

# 中药处方药味剂量大小探析

芦柏震, 王春雷, 周俐斐

(浙江省肿瘤医院药剂科, 浙江 杭州 310022)

**摘要:** 中药处方药味剂量大小与治病效果、副反应产生密切相关, 如何组方用药及处方药味剂量大小, 各学者争论颇多。张仲景《伤寒杂病论》在理、法、方、药方面给我们在用药组方上启迪颇多, 以“经方”为切入点研究中药处方剂量大小必将具有重要意义。

**关键词:** 中药处方; 药味剂量; 大小; 利弊

**中图分类号:** R289

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1673-7717(2010)01-0038-03

## Discuss on the Prescription Dosage of Traditional Chinese Medicine

LU Bai-zhen, WANG Chun-lei, ZHOU Li-fei

(Zhejiang Cancer Hospital, Hangzhou 310022, Zhejiang, China)

**Abstract:** The prescription dosage of Traditional Chinese Medicine is closely related to its therapeutical effects and side effects. There have been a lot of arguments and discussions on the compatibility and prescription dosage in the past years. *Trdatise on Febrile and Miscellaneous Diseases (Shang Han Za Bing Lun)* which was written by ZHANG Zhong-jing is an inspiration of the therapeutic principle, method, prescription and herb to us. We consider that the classical prescriptions are key point for studying the prescription dosage of Traditional Chinese Medicine.

**Key words:** traditional Chinese medicine; prescription; dosage; therapeutical effects and side effects

剂量或称用量, 是依据传统经验为达一定治疗作用所应用的药量。首先是指每一味药的成人一日量, 其次是指方剂中药与药之间的比例份量, 即相对剂量<sup>[1]</sup>。相对剂量必须以某一权威规定剂量作为参照才能严格地确定剂量“大”和“小”。其权威规定剂量以《中国药典》为依据, 未收载于《中国药典》的中药, 其权威规定剂量以统编教科书《中药学》或《中药大辞典》中的规定剂量为依据, 如浙贝母用量为4.5~9g<sup>[2]</sup>。然而临床实际用量与《中国药典》规定剂量相差甚远, 平均符合率仅有42%<sup>[3]</sup>。处方中药味剂量大的时常有, 倡导与赞成者依据充分, 言之确凿; 处方中药

味剂量偏小的也多见, 践行或支持者众多, 理论联系实际, 振振有辞。两者观点鲜明, 针锋相对, 目的均为一个, 就是更好地发展中医中药。孰是孰非, 莫衷一是。只看一文, 只听一方, 难做定论。现摘摘两者精华部分, 给予归纳综述。

1 认为处方药味大剂量应用存在合理性

1.1 《中国药典》规定剂量偏小影响中药疗效

《中国药典》主要提供药物的用药规范和安全有效用量范围, 用量超过《中国药典》范围, 可能引起毒副作用。然而按照考证的古今剂量折算方法<sup>[4]</sup>, 《中国药典》规定剂量明显偏小, 影响中药治疗疾病作用。如张仲景所撰《伤

邪闭心包, 身热自溺, 神昏谵语, 角弓反张者而设。认为其病机一为浊痰蒙窍, 一为热盛动风。方中重用细辛、石菖蒲急开其窍, 半夏、枳壳、天竺黄豁痰, 僵蚕、钩藤熄风, 金银花、连翘、瓜蒌皮、焦山栀、益元散泄热透湿而达邪。胡宝书还认为, 临床遇到湿热不扬、发痞、斑疹不畅、蒙闭, 或高热持续不退者, 尤应注意运用透湿祛邪法。胡宝书在清气泄热方后注释道“方中寒水石清热泻火虽为主药, 倘若见患者痞疹隐隐, 则当去寒水石之凉遏, 改用桔梗、杏仁、金银花之属, 以利宣透肺气”, 而桔、杏、银能助方中山栀、益元散、瓜蒌皮透湿达邪。胡宝书认为, 透湿达邪法若运用恰当, 每

能收意外之功, 不可等闲视之。

“留得一分阴津, 即有一分生机”是温病学家所主张, 在治疗中都重视保护病家阴津。温病多兼湿, 化湿药多为香燥之品, 又伤津耗液; 若欲养阴, 滋腻之物又恐碍湿。如何解决既能化湿, 又能保护津液, 胡宝书则别有见地, 认为“南方偏热, 阴津常苦不足, 故香燥峻利、伤津耗液之品务须慎用, 率尔误投, 则亡阴动风之险立至, 救之不易, 诚不如保之为妥也。南方又多湿邪, 中宫常苦不运, 故阴柔滋腻、呆脾滞之品务戒勿用, 否则健运失责, 生气日索, 即药力亦未能运至病所, 欲病之愈, 不亦难哉!”故胡宝书所选之化湿药多为连翘、山栀、郁金、藿香、陈皮、茯苓、青蒿、豆豉、碧玉散; 六一散之类, 既无香燥耗液之虞, 又无滋腻碍胃之弊。胡宝书在处方遣药时, 除善于保护阴津, 使之不受外伤外, 并重视热病后期阴津亏乏者的调养。

收稿日期: 2009-08-25

作者简介: 芦柏震(1956-), 男, 浙江嘉兴人, 主任中药师, 研究方向: 医院中药学。

寒杂病论》因其组方严谨、疗效卓著,被誉为“方书之祖”,其所载方剂中,记载了大量中药超大剂量应用的内容,如小青龙汤中的细辛3两约42g(《中国药典》用量1~3g);桂枝汤中附子用3枚约60g(《中国药典》用量9~15g);炙甘草汤的生地1斤约223g(《中国药典》用量10~30g)等。时至近代对中药超大剂量应用这一临床药学问题,开始有学者对此进行系统的研究,如张锡纯<sup>[5]</sup>《医学衷中参西录》中专篇论及中药超大剂量应用的问题。他的基本观点是“用药以胜病为主,不拘分量之多少”,极力主张超大剂量应用中药,并且在这方面具有丰富的临床经验。例如治癲狂的荡痰加目遂汤,所附的医案中甘遂用至三钱,代赭石用至四两,来复汤中山茱萸用二两,取其救脱之功;一味薯蓣饮中怀山药用至四两等等,均是超大剂量用药。现代医家中超大剂量应用中药者亦不乏其人<sup>[6]</sup>。

## 1.2 药专力宏

从古至今不乏有医家在治疗某些疾病时运用大剂量中药组方,在相对安全的前提下,取得了显著的临床疗效。清代医学家王清任<sup>[7]</sup>发展了活血化瘀理论,其治中风偏瘫诸症,以益气活血为总的治则,创补阴还五汤,方中黄芪剂量用至四两,其超大剂量应用黄芪的经验至今对临床仍有借鉴意义。云南名医吴佩衡<sup>[8]</sup>治疗一名产后出血并感染性休克患者,辨为肝肾之阴气内盛,心肾之阳衰弱已极,下焦之真阳不升,上焦之阴邪不降,一线残阳将绝,用附片150g,干姜50g,上肉桂10g,甘草20g,服用一剂而获奇效。阳虚至极,其邪非温不化时,若仅用几克附子,是否能逐寒?这种以现代“常规”用量为指标恐怕未必能得到真谛,也是导致中医不能治危急重症的原因之一。大剂量用药有其自身的应用法度,并非盲目莽撞、随心所欲,而是有深刻的内涵的。李东垣<sup>[9]</sup>从方剂配伍的角度,提出处方中主药的剂量可超大。“为君者最多,为臣者次之,佐者又次之”,其观点为后世处方中主药的超大剂量应用奠定了理论基础。

## 1.3 从中草药中提取和研制成的化学单体药物的剂量反视 有相当一部分中药的传统用量难以达到其有效剂量范围<sup>[10]</sup>

例如(用量均按成人每日量均值计算):①青蒿素是从药材青蒿中提取的治疗疟疾的有效成分,口服每天1000mg有效,青蒿中青蒿素含量约0.5%,折算药材用量约每天200g,而《中国药典》规定青蒿用量为4.5~9g;②氧化苦参碱治疗慢性肝炎,口服每天600mg有效,山豆根中氧化苦参碱含量约0.4%,折算药材每天150g,而《中国药典》规定山豆根用量为3~9g;③麻黄素预防血压下降,口服每天150mg有效。麻黄中麻黄素含量约0.5%,折算为药材用量为每天30g,而《中国药典》规定麻黄用量为1.5~9g。绝大多数中药可能是多成分多靶点的综合作用,但这种综合作用,可能是多成分多靶点的协同作用效果,也可能只是多成分多靶点效应的简单加和,甚至还很有可能是多成分多靶点的拮抗作用效果。所以,从有效成分的有效剂量推测中药的剂量,虽然难免有失偏颇,但还是可以折射出中药传统剂量规定的局限性。

## 1.4 古今度量的折算存在差异

《伤寒杂病论》药少而精,效专力宏,大多数方剂至今仍被广泛应用。仲景方剂用量概以斤、两、铢、尺、斗、合、匕

等给予量,其药物用量如何换算为当今的用量,众多中医学家对此进行了深入探讨,但依然众说纷纭,难以统一。后世有《伤寒杂病论》一两为今1.6g、3g、6~9g、13.92g、15.625g等等之说。杜雨茂、程先宽等<sup>[11-12]</sup>认为吴承洛《中国度量衡史》的数据比较合理,提出1两(24铢为1两)约13.92g的观点。如今教科书应用的剂量主要受李时珍《本草纲目》和汪昂《汤头歌诀》的影响,认为“今古异制,古之一两,今用一钱也”、“大约古用一两,今用一钱足矣”。因李时珍、汪昂的著作影响深远,这种认识广为流传,而事实上,该药量为《伤寒杂病论》经方量的五分之一。

## 1.5 中药材质量下降 常规用量影响疗效

目前,临床用药有增大的趋势,其原因是《中国药典》规定的药用量,一般都按以前的野生药物而定,但现在使用的几乎都是人工种植和养殖的药物,因而其有效成分比野生药物有所下降;且由于用药质量改变了,其用量也应有相应的增加<sup>[13]</sup>。

## 2 处方药味用量超出《中国药典》规定剂量存在的弊端

### 2.1 毒副作用增大

近年来,随着人们对用药安全性的重视,中药用量的主观性和随意性受到了质疑,尤其是对超大剂量的用药的有效性和安全性。从中医理论角度出发,每味中药临床用量的灵活性恰好是中医临床疗效之所在,但总得有个“度”,不能随心所欲,无限偏大,无法可依。《中国药典》中,每位中药均有一个剂量范围,在常规剂量下使用较安全,不良反应很少,如果超出《中国药典》规定的剂量,一旦发生医疗方面的纠纷或医疗事故,就要承担相应的法律责任。经验或某份医案决定药量是不受法律保护的。而现代人用药,剂量越来越大,远远超过《中国药典》规定的剂量,不良反应也相应增多<sup>[14]</sup>。如近年来出现的“中草药肾病”<sup>[15]</sup>;李爱群等<sup>[16]</sup>在对中药致肾损害的文献进行计量学分析后认为,从量效关系来看,短时间用量过大是造成中毒、导致肾损害的主要原因(占93.25%);彭学莲等<sup>[17]</sup>分析了中药致肝损害的文献,认为从量效关系来看,用药时间过长,造成药物蓄积导致肝损害的占50.72%;用量过大,造成中毒的占39.1%。

### 2.2 量大与疗效不成正比

中药化学成分是中药药理效应的物质基础,其化学成分在煎煮过程中,随着内在的和外部的改变发生着一系列变化,各种化学成分的综合作用直接影响药物的效应。在实验中,研究者给予动物数倍于治疗量的中药并没有出现强于治疗量效应的现象发生。如酸枣仁汤是临床治疗肝血不足、虚热内扰之“虚劳虚烦不得眠”的著名古方,有关此方的药理实验研究目前多局限于镇静催眠作用的初步观察。王欣等<sup>[18]</sup>从行为角度观察了酸枣仁汤的抗焦虑作用,从小剂量开始此效用逐渐增强,但达到一定剂量后,抗焦虑效应不再随给药剂量的增加而增加。研究者认为中药超治疗量药效并不显著的原因,可以从以下几点分析:其一、可能是中药各种成分之间产生拮抗作用的结果,使药理活性降低,甚至消失。其二、可能是中药里的某种化学成分具有肝药酶诱导剂的作用,使药酶活性增加,加快其他化学成分的代谢,失去药理活性。其三、中药与大多数西药一样必须同机体的细胞某些受体结合,才能发生生物效应,结合的受

体越多,产生的药理效应越大。但因受体数目有限,故有饱和性和性。

### 2.3 剂量大则煎煮 服用不便

芦柏震等<sup>[19]</sup>认为剂量越大,煎煮时加水量必然增加,煎后药液就多患者服完大量煎液难受,否则影响治疗效果;传统的煎煮容器无法盛装如此多的药材,使得同一帖药要分两次煎煮,影响煎煮效果。如白花蛇舌草、半枝莲、仙鹤草、绞股蓝、夏枯草、水牛角片等药为组合方,且处方用量在25g以上时,由于药材质量轻、体积大,患者常为煎药为难。

### 2.4 浪费药材

杨付明<sup>[20]</sup>认为,中药剂量大小使用应考虑:有效成分所占的百分比、有效成分溶出程度的百分比、煎煮药液总量的多少、服用药液总量及用药剂量等。因此如何提高溶出程度是提高药物实际吸收量的关键,一味依靠加大用药剂量来实现提高疗效的作法,既是对有限药物资源的浪费,也增加了患者的经济负担,更是缺乏科学依据的。

### 2.5 今人体质不比古人 不耐受大剂量

从生理角度分析,不同人种以及同一人种不同个体对药物的反应有显著的差别,且环境的改变,对人体也有一定的影响。现代人由于生活节奏加快,工作压力大,且环境污染严重,辐射大等因素的影响,使得现代人的体质不如古代人壮实,不耐受大剂量,因而临床上应注意个体差异,做到知常而又能达变,剂量恰如其分,即能愈病又不伤人。

## 3 小结

综上所述,一方面中药大剂量临床应用多以峻剂取胜,现代临床报道及有关总结已广泛证实了这一点;另一方面药物的超《中国药典》大剂量应用,临床毒副作用增加。二者颇似矛盾,然而认真思考此问题,值得对比研究。以经方为例,据统计,《伤寒杂病论》药物共有34味药的使用量等于或超过《中国药典》的最大药量,以此作为大剂量用药来计算,占全书89味总药数的39%;大剂量使用总共152方次,参与组方85个,占全书112个方剂的76%。《伤寒杂病论》大剂量用药绝大部分作方剂中的君药(占75%)<sup>[21]</sup>,这种源清本正的“针对病机+主药量大=君药”的内容涵义和表现形式,一直影响后世中医方剂学的组方和规律<sup>[22]</sup>。

传统的中药药性理论及方剂用量,原则上很少论及规范的标准,更多的是强调法度、组方结构、配伍方法、方制大小等,如君、臣、佐、使、大、小、缓、急、偶、复等组方原则。而当今部分处方则组方法度不明,不讲究药物间的配伍,更多是按功效组方。因此,药味增加,处方混杂,加之超《中国药典》大剂量用药,就无法避免由此而引起的中药不良反应和药源性疾病的发生。

中药超大剂量应用是临床中药学中的一个带有普遍性的问题,但一直未能引起中医药界的足够重视,对此缺乏比较系统的研究,结果造成对中药超大剂量应用的安全性、科学性和实用性缺乏深刻的认识。《中国药典》、《中药大辞典》、《中华本草》均属中药权威性著作,对临床常用中药的常规用量均规定了一个大致相同的衡量标准,但当今中医临床处方用量却与其存在较大偏差,说明其实用性、指导性不强。建议取消用量在法定的《中国药典》一部中出现。增设《中国药典》之“中药临床指南”一书,并在该书药味项

下设急毒、慢毒、半数致死量、临床毒副反应相关资料信息。这些相关资料信息需要由临床、科研院所等相关部门广泛收集、专门负责、及时更新、权威发布、长期跟踪,可减少中药不良反应和药源性疾病发生,并可促进处方药味剂量大小的讨论。值得一提的是《伤寒杂病论》所载方剂,由于其理、法、方、药浑然一体,临床疗效确切,被誉为“经方”、“方书之祖”,在我国已有两千多年的应用历史。因此,以“经方”作为切入点,研究中药处方剂量大小必将具有重要意义。

## 参考文献

- [1] 李忠林,呼延玲,李芳侠.影响中医剂量的因素[J].实用医技杂志,2004,11(6):891-892.
- [2] 国家药典委员会.中华人民共和国药典(一部)[S].北京:化学工业出版社,2005:205.
- [3] 高红,刘法强.关于中药处方剂量的探讨[J].中国医院药学杂志,2000,20(5):113.
- [4] 近光明,邱隆,杨平.中国科学技术史·度量衡卷[M].北京:科学出版社,2001:236,249-250.
- [5] 张锡纯.医学衷中参西录(上)[M].石家庄:河北科学技术出版社,1985:55.
- [6] 许国振,谢守敬.古今中药超大剂量应用集萃[M].北京:中国医药科技出版社,2005:17-18.
- [7] 陕西中医学院.《医林改错》注释[M].北京:人民卫生出版社,1985:120.
- [8] 吴韵敏.从吴佩衡临床经验探附子的临床应用[J].云南中医中药杂志,2003,24(1):43-45.
- [9] 李东垣.兰室秘藏[M].北京:人民卫生出版社,1985:120.
- [10] 肖小河,鄢丹,金城,等.突破中药传统用量局限,提高中药临床疗效[J].中国中药杂志,2008,33(3):229-232.
- [11] 杜雨茂.伤寒论释疑[M].北京:中医古籍出版社,2004:33-40.
- [12] 程先宽,韩振蕴,陈志刚,等.伤寒论剂量折算研究思路与探讨[J].北京中医药大学学报,2006,29(1):11-12.
- [13] 张有新.重要剂量与疗效的关系[J].华北煤炭医学院学报,2007,19(15):735-736.
- [14] 鞠少斌,谭丽蓉,刘雪梅,等.从四君子汤中各药用量思考中药剂量的规定的规范[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(6):130.
- [15] Cosyns JP, Jadoul M, Squifflet JP, et al. Chinese herbs nephropathy: a clue to Balkan endemic nephropathy? [J]. Kidney Int, 1994, 45(6):1680-1688.
- [16] 李爱群,胡学军.中药致肾损害的文献计量学分析[J].药物流行病杂志,1998,7(2):84-86.
- [17] 彭学莲,李长生,崔苏镇.中药致肝损害文献计量学分析[J].时珍国医国药,1999,10(5):392-393.
- [18] 王欣,谢鸣.酸枣仁汤对高架十字迷宫大鼠行为影响的量效关系评价[J].中国实验方剂学杂志,2004,10(1):35-37.
- [19] 芦柏震,侯桂兰,王春雷.中药处方药物剂量应用分析[J].中国医院药学杂志,2006,26(12):1554-1556.
- [20] 杨付明.中药剂量有关问题的探讨[J].中医杂志,2003,44(12):949-950.
- [21] 程先宽,韩振蕴,范吉平,等.中药超大剂量应用历史及现状[J].上海中医药杂志,2007,41(12):69-71.
- [22] 王心冻,张凤梅,史代萌.《伤寒论》药物大剂量应用初步探讨[J].中国医药学报,2002,17(5):270-273.