

讲 座

第五讲 影响中药疗效的因素

中国中医研究院骨伤科研究所 单文铨

清代著名医学家徐灵胎谓：“古之医者所用之药，皆自备之。”又谓：“审病极真，处方极当，奈其药非当时之药，则效亦不可必矣。今之医者惟知定方，其药则惟病家取之肆中，所以真假莫辨。虽有神医，不能以假药治其病也。”在古代，医药不分，一个好的医生也就是一个好的制药专家。但随着科技文化水平的日益发达，分科越来越细，以致许多医生医术甚精，而对药物知识却重视不够，因而势必在一定程度上影响治疗效果。所以，精通医理，熟悉药理，才能更好地辨证施治、组方遣药，灵活运用，药到病除。

下面，介绍一下影响中药疗效的若干因素，供临床和科研时选方用药之参考。

一、中药材的选择

我国幅员辽阔，物种繁多，各地用药习惯和名称差别极大，因此，同名异物和同物异名现象普遍存在，致使中药材的品种相当混乱复杂。如贯众，来源于6科35种植物，白头翁则来源于4科20余种植物。再如防己，自古以来分为汉防己与木防己两类，有“治风用木防己，治水用汉防己”之说。可见品种不一，功用不同。现代商品防己已经调查鉴定已达十余种，有粉防己、木防己、广防己等，主要属于防己科及马兜铃科植物。各种商品防己含有的生物硷等成分有较大差异。《中国药典》1985年版，根据长期以来各地区的用药习惯，临床效应和有效成分，仅将粉防己作为防己的主流品种使用，而将广防己自防己中分出，单独收载入药，表明了二者的明显区别。此外，一些贵重和紧缺中药，如麝香、虎骨、人参等，特别是一些进口药材，如番红花、血竭、犀角、羚羊

角等，常会发生以假充真或掺伪现象，因此，中药材的品种鉴定问题非常重要。虽然，这是一门独立的学科，不是每个医生都能掌握的，但做为一个临床医生，在选方遣药时，应该对此予以较大的重视。

二、中药的采收、加工与贮藏

中药品质的好坏，决定于有效物质含量的多少，而有效物质含量的高低与产地、采收的季节、时间、方法又有着密切的关系。陶弘景谓：“其根物多以二月八月采者，谓春初津润始萌，未充枝叶，势力淳浓也。至秋枝叶干枯，津液归流于下地。大抵春宁宜早，秋宁宜晚，花、实、茎、叶，各随其成熟尔。”李杲谓：“凡诸草、木、昆虫，产之有地，根、叶、花、实，采之有时。失其地，则性味少异；失其时，则气味不全。”这些宝贵经验，已被长期的实践所证实。如草麻黄中的生物硷，春天含量很低，8—9月含量最高。薄荷在生长初期，挥发油中几乎不含薄荷脑，但至开花末期薄荷脑的含量则急剧增加，槐米是槐树的花蕾，含有多量芦丁，如已开花、结果，则含量急剧下降。所以适时采收可以提高中药的质量。此外，中药的加工和贮藏对中药品质的好坏也有直接影响，亦应加以注意。

许多药材由于天时、地利的生长条件和多年来劳动人民精心培植的结果，优质而高产，有地道药材之称，正如陶弘景所说：“诸药所生，皆的有境界。”寇宗奭也说：“凡用药必须择土地所宜者，则药力具，用之有据。”现在，四川产的黄连、附子，云南的三七，甘肃的当归，青海的大黄，宁夏的枸杞子，内蒙古的黄芪，吉林的人参，山西的党参，河南的地黄、

怀牛膝, 山东的北沙参、金银花, 江苏的薄荷, 安徽的牡丹皮, 浙江的玄参、贝母, 福建的泽泻等, 都是历史悠久, 国内外驰名的名贵中药材, 临证时, 能用上这些地道药材, 无疑会给疗效平添力量。

三、中药的炮炙

中药的炮炙, 历代医家都极为重视。有些中药在炮炙前后药性有较大的变化, 甚至相反, 如生半夏催吐, 制半夏则镇吐。中药炮炙的有关理论, 《本草蒙筌》概括为“酒制升提, 姜制发散; 入盐走肾而软坚; 用醋注肝而止痛; 童便制除劣性而下降; 米泔制去燥性而和中; 乳制润枯生血; 蜜制甘缓益元; ……麦麸皮制, 抑酷性勿伤上膈; 乌头汤、甘草汤渍曝, 并解毒致令和平; 羊酥油、猪脂油涂烧, 咸渗骨容易脆断; 有寇去瓢免胀; 有抽去心除烦。”可见中药经过炮制可起到增效、减毒、引药归经、切制方便等作用。对这一丰富的遗产, 目前不能用现代科学全面地加以说明。但迄今为止所进行的化学、药理、临床等方面的研究已经表明, 中药的炮炙的确科学, 对于有效成分和药理作用有明显影响。当然, 也有少数是不合理的, 应该加以改进。

四、中药的药性

中药的药性涵义较广, 主要是指四气五味、归经、升降浮沉等。这些内容都是前人在长期的医疗实践中逐步探索归纳出来的, 是从不同方向对药物进行说明, 用以指导临床实践的。祖国医学认为, 每种药物都具有一定的特性, 或偏于寒, 或偏于热, 或升或降, 或燥或润, 利用这些不同的特性, 来补偏求弊, 调整机体阴阳气血的胜衰, 恢复生理平衡, 达到治疗目的, 这就是药物治疗的基本原理。

四气、五味是说明中药性能的主要理论, 升降浮沉是指导药物功用的趋向, 归经则是药物功能的适应范围。这些理论都是前人在长期的临床实践中总结出来的规律, 我们应当尊重前人的经验。但对这些理论, 也要具体分析,

既要看到它是来源于实践并能为实践服务的一面, 也要看到它由于历史条件及科学水平的限制而存在着一定的局限性和片面性的一面, 有待进一步的发展和提高。

五、中药的用法

中药的用法主要包括药物的配伍、禁忌、用量和服法等内容。掌握这些知识和方法, 在按照病情、药性和治疗要求使用药物时, 对于充分发挥药物疗效和确保用药安全具有十分重要的意义。

配伍: 使用中药治病, 能用单味药达到治疗目的者, 最好用单味药。但由于病情复杂, 有时数病相兼, 表里同病, 虚实并见, 或寒热错杂, 单味药往往难以达到治疗目的, 这就需要根据药物的性能选用几种药物配合应用。因此, 中药的配伍, 即是按照病情需要和用药法度, 将两种以上的药物合用, 利用药物之间的相互作用, 使其互相协同, 提高疗效, 或使其互相抑制, 减低不良作用, 更好地发挥药物效能。故对临床处方用药具有重要意义。

禁忌: 药物有防治疾病的一面, 也有不利于人体的一面。因此, 既要利用它防治疾病的作用, 又要了解它可能产生的副作用。特别对药性较猛或有毒的药物, 尤须重视。或避免使用, 或通过炮炙、配伍及减轻剂量等方法加以纠正。

用量、药物剂量的大小对其效用具有直接关系。 药量过小, 起不到治疗作用, 药量过大, 亦易造成不良后果而达不到治疗作用。所以药物剂量的掌握十分重要。许多名医, 常因正确运用药物剂量而令旁观者咋舌, 但却能收到一剂而愈的神效。

服法: 服药的方法, 与疗效有一定的关系。徐灵胎谓: “病之愈不愈, 不但方必中病, 方虽中病而服之不得其法, 则非特无功而反有害, 此不可不知也。……故伤寒论等书服药三法, 宜热, 宜温、宜凉、宜冷、宜缓、宜急、宜多、宜少、宜早、宜晚、宜饱、宜饥, 更有

(下转18页)

推拿治疗旋前圆肌综合征

(附21例报告)

江西省东乡县中医院 涂成昌

旋前圆肌综合征临床上是以前臂疼痛不适,手力减弱、拇指和食指麻木等为主症的疾病。本病的治疗报导不算多见。近几年来,笔者收治了21例患者,均采用手法按摩推拿治疗,效果较为满意。

临床资料

21例中男15例,女6例。年龄在24—57岁之间,而以30—45岁多见。右上肢13例,左上肢8例,无两臂同时发病者。治疗以一周为一个疗程,21例中经一个疗程治疗者11例,二个疗程治疗者7例,三个疗程治疗者3例。21例患者全部有效,治愈者18例,好转4例。21例中有19例经二年以后随访,治愈者皆无复发。

操作方法

一、滚法:用手背近小指侧部分,附着于患部,通过腕关节屈伸外旋的连续活动,使产生的力作用于患部。约5分钟。

二、拿法:用大拇指和食、中两指,提拿患部,进行一紧一松的拿捏。约5分钟。

三、按揉法:用拇指指端按压患部,逐渐用力深压捻动,同时作回旋揉动。约5分钟。

四、擦法:用大鱼际肌或小鱼际肌着力于患部,进行直线来回摩擦。约3分钟。

论论

旋前圆肌综合征是由于正中神经受机械性压迫,导致运动与感觉神经传导障碍所致。而能压迫正中神经的,主要是其周围的腱性结构,俞寿民等⁽¹⁾经尸体解剖认为这种腱性结

构主要有三种形式:即联合腱板,由腱束构成的尺骨头以及指浅屈肌的纤维弓或腱束。腱性结构的存是在产生旋前圆肌综合征的形态基础,至于是否出现临床症状,则主要决定于腱性组织及肌的劳损、外伤等致病因素。如经常或过度的旋前、屈肘与屈指等动作而引起旋前圆肌、指浅屈肌挛缩,腱性结构紧张,使纤维和腱性纤维因炎症水肿而发生纤维化和粘连,压迫正中神经而产生旋前圆肌综合征。

有人主张用手术切断压迫正中神经的腱性结构的方法来治疗本病。有些患者不易接受。本人根据中医理论,采用按摩推拿的方法治疗,亦收到较满意效果。

在21例患者中,大多数为青壮年,故使用了刺激性较强的滚法、拿法、按揉法和擦法等推拿手法。这些推拿方法都具有舒筋活血,消肿止痛,祛风散寒的作用。能滑利关节,缓解肌肉、韧带痉挛,增强肌肉、韧带活动能力,促进血液循环,提高肌肉的兴奋性。强刺激手法,可以引起部分细胞蛋白质分解,产生组织胺和类组织胺物质,加上手法的机械能转化为热能的综合作用,促使毛细血管扩张,增强局部肌肉的营养供应,使损害的组织得以修复。从而加速了腱性纤维的炎症水肿和纤维化等病变产物的吸收,使局部的粘连消失,去除了压迫正中神经的因素,达到治疗旋前圆肌综合征的目的。

(1): 俞寿民等:旋前圆肌综合征的应用解剖学,《中华骨科杂志》,1985.3.184.

(上接42页)

宜汤不宜散,宜散不宜丸,宜膏不宜圆。其轻重大小,上下表里,治法各有当,此皆一定之至理。深思其义,必有得于心也”。

此外,影响中药疗效的因素颇多,如用药与时令的关系(即现代医学的“生物钟”理论),药物的制剂制备等等,不再赘述。