

中药原创配伍组方规律的探讨

何泽民*

摘要 分析了现有中药配伍组方之法的局限性和方剂中的药物作用机理;在阐释中药准入方原则和定义了中药组、准入方中药因子、入方中药相关系数的基础上,阐明优选中药和优化有序中药组合是创立新方剂的一般规律;指出方剂的本质是疗效最大化的有序中药组合;揭示原创优化组合中药组的中药配伍之法的多元积极意义。

主题词 中药配伍

1 现方剂学组方的局限

在漫长的中医药发展过程中,已形成了成千上万首中药方剂,但面对同一患者多病多证的情况如何运用中药组方?各种中药是如何配伍在一起才能够发挥最佳疗效?不同种类的药物在同一方剂中相互作用关系怎样?历代医家在文献中虽有论述,但都所述不详。

《内经》最早记载组方原则,在《素问·至真要大论》中说:“主病之谓君,佐君之谓臣,应臣之谓使。”阐述了同一方剂中各味中药的主次地位和相互协调作用。又说:“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。”这大致说明了主次药物及辅助药之间的药量关系。自《内经》以后,部分医对方剂也有散在论述,金代张元素明确说:“力大者为君”,并在《医学启源·用药各有定分也》指出:“为君最多,臣次之,佐使又次之,药之于证,所主停者,则各等分也。”元代李杲在《脾胃论》中强调:“君药份量最多,臣次之,佐使又次之。不可令臣过于君,君臣有序,相与宣摄,则可以御邪除病矣。”清代吴仪洛解释说:“主病者,对症之要药也,故谓之君,君者,味数少份量重,赖之以为主也。佐君之谓臣,味数稍多,份两稍轻,所谓匡君之不迨也。应臣者谓之使,数可出入,而份两更轻,所以备通行向导之使也。此则君臣佐使之义也。”他们的观点概括起来有如下三点:一是方剂中的中药具有主次不等地位,不是平起平坐的,方中药物等级层次分明,这种地位不可越位;二是因地位不同,主、次要中药的味数和份量轻重也不一样,君药味数少而药量宜重,其他药物味数可多但药量宜轻;三是方剂中各种药物

虽然各自地位、轻重不一样,但都是相互协调为用的,不是各奔东西、完全不相干的。历代医家的论述虽较《内经》有所发挥,但都未突破《内经》“君臣佐使”的框架。这描述了中药组方大致轮角,这种理论用来解释现有方剂的功效还行,也可以用来指导单一病证的遣药组方,但面对复杂的病证,特别是3~4个病证以上的患者,用它来指导遣药组方实施治疗,就显得有些困难。而在临床实践中,我们面对的患者往往是单一病证较少,多病证同患较多,这样,若用《内经》君臣佐使的组方理论来指导用药,就显得相形见绌。

在当代方剂学中,特别是近20年来的高等院校的方剂学教材,对中药组方学也一直沿袭《内经》的君臣佐使理论,提出了药味加減、药量增減变化和剂型更替变化^[1],但均未见完备可行的中药配伍组方理论。这也不难发现中医的一个奇特现象:方剂学中具体的方剂数量浩如烟海,但是具有可操作性的为方之法,却鲜有研究和文献记载。也就是形成了只见鱼而鲜见渔的不良局面,客观需要继承开创普遍适用的立方之法。

2 中药作用机理假说

在对成方的使用中,我们往往多是进行多味药的加減,单一药味的加減却是少见的,为了便于阐述,我们引入中药组概念,针对某一疾病或多个疾病的同一证型而选定的一味或功效相近和(或)疗效相互促进的多味中药,具有逆转病机、顺应生理、治疗该病证的作用,我们称之为中药组,它是方剂中最小的功能单位。

2.1 中药(组)独立作用假说:人体的病证各有脏腑经络、气血阴阳、表里不同的归属,中药或中药组之间具有不同的四气五味,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”,有选择性作用于机体,首先到达它们亲和力最强的所嗜好的病位,顺应人体的生理,逆转病理,发挥相应的扶正祛邪的功效,逐渐恢复机体的阴阳平衡。其他中药或中药组的同用,虽然能减弱或增强这种功效,但很难完全消除中药或中药组应有的功效。它们也可能各行其道,各司其职,互不干扰。如归属肝经、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;治疗脏虚腑实证时,人参与大黄共用,人参与主要是补脏之气虚,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。治疗每一证的中药或中药组,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,可谓施之我材必有用。不会因为其它中药(组)的并用而放弃其职能,磨灭其功效。

2.2 双向调节自稳假说:方剂中的中药(组),一般来说彼此间存在着相互促进、相互制约和互不相干的多种关系。少数情况下彼此不相关,而多数情形下就不是互不相干了,它们都以自己的性味来发挥作用,它们具有“宣、通、补、泄、轻、重、涩、滑、燥、湿”等相反相成的多种双向调节的本能,发挥宣可去壅、通可去滞、补可去弱、泄可去闭、轻可去实、重可去怯、滑可去著、涩可去脱、燥可去湿、湿可去枯的功效。这一系列性味、功用和作用趋势相反的中药(组)两者或两者以上同时配伍使用,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],双向调节着机体的病理:寒邪和实热被清除,虚寒得以温补,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,病邪逐渐被清除;正气得到增强,阴阳失和逐渐转化为阴阳平衡。所有这一切,都是在机体自我识别和调控之下,逐渐恢复阴阳动态平衡。

3 中药原创方剂的确立

在诊疗疾病,遣药组方时大都要经历相互联系的两个阶段,一是选择哪些可以治疗该病证的中药,二是要对这些药物进行优化整合。

3.1 拟方中药的准入原则

拟方中药准入的基本原则是因病证入药,辅助原则有前瞻性入药、因人因时因地制宜和因药入药等。

3.1.1 因证入药:中医的最主要的特征之一就是辨证施治,若为患者已辨证有若干个证型,则应确定相应治疗方法,选择相应的中药或中药组组成一定的方剂来进行治疗。比如中晚期肝硬化腹水患者,往往表现有气虚血瘀、水饮内停、脉络滞涩等多种证型并存,必须采取补气健脾、活血化瘀、利尿消肿、理气通络等综合疗法。可选择白术、怀山药、苍术、扁豆等健脾益气;丹参、当归、赤芍、桃仁活血化瘀;茯苓、泽泻、猪苓、车前子、泽兰、玉米须等利尿消肿;大腹皮、柴胡、郁金、木香、佛手理气通络等多组中药综合运用,相得益彰,彼此增进疗效。

3.1.2 因病入药:对于每一位患者,可只患一个疾病,

也可同患多个疾病,可具有一个或多个不同证型,但对于每一个具体的疾病在不同患病阶段或不同的人,都会有共同的基本的病理本质表现,可以针对这共同的本质,采取相应治疗方法,选择相应中药(组)。如胸痹患者,多有胸阳不振,痰阻气滞的共同病机,可选用瓜蒌、薤白通阳散结,行气止痛。病毒性肝炎无论是阴黄还是阳黄,都有湿浊内蕴的病机,均可采用茵陈、大戟利湿祛黄;不管是胃溃疡出血,还是支气管扩张出血,以及肺癌、胃癌出血,不论表现为热证,还是虚寒证,都有血溢脉外的共同病理,就可采用三七、白及止血。

3.1.3 前瞻性入药:是指先期选择中药治疗未病的入方原则,根据疾病或证型的传变规律,为防止传变使证型加深、病情加重,对可能受到传变的脏腑和可能受到影响的气血津液,采取预防措施,选择相应中药(组)阻断或防止病情的传变,把病变控制在最小范围内,以利于治疗取得最好疗效。如久患慢性乙型肝炎,往往会发生肝纤维化和进一步发展为肝硬化,甚至肝癌,可以在尚未形成典型的肝硬化前,在治疗方剂中适当加入活血化瘀的中药:丹参、当归、赤芍等就能遏制其病势;久有肝气郁滞者,可以转化为肝郁化热和气滞血瘀,在热象、血瘀症尚未显著之前,可加入清热凉血中药:牡丹皮、栀子、黄柏等防止气郁化热;或加入行气活血的中药:丹参、赤芍、三七等,预防气滞血瘀。

3.1.4 因人因时因地制宜入药:因人入药就是要根据患者的年龄、体质、性别、生活习惯以及对疾病的认知度和依从性等不同特点,来考虑治疗用药的选择。妇女患者有月经、怀孕、产后等特殊状况,必须慎用或忌用峻下、破血、滑利等中药;老年患者生理机能减退,气血衰弱,多虚实夹杂之证,在祛邪时应慎重,以免损伤正气;婴幼儿脏腑娇嫩、形气未充,选择中药宜精当,不可过量过猛,以免伤害元气;体虚患者,祛邪不可一味削伐,应兼选扶正之品。因时入药就是根据不同季节、不同时辰的特点,选择入药的原则。如春夏季节,气候由温渐热,阳气升发,人体腠理疏松开泄,若此时外感风寒,治疗时也不可过用辛温散寒之品,以防升散太过,耗气伤阴。秋冬季节恰恰相反,若外感风寒表实证,需用辛温发散之品,寒凉之药当慎用,以防加重寒证和苦寒伤阴。因地入药就是根据不同地区的地理环境特点,选择入药的条件。如我国西北地区地势高而寒冷少雨,病多燥寒,治宜选择辛润之品;东南地区地势低而温热多雨,病多温热,治疗宜选择清热化湿之药。

3.1.5 因药入药:这有两方面的含义:一是因有良好的治疗某病证的现代药理支持而入药,如苦参中的氧化苦参碱、虎杖中的黄酮对乙型肝炎病毒都有较确

切的抗病毒作用,对不同证型的患者可酌情选用苦参、虎杖。二是因为制约他药的偏性或毒性而入药,如治疗寒凝心脉的胸痹,使用乌头、附子、蜀椒、干姜大辛大热之品峻猛祛寒,为防止辛温太过,可加入赤石脂固涩收敛,反佐制辛温太过。又如较大剂量(0.6~0.9g)使用制马钱子时,配伍甘草以减轻毒性。

3.2 拟方中药的确定原则

按照准入原则入方的中药是很多的,治疗一个证型的常用中药就可达十数种或数十种之多,若不加区别地纳入方剂显然是不可能的,也是不必要的。这就需要有一个优化整合的过程,对于准入中药最终是否录入拟方中,必须建立一个较规范的标准,确定应当淘汰谁、而又应该选入谁?才能发挥方剂的最佳治疗效应。

3.2.1 中药入方的相关因子:中药入方的相关因子有很多,上面所说的准入原则都在此例。按照对疾病治疗的作用的大小或治疗该病或多个病的相关联程度的大小,依次排序为:(1)治疗主病(组)的主证(组),含因证入药、因病入药及因有确切现代药理支持入药。(2)治疗次要证型(组)或协助治疗主病的主证(组)。(3)阻断病证加重或向不良方面转化。(4)顺应患者的特点、时令特点和地域特点。(5)为协调方中药性:佐助、佐制和反佐。(6)为方药向导。(7)为平衡调和诸药。根据各因子中的药物对病证和健康的影响力,把(1)定义为一因子,(2)、(3)、(4)为二级因子,(5)、(6)、(7)为三级因子,纳入相应该级的中药称为一线、二线、三线中药。事实上准入一、二线中药较多,应权衡中药的相关系数来优选,而三线中药可供选择的范围较小,可直接根据病证和方药的客观要求而确定。

3.2.2 准入方中药相关系数:根据中药在方剂中的可能作用表现,设定上述一线准入中药相关系数:(1)能治疗主证组中的两个主证及以上计8~10分,若只能治疗其中一个主证计5分;若兼有其他重要治疗作用再加分。(2)能兼治次要病证加2分。(3)能增进其他药物组疗效计2分。(4)有前瞻性治疗作用计2分。(5)与其他药固定配伍成药对,增进综合疗效计2分。(6)若对方药有导向(引导方剂诸药到达病位)作用计2分。(7)能制约或消除其他药毒副作用计2分。(8)具有较强时令针对性加1分。(9)自身无毒副作用计1分。(10)调和诸药计1分。在遣药组方时,分别对准入一线中药进行相关系数累加,按照各中药相关系数总分的高低,纳入前2~12味中药构成一线中药组,与传统的君臣佐使理论比较,可称之为君药组。二线中药也可参照一线中药录入的方式纳入6~14味构成二线中药组,从传统的角度可称之为臣药组,以上三线药物

为佐使组,一般由2~6味组成。

3.2.3 方剂的确定:在临床实践中,首先要采集患者病情信息,确诊或拟诊患者有几个病和证型,并要确认各病的轻重缓急,各证型对健康的影响程度,按照急者治其标,缓者治其本和标本同治的原则进行治疗。在确定治疗哪几个证型后,按照上述三线药的优选方式选药配方,配伍时注意方剂整体平衡性,一是全方药性和病证的性质要相互对应平衡,避免药力不及和药力过份偏胜。二是针对各主证间的各中药组的药味数的多少,应由病证的轻重缓急地位来分配,各组的药力应与相应治疗的病证要平衡,每味药量根据中药学和患者的具体情况而定。形成以一线药为重点、二线药为辅助、三线药为支持而由系列有序中药组有机结合的方剂实施治疗。

4 原创方剂的临床检验及意义

按照上述优选中药和优化中药的组合方剂,在理论上应当说能保证有最好的疗效,但这不等于实际疗效,只有通过临床反复严格的验证,在与成方的对比治疗中取得了更好的疗效,才能说是成功的原创方剂。研究原创方剂的中药组方规律,创立优选中药和优化有序中药组合的立方之法,能够推动方剂学的发展,改进原有立方之法,丰富中药制方理论;有利于学者从浩繁的记忆成方中解放出来,更容易运用中药和方剂理论来治疗疾病;有利于更广泛地适应复杂病证的需要;有利于创立疗效更好的新方剂。

参考文献

- 1 段富津,李飞,尚焱昌,方剂学,上海:上海科学技术出版社,1995:8~11.
- 2 王庆其,裴沛然.大方复治,反激逆从.中国中医药学报,1999,8(5):42.

亚洲(北京)国际肝病研究院 诚聘全国各市县乡合作医生

亚洲(北京)国际肝病研究院是致力于研究治疗乙肝携带者、慢性乙型肝炎、肝硬化、肝癌的专业研究机构。因业务需要,面向全国各市县乡诚聘合作医生,凡从事临床工作的医生(不限年龄、专业)均可报名参加。

本研究院为合作医生提供:

- 1、治疗乙肝携带者、慢性乙型肝炎、肝硬化、肝癌的新疗法;
- 2、参与研究院的科研合作,并获得科研资金;
- 3、参与研究院组织的肝病治疗的教育培训和研讨会;
- 4、颁发研究院相应的资格证书。

请有意向的临床医生将医师证明邮寄到研究院,并注明联系地址及电话

联系地址:北京市4723号信箱 邮编:100027 联系人:袁小姐
联系电话:(010)85980423 网址:www.liver.org.cn