

学术争鸣

论辨病理用药是传统方剂配伍理论的补充与发展

吴水生¹ 叶 苓¹ 林 渊¹ 刘蔚雯¹ 林求诚²

摘要 在分析传统方剂配伍理论的基础上,提出了“辨病理用药”的概念及新的方剂配伍原则。新的原则既能体现君臣佐使的思想,又符合现代医学对疾病的认识,是对传统方剂配伍理论的补充与发展。

关键词 方剂配伍

方剂是在单味中药的基础上发展起来而又超越了单味药运用的更高形式。一首方剂的组成,既不是药物简单的堆砌,也不是将单味药的功效逐一相加,而是在方剂配伍理论的指导下,遵循一定的规律组合而成。因此,对配伍理论及其规律的深入研究是方剂学研究的重要课题。

当前,中医药临床工作者,尤其是中西医结合工作者,在临床遣方用药实践中出现了一种与传统配伍原则不尽一致的选药组方新思路,并在临床实践中取得了较好的效果。这一新思路发展成为新的方剂组方原理,是传统君臣佐使理论的补充与发展,有助于复方配伍规律的现代科学阐述。

1 传统配伍理论——君臣佐使的涵义及其不足

方剂组方原则始于《内经》。《素问·至真要大论》曰:“主病之谓君,佐君之谓臣,应臣之谓使”。指出方中起主要治疗作用者为君,辅助君药者为臣,应和臣药者为使。又云:“君一臣二,制之小也;君一臣三佐五,制之中也;君一臣三佐九,制之大也”。根据药物在方中作用的主次之分,体现在药物组成和用量上也就有多少之别。正如《医学管见》所说:“大抵药之治病,各有所主。主治者,君也;辅治者,臣也;与君相反而相助者,佐也;引经及引治病之药至于病所者,使也。”李东垣则以方中药量的大小作为区分“君臣佐使”的依据,“君药分量最多,臣药次之,不可令过于君,君臣有序”。《活人心统》则曰:“凡用药铢分,主病为君,以十分为率,臣用七八分,辅佐五六分,使以三四分。”也有以药力大小为依据的,如张元素明确指出:“力大者为君。”

君臣佐使理论经历了两千多年的历史,对方剂学

的发展起到了积极的推动作用,虽然对大多数方剂而言,可以用它来加以分析阐述,但也有许多例外。比如药物组成简单的方剂如独参汤、参附汤等并不存在君臣佐使的关系;而对于药物组成复杂的方剂,如清瘟败毒饮由白虎汤、黄连解毒汤、犀角地黄汤等数方相合而成,难以区分其“君、臣、佐、使”。佐助药与臣药往往也难以明确区分,如黄连解毒汤中黄芩与黄柏、栀子谁为臣,谁为佐助,仁者见仁,不一而同。此外,诸如理中丸、半夏泻心汤等方的君药,历代认识颇不一致,前者有干姜为君和人参为君之争,后者有半夏为君和甘草为君之辩。可见,君臣佐使的配伍理论尚存在其不足的一面,有待进一步研究,以阐述其科学内涵。

2 “辨病理用药”概念的提出与具体运用

几十年来,随着现代医学的引入与渗透,中医学取得了诸多方面的成就。中药化学及中药药理学的形成与发展,加深了对中药治病科学性及其物质基础的认识,提高了医生选方用药的针对性和有效性。当今,许多中医师尤其是西学中的医家,临床处方时往往是在“君臣佐使”的基础上结合现代药理与临床研究成果制方,或无意中已放弃了君臣佐使理论,而纯粹是根据现代病理生理学知识,结合中药药理与临床研究成果制方,并取得了肯定的疗效。

如急性肠梗阻,类似中医的“关格”和“肠结”等病证,若根据中医“六腑以通为用”的指导思想,宜选用承气汤类方剂以通泻腑实。但考虑到急性肠梗阻患者气胀明显,且有肠管血循环障碍,在攻下腑实的同时,应该配伍活血化瘀药物,以改善肠道的血液循环。天津南开医院在大承气汤的基础上加入赤芍、桃仁、莱菔子创制了“复方大承气汤”。方中用大黄、芒硝、厚朴、枳实峻下热结,荡涤肠道积滞;配伍赤芍、桃仁以加强活血化瘀,改善病变肠管的血液循环,以促进其功能的恢复;由于肠道气胀明显,故加莱菔子增强行气导滞的力量。普遍用在急腹症上,取得了比大承气汤原方更好的疗效。^[1]

我国著名中西医结合专家、博士生导师林求诚研究员在临诊时,遣方用药多是先西医辨病,再中医辨证,弄清该病的西医病理机制特点及预后转归,确定中

¹ 福建中医学院药系,福州市五四路282号(350003)

² 福建中医药研究院

收稿日期:2004-01-07

医治则,结合现代中药药理学知识而选药处方。比如,他对哮喘的治疗有其独到之处,在临床治疗中屡屡获效。现代医学认为哮喘是一种以嗜酸性粒细胞、肥大细胞反应为主的气道变应性炎症和气道高反应性为特征的疾病,其基本病理是血小板活化因子等多种炎性介质的释放引起气道平滑肌收缩导致气道狭窄、气道粘膜水肿、炎性细胞浸润、腺体分泌增加、粘液纤毛清除功能障碍,加上管腔内粘液栓阻塞等。此症患者多伴有免疫力低下、微循环障碍等病理改变。基于以上认识,林求诚研究员认为治疗上应主要针对气道平滑肌痉挛、腺体分泌、过敏反应、局部炎症等病理环节,在中医辨证分清阴阳寒热虚实,确立治法后,则分别考虑选用麻黄、赤芍以松弛气管平滑肌;瓜蒌、半夏抑制腺体分泌,促进痰液排泄;乌梅、蝉蜕稳定肥大细胞膜,抑制过敏反应;鱼腥草、蒲公英、紫花地丁消除炎症;黄芪、淫羊藿、巴戟天提高机体免疫力;丹参、郁金改善微循环。曾有一患者,患哮喘10多年,自觉因痰而起,痰白粘,冬日症状加重,舌质暗、苔白微腻,脉细。西医辨病:哮喘;中医辨证:哮喘(寒哮)。治法:温肺散寒,化痰定喘。组方:干姜8g,细辛4.5g 温肺散寒;瓜蒌12g,薤白10g,半夏10g 抑制粘液分泌,促进痰液排泄;麻黄8g,赤芍15g 解痉平喘;蝉蜕8g 抑制组胺释放,抗过敏;鱼腥草15g,蒲公英15g,紫花地丁15g 消除炎症;黄芪15g,淫羊藿15g 提高机体免疫力;丹参10g 改善微循环。给予3剂,复诊诉:服上药后痰液明显减少,自觉轻松了许多。效不更方,连续服用12剂而如常。

如此选药组方,已跳出传统君臣佐使的范畴,而是在充分吸收了现代中药药理学的研究成果,明确各味中药的现代药理作用的基础上,贯穿现代医学对疾病病理机制的认识,以疾病中存在和可能出现的病理状态为重点,采用西医针对性治疗的指导思想来遣方用药,因而是“辨病理用药”。它的正确性如何?是否合乎理法?它的临床疗效客观雄辩地回答了这些问题。事实上,按此思维遣方用药的医家已绝非少数,大凡懂得西医知识,掌握中药药理学的医家在自觉和不自觉中,都已身体力行着此种方式,只不过没有加以总结上升到理论高度而已。

3 辨病理用药与中药复方多靶点作用

现代研究表明,无论是单味中药或复方,它们的物质基础是活性物质群,这些活性物质群按一定要求配伍组合,作用于多个靶点、多个病理环节,经多途径的整合而发挥作用,呈现多效性的特点。^[2]复方多靶点作用机制的科学阐述是中药现代化的一个重要组成部分,辨病理用药的理论思维与临床实践将有利地促进

复方多靶点作用机制的研究。

辨病理用药的着眼点是疾病过程中发生和可能出现的病理及其转归,基础是中药的活性物质群及其相应的现代药理作用。如林求诚研究员认为脑出血急性期的治疗按辨病理用药思维应考虑中风患者多有高血压病史,因血管破裂出血,颅内压增高,脑细胞水肿,离经之血即为瘀血,常并发便秘,易出现急性胃肠道出血等诸多相关病理变化与转归。而中医辨证认为脑出血多为肝阳暴亢,血热妄行所致,因而遣方用药上揉合了中医和西医的思想,即降低颅内压、减轻脑水肿、降血压、止血、活血、通腑泻热等几个方面。具体组方用药为:黄芩、黄连泻心火止血;石决明、夏枯草、钩藤、赤芍镇肝熄风,降低血压;脑水肿相当于水湿痰浊,故用桑白皮消散上部水肿,木通清利下体之尿;石菖蒲、天竺黄化痰开窍,以降低颅内压;大黄通便,止血,促进毒素排泄,预防和治疗急性胃肠道出血;水蛭、三七研粉装胶囊(水蛭煎煮遇高温后有效成分破坏)口服,疏通血管,改善微循环。上述各药组合而成“中风1号”,治疗脑出血急性期火热证患者取得了显著的疗效。^[3]临床研究表明该方对急性期病程、神志恢复时间、颅内高压消失时间、神经功能缺损积分等方面试验组优于对照组,两组比较差异均有显著性,能迅速缓解中医火热证候,缩短急性期病程,加快颅高压症状的消除,减少死亡率和致残率。

这种针对不同病因与病理环节的联合用药是中药复方多靶点作用的表现形式,是中药复方治病的机理所在。对辨病理用药这一新的配伍方式进行推广,深入研究并上升到系统的理论将有助于复方作用原理的现代阐述。

4 辨病理用药是方剂传统配伍理论的补充与发展

辨病理用药是在现代病理生理学认识的基础上,结合现代中药药理学的研究成果,在原有传统方剂配伍思想的基础上进行变化而成,新创制的处方既能体现君臣佐使的原则,又符合现代医学对疾病病理生理的认识,因而是一种微观辨证与宏观辨证的结合,是一种中西医结合的新形式。它是在吸收了现代中药化学、中药药理学的研究成果基础上,在临床实践中逐步应用、验证、提高而形成的,是传统方剂配伍理论的补充与发展。

参考文献

- 1 杜天植. 新方剂配伍规律探讨. 湖北中医杂志, 1995, 17(1): 25-27.
- 2 吴水生, 施红, 张小如. 中药复方药效学研究中重视多靶点作用的现实意义. 中国中西医结合杂志, 2001, 21(7): 545-546.
- 3 郑安, 黄华品, 刘楠, 等. 中风1号口服液治疗脑出血急性期火热证临床疗效观察. 实用中西医结合杂志, 1998, 11(1): 288-289.