

学术争鸣

中药大方治疗疑难病证的思考

何泽民

主题词 难治病/中医药疗法 @ 大方

大方在中医临床实践中的运用,可溯源到《内经》时代,历代医家对大方及其运用都有一定的认识,并且较广泛地运用于临床,对疑难疾病的治疗收到了较好疗效,它为我国古代医疗保健事业作出了重要贡献。笔者从医近20年,经常运用大方治疗疑难病,多能收到满意疗效,对大方治病积累了一定经验,现予总结如下。

1 大方的溯源与含义

1.1 大方治病的历史沿革:中药方剂从组成分类上可追溯到《内经》时期,《素问·至真要大论》有“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。”这就表明在《内经》时期,中医遣药组方就有小方、中方与大方之别,并主张“所治为主,适大小为治”,即根据病证的轻重,合适地选择大方与小方,通常以13味药组成的方剂称为大方。医方之祖张仲景创立了有21味药组成的薯蓣丸大方。唐代孙思邈《备急千金方》中载“人多巧诈,感病厚重,难以为医。病轻用药须小,病重用药即多。”他指出与情志内伤的联系密切的重病,宜用药多,即是用大方。金代成无己《伤寒明理药方论·序》载“制方之用,大、小、缓、急、奇、偶、复七方是也。”这里的大方和复方承袭了《内经》的大方理念,复方是二方或多方组合的方剂。攻下派代表张从正主张“君一臣二佐九之大方,病有兼证而邪不一,不可以一、二味者宜之。”他继承了《内经》的观点,病情兼有多证,或挟有多种病邪侵害,不宜用一味或二味组成的小方,而适宜用13味以上的大方。清代喻嘉言提倡“大病需用大药”。王孟英也呼吁“急病重症非大剂无以拯其危。”综合历代医家的学术观点,他们都主张危重疾病、危急疾病和病情复杂的疑难病要用大方,病轻且病势缓慢的可用小方,大致认为方药味数在13味以上的为大方(药、剂),然而对大方也没有明确的定义。

1.2 大方的含义:方剂的作用效应不仅与药味组成密切相关,同时与各组成药物的含量及方剂的总量也有着密切联系,若组成方剂的药味不变,但药量有了改

变,就有可能改变该方的功用和主治证的主要方面。因此,对大方的确定,除了有药味的规定外,也应该有方药总量的大致界定。有学者提出由15味以上药物组成的方剂称为大方或复方较为合适,一般以20味药物左右组成的方剂具有代表性^[1]。根据笔者的临床实践和历代医家的经验,基本同意该学者大方的药味界定,同时认为,还应从大方的总药量和作用效果来界定。大方应不同于常规药味和剂量的方剂,常规药方按照君、臣、佐、使的原则组方,能治疗主证和有限兼证,一般能治疗主要病证3~4个,对于错综复杂的3~4个以上的病证,常规方药往往难以胜任,即便是辨证无误,勉强用之,其药效也相对缓慢,这就需要使用大方来治疗多种主要病证相兼的复杂病情,因此,大方的使用又是常规方剂的延伸和拓展。

笔者认为,大方的含义宜为:中药方剂由针对多组病证的多组中药组成,通常药味在15味以上,大多在20味左右;方药总量大致在200~350g,亦即在270g左右;通常能治疗3个以上主要病证的方剂称为大方或大复方。

2 大方治病的运用

2.1 拟定大方的原则:方剂的组成,必须根据病情选择合适的药物,在配伍方面遵循一定的原则,长期以来中医遣方用药主要沿袭《内经》君、臣、佐、使的原则,在组成变化上较灵活地运用药味、药量加减和剂型更换。这些在大方运用中同样是可借鉴的,但因大方使用的对象不同,更富有自身特点,在多病同患、多证相兼的危重、疑难病的治疗中,必须更加突出中医的整体观、辨证施治、药理指导和量比协调。

2.1.1 整体原则:要用整体全局观来充分了解患者的各种病情,分析各种症状、体征和理化检验的结果。明确所患是哪几个病,每一个病又处在什么阶段,各个疾病对人的健康的影响程度,各病之间的关系,了解患者的五脏六腑各自的生理功能和病理状态,明白患者的体质、心理,以及对疾病的认知程度、经济承受能力,较客观地预测患者对治疗方案的依从性等,因为这些因素影响治疗方案和大方的制定。

2.1.2 辨证施治:在整体观的指导下,选用恰当的辨

* 邵阳学院医院,湖南省邵阳市李子园(422000)

收稿日期:2005-02-02

证方法,对疾病或疾病组的某一阶段进行综合分析,了解复杂病变中存在有哪几个主要证型,各证型之间相互联系。分清各证型在病变中所占的地位,辨明气血津液的损伤程度,阴阳的失衡情况,邪正的消长。弄清病邪的性质、病变的主要病位和正气的盛衰,确立相应的治疗法则,为大方的配伍奠定基础。例如对于晚期肝硬化腹水的患者,往往表现有气虚、血瘀、水聚、热毒和积滞等多种证型,必须采取补气健脾、活血化瘀、发汗利尿、清热解毒、消积导滞等综合疗法,数法并用,彼此增进疗效,克服只单治一证造成的势单力孤效微。

2.1.3 药理指导:在拟定大方时,即要发挥中医传统经典理论的作用,又要适当运用现代中药药理来指导配伍。现代中药药理经过了临床和实验室的验证,其药理是可信的。恰当地运用,能够加快治疗进程,提高临床疗效。如山豆根和苦参中含有苦参碱,它有较好的抗乙肝病毒的作用,在治疗乙型肝炎及其继发病的方剂中适当运用,有一定增效作用。又如制马钱子所含的番木鳖碱和马钱子碱有较强的镇痛和兴奋中枢神经的功能,能增强骨骼肌的舒张和收缩功能,在治疗风湿病和神经病变(如椎间盘突出症)的方药中加入适量的制马钱子,会收到较好的疗效。

2.1.4 量比平衡:根据辨明各病和各主证、次要证的轻重缓急及相互影响,拟定治疗法则,确定治疗各主证的中药组的药味与药量,急证、重证和证型较多的病证,相对药味要多,药量要重些;轻证、缓证、证型较少的病证,相对药味要少、药量要轻些;同时兼顾次证用药。并尽力使治疗各证的中药组之间药效协调平稳,避免治疗某证药量过份偏重而使疗效偏倚,防止使病情变得更加复杂。

2.2 中药大方的常用范围:大方本是相对常规量方剂而言,常规药味和药量的方剂主要用于治疗常见病与多发病,一般病证较为单纯。而大方主要用于危重病、疑难病中,常用于多病同患的证型交错或一病多证、病情复杂的患者。有时也偶然用于常见病中。

2.3 运用大方治病的注意事项

2.3.1 药味药量适度:大方药味的多少和药量的轻重,都是由病证的轻重缓急、病邪的性质和正气的盛衰来决定的,若某证型较重,在机体可承受的情况下,对该证药味的药味和药量就相对较重些,反之,则药味和药量相对较轻些。在大方遣药组方过程中,切忌一味为了取得疗效,而盲目增加药味,增大药量,针对各证的中药组的药量一定要精当,同时注意彼此的协调平衡。要避免药物堆积的大扫荡式用药,减轻机体对药物代谢的负担,杜绝中药浪费,防止用药不当而致的药害。

2.3.2 顾护脾胃之气:大方的剂量相对较大,若较长时间服用中药,药物的消化和吸收势必加重脾胃系统的负担,难免会造成对脾胃系统的不良影响。脾胃受到严重损害,就会影响后续治疗,甚至终止治疗。因此,在运用大方时,应该注重顾护脾胃之气。对脾胃系统本身有病的,或其它脏腑病变连累到脾胃,使其功能下降者,首先尽力避免选择对脾胃有不良影响的中药,其次是在大方中适当配伍一些健运脾胃的中药,再次是适当选择非内服给药方式,如外敷或灌肠等,以便减轻脾胃的负担,尽可能保证脾胃之气的健旺,以利于大方药物的充分吸收和利用,进而发挥应有的疗效,并保障大方的足够用药时间。

2.3.3 中病即止,常方调理:在大方治疗疾病过程中,当病邪即将被彻底清除,疾病对机体的损害得到完全控制,脏腑和气血功能得到逐渐恢复,就应适时调整大方的组成,以免大方中祛邪药长期使用会损伤人体正气,大方久用会加重脾胃压力。如苦寒药大量久用会损伤脾胃,理气药大量久用可导致耗气动气,滋补药大量过用会滋腻太过,阻碍脾胃的健运,并产生新的阴阳失衡。因此,在疾病将愈之时,宜逐渐把大方过渡到常规剂量的方剂,来巩固治疗疾病,调理身体,更有利于恢复健康,不必自始至终都用大方。

3 大方治病的机理假说

在中医的范畴内探索方药治病的机理,笔者认为可以从两方面来考察:一方面,应了解每味药或针对每个病证的每组中药的作用方式和效应;另一方面,应了解方中各味药或针对不同病证的各组中药之间的作用方式和整体效应。在长期临床观察中笔者认识到,大方治病的机理主要遵循中药(组)独立选择作用假说和双向调节自稳假说。

3.1 中药(组)独立选择作用假说:单方治病往往是一味中药足够剂量煎服,它独立地发挥治病作用。如诊疗气虚欲脱,脉微欲绝的危重病证时,若远离医院,无法实施静脉输液条件下,采用人参大量煎服,能收到大补元气、复脉固脱之效。在大方或复方中,每一味中药或针对某一证的中药组,也都是有选择性地作用于机体,顺应生理,逆转病机,发挥相应的扶正祛邪的功效,其它药物或药物组的同用,即可能会影响(减弱或增强)这种功效,但很难完全消除这味中药或中药组的功效;也有可能各行其道,各司其职,互不干扰。因为人体的病证各有脏腑经络、气血阴阳、表里不同的归属,中药或药性相近功效相似的中药组之间具有不同的四性五味、升降浮沉和脏腑归经,每一味药或每一组中药都会遵循“同气相求”,首先到达它们亲和力和最强的所嗜好

的病位,发挥治疗效应。如归属肝经的、擅长治疗肝脏病变的中药(组),往往优先到达肝脏病位,发挥治疗肝脏病证的效应,而不会优先作用于肺脏。同样,归属于肺经的、擅长治疗肺部病变的中药(组),往往也是优先作用于肺部,而不会优先治疗肝脏病变。对气郁血虚证,香附与阿胶同用,香附主要作用于气分,发挥行气散郁的功效,阿胶主要作用与血分,发挥滋阴补血的功效,二者的作用不会颠倒;又如治疗脏虚腑实证时,人参与大黄共用,人参主要是补脏之气虚,而不会主要去加重腑实证,大黄主要是泻腑实,不会主要去泻脏之虚。它们各自选择自己所嗜好的脏腑,发挥所擅长的效应,而不会错位。同样在大方常用阴阳并治,寒热兼施,敛散同用,润燥并投等,治疗每一证的药物,都会独立地优先到达所喜之病位,作用于靶器官、组织和细胞,实施其职能,实现其功效。不会因为其它中药(组)的并用而放弃其职能,磨灭其功效。

3.2 双向调节自稳假说:一般来说,大方中的中药(组),彼此间存在着相互促进和相互制约的关系,多数

情形下不是互不相干的,它们都以自己的性味来祛除病邪,恢复脏腑阴阳平衡。不同的中药(组)间存在祛邪扶正,调和阴阳,调适寒热,滋润燥湿,收敛发散等相反相成的双向调节功效,这一系列性味、功用和作用趋势相反的中药(组)同时配伍使用,可以激发出新的综合治疗效应,这种作用超出了单味(组)药物本身的功效^[2],双向调节机体,如人参与大黄同用,即补脏虚又泻腑实。病邪逐渐被清除,正气得到增强,阴阳失和逐渐转化为阴平阳秘的协调为用;虚寒得以温补,寒邪和实热被清除,虚热滋阴以除;干燥得以滋润,湿邪被清利;精气得以收敛固脱,外来病邪得以发散表解。逐渐恢复机体正常生理,机体能自我识别和控制这一系列变化,逐渐实现和维护机体的动态阴阳平衡,恢复和维持正常生命活动,逐渐恢复其健康。

参考文献

- 1 傅文录,王暴魁.大方治疗疑难病证治发微.中医杂志,2004,45(10):732.
- 2 王庆其,裴沛然.大方复治,反激逆从.中国医药学报,1999,8(5):42.

云南白药胶囊和湿润烧伤膏联合治疗皮肤擦伤 185 例

叶卫东^{*} 劳日初^{*} 胡建峰^{*} 苏永祥^{*} 黄永泰^{*} 李晓坚^{*}

我院于 2000 年 1 月~2005 年 1 月收治头面部、躯干和四肢急性皮肤擦伤共 353 例,其中采用口服云南白药胶囊和外用湿润烧伤膏暴露疗法联合治疗(联合组)185 例,传统疗法治疗(传统组)168 例。两组疗效比较,有明显的统计学意义,现报告如下。

1 临床资料

联合组 185 例,男性 125 例,女性 60 例;平均年龄 36 岁;交通意外伤 152 例,运动意外伤 33 例,合并脏器伤或骨折 172 例。传统组 168 例,男性 132 例,女性 36 例;平均年龄 42 岁;交通意外伤 133 例,运动意外伤 35 例,合并脏器伤或骨折 155 例。两组病例在性别、年龄、受伤原因、皮肤损伤程度和合并伤等因素相差不大,有可比性。

2 治疗方法

两组病例均按常规对颅脑、胸部、腹部或四肢骨关节的损伤作相应的手术和治疗。联合组 185 例,全部给予云南白药胶囊(云南白药集团股份有限公司生产,0.25g/粒)3 粒/次,3 次/天,疗程 7~11 天。擦伤创面处理,一律使用湿润烧伤膏(MEBO)外涂治疗。具体技术操作:创面无须特别清创,用生理盐水将创面泥土及污物清洗后,直接涂于 MEBO,创面给予暴露,外加保温罩。每天换药 3~4 次,保持药膏厚 1~2mm。每次换药前先将创面的残余药膏及创面的污物、渗出物、坏死组织等一并清除。治疗 3~4 天,创面水肿期过后,残存的表皮组织

即转入再生期,继续使用 MEBO,浅表创面一般 7 天内愈合,愈后不留疤痕。深达真皮的创面则要 10~14 天才可愈合,再辅以抗组胺药物和 MEBO 疤痕平治疗,控制疤痕增生。传统组 168 例,按传统治疗方法,创面分别用肥皂水、双氧水、生理盐水彻底清洗,浅表创面用红汞外涂,浅 II 度以上创面,则用碘伏消毒后,凡士林油纱包扎,每天换药 1~2 次。浅表创面 7 天内愈合,深达真皮的创面则要 8~14 天才可脱痂愈合;本组 28 例发生创面感染,痂下积脓,需要作二期清创处理,外用碘伏湿敷,创面要 15~21 天才能疤痕愈合。

3 治疗结果

两组疗效比较:采用口服云南白药胶囊和湿润烧伤膏外涂联合治疗,创面在 7 天内愈合的占 68.1%(126/185),在 8~11 天愈合的占 31.9%(59/185),总有效率 100%,创面愈合后无明显疤痕。传统组患者创面在 7 天内愈合的占 48.8%(82/168),在 8~14 天愈合的占 34.5%(58/168),总有效率 73%,另外 28 例(占 16.7%)发生创面感染,痂下积脓,经二次清创处理,外用碘伏湿敷,创面延期愈合,愈后疤痕增生明显。两组疗效对比,经统计学 *t* 检验,差异有显著性($P < 0.01$)。

4 讨论

口服云南白药胶囊和 MEBO 联合治疗皮肤擦伤,是将云南白药胶囊的愈伤功效和 MEBO 促进皮肤再生的作用有机结合,是与传统干燥疗法完全不同的方法。本方法除了利用云南白药止血、镇痛的愈伤功效外,还发挥了云南白药活血化瘀、抗炎消肿,以及促进血管内皮生长因子,加速毛细血管生长,促进损伤创面愈合和损伤组织修复的作用。

* 佛山市南海区黄岐梁植伟纪念医院,广东省佛山市黄岐黄海路 58 号(528218)

收稿日期:2005-05-27