

中國醫藥大學中國醫學研究所

碩士論文

論文編號：GICMS-296

指導老師：陳榮洲教授

論文題目

方劑歸經理論之研究

研究生：謝佳訓

中華民國九十五年六月

# 目錄索引

中文摘要.....	1
謝辭.....	2
第一章 緒論.....	1
第二章 方劑歸經理論源流考.....	5
第一節 前言.....	5
2-1-1 方劑歸經文獻回顧.....	6
第二節 藥物歸經的溯源.....	7
2-2-1 《內經》時代的藥物歸經觀念.....	7
2-2-2 魏晉南北朝的最早藥物歸經紀錄.....	8
2-2-3 北宋有歸入二腸的紀錄.....	9
2-2-4 易水學派開創藥物歸經理論.....	9
2-2-5 李時珍對藥物歸經的繼承與開展.....	10
第三節 方劑使用的脈絡與方劑歸經的探索.....	11
2-3-1 最早的方書《五十二病方》.....	12
2-3-2 《黃帝內經》十三方.....	13
2-3-3 魏晉至唐宋的方劑學發展.....	14
2-3-4 金元時期詮釋方劑的風氣興起.....	14
2-3-5 金朝成無己方論與明朝李時珍用藥物歸經解釋傷寒方劑.....	15
2-3-6 最早使用方劑歸經的著作.....	15
2-3-7 清朝出現使用方劑歸經的著作.....	16
第四節 劉純《玉機微義》建立方劑歸經理論的雛形.....	17
第五節 王好古《醫壘元戎》中「方劑歸經」的記載.....	19
2-5-1 某某經例藥的意涵.....	20
第六節 《玉機微義》重要的版本狀況.....	23
第七節 劉純生平遷徙學術師承考.....	26
2-7-1 劉純的出生與遷徙.....	26

2-7-2 劉純《玉機微義》的內容架構 .....	27
2-7-3 劉純的醫學傳承與其教授師 .....	28
第八節 關於《醫方集解》的版本流通狀況 .....	30
第九節 略論汪昂的醫學傳承考據 .....	30
2-9-1 汪昂的生平與醫學傳承 .....	30
2-9-2 汪昂編寫《醫方集解》體例架構的特色 .....	31
第十節 小結 .....	35
第三章 方劑歸經理論在統計學意義之探討 .....	39
第一節 前言 .....	39
第二節 劉純《玉機微義》的方劑歸經理論剖析 .....	40
3-2-1 不同作者是否對於標定方劑歸經有影響 .....	43
3-2-2 《玉機微義》中「方劑歸經」的方法 .....	44
3-2-3 劉純論歸經的臟腑系統與十二經系統之差異考辨 .....	49
3-2-4 《玉機微義》方劑歸經在同一卷內的集中趨勢 .....	51
3-2-5 劉純方劑歸經判斷法則的一段文字 .....	52
第三節 總結劉純方劑歸經內涵的特色 .....	54
第四節 汪昂《本草備要》方劑歸經的方法 .....	55
3-4-1 發表之劑受《傷寒論》的影響 .....	55
3-4-2 吐法與導法方劑歸經疑義 .....	56
3-4-3 《醫方集解》方劑歸經資料庫建檔 .....	57
第五節 《醫方集解》方劑歸經資料庫統計分析 .....	57
3-5-1 篩選與分類資料庫的特性 .....	57
3-5-2 決定藥物歸經的參考來源 .....	59
第六節 第一群資料庫分析（最大劑量藥物與方劑歸經） .....	61
3-6-1 十二經數列的製作方法 .....	63
3-6-2 利用兩個數列相加減算出敏感度與鑑別度 .....	64
3-6-3 決定取前兩名歸經來預測全方歸經 .....	66
3-6-4 影響統計分析的《傷寒論》足太陽經資料庫 .....	67
3-6-5 運用總平方和（Total Sum of Square）幫助檢驗預測 .....	70

第七節 第二群資料庫分析.....	74
3-7-1 填入每一個組成藥物的歸經再加總.....	75
3-7-2 去除沒有藥物歸經可以加總的方劑.....	76
3-7-3 仍需去除《傷寒論》足太陽經資料庫的干擾.....	77
3-7-4 全書中源自《傷寒論》其它篇章的方劑與其方劑歸經.....	79
3-7-5 部分方劑會忽略特定藥物的作用.....	82
3-7-6 方劑名稱中的五臟六腑明顯影響方劑歸經.....	83
3-7-7 方劑名稱中含有病機字眼亦影響方劑歸經.....	87
3-7-8 目前仍難以理解的歸經模式.....	89
第八節 第三群資料庫分析.....	92
3-8-1 對於資料庫的深一層篩選.....	92
3-8-2 部分方劑有臟與腑名詞互用的現象.....	94
3-8-3 部分方劑沿用金元時代由《傷寒論》開創新方的六經敘述.....	96
3-8-4 部分方劑歸經能點出藥物劑量少但相當重要的治療切入點.....	97
3-8-5 部分方劑直觀地認定部分藥物的功用為方劑歸經.....	100
3-8-6 再論方劑名稱暗示方劑歸經的缺點.....	103
第九節 討論.....	104
3-9-1 《醫方集解》中劑量的問題.....	104
3-9-2 「方劑歸經」理論可否預測新方劑的功用.....	105
第十節 方劑歸經的臨床與學術意義.....	105
第四章 《玉機微義》傳日狀況與其影響.....	109
第一節 前言.....	109
第二節 《玉機微義》流傳時代背景與後世醫派.....	110
4-2-1 明代初期的中國醫學氣氛.....	110
4-2-2 同時期日本的醫學氣氛.....	111
4-2-3 後世醫方派相當重視《玉機微義》.....	112
4-2-4 後世醫方派的興起.....	112
4-2-5 從與皇宮官家往來的書信了解後世醫方派的地位.....	114
4-2-6 後世醫方派論述金元以前的醫學，特別提及《玉機微義》.....	115

第三節 後世醫方派三代始祖皆傳承《玉機微義》為印可.....	117
4-3-1 田代三喜傳《玉機微義》與曲直瀨道三.....	117
4-3-2 曲直瀨道三傳《玉機微義》與曲直瀨玄朔.....	117
4-3-3 統計曲直瀨道三《啟迪集》中引用《玉機微義》之次數.....	118
第四節 《啟迪集》對《玉機微義》的記載與「方劑歸經」.....	119
第五節 《啟迪集》體例與《玉機微義》、《醫學正傳》.....	121
4-5-1 《啟迪集》傳承自《醫學正傳》的體例架構.....	121
4-5-2 《啟迪集》傳承自《玉機微義》的架構、體例.....	123
4-5-3 《啟迪集》傳承李朱學派的情形.....	126
第六節 小結.....	127
第五章 薛己的「重方」規律探討與方劑歸經.....	129
第一節 前言.....	129
第二節 「重方」與古代雙方合用的源流.....	130
第三節 薛己生平與其溫補脾腎理論概述.....	131
5-3-1 薛己的生平、學術著作與學術傳承.....	131
5-3-2 薛己擅用溫補脾腎方劑與《內科摘要》.....	132
5-3-3 薛己與眾不同的五行生剋觀念.....	134
第四節 以《內科摘要》為主要範圍研究薛己重方模式.....	135
5-4-1 薛己《內科摘要》方劑的使用頻率分析.....	135
5-4-2 薛己使用「重方」的醫案論述基本模式.....	139
5-4-3 並非使用「丸劑加減湯散」的例外醫案剖析.....	140
5-4-4 薛己「三方同用」的重方模式探討.....	142
5-4-5 歸納薛己運用「重方」的原則.....	144
第五節 另一種「重方」 「朝夕」與「一日三時」服藥法.....	144
5-5-1 朝夕服藥法.....	145
5-5-2 一日三時服藥法.....	147
5-5-3 「朝夕」與「一日三時服藥法」的規律.....	148
第六節 薛己「重方」現象與「方劑歸經」的關聯.....	152
5-6-1 薛己「重方」模式是否運用了「方劑歸經」.....	152

5-6-2 再論薛己《內科摘要》中使用「重方」之價值與優缺點 .....	153
第七節 小結 .....	156
第六章 討論 .....	160
第一節 方劑歸經源流考之探討 .....	160
6-1-1 「方劑歸經」源流的尋找與突破 .....	160
6-1-2 方劑歸經發展史 .....	161
第二節 應用統計分析方劑歸經理論之探討 .....	162
6-2-1 方劑歸經理論統計分析未竟之憾與未來研究方向 .....	163
6-2-2 方劑歸經與建立一套藥物歸經資料庫的重要性 .....	164
6-2-3 建立方劑歸經模型的臨床實際運用 .....	167
第三節 《玉機微義》方劑歸經理論對日本醫界的影響 .....	167
第四節 薛己使用重方規律之探討 .....	169
6-4-1 七方當中「重方」、「偶方」之深入探討 .....	169
第七章 結論 .....	173
第一節 方劑歸經發展之重要源流與傳承考據 .....	173
第二節 依統計學方式探究方劑歸經理論運用的邏輯 .....	174
第三節 方劑歸經重要著作《玉機微義》之日本流傳考究 .....	176
第四節 薛己使用「重方」與方劑歸經理論之實際運用 .....	177
第五節 本論文最重要的結構、意涵與期許 .....	180
參考文獻 .....	181
ABSTRACT .....	188

# 圖索引

【圖 2.6.1】《玉機微義》之新文豐影中央圖書館館藏珍本 .....	24
【圖 2.6.2】《玉機微義》之《四庫全書》本 .....	25
【圖 2.7.1】劉純生平遷徙簡圖.....	27
【圖 3.5.1】擷取《本草備要》資料庫檔案，藥物歸經來源之示意圖.....	60
【圖 3.6.1】第一群組資料（擁有單一最大劑量的方劑群，一共有 128 方） .....	62
【圖 3.6.2】第一群組資料，列出最大劑量藥物的歸經.....	63
【圖 3.6.3】第一群組資料，相加相減示意圖。 .....	64
【圖 3.6.4】第一群組資料，取前兩位歸經的表格，見〔欄 AK〕〔取 2〕.....	66
【圖 3.6.5】加總每一經絡歸經的總和，形成兩個數列（預測歸經、方劑歸經） ..	71
【圖 3.7.1】第二群組資料，所有藥物劑量皆等分.....	74
【圖 3.7.2】第二群組資料，將組成藥物的歸經加總後所得到的總和歸經.....	76
【圖 3.8.1】第三類方劑資料庫，組成藥物與其方劑歸經.....	93
【圖 4.1.1】後世醫方派的中國傳承.....	109
【圖 4.2.1】日本後世醫方派所處時代與中國朝代對照.....	113
【圖 4.4.1】《啟迪集》道三自序之原文 .....	119
【圖 4.5.1】景印·明萬曆間金陵三山書舍潭城劉希信修補本.....	123

# 表索引

【表 3.2.1】	《玉機微義》全書方劑歸經狀況統計表概況.....	41
【表 3.2.2】	《玉機微義》方劑歸經狀況統計表之一(作者為徐用誠之章節).....	41
【表 3.2.3】	《玉機微義》方劑歸經狀況統計表之一(作者為劉純之章節).....	42
【表 3.2.3】:	續.....	43
【表 3.2.4】	比較兩作者 CHI-SQUARE 結果.....	44
【表 3.2.5】	《玉機微義·卷之三十·口齒門》方劑歸經統計簡表.....	51
【表 3.5.1】	287 個方劑「方劑歸經」簡單統計值.....	58
【表 3.6.1】	第一群組資料用來計算四個統計值的方法(舉例).....	65
【表 3.6.2】	化為 2X2 TABLE.....	65
【表 3.6.3】	未取前二名前、取第一名歸經與取前兩名的四個數值改變比較.....	67
【表 3.6.4】	《醫方集解》內歸入足太陽經之比較.....	68
【表 3.6.5】	取前兩名並移去三個可能干擾章節的四個數值改變.....	68
【表 3.6.6】	《醫方集解》內 287 個可供分析之方劑，依章節的歸經分布.....	69
【表 3.6.7】	舉例說明本文所使用的總平方和法.....	72
【表 3.6.8】	第一類資料庫中，剔除足太陽經，取不同歸經數目之差異.....	73
【表 3.7.1】	對第二群組的方劑，加總每一組成藥物的歸經，以孔聖枕中丹為例... 75	
【表 3.7.2】	第二類資料庫中，沿不沿用第一大類資料庫結論的八組數據差異.....	77
【表 3.7.2】:	續.....	78
【表 3.7.3】	《醫方集解》中源於《傷寒論》的方劑與汪昂方劑歸經對照.....	80
【表 3.7.3】:	續.....	81
【表 3.7.4】	元參升麻湯的歸經加總示範.....	82
【表 3.7.5】	《醫方集解》方名中包含五臟六腑五色者與「方劑歸經」的關連.....	84



【表 3.7.5】：續.....	85
【表 3.7.5】：續.....	86
【表 3.7.6】痛瀉要方的歸經加總表格，反而無法推出正確的方劑歸經.....	88
【表 3.7.7】十四味建中湯的歸經加總.....	90
【表 3.7.8】止痛當歸湯的歸經加總.....	91
【表 3.8.1】第三類群組剔除足太陽經並取前兩名歸經，比較剔除特殊方名結果..	93
【表 3.8.2】四君子湯的組成藥物與方劑歸經對照.....	94
【表 3.8.3】烏藥順氣散的運算表.....	99
【表 3.8.4】人參固本丸的藥物歸經乘以劑量之加總表.....	101
【表 4.5.1】《醫學正傳》與《玉機微義》論著結構初步比較.....	125
【表 5.4.1】《內科摘要·上卷》章節與前四名高使用次數方劑。.....	136
【表 5.4.2】《內科摘要·下卷》章節與前五名高使用次數方劑。.....	137
【表 5.4.3】《內科摘要》兩卷，「重方」使用現象列名計次表。.....	138
【表 5.4.3】：續.....	139
【表 5.5.1】《內科摘要》兩卷，「朝夕」或「一日三方」使用現象計次表。.....	148
【表 5.5.2】《內科摘要》兩卷中，分章節列出「病機」與「朝夕」服藥法。.....	150
【表 5.6.1】《內科摘要》與《癘瘍機要》二書，「耳鳴」一症治法之差異.....	155
【表 6.2.1】註解「大黃」歸經之本草典籍差異比較簡表.....	164
【表 6.2.1】：續.....	165

## 中文摘要

「方劑歸經」理論是一套方劑學發展史上曾出現過，但是理論內涵未明、運用範圍未明，且鮮少人討論的理論，透過對於「藥物歸經」與「方劑學發展史」的交叉追尋，可清楚發現歷史上僅出現在明初劉純與清初汪昂書中的「方劑歸經」觀念之起源與發展過程。結果發現：從明初劉純開始，「方劑歸經」理論便從「藥物歸經」理論發展而來，兩百多年後清初的汪昂再論「方劑歸經」並且大加增補而成為其所著作特色。至目前為止，無有史料上強而有力的證據顯示劉純與汪昂兩位醫家有共同的宗派傳承，但若以寬廣的角度來說，兩位醫家可以說是承襲了金元時期張元素、李杲、王好古的藥物歸經與君臣佐使觀念。再針對兩本著作深入分析其邏輯與潛在思路，可以知道兩本著作中存在有部分原則可供分析，後選定邏輯性較高的《醫方集解》進行資料庫分析，以初步統計學的方法，確立《醫方集解》當中的邏輯，至少包含了「方劑歸經，主要由組成藥物之歸經，加乘其劑量，之後加總而得的歸經，其前兩名歸入經絡來主導」、「《傷寒論》篇章中六經辨證會影響方劑的歸經」、「方劑名稱中包含五臟、五色或經絡解剖部位名稱，會部分決定方劑的歸經」等潛在規則，此法並具有未來發展成預測新方劑歸經與療效的潛力。第四章中旁開次子題，描述《玉機微義》流傳到日本與如何影響日本醫學界的狀況，並同時觀察「方劑歸經」是否為日本的醫學界所繼承或是發展出臨床的使用模式，結論是日本醫學界繼承了《玉機微義》論醫理的結構與內涵，但是並未引用「方劑歸經」，其最大的原因是曲直瀨道三《啟迪集》一書著重在病因病機的闡述，而非於談論方劑，因此未對方劑的歸類方式做整理，故注意到在中國亦為首創的「方劑歸經」並且加以引用的機會就減低許多。接續著「方劑歸經」的特色、源流、學術思想都已清楚後，討論「方劑歸經」的實際運用則是相當重要的主題，實際上歷史上並未有醫家真正引用「方劑歸經」之名作為臨床的處方準則，但根據本文指導教授的研究經驗，針對明初溫補學四大家之首薛己的《內科摘要》一書中同時使用二個方劑的「重方」現象，探討其運用「多個病機使用多個方劑」的觀念，進行進一步的分析與詮釋，並且依據這個觀念，可以將薛己臨床使用多方劑的現象，視為運用「方劑歸經」來組合數個方劑的理論基礎。某種程度上，這也可以算是「方劑歸經」理論的臨床運用。

**關鍵詞：**方劑歸經，玉機微義，醫方集解，中日醫學，內科摘要

## 謝辭

炎熱的六月，仔細架構、鋪陳論文中的每一個論點的這個晚上，五樓的陽台灑滿了都市裡難得一見的月光，也灑在我窗邊堆滿著論文參考典籍的書架上，我從來就不是個相當浪漫的人，但卻也驚訝於這份炎熱中清涼的、寂靜的、忙中小憩卻突然發現的美。

望著即將完稿的論文，回想起短短卻很充實的研究所兩年時光中，真的有許多的恩典不知如何感謝：其中最感念的，還是像父親一樣盯著我研究醫家思想、同時不准我忘記培養臨床實力的陳榮洲老師；在我迷失於中國歸經學說的眾多論點之時給我突圍方向的李世滄老師；與總是提醒我臨床中西醫師做研究應該有的態度與方向的陳立德老師。

還有那百忙之中，接見我、給我鼓勵與論文重要指導的中央研究院歷史語言研究所李建民老師；最具有文人氣質、風骨，指導我們文史哲研究方法、目錄學、版本學，甚至藉由中國書法、研究古玉來陶冶我們氣質的李健祥老師；不斷用自己對台灣早期散佚古籍的收藏熱愛鼓舞著醫經醫史研究生的陳光偉所長；當然，還有在兩年的課堂中，不斷給研究傳統典籍理論的我們新穎思路的陳汶吉老師、侯廷鏞老師與陳悅生老師。

當然，相當感念的，還有給我支持的家人、給我建議的同學。感謝我的爸媽、爺爺奶奶，允許我放棄家鄉鄰居口中相當崇拜的西醫地位與薪資，允許我任性地為自己的未來先做出決策才告知；感謝我的爸媽，在我唸書的兩年內，不斷地提醒我當一個醫生同時學習做研究，不能迴避的社會責任；謝謝每天為我準備晚餐的阿姨；謝謝診所溫院長對我必須兼顧臨床與學業的通融。也感謝我同窗、共同奮鬥十年的好朋友對我論文提出的建議，其中，最需要感謝的就是李佳霖醫師與林政憲醫師。

對我來說，在研究所研究醫經醫史的這兩年，可以說是一段志為中西醫心智轉變的重要過程，並不只是一段只為了取得學位的虛晃時光；在陳榮洲恩師給我研習醫經的這段訓練過程中，我得到的可以說是一個貫通古今的醫學傳承，而不只是一堆毫無意義的文字山丘。感念我的老師，以及所有的助緣～

謝佳訓 謹識於中國醫藥大學中國醫學研究所 2006.06

# 第一章 緒論

科學就是要揭示出研究對象的客觀規律。無論是物理、化學，還是醫學，只要研究者能揭示出研究對象的客觀規律，我們就說他們的工作是科學的。醫學史也是一門科學，它不僅講人、講事、講書籍，更要揭示出醫學發展的規律。所以，醫學史是借助社會、政治、經濟、哲學、科學和其它文化的關係來研究醫學發展的過程和規律的科學。這就構成了醫學史的定義。實際上，醫學發展史上一切重大事件的出現都與當時的社會環境、政治背景、經濟條件有關，尤其是與當時的哲學思想密切相關，當然與其它文化也有一定聯繫。<sup>1</sup>

——程之范，醫生為什麼要有醫學史知識，1999

本文於文後主要的四個章節當中，各自嘗試採用了不同性質的研究方法進行不同子題的探討，當然筆者並無意評論現階段何者為標準的醫經醫史研究法，而且也認為自己不具有足夠的經驗與能力來規範何者為醫經醫史的研究策略與模式，但是就本論文所需要用到的研究方法，在王<sup>2</sup> (1999)的一篇談論醫學史研究方法的論文當中，就曾提出過數個重要的方向與技巧，以下筆者僅節錄其十種方法來作為本論文的緒論，也藉此機會提示本論文接下來的論述模式，這十種方法簡述如下：

- (1) 文獻學方法：就是運用目錄學、版本學、訓詁、校勘等方法，對文獻進行收集、整理和利用的過程，是醫學史研究的基礎和基本方法。本論文之第二章即採用此種研究法進行論述。
- (2) 考古法：提供第一手資料、彌補醫學文獻的缺失，訂正、印證古代醫學文獻中存在的謬誤及其真偽。
- (3) 實地調查法：例如醫史工作者相繼對扁鵲、張仲景、華佗、孫思邈、王燾、宋慈、李時珍、葉天士等名醫的遺跡、故居、墓址等，進行了有計劃的調查研究，以及少數民族的醫療考察等。本論文第四章未來實可透過此法進行更關鍵性的增補或改寫。
- (4) 比較法：「比較方法是歷史研究最不可缺少的手段之一。它不僅適用於確定在原始資料中沒有直接材料的事實，而且還用來驗證關於因果解釋的假設，並且得出

關於歷史事實的一般結論和規律。<sup>3</sup>」然而，除了在不同的文字材料中尋求異同，辨別真偽的目的之外，筆者認為「比較法」在醫經醫史的研究裡，還有另外一個重要的價值。於此，程之范教授曾清楚地說明：「人們在一定歷史時期獲得的關於醫學的認識，並非終極真理，它只具備相對性。因為人體的結構和功能非常複雜，至今人對自身的認識還是很膚淺的，如果不懂得這個道理就易被一時的新發現所迷惑。也只有通過中西醫學發展史的比較研究，才能深刻體會到 21 世紀中醫學存在的價值。<sup>4</sup>」於本論文當中，四個章節的寫作方法，皆運用了此法以進行不同文字材料、醫學觀念、歸經紀錄上的比較，進而得出較單獨閱讀原材料清楚的結論。

- (5) 計量法：運用統計學及其他計量方法對某些歷史現象進行量化處理及統計分析，可以得出比較可靠的結論，由於現象中存在著大量偶然性及隨機事件，任何理論都可以在現實中找到一些例證，爲了減少結論中的或然性，引入計量法是一個迫切需要解決的問題。本論文的第三章節，便嘗試運用此法來幫助研究結論的強度。
- (6) 口述法：例如對於老中醫經驗的整理研究多採用口述法，收效較好。且從以往的口述及文字記錄向錄音、錄像、電子計算機專家系統發展。但此法適用於存在於近代數十年內、並且只有少數人有未見於文字當中的經驗一類研究適用。
- (7) 實驗法：對歷史上有關問題用實驗法以驗證其真偽是一種行之有效的研究方法。例如廣州醫學院錢秉強(1991)爲解開中醫學中三焦實質這一千古之謎，用模擬實驗法，觀察胸部大血管放血的屠宰牛、狗等，積血的靜脈從胸腔經過腹腔至盆腔的上部，十分清晰地附著在胃、小腸、大腸、膽囊、大網膜、腸系膜的表面自成一個體系，古人可能把這部分血管看成一個獨立的器官。因此得出結論：「三焦本意是指以門靜脈系爲主的胸腹腔內部分靜脈血管」。
- (8) 實證法：《120 首千金方研究》<sup>5</sup>一書就是通過實證法，選出古今臨床應用有效驗的 120 首方劑，再進行深入研究。此(7)(8)二項爲筆者建議對本論文之主題，未來應該繼續發展之研究方向。
- (9) 描述法：描述方法自始就是應用學科中運用的一種研究方法。此法的重要性，是因爲一方面「寓褒貶於敘事之中」的寫史手法是中國史學家的傳統；另一方面，描述狀態、描述結構、描述過程、描述結論，是醫史研究的最後環節。只有通過描述法才能將醫學史研究成果變成論文或著作等，才能實現醫史研究應該取得的社會效益乃至經濟效益。

(10) 模型法：通過研究模型來揭示原型的結構、特徵和本質的方法稱之。

但必須了解的是，這十種方法在實際研究當中，幾乎都是合併運用的，並非只能單獨使用一種方式來進行醫學史與醫學典籍的研究。

雖然研究的方法的確有許多成熟、嚴謹的模式可供進行研究，但在整個醫學院眾多的研究團隊當中，關於醫學經典與中外醫學史的研究，確實是相對的弱勢，同時也存在許多研究人才因為無法得到發展空間與研究經費而不斷流失的問題，以至於近代對於醫學典籍的種種研究相當地少。

值得特別注意的是，在這十種方法當中的第二項「考古學方法」，卻是近年來研究醫學史快速發展、而且相當受到國際重視的一個醫學史研究的新領域，近年來不斷有研究古代醫學史的學者，藉由考古的方法來提供足夠的出土文物證據，以補足單靠經典之間互相註解所無法解決的問題。辛<sup>6</sup> (1997)提出一篇論文中提示了此種從考古發現中研究典籍史實的方法，他曾提出過幾樣史實來佐證他的說法，如：

1972年在甘肅武威漢墓出土的簡牘《治百病方》；1975年湖南雲夢出土的《睡虎地秦墓竹簡》；1977年阜陽縣雙古堆漢墓出土的《雜方》；1983年江陵張家山漢墓發掘的《脈書》、《引書》和各地出土帛簡中有關的醫學資料，以及新疆《吐魯番出土文書》。都是最古的未經後人竄改的原始寫本.....1974年在江蘇淮陰縣明代墓葬中，發現了1件圓錐形銀絲罩，定名為疝氣托。這是比較罕見的珍貴文物，據鑒定是用於防治疝氣的醫療器具，它的發現為研究我國醫學技術增添了新的實物例證。在福州市郊南宋少女黃升(公元1243年死)墓發現的古月經帶實物，為褐色素羅質，長69cm、寬11cm，帶上黏有血跡，明顯可見是生前使用過的。月經帶創始於何時，史書找不出確切答案。此實物的發現說明在南宋時月經帶已是婦女的衛生用品了。.....1983年在清澗縣李家崖村商周之際的古城址，出土了1件雕刻在石塊上的人體結構圖像一骷髏人像。.....說明在3千年前我們的祖先已對人體結構有一定的認識，並掌握了一定的人體骨骼結構知識和人體解剖知識。.....<sup>6</sup>

雖然大多數的考古學出土文物可以用來輔助解釋的，是秦漢、甚至戰國以前上古時代的醫學狀況，例如《治百病方》、《睡虎地秦墓竹簡》、《雜方》、《脈書》、《引書》等，但是仍有例如南宋黃升墓中的月經帶，明確地解答了「至少南宋就已經使

用月經帶」這個無法在醫書當中找到答案的醫學史問題。本文雖然並未使用到出土文物來輔助研究或者論點，但是筆者認為在薛己的幾個醫案當中（請見第五章）可以推測當時的醫師已經在臨床上，彷彿亂空打鳥般地使用多方合一來治療原先處置失敗的疾病，這些證據卻都僅是經典裡面的文字記述。

也許未來研究的學者，可以考慮從明初或者金元時代的藥肆或醫家的遺物中，找到平日製備丸劑以備配伍湯劑的證據（如第五章薛己「重方」的規律所歸納），找齊使用「方劑歸經」考古文物的證據。

對於醫學經典與醫學史的研究，黃與劉 (2001)曾經談過醫學史研究與教育、發展的困境：

教育的根本任務是育人，缺乏人文素質培養與熏陶的教育是不完全的教育。醫學史教育長期不受重視的原因與整個人文社會科學教育的沉默是一致的。主管部門沒有指令性規範加以引導，各校缺乏領導共識和長遠的規劃，以致師資缺乏、教材無著、課時更難以安排等成了不是理由的理由。<sup>7</sup>

但是在中國大陸，近十年內則有不少進步。<sup>8</sup>而在台灣目前專攻此類研究的，除了中國醫藥大學中醫研究所之外，還有中央研究院歷史語言研究所的「生命與醫療研究室」。筆者也希望透過本論文於緒論中先論研究方法，藉機呼籲研究醫經醫史的風氣應當受到重視、研究醫經醫史的技巧應當更佳精益求精，如此，始能為中醫學的典籍與歷史研究注入新的活力，並且利用更加客觀的方法，在現代賦予古籍新的價值，讓它們發揮新的功用。

以下，便開始論述本論文的重要內容。

## 第二章 方劑歸經理論源流考

### 第一節 前言

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。<sup>9</sup>

——陳榮洲，分子方劑學的理論與研究，2001

這種多方劑處方模式，近數十年來越加成為普遍的現象，考究其原因可能有：（一）科學中藥較水煎藥物取得容易、服用便利、易為患者接受（二）以科學中藥的方劑做處方之時，無法減少其中的藥物，但是輕易地便能加上新的藥物或方劑，導致有的醫師可能為了一二味藥物而在原來方劑的基礎上再加上了一個新的方劑。乍聽之下，這樣的處方模式顯得過於直觀，甚至讓人感覺沒有醫學內涵，不過實際上中醫古代的著名醫家當中卻也有數個方劑同時使用的案例，例如東漢張仲景《傷寒論》太陽病篇中提及的桂枝二麻黃一湯與少陽病篇中的柴胡桂枝湯，還有薛己在《校註婦人大全良方》中曾經有將六味地黃湯與四物湯並用，或者六味地黃湯加上補中益氣湯合用的例子。很顯然地，這些古代名醫都有與現今醫師處方模式上的雷同之處，也因此，撰寫本文的其中一個目的與動機就是想找出古代醫家這樣處方背後的臨床意義，而非只是將相關的方劑通通加進來，然後祈禱病人的症狀能夠稍稍改善。

因此簡單地說，從現今醫師處方模式與古代醫家疊方案例有著看似雷同的現象，令人很想知道：到底「方劑疊合方劑」，或者稱為「重方」或是「複方」的處方模式，有沒有真正的歷史源流或學術思想傳承可循？或者它單純只是一種沒有什麼



道理的現象，禁不起學術界深入地討論呢？雖然有種種可能，但是如果這個現象背後確存在著什麼樣的理論模式，可以指導臨床醫師更精確地掌握「方劑疊合方劑」的作用方向，以達到最精準掌握病邪效果的話，依照這樣探討的前提與目的，對「重方」或是「複方」理論的探索與釐清必將對臨床醫學起重要且實際的指導意義。

不過，直至目前為止，幾乎所有對傳統方劑的組方原則的相關研究當中，並沒有辦法找到能合理解釋古代醫家運用兩個方現象的理論，或者是指導現代醫師「重方」或是「複方」的一些比較重要的原則。

雖然如此，在思考與探討「重方」或是「複方」這個現象的過程中，筆者承蒙陳榮洲恩師的提示後發現，在中醫的方劑學發展史上，曾經出現過一套可能可以解釋部份「重方」現象的理論，它就是本文所謂的「方劑歸經」理論。這套理論談論的是一個方劑的整體歸經，再更深廣地說，即是暗示此理論可能用來解釋兩個方劑合併使用之後的整體作用方向，甚至可能可以預測新方劑組合之後的作用方向。

本文因為發現古代醫家有這種特殊的思考模式而引發興趣，企圖追尋鮮少被專文討論的「方劑歸經」之歷史脈絡，希望為這樣的思維與處方模式找到其發展情形，並且嘗試在之後的討論當中，仔細辨正這樣一個處方觀念的優點與缺點。

### 2-1-1 方劑歸經文獻回顧

過去對於「方劑歸經」這個題目，只有大陸學者江克明<sup>10</sup>(1989)以〈談汪昂的方劑歸經學說〉為題發表過專文，可貴的是對於汪昂所提出的方劑歸經，做了明確的敘述與歸納，但是可惜的是性質接近於《醫方集解》歸經部分的讀書報告，對於這個理論的源流、它對方劑學整體帶來的影響，可惜都沒有做出較為深入的探討。不過，在其之後至於今日，十多年來卻也未見其他學者對此題目再有新闡釋與見解。也因為此題鮮少有醫家注意。許多「方劑歸經」重要的問題都沒有得到請楚地解釋與解決，例如「方劑歸經理論的首位提倡者是誰」此一問題，許多近代學者幾乎都誤認為是清朝的汪昂。實際上，曾經主張過此不完整結論之學者不少，例如吉與宋<sup>11</sup>(1999)。另外還有一些學者曾提及清朝陳修園所著的《醫醫偶錄·卷二》<sup>12</sup>，其中有對於臟腑的虛實寒熱病之下，列出治療的方劑以做為分類的現象，此類研究報告把《醫醫偶錄》的分類方劑紀錄，當成所謂「方劑歸經」的起源，這類報告則如董<sup>13</sup>(1997)。但是根據筆者的考究，雖然陳修園的確有使用臟腑經絡來歸類書中的部份方劑，但是並沒有如劉純《玉機微義》與汪昂《醫方集解》中使用「入某某經」明

確的字眼為方劑註明歸經，因此若將此書納入研究「方劑歸經」的範疇，可能略嫌牽強。另外還有一派學者也曾考據過歷史上誰是第一位使用「方劑歸經」的醫家，這些報告文獻當中，除了《劉純醫學全書·劉純醫學學術思想研究》一文<sup>14</sup>曾提及劉純在明初就已使用「方劑歸經」之外，還有甄與秦<sup>15</sup>(2003)曾經詳細考據，並且注意到汪昂在《醫方集解》中引用劉純《玉機微義》的次數高達 17 次，而提出了明初劉純《玉機微義》才是提出「方劑歸經」的始祖之說法，但是對於其方劑歸經的內容、規律性，或者是這個現象背後的意涵，在這些過去的研究文獻當中，可惜幾乎完全闕如。

綜合此數十年來學者們對於「方劑歸經」源流與現象的考證，除了明初劉純《玉機微義》、清初汪昂《醫方集解》與清中葉陳修園《醫醫偶錄》之外，還有學者如吉與宋<sup>16</sup> (1999)曾經提及明末清初傅山的《傅青主女科》中也有方劑歸經的現象，但可惜在此論文中並沒有清楚交代原文段落與出處以備考察。這些學者前輩們的研究，共通的優點是，都指出了「方劑歸經」理論具有相當的獨特性；但共通的缺點，就是這些論文都在提出了「方劑歸經」的個現象之後，卻未對這個理論的源流做完整的探討，也都沒有深一步地去探討「方劑歸經」的內涵與深究其合理性如何等等重要問題。

因此在本論文接下來的段落裡，筆者首先計畫從「方劑學發展」與「歸經學說發展」這兩條脈絡來追尋「方劑歸經」理論的發起、發展、傳承以及理論的特點，並且做一個較之前研究更為全面的敘述。再者，藉由歷史上的記載找出「方劑歸經」理論的起源點，並分析其出現的歷史背景，與其理論特色，進一步嚐試探討「方劑歸經」理論背後的客觀元素，最後希望可以找到「方劑歸經」理論，還有其可能對於臨床醫師發揮指導作用的存在意義。

## 第二節 藥物歸經的溯源

### 2-2-1 《內經》時代的藥物歸經觀念

在許多現存的著述中，有大量先秦時期類似「藥物歸經」之概念的紀錄，基本上大多數的學者認為，就目前最早的醫學文獻而言，敘述單一藥物歸經的痕跡，最早可以追溯到《素問》與《靈樞》兩部最早具備完整醫學概念的醫書。在此節錄幾段作為佐證：例如《素問·宣明五氣篇》云：「五味所入，酸入肝，辛入肺，苦入心，

鹹入腎，甘入脾。<sup>17</sup>，《素問·至真要大論篇》亦云：「五味入胃，各歸所喜，故酸入肝，苦先入心，甘先入脾，辛先入肺，鹹先入腎。<sup>18</sup>」同樣一書中另外幾篇也有相當類似的敘述，例如《靈樞·五味論》中有藥物（食物、水穀）透過腸胃系統的轉輸歸入臟腑的觀念：

黃帝曰：願聞谷氣有五味，其入五臟，分別奈何？伯高曰：胃者，五臟六腑之海也，水穀皆入於胃，五臟六腑，皆稟氣於胃。五味各走其所喜，穀味酸，先走肝，穀味苦，先走心，穀味甘，先走脾，穀味辛，先走肺，穀味咸，先走腎。穀氣津液已行，營衛大通，乃化糟粕，以次傳下。

因此，讀者可以清楚地發現：在早期醫典《黃帝內經》裡，早已在不同的篇章討論了食物氣味歸入臟腑的觀念，就目前為止，暫時可以確定的是：食物與氣味歸入某臟腑的觀念，其形成時間至少不會晚於《黃帝內經》所處的時代，一般認為是為春秋戰國時代至西漢末年（註一），而這樣的觀念雖然沒有明白說明是「歸經」，但是卻已經具備「歸經」的基本內涵了。

### 2-2-2 魏晉南北朝的最早藥物歸經紀錄

然而，如果狹義地定義得要出現「某某藥物『歸』或『入』某某經或臟腑」的文字敘述才視其為歸經理論範疇的話，魏晉南北朝之時，陶弘景重要的著作《名醫別錄》中，這麼樣的幾段敘述就是最早的記錄了：

韭，味辛，酸溫無毒。歸心，安五臟，除胃中熱，利病人，可久食。子，主治夢泄精溺白。根，主養發。<sup>19</sup>

在這段文字中的確記載了「歸心」兩字，確立了「某藥歸入某身體部位」這樣藥物歸經的最早敘述，但是也得了解一個事實——《名醫別錄》中並不是每一味藥都有這樣的記載。更精確地說，全書中一共只有六味藥物有出現「歸入某某身體部位」的文字敘述（註二）。換句話說，普遍地為每一味藥物做歸入經絡臟腑或者是統一地為每一味藥物依照五臟或者十二經絡系統做分類的觀念，還仍在氤氳未明中。也因此，在魏晉南北朝(西元 220~580)的時候，根據其代表性本草著作《神農本草經集

註》與《名醫別錄》中的藥物記載，在確立藥物歸經理論的歷史地位上應當扮演的是一個先驅的角色，並且很明顯地還未將「歸經」的專業語句普遍運用在每一種藥物上，但是記載這些藥物可治療疾病的種類與範圍卻已經越來越豐富了。過了魏晉南北朝，唐朝的本草典籍裡，出現類似歸經字義的敘述相當少見，唐朝孟詵《食療本草》中，只見「菘豆，補益，和五藏，安精神，行十二經脈，此最爲良。<sup>20</sup>」的紀錄，<sup>21</sup>類似歸經的想法比《名醫別錄》中還少，顯見唐朝的本草著作，可能並未準備好承接《名醫別錄》中藥物歸入經絡臟腑的觀念。

### 2-2-3 北宋有歸入二腸的紀錄

直到北宋時期，蘇軾與科學家沈括合著的《蘇沈良方拾遺·卷上·論臟腑》一篇裡提到：

人之飲食藥餌，但自嚥入腸胃，何嘗至五臟，凡入肌骨、五臟、腸胃雖各別，其入腹之物，英精之氣，皆能洞達，但滓穢即入二腸。<sup>22</sup>

而寇宗奭《本草衍義》中則進而說明一些藥物的歸經和引經報使作用，例如澤瀉在腎氣丸中可引接桂、附歸就腎經的與木瓜入肝、戎鹽入腎、桂圓歸脾等記載。<sup>2324</sup>雖然到了宋朝，有關於歸經的內容並不是相當地有系統，但是至少到了北宋，醫家們確實已經注意到藥物治療疾病可能只有一定的範圍，並且只能對某一臟腑的病症產生治療作用，更重要的是，開始如同《名醫別錄》一般以「某藥歸入某臟腑」的語句來敘述藥物作用的偏向性質了。不過，整體上而言，北宋的藥物歸經理論與之前並沒有太大的變化，依然缺乏普遍性、更具體的藥物歸經敘述。也就是說，「藥物歸經」學說的發展，此時仍然處於理論認知掙扎到臨床運用的階段。

### 2-2-4 易水學派開創藥物歸經理論

金元時易水學派的開山祖師張元素〈潔古〉，他對臟腑辨證和藥物配方進行了仔細的研究，尤其是在其著作《珍珠囊補遺藥性賦》和《醫學啓源》（註三）<sup>25</sup>中可見關於藥物歸經觀念的影子。此時期的藥物歸經發展，幾乎可以說是張潔古倡導於前，李東垣、王好古又繼承發展於後。但是張潔古所論藥物較少（註四），<sup>26</sup>而

李東垣與王好古的著作裡，則開始較為廣泛地註明藥物的歸經，例如《湯液本草》載藥 240 餘味，其中論及藥物歸經的就有 170 餘味藥。<sup>27</sup>

但從這單純敘述性統計的資料來看，其深一層的意義則可說是：雖然自《黃帝內經》以降，藥物歸經的具體敘述已經慢慢地出現，但是在金元時期，則有較為迅速的發展，因而可以認為是一個重要的過渡時期。因此藥物歸經觀念的濫觴雖然如同大多數學者所說，早於《黃帝內經》的源頭已不可考，但卻可以從張潔古、李東垣、王好古等醫家，並非全面化地敘述藥物歸經的這個現象，看見藥物歸經從觀念過渡至臨床運用的軌跡。

自從金元醫家張元素強調了單一藥物的歸經理論後，後世醫家認為歸經的基礎可以包括臟腑與經絡兩個部分。<sup>28</sup>也因此這些文獻當中對於肝心脾肺腎等名稱的解釋，可以認定是藥物專一性地對某一經絡，也可以說是藥物專一性地對某一臟腑發生了藥物作用。

### 2-2-5 李時珍對藥物歸經的繼承與開展

到了明代，著名本草學家李時珍（1518~1593，明武宗正德十三年~明神宗萬曆二十一年）又在其《本草綱目·歷代諸家本草》一文中稱讚張元素說：

自成家法，辨藥性之氣味、陰陽、厚薄、升降、浮沉、補瀉之法，立為主治、秘訣、心法、要旨，謂之珍珠囊，大揚醫理，靈素以下，一人而已。<sup>29</sup>

因此，李時珍對於藥物歸經的發揮，可以認定為極可能是受到張潔古所啟發的。因此從這兩位醫家的著作《本草綱目》與《醫學啟源》二書來找尋相關的傳承軌跡就有其必要了，結果發現：實際上雖然李時珍贊同而且可能承襲了張潔古的觀念，但是更為特別的是，李時珍於此基礎上更增添了許多獨特的創見，例如單論其「臟腑瀉火」諸藥當中，就有有以下幾點與張元素不同的觀念發揮：

- （一）《醫學啟源》中言及五臟及胃、膽、大腸、小腸、三焦、膀胱瀉火藥，但《本草綱目》則在此基礎上，又增「包絡」的瀉火藥。其謂：「包絡氣，麥門冬；血，牡丹皮。<sup>30</sup>」

- (二)《本草綱目》在個別歸經的瀉火藥，與張元素原來的說法亦有所不同。如《醫學啓源》中云：「黃芩瀉肺火。<sup>31</sup>」，而《本草綱目》則云：「肺氣，石膏；血，梔子。<sup>32</sup>」
- (三)李時珍首次將「臟腑瀉火之藥」區分出氣分血分之不同。如《本草綱目·各經火藥》中心經有火，則在氣用麥門冬，在血用黃連；脾經有火，在氣用白芍，在血用生地等等。<sup>33</sup>李時珍還總結了「各經發熱藥」列於「火熱」證之中，其藥物歸經亦有在氣、在血之分，如心經發熱，則在氣用黃連，在血用生地；肺經發熱，在氣用石膏，在血有桑白皮等。<sup>34</sup>
- (四)除了歸入臟腑與十二正經之外，李時珍在《本草綱目·介部第四十五卷·介之一·水龜》一條中更云：「龜、鹿皆靈而有壽。龜首常藏向腹，能通任脈。故取其甲以補心、補腎、補血，皆以養陰也。鹿鼻常反向尾，能通督脈，故取其角以補命、補精、補氣，皆以養陽也。<sup>35</sup>」這也應當是目前筆者所能見到的醫書當中，最早提及藥物歸入奇經八脈的敘述。

追尋這條漫長的脈絡很容易可以發現，明代中後期對於藥物歸經觀念的主要貢獻是：更加廣泛地為藥物註解歸經，並且更細分出氣分與血分的不同、更增添了藥物歸入奇經八脈的理論，而主要領導發展的核心人物就是李時珍。

接下來的明末到整個清代，對於單一藥物的歸經理論幾乎已經成為習醫者必要的常識，但仍然出現過許多不認同金元歸經理論的醫家，但是這個時期的歸經理論，整體上卻較無特別的新創見。慢慢時代轉移到了近代，西方的科學醫藥觀念漸漸傳入中國，整個歸經的研究，則轉向於利用儀器分析藥物成分、標定與功能檢測的種種方法，來找尋「歸經理論」在物質上的證據。

總之，經過一系列追尋藥物歸經學說產生的脈絡之後可以了解：單一藥物歸經的理論形成，從《黃帝內經》的概念性敘述，一直到張潔古《珍珠囊》才出現實際上使用藥物歸入某經絡或者某臟腑的記載，之後經過李東垣、王好古《湯液本草》中的增補藥味、李時珍的再分氣血，直至今日，而成為了目前中醫理論中的藥物歸經學說核心，而這也是追尋「方劑歸經」學說之前的必備知識背景之一。

### 第三節 方劑使用的脈絡與方劑歸經的探索

在中醫學發展史裡，運用多味藥物組合成為方劑來治療疾病的歷史已經相當久遠，前段透過本草歸經觀念形成脈絡的追尋來熟悉歸經觀念出現的歷史時期，而本

段落則透過翻檢「方劑」這個觀念形成的時代脈絡，利用兩條脈絡找出其歷史發展的交集點——也就是「方劑歸經」了。

### 2-3-1 最早的方書《五十二病方》

《五十二病方》是公認目前仍存在的最早的中國方書，<sup>36</sup>其中記載方劑凡 280 首，涉及內外婦兒各科病種共 52 種，其中記載完整者有 189 方，單味藥方達 110 方，藥味最多的複方為 7 味。

這些現象表示此時期多味藥物組合為「方劑」的情況已經普遍，並且，已不單是有對症治療，而且有辨證施治和自覺運用多味藥組成複方的能力與實例。<sup>37</sup>筆者舉其中一個病方說明的話，則其中有論及對於「睢（疽）」分證治療的篇章，既有辨部位、辨新久、辨氣血、辨臟腑的內容，也有辨證用藥的記載，如：

治白簽（藪）、黃耆（耆）、芍藥（藥）、桂、薑（薑）、椒、朱（茱）史（黃），凡七物。骨睢（疽）倍白簽（藪），【肉】睢（疽）【倍】黃耆（耆），腎睢（疽）<sub>二七</sub>倍芍藥，其餘各一。并以三指大最（撮）一入杯（杯）酒中，日五六飲之。須已■<sub>二七二</sub>

一，三汙煮逢（蓬）藁，取汁四斗，以洒睢（疽）癰<sub>二七三</sub>。

一，睢（疽）始起，取商（商）牢漬醢中，以熨其種（腫）處<sub>二七四</sub>。

【一】，睢（疽），以白藪、黃耆（耆）、芍藥、甘草四物者（煮），□、薑（薑）、蜀焦（椒）、樹（茱）史（黃）四物而當一物，其一骨□□□三<sub>二七五</sub>□□以酒一柸（杯）□□□筋者倏倏翟翟□□之其□□□□。日四飲。一欲潰，止<sub>二七六</sub>……。<sup>38</sup>

大多數考古學者認為，《五十二病方》的年代是戰國到西漢初年（註五）。<sup>39</sup>換句話說，至少在此書成為隨葬品的西漢時期，其醫學程度，多味藥物組合而成為方劑的觀念確實已經形成了。對於《五十二病方》的方劑學歷史發展定位，大陸學者張家韓、魯兆磷(2001)認為它從經驗的積累到文字的總結記載還應有相當一段時期，基本上可以認為方劑的形成至少早於《五十二病方》。<sup>40</sup>

不難發現較為有趣的是，在《五十二病方》一書中，雖然對一個疾病有提出相對應的一個方劑，但是又補註說明這麼一個方劑，如果遇到疾病有所偏重之時如何增減藥味的方法，例如本文引用的睢（疽）病就有肉睢、骨睢等等差別，書中對於

雖病有確立的一個方劑作為主要方向，但是因為各種雖病之間有其差別，因此在不變化主方的情形下，加減了某一藥物。這個記載不僅是方劑學發展上的重要發現，也顯示了在西漢或西漢以前，對於疾病的概念已經從個別獨立的疾病觀念，進化到了系統性敘述的程度了，同樣的現象可以從《漢書·藝文志·方技略》中記載的「經方十一家」《五臟六腑痺十二病方》、《五臟六腑疝十六病方》、《五臟六腑痺十二病方》、《風寒熱十六病方》、《五臟傷中十一病方》、《客疾五臟狂癲病方》、《金創癰瘰方》<sup>41</sup>等等醫方著作的篇名就可以得見，但是這屬於談論中國醫學在病理學上的發展與系統化過程，請允許筆者暫不加以深入討論。

### 2-3-2 《黃帝內經》十三方

考據年代稍晚的《黃帝內經》裡，也有關於方劑的記載，就是相當著名的「內經十三方」。其中包括有湯液醪醴、生鐵落飲、左角發酒、馬膏膏法等 13 首不同功效的方劑。客觀地從寫作體例來看，《黃帝內經》相對於方劑的記載為「某病以某藥治之」，例如：

帝曰：有病怒狂者，此病安生？岐伯曰：生於陽也。帝曰：陽何以使人狂？岐伯曰：陽氣者，因暴折而難決，故善怒也，病名曰陽厥。帝曰：何以知之？岐伯曰：陽明者常動，巨陽少陽不動，不動而動，大疾，此其候也？帝曰：治之奈何？岐伯曰：奪其食即已，夫食入於陰，長氣於陽，故奪其食即已。使之服以生鐵洛為飲，夫生鐵洛者，下氣疾也。<sup>42</sup>

但對於其中的組方原理、配伍寓意、作用機制則較少談及，因此也可以推斷，《黃帝內經》的「十三方」，可能舉例用以說明病機的意味重於實際運用，畢竟《黃帝內經》不是一部方書，沒有必要的理由需要窮舉當代的所有方劑來敘述治療疾病的實際處方。除此之外，《黃帝內經》的成書時代，介於《五十二病方》與《傷寒論》之間，如果《五十二病方》已經可以有二百八十首方劑，沒理由《黃帝內經》只能有十三首；再者，依《黃帝內經》自己對於方劑組成原理的論述（註六）來看，《黃帝內經》方劑學上的程度也不應該僅止於十三個方劑。也因此，研究秦漢時期方劑學發展的學者也不會將內經十三方視為當代方劑學的最高成就。



### 2-3-3 魏晉至唐宋的方劑學發展

到了魏晉南北朝至唐宋時期，在方劑學發展史上最突出的成就之一，就是方劑在數量上的急遽增加。例如東晉葛洪的《肘後方》，南北朝時期龔慶宣的《劉涓子鬼遺方》。直到唐代孫思邈的《千金要方》和《千金翼方》，已經分別各載方 5300 餘首以及 2000 餘首。到了王燾的《外臺秘要》方劑記載已達 6900 餘首。歷來認為該書是集唐以前方劑之大成，許多唐以前亡佚的方劑資料如《深師方》、《小品方》等內容，皆賴以存留於世。<sup>43</sup>到了宋代，國家成立了專門醫藥管理機構「和劑局」，並頒布了全國統一的藥典《太平惠民和劑局方》，作為全國方劑的範本。另外，也由翰林醫官院組織專門人員從事收集、整理宋以前醫方、民間經驗方、秘方以及內府所藏秘方。編著了《太平聖惠方》共 100 卷，載方 16834 首；《聖濟總錄》200 卷，載方 20000 首。此書可稱集宋以前方劑之大成了。由此可以見得，就某種程度而言，雖然此時期沒有明顯的方劑學上較為巨大的創見，但是此時期的方劑學所處的是一種資料庫快速膨脹的狀態，透過國家介入來收集秘方與集結成冊，是這個時期最具代表性，並且也最具代表性的特色了。

### 2-3-4 金元時期詮釋方劑的風氣興起

在宋之後，方劑的數量顯然已經因為不斷地累積，而有了相當大的資料庫，但是對於方劑的詮釋與原理檢討，則不如後來的金元時期有較明顯的貢獻。對於金元時期的方劑學發展，北京中醫藥大學的張家韓與魯兆磷曾這麼說：

金元時期學術氣氛活躍，學術爭鳴蜂起，許多在理論上獨有創見的著名醫家紛紛著書立說，創製新方，自擬方解，自釋方義。這種作法同以往側重於應用經驗成方的慣例相比較，即糾正了有方無論、方義不清、使用不當、貽誤病情的弊端，又可使理法構思與方藥搭配緊密地銜接在一起，理論研究與臨床應用巧妙地融合成一爐，中醫方劑實現了從『可以用此方』到『何以組此方』的轉變，用方的精確度與準確度同以前相比較均有了大幅度的提高，中醫方劑學的研究水平亦因之而達到了一個新的高度。<sup>44</sup>

因此在此可以這麼下個小結論：在這個時期，方劑學發展上的獨特之處，就是在於理論的豐富化，包括了新的方劑組成以及對於方劑新的看法等等，但是對於本文所

關切、殷殷期盼的歸經理論，卻一直都還沒有與方劑學結合的跡象。

### 2-3-5 金朝成無己方論與明朝李時珍用藥物歸經解釋傷寒方劑

就筆者目前所收集閱讀的醫籍當中，方劑學上開始有較為獨特創見的應該算是金朝的成無己了〈約 1063~1156〉（註七），在他的著作《傷寒明理論·卷下·諸藥方論》裡，首度將《傷寒論》方二十首依據君臣佐使，剖析組方的原理，這可算是剖析方劑組成理論的重要里程碑，後世延續了成無己解釋方劑的方法，在面臨一個方劑需要說明其處方原理之時，大多採用這樣的模式來解釋。

但是與成無己不同的是，明朝中葉的李時珍則開始利用藥物歸經的方法來解釋傷寒方的組成原理，例如《本草綱目》在「麻黃」一條就這麼寫道：

麻黃乃肺經專藥，故治肺病多用之。張仲景治傷寒無汗用麻黃，有汗用桂枝。歷代明醫解釋，皆隨文傳會，未有究其精微者。時珍常繹思之，似有一得，與昔人所解不同云。……是證雖屬乎太陽，而肺實受邪氣。其證時兼面赤怫郁，咳嗽有痰，喘而胸滿諸証者，非肺病乎？……是則麻黃湯雖太陽發汗重劑，實為發散肺經火鬱之藥也。……是則桂枝雖太陽解肌輕劑，實為理脾救肺之藥也。此千古未發之秘旨，愚因表而出之。<sup>45</sup>

雖然李時珍自己也這麼說：「時珍常繹思之，似有一得，與昔人所解不同云」，這表示解釋的方法是李時珍思索後所得到的啟發，並非透過實驗，或者發現了新的科學證據來佐證這個說法。雖然歷代名醫體驗中醫學說的模式，歷來幾乎都是如此地極力仰賴體驗與思考，雖然以現代的眼光來看是相當地主觀，但是就方劑學發展史上的意義而言，明朝中葉的李時珍，也總算是開了運用藥物歸經理論來解釋方劑組成原理的先河了。

### 2-3-6 最早使用方劑歸經的著作

前段提過了金元時期仍然沒有很明顯的「方劑歸經」理論出現，然而，終於在明朝初年時，在劉純《玉機微義》一書中出現了最早具有系統性敘述的「方劑歸經」現象。劉純在沿用徐用誠《醫學折衷》原書十七卷之後，再增添了仿造原書體例所造的三十三卷，成書一共五十卷，並重新命名為《玉機微義》，與徐用誠共列為此書

的作者。最重要的是，劉純與本書中首度敘述了一整個方劑的歸經，比起前段使用麻黃歸肺經來重新詮釋仲景麻黃湯的李時珍，還要早上數百年。舉例來說，在《辛平解表之劑》一條之下，就有這麼樣清楚的敘述：

消風百解散治頭疼發熱咳嗽鼻塞聲重

荊芥、白芷、陳皮、麻黃、蒼朮、甘草

上咀姜三片蔥白三根煎

按：此手太陰陽明經藥也

川芎茶調散。治諸風上攻。頭目昏疼。鼻塞聲重

薄荷〈八兩〉、荊芥、川芎〈各四兩〉、羌活、白芷、甘草〈各二兩〉、防風〈一兩半〉、細辛〈一兩〉 上為末。每服二錢。食後。茶調下

按：此足太陽，少陰，手太陰，陽明，厥陰經藥也。<sup>4647</sup>

其模式很明確地就是「某某方……此某某經藥也。」

但是，此時處於明初方劑學說理論相當多樣化的時代，令人相當感興趣的是——為什麼劉純會有這樣的想法？這樣子將歸經與方劑結合的想法，到底自何而出？受教於誰？筆者將於下一段落詳細討論這個有趣而且重要的問題。

### 2-3-7 清朝出現使用方劑歸經的著作

接下來的方劑學雖然持續蓬勃發展中，但是就「方劑歸經」理論的繼承而言，則一直要到明末清初的汪昂〈1615—1694〉，在其著作《醫方集解》中〈1682年成書〉，才又出現了大量關於談論方劑的歸經記載。例如：「六味地黃丸錢氏仲陽因仲景八味丸減去桂附，以治小兒，以小兒純陽，故減附桂，今用通治大小證。治肝腎不足，真陰虧損，精血枯竭……此足少陰、厥陰藥也。<sup>48</sup>」、「七寶美髯丹邵應節治氣血不足，羸弱周痺，腎虛無子……此足少陰、厥陰藥也。<sup>49</sup>」等等。並且在《醫方集解》當中，除了少數沒有標明歸經的方劑之外，幾乎每一個方劑之下皆明確地著明了它們的歸經。

事實上，汪昂的想法與當時其它方書的不同之處，從《醫方集解·凡例》裡就能得見。此書雖然在凡例裡明白說明《醫方集解》成書過程中所參考的書目有吳鶴皋《醫方考》、《金匱玉函》、《千金》、《外台》、陶節庵《傷寒六書》、《綱目》、《准繩》等著名的古代或當代方書，但主要的方向則是較為認同成無己《傷寒明理論》的。

他這麼寫道：

古今方書，至為繁多。然於方前第注治某病某病，而未嘗發明受病之因，及病在某經某絡也；一方之中，第注用某藥某藥，亦未嘗發明藥之氣味功能、入某經某絡、所以能治某病之故也；方書徒設，庸醫淺求，視之懵如，乃拘執死方以治活病，其不至於誤世殃人者几希矣！及宋成無己始將仲景之書，先釋病情次明藥性，使觀者知其緒端，漸得解會，其嘉惠後人之心，可謂切至。而世猶以循文訓釋譏之。不知仲景之書，文淺義深，至為難讀，其良法奧旨，雖非成氏所能徹盡，然不讀成氏之訓解，又安能入仲景之門庭乎？<sup>48</sup>

因此，汪昂之所以會大量地將方劑歸經納入自己的著作當中，很可能是受到成無己的啓發所致，而且也相當積極地認為註明方劑的歸經應當是一本方劑著述所必要包含的部分。

若回顧整個明清時期的方劑學發展，可以發現方劑的發展與改變的確更為巨大，主要有兩個前朝皆所未能與之相較的現象，一者是在方劑學論著的數量與內容大量增加；另一方面則在對理法方藥的研究認識與論述水準的明顯提高；一方面出現了像《普濟方》（註八）那樣的鴻篇巨製；另一方面也出現了大量撰寫方義的「方論」專著。明初時期的方劑學發展特點若與金元時期來互相比較，簡單講可以說是——討論方論義理的風氣不斷增溫，辯論藥物搭配的興趣更加盛行。

#### 第四節 劉純《玉機微義》建立方劑歸經理論的雛形

前一段曾提及劉純在明洪武二十九年（西元 1396）完成了《玉機微義》，並且在此書當中首度出現了完整方劑歸經的記載，但是根據本文前段對於李時珍《本草綱目》（西元 1578 年成書）在張潔古（1151~1234）《醫學啓源》歸經學說的基礎上，再增添氣血兩種新分類的史實，不難發現這麼一件事：方劑歸經觀念的出現，似乎並非是藥物歸經觀念已經發展至極致所帶來的轉型。更甚地說，藥物歸經觀念的發展，雖然是方劑歸經觀念建立的絕對基礎，但是方劑歸經理論的形成，卻很可能與藥物歸經觀念的發展，不是在同一條發展脈絡上相承發展而成的，反而比較像是在藥物歸經理論發展的過程中，另外分出來的一個支別。

但是，還是令人忍不住地想要問：劉純為何會有這樣一個與眾不同的想法呢？

的確，任何一個理論或者觀念的產生，必定會有一個引發筆者興趣或者疑惑的事件，也必定會有其發展成熟該有的孕育期，那麼到底是在什麼樣的疑惑、興趣或者情況下，促使了劉純開始使用「方劑歸經」呢？讀到了《玉機微義》裡的這麼一段話，也許會有尋找答案的基本方向：

始，純受學於江左馮先生庭幹，間嘗請其義，授以會稽徐先生所著書一帙。觀其法，求其意，蓋出於《內經》，非前所謂也。且古今作者非一人，其法各得一意，而後人執之該治，不知變通之法，與經旨多相違戾，不無得失。是以先生就探古今作者源意，摭金劉守真、元李明之、朱彥修諸氏論集，本乎經旨而折衷其要，發明中風、痿、痰、泄、瘧諸門、診治方例，非一源一意，而有通變乎百證千方者，斯為古今可行之活法也歟，豈止集方而已。<sup>50</sup>

這一段話暗示想探討這個問題的學者，必須回到金元四大家的學術脈絡，去尋找出方劑歸經的蛛絲馬跡。因為既然《玉機微義》的學術源流是徐彥純，而徐彥純的學術根源是金劉守真、元李明之與朱彥修；再加上張元素又是影響李杲（字明之，號東垣）、王好古歸經學說的醫家，那麼很可能劉純的《玉機微義》的確承襲了張元素到李東垣、王好古的藥物歸經理論，進而孕育出方劑歸經的雛形，關於劉純學術源流的探尋，將於本章之後的幾個段落詳細地進行論述。

不過，為什麼筆者評論劉純使用的「方劑歸經」只是雛形呢？在仔細閱讀劉純《玉機微義》的內容之後很容易地便可以發現，書中當然標明方劑歸經的很多，例如《玉機微義·中風門》中，就有金匱續命湯<sup>51</sup>「心肺脾胃肝之藥也，又太陽經血氣藥也」，宣明防風通聖散<sup>52</sup>「此乃肺脾膀胱胃肝心經之藥也」，局方烏藥順氣散<sup>53</sup>「太陽陽明氣藥也」等等<sup>54</sup>（餘門不再詳述）。但同時也可以發現許多方劑並沒有標明歸經，就如同張元素初倡藥物歸經，而還尚未將所有的藥物標明歸經的情況一樣，很有可能是因為劉純寫作當時，方劑歸經理論尚未成熟的緣故。但是，劉純如此為方劑做歸經的觀念，卻還未找到其證據、啟發的師長或者是明顯的參考書目。

苦思至此而無法得解，卻在筆者詳讀《玉機微義》的過程中，偶然瞥見《玉機微義·卷之三十七·心下痞滿門》論《傷寒論》五瀉心湯處，有一段註解：「已上諸瀉心湯，《元戎》云手少陰經藥。」先前的滿腹疑雲，此時竟然意外得到了一絲線索。筆者認為，這也許表示劉純的方劑歸經思想，可能有部分源自於王好古《醫壘元戎》。

## 第五節 王好古《醫壘元戎》中「方劑歸經」的記載

因此接續著就考察了王好古《醫壘元戎》一書當中，所有論述方劑的文字，果然發現王好古在卷三，的確這麼講過：

……仲景諸瀉心等湯。手少陰也。以其心下痞。故入陽明例。況服梔子黃芩黃連黃柏大黃。為上瀉心經之劑。安得不例陽明乎。<sup>55</sup>

在這段文字裡，王好古明確地使用了本文所認知的「方劑歸經」模式：「仲景諸瀉心等湯。手少陰也。」，來敘述了《傷寒論》中的五個瀉心湯（大黃黃連瀉心湯、附子瀉心湯、生薑瀉心湯、甘草瀉心湯、半夏瀉心湯）。王好古此段文字的重點，很明顯地是先論述「五瀉心湯，入手少陰經、陽明經」，再分析之所以王好古認為入心經、入陽明經的理由：「以其心下痞。故入陽明例」、「梔子黃芩黃連黃柏大黃。為上瀉心經之劑」，因此總結這五個瀉心湯：不論其組成藥物之差異，全屬於手少陰，而為陽明例的方劑。

換句話說，組成藥物的些微差異，有時候不會影響全方的歸經。這點發現，未來用在分析兩位醫家的方劑歸經觀念時，很有可能用得上，謹識於此。

王好古又說：「仲景豬苓湯。本少陰之劑。以其有五苓味三。故列陽明條下。又治中脘與臍下有水氣或小便不通。<sup>56</sup>」很明顯地與劉純註解方劑歸經的語法模式，都相當地類似。另外也提到易老的門冬飲子：

易老門冬飲子。一名生脈散。治老弱虛人大渴。

白茯苓去皮 人參各二錢 麥門冬去心 五味子各半兩 枸杞子 甘草炙各三錢

右咬咀。生薑水煎。此藥與內化丹相表裡。手太陰足少陰子母上下經也。<sup>57</sup>

此段中則註解了易老（即張元素）的方劑「門冬飲子」的組成主治，而在註解之末加入了此方與內化丹「相表裡」、並且是為「手太陰足少陰子母上下經」。於是乎這些王好古的注解，明確地將兩個方劑當成表裡經絡一樣地對應比較，這就很明顯地就可以被合理認定是劉純「方劑歸經」的原型了。

因此很有可能，劉純所使用的「方劑歸經」，有相當部份是繼承王好古呢！

## 2-5-1 某某經例藥的意涵

王好古在劉純之前就使用了很多與《玉機微義》類似的注釋方法，在很多方劑的註解中以「某某例」來註解。這種現象在劉純的《玉機微義》裡也處處可見，但是這到底是什麼意思呢？其中有何特殊意涵嗎？他在《醫壘元戎·卷三·王朝奉錄千金方》這麼講：

此方本意出竹葉石膏湯例，以此知仲景群方之祖也。治勞復。能起死人氣欲絕者。主之有效用。麥門冬湯 麥門冬一兩 甘草炙二兩 粳米半合。<sup>58</sup>

另外，卷二中也有這麼樣的敘述：

桂苓例<sup>59</sup>

桂苓丸。烏梅肉一兩 桂半兩 茯苓二兩

甘露飲枳朮湯梅師方。一以其消痞去水。故入陽明例。<sup>60</sup>

同一書中的其他章節也有類似的這類敘述，除了單獨論述一個方劑屬於「某某例」之外，並且還將一群類似方劑，用「某某例藥」方式歸於同一類，如卷四：

麻仁例 手陽明大腸經亦可利之。太陰津液不行之根。

麻仁丸 脾約丸 神功丸

潤腸丸 三腕丸 五柔丸

三和散 七聖丸 七宣丸

大麻仁丸<sup>61</sup>

而卷十一也將一群方劑歸類，並說明歸經的原則：

活人論厥陰藥。並見厥陰論。

正陽散有皂莢 霹靂散 火焰散有蠟茶

肉桂枝有訶胡吳茱萸 回陽丹有茱萸蠅稍

以上四藥。皆有厥陰之劑。隨經所宜則可。<sup>62</sup>

換句話說，所謂「某某例」的意思，很可能是王好古判斷此方的主要組成是來自於某某古代方劑。筆者發現多半是仲景《傷寒論》之方，理由只需要看王好古讚嘆「仲景群方之祖也」便可以輕易理解了。因此，所謂被註明為「麻仁例」的方劑，就是其組成架構，來自於仲景麻子仁丸的所有方劑；而被註明為「竹葉石膏湯例」，當然就是那些藥物組成來自於仲景竹葉石膏湯的所有方劑了。

此三段文字還暗示了另外一個很重要歸經的原則，那就是：歸入「某某例藥」，很可能主要就是根據藥物的組成而定。例如上述的「正陽散」因為有了皂莢的關係，歸入厥陰經；「火焰散」因為有蠟茶的關係，歸入厥陰；而「肉桂枝」因為有柴胡與吳茱萸而歸入厥陰，其中藥物的歸經原理，尚待考察，也許與張元素所創立的藥物歸經學說有相當大之關係。

不過，使用「某某經例藥」的時機，雖然大多是針對仲景的方劑，但在《醫壘元戎》中，也不是只有針對於仲景《傷寒論》之方劑，實際上，對於李東垣的方劑，王好古對於他的老師也有這樣尊崇的引用法：

東垣先生芍藥甘草例

芍藥二甘草一湯。脈弦加防風川芎。脈洪加黃芩。脈緩加桂枝。脈澀加當歸。  
脈遲加乾薑。大便軟加白朮。小便澀加茯苓。

因此，簡單地說，王好古在《醫壘元戎》當中為後世開創了以下幾點註記「方劑歸經」的原則，以及「某某經例藥」的內涵：

- (1) 通常「某某例藥」，都是依據仲景方劑的「組成」所開展新創之方劑，故對於這些方劑，都註記為「某某湯例」，以明其根源。當然，對於王好古的老師李東垣，王好古亦有「某某（東垣方）例藥」的推崇用法。
- (2) 從方劑的作用範圍，亦可以將方劑歸經。例如「一以其消痞去水。故入陽明例」
- (3) 開始拓展「方劑歸經」當中的「表裡經對應」的觀念。例如「麻仁例。手陽明大腸經亦可利之。太陰津液不行之根」，表示麻子仁丸雖然屬陽明經、脾約證（六經辨證下屬陽明），但是不僅是足陽明，連手陽明、脾經都可以。筆者先暗示，此現象到了汪昂時期註解「方劑歸經」之時，亦有部分方劑有這樣「表裡經相通」的現象。
- (4) 提示歸經的原理源自於組成藥物的歸經，例如「以上四藥。皆有厥陰之劑」。



另外，在《醫壘元戎·卷四》王好古在仲景的三承氣湯之後，自己這麼註解：

海藏云調胃承氣湯治實而不滿。及正陽陽明是也。大承氣湯治大滿大實。即太陽陽明是也。小承氣湯治實而微滿。少陽陽明是也。……故仲景三承氣湯各有主治。隨經而異。即不同也。<sup>63</sup>

也就是說，這三承氣湯透過王好古的歸納，將仲景未明言三承氣湯的差異點，利用三種歸經來突顯出來，並且總結認為這三個承氣湯「各有主治。隨經而異。即不同也」，這與後來汪昂《醫方集解》、吳謙《醫宗金鑑》在註解三承氣湯時，沒有用五臟六腑的概念來歸經，反而採用等同於王好古本處所敘述之方法（正陽陽明、少陽陽明、太陽陽明），之間很可能有承襲的關係。

另外值得一提的是，以往認為金朝張元素只有提出藥物的臟腑歸經，但是根據筆者的追尋，發現張元素也曾以類似方劑歸經的模式，偶而穿插在論述傷寒方劑的注解裡，例如《醫壘元戎》引用張元素對五苓散的解釋：

太陽標病傳入標之本。發渴溺不利。以此散導之。邪自膀胱而出也。若未渴妄用五苓散。反引邪氣入裏而不能解也。故易老云。即太陽經之下藥也。若傷寒太陽脈緊而渴者。不宜用此。<sup>55</sup>

雖然張元素僅只說了「太陽經之下藥也」，但是也是相當明確地將《傷寒論》六經的觀念，部分轉移到了歸經觀念的範疇，其形式，就與後世講述「方劑歸經」的語法，相當類似。筆者認為，在張元素的時代，六經辨證與臟腑經絡辨證兩套系統，正面臨著衝突與矛盾，所以這段紀錄也可能是在六經辨證轉變到臟腑經絡歸經系統的過程中，所出現的現象。

再者，以往筆者認為因為藥物歸經的理論是張元素所創，因此除了易水醫派的醫家，其他人應當鮮少具有「方劑也能、也有歸經」的觀念。不過，筆者又接著在《醫壘元戎·卷六》當中，發現了宋朝韓祇和《傷寒微旨論·韓氏十四藥定經法》（註十五）中，則開始認為並非易水學派的張元素、李東垣、王好古才是「方劑歸經」的理論建構者，應該連韓祇和都是，這段關鍵性的原文是這麼講的：

調脈湯。陽明少陽也。

葛根芩胡湯。陽明少陽也。

人參桔梗湯。太陽陽明也。

薄荷湯。陽明也。防風湯。陽明也。香芎湯。陽明也。

六物麻黃湯。太陽陽明也。

七物芩胡湯。太陽少陽也。

發表湯。太陽也。

人參湯。陽明少陽也。石膏湯。陽明少陽也。

解肌湯。太陽陽明也。芍藥湯。太陽陽明也。

知母湯。太陽陽明也。

右韓氏十四藥。以經絡求之。各有部份。輕重緩急。自有所宜。運氣加臨。

各極其當。因而在其中矣。不必分至之遠近，寒暑之盛衰。而謂之因時也<sup>64</sup>

從這十四個方劑來看，其中有幾點特殊的地方可以深入探究：一者，這十四個方非仲景之傷寒方，顯然是《和劑局方》之後的自擬方與時方系統，但是卻也使用了嘗試將時方歸入傷寒的六經系統，類似後世發展出來的「方劑歸經」敘述，用心創意可謂一絕；二者，宋朝韓祇和寫成《傷寒微旨論》（1068年成書）比張元素（1151-1234）、王好古（1200-1308）之年代都早了近百年，可見得方劑歸經的理論，又多了一個可能的創立始祖。

因此，張王兩氏的方劑歸經，確實很可能受到韓祇和所影響，並且根據王好古在《醫壘元戎》中多處引用其學說的現象，「方劑歸經」這套思路的源頭，加上韓祇和的確是相當合理的。

## 第六節 《玉機微義》重要的版本狀況

「工欲善其事，必先利其器」，研究典籍的第一個重點，便是找到較為正確的底本以及點校本，而根據《劉純醫學全書·劉純醫學學術思想研究》<sup>65</sup>一文中對於《玉機微義》的版本考據，其目前版本共有：

### （一）明正統四年（1439）陳有戒刻本。

此版本的特點在於有正統四年楊士奇序、洪武二十九年莫士安序與劉純序。

其中，楊序半頁七行，行十三字。正文半頁十一行，行二十四字。這是各個

刻本的祖本。目前此刻本由天津中醫學院所珍藏，此刻本本已鮮少流傳，後來則在清光緒三十四年由清末學部參事羅振玉奉張之洞之命到日本考察教育之時，從日本考據學醫家森立之藏書中發現，才又流傳回中國。<sup>66</sup>因此此版本的重新發現亦有散佚善本回歸的歷史意義。

(二) 明正統五年(1440)王暹等校勘本。

此版本較陳本版框略小，行格也不一樣。除了原來的楊序、莫序與劉序之外，多王暹等正統五年書後。但是此書殘蝕較重，有不少字跡漫漶不清。

(三) 明成化間刻本。

南京圖書館藏。原為清朝著名藏書家丁丙所藏，該書有楊、莫、劉三序，但無王跋，應該是翻刻陳有戒本，但有定正陳本之處。

(四) 正德元年劉宏濟重刊本。

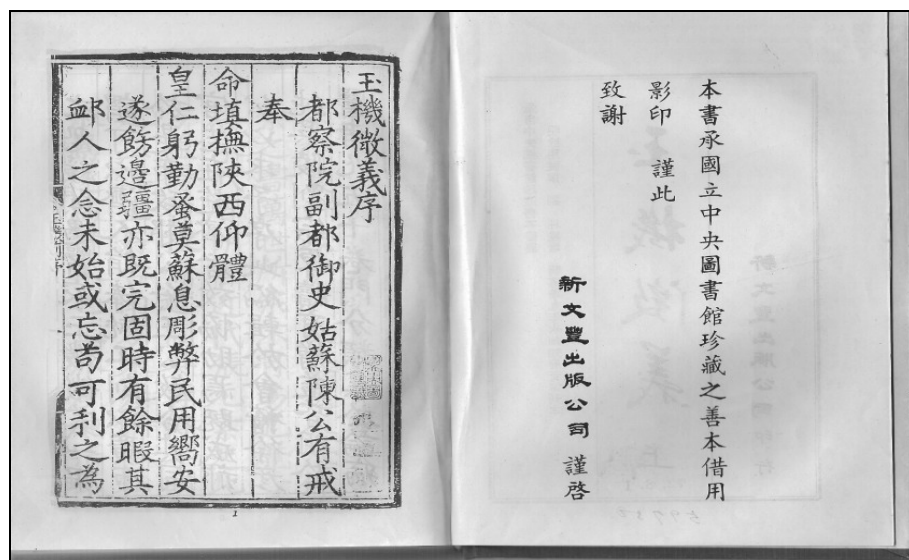
據明李維楨及日本寬文刻本《玉機微義》載正德元年汪舜民序，當時提督福建市舶曹郡劉宏濟於明正德元年重刊了《玉機微義》，且為翻刻王暹本。

(五) 清康熙四十二年(1703)沈佩游重訂本。

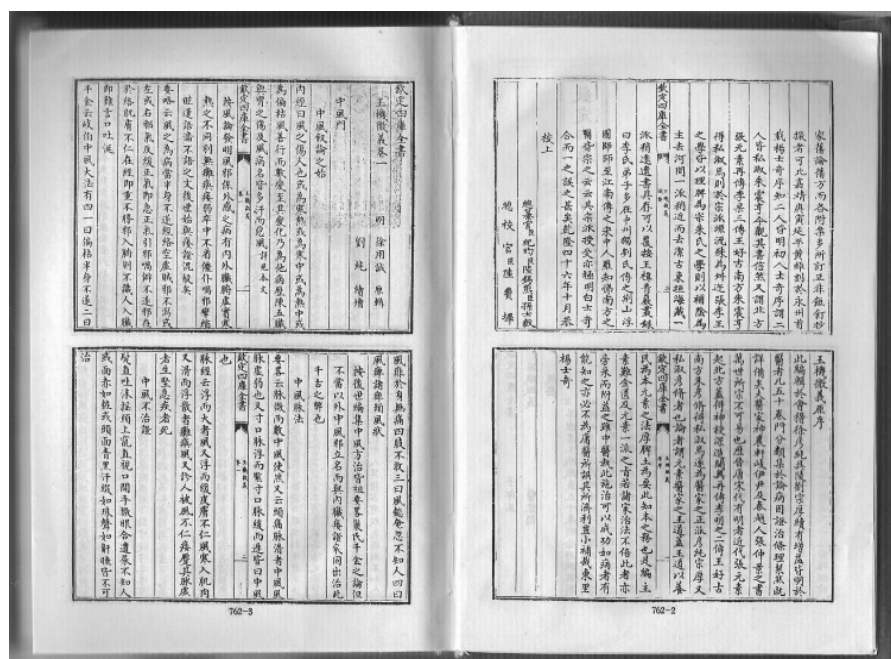
首有康熙四十二年滄湄尤珍序。此本對《玉機微義》做了很多訂補勘正，與其他版本均不同，雖已失原貌，但其訂補多數正確，因而仍有參考價值。

(六) 明嘉靖九年(1530)年黃焯刊本。

本版為藍印本，上海中醫學院藏有一部。上海藏本脫嘉靖九年黃焯序、莫序、劉序，後補入楊士奇序。《四庫全書》采進本即黃焯本。



【圖 2.6.1】《玉機微義》之新文豐影中央圖書館館藏珍本



【圖 2.6.2】《玉機微義》之《四庫全書》本。

明萬曆間李維楨《合刊二種醫書》本。（請參見【圖 2.6.1】及【圖 2.6.2】）此本是《玉機微義》與虞搏《醫學正傳》的合刊本，是李維楨約在萬曆六年（1578）刊於浙江按察使署。首有楊、莫（有刪節）、劉、汪舜民序，後有王暹跋。從王舜民序可以推知李本乃翻刻劉宏濟本，又據王暹跋得知劉宏濟本為翻刻王暹本。

#### （七）日本寬文四年刊本。

首載汪舜民重刊序，次有楊、莫、劉序，後有王暹跋。從其中也可得知寬本是據正德元年劉宏濟本的重刊本。但〈劉純醫學學術思想研究〉一文中並未提及由日本明治間考據學大家森立之所藏的黃焯本。實際上，若欲了解傳至日本的中國散佚醫書，森氏之藏書是很重要的研究材料，更何況日本後世醫方派對於此書有極高的讚譽，對於日本曾存在過以及目前存在的版本，本論文將於第四章詳細討論，以補充說明《玉機微義》對日本醫學界造成的影響、日本醫學界如何重視此書，又傳承了此書中的哪些醫學觀念等等重要問題。

總結來說，從〈劉純醫學學術思想研究〉一文裡，對於以上已知的版本的流傳沿革考察，《玉機微義》的祖本，大概可以清楚，其主要有正統四年陳有戒刻本，和正統五年王暹刻本兩個版本系統。<sup>67</sup>

目前於台灣台中市中國醫藥大學的館藏藏書中，僅有《四庫全書》版與新文豐

書局影印的黃焯善本兩種。此為版本學上的資料，可供日後參校。而若想要靠目前殘缺不全的記載，要對《玉機微義》的作者下點功夫，收集其生平與傳承宗派等等資料，就得花些時間了。

## 第七節 劉純生平遷徙學術師承考

### 2-7-1 劉純的出生與遷徙

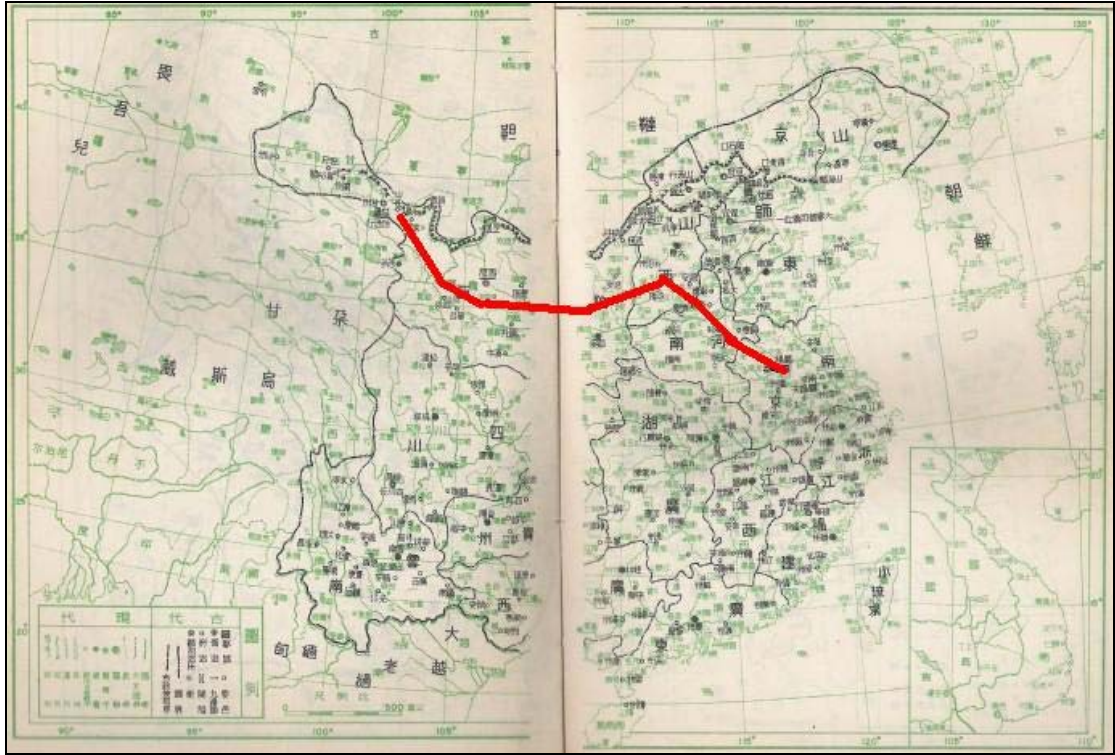
劉純，字宗厚，明朝初年人，歷史記載上的生卒年不詳。任雨笙與顧建河等(2000)曾經發表過一篇學術論文，其中引用《玉機微義》裡提到劉純自身想法與身體狀況的兩段文字，以及《雜病治例·蘭室誓戒》與《雜病治例·戒行吟》兩篇文章，來推測劉純的生卒年代大約是西元 1340-1412 年間。<sup>68</sup>

其祖籍吳陵，即今江蘇泰縣、如皋一帶。其家族在元朝之時曾經是顯赫大家，就如莫士安在序裡說的：「宗厚世為吳陵望族」又說「其先世在勝國時，居省憲，掌樞要，以名宦顯著者。」，但是到了劉純與其父子這兩代卻是「窮而在下，不能躬耕自食其力，固托跡於醫，以自養自晦也」。明朝成化年間官吏蕭謙在為劉純的《傷寒治例》撰寫引言之時曾云：「其先淮南（註九）人，以事移關中（註十），遂家焉。」就是簡單講述了劉純家族遷徙的第一個線索。

《中國人名大辭典》對於劉純的記載，僅止於：「劉純，陝西咸寧人。字宗厚，博學工文辭，明醫道，有《續增玉機微義》、《雜病治例》、《傷寒治例》<sup>69</sup>」，表示劉純曾經在陝西咸寧住過；再者，剛提到的明朝官吏蕭謙平素喜歡收集醫方脈書，在他為《雜病治例》寫序的內容裡，也提及了他後來在甘州（註十一）<sup>70</sup>得到劉純所著的《雜病治例》一書之過程，他這麼說：「……而名醫劉宗厚，……神方妙術，猶有存者。乃延其後人，禮貌之，懇求之，慨然以《太素脈訣》、《雜病治例》見與<sup>71</sup>」，這表示他是在甘州面見劉純之子孫。

因此總言之，劉純早年與親族住在淮南吳陵，後遷徙到陝西咸寧，而後又到甘州（今甘肅省張掖市）<sup>72</sup>居住，而其後人雖也繼續住在張掖，但很可能沒有後代學醫以傳承其家學，不過這與劉純較重視儒學與治國之道勝於醫學的態度可能有關。<sup>73</sup>

在《明史》中，對於劉純的記載相當簡單而且尚有訛誤：「劉純，玉機微義五十卷、醫經小學六卷<sup>74</sup>」，連《傷寒治例》與《雜病治例》都未見記載，不過這也可能表示當時劉純的醫學著作並非傳布甚廣。



【圖 2.7.1】劉純生平遷徙簡圖<sup>70</sup>

### 2-7-2 劉純《玉機微義》的內容架構

關於其書《玉機微義》的成書架構與思想傳承，《中國人名大辭典》這麼記載徐用誠：「徐用誠，明會稽人，字彥純，有《醫學折衷》，劉純續增三十餘篇，改名《玉機微義》。<sup>75</sup>」因此，徐用誠《醫學折衷》是劉純《玉機微義》的原型架構，可惜根據《中國醫籍考》的記載，此書目前佚，全賴《玉機微義》得以尚存於世。

然而雖然徐用誠《醫學折衷》是《玉機微義》中十七卷所使用的原始架構，但是劉純並非直接師事徐用誠的，劉純是在家鄉與馮庭幹先生學醫之時，偶然得知，並是從馮庭幹先生處得到徐用誠《醫學折衷》的手稿，實際上劉純並未真正見過徐用誠，反而是後來從徐弟（徐用中）口述才知道徐用誠的學醫過程與態度種種。

為此，劉純曾在其《玉機微義·劉純序》裡說：「始，純從學於江左馮先生庭幹，間嘗請其義，授以會稽徐先生所著書一帙。……先生諱彥純，字用誠。蚤歲嘗客吳中，以《春秋》教授鄉之俊彥。今沒十有二年，使遇其從弟用中，獲詢先生學行，知深於醫者也。<sup>76</sup>」

### 2-7-3 劉純的醫學傳承與其教授師

關於劉純其人習醫的醫學傳承，正統己未年明朝大學士楊士奇刻印《玉機微義》之時，在其序言說明了當時認為的劉純醫學傳承，他這麼說：

近代張元素起北方，蓋得神授，深造閩奧。再傳李明之，三傳王好古，南方朱彥修得私淑焉，遂為醫家之正派。彥純、宗厚又私淑彥修者也。論者謂元素醫家之王道。蓋王道以養民為本，元素之法厚脾胃為要，此知本之務也。<sup>77</sup>

不過，清朝《四庫全書·子部五·醫家類·玉機微義·提要》中則說：「奇（楊士奇）序謂二人皆私淑朱震亨，今觀其書信，然又謂北方張元素，再傳李杲，三傳王好古，南方朱震亨得私淑焉，則為宗派源流殊為舛迕，張李王之學，皆以理脾為宗，朱氏之學則以補陰為主，去河間一派稍近，而去潔古東垣海藏一派稍遠，遺書俱存可以覆按，王禕《青巖叢錄》曰：李氏弟子多在中州，獨劉氏傳之荆山浮圖師，師至江南傳之宋中人羅知悌，南方之醫皆宗之云云，其宗派授受亦極明白，士奇合而一之，誤之甚矣。」這是單純就宗派傳承之歷史軌跡，來論楊士奇序中對於劉純醫學傳承說明的對錯，換句話說，《四庫全書》校訂《玉機微義》一書的醫官，並不認為劉純可能承襲到張元素、李東垣與王好古等人的醫學思想，不過這樣單求歷史記載，卻忽略醫學傳承本身就是個大熔爐的現實層面，可能會導致結論的訛誤。

另外一位在明朝就為《玉機微義》作序的莫士安，在洪武丙子年為此書寫序這麼說：「宗厚之學，本之濂洛先儒，旁究歧黃、盧扁之術。……其學則私丹溪朱彥修，其法則有得夫漢及近代劉河間，李東垣之祕旨。<sup>78</sup>」然而，莫士奇是與劉家父子都相識的一位長輩，這點可以從他勉勵劉純行醫態度的語氣與提及他與劉橘泉的交情便可見一斑。他在序裡提到：「行將膺異等之薦，展上醫手以裨聖主仁民之治，此予之所望於宗厚也。宗厚其以此自期乎，其以此自勵乎。予與宗厚之嚴翁橘泉先生有世契，今觀宗厚所著書，殆不容於默默也。<sup>79</sup>」這段表示劉純父子的朋友長輩也認為劉氏父子的醫學理論，雖以朱丹溪傳承為主，但是亦有旁及金元其他大家的部份。據此，可信度應當較《四庫全書》所評論者來得高。這是劉純《玉機微義》醫學理論往前代推論的可能傳承。

至於更近一點的傳承，劉純在《雜病治例·蘭室誓戒》中曾經提及自己年輕時的學習過程，文中所提及的，應該就是他本人認定對其醫學影響最大的幾位老師：

吾宗累世簪纓名門右族，吾父橘泉翁始從丹溪朱彥修學此術，患難中實得濟。  
余又得從鄉先生馮庭幹、許宗魯、邱克容數君子印正，方始道明藝精。……<sup>80</sup>

他又自己在《醫經小學·劉純序》裡這麼說：「……昔丹溪先生以醫鳴江東，家君親從之游，領其心授。純生晚學陋，承親之訓有年矣。」顯示丹溪的確是劉純醫學理論的主要影響者無誤。

《中國人名大辭典》雖然有對於劉純的記載，對於其父劉叔淵、其師馮庭幹、邱克容則無記述，不過對其同族業師許宗魯則有這樣的記載：「許宗魯，明陝西咸寧人，字東侯，正德進士。嘉靖初視湖廣學政，以義倡士，楚風益振，後以僉督御史巡撫保定，又輔遼東，遼人賴之，致仕歸，構草堂，積圖書，置酒賦詩，書法尤工，有《少華》、《遼海》、《歸田》諸集。<sup>81</sup>」

至於其同鄉之教授醫學師邱克容，雖不見於《明史》與《中國人名大辭典》的正式記載，但在一本嘉靖十四年（1535）曹睿所撰的《瓊花集》中，與傳奇人物張三豐有一段同遊的故事，顯示邱克容可能在道教史上的地位也許高於其在醫學上的地位。《瓊花集》載有：「國初張三豐在揚州，與邱汝乘輩游蕃厘觀，謂汝乘曰：子欲觀瓊花乎？時八仙盛開，張取水中撰之，少頃盡變瓊花，香聞十餘里，一郡喧傳神仙來游。三豐是夕遁去，不知所之（註十二）。」張三豐有詩題詠：「瓊枝玉樹屬仙家，未識人家有此花。清致不沾凡雨露，高標猶帶古煙霞。歷年既久何曾老，舉世無雙莫謾誇。便欲載回天上去，擬從膊望借靈槎。」邱克容《和張三豐》，「邈邈神仙到處家，蕃厘觀裡看瓊花。憑闌坐愛三更月，俟曉行吞五色霞。舞罷拂衣還自笑，詩成信筆任人誇。不知今年歸何處，引鶴同棲貫月槎（註十二）。」

文中所言的邱汝乘即是邱克容，其年代與劉純相仿，雖然有同名同姓之他人可能性存在，不過現有史料實在不足以推斷，但依其生活之同地區同年代來推測可能即為劉純的其中一位老師。

總結來說，劉純主要是隨其父親劉叔淵（橘泉）承襲了朱丹溪的醫學理論，旁亦承襲了張元素與李東垣一支的藥性氣味歸經學術觀念，又在與同鄉長輩馮庭幹、許宗魯、邱克容習醫過程中，偶然從馮庭幹先生處得到了徐用誠《醫學折衷》手稿，因為心儀《黃帝內經》、《傷寒論》時期的醫學水準，將頗為欣賞的十七卷《醫學折衷》的基本架構，依例增補而成為五十卷的《玉機微義》。

於是乎，此即是《玉機微義》一書的學術架構，與劉純的師事傳承了。



## 第八節 關於《醫方集解》的版本流通狀況

根據項長生主編的《明清名醫全書大成—汪昂醫學全書·校注說明》一文，現存的版本共有五十多種，以下有幾種版本可供版本學上的研究：<sup>82</sup>

- (一) 清康熙二十一年壬戌（1682）石渠閣藏版三槐堂梓行（三卷本）。
- (二) 清康熙二十一年宏道堂刊刻
- (三) 清康熙四十三年甲申（1704）刻本
- (四) 清乾隆庚申（1740）刻本綉古胡氏松雲草堂刻本（六卷本）
- (五) 清乾隆五十六年辛亥（1791）刻本及綠蔭堂刻本

嘉慶、道光、咸豐、同治、光緒、宣統都有不同版本印行，逮至民國 1958 年上海科技衛生出版社鉛印本發行一共約有五十種不同版本。目前多以清康熙二十一年壬戌（1682）石渠閣藏版三槐堂梓行三卷的版本，為較為正確的版本，也因此，校對評註《醫方集解》的醫家，目前所見多以此版為底本。

## 第九節 略論汪昂的醫學傳承考據

### 2-9-1 汪昂的生平與醫學傳承

汪昂，在《中國人名大辭典》有這樣的記載：「汪昂，清休寧人，寄籍麗水，號詡庵，明諸生（註十三），好集醫方，有《本草備要》、《醫方集解》、《靈素類纂》<sup>83</sup>」，晚年鄉人尊為「潯灣老人」。祖居安徽休寧縣西門，明末之時曾到浙江麗水縣居住過。他生於明·萬曆四十三年（1615 年），卒於清·康熙三十八年（1699 年），享年八十四歲。汪氏少年從儒，為明末諸生，於經史百家靡不殫究，曾以古今文辭知名鄉里，有《詡庵詩文集》行世。而且根據《休寧縣志》<sup>84</sup>稱，以先生之文才，步入仕途「易如拾芥」，但他卻在清順治初年三十餘歲時，棄儒從醫，並未入仕做官。而《休寧縣志》又說他：「淡泊名利，少甘蓬蘽，終鮮通榮。」想必在當時一定是一位有思想、有堅持的學者。

田代華與李懷芝<sup>85</sup>（2005）認為，探究其棄儒從醫的原因主要有二：一是清軍入關，攻城掠地，濫殺無辜，特別是南京陷落以後，他親見大批鄉人被殺，連他的密友抗清義士金聲（字正希）也被捕慘死於南京。根據《金正希先生文集輯略九卷》<sup>86</sup>記載，當明末崇禎年間，明廷交困，崇禎帝曾於平台四度招見金聲，金聲是崇禎元年進士，曾任兵部右仕郎，當時便組織民軍對抗清兵。汪昂對好友金聲之死沉痛萬

分，發誓不為清廷服務。相傳休邑古城洼有汪昂「哭忠節公碑」，後因故被毀。二是汪昂的叔父汪健侯為當地名醫，聲聞鄉里，汪昂曾親受其教誨；而其密友金聲也很熱心醫學，曾為歙縣名醫程敬通重梓王燾《外台秘要》作序，並提出「人之記性在腦」的獨到見解。

至於他的醫學傳承，從各方面的對於汪昂事蹟的記載，幾乎只有其同族汪健侯先生是可能醫學傳承的來源，其他種種對於汪昂生平的記載，提及其習醫過程，幾乎都認為汪昂「經史百家靡不殫究，以古今文辭知名鄉里」，而且又因為汪昂是當時的諸生（明朝秀才），在當時可以是獨當一面的高知識分子，因此似乎汪昂自己研讀領悟的所學習的醫術，在當時以及其後世記述汪昂的醫家，也都認為他理所當然，不過這倒變成近代批評汪昂學術成就的一大要點了，豈不曾聽聞「無有師承習醫，不能善明疾病所已；不能善治疾病，僅為文抄工」的批評？

### 2-9-2 汪昂編寫《醫方集解》體例架構的特色

再者，想要了解汪昂著作《醫方集解》一書的醫學架構，應當先了解這本被《四庫全書》點名為方劑學重要的專著，它的特色與其不同於世的種種特點。

「方劑」在古代稱為「湯液」，《漢書·藝文志·方技略》中即載有《湯液經法》等 11 種經方著作。但那時方劑是與論醫理、病因、病症與本草等等內容相互混雜書寫在一起的。在此後的千餘年間，這樣的體例仍然沒有變化，例如《千金要方》、《太平聖惠方》、《普濟方》等著名方書也都是如此，都先言病症、臟腑等內容之後，才附錄驗方。明末吳昆的《醫方考》雖然詳細考證了方劑的理義，體例上已經可以歸屬於方劑學的專著，但該書仍然是按病症分類，即病症在先，方劑居後。此種體例也與前代相同，只是論理已較前代精闢許多，足以堪稱當代方劑學的代表著作。而依據安徽中醫學院吳曼衡的研究，《醫方集解》則一反前人慣例，創立了新的方書編寫體例：<sup>87</sup>

（一）**以法統方**：按照方劑的主要功能分為補養、發表、湧吐、攻裡、表裡、和解、理氣、理血、祛風、祛寒、清暑、利濕、潤燥、瀉火、除痰、消導、收澀、殺蟲、明目、癰瘍、經產、急救等 22 類。其中除了少數類為專科用方外，實際上每一類都屬於一種治療方法。這些治法比程鐘齡在《醫學心悟》中總結出來的「汗和下消吐清溫補」的八法更詳細、具體，更恰合臨床實用。

（二）**以方為綱**：闡述每首方時先列出方名，然後討論主治病証、藥物組成、性能、

用法及方理等。如補養之劑，首列六味地黃丸，指出該方是錢仲陽按照仲景八味丸化裁而來，主治肝腎不足，真陰虧損，精血枯竭而症見憔悴羸弱，腰痛足酸，自汗盜汗，發熱咳嗽等等。方中熟地滋陰補腎、生血生精；山茱溫肝祛風、澀精秘氣；牡丹瀉君相之火，涼血退蒸；山藥清虛熱於肺脾，補脾固腎……本方乃「六經備治而功專腎肝，寒燥不偏而補兼氣血，苟能常服，其功未易殫述也。」這種先方後病症的體例突出了方劑在書中的主導地位。

(三) **正方帶附方**：正方之後多討論其藥物加減的附方。如六味地黃丸，言其加肉桂、附子為桂附八味丸，主治相火不足，虛羸少氣；加黃柏、知母為知柏地黃丸，主治陰虛火動，骨蒸髓枯等等共 9 種不同加檢方法之附方。這種體例體現了方劑藥隨症變化的靈活性，不但使學者易於掌握，而且對總結方劑的用藥規律有很大的意義。

因此，知道《醫方集解》具有這樣異於當世的創新體例之後，就可以明瞭這本書在當時給醫學界帶來的震撼，正所謂後人「競相仿摩」了。瞭解其創新的特點之後，馬上就產生另外一個問題：汪昂是如何辦到的呢？筆者爲了要解答這個問題，就得先對汪昂寫作《醫方集解》的體例選擇與主要的參考書目做先一步的了解，這些資訊，從《醫方集解·自序》裡，就可以清楚見到：

方之有解，始於陳無擇，無擇慨仲景之書後人罕識，爰取《傷寒論》而訓詁之，詮証釋方，使觀者有所循入，誠哉仲景之功臣，而後學之先導矣！……迄明，始有吳鶴皋集《醫方考》，文義清疏，同人膾炙，是以梨棗再易，豈為空谷足音，故見之而易喜歟？然吳氏但一家之言，其於致遠鉤深，或未徹盡。茲特博采廣搜，網羅群書，精窮奧蘊，或同或異，各存所見，以備參稽，使探寶者不止一藏，嘗鼎者不僅一臠，庶幾病者觀之得以印証；用者據之不致徑庭，寧非衛生之一助歟！

這段明白表示，解方之祖汪昂認爲是陳無擇。《經史百家醫錄》中引述了《處州府志》裡對於陳言的評述：「陳言，字無擇，青田人，敏悟絕人，長於方脈，治病立效，有不可救者，則預告以期，晷刻無爽。作《三因方論》，研究受病之源，用藥之等，醫者宗之。其徒王碩爲《易簡方》，並三論行於世。<sup>8889</sup>」但是在詳細閱讀《陳無擇三因方》<sup>90</sup>之後，發現陳無擇在其著作中當中，實際上並無釋方，也就是沒有

解釋方劑組方的原理，或配伍之奧秘，據此，有一疑惑產生，而根據目前多數醫史文獻考據，以及本文於前段對於方劑學源流的考據，筆者認為應當所云為「金朝成無己」。因為汪昂認為方劑之祖始於仲景，而金朝成無己卻是歷史上《傷寒論》成書八百年後第一位註解全書傷寒論的醫家，<sup>91</sup>雖然對於仲景 112 方僅只解釋了 20 個方劑，但也是以君臣佐使方法來解釋仲景方劑組方原理的第一人。因此雖很可能汪昂撰《醫方集解》之時，雖無有直接傳承於當代有名的醫派，但因為私淑《傷寒論》的創方與成無己《傷寒明理論》的解方模式，再加上明朝吳昆《醫方考》詳細考譯方義的體例（註十四），<sup>92</sup>因此，便延用數位醫家釋方的基本體例，確立了《醫方集解》詳細解方的架構。

「詳細解方」的架構緣由如此，而「以法統方」的架構則與吳昆大相逕庭，這也可以說是汪昂取法於古卻不泥古的一種表現。而在考據其體例使用的背後想法之後，可以發現吳昆在《醫方考·序》裡曾經提及北齊徐之才所用之「十劑」理論，此說後來在金朝張子和的著作裡曾經用來作為談論方劑的提綱，但吳昆卻沒有採用「以法統方」的體例來縱貫《醫方考》，反而選擇了前代方書大多採用的「以病症統方」的體例來敘述，因此汪昂對於如何縱貫全書的綱領，與吳昆的看法有不一樣之處，然而也因此使得其別出心裁的《醫方集解》，就成為「以法統方」的方書專著代表了。

至於《醫方集解》中為何出現「方劑歸經」呢？筆者研讀至今，目前認為應該有幾點重要的原因：

#### （一）汪昂在診斷學上相當重視「分經」的觀念。

關於這點，例如汪昂在《醫方集解·凡例》裡這麼說：

仲景《傷寒論》，前人印定眼目，自陳無擇而外，鮮所發明，陶節庵雖著《傷寒六書》參合後賢之治法，盡更仲景之方名，究未嘗有片言隻字發揮仲景一證一方者，又變前法，不復分經論治。仲景之書奧渺難窮，節庵之書，顯淺易讀，是人奉為耆蔡，故識見愈卑猥也。<sup>93</sup>

很明顯地對於仲景分經的觀念認同，而認為陶節庵簡化更動仲景之方的做法是犯了「不復分經論治」的錯誤，使得後人「識見愈卑猥」也。這是汪昂重視「分經」觀念的其中一個佐證，這很可能是導引汪昂將方劑用十二經絡來

做綱領性分類的其中一個可能想法。

## （二） 成無己註解《傷寒論》的方法。

前文曾經提過成無己（約 1063~1156）在《傷寒明理論·卷下·諸藥方論》裡，首度將《傷寒論》方二十首依據君臣佐使，剖析組方的原理，這可算是剖析方劑組成理論的重要里程碑，後世延續了成無己解釋方劑的方法，在面臨一個方劑需要說明其處方原理之時，大多採用這樣的模式來解釋。也因此，汪昂很可能受到這位極具影響力的傷寒大家，其解釋傷寒方劑的方法所影響，也開始嘗試使用新的藥物歸經、君臣佐使的方法來註解方劑。金朝成無己用獨特的方法註解了《傷寒論》，開創了自仲景以後八百年間較少創新的傷寒研究風潮，而汪昂也用獨特的方法註解了常用的近四百個方劑，使得方劑學的綱領、解釋與研究方法都得到了超越前朝的突破。

## （三） 李時珍寫作《本草綱目》大量引用張元素臟腑歸經理論。

此點也於本文前段討論藥物歸經理論源流之時，曾經提及。明朝李時珍讚賞金朝張元素的藥物歸經學說，曾經也嘗試用藥物歸經的方法來論釋《傷寒論》方劑的結構。李時珍《本草綱目》一著成，對當時的醫家就有了極具震撼的影響力，汪昂《本草備要》即是參酌《本草綱目》所刪節而出，自難以不受其影響。雖然因為其年代晚於劉純，自然對於劉純《玉機微義》中的「方劑歸經」不可能引導其思路，但是對於清朝汪昂《醫方集解》「方劑歸經」的形成，則的確有相當大的影響力。

言而總之，於汪昂其人，直至目前無法找出《醫方集解》所專主延續的醫學體系或宗派，但是或許也應該這麼評論：汪昂在金朝成無己《傷寒明理論》、明朝李時珍《本草綱目》與明朝吳昆《醫方考》的啟發下，獨自發展了方劑學上不同體例的創作，也因此，其學術源流雖然無有傳承甚為可惜，也對其醫學水準於歷史上的代表地位有所減損，但是汪昂創造了易於記憶與學習、解方詳細、附方加減清晰明確的體例，在中醫學術發展史上，仍是無法磨滅的、方法學上的一大進步，這也許就是汪昂《醫方集解》之所以能成為清朝重要方劑學著作的一大原因了。

附帶一提，對於方劑理論或者是藥物學理論中，使用「歸經」的觀念來解釋藥物或方劑的作用，明末清初的醫學環境也是有不一樣的想法，《古老的中國醫學—中國醫學編年史研究》一書裡就有這樣的敘述：

明末清初，大量的失意文人以醫為世，從而有利於醫藥理論的再探討。此時異軍突起的是尊經復古派。他們摒棄金元藥理舊套路，不談氣味厚薄、升降浮沉、引經報使，攻擊金元藥理學說創造者及追隨者。他們共同的特點是以古代經典著作《神農本草經》、《傷寒論》、《金匱要略》等書為主要研究對象，注重探討各藥的特殊性，以及從古人用方中探索藥物的作用。把藥效、方劑與病因病機相連繫，發掘出了不少早期古樸的用藥經驗，糾正了金元以來誤用濫用某些藥的俗弊。受時代影響。他們在藥效解釋方面並無突破性的見解，只不過角度有些不同。他們的見解有些曲高和寡，許多臨床醫生仍然熱衷於簡便易行的金元藥理說。<sup>94</sup>

這也表示明末清初的醫學家，因為創新的醫學理論大量出現，已經開始身處於中醫理論的戰國時代了。至於，本文欲討論方劑歸經因而設立的目標中，也的確是希望可以透過對中醫方劑學理論的深入研究，而能在不久的未來將這醫學理論上的戰國時代合而一統了。

## 第十節 小結

本章節先循單一藥物歸經理論的源頭與發展過程，發現藥物歸經理論於《黃帝內經》裡有目前最早的文字記載，但是僅限於理論，並未有論及實際藥物歸經的文字敘述；梁朝陶弘景《名醫別錄》中僅有韭及蒜等六味藥物提及了歸經，宋之前的諸多醫書，僅止記載了零星的藥物歸經，未有理論普及的現象；到了金元張潔古《珍珠囊補遺藥性論》則明確記載了約一百味藥物的歸經；其學生李東垣與王好古《湯液本草》中開始增添藥物的歸經達到 170 味；李時珍則大力讚揚歸經理論，並且增添了分別入氣入血、入任督二脈的新思考方向，明代中末葉之後，歸經理論已經普及，學者則較少有太大的發明，直至近代，單一藥物歸經理論的研究，已經漸漸轉移到運用科學方法，來找尋物質上的證據了。

就目前存留的文本裡，第一本提出方劑歸經理論的醫學著作，應該是明朝劉純的《玉機微義》，這與以往學術界認為是汪昂的論點更往前回推了兩百多年。他的方劑歸經理論根源，可以從他師事的前輩找到李東垣、張元素的這條思想脈絡。原來的藥物歸經理論，則繼續由李時珍等醫家闡發出新的見解，但是從劉純起始，方劑歸經理論便從單一藥物歸經理論的發展脈絡分了出來，兩百年後，繼續此理論並且

大量在著作中使用的則是清初的汪昂，在他的著作《醫方集解》裡幾乎所有的方劑都有標明歸經的記載。但是在不斷追尋古籍裡線索的過程中，筆者亦幸運地發現了王好古、張元素、韓祇和也都有論述「方劑歸經」的事實，也都很可能是劉純《玉機微義》當中，「方劑歸經」觀念的原型。但，透過分析這些原型，筆者也可以輕易得到幾個關於「方劑歸經」的重要結論，簡單歸納如下：

- (1) 王好古的「某某例藥」，是依據仲景、東垣方劑的「組成」所開展新創之方劑。
- (2) 王氏亦從方劑的作用範圍，標註出方劑的歸經。
- (3) 開始拓展「方劑歸經」當中的「表裡經對應」的觀念。
- (4) 提示歸經的原理源自於組成藥物的歸經。

以上也正好都是延續本章之後的數個章節，即將討論的重點了。

方劑歸經的理論源流與形成背景大略如上所言，最重要的一點必須知道：雖以單一藥物歸經理論作其發展的基礎，但實際上又與論單一藥物歸經有所不同。

繼續深入探討劉純與汪昂兩位醫家的醫學傳承，嘗試找出其可能曾經有交集的宗派師承觀念，或是其生平所蒙教導的老師有無這樣的關連。劉純一生顛沛流離，出生於淮南吳陵，遷徙至關中，後卻移居敦煌張掖，跑過中國的一段橫截線；而汪昂祖籍休寧，後至麗水，大都在華東活動，其所接觸的醫學環境與臨床患者自有不同，而再考據兩位醫家各自的老師與醫學教育過程，簡單結論是目前沒有史料上強而有力的證據顯示兩位醫家有共同的宗派或是教育傳承，但若以寬一點的角度來說，則都可以說是承襲了張元素時代的藥物歸經與君臣佐使觀念。

另外也同時於本章節檢視了《玉機微義》與《醫方集解》兩書的現存版本，此則實屬醫經醫史研究的基礎，也是一篇以研究古籍為主的論文應當要有的重要內容。《玉機微義》現存於世的流傳版本，目前以明正統四年陳有戒刻本，與明正統五年王暹刻本兩個版本系統為主。同時，筆者認為研究《玉機微義》之時，不應忽略日本考據派大家森立之的傳日版本以及此書傳日之後所帶來的種種影響。至於，日本《玉機微義》版本與其流派傳承（後世醫方派）的考據則將在本論文的第四章當中詳細討論。

古代醫家運用方劑加減方劑能夠治複雜的重病，例如仲景《傷寒論》的柴胡桂枝湯是小柴胡湯加上桂枝湯，而桂枝二麻黃一湯、桂枝麻黃各半湯則是桂枝湯和麻黃湯的搭配組合，雖然當時並沒有方劑歸經理論的記載，但是卻可以視為可能運用方劑歸經的最佳例子。<sup>95</sup>因此，方劑歸經的理論的確有其歷史軌跡，承襲著金元醫

家易水學脈的創見、明初劉純的提倡，今日身為臨床醫師的我們，便可以仔細思索近代形成的「辨症處方」，表面上可能與與有所理論依據的方劑處方模式相似，但是實際上有本質上相當程度的不同，而這樣的反思與鞭策臨床診斷的再進步，將會是本文最期望能達到的目的了。

註一：關於《黃帝內經》的成書年代，仍有許多爭議，本章採王蘇莉，〈《黃帝內經》的成書年代〉，《河南中醫》，24：6（鄭洲，2004），頁 81-82。一文的說法。另外的說法還可見李今庸，〈《黃帝內經》的成書和成書地點考〉，《河南中醫》，3（鄭洲，1981），頁 25，則是認為成書時期應在戰國後期。

註二：除了「韭，歸心」之外，其餘五味物分別是：《上品·卷第一·芥》，「味辛溫無毒，歸鼻」；《中品·卷第二·干姜》，「生姜，微溫，辛，歸五臟」；《中品·卷第二·蓼實》，「葉歸舌」；《中品·卷第二·蔥實》，「蔥白，平。主治寒傷骨肉痛，喉痺不通，安胎，歸目」；《中品·卷第二·薤》，「味苦無毒。歸骨」。

註三：可見張潔古《醫學啟源·臟氣法時補瀉法》與《醫學啟源·去臟腑之火》兩篇，有清楚註明藥物歸經的實例。

註四：引用自《本草綱目》序例，見《第一卷上，序例上，歷代諸家本草》一文中，李時珍說：「惜乎止論百品，未及遍評。」

註五：《五十二病方》為西漢初年地方權貴的隨葬品。《五十二病方》出土於 1973 年，其下葬年代為漢文帝 12 年(西元前 168 年)，墓主為長沙國國相利蒼。

註六：《素問·至真要大論》：「君一臣二，奇之制也；君二臣四，偶之制也；君二臣三，奇之制也；君二臣六，偶之制也。」又云：「君一臣二，制之小也；君一臣三佐五，制之中也；君一臣三佐九，制之大也。」

註七：成無己，宋朝至金朝，聊攝口（山東聊城）人。世代為醫。鑽研仲景學說，撰《注解傷寒論》十卷，是我國現存最早的《傷寒論》全注本，對後世傷寒學的發展頗有影響，另有《傷寒明理論》三卷、《傷寒論方》一卷。（詳 <http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/people/doctor/46.html>）。

註八：《普濟方》為明初周定王朱橚與教授滕碩、長史劉醇等編撰，是我國現存最大的一部方書，幾乎收錄了 15 世紀以前中國所有方書的內容，並且附以大量當時所盛行的時方，此書可謂為集 15 世紀以前方書之大成，所記載之方劑共 61739 首。



- 註九：明代地名「淮南」。主要泛指淮河以南、長江以北的地區。詳見教育部國語辭典線上版。<http://140.111.34.46/dict/>。
- 註十：古代地名「關中」。位於今陝西省。東至函谷關，南至武關，西至散關，北至蕭關，位於四關之中，故稱之。詳見教育部國語辭典線上版。
- 註十一：甘州，唐朝時所立之地名，現今的張掖是甘州的治所。可參考大約在清·光緒年間繪製成的古地圖《自喀什噶爾至甘州城地圖》。
- 註十二：詳見明·曹睿：《瓊花集·卷一·遺事·卷二·詩》與〈關於張三豐的若干考證〉一文。
- 註十三：明朝所稱「諸生」，根據《教育部國語辭典線上版》所云共有四義：(1)眾儒生。泛指在學的人。《史記·卷五十·曹相國世家》：「參盡召長老諸生，問所以安集百姓。」，《漢書·卷四十三·叔孫通傳》：「臣願徵魯諸生，與臣弟子共起朝儀。」(2)老師對眾多弟子的稱呼。唐朝韓愈《進學解》：「國子先生晨入太學，招諸生立館下。」(3)科舉時代對秀才的通稱。《聊齋志異·卷二·聶小倩》：「甯疑為赴試諸生，而聽其音聲，殊不類浙。」(4)眾生物。《管子·水地》：「地者，萬物之本原，諸生之根苑也。」本處應該解釋為「秀才的通稱」。
- 註十四：關於明·吳昆《醫方考》的論方體例，吳昆於《醫方考·序》中這麼講：「取古昔良醫之方七百餘首，揆之于經，酌以心見，訂之于證，發其微義，編為六卷，題之端曰《醫方考》。蓋以考其方藥，考其見証，考其名義，考其事跡，考其變通，考其得失，考其所以然之故，菲徒苟然志方而已。」
- 註十五：《傷寒微旨論》 傷寒著作。二卷。宋·韓祇和約撰於1086年。原書已佚，後世刊印本系從《永樂大典》中輯錄編成。全書自傷寒源至勞復證共十五篇，論述辨脈，汗、下、溫中等治療大法，用藥和某些病證的證治，並附方論、治案。所用方劑不限於《傷寒論》方，多為自擬方。所設汗、下、溫中諸法均依立春後至清明前；清明後至芒種前；芒種後至立秋前三個不同階段而定。韓氏在闡發《傷寒論》的學術經驗方面多有創新，體現了一定程度的變化與發展，論著頗為後世所重。但王履在《醫經溯洄集》中批評韓氏「將溫暑作傷寒立論」，應予注意。現存清末刻本及石印本，《四庫全書》本等。

### 第三章 方劑歸經理論在統計學意義之探討

#### 第一節 前言

筆者於本文第二章中，已初步對於「方劑歸經」理論出現的時代、學術背景、重要的相關著作、歷史上觀念傳承的軌跡等等相關問題，做了考據與溯源的工作，而根據本論文前一章節中的歷史考據結論，在目前現存醫學文獻中，擁有大量「方劑歸經」紀錄的醫書，就屬明初劉純的《玉機微義》與清初汪昂的《醫方集解》了。

而在前一章節初步談論過兩本書的內容與格式之後，很容易就會面臨一個重要而且無法避免的問題，那就是：劉純在《玉機微義》裡所敘述的「方劑歸經」，是否與汪昂《醫方集解》的「方劑歸經」系出同源？或者是兩位醫家各自發展出兩套不相同的「方劑歸經」理論？因此，為了解答一系列對於「方劑歸經」內涵上的種種疑惑，便需要對《玉機微義》與《醫方集解》兩書中，紀錄「方劑歸經」的模式、邏輯、時機與詳細的醫學內涵，作一番分析與論述了。

初步對內容做簡單的檢視之後可以輕易地發現：相較於《醫方集解》全書方劑皆有歸經，劉純在《玉機微義》當中，並沒有為全書所有方劑做歸經。於此現象，筆者推測很可能與金朝張元素首倡「藥物歸經」的理論，但並沒有為所有藥物標明歸經的情形很類似。也因此就有理由進一步推論，張元素時代的藥物歸經觀念既然屬於歸經學說的草創時期，劉純時代的《方劑歸經》也極可能是處於理論尚未完備成熟的階段。

另外，除了討論兩本著作當中「方劑歸經」理論相關的種種特色之外，筆者也同樣地關心這套鮮少人注意的「方劑歸經」理論，是否具有潛在的邏輯規則可循、是否有傳播與繼承這套理論的醫家或典籍，以及是否有其臨床運用價值（將於第五章薛己的處方模式當中得到佐證）。因此，本章於分析兩書「方劑歸經」記述技巧與文字形式之後，在接下來的段落裡，則將目標放在分析其潛在的邏輯規則，利用盡量客觀與簡單的統計學技巧，期能找出一些「方劑歸經」的規則來幫助此理論明確化、科學化，並且增加未來的發展性。

因此，以下便先對《玉機微義》與《醫方集解》兩部典籍當中，關於註記「方劑歸經」的文字內容先做簡單扼要的分析，然後於接下來的數段當中利用統計學的

技巧嘗試證明「方劑歸經」潛在的邏輯規則，最後再對所得的結果作一個簡單的初步結論。

## 第二節 劉純《玉機微義》的方劑歸經理論剖析

《四庫全書總目提要》對明初劉純《玉機微義》一書的評論是：「其書雖皆採掇舊論舊方，而各附案語，多所訂正。非鈔撮者可比。<sup>9697</sup>」清楚地說明了此書的特色有(1)「採掇舊論舊方」，(2)「各附案語，多所訂正」。因此，此提要簡單評述了劉純《玉機微義》並非一本單純傳鈔、毫無辨正之類的著作。當然，對於這樣的評語，顯然對於此書的特色，沒有足夠深入而且具有獨特性的看法，因為，對於一本具有醫學發展歷史上定位價值的著作，評論「採掇舊論舊方，而各附案語，多所訂正。非鈔撮者可比」的確是太過於輕描淡寫了。

在《玉機微義》一書中，其中第一卷至第七卷、三十四卷至四十三卷，共計十七卷為徐用誠原著《醫學折衷》的內容，其餘八至三十三卷、四十四至五十卷，共計三十三卷為劉純續增的內容，其中劉純的按語，高達八百三十餘條，<sup>98</sup>而這八百三十餘條按語再加上徐用誠原著的按語，也就是本文下手尋找方劑歸經紀錄之處。就書寫的體例來說，十七卷原作者的徐用誠與增補三十三卷成《玉機微義》的劉純皆以「按：……」或「謹按：……」的格式來加註自己對一段醫論或醫方的評論，而方劑歸經的紀錄，實際上也都被保存在這些按語當中。

全書初步經過初步統計共有 1511 個方劑（包含不同章節的同一方劑，但不包含外用方或灸法，除非有標明方劑歸經的外用方，因為《玉機微義》中外用方與灸法多為局部使用，鮮少運用歸經觀念），其中有 796 個方劑標有歸經字眼，這些標明歸經的文字記錄，如同前段所言，全部都列於劉純與徐用誠每一章節所附方劑的注解區塊裡，因此全書的方劑僅約 52.68%有方劑歸經的記錄（請參考【表 3.2.1】）。雖然看起來只有一半的方劑有紀錄，但與《玉機微義》同時期的醫學叢書裡，卻都沒有這樣的紀錄，因此「方劑歸經」的紀錄可明顯算是《玉機微義》的一大特色了。

但因本書有兩位作者，如果兩作者對於方劑歸經的看法不一樣，是否會影響本書方劑歸經的邏輯而造成分析上的問題呢？隨著這樣的小疑惑，筆者便做了幾個《玉機微義》全書方劑歸經記錄統計表，來求證這樣的疑惑是否成立，表格如下：（請見【表 3.2.1】、【表 3.2.2】、【表 3.2.3】與【表 3.2.4】）

【表 3.2.1】 《玉機微義》全書方劑歸經狀況統計表概況

	有方劑歸經數目	無方劑歸經數目	全部方劑數目
徐用誠所著章節	173	186	359
劉純所增補章節	623	529	1152
總 和	796	715	1511
全書有方劑歸經比例	52.68%		

【表 3.2.2】 《玉機微義》方劑歸經狀況統計表之一(作者為徐用誠之章節)

《玉機微義》方劑歸經狀況統計表之一(作者為徐用誠之章節)

章節	歸經(a)	方劑(b)	方劑歸經比例(a/b)%	作者
卷之一中風門	5	34	14.71%	徐用誠
卷之二痿證門	0	3	0.00%	徐用誠
卷之三傷風門	5	10	50.00%	徐用誠
卷之四痰飲門	30	60	50.00%	徐用誠
卷之五滯下門	16	53	30.19%	徐用誠
卷之六泄瀉門	15	27	55.56%	徐用誠
卷之七瘧門	11	26	42.31%	徐用誠
卷之三十四頭痛門	15	24	62.50%	徐用誠
卷之三十五頭眩門	4	14	28.57%	徐用誠
卷之三十六咳逆門	8	11	72.73%	徐用誠
卷之三十七心下痞滿門	9	14	64.29%	徐用誠
卷之三十八吐酸門	3	3	100.00%	徐用誠
卷之三十九瘧門	3	7	42.86%	徐用誠
卷之四十癆風門	6	14	42.86%	徐用誠
卷之四十一風癩門	12	22	54.55%	徐用誠
卷之四十二破傷風門	16	18	88.89%	徐用誠
卷之四十三損傷門	15	19	78.95%	徐用誠

在筆者根據此書內不同的作者所分開討論的【表 3.2.2】與【表 3.2.3】二表內，

可輕易發現各章節之間標定「方劑歸經」的比例相當混亂。某些章節全部方劑都能標註方劑的歸經，但也有不少章節連一個方劑歸經都沒有註明。是否，這個現象與徐用誠、劉純對於某些特定章節的主要疾病認知有關聯、抑或是對「方劑歸經」的標明，有一些潛在的原則或規律呢？雖然此問題的答案，筆者目前也無法得知，因此希望留待未來的學者繼續對此題目進行更深入的探討。以下則為作者是劉純的章節統計表（【表 3.2.3】）

【表 3.2.3】《玉機微義》方劑歸經狀況統計表之一(作者為劉純之章節)

《玉機微義》方劑歸經狀況統計表(作者為劉純之章節)

章節	歸經(a)	方劑(b)	方劑歸經比例(a/b)%	作者
卷之八咳嗽門	40	68	58.82%	劉純
卷之九熱門	47	58	81.03%	劉純
卷之十火門	31	35	88.57%	劉純
卷之十一暑門	18	22	81.82%	劉純
卷之十二濕門	31	35	88.57%	劉純
卷之十三燥門	5	10	50.00%	劉純
卷之十四寒門	27	36	75.00%	劉純
卷之十五瘡瘍門	34	47	72.34%	劉純
卷之十六氣證門	16	35	45.71%	劉純
卷之十七血證門	15	41	36.59%	劉純
卷之十八內傷門	16	42	38.10%	劉純
卷之十九虛損門	24	29	82.76%	劉純
卷之二十積聚門	5	28	17.86%	劉純
卷之二十一消渴門	9	21	42.86%	劉純
卷之二十二水氣門	32	33	96.97%	劉純
卷之二十三腳氣門	15	21	71.43%	劉純
卷之二十四諸疝門	16	29	55.17%	劉純
卷之二十五反胃門	12	15	80.00%	劉純

\*第二列「歸經(a)」：整卷當中，具有方劑歸經的方劑數目；第三列「方劑(b)」：全卷總方劑數

【表 3.2.3】：續

章節	歸經(a)	方劑(b)	方劑歸經比例(a/b)%	作者
卷之二十六脹滿門	6	20	30.00%	劉純
卷之二十七喉痺門	0	21	0.00%	劉純
卷之二十八淋秘門	0	32	0.00%	劉純
卷之二十九眼目門	30	32	93.75%	劉純
卷之三十牙齒門	22	29	75.86%	劉純
卷之三十一腰痛門	13	24	54.17%	劉純
卷之三十二腹痛門	16	22	72.73%	劉純
卷之三十三心痛門	22	28	78.57%	劉純
卷之四十四癩疹門	9	13	69.23%	劉純
卷之四十五黃疸門	19	26	73.08%	劉純
卷之四十六霍亂門	6	17	35.29%	劉純
卷之四十七厥門	0	6	0.00%	劉純
卷之四十八痺證門	5	6	83.33%	劉純
卷之四十九婦人門	14	114	12.28%	劉純
卷之五十小兒方	68	157	43.31%	劉純

\*第二列「歸經(a)」：整卷當中，具有方劑歸經的方劑數目；第三列「方劑(b)」：全卷總方劑數

### 3-2-1 不同作者是否對於標定方劑歸經有影響

因為想要研究這個突發奇想的問題，所以想要利用表【2.2.2】與【2.2.3】的數據，在徐用誠自行撰寫加上劉純註解的篇章十七章，與劉純自行增補的章節三十三章兩群區塊間，比較是否有加註或不加註方劑歸經的差異性，利用 Chi-square 雙尾檢定，發現沒有顯著差異（請見【表 3.2.4】），換言之，我們無法說兩個作者在加不加註方劑歸經上有差異。這大致上可以解釋成本書前後雖然由兩位作者前後著作增補而成，但是其歸經的頻率在不同作者的章節間，沒有顯著差異。這個結果對於本文嘗試分析此書的方劑歸經規律，是個好消息，否則分開兩個作者另外進行討論，是相當麻煩的事。

【表 3.2.4】比較兩作者 Chi-square 結果

Exact & Chi Square (X <sup>2</sup> ) Test	Value	d.f.	p-value(1-tail)	p-value(2-tail)*
Fisher's Exact**		1	0.029	0.059
X <sup>2</sup> Uncorrected	3.810	1	0.025	0.051
X <sup>2</sup> Corrected	3.577	1	0.029	0.059
X <sup>2</sup> Mantel-Haenszel	3.807	1	0.026	0.051

\*p(2-tails) value>0.05, not significant.

### 3-2-2 《玉機微義》中「方劑歸經」的方法

接下來，筆者將從這些標明歸經的文字敘述裡，利用文字閱讀與比對分析的方法，歸納出以下幾種不同的「方劑歸經」敘述系統：

#### (一) 用五臟六腑之名作歸經的敘述。

此便是直接以「肝心脾肺腎」或「膽小腸胃大腸膀胱三焦心包」的系統作歸經之標的。例如《玉機微義·卷之一·中風門》之中的局方小續命湯，標為「心肺脾胃肝三焦命門藥<sup>99</sup>」；再如同一書中《玉機微義·卷之十·火門·折制之劑》調胃承氣湯，文下云：「此瀉胃火之藥也」。這兩條敘述很明顯地都是使用五臟六腑辨證系統來表達方劑作用位置或者臟腑病灶的一種表達方式。這樣的歸經表達方式，與劉純之前金朝張元素、與之後明朝李時珍的「臟腑歸經」學說，都具有極為類似的書寫模式，很有可能係出同源。

#### (二) 以十二經絡之名作歸經的敘述。

就是直接以手三陽三陰，足三陽三陰作敘述的方法。例如《玉機微義·卷之三·傷風門·辛溫解表之劑》局方神朮散，<sup>100</sup>文下標明「足太陽少陰手陽明經藥」；再如《玉機微義·卷之十一·暑門·溫散之劑》縮脾飲，<sup>101</sup>文下標明：「手足太陰少陰足陽明經藥」。諸如此類等等都是以十二經絡之名來標註歸經標的之表達方法。綜觀《玉機微義》全書，這種標示歸經的方法其實也是出現次數最多、使用頻率最高的一種方法，這也許在某個程度上也代表了劉純在臨床上最重要、最常使用的一種辨證思路。當然，文後會繼續提到，汪昂《醫方集解》所使用的歸經語言，幾乎就只使用了這一種。

### (三) 仿《傷寒論》六經之名作歸經的敘述。

此便是直接將方劑評為「某某經例藥」的方法。例如《玉機微義·卷之九熱門·寒熱之劑》陽旦湯，<sup>102</sup>文下云：「太陽例藥」，雖然劉純在書中並未說明「例藥」的定義，但是眾所皆知陽旦湯就是《傷寒論》中桂枝湯加上黃芩所組成，因此若要解釋此方的治療方向便脫不了《傷寒論》太陽病的架構。所以筆者認為劉純標示「太陽例藥」，意思應當是表明此病同於《傷寒論》六經辨證中太陽經之病。再如《玉機微義·卷之九熱門·攻裡之劑》宣明三乙承氣湯，<sup>103</sup>便標明「足陽明例藥」，而三乙承氣湯便是後世所謂的三一承氣湯，其組成是大承氣湯加甘草，也因此其架構當然不離《傷寒論》陽明病篇的辨證體系（註一）。

因此不難發現，大多數使用類似《傷寒論》六經之名來作為歸經標註的方劑幾乎都可以歸屬於以下這兩種情形：

- (1) 主治範圍符合《傷寒論》六經之病；或是
- (2) 以《傷寒論》方劑為組方基本架構的方劑。

這與之前談論過王好古《醫壘元戎》註記的方劑歸經模式，有相當大的雷同之處，筆者認為在劉純《玉機微義》一書中，以「某某經例藥」為方劑歸經表達方法的，多半承襲自《傷寒論》六經的觀念。

### (四) 以「氣血」論「補瀉」之名作歸經的敘述。

這一大類以方劑「入氣分」或者「入血分」為主要區隔，然後經常根據氣或血兩大部分，又有補瀉氣血的差別。例如《玉機微義·卷之十三·燥門·治熱之劑》子和脾約丸與潤體丸，於其文下註云：「已上二方，一氣分藥，一血分藥也，兩方故所主不同。然氣血不能宣通者，非此莫能療，而氣虛津液不足者慎之。<sup>104</sup>」也是不論經絡或者臟腑，直接以氣血來區分歸經的例子。因此，李時珍雖是首位提出藥物有歸入氣分血分的醫家，但是早他約兩百年的劉純，就已經提出了方劑也有歸入氣分血分的理論（請見註二）。

### (五) 混合多系統的歸經的敘述及其他（如表裡、三焦系統等）。

此類表達方式混合了兩套或兩套以上的系統命名，來表示一個方劑的歸經，最好的例子如《玉機微義·卷之一·中風門·發表之劑》局方小續命湯，<sup>105</sup>其文下標為「心肺脾胃肝，又太陽經血氣藥」。這個方的歸經敘述裡，至少混合了五臟六腑系統、類似《傷寒論》六經系統以及氣血歸經系統三套不同的歸經敘述方法；再如《玉機微義·卷之十三·燥門·治風之劑》麻仁丸（註三），<sup>106</sup>文



下標明：「此手足陽明、足太陽經藥，表裡之劑，氣分藥也」也至少包含了十二經系統、表裡與氣血系統。此外，《玉機微義·卷之二十·積聚門·消導之劑》寶鑑香殼丸，文下云：「下焦之藥也。<sup>107</sup>」則使用了與上述系統都不相同的上中下三焦來表達一個方劑的歸經。

#### (六) 不分經絡而發揮作用的方劑。

此類就是在 1511 個方劑當中，直接註明「不分經絡」的方劑。例如《玉機微義·卷之五·滯下門·補劑》裡的良方十全大補湯、良方當歸補血湯，其下註解即云：「此二方不分經絡，補血之劑。<sup>108</sup>」然而，雖然此類不分經絡歸經的方劑不多，但是卻給筆者帶來一些新問題：在什麼情況下，劉純認為可以不分經絡？而什麼情況下，劉純認為應當分經絡來敘述呢？從整本《玉機微義》的敘述風格來說，應該是贊成分經絡、臟腑甚至三焦氣分血分的分類，但是這兩個方劑卻又告訴讀者不需要分經絡。筆者認為，依照前後文的敘述，如「殊不知血氣虛脫之人，與夫胎前產後之證，此法不可無也，故特立條目以表彰之。」因此很有可能是因為此二方的運用範圍相當之廣，因此不特定標名所運用的經絡、臟腑。換句話說，標明臟腑、經絡、氣分血分三焦等等的用意，很有可能就是為了臨床能快速地為醫師所回憶起並加以取用，或者是用於區別類似方劑的不同作用範圍，這對金元時期之後日益增多的方劑數目來說，的確提供了一個統整、提綱作用而為臨床醫師運用的解決方法。

#### (七) 未明言方劑歸經，卻有歸經意味的歸經紀錄。

此部份是在全書未記載方劑歸經的 715 個方劑裡，主治範圍中卻有歸經意味的文字敘述。例如在《玉機微義·卷之八·咳嗽門·臟腑湯液諸方》一節中，實際上共收有 11 個方劑，但是每一個方劑都沒有在其下附註前述六種方法的歸經字眼，僅輕描淡寫地說：「已上諸方，併傷寒例藥。」不過有趣的是，每一個方劑的主治，都跟臟腑有關。例如：「小柴胡湯，治肝臟發咳……」、「黃芩加半夏生薑湯，治膽腑發咳……」、「桔梗湯，治心臟發咳……」、「芍藥甘草湯，治小腸腑發咳……」、「升麻湯，治脾臟發咳……」、「烏梅丸，治胃腑發咳……」、「麻黃湯，治肺臟發咳……」、「赤石脂禹餘糧湯，治大腸腑發咳……」、「麻黃附子細辛湯，治腎臟發咳……」、「茯苓甘草湯，治膀胱腑發咳……」、「異功散，治久咳不已，三焦受之……」<sup>109</sup>如果將方劑歸經的運用價值考慮進來，這十一個方劑，也都可以算成具有指出方劑歸經的例子，但是卻未在附註中標明，並

且，在十二臟腑之中，獨缺入心包經的方劑。

同樣地，在《玉機微義·卷之九·熱門·瀉諸經實熱方》當中也有類似的現象，其中只有「局方涼膈散，此手太陰少陰、足太陰陽明藥也。」、「調胃承氣湯，足陽明經藥也。」、「八正散，此足太陽陽明經藥也。」三個方劑註記有依照經絡來分類的方劑歸經字眼，其餘十個方劑分別這麼記述著：「錢氏瀉青丸，治肝經鬱熱」、「瀉心湯，治心熱」、「瀉黃散，治脾熱」、「瀉白散，治肺熱」、「東垣滋腎丸，治腎熱」、「半夏湯，治膽腑發熱」、「導赤散，治小腸實熱」、「前胡散，治胃氣實熱」、「瀉白散，治大腸實熱」、「赤茯苓湯，治膀胱實熱」，全都以臟腑加上病機作為主治的範圍。同一書中的《卷之十·火門·從治之劑》也有類似的紀錄；另外，《卷之十四·寒門·附虛寒溫經諸方》<sup>110</sup>則依序列舉了肝、膽、心、小腸、脾、胃、肺、大腸、腎、膀胱受寒之十個方劑，缺少了心包經與三焦經受寒之方。

除了以上的紀錄之外，在《卷十五·瘡瘍門》中則因為引用了元朝李杲《東垣試效方》中治瘡瘍的諸多經驗方，但是未於註解中加入劉純自己的歸經判斷，例如「東垣黃連消毒散，治癰疽發於腦項或背太陽經分……」；「內托羌活湯，治足太陽經中，左右尺脈俱緊……」；「白芷升麻湯，治手陽明氣分，臂上生癰……」；「內托黃耆柴胡湯，治瘡生腿內，近膝股或癰或附骨癰，初起腫痛勢大，此足太陰厥陰之分」；「內托黃耆酒煎湯，治瘡生腿外側，或因寒濕得附骨癰於足少陽經分，微侵足陽明經，堅硬漫腫……」；「散腫潰堅湯，治馬刀瘡，結硬塊子，堅如石者，在耳下至缺盆中，或入脅下，接手足少陽經中。……」；「升麻調經湯，治頰下或至頰磊瘰癧，此證出足陽明胃之經中來也，若瘡深遠，隱曲肉底，是足少陰腎中來也。……」；「連翹潰堅湯，……從手足少陽經中來也。」這一小節當中，可以很清楚地發現只要東垣主治中已經明言經絡之時，劉純就不再加以歸經，而其他主治只云「馬刀瘡」的方劑，如柴胡通經湯等，劉純就會在附註中加上自己判斷的歸經字眼。

這樣的現象，還可在《卷之二十·積聚門》引用自李東垣的「五臟積<sup>111</sup>」一文中見到。其餘各章節也有類似現象而未註明歸經的方劑，雖然這些方劑分布在不同篇章，但歸經的屬性與來源類似，因此其餘不再一一詳細列舉。

換言之，透過此種不重新註解歸經卻擁有歸經意涵的方劑，筆者可以推論：至少，劉純在《瘡瘍門》中，加上方劑歸經的動機，應該是為了補足原方主治導向性不足的缺點，而在已經有導向（東垣已在主治敘述中說明經絡或臟腑）的方劑，不管是已經導向臟腑或是導向經絡的方劑，就不再加以歸經了。而且，劉純在同一卷

的《辛溫發散之劑·十六味流氣飲》當中，這麼說道：

按：此表裏氣血藥也，復以疏風助陽之劑，世俗多用之，故收入。非脈之洪緩沉遲緊細者，不宜用此。每見外科諸家載此，往往不分經絡脈證，不具時宜，但云化毒消腫。有云不退者，加以補氣血之藥，蓋又使人不能無疑也。用之當觸類而長之可矣。<sup>112</sup>

在這段文字當中，更加清楚地表現劉純重視疾病分辨歸經，以及處方中決定藥物的使用必須根據其歸經等等的觀念。筆者認為，承襲著重視歸經的金元學術風氣，這也許就是劉純將方劑加上歸經的初始動機了。

言而總之，這小段提及書中未加以註記方劑歸經，但卻有方劑歸經意涵的主治敘述，若嘗試歸納出其背後的原由，最可能的原因就是劉純之前代，就已經存在利用十二臟腑來分類方劑的方法（可與本論文第二章發現王好古等人也有方劑歸經雛型觀念的結論相對照），因此劉純不需要再加以註記。

綜合前文分成七大類歸經方式的討論，簡而言之，劉純在為已經累積到相當大量的方劑作選方以及歸經的工作之時，運用了多套的辨證與歸納系統來敘述方劑的歸經。換句話說，劉純《玉機微義》當時在敘述方劑歸經所使用的方法，並沒有確立一套能統一解釋區別所有方劑的模式。因此簡言之，若將劉純的《玉機微義》與汪昂的《醫方集解》相較，很容易就會發現以下幾個特點：

(1)就寫作體例上而言：在《玉機微義》至少有七大類不同的註記方式；在《醫方集解》則簡化成幾乎只使用十二經絡的語言模式，汪昂幾乎不用其他方式來註記「方劑歸經」。

(2)就分析「方劑歸經」的內涵上而言：《玉機微義》一書當中，要找到劉純「方劑歸經」的潛在想法比較困難，因為劉純並沒有嘗試寫下自己的方論，也因此劉純的歸經觀念就難以從《玉機微義》當中被歸納與理解，而只能從歷代傳承的醫家，找尋劉純「方劑歸經」的源頭以了解劉純註記「方劑歸經」的義涵。

因此，雖然一樣有五臟六腑、經絡疾病以及《傷寒論》六經病的概念蘊含其中，但是汪昂《醫方集解》的「方劑歸經」系統，至少比較沒有名詞使用上多元化但略顯混亂的情況。這一點，筆者會在後面的段落中，逐漸地深入論述。

### 3-2-3 劉純論歸經的臟腑系統與十二經系統之差異考辨

在初步分析整本《玉機微義》論述歸經的模式之後，筆者不禁想要提出一個疑惑：劉純在《玉機微義》中，有的方劑使用五臟六腑系統來表達歸經，更多的方劑卻使用十二經絡的方法來敘述，其中有無差別呢？只是兩種語言互換使用，實際上相同嗎？或者是這兩套語言各有其背後的意義，並非相同？雖然《靈樞·海論》云：「夫十二經脈者，內屬於府藏，外絡於肢節」；《靈樞·經脈》中更是詳細論述了十二經分別屬、絡相應臟腑，以及是動所生之病的種種症狀。就理論上而言：

- (1) 古代醫家若使用十二經絡來說明病情，則多半與經絡所行經的身體部位最有關，而與內在相連臟腑的關係雖有但較小；
- (2) 若古代醫家使用五臟六腑之名來說明病情或病位，則與內在臟腑的關聯性最大，而與其對應經絡的循行路徑關聯性較小。

但，劉純使用這兩套系統來表達歸經也有這樣的隱含意義嗎？換句話說，當劉純在方劑下按註「手太陰經藥」之時，是否等於「肺經藥」呢，還是有其特殊用意而不等同於「肺經藥」？根據這樣的疑惑，筆者找到了劉純的這樣一段文字：

肺熱者，輕手乃得，微按全無，日西熱甚，乃皮毛之熱。其証……心熱者，微按至皮膚之下，肌肉之上，輕手乃得，微按至皮毛之下則熱，少加力按之則全不熱，是熱在血脈也。其證煩心……脾熱者，輕手捫之不熱，重按至筋骨又不熱，不輕不重，在輕手重手其間，熱在肌肉，遇夜尤甚。其證……肝熱者，重按至肌肉之下，至骨之上，乃肝之熱，寅卯間尤甚。其脈弦，四肢滿閉，便難，轉筋……腎熱者，輕手重手俱不熱，如重手按至骨分，其熱蒸手如火。其人骨蘇蘇如虫蝕，其骨困熱不任，亦不能起於床。滋腎丸主之。

（劉純）按：此手太陰少陰、足太陰、厥陰少陰本病，為皮毛、肌肉、骨分熱也。然面熱者，足陽明。口中熱如膠，足少陰。口熱舌乾，足少陰。耳前熱若寒，手太陽。掌中熱，手厥陰、少陰、太陰。足下熱而痛，足少陰。足外熱，足少陽。身熱，膚痛，手少陰。身前熱，足陽明。洒淅寒熱，手太陰。肩上熱，肩似拔，手太陽。中熱而喘，足少陰。肩背熱，及足小指外廉，脛踝後皆熱，足太陽。一身盡熱，狂而妄聞、妄見、妄言，足陽明。熱而筋縱緩不收，陰痿，足陽明、厥陰，手少陰。與前熱在氣分血分，皆諸經現証，腑臟陰陽是動所生之本病也。<sup>113</sup>

前文云：「肺熱者……」，以五臟六腑之名來敘述熱病的區別，但是劉純在按文裡卻說：「手太陰」等等以十二經絡之名來區別熱證的差別。實際上，這一段的前文用五臟來區分熱的深淺，最淺至最深分別是肺→心→脾→肝→腎，而劉純按文則以手太陰少陰、足太陰、足厥陰少陰對應皮毛分熱、肌肉分熱以及骨分熱三個層次來解釋，表示劉純認為五種臟腑對應五種深度的熱，就等同於這五條經絡對應三種深度的熱證意思一樣。實際上，「手太陰少陰本病」正是指「皮毛分熱」；「足太陰本病」正是指「肌肉分熱」；而「足少陰厥陰本病」則正好就是「骨分熱」，而這五條經絡的順序恰好也是肺→心→脾→肝→腎。

因此，在這一段劉純解釋五臟熱證的文章裡，透露了他極有可能以十二經絡之名來替代理論上應該以五臟六腑作命名的歸經敘述。既然劉純的十二經絡系統有時候的確是指五臟六腑，那麼筆者便可以推測，這兩套系統在《玉機微義》裡，也許存在的意義只是文字上的差別，但是實際上可能是一樣的內涵。

接著筆者也見到在《玉機微義》中，至少有兩處出現了標明方劑歸經的黃連解毒湯，一是在《卷之九》，另一則是在《卷之十》。《玉機微義·卷之九·熱門·火熱之劑》標了「手足太陽、陽明少陰、手太陰藥也<sup>114</sup>」，但是在《玉機微義·卷之十·火門·折制之劑》卻標「此太倉公火劑湯也。瀉心肺腎膀胱、大小腸、胃火之藥<sup>115</sup>」。換句話說，若將卷九卷十合看，卷九的十二經系統，轉化成對應的臟腑之後，便可以說成「小腸大腸心、膀胱胃腎與肺」，再將卷九與卷十的歸經作對照，不難發現實際上兩者只是順序不同，但是所指的臟腑是完全一樣的。

因此，註解同樣一個方劑，卻使用了「手足太陽、陽明少陰、手太陰藥」與「心肺腎膀胱、大小腸、胃」兩套不完全相等的系統，這暗示劉純的方劑歸經敘述模式，極可能有兩套系統互用的情況。再如另一個例子，同樣是卷九與卷十皆收錄有歸經敘述的調胃承氣湯，在《玉機微義·卷之九·熱門·瀉諸經實熱方》云：「足陽明經藥<sup>116</sup>」；《玉機微義·卷之十·火門·折制之劑》則云：「此瀉胃火之藥也。<sup>117</sup>」因此，同樣的結論還是可以在卷九及卷十裡成立：「足陽明經」的意思，在這裡幾乎就等同於「胃」了。

結論是，至少在《玉機微義·卷之九·熱門·瀉諸經實熱方》與《玉機微義·卷之十·火門·折制之劑》兩卷裡，若非劉純有所誤記，十二經系統在某些條件下就等同於臟腑系統。透過前段的兩個例子，的確可以體會出劉純以這兩套系統作為歸經敘述的真實意涵。而筆者也認為，在其他章節這個條件還是很可能可以成立的。

### 3-2-4 《玉機微義》方劑歸經在同一卷內的集中趨勢

在《卷之三十·牙齒門》裡的方劑，略跟其他篇章有所不同，因為此篇的疾病獨立的理由主要是因為病位，而非病因，因此簡單對此篇的方劑歸經記錄做統計之後可以發現：本卷因為病種特殊，古代多由外敷或外擦而得效。但，此卷與他卷不同之處在於，本卷雖為外用方居多，但是全卷共 29 個外用或是灌漱、擦牙方，擁有方劑歸經記載的方劑竟有 22 個，這在其他篇章是看不到的情況（其他卷外用方幾乎沒有歸經的記載）。其中，歸入「足陽明胃經」的次數為最多，共計 16 次，其次則為「手陽明大腸經」共 10 次，換言之，入「手足陽明經」的比例，高達 51%，若再加上第三多的經絡「足少陰腎」則高達 65%，顯示了本篇方劑的歸經高度集中性。（詳見表 3.2.5）

【表 3.2.5】 《玉機微義·卷之三十·口齒門》方劑歸經統計簡表

歸經	次數	比例(%)
手厥陰	1	1.96%
手太陽	2	3.92%
足太陰	3	5.88%
足少陽	1	1.96%
足陽明	16	31.37%
手陽明	10	19.61%
足少陰	7	13.73%
足厥陰	6	11.76%
足太陽	5	9.80%

推究其可能原因，大概是因為本篇承襲自李東垣《論牙齒諸痛所因》一篇的論述，李東垣這麼講：

夫齒者腎之標，口者脾之竅，諸經多有會於口者，其牙齒是也。手足陽明之所過，上齧隸於坤土，乃足陽明胃之脈貫絡也，止而不動。下齧嚼物，動而不休，手陽明大腸之脈所貫絡也。手陽明惡寒飲而喜熱，足陽明喜寒飲而惡熱，其病不一。牙者，腎之標，亦喜寒，寒者堅牢，為病不同。……<sup>118</sup>

而劉純則接著註解云：「此論齒惡寒熱等作痛，本手足陽明。動搖齟脫，本足少陰。故此三經所主為多。」至此，可以清楚地瞭解，對於方劑歸經，在針對某些疾病治療的時候，有相當一大部分取決於理論上對於這類疾病的歸經認知，如果這類疾病歸於腎經，則相關方劑就容易歸入腎經，這本是很容易理解的事，但古來未有人明言，因此本文則於此提出清楚的明證來加深此論點的公信力。

### 3-2-5 劉純方劑歸經判斷法則的一段文字

而仔細詳讀劉純《玉機微義》當中的附註，這也就是全書中最容易探窺劉純自己看法的地方，其中很可能會發現一些劉純歸經原則的蛛絲馬跡，例如《玉機微義·卷五·滯下門·芍藥湯》的註解，他這麼說：

此行血調氣，不熱之藥也。大凡用藥之雜，與品味之多者，難以細分經絡，當觀其大體如何，此則太陽桂枝例藥也。<sup>119</sup>

換句話說，這短短的一小段文字裡，正式透露出劉純所謂方劑歸經的思路了。劉純身為臨床上的實踐者，也相當清楚有許多方劑組成藥味相當多、甚至許多方劑更是寒熱藥物夾雜、攻補藥物兼施，因此，對於這些方劑，要判別其歸經大向，則還是「難以細分經絡」。

當然也因此，「觀其大體如何」就很有可能是表示：對於這些複雜的方劑，劉純以自己行醫的經驗，來做出主觀判斷，最終決定方劑歸經的意思了。但是究竟「用藥之雜，與品味之多者」有哪些條件，則沒有劉純的明確說明了。

另外在《玉機微義·卷之九·熱門·治虛熱升陽之劑·東垣升陽益胃湯》之下的註解這麼講：「按：此手太陰、足陽明太陰之藥。欲升浮中焦下陷之氣，故加太陽諸經藥也。<sup>120</sup>」看到這段文字，不禁令筆者這麼思考：既然已經加入太陽諸經之藥，卻未見太陽經出現在整個方劑的歸經，原因頗耐人尋味。因此，可見得全方的歸經，必定經過某種方法加以簡化，必不單純地依照每一味組成藥物來加成，而形成全方的歸經。此段文字，也可有另外一個涵義：表示劉純認為東垣升陽益胃湯中所謂「升浮中焦下陷之氣」，用的方法就是「加太陽諸經藥」，是不是就是指加入後世所謂的風藥呢？此段文字看來是這樣的，但此問題的詳細剖析，則留待研究東垣用藥模式的學者，繼續深入探究了。

在此又提出另外一個現象，劉純在註解當中談論方劑個整體歸經，經常用這樣一個格式來書寫：「此某某經某某經藥也，出某某例。」但是在很多的方劑歸經敘述當中，不難見到有些明顯的疑惑，例如《玉機微義·卷之十四·寒門·發表之劑》當中，葛根湯下寫道：「按：此出太陽例，陽明藥也」；柴胡桂枝湯下寫道：「按：此出太陽例，少陽經藥也」；桂枝湯下寫道：「按：此出太陽例，太陰經藥也。」乍看之下有相當程度的矛盾，但是筆者曾經於本論文的第二章〈方劑歸經理論源流考·《醫壘元戎》中發現王好古「方劑歸經」的記載·某某經例藥的意涵〉一段中詳細分析過此問題，當時認為王好古的「某某湯例藥」是採取自仲景或是東垣方劑的組成作分類其它方劑的標準。因此，此處應當這麼解釋：

(1) 劉純所說的「出太陽例」。

是指此方劑的組成，是源自於《傷寒論·太陽病篇》之方劑，也就是說來自於《傷寒論·太陽病篇》方劑的衍生方；

(2) 再者，「太陰經藥」。

則很可能是指透過其中主要藥物的歸經，把整個方也加入藥物歸經的觀念，這的確也很可能是《玉機微義》中傳承張元素藥物歸經學說來創造「方劑歸經」學說的一個證據。

這樣的發現，仍然與之前對王好古《醫壘元戎》「方劑歸經」紀錄的簡單歸納，結論並無不同。

另外，此書中大多數的方劑前後被提到數次之時，多半歸經的記載是相同的，但有些情況下，《玉機微義》當中同一個方劑，在不同的卷次中出現卻有不同的歸經記載。例如《玉機微義·卷之十五·辛涼發散之劑》與《玉機微義·卷之二十三·腳氣門·發表之劑》中都有提到「東垣當歸拈痛湯」，但是在卷十五是「此足太陽陽明三陰藥也。東垣本處為治腳氣濕熱之劑.....<sup>121</sup>」；卷二十三卻記載「此出太陽例，治濕熱之藥。」而劉純並不是沒有注意到他在卷十五已經註記過此方，甚至還在此方下標明「見瘡瘍門」。既然卷十五的五條歸經（足太陽、足陽明、足三陰）亦可以簡化為卷二十三的一條歸經（足太陽），可見得此時劉純的方劑歸經，還是存在著某種程度的不精確性。



### 第三節 總結劉純方劑歸經內涵的特色

綜合前面數段的論述，筆者將在此段對劉純時代的「方劑歸經」做個簡單扼要的小結論。根據筆者的論述，劉純的方劑歸經觀念有以下幾個特色：

(一) 至少擁有七套不同的歸經敘述系統。

顯示劉純使用「方劑歸經」理論之時，可能還未擁有固定的歸經語言，也未決定歸經模式主要應採取哪一種表達方式，因此《玉機微義》將中醫理論內涵中所有可作為說明方劑導向的系統，都使用進來幫助表達方劑的歸經現象。

(二) 使用方劑歸經的動機，很明顯是為了補足原方主治導向性不足的缺點。

而在已經有導向的方劑，不管是已經導向臟腑或是導向經絡的方劑，就不再加以歸經了。此類特色在引用東垣方劑時，特別明顯。

(三) 全方的歸經，必定經過某種方法加以簡化，必不單純地依照每一味組成藥物來加成，而形成全方的歸經。

(四) 「某某例藥」不一定等於「某某經藥」。

理由如上段所論述或見本論文第二章中引用王好古《醫壘元戎》的部份。此部分體現了劉純傳承自張元素、王好古的觀念，再依自己的天份才智，創造了「方劑歸經」的初步框架。

(五) 劉純時代的「方劑歸經」模式，尚存在著某種程度的不精確性。

因此對於同一方劑，前後文引用時可以發現不同歸經的紀錄。例如前段所提過的《玉機微義·卷之十五·辛涼發散之劑》與《玉機微義·卷之二十三·腳氣門·發表之劑》中「東垣當歸拈痛湯」，前者註記為「此足太陽陽明三陰藥也」，後者云「此出太陽例」。

(六) 某些章節因為病位意味很強，因此入某條經絡的機率大增。

例如《玉機微義·卷之三十·牙齒門》中的明顯歸經趨勢。

(七) 曾言「大凡用藥之雜，與品味之多者，難以細分經絡，當觀其大體如何」，表示對「方劑歸經」的寫作思路，就是觀察組成藥味的經絡傾向。

此段提示品味龐雜之藥物，方劑歸經就越容易只選擇「全方的大方向」或甚至「主要藥物」來標定，而非對組成中的每一藥味詳加考據然後加成。

以上便是對於《玉機微義》的歸經記錄方式，簡單精要的分析，以幫助讀者對於《玉機微義》一書中記載「方劑歸經」的筆法，有個初步但還算全面的認識。以

下便繼續對此理論具有第二大重要性的《醫方集解》，同樣做記載歸經的筆法作一初步的整理與分析。

## 第四節 汪昂《本草備要》方劑歸經的方法

本書共收方865首，是清初學者汪昂(1615~1698)在1682年所完成，實際上是一部影響方劑學發展頗深的著作。清代官修《醫宗金鑒》在論述方劑學發展時提出：「方論始於成無己，近代則有吳崑、李中梓、柯琴、汪昂諸家<sup>122</sup>」，從而明確了本書在方劑學發展史中的地位和作用。雖難稱完備(如某些方源記載有誤、方劑歸類不當等)，但做為清代方劑學方面影響最大的著作，《醫方集解》的確當之無愧。<sup>123124</sup>

筆者嘗試分析汪昂《醫方集解》的歸經敘述，可以發現汪昂的表達方法相當簡單而且前後連貫：全書幾乎全以十二經絡之名作為歸經的命名，並且相當少用五臟六腑、三焦氣血等模式來歸經，這一點與劉純的《玉機微義》敘述方劑歸經的語法模式有相當大的不同。但雖然語法模式看來相當統一，而且比較全面化、廣泛化、系統化，但是在十二經的表示方法中，仔細分仍然還是有不同之處，最大的例外就是「發表之劑」這一個章節。

### 3-4-1 發表之劑受《傷寒論》的影響

發表之劑共載有十八個主方，其中方劑歸經出現「足太陽」者，竟然高達有十四個，其餘沒有足太陽的四個方劑分別是「麻黃附子細辛湯」原本就屬於《傷寒論》的少陰篇，因此註為「足少陰藥」；「升麻葛根湯」治陽明發斑，註為「足陽明藥」也；「柴胡升麻湯」治少陽陽明合病，註為「足少陽陽明藥也」；「大羌活湯」只云陰陽兩解之藥，未標明歸經。換句話說，如果汪昂在這一篇的歸經這一篇裡面難道都是入膀胱經、治療膀胱腑病的方劑嗎？

筆者推測，這很可能是解釋「方劑歸經」邏輯上的一個死角，理由是《傷寒論》被當時的醫家廣泛認為是談論傷風傷寒等外感疾病的一本著作，尤其〈太陽病篇〉的諸多方劑更是如此，所以汪昂很可能就理所當然地在這一篇名為〈發表之劑〉的章節裡，全都加上了「足太陽」的歸經敘述。筆者推測此現象應該是受到《傷寒論》太陽病辨證系統主導外感疾病的診斷影響所致。因此《醫方集解》的發表之劑一篇之中的歸經敘述，無法體現由藥物的個別特色決定方劑歸經、甚至決定內在臟腑作

用偏好的特質。這樣的現象於前文也提及過，不僅是汪昂的《醫方集解》，實際上劉純的《玉機微義》同樣也沒有超出這樣的先天限制，也同樣沒有逃脫傷寒六經的影響而在發表的方劑之下，通通標上了「足太陽」的字眼。

這樣的現象，《醫方集解·十神湯》下的注解中，引用吳鶴皋的說法可以作為佐證：

古人治風寒，必分六經見證用藥，然亦有發熱頭痛，惡寒鼻塞，而六經之證不甚顯者，亦總以疏表利氣之主之。<sup>125</sup>

表示至少在明朝吳鶴皋與清代汪昂所接受的醫學觀念中，臨床上判別外感風寒之時，是採用以傷寒六經為主的辨證方法，縱使張元素的臟腑歸經觀念已經流傳許久。也因此，《醫方集解·發表之劑》一章節使用六經辨證法，而不是使用十二經絡、五臟六腑或是氣血等等系統，有其歷史淵源等等隱藏背後的道理。

### 3-4-2 吐法與導法方劑歸經疑義

另外，還有吐法與導法（通便）這兩個比較特殊的章節中，也有特殊的歸經意涵，例如乾霍亂吐方、稀涎散，二方的組成藥物皆不入脾胃，但是其方劑歸經卻都有「足太陰」；蜜煎導法、豬膽導法，皆云「手陽明藥」，雖然此二方皆是源自於仲景《傷寒論》的方劑，但是卻不同一般偏重足經而講「足陽明」。可能的解釋是，這幾個方的歸經，是單純就疾病的位置或治療的位置而論。最可能的理由是：因為吐法必得從脾胃而出，所以汪昂便在吐法的方劑冠上了「足太陰（脾）」或「足陽明（胃）」；而導法必從穀道而導，因此就在導法的方劑後標註了「手陽明（大腸）」的歸經。

此外，此章節方劑歸經的解釋過程中體現了一個重要問題：乾霍亂吐方中的燒鹽與稀涎散的皂角皆云「能涌吐」，但是汪昂自己著述的《本草備要》中，卻沒有任何「能涌吐」文字記載，也無談論「入脾胃」的歸經文字。這也就是未來想透過方劑組成藥物的個別歸經，來解釋整個方劑的歸經，很可能會導致分析困難的一大原因。因此，《醫方集解·涌吐之劑》中突顯了一個重要的矛盾點是：《本草備要》沒有提及的歸經，但卻在方劑的歸經裡體現了出來。而對於此無法避免的重要問題，筆者將在後面的段落裡慢慢提出解決的方法。

### 3-4-3 《醫方集解》方劑歸經資料庫建檔

言而總之，《醫方集解》所選主方幾乎都標明了各自的歸屬經絡，其中有歸於一經者、有歸於多經者，甚至也有歸入十二經者。方劑歸經從張元素的藥物歸經學說演變出分支而獨自發展出來，以歸納、總結方劑功效及作用趨勢，指導著臨床治療。<sup>126</sup>實際上，雖然汪昂《醫方集解》與《玉機微義》在某種程度上，談論的「方劑歸經」還是有同樣的矛盾存在於許多章節，但是《醫方集解》的「方劑歸經」顯然已經比劉純《玉機微義》來得更具有系統、更具有分析的潛力與價值了。

因此，筆者決定在探討方劑歸經背後的規則之時，選擇用《醫方集解》的「方劑歸經」敘述來做資料庫建檔，並且嘗試使用現代統計學方法來驗證。因此，本段未提及的《醫方集解》方劑歸經的相關統計數據，將在後段詳細地列舉，並且作為論述的重要數據。

## 第五節 《醫方集解》方劑歸經資料庫統計分析

### 3-5-1 篩選與分類資料庫的特性

雖然，之前提過《醫方集解》有865首方劑，但是其中主方有378首，幾乎每一門的主方都有註明其歸經，但是在筆者分析過程中，可以發現有一些方劑無法分析：

#### (一) 十個方劑歸經標示不明。

共有大羌活湯（陰陽兩解之藥也）、鹵砂丸（治肉積氣積血積通劑）、五積散（陰陽表裡通用之劑）、枯蕪薤白白酒湯（上焦膈中藥）、陰陽水（中焦分理陰陽之藥）、上中下通用痛風方（治痛風之通劑也）、涼膈散（上中二焦瀉火藥）、飛絲芒塵入目方（無歸經）、灸法（無歸經）、芙蓉外敷法（無歸經）等十個方劑歸經。

#### (二) 八十一個方劑，藥物劑量難以計算與比較劑量。

例如補火丸的豬大腸一尺；二至丸的旱蓮女貞不拘多少；補脾胃瀉陰火升陽湯的石膏少許；紫菀湯五味子16粒；秦艽鱉甲湯青蒿五葉；麻黃湯的杏仁70枚；桂枝湯的大棗十六枚；大青龍湯的石膏如雞子大；蔥豉湯的蔥白一握等等共有81個方劑。

因此扣除十個方劑標示歸經不明者，全書標明方劑歸經之比例為97.35%；再扣

除這81個劑量不適合統計與討論的方劑，共餘下共287個方劑可以進行初步的分析。

但是在進行分析之前，必須先檢視此資料庫的特性，畢竟這是對已經存在的資料做分析，並非可以自行設計實驗來驗證一些假說，所以必須熟析資料的特性，以避免日後分析的困難。筆者將《醫方集解》一書中的287個方劑資料庫，簡單先分成三群不同類型的資料，以便於分析。

- (1) 第一大群，只有一個藥物最大量者，共128方。
- (2) 第二大群，方裡每一個藥物的劑量都相等，共78個方。
- (3) 第三大群，最大藥物劑量有兩個以上的藥物，共81個方。

而全書的「方劑歸經」有一個不太規則的現象：有的方劑擁有一個方劑歸經，有的方則擁有四五個歸經，例如《醫方集解·補養之劑》中具有十味組成藥物的虎潛丸，只有歸入「足少陰經」一個經絡臟腑；而只有三個組成藥物的三才封髓丹，卻具有「手足太陰、足少陰藥也<sup>127</sup>」等三個歸經，因此筆者利用這可以分析的287方劑與其「方劑歸經」記錄，做個簡單統計的圖表來幫助說明：（請見【表3.5.1】）

【表3.5.1】287個方劑「方劑歸經」簡單統計值

項目	值（單位：個）
平均數	2.056
最大值	6
最小值	1
變異數	0.913
Mode 數	2

將全書的287個方劑依照上述方法分開成爲三群是有實際好處的，諸如：

- (a) 第一大群的方劑，可以檢視最大藥物與全方的方劑歸經是否有相關聯，並且也可以檢驗汪昂所謂君藥（大多爲方中劑量最大者）對於全方方劑歸經是否有影響。
- (b) 第二大群，可以暫時跳過藥物劑量對於全方方劑的影響，因爲藥物的劑量都相等，所以可以暫時先觀察藥物以外的條件是如何影響方劑歸經。
- (c) 第三大群，最複雜，也應當放在最後再檢驗。最後統整全書的方劑檢驗結果，才有辦法歸納出、推論出或修正出方劑歸經的可能數理模型。

### 3-5-2 決定藥物歸經的參考來源

筆者將資料庫分類完成之後，想要在接下來的整個章節進行探討的，就是「《醫方集解》的『方劑歸經』是否與每一方劑的組成藥物歸經有關係」，既然要對汪昂的《醫方集解》方劑歸經資料庫做分析，就必須先取得一個具有汪昂想法的藥物歸經，因此筆者決定採用《本草備要》其中的藥物歸經，來研究汪昂自己《醫方集解》的方劑歸經現象，以避免對於歸經的認識不同、定義不同而造成解釋歧異的問題。

但是，熟悉《本草備要》架構的研究人員都知道，此書可能因為成書後不斷地經由汪昂本人不定時地修改，有時候會出現體例敘述方法不一的現象，歸經的記載就是其中一個很好的例子。實際上，這部份遇到的最大困難，在於《本草備要》並未在每一味藥物之下，清楚標定歸經。

《本草備要》全書共有543味藥物，勉強卻只有209味（38.49%）藥物有明確的歸經的文字敘述（可參見【圖3.5.1】的C欄位），相較於同樣是汪昂著作的《醫方集解》，其中的「方劑歸經」卻是記載的很詳細，這點對於歸經學說運用的頻度高低相差不少的現象，有點令筆者百思不解，在此僅能拋磚引玉，以留待未來學者繼續對此問題深入鑽研。

既然《本草備要》沒有清楚標定歸經，筆者就要想辦法找出一套可靠的、具有汪昂思想的歸經參考來源，否則將只能對少數的方劑進行「《醫方集解》的『方劑歸經』是否與每一方劑的組成藥物歸經有關係」的驗證。

這個問題必須被適當地解決，因為例如相當常見的「黃耆」一藥就沒有明確的歸經記載了，許多方劑中歸經的問題就會被這個誤差所放大：

黃耆。甘溫。生用固表，無汗能發，有汗能止。丹溪云：黃耆大補陽虛自汗，若表虛有邪發汗不出者，服此又能自汗。朱震亨，號丹溪，著《本草補遺》溫分肉，實腠理，瀉陰火，解肌熱。灸用補中，益元氣，溫「三焦」，壯「脾胃」。脾胃一虛，土不能生金，則「肺」氣先絕，脾胃緩和，則肺氣旺而肌表固實，補中即所以固表也。生血生肌氣能生血，血充則肉長，經云：血生肉，排膿內託，瘡癰聖藥。毒氣化則成膿，補氣，故能內託，癰疽不能成膿者死不治，毒氣盛而元氣衰也，痘症亦然。治痘症不起，陽虛無熱者宜之。新安汪機治痘症虛寒不起，用四君子湯加黃耆、紫草多效。間有枯萎而死者，自咎用藥之不精，思之至忘寢食，忽悟曰：白朮燥濕，茯苓滲水，宜痘漿之不行也，乃減去二味加官桂、糯米以助其力，因名保元湯。人參、白朮、茯苓、甘草名四君子湯。皮黃肉白堅實者良。入補中藥，搗扁蜜炙，達表生用。茯苓為使，惡龜甲、白蘚皮，畏防風。

因此，基於在張元素之後藥物歸經學說發展的重點，主要都在五臟六腑、十二經絡上，筆者嘗試將藥物後的文字敘述中，出現五臟六腑、十二歸經甚至五色五味五行等等可能含有五臟觀念的部份，都擷取出來，並視為歸經。因此，黃耆的歸經，就會變成「三焦、脾、胃、肺」，藉此方法，筆者可以建立出一套擷取歸經的固定模式。（可參見【圖3.5.1】的D欄位）

然而筆者這麼做的好處如下：

- (1) 真實考量歸經的內涵，補足《本草備要》敘述記載之不足。
- (2) 將原本209味藥物具有歸經的現象，擴充為共有397味藥物(73.11%)具有歸經。
- (3) 部份藥物原來就有歸經敘述，但具有影響臟腑傾向的功能主治敘述，有時候卻正好沒有明確「歸入某某經」的字眼，藉由此方法可以幫助每一味藥物得到比較完整的歸經。

雖然如此，但缺點亦不可諱言：

- (1) 歸經方法自訂，容易招致非議。
- (2) 縱使再怎麼努力地歸經，仍然有146味藥物(26.89%)，難以歸經。

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	0	藥名 利用標定臟腑經絡所得歸經	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝	明確標
2	1	黃耆 三焦脾胃肺	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
3	2	甘草 生：脾胃心/炙：三焦	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	
4	3	人參 肺脾心	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
5	4	沙參 肺肝脾腎	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	
6	5	丹參 心、心包絡	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	色赤，
7	6	玄參 腎	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	色黑入
8	7	白朮 脾	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	8	蒼朮 胃脾	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	9	萎蕤 心肺	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
11	10	黃精 脾胃心肺	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
12	11	狗脊 腎	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
13	12	石斛 脾腎胃	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	入脾入
14	13	遠志 心腎	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
15	14	石膏 肺心胃	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
16	15	牛膝 肝腎	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	足厥陰
17	16	甘菊 肺腎心肝	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	
18	17	五味子 肺腎	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
19	18	天門冬 肺腎	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	入手太
20	19	麥門冬 心肺	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	

【圖 3.5.1】擷取《本草備要》資料庫檔案，藥物歸經來源之示意圖

這些難以歸經的藥物，依次爲「蒼耳子、茵芋、大小蘗、三七、地榆、卷柏、蘆茹、苧根、芭蕉根、大戟、商陸、芫花、蕘花、澤漆、常山、藜蘆、萹蓄、天仙藤、草烏頭、鎖陽、山柰、煙草、紫花地丁、杜牛膝、鶴蝨、山慈姑、貫眾、蓖麻子、冬葵子、白斂、預知子、劉寄奴、馬鞭草、蓼實、東洋參、落得打、水仙根、草棉花子、秋海棠、仙鶴草、野薔薇、藍根、百腳草、芭蕉根、敗醬、地錦、胭脂、雞血藤、絡石籐、松節、檳榔、木槿、杉木、烏柏木、水楊柳、肥皂莢、櫻櫚（棕櫚）、降真香、楓脂香、樟腦、蘇合香、衛矛、漆、巴豆、大風子、荆瀝、竹瀝、赤檉柳、金雞勒、黃棟芽、枳椇子、菱、西瓜、櫻桃花、刀豆、蔓菁子、蕁薹、馬齒莧、絲瓜、茄根、自然銅、密陀僧、水銀、輕粉、硼砂、硃砂、石蟹、無名異、礬石、砒石、石灰、白礬、皂礬、急流水、逆流洄瀾水、井泉水、百沸湯、陰陽水、黃蘗水、露水、臘雪水、地漿水、孩兒茶、百草霜、墨、伏龍肝、新絳、石燕、石蟹、各種藥露、豬、象皮、獾肝、兔矢、猢猻矢、鴿、雉、鵝、麋茸麋角、鯉魚、鱧魚膽、鱧魚、鰻鱺、白花蛇、烏梢蛇、蛇蛻、蟹、蝦、瓦楞子、田螺、原蠶砂、斑蝥、五穀蟲、海蛇、海馬、海龍、貝子、馬珂、人牙、人乳、紫河車、海桐皮、山茶花、紫檀、銅綠、赤石脂」等共 146 味藥物。

這些無法訂出歸經的藥物，在功能主治的敘述大多都相當簡略，而且完全沒有出現五臟六腑之名，所以爲了保留程度以上的精確度，難以歸經的這些藥物也只好暫時放棄爲其歸經了。這些藥物，多半是少用藥物（商陸、芫花、蕘花、澤漆、石蟹、石燕、人牙、人乳、紫河車等等），以及新傳入中國之藥物（各種藥露等），但仍有少數比較常用的藥物也難以將之歸經，這些藥物可能是因爲時代背景的不同，在當時並不受相當的重視，因此便不見有學者爲它歸經。

## 第六節 第一群資料庫分析（最大劑量藥物與方劑歸經）

在這一群已經事先分出具有最大劑量的方劑裡，可輕易分出每一個方劑的最大劑量者，例如六味地黃丸的地黃、七寶美髯丹的何首烏、四神丸的破故紙、龜鹿二仙膠的鹿角等等。

筆者首先想檢驗的，就是汪昂所謂「君藥用君份劑量」，但是，筆者必須提醒的是：雖然汪昂認爲君藥會用君份劑量，但是《醫方集解》當中每一個方劑的最大劑量藥物，卻並非一定就是君藥，例如《醫方集解·補養之劑·玉屏風散》：

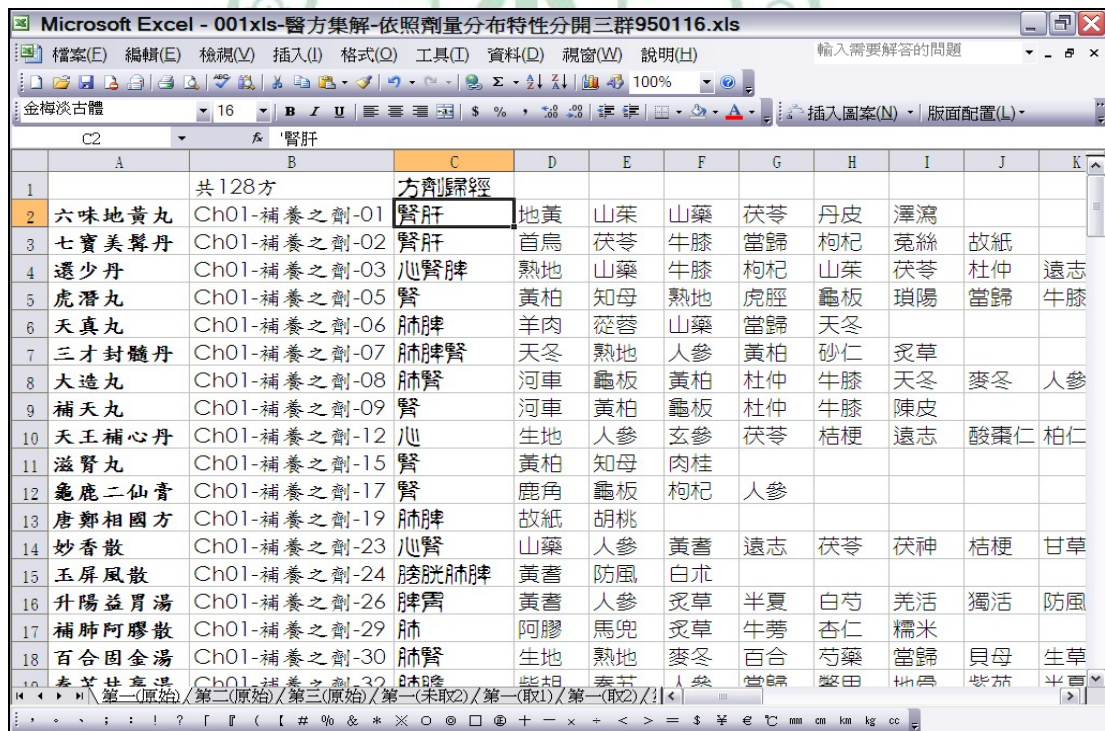


黃耆炙 防風一兩 白朮炒，二兩

此足太陽、手足太陰藥也。黃耆補氣、專固肌表，故以為君；白朮益脾，脾主肌肉，故以為臣；防風去風，為風藥卒徒，而黃耆畏之，故以為使。<sup>128</sup>

此中汪昂認為黃耆是君藥，但是劑量最大者卻是白朮，表示此書中的「君藥等同劑量最大藥物」概念並非前後一致，而且歷代對於君藥的認知與概念隨著不同醫家的解釋具有很大的差異，因此本文不採其君藥觀念，僅用其最大劑量的特色，進行逐步的歸經理論驗證。筆者第一步想證明的是：在一個方劑的方劑歸經的決定上，具有最大劑量的藥物歸經，是否具有決定全方歸經的最大影響力呢？根據此假設前提下，筆者開始進行下列的資料庫實驗：

將第一群組資料（擁有單一最大劑量的方劑群，一共有128方）列出，（請見【圖3.6.1】，欄A為方劑名稱；欄B為章節與出現順序編號；欄C是《醫方集解》所記錄的「方劑歸經」；欄D以後為組成藥物）。



A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	共 128 方	方劑歸經								
六味地黃丸	Ch01-補養之劑-01	腎肝	地黃	山茱	山藥	茯苓	丹皮	澤瀉		
七寶美髯丹	Ch01-補養之劑-02	腎肝	首烏	茯苓	牛膝	當歸	枸杞	菟絲	故紙	
還少丹	Ch01-補養之劑-03	心腎脾	熟地	山藥	牛膝	枸杞	山茱	茯苓	杜仲	遠志
虎潛丸	Ch01-補養之劑-05	腎	黃柏	知母	熟地	虎脛	龜板	瑣陽	當歸	牛膝
天真丸	Ch01-補養之劑-06	肺脾	羊肉	從蓉	山藥	當歸	天冬			
三才封髓丹	Ch01-補養之劑-07	肺脾腎	天冬	熟地	人參	黃柏	砂仁	炙草		
大造丸	Ch01-補養之劑-08	肺腎	河車	龜板	黃柏	杜仲	牛膝	天冬	麥冬	人參
補天丸	Ch01-補養之劑-09	腎	河車	黃柏	龜板	杜仲	牛膝	陳皮		
天王補心丹	Ch01-補養之劑-12	心	生地	人參	玄參	茯苓	桔梗	遠志	酸棗仁	柏仁
滋腎丸	Ch01-補養之劑-15	腎	黃柏	知母	肉桂					
龜鹿二仙膏	Ch01-補養之劑-17	腎	鹿角	龜板	枸杞	人參				
唐鄴相國方	Ch01-補養之劑-19	肺脾	故紙	胡桃						
妙香散	Ch01-補養之劑-23	心腎	山藥	人參	黃耆	遠志	茯苓	茯神	桔梗	甘草
玉屏風散	Ch01-補養之劑-24	膀胱肺脾	黃耆	防風	白朮					
升陽益胃湯	Ch01-補養之劑-26	脾胃	黃耆	人參	炙草	半夏	白芍	羌活	獨活	防風
補肺阿膠散	Ch01-補養之劑-29	肺	阿膠	馬兜	炙草	牛蒡	杏仁	糯米		
百合固金湯	Ch01-補養之劑-30	肺腎	生地	熟地	麥冬	百合	芍藥	當歸	貝母	生草

【圖3.6.1】第一群組資料（擁有單一最大劑量的方劑群，一共有128方）

接下來開始將最大劑量藥物找出來，並從前一小節就已經建立好的《本草備要》藥物歸經資料庫裡取出此「全方最大劑量的藥物」之歸經，然後開始與全方的「方

劑歸經」互相比較。（詳見【圖3.6.2】）

在【圖3.6.2】之中，欄AH就是全方之中具有最大劑量的藥物；欄AJ就是欄AH的藥物在《本草備要》之中的歸經記載；欄AK至欄AV就是欄AJ化成數字模式的方法，每一欄分別各代表有無歸入十二經絡。

AH2	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV
最大劑量藥名	藥物歸經數目	填入藥物歸經	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝
地黃	5	(乾地黃)心腎心包	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1
首烏	2	腎肝	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
熟地	4	心腎心包肝	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
龜板	3	肺腎心	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
羊肉	2	胃腎	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
黃柏	2	膀胱腎	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
生地	4	心腎小腸肺	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
黃柏	2	膀胱腎	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
鹿角	1	腎	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
胡桃	3	腎三焦大腸	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
山藥	6	脾肺胃大腸腎心	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0
白朮	1	脾	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
黃耆	3	三焦脾胃	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
阿膠	5	肺肝腎大腸小腸	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
熟地	4	心腎心包肝	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
柴胡	2	肝膽	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
羊肉	2	胃腎	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
升麻	1	胃脾上唇時	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

【圖3.6.2】第一群組資料，列出最大劑量藥物的歸經

### 3-6-1 十二經數列的製作方法

利用同樣的方法，每一個方劑記錄在《醫方集解》的「方劑歸經」，也可以依照此方法，而得到另外一組具有十二個「0」或「1」的數列。此時，我們可以擁有兩組各十二個數字的數列，第一組是全方最大劑量藥物的歸經；另一組就是方劑歸經；前者是筆者「預測」規則下產生的數列，後者當成筆者要驗證準確不準確的「結果」。本研究的方法，實際上是利用十二個「0」或「1」代表歸入十二經絡的狀況，有歸入此經絡者則在此經絡的空格上記為「1」，未歸入此經絡者則記為「0」，就可以形成在【圖3.6.2】當中欄AK~AV的數列。

### 3-6-2 利用兩個數列相加減算出敏感度與鑑別度

接著筆者利用兩個數列相加、相減的數字特性，可以得到兩數列的前後相比較值（見【圖3.6.3】，欄AI~AT為兩數列相加的結果；欄AV~BG就是兩數列相減的結果），其判讀要點與背後意涵如下：

- (a) 方劑歸經數列減去最大藥物歸經數列的值若為「1」，表示方劑歸經有此經絡，而筆者的預測模式沒有預測到。
- (b) 方劑歸經數列減去最大藥物歸經數列的值若為「-1」，表示方劑歸經無此經絡，而筆者的預測模式預測為有此經絡。
- (c) 方劑歸經數列加上最大藥物歸經數列的值若為「2」，表示方劑歸經有此經絡，而筆者的預測模式也預測有此經絡。
- (d) 方劑歸經數列加上最大藥物歸經數列的值若為「0」，表示方劑歸經無此經絡，而筆者的預測模式也預測無此經絡。

	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	
1	相減	相減	相減	相減	相減	相減	相減	相減	相減	相減	相減	相減	相減	12	相	相	相	相	相	相	相	相	相	相	相	正
2	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0
4	0	0	0	-1	-1	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	1
5	-1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	-1	0	0	-1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
7	-1	0	1	-1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
8	-1	0	-1	-1	0	0	0	0	0	0	0	-1	1	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1
9	0	0	0	-1	0	0	0	-1	-1	0	0	-1	0	2	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
10	-1	0	1	0	0	0	0	0	0	-1	0	-1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
11	-1	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	-1	-1	0	0	-1	0	-1	-1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	2	0
14	-1	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15	-1	0	0	1	0	0	-1	-1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	-1	0	-1	0	0	0	-1	0	-1	-1	2	0	1	2	1	0	0	0	0	1	2	1	1	1
18	-1	0	1	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	-1	0	-1	0	0	0	0	-1	0	-1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	-1	0	0	0	-1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

【圖3.6.3】第一群組資料，相加相減示意圖。

換句話說，(a)與(b)是筆者預測錯誤的；(c)與(d)是筆者預測正確的。利用這四組數字，筆者可以求出筆者的預測想法，與實際「方劑歸經」比較後的四個值：

Sensitivity、Specificity、Negative predictive value (PV-)與Positive predictive value(PV+)。如【表3.6.1】與【表3.6.2】所示：

【表3.6.1】第一群組資料用來計算四個統計值的方法（舉例）

項目	結果有預測有	結果有預測無	結果無預測有	結果無預測無
	(a)	(c)	(b)	(d)
	2	0	3	7
	2	0	0	10
	2	1	2	7
計次	1	1	2	8
	1	0	2	9
	.....	.....	.....	.....
	(中略)	(中略)	(中略)	(中略)
總和	134	95	230	909
計算	<b>Sensitivity</b> =a/a+c	<b>Specificity</b> =d/b+d	<b>PV+</b> =a/a+b	<b>PV-</b> =d/c+d

此時，筆者可以發現單獨使用方劑裡劑量最大的藥物歸經，來預測全方的方劑歸經的Sensitivity是36.26%、Specificity是79.63%（請見【表3.6.3】）。

【表3.6.2】化為2x2 table

		結 果		總和
		結果(+)	結果(-)	
預 測	預測(+)	a	b	a+b
	預測(-)	c	d	c+d
總和		a+c	b+d	

	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW
1	最大劑量藥名	A(才)	填入藥物歸經	取2	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝
2	地黃	5	(乾地黃)心腎心包	肝腎	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
3	首烏	2	腎肝	腎肝	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
4	熟地	4	心腎心包肝	肝腎	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
5	龜板	3	肺腎心	肺腎	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
6	羊肉	2	胃腎	胃腎	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
7	黃柏	2	膀胱腎	膀胱腎	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
8	生地	4	心腎小腸肺	肺腎	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
9	黃柏	2	膀胱腎	膀胱腎	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
10	鹿角	1	腎	腎	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
11	胡桃	3	腎三焦大腸	腎大腸	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
12	山藥	6	脾肺胃大腸腎心	肺胃	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	白朮	1	脾	脾	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
14	黃耆	3	三焦脾胃	脾胃	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
15	阿膠	5	肺肝腎大腸小腸	肺肝	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
16	熟地	4	心腎心包肝	腎肝	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
17	柴胡	2	肝膽	肝膽	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
18	羊肉	2	胃腎	胃腎	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0

【圖3.6.4】第一群組資料，取前兩位歸經的表格，見[欄AK][取2]。

對於Specificity高但是Sensitivity不高在本處所代表的意義，可以這麼解釋：因為只使用了一個藥物的歸經來預測全方的歸經，Sensitivity本來就無法很高。不過，藉由此四個數據，筆者可以之後的論述過程當中，比較每次欲檢驗的規則，是否真能在幫助預測方劑歸經時具有價值，並且嘗試再加入新預測規則之後（例如將方劑名稱有「中」的方劑，預測其方劑歸經會有「脾胃」二經），檢視其是否更接近汪昂「方劑歸經」的內涵。

### 3-6-3 決定取前兩名歸經來預測全方歸經

此四值一經計算之後，很容易可以發現有一個存在的大問題：就是汪昂的方劑歸經平均只取了平均約兩個的歸經（請見【表4.5.1】，其平均數與眾數皆為2），但是取最大劑量藥物（類同於君藥的觀念）來預測全方歸經之時，卻有時候這些在方劑中劑量最大的藥物會有五六個歸經，甚至十二經絡皆能入。例如「香附」一藥，可以「入十二經奇經八脈，主一切氣」，遇到這樣的最大劑量藥物，結果就會出現難以估計的誤差。因此，必須透過客觀的方法來解決這類會導致「預測歸經數目」被放大的問題。筆者認為應該根據汪昂《醫方集解》的「方劑歸經」平均數與眾數都是2，而取前兩名歸經來比對「預測」與「實際的方劑歸經」。

因此，爲了確定這種方法對於預測的準確度有利，筆者另外進行了一組隨著汪昂《醫方集解》中平均方劑歸經數目爲二的方式，只取前兩個歸經，再比較一次看看Sensitivity與Specificity等四個數值有無改善的現象。（請見【圖3.6.4】的欄AK就是取前兩名歸經的結果，與【表3.6.3】的四個統計值比較）。

【表3.6.3】未取前二名前、取第一名歸經與取前兩名的四個數值改變比較

比較項目	未縮小在前兩名歸經	只取第一名歸經	只取前兩名歸經
Sensitivity	36.81%	20.09%	41.48%
Specificity	79.81%	94.03%	89.55%
PV+陽性預測率	36.81%	40.35%	44.39%
PV-陰性預測率	90.54%	85.41%	88.39%

結果發現如【表3.6.3】所示，依據此表與之前的Sensitivity相比較來看，果真提高了敏感度的數值，表示取前兩位歸經的預測方法（利用方劑中最大量藥物的歸經，取前兩名歸經來預測全方的方劑歸經），有更逼近全方的「方劑歸經」的價值；表示筆者的這個簡單規則，已經可以解釋約42%方劑歸經的現象。如果再檢視原資料之後還可以發現許多造成Sensitivity不高的潛在問題：許多筆者預測的歸經落在「肺經」，而方劑歸經的值卻很多落在「膀胱經」，原因在哪裡呢？

### 3-6-4 影響統計分析的《傷寒論》足太陽經資料庫

仔細檢視每一筆第一群組的原資料與預測的前後結果之後，筆者認爲主要問題應該是之前在文字分析的部份就提過的「解表作用的方劑多以傷寒六經辨證」問題：自從《傷寒論》六經辨證學說興起之後，醫家對於外感風邪的辨證，就多主六經之說，尤其是太陽經，而後世逐漸發展成熟的臟腑辨證理論則認爲外感疾病多爲肺衛症狀，因此經常歸於肺經，藥物也專主能入肺經之藥味。因此，這個「六經辨證」與「臟腑辨證」交集所帶來的矛盾與影響，在此處可以找到證據，也的確引起了筆者在分析《醫方集解》方劑歸經理論上的困擾。

因此，問題出在那些有解表作用的方劑，從篇章的名稱上約可以決定出第三章・發表之劑、第五章・表裏之劑以及第九章・祛風之劑最有可能受此足太陽經的影

響，但是仔細再看資料庫裡面的「方劑歸經」分布，筆者發現並不是只有這三個章節才有這個現象，例如「利濕之劑」這個章節當中，出現了一種具有章節導向性的歸經現象：部分章節歸入膀胱經的比例很高（請見【表3.6.4】與【表3.6.6】），但是卻無法在這些方劑的最大劑量藥物之歸經內體現，例如《利濕之劑》當中的「茯苓甘草湯」組成劑量最大的藥物是「生薑」不入膀胱經；「小半夏茯苓湯」組成劑量最大的是「半夏」也不入膀胱經；「禹功散」與「舟車丸」組成最大劑量藥物都是「黑牽牛」亦不入膀胱經，但是這四個列舉的方劑，汪昂註記的方劑歸經卻都是「足太陽經」。

所以，不僅是解表類方劑、傷寒論方劑，甚至連「利濕透過膀胱作用」這種具有內科生理學的概念性歸經也包含在「方劑歸經」之內，因此，筆者重新計算一組移除此三章節方劑之後，以及另外一組去除所有「入膀胱經」的四個數值來比較看看其結果：（請見【表3.6.5】）

【表3.6.4】《醫方集解》內歸入足太陽經之比較

比較項目	發表	攻裏	表裏	祛風	清暑	利濕
入足太陽經次數	8	3	4	6	3	16
全章節方劑數	10	6	6	21	6	22
佔全章節比例	75%	50%	67%	29%	50%	76%

\*本表少於三次之章節未列入比較，請參照【表3.6.6】的完整表格

【表3.6.5】取前兩名並移去三個可能干擾章節的四個數值改變

比較項目	移去三個章節	未移走任何章節	移去足太陽膀胱經
Sensitivity	42.93%	41.48%	46.86%
Specificity	89.57%	89.55%	90.39%
PV+陽性預測率	44.09%	44.39%	48.52%
PV-陰性預測率	89.12%	88.39%	89.79%
納入觀察的方劑數	99	114	91
Total sum of square (藥物歸經預測組/random 組)	1465/1961, (0.747)	2021/2645, (0.764)	1038/1789.36, (0.580)

【表3.6.6】《醫方集解》內287個可供分析之方劑，依章節的歸經分布

章節/歸經	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝	方劑數
Ch01-補養之劑	12	1	4	11	5	0	1	21	0	0	2	4	31
Ch02-發表之劑	1	0	5	0	0	0	8	0	0	0	4	0	10
Ch03-涌吐之劑	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ch04-攻裏之劑	0	2	5	1	0	0	3	0	0	1	0	0	6
Ch05-表裏之劑	2	0	4	2	0	0	4	0	0	0	0	1	6
Ch06-和解之劑	1	1	8	6	0	0	0	0	0	0	4	2	12
Ch07-理氣之劑	6	0	3	4	0	0	0	0	0	1	0	1	9
Ch08-理血之劑	4	3	5	7	4	1	1	0	0	1	0	2	14
Ch09-祛風之劑	4	0	7	6	4	0	6	6	0	1	3	18	21
Ch10-祛寒之劑	0	0	2	3	0	0	0	4	0	0	0	4	8
Ch11-清暑之劑	3	0	3	4	1	0	3	0	0	0	0	0	6
Ch12-利濕之劑	1	0	7	9	2	1	16	4	0	1	0	1	22
Ch13-潤燥之劑	8	6	6	3	0	0	0	0	0	0	0	3	14
Ch14-瀉火之劑	8	2	16	3	7	2	0	7	0	3	9	7	29
Ch15-除痰之劑	9	1	5	14	4	1	1	1	0	0	0	3	21
Ch16-消導之劑	0	1	7	7	0	0	0	0	0	0	1	1	8
Ch17-收瀉之劑	2	4	3	3	4	0	1	7	0	0	0	0	12
Ch18-殺蟲之劑	0	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Ch19-明目之劑	0	0	5	2	2	0	3	4	0	0	2	13	17
Ch20-癰瘍之劑	3	1	9	4	1	0	0	1	0	2	2	4	11
Ch21-經產之劑	7	0	0	10	2	0	3	5	4	1	0	19	25
加總	58	25	100	88	31	5	41	39	4	11	21	79	287

其中出現分析的困難的章節，筆者將其分開來作成【表3.6.4】來表示這些章節入膀胱經的高比例，已經出現不正常的現象；【表3.6.6】表示全書當中，「方劑歸經」的分布現象，不同章節實際上具有不同的趨勢，未來有機會應該繼續分析這些篇章之間，方劑歸經分布的規律；至於目前影響最大的部份，所以考慮將全書方劑



歸經中含有「足太陽經」者，全部移除不加以討論，也不納入使用藥物歸經驗證方劑歸經的範圍。

移除不移除的結果，顯示於【表3.6.5】中，其中「移去足太陽膀胱經」一組，與「不更動任何方劑」的原始組、「移去發表、表裡以及祛風之劑三章節」兩組結果互相比較，具有最好的敏感度、鑑別度、陽性與陰性預測率，最重要的，還有明顯變好的Total sum of square值。

### 3-6-5 運用總平方和 (Total Sum of Square) 幫助檢驗預測

筆者在前文中，不斷運用Sensitivity等四個數值來檢驗預測方法的優劣，雖然有一定的意義與效果，但預測組與結果組的個別十二經數列的分布，兩組是否真的很接近，則很難從Sensitivity等四個數字當中看出來。而且本文所用來「預測」的、當成「結果」來被驗證的兩組數列，都是十二個數字(請見【圖3.6.5】Line 116的AL~AW與BA~BL)。

這十二個數字其實可以有一個特性，那就是：如果預測組與結果組，同一條經絡的「歸入次數總和值」越接近，就表示筆者預測的歸經分布，越逼近真實「方劑歸經」在十二經絡的分布。因此筆者利用了統計方法上的總平方和法(Total Sum of Square)，來檢視前述所做的幾組資料是否真的有逼近真實方劑歸經的十二經絡分布，甚至檢視逼近的狀況如何，具體的案例，則如前段所列舉的【表3.6.6】當中最下一欄所示。

具體上來說，此總平方和法，是利用兩組數列的差額平方加總，來評估此兩個數列分布的差異性。而此加總後的數值，其意涵就是「預測數列與結果數列(真實方劑歸經)差異的總平方和值」。同理，另外也製作一組「隨機數列」，代表隨機猜測方劑歸經的一組(歸入十二經絡的機率皆相等)，同時與方劑歸經相減求出平方和的加總，然後利用這個公式：

(1) 分子：預測數列的總平方和

(2) 分母：隨機分布數列的總平方和，

(3) 兩者相除便可以得到一個比值(見【表3.6.5】最後一行，數字0.58即是)

而這個比值，就可以拿來評估預測方劑歸經不同模式間的效率如何，也可以評估這些預測模式與隨機預測歸經的差異有多大。如果這個比值越小，就表示這個預測模式的預測歸經分布與結果數列(真實方劑歸經)的差異越小。換句話說，這個比值

越小，就是說明了這個預測方劑歸經的模式，越接近真實方劑歸經的十二經絡分布。這個值可以在Sensitivity、Specificity之外提供很重要的參考意義。

	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL		
100	肝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	膀胱肝	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1		
101	肝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	脾胃	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
102	肝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	肝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
103	肺	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	脾胃	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
104	肺	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	三焦膽胃	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
105	肺	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	肺	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
106	肝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	胃脾肝腎	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
107	肺	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	肝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
108	肺	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	肝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
109	肺	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	肺心包脾	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
110	脾	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	膀胱脾	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
111	肝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	肝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
112	胃	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	肺心包脾	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
113	肺	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	腎肝	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
114	肺	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	肝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
115	肺	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	腎肝	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
116	sum預測歸經	7	0	1	0	6	0	2	0	3	1	2	sum方劑	26	7	44	44	16	0	21	26	2	4	8	3	1				

【圖3.6.5】加總每一經絡歸經的總和，形成兩個數列（預測歸經、方劑歸經）

在【圖3.6.5】中的AL116~AW116就是筆者採用的預測方法，對於每一個方劑產生的歸經分布「加總」，而BA116~BL116就是《醫方集解》實際上紀錄的「方劑歸經」的十二經絡分布「加總」；而「加總」之意，就是說AL116的值，是AL2到AL115全部數字的總和（AL1是標題列），而AM116乃至於BA116到BL116都具有同樣的數字內涵。因此舉例來說，AL116的值（54），就是此試算表裡的115個方劑，歸入「肺經」的次數總和，其他經的數值意義皆仿同於此，不再贅述。

【表3.6.7】舉例說明本文所使用的總平方和法

	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝	比值
sum 方劑歸經	23	7	36	36	15	0	0	20	2	4	5	27	總平方和 總和
sum 預測歸經	42	1	32	22	3	0	0	26	0	0	3	42	
相減	-19	6	4	14	12	0	0	-6	2	4	2	-15	
總平方和	361	36	16	196	144	0	0	36	4	16	4	225	1038
sum 方劑歸經	23	7	36	36	15	0	0	20	2	4	5	27	總平方和 總和
sum 隨機歸經	16.55	16.55	16.55	16.55	16.55	16.55	0.00	16.55	16.55	16.55	16.55	16.55	
相減	6.45	-9.55	19.45	19.45	-1.55	-16.55	0.00	3.45	-14.55	-12.55	-11.55	10.45	
總平方和	41.66	91.12	378.48	378.48	2.39	273.75	0.00	11.93	211.57	157.39	133.30	109.30	1789.36

【表3.6.7】則可以更明確地幫助說明總平方和法的計算過程。第一列為歸經入十二經絡的項目（肺、大腸、胃、脾.....膽、肝共十二經絡），每一經絡臟腑名稱下的數字就是歸入此經絡的次數總和；第二列是《醫方集解》「方劑歸經」（結果數列）的十二經絡歸入次數分布；第三行是筆者預測模式下產生的十二經歸入次數總和；第四列則是兩者的差值，也就是將第二列的數字減去第三行的數字（或是相減次序顛倒亦可）；第五列是將第四列的值作平方，可以將負值的影響除去，所以相減次序顛倒亦可；第五列的最後一欄「1038」就是此列的全部平方值相加，也就是預測歸經與真實方劑歸經的總平方和（Total Sum of Square）值。

同樣到了第六列，也是置入《醫方集解》「方劑歸經」的十二經絡歸入次數分布；第七列則是採用隨機分布（因此十二經絡歸入的機率相等）的方式歸入十二經絡；第八列則也是第六、第七列數字相減；第九列一樣是將第八列的數字做平方，也在最後一欄將這些平方值加總而得到「1789.36」，這就是隨機分布與真實方劑歸經分布的總平方和值。當然，之前提過，此值在確定方劑數目的狀態下，值越小表示越接近真實方劑歸經的分布。

此兩個值相除（1038/1789.36）可以得到「0.580」的值，這個值的意義如前文所述：此值越小，表示預測的歸經分布與真實方劑歸經的差異，比起隨機預測的歸經分布與真實方劑歸經的差異來得小，換句話說，就是能越準確地預測真實方劑歸經；這個值越接近「1」就表示與隨機猜測的歸經分布差異越小，換句話說，就

是與「丟骰子」預測方劑歸經沒有很大的差異。

再舉一個例子來做說明，則比較容易了解此時運用總平方法的重要性與優點，如【表3.6.8】比較在第一大類資料庫下同時都剔除足太陽經絡，分別取：

(1)歸經前兩名，或是；

(2)跟著全方歸經有幾個歸經取的差異。

例如原本最大劑量藥物的歸經有五個，而全方歸經只有三個，此時可以依照全書的歸經平均數與眾數(1)取前兩名，或是(2)依照此方劑的歸經數目三個而取前三名歸經，如果此方的方劑歸經數目是五個，那就取前五名的歸經，兩種取前幾名歸經的方法，經比較差異如下：

【表3.6.8】第一類資料庫中，剔除足太陽經，取不同歸經數目之差異

比較項目	取前兩名	依照此方劑歸經數取
Sensitivity	46.86%	49.71%
Specificity	90.39%	90.50%
PV+陽性預測率	48.52%	50.29%
PV-陰性預測率	89.79%	90.30%
Total sum of square (藥物歸經預測組/random組)	1038/1789.36, (0.580)	1166/1785.25 (0.65313)

【表3.6.8】如果光附上四個統計值，會發現似乎「依照此方劑歸經數取藥物歸經」的方法，比「取前兩名」的方法來的更具Sensitivity、Specificity，但是如果加上了Total Sum of Square的值來幫助評估，則在了解總平方和值的意義狀況下，讀者就會輕易地發現，其實「依照此方劑歸經數取」所預測的數列雖然Sensitivity與Specificity都比另外一組好，但是實際上是比較偏離方劑歸經數列的分布，這樣反而是比較不準確的一種預測模式。

總結以上的論述，本小節至此已初步確立了幾個預測方劑歸經的原則，其餘的規則可在後面數段中慢慢論述，並且更加確立或者推翻，此小節確立的原則如下：

(a)《醫方集解》中的「足太陽膀胱經」規則受到「外感多主傷寒太陽病」的觀念影響，與藥物歸經的解釋方法迥異，必須剔除。

(b)取藥物歸經時發生取歸經數目的問題，經過數組數據比較，結論是「取前兩位歸經」即可，依照「此方劑歸經數目取藥物歸經數目」實際上沒有比較大的好處，反而會使預測用的數列偏離「方劑歸經」的數列。

接下來，筆者就要在下一章節繼續進行第二組資料庫的分析，此組分析可以承接本小節所累積的原則，並且運用到第二組資料庫（方劑中每一組成藥物的劑量皆等分），以幫助釐清「方劑歸經」的潛在規則。

## 第七節 第二群資料庫分析

本文於之前的段落已初步確立，在第一群組方劑資料庫中，可以逼近「方劑歸經」的法則；而本段落則選定第二群組資料庫來分析，此大類資料庫中所有方劑的共同特色是：每一個方劑裡所有藥物的劑量都相等，一共有 78 個方。

分出此方劑資料庫來獨立討論的優點是，可以跳過「劑量」對於「方劑歸經」的影響，獨立驗證筆者對方劑歸經潛在規則的另外一個假設：「方劑歸經，與方劑組成藥物的歸經總和有關」。以下是此資料庫的圖示：（請見【圖 3.7.1】）

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
		共78方	藥味	B	方劑歸經						
2	參乳丸	Ch01-補養之劑-11	2	3	肺脾肝	人參	人乳				
3	孔聖枕中丹	Ch01-補養之劑-13	4	2	心腎	龜板	龍骨	遠志	菖蒲		
4	斑龍丸	Ch01-補養之劑-16	5	1	腎	鹿膠	鹿霜	菟絲	柏仁	熟地	
5	參苓白朮散	Ch01-補養之劑-22	11	2	脾胃	人參	白朮	茯苓	炙草	山藥	扁豆
6	柴葛解肌湯	Ch02-發表之劑-08	11	2	膀胱胃	柴胡	葛根	羌活	白芷	黃芩	芍藥
7	十神湯	Ch02-發表之劑-11	10	3	膀胱胃膽	麻黃	葛根	升麻	川芎	白芷	紫蘇
8	桂枝羌活湯	Ch02-發表之劑-18	4	1	膀胱	桂枝	羌活	防風	甘草		
9	三物備急丸	Ch04-攻裏之劑-08	3	2	大腸胃	巴豆霜	大黃	乾薑			
10	芍藥甘草湯	Ch06-和解之劑-04	2	2	脾胃	白芍	炙草				
11	溫膽湯	Ch06-和解之劑-06	6	2	膽胃	陳皮	半夏	茯苓	甘草	枳實	竹茹
12	六和湯	Ch06-和解之劑-08	11	2	脾胃	砂仁	藿香	厚朴	杏仁	半夏	扁豆
13	三解湯	Ch06-和解之劑-10	3	1	膽	柴胡	麻黃	澤瀉			
14	清脾飲	Ch06-和解之劑-11	9	2	膽脾	青皮	厚朴	柴胡	黃芩	半夏	茯苓
15	薑茶飲	Ch06-和解之劑-14	2	2	脾胃	生薑	陳細茶				
16	四磨湯	Ch07-理氣之劑-05	4	1	肺	檳榔	陳皮	烏藥	人參		
17	越鞠丸	Ch07-理氣之劑-06	5	3	肺脾三焦	香附	蒼朮	川芎	神麴	梔子	
18	橘皮竹茹湯	Ch07-理氣之劑-11	8	1	胃	橘皮	竹茹	人參	甘草	半夏	麥冬
19	咳血方	Ch08-理氣之劑-07	5	1	肺	青黛	枳實	海浮石	罌粟殼	訶子	

【圖 3.7.1】第二群組資料，所有藥物劑量皆等分

其中，欄位 A 是第二大群組方劑的名稱；欄位 B 是方劑的所在章節與紀錄順序；

欄位 C 是全方組成藥味的數目；欄 D 是汪昂註記的「方劑歸經」數目，例如「參乳丸」具有「肺脾肝」的方劑歸經，則此欄數目為 3；欄 E 則是此方的「方劑歸經」；在此圖示中的欄 F 以後則是此方劑的組成藥物。

### 3-7-1 填入每一個組成藥物的歸經再加總

在這第二群的方劑資料庫裡，筆者利用之前就已經建立好的《本草備要》的歸經資料庫，填回藥物的欄位，以下舉例《醫方集解·一卷·補養之劑》的「孔聖枕中丹」做為加總歸經的案例，其餘方劑皆仿此：（請見【表 3.7.1】）

【表 3.7.1】對第二群組的方劑，加總每一組成藥物的歸經，以孔聖枕中丹為例

組成藥物	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽
龜板	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
龍骨	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0
遠志	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
石菖蒲	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
總和	1	1	1	0	4	1	0	3	0	0	0
記錄為	肺 1 大腸 1 胃 1 心 4 小腸 1 腎 3 肝 2										

然後在這些欄位當中，可以將所有藥物的歸經加總，以得到一個加總後的歸經，如【圖 3.7.2】所示。

Microsoft Excel - 001.xls-醫方集解-依照劑量分布特性分開三群950116.xls										
輸入需要解答的問題										
標楷體 16 B U 100%										
肺4大腸1胃4脾5心2膀胱1肝1										
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	
1	物歸經	物歸經	歸	歸	歸	歸	歸經加總	A	方劑歸經	B
2						肺1脾1心1	3	肺脾肝	3	
3						大腸1胃1心4小腸1腎3肝2	6	心腎	2	
4						脾2心2腎5心包1肝2	5	腎	1	
5	肺心胃					肺7胃4脾9心4膀胱1腎2三焦2	7	脾胃	2	
6	脾胃肺三焦					肺6大腸1胃7脾6心4膀胱2腎1三焦1膽1肝2	10	膀胱胃	2	
7						肺7大腸5胃6脾7心4小腸2膀胱2腎1心包2三焦1膽2	12	膀胱胃膽	3	
8						肺2胃2脾2心1膀胱3腎1肝2	7	膀胱	1	
9						大腸1胃2脾1腎1心包1肝1	6	大腸胃	2	
10						肺1脾1三焦1肝1	4	脾胃	2	
11						肺4大腸1胃4脾5心2膀胱1肝1	7	膽胃	2	
12	脾胃心					肺7大腸1胃7脾10心4膀胱1腎1三焦1肝2	9	脾胃	2	
13						肺1大腸1心1膀胱2腎1膽1	6	膽	1	
14						肺3胃3脾6心2膀胱2三焦1膽2肝2	8	膽脾	2	
15						肺1胃2膀胱1腎1	4	脾胃	2	
16						肺3脾3心1膀胱1腎1	5	肺	1	
17						肺2大腸1胃3脾2心2小腸1膀胱1腎1心包2三焦2膽2	12	肺脾三焦	3	
18						肺7胃4脾5心4膀胱1肝1	6	胃	1	
19						肺4胃1心1三焦1肝1	5	肺	1	

【圖 3.7.2】第二群組資料，將組成藥物的歸經加總後所得到的總和歸經

於【圖 3.7.2】之中，[欄位 Q11]所謂的「肺 4 大腸 1 胃 4 脾 5 心 2 膀胱 1 肝 1」就是表示：在這個方劑當中，所有藥物的歸經加總後的結果，歸入肺經的次數有四次、歸入大腸經的有一次、胃經四次、脾經五次、心經 2 次，膀胱經與肝經各 1 次。

### 3-7-2 去除沒有藥物歸經可以加總的方劑

在筆者將每一方劑中的藥物歸經加總而得到全方的歸經之時，會發現此資料庫亦隱藏著另外一個問題必須克服：有些藥物仍然沒有歸經可以填入以加總出全方的歸經，雖然這些藥物很可能對於全方的歸經，僅有一點點的影響作用，但是為了研究的嚴謹度，這些方劑還是必須捨棄。在這第二群組當中，有此問題的方劑分別是：「參乳丸、三物備急丸、四磨湯、蒼朮地榆湯、小薊飲子、疏鑿飲子、八正散、防己飲、韭汁牛乳飲、消渴方、控涎丹、截瘧七寶飲、鱉甲飲、赤石脂禹餘糧湯、雄檳丸、二百味草花膏、點眼方、天仙藤散、麻仁蘇子湯」一共有十九個方劑。也因此，第二大群組應該餘下有 59 個方劑可供進行進一步的比對研究。

但是，再看【圖 3.7.2】之中的[欄位 R]，很輕易地就會發現一個與第一群組資料庫遇到的同樣問題：加總後所得到的經絡，有很多方劑可以幾乎十二條經絡全入。因此，仍然要面對決定加總後的藥物歸經總和，應當取前幾名的歸經來跟全方的「方劑歸經」相比較的問題。

這個現象之所以必須避免，是因為如果沒有解決的話，進行統計的結果將會是 Sensitivity 幾乎 100%的結果，但 Specificity 就會同時變得相當地低，這在統計學上是相當顯而易見的道理。然而，一個用來預測的模組，測試結果出現近乎 Sensitivity 100%，但卻有極低的 Specificity，是完全沒有意義的，最常見的情況是預測時已經包含所有的可能性（預測時「入十二經」就將十二經絡全部列入，如此不管方劑歸經實際上歸何經一定全部都能預測準確，但相對 Specificity 就會很差）。

如果再仔細評估這些能夠歸入十二經絡的方劑，可以發現大部分加總之後擁有十二經絡全可歸入的方劑之中，很多經絡實際上只歸入過一次（歸入強度相對地很低）。而這樣的情形，筆者認為這所謂的「歸入十二經」就沒有提綱挈領的作用了，其中一定會包含了許多廣泛但是不夠精確的歸經資訊，所以勢必需要解決這類歸入相當多經絡的方劑，應採用什麼樣的規則、應如何取得方劑中具足代表性的歸經，以預測全方的方劑歸經，才能夠達到最佳的預測效率，就變成一個必須要解決的重要問題了。

因此，在前一節當中，筆者使用「取前兩名歸經」的方式來解決這個問題，而因為第一群組與第二群組本來就是不一樣的資料庫，為了更加確定第二群組的方劑資料庫，是否可以沿用第一大群組所得的結論「只使用加總後次數前兩名的歸經，來預測全方的歸經」，筆者便繼續做了以下八組數據來一起比較：（請見【表 3.7.2】）

### 3-7-3 仍需去除《傷寒論》足太陽經資料庫的干擾

【表 3.7.2】第二類資料庫中，沿不沿用第一大類資料庫結論的八組數據差異

比較項目	取第一名	取前兩名	取同數個	取前三名
Sensitivity	30.89%	47.15%	53.66%	62.60%
Specificity	97.13%	93.21%	93.75%	87.59%
PV+陽性預測率	69.09%	59.79%	64.71%	52.38%
PV-陰性預測率	87.12%	89.17%	90.45%	91.48%
Total sum of square	695/1111	733/790.3	738/1090	1509/1061
(藥物歸經預測組/random 組)	(0.626)	(0.927)	(0.677)	(1.422)

\*「取同數個」意同於前文所論的「依照此方劑歸經數取」，參見【表 3.6.7】的欄位。



【表 3.7.2】：續

比較項目	去除歸入足太陽經之方劑後			
	取第一名	取前兩名	取同數個	取前三名
Sensitivity	34.41%	56.98%	60.47%	69.51%
Specificity	97.75%	94.80%	95.05%	88.86%
PV+陽性預測率	76.19%	70.00%	72.22%	57.58%
PV-陰性預測率	87.68%	91.19%	91.87%	93.06%
Total sum of square	478/744	272/534	316/533.73	604/622
(藥物歸經預測組/random 組)	(0.642)	(0.509)	(0.592)	(0.971)

此表突顯了本大類資料庫中的方劑，因為存在有資料庫中所隱藏更複雜、更深層的規則，會在驗證過程中不斷體現出難以理解的變化。在前一小節的結尾筆者結論認為應當採取所有預測歸經的前兩位，可以達到最佳的 Sensitivity、Specificity 與 Total Sum of Square 值，但是在此表的八個資料庫統計資料相比之下，雖然 sensitivity 的確隨著取前幾名歸經增加而遞增，而 Specificity 也的確隨著取前幾名歸經增加而逐漸遞減，這都是很容易就可以猜測與可以理解的結果，結果發現：在未移除「足太陽經」的方劑之前，四組的五個觀察值裡，以「取同數個」組最好，擁有最好的總平方和比值與還可以接受的 Sensitivity/Specificity，此時前一小節認為最佳的「取前兩名」組的總平方和比值出奇地差（0.927），表示此組遠離真正方劑歸經的程度，沒有比隨機猜測來得好多少；但是在移除「足太陽經」的干擾之後，四組的五個觀察值全部變得比之前好，顯示「足太陽經的干擾」的確存在。

而在移除足太陽經方劑之後，最重要的是數據中突顯了「取前兩名」組的優勢，它改善總平方和比值的程度最好（0.927→0.509），這樣八組的數據一起比較，可以體現出幾個重要內涵：

- (1)「取前兩名」一組，仍然與之前結論相同，是擁有最佳總平方和比值的一組。
- (2)「足太陽經」的干擾，在第二大資料庫仍然是必須要去除的，去除之後每一組數據都有不同程度的改善，尤其是「取前兩名」一組。
- (3)不單獨看比值，先看看 Total Sum of Square 值的話，「取前兩名」一組（272）在八組當中最小，表示此組與真實方劑歸經的差距最小，所以總平

方和比值最小。

以上的結果可以再做推論：第二群組資料庫的方劑，透過這種運算方法還未能達到相當令人滿意的五個觀察值結果，推測可能還是因為忽略了某些重要潛在規則而間接地放大了差異。

因此筆者必須再回頭觀察第二群組資料庫的方劑中，有無一些影響歸經的非藥物性因子。

### 3-7-4 全書中源自《傷寒論》其它篇章的方劑與其方劑歸經

在第二群組當中，除了足太陽經的歸經影響已經在之前的文字論述中談過，在此資料庫中還有其它汪昂受到《傷寒論》篇章所影響而寫下來的「方劑歸經」。其中，最明顯的例子是《醫方集解·祛寒之劑》的「四逆湯」，其組成藥物與個別的藥物歸經是附子（通行十二經治三陰傷寒，肝脾腎）、乾薑（入胃肺肝）與炙甘草（生：脾胃心/炙：三焦），因此加總的歸經應該是「肝2脾1腎1胃1肺1三焦1」，如果取第一名的歸經為「肝」；取前兩名歸經，則會取「肝肺」（依照本草備藥的歸經順序選取第二名歸經），但是結果汪昂所註記的方劑歸經是「足少陰經藥」（腎），導致筆者使用藥物歸經加總的方式，無法猜測到汪昂所記錄的方劑歸經。而讀者一定很好奇，為什麼汪昂會註解「四逆湯」為「足少陰藥」呢？理由在主治的注解文裡，其文如下：

四逆湯。治三陰傷寒。四逆湯為少陰主藥。然三陰通用之。太陽證脈沉亦有用此者。身痛腹痛。下痢清穀。惡寒不渴。……<sup>129</sup>

重點在「四逆湯為少陰主藥」一句，因此全方便依照《傷寒論》六經辨證的概念，納入了「足少陰藥」，可以很明確地知道汪昂並不是依照藥物的藥物歸經作用來考慮此方的方劑歸經，而是依照過去醫家對於此方的認定多在傷寒少陰病，因此便以此為考慮重心，這也是與之前遇到的足太陽經造成干擾的理由一樣。因此，結論是，此方以及與此方採用同樣觀念來歸經而與藥物歸經加總相差過大的方劑，都必須先擱置不談，或另闢章節討論。

但是可惜的是：並不是所有《醫方集解》源出於《傷寒論》的方劑，都會百分之百符合這個原則。因此以下，筆者便將《醫方集解》當中所有源出於《傷寒論》

的方劑，全部列為表格整理出來，並且與汪昂所標記的「方劑歸經」來對照，其中可以又發現一些其他的潛在規律：（請見【表 3.7.3】）

【表 3.7.3】《醫方集解》中源於《傷寒論》的方劑與汪昂方劑歸經對照

《醫方集解》方劑	源自傷寒論之篇章	方劑歸經記載
麻黃湯	辨太陽病脈證併治上篇	足太陽
桂枝湯	辨太陽病脈證併治上篇	足太陽
大青龍湯	辨太陽病脈證併治下篇	足太陽
小青龍湯	辨太陽病脈證併治下篇	足太陽
麻黃附子細辛湯	辨少陰病脈證併治全篇	足少陰
大承氣湯	辨陽明病脈證併治全篇	足陽明
大陷胸湯	辨太陽病脈證併治上篇	足太陽
十棗湯	辨太陽病脈證併治上篇	足太陽
小柴胡湯	辨少陽病脈證併治全篇	足少陽
黃芩湯（太少合病）	辨合病併病脈證併治全篇	足太陽足少陽
桃仁承氣湯	辨太陽病脈證併治中篇	足太陽
抵當湯	辨太陽病脈證併治中篇	足太陽
理中湯	辨太陰病脈證併治全篇	足太陰
四逆散	辨少陰病脈證併治全篇	足少陰
四逆湯	辨少陰病脈證併治全篇	足少陰
白通加人尿豬膽汁湯	辨少陰病脈證併治全篇	足少陰
真武湯	辨少陰病脈證併治全篇	足少陰
當歸四逆湯	辨厥陰病脈證併治全篇	足厥陰
茯苓甘草湯	辨太陽病脈證併治中篇	足太陽
五苓散	辨太陽病脈證併治上篇	足太陽
茵陳蒿湯	辨陽明病脈證併治全篇	足陽明
桃花湯	辨少陰病脈證併治全篇	足少陰

以上為方劑歸經完全符合《傷寒論》篇章共 21 首方劑

【表 3.7.3】：續

《醫方集解》方劑	源自傷寒論之篇章	方劑歸經記載
葛根湯（太陽合病）	辨合病併病脈證併治全篇	足太陽
瓜蒂散	辨太陽病脈證併治上篇	足太陽足陽明
梔子豉湯	辨太陽病脈證併治中篇	足太陽足陽明
大陷胸丸	辨太陽病脈證併治上篇	足太陽足陽明
大柴胡湯	辨少陽病脈證併治全篇	足少陽足陽明
柴胡加芒硝湯	辨少陽病脈證併治全篇	足少陽足陽明
桂枝加大黃湯	辨太陰病脈證併治全篇	足太陽足太陰
葛根黃連黃芩湯	辨太陽病脈證併治上篇	足太陽足陽明
小承氣湯	辨陽明病脈證併治全篇	足少陽足陽明
調胃承氣湯	辨陽明病脈證併治全篇	足太陽足陽明
吳茱萸湯	辨少陰病脈證併治全篇	足厥陰足少陰足陽明
豬苓湯	辨陽明病脈證併治全篇	足太陽足陽明
白虎湯	辨陽明病脈證併治全篇	足陽明手太陰
以上不完全符合（仍有部分相符）者，共 13 首方劑		
小陷胸湯	辨太陽病脈證併治上篇	足少陽
蜜煎導法	辨陽明病脈證併治全篇	大腸
豬膽導法	辨陽明病脈證併治全篇	大腸
黃連湯	辨少陽病脈證併治全篇	足陽明
芍藥甘草湯	辨壞病脈證併治全篇	足太陰足陽明藥
代赭旋覆湯	辨太陽病脈證併治中篇	足陽明
小建中湯	辨太陽病脈證併治中篇	足太陰足陽明
炙甘草湯	辨太陽病脈證併治中篇	手太陰足太陰
半夏瀉心湯	辨太陽病脈證併治中篇	手少陰足太陰
以上完全不相合者，共 9 首方劑。		

此表當中已經說明，有 21 首方劑，其方劑歸經完全與《傷寒論》出處的六經篇章相同；而有 13 首方劑不完全符合，通常這類方劑具有兩個歸入經絡，至少其

中一個方劑歸經都還能與其出處相同，另外一個歸入經絡則似乎採用了非《傷寒論》的六經分經觀念來標記；最後，還有九個方劑，其標記的「方劑歸經」與《傷寒論》的篇章完全不同。

這可能表示，汪昂縱使在源出於《傷寒論》的方劑，仍然使用了不只一套的歸經觀念與原則，並且從【表 3.7.3】中，筆者直至目前仍然不甚清楚汪昂何時單獨根據《傷寒論》篇章來註解出「方劑歸經」，而何時又不單獨使用這個原則。

### 3-7-5 部分方劑會忽略特定藥物的作用

例如：《醫方集解·五卷·瀉火之劑》的「元參升麻湯」：

治發斑咽痛。發斑者。陽明胃熱也。咽痛者。少陰相火也。

元參 升麻 甘草 等分。

此足陽明少陰藥也。升麻能入陽明。升陽而解毒。元參能入少陰。壯水以制火。甘草甘平。能散能和。故上可以利咽。而內可以散斑也。<sup>130</sup>

從主治之下的小字註解「發斑者。陽明胃熱也。咽痛者。少陰相火也」，到談論組成藥物的解釋「升麻能入陽明……元參能入少陰」都直接暗示了此方的歸經為「足陽明少陰」，但是呢？卻忽略了等分劑量的「甘草」。如果以藥物的歸經來加總的話，會得到這個表格的結果（請見【表 3.7.4】）：

【表 3.7.4】元參升麻湯的歸經加總示範

藥物	歸經文字	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽肝
玄參	腎	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
升麻	胃脾大腸肺	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
甘草	生：脾胃心/炙：三焦	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0
歸經加總(單位:次)		1	1	2	2	1	0	0	1	0	1	0

也就是說如果要取兩名歸經的話，應該是以「脾經」、「胃經」為主，其主要貢獻入脾胃歸經的，就是在汪昂注釋當中被犧牲掉、沒有考慮的「甘草」。嚴格來說，

這就是汪昂「方劑歸經」不夠精確的其中一個證據。但是這麼批判汪昂的確是嚴格了點，因為汪昂並非唯一對歸經理論敘述不精確的醫家。但畢竟從古至今，仍未有醫家利用精確的準則來敘述或是歸納歸經學說，又除了劉純之外，沒有另外的醫家明白、廣泛地正式使用「方劑歸經」來註解方劑。這些歷史上的包袱也就是本研究希望可以突破的地方，但是在以往歸經學說的潛在規則沒有被完全解開來檢視之前，新歸經理論便沒有以往的準則可以參考。

### 3-7-6 方劑名稱中的五臟六腑明顯影響方劑歸經

但除了前段的《傷寒論》六經觀念對於「方劑歸經」的影響，筆者提及整理了由《醫方集解》當中將 378 個方劑的方名，初步利用簡單的五種規則，分析方劑名稱的五種最常見內涵，分開來討論以觀察是否有影響「方劑歸經」的現象存在：

- (一) 方名中的五臟五色等直接與歸經相關的字眼，如瀉青丸、瀉白散。
- (二) 包含病機的字眼，如清暑益氣湯、痛瀉要方。
- (三) 數術類的名詞，如真人活命飲、斑龍丸。
- (四) 包含數字的字眼，如六一散、十四味建中湯。
- (五) 方名中包含藥物的字眼，如麻黃白朮湯、當歸芍藥湯。

這五點裡頭，就筆者反覆比較的結果，就以第一類「方名中的五臟五色等直接與歸經相關的字眼」與第二類「包含病機的字眼」，與「方劑歸經」有相關性存在，其餘三類「數術類名詞」、「包含數字的字眼」與「包含藥物的字眼」與全方的「方劑歸經」沒有很確定的關聯。其中，具有「數術類字眼」的方劑中小青龍湯、白虎湯、斑龍丸、真人活命飲等，都是承襲古代的方名，有誇讚方劑效用的意涵，在汪昂的著作裡，未見其對方劑的歸經造成明顯影響。

因此，筆者整理了一個以第一類為主來排序的表格，以更加容易比對出方劑名稱中含有五臟六腑與五色等字眼，對應「方劑歸經」時所出現的規律。（請見【表 3.7.5】）

【表 3.7.5】《醫方集解》方名中包含五臟六腑五色者與「方劑歸經」的關連

方劑名稱	五臟五色	病機	數術數字	藥物	方劑歸經	章節
補中益氣湯	中	氣			脾胃	Ch07-理氣之劑
中滿分消丸	中	滿			脾胃	Ch12-利濕之劑
中滿分消湯	中	滿			胃脾	Ch12-利濕之劑
十四味建中湯	中		十四		脾肝腎胃	Ch10-祛寒之劑
大建中湯	中				脾胃	Ch10-祛寒之劑
理中湯	中				脾	Ch10-祛寒之劑
托裏溫中湯	中				胃脾肝腎	Ch20-癰瘍之劑
洗肝散	肝				肝胃	Ch19-明目之劑
補肝散	肝				肝	Ch19-明目之劑
羊肝丸	肝			羊肝	肝	Ch19-明目之劑
龍膽瀉肝湯	肝			龍膽	肝膽	Ch14-瀉火之劑
獺肝丸	肝			獺肝	三陰	Ch18-殺蟲之劑
溫膽湯	膽				膽胃	Ch06-和解之劑
養心湯	心				心	Ch08-理血之劑
半夏瀉心湯	心			半夏	心脾	Ch14-瀉火之劑
附子瀉心湯	心			附子，心	膀胱心	Ch14-瀉火之劑
蓮子清心飲	心			蓮子	心腎膽脾	Ch14-瀉火之劑
天王補心丹	心				心	Ch01-補養之劑
清脾飲	脾				膽脾	Ch06-和解之劑
歸脾湯	脾				心脾	Ch08-理血之劑
縮脾飲	脾				脾胃	Ch11-清暑之劑
實脾飲	脾				脾	Ch12-利濕之劑
健脾丸	脾				脾胃	Ch16-消導之劑
補脾胃瀉陰火升陽湯	脾胃	陰火陽			脾胃膽	Ch01-補養之劑
胃風湯(易老)	胃	風			胃肝	Ch09-祛風之劑
調胃承氣湯	胃	氣			膀胱胃	Ch04-攻裏之劑

\*傳統上，五色對應五臟為：青（肝膽）；赤（心小腸）；黃（脾胃）；白（肺大腸）；黑（腎膀胱）

【表 3.7.5】：續

方劑名稱	五臟五色	病機	數術 數字	藥物	方劑歸經	章節
升陽益胃湯	胃	陽			脾胃	Ch01-補養之劑
清胃散	胃				胃	Ch14-瀉火之劑
平胃散	胃				脾胃	Ch16-消導之劑
人參益胃湯	胃			人參	脾胃	Ch19-明目之劑
補肺湯	肺				肺腎	Ch01-補養之劑
補肺阿膠散	肺			阿膠	肺	Ch01-補養之劑
百合固金湯	肺			百合	肺腎	Ch01-補養之劑
清肺飲	肺				肺	Ch15-除痰之劑
潤腸丸	大腸				大腸胃	Ch13-潤燥之劑
滋腎丸	腎				腎	Ch01-補養之劑
加味腎氣丸	腎				脾腎	Ch12-利濕之劑
腎著湯	腎				腎膀胱	Ch12-利濕之劑
腎熱湯	腎				腎	Ch14-瀉火之劑
水陸二仙丹	水		二仙		腎	Ch17-收瀉之劑
水解散	水				膀胱胃	Ch05-表裏之劑
瀉青丸	青				肝膽	Ch14-瀉火之劑
小青龍湯	青龍		青龍		膀胱	Ch02-發表之劑
左金丸	左金		左金		肝	Ch14-瀉火之劑
導赤各半湯	赤				心肺小腸	Ch14-瀉火之劑
導赤散	赤				心小腸	Ch14-瀉火之劑
瀉黃散	黃				脾胃	Ch14-瀉火之劑
白虎湯	白		白虎		胃肺	Ch14-瀉火之劑
瀉白散	白				肺	Ch14-瀉火之劑
青州白丸子	白丸子				肝脾	Ch15-除痰之劑
白金丸	白金			白礬黃金	心	Ch15-除痰之劑
侯氏黑散	黑				肺心肝	Ch09-祛風之劑
黑神散	黑神		神		脾肝	Ch21-經產之劑



【表 3.7.5】：續

方劑名稱	五臟五色	病機	數術 數字	藥物	方劑歸經	章節
清骨散	骨				膽肝	Ch14-瀉火之劑
點眼方	眼				肝	Ch19-明目之劑
飛絲芒塵入目方	目					Ch19-明目之劑

\*全書共 378 方皆列入觀察，但其餘沒有五臟五色字眼之方劑未列於此表。

在【表 3.7.5】之中，有這樣的高準確度的規律出現：

- (1) 出現「中」者，歸經中一定包含「脾胃經」或是「脾經」。
- (2) 出現五臟六腑字眼「肝膽心脾胃肺腎」者。其方劑歸經中一定包含所出現該臟腑；
- (3) 出現五色字眼「青赤黃白黑」者。「青」必歸入「肝膽」、「赤」必歸入「心小腸」、「黃」必歸入「脾胃」、「白」必歸入「肺大腸」，而若方劑名稱中包含了「黑」的字眼，就必歸入「腎膀胱」。

其中「青龍」、「白丸子」、「黑神」、「左金」、「白金」例外，「青龍」這個字眼意涵還包括了傳統數術上的意涵，因此不單純依照「青歸入肝膽」的規則；「白丸子」是形容藥丸顏色為白色；「黑神」之名，很可能因為作用範圍類似，而繼承「古黑神散」之方名，意在表示「藥物的顏色為黑色、效果神效」；「左金」的「左」含有《內經·刺禁論》「肝生於左」的概念，所以吳鶴皋也在《醫方考·卷之二·火門·左金丸》說：「左，肝也。左金者，謂金令行左而肝平也。<sup>131</sup>」，所以「左」就是「肝」之義，至於「金」汪昂則未使其成為歸經；「白金」是指藥物組成為「白礬、鬱金」。所以除了這五個需要解釋的、還算合理的例外，其餘《醫方集解》378 方中只要出現上列字眼，則此處提到的規則都會完全成立。

這樣規則的發現，的確超出了透過藥物歸經來預測方劑歸經的範圍，可以屬於一種特例。而本文希望能探求「方劑歸經」的義涵，並且希望能找到能有臨床價值、可以推演的規則，必得對這樣多規律主導的現象，在進入研究前先有初步的認知，才不至於使研讀這個主題的學者或是讀者，誤以為「方劑歸經就是由組成藥物歸經加總」就是「方劑歸經」的唯一準則。

### 3-7-7 方劑名稱中含有病機字眼亦影響方劑歸經

方劑歸經的設立用意，是要統攝全方的作用方向，曾經談論到方劑歸經之醫家，如韓祗和、王好古以及劉純、汪昂等，都希望透過簡單的幾個歸經字眼，就能夠提綱全方的作用與主治；而方劑名稱的出現也大略有如此的用意，設方立法的醫家無非不是希望後代習醫之人，能一見到方劑名稱就能了解方劑的大概作用以及作用時機。

例如《醫方集解·二卷·和解之劑》的「痛瀉要方」，簡明扼要地點明治療時機與範圍是「瀉」以及「痛」。原文這麼寫道：

治痛瀉不止。脾虛故瀉，肝實故痛。吳鶴皋曰：此與傷食不同，傷食腹痛，得瀉便減，今瀉而痛不止，故責之土敗木賊也。戴氏曰：水瀉腹不痛者，濕也；痛甚而瀉，瀉而痛減者，食積也；瀉水腹痛腸鳴，痛一陣、瀉一陣，火也；或瀉或不瀉，或多或少者，痰也；完谷不化者，氣虛也。

白朮土炒。三兩 白芍炒。二兩 陳皮炒。兩半 防風一兩 或煎或丸。久瀉加升麻。

此足太陰厥陰藥也。白朮苦燥濕，甘補脾，溫和中；芍藥寒瀉肝火，酸斂逆氣，緩中止痛；防風辛能散肝，香能舒脾，風能勝濕，為理脾引經要藥東垣曰：若補脾胃，非此引用不能行。陳皮辛能利氣，炒香尤能燥濕醒脾，使氣行則痛止；數者皆以瀉木而益土也。<sup>132</sup>

「脾虛故瀉，肝實故痛」這一句汪昂註解方名的文字，就明白表示了其方劑歸經的思路，又在其解方的方論裡，對於藥物組成有這樣的分析架構：

- (1) 白朮苦燥濕，甘補脾，溫和中→脾
  - (2) 芍藥寒瀉肝火，酸斂逆氣，緩中止痛→肝
  - (3) 防風辛能散肝，香能舒脾→肝、脾
  - (4) 陳皮辛能利氣，炒香尤能燥濕醒脾→脾
- } → 數者皆以瀉木而益土也

而的確，此方的方劑歸經，就正是「足厥陰足太陰經藥（肝脾）」。

使用方劑名稱中含有病機的字眼來推論其方劑歸經已經可以準確地掌握住此類方的歸經，但使用前文經常使用的歸經方法，以及第三大類資料（後文討論到第三大類資料庫時會詳述）的分析技巧回來分析這個屬於第一大類方劑資料庫的方劑之時，反而會出現誤差：（請見【表 3.7.6】）

【表 3.7.6】痛瀉要方的歸經加總表格，反而無法推出正確的方劑歸經

藥物/歸經	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝	劑量
白朮	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	30
白芍	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	20
陳皮	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	20
防風	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	10
乘以劑量 1	0	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	
乘以劑量 2	20	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	20
乘以劑量 3	20	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	
乘以劑量 4	10	0	10	10	0	0	10	0	0	0	0	0	10
加總（單位：錢×次）	50	0	10	80	0	0	10	0	0	0	0	0	30
歸經加總	肺 50 胃 10 脾 80 膀胱 10 肝 30（單位：錢×次）												

\*「乘以劑量 1~4」等四行，是指藥物的歸經數列，分別乘上藥物最後一欄的劑量。例如「乘以劑量 1」就是白朮的數列「0,0,0,1,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,」乘上劑量欄「30」所以可得到「0,0,0,30,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,」的數列；同理，「乘以劑量 2」就是「白芍」的數列乘上其劑量「20」；「乘以劑量 3」就是「陳皮」數列乘上其劑量「20」；而「乘以劑量 4」就是「防風」的數列乘上其劑量「10」；「加總」一欄則是將「乘以劑量 1~4」每列各自相加，例如「肺」的「加總」就是「0+20+20+10」。

由【表 3.7.6】來看，採用「藥物歸經加總，並加權藥物劑量」的方法，會得出較為強勢的歸經為「脾 80 肺 50」，也就是應該歸入「脾肺」二經，但是真實的方劑歸經，卻並非如此，而是從方劑名稱當中直觀便可以得到。

其他又如《醫方集解·祛風之劑》易老胃風湯，方名提示「胃」所以歸入「胃經」，又提示「風」所以歸入主宰風之「肝經」。節錄一段原文來幫助佐證：

此足陽明厥陰藥也。胃風者，胃虛而風邪乘之也。風屬肝木，能克脾土，故用參、朮、茯苓以補脾氣而益衛；當歸、川芎以養肝血而調榮；芍藥泄肝而能和脾；肉桂散風而能平木。木得桂而枯，削桂釘木根，其木即死。又辛能散風；故能住泄瀉而療風濕也。又曰：白朮、茯苓能壯脾而除濕，川芎、肉桂能入血而驅風。《玉機微義》曰：此方名治風而實非治風，乃補血和血益胃之藥，血病而扶濕者，實可倚仗。133

如同前例，從方劑名稱「胃、風」二字，就可以初步預測出很準確的方劑歸經了。但若客觀地來討論，汪昂運用這種潛在模式的優點，是體現了對方劑作用的扼要紀錄，對於學習醫術的初學者，不管是掌握過去醫家使用此方劑的經驗與提示臨床使用的時機，都有相當大的用處；但缺點是：如果未來需要分析新方劑或是開發固有方劑的新作用，如此依靠過去經驗的解釋文字與規則，可惜則是完全沒有助益的。

### 3-7-8 目前仍難以理解的歸經模式

這部份筆者整理了第二大類方劑內難以解釋的歸經模式，例如

#### (一) 《醫方集解·四卷祛寒之劑》的「十四味建中湯」：

治氣血不足。虛損勞瘵。短氣嗜臥。欲成勞瘵。及陰證發斑。寒甚脈微。

黃耆蜜炙 人參 白朮土炒 茯苓 甘草蜜炙 半夏薑制 當歸酒洗 白芍酒炒 熟地 川芎 麥冬 肉蓯蓉 附子 肉桂 加薑棗煎

此足三陰陽明氣血藥也。黃耆益衛壯氣。補中首藥。四君補陽。所以益氣參朮茯苓。四物補陰。所以養血芎歸芍地。陰陽調和。則血氣各安其位矣。半夏和胃健脾。麥冬清心潤肺。蓯蓉補命門相火之不足。桂附引失守之火而歸元。於十全大補之中。而有加味。要以強中而戰外也。<sup>134</sup>

利用之前的方法，從《本草備要》當中找出其藥物的歸經，再將所有的歸經相加總，可以得到如【表 3.7.7】中最下一列的「肺 6 胃 3 脾 10 心 6 膀胱 1 腎 5 心包 2 三焦 2 膽 1 肝 7」，也就是說，如果利用藥物歸經的加總來預測方劑歸經，「肺脾心腎肝」都是前幾名的歸經，也因此，筆者可以了解也可以預測汪昂將此方歸入「足三陰經」（肝脾腎），但是為何歸入「足陽明經」呢？至今無解。

#### (二) 《醫方集解·六卷癰瘍之劑》的「止痛當歸湯」：

治腦疽背疽。穿潰疼痛。

當歸 生地黃 芍藥 黃耆 人參 甘草炙 官桂各一兩

此足陽明厥陰藥也。當歸、生地活血涼血。人參、黃耆、益氣補中。官桂解毒化膿。毒化成膿。則痛漸止。芍藥和脾。酸以斂之。甘草扶胃。甘以緩之。則痛自減矣。<sup>135</sup>

利用之前加總組成藥物歸經的方法，得到【表 3.7.8】，其中對於「方劑歸經(胃肝)」有貢獻的，就是歸入胃經的「黃耆、甘草」與歸入肝經的「當歸、白芍、官桂」，但是前文已經提過，有時後汪昂會忽略「甘草」的作用，也很可能未將此藥的歸經列入考慮。

換句話說，有可能在「黃耆」與「當歸、白芍、肉桂」出現之時，有潛在的交互作用導致加權的情況存在。

【表 3.7.7】十四味建中湯的歸經加總

藥物	歸經	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝
黃耆	三焦脾胃肺	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
人參	肺脾肺心	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
白朮	脾	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
茯苓	脾肺膀胱心腎	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
甘草	脾胃心三焦	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
半夏	胃脾肝肺	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
當歸	心肝脾	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
白芍	肝肺脾	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
熟地黃	心腎心包肝	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
芎藭	膽心包肝	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
麥門冬	心肺	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
肉蓯蓉	腎	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
附子	十二經肝脾腎	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
肉桂	肝腎脾	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
	加總	6	0	3	10	6	0	1	5	2	2	1	7

歸經加總(單位:次) 肺 6 胃 3 脾 10 心 6 膀胱 1 腎 5 心包 2 三焦 2 膽 1 肝 7

【表 3.7.8】止痛當歸湯的歸經加總

藥物	歸經	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝
當歸	心肝脾	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
生地黃	心腎小腸肺	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
白芍	肝肺脾	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
黃耆	三焦脾胃肺	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
人參	肺脾肺心	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
甘草	生：脾胃心/炙：三焦	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
肉桂	肝腎脾	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
	加總	4	0	2	6	4	1	0	2	0	2	0	3
歸經加總（單位：次）		肺 4 胃 2 脾 6 心 4 小腸 1 腎 2 三焦 2 肝 3											

不考慮「藥物間作用加強了整體作用」的話，就算對「黃耆」與「當歸、白芍、肉桂」加權，也不應該是「足陽明胃經」為歸經的第一名，而「當歸、白芍、肉桂」若有加權，除了「肝經」之外也加重了「（當歸）脾經心經」、「（白芍）肺經脾經」以及「（肉桂）脾經腎經」，也無法解釋為何取「足陽明胃經」作為方劑的歸經，筆者認為「脾經」才是應該要考慮首選的經絡。但是此問題目前仍無解。

筆者總結對第二大類資料庫的探索，及嘗試分析的「方劑歸經」規則如下：

- (1) 第二大類資料庫的特色是組成藥物的劑量完全相同，可以暫時忽略掉劑量對於方劑歸經的影響，但是分析至此，仍然無法體現出「藥物之間的交互作用」與「個別藥物的加權」程度如何，因此這是未來繼續研究此方劑學說與《醫方集解》組方模式的一大重要方向。
- (2) 仍然必須去除「足太陽經」的干擾，才能提高 Sensitivity/Specificity，縮小總平方和，以及與隨機歸經總平方和相除的比值。
- (3) 遇到取藥物總和歸經的名次時，仍然以「取前兩名歸經」為最佳。
- (4) 其他足以影響「方劑歸經」的因素，還包括「方劑名稱中的五臟六腑五行五色字眼」、「《傷寒論》其他章節的影響」等。

實際上，還有一些能影響「方劑歸經」的規則，也許潛藏在第三大類資料裡，筆者繼續分析下去。

## 第八節 第三群資料庫分析

第三大類的方劑資料庫，原始資料庫如前文所述，一共有黑地黃丸等共 81 個方劑需要分析，這一個資料庫的就是《醫方集解》去除了第一大類具有單一個最大劑量藥物的方劑，再去除第二大類所有組成劑量皆等分的方劑之後，所餘下來的 81 個方劑（請見【圖 3.8.1】簡圖所示），在這三大分類之中可以算是劑量最複雜的一個資料庫了。而筆者，想要在此資料庫裡進一步證實的假設是：「方劑歸經，是否可以由組成藥物的歸經乘上其劑量加權後來預測？」以下便開始分析此資料庫的所有方劑。

### 3-8-1 對於資料庫的深一層篩選

第三大群組的資料庫裡，同樣與前兩大資料庫一樣，具有一些方劑不適合分析，在這之中，筆者也一樣觀察到與前兩大類資料庫一樣的「干擾方劑」，因此進行下列先置處理：

- (1) 去除組成藥物當中，無法從《本草備要》中的找出對應歸經者，一共有「扶桑丸、蘇子降氣湯、木香檳榔丸、秦艽白朮丸、活絡丹、橘核丸、中滿分消湯、豬膏酒、普濟消毒飲、玉屑無憂散、順氣消食化痰丸、葛花解醒湯、化蟲丸、救苦勝靈丹方、生肌散、柏子仁丸、當歸煎丸」一共移去十七個方劑。
- (2) 去除真實方劑歸經歸入「足太陽經」之方劑：有「小青龍湯、九味羌活湯、神朮散、人參敗毒散、調胃承氣湯、大秦艽湯、消風養血湯、五苓散、防己黃耆湯、腎著湯、消風散、表實六合湯、安榮散、羌活勝濕湯」以及沿用金元時期六經辨證的「柴胡升麻湯」一共 15 個方劑。
- (3) 暫時不討論「方劑名稱中有五臟五色」的方劑，此點已在前文討論過，主要原因是因為其方劑歸經受方名影響很大。一共去除「養心湯、通幽湯、蓮子清心飲、清肺飲、補肺湯」等 5 個方劑。

去除這些明顯對判斷「方劑歸經」有干擾的方劑之後，筆者利用本章節之前所使用的方法，利用四個統計值與 Total Sum of Square 值、與 Random 組的比值，來評估這個模式對於「方劑歸經」的預測效力如何：（請見【表 3.8.1】）：

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
1		共82方	方劑歸經							
2	黑地黃丸	Ch01-補養之劑-04	脾腎	蒼朮	熟地	五味	乾薑			
3	人參固本丸	Ch01-補養之劑-10	肺腎	人參	天冬	生地	熟地			
4	大補陰丸	Ch01-補養之劑-14	腎	黃柏	知母	熟地	龜板			
5	扶桑丸	Ch01-補養之劑-21	腎大腸胃	桑葉	巨勝	白蜜				
6	四君子湯	Ch01-補養之劑-25	肺脾胃	人參	白朮	茯苓	甘草			
7	補肺湯	Ch01-補養之劑-28	肺腎	人參	黃耆	五味	紫苑	桑白皮	熟地	
8	黃耆鱉甲散	Ch01-補養之劑-33	肺脾膽	黃耆	鱉甲	天冬	秦艽	柴胡	地骨	茯苓
9	益氣聰明湯	Ch01-補養之劑-35	脾胃腎肝	黃耆	人參	葛根	蔓荊子	白芍	黃柏	升麻
10	小青龍湯	Ch02-發表之劑-04	膀胱	麻黃	桂枝	芍藥	細辛	炙草	乾薑	半夏
11	柴胡升麻湯	Ch02-發表之劑-09	膽胃	柴胡	前胡	黃芩	升麻	葛根	桑白皮	荊
12	九味羌活湯	Ch02-發表之劑-10	膀胱例藥	羌活	防風	蒼朮	細辛	川芎	白芷	生地
13	神朮散	Ch02-發表之劑-12	膀胱	蒼朮	防風	炙草				
14	人參敗毒散	Ch02-發表之劑-14	膀胱膽肺	人參	羌活	獨活	柴胡	前胡	川芎	枳殼
15	調胃承氣湯	Ch04-攻裏之劑-03	膀胱胃	大黃	芒硝	炙草				
16	木香檳榔丸	Ch04-攻裏之劑-10	大腸胃三焦	木香	檳榔	青皮	陳皮	枳殼	黃柏	黃連
17	參蘇飲	Ch05-表裏之劑-10	肺脾	人參	紫蘇	乾葛	前胡	半夏	茯苓	陳皮
18	香蘇飲	Ch05-表裏之劑-11	肺	香附	紫蘇	陳皮	甘草			

【圖 3.8.1】第三類方劑資料庫，組成藥物與其方劑歸經

【表3.8.1】第三類群組剔除足太陽經並取前兩名歸經，比較剔除特殊方名結果

比較項目	不剔除方名中有五臟的方劑	剔除方名中有五臟的方劑
Sensitivity	60.19%	63.44%
Specificity	92.58%	93.33%
PV+陽性預測率	0.633	0.670
PV-陰性預測率	0.916	0.923
列入統計之方劑數目	49	44
Total sum of square	203/666.818	123/613
(藥物歸經預測組/random 組)	(0.304)	(0.201)
兩組之共同前提	皆已經剔除足太陽經，並取前兩名歸經	

因此，透過對於「方劑歸經」潛在邏輯漸漸深入的理解，讀者可以很輕易地發現 Sensitivity、Specificity 等值都比之前第一第二大群組還要好，甚至連總平方和值（203 與 123）、與 Random 組的比值（0.304、0.201）都遠比之前的準確度高



出許多。當然嚴格地說，這個數據大都是因為分辨出沒有合理的歸經模式，將這類方劑在分析中獨立出來，或是去除不列入統計，所得到的結果。至於，那些剔除的方劑，其中亦隱藏了推測「方劑歸經」潛在邏輯很重要的線索，因此筆者在接下來的段落裡，會嘗試分析在這第三群組當中少數不合「組成藥物歸經加權劑量」邏輯的歸經現象，並且在這些案例當中，盡量釐清除了「藥物歸經加權劑量」外的邏輯。

### 3-8-2 部分方劑有臟與腑名詞互用的現象

在傳統中醫的理論當中，「肝→膽、心→小腸、脾→胃、肺→大腸、腎→膀胱」等五臟配與其相對應的腑是相當稀鬆平常的觀念。也因為臟與其對應的腑，作用的方式在某些角度上來說，可以互通，例如肝與膽在中醫生理狀態上經常被合併在一起談論，而在病理的反應當中，也經常被當成具有同樣病理反應的臟器；心與小腸、腎與膀胱等等也都有這樣類似的情況。

汪昂的「方劑歸經」，某種程度上也具有這樣的特質。有時候當組成藥物多入「脾經」作用之時，汪昂會在方劑歸經裡註解為「足太陰足陽明（脾胃）經藥」，而不是單指提及「足太陰（脾）經」。例如《醫方集解·一卷·補養之劑》的四君子湯就有此種現象，筆者對此方劑的敘述與組成藥物歸經的分析如下：（請見【表 3.8.2】）

【表 3.8.2】四君子湯的組成藥物與方劑歸經對照

組成藥物與歸經		肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝	劑量
人參	肺脾心	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
白朮	脾	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
茯苓	脾肺膀胱心腎	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2
甘草	生：脾胃心/炙：三焦	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	乘以劑量 1	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	
	乘以劑量 2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	2	0	0	
	乘以劑量 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	乘以劑量 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	加總	2	0	2	4	4	0	0	0	0	2	0	0	
歸經加總（單位：錢 x 次）		肺 2 胃 2 脾 4 心 4 三焦 2												

\*本表內欄位「乘以劑量 1~4」等的意義，與【表 3.7.6】相同，請酌參。

如同【表 3.8.2】中的歸經分布，四味藥物皆歸入脾經，卻只有甘草能歸入胃經，而除了白朮之外的三個藥物皆歸入心經。若將「組成藥物歸經與其劑量」視為重要的歸經原理的話，本方的強勢歸經應該是「脾心」兩個經絡才是，並且不管用任何已知的合理加權方式，都無法讓歸入「胃經」的強度高於「心經」才是。那麼，對於四君子湯的方劑歸經，到底汪昂是如何註解出「足太陰足陽明經藥(脾胃)」的呢？

筆者認為此處汪昂的歸經潛在邏輯，應該可能是這樣的：

- (a) 全方中的歸經加總為「肺 2 胃 2 脾 4 心 4 三焦 2」，若把「脾」與「胃」視為同一組，那麼的確歸入「脾胃經」，可以說是本方當中最強勢的一個歸經。
- (b) 另外一種可能是：汪昂觀察到全方當中歸入「足太陰經(脾)」的藥物很多，而將脾的關係，對其腑擴充出歸入「脾胃」的說法，實際上可能只是表示「足太陰脾經」的強度足以代表本方，如此而已。
- (c) 第三種可能是：承襲金元以來溫補學派的觀念，汪昂很可能認同「補氣」根源於「補養脾胃中焦」的觀念，導致汪昂簡化了本方還可以歸入「心肺三焦」的歸入經絡，而單獨點出「脾胃」二經的重要性。

理論上，歸經既然分為十二經絡，在十二個各別經絡上，應有一定互斥的區分條件，才是符合科學原理的分類方法。但是，筆者卻發現在分析古代醫家或是醫籍中的「臟腑類別」觀念時，又經常會遇到這類混用而未見有一定規律可遵循的困擾。當然，這樣的例子不僅存在於汪昂的著作，許多其他的古代醫家在談論臟腑觀念有時候也經常有「臟腑不別、表裏互通」的現象。

但筆者在此段落，重點並非要批判古代醫家的臟腑觀念是否有錯誤，因為的確很可能在疾病發展的生理病理機制上，臟與腑經常同時表現出病變的特質。但是，就客觀的分類方法學上來論，分類的類別之間仍然必須要有獨立於他類的特性，否則就應該要決定出臟與腑可以混用的條件才好。若這個問題沒有得到很好的解釋，中醫理論在分類學上就存在有一個影響巨大的潛在問題。

再如《醫方集解·二卷·和解之劑》的逍遙散，也有同樣的情況。根據前文的方式（如【表 3.8.1】），試算出全方的藥物歸經並加權劑量之後，所得總歸經為「肺 2 胃 0.5 脾 4.5 心 2.5 膀胱 1 腎 1 三焦 0.5 膽 1 肝 3（單位：錢 x 次）」，其中最強勢的兩個歸經就是「脾 4.5 肝 3」，但是汪昂的方劑歸經卻是「足厥陰少陽藥(肝膽)」，因此筆者推測，這也是一個提示主要方向在「肝」，卻標註「肝膽」的方劑案例。

其他如《醫方集解·二卷·和解之劑》的蘆根湯，忽略了「肺 284.6 胃 284.6

心 126 肝 126」歸經加總後顯示的強勢歸經為「肺胃」，而逕言此方為「足太陰陽明藥（脾胃）」，更奇特的是，根據汪昂《本草備要》的歸經記載，蘆根湯中所有的藥物，卻沒有一味藥物能歸入脾經，惟所有藥物的確都歸入胃經。

因此筆者可以合理認定這類方劑，雖然說「足厥陰足少陽藥（肝膽）」或是「足太陰陽明藥（脾胃）」，實際上，都可能只是在表達組成藥物有強勢歸入「肝經」、「膽經」、「胃經」或「脾經」其中一經之意，而再依照傳統「臟腑相表裏」的理論而擴充成「肝膽經」或是「脾胃經」，並不一定這類方劑歸入相表裏的臟腑經絡。其餘的方劑當中，尚有許多具有類似狀況的方劑，則不再一一詳加列出解釋。

### 3-8-3 部分方劑沿用金元時代由《傷寒論》開創新方的六經敘述

筆者於本論文的第二章之中，曾經簡要地談論過金元時期的學術風氣，基本上此時期與前代在醫學發展上最大的不同，就是醫家對於古代的方劑、傳統的醫學理論，熱衷地提出創新的見解，此時競相提出前人所未清楚說明的醫學理論，風氣相當地盛行。而這個時期，依傷寒六經辨證方法卻不使用經方的風氣也正好應運而起，因而形成了對於同樣使用傷寒六經辨證模式，處方上卻使用自創方劑的處方現象。

這些痕跡也在汪昂《醫方集解》的「方劑歸經」紀錄當中可以見到，例如《醫方集解·二卷·發表之劑》的「柴胡升麻湯」，筆者利用了本章節所使用的方法，對其藥物歸經加權了劑量，再加總之後得到的結果是「肺 41 大腸 9 胃 13 脾 48 心 6 膀胱 12 腎 4 三焦 10 膽 6 肝 29」，其中最強勢的歸經應該是「脾 48 肺 41」，但是汪昂的方劑歸經竟然標示為「足少陽陽明藥也。」完全地不相合，但是為什麼呢？因此，必須再詳細看看汪昂的註解才能了解其原因：

柴胡升麻湯《局方》少陽陽明

治少陽陽明合病，傷風壯熱惡風，頭痛體痛，鼻塞咽乾，痰盛咳嗽，唾涕稠粘；及陽氣郁遏，元氣下陷，時行瘟疫……

此足少陽、陽明藥也。陽明而兼少陽，則表裏俱不可攻，只宜和解在經宜和。

柴胡平少陽之熱，升葛散陽明之邪三藥皆能升提清陽，前胡消痰下氣而解風寒，桑皮瀉肺利濕而止咳嗽，荊芥疏風熱而清頭目，赤芍調營血而散肝邪，黃芩清火於上中二焦，石膏瀉熱於肺胃之部風壅為熱，故以石膏辛寒為君。加薑豉者，取其辛散而升發也。<sup>136</sup>

這段節錄的註文裡，很清楚地說明了此方就是《和劑局方》系統裡的六經辨證方劑，此方雖然並非源自於《傷寒論》，但是仍然採用了六經辨證，因此其古代辨證使用此方劑的時機是「少陽陽明合病」。因此，汪昂可能因此便直接留下了前代對於此方劑的歸經紀錄，也就是如同尊重《傷寒論》而盡量不更動其原篇章歸經一般，對於此派傷寒六經辨證的方劑，一視同仁地傳承了古代方劑的歸經。

雖然汪昂採用「柴胡平少陽之熱，升葛散陽明之邪」來論述其方劑歸經的合理性，有基礎中醫概念的讀者很容易被說服，但根據筆者的試算表，結果卻顯示了此種六經辨證與藥物辨證的觀念，有相當大的衝突。當然，關於這樣歸經理論上的矛盾點，並非汪昂《醫方集解》所獨有，反而這是中醫理論發展過程中必然會面對到的新舊理論衝突。

筆者早在本論文的第二章裡，就曾經引述過元朝成無己與明朝李時珍談論「麻黃湯，入膀胱或是肺經」的六經與藥物歸經衝突。只是，此問題早在元朝、明朝就已經存在，過了數百年問題同樣在清朝汪昂的《醫方集解》裡出現而且還是沒有得到適當的解決，於此，本論文也希望透過更深入的探討，能讓中醫理論的升級速度，藉此再加快點，以期能站上國際舞台，對人類健康做出更廣泛性的助益。

#### 3-8-4 部分方劑歸經能點出藥物劑量少但相當重要的治療切入點

相信對中醫治療理論都相當清楚的讀者，可以輕易地明瞭一個觀念：運用中醫理論來治療疾病之時，「藥物劑量」的大小並不能對療效有完全的決定性影響。治療的切入點若正確時，藥物劑量不需要大量就能夠得到效果；反之，如果方向與治療的切入點錯誤，那麼再大的劑量也無法發揮效果。也因此，本論文利用「組成藥物歸經加乘其劑量的加總」來討論筆者所謂的強勢歸經，有時候就會遇到瓶頸，遇到劑量不需很大、力道不需要很強，但是卻是治療過程中必要的藥物，就好比「畫龍點睛」一般的功效，透過這種方法就會容易被忽略。

汪昂的在有些方劑的「方劑歸經」紀錄裏，也暗示了部份這樣子的潛在觀念。例如《醫方集解·一卷·補養之劑》的「益氣聰明湯<sup>東垣</sup>」：

治內障目昏，耳鳴耳聾。五臟皆稟氣於脾胃，以達於九竅；煩勞傷中，使沖和之氣不能上升，故目昏而耳聾也。李東垣曰：醫不理脾胃及養血安神，治標不治本，是不明理也。

黃耆 人參五錢 葛根 蔓荊子三錢 白芍 黃柏二錢。如有熱煩亂，春月漸加，夏倍之；如脾虛，去之；熱減少用 升麻錢半 炙甘草一錢 每四錢，臨臥服五更再服。

此足太陰陽明少陰厥陰藥也。十二經脈清陽之氣，皆上於頭面而走空竅。因飲食勞役，脾胃受傷，心火大盛，則百脈沸騰，邪害空竅矣。參耆甘溫以補脾胃；甘草甘緩以和脾胃；乾葛升麻蔓荊輕揚升發，能入陽明，鼓舞胃氣，上行頭目，中氣既足，清陽上升，則九竅通利，耳聰而目明矣；白芍斂陰和血，黃柏補腎生水，蓋目為肝竅，耳為腎竅，故又用二者平肝滋腎也。<sup>137</sup>

如果透過與之前一樣的表格分析，發現此方的藥物歸經加乘劑量再加總的所得為「肺 13.5 大腸 1.5 胃 13.5 脾 17.5 心 6 膀胱 5 腎 2 三焦 6 肝 5」。換句話說，「脾經 17.5、肺經 13.5 與胃經 13.5」（單位皆為：錢\*次）是前三名的歸經。但汪昂的歸經竟標註為「足太陰陽明少陰厥陰藥（脾胃腎肝）」，筆者仔細比較了一下，汪昂認為歸入的經絡，腎經只為 2、入肝經只為 5，都與全方的主要強勢歸經「肺 13.5 胃 13.5 脾 17.5」強度相差甚遠，但是為什麼汪昂會寫出肝腎二經、卻未提及強度甚大的肺經呢？

筆者推測其原因如下：

- (a) 方名中的「益氣」根據東垣的觀念，主要必須透過「脾胃」來介入（其他《醫方集解》中架構於「東垣補養升提中氣」觀念的方劑，亦同樣地很少歸入「肺」經），所以很可能在這些方劑裡，汪昂是以歸入「脾胃」來替代了用藥物歸經會得到的「肺」，來總論「益氣升提」的作用。同樣的情況亦可見於前文所討論過的「四君子湯」。
- (b) 本方的特點在於「益氣」然後達到「聰明」的效果。其最重要的治療切入點除了脾胃之外，還必須明確提示「白芍斂陰和血，黃柏補腎生水，蓋目為肝竅，耳為腎竅，故又用二者平肝滋腎」的重點，縱使這兩味藥物的劑量都不大，亦非貢獻全方強勢歸經的藥物。
- (c) 因此，對於此方的「方劑歸經」，與其說汪昂使用方劑歸經來簡要敘述全方最強勢的歸經，不如說汪昂利用這幾個歸經的字眼，提示此方的治療切入特色與重點有二：一為「足太陰足陽明（脾胃）」；二為「足少陰足厥陰（肝腎）」。

(d)也因此，此方的「方劑歸經」並不完全適合單獨使用藥物歸經的加總方式來詮釋，而必須考量多原則、多提示性的歸經規則。當然，這也一樣是本章節採用的藥物歸經加總方法，無法完全準確預測汪昂的「方劑歸經」的一個重要原因。

但是本類的方劑歸經思路若真的如筆者所分析，就與前文所提過的「部分方劑有臟與腑名詞互用的現象」一節當中的方劑歸經邏輯，就有很大的差異。此一大類提示了雖然不是強勢歸經、但是很重要的治療切入點；而前一大類卻明顯地忽略掉很多重要的訊息，筆者認為會出現這樣前後邏輯不一的現象，大多可能還是應該歸因於汪昂時期的「方劑歸經」理論尚未完備的關係。

還有一類方劑，汪昂在方劑歸經當中，暗示其疾病的基本病機，例如《醫方集解·三卷·理氣之劑》的烏藥順氣散（請見【表 3.8.3】）：

【表 3.8.3】烏藥順氣散的運算表

組成/歸經	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝	劑量
烏藥	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2
陳皮橘紅	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
麻黃	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
芎藭	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
白芷	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
桔梗	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
枳實。枳殼	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
殭蠶	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5
乾薑黑薑	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5
甘草	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0.5
乘劑量加總	9	3	6.5	5.5	2.5	0	3	2	1	0.5	1	2	

\*此表類似之前的運算表【表 3.7.6】但因為藥物組成較多，篇幅佔去過大，因此省去「乘以劑量 1~10」的欄位。

【表 3.8.3】就很明顯地可以看出來，此方最優勢的歸經應該是「肺 9 胃 6.5」，

但是汪昂的方劑歸經卻紀錄了「手太陰足厥陰藥也（肺肝）」。原因大概可以這麼理解：前者（手太陰經）是因為本方的強勢藥物與歸經在肺，所以汪昂利用註解中「麻黃桔梗。肺家之藥。發汗而祛寒。川芎白芷。頭面之藥。散風而活血。枳桔利氣行痰。」的敘述，先提到這些歸入肺經的藥物，顯示汪昂的確是由組成藥物的歸經來認識方劑的主要方向，進而標註出此方的「方劑歸經」能歸入「手太陰經（肺）」的；而後者（足厥陰經）的歸經記載，則可能是源由於這段敘述：「風盛則火熾。故有痰火衝逆而上。此裏氣逆也。」這段文字則敘述了「烏藥順氣散」的原始主治疾病是「風火痰為基本病機的中風」，而很可能因為「中風多緣由內風，而內風屬肝」的觀念，將此方劑「依據其主治範圍」，而歸入了「足厥陰經藥」。

實際上，如果由「藥物歸經加乘劑量的總和」來看，此方有能力歸入「肝經」的藥物，也僅有「川芎、殭蠶與黑薑」三味藥物而已，其加重劑量後的強度也不足以被視為本方的強勢歸經，因此對於此方「方劑歸經」的分析，結論是：

- (1) 第一個歸經「手太陰（肺）」，很可能的確是根據全方藥物歸經加乘劑量之後的強勢歸經來標定。
- (2) 第二個歸經「足厥陰」，則不符合藥物劑量歸經加乘劑量再加總的邏輯，很可能是依照對於此方治療疾病的病機、主治範圍的認識所標定的。
- (3) 第一個歸經模式，有固定的邏輯可尋，很可能可以預測其他方劑的強勢歸經，透過加總後的歸經進而預測方劑的新作用；但是第二個歸經模式，則沒有固定邏輯，僅只是解釋過去此方的運用範圍，或是其他醫家對於此方的基本病機認識。

### 3-8-5 部分方劑直觀地認定部分藥物的功用為方劑歸經

這部份方劑的歸經紀錄，就顯得比較有問題，例如《醫方集解·一卷補養之劑》的「人參固本丸」：

治肺勞虛熱。肺主氣，氣者，人身之根本也。肺氣既虛，火又克之，則成肺勞而發熱，有咳嗽咯血肺痿諸證也。人參二兩 天冬炒 麥冬炒 生地黃 熟地黃四兩 蜜丸。

此手太陰足少陰藥也。肺主氣。而氣根於丹田腎部。故肺腎為子母之臟。必水能制火而後火不刑金也。二冬清肺熱。二地益腎水。人參大補元氣。氣者。水之母也。且人參之用。無所不宜。以氣藥引之則補陽。以血藥引之亦補陰也。138

從這段文字很容易就能理解「手太陰足少陰藥（肺腎）」的歸經敘述，是來自於「二冬清肺熱。二地益腎水」，而此時在汪昂的解釋方式中，人參反而成爲輔助藥物，先用一句「人參大補元氣。氣者。水之母也。」表示補水（養陰）之劑加上人參的好處，再加一句「且人參之用。無所不宜。以氣藥引之則補陽。以血藥引之亦補陰也。」結論是人參氣血兩劑總相宜，而卻很可能正犯了典型的自我催眠之誤。雖然汪昂的確在這段話裡體現了中醫的「氣血、陰陽互根」觀念，但是如果筆者用客觀的方式，用汪昂自己在《本草備要》對於這個方劑人參等五個藥物的藥物歸經紀錄，列表來看，就會知道其中的確有邏輯上的問題：（請見【表 3.8.4】）

【表 3.8.4】人參固本丸的藥物歸經乘以劑量之加總表

組成藥物與歸經	肺	大腸	胃	脾	心	小腸	膀胱	腎	心包	三焦	膽	肝	劑量
人參 肺脾心	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	20
天門冬 肺腎	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	40
麥門冬 心肺	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	40
生地黃 心腎小腸肺	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	40
熟地黃 心腎心包肝	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	40
乘以劑量 1	20	0	0	20	20	0	0	0	0	0	0	0	
乘以劑量 2	40	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	0	
乘以劑量 3	40	0	0	0	40	0	0	0	0	0	0	0	
乘以劑量 4	40	0	0	0	40	40	0	40	0	0	0	0	
加總（單位：錢 x 次）	140	0	0	20	100	40	0	80	0	0	0	0	

\*「乘以劑量 1~4」的意義，請參照【表 3.7.6】。

從【表 3.8.4】很清楚地可以知道除了熟地黃之外的四個藥物都歸入肺經，因此全方的歸經入「手太陰肺經」是可以理解、可以預測的，但是除了天門冬之外的四個藥物也都同時入「手少陰心經」，汪昂卻把這個歸經忽略掉，只是依照對組成藥物的第一直觀「二冬清肺熱。二地益腎水」來對此方劑註記「方劑歸經」。筆者認爲這樣的例子，也同樣普遍地存在於《醫方集解》當中，這些直觀意味相當濃厚的歸經模式，也就是導致筆者使用藥物歸經總和來預測汪昂的「方劑歸經」無法達到超過



七成以上 Sensitivity 的一個重大理由了。

再深入一點分析，汪昂註解方劑歸經的方式，體現了對全方作用的總括，有很大一部分是來自於對組成藥物的直觀知識。這樣的「方劑歸經」最多仍然是整理過去經驗，然後利用方劑歸經來做一個簡潔有力的結論，但是如果能夠採用筆者確立藥物歸經並加權劑量而衍生出來的種種方式，目前雖然未有實際的發展案例與方向，但在此處卻可以輕易地客觀觀察到「人參固本丸」，具有相當大的潛力可以對「手少陰經（心）」的疾病或是手少陰經的虛損進行治療。

另外一個類似的例子則是《醫方集解·五卷·瀉火之劑》的「蓮子清心飲」：

此手足少陰足少陽太陰藥也。參耆甘草所以補陽虛而瀉火東垣曰：參耆甘草，瀉火之聖藥。助氣化而達州都膀胱也，氣化則能出。地骨退肝腎之虛熱，柴胡散肝膽之火邪，黃芩麥冬清熱於心肺上焦，茯苓車前利濕於膀胱下部，中以石蓮清心火而交心腎，則諸證悉退也。<sup>139</sup>

此方劑同樣根據之前的運算表，所得的總和歸經為「肺 15 大腸 5 胃 8 脾 16 心 15 小腸 2 膀胱 7 腎 8 三焦 5 膽 3 肝 7」，其中以歸入「肺 15 脾 16 心 15」三個經絡的狀態最為強勢，但是汪昂註記的方劑歸經卻是「手足少陰足少陽太陰藥（心腎膽脾）」，利用汪昂自己註解此方的模式來推究他歸入總合歸入強度較少的「腎膽」二經，卻不歸入強度較高的「肺經」之原因，可以發現汪昂在這一個方劑的歸經方法，是很主觀的：

(a) 「參耆甘草所以補陽虛而瀉火。助氣化而達州都」→因此有「陽氣→膀胱」。

(b) 「地骨退肝腎之虛熱，柴胡散肝膽之火邪」→因此可以歸入「肝膽經」。

(c) 「黃芩麥冬清熱於心肺上焦」

(d) 「中以石蓮清心火而交心腎」

(e) 「茯苓車前利濕於膀胱下部」

}→因此可歸入「脾胃」、「心肺」、「腎膀胱」。

(f) 總結上列的重點病機經絡，中焦「脾胃」取「脾經」代表；上焦「心肺」取「心經」代表；下焦「腎膀胱」取「腎經」代表，主要代表藥物則是透過中焦交通心腎的「石蓮肉」；另外還有柴芩地骨等「肝膽經」的藥物，取「膽經」代表，因此結論就出現了「心腎脾膽」四經，實際上嚴格說原來應該是歸入「心肺、腎膀胱、脾胃、肝膽」才是，但是可能因為必須縮小歸經的標的，因此僅歸入這四經，

而且很明顯地並非根據藥物歸經優勢強度的大小來決定歸經。

因此，客觀地說，筆者認為這類方劑歸經的模式，對方劑做出歸經的判斷實在過於直觀，因而不可避免地，會失去了對於全方藥物歸經的客觀、全面性的綜合判斷。

### 3-8-6 再論方劑名稱暗示方劑歸經的缺點

本文在前段討論方劑歸經與方劑名稱的規律性之時，【表 3.7.5】表格裡，曾經提到過很多方劑名稱就可以暗示方劑歸經的許多例子，而在第三大類方劑資料庫中，也有相當典型的一個例子，筆者舉《醫方集解·三卷·理血之劑》的養心湯補心血爲例：

治心虛血少，神氣不寧，怔忡驚悸。心主血而藏神，經曰：靜則神藏，躁則消亡。心血虛則易動，

故怔忡驚悸，不得安寧也

黃耆蜜炙 茯苓 茯神 當歸酒洗 川芎 半夏麩一兩 甘草炙。一錢 柏子仁去油  
酸棗仁炒 遠志去心。炒 五味子 人參 肉桂二錢半 每服五錢。

此手少陰藥也。人參黃耆以補心氣。川芎當歸以養心血。二茯遠志柏仁酸棗以泄心熱而寧心神。五味收神氣之散越。半夏去擾心之痰涎。甘草補土以培心子。肉桂引藥以入心經。潤以滋之。溫以補之。酸以斂之。香以舒之。則心得其養矣。<sup>140</sup>

雖然這種模式相當典型，也很容易理解汪昂爲何如此決定這類方劑的歸經，筆者對於此類方劑的方論，列出其特色於下：

- (a) 從方劑名稱、方劑的主治、方劑的歸經、方劑藥物的解釋，全部都圍繞於同一條經絡上。
- (b) 幾乎將組成藥物的作用全部都解釋於主要作用的系統，例如本例的「養心湯」，汪昂對其組成藥物的解釋都是討論此味藥物「如何養心」，而不討論其對其他臟腑經絡系統發揮了如何的作用。

因此換個角度來說，雖然這樣的方劑名稱與方劑歸經有「提示主要作用」的優點，但是缺點就是過度簡化了這個方劑的作用機制，因而窄化了這個方劑從方劑歸經可以得知的作用範圍。

## 第九節 討論

### 3-9-1 《醫方集解》中劑量的問題

分析《醫方集解》方劑資料庫的過程中，遇到了以下幾個此書的問題，這些困擾都直接反應在分析資料庫的困難度上：

(1) 本書的中引用古書中方劑的劑量可疑。

例如《傷寒論》中的三承氣湯，原書中：

大承氣湯為大黃酒洗四兩、厚朴（炙）半斤、枳實（炙）五枚、芒硝三合  
小承氣湯為大黃四兩、厚朴（炙）二兩、枳實（炙）三枚  
調胃承氣為大黃四兩、甘草（炙）二兩、芒硝半升。

但是《醫方集解》中，大小承氣湯採原書中劑量，但調胃承氣湯的劑量卻不同於《傷寒論》，逕自改為大黃一兩、芒硝一兩、甘草五錢。因此，本書劑量的問題可能存在有跳時代引用不同醫籍的方劑劑量情形。《傷寒論》中的劑量，雖然有不同的單位，但是使用錢兩斤的重量制，絕沒有與使用升合的體積制前後不一致的現象。這對我們是否需要依照方劑形成的時代的當代度量衡來換算方劑劑量，造成了直接的衝擊。目前依筆者想法，則是只管全方各藥物間的劑量比例，而不做不同方劑，同一藥物的劑量比較，因為跨時代的關係，使得不同朝代記載的方劑，劑量會隨官制、市制而改變。此將又是另外一個相當寬廣的專業領域（與科技史有關）了。

(2) 杏仁、五味子、巴豆、蔥等等，劑量使用「粒」、「個」、「枚」，重量無法對比，這些劑量的記法都是沿用古制的結果，對於劑量比對上會造成困擾，而且筆者有點難以想像古代醫家，竟然可以忍受這樣的不精確記載。

(3) 同一書中同一種藥物的劑量單位不同，例如第一點提及的三承氣湯「芒硝」一藥；還有在「飛龍奪命丹」與「雄黃解毒丸」中的巴豆，一個用錢作單位，一個卻用粒作單位。前後混用，表示這兩個方劑很可能不是同一時期所收入《醫方集解》，否則就是汪昂未仔細考量臨床劑量的比較問題。

### 3-9-2 「方劑歸經」理論可否預測新方劑的功用

根據目前對於劉純《玉機微義》與汪昂《醫方集解》之中關於「方劑歸經」三大資料庫的紀錄與邏輯分析，筆者認為是不足以預測新方劑的。

明代與清代「方劑歸經」存在的主要作用，應該是被兩位醫家用來題綱整個方劑的作用導向，是用來「解釋、闡釋已知的作用」，而非用來「預測方劑的新作用」；也就是說，從開始形成論述方劑歸經雛型的古代，一直到本研究以前，「方劑歸經」理論的作用一直停留在「敘述已知」而非「預測未知」。

由此，雖然令人感到相當可惜，但本研究所探討與剖析古代「方劑歸經」理論的模式，卻可能可以預測新方劑的歸經，例如前文所提過的「人參固本丸」一例。但是前提是必須要有一套足以放諸四海皆準的藥物歸經理論，以及一套可以確實推論到臨床症狀或是疾病發生且能與藥物歸經理論配合的生理病理機制。

## 第十節 方劑歸經的臨床與學術意義

筆者根據本章長達五萬多字的論述簡單作個總結，本文起始之時先論劉純《玉機微義》的寫作模式，有多種表述方法，至少可以分為七大類：（一）用五臟六腑之名作歸經的敘述；（二）以十二經絡之名作歸經的敘述；（三）仿《傷寒論》六經之名作歸經的敘述；（四）以「氣血」論「補瀉」之名作歸經的敘述；（五）混合多系統的歸經的敘述及其他（如表裡、三焦系統等）；（六）不分經絡而發揮作用的方劑；（七）未明言方劑歸經，卻有歸經意味的歸經紀錄。這七大類是劉純紀錄「方劑歸經」所使用的語言系統，雖然具有多方面觀察、多角度切入比較等等的特色，但實際上在當時的醫學發展上，各大系統間似乎尚未建立起互相溝通的良好平台，因此混用這七個系統的語言反而可能造成後世醫家閱讀《玉機微義》的困擾。到了汪昂《醫方集解》，論述的語言幾乎只採用了以十二經絡之名作歸經敘述一種，雖然顯得單純統一較為有系統性地敘述，但就內涵上來講仍然有許多矛盾之處。

經過初步對兩本著作「方劑歸經」的記錄做檢視，先作一個大概性的比較：（一）就寫作體例上而言：在《玉機微義》至少有七大類不同的註記方式；在《醫方集解》則簡化成幾乎只使用十二經絡的語言模式，汪昂幾乎不用其他方式來註記「方劑歸經」。

(二) 就分析「方劑歸經」的內涵上而言：《玉機微義》一書當中，要找到劉純「方劑歸經」的潛在想法比較困難，因為劉純並沒有嘗試寫下自己的方論，也因此劉純的歸經觀念就難以從《玉機微義》當中被歸納與理解，而只能從歷代傳承的醫家，找尋劉純「方劑歸經」的源頭以了解劉純註記「方劑歸經」的義涵。

(三) 劉純所使用來註記方劑歸經的「十二經絡」語法，應該等同於臟腑系統。

(四) 《玉機微義》有兩位作者，在記述方劑歸經的頻率上，兩位作者之間沒有明顯證據有差異。

在接下來的數個段落裡，筆者單獨針對劉純所註記的「方劑歸經」內容，做進一步的分析，而暫時可以得到下列結論：

(一) 使用方劑歸經的動機，很明顯是爲了補足原方主治導向性不足的缺點。

(二) 全方的歸經，必定經過某種方法加以簡化，必不單純地依照每一味組成藥(三)「某某例藥」不一定等於「某某經藥」。

(四) 劉純時代的「方劑歸經」模式，出現過前後紀錄不一的現象，可以理解草創時期的「方劑歸經」，尚存在著某種程度的不精確性。

(五) 某些章節因爲「病位」意味很強，也因此入某條經絡的機率大增。

(六) 曾言「大凡用藥之雜，與品味之多者，難以細分經絡，當觀其大體如何」。暗示了「方劑歸經」的寫作思路，也就是透過觀察組成藥味的經絡傾向所總結的歸經結論。

在討論完劉純時代的「方劑歸經」觀念與內涵之後，筆者接著也對汪昂時代《醫方集解》中的「方劑歸經」，嘗試做進一步地分析。

筆者先利用三種組成藥物劑量上的特色，將《醫方集解》內 378 個方劑分類成三組資料庫，分別進行了「方劑中具有最大劑量的藥物，其歸經對方劑歸經有何重要性」、「每一組成藥物劑量相同的情況下，組成藥物的歸經總和與其方劑歸經的關係」，以及「藥物歸經加權劑量之後加總所得的歸經，與方劑歸經的關聯性」三個主題的驗證。針對整個驗證的主軸來講，就是想驗證「方劑歸經，與組成藥物的個別歸經劑量有無關係，關係有多大？」。因此，在逐步驗證這些想法的過程中，儘可能分析了這三個資料庫中，潛藏在方劑歸經與方論之間思路，藉以更加了解汪昂時代的「方劑歸經」內含以及汪昂使用「方劑歸經」的邏輯思路。簡單來說，此大篇幅的論證，正是運用統計學的方法，來討論三個包含十二個數字的數列是否互相接

近，第一個是真實的方劑歸經，假令其為[Y 數列]，其中共含有資料庫歸入十二經絡次數總和的十二個值；第二個是筆者利用不同方式（詳見三個資料庫中的條件）所預測的歸經，假令其為[Y'數列]，其中也含有預測歸入十二經絡次數總和的十二個值；第三個是隨機猜測的 Random 組，假令其為[Y''數列]，其中包含的便是隨機方式歸入十二經（理當平均分布）次數總和的十二個值。筆者檢驗的，不過是想證明筆者預測的[數列 Y']，接近真實的方劑歸經[Y]，而遠離隨機預測的[Y'']，運用的方法，則是類似 Multiple regression 法中，利用兩條曲線各點差的最小平方和來表示其最小距離的總平方和法(Total Sum of Square)。

經過論述、舉例與統計上的初步分析之後，筆者再總結這些段落所得到的結論，並嘗試探討這些結論又體現了方劑歸經對臨床醫學起了何種的意義時，簡單可以列出下面幾點重要的醫學意涵：

- (一)汪昂的「方劑歸經」立意，是歸納統攝過去對於某一方劑的使用經驗、臟腑作用機制、臨床運用範圍等特色的扼要敘述方式，對於學習醫學的初學者，能起扼要說明、幫助簡記的效用。
- (二)透過熟悉「方劑歸經」的潛在規則，某些方劑的歸經中，蘊含著汪昂讀過歷代醫家註解，而後對於此方劑的總結看法。例如前文所討論的益氣聰明湯，其方劑歸經就提示了临床上重要的病機「脾胃」，與重要的切入點「肝腎」。清楚汪昂註記「方劑歸經」的邏輯，就可以很快地進入汪昂對於方劑所理解的重點。
- (三)再更簡單地講，「方劑歸經」就是汪昂《醫方集解》方論的縮寫、簡記。《醫方集解》為方劑撰寫組成藥物配伍的方論，歷來方劑學專著當中，就以汪昂的著作最為精簡實用。筆者在第二章中就曾提及：《醫方集解》因為有創新、實用的寫作格式，曾經在中醫方劑學專著的著作體例上起過了重大的革命風潮；再者，雖然部分承襲自明代吳鶴皋《醫方考》的基礎，但是方論的部分，比起《醫方考》，的確論述是更加地清楚、邏輯是更加地明白，這也許就是《醫方集解》被《醫宗金鑑》視為清朝重要的方劑學著作與方論學者，以及此著作流傳至今魅力不減的主要原因。因此，研究「方劑歸經」，就能輕易得知汪昂研讀過去醫家論述之後所下的總結論。
- (四)透過本章節三個資料庫的研究，已經可以知道「組成藥物歸經加乘其劑量的加總」，可以達到 Sensitivity/Specificity：63.44%/93.33%，PV+/PV- =0.67/0.92，而總平方和(Total Sum of Square)為 123，以及與隨機預測方劑

歸經比值「0.2007」的結果，過去的研究多是猜測、推論，本研究藉著這些數據，明確顯示了「組成藥物歸經加乘其劑量的加總」，可以有相當程度預測汪昂「方劑歸經」的成果。只是，運用這個方法時，也當了解，汪昂運用的「方劑歸經」潛在邏輯，還有其它深入、未被本研究所分析的部份，這些部分在未來的研究裡，應當進一步深入探究與思考，並嘗試對實際的臨床處方學、方劑學理論做出貢獻。

(五)只要建立一套藥物歸經的資料庫，或者延用本研究所使用的《本草備要》歸經資料庫，再加上適當的經絡與疾病的關聯研究，例如《丹溪心法》的「十二經見證<sup>141</sup>」一文或是足以代表中醫理論中十二經絡臟腑與疾病症狀關聯的古代文獻，以上合併再加以研究，對照到透過本研究所開創的歸經方式，可以對任何組成藥物已知的新舊方劑，得到一個客觀的方劑歸經，從而預測或是開發此新舊方劑的新主治範圍，也許可以為中醫藥方劑學的未來，開創一個新的局面，以及得到一個客觀的研究平台。

(六)最後，回歸典籍研究的精神與角度來看，「方劑歸經」的潛在思路透過客觀的醫學角度分析，而使得這個從鮮少被醫家所重視過的現象逐漸清晰之後，對於這段由韓祇和、張元素、李東垣、王好古、劉純與汪昂所連結而成的「方劑歸經學說發展史」，不僅是對於此段歷史進行考究，也對其醫學內含做深入的探討，這將是未來醫經醫史論文章中，有別於以往歷史或是醫學論文的一大重點方向了。

註一：這樣的點註歸經之法，也有例外和難以解釋的部分，例如《卷之一·中風門》中金匱續命丸，文下標為「心肺脾胃肝之藥也」，後一句則云「又太陽經血氣藥也」，難以解釋之處在於《金匱要略》為仲景特立於《傷寒論》之外的雜病論治總集，用「心肺脾胃肝」來討論此方藥物作用的方向可以理解，但卻又云「太陽經」，非傷寒例卻云傷寒經，難以解釋。

註二：李時珍於《本草綱目》中提出藥物有歸入氣分以及歸入血分之別，而此書成於1578年；劉純《玉機微義》成書於1388年，是以說劉純以方劑有歸入氣分血分之別，早於李時珍提倡歸入氣分血分的學說兩百年。

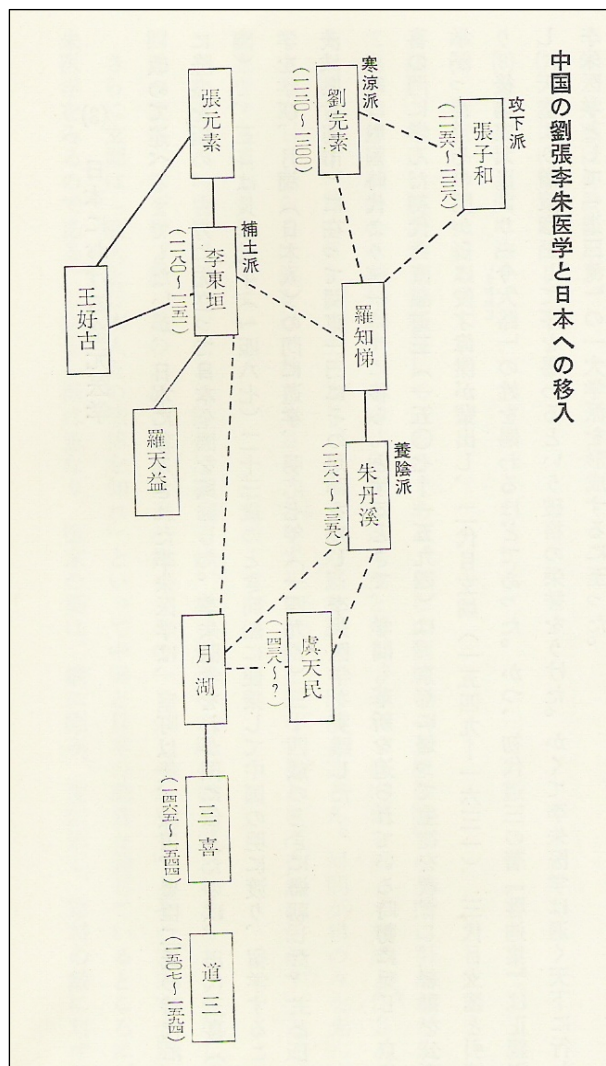
註三：此方應當出於《機要方》，並非《傷寒論》之麻仁丸。

註四：此點當然還是有例外，例如《醫方集解·瀉火之劑》的涼膈散，文下標云：「上中二焦瀉火藥」，此是汪昂的方劑歸經系統之中，未使用十二經系統的例子。

## 第四章 《玉機微義》傳日狀況與其影響

### 第一節 前言

在研讀明初名醫劉純《玉機微義》之時，曾提及此書流傳遠至日本，在現存文本當中，亦有一版本是在清末民初才由日本所傳回（寬文四年本，由森立之所藏）。



此版本的回傳中國，幸賴於清末學者羅繼祖的收集。清朝末年(1901年)，劉坤一和張之洞奏派羅氏前往日本考察教育，曾撥集和整理甲骨、簡牘、佚書等考古資料。羅繼祖在1981年上海古籍書店影印的《新修本草》跋中提到：「先祖羅振玉於光緒辛丑(1901年)奉兩江、湖廣兩督(張之洞等人)之命，赴日本視察教育時，買到許多醫書。其中影寫和舊鈔，大都為森氏開萬冊府時的藏本，有些還有題識。先祖對這些書都曾一一作跋。」他最後提到：「先祖見背，醫書零落，即《大雲書庫藏書題識》所著錄的也已多數易主，惟此《新修本草》殘本和明正統陝西官本《玉機微義》仍得存在我手裡。<sup>142</sup>」目前此版本保存在天津中醫學院。

【圖 4.1.1】後世醫方派的中國傳承<sup>143</sup>

劉純銜接了金元時期活躍的醫學思想，間接承襲了朱丹溪為主與李劉張等金元醫家的思想而寫成了《玉機微義》，日本漢醫學家亦在稍晚數十年之間，出現了以田代三喜(1465-1537)、曲直瀨道三為主的後世派(李朱學派)。(請見【圖 4.1.1】)



小泉榮次郎所著《日本漢方醫藥變遷史》這麼寫道：

支那の元時代には世に東垣先生と稱したる李杲あり、其門人に羅天益あり、明の時代に及んで更らに其門人に丹溪先生と稱したる朱震亨ありて。隋唐宋元を経たる明医方なるもの起りたり、而して室町の將軍足利義政の時代に月湖なる者支那に渡航して此医学を修め居りし際、田代三喜なる者僧となりて彼地にて月湖を師となして李朱医学を修めて歸朝せり、三喜医に精通せしを以て當時關東管領足利成氏に召聘せられ其医となる、是れ實に我邦に李朱医学を擴むるの始めとす、田代三喜に師事して李朱医学の蘊奥を授けられたる者に曲直瀬道三（正慶）なる者あり、京師に歸りて此医方を行ふ……。<sup>144</sup>

此段引文很簡要地記述了田代三喜爲了學習醫學曾遠赴中國（1486年），跟隨在中國居住多年日本僧人月湖，主要學習李東垣與朱丹溪的醫學理論十二年，在西元1498年回日本並開始行醫、於後更成立「啓迪院」指導醫學，三喜不僅將李朱的醫學傳承帶回日本醫學界，老年後將醫術奧秘傳承給他的門人曲直瀬道三（1507-1594）。當時日漸風靡的李朱醫學觀念，便形成了日本的「後世醫方派」醫學流派的傳承，而這日本醫學史上赫赫有名的後世醫方派，曾經將本研究中的《玉機微義》一書，列爲相當重要的教學典籍。

因此，爲了銜接本論文的主軸、論述與收集資料的完整性，考據《玉機微義》在日本流傳狀況，並同時觀察「方劑歸經」在日本是否曾經帶領起了什麼樣的風潮，就變得有意義了。

## 第二節 《玉機微義》流傳時代背景與後世醫派

### 4-2-1 明代初期的中國醫學氣氛

明代初期的中國，正處於繼兵馬戰亂、南宋金元之後的一段安定繁榮時期。當時的社會封建社會高度發展，與鄰國的貿易通商與文化交流已經變得相當熱絡，當時的醫學，繼承了宋及金元時期的成就基礎上，醫家們競相提出獨特的醫學見解或古書隱而未發的醫學理論，因此明代在醫學的發展史上來說，很多科目上都有不

可小覷的進步。當時，醫家接續著金元時期活潑的創新與反思特質，編著具有自我色彩的綜合性醫書、醫學叢書、醫學入門書變成了很活絡的一件醫家盛事。因此明代初期幾部重要的綜合性醫籍，例如《玉機微義》與《醫學正傳》等，都有著融合《內經》、《傷寒論》等古醫學潮流，與金元時期四大家等新醫學潮流的特色。所以，在這些著作裡，經常對同一個病症，列舉並比較《內經》、《傷寒論》與金元時期眾多醫家的不同看法，最後通常也會提出自己的見解與融合後的心得。的確，筆者可以簡要地總述這個時期的醫學著作，並非抄書引述古代著作，而是相當具有個人色彩的。

#### 4-2-2 同時期日本的醫學氣氛

而同處於明代初期的日本，則正經歷室町幕府時代(由足利氏擔任征夷大將軍，掌管國內外政治與軍事)，此時的日本沿襲了唐朝以來對中國文化的興趣，對來自於中國的醫學觀念也相當重視，因此積極、廣泛地搜集中國醫書是當時不僅是醫家，也是官家相當重要的一件文化工作。傳入醫書的風氣一直延續到整個江戶時期，而由於室町幕府後的江戶幕府實行鎖國政策，對國外進口的書籍嚴格管理以管控基督教與天主教思想的傳入，因此，整個江戶時期，以長崎為中心，對傳入的書籍，從書名到船運年代等，既有國家記錄，又有個人記錄，至今尚保存有許多史料，<sup>145</sup>對於研究此時期的中國醫書與日本醫學，留下了相當重要而且寶貴的研究材料。

在明代初期所有流傳至日本的綜合性醫書裡，近代學者靳士英與靳朴(1999)經過考據後認為，以《醫書大全》、《南北經驗醫方大成》、《玉機微義》、《醫學正傳》、《醫學入門》、《萬病回春》等六部醫書的傳播速度最快，影響最大。<sup>146</sup>根據靳氏的考據，《玉機微義》很可能在室町幕府末期就已經傳入日本，而目前日本現存有曲直瀨道三用過、載有正統五年原後序的嘉靖庚寅刊本，共 50 卷 8 冊，整版，卷末有道三親筆：「右全部五十卷，以他板印本，具遂參伍辨異，別治聖教賢規之處加愚筆，導齋下后學者之。」當時是天正甲戌，西元 1574 年；另外則可發現道三在書中題籤、眉上位多題有「益靜翁道三具遂詳閱」、「遂次拜閱」等語。可見該書傳入日本較早，至 1574 年道三已閱讀多年，並進行校對註釋，做為本門授徒的課本。<sup>147</sup>

### 4-2-3 後世醫方派相當重視《玉機微義》

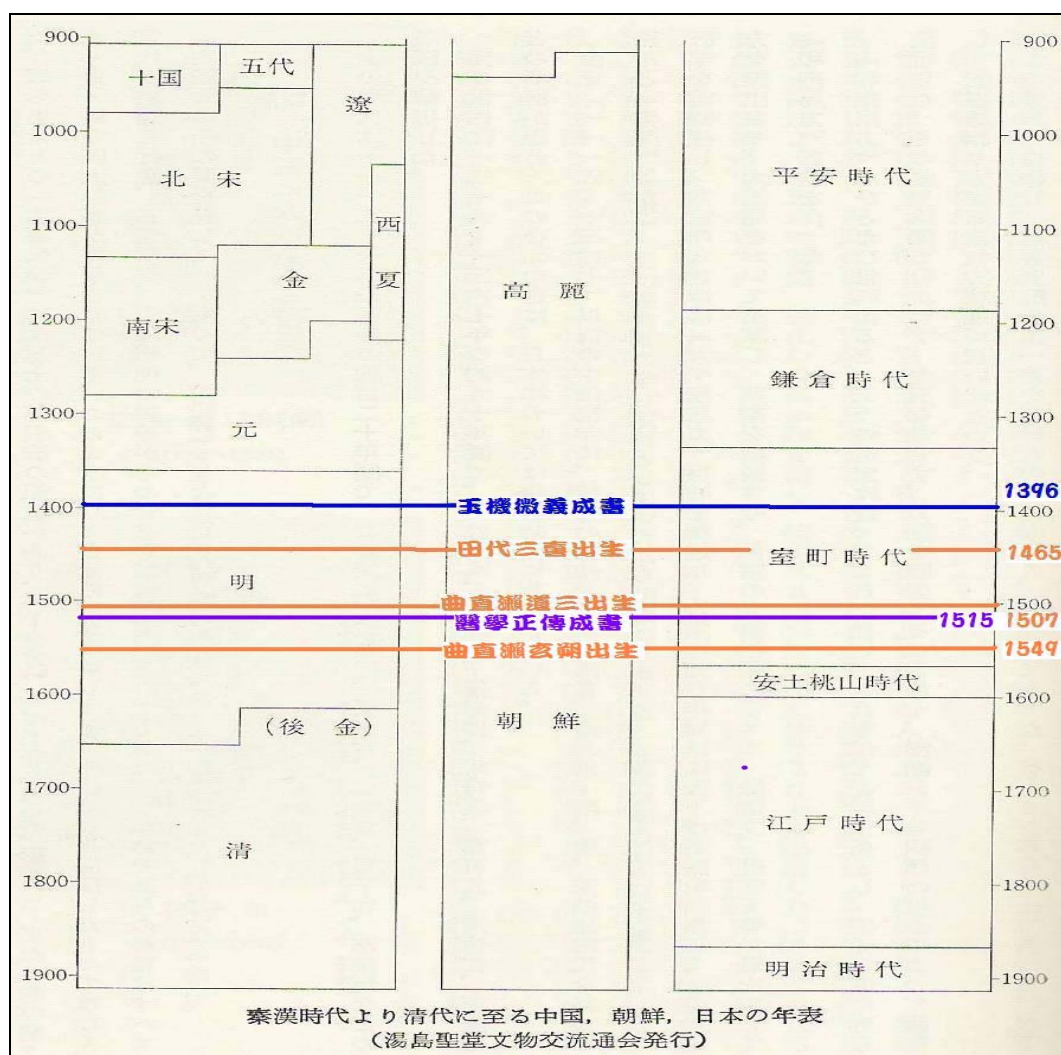
於本文接續下來的論述中，將反覆提及曲直瀨玄朔（1549-1631，道三甥，後來成為道三養子，為田代三喜後的第三代醫學傳人）也以《玉機微義》為授徒課本的史實。日本醫研會圖書館所藏古活字獻上板《玉機微義》，跋語謂：「《玉機微義》者先師一溪翁所重之書也。門下之徒責予講讀，仍屬松印軒玄居士而鏤板矣。大明、朝鮮之模印字畫差誤頗多，故集數本校讎之，尙恐有遺失，後學莫憚改之也」，時在慶長十年(1605年)。「一溪翁」是曲直瀨道三的別號之一，寫這跋語的正是曲直瀨玄朔。由此文便可知，道三一門長期用此書為醫學教本，並經校對，參考多種版本進行翻刻。日本今存正德元年刊本、嘉靖己亥作德堂刊本、陝西布政司刊本；並據正統初刊本的朝鮮甲辰活字印本與正德元年刊本多次翻刻。<sup>148</sup>於此之後，尙有1887年前後所印刷的《玉機微義》，則使用了1664年（1784年後印）的和刻版木。<sup>149</sup>

以上數段便是《玉機微義》在日本現今留存簡略的狀況，僅供未來繼續研究之學者備查。

### 4-2-4 後世醫方派的興起

在筆者接續談論《玉機微義》在日本醫界流傳情況之前，也許必須讓讀者對這段論述所牽涉的日本國醫學史有基本的認知。因此先簡言之，本文此章節內所探討的日本醫學流派，時代背景是室町幕府到江戶幕府，正是後世醫方派開創與盛行的重要時期。（請見【圖 4.2.1】）

前段簡言本文討論日本醫學的時代背景，而本段便對後世醫方派的幾位重要領導人物作一扼要的介紹：簡單地說，日本後世醫方派從田代三喜起始、曲直瀨道三接續而開展、曲直瀨玄朔繼承而發揚，並由其子孫（後改姓為大路氏）連續擔任日本典藥頭十二代，直至近代的森道伯、矢数格、森忠行、矢数道明，再傳至矢数圭堂與室賀昭三，至今仍為日本漢醫學界相當重要的一脈傳承派別。



【圖 4.2.1】日本後世醫方派所處時代與中國朝代對照<sup>150</sup>

開創這個後世醫方派潮流的田代三喜，在明成化七年（1498）由中國結束留學十二年的學習生涯，返回日本，並且開始在日本傳授李東垣、朱丹溪的學說，因此開創了日本醫界的新醫學潮流；天文十四年（1545）由曲直瀬道三傳承田代三喜的法印，因為道三對日本醫學貢獻相當之大，在日本醫學史上被尊稱為「日本醫學中興之祖」。兩百年後的元文三年（1738）年，才出現了以安藝地區的醫家吉益東洞為主的古方派（尊崇《傷寒論》，反對金元運氣等種種形而上學說之派別），才開始了批判兩百年來後世醫方派觀念的反動潮流。另外比較有名的兩個醫派「考證學派」（折衷派）、「漢蘭折衷派」則分別由延享四年（1747）古名醫丹波康賴子孫的多紀元孝（考證學派之祖）與文化二年（1805）使用麻醉藥通仙散進行外科手術的華岡青洲來帶領。<sup>151</sup>

#### 4-2-5 從與皇宮官家往來的書信了解後世醫方派的地位

至於後世醫方派的這幾位醫家，到底有多重要，筆者從日本慶應義塾大學圖書館所存的「曲直瀨道三文書」就可以有簡要而快速的側面了解。在後世醫方派興起之當時，田代三喜、曲直瀨道三、玄朔與都時的皇宮、官卿、幕府的關係都相當好，曲直瀨玄朔更是擔任豐臣秀吉的御醫以及遠征朝鮮時的隨從醫。目前於慶應大學圖書館存有的曲直瀨流派與官家的往來文書就至少有兩百餘份，<sup>152</sup>其中重要的例如：

- (1) 「村井貞勝、地子錢免許狀」：當時日本官員因為其地位與貢獻，免除曲直瀨道三的年貢稅。
- (2) 「羽柴秀吉書狀」：為了治療柴田勝豐的疾病，羽柴秀吉親自書寫予道三之信。
- (3) 「正親町天皇綸旨」：天皇對曲直瀨玄朔表示獎勵、信任之書信。
- (4) 「豐臣氏奉行奉書」：豐臣秀吉賜與道三山城國城州市原內百石奉祿的證明。
- (5) 「前田玄以書狀」：正親町天皇患病，前田玄以請玄朔入內看病之書狀。
- (6) 「豐臣氏奉行眾連署書狀」：請玄朔擔任豐臣秀賴御番醫的書狀。
- (7) 「供御藥儀式伝授書」：傳授宮廷內使用「正月屠蘇と神明白散」、「度嶂散」的儀式順序，由玄朔所書寫，並註明傳承自先師曲直瀨道三。
- (8) 「印可伝授附与狀、印可伝授之日、附屬之医書」：曲直瀨玄朔將曲直瀨道三傳承予他的醫書，加以補註改誤之後的醫書與印可狀，傳承給第四代曲直瀨玄鑑，其中共有八部醫書，《玉機微義》亦是其中一部。
- (9) 「曲直瀨玄朔、後陽成天皇診療の覚」：在玄朔著作《医学天正記》中鬱病門的第一條醫案紀錄，就是在慶長三年診療天皇疾病的紀錄。此書共記載三百四十五例治療正親町天皇、後陽成天皇、織田信長、豐臣秀吉、豐臣秀次、豐臣秀賴、德川家康、德川秀忠與公卿大臣們、諸大名如毛利輝元等還有一般平民、士兵的治療醫案。<sup>153</sup>
- (10) 「江戶幕府知行目錄」：在江戶時期幕府檢地政策下，玄朔提出自己領地共約五百石的詳細土地資料與幕府。
- (11) 「曲直瀨玄朔起請文」：當時入仕於江戶幕府的醫師，由曲直瀨玄朔等聯名提出進藥與保健身體的進言。
- (12) 「印可伝授附与狀」：三代目玄朔授與四代目玄鑑傳承狀與印可書。
- (13) 「曲直瀨玄鑑起請文」：慶長十九年，德川家與豐臣家的關係嚴重交惡，當時服仕於德川家的玄鑑立下與大阪豐臣家絕不往來的誓書，此誓書與玄朔曾身為羽

柴秀次（曾任最高內政大臣「關白」職位）之仕醫，受到豐臣家特別禮遇的經歷，但後來羽柴秀吉命令秀次切腹之時，也將秀次的主治醫師玄朔流放到常陸地區有關。<sup>154</sup>

這些書信，一部份存於慶応大學的圖書館珍藏，一部分也存在今大路家（過去的曲直瀬家族，因為後陽成天皇恩賜玄鑑此姓），是研究當時宮廷診療疾病與治療方法的珍貴資料。

#### 4-2-6 後世醫方派論述金元以前的醫學，特別提及《玉機微義》

在日本研究後世醫方派的近代大家史數道明《近世漢方醫學史》一書中，在談論「日本におでける金元医学」時，有這樣的記載：

二代目道三、正紹玄朔は、その著『十五指南篇』の卷頭に「一家に偏執するものは、その学大全すること能わず」と唱え、その勸学の次序を、広く内経を閲し、普く本草を窺う。診切は王氏脈經を主とし、処方は張仲景を宗とし。用薬は東垣を専らとし、尚お潔古に従う。諸症を弁治するには丹溪を師とし、尚お天民に従う。外感は仲景に則う、内傷は東垣に法う、熱病は河間に法う、雑病は丹溪に法う。<sup>155</sup>

此段很清楚說明當時曲直瀬道三及其傳承的弟子玄朔，為其門下習醫的弟子列出來的習醫大綱。在此文中，對於當時起源於中國的醫術，同等地給予臨床上的地位，不因為宗主金元李朱學說，而排斥《傷寒論》的理論。玄朔認為習醫不應該偏執一家之言，《內經》應該是廣加閱讀的第一本書；《本草》應該普遍閱讀；診脈要以王叔和《脈經》為主；開立處方則依張仲景之法；用藥的技巧李東垣是專精；尊崇張潔古的醫學觀念；雜病治療則以朱丹溪為學習對象；也要遵從虞天民的經驗；外感病則以張仲景的處方與辨證觀念為主；內傷的話就要學習李東垣；熱性疾病發作時要遵照劉河間的治法；而其他雜證則要學習朱丹溪的臨床經驗。

簡單數言，卻清楚、全面地交待了此時傳入日本醫學理論的各家之長，並依此提示門人學習的大綱。

然而在講述這麼重要的習醫次第之時，劉純《玉機微義》的重要性就突顯了出來。道三與玄朔在提示此次第之後，馬上就引用劉純的看法，作為自己這樣合併中

國自仲景《傷寒論》與金元四大家醫學思想的佐證：

と説き、幅広い隨証治療を唱導しているにのてある。さらに劉純の『玉機微義』の熱門に引用かれた朱丹溪の説を引用して「若し仲景が書のみを先んずる者は、胃の氣を以て主と為し、恐らくは外感を誤つて内傷と為さん。河間が書のみを先んずる者は、熱を以て主と為し、恐らくは寒を以て熱と為さん。若らずして内經を主とするとちきは自然に活潑す」と述べ、先ず『内經』を主とすることを主張している。

實際上，曲直瀨道三與玄朔會如此引用劉純《玉機微義》的觀念，並不是沒有道理的。劉純繼承金元諸大家反覆推究醫理、嘗試發人所未發並且在其著作裡整合前代的重要醫學觀念，他私淑丹溪而編註成的《玉機微義》，本來就帶著擷取歷代醫家所長、倡導金元醫學與古醫學如《內經》、《傷寒論》的特色。這段已經被翻譯成日文的文章，可以見於《玉機微義・卷之九・熱門・論諸發熱病本不同》一段，其原文如下：

斯三君子之論，本推明《內經》病機之旨，條熱証標本之不同，勿視此以為彼也，然學者不審其義，而各為專門。是以，丹溪朱先生曰：學先仲景書者，以傷寒為主，恐誤內傷作外感；先東垣書者，以胃氣為主，恐誤外感為內傷；先河間書者，以熱為主，恐誤以寒為熱，不若先主於《內經》，則自然活潑潑地，蓋《內經》之義，則精而博者也。然則，微三君子之論，又何由知經義之積隱乎？但不審其義，而各為專門者，視此以為彼誤人多矣。<sup>156</sup>

此文，正是劉純讚揚金元劉河間、李東垣、朱丹溪三家學說發《內經》之所未發的功勞。劉純引用朱丹溪之語，來強調習醫勿偏執於一家的觀念，但若希望習醫不偏執一家，則應該以《內經》為主才不會以偏概全。

這樣的觀念，若非熟習金元醫家的醫學內涵，大概是無法下出這樣的評語的。因此，這種回歸《內經》精而博理論的中肯建議，由朱丹溪傳給了劉純，由劉純《玉機微義》再帶到了日本，繼續由曲直瀨道三與玄朔《十五指南篇》將這個觀念傳授至全日本。

### 第三節 後世醫方派三代始祖皆傳承《玉機微義》為印可

#### 4-3-1 田代三喜傳《玉機微義》與曲直瀨道三

被譽為「日本醫學中興之祖」的曲直瀨道三時，在田代三喜門下學習十多年後，得到老師認可並曾傳授幾本重要醫學典籍，其中被提及書名的就是《素問》與《玉機微義》兩書，可見田代三喜相當重視此二典籍：

ときは享祿四年（一五三一）十一月、一溪は初めて古河の近村、柳津というところで三喜と会い、その門に入つて李朱医学を講究することとなつた。師事すること数年、稽首尊禮、即ち『素問』及び『微義』（『玉機微義』）の論を学び、古來の諸論、諸方の可否を明らかにし、用藥百二十種の效能を伝授され、天文十四年（一五四五）、三十九歳の京都とき帰つた。翌年僧をやめ俗に還り、医術を專業に行うこととちた。

在田代三喜身邊學習了十五年的時間，老師認可他的學習成果，授予法印時，給了這幾本醫籍與重要的方論、一百二十種藥物的藥效性能，換句話說，若將醫學傳承分為醫論與方藥兩部分的話，田代三喜的醫論傳承最重要的部份就是《素問》、《玉機微義》與「古來の諸論」；方藥傳承則是「諸方の可否を明らかにし」與「用藥百二十種の效能を伝授され」。

#### 4-3-2 曲直瀨道三傳《玉機微義》與曲直瀨玄朔

不僅如此，道三再傳承法印予玄朔之時，也一併傳承了這部重要的醫典，顯見在眾多醫書中，《玉機微義》還是相當受到重視的：

『啓迪集』『切紙』『医学正伝』『丹溪心法』『玉機微義』『証類本草』『医林集要』右は一溪居士より稟受した医書で、今悉く之を附与す、とあり、最後に『伝心方法』を追加し、「予は今偶々常州に在つて冬夏を歴て此一部を編集して之を附屬す。常に之を考えよ」と結んである。<sup>157</sup>

《啓迪集》、《切紙》、《醫學正傳》、《丹溪心法》、《玉機微義》、《證類本草》、《醫林



集要》就是當時道三傳承給玄朔的最重要七本醫典，最後還有《傳心方法》傳授，以表示認可與傳承予玄朔的三代法印。

#### 4-3-3 統計曲直瀨道三《啟迪集》中引用《玉機微義》之次數

再看看曲直瀨道三的著作《啟迪集》末後之附錄，矢数道明統計了《啟迪集》一書中引用各類醫書的列表與次數。在所有引用的書目裡，共計有六十四部，其中最重要的十五部分別是：「宋·朱肱《傷寒百問》、金·李東垣《脾胃論》、金·李東垣《蘭室秘藏》、元·朱丹溪《格致餘論》、元·朱丹溪《丹溪心法》、元·王好古《此事難知》、明·王節齋《明醫雜著》、明·周憲王《袖珍方》、明·王永輔《惠濟方》、明·周文采《醫方選用》、明·月湖《全九集》、明·王璽《醫林集要》、明·盧和《丹溪纂要》、明·虞天民《醫學正傳》、明·劉純《玉機微義》<sup>158</sup>」，其中對於引用的次數，矢数道明根據統計結果又這麼記載：

『玉機微義』五十卷。明·劉純が徐用誠の『医学折衷』を補訂したもの。洪武二十九年（一三九六）序刊。『啟迪集』の引用は嘉靖九年（一五三〇）刊本に拠り、頻用度は『医学正伝』に次で第二位。引用回数四〇四回。<sup>159</sup>

此處就很明白地告訴讀者：《啟迪集》中引用《玉機微義》的次數高達 404 次，僅次於虞搏《醫學正傳》的 462 次。因此可以很容易地想見，《玉機微義》在道三的醫學傳承裡有相當重要的地位，也可以想見此書對後世醫方派的影響不得小覷。

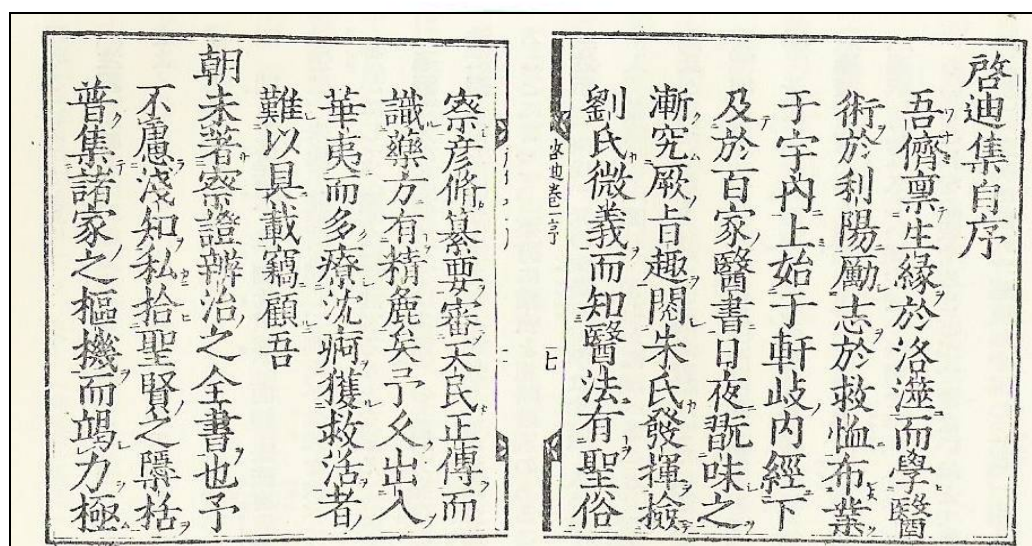
但是安井廣迪 (2002)曾經重新統計過一次，他認為：曲直瀨道三的代表作《啟迪集》中引用的著作(前 10 位)及引用的次數如下：《玉機微義》(劉純) 434；《醫學正傳》(虞搏) 390；《醫林急要》(王璽) 262；《丹溪心法》(程充) 285；《惠濟方》(王永輔) 168；《醫方撰要》(周文采) 63；《婦人大全良方》(陳自明) 61；《諸證辨疑》(吳球) 30；《傷寒活人指掌圖》(吳恕) 29；《明醫雜著》(王綸) 29。<sup>160</sup>

姑且不論實際次數為何與兩位近代大家的計次方式差異，至少都明白表示了《玉機微義》對於後世醫方派的重要地位，是非一即二、無可取代的。

#### 第四節 《啟迪集》對《玉機微義》的記載與「方劑歸經」

吾儕、生緣を洛滙に乗けて、医術を利陽に學び、志を救恤に勵まし、業を宇内に布かんとす。上は軒岐の内經に始まり、下は百家の医書に及んで、日夜に之を翫味し、漸く厥の旨趣を究む。朱氏が發揮を閲し、劉氏が微義を檢べて、医法に聖俗有ることを知り、彦脩が纂要を察かにし、天民が正傳を審かにして、藥方に精麤有ることを識る。予、久しく華夷に出入して、多く沉痾を療し、救活を獲たる者、以て具さに載せ難し。<sup>161</sup>

— 曲直瀬道三，啟迪集・自序，1507-1594



【圖 4.4.1】《啟迪集》道三自序之原文<sup>162</sup>

其中提及了《黃帝內經》、朱彥脩《局方發揮》與《丹溪纂要》、虞天民《醫學正傳》等書，而其中的「劉氏が微義」，就是劉純的《玉機微義》。

《啟迪集》中大量引用了《玉機微義》的體例，除了方劑歸經之外倒的確是不少，例如《啟迪集・卷一・中風門》中引用了中國諸多醫家的論述，在此門的最後一部分，立了《治風の方法の順序の基準【玉機微義】》一小節，其中有：

「搐鼻の法。擦牙の法。吐涎の法。」以下未附方；

「發表の劑。續命湯（去外邪）、秦艽升麻湯。」、

「攻裏の劑。三化湯（除內邪）。」、

「發表攻裏の劑。防風通聖散は、臟腑兼中を治し、先に發表し後に通下する。。防

風・麻黃は汗劑で、芒硝・大黃は下痢、梔子・滑石は利尿する。」、

「調經養血の劑」及以下「理氣の劑」、「理血の劑」、「關節を通し、肌骨を透する劑」、「治痰通經の劑」以及「雜方」<sup>163</sup>等，這些記載方式，顯然都跟《玉機微義》之方劑分類的書寫體例相當類似，唯一可惜的是，《啓迪集》中從未引用劉純對方劑的任何一個「歸經」註解。

又如《啓迪集·卷二·水腫門》當中，引用自《玉機微義》的段落有：「水病の成因」、「水氣の最初の徴候」、「水腫の最初と最後」、「脈」、「湿腫を弁じる」、「風水の証」、「腎肺の本末」、「五臓の水証」、「腰より上か、腰より下かの區別と治療法」、「通利させることの是非」、「辛・苦・寒の藥能で、湿熱を治すことの解釈」、「脾虛ではなく、脾土の温実に因る水腫について」、「手足の太陰の経絡がともに病むという説」，雖然使用了類似《玉機微義》的書寫體例，但是卻都略過方劑歸經的部份。

的確，此書中引用《玉機微義》的次數相當驚人，但是在《啓迪集》內，似乎沒有見到傳承「方劑歸經」的影子。

仔細探究其原因，一者，可能是當時道三流派的醫學體系比較重視病理、病源、病機的討論，而比較不重視解方的風氣所致，這點，只需要完整閱讀《啓迪集》與其它曲直瀨道三的著作如《淚墨紙》、《切紙》等，就可以清楚發現道三著書與《玉機微義》著重要點的不同。曲直瀨道三於此書之中，顯然並沒有打算詳細談論方劑，因此在《啓迪集》一書中提及方劑之時，僅僅將方劑名稱、方劑重要組成藥物略為提醒之後，便接著講解諸門的疾病原因、名醫經驗、不同看法以及辨證技巧等等內容，鮮少將重心放在方劑的解釋之上，也可能因此未對方劑歸經做另外的詮釋或是發揮了，也可能根本沒有注意到《玉機微義》當中，獨特的「方劑歸經」創見了。

不過嚴格來說，「方劑歸經」理論的出現，就連在中國《玉機微義》之後的方劑醫書也不一定能傳承或是加以引用，因此大致也可以推想日本醫家沒有引用的背後原因，可能也是因為《玉機微義》當中的「方劑歸經」理論並未成熟、或是對於這個理論無法全面理解的關係。

因此總和數段的論述，筆者初步認為：日本後世醫方派傳承了《玉機微義》論述病機以及收集古醫書中相關病因病機敘述的長處，卻沒有依循劉純做方劑歸經的打算。

## 第五節 《啟迪集》體例與《玉機微義》、《醫學正傳》

安井廣迪(2002)認為，日本醫學是在引進學習中醫學的基礎上建立並發展起來的。15世紀以前，日本全盤吸收運用中醫學內容，但到了16世紀時，曲直瀨道三在明代醫學的基礎上創建了日本自己的醫學體系。當確立了隨心所欲的運用方法以後，日本終於擁有了自己的醫學。在日本醫學中最重要的後世醫方派，參考了受朱丹溪的影響而寫成的《玉機微義》、《醫學正傳》等著作，將15~16世紀的明代醫學日本化。因此，可以說曲直瀨流派吸取了丹溪學派的思想。<sup>164</sup>

既然《啟迪集》沒有繼承《玉機微義》獨特於中國的「方劑歸經」，那麼日本這部重要的醫學典籍，從中國的醫籍裡傳承了什麼樣的醫學內涵呢？

就這個問題，筆者從《啟迪集》參考引用最為多次、也是主要承傳丹溪學說的兩本中國醫學著作：《醫學正傳》與《玉機微義》兩本書來討論，並且分析《啟迪集》與這兩本著作實際的傳承狀況。以下則先分析《醫學正傳》內容架構。

### 4-5-1 《啟迪集》傳承自《醫學正傳》的體例架構

《醫學正傳》的作者為明朝的虞搏，字天民，晚號花溪恆德老人(1438~1517)，浙江義烏人，是明代著名醫家，主要因為曾祖父虞誠齋為朱丹溪之入室弟子，而其學又來自於祖父「口傳心授」，因此其醫學觀念大多宗主丹溪之學。虞天民的主要醫學著作約有七部，《醫學正傳》為其代表作。其學術特點為反對偏門異端邪說、主張醫以《黃帝內經》為本，所以虞搏命名此書為「醫學」之「正傳」。另外虞搏還在此書裡創立新說，如「兩腎總號命門」之說和「器械灌腸」之術，都是此書中獨特於當世的內容。

至於其書《醫學正傳》，《萬卷堂書目》另作《醫學正宗》。此書集虞搏畢生精力，根據《素問》、《難經》之經旨，參以歷代諸賢之說，融入己意，於明正德乙亥(1515)寫成，全書共八卷。首列「醫學或問」共51則，然後論述包括內、外、五官、口腔、婦、兒等科病証90餘個，載方1000餘首。(據張成博、趙延坤(1996)統計，刪除重複，計929首)，列醫案38例(實為42例)。<sup>165</sup>

筆者據其書前之《凡例》一篇當中的說法，虞搏在此處便很清楚說明《醫學正傳》的書寫體例：

- 一、凡諸病總論，皆采摭《內經》要旨，以為提綱。繼之以歷代名醫可法之語，間或附以己意，以成篇段，謹僭列各病之首。
- 一、凡脈法，皆采摭王叔和《脈經》要語。本經缺者，則於歷代名醫諸書，采其可法之語，以附錄之。
- 一、凡方法，備載於脈法之后。其傷寒一宗張仲景，內傷一宗李東垣，小兒科多本於錢仲陽，其余諸病悉以丹溪要語及所著諸方冠於其首。次以劉、張、李三家之方，選其精粹者繼之於后。外有諸家名醫有理妙方，又采附於其末，以備參考。
- 一、凡祖父口傳心授，及自己歷年經驗方法，不敢私匿，悉皆附於諸條之末，與眾共施。本病無者，則缺之。
- 一、凡自己積年歷試四方之病，或用心以變法取巧而治愈者，悉附於各條之末，俾后人或有可采擇焉。無者缺之。
- 一、凡集錄諸賢成方，蓋為后學設繩墨耳，學者不可固執古方以售今病，故又以丹溪活套，備錄於各條之后，欲使后學執中之有權耳。
- 一、凡丹溪諸方法，見諸盧氏《纂要》者，悉錄之無遺，但有增而無減耳。惟丹溪醫按不錄，非為厭繁，將欲采歷代名醫治驗總成一書，名為《古今諸賢醫按》，有志未暇，姑俟諸歲月云。<sup>166</sup>

簡言之，《醫學正傳》的架構，是先尊《內經》為首，再引歷代醫家之論為每病之篇首；每病之脈法，則依王叔和《脈經》；治法則「傷寒宗張仲景，內傷宗李東垣，小兒科本錢仲陽，丹溪要語及所著諸方冠於其首、次劉、張、李三家之方」；最後附上「祖父口傳心授、自己歷年經驗方法」；再來為了避免習醫之後進拘泥古方，更立「丹溪活套」來應付臨床上多變的狀況與兼證。整體而言，《醫學正傳》體例的模式相當清楚、有條理，不獨尊也不拘泥古法，對於金元出現的權變新方，則不會排斥、接受創新卻也不會狂妄自大。（參見景印本，圖 4.5.1）

新刊京板校正大字醫學正傳卷之二目錄	
○瘟疫門三	論 0143 脉法 0144 丹溪方法 0145
陶氏治瘟疫法	三黃石膏湯 0147 敗毒散
九味羌活湯	0148 黑奴丸 神木散 0149
附大頭天行病	
丹溪方法一條	東垣方法一條 二黃湯 0150
普濟消毒飲子	甘橘湯 0152 姜薤散
祖傳人黃散	0153 丹溪活套 已試醫驗一條
○斑疹門四	論 0154 脉法 0157 丹溪方法九條 0158
消風散	0159 葛根橘皮湯 楊毒升麻湯 0160
玄參升麻湯	楊毒梔子湯 犀角消毒飲
解毒防風湯	0161 升麻驚甲湯 加味羌活散
調中湯	0162 化斑湯 黑膏

【圖 4.5.1】景印·明萬曆間金陵三山書舍潭城劉希信修補本

#### 4-5-2 《啟迪集》傳承自《玉機微義》的架構、體例

而劉純《玉機微義》的結構，則與《醫學正傳》略有不同。《玉機微義》共有五十門，其結構是先論本病的典籍源流，大抵一樣是先論《內經》對於此病的看法與記載，後加上諸多醫家對《內經》的闡釋或是論說有道理的醫理。但還有一點與《醫學正傳》不同的是：《玉機微義》所立的小段落，皆有提綱式的小題，例如《卷四十四·癍疹門》有「論傷寒發癍有陰陽不同」、「論傷寒誤治發癍」等，於其下開始引用古代名醫的論述。此種敘述與綱目編列的手法，有「問題導向」(Problem-oriented)的意味，令讀者一目瞭然過去醫家對於本病，所提示必須了解的幾個疑問點與容易犯錯的區別處，而明顯與《醫學正傳》只立「論」一篇，便將所有醫家的看法共置於此段有所不同。

例如《玉機微義·卷四十四·癍疹門》其全門結構如下：

- (1) 「論癍疹證治」。引用張潔古對癍疹的看法，辨別經絡之技巧。
- (2) 「論傷寒發癍有陰陽不同」。引《略例》論述陽證發癍有四，與其治療；引王好古《此事難知》論述陰證發癍。段末加註自己對於癍疹的心得：「陽證大率用

托裏清熱，化癍涼血。陰證只用調中溫胃，其癍自消，病體自定。非若瘡成膿疱也，雖輕重，具從火化。大抵急則治標，緩則治本。」

(3) 「論中寒發癍」。引《略例》中一完顏小將軍醫案，與調中湯。

(4) 「論傷寒治誤發癍」。引用陳無擇論傷寒發癍，蓋不當下而下之，熱則乘虛入胃所致。

(5) 「論癩疹」。引陳無擇論癩疹應當為風寒暑濕四氣兼有之的說法。

這就是《玉機微義》當中，上承《內經》與醫家論述的舉例，除此之外，《玉機微義》的特色還有另外一個：使用病機來歸類有效方劑。

例如，同樣是在《卷四十四·癍疹門》就將諸醫家的方劑打散，並重新依照「升散之劑」、「和解之劑」、「下劑」、「涼血之劑」來歸類所有相關於癍疹治療的方劑。在這樣的分類下，被歸於「升散之劑」之下的有元戎葛根橘皮湯、陽毒升麻湯、玄參升麻湯、陽毒梔子湯、消毒犀角飲子、解毒防風湯、升麻葛根湯、陰毒升麻鱉甲湯、三因加味羌活散、調中湯；在「和解之劑」下有(三因)化癍湯；「下劑」之下有當歸丸；「涼血之劑」下有黑膏與大青四物湯。這個分類方劑的特色，是《醫學正傳》所沒有的。以下便是筆者初步對兩本《啓迪集》所參考的重要醫書作一簡單初步的比較：(請見【表 4.5.1】)

此時，再回頭觀察《啓迪集》的結構，就很明白地顯示出《啓迪集》的架構，的確有相當大的部份傳承了這兩部中國醫書的特色了。

再舉同為論「癍疹」的《啓迪集·卷五·癍疹門》<sup>167</sup>的體例來比較之，此門依次立下列標題來論述：

### (1) 「癍疹の原因と治法」。

其中引述了《丹溪心法》中重於痰熱的病因認識與建議微發汗但不可下的治法原則；接著便引用《玉機微義》首段「論癍疹證治」對癍疹的部位與經絡辨證方法，以及敘述與癍疹預後有關的症狀。

### (2) 「發癍の輕重・緩急・標本」

引用《玉機微義》中劉純在「論傷寒發癍有陰陽不同」一段中對於治療癍疹的心得。並加入道三自己的見解做為總結：「輕重は、火に變化する程度によるが、一般的に、急性の証候を呈すれば標を治し、慢性の証候を呈すれば本を治す。」

### (3) 「傷寒の標本と治法」

引用《玉機微義》上「論傷寒發癍有陰陽不同」一段中對陽證發癍的記載（來自

《略例》)，陽證發癩有四，依照發癩部位而決定其經絡、屬性與治法。並引另外一段「論傷寒治誤發癩」中陳無擇《三因方》之言來提示發癩的預後如何依照癩疹的顏色來判斷。後則附上「外感熱病發癩...白虎湯などの方劑を服用するとよい」、「陰證發癩...調中溫胃の方劑に、茴香、芍藥を加えるとよく...」。

#### (4) 「癩疹の症狀と治法」

引用《丹溪心法》論癩疹屬脾。附方劑一首，與《醫學正傳》的一首驗方。兩首方均未記載方名，僅有方藥及劑量。

【表 4.5.1】《醫學正傳》與《玉機微義》論著結構初步比較

比較	《醫學正傳》	《玉機微義》
醫論	1. 尊崇《內經》、《傷寒論》 2. 以「論」、「脈法」、「仲景、東垣、錢仲陽、丹溪、劉、張、李三家之方」、「丹溪活套」、「經驗方」為架構著作每一疾病。	1. 尊崇《內經》、《傷寒論》 2. 以提綱式的小題，引出諸家論述，後以病機為經緯分類醫家提出的方劑。
方劑	直接附在論中，一邊論醫理、同時紀錄醫家所用之方。未曾使用方劑歸經。	於醫論之後，特別依病機分類出有效之方劑。全書方劑並有 52.68% 註明方劑歸經。
經驗方的記錄	於每一篇章並附上虞搏與其曾祖父(虞誠齋)的經驗效方。	鮮少提及自己的臨床驗案，除方劑歸經之外，並未對方劑做其餘深入或是臨床上使用經驗的解釋。
醫論偏重	以丹溪為宗，故大量引用東垣、丹溪之法為全書特點。較少引用王好古、張潔古之論。	亦私淑丹溪之學，但引用潔古、海藏之論頗多。方劑歸經之起源，亦承襲易水學說而來。

以上是舉例《啓迪集·卷五·癩疹門》來一窺全書的面貌，其餘章節大致上類同於此門的結構。因此，初步總結可以這麼說：《啓迪集》傳承自中國醫書的除了以



東垣、丹溪爲主的醫學觀念與經驗之外，還傳承了《醫學正傳》與《玉機微義》的醫書論述結構，整本書可以說都有《玉機微義》的味道。

#### 4-5-3 《啟迪集》傳承李朱學派的情形

筆者透過分析內容的結構與論述的方式，總結《啟迪集》中可能繼承中國李朱學派醫著的部份，有以下數點可以提出作為初步的結論：

- (1) 由每一病門當中的小章節的名稱來看，《啟迪集》承襲了《玉機微義》的章節語法，以提綱式的小題來提示每一病門需要重視的疑問點與重要經驗；
- (2) 從醫論的鋪陳方式而言，《啟迪集》引用《玉機微義》與《醫學正傳》的機會差異不大，但《啟迪集》引用丹溪、重視丹溪之治法的特色，與《醫學正傳》較為相似；
- (3) 從方劑的記錄模式與結構而言，《啟迪集》與《醫學正傳》類似。
- (4) 對於方劑的注解方式而言，《啟迪集》幾乎不對方劑做註解，全書以醫論為主，在醫論中提及方劑的機會，都是來自於引用的經典，並未進一步加以詮釋，也因此並沒有繼承《玉機微義》的獨特分類與理論、觀念。簡言之，《啟迪集》中並未繼承《玉機微義》的「方劑歸經」。
- (5) 從紀錄自己驗案的部份而言，《啟迪集》則很少提及，大約是在其他曲直瀨道三的著作中才可見到，此屬於《醫學正傳》的特色，不過顯然並沒有在《啟迪集》中獲得繼承。

嚴格來說，曲直瀨學派的《啟迪集》，是承襲了以丹溪爲主的醫學，對於東垣、王好古、張元素等易水學派的學說雖有提及，但是對於其醫學特質卻未見繼承。在日本，特別尊崇李東垣的是將近兩百年後的香月牛山(1656~1740年)。他在《牛山活套》一書中說到：「眼目之方治應本於東垣。如常說，游於予門者，應溯徊東垣之流。非獨眼病，諸病之治共應因於東垣治方。須常誦《辨惑論》、《脾胃論》、《蘭室秘藏》。世醫只知東垣爲醫中王道，施補藥，除補中益氣湯外不知他方者多，爲未至東垣血脈者，可笑者也。<sup>168</sup>」

除了上述特點之外，《啟迪集》中並未出現兩三方合用的現象，但是《醫學正傳》中，則曾經出現有兩方甚至數方合用的現象，例如《卷之一·益元散》：

益元散，又名六一散，又明天水散方見痢門

二藥合而服之，當得汗而解，若不解者，病已傳矣。

傷寒後三日在裏，法當下，若下之太早，則表邪乘虛入裏，遂成結胸，虛痞懊懣，斑疹發黃之證，輕者必危，危者必死，但當以平和之藥，宜散其表，和解其裏，病勢或有和或無汗，發熱未愈，當用小柴胡涼膈天水合而服之。病若半在表半在裏，亦當和解，小柴胡涼膈主之。

若裏熱微者，則當微下，大柴胡合解毒湯主之。若熱勢未退，又以大柴胡合三一承氣下之。<sup>169</sup>

此段文中的「小柴胡涼膈天水合而服之」是三方合一；「小柴胡涼膈主之」是兩方合一；「大柴胡合三一承氣下之」則是兩方或是多方合一的處方模式。不過顯然這個現象，也並沒有受到道三等領導者的重視，在《啓迪集》中也鮮少出現這樣的處方模式。這種特別的處方模式，是否與《玉機微義》有關聯，尚須等待未來諸多學者的進一步研究了。

## 第六節 小結

本章節從一日文版本的寬文四年版《玉機微義》，開啓希求進一步考究的動機，從文獻中收集日本醫學界對於《玉機微義》一書的記載，發現後世醫方派對於此書的重視遠遠超過當時中國醫界。隨著日本後世醫方派的開創、發展與繼承的三代醫家法印傳承裡，筆者列舉了許多後世醫方派對於《玉機微義》重視的證據，同時也利用此研究《玉機微義》傳入日本情形的機會，觀察日本醫界是否對於「方劑歸經」有繼承或是發揚的情形。整體時代背景是中國明朝初年，正是日本室町幕府到江戶幕府初期，而正也是後世醫方派開創與盛行的重要時期。

本章節先介紹了後世醫方派的前三代法印傳承的大略狀況，引用《玉機微義》最為明顯的三位醫家中，田代三喜傳承此書與曲直瀨道三作為印可，若將醫學傳承分為醫論與方藥兩部分的話，田代三喜的醫論傳承最重要的部份就是《素問》、《玉機微義》與「古來の諸論」三部典籍；方藥傳承則是「諸方の可否を明らかにし」與「用藥百二十種の效能を伝授され」；到了曲直瀨道三傳承法印與曲直瀨玄朔之時，他傳承了《啓迪集》、《切紙》、《醫學正傳》、《丹溪心法》、《玉機微義》、《證類本草》、《醫林集要》這七部最重要的醫典，最後還有《傳心方法》傳授，以表示認可與傳

承予玄朔的三代法印。從這傳承的跡象來看，《玉機微義》的確在後世醫方派是相當重要的一部醫著，重要到可以作為法印傳承的象徵書。再從《啓迪集》中引用《玉機微義》的客觀次數來說，此書也是引用次數最多或是次多的一部醫典。

既然《啓迪集》這部被譽為中國醫學日本化的重要書籍中，曾經大量引用《玉機微義》的醫理論述，因此從內容上來論，區別其所承襲的中國醫學觀念，各自是來自於何處以及是否有繼承《玉機微義》的「方劑歸經」即是本文其中一段的重點所在。此段考究結果發現，《啓迪集》中雖然大量繼承了《玉機微義》的醫學內涵，但是對於《玉機微義》的解方或是方劑注解特色「方劑歸經」卻沒有繼承或是進一步發揮的現象。再既然道三所著的重要醫籍《啓迪集》中沒有繼承「方劑歸經」，那到底此書繼承了中國醫書中哪些特色，筆者也略從明初兩部傳日的重要醫典《玉機微義》與《醫學正傳》的體例中來做解析。結果初步認為有以下幾點特色：(1)由小章節的命名而言，《啓迪集》承襲了《玉機微義》的章節語法，以提綱式的小題來提示每一病門需要重視的疑問點與重要經驗；(2)從醫論的鋪陳方式而言，《啓迪集》與《玉機微義》與《醫學正傳》三書皆極為類似，但《啓迪集》相當重視丹溪治法的特色則與《醫學正傳》較為相似；(3)從方劑的記錄方式而言，《啓迪集》與《醫學正傳》的方法類似。(4)對於方劑的注解方式而言，《啓迪集》幾乎不對方劑做註解，全書以醫論為主，在醫論中提及方劑的機會，都是來自於引用的經典，並未進一步加以詮釋，也因此並沒有繼承《玉機微義》的獨特分類與理論、觀念。(5)從紀錄自己驗案的部份而言，《啓迪集》則很少提及，大約是在其他曲直瀨道三的著作中才可見到，此屬於《醫學正傳》的特色，不過顯然並沒有在《啓迪集》中獲得繼承。以上所述為體例上，後世醫方派重要醫典《啓迪集》與《玉機微義》、《醫學正傳》的體例傳承簡單比較。

至於，《玉機微義》中「方劑歸經」的觀念，並沒有因為此書在日本受到重要醫家的讚揚而得到後世醫方派的繼承，這可能與當時道三流著作的重點側重不同有關係，「方劑歸經」本來就是劉純在明代初期，嘗試突破以往分類方劑與註解方劑的一種創舉，無法為當時醫流視為重要觀念而接受、流傳也是可以想見的事。

## 第五章 薛己的「重方」規律探討與方劑歸經

### 第一節 前言

是故平氣之道，近而奇偶，制小其服也。遠而奇偶，制大其服也。大則數少，小則數多。多則九之，少則二之。奇之不去則偶之，是謂重方。偶之不去，則反佐以取之，所謂寒熱溫涼，反從其病也。<sup>170</sup>

——素問·至真要大論

中醫學理論典籍之祖《黃帝內經》，曾在戰國時期到兩漢時代，就提示過「奇方」、「偶方」、「重方」與「反佐」等臨床組方用以治病的原則。這樣的原則，到了金朝成無己，在《傷寒明理論》裡開始明確定出源於《內經》的大、小、緩、急、奇、耦、複七方，<sup>171</sup>雖然未見臨床上大量的運用，但後代學者普遍認為此七方即是為最早將方劑作分類的七種類型。其中，成無己認為七方中的「複(復)方」，就是《內經》裡「重方」之義。

不僅是成無己這樣解釋，清末民初唐容川在《中西匯通醫經精義·下卷·七方十劑》裡解釋對應於「重方」的「復方」時，他當時就清楚地這麼講：

復方，重複之義。兩證並見則兩方合用，數證相雜則化合數方而為一方也。如桂枝二越婢一湯是兩方相合；五積散是數方相合又有本方之外，別加藥品；如調胃承氣湯加連翹、薄荷、黃芩、梔子為涼膈散，再加麻黃、防風、白朮、枳殼、厚朴為通聖散。病之繁重者，藥亦繁重也。<sup>172</sup>

再回頭跟本論文主題「方劑歸經」相對應，會發現：「方劑歸經」是對一個方劑做臟腑或經絡的導向，而「重方」的使用會辨出兩種病機或者病位，而必須使用兩種病機或病位的方劑加減；病機部份屬於臟腑或經絡的，以及病位方面依照臟腑經絡甚至三焦氣血的，是不是都可能可以運用到「方劑歸經」的理論與觀念呢？

因此，筆者希望在本論文的這個章節，來探討與分析一下古代「重方」的現象，

以及試圖探討分析其是否有潛在的重要規律，並且探討薛己醫案中是否有佐證或者甚至發展「方劑歸經」理論運用的案例。

## 第二節 「重方」與古代雙方合用的源流

依據金朝成無己《傷寒明理論》與唐容川《中西匯通醫經精義》的說法，早在《黃帝內經》時期，就已經提示，在奇方、偶方效果沒有如預期之時，就應該使用「重方」，「重方」效果依然不如預期，則應該使用「反佐」。這樣的敘述，代表了幾層意義：一是提示「重方」(復方)在臨床上的角色，二是增加了組合方劑的靈活度，例如重方、反佐等，都超越了一般辨證「寒者熱之、熱者寒之」與單一方劑為主的處方觀念。在歷史上，依此立論而出現過的方劑則如氣血雙補之八珍湯，是為四君子湯合四物湯之「重方」；柴胡陷胸湯則是小柴胡湯加上小陷胸湯之「重方」；而吳鞠通《溫病條辨》則說：「陽明溫病，下之不通，津液不足，無水舟停者，間服增液，再不下者，增液承氣湯主之。」其使用增液承氣湯便是增液湯合調胃承氣之「重方」。

在使用「重方」的辨證條件上，無論兩方合用或數方相雜，都是有是證則用是方，因為臨床證候複雜牽涉多種病機，故宜「重方」，正所謂：「天下之方，活法雖多，對證則一<sup>173</sup>」。

例如前段所言增液承氣湯，吳鞠通說明其病機：「無水舟停，為裡有熱邪，熱灼津傷，結於胃腸，燥次不行，不通下則邪無出路，陰愈傷，熱愈熾，正虛邪實，故加增液湯潤腸通便，陰液得復，熱結得下，即增水行舟法。」而《通俗傷寒論》之柴胡陷胸湯。證候則有「寒熱往來，嘔惡發熱，故用小柴胡湯和解少陽；又伴胸脘痞悶，按之則痛，故合小陷胸湯清化痰熱，兩方合用，少陽得疏，痰熱可除。」很明顯地，這兩個方劑的注解，都說明了「重方」的條件是架構在兩種具有不同治療方向的病機，因此結合兩種不同的方劑一起治療。

實際上，有不少間接證據，可以證明古時候一般世俗的醫師，也經常會使用所謂的重方，但是比較缺乏理論與學術的規則所規範，因此多半淪為多一症狀便多加一方的窘境，例如薛己的《內科摘要》中就有這麼一個醫案：

一婦人因怒吐痰，胸滿作痛，服四物、二陳、芩、連、枳殼之類，不應，更加祛風之劑，半身不遂，筋漸攣縮，四肢痿軟，日晡益甚，內熱口乾，形體倦怠。余以為鬱怒傷脾肝，氣血復損而然。遂用……。<sup>174</sup>

可以清楚看到當時沒治好這個婦人的醫師，就用了四物湯、二陳湯、黃芩、黃連、枳殼等藥，不應之後，又再加「祛風之劑」，當時的醫師漫無章法地使用兩方加減之法，沒效之後又加上一種方劑，這就是典型漫無章法的「重方」模式。當時醫師給予這樣的處方，對於這個患者只有不斷地遠離病機，不斷地薄化有用藥物罷了。

而這也就是研究「重方」現象最需要提示出來的重點：臨床的療效了。

「重方」不應隨意使用，因為一旦沒有療效，反而只是多加了戕害生氣之品，沒有破邪奪病之功，反有虛虛實實之過。

但是不管在《傷寒論》、《傷寒明理論》或是《溫病條辨》，這種使用「重方」而且成功治療的醫案或是記載都算是少數，不僅臨床上「重方」的處方模式很少被驗證，也鮮少被規範，因此在中醫學術領域裡，並未形成令人感到重視與希求探究的風氣，甚至連使用「重方」的時機、方法、原則或是技巧等等都沒有。直到明朝中葉的御醫薛己，這種少見的組方模式竟得到了相當大的繼承與運用。於是乎，本文希望可以闡發「重方」處方模式與特點、想要探討是否可以使用「方劑歸經」的邏輯來解釋，曾經大量使用「重方」的明代醫家薛己，就可以算是一位很值得去研究的關鍵人物了。

### 第三節 薛己生平與其溫補脾腎理論概述

#### 5-3-1 薛己的生平、學術著作與學術傳承

薛立齋，名己（1487-1559年），字新甫，號立齋。江蘇吳郡（今蘇州市）人，出生醫學世家，其父薛鎧亦為當代名醫，尤其以兒科及外科為精。明朝弘治年間以名醫徵為太醫院醫士，後升為院使。薛己原來精於瘍醫學，後來轉攻內、兒科，在許多臨床科別都有很大的成就。他的著作很多，大致上可以分成薛己自己寫成的專著，以及薛己校註名醫著作兩大類。前者有《內科摘要》、《女科撮要》、《外科發揮》、《外科心法》、《外科樞要》、《正體類要》、《口齒類要》、《癰瘍機要》、《外科經驗方》、《本草約言》等十種；而校註他人作品者有宋·陳自明原著《校註婦人大全良方》、陳自明《外科精要》、宋·錢乙《小兒藥證直訣》、其父薛鎧《保應撮要》、《明醫雜著》等等（可另參見註二）。

而關於薛己的學術師承，〈薛立齋醫學學術思想研究〉一文大約有這樣的一種講法：

另一方面，在資料的選擇及臨床運用上，又充分體現了薛氏父子重視張潔古臟腑辨證及錢乙調補脾胃的學術觀點及薛氏家傳的兒科診治經驗。因此是一部理論與實踐相結合的重要著作，具有較高的學術價值。<sup>175</sup>

清楚表示薛氏父子對於金元醫家的學術與臨床，特別中意張潔古的臟腑辨證學說，這可能與本論文欲探討的「方劑歸經」有所關聯。當然，從薛立齋的許多著作裡，我們可以輕易地發現，李東垣、王好古的思想隨處可見，李東垣著名的補中益氣湯就是薛氏父子相當常用的方劑，也因此，明朝薛立齋的臨床醫術，有很大部分很可能是繼承自金元易水學派張元素、李東垣與王好古的醫學理論。

關於薛己臨床用藥上的特色，過去研究薛己學術特色的學者也注意到，在《薛立齋醫學全書》裡，薛己使用方劑，常常有一些異於其他醫家的特點。例如本章將於本文後面數個段詳細剖析的「朝夕服藥法」與「急證急補」、「偏虛純補」<sup>176</sup>等等方法。

### 5-3-2 薛己擅用溫補脾腎方劑與《內科摘要》

而在擅長使用的方劑與藥物裡，除了溫補升提脾胃陽氣的補中益氣湯、補中湯、六君子、四君子湯等等以外，薛己父子也是非常善用錢乙六味地黃丸、金匱腎氣丸的醫家。在《保嬰撮要·卷一·腎臟》中曾說：

地黃丸壯腎水以制心火，若因脾肺虛而不能生腎水者，用補中益氣湯、六味地黃丸以滋化源。<sup>177</sup>

此段文字特別提及了兩方合用的特色，這當然可以算是《內經》「重方」模式的臨床運用了。薛己一改以往醫家少見紀錄「重方」模式的現象，大量地記錄了眾多使用「重方」的醫案。在他所有現存的著作當中，尤以《內科摘要》一書，堪稱為最能體現溫補脾腎法對內科疾病臨床療效的一本專著。因此，若欲對明代溫補學派的醫學思想作一番詳細的學術探討，則薛己的《內科摘要》與其餘的十數本著作，再加上後來亦以溫補聞名的趙獻可、李中梓與張景岳，則是必定要研究的重點了。

《內科摘要》一書，如上文所簡述，是薛己治療內傷雜証的實踐經驗及理論專著，體現出薛己治病注重脾腎的學術思想。繼承自《內經》的思路：「腎為先天之本，

脾爲後天之本」、「邪之所湊，其氣必虛」與「正氣存內，邪不可干」，薛己認爲內傷雜証之病機多累及脾腎陽氣，且諸病以「本虛」爲主，雖然可兼有外感、痰火、暑濕等証，但其治療原則應該著重顧護脾腎，再兼以祛痰、燥濕、解表等驅邪之法。但這類疾病因爲虛實夾雜，經常有臨床辨證上一定的困難，也經常導致醫家們對患者的誤治，而薛己則善於把握「本虛」的主要矛盾，且在補藥之中佐以兼症的佐使藥物，不會拘泥於補法而忘卻對實邪的瀉法。<sup>178</sup>

閱讀薛己的著作之後，很容易就可以理解爲何薛己被譽爲明代溫補四大家之首的原因，因爲薛己相當重視脾腎二臟陽氣不足所導致的一系列變化，如前文所述，他認同李東垣傳承《內經》脾胃爲一切疾病之源的理論，也承襲了張元素對臟腑之間交互生剋的觀念，因此經常提出脾胃勞倦與足三陰經交互的種種影響，例如他在《內科摘要·卷上》這麼講：

經云：無陽則陰無以生，無陰則陽無以化。又云：虛則補其母，當用補中益氣、六味地黃以補其母，尤不宜用苦寒之藥。世以脾虛誤爲腎虛，輒用黃柏、知母之類，反傷胃中生氣，害人多矣。大凡足三陰虛，多因飲食勞倦，以致腎不能生肝，肝不能生火而害脾土不能滋化，但補脾土，則金旺水生，木得平而自相生矣。<sup>179</sup>

此段所謂陰陽的互根觀念，在萬密齋《養生四要》、趙獻可《醫貫》、李中梓《醫宗必讀》以及張介賓《景岳全書》裡頭都有幾乎一模一樣的記述，實際上這個觀念也就是由薛己帶領，之後在明朝相當盛行的陰陽理論，對於後來趙獻可與張景岳都造成了相當深遠的影響。相較於其他醫家對於「無陽則陰無以生，無陰則陽無以化」這段陰陽觀念的詮釋，薛己則傾向於認爲「陽虛」才是臨床處治的重點，並且在此段提出「飲食勞倦」導致「腎虛」，進而導致「肝虛」，肝虛不能生火而「脾虛」的病理路徑。

整體上而言，此段文字明白宣示了薛己的陰陽與五臟生剋觀念，雖然與傳統的五行生剋觀念不同，但是卻明白強調了一個薛己的中心病機思想：因爲「飲食勞倦」導致「脾腎陽氣受損」無法暖化其他臟腑生化，而發生「足三陰虛」的現象。

因此，藉由「補脾」然後肺氣足則腎氣隨之而生，腎氣足則「木氣得平而自相生」。換句話說，薛己利用五行生剋的邏輯，把五臟虛損除了心之外的病機，幾乎都



歸因爲脾虛（尤其是脾陽）所致，因此他基本上認爲：透過補養脾陽，可以補養五臟。而熟悉了這段薛己推演病機的過程，就很容易可以了解薛己經常使用「脾胃虛損」與「腎陽不足」這兩個病機來解釋病情，以及臨床上經常使用補中益氣湯與地黃丸系列來調治疾病的原因了。

### 5-3-3 薛己與眾不同的五行生剋觀念

另外，需要注意的是，薛己的五行生剋與傳統的五行生剋有所不同，薛己也認同「火爲土之母」，但是傳統的「火」是指君火，也就是「心火或心陽、心氣」，但薛己則將此處的「火」解釋成「命門之火」，這樣的例子處處可見，例如《內科摘要·卷上·命門火衰不能生土等症五》中有兩段醫案：

光祿鄭子涇面白神勞，食少難化，所服皆二陳、山梔、枳實之類，形體日瘦，飲食日減。余謂此脾土虛寒之症，法當補土之母。彼不信，乃徑補土，以致不起。

此段敘述的是「補土之母」而不該「補土」的醫案，同一段醫論的另一個醫案則明白告訴讀者，「補土之母」的定義爲何：

工部陳禪亭，發熱有痰，服二陳、黃連、枳殼之類，病益甚，甲辰季冬請治，其脈左尺微細，右關浮大，重按微弱。余曰：此命門火衰，不能生土而脾病，當補火以生土，或可愈也。不悟，仍服前藥，脾土愈弱，至乙巳閏正月，病已革。復邀治，右寸脈平脫，此土不能生金，生氣絕於內矣，辭不治。經云：虛則補其母，實則瀉其子。凡病在子，當補其母，況病在母而屬不足，反瀉其子，不死何俟？<sup>180</sup>

其中，「脾土虛寒之症，法當補土之母」若用傳統五行生剋觀念「木生火、火生土、土生金、金生水、水生木」，很容易誤以爲薛己此處所云的「土之母」是「心火、君火」，實際上薛己將「土之母」認爲「命門之火」。理論上，自從《難經》提出命門學說之後，多指命門之火屬腎，因此若說「腎水生脾土」，字面上確實不同於傳統五行相生的邏輯。此點是在閱讀薛己醫案之前，必須瞭解的易錯解處。但是到底是薛

己的邏輯錯誤偏頗，還是他有獨特、更深層的中醫生理病理傳變規律之體會，目前則仍須等待更深入的分析與研究了。

薛己異於當時一般中醫學理論之處，也數度出現在別的章節中。例如在《內科摘要·卷上·脾胃虧損瘧疾寒熱等症十》裡論述瘧疾寒熱之病的病因時，一反過去醫家多主「少陽火邪」之說，而專主「脾胃虛損」：

凡此（瘧疾寒熱）不問陰陽日夜所發，皆宜補中益氣，此不截之截也。夫人以脾胃為主，未有脾胃實而患瘧痢者，若專主發表攻裏，降火導痰，是治其末而忘其本。前所云乃瘧之大略，如不應，當分六經表裡而治之。<sup>181</sup>

有些學者曾經嘗試去解釋，薛己在病機上之所以偏向於「陽虛」的現象，大多數學者認為可能是當時的世俗醫者，因為緊接著劉河間與朱丹溪學說大盛行的時代，因而大多使用陰火、火熱主病等理論與苦寒藥物來辨證與治療。而在這個喜用苦寒藥物的時代，薛己卻見到許多因此脾胃生氣受到戕害的患者，因此反而在臨床上相當強調「五臟陽氣」之重要性，尤其是「脾腎陽氣虧損」的說法，幾乎貫串全書，少有例外。

以下筆者便開始嘗試依照薛己著作（註二）中由他親自執筆的《內科摘要》一書，根據其內容與醫案的紀錄，進行薛己的雙方甚至三方合用的現象，並且剖析其潛在的思路。

## 第四節 以《內科摘要》為主要範圍研究薛己重方模式

### 5-4-1 薛己《內科摘要》方劑的使用頻率分析

薛己親自撰寫的《內科摘要》，是中國醫學史上，第一本以「內科」命名的內科專著，共上下兩卷，刊行於 1529 年。卷上共有「元氣虧損內傷外感等症一」等十一小節，卷下則有「脾腎虧損頭眩痰氣等症一」等十小節，其中共有 210 條醫案或是醫理的敘述。以下是簡單的統計次數表格（請見表 5.4.1）

【表 5.4.1】《內科摘要·上卷》章節與前四名高使用次數方劑。

內科摘要章節統計	醫案	補中益氣	六味丸八味丸	六君子湯	十全大補
卷上·元氣虧損內傷外感等症一	25	6	(六)3	2	1
卷上·飲食勞倦虧損元氣等症二	13	6	0	2	3
卷上·脾胃虧損心腹作痛等症三	7	2	0	3	0
卷上·脾腎虛寒陽氣脫陷等症四	6	2	0	2	0
卷上·命門火衰不能生土等症五	8	1	(八)3	1	0
卷上·腎虛火不歸經發熱等症六	7	0	(八)4, (六)1	0	5
卷上·脾胃虧損吞酸噯腐等症七	12	3	(八)1	6	0
卷上·脾胃虧損停食泄瀉等症八	7	2	(八)1, (金)1	4	0
卷上·脾胃虧損停食痢疾等症九	12	2	(八)1, (六)1	5	0
卷上·脾胃虧損瘧疾寒熱等症十	8	11	0	3	0
卷上脾肺虧損咳嗽痰喘等症十一	21	7	1	4	1
總 共	126	25	17	32	10

\*(八)爲八味地黃丸；(六)爲六味地黃丸；(金)爲金匱腎氣丸。

從表格其中，可以清楚見到 126 個醫案或醫理敘述中，使用單一方劑作爲主治的共有 146 個醫案（有的醫案中包含數次治療，有的醫理敘述段落中則未包含治療）。補中益氣湯與六味八味丸、六君子湯與十全大補湯已經出現了 84 次，此五個方劑出現爲主治方劑的比率爲所有使用單一方劑醫案（共 146 案）的 57.53%。依次列出，則是補中益氣湯爲全卷主方的比例爲 17.12%；六(八)味地黃丸爲 11.64%；六君子湯爲 21.92%；十全大補則爲 6.85%。簡單地說，《內科摘要·卷上》有超過一半的醫案使用了補中益氣、六味丸、八味丸、六君子湯、十全大補湯爲主方，而其中有六分之一使用補中益氣湯，五分之一使用六君子湯，九分之一使用六味丸或是八味丸，可見得方劑集中的趨勢相當明顯。

其他出現次數較少的方劑，大約是（加味）逍遙散 6 次、（加味）歸脾湯 4 次、小柴胡湯 1 次、八珍湯 0 次與調中益氣湯 4 次；其餘方劑則依序爲四神丸 3 次、參附湯 2 次、芍藥湯加大黃 2 次、生脈飲 2 次、三生飲加人參 1 次、壯水益腎之劑 1 次、秦艽升麻湯 1 次、升陽益胃湯 1 次、參朮煎膏 1 次、參耆歸朮遠志茯神酸棗甘

草 1 次、參耆歸朮之類 1 次、參朮附陳皮 1 次、補土之母(命門火)1 次、當歸六黃湯 1 次、獨參湯 1 次、附子理中湯 1 次、黃連一味煎湯，後加苓朮陳皮歸草 1 次、葛花解醒湯 1 次、，茶茗爲丸 1 次、藿香正氣 1 次、人參養胃 1 次、還少丹 1 次、七味白朮 1 次、參蘇飲 1 次、麥門冬湯 1 次、竹葉石膏湯 1 次。

《下卷》亦類似上卷的方劑使用頻率，僅有些微變化，請參看【表 5.4.2】

【表 5.4.2】《內科摘要·下卷》章節與前五名高使用次數方劑。

內科摘要章節統計	醫案	補中益氣	六味八味丸	十全大補	歸脾	八珍
卷下一	8	1	(八)1	0	0	1
卷下二	4	0	0	0	0	0
卷下三	9	2	(金)6，(八)3	0	0	0
卷下四	7	3	1	1	0	0
卷下五	11	6	5	3	0	1
卷下六	10	2	(八)4，(六)2	0	0	0
卷下七	8	0	(八)1，(六)3	1	0	0
卷下八	16	4	(八)1，(六)4	2	2	0
卷下九	4	0	1	0	0	0
卷下十	7	1	2	1	2	2
總 共	84	19	34	8	4	4

\*(八)爲八味地黃丸；(六)爲六味地黃丸；(金)爲金匱腎氣丸。

此《下卷》中共有 84 條醫案或醫理論述，使用單一方劑作爲主治的共有 93 個醫案（有的醫案中包含數次治療，有的醫理敘述段落中則未包含治療）。其中補中益氣湯、六味地黃丸、八味地黃丸、十全大補與歸脾湯、八珍湯，一共出現 69 次，此六個方劑出現爲主治方劑的比率爲所有使用單一方劑醫案(共 93 案)的 74.19%。依次列出，則是補中益氣湯爲全卷主方的比例爲 20.43%；六(八)味地黃丸爲 36.56%；十全大補湯爲 8.60%；歸脾湯爲 4.30%；八珍湯則爲 4.30%。簡單地說，《內科摘要·卷下》有七成以上的醫案使用了補中益氣湯、六味丸、八味丸、十全

大補、歸脾或八珍湯為單一主方來加減，而其中有五分之一使用補中益氣湯，超過三分之一使用六味丸或是八味丸，方劑集中的趨勢如同上卷一般地仍然相當明顯。

其餘出現較少的方劑是四物湯 3 次、小柴胡湯 2 次、六君子湯 2 次、法制精氣化痰丸 1 次、茵陳五苓湯 1 次、桃仁承氣湯 1 次、抵當湯 1 次、附子理中湯 1 次、五淋散 1 次、黃芩清肺飲 1 次、滋腎丸 1 次、濟生歸脾湯 1 次、花蕊石散 1 次、獨參 1 次、竹葉黃耆湯 1 次、加味清胃散 1 次。

再者，就是《內科摘要》中，異於當代其他醫學著作，高頻率地使用兩方合劑的「重方」現象，這正是筆者極想要深入探究的部份了。(請見【表 5.4.3】)

【表 5.4.3】《內科摘要》兩卷，「重方」使用現象列名計次表。

重方組合模式分類	《卷上》	《卷下》
六味丸+四物湯	0	2
六味丸+六君子湯	1	0
六味丸+八珍湯	1	0
六味丸+十全大補湯	0	1
六味丸+補中益氣湯	7	19
六味丸+逍遙湯小柴胡湯	1	2
六味丸+滋腎丸	0	3
六味丸+益氣湯	0	1
六味丸+大補湯	0	1
六味丸+桔梗湯	1	0
六味丸+四味肥兒丸	0	1
八味丸+六君子湯	3	0
八味丸+十全大補湯	1	1
八味丸+補中益氣湯	5	7
八味+補中湯	0	1
八味丸+附子理中湯	1	0
金匱腎氣丸+補中益氣湯	0	3

【表 5.4.3】：續

重方組合模式分類	《卷上》	《卷下》
二神丸+補中益氣湯	0	1
四神丸+六君子湯	3	0
還少丹+補中益氣湯	1	0
還少丹+大補湯	0	1
香連丸+補中益氣湯	1	0
香連丸+歸脾湯	1	0
左金丸+補中益氣湯	2	0
總和	29	44
三方合用	逍遙散+補中益氣湯 +六味丸	補中益氣湯+ 六味丸+蘆薈丸
例外		小柴胡湯+四物湯

總計全書 210 篇醫案段落與醫理敘述當中，共有 77 個「重方」案例，上下兩卷使用單一方劑為主治的有 239 個醫案（上卷 146 個醫案、下卷 93 個醫案），大約總醫案數為 312 個，使用「重方」比例為 24.68%，其餘為使用單一方劑作為主治的醫案。其中有兩個醫案使用了三個方劑，將於下一段落仔細分析，有一個醫案使用了兩種湯劑，其餘 73 個「重方」，基本架構都是「某某丸與某某湯併用」。顯示薛己「重方」觀念的使用，幾乎都是一個丸劑配合一個湯劑，筆者認為其主要原因，很可能是因為古代丸劑通常是醫家事先炮製丸藥儲存備用，因此加減相當方便所致。

所以，薛己在臨床醫囑中經常以註明「某某煎湯，送服某某丸」的模式，即運用了「重方」模式，這與現代醫師「重方」使用頻率高卻略顯浮濫的主要原因一樣。當然，這僅是初淺地就世俗的眼光來解讀薛己使用「重方」現象的一種說法，也許薛己使用「重方」，還有其不為人所悉知的深層見解。

#### 5-4-2 薛己使用「重方」的醫案論述基本模式

既然「重方」的模式，在薛己《內科摘要》之中，出現的頻率之高令人驚訝，筆者就先舉一例，慢慢進一步來探討薛己使用「重方」治療的基本論述模式，《內科

摘要·卷上·飲食勞倦虧損元氣等症二》：

一男子患症同前（日晡兩目緊澀不能瞻視），服黃柏、知母之類，目疾益甚，更加便血。此脾氣虛不能統血，肝氣虛不能藏血，用補中益氣湯合六味地黃以補肝脾生腎水，諸症漸愈。<sup>182</sup>

此案寓健脾益氣與滋水涵木合參之意，以遂肝木疏洩、藏血之性能。<sup>183</sup>簡單講，就是對此患者的病情，辨出了「脾虛不統血」、「肝虛不藏血」以及「腎虛」三項臟腑病機，因此想要扭轉這臨床的病況，就必須給予分別治療「肝脾腎」三臟虛損的補養藥物，因此選用「能補養脾的補中益氣湯」與「能補養肝腎的六味地黃丸」，此法便稱為「補肝脾生腎水」法。

其餘醫案基本上都按照此案方式，（一）先敘述病狀，（二）後提醒讀者此患者錯服之藥，（三）再敘服錯誤方劑後產生變證之病狀，（四）然後說出自己對此症的診斷與治療法則，（五）最後說自己的建議用方，以及（六）服薛己之藥或不服薛己藥之後的反應。

前段曾經簡單下了個小結論，筆者認為在《內科摘要》之中，幾乎所有的「重方」都是「丸劑」加上「湯劑或是散劑」的模式，但是在【表 5.4.3】之中的最下一欄，筆者也在書中紀錄了一例並非使用「丸劑加減湯散」的例外醫案，以及兩例三個方劑合用的「重方」現象，相當值得我們好好探究這些例外現象，以對於「重方」的模式，做完整的探討，茲取其原文嘗試分析於下：

### 5-4-3 並非使用「丸劑加減湯散」的例外醫案剖析

不合乎多數體例的醫案是《卷下·肝脾腎虧損頭目耳鼻等症五》：

少司馬黎仰之南銀台時，因怒耳鳴，吐痰作嘔不食，寒熱脇痛，用小柴胡合四物湯加山梔、茯苓、陳皮而瘥。<sup>184</sup>

單獨看此醫案的敘述無法知道薛己如此合用兩方的理由，此例的辨證必須看其上一段醫論，其言：

此症（耳如蟬鳴）若血虛而有火，用八珍加山梔、柴胡。氣虛而有火，四君加山梔、柴胡。若因怒就聾或鳴，實，用小柴胡加芎、歸、山梔，虛，用補中益氣加山梔。午前甚，用四物加白朮、茯苓，久，須用補中益氣，午後甚，用地黃丸。

因此，按照薛己的用方模式來論：

- (1) 此時少司馬因怒耳鳴，應該是用「小柴胡加芎歸山梔」，此醫案的確有小柴胡湯加芎歸山梔；
- (2) 又因為有「吐痰作嘔不食」的痰濕阻滯兼證，所以此醫案加上茯苓、陳皮；
- (3) 再從午前午後病甚的用藥「午前甚四物加朮苓」與「午後甚地黃丸」兩模式都有「熟地」的狀況下，可以理解薛己將「小柴胡加梔芎歸」的基本架構，擴充出「補腎加熟地」、「滋肝加白芍」的用藥。
- (4) 而「小柴胡湯加芎歸山梔」加上「補腎加熟地」、「滋肝加白芍」與因為痰濕阻滯所加的「茯苓、陳皮」，就是本醫案所使用的「小柴胡湯合四物湯」了。

因此此案也蘊含「肝腎虛損」的辨證才是，沿著薛己治療耳鳴的方劑加減規則，此處方的思路就變得相當清楚。

簡言之，本醫案的處方若按照薛己自己的辨證與處方用藥原則，應該處方成「小柴胡湯加芎歸山梔、茯苓陳皮、熟地白芍」才對，但是，為了紀錄處方的方便，將其簡化為「小柴胡合四物湯，加山梔茯苓陳皮」。因此此處方可以說完全是依照薛己自己所說的辨證原則，沒有任何衝突。此案的思路繁複，與其他醫案中「某某湯并某某丸」清楚表明兩個病機，然後直接使用兩個方劑的狀況略有不同，不過仔細分析後卻比「某某湯并某某丸」還來得用藥精簡、寓意深遠。

嚴格來說，此醫案並不屬於薛己慣用的「重方」範圍，應該只是為了記述方便所出現的例外。

再深入思考的話，本醫案的病況如果換一個時空，依照筆者的推論，很可能薛己的處方就會變成「小柴胡湯并六味地黃丸」了，理由是此醫案掌握藥物的準則在於肝腎藥物「熟地與白芍」，而若考量臨床使用方便，則可能直接處「六味地黃丸」了。但是筆者這樣猜測有什麼根據嗎？的確有的。下一個醫案就這麼記載同樣病機的處方醫案：



尚寶劉毅齋怒則太陽作痛，用小柴胡加茯苓、山梔以清肝火，更用六味丸以生腎水，後不再發。<sup>185</sup>

以上即是所謂例外的「重方」分析，實際上可以很清楚地知道：薛己的「重方」原則並沒有自我矛盾。

#### 5-4-4 薛己「三方同用」的重方模式探討

接下來筆者則繼續分析另外兩個例外的「三方同用」的「重方」現象。

第一個案例在《內科摘要·卷上·元氣虧損內傷外感等症一》：

一婦人因怒吐痰，胸滿作痛，服四物、二陳、芩、連、枳殼之類，不應，更加祛風之劑，半身不遂，筋漸攣縮，四肢痿軟，日晡益甚，內熱口乾，形體倦怠。余以為鬱怒傷脾肝，氣血復損而然。遂用逍遙散、補中益氣湯、六味地黃丸調治，喜其謹疾，年餘悉癒，形體康健。<sup>186</sup>

此醫案的結構如同前面所述，與其他醫案的結構沒有不同：

- (一) 先敘述病狀：「一婦人因怒吐痰，胸滿作痛」；
- (二) 後提醒讀者此患者錯服之藥：「服四物、二陳、芩、連、枳殼之類，不應」；
- (三) 再敘服錯誤方劑後產生變證之病狀：「更加祛風之劑，半身不遂，筋漸攣縮，四肢痿軟，日晡益甚，內熱口乾，形體倦怠」；
- (四) 然後說出自己對此症的診斷與治療法則：「余以為鬱怒傷脾肝，氣血復損而然」；
- (五) 接著說自己的建議用方：「遂用逍遙散、補中益氣湯、六味地黃丸調治」；
- (六) 最後提服薛己藥或不服薛己藥之後的反應：「喜其謹疾，年餘悉癒，形體康健」。

此方若用現代醫學的辨病角度來看，也可說是使用「逍遙散、補中益氣湯、六味地黃丸」治療中風的案例，但是在病機的敘述上，單獨閱讀本醫案則無法明瞭薛己同時使用三方的理由。

想要對此醫案使用三個方劑做理解，則必得對薛己於此章節的提綱「元氣虧損內傷外感等症」來做第一步的理解，此章節專論元氣虧損內傷外感的中風，基本上對於此種中風的症狀，薛己大致上認為「脾氣虧損、腎水不足」為核心病機。例如

薛己在此章節的其他醫案這麼說過：「州判蔣大用形體魁偉，中滿吐痰，勞則頭暈，所服皆清痰理氣。余曰：中滿者，脾氣虧損也；痰盛者，脾氣不能運也；指麻者，脾氣不能周也。遂以補中益氣加茯苓、半夏以補脾土，用八味、地黃以補土母而愈。」；另一案也這麼說：「大尹劉孟春素有痰，兩臂作麻，兩目流淚，服祛風化痰藥，痰愈甚，臂反痛不能伸，手指俱攣。余曰：麻屬氣虛，因前藥而復傷肝，火盛而筋攣耳。況風自火出，當補脾肺滋腎水，則風自息，熱自退痰自清。遂用六味地黃丸、補中益氣湯，不三月而痊。」這些醫案中對內傷外感的中風症狀提出病因的解釋與治療法則「當補脾肺滋腎水，則風自息，熱自退痰自清。」因此此醫案使用「補中益氣湯與六味地黃丸」則是根源於此。再加上此醫案中婦人因怒而發病，因此調理肝氣之藥物或方劑自然不應該缺少，其他醫案中「因怒」而使用過的藥物或方劑多為「柴胡山梔」、「小柴胡湯」或是「(加味)逍遙散」，因此此醫案一併合用「逍遙散」的道理即在此了。

簡單講，此醫案之所以使用三個方劑，可以說與其他使用「重方」的醫案一樣，是根源於三種不同的病機，分別是「因怒發病」、「脾氣虧損」與「腎水不足」，因此便使用了三個方劑來分別對應三種病機了。

第二個使用三個方劑的案例在《內科摘要·卷下肝腎虧損血燥結核等症二》：

儒者楊澤之，性躁嗜色，缺盆結一核，此肝火血燥筋攣，法當滋腎水生肝血。不信，乃內服降火化痰，外敷南星、商陸，轉大如碗。余用補中益氣及六味地黃，間以蘆薈丸，年餘元氣漸復而腫消。<sup>187</sup>

此醫案則是使用補中益氣湯、六味地黃丸加大蘆薈丸來治療，按照醫案的敘述邏輯：病機已經講清楚是「肝火血燥筋攣」；治法就決定是「滋腎水生肝血」；所以處以滋腎水生肝血之六味地黃丸，以及補元氣之補中益氣湯，但又同時投以「大蘆薈丸（註一）」這類清熱降火的藥物。這「大蘆薈丸」的投予，表示薛己亦非頑冥不靈地一味補養，他對於此類需要化痰降火之病，在主張補養調治之餘，仍然不會忽視疾病基本病機的認知。因此處以補養為主的方劑，兼加以針對熱症病機的大蘆薈丸來治療。這醫案清楚地佐證薛己反對的並非寒涼藥物，他反對的應該是「未調治本，僅調治標」的醫療方法。

對於此醫案，雖然有很多近代醫家，無法認同薛己在有肝火的情況卻用補中益

氣湯這類溫補的藥物，但是透過升補脾胃之氣，滋養肝腎之液的方法來消熱症，就的確是薛己承襲李東垣「甘溫退大熱」的一大技巧了。

當然，還有另外一種與筆者推敲方式不同的可能性，那就是此兩醫案並非真的同時使用三種方劑，而是在治療過程中，反覆交替使用三種方劑。從此二醫案的文字「遂用逍遙散、補中益氣湯、六味地黃丸調治」與「余用補中益氣及六味地黃，間以蘆薈丸」來看，亦非不可能。再加上，此二醫案治療到疾病恢復的時間，皆是「年餘」，如果說連續一年多只將三個方劑合用來，來治療一系列的病理變化，也略有不通情理之處。但不管是否是否真有三方合用，從病機的分析到使用三種方劑的邏輯，薛己依照不同病機處以不同方劑的思路都是前後連貫的。

#### 5-4-5 歸納薛己運用「重方」的原則

言而總之，此兩醫案異於其他僅使用兩個方劑「重方」而運用到三個方劑，表面上處方雖有不同，但是實際上仍沒有脫出薛己的「重方」使用邏輯，因此筆者閱讀完所有《內科摘要》之「重方」醫案後，初步歸納了薛己「重方」的原則如下：

- (一) 運用時機：有兩個以上的病機，無法用現有的一個方劑達到療效。
- (二) 基本模式：「一九劑」配合「一湯劑或散劑」。
- (三) 使用標的：在於調治本源。通常是「肝肺脾腎陰陽不足」的本虛之證。
- (四) 另外，敘述方法有時候因為方便敘述而舉一相似之方（如前所分析的小柴胡合四物湯的醫案），卻未明言其精妙與方便之處，有時候的確增加了分析醫案中潛在規則的難度。

### 第五節 另一種「重方」「朝夕」與「一日三時」服藥法

平旦至日中，天之陽，陽中之陽也；日中至黃昏，天之陽，陽中之陰也；子夜至雞鳴，天之陰，陰中之陰也。<sup>188</sup>

——素問·金匱真言論

人體爲了適應自然界的陰陽晨昏變化，在生理上也會產生相對應的陽氣陰氣消現象，這也是《素問·生氣通天論》所說的「陽氣者，一日而主外，平旦人氣生，

日中而陽氣隆，日西而陽氣已虛，氣門乃閉」。

薛己依據《內經》的這一類對應人體與天地陰陽消長的論述，並且不只正常人生理性的變化如此，在人體發病時，在病理上也有這一變化規律。<sup>189</sup><sup>190</sup>因此，根據這樣的時間醫學觀念，薛己在臨床上提出了「朝夕服藥」以及「一日三時服藥」之法做為其理論的實際運用。再簡單點講，巧妙地運用服藥時間對應天地陰陽變化的最大目的，也就是要轉天地陰陽運轉的消長之力，作為人體恢復正氣與藥物發揮作用的助力。

### 5-5-1 朝夕服藥法

此類的觀念，薛己在很多地方都不斷地提及，例如在《癘瘍機要·變證治法》中就講得很清楚，而這也是整個薛己「朝夕服藥法」與「一日三時服藥法」的最重要核心觀念了：

若朝寬暮急，屬陰虛；暮寬朝急，屬陽虛。朝暮皆急，陰陽俱虛也。

陽虛者，朝用六君子湯，夕用加減腎氣丸。

陰虛者，朝用四物湯加參、朮，夕用加減腎氣丸。

真陽虛者，朝用八味地黃丸，夕用補中益氣湯。<sup>191</sup>

此文中列舉了陰虛、陽虛、真陽虛（註三）三種虛證的朝夕補法規律，同時筆者也於後文論述當中，慢慢提到「朝夕服藥法」的規律，此段文字將會是相當重要的準則之一。

以下便先舉一醫案來說明薛己「朝夕服藥」的模式來當做分析其結構上的範例，其餘「朝夕服藥法」的醫案，可先參見後面章節的【表 5.4.2】，現暫舉《內科摘要·卷上·飲食勞倦虧損元氣等症二》為例來做簡單說明，：

一儒者素勤苦，因飲食失節，大便下血，或赤或黯，半載之後，非便血則盜汗，非惡寒則發熱，血汗二藥用之無效，六脈浮大，心脾則澀，此思傷心脾，不能攝血歸源。然血即汗，汗即血。其色赤黯，便血盜汗，皆火之升降微甚耳；惡寒發熱，氣血俱虛也。乃午前用補中益氣以補脾肺之源，舉下陷之氣，午後用歸脾加麥門、五味以補心脾之血，收耗散之液，不兩月而諸症悉愈。<sup>192</sup>

此醫案與其他醫案有共同的特徵，仍然如前文所述，有一定的敘述格式：

- (一) 先敘述病狀：「一儒者素勤苦，因飲食失節，大便下血，或赤或黯，半載之後，非便血則盜汗，非惡寒則發熱」；
- (二) 後提醒讀者此患者錯服之藥：「血汗二藥用之無效」；
- (三) 再敘服錯誤方劑後產生變證或是久不愈的病狀：「六脈浮大，心脾則澀」；
- (四) 然後說出自己對此症的診斷與治療法則：「此思傷心脾，不能攝血歸源。然血即汗，汗即血。其色赤黯，便血盜汗，皆火之升降微甚耳；惡寒發熱，氣血俱虛也。」；
- (五) 接著說自己的建議用方：「乃午前用補中益氣以補脾肺之源，舉下陷之氣，午後用歸脾加麥門、五味以補心脾之血，收耗散之液」；
- (六) 最後提服薛己藥或不服薛己藥之後的反應：「(服藥後)不兩月而諸症悉愈」。

綜合上面分析的醫案結構來說，筆者認為此類論述「朝夕服藥法」的醫案，最值得討論的特殊結構約有四處：

- (一) 是先對疾病有辨證的結果：「陰陽俱病」或是「氣血俱病」；
- (二) 是隨之而來的治則：「陰陽俱治」或「氣血俱治」；
- (三) 是藥物服用法上的創新。以往對於陰陽兩虛、氣血兩敗的治療處方，幾乎都是在同一個處方內進行陰陽俱調、氣血雙補，但薛己卻提出運用「天人合一」觀念的「朝夕服藥法」。在眾多「朝夕服藥法」的醫案當中，以《內科摘要》為範圍的話，則還是以補中益氣湯與六味地黃丸（及其衍生方）是為最常見的朝夕補法模式。
- (四) 則是朝夕服藥的首要規律——午前補氣升舉為主、午後補血補液為主。

如上所舉例與分析的「朝夕服藥法」，又可以在薛己治療陰囊腫脹，日久潰破，瘡口大開，難以癒合之證時見到，薛己認為此證屬於「五臟氣血俱虛」，故以「調補臟氣」為主，「朝用補中益氣湯，夕用六君子湯加當歸，以圖氣血雙補。經服藥五十餘劑，氣血漸復，五臟功能健旺，瘡口漸愈，又用六味丸調補腎氣而痊癒。」至於，朝夕服藥法的詳細規律，除了方才引用《癘瘍機要》與《內科摘要》兩段文字之外，筆者還會於後面的段落論述中慢慢深入地分析。

以上便是舉例說明的「朝夕服藥法」醫案與分析後所得的初步規律，以下再來進行「一日三時服藥法」的分析。

### 5-5-2 一日三時服藥法

薛己在「朝夕補法」之外，也依照天地陰陽變化與人體陰陽變化同步的天人合一觀念，創建了早中晚「三時服藥法」。筆者先引用薛己曾在《癘瘍機要·下卷·各症方藥》裡記錄了許多不同方劑合用的「一日三時」服藥法，來基本了解其結構與紀錄模式：

二聖散。治癘瘡。大黃（五錢） 皂角刺（三錢，燒灰）

上為末，每服二錢，白湯調下，早服樺皮散，中服升麻湯下瀉青丸，晚服二聖散，皆為疏泄血中風熱也。<sup>193</sup>

在此，筆者也稍微考據了一下最早使用「朝夕」與「一日三時」服藥法的醫家，目前學術界似乎未見有學者考究此臨床處方法的最早源流，不過多數學者都以為這是薛己所創。實際上，筆者發現至少在宋·劉昉《幼幼新書》之中，就已經出現這樣的服藥方法了，引用簡短文字如下來證實確有其三時服藥法的紀錄：

《譚氏殊聖》治小兒疳熱，身多壯熱，黃瘦，久服令肥。

金瓜丸方 黃連 黃柏 甘草（微炮） 青皮（去白）

上各等分為末，入麝香少許，用豬膽一個，入藥在膽內，用線系定，入石器內，用漿水煮五七沸取出，風吊一宿取出，丸如綠豆大。每服五七丸，米飲下。加減《玉訣》方同，外以朱砂為衣，仍治脾疳。《博濟方》同，《劉氏家傳方》亦同，云：或添胡黃連，若早晨服使君子丸，（方見疳痢門中）。晚服金瓜丸，永無疾，消食長肌肉。《庄氏家傳方》同，仍加夜明砂一味，等分。

《趙氏方》亦同，名涼疳藥。長沙朱司理以為有神效。<sup>194</sup>

《劉氏經驗方》是劉昉家傳的方書，此書早在宋朝已見付梓，表示宋代早已出現過如「早晨服使君子丸，（方見疳痢門中）。晚服金瓜丸，永無疾，消食長肌肉」的朝夕服藥法紀錄，因此並非薛己獨創。

但雖薛己並非首倡這種處方模式的醫家，歷史上如此高頻率運用「朝夕」與「一日三時」服藥法的醫家，的確可真說是相當少見。因此，後世學者尊稱薛己為「朝夕」與「一日三時」服藥法的一代大家，則一點都不為過。

就現代運用而言，「一日三時服藥法」相較於「朝夕服藥法」，則少有近代學者研究其機轉與臨床療效，期刊文獻上亦僅有零星幾篇文獻可供考察。其中的一篇，就是山西馬華醫師依照其師薛秦老中醫的臨床經驗，發表了一篇使用「一日三時服藥法」的臨床療效評估論文，其全名為〈丸藥疊方治療慢性腹瀉 50 例臨床經驗〉。馬醫師依據薛老中醫的經驗，使用晨服補中益氣丸；午服參苓白朮散；晚服四神丸的方法，治癒持續兩個月以上的腹瀉或間歇期在 2~4 周內的復發性腹瀉共 50 例，<sup>195</sup>其依據，就是薛己的晨午晚三方同治之法。此論文，亦可說是現代醫家對薛己三方合用的臨床驗證了。

### 5-5-3 「朝夕」與「一日三時服藥法」的規律

筆者僅再就前文的研究方法，先集中分析範圍在薛己自己著述的代表作《內科摘要》一書中，使用「朝夕」或「一日三方」服藥法的醫案，先紀錄一個簡單的統計次數表，以供查考。（請參見表 5.5.1）

【表 5.5.1】《內科摘要》兩卷，「朝夕」或「一日三方」使用現象計次表。

內科摘要章節	次數	內科摘要章節	次數
卷上·元氣虧損內傷外感等症一	1	卷下·脾腎虧損頭眩痰氣等症一	0
卷上·飲食勞倦虧損元氣等症二	0	卷下·肝腎虧損血燥結核等症二	0
卷上·脾胃虧損心腹作痛等症三	1	卷下·脾腎虧損小便不利肚腹膨脹等症三	2
卷上·脾腎虛寒陽氣脫陷等症四	0	卷下·脾胃虧損暑濕所傷等症四	0
卷上·命門火衰不能生土等症五	0	卷下·肝脾腎虧損頭目耳鼻等症五	1
卷上·腎虛火不歸經發熱等症六	1	卷下·脾肺腎虧損小便自遺淋瀝等症六	1
卷上·脾胃虧損吞酸噯腐等症七	0	卷下·脾肺腎虧損虛勞怯弱等症七	0
卷上·脾胃虧損停食泄瀉等症八	0	卷下·脾肺腎虧損遺精吐血便血等症八	1
卷上·脾胃虧損停食痢疾等症九	0	卷下·肝脾腎虧損下部瘡腫等症九	0
卷上·脾胃虧損瘧疾寒熱等症十	0	卷下·脾肺腎虧損大便秘結等症十	1
卷上·脾肺虧損咳嗽痰喘等症十一	2	卷下總共	6
卷上總共	5	《內科摘要》總共	11

【表 5.5.1】雖然表列了這些「重方」出現的章節，但是此表的價值在於提供檢索，而不能由此分布情況就嘗試探討薛己在這些章節使用「重方」的理由。之所以無法清楚分析的主要原因，是在《內科摘要》一書當中，各章節並沒有「互斥」的特性。

因為《內科摘要》的章節未有互相獨立的特徵，所以就算醫案列於某一章節也無法說明此醫案不能歸屬於另外一個章節。例如「卷下·脾肺腎虧損遺精吐血便血等證第八」一章之中的醫案，也可能同時具有「卷下·脾肺腎虧損大便秘結等證第十」的症狀，而可能就可以將「卷下第八」的這個醫案轉而歸屬到「卷下第十」。因此，在「卷下第八」一章中出現「重方」的處方模式，並不能說明此章節比「卷下第十」有何獨立可出現「重方」現象之條件或獨特之處。這也就是筆者製作此表僅供快速查閱，卻不進行深一層分析的理由了。

以下則開始對《內科摘要》中使用「朝夕服藥法」的醫案進行初步的分析，先看一個將這十一個「朝夕服藥法」共列作比較的整理表格【表 5.5.2】。

將這十一個「朝夕服藥法」的醫案一起比較之後，筆者發現多數使用此種特殊服藥法的醫案，仍可符合薛己在《癘瘍機要·變證治法》中的原則：「若朝寬暮急，屬陰虛；暮寬朝急，屬陽虛。朝暮皆急，陰陽俱虛也。陽虛者，朝用六君子湯，夕用加減腎氣丸。陰虛者，朝用四物湯加參、朮，夕用加減腎氣丸。真陽虛者，朝用八味地黃丸，夕用補中益氣湯。」筆者嘗試將這十一個醫案，依據此三大類來稍做說明：

【一】符合「陽虛者，朝用六君子湯，夕用加減腎氣丸」原則者。

為大多數醫案遵循之「朝夕服藥法」規則。六君子湯在不同的情況下，也有使用補中益氣湯、四君子湯等同類補養陽氣方劑的例子，例如上表的《卷上第一·憲幕顧斐齋》、《卷上第六·舉人陳履賢》、《卷上第十一·司廳陳國華》、《卷上第十一·司廳陳國華》、《卷下第三·一儒者失於調養》、《卷下第六·大司徒許函谷》與《卷下第八·南銀台許函谷》一共七個醫案。

【二】符合「真陽虛者，朝用八味地黃丸，夕用補中益氣湯。」原則者。

一共有三個醫案符合此原則，分別是《卷上第三·陽山之內素善怒》、《卷下第三·一男子素不善調攝》與《卷下第十·一婦人年七十有三》。其中除了《卷下第十·一婦人年七十有三》有「夜間不寐」的病機，所以「夕用逍遙散」，其餘兩個醫案都符合「朝用六味丸或八味丸」、「夕用補中益氣湯或六君子湯」



的規則。這大類的醫案，陰陽調攝之方法與時間，恰恰與第一大類的醫案完全相反。

【表 5.5.2】《內科摘要》兩卷中，分章節列出「病機」與「朝夕」服藥法。

章節	病機或脈診線索	朝用藥	夕用藥
上一	肝脾腎脈洪大而數，重按則軟澀。	補中益氣加黃柏知母麥門五味煎送地黃丸	地黃丸料加黃柏知母
上三	左關弦洪，右關弦數。此屬肝火血燥，木乘土位。	六味地黃丸	六君加當歸芍藥
上六	脈浮大按之微細。	四君為主佐以熟地當歸	加減八味丸
上十一	此脾肺虛也。足三陰虛症悉見素陰虛……右關脈浮弦，左尺脈	六君桔梗升麻麥門五味	八味丸
上十一	洪大。余曰：脾土既不能生肺金，陰火又從而克之，當滋化源。	補中益氣加山茱萸麥門五味	六味地黃加五味子
下三	脈浮大，按之微細兩寸皆短。此脾腎虧損	補中益氣加姜附	金匱腎氣加骨脂肉果
下三	脈浮大不及於寸口。	金匱加減腎氣丸	夕用補中益氣湯煎送前丸
下五	此元氣虧損之症	五更服六味地黃丸	食前服補中益氣湯
下六	肝火陰挺不能約制	午前補中益氣加山藥黃柏知母	午後服地黃丸
下八	肝火血虛，陰挺不能約制	午前用補中益氣加山藥山茱	午後服地黃丸
下十	脈洪大重按微細，屬肝脾腎虧損	六味丸	逍遙散

【三】另外一種原則「食前、五更」服藥法。

此為與前兩大類都不一樣的原則，醫案是《內科摘要·卷下第五·少宰李蒲汀》：「少宰李蒲汀，耳如蟬鳴，服四物湯，耳鳴益甚，此元氣虧損之症，五更服六味地黃丸，食前服補中益氣湯頓愈。<sup>196</sup>」但是，雖然服藥時間與前兩

大類都不同，卻更是巧妙運用時間醫學來強化藥物作用的方法。五更時分（見註四）正當陰氣最盛、陽氣未復之際，也就是《內經》的「子夜至雞鳴，天之陰，陰中之陰也」。在這種特定環境下，脾腎陽氣虛損者的虛損症狀可能會更加明顯，當然，同時也是趁機補養脾腎陽氣甚佳的時間。薛己於此運用了此時間來進行服藥，也有可能間接啟發了日後稍晚出生的龔廷賢提出脾腎陽虛的「五更瀉」理論（見註四）。至於「食前服用補中益氣湯」則應該是趁著進食之前，第一時間爭取升補脾胃陽氣的機會。

前文提過，《內科摘要》十一個使用「朝夕服藥法」的醫案中，第二大類的醫案，陰陽調攝之方法與時間，恰恰與第一大類的醫案完全相反。許多人也許無法了解為何薛己有這樣用方的差異，筆者查閱《癘瘍機要》並無對「真陽虛」做任何的定義，筆者因此引用同時代，亦為明代溫補學家趙獻可的一段醫論問答，嘗試提出解釋。其出處與其文《醫貫·卷之三·絳雪丹書·血症論》如下（亦請參考註三，附有問答全文）：

凡血症。先分陰陽。有陰虛。有陽虛。陽虛補陽。陰虛補陰。此直治之法。人所共知。又有真陰真陽。陽根於陰。陰根於陽。真陽虛者。從陰引陽。真陰虛者。從陽引陰。復有假陰假陽。似是而非。多以誤人。此真假二字。曠世之所不講。舉世之所未聞。在雜病不可不知。在血症為尤甚也。汝知之乎<sup>197</sup>

一見此文，讀者便馬上可以明瞭第二大類時間陰陽補養規則都與第一大類相反的緣故。原來，薛己沒有明講的這類醫案，應該就是根源於明代溫補醫家陰陽觀念的處方特色：「真陽虛者。從陰引陽。真陰虛者。從陽引陰。」因此，若疾病屬於「真陽虛」的話，就必須從陽引陰，也就是早晨給予補養陰份之藥；而夜間給予補養陽氣之藥，就是所謂的從陰引陽了。

簡言之，第二大類的醫案之所以補養陰陽藥物與第一類醫案相反的緣故，就在於此病案不是單純的陰虛或是陽虛，而是屬於真陽的虛損，固補養方法必需運用到「從陰引陽、從陽引陰」的技巧了。

## 第六節 薛己「重方」現象與「方劑歸經」的關聯

### 5-6-1 薛己「重方」模式是否運用了「方劑歸經」

本章前面數段的論述，已初步歸納出薛己使用「重方」的時機與規律性，嚴格來說，臨床上見到患者有幾種不同的病機，就可以據此使用三種藥物、三列藥對或是三個方劑，而依據這數種病機使用數方劑時，就可以運用本論文探討的核心理論——「方劑歸經」了。

前文已經列舉過很多「重方」的醫案，再此處欲再詳細討論「重方」與「方劑歸經」可能的關聯，則再例如《內科摘要·卷上·脾肺虧損咳嗽痰喘等症十一》即是很典型的醫案：

表弟婦，咳嗽發熱，嘔吐痰涎，日夜約五六碗，喘咳不寧，胸膈躁渴，飲食不進，崩血如涌，此命門火衰，脾土虛寒，用八味丸及附子理中湯加減治之而愈。<sup>198</sup>

筆者將此醫案解構成三個部份：

- (一) 先敘述病狀：「表弟婦，咳嗽發熱，嘔吐痰涎，日夜約五六碗，喘咳不寧，胸膈躁渴，飲食不進，崩血如涌」；
- (二) 然後說出自己對此症的診斷與治療法則：「此命門火衰，脾土虛寒」；
- (三) 接著說自己的建議用方：「用八味丸及附子理中湯加減治之而愈」；

其中第二個部份就說明了兩種不同的病機，這兩種病機對於薛己來說，就是使用「重方」的條件了。針對「命門火衰」，使用了「八味丸」；對「脾土虛寒」則使用了「附子理中湯」。換個角度說，也就是薛己認為「八味丸治療命門火衰」與「附子理中湯治療脾土虛寒」，這也就是對方劑作了歸入一種病機的精神，也就可以說是「方劑歸經」理論的運用了。

但若要比較薛己是否真的有承襲了明初劉純《玉機微義》「方劑歸經」的學術特點，則需要知道劉純《玉機微義》的「方劑歸經」寫法至少有五種（註五）：

- (1) 用五臟六腑之名作歸經；
- (2) 以十二經絡之名作歸經的敘述；
- (3) 仿《傷寒論》六經之名作歸經的敘述；

(4) 以「氣血」論「補瀉」之名作歸經的敘述；

(5) 混合多系統的歸經的敘述及其他（如表裡、三焦系統等）；

而且書中並未提及對於「方劑歸經」的運用方式。就相當嚴謹的程度上來說，筆者可以說薛己沒有承襲劉純《玉機微義》的「方劑歸經」理論架構，理由一是薛己並沒有明白說明他使用「重方」的師承有劉純《玉機微義》，二者也未曾明確地使用「方劑歸經」的方式來討論方劑的作用；三者薛己多承襲了潔古、東垣溫補脾胃與錢乙補養腎氣的學術源流，與主要承襲丹溪學術而著成的《玉機微義》有所不同；當然，劉純的「方劑歸經」主要來自於潔古、東垣與王好古，但是顯然明代初期與中後期的這兩位醫家，並未在「方劑歸經」的運用模式上，獲得同樣的發展與共通的看法。

雖然經過嚴苛地評論，但若就比較寬鬆的角度來看，薛己臨床上辨識出多個病機，進而針對這數個病機使用數個方劑，以單一方劑對應單一病機的模式，也的確有「方劑歸經」的意味。而且，筆者相信，如果未來的醫家願意使用「方劑歸經」觀念來輔助臨床處方，也必得參考薛己使用數個方劑的模式來將「方劑歸經」運用到臨床的處方。

也因此客觀地說，從學術思想與理論發展的角度上，筆者認為薛己應該沒有承襲發展劉純《玉機微義》中的「方劑歸經」。薛己只是在運用「重方」之時，將病機與方劑單一化，採用較為簡單對應的模式來處治，這部份就與「方劑歸經」的精神相當類似了。至於此部份提及的劉純「方劑歸經」，則可以參考本論文第三章（有關於「方劑歸經」之運用——數理意義）的部份，其中有詳細解析劉純的方劑歸經特色，此處便不再贅言。

### 5-6-2 再論薛己《內科摘要》中使用「重方」之價值與優缺點

《內科摘要》與《癘瘍機要》二書成書時間不同，也因此兩書中對於同一病症所立下的治療準則，有時候會略有差異的現象。例如《內科摘要·卷下·肝脾腎虧損頭目耳鼻等症五》提及依據時間考量的處方準則：

此症（耳如蟬鳴）若血虛而有火，用八珍加山梔、柴胡。

氣虛而有火，四君加山梔、柴胡。若因怒就聾或鳴，實，用小柴胡加芎、歸、山梔，虛，用補中益氣加山梔。午前甚，用四物加白朮、茯苓；久，須用補中益氣，午後甚，用地黃丸。<sup>199</sup>

末段兩行文字就說明了「耳如蟬鳴」一證，午前病況較嚴重與午後嚴重兩種情況下，薛己處方的主要方向。但是同樣是論「耳鳴」，《癘瘍機要·兼症治法》則有另外一段不一樣治法的敘述：

一耳聾耳鳴，

若左寸關脈弦數者，心肝二經虛熱也，用四物湯加山梔、柴胡生陰血。

右寸關脈浮大者，脾肺二經虛熱也，用補中益氣湯加山梔、桔梗培陽氣。若

因怒便作，用小柴胡湯加山梔、芎、歸清肝涼血。

若午前甚用小柴胡湯加參、耆、歸朮補氣清肝。

午後甚用四物湯加酒炒黑黃柏、知母、五味補陰降火。

如兩足心熱屬腎虛，用六味丸以壯水之主。

兩足冷屬陽虛，用八味丸以益火之源。<sup>200</sup>

很明顯地兩段文字都是談論治療「耳鳴」的法則，但是「午前」、「午後」的差異最爲明顯。《內科摘要》耳如蟬鳴午前甚用「四物加白朮、茯苓」；《癘瘍機要》耳聾耳鳴午前甚用「小柴胡湯加參、耆、歸朮」，午後甚亦兩書不同。（請參見表 5.6.1）這也許代表某種程度上，薛己的準則，並不一定一體適用，這對分析薛己醫案中「耳鳴耳聾」的部份，會造成相當程度的困擾，但是對於本章節研究其他「重方」、「朝夕服藥法」或是「一日三時服藥法」醫案，未見有影響，因此本文於此處雖然提出這樣的矛盾點以供未來研究薛己之學者參考，但是絲毫不減損本文探討薛己「重方」現象的立論根基強度與其所帶來的價值。

再者，《內科摘要》全書列舉了補腎（六味丸、八味丸、金匱腎氣丸）與補脾（補中益氣湯、六君子湯、十全大補湯）雙方合用的種種臨床運用。從這樣廣泛地運用溫補脾腎觀念與溫補方劑組合的現象來看，也難怪薛己被稱爲明代溫補學派之首。然而，不僅是薛己，這樣略見有所偏向的臨床思路，就連金元四大家張子和、劉河間、李東垣、朱丹溪等等的理論與處方傾向，在後世的臨床或是基礎理論研究中，也一直都是相當具有爭議性的。筆者認爲此種具有學術傾向的理論有下列特點：

(1) 大量列舉了一群類似病機的疾病表現與治療效果紀錄。例如對於六味地黃丸與補中益氣湯的使用疾病範圍、時機，薛己的醫案就有相當重要的驗案紀錄以供後人學習，對於研究這種病機的學者與相關研究，此類書籍是相當重要的研究材料；

- (2) 某種程度上，可以暗示當時疾病的種類與表現，雖然很可能有 selection bias 必須考慮，但也可側面提供當時人類疾病表現的重要研究材料；
- (3) 不同的醫家，利用不同的理論來貫串臨床疾病的辨認與治療，這種現象若有辦法統整研究的話，對於疾病病理的「黑箱」內容，可能扮演有指月之手的重要意義。
- (4) 缺點是：對於某一病機的過度提倡，使得其他病機的論理相對減少，使得初學醫者容易誤解醫學的全貌。

【表 5.6.1】《內科摘要》與《癘瘍機要》二書，「耳鳴」一症治法之差異

臨床準則類別	《內科摘要》治「耳如蟬鳴」	《癘瘍機要》治「耳鳴耳聾」
血虛而有火	八珍加山梔、柴胡	(無)
氣虛而有火	四君加山梔、柴胡	(無)
因怒就聾或鳴，實	小柴胡加芎、歸、山梔	小柴胡湯加山梔、芎、歸
因怒就聾或鳴，虛	補中益氣加山梔	
午前甚	四物加白朮、茯苓	小柴胡湯加參、耆、歸朮
午後甚	地黃丸	四物湯加酒炒黑黃柏知母五味
心肝二經虛熱	(無)	四物湯加山梔、柴胡
脾肺二經虛熱	(無)	補中益氣湯加山梔、桔梗
兩足心熱屬腎虛	(無)	六味丸
兩足冷屬陽虛	(無)	八味丸

雖然薛己的著作當中，仍有不盡完美之處，但《四庫全書總目》評論薛己說：「治病務求本原，用八味丸、六味丸直補真陰真陽，以資化源，實自己發之。其治病多用古方，而出入加減，具有至理，多在一兩味間見神明變化之妙。」可以說是對於薛己的學術價值與特色，做了最簡要的一句評論。此文也同時提示著：如果要深入研究薛己的處方觀念，未來還得要分析薛己主方之外的加減一兩味藥物才夠完整。也許，真正神妙的部份就在那一兩味藥物的變化中，而後學者卻很容易輕視薛己固定主方的模式，而錯過了薛己真正的寶貴醫學經驗，這點是目前本文尚未做到，而也期望未來有新的研究者能繼續發展的部份。

## 第七節 小結

方劑學應包含「中醫配方學」和「中醫藥製學」，<sup>201</sup>中醫配方學即是以中醫藥理論為指導，研究中藥配伍組方的原則、配方原理、配方中各藥所起的作用、方中藥物與藥物之間相互影響、配方的綜合的功能、配方中藥物之用量、配方作用之部位、配方作用強度、配方的不良反應等等，目的在於指導如何用法，如何創方。中醫藥製學是以中醫藥理論為指導，研究中醫制劑的原理原則，各種中藥劑型特點，劑型與中藥性能的關係，劑型與臨床療效的關係，劑型吸收與代謝的關係，劑型與劑量的關係，各種劑型工藝、質量控制、質量檢測，各種劑型臨床運用等等，目的在於指導醫藥工作者如何去制劑，如何去創製新的劑型。<sup>202</sup>

——唐曉顏、范永升，試論方劑學研究中的若干問題，2002

依據兩位學者的論點，本章節研究「重方」與「方劑歸經」的定位點，就是安置在所謂的「中醫配方學」裡。近年來雖然「中醫藥製學」發展相當迅速，許多創新的劑型不斷地添補進中醫方劑學的教科書內容，但「中醫配方學」卻許久以來停留在原地、難以發展。實際上，此領域正是指導臨床醫師組合藥物的學術根源與靈活運用的準則所在，當然也可以堂堂正正地被認為是中醫方劑學的靈魂。

因此，筆者在此章節研究了《內經》就出現過的組方原理，正所謂「重方」是也，引用成無己與唐容川的說法，來承接《內經》「重方」即是數方合用的論點，明確定義出數方合用現象的學術歷史定位。再將研究重心放在歷史上出現大量「重方」案的薛己，並介紹了他獨特的溫補脾腎理論與其使用「重方」的基本模式。接著便選擇了薛己自己著述，而且是中醫學史上第一本以「內科」命名的典籍作為研究「重方」現象的範圍，於此段深入地分析了《內科摘要》中，兩百多個醫案的「重方現象」，並整理出薛己論述醫案的格式與使用「重方」的常見模式，結果發現：《內科摘要·卷上》使用單一方劑作為主治的共有 146 個醫案。補中益氣湯與六味八味丸、六君子湯與十全大補湯已經出現了 84 次，此五個方劑出現為主治方劑的比率為所有使用單一方劑醫案（共 146 案）的 57.53%。依次列出，則是補中益氣湯為全卷主方的比例為 17.12%；六(八)味地黃丸為 11.64%；六君子湯為 21.92%；十全大補則為 6.85%。簡單地說，《內科摘要·卷上》有超過一半的醫案使用了補中益氣、六

味丸、八味丸、六君子湯、十全大補湯爲主方，而其中有六分之一使用補中益氣湯，五分之一使用六君子湯，九分之一使用六味丸或是八味丸；《內科摘要·卷下》中使用單一方劑作爲主治的共有 93 個醫案。其中補中益氣湯、六味地黃丸、八味地黃丸、十全大補與歸脾湯、八珍湯，一共出現 69 次，此六個方劑出現爲主治方劑的比率爲所有使用單一方劑醫案（共 93 案）的 74.19%。依次列出，則是補中益氣湯爲全卷主方的比例爲 20.43%；六(八)味地黃丸爲 36.56%；十全大補湯爲 8.60%；歸脾湯爲 4.30%；八珍湯則爲 4.30%。簡單地說，《內科摘要·卷下》有七成以上的醫案使用了補中益氣湯、六味丸、八味丸、十全大補、歸脾或八珍湯爲單一主方來加減，而其中有五分之一使用補中益氣湯，超過三分之一使用六味丸或是八味丸，方劑集中的趨勢在《卷上》《卷下》都相當地明顯。

而關於使用「重方」的規則，初步結論是：

- (1) 運用時機：有兩個以上的病機，無法用現有的一個方劑達到療效。
- (2) 基本模式：「一丸劑」配合「一湯劑或散劑」。
- (3) 使用標的：在於調治本源。通常是「肝肺脾腎陰陽不足」的本虛之證。

接續在本章節討論的，就是《內科摘要》當中，不僅是一次處方使用數個方劑的現象，還有一日當中數度服用不同方劑的「朝夕服藥法」與「一日三時服藥法」，其立論基礎是運用《素問·金匱真言論》的「平旦至日中，天之陽，陽中之陽也；日中至黃昏，天之陽，陽中之陰也；子夜至雞鳴，天之陰，陰中之陰也。」觀念，期望能將藥物陰陽的傾向，利用天地與人體陰陽消長同步的原理，加強了幫助人體陰陽正氣恢復的力道。其「朝夕」與「一日三時服藥法」的規律，簡單結論認爲，即是《癘瘍機要》中的三條條文延伸：

- 【一】符合「陽虛者，朝用六君子湯，夕用加減腎氣丸」原則者。一共七個醫案。
- 【二】符合「真陽虛者，朝用八味地黃丸，夕用補中益氣湯。」原則者。共三案。
- 【三】另外一種原則「食前、五更」服藥法。共一案。

最後，本章節也回歸本論文的核心理論「方劑歸經」來討論。本文認爲薛己使用「重方」現象的頻率與臨床動機，可以說是「方劑歸經」理論的實際運用，雖然就學理上的考據，筆者認爲明代中後葉的薛己使用「重方」，與明代初期的劉純發展出「方劑歸經」應無直接承襲的關係；但是對於日後研究「方劑歸經」運用的學者，薛己眾多的「重方」醫案，與明白地在有數個病機便使用數個方劑的處方規律，就會變成爲了必定要研究的現象了。



簡單講，薛己的「重方」模式，可以提供「方劑歸經」運用的實際案例。

註一：出於《內科摘要·卷下·各症方藥十一》。大蘆薈丸（一名九味蘆薈丸）治大人小兒下疳潰爛，或作痛。又治肝疳食積，口鼻生瘡，牙齦蝕爛。

胡黃連、黃連、蘆薈、木香、白蕪荑（炒）、青皮、白雷丸、鶴虱草（各一兩）麝香（三錢）

上為末，蒸餅糊丸如麻子大。每服一錢，空心米飲下。

註二：薛己的著作十分豐富，流傳著作多達數十種，內、外、婦、兒、針灸、口齒、正骨、本草等等各方面都有著作傳世，大致上可以薛己自己撰寫與薛己校註他人著作分成兩大類。薛己自己撰寫的有《內科摘要》、《女科撮要》、《外科發揮》、《外科心法》、《外科樞要》、《正體類要》、《口齒類要》、《癰瘍機要》、《外科經驗方》、《本草約言》等十種；而校註他人作品者有宋·陳自明原著《校註婦人大全良方》、陳自明《外科精要》、宋·錢乙《小兒藥證直訣》、其父薛鎧《保應撮要》、《明醫雜著》等等。簡述薛己著作於此，其餘詳可見《薛立齋醫學全書·薛立齋醫學學術思想研究》一文。

註三：關於所謂的「陰虛」、「陽虛」與「真陽虛」，一般而言，明代初期的醫學觀念大致上認為「陰虛」為「陰血虛」應當補養陰血，而「陽虛」為「陽氣虛」則應當補養陽氣，而「真陽虛」則是指「腎陽虛」之意。例如《醫貫·卷之三·絳雪丹書·血症論》就講的很清楚，全文為：「客有問於余曰。失血一証。危急駭人。醫療鮮效。或暴來而頃刻即逝。或暫止而終亦必亡。敢問有一定之方。可獲萬全之利否。余曰。是未可以執一論也。請備言之。凡血症。先分陰陽。有陰虛。有陽虛。陽虛補陽。陰虛補陰。此直治之法。人所共知。又有真陰真陽。陽根於陰。陰根於陽。真陽虛者。從陰引陽。真陰虛者。從陽引陰。復有假陰假陽。似是而非。多以誤人。此真假二字。曠世之所不講。舉世之所未聞。在雜病不可不知。在血症為尤甚也。汝知之乎。」於是乎解釋出了薛己「真陽虛」與「陰虛、陽虛」的最重要差異。

註四：明代醫家龔廷賢在《壽世保元》中最早敘述了五更瀉，指出「脾腎虛弱，清晨五更作瀉，或全不思飲食，或食而不化，大便不實者，此腎瀉也。」這是中醫學裡關於五更瀉的最早記載。人至老年，腎陽虛衰，命門之火不能溫煦脾土，不能幫助脾胃腐熟水谷、消化吸收，致運化失常而出現洩瀉。五更時

分正當陰氣最盛、陽氣未復之際，在這種特定環境下，虛者愈虛，因而形成了五更瀉。這類病人除黎明前迫不急待去廁所排便外，平素還常伴有腹部畏寒、四肢不溫、腰膝酸軟、神疲乏力等一系列腎陽虛衰的表現。一般來說，腎陽虛衰是五更瀉的內因，而外因則有飲食失調、感受風寒等。本段文字參考自 <http://www.cntcm.com.cn/text/2422-b.htm>

註五：在本論文的第三章中，原本著名劉純《玉機微義》中論述「方劑歸經」的模式約有七種，但是其中兩種屬於但其意涵卻未著名方劑歸經，故不列入此處討論，所以僅言五種。詳見本論文第三章。



## 第六章 討論

### 第一節 方劑歸經源流考的探討

#### 6-1-1 「方劑歸經」源流的尋找與突破

本論文在第二章中，運用中醫典籍研究的方法，大致確立了明初劉純的《玉機微義》，為第一部正式提出「方劑歸經」的醫籍，而清初汪昂的《醫方集解》是最致力於運用與發揮此理論的醫家與著作。

本研究在追尋「方劑歸經」理論的形成與思索潛在思路，與主導醫家的學術傳承等諸多問題之時，偶然發現在王好古《醫壘元戎》的紀錄中，存在有過去學者從未正式發表過的「方劑歸經」原型證據，而這些證據正好初步解釋了過去研究中，完全不清楚劉純處於何種動機下而標註「方劑歸經」的疑惑。

並且藉由這樣的結果發現，筆者並嘗試如此推論：「方劑歸經」學說並非空穴來風，而且是透過金元醫家在不斷地創新醫學技巧與發展醫學理論的過程中，為明初出現第一部標註「方劑歸經」的著作，打了有力並且堅實的基礎。對於本研究的追尋，筆者建議未來希望透過醫經醫史研究方法，來探索此理論根源與理論架構的學者，可以以韓祇和《傷寒微旨論》與張元素《珍珠囊》、《醫學啓源》等典籍，做為基礎的研究時間切入點，繼續找尋更多的歸經理論、架構、或是運用原則的種種線索。

第二章中的結論，雖然往上最早溯源到宋朝韓祇和，但是已經突破現有論文當中所認為的「最早提出方劑歸經學說的醫家是劉純」的說法，如甄與秦<sup>203</sup> (2003)、以及《劉純醫學全書·劉純醫學學術思想研究》<sup>204</sup>的論文結論；也更直接地駁斥了部分學者，如董<sup>205</sup> (1997)認為此學說起源於清朝陳修園，或是吉與宋<sup>206</sup> (1999)認為是汪昂的說法。因此，本論文的第一個重要價值，就在於提出最早「方劑歸經」專著為劉純《玉機微義》，其理論源流可以追溯到王好古《醫壘元戎》、韓祇和《傷寒微旨論》等著作，早已突破現有論文的結論了。

## 6-1-2 方劑歸經發展史

陳邦賢先生在二十世紀初首先倡導醫史分期斷代法，對醫學發展的歷史做分期與斷代的工作。

傅<sup>207</sup> (1996)曾引用陳先生所云：「吾國之醫學，肇自上古，備於炎漢，衰弱於魏晉，中興於唐，紛歧於宋元，因循於明清」，但終因歷史條件的限制，既未能用以為指導思想，也未據以填充分期的內容，然陳邦賢先生所提出來的分期法影響很大。

關於對於醫學史歷史分期的方法，傅<sup>207</sup> (1996)亦提到 50 年代始，中國醫史學界普遍傾向引進「社會發展史」分期於「醫學史」分期，即原始社會醫學、奴隸社會醫學、封建社會醫學與半封建半殖民地醫學等，這種分期法並不切合醫學本身發展的實際，未能在醫史界得到繼續使用，但逐漸形成一個結合社會發展與王朝更迭的分期法；80 年代有多部醫學通史問世，其中有兩部在分期上很有特色，即俞慎初先生的《中國醫學簡史》和范行準先生的《中國醫學史略》。前者分中國醫學發展為上古、中古、近世、近代和現代五編，下分 15 章，即：原始人與原始公社時期的醫學、原始公社逐漸解體到奴隸社會時期的夏商醫學、奴隸制向封建制轉變的西周時代的醫學……等等；後者分古代醫學為原始社會的醫學、青銅時代的醫學、英雄的鐵器時代的醫學、理論與實踐的統一時期、內外諸科醫學的發展時期，門閥與山林醫家分掌醫學成熟時期、醫學的充實時期、醫學的衰變時期、醫學的居守時期。雖各有特色，但明顯的，前者偏重注意結合社會發展特點而較少醫學內涵；後者則突出了各期醫學的發展內涵，而時代概念上又顯得不足。<sup>208</sup>

因此簡言之，對於醫學史的研究，學者無時不期待著能夠整理出兼具科學性，又能掌握住醫學實質內涵上的轉變，最好也能與科學技術史和文化史特點相符合，與社會政治、經濟發展特點相對應。

所以，筆者亦嘗試在本論文裡依照醫學史研究的這個特點來開展，根據本論文第二章當中對於「方劑歸經」理論發展的追尋過程，依照上述歷史分期的精神，做以下簡要的分期，以簡短數言來提綱這一理論發展歷史上的四個重要時期，以供研考此理論之學者參究：

- (一) **奠基期**。宋朝韓祇和《傷寒微旨論》運用「傷寒六經」的方法歸類其著作中的方劑，僅有十四條；金朝張元素約於數十年後提出以「五臟六腑」為主的藥物歸經學說，此為藥物分類進展至方劑歸類的第一重要基礎理論。在論述傷寒方劑之時，略略已有方劑歸經的影子。

- (二) **承接期**。元朝李東垣對外科用方的經絡重視，間接促進了方劑歸經內涵的文字化；再者，元朝王好古對方劑做「某某例藥」的體例出現，開始對系出仲景《傷寒論》的方劑有歸經的敘述，但是因為多數方劑仍然沿用唐宋以來對方劑的注釋方法，僅有少量方劑發展出歸經的初始想法，因此這樣的見解在當時亦未引起足夠的注意與影響。
- (三) **發展期**。明初劉純《玉機微義》一書中共 1511 個方劑，但只有 796 個方劑記載有明確的方劑歸經，比例為 52.68%；雖然僅只全書方劑的一半有歸經的紀錄，但是跟之前任何一位醫家的著作比起來，已經是龐大的運用了方劑歸經觀念來註解方劑了。
- (四) **全盛期**。明末清初汪昂《本草備要》中，共有 378 個方劑，其中標明有方劑歸經的方劑數目，高達 368，總方劑歸經比率為 97.65%，堪稱方劑歸經記載的全盛期。汪昂之後的醫家，雖然在文字上並未承襲「方劑歸經」的敘述，但是在精神上、臨床運用上都有不同程度的延續，這部份可請參見本論文第五章。

## 第二節 應用統計分析方劑歸經理論的探討

本章節在後半段透過客觀的方劑資料庫數字分析，可以大致符合本文在第三章的開始，所暗示的方劑歸經規則：「方劑歸經，主要由方劑組成的藥物之歸經，加乘其劑量之加總的最強勢歸經來主導」。於分析的過程當中，很清楚地可以發現汪昂的方劑歸經，若透過第三章所建立的模型來預測，雖然大致上可以符合約 63%的敏感度與 93%的鑑別度（請參見本論文第三章的數據），因此可以推論此規則是汪昂《醫方集解》註記「方劑歸經」的最主要的想法，或者說最優先的歸經規則。

但剩餘依據筆者的規則無法準確預測的方劑歸經呢？根據反覆的分析與論證，發現在這些無法全然符合預測規則的方劑，其中則仍有許多潛在的規則主導，例如《傷寒論》篇章對方劑歸經就有一定程度的影響；古代方劑的名稱對於汪昂標註此方的歸經也有一定的影響；古代方劑原作者標註的主治範圍，亦影響著汪昂標註的方劑歸經等，皆在不同的情況以未明言的方式主導著每一個方劑歸經的形成。也因為汪昂的「方劑歸經」如此複雜，以致於過去中醫學界當中，從未有學者明確、客觀地分析過汪昂與劉純對方劑做歸經的思路，本文則做了初步的嘗試與客觀的數據結論。

## 6-2-1 方劑歸經理論統計分析未竟之憾與未來研究方向

對於「方劑歸經」之後的研究，應當專著在那透過本文模式仍然未能準確掌握的部分。筆者觀察文字材料之後認為，其中應該以「藥物個別的強度不一」（例如附子一錢與山茱萸一錢對足少陰經的作用強度可能會不一樣），與「方劑組成藥物之間的交互作用」兩個現象為最主要無法掌握的因素。這個問題嚴格來說，是所有醫家都認為理所當然的事，但是仔細檢視歷代以來存在於醫家著作與用藥經驗中的這兩種觀念，卻可以輕易地發現：每位醫家認為的藥物強度與藥物歸經都不甚相同，對方劑中組成藥物之間的交互作用也有相當程度的不同認知。這個問題也是研究中醫藥目前所遭遇到的大困境之一。

關於方劑組成藥物之間的交互作用研究，明朝李時珍在《本草綱目》中引用戴原禮云：「附子，無乾薑不熱，得甘草則性緩，得桂則補命門。<sup>209</sup>」提示了附子在配伍其他藥物之後，臨床上會產生的重要變化：

- (1) 加上了乾薑的作用，溫熱性質會增加許多，這是交互作用後四氣五味的變化；
- (2) 加上了甘草，則減緩了整體藥性的強度或是改變了作用時間，甚至是有效成分的釋放狀況；
- (3) 而加上了桂，則能「補命門」，也就是說，在一個有附子的方劑當中，加了桂之後，也可能可以使整個方歸入命門的力道增強，並且主要是具有「補」的作用。但是，透過分析這類文字的記載所得到的這三個結論，「是否可以運用到本文嘗試建立的研究方法，然後確立為一種為方劑做歸經的標準模式」，則就是本論文目前所欠缺討論、但相當值得發揮的部份了。

另外一個可以延續本文結論並進行藥物間交互作用進一步研究的，就是「藥理研究」：例如中國科學院的王與劉等<sup>210</sup> (2003)就利用電噴霧質譜（ESI-MS）分析生附子及其複方中的生物鹼，從化學角度探討附子配伍規律和禁忌原則。結果發現：生附子單煎煮及與甘草共煎後雙酯型烏頭生物鹼大部分發生水解，生附子與半夏或五味子共煎生物鹼水解受抑制，生附子和甘草單煎液的酸性遠低於半夏或五味子單煎液，中烏頭鹼在酸性條件下不水解。因此，客觀地得出了「酸性是影響烏頭鹼類雙酯型生物鹼水解的重要因素，強酸條件下水解受抑制，附子煎煮液毒性增加。」的結論，進行此類研究都可能可以部份地證實古代的醫藥學說與理論，又能發現古代未能清楚說明或是從未注意過的問題。因此，藥理學的交互作用研究，應該是在本文探討方劑的整體歸經之後，相當值得開展的一個研究方向，以進行方劑歸經的

一部分佐證。否則，方劑歸經雖然已經在清朝汪昂發展到了巔峰，但幾百年來沒有持續發展與進行理論本身的檢討批判的情況卻可能永遠延續下去了。

### 6-2-2 方劑歸經與建立一套藥物歸經資料庫的重要性

本論文第三章的方劑資料庫研究，實際上是根源於探討汪昂《醫方集解》當中將方劑歸經的潛在思路，因此使用《本草備要》的藥物歸經記載，是相當合理的，但是如果希冀未來能擴展到研究其他非汪昂所收集、所註記過的方劑，則就不應該使用《本草備要》的藥物歸經紀錄。原因就是《本草備要》並非歷史上藥物歸經的標準著作，因此，本文第三章建立的「方劑歸經」檢驗方法，只單獨引用《本草備要》中文字記錄所建立的藥物歸經資料庫，實際上只能用來探討汪昂《醫方集解》當中的歸經觀念。

因此，如果要在未來幫助其他方劑確立其歸經或是預測、解釋整體方劑的作用，則必須要找到或是建立一套標準的藥物歸經資料庫。但是事實是，目前根本沒有這樣的一本代表性著作可以解決古代典籍中說法的歧異。

簡單舉個例子，「大黃」一味藥物，在歷代幾本具代表性的本草著作當中，歸經的記載就有相當不一致的現象（僅列舉非窮舉）：

【表 6.2.1】註解「大黃」歸經之本草典籍差異比較簡表

代表著作	關於歸經的文字敘述擷取
元·李杲《東垣珍珠囊》	酒浸入太陽經，酒洗入陽明經，餘經不用酒。 <sup>211</sup> (太陽、陽明)
元·王好古《湯液本草》	氣寒味苦大寒。味極厚，陰也降也無毒。入手足陽明經，酒浸入太陽經，酒洗入陽明經。餘經不用酒。 <sup>212</sup> (足太陽手足陽明)
明·徐彥純《本草發揮》	潔古云：……酒浸入太陽經，酒洗入陽明經，餘經不用酒。(太陽、陽明)
明李時珍《本草綱目》	大黃乃足太陰、手足陽明、手足厥陰五經血分之藥，凡病在五經血者，宜用之。若在氣分用之，是謂誅伐無過矣。 <sup>213</sup> (足太陰、手陽明、足陽明、手厥陰、足厥陰)

【表 6.2.1】：續

代表著作	關於歸經的文字敘述擷取
明繆希雍《本草經疏》	入足陽明、太陰、厥陰，並入手陽明經。 <sup>214</sup> (足陽明、足太陰、足厥陰，手陽明)
明·杜文燮《藥鑿》	屬水與火，入手足陽明經，酒浸入太陽，酒洗入陽明。……大黃熟用，則能瀉心火，且宣氣消腫，而除結熱之在上者。… <sup>215</sup> (手陽明、足陽明，心)
明·陳嘉謨《本草蒙筌》	使黃芩一味，入陽明二經。欲使上行，須資酒制。酒浸達巔頂上，酒洗至胃脘中。並載舟楫桔梗少停，仍緩國老甘草不墜。(手陽明、足陽明)
清·汪昂《本草備要》	入足太陰脾。手足陽明厥陰大腸、胃、心包、肝血分。 <sup>216</sup> (足太陰、手陽明足陽明、手厥陰足厥陰)
清·張璐《本經逢原》	大黃氣味具厚，沉降純陰，乃脾胃大腸肝與三焦血分之藥。凡病在五經血分者宜之，若在氣分者用之，是誅伐無過矣。 <sup>217</sup> (脾胃大腸肝三焦)
清·黃宮繡《本草求真》	大黃耑入脾胃。大苦大寒，性沉下降，用走不守，耑入陽明胃府大腸，大瀉陽邪內結，宿食不消。 <sup>218</sup> (手陽明、足陽明)
清·嚴潔、施雯、洪煒全撰《得配本草》	入足太陰、手足陽明、厥陰經血分。 <sup>219</sup> (足太陰、手陽明、足陽明、足厥陰)
清·葉天士《本草經解》	大黃氣寒，秉天冬寒之水氣，入手太陽寒水小腸經；味苦無毒，得地南方之火味，入手少陰心經、手少陽相火三焦經。氣味俱降，陰也。濁陰歸六腑，味厚則洩，兼入足陽明胃經、手陽明大腸經，為蕩滌之品也。 <sup>220</sup> (手太陽、手少陰、手少陽、足陽明)

關於此類的混淆，清·黃宮繡《本草求真·凡例》有這麼一段敘述：



經絡臟腑。他書亦有載係某藥主入某經。某藥兼入某經。然眾書繁雜。持論不一。如知母辛而苦。沉中有浮。降中有升。本能清肺以寧腎。而書偏置潤肺不語。止言於水有滋。牽強混引。殊多不解。是篇凡有類此不明。無不從實發揮。庶主輔攸分。而經腑與臟之藥。自不致誤。<sup>221</sup>

也清楚地表示了當時本草的歸經相當混亂，但是他的解決方法，是採用「是篇凡有類此不明。無不從實發揮」，自己依照自己的理解，將孰主孰輔的歸經「庶主輔攸分」標定清楚，希望能達到「而經腑與臟之藥。自不致誤」的目的。其他學者解決這些歸經歧異的方式也盡多如此，否則就是持古論非今說。這樣的情況也就是說，歷代學者在面臨這樣的困境之時，直接的反應就是自己來重新解釋一次，而運用的方式，不外乎盡量地觀察藥物的生長環境、生長特徵、顏色、形狀、食用之氣味、與其他藥物共用產生的加乘效果，或是過去臨床使用經驗的總結。例如李時珍《本草綱目》裡這樣重新註解了仲景瀉心湯裡使用大黃的意涵：

瀉心湯治心氣不足吐衄者，乃真心之氣不足，而手厥陰包絡、足厥陰肝、足太陰脾、足陽明胃之邪火有餘也。雖曰瀉心，實瀉四經血中之伏火也。又仲景治心下痞滿、按之軟者，用大黃黃連瀉心湯主之，此亦瀉脾胃之濕熱，非瀉心也。病發於陰而反下之，則作痞滿，乃寒傷營血，邪氣乘虛結於上焦，胃之上脘在心，故曰瀉心，實瀉脾也。素問云太陰所至為痞滿。又云：濁氣在上，則生脹。病發於陽而反下之，則成結胸，乃熱邪陷入血分，亦在上脘分野。大陷腸湯丸皆用大黃，亦瀉脾胃血分之邪，而降其濁氣也。若結腸在氣分，則只用小陷胸湯。痞滿在氣分，則用半夏瀉心湯矣。成無己註釋傷寒論亦不知分別此義。<sup>222</sup>

這樣提出自己的看法、重新解釋，與黃宮繡解決當代歸經歧異的方式都相當類似，的確已經盡了當時所有人類能力的極限，也可算是當代科學創新的方式。只不過如果未來還是利用這樣的方式來研究歸經的話，縱使總結每位醫家的經驗，實際上很可能還是無法下出一個清楚的結論。理由是每位醫家的體會、經驗、邏輯思路都不盡相同，自然對於藥物的種種不變的外在條件，仍然有可能會認識出完全不一樣的歸經結論。此即是依人類感官或是思路來理解外在事物、不可能解決的誤差。

未來惟一能解決這個歸經見解歧異問題的方式，也許是藉用近代藥理學研究快速進步的客觀研究工具，才能慢慢解釋古代醫家所記載的歧異知識，到底是誰觀察的比較深入、誰的比較初淺了。而這也是本段落總結本研究，延伸至未來運用到其他新舊方劑歸經的標定，必須要先完成的一個基礎工作。

### 6-2-3 建立方劑歸經模型的臨床實際運用

根據上一段所討論的問題，如果可以得到解決，例如以國家的研究力量來建構一套有確定邏輯的歸經方式。再依照本論文第三章當中所運用統計學方法所得到的結論，便可以輕易地建立出一套新的方劑歸經模型，這樣的模型，只要每一味藥物的歸經都是架構在吸納了藥物的種種特性的基礎上，(例如顏色、科屬種別、四氣五味、生長環境與特色等)，這樣的藥物歸經資料庫，就具有足以預測藥物作用與副作用的特點，也因此，這樣的模型就可以運用來套入方劑當中，也具有解釋方劑歸經或是主治範圍的功能，換言之，這樣的歸經模型一旦建立，不管多少藥物所組成的新方劑，其歸經與作用方式，也可以透過這樣的模型來預測或解釋，終究能對新藥物或是新方劑的發展，做出不可磨滅的貢獻。

因此雖然筆者在前一段的討論中曾經提醒過，本論文運用《本草備要》歸經紀錄來研究的限制，就是只能用來解釋汪昂的《醫方集解》。但運用有前述優點的藥物歸經理論來建立資料庫，進行新舊方劑的詮釋與作用新探，則是本論文尚未能完成，但是可以期望只需要投入人力、時間就可以有結果的目標了。

## 第三節 《玉機微義》方劑歸經理論對日本醫界的影響

本文第四章研究了《玉機微義》流傳到日本、受到醫家傳承的情形有關。在日本醫學界相當重視記載有「方劑歸經」之《玉機微義》情況下，考究結果發現日本醫學界雖然重視《玉機微義》，但並未承襲《玉機微義》中的「方劑歸經」。再側面地研究《啓迪集》如何從《玉機微義》、《醫學正傳》當中，繼承中國金元時期的醫學觀念，因而進行了三本醫籍內容與架構上的比對。

整體而言，本章節運用的研究方法，是前段所述「醫經醫史研究方法」第四項的「比較法」，透過不同的文本(曲直瀨道三《啓迪集》，劉純《玉機微義》與虞搏《醫學正傳》)，比較其醫學內涵、寫作架構、醫學觀念引用的傾向、方劑與是否附錄作者的臨床經驗等等，結果發現《啓迪集》在不同的方面，分別承襲了這兩部重

要的明朝傳日綜合性醫書的醫學與寫作內涵，並且更重要的，也觀察到《啓迪集》不斷地吸收中國的醫學，並將這些知識日本化，逐漸轉變為適合日本人風土民情的醫學之努力。

此章節當中，筆者預計並且期望可以在《玉機微義》傳入日本並且受到相當重視的後世醫方派的著作當中，找到「方劑歸經」傳入日本的線索，不過結論是直至目前未能找到日本醫學界有使用「方劑歸經」的證據，筆者檢討其中可能原因有以下幾點：

- (A) 曲直瀨道三在《啓迪集》中的著重要點不同於《玉機微義》，前者並非著重論述方劑或是歸類方劑的著作，而是一部相當重視歷代醫家所論的病因病機，並且重視綱舉目張地對疾病有多面向認識的一部日本化醫學經典。在這之前的日本醫學，可以說都完全承襲著中國醫學（註一）<sup>228</sup>，而少有使用自己語言來解說、符合自己國土民情的用藥習慣等等日本化的現象。
- (B) 受限於筆者在有限的時間與有限的文獻資料中（中國醫藥大學圖書館以及鄰近公私立圖書館），沒有辦法完整地對後世醫方派的重要醫家史跡或是遺留下來、未曾公開的重要文獻等第一手的資料，進行必要的研究與考察所致。可能必須要進行之前研究醫學史方法的「實地調查法」直接到日本收集筆者在台灣未能得見的相關文獻資料。
- (C) 可能日本醫家不清楚劉純「方劑歸經」現象的意涵，無法模仿或是進行講解。再加上，曲直瀨道三等醫家，也同時可以見到當時其他中國的醫學經典，在這些經典裡卻從未使用「方劑歸經」，因此考量其實用性而並未選用為《啓迪集》論述的一環。當然，這也與劉純自己從未談論過自己使用「方劑歸經」的目的與作用，導致幾乎沒有其他醫家能輕易理解此理論的邏輯有關。

就筆者探討這個主題的過程中，發現日本仍有曲直瀨派（後世醫方派）的傳承，就是矢数道明、矢数格等，尤其是矢数道明，一直是研究曲直瀨道三相關學說的領導學者。筆者雖然從「方劑歸經」的角度出發，側面比對曲直瀨學派的理論當中是否有「方劑歸經」存在等等諸多問題，但是結果發現目前在日本的相關學術期刊未見有學者提出討論過。

因此本文第四章的討論僅為拋磚引玉，未來的研究方向除了針對《玉機微義》對於日本醫學界、曲直瀨學派形成的影響等問題，作實地、更詳盡的文獻史蹟考察之外，也可以針對中國日本醫學的傳承、中國醫學日本化的過程、李朱學說對後來

的古方派造成了什麼樣的影響、明代以後中國醫學繼續傳入日本的情形、中國與日本醫學交流的狀況、金元四大家學說傳入日本後對醫學體質的影響、和刻中國醫書產生的影響等等有趣的問題，進行更進一步的探討。

## 第四節 薛己使用重方規律的探討

本章節當中的研究方法，前部分追尋古代使用兩個方劑的源流以及古代對於這樣處方模式的認知。接著仍然採用醫經醫史研究法中的「比較法」，針對薛己的《內科摘要》一書中，找出數方合一的處方現象，並且爲了方便臨床使用與學習薛己的學術思想，進行比對、整理出薛己多方合用的潛在規則。這樣的比對與整理其規則，過去是沒有醫家進行過研究的。對於多方合一的基本態度，本文基本上同意張<sup>223</sup>(2000)的看法：「強調重方的制定爲臨證重要的處方原則，既不是某一處方的隨症加減，又不是漫無邊際的多方組合，多多益善。」因此，本論文第五章的價值在於整理歸納出薛己使用「重方」的規律，可以很快地運用在臨床的處方上。然而，筆者在此章一開頭正名薛己使用二方、三方合一的處方模式爲《黃帝內經》的「重方」，實際上並非定論，因此筆者再提出金元時代醫家的不同意見，再作一簡略的討論。

### 6-4-1 七方當中「重方」、「偶方」之深入探討

此章節著眼在歷史上「方劑歸經」的可能實際運用，亦在延續前章節中對於「方劑歸經」的考據與分析，嘗試爲「方劑歸經」理論找到運用的空間與時機。因此，引用古代醫家當中，擅用「辨識兩個病機而使用兩個方劑」的醫案，來提示選方的依據可以是「方劑歸經」理論。在這一章的論述當中，第一個值得討論的問題就是《內經》所謂「重方」是否真的爲「復（復）方」之義？實際上，在金元時期就已經受到廣泛的討論了，明·李時珍《本草綱目·序例·第一卷上·七方》記載這樣的爭論最爲詳盡，筆者節錄其中的「偶方」與「重方」來進行討論：

#### 偶方

從正曰：偶方有三：有兩味相配之偶方；有古之二方相合之偶方，古謂之複方，皆病在下而遠者宜之；有藥合陰數二四六八十之偶方，宜汗不宜下。王太僕……

## 複方

好古曰：奇之不去複以偶，偶之不去複以奇，故曰複。複者，再也，重也。所謂十補一泄，數泄一補也。又傷寒見風脈，傷風得寒脈，為脈証不相應，宜以複方主之。

從正曰：複方有三：有二方、三方及數方相合之複方，如桂枝二越婢一湯、五積散之屬是也。有本方之外別加餘藥，如調胃承氣加連翹、薄荷、黃芩、梔子為涼膈散之屬是也。有分兩均齊之複方，如胃風湯各等分之屬是也。王太僕以偶為複方，今七方有偶又有複，豈非偶乃二方相合、複乃數方相合之謂乎？<sup>224</sup>

在此就突顯了王好古、張子和與王冰三位醫家的看法不同之處。王好古顯然認為「複方（重方）」就應該是「使用奇方之後無效，改用偶方；使用偶方之後無效，改用奇方」的「反覆換方」之義；而張子和則認為，「偶方」與「複方（即是重方）」都可以有蘊含「二、三方合用」之義；劉完素也在《素問病機氣宜保命集》裡也註解云：「有二、三方相合之為複方者。」以上諸家的看法歧異，正表示了金元時代對於《內經》「重方」定義的不確定。但筆者認為這僅是名詞之差異，並不損及古代就已經提示多個方劑合為一方的處方模式存在之事實。

另外在清·陳士鐸《本草新編·七方論》當中，則是認為「複方」即為「多方合一」的代表，並且提出了極為精闢的解釋：

重方者，複方之謂也。或用攻於補之中，復用補於攻之內，或攻多而補少，或攻少而補多，調停於補攻之間，斟酌於多寡之際，可合數方以成功，可加他藥以取效，或分兩輕重之無差，或品味均齊之不一，神而明之，複之中而不見其複，斯可謂善用複方者乎。<sup>225</sup>

或問複方乃合眾方以相成，不必拘拘於繩墨乎？曰：用藥不可雜也，豈用方而可雜乎。用方而雜，是雜方而非複方矣。古人用二方合之，不見有二方之異，而反覺有二方之同，此複方之所以神也。否則，何方不可加減，而必取於二方之相合乎。

或疑複方合數方以成一方，未免太雜。有前六方之妙，何病不可治，而增入複方，使不善用藥者，妄合方以取敗乎。曰：複方可刪，則前人先我而刪矣，實有不可刪者在也。雖然，知藥性之深者，始可合用複方，否則不可妄用，恐相反相惡，反致相害。

或疑複方不可輕用，寧用一方以加減之，即不能奏效，亦不致取敗。曰：此吾子慎疾之意也。然而複方實有不可廢者，人苟精研於《本草》之微，深造於《內經》之奧，何病不可治，亦何法不可複乎，而猶謹於複方之不可輕用也，未免徒讀書之譏矣。<sup>225</sup>

其中先定義《內經》「重方」就是七方當中的「複方」，本文亦采此論點將多方合用的現象，歸為「複（復）方」。陳士鐸認為：

- (1)「複（復）方」的基本精神是：「用攻於補之中，複用補於攻之內」表示臨床患者的疾病，有需要用到「攻補」的「虛實」兩種病機；
- (2)其技巧可以有「或攻多而補少」、「或攻少而補多」、「可合數方以成功」、「可加他藥以取效」、「或分兩輕重之無差，或品味均齊之不一」六種；
- (3)必然符合的條件：「複之中而不見其複」，表示善用此法的人醫家，建立的「重方」其藥物與病機必然不會重疊或重複。

然後，在這段論述當時醫家對於「重方」的種種疑惑以及陳士鐸的解答，的確可以說是對「複方（重方）」的最佳註解了。

筆者在此節中引用金元其他醫家對於「多方合一」模式的差別定義，表示「重方」之正名過程中，亦有所爭議；引用陳士鐸這兩段文字，表示「重方」現象，的確有其相當值得深入討論之處。

簡單講，本文最大的目的之一，就是整理出「重方」的規律、探討是否可以使用「方劑歸經」理論來輔助、提供現代醫師使用「重方」的規律與時機，以避免成為陳士鐸口中的「是雜方而非複方」。

王<sup>226</sup> (1999)在他〈復方探析〉一文中，提到了：「《傷寒雜病論》374首方劑中兩方相合的方劑佔了十首左右，分別是桂枝麻黃各半湯(桂枝湯+麻黃湯)，桂枝二麻黃一湯(桂枝湯+麻黃湯)，桂枝二越婢一湯(桂枝湯+越婢湯)，柴胡桂枝湯(小柴胡湯+桂枝湯)，大柴胡湯(小柴胡湯+小承氣湯等)，厚朴七物湯(厚朴三物湯+桂枝湯)，溫經湯(膠艾湯+麥門冬湯等)，竹葉石膏湯(白虎湯+麥門冬湯等)，柴胡加龍骨牡蠣

湯(小柴胡湯+桂枝甘草龍骨牡蠣湯等)，桂枝去芍藥加麻黃細辛附子湯(桂枝湯+麻黃細辛附子湯等)，雖然《傷寒論》本身沒有對這一類的方劑予以相應的名稱，但有著「先合後煎」和「先煎後合」兩種不同的記載。先合後煎的制作方法見於桂枝麻黃各半湯、桂枝二麻黃一湯、桂枝二越婢一湯方後所出藥物組成。而先煎後合之法見於上述方劑注語。及至林億諸人在校注《傷寒論》時為表述兩方以上相合者提出了「合方」一詞。合方乃復方，說法不同，實質則一。<sup>226</sup>又列舉「復方」四大作用：(1) 擴大治療範圍，如二經并病、表裏同病或是虛實兼夾；(2) 為了增強療效；(3) 為了調整功效，例如桂枝麻黃各半湯；(4) 為了產生新的療效，如《傷寒論》中的桂枝去芍藥湯與麻黃附子細辛湯兩方皆不治「水氣病」，但前者能振奮衛陽，後者能溫發裡陽，當兩方相合產生新方桂枝去芍藥加麻黃附子湯時，卻產生了「溫陽散寒、消除水飲」的新功效，故這張復方能治療《金匱要略·水氣病篇》的「心下堅，大如盤」一證。<sup>226227</sup>實為對於「復方」相當精闢的論述。



## 第七章 結論

### 第一節 方劑歸經發展之重要源流與傳承考據

本論文在第二章中，先運用中醫典籍文獻研究的方法，針對「藥物歸經」理論與「方劑學」發展的兩條脈絡，找出歷史上首度為方劑標註歸經的著作，大約就是成書在金元末、明初時期；第一位明確為方劑做歸經紀錄的醫家與其著作，是明朝初年劉純的《玉機微義》；接著劉純繼續開展標註「方劑歸經」模式之醫家，是清初汪昂的《醫方集解》。

在第二章當中，除了提出最早方劑歸經的著作應該是《玉機微義》的發現，也同時向上考據了此學說的源頭：分別在元·王好古、元·李東垣、金·張元素、宋·韓祇和等醫家的著作中，可以瞥見「方劑歸經」的原型；向下也釐清了汪昂《醫方集解》雖然使用類似劉純的「方劑歸經」，但實際上並非完全承襲，反而對此理論有新的開展與新的標註思路。

過去在許多考據過「方劑歸經」現象的學者考據的結果中，劉純《玉機微義》是第一部談論「方劑歸經」的著作，但實際上在早於堪稱第一部「方劑歸經」專著《玉機微義》的醫家（例如王好古、韓祇和），早在劉純數百年前就提示了這些「方劑歸經」的原型思路，筆者在《醫壘元戎》中，就已經發現此書至少具有這樣的「方劑歸經」觀念了：

- （一）「某某例藥」，大約是依據仲景、東垣方劑的「組成」所開展新創之方劑；
- （二）從方劑的作用範圍，也是標註出方劑歸經的一個線索；
- （三）開始拓展「方劑歸經」當中的「表裡經對應」的觀念；
- （四）提示歸經的原理源自於組成藥物的歸經等等。

劉純與汪昂使用了同樣為方劑標註歸經的方式，很容易讓人以為此兩位醫家是否有學術或思想承襲的史實，根據筆者考據：劉純一生顛沛流離，出生於淮南吳陵，遷徙至關中，後卻移居敦煌張掖，跑過中國的一段橫截線；而汪昂祖籍休寧，後至麗水，大都在華東活動，其所接觸的醫學環境與臨床患者皆完全不同，而再考據兩位醫家各自的老師與醫學教育過程，簡單結論是目前沒有史料上強而有力的證據顯示兩位醫家有共同的宗派或是教育傳承，但若以寬一點的角度來說，則都可以說是承襲了張元素時代的藥物歸經與君臣佐使觀念。



## 第二節 依統計學方式探究方劑歸經理論運用的邏輯

而第三章則承襲了第二章中「劉純與汪昂的『方劑歸經』理論是否係出同源」的問題，進而先採用文字材料分析、分類、比較的傳統典籍研究方法，先對兩本富含「方劑歸經」紀錄的著作進行初步解構的動作。研究兩部著作當中紀錄「方劑歸經」的方式之後，可以很清楚地知道兩部著作紀錄的方式、對同一方劑的歸經紀錄都有不同之處。

第二章當中已經提過元·王好古《醫壘元戎》中已經透露出的「方劑歸經」潛在規則，第三章中則發現：到了劉純的時代，《玉機微義》則很可能默默地承襲了王好古、李東垣、張元素、韓祇和等的方劑歸經原型觀念，而鮮少談論自己為方劑歸經的邏輯。到了劉純時代的「方劑歸經」觀念，大致有這樣的規律：

(一) 至少擁有七套不同的歸經敘述系統。很可能還未擁有固定的歸經語言，也未決定歸經模式主要應採取哪一種表達方式。

使用方劑歸經的動機，很明顯是為了補足原方主治導向性不足的缺點。

(二) 全方的歸經，已經不單純地依照每一味組成藥物來加成，必定經過了某種未知的模式加以編碼與縮簡化。

(三) 「某某例藥」不一定等於「某某經藥」。繼承了金元時代《傷寒論》六經辨證決定某方歸經與靠藥物歸經決定方劑歸經的衝突。

劉純時代的「方劑歸經」模式，尚存在著某種程度的不精確性。對於同一方劑，前後文引用時曾經有不同歸經的紀錄。

(四) 某些章節因為談論之疾病，其病位意味很強，因此入某條經絡的機率大增，表示依照已知的方劑主治範圍也可以定出「方劑歸經」，多半是依照所治療疾病的基本病機認識所決定。

(五) 曾言「大凡用藥之雜，與品味之多者，難以細分經絡，當觀其大體如何」，表示對「方劑歸經」的寫作思路，就是觀察組成藥味的經絡傾向。

再到汪昂談論「方劑歸經」的時代，方劑歸經的模式已經簡化成幾乎只使用十二經絡之名來標註歸經，因此只要恰當第將之化為數字，是相當適合拿來做統計分析的材料，此亦即前文所提醫經醫史研究法的「計量法」，請參見[5-1-2]。

本文於前段曾提過，初步認為兩部著作僅具有傳承歸經模式的特色，卻對歸經的內容有不同的看法，再考量了研究材料適合分析與否的諸多問題，決定在第三章的後半段，對記錄模式較為單純、統一，並且全面的《醫方集解》，進行潛在思路的

分析，並且嘗試以初淺統計學的方式進行數理規則模型的驗證，其方法簡單來說，是在討論三個包含十二個數字的數列是否互相接近，第一個是真實的方劑歸經，假令其為[Y 數列]，其中共含有資料庫歸入十二經絡次數總和的十二個值；第二個是筆者利用不同方式（詳見三個資料庫中的條件）所預測的歸經，假令其為[Y'數列]，其中也含有預測歸入十二經絡次數總和的十二個值；第三個是隨機猜測的 Random 組，假令其為[Y''數列]，其中包含的便是隨機方式歸入十二經（理當平均分布）次數總和的十二個值。筆者檢驗的，不過是想證明筆者預測的[數列 Y']，接近真實的方劑歸經[Y]，而遠離隨機預測的[Y'']；運用的方法，則是類似 Multiple regression 法中，利用兩條曲線各點差的最小平方和來表示其最小距離的總平方和法(Total Sum of Square)。

結果在筆者分類的三個群組資料庫分析後發現：在 378 個方劑當中，去除了劑量不明、歸經不明的方劑之後，依照下列的潛在規則去除或是考量研究誤差之後，可以得到較好的結果：

- (a) 去除「足太陽經」歸經紀錄的影響。此說與宋金元以來針對外感疾病，醫家面臨著六經辨證與臟腑、六淫等不同辨證方式的衝突有關。
- (b) 方劑來源是《傷寒論》者，多半也受原來方劑所處的章節（某種程度被視為歸經）所影響，但亦有完全不考慮《傷寒論》原篇章者，其中選不選用「《傷寒論》篇章原則」的根本原因仍然未知，尚須等待繼續考查的結果。
- (c) 考量方劑名稱當中，也大程度地影響了醫家使用方劑的方向與主要作用，亦影響了汪昂標註「方劑歸經」的模式。
- (d) 方劑所處的章節，某種程度上代表了方劑作用與治療範圍的趨勢，因此亦某種程度地影響了「方劑歸經」的標註，因此某些章節有相對強勢的歸經存在。

採用「方劑中單一最大劑量藥物的歸經」預測全方的方劑歸經，僅只能達到 Sensitivity/Specificity=36.81%/79.81%的效果，顯示雖然方劑中劑量最大的藥物雖然在某種程度上可以預測汪昂標註方劑歸經的模式，但是僅能解釋一小部份。而同一資料庫（第一群組，詳見本論文第三章），去除歸入「足太陽經」與依照方劑歸經的統計平均數取歸經前兩位做預測，則可以達到更高水準的預測效率：Sensitivity/Specificity=46.86%/90.39%。

第二群組資料庫中，驗證了採用「方劑中組成藥物的歸經加總」之後所的的綜合歸經來預測方劑歸經，並且去除歸入「足太陽經」的方劑，與依照方劑歸經的統

計平均數取歸經前兩位做預測，則可以使資料庫的統計值達到 Sensitivity/Specificity=56.98%/94.80%的預測效率。

第三大群組，驗證了「方劑中組成藥物的歸經，加乘上其劑量的影響，加總所得歸經」來預測全方劑歸經的效率，也同樣並且去除歸入「足太陽經」的方劑，與依照方劑歸經的統計平均數取歸經前兩位做預測，則可以達到 Sensitivity/Specificity=63.44%/93.33%，PV+/PV-=0.67/0.92，而總平方和(Total Sum of Square)為 123，以及與隨機預測方劑歸經之比值為「0.2007」的結果。

因此筆者認為汪昂時代的「方劑歸經」，也體現了此理論相當複雜的潛在思路，實際上並未脫出前代包括王好古《醫壘元戎》或是劉純《玉機微義》所體現的「方劑歸經」原則，但是較前代「方劑歸經」邏輯不同的是：幾乎所有的方劑歸經都可以大致上符合「方劑歸經，主導由方劑組成藥物之歸經數列，加乘其劑量，然後加總得到的總歸經之最強勢兩位經絡」。

換言之，汪昂時代的「方劑歸經」，已經開始慢慢體現出「方劑歸經」的邏輯性，也可以藉之發展出新的方劑歸經法則，使之更有邏輯、更具推論未知方劑的特性、與預測新方劑歸經的作用。

### 第三節 方劑歸經重要著作《玉機微義》之日本流傳考究

本文第四章則為「方劑歸經」理論的另一個次子題研究，此章節的內容與「方劑歸經」理論本身的闡釋或是運用等方面，並沒有很直接的關連，而是與記載者這套理論的第一本著作《玉機微義》流傳到日本的狀況有關。筆者藉比較明初時期中國承襲金元時代並且逐漸穩定發展的學風，與室町時期日本甫習李朱學說並且逐漸將中國醫學日本化的氣氛，發現日本的重要醫學中興者——田代三喜，以及其二代傳人曲直瀨道三、三代傳人曲直瀨玄朔等，皆相當重視《玉機微義》一書，並且將之視為傳承的重要醫籍、教導學徒的重要課本。在這樣的情況下，考究「方劑歸經」的觀念，是否也流傳到日本的醫學界，有沒有造成影響，便成為本章節最重要的一個目的。結果發現，日本醫學界雖然重視《玉機微義》並且在曲直瀨道三《啓迪集》中引用次數高達 404 次，與虞搏《醫學正傳》共為引用次數之伯仲；但是在承襲《玉機微義》詳加整理考據明朝之前醫學的廣博之後，卻未見對「方劑歸經」這特殊的現象有所延用或發揮的現象。而未承襲「方劑歸經」的原因，顯然與《啓迪集》的寫作重心在敘述並因病機而提出相對應的治療方向，並非著重於討論方劑所致。

在第四章的後半段，筆者亦針對前半段了解日本醫學界未繼承《玉機微義》為方劑標註歸經的觀念之後，而產生「《啓迪集》如何從《玉機微義》或亦宗丹溪的《醫學正傳》當中，繼承中國金元時期的醫學觀念」之疑惑，進行了內容與架構上的比對。此中，《啓迪集》是一部可以代表曲直瀨道三思想、與後世醫方派醫學水準巔峰的日本醫學典籍。並且以《啓迪集·斑疹門》為例，敘述其結構並證明其引用的結構與論述方式，幾乎都傳承自中國的這兩部醫書。

總結《啓迪集》中可能繼承中國李朱學派醫著的部份，可以簡單以數點說明：（此部分亦可以參見【表 4.5.1】與相關段落的詳細論述）

- (1) 由每一病門當中小章節的名稱寫法來看，日本《啓迪集》承襲了劉純《玉機微義》的章節語法，以「提綱式的小標題」來提示每一病門最需要重視的疑問點與重要經驗，因為標題醒目而且關鍵，容易引發讀者注意與閱讀的興趣；
- (2) 小標題內的醫論，就其鋪陳方式而言，《啓迪集》引用《玉機微義》與《醫學正傳》之宋金元名醫醫論的情況極為類似，但《啓迪集》傾向較多引用丹溪、較重視丹溪治法的特色，與《醫學正傳》頗為相近；
- (3) 從方劑的記錄模式與結構而言，《啓迪集》與《醫學正傳》類似。
- (4) 對於方劑的注解方式而言，《啓迪集》幾乎不對方劑做註解，全書以醫論為主，在醫論中提及方劑的機會，都是來自於引用的經典，並未進一步加以詮釋，也因此並沒有繼承《玉機微義》的獨特分類與理論、觀念。簡言之，《啓迪集》中並未繼承《玉機微義》的「方劑歸經」。
- (5) 從紀錄自己驗案的部份而言，《啓迪集》則很少提及，大約是在其他曲直瀨道三的著作中才可見到，此屬於《醫學正傳》的特色，不過顯然並沒有在《啓迪集》中獲得繼承。

對於第四章節的發現，某種程度上將「方劑歸經」的題目，擴展到了中日醫學交流的領域，此中當然還有許多題目可以繼續研究與專文討論，這些工作則留待未來有興趣之學者了。

#### 第四節 薛己使用「重方」與方劑歸經理論之實際運用

如果說第四章探討《玉機微義》與「方劑歸經」再日本的流傳狀況，是對「方劑歸經」的延伸探討；那麼第五章就是對「方劑歸經」嘗試舉出臨床使用的名醫經驗了；第四章是「方劑歸經」理論的延伸，第五章則是「方劑歸經」的實際運用。

本論文依據指導老師陳榮洲教授的臨床經驗，選定明朝薛立齋作為探討的核心，其中最大的理由就是，薛己擁有大量臨床使用二個或以上的方劑，來處理兩個或以上病機的經驗，並且將之記錄在其專門討論內科的著作《內科摘要》當中。

本文先找到歷史上使用兩個或兩個以上方劑作為處方的現象，曾經有古代醫家稱之為「重方」，進而考據《素問·至真要大論》當中「重方」的源流與後世的運用，並且發現在元朝成無己便將《素問》裡的這些方劑組成的原則，獨立討論並且首度使用「七方」之名，而清朝唐容川也解釋《內經》中所謂的「重方」就是「複方」之義，也就是說，同時在一個處方中使用兩個以上的方劑。這便為以往不知其所以名的「多方處治模式」做了「正名」的工作。簡言之，貫串本文第二章到第五章，引發本文研究興趣的開端，就是因為臨床上許多醫師會在一個處方當中同時運用多個方劑，但卻沒有很嚴謹的思路來解釋這樣處方的合理性，更甚地，不曉得歷史上有無醫家如此處方而得到效果的佐證，筆者在此第五章的開頭，便為這樣的現象做考究，並確定這便是《內經》時期所稱的「重方」，因此全文便以「重方」來立題、解題並且接著開展論述。在考據的過程中，雖然《素問·至真要大論》中只說明了很簡要的原則：「奇之不去則偶之，是謂重方」，但是在考據成無己以及後世幾位醫家對此學說的解釋，都是間接地在確立著「不同的病機同時存在，便合用針對兩個病機的方劑」的首要準則。

在接下來的段落當中，整理了明朝薛己學術上的特色——「溫補脾腎」，並且藉由間接證據推論其師承大約是來自於易水學派的張元素、李東垣與王好古。並且選定《內科摘要》這部薛己專門論述內科治療經驗，並且是完全自力撰寫的著作，其中的所有醫案，存在有相當明顯的「重方」線索。根據筆者的統計：

- (1) 《內科摘要·卷上》中，使用單一方劑作為主治的共 146 個醫案中，「補中益氣湯、六味丸或八味丸、六君子湯與十全大補湯」出現 84 次，此五個方劑出現為主治方劑的比率為所有使用單一方劑醫案（共 146 案）的 57.53%。依次列出，則是補中益氣湯為全卷主方的比例為 17.12%；六(八)味地黃丸為 11.64%；六君子湯為 21.92%；十全大補則為 6.85%；
- (2) 《內科摘要·卷下》中，使用單一方劑作為主治的共有 93 個醫案，其中「補中益氣湯、六味地黃丸、八味地黃丸、十全大補與歸脾湯、八珍湯」出現 69 次，此六個方劑出現為主治方劑的比率為所有使用單一方劑醫案（共 93 案）的 74.19%。依次列出，則是補中益氣湯為全卷主方的比例為 20.43%；六(八)味地

黃丸爲 36.56%；十全大補湯爲 8.60%；歸脾湯爲 4.30%；八珍湯則爲 4.30%。

(3) 總計全書共有 77 個「重方」醫案，上下兩卷使用單一方劑爲主治的有 239 個醫案（上卷 146 個醫案、下卷 93 個醫案），大約總醫案數爲 312 個，使用「重方」比例爲 24.68%，其餘爲使用單一方劑作爲主治的醫案。其中有兩個醫案同時使用了三個方劑，有一醫案使用了兩種湯劑，其餘 73 個「重方」，基本架構都是「某某丸與某某湯併用」。

然而，筆者根據薛己在《內科摘要》全書所有醫案中使用「重方」的邏輯，可以得出薛己使用「重方」的原則如下：

(i) 運用時機：有兩個以上的病機，無法用現有的一個方劑達到療效。

(ii) 基本模式：「一丸劑」配合「一湯劑或散劑」。

(iii) 使用標的：多在於調治本源。通常是「肝肺脾腎陰陽不足」的本虛之證。

接續著薛己運用「重方」是根源於不同的病機，所以合用不同方劑於一個處方的結論，筆者再將「重方」中兩種服藥的方式獨立出來討論：「朝夕服藥法」與「一日三時服藥法」。此則是運用《素問·金匱真言論》中的天地陰陽對應人體的陰陽，其最大的目的，就是要提升藥物補養人體陰陽的效率，在陽氣漸生的時間補養陽氣，在陰氣漸長的時間滋養陰分。雖然歷史上多稱薛己爲「朝夕補養法」的始祖，但本文已經提出反駁，筆者認爲最早使用「重方」的歷史證據至在宋朝劉昉《幼幼新書》就已經出現，但是就使用的技巧與頻率而言，薛己堪稱爲一代大家絕不爲過。

最後，回歸本論文前兩章的核心理論「方劑歸經」，筆者認爲薛己使用「重方」現象的頻率與臨床動機，可以說是「方劑歸經」理論的實際運用，雖然就學理上的考據，明代中後葉的薛己使用「重方」，與明代初期的劉純發展出「方劑歸經」應無直接承襲的關係；但是對於日後研究「方劑歸經」運用的學者，薛己眾多的「重方」醫案，與明白地在有數個病機便使用數個方劑的處方規律，就會變成爲了必定要研究的現象了。因此，薛己的「重方」模式，可以是大量提供研究「方劑歸經」運用的重要參考文獻了。

## 第五節 本論文最重要的結構、意涵與期許

總結本論文的結構如下：

- (1) 本論文第二章考據「方劑歸經」的發展源流，主導醫家與著作、版本等。並考據提倡的兩位主要醫家是否有學術繼承的淵源。
- (2) 第三章針對兩本著作深入分析其邏輯與潛在思路，後選定邏輯性較高的《醫方集解》做為資料庫分析的底本，進行一系列統計學的分析，最後歸納出一套可以簡單了解並進行運用的邏輯規則。
- (3) 第四章，旁開次子題，將《玉機微義》流傳到日本的狀況盡所能地考據清楚，並觀察「方劑歸經」是否有為日本的醫學界所繼承。
- (4) 第五章，則討論「方劑歸經」的運用，根據指導教授的寶貴研究經驗，鎖定薛己《內科摘要》做為臨床運用的展示，筆者一併研究了其「重方」模式的源流與使用規律，並評論薛己使用「重方」的現象與「方劑歸經」的關連。

雖然本論文架構簡單如此卻冗言近十五萬字，但需要進一步研究的部分還很多，需要進一步考據的論點也很多，筆者期望未來還有學者願意投入研究古代的方劑理論，可以為未來中醫方劑學的發展做出歷史性、不可磨滅的貢獻。

註一：關於日本學術傳習中國文化而少有創新，後藤昭雄在《日本古代文學與中國文學》中這麼講過：「長達一千五百年的中國研究史，是與日本文化的開創何發展緊密聯繫的。尤其在近代以前，可以毫不誇張地說，完全拋開中國學術史，便沒有完整的日本學術史可言。……<sup>228</sup>」

## 參考文獻

文獻引用格式採用國立中國醫藥研究所《中醫藥雜誌》之稿約格式

- 1 程之范，醫生為什麼要有醫學史知識，中華醫史雜誌 29(1)，56-58，1999。
- 2 王三虎、張文、鄭文，醫學史研究方法，醫學與哲學 20(8)，27-29，1999。
- 3 耶日·托波爾斯基著、張家哲等譯，歷史學方法論，華夏出版社，北京 pp. 465，1990。
- 4 程之范，21世紀應該關注中西醫學史的比較研究，中華醫史雜誌 31(2)，67-68，2001。
- 5 張文，深化孫思邈研究的必由之路—評《120首千金方研究》，中華醫史雜誌 28(2)，127，1998。
- 6 辛智科，論考古學與醫學史研究，陝西中醫 18(9)，426-427，1997。
- 7 黃焱、劉盈，醫學史教學的調查分析，中國高等醫學教育 2，61，2001。
- 8 朱建平，近五年來中國的醫學史研究，中華醫史雜誌 34(1)，54-59，2004。
- 9 陳榮洲，分子方劑學的理論與臨床研究，J Chin Med 12(2)，69-80，2001。
- 10 江克明，談汪昂的方劑歸經學說，安徽中醫學院學報 8(2)，49-51，1989。
- 11 吉陽、宋秀珍，「歸經」理論淵源初探，吉林中醫藥 1，2-3，1999。
- 12 楊家駱主編，增補珍本醫書集成·第二十三冊·醫醫偶錄(陳修園著)·卷二，世界書局印行，pp. 45-88，1971。
- 13 董江濤，歸經理論體系的形成，中國醫藥學報 12(2)，13-15，1997。
- 14 (明)徐用誠原著、(明)劉純增補、姜典華主編，劉純醫學全集·劉純醫學學術思想研究，中國中醫藥出版社，北京 pp. 533-539，1999。
- 15 甄仲、秦玉龍，《醫方集解》對祖國醫學的貢獻，吉林中醫 23(7)，1-2，2003。
- 16 同文獻 11。
- 17 (唐)王冰注釋、(宋)高保衡校正，黃帝內經素問(附靈樞)，文光出版社，台北(唐寶慶元年本)，素問卷七，pp. 72-73，1975。
- 18 同文獻 17，靈樞卷九，pp. 353-354。
- 19 (梁)陶弘景集，名醫別錄，人民衛生出版社，北京 pp. 201，pp. 312，1986。
- 20 (唐)孟詵原作、張鼎增補，食療本草，人民衛生出版社，北京 pp. 124，1984。
- 21 周海虹，論歸經，湖南中醫學院學報 20(4)，44-46，2000。
- 22 (北宋)蘇軾、沈括著、王雲五編，蘇沈良方·旅舍備要方，商務出版社 卷上，pp. 82，1939。
- 23 (宋)寇宗奭，本草衍義重刊，華夏文獻資料出版社，台北 卷七，pp. 3，1987。
- 24 同文獻 21。
- 25 (金)張元素，醫學啟源，人民衛生出版社，北京 pp. 158-162，1978。
- 26 (明)李時珍著，本草綱目，新文豐，台北 pp. 427，1987。
- 27 李玉清，略論李時珍對歸經學說的貢獻，天津中醫學院學報 2(1)，7-8，2003。
- 28 李華貴、楊文宏、王衛群，中藥歸經探原，新疆中醫藥 20(2)，34-35，2002。



- 
- 29 同文獻 26。
- 30 同文獻 26，卷三，pp. 63。
- 31 (金)張元素，醫學啟源，人民衛生出版社，北京 pp. 162，1978。
- 32 同文獻 26，卷三，pp.62。
- 33 同文獻 26，卷三，pp.62。
- 34 同文獻 27。
- 35 同文獻 26，卷四十七，pp.1043。
- 36 陳力、黃新建，從《萬物》和《五十二病方》看春秋戰國時期藥物學發展狀況，湖南中醫學院學報 17(2)，3-5，1997。
- 37 劉學華，方劑學發展溯源，湖南中醫藥導報 8(12)，714-718，2002。
- 38 馬王堆帛書整理小組，馬王堆漢墓帛書·五十二病方，文物出版社，北京 pp. 94-96，1979。
- 39 同文獻 36，3-5。
- 40 張家韓、魯兆磷，方劑學發展溯源，中國中醫藥信息雜誌 8(3)，6-8，2001。
- 41 (漢)班固撰、(唐)顏師古注、顧實講疏，漢書藝文志講疏，廣文書局，台北 pp. 245-253，1970。
- 42 同文獻 13，素問·病能論卷十三，pp. 123。
- 43 同文獻 37，714-718。
- 44 同文獻 40，6-8。
- 45 同文獻 26，卷十五，pp. 438-439。
- 46 同文獻 14，卷三，pp. 245-246。
- 47 同文獻 9，69-80。
- 48 項長生主編，汪昂醫學全集·汪昂醫學學術研究，中國中醫藥出版社，北京 pp. 107-124，1999。
- 49 同文獻 48，一卷·補養之劑，pp. 107-124。
- 50 同文獻 14，卷三，pp. 143。
- 51 同文獻 48，四卷·利濕之劑，pp. 225。
- 52 同文獻 48，四卷·利濕之劑，pp. 228。
- 53 同文獻 48，四卷·利濕之劑，pp. 231。
- 54 同文獻 9。
- 55 (清)曹炳章編，中國醫學大成·續集·醫壘元戎·卷三，上海科學技術，上海 pp. 170-172，2000。
- 56 同文獻 55，卷四，pp. 236-237。
- 57 同文獻 55，卷三，pp. 172-173。
- 58 同文獻 55，卷三，pp. 173-174。
- 59 同文獻 55，卷二，pp. 136-137。
- 60 同文獻 55，卷二，pp. 87。
- 61 同文獻 55，卷四，pp. 246-247。
- 62 同文獻 55，卷十一，pp. 852。
- 63 同文獻 55，卷四，pp. 227-228。
- 64 同文獻 55，卷六，pp. 384-386。
- 65 同文獻 14，劉純醫學學術思想研究，pp. 533-539。

- 66 杜敏，館藏明刻本《玉機微義》述略，天津中醫學院學報 17(1)，31-32，1989。
- 67 同文獻 14，劉純醫學學術思想研究，pp. 533-539。
- 68 任雨笙、顧建河、龔純，明代醫家劉純生平初探，中華醫史雜誌 30(3)，155-157，2000。
- 69 臧勵齋主編，中國人名大辭典，臺灣商務出版，台北 pp. 1461，1979。
- 70 程光裕、徐聖謨，中國歷史地圖集（一）·明代圖，中華文化出版事業委員會，台北 pp. 46，1955。
- 71 同文獻 14，雜病治例序，pp. 467。
- 72 同文獻 70，pp. 46。
- 73 同文獻 14，雜病治例序，pp. 467。
- 74 二十五史·明史（二）·景印清乾隆武英殿刊本，藝文印書館，台北 第九十八卷·志十五·藝術類，pp. 1070。
- 75 同文獻 69，pp. 779。
- 76 同文獻 14，玉機微義·劉純序，pp. 75。
- 77 同文獻 14，玉機微義·楊士奇序，pp. 73。
- 78 同文獻 14，玉機微義·莫士安序，pp. 74。
- 79 同文獻 26，卷十五，pp. 438-439。
- 80 同文獻 14，雜病治例序，pp. 467。
- 81 同文獻 69，pp. 1032。
- 82 同文獻 48，汪昂醫學學術研究，pp. 533-548。
- 83 同文獻 69，pp. 476。
- 84 (清)方崇鼎、何應松等纂修，安徽省休寧縣志，成文出版社，台北（國立台中圖書館特藏），1966。
- 85 田代華、李懷芝，汪昂與《醫方集解》，山東中醫藥大學學報 29(3)，217-219，2005。
- 86 《四庫禁燬書叢刊》編纂委員會編，四庫禁燬書叢刊·集部(二)，北京出版社出版發行，北京 第 50 冊(東海大學藏書)，2000。
- 87 吳曼衡，《醫方集解》體例對方劑學科分化的影響，中醫教育 15(6)，58，1996。
- 88 湖北省中醫藥研究院編，經史百家醫錄，廣東科技出版社 63，1986。
- 89 (清)陳夢雷編，古今圖書集成·醫部全錄·卷五百八·醫術名流列傳，人民衛生出版社 pp. 178，1991。
- 90 吳黼堂評註、(宋)陳無擇著，陳無擇三因方，旋風出版社 卷之四卷之五，1973。
- 91 李玉清，成無己生平及《註解傷寒論》撰注年代考，中華醫史雜誌 21(4)，249-251，1997。
- 92 (明)吳昆著、洪清山校註，醫方考，中國中醫藥出版社，北京 pp. 1-5，1998。
- 93 同文獻 48，醫方集解·凡例，pp. 92-94。
- 94 王樹歧、李經緯等合著，古老的中國醫學—中國醫學編年史研究，緯揚文化，台北 pp. 273-274，1990。
- 95 同文獻 9。
- 96 永榕等，四庫全書總目提要·上，中華書局 pp. 885，1965。
- 97 同文獻 66，31-32。

- 98 同文獻 14，劉純醫學學術思想研究，pp. 523。
- 99 同文獻 14，玉機微義·卷之一·中風門，pp. 113-123。
- 100 同文獻 14，玉機微義·卷之三·傷風門·辛溫解表之劑，pp. 128。
- 101 同文獻 14，玉機微義·卷之十一·暑門·溫散之劑，pp. 200。
- 102 同文獻 14，玉機微義·卷之九·熱門·寒熱之劑，pp. 187。
- 103 同文獻 14，玉機微義·卷之九·熱門·寒熱之劑，pp. 182。
- 104 同文獻 14，玉機微義·卷之十三·燥門·治熱之劑，pp. 208。
- 105 同文獻 14，玉機微義·卷之一·中風門·發表之劑，pp. 117-118。
- 106 同文獻 14，玉機微義·卷之十三·燥門·治風之劑，pp. 208。
- 107 同文獻 14，玉機微義·卷之二十·積聚門·消導之劑，pp. 288-289。
- 108 同文獻 14，玉機微義·卷之五·滯下門·補劑，pp. 150。
- 109 同文獻 14，玉機微義·卷之八·咳嗽門·臟腑湯液諸方，pp. 172。
- 110 同文獻 14，玉機微義·卷之十四·寒門·附虛寒溫經諸方，pp. 222-223。
- 111 同文獻 14，玉機微義·卷之二十·積聚門·五臟積方，pp. 287-288。
- 112 同文獻 14，玉機微義·卷之十五·瘡瘍門·辛溫發散之劑·十六味流氣飲，pp. 233。
- 113 同文獻 14，玉機微義·卷之九·熱門·論五臟有邪身熱各異，pp. 175。
- 114 同文獻 14，玉機微義·卷之九·熱門·火熱之劑，pp. 187。
- 115 同文獻 14，玉機微義·卷之十·火門折制之劑，pp. pp. 194。
- 116 同文獻 14，玉機微義·卷之九·熱門瀉諸經實熱方，pp. 184。
- 117 同文獻 14，玉機微義·卷之十三·燥門治風之劑，pp. 208。
- 118 同文獻 14，玉機微義·卷之三十·牙齒門論牙齒諸痛所因，pp. 350。
- 119 同文獻 14，玉機微義·卷之五·滯下門，pp. 146。
- 120 同文獻 14，玉機微義·卷之九·熱門治虛熱升陽之劑，pp. 184-185。
- 121 同文獻 14，玉機微義·卷之十五·瘡瘍門辛涼發散之劑·當歸拈痛湯，pp. 231。
- 122 (清)吳謙，醫宗金鑒(上)，人民衛生出版社，第2版，北京 pp. 729，1982。
- 123 李經緯、林昭庚主編，中國醫學通史·古代卷，人民衛生出版社，北京 pp, 603，2000。
- 124 同文獻 15。
- 125 同文獻 48，醫方集解·二卷·發表之劑，pp, 138。
- 126 同文獻 15。
- 127 同文獻 48，醫方集解·一卷·補養之劑，pp, 111。
- 128 同文獻 48，醫方集解·一卷·補養之劑，pp, 118。
- 129 同文獻 48，醫方集解·四卷·祛寒之劑，pp, 204。
- 130 同文獻 48，醫方集解·五卷·瀉火之劑，pp, 259。
- 131 同文獻 92，卷之三·火門，pp, 61。
- 132 同文獻 48，醫方集解·二卷·和解之劑，pp, 170。
- 133 同文獻 48，醫方集解·三卷·祛風之劑，pp, 199。
- 134 同文獻 48，醫方集解·四卷·祛寒之劑，pp, 201。
- 135 同文獻 48，醫方集解·六卷·癰瘍之劑，pp, 293。
- 136 同文獻 48，醫方集解·一卷·發表之劑，pp, 137。

- 137 同文獻 48，醫方集解・一卷・補養之劑，pp, 124。
- 138 同文獻 48，醫方集解・一卷・補養之劑，pp, 113。
- 139 同文獻 48，醫方集解・五卷・瀉火之劑，pp, 254。
- 140 同文獻 48，醫方集解・三卷・理血之劑，pp, 183。
- 141 (元)朱震亨撰、浙江省中醫藥研究院文獻研究室編校，丹溪醫集・丹溪心法，人民衛生出版社，第二版，北京 pp. 141，2000。
- 142 同文獻 66。
- 143 (日)矢數道明，近世漢方医学史—曲直瀨道三とその学統・後世派医学（金元李朱医学）の特質について，株式会社名著出版，東京 pp. 27，昭和五十七年(1993)。
- 144 (日)小泉榮次郎著，日本漢方醫藥變遷史，國書刊行會，東京 pp. 63-66，昭和 52 年(1988)。
- 145 (日)真柳誠，日本江戸時期傳入的中國醫書及其和刻，中國科技史料 232-254，2002。
- 146 靳士英、靳朴，明代六部綜合性醫書的傳日及其影響，中華醫史雜誌 29(3)，131-135，1999。
- 147 同文獻 146。
- 148 同文獻 146。
- 149 同文獻 146。
- 150 同文獻 143，曲直瀨道三とその学統・後世派医学（金元李朱医学）の特質について，pp. 21。
- 151 同文獻 143，曲直瀨道三とその学統・後世派医学（金元李朱医学）の特質について，pp. 61。
- 152 同文獻 143，曲直瀨道三，pp. 176-180。
- 153 同文獻 143，曲直瀨道三とその学統・曲直瀨玄朔，pp. 210-211。
- 154 同文獻 143，曲直瀨道三とその学統・後世派医学の受容と發展 pp. 176-180。
- 155 同文獻 143，曲直瀨道三とその学統・後世派医学の受容と發展，pp. 28-29。
- 156 同文獻 14，玉機微義・卷之九・熱門・論諸發熱病因不同，pp. 179-180。
- 157 同文獻 143，曲直瀨道三とその学統・後世派医学の受容と發展，pp. 178。
- 158 同文獻 143，pp. 120-121。
- 159 (日)曲直瀨道三原著、矢數道明監譯，啟迪集（下）・所從証經籍（『啟迪集』の典拠文献）解説，株式会社思文閣出版 pp. 787-788，1995。
- 160 (日)安井廣迪，中醫各學派對日本醫學的影響，天津中醫 19(3)，63-65，2002。
- 161 (日)曲直瀨道三原著、(日)矢數道明監譯，啟迪集（上）・自序，株式会社思文閣出版，東京 pp. 11-12，1995。
- 162 同文獻 143，pp. 149。
- 163 同文獻 161，卷一・中風門，pp. 53-54。
- 164 同文獻 160，pp. 63-65。
- 165 張成博、趙延坤，虞搏及其學術思想探析，山東中醫學院學報 20(5)，345-347，1996。
- 166 (明)虞搏，醫學正傳・凡例，新文豐，台北 景印中央圖書館珍藏善本・明萬曆間金陵三山書舍潭城劉希信修補本 pp. 7-9，1981。

- 167 同文獻 159，卷五·癩疹門，pp. 455-457。
- 168 同文獻 160，63-65。
- 169 同文獻 160，61。
- 170 同文獻 17，素問卷二十二，pp. 233。
- 171 (清)曹炳章編、裘沛然審，中國醫學大成(四)·傷寒明理論，牛頓出版社，台北，卷下·藥方論序，pp. 1，1990。
- 172 (清)唐容川、秦伯未重校，中西匯通醫書五種·醫經精義，力行出版社，台北下卷·七方十劑，pp. 51，1963。
- 173 (明)張景岳，景岳全書·傳忠錄·論治篇，中國中醫藥出版社，北京 pp. 13，1994。
- 174 (明)薛己原著、盛維忠等編，薛立齋醫學全書·內科摘要，中國中醫出版社，北京 卷上元氣虧損內傷外感等症二 pp. 6，1999。
- 175 同文獻 174，薛立齋醫學學術思想研究，pp. 1105。
- 176 同文獻 174，薛立齋醫學學術思想研究，pp. 1093-1094。
- 177 同文獻 174，薛立齋醫學學術思想研究》，pp. 1106。
- 178 韓向東、趙莉，薛己《內科摘要》學術思想探析，遼寧中醫學院學報 7(4)，351-353，2005。
- 179 同文獻 174，內科摘要·卷上·飲食勞倦虧損元氣等症二，pp. 7。
- 180 同文獻 174，內科摘要·卷上·命門火衰不能生土等症五，pp. 10-11。
- 181 同文獻 174，內科摘要·卷上·命門火衰不能生土等症五，pp. 10-11。
- 182 同文獻 174，內科摘要·卷上·飲食勞倦虧損元氣等症二，pp. 8。
- 183 錢會南，薛立齋血証論治特色探析，上海中醫藥雜誌 8，28-30，1994。
- 184 同文獻 174，內科摘要·卷下·肝脾腎虧損頭目耳鼻等症五，pp. 23。
- 185 同文獻 174，內科摘要·卷下·肝脾腎虧損頭目耳鼻等症五，pp. 23。
- 186 同文獻 174，內科摘要·卷上·元氣虧損內傷外感等症一，pp. 6。
- 187 同文獻 174，內科摘要·卷下·肝腎虧損血燥結核等症二，pp. 21。
- 188 同文獻 17，素問卷一，pp. 16-18。
- 189 劉進虎，薛己朝夕分補法在小兒腎病綜合徵治療中的引申應用，中國中醫藥信息雜誌 7(12)，15，2000。
- 190 項祺，論薛己對《內經》治則學說的發揮，山西中醫 13(5)，1-3，1997。
- 191 同文獻 174，癘瘍機要·卷上·變證治法，pp. 352。
- 192 同文獻 174，內科摘要·卷上·飲食勞倦虧損元氣等症二，pp. 8。
- 193 同文獻 174，內科摘要·卷下·各症方藥，pp. 369。
- 194 (宋)劉昉撰，幼幼新書，人民衛生出版社，北京 卷第二十六·疳熱第一，pp. 1010，1987
- 195 馬華、薛秦，師承新編——丸藥疊方治療慢性腹瀉 50 例臨床經驗，山西中醫 15(2)，35，1994。
- 196 同文獻 174，內科摘要·卷下·肝脾腎虧損頭目耳鼻等症五，pp. 23。
- 197 (明)趙獻可著、陳永萍校註，醫貫，學苑出版社，北京 卷之三·絳雪丹書·論血症，pp. 59，1996
- 198 同文獻 174，內科摘要·卷上·脾肺虧損咳嗽痰喘等症十一，pp. 18。
- 199 同文獻 174，內科摘要·卷下·肝脾腎虧損頭目耳鼻等症五，pp. 23。

- 200 同文獻 174，癘瘍機要·卷下·兼症治法，pp. 350。
- 201 謝文光、廖雲龍、劉建青，中醫配方學，中國醫藥科技出版社，第 1 版，北京 4，2000。
- 202 唐曉頗、范永升，試論方劑學研究中的若干問題，浙江中醫學院學報 26(3)，9-10，2002。
- 203 同文獻 15。
- 204 同文獻 14，劉純醫學學術思想研究，pp. 533-539。
- 205 董江濤，歸經理論體系的形成，中國醫藥學報 12(2)，13-15，1997。
- 206 同文獻 11，2-3。
- 207 傅芳，中國古代醫學史研究 60 年，中華醫史雜誌 26(3)，162-169，1996。
- 208 同文獻 207，163-164。
- 209 (明)李時珍，本草綱目，オリエント出版社，金陵本 第四冊·第十七卷·草之六，pp. 65，1992。
- 210 王勇、劉志強、宋鳳瑞、劉淑瑩，附子配伍原則的電噴霧質譜研究，藥學學報 Acta Pharmaceutica Sinica 38(6)，451-454，2003。
- 211 (元)李東垣著、王今覺點校，用藥珍珠囊，中國醫藥科技出版社 第二章·藥象氣味主治法度，pp. 19，1998。
- 212 (元)王好古，湯液本草，華夏文獻資料出版社，台北 卷中草部，pp. 100，1987。
- 213 同文獻 209，第四冊·第十七卷·草之六，pp. 7。
- 214 (明)繆希雍著、王雲五主編，明綠君亭刊·神農本草經疏，台灣商務印書館，景印岫廬現藏罕傳善本叢刊，台北 卷十，pp. 16-21，1973。
- 215 (明)杜文燮著、焦耿芳校，藥鑑，商務印書館，台北 卷二，pp. 93，1976。
- 216 同文獻 48，本草備要·卷一，pp. 361。
- 217 (清)張璐撰、趙小青、裴曉峰校注，本經逢原，中國中醫藥出版社，北京 卷二·毒草部，pp. 96，1996。
- 218 (清)黃宮繡，本草求真，宏業圖書印行，台北 卷四·瀉劑·瀉熱，pp. 171-173，1974。
- 219 (清)嚴潔、施雯、洪煒全撰，得配本草，中國中醫藥出版社，北京 卷三·草部·毒草類二十七種，pp. 105，1997。
- 220 (清)葉天士，本草經解，五洲出版社，台北 卷二·草部二，pp. 61，1984。
- 221 同文獻 218，凡例，pp. 5。
- 222 同文獻 209，第四冊·第十七卷·草之六，pp. 10。
- 223 張心夷，辨證論治話「重方」，光明中醫 15(86)，19-20，2000。
- 224 同文獻 209，卷上·序例·七方，pp. 38。
- 225 (清)陳士鐸，本草新編，中國中醫藥出版社，北京 七方論，pp. 7-14，1996。
- 226 王立人，復方探析，中國醫藥學報 14(4)，6-9，1999。
- 227 王立人，探復方之妙、論制方之理，浙江中醫學院學報 23(4)，9-10，1999。
- 228 (日)後藤昭雄著、高兵兵譯，日本古代漢文學與中國文學，中華書局，北京 pp. 1，2006。

# RESEARCHES OF FORMULA RECIPES CHANNEL ENTRY THEORY

## ABSTRACT

Channel Entry Theory of Formula Recipes(CETFR) was a rarely understood and discussed hypothesis in the development of prescription formulology. By means of cross searching into both history of Herbal Channel Entry Theory(HCET) and Formula Recipes, the developing processes of CETFR can be clearly shown, which raised only in early Ming and early Qing dynasty. Results of Chapter 1: Broached by Liu-Cun in early Ming dynasty, CETFR was developed from HCET. About 200 years later, Wangh-ang in early Qing dynasty broadened the depth and connotation of CETFR and made it the most special characteristics of his writings. Up to now, there is no definite evidence to confirm the relationship between these two medical practitioners which remarked on similar contents about CETFR in deferent times. But in general speaking, what can be sure is that two medical practitioners both follow after HCET of Yuan-Su Chang, Tung-Yuan Li and Hau-Gu Wnag in Jin-Yuan dynasty. Analyzing the characteristics and implications with statistical methods after establishing the Formula database of Yi-Fang-Chi-Chieh, main regulations of CETFR can be confirmed. Regulations contained at least: (1)every channel entry of formula recipes, is mainly constructed by the sum of composing herbal channel entries multiplied by its dosage, and in the final summation channel entries, the 2 superior dominant channel entries are most powerful for predicting actual channel entry of every formula. (2)Formulas adapted from Shang-Han-Lun in East Han dynasty, to a certain extent the ancient chapter in original classics they belonged, can affect their channel entry in Yi-Fang-Ji-Chieh. (3)The denominations of formula which contains words such as Kan(肝)、Hsin(心)、P'i(脾)、Fei(肺)、Shen(腎)、Mu(木)、Huo(火)、T'u(土)、Jing(金)、Shiu(水)and so forth, can affect their channel entry. This analyzing methods and conclusions we developed may have the potentials to predict the unknown effects of a newly constructed formula. In the following chapter 3, describing the circulation of Yu-Chi-Wei-Yi in Japan in early Ming dynasty and how this writing affect the medical

concepts of medical practitioners there are the most important topics. At the same time, to observe whether the CETFR was adopted in Japan or not is the other goal. Results was that the medical practitioners followed the medical theories about how disease arises and the methods of recording different thoughts about one pathogenesis pathway, but did not follow CETFR. The reasons should be the classics of Japan, Ch'i-Ti-Chi put emphasis on discussing how disease arises and the practical treatments, and less on the classifications or the fine characteristics of every formula. As for the practical applications of CETFR, there was no medical practitioner in history avowed that their prescriptions were made by CETFR actually. However, on the basis of experiences of my main professor, the writing, Nei-K'o-Chai-Yao of Hsueh-Chi in middle Ming dynasty ever had the records of using two or more formulas in single prescription, and may be the clinical demonstrations of CETFR. Results showed that the phenomenon of using multiple formulas in single prescription should based on the medical concepts of "Multiple pathogenesis or causes, multiple formulas with different functions used." And to some extent, this could be the applications of CETFR when choosing the formulas with different functions of treatment for complex pathogenesis.

**Key Words: Channel Entry Theory of Formula Recipes(CETFR), Yu-Chi-Wei-Yi, Yi-Fang-Chi-Chieh, Chinese and Japanese medicine, Nei-K'o-Chai-Yao**