

# 「經方」新議－兼論辨證與論治間的空白

林伯欣<sup>a</sup> Po-Hsin Lin<sup>a</sup>、林昭庚<sup>b\*</sup> Jaung-Geng Lin<sup>b\*</sup>

<sup>a</sup> 中國醫藥大學學士後中醫學系

<sup>b</sup> 中國醫藥大學中醫學系

<sup>a</sup> School of Post-baccalaureate Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China

Medical University, Taichung, TAIWAN

<sup>b</sup> School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical

University, Taichung, TAIWAN

\*通訊作者：林昭庚

聯絡電話：04-22053366 # 3311

通訊處：40402 台中市北區學士路 91 號 中國醫藥大學 中醫學系辦公室

電子郵件信箱：jglin@mail.cmu.edu.tw

## 摘要

多數中醫學文本皆強調診治過程必須辨證論治、方證相應，然而在臨床實際應用時，若僅將經由四診蒐集到的資料照本宣科轉換成簡化的「證型」，再套用對應的處方論治，卻可能得到有限的療效，並流於處方種類龐雜之弊。這是因為在臨證思考時生理機轉與病理現象（病因病機）兩類理論被粗糙而簡化的連結，使辨證與論治間產生了隱藏的斷層所導致。

本文將先重新闡述「經方」二字之意義，以引導出古典醫學診治病痛時的原生意識；並試圖藉由思辨經典內涵填補臨床診治思維空白之範例，呈現中醫師必須熟稔歷史沿革與經典內容的重要性。目的乃爲了呼籲重視中醫學法則與技術在臨床操練過程當中，因過度簡化的辨證論治所可能帶來的風險。

關鍵詞：辨證論治、經方、病因病機。

## **An Insight into Jing Fang (經方) : To Fill in the Blank between Differential Diagnosis of Syndromes and Therapeutic Treatment**

Abstract:

To prescribe treatment based on the differential diagnosis of syndromes has been highly emphasized in the traditional Chinese medical texts. However, when practicing four diagnostic techniques, a TCM practitioner may fail to produce the desired therapeutic effect or may produce a random assortment of prescriptions if he or she interprets the clinical evidence entirely according to the classification of syndromes specified in the texts. This is because the interrelationship of etiological agents and pathological manifestations are oversimplified in the process of examining a patient. A breach is therefore created and concealed between the differentiation of syndromes and therapeutic treatment.

In this article, Jing Fang as the dominant medical discourse is elaborated from a historical perspective, in which the prototypical reasoning behind the clinical application of classical Chinese medicine theory is approached. Critical analysis of the meanings inherent in the classical medical texts is demonstrated to highlight a fact that a TCM doctor is required to be acquainted with historical background of the medical theory, with the significance of medical canons. To do so is to fill the gap between theory and practice. The essay aims to remind that there exists a clinical risk for those who perform differential diagnosis of syndromes and prescribe corresponding treatment if they overlook the depth and complexity of such medical practice.

**Keywords: Differential Diagnosis of Syndromes and Therapeutic Treatment, Jing Fang (經方), Etiology and Pathogenesis**

凡治病者，必先知脈之虛實，氣之所結，然後為之方，故疾可愈而壽可長也。為國者，必先知民之所苦，禍之所起，然後設之以禁，故姦可塞，國可安矣。 《潛夫論·述赦》<sup>1</sup>

## 引言

以人身與國政相比喻，是先秦以來用以描述方技特質及政治理念經常運用的一種互證方式。該思維除了說明身體不同部位功能表現與國家政治社會倫理的對價關係之外，當時階級禮法所規範的各種準則與人體生理病理知識的進展也呈現互相滲透的局面。<sup>2</sup>值得注意的是，無論面對身體或國家的問題，時人皆強調必須先深入瞭解原因，才能做出正確的處置，這是自古以來「方伎之學」的核心精神。但正如班固感嘆古代大醫「論病以及國，原診以知政」的堅持到漢朝時已「其技術晦昧」，當今中醫臨床的診治過程對於「論病」與「原診」的細膩度其實同樣有再進步的空間，這是本文嘗試探討的議題。

### 「經方」與「經」、「方」

在中醫的世界裡，「經方」一詞眾人皆知，不論從專業或歷史的角度論述，皆具有相當崇高的定位。目前「經方」的定義大略有以下幾種：(1) 漢朝以前特定的醫學專門著作。(2) 《黃帝內經》(以下簡稱《內經》)、《傷寒論》及《金匱要略》中提到的方劑。(3) 專指《傷寒論》及《金匱要略》中的方劑。(4) 具有

經典、經驗、經濟、延展、傳承等特色的方劑。<sup>3</sup>因此綜合歸納，目前一般認為「經方」主要指的是在先秦兩漢間成形、屬於特定種類、具備鮮明特色或傳承自張仲景編纂、創制的方劑。

西漢《七略·方伎略》初見「經方」一詞。<sup>4</sup>東漢班固依《七略》架構編寫《漢書·藝文志》時，在〈方伎略〉中將自太古時期以來作為「生生之具」用途的文本歸納為「醫經」、「經方」、「房中」和「神仙」四類，其中「醫經」與「經方」兩類的主旨分別為：

醫經者，原人血脈、經絡、骨髓、陰陽、表裏，以起百病之本，死生之分，而用度箴石湯火所施，調百藥齊和之所宜。

經方者，本草石之寒溫，量疾病之淺深，假藥味之滋，因氣感之宜，辨五苦六辛，致水火之齊，以通閉解結，反之於平。<sup>5</sup>

顯然，「醫經」記載的內容是以探索人身各種生理現象為主，並藉由這些基礎進一步發展出病理知識，在能充分瞭解與辨別疾病的特性與變化後，作為選擇療法與決定治療劑量的依據。「經方」則是指明確紀錄藥物性味、炮製與處方劑型的文本，透過藥物與方劑的使用，能使人體身心的障礙恢復平衡。值得注意的是，以藥物處方為主體的「經方」一系同時強調了使用方藥必須「量疾病之淺深，因氣感之宜。」意指處方並非單純的藥物拼湊堆積，操作者必須能辨別不同病性、病位，考量四時氣候、環境變化對身心宜忌的影響等因素，方能利於「經方」的配製與選取。寥寥數語，已暗示生理病理知識的完整具備與診斷技術的熟練是醫

家在運用「經方」之前必須具備的條件。換言之，「經方」若是工具，「醫經」則是使用說明；想要達到療效，操作者必須先能瞭解相關的適用時機與禁忌，並遵循其原則。因此，「醫經」與「經方」實為緊密連結的關係，<sup>6</sup>在臨床使用上必須互相搭配、環環相扣，否則便可能發生「以熱益熱，以寒增寒，精氣內傷，不見於外。」的醫療疏失。

在「醫經」與「經方」密不可分的條件下，若僅將「經方」視為上述「特定範圍或種類的藥物與方劑」，在概念上其實是不足的，無形中也形成了學習與思考時的框架與陷阱；為解決這個問題，筆者嘗試將兩字拆開各解，以冀能呈現更完整的概念。「經」字原意是指織布機上的縱向絲線，<sup>7</sup>後引申為南北向的道路、或泛指途徑。<sup>8</sup>該字尚有其它用法，如《荀子·勸學》：「其數則始呼誦經，終乎讀理。」<sup>9</sup>把各種典範類的著作尊稱為「經」。《釋名》：「經，徑也。如徑路無所不通，可常用也。」<sup>10</sup>則做「可經常或長久遵循」的義理與法則看待。因此，「經」字其實亦有「足以作為式範的原則」及「放諸四海皆準、恆久不變的真理」之意。

《說文》提到「方」字乃「併船也。象兩舟省、總頭形。」<sup>11</sup>指的是船頭挽在一起的兩船，泛指並列、並行，引伸有「方向」之意；歷代文獻中對「方」字之訓詁尚有「法度、準則」<sup>12</sup>、「常法、定規」<sup>13</sup>等解釋。因此筆者認為，「方」字在醫學上的意義除了「處方、藥方」之外，應該還能引申理解為「診治的方法、技術、規則與方向」。

故筆者認為，「經」、「方」二字合看時不應僅狹隘的視為長沙餘緒，或將焦

點設限於各種藥物與方劑上；其意義應該擴大理解為「正確、具有原則性、有清楚定義、經得起檢驗的各種理論與法則。」在這些「經方」原則下，相關的治療才有所本，也才能因應臨床的多樣性而分別派生。至於在「經方」法則與理論指引下的診治程序，也宜修正為「以經論法，以法制方。」各類經典文本的功能乃作為「診斷所得訊息」、「外顯症狀」與「病患主訴」三者間的轉譯與連結工具，醫師必須藉由「經方」裡包含的相關生理病理與診治原則在龐雜的資訊與各種可見與不可見的症狀中歸納出頭緒，而非單純「對症（證）下藥」。

在中醫學的範疇裡，舉凡基礎理論、診斷原則與方法、生理病理、治療（針灸、傷科、本草、方劑、祝由等）；甚至業醫須知與病家守則等各個面向皆有所謂的「經方」內容。事實上，中醫學的各類經典文本在專業裡同時肩負有「權威、秩序與規範」的多重功能；<sup>14</sup>「經方」的內涵除了隱喻聖人傳承的崇高正統脈絡之外，更重要的是文本內容能引導醫家學習與實踐，確保實際操作醫療行為時，具備足夠的知識、技術與身心條件。如《宋史》載有醫者龐安時生平，自述診療依據「乃以《難經》『寓九候於浮沉，分四溫於傷寒』之術為脈診死生之規臬，並參以《內經》諸書，考究而得其說，如此可收『審而用之，順而治之，病不得逃矣』之效。」<sup>15</sup>同朝但時代略晚的陳無擇亦提到：

醫不讀《靈》、《素》，何以知陰陽遠變、德化政令？

醫不讀《本草》，何以知名德性味、養生延年？

醫不讀《難》、《素》，何以知神聖工巧、妙理奧義？

醫不讀雜科，何以知脈穴骨空、奇病異證？<sup>16</sup>

龐陳二人皆為北宋高明醫家，為人治病十癒八九，龐氏甚至曾自詡「世所謂醫書，予皆見之。」<sup>17</sup>兩人對醫學文本的選取與研讀顯然並非僅從「依附聖人之名與權威之言」加以命題，而是強調以臨床實際診療過程中各部分所需要的核心能力為考量，分別列舉各種「經方」參考用書。換句話說，這些富含醫學原理的「經方」典籍不但是基礎，也是門檻，這與前文亦相呼應。

筆者強調中醫學的運用必須以熟稔經典文本中的各種原則、規範與操作型定義為起點，在臨床中尋求真實驗證與突破；這是本文另闢蹊徑，重新定義解讀「經方」的源由所在，也是要獲得診治療效的必備基本功夫。

### 「辨證論治」中遺失的醫療程序

《經方小品》是方劑類文本，南北朝陳延之撰；收集了上自張仲景、下迄范東陽的處方。作者在自序中提到的一段話值得玩味：

古之舊方者，非是術人逆作方，以待未病者也。皆是當疾之時，序其源由診候之，然後依藥性處方耳。病者得愈，便記所主治，序為方說，奏上官府，仍為舊典也。<sup>18</sup>

這段話證實了筆者解析「經方」與臨床關係的論述，方藥之集結並非事先預想、好整以暇，而是來自於「經方」裡各種診斷原則與醫學知識引導下因人而異的經驗累積。秦漢之後，中醫學發展已走向理論化與體系化的階段，各種療法發展



的根據逐漸脫離單純的經驗法則與試誤學習，取而代之的是透過診斷與生理病理知識間的辨識與連結。醫家要將感官獲得之訊息轉換成適當抉擇的療法與處方時，中間需要的轉譯工具正是前文所提之「經方」——也就是一條條有所本、正確而清楚的生命法則；以及正常的生理機轉與病理狀態下的病機。換句話說，在症狀與處方之間存在的，除了一般書籍提到「辨證論治」之方與症（證）的對應性之外，更重要的是藉由醫學理論深入釐清這些「症」與「證」分屬哪些生理功能失常？又產生哪幾類病機？病機之間有無互動？目前處於何種病程階段？及是否因此產生繼發的病症？確定這些內容後才有辦法正確治療。這是「辨證」背後所需要更細膩的一層思維，沒有分析清楚，僅強調「方證相應」、「以證套方」的處置，治療過程便猶如「對號入座」，成效不免大打折扣。

多數相關書籍闡述「辨證論治」時總先將「證型」分類、每一類分別描述相關症狀、最後再羅列數個處方供參考選用，這種模式顯然會出現幾個嚴重的問題：（1）各種疾病是否只限於書中有限的證型？（2）若剛好病患出現書中某一證型，臨床醫師該選取證型中建議的哪一個參考處方？（3）若求診者罹患某一疾病，對照後但卻不屬於書中的證型、或是同時涵蓋數個證型，又該如何分析與治療？（4）即使病患的外症十分標準，辨證上也相當容易區分，但服用參考處方之後沒效時該如何處理？（5）若病患不幸身上有多種疾病，按照「辨證論治」分型治療的原則是否可行？「對號入座」後是否可能造成亂槍打鳥或重複處方的錯誤？以上五個問題在臨床上相當常見，也正是診治時容易產生思維斷層與風險

的地方。

古典醫學的各環節緊密相扣，即使是藥物文本也強調法則才是重點。《本草經》在全書開端〈序錄〉的部分即指出：「凡欲治病，先查其源，先候病機。」<sup>19</sup>筆者以為，「診斷→訊息與各類生理病理理論間的連結轉換詮釋→分析出主要的病因病機與病程→選擇治療策略與工具」才是完整的臨床操作程序，該過程與一般「辨證論治」最大的差異在於守醫「法」而不守醫「術」，心中有規則而無證型。正如朱震亨轉引許叔微所言：「予讀仲景書，用仲景之法，然未嘗守仲景之方，乃為得仲景之心也。」<sup>20</sup>看似架構完整、面面俱到的「辨證論治」，其實當中遺失了操練醫學技術的重要核心概念——「序其源由診候之」。疾病的產生，一定有其根本原因，任何一個症狀的發生，也一定有隱含的病機變化。症狀無限，但病機可尋，病患雖然症候繁亂複雜，其實有其主次真偽可辨，也有其關鍵病機所在，找到源由才能根本解決問題。

上述的想法在《素問·至真要大論》中有完整的陳述，該篇除了論述六氣變化導致各種疾病的症候與對治原則之外，還通論了診法（脈診為主）、病理（包含診斷訊息的病理意義）、各種病機、治則（標本勝復及診治取舍）與制方原理（包含藥物性味、如何與病機搭配及各種宜忌）。此外，從以下引文可發現這些規則不斷圍繞著同一個核心概念：

- 謹察陰陽所在而調之，以平為期。
- 知標與本，用之不殆，明知逆順，正行無問，此之謂也。不知是者，不

足以言診，足以亂經。

• 餘欲令要道必行，桴鼓相應，猶拔刺雪汗，工巧神聖，可得聞乎？岐伯

曰：審察病機，無失氣宜，此之謂也。

• 謹守病機，各司其屬，有者求之，無者求之，盛者責之，虛者責之，必

先五勝，疏其血氣，令其調達，而致和平，此之謂也。

• 熱因寒用，寒因熱用，塞因塞用，通因通用，必伏其所主，而先其所因。

21

諸引文強調的是醫者要執行一次完整而成功的醫療，在過程中必須釐清病性、病位、病程、標本、病機；症狀與證型並非首要直接考量的對象，透過經典文本中的規則找出其背後隱藏的條件才是必須優先關注的重點。因此筆者要強調的是，目前的「辨證論治」絕非古典中醫學診治理念的原生意識，過度強化證型意識與處方的僵化對應更可能偏離主軸而導致錯誤的醫療。

「辨證論治」或許可做為初學者面對大量龐雜中醫學內容時的入門媒介，但這並非臨床的實際全貌，甚至可能與真實的生命現象有相當大的差異，業醫之眾在學習與診療時不可不慎。

### 歷史與法則的結合——以蕁麻疹為例

前述的觀點主要在強調確認病因病機在診治過程中的重要性，並主張相關的規則與理論皆必須以經典文本為基礎加以開展，特別是病機的部分一旦混淆或

思考錯誤，在治療的過程中便會失去方向、進退失據。要熟讀各種「經方」法則、並能與病患的問題作適度的判斷與聯想，其實是診療實務上最大的困難點；而且部分醫師經常會疏於診斷思考、僅下意識的將病患的主訴與外症直接與心中主觀熟悉的病症分類與病因病機模式作連結，這是造成臨床失效的主因之一。因此以下筆者將以蕁麻疹醫案一例，試圖凸顯「經方」連結病機概念與推想治則處方的重要性，並指出「因歷史流變導致解讀醫學文本看法的更迭」對理論及臨床思維的影響。

蕁麻疹是臨床常見的皮膚疾病，西醫認為是多因性引起過敏，誘發皮膚、黏膜微血管擴張，通透性增加而產生局部性浮腫、搔癢。在中醫的分類上，一般「辨證論治」式的論點認為有三個主要病因病機：（1）秉賦不耐，風邪侵襲（2）飲食不當造成濕熱（3）氣血兩虛引發外風侵襲與虛風內生；進一步細分變化還有鬱熱、風熱、血瘀、風寒與陽虛等分類，因此多數人認為治療原則皆著眼於「風」的病因，採疏風、祛風、消風為主軸，再配合清熱、散寒、除濕、養血、活血、固表、導滯、止癢等治則因應。<sup>22</sup>然而本病例歷經多位中醫師診治，卻無法以這些方法完全治癒，以下為相關基本資料：

38 歲已婚女性，中等身材，自述長期不定時不定處發作蕁麻疹，天氣變化、季節交替及疲倦時較易發生。西醫血液檢查無異常，一年多以來已接受多位中醫師治療但效果不穩定，近 1 個半月症狀反加重，每天發作多次，紅腫搔癢甚。檢視其過往處方簽多以驅風止癢、清熱涼血為主之方藥

對治。

自述茹素，飲食、二便、睡眠皆平穩，月經週期正常，無痛經、但近期量較少。工作壓力大，經常自覺頭暈煩躁、易疲倦、口渴，較少運動。面色正常，下眼瞼淡，脈勢較弱，但浮中取皆可得弦滑澀象，按之軟陷而不應手。

處方：炙甘草湯（重用）、白芍、黨參、白朮、茯苓。

初診服藥後一週內蕁麻疹僅發生 2 次。之後隨證加減，但仍以炙甘草湯為主要處方，且未使用驅風發表之品，3 週後蕁麻疹未再發生過。

「皮膚癢」的症狀，經常被下意識的從「風」及「表」的概念切入，然後就是一連串上述的診治思維，但本病患來診時顯然除了一般驅風止癢、清熱涼血的處方不宜再考慮之外，相關的病機也必須重新考量。

有關本案的情況，筆者診斷後的第一個切入點是「癢」的病理概念。《靈樞·刺節真邪論》曾對「癢」的病機有詳細說明：

虛邪之重人也，灑淅動形，起毫毛而發腠理。…搏於皮膚之間，其氣外發，  
腠理開，毫毛搖，氣往來行，則為癢。<sup>23</sup>

「癢」的病位在皮膚之間，是因邪氣與正氣互動，使原本正常在腠理間往來的氣行模式出現異常，影響了腠理開合而間接產生症狀。《內經》內文多處提到調控腠理開合的主角是衛氣，並闡述衛氣失常時可能產生的病機。<sup>24</sup>正常運作的人體中，營衛二氣皆由飲食運化所生，並能分別於脈之內外運行及相互交會轉化；因

此要確保皮膚腠理的生理機轉正常，必須先維持中焦功能穩定，使營衛之氣能持續供應與運行。<sup>25</sup>面對善病風者，醫家不應一味的驅風，因為病風的諸多皮膚見症是結果，腠理功能失常才是主因；進一步說，皮膚標症固然是病患主訴的重點，但營衛二氣能正常運作、進而維持腠理功能的穩定才是避免皮膚癢發生的最基本條件。本案病患「天氣變化、季節交替及疲倦時較易發生」的特徵除了反映出皮膚腠理對環境變化的適應力不足，也暗示病患的中焦體質偏於虛弱，因此一旦疲倦時營衛氣血就生化不足、銜接不上。

第二個考量點是從《素問·至真要大論》「病機十九條」中的「諸痛癢瘡，皆屬於心」切入。自古至今大多數醫家在解析本病機時認為其意指「皮膚產生疼痛、瘡瘍及搔癢的症狀，多是因『心火』熾盛產生邪熱所導致。」但筆者認為這是醫家對經典內容產生一部分的誤解與偏見所形成的想法。眾所周知，五行對應五臟的關係只是藏象學內容的一小部分，「心」與「火」的連結主要是因為「心」在人體內具有「溫熱、推動、提供能量」的功能，與「火」的現象足以相擬而歸於同一概念；〈至真要大論〉中其實另載有與「火」相關的病機，<sup>26</sup>但醫家在解讀「心」的意義時，卻往往直接將五行對應五臟的概念導入，使「心」與「火」的連結幾乎成為該病機的唯一論述，也產生了將「心火異常過旺」視為「痛、癢、瘡」等病症的主要解釋，並發展出清熱、解毒、瀉火、涼血...等治則。弔詭的是，在歷史流變中，該偏差不完整的觀念竟然不斷被各朝醫家重複強化，如劉完素在《素問玄機原病式》中直呼「諸痛癢瘡皆屬心『火』」、<sup>27</sup>高士宗於《素問直解》

中甚至認為「諸痛癢瘡，皆屬於手少陽三焦之火。」而主張「舊本訛『心』，今改。」將原文改為「諸痛癢瘡，皆屬於『火』。」<sup>28</sup>部分本草著作解析藥物作用時也因襲這個概念不斷堆疊，<sup>29</sup>最終還被中醫外科文本收錄，成為診治皮膚瘡癢病症時的主要病機。<sup>30</sup>必須一提的是，筆者並無意忽視因火熱引起皮膚病症之臨床可能性，但以本病案為例，顯然醫家臨症的視野與考量不應再死守於「心火過旺」與「驅風」的「主流」想法，持續重複「先畫靶、後射箭」的錯誤思維；而應重新深入思考，從歷代因循的理論中發現另一種詮釋的面向。

有關「心」的藏象，其功能主要有二：「主血脈」與「主神智」，<sup>31</sup>本案病機與心的關係應從「主血脈」的功能失常切入。診療時筆者認為病患「經量較少、經常頭暈煩躁、下眼瞼淡，脈勢較弱，但浮中取皆可得弦滑澀象，按之軟陷而不應手。」是心氣與陰血皆有所不足、且以陰血為甚所引起的脈與症，該病機與營衛的相關性見於《難經·十四難》：

二損（心損）損於血脈，血脈虛少，不能榮於五藏六府。

損其心者，調其榮衛。<sup>32</sup>

而同書〈二十二難〉也提到謂氣之溫煦往來能薰蒸於皮膚分肉，血則能濡潤筋骨、滑利關節與榮養臟腑，因此營衛二氣與氣血能共同完成營運周身、榮養護衛臟腑組織的功能。本案病患心氣與陰血不足、合併中焦較為虛弱，不僅心的運血較為無力遲緩，氣血、營衛也有生化不足的現象；所以只要這些條件不穩定、當皮膚失去營衛氣血溫煦濡養時便會不定時發生蕁麻疹。因此處方以較大量的炙甘草湯

急補心氣與陰血，並加白芍取桂枝湯方義從健中焦入手調和營衛，再加黨參、白朮、茯苓合成四君子湯緩補脾胃之氣。最後得以在短期收效，證實筆者對相關中醫理論的理解與臨床推論在本病案上是正確的。

### 結論：反思「師」與「匠」的界線

總有人說：「中醫的特色就是經驗醫學。」這句話的背後其實隱藏了「中醫缺乏完整體系、理論結構邏輯性不強」的部分隱喻。然而，這是外行人、讀書不精或臨床不足所產生的誤解；中醫學的理論架構其實十分嚴謹，但需要獨特的方法學加以統整，未能通曉各種經典中的「理」，就無法思考分辨產生適合的「法」，隨之而來的「方」與「藥」當然就會產生錯誤，這是中醫學被詬病療效不穩定、不易重複驗證的主要原因。

陳修園在《時方妙用·小引》中說得很清楚：

有方而不審其用，則不足以活人且以殺人。…時方固不逮於經方，而以古

法行之，即與經方相表裡，亦在乎用之之妙而已。<sup>33</sup>

方劑的選用準則不應以構成的時代做為標準，也無主觀優劣之分，能否符合法則、制方精神與診斷訊息反映出的病因病機才是其療效的依據。藥物方劑如此，針、灸、導引、整復、祝由…等各種療法的選取與適用原則亦然。事實上，未能理解經典著作中的各種理論、並在臨床重複操練印證，就無法演化出靈活且因人而異的治療方法；而非以此為基礎的治法，也終究只能淪於有限範圍的經驗與技



術累積，無法讓中醫學的療效穩定，更沒有持續擴大發展的潛力。

因此，問題其實在執行中醫的人，而不在中醫學本身；中醫的精華在法則、道理與思維，而非技術訓練。這是中醫專業裡「師」與「匠」的最大差異，也是當代中醫執行研究、教學與臨床的基礎。

本文另闢蹊徑重新定義「經方」的意義，並強調中醫學的臨床運用必須以經典文本中的各種原則、規範與操作型定義為基礎，藉以填補「辨證」與「論治」間的斷層。至於如何分辨各類文本中文字記錄之真實性與實用性，確認哪些記錄才是「正確、具有原則性、有清楚定義、經得起檢驗的各種理論與法則。」甚至能夠突破、增補「經方」之內容；其方法學的設計與前驅能力的養成訓練是另一個命題，或將另文探討。

## 參考文獻

- <sup>1</sup> [漢]王符著，彭丙成注釋，陳滿銘校閱：《新譯潛夫論》（台北：三民書局，1998），頁171。
- <sup>2</sup> 王健文：〈國君一體——古代中國國家概念的一個面向〉，收入楊儒賓主編：《中國古代思想中的氣論與身體觀》（台北：巨流圖書公司，1993），頁227-260。  
鞠寶兆：〈《內經》藏象理論的社會官制文化特徵〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》11.2（2005），頁96-97、102。
- <sup>3</sup> 《中醫名詞術語大辭典》（台北：啟業書局，1991），頁231。姚杰良，黎忠民：〈經方小議〉，《河南中醫》28.12（2008），頁94-95。
- <sup>4</sup> 《七略》是中國目錄學與校勘學之濫觴，今已亡佚，目前可見之殘文皆為後人輯復所得。參[漢]劉歆撰，[清]姚振宗輯錄：《七略佚文》（據民國十八年浙江省立圖書館排印本影印），收入嚴靈峯編輯：《書目類編·第一冊》（台北：成文出版社，1978），頁61。
- <sup>5</sup> [漢]班固：《漢書》（台北：台灣商務印書館，1996，上海涵芬樓景印本），頁452。
- <sup>6</sup> 「醫經乃後代之醫學，經方則藥物學，是醫經經方實只一家也。」參正中書局編審委員會：《漢書藝文志問答》（台北：正中書局，1969），頁154。
- <sup>7</sup> [漢]許慎著、[清]段玉裁注，《圈點段注說文解字》（台北：萬卷樓圖書股份有限公司，2002，依明嘉慶本印），十三篇上，頁2。
- <sup>8</sup> 賈公彥疏《周禮》即提到：「南北之道為經，東西之道為緯。」參李學勤主編：《周禮注疏·冬官考工記》（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁1346。

- 
- <sup>9</sup> 廖吉郎校注：《新編荀子》（台北：國立編譯館，2002），頁 122。
- <sup>10</sup> 〔漢〕劉熙：《釋名》（台北：國民出版社，1959，影嘉靖三年重刻本），頁 93。
- <sup>11</sup> 〔漢〕許慎著、〔清〕段玉裁注：《圈點段注說文解字》（台北：萬卷樓圖書股份有限公司，2002，依明嘉慶本印），八篇下，頁 6-7。
- <sup>12</sup> 如《莊子·人間世》：「與之為無方，則危吾國；與之為有方，則危吾身。」其「方」字即為「法度、準則」之意。參〔清〕王先謙撰：《莊子集解》（北京：中華書局，2004），頁 40。
- <sup>13</sup> 《孟子·離婁》：「湯執中，立賢無方。」《莊子·秋水》：「今吾無所開吾喙，敢問其方。」該「方」字皆作「常法、規律、道理」解。參謝冰瑩等編譯：《新譯四書讀本》（台北：三民書局，2000），頁 496。王雲五主編、陳鼓蔭注譯：《莊子今注今釋》（台北：台灣商務印書館，1999），頁 453。
- <sup>14</sup> 李建民指出：「中國醫學是『以文本為核心』的醫學。《內經》、《難經》等『經』在漢代或許還稱不上所謂『經典』，但無疑具有『正典』概念下的『規範』或『標準』的意義。典籍在此有著『社群規範性的功能』（communally regulative function）。」參李建民：〈中國醫學史研究的新視野〉，《新史學》15.3（2004），頁 203-225。
- <sup>15</sup> 成文出版社編輯：《仁壽本二十六史》〈宋史四百六十二·列傳卷第二百二十一〉（台北：成文出版社，1971，依南宋重刊北宋監本景印），頁 24854。
- <sup>16</sup> 〔宋〕陳無擇：《三因極一病證方論》（北京：中國中醫藥出版社，2007），頁 20。
- <sup>17</sup> 成文出版社編輯：《仁壽本二十六史》〈宋史四百六十二·列傳卷第二百二十一〉，頁 24854。

- 
- <sup>18</sup> [南北朝] 陳延之撰，高文鑄注釋：《小品方》(北京：中國中醫藥出版社，1995)，頁 1。
- <sup>19</sup> 馬繼興：《神農本草經輯注》(北京：人民衛生出版社，1995)，頁 26。
- <sup>20</sup> [元] 朱震亨：《格致餘論》，收錄於朱震亨：《丹溪醫集》(北京：人民衛生出版社，2001)，頁 33。
- <sup>21</sup> 各段引文分別摘錄自山東中醫學院、河北醫學院校釋：《黃帝內經素問校釋》(北京：人民衛生出版社，1995)，頁 1157、1206、1215、1216、1223。
- <sup>22</sup> 正文內中西醫對蕁麻疹的見解整理參考以下書籍而得：陳貴廷、楊思澍主編：《實用中西醫結合診斷治療學》(北京：中國醫藥科技出版社，1995)，頁 1458-1467。
- <sup>23</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》(北京：人民衛生出版社，1998)，頁 354。
- <sup>24</sup> 相關論述例如《靈樞·癰疽》提到：「腸胃受穀，上焦出氣，以溫分肉，而養骨節，通腠理。」《靈樞·五變》記載：「肉不堅，腠理疏，則善病風。」《素問·痹論》云：「故循皮膚之中，分肉之間，熏於育膜，散於胸腹。」《素問·瘡論》則指出：「腠理開則邪氣入，邪氣入則病作。」
- <sup>25</sup> 相關生理如《靈樞·營衛生會》所言：「人受氣於穀，穀入於胃，以傳於肺，五臟六腑皆以受氣，其清者為營，濁者為衛，營行脈中，衛行脈外，營週不休。」《難經·三十難》有近乎雷同的論述：「人受氣於穀，穀入於胃，乃傳與五臟六腑。五臟六腑皆受於氣，其清者為榮，濁者為衛，榮行脈中，衛行脈外，營周不息，五十而復大會。陰陽相貫，如環之無端。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》(北京：人民衛生出版社，1998)，頁 352。[宋] 王惟一注，《黃

---

帝八十一難經》(大阪：オリエント出版社，1992)，頁 133-134。

- <sup>26</sup> 與「火」有關的病機共有五條，分別是「諸熱瞽瘧，皆屬於火。」「諸瘧鼓栗，如喪神守，皆屬於火。」「諸逆沖上，皆屬於火。」「諸躁狂越，皆屬於火。」  
「諸病跗腫，疼酸驚駭，皆屬於火。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋：《黃帝內經素問校釋》，頁 1215。
- <sup>27</sup> 范永升：《素問玄機原病式新解》(杭州：浙江科學技術出版社，1984)，頁 16。
- <sup>28</sup> [清]高士宗：《黃帝素問直解》(北京：科學技術文獻出版社，1998)，頁 653。
- <sup>29</sup> 《本草綱目》解析「乳香」時誤植原文指稱：「《素問》云：『諸痛癢瘡瘍，皆屬心火是矣。』」《本草備要》在敘述「黃連」功能時亦因循記載：「諸痛癢瘡皆屬心火。」參[明]李時珍：《本草綱目》(北京：人民衛生出版社，1989)，頁 1955。[清]汪昂編著：《本草備要註釋》(台北：五洲出版社，1981)，頁 59。
- <sup>30</sup> 《外科心法·卷下》〈發無定處中·粟瘡作癢〉提到：「凡諸瘡作癢，皆屬心火。」參[清]吳謙等編：《醫宗金鑑·外科心法要訣》(台北：新文豐出版社，1981)，頁 420。
- <sup>31</sup> 王琦主編：《中醫藏象學》(北京：人民衛生出版社，1997)，頁 84。
- <sup>32</sup> [宋]王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 60、62。
- <sup>33</sup> [清]陳修園：《時方妙用》(北京：人民衛生出版社，2007)，頁 9。