

论方药用量策略

仝小林 刘文科*

(中国中医科学院广安门医院,北京市宣武区北线阁5号,100053)

基金项目:国家重点基础研究发展计划("973"计划)项目(2010CB530600)

* 通讯作者:liuwenke1209@gmail.com, 13466614243

[摘要] 方药用量关乎临床疗效,而决定方药用量的因素是多方面的,如疾病的种类、病势轻重,患者体质,饮片质量等。从与医者临证治疗策略有关的因素和与药材质量、煎煮等有关的药源性因素两方面探讨方药用量策略,以期对临床有所启示。

[关键词] 用量策略;临证治策;药物因素

中医不传之秘在于药量,药量是临床获效的关键之一。从古至今,剂量问题争议颇多,既有李东垣等以用药轻灵见长者,又有祝味菊等擅用重剂者。我们认为,重剂有其功,轻剂有其妙,大小剂量两相宜。方药用量主要取决于医者的临证策略,同时受中药饮片质量、炮制方法、煎煮方法以及服法等因素影响,基本可归纳为如下几方面。

1 治疗策略决定用量

1.1 随病施量

疾病是决定用量的最重要因素之一。不仅单味中药存在一药多效,中药复方也存在一方多用的情况。如红花小剂量活血,大剂量破血;柴胡小剂量升提气机,大剂量退热祛邪。药物在不同剂量情况下发挥的功用有所不同,取其何种功效主要决定于所针对的疾病种类。黄连调治脾胃病,一般用1.5~9g足矣,其目的不在苦寒清热,而是常与他药配合而收辛开苦降之功,盖脾胃乃中焦枢纽,气机通畅为治疗根本之一。如苏叶黄连汤,治疗湿热呕恶,黄连仅用1g左右;而用于治疗糖尿病,一般用15~45g,重症时甚至可以用至90g或120g,专取其清火泄热解毒之功。再如(制)川乌、(制)草乌治疗疼痛剂量宜大,方显止痛之功,尤其病痛日久,顽疾难化者。一般说来,需要长期调理的慢性病、上焦病、轻浅的疾病,正邪相当,或病邪轻浅,小剂量用药即可收四两拨千斤之功效,治疗这类疾病剂量宜小。而危重症、沉痾痼疾、病邪深重的疾病,一般邪气盛实或正气虚极,故剂量宜大,所谓重剂起沉痾,小则杯水车薪,恐于事无补。

1.2 因势施量

吴鞠通言“治外感如将,治内伤如相”,因外感病,其来疾,其变速,病势较急,故治外感“兵贵神速,机圆法活,去邪务尽,善后务细,盖早平一日,则人少受一日之害”。内伤病,其来渐、其势缓,故治内伤“坐

镇从容,神机默运,无德可见,而人登寿域”。不仅提示了外感病与内伤病的不同治疗原则,也提示了不同病势决定不同治则,因而用药策略不同。危笃重症,需防顷刻间病势突变,故而对急重症,关键是要迅速扭转病势,一两剂间化险为夷,以冀生还的希望,用量往往要大,方能力挽狂澜。如少阴病三急下,用大黄四两、厚朴半斤、芒硝三合急下以存阴,防止阴津枯竭;通脉四逆汤证,阳微欲亡,故以附子大者一枚、干姜三两急以回阳通脉救逆。而病势和缓者,病情相对稳定,甚至较长一段时间内不会发生变化,故用量亦可平缓,求缓慢之中而渐收其功。如肝硬化,在较长一段时间内病情平稳,治疗取效亦非朝夕之事,需抽丝剥茧,故宜以和缓剂量长期调理。

1.3 随症施量

随症施量主要是根据症状决定用量。一般同一疾病,症状轻者,用量宜轻,症状重者,用量宜重。《伤寒论》中大青龙汤证、小青龙汤证均有表寒症状,然大青龙汤证“脉浮紧”、“身疼痛”、“不汗出”等表寒症状较小青龙汤证更重,故大青龙汤麻黄用六两,而小青龙汤麻黄用三两。而药物组成相同的处方,由于治疗症状不同,同一药物剂量也会不同。如厚朴三物汤、厚朴大黄汤和小承气汤三方药物组成相同,均为厚朴、大黄、枳实。但厚朴三物汤证以痛而闭症状突出,故以厚朴、枳实为君,行气除满为主,方用厚朴八两,枳实五枚,大黄四两;小承气汤证以便秘为主症,故以大黄为君,泻下荡积为主,方用大黄四两,厚朴二两,枳实三枚;而厚朴大黄汤证以胸满症状为主,治疗更偏重理气,故以厚朴一尺为君,大黄六两、枳实四枚为臣。

1.4 因人施量

临证用量应因人而异,根据患者的年龄、体质、所处地域等因素做到个体化用量。一般情况下,对老

人、小儿的用量要小于中青年,老人用量一般为青年人 $2/3$, $3\sim 6$ 岁小儿用量为成人量 $1/3$, $6\sim 12$ 岁为成人量 $1/2$ 。体质强壮者,耐受力强,用量宜大;体质虚弱者,不胜药力,故用量宜小。

2 药物因素保证用量

2.1 饮片质量、炮制影响用量

饮片质量与主要有效成分的含量有关,一般饮片质量较高,有效成分含量也相应较高,同等用量时,有效成分含量越高者发挥的治疗作用越突出。如黄芩主要有效成分黄芩苷在根部含量最高,其入药部位应是根部,若以茎部入药,需用更大剂量才能保证发挥同等作用。再如乌头,其入药部位是块根,若以其地上部分混掺入药,必然降低其疗效。野生道地药材由于其生长温度、湿度、日照时间等环境条件最适宜,故主要有效成分含量相对较高,临床应用时的剂量应低于非道地药材。同时,很多中药在入药前均经过炮制,尤其是有毒中药,经炮制后毒性大大减低,在一定程度上保证了用药安全,故相对生药应用剂量可以较大。我们临床应用(制)附子的常用量为 $15\sim 30\text{g}$,最长达 120g ,仅遇2例出现中毒反应。一例因一次性服用 240g (制)附子出现口舌麻木,另一例因误服 60g 生附子出现口麻、恶心欲吐等不适症状。两例中毒反应于服药后2小时左右基本缓解,后检查肝肾功能及血尿常规等均正常。可见,药材质量和炮制方法亦与用量密切相关,保证药材质量和炮制才能保证用量到位。

2.2 煎煮、服用方法影响用量

煎煮和服药方法往往容易被临床医生忽略,实际上这两方面也是保证用量到位和用药安全的重要因素。一般说来,煎煮一次的有效成分溶出率低于煎煮两次的溶出率,即使剂量较大,若只煎煮一次,可能与用量稍小而煎煮两次的有效成分溶出率相当。同时,一些有毒药物经过特殊煎煮法后毒性成分被破坏,即便大剂量应用也基本可以保证用药安全性,如(制)川乌、(制)附子,经过长时间煎煮,其中的有毒成分乌头碱完全被破坏,故可用至 60g ,甚至 120g 。一般(制)川乌或(制)附子的用量在 15g 以下,煎煮2小时,用量在 15g 以上,煎煮8小时,同时与生姜、甘草或白蜜配伍,可解乌头、附子毒性,保证了用药安全。而服药方法决定了每次服药量和总服药量。药物的剂量可以很大,但是每次服用量可能很小,故方药服用量与疗效关系密切^[1]。如一剂药分多次频服,尤其是应用一些毒剧药,如马钱子,每次剂量仅 $0.3\sim 0.6\text{g}$,或一些危重症,如胃瘫呕吐,少量多次频服,此

种服药方法亦有试药之意,而且保证了较高的血药浓度。或处方药物剂量一般,但是一日内服多剂,总剂量相对大得多,如桂枝汤,“病重者,一日一夜服,周时观之。服一剂尽,病证犹在者,更作服。若汗不出,乃服至二三剂。”这种服药方法多见于解表剂,目的在于集中药力顿挫病势,一旦邪祛七八,即减少或停止服药,所以临证时应考虑一日服多剂的可能斟酌每剂剂量。

2.3 药物品性影响用量

《神农本草经》将药物分为上、中、下三品,上品无毒,主养命,多服久服不伤人;中品无毒或有毒,主养性,具补养及治疗疾病之功效;下品多有毒,不可久服,多为除寒热、破积聚的药物,主治病。一般情况下,上品药剂量应用范围较宽泛,如山药,中品药剂量应用范围相对上品药较窄,如半夏;而下品药由于需要考虑其毒性问题,故剂量应用范围最窄。卫生部公布的药食同源目录中,既是食品又是药品或可作为保健品的药物,临床剂量可以较大,如酸枣仁治疗失眠可用至 180g ,茯苓治疗水肿可用 500g 。因此,药物的品性也是影响临证用量的因素之一。

3 临证用量的基本法则

3.1 中病即止/中病即减法则

针对外感病用药以及一些毒剧药的应用,病邪祛之七八即减药或停药,防止过剂伤正,保证安全。

3.2 首剂加倍法则

首剂加倍是西医临床中的概念,在中医临床中同样适用。对于一些急危重症,治疗重在扭转病势,故需重剂方能顿挫病邪,缓解危急。维持治疗一定时间待病情平稳后,再逐渐减量。

3.3 蚕食法则

主要针对病情相对稳定的慢性病,病邪一时难以祛除,正邪相当,故以相对固定的小剂量长期缓慢调治,以求逐步瓦解病邪。

综上所述,方药剂量取决于医生根据疾病种类、症状、病势以及患者体质等因素所采取的治疗策略,同时与药材质量、煎煮服药方法、药材属性等因素密切相关。因此,大剂量有大剂量的合理性,而小剂量亦有其适用范围,临证时需要考虑以上多种因素,才能不失偏颇,做到大小剂量两相宜。

参考文献

[1] 傅延龄,杨琳,宋佳,等.论方药的服量[J].中医杂志,

2011,52(1):8-11.

Copyright © 2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>
(收稿日期:2010-11-03;修回日期:2010-12-07)

[编辑:李 巍]