



夏仲方话黄芩疗诸失血

夏仲方先生遗稿一帧，言黄芩疗诸失血，言简意赅，颇有启迪，今整理如下，以飨同道。

黄芩味苦性寒，为临床常用之清热药。《纲目》集前人经验，谓黄芩能疗“诸失血”，真乃要言不烦，尽共擅治诸血之功。

以单味黄芩止血者，古方已有见及，如《圣惠方》治衄血、吐血之黄芩散；《本事方》之治崩中下血方；《千金翼方》之治下血方；《瑞竹堂经验方》治七七后天癸却行之芩心丸等，其或为散，或为丸，或为汤剂，足见其用之广拓。

取黄芩复方以止血者，更是繁多。治上部之血，莫过于《金匱》大黄黄连泻心汤。方中黄芩清热止血，《本经》谓之“下血闭”，可见又有活血破瘀之功。余用本方，黄芩之量常倍于大黄，作为全方之主药，对肺咯血、鼻衄、衄血、耳目溢血等，具有实热见证者用之恒效。中风之由于脑溢血者，更为合拍，因黄芩又有降压之用，一药具有二效，当为首选。如一中年男性患者，形实质壮，平素多痰，初春猝中，合目鼾息昏睡，左侧偏瘫，身热遗尿，苔腻脉弦。以黄芩大黄合化痰之剂鼻饲，十剂后神清能语，月后肢体恢复而起。

下部出血诸方，唯《金匱》黄土汤为最，本方乃虚寒性下血之方，其所以用苦寒之黄芩，旨在制止血液之外溢。因为本方黄土、附子、白术温壮阳气，阿胶、地黄、甘草滋阴养血，足以调和阴阳，毋需以寒制热而调适寒温。再就用量而言，原书附子、黄芩等量，后世亦多用至三四钱，如《吴鞠通医案》等，均非反佐之量。况黄芩本善止血，如一结肠冗长患者，腹痛突起，少腹阵痛，甚则昏厥不醒人事，用桂枝加芍药汤增附子而痊。然经多如涌，仅于原方再加一味黄芩，经前预服，果愈。可见黄芩善于止血，黄土汤之止血，并不赖于黄土。

下部血证，还有小便出血。其涩痛者为血淋，不痛者为尿血。血淋乃湿热下注，现常称之为泌尿系感染，其血有肉眼不见，需镜检方能窥视者，不少患者具有柴胡证，用小柴胡汤去参，较之八正、二妙等效

果尤佳，不仅尿血即止，全身症状亦随之而解。如一女性患者，血淋尿痛，一月反复三次，少腹弦急，腰痠怕冷，且有低热，服呋喃西林有副反应，以柴胡桂枝汤诸证悉痊。唯恶寒腰痠未罢，遂拟补中益气汤加附子黄芩痊愈。又一乳糜血尿患者，男，40岁，瘦色殷红，曾服导赤、六味、八正未见寸功，就诊时尚有头痛、胃痛、腹痛、失眠、遗精。拟胁满，脉弦而用小柴胡汤去参，不一周血止，再以柴胡桂枝汤、补中益气汤加黄芩等交替使用，随访年余，小便正常，精力倍增。柴胡剂治“泌尿系感染”、“血尿”，日本汉医和田应中郎已有报道，其中有直接止血作用者，仅黄芩之一味耳！

复方止血，功归协同，未可断言黄芩一味之功，然而长期以来，余反复琢磨、推敲，甚至有意地用黄芩而不用地榆、三七、茅根等止血之品，留心观察，效亦彰著，故而其功又不能不归之于黄芩也。

黄芩何以能疗诸失血，寒以胜热？！苦能坚阴？！果亦不乏其理，然而黄连龙胆之苦寒甚于黄芩，何以不言其疗“诸失血”？况黄芩又常与附、桂、姜等辛热之品同用，岂能以“寒凝”二字概之？其中是否尚含有某种止血之成分、机制？临床未可臆测，有赖药理专家阐明之。

上海市中医文献馆 董其圣

中药汤剂暖瓶浸泡法

中药汤剂直火煎煮法是一种传统的煎煮方法，但此法患者难于掌握而影响临床疗效。用暖瓶浸泡中药，有的地区已推广应用，但对其最佳浸泡法和质量研究的报道甚少。本文试以药物的水溶性总煎出物及已知药效成分含量为指标，将传统煎药法与暖瓶浸泡法作一比较，得出一种较为合理的浸泡法，以利提高汤剂药效。

一、实验材料

大青叶、菊花、牛膝、黄柏、鸡血藤、赭石、珍珠母、甘草、板蓝根、乌梅、制芥各取样5份(饮片2份，4~5毫米颗粒3份)。分析天平及化学试剂。

二、实验方法

1. 直火煎法：准确称取饮片样品一份10克，置烧

杯内加水煎煮两次(20分、10分),每次加水200毫升,滤液浓缩至100毫升(1:10)。

2. 暖瓶浸泡法:准确称取颗粒样品三份各10克,先用适量冷水湿润药物15分钟后置洁净、无水垢、保温性能好的(4磅)暖瓶中,加100℃沸水浸泡两次(保温85±5℃),每次加水200毫升,振摇一分钟。(浸泡时间分别为20分、10分;60分、60分;60分、120分),滤汁前再振摇一次,各份滤液浓缩至100毫升,供测试。

3. 总煎出物量测定(减量法)

4. 药液成分含量测定

甘草、板蓝根、荆芥、乌梅、珍珠母按《药典》及其他标准测定。

三、实验结果(附表从略)

四、讨论和小结

1. 据实验表明,11种中药经暖瓶浸泡后的总煎出物及其部分已知药液成分含量均略高或高于传统煎法。暖瓶浸泡中药一般浸泡2~3次,各1小时,加水量为方剂药量的1~5倍,100℃沸水冲入保温85±5℃,振摇两次。若质地重沉、滋腻的药物可浸泡三次或更多次,吃淡为止,这样既能发挥药效,又不浪费药材,包煎、烊化、冲服等法仍按传统方法,先煎、后下可简去一并浸泡。本法特别适用于气清、味淡含芳香挥发性成分的方剂。

2. 以扩散定律、浸出机理而论,扩散物质是与扩散粒子半径成正比,颗粒愈细,水与药物接触面增大,渗透速率加快,浸出物质越多。实验中将根、茎、藤、矿石、贝壳类饮片切(或剪)碎至4~5毫米粗颗粒(花、叶、全草类等组织结构疏松的无需处理),增加汤剂的溶出率。饮片和颗粒多系干燥品,先用冷水湿润使其皱缩的细胞壁及导管重新膨胀畅通,不致于药物表面的淀粉、蛋白质沸水冲入凝固而妨碍有效成分的溶出。

3. 暖瓶浸泡是在密闭的条件下进行,当药物内部和外部溶液的浓度达到平衡时(渗透压平衡)有效成分也不再溶出,故采用每次浸泡1小时较为合理。夏季应连续操作,药液不宜久贮于暖瓶中,以防变质。加水量可视药物的吸水性能而定,且非直火加热,加水量要比常规煎法少,以药量的4~5倍,二、三煎略为减少为宜。由于药材表面不平整,冲入沸水后形成一层气膜包围表面,使水分不易渗入内部,振摇后能使暖瓶中药液浓度达到平衡,有利于浸出。

4. 暖瓶浸泡法其优点,不仅保持了传统汤剂的前煮要素,又简化了汤剂制备方法,值得推广应用。

江苏省常熟市吴市医院 周锡龙

“胸中甲错”新释

“胸中甲错”一词,见于唐《千金》苇茎汤。后世据《外台秘要》注:“仲景《伤寒论》云苇叶切二升。《千金》、范汪同”。原方主治云:“治咳有微热,烦满,胸中甲错,是为肺痈。”魏荔彤《金匱要略方论本义》说:“此与胸中甲错一证辨之,最为的当。”认为是诊断肺痈的主要症状依据之一。

对于“胸中甲错”的解释,一般多认为是指胸部皮肤粗糙如鳞甲状。如《王旭高医书六种》作歌曰:“不喘但咳胸皮错,苇茎桃豉瓜瓣良”。中医院校四版教材也释为:“胸中甲错,是指胸部皮肤粗糙如鳞甲状,由于内痈已成,气血凝滞,肌肤失去营养所致”。笔者认为这种解释欠妥,岂只有胸部皮肤失去营养而他处皮肤不失营养?不仅临床缺乏实例,而且也很难作为肺痈诊断依据,况“胸中”也不是胸部表皮。

考“甲错”一词,《金匱要略》只载有三处:“五劳虚极羸瘦……内有干血,肌肤甲错”;“肠痈之为病,其身甲错”;“黄汗之病……久久其身必甲错”。指示相当明确,都是引起的全身肌肤失去营养而甲错,是多种疾病后期气血虚滞都可造成的现象。而“胸中甲错”是描述的肺痈症状。“胸中”指胸腔内,张介宾注:“胸中,肺所居也”。“甲”,指植物果实或动物的硬质外壳。《易解》谓:“雷雨作而百果草木皆甲坼”;《管子·建策·神龟赋》云:“时有余龟者,数日而死,肌肉消尽,唯甲存焉”。故凡物之硬质外壳皆可名甲。如甲壳、爪甲、鳞甲等。“错”除可引伸为粗糙不滑之义外,又可作“铍”字解。《辞源》“错”:通铍,治钢铁之具,亦称错刀,今作铍刀”。汉·刘向《列女传·鲁臧孙母》“错者所以治铍,铍者所以治木”。则直接将“错”作“铍”,作名词用。《辞海》“铍:用铍磋磨”。则“铍”又可作动词用。据此可认为,“胸中甲错”即“胸中甲铍”。语译成白话即:“胸中如铍刀铍磨甲壳”,实际是比喻胸中痛时的一种感觉。这种痛感即不是如针刺样的刺痛,也不是如刀割样的剧痛,而是如铍刀铍磨甲壳样的钝痛。与《金匱要略》描述的肺痈“咳即胸中隐隐痛”相补充。是肺痈从初期起一直到溃脓期都必具的主要症状。

综上所述,笔者认为,“胸中甲错”应解释为“胸中如铍刀铍磨甲壳样钝痛,由于热毒壅肺,血瘀气滞,蕴酿成痈所致。”这不仅文义相符,切合临床实际,而且的确是古人在当时条件下诊断肺痈主要症状的依据之一。

四川省荣县中医院 程树德