

【编者按】“铿锵中医行”学术沙龙第二十一讲以“如何灵活运用丸散膏丹”为议题,于 2016 年 6 月 22 日在北京中医药大学东直门医院举行。众所周知,汤剂是现今中医临床应用最广泛的剂型,事实上中药尚有丸、散、膏、丹等多种剂型,不同剂型各有优势,古人应用不用剂型各有深意,临床应悉心体会。另,若能在临床过程中,对经典剂型常规用法推陈出新或进行二次开发,将具有广阔的前景。针对此议题,本次邀请临床各医家从如何灵活运用中药剂型以提高疗效、各剂型适应证等一系列问题出发,进行了热烈的分析和讨论。

· 铿锵中医行 ·

丸散膏丹,各有所宜;杂合以治,提高疗效

赵进喜 贾海忠 李友山 张洪钧 梁腾霄 王茗敏

【摘要】 中药剂型包括丸散膏丹等类型,不同剂型各有优势,把握好不同中药剂型的适应证,发挥不同剂型的优势,有利于提高临床疗效。临床选择不同中药剂型,尤其是合理处方,应该以古人为师,博采众长,务求切合临床实用。同时,应具备创新思维,基于实践,不断拓宽经典剂型的适应证,以更好地服务临床。

【关键词】 中药剂型; 丸散膏丹; 处方; 制剂

【中图分类号】 R283.6 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.09.008

剂型是按照方剂组成的药味、药量,通过一定的加工方法,制成供内服或外用的各种式样中药的总称。现代临床上最常用的剂型虽然是汤剂,但丸、散、膏、丹等传统剂型也有其特色和优势。《灵枢·官针》云:“九针之宜,各有所为,长短大小,各有所施也。不得其用,病弗能移。”强调不同的针具各有适应证,临床应用各有所长,如果不得其用,疾病就治不好。其实,不同中药剂型的选择亦如是。如何把握不同中药剂型的适应证,发挥其特色和优势,以提高临床疗效?本期“铿锵中医行”特邀有关专家对此展开深入讨论,谨总结报告如下。

1 中药剂型多样,发挥多种剂型优势,有利于提高疗效

赵进喜教授:

提起中药,首先想到汤剂,其实中药包括丸、散、膏、丹等多种剂型。如何合理选择不同中药剂型,值得研究。著名中医祝湛予教授治疗糖尿病,在应用汤药取效后,常制小其服,即将汤药原处方用药粉碎加工成丸药,并嘱病人长期服用。著名中医陈文博教授治疗哮喘等,也常在稳定期将适合病情的有效汤药方磨成药面,制成水丸或蜜丸。以上皆是汤药取效后使用丸药巩固疗效的思路。

当然,丸药并不仅是巩固疗效的剂型。虽然常说“丸者缓也”,但并非所有的丸药都是缓剂。如治疗胸痹心痛急性发作的乌头赤石脂丸、薏苡附子散等都是用于急救。猝发急症,汤药熬制不易,急用散剂,常可迅疾收功。

曾有学者治疗腰椎间盘突出症,腰腿痛、潮湿阴冷加重,依据辨证论治的思路以寒湿肾虚腰痛施以汤药,疗效不佳,后采用《中医杂志》报道一首含马钱子的验方制成丸药,后陈疴遽愈。此病例一方面说明验方的重要性,另一方面也体现了巧用丸散剂型的特殊优势。

家母曾患系统性硬皮病,发展到坏疽,手足指趾溃烂,初用顾步汤加味,配合服用祖传治疗顽固性溃疡的鹊鸣黑散获愈。后再次发生坏疽时疼痛剧烈,遍访名医,汤药百数十剂无效。幸遇张耀圣博士指导采用地龙液外用,用药当晚疼痛立止,十余天后愈合。系统性硬皮病引起的坏疽是微血管病变,汤药百数十剂未效而配合地龙液效立显,可见合理应用不同剂型,有利于发挥中药内服和外用相结合的优势。

梁腾霄副主任医师:

不同的剂型各有特长:处理急诊患者时,由于时间的限制,汤剂用之不及,最常用的是安宫牛黄丸、紫雪、至宝丹、苏合香丸,以及用于伤口止血有良效的散剂云南白药等。其实,这些成药都属于口服的剂型,是殊途同归。只是急诊工作中越固定的剂型越容易取用而已。如银翘散之类若制成散剂,门诊用于退热随时冲服,则方便患者。其实,使用什么剂型还要结合药物本身的特点。如安宫牛黄丸所含的通窍药物容易挥发,决定了其不适合作为散剂,而需要制成丸剂并以金箔为衣。另外,鲜药对不同中药剂型开发也值得重

作者单位:100070 北京中医药大学东直门医院内分泌科(赵进喜),周围血管科(李友山),血液肿瘤科(张洪钧),急诊科(梁腾霄);中日友好医院中西医结合心内科(贾海忠);北京中医药大学[王茗敏(本博连读在读)]

作者简介:赵进喜(1965-),博士,主任医师,教授,博士生导师。研究方向:中医治疗肾病、内分泌代谢病。E-mail:zhaojinximd@126.com

视,如皮肤科鲜马齿苋搅汁外敷治疗皮损,鲜生地黄汁外滴治疗中耳炎就很有价值。

2 多种中药剂型,适应证不同,各有所宜

李友山副主任医师:

中医内服重在调补脏腑气血阴阳,而对外伤创面,外用药疗效要更胜一筹。首先是丹类药,外科用的丹药含有汞制剂,如轻粉、红粉,祛腐能力强。用剪刀、手术刀等机械的方法处理创口时,按照现代医学的标准,有炎性渗出、红肿、紫暗的,均属坏死组织,需全部清除,清除范围过大,中医外科学的优势也无法体现。表面有坏死的必须清理,但对于创周,也就是中医所说的“护场”,红肿范围的处理可以采用中医外科学的方法,也就是丹药的应用。缝隙或窦道,可以用桑皮纸,裹七三丹,即七份生石膏,三份轻粉,比例可以根据创面情况灵活调节,如九一丹、八二丹、五五丹等,祛腐效佳。北京中医医院的红纱条即是凡士林调轻粉,敷在纱条上,属于油膏剂型的丹药,腐蚀性较强,油膏粘在皮肤上不利于清洗,且不利于脓液引流。所以临床上经常根据伤口情况调整丹药比例,现用现配,以祛腐为主,出现新鲜肉芽即停用丹药,这样相对直接截肢更有优势。但是需注意创面过大时,祛腐的药不可使用丹药,以免出现汞中毒。

其次是膏类药,这里的“膏”指的不是门诊的外贴膏药,而是用凡士林调和掺药的油膏,应用范围更广,可以作为箍围药托毒外出,处理坏死组织。缺血坏死紫暗的脚趾,在截去之后,周围糊上含透托药的油膏箍围排脓。创面内则先用丹药祛腐,再用凡士林调的生肌膏生肌。油膏用于创面相对于散剂优势也是显著的,一方面缓和而药效持久,另一方面美观且换药方便。我院如意金黄膏,源于先前的拔毒膏,用于蚊虫叮咬或皮肤疖肿,以箍围法涂抹,留出中央,给邪以出路,拔毒最速。

散剂即药粉,现代临床散剂作为掺药单独外用很少,更多的延伸为中药泡脚。以糖尿病足为例,渗出较多者用油膏不利于引流,按照传统理论应该用散剂吸附渗出,但是临床实践后发现散剂吸附后清理不便,且渗透性不如油膏,所以将其改良为中药浓煎外洗,即“溻渍法”。糖尿病足在换药的时候出于尽可能多地保留正常组织的考虑,对于一些缝隙的清理难免投鼠忌器,不甚彻底,而“溻渍法”则能够渗入每一个微小的缝隙,弥补机械手段清创的不足,局部切开引流后予以中药浓煎外洗,脓液引流更速且局部异味随之而散。

丸药在周围血管科的应用更广,因为患者大多是动脉硬化、下肢动脉缺血性疾病、下肢静脉功能不全等器质性疾病的改变。这些器质性的改变并非几副汤药就可以解决,所以在临床上经常先通过数次汤药方的调理,使内环境、胃肠道的刺激都稳定之后,将适宜的汤药方配成水丸或蜜丸,服用半年之后再复查,因器质性疾病的起效、改善时间较长,不可复查过频。在此期间,患者可以根据腿的局部皮肤温度有无升高、步行距离有无变长、小腿色素沉着有无变浅来评价疗效。

贾海忠教授:

剂型来源于“方剂”,而《内经》中黄帝常说“请陈其方”。方为原则,古人讲“方圆”,“圆”是它的灵活性,“方”是它的原则性。那么何谓“剂”?在辨证以后确定了一个原则,必须有一个和这个病情最合适的药的形式就是“剂”。依次确定方、药、剂、量、疗程的过程,是中医的“理、法、方、药”落实的流程。剂型的选择不是根据病情缓急,而是根据具体的病情。

水丸、蜜丸、滴丸,都属于丸剂。丸剂使用广泛、方便,各种情况下都可以使用,主要看药物组成和适应证。散剂也是一个独特的剂型,中医前辈岳美中教授曾说玉屏风散,散剂有效,汤剂疗效就差。但并非所有的药都适宜于做散剂,制作散剂的药有几个特点:一是药物成分容易溶出;二是挥发性的成分不适于汤剂煎煮,如鸡苏散中的薄荷;三是不溶物质需要一起服用,如六一散里的滑石。王清任用滑石治疗痢疾、腹泻,就是用滑石搅拌之后直接喝,疗效较好,因是吸附剂,进入消化道可以吸收各种有害物质,所以散剂服用疗效好于汤剂。散剂还有一个优点,可通过嗅觉来调理脏腑功能,发挥疗效。古人认为不同的香囊可以辟瘟、镇静、提神,现代渐被淡忘。膏剂除了外用的油膏,还有内服的膏滋,如阿胶补血膏、八珍膏、益母草膏。丹剂关键要理解“丹”字的含义,“丹”有精华的意思,与其所含成分有关:一类是含汞、含硫磺,升华得到红升丹、白降丹;另一类含牛黄、麝香等贵重药材,如紫雪丹、至宝丹。

3 问道仲景,推求古意,掌握丸散处方临床思维方法

赵进喜教授:

如何选择不同剂型?丸散等处方与汤剂处方有什么不同?欲解决这些问题,首先应该向经典学习,问道仲景。《伤寒杂病论》中丸药的适应证有三:一者,久服滋补之药,薯蓣丸、金匱肾气丸之类,用之虚劳,是典型的治疗慢性虚损性疾病的丸药,服药时间较长,体现了古人把丸药作为慢性滋补方剂的思路;二者,攻邪已病之药,包括桂枝茯苓丸、大黄廔虫丸、鳖甲煎丸之类,用于治疗慢性痼疾,也包括乌头赤石脂丸之类用于救急的丸药,所以理解方剂还是要从药性来思考,不要完全从这个“丸”字上来思考;三者,还有名为丸实非丸者,如抵挡丸。时人多以为桃核承气汤治疗太阳蓄血轻证,抵挡汤治疗太阳蓄血的重证,抵挡丸治疗太阳蓄血的缓证,实则恰恰相反,抵挡汤治疗蓄血重证,而抵挡丸治疗的更是重证。为什么会误认为抵挡丸治疗的是缓证?正是因为对“丸者缓也”的误读。实际上抵挡丸的药力很强,张仲景多次说“医以丸药大下之”,即是讲这个丸药峻猛,如三物备急丸、大陷胸丸之类。抵挡丸叫丸,但实际是煮散。原文是将药物按照剂量配成丸药之后,用时以水煮,“不可余药”,药力更大。抵挡丸的药味组成和抵挡汤是一样的,抵挡汤服药后是“得下者止后服”,大便通了就不要再吃了。而抵挡丸服药之后是“啐时当下血”,哪儿下血?如果是便血、尿血都是病理反应,唯一可能的就是阴道出血,即妇女行经。所以这个下焦蓄血既不在肠,也不在膀胱,只能是妇女

经闭之类,服抵挡丸后 24 小时月经来潮,可见抵挡丸比抵挡汤力猛。

如何开丸药处方,也需推求古意。仲景的丸药组成有两类:第一类是含有峻烈药和毒药的,如大陷胸丸、抵挡丸、麻子仁丸、乌头赤石脂丸,这一类的特点是药味少,有峻烈药、毒药,如大黄、水蛭、虻虫、甘遂、芫花等。第二类是用于滋补的丸药,如薯蓣丸,用药平和,攻补兼施,脾肾同治,表里同治,寒热并用,对于这种慢性滋补的处方,张仲景往往药味比较多。后世的丸药如小活络丹、大活络丹,小活络丹药味少,但都是毒药,大活络丹药味特别多,寒热并用,又有活血药,又有行气药,又有补药,其中还有贵重药。所以除了补中益气丸、参苓白术丸等滋补类的丸药以外,治病的丸药一定要有峻烈药、贵重药、毒药,否则保证不了疗效。

试看当今,许多基于名老中医汤剂经验方研发出的中药新药疗效不佳,就是因为用开汤药方的思路开丸药方,汤剂改变剂型后药物剂量不够,所以用开汤剂的思路开发成药,往往达不到疗效。若处方有毒药,毒理、药理就过不了关,这就是现在中成药疗效一般的原因。那怎么才能有疗效啊?还得向古人学习,开丸药,是滋补的,照顾的面就要尽量全面一些,药味多一些,薯蓣丸就是代表。总的来讲这一类丸药,一般就是在补益药里加一些顺气的药、帮助消化的药,一般没有纯补的,动静结合,标本同治,虚实兼顾、表里兼顾,都是这样的思路,药味比较多。当然补中益气丸、参苓白术丸、六味地黄丸,药味也不多,也值得学习。

但如果是着眼于治病的思路肯定要单刀直入,比如说抵挡丸、乌头赤石脂丸等,治病的药味就不能太多,尤其是急病,但是你要想药味不多还要治病,那就必须有峻烈药、贵重药、毒药才能保证丸药的疗效,比如说附子理中丸,药味也不多,但是附子、干姜都是立竿见影的药,确实吃完药病人就感觉腹中温暖;再比如麻子仁丸、大黄廑虫丸里面有生地黄、钩藤。

另外,近年还有一个思路,非常值得重视。张伯礼院士提出了组分中药的概念,把不同中药所含的有效组分进行合理配伍,可以突出中医治病辨证论治与中药复方的优势,在保证疗效的基础上,减少每次服用量,有利于提高患者服用中成药的依从性,为开发中药新药开辟了新的途径。

4 拓宽不同剂型成药适应证,服务现代中医临床

张洪钧副主任医师:

临床常用食疗散剂,以平调体质。体质平调散处方组成:莲子肉 40~50 g、山药 40 g、黄芪 40 g、炒山楂 20 g、葛根 20~30 g、山茱萸 20 g、红参 30 g、炒芡实 30 g、酸枣仁 30 g、生麻黄 10 g、胆南星 10 g、草果 2~7 g。此方是根据当今六十年五运六气的特点制定。此六十年的大司天是厥阴和少阳,厥阴司天,少阳在泉,现在是后三十年,少阳在泉,基本上是厥阴病,大环境、能量场的影响导致处于厥阴少阳态,上厥阴下少阳。所以基于《伤寒论》厥阴篇的麻黄升麻汤和乌梅丸,以食品代药品而成此方。临床常可根据个体五运六气的

禀赋来适当调整处方。

《理渝骈文》是最系统的外治剂的典籍,体现了很多正确的、原始的中医思路。外用药的治疗机理是两个方面的,一个是药物本身的气化作用,中药首先讲气化,气化主要讲四气、五味、升降、浮沉、归经。复方之后药味之间的气味必然要互相影响。“外治之理即内治之理”,外用药有一些辛味药能帮助透皮吸收,但作用的机理还是通过药物本身的气、能量的刺激作用。另外一个穴位的作用,如果没有辨证选穴,仅仅依赖阿是穴的止痛作用,常常难有久效,且有耗气之弊。现在的三伏贴在上部贴敷温药,而没有贴天突穴、神阙穴,就可能有耗伤阳气的隐患。现代外用药多偏温散,但外用药也有养阴的,如大补阴煎、生地黄贴脐。例如慢性咳嗽、肺部炎症不明显的支气管哮喘咳嗽的外治,可以麝香壮骨膏贴敷以下三处:胸部天突穴;背部以大椎为中心,斜向下盖住肺俞和定喘,斜向上盖住风池;腹部从神阙穴到关元穴,能够很快缓解。治疗下焦虚寒疾病可以用大活络丸捏成病人小指宽的薄片,放在神阙穴至关元穴,用膏药固定。降糖可用麻黄升麻汤、乌梅丸,加莲子、山药、蜜,作为赋形剂,膏药贴敷于神阙穴。

赵进喜教授:

丸、散、膏、丹不同剂型的中药,许多医家在临床应用中取得了很好疗效。更有医家应用现有中成药,超适应证用药方面也积累了很多经验,值得重视。基于现有中成药的二次开发,开展临床再评价以及增加适应证的研究,都有很大的市场前景。名老中医吕仁和教授六神丸敷贴列缺穴,预防咽痛,有利于治疗肾炎。黄文政教授常用速效救心丸、苏合香丸治疗肾绞痛、胆绞痛,也取得了很好疗效。更有学者用犀黄丸、六神丸、梅花点舌丹治疗肿瘤、血液病,用锡类散灌肠治疗溃疡性结肠炎者,值得学习。六神丸,本用治烂喉丹痧、咽喉肿痛,国外把它制成保心丹之类。30 年前内含雄黄配青黛的青黄散等就用于血液病,后来陈竺院士首先阐明三氧化二砷抗白血病分子机制,影响世界。其实,梅花点舌丸、六神丸也多有雄黄、砒霜之类。实际上这些东西都是很有优势的。如果因为有毒而弃之,实为不智。

5 结语

汤剂是现代中医临床应用最广泛的剂型,但丸、散、膏、丹等剂型各有特色,并非单纯汤剂所能代替。若在临床上取得好的疗效,灵活根据病情选用不同剂型必不可少。丸散膏丹不同的剂型有其适应证,临床要结合病人的病情缓急,药物的毒性、挥发性等特性,来选用合适剂型。其次不能把丸散处方思路等同于汤剂处方思路,应该深入理解古人采用不同剂型的内涵,以正确的思路指导不同剂型的处方。同时在经典的剂型常规用法的基础上应重视推陈出新,在临床上拓展适应证,或进行二次开发,具有广阔的应用前景与市场前景。

赵进喜教授简介

北京中医药大学东直门医院主任医师、教授、博士生导师,医学博士,中医内科教研室主任,国家中医药管理局内分

泌重点学科带头人,首届全国中医优秀临床人才,北京高校教学名师。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。

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的学术继承人。

李友山副主任医师简介

北京中医药大学东直门医院周围血管科副主任医师,师从著名周围血管病专家杨博华教授,从事周围血管疾病治疗,对静脉系统疾病有较深入的研究。

张洪钧副主任医师简介

北京中医药大学东直门医院血液肿瘤科副主任医师;北京中医药大学中西医结合内科博士,先后师从孙颖立教授、李英麟教授,清华大学博士后,有多学科教育背景,掌握血液病诊治的现代技术,有独特的中医临床诊治思路。

梁腾霄副主任医师简介

北京中医药大学东直门医院急诊科副主任医师、硕士生导师,博士,师从著名中医内科专家姜良铎教授。世界中医药学会联合会急症专业委员会常务理事兼副秘书长;北京中西医结合学会急诊专业委员会青年委员兼秘书;北京中西医结合学会灾害专业委员会委员。

(收稿日期:2016-06-12)

(本文编辑:王馨瑶)