

理论探讨

酸甘化阴及其药物的配伍应用

中国药科大学中药学院 祁公任

研究中药性味配伍规律,是复方研究工作中的一个重要方面。本文就酸甘化阴药物配伍应用作一初步探讨。

一、酸甘化阴的概念

酸甘化阴,是某些酸味药和甘味药配伍后产生临床效应的概括。首先提出这一概念的是成无己,他在解释《伤寒论》芍药甘草汤中芍药与甘草的配伍时指出:“酸以收之,甘以缓之,故酸甘相合,用补阴血。”他用中药五味理论说明了两药配伍后的协同作用。所以,酸甘化阴最初仅仅指芍药、甘草这一对特定药物的配伍作用。后世则对这一概念的内涵有所延伸和发展,还用以说明某些具有敛阴、益阴、生津作用的酸味药(乌梅、五味子、山萸肉等)与某些具有滋阴、益精、补血作用的甘味药(麦冬、地黄等)之间的特殊配伍关系。通过配伍,可以化生阴液、濡润脏腑、收敛浮阳、以缓急迫,产生“酸甘化阴”的临床效应。因此,这一概念就不特指芍药甘草的配伍作用,当然,也并不是一切酸甘药物配伍后的必然结果。至于《素问·至真要大论》中提到:“辛甘发散为阳,酸苦涌泄为阴,咸味涌泄为阴,淡味渗泄为阳。”这是将药物五味结合其功效,用阴阳来概括其属性,没有涉及到药物配伍问题。酸甘化阴谈的是药物配伍作用。所谓“阴”,不是属性,而是指物质,即人体津液、营血、阴精等物质的总称。两者在概念上是不同的。

二、酸甘化阴药物适应证

(一) 阴虚阳浮不敛,并有急迫症状者。上述病证,五脏皆可见之,临床表现是多方面

的。

1. 虚烦失眠。常伴有头晕、健忘、心悸、神疲、舌红少苔、脉细而数。多见于病久气血阴精不足虚损诸疾。治疗上若见热清火则热愈盛,投甘寒养阴又嫌滋腻生湿而碍脾。所以常用酸甘合化的方法,如《摄生秘剖》所载天王补心丹,方中五味子、酸枣仁与麦门冬、生地黄相配伍,浮火得以收敛,阴血得以补益,标本兼顾,阴阳平调。近人也有介绍用乌梅配伍甘草治疗上述病证,每多有效⁽¹⁾。

2. 消渴。明·方贤《奇效良方》卷三十三消渴门,共记载69个治疗消渴的方剂,其中20个方剂都有酸甘化阴药物配伍,如玉泉丸、乌梅五味子汤、填骨煎等。近代治疗某些消渴为主症的糖尿病,采用这样的配伍也获得良好效果。施今墨认为本病虽有热在肺、胃、肾之分,其病机则为阴虚燥热,病本在肾。所以,“标虽有三,其本为一也。”对属虚热者,他习用白芍、五味子、乌梅、麦冬、生熟地、元参等,在此基础上配伍二个对药,即黄芪与山药,苍术与元参⁽²⁾。祝氏对尿糖不减者重用生地、五味子,或加花粉、乌梅,往往取效。也常以酸甘配伍之生脉散作为治疗的基本方之一,重在肺脾肾三脏,益气生津而敛阴⁽³⁾。王氏报告用甘芍降糖片治疗214例糖尿病患者,对成年起病的轻中度患者,在改善或控制病情方面效果良好⁽⁴⁾。

3. 胃脘拘急疼痛。因胃阴不足,胃体失于濡润所致胃痛,都伴有阴虚的一般表现,如胃脘灼痛,嘈杂难忍,口燥咽干,或口渴喜饮,饥不能食,或干呕呃逆,大便干结,小便短少,舌光红少苔、或见镜面舌,或舌体瘦小嫩红,舌

而干燥少津,脉细数或细弦。叶天士认为“阳土喜柔,偏恶刚燥”,“非阴柔不肯协和”,益胃不离“甘寒”。吴鞠通进一步指出:“复胃阴者,莫若甘寒;复酸味者,酸甘化阴也。”临床上相当一部分萎缩性胃炎都具有胃阴不足,脏腑急迫的证候表现。因此,酸甘化阴药物应用于这类病证较为普遍。张泽生善治脾胃病变,他在治疗萎缩性胃炎证属胃阴亏损、中州失濡、虚火内灼者,常用益胃汤或沙参麦冬汤合乌梅、白芍,少佐清泄之品治疗,效果良好⁽⁵⁾。朱南山有一张治疗顽固性胃脘痛的家传秘方“地丁散”,由生地、公丁香、麦冬、乌梅、五味子、党参、白术、厚朴、陈皮、甘草、黄连十一味药组成,近有人用来治疗萎缩性胃炎,也取得良好的效果⁽⁶⁾。李氏报告用白芍、乌梅、甘草、黄芪、党参等为主要成分的养胃冲剂治疗132例慢性萎缩性胃炎,结果经胃镜复查,炎症等萎缩现象均有所减轻,胃粘膜活检也表明治疗后腺体萎缩者较治疗前显著减少($P < 0.001$)⁽⁷⁾。有些单位曾用胃安II号丸⁽⁸⁾、萎缩胃方⁽⁹⁾、养胃理气汤⁽¹⁰⁾等治疗萎缩性胃炎而获得成功的,方中也都有酸甘药物的配伍。说明这一配伍在治疗胃阴不足的萎缩性胃炎中,具有重要意义。

4. 肝区疼痛。因肝阴不足,肝体失于濡养所致的常伴有阴虚证候。《难经》谓:“损其肝者缓其中。”《金匱要略》中记载:“肝之病,补用酸,助用焦苦,益用甘味之药调之。”王旭高治肝八法中的柔肝法和缓肝法,对这一类型的肝区疼痛可以选用。慢性肝炎也常有这样的证候,有人曾借用滑伯仁的补肝散,用柔法取得良好的效果。方中即有山萸肉、五味子、木瓜、熟地、当归、枣仁等药物⁽¹¹⁾,关幼波治慢性肝炎,辨证分八型,其中气血两虚、脾肾两虚、肝肾阴虚及气滞血瘀型,治疗上大多有白芍、甘草或五味子、生地、黄精相配伍的药物⁽¹⁾。

5. 虚风内动。此即肝阴不足,阳扰内旋急迫之证。轻则手足颤动,重则痉厥抽风。在治疗上,叶天士提出:“内风乃身中阳气之动变,甘酸之属宜之”,盖“以酸能柔阴”,“甘以

缓其急耳”。药用乌梅、白芍、山萸肉、五味子、枸杞子、首乌、酸枣仁、当归等。《温病条辨》所载加减复脉汤及大定风珠都有酸甘配伍的药物。《黄帝素问宣明论方》地黄饮子治疗瘡痂病,该方从立意看阴阳并补为其特点,从选用药物上看,具有酸甘合化的特色。《医林改错》可保立苏汤,治久病气虚,四肢抽搐,角弓反张,口流涎沫,不省人事,方内除有参芪补气药外,还有酸甘之品,后世将此方移用于治疗小儿气阴两虚之慢惊风。另外,近年也有用大定风珠治疗肝风眩晕,小儿暴惊夜啼⁽¹¹⁾。说明酸甘化阴药物在治疗虚风内动一类疾病中有一定的临床价值,不可忽视。

6. 遗精盗汗。阴虚阳亢,虚火内逼或内扰精室,导致精关不固、营阴不能内守。在治疗上也重视酸甘化阴药物的运用。如《类证治裁》益阴汤,治疗阴虚盗汗有热,方内即有山萸肉、五味子与地黄、麦冬的配伍,此方亦可用于治疗遗精。

(二) 肌肉挛急疼痛、腹痛。《伤寒论》芍药甘草汤为误汗伤阳,阳复后脚挛急而设,它不仅用于脚挛急症,而且腹痛和腿脚疼痛都可应用。王旭高在《类方歌注》芍药甘草汤条下说:“气血不和,肝木乘脾则腹痛,白芍酸收苦泄,能行营气而泻肝木,甘草甘缓,能和逆气而补土,甘酸相合,甲己化土,故为治腹痛神方。”原田正敏分析了含芍药、甘草的部分常用方剂后认为,芍药的治疗效能主要为妇科腹痛、一般腹痛和腹肌拘挛,与甘草配伍有协同作用⁽¹²⁾。近年,有人用此方加味治疗先天性和萎缩性肌强直症20例,有效率达100%,其中治愈3例,显效8例⁽¹³⁾。也有报告将此方加味治愈面肌痉挛11例⁽¹⁴⁾。

(三) 脾阴不足,消化呆滞。《临证指南》对热病后胃气不甦,不饥少纳,常以乌梅、木瓜配伍石斛、茯苓、陈皮、藿香等药开胃清养。近代也常用于慢性胃病,或某些疾病经化疗以后见舌苔光剥嫩红,舌不知味等症。酸甘化阴药物既能生津止渴,开胃进食,又可避免纯用补阴以滋腻滞胃。

三、酸甘化阴药物在方剂中的应用

(一) 以对药为应用的基本形式。如芍药与甘草的配对使用,即是此例。在补肾方剂中,则熟地与山萸肉常常配伍应用,如金匱肾气丸以及知柏地黄丸和杞菊地黄丸等。肺胃阴伤病证,常以乌梅与麦冬配对使用,如《丹溪心法》玉泉丸,《温病条辨》连梅汤,都是治疗消渴病的常用方,方内都有这样的对药。此外,咳嗽常用对药五味子、甘草;心阴不足之失眠、心悸常用对药五味子、麦冬。为了加强酸甘化阴的作用,也可几个对药结合应用,如《寿世保元》八仙长寿丸(又名麦味地黄丸),即含熟地、山萸肉和麦冬、五味子二个对药。原书用此方治疗年高肺肾阴虚,筋骨无力或发热作渴等症。

(二) 与甘温或甘平益气药配伍,气阴双补,阳生阴长。气阴两虚,常可见到程度不同的气虚不能摄纳,营阴不能内守的临床表现。益气药配伍酸敛益阴药,可以标本兼顾,生脉散就是一张这种配伍的代表方剂。临床对糖尿病辨证分型中发现,气阴两虚型最为常见。如1980年中医研究院广安门医院报告100例,气阴两虚者占80%。这类病人大多肥胖、少气乏力、自汗口干,治疗上在重用参、芪、山药、黄精等益气药同时,配伍酸甘化阴药物⁽¹⁵⁾。慢性萎缩性胃炎属胃阴不足、脾气虚弱类型的临床也是常见的,在酸甘合化、开胃生津同时,也常常配伍益气健脾药而取效。这种配伍组方形式,也有人应用来治疗老年性前列腺肥大症而获得良好效果。如吴氏报告的补敛提汤(炙黄芪、党参、麦冬、五味子、乌梅、炙升麻)⁽¹⁶⁾。

(三) 与辛温发散药配伍,制约辛散,维系阴阳平衡,多应用于治疗外感病,邪在肺卫的复方中。《伤寒论》小青龙汤为寒饮咳喘而设,方内用干姜、细辛温化散邪同时,配伍五味子和甘草,前者酸敛肺气,后者味甘润肺,旨在气阴俱敛,制约辛散太过。

(四) 与咸寒平肝或滋阴药配伍,增强潜阳熄风作用,适用于肝肾阴虚,肝阳偏亢或肝风内动等证。所谓咸寒平肝药物,如羚羊角、石决明、牡蛎、珍珠母等;咸寒滋阴药如龟板、鳖甲等。《衷中参西录》镇肝熄风汤,《通俗伤寒论》羚羊钩藤汤,《温病条辨》一甲、二甲、三甲复脉汤和大定风珠,都有这样的配伍。上述方剂中都应用白芍和甘草这一对药,这与两药配伍后具有养阴血、缓挛急的作用是相一致的。

通过对酸甘化阴药物适应证及在方剂中应用的初步探讨,表明某些中药酸甘配伍产生的“益阴”临床效应,不是单纯酸敛或甘润药物所能替代的。因此,酸甘化阴作为益阴缓中的一种具体治法而应用于临床,不仅丰富了益阴治则的内容,而且也体现了药物性味配伍后作用上的一些特色。

参 考 文 献

- (1) 北京中医医院等编:中医原著选读(附)部分临床经验介绍。北京人民出版社,1978年。
- (2) 李育才等:施今墨先生治疗糖尿病的经验。辽宁中医杂志(4):5,1986。
- (3) 李育才:祝谌予教授治疗糖尿病的经验。辽宁中医杂志(2):14,1985。
- (4) 王宗根等:甘芍降糖片治疗214例糖尿病患者疗效初步观察。中西医结合杂志6(10):593,1986。
- (5) 张继泽等:张泽生治疗萎缩性胃炎的经验。中医杂志8:573,1982。
- (6) 许继祥:地丁散治疗慢性萎缩性胃炎。浙江中医杂志19(11):512,1984。
- (7) 李世俊等:养胃冲剂治疗慢性萎缩性胃炎临床观察。中医杂志(11):830,1986。
- (8) 徐州医学院附院中西医结合消化组:胃安丸治疗慢性萎缩性胃炎110例疗效观察。中医杂志(2):110,1982。
- (9) 董林:“养胃方”治疗萎缩性胃炎50例疗效观察。浙江中医杂志20(10):439,1985。
- (10) 周丽萍等:养胃理气汤治疗萎缩性胃炎14例小结。浙江中医杂志19(11):511,1984。
- (11) 张季高:大定风珠的临床应用。中医杂志(6):433,1983。
- (12) 原田正敏:中医常用含芍药甘草方剂的治疗功效分析与实验药理学结果的对比。药学杂志89(7):899,1969。
- (13) 汤洪川等:芍药甘草汤加味治疗先天性和萎缩性肌强直症20例临床观察。中西医结合杂志4(8):494,1984。
- (14) 祝捷:芍药甘草汤加味治愈面肌痉挛11例。辽宁中医杂志(9):40,1980。
- (15) 中医研究院广安门医院内科:糖尿病辨证分型及治疗的初探。北京医学2(4):217,1980。
- (16) 吴敬农:补敛提汤治疗老年性前列腺肥大症。江苏医药(中医分册)(3):37,1979。