

论中药归经本质与“焦点”学说

时文远, 王正君, 杨照华, 涂焱华, 施斌*

(湖北医药学院附属人民医院, 湖北省十堰市朝阳中路 39 号, 442000)

摘要 关于中药归经理论的本质一直存在争议, 其在临床中的实际意义也说法不一, 甚至部分学者对其客观性持怀疑态度。有学者试图通过现代实验学方法证实其科学性, 但其结论与中医学的初始思想是否相吻合无从验证, 因而难以被学界认可。基于中药学的归经理论和中药的药效学特点, 融合多学科理论知识总结认为, 中药的归经理论是对中药药效作用的高度宏观概括, 是中药对人体各个方面影响作用的综合结果, 其中包涵着古代医家临床实践的结晶, 并将其概括为“焦点”学说。

关键词 中药学; 归经理论; 药效学; 本质; 学说

中药归经理论不仅是古人对药物作用规律的认识, 更是中医先贤对中药临床疗效的总结和实践经验智慧的结晶^[1]。但是近代药理学产生后, 关于中药归经理论的意义和其实质内涵成为备受争论的话题。虽然有人试图利用实验学方法证实归经理论的科学性, 但往往其结果经不起中医理论的推敲而受到质疑^[2]。我们经过反复研究和论证, 发现中药归经理论是古代医家对中药临床疗效的高度概括和总结, 蕴含着中医学特有的宏观哲学思想和对人体微观变化的认识, 具有重要的实践指导意义。我们将归经理论的认识阐述如下, 并提出关于中药归经本质的“焦点”学说, 探讨如下。

1 关于中药归经的认识

中药归经理论来源于古人的临床实践, 当时人们发现某味药可以改善某些临床症状, 就将该药的作用归为与其症状或辨证相关脏腑的经, 可见人们在不清楚现代药理学知识的背景下研究药物对人体的作用, 完全是通过观察药物的临床反应和对人体生理病理功能的影响来分析和推理药效的, 因此说中药归经理论的形成和临床实践是密不可分的, 其对指导临床治疗具有重要意义^[3]。从判断角度的不同, 药物的归经方法可分为若干种, 由于中药成分的复杂性和归经理论认识的不一致性等原因, 任何一种方法都不能从根本上揭示中药归经理论的实质意义^[4]。《苏沈良方·论脏腑》指出药物可被吸

收的精微物质是无处不到的, 因此, 归经只能理解为药物的选择作用, 而不是直观地认为药物单独作用于某个部位。科学地阐述中药归经的本质, 势必会更为有效地指导临床实践和推动中医药现代化进程。

2 当前中药归经研究的质疑

目前关于中药归经研究的基本思路几乎都是在现代药理学、植物化学或天然药物化学理论的指导下进行的, 而较少从中医药学自身的理论进行系统研究^[5]。临床可以通过炮制改变药物的主治方向, 以取得更加满意的疗效, 可见药物的归经亦可发生变化^[6]。有学者用药物活性成分在体内的分布情况来研究中药归经, 认为中药归经的实质是指药物活性成分在体内某些脏器的高浓度分布, 然而以成分在脏器中的分布来说明归经的实质则混淆了中医脏腑与解剖脏器在概念与内容上的差别, 那就是中医的脏腑不仅是一个解剖概念, 同时也是一个功能概念。按中医理论, 活性成分分布较多的器官不一定是该药作用最明显的靶器官^[7]。古人认为, 药物对机体某些脏腑经络的疾病具有相对特异性的疗效, 并对这些病变起着主要的治疗作用, 就将中药和作用靶位之间的疗效概括为归经, 因此, 归经反映了药物与人体之间的联系。由此说明药物疗效是古人总结归经的依据, 可以说古人是先发现疗效, 而后总结出归经^[8]。因此, 虽然规定了药物的归经, 但药物归经与现代药理学中其作用靶点所在器官是不一样的, 也就是某药归于某经, 可能是其药理作用靶点是某个具体的脏腑, 但也可能是通

* 通讯作者: 470803618@qq.com, 13297197900

过干预其它部位的组织器官产生临床作用,进而影响患病器官组织的临床症状达到药效。所以说,从药物归某一经来研究药物在这一器官的分布情况来验证归经理论是不合适的,理性审视实验研究存在的问题和中药归经的实验研究,并重视归经的文献理论研究,才是学术界的正确抉择^[8]。

3 关于中药归经的“焦点”学说

一般认为,中药归经指中药作用归属、趋向于某脏腑、经络或特异部位的定位、定向理论,但即使同一味药物的归经,不同的医家也可能存在不同的认识,目前其出处多遵经典或参考临床,而且药物归经也无统一的标准可循,这就加深了人们对中药归经的质疑。那么中药归经的本质究竟是什么呢?我们认为,中药的归经理论反映的是药物作用的“焦点”,而这个“焦点”是药物对人体多方面调节作用的结果,也就是说当药物进入人体后对一些系统、组织、器官产生影响,改变了疾病发生的条件使之趋于康复或痊愈。古人所能观察到的只有结果,认为最终的结果就是药物治疗靶点,就将其认定为归经。换一种说法,中药的作用过程可能并不等同于现代的西药,西药一般是直接作用于病灶,而中药的治疗作用可能是通过对一些组织器官的影响进而作用于病灶,由于中药作用靶点的广泛性,因此,可能从多方面影响病灶,也就是说药物作用的焦点是病灶,而药物作用的归经就是药物作用的焦点。不同的药物经过配伍后对身体不同的组织系统产生影响后其作用焦点可能会发生相应的变化,也可能是对原有的治疗靶点作用增强或减弱。因此,我们认为,所谓的中药归经就是药物对人体作用的“焦点”,可能是药物的直接作用,也可能是间接作用。中药进入人体后其有效成分被吸收并在体内分布,作用于相应的靶点,起到治疗作用。当然古人不知道药物代谢动力学过程,也不知道药物进入人体后究竟转化成了多少种分子物质,古人对中药的认识除了从药物生长的自然环境和药物本身的取材特点去分析药物的一些作用特点外,最重要的还是通过临床反馈的信息来判断药物的疗效和作用部位,进而分析出其归经所在。要明确一点,那就是中医的脏腑不仅是一个解剖概念,同时也是一个功能概念,而人体一种功能作用的发挥从现代医学来看,不是单纯一个器官就可以完成的,如单纯的消化功能就包括了胃、小肠、肝、胆、腺体等诸多器官和组织的参与。中药具有多成分、多环节、多靶点的药效特性,因此,很难说某味中药只

对某一脏器有疗效。应该说药物归经只是反映了药物的主要作用方向和影响效果比较明显的器官组织系统。如果把中药的现代药理作用与归经理论联系起来,可以发现归入某经的药物具有不止一种药理作用^[9],可以说中药对某一经的影响是其多方面药理作用的集中反映,我们认为,古人总结出的归经实际上就是药物诸多药理作用后反映于体内的“焦点”。

4 单味药物和多味药物配伍对归经的影响

单味药物作用的靶点相对固定,但不一定是一个,可能是多个,因此,人们发现药物可能治疗多种疾病,在正常状态下观察不到病理变化,只有发生病态时才能感觉到异常,此时药物作用的效果才能显现,因此,人们平时能观察到的只是药物对人体非正常状态的干预效果。当多味药物配伍在一起时,不同的药物作用的点不同,彼此相互影响产生一个作用向量,进而作用于新的靶点,起到与单味药不同的疗效,亦可能加强或减弱原有药物的疗效。因此,配伍方剂时应充分考虑药物的作用靶点,可以根据作用的关系,适当配伍,使药物作用向量聚焦于病灶,达到最佳治疗效果。

5 “焦点”理论的实际应用

古人在对辨证为某一脏腑的疾病遣方用药时也多选用相应归经的药物^[8],可见归经对临床治疗具有重要的指导意义。中药归经理论实验研究应该从系统的药效学研究入手,逐步建立基于中医药经典理论,同时又符合现代科学认知规律的中药归经理论表征体系^[10]。可以把疾病的病变部位作为临床所要干预的“焦点”,而治疗也可以选择从不同的角度来干预这个“焦点”。因此对于同一个疾病,通过不同药物之间的配伍都有可能达到治疗效果,而并非某一个药物是独一无二的,而从具体病情来说可能存在最佳配伍选择。配伍也可抵消一些与治疗无关的作用,使药效集中于治疗靶点,因此,在药物配伍的过程中应注意其归经的不同对疾病治疗效果可能产生的影响,在临床实践中应根据病情所表现的临床症状范围来选择适当的药物或药物配伍以期达到最好的疗效。

参考文献

- [1] 黄璐明,唐仕欢. 中药归经理论的概念渊源和内涵探析[J]. 中医杂志, 2009, 50(8): 680-682.
- [2] 刘萍,王平,陈刚,等. 基于系统生物学探讨中药归经理论的科学内涵[J]. 中医杂志, 2010, 51(9): 773-775.

(下转第 1977 页)

30 g, 牡蛎 30 g, 川牛膝 30 g, 黄芪 30 g, 黄连 10 g, 桃仁 10 g, 炒山楂 15 g, 知母 12 g, 合欢皮 10 g。6 剂, 水煎服, 每日 1 剂。

2015 年 3 月 24 日四诊: 多梦梦呓, 腹胀如前, 腹部发热减轻, 舌质红。嘱盐酸文拉法辛缓释胶囊用量减半。处方: 北柴胡 10 g, 黄芩 12 g, 姜半夏 10 g, 炒神曲 15 g, 川牛膝 30 g, 黄芪 30 g, 合欢皮 10 g, 酸枣仁 10 g, 蝉蜕 6 g, 枳实 12 g, 厚朴 10 g, 当归 12 g, 肉苁蓉 15 g。7 剂, 水煎服, 每日 1 剂。

2015 年 3 月 31 日五诊: 盐酸文拉法辛缓释胶囊用量减半后, 睡眠等情况稳定。处方: 北柴胡 10 g, 黄芩 12 g, 姜半夏 10 g, 炒神曲 15 g, 黄芪 30 g, 酸枣仁 10 g, 蝉蜕 6 g, 当归 12 g, 肉苁蓉 15 g, 白芍 12 g, 北沙参 12 g, 枸杞子 12 g, 麦冬 12 g。3 剂, 水煎服, 每日一剂。

2015 年 4 月 7 日六诊: 患者每晚可睡眠 7~8 小时, 偶有入睡困难或早醒, 白天精神状态较好, 腹胀, 便秘, 舌质暗红。处方: 北柴胡 10 g, 黄芩 12 g, 姜半夏 10 g, 炒神曲 15 g, 酸枣仁 10 g, 当归 12 g, 白芍 12 g, 麦冬 12 g, 龙骨 30 g, 牡蛎 30 g, 生大黄 10 g, 合欢皮 10 g, 远志 12 g。7 剂, 水煎服, 每日 1 剂。

现患者每天服盐酸文拉法辛缓释胶囊 75 mg, 氯硝西泮片 0.5 mg, 每晚可睡眠 7~8 小时, 精神状态良好, 每日进行体育锻炼, 生活、工作已恢复正常。

2 讨论

肝郁化火、上扰心神则失眠^[4]。患者多年前因劳倦、思虑过度而患失眠, 6 年前失眠加重, 陆续服用米氮平等多种西药, 并运用中成药及中草药、针灸等治疗, 病情多有反复, 药物依赖严重。患者入睡困难、睡眠浅、易惊醒、多梦、梦呓、严重时彻夜不眠为肝失条达之肝郁表现, 同时有头晕目眩、目干涩、口干、口苦、头胀痛、烦躁易怒、腹部及后背发热等, 均属于肝郁不舒, 日久郁而化

火所致, 肝郁日久又致肝气横逆犯胃而肠胃受伤, 宿食停滞, 壅遏中焦产生暖气、食少、腹胀、腹痛、便秘等症, 病久心、脾、肾俱虚, 心神不宁, 表现为头脑昏沉、精神不振、健忘、善太息、心悸怔忡、乏力、易汗出、左上背疼痛、腰膝酸软。中医辨证为肝郁化火, 当疏肝清火, 和解安神, 方用柴胡加龙骨牡蛎汤加减。

本方用于治疗此病例, 是寓意于疏肝清火、和解安神, 方中柴胡味苦微寒, 疏肝和解少阳, 合黄芩之苦寒而清火, 半夏辛温, 燥湿化痰而起到通络、疏肝之用, 生龙骨、生牡蛎药性重镇, 具平肝安神潜阳之功。患者初诊时, 腹胀、痛、便秘、暖气等热象及食滞等症明显, 因此在基础方上加用炒山楂、炒神曲、陈皮等药以配合化滞行气。二诊时诸症多有好转, 腹胀, 腹、背发热明显, 为内热仍胜, 方减炒山楂、陈皮等, 加黄连、生地黄等滋阴清热。此后病情逐渐缓解, 睡眠明显好转。调整治疗至六诊之时, 已能正常睡眠, 已先后停用左匹克隆片、奥沙西泮片, 随后将盐酸文拉法辛缓释胶囊减量服用, 且减药过程中无明显不良反应。

该患者长期服用的佐匹克隆、奥沙西泮、氯硝西泮等药物可导致药物依赖及肝功能损伤等不良反应。经过 6 周的中药调理后, 虽未完全停用西药但在陆续减、停用多味西药的情况下, 患者睡眠已逐渐恢复正常, 其他如烦躁、腹背热、腹胀、便秘等症状均明显好转。

参考文献

- [1] 江达开. 精神病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 208-211.
- [2] 杨文明, 李静. 中医药失眠述评 [J]. 中医临床杂志, 2012, 24(3): 242-245.
- [3] 陈新谦, 金有豫, 汤光. 新编药理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010, 232-242.
- [4] 张伯臾. 中医内科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 113-116.

(收稿日期: 2015-05-18; 修回日期: 2016-02-03)

编辑: 侯建春

(上接第 1975 页)

- [1] 赵艳, 朱建平. 明代中药归经与方剂归经 [J]. 中医杂志, 2010, 51(6): 563-566.
- [2] 程健, 狄留庆, 姚映芷, 等. 中药归经理论的文献与实验研究方法探讨 [J]. 中成药, 2014, 36(10): 2176-2180.
- [3] 石瑞. 浅析中药归经与炮制 [J]. 陕西中医, 2010, 31(3): 357-358.
- [4] 赖昌生, 郑文华, 刘辉华. 中药归经与药理作用关系的计算机分析 [J]. 山东中医药大学学报, 2010, 34(6): 539-542.

- [5] 王瑾, 梁茂新. 早期本草学“诸病通用药”对中药归经确定的影响 [J]. 中医杂志, 2012, 53(8): 635-638.
- [6] 王瑾, 梁茂新. 中药归经理论的发生学研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(11): 1478-1481.
- [7] 王彤, 管竞环. 中药归经与疾病归经相关探讨 [J]. 中医杂志, 2012, 53(4): 356-357.
- [8] 刘萍, 王平, 陈刚, 等. 中药归经理论的研究与思考 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(12): 2339-2341.

(收稿日期: 2016-02-20; 修回日期: 2016-03-16)

编辑: 黄健