

中药研究

苦味药的药性理论探讨

安徽省立医院药剂科 陈 勤

中药药性理论是中医临床实践中掌握和指导用药原则的重要依据之一。近年来,国内关于中药药性理论的研究取得了一些可喜成绩,但总的来说发展比较迟缓。究其原因,一是忽视了历代本草药性理论的考证,二是未能用现代药化、药理手段来进行药性研究。有鉴于此,作者仅就药性理论之一——苦味药的一般药性特征进行一些基础研究,旨在为苦味药的深入研究提供一些资料。

本文以《中药学》(成都中医学院主编,1978年版)为基本,以《中华人民共和国药典》(一部,1985年版)为准绳,选取206种苦味药(包括苦温药58种,苦寒药108种,苦平药40种,见表1)为研究对象,现论述如下。

一、苦味药的来源问题

在206种苦味药中,植物药有197种,占总数的95.6%,动物药有6种,矿物药有3种,二者共占总数的4.4%。由此可见,苦味药的主要来源是植物性药材。从药用部位来看,根类、全草类、果实类药材,在苦味药中所占比例较大,分别为37.1%、18%、14.3%,其他类(包括种子类、茎类、皮类、叶类、花类、其它)都在7.2~3.1%以下。这表明苦味药与药用部位并没有必然联系。苦味药在科属来源方面值得重视。经统计,苦温药以挥发油为主成分的,在菊科、芸香科、伞形科、唇形科等科中分布较多,苦寒药中以生物碱、甙类为主成分的,在小檗科、毛茛科、防己科、豆科、蓼科等科中所占比例大。

二、苦味药与归经的关系

经统计,苦味药在入十二经中以入肝经(102味)、肺经(66味)、脾经(54味)、胃经(54味)四者最多,其次是肾经(45味)、心经(34味)和大肠经(34味),入膀胱经(17味)、胆经(12味)、小肠经(6味)、心包经(3味)、三焦经(2味)最少。以脏腑而论,主要作用于五脏(肝、肺、脾、肾、心)的多于六腑,这说明传统归经理论“苦味入心”有待进一步探讨。另外,我们在本文统计中发现,气味和归经的关系似乎有一定

规律。例如解表药和化痰止咳药,以入肺经者最多,其次脾、膀胱二经,其味多为辛苦、性温或性寒;芳香化湿药性味苦辛温,以入脾、胃二经为主;祛风湿药多数入肝、肾二经,性味苦温或苦平;清热药性味苦寒,偏入胃、肠、肝、胆、心、肾六经,其中清热燥湿药主要作用于湿热合邪,病位多在胃、肠、肝胆之间;理血药性味苦辛温或苦平,以入心、肝、脾三经为主,与中医认为“心主血、肝藏血、脾统血”的理论相吻合;补益药多用于虚证,归经特点入五脏,药性较和缓,大多为苦甘温或苦平,以补益五脏气、血、阴、阳之不足。此外,安神药性味甘微苦平,以入心经为主。

三、苦味药与化学成分的关系

在206种苦味药中,均含有各类化学成分,显示有多种多样的生物活性,各有一定的应用范围,其中含挥发油成分的有67种,含生物碱成分的有61种,含甙类(包括黄酮甙、萜甙、皂甙、强心甙、其他甙)共110种,鞣质类有36种。

经统计,苦温药以挥发油为其主要成分(占62%)。一般地讲,以解表药、祛风湿药、理气药为常见,如麻黄、羌活、苍术、厚朴、陈皮、海风藤、木香等。另一种具有生物碱、皂甙类成分如延胡索、伸筋草、百部、槟榔、三七、天南星、人参等,也是苦温药的重要成分之一。

苦寒药以含生物碱成分的药物最多,占含生物碱为主成分药物总数的75%左右,味感较明显。甙类成分在苦寒药中分布率也很高,约占总数的56%。例如,辛凉解表药、泻下药、清热药中的许多药物,以黄酮甙、萜甙、皂甙为主要成分,常用药物以桑叶、柴胡、大黄、番泻叶、芫花、知母、板蓝根、七叶一枝花、黄芩、丹参等为其代表,从化学成分方面分析,生物碱和甙类是苦寒药的所谓“苦”、“寒”的主要来源。但某些补益药如天冬、女贞子不具备此类成分,其苦寒之性可能与其含有粘液质、有机酸及其他成分有关。

苦平药的化学成分一般不能反映其主要特征,这

表 1 206 种苦味药药性分类简表

苦 (包括微苦、微温、热性)	苦 寒 (包括微苦、微寒、凉性)	苦 平 (包括微苦)
麻黄 羌活 苍术 厚朴 厚朴花 天仙藤 独活 五加皮 松节 伸筋 草 海风藤 千年健 苍耳子 吴茱 萸 远志 白蒺藜 陈皮 橘红 青 皮 木香 藿白 佛手 香橼 沉香 玫瑰花 荔枝核 泽兰 鸡血藤 莪 术 姜黄 乳香 延胡索 刘寄奴 艾叶 三七 红娘子 天南星 旋复 花 苦杏仁 款冬花 紫菀 百部 白前 华山参 人参 白术 补骨脂 蛇床子 续断 胡芦巴 骨碎补 何 首乌 鹿衔草 槟榔 芫荽 礞砂 松香 木鳖子	牛蒡子 桑叶 菊花 薄荷 柴胡 蔓荆子 木贼 大黄 芒硝 番泻叶 牵牛子 甘遂 大戟 芫花 商陆 芦荟 知母 梔子 夏枯草 决明子 青箱子 鲜生地 丹皮 赤芍 大青叶 板蓝根 玄参 犀角 牛角 连翘 蒲公英 紫花地丁 射干 常山 山豆 根 天葵子 白毛夏枯草 白头翁 鸦胆子 穿心莲 苦丁茶 七叶一枝花 半枝莲 乌蕨莓 龙葵 白薇 漏芦 虎耳草 败酱草 黄连 黄芩 黄柏 龙胆草 秦皮 苦参 白鲜皮 胡黄连 青蒿 蓐草 白薇 金果榄 木通 广防己 粉防己 茵陈 地肤子 篇 蓄 瞿麦 石韦 白屈菜 连钱草 豨莶草 冰片 枳实 枳壳 青木香 川楝子 丹参 益母草 郁金 马鞭草 喜树 茺蔚子 虻虫 白及 侧柏叶 大蓟 小蓟 贝母 蛤壳 葶苈子 海藻 木蝴蝶 瓜蒌 马兜铃 枇杷叶 白芍 天冬 麦冬 女贞子 枸骨 叶 北沙参 椿根皮 苦楝皮 雷丸 贯众 马钱子 蒺藜	郁李仁 千里光 红藤 石 见穿 草薢 秦艽 桑枝 穿 山龙 海桐皮 石楠叶 扦扦 活 老鹳草 青风藤 安息香 香附 柿蒂 桃仁 牛膝 王 不留行 三棱 虎杖 没药 平地木 水蛭 毛冬青 仙鹤 草 棕榈 血余炭 地锦草 枫香脂 桔梗 前胡 黄药子 桑寄生 太子参 诃子 白果 鹤虱 荷叶 荷梗

类药物不具有明显的偏寒偏热之性，药性较缓和。在 40 种苦平药中，其化学成分为鞣质、甙类或其他各类成分，分布在祛风湿药、理血药及收敛药中，这类药在临床上多数不为主要药物，多配伍使用。

值得指出的是，苦温药以挥发油为多，由于挥发油具有辛温发散之力，又因为挥发油中各类成分决定了苦味的来源，所以辛味往往并存于苦温药中。在 206 种苦味药中，单味苦味的只有 68 种，而苦辛结合的有 76 种，苦甘有 35 种，苦咸(8 种)、苦酸(7 种)最少。另外，某些性味与化学成分没有必然联系，对于这个问题，我们应当以其作用于人体的趋势来分析。

四、苦味药的药理作用

以传统中医理论来看，苦味药药效范围较广，在解表、攻下、清热、化湿、利水、祛风湿、活血化瘀、补益、止咳、收敛等药中都有分布。但是这种粗略的概括，已不能全面反映苦味药药性理论的系统性以及作用的物质基础。因此，我认为也应从现代药理作用来阐明苦味药的功效。根据近年来药理研究表明，苦味药主要对机体功能的病理性衰退或亢进起着兴奋或抑制作用。例如麻黄所含的麻黄碱能兴奋中枢神经和心血管，加速血液循环，升高血压；所含麻黄挥发油有兴奋汗腺分泌作用。苦温祛风湿药如天仙藤、独活、五加皮、伸筋草等，大多数具有兴奋中枢、增强血运、消炎抗菌或镇痛的作用。苍术、厚朴、陈皮、木香等理气燥

湿药具有强心升压、兴奋胃肠功能、加速胃肠道积气及有形物质向下排空并有促进消化液分泌及健胃功能。在苦寒药中，90% 的药物具有较好的抗菌消炎作用，有的还具有抗病毒作用，如板蓝根、连翘、赤芍、胡黄连、黄连等；有的对多种真菌有抑制作用，如苦参、白鲜皮、漏芦、黄芩、黄连等；知母、梔子、赤芍、黄芩、夏枯草等具有很好的镇静、降压功能。此外，利尿、解热、镇痛、镇咳作用，都是苦味药通过不同途径，对机体功能性或病理性亢进直接或间接起抑制作用。苦平药的药理作用较广泛，主要是化学成分复杂，因而表现出多种生物活性。一般认为，祛风湿、改善血液成分、促进血液循环、收敛等作用为其特色。具体见表 2。

表 2 苦味药的药理作用表

	使用趋向	主要成分	主要药理作用	一般作用
苦温药	兴奋 (约占 61%)	挥发油	解热(发汗) 镇痛 抗风湿 健胃 抗菌	利尿 解痉 降压 滋养
苦寒药	抑制 (约占 85%)	生物碱 与甙类	杀菌 消炎 利 尿 镇静 降压 抗肿瘤	解热 杀虫 止咳 健胃
苦平药	兴奋或抑制		镇痛 抗风湿 改善血液成分 促进血液循环 止血 收敛	止咳 利尿 降压

五、讨论

通过对 206 种苦味药的整理研究, 初步认为, 苦味药多数来源于植物性药物, 在药物分布的科属中值得重视, 但与药用部位没有必然的联系。从苦味药与归经的统计来看, 传统中医理论认为“苦味入心”似不能全面、准确地反映这类药物的归经规律。苦味药应根据中医“寒者热之、热者寒之”治疗原则分为三类, 即苦温药、苦寒药、苦平药, 以便有效地指导临床应用。苦味药的化学成分虽复杂, 但其主要成分能够反映药物的气味。苦温药主要为挥发油, 其次为生物碱和甙类; 苦寒药以生物碱和甙类成分为主; 苦平药的化学成分与性味之间无内在联系, 临床上多充当辅助

药物。由于苦味药的主要化学成分具有显著的生物活性, 所以在药理方面的作用也比较明显。总的来说, 苦温药对机体功能性或病理性衰退起兴奋作用, 苦寒药对机体功能性或病理性亢进起抑制作用。从本文的整理研究中可以看出, 苦味药的药性与化学成分、药理作用之间的关系尤为密切, 而化学成分尤其对药性、药理的影响较大。

中药药性学是一门亟待发掘、研究与提高的古老而又崭新的学科, 建议有关科研机构着手这方面的研究, 搞清楚中药药性与化学成分、药理作用之间的关系, 用现代药性理论来阐明其物质基础, 从而为中医临床提供更科学的理论依据。

以手法为主治疗项韧带钙化之颈椎病 137 例观察

深圳市罗湖区第二人民医院东方整脊与颈椎病治疗中心 关 令 华

广西中医学院软组织损伤研究室 韦 贵 康

1976~1984 年我们以手法为主治疗有项韧带钙化之颈椎病 137 例, 疗效尚好, 现报道如下。

一、临床资料: 年龄 40 岁以下 29 例, 40~60 岁 101 例, 60 岁以上 7 例。病程 1 个月~14 年。临床一般均有颈项部痠胀不适, 或有疼痛, 后头部麻木。触诊检查: 颈项部可触及一侧或两侧有肌紧张或肌肉痉挛, 尤以斜方肌、前斜角肌、肩胛提肌、头夹肌等为多见。部分患者项部可触及硬结。137 例中有颈椎轻度位移者 121 例, 占 88.3%。自觉一侧或两侧手部或前臂有麻木感 37 例, 有眩晕者 50 例。25 例有类似慢性咽喉炎之症状, 或有咽喉部异物感, 此类患者之项韧带钙化病变多位于第三、四颈椎后方, 且第三、四颈椎亦往往有位移。有肩痛者 23 例。X 线检查示, 颈椎侧位片上可见项韧带部位有钙化阴影, 多为一个, 少数患者有 2 个。钙化物位于五、六颈椎后面最多, 有 114 例(83.2%)。钙化物一般为长圆形, 长度在 5 毫米以下者 40 例, 5~10 毫米者 44 例, 11~20 毫米者 38 例, 21 毫米以上者 15 例。有 98 例(71.5%)患者的颈椎生理弯曲变直或成角或反张。有项韧带钙化者, 其椎体增生程度往往较轻, 此点似值得注意。

二、治疗方法: (1) 对颈椎有位移且棘旁或关节囊部位有压痛者采用手法复位。我们常用的是侧旋提推法, 隔 2~3 天作一次, 一般作 5~10 次。(2) 对紧张或痉挛的肌束进行弹、拨与分、理, 隔 2~3 天作一次, 一般作 5~10 次。(3) 对项部有硬结的部位, 用三棱针或粗针快速浅刺, 继而用拔火罐在该部吸出

少许瘀血。(4) 对少数病程较久, 局部症状较严重者, 采用 1%普鲁卡因 6~8 毫升加透明质酸酶 1500 单位局部封闭, 或并用复合维生素 B、强的松龙等, 一般每 5~7 天 1 次, 连作 2~3 次。

三、治疗结果: 137 例经用上述方法治疗 1~10 次(平均 8.4 次)后, 颈项部疼痛与其他症状基本消失者 81 例(59.1%); 症状大部分好转, 但尚有某些症状未消失者 43 例(31.3%); 无明显改善者 13 例(9.5%)。总有效率 90.5%。

四、讨论: 据临床资料分析, 我们认为项韧带钙化病例产生症状的原因是: 在某些因素作用下, 钙化病变与周围软组织产生了无菌性炎症, 引起肌紧张、痉挛。软组织的紧张状态可导致颈椎内平衡的失调而致患椎位移, 患椎位移又可使软组织的病变更为加重。由此产生十分复杂的临床症状。但症状严重程度与病灶大小并不呈正比关系。

在治疗方面, 对于有颈椎位移者应作手法复位, 有肌紧张、肌痉挛者应予弹拨分理。手法成功的关键在于定位准确, 手法适当, 筋骨并治。我们体会到, 手法复位时颈椎关节发出响声, 并不一定意味着复位已经完全, 而顶推有位移的患椎棘突或横突的拇指感到指下有移动感时, 则往往更有意义。

以手法为主对此病的疗效是比较满意的, 但对于年龄大(60 岁以上), 病程长(7 年以上), 且骨质增生严重, 颈椎向前滑脱, 有严重内脏器质性病变者应慎用手法。