

中药学



类目：医学类

书名：中药学

主编：曹音 赵雪娇 薛冰

出版社：天津科技出版社

开本：大16开

书号：978-7-5742-1430-9

使用层次：通用

出版时间：2023年8月

定价：76元

印刷方式：双色

是否有资源：是



医学类创新融合精品规划教材
“互联网+”教育改革新理念教材

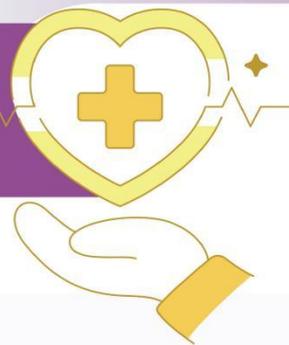
医学类创新融合精品规划教材
“互联网+”教育改革新理念教材

中 药 学

主编◎曹音 赵雪娇 薛冰

中 药 学

中 药 学



主编◎曹音 赵雪娇 薛冰

责任编辑：张跃
封面设计：旗语书装



天津出版传媒集团
天津科学技术出版社

天津出版传媒集团
天津科学技术出版社



医学类创新融合精品规划教材
“互联网+”教育改革创新理念教材

中药学



主 编 © 曹 音 赵雪娇 薛 冰
副主编 © 孙丽敏 王建会 刘 蔓
 杨素文 林 牧

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

中药学 / 曹音, 赵雪娇, 薛冰主编. --天津:天津科学技术出版社, 2023.8

ISBN 978-7-5742-1430-9

I. ①中… II. ①曹… ②赵… ③薛… III. ①中药学—高等学校—教材 IV. ①R28

中国国家版本馆 CIP 数据核字(2023)第 133010 号

中药学

ZHONGYAOXUE

责任编辑: 张 跃

出 版: 天津出版传媒集团
天津科学技术出版社

地 址: 天津市西康路 35 号

邮 编: 300051

电 话: (022)23332372

网 址: www.tjkjcs.com.cn

发 行: 新华书店经销

印 刷: 涿州汇美亿浓印刷有限公司

开本 880×1230 1/16 印张 22 字数 630 000

2023 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

定价: 76.00 元



前言

办好人民满意的教育。教育是国之大计、党之大计。培养什么人、怎样培养人、为谁培养人是教育的根本问题。育人的根本在于立德。全面贯彻党的教育方针,落实立德树人根本任务,培养德智体美劳全面发展的社会主义建设者和接班人。坚持以人民为中心发展教育,加快建设高质量教育体系,发展素质教育,促进教育公平。加快义务教育优质均衡发展和城乡一体化,优化区域教育资源配置,强化学前教育、特殊教育普惠发展,坚持高中阶段学校多样化发展,完善覆盖全学段学生资助体系。统筹职业教育、高等教育、继续教育协同创新,推进职普融通、产教融合、科教融汇,优化职业教育类型定位。加强基础学科、新兴学科、交叉学科建设,加快建设中国特色、世界一流的大学和优势学科。引导规范民办教育发展。加大国家通用语言文字推广力度。深化教育领域综合改革,加强教材建设和管理,完善学校管理和教育评价体系,健全学校家庭社会育人机制。加强师德师风建设,培养高素质教师队伍,弘扬尊师重教社会风尚。推进教育数字化,建设全民终身学习的学习型社会、学习大国。

中药学是阐述中药的基本理论和常用中药的性能、功效、临床应用规律知识及相关技能等的一门学科。学生在学习中医基础理论与中医诊断学的基础上,通过本课程学习为后续专业课程奠定基础。中药学是中医、中医护理、中医康复保健、中药、中药制剂专业必修课程。本教材亦可供广大中医药工作者和爱好者阅读参考。

本教材具有以下特点:

(1)体现通用教材的广泛性,同时突出教材的实用性。知识面广,涵盖中医、中医康复保健、中药、护理等多专业考点,符合中医药教学实际。

(2)详略得当,重点突出。紧扣“以就业为导向、以能力为本位、以岗位需求为标准”的原则,结合行业准入资格考试大纲编写内容,能够满足学生对“双证书”获得的需求,符合相关工作岗位的知识要求。

(3)创新教材的表现形式。书中配有大量二维码,使得本教材突破传统纸质书籍的局限,成为一个多媒体的信息载体,可以为师生提供更加全面的拓展阅读,丰富教学内容,提高学生学习兴趣,寓教于乐,提升学习效果。

本教材在继承的基础上有所创新,探索过程中还有待完善。由于时间仓促、水平有限,书中若有不足和疏漏之处,敬请各校师生在使用过程中提出宝贵意见,以便再版时修订提高。

编者
2023年4月



目 录

第一章 中药的起源和中药学的发展	1
第二章 中药的产地、采集与贮藏	6
第一节 中药的产地	6
第二节 中药的采集	7
第三节 中药的贮藏与养护	8
第三章 中药的炮制	11
第一节 中药炮制的目的	11
第二节 中药炮制的方法	13
第四章 中药的性能	16
第一节 四气	16
第二节 五味	17
第三节 升降浮沉	19
第四节 归经	21
第五节 毒性	22
第五章 中药的配伍	25
第六章 中药的用药禁忌	28
第一节 配伍禁忌	28
第二节 证候用药禁忌	29
第三节 妊娠用药禁忌	29
第四节 服药饮食禁忌	30
第七章 中药的剂量与用法	31
第一节 中药的剂量	31
第二节 中药的用法	32
第八章 解表药	35
第一节 发散风寒药	35
第二节 发散风热药	52
第九章 清热药	65
第一节 清热泻火药	65
第二节 清热燥湿药	77
第三节 清热解毒药	84

第四节	清热凉血药	98
第五节	清虚热药	104
第十章	泻下药	109
第一节	攻下药	109
第二节	润下药	114
第三节	峻下逐水药	116
第十一章	祛风湿药	124
第一节	祛风寒湿药	124
第二节	祛风湿热药	138
第三节	祛风湿强筋骨药	146
第十二章	化湿药	152
第十三章	利水渗湿药	160
第一节	利水消肿药	160
第二节	利尿通淋药	166
第三节	利湿退黄药	173
第十四章	消食药	178
第十五章	驱虫药	183
第十六章	温里药	190
第十七章	理气药	200
第十八章	活血化瘀药	213
第一节	活血止痛药	213
第二节	活血调经药	219
第三节	活血疗伤药	225
第四节	破血消癥药	229
第十九章	化痰止咳平喘药	233
第一节	温化寒痰药	234
第二节	清化热痰药	240
第三节	止咳平喘药	250
第二十章	止血药	258
第一节	凉血止血药	258
第二节	化瘀止血药	264
第三节	收敛止血药	266
第四节	温经止血药	270
第二十一章	安神药	273
第一节	重镇安神药	273
第二节	养心安神药	276
第二十二章	平肝息风药	281
第一节	平抑肝阳药	281

第二节	息风止痉药	287
第二十三章	开窍药	293
第二十四章	补虚药	298
第一节	补气药	299
第二节	补阳药	306
第三节	补血药	313
第四节	补阴药	319
第二十五章	收涩药	326
第一节	固表止汗药	326
第二节	敛肺涩肠药	328
第三节	固精缩尿止带药	335
第二十六章	涌吐药	340

第一章 中药的起源和中药学的发展

中药的发明和应用有着悠久的历史,在几千年的发展过程中,逐步形成了独特的理论体系,积累了丰富的临床经验,对中华民族的繁衍生息发挥了重要作用。

中药是在中医药理论指导下认识和使用的药物总称。绝大多数的中药直接来源于自然界,包括植物、动物和矿物等,也有少部分为化学加工而来(多数为古代炼制“丹药”的产物)。中药大多数产于中国,少部分为外来产物(如乳香、没药、胡椒等)。

习惯上,人们把古代记载中药相关知识的典籍称为本草。本草典籍和文献资料十分丰富,记录着我国人民发明和发展医药学的智慧创造和卓越贡献,成为中华民族优秀文化宝库中的一个重要内容。传统本草学在近代被称为中药学。所谓中药学就是指专门研究中药基本理论和中药来源、产地、采集、炮制、性能、功效及临床应用规律等知识的一门学科。随着科学的发展,中药学又细分成中药药理学、中药鉴定学、药用植物学、中药化学、中药药剂学、中药调剂学、中药养护学等多个学科。

一、原始社会

在原始社会中,由于生产力低下,人类主要以渔猎和采食自然植物为生,在寻找食物的过程中发现有些食物可以导致呕吐、麻木、腹泻,有些食物可以缓解疼痛、排除不适,许多食物可以药用,药物和食物之间很难严格区分,这就是“药食同源”理论的基础。

随着社会的进步与发展,人们开始有意识地收集、种植、驯养那些能够用来治疗疾病、缓解症状的植物和动物,将其专门用作“药物”,并将这些药物的使用方法口耳相授,代代流传。

二、夏商周时期

人们从野果和谷物的自然发酵中获得启示,慢慢掌握了酿酒的技巧。人工酿酒和汤液的发明与应用,对医药学的发展起了巨大的促进作用。酒不仅可以兴奋、止痛,还可以温通血脉,在汤药制作中时常作为溶媒,古人将酒誉为“百药之长”。

随着文字的出现,药物的使用方法也发展为文字记载。1973年出土于湖南长沙马王堆三号汉墓的帛书,成书于战国时期。整理小组按其目录后题有“凡五十二”字样,将其命名为《五十二病方》,是我国现存最早的记载方剂的著作。书中收载药物247味,在处方用药方面,已初步运用辨证论治原则。

《五十二病方》所载治法多种多样,除了内服汤药之外,还有敷贴法、药浴法、烟熏法、熨法、砭法、灸法、按摩法等,治疗手段多样化,也是医药水平提高的标志之一。



三、秦汉时期

《黄帝内经》又称《内经》，后世一般公认此书最终成型于西汉，作者亦非一人，而是由中国历代医家传承、增补、发展创作而来。全书以朴素的、唯物的阴阳五行学说为指导思想，以人和自然的统一观，总结了前人的医学成就。《黄帝内经》的问世，奠定了我国医学发展的理论基础，对中药学的发展产生了巨大的影响。

现存最早的本草学专著当推《神农本草经》(简称《本经》)，一般认为该书约成于西汉末年至东汉初年(前1世纪~1世纪)，一说该书成书于东汉末年(2世纪)。全书载药365种，含植物药252种、动物药67种、矿物药46种。药物按功效不同分为上、中、下三品。“上药一百二十种为君，主养命以应天，无毒，久服不伤人”，如人参、甘草、地黄、大枣等；“中药一百二十种为臣，主养性以应人，无毒有毒，斟酌其宜”，需判别药性来使用，如百合、当归、龙眼、黄连、麻黄、白芷、黄芩等；“下药一百二十五种为佐使，主治病以应地，多毒，不可久服”，如大黄、乌头、甘遂、巴豆等。《本经》序录认为：“药性有宜丸者，宜散者，宜水煮者，宜酒渍者，宜膏煎者，亦有一物兼宜者，亦有不可入汤酒者，并随药性，不得违越。”《本经》的问世，对中国药学的发展影响很大，历史上具有代表性的几部著作，如《本草经集注》《新修本草》《证类本草》《本草纲目》等，都是源于《本经》修撰而来的。

四、三国、两晋、南北朝时期

《本草经集注》，南北朝梁代陶弘景编著于480~498年。他将历朝历代积累的经验 and 知识搜集起来，结合自己的实践经验，进行总结，整理成书，共得药730种。他首创按药物自然属性分类的新方法，把药分为草、木、米食、虫兽、玉石、果菜和有名未用等七类，这种分类方法后来成了我国古代药物分类的标准方法，在以后的一千多年间一直被沿用，并加以发展。为便于治疗参考，陶弘景还首创按治疗性能对药物进行分类的方法，例如，祛风的药物有防风、秦艽、防己、独活等，就归在同一类。

南朝雷教编著的《雷公炮炙论》介绍了近300种中药的炮制方法，阐明药物通过适宜的炮制，可以提高药效、减轻毒性或烈性。该书是我国第一部炮制专著，也标志着本草学新分支学科的产生。

五、隋唐时期

公元7世纪中叶，随着国家的统一，初唐交通和贸易逐渐发达，西北少数民族内迁，西域和印度文化不断输入，使唐代的药品数目及种类不断增加，丰富了我国药理学的内容。而被当时医家奉为治病指南的《本草经集注》，由于编著时存在的种种不足以及梁后一百多年来，传抄改移所出现的谬误，已不适应当时形势的需要，朝廷遂下令修撰新的本草著作。

《新修本草》是中国第一部由政府颁布的“药典”，也是世界上最早的药典。它比欧洲最早的药典，即纽伦堡政府于公元1542年颁布的《纽伦堡药典》早了883年。此书由唐·苏敬、长孙无忌等23人编撰于显庆四年(659年)，以《本草经集注》为基础，增补注文与新药，纠正谬误多处，共计54卷，载药844种(一说850种)。

《新修本草》除增加了作为镇静剂的阿魏、泻下剂的蓖麻子及杀虫剂的鹤虱等现代常用的、确有疗效的药物外，更吸收了不少外来药物，如安息香、胡椒等。书中还增加了药物图谱，并附以文字说明，这种图文对照的方法，开创了世界药学著作的先河，无论形式还是内容，都有崭新的特色，不仅反映了唐代药学的高度成就，对后世药学的发展也有深远影响。

《新修本草》在编写过程中，遵从实事求是的原则。它承袭了历代本草的优点，对本经文字，皆留其原貌，不臆加窜改。



由于《新修本草》内容丰富,取材精要,在当时及以后长时期中,在国内外医学领域中都起了很大作用。唐朝政府将其规定为医学生的必修课之一,推广至全国,对我国药理学的发展起了极大推动作用。此后历代主要本草书籍如《蜀本草》《开宝本草》《证类本草》《本草纲目》等,都以其为基础编撰而成。《新修本草》在成书 50 多年后,有日本学者带其回国,后作为日本医学生的必修课本。据日本律令《延喜式》记载:“凡医生皆读苏敬《新修本草》。”又说:“凡读医经者,《太素经》限四百六十日,《新修本草》三百一十日。”足见日本医家对本书的重视,也说明本书对日本医学影响之深远。该书也同时传到朝鲜等邻邦,对这些国家的医药发展起了很大作用。

《新修本草》成书后数十年中,民间单方验方大批涌现出来。陈藏器便以收集《新修本草》遗漏的药物为主,于开元二十七年(739 年)著成《本草拾遗》一书,对《新修本草》做了补充。

唐至五代时期对某些食物药和外来药都有专门的研究。由孟诜原著,经张鼎改编增补而成的《食疗本草》,全面总结了唐以前的营养学和食治经验。李珣的《海药本草》,则主要介绍海外输入药物及南药,扩充了本草学的内容。

六、宋、金、元时期

活字印刷、版刻的应用,为宋代本草学的发展提供了有利条件。

自《新修本草》问世后,历 300 余年,由于社会的发展,药品数量的增加,宋开宝六年(973 年)刘翰、马志等 9 人取《新修本草》《蜀本草》加以详校,参以《本草拾遗》,“刊正别名,增益品目”,定名为《开宝新详定本草》,计 20 卷。第二年又重修增加品种,订正分类,收载新旧药物 983 种,共 21 卷,定名为《开宝重定本草》。

1061 年刊行的《本草图经》由宋·苏颂(1020—1101 年)等编撰,亦称《图经本草》,其中所附 900 多幅药图是我国现存最早的版刻本草图谱。书中还记载了 300 多种药用植物和 70 多种药用动物或其副产品,以及大量重要的化学物质,记述了盐、铁、水银、白银、汞化合物、铝化合物等多种物质的制备。该书对动物化石、潮汐理论的阐述以及植物标本的绘制,都在相应学科中占有领先地位。

《经史证类备急本草》,简称《证类本草》,为北宋唐慎微撰于绍圣四年至大观二年(1097—1108 年)。本书系将《嘉祐本草》《本草图经》两书合一,予以扩充调整编成,重在汇集前人有关药物资料,参引经史百家典籍 240 余种,所摘古本草条文尤多,弥足珍贵。又辑众多医方,各注出处,为宋代本草集大成之作。其资料之富、内容之广、体例之严,对后世本草发展影响深远。《本草纲目》即以此书为蓝本,李时珍称之“使诸家本草及各药单方,垂之千古不致沦没者,皆其功也”。

国家药局的设立,是北宋的一大创举。《太平惠民和剂局方》是宋代官府药局的成药配方范本,载方 788 首,所收录的方剂都是由各地敬献,经太医局验证,而后颁行于全国,并作为修制成药的依据。该书是我国历史上第一部由政府组织编制的中成药专著。

七、明代

李时珍(约 1518—1593 年),蕲州(今湖北蕲春)人,明代杰出医药学家。自嘉靖三十一年(1552 年)至万历六年(1578 年),历时 27 载,三易其稿,著成《本草纲目》。全书 52 卷,约 200 万字,收药 1892 种,附图 1109 幅,附方 11000 余首。其总例为“不分三品,惟逐各部;物以类从,目随纲举”,计分 16 部(水、火、土、金石、草、谷、菜、果、木、服器、虫、鳞、介、禽、兽、人)60 类。从无机到有机,从低等到高等,全面阐述所载药物知识,对各种药物设立若干专项,分别介绍药物名称、历史、形态、鉴别、采集、加工,以及药性、功效、主治、组方应用等。本书刊行后,促进了本草学的进一步发展,倪朱谟的《本草汇言》、赵学敏的《本草纲目拾遗》、黄宫绣的《本草求真》等,均是在其学说启示下而著成的本草典籍。达尔文(Charles Robert Darwin)在其著作中亦多次引用本书的资料,并称之为“古代中国百科全书”。本书于 16 世纪末即传播海外,先后有日、朝、拉



丁、英、法、德、俄等多种文字的译本,对世界自然科学有着举世公认的卓越贡献。

《救荒本草》由明太祖第五子朱橚(1360—1425年)著,于明永乐四年(1406年)刊刻于开封,是一部专讲地方性植物,并结合食用功能以救荒为主的植物志。该书描述了植物形态,展示了当时经济植物分类的情况,全面总结了对植物资源的利用、加工炮制等,对我国植物学、农学、医药学等发展都有一定影响。

《本草蒙筌》,明朝御医陈嘉谟所撰。全书共12卷,收录药物448种,附录388种,书中对每种药物的气味、升降、五行属性、毒性、产地、优劣、采集、炮制、归经、主治等,均做了较为详细的介绍,其中不少内容采用对仗句编写而成,颇具特色。

八、清代

《本草纲目拾遗》,由赵学敏编著于清乾隆三十年(1765年)。该书目的是拾《本草纲目》之遗,可以视作《本草纲目》的续篇。全书共10卷,载药921种,其中《本草纲目》未收录的有716种,绝大部分是民间药,如冬虫夏草、鸦胆子、太子参等,还有一些外来药品,如金鸡纳等。

受当时考据之风影响,孙星衍、顾观光等人从古代文献中重辑《神农本草经》。

此外还有一些偏重实用的典籍,如汪昂的《本草备要》、吴仪洛的《本草从新》、黄宫绣的《本草求真》等。

清代专题类本草也不乏佳作。如张骞的《修事指南》,为炮制类专著,收载232种药物的炮炙方法。郑肖岩的《伪药条辨》,为优秀的辨药专著。章穆的《调疾饮食辨》、王孟英的《随息居饮食谱》等,则是较好的食疗专著。

九、民国时期

民国时期,西方文化及西方医药学在我国快速传播,出现了中西药并存的局面,我国传统医药逐渐被称为“中医药”。与此同时,一股全盘否定传统文化,否定中医药的思潮开始出现,中医药学的发展受到压制。俞樾被认为近代中国主张废除中医的第一人,他提出“医可废,药不可尽废”的观点。

即使在重重阻碍之下,中医药仍然得到不小的发展。药学辞典类大型工具书的出现,是民国时期本草学中的一件大事。其中影响最大的,要数上海著名中医陈存仁(1908—1990年)编著的《中国药学大辞典》(1935年),资料丰富,易于检索,使用方便。浙江兰溪中医学校张山雷编撰的《本草正义》对各药功用主治均做了大量论述和充实。

十、中华人民共和国成立至今

中华人民共和国成立后,政府高度重视中医药事业的继承和发扬,并制定了一系列相应的政策和措施,也取得了前所未有的成就。

20世纪50年代,中华人民共和国卫生部就提出中西医结合的方针,相继建立中医医院、中医院校和科研机构。1978年,中医药教育开始招收研究生,并实施学士、硕士、博士学位制。近年来,在一些中医药高等院校和科研机构中还设立了博士后流动站。

1982年,国家将发展传统医药列入《中华人民共和国宪法》,其后成立了专司传统医学管理的政府机构。《中华人民共和国药典》以法典的形式确定了中药在当代医药卫生事业中的地位,也为中药材及中药制剂质量的提高、标准的制定起了巨大的促进作用。《中华人民共和国药典》自1953年出版第一部以来经过多次修订,已出版过10部(1953、1963、1977、1985、1990、1995、2000、2005、2010、2015年版),目前每5年修订一次,最新版本为2015年版。

中华人民共和国成立以来,中医药学术著作和刊物大量出版,各版的《中药志》《全国中草药汇编》《原色



中华人民共
和国成立至今



《中国本草图鉴》等均从不同角度反映了当代中药学的成就。《中药大辞典》由江苏新医学院编纂,分上、下册和附编三部分,该书收罗广泛,资料丰富,查阅方便。

我国著名药学家屠呦呦(女,浙江宁波人,1930年生),领导课题组系统整理历代医籍、本草、民间方药,利用现代技术手段进行分析研究、不断改进提取方法,于1971年提取出青蒿素(一种治疗疟疾的药物),并于2015年获得诺贝尔科学奖,中医药再次令世人瞩目。

为了更好地继承和弘扬中医药,推进健康中国建设,充分发挥中医药在现代社会中的重要作用,保持我国作为传统医药大国在世界传统医药发展中的领先地位,2016年12月25日,国家颁布了《中华人民共和国中医药法》,自2017年7月1日起施行。

随着我国现代化建设的发展,国力的强盛,中药学必将取得更大的成就,为人类健康做出更大贡献。

第二章 中药的产地、采集与贮藏

中药绝大多数来源于天然的植物、动物和矿物,其品质优劣主要取决于其中的有效成分含量,并直接影响治疗疾病的实际效果。由于中药成分的多样性和复杂性,目前完全确定有效成分,并以之作为含量测定对象的中药并不多,多以临床疗效来衡量中药材的品质。中药的品种、来源产地、采集、加工炮制、贮藏养护等均会对中药的疗效产生较大影响。

第一节 中药的产地

我国幅员辽阔,地区气候环境差异较大,对药材的生长有着重要影响。有些中药只在特定的区域生长,有的中药分布范围很广,土壤、水质、气候、日照、生物分布、海拔等不同生态环境造成中药材的品质差异很大,故很多药材的生产都表现出特定的地域特征。



中药的产地

薄荷、丁香、肉桂等含挥发油的药材,其挥发油含量随纬度下降而逐渐升高。苍术挥发油的含量越向北越递减。甘草在我国东北、内蒙古、新疆都有分布,其中以内蒙古杭锦旗、阿拉善旗等地粉性大,味甜,质量佳。野生人参在东北只分布在长白山区极狭窄的森林地带。刺五加的自然分布只限于黄河以北地区。

历代医家都重视使用产于特定地域的优质药材,即“道地药材”。所谓道地药材,又称地道药材,是指历史悠久、产地适宜、品种优良、产量宏丰、炮制考究、疗效突出、带有地域特点的药材。《神农本草经》有云,药有“土地所出,真伪新陈,并各有法……”,强调了区分药材的产地、讲究道地的重要性。书中所载药材中,不少从药名上就可以看出有道地特性,如巴豆、蜀椒、秦皮、吴茱萸等,其中的巴、蜀、秦、吴都是当时的地名。《本草经集注》总结了前人的药学成就,进一步论述了“道地”的重要性:“诸药所生,皆有境界。多出近道,气力性理,不及本邦。所以疗病不及往人,亦当缘此故也。”《新修本草》对道地药材也做了精辟的论述:“离其本土,则质同而效异。”如产于浙江的贝母,叫浙贝母、大贝母或象贝母,长于清肺祛痰,适用于痰热蕴肺之咳嗽;而产于四川的川贝母,长于润肺止咳,治疗肺有燥热之咳嗽、虚劳咳嗽。

典型的道地药材如甘肃的当归,宁夏的枸杞子,四川的黄连、附子,内蒙古的甘草,吉林的人参,山西的黄芪、党参,河南怀庆的牛膝、地黄、山药、菊花(四大怀药),江苏的苍术,浙江的白术、白芍、浙贝母、杭白菊、延胡索、玄参、麦冬、温郁金(浙八味),山东的阿胶,广东的陈皮、砂仁、广藿香,云南的茯苓、三七等。

随着环境、生产条件的改变,道地药材的产地也会发生改变。如三七原产于广西,称广三七,后云南产者质优量丰,成为新的道地产区,称为滇三七。

随着医疗事业的发展,人们生活水平和健康意识的提升,中药的需求量逐年增加,仅靠道地药材的传统产区已经远远不能满足需求,在确保疗效和品质的前提下,对药材进行引种栽培已成为必要手段,如天麻的



人工栽培、牛黄的人工培育等。

第二节 中药的采集

《新修本草》指出：“乖于采摘，乃物是而实非。”孙思邈在《千金翼方》中记载了 238 种中药材的采集时间，并指出中药材采集时间、干燥方法、贮藏期限等与质量的关系，曰：“夫药采取，不知时节，不以阴干、暴干，虽有药名，终无药实。故不依时采取，与朽木不殊，虚费人工，卒无裨益。”民间也有“当季是药，过季是草”的谚语。

中药材质量的好坏，取决于有效成分含量的多少。为保证中药材的质量和产量，大部分中药材成熟后应及时采收。中药材的成熟是指药用部位已达到药用标准，符合国家药典规定和要求。中药材最佳采收期即有效成分含量最高、外观性状最佳的采收时期。

中药材种类繁多，药用部位不同，其最佳采收期也不相同。

一、根及根茎类中药材

此类中药材一般以根及根茎结实、根条直顺、少分叉、粉性足的质量较优。一般是在秋季植物地上部分开始枯萎或早春植物抽苗时采集，这时植物的养分多贮藏在根或根茎部，所采药物产量高，质量好。但也有些根及根茎类中药材如明党参春天采收，太子参则在夏天采收较好，延胡索（元胡）是早春植物，则应在立夏后地上植株部分枯萎前采挖。多数的根及根茎类药材需生长一年或两年以上才能采收供药用。

二、花类中药材

花类中药材一般宜在花含苞待放时采收，不宜在花完全开放时采收，更不可在花衰败欲落时采收。因为后两种情况不仅影响药材性状、颜色、气味，更重要的是有效成分含量也会显著减少。如金银花应在夏秋花蕾前头蓬大、由青转黄时，丁香在秋季花蕾由绿转红时，辛夷在冬末春初花未开放时，玫瑰在春末夏初花将开放时，槐米在夏季花蕾形成时，采收最适宜，其有效成分含量高，质量好。

对花期较长，花朵陆续开放的植物，应分批采摘以保证药材质量。花粉粒需盛开时采收，如松花粉、蒲黄等。采花应在晴天早晨，以便采后迅速晾晒干燥。

三、果实及种子类中药材

果实类药材除少数采用未成熟果实如青皮、枳实等外，一般应在果实成熟或接近成熟时采集。过早采收则其果肉稀薄，过迟则其果肉松泡，影响质量与产量。有的在果实成熟后经霜变色时采摘，如川楝子经霜变黄，山茱萸经霜变红时采摘。

种子类中药材应在种子完全发育成熟、籽粒饱满、有效成分含量高时采收。对成熟度不一致的品种，应在成熟时随熟随采，分批进行。有些种子成熟后容易散落，如牵牛子、急性子（凤仙花子）等，则在果实成熟而未开裂时采集。有些既用全草、又用种子的药材，则可在种子成熟时，割取全草，将种子打下后分别晒干贮藏，如车前子、紫苏子等。

四、叶类中药材

叶类中药材大多在夏秋季节植株茎叶茂盛或开花时期采集。此时植株已经完全长成，光合作用旺盛，有



效成分含量最高,如大青叶、紫苏叶、番泻叶、臭梧桐叶、艾叶等。但有些植物的叶亦有在秋冬时采收,如桑叶。

五、全草类中药材

全草入药的中药材应在植株生长最旺盛而将要开花前采收,如鱼腥草、淫羊藿、仙鹤草、透骨草、马鞭草、藿香、泽兰、半枝莲、千里光、佩兰、蒲公英、茵陈、淡竹叶、石斛等。但也有部分品种以开花后秋季采收,其有效成分含量最高,如麻黄、细辛、垂盆草、紫花地丁、金钱草、荆芥等。

多年生草本常割取地上部分,如益母草、薄荷等;一些茎较柔弱、植物矮小及必须带根用的药材则连根拔起,如垂盆草、紫花地丁等。

六、皮类中药材

一般在春末夏初采收,此时正值植物生长旺盛期,浆液较多,容易剥离。且形成层细胞分裂较快,伤口较易愈合,如黄柏、厚朴、秦皮等。少数皮类药材于秋冬两季采取,如川楝皮、肉桂等,此时皮中有效成分含量较高。剥树皮时应注意不能将树干整个一圈剥下,以免影响树干的输导系统,造成树木的死亡。

七、动物类、矿物类中药材

动物类中药材因其种类及药用部位不同而异。一般潜藏在地下的小动物,宜在夏秋季捕捉,如蚯蚓、蟋蟀等;大动物虽然四季皆可捕捉,但一般宜在秋冬季猎取。有的以卵鞘入药的,则在3月中旬前收集,过时则虫卵孵化成虫;以成虫入药的均应在其活动期捕捉。有翅昆虫在清晨露水未干时便于捕捉。鹿茸必须在雄鹿幼角未角化时采取。牛黄、马宝等结石类药材应在屠宰时注意收取。不可用炸药、毒药或通电捕捉,竭泽而渔、杀鸡取卵的做法应予以严格禁止。

矿物类中药材一般可随时采收。

第三节 中药的贮藏与养护

导致中药品质发生变异的原因主要有中药自身因素(内因)和外部环境因素(外因)两个方面。内因主要包括中药的化学成分及其性质、中药含水量不合格、细菌污染等,如挥发油含量高的比较容易散失气味,含糖、淀粉、蛋白质高的则比较容易生虫、发霉,较高的含水量以及药材本身受污染则会促进或加剧霉变、虫蛀等情况的发生。

一、影响中药变异的常见外界因素

外界因素主要包括温度、湿度、空气、光照、微生物等。

1. 温度

温度变化与中药变异有直接关系。在常温(15~20℃)下,药材成分一般较为稳定,利于贮存。高温状态可见泛油、气味散失及串味,胶类及树脂类中药易发软、黏结及融化,使成分分解,形态改变;低温则可使鲜品药材结冰冻坏。贮藏温度管理失当,亦会导致霉腐微生物及仓虫的繁殖滋生,从而出现霉腐、蛀蚀等变异。此外,堆集过紧,贮藏过程中药材代谢产生的热量若不能及时散发,可使贮品颜色发黑(严重时会引起烟



影响中药变异的
常见外界因素



或起火,俗称“冲烧”),质地枯朽变质。

2.湿度

贮藏中多采用相对湿度作为控制和调节仓库湿度的依据。相对湿度,指空气中水汽压与相同温度下饱和水汽压的百分比,反映了空气潮湿的程度。贮藏仓库的相对湿度一般应控制在70%左右。相对湿度过高,易导致霉变现象的产生,特别是含糖类、黏液质、淀粉类饮片容易吸潮变质,一些粉末状饮片也易吸潮粘连成块。相对湿度过低时,某些含有结晶水的矿物药容易风化(如胆矾、芒硝等)。

3.空气

空气中的氧可与药物中的糖、脂肪、挥发油等成分发生化学反应而影响质量。如常见的牡丹皮、大黄、黄精等颜色变深,就是因为所含鞣质、油脂及糖分等,与空气中的氧接触而使质量发生变化。薄荷的变色与气味散失,也是因为与氧作用的结果。

4.光照

日光中的紫外线,波长短,能量高,可使贮品成分氧化、分解,如油脂的酸败,苷类及维生素类的分解等。日光对某些饮片的色素有破坏作用而导致变色,一些花、叶、草类饮片在日光照射下颜色变浅,干燥易碎,如月季花、益母草等。但紫外线同时能杀灭霉菌并使过多的水分蒸发,起到防潮防霉的作用。

此外,贮藏环境中的微生物(以真菌为主)、虫害(如谷象、米象、大谷盗、药谷盗、日本标本虫、印度谷螟、粉螨等)、鼠害等都是导致中药发生变质的常见因素。

贮藏的时间越长,药材发生变色、腐烂、气味散失、氧化、分解、挥发等现象的概率也就越大。

二、贮藏中常见的中药变异现象

1.虫蛀

虫蛀是指害虫侵入中药内部所引起的破坏性作用。产地采收加工、运输、贮藏过程中均有可能受到虫害的侵入。饮片中所含的淀粉、糖类、脂肪、蛋白质等成分,有利于害虫生长繁殖,此类药材最易生虫,如白芷、北沙参、前胡、大黄、桑螵蛸等。

2.发霉

发霉又称霉变,是指霉菌在中药表面或内部滋生的现象。当温度在20~35℃之间,相对湿度在75%以上或中药含水量超过15%并有足够营养条件下,中药表面附着的霉菌易于生长繁殖,在此过程中会分泌酶溶蚀药材组织,致使中药成分发生变化。发霉对饮片贮藏危害最大,我国地处温带,特别是长江以南地区,夏季炎热、潮湿,饮片最易发霉。

3.泛油

中药泛油又称走油,是指某些含脂肪油、挥发油、黏液质或糖类较多的中药,受热或受潮时其表面返软、发黏、颜色变浑、呈现油状物质并发出油败气味的现象。易泛油的中药如柏子仁、桃仁、杏仁、炒紫苏子、当归、丁香、炒酸枣仁、炒莱菔子、牛膝、麦冬、天冬、熟地黄、黄精等。动物类药材(如刺猬皮、九香虫等)泛油后躯体易残,色泽加深,外表呈油样,“哈喇”(即酸败)气味强烈。

4.变色

各种中药都有其特定的色泽。由于保管不善,某些药物的颜色由浅变深,如泽泻、白芷、山药、天花粉等由白色变为黄色;有些药物由鲜艳变暗淡,如红花、菊花、金银花、腊梅花等。色泽的变化不仅改变饮片的外观,也影响药物的内在质量。

5.气味散失

气味散失是指一些含有易挥发成分(如挥发油等)的中药,因贮藏保管不当而造成成分挥散损失,使得



中药的气味变淡或散失的现象。药物发霉、泛油、变色,均能使药物气味散失。中药的气味是中药质量好坏的重要标志之一,由于挥散走气使其有效成分减少,气味发生变化,会导致疗效的降低甚至丧失。

6. 风化

某些含结晶水的矿物类药物,长期与干燥空气接触,逐渐失去结晶水,从而变为粉末状,其质量和药性也随之发生改变,如胆矾、硼砂、芒硝等。

7. 潮解

指在一定温度、湿度影响下,含可溶性糖或无机盐类成分较多的中药(有的中药本身就是无机盐),吸收潮湿空气中的水分,使其表面慢慢溶化成液态的现象。易潮解的中药,矿物类如芒硝、绿矾、硼砂、大青盐等,糖、盐加工炮制品如糖参、全蝎(盐制)、天冬等,海产品如海藻、昆布等。

8. 粘连

指含糖胶、树脂、蜡质等成分的固态中药,在温度升高的影响下,自身变软,黏结成块的变异现象,常见的有芦荟、没药、阿胶、乳香、龟甲胶、儿茶等。

9. 腐烂

某些新鲜的饮片,因受温度、湿度和空气中微生物的影响,而导致腐烂败坏的现象,如鲜生姜、鲜生地、鲜芦根、鲜石斛等。饮片一旦腐烂,不能再入药。

三、常用的中药贮藏与养护方法

贮藏和保管好中药,是保证药物临床疗效的重要环节。应创造产地加工的良好环境,加强药物的入库验收,控制库房的温度和湿度。合理安排药物贮藏的时间顺序,做到“发陈储新”“先进先出”,对已经霉变虫蛀的药物及时整理清理。

为防止常见的虫害、霉变,常用的方法有太阳暴晒、烘烤、低温冷藏、密封贮藏等。无论采用哪种保管方法,都必须坚持“以防为主,防治结合”的原则。科学养护方法,必须实施在药材发生虫蛀、霉变之前,只有这样才能收到良好的保质效果。

对抗同贮法是非常有效而环保的传统贮藏方法。所谓对抗同贮法,是将两种或两种以上的药物共同贮藏,利用其中某些品种的中药所散发的特殊气味、吸湿性能或特有的驱虫杀菌的化学成分,是防止另外的药材发生虫霉变质现象的一种贮藏方法。

常见对人畜无害又能防治仓储中药虫害的中药有很多,如除虫菊、吴茱萸、花椒、柑橘(皮、核)、柚皮、黑白胡椒、野蒿、辣蓼、大蒜、苦楝、臭椿、硫黄、姜粉、干辣椒等。此外,草木灰、生石灰、高度酒等也有一定防霉除虫作用。

长期实践表明,泽泻、山药与牡丹皮同贮可防虫保色,西红花、冬虫夏草同贮可防生虫,蜜拌桂圆肉可保味保色,大蒜与芡实、薏苡仁、土鳖虫、全蝎、僵蚕等药材同贮,能使这些药材不易生虫,细辛、花椒可养护鹿茸防虫蛀蚀,当归可防麝香走味变色等。

气调养护是一种新兴的无公害养护方法,即在密闭的容器或环境内,冲入氮气或二氧化碳等惰性气体,对影响药材变质的空气中氧气浓度进行有效控制,造成一个低氧环境(2%以下),使害虫不能生长,霉菌的繁殖受到抑制,从而保证药材质量。这种方法可以消除长期使用化学杀虫剂对环境和药材造成污染的弊病。贮藏时一般用特制的塑料帐将放置药材的堆垛密封,抽出垛内的空气,充入氮气或二氧化碳等惰性气体,定期进行测试,检查帐内气体浓度、温度和湿度等,使之符合贮藏要求。需气调养护的药材应充分干燥,保持安全湿度,防止罩帐内壁凝结水珠,导致药材发霉。

此外,还有远红外加热干燥养护、微波干燥养护、气幕防潮养护、钴-60 辐射防霉除虫养护等贮藏养护方法。

第三章 中药的炮制

炮制,又称炮炙、修事、修治,是药物在制成各种制剂前,根据医疗、调制、制剂的需要,对药材进行必要的整理加工以及特殊处理的一些方法。

中药的炮制是我国的一项传统制药技术。由于中药材大都是生药,其中不少的药物必须经过一定的炮制处理,才能符合临床用药的需要。按照不同的药性和治疗要求又有多种炮制方法,同时有毒之品必须经过炮制后才能确保用药安全。有些药材的炮制还要加用适宜的辅料,并且注意操作技术和掌握火候,故《本草蒙筌》谓:“凡药制造,贵在适中,不及则功效难求,太过则气味反失。”可见炮制是否得当对保障药效、用药安全、便于制剂和调剂都有十分重要的意义。中药的炮制、应用和发展有着悠久的历史,在《黄帝内经》《神农本草经》及历代中医药文献中都有不少中药炮制的散在记载,之后逐步发展出现了《雷公炮炙论》《炮炙大法》《修事指南》等炮制专著,使炮制方法日益增多,炮制经验日趋丰富。

第一节 中药炮制的目的

一、纯净药材,保证质量,分拣药物,区分等级



中药炮制的目的

一般中药原药材多附着泥土、夹带沙石及非药用部分和其他异物,如植物的根、茎、叶、花、果等夹有泥沙、杂物,动物的皮、肉、骨、筋、角等残留腐肉、恶血等。药物在采集后必须清除泥沙杂质和非药用的部分,经过挑拣修治,水洗清洁,才能使药物纯净,方可保证质量,提供药用。使用前进行清除杂物,洗去泥沙、污垢,筛去灰屑,除去霉烂变质之物和非药用部位,可使药物清洁纯净,保证临床用药剂量准确。如,有些海产品与动物类的药物需要漂去咸味及腥味,石膏挑出沙石、茯苓去净泥土、防风去掉芦头、黄柏刮净粗皮、鳖甲除去残肉、枳壳去瓢、远志抽心等;同一药物,来源不同,入药部位还需分拣入药,如麻黄(茎)、麻黄根,荷叶、莲子等;贵重药材尚须分拣,区分优劣等级,如人参、三七等。

二、切制饮片,便于调剂制剂

饮片,是将净选后的中药材,经过软化、切削、干燥等加工工序,制成一定规格的药材(如片、段、丝、块等),便于准确称量、计量,按处方调剂,同时增加药材与溶剂之间的接触面积,利于有效成分的煎出,便于制剂。矿物类、贝壳类、动物骨甲类如自然铜、磁石、赭石、牡蛎、石决明、穿山甲等药物质地坚硬,难于粉碎,不



便于调剂和制剂,而且在短时间内又不易煎出有效成分,因此必须经过特殊的炮制方法使其质地变脆变酥,易于粉碎,而且使有效成分易于煎出。

三、干燥药材,利于贮藏

药物在加工炮制过程中,需经过干燥处理,避免霉烂变质,以利于贮存。特别是一些具有活性的药材,如种子药材白扁豆、赤小豆等,必须加热干燥,才能防止萌动变质。有些昆虫类、动物类药物经过加热处理,如蒸、炒可杀虫卵,防止孵化,亦为便于贮存。植物的种子类经过加热处理,能终止种子萌发,而便于保存不易变质。含有特殊成分的药物经加热处理,可破坏酶的活性,避免有效成分被酶解损失。

四、矫味,矫臭,便于服用

动物类或其他具有腥气异味的药物,往往不被病人所接受,经过麸炒、酒制、醋制后,能起到矫味和矫臭的作用,如酒制乌梢蛇、醋炒五灵脂、麸炒白僵蚕、滑石烫刺猬皮、水漂海藻、麸炒斑蝥等,以便临床服用。

五、降低毒副作用,保证安全用药

部分中药虽有较好的疗效,但因其毒性或副作用太大,临床应用不安全。对一些毒副作用较强的药物经过加工炮制后,可以明显降低药物毒性及其副作用,使之广泛用于临床,并确保安全用药。如川乌、附子、半夏生用内服易中毒,炮制能减毒;生半夏、生南星有毒,用生姜、明矾脆制,可解除毒性;巴豆剧毒,去油用霜能减毒;甘遂、大戟醋制也为了减毒。

六、增强药物功效,提高临床疗效

中药通过适当的炮制,可以提高中药的疗效。一方面是可以提高其溶出率,并使溶出物易于吸收而增强疗效。明代《医宗粹言》写道:“决明子、萝卜子、芥子、苏子、韭子、青箱子,凡药用子者俱要炒过,入煎方得味出。”这便是现代“适子必炒”的根据和用意。因为种子有硬壳,炒后种皮破裂,有效物质就便于煎出。另一方面是药物之间相互配合起协同作用,起到增强疗效的效果,如款冬花和紫菀等化痰止咳作用的药物,经蜜炙后其作用增强。

七、改变药物性能,扩大应用范围

如生地黄性寒凉血,功效清热凉血、滋阴生津,而蒸制成熟地黄后微温而补血,成滋阴补血、生精填髓之品;生首乌补益力弱且不收敛,能截疟解毒、润肠通便,经黑豆汁拌蒸成制首乌后功专滋补肝肾、补益精血、涩精止崩;再如天南星经姜矾制后称制南星,功能燥湿化痰、祛风解痉,药性辛温燥烈,而经牛胆汁制后称胆南星,药性变为凉润,成为清化热痰、息风定惊之品;柴胡生用疏散退热,鳖血炒柴胡则可凉血除蒸。由此可见药物经炮制之后,可以改变药物性能,扩大应用范围,使之更适应病情的需要。

八、引药归经,便于定向用药

有些药物经炮制后,可以在特定脏腑经络中发挥治疗作用,《本草蒙筌》谓“入盐走肾脏”“用醋注肝经”就是这个意思。如知母、黄柏、杜仲经盐炒后,可增强入肾经的作用;而柴胡、香附、青皮经醋炒后,则增强入肝经的作用,便于临床定向选择用药。



第二节 中药炮制的方法

炮制方法是历代逐步发展和充实起来的。参照前人的记载,根据现代实际炮制经验,炮制方法一般可以分为以下五类:

一、修治

修治包括纯净、粉碎、切制药材三道工序,为进一步加工贮存、调剂、制剂和临床用药做准备。

1. 纯净药材

借助一定的工具,用手工或机械的方法,如挑、筛、簸、刷、刮、挖、撞等方法,去掉药物中的泥土杂质、非药用部分及药效作用不一致的部分,使药物清洁纯净,便于使用和进一步加工。如拣去辛夷花的枝、叶,筛选王不留行及车前子,簸去薏苡仁的杂质,刷除枇杷叶、石韦叶背面的绒毛,刮去厚朴、肉桂的粗皮,挖掉海蛤壳、石决明的肉留壳,撞去白蒺藜的硬刺。

2. 粉碎药材

以捣、碾、研、磨、镑、锉等方法,使药材粉碎达到一定粉碎度,以符合制剂和其他炮制的要求,便于制剂和服用。如贝母、砂仁、郁李仁等捣碎便于煎煮;琥珀研末便于吞服;犀角、羚羊角等用镑刀镑成薄片或碎屑,或以锉刀锉成粉末,便于制剂或服用。

3. 切制药材

用刀具采用切、铡的方法,按照一定规格,将药切成片、段、丝、块等,使药物有效成分易于溶出,并便于进行其他炮制,也利于干燥、贮藏和调剂时称量。根据药材性质或制剂及临床需要的不同,有不同的切制规格要求。如槟榔宜切薄片,白术宜切厚片,甘草宜切圆片,肉桂宜切圆盘片,黄芪宜切斜片,麻黄、紫苏、白茅根宜切段,茯苓、葛根宜切块等。

二、水制

用水或其他辅料处理药材的方法称为水制法。其目的主要是清洁药物、除去杂质、软化药物、便于切制、降低毒性及调整药性等。常见的方法有漂洗、闷润、浸泡、喷洒、水飞等。



水制

1. 漂洗

将药物置于水池或长流水中,反复地换水,以除去杂质、盐味及腥味。如将芦根、白茅根洗去泥土杂质,海藻、昆布漂去盐分,紫河车漂去腥味等。

2. 浸泡

将质地松软或经水泡易损失有效成分的药物,置于水中浸湿立即取出,称为浸,又称沾水;而将药物置于清水或辅料药液中,使水分渗入,药材软化,便于切制,或用以除去药物的毒质及非药用部分,称为泡。如用白矾水浸泡半夏、天南星,用胆巴水浸泡附子等。操作时要根据浸泡的目的、季节、气温的不同,掌握浸泡时间及搅拌和换水次数,以免药材腐烂变质影响药效。

3. 闷润

根据药材质地的软坚、加工时的气温、工具的不同,而采用淋润、洗润、泡润、浸润、晾润、盖润、伏润、露润、复润、双润等多种方法,使清水或其他液体辅料徐徐渗入药物组织内部,至内外的湿度均匀,便于切制饮



片。如淋润荆芥、泡润槟榔、酒洗润当归、姜汁浸润厚朴、伏润天麻、盖润大黄等。

4. 喷洒

对一些不宜用水浸泡,但又需潮湿者,可采用喷洒湿润的方法。而在炒制药物时,按不同要求,可喷洒清水、酒、醋、蜜水、姜汁等辅料药液。

5. 水飞

水飞是借药物在水中的沉降性质分取药材极细粉末的方法。适用于矿石和贝壳类不易溶解于水的药物,如朱砂等。目的是使药物粉碎得更加细腻,便于内服和外用。在水飞前先将药物打成粗末,然后放在研钵内和水同研,倾取上部的混悬液,然后再将沉于下部的粗末继续研磨,这样反复操作,研至将细粉放在舌上尝之无渣为度。水飞亦可防止粉末在研磨时飞扬,以减少损耗。

三、火制

将药物经火加热处理的方法。根据加热的温度、时间和方法的不同,可分为炒、炙、烫、煨、煨等。

1. 炒

将药物置锅中加热不断翻动,炒至一定程度取出。炒有加辅料和不加辅料两种炒法。不加辅料炒叫清炒。清炒时,根据“火候”大小可分为:

(1)炒黄:用文火将药物炒至表面微黄的方法。如炒牛蒡子、炒紫苏子。

(2)炒焦:将药物炒至表面焦黄,内部淡黄为度,如焦山楂、焦白术、焦麦芽等。

(3)炒炭:用武火将药物炒至表面焦黑,内部焦黄,但仍保留药材固有的气味(即存性)的方法,如艾叶炭、姜炭等。药材炒制后要洒水,以免复燃。

炒黄、炒焦使药材宜于粉碎加工,并缓和药性。种子类药材炒后则煎煮时有效成分易于溶出。而炒炭能缓和药物的烈性或副作用,或增强其收敛止血、止泻的作用。

2. 炙

将药物与液体辅料共置锅中加热拌炒,使辅料渗入药物组织内部或附着于药物表面,以改变药性,增强疗效或降低毒副作用的方法称炙法。常用的液体辅料有蜜、酒、醋、姜汁、盐水、童便等。如蜜炙百部、款冬花、枇杷叶可增强润肺止咳作用;酒炙川芎、当归、牛膝可增强活血之功;醋炙香附、柴胡可增强疏肝止痛功效;醋制芫花、甘遂、大戟可降低毒性;盐炙杜仲、黄柏可引药入肾和增强补肾作用;酒炙常山可降低催吐作用;姜炙半夏可增强止呕作用。

3. 烫

先在锅内加热中间物体(如砂石、滑石、蛤粉等),温度可达 $150\sim 300^{\circ}\text{C}$,用以烫炙药物,使其受热均匀,膨胀松脆,不能焦枯,烫毕,筛去中间物体,至冷即得。如滑石粉烫制刺猬皮,砂烫穿山甲,蛤粉烫阿胶珠等。

4. 煨

将药物用猛火直接或间接煨烧,使质地松脆,易于粉碎,便于有效成分的煎出,以充分发挥疗效。坚硬的矿物药或贝壳类药多直接用煨烧(亦称明煨),以煨至透红为度,如紫石英、龙骨、牡蛎。间接煨是将药物置于耐火容器中密闭煨烧(亦称密闭煨或闷煨),至容器底部红透为度,如棕榈炭、血余炭等。

5. 煨

将药物用湿面或湿纸包裹,置于热火灰中,或用吸油纸与药物隔层分开进行加热的方法称为煨法。其目的是除去药物中的部分挥发性及刺激性成分,以缓和药性,降低副作用,增强疗效。如煨肉豆蔻、煨木香、煨生姜、煨葛根等。



四、水火共制

这类炮制方法是既要用水又要用火,有些药物还必须加入其他辅料进行炮制。包括蒸、煮、炖等方法。

1. 煮

是将药物与水或辅料置锅中同煮的方法。它可降低药物的毒性、烈性或附加成分,增强药物的疗效。如酒煮黄芩。

2. 蒸

是以水蒸气或附加成分将药物蒸熟的加工方法。它分清蒸与加辅料蒸两种方法。前者如清蒸玄参、桑螵蛸,后者如酒蒸山茱萸、大黄等。蒸制的目的在于改变或增强药物的性能,降低药物的毒性。如何首乌经反复蒸晒后不再有泻下之力而功走补肝肾益精血;黄精经蒸制后可增强其补脾益气、滋阴润肺之功。

3. 炖

是蒸法的演变和发展,其方法是将药物置于钢罐中或搪瓷器皿中,同时加入一定的液体辅料,盖严后,放入水锅中炖一定时间。其优点是不致使药效走失、辅料挥发掉,如炖制熟地黄及黄精等。

4. 焯法

又称焯、水烫,是将药物快速放入沸水中、短暂加热后,立即取出的方法。常用于种子类药物的去皮及肉质多汁类药物的干燥处理。前者如杏仁、桃仁、扁豆以去皮;后者马齿苋、天冬以便于晒干贮存。

五、其他制法

1. 制霜

中药霜制品包括药物榨去油质之残渣,如巴豆霜、千金子霜;多种成分药液渗出的结晶,如将皮硝纳入西瓜中渗出的结晶,即西瓜霜;药物经煮提后剩下的残渣研细,如鹿角霜。

2. 发酵

在一定条件(温度等)下使药物发酵,从而改变原来药物的性质,可增强和胃消食的作用,如神曲、建曲、半夏曲等。

第四章 中药的性能

中医认为任何疾病的发生与发展都是由于致病因素(邪气)作用于人体,引起机体正邪斗争,阴阳偏盛偏衰,气血失常,脏腑功能失调的结果。中药治病的基本作用就是扶正祛邪,恢复脏腑功能,纠正阴阳偏盛偏衰的病理现象,使之最大程度上恢复到正常状态,达到治愈疾病、恢复健康的目的。

药物之所以能够针对病情,发挥上述基本作用,是由于各种药物本身各自具有若干特性和作用,前人将之称为药物的偏性,意思是说以药物的偏性来纠正疾病所表现出来的阴阳偏盛偏衰。疾病有寒性、热性的区别,药性有寒、热的不同;病势有向上向下、在表在里的差异,药性也有升、浮、沉、降的区别;疾病发生部位在各个脏腑经络不同,药性也有归入某经某脏腑的区分。清代医家徐灵胎总结说:“凡药之用,或取其气,或取其味……或取其所生之时,或取其所生之地,各以其所偏胜而即资之疗疾,故能补偏救弊,调和脏腑。深求其理,可自得之。”把药物与疗效有关的性质和性能统称为药性,它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,是药物多种特性和作用的概括。研究药性形成的机制及其运用规律的理论称为药性理论,其基本内容包括四气五味、升降浮沉、归经、有毒无毒、配伍、禁忌等。

药性理论是我国广大劳动人民在长期与疾病做斗争的过程中,逐渐积累的药物治病的丰富经验,并把它上升为理论的结果,是我国历代医家在长期医疗实践中,以阴阳、脏腑、经络学说为依据,根据药物的各种性质及所表现出来的治疗作用总结出来的用药规律。它是中医学理论体系中的一个重要组成部分,是学习、研究、运用中药所必须掌握的基本理论知识。

第一节 四气

《神农本草经》序例云:“药有酸咸甘苦辛五味,又有寒热温凉四气。”这是有关药性基本理论之一的四气五味的最早概括。每味药物都有四气五味的不同,因而也就具有不同的治疗作用。历代本草在论述药物的功用时,首先标明其“气”和“味”,可见气与味是药物性能的重要标志之一,是说明药物作用性质的重要概念,这对于认识各种药物的共性和个性以及临床用药都有实际意义。

《汉书艺文志·方技略》:“经方者,本草石之寒温,量疾病之浅深,假药味之滋,因气感之宜,辨五苦六辛,致水火之齐,以通闭解结,反之于平。”可知药性分寒温,不晚于西汉时代。“药有寒热温凉四气”,则是首先由《神农本草经》提出的。宋代寇宗奭为了避免与药物的香臭之气相混淆,主张将“四气”改为“四性”。他在《本草衍义》中提出:“凡称气者,即是香臭之气,其寒热温凉则是药之性……序例中‘气’字,恐后世误书,当改为‘性’字,则于义方允。”但是,不论称四气,还是称四性,涵义都是一样的,都是指寒热温凉四种药性,而四气的称谓沿用已久,习称至今。正如李时珍所说:“寇氏言寒热温凉是性,香臭腥臊是气,其说与《礼记》



四气



文合。但自《素问》以来,只以气味言,卒难改易,姑从旧尔。”

由上可知,四气就是寒热温凉四种不同的药性,又称四性。它反映了药物对人体阴阳盛衰、寒热变化的作用倾向,为药性理论重要组成部分,是说明药物作用的主要理论依据之一。四气之中寓有阴阳含义,温热与寒凉属于两类不同的性质。寒凉属阴,温热属阳,温次于热,凉次于寒,即在共同性质中又有程度上的差异。对于有些药物,通常还标以大热、大寒、微温、微寒等予以区别,这是对中药四气程度不同的进一步区分,示以斟酌使用。然从四性本质而言,只有寒热两性的区分。此外,四性以外还有一类平性药,所谓“平”,是指药性平和、作用和缓、寒热之性不甚显著的药物,如党参、山药、甘草等。实际上平性也有偏温偏凉的不同,称其性平是相对而言的,仍未超出四性的范围。故四性从本质而言,实际上仍是寒热二性。

药性寒热温凉的确定,是从药物作用于机体所发生的不同反应概括出来的,它与所治疾病的性质是相对而言的。故可以认为,药性的确定是以用药反应为依据,病证寒热为基础的,能够减轻或消除热证的药物,一般属于寒性或凉性,如病人表现为高热烦渴、面红目赤、咽喉肿痛、脉洪数,这属于阳热证,用石膏、知母、栀子等药物治疗后,上述症状得以缓解或消除,说明它们的药性是寒凉的;反之,能够减轻或消除寒证的药物,一般属于温性或热性,如病人表现为四肢厥冷、面色苍白、脘腹冷痛、脉微欲绝,这属于阴寒证,用附子、肉桂、干姜等药物治疗后,上述症状得以缓解或消除,说明它们的药性是温热的。

一般来讲,寒凉药属阴性,多具有清热泻火、凉血解毒、滋阴除蒸、泄热通便、清热利尿、清化热痰、清心开窍、凉肝息风等作用,多用于阳证、热证;而温热药属阳性,多具有温里散寒、补火助阳、温阳利水、温经通络、引火归元、回阳救逆等作用,多用于阴证、寒证。《素问·至真要大论》“寒者热之,热者寒之”、《神农本草经》序例“疗寒以热药,疗热以寒药”指出了如何掌握药物的四气理论以指导临床用药的原则。具体来说,温热药多用治中寒腹痛、寒疝作痛、阳痿不举、宫冷不孕、阴寒水肿、风寒痹证、血寒经闭、虚阳上越、亡阳虚脱等一系列阴寒证;而寒凉药则主要用于实热烦渴、温毒发斑、血热吐衄、火毒疮疡、热结便秘、热淋涩痛、黄疸水肿、痰热喘咳、高热神昏、热极生风等一系列阳热证。总之,阳热证用寒凉药,阴寒证用温热药,这是临床用药的一般原则。反之,如果阴寒证用寒凉药,阳热证用温热药必然导致病情进一步恶化,甚至引起死亡。王叔和谓“桂枝下咽,阳盛则毙,承气入胃,阴盛以亡”便是此意。李中梓《医宗必读》谓:“寒热温凉,一匕之谬,覆水难收。”

由于寒与凉、热与温之间具有程度上的差异,因而在用药时也要注意。如当用热药而用温药、当用寒药而用凉药,则病重药轻达不到治愈疾病的目的;反之,当用温药而用热药则反伤其阴,当用凉药反用寒药则易伤其阳。至于表寒里热、上热下寒、寒热中阻而致的寒热错杂的复杂病证,往往应寒药热药并用。若为寒热错杂、阴阳格拒的复杂病证,又当采用寒热并用佐治之法治之。即张介宾“以热治寒,而寒拒热,则反佐以寒药而入之;以寒治热,而热拒寒,则反佐以热药而入之”之谓也。又《素问·六元正纪大论》提出“寒无犯寒”“热无犯热”,这是指掌握四气理论根据季节不同,指导临床用药的规律。一般是指在寒冬时无实热证,不要随便使用寒凉药,以免损伤阳气;而在炎热夏季无寒证者不要随便使用温热药,以免伤津化燥。对于真寒假热之证,则当以热药治本,必要时反佐以寒药;真热假寒之证,则当以寒药治本,必要时反佐以热药。

对药物作用可从不同角度认识,如作用性质、作用范围、作用趋势、作用强度等。药性寒热是从药物对机体阴阳盛衰、寒热变化的影响这一特定角度来概括药物作用性质,而不能概括药物作用的所有方面。因此,必须与其他方面的内容相结合,方能全面地认识和掌握药物的性能和作用。

第二节 五味

中药的五味,是指药物有酸、苦、甘、辛、咸五种不同的味道,因而具有不同的治疗作用。实际上有些药



五味

物还具有淡味或涩味,由于长期以来将涩附于酸、淡附于甘以合五行配伍关系,故习称五味。

味的确定最初是依据药物的真实滋味,首先是通过口尝感受而得来的,即用人的感觉器官辨别出来的,它是药物真实味道的反映,如黄连、黄柏之苦,甘草、枸杞子之甘,桂枝、川芎之辛,乌梅、木瓜之酸,芒硝、食盐之咸等。其在春秋战国时期就以饮食调养的理论出现了,如四时五味的宜忌、过食五味所产生的不良后果等,是其主要讨论的内容,在《尚书》《周礼》《左传》《礼记》中皆有记载。和四气一样,五味更重要的则是通过长期的临床实践观察,由于药食“入口则知味,入腹则知性”,因此古人很自然地将滋味与作用联系起来,发现不同味道的药物作用于人体会产生不同的反应和治疗效果,从而把药物具有的味与功效联系起来,并以味解释和归纳药物的作用,就形成了五味理论。五味作为药性理论最早见于《黄帝内经》中,《素问·脏气法时论》指出:“辛散、酸收、甘缓、苦坚、咸软。”这是对五味作用的最早概括。《黄帝内经》根据五行学说将五味与自然界众多的事物、属性联系起来,在人体则以五脏为中心,五味、五色、五臭等皆与四时五脏相配属,故有“五味所入”“色味当五脏”等论述;至于其阴阳属性,则辛甘淡属阳,酸苦咸属阴;同时还论述了过食、偏嗜五味对五脏的损害。这些论述对于指导临床用药具有一定的实际意义。其后在《神农本草经》中不仅明确指出“药有酸、咸、甘、苦、辛五味”,还以五味配合四气,共同标明每种药物的药性特征,开创了先标明药性,后论述效用的本草编写先例,从而为五味学说的形成奠定了基础。随着用药实践的发展,对药物作用的认识不断丰富,一些药物的作用很难用其滋味来解释,因而采用了以作用推定其味的方法。例如,葛根、皂角刺并无辛味,但前者有解表散邪作用,常用于治疗表证;后者有消痈散结作用,常用于痈疽疮毒初起或脓成不溃之证;二者的作用皆与辛味“能散、能行”有关,故皆标以辛味。又如,磁石并无咸味,但因其能入肾潜镇浮阳,而肾在五行属水与咸相应,磁石因之而标以咸味。以此类推,经后世历代医家的补充,逐步完善了五味理论。

所以说五味的实际意义,不仅仅是药物味道的真实反映,更重要的是对药物作用的高度概括,确定味的主要依据,一是药物的滋味,二是药物的作用。自从五味作为归纳药物作用的理论出现后,五味的“味”也就超出了味觉的范围,而是建立在药物功效的基础之上。因此,本草书籍的记载中有时会出现与实际口尝味道不相符的地方。

后世在《内经》论述的基础上,对五味的作用做了进一步的补充发挥,结合临床实践和前人的论述,将五味所代表药物的作用及主治病症分述如下:

1. 辛

能散、能行,有发散、行气、行血等作用。一般来讲,解表药、行气药、活血药多具有辛味。因此辛味药多用治表证及气血阻滞之证。如麻黄发汗解表、香附理气止痛、川芎活血行气等。

2. 甘

能补、能缓、能和,即有补益、缓急止痛、调和药性、和中的作用。一般来讲,滋养补虚、调和药性及制止疼痛的药物多具有甘味。因此甘味药多用于正气虚弱、身体诸痛及调和药性、中毒解救等方面。如人参大补元气,大枣补中益气,甘草调和诸药等。某些甘味药还具有解药食中毒的作用,如甘草、绿豆等,故又有甘能解毒之说。

3. 酸

能收、能涩,即有收敛、固涩的作用。一般来讲,固表止汗、敛肺止咳、涩肠止泻、固精缩尿、固崩止带的药物多具有酸味,多用于体虚多汗,肺虚久咳,久泻久痢,崩漏不止,遗精滑精,尿频遗尿等症。如山茱萸涩精止遗,五倍子涩肠止泻,赤石脂固崩止带,乌梅敛肺止咳等。

涩味能收敛固涩,与酸味作用相似,多用治虚汗、泄泻、尿频、遗精、滑精、出血等症。如龙骨、牡蛎涩精,乌贼骨收敛止血,莲子固精止带等。故本草文献中常以酸味代表涩味功效,或与酸味并列,标明药性。

4. 苦

能泄、能燥,即具有清泄火热、泄降气逆、通泄大便、燥湿、坚阴(泻火存阴)等作用。一般来讲,清热泻



火、下气平喘、降逆止呕、通利大便、清热燥湿、苦温燥湿、泻火存阴的药物多具有苦味，多用于治疗热证、火证、喘咳、呕恶、便秘、湿证、阴虚火旺等证。泄的含义较多，如大黄、枳实泄热通便，此为通泄；如杏仁、葶苈子止咳平喘、降泄肺气，半夏、陈皮降逆止呕，此为降泄；如黄芩、栀子清热泻火，此为清泄。燥即燥湿，用于湿证。湿证有寒湿、湿热的不同。温性的苦燥药如苍术、厚朴，用于寒湿证；寒性的苦燥药如黄连、黄柏，用于湿热证。此外，前人还有苦能坚阴之说，坚阴即泻火存阴，如黄柏、知母等苦味药用于治疗肾阴虚、相火旺盛之证。

5. 咸

能软、能下，即具有泻下通便、软坚散结的作用。一般来讲，泻下或润下通便及软化坚硬、消散结块的药物多具有咸味，多用治大便燥结、痰核、癭瘤、癥瘕痞块等症。如海藻、昆布消散瘰疬，鳖甲软坚散结，芒硝泻下通便等。

此外，《素问·至真要大论》载：“五味入胃，各归所喜功……咸先入肾。”因此不少入肾经的咸味药如龟甲、鳖甲、紫河车、蛤蚧、海狗肾等都具有良好的补肾作用。同时为了增强补肾作用，不少药物如知母、杜仲、巴戟天、黄柏等用盐水炮制以引药入肾。《素问·宣明五气》还有“咸走血”的说法，如大青叶、玄参、紫草、青黛、白薇都具有咸味，均入血分，皆有清热凉血解毒之功。

淡味能渗、能利，即具有渗湿利水、通利小便的作用。一般来讲，利水渗湿的药物多具有淡味，多用于治疗水肿、脚气、小便不利等症，如猪苓、茯苓、泽泻、薏苡仁、通草等。由于《神农本草经》未提淡味，后世医家多主张“淡附于甘”。

缪希雍谓：“物有味必有气，有气斯有性。”由于每种药物都同时具有性和味，性和味分别从不同角度说明药物的作用，二者合参才能较全面地认识药物的作用和性能。一般来讲，性味相同，作用相近，同一类药物大都如此，如辛温的药物多具有发散风寒的作用，甘温的药物多具有补气助阳的作用。有时气味相同但又有主次之别，如紫苏、辛夷性味皆辛温，都有发散风寒的作用，而前者发散力较强，又能行气和中；后者发散力较弱，而长于通鼻窍。性味不同的药物，功效也就有所区别，如黄连苦寒，党参甘温，黄连功能清热燥湿，党参则补中益气。性同味不同，或味同性不同的药物在功效上也有共同之处和不同之点。例如紫苏、薄荷皆有辛味，能发散表邪，但紫苏辛温，能发散风寒；薄荷辛凉，能发散风热。

由此可见，药物的气味所表示的药物作用以及气味配合的规律是比较复杂的，在临床具体应用时，一般都是既用其气又用其味的，而在特殊应用的时候，配合其他药物，则或用其气，或用其味。因此，既要熟悉四气五味的一般规律，又要掌握每一味药物气味的特殊治疗作用以及气味配合的规律，这样才能更好地掌握药性，指导临床用药。

第三节 升降浮沉

升降浮沉是指药物对人体作用的不同趋向性，即药物作用的定向，是说明药物作用性质的概念之一，也是药物作用的理论基础之一。



升降浮沉

气机升降出入是人体生命活动的基础。气机升降出入发生障碍，机体便处于疾病状态，产生不同的病势趋向。病势趋向常表现为向上（如呕吐、呃逆），向下（如崩漏、脱肛），向外（如自汗、盗汗），向内（如表证入里）。能够针对病情，改善或消除这些病症的药物，相对说来也就分别具有向下、向上、向内、向外的作用趋向。升，即上升提举，趋向于上；降，即下达降逆，趋向于下；浮，即向外发散，趋向于外；沉，即向内收敛，趋向于内。升降浮沉也就是指药物对机体有向上、向下、向外、向内四种不同作用趋向，它是与疾病所表现的趋向性相对而言的。按阴阳属性区分，升降浮沉之中，升浮属阳，沉降属阴。

升降浮沉代表不同的药性，标示药物不同的作用趋向。一般升浮药，其性主温热，味属辛、甘、淡，质地



多为轻清至虚之品,作用趋向多主上升、向外。就其所代表药物的具体功效而言,分别具有疏散解表、宣毒透疹、解毒消疮、宣肺止咳、温里散寒、暖肝散结、温通经脉、通痹散结、行气开郁、活血消癥、开窍醒神、升阳举陷、涌吐等作用。故解表药、温里药、祛风寒湿药、行气药、活血祛瘀药、开窍药、补益药、涌吐药等多具有升浮特性。

一般沉降药,其性主寒凉,味属酸、苦、咸,质地多为重浊坚实之品,作用趋向多主下行向内。就其所代表的药物的具体功效而言,分别具有清热泻火、泻下通便、利水渗湿、重镇安神、平肝潜阳、息风止痉、降逆平喘、止呕、止呃、消积导滞、固表止汗、敛肺止咳、涩肠止泻、固崩止带、涩精止遗、收敛止血、收湿敛疮等作用。故清热药、泻下药、利水渗湿药、降气平喘药、降逆和胃药、安神药、平肝息风药、收敛止血药、收涩药等多具有沉降特性。

掌握药物升降浮沉性能,可以更好地指导临床用药,以纠正机体功能的失调,使之恢复正常;或因势利导,有助于驱邪外出。一般说来,病变在上、在表宜用升浮而不宜用沉降,如外感风寒,用麻黄、桂枝发表;在下、在里宜用沉降,而不宜用升浮,如里实便秘之证,用大黄、芒硝攻下。病势上逆者,宜降不宜升,如肝阳上亢之头痛,当用牡蛎、石决明潜降;病势陷下者,宜升而不宜降,如久泻、脱肛当用人参、黄芪、升麻、柴胡等药益气升阳。

药物升降浮沉与药物本身的性味、质地有关,也受人为因素如炮制、配伍的影响。具体如下:

1. 性味

性味是决定药物升降浮沉的主要因素。王好古云:“夫气者天也,温热天之阳;寒凉天之阴,阳则升,阴则降;味者地也,辛甘淡地之阳,酸苦咸地之阴,阳则浮,阴则沉。”一般来说,性温、热,味辛、甘的药物,大都有升、浮的趋向,如麻黄、升麻、黄芪等药;性寒、凉,味酸、苦、咸的药物,大都有沉、降的趋向,如大黄、芒硝、山楂等。

2. 质地

质地能影响药物的升降浮沉性能。汪昂《本草备要》药性总义云:“轻清升浮为阳,重浊沉降为阴。”“凡药轻虚者,浮而升;重实者,沉而降。”花、叶、皮、枝等质轻的药物大多主升浮,而种子、果实、矿石、贝壳等质重者大多主沉降。然而,上述关系并非是绝对的,如旋覆花虽为质轻之花,但能降气消痰、止呕,药性主沉降;苍耳子虽为果实,但能祛风解表,善通鼻窍,药性是升浮的,故有“诸花皆升,旋覆独降;诸子皆降,苍耳独升”之说。由此可见,既要掌握药物的一般共性,又要掌握每味药物的不同个性,具体问题做具体分析,才能确切掌握药物的作用趋向。应当指出,药物质地轻重与升降浮沉的关系,是前人用药的经验总结,因为两者之间没有本质的联系,故有一定的局限性,只是从一个侧面论述了与药物升降浮沉有关的作用因素。

3. 炮制

炮制可改变或调整药物的升降浮沉性能。例如,酒炒则升,姜汁炒则散,醋炒则收敛,盐水炒则下行。如大黄,属于沉降药,峻下热结、泄热通便,经酒炒后,大黄则可清上焦火热,可治目赤头痛。

4. 配伍

配伍能制约药物的升降浮沉。在复方配伍中,性属升浮的药物同较多的沉降药配伍时,其升浮之性可受到一定的制约,如升药、升麻配当归、肉苁蓉等咸温润下药同用,虽有升降合用之意究成润下之剂;反之,性属沉降的药物同较多的升浮药同用,其沉降之性亦能受到一定程度的制约,如牛膝引血下行为沉降药,与桔梗、柴胡、枳壳等升达清阳开胸行气药同用,也随之上升,就是例证。因而李时珍说:“升者引之以咸寒,则沉而直达下焦,沉者引之以酒,则浮而上至巅顶。”这说明升降浮沉在一定条件下,是可以互相转化的。而在某些情况下,又需要利用升降配合以斡旋气机,恢复脏腑功能。如血府逐瘀汤中用柴胡、枳壳一升一降,以助气血周行。故李时珍说:“升降在物,亦在人也。”升降浮沉理论作为说明药物作用指导临床用药的理论依据,是对四气五味的补充和发展。



第四节 归经

归经是指药物对于机体某部分的选择性作用,是药物作用的定位概念,表示药物作用部位。归是归属的意思,经是脏腑经络的意思。即某药对某些脏腑经络有明显的作用,对这些部位的病变起着主要或特殊的治疗作用,而对其他脏腑经络的作用较小,甚至没有作用。比如同属性寒清热的药物,有的偏于清肝热,有的偏于清胃热,有的偏于清肺热或清心热;同属补药,也有补肺、补脾、补肝、补肾的不同。这说明药物在机体产生效应的部位各有侧重。将这些认识加以归纳,使之系统化,便形成了归经理论。归经指明了药物治病的适用范围,也是阐明药物作用机理,指导临床用药的药性理论基本内容之一。

药物归经理论的形成可追溯到先秦的文史资料如《周礼》以及秦汉以来的《黄帝内经》《神农本草经》《名医别录》《千金要方》等大量医药文献,可视为归经理论的先声。如《黄帝内经》中有“五入”“五走”的记载。至汉末《伤寒论》有六经辨证用药理论的记载,为归经理论的形成奠定了基础。唐宋时期《本草衍义》《本草拾遗》将药物定向定位的归经与脏腑经络联系在一起,出现了药物归经理论的雏形。金元时期,易水学派代表人物张洁古《珍珠囊》正式把归经作为药性主要内容加以论述,标志着系统的归经理论已确立。至清代,沈金鳌正式提出“归经”一词,在《要药分剂》一书中,于每味药下均列“归经”一项,用以说明药物的作用范围,并采用五脏六腑之名,使归经学说臻于完善。

中药归经理论的形成是在中医基本理论指导下,以脏腑经络理论为基础,以药物所治疗的具体病症为依据,经过长期临床实践,从药物的疗效中总结出来的用药理论。由于经络能沟通人体内外表里,所以体表病变可通过经络影响在内的脏腑,脏腑病变亦可反映到体表。通过疾病过程中出现的症候表现以确定病位,这是辨证的重要内容。由于发病所在脏腑及经络循行部位不同,临床上所表现的症状则各不相同。例如心主神志,当出现精神、思维、意识异常的症候表现,如昏迷、癫狂、呆痴、健忘等,可推断为心的病变。能缓解或消除上述病变的药物皆入心经,如开窍醒神的麝香、镇惊安神的朱砂、补气益智的人参。同理,桔梗、杏仁能止胸闷、咳喘,归肺经;全蝎能止抽搐,归肝经。至于一药能归数经,是指其治疗范围的扩大。如麻黄归肺与膀胱经,它既能发汗宣肺平喘,治疗外感风寒及咳喘之症,又能宣肺利尿,治疗风水水肿之症。由此可见,归经理论是通过脏腑辨证用药,从临床疗效观察中总结出来的用药理论。

确定归经理论的方法与临床实践密切相关,它是伴随着中医理论体系的不断发展而日臻完善的,如《伤寒论》创立了六经辨证系统,临床上便出现了六经用药的归经方法。如麻黄、桂枝为太阳经药,石膏、知母为阳明经药等。随着温病学派的崛起,又创立了卫气营血、三焦辨证体系,临床上相应出现了卫气营血、三焦用药的归经方法。如金银花、连翘为卫气药,生地黄为营血分药;黄芩主清上焦、黄连主清中焦、黄柏主清下焦等。然而这些归经方法与脏腑辨证归经方法密切相关。可见,归经方法虽有不同,但是都与脏腑经络密不可分。脏腑经络学说实为归经的理论基础,因此探讨归经的实质,必经抓住脏腑经络学说这个核心。

此外,还有依据药物自身的特性,即形、色、气味、禀赋等的不同,进行归经的方法。如味辛、色白入肺、大肠经,味苦、色赤入心、小肠经等,都是以药物的色与味作归经依据的。又如磁石、赭石重镇入肝,桑叶、菊花轻浮入肺则是以药物的质地轻重作归经依据的。再如麝香芳香开窍入心经,佩兰芳香醒脾入脾经,连翘似心而入心经清心降火等,都是以形、气归经的例子,其中尤以五味与归经的关系最为密切。以药物特性作为归经方法之一,虽然也存在着药物特性与归经没有必然联系的缺陷,但它是从药物自身角度分析药物归经,故还是有一定意义的。可见由于归经受多种因素的影响,不能偏执一说,要全面分析归经才能得出正确结论。

掌握归经,有助于提高用药的准确性,即根据疾病的临床表现,通过辨证审因,诊断出病变所在脏腑经



络部位,按照归经来选择适当药物进行治疗,正如徐灵胎所说:“不知经络而用药,其失也泛,必无捷效。”例如,里实热证有肺热、心火、肝火、胃火等不同,应当分别选用清泄肺热、心火、肝火、胃火的药物来治疗,若肺热咳喘,当用桑白皮、地骨皮等肺经药来泻肺平喘;若胃火牙痛当用石膏、黄连等胃经药来清泻胃火;若心火亢盛心悸失眠,当用朱砂、丹参等心经药以清心安神;若肝热目赤,当用夏枯草、龙胆草等肝经药以清肝明目。头痛的原因很多,疼痛的性质和部位亦各有不同。羌活善治太阳经头痛,葛根善治阳明经头痛,柴胡善治少阳经头痛,吴茱萸善治厥阴经头痛,细辛善治少阴经头痛。治疗头痛时,考虑到药物的归经特点可以提高疗效。可见归经理论为临床辨证用药提供了方便。

掌握归经理论还有助于区别功效相似的药物。如同是利尿药,有麻黄的宣肺利尿、黄芪的健脾利尿、附子的温阳利水、猪苓的通利膀胱之水湿等的不同。因此,在熟悉药物功效的同时,掌握药物的归经对相似药物的鉴别应用有十分重要的意义。

运用归经理论指导临床用药,还要依据脏腑经络相关学说,注意脏腑病变的相互影响,恰当选择用药。由于脏腑经络在生理上相互联系,在病理上相互影响,因此,在临床用药时往往并不单纯使用某一经的药物。如肾阴不足,水不涵木,肝火上炎,目赤头晕,治疗时当选用黄柏、知母、枸杞子、菊花、地黄等肝、肾两经的药物来治疗,以益阴降火、滋水涵木;而肺病久咳,痰湿稽留,损伤脾气,肺病及脾,脾肺两虚,治疗时则要肺脾兼顾,采用党参、白术、茯苓、陈皮、半夏等肺、脾两经的药物来治疗,以补脾益肺、培土生金。不能拘泥于见肝治肝、见肺治肺的单纯分经用药的方法。故徐灵胎又指出:“执经络而用药,其失也泥,反能致害。”

在运用归经理论指导药物临床应用时,还必须与四气五味、升降浮沉学说结合起来,才能做到全面准确。如同归肺经的药物,由于有四气的不同,其治疗作用也异。如紫苏温散肺经风寒、薄荷凉散肺经风热、干姜性热温肺化饮、黄芩性寒清肺泻火。同归肺经的药物,由于五味的不同,作用亦殊。如乌梅酸收固涩、敛肺止咳,麻黄辛以发表、宣肺平喘,党参甘以补虚、补肺益气,陈皮苦以下气、止咳化痰,蛤蚧咸以补肾、益肺平喘。同归肺经的药物,因其升降浮沉之性不同,作用亦迥异。如桔梗、麻黄药性升浮,故能开宣肺气、止咳平喘;杏仁、紫苏子药性降沉,故能降肺气止咳平喘。四气五味、升降浮沉、归经同是药性理论的重要组成部分,在应用时必须结合起来,全面分析,才能准确地指导临床用药。

第五节 毒性

毒性是指药物对机体的损害性。毒性反应与副作用不同,它对人体的危害性较大,甚至可危及生命。为了确保用药安全,必须认识中药的毒性,了解毒性反应产生的原因,掌握中药中毒的解救方法和预防措施。

一、毒性的概念

在古代医药文献中,药物的毒性或毒药所指甚广,主要有三层含义:

1. 药物的总称

西汉以前常常把毒药看作是一切药物的总称,《周礼·天官》:“医师聚集药以供医事。”《素问·脏气法时论》:“毒药攻邪,五谷为养,五果为助……”对此,丹波元坚《药治通义》指出:“毒药二字,古多连称,见《素问》及《周官》,即总括药饵之词。”古代毒药概念一方面反映了药食分离在认识上的进步,另一方面也反映出当时对药物的治疗作用和毒副作用还不能很好地把握,故笼统称为“毒药”。《礼记》谓:“君有疾饮药,臣先尝之,亲有疾饮药,子先尝之。医不三世,不服其药。”从上述记载中可以看出,当时服用药物是具有相当危



险性的事,故人们只能采取比较慎重的态度。

2. 药物的偏性

明代张景岳《类经》云:“药以治病,因毒为能,所谓毒者,以气味之有偏也。盖气味之正者,谷食之属是也,所以养人之正气。气味之偏者,药饵之属是也,所以去人之邪气,其为故也,正以人之为病,病在阴阳偏胜耳……是凡可辟邪安正者,均可称为毒药,故曰毒药攻邪也。”而《药治通义》引张载人语:“凡药皆有有毒也,非指大毒、小毒谓之毒。”论述了毒药的广义含义,阐明了毒性就是药物的偏性。

有毒药物偏性强,根据以偏纠偏、以毒攻毒的原则,有毒药物有其可利用的一面。古今利用某些有毒药物治疗恶疮肿毒、疥癣、麻风、瘰疬癭瘤、癥瘕积聚等积累了大量经验,获得肯定疗效。但有毒药物的治疗剂量与中毒剂量比较接近或相当,因而治疗用药时安全度小,易引起中毒反应。无毒药物安全度较大,但并非绝对不会引起中毒反应。

3. 药物毒副作用的大小

古代还把毒性看作是药物毒副作用大小的标志。如《素问·五常政大论》云:“大毒治病,十去其六;常毒治病,十去其七;小毒治病,十去其八;无毒治病,十去其九;谷肉果菜食养尽之,无使过之、伤其正也。”把药物毒性强弱分为大毒、常毒、小毒、无毒四类。而《神农本草经》三品分类法也是以药物毒性的大小、有毒无毒作为分类依据的,并提出了使用毒药治病的方法:“若用毒药以疗病,先起如黍粟,病去即止,不去倍之,不去十之,取去为度。”综上所述,古代药物毒性的含义较广,既认为毒药是药物的总称,毒性是药物的偏性,又认为毒性是药物毒副作用大小的标志。而后世本草书籍在其药物性味下标明“有毒”“大毒”“小毒”等记载,则大都指药物毒副作用的大小。

随着科学的发展,医学的进步,人们对毒性的认识逐步加深。认为毒的概念是指中毒剂量与治疗剂量比较接近,或某些治疗量已达到中毒剂量的范围,因此治疗用药时安全系数较小;甚至毒性对机体组织器官损害剧烈,可产生严重或不可逆的后果,如出现中毒、致畸、致癌变等现象。

二、影响毒性的因素

产生中药中毒的主要原因:一是剂量过大,如砒霜、胆矾、斑蝥、蟾酥、马钱子、附子、乌头等毒性较大的药物,用量过大,或使用时间过长可导致中毒;二是误服伪品,如误以华山参、商陆代人参,独角莲代天麻使用;三是炮制不当,如使用未经炮制的生附子、生乌头;四是制剂服法不当,如乌头、附子中毒,多因煎煮时间太短,或服后受寒、进食生冷;五是配伍不当,“十八反”“十九畏”中的某些药同用而出现中毒,如甘遂与甘草同用,乌头与瓜蒌同用而致中毒。此外,还有药不对证、自行服药、乳母用药及个体差异也是引起中毒的原因。

三、对待中药毒性的正确态度

中药的毒性反应是临床用药时应该尽量避免的。应该从储存保管、炮制、剂型、辨证用药等以上导致毒性反应的各个环节进行控制,避免中毒发生。

首先要正确总体评价中药毒性。目前中药品种已多达 12800 多种,目前有中毒报告的才 100 余种,其中许多还是临床很少使用的剧毒药,可见大多数中药品种是相对安全的,这是中药一大优势,尤其与西药化学合成药造成众多药源性疾病的危害相比,中药安全低毒的优势就更加突出了,这也是当今提倡回归自然,返璞归真,中药受到世界青睐的主要原因。

其次要正确对待本草文献记载。历代本草对药物毒性多有记载,这是前人的经验总结,值得借鉴。但由于受历史条件的限制,也出现了不少缺漏和错误的地方,如《本草纲目》认为马钱子无毒,《中国药学大辞



典》认为黄丹、桃仁无毒等,说明对待药物毒性的认识,随着临床经验的积累、社会的发展,有一个不断修改、逐步认识的过程。相信文献,不能尽信文献,实事求是,才是科学态度。

要重视中药中毒的临床报道。自中华人民共和国成立以来,出现了大量中药中毒报告,仅单味药引起中毒就达上百种之多,其中植物药九十多种,如关木通、苍耳子、苦楝根皮、昆明山海棠、狼毒、萱草、附子、乌头、夹竹桃、雪上一枝蒿、福寿草、槟榔、乌柏、巴豆、半夏、牵牛子、山豆根、艾叶、白附子、瓜蒂、马钱子、黄药子、杏仁、桃仁、枇杷仁及曼陀罗花等;动物药及矿物药各十多种,如斑蝥、蟾蜍、鱼胆、蜂蛹及砒霜、升药、胆矾、铅丹、密陀僧、皂矾、雄黄、降药等。由此可见,文献中认为大毒、剧毒的固然有中毒致死的,小毒、微毒甚至无毒的同样也有中毒病例发生,故临床应用有毒中草药固然要慎重,就是“无毒”的,也不可掉以轻心。认真总结经验,既要尊重文献记载,更要注视临床经验,相互借鉴,才能全面深刻准确地理解掌握中药的毒性,对保证安全用药是十分必要的。

要加强对有毒中药的使用管理。此处所称的有毒中药,系指列入国务院《医疗用毒性药品管理办法》的中药品种。即:砒石、砒霜、水银、生马钱子、生川乌、生草乌、生白附子、生附子、生半夏、生南星、生巴豆、斑蝥、青娘虫、红娘虫、生甘遂、生狼毒、生藤黄、生千金子、生天仙子、闹羊花、雪上一枝蒿、红升丹、白降丹、蟾酥、洋金花、红粉、轻粉、雄黄。

四、掌握药物毒性强弱对指导临床用药的意义

(1)在应用毒药时要针对体质的强弱、疾病部位的深浅,恰当选择药物并确定剂量,中病即止,不可过服,以防止过量和蓄积中毒。同时要注意配伍禁忌,凡两药合用能产生剧烈毒副作用的禁止同用,并严控毒药的炮制工艺,以降低毒性;对某些毒药要采用适当的制剂形式给药。此外,还要注意个体差异,适当增减用量,说服患者不可自行服药。医药部门要抓好药品鉴别,防止伪品混用,注意保管好剧毒中药,从不同的环节努力,确保用药安全,以避免中毒的发生。

(2)根据中医“以毒攻毒”的原则,在保证用药安全的前提下,也可采用某些毒药治疗某些疾病。有毒性的药物,大多具有较强的医疗作用。有些药物的毒性,本身就是它的治疗作用所在。因此只要使用得法,往往可获良效。如用雄黄治疗疗疮恶肿,水银治疗疥癣梅毒,砒霜治疗白血病等,让有毒中药更好地为临床服务。

(3)掌握药物的毒性及其中毒后的临床表现,便于诊断中毒原因,以便及时采取合理、有效的抢救治疗手段,对于做好中药中毒抢救工作具有十分重要的意义。

第五章 中药的配伍

“药有个性之专长，方有合群之妙用。”通过合理的组织，调其偏性，制其毒性，增强或改变原有功能，消除或缓解其对人体的不良因素，发挥其相辅相成或相反相成的综合作用，使各具特性的群药组合成一个新的有机整体，才能符合辨证论治的要求。

一、配伍的概念

配伍，就是按照病情需要和药物性能，有选择地将两种以上的药物合在一起应用。

从中草药的发展来看，早期的药物应用多以单味药为主，随着药物日益增多，用药经验的丰富，对疾病的认识也逐渐深化，逐步认识到单味药难以达到复杂疾病的治疗要求，从而逐步将多味药物配合应用，出现了多种药物配合应用的方法，并确定剂量剂型，就逐渐形成了方剂。在由单味药发展到多种药配合应用，以及进一步将药物组成方剂的漫长过程中，人们通过大量的实践，掌握了丰富的配伍经验，按照一定规律配伍用药，既可扩大治疗范围，适应复杂病情，又能增强疗效，减轻毒性，甚至能控制多功用单味中药的功效方向，可以对较复杂的病症予以全面照顾，同时又能获得安全且更高的疗效，因此临床治病常用多味药物配伍成方使用。所以，药物的配伍对于临床处方是具有重要意义的。

在配伍应用的情况下，由于药物与药物之间出现相互作用的关系，所以有些药物因协同作用而增进疗效，但是也有些药物却可能互相对抗而抵消、削弱原有的功效；有些药物因为相互配用而减轻或消除了毒性或副作用，但是也有些药物反而因为相互作用而使作用减弱或发生不利于人体的作用等。前人把上述的这些情况，归纳为七种，叫作中药七情，又称“七情和合”，具体是指单行、相须、相使、相畏、相杀、相恶、相反。

二、配伍的内容

药物配合应用，相互之间必然产生一定的作用，《神农本草经》序例将各种药物的配伍关系归纳为“有单行者，有相须者，有相使者，有相畏者，有相恶者，有相反者，有相杀者，凡此七情，合和视之”。这“七情”之中除单行者外，都是谈药物配伍关系，分述如下：



配伍的内容

1. 单行

就是单用一味药来治疗某种病情简单的疾病。对那病情比较单纯的病症，往往选择一种针对性较强的药物即可达到治疗目的。从应用单味药，到用多种药物配伍，这是医药史上的发展，可以对表里同病、寒热夹杂、虚中带实等病情复杂的病症给予全面照顾；对毒性药物可以使毒性消除或减弱，从而保证用药的安全。但是，在临床上遇到的病症有的比较复杂，有的比较单纯；在药性上来说有毒的药物也并不是多数。所以在用药时，有的固然需要多种药物配伍治疗，有的单味药也能起到良好疗效，为了减轻病者经济上的负担，同时节约药材，如用单味药能够治疗的，就不一定要用许多药物来治。如独参汤单用一味人参大补元气、治疗虚脱；清金散，即单用一味黄芩，治疗肺热出血的病症；再如一味马齿苋治疗痢疾，鹤草根芽驱除绦



虫等,都是行之有效的治疗方法。

2.相须

就是两种功效类似的药物配合应用后可以起到协同作用,可以增强原有的功效。如麻黄配枝枝,能增强发汗解表,祛风散寒的作用;如石膏与知母配合,能增强清热泻火的功效;附子、干姜配合应用,以增强温阳守中,回阳救逆的功效;陈皮配半夏以加强燥湿化痰,理气和中之功;大黄与芒硝配合,能增强攻下泄热的治疗效果。这类同类相须配伍应用的例证,历代文献有不少记载,它构成了复方用药的配伍核心,是中药配伍应用的主要形式之一。

3.相使

就是在功效方面有某些共性,或功效虽不相同,但是治疗目的一致,的药物配合使用,以一种药物为主,另一种药物为辅,两药合用,辅药可以提高主药的药效。如黄芪配茯苓治脾虚水肿,黄芪为健脾益气、利尿消肿的主药,茯苓淡渗利湿,可增强黄芪补气利水的治疗效果;枸杞子配菊花治目暗昏花,枸杞子为补肾益精、养肝明目的主药,菊花清肝泻火,兼能益阴明目,可以增强枸杞子补虚明目的作用,这是功效相近药物相使配伍的例证。又如石膏配牛膝治胃火牙痛,石膏为清胃降火、消肿止痛的主药,牛膝引火下行,可增强石膏清火止痛的作用;苦楝皮驱虫,配伍泻下通便的大黄,可增强苦楝皮驱虫的效果;白芍配甘草治血虚失养、痉挛作痛,白芍为滋阴养血、柔筋止痛的主药,甘草缓急止痛,可增强白芍荣筋止痛的作用;黄连配木香治湿热泻痢、腹痛里急,黄连为清热燥湿、解毒止痢的主药,木香调中宣滞、行气止痛,可增强黄连清热燥湿、行气化滞的功效。这是功效不同相使配伍的例证,可见相使配伍药不必同类。一主一辅,相辅相成。辅药能提高主药的疗效,即是相使的配伍。

4.相畏

就是一种药物的毒副作用能被另一种药物所轻或消除。如半夏畏生姜,即生姜可以抑制半夏的毒副作用,生半夏可“戟人咽喉”令人咽痛音哑,用生姜炮制后成姜半夏,其毒副作用大为缓和。

5.相杀

就是一种药物能够消除另一种药物的毒副作用。如生姜能减轻或消除生半夏、生南星的毒性或副作用,所以说生姜杀生半夏和生南星的毒。可见相畏和相杀没有质的区别,是从自身的毒副作用受到对方的抑制和自身能消除对方毒副作用的不同角度提出来的配伍方法,也就是同一配伍关系的两种不同提法。

6.相恶

就是两药合用,一种药物能破坏另一种药物的功效,甚至丧失药效。如人参恶莱菔子,莱菔子能削弱人参的补气作用;生姜恶黄芩,黄芩能削弱生姜的温胃止呕作用。

7.相反

就是两种药物合用,能产生或增强毒副作用。如甘草反甘遂,贝母反乌头等,如“十八反”“十九畏”中的若干药物。

三、配伍用药的基本原则

上述七情除单行外,都是药物配伍中需要加以注意的。相须、相使可以起到协同作用,能提高药效,是临床用药中应该尽可能加以考虑的,以便使药物更好地发挥疗效,一般用药“当用相须、相使者良”;相畏、相杀是临床使用毒性药物或具有副作用药物时要加以注意的,可以减轻或消除毒副作用,以保证安全用药,是使用毒副作用较强药物的配伍方法,也可用于有毒中药的炮制及中毒解救,“若有毒宜制,可用相畏、相杀者”;相恶则是因为药物的拮抗作用,抵消或减弱其中一种药物的功效;相反则是药物相互作用,能产生毒性反应或强烈的副作用,故相恶、相反是临床用药必须注意禁忌的配伍情况,所以“勿用相恶、相反者”。李时



珍在《本草纲目》序例中总结说：“药有七情，独行者，单方不用辅也；相须者，同类不可离也；相使者，我之佐使也；相恶者，夺我之能也；相畏者，受彼之制也；相反者，两不相合也；相杀者，制彼之毒也。”

药物的配伍应用是中医用药的主要形式，药物按一定法度加以组合，并确定一定的分量比例，制成适当的剂型，即是方剂。方剂是药物配伍的发展，也是药物配伍应用更为普遍、更为高级的形式。

第六章 中药的用药禁忌

临床使用中药时,为了确保临床疗效、安全用药,避免毒副作用的发生,必须注意中药的用药禁忌。中药的用药禁忌主要包括配伍禁忌、证候用药禁忌、妊娠禁忌和服药时的饮食禁忌四个方面。

第一节 配伍禁忌

所谓配伍禁忌,就是指某些中药合用会产生或增强剧烈的毒副作用或降低、破坏药效,因而应该避免配合应用,即《神农本草经》所谓“勿用相恶、相反者。”



配伍禁忌

目前医药界共同认可的中药配伍禁忌有“十八反”和“十九畏”。五代后蜀韩保昇修订《蜀本草》时,首先统计药物七情数目,提到“相恶者六十种,相反者十八种”。今人所谓“十八反”之名,盖源于此。至《证类本草》载反药 24 种,《本草纲目》载相反药物 36 种,但无论古代医籍所列举的相反药物如何增减,仍然沿用“十八反”的名称,可见“十八反”已经失去固定数量的含义。相畏为中药七情之一,内容已如前述。但从宋代开始,一些医药著作中,出现畏、恶、反名称使用混乱的状况,与《神农本草经》“相畏”的原义相悖。作为中药配伍禁忌的“十九畏”就是在这种情况下提出的。

“十八反歌诀”最早见于金·张子和《儒门事亲》:“本草明言十八反,半蒺贝藜及攻乌,藻戟遂芫俱战草,诸参芍叛藜芦。”十八反是指乌头(包括川乌、草乌、附子)反浙贝母、川贝母、平贝母、伊贝母、湖北贝母、瓜蒌、瓜蒌皮、瓜蒌子、天花粉、半夏、白及、白藜;甘草反甘遂、京大戟、红大戟、海藻、芫花;藜芦反人参、西洋参、党参、丹参、玄参、南沙参、北沙参、苦参、细辛、白芍、赤芍。

“十九畏歌诀”首见于明·刘纯《医经小学》:“硫黄原是火中精,朴硝一见便相争,水银莫与砒霜见,狼毒最怕密陀僧,巴豆性烈最为上,偏与牵牛不顺情,丁香莫与郁金见,牙硝难合京三棱,川乌、草乌不顺犀,人参最怕五灵脂,官桂善能调冷气,若逢石脂便相欺,大凡修合看顺逆,炮炙炙煨莫相依。”十九畏是指:硫黄畏朴硝(芒硝),水银畏砒霜,狼毒畏密陀僧,巴豆畏牵牛,丁香畏郁金,川乌、草乌畏犀角,牙硝(芒硝)畏三棱,官桂(肉桂)畏赤石脂,人参畏五灵脂。

此后,虽然《本草纲目》《药鉴》《炮炙大法》等书所记略有出入,但不如上述十八反、十九畏歌诀那样广为传诵。

反药能否同用,历代医家众说纷纭。一些医家认为反药同用会增强毒性、损害机体,因而强调反药不可同用。除《神农本草经》提出“勿用相恶、相反者”外,《本草经集注》也谓:“相反则彼我交仇,必不宜合。”孙思邈则谓:“草石相反,使人迷乱,力甚刀剑。”等等,均强调了反药不可同用,有的医家如《医说》甚则描述了相反药同用而致的中毒症状及解救方法。现代临床、实验研究也有不少文献报道反药同用(如贝母与乌头同用、巴豆与牵牛同用)引起中毒的例证。因此,《中国药典》1963 年版“凡例”中即明确规定“注明畏、恶、反,



系指一般情况下不宜同用。”

此外,古代也有不少反药同用的文献记载,认为反药同用可起到相反相成、反抗夺积的效能。如《医学正传》谓:“外有大毒之疾,必有大毒之药以攻之,又不可以常理论也。如古方感应丸,用巴豆、牵牛同剂,以为攻坚积药;四物汤加人参、五灵脂辈,以治血块;丹溪治尸擦二十四味莲心散,以甘草、芫花同剂,而妙处在此,是盖贤者真知灼见,方可用之,昧者不可妄试以杀人也。”《本草纲目》也说:“相恶、相反同用者,霸道也,有经有权,在用者识悟尔。”等等,都强调了反药可以同用。正如上述,古今反药同用的方剂也是屡见不鲜的。如《金匱要略》甘遂半夏汤中甘遂、甘草同用治留饮;赤丸以乌头、半夏合用治寒气厥逆;《千金翼方》中大排风散、大宽香丸都用乌头配半夏、瓜蒌、贝母、白及、白蔹;《儒门事亲》通气丸中海藻、甘草同用;《外科正宗》海藻玉壶汤中海藻、甘草同用;《景岳全书》的通气散则以藜芦配玄参治时毒肿盛、咽喉不利。现代也有文献报道用甘遂、甘草配伍治肝硬化及肾炎水肿;人参、五灵脂同用治冠心病;芫花、大戟、甘遂与甘草合用治结核性胸膜炎,取得了较好的效果,从而肯定了反药可以同用的观点。

由此可见,无论文献资料、临床观察及实验研究目前均无统一的结论,说明对十八反、十九畏的科学研究还要做长期艰苦、深入、细致的工作,去伪存真,才能得出准确的结论。国家科技部将十八反配伍禁忌本质的研究列入了2011年度国家重点基础研究发展计划(973计划),从文献、实验及临床等方面对十八反的内容展开了深入细致的研究工作。但目前尚未弄清反药是否能同用的情况下,临床用药应采取慎重从事的态度,对于其中一些反药若无充分把握,最好不宜配伍使用,以免发生意外。

第二节 证候用药禁忌

由于药物的药性不同,其作用各有专长和一定的适应范围,因此对于某类或某种病证,应当避免使用某类或某种药物,称证候用药禁忌,也称为病证用药禁忌。

由于药物皆有偏性,或寒或热,或补或泻,或升或降,或润或燥等等,因而任何一种中药,对于特定的证候,都是有宜也有忌。临床用之得当,可以其偏性纠正疾病所表现出来的病理偏向;若使用不当,则其偏性可能会反助病势,加重病情或导致新的病理偏向。因此,凡药不对证,药物功效不为病情所需,而有可能导致病情加重、恶化或产生新的疾病,原则上都属于临床用药禁忌的范围。

如麻黄辛温,功能发汗解表、散风寒,又能宣肺平喘、利尿,故只适宜于外感风寒表实无汗或肺气不宣的喘咳,而对表虚自汗及阴虚盗汗、肺肾虚喘者则应禁止使用。又如黄精甘平,功能滋阴补肺、补脾益气,主要用于肺虚燥咳、脾胃虚弱及肾虚精亏的病证,但因其性质滋腻,易助湿邪,因此,凡脾虚有湿、咳嗽痰多以及中寒便溏者则不宜服用黄精。一般而言,除了药性极为平和者无须禁忌外,中药大多都有证候用药禁忌,其内容参见各论中每味中药的“使用注意”部分。

第三节 妊娠用药禁忌

妊娠用药禁忌是指妇女妊娠期间治疗用药的禁忌。妊娠禁忌药专指妇女妊娠期除中断妊娠、引产外,不能使用的药物。

在传统的妊娠用药禁忌理由中,能损害胎元、引起堕胎是早期妊娠禁忌的主要理由。随着对妊娠禁忌药的认识逐渐深入,对妊娠用药禁忌理由的认识也逐步加深。归纳起来,主要包括:①对母体不利;②对胎



儿不利;③对产程不利;④对小儿不利。今天,无论从用药安全的角度,还是从优生优育的角度来认识这一点,都是应当给予高度重视的。总之,凡对妊娠期的孕妇和胎儿不安全及不利于优生优育的药物均属妊娠禁忌药。

在为数众多的妊娠禁忌药中,不同的药物对妊娠的危害程度是有所不同的,因而在临床上也应区别对待。古代对妊娠禁忌药主要提禁用与忌用,较少提慎用。近代则多根据临床实际和药物对于胎元损害程度的不同,一般可分为禁用与慎用两大类。妊娠禁用是指毒性强的药、作用峻猛的药以及堕胎作用较强的药,如巴豆、牵牛子、大戟、商陆、麝香、三棱、莪术、水蛭、斑蝥、马钱子、川乌、雄黄、砒石等。妊娠慎用药主要包括活血化瘀药、行气药、攻下异滞药、药性辛热的温里药以及性质滑利之品,如桃仁、红花、牛膝、枳实、大黄、附子、肉桂、干姜、木通、冬葵子、瞿麦等。

对于妊娠妇女,凡属于禁用的药物绝对不能使用;而慎用的药物,可根据病情的需要斟酌使用,但要注意辨证准确,掌握好剂量与疗程,并通过恰当的炮制和配伍,尽量减轻药物对妊娠的危害,做到用药有效而安全。如《金匱要略》以桂枝茯苓丸治妊娠瘀病;吴又可用承气汤治孕妇时疫见阳明腑实证。此即《内经》所谓“有故无殒,亦无殒也”的道理。必须强调的是,除非必用时,一般应尽量避免使用,以防发生事故。

第四节 服药饮食禁忌

服药时的饮食禁忌是指服药期间对某些食物的禁忌,又简称食忌,也就是通常所说的忌口。中医历来重视服药饮食禁忌,它对于确保临床用药安全而有效有重要的意义。

服药时饮食禁忌的理由,前人也有不少论述,归纳起来包括:避免影响疗效、诱发原有病证或导致新病、产生不良反应。《本草经集注》说:“服药,不可多食生胡荽及蒜、生菜。服药,不可多食诸滑物果实。服药,不可多食肥猪、犬肉、肥羹及鱼臊脍。”指出了在服药期间,一般应忌食生冷、油腻、腥膻、有刺激性的食物。又根据病情的不同,饮食禁忌也有区别。如热性病应忌食辛辣、油腻、煎炸性食物;寒性病应忌食生冷食物、清凉饮料等;胸痹患者应忌食肥肉、脂肪、动物内脏及烟、酒等;肝阳上亢头晕目眩、烦躁易怒等应忌食胡椒、辣椒、大蒜、白酒等辛热助阳之品;黄疸胁痛应忌食动物脂肪及辛辣烟酒刺激物品;脾胃虚弱者应忌食油炸黏腻、寒冷固硬、不易消化的食物;肾病水肿应忌食盐、碱过多的和酸辣太过刺激食品;疮疡、皮肤病患者应忌食鱼、虾、蟹等腥膻发物及辛辣刺激性食品。

此外,古代文献记载甘草、黄连、桔梗、乌梅忌猪肉;鳖甲忌苋菜;常山忌葱;地黄、何首乌忌葱、蒜、萝卜;丹参、茯苓、茯神忌醋;土茯苓、使君子忌茶;薄荷忌蟹肉及蜜反生葱、柿反蟹等,也应作为服药饮食禁忌的参考。



服药饮食禁忌

第七章 中药的剂量与用法

第一节 中药的剂量



中药的剂量

中药剂量是指临床应用时的分量,也称为用量。它主要是指每味中药的成人一日量(按:本书每味药物标明的用量,除特别注明以外,都是指干燥后的中药饮片,在汤剂中成人一日内服用量)。其次指方剂中每味药之间的比较分量,也即相对剂量。

古代中药的计量单位有重量(如斤、两、钱、分、厘等)、数量(如片、条、枚、支、角、只等)、度量(如尺、寸等)、容量(如斗、升、合、勺等)。此外,还有“刀圭”“方寸匕”“撮”等较粗略的计量方法。由于古今度量衡制的变迁,后世主要以法定衡制作为计量标准,以重量单位作为药物剂量的主要单位。自明清以来,我国普遍采用16进位制的“市制”计量方法,即1市斤=16两=160钱。自1979年起我国对中药生产计量统一采用公制,即1公斤=1000克=1000000毫克(1kg=1000g=1000000mg)。为了处方和调剂计算方便,按规定以如下的近似值进行换算:1市两(16进位制)=30克;1钱=3克;1分=0.3克;1厘=0.03克。[1市两(16进位制)=30g;1钱=3g;1分=0.3g;1厘=0.03g]

尽管中药绝大多数来源于生药,安全剂量范围较大,用量不像化学药品那样严格,但用量得当与否,也是直接影响药效的发挥、临床疗效好坏的重要因素之一。药量过小,起不到治疗作用而贻误病情;药量过大,戕伐正气,也可引起不良后果,或造成不必要的浪费。同时中药多是复方应用,其中主要药物的剂量变化,可以影响到整个处方的功效和主治病证的变化。因此,对于中药剂量的使用应采取科学、谨慎的态度。一般来讲,确定中药的剂量,应考虑如下几方面:

一、药物性质与剂量的关系

毒性大的药或作用峻烈的药物,应严格控制剂量,开始时用量宜轻,逐渐加量,一旦病情好转后,应当立即减量或停药,中病即止,防止过量或蓄积中毒;无毒的药用量变化幅度可稍大。此外,花、叶、皮、枝等量轻质松及性味浓厚、作用较强的药物用量宜小;矿物、介壳等质重沉坠及性味淡薄、作用温和的药物用量宜大;新鲜的动植物药因含水分较多,故用量宜大(一般为干品的2~4倍),而干燥的动植物药则用量相对较小;过于苦寒的药物也不要久服过量,免伤脾胃;药材质优者药力充足,用量无须过大;质次者药力不足,用量可大一些。再如羚羊角、麝香、牛黄、鹿茸、冬虫夏草等贵重药材,在保证药效的前提下应尽量减少用量。

二、剂型、配伍、用药目的与剂量的关系

在一般情况下,同样的药物入汤剂比入丸散剂的用量要大些。单味药使用比入复方中应用剂量要大



些;在复方配伍使用时,主要药物比辅助药物用量要大些。临床用药时,由于用药目的不同,同一药物的用量也有不同。如人参用以补益脾肺之气、生津止渴、安神益智的常用剂量为3~9g,而用以大补元气、急救虚脱则须15~30g。

三、年龄、体质、病情、性别、职业、生活习惯与剂量的关系

由于年龄、体质的不同,对药物耐受程度不同,则药物用量也就有了差别。一般老年、小儿、妇女产后及体质虚弱的病人,都要减少用量,成人及平素体质壮实的患者用量宜重。小儿用量为方便计算,可采用下列比例用药。新生儿用成人量的1/6,乳婴儿用成人量的1/3,幼儿用成人量的1/2,学龄儿童用成人量的2/3或接近成人用量。小儿一般病例可按上述比例拟定药物剂量,但若病情急重则不受此限制。

病情轻重,病势缓急,病程长短与药物剂量也有密切关系。一般病情轻、病势缓、病程长者用量宜小;病情重、病势急、病程短者用量宜大。

就性别而言,对于一般药物,男女用量区别不大,但妇女在月经期、妊娠期,用活血祛瘀通经药时用量一般不宜过大。

另外,在患者方面还要考虑到患者在职业、生活习惯等方面的差异。如体力劳动者的腠理一般较脑力劳动者的致密,因而使用发汗解表药时,对体力劳动者用量可较脑力劳动者稍重一些。

四、地区、季节、居处环境与剂量的关系

在确定药物剂量时,应考虑到地区、季节、气候及居处的自然环境等方面的因素,做到“因时制宜”“因地制宜”。如夏季发汗解表药及辛热药不宜多用,冬季发汗解表药及辛热药用量可以稍大;夏季苦寒降火药用量宜重,冬季苦寒降火药则用量宜轻。

除了毒性大的药,泻下、行气、活血作用峻猛的药,精制药及某些贵重药外,一般中药常用内服剂量为5~10g,部分质地重而无毒的矿物、贝壳、甲壳、化石类药常用量为15~30g,新鲜的动植物药常用量为30~60g。

第二节 中药的用法

中药的用法是指中药的应用方法,其内容较为广泛,本教材主要介绍中药的给药途径、应用形式、汤剂煎煮方法和服药方法。

一、给药途径

给药途径是影响药物疗效的因素之一。因为机体的不同组织对于药物的吸收性能不同,对药物的敏感性亦有所差别,药物在不同组织中的分布、代谢情况也不一样。所以,给药途径不同,会影响药物吸收的速度、数量以及作用强度。有的药物甚至必须以某种特定途径给药,才能发挥某种作用。

中药的传统给药途径,除口服和皮肤给药两种主要途径外,还有吸入、舌下给药、黏膜表面给药、直肠给药等多种途径。20世纪30年代后,中药的给药途径又增添了皮下注射、肌肉注射、穴位注射和静脉注射等。

不同的途径给药各有其特点。临床用药时,具体应选择何种给药途径,除应考虑各种给药途径的特点