿胶、鹿角胶、饴糖等。

泡服：含有挥发油，或药性易溶解者，可用开水或药汁趁热浸泡，如藏红花、肉桂、细辛之类。

冲服：凡散剂、丹剂、小丸、自然汁、以及某些药物，需予冲服。如琥珀末、田三七末、紫雪丹、六神丸、生藕汁等。

二、服法

服药之法是否恰当，对疗效也有一定影响。如徐灵胎说：“病人之愈不愈，不但方必中病，方虽中病，而服之不得法，则非特无功，反而有害，此不可不知也”（《医学源流论》）。服法包括服药时间和服药方法。

1、服药时间：

- (1) 一般服药，宜在饭前；但对胃肠有刺激或治眼科病者，宜在饭后服。
- (2) 滋补药，宜空腹服。
- (3) 治疟药，宜在疟发前两小时服。
- (4) 安神药，宜在睡前服。
- (5) 急病，不拘时服；慢性病服丸、散、膏、酒者，宜定时服。
- (6) 根据病情，有可以一天数服；也有煎汤代茶，频频服用。据《千金要方序例》记载：“病在胸膈以上者，先食后服药；病在胸膈以下者，先服药后食；病在四肢血脉者，宜空腹而在旦；病在骨髓者，宜满而在夜”。古人这种服药时间的划分，可作参考。

服药方法：

一般汤剂宜温服，解表药尤宜趁热服，药后还应温被取微汗，如服桂枝汤后，须进热粥以助药力。

热证用寒药，宜冷服；寒证用热药，宜热服。若因寒热错杂，互相格拒，服药后出现呕吐属真寒假热者，宜用热药冷服；真热假寒者，用寒药热服。此外，在一般服药时即出现呕吐者，宜先服少许姜汁或嚼少许陈皮，或用冷服，频饮少进。

如遇病者昏迷，吞咽困难时，宜汤剂鼻饲给药；每剂药物一般分两次或三次服；病情

急剧时可一次顿服，或根据病情需要，采用持续服药以维持疗效。

对于使用峻烈或毒性药，宜先进少量，逐渐增加，至有效止，不宜过量，以免发生中毒。《神农本草经序例》说：“若用毒药疗病，先起如黍粟，病去即止。不去倍之，不去十之，取去为度”。

第六章 药物计量

由于历代度量衡不断迭变，古方用药分量很不一致，近代虽经多方考证，亦未完全一致。今将古代度量衡的演变，古方所载用量与当今临床用药一般剂量分叙于下。

第一节 古代度量衡的演变

1、古代衡器：

汉制古秤以黍、累、铢、两、斤计量，而无分名。十黍为累，十累为铢，积之为两为斤，这是当时通用之秤。至晋代，则以十黍为一铢，六铢为一分，四分为一两，十六两为一斤（即以铢、分、两、斤计量）。汉、晋之一斤，迄于梁、陈。隋·开皇以古秤（即汉、晋之秤）三斤为一斤，亦即唐代之大秤；至大业中又恢复汉、晋之古秤，即唐代之小秤，实居大秤三分之一。医方则一直沿用汉、晋古秤。

宋代立两、钱、分、厘、毫之目。即十毫为厘，十厘为分，十分为钱，十钱为两，积十六两为一斤。元、明至清代，沿用宋制，很少变易。故宋、元、明、清之方，凡言分者，是分厘之“分”，不同于晋代两钱半为一分之分。清代之秤量为库秤，今通用市秤（其实库称与市秤，还有相差）。

2、古代容器：古代容量有斛、斗、升、合、勺之名，但其大小，历代亦多变易，考证亦有差异。兹引《药剂学》（南京药学院编1960年版）历代衡量与市秤的对照表，作为参考。

时代	古代重量	折合市制	古代容量	折合市制
秦	一两	0.5165 市两	一升	0.34 市升
西汉	一两	0.5165 市两	一升	0.34 市升
新莽	一两	0.4455 市两	一升	0.20 市升
东汉	一两	0.4455 市两	一升	0.20 市升
魏晋	一两	0.4455 市两	一升	0.21 市升弱
北周	一两	0.5011 市两	一升	0.21 市升弱
隋唐	一两	1.0075 市两	一升	0.58 市升强
宋	一两	1.1936 市两	一升	0.66 市升强
明	一两	1.1936 市两	一升	1.07 市升强
清	一两（库称）	1.194 市两	一升（营造）	1.0355 市升升

注：上表古今用药衡量比较，仅系近似数值。

至于古方中有“等分”、“刀圭”、“方寸匕”、“钱匕”、“一字”、“鸡子黄大”等名称，其内容如下：

等分，非重量之分，是各药斤两相等之意。大都用于丸、散剂，汤、酒剂中较少应用。

方寸匕，作匕正方一寸，抄散取不落为度。

钱匕，是以汉五铢钱抄取药末，亦以不落为度。

半钱匕，取汉五铢钱抄取一半，不落为度。

一字，即以古穿眼铜币（币上有××通宝四字）抄取药末，填去一字之量。

刀圭，乃十分方寸匕之一。

上述几种秤量用名，多为散剂所用。其中一方寸匕药散约合五分；一钱匕药散，约合三分；一字药散，约合一分。

至于“鸡子黄大”，是对某些药物采用取类比象作药用量。一鸡子黄=1弹丸=40梧桐子大=80大豆=160小豆=180大麻=1440小麻。

古今医家对古方剂用量作了很多考证，至今未有公认结论。但汉晋的权衡肯定比现在小，所以汉、晋时代医方的剂量数字都较大。

1986年全国高等中医院校函授教材《中医方剂学》，将古汉、晋与今剂量对照如下：

汉、晋度量衡值	现折合值
三 斤	500 克（十六量制一斤）
一 两	9 克（三钱）[孙注：按上折算，应是 10.42 克]
一 尺	6 寸 9 分
一 斗	二 升
一 升 水	二合（200 毫升）
一鸡子黄大	约合九克（三钱）

但在中国中医研究院编写的 1974 年修订版《伤寒论语译》一书中，根据吴承洛中国度量衡史认为，后汉一两相当于现代 13.92 克。近年，广安门医院全小林根据“光和大司农铜权”计量，认为汉一斤合今之 250 克，1 两合今之 15.62 克。上述考证均忽视了另一重要问题，即《新修本草》引苏恭所说，后汉药称一两，为当时常用称之二分之一。所以，即便按全小林算法，《伤寒论》中一两，仅为现代 7.81 克。古方一剂，每以三次分服，以桂枝汤为例，“第一服汗出病差，停后服，不必尽剂”。仲景方只煎一次，逐渐变为煎取二次且尽剂，用药方式有所变化。李时珍说古方一两为一钱，乃据其实践经验与用药方式之考量，其说可依。近代实践证明，一两以近似值 3 克计，足已达其有效剂量，但需结合病情斟酌，不宜胶柱鼓瑟。另，仲景方附子一枚，本书均以 10 克计，大者 12 克。

根据国务院指示，从 1979 年 1 月 1 日起，全国中医处方用药计量一律采用以“克”为

单位。兹附十六进制与公制计量单位的换算关系如下：

1 斤 (16 两) = 0.5 公斤 (kg) = 500 克 (g)

1 市两 = 31.25 克 (g)

1 市钱 = 3.125 克 (g)

1 市分 = 0.3125 克 (g)

1 市厘 = 0.03125 克 (g)

注：换算尾数可舍去

第二节 方药的剂量比重与用量

1、剂量比重：除单味药方外，方药的比重，一般以君药为重，臣药次之，佐、使药更次之，但不可拘泥，须据下述两种情况而定：

(1) 根据药性之缓、烈、有毒、无毒而定，如三物备急丸 (巴豆、干姜、大黄)，巴豆为主药，因性烈有毒，故剂量三药同等。

(2) 根据同类药物的多少而定。如人参败毒散，只甘草 15 克 (五钱)，余药均为 30 克 (一两)。该方羌、独为君，散药较多，故无须加重羌独用量。

2、每味药物的用量：一般是干燥药 3~9 克 (1~3 钱)；鲜品可加 1~2 倍。但某些药可超过 3~9 克量，亦有宜少于 3~9 克者。

(1) 凡性猛、有毒、价贵效速者，宜小于 3~9 克量。如甘遂、大戟、芫花、胆矾、芦荟、生附子、生川乌、生草乌、生半夏、生南星、冰片、麝香、马宝、熊胆、蜈蚣、全蝎、马钱子、木鳖等。

(2) 凡性缓、无毒、病情严重时 (如大寒证、大热证)，可超过 3~9 克者。如高热时石膏可用至 60~120 克 (2~4 两)；鲜生地可用至 30~60 克 (1~2 两)；蒲公英、大青叶可用至 60~120 克 (2~4 两)。人参在救脱时可用至 30 克 (一两)，若用党参代可加 1~2 倍。附子在大寒证时可用 15~30 克 (五钱~一两)。此外，其它无毒之品，如土茯苓、半边莲、金钱草、金银花、鱼腥草、凤尾草等，根据病情需要，均可加重用量。