

· 学术争鸣 ·

关于开展证治相符状态下用药限制研究的建议

蒋 明

(南京中医药大学, 江苏省南京市汉中路 282 号 70 信箱, 210029)

[摘 要] 迄今为止, 中医学关于用药限制, 只要符合“有是证用是药”原则, 即证治相符状态下, 仅有“十八反”、“十九畏”的内容记载。但是在研究《伤寒论》、《金匱要略》的过程中发现, 在证治相符的状态下, 尚还存在着其它的用药限制, 提示中医学还有一个崭新的领域有待发现与研究。建议中医学积极开展该方面的研究。

[关键词] 中草药; 投药和剂量; 用药限制

1 中医学存在证治相符时的用药限制

关于用药限制, 中医学主要由证治相符理论进行规定。要求患者“有是证”, 医者才可“用是药”。用药限制仅存在于证治相符状态之外(即证治不相符)。而在证治相符状态之内, 中医学仅有从药物配伍关系角度所作的“十八反”、“十九畏”等内容有限的用药限制。

但事实上, 中医学中是存在着这样的内容的。以《金匱要略》的内容为例。如人参功能健脾益气, 是纠正中焦阳气不足证的主要药物。一般认为, 中焦虚寒证的任何病证, 如虚寒呕吐、虚寒腹痛、虚寒泄泻、虚寒便秘、虚寒出血等, 都可以人参配伍其它药物组方予以纠正, 如大半夏汤、大建中汤、理中汤、温脾汤等。但另一方面, 在《金匱要略》中, 当中焦虚寒引起痰饮水湿之邪内停时, 其主治方苓桂术甘汤、甘姜苓术汤、苓桂草枣汤、茯苓泽泻汤、附子粳米汤、防己茯苓汤、防己黄芪汤、半夏干姜散、甘草干姜汤、赤丸、葵子茯苓散、吴茱萸汤、干姜人参半夏丸等共有 13 方, 这 13 方中仅吴茱萸汤、干姜人参半夏丸中含人参, 而吴茱萸汤并治少阴吐利、厥阴头痛, 不是单纯的中焦虚寒证。干姜人参半夏丸则是主治妊娠恶阻, 妊娠恶阻虽亦以呕吐为主症, 但其从呕吐病中独立出来的原因即在于此呕吐非彼呕吐, 因为它与一般呕吐即便是在病机因素相同或相若时, 治疗也不相仿, 所以才有从呕吐病中分离出来的必要。而一般痰饮呕吐所用的代表方如小半夏汤、生姜半夏汤、半夏干姜散之类与干姜人参半夏汤相比, 皆用半夏、生姜或干姜, 所不同者仅在人参的给与不给差异上, 提示人参在温中化饮除湿利水方中可能存在用药限制。并且这种限制不能由吴茱萸汤、干姜人参半夏丸中所用之参否定。

如果说上述现象还是一个特殊的个例的话, 我们再来分析一下更具有普遍意义的甘草的用药限制问

题。因甘草具有调和诸药之功, 是最常见的使药, 故一般认为, 除了十八反“俱战草”的“藻戟遂芫”之外, 所有的方中都可用甘草。但我们在《金匱要略》的研究中发现, 有相当的方中未用甘草。如《金匱要略》的通导肠腑及含泻下作用的方剂大承气汤、小承气汤、麻子仁丸、厚朴三物汤、大柴胡汤、大黄附子汤、十枣汤、厚朴大黄汤、栀子大黄汤、大黄硝石汤、泻心汤、大黄甘草汤, 这 12 首方中含甘草者仅大黄甘草汤一方, 而大黄甘草汤是为胃热呕吐所设, 病机中强调的是胃热气逆而非阳明腑实。说明多首通导肠腑的方剂中存在着不用甘草调和诸药的倾向。再如《金匱要略》的活血化瘀及含活血化瘀功效的方剂鳖甲煎丸、黄芪桂枝五物汤、旋覆花汤、蒲灰散、滑石白鱼散、硝石矾石散、桂枝茯苓丸、当归芍药散、当归散、枳实芍药散、下瘀血汤、土瓜根散、大黄甘遂汤、抵挡汤、红兰花酒、大黄䗪虫丸与温经汤等共 17 方, 这其中含甘草者仅大黄䗪虫丸与温经汤 2 方。而这 2 方所治之证皆不是单纯的瘀血证。其中大黄䗪虫丸为虚劳夹有瘀血证, 温经汤为冲任虚寒夹有瘀血证。因为除此 2 方之外的活血化瘀方皆不用甘草, 提示这 2 首方中的甘草是由瘀血之外的病理因素所要求。这一点由黄芪桂枝五物汤的组成亦可以得到佐证。黄芪桂枝五物汤由桂枝汤去甘草加黄芪组成, 治局部肢体麻木不仁的血痹。因血痹是阳气不足, 血行不畅的疾病, 故黄芪桂枝五物汤可认作活血化瘀的轻剂。其从桂枝汤中仅仅舍去通常作为调和诸药之药而频繁出现在各方中的甘草, 表现出与《金匱要略》其它活血化瘀方在不用甘草问题上的一致性。

2 中医学既有理论无法解释此类问题

由于用药限制问题一直未引起中医学的注意, 中医学的既有理论中没有能阐释此类问题的内容。于是当临床疗效不尽如人意时, 中医学所能提供的专业思考一般仅有辨证不准、药力不足等方面的知识, 而不存

在虽然证治(法)相符,但因为所给之药不宜所以不效这一思考问题的角度。

以《伤寒论》为例。《伤寒论》^[159]条:“伤寒服汤药,下利不止,心下痞硬。服泻心汤已,复以他药下之,利不止,医以理中与之,利益甚。理中者,理中焦,此利在下焦,赤石脂禹余粮汤主之。复不止者,当利其小便。”理中汤本为治疗虚寒下利的主方,对于本条何以理中汤治之不愈的问题,李培生主编的高等医药院校教材《伤寒论讲义》^[1]解释为:“是因为‘理中者,理中焦,此利在下焦’,作者回答了服药不愈的原因。”熊曼琪主编的新世纪全国高等中医药院校规划教材《伤寒学》^[2]解释亦为:“这是因为‘理中者,理中焦,此利在下焦’。”都只能令人尴尬地以原文本身解经。因为未能就原文内容讨论在同属脾胃虚寒病机时怎样判断中焦利与下焦利?哪些方是中焦利与下焦利的主治方?怎样判断止利方的中焦或下焦属性等相关问题,使后学者至今仍不知所云。陈亦人主编的《伤寒论译释》^[3]指出:这里的下焦利“可能是下焦滑脱不固,则当用赤石脂禹余粮汤以固涩下焦。”而关于虚寒滑脱不固的下利,《伤寒论》与《金匱要略》另有一方名桃花汤(赤石脂、干姜、粳米)。根据许济群主编的《方剂学》^[4]谓:赤石脂禹余粮汤“温中之力不如桃花汤,但固涩力强,可作久泻日久,滑脱不禁者治标之用”,说明两方的区别仅在于一为标本同治,一则侧重治标,而不是病机性质的不同。在这种证相同的情况下,仅会存在见效速与不速的差别,而不应该产生理中汤不可用的原则问题。因为理中汤亦为温中止利方。桃花汤方中除用收敛固涩的赤石脂外,理中汤的主要药物之一干姜也是用的,与理中汤不同者在于参、术、草。而就此不同,《方剂学》^[4]阐述道:桃花汤“温肾补虚之力不足,若久利而脾肾虚寒较甚之证,宜加入人参、附子之类以增强益气补虚,温肾暖脾之效。”由于此时理中汤的主药人参、干姜俱已出现,也使理中汤关于中焦利与下焦利的证治不相符问题进一步被混淆。这一问题的阐述在各中医主干课程教材中的严重不一致,也说明关于下焦利理中汤无效的问题中医学远未获得解决。而从 159 条原文的“复不止者,当利其小便”来看,随小便而去者,只能是水湿之邪,说明此“利”是由中焦虚寒,水湿内停所致。而在中焦虚寒水湿内停的病证中因为存在着可能的人参的用药限制,理中汤中因含人参,违反了这一限制,故“利益甚”?由于中医学缺乏用药限制这一考虑问题的角度,故使关于理中汤不效的解释难以自圆其说。

3 中医学有必要就此类问题展开研究

证治相符状态下用药限制问题研究的必要性来源

于这一问题自身所包含的科学元素。如上所述,因为在病证因素相同时,重复地出现了关于人参、甘草的用药限制情况,使这种限制体现出某种规律性,提示这种限制应该理解为是有目的的“有所不为”,而非只是一种随意的处置。这种规律性与目的性也说明这种限制具备着一定的科学性。那么关于其限制原因、限制机理、限制条件等限制理论的解明就构成了这一问题自身的必然要求。由上述关于理中汤理中焦而不理下焦利问题的混乱认识可以得出,证治相符状态下用药限制问题研究的必要性,还来源于因这一问题答案空白所带来的临床实际工作中的混乱与尴尬。仍以《金匱要略》为例。因甘草为调和诸药之药,在各方中出现频繁,并且活血化瘀、通导肠腑等功效的方中不用甘草没有作为一个原则问题引起专业人员的注意,故使在数不胜数的文献报道中,时时出现合用甘草的情况。而在《金匱要略》具有药物组成的 201 首方剂中,共有 85 方未用甘草,未用甘草方占全部方剂的 42.3%,接近一半的比例,提示既往关于甘草调和诸药的解释不够具体细致,使不用甘草的情况一直被中医学界所忽视。

中医学主要是一种以临床经验为主体内容的传统医学。中医学的科学性主要由其临床经验的稳定性即可重复性所体现。这种以经验为主体内容的性质,决定了中医学的理论来源主要不应该是经院式的由理论至临床的路径形式,而是主要应该由对临床经验所蕴含机理的解明,进而上升为理论的路径形式。用药限制研究也应该遵循这一路径形式。故关于用药限制问题的解明首先应该从用药限制现状的整理开始,其次才是其机理的揭示。这种限制以中医学现有理论无法获得解释,提示中医学关于该问题的研究可能需要从提出全新的工作假说开始。

已有的证治相符状态下的给药限制“十八反”、“十九畏”内容是由于药物关系(即方剂学)的原因而产生,而本文所讨论的用药限制是产生在中医学的某一类方剂中。如甘草的限制产生在活血化瘀类方剂中,由于一类方的药物组成复杂,如《金匱要略》未用甘草的活血化瘀方共计使用各类药物 25 种。甘草还在通腑泻下类方剂、祛饮除湿类方剂、清利湿热类方剂等方中广泛存在用药限制的情况。作为调和诸药的主要药物甘草在各方中出现频繁,理论上不应该出现这样广泛的配伍禁忌,并且这 25 种药物在组成活血化瘀功效之外的方剂时,又不出现限制甘草的情况。如在当归散(当归、黄芩、芍药、川芎、白术)、当归芍药散(当归、芍药、茯苓、白术、泽泻、川芎)、桂枝茯苓丸(桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍药)中限制了甘草,但在温经汤(吴茱萸、当归、川

芎、芍药、人参、桂枝、阿胶、生姜、牡丹皮、甘草、半夏、麦冬) 中又取消了这种限制等,说明本文所讨论的给药限制应该不是药物之间的关系所引起。同时,从限制人参的中焦气虚痰饮水湿内停诸方可以发现,由于痰饮水湿既是病理产物,又可以导致多种疾病发生,使这些方剂的主治病证涵盖了肾着、奔豚、呕吐、腹满、水肿、肺痿、子肿等多系统和多脏器的病变,故这种限制应该也不首先考虑是病的原因所要求、所导致。

这样关于证治相符时用药限制的研究似乎就应该纳入到中药学的范畴里。而对这种用药限制机理的分析似乎应该从中医“证”的角度考虑。今天在其限制机理尚未能揭示之际,我们应该对记载着临床经验的

既往文献进行充分的整理,并对经整理而显露出来的用药限制予以充分的尊重。这种尊重体现在临床实际中即是对用药限制经验的模仿,而不主张仅仅基于良好主观愿望的“加减临时再变通”。

参考文献

- [1] 李培生主编·高等医药院校教材·伤寒论讲义·上海:上海科技出版社,1985:85.
- [2] 熊曼琪主编·新世纪全国高等中医药院校规划教材·伤寒学·北京:中国中医药出版社,2003:167.
- [3] 陈亦人主编·伤寒论译释·上海:上海科技出版社,1992:3版.694.
- [4] 许济群主编·高等医药院校教材·方剂学·上海:上海科技出版社,1985:132.

(收稿日期:2006-06-26)

当飞利肝宁治疗酒精性脂肪肝 33 例

唐荣珍 耿晓霞

(四川省人民医院感染科,成都市一环路西二段 32 号,610072)

随着酒精性饮品消费的增加,酒精性肝病发病率也有明显上升趋势。酒精性脂肪肝是酒精性肝病的早期表现,目前尚没有特效药物治疗,我们采用当飞利肝宁治疗 33 例酒精性脂肪肝患者,取得了较满意的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

四川省人民医院 2004 年 8 月~2006 年 10 月治疗酒精性脂肪肝门诊患者 63 例,诊断均符合 2002 年南京会议诊断标准。同时排除病毒性肝炎、药物性肝损害和代谢性肝病。

1.2 一般资料

63 例患者均为男性,年龄 26~66 岁,平均 38.62 岁;饮酒史 5~30 年,平均每天饮酒 150~300ml。随机分为治疗组和对照组,其中治疗组 33 例,对照组 30 例,两组在年龄、饮酒史、临床症状、生化指标、影像学等方面差异无显著性意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

两组在严格戒酒的基础上进行治疗。治疗组用当飞利肝宁(四川美大康药业股份有限公司)口服,每次 4 粒,每日 3 次,疗程 2 个月。对照组用硫普罗宁(河南新宜药业股份有限公司)口服,每次 0.2g,每日 3 次,疗程 2 个月。两组其它用药相同。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

痊愈:临床症状、体征消失,肝功能指标和血脂正常,B 超检查肝脏影像基本正常;有效:临床症状、体征基本消失,肝功能基本正常,血脂明显降低,B 超检查脂肪肝由重度恢复到中度或由中度到轻度;无效:主要症状体征有改善或改善不明显,肝功能、血脂及 B 超指标未达到有效标准。

3.2 临床症状、体征变化

两组治疗后 2 月患者肝区隐痛、腹胀及肝肿大好转率,治

疗组为 90%(18/20)、83.33%(10/12) 及 95%(19/20);对照组为 95.23%(20/21)、76.92%(10/13) 及 100%(21/21)。B 超好转率治疗组为 90.9%(30/33),对照组为 93.33%(28/30)。两组经统计学检验差异无显著性意义。

3.2 血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天冬氨酸氨基转移酶(AST)、γ-谷氨酰转肽酶(GGT)、血清总胆固醇(CHO)、甘油三酯(TG)结果比较

两组治疗 2 个月后血清 ALT、AST、GGT、CHO、TG 均较治疗前明显好转,两组治疗前与治疗后比较差异有显著性($P < 0.05$)。治疗组和对照组治疗后 2 个月,血 ALT、AST、GGT、CHO、TG 结果经统计学检验差异无显著性($P > 0.05$)。

4 讨论

当飞利肝宁由天然植物当药的提取物和水飞蓟素配伍而成。当药提取物能清肝利胆、清热除湿、具有抗炎、防止或减轻肝细胞损伤并促进受损细胞修复的作用。当药还有增加肝细胞处理脂质能力,促进胆固醇转化为胆酸,增加胆固醇在胆汁中排泄。水飞蓟素主要成分为水飞蓟宾、水飞蓟宁、水飞蓟亭。有资料显示,水飞蓟宾能直接清除活性氧对抗脂质过氧化;抑制一氧化氮的产生;在花生四烯酸代谢过程中优先抑制 5'-脂氧合酶,抑制白三烯的产生;保护肝细胞膜;促进肝细胞修复、再生;调节免疫功能;抗肝纤维化等作用。水飞蓟宾能降低血脂,减少脂肪在肝脏的沉积,因而抑制脂肪肝的形成。水飞蓟宾还通过抑制肝内肿瘤坏死因子(TNF)、干扰素(IFN)γ、白介素 4、白介素 2 以及诱导型一氧化氮(iNOS)的表达和核因子(NF)κB 活化,并增加抑制免疫分化及炎症反应的细胞因子 IL-10 的合成,从而抑制刀豆 A(ConA)诱导 T 细胞介导的肝损害。

我们在研究中还进一步发现,当飞利肝宁在改善酒精性脂肪肝患者临床症状、恢复肝功能、血脂水平以及治疗总有效率方面与硫普罗宁相似,提示当飞利肝宁在治疗酒精性脂肪肝方面同样具有疗效显著、服用方便和安全等特点。

(收稿日期:2007-01-29)