

经方——临证路上的魔杖

今天，我们一起来聊聊“经方”。我把题目定为“经方——临证路上的魔杖”。为什么叫“魔杖”？魔杖就是神奇助力的拐杖。我们讲医生看病就好比打仗，有两个事情，第一件事情是找目标，第二件事情是打中目标。

找目标就是辨证，打中目标就是施治。找目标的方法其实有很多，我们主要是靠辨证，如：八纲辨证，脏腑辨证，六经辨证，卫气营血辨证，三焦辨证等。那有没有别的方法，比如说有的人他不是这样，他看看手他就知道你病在哪里；有的人切一下脉就知道你病在哪；还有的人他啥也不干，他就看你的运气，你的生辰八字，你得病的这个年月日，掐算运气；或者就六经病的欲解时等等方式就把药开了。找目标的手段非常非常多。

而今天我们要讲的“经方”，它既是一种找目标的方法，更是一种打目标的武器。它的方式很独特，就是给每一个特定的“证”画一张惟妙惟肖的“脸谱”。比如，这张脸谱是“恶寒、无汗、身痛”，我们叫它“麻黄汤证”；那张是“心烦喜呕、不想吃饭”，我们叫它“小柴胡汤证”。目标清晰，一击即中。这就是经方最大的魅力。

一、经方的魅力

那为什么这么多人喜欢学经方？其实是因为经方的疗效是最好，这是无可辩驳的。很多人一开始学的并不是经方，而是以《万病回春》《寿世保元》这些最容易学习的开始，但走到后来，你必须要学习经

方。因为经方是每个中医人员最后的归宿。所以正因为这样子，我们就开始看重经方。

第一个核心问题：究竟什么是“经方”？这个词的定义，其实经历了演变。最早，“经方”泛指“方书”，就是记载药方的书。后来，它被看作“经典名方”，范围很广，从《内经》十三方到后世的温病方，似乎都可纳入。但在我们今天的语境下，“经方”有一个更精确、更核心的定义——它特指张仲景《伤寒论》与《金匱要略》中所载的283首方剂。我们今天谈论的，就是这作为中医临证源头的“仲景经方”。有“经”就有“时”。“经方”这个概念，正是针对“时方”而提出的。“时方”，通常指宋以后创制的方剂，包括我们熟悉的金元四大家乃至温病学派如叶天士、吴鞠通等人的方子。这是我们第一个要先说清楚的。

那么，我们为什么要学经方呢？经方有多少优点？我把它概括为两条。第一条就是方精药简，效专力宏。经方的组方，药味往往非常精炼，常常是两三味、三四味药便成一方。作为绝经前后诸证的潮热、汗出、心烦、失眠，我经常使用百合地黄汤，有时候酌情加一味牡蛎，或一味浮小麦，药味简单，但就是管事。病人常常喝一剂药，晚上就可以酣睡，一副药可以睡8个小时，潮热汗出的程度就能降低。正因为它药少，它的作用非常专一，所以叫效专力宏。这是它最大的优点。第二条就是方证对应，直中靶心。有是证，用是方。我把它概括叫一矢一的，一根箭一个靶子。这也就是为什么每一个中医看病，看到后来的时候一定要学习经方。

既然这个经方这么好，那为什么还有人不学，不用呢？我套用了黄煌老师的这个观点，他指出了三个核心原因，非常贴切，我借用来和大家分享。第一个是不会用。根本原因在于，经方不好掌握，学了半天可能还不得其门而入。为什么？因为它的条文太简洁了。大家看，“呕而发热者，小柴胡汤主之”；“干呕吐涎沫者，吴茱萸汤主之”。条文精炼到极致，这“呕而发热”就一定是小柴胡汤证吗？它背后复杂的病机和处理原则，都需要我们自己去反复揣摩、实践和领悟。岳美中先生对此有过精辟的总结，他说仲景之书是“言证候而不言病理，出方剂而不言药性”。这意味着，它直接告诉你“是什么”和“怎么办”，但很少解释“为什么”。这种高度凝练的“临床诀窍”，掌握起来门槛很高，需要深厚的积淀。也正因如此，有些医生为了稳妥，可能一辈子就用逍遥散、补中益气汤一个方子。第二个就是不敢用。这是因为经方的药性峻猛，是真正的“双刃剑”。像干姜附子汤、四逆汤、麻黄附子细辛汤，常常就两三味药，组方简单，但效专力宏。这就好比一把精准的钥匙开一把锁，锁芯对不上，半点也拧不动。用经方，你掌握好了，立起沉疴，非常给你“长脸”；可要是掌握不好，辨证稍有偏差，可能就无效甚至坏事，那可就“打脸”了。这种高要求和高风险，让许多医生望而却步，心里没底，干脆就不用。第三是不想用。这个原因很现实，甚至带点无奈。首先，开经方药味少，价格便宜，有时会引来麻烦。我开得最少的方子是交泰丸，就黄连、肉桂两味药，治心肾不交的失眠。但是这给中药房造了很多麻烦，药房代煎的时候说“药太少，在锅里都找不着”。更重要的是，这可能会

直接引发患者的信任危机。我印象很深，曾有一位十多年的溃疡性结肠炎患者，我给他开了四味药，七副药才 12 块钱。他交完费又折回来，在我诊室门口盯着我看了足足 15 分钟。后来才告诉我，他当时心里在想：“这医生绝对是糊弄我！挂号费都 15 块，药费才 12 块？”直到药效显现，他才彻底信服。在很多人“便宜没好货”的固有观念里，经方这种“简、便、效、廉”的特点，反而成了它被接受的障碍。

二、为什么学经方

我也把它归纳为两点，第一个优点就是疗效卓著，重复性好。“效专力宏”到什么程度？古人常用“覆杯而愈”来形容。这并非夸张，经方确实能做到。更重要的是，它的疗效可重复——只要辨证准确，不同的医生、不同的患者，都能取得稳定的效果。口说无凭，我们来看三个真实的病例：

第一个例子，大黄附子细辛汤治肠梗阻。这是我早年处理的一个急症，那时我 24 岁。因为我受门德纯先生的影响，一开始就是经方上手，我不畏惧病，不管病人轻重，敢上手。这个患者是因为慢性阑尾炎粘连导致肠梗阻，腹痛剧烈，呕吐，不大便。又因患有慢支无法手术。我们张仲景有两个方子治疗腹痛，第一个叫腹满实痛，拒按，大黄附子细辛汤；还有一个腹满时痛，一时一时的痛，桂枝加芍药汤。看完以后就给了大黄附子细辛汤了，但是还加了元胡和生白芍。我判断这是寒邪内结，完全符合“大黄附子细辛汤”的证候。当时年轻，心里没底，在原方上画蛇添足地加了元胡和白芍。现在看，狗尾续貂。因为当时是腹痛拒按，我当时连舌都没看，脉是弦紧脉。弦紧脉主寒，

腹痛剧出现汗出如珠，疼痛不安，手脚冰凉，肯定是个寒，寒凝腹痛。这是个实证，那么元胡止痛9克显然是无效的，元胡止痛要上30克，、。白芍15克是错的，你看寒凝怎么可能会上白芍呢？他吃了半副药以后，大概半个小时肠中雷鸣，随后排便，两剂而愈。这说明，只要方证的主方向对了，即便有些许瑕疵，经方依然能展现出强大的力量。

第二个例子，黄连阿胶汤治顽固汗证。这位患者大汗、燥热三年，遍访名医，甚至找过院士，用过补中益气合玉屏风等方，效果不显。我见他是一种持续的燥热，伴有心烦、失眠，这是典型的“阴虚火旺”。于是我直接选用“黄连阿胶汤”原方，五味药，不加不减。结果，五剂药下去，三年顽疾显著缓解。这就是方证对应的精准打击。

第三个例子，己椒苈黄丸治重度腹水。一位老年患者，住院期间发现大量胸水、腹水、心包积液，持续引流但积液不减。见她身热喜凉、舌红苔黄，这是典型的“水热互结”。当即决定使用“己椒苈黄丸”。这里有个插曲：第一次因药房没有椒目，用花椒代替，效果平平；后来设法找到椒目，仅三剂，患者水泻十次，腹水迅速消退，且精神不减。

刚才病例里提到了一个关键细节：为什么用上椒目后，疗效就发生了质变？这就引出一个非常有趣的中药学问：花椒和椒目，有什么区别？花椒是外面那层红色的果壳，而椒目是里面那粒黑色的种子。它们是同一植物来源的两个部分。但这二者，可谓是“同根生，却不同性”。它们的药性截然相反：花椒，味辛性热，主要功效是温中散寒；椒目，味苦性寒，核心功效是利水消肿。这个现象在中药里非常

普遍，充满了中医的阴阳智慧。就像：麻黄发汗解表，而麻黄根却敛汗止汗。香瓜的果肉甘甜可口，而瓜蒂却极苦，能催吐。这正体现了我们中医的核心思想——阴阳和合，对立统一。这正体现了中医阴阳互根的哲学。用对了药，疗效立竿见影。

那么，这种惊人的疗效，是否具有可重复性呢？我的回答是：可以！经方的重复性，体现在它是一种“客观的真理”。张三医生用有效，李四医生用同样有效；用在王翠花身上有效，用到李翠花身上也照样有效。它不依赖于某个医生的个人光环，而是建立在“方证对应”这一严谨的逻辑之上。正因如此，才会有那么多中医大家，将毕生精力奉献给经方。黄煌老师如此，年过八旬的冯世纶冯老至今仍在传播其老师胡希恕的学术思想，他们痴迷到没有自我。为什么？因为他们守护的不是个人名声，而是经方本身所蕴含的、确切的疗效。这份疗效，值得他们用一生去推广。

这种重复性甚至超越了专业范畴。门纯德先生有一本小册子叫《名方广用》，许多老百姓买了之后发现“真管事”！比如，书里说化脓性中耳炎可以用小柴胡汤加防风、金银花，不少人照方抓药，就好了；某种类型的牛皮癣，可以吃越婢加术汤，也有人试了有效。这说明，只要背后的“证”契合，经方的疗效就是稳定可重复的。它的重复性，不在于治某个“病”，而在于针对某个“证”。这正是经方穿越千年、依然魅力无穷的根本原因——它揭示的是人体在疾病状态下最核心、最恒久的反应规律。

说到这里，大家心里可能会冒出一个关键问题：经方这么好的重

复性，究竟是针对什么而言的？是重复在“病”上，还是“证”上？是中医的病名，还是西医的诊断？我的结论非常明确：经方的重复性，绝不在于“病”，而百分之百在于“证”！

我给大家举一个最熟悉的例子——咳嗽。同一个咳嗽病，在初期阶段，表现为嗓子发痒、咳吐清稀白痰，这时的“证”是风寒束肺，我们用的代表方是止嗽散。但如果过了几天，病情变化，开始咳吐黄稠浓痰，这说明“证”已经转为风热犯肺或痰热壅肺了，这时就必须换方，很可能就要用到桑杏汤之类的方剂。大家看，病名都是“咳嗽”，但因为疾病阶段不同，其核心病机——“证”变了，方子就必须改变。“病”是相对固定的名字，而“证”是疾病当下动态的本质。所以，经方那令人称奇的重复性，根源就在于“方证相应”。只要你抓住了那个“证”，无论它出现在叫什么名字的疾病里，无论诊断是中医的咳嗽还是西医的支气管炎，这个方子都大概率会生效。

经方的第二大优点，也是它最核心的思维模式，就是“方证对应，便于上手”。我们一直将看病比作“找目标”和“打靶子”。找目标的方法有很多，比如根据发病时间（后半夜咳嗽用乌梅丸），这叫时间医学。而方证对应，是所有方法中最直观、最锋利的一把刀。黄煌老师将这种思维精辟地总结为“直觉识别”。什么意思？就是“我不知道你是谁，但我知道你为了谁”。在临床上，我有时可以暂时不深究疾病复杂的来龙去脉，我只需要精准地识别出你当下呈现出的那个“证候脸谱”。这就是“有是证，用是方”。每一个经方，都对应着一个独一无二的“证”，就像给疾病画了一张清晰的“脸谱”。当你看到

“恶寒、无汗、身痛”这张脸谱，它就是“麻黄汤证”。当你看到“汗出、恶风”这张脸谱，它就变成了“桂枝汤证”。大家看，仅仅是“有汗”与“无汗”这一个关键特征的差别，就指向了两个完全不同的方剂。方证对应，就是这么逻辑严密，一一对应。它把复杂的辨证过程，简化成了精准的模式识别，让我们在临床上有章可循，有法可依，这正是它便于学习、易于上手的根本原因。

那么，方证对应的精髓和优势究竟是什么呢？我将其概括为“一矢一的”，就像一支利箭瞄准一个靶心，逻辑极其清晰，因此特别便于学习和掌握。说得更通俗些，它就是“一把钥匙开一把锁”，精准无误。让我们回顾几个清晰的例子，大家就能立刻明白：默默不欲饮食，心烦喜呕，那就是小柴胡汤；一身尽重，不可转侧，柴胡加龙骨牡蛎汤；鼻鸣，桂枝汤；项背强几几，桂枝加葛根汤；心中烦不得卧，黄连阿胶汤。

《伤寒》中还有“大病瘥后，喜唾，久不了了”。这个“不了了”是什么意思呢？就是没完没了，拖拖拉拉老不好，也就是“不了了之”的那个“不了了”。那么，大家读到这条时，有没有对“喜唾”这两个字特别留意？“喜唾”这两个字是用理中丸去治疗。我在基层行医时，就真遇到过这样一个活生生的病例。这是一位女性患者，她有一个非常特别的症状：只要一看到恶心的东西，尤其是粪便，嘴里就会控制不住地开始吐口水，是完全停不下来的那种。这里要区分一下，我们常说的“唾”是肾液，“涎”是脾液，那是指津液的质地。而我这里说的“唾”，是一个动作，就是不停吐口水的那个行为。她平时

好好的，但只要一看到脏东西，这个行为就会被触发，至少要保持吐上一两个小时，之后才能慢慢平复。就这一个怪症，她找了很多医生，试了很多方子，都无效。当她找到我时，我也感到很棘手。几乎是“无证可辨”，问诊下来，饮食、睡眠、二便都还行，舌象、脉象也没有特别的异常。前人用过的思路看来都行不通，如果我再来一遍，很可能还是走老路。就在这时候，我猛然想起了《伤寒论》的这条条文“喜唾，久不了了”。这不就是为她写的吗？于是，我果断地开了理中丸。结果呢？患者只服了三副药，之后再看到恶心的东西，这个困扰她许久的“喜唾”症状，就再也没有发作过。

以上这个“喜唾”的病例，就是对“方证对应”最完美的诠释。大家看，只要方证精准对应，脉象、舌象在此时还重要吗？真的不那么重要了。黄煌老师有一个绝佳的比喻：在一大群人里，我一眼就能认出某个人，为什么？因为太熟了，他就像我的家人。方证对应，就是这种精准的直觉。它看的不是繁杂的细节，而是疾病独一无二的“长相”。一旦掌握了这种“长相”，凭借直观印象，就能一眼锁定目标。这就要求我们，必须抓住每个方证最要害的特征。再比如黄连阿胶汤证，它的核心是“心中烦，不得卧”。关键在于，这种“烦”是在他想睡觉、躺下来的时候爆发的，不睡觉时反而不明显。这就是它区别于其他“烦”的独有特征。所以，运用方证对应，往往就是锁定这一两个核心主证。一旦抓住，其他枝节症状甚至可以暂时忽略。这正是我们所说的“一矢一的”，一把钥匙开一把锁，逻辑极其清晰，力道无比集中。

三、如何学习经方

前面我们领略了经方的魅力，也理解了推广的难点。那么最关键的问题来了：我们究竟该如何学习经方，才能掌握这根“魔杖”？

今天我就和大家重点分享四招。

第一招，也是根本的一招：回归经典，学好《伤寒》《金匱》。我知道，大家可能会说：“老师，你这话像是正确的废话。我要是能学好《伤寒》《金匱》，还用坐在这儿吗？”先别急，让我们打个比方：

《伤寒》《金匱》是参天大树，而经方是挂在树上的果实。你只有熟悉了这棵树的土壤、枝干和脉络，才能真正理解每一个果实的由来与特性。所以，学习经方绝不能脱离经典的空洞记忆。回归经文，至少有两大不可替代的好处：第一，你能学到最地道的随症加减心法。我们看小柴胡汤的条文，它在主证后详细列出了加减法：“若胸中烦而不呕，去半夏、人参，加瓜蒌实一枚；若渴，去半夏，加瓜蒌根四两。”同一个瓜蒌，果实（全瓜蒌、瓜蒌皮）与根（天花粉）功效便有不同。经典就是这样，手把手地教我们如何根据病机的细微变化，精准地调整方药，这是最顶级的临床训练。第二，你能建立起“辨证施治”的活的思维。整部《伤寒论》的灵魂，就体现在“观其脉证，知犯何逆，随证治之”这十二个字上。它教给我们的不是死记硬背，而是一种动态的、充满思辨的临床决策过程。这种思维，是中医的灵魂，也是我们应对复杂病证的终极武器。因此，学好经典不是一句空话，它是我们用好经方不可动摇的基石。

如果大家觉得第一招回归经典，路子太正、难度太高，那我们换

个更直接的路径。现在输出第二招：抓方证对应。首先，什么叫方证对应？简单说，就是这个“证”是用方子的名字来命名的。比如“麻黄汤证”，指的就是“风寒表实”这个证候状态。麻黄汤，就成了这个证候的代名词。这就是“名由证立，方证合一”。所以黄煌老师强调：谈经方，方离不开证，证离不开方。经方最精妙的地方，就在于这个严密的方证对应体系里。那如何理解方证对应的价值呢？大家可以类比我们学的方剂学：功效是它的“功能”，主治就是它的“靶子”。但经方的方证对应之所以意义非凡，是因为它不是理论推演，而是几千年临床实践千锤百炼出来的“疾病身份证”，是最高效的临证思维。具体怎么对应？我们来看几个例子：黄连阿胶汤证，核心是“心中烦，不得卧”。关键是“不得卧”，是烦躁到躺不下来，而不是单纯的失眠。这精准点出了阴虚火旺、心肾不交的病机。柴胡加龙骨牡蛎汤证，特征是“胸满烦惊”。“烦”和“惊”同时出现，既心烦意乱，又胆小易惊，还常伴有“一身尽重不可转侧”的身体沉重感，这并非风湿，往往是抑郁症气机被郁的典型表现。桂枝加葛根汤证，最突出的就是“项背强几几”，颈项僵硬，其他症状可能都不明显。这就是方证对应，一个证候一张脸，一个方子一把钥匙。它直观、精准，是我们学习经方的一条捷径，也是临床取效的可靠法宝。

我们来看一个真实的病例。这是我 2015 年诊治的一位患者，患有严重的抑郁和焦虑。初诊时，她的焦虑非常明显，同时服用四种西药——文拉法辛、丁螺环酮、氯硝西泮和奥氮平，但病情仍然控制不佳。当时主要表现为心烦、心悸、失眠、食欲差、周身乏力，而且特

别容易受惊吓，晚上不敢独自在家，睡觉必须开着灯，同时伴有大便干结。我的第一次辨证，判断她是焦虑，以逍遥散为主方，考虑到她大便干结，又加入了竹茹、枳实，取的是温胆汤的思路。但服药后，效果不理想。这说明什么？说明我的思维太复杂了，“想多了”，没有抓住问题的核心。第二次来诊，我诊断调整为“郁病，肝郁痰结”，果断改用柴胡加龙骨牡蛎汤原方。三诊时，患者反馈潮热、汗出减轻，大便也开始通畅，病情出现转机。此后我随证稍作调整，加入西洋参，改大黄至9克，加用了天花粉。患者食欲逐渐好转，尽管恐惧感仍有波动，但潮热持续减轻。更重要的是，西药开始逐步减量：氯硝西洋从一片半减至一片，奥氮平从二分之一片减至四分之一片，后来甚至减到八分之一片。患者的心神不宁和恐惧感也随之减轻，病情得到基本控制。

回顾这个病例，我第一次的失误，就在于没有精准地抓住“烦惊”和“一身尽重”这两个柴胡加龙骨牡蛎汤的典型主证。那么问题来了：既然方证对应如此有效，为何在初诊时我没能识别出来？方证对应听起来简单，掌握起来究竟难在哪里？接下来，我就和大家坦诚地分享一下，我在学习方证对应过程中遇到的那些困惑。其实方证对应的掌握也有它的难处。

第一个难点，也是最直接的，就是：经典条文本身常常“语焉不详”。对于那些描述得非常具体的方证，比如“项背强几几”“心中烦，不得卧”，我们很容易掌握。但更多的情况是，条文写得很简略。比如温经汤，条文说“妇人年五十，漏下不止”。除了“中年女性月经

淋漓不尽”这一个主症，它的完整“脸谱”到底是什么？并没有一个现成的总结。这就引出了一个千古之争：“但见一证便是”，到底是什么意思？是说只要见到一个主要症状就可以用这个方，还是必须等到一系列证候都齐备了才能用？对于温经汤，有人认为是“一证便是”，也有人认为至少需要两三个核心症状组合才能判定。这个“疾病脸谱”的边界在哪里，很多时候是模糊的。这就导致我们临床上常常“一看就动心，一用就走眼”，感觉自己看懂了，其实并没看懂。所以，如何解读那些没有写清楚的方证，是我们的第一个大难题。

而紧接着的第二个难点，也是临床最棘手的问题，就是：当不同方剂的主治症状看起来相似时，我们该如何精准区分？比如：黄连阿胶汤、乌梅丸、丹栀逍遥散，这三个方子都能治疗“心烦失眠”，那我们该怎么选？首先，我们要学会辨析症状的细微差别。比如“烦躁”，“烦”与“躁”有何不同？“烦”，从火从页，是心里一团火，烧得心神不宁，是一种内心的扰攘不安，属于心神问题。“躁”，从足，是身体坐不住，是躯体上的动扰不宁，属于形体问题。俗话说“烦轻躁重”，心里有事放不下是“烦”；而像不宁腿综合征那样，脚没处放必须下来走，那就是“躁”。临床上二者常并见，但侧重不同。那么，基于这种辨析，这三个方证的核心区别就清晰了：黄连阿胶汤证，核心病机是纯粹的阴虚火旺，心肾不交，辨证关键：其“烦”的特点是“心中烦，不得卧”，体现在入夜准备安静入睡时，心烦意乱，以致无法躺卧。全身一派热象，如口干舌红，但下肢不冷。乌梅丸证，核心病机是寒热错杂（上热下寒），辨证关键：它是“烦躁”并见，且

“无暂安时”，躁动程度更重。最关键的是，患者会呈现出“上半身一派热，下半身一派寒”的矛盾体征，比如口干口苦却伴有便溏、腹部或下肢冰冷。丹栀逍遥散证，核心病机是肝郁化火，辨证关键：其“烦”与情绪波动紧密相关，是那种“一股无名火，一点就着”的烦，同时必然伴有胸胁胀满、善太息等肝气不舒的表现。虽然主诉都是“心烦失眠”，但只要我们深入一层，抓住它们背后的核心病机和最具特征的症候群，就能清晰地将其区分开来，从而实现精准的方证对应。

第三个难点，是经典方剂在现代临床中应用的拓展与界定。最典型的例子就是乌梅丸。《伤寒论》中它主要治疗“蛔厥”和“久痢”。但在蛔虫病已很少见的今天，乌梅丸的应用范围被极大地拓宽，用来治疗失眠、焦虑、更年期综合征等多种疾病。这时我们不禁要问：抛开蛔厥，乌梅丸普适的“方证”究竟是什么？

为了回答这个问题，许多医家试图为它“画像”。比如李士懋国医大师提出了著名的三大证：“气球脉”（脉弦硬但重按无力）、“杨桃皮”（面色青黄）、“冰棍手”（手足厥冷，越摸越凉）。这为我们提供了非常形象的抓手。但也有人从“六经欲解时”入手，认为只要是凌晨1点到3点（丑时）发作或加重的病症，无论是失眠、咳嗽还是腹痛，都有用乌梅丸的机会。

然而，这些方法都有其局限。“三大证”未必在所有乌梅丸证患者身上聚齐；而“欲解时”的方法则过于绝对——凌晨1-3点同时也是黄连阿胶汤（少阴病）的欲解时。如果不加辨证，仅凭时间就用方，很可能出错。一个典型的黄连阿胶汤证患者，若误用了乌梅丸，

其阴虚火旺可想而知会怎样。

由此可见，当面对一个症状复杂、寒热错杂的病证时，单纯的方证对应会显得力不从心。我们必须透过表面的“证”，去捕捉其背后决定性的“病机”，才能突破瓶颈，实现精准用药。

以乌梅丸为例，深入探究其病机，学界有不同见解。南京中医药大学伤寒教研室的概括非常精辟——“膈上热、肠中寒”。这意味着，使用乌梅丸有一个关键指征：一定伴有肠寒泄泻。如果没有腹泻，乌梅丸通常不适用。作为对比，柴胡桂枝干姜汤也涉及寒热，但其病位主要在中焦胸脘，核心是胃寒与呕逆，肠寒与否并非其辨证关键。唯有乌梅丸，明确指向了下焦的肠寒。另有学者将乌梅丸的病机归结为“肝阳虚”，认为这是厥阴病的本质。肝阳不足则生内寒，郁而化火则生膈上之热，从而形成寒热错杂之局。我认同这个方向，并将其进一步理解为“脾阳虚寒，肝火扰动”即肝热（旺）脾寒。脾阳虚寒：脾主运化，阳虚运化不及，故而下利、泄泻。这解释了“下寒”。肝火扰动：肝郁化火，上扰心神胸膈，故而心烦、口苦、上半身躁热。这解释了“上热”。

那么，如何抓住核心病机？临床时，我们首先接触到的是一个零散的症状，如头痛、失眠、口渴。将这些症状像珍珠一样串联起来，便形成了“证候”。但有时证候组合复杂，令人难以抉择。此时，我们需要像侦探一样，寻找症状背后的“行为规律”。例如，一个本该发脾气的人却异常隐忍，这违背常理的行为本身，就是一种需要解读的“规律”。这个支配所有症状的内在规律，就是“病机”。可以说，

证候是浮在水面的“冰山一角”，而病机则是隐藏在水下的庞大冰体，是证候的内在本质。当症状纷繁复杂时，我们无法面面俱到，必须直指核心，抓住那个最根本的核心病机。抓住了它，就抓住了辨证论治的灵魂。

既然病机如此重要，它又隐藏于背后，我们该如何寻找？答案依然是：从症状入手。但此时，我们需要更全面、更有代表性的症状组合，来勾勒出病机的完整轮廓。

让我以焦虑症为例，为大家具体剖析。我认为，焦虑症的核心病机在于“肝气疏泄太过”。如何理解？这好比肾主开阖的功能：开得太过，则尿多；阖得太过，则尿少。肝主疏泄的功能也是如此：疏泄不及，气机郁结，人就抑郁；疏泄太过，气机亢逆，人就焦虑。表现为心神不宁、坐立不安、胡思乱想、提心吊胆。一旦确立了“肝气疏泄太过”这个核心病机，它衍生出的各种复杂症状就都有了归依。若横逆犯胃，会出现暖气、泛酸、胃胀；若郁而化火，心肝火旺，会导致心烦、心悸、失眠；若肝阳上亢，则会引发头痛、眩晕、易怒；若耗伤肝肾之阴，则见腰膝酸软、月经不调等。

如此，一个大病机可以衍生出数个小病机。如果在临床上面面俱到，试图解决所有小病机，就如同“盲人摸象”，只能抓住局部。我的主张是：复杂问题简单化。面对复杂的病人，要力求抓住一个统领全局的核心病机。对于焦虑症，无论伴随多少症状，只要抓住“肝气疏泄太过”这一条主线，就找到了解决问题的钥匙，其他问题往往能随之迎刃而解。

那么，核心病机具体怎么抓？这就引出了“抓核心主证”的方法。核心主证，就是具有高度特异性的症状群。它和我们之前讲的“方证对应”有相似之处，但又不完全相同。它的覆盖面更广，概括性更强，我将其称为“证候的标志物”。抓住了它，就等于抓住了病机的核心。

我们再用失眠的例子，来看看如何通过核心主证来精确区分三个都有“心烦失眠”的方子：第一，黄连阿胶汤。核心病机是阴虚火旺，最大的特点是入睡困难，并伴有典型的“心中烦，不得卧”。这种烦躁在夜里想睡觉时特别严重，让人躺不下来。同时会有一派旺火的表现，比如舌红、口干、脉细数。第二，乌梅丸。核心病机是寒热错杂，上热下寒；易在凌晨1点到3点（丑时）易醒；全身症状表现为“上热下寒”——上半身燥热、不想盖被，但双脚和腹部却冰冷怕风；必须盖得严严实实，通常伴有大便溏薄甚至腹泻。只要抓住这个“铁三角”，无论病名是失眠、焦虑还是其他疾病，都可以用乌梅丸。第三，丹栀逍遥散。核心病机是肝郁化火，核心主证：心烦易怒，这种烦是全天候的，白天晚上都烦，而且不能惹，一点就着。同时会伴有胸胁胀满、善太息等肝气不舒的表现，脉弦。

通过剖析核心病机和核心主证，我们就能在症状相似的方剂间做出最精准的选择。这就是“抓核心病机”的威力，它能让我们在复杂的临床迷宫中，找到那条最捷径的路。

如果觉得抓核心病机还是有点抽象，再换一个更直观的招式——第三招：以药测证。

这招非常实在。大家想，两个方子主治听起来差不多，但组成不

一样，我们该怎么选？就像学中药要对比荆芥防风、羌活独活一样，方剂也要这么学。我打个比方：一个小组里有狙击手、格斗专家和观察员，这明显是特种突击队，要深入敌后。另一个小组里全是狙击手，那任务肯定是远程伏击。人员构成决定了团队职能，药物组成也决定了方剂的真正用途。

回看我们讲过的己椒苳黄丸病例，为什么用花椒效果差，换回椒目效果就好？因为花椒辛热，而椒目苦寒。整个方子是治疗“水热互结”的，用热药岂不是火上浇油？这就是“以药测证”最直接的体现。

下面我们来看一个经典的临床抉择：同样是“自汗、恶风”，该用桂枝汤还是玉屏风散？有些医生拿不准就合方，这是思路不清的表现。我们来分析它们的“队员构成”：桂枝汤的“团队构成”是阴阳搭配。一队阳药：桂枝、生姜一辛甘发散，主动出击；一队阴药：白芍、大枣一酸苦涌泄，收敛固守；甘草：居中调和。团队职能（病机）：这明显是一个调和阴阳的团队，解决的是内部“营卫不和”的问题。好比是夫妻吵架，家门没关严，导致小偷容易进来。它的本质是内部失调。玉屏风散的“团队构成”是攻守兼备。防守组：黄芪、白术一大力补气，巩固城墙（固表）；进攻组：防风一辛温解表，驱散外来之风邪。团队职能（病机）：这是一个益气固表兼祛风的团队。它的前提是“门坏了”（卫气虚），导致小偷（风邪）容易进来，所以一边修门（补气），一边赶走小偷（祛风）。所以，关键鉴别点在于：玉屏风散证是纯虚，以气虚为主，通常没有口渴、舌红、身热等内热或阴伤的表现。桂枝汤证是阴阳失调，虚中夹扰，患者可能同时有口干、

夜汗（盗汗）、舌红等表现。

通过分析药物组成，我们就能穿透主治症候的表面相似性，直达方剂的核心病机，从而做出最精准的选择。这就是“以药测证”的威力，它让每一个方剂都在你面前变得透明。

“以药测证”我们聚焦于一个临床常见病——痛经。同样是痛经，面对温经汤和少腹逐瘀汤这两个名方，我们该如何选择？这就必须用到“以药测证”来洞察它们的本质区别。首先，从根本病机上判断：温经汤，是“虚中夹实”。少腹逐瘀汤，是“纯实的实证”。这个结论从哪里来？就从它们的药物组成里来。我们先看温经汤的“团队构成”：它里面既有吴茱萸、桂枝、生姜这样的热药，用来温通散寒；却又配备了麦冬、白芍、丹皮，甚至阿胶这样的凉润、滋阴、活血的药。大家一定会问：既然是“冲任虚寒”，为什么还要用这么多凉药？这恰恰是关键所在！这说明患者的病根是阴血不足（虚），在这个基础上才产生了寒凝和瘀血（实）。所以，它是一个以虚为本，虚实夹杂的复杂局面。方子必须兵分两路，既要温阳散寒，又要滋阴养血、清解虚热。我们再看少腹逐瘀汤的“团队构成”：小茴香、干姜、肉桂、蒲黄、五灵脂……一派大辛大热、活血化瘀的药。这说明什么问题？说明它的病机非常纯粹，就是“寒凝血瘀”。寒气把血脉冻住了，不通则痛。患者的身体有足够的能量去对抗这个实邪，所以治疗上不需要补，只需要“通”，用热药把寒冰化开，用活血药把瘀堵冲开。

所以，临床鉴别点一目了然：温经汤的痛经，是腹痛绵绵，喜温喜按，但同时会伴有口干、口渴，甚至夜里觉得燥热，想把手脚伸到

被子外面去。这是虚寒夹有虚热的表现。少腹逐瘀汤的痛经，是剧痛、拒按，患者会怕冷得要命，不仅肚子要捂着热水袋，整个人都会蜷缩起来，手脚紧紧收在被子里，一口凉水都不敢喝。

通过分析药物组成，我们就能清晰地描绘出两个方剂所对应的、完全不同的人体状态和疾病画面。这就是“以药测证”的妙用，它让每一个方子都拥有了自己独特的灵魂，帮助我们在临床上海量信息中做出最精准的决断。

我们来到学习经方的第四招，也是非常重要的一招：系列方剂比较学习。如果说前面的方法是在认识单个的“士兵”，那么这一招，就是让我们学习指挥整个“兵团”。

大家觉得经方不好掌握，很大程度上是因为它们是散在的。但如果我们把它们重新归队，就会发现《伤寒论》和《金匱要略》的方子，天然就是一群一群的，我们称之为“剂”。比如桂枝剂、柴胡剂、泻心剂、麻黄剂、苓桂剂等等。怎么学呢？很简单，把它们排排队，作比较。这就好比有一排人，从一米五到一米七，我们如果一个个去记每个人的具体身高，很麻烦。但如果让他们从低到高站成一排，你一眼就能看出差别和规律，一下就记住了。学习经方系列也是这个道理。我们把同一家族的方子放在一起，比较它们的药物组成、剂量比例和主治证候的细微差别。这样，你掌握的就不是一个孤立的方子，而是一个应对某一类疾病的、有梯度的“方阵”。

接下来，我就以“麻黄剂”这个家族为例，给大家做一个简明的示范，看看如何通过比较来掌握一个系列的方子。麻黄剂虽然我们现

在用得相对较少，但它是张仲景方剂体系中非常精妙的一部分。我们把它的一系列方子放在一起看，其中的规律和变化就一目了然了。

第一张方剂，麻黄汤一发汗散寒的“突击队”。麻黄、桂枝比例是 3:2。麻黄量大于桂枝，才能强力发汗。这里的关键是，桂枝本身不发汗，它的作用是“温经通脉”，好比把血管通道打开，让气血充盈于体表；麻黄才是“兴奋汗腺”，负责打开毛孔的钥匙。两药协同，才能发出汗来。麻黄单用不发汗时，就会转向另一个功能——利尿。

第二个，小青龙汤一化饮平喘的“特种兵”。麻黄、桂枝比例变为 1:1。麻桂比例持平，发汗力大减。方子的核心变成了麻黄配合干姜、细辛、五味子，主要功能是“温化寒饮”，治疗水寒射肺的咳喘。它的目标不再是体表的寒，而是肺里的水饮。

第三个，麻杏石甘汤一清肺平喘的“消防队”。麻黄、石膏，比例是 1:4。石膏用量数倍于麻黄，方子的性质就发生了根本转变。虽然肺热壅盛，但仍存在肺气郁闭，所以用少量麻黄宣肺平喘，用大量石膏清泻肺热。一温一寒，麻黄之温被石膏之寒所制，共奏清宣平喘之效。

第四个，麻黄加术汤一祛风除湿的“工程兵”。在麻黄汤基础上，加入白术（或苍术），且白术剂量大于麻黄剂量。尽管麻桂比例仍是发汗的 3:2，但大量白术的加入，制约了麻黄的发汗作用，转而发挥其祛风除湿的功效。这说明药物剂量比例的微小变化，会彻底改变方剂的走向。它治疗的不再是单纯表寒，而是风寒湿邪缠结在表导致的关节肿痛。

第五个，麻杏苡甘汤—清化湿热的“轻骑兵”。麻黄、薏苡仁比例 1:1。薏苡仁性凉，在这里既能祛湿，又能清热。整个方子药性偏凉，治疗的是风湿在表，且有化热趋势的证候，如一身尽痛、发热日晡所剧者。

第六个，大青龙汤—强力解表的“重装部队”。本方可以看作是麻黄汤的加强版，麻黄用量极大，同时加入少量石膏。这是麻黄剂中发汗力量最强的方子。用大量麻黄峻汗以解表闭，用少量石膏兼清内生的郁热。治的是表寒极其严重，内部开始有一点化火苗头的“烦躁”。

最后一个，文蛤汤与麻黄升麻汤—经方中的“战略部队”。文蛤汤可以看作是大青龙汤的变方，石膏用量增大，清里热力量增强。麻黄升麻汤的配伍更为复杂奇特，麻黄用量大，但配伍桂枝、石膏量极小，并加入知母、葳蕤等滋阴药，用于治疗寒热错杂、虚实互见的复杂疑难病症。

总结一下：通过这样一个系列的比较，我们可以看到，仅仅是麻黄、桂枝、石膏、白术这几味核心药物的配伍与剂量比例变化，就衍生出了发汗、化饮、清热、祛湿等完全不同的治疗方向。学习经方，就要这样“集群而学，比较而用”。当你把同一个家族的方子放在一起，反复比较玩味，你掌握的就不是一个个孤立的点，而是一张清晰的、立体的“方剂地图”。这才是深入经方堂奥的捷径。

第六招，用经方的原方。这是为什么呢？原因有三：第一，这是千锤百炼的结晶。我们现在看到的经方，是前人经过无数临床实践验证、大浪淘沙后留下的“黄金组合”。你随意加减，都可能影响它的

整体疗效。第二，这是一条学习捷径。它能极大地简化我们的辨证思维。当你面对“往来寒热，默默不欲饮食”的病人，直接就可以考虑使用小柴胡汤原方。这能帮助我们在早期快速建立起“方证对应”的直觉和信心。第三，这是最清晰的“验证回路”。用原方，无论是成功还是失败，你都能得到最明确的反馈。如果见效了，你会确凿地知道，是这张经方用对了，你对它的“证”把握准了。如果没见效，你也能清晰地反思，是“方证”没有对应上，而不会被自己加的那些乱七八糟的药干扰判断。如果你一开始就随意加减，病愈了，你不知道是原方起效还是加的药起效；病重了，你也不知道是原方不对症，还是加的药闯了祸。这样永远无法积累起纯粹而可靠的经验。所以，早期学习的时候就用原方。

四、经方的局限

在充分领略了经方的魅力之后，我们也要客观地认识到它的边界。正所谓“金无足赤”，经方也有其自身的局限性。我简单总结为四点：

第一，数量有限，难以包打天下。《伤寒论》和《金匮要略》加起来，不过 318 首方剂。孙思邈曾有过一句非常精辟的论述，他说“读书三年，便谓天下无病可治”，感觉什么病书上都有方子；但“及治病三年，乃知天下无方可用”，真正临床后才发现，没有一个现成的方子能完全贴合复杂的病情。经方就像一部“傻瓜相机”，目标对准了，效果立竿见影；对不准，就毫无效果。但它终究只有 318 个“镜头”，无法覆盖所有疾病的千变万化，这是我们首先必须承认的。

第二，作用单一，难以应对复杂病证。经方的设计理念是“一矢一的”，像一把钥匙开一把锁，力道专宏。这用于治疗病机清晰的急症、重症时，能迅速扭转局势。但对于病机错综复杂、多个系统失调的慢性病，这种单一靶向的作用就显得覆盖力不足了。

第三，对慢性虚损性疾病往往力有不逮。对于“虚劳虚损”这类慢性消耗性疾病，需要的是缓慢、持久地滋养和填补。这时，经方往往不如后世李东垣等医家的方剂来得顺手。李东垣的方子好比“韩信点兵，多多益善”，药味多，思路广，适合在复杂的虚损状态中重建平衡。

第四，也是最重要的一点：经方与时方，缺一不可。我们推崇经方，但绝不能画地为牢，排斥时方。一个成熟的医生，应该像精通十八般兵器一样，既要掌握经方的“精准爆破”，也要懂得时方的“兵团作战”。两者不是对立关系，而是互补关系，共同构成了我们中医博大精深的武器库。（甄坤整理）

2022. 6. 27