

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“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《问歌》的渊源,则是明代医学家张景

岳编的《问篇》，可见前人早已认识到了汗的重要性。通过询问汗之有无，可了解津液之盈亏与存亡，病性之寒热虚实和机体的阴阳盛衰，并直接指导临床治疗。为了透彻地理解其临床意义，不妨探讨一下汗的形成机理。

历来医家论述病机，都将《内经》奉为圭臬，这是因为它的论述精当，含义深博，且临床验之有征。《中医诊断学》（朱文锋主编）教材在论述汗的形成机理时，也援引了《素问·阴阳别论》：“阳加于阴谓之汗”，意为汗是阳气蒸化津液，经玄府达于体表而成。可谓言简意赅，精辟至极，这句话点出了出汗的两个基本前提：一是要有一定的津液，即出汗之源，二是要有一定的阳气作动力，能将人体之津液由里蒸达于表，变化为汗。正常人由于气血津液充足，故可自然分泌汗液，以调和营卫，滋润皮肤，调节体温；如因体力活动，过食辛辣，气候炎热，衣被过厚或情绪激动等原因，则可见到人的体表出汗，即是人体为了调和营卫和调节体温的正常反应。

在病理情况下，有出汗与不出汗之分，都可用“阳加于阴谓之汗”的机理从正反两方面较好地解释，而且此理论对于指导临床辨治有着极大的现实意义，凡遇出汗异常，便可以从阳气和津液这两方面去考虑。

然而临床中却仍有几种例外的汗出情况，与“阳加于阴谓之汗”的机理关系不大。如在外感风邪时，由于风性开泄，使肌腠疏松，玄府不能密闭而汗出，此时所出的病汗并非阳气的蒸化所致，而是阳气（特别是卫气）不能固密肌表所致，此时若用桂枝汤调和营卫，则可迅速止汗，除此之外，某些非外感风邪的里证，有半身出汗的，也有的长年手足心出汗的，常可用调和营卫的桂枝汤治疗而有效，说明营卫不和也是汗出的一个机理，而很难概括在“阳加于阴谓之汗”的机理之中；若患者阳气亏虚，不能收敛固摄汗液，也可致肌表不固而出汗，此种情况，必须用气不摄津的原理加以解释，故临床上不少自汗患者，兼见阳气不足之象，常以温阳补气治疗而有效。反之，若认为是阳热过亢引起津液蒸化太过，而处以寒凉清热之方，则犯虚虚之戒，阳气更伤，而阴液更加外泄。

因此，从这个角度来看，笔者认为，出汗的原理，是不能尽用“阳加于阴谓之汗”来圆满解释的，还应当加上一条“阳不摄津谓之汗”的机理和营卫不和的机理，故在《中医诊断学》教材改编时，也应该突出这一点，才能让学习者不致厚此薄彼，以偏盖全，在临床工作中，考察人体有汗和无汗的病因病机时，也要从这几个方面综合考虑。

浅谈中西医结合防治下肢动脉粥样硬化的优势

苏建春¹ 于云华¹ 塔依尔江¹ 李葆华² 李洁¹

1. 新疆维吾尔自治区伊犁哈萨克自治州中医医院，

2. 新疆维吾尔自治区中医医院

下肢动脉粥样硬化（AS）是全身性动脉粥样硬化的一个局部反映，下肢 AS 是心脑血管危险事件的早期标志，其危险性与冠心病是等同的。基于 2006 年美国心脏病学会和美国心脏协会更新的指南中二级预防策略西医对下肢 AS 的非介入性治疗制定了戒烟、运动、合理饮食、保持正常体重、控制血糖、血压、胆固醇，抗血小板治疗，他汀类及血管紧张素转换酶抑制剂

（ACEI 和 β 受体阻滞剂使用的干预措施。中西医结合在下肢 AS 的预防治疗中则因汲取了各自的特点而显示出了优势。

1 结合辨证分型未病先防的优势

中医对心脑血管疾病预防措施无论是理论还是实践均有独到之处，《素问·上古天真论》云：“饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年……”，又曰：“虚邪贼风，避之有时，恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来……”。从理论上阐述了必须合理饮食，合理起居、运动，规避不良嗜好，保持良好心态才能达到延年益寿的目的。实践中，除避免多食肥甘厚腻、合理控制主食外，还可根据不同的体质指导人们在日常生活中引入食疗保健：如属痰浊阻滞体质的宜多服陈皮、山楂、橘红、莱菔子、茯苓、玉米须，或以茯苓、莱菔子炖汤，或以玉米须、山楂、陈皮、橘红等代茶饮；瘀血阻络者则可在炖汤时加入当归、川芎、红花，亦可用红花代茶饮，或将三七少许研面冲服，每日 1 次，每次 3g 脾虚湿滞者，可常以生黄芪炖汤，薏苡仁、白术、茯苓、扁豆等熬粥服用；若湿滞化热者则可在上法的基础上多以鱼腥草凉拌食用，或常以金银花、连翘代茶饮；肝肾亏虚者可常以山茱萸、枸杞子、何首乌、肉苁蓉等炖汤；凡属诸虚不足者，可用黄酒浸泡上述补脾益气、益阴助阳之药服用；另外还可多服用一些具有调节血压、血糖、血脂及增强人体免疫功能的食物，如芹菜、南瓜、山楂、木耳、香菇及具有降脂作用的中药如荷叶、罗布麻叶。

2 结合临床辨证分型既病防变中西医结合干预的认识

此阶段患者出现或伴有冠心病、高血压、高血脂、血黏稠度增高、血糖偏高，体重指数增加，单一或合并出现。治疗包括：①抗血小板治疗。即阿司匹林、氯吡格雷及噻氯吡啶的使用，但因噻氯吡啶大大增加血小板减少，中性粒细胞减少及血栓性血小板减少性紫癜的风险而必须用药时严格监测血液学指标。②血糖的控制。包括胰岛素的早期合理使用，规范口服降糖类药物及饮食控制、运动、减轻体重等。③血压的控制。提倡 ACEI 血管紧张素受体阻滞剂（ARB）及 β 受体阻滞剂的使用，但对下肢动脉疾病（PAD）患者 β 受体阻滞剂使用的安全性则尚待进一步研究^[1]。④高脂血症的干预及他汀类的使用。

中医在该阶段则可结合西医用药，根据不同临床症状及实验室检查在辨证分型基础上，选择具有抗血小板聚集、降压、降糖、调脂、扩冠、活血的中药进行治疗，使其综合治疗效果明显增加，同时减少西药的不良反应及不确定性。

辨证分型属痰湿、瘀血阻络的，针对抗血小板聚集有银杏叶、当归、川芎、姜黄、鸡血藤、三七、桃红、丹参、红花、五灵脂、延胡索、三棱、莪术、水蛭、山楂、虎杖、泽泻、防己、厚朴、砂仁、稀莪草、苦参；针对血压偏高的有丹参、山楂、泽泻、车前子、秦艽、防己、独活、牡丹皮、川芎；针对血糖偏高的，有白术、茯苓、猪苓、泽泻、玉米须、苍术、牡丹皮、虎杖、五加皮；针对血脂偏高的有虎杖、姜黄、山楂、牡丹皮、大黄、泽泻、车前子、银杏叶等。

辨证分型属脾虚、肝肾亏损的，针对抗血小板聚集可在当归、甘草、白芍、牡丹皮、川芎、丹参、桃仁、红花等具抗凝作用药物的基础上酌加黄芪、党参、何首乌、女贞子、枸杞子、山茱萸等健脾、补益肝肾同时又具扩管、扩冠作用的药物；针对血压偏高有黄芪、党参、当归、熟地黄、枸杞子、酸枣仁、淫羊藿、肉苁蓉等；针对血糖偏高有黄芪、白术、茯苓、灵芝、何首乌、熟地黄、麦冬、枸杞子、山茱萸、淫羊藿等；针对血脂升高有党参、甘草、当