

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.19.015

基于“气火失衡”的慢性阻塞性肺疾病病机与治疗探析

刘顺治^{1,2}, 崔红生[✉], 弓雪峰³

1. 北京中医药大学第三附属医院, 北京市朝阳区安定门外小关街 51 号, 100029; 2. 北京中医药大学; 3. 首都医科大学附属北京朝阳医院

[摘要] 从“气火相关”的角度探讨慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 的基本病机特点及分阶段防治思路。认为“气火失衡”是 COPD 的核心病机, 并提出 COPD 早期病机为邪阻肺气、郁火伤络, 稳定期病机为元气亏虚、阴火内生, 急性加重期病机为邪聚火盛、壮火食气。针对不同阶段的病机特点提出分阶段防治策略, 即早期疏调气机、透散郁火, 稳定期益气生金、制伏阴火, 急性加重期泻火破窠、保元固本。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 气火失衡; 阴火

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是临床多发的慢性呼吸系统疾病, 主要表现为持续性、进行性加重的气流阻塞, 具有低知晓率、高患病率和高疾病负担等特点, 现已成为重大公共卫生问题^[1]。现代医学对于 COPD 以支气管扩张剂和糖皮质激素等药物治疗为主, 长期应用易致耐药和多种不良反应^[2-3]。目前中医药常通过培扶正气、化痰行水、补肺祛邪等法治疗 COPD, 对于缓解症状、减轻激素副作用有一定优势^[4-6]。持续存在的气道炎症是 COPD 的核心病理特征之一, 也是导致 COPD 病情不断加重的重要病理因素。根据相关研究^[7-9], 结合我们在临床中的观察, 认为炎症发生机制与人体气机失调、火热内蕴的致病因素存在密切关联。张介宾《类经·阴阳类》言:“火, 天地之阳气也。人非此火不能有生。”人体中的生理之火可促进元气生成, 并维持脏腑功能; 而病理之火会耗散元气, 灼津血为痰瘀。正如《素问·阴阳应象大论篇》所言:“壮火食气, 气食少火, 壮火散气, 少火生气”, 故人体内的气与火紧密相关。《脾胃论》言:“火与元气不两立”, 提示气虚则火炽, 火亢则气衰, 如此则气机失调、火热内蕴, 易引起 COPD 气道炎症的加

重。因此我们认为“气火失衡”是 COPD 的核心病机, 且因持续气道炎症所致的 COPD 各阶段中出现的黏液高分泌、气道壁结构重塑、肺血管改变等病理改变, 皆可归因于气火失衡。本文基于气火失衡探讨 COPD 的发病机制, 并指导临床论治的用药思路, 旨在为中医药治疗 COPD 提供新思路。

1 气火失衡的内涵

“壮火食气, 气食少火, 壮火散气, 少火生气”明确了气与火之间的联系, 将火分为少火和壮火。少火指的是人体平和的生理之火, 包括君火、相火、命门之火等在内^[10], 如《景岳全书》曰:“命门有火候, 即元阳之谓也, 即生物之火也”, 此即形容少火有生生之能。而壮火则多指病理之火, 不论是外感六淫所化之火邪, 或是过极五志七情所生之郁火, 再或是元气受损所成之阴火, 均可称之为壮火, 会消耗人体之气^[11]。《难经》有言“气者, 人之根本也”, 其于全身周流运转, 既濡养脏腑经络, 亦温煦腠理玄府, 对于维持人体的生命活动具有重要的意义。《质疑录》言:“少火生人之元气……立命之本也。”元气为诸气之本, 故少火生生不息, 则元气流通充盈, 气火相济互根, 则人体形神致和。

《景岳全书》言:“火得其正即为阳气, 火失其正是以邪热”, 提示火与气的联系十分紧密, 两者可相互转化。邪气侵袭、脏腑内伤等病因易致气火

基金项目:首都卫生发展科研专项(首发 2024-4-20310)

✉ 通讯作者:hshcui@sina.com

之间失于平衡。《临证指南医案》曰：“郁则少火变壮火。”外感诸邪，郁遏脏腑气机，易蕴结化火；《脾胃论》言：“火与元气不两立”，故壮火炽盛，首先伤气；《素问·调经论篇》言：“上焦不行，下脘不通，胃气热，热气熏胸中，故内热”，可知正气戕伐则阴火内生。阴火熏煎脉络，津血受损，化生痰瘀，进一步阻滞气机，正如《素问玄机原病式》所言“如火炼物，热极相合而不能相离，故热郁则闭塞而不通畅也”。如此循环发展则元气愈虚，壮火愈炽，变证由生。

2 基于气火失衡探析 COPD 的病因病机和证候特点

2.1 早期“邪阻肺气、郁火伤络”为发病之始

引起 COPD 的危险因素可概括为个体易感因素和环境因素的共同作用，个体易感因素包括遗传因素、肺生长发育不良等，环境因素以吸烟、空气污染及细菌感染为主。《素问·举痛论篇》曰：“百病生于气也。”素禀肺气不足，卫外不固，即是易感个体，复受烟草、污染及感染等秽浊邪气袭扰，外邪乘虚内陷，怫郁肺气，此亦《灵枢·百病始生》所言“两虚相得，乃客其形”。依刘完素“六气皆从火化”之论，邪阻肺气，易化为火，郁灼肺络。现代研究亦证明，以吸烟、空气污染为代表的环境因素会导致炎症因子释放和氧化应激增加^[12-13]，使气道上皮细胞、肺泡细胞、肺血管等发生微观病理改变，即为肺络受损，这也是 COPD 的主要发病机制^[14]。《素问·经脉别论篇》指出“脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛”，提示肺络受损则宣肃失司、气津失和；肺失肃降，气逆上冲则发为咳嗽阵作；肺失宣发，气机郁闭则发为胸闷喘憋，此亦《素问·至真要大论篇》所谓“诸气贲郁，皆属于肺”。肺气怫郁则火邪内陷，邪火深伏则营阴燔灼，阴伤络损则肺气愈壅，如此形成恶性循环，成为 COPD 发病之肇端。此外，现代研究^[15-16]也指出，中医火热邪气与炎症因子密切相关，气机郁滞亦会加重氧化应激，进一步证实了 COPD 早期“邪阻肺气，郁火伤络”的病机特点。

2.2 稳定期“元气亏虚、阴火内生”为伏邪之枢

若无明显危险因素的诱发，COPD 进入稳定期，本期病程迁延，症状表现以咳嗽咳痰、劳累后气短等为主。《脾胃论》曰：“火与元气不两立。”《景岳全书》言：“肺为元气之主。”火邪灼伤肺络，久羁必耗伤元气，化生阴火。阴火伏炽于肺，由是

逐渐津血炼灼、痰瘀伏窠，故此期或呈阴火暗灼之咳嗽阵发，或呈肺气耗散之劳则气促，亦有邪隐肺窠而无显症者。然阴火愈炽则元气愈虚，元气愈损则阴火愈深，故该阶段是病情变化的枢机。现代医学研究^[17-18]认为，COPD 气道炎症特征表现为中性粒细胞、巨噬细胞、B 细胞和 T 细胞浸润性增多，此类炎症细胞释放多种炎症介质，进而诱发黏液高分泌、纤毛功能失调及气道重塑等特征性病理改变。有研究^[19]发现，肺气虚患者血液中炎症介质明显升高，而炎症介质水平和 COPD 病程进展密切相关，这提示以“元气亏虚、阴火内生”为主要病机的 COPD 患者具有更高的急性加重风险。故认为“元气亏虚、阴火内生”是 COPD 稳定期的核心病机，对后续病情演变有重要影响。

2.3 急性加重期“邪聚火盛、壮火食气”为危重之征

随着 COPD 的病情进展，临床表现逐步加重，若合并吸烟、空气污染、细菌感染等诱发因素，可迅速进入急性加重期。本期呼吸困难、胸闷喘憋等原有症状较前加重，痰液变为黏液脓性而不易咳出，常伴呼吸衰竭、心力衰竭、骨质疏松等并发症。此阶段 COPD 之证，元气本虚、阴火伏匿为其宿根，元气虚则津液不布，阴火伏则炼液为痰瘀，正如《丹溪心法》所言：“痰挟瘀血，遂成窠囊”，以致肺元失养。复因六淫外邪侵袭，乘虚犯肺，邪聚毒窠，诚如刘完素“六气皆从火化”之论，此阶段六淫携阴火、痰瘀、浊气秽毒等诸邪，燔灼为“壮火食气”之候，壮火戕伐元气，终致元气虚损。元气为诸气之根^[20]，元气虚损则五脏气衰，故可见诸多并发症。现代研究发现，COPD 急性加重通常与炎症反应加剧密切相关，且炎症因子水平与病情危重程度呈正相关^[21-22]；炎症因子细胞间黏附因子 1、白细胞介素 8 等参与介导 COPD 气道炎症^[23]，造成气道壁损伤，肺功能下降，而白细胞介素 6、肿瘤坏死因子 α 水平上升会加重肺动脉高压^[24]，诱发心力衰竭。上述急性炎症反应与中医“壮火”紧密相关^[25]，其消耗机体能量导致器官功能下降的机制与“壮火食气”的火邪致病特点相吻合，我们认为以上均提示 COPD 急性加重期患者具有“邪聚火盛、壮火食气”的病机特点，此时期病情变化迅速，易趋危重，及时控制炎症感染至关重要。

3 以气火失衡指导 COPD 的分阶段防治思路

3.1 早期疏调气机、透散郁火，以溯病源，下调炎症因子表达

肺主气、司呼吸的实质是以肺络舒缩为功能基础^[26]，邪客肺络，肺络失司，可致气机逆乱，肺气壅遏。气滞久郁易化火，火炽则气郁更甚，导致恶性循环。《丹溪心法》谓：“一有怫郁，诸病生焉”，提示气机升降有序则气血流通，津血得输，郁火得散而无肺胀壅遏之虞。因此，COPD 早期应积极治疗配合戒烟及防尘宣教，以抑制慢性炎症反应、减缓气流受限进展、综合防控致病因素。针对早期 COPD 病机特点，中医治疗应以疏调气机、透散郁火为法，我们临证常用自拟桑梅止咳方加减（组成：桑叶、菊花、桑白皮、桔梗、枇杷叶、僵蚕、蝉蜕、乌梅）。该方以桑叶、菊花为君，二者体轻性寒，既擅疏调肺金气机，复能透散上焦郁火；以桑白皮、枇杷叶、桔梗为臣，燮理气机升降，泻肺中伏火；僵蚕、蝉蜕为佐，取升降散方意，更兼辛咸入络，径入肺络玄府，透达郁火；再以乌梅酸甘敛阴，秉天秋收之金气，滋养肺络，杜辛散耗津之弊。前期研究^[27-28]亦证明，桑梅止咳方可以有效降低肺部炎症因子，方中桑叶、菊花等药可以减轻氧化应激和炎症反应以抑制慢性炎症转化，诸药合用，达到疏调气机、透散郁火的治疗目的，并可下调炎症因子的表达。

3.2 稳定期益气生金、制伏阴火，以截病程，预防感染及缓解气道高分泌状态

火邪胜则元气负，元气亏则阴火生，病程愈久则阴火愈炼灼肺络化生痰瘀窠囊，终致气虚无力抗邪，诸邪伏于肺络，虽或无显症，然易与六淫邪气内外相引，彼时骤然发病，病候危殆。《脾胃论》指出：“元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气”，且脾为生气之源、肺为主气之枢^[29]，故在 COPD 稳定期的治疗中，伏阴火以补肺气为重，补肺气又以益脾气为首，所以益气生金、制伏阴火成为本阶段的治疗重点。方药可选用《脾胃论》补脾胃泻阴火升阳汤加减（组成：黄芪、人参、炙甘草、苍术、升麻、柴胡、黄芩、黄连）。本方以黄芪、人参、炙甘草甘温益气固护中州，培土生金以资肺气；苍术健运脾土而绝痰饮之源，《普济本事方》言其可“燥脾以胜湿，崇土以填窠臼，则疾当去”；佐柴胡、升麻轻扬升举元气，黄芩、黄连苦寒清降阴火。诸药合用，升降相因，寒

温相宜，补泻相合，正合 COPD 稳定期元气亏虚、阴火内生之病机。《脾胃论》谓本方可治“兼见气短、气上，喘咳、痰盛……此肺之脾胃病也”。现代研究^[30-32]证明，益气法可提高人体免疫力以预防感染，亦可抑制炎症反应、保护肺组织以缓解气道高分泌状态，而黄芩、黄连等药具显著抑菌作用，也可有效抵抗 COPD 患者长期受细菌定植而致炎症反应。故本阶段以益气生金、制伏阴火为法，可有效截断病程，预防感染及缓解气道高分泌状态。

3.3 急性加重期泻火破窠、保元固本，以遏危象，迅速控制感染、降低并发症风险

如上所述，元气本虚、阴火伏匿、痰瘀互结为其宿根，六淫外邪乘虚犯肺为其在表之诱因，共成“内外诸邪，聚为毒窠”之势，更难荡涤廓清。邪聚胶着，相煽化火，壮火食气，内扰脏腑，诸气受损。本时期病情变化迅速，易趋危重，既需直折火势、直破毒窠，又应保存正气、固护根本。所谓气火同源，泻火以资保元，固本有助破窠，故 COPD 急性加重期以泻火破窠为重，兼以保元固本，方选桑白皮汤合金水六君煎化裁（组成：桑白皮、紫苏子、杏仁、贝母、栀子、黄芩、黄连、当归、熟地黄、半夏、陈皮、茯苓）。方中桑白皮为泻白散君药，又合栀子、黄芩、黄连为黄连解毒汤之意，其清泻邪火之力可知；紫苏子、苦杏仁、贝母、当归四药相须为用，辛润通络，理气散结，破“窠囊”痰瘀胶结之痼疾；熟地黄色黑质润，直入下焦填补元阴，《汤液本草》谓其可“补肾中元气……天一所生之源”；半夏、陈皮、茯苓取二陈汤意，健脾以助肺破窠、运胃以助肾滋元。全方既遵“急则治标”之旨以泻火破窠，减少炎症介质释放^[25]，迅速控制炎症感染，又涵“金水相生”之机，顾护久病耗气伤阴之本，延缓心肺功能减退^[33]，以降低并发症风险。若见痰黄量多者，为火盛动窠，加鲜竹沥泻火清痰；心慌心悸者，为心气虚馁，加炙甘草益气稳心；喘憋气短者，为肾失摄纳，加蛤蚧、五味子纳气归肾。

4 结语

气火平衡则脏腑和，失其衡则邪气生。我们认为气火失衡是 COPD 的核心病机，并据此系统阐释了 COPD 不同分期的证候动态演变规律，提出了“溯病源、截病程、遏危象”的分期论治策略，对 COPD 的不同阶段遴选了专方专药，构建“以气火为纲，分期为目，专方为体”的 COPD 中医诊疗体

系,谨守扶正祛邪、调衡致和的原则,以期提高中医药治疗 COPD 的疗效。

参考文献

- [1]世界中医药学会联合会内科专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中西医结合诊疗指南(2022版)[J].中国循证医学杂志,2023,23(10):1117-1128.
- [2]TSE G, EMMANUEL B, ARITI C, et al. A long-term study of adverse outcomes associated with oral corticosteroid use in COPD[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2023,18: 2565-2580. doi: 10.2147/COPD.S433326.
- [3]SKOLNIK NS, NGUYEN TS, SHRESTHA A, et al. Current evidence for COPD management with dual long-acting muscarinic antagonist/long-acting β_2 -agonist bronchodilators[J]. Postgrad Med, 2020,132(2): 198-205.
- [4]吴蕾,郑俐慈,陈远彬,等.基于宗气、元气理论探讨慢性阻塞性肺疾病的病机与辨治[J].中医杂志,2023,64(14):1440-1443.
- [5]黄丽娜,高峰.从“使邪有出路”论利水渗湿药在慢性阻塞性肺疾病治疗中的应用[J].中医杂志,2021,62(13):1179-1181.
- [6]丁健,陶慧,程刚,等.韩明向分期分证治疗慢性阻塞性肺疾病经验[J].中医杂志,2025,66(8):780-785.
- [7]张传龙,姜晓晨,庞博,等.基于“热极成毒”理论探讨肺“炎-癌转化”与防治思路[J].北京中医药大学学报,2022,45(3):291-295.
- [8]马心怡,曹璐畅,王新苗,等.基于火热论分阶段治疗鳞状细胞癌[J].中医杂志,2025,66(6):575-580.
- [9]王明乐,吴红丽.慢性阻塞性肺疾病缓解期肺气虚证和肺阴虚证患者 IL-1 β 、IL-8、TNF- α 水平的变化[J].中医杂志,2014,55(7):591-593.
- [10]吴静远,朱潇雨,王新苗,等.从气火并治探讨恶性肿瘤免疫相关不良反应的防治[J].中医杂志,2024,65(16):1667-1672.
- [11]程聿昕,黄晓华,魏丢,等.基于“壮火食气”理论探讨线粒体功能障碍对免疫性血小板减少症相关乏力的作用机制[J].北京中医药大学学报,2025,48(5):703-710.
- [12]张雅男,张玉新,郑莉莉,等.基于 EGFR/MAPK/MUC5AC 通路探讨益肺健脾方对慢性阻塞性肺疾病模型大鼠气道黏液高分泌的影响[J].中药新药与临床药理,2024,35(8):1115-1122.
- [13]郎睿,王新慧,闫蕾,等.健脾祛湿和络方治疗特发性膜性肾病内涵探讨[J].山东中医杂志,2024,43(5):466-470.
- [14]邹吉宇,王天娇,臧凝子,等.慢性阻塞性肺疾病发病机制及中药调节作用研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2025,31(1):287-298.
- [15]王涛,张振强,谢治深,等.中医“痰”与应激颗粒的相关性阐释[J].中医杂志,2025,66(4):329-334.
- [16]胡锦涛,孙贵炎,申鑫惠,等.基于“诸转反戾,水液浑浊,皆属于热”理论探讨复方益糖康调控糖尿病肾病“炎症因子”研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2024,26(9):199-205.
- [17]DE JONG R, PLUIJMERT NJ, DE VRIES MR, et al. Annexin A5 reduces infarct size and improves cardiac function after myocardial ischemia-reperfusion injury by suppression of the cardiac inflammatory response[J]. Sci Rep, 2018,8(1):6753.
- [18]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组,中国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2021,44(3):170-205.
- [19]张颖,王晓晨,万善志,等.外周血嗜酸粒细胞、肌钙蛋白 I 表达与慢阻肺急性加重患者预后的相关性[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2021,16(5):540-544.
- [20]孙广仁.中医基础理论[M].北京:中国中医药出版社,2002:317.
- [21]陈典,隆寰宇,张丛溪,等.2025年 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗、管理及预防全球策略更新要点解读[J].中国全科医学,2025,28(16):1937-1949.
- [22]徐海娟,王月妹.炎症因子 WBC、NEUT、CRP、IL-6 在慢性阻塞性肺疾病鉴别诊断中的临床价值[J].贵州医药,2023,47(5):794-795.
- [23]吕明圣,张沂,张迪,等.中医药多靶点干预慢性阻塞性肺疾病机制研究概述[J].中医杂志,2019,60(19):1697-1700.
- [24]马秋晓,李灵生,张新宇,等.慢性阻塞性肺疾病致肺动脉高压右心衰竭病人血清 IL-6 和 TNF- α 水平表达及临床意义[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(4):698-702.
- [25]汪海东,冯强,楼旭丹,等.中医学“火”的现代理解概说[J].中医杂志,2016,57(23):2052-2056.
- [26]卢志远,王雨涵,戴启刚,等.从肺络构效与病变证治论治儿童肺系疾病[J].北京中医药大学学报,2025,48(3):323-329.
- [27]孙宁,崔红生.桑梅止咳颗粒联合布地奈德、复方异丙托溴铵治疗老年 AECOPD 的疗效及对 IL-17、HIF-1 α 的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(5):479-482.
- [28]于明霞,崔红生,余思洋,等.桑梅止咳颗粒对咳嗽变异性哮喘风伏阴伤证大鼠气道炎症及 CAMP/PKA/CREB 通路调节机制[J/OL].中国实验方剂学杂志. (2025-01-21)[2025-07-28]. <https://doi.org/10.13422/j.cnki.syfjx.20250526>.

- [29] 吴新新, 张悦, 黎晓蕾, 等. 基于“香入脾”理论探析芳香服气法在预防呼吸道传染病中的应用[J]. 中医杂志, 2025, 66(4): 432-436.
- [30] 辛晶晶, 王同兴, 韩宁馨. 基于“肺络理论”探讨中药保护肺微血管内皮细胞防治慢性阻塞性肺疾病的内涵[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(7): 221-229.
- [31] 黄英兰. 补中益气汤对 Lewis 肺癌小鼠 EGFR、NF- κ B、ICAM-1 表达及 JAK1、STAT1 蛋白磷酸化的影响[J]. 中医学报, 2018, 33(7): 1154-1158.
- [32] 赵贝. 补脾胃泻阴火升阳汤加减治疗围绝经期综合征疗效观察[D]. 太原: 山西医科大学, 2017.
- [33] 刘海叶, 王亚利, 王鑫国, 等. 养阴益肺方对慢性阻塞性肺疾病稳定期气阴两虚证患者白三烯 B₄ 水平的影响[J]. 中医杂志, 2017, 58(8): 673-677.

Pathogenesis and Treatment Strategies of COPD from the Perspective of "Qi-Fire Imbalance"

LIU Shunzhi^{1,2}, CUI Hongsheng¹, GONG Xuefeng³

1. Beijing University of Chinese Medicine Third Affiliated Hospital, Beijing, 100029; 2. Beijing University of Chinese Medicine; 3. Beijing Chao-Yang Hospital, Capital Medical University

ABSTRACT This paper explored the pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) through the *qi*-fire theory in traditional Chinese medicine (TCM), proposing a staged therapeutic framework. It is considered that *qi*-fire imbalance is the core pathogenic mechanism underlying COPD. In the early stage, pathogen obstructing lung *qi*, constraint fire damaging collaterals is the main pathogenesis. In the stable stage, the depletion of original *qi* and internal generation of *yin* fire are predominant, while in the acute exacerbation stage, it is progressed to pathogenic fire accumulation and high fever consuming *qi*. Corresponding to these pathogenic patterns, a staged prevention and treatment strategy has been proposed, that is, in the early stage, it is recommended to regulate *qi* and disperse constraint fire; in the stable stage, the method of tonifying *qi* to generate metal while suppressing latent *yin* fire can be used; and in the acute exacerbation stage, it is suggested to eliminate pathogenic fire through purgation while preserving original *qi* and consolidating the root.

Keywords chronic obstructive pulmonary disease; *qi*-fire imbalance; *yin* fire

(收稿日期: 2025-04-15; 修回日期: 2025-05-15)

[编辑: 贾维娜]

读者·作者·编者

中医药学术论文中药名称及名词术语的使用

中医药学术论文中正确使用中药名称及术语对于提高论文的科学性具有重要意义。中药学名词术语应使用全国科学技术名词审定委员会公布的《中医药学名词》和相关学科的名词。中药名称应以最新版《中华人民共和国药典》为主要依据。暂未公布者及《中华人民共和国药典》未收录的品种可参考团体标准 ZGZYXH/T 1-2015《中药学基本术语》《中药大辞典》以及新版全国高等中医院校统编教材《中药学》。地方及少数民族药物可遵照地方相关标准或药物的习称。

中药名称的使用应根据其概念范畴使用相应的名称。中药材使用药材名称,必要时需注明拉丁学名;临床处方应使用饮片名称,若其无法定名称,论述时可使用药材名称。由特定种质、产区,以及特定的生产加工技术生产的道地药材加工炮制而成的饮片,可在药材名前加产地名称作为特殊的饮片名称,如“岷当归”“川厚朴”等。处方中饮片为生品者,有法定名称的遵法定名称,无法定名称且毒性较强的,用生品时,应在其药材名称前加注“生”字,以免误用,如生大黄。无法定名称的炮制品,可在其药材名称之前或之后加炮制术语炒、焦、煨、炙、盐、炭、曲等作为饮片名称,如姜炭、半夏曲等。无法定饮片名称的鲜品入药时,应在药材名前加“鲜”字,如鲜薄荷。使用特定药用部位入药的饮片,如无法定饮片名称,表述时可在其药材名称前或后加药用部位名称,如当归尾。有特殊煎煮要求的中药,应在饮片名称后加圆括号注明煎服法,如薄荷(后下)、生石膏(先煎)、三七粉(冲服)等。中成药名称以国家药典委员会《中成药通用名称》为准,暂未公布者可依次参照国家食品药品监督管理总局批准的中成药通用名、新版全国高等中医院校统编教材《方剂学》。

(本刊编辑部)