

百

家

园

对玄参等 5 味中药性能的看法

中药药性理论在漫长的使用过程中日臻完善,对其认识的过程也是逐步加深的,由于中药性能直接对临床产生影响,所以有必要对其说理更具体,更恰当,更切合药物的应用,鉴于此,笔者对几味中药的性能提出一些看法,以就正于同道。

1 玄参能软坚散结

玄参可以用治瘰癧、痰核、癭瘤等证,这在古今本草及临床上均是如此之用,但对玄参的这一治疗作用,古今医家有不同看法,有认为取其散火,如李时珍说“其消瘰癧亦是散火”。有认为是解毒散结,如《中华临床中药学》云:“玄参苦咸微寒,清热解毒,化痰散结,用治痰火郁结之瘰癧痰核,多与牡蛎、贝母同用,如《医学心悟》消瘰癧丸。”有认为是软坚散结,如汪昂《本草备要》玄参条下云:治“瘰癧结核”是因其“寒散火,咸软坚”。笔者认为,玄参治瘰癧的作用,应是因味咸而软坚散结,理由如次:(1)玄参为苦甘咸寒之品,从中药药性理论分析,具有咸味而能散结的药物均称软坚散结,并且软坚散结药均具有咸味,如海藻、昆布,从常用中药来看,无一例外。(2)清热散结不同于软坚散结,清热散结是指具有清热,又能治疗“结”,如瘰癧、痰核、癭瘤,这些药物主要有夏枯草、贝母、连翘等,玄参可以清热,也可以说清热散结,但由于其具咸味,也是其与贝母等药的主要区别,那么玄参软坚散结则更确切。虽然消瘰癧丸(牡蛎、玄参、贝母)将 3 药同用,但所取作用并非相同,应用消瘰癧丸亦并非定要有热证。(3)具散结作用的药物并不一定能治瘰癧、癭瘤,如瓜蒌清热散结,薤白行气散结。显然玄参具咸味是其特殊之处,也是与其它散结药的主要区别点。

将玄参治疗瘰癧、痰核、癭瘤,说成是“清热解毒”(凌一揆主编,全国大学教材《中药学》,以下简称“五版教材”)、“滋阴解毒”(雷载权主编,全国大学教材,以下简称“六版教材”),与玄参的实际作用是不相符的。结合中药药性理论分析,玄参此一功效应为“软坚散结”,类似的药物有海藻、昆布、鳖甲、牡蛎、瓦楞子、海浮石、海蛤壳等。

2 滑石治湿疹是吸附作用

中药理论认为,酸、涩味能收能涩。滑石甘淡寒,临床外用可以用其治疗湿疹、湿疮、湿毒、痱子。中药教材说滑石能清热收敛(五版教材)、祛湿敛疮(六版教材),查古代本草文献,未有认为其具酸涩味者,谓其收敛与药性理论不符,此药不但不能收敛,尚有医家认为其发表利毛窍者。如李时珍说:“滑石利窍,不独小便也。上能利毛腠之窍,不能利精溺之窍。盖甘淡之味,先入于胃,渗走经络,游溢津气,上输于肺,下通膀胱。肺主皮毛,为水之上源。膀胱司津液,气化则能出。故滑石上能发表,下利水道,为荡热燥湿之剂。发表是荡上中之热,利水道是荡中下

之热;发表是燥上中之湿,利水道是燥中下之湿。热散则三焦宁而表里和,湿去则阖门通而阴阳利。刘河间之用益元散,通治表里上下诸病,盖是此意,但未发出尔。”临床虽未有用滑石发表者,但其通利之功则是滑石的主要作用。滑石所以治疗湿疹、湿疮,并非收敛,实乃吸附作用。

滑石的主要功效是利水通淋,若谓滑石具收敛作用,岂不是收敛与利水相悖吗?其实不然,从中药的作用途径分析,具有收敛作用的药物是不能利水的。虽然说滑石收敛既与药性理论不符,又与其本身的主要功效不符,滑石的这一功效可以认为是“吸湿”。外用具吸附作用者还有煅石膏、海蛤粉、牡蛎粉、珍珠母粉,这些药物均非收敛之品。凡是湿病是不能轻易选用收敛药物的,李时珍有一首治脚趾缝烂方,用滑石 1 两,石膏(煅)半两,枯白矾少许,研掺之,亦治阴下湿汗(见《本草纲目》卷 12)。显然这是一种吸附作用。所以说滑石收敛既悖于药性理论,也与其自身功效不一致。

3 灶心土非涩肠止泻、收敛止呕

灶心土辛微温,具有温中止血、止泻、止呕作用,五、六版教材均认为其“温中收涩以止血”,“温脾涩肠止泻”。此药非酸涩味,云其收敛与药性理论不符。

涩肠药皆可治久泻,如赤石脂、禹余粮、诃子,但止泻药却并非尽能涩肠,如吴茱萸、煨木香。灶心土治久泻,并非是涩肠,实乃温中作用,脾阳受损,统摄无权,升提功能失常则久泻不止,灶心土温中作用与干姜、益智仁机理相似,只是温中的力量强弱不同而已。

灶心土温脾阳,散虚寒,脾阳得温,其统摄之权可复,故能止血、止泻。主要用于脾不统血之出血,如黄土汤,也用于脾胃虚寒之久泻。历代医家均认为是其具有温中作用,而非收敛作用。假如认为灶心土止泻是收敛作用,那么干姜、益智仁、吴茱萸、高良姜似乎均有此作用,其实不然。脾胃虚寒,使水谷精微不能正常转输,致中阳不振,升降失调,出现呕吐,通过灶心土温暖脾阳,和胃降逆从而达到止呕之功,亦非收敛之功。结合临床,黄土汤治“下血,先便后血,此远血也。”乃虚寒便血,亦取其温中。此外,灶心土性味也与收敛作用不相对应。所以灶心土非收敛之品。

4 麻黄根乃固表止汗药

麻黄根乃止汗要药,性味甘平。对于麻黄根的止汗机理,有认为“收敛止汗”(五版教材),有认为“敛肺止汗”(六版教材),但古代本草并非云其收敛,《本草纲目》载麻黄根未提其具收敛作用,其所附方 8 首,亦只说其止汗,未云其收敛,那么麻黄根是否有收敛作用呢?甘平的麻黄根不具酸涩味而言其收敛,有悖于药性理论。古代本草当中也有云具涩味者,如《本草正》云“味甘,平,微苦,微涩”,但这只是附会之说,不能作为说理依据。对于麻黄根的止汗机理,李时珍表述得非常清楚:“其性能

行周身肌表,故能引诸药外至卫分而固腠理也。”这就是说,麻黄根止汗,实际上是固护肌表,防止汗液外泄,乃固表止汗,非收敛止汗也。

5 关于肉豆蔻涩肠止泻

肉豆蔻辛温,具有涩肠止泻作用,五版、六版教材均如此记载。现代药理研究肉豆蔻含挥发油,根据中医理论推断,含挥发油成分的藥物多具辛味,辛能行能散,说肉豆蔻涩肠止泻与理论及临床不符。

古代本草著作中,有不少医家认为肉豆蔻涩肠止泻,如汪机云:“痢疾用此物涩肠,为伤乳泄泻之要药。”现代出版的中药学教材均认为肉豆蔻止泻机理是涩肠,但考据古代医家的论述,结合肉豆蔻的作用,非涩肠止泻也。

从古人论述看,虽然有人认为是取其涩肠,但更多的医家认为是温中作用。如李时珍说:“土爱暖而喜芳香,故肉豆蔻之辛温,理脾胃而治吐利。”《本草经疏》云:“肉豆蔻,辛味能散能消,温气能和中通暢,其气芬芳,香气先入脾,脾主消化,温和而辛香,故开胃,胃喜暖故也。故为理脾开胃,消宿食,止泄泻之要药。”可见肉豆蔻所以止泄泻,不是取其涩肠,而是取其温中。

从所含成分来看,生肉豆蔻中含有大量油脂,其性暴泻滑肠,若以它用于临床,不但不能止泻,反有很明显的滑肠作用,煨用亦有轻微致泻作用。

从临床应用来看,临床上确有应用肉豆蔻止泻的方剂,如四神丸。但此方所治本质上是脾胃虚寒致大便溏泻,甚则完谷不化或五更泄泻。方书中均言此方有涩肠止泻之功,但此方主要还是以温暖脾胃为主,至于涩肠止泻,则为酸温之五味子的功效,非肉豆蔻之效也。笔者在临床上曾多次用其止泻,反致泻,若煨用虽可减缓致泻作用,但仍有致泻的作用,若因脾肾虚寒则此药有止泻之功。

从药性理论分析,肉豆蔻辛温,为历代医家所认同,当不具收涩作用,若云肉豆蔻涩肠,既悖于药性理论,又与其所含成分不相符,也违背了临床用药的特点。故此,笔者以为,肉豆蔻乃温中止泻药,非涩肠止泻药也。

湖北中医学院(430061) 王绪前

应用《辨症玉函》方治难症

《辨症玉函》系清代浙江名医陈士铎所撰,其书按症以阴阳、虚实、上下、真假为纲,各种病症为目,先辨证分析,后列处方用药。辨证分析扣住提纲,但在详细描述临床症状时,突出点明某症为鉴别要点,使学者一目了然。所列处方、用药多富新意,但细究之又出于《灵》、《素》。笔者临床屡用其方治疗疑难病症,收益匪浅,兹择一二以述后。

1 济火神丹治反胃

患者,女,38岁,1990年6月11日初诊。诉半年前晚餐后,突感上腹部胀满不适。数小时后开始呕吐,直至把所进饮食尽吐后,腹胀方消。自此每日进食后,则生腹胀,必将所进饮食吐尽后,其症方消。不进食则无所苦,无腹痛,无畏冷发热。除胃肠钡透提示轻度胃下垂外,余无异常,经中西医多法治疗,未能收效。刻下症见:形瘦神疲,面色苍白,手足不温,腹软无压痛,小便如常,大便量少,舌淡苔滑白腻,脉滑细。辨证为脾胃虚寒,中阳不振,予桂附理中丸合大半夏汤加减。服3剂不应。细询患者

方知,半年多来,多方求治,人参、鹿茸、肉桂、附子所用不少,虽偶觉症状有所好转,但不几日则症又如前。遂投陈氏之济火神丹原方剂量1剂。药用肉桂9g,山茱萸15g,熟地黄30g,五味子6g,茯苓15g,山药30g,肉豆蔻2枚,白术30g,芡实15g。水煎服。次日患者来诉,昨服药至今晨进食后,虽仍有腹胀,但稍作忍受,未再吐出。药已中的,再投原方3剂,所进饮食未再吐出,腹胀渐轻,患者觉精神明显好转,再予3剂后,诸症基本消除。

陈氏认为吐有阳证、阴证之分,吐而有力而痛者为阳证,吐而无声,又纯是清水或今日饮食而明日尽吐出者乃阴证也。本例患者,食入腹胀,尽吐而快,当属阴证呕吐。陈氏认为,肾为胃之关门,肾病胃始病,肾火既衰,则脾无火养,下不能化,自然上涌而吐,法当温补命门之火。此与历代医家对呕吐反胃证的认识无异。然其妙在其所用之方,方中未见姜附等辛热之品,因“病是纯阴,不必再借阳药,况方中原有白术阳药在其中矣,又何必更用参之多事哉?”方用熟地黄、山茱萸、山药、五味子、芡实等补肾涩精之品以敛其阳,少用肉桂、肉豆蔻以温中行气,白术、茯苓、芡实健脾利水以分清。笔者曾用此方治癌症患者因化疗后引起的呕吐不止者及美尼尔氏综合征之呕吐者,亦获佳效。其方中白术、山茱萸不可少,且量宜重。

2 急生丹治疗溃疡性结肠炎

患者,男,38岁,1992年10月5日入院。诉10多年前,因口服驱虫药过量,出现腹泻腹痛,便下稀薄,带脓血粘液。曾经某医院等治疗,诊断为溃疡性结肠炎,反复迁延10多年。治后时愈时发,发作时用抗生素、止血药能取效。近10余年来,因疲劳腹泻加剧,日排脓血便10余次。伴有午后发热,下肢浮肿,舌淡红苔灰黑略干,脉细。曾在当地医院按以往常法治疗无效而转本院。入院查大便隐血强阳性,未培养出致病菌,X线钡剂灌肠提示自降结肠及横结肠扩张度差,结肠黏膜呈花纹状,杂有不规则钡点与大小不等充盈缺损,肠壁呈锯齿状,以结肠远段为甚,提示溃疡性结肠炎。当时给予氨基青霉素、止血敏、维生素K₄、柳氮磺胺吡啶、强的松等治疗,另以云南白药、白及胶、土霉素、甲硝唑、普鲁卡因等保留灌肠,中药予解毒祛瘀,活血止血法,以及输干血浆等支持疗法,10余天来,便血仍未能控制。阅得陈氏治痢有急生丹一方,试投之:党参15g,白芍30g,黄芪30g,炮干姜6g,熟地黄60g,茯苓15g,莱菔子12g,三七9g(冲),当归15g。3剂后,每日虽排便六七次,但便血量明显减少。药已见效,继用前方,10余剂后便血止,大便每日1次,但有腹胀感。原方加入大黄10g,腹胀即消。此后以本方稍作调整连续服用月余,便血未发。随访1年多,患者以此方继续服用,病情一直保持稳定,未再发作。

溃疡性结肠炎中医认为系湿热秽浊之邪蕴结肠道,导致脾胃损伤,运化失司,大肠传导不利而成,属泄泻、痢疾、肠风范畴。治疗以清化湿热、清除脓血便为主。但临床效果不甚理想,易反复发作。陈氏认为痢下如白脓,如鱼冻为湿热痢,当用去湿逐秽之剂。如果便下“纯血而无粪,间有秽物亦必如脓而稀少,或久痢之后,即有血下亦如败脓而暗黑相同,无神无色,此皆不可作痢治之。盖似痢而非痢也。此等之症,一作痢治,去生不远”。溃疡性结肠炎虽有粘液血便,但却与细菌性痢疾不同,故抗生素对其作用不十分有效。正属陈氏所言之“假痢”。急生丹全方除三七末是活血止血药外,其余尽是补气补血之品,正如陈氏所说,此是于补气补血之中而止血,不治痢而痢自止。用之