

· 百 家 园 ·

经方本草鲜品论

处方中药物用量是中医临床颇具技术含量的内容。处方一经组成,每味药物的用量直接关系方剂的功效,故素有“不传之秘在药量”的说法。世尊张仲景为医圣,其《伤寒论》、《金匮要略》不仅开创了中医临床治疗学辨证论治系统的先河,经方的药物组成、用量、加减、炮制、制剂、服法等精确清晰,基本涵盖了整个中医临床用药过程,其规式作用,也是被后世尊为医方之祖的原因之一。但经方药量敬重,动辄数两,甚至半斤、1 斤、2 斤。后世畏其药重,尚轻剂而用之。对经方的药量考据,一直是历代聚讼之一。对经方药量的把握正确与否,直接影响经方的治疗效果。

历代多从古今度量衡制度(主要是衡制)遵变作解,所据不一,颇难一同。如果改变思维定势,根据论中以数量计量的药物(如枚、个),以及在炮制、制剂时的药物反应等信息,从而认定经方应用的动植物药是鲜品,所以药量偏大,这样就合理地解释了经方药量偏大的原因,弥合了有关经方药量的争讼,同时为经方的深入研究奠定了较为扎实的基础。

1 东汉度量衡制与后世换算

仲景时在东汉末年,经方所用度量衡应遵东汉制度。据《中国科学技术史·度量衡卷》(2001),东汉时 1 斤=222 克,1 两=13.875 克,1 铢=0.578 克。1 合=20 毫升,1 升=200 毫升,1 斗=2000 毫升。1 尺=23.1 厘米,1 寸=23.1 毫米。

按照该卷对历代衡制的考据,对明清医家论述的经方剂量进行米制换算(明清等衡,1 斤=596.8 克)。张景岳作“古一两,为(今)六钱(22.38 克)”。李时珍作“古之一两,今用一钱(3.73 克)可也”。徐灵胎作“古一两,今二钱零(7.46 克余)”,王朴庄作“古一两,今七分六厘也(2.84 克)”,章太炎作“汉之一两,当今三钱四分(12.68 克)”。诸家记述差异很大,惟章太炎的折算与东汉衡制相近。

现代的经方剂量折算为:1 两=1 钱=3 克,1 升=6 钱至 1 两=18 克~30 克,1 方寸匕=2 钱~3 钱=6 克~9 克,1 钱匕=5 分~6 分=1.5 克~1.8 克(《伤寒论讲义》1985 年版)。从衡量上与李时珍说同。

2 衡制折轻后经方药量的不协调性

由于以重量称算的药物经现代折算后重量明显缩小,以数量计量的药物(以个、枚计算)若维持原量不变的话,凡是由称重药物与计数药物组成的经方,药物重量之间存在着明显的不协调。以下是何绍奇先生就经方药量间的矛盾所做的解说。如麻黄汤,按现代折算,麻黄 3 两(9 克),桂枝 2 两(6 克),杏仁 70 枚(27.5 克),炙甘草 1 两(3 克)。杏仁用量是麻黄的 3 倍,桂枝的 4.6 倍。麻黄汤君麻黄,臣桂枝,杏仁是佐药,张仲景用如此大量的杏仁如何能解?

再如石膏的用量,在大清气热的白虎汤中石膏用量为 1 斤,照现代折算则为 1 两,而且还是 16 两归 1 斤的 1 两,实折

今 31.25 克,恐怕是“病重药轻”了。而清郁热的厚朴麻黄汤,作为小青龙加石膏汤的变方,方中石膏却用鸡子大 1 枚,实称为 50 多克,比白虎汤的石膏还多,有是理乎?

另如桂枝二越婢一汤:桂枝、麻黄、芍药、炙甘草均 18 铢(汉时的 3/4 两,折 2.25 克),石膏 24 铢(1 两,折 3 克),大枣 4 枚、生姜 1 两 2 铢(折 3.25 克)。对于本方,徐灵胎按“古一两,今二钱零”折算下来,已经是很小剂量,还要分 3 服,“犹勿药也”(等于不吃药),看来他也感到惶惑。

至于百合病诸方,俱用百合 7 枚;炙甘草汤,用大枣 30 枚;桃核承气汤、大黄牡丹汤桃仁俱用 50 枚;抵当汤用水蛭 30 个。因此,张仲景药量比现今重。

3 圣方药物的实测

对于经方中以数量计量的杏仁、桃仁、枳实、附子、大枣、乌梅、半夏、百合等药物,如用原数量直接称取重量,应该反映出经方药量的均衡性。现代称量:杏仁 70 枚=27.5 克,100 枚=40 克,平均 1 枚约 0.39~0.40 克;桃仁 100 枚=30 克,平均 1 枚约 0.3 克;枳实 1 枚=18 克;附子取中等大小者,在 15 克以上,大者则在 20 克以上,桂枝附子汤用 3 枚,则有 50~60 克之多(也有称取附子 1 枚=25 克、大附子=30 克者)。野生乌头 1 枚=5 克;石膏鸡子大一枚,实称为 50 余克。鲜百合 7 枚约 200 克,平均 1 枚重 28.57 克。

4 经方药物应用时的鲜品信息

详细推究经方的药物炮制方法和方后注,其中透露出很多所用药物是鲜品的信息。

㕮咀:㕮咀的原意是把完整的药物用嘴咬断成碎块(麻豆大),后世应用工具加工则将此制法称为判,是经方中用于无毒或弱刺激性药物的断碎方法(在附子就不能这样加工,用刀类工具破 8 片;生姜必须切)。说明经方中的药物是整药,再者,只有鲜品时才可以牙齿咬成碎块,说明仲景之时使用的是完整且新鲜的药物,而非后世以至今天使用的饮片。

先煎去沫:对于麻黄一定要先煎,去上沫减 2 升。实验证明,鲜麻黄可产生浮沫,炮制后的麻黄是没有浮沫的。这也说明仲师在使用麻黄时是以先煎代制的。

百合水渍去沫:百合病煎方,百合俱用 7 枚,擘(掰开),“先以水洗百合,渍一宿,当白沫出”。实验证明,只有鲜百合水渍可见白沫,干百合水渍少有白沫。

制法多样,经方均标明:凡用药需要炮制者,均注明清楚。如附子生、炮分明;枳实水浸,炙令黄;枳实芍药散中枳实烧令黑;牡蛎、葶苈子的制法是熬,虫类药也多采用熬的制法,抵当汤(丸)中的水蛭、虻虫熬;下瘀血汤中的蟅虫熬。大建中汤中的花椒炒去汗;半夏、蜀漆以水洗为制;承气汤类大黄则用清酒洗。

桂枝去皮,杏仁、桃仁去皮尖,仲师用桂枝必须去皮,现代制法已不去皮,桂枝饮片去皮非常困难。只有鲜品才容易去皮,若杏仁、桃仁要去皮尖,干杏仁、桃仁可以去尖,但要去皮还必须重新浸泡才行。

炙甘草汤麦冬去心;后世多尊仲师制法。只有鲜品麦冬才可以去心,麦冬饮片无法去心。

生地黄捣汁:百合地黄汤中用地黄汁 1 升,地黄黄非鲜品如何捣汁,一定是鲜地黄才可以捣出汁来。

瓜蒌实捣:瓜蒌薤白剂瓜蒌实 1 枚,捣。所谓捣就是把鲜瓜蒌捣成糊状,现代的全瓜蒌饮片无法捣。

王不留行散诸药须阴干:治病金疮的王不留行散须阴干,王不留行(农历 8 月 8 日采),蒴藋^葍细叶(农历 7 月 7 日采),桑东南根白皮(农历 3 月 3 日采),此三物皆阴干百日。须阴干者仲师自家标明,或可反证不须阴干者就是直接用鲜品。

以上只是稍加留意就可以发现经方动植物药为鲜品的痕迹,详细推究,还有许多例子。因为经方的动植物药是鲜品,所以用量较炮制后饮片的应用剂量增大。我们认为,这就是经方药量偏大的原因。经方中的动植物药是鲜品,药量用东汉衡制,则方剂药物间计数与计量称重的比例就很均衡,并且方证合拍,不会生出诸多疑窦与困惑。如果按照这种认识研究经方,可能会对经方的药理药效机理产生新的理解,从而为现代临床正确使用经方与开发经方新药奠定原创性基础。

中国中医科学院中医基础理论研究所(100700)

刘 洋 于 峥 刘慧杰

宣肺排脓话桔梗

桔梗味苦辛,辛能开,苦能泄,具有宣肺利咽,化痰排脓的功效。古方以桔梗为化痰排脓要药者颇多,如张仲景桔梗汤、济生桔梗汤、《妇人大全良方》桔梗饮子、《杂病源流犀烛》桔梗二陈汤、张景岳桔梗杏仁煎等,用于肺痈、咳喘痰多等病症,疗效确切。现代药理证实,桔梗可反射性地引起呼吸道分泌亢进从而使痰液稀释,易于排出,所以常用于治疗慢性支气管炎、肺炎(包括小儿喘息性肺炎等)、扁桃体炎等疾病。

桔梗长于化痰排脓,毋庸置疑。“痰”容易理解,“脓”的涵义如何?对此,陆渊雷解释,“脓”并非仅指脓液或热毒成痈的脓血痰,“上之在气管、支气管,下之在肠,凡不当有的半流动体,皆谓之脓。”所以我认为,痰、涕等分泌物以及浊尿、黏液便等皆可谓之“脓”,治疗原则是有脓必排,给邪以出路,而均可借助桔梗以排除掉。如临床上,遇到鼻塞(相当于慢性鼻炎)鼻涕量尤其是黄黏稠涕多,鼻渊(相当于急、慢性鼻窦炎)浊涕量多,咳喘痰多(多见于急性、慢性支气管炎),急慢性喉痹、乳蛾(相当于急、慢性咽炎,扁桃体炎)咽痛,扁桃体红肿,表面有黄白色分泌物等病症,桔梗为必用药。因其性平不偏,无论寒证、热证、虚实夹杂证俱可用之。其中属寒证者,常配合白芷、石菖蒲、紫菀宣肺散寒排脓;属热证者常配合鱼腥草、天花粉、芦根宣肺清热排脓;湿热并重,常配合薏苡仁、冬瓜子清热利湿排脓;或与枳壳、前胡配伍,升降相反相成;属虚实夹杂证,常配合黄芪、沙参通补兼施,促进化痰,痰去脓消则鼻塞、咳喘、咽痛诸症自然解除,临床疗效比较满意。痢疾里急后重,大便胶黏不爽或黏冻便多,应用桔梗可使黏冻便排出加快,大便通畅,随之里急后重感缓解,可期痢疾早愈。若是痢疾初起表邪未净,则参考喻嘉言“逆流挽舟法”,用荆防败毒散(方中有桔梗)。此外,临床上桔梗应

用于习惯性便秘、癰闭(多由前列腺增生所致)、尿浊(相当于乳糜尿)也有比较满意的疗效。主要是取其宣肺利气的作用,由于肺主气,为水之上源,肺气调则上下之气皆调而诸症自愈。我还常以参苓白术散、资生丸方治疗久泻而自觉大便不爽者,方中用少量桔梗(3~5g),以其升清降浊,反夺其功。

关于桔梗用量,考虑到本品易于致呕,我一般取常规用量即每剂为 10g 左右,但若是遇急重症,则要求患者 2 日内服完 3 剂,长期观察,疗效较好。能否加大用量,尚需进一步研究。

病例:卢姓老妇,鼻塞,流涕黄白,有时伴头顶痛,相兼质稠已 1 个多月,脉沉细,舌质红苔薄。病名鼻塞,证属风寒久羁,肺窍闭阻。治法宜清肺通窍排脓,又虑病久伤阴,宜酌加护阴之品。处方:白芷 10g,桔梗 10g,薄荷 5g,辛夷 10g,石斛 15g,麦冬 15g,藿香 5g,升麻 5g,藁本 10g,甘草 5g。1 周后复诊,上方服 5 剂,诸症均减,照上方石斛改玉竹 20g。10 日后三诊,自觉继续好转,鼻涕转少,照上方去薄荷、藁本加赤芍 10g,石菖蒲 5g,续服 5 剂。5 周后询知,鼻塞明显好转。

福建省中医药研究院(350003) 俞宜年

浅谈中药不良反应的研究和监测

随着对药品不良反应(ADR)认识的提高,中药不良反应的问题已经引起重视。我国于 1989 年 11 月成立了卫生部药品不良反应监察中心。并建立了药品不良反应监察报告制度,使我国对药品不良反应的监察逐步与国际接轨。中医药的应用有着悠久的历史,并积累了丰富的经验。一般常用煎剂和丸、散、膏剂的药性平和,很少产生严重的不良反应,但某些中药制剂里也含有有毒的中药成分,由于各种原因可以产生不良反应。中药不良反应问题有其特殊性和复杂性,主要有以下几个方面的问题。

1 中医辨证论治原则

中医治病的基本原则是辨证论治,对证下药。病有寒热虚实表里之分,药有寒、热、温、凉之性,治病时可因人因病因时因地辨证不同而用药有异。同一种病可有不同的治法,同一味药又可用于治多种疾病。治疗过程中用药情况复杂多变,故服用后一旦出现某种不良反应,其因果关系的确立和诊断会相当困难。

2 中药品种的混乱问题

中药品种繁多,同药异名、同名异药现象普遍,尤其地区不同,名称混乱。一种药物又常有多甚至数十种基源,药物基源品种不同,其所含的化学成分、生物活性及毒性也不同。因此,在分析评价中药不良反应时,如何准确认定药物品种,其难度很大。

3 中药合理用药问题

临床上不合理用药是造成不良反应的主要原因之一。由于旧观念的影响,不少人认为中药无毒、无副作用,因而临床上误用、滥用、长期用药、超剂量用药现象较为普遍,有的忽视中药的配伍禁忌,有的不依法炮制中药,有的任意将药物加入食品或饮料中,从而导致中药不良反应的发生。

4 产地、生长年限、收获季节、药用部位、贮存期等因素对中药