

性睡眠行为和负性情绪等(内因)共同的作用下,使急性失眠转变为慢性失眠。(图2)

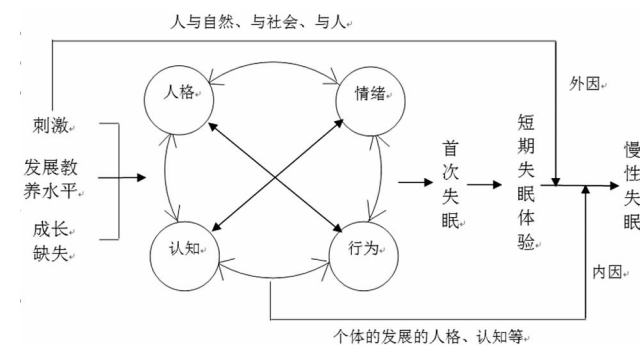


图2 失眠的心理生理发病机制

失眠的发病机制对于临床治疗十分关键,如果能理清机制,治疗自当效如桴鼓。失眠的心理生理发病机制是我们根据既往研究和总结临床经验疗效而得出的理论,目前仍在不断开展相关课题研究,新的理论和假说仍在补充完善。在此抛砖引玉,以飨同道。

参考文献

- [1] Rosekind MR. J. The epidemiology and occurrence of insomnia[J]. clinical psychiatry, 1992, 52(supple): 4-6.
- [2] 汪卫东, 刘艳骄, 慈书平. 睡眠障碍的中西医结合诊疗基础与临床[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 182.
- [3] David A. Katz, Colleen A. McHorney. Clinical Correlates of Insomnia in

- Patients With Chronic Illness[J]. Arch Intern Med, 1998, 158(10): 1099-1107.
- [4] Tung - Ping Su, Shuang - Ruang Huang, et al. Prevalence and risk factors of insomnia in community - dwelling Chinese elderly: a Taiwanese urban area survey[J]. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2004, 38(9): 706-713.
- [5] 陈前. 基层医院神经内科门诊患者失眠原因分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(17): 94-95.
- [6] 黄韬, 唐文超, 安圣海, 等. 170例失眠症患者病机特点分析[J]. 江西中医药, 2009, 40(8): 49-50.
- [7] 梁学军, 戴光明, 郑健. 综合医院心理门诊失眠症患者认知心理分析[J]. 临床神经电生理学杂志, 2008, 17(2): 90-92.
- [8] 龚守会, 李晓晖, 司颖溪, 等. 综合医院神经内科门诊失眠症患者临床特点分析及心理测评[J]. 神经损伤与功能重建, 2009, 4(2): 92-93, 104.
- [9] Matheny H E, Deem TL, Cook Mills JM. Lymphocyte Migration through Monolayers of Endothelial Cell Lines Involves VCAM - 1 Signaling via Endothelial Cell NADPH Oxidase[J]. Journal Immunol, 2000, 164: 6550-6559.
- [10] 马建东, 李玉凤, 李转清. 大学生失眠症患者心理社会因素对照研究[J]. 健康心理学杂志, 2004, 12(3): 218, 220.
- [11] 王恒飞, 周红兵. 对顽固性失眠症心理防御机制的分析研究[J]. 贵州医药, 2006, 30(7): 601-602.
- [12] 毛洪祥. 慢性原发性失眠与人格及心理因素的关系[J]. 中国健康心理学杂志, 2008, 16(7): 787-789.

(2013-01-14 收稿)

中药配伍理论研究

位亚丽 王志国

(中国中医科学院临床医学基础研究所, 北京, 100700)

摘要 中药配伍指中药的配合使用, 中药配伍理论体系包括: 七情和合、配伍宜忌、君臣佐使以及中药配伍的现代药理学、药效学、毒理学等的现代科学研究。

关键词 中药配伍理论; 七情和合; 配伍宜忌; 君臣佐使; 现代研究

Theoretical Research on Compatibility of Traditional Chinese Medicines

Wei Yali, Wang Zhiguo

(Institute of Basic Research in Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China)

Abstract Compatibility of Traditional Chinese Medicine means to two or more different herbs used together. The theory of compatibility of Traditional Chinese Medicine includes compatibility due to seven emotions; compatibility taboo; theory of principal, assistant, complement and mediating guide; as well as pharmacological, pharmacodynamics and toxicology research on compatibility.

Key Words Theory of Compatibility of Traditional Chinese Medicine; Compatibility due to seven emotion; Compatibility taboo; Principal, assistant, complement and mediating guide; Modern research

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.05.009

中药配伍, 是指两味或两味以上的中药配合使用。配伍不仅是药物的两两搭配, 而且包括更多的药物配

合。广义的配伍也包括方剂, “药有个性之特长, 方有合群之妙用”, 一个或多个配伍有规律的组合就是一个

方剂。从《神农本草经》提出“七情和合”理论,到历代医家的总结发展,以及后来中药学的发展,中药配伍理论体系包括:七情和合、配伍宜忌、君臣佐使以及中药配伍的药效学、药剂学、化学效果的现代科学研究。

1 七情和合

《神农本草经》^[1]提出七情的概念:“药有阴阳相配,子母兄弟。……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。当用相须相使者良,勿用相恶相反者。若有毒宜制,可用相畏相杀者,不尔,勿合用也。”七情除单行外,其余都是药物配伍关系。相须:就是两种功效类似的药物配合应用,可以增强原有药物的功效。相使:就是以一种药物为主,另一种药物为辅,两药合用,辅药可以提高主药的功效。相畏:就是一种药物的毒副作用能被另一种药物所抑制。相杀:就是一种药物能够消除另一种药物的毒副作用。相恶:就是一种药物能破坏另一种药物的功效。相反:就是两种药物同用能产生剧烈的毒副作用。《本草纲目》^[2]指出“药有七情。独行者,单方不用辅也;相须者,同类不可离也,如人参、甘草、黄柏、知母之类;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。古方多有用相恶相反者。盖相须相使同用者,帝道也;相畏相杀同用者,王道也;相恶相反同用者,霸道也。有经有权,在用者识悟尔。”

2 宜忌

2.1 “宜”指药物适合配伍,关键在于药物配伍后能增效减毒。临床通过互根互用、相反相成法则指导中药配伍,通过阴阳互根、寒热共济、气血并治、散敛结合、营卫同调、升降相协、攻补兼施、峻缓相济、动静相宜、刚柔共举、表里兼顾、上下分消等不同方式促进中药的合理使用^[3]。

2.2 配伍禁忌应包括十八反、十九畏以及服药食忌。《本草纲目》^[2]提出“相反诸药(凡三十六种):甘草反大戟、芫花、甘遂、海藻;大戟反芫花、海藻;乌头反贝母、栝楼、半夏、白蔹、白芨;藜芦反人参、沙参、丹参、玄参、苦参、细辛、芍药、狸肉;河豚反煤炔、荆芥、防风、菊花、桔梗、甘草、乌头、附子;蜜反生葱;柿反蟹。”后在《珍珠囊补遗药性赋》中提出了著名的十八反歌和十九畏歌^[4]“十八反歌:本草名言十八反,半蒺藜芫花攻乌,藻戟遂芫俱战草,诸参辛芍叛藜芦”“十九畏歌:硫磺原是火中精,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;牙硝难合荆三棱;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,炮炙炙煨莫相宜。”《药鉴》也有“人参芍药与沙参,细辛玄参及紫参,苦参丹参并前药,一见藜芦便杀人,白芨白蔹并半夏,瓜蒌贝母五般真,莫见乌头与乌喙,逢之一反疾如神,大戟芫花并海藻,甘遂已上反甘草,蜜蜡莫与葱根睹,云母休见石决明”的描述。

服药食忌:中药服药食忌是指用中药期间的饮食禁忌,汉代《五十二病方》治脉方云“服药时禁毋食肉、鲜鱼”治痢方云“敷药毋食肉、鱼”。《伤寒论》桂枝汤方后注也有“禁生冷、黏滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物”的描述,《金匱要略·卷下·禽兽鱼虫禁忌第二十四》:“所食之味,有与病相宜,有与身为害,若得宜则益体,害则成疾,以此致危例皆难疗。”同时也提出“肝病禁辛,心病禁咸,脾病禁酸,肺病禁苦,肾病禁甘。”葛洪在《肘后备急方》中列杂果菜诸忌项。服药食忌理论首次明确提出,是南北朝梁代陶弘景的《本草经集注》。《新修本草》全面继承了陶弘景的理论,后世医家也多相关论述。李时珍在《本草纲目》中全面系统地总结整理了历代有关服药食忌的论述^[5]。

3 君臣佐使

一般认为是方剂配伍结构形式,但也有文章认为方剂是研究两味药以上的配伍,简单的方剂就是一种配伍组成,所以中药配伍是方剂配伍的基础,方剂配伍是中药配伍的高级形式^[6]。《方剂学》^[7]中将君臣佐使归纳为:“君药:即针对主病或主证起主要治疗作用的药物。臣药:有两种意义。1)辅助君药加强治疗主病或主证作用的药物;2)针对重要的兼病或兼证起主要治疗作用的药物。佐药:有三种意义。1)佐助药,即配合君、臣以加强治疗作用,或直接治疗次要兼证的药物;2)佐制药,即用以消除或减弱君、臣药的毒性,或制约君、臣药峻烈之性的药物;3)反佐药,即病重邪甚,可能拒药时,配用与君药性味相反而又能在治疗中起相成作用的药物,以防止药物格拒。使药:有两种意义。1)引经药,即能引领方中诸药至特定病所的药物;2)调和药,即具有调和方中诸药作用的药物。”

君臣佐使最早见于《神农本草经》:“上药一百二十种为君,主养命以应天,无毒,多服久服不伤人。欲轻身益气,不老延年者,本上经。中药一百二十种为臣,主养性以应人,无毒、有毒斟酌其宜。欲遏病补虚羸者,本中经。下药一百二十五种为佐使,主疗病以应地,多毒不可久服。欲除寒热邪气、破积聚、愈疾者,本下经。药有君臣佐使,以相宣掇。合和者,宜用一君、二臣、五佐,又可一君、三臣、九佐也。”《素问·至真要大论》:“主病之谓君,佐君之谓臣,应臣之谓使。”明朝

何塘在《医学管见》里论述君臣佐使“大抵药之治病，各有所主。主治者，君也；辅治者，臣也；与君相反相助者，佐也；引经及治病之药至于病所者，使也。”张从正以“官有正师司旅，药有君臣佐使。君药者，主药也，如六官之有长，如三军之有帅，可以控驭群药，而执病之权。臣药者，辅药也，如前疑、后丞、左辅、右弼，匡之、直之、辅之、翼之。佐药者，引经之药，从治之药也。引经者，汇众药而引入一经，若军旅之有前驱，宾客之有傧相。从治者，热因寒用，寒因热用，消中有补，补中有消，既立之监，或佐之史，沉潜刚克，高明柔可，制其偏而用其长，斯能和衷而共济。使药者，驱遣之药也，若身之使臂，臂之使指，占小善者率以录，名一艺者无不庸，俱收并蓄，待用无遗。……方虽出于古人，药仍进于医手，安可抱残守缺，以某方治某病？必求几希之合，而昧化裁之妙哉！”^[4]来形象的论述君臣佐使。

在使用中药配伍过程中要注意重视从整体配伍、注意扶正顾胃、分清主次先后、贵在知常达变等方面^[8]，中药配伍不是简单的功效相加，不可盲目堆药，杂乱无章，“有药无方”，也不可不顾具体病症的变化，照抄方剂，“有方无药”。临床中“方有七，大、小、缓、急、奇、偶、复也”的七方就说明了这个问题。中药配伍对药效的影响主要表现为三个方面：一是增强药效；二是缓解毒性；三是剂量改变，功效也会改变^[9]。现代实验研究证明影响中药配伍药效的因素有以下几种：1) 合煎与单煎：有研究甘草与芫花合煎液与合并液色谱图对比推测两种制药方式，芫花甘草的煮出成分产生不同的变化^[10]。通过研究川芎-白芍单煎及共煎液中有效成分的变化，发现共煎液中阿魏酸含量比川芎单煎液中平均升高 24.04%，芍药苷含量比白芍单煎液中平均升高 17.47%，证明两药合煎的合理性^[11]。以及当归-红花共煎液中有效成分的含量也高于各单煎液中含量，证明两者配伍的合理性^[12]。芍药甘草合煎的药效也明显高于单味药^[13]。2) 配伍比例：关于配伍比例有不同的实验结果，有研究认为配伍比例对药物的有效成分的煎出影响很小，黄芩-柴胡药对按照(0:1, 1:1, 1:2, 2:1, 1:0)比例进行提取，发现不同比例的配伍对提取液中黄芩苷的含量影响较小^[14]。另有研究证明竹叶与关木通以 1:4 配比，竹叶对关木通马兜铃酸 A 的溶出量降低最明显^[15]。实验研究证明白术茯苓等量时对小鼠 VIP 下调作用明显，其他比例时反使 VIP 含量升高，证明等量运用二药的合理性^[16]。3) 剂型：有研究证明北细辛 3 种制剂的小鼠毒性强度依次为散剂、挥发油、水煎剂^[17]。4) 炮制方法：不同的炮制方法也容易影响药物的功效，延胡索炮制后有效

成分易于煎出，醋制品止痛效力增加，酒制品活血作用提高^[18]。5) 溶剂：不同的溶剂对中药有效成分的提取的影响也是不一样的。水提、醇提对黄芩苷提出率影响不大，对柴胡皂苷的提出率影响较大，对柴胡皂苷 a 的提取，醇提优于水提，且水提不能将柴胡皂苷 d 提出，但若对黄芩柴胡共煎能提高柴胡皂苷的提出率^[19]。

讲究中药配伍不仅在处方遣药上获得显著的疗效，而且不少配伍经验已经得到科学实验研究证实。因此，对于中药配伍如能进行深入研究，必能对中医振兴发展有重大影响。

参考文献

- [1] 顾观光(清). 神农本草经[M]. 北京:学苑出版社,2009:1.
- [2] 李经纬.《本草纲目》校注[M]. 辽宁:辽海出版社,2001:26-68.
- [3] 王淳.“相反相成”十二法指导中药配伍应用探析[J]. 光明中医, 2003,18(1):8-12.
- [4] 叶显纯,陶御风. 中药配伍文献集要[M]. 北京:人民卫生出版社, 1993:19-24.
- [5] 吴嘉瑞,常章富. 中药服药食忌探析[J]. 中国食品药品监管,2007,5(9):62-63.
- [6] 张运开. 谈中药配伍与方剂的关系[J]. 贵阳中医学院学报,1989,11(3):50-52.
- [7] 邓中甲. 方剂学[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:19-20.
- [8] 王险峰. 论中药配伍的要点[J]. 山东中医杂志,1991,10(4):2-3.
- [9] 岳培荣. 论中药配伍与药效的关系[J]. 河南中医,2005,25(11):69-70.
- [10] 黄蓓蓓,王春霞,李国峰,等. HPLC 法分析甘草芫花合煎液与合并液成分[J]. 中药材,2008,31(1):152-154.
- [11] 郑春松,叶蕪芝,刘献祥,等. HPLC 法研究川芎-白芍单煎及共煎液中有效成分含量的变化[J]. 福建中医药大学学报,2010,20(6):39-43.
- [12] 张荣,刘睿,黄天来,等. HPLC 法研究当归-红花单煎及共煎液中有效成分含量的变化[J]. 中药新药与临床药理,2009,20(5):448-452.
- [13] 聂淑琴. 人服用芍药、甘草和芍药甘草汤后的药代动力学研究[J]. 国外医学(中医中药分册),2001,23(2):86-87.
- [14] 刘逢芹,刘田云,余晓东,等. RP-HPLC 考察黄芩、柴胡配伍对黄芩苷成分的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2009,15(7):3-5.
- [15] 王亮,丁里玉,丁芳,等. 不同剂量竹叶对关木通中马兜铃酸 A 溶出量的影响实验研究[J]. 时珍国医国药,2009,20(11):2681-2682.
- [16] 贾波,张丰华,刘岩,等. 白术茯苓白术茯苓汤及其不同配比对脾虚大鼠 VIP 的实验研究——论配伍及剂量对方剂功效的影响[J]. 中华中医药学刊,2008,26(9):1851-1852.
- [17] 付勇强,魏新智,王英,等. 北细辛散剂、水煎剂、挥发油的急性毒性评价[J]. 亚太传统医药,2010,6(12):17-18.
- [18] 汤法银,聂爱国,李艳玲,等. 中药延胡索的研究进展[J]. 临床和实验医学杂志,2006,5(2):185-186.
- [19] 刘逢芹,常跃兴,刘田云,等. 不同溶剂对黄芩-柴胡药对中的药效成分提出的影响[J]. 中药材,2009,32(6):900-903.

(2012-09-01 收稿)