

饮坚满脉伏,其人欲自利反快。用甘遂半夏汤以甘草同甘遂并列,顿服取利。金代李东垣治项下结核,消肿溃坚汤加海藻;清代《医宗金鉴》用海藻玉壶汤治瘰疬;清代顾世澄《疡医大全》用内消瘰疬丸治疗瘰疬,均合用甘草和海藻。元代朱丹溪治劳瘵,莲心饮用芫花,甘草与芫花同用。

2 相恶合用

上述几首古方,远志主要体现其宁心安神的功效。在归脾汤中意在交通心肾而定志宁心,而在内补黄芪汤中的另一作用是“长肌肉,……治一切痈疽。”甘草主要起使药的作用。而其补脾益气的功效,只能在归脾汤和内补黄芪汤的四君子汤中体现。

相恶合用,在远志丸的组方中,远志(甘草汤泡去骨)起炮制作用。甘草与远志对痈疽疮毒均有治疗作用,在内补黄芪汤中,则增强其原有疗效,按理应为相须为用。

按照相恶的定义,甘草恶远志,合用时,远志能削弱甘草的功效。《伤寒论》已将甘草的功用归纳为养心复脉、扶正泄痞、补中温阳、协调阴阳、柔肝调脾、缓急和胃、益气健中、健脾利水、泻火解毒、利咽清热、调和营卫、通达表里、祛痰止咳等十几种。远志削弱甘草的何种功用,我们认为主要是补脾益气功效。

3 相反合用

甘草所反之药可分为消痰软坚散结的海藻和攻逐水饮的甘遂、芫花、大戟两类。甘草配海藻,前人认为有相反作用,但古方也有甘草配海藻治病。现代实践在治疗甲状腺肿时,海藻甘草同用,也未见不良反应。

甘草配甘遂、芫花、大戟,有据家兔试验,甘遂、芫花、大戟配甘草,服后呼吸、心跳、体温、瞳孔反应、胃肠功能并没有产生特别变化。但另一些实验则证明了甘遂与甘草配伍,随用量比例的不同而有不同的反应。其毒性大小取决于甘草的用量比例,若甘草等于或小于甘遂用量,无相反作用,有时还能解除甘遂的副作用,但甘草大于甘遂用量,则有相反作用。另一实验结果表明,甘草与甘遂配伍应用后豚鼠有严重反应(胃部膨胀、气胀)或死亡。芫花、大戟与甘草合用时,其利尿和泻下作用受到明显抑制,并有使芫花毒性增强的倾向。甘草用量比例越大,其相反作用越强,反之可无相反作用。

在对甘遂半夏汤的阐释中,陈元犀曰:“甘遂与甘草相反而同用之者,盖欲其一战而留饮尽去,因相激而相成也。”认为正是取其甘遂、甘草二药相反,同用之以激荡久留深伏的饮邪,使之下降外出。高学山云:“甘遂性急,甘草性缓,相反者,言其缓急之性也。俗解谓二药自相攻击,谬甚。”认为甘遂、甘草相反者,是缓急之性相反,并非增其毒性。

使用攻逐水饮类药物,如《丹溪心法·水肿》所言:“不可过用芫花、大戟、甘遂猛烈之剂,一发不收,吾恐峻决者易,固闭者难,水气复来而无以治之也。”对水肿患者应慎用逐水峻药,特别是老年体弱患者。当用相反合用的方剂时,应该如清代徐灵胎对仲景方的评价“非此方不能治此病”,“非此药不能成此方”。如甘遂半夏汤,甘遂配甘草是仲景在药对配伍中“七情合和”理论应用达到前所未有的境界。其煎煮法,即甘遂同半夏同煎,芍药与甘草同煎,最后将二汁加蜜合煮,顿服,较为安全。

4 乃不为害

综合以上各种评述,临床较常用的甘草之相恶合用,及甘草配海藻相反合用治病,均未见不良反应的报道。至于甘草配

甘遂、芫花、大戟相反合用治病,只要严格掌握其适应症、剂量、用量比例、煎煮和服药方法,注意观察服药后的变化等,乃不为害。

广东省深圳市沙井人民医院(518104) 杨继源 黄惠玲

中西药配伍应用与不良反应

随着中西医结合的发展,临床上中西药物配伍应用的情况日趋普遍。中西药合理应用确有提高疗效减少不良反应的优势,但不合理的联合用药不但影响疗效的提高,而且会产生不良反应。常见的有以下几种情况。

1 中西药复方制剂

中西药组成复方制剂作为正式批准生产的药物及医院制剂在临床上使用,多取其协同作用,它们通常冠以中药名称,归类为中成药。由于医生不了解其处方的组成造成用药超量。如感冒清胶囊由板蓝根、大青叶等与西药扑热息痛、盐酸吗啉双胍、扑尔敏组成;感炎清片由千里光、虎杖配扑热息痛、扑尔敏组成;重感灵片由青蒿、羌活等中药与西药安乃近、扑尔敏组成。如果患者对这些西药过敏或再配以解热镇痛西药同用其结果必然会发生不良反应,这也正是中药不良反应报道日益增多的原因之一。如消渴丸由益气养阴中药黄芪、地黄、天花粉和西药优降糖组成,每10丸含2.5mg(一次量)优降糖,处方本意为以中药治本西药治标,达到标本兼治的目的。糖尿病作为一种代谢疾病,临床上重视降糖药的药量及用药时间,服此药造成低血糖甚至昏迷的病例报道,是有些医生不明成分而重复用药所致。

2 中西药联合用药

中药治病的机理复杂,与西药联合用药所产生的药物间的相互作用尚不为人们所熟知。不良的和有争议的相互作用较多,其中包含了许多不安全因素。中西药联合用药不当是发生不良反应常见的原因。如含有机酸的中成药五味子丸、消食片不宜与磺胺类药物合用,以免由于酸化尿液而使磺胺类药物及其代谢物在尿中溶解度降低析出结晶,导致肾脏损害。患者剧烈咳嗽时,如果用可待因配中药杏仁、白果止咳平喘本无可厚非,但杏仁、白果腈甙含量较高,腈甙在胃酸作用下发生水解释放出氢氰酸,对呼吸中枢有抑制作用,两药合用可使呼吸中枢过度抑制,并损害肝肾功能。有报道认为,恶性肿瘤患者在使用化疗药物如环磷酰胺时,不宜合用丹参制剂。六神丸中蟾酥成分复杂,含强心作用成分可引起心动过缓、传导阻滞、室性早搏甚至室颤,与地高辛合用易引起中毒反应等等。

3 中药注射剂与其他药物配伍应用

与输液配伍:临床上普遍存在输液中加入多种注射液或粉针剂进行混滴的情况,从配伍变化频率和程度看,常见的变化有pH变化、含量下降、颜色加深等。不良反应与中药注射液的稀释度有一定关系,药物浓度愈高不良反应越重,不良反应与较大剂量快速加入体内有关。如清开灵与一定浓度的葡萄糖注射液配伍会产生沉淀,稀释度在1:10以下。

与西药配伍:部分中药注射剂与一些西药注射剂直接或在输液中配伍引起明显的变化,常见的是发生沉淀、少数含量降低、pH改变等。主要是喹诺酮类(如环丙沙星等)、氨基糖苷和维生素类。这是因为较多的喹诺酮类注射剂本身为盐类,其pH值范围较窄,中药注射剂成分复杂稳定性差,两者配伍易发生

变化;氨基糖苷类结构中氨基与中药的某些成分发生反应可能是引起配伍变化的原因;维生素 C 具有酸性和较强的还原性也易与中药注射剂发生配伍变化,如双黄连粉针剂与氨苄西林钠配伍出现含量下降。清开灵与青霉素、维生素 C、盐酸林可霉素配伍时 8 小时外观无变化,但 pH 含量均下降,而与丁胺卡那霉素、维生素 B₆ 配伍时立即出现沉淀。所以中西药配合使用时,既要考虑药物间的反应,也应考虑使用条件。

微粒的变化:微粒进入血管后引起机体微血管局部栓塞出血、血肿损伤坏死。有研究表明,中药注射液的质量是引起输液微粒数增加的重要原因,不同稀释度的复方丹参注射液与 10% 葡萄糖配伍后混合液的微粒数比原输液微粒数显著增加,稀释度越低微粒越高。提高 pH 值可引起微粒超标。不同稀释度的药液加入同一体积的同一输液中,混合液的 pH 值随药液浓度的升高而降低,但微粒数却明显增加,提示 pH 可能是引起微粒变化的另一原因。

4 几点建议

说明书亟待规范。药品说明书应提供安全用药的全部信息,应对所含成分真实说明,特别涉及到药理、毒理、药动学、适应症、注意事项、相互作用等都应详尽说明。对中西药复方制剂应严格控制,已批准的成药在包装上做特殊标志。对中药注射剂的说明书更应严格规范管理,鉴于合并用药药品 pH 值改变易产生不良反应,因此说明书上应标明药品 pH 值范围。

中药注射剂应尽量减少与其他药物混合滴注,使用时应密切观察患者反应。中西药联用时应慎重,或采用错时、间隔等服药方法。

临床医生在中西药联用时,一般考虑有利的方面多,而可能产生的不良反应少。随着中西医结合的深入发展,迫切要求临床医生灵活运用中西医两套治疗方案,熟悉中西药的药理作用、化学成分,合理选用中西药物,做到精简用药,减少不良反应的发生。

北京佑安医院(100054) 王玉芝

肝病实脾临证新义

《内经》云:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾。”其本意为肝病最易传脾,在治肝的同时,先调补脾气,使脾脏正气充实,不受邪侵。这个治法已被广泛用于肝病的治疗中。脾为后天之本,气血生化之源;脾居中焦,为气机升降之枢纽。正如李东垣《脾胃论·脾胃虚实传变论》所说:“元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气……,若胃气之本弱,饮食自倍,则脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生也”。肝藏血,主疏泄一身之气机。肝脾密切相关,正如《经别论》所说:“食气入胃,散精于肝,淫气于筋”。笔者认为,顾护脾胃应贯穿于诊治慢性肝病的始终,若脾病则肝病难愈。临证见到患者有脘痞、腹胀、纳呆、便溏、苔腻、脉细等症状,不论病毒滴度、肝功能指标、肝纤维化指标有无异常,都只能先调理脾胃,以顾后天之本,脾旺方能正气旺,有利于正气抗邪而使肝病向愈;倘若滥用攻邪之法,则重伤脾气,必致肝病缠绵难愈。但是,“实脾”是否就是“补脾”,有待探讨。

曾阅李东垣《脾胃论》,深感其对脾胃疾病的论述之精当,《脾胃论·气运衰旺图说》中的一些观点对笔者启迪尤深。其曰:“土、脾、形、火、心、神、木、肝、血、皆大盛,上乘生长之气,后

泻则;甘草梢子之甘寒泻火,形于肺,逆于胸中,伤气者也。黄芩之苦寒,以泻胸中之热,喘气上奔者也。红花以破恶血,已用黄芩大补肾水,益肺之气,泻血中火燥者也。”李东垣认为,脾象土主运化,输精气以养形;肝象木叶藩滋而主藏血。如肝血亏少,阴火大盛,必上千心阳,侵害脾胃。法当先用甘温助益生长的元气,后泻阴火为治则。阴火上乘,虽然干犯心阳,侵害脾胃,却表现在肺,因火刑肺金,气逆于胸中,呼吸喘促。伤于肺气的,用甘草梢性味甘寒以泻火。黄芩苦寒入肺,以泻胸中的火逆,平定上气喘急,用黄芩以通肺络清肺火,即“益肺之气”;红花性味微辛温,破瘀血,“泻血中火燥”,亦即“大补肾水”。李东垣在这里所论“补”,不是一般人参、熟地黄的补;所论“泻”,也不是一般大黄、芒硝的泻。而是从“气运衰亡”的理论分析补、泻。如肝火上逆,干心侮脾,而症状却表现在肺,胸中烦热,上气喘急,因为脾病不能资肺,心火又刑肺,用黄芩以泻肺火,“火与元气不两立”,火泻则肺气受益,不用补药而补在其中。从李东垣之“补”、“泻”引伸到今,在慢性肝病的治疗中,如何使用“肝病实脾”法中的“实脾”,笔者有以下几点体会。

1 益气补脾以“实脾”:脾主运化,是气血生化之源。脾气旺盛,气血充足,肝木得以滋养,自然肝疏泄功能得以恢复。在慢性肝病的治疗中,这种方法已被广泛使用。如毛德西等提出:宗“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之旨,立健脾益气、运化湿浊之法。以四君子汤加黄芪为代表方。笔者临证多选生黄芪、太子参益气健脾,既可治肝病,又可防苦寒之药伤及脾本,使疗效明显提高。

2 清化湿热以“实脾”:《内经》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾;脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱;水精四布,五经并行,合于四时、五脏,阴阳揆度,以为常也。”“脾主运化水湿”。笔者临证时,每见慢性肝病患者出现腹胀、胁下痛、口苦、纳呆、下肢酸乏、大便溏而不爽、或有黄疸、舌苔黄腻之症时,除了清疏肝胆之外,多借鉴东垣之法,加用清化中焦湿热之品,如黄连、茵陈、赤茯苓等药,其效如桴应鼓。肝木为脾土的“所不胜”,如肝木妄行,克犯脾胃,便会导致脾胃运化失常;因为肝气横郁,郁而生火,导致脾胃湿热内停。此时,清化湿热,以助脾运,湿热被清,脾主运化功能得以恢复,虽未补脾而脾气自健。

3 芳香运脾以“实脾”:脾为太阴之脏,恶湿喜燥,燥则脾的清阳之气上升,以煦心肺,下济肝肾,所以脾宜升则健。脾居中焦,其斡旋升降,以调一身之气机。慢性肝病,肝气疏泄失司,气机不畅,临证常见脘痞、胸闷胁胀、口淡纳呆、食入则倦怠乏力、大便泄泻、苔厚腻、脉缓等证。笔者常苍术、白术并用,运脾兼以渗湿;葛根、防风鼓舞胃气上行;陈皮、神曲以助运化,脾气得以舒伸,升清降浊有序,气机得以畅通,虽未补脾而脾气自健。

4 消食导滞以“实脾”:《素问·痹论》曰:“饮食自倍,肠胃乃伤”。此指正常情况下脾胃伤于食的病机,而在慢性肝病的诊治中,即使饮食不“自倍”脾胃都易被伤。肝病使得疏泄功能受损,脾胃运化处于“不及”状态,病人饮食稍有不慎或欠节制都会导致脾胃运化失司,腐熟无权,谷浊之气不得下行而上逆。临证常见噎腐吞酸或呕吐不消化食物,脘痞,腹胀满,苔垢腻,脉滑等症。笔者常于辨证基础上多加用山楂、神曲、枳壳、甚或制大黄等,消食导滞,使得食积消而脾胃得运,虽未补脾而脾气自健。

浙江省杭州市第二人民医院(310015) 黄远媛