

时提到,“冬令属水,肾气主之。治法宜滋肾阴,泄内热,使其阴凝阳秘,复成为大冬之令”。用药方面,“已动血者,玉女煎加蒲黄、丹皮、苏木”,“乘其未发,先用麦味地黄汤滋之”。

其次,用药方面亦根据四时变化采取不同方药。顺春夏升浮,秋冬沉降之势,因势利导,以达到驱邪外出,又不至于损伤阳气的目的。如春季得病,顺应春季肝主升发的规律,用药亦采用地骨皮、黄芩、龙胆、(醋)大黄等药,凉而不寒,苦而不腻,常用方剂如地骨皮饮、五味逍遥散等。夏季得病,顺应心主火的规律,用药多采用牡丹皮、犀牛角、生地黄等寒凉之药以清心火,常用方剂如泻心汤、犀角地黄汤等。秋季得病,秋应肺而养收,顺应肺主肃降、收敛特性,用药多选人参、枇杷叶、麦冬、桑白皮等滋润之剂以滋肺阴,常用方剂如清燥救肺汤、人参清肺汤等;冬季用药顺应冬主收藏特性,用药多加龙骨、牡蛎等滋阴潜阳之品。

4 血证四时辨证体现脏腑相关性

血证与五脏均有相关性。血液资生于脾,赖肝肾以增殖,血虚的发生,势必导致脏腑亏损。脾为后天之本,气血生化之源。脾胃亏损,气虚不足,无以化生营血,脾虚统血无权,进而加重气血亏虚。肾为先天之本,肾主骨生髓,精髓互化,精血同源,肝藏血,血养肝。肾气亏虚,气不化精,精不化血,肝血不足,肝失收藏,导致出血。气为血之帅,血为气之母,血无以载气,则气虚。血虚则阴液亦不足,肾阴亏虚,产生内热,且血虚易化风,风热相合,血随火动,溢出脉外,见各种出血。唐容川在《血证论》中“血家病得于春者,乃肝经血虚火旺,春木之气,内通于肝,肝经感木气,而风动火发。故值春时,旧病复作”。“失血之病,得于夏者,乃心经火旺”、“秋乃金令,肺气主之。凡失

血家,至秋时皮毛收敛,未能秘密,往往外合风气,内壅热邪,发咳动血”、“冬令属水,肾气主之。此时阴气坚凝,则阳气潜藏,龙雷不作。若阴气不足,则阳气不潜,况此时阳气皆入于内,人身阴虚者,既多内热,加以阳气入内,两热相合,致失冬令寒热之象,此与冬行夏令无异。是以火迫血动,而复发也。治法宜滋肾阴,泄内热,使其阴凝阳秘,复成为大冬之令,斯病愈矣”。从春、夏、秋、冬四个季节的变化指出了血证与各个脏腑的相关性,临床用药上根据各个季节各脏所主方药亦有所偏重。

5 瘀血为血证四时而发之根

《血证论》云:“凡物有根者,逢时必发,失血何根?瘀血即其根也,故凡复发者,其中多伏瘀血。”故血瘀贯穿于血证的始终,与血证的演变和反复密切相关,现代药理研究亦证明,活血化瘀药能扩张血管,改善血液循环,解除瘀血和供血不足状态,能提高机体的免疫功能,可在调理基本体质的基础上,加用当归、川芎、茜草等以行气活血^[2]。

总之,人是一个有机整体,发病后的病理变化和自身调节机制异常复杂,加之个体差异,所以固定不变的治疗方法显然不恰当。因时制宜的核心就是遵循阴阳的时间制定适宜的方法,根据疾病的发展制定不同的治疗方案,虽然在一定程度上缺乏循证医学的支持,但当灵活掌握并正确运用其思想,对于提高临床水平有着重要的指导意义。

参考文献

- [1] 苏凤哲.李东垣因时制宜学术思想探讨[J].中医文献杂志. 2009, (5): 24-26.
- [2] 汪永炎,栗德林.今日中医内科(下卷)[M].北京:人民卫生出版社, 2000: 371-385.

(收稿日期: 2010-11-30;修回日期: 2010-12-07)

[编辑: 李巍]

关于红大戟醋制的探讨

李兴华

(中国药科大学中药学院,江苏省南京市江宁区龙眠大道639号,211198)

基金项目:中国药科大学引进人才启动基金项目(211153)

通讯方式:lixh@cpu.edu.cn,13915977295

[摘要] 历版《中华人民共和国药典》和各地的炮制规范对于红大戟是否需要醋制有着不同的规定。通过回顾其药用历史,探讨了目前存在分歧的原因,认为醋制红大戟的做法,既缺少古代临床的证实,也未见现代实验研究,而只是从醋制京大戟的方法移植而来,因此有必要开展相关的研究对其加以评价和规范。

[关键词] 红大戟;醋制;京大戟

红大戟为茜草科植物红大戟 *Knoxia valerianoides* Thorelet Pitard 的干燥块根。性寒, 味苦, 有小毒, 归肺、脾、肾经, 具有泻水逐饮、消肿散结之功效, 可用于水肿胀满, 胸腹积水, 痰饮积聚, 气逆咳喘, 二便不利, 痈肿疮毒, 瘰癧痰核^[1]。据考证, 本品始见于民国时期的《药物出产辨》, 虽然药用历史不长, 但其作为中药“大戟”一种新的药用来源, 现在已经成为主流品种, 较之历代本草记载的大戟科植物大戟, 即今之“京大戟”, 市场更为多见, 临床也更加常用^[2]。对于红大戟是否应醋制后使用, 一直存在争议, 历版《中华人民共和国药典》(简称《中国药典》) 和各地的炮制规范也存在分歧。

1 历版《中国药典》对于红大戟炮制的不同规定

早在《中国药典》1963年版一部就收载有红大戟, 在该品种的“炮炙”项下, 列有“红大戟”和“醋大戟”两种饮片, 在“用法与用量”的内容中, 写有“一般炮炙后用”的规定^[3]。但在随后的1977年版《中国药典》中, 有关用醋炮制红大戟的内容都被删除, 只留下了“洗净”和“切片”的要求^[4]。此后的1985年版《中国药典》至2005年版都沿袭1977年版的规定, 只用生品, 无需醋制。然而在现行的2010年版《中国药典》中, 虽然红大戟的“炮制”项下仍然只有生品净制和切制的要求, 但在其“用法与用量”中, 又出现了“内服醋制用, 外用适量, 生用”^[1]的条文。由此可见, 历版《中国药典》在红大戟醋制的必要性这一问题上, 虽然经历了几次变更, 目前仍然还没有定论。

2 卫生部及省级炮制规范对于红大戟炮制的不同要求

除《中国药典》以外, 中药炮制的相关法规标准还包括卫生部组织编写的《全国中药炮制规范》以及各省、自治区、直辖市药品监督管理部门制定的地方炮制规范。作为部级中药饮片炮制标准的《全国中药炮制规范》规定, 红大戟有“红大戟”和“醋红大戟”两种饮片, 在用法与用量上对两者没有加以区分^[5]。此规范自1988年出版以来, 一直没有重加修订, 所以不存在变更的情况, 但在各省、自治区、直辖市执行的地方炮制规范中, 对于红大戟是否醋制, 一直没有统一, 并存“醋制”和“不醋制”两种要求。例如《浙江省中药炮制规范》2005年版收载“红大戟”和“醋红大戟”两种饮片品种, 并且“处方应付”项下规定: “写红大戟、红毛大戟、红芽大戟均付醋红大戟; 写生红大戟付红大戟”^[6]。而毗邻的上海市在《上海市中药饮片炮制规范》2008年版中则规定红大戟“除去杂质,

洗净, 润透, 切厚片, 干燥, 筛去灰屑”即可, 并无醋制的要求^[7]。

3 分歧的原因

对红大戟以及中药“大戟”的药用历史做一番回顾, 就可以从中看出一些端倪。据本草考证, 中药大戟, 始载于《神农本草经》, 列为下品, 为中医临床常用的峻下逐水药, 历代所用主流品种为大戟科植物大戟 *Euphorbia pekingensis* Rupr. 的干燥根, 即今之“京大戟”^[2]。因其峻烈有毒, 被视为虎狼之药, 历来强调炮制, 认为醋制可以缓和其毒烈之性。而红大戟, 即茜草科植物红大戟 *Knoxia valerianoides* Thorelet Pitard 的干燥块根, 是晚至民国时期才供药用的新的大戟品种。京大戟在植物初生时, 其芽色红, 即《本草图经》所谓的“春生红芽”, 故又名“红芽大戟”, 而红大戟因其药材外皮紫红而状如兽牙, 故又有“红牙大戟”之称。由于“红牙大戟”与“红芽大戟”音同形近, 再加上红大戟的药性较之峻烈的京大戟则甚为缓和, 用药相对安全, 所以后来居上, 成为现在临床所用大戟的主要来源, 大有取代“经典”京大戟的趋势。例如历版《中国药典》收载的紫金锭、控涎丹和舟车丸等著名古方成药, 方中均改用红大戟组方制剂。至于醋制的炮制要求, 也就在红大戟替代京大戟的同时, 从京大戟逐渐移植了过来。但由于缺少临床的检验和实验的支持, 随着对两种大戟认识产生差异, 红大戟醋制的必要性逐渐受到质疑, 于是就形成了过去反复变更和目前仍不统一的现状。这种趋势从历版《中药炮制学》全国统编教材可以看出。在第一版和第二版教材中, “醋炙法”一节的药物只收载红大戟而无京大戟^[8-9]; 此后的第三版, 红大戟和京大戟得以并列^[10]; 再到后来的“十五”和“十一五”规划教材, 就只有京大戟而无红大戟了^[11-12]。

4 小结

笔者认为, 鉴于上述药用历史情况和目前临床用药实际, 清楚地区分两种大戟并要求京大戟醋制的做法是必要的, 因为京大戟的毒烈之性和醋制的减毒之功已被上千年的中医临床所证实, 并且关于其毒性成分、毒理作用和醋制减毒的现代研究也多有报道^[13-14]。而反观红大戟的醋制, 则既缺少古代临床实践的观察, 也未见现代科学实验研究, 对于其毒性的有无、大小以及醋制是否必要, 都有系统、全面研究的必要。只有在此研究工作的基础上, 才能制定出合理、明确的炮制规范来。这不仅对于统一红大戟的炮制工艺, 控制其饮片的质量规格, 保证临床用

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] 卞定江. 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] 蔣侨丽, 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