

分子方劑學的理論與臨床研究

陳榮洲

中國醫藥學院 中醫學系；中國醫學研究所

台中

秀傳紀念醫院 中醫部

彰化

(2000年10月3日受理，2001年5月24日收校訂稿，2001年5月29日接受刊載)

分子方劑學的定義是以方劑歸經理論結合藥物歸經理論所發展出一種現代臨床中醫治病新的處方模式。其特點是重視方劑與方劑的配合應用，或方劑與單味藥的搭配使用，或用兩個方劑加單味藥來治病。分子方劑學的內容，主要包括方劑與藥物的歸經理論、方劑配伍、方藥免疫、方藥辨證和臨床應用等五個部份。

建立分子方劑學的中醫臨床治病方式，有下列五種方法：(1)依傳統中醫理論來辨證論治，(2)依西醫辨病與中醫辨證結合用藥，(3)依傷寒論與溫病條辨的辨治規律用藥，(4)掌握歷代名醫學說的內容與用藥特點，(5)從實驗室的研究建立臨床治病模式。

關鍵詞：分子方劑學，歸經理論，中醫臨床治病方式。

「分子方劑學」是作者開拓中醫學術領域所創立的名稱。本文採擇之「分子」一詞與物理、化學中之分子無關，其定義是以方劑歸經理論結合藥物歸經理論所發展出的一套現代中醫臨床新處方的治病模式。分子方劑學的特點，是把每一個方劑當做一個大分子，每一單味藥物當做一個小分子，講求方劑與方劑的配合應用，或方劑與單味藥的搭配使用，或用兩個方劑加單味藥來治病。其概念起源相當早，在張仲景傷寒論中的治療方劑，最早應用兩個不同方劑的組合。如柴胡桂枝湯¹是小柴胡湯和桂枝湯的組合，桂枝二麻黃一湯、桂枝麻黃各半湯²是桂枝湯和麻黃湯的搭配組合，仲景之後，應用分子方劑於臨床治病最有名的為明朝溫補醫家薛己，薛氏對婦人月經病亦常用兩個不同的方劑組合來治療，如補元氣滋腎水調經法，方用補中益氣湯合六味地黃湯；舒肝滋腎調經法，方用逍遙散合六味地黃湯；補脾舒肝調經法，方用歸脾湯合逍遙散³；此外薛氏於臨床內科亦常用方劑與單味藥搭配使用，或兩個方劑與單味藥的搭配應用來治病，如內科摘要⁴中以補中益氣湯加神曲半夏茯苓治「兩臂痛麻，痰湧，腿膝痛，頭目暈重，癢起白屑」，以六味

聯絡人：陳榮洲，彰化秀傳紀念醫院中醫部，電話：(047) 256166 轉 3205。

地黃丸加梔子柴胡治「身痛、口乾、目赤、頭暈、痰湧、胸膈不利、小便赤短、身癢」，以六味地黃湯合四

物湯加麥冬五味子玄參治「兩足發熱，腳跟作痛」，以補中益氣湯合六味地黃湯加芍藥玄參治「遺精，腳跟作痛，口乾渴，大便乾燥，午後熱甚」。

本文分子方劑學的中醫理論研究與臨床應用，乃結合了作者長期的中醫臨床經驗，希望透過本文提供中醫治病處方模式的新觀念，裨益臨床教學與應用。

本研究以醫宗金鑑訂正仲景全書傷寒論注和金匱要略注¹、明薛立齋醫學全書³、劉純醫學全集⁸、清汪詒庵醫方集解⁷、高曉山主編的中藥藥性論⁵為主要資料的來源，並參考近代有關中醫藥期刊一些臨床和基礎的中醫藥研究成果，結合現代醫學的觀念，作為分子方劑學理論架構的依據，其中融合了作者對歷代重要醫家的學術思想探討與長期中醫臨床經驗的心得，提出分子方劑學的學習方法和臨床應用。

分子方劑學的中醫理論

「分子方劑學」是以方劑歸經理論和藥物歸經理論為理論基礎。藥物歸經理論的起源和形成較早，亦較完備，近代學者也作了較深入的探討與研究。方劑歸經理論的起源，雖然早在東漢張仲景傷寒論中已有萌芽，但直到明清時代，才有方劑歸經理論的形成，近代學者並作了大量方劑的現代研究，因此對分子方劑學的臨床應用有很大的幫助。

1.藥物歸經理論的涵義⁵：「歸」是指藥物對作用部位的歸屬，「經」是指臟腑、經絡，「歸經」就是藥物對機體不同部位的選擇性治療作用，表示藥物的作用部位，因此歸經是把藥物的作用與臟腑、經絡系統密切聯繫起來，用以說明藥物的適應範圍和主要功效，從而作為臨床用藥的選擇依據。進言之，藥物的歸經是具有一定的走向、歸向的特性，進入人體內有識別、選擇特定部位的作用，其類似於現代藥理學中藥物的選擇作用和受體學說。此外，藥物的歸經還包括引經、嚮導、引子等內容，其涵義和內容既有聯繫，又有差異。

「引經藥」又稱為引經報使，其涵義是引經藥除對本經病證具有治療作用外，還可通過藥物配伍形式，引導和帶領其他不歸本經的藥物，引歸本經而共同發揮藥效，達到治療本經病證的目的。在方劑配伍中為佐使的藥稱為引經藥或引經報使，為君藥的稱為「嚮導藥」。嚮導藥是治療本經病證的主要首選藥物，因此嚮導藥未必就是引經藥，而引經藥大多可做嚮導藥。從引經藥的治療意義來說，有的不僅起著各經用藥的嚮導作用，而且有的則起著主要治療作用。至於「引子藥」或稱「藥引」為方劑中的附加藥物，其涵義是引導抵達病所的意思，本身未必參與主要治療作用，但藥引有時又類似引經藥，也有引經作用。總之，引經藥、嚮導藥和藥引在方劑配伍中能使其他藥物的歸經發生變化，從而達到提高整個方劑的療效，可見嚮導藥和藥引在能改變或影響其他藥物歸經的意義上，仍屬引經藥的涵義範疇，而在藥物於機體內的作用具有選擇性、一定的走向、歸向的特性這一概念上，歸經和引經的涵義則是完全相同的。

2.藥物歸經的理論依據⁶：藥物歸經理論，主要是建立在中醫經絡辨證、臟腑辨證和衛氣營血辨證等理論體系之上的，其次是依據藥物的形、色、氣、味等特性，其中五味與歸經關係較為密切，如辛入肺，陳皮、紫蘇、麻黃皆味辛而歸肺經，甘入脾，黃耆、黨參、甘草皆味甘而歸脾經，酸入肝，烏梅、酸棗仁皆味酸而歸肝經，但並不是每味藥物可以套用五色、五味入五臟等固定公式的，如龍膽草味苦而不歸心經，白扁豆形象腎而未歸列為腎藥，麻黃色棕黃其歸經並不在脾，因此必須透過臨床驗證來決定的。

明清以前，藥物歸經的理論多依據經絡與臟腑的辨證，經絡辨證是辨認疾病部位的所在，人體經脈主要有十二條經脈，內與五臟六腑相聯繫，經脈是藥物作用的歸宿，凡能治療某經疾病的藥物，就歸之於某經的藥，某經的藥除了能促進該臟腑的生理功能，並能治療該臟腑的病變，因此藥物的作用往往以臟腑名稱為標誌，如降肝火、安心神、健脾益腎等。明清以後，溫病學派崛起，創衛氣營血辨證，於是溫病學家在藥物歸經的使用上，如犀角「解乎心熱」而主歸心經，羚羊角「清乎肺肝」而主歸肺、肝二經，石膏清肺經及胃經氣分實熱，而主歸肺、胃二經。

3.方劑歸經的理論依據：方劑歸經理論，早在東漢張仲景傷寒論中已有萌芽，直到明代，劉純醫學全集中的主要著作玉機微義，始有方劑歸經的理論記載，此為方劑歸經理論的形成階段，但並不為當時醫家所重視，至清朝汪訥庵著醫方集解，依方劑的功用，分二十一門，計正上方劑三百多首⁷，每首方劑均有歸經的記載，如六味地黃湯為「足少陰厥陰藥」，還少丹為「手足少陰足太陰藥」，汪氏對方劑歸經的記載比劉氏完備，故可稱醫方集解為方劑歸經理論的代表著作。

劉氏所著玉機微義⁸共五十卷，是一部集明以前諸醫家精華之大成的綜合性醫書，其立論以內經為本，旁採金元諸家學說，以內科雜病為主，闡析脈證，類聚方例，特別是對歷代各家的不同理論、觀點，能夠判其得失，發其微旨，品其異同，且多創見。全書論證方脈博而不濫，要言不煩，引而有據，述而有序，可謂是一部起迪後學，指導臨床較好的參考書。茲將該書卷一至卷十五有關方劑歸經理論的內容，擇要列舉如下：

- (1)中風門：金匱續命湯⁹「心肺脾胃肝之藥也，又太陽經血氣藥也」，宣明防風通聖散¹⁰「此乃肺脾膀胱胃肝心經之藥也」，局方烏藥順氣散¹¹「太陽陽明氣藥也」。
- (2)傷風門：仲景桂枝湯¹²「此發散足太陽經風邪之藥也」，川芎茶調散¹³「此足太陽、少陰，手太陰、陽明、厥陰經藥也」，金沸草散¹⁴「此手足太陰經藥」，柴胡升麻湯¹⁵「此足少陽陽明經藥」。
- (3)痰飲門：金匱苓桂朮甘湯¹⁶「此太陽經藥」，小半夏加茯苓湯¹⁷「此足太陰、陽明、太陽，手太陰經藥」，局方青州白丸子¹⁸「此足太陰經藥」。
- (4)滯下門：機要黃芩芍藥湯¹⁹「此手足太陰經之藥也」。
- (5)泄瀉門：良方胃苓湯²⁰「太陽、太陰經藥也」，香薷飲²¹「肺脾經藥也」。
- (6)瘧門：仲景白虎加桂枝湯²²「此太陽、陽明經藥也」，柴胡桂薑湯²³「此少陽、太陽經藥也」。
- (7)咳嗽門：敗毒散²⁴「此足太陽、少陽，手太陰藥也」，局方華蓋散²⁵「此手太陰之本藥也」，金匱射干麻黃湯²⁶「此足太陽藥也」。
- (8)熱門：易老九味羌活湯²⁷「此足太陽、陽明、三陰藥也」，宣明雙解散「此足太陽、陽明、少陰、厥陰，手足太陰藥也」，大柴胡湯²⁸「此足少陽、陽明、太陰、厥陰藥也」，清心蓮子飲²⁹「此足少陽、少陰，手足太陰藥也」。甘露飲³⁰「此足陽明，手太陰、少陰經藥」，小柴胡湯³¹「此足少陽藥也」，東垣升陽益胃湯³²「此手太陰，足陽明、太陰之藥」，補中益氣湯³³「此手足太陰、少

- 陽經藥」，局方當歸補血湯³⁴「此足三陰經藥」，局方十全大補湯³⁵「此手足三陰，氣血藥也」，人參養榮湯³⁶「此手足太陰藥」，黃連解毒湯³⁷「此手足太陽、陽明、少陰，手太陰藥也」。
- (9)火門：東垣瀉陰火升陽湯³⁸「心膽肝肺膀胱藥也」，升陽散火湯³⁹「此胃膽脾肺膀胱經藥」，丹溪大補丸⁴⁰「此足少陰藥」。
- (10)暑門：局方人參白虎湯⁴¹「此手太陰、足陽明藥也」，竹葉石膏湯⁴²「此足陽明，手足太陰經藥」，東垣清暑益氣湯⁴³「此手足太陰、少陰，足陽明經藥也」。
- (11)濕門：平胃散⁴⁴「此足太陰、陽明，手太陰藥也」。
- (12)燥門：東垣潤腸丸⁴⁵「此足太陰，手足陽明，表裡藥也」。
- (13)寒門：麻黃湯⁴⁶「此太陽經藥也」，葛根湯⁴⁷「此陽明藥也」，柴胡桂枝湯⁴⁸「此少陽經藥也」，麻黃附子細辛湯⁴⁹「此少陰經藥也」，當歸四逆湯⁵⁰「此厥陰經藥也」，桂枝麻黃各半湯⁵¹「此足太陽，手足太陰，手少陰經藥」。
- (14)瘡瘍門：當歸拈痛湯⁵²「此足太陽、陽明、三陰藥也」，托裡溫中湯⁵³「此手足太陽、陽明、三陰經藥也」。

分子方劑學的內容

分子方劑學的內容，主要包括方劑歸經、方劑配伍、方藥免疫、方藥辨證和臨床應用等五個部份。方劑歸經的內容可以醫方集解為代表，也可參考劉氏的玉機微義，以補醫方集解之不足，茲將內容扼要說明下：

1.方劑歸經：舉補養方劑加以說明，如六味地黃湯為足少陰厥陰藥主治肝腎陰虛之證⁵⁴，補中益氣湯為足太陰陽明藥治脾胃氣虛下陷⁵⁵，逍遙散為足少陽厥陰藥治肝鬱脾虛⁵⁶，歸脾湯為手少陰足太陰藥治心脾血虛⁵⁷，天王補心丹為手少陰藥治心陰血及陰液不足⁵⁸，四物湯為手少陰足太陰厥陰藥治心脾肝血虛⁵⁹。

2.方劑配伍：如補中益氣湯合六味地黃湯，此配伍為明朝醫家薛己所創補元氣滋腎水之法，治婦人月經病；玉屏風散合六味地黃湯，此配伍以增強免疫力為主，臨床上常用於治療慢性腎炎患者⁶⁰，藉由調整免疫系統之法，使病患保持於較佳狀態，此外還可治療肺腎兩虛型的鼻過敏；逍遙散合歸脾湯，此配伍亦為明朝醫家薛己所發明，治肝脾鬱結；小柴胡湯合平胃散，此配伍即柴平湯，主治腸胃功能障礙。

3.方藥免疫：分子方劑免疫學與中藥免疫學兩個部份，近代中醫方劑的免疫學研究有許多的文獻資料可提供臨床的應用，如補中益氣湯具雙向免疫調節作用，對小腸機能蠕動亢進或遲緩有抑制或促進作用⁶¹，因此本方適用於小孩胃口不好、消化能力較差者，亦適用於容易拉肚子的成年人；又四物湯能抑制抗體的產生⁶²，適用於蕁麻疹皮膚過敏反應的治療，因蕁麻疹屬於抗原-抗體反應，四物湯能抑制抗體的產生，配合使用銀花、連翹、丹參、黃芩等清除抗原的中藥，能有效治愈蕁麻疹的反復發作。至於中藥免疫學，其內容可分免疫促進劑、免疫抑制劑、適應原樣中藥、抗變態反應中藥、調節腎上腺皮質系統、環核苷酸系統藥及增進或減緩DNA合成藥等⁶³。其中調節腎上腺皮質系統的藥治療持續性氣喘和生殖內分泌系統的藥治療不孕症，為近代中醫學術發展中重要的一環。

4.方藥辨證：臨床應用分子方劑學治療疾病，必需瞭解辨病與辨證的用藥原則，所謂辨病是指疾病之病理組織變化和過高的病理性免疫反應，包括過敏原、抗原、抗體、免疫複合物、過敏介質、變態反應等。辨證是指疾病所產生的「證」，透過四診八綱所建立，分外感與內傷兩大類。外感以傷寒論、溫病學、時令病為主要內容。內傷以雜病為主要內容。病理性免疫反應的用藥⁶⁴，有下列幾種：

- (1)中和過敏原：柴胡防風之類，如過敏煎（柴胡、防風、甘草、烏梅、五味子）。
- (2)清除抗原：有清熱解毒藥如銀花、連翹、紫花地丁、蒲公英、穿心連、白花舌蛇草等；有活血化癥藥如丹參、三七、鬱金；有健脾益氣藥如黃耆、黨參、白朮等。
- (3)抑制抗體：如當歸、川芎、赤芍、生地、鬱金。
- (4)抗變態反應：主要可分過敏型、細胞溶解型、免疫複合物型和遲發型等四種類型。抗過敏型變態反應的藥，主要為抑制過敏介質的釋放，有祛風藥如麻黃、細辛、桂枝、葛根、防風、荊芥等，方劑如柴胡清肝湯、葛根湯等；清熱藥如丹參、黃芩、蟬衣、白鮮皮、赤芍、靈芝等；補腎藥如仙靈脾、補骨脂、蛇床子等。細胞溶解型的變態反應，臨床常見的疾病如溶血性貧血、血小板減少性紫癜、粒細胞減少、新生兒溶血等；近代學者研究，由當歸尾、川芎、白芍、木香、益母草等組成的活血化癥丸可防治 ABO 型新生兒溶血病。抗免疫複合物型的變態反應藥，如雞血藤、紅花、丹參能促進免疫複合物的吸收，臨床可應用於治療腎小球性腎炎；又雷公藤、昆明山海棠能抑制抗體的產生，可應用於治療類風濕性關節炎。遲發型的變態反應，是一種細胞性的免疫反應如 B 型肝炎、重症肌無力、潰瘍性結腸炎、器官移植等，如桑椹子、枸杞、黃耆、太子參、丹參、鬱金能治療慢性 B 型肝炎，黃耆、山藥、扁豆、故紙、茯苓、薏仁、白朮等可治療潰瘍性結腸炎，大劑黃耆、黨參、白朮、肉桂、菟絲子、附片等能治療重症肌無力，殭蠶、當歸對動物異體皮瓣移植有明顯的抗排斥作用。

臨床應用

分子方劑學的臨床應用，必需先熟悉方劑的組成，瞭解方劑及藥物的歸經，清楚藥物的主治功用，而且更須學習中藥的現代藥理研究，例如黃耆補氣，含黃耆多醣體的成份，可增強機體的免疫功能，具有抗腫瘤的作用；丹參為活血化癥藥，能抑制過敏介質的釋放，亦能改善體內循環，具有抗肝纖維化、促進肝細胞再生的作用。此外，尚需重視近代中醫藥臨床研究的成果，如冠心二號不僅可治冠心病的心絞痛，亦可治療腦血栓性的中風。

茲舉慢性 B 型肝炎例證加以說明，其臨床表現的免疫反應分兩個階段，一為病毒活躍複製持續存在，一為病毒複製被緩解，當病毒活躍複製持續存在，表示宿主免疫調節細胞功能異常，免疫力缺損，依中醫辨證分型以氣陰兩虛型最常見，故治療以益氣養陰、活血化癥、清熱解毒為主要原則，重點在於促進 e 抗體的產生，使 e 抗原能由陽性反應轉變為陰性，使病毒複製處於休息狀態，則大部份的肝炎免疫反應可停止發作，不再破壞肝組織細胞。在這治療過程當中，如何運用分子方劑學以改善病人不舒服的肝炎症狀，如腹脹、納差、口乾、口苦、睡眠差等，及改善肝內循環、促進肝細胞組織發炎的修復，增強細胞免疫功能，促進 e 抗

體的產生，是辨病與辨證用藥的關鍵所在，如桑菊飲+白虎湯功能清熱生津、化痰通絡，甘露飲+葛根芩連湯清熱瀉火、養陰生津，四逆散+甘露消毒丹疏肝理氣、利濕化濁、清熱解毒，四君子湯+養陰清肺湯益氣養陰，可依臨床實際選擇上述辨證處方，再加上辨病用藥酌加活血化瘀藥如丹參、桃仁、田三七，以改善肝內循環、促進肝細胞發炎的修復、促進肝細胞再生、抗肝纖維化和增強細胞免疫功能。

學習分子方劑學，是開拓中醫臨床治病的另一種思路，也就是說中醫臨床治病的方法，已從傳統的中醫辨證論治，發展至近代中西醫結合的辨病與辨證結合的治病方法，這期間的演變過程，是值得加以分析探討的。傳統中醫治病的方法，仲景傷寒論與金匱要略強調「辨病脈證並治」，如傷寒論辨病以歸納演譯的方法，把外感風寒之邪的疾病，凡合乎「脈浮，頭項強痛而惡寒」的脈證，均歸納為太陽病，再依此演譯成三大類病證，即衛中風、榮傷寒、榮衛俱中傷風寒，後世方有執稱為風寒中傷營衛說，喻嘉言尚論篇稱此為三綱鼎立學說，風中衛的臨床脈證以桂枝湯為主治方，故稱桂枝湯證，寒傷榮的臨床脈證以麻黃湯為主治方，故稱麻黃湯證，風寒兩傷榮衛的臨床脈證以大青龍湯為主治方，故稱大青龍湯證，若本桂枝湯證、或麻黃湯證、或大青龍湯證而誤治，產生各種不同變證，在依此湯證加減，甚或變更治療處方，如本桂枝湯證而用麻黃湯發汗，造成「遂漏不止，其人惡風，小便難，四肢微急，難以屈伸者」以桂枝加附子湯主治；服桂枝湯大汗出後，邪入陽明造成「大煩渴不解，脈洪大者」則更改白虎加人參湯主治。故傷寒論的辨病是一種症候群的概念，其內容包括脈象和某些主要證狀；金匱要略以治療臟腑雜病為主，其雜病病名，或與現代醫學的疾病名稱相同，如中風與 stroke 名稱相同；或與疾病的症狀名稱相同，而容易混淆不清，如黃疸病與 jaundice 相同、嘔吐病與 vomiting 相同，金匱要略的辨證論治，也是以辨「脈證」為主，再加以施治。

近代學者對於組織器官的疾病，尤其發生重大危急或慢性難治時，發現中西結合的治療方式，對於改善病情、減輕西藥劑量及副作用，認為值得努力嘗試。如對於免疫方面的疾病及改善組織器官的病理變化，發現許多中藥複方或單方勝過西藥的治療，如溫陽片對持續性氣喘（asthma status）的治療，可以改善其長期氣喘的症狀和減輕服用類固醇（steroid）的劑量，丹參注射液可取代 Persantine，治療或預防腦血栓的形成或冠心病的心絞痛。故西醫辨病與中醫辨證結合治病的觀念，遂成為近代中醫學術發展的重心，許多中西結合的臨床研究，發現不僅突破了西醫治療的盲點，如急性出血性胰臟炎以通腑瀉下的承氣湯法，且降低了其死亡率（mortality）；急性腎衰竭以中藥直腸點滴注射法，經濟又實惠；中藥人工周期補腎調經法，協助了許多不孕婦女排卵的問題。這些成果都值得我們學習與拿來臨床應用。

但可惜的是目前台灣中醫臨床的發展，在過去公勞保及現今健保制度下，都以科學中藥來看病，多數中醫師治病方法，開科學中藥的處方有各種不同的方式，多數以兩個或三個方劑以上，甚則還加一些單位藥，這種開處方的方式，遂成為現代中醫師處方的特點，但若醫者對處方的方劑來源或主治不清楚，如外感咳嗽開麻黃湯合大青龍湯，從這兩個方劑的組成來看，對於治療風寒咳嗽臨床多少有些療效，但卻不合乎辨證的要求，以致於學生實習大惑不解，而這種類似的情況是目前中醫界普遍存在的問題。這種不合乎辨證要求的處方，在臨床上對於虛實夾雜的病證，鮮少能發揮醫療效果的，甚至因誤治使病情更加惡化。但有些人或不以為然，認為這是古方今用，甚至說這是大方復治法，其實古方要今用，也必需瞭解處方的藥物功用，如仙方活命飲具有清熱解毒、活血化瘀、消腫散堅的作用，竹茹溫膽湯具有理氣化痰、清熱安神的作用，兩方合

用治療痰瘀熱盛型的甲狀腺腫大合併機能亢進症，有顯著療效的原因，就是能充份瞭解處方的藥物功用，然後與脈證合參的結果。

因此建立分子方劑學的看病方式，是惟一可以解決及突破現有中醫健保給付制度用藥限制的瓶頸，且能發揮臨床治病的療效，這是建立中醫看病的另一種新模式的嚐試，但必需充實上述所提分子方劑學內容的知識，包括方劑與藥物的歸經理論、方劑的配伍、方藥免疫和方藥辨證等，在教學上才能教導學生如何處方用藥。其中就歸經理論的科學研究方面而言，近代學者已有一些研究的成果，如骨碎補歸肝、腎經，治療骨傷作用，以放射性同位素 ^{45}Ca 觀察，證明骨碎補能提高血清值鈣和磷的濃度，促進骨對鈣的吸收，有利於骨鹽形成和骨的鈣化⁶⁵；又補中益氣湯為足太陰、陽明藥，依據脾主四肢肌肉的中醫理論，近代學者研究，補中益氣湯加附子能治療重症肌無力症⁶⁶，這些均證明了方劑與藥物歸經理論有其實質的意義，雖然歸經理論的科學研究尚屬萌芽的階段，但已受到學者的重視。

至於方劑的配伍，在歷代文獻上以薛己醫家最有名，近代期刊文獻也有一些研究的報導，如玉屏風散合六味地黃湯能治療反復上呼吸道感染致慢性腎絲球炎纏綿不癒，從方劑歸經理論來看，玉屏風散為足太陽手足太陰藥，歸膀胱、肺、脾經，六味地黃湯為足少陰厥陰藥，歸腎、肝經，慢性腎絲球炎病變器官在腎臟，久病必引起機體免疫力下降，初期為肺的免疫屏障功能下降，即出現容易感冒的「表虛」證，而影響腎絲球炎的組織病變。玉屏風散有固衛氣的作用，從中醫免疫學的觀點來看，能增加機體免疫力，預防感冒，合六味地黃湯能防治腎絲球炎惡化。因此，臨床上必需明白方劑的歸經、主治功用，及近代方劑和中藥藥理學或免疫學方面的研究，並且要依中醫辨證的方法，才能發揮方劑配伍的療效。

由於中醫治病的領域相當廣泛，牽涉的知識很廣，且中醫看病強調需脈證合參，因此臨床上針對各種疾病，或疾病不同、但病證相同，或疾病相同、但病證不同，如何應用分子方劑學來開方，以下提供五項要點以供參考：

1. 依傳統中醫理論來辨證論治：傳統中醫辨證論治的方法，是以臟象經絡學說為治病的理論依據，重視疾病或病證引起的病因病機，然後提出治療的法則與處方用藥，這個方法稱為理法方藥的分析，如咳嗽西醫的診斷是氣管炎，依據中醫的理論分析，要分是外感或內傷的咳嗽，若是外感引起的，還要再辨別是風寒咳嗽或風熱咳嗽；若是內傷的咳嗽，由感冒所引的後遺症，要分析咳嗽的病證是肺氣虛、或是脾氣虛、或脾肺兩虛、或已至腎氣虛。這套中醫辨證論治方法的特色，主要在解決臟腑功能失調所引起病證的治療非常有用，但必需充份瞭解中醫基礎理論的內容，而且能實際運用於臨床上，始能發揮到最好的效果。如慢性肺部阻塞性疾病，臨床常因肺部感染引起呼吸衰竭，患者必需靠人工呼吸器來為維持生命，當肺部感染得以控制，患者自身呼吸的生理功能慢慢恢復正常後，始能拖離人工呼吸器靠自己呼吸，但這種情況若反復發作，患者本身臟氣的抗病功能若持續衰退，引起腎氣虛時，此時患者呼吸的生理功能要自然恢復可能很難，只能仰賴人工呼吸器呼吸，而中醫補腎的藥物，可以改善腎氣虛，幫助患者呼吸的生理功能自然恢復，故傳統中醫辨證論治的方法，可以協助西醫解決許多難治的疾病。

2. 依西醫辨病與中醫辨證結合用藥：由於中醫傳統處方的用藥是根據臨床望聞問切四診所得到的「脈

證」，透過中醫理論的分析而加以設計的，其缺點對於組織器官實質病變的治療掌握性不高，如金匱治黃疸病因喝酒所引起的稱為酒黃疸，用梔子大黃湯治療，金匱條文敘述「酒黃疸，心中懊懣，或熱痛，梔子大黃湯主之」⁶⁷。梔子大黃湯由梔子、大黃、枳實、淡豆豉所組成，可治療酒精性肝炎黃疸所引起的肝腫大脅痛及失眠，具有抗肝細胞腫脹發炎、退黃的作用，但對於肝細胞發炎壞死後所引起的肝纖維化的預防與治療，改善肝內微循環障礙等組織病變的治療，則缺乏有效治療。

因根據近代學者的研究，活血化瘀藥的丹參、桃仁、田三七具有抗肝纖維化的作用，故臨床對於組織器官疾病的治療，除了要重視疾病所表現的脈證要加以辨證治療外，因疾病所表現的脈證與體質有密切關係，還需考慮器官疾病的組織病變的治療，如此辨病與辨證相結合，才能快速有效使疾病獲得緩解。如治療慢性B型肝炎，辨證以濕熱為主要的表現，不能僅給予清熱利濕的處方治療，必需結合西醫的觀念：慢性B型肝炎會造成肝臟本身的實質病變，其難以治愈的主要因為免疫功能有缺陷，因此中醫治療必需再結合益氣養陰和活血化瘀的藥物，以調節機體的免疫功能和改善肝臟的實質病變，這才是辨病與辨證相結合的用藥方法。

3.依傷寒論與溫病條辨的辨治規律用藥：臨床看病若碰到有關傷寒或溫病方面的疾病，以傷寒論或溫病條辨的辨治規律用藥，是最快速有效的方法。因傷寒論是中國醫學四部醫典(內經、難經、傷寒論和金匱要略)之一，以六經傳變為主要內容；溫病條辨雖為吳鞠通根據葉天士指南醫案整理而成，但反應葉氏對外感溫熱疾病豐富的臨床治療經驗及其學術思想，為溫病學的代表作。溫病條辨衛氣營血的傳變過程，與仲景傷寒論的六經傳變，為中醫臨床治療外感疾病辨治規律的精華範本，而且療效顯著。

如作者曾治療一位腎病症候群的患者，夏天於家中某日下午開冷氣看電視後，突然感覺惡寒怕冷，隔天即發熱，服用西藥退燒，熱退後復發燒，持續兩星期仍未愈，且口渴，小便量減少，顏面輕微浮腫，後經余用五苓散治愈，此乃傷寒論太陽病「脈浮，小便不利，微熱，消渴」之五苓散證⁶⁸。太陽病為外感風寒之邪引起，冷氣引起惡寒怕冷屬寒邪入表之證，而患者素有腎臟病，發燒持續兩星期不退，且有口渴，小便量減少，顏面輕微浮腫之蓄水證，表示膀胱裏飲已成，故用五苓散表裡兩解而愈。

溫病條辨衛氣營血的辨治規律，為葉天士對外感溫熱病邪傳變的治病心法，其謂「溫邪上受，首先犯肺，逆傳心包」和「在衛，汗之可也；到氣，才可清氣；入營，猶可透熱轉氣；入血，猶恐耗血動血，直須涼血散血」⁶⁹。此心法應用於治療流行性感冒的呼吸道感染相當重要，如溫熱病邪在衛分，以急性扁桃腺炎發高燒為主要表現，大劑銀翹散方清熱解毒，能快速有效退燒，遏阻扁桃腺繼續發炎；當溫熱病邪在氣分，持續發燒不退、口乾口渴明顯，可用白虎湯退熱生津止渴；當溫熱病邪入營分的支氣管肺炎併發成人呼吸窘迫症候群，以清榮湯能透熱轉氣，控制病毒血症的感染蔓延，改善缺氧、解除呼吸窘迫的危機；當溫熱病邪入血分引起敗血症時，尚有犀角地黃湯涼血散血改善其症狀，力挽狂瀾。至若溫熱病邪逆傳心包引起腦中樞神經病變，有安宮牛黃丸、紫雪丹、清心牛黃丸和至寶丹，可供選擇使用，而療效顯著。故學習分子方劑學必須充份明白傷寒論與溫病條辨的辨治規律。

4.掌握歷代名醫學說的內容與用藥特點：自東漢張仲景將禁方醫學學術研究的成果傷寒論與金匱要略公諸於世以後，至金元時代禁方醫學的學術思想再度復甦，故有四大家劉河間主「寒涼」，張子和主「攻下」，

李東垣主「補土」，朱丹溪主「養陰」等學說的出爐，而雙解散、三花神佑丸、補中益氣湯、大補陰丸，則分別為寒涼、攻下、補土和養陰的代表方；至明朝學術的整合「補土」與「養陰」用藥思想的結合，遂衍成溫補學派，學術的研究重心，從早期薛己醫家重視脾胃學說的研究，其後醫家慢慢轉移到腎與命門的研究，如趙養葵、孫一奎，至明末張景岳可謂集醫家之大成，近代中藥人工周期調經法，即應用景岳陰陽命門學說與現代月經的生理週期相結合而創立的。至清朝中醫學術的研究重心轉移到肝的研究，溫病學也在此時期完成。故學習分子方劑學必須充份掌握歷代名醫學說的內容與用藥特點，因為臨床有些疾病的病證，在西醫看來是不明原因，從中醫的觀點卻一目了然該如何處理，如李東垣臨床發現勞倦過度致脾胃功能失調，氣虛下陷會導致氣虛發熱，必需用補中益氣湯甘溫之品來退熱；朱丹溪的大補陰丸治房室過度導致的陰精虛發熱，這類病證在現代醫學已經相當發達的今天，仍舊不知其然，亦不知其所以然，而中醫早在金元時代即已清楚如何治療。

5.從實驗室的研究建立臨床治病模式：中醫現代化的基礎研究，從可查考的文獻，每年所發表的文章相當多，其中有許多值得在臨床上根據中醫的理論來加以應用，如補陽還五湯原是清代名醫王清任治療腦中風氣虛血滯型半身不遂的著名方劑，近年來臨床多應用於治療心腦血管疾病和末梢神經病變，然而在另一動物實驗的研究發現，本方具有抗滲出性及增殖性炎症的作用，對免疫器官有增重作用和對巨噬細胞吞噬功能有促進作用，因此臨床上根據其促進免疫抗組織發炎的作用，發現補陽還五湯能治愈慢性扁桃腺發炎的反復發作，且能免除被摘除的命運。又胃黏膜保護方，是以健脾益氣的人參黃耆白芍甘草組成的中藥複方，對大白鼠實驗性胃潰瘍的預防和治療作用的研究，結果顯示該方能增強胃黏膜的防禦能力和潰瘍的修復能力，因此本方應用於消化性潰瘍的治療，果然有明顯的效果。這說明從實驗室的研究可以建立臨床治病的模式。

參考資料

1. (清)吳謙，醫宗金鑑，訂正仲景全書傷寒論注，新文豐出版公司，台北，p.198，1981。
2. 同文獻 1，pp.107-108。
3. (明)薛己，薛立齋醫學全書，校注婦人良方，調經門，中國中醫藥出版社，北京，pp.781-187，1999。
4. 同文獻 1，pp.1-27。
5. 高曉山，中藥藥性論，人民衛生出版社，北京，pp.362-364，1992。
6. 同文獻 5，pp.365-366。
7. (清)汪詡庵，醫方集解，文光圖書有限公司，台北，p.2，1975。
8. (明)劉宗厚，劉純醫學全書，玉機微義，人民衛生出版社，北京，pp.317-828，1986。
9. 同文獻 8，p.225。
10. 同文獻 8，p.228。
11. 同文獻 8，p.231。

12. 同文獻 8 , p.245。
13. 同文獻 8 , p.246。
14. 同文獻 8 , p.246。
15. 同文獻 8 , p.247。
16. 同文獻 8 , p.261。
17. 同文獻 8 , p.262。
18. 同文獻 8 , p.263。
19. 同文獻 8 , p.280。
20. 同文獻 8 , p.298。
21. 同文獻 8 , p.300。
22. 同文獻 8 , p.309。
23. 同文獻 8 , p.309。
24. 同文獻 8 , p.322。
25. 同文獻 8 , p.324。
26. 同文獻 8 , p.324。
27. 同文獻 8 , p.350。
28. 同文獻 8 , p.352。
29. 同文獻 8 , p.353。
30. 同文獻 8 , p.354。
31. 同文獻 8 , p.358。
32. 同文獻 8 , p.358。
33. 同文獻 8 , p.359。
34. 同文獻 8 , p.359。
35. 同文獻 8 , p.360。
36. 同文獻 8 , p.361。
37. 同文獻 8 , p.363。
38. 同文獻 8 , p.372。
39. 同文獻 8 , p.372。
40. 同文獻 8 , p.377。
41. 同文獻 8 , p.385。
42. 同文獻 8 , p.385。
43. 同文獻 8 , p.386。
44. 同文獻 8 , p.397。
45. 同文獻 8 , p.401。
46. 同文獻 8 , p.417。

47. 同文獻 8 , p.417。
48. 同文獻 8 , p.417。
49. 同文獻 8 , p.418。
50. 同文獻 8 , p.418。
51. 同文獻 8 , p.418。
52. 同文獻 8 , p.441。
53. 同文獻 8 , p.446。
54. 同文獻 7 , p.1。
55. 同文獻 7 , p.129。
56. 同文獻 7 , p.118。
57. 同文獻 7 , p.149。
58. 同文獻 7 , p.13。
59. 同文獻 7 , p.144。
60. 林建予、寇華勝，中醫免疫醫學，旺文社股份有限公司，台北，p.73，1993。
61. 同文獻 60 , p.117。
62. 同文獻 60 , p.110。
63. 同文獻 60 , pp.104-123。
64. 同文獻 60 , pp.109-115。
65. 同文獻 5 , p.369。
66. 同文獻 60 , p.74。
67. 同文獻 1 , p.183。
68. 同文獻 1 , p.17。
69. (清)王孟英，溫熱經緯，旋風出版社，台北，p.83，1976。

J Chin Med 12(2): 69-80, 2001

HYPOTHESIS AND CLINICAL STUDY OF MODULAR FORMULOLOGY

Jung- Chou Chen

*School of Chinese Medicine, Graduate Institute of Chinese Medical Science, China Medical College,
Taichung, Taiwan*

*Department of Chinese Medicine, Show Chwan Memorial Hospital,
Changhua, Taiwan*

(Received 3rd October 2000, revised Ms 24th May 2001, accepted 29th May 2001)

The definition of the term Modular Formulology of Chinese Medicine is based on the meridian theory of Chinese formulas and herbs and is a new prescription model used in modern clinical Chinese Medicine. The characteristics of Modular Formulology include the application of the combined use of different Chinese formulas, the combined use of a Chinese formula and herbs as well as the combined use of two Chinese formulas and herbs. The components of Modular Formulology are Chinese formulas and herbs used according to the meridian theory, Chinese formula composite, immunology of Chinese medicine, identification patterns of Chinese medicine, and clinical applications.

To establish the therapeutic model of Modular Formulology in clinical Chinese Medicine, five methods have been included. The first method involves the identification of patterns and determination of treatment based on Traditional Chinese Medicine theory. Second, the formulas used are based on the concepts of identification of western disease and identification of patterns using Chinese Medicine theory. Third, the formulas used are based on the rules of identification found in the *Shang Han Lun* and *Wen Bing Tiao Bian*. Fourth, the thought processes and characteristics of applied formulas of the famous classic Chinese physicians should be understood. Finally, a clinic therapeutic model for use in laboratory research was established.

Key Words: Modular Formulology, Meridian theory, Therapeutic model of Chinese Medicine.