

燈 家 园燈

《伤寒论》中几个被忽略曲解的问题

吴中平 张 瑾 柯雪帆

(上海中医药大学基础医学院, 201203)

我们在研读《伤寒论》的过程中,认为如下几个方面的问题值得商榷。

1 半夏

《伤寒论》中的半夏都要求洗^[1]。半夏是块茎,洗的目的是洗去泥土,说明是未炮制的生半夏。《金匱要略》中有的注明半夏要洗,但均未说明要炮制^[2]。《内经》半夏秫米汤是治半夏,“治”在古汉语中通“治”,即打碎,研细之意。汉唐之间,半夏均生用,如葛洪在《肘后方燈卷四》云:“嘔不止,半夏,洗,干末之,服一匕则立止”^[3]。孙思邈的《备急千金要方》中的半夏使用情况相同^[4],而《千金翼方》中有熟半夏之说。到了宋代,半夏始有炮制之说,在《太平惠民和剂局方》中八风丹的半夏用白矾制^[5]。而现代的制半夏主要有清半夏(白矾浸泡)、姜半夏(生姜片、白矾煮透)和法半夏(甘草石灰液浸泡)等。

生半夏有麻舌之感,这是生半夏的主要毒性,但水煮加热之后,麻舌感等消失^[6]。半夏一般是口服给药,如《金匱要略》中用干姜人参半夏丸治疗妊娠恶阻^[2],而《千金要方》用半夏汤(半夏有五两)以养胎^[4]。在《伤寒论》、《金匱要略》中含有半夏的方剂多与生姜(汁)或醋或蛋清或蜂蜜相配。生半夏的麻舌成份有不同报道,如有人认为是尿黑酸的葡萄糖苷,而钟凌云等认为生半夏中草酸钙特殊针晶是其刺激成份^[7]。我们认为,单从这些成份尚不足以判断生半夏有毒性,因为麻舌感在煎煮后已消失。另外,半夏与芋头同属天南星科,有很多相似性,如生芋头也有麻舌感,古书记载其有大毒,不堪啖^[8]。而生活中熟芋头则是一道常见菜肴,可见加热能除其相关毒性。

1988年卫生部《医疗用毒性药品管理办法》将生半夏列入毒性中药品种,生半夏的使用受到限制,但临床上,无论是内服还是外用,均有生半夏的文献报道。如赵强等采用方中配生半夏(入药煎服)治疗肿瘤、囊肿、炎性包块或某些增生性疾病有疗效^[9],生半夏外用治疗宫颈糜烂、寻常疣、跖疣等也有独特疗效^[9]。从以上情况来看,后世改用制半夏似无必要(既费时费力,又导致污染)。至于生半夏的药效是否更好,尚需进一步研究。

2 牡蛎

《伤寒论》中的牡蛎是生牡蛎。“牡蛎,熬”^[1],熬,在古汉语中是指干煎、焙干,说明牡蛎是湿的。《金匱要略》中的瓜蒌牡蛎散^[2],《伤寒论》中的牡蛎泽泻散^[1]要求将牡蛎研为细末(只有壳才能研细)。瓜蒌根与牡蛎配伍可以生津止渴、软坚散结、通利小便。

现代中药房的牡蛎都是淘净晒干之品,而无机盐含量为80%~95%(有的品种无机盐仅12%)^[10]。而新鲜生牡蛎的贝壳则以壳多糖为主,壳多糖又称几丁质,与蟹、虾等外壳一类,是N-乙酰-β-D-葡萄糖胺的同聚物,分子量可达几百万之巨,是

无脊椎动物的外骨骼。为什么说《伤寒论》中的牡蛎是新鲜生贝壳呢?①龙骨、石膏、赭石、赤石脂均不要求干煎,尤其是龙骨,为动物骨骼的化石,经长期风化,有机物已流失殆尽^[6],故不要求干煎(《伤寒论》中凡是牡蛎与龙骨相配的方剂中,只强调牡蛎“熬”,而龙骨没有),而富含有机生物大分子的如水蛭、虻虫、廕虫(土鳖虫)、鼠妇、蛭螂、蜘蛛等均要求“熬”。干煎的好处脱水,能断裂生物大分子的化学键,有利于有机大分子的水解和吸收。但也不能烤得太焦,否则易炭化。②《伤寒论》中的柴胡桂枝干姜汤和牡蛎泽泻散,均有瓜蒌根配生牡蛎,两方主症皆有小便不利,尤其是牡蛎泽泻散证,从“腰以下有水气”^[11],一般都认为此属臌胀之类的阴水病证。根据现代科学知识,我们推测:此类小便不利,可能与患者的血浆胶体渗透压低有关^[10],瓜蒌根除含有淀粉和皂苷外,也含有丰富的天花粉蛋白质等,而牡蛎中含有多糖等(经干煎后,分子量可大小不一),经肠中部分水解吸收,寡肽和小分子多糖可以提高患者的血浆胶体渗透压,从而有利小便的作用,病证轻者有用。当然,多糖的水解、吸收和代谢过程还需要深入研究。③牡蛎是海产品,新鲜牡蛎能否运送到内地?《史记燈卷列传第六十九》说安徽合肥是鲍鱼等的集散地,鲍鱼是海产品,牡蛎应当也能。

3 胸痹用人参汤

《金匱要略燈胸痹心痛短气病脉证治第九》中云:“胸痹心中痞,留气结在胸,胸满,胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之;人参汤亦主之”^[2]。我们认为,“人参汤亦主之”这句话是衍文,人参汤不用于治疗胸痹病。人参汤亦即理中汤。

由于历史原因,张仲景的《伤寒杂病论》成书不久即告散乱,幸得后世诸多医家的收集、整理,今天我们才有机会接触之。但后世医家在收集、整理过程中往往加入了一些非原书的内容,这在《伤寒论》和《金匱要略》中常见,而后者尤甚。

首先,在晋代王叔和的《脉经》中并无理中汤或人参汤治疗胸痹的记载。晋代《肘后方》也无用人参汤或理中汤治疗胸痹的记载^[3]。唐代孙思邈的《千金要方》中记载了枳实薤白桂枝汤方证,宋代校正医书局有旁注:“仲景方厚朴用四两,薤白半斤,水五升,煮取二升”^[4],也未提到“人参汤亦主之”。说明高保衡、孙奇、林亿等在校正《备急千金要方》时,的确没有这段话。而在唐代王焘的《外台秘要》中枳实薤白桂枝汤改名为枳实汤,亦无“人参汤亦主之”之语^[11]。说明,“人参汤亦主之”属衍文。

那么这句话是什么时候加入进来的呢?我们推断,应该在晚唐之际。从现有文献来看,宋代校正医书局在得到王洙的《金匱玉函要略方》三卷时,就已加进来了,这可以从孙兆等校正《外台秘要》理中汤时的一段旁注得到证实,有胸痹“理中汤亦主之”^[11]。而《外台秘要》中有这样单独的一句话“疗胸痹理中汤方”,并指明此方属“仲景伤寒论”^[11],此句不与枳实薤白桂枝证同条。有可能存在着这样的一种情况:《金匱玉函要略方》在流传过程中,某位医者在研习该条文时,受“疗胸痹理中汤方”等影响,在末后随手加入了“人参汤亦主之”一句个人心得。

那么这句话是什么时候加入进来的呢?我们推断,应该在晚唐之际。从现有文献来看,宋代校正医书局在得到王洙的《金匱玉函要略方》三卷时,就已加进来了,这可以从孙兆等校正《外台秘要》理中汤时的一段旁注得到证实,有胸痹“理中汤亦主之”^[11]。而《外台秘要》中有这样单独的一句话“疗胸痹理中汤方”,并指明此方属“仲景伤寒论”^[11],此句不与枳实薤白桂枝证同条。有可能存在着这样的一种情况:《金匱玉函要略方》在流传过程中,某位医者在研习该条文时,受“疗胸痹理中汤方”等影响,在末后随手加入了“人参汤亦主之”一句个人心得。

由医临床实践也证明了瓜蒌薤白白酒汤类方是治疗胸痹的基础方,而人参汤是脾胃疾患的有效方剂,是温中祛寒的代表方,而有些心痛正是脾胃疾患的一种表现。

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“治身热泄痢”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)治黄疽、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·异法方宜论》中所说的“毒药”即是泛指治病的药物,《灵枢·论痛》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:主要是一些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