

【编者按】“铿锵中医行”学术沙龙第十五讲于 2015 年 12 月 23 日在北京中医药大学东直门医院举行。中药药性理论的认识和论定,是前人在长期实践中对为数众多的药物的各种性质、治疗作用及其现代药理研究成果的了解与认识的不断深化,进而加以概括和总结出来的,并以阴阳、脏腑、经络、治法治则等中医学理论为其理论基础,创造和逐步发展了中药药性的基本理论,是整个中医学理论体系中一个重要组成部分。因此,本沙龙以“如何全面把握中药药性以提高临床疗效”为议题邀请到了北京中医药大学东直门医院中医内科教研室与周平安名医工作站的专家,并就此议题展开了激烈的讨论,为后学者如何更好的掌握中药药性,并将其融会贯通于临床实践指明了方向。

· 铿锵中医行 ·

读书参师,全面把握中药药性;扎根临床,参考现代药理成果

姜苗 周平安 赵进喜 贾海忠 王暴魁 王亚红 关秋红 刘宁 刘晓峰 黄锦

【摘要】 中药药性理论,包括性味、归经、升降浮沉、有毒无毒等,全面把握中药药性,是提高临床疗效的基础。要全面把握药性,就需要熟读经典,多参名师,并在实践中积累经验,不断加深认识。同时,参考现代药理研究成果,也有利于加深理解中药药性,拓宽中药应用领域,有利于提高现代中医临床疗效。

【关键词】 中药; 药性; 药理; 临床中药学; 周平安

【中图分类号】 R249 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.03.012

俗语讲“治病如打仗”“用药如用兵”,打仗要取胜,不仅需要战略战术,还必须要有好的武器,娴熟地使用各式武器,并让武器发挥出最好的作用,是制胜的关键。临床治病也是如此。如何全面把握药性以提高临床疗效?北京中医药大学东直门医院中医内科教研室与周平安名医工作站组织专家,在本期“铿锵中医行”围绕此问题进行了热烈讨论。谨总结汇报如下。

1 中药药性理论历史悠久,内涵丰富

姜苗主任医师:

传统中药药性理论包括四气五味、归经、升降浮沉、有毒无毒等方面,现在又加入了中药功效、功能主治及现代药理学的一些研究。药性一词最早见于《神农本草经》,当时主要是指药物制剂种类的性质。到了陶弘景《本草经集注》:“药性一物,兼主十余病者,取其偏长为本”,把药性作为药物的一种偏性,也就是药物和它疗效相关的这种性质和性

能,这种理解一直沿用至今。在高学敏教授主编的《中药学》中提出药性是药物治疗有关的性质和效能,包括药物发挥疗效的物质基础和治疗过程中所体现出来的作用。我们认为中药的药性是中药秉承自然环境因素的变化用于调整机体状态的物质基础,药性理论是历代医家为了便于临床应用而运用中国的哲学方法高度概括形成的。药性大概分为自然属性和效应属性两方面:自然属性是药物的形、色、质、气味及所含的化学成分,是效应属性产生的基础;效应属性包括四气、五味、归经、升降浮沉、毒性等,这是药物自然属性作用于机体之后产生的效应的高度概括。“性味”最先是口尝而得,后来逐渐发现各种药物所具有的不同滋味和它治疗作用之间存在若干规律性的联系,因此,“味”的概念不光是味觉和感觉的真实滋味,同时也能够反映药物的实际性能。“四气”作为药性首见于《本经》中提出的寒、热、温、凉四气,也有人把它称作中药的四性。“五味”最早记载于《尚书·洪范》,即木、火、土、金、水五行通酸、苦、甘、辛、咸五味,其作为药性的内容之一最早见于《内经》,四气和五味不可孤立,两者必须综合起来看,五味是物质基础,四气是在五味基础上产生的效应。归经是指药物对人体特定部位的选择性作用,最早可以追溯到《周礼》,在《内经》里面也有“五入”和“五走”的论述。张元素在其《珍珠囊》里将零散的归经理论总结成体系,创制了药物归经的学说。徐灵胎曾指出:“不知经络而用药,其失也泛,必无捷效,执经络而用药,其失也泥,反能致害。”其对归经理论的认识,相对公允。

作者单位:100070 北京中医药大学东直门医院教育处(姜苗),内分泌科(赵进喜),心内科(王亚红),呼吸科(关秋红),针灸科(刘宁);北京中医药大学东方医院呼吸科(周平安),肾内科(王暴魁);中日友好医院中西医结合心内科(贾海忠);北京中医药大学研究生院[黄锦(硕士研究生)],基础医学院中医信息研究室(刘晓峰)

作者简介:姜苗(1974-),博士,主任医师,硕士生导师。研究方向:中西医结合防治恶性肿瘤及其相关性疾病的研究。E-mail:doctorjiang@139.com

贾海忠教授:

传统中医的药性包括四气、五味、归经、有毒无毒,但内经时代不讲四气讲五气,“腥臊香臭焦”,是可以闻到的。寒热温凉平,此为药性。所以中药药性还应加上五嗅。如闻麝香堕胎,实际上就是一个最便利的给药途径。药性概括出来应有以下两个方面:一是象性,表现出来能感觉到的就叫象性,如味觉、嗅觉、视觉、触觉。比如视色,青赤黄白黑,各有所归脏腑。再如五味,酸苦甘辛咸,其作用也有其客观规律;二是效性,如四气五味、有毒无毒、归经等,这并不是药物本身就有的,它取决于人体当时所处的状态,是与人相互关系作用以后加上去的。还有升降浮沉理论也并不是药物的独立属性,如柴胡主升、牛膝主降,见高血压头晕就用牛膝,而不用升麻柴胡,未必合适。所以脱离具体作用谈升降浮沉是没有意义的。

王暴魁教授:

中医的药性理论过于概括,这对中医是个非常大的束缚,许多概念需要具体化。比如白术止汗是特殊作用,很难用健脾来解释。药理本身对中医理论的创新很重要,有很多理论其实是通过药反证的。但如何将西医的药理变成中医的语言或者提升中医的语言,就需要概念的创新,像桔梗的升提作用,包括升陷汤,其实有强心的作用,但这些完全按照中医性味理论去解释是说不通的。

2 全面把握中药药性,有利于提高临床疗效

周平安教授:

全面认识一味药不仅要了解它的作用,还需了解它的毒副作用,用药剂量,配伍规律等,这样才能在临床上灵活运用。例如麻黄在中药讲义里发汗、平喘、利尿,六个字就结束了,实际上远远不止。东直门医院从 84 年开始应用的一个处方叫解毒清肺饮,后来全国热病组用此方治疗肺部感染、急性气管炎效果都很好,但这个方里麻黄用了 10 g,病人在吃药的过程中出现失眠、心率加快、血压升高,这就是麻黄的副作用了。但是这个副作用可以拿来治疗嗜睡病。嗜睡病中医讲就是一个气虚证,可以用补中益气汤加上 10 g 的麻黄,补气是治本的,麻黄可以用来兴奋中枢。还有低血压,中气不足,就用补中益气汤重用甘草和枳实升压,要是精神也很萎靡,就用一点麻黄,既强心又升压,又能兴奋,这就是把副作用变成了治疗作用。再比如说平喘,麻黄绝对是一个平喘药,道理很简单,麻黄碱、伪麻黄碱都有缓解气管痉挛的作用,但是中医特别强调肾虚喘禁用麻黄,怎么解决这个问题呢?加个熟地滋肾,就把麻黄这种辛散的作用抑制了。另外如《伤寒论》中的小青龙汤,张仲景在配方中最大的特点就是用相反相成的规律,矛盾的状态,求得一个和谐。小青龙汤也是这样,它的基本道理是辛开苦降,有开有阖。其方骨干药是细辛、干姜、五味子,细辛、五味子一散一收,完全符合传统中医理论对肺一张一弛生理功能的认识。细辛现在都认为有毒,过量对肾脏有损害。据考证最早提出细辛有毒的

是北宋的《本草别说》,书中记载在甘肃监狱里把细辛研面加入饭菜中,犯人吃一天就呼吸抑制死掉了。李时珍的《本草纲目》在引证《本草别说》时将一次量半钱匕误抄成细辛不过钱,过钱就会闷塞不通而死。实际上细辛用一钱不至于要命,在李时珍之前细辛的用量也曾有很大的,折合现在一天十几克的都有,这个关键是煎服和剂型的问题,有毒成分低温就可以挥发了,有效成分挥发得很慢,因此煎服可以重用。比如陈士铎在他的医书里治疗头痛就用 30 g 细辛,起到很好的麻醉作用。细辛还是一个中枢性的镇咳药,镇咳效果很好,这是它的正面;相反肺心病呼吸功能不好的就不能用细辛了。细辛一般都用于寒证,比如过敏性鼻炎,遇冷就流鼻涕、打喷嚏、鼻塞,用于热证时可以治疗上热下寒,特别是小孩的手足口病,鹅口疮可以用一点细辛,碾成面用醋调敷脚心,引火归元;同时,对疱疹也有很好的作用。口疮长期使用清热解毒法效果不明显的不妨用一点细辛,或者吴茱萸,一般用量不超过 3 g。细辛和五味子抗过敏是非常好的。最早施今墨老师有一个脱敏汤,祝谌予老师稍作调整变为过敏煎,其中五味子是一个很好的敛肺治咳嗽的圣药。它的特点就是酸敛,对过敏性疾病是收敛津液的,也是针对寒证最佳,但是热证也可以反其道而行之,在清肺的基础上稍微用一点。实际上日本研究过敏性疾病有热象用小青龙加石膏汤,没热象加个大枣,效果很好。大枣也有很多作用,它含有环磷酸腺苷和环磷酸鸟苷,这相当于我们中医基本的阴阳元素,在所有的植物药当中,它含量是最高的。环磷酸腺苷和环磷酸鸟苷是构成细胞最基本的元素,所以大枣对于细胞的新生及修复,都有很好的作用。另外甘以缓之,它可以解毒。在治疗各种肝炎时,茵陈、大枣、五味子是三味特效药,一个月内就可以使转氨酶大幅下降。

赵进喜教授:

了解副作用也是全面理解药性一个重要方面。有时候一味药的副作用比正作用效果还好,比如当归养血,对于妇女血虚疗效非常一般,但是它后边写的滑肠之弊,若“其人旧微溏”,本身大便偏稀,就会对当归特别敏感,所以用当归来治疗习惯性便秘疗效就比较好,牛蒡子也是如此。实际上药性还与它具体的用法有关系,包括剂型、炮制方法、配伍等,像乌头需要久煎来减轻副作用,参苓白术丸和藿香正气水的剂型对其药性影响很大,所以药性也是灵活机动的。

刘晓峰副研究员:

在做方剂和药物分析时发现很多问题。比如石膏,有人说是大寒,因为清热效果好,也有人说是微寒,因为必须大量应用,其性难定。后来看到岳美中的一句话,说石膏化气最速,就明白了它为什么是微寒但清热却比大寒药要好。好比我们屋里太热了,降温最快的方法是开窗让室外的冷空气进来,拿更冷的冰块进来也一样可以降温,冰块温度上更低,但是降温没那个快。所以石膏除大热效果好是因为它气化快,所以起效快,同时又性微寒,大量应用时又不会有什么副

作用。在掌握药性时要分清概念,一般情况下增大药量可以加强药效,微寒的石膏大量使用时可以达到大寒药的效果,但不因此就认定石膏为大寒。把石膏药性认定为大寒会造成概念的混乱。

刘宁博士:

桂枝和石膏都可以解肌,但结合临床病理,桂枝解肌针对寒证。寒主收引,体表和肌肉层的毛细血管全部缺血、痉挛状态,所以会肌肉疼、骨节疼。中医讲桂枝通阳化气,从药理研究来讲,它能够很好地使毛细血管从缺血状态变为充血,解除痉挛状态。石膏解肌正好相反,本身是汗出,脉洪大,高热状态,毛细血管处于充血状态,血流非常快,石膏使血管收缩,供血量变小,这可能也是对气化的一个解释。

3 掌握药性需研读经典,结合临床实践,认真体会

周平安教授:

学中医首先应该重视读经典,体会中医治病的精粹。如许多人讲“阴阳气血平衡”“脏腑平衡”,其实平衡是不可能的,《内经》更重视和谐。同时,学习老师经验,在临床实践中认真体会,才能学到真知。更重要的是向病人学习,看看病人吃药以后是什么反应。比如治疗悬饮常用的《伤寒》《金匱》的十枣汤。十枣汤即大戟、甘遂、芫花各等量,分别研成细末,然后用十个大枣熬浓汁冲服。张仲景运用十枣汤要求早晨空腹服,三种药分别炮制后研面,用大枣熬出来的汤冲服,强人喝一寸匕,弱人喝半寸匕,折合现代度量衡来分析就是强人 4 g 左右,弱人 2 g 左右,如果第一天吃了后大便没有出现很痛快的水便,那第二天再服就要加半匕,这是张仲景的原意。但是这种服药的方法在临床上应用太难了,第一,大戟、甘遂、芫花药房绝对没有药面;第二,这三味药炮制以后味道非常呛,特别是甘遂,用后会刺激口腔及胃肠道黏膜,病人会恶心想吐肚子疼,虽说是有泄水作用,但是病人很难受。后来就在临床上不断改进,最初是治疗一个胸膜间质细胞瘤的病人,血性胸水,抽掉后三四天就又长满了,非常难办,当时曾按张仲景的方法,大戟、甘遂、芫花醋制各 10 g,为了保护胃保护肠黏膜,大枣用 20 个,让药房煮得浓浓的,但病人服用后第二天大便还是干的,这就说明水煎的不行,就得按照张仲景的办法用药面才能有效。后来在东直门医院急诊科时遇到一种腹水,病人肚子鼓得非常难受,当时曾看到《哈尔滨中医药》发表的一个卢老太太的“肿半截儿”秘方:黑白丑_各60 g、红糖 120 g、生姜 1 斤,把带皮的生姜绞碎压成汁兑到红糖里,再把黑白丑研成面兑到一起蒸一小时,每天喝一次,一次喝两勺。临床上用后确实有效,病人吃下去一小时或一个半小时大便就下来了,但是它很快会产生耐药性,第二次再喝效果就差了,用的时间长了病人就虚弱了。所以张仲景的办法有效,副作用很大,卢老太太的办法一是麻烦,二是短效,也不能常用。甘遂、大戟、芫花古人应用都是研末或者冲服,黑白丑也是,因为它的有效成分容易挥发,水煎无效。因此取副作用较小的甘遂和黑白丑,用醋煨制后

去外面一层壳,再研成细面,等量装入胶囊,一个胶囊装 0.4 g,相当于甘遂 0.2 g,黑白丑 0.2 g,之后用棉签把胶囊外头沾的药面擦干净,以防病人吃了以后会恶心。病人一次需要四粒即 1.6 g,早晨空腹吃,一般半小时后开始肠鸣,一小时后开始大便,先是溏便,第二次、第三次是水便,泻了以后病水就减少了。张仲景说第一次拉了以后没有尽出,第二天吃时要加量,这就说明黑白丑和甘遂在体内产生耐药性的速度很快,所以一般按照 2 g、4 g、6 g 的剂量让病人服用,弱人减一半量,这样比较安全。用这个药规律是吃两次停一周,停的一周一般用香砂六君子汤为基础方让病人恢复胃气。还有一个方子是鸡鸣散,这个方子原本是治疗脚气的,小腿脚面肿得像要出水一样,可以出现关节痛甚至引起心慌、胸闷、心痛等心脏症状。它的君药是槟榔七枚大概 42 g,也是泄水的作用。在临床的应用有两条,一是治疗风心病心衰水肿,暂用一时泄水,水下去病人症状立马就好转;二是治疗类风湿性关节炎,脚肿、膝盖肿,肿的叫鹤膝风,重用槟榔或者鸡鸣散效果也很好,现在滑膜炎髌、膝关节里面有积水,也可以用这个方子。这个方子的要点是,第一,槟榔要用到适合的剂量;第二,服用方法非常重要,要在鸡鸣之前把药煎好,在吃饭前一小时凉服,分 2、3、4 次喝完,药后一定要停 1 到 2 个小时再进食。空腹的情况下喝凉的泻下药,目的就是让病人拉肚子泄水。中医称槟榔为逐虫药,多治疗猪绦虫或牛绦虫病。用四两南瓜子、四两槟榔,南瓜子先服,吃完一小时后用槟榔 120 g 熬水 200 ~ 300 mL,让病人一次全部喝下去,这样就达到先把绦虫麻醉,然后再把它打下来的目的。槟榔这个药毒性相对较小,主要会出现口水多、恶心、肚子疼等副作用,量大时也可能出现神经损伤,但一次四两喝下去问题不大。用槟榔泄水的治疗要点,一般来说炒的效果比生的差,临床上我们常用焦四仙助消化帮助排泄,但它通大便、利尿的作用就很差了。所以现在治疗攻下逐水时我们就用甘遂、黑白丑、槟榔这三个药,其副作用很小,疗效可靠。

赵进喜教授:

学习中药药性,首先还得溯本求源,向经典学习。《伤寒杂病论》中每个药都有深刻的含义,只有反复背诵理解体会,才能真正掌握这个药。大家知道桂枝汤里的芍药,到底是白芍还是赤芍各个人的论述就不一样,白芍出自成无己的方论,认为酸甘化阴,应该是酸味的,配合甘草能缓急止痛。但是要结合《神农本草经》来看:“芍药治腹痛、利小便、上下癥瘕积聚”,这都不像是白芍的功效。另外在桂枝加芍药汤,桂枝加大黄汤后明确就说:“其人续自便利,设当行大黄、芍药者,宜减之。以其人胃气弱,易动故也。”可见大黄和芍药有同样的作用和副作用。《伤寒论》中很多用大黄的处方里都有芍药,比方麻子仁丸、桃核承气汤、大黄廑虫丸,桂枝加大黄汤、大柴胡汤,说明张仲景非常重视芍药的通泄作用。实际上赤白芍是到了陶弘景《本草经集注》才有所区分。所以,临床上治疗胃痛、胁痛、腰痛以及妇女痛经等,赤白芍同用,在解决所谓的“不通则痛”“不荣则痛”以及“拘

急而痛”时常有卓效。其次,需要在实践当中学习。周平安教授所讲就说明了“实践出真知”的道理。最后,就是要有科学精神,深入体悟药性,不能浅尝即止。如山梔和黄连都是苦寒的,山梔清热泻火,黄连清热燥湿,黄连苦寒能厚肠胃,山梔苦寒会导致腹泻,所以《伤寒论》指出“其人旧微溏者,不可与服之”。

4 理解药性需遵从中医辨证思想,参考现代药理研究

王暴魁教授:

借鉴西医的药理对中医理论的创新和临床疗效的提高很重要。比如枳实能增加平滑肌的收缩,还可以升高血压,如果血压低一般用量是 50~80 g,因为 30 g 以下疗效不佳;对低血压的人来说,一个是黄精,一个是枳实,效果都比较好。另外枳实对过敏性紫癜、鼻炎的效果也非常好,《金匱要略》有个枳实芍药散就很有效,但是枳实用量要大一些。

关秋红主任医师:

中药学的第一味药是麻黄,其药性辛、微苦、温,功效是发汗、利水、平喘。按照中药的归经,它一是归肺经,一是归膀胱经。但是在药理书上它一共有 9 条,第一个是对心血管系统的影响;第二个是平喘、祛痰、镇咳,这是呼吸系统;第三个是发汗、利尿,是泌尿系统的;第四个是对免疫系统的影响;第五个抗炎;第六个解热;最后是抗肿瘤、抗突变,所以学习中药还需以中医基础理论作为基石,不然会感到很困惑。

赵进喜教授:

发挥中药最大作用需要结合现代药理研究来趋利避害,但参考现代药理研究成果,不能背离中医辨证论治的精神。比如糖尿病,单纯用养阴清热法治疗只能改善症状,血糖没降病人肯定不满意,但是看到黄连 12 g 血糖降不下来,就改成 30 g 甚至 60 g,这种思路我也不推崇。

王亚红教授:

熟谙药性需了解西医的病理和药理,比如对高血压病人,年轻的交感神经兴奋的多,就用平肝潜阳药。病人痰湿有瘀血,就用半夏白术天麻汤加上活血类或抑制交感神经兴奋的中药。安神药一般可以抑制交感神经兴奋,如合欢皮,有的老师主张用大量,像广安门医院的赵志付老师就主张用 30~60 g 的合欢皮,效果很好,但因为有毒副作用也不能长用。所以要深入研究中药药性,还需从基础、从临床去掌握。

贾海忠教授:

药理属于药性的一部分,以前我们发现很多中药具有双向调节作用,但在中医逻辑里是不存在这种矛盾的,这个现象就告诉我们不能用西药的药理研究方法去指导中药的配伍临床疗效,那样只能碰对一部分,疗效差且不持久,虽可速效,但很快就会产生耐药。还有药理作用是有条件的,中药的药理是基于人体当时的状态以及用药药量的大小来决定

它的效性,这个实际就是中医的辨证,必须是辨证准确,然后剂量要合适。比如双向调节作用,很多都是要谈剂量的。另外现在中药药理研究里面最大的缺陷就是非证候药理,动物模型也没有造出证的模型。可是中药我们始终都是按照证来用的,这就是为什么很多药实验室研究结果很好,拿到临床却不行。中医药是非常有深度的,比如十枣汤治疗胸腔、腹腔尤其是炎症性的积液,疗效非常快,可以按小时计算,高烧四十度胸膜炎,吃十枣汤一剂胸水第二天就下去了,所以说中医的峻下逐水跟西医的利尿药完全不是一回事,不能够用西药的利尿药代替中药的利尿逐水药。

5 结语

中药药性理论源于古代医家的感性认识,又结合了现代的药理研究,不仅为我们临床疗效提供了有力的保障,也是中医药学理论发展与创新的重要突破口之一。学好中药需在经典中追本溯源,在临床实践中思考体会,在辨证的基础上结合药理研究,才能全面掌握并充分发挥其作用。

周平安教授简介

北京中医药大学首届师承博士后合作导师,主任医师。我国著名呼吸病、热病、疑难病专家,第四批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,北京市中医管理局薪火传承名医工作站名医,中央保健局专家,享受国务院政府特殊津贴。

赵进喜教授简介

博士研究生导师,博士后工作站指导老师。博士毕业于北京中医药大学,师从中医内科学家王永炎院士、肾病糖尿病专家吕仁和教授和肾脏病理专家魏民教授。主要研究方向为肾病、内分泌代谢病等。北京中医药大学东直门医院内科教研室主任。国家中医药管理局中医内科内分泌重点学科带头人,兼任世界中医药学会联合会糖尿病专业委员会秘书长、中华中医药学会糖尿病分会副主委、北京中医药学会糖尿病专业委员会副主委。国家第三批名老中医药专家吕仁和教授学术继承人。

姜苗主任医师简介

北京中医药大学首届师承博士后,主任医师,硕士研究生导师。先后师从陈信义教授、周平安教授。

贾海忠教授简介

中日友好医院中西医结合心内科主任医师、教授、硕士研究生导师,全国第二批优秀中医临床人才,全国第三批名老中医史载祥教授学术继承人。

王暴魁教授简介

北京中医药大学东方医院肾内科主任医师,医学博士、博士后,全国中医优秀临床人才,曾师从国医大师张琪与李

辅仁教授等。

王亚红教授简介

北京中医药大学东直门医院心内科主任医师、教授、医学博士、博士生导师,国家第四批名老中医郭维琴教授学术继承人,北京中医药大学东直门医院心血管病研究所名家学术研究室主任,国家中医药管理局“郭维琴名医传承工作站”负责人。

关秋红教授简介

北京中医药大学东直门医院内科主任医师、医学博士,北京中医药大学首届师承博士后,师从武维屏教授、田秀英教授。国家中医药管理局重点学科中医肺病科业务骨干,主持并参与国家及省部级课题多项。

刘宁博士简介

北京中医药大学东直门医院针灸科主治医师,第五批国家级名老中医刘景源教授学术继承人,刘景源名医工作站负责人,世界中医药联合学会经方委员会理事,中华中医药学会养生学会理事。

刘晓峰副研究员简介

北京中医药大学基础医学院中医信息研究室主任,主要研究中医智能模型设计、中医药数据平台设计、数据处理与分析,先后参加国家自然科学基金及省部级以上课题 10 余项,发表论文 20 余篇,完成多个成果且获奖。

(收稿日期: 2016-01-26)

(本文编辑: 韩虹娟)