

药时的安全与有效,有着积极的作用,而且还可以为诸如狼毒、桂枝、木香、防己等众多古今药用品种发生变迁中药的现代炮制研究,提供有益的参考和借鉴。

参考文献

[1]国家药典委员会. 中华人民共和国药典(2010年版). 一部[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2010:140-141.
[2]何霖,王家葵,范春燕. 大戟、京大戟的本草考证[J]. 中药材, 2009, 32(5): 816-818.
[3]卫生部药典委员会. 中华人民共和国药典(1963年版). 一部[S]. 北京:人民卫生出版社, 1964:115-116.
[4]卫生部药典委员会. 中华人民共和国药典(1977年版). 一部[S]. 北京:人民卫生出版社, 1978:256-257.
[5]卫生部药政管理局. 全国中药炮制规范(1988年版)[S]. 北京:人民卫生出版社, 1988:54-55.
[6]浙江省食品药品监督管理局. 浙江省中药炮制规范(2005年版)[S]. 杭州:浙江科学技术出版社, 2005:76-77.

[7]上海市食品药品监督管理局. 上海市中药饮片炮制规范(2008年版)[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2008:87.
[8]成都中医学院. 中药炮制学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1980:77.
[9]徐楚江. 中药炮制学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985:96.
[10]叶定江. 中药炮制学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1996:160.
[11]龚千锋. 中药炮制学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2003:197.
[12]蔡宝昌. 中药炮制学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2008:179.
[13]蒋侨丽, 戴传超, 吴启南, 等. 京大戟化学成分的研究[J]. 中草药, 2008, 39(12): 1779-1781.
[14]耿婷, 丁安伟, 张丽. 大戟属植物的研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(11): 2433-2435.

(收稿日期:2010-11-26;修回日期:2011-01-03)
[编辑:李 巍]

从伏邪理论看耐药菌感染

高 洁¹ 刘清泉^{2*} 马 群² 蔡阳平² 王光磊²

(1. 北京中医药大学东直门医院2010级博士研究生, 北京市东城区海运仓5号, 100700; 2. 北京中医药大学东直门医院)

* 通讯作者:liuqingquan-2003@yahoo.com.cn, (010) 84013228

[摘 要] 中医伏邪理论的应用为治疗耐药菌感染的问题拓宽了思路。从感邪途径、发病特点、病机及其治疗等方面进行了探讨, 提出在耐药菌治疗上应用抗生素联合中药扶正、透邪是非常有必要的, 其中扶正重点强调温阳。

[关键词] 伏邪理论; 耐药菌感染; 扶正温阳透邪

伏邪最早由《黄帝内经》提出, “冬伤于寒, 春必病温”; “夫精者, 身之本也。故藏于精者, 春不病温”。后来成为伏邪温病的理论基础。伏邪学说的历史发展一直以温病伏邪为主要内容, 直到清代, 伏邪学说才明确地扩大到温病之外, 有医家提出广义的伏邪概念, 指一切伏而不即发的邪气, 如王燕昌《王氏医存》中: “伏匿诸病, 六淫、诸郁、饮食、瘀血、结痰、积气、蓄水、诸虫皆有之。”而刘吉人在《伏邪新书》中提出了更详细的概念: “感六淫而不即病, 过后方发者总谓之曰伏邪, 已发者而治不得法, 病情隐伏, 亦谓之曰伏邪; 有初感治不得法, 正气内伤, 邪气内陷, 暂时假愈, 后仍复作者亦谓之伏邪; 有已发治愈, 而未能尽除病根, 遗邪内伏后又复发亦谓之伏邪”, 此时伏邪理论日臻完善, 并为临床治疗诸多疾病拓宽了思路。现就伏邪理论在目前临床非常棘手的耐药菌感染问题中的应用做如下探讨。

1 感邪途径

目前临床耐药菌感染的途径主要有: 一是本身感染的病原即为耐药菌, 如院内感染; 二是所感染的细菌本身是对常用药物敏感的, 由于用药, 特别是不合理用药诱导了细菌的耐药性; 三是这个感染是二重感染, 由于前期抗菌药物的应用产生耐药菌株^[1]。此三点与广义伏邪的内涵如出一辙。

“感六淫而不即病, 过后方发者”: 本身感染细菌即为耐药菌, 但身体此时正气尚足, 使得耐药菌成为条件致病, 伏于体内, 待到机体抵抗力、免疫力下降时伺机而发, 很多院内感染即是如此; “有初感治不得法, 正气内伤, 邪气内陷, 暂时假愈, 后仍复作者”: 目前很多抗生素的临床用药, 在经验性抗生素的选择、抗生素的用量、用法、疗程上不能做到规范合理时, 很容易出现耐药细菌, 即而伏留体内, 如青霉素应用的早期, 肺炎链球菌对青霉素是非常敏感的, 大

部分菌株的最小抑菌浓度(MIC)为0.015~0.03mg/L,随着青霉素的广泛应用,从20世纪60年代起就已经分离出耐药菌株,70年代南非报道了对青霉素高水平耐药的菌株,这些菌株的青霉素MIC高达2~4mg/L。有报道称,在1993~2004年,肺炎链球菌耐药菌株增加了近30倍^[2]。一些病原菌对青霉素的耐药率已达70%以上^[3]。细菌耐药是自然选择的结果,但是抗生素的不合理应用极大地加速了产生耐药的进程。

“有已发治愈,而未能尽除病根,遗邪内伏后又复发亦谓之伏邪”,在抗菌药物应用过程中,改变了菌群的结构,杀灭或抑制了对该抗生素敏感的细菌,而使得对其不敏感的菌群繁殖生长起来,而产生二次感染。

2 发病特点及病机

伏邪发病不论是因所置之邪郁久而暴发,或是因外邪引动内伏之邪而发,在此过程中,正虚都是其必要条件,即正气不足为本,也就是说在机体免疫力抵抗力下降的情况下,伏邪易于暴发,而耐药菌的易感人群多为重症监护病房、老年体弱及免疫功能低下,基础病多,病程长的患者^[4],都存在明显的正气虚弱。如很多重症监护病房的医护工作者的咽部和手都存在耐药菌^[5-6],但并没有发病,表明正气在伏邪发病中的决定性作用。另一方面,邪气的潜伏,对人体正气的耗伤是表现在气、血、阴、阳多方面的,邪气性质偏寒,其潜伏体内后更侧重于耗气伤阳;邪气性质偏热则更易耗伤气阴。且当其对正气损伤到一定程度后,即造成正虚基础上的气机进一步逆乱,由此产生多种病理产物,如痰、瘀、浊等,这些病理产物又反过来加重了气机的不调,从而造成恶性循环。

耐药菌感染如铜绿假单胞菌感染,临床症状严重,表现复杂多样,患者临床表现多在一派虚象基础上出现明显的痰、瘀、浊等气机逆乱、因虚致实的特点。治疗困难,一旦发病,往往引起人体内环境的严重紊乱,继而累及多系统多器官,引起多脏器功能障碍,危及生命,其败血症的死亡率高达80%~90%^[1]。有报道重症监护病房患者耐药鲍曼不动杆菌感染的病死率可达53.8%^[1]等等,正如伏邪在发病时都是在正虚的基础上,往往来势凶猛,临床表现复杂,变化迅速,由里而外,甚至由里向更深层次发展,病情重,病程长,且缠绵多变难愈,在此过程中,本来已虚的正气更加消耗难复,无力抗邪外出,而此伏邪非透尽,则邪热不解,正如喻嘉言在《医门法律·

痢疾门》中指出:“邪陷入里,虽百日之久,仍当引邪由里出表,若但从里去,不死不休”。

3 治疗

伏邪在积聚、潜伏的过程中,郁而化热,邪深郁久,郁久热重,并逐渐耗气伤阴伤阳。在暴发时多为表里同病,甚至仅现里证,表证隐匿,少数可见恶寒等表证,里热或有在气分在血分之别,如不及时正确治疗,则多变化迅速或由气入血,热盛动血,或热极动风,或耗竭肝肾之阴等,病情凶险。此时正气已远不能抵御伏匿积聚已久的邪气,表现出一溃千里之态,也正是伏邪发病来势凶猛,病势沉重的原因。因此伏邪在治疗上,一方面强调祛邪,一方面更强调扶正。针对伏邪深藏的特点,不但不容易祛除邪气,反而易伤及正气,而祛除伏邪的关键是要彻底,否则仍会伏留体内,伺机而作。因此,在驱邪时,强调一个“透”字,有两层内涵:一是要用透的方法,给邪以出路,透达邪气,不关门打狗^[7];二是除邪要除透,除尽,邪不透不尽,如未透尽,继续伏留体内,暗耗正气,并形成恶性循环。

对耐药菌感染的治疗,现代医学着眼于抗生素的不断升级,但仍不能很好地控制感染。对于耐药菌的定植,则无法治疗。依据伏邪理论,在抗生素应用的基础上联合应用中药扶正透邪,是非常有必要的。扶正即需照顾到气血阴阳,抗生素多属寒凉,在耐药菌的治疗上,温阳助阳就显得尤其重要,“若惟取其阴而不鼓动其阴中之阳,恐邪机仍冰伏不出。拟于大剂养阴托邪之中,佐以鼓荡阳气之意,俾邪机得以外达三阳为吉”^[8],如黄芪,甘微温,所谓“壮火食气,少火生气”是温阳之主药,此处当重用。透邪则重用清透之品,而并非为通气理气之品,要使深伏之邪热从里而出,如青蒿即有此作用,《本草新编》中“青蒿能引骨中之火,行于肌表”。

综上所述,伏邪理论的内涵为临床耐药菌感染的治疗拓宽了思路,而对耐药菌产生的机制,如生物被膜,β内酰胺酶,主动外排机制等等,现代医学尚缺乏行之有效地干预措施。今后在抗耐药细菌产生机制上应当重视发挥中医药的作用。

参考文献

[1]孙淑娟,裘燕.抗菌药物治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2008:428.

[2]俞蕙.肺炎链球菌检测方法耐药研究[J].儿科药学杂志,2009,15(3):1-3.

[3]杨晓华.1230例抗生素不良反应分析[J].中国药房,

2001, 12(2): 106-107.

[4]甘新华. 易感人群下呼吸道医院感染的病原菌分布及耐药性监测[J]. 中华医院感染学杂志, 2005, 15(10): 1187-1188.

[5]张豫生, 亓鹏, 王惠, 等. 医院人员咽部机会致病菌与岗位相关性的研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(11): 1233-1243.

[6]黎毅敏, 黄红川, 刘晓青, 等. 重症监护病房铜绿假单胞菌

医院获得性感染暴发的流行病学调查[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2006, 5(6): 413-417.

[7]叶霜. 伏邪理论发挥[J]. 中国医药学报, 2000, 15(6): 17-21.

[8]柳宝诒, 惜余医案[M]. 未刻本: 文济邦录藏, 卷之二伏温门赵案.

(收稿日期: 2010-10-26; 修回日期: 2010-12-01)

[编辑: 李巍]

浅议《伤寒论》方“去滓再煎”

梁琳¹ 李浩^{2*}

(1. 中国中医科学院西苑医院研究生院2010级硕士研究生, 北京市东直门内南小街16号, 100700;

2. 中国中医科学院西苑医院教育处)

* 通讯作者: xyhplihao@sohu.com, (010) 62887973

[摘要] 《伤寒论》方中有7首方后注“去滓再煎”, 分析“去滓再煎”的理论依据, 为临床应用和研究提供参考。

[关键词] 《伤寒论》; 去滓再煎; 和解之剂; 半夏毒性

清代医家徐灵胎说: “煎药之法, 最宜讲究, 药之效与不效, 全在乎此”, 可见汤剂煎煮方法对疗效的重要意义。张仲景《伤寒论》共载方113首, 煎煮方法有先煮去沫者, 有以麻沸汤渍者, 有去滓再煎者。《伤寒论》中使用“去滓再煎”方法的共7首方剂, 分别是大柴胡汤、小柴胡汤、柴胡桂枝干姜汤、半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤和旋覆代赭汤。

因方后注类似, 故以小柴胡汤为例。 “上七味, 以水一斗二升, 煮取六升, 去滓再煎, 取三升, 温服一升, 日三服。”^[1]一斗为十升, 本方即是以水十二升煎至一半即六升, 然后除去药渣, 再煎药汁浓缩至一半, 即三升, 总之, 浓缩率为1/2。张仲景为何在方后特意注明要去滓再煎呢? 试从以下几方面阐释之。

1 和解之剂更以和法煎药

纵观7方, 各方中药物寒热并用, 补泻兼施, 皆谓之和解之剂, 治疗的病机非常复杂, 或为少阳枢机不利, 或为胆热脾寒, 或为脾胃不和, 并常常兼有寒热错杂或虚实夹杂之证。除了在选药上有鲜明的特色之外, 这些方的煎煮法也很特别。

有寒热并用、辛开苦降, 有取其气的, 有取其味的, 有甜的, 有苦的, 有辛的, 若按一般的煎法, 药的作用有先有后, 有大有小, 有厚有薄, 有补有泻, 达不到和解的作用, 所以去滓再煎, 使不至于偏于寒、

偏于热, 达到和解的目的^[2]。

去滓浓缩煎煮可以使药性更加调和, 更加切中病机, 如小柴胡汤治疗少阳枢机不利, 药物的调和之性可以与少阳经气相融, 更好的起到和解少阳的作用。这种浓缩法可以称之为煎药之和法, 故和解之剂也应和法煎药, 正如岳美中在《论张仲景煎药法的特点》所论: “去滓再煎本身也具有调和之义, 施于柴胡和解之剂, 故具双重作用”^[3]。

徐大椿《伤寒论类方》中说: “去滓再煎者, 此方乃和解之剂, 再煎则药性和合, 能使经气相融, 不复往来出入, 古圣不但用药之妙, 共煎法具有精义”^[4]。

2 恶呕兼见属常见, 减量以防呕

喻嘉言在《尚论篇》中认为, 去滓再煎是为了浓缩药汁固护胃气。这几个和解剂见症或有胸胁苦满, 喜呕, 或胸满心烦, 或呕而发热, 或胃中不和, 心下痞硬, 干噫食臭, 或心下痞硬而满, 干呕, 心烦不得安, 总之恶心呕吐是常见的症状, 这时应以患者的耐受度为标准, 药液力求汁浓量少, 不宜再进大量汤液, 防止胃气上逆。

《金匱要略》中小半夏汤和小半夏加茯苓汤也治疗呕吐, 并没有去滓再煎, 这是因为两方药味少, 只有二三味, 而且适合久煎, 故可以直接煎, 两方均是以水7升, 煮取一升半, 浓缩率是很高的, 而且分温再服, 每次服的量就更小了。