

4 热利禁用补涩

外邪初起或邪气盛实,中医不主张用补涩法和补涩药,《医学心悟》云:“若骤补之,未免闭门留寇”^[12]。对于热利的治疗,现代中医药学也强调禁用补涩,这种说法值得探讨和研究。

金匱要略燔口人产后病脉证治》篇云:“产后下利虚极,白头翁加甘草阿胶汤主之”^[2]。白头翁汤主治痢疾之病,阿胶补血、养阴、止血。热利有伤阴之弊,脱液之耗,因此配伍一些补益之药。喻嘉言治疗痢疾用败毒散,该方中的人参峻补固脱,即“逆流挽舟”法。孙思邈治疗热痢除清热解毒外,还常伍以阿胶、赤石脂等。如龙骨丸主下血痢、腹痛,方中有当归、龙骨、黄连、赤石脂等^[4],王焘的《外台秘要》情况也类似^[11]。文献表明,晋唐之际,热利治疗不禁用补涩药。叶天士也常用补益收涩之品治疗下痢,如用熟地黄、山茱萸,并炮制成炭以固摄,更有赤石脂收涩^[13]。赤石脂的确可以涩肠止利,《伤寒论》桃花汤中还要求服方寸匕的赤石脂末^[1]。《外台秘要》中的天行热痢“痢脓血不止”,可用“龙骨一两,右一味,捣研为末,米饮下一钱,不计时节,日三服佳”^[11],说明天行热痢用收敛固涩,的确有效。近代名医张锡纯治噤口痢用白头翁、芍药外,也用了山药、滑石。这里的滑石也起涩肠止利之效,因为《神农本草经》就有滑石“治身热泄澼”之功。实际上,《伤寒论》中少阴病猪苓汤治“下利六七日”^[1],方中的滑石也是针对下利而设的。中医药用矿石类药物来治疗腹泻,历史已相当久远,张仲景的桃花汤用赤石脂疗便脓血,《神农本草经》更是强调五色石脂(青石脂、赤石脂、黄石脂、白石脂、黑石脂)治黄疸、泄痢、肠澼、脓血、阴蚀、下血赤白等,滑石、龙骨等也有相似功效。现代的中医药学教科书中很少引用,并且过度强调寒热之别。

参考文献

[1]柯雪帆 伤寒论选读 [M] 上海:上海科学技术出版社, 1996: 30, 160, 72, 88, 198, 159, 166

[2]李克光 金匱要略讲义 [M] 上海:上海科学技术出版社, 1985: 232, 42, 96, 1, 244

[3]尚志钧 补辑肘后方 [M] 合肥:安徽科学技术出版社, 1983: 125, 77

[4]孙思邈 千金要方 [M] 沈阳:辽宁科学技术出版社, 1997: 21, 205, 4, 235

[5]太平惠民和剂局方 [M] 沈阳:辽宁科学技术出版社, 1997: 5, 6, 10

[6]江苏新医学院 中药大辞典 [M] 上海:上海科学技术出版社, 1979: 776, 834, 1125, 625

[7]钟凌云,吴皓,张科卫,等 生半夏中草酸钙针晶的刺激性作用研究 [J] 中国中药杂志, 2006, 31 (20): 1706— 1709

[8]赵强,邓人春 生半夏临床应用体会 [J] 中医杂志, 2001, 42 (2): 72— 73

[9]侯家玉 中药药理学 [M] 北京:中国中医药出版社, 2005: 171

[10]陈灏珠 实用内科学 [M] 北京:人民卫生出版社, 2005: 1987— 1988

[11]王焘 外台秘要 [M] 北京:人民卫生出版社, 1982: 340, 339, 95, 122

[12]程国彭 医学心悟 [M] 北京:人民卫生出版社, 1981: 30

[13]叶天士 临证指南医案 [M] 上海:上海科学技术出版社,

1985: 498, 492

从“大毒治病,十去其六”谈中药毒性

孙利民

中国中医科学院广安门医院, 100053

中药使用历经数千年,由于其来源多为天然植物(包括一些食物),因此,长期以来在其使用上对于中药之毒性一直存在误区。一方面,许多人笼统地认为中药“很少有有毒副作用”,甚至认为“中药无毒副作用”并一概可“长期服用”等等;另一方面,随着近几年中药不良事件的报道的增多,也有一部分人开始对中药的安全性产生了怀疑。

1 古代对药物毒性的认识

古人对药物的毒性及使用早有论述,如《素问·五常政大论》曰:“大毒治病,十去其六;常毒治病,十去其七;小毒治病,十去其八;无毒治病,十去其九;谷肉果菜,食养尽之,无使过之,伤其正也。”意思是毒性大的药物治病,只能用到病邪去除十分之六,就应停药;用一般毒性的药物,只能用到病邪去除十分之七,就应停药;用毒性小的药物,病邪去除十分之八,就应停药;即便是无毒的药物,也不过用到病邪去除十分之九,就应停药。之后可用食物进行调养,以逐渐康复。用药过度,则徒伤正气^[1]。此外,《素问·移精变气论》中所说的“毒药”即是泛指治病的药物,《灵枢·热论》中的“毒药”也指的是内服药物,由于其或多或少有性味所偏的毒性作用,故泛称毒药。《神农本草经》序论》在使用毒性药物时云:“先起如黍粟,病去即止,不去倍之,不去十之,取去为度。”张仲景在《伤寒论》中所用方剂含毒药者近半,包括甘遂、大戟、芫花、商陆、巴豆、附子等,其中附子使用最频,并在炮制、配伍、剂量、煎法、服法等方面颇为独到^[2]。在论述治疗太阳证之汗法时特别提到“遍身漐漐微似汗出,不可令如水流离”;在小承气汤使用时“若更衣者,勿服之”,在大承气汤使用时“得下,余勿服”等等。从以上不难看出,古人在药物使用上非常考究,在峻猛药物使用上可谓慎之又慎,同时也反映出所有药物都有其治疗作用和毒性两面性。但由于科技水平的限制,古人对药物毒性的描述大多较笼统,如“大毒”(发生中毒急而危重)、“小毒”(发生中毒缓而轻微)等等,对中毒后的反应也仅局限于一些具体症状。此外,在药物配伍上还有“十八反”、“十九畏”以及妊娠禁忌等等。

2 对中药毒性认识的误区

由于中药来源多为天然植物(包括一些食物),加上古人对药物毒性认识水平的限制,长期以来,中药往往被一些人当成“保险药”来看待,即“很少有”甚至“没有”毒副作用。其实,包括中药在内的所有药物都有一定的毒性。所不同者,中药更强调“以毒攻毒”,通过合理使用药物使阴阳失衡而患病的机体重新处于“阴平阳秘”的状态。所谓“有故无殒,亦无殒也”。正是由于对中药毒性认识的误区,加之对辨证论治精神的偏离,才导致了中药使用的误区。如①惧怕毒性:主要是临床医师在开中药时只开性情温和的药,有点毒性的药尽量回避或用量很少,毒性较大者基本不开,为的是不出事故和纠纷,只图稳妥。②过度使用:主要是患者(也包括一些医师),自以为中药毒性小或没有毒性而长期无原则无节制服药,结果造成严重后果。例如几年前发生的“龙胆泻肝丸事件”,龙胆泻肝(汤)丸本为清三

焦实热、泻肝胆实火之品，久服易伤正气，本应有条件短期使用，结果被许多人长期无节制服用，结果导致严重不良事件发生，之后又把原因完全归结于关木通（马兜铃酸）之肾脏毒性。③非辨证用药：主要原因是中医辨证论治的思想被严重淡化，完全根据西医指标使用中药。例如因尿常规检查为泌尿系感染，中药即给予清利湿热通淋之方；风寒感冒之发热也给予清开灵（包括静脉给药）退热。由此出现不良事件也被当成中药的“不良反应”等等，使中药蒙受不白之冤。目前已有不少医家提出中药针剂也须辨证使用。④炮制不严：中药本应“遵古炮制”，严格筛选，但由于错误地认为中药毒性小或无毒，有些中药炮制在工艺上大打折扣，特别是一些毒性较大的药物，甚至以次充好、以假乱真，给临床使用带来不良后果。

3 客观认识中药的毒性

近年来，随着中药不良反应报道的增加，其安全性问题日益受到关注。究其原因，绝大多数仍是因为背离中医思想，长期、过量服用的结果。中医药有其独特的理论体系和理法方药，中药之作用是包括多种毒性成分在内的多成分协同作用的结果。古人早已对其毒性有深刻认识，并通过严格炮制、配伍等方法进行减毒增效。通过整体观念和辨证论治，因时、因地、因人制宜，制定出配伍严密的方药即可趋利避害，以毒攻毒，从而达到治疗作用，甚至可获得意想不到的良好效果。因此，须从中医角度来完整审视和阐明中药的毒性。

现代医学之毒理学是用中毒剂量、半数致死量以及最大耐受剂量等指标来评估药物的毒性，但仅适合于某一个化学成分明确的药物，且通常为常量。而中医理论强调中药之偏性（寒热温凉、四气五味）和证的关系，即有病则病当之，反之无病则体当之。在没有病邪存在或本来阴阳平衡的状态下，中药的偏性作用于人体则可能表现为毒性，“承则为治，亢则为害”。因此可推测，在完全符合辨证论治的理想状态下，中药的中毒剂量、半数致死量以及最大耐受剂量等均应为变量，即中药之毒性是随机体状态或疾病状态的变化而变化的，是个相对的概念。例如，实热内盛之人给予温补之品，其结果极有可能表现为药物之“毒性”；风寒感冒给予清清凉凉药，则可导致正气内损、甚至寒邪直中之危候，不可不察。

4 结语

中药毒性评价关乎人民的身体健康，也直接关系到中医药以及民族医药产业的发展，其意义深远而重大。因此，必须科学而实事求是地加以阐明。既要明确其毒性之客观存在，又要通过严格炮制、辨证论治、因时因地因人制宜，合理配伍以减毒，从而真正维护中医药的优势和声誉，以促进其健康发展。

参考文献

- [1]王洪图.白话中医古籍丛书《黄帝内经素问》[M].北京:中外文化出版公司春秋出版社,1988:434
- [2]张小勇,陶晓华.浅谈《伤寒论》运用毒性之妙[J].中医杂志,2008,49(9):851-852

中药剂量与疗效的关系

李文婧

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net
天津中医药大学七年制 2002级, 300193

中医临床治疗要依据辨证施治的原则遣药组方,确定药味

多少,定其用量大小。临床上药味相同,剂量不同,疗效迥异。

张仲景在药量运用上颇为讲究。如炮附子治疗虚寒性慢性疾患时,用 1 5~ 3g 取其镇痛作用,则须 6~ 9g 至于治疗严重的风湿病,则又需加重。张仲景在用大枣时也十分巧妙,在炙甘草汤中用配生地、麦冬以生血,即用 30枚;在甘麦大枣汤配甘草、小麦以舒缓强急,即用 10枚;在十枣汤、葶苈大枣汤用以佐制药性,则用量多;在桂枝汤、柴胡汤用以调和营卫,则用量少。张仲景用黄连,在“三泻心”中量小,意在健胃;在葛根芩连汤中量大,用其清泻实火也。张仲景用赭石,在旋覆代赭汤中用量最轻仅为一两（约合今之 3g）,取其病位在中焦。赭石主入肝经,量小可调理中焦气机升降,量大直达下焦。张仲景用桂枝,桂枝汤中用 3钱,治疗气虚中风有汗;桂枝加桂汤中用 5钱,治奔豚气从少腹上冲心胸。《金匮要略》中小承气汤、厚朴三物汤、厚朴大黄汤药味相同,分量不同,治三种不同病证:小承气汤重用大黄,即大黄 4两为主,枳实 3枚为辅,厚朴 2两为佐,主治阳明腑实,谵语潮热之证,目的在于攻下热结;厚朴三物汤以厚朴为君,即厚朴 8两为主,枳实 5枚为辅,大黄 4两为佐,主治气机阻滞,腹满痛秘之证,目的在于行气通便;厚朴大黄汤重用厚朴、大黄,即厚朴 6两,大黄 6两为主,枳实 4枚为辅,主治支饮胸满,腹满便秘之证,目的在于开胸治饮。

其他医家在继承张仲景用药心法同时,对药量运用也颇有心得。如张锡纯在石膏与麻黄的配伍剂量上亦针对不同病证而有变化:石膏与麻黄的比例为 2 时,治汗出而喘,无大热者;当石膏用量为麻黄的 10倍时,治疗温病无汗而热重者;治疗白喉、烂喉病时石膏与麻黄的比例可高达 20 倍。红花量大小破血（瘀血）,量小补血（补血虚）,《本草衍义补遗》中就有红花“多用破留血,少用养血”之说。大黄小量（3~ 6g）健胃,大量（10~ 15g）则攻积导滞。生石膏少量用之,可取其清热除烦之效,对实热炽盛,则需重用,每剂可用至 60~ 120g 甚至 180g 可收药专力宏,直折其火之效。

现代药理研究也认为,一些中药具有双向调节性,即用量不同,其效也截然不同,体现了量变到质变的规律,如炙甘草 1~ 2g 有调和药性的作用,5~ 10g 温肾养心,30g 以上有类似激素样作用;艾叶 3~ 5g 可开胃,8g 温经止血止痛;桑白皮 6~ 9g 有退热作用,10~ 12g 有祛痰镇咳之功,15g 有利尿及轻泻作用;洋金花如用于止咳平喘或止痛,一般只用 0.3~ 0.6g 每日量不超过 1.5g 但若作麻醉药时可用到 20g 大黄 3~ 6g 可止泻,9~ 15g 可泻下;黄芪 15g 以下能升血压,30g 以上可降血压,气虚难汗者用之可汗,表虚多汗者用之可止。

综上所述,因药物剂量不同,使其在处方中有君、臣、佐、使之分。各种药物剂量的变化将使处方的功能、主治发生变化。清代名医徐大椿云:“用药如用兵”,不但在选药上有讲究,而且在用量上也有很大的意义。所以临证处方,需缜密思考。

汗一定是“阳加于阴”吗

赵厚睿

河南中医学院基础医学院, 450007

汗出与否是由医临床中极受重视的症状,清代医学家陈修园《医学实在易》十问歌写道:“一问寒热二问汗”,将问汗的内容排在了第二位,而其《十问歌》的渊源,则是明代医学家张景