
中醫臨床 安全與合理 用藥

KC

3 8888 13000462 8



鳴謝：余仁生（香港）有限公司資助

中醫臨床安全與合理用藥

主 編

劉良教授

副主編

華碧春博士 周華博士

審 閱

陳可冀院士 蕭培根院士 周超凡教授

編寫人員

華碧春 劉良 周華

圖片攝影

陳虎彪 沈逸東 古全輝

編 輯

趙冬梅 謝妙華 余紅霞 吳春暉

設 計

吳明煒 鍾燕霞

出版者

萬里機構·萬里書店

香港鰂魚涌英皇道1065號東達中心1305室

電話：2564 7511 傳真：2565 5539

網址：<http://www.wanlibk.com>

發行者

香港聯合書刊物流有限公司

香港新界大埔汀麗路36號中華商務印刷大廈3字樓

電話：2150 2100 傳真：2407 3062

電郵：info@suplogistics.com.hk

承印者

中華商務彩色印刷有限公司

出版日期

二〇〇九年二月第一次印刷

版權所有·不准翻印

ISBN 978-962-14-3893-5

陳序

中醫臨床安全與合理用藥，涉及對患者人權的保護和醫生本身的責任心體現的問題。不論中藥還是西藥，任何藥品都具有兩重性，既可以治療病患，也可能產生副作用，其原因除了市售偽藥和劣藥外，常常與醫生的責任心及技術水平相關，出現醫療誤用（medication errors），其中包括醫療過度（overuse）及醫療不足（underuse）等，所以，醫務界強調提高醫生用藥的警戒性。

中醫臨床用藥的安全與合理問題也十分值得關注。因為從整體而言，中藥的資源供應、工藝流程、藥物代謝研究、複方及單味中藥的藥效評價等諸多方面問題，都存在不少薄弱環節；如何保證安全和合理用藥，目前更多的是信守千百年來傳統實踐經驗，這也是十分重要的。

香港浸會大學中醫藥學院劉良教授主編的《中醫臨床安全與合理用藥》巨著，涉及此問題的概念、意義和目的，臨床安全和合理用藥的源流和基礎理論，中藥炮製的要義，以及安全和合理用藥的基本原則和方法等。此外，還就常用中藥的分類應用及注意事項，密切結合傳統中醫藥理論及現代研究進展，作出系統闡述，十分切合臨床醫師案頭參考，是一部理論性和實踐性都很強的著述，謹以此序推薦予讀者。

中國科學院院士
中國中西醫結合學會名譽會長
香港浸會大學榮譽理學博士

陳可冀

目 錄

主編簡介

陳序

蕭序

編寫說明

上篇——總 論

第一章 緒 論

第一節 中醫臨床安全合理用藥的基本概念、意義及目的.....	3
一、 中藥的概念.....	3
二、 中醫臨床安全合理用藥的概念.....	4
三、 中醫臨床安全合理用藥的特徵.....	4
四、 中醫臨床安全合理用藥的意義與目的.....	5
第二節 中醫臨床安全合理用藥的源流	6
一、 中醫臨床用藥知識的起源和積累.....	6
二、 中醫臨床安全合理用藥基礎理論的創立.....	7
三、 本草學的創新和發展，以及中藥炮製學的形成.....	10
四、 首次由國家組織編撰藥典式著作.....	11
五、 方劑學空前發展，並由國家管理成藥應用.....	12
六、 諸子蜂起，矯正時弊，創立新說，推動中醫臨床安全合理用藥.....	13
七、 醫藥巨著面世，中醫臨床安全合理用藥體系基本形成.....	15
八、 臨床安全合理用藥由博返約，注重實用.....	16

九. 中西醫藥並存，注重傳統中醫藥與西醫藥理論及方法的彙通.....	18
十. 臨床安全合理用藥的繼承、發展與規管.....	19
第三節 中藥的安全性與中醫臨床合理用藥的要素	24
一. 中醫臨床不合理用藥的主要表現.....	24
二. 臨床安全合理用藥的基本要素.....	24
〔參考文獻〕	31

第二章 中醫臨床安全合理用藥的相關因素

第一節 藥物因素與安全合理用藥的關係	33
一. 藥材基原.....	33
二. 產地及採收方法.....	33
三. 藥用部位.....	34
四. 藥材的乾鮮及包裝貯藏.....	34
五. 炮製.....	35
六. 有害物質、污染、摻雜的控制.....	38
七. 藥材粒度對中藥藥效的影響.....	38
第二節 醫學（用藥）因素與安全合理用藥的關係	39
一. 藥物配伍.....	39
二. 給藥途徑和劑型.....	44
三. 給藥劑量.....	46
四. 煎藥法.....	51
五. 服藥法.....	53
第三節 機體及環境因素與安全合理用藥的關係	56
一. 生理狀況.....	56
二. 病理狀態.....	56

三. 環境因素.....	57
第四節 藥後調攝與臨床用藥有效性及安全性的關係.....	59
〔參考文獻〕	60

第三章 中醫臨床安全合理用藥的基本原則和方法

第一節 中藥作用的基本原理.....	61
一. 調整陰陽.....	62
二. 扶正祛邪.....	62
三. 協調氣機.....	62
四. 調整臟腑功能.....	63
第二節 有毒中藥的安全合理用藥.....	63
一. 使用有毒中藥的原則.....	63
二. 中藥中毒的診斷.....	64
三. 中藥中毒的救治原則.....	65
第三節 治療各系統病證的安全合理用藥.....	68
一. 根據臟腑的生理病理特點合理選藥.....	68
二. 應用中藥可能出現的不良反應及防治.....	74
第四節 中藥藥膳的安全合理應用.....	80
一. 中藥藥膳的特點.....	80
二. 中藥藥膳的安全合理應用.....	81
第五節 特殊人群的臨床安全合理用藥	83
一. 小兒的臨床安全合理用藥.....	83
二. 婦女的臨床安全合理用藥.....	86
三. 青壯年的臨床安全合理用藥.....	91
四. 老年人的臨床安全合理用藥.....	93
第六節 病證用藥禁忌.....	94

第七節 正確書寫處方	95
一、 正確書寫藥名	95
二、 正確書寫品種、炮製品、藥用部位、煎服法	95
〔參考文獻〕	96

下篇——各論：常用中藥的臨床安全合理應用

第一章 解表藥

第一節 表證與解表藥概述	101
一、 表證概述	101
二、 表證的治療原則和方法	102
三、 解表藥的分類	102
四、 解表藥的作用機理	102
第二節 解表藥的安全合理用藥	103
一、 表證不同階段的安全合理用藥	103
二、 不同年齡與體質病者患表證的安全合理用藥	103
三、 表證兼證的安全合理選藥	106
四、 不同季節與氣候外感病者的合理選藥	110
五、 合理停藥	111
六、 解表藥的用量和用法	111
七、 藥後調攝	112
八、 解表藥用作藥膳的合理應用	112
第三節 常用烈性或具毒性解表藥的安全合理用藥	113
一、 麻黃〔Herba Ephedrae〕	113
二、 細辛〔Radix et Rhizma Asari〕	123
三、 蒼耳子〔Fructus Xanthii〕	130

第四節 其他常用解表藥的安全合理用藥	134
一. 桂枝〔Ramulus Cinnamomi〕	134
二. 紫蘇〔紫蘇葉Folium Perillae, 紫蘇梗Caulis Perillae〕	136
三. 荊芥〔Herba Schizonepetae〕和防風〔Radix Saposhnikoviae〕	137
四. 白芷〔Radix Angelicae Dahuricae〕、羌活〔Rhizoma et Radix Notopterygii〕、 藁本〔Rhizoma Ligustici〕	138
五. 辛夷〔Flos Magnoliae〕	139
六. 柴胡〔Radix Bupleuri〕	140
七. 升麻〔Rhizoma Cimicifugae〕	141
八. 葛根〔Radix Puerariae〕	143
九. 薄荷〔Herba Menthae〕	144
十. 牛蒡子〔Fructus Arctii〕	145
十一. 浮萍〔Herba Spirodela〕	145
〔參考文獻〕	146

第二章 清熱藥

第一節 裏熱證與清熱藥概述	149
一. 裏熱證概述	149
二. 裏熱證的治療原則和方法	151
三. 清熱藥的分類	152
四. 清熱藥的作用機理	152
第二節 清熱藥的安全合理用藥	153
一. 急性溫熱病裏熱證不同階段的安全合理用藥	153
二. 根據藥性和藥效強弱、作用趨向、作用部位合理用藥	155
三. 根據藥物作用特點合理選藥	156
四. 根據寒熱的表現特點合理選藥	158
五. 不同年齡與體質者以及孕產婦患有裏熱證的安全合理用藥	158

六. 裏熱證不同兼證的合理用藥.....	159
七. 不同季節與氣候患裏熱證的合理用藥.....	160
八. 合理停藥.....	161
九. 清熱藥的用量和用法.....	161
十. 藥後調攝.....	162
十一. 清熱藥用作藥膳的合理應用.....	164
十二. 生(鮮)草藥的安全合理用藥.....	164
第三節 具烈性或具毒性清熱解毒藥的安全合理用藥.....	165
一. 鴉膽子〔Fructus Bruceae〕.....	165
二. 山豆根〔Radix et Rhizoma Sophorae Tonkinesis〕.....	167
三. 貫眾〔Rhizoma Dryopteridis Crassirhizomatis〕.....	169
四. 重樓〔Rhizoma Paridis〕.....	172
五. 白頭翁〔Radix Pulsatillae〕.....	173
六. 青黛〔Indigo Naturalis〕.....	174
七. 射干〔Rhizoma Belamcandae〕.....	175
八. 千里光〔Herba Senecionis〕.....	175
九. 山慈姑〔Pseudobulbus Cremastrae seu Pleiones〕.....	176
第四節 其他常用清熱藥的安全合理用藥.....	179
一. 石膏〔Gypsum Fibrosum〕.....	179
二. 黃連〔Rhizoma Coptidis〕.....	184
三. 知母〔Rhizoma Anemarrhenae〕.....	189
四. 天花粉〔Radix Trichosanthis〕.....	190
五. 梔子〔Fructus Gardeniae〕.....	190
六. 黃芩〔Radix Scutellariae〕.....	192
七. 龍膽〔Radix Gentianae〕.....	194
八. 苦參〔Radix Sophorae Flavescentis〕.....	195
九. 板藍根〔Radix Isatidis〕.....	196
〔參考文獻〕.....	197

第三章 瀉下藥

第一節 裏實積滯證與瀉下藥概述.....	201
一、裏實積滯證概述.....	201
二、裏實積滯證的治療原則和方法.....	203
三、瀉下藥的分類.....	203
四、瀉下藥的作用機理.....	204
第二節 瀉下藥的安全合理用藥.....	205
一、裏實積滯證不同情況的安全合理用藥.....	205
二、不同年齡與體質者患裏實積滯證的安全合理用藥.....	208
三、瀉下藥的用法和用量.....	208
四、合理停藥.....	210
五、藥後調攝.....	210
第三節 常用烈性或具毒性瀉下藥的安全合理用藥.....	212
一、大黃〔Radix et Rhizoma Rhei〕.....	212
二、芒硝〔Natrii Sulfas〕.....	223
三、番瀉葉〔Folium Sennae〕.....	224
四、蘆薈〔Aloe〕.....	226
第四節 非常用烈性或具毒性瀉下藥的安全合理用藥.....	228
峻下逐水藥：甘遂〔Radix Kansui〕、京大戟〔Radix Euphorbiae Pekinensis〕、 芫花〔Flos Genkwa〕、商陸〔Radix Phytolaccae〕、牽牛子〔Semen Pharbitidis〕和 巴豆〔Fructus Crotonis〕.....	228
〔參考文獻〕.....	234

第四章 祛濕藥

第一節 濕病（證）與祛濕藥概述.....	237
一、濕證概述.....	238

二.	濕證的治療原則和方法.....	239
三.	祛濕藥的分類.....	241
四.	祛濕藥的作用機理.....	243
第二節 祛濕藥的安全合理用藥		244
一.	祛風濕藥的安全合理用藥.....	244
二.	具有通淋排石作用中藥的安全合理用藥.....	250
三.	治療不同性質和部位濕證的安全合理用藥.....	251
四.	不同年齡與體質者患濕證的安全合理用藥.....	256
五.	治療濕病兼證的安全合理選藥.....	258
六.	不同季節與氣候濕病患者的合理選藥.....	260
七.	合理停藥.....	260
八.	祛濕藥的用量和用法.....	260
九.	藥後調攝.....	261
十.	祛濕藥用作藥膳的合理應用.....	263
第三節 常用毒性或烈性祛濕藥的安全合理用藥		263
一.	雷公藤〔Radix Tripterygii Wilfordii〕	263
二.	雪上一枝蒿〔Radix Aconiti Brachypodi或Radix Aconiti Szechenyiani〕	268
三.	昆明山海棠〔Radix Tripterygii Hypoglaucci〕	269
四.	祖師麻〔Cortex Daphnes〕	270
五.	兩面針〔Radix Zanthoxyli〕	271
六.	香加皮〔Cortex Periplocae〕	271
第四節 其他祛濕藥的安全合理用藥		275
一.	威靈仙〔Radix Clematidis〕	275
二.	蕲蛇〔Agkistrodon〕	276
三.	蠶沙〔Feculae Bombycis〕、路路通〔Fructus Liquidambaris〕、 金錢草〔Herba Lysimachiae〕和青風藤〔Caulis Sinomenii〕	278
〔參考文獻〕		278

第五章 溫裏藥

第一節 裏寒證與溫裏藥概述.....	281
一、 裏寒證概述.....	281
二、 裏寒證的治療原則和方法.....	282
三、 溫裏藥的作用機理.....	283
第二節 溫裏藥的安全合理用藥.....	283
一、 根據裏寒證不同臟腑寒證（不同病位）的安全合理用藥.....	283
二、 溫熱性藥物的合理用藥.....	284
三、 不同年齡與體質者患裏寒證的安全合理用藥.....	285
四、 裏寒證兼症的安全合理用藥.....	286
五、 不同季節與氣候溫裏藥的合理選藥.....	288
六、 合理停藥.....	289
七、 溫裏藥的用量和用法.....	289
八、 藥後調攝.....	289
九、 溫裏藥用作藥膳的合理應用.....	290
第三節 常用烈性或具毒性溫裏藥的安全合理用藥.....	290
一、 附子〔Processed Radix Aconiti Lateralis〕.....	290
二、 肉桂〔Cortex Cinnamomi〕.....	307
三、 吳茱萸〔Fructus Evodiae〕.....	309
第四節 其他溫裏藥的安全合理用藥.....	311
〔參考文獻〕.....	312

第六章 理氣藥

第一節 氣滯、氣逆證與理氣藥概述.....	315
一、 氣滯、氣逆證概述.....	315

二. 氣滯、氣逆證的治療原則和方法.....	316
三. 理氣藥的分類.....	316
四. 理氣藥的作用機理.....	316
第二節 理氣藥的安全合理用藥	317
一. 不同病性、病位氣滯證和氣逆證的合理用藥.....	317
二. 理氣藥在方劑中的增效作用.....	318
三. 不同年齡與體質者患氣滯、氣逆證的安全合理用藥.....	319
四. 合理停藥.....	320
五. 理氣藥的用量和用法.....	320
六. 理氣藥用作藥膳的合理應用.....	320
第三節 常用烈性或具毒性理氣藥的安全合理用藥	321
一. 川楝子〔Fructus Toosendan〕	321
二. 青木香〔Radix Aristolochiae〕	322
第四節 其他常用理氣藥的安全合理用藥.....	323
沉香〔Lignum Aquilariae Resinatum〕	323
〔參考文獻〕	323

第七章 驅蟲藥

第一節 蟲證與驅蟲藥概述	325
一. 蟲證概述.....	325
二. 蟲證的治療原則和方法.....	326
三. 常用驅蟲藥.....	326
四. 驅蟲藥的作用機理.....	326
第二節 驅蟲藥的安全合理用藥	327
一. 針對蟲證病者的病情及寄生蟲的不同種類安全合理用藥.....	327
二. 不同年齡與體質者患蟲證的安全合理用藥.....	327

三. 驅蟲藥的用量和用法.....	328
四. 藥後調攝.....	328
第三節 常用烈性或具毒性驅蟲藥的安全合理用藥	329
苦楝皮〔Cortex Meliae〕	329
第四節 其他驅蟲藥的安全合理用藥	331
一. 使君子〔Fructus Quisqualis〕	331
二. 檳榔〔Semen Arecae〕	333
〔參考文獻〕	335

第八章 止血藥

第一節 血證與止血藥概述	337
一. 血證概述.....	337
二. 血證治療原則和方法.....	338
三. 止血藥的分類.....	339
四. 止血藥的作用機理.....	340
第二節 止血藥的安全合理用藥	342
一. 血證的用藥宜忌.....	342
二. 不同病位血證的安全合理用藥.....	343
三. 不同年齡與體質者患血證的安全合理用藥.....	346
四. 止血藥的用量和用法.....	347
五. 藥後調攝.....	347
第三節 常用止血藥的安全合理用藥	348
一. 三七〔Radix Notoginseng〕	348
二. 艾葉〔Folium Artemisiae Argyi〕	351
第四節 其他止血藥的安全合理用藥	353
一. 側柏葉〔Cacumen Platycladi〕	353

二. 白及〔Rhizoma Bletillae〕	353
三. 蒲黃〔Pollen Typhae〕	353
四. 五靈脂〔Faeces Troglodytorum〕	354
五. 地榆〔Radix Sanguisorbae〕	354
〔參考文獻〕	355

第九章 活血化癥藥

第一節 血癥證與活血化癥藥概述	357
一. 血癥證概述	357
二. 血癥證治療原則和方法	358
三. 活血化癥藥的分類	359
四. 活血化癥藥的作用機理	359
第二節 活血化癥藥的安全合理用藥	360
一. 根據病情需要安全合理用藥	360
二. 根據活血祛癥藥的作用強度安全合理用藥	361
三. 根據血癥證所在的不同部位合理用藥	362
四. 根據瘀血的病理歸類合理用藥	363
五. 不同年齡與體質者患血癥證的安全合理用藥	364
六. 血癥證兼證的安全合理選藥	365
七. 不同季節與氣候血癥證病者的合理選藥	367
八. 合理停藥	367
九. 活血化癥藥的用量和用法	367
十. 藥後調攝	368
第三節 常用烈性或具毒性活血祛癥藥的安全合理用藥	369
一. 桃仁〔Semen Persicae〕	369
二. 土鱉蟲〔廬蟲、地鱉蟲〕〔Eupolyphaga seu Steleophaga〕	371

三. 馬錢子〔Processed Semen Strychni〕	372
四. 水蛭〔Hirudo〕	376
五. 三棱〔Rhizoma Sparganii〕和莪朮〔Rhizoma Curcumae〕	377
第四節 其他常用活血祛瘀藥的安全合理用藥	379
一. 川芎〔Rhizoma Chuanxiong〕	379
二. 延胡索〔Rhizoma Corydalis〕	381
三. 血竭〔Resina Draconis〕	384
四. 鬱金〔Radix Curcumae〕	385
五. 乳香〔Olibanum〕、沒藥〔Myrrha〕	385
六. 丹參〔Radix Salviae Miltiorrhizae〕	387
七. 紅花〔Flos Carthami〕	389
八. 益母草〔Herba Leonuri〕（附：茺蔚子〔Fructus Leonuri〕）	390
〔參考文獻〕	392

第十章 化痰止咳平喘藥

第一節 痰飲咳喘病證與化痰止咳平喘藥概述	395
一. 痰飲咳喘病證概述	395
二. 痰證咳喘病證的治療原則和方法	397
三. 化痰止咳平喘藥的分類	398
四. 化痰止咳平喘藥的作用機理	398
第二節 化痰止咳平喘藥的安全合理用藥	399
一. 根據痰證的性質合理選藥和配伍	400
二. 根據咳喘病證的性質合理選藥及配伍	400
三. 痰證不同部位的安全合理用藥	401
四. 根據病程和病情輕重選擇作用強度不同的藥物	402
五. 不同年齡與體質者患痰證的安全合理用藥	403

六. 痰證兼證的安全合理選藥.....	404
七. 不同季節與氣候痰飲咳喘病證的合理選藥.....	404
八. 合理停藥.....	405
九. 化痰藥的用量和用法.....	405
十. 藥後調攝.....	406
第三節 常用烈性或具毒性的化痰止咳平喘藥的安全合理用藥	407
一. 半夏〔Rhizoma Pinelliae〕	407
二. 天南星〔Rhizoma Arisaematis〕	412
三. 禹白附〔白附子〕〔Rhizoma Typhonii〕	415
四. 黃藥子〔Rhizoma Dioscoreae Bulbiferae〕	416
五. 皂角〔英〕〔Fructus Gleditsiae Abnormalis〕	418
六. 華山參〔Radix Physochlainae〕	419
七. 苦杏仁〔Semen Armeniacae〕	420
八. 白果〔Semen Ginkgo〕	423
九. 洋金花〔Flos Daturae Metelis〕	425
十. 桔梗〔Radix Platycodonis〕	428
十一. 白芥子〔Semen Sinapis〕	429
十二. 葶藶子〔Semen Lepidii, Semen Descurainiae〕	431
第四節 其他化痰止咳平喘藥的安全合理用藥	434
一. 海藻〔Sargassum〕和昆布〔Thallus Laminariae, Thallus Eckloniae〕等含碘的中藥.....	434
二. 百部〔Radix Stemonae〕	434
三. 枇杷葉〔Folium Eriobotryae〕	435
四. 款冬花〔Flos Farfarae〕	435
〔參考文獻〕	436

第十一章 安神藥

第一節 神志不安病證與安神藥概述	439
一. 神志不安病證概述	439
二. 神志不安病證的治療原則和方法	440
三. 安神藥的分類	440
四. 安神藥的作用機理	440
第二節 安神藥的安全合理用藥	441
一. 根據神志不安病證的虛實和兼證合理選藥	441
二. 不同年齡與體質病者安神藥的安全合理用藥	442
三. 合理停藥	442
四. 用量和用法	442
五. 藥後調攝	443
第三節 常用烈性或具毒性安神藥的安全合理用藥	444
一. 朱砂〔Cinnabaris〕	444
二. 遠志〔Radix Polygalae〕	448
第四節 其他安神藥的安全合理用藥	450
酸棗仁〔Semen Ziziphi Spinosae〕	450
〔參考文獻〕	451

第十二章 平肝息風藥

第一節 肝陽上亢和肝風內動病證與平肝息風藥概述	453
一. 肝陽上亢和肝風內動病證概述	453
二. 肝陽上亢和肝風內動病證的治療原則和方法	454
三. 平肝息風藥的分類	454
四. 平肝息風藥的作用機理	455

第二節 平肝息風藥的安全合理用藥	455
一、 肝陽上亢和肝風內動病證兼證的安全合理選藥	456
二、 不同年齡與體質病者平肝息風藥的安全合理用藥	456
三、 合理停藥	457
四、 平肝息風藥的用量和用法	457
五、 藥後調攝	458
第三節 常用烈性或具毒性平肝息風藥的安全合理用藥	459
一、 全蠍〔Scorpio〕	459
二、 蜈蚣〔Scolopendra〕	462
第四節 其他平肝息風藥的安全合理用藥	464
一、 僵蠶〔Bombyx Batryticatus〕	464
二、 地龍〔Pheretima〕	467
三、 天麻〔Rhizoma Gastrodiae〕	469
四、 羚羊角〔Cornu Saigae Tataricae〕	471
五、 牛黃〔Calculus Bovis〕	471
六、 羅布麻〔Folium Apocyni Veneti〕	472
七、 代赭石〔Haematitum〕	472
〔參考文獻〕	473

第十三章 開竅藥

第一節 閉證與開竅藥概述	475
一、 閉證概述	475
二、 閉證的治療原則和方法	476
三、 常用開竅藥	476
四、 開竅藥的作用機理	476
第二節 開竅藥的安全合理用藥	476

一、 不同病情的安全合理用藥.....	476
二、 孕婦和產婦患閉證的安全合理用藥.....	477
三、 開竅藥的用量和用法.....	477
四、 合理停藥.....	477
五、 藥後調攝.....	477
第三節 常用烈性或具毒性開竅藥的安全合理用藥	478
蟾酥〔Venenum Bufonis〕	478
第四節 其他開竅藥的安全合理用藥	480
一、 麝香〔Moschus〕	480
二、 冰片〔Borneolum〕	481
三、 石菖蒲〔Rhizoma Acori Tatarinowii〕	481
〔參考文獻〕	483

第十四章 補虛藥

第一節 虛證與補虛藥.....	485
一、 虛證概述.....	485
二、 虛證的治療原則和方法.....	487
三、 補虛藥的分類.....	488
四、 補虛藥的作用機理.....	488
第二節 補虛藥的安全合理用藥	489
一、 直接補益法（正補法）與間接補益法的合理應用.....	491
二、 虛證不同時期的合理用藥.....	493
三、 根據虛證的病性選用補虛藥.....	493
四、 處理好扶正與祛邪的關係.....	494
五、 峻補法和緩補法的合理應用.....	496
六、 虛實真假與補虛藥的合理應用.....	496
七、 不同年齡與體質虛證患者的安全合理用藥	496

八. 虛證兼證的安全合理選藥.....	499
九. 不同季節與氣候虛證病者施補的合理選藥.....	501
十. 不同地域與工作環境虛證病者的合理選藥.....	501
十一. 補而勿滯.....	502
十二. 加深對補益藥的認識，結合現代研究合理應用.....	502
十三. 合理停藥.....	503
十四. 補虛藥的用量和用法.....	503
十五. 藥後調攝.....	505
十六. 補虛藥用作藥膳的合理應用.....	506
第三節 常用補虛藥的安全合理用藥.....	506
一. 人參〔Radix Ginseng〕.....	506
二. 西洋參〔Radix Panacis Quinquefolii〕.....	517
三. 黃芪〔Radix Astragali〕.....	520
四. 白朮〔Rhizoma Atractylodis〕.....	527
五. 甘草〔Radix et Rhizoma Glycyrrhizae〕.....	529
六. 蜂蜜〔Mel〕.....	536
七. 大棗〔Fructus Jujubae〕.....	537
八. 熟地〔Radix Rehmanniae〕.....	538
九. 何首烏〔Radix Polygoni Multiflori〕.....	539
十. 當歸〔Radix Angelicae Sinensis〕.....	541
十一. 鹿茸〔Cornu Cervi Pantotrichum〕.....	544
十二. 蛇床子〔Fructus Cnidii〕.....	548
第四節 其他補虛藥的安全合理用藥.....	549
一. 山藥〔Rhizoma Dioscoreae〕.....	549
二. 白扁豆〔Semen Lablab Album〕.....	549
三. 阿膠〔Colla Corii Asini〕.....	549
四. 鱉甲〔Carapax Trionycis〕.....	550
五. 肉蓯蓉〔Herba Cistanches〕.....	550

六. 淫羊藿〔Herba Epimedii〕	551
七. 杜仲〔Cortex Eucommiae〕	551
八. 補骨脂〔Fructus Psoraleae〕	552
九. 益智仁〔Fructus Alpiniae Oxyphyllae〕	553
十. 菟絲子〔Semen Cuscutae〕	553
十一. 仙茅〔Rhizoma Curculiginis〕	554
十二. 陽起石〔Tremolitus〕	554

〔參考文獻〕	555
--------	-----

第十五章 收澀藥

第一節 滑脫不禁病證與收澀藥概述	559
一. 滑脫不禁病證概述	559
二. 滑脫不禁病證的治療原則和方法	560
三. 收澀藥的分類	560
四. 收澀藥的作用機理	561
第二節 收澀藥的安全合理用藥	562
一. 處理好收澀與祛邪的關係	562
二. 處理好收澀與扶正補虛的關係	562
三. 不同病位滑脫不禁病證的合理選藥	563
四. 不同年齡與體質者患滑脫不禁病證的安全合理用藥	563
五. 合理停藥	564
六. 用量和用法	564
七. 藥後調攝	564
八. 收澀藥用作藥膳的合理應用	565
第三節 常用烈性或具毒性收澀藥的安全合理用藥	565
罌粟殼〔Pericarpium Papaveris〕	565

第四節 其他常用收澀藥的安全合理應用	567
--------------------------	-----

一. 五味子 [Fructus Schisandrae Chinensis · Fructus Schisandrae Sphenantherae]	567
二. 肉豆蔻 [Semen Myristicae]	569
三. 石榴皮 [Pericarpium Granati] (附：石榴根皮)	571
四. 五倍子 [Galla Chinensis]	572

(參考文獻)	573
--------------	-----

索引	574
----------	-----

中藥中文名索引	574
---------------	-----

礦動植物中文名索引	577
-----------------	-----

中藥拉丁名索引	580
---------------	-----

礦動植物拉丁名索引	584
-----------------	-----

第一章 緒論

第一節 中醫臨床安全合理用藥的基本概念、意義及目的

一、中藥的概念

中醫防治疾病的主要手段是中藥，尤其是應用中藥複方，故討論中醫臨床安全合理用藥問題首先要明確中藥的概念。近年來，有關中藥的概念眾說紛紜。從中醫臨床用藥角度來看，中藥應是在中醫藥理論指導下認識和使用的藥物，這是中藥的本質屬性。

例如，黃連、麻黃是按中醫藥理論認識和使用的藥物，而不是根據其活性成分的作用而處方。黃連性味苦寒，歸胃與大腸經，無毒，具有清熱燥濕、瀉火解毒的功效，用於治療濕熱、火熱、毒邪引起的濕熱、火熱、熱毒諸病證。很顯然，對中藥黃連的認識和使用賦予了中醫藥理論體系的四氣、五味、歸經、升降浮沉、毒性、功效，以及病因病機、辨證施治等基本理論的特有內涵。黃連素雖然是從黃連中提取的，但它的認識和使用是基於它的藥理活性、按西醫藥理論指導和應用的，故黃連是中藥，黃連素是西藥。同理，麻黃是中藥，麻黃素是西藥。簡言之，中藥是以中醫藥學理論體系的術語表述其藥物的性能、功效和使用規律，並且在中醫藥理論指導下應用的藥物。

中藥的應用，尚有其獨特的應用形式，如結合臨床的需要和藥材性質，加工炮製為飲片，以及依據中藥的配伍應用、劑型、劑量、煎藥、服藥等理論和實踐，達到增效減毒、安全合理用藥的目的。

中藥的基本理論和應用，具有悠久的歷史，反映了中國歷史、哲學、文化、自然資源等方面的若干特點。中藥學理論是中醫在長期醫療實踐中的總結，是與中醫理論和臨床的發展密切相關的。另一方面，中藥學理論是用以闡述中藥藥性藥理和物質基礎，以及藥物對機體影響及其應用規律的理論，也是臨床中醫師認識和使用中藥的重要依據，迄今仍指導着中醫的用藥實踐。隨着中醫藥現代研究的深入，其研究成果也正在逐步驗證、補充和發展中藥的理論和實踐，成為指導現代中藥臨床應用的參考依據。

二．中醫臨床安全合理用藥的概念

中藥的安全合理用藥，主要是指系統地運用中醫藥學的知識和理論，指導安全、有效、適當、經濟地使用中藥。其核心是中藥治療的安全性和有效性，即最大限度地發揮治療功效和防止毒副作用的發生。研究中藥的安全合理用藥，要以確保中醫臨床用藥安全有效為前提，着眼於闡述中藥藥性理論，探討中藥臨床安全與有效的應用原則和方法。因此，它對於提高中醫藥臨床療效、減少不良反應發生等都具有重要的意義。

中醫臨床安全合理用藥屬於臨床中藥學的範疇，是臨床中藥學的核心內容之一。

只要得到合理應用，絕大部分中藥是安全和有效的。有部分毒性中藥，或者即使是藥性平和的中藥，若違反了用藥原則及方法，有可能產生不安全的結果。《禮記·曲禮》曰：「醫不三世，不服其藥」。可見古人治病，也十分重視對醫生的選擇，即要求醫生有廣博的醫藥知識和豐富的用藥經驗。清代醫家徐大椿著《醫學源流論》指出：「而毒藥則以之攻邪，故雖甘草、人參，誤用致害，皆毒藥之類也」。這強調了合理用藥的重要性，否則，即使人參、甘草之類也可致害。簡言之，知醫識藥、藥為醫用、醫藥結合，是中醫臨床安全合理用藥的重要保證。

此外，臨床安全合理用藥，還必須符合法律法規。由於藥物的特殊屬性，藥物被非法使用的現象越來越多。如在競技性體育活動中濫用中藥麻黃、馬錢子等作為興奮劑，中藥罌粟殼被少數人作為麻醉藥品和精神藥品服食成癮等。這些違法行為也是造成中藥安全性問題的重要因素，必須堅決禁止和嚴懲。

三．中醫臨床安全合理用藥的特徵

中醫藥理論的發展和醫療實踐經驗的積累，是一個不斷修正、補充和完善的過程，因而評價中醫臨床安全合理用藥，具有發展性和相對性的特徵。

（一）發展性

評價中藥選用和藥物治療過程是否合理，主要的依據是當代醫藥專業人士所掌握的中藥知識、理論，以及對疾病的認識，即不能超越所處時代的醫藥學水平。因此，不同時期中藥合理用藥的衡量標準是不同的。隨着人類對疾病和藥物認識的深化，中醫學和中藥學理論的不斷豐富，其合理用藥的標準也會日益完善和提高。

如中醫歷史上對寒溫認識的變化，對寒涼藥和溫熱藥的使用產生了巨大影響。在醫聖張仲景時代和以後的唐宋時代，遵從張仲景擅用溫熱藥，眾家並無異議。但是，隨着疾病譜的變化和醫療實踐的深入，金元四大家倡導革新精神，認為「古方今病不相能也」，大膽創立新學說和新療法，對藥物的合理應用也提高到一個新的階段。如劉河間擅用寒涼藥；朱丹溪認為人體「陽常有餘，陰常不足」，批評過用溫熱藥物的傷陰之弊，主張用甘寒藥物滋陰。至明清溫病學說的創立，寒涼藥的合理用藥發生了根本性的變化。

(二) 相對性

衡量某種藥物的臨床應用是否合理，是將其處方用藥方案與其他供選的藥物治療方案以及非藥物治療方案比較得出的結論。事實上，對有效性和安全性的評價只是相對的，即某種藥物的安全性、有效性、經濟性乃至使用的適當性都只能是在當時的條件下，相對於其他藥物的治療方案或療法而言的。

中醫用藥還必須遵循因時、因地、因人制宜的原則，如在北方寒冷地區感冒，用較大劑量的麻黃發汗被認為是合理的，而在南方溫熱地區則可能被認為是不合理的。

就中藥和西藥的安全性和有效性相比較而言，也沒有一個絕對的標準，只能說相對於化學藥品來說，中藥在某些方面，如耐藥性和不良反應相對較少，但並不等於中藥絕對安全。對中藥的毒性和不良反應的認識是一個發展的過程，如《本草綱目》認為無毒的馬錢子，後世已證明有較強的毒性。

此外，中藥的安全性與其中藥複方中的配伍方法、用藥劑量、煎煮及服用方法密切相關，故不能僅僅根據現代對單味中藥的化學分析和藥理、毒理研究結果評價多種中藥的臨床應用是否安全。但是，雖然不能唯成分論，現代對中藥的化學成分和藥效、毒理等研究，對中醫臨床的安全合理用藥具有重要參考價值。

四．中醫臨床安全合理用藥的意義與目的

古今中醫歷來重視臨床安全合理用藥，即達致知醫識藥的目標。但是，現在也存在着嚴重的醫藥分離現象。臨床中藥學的產生，以及中醫臨床安全合理用藥概念的提出，是中醫藥發展的需要。目前，一些臨床中醫師對中藥知識的了解不夠全面，不按照中醫理法方藥理論處方，導致臨床不合理或不安全用藥，如中藥的不合理配伍用藥、中西藥的不合理聯合應用，以及開發中藥新劑型欠合理等等，這些都是導致中藥不良反應甚至中毒事件發生的主要原因。

隨着現代中醫藥的國際化，對中醫臨床安全合理用藥提出了更高的要求，中醫和中藥的協同發展也成為了今後中醫藥發展的必然趨勢。單純有一個優良的中藥飲片或製劑，或研究出某些有效成分是遠遠不夠的，更為重要的是中藥複方的安全合理應用，充分發揮中醫藥的醫療價值和作用。

臨床中藥學是為適應中醫臨床工作的客觀需要，在中醫學和中藥學的互相滲透中不斷發展起來的。隨着中醫藥學在全世界的廣泛傳播與應用，實踐具有中醫藥特色的中醫臨床藥物應用學，開展安全合理用藥的研究勢在必行，其意義深遠無比。如何在中醫理法方藥理論和在歷代醫家豐富的臨床用藥經驗的基礎上，結合現代醫藥學的研究方法以及現代臨床中藥的應用理論與方法，使其發揮安全、有效、合理地防治重大疾病的作用，是臨床中藥學的研究目的。本書力求在這些方面作一些探索，即以醫藥結合的方法探討中藥的合理應用，發掘整理古代本草著作的文獻，總結歷代醫家的經驗，將現代的研究成果

融彙貫通地應用到臨床用藥中去，以期拋磚引玉，喚起更多的研究人員和臨床中醫師、中藥師來關注中醫臨床的安全合理用藥，並積極投身其研究之中，把中醫臨床安全合理用藥水平推上一個新的台階。

第二節 中醫臨床安全合理用藥的源流

中醫臨床合理用藥經歷了漫長的發展過程，首先必需積累一定的藥學知識和用藥經驗，再經過歷代不斷補偏救弊，才逐步形成中醫安全和合理用藥的理論。近現代隨着西醫藥的傳入，使中醫藥現代化和國際化以及中醫臨床安全合理用藥面臨新挑戰，但現代研究又為其注入了新的內容及方法。

中醫臨床安全合理用藥的發展，與中醫的學術流派密切相關。中醫的用藥有較強的地域性，如長沙太守醫聖張仲景多用溫熱藥，至金元及明清南方寒涼派的醫家擅用寒涼藥，清末至今雲南、四川等地的火神派醫家則擅用附子。

古代中醫總結臨床用藥的經驗主要來自於病案，即通過病案記載用藥後的療效和反應，無論是有利的藥效還是不良反應。除了在病案中記載自己用藥的經驗外，有時也記載其他醫者用藥的藥後反應。中藥的用藥經驗，是在長期的醫療實踐中，無數醫家勤於實踐和觀察所積累的寶貴經驗。因此，若要研究中醫臨床安全合理用藥，分析古今醫著和名醫醫案非常重要。

追溯中醫臨床安全用藥的源流，可以看出現代的許多安全合理用藥的理念和方法，在漫長的中醫用藥歷史中都可以找到他們的雛形。

一、中醫臨床用藥知識的起源和積累

（遠古、先秦一至公元前 221 年）

（一）藥物知識的起源

神農為了「令民知所避就」，減少「疾病毒傷之害」，而「嘗百草之滋味，水泉之甘苦，當此之時，一日而遇七十毒」；伏羲氏「嘗百味藥」。這些傳說，生動地反映了古人認識藥物的艱辛的歷程，在當時，根本談不上用藥安全。

秦以前已經發現了眾多藥物，而且對藥物的性味功效有了初步的認識。在先秦時期的非中藥文獻中，記載了某些藥物的形態、產地、用法、用量、炮製、配伍、禁忌等內容，可以認為是臨床用藥知識的起源。例如《山海經》記載一藥治一病，但也有一藥兼治數病，或數藥同治一病者。《管子》、《離騷》等記載了大量芳香藥物。農學著作《任治》、《辨土》、《審時》等，記載了部分藥用植物的栽培與採收方法等。

(二) 藥事管理制度的創立

夏、商、西周時期，藥物知識不斷地豐富，發現了一批作用較專、效果較明顯的藥物，並開始應用動物、植物、礦物藥治療疾病。西周開始建立專門的藥事管理制度，由「醫師」掌管藥事，故《周禮·天官·宰下》曰：「聚毒藥以共醫事」。此處所稱「毒藥」，可以理解為所有藥物的總稱，其中包括了容易中毒的藥物和相應的解毒之藥。

(三) 伊尹製湯液和酒在醫藥上的應用

湯液應用於醫藥，並且採用多種藥材配伍用藥，是治療學上的巨大進步。湯劑藥物用藥品種多、變化多，藥物間相互作用，或可促進吸收，使藥物的功能得到充分的發揮，或可減低藥物的毒副作用。湯劑，至今仍是中藥最常見的用藥形式，也是中醫個體化治療的主要方式，即能根據病人的個體差異和病情的不同而辨證組方、靈活加減。湯液的創製，也標誌着方劑的誕生。酒應用於醫藥，擴大了用藥範圍，酒又是很好的有機溶劑，能增加飲片有效成分的溶出，增強藥物的功效。

(四) 《五十二病方》

《五十二病方》為記載臨床治療的方書，每一種藥物具有多種治病功效。書中記載了五十二種病的症狀與治療方藥，其中以外科、皮膚科為主。同時，也記載了丸、湯、飲、散等內服劑型和敷、浴、蒸、熨等外用劑型。

二. 中醫臨床安全合理用藥基礎理論的創立

(秦漢—公元前 221 年至公元 220 年)

秦漢時期，隨着《黃帝內經》、《神農本草經》、《傷寒雜病論》的誕生，表明經過漫長的實踐經驗的積累，原先零散記述的藥物得到整理、分類，昇華為理論體系，中醫的藥物學和臨床治療學也開始建立，其中蘊含着中醫臨床安全合理用藥的思想、原則和方法。

(一) 《黃帝內經》

 奠定了以中醫理論指導臨床合理用藥的理論基礎

《黃帝內經》中的中醫學基本理論，包括陰陽五行、氣血津液、臟腑、經絡等理論的構建，為中藥學和方劑學奠定了堅實的基礎；病因病機學說和望、聞、問、切的診斷方法是準確使用中藥和方劑的先決條件；標本緩急、正治反治等治則，則是處方用藥的指南；而君臣佐使的方劑配伍理論，藥物氣味、性情和合理論，大、小、緩、急、奇、偶、複七種組方類型等，都是中藥方劑配伍的重要基本原則。

藥物的治療作用和副作用的相對性

《素問·臟氣法時論》云：「肝欲散，急食辛以散之，用辛補之，酸瀉之」；「肺欲收，急食酸以收之，用酸補之，辛瀉之」。該理論立足於五臟的生理、病理特點以及五味的基本作用，包含着用藥理論，即藥物的治療作用與副作用是相對的，藥能對證即起治療作用（補），反之則產生副作用（瀉）。這種相對性與藥物的使用目的直接相關，在一定條件下可相互轉化。提示臨床用藥應盡量發揮其治療作用，避免其副作用發生。這就是「病隨五味所宜」的實質。金元醫家將其發展，概括成為五臟苦欲補瀉理論。

方藥的應用及服用方法

《內經》根據藥物的峻烈程度分級為大毒、常毒、小毒、無毒四級。已認識到藥物作用的兩重性，有毒藥物要嚴格控制，無毒藥物也不能盡劑，防止因藥物久用傷及正氣或有毒藥物積蓄體內。

對普通的食物和藥物，《內經》認為不能過度應用，如《素問·至真要大論》云：「五味入胃……久而增氣，物化之常也。氣增而久，夭之由也」。說明五味入五臟，服之能令臟氣強盛，這是事物生化的必然規律，但偏嗜某一味而令臟氣偏盛，輕則為病，甚則夭折。

（二）《神農本草經》

提出了中醫臨床安全合理用藥的基本原則

現存最早的中藥學專著《神農本草經》，孕育了中藥臨床用藥的基本理論和方法，包括四性、五味、有毒無毒及隨證的用藥原則，中藥的臨床應用、使用注意以及藥物配伍及其禁忌等有關內容。此外，對藥物劑型的選擇、服藥法及藥材的產地、採集等內容，也有具體的論述。對所記載的365種藥物，按其功用、作用強度及安全度粗略地分為上、中、下品三類，明確提出了藥物「有毒」、「無毒」的概念，並對三品藥與毒性的關係作了論述：「上藥無毒，多服久服不傷人；中藥無毒有毒，斟酌其宜；下藥多毒，不可久服。」指出了有毒藥物不可久服的基本原則，但由於歷史條件的限制，古人對藥物的有害性認識有限，錯誤地認為上藥「多服久服不傷人」。

明確界定藥物的功效和主治病證

《神農本草經》所記載的藥物大多是臨床常用而且有效的藥物，如常山截瘧、黃連治痢、麻黃平喘、附子止痛、當歸調經、阿膠止血等。這是最早的系統論述和界定藥物功效和主治病證的藥學專著，成為中藥學的經典著作。

提出中藥採收和辨別方法，以及劑型和用藥時機

為確保藥物質量，提出了注意藥物的產地、採集時間、方法和辨別真偽陳新。對藥

物劑型，強調「並隨藥性，不可違越」。服藥時間須因病而異，即按病位所在，確定在食前、食後或早晨、睡前服藥。《神農本草經》云：「病在胸膈以上者，先食後服藥；病在心腹以下者，宜空腹而在旦；病在骨髓者，宜飽滿而在夜」。這種服藥理論的科學道理值得研究。

《神農本草經·序例》也提出要把握用藥時機，發揮藥物的預防作用。曰：「凡欲治病，先察其源，先候病機，五藏未虛，六府未竭，血脈未亂，精神未散，食藥必活。若病已成，可得半愈。病勢已過，命將難全」。

在使用有毒藥物的用量及用法方面，《神農本草經·序例》提出了「若用毒藥療病，先起如黍粟，病去即止，不去倍之，不去十之，取去為度」的方法給藥，即使用毒藥主張從小量開始，繼隨病情發展而遞增，若病情好轉，當及時停藥，以「取去為度」。這對後世臨證合理用藥具有重要的指導作用。

注明中藥可「墮胎」

如水銀、牛膝、瞿麥、鼯鼠、地膽、石蠶等6種藥物，但並沒有妊娠禁忌等類似提法。

（三）《傷寒雜病論》

《傷寒雜病論》不僅奠定了中醫臨床辨證論治體系的理論基礎，將理法方藥融為一體，而且初步確立了中醫臨床合理用藥的基本原則和規範，使《神農本草經》中所載藥物的功用、配伍用藥原則得到具體應用和發展，標誌着以藥物療法為主體的中醫臨床治療體系基本形成。

創立六經辨證臨床診療體系，使理法方藥統一

《傷寒論》通過六經辨證，將藥物療法與中醫理論及診斷學方法結合在一起，使中藥藥物療法擺脫了單純的經驗性方式，使中醫學形成了理法方藥統一的辨證論治臨床診療體系。換言之，使中醫藥物療法從基於經驗性知識的零散對症療法，轉變為理論性整理的系統的臨床治療學體系，實現了從「對症治療」到「對證治療」的轉變，即「觀其脈證，知犯何逆，隨證治之」。在方劑學方面，使由單味藥物的組成的方劑，能方中蘊法；而三配伍嚴謹，藥變方殊。故《傷寒論》被譽為「方書之祖」。

此外，張仲景也十分注重藥量的增減，甚至透過藥量的增減而改變方劑的功效主治。典型的例子如四逆湯和通脈四逆湯，由附子一枚改為附子一枚（大者），乾薑由一兩五錢改為三兩，其功效由回陽救逆轉變為回陽通脈，主治由陽衰陰盛證轉變為陰盛格陽證。

倡「方證對應」論治方法

《傷寒論》中每一病證與每一湯方直接對應，形成證用方名、方因證立、方證一體而內在聯繫。《傷寒論》中的112方，其中相當一部分的湯方均有詳細的主治證候記述，

而這些湯方又是以主藥的主治證命名，如桂枝湯、麻黃湯、小柴胡湯等。如對於少陽病邪居半表半裏，出現口苦、咽乾、目眩、往來寒熱、胸脅苦滿、默默不欲飲食、心煩喜嘔等半表半裏的證候，張仲景立小柴胡湯一方，用以和解少陽之邪，是為少陽病證的正治之法。本方的使用，不必悉具以上諸證，只須察其邪在表裏之間所引起的疾患，即可應用本方。張仲景所言之「有柴胡證，但見一證便是，不必悉具」，正是此意。

劑型豐富，煎服有法，倡導用藥規範

張仲景倡導嚴格的煎服法度，注重煎服法與療效的關係，並且強調定量的概念，以及合理停藥、逐步加量等，以保障用藥的安全性。此外，也十分注重藥後調攝等醫囑。

擅用有毒藥物，注重有毒藥物的減毒、防毒方法

張仲景《傷寒雜病論》載有大量的有毒藥物，曰：「藥以治病，因毒為能。」尤其是擅用附子、烏頭等有毒藥物組成的配方，用於治療危重急症、寒痹頑痺、陽虛體衰等病證，並且採用配伍用藥和配煎久煎等方法以增效減毒。《金匱要略》用烏頭湯（《中風歷節病脈證並治第五》第十條）、烏頭煎方（《腹滿寒疝宿食病脈證治第十》第十七條）、烏頭桂枝湯（《腹滿寒疝宿食病脈證治第十》第十九條）等，均有配蜜反覆久煎以減毒的記載，具體方法如烏頭或以蜜煎，或先以水久煎後，加蜜中煎之；蜜煎時須令蜜減半，則須久煎方得。此外，烏頭湯中配白芍、甘草同用，亦能緩烏頭之烈性；配黃芪則固護正氣，使驅邪而不傷正。

三．本草學的創新和發展，以及中藥炮製學的形成

（三國魏晉南北朝—公元 220 年至 581 年）

魏晉南北朝的本草發展與創新均表明，魏晉南北朝的醫學是一個醫藥并舉、創新發展的時代。

（一）《吳普本草》

該書增加了藥用植物生態、形態、採集時間、加工炮製、配伍、宜忌等內容，並且尤為注重對藥物毒性的闡述，重視道地藥材。在配伍宜忌方面，具體論述了配伍相須、相使、相畏、相惡、相殺等。

（二）《名醫別錄》

增加了藥物品種，記述的內容也比較廣泛，尤其在藥物名稱、性味、毒性、主治以及藥物的產地、性狀、用法等方面論述較詳細。對藥物的性味、主治功效的論述更切合臨床實際。收載的藥物大部分療效可靠，如百部止咳、半夏止嘔、檳榔殺蟲、大薊小薊止血等，至今仍被醫者所遵從。

（三）《本草經集注》

增補了許多藥物的採收、鑑別、炮製和配製方法，以及諸病通用藥等，對臨床安全合理用藥具有重要的參考價值。尤其是諸病通用藥按所治 80 餘類病證列舉藥物，對藥物按功效分類有重要影響，方便臨床選藥。在《本草經集注·序例·諸病通用藥》中專設墮胎藥項，收載墮胎藥 41 種。

《本草經集注》云：「藥有宜丸者，宜散者，宜水煮者，宜酒漬者，宜膏煎者，亦有一物兼宜者，亦有不可入湯酒者。並隨藥性，不得違越。」該書倡導不同藥物宜使用不同劑型，有利於藥效的發揮和安全用藥。

（四）《雷公炮炙論》

創立增效減毒的炮製方法，使中藥炮製學從本草學中分化出來，成為專門的學科。增加炮製方法，對輔料更加講究，奠定了後世的中藥炮製學的基礎，對中藥增效減毒的原理研究亦有所啟迪。

四．首次由國家組織編撰藥典式著作

（隋唐五代—公元 581 年至 960 年）

唐代對藥性功用的認定十分審慎，並認識到許多食物和藥物的特殊療效。唐代也重視藥物的產地，使道地藥材的概念開始形成。

（一）《新修本草》

唐朝的《新修本草》是第一次由國家組織編撰的藥典式著作，有人稱之為世界上最早的藥典。該書在充分收集文獻資料的基礎上，進行全國大規模的藥物普查，並且本着實事求是的原則考察藥物的功效，彙編成冊，然後由政府於唐顯慶 4 年（公元 659 年）頒行全國，使之更具有臨床用藥的規範性。

（二）《本草拾遺》

陳藏器著《本草拾遺》，將藥物按功效分為宣、通、補、泄、輕、重、滑、澀、寒、濕等十劑，比《神農本草經》的三品分類更為合理，為後世按藥物功效進行分類提供了適當的方法。

此外，唐代甄權的《藥性論》首創配伍禁忌。《蜀本草》首次記載了十八反。五代韓保昇著《蜀本草（一名重廣英公本草）》，統計了本草中七情畏惡的藥物。唐代方書的特點是注重實用，推崇簡便廉的實用方劑，而略於理論，如孫思邈的《備急千金方》、《肘後備急方》，多用於治療突發急症，且論述簡要。孫思邈也擅用有毒動物藥治療難治病證。《小品方》、《劉涓子鬼遺方》等均具有簡、便、廉、效的特點。《產經》則列舉了 32 種妊娠期間禁忌服用的藥物。

五．方劑學空前發展，並由國家管理成藥應用

（宋代—公元 960 年至 1279 年）

宋朝為方劑學的全面發展階段，其方書編撰是前所未有的。有大型方書如《太平聖惠方》、《聖濟總錄》；有由博返約、簡要而論的小型方書如《普濟本事方》、《濟生方》；有專科方書如《小兒藥證直訣》、《婦人良方大全》；有方論專著《傷寒明理論》等。

（一）《太平惠民和劑局方》（簡稱《局方》）

為官修方書，可以說是第一部由政府編制的成藥藥典，書中除詳列各方之組成、功效、主治外，亦詳述藥物的炮製和製劑等。但其用藥多辛溫香燥。此書既是配方手冊，又是用藥指南，應用方便，也易於普及。此外，書中所列有 185 種需炮製的藥物，許多是通過炮製以減毒增效。

（二）國家管理醫藥

宋代醫藥主要由官方管理，北宋設熟藥所等機構，撰有《和劑局方》等方書，使成藥特別發達，並設有藥品標準。宋代以後形成了多用丸藥和散藥以代替湯劑的狀況。

在宋朝大量香料輸入中國，使香燥溫熱類藥的應用增加，如《太平聖惠方》、《聖濟總錄》、《和劑局方》等均載有大量的香竄燥烈諸藥。許多新創方劑，如蘇合香丸等，亦含有辛溫開竅藥，用於拯救危急之證，若用之得當，可以起死回生。

但在宋金時期，部分醫家機械地盲目地使用《局方》治病，有失辨證論治之精神，導致某些成藥被濫用，特別是溫燥藥。病人也可自行購藥服用，特別是一些人喜溫而惡寒、喜補而惡瀉，在中醫用藥歷史上產生了不良的影響。

（三）對有毒藥物的新認識

《聖濟總錄》

宋代《聖濟總錄·雜療門》專列「中藥毒」一項，其中不僅包括金石藥中毒，亦載錄其他藥如烏頭、附子、巴豆、甘遂、大戟、藜蘆、蜀椒、半夏、杏仁、桔梗等所引起的中毒。

《洗冤集錄》

世界上第一部法醫學專著《洗冤集錄》，總結了中藥中毒的診斷方法，曰「砒霜野葛者，得一伏時，身發小瘡作青黑色，眼睛聳出……腹肚膨脹……指甲青黑」，「驗服毒（砒霜）用銀釵」。

《本草別說》

在宋代以前，本草著作及方書對細辛用量與其他中藥一樣，並無任何限制，應用湯劑更是如此。宋代名醫陳承根據其臨床經驗，首先對細辛末的內服劑量提出了限制。

(四)《本草衍義》

宋代寇宗奭《本草衍義》特別重視藥材的品種鑑定及特殊人群的合理用藥。其內容涉及醫藥學理論及單味藥的名稱考定、鑑別、炮製、運用等，並對一般常用藥的性味、功效和臨床效驗進行了補充，尤其是對一些與臨床效用相關的品種作了鑑定。在合理用藥方法上強調要按年齡老少、體質強弱、疾病新久等釐定藥量。

(五)妊娠用藥禁忌歌訣

宋代以來，文獻中出現以妊娠禁忌為內容的歌訣，如南宋朱端章《衛生家寶產科備要》中的產前禁忌藥物歌，陳自明《婦人大全良方》和許洪《指南總論》中的歌訣等，後世許多妊娠禁忌歌訣多以此為基礎。

六．諸子蜂起，矯正時弊，創立新說，推動中醫臨床安全合理用藥

(金元一公元 1115 年至 1368 年)

宋代及以前多注重於對藥性與功效的闡述和積累，金元醫家則以《黃帝內經·素問》氣味、陰陽、升降浮沉等理論為指導，研究中藥藥性理論，使中藥藥性理論得以完善。當今的中醫臨床用藥理論，乃繼承宋金元各代醫家藥學理論與經驗之遺產，並使之得到發展的產物。

以四大醫家為代表的金元醫家，針對宋代成藥濫用之時弊，創立新說，推崇新方，為中藥安全合理用藥提供了經驗。從某種意義上講，他們的革新精神，認為「古方今病不相能」的態度，以及創立的新學說，也使中醫臨床用藥向更安全、更合理方向發展。此外，金元時期十八反、十九畏歌訣的出現，表明金元醫家重視藥物之間的相互作用和配伍禁忌，並且力求普及推廣應用。

(一)寒涼派劉完素

劉完素著《素問藥注》、《本草論》，針對北宋以來醫家濫用辛溫剛燥藥方之時弊，結合自己的臨床經驗，提出「火熱論」，主張應用寒涼藥，其處方多用大黃、知母、山梔、竹葉等。

(二)滋陰派朱丹溪

元代朱丹溪著《局方發揮》，肯定《局方》中成藥的方便實用，另一方面批評《局方》有造成刻舟求劍、按圖索驥、濫用香燥熱藥之害。朱丹溪所倡之「相火論」、「陽有餘陰不足論」，矯正時弊，善用滋陰藥，使臨床處方用藥更趨合理。

（三）攻下派張從正

張從正著《儒門事親》，列專論《補論》及《推原補法利害非輕說》，力糾時弊，強調「治病當論藥攻」，首次提出「藥邪」一說，將藥邪作為病邪之一，實際上可以認為其相當於現代的藥源性疾病。張從正創立攻邪論，發展了瀉下藥的臨床用藥理論。

（四）補土派李東垣

李東垣著《脾胃論》、《內外傷辨惑論》，列《藥類法象》專論。李東垣當處戰亂時期，民眾流離失所，精神緊張，多致脾胃虛弱，他提出用藥當注重後天之本脾胃，重視「補脾升陽」，創立甘溫除熱法和升陽散火法。其用藥偏重人參、白朮、黃芪、升麻諸藥的配伍，對後世的使用藥產生了很大影響。

李東垣特別重視合理用藥，專列《君臣佐使法》、《分經隨病製方》、《用藥宜禁論》、《脾胃虛弱隨時為病隨病製方》、《隨時加減用藥法》、《脾胃虛不可妄用吐藥論》、《調理脾胃治驗治法用藥不明升降浮沉差互反損論》、《脾胃將理法》，系統論述了有關脾胃病的安全合理用藥及藥後調攝等。

（五）易水派張元素

易水學派代表張元素著《珍珠囊》、《醫學啟源》，總結藥物功效，闡發藥性理論，強調臟腑辨證，臟腑苦欲補瀉，即相同性味的藥，依五臟的不同生理病理狀態，而起到不同的作用，或補或瀉。制《臟腑標本寒熱虛實用藥式》，根據臟腑的生理病理特點和藥物的性能合理選藥，注重理、法、方、藥的統一。

從中醫臨床安全用藥的源流出發，可以看到雖「副作用」一詞不見於歷代藥書，但已有人認識到中藥有治病防病作用和不良作用。金元醫家對藥物「苦欲補瀉」的闡發，即是根據臟腑的生理病理特點，命名為臟腑所喜的藥物作用為「補」（治療作用，能調整臟腑的機能活動）；使臟腑所苦、為臟腑所惡的作用為「瀉」（其中包括了副作用）。

（六）羅天益

元代羅天益著《衛生寶鑑》，設專論《藥誤永鑑》，詳盡地論述了用藥失誤之弊端。羅氏強調「無病服藥」損傷正氣，「用藥無據反為氣賊」論，並以臨證病案為例，告誡醫者論病施治必須詳審脈證，據病用藥，不得妄施。此外，《瀉火傷胃》、《妄投藥戒》、《戒妄下》、《輕易服藥戒》等篇，豐富了「藥邪」理論。

七．醫藥巨著面世，中醫臨床安全合理用藥體系基本形成

（明—公元 1368 年至 1644 年）

（一）《本草綱目》

對用藥原理的闡述

李時珍《本草綱目》彙集了明以前的諸家論述，結合自己的經驗和觀點，詳細闡述了藥物氣味陰陽、五味宜忌、五味偏盛、歸經、升降浮沉等對機體疾病的作用，而且闡述了藥物的形狀、顏色、質地、生長、習性等與藥物療效的關係，對指導臨床準確用藥、拓展用藥思路發揮了重要作用，堪稱十六世紀的中藥藥理學專著。

關於藥物毒性的分級與中毒案例

李時珍明確地將有毒無毒藥物區別開來，書中所收載的 1892 種藥物中，標明有毒的藥物共 312 種，標註毒性的藥物分有「大毒」、「有毒」、「小毒」、「微毒」四類；由於草部藥物繁多且品種複雜，書中將毒草類專門提出，集成一卷，共有 47 種。另一方面，又記載誤藥與中毒案例 10 余宗，分為「有毒之毒」、「無毒之毒」和「合用之毒」。

書中對藥物毒性的記載和描述，是先前任何本草學著作所不能比擬的，迄今仍不乏其研究與應用價值，其毒性的分類方法也沿用至今。

（二）《神農本草經疏》

明末繆希淳著《神農本草經疏》，強調臨床醫師應具有豐富的藥學知識，曰：「凡為醫師，必先識藥」。繆氏在其自序中闡述其著作宗旨云：「讀之者宜因疏以通經，因經以契往，俾炎黃之旨，晦而複明，藥物之生，利而罔害，乃予述疏義也。」^[1]

書中設藥學專論 33 篇，闡述臨床用藥原則，提出著名的治吐血三要（宜降氣不宜降火，宜行血不宜止血，宜補肝不宜伐肝）。^[2] 各藥分三項：「疏」，闡發藥性功治之理；「主治參互」，列述配伍及實用方；「簡誤」，提示用藥易混誤之處，備註了用藥容易引起的誤差之處，以防過錯。可以說開創了臨床安全合理用藥的先例，這是對中藥學的重要歷史貢獻。

其諸家用藥經驗和藥論大大豐富了臨床用藥的內容，如人參、黃芪固然為上藥，但若違背其性能之宜，則偏重之害。故對一藥之用，需知其長短，兼明利弊，才能知藥善用，提高療效，否則不僅收不到療效，還可能出現毒副作用。全書重在闡述臨床用藥之理，結合作者豐富的用藥經驗，力求精博與實用，堪稱為醫藥結合之典範，對明末以後中醫臨床藥學的發展產生了巨大影響，是明代學術價值僅次於《本草綱目》的一部臨床藥學專著。

（三）《景岳全書》

金元醫家劉完素的火熱論和朱丹溪的陽有餘陰不足論，對糾正宋元時期的濫用溫燥辛熱藥起到補遺糾偏的作用，但又導致了不注意因時因地因人而異、忽視辨證用藥、濫用苦寒之劑的新的用藥時弊，正如張景岳所述：「寧受寒涼而死，不願溫補而生」，即從一個極端走向了另一個極端。明代臨床醫藥學家王綸、張景岳、孫一奎、趙獻可等，均對濫用寒涼藥的時弊予以抨擊，以致於在明代產生了「寒溫之辯」，而以薛己、孫一奎、趙獻可、張景岳等為代表的溫補學派，注重溫補腎陽，為中醫學腎陰、腎陽、命門學說的發展作出了貢獻。

張景岳著《景岳全書》，列《本草正》專論，主張陽非有餘、陰常不足，倡陰陽雙補，創右歸丸、左歸丸等，也使附子、肉桂、人參等溫補藥得到了廣泛應用。張景岳就古方、新方列「補、和、攻、散、寒、熱、固、因」八陣，籍此分類論述藥物的功用。

（四）《本草品彙精要》

劉文泰等撰輯的《本草品彙精要》吸收了金元時期的藥性理論，在「味、性、氣、行、臭」等項中收載，使藥性理論得到了一次較全面的總結，使之更趨系統化和條理化。尤其將「氣臭」理論首次應用於臨床。將藥物的升降、厚薄、陰陽歸為「氣」，將腥、香、臭、臊、枯（另有穢、焦）歸為「臭」。根據藥物氣味陰陽等性質及功效確定「氣臭」的方法，還從各家本草學著作記載的紛繁複雜的醫療應用中概括提煉出中藥的「主」、「治」兩項，使藥物的功效顯而易明，非常實用。該著作因當時未刊發，在中醫藥歷史上未產生影響。現代由曹暉校註出版。^[3]

八. 臨床安全合理用藥由博返約，注重實用

（清—公元 1644 年至 1911 年）

明代以前的本草，偏重於收錄妊娠用藥禁忌、配伍禁忌和食忌，而涉及面最廣的「病證用藥禁忌」卻長期缺乏應有的記載。但有關病證用藥禁忌的思想，歷代醫藥文獻不乏，但多以五臟苦欲補瀉等形式表述，一直未能結合具體藥物進行論述，又容易與虛實補瀉相混淆，故對臨床用藥方面的實際指導意義有限。明代本草已有部分增補藥物的病證禁忌，但為數不多。至清代，本草研究趨於由博返約^[4]，本草著作也更注重臨床實用，其論述簡明扼要，但「禁忌」項成為新增的必備項目，如《本草備要》、《本草求真》、《要藥分劑》等。尤其是《要藥分劑》，明確設立「禁忌」一項，至今沿用。

歷明至清，出現了《本草征要》、《本草通玄》、《本草求真》、《本草集要》等本草學臨床專著，從藥物功用分類、理論探討、功效分析、用藥要旨等方面，與臨床實踐緊密結合，不斷正誤創新，使中藥的應用規範有據。

（一）《本草害利》

清代凌奂以其師吳芹（古年）所撰之《本草分隊發》為基礎，集諸家本草學之藥論，補入藥物有害於疾之內容，更名為《本草害利》。《本草害利》是以討論藥物禁忌為主要內容的專題本草論著。

作者熟識藥性，辨證精當，客觀地認識藥物的「害」（不良作用）與「利」（治療作用）。他認為：「凡藥有利必有害，但知其利，不知其害，如衝鋒於前，不顧其後也」；「遂集各家本草，補入藥之害於病者，逐一加註，更曰《本草害利》。欲求時下同道，知藥利必有害，斷不可粗知大略，辨證不明，信手下筆，枉折人命」。為此，他搜集古今名醫關於藥邪的論述及名醫經驗，總結了 20 餘年的臨床實踐經驗，選用常用藥物，刪繁就簡，先陳其害，後敘其利。概括了藥物本身性能之害、使用不當之害、炮製不當之害和採收不當之害四個方面。側重於闡述辨證不當引起的藥害，對病證用藥禁忌所論詳細，強調應根據病證辨證用藥，趨利避害，這對於合理用藥、防止用藥偏差、減少「藥害」具有現實意義。

書中還詳述藥物的出產、形狀、炮製方法等。但是該書也有缺陷，如只定性未定量，未能論及用藥劑量問題；對藥害引起的臨床表現及其防治論述不夠，對藥物配伍所致的藥害等也論述較少。

（二）《醫林改錯》

王清任著《醫林改錯》，臨證處方尤其重視氣血理論，發展了瘀血學說，擅長於活血化瘀藥的應用，所創立的活血化瘀方劑至今仍有效地應用於臨床。書中重點闡述補氣、理氣與活血藥的配伍使用，並且強調通過變化藥量的方法達到不同的治療目的。

（三）溫病學家對寒涼藥的應用

明末清初溫補用藥的盛行，勢必又產生另一種偏向，即濫用溫補的時弊，因而在醫藥界產生了批判溫補之弊的爭鳴，其中的代表人物有徐靈胎、何夢瑤、陳修園等。明清時期溫病學家大量使用清熱藥治療溫熱病，發展了辛涼解表、清熱解毒、平肝息風、清熱涼血、開竅醒神、涼血祛瘀等治法及方藥，促進了寒涼藥的使用和溫病學說的形成。

（四）《醫學心悟》

清代名醫陳國彭著《醫學心悟》，首卷即列《醫中百誤歌》，對不合理用藥的相關因素，以及醫家、病家、藥家三方面進行了精闢的論述；並創《醫門八法》，對臨床治療八法的合理應用作出了詳盡的論述。

（五）方藥共榮

清代的臨床中藥學、方劑學發展表現為方藥共榮、由博返約，醫家的用藥與其醫學

思想的聯繫更為密切。其方論專著，有《醫方考》、《醫方集解》、《刪補名醫方論》等。並按功效進行方劑的分類，如《醫方集解》等；重視驗方的採集與整理，如鮑相璈《驗方新編》，專收藥少價廉、方便易行的驗方。

九. 中西醫藥並存，注重傳統中醫藥與西醫藥理論及方法的彙通

（民國—公元 1912 年至 1949 年）

（一）《經方實驗錄》

民國著名中醫曹穎甫在醫學實踐和治學上一絲不苟，臨證用藥始終保持科學的態度和實事求是的精神。

在曹氏所處的時代，許多醫者為了免於重劑失手而承擔責任，往往處以輕劑。曹氏在臨證中不考慮個人得失，以病家性命為重，辨證施治，遂遵張仲景之法，常以逐漸加量試探以取實效，故其著作取名《經方實驗錄》。曹氏習醫時，為了掌握第一手資料，曾親自嘗藥，如親嘗附子，致全身麻痺。曾用皂莢丸治癒自己的支飲病。曹氏在應用經方峻劑方面積累了豐富的經驗，使用峻劑，每獲良效，如用十棗湯治支飲。

對於治療用藥失誤的病例，曹氏亦如實記錄，以示後人。如在《經方實驗錄》中記載用抵當湯治療周女子血癆案中，曹氏初以大黃蟪蟲丸，囑每服 10 克，日 3 次，估測一月可愈；而未覆診，估計已愈。三個月後，周女子病情惡化，曹氏「聞而駭然，深悔前藥之誤」，後以抵當湯及補劑收功。^[5]

（二）《醫學衷中參西錄》

倡導中西藥並用

張錫純不僅以中醫理論為主體闡發醫理，而且試圖溝通中西醫藥理論，名曰「醫學衷中參西」。他充分認識到西醫藥的先進性，但他「參西而不背中」，力圖用中醫藥理論來分析應用西藥，如對西藥試圖用中藥四氣五味理論加以歸納，推崇以中西藥並用治療疾病。

張錫純臨證治療，認為中藥西藥互相不應抵牾，而須相濟為用。他分析當時所用中西藥之作用原理曰：「西藥用藥在局部，是重在病之標也；中醫用藥求病因，是重在病之本也」。

張錫純堪稱為中西藥並用的先驅，認為中西藥同用可取長補短，提高療效；如在阿司匹靈與麻黃湯同用、氨基比林與中藥地黃、玄參諸藥並用時，認為西藥治其標，中藥治其本，標本並治，奏效必速也。

張錫純還倡導西藥中用，試用中醫理論分析西藥的性能、功效，用中醫藥理論術語

來表達西藥的功效與主治，並將西藥與中藥一起納入中醫辨證論治的理論範疇進行應用，如應用阿司匹靈結合健脾滋陰中藥治療肺結核。

張錫純是位臨床大家，勇於探索，不務空談，其西藥中藥化的想法，今天仍有其實用與研究價值。今之中藥專家岳鳳先等對「中藥西藥化」有所研究，張錫純的中西藥聯用等臨床思維更是尚待開發。

注重對病情與藥性互動的觀察，總結臨床用藥經驗

張錫純在其長期的醫療實踐中，注重臨床經驗的總結，對每個病人的診治力求有病案記錄，雖然用西醫病名，但絕大部分是用純中藥治療，治療力求療效。他留下來的病案，實際上就是他對中藥藥性研究的實踐報告。他精心處方用藥，仔細囑咐煎藥、服藥等方法，並將經驗傳授予人；他還記載了其他醫生用藥後的反應，以供臨床安全合理用藥參考。

（三）中藥研究方法的新發展

隨着西方藥學知識和近代科學技術在民國時期的迅速傳播和發展，傳統的中藥研究方法開始革新，以中藥為主要研究對象的藥用動物學、藥用植物學、生藥學、中藥鑑定學、中藥化學、中藥藥理學等新學科逐漸開始形成，在中藥的生藥、藥理、化學分析、有效成分提取及臨床研究等方面均取得一定的進步和發展。

十．臨床安全合理用藥的繼承、發展與規管

（公元 1949 年—）

（一）中藥文獻的整理及專著的出版

當代整理出版了大量古代的中藥文獻，為中醫臨床安全合理用藥提供了寶貴資料。現代編撰的《中藥大辭典》、《中藥誌》、《全國中草藥彙編》、《原色中國本草圖鑑》、《中華本草》、《中醫方劑大辭典》等大型中藥、方劑學著作，反映了當代中藥學的發展水平。

（二）名中醫的經驗傳承

中國政府重視有豐富臨床實踐經驗的著名中醫的學術及經驗的傳承，為他們配備助手，整理出版了大量的論醫集、醫案、醫話等，如施今墨、秦伯未、岳美中、蒲輔周、姜春華、鄧鐵濤、俞慎初、朱良春、謝海洲等，其中許多論述及經驗對臨床安全合理用藥具有重要的啟迪作用。

（三）《中華人民共和國藥典》

《中華人民共和國藥典》（《中國藥典》）是中國藥品標準的法典，經國務院批准後頒佈施行。迄今，《中國藥典》已頒佈了 1953 年版、1963 年版、1977 年版、1985 年版、

1990 年版、1995 年版、2000 年版和 2005 年版。《中華人民共和國藥典·一部》收載療效確切、副作用小、質量穩定可控的常用中藥和製劑。《中國藥典》作為中藥生產、供應、核對使用的依據，以法典的形式確定了中藥在當代醫藥衛生事業中的地位，也為中藥材及中藥製劑質量的保證和標準的確定發揮了巨大的促進作用，這在某種程度上也為保障臨床安全用藥提供了法律依據。

2005 年版《中國藥典》體現了中藥質量控制的新方法及其發展趨勢，強調中藥質量控制要注重中醫藥理論和傳統的臨床用藥方法，其指導思想是促進中藥的優質化、標準化和現代化。

2005 年版《中國藥典》一部收載 70 味有毒中藥（含炮製品），對中藥毒性的分級，分為有大毒、有毒、有小毒三級（名錄見本節附錄 1）。

（四）中藥規管制度逐步完善

特殊藥品的規管

《中華人民共和國藥品管理法》規定了毒性中藥（名錄見本節附錄 2）和麻醉藥品的規管，以及藥物不良反應監測管理規定等。明確對中藥飲片和中藥材實施批准文號管理。國家食品藥品監督管理局重點加強了對中藥材專業市場的監管和中藥材的監督檢驗，建立了質量公報制度。

藥物不良反應監測制度的建立

經國家食品藥品監督管理局批准，國家藥品不良反應監測中心定期向社會公開發佈《藥品不良反應資訊通報》，保障公眾對中西藥的安全合理應用狀況的知情權。

中藥品質管理規範化的建立

包括中藥的種植質量管理規範（GAP）、臨床前研究質量管理規範（GLP）、臨床研究質量管理規範（GCP）、生產質量管理規範（GMP）和銷售質量管理規範（GSP）等五大方面，逐步形成了比較完整的中藥質量管理體系。

加強與各國政府藥品監督管理部門的溝通

1990 年代以來，隨着世界醫藥市場對中藥，特別是對中成藥製劑的持續關注，中醫藥的發展既呈現機遇，又面臨新的挑戰。1993 年在比利時發生的馬兜鈴酸事件，引發了人們對中藥臨床應用安全性的廣泛討論，這一方面大大促進了中藥臨床應用的安全意識以及對複方配伍減毒、炮製減毒增（存）效等方面的科學研究，為臨床合理應用中藥提供依據；另一方面馬兜鈴酸事件的陰影仍然籠罩歐洲，甚至全世界，使人們對中藥有「談虎色變」之感，其實這是不正確和不必要的。

(五) 臨床中藥學的新發展

從上世紀 80 年代開始，臨床中藥學進入發展新階段，人們對臨床藥學發展的關注和重視也為臨床中藥學的發展提供了契機。中國出版了專著《中華臨床中藥學》及《臨床中藥學》教材，有關有毒中藥、中藥不良反應的專著也陸續出版。近 25 年來，中藥安全用藥、病人的個體化給藥、中藥配伍變化及複方研究、中藥藥代動力學和生物利用度研究、不良反應監測及現代中藥製劑研究等工作陸續展開，並已取得成績。順應國內外中醫藥的快速發展趨勢，這些研究仍需加快，以適應人們快速增長的對高素質醫療保健的需求。

(六) 中醫臨床安全合理用藥在香港的發展

香港開埠之初，根據港英當局法例規定，中醫的「欽定英譯」為 Herbalist，意譯為「種植或販賣草藥者」，這種稱謂不承認中醫為醫務人員的範疇，使其沒有社會地位。戰後港英政府對中醫仍然推行歧視和放任政策，從未加以扶植，亦未有任何監管，結果誤服中藥中毒及死亡事件屢有發生。

1989 年以後，港英政府對中醫藥的制度作了全面檢討，行政局於 1994 年 11 月接納《中醫藥工作小組報告書》的建議，認為港府應及早建立制度，推廣及監管中醫藥業。根據工作小組的建議，香港政府在 1995 年 4 月成立了香港中醫藥發展籌備委員會（下稱「籌委會」），籌委會負責就如何促進、發展和規管香港中醫藥，向政府提供建議。香港回歸以後，在 1998 年的《施政報告》中，香港特別行政區政府行政長官訂下目標，要把香港發展成國際中醫藥中心，使中醫藥取得了長足的進步，中藥應用的安全性問題備受關注。食物及衛生福利局在 1999 年 2 月向立法會提交了《中醫藥條例草案》，草案在同年 7 月獲得通過。1999 年 9 月，根據《中醫藥條例》，成立了香港中醫藥管理委員會，負責實施各項中醫藥的規管措施。《中醫藥條例》條文內容主要包括規管中醫的執業及中藥的使用、售賣和製造的措施。根據《中醫藥條例》，中藥規管措施主要包括中藥商的發牌制度和中成藥註冊制度兩個方面。

在《中醫藥條例》的附表 1 中，列出 31 種烈性、毒性中藥材作為規管的中藥材（名錄見本節附錄 3），分別為植物藥 18 種，礦物藥 9 種，動物藥 4 種。

從 2001 年開始，香港衛生署致力於制定「香港中藥材標準」，期望這一「標準」能以《中國藥典》為基礎，又能受到國際醫藥界認受。這對促進中藥的安全合理應用將產生積極作用。針對曾於香港引致不良反應的中藥材如：川烏、草烏、附子、水銀、洋金花、山豆根、開口箭、苦杏仁、地不容、芒硝、含馬兜鈴酸藥材、蒼朮摻雜、烏頭摻雜、蒼耳子、芒硝混淆、麻黃、洋金花與凌霄花混淆、中成藥摻西藥、中藥農殘超標等，香港衛生署中醫藥事務處編寫了參考資料，扼要地介紹了藥材名稱、別名、來源、性狀、劑量、使用注意、中毒原因、有毒成分、中毒症狀及中毒處理等，以供中醫師和中藥商參考。

1980 年代，香港中文大學開始了中藥研究，建立了中藥電腦資料庫。2003 年，中國銀行（香港）中藥標本中心落成於香港浸會大學中醫藥學院大樓。中心展品包括香港地方中草藥、香港中藥標準所用中藥材、受法律規管之毒性烈性中藥標本、香港易混淆中藥、貴重補藥真偽品鑑別、香港中藥特色飲片及香港名優中成藥等，現存標本 5000 多種。還有中藥資料電腦檢索系統，其網頁更與世界各地的中藥標本中心相連接。

此外，在香港醫學博物館草藥園專門種植毒性、烈性中藥植物，如洋金花、羊角藤、斷腸草（鉤吻）、馬錢子（被稱為香港四大毒草），以及水葫蘆、海芋等；其他有小毒的一品紅、牽牛、蘿藦木、兩面針、巔茄、接骨木、毛地黃等也有栽培，以使民眾有毒性草藥的知識。

附錄 1：《中華人民共和國藥典》所收載的有毒藥物

有大毒

川烏、馬錢子、馬錢子粉、巴豆、巴豆霜、紅粉、鬧羊花、草烏、斑蝥等。

有毒

乾漆、土槿皮、山豆根、千金子、千金子霜、製川烏、天南星、木鱉子、甘遂、仙茅、白附子、白果、半夏、朱砂、華山參、全蠍、芫花、蒼耳子、兩頭尖、附子、苦楝皮、金錢白花蛇、京大戟、製草烏、牽牛子、輕粉、香加皮、洋金花、常山、商陸、硫黃、雄黃、蓖麻子、蜈蚣、罌粟殼、蕘蛇、蟾酥。

有小毒

丁公藤、九里香、土鱉蟲（廩蟲）、川楝子、小葉蓮、水蛭、艾葉、北豆根、地楓皮、紅大戟、兩面針、吳茱萸、苦木、苦杏仁、草烏葉、南鶴虱、鴉膽子、重樓、急性子、蛇床子、豬牙皂、綿馬貫眾、蒺藜、鶴虱等。

附錄 2：《醫療用毒性藥品管理辦法》所收載的中藥品種

砒石、砒霜、水銀、生馬錢子、生川烏、生草烏、生白附子、生附子、生半夏、生南星、生巴豆、斑蝥、青娘蟲、紅娘蟲、生甘遂、生狼毒、生藤黃、生千金子、生天仙子、鬧羊花、雪上一枝蒿、紅升丹、白降丹、蟾酥、洋金花、紅粉、輕粉、雄黃。〔中華人民共和國國務院令第 23 號，1988 年 12 月 27 日頒佈〕

附錄 3：香港《中醫藥條例》附表一規管的 31 種 烈性 / 毒性中藥材

植物藥 18 種

山豆根 (*Radix Sophorae Tonkinensis*)、生千金子 (unprocessed *Semen Euphorbiae*)、生川烏 (unprocessed *Radix Aconiti*)、生天仙子 (unprocessed *Semen Hyoscyami*)、生天南星 (unprocessed *Rhizoma Arisaematis*)、生巴豆 (unprocessed *Fructus Crotonis*)、生半夏 (unprocessed *Rhizoma Pinelliae*)、生甘遂 (unprocessed *Radix Kansui*)、生白附子 (禹白附、關白附) (unprocessed *Rhizoma Typhonii* or *Radix Aconiti Coreani*)、生附子 (unprocessed *Radix Aconiti Lateralis*)、生狼毒 (unprocessed *Radix Euphorbiae Fischerianae*, *Radix Euphorbiae Ebracteolatae* or *Radix Stelleriae*)、生草烏 (unprocessed *Radix Aconiti Kusnezoffii*)、生馬錢子 (unprocessed *Semen Strychni*)、生藤黃 (unprocessed *Resina Garcinia Morellae*)、鬼臼 (桃耳七、八角蓮) (*Radix* or *Rhizoma Podophylli emodis*, or *Radix* or *Rhizoma Dysosmatis*)、雪上一枝蒿 (*Radix Aconiti Brachypodi* or *Radix Aconiti Szechenyiani*)、鬧羊花 (*Flos Rhododendri Mollis*)、洋金花 (*Flos Daturae Metelis*)。

礦物藥 9 種

水銀 (Mercury)、白降丹 (Mercurous chloride and mercuric chloride)、朱砂 (Cinnabaris)、砒石 (Arsenolite)、砒霜 (Arsenic trioxide)、紅粉 (*Hydrargyri Oxydum Rubrum*)、雄黃 (Realgar)、輕粉 (Calomelas)、雌黃 (Orpiment)。

動物藥 4 種

青娘蟲 (*Lytta*)、紅娘蟲 (*Huechys*)、斑蝥 (*Mylabris*)、蟾酥 (*Venenum Bufonis*)。

第三節 中藥的安全性與中醫臨床合理用藥的要素

一、中醫臨床不合理用藥的主要表現

中醫臨床用藥不合理，這不僅影響藥物的療效，也給藥物應用的安全性帶來極大的隱患，主要表現在未遵循辨證論治原則及傳統用藥方法，如辨證用藥不準確，選用藥物不當，配伍不當，用藥不足，用藥過量，不適當的合併用藥，無必要地使用價格昂貴的藥物，給藥時間、間隔、途徑不適當，煎煮方法不當，以及重複給藥等等。

二、臨床安全合理用藥的基本要素

（一）安全性

安全性是合理用藥的基本前提，直接體現了對病者和公眾利益的保護。需要指出的是強調安全性並不是只能應用毒副作用最小的藥物，或者用藥治療絕對不發生不良反應，而是強調讓受藥者承受最小的治療風險來獲得最大的治療效果，即獲得單位效益所承受的風險（風險/效益）最大限度地減少。

關於藥物安全性的概念

古代有毒性、藥邪、藥害等概念。現代有藥物不良反應（ADR）、藥源性疾病（DID）、藥物警戒等概念。

（1）毒性

古代的毒性有廣義和狹義之分，廣義的毒性是指藥物的偏性，即藥性的總稱；狹義的毒性是指有一定的毒副作用。現代中藥毒性的概念為狹義的概念。

（2）藥邪

藥邪理論將藥物作為藥源性損害或疾病的一種致病因素（邪氣），即指藥物能引起疾病的發生。

（3）藥品不良反應

根據中國國家食品藥品監督管理局制定的《藥品不良反應報告和監測管理辦法》第 29 條中提出的藥品不良反應的概念為：「藥品不良反應是指合格藥品在正常用法用量下出現的與用藥目的無關的或意外的有害反應。」可見，錯誤地用藥並不屬於藥物不良反應的範疇。（《藥品不良反應報告和監測管理辦法》於 2004 年 3 月 4 日國家食品藥品監督管理局令第 7 號公佈）

關於中藥不良反應目前尚無確切的概念，一般參照藥物不良反應的定義。但中藥有其特殊性，目前有關中藥不良反應的文獻記載、書籍出版或報道並不規範，一

些資料庫的統計資料及某些書籍動輒使用中藥不良反應冠名，許多研究論文或新聞報道也大量地隨意使用中藥不良反應之詞，這使得中藥的應用由原來認為中藥安全無毒或無不良反應的錯誤極端走向了另一個錯誤極端。

實際上發生的所謂中藥不良反應大部分是因藥品質量問題或不合理用藥所造成的。中藥的來源和採製較為複雜，尤其是中藥飲片，質量檢測與監管體系不夠完善，故所出現的所謂中藥不良反應事件實際上主要是由於使用不合格藥品或超量、超時、誤服、錯用以及非正常使用藥物所引起的。如果能在藥品的質量上把好關、在使用上能合理用藥，則可大大減少中藥藥源性疾病或藥害的發生。需要說明的是本書中所引用的資料限於以往和目前對中藥不良反應的認識，仍然沿用不良反應之詞加以敘述。

(4) 藥源性疾病

是指因藥物不良反應致使機體某（幾）個器官或局部組織產生功能性或器質性損害而出現的一系列臨床症狀和體徵。本書所記敘的相關內容，既包括藥物正常用法用量情況下所產生的嚴重的不良反應，也包括因超量、超時、誤服、錯用以及不正常使用藥物所引起的損害或疾病。

(5) 現代的「藥害」(Drug misadventure) 概念

與藥源性疾病的概念類似，它是指用藥過程中發生的任何不可預測的不利結果，藥害以藥物不良反應 (Adverse drug reaction, ADR) 和用藥錯誤 (Medication error) 最為常見。^[6]

(6) 藥物警戒

當前國際上對藥物警戒的概念實際上就是指對藥品不良反應 (ADR) 進行監測的廣義概念，即對合格藥品在正常用法用量情況下出現的有害的、非預期的反應的監測，包括新藥的設計、新藥的開發、藥品質量、製劑工藝、人種差異等方面的問題。自古中醫也有類似藥物警戒的概念，比法國人提出的藥物警戒還早。

正確認識中藥的安全性

中醫臨床用藥的安全性，主要包括用藥方法和用藥禁忌兩方面。用藥方法包括給藥途徑、藥物炮製、藥物製劑、服藥方法、用藥劑量和用藥療程等；用藥禁忌包括妊娠用藥禁忌、配伍禁忌、證候禁忌和服用時的飲食禁忌等。

作為醫者，治療某種疾病（特別是疑難病症），其處方用藥實際上是在嚴格權衡該處方將可能為病者帶來的治療效果和有可能出現的藥物不良反應，即獲得一種效益與風險的對比。因此，無論使用哪種治療方案或藥物，受藥者都將承受一定的風險。另一方面，從受藥者的感受和人身安全的角度出發，用藥風險的表現形式和程度千差萬別，輕者可能出現稍微不適，如輕微的胃腸道反應，嚴重者卻可能致殘或致命。就用藥效益與風險

平衡來講，受藥者對風險的承受度的差別是很大的，對於挽救生命的藥物治療、或目前尚無特效藥治療的疑難雜症（如亡陽證用附子、惡性腫瘤用蟾酥、風濕病用雷公藤、川烏、草烏等毒性藥物），病者承受藥物不良反應的風險相對較大，但以效益與風險的對比，接受其相對高風險的治療仍然是必需的和有價值的。相反，對於調節生理機能或養生保健的用藥，如用藥膳瀉火、健胃、美容等，病者並無必要承受所謂的高風險。

現在對於中藥安全性的認識，仍然存在兩種偏向。一是認為中藥為純天然藥物，無毒副作用，這種看法主要存在於一些沒有系統掌握中醫藥基本知識和理論的人當中，或是出現在一些純粹是為了商業目的的行業所進行的非理性宣傳中。另一種偏向是針對目前中藥不合理用藥出現的一些安全性問題，誇大中藥可能出現的正常且可接受的不良反應，造成「中藥不安全」、「中藥都有毒」的誤導。甚至有一些專著幾乎將所有中藥都列為有毒藥物。實際上，絕大多數西藥都有可能出現一些偶發的不良反應，但我們並不能把這些西藥都列為有毒藥物。可見，這兩種傾向都是不可取的，而應客觀地認識中藥的安全性。

中藥和西藥一樣，某些藥物有毒，應用某些藥物可能出現副作用，這是事實，這比籠統地講中草藥無毒或副作用少更有益。作為藥物，具有一定的毒性或可能出現的用藥不良反應並不可怕，關鍵是能夠認識它，一旦出現不良反應能夠採取有效的措施及時處理。

目前，採用現代科技方法系統完整地研究和認識中草藥的不良反應，包括從毒性、炮製、配伍、製劑、用法與用量等方面的研究工作做得很不夠。對有毒中草藥的毒理、預防、解毒方法等研究，仍有許多空白。在研究中尤其要注重中醫藥的傳統理論、經驗及用藥方法，這樣才能切合中藥的臨床用藥實踐，促進中醫臨床安全合理用藥。

根據現代研究的結果，可能對某些中草藥的用法進行修正，這有助於中醫藥學的現代化和國際化。但是，若因為某一味藥材出現某些不良反應，或含有某些毒性或烈性成分而簡單地禁止使用，否定千百年來的中醫臨床經驗則是不可取的。

總之，為了提高中草藥的安全有效性，正確、合理地使用中草藥，保證民眾的身體健康和提高中醫醫療保健水平，加強中藥安全性及合理用藥的學習和研究勢在必行。作為中醫藥工作者，不僅必須掌握每一味所用中藥的性能及可能發生的不良反應，盡可能預防不良反應的發生，而且要掌握其報告方法，及時報告病者所發生的不良反應，並能對不良反應作出恰當處理。此外，中醫臨床醫師還應積極參與有關中藥安全性的現代科學研究，以及向廣大民眾宣講中草藥知識，使廣大民眾對使用中醫藥防病治病具有正確的認識和知識。

（二）有效性

有效性是合理用藥的主要目標。中藥的有效性是以中藥的功效為基礎的，即通過中藥的功效達到預定的治療目的。眾所周知，中醫治病主要是針對疾病狀態對所出現的證

候表現（即「證」），不同的中藥用於不同的病證，其有效性評價方式，評價指標和標準也應主要針對其證候的變化，而不是針對西醫的病情變化。

《中華臨床中藥學》將中藥的功效定義為：「在中醫藥理論指導下將中藥對人體的治療和保健作用進行的概括和總結。換句話說，中藥功效是中藥治療、預防、養生作用以中醫藥理論進行概括而形成的，是藥物醫療作用在中醫領域內的特殊表達形式，他實際是經過中醫藥理論化了的作用。與現代藥理作用諸如利血平之『降血壓』、心得安之『抗心律不齊』無論在形式上或內容上都迥然有別」。^[7]

根據《中華臨床中藥學》提出的中藥的治療功效和保健功效，主要有以下方面：

治療功效

中藥的治療功效，包括對證治療、對症治療和對病治療。所謂的證，即證候，是疾病過程中某一階段或某一類型的病理概括。如風寒表證、肝陽上亢、心血虧虛、中氣下陷等，都屬證候的概念。證候是病機的外在反映；病機是證候的內在本質。由於病機的內涵中包括了病變的部位、原因、性質和邪正盛衰變化，故證候能夠揭示病變的機理和發展趨勢，中醫學將其作為確定治法、處方遣藥的依據。

病與證，雖然都是對疾病本質的認識，但病的重點是全過程，而證的重點在現階段。症狀和體徵是病和證的基本要素，疾病和證候都由症狀和體徵構成。

(1) 對證（因）治療

其有效性可以達到根除致病原，治癒疾病。即祛除病邪、消除病因，恢復臟腑功能的協調，糾正陰陽偏盛偏衰的病理現象。對因治療功效是治病求本、辨證施治的具體體現，故大部分中藥是針對病因及病機的治療。如麻黃的發汗解表功效，是針對風寒外束，腠理閉塞的風寒表實證，麻黃能開腠理透毛竅而發汗，祛除風寒之邪氣，糾正衛陽被遏、肺氣不宣的病理狀態。又如四君子湯治脾虛證，四物湯治血虛證，血府逐瘀湯治血瘀證等。可見，對因治療實質上就是對證治療。

(2) 對症治療

其有效性達到緩解臨床症狀，延緩疾病進程，即通過中藥治療有消除或緩解患者自覺痛苦或臨床體徵的效用，或通過扶正祛邪而延緩疾病進程。如三七止血、罌粟殼止痛等。某些中藥的對症功效，實際上是對其對證治療的一種補充和加強，如三七能化瘀止血，對於瘀血阻滯所致的出血，既能消除病因而對因治療，又能對症治療，從而達到治療血瘀證的綜合目的。在整體觀和辨證論治原則指導下，正確處理兩者的關係，能夠達到標本同治的目的，也是合理用藥的重要內容。

(3) 對病治療

中藥的有效性，還表現在對病治療的有效性。這裏的「病」，既包括中醫所稱之「病」，也包括西醫所稱之「病」。《神農本草經》或之前的古代文獻對中藥治病有

效性的表達，包含了許多某藥治某病。張仲景《傷寒雜病論》創立辨證論治體系，同時也強調辨某病脈證並治，如小柴胡湯治少陽病，烏頭湯治痛痹等。但是，金元後則強化了辨證論治和辨證用藥，弱化了辨病用藥。近現代醫家，尤其是現代中西醫結合研究，又從實踐經驗中強調辨病用藥以提高臨床療效，如姜春華、金壽山等醫家強調溫病治療應對病「截斷病機」，不能坐等病情的由淺入深，按衛氣營血四個階段逐步對證用藥。又如川芎、赤芍、丹參等治療冠心病、青蒿治療瘧疾等，均取得良好療效。

要獲得中藥的有效性，既要以辨證用藥和對因治療為主，又不能拋棄中藥的某些特殊功效，即使這種特殊用藥可能並不符合辨證論治的用藥原則。此外，對某些未被傳統功效所歸納的，或與傳統功效相悖的作用，亦要予以重視。例如魚腥草被認為是清肺熱、療肺癰的要藥，但民間卻用於清腸熱，治瀉痢療效顯著；仙鶴草按功效歸屬於收斂止血藥，但其消積止瀉作用被埋沒了。

保健功效

保健功效是指在中醫藥理論指導下，中藥對人體預防疾病發生及傳變或 / 和調節人體生理功能活動的養生功效，屬於中醫「治未病」的範疇。如以蒼朮、艾葉煙熏避疫氣、中藥延緩衰老等。雖然中藥的預防和養生用藥，僅僅居於次要地位，但實踐證明若能合理使用，對於增強體質、預防疾病、促進康復、延年益壽等，是有所裨益的。

減緩或避免某種不良反應的發生

中藥的功效，尚存在避免某些不良反應發生的作用，如和胃健脾的陳皮、茯苓等能減輕或避免其他藥物所致的胃腸道不良反應；甘草、大棗、飴糖等佐使藥，具有調和諸藥的作用，可減緩或避免某些藥物的毒性或峻烈之性所致的不良反應。

非醫學目的用藥功效

非醫學目的用藥，要求的有效性更是多樣的，如減肥、美容、強壯肌肉等。

雷載權等指出：「中藥的功效實際上就是包括兩類：即治療功效、保健功效。這是從眾多藥物作用分析所得出的結論。中藥不僅有眾所周知的治療疾病的作用，一部分中藥尚能針對『無病狀態』的人，如亞健康狀態的人，發揮預防疾病或養生的效用，而後者正是被多數人忽略的，是今後在臨床、實驗及文獻研究上應特別重視的問題。」^[7]

可見，中藥的有效性在程度上是不同的，應該對中藥的有效性作出客觀的評價，既不能無限誇大中藥作用的有效性，也不能貶低或否定中藥的多樣有效性。

判斷藥物臨床治療及預防疾病有效性的指標有多種，常用的有治癒率、顯效率、好轉率、無效率等，與預防用藥相關的有疾病發生率、降低死亡率等。必須清楚地看到，

對中藥有效性的評價，也受到歷史條件和中醫藥本身理論和實踐的特點所局限，中藥功效的歸納和有效性大多是基於回顧性的總結，這種總結也經無數次的臨床實踐所證明，故大多數是客觀的和可重複的。但是，以現代循證醫學研究方法設計臨床研究試驗所得研究數據仍然很少，值得加強。

（三）適當性

適當性是實現安全合理用藥的必要保證，即將適當的藥品，以適當的劑量，在適當的時間，經適當的途徑，給適當的病者，使用適當的療程，達到適當的治療目標。

現代著名老中醫裘沛然云：「醫者臨床時處方用藥，貴在恰當。然常有方藥切中病情而效果不顯著者，則當考慮用藥劑量輕重及煎藥法、服用是否合於法度。」^[8]

適當的藥物

中醫的臨床診療特色是辨證論治，體現在合理用藥方面，即要對證下藥。即在眾多供選藥物中，根據疾病和患者機體條件，權衡多種因素的利弊，選擇最為適當的藥物。中藥的成分較複雜，往往有多種複合功效，但每味藥均有本身的作用特點，或性能功效特點、炮製後的作用特點、不同品種的作用特點、經配伍後的作用變化等等，故要熟悉每味中藥的上述特點，選擇適宜的藥物進行治療，力求收到滿意的治療效果。

適當的劑量

部分中藥藥性峻烈，治療量與中毒量十分接近，以適當的劑量給藥極為重要，尤其要強調因人而異的個體化給藥原則。所謂個體化給藥是指以醫藥典籍或《中國藥典》所推薦的給藥劑量為基礎，參考歷代醫家的用藥經驗，根據患者的病情輕重和體質狀況等實際情況，確定適宜的用藥劑量。對於兒童及長者，以及肝腎功能不全者，尤其要注意用藥劑量，密切觀察病人服藥後的反應，及時調整給藥劑量。

適當的給藥時間

古代中藥的用藥已有按時辰給藥的概念，雖然無法按現代藥代動力學和時間藥理學進行精確計算，但也可以為在適當的時間給藥提供借鑑。

適當的給藥途徑

必須綜合考慮用藥目的、藥物性質、病人身體狀況以及安全、經濟、簡便等因素，選擇適當的給藥途徑。一般而言，口服給藥既便利，又經濟，而且病者少受痛苦。除了口服製劑外，中藥有多種劑型，可通過不同的用藥途徑給藥，如經皮膚給藥的膏藥、外洗、外敷等。中藥注射劑不良反應較多，使用不便，而且成本也高，應堅持能口服的不肌注，能肌注的不靜滴的原則，防止濫用中藥注射劑。

適當的病人

用藥首先必須考慮受藥者的生理狀況和疾病情況，區別對待。要遵循對證用藥的原則，對於需要用此藥的病人，即使經濟條件較差，也應當以人道的立場盡量滿足其基本醫療用藥。對於不需要藥物治療或者可以採用其他更經濟替代療法的病者，則應當避免安慰用藥或保險用藥。此外，還要強調老年人、兒童、妊娠期和哺乳期婦女、肝腎功能不良者、過敏體質者和遺傳缺陷者等特殊人群的用藥禁忌。即使一般病人，對同一藥物的反應也存在很大的個體差異，不宜按一種治療方案實施給藥。

適當的療程

指按照治療學原則和疾病需要，規定藥物治療的周期。除必要的鞏固療效治療外，單純為增加治療保險係數而延長給藥時間，不僅浪費，而且可能產生蓄積中毒和藥物依賴性等不良反應。反之，僅僅為了節省藥費開支，症狀一得到控制就停藥，往往不能徹底治癒疾病，反而為疾病復發和耗費更多的醫藥資源留下隱患。及時合理的停藥或適時的換方、守方，對於減少不良反應或維持治療效果，尤為重要。

適當的治療目標

藥物治療的目標需要在實施者和接受者之間充分溝通和達成理解。受到現階段醫療和藥物發展水平的限制，醫者對有些疾病的藥物治療只起到減輕症狀或者延緩病情發展的作用。而病者遭受病痛折磨，往往希望藥到病除，徹底根治疾病，或者不切實際地要求使用沒有毒副作用的藥物。因此，醫患雙方都應採取積極、客觀和科學的正確態度，正視病情，不懈努力，確定雙方都可以接受的、在現實條件下可以達致的治療目標。

(四) 經濟性

用藥的經濟性並不是指盡量少用藥或使用廉價藥品，其正確含義應當是獲得單位用藥效果所投入的成本（成本/效果）盡可能降低。因此，從某種意義上講，也屬於合理用藥的範疇。

經濟性是可持續發展的要求，中藥在來源上和人均佔有量上，一直屬於稀缺的物質資源。隨着社會的發展，衛生保健水平不斷提高，人們對藥物的需求激增，無論品種、數量、質量，還是用藥水平，社會的總需求量都遠遠超過社會的總供給能力。國民生產總值的增長速度也趕不上藥品費用的增長速度，支付高額的藥費開支已經成為國家、社會組織（企業、醫療保險機構等第三付費方）和家庭沉重的經濟負擔。用藥需求與供給的矛盾日益突出，必然導致藥品資源在全社會分配的不平衡，由此可能引發更大的社會矛盾。

不合理用藥造成嚴重的藥品浪費，加重了國家和社會組織的經濟負擔，使已經存在的藥品分配不公更加突出。解決這種特殊的商品供需矛盾，關鍵在於合理控制及使用。在這方面，制定國家或地區基本藥物制度是一個較可行的辦法。

經濟地使用藥物，強調以盡可能低的治療成本取得較高的治療效果，這對於合理使用有限的中藥資源，以及減輕病人及社會的經濟負擔都是有益的。

此外，中藥的來源大多為天然植物和動物、礦物，有些是非常珍稀和昂貴的。某些資源由於未加保護已瀕臨滅絕，如冬蟲夏草、天然麝香、虎骨、犀角等，故臨床合理使用藥還包括提倡盡可能地使用資源廣泛、比較廉價的常用藥材治病，或使用效優價廉的代用品，這樣，可以有效地保護瀕危藥用資源。

〔參考文獻〕

- [1] 繆希雍原著，任春榮主編。繆希雍醫學全書·神農本草經疏。北京：中國中醫藥出版社，1999，4
- [2] 繆希雍原著，任春榮主編。繆希雍醫學全書·神農本草經疏。北京：中國中醫藥出版社，1999，34
- [3] 曹暉，謝宗萬，章國鎮等。明代《本草品彙精要》內容特色考察。基層中藥雜誌，1993，
- [4] 華碧春。《本草害利》的「藥害」理論探討。福建中醫學院學報，2002，12(4)：491
- [5] 曹穎甫。農漢才、王致譜點校。盛國榮審訂。經方實驗錄。福州：福建科技出版社，2004，5~7，
180~183
- [6] 賈公孚，謝惠民。藥害臨床防治大全。北京：人民衛生出版社，2002，14~15
- [7] 雷載權，張廷模。中華臨床中藥學。北京：人民衛生出版社，1998，47
- [8] 裘沛然。裘沛然醫論文集。台北：相映文化，2005，333

第二章 中醫臨床安全合理用藥的 相關因素

第一節 藥物因素與安全合理用藥的關係

一．藥材基原

中藥用以防病治病，品種的來源正確，是保證其安全有效的前提。中藥歷代存在着同名異物、同物異名、品種混亂的情況。品種不同，化學成分有別，性能功效不同，故有效性存在差異。如麻黃來源於麻黃科植物木賊麻黃、草麻黃和中麻黃三個品種，幾種麻黃所含化學成分相似，但其生物鹼含量以木賊麻黃最高，草麻黃次之，中麻黃較低，故三種麻黃藥材的療效高低存在差別。

品種隨意替代、誤用混用、藥不對證，都將直接影響中藥的安全性。香港地區藥材混淆用藥情況亦時有發生，如本港出現的含馬兜鈴酸的馬兜鈴科植物尋骨風誤作白英、廣防己誤作防己科的粉防己而引起腎功能衰竭等；此外，還發生過洋金花與凌霄花混淆、中藥芒硝與化學品牙硝混淆、山慈姑與光慈姑混淆等事件。

中醫臨床安全合理用藥需從藥材基原做起，無論臨床及科研用藥或收集民間用藥時，都要明確藥材中文名、來源、性狀鑑別、性味功效、品質要求等，對毒性、烈性中藥更要特別注意。

二．產地及採收方法

（一）產地

不同產地的藥材質量與所含的藥效物質密切相關。中藥大多數來源於植物藥和動物藥，因而其生長環境的土壤、水質、氣候、日照、雨量、生態分佈等對藥用動植物的生長及其質量產生影響；尤其是土壤對植物的有效成分影響更大。中藥自古有「道地藥材」的概念，如廣東的廣藿香、砂仁等。所謂道地藥材，是指具有明顯地域性，由著名產地出產，質量優於其他地區同類產品的藥材。

決定道地藥材的因素是多方面的，但最關鍵的是臨床療效，故為了保證臨床用藥安全、有效，必須重視道地藥材的開發和應用，以及科學地引種、馴養，避免盲目性；要特別注意控制產地的環境污染，確保原藥材的純淨、性能和療效。

（二）採收

不同的藥用植物和動物具有不同的生長周期，故需根據不同的藥材品種和不同的入藥部位，選擇有效成分最高的時節採收，大部分是在成熟期採收。但有些藥材因使用目的不同，而在非成熟期採收，如青皮、枳實等。

植物藥和動物藥的生長年限對藥效具有較大的影響，如人參、三七、厚朴、肉桂等在一定的年限採收，可獲得較好的療效。

此外，採收也與用藥安全有關，誤採有毒中藥，將引起中毒，如桑寄生，若誤採了寄生在有毒的馬桑植物上者，則為有毒性的桑寄生。患者或醫者自採自用中草藥尤其應注意，許多中毒事件發生於自採自用者。

三．藥用部位

不同的藥用部位所含的化學成分不同，如麻黃與麻黃根，麻黃含生物鹼類，有發汗解表及升壓作用；麻黃根則止汗，含麻黃根鹼、阿魏醯組胺等，主要發揮降壓作用，性能功效完全不同。又如細辛的馬兜鈴酸含量，以地上部份最高，根部最低。瓜蒌皮寬胸散結，瓜蒌仁則潤腸通便等。

四．藥材的乾鮮及包裝貯藏

有的藥材如滋陰潤燥、清熱生津、涼血止血及芳香化濕藥等，化學成分可因乾燥或儲藏耗損而改變，只要藥材正確，一般來講鮮品的臨床療效更高。《醫學衷中參西錄》治陰虛瘀血的三鮮飲，《校注婦人良方》治血熱妄行的四生丸，《溫病條辨》治津傷燥渴的五汁飲等，均用鮮地黃、鮮蘆根、鮮白茅根、鮮側柏葉等配伍組方。

但有的藥物不宜使用鮮品。如鮮白頭翁所含的原白頭翁素，對皮膚、胃腸黏膜有強烈的刺激性，而乾燥並經存貯者，其刺激性大大降低。一般來說，儲藏時間不宜久，過久會影響藥材質量。但也有少數藥材以陳久者為佳，如陳皮、半夏等，一般認為，通過陳用可減少其燥烈之性。但並非貯存越久越好，若貯存過久，辛辣之氣完全喪失，其有效成分也會減少。

乾燥和儲藏不當將影響藥效及其安全性。揮發油在高溫乾燥和儲藏不當時均會損失，若藥材含脂肪油、黏液質及糖類等成分，經暴曬可隨溫度升高而使油脂外溢走油，從而影響療效。蟲蛀使藥材質量嚴重降低，甚至喪失藥性；害蟲的殘體、排泄物和分泌物還會造成藥材污染。霉變則使藥材失去藥效，甚至產生毒性，如黃曲霉菌對肝臟

有極強的毒性。變色則是藥材變質的徵兆，表明化學成分可能已發生變化而降低療效，甚至使毒性增強。

有人以苦杏仁苷含量為指標，考察了苦杏仁的包裝材料以及貯存期長短對苦杏仁品質的影響，結果顯示：用聚乙烯塑膠袋包裝的各樣品，貯存半年或一年，測其苷的含量均高於同條件下用牛皮紙包裝的樣品，而同種包裝材料的樣品，貯存期越長，其苷的含量越低。苦杏仁苷被酶解需有一定的溫濕度，若在貯存保管時包裝材料不密封，勢必會為其酶解提供條件。^[1]故在藥材儲藏時，需考慮適當的包裝材料和方法。

五．炮製

中醫的臨床用藥具有特殊的使用方式，其中之一為炮製。大多數中藥材必須經過炮製才能用於配方和製劑。香港規管的 31 種毒性 / 烈性中藥，其中多數是沒有經過炮製的。《中國藥典》收載的中藥材，有炮製記述的超過 70%。

炮製是指中藥材在飲片使用前的各種必要的加工處理的通稱。中藥通過炮製，其性味、升降浮沉、毒性等都可能發生相應的變化，亦能調整藥性，除毒（或減毒）存性，從而達到增效或減毒等目的。炮製必須根據臨床用藥目的，以及貯存、配方或製劑的不同要求，並結合藥材的自身特點，進行必要的加工處理，使之盡量滿足醫療需要。

合理的炮製能提高臨床用藥的療效，確保用藥安全。相反，不炮製或不規範的炮製，會降低臨床用藥的療效與安全，甚至增強毒性。如多數礦物藥經煅製後，質地變得疏鬆，易於粉碎，有效成分更容易煎出而使療效提高；同時又可使部分礦物藥中混雜的砷化合物等有毒成分減少而使用藥物更安全。但朱砂、雄黃如用火煅，即會生成汞或三氧化二砷，不僅使朱砂和雄黃原有功效發生改變，而且毒性大增。

在炮製某一具體藥物時，常有減毒、增效、矯味、便用等幾方面的目的，有時幾種目的並存，難以區分。

（一） 減毒或緩和藥物的峻烈之性

對於川烏、附子、天南星、馬錢子等毒性較強的藥物，內服通常用其炮製品，以降低或消除藥物的毒性或副作用，保證用藥安全。生千金子、生川烏、生天仙子、生天南星、生巴豆、生半夏、生甘遂、生白附子（禹白附、關白附）、生附子、生狼毒、生草烏、生馬錢子、生藤黃均為香港《中醫藥條例》附表 1 中規管的藥材。

有毒藥物經過炮製減毒的原理主要有以下幾個方面：

修治減毒

某些藥材的某些部位有毒，通過修治去除有毒部分，如蕘蛇的頭部毒腺含有強烈的毒素，去頭後的蕘蛇為無毒之品。又如枇杷葉去毛、朱砂用磁鐵吸附鐵等。

水製減毒

去除有害無效的毒性成分或無藥用價值的毒性部分，如附子、白附子、半夏、天南星等可用水製以減毒，水浸漂洗後其毒性成分被溶失而減少。

火（熱）製減毒

煨、炒、煨等火製能使有毒成分被破壞減少、或分解、或凝固變性、或揮發。如烏頭類藥材所含烏頭鹼加熱煎煮後可水解、分解或轉化為毒性較低的烏頭次鹼和苯甲酰中烏頭原鹼；斑蝥毒素經米炒後昇華而減毒；露蜂房經炒黃後，有毒的蜂房油部分揮發；肉豆蔻煨去油；高溫炒製馬錢子，使有毒的番木鱉鹼和馬錢子鹼被破壞或揮發，使其含量降低至安全範圍；白扁豆所含的植物性毒蛋白，炒後可使其凝固變性而失去活力。

製霜減毒

主要用於有毒種仁類藥物，將藥物經過去油製成鬆散粉末，減少毒性成分的含量，如巴豆製霜、千金子製霜，使主要存在於油脂中的有毒成分減少而減毒，並在加熱過程中使不耐熱的有毒成分被破壞或變性。

加輔料減毒緩烈

在炮製有毒藥物的過程中，可同時有目的地加入可使毒性物質衍化的輔料而達到減毒的目的，如加入甘草、蜜、醋、薑汁、黑豆、白礬等輔料。許多藥物炮製均加甘草，因甘草酸水解後生成葡萄糖醛酸，能與含羥基的有毒物質結合，生成難於吸收的結合型葡萄糖醛酸而解毒；用白礬製半夏，因白礬在水中生成氫氧化鋁凝膠，該凝膠對毒素有吸附作用。大戟等含有毒的三萜類化合物，經醋製後，與乙酸作用生成衍生物，從而降低大戟的刺激性和毒性。蜜炙麻黃減輕生麻黃峻烈的發汗作用。

除臭矯味，減輕胃腸道不良反應

炮製後的藥材便於調劑，能減少異味，便於服用，減少胃腸道不適反應等。如僵蠶、地龍、沒藥等藥材有特殊氣味，部分患者難以吞服，使用後容易引起噁心、嘔吐等不適反應。經過適當的炮製，能除臭矯味，減輕胃腸道的不適反應。

一般說來，藥物的有毒成分也是其主要的藥效成分時（如巴豆的脂肪油），可在保證安全有效的前提下，盡量降低其毒性。若毒性成分並非有效成分者（如天南星、半夏「戟人咽喉」的毒素），可盡量除去。但有毒中藥多屬前一種情況，若炮製不及，則用藥不安全；若炮製太過，療效又難以保證。

通過炮製達到減毒或增效，兩者同等重要，減毒有利於安全用藥，增效則是治療目的。尤其是對有毒的藥物，應根據藥物的毒性、毒理與藥效的關係，以把握既減毒又不致於喪失藥效為度。如附子、白附子、半夏、天南星等浸泡太過，則有效成分也隨着喪失；如砂炒馬錢子勿使土的寧完全散失；巴豆去油取霜要求保留脂肪油 18%~20% 為宜。

(二) 增效和改變性能功效

修治增效

將藥材切製、破碎等處理，不僅為了飲片的外表美觀，調配方便，更重要是為了增大藥物與溶劑的接觸面，使其有效成分能更快更多地溶出，增強藥效。

火製或水火並製增效

通過各種形式的熱處理，如炒、蒸、煮、燉等火製法，可使藥材有效成分的質和量發生變化。如清炒若干種子藥材（如決明子、萊菔子等），其表面爆裂；杜仲炒後不僅膠絲斷裂，而且膠質改變，均利於有效成分溶出而增強作用。

黃芩等含苷類有效成分的藥物經加熱處理後，其相應的酶被破壞或失去活性，可防止苷類水解而避免重要的有效成分含量下降，有利於穩定藥效。

據研究，炮製可提高中藥中某些必需微量元素的溶出量，增強療效。如當歸、人參、鹿茸含豐富的微量元素，經炮製或切片後，有利於溶出，增強療效；磁石主要含氧化鐵（ Fe_2O_3 69%）和氧化亞鐵（ FeO 31%），經火煅醋淬後，氧化鐵轉變為醋酸鐵，增加其溶解度，補血和安神作用增強。生爐甘石主要含碳酸鋅，經火煅水淬後變為氧化鋅，能部分溶解並吸收創面分泌物，收斂和保護作用增強，並能抑制葡萄球菌的生長，用於收斂生肌，治瘡瘍不斂。

加輔料增效

常用的輔料如酒、醋、蜜、鹽、薑汁、麩、土等，以加熱處理，能使輔料滲透於藥材中，某些輔料本身具有一定的藥理作用，其與被拌和加工藥物飲片可能產生協同作用；某些輔料如酒、醋為有機溶媒，有助於藥效成分溶解和釋放，使藥效提高。如蜜製黃芪、甘草增強補中益氣功效；蜜炙百部、款冬花、紫菀、枇杷葉增強潤肺止咳功效；酒炙川芎、當歸、大黃、威靈仙、續斷等能增強活血或通經絡功效，酒炙黃芩能引藥上行，清肺熱功效增強；醋炙香附、延胡索、柴胡、青皮、三棱、乳香、沒藥等，醋能引藥入肝經，以加強疏肝止痛功效；鹽炙知母、澤瀉、巴戟天、車前子、杜仲、黃柏、菟絲子、沙苑子、益智仁等，鹽能引藥入腎經，增強補腎或降虛火、或利尿功效；薑汁炙竹茹能增強止吐功效等；土製、麩皮製白朮能引藥入脾經，增強健脾止瀉功效。

發酵和發芽增效

通過發酵製成的神麩、半夏麩，或發芽製成的麥芽、穀芽，能增強消化積之效。

改變藥物的性能和功效，擴大其適應範圍

部分藥物經過特殊炮製後，其主要性能、功效及適應證均會發生較大變化，使其適應範圍擴大。如地黃為甘寒之品，長於清熱涼血，主治血熱諸證。經蒸製成熟地黃後，

其藥性轉溫，成為補血、益精要藥，主治血虛、精虧諸證。又如生荊芥發表、生貫眾清熱解毒，炒炭則止血；生石膏清熱瀉火，生龍骨、生牡蠣平肝潛陽，煅用則收斂固澀。

某些中藥炮製後，主要功效雖未改變，但其偏性不一，如豨薟草具有祛風濕、通經活絡的功效，但性味苦寒，與風濕寒痹不盡相宜，經拌入黃酒蒸製後，其性偏於辛溫，則更能對證。某些藥物能通過炮製改變或緩和飲片的某一種作用或功效，如大黃的瀉下作用由於含其有效成分蒽醌類的化合物，經炮製後有效成分被水解或破壞，其瀉下作用明顯減弱，故可通過炮製或久煎以緩和大黃的瀉下作用，在臨證中，可根據患者的病情和體質酌情使用。

通過炮製可使某些藥材飲片某方面的作用和功效加強。例如，何首烏經炮製後，減弱了瀉下作用，但增強了補益精血作用；酒炙、醋炙五味子，其揮發油含量減少，但其木質素類成分及煎出率均較生品增高，補益作用增強，故曰：「入補藥熟用」。

六. 有害物質、污染、摻雜的控制

藥材中的有害物質包括重金屬、砷鹽、農藥殘留等，可直接對人體產生毒性損害。

中藥飲片在採集、加工、包裝、儲藏、運輸、配藥等多個環節中，每個環節都必須嚴格監控，以及防止污染及摻雜等。本港曾發生烏頭摻雜、蒼朮摻雜等不良反應事件。

鑑於中醫臨床用藥有研末沖服（如人參末、三七末、珍珠末、琥珀末等）、泡服（如肉桂末、菊花、膨大海、金銀花、人參葉、玫瑰花等）以及烊化沖服（如阿膠、鹿角膠、龜板膠等）等習慣，故保障藥材飲片的衛生，對其衛生指標如致病菌、大腸桿菌、細菌總數、霉菌總數及活蟎的檢測也是十分必要的。

七. 藥材粒度對中藥藥效的影響

部分中藥粉碎成顆粒後煎煮可提高其有效成分的煎出率，增強藥效，如杏仁、豬苓、知母、茯苓、黃芩、天花粉等。據研究，苦杏仁的粉碎度對煎液中苦杏仁苷的含量有直接影響，研究結果表明以炮製後粉碎成原藥材的 $\frac{1}{8} \sim \frac{1}{4}$ 大小粗顆粒入煎，煎液中苦杏仁苷的含量最高，一般可達到 90% 以上。^[2]

第二節 醫學（用藥）因素與安全合理用藥的關係

一、藥物配伍

以單味藥材組合成複方使用是中醫臨床用藥的最大特點。因此，研究藥材合用後的療效及其相互影響，是中醫臨床安全合理用藥的重要內容。

將兩種或兩種以上的中藥材組合使用，稱為中藥的配伍。中藥七情和合配伍理論是研究兩藥合用後的配伍關係和由此產生的性效變化。方劑的君臣佐使配伍理論則根據證候、治法和組方的需要，從多元用藥的角度，研究各藥在方中的地位及配伍後的性效變化規律，是七情和合配伍理論具體應用的發展。

配伍後藥與藥之間可能產生的性效變化歸納起來主要有減毒、增效、減效、增毒等四個方面。合理的配伍，可增強所需功效，全面地照顧病情，以及減輕或消除藥物的毒性和副作用對機體可能產生的不良影響。反之，不合理的配伍，有可能減效或增毒，屬於配伍禁忌的範疇。

（一）增效配伍

中藥的相須、相使是指藥物發揮協同作用的配伍關係，彼此增強療效，或可突出發揮某方面的治療作用，使藥效更準確或更強。如麻黃配桂枝，桂枝能助麻黃發揮發汗解表療效；配杏仁，杏仁能助麻黃發揮宣肺平喘療效；配白朮，白朮能助麻黃發揮利水消腫療效等。據研究，著名的四逆湯中，單用附子強心作用不明顯，單用乾薑無強心作用，但二藥配伍則附子的強心作用明顯加強，故有「附子無薑不熱」之說。

複方藥在共煎過程中也可能產生配伍增效效應。據研究，甘草所含的甘草皂苷，可降低煎劑的表面張力，在四君子湯、黃芪大棗湯中，甘草可增加脂溶性物質的溶出率；大黃和黃芩配伍同煎，蔥醌類衍生物和黃芩苷的溶出率均上升一倍。

（二）減毒（烈）配伍

中藥的相畏、相殺是兩藥配伍可能產生拮抗作用的配伍關係，即產生毒性或烈性藥物之間的相互拮抗，由此削弱或消除藥物的毒性或烈性，這也是臨床用藥時應予選用的配伍關係之一。如生半夏、生天南星的毒性能被生薑所拮抗；白芍能拮抗附子的毒性；甘草能減緩石膏、知母的寒性；大棗能減緩甘遂、大戟、芫花的峻下之性等。

（三）「藥對」與增效減毒（烈）

「藥對」（或稱對藥、對子、姐妹藥）是中醫臨床增效減毒配伍方法的重要形式，故歷代著名醫家十分重視藥對配伍，如《雷公藥對》、《得配本草》、《施今墨藥對》等醫籍，均蘊含着使用「藥對」的寶貴經驗。

著名中醫干祖望云：「這種藥對，可以在『相輔相成』或『相反相成』中進一步獲得相得益彰的效益，在臨床上使其作用發揮得淋漓盡致。」「一個中醫能在運用『藥對』技巧夾縫中獲得效益，其水準就已不是一般了。」^[3]

增效與減毒（烈）不可截然分開，有時可通過適當的藥對配伍而實現。如著名藥對佐金丸是減毒（烈）增效的典型配伍範例，黃連性味苦寒，能清心胃肝火，吳茱萸性味辛苦熱，能疏肝溫胃下氣；若熱大於寒，黃連用量 6 倍於吳茱萸；若純用苦寒黃連，有使寒凝鬱結難開之弊；配吳茱萸助黃連和胃降逆，辛熱疏利，則能使肝氣疏利，鬱結得開，並可制約黃連苦寒，令瀉火而無涼遏之弊；而黃連又能牽制吳茱萸的辛熱之性。兩藥配用，辛開苦降，寒熱並投，瀉火而無涼遏，溫通而不助熱，相反相成，使肝火得清，胃氣得降。

（四）君臣佐使配伍與增效減毒（烈）

君藥

君是對處方的主證或主病起主要作用的藥物，臣藥、佐藥、使藥可以理解為是對君藥的增效或減毒。

臣藥

臣藥是輔助君藥加強治療主病和主證的藥物，同時可針對兼病或兼證起治療作用的藥物，故主要是起到增效作用。

佐藥

根據不同的配伍情況，既為增效又為減毒，不同的配伍，不同的作用，主要有三方面作用：一是為佐助藥，起到增效的作用，即協助君、臣藥加強治療作用，或直接治療次要兼證的藥物；二是在某些配方中為反佐藥，即根據病情需要，使用與君藥藥性相反而又能在治療中起相輔相成作用的藥物；三是為佐製藥，即消除或減輕君、臣藥的毒性或烈性的藥物。

使藥及引經藥

使藥乃根據不同的配伍情況，既為增效又為減毒而設，亦能調和諸藥，使其合力驅邪，又能調和毒烈藥物的毒副作用。引經藥則為引方中諸藥直達病所的藥物，起到增效作用。

（五）減效配伍

中藥七情和合理論中的相惡是藥物間相互拮抗的配伍關係，能使功效降低，甚至喪失藥效，如人參惡萊菔子。若以中醫理論概括，「相惡」包括凡藥性相反，而作用部位相同的藥，如清肺藥與溫肺藥、清胃藥與溫胃藥等；或作用趨向相反的藥，如止汗藥與發汗藥，瀉腸止瀉藥與瀉下藥，利尿藥與縮尿藥，止嘔藥與湧吐藥等。上述藥物在配伍同

用時，可能會產生相惡，故應根據具體病證和用藥目的區分，避免使用以防減效，抑或利用這種「相惡」配伍以減輕藥物的寒熱補瀉等偏性。

(六) 增毒（烈）配伍

七情中的「相反」是兩藥合用可能使原有毒（烈）效應增強，或產生新的毒（烈）效應的配伍關係。屬於配伍禁忌，即為了避免產生增毒效應的中藥配伍理論。古代醫家將配伍禁忌總結為「十八反」和「十九畏」。

(七) 配伍禁忌

宋代以後中醫臨床用藥將「十八反」、「十九畏」當作配伍禁忌遵守。

「十八反」是指烏頭反半夏、瓜蒌、貝母、白蘘、白及；甘草反海藻、大戟、甘遂、芫花；藜蘆反人參、玄參、沙參、丹參、細辛、芍藥。

「十九畏」是指硫黃畏朴硝，水銀畏砒霜，狼毒畏密陀僧，巴豆畏牽牛子，丁香畏鬱金，牙硝畏三棱，川烏、草烏畏犀角，人參畏五靈脂，官桂畏赤石脂。

《中國藥典》中記載的十八反、十九畏中更詳細地包括了相關品種和炮製品，但部分傳統十八反、十九畏項目未收載。

十八反：附子、製草烏、草烏、製川烏、川烏反半夏、法半夏、瓜蒌、瓜蒌子、炒瓜蒌子、瓜蒌皮、天花粉、川貝母、平貝母、伊貝母、浙貝母、湖北貝母、白蘘、白及；甘草、炙甘草反京大戟、甘遂、芫花；藜蘆反人參、人參葉、西洋參、紅參、北沙參、丹參、玄參、苦參、南沙參、黨參、細辛、白芍、赤芍。

十九畏：巴豆、巴豆霜畏牽牛子；肉桂畏赤石脂；芒硝畏三棱；丁香、母丁香畏鬱金。

《中國藥典》中十八反中的甘草反海藻，在甘草與海藻的注意項下均未提及。十九畏中人參畏五靈脂、川烏、草烏畏犀角、硫黃畏朴硝（芒硝）、水銀畏砒霜、狼毒畏密陀僧，五靈脂、犀角（世界禁用品種）在《中國藥典》中亦未收載，且在人參、川烏、草烏注意項下也未作要求。^[4]

原則上講，可能會引起減效和增毒（烈）的配伍均屬於配伍禁忌，但中藥的配伍禁忌不應當是絕對的，而應當是有條件的。對於「十八反」和「十九畏」的認識，歷來存在分歧，現代對「十八反」和「十九畏」作了不少研究，但仍然不夠深入，影響因素多，結論不一致，尚待進一步研究。「十八反」、「十九畏」之外的多數藥物之間的配伍，在特定的條件下，也同樣存在配伍禁忌。

應以客觀的態度對待中藥配伍禁忌，既要慎重使用，注意安全合理應用；又要認識到並不是絕對禁忌，古今均有應用，如肉桂與赤石脂、蒲黃與五靈脂。但為了穩妥起見，傳統的十八反、十九畏和《中國藥典》中的相關規定，在臨證中可以互參，並盡量避免使用，以策安全用藥。

(八) 中西藥合用與安全合理用藥

中西藥合用治療疾病，在臨床上日趨廣泛。雖然目前香港的中醫師被禁止使用西藥，但是許多患者事實上存在着中西醫藥並用的情況。如患者自行在兩個地點就醫，分別領取中藥和西藥，但中醫、西醫互不溝通，患者未告知醫生或中醫師，醫者亦未詳細問及就診用藥史，或患者自行購買非處方西藥或中藥服用，導致實際上的中西藥同時服用。故本書對中西藥的合用與安全合理用藥的關係亦作簡要敘述，以供參考。

中西藥聯合用藥，可能產生以下幾個方面的效應：

協同增效

實驗和臨床研究表明，中西藥物合理聯用可產生協同增效，或具有擴大適應證範圍、縮短療程、減少用藥劑量等作用。如甘草與氫化可的松並用，其抗炎作用增強；豬苓、澤瀉與雙氫克尿噻、速尿合用，其利尿作用增強；枳實能鬆弛膽道括約肌，有利於慶大黴素進入膽道，抗感染作用增強；銀花與青黴素，蒲公英與複方新諾明也有協同作用等。珍珠層粉、野菊花、槐米等與鹽酸可樂定、氫氯噻嗪等降壓藥合用，可減少劑量、縮短療程。又如外用藥土槿皮與水楊酸、苯甲酸合用，可使角質軟化，提高土槿皮的滲透作用，促進藥物吸收而提高療效。在這種情況下，也要注意西藥的用量，避免過量使用。

減輕不良反應

臨床實踐表明，某些中西藥合理聯用，有相互制約及減輕毒副作用作用，如腫瘤患者在接受化學治療時，常產生噁心、嘔吐等胃腸道反應，配伍健脾和胃藥如黃芪、白朮、陳皮、甘草等，可降低化療後的上述不良反應。採用類固醇治療紅斑狼瘡以緩解和控制病情時，若同時合理辨證使用中藥能減輕類固醇的不良反應，或使類固醇的用藥降低，或治療兼證。

減效

不合理的中西藥物聯用，可引起中藥、西藥或兩者的治療作用減弱，療效降低，如中藥甘草、鹿茸、何首烏等與降血糖西藥同用，可降低西藥的降血糖藥效。因中藥含糖皮質激素樣物質或有激素樣作用，可使血糖升高，減弱降血糖藥的藥效。

治療作用過度增強，甚或引起不良反應及產生毒性

西藥抗凝血劑與活血祛瘀藥若合併使用，要注意可能造成出血時間延長；利尿劑與茯苓、澤瀉、豬苓等合用，要注意勿過度利尿。

含汞的中藥如朱砂與西藥溴化物、碘化物、亞鐵鹽、亞硝酸鹽等同服時，朱砂中的 Hg^{2+} 可被還原成 Hg ，使毒性增加；若與溴化物、碘化物同服，可生成溴化汞、碘化汞沉澱物，刺激性增強，排出赤痢樣大便，導致藥源性腸炎。蟾酥的藥理作用與洋地黃相似，可通過興奮迷走神經中樞及末梢，直接作用於心肌，與地高辛等洋地黃類並用，對心臟作用可大大增強，可導致強心苷中毒。

中西藥聯用的禁忌

(1) 含鞣質的中藥

含鞣質中藥如五倍子、訶子、地榆、石榴皮、虎杖、狗脊、仙鶴草、大黃、扁蓄、老鸛草等，不宜與乳酶生、胰酶澱粉酶、胃蛋白酶等蛋白製劑合用，否則將降低酶製劑的生物利用度。不宜與四環素類、紅黴素、利福平、灰黃黴素、制黴菌素、林可黴素、鐵劑、鈣劑、銀劑、鋇劑、生物鹼、苷類等同服，因可結生成鞣酸鹽沉澱物，使上述兩藥不易被吸收而降低療效。^[5]

(2) 含有機酸的中藥

中藥山楂、烏梅、山茱萸、五味子均含大量的有機酸，服用後能酸化尿液，使磺胺藥的溶解度降低而致尿中析出結晶，引起結晶尿和血尿。也不宜與紅黴素口服製劑同服，因紅黴素在鹼性條件下抗菌力強， $\text{pH} < 4$ 時幾乎完全無效，故紅黴素一般用腸溶片或加碳酸氫鈉以避免胃酸的破壞；若與含有機酸的中藥及製劑同服，則紅黴素可能被分解而失去抗菌作用。不宜與鹼性西藥合用，因與氨茶鹼、胃舒平、氫氧化鋁、碳酸氫鈉等鹼性西藥合用時，兩者能發生酸鹼中和反應而使療效降低。

(3) 含皂苷類成分的中藥

含有皂苷類成分的中藥，如人參、三七、遠志、桔梗等不宜與酸性較強的西藥合用，因在酸性環境中，在酶的作用下，皂苷極易水解失效。同時也不宜與含有金屬的鹽類藥物如硫酸亞鐵、次碳酸鈹等合用，因可形成沉澱。甘草與多元環鹼性較強的鹽酸麻黃鹼同服，可產生沉澱，使麻黃鹼吸收減少。

(4) 含重金屬離子或鹼性金屬離子的中藥

含鈣、鎂、鉍、鐵、鋁、鋅等的中藥如石膏、海螵蛸、赤石脂、滑石、自然銅、明礬、瓦楞子、龍骨、龍齒、牡蠣、海浮石、磁石等，不宜與西藥四環素族抗生素、異煙肼等同時服用，因可生成不易被胃腸道吸收的絡合物，使其抗菌作用降低，療效下降。

(5) 含槲皮素的中藥

中藥柴胡、旋覆花、桑葉、槐花、山楂、側柏葉等均含槲皮苷、芸香苷等糖苷，這些糖苷在體內吸收代謝過程中有可能被分解，產生苷原槲皮素，上述中藥不宜與含有鈣、鎂、鋁、鐵等金屬離子的西藥如碳酸鈣、膠丁鈣、鋁化鈣、硫酸鈣、硫酸亞鐵，氫氧化鋁、次碳酸鈹等合用。因槲皮素可和鈣、鎂、鋁、鉍等金屬離子形成螯合物而降低西醫療效。

中西藥合用的相關問題及注意事項

- 中藥與西藥聯合應用有可能增強療效，也有可能降低療效，甚至可以造成嚴重的毒副作用，故在聯合用藥時要具有充分的依據，持十分慎重的態度。
- 中西藥聯合用藥儘管取得了一些經驗，但仍然存在一些問題。如對中藥性能功效或西藥的藥理作用了解不夠、中西醫生之間缺乏溝通；或只重視其益處，忽視其害處；或談虎色變，一概否定和反對。
- 臨床用藥以精簡為要，對單純用中藥或西藥就能解決的疾病，不必要中西藥合用；對需要中西藥合用的疾病，如某些疑難病證如類風濕性關節炎等自身免疫性疾病、癌症、代謝性及退行性疾病、病毒性疾病、心腦血管疾病等，中西藥合用療效比單純應用中藥或西藥可能為優，可以考慮合理選用中西藥。臨證中根據具體病情，可以西藥為主，中藥增強療效；或以中藥治療主病，必要時用西藥緩解急性痛楚，如疼痛；或西藥治療主病，中藥減低毒副作用；或西藥治療主病，中藥治療兼證等。
- 中西醫如何將中醫的辨證施治與西醫的辨病治療有機地結合起來，針對疾病病程中的不同階段、不同環節、不同問題適時參與，安全合理地選用中西藥聯合治療，並且制定中西藥治療規範或常規，以取得比單一療法更高的療效，是一個具有重大科學意義和醫療價值的研究課題，甚至能使複雜難治性疾病的治療產生突破性進展。
- 醫生應注意詢問患者使用中西藥的用藥史，並囑患者在服藥期間，不得擅自加服某些藥物（中藥或西藥），以便更好地指導患者的臨床用藥，避免中西藥不良相互作用的發生。
- 由於病情需要，聯合使用中西藥物治療，可以考慮分別給藥的方式，即服用中藥或西藥宜分隔 3 小時以上分別服用，令先服用的中藥或西藥先行吸收，降低藥物在胃腸道中可能發生的相互作用。

二. 給藥途徑和劑型

(一) 給藥途徑

給藥途徑與有效性及安全性密切相關，中藥的傳統給藥途徑以口服和皮膚給藥為主。鑑於香港應用中藥的情況，目前尚不能使用中藥注射治療，故在此主要介紹口服和皮膚給藥。

口服給藥

口服給藥具有簡便、安全等優點，但某些藥物在胃腸內會被消化液破壞。胃腸的病理狀態也可能影響藥物的吸收速度和吸收量。另外，由於只有在胃酸中呈脂溶性的酸性藥物，才可在胃中被吸收；鹼性藥物在胃酸中不呈脂溶性，不易透過胃黏膜，必須在鹼

性環境的腸中才易被吸收，故多數藥物須進入腸道後才能被吸收，因此，影響胃排空時間的各種因素，包括胃的盈虛，胃內食物性質等均能影響藥物的吸收速度。

皮膚給藥

皮膚給藥的優點是不受消化道的酸鹼度、微生物及酶的影響，並且吸收藥物的速度變化較小，能夠維持比較恆定的血藥濃度，而且可避免肝腸循環的首過作用，減少藥物代謝喪失。皮膚給藥還可避免刺激胃腸而產生副作用。一旦出現不良反應，可立即除去藥物，保證用藥安全。在一定穴位的體表用藥，還可通過藥物對輸穴的刺激，對內臟或全身疾病產生類似針灸的特殊治療作用。

但若使用不當或用於過敏體質者，則可能產生皮膚過敏、損傷等不良反應。

(二) 劑型

早在《黃帝內經》就有湯、酒、丸、散等中藥不同劑型的記載，歷代續有發展。關於劑型與藥物療效的關係及選擇劑型的方法，古醫籍中早有論述的。如梁代《神農本草經集注》云：「疾有宜服丸者，宜服散者，宜服湯者，宜服酒者，宜服膏煎者，亦兼參用所病之源以為制耳。」金元時期的李東垣更進一步指出：「大抵湯者蕩也，去大病用之；散者散也，去急病用之；丸者緩也，不能速去之，其用藥之舒緩，而治之意也。」

由於劑型不同，藥物在機體內被吸收的情況不同，因而劑型也會影響中藥的臨床效應。故認識不同劑型的療效和作用特點，合理選用中藥劑型，將有助於臨床療效的提高及減少毒副作用的發生。

根據病證特點選擇劑型

不同劑型具有不同的作用特點，甚至產生不同的治療效果，故必須隨病情的需要確定藥物的劑型，並應注意其禁忌病證。中藥劑型種類繁多，僅舉例介紹常用的幾種。

(1) 湯劑

湯劑處方可隨證加減，切合中醫辨證論治的需要，且藥物吸收較快，為傳統和目前最常用的中藥劑型之一。藥物在煎煮過程中，各種複雜的化學變化有可能使藥效增強，或毒副作用降低。湯劑還有載藥量多的特點，尤宜於服用量大，或治療複雜難治性疾病的方藥。大部分病證可選用湯劑治療。

(2) 酒（酏）劑

酒本身具有活血通絡的功效，易吸收且能增強藥性。有效成分易溶於酒和乙醇者，可作酒劑服用，反之則不宜作酒劑（如礦物類藥物）。但酒亦能促進有毒藥物的吸收，如草烏、川烏、附子等浸酒更易導致中毒，故忌用酒泡服有毒藥材飲片，只可外用。風濕痹痛、跌打損傷、瘀血阻滯等病證宜選用酒（酏）劑。小兒、孕婦、酒過敏者、心臟病及高血壓患者慎用或忌用酒劑或酏劑。

(3) 散劑

據使用方法不同分有內服散劑、外用散劑、煮散劑等。外用散劑主要用於皮膚、黏膜、五官疾患；煮散劑與湯劑比較，煎出率高，吸收、奏效快。大部分病證可選用散劑，是值得推廣的劑型。

(4) 丸劑

丸劑根據輔料的不同有多種類型，常用的蜜丸溶散緩慢，作用持久緩和，患慢性病或需要進補者多選用之，但糖尿病患者忌用。糊丸和蠟丸質地堅硬，內服可以延長藥效；減少藥物對胃腸道的刺激，故多用於一些含毒性或刺激性較強的藥物。

(5) 顆粒劑

服用方便，以開水沖服，吸收較快，目前有單味藥的中藥顆粒劑，方便配方及服用。大部分病證可選用顆粒劑。

(6) 茶劑

常用袋泡劑，便於攜帶，使用方便，尤其是夏天或保健類的藥物適合選用茶劑。

(7) 麩劑

具有健脾胃、助消化、消積導滯等功效，食積病證宜選用麩劑。

(8) 膏滋劑

以滋補為主，兼有緩慢的治療作用，體虛之人的補虛用藥宜選用。但較滋膩，消化不良或脾失健運者，應配伍理氣健脾藥。

根據藥材性質特點選擇劑型

應根據藥物的性能功效和性狀特點、理化性質等選擇恰當的劑型。如有效成分難溶於水的藥物（如甘遂、琥珀等），不宜加熱及不宜入煎劑的藥物（如冰片、麝香、蘇合香、牛黃等），氣味臭穢之品（如阿魏），以及毒性大（如蟾酥）或對胃腸刺激性較強的藥物（如斑蝥）等，宜作丸或膠囊類製劑服用，不宜以湯劑服用。

多數藥物都可作散劑服用，但液體類或半流體類藥（如竹瀝），或含大量糖、油脂等成分而不易研細的藥（如熟地、肉豆蔻），或對黏膜刺激較大的藥（如皂莢、白芥子），則不宜作散劑服用。

三．給藥劑量

劑量，又稱為用量。一般中藥的用量，都是指乾燥飲片在湯劑中成人一天內的服用量。鮮品入藥及藥物入丸、散劑時的用量則需另加注明。中藥的劑量實際包括：單味中藥飲片用於治療的常用有效量；處方中各種藥物間的相對用量；以及藥物的實際利用量三方面內容。

由於藥材質量、炮製、劑型、製劑與服用方法等多種因素的影響，同一種中藥飲片，即使劑量相同，其藥效化學成分的實際利用量可能並不相同，其臨床效應也可能有異。故中藥的用量，應特別注意藥物藥效化學成分的實際利用量。

（一）劑量與有效性及安全性的關係

中藥的劑量是一切藥性、藥效的基礎。一般來說，中藥劑量的大小，決定藥效及毒性的大小。為了使臨床用藥有效而安全，必須把單味藥材的用量規定在一定範圍內。如果一味藥的用量沒達到最低有效量，便收不到預期的療效；反之，用量過大，則不安全。

劑量與藥效

在一定劑量範圍內，隨着劑量的增加，藥物的作用也會相應增強。如解表藥量小則微汗，量大則多汗，甚至大汗。

用量不同，藥效有異。某些中藥由於用量的不同而表現出雙向作用，如人參小劑量對神經系統有興奮作用，大劑量則抑制中樞。某些藥物劑量不同，表現為不同的功效，如苦味的黃連、龍膽，小劑量能健胃，大劑量則敗胃；小劑量甘草（3~5克）用於調和諸藥，中劑量（9~15克）用於清熱解毒利咽喉，大劑量（15~30克）則用於急性藥物食物中毒的解毒或緩和拘急等。某些藥物則由於同時含有相互拮抗的化學成分，不同劑量下可能表現出相反作用。如大黃所含蒽醌類衍生物有瀉下作用，所含鞣質有收斂止瀉作用，內服小劑量時，由於鞣質的收斂作用拮抗了含量過少的瀉下成分的瀉下作用而表現出收斂效果，引起便秘；若長期服用，個別患者可出現繼發性便秘；但服用較大劑量大黃時，則表現瀉下效果，引起腹瀉。

劑量與毒性

何為毒物，劑量使其成為毒物。意指任何藥物，超過一定的劑量即會成為毒物；反之，任何毒物，當劑量減少至一定程度時也會是安全的。因此，任何中藥當劑量超過一定限度，就會出現毒副作用。臨床資料表明，超劑量服藥是引起中毒、死亡的主要原因。60%以上的中藥不良反應事件是由於超劑量服藥所致。如用量為3~6克的山豆根，一般人內服10克以上即可出現嘔吐、腹瀉、胸悶、心悸等不良反應，有時還可能出現大汗淋漓、四肢抽搐等中毒症狀，甚至會因呼吸衰竭而死亡。所以臨證處方用藥時應嚴格掌握用量。

此外，若用量過大，而煎藥所加的水有限，藥效成分不能充分溶解，浪費藥材，療效也難以繼續提高。

（二）影響用藥劑量安全性的相關因素

古代方書及各家醫案對於用藥劑量的記載差別很大，歷代度量衡各不相同，雖有一些研究考查並與現行量度折算，終因眾說紛紜而難作定論。《中國藥典》及有關中藥著作、教科書雖然標定了各種中藥的參考用量，但除了毒藥、峻烈藥及冰片等精製藥外，所建

議的藥物劑量亦只是以修撰人的個人觀點及一般藥用習慣為依據，迄今缺乏基於嚴格的實驗並能指導實踐的準確標準。在這種情況下，中醫師處方時應根據其知識和經驗，針對病者的不同年齡、體質和病證仔細斟酌，開具安全合理的劑量。

藥物藥性方面

確定用藥量的依據，首先是藥物本身，如藥物藥性的強弱、毒性有無、氣味濃淡、質地輕重及質量優次及藥材乾鮮等。具體來講，具毒性或作用峻烈的藥物，其用量必須嚴格控制在安全範圍內，並採用小量開始、逐步加量、合理停藥等措施。花葉類質地疏鬆易溶者或藥味濃厚及作用較強者，其用量宜偏小；無毒的金石貝殼類藥物質重難溶者或藥味淡薄及作用緩和者，其用量宜稍大。鮮品因藥材含有大量水分，其用量也宜增大。

用藥方法方面

(1) 處方配伍

一般來說，藥材單獨使用的用量比在複方中應用時大。在複方中，作主藥時的其用量往往較之作輔藥時大。應考慮中藥在複方中的相對用量，由於藥物間可能相互作用，相互影響，兩藥間的用量比例不同，其配伍關係及藥效也可能改變。故單味藥在中藥複方中的用量還需考慮藥物配伍後產生共同效應的可能需要量，由此釐定處方中各種藥物的比例，以適應病情的需要。

(2) 所選劑型

同一藥物在不同劑型中，其用量亦不盡相同。如多數藥物作湯劑時，因其有效成分一般不能完全溶出，故用量一般較用作丸、散劑時的用量大。

(3) 使用目的

臨床用藥目的不同，其用量也可能不同。如檳榔，用於消積、行氣、利水，常用量為3~10克；而用以驅蟲時，則需30~60克，甚至更大。如柴胡，具解表、疏肝和升陽之功效，其用以解表時劑量宜稍大，而用以疏肝和昇陽，其劑量可偏小。

患者方面

(1) 年齡和體質

一般來說，由於小兒身體發育尚未健全，老人氣血漸衰，對藥物的耐受力均較弱，特別是作用峻猛，或容易損傷正氣的藥物，用量應低於青壯年的用量。小兒五歲以下通常用成人量的 $\frac{1}{4}$ ；五至十二歲可按成人量減半使用。

同年齡段中體質強壯者，對藥物的耐受力較強，用量可稍大；體質虛弱者，對藥物的耐受力較弱，用量宜輕（尤其是攻邪藥）。

所謂「虛不受補」、「弱不經瀉」，即指對一般正常人不會產生副作用或不良反應的劑量的補藥或者瀉藥（瀉下藥或泛指祛邪藥），但對體質虛弱的患者，可能會影響

其脾胃功能，出現上腹飽脹、食欲減退等情況。故服用人參等補益藥時，一方面要從小劑量開始，另一方面需配伍理氣健脾和胃的藥物，使脾胃能消化吸收補劑，才能達到治療效果，並可增強體質和脾胃功能。

長期臥床的年老體弱的患者，因出現大便秘結而多次使用大黃通便，患者會更為虛弱，出現厭食、噁心、便溏，甚至畏冷、疲勞、軟弱等情況。因體質虛弱而不耐通瀉，宜用攻補兼施的方法，配伍黨參、黃芪、火麻仁、蜂蜜、白朮、甘草等，增強脾胃功能，增強體質，使大黃發揮瀉下作用，又可減輕其不良反應。

偏陽體質者對溫熱藥物耐受力低，用溫熱藥用量宜小，用寒涼藥用量可偏大；偏陰體質者對寒涼藥耐受力低，用寒涼藥用量可偏小，用溫熱藥用量宜稍大。如石膏對於偏陽體質者，能清熱瀉火；對偏陰體質者，即使常規用量，也可能產生怕冷、便溏等副作用。又如肉桂對於偏陰體質者，有助陽補火作用，對偏陽體質者，可能會產生口乾、便秘等不良作用。

對於陰陽平和體質者，其本身的調節力強，服用常規劑量的偏寒或偏熱藥物，反應並不明顯。

此外，由於體力勞動者的腠理一般較腦力勞動者緻密，故在使用發汗解表藥時，對體力勞動者的用量可較腦力勞動者稍重一些。平素嗜食辛辣熱燙食物者，需用辛熱藥物時，用量可稍大，反之則宜小。

(2) 病情新久與輕重

一般來說，新病者正氣的損害尚小，患者對藥物的耐受力還較強，用量可稍大；久病患者多體虛，對藥物的耐受力減弱，用量宜輕。病情急重者，用量宜重；病情輕緩者，用量宜輕。若病重藥輕，藥不能控制病勢，病情會發展加重；若病輕藥重，藥物則會損傷正氣，或出現不良反應。

此外，同樣的藥物和劑量，對於脾胃功能健全的患者，消化道反應輕或無；但對於脾胃虛弱、胃腸功能減退者，則可能引起食欲減退或滑腸便溏等，故曰「苦寒傷脾，甘寒呆胃」。如苦寒清熱瀉火、燥濕解毒的龍膽、黃連小劑量能刺激胃液分泌，有健胃作用，為臨床治療胃腸道疾病的常用藥；又如生地、玄參、麥冬等甘寒養陰藥，沒有副作用和毒性。上述藥物若用於脾胃健康患者，使用大劑量或使用不當時或可出現副作用；但用於脾胃虛寒患者，常規劑量便可產生胃腸道反應，出現噁心、食欲減退、胃痛、腹脹、便溏等情況。

(3) 季節、氣候等自然條件

確定藥物的具體用量時，還應當注意居處環境、季節、氣候等自然條件，做到因地、因時制宜。如夏季和氣候溫熱地區病者用溫熱藥及發表藥用量宜小，用寒涼藥用量可稍大；冬季和氣候寒冷地區病者用寒涼藥用量宜小，用溫熱藥及發表藥用量可加大。

(三) 以超大劑量（重劑、大劑）應用中藥的安全性問題

中藥的超大劑量，是指中藥的處方劑量明顯超過了該藥所公認的或法定的劑量，或由權威性機構所規定或建議的劑量上限。如收載於《中國藥典》的中藥，可採用其建議的常用量劑量範圍。未被收載於《中國藥典》的中藥，則以統編教科書或《中藥大辭典》所載劑量作為臨床處方用量的依據。

使用中藥超大劑量的原因

一般來講，中藥的最小劑量到最大劑量之間有一段相當寬闊的安全範圍，或者說從最小有效劑量到中毒劑量之間有相當大的劑量範圍；常用量或者權威機構規定劑量的上限不一定是中藥的最大治療劑量。換言之，對非烈性或毒性藥材，在權威規定劑量的上限到最大治療劑量之間還有一段可應用的劑量範圍。若病情需要，且辨證準確，則可用之。如著名中醫學家鄧鐵濤教授治療重症肌無力用補中益氣湯加減，常以北芪 120~240 克處方，每獲良效。

《中國藥典》、《中藥大辭典》等權威著作中，除涉及毒性明顯的中藥外，對絕大多數中藥只是提示常用劑量或者是習慣藥量，其依據主要是根據古人及現代臨床用藥者的經驗和習慣，其所載劑量上限並不能認定為該藥材的使用極量或最大治療劑量。

馬錢子、烏頭、雷公藤等中藥的治療劑量與中毒劑量十分接近，安全範圍窄，容易引起中毒。

由於影響中藥用量的其他多種因素的存在，如個體差異：體質、種族、病情、年齡、性別、地域等因素，若藥材質量下降，藥效成分含量不夠而影響藥效，則在臨證處方時必須適當加大用藥劑量。

使用超大劑量中藥案例舉隅

古今醫家均有超大劑量用藥的案例，如張仲景用川烏、裘沛然用細辛、火神派醫家用附子、蒲輔周用石膏等。現代臨床處方調查表明，中藥的超大劑量使用帶有傾向性，主要有以下情況：

- 單味藥的使用，如單方、驗方、新鮮中藥等。
- 病情急重，小劑量難取速效，使用超大劑量以救危急，如人參用於脫證、附子用於亡陽證等，使藥物快速、最大限度地產生藥效，令患者脫離危險。其用藥周期短，中病即止。
- 處方中的主藥用於急性傳染病等重證，如白虎湯中的石膏治療乙型腦炎等。
- 新發現的藥物功效，如益母草降壓、枳實昇陽及升壓等，劑量達到一定程度後才能有此藥理效應。
- 病情頑固，如風濕頑痺、頑痰老痰、癰腫等，加大劑量方可攻其頑疾。如夏枯草治癥瘕積聚，桑寄生、蜈蚣、全蠍治風濕頑痺等。

- 病人長期服用中藥或西藥，已經產生中藥耐藥性或中西藥交叉耐藥性。如習慣性便秘的患者，經常服用番瀉葉等瀉下藥，產生耐藥性，藥量太小，不能收到療效。
- 藥食兩用的中藥如薏苡仁、大棗、山藥等。如張錫純用山藥達 150 克，甚至 500 餘克。

超大劑量用藥的注意事項

加大劑量用藥，不能盲目從事，也不能照搬前人的經驗用藥，必須從常規藥量開始，充分了解藥物的性能，了解主要藥效成分的性質及藥理與毒理作用，以及充分了解患者的體質和病情，以及對該種藥物的耐受程度，積累自己的臨證經驗，在臨證時摸索出對每一位患者適合的劑量，在安全的前提下，提高臨床療效。

- 掌握適應證，中病即止。
- 劑量遞增，除非急救，不可驟用超大量。
- 毒性藥材尤其需要權衡利弊，作出取捨。必須具有豐富的臨床實踐經驗和掌握解毒知識與方法，切忌盲目使用。此外，充分應用配伍、煎法等解毒措施，如烏頭配甘草、白芍和蜂蜜、馬錢子配甘草、半夏配生薑等；同時熟識中藥的毒性、中毒原理、中毒臨床表現，並且密切觀察病情及掌握解救措施。^[6, 7]

四．煎藥法

(一) 煎藥法與增效減毒的關係

湯劑的煎煮方法與藥物療效及用藥安全密切相關。據研究，不同煎煮法對苦杏仁苷含量有影響，先將苦杏仁與其他藥物一起用冷水浸泡 30 分鐘，以文火於 20 分鐘內煎沸，沸後繼續煎煮 20 分鐘，其湯液中苦杏仁苷含量在 98% 以上。^[6] 湯劑頭煎液和二煎液應混勻後分次服用，以保證藥物療效。此外，臨床及實驗研究均表明含烏頭鹼類的有毒中藥材，久煎可降低毒性。

為了保證臨床用藥能獲得預期的臨床效果，醫生應將湯劑的正確煎煮方法向病者或其家人詳細解說。

煎藥器具

宜用不易與藥物成分發生化學反應，且導熱均勻、保暖性能良好的砂鍋、砂罐等陶瓷器皿。煎藥勿用鐵、鋁、銅等金屬器皿，因為部分金屬離子可能與某些中藥成分發生化學反應，而使療效降低，甚至產生毒副作用。

煎藥用水

宜用潔淨、無異味和含雜質少的的飲用水。

煎藥水量

加水量的多少，與煎藥質量及藥效有關。用水過少，藥效成分提取不充分。用水過多，不便於服用。需根據飲片質地的疏密、吸水性能的強弱，以及煎煮所需時間的長短來估計加水量。一般的做法是，將飲片適當加壓後，液面應高出飲片 2 厘米左右。質地堅硬、黏稠或需久煎的藥物，加水量可比一般藥材略多；質地疏鬆或有效成分容易揮發、煎煮時間較短的藥物，則液面剛淹沒藥材便可。

煎前浸泡

合理的煎前浸泡是提高藥效成分溶出的重要環節。多數藥物宜用冷水浸泡，既有利於有效成分的溶出，又可縮短煎煮時間，避免因煎煮時間過長，導致藥效成分散失或破壞過多。一般浸泡 20~30 分鐘即可。以種子、果實為主者，可浸泡 1 小時。夏天氣溫高，浸泡時間不宜過長，以免藥液變質。如飲片不經浸泡，直接煎者，還會因飲片表面的澱粉、蛋白質膨脹，阻塞毛細管道，使水分難於進入飲片內部，飲片的有效成分亦難於向外擴散。

煎煮火候

火候指火力大小與煎煮時間長短。煎藥一般宜先用武火使藥液盡快煮沸，後用文火慢熬。藥效成分不易煎出的礦物類、骨角類、甲殼類藥物及補虛藥，一般宜文火久熬 1 小時左右，使藥效成分能充分溶出。解表藥及其他含揮發性有效成分的藥材，宜用武火迅速煮沸，改用文火維持 10~15 分鐘即可。

及時濾汁及絞渣取汁

溶解是一個動態平衡過程，在溫度降低時，藥效成分又會反滲入藥渣內，尤其是一些遇高熱後藥效成分容易損失或破壞而不宜久煎的飲片，或只煎一次的藥，藥渣中所含藥效成分會更多。這將影響實際利用量，故宜及時濾汁和絞渣取汁。實驗表明，從絞榨藥渣中得到的藥效成分約相當於原方含量的 $\frac{1}{3}$ 。

煎煮次數

為了充分利用藥材，避免浪費，一劑藥最好煎煮三次。花葉類為主，或飲片薄而粒小者，至少也應煎煮兩次。

(二) 特殊藥物的煎藥法

一般藥物可全方同時入煎，但部分藥物因藥材理化特性及臨床用途不同，需要特殊處理：

先煎

介殼類、礦石類及角質類藥物質地堅硬，藥效成分不易煎出，應先入煎 30 分鐘左

右，如石決明、代赭石、生龍骨、生牡蠣、磁石、生石膏、珍珠母、寒水石、水牛角、羚羊角、龜甲、鱉甲等；烏頭類的川烏、草烏、附子，以及雷公藤、苦楝皮等有毒藥物應先煎 30 分鐘至 1 小時以降低毒性。

後下

氣味芳香借揮發油取效的藥物，煎煮時藥效成分容易揮發，如薄荷、木香、砂仁、白豆蔻、沉香、青蒿、肉桂、魚腥草、徐長卿、金銀花、連翹、檀香、降香、月季花等；或某些藥效成分易被破壞的藥物，如大黃、番瀉葉、決明子、何首烏等用於通便時宜後下；鉤藤、臭梧桐用於降壓時宜後下。此外，杏仁、麥芽、神麴、穀芽、白芥子等，也宜後下，即宜在其他藥物煎好前 5 分鐘時投入，以防止藥效成分的損失。大黃、番瀉葉、西紅花、玫瑰花等亦可用開水泡服。

包煎

花粉、細小種子類藥物質地過輕，煎煮時易飄浮在藥液面上，如海金沙、車前子、葶藶子等；成糊狀及研細末的礦物類藥物煎後藥液易混濁，如蒲黃、滑石、赤石脂等；有些有毛的藥物，對咽喉和消化道有刺激，如辛夷、旋覆花等。這幾類藥物均應用紗布或其他薄布將藥包好入煎。

另燉另煎

某些貴重藥物，如人參、西洋參、冬蟲夏草、紫河車、蛤蚧、蛤士蟆等，應單獨隔水燉 2~3 小時，以免藥效成分被其他藥渣吸附。

烱化

膠質類藥物，如阿膠、鹿角膠、龜板膠等，服時兌入藥液中攪勻化開或單獨加溫烱化，以防止煎煮時粘鍋煮焦及粘附其他藥物。

沖服

貴重或不耐高熱的藥物，如沉香、麝香、熊膽粉、牛黃，或難溶於水的藥物，如朱砂、琥珀、甘遂、水牛角濃縮粉，或生用的藥物，如竹瀝，或易溶於水的藥物，如芒硝，可研末開水或溶於溫開水沖服或送服。

五. 服藥法

(一) 服藥與增效減毒的關係

適時服藥

應根據胃腸的狀況、病情的需要及藥物的特性確定具體服藥時間。

(1) 清晨

驅蟲藥等治療腸道疾病，需要在腸內保持足夠的藥物濃度，宜在清晨空腹時服藥，所服藥物能迅速入腸發揮藥效。峻下逐水藥在晨起空腹時服藥，不僅有利於藥物迅速入腸發揮作用，且可避免夜間頻頻入廁，影響患者的睡眠。

(2) 飯前

攻下藥及其他治療腸道疾病的藥物在飯前服用，亦可不受食物阻礙，較快進入腸道發揮藥效。某些噁心性祛痰藥（如桔梗）因其作用為刺激胃黏膜反射性地增加支氣管分泌，須飯前服用才能更好地發揮藥效；但患有胃炎、胃潰瘍、胃出血者則當慎用。

(3) 飯後

對胃有刺激性的藥宜飯後服，可減輕其對胃的刺激。消食藥亦宜飯後服用，使藥物與食物充分接觸，以利充分發揮藥效。

除消食藥等應於飯後及時服藥外，一般藥物，無論飯前服抑或飯後服，服藥與進食時間都應間隔 1 小時左右，以免影響藥效的發揮和食物的消化。

(4) 特定時間

治療某些特殊的病證，還應在特定的時間服用。如截瘧藥應在瘧疾發作前 4 小時、2 小時與 1 小時各服藥 1 次。安神藥用於安眠時，睡前 0.5~1 小時應服藥 1 次。緩下通便藥宜睡前服用，以便翌日清晨排便。

(5) 不拘時間

急性病，如發熱、腹痛、泄瀉等，則不拘時服用。

適量服藥

適量服藥包括服藥的次數和每次的服用量，需根據病情和藥物的作用來決定。一般疾病服藥，多採用每日 1 劑，每劑分 2~3 次服用。病情急重者，可每隔 4 小時左右服藥 1 次，或每日服藥兩劑，但需嚴密觀察病情，調整服用量。嘔吐、咽喉、口腔疾患服藥宜小量頻服；應用藥力較強的發汗藥、瀉下藥時，一般以得汗或得下為度，不必盡劑，以免因汗、下太過，損傷正氣。有毒藥物若未控制好服藥量，可能產生中毒。

適溫服藥

湯藥多宜溫服。由於許多湯劑沉澱中含有藥效成分，且沉澱的析出量和煎煮後冷卻的時間成正比。因此，使用湯劑時，要注意趁熱過濾，最好溫服，服時還應振盪，以免產生過多沉澱而影響實際利用量而造成浪費。治療寒證用溫熱藥宜溫服，尤其是祛風寒藥用於外感風寒表實證，宜熱服，以溫覆取汗。

(二) 特殊的服藥法

寒藥熱服、熱藥涼服

至於治熱病用寒涼藥，患者欲冷飲者，藥可涼服。另外，治療真寒假熱證或真熱假寒證用從治法時，也有熱藥涼服或寒藥熱服者，以防止產生格拒。

間歇服藥

需要長期服藥以調理為主的慢性疾病患者，根據病情有時並不一定每日服藥，可採取間歇服用，如隔天服或一周二次等。如慢性疾病病情已控制，但仍需服藥鞏固療效，防止復發者，或服用人參以調補身體者，即可採用間歇服藥法。

交替服藥

某些患者兼有多種慢性疾病，需要服用兩種以上功效不同的方藥，可採取交替服藥辦法，如隔日服用一種類型的方藥。

按時辰服藥

服藥的時間與臨床療效有密切的關係，因為人體的生理、病理變化都有一定的時間規律可遵循，服藥如能順應這種「生物鐘」的變化規律，對提高臨床療效有一定的幫助。歷代醫家根據人體晝夜陰陽消長節律的生理、病理變化規律，結合方藥的性能特點和藥後反應，總結了一套擇時服藥的方法，並有效地指導着臨床安全合理用藥。

著名中醫學家程士德教授總結了從清晨、午前、午後到入夜各時段的服藥規律：

(1) 大凡升提外透的藥物，宜於午前服用

午前是人體之氣升浮於外，趨向於表，腠理易開，外邪易達之時，故發汗透表之藥宜於午前服用，以憑藉陽氣升浮於外之勢加強藥物透邪之力。

(2) 沉降下行之品，宜於午後服用

午後是人體氣機下降，此時服瀉下之藥，因勢利導，相得益彰。

(3) 大凡溫陽補氣之藥，宜於清晨至午前服用；而滋陰養陰的藥物，宜於入夜服用

人體在平旦、上午迫切需要激發陽氣以適應日間的各種活動，入夜則迫切需要潛藏陰氣來抑制某些生理功能，以保證正常的休息和睡眠。故溫補陽氣之藥於清晨午前服用，滋陰養陰的藥物，宜於入夜服用，以適應人體陰陽消長運動的時間性，從而增強療效。

(4) 凡祛除陽分、氣分之邪的藥物，宜於清晨、午前服用；而清泄陰分之邪的藥物，宜於夜服用

《內經》認為衛氣白天行於陽分，夜間行於陰分。水濕之邪，多停留在陽分和氣分，若於平旦進服行水利濕之藥，既可借助衛氣行陽之際，直達病所，又可因衛行陽分而增強氣化，更好地發揮藥物的溫陽利水之作用。

而夜寐不安、身熱夜盛、積聚、痰濁為患之陰分病變，入夜進服安神、滋陰降火、逐瘀、化痰等藥，亦能憑藉衛氣行於陰分之際，以助引陽入陰，導神歸舍，或載藥直達陰分，祛除邪氣。^[9, 10]

歷代醫家常用的擇時服藥法可歸納為補陽藥、利濕藥、催吐藥宜於清晨服藥；解表藥、益氣藥宜於午前服藥；瀉下藥宜於午後、日晡時或入夜服藥；安神藥、滋陰藥宜於入夜服藥。

第三節 機體及環境因素與安全合理用藥的關係

民國時期謝觀著《中國醫學源流論》，應用豐富的歷史、地理、自然、生物、社會科學知識，探源溯流，對因時、因地、因人的三因制宜用藥的道理作了深刻的論述：「綜論醫學大綱，不外理法方藥四字。人體有虛實寒熱之偏，而設溫涼攻補之治，使劑於平。此理此法，可行於五洲各國也。人體有強弱老少，疾病有新久輕重，氣候有寒暖燥濕，水土有剛柔緩急，此屬情形之變，則集藥成方，因方配藥，各隨所宜，不可拘於一轍也。」^[11]

一．生理狀況

不同體質對藥物的反應性不同，不同體質的人對毒藥的耐受程度亦不同，用藥要注意個體差異，如《素問·五常政大論》云：「能（注：耐受）毒者以厚藥，不勝毒者以薄藥」。

中藥的過敏反應多發生於過敏體質的患者，或個別屬於遺傳性免疫缺陷患者，這些特殊體質患者可能對某些中藥具有特殊的不良反應。

二．病理狀態

同一藥物，用於不同的證候，機體的反應性亦可能不同，例如鹿茸，對腎陽虛的患者，能補腎壯陽；但對陽盛的患者，可能出現血熱皮膚瘙癢、鼻出血等不良反應，故應針對不同證候合理用藥。若藥證相符，副作用和不良反應少；若藥不對證，即使無毒的藥物，也可產生副作用，損害正氣，即所謂「有病則病受之，無病則傷正氣」。此外，若藥證不符，即使很輕的藥量也可能引起胃中不適，即古人所說的「胃據藥」，可以被認為是人體的一種保護性反應。如大黃，便秘者服用無不適，而便溏者服用則噁心。

三．環境因素

因自然環境、社會環境的變化，人的生理、心理、病理發生變化，也將影響用藥的有效性與安全性。

(一) 自然環境

自然地理氣候變化、人為的生活環境改變，也是影響用藥的因素之一。氣候、地理、生活環境對人體的生理、病理產生影響，故用藥要遵循因時、因地用藥原則。

季節氣候不同的用藥原則

《黃帝內經》中有豐富的時間和地理醫學思想，制定了因時用藥原則，《素問·六元正紀大論》云：「用寒遠寒、用涼遠涼、用溫遠溫、用熱遠熱，食宜同法，有假者反常，反是者病」。因為春夏兩季氣候由溫漸熱，陽氣升發，人體腠理開泄，即使外感寒熱，也不宜過用辛溫發散之藥，以免耗傷陰液；秋冬兩季，氣候由涼轉寒，陽氣收藏，腠理緻密，若非大熱之證，當慎用寒涼藥物，以防傷陽。

若用藥違背時忌，則會加重病情，甚至產生嚴重後果。《素問·六元正紀大論》曰：「不遠熱而熱至，不遠寒而寒至。」後世發展其學說，並具體應用於臨床實踐。

地域氣候不同的用藥原則

地域不同，氣候水土不同，對疾病影響不同，需因地域氣候的不同而辨證施治，選方用藥，方能取得最佳療效。孫思邈《備急千金要方·治病略例》云：「凡用藥皆隨土地所宜，江南嶺表，其地暑濕，其人肌膚薄脆，腠理開疏，用藥輕省；關中河北，土地剛燥，其人皮膚堅硬，腠理閉塞，用藥重複。」

謝觀《中國醫學源流論》云：「吾國地大物博，跨有寒溫熱三帶，面積之廣，等於歐洲。是以水土氣候，人民體質，各地不同，而全國醫家之用藥，遂各適其宜，而多殊異。」他舉例云：「即以長江流域論，四川人以附子為常食品，醫家用烏附動輒數兩，麻黃柴胡動輒數錢，江南人見之，未免咋舌，然在川地則絕少傷陰劫津之弊者……」^[11]

因時、因地制宜的應用舉隅

中醫治療時行病，十分重視因時制宜，名老中醫蒲輔周治療乙腦的經驗即是典型範例。「乙型腦炎是病毒引起的疾病，中醫從發病情況，結合季節氣候，有屬『暑溫』、『濕溫』之不同。如1956年『乙腦』患者病情偏熱，屬『暑溫』，用白虎湯療效好；1957年再用之療效不高，診斷後，據病情偏濕，屬『濕溫』病，改為通陽利濕法，提高了療效。」^[12]

因時因地制宜有常法，亦有變法，臨證有違四時之宜忌用藥之情況，如春夏用辛燥溫補、秋冬用辛寒滋補等。其違時用藥雖捨時，但必須從證。

茲舉例說明之：

病案一：清代《余聽鴻醫案·濕溫》

曹秋霞庚申移居太平洲，其母年逾六旬，反而不休，面紅目赤，進以芩梔等，熱仍不解。再以生地、石斛大劑寒涼，其熱更甚，徹夜不寐，汗出而喘，症已危險，邀吾師診之。吾師曰：「治病宜察氣候土宜，此處四面臨江，低窪之鄉，掘地不及三尺即有水出，陰雨日久，江霧上騰，症由受濕化熱，濕溫症也。《內經》云：『燥勝濕，寒勝熱。濕淫所勝，平以苦熱，以苦燥之，以淡泄之。』」進以茅朮二錢，乾薑一錢，厚朴一錢，赤苓一兩，薏仁一兩，黃柏錢半，豬苓三錢，桂枝一錢，車前二錢，滑石五錢。必須多服盡劑，方能退熱。」病家因熱甚，不敢服。吾師曰：「熱而不煩，渴而不飲，舌苔黃膩而潤，脈來模糊帶澀不利，皆濕熱之明徵也。若再服寒涼，必致發黃，或吐嘔，或下利，則不可救藥矣。」促而飲之，日晡時飲盡一大碗，至天明，熱退身安，即能安寐。

此病案屬地處濕地，濕鬱化熱，過用寒涼之藥，更使濕邪不能外達，用苦溫燥濕、淡滲利濕，使濕去邪透而熱退，體現了用藥因地制宜的重要性。

病案二：捨時從證治風溫表證不解兼化熱

曾治一老翁嚴冬外感，其症見發熱重惡寒輕，鼻塞流濁涕，咳嗽吐黃痰，口略乾渴，小便稍黃，舌質紅苔白，脈象浮滑。前醫以高年傷寒，其病在表，循常法以五積散加減治之。二診時病人惡寒不除，口乾思飲，時時心煩。以風溫表證不解有化熱之勢，改用銀翹散加黃芩。服藥二劑，初服覺舒，藥盡外邪即解，經調理獲愈。^[13]

此病案說明病者有體質和病情的變異，如素體陽虛或過用寒涼、過食生冷，雖盛夏感邪，證屬虛寒，當不忘溫補；而素體陽盛，雖嚴冬外感得疾，證為風溫，或受寒化熱，則不忘辛涼或苦寒。

此依證用藥，雖變實常，在病情的發展過程中，如雖外感寒邪，但已入裏化熱；或雖感外熱而引動體內之虛寒，均應依證用藥，捨時從證，不可捨證而順時。

（二）社會環境

醫藥具有顯著的社會性，社會時事的變遷、社會風氣、經濟狀況、文化水準、人們心理因素的變化和生活習慣的改變等，將影響用藥的有效性及安全性。有資料顯示，有患者在使用中藥的問題上存在着嚴重的誤區，如有人自行購藥、採藥，未在專業人士指導下用藥等。錯用、誤服引起過敏，甚至中毒的不良反應情況時有發生，形成了用藥的安全隱患。因此，有必要積極採取多種形式的宣傳引導措施，向公眾傳遞中醫藥臨床

安全合理用藥的資訊，正確引導人們樹立正確的用藥觀念，為中醫師臨床用藥創造公正、寬鬆的社會環境和輿論環境。政府及相關部門應加強有效管理，加強對中藥材批發商的執業指引，完善和嚴格規範藥物毒副作用和不良反應的機制，保證患者對用藥安全的知情權，這些措施都對保證中藥臨床應用的安全性和有效性具有重要意義。

第四節 藥後調攝與臨床用藥有效性及安全性的關係

（一）藥後調攝的重要意義

重視藥後調攝，服藥後仔細觀察病情，注意飲食宜忌、情志或勞逸調適，對於提高臨床療效、加速病體的康復、監測藥後不良反應的發生並及時處理具有重要的意義，是中醫臨床安全合理用藥的重要組成部分。醫護人員在病人用藥期間觀察病人的藥後反應並施以不同的護理方法，門診則應向患者或家人給予詳細的醫囑，囑其自行觀察，及早發現可能出現的問題並及時就診處理，讓患者及家人心中有數。

（二）藥後調攝要點

明確服藥後重點觀察內容

根據不同類藥物，重點觀察的內容亦有所不同，如服解表藥重點觀察汗出等情況；服瀉下藥、利水滲濕藥、驅蟲藥、收澀藥等，重點觀察二便情況；服峻下藥、回陽救逆藥、大補元氣藥等，重點觀察呼吸、脈搏、血壓等生命體徵；服易致過敏的藥物或外用藥，或藥物用於過敏體質患者，重點要觀察皮膚、過敏反應等；使用毒性藥物，特別要注意中毒反應。尤其是使用對肝腎功能可能有損害的中藥時，或使用中藥出現不適時，或使用超過一定時間，應及時進行相關監測。

應告知病人可能發生的不適、不良反應或副作用

及時溝通，使病人了解服藥後可能出現的問題，及時得到反饋和解決。

注意生活調理

如注意飲食宜忌，適寒溫，調暢情志，注意休息或勞逸結合等。

〔參考文獻〕

- [1] 張兆宸，陳健。苦杏仁炮製方法及包裝與貯存。中成藥研究，1986，1(3)：15
- [2] 南雲生，林桂濤。粉碎度對苦杏仁中苦杏仁苷煎出率的影響。中藥通報，1988，13(12)：26
- [3] 干祖望編著。干祖望醫書三種。山東：山東科學技術出版社，2002，199~201
- [4] 國家藥典委員會編。中華人民共和國藥典（一部）（2005年版）。北京：化學工業出版社，2005
- [5] 朱建華。中西藥物相互作用。北京：人民衛生出版社，2006
- [6] 許國振，謝守敦主編。古今中藥超大劑量應用集萃。北京：中國醫藥科技出版社，2005
- [7] 裘沛然。裘沛然醫論文集。台北：相映文化，2005，333
- [8] 沈海葆。不同煎煮時間和後下煎煮對苦杏仁中苦杏仁苷含量的影響。中藥通報，1988，13(3)：24
- [9] 程士德主編。中醫時間證治學綱要。北京：人民衛生出版社，1994，170~172
- [10] 王洪圖主編。中醫藥學高級叢書·內經。北京：人民衛生出版社，2000，449
- [11] 謝觀著。余永燕點校。王致譜審訂。中國醫學源流論。福州：福建科技出版社，2003，118~121
- [12] 中醫研究院主編。現代著名老中醫名著重刊叢書（第一輯）：蒲輔周醫案。北京：人民衛生出版社，2005
- [13] 詹文濤主編。長江醫話。北京：北京科學技術出版社，1996，826

第三章

中醫臨床安全合理用藥的基本原則和方法

中醫的臨床用藥具有獨特的應用形式，即在中醫藥基本理論指導下處方用藥，並主要以複方配伍的方式，達到安全、有效或增效減毒的目的。關於提高中醫用藥的有效性和安全性，岳美中老中醫作了較全面的概括：「不過臨床施治，在用藥方面，於煎法外，還有許多應當注意的事項。當然認證準確，選方得當，是首要的。但想要使藥物發揮潛力，就必須注意藥的炮製；想要取效及時，就必須注意藥的服法（如份量、次數、時間距離及溫度等）；想要療效準確，就必須注意禁忌（如飲食及寒暖等）；想要鞏固療效，就必須注意患者的生活、情緒。總之，只要是治療範圍內應有的事項，都應當注意到，否則稍有疏漏或配合不好，大則枝節橫生，小亦影響療效，所以富有經驗的臨床醫生，都應注意到各個方面，以防微杜漸。這裏面有護理人員的工作，也有醫生的責任。」^[1]

第一節 中藥作用的基本原理

在長期的醫療實踐中，古代醫家從認識藥物的自然特性，如觀外形、聞氣嘗味、試質地等，到試用於病人，總結治病效果，逐步用其獨特的方法論以分析、解釋用藥之理，從而辨別藥物的臨床特性，如用陰陽五行、寒熱溫涼以歸納藥物的氣味和屬性，用升降浮沉、歸經以歸納藥物作用的趨向性和定位，用藥性理論以認識藥物作用的強弱。在綜合了藥物的自然特性、臨床適應證和功效後形成了中藥學的初步理論；反過來，又用這些理論來指導臨床用藥，並不斷地反覆綜合分析、總結提高，形成了比較完善的具有中醫特色的中藥理論。解釋中藥的作用原理，其精髓就是中藥的性能學說（又稱中藥的藥性學說），它也是指導中醫臨床安全合理用藥的精華所在。

中藥的性能學說是概括中藥性質及作用特點的藥學理論，它包括四氣五味、歸經、升降浮沉、毒性等。上述理論是根據藥物作用於人體的反應和獲得的療效概括出來的，故其臨床實用性很強。簡言之，中醫臨床治病，即通過藥物的偏性達到調整陰陽、扶正祛邪、協調氣機、調整臟腑功能等作用。「正是由於這些藥性學說的創立，才使臨證用

藥方式逐步擺脫經驗藥學的原始軌跡，藥物的應用從經驗的重現過渡到了有理論指導的藥物選擇，臨床用藥方式為之一變」。^[2]

一．調整陰陽

在疾病發生發展過程中，邪氣（陰邪、陽邪）與正氣（陽氣、陰液）鬥爭的結果，常常出現陰陽失衡。中藥則以其藥性的陰陽補瀉調整疾病狀態下機體的陰陽偏盛偏衰，以期恢復陰陽平衡。以陰陽屬性劃分，則藥物的辛甘（淡）溫熱、升浮（向上向外）為陽；鹹苦寒涼、沉降（向下向內）為陰。對於陰邪偏盛（陰盛則寒）的裏實寒證，宜「寒者熱之」，即投以辛溫或辛熱的驅除寒邪之品；對於陽邪偏盛（陽盛則熱）的裏實熱證，宜「熱者寒之」，投以苦寒或甘寒的驅除熱邪之品；而對於陽氣偏衰（陽虛則寒）的虛寒證，則宜「益火之源，以消陰翳」，投以甘溫補陽之品，旨在「陰病治陽」；對於陰液偏衰（陰虛則熱）的虛熱證，則宜「壯水之主，以制陽光」，投以甘寒補陰之品，意在「陽病治陰」。

二．扶正祛邪

邪正相爭是疾病發生發展的關鍵病機，故扶正祛邪是中藥治病的重要原則，即虛則補之、實則瀉之；不足者補之，有餘者瀉之。

中藥大部分為祛邪藥，用驅邪藥驅除六淫、痰飲、瘀血、食積、蟲積等邪氣。如寒涼藥能驅除火熱毒邪，溫熱藥能驅除寒濕之邪。辛溫或辛寒的解表藥能祛除風寒、風熱在表之邪，辛苦寒或辛苦溫的祛風濕藥能驅除風寒濕邪；用辛溫或苦溫，氣味芳香的化濕藥能驅除寒濕之邪。苦寒或甘寒的清熱藥能驅除火熱、濕熱、熱毒之邪；甘淡寒或苦寒的利水滲濕藥能驅除水濕、濕熱、水飲、痰飲之邪；鹹寒藥能祛除火熱之邪、積聚難消之邪等。中藥祛邪理論，尚有「以毒攻毒」，即用有毒的藥物驅除強烈的、頑固的邪氣。

原則上邪去才能扶正補虛，用甘溫或甘寒之品，補充人體的氣血陰陽，達到扶助正氣，消除或減輕虛弱證候的目的。扶正祛邪一定要做到扶正不戀邪，祛邪不傷正。除了先祛邪後扶正外，亦有扶正祛邪並舉。既可以祛邪為主，扶正為輔，亦可以扶正為主，兼顧祛邪。臨床要靈活運用扶正祛邪的原則。

邪去正虛，滑脫不禁則用酸澀的收澀藥以收斂固澀，固攝滑脫的精液、血液、津液、尿液等分泌物和排泄物。

三．協調氣機

升降浮沉理論認為，藥物在人體的作用趨向有向外、向上和向內、向下的不同趨向，治病用藥則要逆其病勢，順其病位，以期恢復機體氣機正常升降出入。如中氣下陷之胃

下垂等，其病勢向下，宜用升浮藥以升陽舉陷；肺氣上逆之咳喘、胃氣上逆之嘔吐、呃逆，其病勢向上，宜分別用沉降藥以降肺氣止咳平喘和降胃氣止嘔。又如病位在上在外的風寒、風熱感冒，宜用升浮解表藥以發散表邪；若病邪入裏，病位在內的裏熱積滯證，則用沉降藥以清熱瀉下導滯。

四．調整臟腑功能

邪正相爭、陰陽失調、氣機升降失司緣由或其歸結落實到臟腑，即為臟腑功能紊亂。根據臟腑的生理病理特點，用中藥的溫清補瀉等偏性以糾正臟腑功能失衡的偏盛偏衰。如用補益心氣、心陰、心血、心陽的藥物以糾正心之相應的虛證；用清心瀉火、活血祛瘀的藥物以糾正心火亢盛、心血瘀阻等實證；用滋養肝陰血的藥物糾正肝血虛證；用疏肝理氣、平肝潛陽的藥物糾正肝氣鬱結和肝陽上亢的實證；用益氣健脾、升陽舉陷、溫補脾陽等的藥物以糾正脾氣虛弱、中氣下陷、脾陽不足所致諸種虛證；用化濕、燥濕的藥物糾正濕困脾陽之虛實夾雜證；用補火助陽或滋補腎陰的藥物以糾正腎之陽虛或陰虛證等。

中藥的歸經理論乃以臟腑經絡理論為基礎，藉以說明藥物對相關臟腑經絡等作用部位的選擇性，以期提高用藥的準確性和療效。

中藥作用的基本原理，概括起來即以偏糾偏，以藥物的寒溫補瀉的偏性，糾正機體的偏頗，但應注意「以平為期」，勿使太過。《黃帝內經·素問》曰：「謹察陰陽之所在而調之，以平為期」。近代著名中醫學家蒲輔周在論述八法的應用時亦強調：「汗而勿傷、下而勿損、溫而勿燥、寒而勿凝、消而勿伐、補而勿滯、和而勿泛、吐而勿緩，諸法的運用，都包含着對立統一的治療原則。」

第二節 有毒中藥的安全合理用藥

一．使用有毒中藥的原則

被列於《香港中醫藥條例》附表1的31種有毒藥材，應盡量避免使用。其他文獻記錄或現代研究表明有毒之藥材，也應謹慎小心使用，除非有明顯的需要和適應症使用有毒藥物，否則應盡量用無毒藥材防病治病，這是安全用藥的大原則。若需使用有毒藥材，一要慎重使用，二要中病即止，不可過服，以防過量或蓄積中毒；此外，還要嚴守配伍禁忌；嚴格執行毒藥的炮製工藝，以降低毒性；對某些毒藥要採用適當的製劑形式給藥；注意個體差異，適當增減用量；囑咐患者不可自行購藥服用；藥商要注意藥品鑑別，

防止偽品劣質品混用；注意保管好劇毒中藥。應用「以毒攻毒」之法，應在保證用藥安全的前提下，掌握藥物的毒性及其中毒後的臨床表現及處理方法，必要時立即送醫院救治。

二、中藥中毒的診斷

根據患者的病史、用藥史、臨床症狀和體徵，以及實驗室檢查等，綜合分析、歸納，以作出正確的診斷，並判斷中毒的程度。

詳細詢問病史

要向患者或其家人或其他陪同人員詳細詢問用藥史，包括用藥方式、何種藥物、劑量、時間、初期發病症狀、做過何種處理等；了解患者的既往病史、過敏史，以及用藥前的健康狀況；並將剩餘的藥材飲片保留待進行藥物毒性分析，了解及控制購藥場所和現場情況，以助確定中毒藥物的來源，以及防止漏診或誤診。

嚴格及時地進行體格檢查

急性中毒較嚴重，應立即送院救治，不可延誤搶救時間。一般患者重點體檢的內容有：

- 皮膚、肌肉、四肢：皮膚、面容的顏色及損害情況；若有皮疹，應辨明何種疹子；皮膚彈性、皮膚體溫變化；肌肉、四肢是否抽搐或痙攣等。
- 觀察生命體徵：如瞳孔、神志、呼吸心律、血壓等；瞳孔的大小、對光反射、結膜是否充血、水腫等；呼吸頻率、節律、有無特殊氣味等。
- 腹部情況：是否有壓痛、反跳痛，以及大便情況、嘔吐物的氣味、顏色等。
- 肝脾腎的變化。

不同中藥毒副作用可有不同的臨床表現，某些藥物中毒可出現特殊的症狀，據此可協助診斷：如洋金花等含阿托品類的藥物中毒可出現面色潮紅、口乾舌燥、心跳加快等；含土的寧的馬錢子中毒初期出現頭暈、頭痛、煩躁不安，面部肌肉緊張，吞嚥困難；進而伸肌與屈肌同時極度收縮，出現土的寧驚厥、痙攣，甚至角弓反張；雄黃中毒有劇烈噁心嘔吐、腹痛腹瀉，或各種出血症狀；含汞的藥物中毒（如朱砂）口中有金屬異味等。此外，不同的藥物中毒，還可從皮膚的不同表現協助診斷。如含氰化物的中藥（如苦杏仁、桃仁、白果、郁李仁、腫節風、瓜蒂）等中毒，皮膚可見櫻桃紅色或紫紺；阿片類（如罌粟殼）、烏頭類中毒（如附子、烏頭）可見皮膚濕潤；砷、汞（如朱砂、輕粉、丹藥）等中毒可見過度出汗；麻黃、天仙子、洋金花、朱砂（硫化汞）、紅粉（氧化汞）等中毒，可見皮膚潮紅；雄黃（二硫化二砷、四硫化四砷）中毒可見黃疸、紫癍、帶狀皰疹、蕁麻疹、脫皮等；麻黃、馬錢子、罌粟殼、朱砂中毒可見猩紅熱樣皮疹；洋金花中毒可見皮膚乾燥；銅膽礬（硫酸銅）、銅綠（鹼式碳酸銅）中毒可見綠色汗液。

（常用有毒中藥的主要化學成分參見本節附錄。）

實驗室檢查

包括血液、尿液、糞便三大常規、血液生化，採集大小便、嘔吐物、胃液等分析，以及心電圖、腦電圖、基礎代謝檢查等。

三. 中藥中毒的救治原則

一旦發現中毒，應立即送醫院救治。

清除毒物

根據中毒的途徑進行處理，如經消化道服藥中毒者，應立即進行洗胃、催吐、導瀉；但腐蝕性藥物如巴豆、斑蝥中毒者，或患嚴重的心臟病、昏迷、抽搐、肝硬化、主動脈瘤、潰瘍出血等疾病者，或孕婦，禁用催吐和洗胃。經皮膚和黏膜中毒者，應立即清洗乾淨。

阻止毒物的吸收

在中毒初期，毒物尚未全部被吸收，可根據病情和實際情況，採取措施阻止藥物吸收。

(1) 保護劑

用牛奶、雞蛋清、豆漿、茶油、澱粉、藕粉、白及粉等，保護胃黏膜及減少毒物對黏膜的刺激與腐蝕作用。

(2) 吸附劑

用活性炭能將藥物（毒物）吸附於表面；斑蝥、巴豆、雄黃等中毒亦可用中藥赤石脂作為吸附劑。

(3) 中和劑

酸性藥物中毒時，可用肥皂水、氧化鎂乳劑等弱鹼中和；鹼性藥物中毒時，用鞣酸、醋酸等中和。

(4) 氧化劑

可用 1:2000~1:5000 高錳酸鉀溶液洗胃，以氧化有毒有機物及部分生物鹼，如阿片、土的寧、煙鹼、氰化物等。

(5) 沉澱

與毒物發生沉澱，防止或減少毒物的吸收。如用鞣酸，可與馬錢子、洋地黃產生沉澱，但不能沉澱罌粟殼、洋金花、天仙子等所含的生物鹼；蛋白類食品，如牛奶、蛋清等可與重金屬形成沉澱；複方碘溶液與土的寧、鉛、汞等重金屬可形成沉澱。

防止偽品劣質品的前提下，掌握

二. 中藥

根據患者自以作出正確的診

詳細詢問

要向患者問量、時間、初藥前的健康狀況和現場情況，以

嚴格及時

急性中毒內容有：

- 皮膚、肌肉皮膚彈性
- 觀察生命體膜是否充血
- 腹部情況：
- 肝脾腎的變

不同中藥毒協助診斷：如洋含土的寧的馬鈴而伸肌與屈肌同噁心嘔吐、腹痛此外，不同的藥仁、桃仁、白身罌粟殼）、烏頭等中毒可見過度可見皮膚潮紅：麻疹、脫皮等見皮膚乾燥；鍾

（常用有毒

解毒與排毒

朱砂（硫化汞）、雄黃（二硫化二砷、四硫化四砷）等重金屬中毒當使用特效劑，首先選用二巰基丙醇；烏頭類中毒可用阿托品。大多數藥物可使用通用解毒大量高滲葡萄糖補液、利尿劑等，加強排毒；中藥解毒排毒可用綠豆、生薑、

對症處理

某些中毒嚴重，或搶救不及時、或慢性中毒，導致機體重要器官嚴重損害衰竭、心力衰竭、休克、肺水腫、急性腎功能衰竭、急性出血等，應加強綜合處理，如鎮痛、使用呼吸興奮劑、強心、抗休克、鎮靜、抗感染等。

中醫和針灸等綜合處理

歷代醫家對中藥毒副作用的處理和救治積累了一定的經驗，且使用簡便，西醫藥方法配合處理。但由於對中藥解毒排毒藥未做深入的研究與驗證，故不能藥一種辦法處理，以免延誤救治。

附錄：常用有毒中藥的主要化學成分

含生物鹼類的中藥

含生物鹼的較易發生中毒的植物有曼陀羅、莨菪（又名天仙子）、烏頭、附子、鉤吻、雪上一枝蒿、馬錢子等。

有三類：強心甘類、甾苷類、皂苷類。

含毒苷類中藥

含強心甘類：致毒主要成分為多種強心甘，主要有夾竹桃、萬年青、羊角拗，還有羅布麻、福壽草、五加皮、鈴蘭、毒筋木等。

含甾苷類：這類有毒植物主要有苦杏仁、木薯、枇杷仁、桃仁、櫻桃仁等。

含皂苷類：這類有毒中藥主要有天南星、商陸、皂角刺、白頭翁、黃蘗子、川楝子等。

含毒性蛋白類中藥

毒蛋白主要含在種子中，如巴豆、相思子、蒼耳子、蓖麻子、桐子、望江南子等。

含萜類與內酯類的中藥

本類植物包括馬桑、艾、苦楝、莽草子、樟樹油、紅茴香等。

其他有毒中藥

包括瓜蒂、白果、細辛、鴉膽子、甘遂等，

動物性藥物

動物性藥物常見的有蟾酥、全蠍、斑蝥、紅娘子等。

礦物類中藥

常見有砒霜、朱砂、雄黃、水銀、膽礬、鉛、硫磺等。

第三節 治療各系統病證的安全合理用藥

以臟腑辨證用藥來看，《黃帝內經》風論、痺論、痿論和咳論等，其論治均與臟腑相關，開創了臟腑辨證的先河。《金匱要略》、《千金方》、《中藏經》等均有所發展，錢乙有五臟辨證。至張元素《臟腑虛實標本用藥式》，逐漸形成了用臟腑寒熱虛實來分析疾病的發生和演變，充實和奠定了臟腑辨證用藥的理論基礎。

臟腑辨證用藥是臨床用藥的基礎，即在臟腑辨證的前提下，根據中藥的性味歸經，針對臟腑病證選配藥物的臨床治療方法。

臟腑辨證用藥的關鍵是要辨證詳明準確，臨床處方選藥配伍精當，特別是根據臟腑的生理特點明確所治病證的臟腑歸屬，同時對藥物的特性有深刻理解和認識，以及有豐富的臨床經驗。

中醫的臟象學說，是以五臟為中心，與六腑、四肢百骸、五官九竅、經絡構成的五臟系統，各臟腑的生理病理和疾病的特點與處方用藥密切相關，實質上是用中藥來以偏矯偏，調整五臟的生理功能，以達到新的平衡與協調。五臟系統的用藥又以肝、脾、腎的安全合理用藥最為重要，因中藥的不良反應以上述三個系統的發生率最高。本章結合五臟的生理病理和五臟病證的特點，以及其現代研究討論各系統病證的臨床安全合理用藥問題。

一、根據臟腑的生理病理特點合理選藥

（一）心的生理、病理特點與合理選藥

生理特點

心的主要生理功能為主血脈和主神志，其華在面，開竅於舌，在體合脈，在液為汗，在志為喜。

病理特點

心的病理以虛證居多，虛中夾實亦屬常見。大實大熱者較少。胸痹心痛多為陽虛或瘀血，亦可見陰虛者。心的病理主要表現在心之氣血和神志變化方面。

合理選藥

心臟疾病，辨證用藥並非單純從心臟着手，而與其他四臟關係密切，健脾、補腎、和肝、理肺等可間接達致治療心臟疾患的目的，此乃臟腑相關之故。辨證用藥更需注意氣血，使之和諧通暢為要。如心陽不振，可選用助心陽的附子、肉桂、桂枝，配伍人參、黃芪、茯苓、白朮等補氣藥，以及薤白溫通心陽。心臟病證不可一味補陽，亦不宜多用久用辛溫之品，以免損傷心之陰血。心陰不足可選用五味子、麥冬、百合、熟地、白

芍等；心血瘀阻可以丹參、三七、川芎、當歸等為主藥，輔以降香、石菖蒲、瓜蒌、延白等；心神不寧可選用石菖蒲、茯神、酸棗仁、柏子仁、龍眼肉等。

（二）肺的生理、病理特點與合理選藥

生理特點

肺的主要生理功能為主氣，司呼吸，主宣發及肅降，通調水道。外合皮毛，開竅於鼻。在液為涕，在志為憂。肺臟通過鼻竅與外界相通，故又稱之為「嬌臟」。

病理特點

肺的病理主要是肺氣、肺陰不足，肺氣不宣而壅塞，或肺氣不降而上逆，甚或肺氣壅遏，導致水氣內停，或痰濕阻滯等。

合理選藥

在治療上，肺氣、肺陰宜補，肺氣的運行宜宣、宜降。肺陰虛或肺燥，宜養肺陰、潤肺燥，可選用川貝母、瓜蒌、知母、蘆根、天花粉、阿膠、北沙參、南沙參、西洋參、麥冬、天冬、百合、玉竹等。肺氣虛宜補肺氣，可選用溫而不燥的補肺氣藥，如人參（或西洋參）、黃芪、甘草等；肺氣不斂宜用斂肺藥，可選用五味子，或酌情配用山茱萸、烏梅、白果、五倍子、罌粟殼、訶子等。

肺實證：肺氣不宣宜宣肺，可選用麻黃、桔梗；肺氣上逆，宜肅肺、降肺，可選用枇杷葉、紫菀、款冬花、旋覆花、蘇子、貝母等；肺臟有熱宜清肺，選用黃芩、桑葉、石膏、白茅根、竹茹、魚腥草、金蕎麥、知母、蘆根、天花粉等；肺氣寒閉宜溫散，可選用細辛、乾薑、生薑、白芥子等；肺中之痰火和水濕宜祛痰濁、降肺氣，可選用葶藶子、桑白皮、法半夏、陳皮等。

（三）肝的生理、病理特點與合理選藥

著名老中醫岳美中云：「中醫所稱之肝，其生理既複雜，病理也頭緒紛繁，治理之法當然也就不簡單了。肝性多鬱，宜瀉不宜補；肝性至剛，宜柔不宜伐；內寓相火，極易變動，亦寒亦熱，難事捉摸，所以有『肝為五臟之賊』、『肝病如邪』等說法。臨床所見雜病中，肝病十居六七。」^[1]這是對肝的生理病理、疾病特點的高度概括。

生理特點

在生理上，肝主疏泄，有調暢氣機、暢達情志、促進消化和水液代謝等作用。肝主藏血，有儲藏血液和調節血量的作用；肝主筋，開竅於目，其華在爪，即肝血濡養經脈而充潤爪甲、受血而上養二目。肝與膽、脾與胃、腎、心、肺有密切的生理關係。肝氣宜舒暢條達，肝體陰而用陽。

病理特點

(1) 肝氣易鬱結

肝主疏泄的功能失常，導致肝的氣機失調，甚至影響到全身的氣機運行，主要表現為氣滯或氣逆兩個方面。

(2) 肝易熱，肝火易上炎

肝屬木，內寄相火，肝氣鬱久即化火，所謂氣有餘便是火。肝熱肝火易上炎，又常夾濕，形成肝火上炎或肝膽濕熱之病證。

(3) 肝陽易亢，肝風易動

肝陰不能制約肝陽，常出現肝陽上亢；陽亢易化風，肝熱極易生風，致風火相煽，肝風內動之證。

(4) 肝陰和肝血易虛

由於肝易熱火易熾，常耗傷肝陰，肝又以血為本，常易致肝血虧耗。

合理選藥

治療肝病，以中醫傳統方法及辨證用藥為基礎，結合現代研究成果，參考常用方藥的藥理研究結果，在不違背辨證用藥的基礎上，適當應用對某些環節針對性較強的藥物，辨證與辨病、宏觀與微觀相結合，具有一定優勢。

(1) 根據傳統理論用藥：宜順應肝的生理病理特點

肝氣宜疏不宜補

肝病用藥，宜疏不宜補。前人云：「木鬱達之」、「肝無補法，順其性而謂之補」，即指臨床用藥應該順其喜條達惡抑鬱之性。中藥中有疏肝理氣之品，但補氣藥中卻無補肝氣的藥物，即是此理。疏肝解鬱、行氣導滯為治肝常用之法，用藥以輕宣透達之味，如柴胡、佛手、香附、香櫞、蘇梗、鬱金、枳實、青皮、桔葉、玉蝴蝶等。使用疏肝理氣藥應注意：首先，疏肝理氣藥物質輕味薄，性多辛燥，用量不宜過大；其次是合理停藥，不宜久用，以免耗傷肝之陰血；此外，亦可適當加入滋潤甘緩之品，如枸杞、白芍、甘草、大棗等。

肝陰血宜補不宜瀉

肝熱、肝火易傷陰血，肝體須柔潤，故在用藥上常用養肝陰、補肝血之品，配伍滋腎水以助養肝陰，如生地、當歸、枸杞、白芍、黑芝麻、沙參、麥冬、女貞子、旱蓮草、知母、龜甲、鱉甲等。肝腎同源，精血互生，故常常同用養肝血、補腎精之品，如熟地、何首烏。

使用補肝陰肝血的藥物應注意：首先，滋養陰血藥物性味多厚重滋膩，須防止其肝氣鬱滯，或脾失健運；再者，適當輕用疏肝理氣之品，如木香、佛手、香附、

陳皮等；再者，如果在邪去後，仍有肝膽濕熱或肝熱肝火等餘邪未盡，可適當配合清解通利之藥，如茵陳蒿、鬱金、夏枯草等。

肝陽宜平宜潛，不宜升不宜補

肝陽宜平、宜潛，故無補肝陽之藥；要隨時注意防肝風內動，尤其是肝熱、肝陽上亢之證，當及時使用清肝熱、瀉肝火的藥物，要防微杜漸。肝病之用藥，絕大部分為寒涼藥物，清肝熱、泄肝火之品常藥性寒涼；平肝息風藥除了蜈蚣外，也基本上是寒涼藥。平抑肝陽、息風止癇的藥物，多是礦物類、貝殼類質重沉降藥，如龍骨、牡蠣、琥珀、磁石、代赭石等。肝陽上亢證不宜用升陽的藥物，如升麻、黃芪等。

兼顧臟腑與氣血

肝臟系統的合理用藥，還應注意到肝對全身氣血和其他臟腑的影響，特別是久病，可引發氣血及其他臟腑的病變，在選藥時應分辨所累臟腑或在氣在血等，臨床辨證用藥常須審慎。

肝病與脾胃：肝病對脾胃的影響最多也最持久，肝病及脾是消化系統疾病中重要的病理過程，常致肝脾不和、肝胃不和，故應及早配合健脾、和胃之藥。《金匱要略》曰：「見肝之病，知肝傳脾，當先實脾」。可酌情選用人參、黃芪、白朮、黃精、茯苓、山藥、扁豆、蓮子、桔皮、砂仁、雞內金等。

肝膽同病：以肝膽火旺、肝膽濕熱最為多見，故需肝膽同治。常用清瀉肝膽之火藥，如龍膽、夏枯草、菊花等；疏肝清濕熱利膽藥，如茵陳蒿、金錢草、柴胡、枳實、青皮、鬱金、海金沙、田基黃等。

木火刑金：肝火肝熱也常影響及肺，即所謂「木火刑金」，故可用清瀉肝熱、肝火之藥，如地骨皮、桑白皮等，如瀉白散。

心肝火旺：肝火上擾心神，出現心肝火旺，夜不能寐，用清肝瀉火之藥，如梔子、龍膽、夏枯草等。

肝病在血：主要有血虛，同時還導致心血不足、筋脈、眼竅失養，當用補養肝血之品，如熟地、何首烏、當歸、枸杞等。

肝與血瘀證：治肝病之時常配伍活血化瘀藥。反而，治血瘀之證，亦常配疏肝理氣藥，使氣行則血行。

肝病與出血證：肝病嚴重時可致出血，常為血熱所致，當疏肝、清肝、止血藥同用。

眼科疾患與肝密切相關

治療眼科疾患要辨清屬虛或屬實。虛證多因肝之陰血不足，出現視物昏花，用養肝陰、補肝血之品，如枸杞子、女貞子、沙苑子、菟絲子等；實證多因風熱、

肝熱、肝火上炎，出現目赤腫痛，用疏風、清瀉肝熱、肝火之品，如桑葉、菊花、車前子、密蒙花、穀精草、夏枯草、決明子、青箱子（升眼壓，青光眼患者忌用）等。

肝病常見主證的合理用藥

黃疸：以清利藥應用較多，首選茵陳蒿。即使是陰黃，辛熱藥物也須慎用。當出現便溏、腹瀉、腹痛、四肢不溫、下肢浮腫時，可適當加入附子、乾薑、肉桂等，且用量不宜過大，時間不宜過長。

肝硬化腹水：應考慮病情輕重、病程、體質等酌情用藥。病程短、體質好，用峻下逐水藥，以祛除病邪；久病體虛，要處理好扶正與祛邪的關係。峻下逐水常短期用，調補脾胃可久服。峻下逐水藥多傷正氣，利水多傷陰，故只能暫用，不可久用。應用時，宜配伍健脾益氣、養血柔肝、補腎填精之品。

脂肪肝：過食肥甘厚味、濕熱壅滯的患者，常引發脂肪肝，可在辨證用藥時合理選用具有抗脂肪肝作用的藥物，如山楂、澤瀉、荷葉、決明子等。但不宜一味用祛脂藥，當根據辨證合理選用清熱、祛濕、解毒、涼血、活血、滋腎、柔肝之品；亦可選用葛根、葛花、黃芩、蒲公英、生甘草等解酒解毒護肝藥；緩瀉藥物可提高祛脂效果，亦可酌情選用，如大黃、郁李仁、火麻仁、核桃仁、何首烏、決明子等。

(2) 結合現代研究，辨證與辨病互參用藥

對因治療

即針對其病因，適當選用某些具有抗病毒作用藥物，如白花蛇舌草、田基黃、蟛蜞菊等。

針對肝病不同階段及體質狀況用藥

針對肝病的不同階段酌情選藥，如急性肝炎，濕熱偏重，以抗炎護肝為主，選用清熱利濕、活血解毒之品；慢性肝炎，病程長，常發生臟腑傳變，甚或出現氣血逆亂、正虛邪實，或兼夾濕熱與瘀血，用藥時酌情選用疏肝、健脾、補腎、活血化瘀等藥物。此外，若出現肝硬化，亦可選用某些具有抗肝纖維化作用的藥物，如丹參、赤芍、桃仁、紅花、當歸、川芎、柴胡、三棱、莪朮、鱉甲、葛根、百合、冬蟲夏草等。

據研究，某些補益類中藥能改善機體免疫功能，對慢性肝病治療有益，如黃芪、人參、黨參、白朮、茯苓、沙參、五味子、玉竹、麥冬、何首烏、生地、女貞子、枸杞子、香菇等。

(四) 脾的生理、病理特點與合理選藥

生理特點

脾胃為人體氣機升降之樞紐、氣血生化之源泉，脾氣主升，喜燥惡濕，胃氣主降，喜潤惡燥，脾與胃間納運配合、燥濕相濟、升降相因，藉以維持脾胃的功能活動。同時，脾統血，使血循脈中；脾主肌肉四肢。

病理特點

脾（胃）的病理和疾病特點主要表現在氣機升降、消化功能和血液生成和統攝方面。著名老中醫施今墨總結脾胃系統的病理和疾病特點云：「胃腸病之類型雖多，亦不外乎八綱辨證，臨床所見，脾胃虛證、寒證較多，實證、熱證較少；但初病者易見實熱，久病者常見虛寒。素患腸胃病者，喜溫畏涼」。^[3]

合理選藥

(1) 脾氣宜升不宜降

中氣下陷當升陽舉陷，選用升麻、柴胡、葛根、黃芪、枳實等。

(2) 胃氣宜降不宜升

胃氣上逆宜降氣止嘔止逆，宜選用旋覆花、玳玳花、沉香、蘇梗、砂仁、代赭石、柿蒂、丁香、半夏等。

(3) 脾濕宜燥、脾虛宜補

濕困脾陽，當燥濕健脾，選用蒼朮、厚朴、草豆蔻等；脾胃虛弱，宜補脾健脾，宜選用黨參、黃芪、白朮、山藥、蓮子、薏苡仁、扁豆等。

(4) 胃虛宜潤、胃熱宜清、胃寒宜溫

胃之陰津虧虛，宜養陰生津，選用西洋參、石斛、荷葉、天冬、麥冬、玉竹、生地、玄參等。胃熱胃火，宜清熱瀉火，選用梔子、知母、石膏、竹茹、蘆根、黃連等。胃寒宜溫中止痛，選用辛溫、辛熱之品，如藜蘆、吳茱萸、附子、肉桂、川椒、萸澄茄、乾薑、生薑等。

(5) 合理使用酸澀藥物

酸澀藥適用於胃酸缺乏、消化不良、脾虛泄瀉患者，如山楂、烏梅、木瓜等，但對胃酸過多或泛酸者，則不宜用。

(五) 腎的生理、病理特點與合理選藥

生理特點

腎為先天之本，藏真陰而寓真陽，主藏精，為人體生長、發育、生殖之源，具充腦、榮發、堅骨固齒、生髮、溫煦、滋養五臟六腑之功，只宜固藏，不宜洩露。

病理特點

腎病的證候特徵以虛證為主，故有「腎無實證」之說。腎病常見的證候有腎氣不固、腎陽虛衰、腎陰虧虛，以及在虛的基礎上形成的本虛標實證陽虛水泛、陰虛火旺等。

合理選藥

腎病的用藥以補腎陽、滋腎陰為主，並且要處理好補陽與補陰的關係，補陽需防傷陰，補陰需防傷陽。故常陰陽雙補，但又有所側重，以利陰中求陽，或陽中求陰。

二. 應用中藥可能出現的不良反應及防治

不同藥物可能出現的不良反應或對臟腑的損害具有不同的臨床表現。有些可能是功能性的、可逆性的輕微副作用，有些則可能導致器質性的永久性損害，故臨床用藥時應高度重視防治中藥的不良反應。

(一) 心血管系統不良反應

臨床表現

心悸胸悶、面色蒼白、四肢厥冷、心率失常、血壓下降或升高、心臟傳導阻滯，甚至心源性休克等。

可能引起心血管系統不良反應的常用中藥

主要有生草烏、生川烏、生附子、雪上一枝蒿、蟾酥、萬年青、夾竹桃、香加皮、細辛、麻黃、川楝子、蒼耳子、山豆根、洋金花、藜蘆、商陸、山慈姑、瓜蒂、雷公藤、蜈蚣、雄黃等。

(二) 呼吸系統不良反應

臨床表現

呼吸急促、咳嗽、咳痰、胸悶、氣喘、呼吸困難、紫紺、血痰、急性喉頭水腫、急性肺水腫、過敏性哮喘、呼吸衰竭或麻痹等。

可能引起呼吸系統不良反應的常用中藥

苦杏仁、桃仁、鬧羊花、銀杏、烏頭類、細辛、瓜蒂、全蠍等中藥的毒性成分對呼吸系統或呼吸肌具有麻痹作用；馬錢子、雷公藤、藜蘆、蔓陀羅、防己、亞麻子、細辛、罌粟殼、商陸、地龍、半夏、甘遂、龍葵、苦楝皮、麝香、金不換、鐵棒錘等可影響延髓呼吸中樞，引起呼吸困難甚至呼吸衰竭等；

萬年青、蕲蛇、壁虎等可致過敏性肺炎；雷公藤、昆明山海棠、白果、紅茴香、肉桂等誘發過敏體質者發生變態反應，或藥物的毒性成分引起肺毒性反應。

(三) 消化系統不良反應

胃腸道反應最為常見，但較輕微，絕大多數停藥或調整配方後可消失，但也可能是某些中藥中毒或副作用出現時的較早症狀，應注意辨別，以便及時處理。有肝膽、胃腸宿疾者，更易產生胃腸道副作用，應詢問病史，慎用某些藥物，或注意藥物配伍。

引起消化道不良反應的主要原因及表現

(1) 藥物氣味不適或刺激胃腸

氣味過苦、惡臭，或不合胃口，尤其是兒童、初服中藥的人，或外國人不適應中藥的氣味，服用後可導致噁心、嘔吐等，如阿魏、地龍等；藥物對消化道可能產生輕微的刺激，出現噁心、厭食等，一般停藥後可消失。

中藥的給藥途徑目前仍然是以口服，經胃腸道吸收為主；湯劑容積大，成分較複雜，所含化學成分不清楚、不穩定，一些有刺激性的物質未經特殊處理；散劑、丸劑、片劑等，主要還是粗製劑，對消化道黏膜可能有刺激，均可引起胃部不適。某些刺激性大的藥物，直接作用於消化道黏膜，可使黏膜充血、水腫而產生炎症病變，並且還可反射性促進平滑肌蠕動增強，出現胃部不適、噁心嘔吐、腹痛、腹瀉等。

藥物對胃腸的刺激主要包括：

直接的理化刺激

如旋覆花絨毛對口腔、咽喉的刺激，可引起咽喉疼痛、噁心、嘔吐；雄黃、硫磺對消化道的刺激引起口腔黏膜潰瘍紅腫、噁心、嘔吐等；半夏、天南星、白芥子對胃腸道黏膜的刺激引起噁心、嘔吐、腹痛、腹瀉。

所含活性成分的刺激

如桔梗、遠志、皂角刺等，所含的皂苷對胃黏膜的刺激，反射性引起支氣管黏膜分泌增加，使痰涎稀釋而起到祛痰作用。

有毒藥物

鴉膽子、附子、烏頭、洋金花、吳茱萸、雷公藤、昆明山海棠、白附子、藜蘆、甘遂、大戟、芫花、商陸、千金子、巴豆、牽牛子、川楝子、白果、常山、夾竹桃、全蠍、蜈蚣、雄黃、砒霜、狼毒、白礬等，對胃腸具有較強的刺激作用，宜飯後服用。

(2) 影響胃腸蠕動

- 使胃腸蠕動加快，平滑肌張力增高，出現腹脹、腹痛、腸鳴、腹瀉，甚至水瀉，如大黃、番瀉葉、檳榔、甘遂、大戟、商陸、牽牛子等瀉下藥。

- 胃腸蠕動減弱，平滑肌鬆弛，出現大便秘結乾燥、排便困難，腹脹、食欲不振等，如黃連、黃芩、苦參、罌粟殼等；性味苦寒的中藥，若使用時間過長，則傷津化燥，出現津虧腸燥、大便秘結。

(3) 引起急性胃腸炎

如雷公藤、鴉膽子、甘遂、巴豆、山慈菇、吳茱萸、艾葉、土貝母、蘆薈、斑蝥、紅娘子、生牡蠣、朱砂等。

(4) 引起應激性胃出血

某些藥物對胃黏膜有較強的刺激作用，導致胃出血，如白芥子、皂角刺、遠志等。

(5) 影響消化吸收

甘寒助濕壅脾、呆胃，若藥物含大量的黏液質成分，食用過多，可致食欲減退及滑腸便稀等，如生地、玄參、麥冬、石斛、玉竹、北沙參、知母、蘆根等；藥性黏膩，亦能影響消化功能，導致食欲減退，如熟地、製首烏、阿膠、甘草等。含脂肪油的藥物，有滑腸通便作用，用於便秘患者，為治療作用，但對其他患者，可能成為胃腸道副作用，如郁李仁、火麻仁、杏仁、桃仁、蘇子、萊菔子、核桃仁。其他藥物如肉蓯蓉、女貞子、胡黃連等，有緩瀉作用。

採用飯後服藥、藥後嗽口，可減輕藥物對胃腸道的刺激，也不會影響藥效及後續服藥。經過炮製，或配伍麥芽、甘草、大棗等調味、和胃中藥以矯味矯臭，減少苦味和不良氣味，可減少胃腸道反應。

藥物性肝損害

肝臟是人體對藥物濃集、轉化、代謝的主要器官，藥物及其代謝產物對肝臟的作用，容易造成肝臟的損害和病變。鄧培媛等在 1998 年報道，對 116 例藥物性肝損害進行了分析，發現中草藥或中成藥引發者共 86 例，佔 74.4%，其中死亡兩例，包括 23 種藥物。^[4]可見中草藥引起的藥物性肝損害應當引起我們的注意和重視。故特加以詳述如下：

(1) 可能導致藥物性肝損害的中草藥

據近年來的研究和文獻，致肝損害報道較多的藥物有黃藥子、川楝子、苦楝皮、蒼耳子、鴉膽子、貫眾、肉豆蔻、千里光、罌粟、常山、雷公藤、黎蘆、斑蝥、朱砂等，以及某些治療惡性腫瘤、肝多發性囊腫、子宮肌瘤等的複方中成藥（含黃藥子、貫眾、千里光、蒼耳子等）。^[5]

(2) 導致藥物性肝損害的主要原因

服用未經炮製或炮製不當的飲片、給藥劑量和途徑不合適、劑型工藝不適當，或盲目服用對肝臟有損害的藥物，或者失治、誤治等，是導致藥物性肝損害的主要

原因。若重視合理用藥，藥物性肝損害是可避免或減少的。應對以下幾種情況，引起充分注意：

要用肝臟臨床檢驗指標來判斷病情及療效

有時按辨證論治用藥，取得較好療效，即患者症狀改善，就認為已治癒，但實際上檢驗指標並未改善，以致貽誤病情或病情復發，故要採用證候和臨床檢驗指標綜合判定療效。

對中藥藥理作用一知半解，隨意用於中醫臨床

如五味子的乙醇提取物經實驗研究有降低轉氨酶作用，令某些中醫師在處方中大量用五味子，殊不知這些降酶成分水溶性很差，五味子水煎劑降酶成分甚微，難以收效。

過分強調經驗用藥，不注意現代研究

如大黃有利膽退黃作用，宜用中、小劑量；大劑量使用大黃可導致膽紅素代謝障礙，若長期用藥還可使膽紅素升高。

盲目求醫，或用藥不當

不少肝功能正常 HbsAg 陽性攜帶者求治心切，盲目相信民間「驗方」，長期大量服用草藥及驗方，引起肝功能損害；類似這種情況還有中醫藥治療惡性腫瘤、免疫性疾病（如類風濕性關節炎、系統性紅斑狼瘡等）、骨關節疾患和皮膚病等難治性疾病，若不合理用藥，均易引起肝損害。

(3) 注意防治藥物性肝損害

對藥物性肝損害應有充分的認識和警惕，亦當結合現代研究成果，避免盲目用藥，做好鑑別診斷，注意觀察病情變化，及時停用可疑藥物以預防藥物性肝損害的發生。

- 治療某些病證用中藥療程較長時，如慢性肝病、免疫性疾病（類風濕性關節炎、系統性紅斑狼瘡）、惡性腫瘤等，應特別注意護肝，或適當配伍護肝藥，切不可輕信所謂的單方、驗方。
- 要明確肝系統疾病的發生發展規律，明了肝病的辨證施治原則和方法；掌握中藥性能，辨證用藥準確；同時參考藥效學、毒理學研究成果，監視各種毒副作用的發生，特別是定期作肝功能檢查及血液生化檢查。
- 對既往有藥物過敏史者或過敏體質者，用藥時應特別注意。
- 對肝腎病患者、新生兒和營養障礙者，藥物的種類、配伍、劑量應特別慎重，禁用可能損害肝腎功能的藥物。
- 一旦發現肝功能損害或肝毒性，應立即停藥，嚴重者送醫院救治。

(四) 泌尿系統不良反應

臨床表現

腰痛、尿少尿閉、尿頻尿急、尿瀦留、尿失禁、血尿、蛋白尿、管型尿、浮腫、腎炎、電解質平衡失調、酸中毒、尿毒症、急性腎功能損害或衰竭等。

引起腎損害的主要藥物及可能的機理

某些藥物對腎臟具有直接損傷作用，如關木通、青木香、尋骨風、朱砂蓮等含馬兜鈴酸（aristolochic acid, AA），可直接損害腎小管上皮細胞，以及直接刺激成纖維細胞增生或活性增加，導致腎間質纖維化、腎小管損傷和血管狹窄。朱砂、魚膽、雷公藤等可引起急性腎衰竭。某些藥物含有刺激性成分或其代謝產物（如馬兜鈴酰胺）經過腎臟排泄時，對泌尿道產生刺激作用，引起膀胱或（和）尿道的炎症反應，出現尿頻、尿急、尿痛、小腹墜脹疼痛，如天仙藤、斑蝥等。停藥後大部分泌尿系統不良反應可減輕或痊癒，但馬兜鈴酸引起的腎損害往往是不可逆的。

(五) 神經系統不良反應

臨床表現

唇、舌、四肢或全身發麻或麻木、頭暈、目眩、頭痛、耳鳴、失眠、嗜睡、瞳孔縮小或放大、視力障礙、意識模糊、語言不清、精神失常、行為障礙、抽搐、驚厥、昏迷等。

可能引起神經系統損害的中藥

主要有馬錢子、烏頭類藥物，以及藜蘆、山豆根、北豆根、葶藶子、山慈姑、商陸、天仙子、曼陀羅、博落回、艾葉、雷公藤、天南星、番瀉葉、五加皮、白果、苦楝子、蜈蚣、全蠍、雄黃等。

(六) 造血系統不良反應

臨床表現

出血、白細胞減少、粒細胞減少或缺乏、過敏性紫癜、血小板減少、再生障礙性貧血、溶血性貧血、缺鐵性貧血等。

可能引起造血系統損害的中藥

主要有雷公藤、青風藤、洋金花、芫花、天花粉、人參、三七、使君子、罌粟殼、狼毒、蜈蚣、斑蝥、雄黃等。

(七) 變態反應

臨床表現

檢索 1998~2002 年現代醫學期刊資料庫和中醫文獻資料庫中有關中藥及製劑導致藥源性皮疹的文獻報道，在剔除了重複報道後，發現其皮膚病變以蕁麻疹型、猩紅熱樣和麻疹型藥疹為主，其他可有多形性紅斑型藥疹、固定型藥疹、瘡疹、紅色丘疹、皮膚瘙癢、尋常性銀屑病、皮炎等，嚴重時可出現大瘡型藥疹、表皮壞死鬆懈型藥疹、剝脫性皮炎等。全身症狀表現為藥物熱、惡寒寒戰、頭暈、頭痛、四肢麻木、噁心嘔吐、虛脫、面色蒼白、四肢厥冷、心慌、心律不齊、血壓下降或升高、胸悶、呼吸困難、紫紺、乾咳、哮喘、消化道反應、肝臟損害、腎臟損害、溶血、白細胞減少、眼損傷、血管性水腫、喉頭水腫，嚴重時甚至引起過敏性休克死亡。上述表現可在不同的個體出現，並且使用中藥的發現率並不高，但可引起變態反應的中藥品種多。^[6,7] 故在臨證時，每一位臨床醫師都應注意。

變態反應的防治

臨床應用中藥時，也應詳細詢問患者是否有藥物過敏史或家族過敏史；對於外用有毒中藥，如動物藥全蠍、蜈蚣、斑蝥、蟾酥等，植物藥馬錢子等，礦物藥硫磺、鉛丹、砒石、膽礬等，都必須嚴格掌握適應證。用於皮損破潰時，應防吸收中毒。用中藥於皮膚美容時，要詢問有無皮膚過敏史，對有毒和具刺激性、以及有發泡作用的中藥（如白芥子）均應忌用，有皮損時不宜用有顏色的中藥，以免產生色素沉着。

中藥引起過敏反應的症狀與化學藥品一樣，嚴重程度不容忽視，甚至可併發過敏性休克，應立即搶救。對發生皮膚變態反應者，按照各種皮膚病的處理原則進行治療。

(八) 特殊毒性反應

部分患者對個別中藥可產生依賴性，如長期服用番瀉葉、罌粟殼以及牛黃解毒丸等，停用時可出現戒斷症狀。據報道極少數中藥如巴豆等，若長期使用可能致癌、致畸形、致基因突變，但尚需進一步研究方可定論。

第四節 中藥藥膳的安全合理應用

中醫藥膳是中藥重要的應用方式之一，藥品和具補益及調節作用的功能性食品均能治病，而且有藥食兼用的品種，故有「藥食同源」之說。選擇適當的藥物和食物組成藥膳，對一些疾病能起到配合治療之效。但若應用不當，亦可能產生不良反應。因此，使用藥膳，亦需遵循安全合理用藥的原則。還需注意，南方人常有「煲湯」之生活習慣，即將一些中藥與食物烹調，供全家人一起食用。若所用中藥藥性過溫或過涼，可能難以適合全家每個人的體質。因此，用於「煲湯」之藥材，藥性宜平和，或因個人之體質，有選擇性地食用。

一、中藥藥膳的特點

（一）強調辨證施膳

不同病證用不同的藥膳，如老年人多為腎虛、脾虛，可選用女貞子鯊魚湯或黃芪燉雞。有些藥膳對某些病有專效，如治消渴病可用蕎麥、苦瓜、南瓜、人參面等。

中藥藥膳不等於營養食品。因食物與中藥一樣，具有不同的性味，基於中醫藥養生保健理論，必須根據人們的體質和患者的病證屬性進行辨體和辨證施膳，這是中醫藥膳的精髓，也是與現代營養學不同的獨特之處。

（二）體現天人相應，因人因時因地制宜

根據中醫的整體觀念，必須根據個人體質，選擇適宜的種類，否則，長期偏食一種，就可能影響體內的陰陽平衡；還要依照當地氣候的不同，選擇適宜的膳食。如應用補腎養陽類藥膳，在中國西北嚴寒地區藥量宜重，而在東南溫熱地區，藥量宜輕。一年中存在春溫、夏熱、暑濕、秋燥及冬寒的特點，根據中醫學「天人相應」的觀念，自然界氣候的變化必定對人體生理產生影響，故應根據不同的季節，選用相應的藥膳。如夏季天氣炎熱，適宜清補，所用藥膳應為解暑益氣之品，切忌過食溫熱、油膩厚味；即使素體陽虛者，也應在夏季減服或停服人參、鹿茸、附子等溫補之品。

（三）食藥結合、服用方便、美味可口

藥膳是功能性較強的食物，其配方既不是一般的中藥方劑，又有別於可口的食物，它強調中藥和食物的合理調配，在藥物或食物的配伍組合上，按藥物及食物的性質，有目的地進行選擇調配組合，而不是隨意的湊合。它是取藥物之性，用食物之味，從而達到藥借食味，食助藥力的目的。

然而，藥膳強調的是一個膳字，即以食物為主，配以少量的藥物。故食療、藥膳不應有過多的藥味，應該變「良藥苦口」為「良藥可口」，滿足人們「惡於藥，喜於食」的天性。

二. 中藥藥膳的安全合理應用

(一) 藥膳並非絕對安全

應注意適合的病證，選擇適宜的藥物和食物為原料烹調藥膳，最好選用藥食同源類食物和藥物，如中國衛生部規定的藥食兩用藥（名錄見本節附錄），以保障藥膳的安全應用。但是，即使是該附錄的藥物，有些藥物如白果、苦杏仁、梔子、蝮蛇等，一旦用之不當或過量，亦可引起不良反應甚或中毒。

某些藥物不適合做藥膳，如有毒藥、刺激性藥物、氣味過於怪異、或過苦；應當選擇色香味俱全的藥物，並注意食物與藥物之間的氣味不致於相沖，或產生異味等。

(二) 服藥膳時的飲食禁忌

服藥期間禁忌進食某些食物，稱為服藥時的飲食禁忌，簡稱服藥食忌，俗稱忌口。重視服藥食忌，亦屬確保臨床用藥安全而有效的措施之一，藥膳也應遵循食忌的原則。

忌食可能妨礙脾胃消化吸收功能，以及影響藥物吸收的食物

患病期間，患者的脾胃功能都可能有所減弱，應忌食生冷、多脂、黏膩、腥臭及有刺激性的食物，以免妨礙脾胃功能，影響藥物的吸收，使藥物的療效降低。應葷素搭配，不可偏嗜。

忌食對某種病證不利的食物

熱證、濕熱病證應忌食辛辣、油膩、煎炸食品或藥膳；虛寒病證應當忌食生冷寒涼的食物或藥膳，特別是脾胃虛寒證；食油過多，會加重發熱；食鹽過多，會加重水腫，藥物的療效會受影響，宜用清淡的藥膳。哮喘病人在哮喘發作期間，魚蝦、蛋、牛奶等卻可能成為加重病情的「發物」，理當「忌口」。此外，患有疥瘡、皮膚病者忌食鹹水魚、蝦、蟹及羊肉、豬肉等食物；水腫病忌食鹽；肝炎病者忌食辛、辣、油膩食物。

藥膳的配伍禁忌

藥膳的配伍亦應注意配伍宜忌。藥膳的配伍禁忌包括藥物與食物配伍禁忌和食物與食物配伍禁忌，是古人的經驗總結，其中有些禁忌雖然有待於科學證明，但在沒有得出可靠的結論以前還應參照傳統說法，以慎用為宜。如醋忌茯苓，人參不宜與蘿蔔同用等。古人對食物與食物的配伍也有一些忌諱，在藥膳應用中可作參考，如羊肉忌醋，蜂蜜忌葱等。

(三) 飲食有節

藥膳的飲食要有節制、節律和節忌，切勿暴飲暴食，亦不能勉強進食，或勿怒後進食藥膳。此外，有時會出現生理性厭食、心理性厭食和病理性厭食等，無論出現哪一種

厭食，只要沒有食欲，就不要勉強進食藥膳，尤其是對年幼和年長者。積極的辦法是調整飲食，加強體力活動，保持愉快的心境，創造輕鬆的進食環境。

（四）精心烹飪

可根據食物及藥物的特點，以及個人的喜好烹飪藥膳，但切忌過冷或過熱飲食，而宜溫熱熟軟，以溫熱食之。此外，宜清淡，忌過鹹。

使用花類藥膳，既是易於煎出、又是有效成分易損失的藥膳，故不宜煎煮過久，以免花類揮發性成分耗散而影響效果。老年人、兒童、久病體虛者，牙齒脫落或鬆動，唾液分泌減少，陰虛津少，食物宜濕潤鬆軟，因濕潤鬆軟食物將有利於咀嚼和吞嚥；脾腎陽虛，溫煦運化功能減退，食物應切細煮軟，適溫而食。藥膳形式以湯為主，加工方式以燉煮蒸為主，少用油煎炸等烹調方法。在考慮功效的前提下，對藥膳的要求應是色、香、味、形俱佳的、能激發食欲的、又能輔助消除疾病和促進身體康復的佳品。

附錄：中國國家衛生部 2002 年公佈《關於進一步規範保健食品原料管理的通知》中列載既是食品又是藥品的物品名單

丁香、八角茴香、刀豆、小茴香、小薊、山藥、山楂、馬齒莧、烏梢蛇、烏梅、木瓜、火麻仁、玳玳花、玉竹、甘草、白芷、白果、白扁豆、白扁豆花、龍眼肉（桂圓）、決明子、百合、肉豆蔻、肉桂、余甘子、佛手、杏仁（甜、苦）、沙棘、牡蠣、芡實、花椒、赤小豆、阿膠、雞內金、麥芽、昆布、棗（大棗、酸棗、黑棗）、羅漢果、郁李仁、金銀花、青果、魚腥草、薑（生薑、乾薑）、枳椇子、枸杞子、梔子、砂仁、膨大海、茯苓、香櫞、香薷、桃仁、桑葉、桑椹、桔紅、桔梗、益智仁、荷葉、萊菔子、蓮子、高良薑、淡竹葉、淡豆豉、菊花、菊苣、黃芥子、黃精、紫蘇、紫蘇籽、葛根、黑芝麻、黑胡椒、槐米、槐花、蒲公英、蜂蜜、榧子、酸棗仁、鮮白茅根、鮮蘆根、蝮蛇、橘皮、薄荷、薏苡仁、薤白、覆盆子、藿香。

〔衛法監發〔2002〕51 號〕^{〔8〕}

第五節 特殊人群的臨床安全合理用藥

一、小兒的臨床安全合理用藥

兒科用藥一般指 14 歲以下的兒童（中醫一般稱為小兒）。通常將出生後 28 天內稱新生兒，1 個月至 1 歲為嬰兒，2 至 3 歲為幼兒，4 至 6 歲為學齡前兒童，6 歲以上為學齡兒童。

小兒對藥物具有特殊的反應性，包括藥物的吸收、分佈、代謝、排泄等。掌握兒童的生理病理特點和用藥規律，對兒童的中醫臨床安全合理用藥至關重要。

（一）生理與病理特點

生理特點

臟腑嬌嫩，形氣未充：即指小兒機體的各系統和器官的形態發育和生理功能是不成熟和不完善的，五臟六腑的形（實質）和氣（功能）均相對不足，尤其是肺、脾、腎三臟更為突出。具體體現在稚體嬌嫩、氣血未充、腠理疏鬆、脾胃虛弱、腎氣未充、筋骨未堅等，稱為「稚陰稚陽」之體。

生機勃勃，發育迅速，即指小兒在生長發育過程中，形態結構和生理功能都是在迅速地、不斷地發育和成熟。

小兒具有不同的體質特點，大致可分為正常質和偏頗質。偏頗質既有純虛的脾氣、腎氣、肺氣、肝陰、心血不足等類型，也有虛實夾雜的脾弱濕滯、痰濕內壅、陰虧內熱、脾虛肝旺等類型；不同的體質存在對某些致病因素的易感性和疾病發生發展過程中的預後傾向性，了解小兒的體質偏向，對於指導辨證及合理用藥，具有重要意義。

病理和疾病特點

小兒臟腑嬌嫩、形氣未充，故易患疾病，特別是易患時行疾患，尤以肺、脾、肝三臟疾病為多見。因肺氣未充，腠理疏鬆，故易患感冒、咳嗽、哮喘等肺系疾患；由於脾胃功能尚未健全，易致運化失常，出現食積或泄瀉；既病傳變迅速，易見寒熱虛實迅速轉化，且肝風易動，故在疾病過程中易虛易實、易寒易熱，甚至釀成危急之症。

臟器清靈，易趨康復。因為小兒生機勃勃，臟腑頑疾、七情所傷以及藥物所害較少，或對藥物的治療反應敏捷。同時小兒疾病以外感六淫和飲食所傷為多，較易醫治。

（二）安全合理用藥

由於小兒的生理病理特點決定了對小兒的安全合理用藥要求更高，小兒對藥物毒性的反應或過敏反應不明顯，或難以完整表達，故更容易中毒。小兒用藥尤當慎重，需嚴

格掌握劑量。兒童的疾病易寒易熱、易虛易實，傳變迅速，應注意詢問胎齡、分娩、餵養、母體體質以及過敏史等情況，在辨證、選藥、處方、劑型、劑量、用藥時間、餵藥等方面都應特別注意。

辨證選藥

用藥必須熟識發病特點及轉化規律，掌握整體觀念和八綱辨證，合理用藥。若診斷不明、辨證不準，用藥錯謬，則正氣易衰、邪氣易盛，危殆立至。

- 把握藥物性能、注意毒副作用：宜選擇藥性較平和之品，忌用劇毒或大毒藥、慎用有毒或有小毒的藥物。一般情況下，忌用太辛、大熱、大苦、大寒藥，以及峻下逐水、活血破瘀等藥物。慎用補劑，不宜補得太過。用藥宜少而精，不宜用大方，盡量選擇異味少、刺激性少的藥物。治熱性病宜固護津液，治寒性病要固護陽氣，治雜病要固護脾胃；用藥當中病即止，若失治誤治或藥過病所，則可能出現變證或危及生命。
- 一般情況下，新生兒極少有使用中藥治病的機會。若需使用清胎毒、胎火等中藥，亦應根據具體情況合理用藥。若新生兒先天不足，或無胎毒、胎火特徵，則不必使用；對有胎毒胎火，且體質強壯的新生兒，其用藥用量亦宜輕。
- 小兒肝常有餘，心常不足，容易引起驚風、驚悸等病證，宜選用鈎藤、蟬蛻、白芍、珍珠母、麥冬、百合、柏子仁等藥性較平和的鎮驚平肝、養心安神藥，不宜使用含朱砂等有毒的藥物。
- 小兒平素性情煩躁，食欲不佳，大便乾燥，手足心熱，容易出汗或盜汗，宜用滋陰清熱之品，如沙參、麥冬、生地、玄參、天花粉、玉竹、地骨皮等；忌辛溫香燥或發散之品，以免傷陰。
- 小兒常脾虛，宜消食清熱導滯，可選用焦麥芽、神麴、焦三仙、雞內金、陳皮、厚朴、炒枳殼、萊菔子、瓜蒌、茯苓等。
- 若見患兒先天不足，素體羸弱，消瘦，食欲不振，精神疲倦，大便時乾時稀，自汗，宜用健脾補腎藥，可選用黨參、白朮、茯苓、陳皮、山藥、砂仁、黃芪、補骨脂、紫河車、益智仁、菟絲子、蛤蚧等。
- 小兒呼吸道狹窄，不會自動咳痰，若肺宣發肅降功能失調，分泌物增多，易致肺氣壅塞，痰飲阻塞氣道，致呼吸困難，故使用化痰止咳藥時，宜用宣肺清熱化痰或潤肺止咳平喘藥，不宜過用辛燥的化痰藥，更不宜過早使用收斂性止咳平喘藥，尤其忌用罌粟殼、洋金花等止咳平喘藥；以免斂邪，致氣道阻塞、喘憋加重。
- 小兒腹瀉多由食積或感邪，不宜過早使用收斂止瀉藥，以免斂邪，宜用消食或清熱燥濕等祛邪藥。久瀉脾腎兩虛者宜用健脾補腎、收斂固澀藥。嬰幼兒便秘以調整飲食為主，慎用緩瀉劑，忌用峻下攻積藥，以免導致津傷亡陰。

- 小兒慎用補虛藥，尤其是人參、鹿茸等大補藥，宜用藥性平和的健脾和胃藥及滋陰潤肺藥。

服用劑量

由於兒童處於生長發育時期，各年齡期的用藥劑量各不相同，即使同一年齡期的小兒，生長發育亦有較大的差異，故應根據體質、身高、體重、營養及發育狀況、病情、以及機體對藥物的反應、治療目的、給藥途徑等調整用藥劑量。

劑型

湯劑對小兒的服用有一定的難度，可用散劑、糖漿劑。若需用湯劑，要避免使用大辛大苦之品，盡量使湯劑符合小兒之口味。小兒皮膚嬌嫩，外用製劑應避免使用具有強烈刺激性的中藥，如白芥子、斑蝥等。

煎煮方法

小兒藥量較小，服藥、餵藥困難，故煎煮藥物時不宜用水過多，或將藥液盡量濃縮，使藥液量減少。煎出的藥量，大約以新生兒 10~30ml，嬰兒 50~100ml，幼兒及幼童 150~200ml，學齡前兒童 200~300ml 為宜。

用藥時間

小兒一般以處方 1~2 劑為宜，中病則不宜盡劑，或根據病情變化隨時調整藥方。煎出的藥液，根據病情，一日內分 3~5 次服用。

餵藥方法

中藥由於藥味問題，餵藥、服藥方法亦與安全用藥直接相關，尤其是對初產婦，沒有養育和餵藥經驗，必須特別注意，因此，醫者必須給予患兒家長或保育員詳細的醫囑。

- 3 歲以上小兒，應盡量說服自己服藥，味苦難服的藥物可適當配用糖等調味劑，但不宜過量，以免膩脾助熱。
- 在一般情況下，宜在空腹餵藥，對胃腸有刺激或必須飯後餵服的藥物，也應在飯後半小時或 1 小時左右餵服，以免引起嘔吐未消化的食物。藥後可餵些溫開水，以免藥物停留在食管部位產生刺激。
- 對於哭鬧和不願意服藥的小兒，在餵藥時應特別注意，尤其是在大聲哭鬧和正在吸氣時，不要餵藥，以免引起噎咳。
- 餵藥的正確方法是抱起小兒，讓其頭部直立，然後用湯匙或乾淨的壓舌板壓住下頷部，迅速灌下藥液，待藥液完全下嚥後再取出。
- 不宜用捏鼻子或用異物探喉的方法，以免發生危險。

- 不宜用恐嚇、威脅的方法威逼兒童服藥。
- 不宜將藥放入奶瓶和牛奶一起服用，也不宜將藥粉或藥液塗在乳頭上，以免影響嬰兒吸乳或畏懼吸乳。

二. 婦女的臨床安全合理用藥

(一) 月經期

月經期的生理與病理特點

月經期既有出血又有瘀血，甚或出血導致氣血不足，臟腑虧虛；同時兼有肝鬱或瘀血。

月經期的安全合理用藥

經前勿妄補，經後勿亂攻。月經期用藥要辨證，用藥宜平和。一般來說，月經期用藥宜偏於溫熱，使血得溫則行，但不宜服用大辛大熱藥，以免熱迫血行，致月經量多、崩漏等。有血熱者宜用寒涼藥時，亦不宜用大苦大寒之品，過於寒涼易致血凝經脈不通；若見瘀血或氣滯、經行不暢、血色紫黯有塊、腹痛，可適當用疏肝理氣、活血通經藥，但不宜用藥性猛烈的破血藥，以免引起崩漏。若見崩漏之證，初用止血以塞其流，中用清熱涼血以澄其源，末用補血以復其舊。

(二) 妊娠期

圍產期是指產前、產時和產後的一段時期，孕婦有經過妊娠、分娩和產褥期三個階段。在此重點討論妊娠期和產褥期以及哺乳階段中醫臨床安全合理用藥問題。

妊娠期的生理與病理特點

婦女在懷孕後，母體各系統的生理功能產生明顯變化，如氣血充盈以供養胎兒，懷孕早期出現「妊娠惡阻」等證候。

妊娠期的安全合理用藥

妊娠時，前3個月是胚胎的發育期，肢體和器官系統正在形成，對一些致畸胎的藥物特別敏感，故妊娠早期應盡量避免使用中西藥物，以求安全。妊娠4~9個月，胎兒發育已經逐漸成熟，但許多臟器功能仍未成熟，若確有必要方可用藥。妊娠期的安全合理用藥，既要考慮發揮藥物的治療作用，同時要顧及對母體的影響，也要顧及對胎兒和新生兒的影響；必須完全明確適應證，用藥時要權衡對孕婦和胎兒的利弊，也不宜在妊娠期接受任何研究試驗性用藥。

(1) 合理選擇藥物，注意避免妊娠禁忌藥

歷代醫家對妊娠期的用藥十分重視，有胎前宜涼，胎前三禁（不可汗、不可下、不可利小便）之說，即包括忌用過用辛熱、峻汗、峻下、峻利藥物，並明確提出了妊娠禁忌藥。有關妊娠的禁忌藥，古今醫家所列藥物大部分是相同的，但也有一些細小的差別。

妊娠期的用藥禁忌包括易引起流產、早產或死胎的藥物，以及可能會致胎兒突變、畸形或對胎兒產生其他不良影響的藥物。據現代中藥藥理研究，具有抗早孕、興奮子宮、收縮子宮、終止妊娠、引產、致畸胎和基因突變等藥物，大部分均被歷代醫家視為妊娠禁忌藥。此外，文獻並無記載，而現代研究發現具有上述作用的藥物，孕婦亦當慎用。

古代將妊娠禁忌藥編成《妊娠禁忌歌》（見本節附錄1），《中國藥典》收載孕婦禁用中藥28種，忌服中藥3種，慎用中藥38種（見本節附錄2）。

目前的中藥教科書按對妊娠期母體和胎兒的影響程度不同，將禁忌藥分為禁用藥和慎用藥兩類。

禁用藥

大毒藥，如水銀、砒霜、雄黃、輕粉、斑蝥、馬錢子、蟾酥、川烏、草烏；

烈性瀉下逐水藥，如巴豆、牽牛子、甘遂、大戟、芫花、商陸；

破血通經藥，如乾漆、水蛭、虻蟲、三棱、莪朮；

通竅走竄藥，如麝香；

湧吐藥，如藜蘆、膽礬、瓜蒂。為保證患者用藥的安全有效，應嚴格掌握妊娠禁忌用藥。

慎用藥

通經祛瘀藥，如牛膝、川芎、紅花、桃仁、薑黃、牡丹皮；

行氣破滯藥，如枳實、枳殼、青皮；

瀉下攻積藥，如大黃、番瀉葉、蘆薈、芒硝、冬葵子；

辛熱溫裏藥，如附子、肉桂；

其他可能對胎兒有影響的藥物，如半夏、天花粉、桃仁、鬱李仁、苦參、蟬蛻。

對於慎用藥物，並無絕對性，在病情需要時，可起到去病安胎作用。但當因病因人而異，即根據孕婦的年齡、體質、孕產次數、孕後胎氣是否健固、既往有無墮胎、小產、滑胎病史，以及疾病的性質、程度等綜合分析，權衡利弊，作出判斷。

(2) 按藥物的成分及現代的藥理作用分析妊娠期的安全用藥

礦物類中藥與妊娠用藥：

含砷的中藥如砒石、雄黃、雌黃，砷劑不僅對母體有不良影響，而且可通過乳汁使新生兒中毒。

含汞中藥如水銀、朱砂、輕粉、白降丹、紅升丹等，對孕產、胎兒、新生兒均可產生不良影響，汞離子可通過乳腺分泌到乳汁中。

含鉛中藥如鉛丹、鉛粉、黑錫丹等，其鉛離子可通過胎盤或進入乳汁，造成胎兒或乳兒鉛中毒。

含銅中藥如膽礬、銅綠，內服或大面積外用均可引起急性中毒，也可通過胎盤或進入乳汁損害胎兒或影響乳兒的發育生長。

含鐵中藥如生鐵落、磁石、代赭石、禹餘糧、皂礬、自然銅（ FeS_2 ），鐵本身無毒，但若不純淨，摻雜其他有毒重金屬則可引起中毒。儘管如此，中醫理論認為上述藥物重墮，主沉降，故孕婦不宜用。

含鈣中藥有石膏、石灰（炮製或保管藥材用）、鐘乳石、花蕊石、龍骨等，其本身並無毒性，但在與西藥合併用藥時，如與四環素或強心苷類西藥同用，可降低抗生素的作用或增強強心苷的毒性。

含鋁中藥如白礬、伏龍肝、赤石脂等，鋁類中藥內服多不吸收，以胃腸局部作用為主，對孕產婦及胎兒無明顯的危害。其他：含硫的硫磺有毒，孕婦忌用；含鋅的爐甘石，可外用；含有機物樹脂和揮發油的琥珀，有活血祛瘀作用，孕婦慎用。

其他藥物對孕婦和胎兒的影響，如：

- 蒽醌類瀉藥大黃、虎杖、何首烏、番瀉葉、決明子等，可使胎兒產生畸形的危險性增加，並可透過胎盤和進入乳汁，孕產婦當忌用。
- 峻下逐水藥巴豆、大戟、芫花等，有致畸形作用，孕婦忌用。
- 類阿托品類藥物如顛茄、莨菪、洋金花等，認為與胎兒小畸形有關，特別是眼、耳的缺陷；亦有人認為與先天畸形無關，但可以自由通過胎盤，使胎兒心率加快，產前過量使用對新生兒產生不良影響，如心跳加快、尿瀦留等；並能降低乳汁流量，故在孕期、產期和哺乳期均不宜用。
- 中藥麻醉劑如罌粟殼當忌用。
- 孕婦無特殊需要，一般不用人參，大量應用人參能使興奮性增高或發生「濫用人參綜合症」，可能影響胎兒。
- 含皮質激素藥物如甘草、乾薑、附子、五加皮、黃芪、七葉一枝花、五味子、石蒜、漢防己等，可直接或間接增強腎上腺皮質系統的功能，孕期大量使用可

使胎兒在子宮內生長遲緩。中藥的皮質激素樣作用較弱，但有些中藥若使用不當亦可引起相關的不良反應，如長期大量使用甘草可出現「假性醛固酮增多症」，即中醫所稱之「助濕壅氣」。

- 肉桂動血，乾薑助火生熱，宜慎用。
- 含強心甘類藥物如夾竹桃、毛花洋地黃、黃花夾竹桃、羊角拗、萬年青、鈴蘭、羅布麻、杠柳、福壽草等，其強心甘可以通過胎盤，故應慎用以防止中毒。
- 麻黃、洋金花、茶葉等部分含有 β 受體激動劑樣作用，能加快心率，抑制妊娠子宮收縮。
- 活血祛瘀藥：從中醫理論上講活血祛瘀藥可動血動胎，導致流產或死胎，故破血藥為禁用藥、活血藥為慎用藥。現代研究表明其化學成分複雜，藥理作用較多，應用效果也較複雜，難以預測。如活血藥丹參、三七、當歸、紅花、薑黃、川芎、虎杖、降香、赤芍、丹皮等均能增加血流量和降低血管阻力；丹參、川芎、當歸、赤芍、雞血藤等對於血小板聚攏有解聚作用；而破血藥如三棱、莪朮、劉寄奴等則對血管壁的直接擴張作用強於活血藥，妊娠期盡量避免使用，以免導致流血或流產。

藥後調攝

注意飲食禁忌。忌食生冷、辛熱、油膩、腥膻、黏滑及有刺激性的食物，以免影響服用中藥的藥效，甚至增加毒副作用。

服藥後可能出現的不良反應及處理

服藥期間應注意觀察服用中藥後孕婦的療效及不良反應。常見的不良反應有藥疹、藥熱、支氣管哮喘，甚至過敏性休克；若出現腰酸、出血、腹痛等，要謹防流產。當出現上述症狀時，應立即停藥，並作出相應處理。

禁止非法用藥

為了達到墮胎的目的，孕婦通過不正當途徑配製或服用的藥物，稱非法藥物。如用中藥進行墮胎，其中大部分是利用大劑量的妊娠禁忌藥，這些不正當使用的藥物不僅成功率極低，而且會造成藥物中毒，或不全流產致大出血，或致胎兒過小或畸形等，這種行為當絕對禁止。

(三) 哺乳期（產婦）

哺乳期的生理與病理特點

產褥期：指分娩後的6周內，民間俗稱「坐月子」。中醫認為產褥期為「多虛多瘀」，即產時的出血和用力，及產後汗出、泌乳和惡露，造成「亡血傷津」、「元氣受損」、「百

節空虛」，從而導致產後多虛多瘀。這是中醫對產褥期生理衛生的高度概括，也是診治產褥期疾病主要的病因病機依據。

哺乳期的安全合理用藥

哺乳期若用母乳餵養小兒，許多藥物成分會分泌在乳汁中，若母體用藥不當，乳兒就可成為間接用藥者或受害者，故哺乳期使用中藥時必須考慮可能進入乳汁的藥物成分對乳兒的影響。

乳汁中的藥物對乳兒產生的可能影響取決於藥物在乳汁中的濃度，以及乳兒的飲乳量和乳兒對藥物的清除能力。

一般來說，用藥前要充分評估藥物對母嬰雙方的影響程度，無明確的必要性和適應證時勿用中藥。如嬰兒出生後的一個月內，除非特別需要使用（如生化湯）等，應盡量少用藥物；或宜用藥性平和的藥物，如消食藥、健脾藥、解表藥、清熱瀉火藥等。

根據中藥的性能，可以將哺乳期的用藥歸為三類：

(1) 禁用藥

具有明顯毒副作用的有毒藥、劇毒藥、峻烈瀉下藥、含砷、汞、鉛等有害重金屬的藥物，可能對孕婦產生較嚴重的不良反應。已知的對某一臟器有毒性的中藥，如黃藥子對肝臟有毒，哺乳期亦忌用。授乳期間應忌用的藥物，若病情需要非用不可，則應終止授乳。外用藥當慎用，可經血液循環進入體內。

此外，麥芽、芒硝可退乳，哺乳期當忌用。

(2) 慎用藥

如辛熱刺激或大苦大寒的瀉下藥等。酸澀藥物有收斂固澀作用，不利於產後惡露暢行，亦需慎用，如山楂、烏梅等。

(3) 哺乳期合理補益

一般來說，產後宜溫，以補虛化瘀為基本方法，適當使用溫補和溫通活血之品，有助於產後體力恢復，以及子宮的復原和乳汁分泌。但需注意辨證，不可一味溫補。民間習俗有吃大量薑、糖、酒等習慣，若用之過量，則可助火；尤其是不宜大量飲酒，因乙醇進入嬰兒量可達母親攝入量的 20%；亦不宜過於滋補，以免損傷脾陽，臃脾礙胃。

(4) 服藥法

哺乳期服藥，若藥物對乳兒無益，應使乳兒從乳汁中攝取的藥量減少至最低，其方法是母親在餵乳後服藥，盡可能在間隔時間長後再餵乳，或將乳汁擠掉。

（四）圍絕經期

圍絕經期的生理與病理特點

圍絕經期包括絕經過渡期和絕經後一年內的一段時間。絕經過渡期常逐漸發生，歷時約4年，偶可突然發生。此時期腎精逐漸虧虛，月經紊亂。亦可由於生理上的變化產生的一系列症狀，其與「絕經」、「經斷」相關，故稱為「絕經前後諸證」或「經斷前後諸證」。多屬腎虛精虧、陰虛肝旺、心腎不交、脾腎陽虛或肝鬱脾虛等證，在疾病過程中多兼夾氣鬱滯、瘀血、痰濁等，且互為因果。常出現出汗、烘熱、煩躁、失眠等症狀。

圍絕經期的安全合理用藥

合理應用補腎、疏肝、健脾、活血等中藥治療，以及心理、飲食、鍛煉、日光等療法，對提高圍絕經期婦女的健康狀況及生活質量具有重要意義。

（1）填補腎精，遠剛用柔

用藥宜柔潤，剛燥之品易助火劫陰。可選用熟地、山茱萸、枸杞子、懷牛膝、菟絲子、山藥、茯苓、蓮子、天冬、麥冬、女貞子、龜版、鱉甲、魚鱔膠等；不宜過用辛熱燥烈藥物，如附子、肉桂、淫羊藿、鹿茸等。

（2）滋陰降火，甘苦合化

對圍絕經期的烘熱、失眠、盜汗、煩躁等，宜用苦甘化陰、滋陰降火藥物，如知母、黃柏、北沙參、麥冬、糯稻根鬚、石斛等；適當配用收澀斂汗藥，如煅牡蠣、麻黃根等；不宜過用大苦大寒之品，以免苦燥傷陰。

（3）五臟兼調，不忘兼夾

經斷前後諸證以腎陰虧損為基本病機而累及五臟，其治當以滋腎養陰為主，兼調他臟，如採用降火、平肝、疏肝、健脾、寧神、清肺、和胃諸法，根據具體病情，斟酌用藥；若見氣滯、痰濁、瘀血等兼夾，應視其輕重緩急，配以疏肝理氣、化痰、活血等藥物。

三、青壯年的臨床安全合理用藥

（一）生理與病理特點

青壯年時期氣血旺盛，精血充足，但在病理上多實多火。

（二）安全合理用藥

青壯年育齡期男女用藥，首先要考慮中藥的生殖毒性問題，特別是當忌用或慎用有可能影響生殖機能的藥物。

育齡期男性

動物實驗研究顯示，可能影響男性生殖機能的藥物有：

(1) 大黃、蘆薈、番瀉葉

所含蒽基蒽醌類化合物，如大黃素、乙-羟基蒽酮、蘆薈大黃素等，長期使用對哺乳動物有生殖毒性，對睪丸和骨髓亦有一定的抑制作用。

(2) 白花蛇舌草

雄性小鼠和男性成人口服三周後，能使精原細胞停止發育，抑制精子生長。

(3) 地龍、七葉一枝花、黃柏

具有殺滅精子作用，故有一定的生殖毒性。

(4) 川棟子

所含的川棟素，可抑制睪丸生精細胞的生成，殺死 SD 種系大鼠的附睪精子。

(5) 雷公藤、昆明山海棠

所含雷公藤多苷對睪丸有毒性，對附睪精子的生成具有抑制作用；雷公藤甲素可引起明顯睪丸病變，在睪丸內具有蓄積毒性。^[9]

(8) 穿心蓮

具有抗精子生成作用。^[10]

(9) 雄黃、砒石

所含砷及砷化物可使精子的畸形率升高。^[11]

(10) 蛇床子

蛇床子具有體外殺精作用，並能抑制精子活動，以及損傷和破壞精子表面形態和超微結構。^[12, 13]

育齡期女性

據研究，可能影響女性卵巢功能的天然藥物，如土荊皮能抑制卵子的受精能力。^[14]

鹿銜草具有抗生育作用，可能與抑制發情期，以及使子宮卵巢萎縮有關。^[15]

四．老年人的臨床安全合理用藥

老年人一般指 60 歲以上的人群，臟腑功能減退，正氣不足，導致體弱多病，若用藥品種多，劑量相對大，藥物不良反應發生率高，故老年人的安全合理用藥至為重要。

（一）生理與病理特點

老年病的生理特點為臟腑衰退，腎氣虧虛，脾氣不足；一方面陽非有餘，另一方面陰常不足，故在病理上老年人患病後易虛易實、易寒易熱。「易虛」指陰液易耗，陽氣易虛，表現為脾腎陽虛、肝腎陰虛、氣血不足；「易實」指氣虛導致的血瘀，濕阻痰阻；「易寒」常為脾腎、心腎虛寒；「易熱」表現為肝腎陰虛導致的虛熱、虛火，而非實熱、實火。

（二）安全合理用藥

鑑於老年人的生理病理特點，相對來說，更加適宜於服用副作用少、作用緩和的藥物。

- 在補益方面宜平補肝腎：若補陰填精太過，易傷陽膩脾；若補陽壯陽太過，則易傷陰動火。此外，針對老年人多有血瘀濕阻痰阻，當在平補肝腎的同時，兼顧活血通脈、祛濕化痰。
- 老年人的用藥，既要考慮用量，更要考慮其性質，即其用劑藥量除應該相應減少外，更須考慮老年人的生理病理變化特點以及對服用藥物的反應性。
- 若非急證、重證，可從較小劑量開始，逐漸遞增；注意不宜用大方，選藥的品種不宜過多。
- 跟蹤老年人用藥後的反應，及時覆診並調整處方和劑量，不宜長時期守方。
- 做好老年人的病史詢問和用藥史記錄，及時發現藥物不良反應。
- 藥後調攝：醫者向老年患者詳細解釋處方中用藥的目的、用法、劑量與療程，及可能出現的不適，用藥過程中不能隨意停藥或加藥。對有老年性癡呆的患者，更應向其家屬或護理人員囑咐清楚。對原有高血壓、冠心病、肝腎功能不全者尤其需要注意安全用藥。

附錄 1：古代妊娠禁忌歌

斑蝥水蛭及虻蟲，烏頭附子配天雄；野葛水銀並巴豆，牛膝薏苡與蜈蚣；

三棱芫花代赭麝，大戟蟬蛻黃雌雄；牙硝芒硝牡丹桂，槐花牽牛皂角同；

半夏南星與通草，瞿麥乾薑桃仁通；礞砂乾漆蟹爪甲，地膽茅根皆失中。

附錄 2：《中國藥典》所載的孕婦禁用、忌服、慎用中藥

孕婦禁服類藥 28 味

三棱、土鱉蟲、川牛膝、馬錢子、馬錢子粉、巴豆、巴豆粉、水蛭、芒硝、玄明粉、紅粉、芫花、阿魏、附子、大戟、鬧羊花、牽牛子、輕粉、莪朮、益母草、豬牙皂、商陸、斑蝥、雄黃、黑種草子、蓖麻油、蜈蚣、麝香。(注：朱砂、川烏、草烏也應列入禁服藥)

忌服類 3 味

丁公藤、千金子、千金子霜。

慎用類 38 味

乾漆、大黃、製川烏、王不留行、天南星、木鱉子、牛膝、片薑黃、白附子、西紅花、華山參、紅花、郁李仁、虎杖、製草烏、草烏葉、枳殼、枳實、禹餘糧、禹州漏蘆、急性子、穿山甲、桃仁、凌霄花、常山、硫黃、番瀉葉、蒲黃、漏蘆、代赭石、瞿麥、蟾酥、三七、肉桂、冰片、蘇木、卷柏、通草。

第六節 病證用藥禁忌

某類或某種病證應當避免使用某類或某種藥物，稱為病證用藥禁忌。

由於藥物皆有溫涼補瀉、升降浮沉、有毒無毒等，用之得當，可以藥性之偏性糾正疾病的病理偏向；若使用不當，其偏性又會反助病勢，加重病情或造成新的病理偏向。因此，凡藥不對證，藥物功效不是病情所需，有可能導致病情加重，原則上都屬禁忌範圍。

每類藥物都有適宜的病證和不適宜的病證，如表虛自汗、陰虛盜汗者，忌用有發汗作用的藥，以免加重出汗。裏寒證忌用有清熱作用的藥，以免寒涼傷陽。陰虛內熱者還須慎用苦寒藥，以免苦寒化燥傷陰。脾胃虛寒便溏者，忌用有瀉下作用的藥，以免損傷脾胃。陰虧津少者，忌用有燥濕、利濕作用的藥，以免耗傷津液。腎虛遺尿、遺精者，也不宜用有利尿作用的藥。實熱證及陰虛火旺者，忌用溫燥藥，以免助熱傷陰。婦女月經過多，及出血而無瘀滯者，忌用破血逐瘀藥，以免加重出血。脫證神昏者，忌用香竄耗氣的開竅藥。邪實而正不虛者，忌用補虛藥，以免誤補助疾。脾胃虛弱，痰濕內阻者，忌用補血滋陰之品，以免滋膩助濕。表邪未解者，忌用收斂止汗藥；濕熱瀉痢者，忌用

忌用止瀉藥；屬濕熱下注之遺精，忌用溫補固精藥；濕熱淋證小便不利，忌用補澀縮尿藥；濕熱帶下，不宜用收澀止帶藥，以免閉門留寇。體表潰瘍膿毒未清、腐肉未盡時，不宜過早使用生肌斂口藥，以免膿毒不清，養癰為患。

第七節 正確書寫處方

一、正確書寫藥名

臨床處方使用中藥名稱時，一定要書寫正名。凡《中華人民共和國藥典》和香港《中醫藥條例》中收載的品種，處方應以其所載名稱為準，不要使用別名，更不能自行杜撰名稱，造成混亂。

二、正確書寫品種、炮製品、藥用部位、煎服法

（一）品種

臨床處方時，應明確注明品種，尤其是有毒藥物，如五加皮、香加皮、木通、川木通等。

（二）炮製品

中醫師處方蒼耳子供內服時應註明「炒蒼耳子」，附子應注明製附子、炮附子或熟附子等；炮製後性能功效發生改變者，應根據用藥目的的不同，正確選用不同的炮製品，處方應注明，如「生黃芪」用於利水消腫、固表止汗、托毒生肌；「炙黃芪」用於補氣升陽。

（三）藥用部位

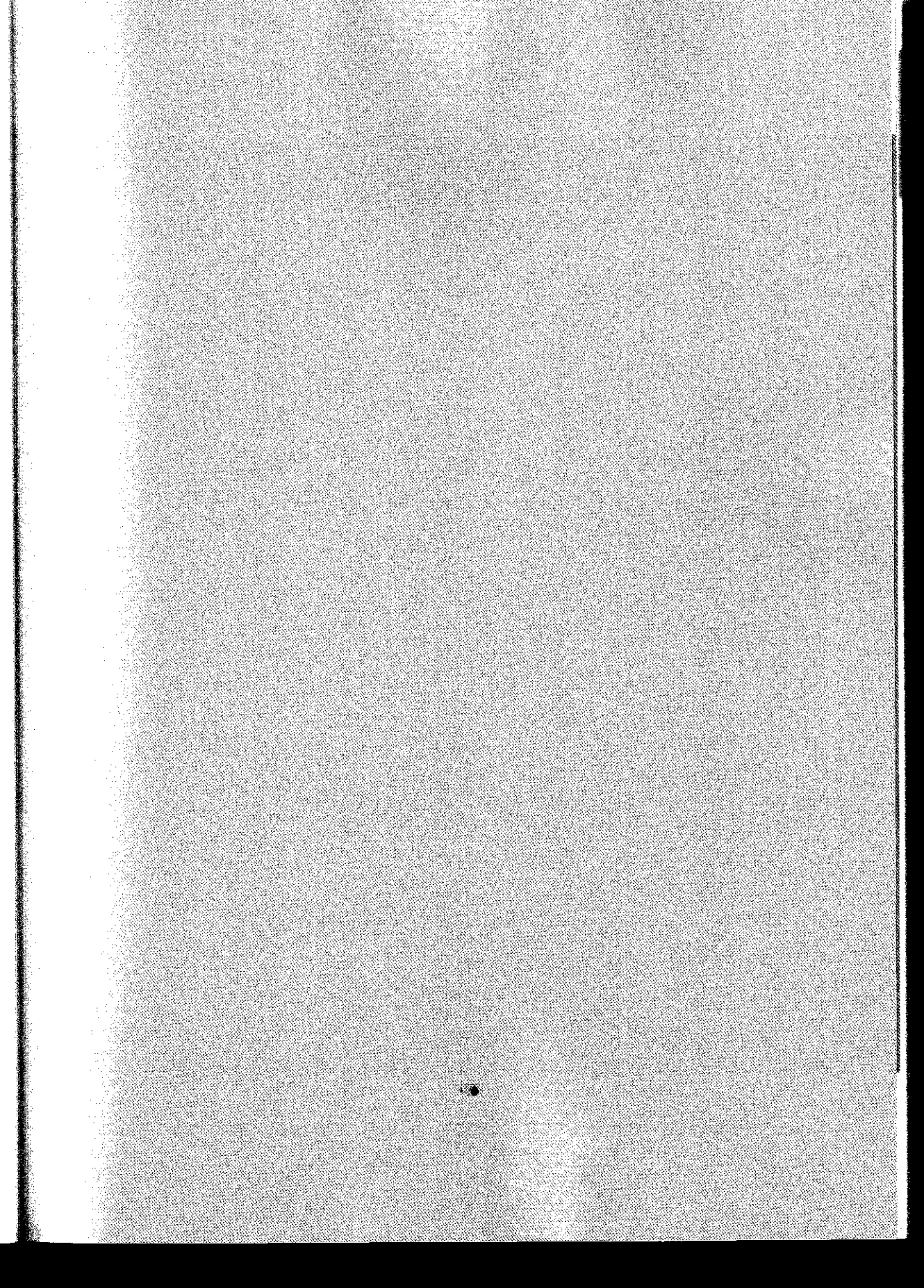
臨床處方時，應注明藥用部位，如「瓜蒌皮」用於寬胸散結、「瓜蒌仁」用於潤腸通便、「全瓜蒌」兼有清熱化痰、寬胸散結、潤腸通便等，處方時應予注明。

（四）煎服法

臨床處方時，應注明煎服法，尤其是有毒藥物，或其他特殊的煎服法，必要時在病歷上加注藥後調攝方法，及可能出現的不良反應等醫囑。

〔 參考文獻 〕

- [1] 岳美中。岳美中論醫集。北京：人民衛生出版社，2005，73
- [2] 雷載權，張廷模。中華臨床中藥學。北京：人民衛生出版社，1998，52
- [3] 祝謚予，翟濟生，施如瑜，施如雪整理。現代著名老中醫名著重刊叢書（第一輯）：施今墨臨床經驗集。北京：人民衛生出版社，2005，60~61
- [4] 鄧培媛等。116 例藥源性肝損害分析。藥物流行病學雜誌，1998，(3)：142
- [5] 華碧春，盧榜華。中草藥的藥物性肝損害。福建中醫學院學報，2000，10(1)：30~32
- [6] 華碧春，陳小峰。中藥致皮膚變態反應 245 例分析。中國中藥雜誌，2002，(9)：717~718
- [7] 華碧春，林丹紅等。中草藥的變態反應。福建中醫學院學報，2001，11(3)：39~41
- [8] 中國國家衛生部。衛法監發[2002]51 號：關於進一步規範保健食品原料管理的通知（2002 年 2 月 28 日）。上海市藥品監督管理局網站，<http://www.shfda.gov.cn/big5/node2/node3/node295/node328/userobject8ai1762.html>
- [9] 王寧生。中藥毒性與臨床前評價。北京：科學出版社，2004，162，167~168
- [10] 郭蓓。穿心蓮的研究及臨床開發。藥學進展，2004，28(12)：544
- [11] 張晨，王國荃，肖碧玉。砷的生殖毒性研究進展。中華預防醫學雜誌，2000，34(1)：56
- [12] 朱淑英等。中藥蛇床子對離體人精子制動作用。醫學研究通訊，1992，21(11)：9
- [13] 張英姿，韓向陽，朱淑英。中藥蛇床子對人類精子超微結構影響的研究。哈爾濱醫科大學學報，1995，29(1)：22
- [14] 黃江明。硫酸亞鐵銨光度法測定土槿皮浸取液中鞣質的含量。廣東醫學院學報 1989，(1)：33
- [15] 王浴生。中藥藥理與臨床應用。北京：人民衛生出版社，1983，1095



下篇

各論

常用中藥的臨床安全合理應用

第一章 解表藥

第一節 表證與解表藥概述

一、表證概述

表證，是指六淫、疫癘等邪氣經皮毛、口鼻侵犯人體，正氣（衛氣）與邪氣相爭所出現的淺表證候的概括。多見於外感病的初期階段，如感冒、流感、肺炎以及多種傳染病初期的症候群。表證可分為風寒表證和風熱表證兩大類，但亦可表裏同病。

（一）病因

以風邪為主，但風邪常與寒、濕、暑、燥、火、溫熱等其他病邪合為病，故外感病初期常出現風寒、風熱（溫）、風寒濕，或夾暑、夾燥等證候類型。

（二）病位

風邪屬陽邪，致病特點為向上、向外、升發，故常由皮膚、口鼻侵犯人體，其病位主要在人體的頭面和肌表；也常涉及肺臟、鼻竇和咽喉等部位。溫病學家將之定位於衛分、上焦；張仲景將之定位於太陽。

（三）病性

風寒表證以實寒為主，風熱表證以實熱為主。

（四）主證

惡寒（或惡風）、發熱、有汗或無汗、脈浮緊或浮數等。其中惡寒（或惡風）是診斷表證的重要依據，故曰「有一分惡寒，即有一分表證」，這也是解表藥合理用藥的重要依據。

主證鑑別：若常肢涼身冷，得溫即減，或惡風寒，是陽氣不足之虛寒證，不宜用解表藥；若脈不浮反沉，或細弱無力，為脈證不符，不可用解表藥發汗。

(五) 兼證

頭身疼痛、鼻塞、流清涕、咽喉腫痛、咳嗽或水腫等。

(六) 特點

表證多見於外感病的初期，具有起病急、病位淺、病程短、變化快的特點，故治療用藥宜當機立斷，中病即止。

(七) 表寒證和表熱證的區別

風寒表證：發熱輕，惡寒重，頭痛，身痛，無汗，舌苔薄白，脈浮緊。

風熱表證：發熱重，惡寒輕（或惡風），口渴，喜冷飲，有汗或無汗，舌苔薄黃，脈浮數。

二．表證的治療原則和方法

發汗法是治療表證的基本治法，令表邪由汗而解。

《黃帝內經》曰：「其未滿三日者，可汗而已」（《素問·熱論》）。「其在皮者，汗而發之」（《素問·陰陽應象大論》）。張仲景《傷寒論》中用辛溫發汗法治療風寒表證，清朝溫病學家倡用發汗力弱的辛涼解表法治療風熱表證。

三．解表藥的分類

根據藥物的性能功效以及不同的表證類型，將解表藥分為發散風寒藥和發散風熱藥兩大類。

(一) 發散風寒藥

性味多辛溫，發散風寒之邪，其發汗力強，用於治風寒表證。常用的藥物有：麻黃、桂枝、紫蘇、荊芥、防風、生薑、白芷、細辛、羌活、藁本、辛夷花、蒼耳子等。

(二) 發散風熱藥

性味多辛涼，發散風熱之邪，發汗力較弱，用於治風熱表證。主要藥物有薄荷、桑葉、菊花、升麻、葛根、柴胡、蟬蛻、蔓荊子、浮萍等。

四．解表藥的作用機理

解表藥除了蟬蛻和桑葉外，其味皆「辛」，辛能發散，使表邪由汗而解，汗出熱退。溫熱的藥物還具有散寒作用，通過辛散溫通，驅除風寒濕邪，緩解疼痛。此外，解表藥

其性辛散，故能透疹止癢，亦能宣通肺氣而止咳平喘、利尿消腫。辛涼解表藥其性寒涼，並能清熱、解毒、透邪，達到清利咽喉等目的。

現代研究表明解表藥大多含有揮發油，具有發汗、解熱、抗菌、抗病毒、抗過敏、鎮痛、抗炎與免疫調節等作用。此外，部分解表藥兼有利尿、解除平滑肌痙攣、增加冠狀動脈血流量、健胃等作用。

第二節 解表藥的安全合理用藥

一、表證不同階段的安全合理用藥

（一）早期用藥

一旦外邪襲表，要及時應用解表方藥治療，促使病邪從汗而解，達到早期治癒、防止病邪入裏及傳變的目的。據研究，在感染性疾病的早期，解表藥除了抗菌、抗病毒的作用外，並能增強機體免疫功能；在治療過敏性疾病中，解表藥則能抑制免疫及過敏反應。

（二）表裏同病

若見發熱惡寒的表證，又有便秘、煩渴、舌紅苔黃而乾，脈浮數或滑數等入裏化熱的裏證，即為表裏同病。在治療上，當先解表後攻裏，但若表裏病情程度基本相同，則須表裏雙解。

（三）表證後期

表證後期，表邪已祛，然正氣已傷，常表現為神疲、乏力、口乾等，為氣陰兩傷之證，可酌用補氣養陰之品，如西洋參、太子參、玉竹、麥冬、蘆根等煎湯代茶。

二、不同年齡與體質病者患表證的安全合理用藥

（一）青壯年

青壯年體質壯實，正邪相爭劇烈，若見發熱惡寒明顯，可用發汗力較強的解表藥，三藥量可稍重。

（二）兒童和老年人

兒童和老年人應選擇藥性平和的解表藥，藥量宜輕，且不宜過度發汗。尤其是老年體弱之人，要注意益氣扶正及養陰。茲舉老人傷風醫案一則說明之：

病案舉例：傷風

何某，女，83歲，1960年5月11日初診。患者近來頭重身倦，咽乾，目澀，間有乾嗽，胃納不振，身微熱而惡風，左側大腿痠痛，動則乏力，汗出，睡眠不佳，二便正常，舌質正常，舌後根苔白膩，脈寸浮遲，關沉遲，尺沉弱。此乃高年氣血兩衰，衛氣亦虛，疲勞汗出則風邪乘之，治宜益氣和衛，祛風化痰，以玉屏風散加味。

處方：生黃芪四錢，防風一錢，白朮一錢五分，炙甘草一錢，甘菊花一錢，化橘紅一錢五分，茯神二錢，桑枝三錢，生薑二片，紅棗（去核）二枚。

覆診：服藥後見輕，但仍感倦怠，下肢痠軟無力，足痠指麻，已不咳仍吐痰，舌苔已退，脈寸沉遲，關滑尺弱。傷風雖解，正氣虛弱，治宜扶元養陰兼化痰濕。

處方：東北參二錢，茯神二錢，天門冬三錢，淮山藥三錢，五味子十錢，炒杜仲二錢，潼蒺藜三錢，枸杞子二錢，化橘紅二錢，龍眼肉二錢，遠志八分，大紅棗（去核）三枚，水煎取汁，日服二次，每次西洋參粉三分沖服。連服五劑之後，以全鹿丸常服以增氣血，固護健康。

按：傷風乃外因為病，其治或溫散，或涼解，何以採用甘溫之法，蓋因機體的衛外功能不同而權變之。本例年老氣血兩衰，腠理疏豁，本屬風邪易傷之體，今既疲勞汗出，故風邪乘虛而入，如果不固護腠理，益氣祛風，而用一般發表之法則何異開門引盜，撤其藩籬，恐衛愈弱而風亦難除。選用玉屏風加味，發在芪、防，收在朮、甘、薑、棗，調和營衛，發而不傷，實為高年體虛傷風善治之法。後用扶元育陰，補助奇經，對於老年亦是最妥善之法。^[1]

（三）孕婦和產婦

不宜用有毒的解表藥，如蒼耳子、細辛等，防止對胎兒或嬰兒產生不利影響。藥性較烈的解表藥麻黃、桂枝也當慎用。孕婦慎用蟬蛻。

（四）體虛患者

對於素體正氣不足，或大病、久病後，或過用發汗藥物後，復感外邪而見表證者，當慎用發汗力強的解表藥。而要選擇藥性平和、發汗力較弱的解表藥，如葱白、生薑、荊芥、防風等，還要處理好祛邪與扶正的關係，宜扶正解表。一般來說，可以先祛邪後扶正，但若正虛和邪實程度相近，可以扶正祛邪並用。總之，選方用藥時應力求祛邪而不傷正，扶正而不留邪。

1、氣虛外感

患者表現為汗出、疲乏，惡風等，可選用防風，配伍黃芪、白朮等益氣解表，如玉屏風散。

2、陽虛外感

- 汗為心液，若發汗太過，則傷津耗氣，陽氣外泄，累及心氣，使心之氣血虧損，則心無所主，可能出現心悸、虛脫等症狀。若素有心陽不振或心氣虛弱者，發汗解表則使心氣益損，故當慎用解表藥，或兼以益氣扶陽。
- 若患者素體陽虛，復感表邪而見惡寒肢冷，但發熱低或不發熱、脈沉等，可選用麻黃、細辛、附子等助陽解表，但藥量宜輕。
- 病人素有衛陽不足，雖有表證，也要慎用發汗之法。當用溫陽解表之劑，以溫中助陽，兼以解表。茲舉體虛感冒一則說明之：

病案舉例：體虛感冒

宋××，男，55歲，1960年4月20日初診。患者本體素弱，平時易罹感冒，此次感冒持續月餘，服藥不癒，頭痛，畏風，自汗出，身倦乏力，關節不利，二便正常，舌淡無苔，脈象沉遲無力，此屬陽虛感冒，營衛不固，治宜溫陽益氣，宗玉屏風散加味。

處方：黃芪五錢，防風一錢，白朮三錢，川熟附子三錢。先煎附子三十分鐘，再納餘藥同煎，去滓取汁，分二次溫服。

覆診：畏風消失，惡寒亦減，頭痛見輕，仍時汗出，脈弦緩，右沉遲，左沉弱，舌苔白膩，屬衛陽既虛，內濕漸露，改用溫陽利濕為治。

處方：生黃芪四錢，白朮三錢，川熟附子三錢，苡仁五錢，桑枝（炒）一兩。

再診：諸症大減，氣機舒暢，尚微感惡涼，脈緩有力，前方加良薑二錢，以溫胃陽。

末診：服藥後已不畏冷，脈右沉遲，左弦緩，繼宜溫陽補中，改用丸劑緩調以善其後，早服附子理中丸二錢，晚服補中益氣丸二錢，逐漸恢復而獲痊癒。

按：本體素弱，陽虛衛外力弱，故平時易患感冒，此次感冒月餘，汗出不解，腠理空虛，玄府洞開，衛陽不因。故先以玉屏風散加附子，溫陽益氣固表，使營衛得偕，繼以溫陽利濕，終以溫陽補中而獲痊癒。若不辨體質，泛用一般治療感冒通劑，則表氣愈疏，衛愈不固，病必不解。病隨體異，用藥辨有所不同。^[2]

3、陰血虛外感

《傷寒論》云：「衄家、亡血家」，不可發汗。所謂的「衄家、亡血家」，泛指因出血導致血虛的患者。汗由陽氣蒸騰津液所化生，過汗則損傷陰液；津液與血液同源，津液又是血液的重要組成部分，故傷津必致傷血。這正如前人所云「血汗同源」：「奪血者無汗，奪汗者無血」（《靈樞·營衛生會篇》）。

- 血虛患者的表證，如外傷、術後、產後，或其他慢性消耗性疾病等，當慎用解表藥發汗，或酌情配伍補血藥物如熟地、何首烏、白芍、阿膠等，預防耗傷陰血。
- 對於陰虛患者的表證，表現為口乾、便秘、五心煩熱、舌紅苔少等，可選用發汗力較平和的藥物，如荊芥、防風、桑葉等，配合養陰藥物玉竹、麥冬、枸杞、北沙參等。

三、表證兼證的安全合理選藥

（一）兼（夾）咽喉乾燥、腫痛

若發熱惡寒身痛的同時，兼見咽喉乾燥或咽喉疼痛明顯，則為始於外感風寒，恐有化熱之勢，或為外感風溫夾有熱毒之邪，宜選用既能辛涼清透、宣散表邪，又能解毒、利咽喉、消腫痛之解表藥，如牛蒡子、薄荷、桑葉、射干、藏青果、崗梅根、生訶子等。不宜選用桂枝、羌活、白芷、藁本、生薑等辛溫助火之藥。

（二）兼（夾）鼻塞、鼻淵

外感風寒，出現鼻塞不通、流涕明顯，或鼻淵頭痛，乃肺竅為邪所鬱閉，宜選用既能解表、又能宣通鼻竅的解表藥，如白芷、細辛、辛夷、蒼耳子、鵝不食草等。上述藥物其性辛散，能使鼻腔通暢，解除鼻塞。若見口乾、發熱、流濃稠濁涕，則不能過用辛溫發散之藥，以免化熱，加重病情，宜適當配伍辛涼滋潤或兼有解毒的藥物，如桑葉、菊花等。

秦伯未老中醫對鼻淵鼻流濁涕的辨證合理用藥有精闢論述：「內因膽經之熱上移，外因風寒凝鬱而成，用蒼耳子湯送服奇授藿香丸，或用辛夷荊芥散。本證日久，亦能致虛，當斟酌補氣，不可一味辛散。」^[3]

蘭心浮老中醫在臨證時常說，治病不僅要知病，且須熟悉藥性，須從臨床用藥過程中不斷總結藥物各自的特性，用藥才不致失於偏頗。如鼻竇炎常用辛夷花，但該藥辛散太過，甘潤不足，且鼻竇炎患者常有口乾症狀，辛夷花應少量用或配以甘潤藥物。福州民間用辛夷燉豆腐，豆腐甘涼潤肺，能制約辛夷的辛燥之性。^[4]

（三）兼（夾）目赤腫痛、羞明流淚

外感風熱或肝經有熱，上攻於目，表證兼見目赤腫痛或羞明流淚，宜選用既能疏散風熱之邪，又能清肝明目的解表藥，如桑葉、菊花、木賊、蟬蛻等。不宜選用藁本、白芷、羌活、桂枝等溫熱升散之品。

(四) 兼（夾）嘔吐、泄瀉

為寒邪或暑濕之邪、不潔之物損傷脾胃，或素體脾胃虛弱，又復外感所致。宜選用既能解表、又能調理脾胃的解表藥，如紫蘇、生薑、香薷和豆豉等。不宜選用牛蒡子等苦寒滑腸藥。

1、紫蘇

散寒力強，且能行氣和胃，適宜於風寒感冒兼氣滯胸悶、嘔惡泄瀉。

2、生薑

發汗力弱，善降逆止嘔，適宜於風寒感冒輕症兼嘔吐，稱為「嘔家聖藥」。

3、香薷

發汗解暑，化濕和中，善治夏月外感風寒，內傷於濕，導致中焦陽氣為陰邪所遏制出現的惡寒、無汗、腹痛、嘔吐、泄瀉等病證。

4、豆豉

既能輕微發表，又能和胃。適宜於傷風兼胃腸不適。

(五) 兼（夾）頭痛

頭痛是外感病中常見的症狀之一，有時還可能是主證。關於外感頭痛的辨證及合理用藥，著名老中醫秦伯未有關的論述。^[5]

首先，他認為要鑑別由何種外感病邪引起的頭痛，才能立法處方用藥：「外感中由風寒、風熱和霧露外濕引起的最為多見，其鑑別是：風寒頭痛，初起感覺形寒頭脹，逐漸疼痛，牽及後腦板滯，遇風脹痛更劇，並伴渾身關節不舒暢，精神困倦。治宜疏散風寒，用川芎茶調散。風熱頭痛，痛時亦有脹感，見風更劇，伴見口乾、目赤、面部潮紅，宜疏風散熱，用桑菊飲加減。本方原始治風溫病初期，故適用於風熱頭痛的輕證，如果脹痛劇烈，兼有小便短赤，大便秘結及唇鼻生瘡等內熱症，應用黃連上清丸苦寒降火，偏重治裏。濕邪頭痛，痛時混脹沉重，如有布帛裹紮，四肢痠困，舌苔白膩。這種頭痛雖以濕邪為主，也與風寒有關，宜疏表勝濕，用羌活勝濕湯，目的在於使風濕從汗而解。」

其次，對外感頭痛的用藥，還當有針對性地使用疏風止頭痛藥：「外感頭痛，由外邪引起，基本治法相同於外感病初期的治法，但如果以頭痛為主證，當在辛散輕揚的治則上佐以緩痛兼清頭目。一般用荊芥、防風、薄荷、菊花為基本藥。偏於寒的加羌活、蔥白；偏於熱的加桑葉、焦山梔；偏於濕的加蒼朮、生薑。」

解表藥性輕揚上達，能上達頭面，並能引導其他藥物達到病痛的部位，加強藥效，即根據頭痛的不同部位應用引經藥，如：

1、陽明頭痛（前額、眉棱骨）

此種頭痛常由於鼻淵發作所致，選用入陽明經的白芷，且能通鼻竅而止痛。

2、太陽頭痛（頭頂部位）

羌活性善上行，入足太陽膀胱經，引藥直達頭頂。

3、偏頭痛（寒性頭痛）

選用少陰腎經引經藥細辛，辛溫而烈，散寒止痛力強。

4、少陽頭痛（太陽穴）

選用少陽經引經藥柴胡以疏肝解鬱。

（六）兼（夾）咳嗽、氣喘

外感病中邪氣鬱閉，腠理閉塞，肺氣失於宣降而上逆，宜選用既能解表祛邪、又能宣肺止咳平喘的藥物，如麻黃。不宜過早應用斂肺止咳藥如五味子、訶子等，或納氣平喘藥如蛤蚧、沉香等。

（七）水腫初起兼有表證

水腫初起兼有表證，乃因肺氣不得宣降，不能通調水道所致，如急性腎炎初起見發熱惡寒等表證者，又有水腫、小便不利，宜選用既能解表宣肺、又能利水消腫的藥物，如麻黃、香薷、浮萍等。水腫初起不宜用溫陽、補氣利水藥，以免斂邪。

（八）兼（夾）風濕關節疼痛

素有風濕又復感寒邪，或感風寒濕邪，證見全身肌肉、筋骨關節疼痛明顯，宜選用祛風、散寒、除濕、溫通止痛的藥物，如麻黃、藁本、羌活、防風、海風藤等。

（九）兼（夾）中氣下陷

素有脾胃虛弱，中氣下陷，或久瀉、胃下垂等的患者，復感風寒表證，宜選用既能解表、又能升陽舉陷的藥物，如升麻、葛根、柴胡等，亦可配合黃芪補氣。不宜選用牛蒡子等滑腸之藥。

（十）兼（夾）肝陽上亢

素患高血壓而復感風熱之邪，證見發熱惡寒，又見面紅目赤、頭痛眩暈等肝陽上亢之證，宜選用既能解表、又能平肝降壓的解表藥，如桑葉、菊花、葛根等。不宜用升麻、柴胡等升陽的解表藥，且忌用升高血壓的藥物，如麻黃。同時，白芷、藁本、羌活、細辛等辛溫升散藥也應慎用。

秦伯未指出使用治頭痛的藥物應注意：「至於白芷、藁本、細辛等，雖有止痛作用，一般用作頭痛要藥，但因氣味辛溫、香燥走竄，用不得當反易引起暈眩，非必要時可以不用，用亦不宜量大。」^[5]

(十一) 兼淋證

病因以濕熱為主，病位在膀胱；膀胱濕熱，灼傷津液致津液虧乏，治宜滋陰解表，可配伍玉竹、蘆根等，令解表而不傷陰。雖有外感，不宜使用發汗力強，且易辛溫動血、燥烈之解表藥，如桂枝、藁本、白芷、細辛等，以免津液愈虧、邪熱愈熾、灼傷血絡、迫血妄行而加重淋證。

(十二) 兼（夾）風疹、隱疹、皮炎

若為風寒或風熱（或夾毒邪）鬱閉肌膚而發皮疹，應選用既能透發疹子、又能止癢的藥物，如：

1、荊芥

散風寒而透疹。

2、薄荷、蟬蛻、葛根、升麻、牛蒡子、芫荽、西河柳、浮萍

散風熱而透疹，治風熱疹子不透。升麻、牛蒡子又尤能解毒透疹，治療熱毒內閉、疹發不暢、疹子的顏色紫暗。

(十三) 兼（夾）瘡瘍

當瘡瘍出現發熱身痛時，要辨別是否屬外感，抑或由久患不癒的毛囊感染、多發性癰腫、丹毒、疔毒惡瘡所致。後者不能用發汗的方法。

1、瘡瘍初起

若瘡瘍初起，證見外感風寒或風熱表證者，宜用發汗力較弱，藥性平和辛溫解表之藥，或辛涼兼有解毒作用的解表藥，使邪從汗解。如荊芥能透表消瘡，配合金銀花、連翹、貫眾、板藍根、菊花、升麻等既能解表，又能清熱解毒。

2、久患瘡瘍

若遇久病瘡瘍之人，氣血已傷，雖有表證，不可妄用辛溫之劑以發汗，以免陰血更傷，筋失所養，導致筋脈強直、肢體拘攣等證。

(十四) 兼（夾）心悸

若見發熱惡寒或惡風，汗出乏力，心悸、短氣、胸痛，苔薄白、質紅或淡紅，脈浮數或結代者，為心之氣陰不足，宜選用發汗力和緩的辛涼解表藥，如桑葉、菊花、連翹、金銀花等，或配伍益氣養陰、清熱解毒、活血化瘀之品。麻黃、細辛之屬皆不宜。

四．不同季節與氣候外感病者的合理選藥

(一) 春夏

春季多雷雨，西南地區則濕氣瀰漫，多兼寒濕或濕溫之邪；夏季炎熱、潮濕，暑濕相交，暑多夾濕，為暑邪致病的特點。同時，夏季空調和游泳、野外露宿等納涼方法，常使人既受暑熱又受寒濕侵襲。臨床常見表現為發熱惡寒、頭身困重或身熱不揚、嘔噁、食欲不振、便溏、舌苔厚膩等，宜選用紫蘇、香薷，配伍藿香、佩蘭、荷葉等解表化濕祛暑之藥。不宜用麻黃、桂枝、細辛等溫熱辛燥之品。

嶺南地區夏季天氣炎熱，加上多雨潮濕，以濕熱氣候為主。感冒宜選用清熱透表兼以祛濕之藥，如防風、菊花、桑葉等，配伍火炭母、木棉花、雞蛋花、龍脷葉、薏苡仁等。注意勿過度飲用苦味涼茶，避免損傷脾胃。

(二) 秋季

夏末初秋的外感，燥邪夾溫熱之邪，為溫燥，臨床表現為發熱重，惡寒輕，頭痛、口鼻發乾、咽喉燥痛、咳嗽無痰或痰少而黏，嚴重時出現痰中帶血等症狀，選藥的關鍵在於辛涼清潤並用，因清能散火、潤能治燥，清潤合用，溫燥諸症悉除。宜選用桑葉、菊花、薄荷等辛涼輕清之藥，配伍麥冬、北沙參、玉竹等潤燥之品。

深秋冬初之際，燥邪夾寒邪，為涼燥，臨床表現為惡寒發熱，惡寒重，頭身疼痛，選藥的關鍵在於辛溫潤燥並用，因溫能散寒，潤能治燥。在用藥上，除選用荊芥、防風等辛溫散寒藥物外，且配伍北沙參、生地、麥冬、天冬、百合等潤燥之品。不宜用細辛、藁本、白芷、蒼耳子等溫燥之藥。

(三) 冬季

冬季寒冷，尤其是北方室外冰天雪地，但室內暖氣，令空氣乾燥，或氣候反常，寒熱變化急劇，令冬季外感出現內熱外寒之證，證見惡寒頭痛、高燒不退，無汗，鼻塞，流涕，周身痠痛等感冒症狀。這種內有蘊熱、外感寒邪所引起的外感病，俗稱「寒包火」。

早期輕證選用生薑或葱白，加熱湯、熱粥等助發其汗，既驅散束縛體表的寒邪，又使體內的火熱隨汗透出體外。若為風寒表證之重證，則選用麻黃、桂枝等以發散風寒。出現口乾、咽痛、面紅、大便乾結、小便黃赤時，則要注意適當配伍清熱瀉火之品，如蘆根、淡竹葉、牛蒡子等。但初期不可過用寒涼之藥，以免在寒邪的「包裹」下，體內的熱由於沒有宣洩的出路，而形成持續高燒不退的現象。

五．合理停藥

使用解表方藥不能過量，應中病即止，以免過汗耗傷津液。

《傷寒論·辨太陽病脈證並治篇》(第十二條)載：「若一服汗出病差，停服，不必盡劑。若不汗，更服依前法。又不汗，後服小促其間，半日許令三服盡。若病重者，一日一夜服，周時觀之。服一劑盡，病症猶在者，更作服，若不汗出，乃服至二三劑。」說明表證患者一般一天一劑，若病情重，體質好，也可服二劑；最好一天後覆診，一般不超過三劑（三天），再根據病人情況對藥物進行調整。^[6]

六．解表藥的用量和用法

（一）用量

1、因人制宜

對素體體質比較虛弱、皮毛汗孔比較疏鬆、容易出汗的病者用量要輕；病情重體質好的患者酌情加量。

2、因時、因地制宜

在冬天氣候寒涼陰冷或寒冷地區，不容易出汗，發散風寒藥用量較大；夏天氣候溫暖，或熱帶炎熱地區，容易出汗，發散風寒藥用量宜輕。

（二）煎煮法

解表藥大部分含有揮發油，煎藥時器具要比較密閉，且不宜久煎，一般煮沸至 15 分鐘左右，以免揮發性有效成分散失而降低藥效，荊芥、薄荷等應後下煎煮。

（三）劑型

解表藥的劑型，除湯劑之外，亦可製成散劑、顆粒劑、片劑、膠囊劑等服用；除經口服給藥途徑外，還可採用佩戴、嗅鼻、洗熨、薰蒸等多種劑型及方法，對表證均有防治效果。

（四）服藥法

發散風寒藥多宜飯後熱服，服藥後蓋被，或吃些熱粥，可助發汗以增效。《傷寒論·辨太陽病脈證並治篇》(第十二條)載桂枝湯之煎服法：「……適寒溫服一升。服已須臾，啜熱稀粥一升餘，以助藥力，溫覆令一時許……。」^[6]因為解表藥的出汗多屬溫熱性出汗，辛溫解表藥服後一般多有溫熱感。麻黃能使處於高溫環境的人出汗快而多，溫熱的刺激可使血管擴張，汗腺興奮而出汗。

若平時容易出汗者，或體虛之人，則不必用此法。也可用逐步加量法，以免發汗過度。

七．藥後調攝

(一) 汗出的程度

應遵循張仲景的告誡：「遍身絜絜（注：音 zhí 執。《通雅》：『小雨不絜也』。形容微汗不斷，皮膚濕潤的樣子。）微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除。」（《傷寒論·辨太陽病脈證並治篇》第十二條）^[6]發汗要得汗即止，過汗除了容易耗傷津液、損傷正氣外，更容易復感外邪。如果輕率過用發汗峻劑，嚴重的會亡陰或亡陽。此外，發汗後應及時避風寒，並更換衣服，避免汗出傷風。

(二) 飲食宜忌

- 發汗後及時補充液體，如多飲白開水或魚湯之類。
- 《傷寒論·辨太陽病脈證並治篇》（第十二條）曰：「禁生冷、黏滑、肉面、五辛、酒醢、臭惡等物。」即吃清淡易消化食物，應忌食生冷、油膩、辛辣之品。

(三) 服藥後可能出現的問題及處理

1、藥後汗出過多，傷津耗氣

若患者出現疲乏無力、口乾等情況，應停藥，囑患者飲用開水、果汁、白粥，或用淡竹葉、蘆根、麥冬等煎湯代茶。

2、發汗不暢，表證不解

可能是藥力不夠，或濕邪鬱閉肌膚（空氣濕度大），或久居溫度太低的冷氣房，或煎服方法不當所致。可調整選藥，並且配伍芳香化濕透藥物，如藿香、佩蘭、蒼朮等。配合適度運動和保暖，並在服藥後喝熱開水或熱粥。

3、汗後復感

若發汗後熱退，全身輕鬆，鼻竅通暢，但由於服藥後調攝不善，如汗出當風，或貪涼飲冷等，又出現鼻塞流涕，惡寒發熱，可以再服用解表藥，但要注意不可過汗。

4、病情變化

若服藥過程中出現了併發症，或邪氣傳變入裏，如急性傳染病初期轉入中期，則要根據情況停止使用解表藥，另作治療方案。

八．解表藥用作藥膳的合理應用

素體表虛容易感冒者，或輕證一般傷風之證，也可應用解表藥製作藥膳進行預防調理。選用的藥物應藥性平和，發汗力弱，且藥味可口，如葱白、紫蘇、桑葉、菊花、荊芥、薄荷、葛根等，配合食物如雞肉、豬瘦肉、牛肉等。

第三節 常用烈性或具毒性解表藥的安全合理用藥

絕大部分解表藥是安全有效的。部分解表藥由於藥性較烈（如麻黃）、或具有一定的毒性（如細辛和蒼耳子），則須慎重使用。

歷代皆言無毒的藥物，在單味藥的使用過程中，或提純為單體時，或製成各種製劑、特別注射劑，通過不同途徑給藥時，有可能出現毒性或不良反應。例如葛根中提取的葛根素，製成葛根素注射液，可導致部分患者出現過敏反應、溶血反應。^[7]但葛根作為湯劑時，未見有不良反應。

機體在不同機能狀態下，由於藥物使用不當引起的損傷，多為沒有掌握藥性特點，沒有合理運用中醫辨證論治給藥，而出現不良反應。如麻黃發汗力強，適用於治療風寒束表的風寒感冒無汗。如果用於表虛汗出，就有可能出現汗出不止、疲乏無力等。麻黃又有興奮中樞神經系統的作用，能升高血壓，若用於治療失眠或高血壓病者，且用量較大，有可能出現不良反應或加重病情。

此外，藥物的品種、產地、採收季節、藥用部位、炮製、配伍及用量、服用方法等差異，也會導致藥物的毒性不同。

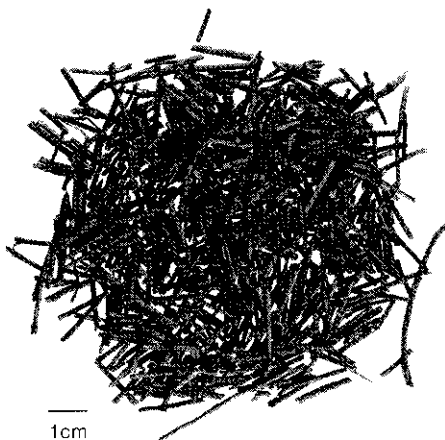
一、麻黃〔Herba Ephedrae〕

為麻黃科植物草麻黃 *Ephedra sinica* Stapf、木賊麻黃 *E. equisetina* Bge. 或中麻黃 *E. intermedia* Schrenk et C.A. Mey. 的草質莖。

首載於《神農本草經》，曰：「治中風，傷寒，頭痛。……發表出汗，去邪熱氣，止咳逆上氣，除寒熱，破癥堅積聚」。^[8]自東漢末年張仲景《傷寒雜病論》以來，麻黃一直被用於風寒感冒，胸悶喘咳，風水浮腫，喘證、哮證等，積累了豐富的臨床經驗。

但由於不合理應用等因素，麻黃的使用也出現過一些不良反應。特別是近年來有西方國家對麻黃製品沒有適當監管或專業指導，時有濫用、重用麻黃鹼與奮劑或用作減肥用途，或由於服用時間過長或過量，引致病人心臟病、中風等疾病復發，對身體造成損害。^[9, 10]

目前有些人視麻黃如猛虎，即使遇當用之證，也存疑慮。實際上，若按中醫藥理論使用，並能準確掌握用量，則能趨利避害，充分發揮麻黃治病救人效。



麻黃

認識和使用中藥麻黃，不能將之完全等同於麻黃鹼，因為麻黃是按中醫藥理論指導使用的，並且含有多種活性成分，共同發揮治療作用。而麻黃鹼（麻黃素）卻是按西醫藥理論使用的。沈映君等認為，麻黃與麻黃鹼之間存在極大差異，麻黃在複方中使用的不良反應如何，這些問題有待深入研究。^[11]

（一）作用特點

1、性能功效特點

麻黃性味辛微苦，入肺、膀胱經。其功效特點可以歸納為宣肺和散寒兩個方面。《本草正義》曰：「麻黃輕清上浮，專疏肺鬱，宣洩氣機，是為治感第一要藥，雖曰解表，實為開肺；雖曰散寒，實為泄邪，風寒固得之而外散，即溫熱亦無不賴之以宣通。」

- 味辛能使肺氣宣洩，皮毛汗孔通透，性溫能散寒，發汗力強，使風寒之邪從汗祛除體外。
- 祛散肺寒，宣通肺氣而止咳平喘。據研究，麻黃所含的麻黃鹼和偽麻黃鹼，能解除支氣管平滑肌痙攣。
- 宣通肅降肺氣，令水道通調，水液能下輸膀胱而利水，消腫；此外其發汗作用，也有助於消腫。據研究，其所含的偽麻黃鹼具有利尿作用。

2、不同源植物的作用特點

麻黃來源於草麻黃、木賊麻黃、中麻黃，其所含的麻黃鹼含量不同，如總生物鹼以木賊麻黃含量最高（3.33%），草麻黃次之（1.315%），中麻黃最少（0.25%），宣肺平喘和利水消腫的作用以生物鹼為主，用於治療水腫和咳喘時最好選用木賊麻黃。

3、不同炮製品種的作用特點

（1）生麻黃

揮發油和生物鹼含量均最高，發汗和利水作用強，故用於風寒表實無汗和水腫初起、體質強壯者，或在北方、冬季寒冷季節使用宜用生麻黃。

（2）炙麻黃（蜜麻黃）

據報道，蜜製後揮發油減少 52%，同等劑量下生物鹼含量相對有所提高，清炒後降低 33~43%；^[12, 13]而且，蜜製後生物鹼的溶出速度緩慢，蜜本身又有潤肺止咳作用，所以蜜製麻黃發汗力減弱，作用較緩和，而止咳平喘力量加強，故表證較輕、肺氣不宣的咳喘，或表證已解，尚有咳嗽、哮喘的患者宜用炙麻黃。

（3）麻黃絨

搗絨後生物鹼和揮發油均減少，作用較為溫和。小兒、老人及體虛者，宜用麻黃絨或蜜製麻黃。

(二) 安全合理使用

清代醫家凌奭著《本草害利》，概括麻黃的使用注意：「〔害〕其性輕揚善散，發表最速，若表虛自汗，飲食勞倦雜病，自汗肺虛有熱，多痰咳嗽，以致鼻塞；痘瘡倒靨，不因寒邪所鬱，而因熱甚；虛人傷風，氣虛、發喘，陰虛火炎，以致眩暈頭痛；南方類中風癱瘓，及平日陽虛，腠理不密之人，皆禁用。」^[14]

1、合理利用麻黃的發汗作用

麻黃用於治療外感風寒表實證，發熱、惡寒、無汗、脈浮緊。《本草求真》稱麻黃為「太陽發汗重劑」，素來麻黃有「發汗峻劑」、「發汗第一藥」之稱，均強調本品發汗的峻烈之性。

臨床經驗和實驗研究表明：與麻黃的發汗強度密切相關的因素，包括用量、配伍、煎服法和藥後調攝法等；其他的相關因素還有麻黃的品種來源、採收季節、炮製、用藥目的、患者的證型與體質等。

(1) 宜配伍用藥

若單味且大劑量應用，發汗力很強，若使用不當，其不良反應亦較為嚴重，故應以中藥複方配伍應用為宜。

(2) 勿過量使用

入湯劑，一般 1~9 克，入散劑 1~3 克。

1989 年，沈海葆以計量法探討麻黃的用量問題，有一定的臨床參考價值。^[15]生麻黃含有揮發油、麻黃鹼、偽麻黃鹼，主要用於風寒表實證，若以麻黃鹼含量計算，以最普遍使用的草麻黃為例，含總生物鹼 1.315%，其中麻黃鹼為 80~85%，以麻黃一次劑量 3.3 克（約一錢）計，折合麻黃鹼 34.77~36.89 毫克。根據配伍有麻黃的中藥湯液中麻黃鹼的提取率，葛根湯為 88.7%，麻黃湯為 66.6%，麻杏石甘湯為 84.1%，麻杏薏甘湯為 61.1%，亦即提取率在 61~88% 之間，則 3.3 克麻黃所含麻黃鹼若以下限計（34.77 毫克），在中藥湯液中實際煎出量應在 21.21~30.80 毫克之間，這與麻黃鹼一次日服劑量（15~30 毫克）相當。考慮到麻黃中尚有偽麻黃鹼、揮發油等其他成分的存在，以及製劑、服藥方法等多種因素，為用藥安全計，沈氏又結合文獻研究，認為麻黃常用量以 3.3 克，即舊制的一錢為宜，一般不超過 6.6 克（二錢）。除非特殊需要，最大劑量可達 10 克。若超過 10 克，則有可能超過麻黃鹼的極量：口服一次 60 毫克，一日 150 毫克。

另外，可根據不同地區、氣候、季節適當調整用量。北方地區，氣候寒冷季節，用量可增加 1~2 克。張錫純《醫學衷中參西錄》云：「陸九之謂麻黃用數分，即可發汗。此以治南方之人則可，非所論於北方者。蓋南方氣暖，其人肌膚薄弱，

汗最易出，故南方有麻黃不過錢之語。北方若至塞外，氣候寒冷，其人肌膚強厚……用至七、八錢始得汗出」。

(3) 不同的配伍採取不同的煎法

《傷寒論》中共用麻黃入湯劑 13 方（次），均注明「先煎」，有些注明先煎一、二沸，「去上沫」，再下其他的藥物煎煮。對此，歷代醫家有不同看法。有人認為，可根據在不同的配伍中採取不同的煎法，如用於發汗解表，與荊芥、薄荷、羌活等同用時，麻黃的揮發性成分較為穩定，而其他解表藥不宜久煎，麻黃可適當先煎；但與其他藥物如附子、熟地、石膏等配伍，可同時煎煮，因為石膏、附子等藥宜久煎；至於去上沫，認為不具有特殊意義，可供參考。^[16]

(4) 藥後宜溫覆身體

麻黃的發汗作用，與服法和藥後溫覆身體等密切相關。清代《本草正義》曰：「麻黃發汗，必熱服溫覆，乃始得汗，不加溫覆，並不作汗，此則治驗以來，鑿鑿有據者。」^[17]

(5) 與石膏並用以發鬱熱

《傷寒論》指出有汗不得用麻黃，是指傷寒表虛自汗，用麻黃配伍桂枝等的桂枝湯調和營衛。也不是完全不能用於有汗的病例，只是在配伍方面要注意。在《傷寒論》中便有兩個例證：一是肺熱壅盛，「汗出而喘」，用麻黃配伍石膏，即著名的麻杏石甘湯，此病證的汗出，並不是患者表虛的出汗，而是由於熱邪迫肺，津液外泄；另一個例證乃《金匱要略》的「風水惡風，一身悉腫，脈浮不渴，續自汗出」，用越婢湯治療。另外，治療水腫的另一個方，越婢加朮湯，也用麻黃，其症狀也有汗出，但其是由於濕熱薰蒸導致津液外泄的汗出。

此兩個例證，都要用麻黃來宣肺，一為平喘，一為利水，但如何來制約麻黃的發汗，張仲景用較大劑量的藥性寒涼的石膏，來制約麻黃溫散之性，削弱其發汗之力，而不造成過汗傷津液，趨利避害。

章次公論麻黃：「吾若以麻黃石膏並進，麻黃解其鬱熱，石膏平其煩渴，麻黃之辛溫，得石膏之甘寒調劑之，更何不可用之。石膏與麻黃同用，則有走表驅熱，『以發鬱陽』之功。『以發鬱陽』四字，蓋深得仲景方義者。麻黃除發汗外，定喘亦為主要功用。」^[18]

2、合理應用麻黃以止咳平喘

麻黃主要用於治療邪鬱於肺，肺氣不能宣發肅降的實證咳嗽。麻黃溫散發汗，有耗氣之弊，對於肺腎氣虛，腎不納氣的虛喘，即表現為氣短，呼多吸少，喘促的患者，當慎用或忌用。

但是，虛喘在發作期間往往表現為虛實夾雜，故麻黃用於虛實夾雜之喘咳，可與黨參、黃芪等補氣藥配伍應用，並且以炙麻黃入藥。茲舉名老中醫董建華病案一則說明之。

病案舉例：麻黃配黃芪治虛喘

若肺氣虛弱，衛外不固，易感外邪，引動伏痰而誘發哮喘。證見白汗惡風，氣短而喘，咳聲低弱，咯痰無力，或咽乾口燥，舌質淡胖，脈虛弱。此為肺虛作喘，董老常以麻黃配黃芪益肺固表平喘，常用處方：麻黃、甘草、五味子、杏仁、蘇子、沉香各 10 克，黃芪、麥冬、沙參、紫石英各 20 克。方中以麻黃宣肺平喘，黃芪益氣養肺固表，一散一固，相得益彰，沙參、麥冬、五味子斂肺養陰，蘇子、沉香、紫石英降氣化痰。

劉某，女，50 歲。咳喘 3 年，反覆感冒，入冬後氣候寒冷，咳喘加重，不得臥，痰稠，咳則汗出不止，咽乾，口渴不欲飲，神疲無力，舌胖少苔，脈細弱。此為氣陰兩傷，肺虛作喘，治宜益氣養陰，化痰平喘。上方去沙參、甘草，加半夏、熟地各 10 克。服 6 劑，汗止喘平，仍有少量白痰，氣短無力，去麻黃，加黨參 15 克，連服 12 劑，症狀完全緩解。^[19]

(三) 不良反應及處理

遵循中醫藥辨證論治理論及臨證用藥方法（複方）與劑量，應用麻黃是安全的。但用之不當，有可能出現某些不良反應或毒性。

1、麻黃中毒

(1) 中毒量

中毒量常為一次性使用 30 克以上。

(2) 不良反應和中毒症狀

可出現頭暈、頭痛、心率加快、胸痛等不良反應症狀。中毒時，出現心悸、氣促、失眠、煩躁、汗出、震顫及心絞痛發作等症狀；嚴重中毒時出現視物不清、瞳孔散大、昏迷、呼吸及排尿困難、驚厥等症狀，甚至可能因呼吸衰竭和心室纖顫而死亡。

(3) 中毒的處理

應立即停藥，並送醫院搶救，針對其引起的血壓過高及神經系統興奮症狀，可給予降壓藥和鎮靜劑。如服藥時間短，旋即出現中毒症狀，應立即洗胃，用瀉劑等減少吸收。驚厥者，可用巴比妥類或水合氯醛。

2. 高血壓及心臟病患者慎用麻黃

- 生麻黃過量服用，可使心肌收縮力增強，心率加快，心輸出量增加，血壓升高，心肌耗氧量增加，也可使快速型心律失常病者病情加重，這可能與生麻黃中所含麻黃鹼有關。但對於心動過緩者，合理應用炙麻黃治療，每獲療效。
- 心源性哮喘、高血壓性心臟病等器質性心臟病者，應慎用或忌用。
- 以因人因時制宜為原則，如發現用藥後臨床症狀加重、心電圖異常，應及時停藥觀察。

病案舉例：服用麻黃過量致心律失常加重

鮑某，男性，5歲，於1990年1月4日初診，因先天性心臟病（房缺）每逢寒冷哮喘發作。刻下，正值冬季，咳喘復發，呼多吸少，氣短，心悸，胸悶，口唇發白，舌淡紅，苔白膩，體檢呼吸急促，頸靜脈怒張，兩肺聞及哮鳴音，心率101次/分鐘，律不齊，心尖區聞II級收縮期雜音，肝脾未觸及，兩下肢浮腫，心電圖示竇性心律不齊。西醫診斷：①小兒喘息性支氣管炎，②先天性心臟病（房缺）。中醫證屬寒邪犯肺，肺失宣降，痰濁內壅。治宜宣肺定喘，止咳化痰。藥用生麻黃12克，杏仁3克，桑白皮6克，蟬衣3克，白蘇子3克，川貝母6克，車前子6克（布包），甘草1克，3劑，水煎服。服完第一劑，患兒突然額汗淋漓，咳喘加劇，出現拒食、神靡、口唇發紫、四肢厥冷等症。送本院急診室查，體溫37.2℃，心率132次/分鐘，心律不齊，體查神清合作，神經系統未引出病理反射。

心電圖示：①竇性心動過速伴不齊；②頻發房性早搏；③短陣性陣發性房速；④ST-T改變。胸片示：心臟輕度增大。遵醫囑，停用中藥，改西藥對症處理。12小時後重新查心電圖示：竇性心律不齊，繼遵醫囑，抗炎止喘化痰治療，5天疾病控制。

上述喘息性支氣管炎患兒，既往有先天性心臟病史。在應用二拗湯方劑生麻黃12克治療過程中，出現咳喘劇，額汗淋漓，唇紫，心律失常等一系列重症。停用中藥，改用西藥對症處理12小時後，查心電圖示竇性心律不齊，臨床症狀減輕。筆者曾再次用生麻黃藥量9克治療鮑某，未出現上述症候群，是生麻黃過量所致無疑。^[20]

3、具有類似苯丙胺的興奮劑作用

服用麻黃後尿檢呈陽性反應，運動員當禁用麻黃素、麻黃和含有麻黃的製品。

4、興奮中樞神經

較大劑量的麻黃，能興奮皮層和皮層下中樞，引起興奮、煩躁、失眠、不安。故不寐患者應慎用。

5、興奮膀胱內括約肌

麻黃鹼可使膀胱三角肌和括約肌張力增加，過量服用或久用麻黃可致尿少或尿閉，也容易誘發或加重尿瀦留，故本品不應過量或久用，尿瀦留患者應忌用。老年人前列腺增生要慎用麻黃，謹防排尿困難。但對遺尿患者，合理應用炙麻黃治療，每獲療效。

6、過敏反應

個別患者可引起全身皮疹，並伴有低熱，應予注意。

7、易產生快速耐受性

用於治療慢性喘咳等證，應當間歇性給藥，持續使用則療效降低。

8、手術前和劇烈運動前或運動中忌用

本品可提高心率和血壓，故應當至少在術前 24 小時停服。在劇烈運動前或運動中也當忌用，防止發生猝死。

(四) 配伍用藥及增效減毒 (烈)

1、配桂枝

發汗解表作用增強，治風寒表實無汗，如麻黃湯。

2、配杏仁、甘草

宣肺降氣，平喘止咳作用增強。麻黃藥性剛烈，杏仁、甘草則藥性柔潤，故能降低麻黃的烈性。治風寒束肺喘咳氣逆，如三拗湯。

3、配五味子、乾薑、細辛、半夏

止咳平喘作用增強，治外感寒邪、內停寒飲證，如小青龍湯。

4、配生石膏、杏仁

辛溫發汗的峻烈之性減弱，清肺平喘兼透表熱作用增強，治肺熱咳喘證，如麻杏石甘湯。

5、配白果、黃芩

止咳平喘作用增強。麻黃宣肺而平喘，白果斂肺而平喘，麻黃與白果相配，又可避免白果收澀斂邪。治痰熱咳喘證，如定喘湯。

6、配生石膏、白朮

辛溫發汗的峻烈之性減弱，利水消腫作用增強，治療水腫初期有表證（風水證），如越婢加朮湯。

（五）與西藥合用的禁忌^[21, 22]

1、忌與洋地黃、地高辛等西藥同時使用

麻黃具有興奮心肌 β 受體、加強心肌收縮力作用，同時又可興奮 α 受體，具有收縮周圍血管，減低降壓藥功效的作用，甚至可使血壓失控；與洋地黃、地高辛等合用，可加重高血壓患者的病情。

2、忌與單胺氧化酶抑制劑合用

麻黃鹼可使後者的不良反應顯著增加。含麻黃製劑與優降寧、苯丙胺、利血平、降壓靈等合用時，可使其降壓作用失活，導致高血壓危象。

3、忌與氨茶鹼合用

麻黃鹼與氨茶鹼具有鬆弛支氣管平滑肌的作用，雖然其機制相似，但作用環節不同。據報道，二者合用，可引起噁心、嘔吐、心動過速、震顫、頭痛、頭昏及心律失常等，不良反應可增加 1~3 倍。

4、不宜與土的寧、阿托品等合用

麻黃鹼與土的寧、阿托品等生物鹼合用時，能使後者毒副作用加強，甚至產生驚厥或中毒。因阿托品可阻斷迷走神經對心臟的抑制，使心律加快，也可取消迷走神經過度興奮所致的傳導阻滯；麻黃鹼能使血壓升高，反射性地興奮迷走神經的作用抵消了直接加速心率等作用。

5、不宜與鎮靜催眠藥合用

氯丙嗪具有 α 受體阻斷作用，而麻黃鹼能促進腎上腺素神經介質的釋放，直接興奮 α 和 β 受體，二者合用可引起低血壓反應。

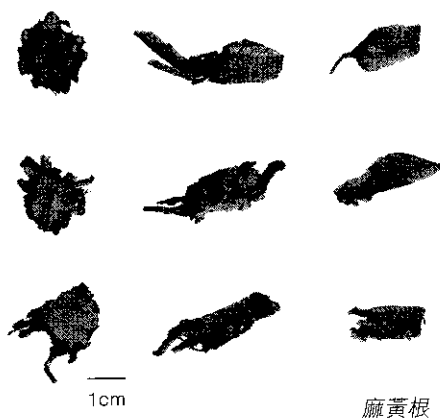
6、不宜與阿司匹靈合用

因麻黃鹼能增加患者發汗量，而使過高的體溫下降；阿司匹靈解熱作用，亦主要通過增加汗腺分泌。兩者配伍，發汗作用增加，身體虛弱者易致大汗虛脫。

(六) 鑑別用藥

1、麻黃和麻黃根〔*Radix et Rhizoma Ephedrae*〕

均來源於草麻黃、中麻黃和木賊麻黃，藥用部位不同。麻黃為其草質莖，麻黃根為其根，兩者作用完全不同，不可混淆，也不可相互取代。麻黃性味辛苦溫，作用為發汗解表；而麻黃根性味甘平，為止汗固表藥，用於氣虛自汗、陰虛盜汗或產後虛汗等，有表證的不宜用麻黃根。



2、麻黃與香薷

麻黃發汗力強，香薷發汗力弱，又能化濕，故有人認為冬天的風寒感冒宜用麻黃，夏天的風寒感冒夾暑濕則宜用香薷。

附錄：香港中醫藥管理委員會發出的「中藥材麻黃的適當使用方法」

中藥材麻黃的適當使用方法^[23]

最近歐美部分國家加強規管含有麻黃製品，主要原因是麻黃製品在沒有適當監管或專業指導下，被濫用或用作減肥用途，由於服用時間過長或過量，引致心臟病、中風等嚴重疾病，對身體造成損害。

麻黃鹼（麻黃素）為麻黃的重要成分，《中華人民共和國藥典》訂明麻黃含生物鹼以麻黃鹼（ $C_{10}H_{15}NO$ ）計不得少於 0.80%。在西藥的使用中，麻黃素每日的建議服用量為 45~180mg 的鹽酸麻黃鹼 [A1]，用於止咳、平喘等，亦不建議被長期服用。中藥使用麻黃有很悠久的歷史，《中華人民共和國藥典》訂明，麻黃為麻黃科植物草麻黃（*Ephedra sinica* Stapf.）、中麻黃（*E. intermedia* Schrenk et C.A. Mey.）或木賊麻黃（*E. equisetina* Bge.）的乾燥草質莖；功能為發汗散寒，宣肺平喘及利水消腫；用於風寒感冒、胸悶喘咳、風水浮腫及支氣管哮喘；建議用量為 2~9 克。

在香港，所有含麻黃素及其他西藥成分的產品，必須根據《藥劑業及毒藥條例》註冊為藥劑製品，及作「毒藥」規管，只可在藥房出售。至於含有麻黃的中藥製劑，必須根據《中醫藥條例》註冊為中成藥。

由於中藥麻黃有悠久的實踐及應用經驗，經詳細討論後，香港中醫藥管理委員會建議：毋須禁止其合理使用，但中藥商在生產或銷售含有麻黃的中成藥製品，須遵守以下指引：

ā 含中藥麻黃的中藥製品製劑必須視為中成藥製劑；

中藥麻黃應在中醫師的指導下，根據合適的處方配伍並依照藥典的建議劑量而使用；

ā 由於長期服用麻黃可能對身體造成不可逆轉的損害，中藥麻黃一般不應作長時期服用，如有關中成藥聲稱可長期服用，在申請註冊時必須提交急性毒性試驗及長期毒性試驗報告，以證明其安全性；

ā 所有含中藥麻黃的註冊中成藥，必須在包裝標籤附上適合短期使用的指示，如「本品不宜長期服用或本品須遵醫囑」或類似字句，確保使用安全。

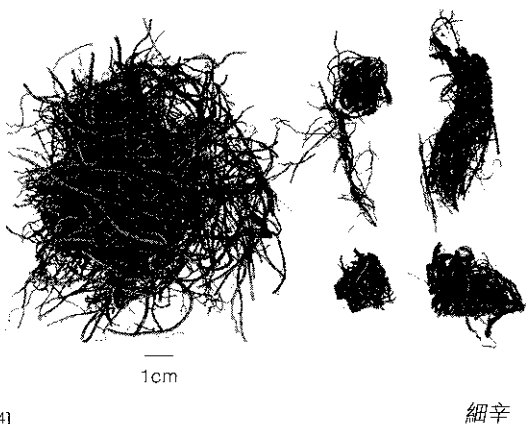
香港中醫藥管理委員會

25.8.2004

二．細辛〔Radix et Rhizoma Asari〕

為馬兜鈴科植物北細辛 *Asarum heterotropoides* Fr. Schmidt var. *mandshuricum*(Maxim.) Kitag.、漢城細辛 *A. sieboldii* Miq. Var. *seoulense* Nakai 或華細辛 *A. sieboldii* Miq. 的根及根莖。

首載於《神農本草經》，曰：「細辛，宜名小辛，味辛溫，無毒。治咳逆，頭痛，百節拘攣，風濕痺痛，死肌……」。細辛是古今常用的藥物，主治療風寒感冒、咳嗽、風濕骨痛等證。細辛有小毒，服用時間過長或過量，可能出現某些不良反應。^[24]



(一) 作用特點

1、性能功效特點

性味辛，溫；有小毒。歸肺、腎經。其功效特點主要是竄透散寒。

(1) 祛風散寒

辛香走竄，有升浮之性，外可發汗散風寒，尤解頭面之風寒，通鼻竅，但發汗力較弱，用於發汗解表時，用作輔助之品；又其散寒力強，故常用於陽虛外感。所含揮發油（主要成分為甲基丁香酚），有解熱之效。

(2) 溫肺化飲

入肺經溫肺寒以化飲，為治肺寒伏飲之要藥。

(3) 通竅止痛

走竄疏通，能逐散裏外寒邪而止痛。可用於頭痛、牙痛、風寒濕痺痛、胸痹胸痛等多種疼痛病證。

2、細辛的品種和藥用部位

馬兜鈴科的北細辛、華細辛與漢城細辛均含較高的揮發油，品質較優良，藥力強，為常用藥，也是《中華人民共和國藥典》和香港《中醫藥條例》規定的細辛品種，使用的藥用部位為根部。香港衛生署於2004年4月24日公佈暫時停止進口和使用的細辛品種（見本藥附錄），對細辛的使用進行規範。

(二) 安全合理使用

《本草害利》載：「【害】其性升燥發散，凡病內熱及火升炎上，上盛下虛，氣虛有汗，血虛頭痛，陰虛咳嗽，法皆禁用。即入風藥，亦不可過五分，服過一錢，使人悶絕，因其氣厚而性烈耳。雙葉者，服之害人。惡黃芪、狼毒、山茱萸、忌生菜，畏硝石、滑石。反藜蘆。」^[14]

細辛的安全合理使用問題，歸納起來，集中在其毒性、用量、服藥時間等方面，與之密切相關的因素還有品種、辨證用藥、配伍、煎服法等。

1、毒性

(1) 古代認識

從古代本草著作記載來看，《神農本草經》將細辛列為上品，即無毒之藥；宋以前的本草著作均未記載細辛的毒性。但南宋醫家陳承著《本草別說》，首次記載過量服用細辛粉末可致死。明清中藥著作《本草綱目》《本草備要》《得配本草》、《會約醫鏡》、《本草經疏》等都沿用此說法。

(2) 現代認識

- 當代的各版《中國藥典》均未記載細辛的毒性。
- 《中華本草》及目前的中藥學教材將細辛定為有「小毒」。由於細辛為馬兜鈴科植物，目前還應密切關注細辛的馬兜鈴酸含量及毒性問題。

(3) 影響因素

細辛的毒性常受品種、藥用部位、產地、採集季節、貯藏時間、劑型、煎煮、患者的體質、證型以及配伍等多方面因素的影響。

- 品種：華細辛煎劑，小鼠灌胃和靜脈注射的 LD_{50} 分別為 12.375g/kg 及 0.778g/kg；華細辛油，腹腔注射小鼠的 MLD 為 200mg/kg， LD_{50} 為 247mg/kg；遼細辛油，腹腔注射小鼠的 LD_{50} 為 1.02 ± 0.04 mg/kg。^[25, 26]
- 細辛的馬兜鈴酸含量，又以地上部分最高，根部最低。（見本藥附錄）
- 水煎煮提取的含量較以有機溶劑提取為少，其中細辛根在複方煎煮後，未檢出馬兜鈴酸。（見本藥附錄）
- 另有報道，細辛所含的有毒揮發油經煎煮 10 分鐘後，含量降低至原先的 $\frac{1}{3}$ ；所含的黃樟醚在煎煮 10 分鐘後，含量降低至原先的 $\frac{1}{4}$ ；煎煮 20 分鐘後，含量降低至原先的 $\frac{1}{2}$ ；煎煮 30 分鐘後，含量降低至原先的 $\frac{1}{50}$ 。適當地延長煎煮時間，能夠有效地減緩甚至消除其毒性。^[27]

2、用法用量

南宋醫家陳承著《本草別說》，曰：細辛「若單用末，不可過半錢匕，多則氣悶塞，不通者死」。這是超劑量服用細辛會對人體產生毒副作用致死的首次記載。究其歷史背

景，有研究認為，「到了宋代，臨床醫生習慣用煮散劑，由於煮散劑所用的藥材的粗（或細）末，其所含成分（包括有毒成分）的煎出率肯定會比相同量的飲片煎出率高，故用量自然會比飲片少，細辛也不例外」。^[28]

自陳承提出細辛的毒副作用以來，臨床常以「細辛用量不過錢」，作為用量的指引和約束。

明代的陳嘉謨將「半錢匕」改為「半錢」，繆希雍《本草經疏》亦認為：「不可過五分，以其氣味俱厚而性過烈耳。」李時珍將「半錢匕」改為「一錢」。

據研究，細辛散劑中揮發油的含量為相同細辛用量作湯劑煎煮 10 分鐘時的 3 倍，若要達到相同的作用，則湯劑用量至少應為散劑的 3 倍以上。細辛主要有效成分之一的甲基丁香油酚的揮發性，不及黃樟醚，經煎煮 30 分鐘後，前者在煎液中仍有一定含量，而後者含量已大大降低，印證了細辛「用末不可大劑量，大量必須入湯藥」這一用藥經驗。^[27]

《中國藥典》（2005 版）將其劑量定為 3~6 克，煎服；散劑每次服 0.5~1 克。

香港中醫藥管理委員會中藥組經過重新評估有關的管制措施後規定：細辛用量不可超過 1~3 克；煎煮時間不少於 60 分鐘；只用水煎劑，不應磨粉內服。目前在香港必須遵照此規定執行。

關於細辛的用量，尚有爭議。現歸納如下，僅供臨床參考。不同國家和地區，對其用量的規管也有所不同。

- 據統計張仲景在《傷寒論》和《金匱要略》中細辛的日用量超過 3 克的湯劑方共有 16 個，其中細辛的用量一般為 2 到 3 兩（東漢的 1 兩相當於今之公制 13.92 克）。據此推算，《傷寒論》和《金匱要略》湯劑方中細辛的一般用量為 27.84~41.76 克，分別是《中國藥典》推薦用量的 4.5~12 倍。
- 當代醫家在複方湯劑中大量用細辛的臨床報道很多。如著名老中醫謝海洲治頑固性頭痛，細辛每用 15 克；治頑固性痰飲咳喘，細辛用量為 10~13 克。^[29]著名老中醫裘沛然也有許多重用細辛的案例。^[30]
- 目前很難準確地確定其有效劑量與極量，有待進一步研究。在準確辨證的前提下，細辛的內服劑量應根據劑型來確定，不宜簡單地一刀切。若以細辛入丸、散吞服，或浸酒服，其用量也應有所不同。^[28]
- 有人認為，細辛入湯劑應後下，其用量一般以 5~10 克為宜。超過此用量，應適當延長煎煮時間。若用散劑，仍以每次不大於 1.5 克為妥。^[31]
- 臨床對一般輕證、年老體弱者、兒童、產婦都不應過量使用細辛，以確保用藥安全。陽虛外感、寒痰喘咳、寒厥肢冷、寒痹腰痛、胸痹心痛、脈緩等危重急證，可以適當超過常規劑量使用，但在沒有充分根據和實際應用經驗時，仍須避免盲目過量使用。^[32]

3、合理停藥

細辛不宜久服，歷代醫家對細辛合理停藥的論述，值得借鑑。陳士鐸《本草新編》曰：「細辛，止可少用，而不可多用，亦止可共用，而不能獨用。多用則氣耗而痛增，獨用則氣盡而命喪。」張山雷《本草正義》：曰「須知溫升開竅之品，通陽有餘，傷陰也捷，斷無久服之理」。

故細辛宜在規定的劑量短期服用，不宜多服久服，肝腎功能不全的患者當慎用或忌用。

4、使用宜忌

清代醫家鄒澍《本草疏證》總結了張仲景對細辛的應用：「細辛《本經》主咳逆上氣，小青龍湯治咳逆上氣之劑也，而曰服湯已渴者，寒去欲解也，則咳逆上氣而渴者，細辛不當用矣。又主百節拘攣，侯氏黑散、千金三黃湯治百節拘攣之劑也，而此曰惡寒，彼亦曰惡寒，則百節拘攣而不惡寒者，細辛非所宜矣。又主風濕痺痛，防己黃芪湯治風濕痺痛之劑也。而曰下有陳寒者加之，則風濕痺痛下無陳寒者，細辛無能為力矣。總之細辛惟治寒，乃為恰合。」明確指出了張仲景用細辛所主治咳逆、痺痛，惟寒證用之，辨證要點是咳逆口不渴、關節拘攣、惡寒、風濕痺痛、身體下部素有寒冷。

細辛辛散溫燥，能耗散正氣，故陰虛火旺、血虛內熱、肝陽頭昏頭痛、肺熱咳喘、乾咳無痰者忌用。廷琬《藥義明辨》云：「如因火熱屬陽盛者，而以此味投之，則相反若冰炭矣」。裘沛然總結細辛用之所慎為以下幾點：

- 勞疾失血非所宜，反能引血化熱。
- 寒化口渴者慎用，外感風寒已解或未解口渴亦慎用。
- 目疾胬肉有障翳者，赤白膜膚皆不用（注：眼暗不明，淚出者，皆赤多用之）。
- 衄血、溺血、便血，以及咯、喀、嘔、吐血，皆不用。
- 久病陰虛灼熱，非所宜。
- 凡病由內熱火盛及氣虛血虛陰虛，並慎之。^[30]

外用的使用注意：皮膚過敏及易激惹者，不宜用其末外敷。

（三）不良反應及處理

1、中毒症狀

大劑量細辛揮發油可使中樞神經系統先興奮後抑制，中毒時主要表現為頭痛、嘔吐、煩躁、出汗、頸項強直、口渴、體溫及血壓升高、瞳孔輕度散大、面色潮紅等，如不及時治療，可迅速轉入驚厥、牙關緊閉、角弓反張、意識不清、四肢抽搐、尿閉，導致隨意運動和呼吸減慢、反射消失，最後因呼吸麻痺而死亡。古代記載的「氣悶塞者，死」即屬於此情況。

古代「細辛用量不過錢」的說法，起到了一定的警示作用，故細辛中毒的案例實際上非常少見。

病案舉例：服用過量細辛致中毒

1965年陳玉璽報道：患者因頭痛、牙痛，而服用單味細辛，在80分鐘內連服3次，共服細辛5錢（15.63克），末次藥後40分鐘，即出現頭痛更劇烈，且發脹，隨即又見嘔吐汗出、煩躁不安、面色紅赤、呼吸急促（53次/分鐘）、頸項強、瞳孔散大等，體溫40.5℃，血壓170/130mmHg，70分鐘後出現神志昏迷、意識不清、牙關緊閉、角弓反張、四肢抽搐、汗出、小便閉塞、少腹膨隆等。^[33]

2、細辛對於心肌有直接抑制作用

過量使用可引起心律失常。

病案舉例：服用過量細辛致心律失常

1994年，陳筱琴報告，患者因慢性支氣管炎，證屬寒痰型咳喘，而服用含北細辛的小青龍湯加減方。首診時，醫生在方中用北細辛3克，連續煎服2劑，未見不適。二診在原方基礎上將北細辛的用量加至8克，服藥2小時後，即出現咽麻、口乾、面色潮紅、心跳加快、心律失常等。^[34]

3、中毒的主要原因

細辛中毒的原因，一是直接吞服單方的散劑用量過大；二是較大劑量入湯劑煎煮時間過短。所以必須嚴格按照規定的用法用量使用，方能保證用藥安全。

4、細辛中毒的救治

中毒救治的一般療法為：早期催吐、洗胃；由於大劑量細辛揮發油中毒的主要危害是使中樞神經系統先興奮後抑制，最終的嚴重後果是呼吸麻痹，所以尤月娥等認為搶救細辛中毒的有效辦法是靜脈注射大劑量的呼吸興奮劑。^[35]

（四）配伍用藥及增效緩烈

1、配麻黃、附子

細辛外助麻黃發汗解表，內輔附子扶陽溫腎，助陽發表作用增強，治陽虛外感證，如麻黃附子細辛湯。

2、配白芷、蒼耳子、辛夷

辛溫芳香，散寒通鼻竅作用增強，用於外感風寒、頭痛牙痛、風濕痹痛、鼻淵鼻塞等證。

3、細辛在古方中發揮的增效作用舉例：

裘沛然老中醫總結了細辛在中醫古方中的增效作用，茲舉數例如下^[30]：

- 在救陰劑中，以此通藥性之遲滯，如當歸四逆湯加吳茱萸生薑湯。
- 在散寒劑中，以此破伏寒之凝結，如大黃附子湯。
- 在溫解劑中，以此溫經達邪，散滯逐飲，如小青龍湯。
- 在滌飲理氣劑中，以此助氣逐飲，如射干麻黃湯、厚朴麻黃湯。
- 在宣和劑中，以此升沖氣，藉助滌邪，如苓甘五味薑辛湯、苓甘五味薑辛半夏湯。
- 在厥陰劑中，以此發少陽之初陽，以助厥陰之化，如烏梅丸。
- 在散邪劑中，以此散邪氣之結，如侯氏黑散。
- 在和血散結劑中，以此和血脈之壅，逐隧道之澀，如大聖散。
- 在補劑中，以此行補藥之滯，如再造散。
- 在寒邪在裏劑中，是藉以托出散邪快捷，如九味羌活湯。

4、配熟地、枸杞

制約細辛辛散之性，治頭痛。陳士鐸《本草新編》云：「細辛氣清而不濁，故善降濁氣而升清氣，所以治頭痛如神也。但味辛而性散，必須佐之以補血之藥，使氣得血而不散。」

(五) 與西藥合用的禁忌

1、不宜與心得安同用

細辛具有興奮 β -腎上腺素能受體的效應，使心率加快，心肌收縮力增強，心得安能阻斷細辛的作用，使細辛減效。

2、不宜與巴比妥類、水合氯醛合用

細辛揮發油具有中樞神經抑制作用，能加強巴比妥類、水合氯醛的鎮靜作用，同用易引起毒性反應。

(六) 配伍禁忌

忌與藜蘆配伍。

附錄：香港衛生署公佈馬兜鈴屬及細辛屬中藥材的管理辦法中 有關細辛的規定（摘錄）

馬兜鈴屬及細辛屬中藥材的管理辦法中有關細辛的規定^[36]

至於細辛屬藥材，香港衛生署規定細辛只可使用根部。而含有細辛之中成藥，必須證明不含馬兜鈴酸方可獲得註冊。根據文獻報道，長期過量服用含有馬兜鈴酸的中藥，會導致腎衰竭及尿道癌。香港衛生署公佈，於2004年6月1日起，停止進口及銷售指定的馬兜鈴屬中藥材，暫時停止進口及銷售指定的細辛屬中藥材；及停止進口及銷售含馬兜鈴酸的中成藥。

而細辛的馬兜鈴酸含量，又以地上部分最高，根部最低。此外，水煎煮提取的含量較以有機溶劑提取為少，其中細辛根在複方煎煮後，未檢出馬兜鈴酸。

根據這些研究結果，香港中醫藥管理委員會中藥組重新評估有關的管制措施及決定，繼續維持從6月1日起，停止進口及銷售指定的馬兜鈴屬中藥材。至於細辛，則可在適當情況下使用。即：

- ā 細辛應在中醫師處方指導下使用。
- ā 細辛使用的品種必須為《中醫藥條例》中所指定的品種。
- ā 細辛使用的藥用部位僅為根部。
- ā 細辛用量也不可超過《中華人民共和國藥典》（2000年版）所列範圍1~3克。
- ā 細辛煎煮時間不少於60分鐘。
- ā 藥商應從飲片廠入口《中醫藥條例》中所指定品種的細辛根部。
- ā 細辛只用水煎劑，不應磨粉內服。

2004年6月8日

三、蒼耳子〔Fructus Xanthii〕

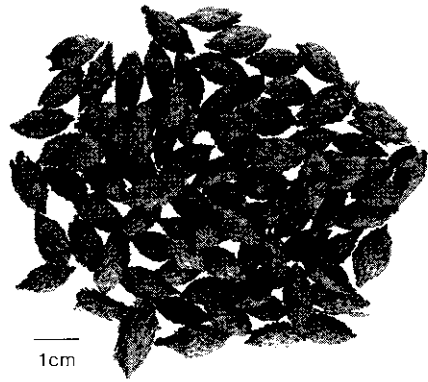
為菊科植物蒼耳 *Xanthium sibiricum* Patr. 的帶總苞的成熟果實。

首載於《神農本草經》，曰：「味甘，溫，有小毒。治風頭寒痛，風濕周痹，四肢拘攣痛，惡肉死肌」。為治療風寒感冒、鼻病、皮膚瘙癢、濕疹、風濕痹證的常用藥。

（一）作用特點

1、性能功效特點

性味辛、苦，溫；有小毒，歸肺經。《本草備要》曰：「善發汗，散風濕，上通腦頂，下行足膝，外達皮膚。治頭痛，目暗，齒痛，鼻淵。去刺。」



蒼耳子

（1）祛風通鼻竅

能疏通宣散，上達巔頂，通竅透腦，但發汗力不強，多用於鼻病。《要藥分劑》曰：「治鼻淵鼻息，斷不可缺，能使清陽之氣上行巔頂也。」

（2）祛風寒濕邪

能祛風除濕，散寒止痛，常用於治療風濕痹痛。《本草正義》：「蒼耳子，溫和疏達，流利關節，宣通脈絡，遍及孔竅肌膚而不偏於燥烈，乃主治風寒濕三氣痹着之最有力而馴良者」。

（3）散結止癢

用於治療多種皮膚病。

2、不同炮製品種作用特點

（1）生蒼耳子

消風止癢力強，毒性大，對胃的刺激較強，若劑量稍大，服用後會出現胃部不適，甚至中毒。所以生蒼耳子不宜內服，只能外用，常用於皮膚瘙癢、濕瘡、疥癬等，可配伍苦參、艾葉、防風等煎湯外洗。

（2）炒蒼耳子

炒後減毒，且有利於水溶性成分的溶出，增強療效，長於散風寒、通鼻竅、祛濕止痛。內服，治療鼻淵、風濕痹痛、外感頭痛等。外用祛風止癢作用不如生蒼耳子。

(二) 安全合理使用

1、蒼耳子的毒性

《本草綱目》記載：蒼耳子「有小毒」。蒼耳全株有毒，以果實為最。蒼耳子的毒性成分為毒蛋白質，動物實驗可致肝臟退行性變或壞死；腎小管上皮濁腫，管腔內有蛋白管型；肺和腦充血、水腫，心臟輕度濁腫；其中肝損害最為嚴重。服用過量、長期服用、炮製不當及個人體質差異都可能導致中毒。

2、炮製減毒

蒼耳子內服必須炒製，去刺。所含毒蛋白在炒製時受熱而變性，可凝固在細胞中不易溶出，使毒性降低。宋代開始用炒法，一直沿用至今，成為法定的炮製方法。另外，歷代還重視去刺，目的是便於調配操作。^[37]

3、用法用量

(1) 煎服法

水煎服，不宜搗碎或研成粉末。

(2) 用量

成人常用一日劑量為 3~9 克。動物實驗小鼠對蒼耳子最大耐受量為 0.437g/kg，是成人口服劑量的 138 倍，說明臨床應用蒼耳子在常用量範圍內一般是安全的。^[38]

4、禁忌

- 勿內服生蒼耳子煎劑，內服入藥必須用炒蒼耳子；
- 不宜食用蒼耳幼芽和蒼耳子油及榨油後的渣餅；
- 有肝、腎功能障礙者應忌用；
- 老年人和兒童、血虛氣弱病者慎用，或酌情調整用量。
- 不宜自行製作含蒼耳子中藥處方成藥長期服用。

5、合理停藥

內服用藥時間不應過長，並應加強觀察病情。

(三) 不良反應及處理

沈映君搜集 1996~2004 年間國內的臨床研究資料，共有 89 例蒼耳子中毒病例，其中死亡 13 例，急性中毒 63 例，慢性中毒 15 例，多數中毒病例患者及急性中毒致死者為兒童，多因誤食過量或未經炮製的蒼耳子，常為急性發作。臨床表現：頭痛、頭暈、噁心、嘔吐腹痛、腹瀉，嚴重的出現昏迷、抽搐、甚至死亡。可見，服用蒼耳子中毒病例較多，特別要注意其安全用藥。^[39]

1、急性中毒

根據文獻報道，服用過量蒼耳子 12 至 36 小時後，甚至更早，即可出現中毒症狀，且內服劑量的大小與中毒程度成正比。早期症狀有頭暈頭痛、全身不適、噁心、嘔吐咖啡色物、輕度腹脹，伴腹瀉或便秘；重者煩躁、躁動，或倦怠萎靡、嗜睡、口渴、尿少、昏迷、全身強直性痙攣，出現黃疸、肝脾腫大、肝功能障礙，尿中出現蛋白、紅細胞、管型，以至呼吸、循環、腎功能衰竭而死亡。^[40, 41, 42]

2、慢性中毒

慢性中毒多因初服時未出現明顯的不良反應而長期服用，結果導致蓄積中毒，引起心肌及肝腎功能損害。出現黃疸、心律不齊、蛋白尿。尤其以肝臟為甚，能引起肝昏迷而迅速死亡，即便治癒，亦留下肝腫大的後遺症。

3、處理^[43, 44]

- 立即停藥，如服藥後 4~6 小時，應進行早期處理，如催吐、洗胃或導瀉等。
- 輕症口服解毒中藥：可試用甘草 50 克，綠豆 200 克，黃芩 15 克，水煎頻服，或蘆根 50 克，金銀花 15 克，連翹 15 克，水煎服。
- 對症處理，保肝護腎等。

4、蒼耳子外用的過敏反應及處理

蒼耳毒蛋白可能為主要的毒性成分和致敏因素。引起接觸性皮炎可能是與 IV 型變態反應有關；也可能通過 I 型變態反應或過敏樣藥物反應導致皮損及直接接觸皮膚造成皮膚損傷。

(1) 臨床表現

藥物接觸部位可見紅腫、隆起，初起邊界清楚，逐漸擴散。皮損多形性，可見粟粒樣皮疹、丘疹、風團、水皰，常伴有局部疼痛、瘙癢、滲出、灼熱和局部淋巴結腫大等。

(2) 處理和預防

- 停止使用，及時清除外敷的藥物，局部皮膚清潔，用溫水、硼酸水或過氧化氫、醋酸鋁液等清洗；如有油脂，可用橄欖油或其他植物油如麻油等清洗。如一次清洗不乾淨，可濕敷數次後再清洗。
- 試服解毒中藥：用甘草 50 克，綠豆 200 克，黃芩 15 克，水煎頻服，或蘆根 50 克，金銀花 15 克，連翹 15 克，水煎服。
- 過敏體質者忌用。
- 在臨床上慎用或禁用未成熟的蒼耳子。

- 已發生過敏性皮炎，要避免再刺激，包括使用對皮膚有刺激的鹼性液體、日曬、摩擦、搔抓、飲酒或食用辛辣厚味。
- 按皮膚科進行對症處理；但要注意慎用中草藥洗劑，以免再次過敏。

(四) 配伍用藥及增效減毒

1、配辛夷

具較強之疏散風寒、宣通鼻竅作用，為治鼻病的常用藥對。

2、配白蒺藜

止癢效力更強，可用於治皮膚風疹瘙癢、濕瘡、疥癬等。內服外洗皆可。

3、配威靈仙

蒼耳子偏於走表散風濕兼止痛，威靈仙偏於通經絡，性急善走，二者相配則散風除濕力增，可治風濕痹痛或局部皮膚麻木。

4、配葶藶子

一寒一溫，一偏走裏，一偏行表，相使配伍，瀉肺祛痰，發汗散風力增，可用於外感寒濕、痰飲壅肺、水腫脹滿等症。

附錄：香港衛生署有關 「中藥材蒼耳子的適當使用方法」的指引（摘錄）

中藥材蒼耳子的適當使用方法^[45]

蒼耳子是「中醫藥條例」附表 2 藥材，來源於菊科植物蒼耳（*Xanthium sibiricum* Patr.）的成熟帶總苞的果實。炮製後的飲片包括蒼耳子及炒蒼耳子。古時要求去刺和炒製。蒼耳子性味辛、苦，溫；有毒。具有散風除濕，通鼻竅的功能，主要用於治療風寒頭痛，鼻淵流涕，風疹瘙癢，濕癩拘攣。

中藥材蒼耳子的炮製處理及使用方法

- (i) 中藥材批發商及零售商，如需要炮製蒼耳子，應按《中華人民共和國藥典》2000年版的要求進行炮製：蒼耳子（外用）：除去雜質。炒蒼耳子（內服）：按照清炒法，取淨蒼耳子置熱鍋中，用中火炒至黃褐色，去刺，篩淨。
- (iii) 中醫師處方蒼耳子供內服時應註明「炒蒼耳子」。未炒製的蒼耳子不應內服，只可外用。
- (iv) 中藥材零售商在配發蒼耳子時，如中醫師處方「蒼耳子」作內服使用時，應調配給「炒蒼耳子」；如中醫師處方「蒼耳子」作外用時，應調配給未炒製品。如有疑問，應聯絡有關中醫師，以澄清處方要求。
- (v) 注意用藥劑量和時間。用藥劑量應按《中華人民共和國藥典》2000年版，成人常用一日劑量為3至9克；外用則可用蒼耳子適量。老幼使用時，應當酌情調整用量。用藥時間不應過長，並應加強觀察病情。
- (vi) 肝、腎功能障礙者應避免使用；年老體弱者及兒童應慎用。
- (vii) 若服用蒼耳子後發現不良反應，應立即停藥及求醫。

衛生署

2005年1月

第四節 其他常用解表藥的安全合理用藥

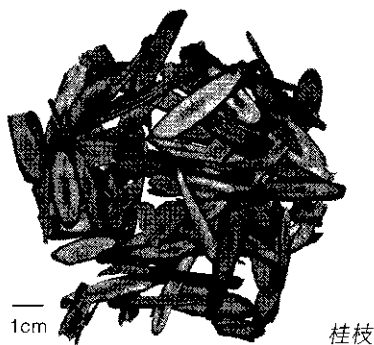
本部分為常用解表藥，雖無毒性，但必須合理應用，以提高療效，防止副作用產生。

一、桂枝〔*Ramulus Cinnamomi*〕

為樟科植物肉桂 *Cinnamomum cassia* Presl 的嫩枝。

首載於《神農本草經》。《本經疏證》總結桂枝的性能功效特點曰：「用之之道有六：曰和營，曰通陽，曰利水，曰下氣，曰行淤，曰補中。其功之大，施之最廣，無如桂枝湯，則和營其首功也。」

桂枝在張仲景《傷寒雜病論》中不僅用於解表，更多的用於內科雜病。



桂枝

(一) 作用特點

1、發汗解表

桂枝發汗作用的特點是以溫通經脈、調和營衛為基礎，發汗作用緩和，祛邪而不傷正，透達營衛而解肌。本品所含揮發性成分桂皮醛，能擴張外周血管，調整血液循環，刺激汗液分泌，以利於發汗解表退熱。

2、溫通經脈

通過溫助陽氣，溫通經脈，而達到散寒止痛之效。桂枝不僅是治療外感風寒的主藥，而且廣泛應用於寒凝血脈、氣血不通的各種痛證，如胸痹胸痛、腹痛、月經痛、風濕痹痛等。其所含的桂皮油，能強心、擴張血管、解除內臟平滑肌痙攣、溫通血脈、振奮心陽、溫暖胞宮。

3、助陽化氣

桂枝與其他藥物配伍治療痰飲、水腫，並不是其直接的利尿作用，而是通過通陽化氣而行水。桂枝的辛溫發散，能促進血液循環，減輕局部體液的鬱積，所以適合於脾陽虛弱、陰寒阻遏、陽氣不宣。不能化氣行水的病證，必須配伍利水藥。

(二) 安全合理使用

辛溫助熱，溫熱病或陰虛陽盛患者慎用，古有「桂枝下嚔，陽盛即斃」的說法。

服用本品後若出現牙痛、咽喉痛、便秘、小便短赤等熱象，應停藥，用菊花、石膏、生地各 15 克，水煎服。

本品溫通血脈，易致動血，故咯血、吐血、便血等出血患者忌用；孕婦、產婦、月經過多者慎用。

用法用量。煎服法：桂枝含揮發油，不宜久煎。用量：根據患者的個體差異和不同病證確定用量，常用量為 3~15 克。《中國藥典》推薦用量為 3~9 克。

(三) 配伍用藥

1、配白芍

調和營衛，斂陰止汗，解肌發表。桂枝辛散，白芍酸收，發汗中寓斂汗之效，和營內有調衛之功，使解表而無多汗之弊，斂汗而無滯邪之患。治風寒表虛有汗，如桂枝湯。

2、配附子

溫經散寒，通痹止痛作用增強。治寒濕痹痛，如附子桂枝湯。

3、配茯苓、白朮

溫陽化氣，健脾利水作用增強。治水飲內停痰飲病證，如苓桂朮甘湯。

(四) 鑑別用藥

1、桂枝與肉桂

都是出自樟科植物肉桂，性味辛甘，均能溫經通脈，散寒止痛。桂枝為嫩枝，性溫和，能走表發汗，走裏則溫經通脈，故能表裏兼治。肉桂為樹皮，性熱，功專走裏，不用於治療表證，而是用於陽虛火衰證。

2、桂枝與桑枝

均能祛風通絡，治療偏於上肢的風濕痹痛。然桂枝性溫，溫經散寒方面力強，適合於偏寒的痹證；桑枝性味苦平，其祛風濕清熱作用，更適合於偏熱的痹證。

二、紫蘇〔紫蘇葉 *Folium Perillae*，紫蘇梗 *Caulis Perillae*〕

為唇形科植物紫蘇 *Perilla frutescens* (L.) Britt. 的葉（紫蘇葉）或莖（紫蘇梗）。

(一) 作用特點

1、性能功效特點

(1) 解表散寒

辛散性溫，開宣肺氣，發汗解表散寒之力較為緩和，外能解表散寒，內能理氣寬胸，且兼化痰止咳之功。據研究，其所含揮發油能擴張皮膚血管，刺激汗腺分泌而發汗解表退熱；能減少支氣管分泌物，緩解支氣管痙攣而鎮咳祛痰；適宜於風寒表證而兼氣滯、胸脘滿悶、噁心嘔逆或咳喘痰多者。

(2) 行氣止嘔

辛香行氣醒脾，寬中除脹，和胃止嘔，兼有理氣安胎之功。其特點是辛行氣滯而不破氣，芳香醒脾卻不燥熱。其所含揮發油能促進消化液分泌，增強胃腸蠕動，調整腸胃功能。適宜於脾胃氣滯、胸脘滿悶嘔吐、妊娠惡阻等。孕婦外感尤為適宜。

2、不同藥用部位的作用特點

(1) 蘇葉

單用其葉，則發表力強。

(2) 蘇梗

單用其莖，行氣寬中，止嘔安胎，多用於氣滯腹脹、妊娠嘔吐、胎動不安等。

(3) 蘇子

為其種子，有降氣化痰和止咳平喘作用，種子含脂肪油，又能潤腸通便，不用於表證，而是用於痰多咳喘證或兼有腸燥便秘。

(二) 紫蘇的配伍應用

配生薑、藿香、香薷：發表散寒，調理胃腸作用增強，治外感風寒、內傷暑濕，登見發熱惡寒、胸脘痞悶、噁心嘔吐或腹痛腹瀉等。

三、荊芥〔Herba Schizonepetae〕和防風〔Radix Saposhnikoviae〕

荊芥為唇形科植物荊芥 *Schizonepeta tenuifolia* Briq. 的地上部分。防風為傘形科植物防風 *Saposhnikovia divaricata*(Turcz.) Schischk. 的根，主產於東北及內蒙古東部。

(一) 作用特點

1、荊芥和防風

辛散氣香，微溫不烈，藥性和緩，為發散風寒中藥當中藥性最為平和之品。對於外感表證，無論風寒、風熱或寒熱不明顯者均可應用。其所含揮發油，具緩和的發汗退熱作用。

2、荊芥

質輕透散，祛風止癢，宣散疹毒。治表邪外束，如麻疹初起、疹出不暢。通過祛風解表、透散邪氣、宣通壅結而達消瘡之功，故可用於瘡瘍初起而有表證者，常須配伍清熱解毒藥。

3、不同炮製品種的作用特點

荊芥炭：炒炭後已無辛散之性，其性味已由辛溫變為苦澀平和，功效變為收斂止血。用於治療吐血、衄血、便血、崩漏等多種出血證。研究表明，荊芥炭的揮發油成分發生變化，其脂溶性提取物具有明顯的止血作用，通過體內促凝血和抑制纖溶活性的雙重途徑發揮止血作用。^[46]

4、防風

為「風藥中之潤劑」，又為較常用之祛風濕、止痹痛藥。治療風寒濕痹，如肢節疼痛、筋脈攣急者，常配伍其他祛風濕、止痹痛之品。

(二) 安全合理使用

1、荊芥的合理使用

- 其本身並無解毒作用，瘡癰熱毒壅盛、膿已成者不宜用。
- 表虛自汗、陰虛頭痛忌用。
- 富含揮發油，不宜久煎。

2、防風的合理使用

本品藥性偏溫，陰血虧虛、熱病動風者不宜使用。

《本草害利》曰：「【害】升浮之性，易動肝木。若似中風，產後血暈痙急諸病，頭痛因於血虛不因於風寒，泄瀉不因於寒濕，及二便閉澀，小兒脾虛發搐，慢驚脾風，氣升作嘔，火升作嗽，陰虛盜汗，陽虛自汗等病，法所同忌。」

(三) 荊芥和防風的增效配伍應用

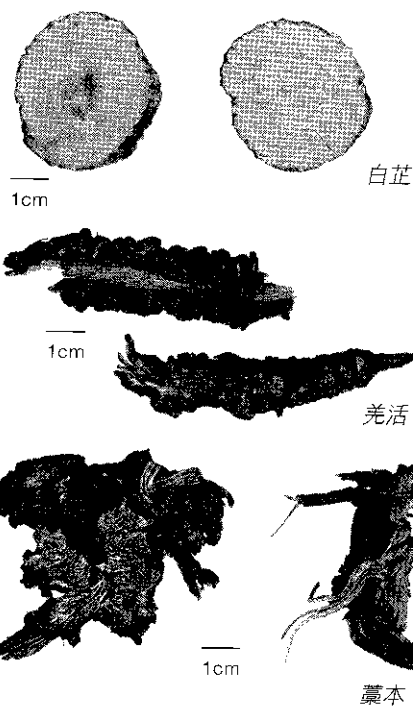
配伍使用，疏風解表作用增強。治風寒或風熱感冒，如荊防敗毒散。

四、白芷〔Radix Angelicae Dahuricae〕、羌活〔Rhizoma et Radix Notopterygii〕、藁本〔Rhizoma Ligustici〕

白芷為傘形科植物白芷 *Angelica dahurica*(Fisch. ex Hoffm.) Benth. et Hook. f. 或杭白芷 *A. dahurica*(Fisch. ex Hoffm.) Benth. et Hook. f. var. *formosana*(Boiss.) Shan et Yuan 的根。

羌活為傘形科植物羌活 *Notopterygium incisum* Ting ex H. T. Chang 或寬葉羌活 *N. forbesii* Boiss. 的乾燥根莖及根。

藁本為傘形科植物藁本 *Ligusticum sinensis* Oliv. 或遼藁本 *L. jeholense* Nakai et Kitag. 的根莖及根。



(一) 作用特點

1、白芷

本品辛散溫通，祛風散寒解表之力較溫和，而以止痛、通鼻竅見長，善入足陽明胃經，故鼻淵、陽明經頭額痛以及牙齦腫痛者尤為多用。

2、羌活

本品辛溫發散，氣味雄烈，善於升散發表，有較強的解表散寒、祛風勝濕、止痛之功。又善入足太陽膀胱經，以除頭項肩背之痛見長，故外感風寒夾濕，如惡寒發熱、

肌表無汗、頭痛項強、肢體痠痛較重者，尤為適宜；上半身遊走性風寒濕痹、肩背肢節疼痛者尤為多用。

3、藁本

本品辛溫香燥，氣味辛烈，性升浮，善達巔頂，以發散太陽經風寒濕邪見長，並有較好的止痛作用，為治風寒表證、風濕痺痛、巔頂疼痛之常用藥。《本草正義》：「藁本味辛氣溫，上行升散，專主太陽太陰之寒風寒濕，而能疏達厥陰鬱滯，功用與細辛、川芎、羌活近似。」

(二) 白芷、羌活、藁本的安全合理使用

三藥均辛香溫燥，陰虛血熱者忌服。

1、白芷

《本草害利》云：「【害】燥能耗氣，散能損氣，有慮火者忌。凡嘔吐因於火者禁用。瀉下赤白，由陰虛火熾，血熱所致者勿用。癰疽已潰，宜漸減。」

2、羌活

用量一般為 3~9 克，用量過大，易致嘔吐，故脾胃虛弱者不宜服。

3、藁本

肝陽上亢、火熱內盛之頭痛者忌服。

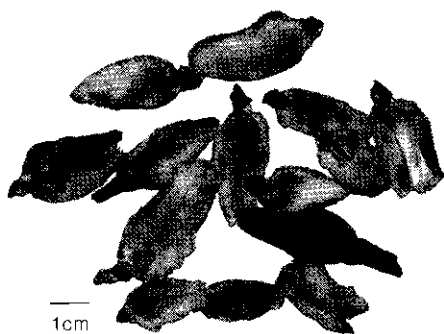
《本草害利》云：「【害】氣雄上升，能耗血液。凡溫病頭痛，發熱口渴，或骨疼，及傷寒發於春夏，陽證頭疼，產後血虛火炎，皆不宜服。」

五、辛夷〔Flos Magnoliae〕

辛夷為木蘭科植物望春花 *Magnolia biondii* Pamp.、玉蘭 *M. denudata* Desr. 或武當玉蘭 *M. sprengeri* Pamp. 的花蕾。

(一) 作用特點

本品辛溫發散，芳香通竅，其性上達，外能祛除風寒邪氣，內能升達肺胃清氣，善通鼻竅，為治鼻淵頭痛、鼻塞流涕之要藥。現代研究表明，辛夷能收縮鼻黏膜血管，保護鼻黏膜，促進黏膜分泌物的吸收，減輕炎症，使鼻腔通暢。



辛夷

（二）安全合理使用

- 鼻病因於陰虛火旺者忌服。《本草經疏》云：「凡氣虛人忌，頭痛屬血虛火熾者忌。齒痛屬胃火者忌。」《本草綱目》曰：「氣虛之人，雖偶感風寒，致諸竅不通者，不宜用。」
- 本品有毛，易對咽喉、食道和氣管黏膜產生不良刺激，入湯劑宜用紗布包煎。

六．柴胡〔Radix Bupleuri〕

為傘形科植物柴胡 *Bupleurum chinensis* DC. 或狹葉柴胡 *B. scorzonerifolium* Willd. 的根。

首載於《神農本草經》，曰：「治心腹，去腸胃中結氣，飲食積聚，寒熱邪氣，推陳致新。」

（一）作用特點

《滇南本草》總結柴胡的作用特點曰：「傷寒發汗解表要藥，退六經邪熱往來，癰瘰，除肝家邪熱、癆熱，行肝經逆結之氣，止左脇肝氣疼痛，治婦人血熱燒經，能調月經。」

1、性能功效特點

- 辛散苦泄，微寒退熱，善於祛邪解表退熱和疏散少陽半表半裏之邪。對於外感表證發熱，無論風熱、風寒表證，皆可使用。若傷寒邪在少陽，如寒熱往來、胸脇苦滿、口苦咽乾、目眩，本品用之最宜，為治少陽證之要藥。
- 辛行苦泄，性善條達肝氣，疏肝解鬱。治療肝失疏泄、氣機鬱阻所致的胸脇或少腹脹痛、情志抑鬱、婦女月經失調、痛經等症，常配伍疏肝行氣藥。
- 能升舉脾胃清陽之氣，治療中氣不足、氣虛下陷所致的脘腹重墜作脹、食少倦怠、久瀉脫肛及胃下垂、子宮下垂、腎下垂等臟器脫垂。

2、不同炮製品種的作用特點

醋炙柴胡：酸入肝，醋炙後疏肝理氣作用增強。

柴胡經醋炙後能明顯促進膽汁分泌，較給藥前增加 22.86%。其醋炙品和醋拌品對 CCl_4 所致的肝損傷有明顯保護作用，能抑制轉氨酶的升高。柴胡炮製後粗皂苷含量：酒柴胡 > 醋柴胡 > 生柴胡；而揮發油含量：生柴胡 > 酒柴胡 > 醋柴胡。^[47, 48, 49]

（二）安全合理使用

柴胡其性升散，古人有「柴胡劫肝陰」之說，陰虛陽亢，肝風內動，陰虛火旺及氣機上逆者慎用。但岳美中老中醫認為，柴胡可發揮其重要作用。「柴胡為解鬱疏肝專用之材，若棄置不用，是治肝病藥法的一大損失，然在使用柴胡時，亦宜注意它的適應範圍，

無論外感或內傷病，若舌無苔或絳或乾，或淡紅嫩紅，脈細數或沉數，均屬肝陰不足，當然不宜濫投柴胡。只允許在舌苔白潤，脈弦或濡，並有柴胡證，方可應用。〕^[50]

1. 用法

解表退熱宜生用，且用量宜稍重；疏肝解鬱宜醋炙，升陽可生用或酒炙，其用量均宜稍輕。

2. 用量

煎服，3~10克。《傳青主女科》在調經止帶方中，常用少量柴胡（1~3克），以疏肝解鬱，宣暢氣血，如完帶湯、平肝開鬱止血湯等。

（三）配伍應用

1、配升麻、人參、黃芪

升陽舉陷作用增強，並能補氣，治脾氣虛弱、中氣下陷證，如補中益氣湯。

2、配香附、川芎、白芍

疏肝理氣作用增強，治肝氣鬱結證，如逍遙散。

3、配黃芩

清半表半裏之熱，和解少陽作用增強，治少陽病寒熱往來，如小柴胡湯。

（四）鑑別用藥

1、柴胡的品種

傘形科柴胡屬 *Bupleurum* 植物，約 120 種，中國有 36 種，17 變種。除《中國藥典》收載 2 種外，同屬植物尚有近 20 種入藥。但同屬植物大葉柴胡 *B. longeradiatum* Turcz. 的根莖有毒，曾發生過嚴重中毒事故，故不可當作柴胡使用，應特別留意。

2、藥用部位

柴胡自古以來以根入藥。目前中國大部分地區用根，然亦有不少地區以全草入藥。現代研究表明，根中含柴胡皂苷而莖葉中不含皂苷，揮發油含量卻莖葉高於根。據研究，柴胡皂苷是本品的主要藥效成分，故臨床用藥當棄其莖葉，而只用其根。^[51]

七．升麻〔*Rhizoma Cimicifugae*〕

為毛茛科植物大三葉升麻 *Cimicifuga heracleifolia* Kom.、興安升麻 *C. Dahurica* (Turcz.) Maxim. 或升麻 *C. foetida* L. 的根莖。

（一）作用特點

- 清熱解毒：能入營血分而透邪解毒，涼血化斑。

- 輕清升散，能散肌腠之邪，常用於透發疹子，然發汗解表之力弱，表證用之較少。
- 性主上升，善升脾胃清陽之氣，為升陽舉陷之要藥。又可引藥上行，作為引經藥。

（二）安全合理使用

1、充分發揮升麻的清熱解毒作用

金元以前，升麻主要用於解毒涼血化斑，治療熱毒病證；如《神農本草經》曰：「主解百毒……辟溫疫、瘴氣。」《名醫別錄》亦云：「主中惡腹痛，時氣毒癰，頭痛寒熱，風腫諸毒，喉痛口瘡。」

自李東垣《脾胃論》創制補中益氣湯，謂升麻功偏升舉宣發，配柴胡、人參、黃芪等，用於升陽舉陷，治中氣下陷證；並認為升麻可作為引經藥。李東垣在《脾胃論》中曰：「升麻，發散陽明風邪，升胃中清氣，又引甘溫之藥上升。凡胃虛傷冷，鬱遏陽氣於脾土者，宜升麻、葛根以升散其火鬱。」「引葱白，散手陽明風邪；引石膏，止陽明齒痛；人參、黃芪，非此引之，不能上行。」

升麻的解毒作用被忽略。現代研究表明，升麻具有解熱、鎮痛鎮靜、抗驚厥和抑菌作用，用於熱毒病證有較好的療效。故應全面審度其藥效，以發揮其應有的涼血解毒作用。

2、用法用量

（1）用法

發表透疹、清熱解毒宜生用，升陽舉陷宜炙用。

（2）用量

- 常用量：3~9克。升麻有一定的刺激性，用量過大，可能引起嘔吐、頭昏目眩等副作用。
- 升麻治療表證、痘疹或熱毒等，用量宜稍大。如《千金方》治「口熱生瘡，用升麻三十銖，黃連十八銖，為末，綿裹含嚥其汁」。《脾胃論》清胃散，用黃連六分，丹皮半錢，而用升麻一錢。其升麻用量皆超過了方中的黃連、丹皮。
- 用以升舉陽氣，或補脾胃以此為引，用量宜輕。《藥品化義》曰：「升麻，善提清氣。少用佐參、芪升補中氣。」《本草新編》曰：「升麻，必須同氣血藥共用，可佐使而亦不可以為君臣，世慮其散氣，不敢多用是也。」《景岳全書》舉元煎及《醫學衷中參西錄》升陷湯中升麻用量皆僅為人參、黃芪用量的1/6左右。

3、禁忌

麻疹已透，肝腎陰虛，陰虛火旺，以及陰虛陽亢，咳逆吐血鼻出血者，均當忌用。《本草經疏》云：「凡吐血鼻衄、咳嗽多痰，陰虛火動，腎經不足及氣逆嘔吐，驚悸怔忡、癲狂等病，法鹹忌之。」

(三) 鑑別用藥

升麻與廣升麻

升麻味辛、微甘，性微寒；廣升麻味辛、苦，性微寒。均有疏風透疹、清熱解毒、升陽舉陷等作用，但來源相距甚遠。兩者之間的化學成分、臨床療效及加工方法對比研究有待深入。^[52]

(1) 升麻

為毛茛科多年生草本植物大三葉升麻 *Cimicifuga heracleifolia* Kom.、興安升麻 *C. dahurica* (Turcz.) Maxim. 或升麻 *C. foetida* L. 的乾燥根莖。為《中國藥典》所收錄之正品。

(2) 廣升麻

為菊科植物華麻花頭 *Serratula Chinensis* S. Moore 的根，收載於《廣東中藥誌》，為地方慣用品。

八. 葛根〔Radix Puerariae〕

為豆科植物野葛 *Pueraria lobata* (Willd.) Ohwi 或甘葛藤 *P. thomsonii* Benth. 的根。

首載於《神農本草經》，曰：「味甘，平，無毒。治消渴，身大熱，嘔吐，諸痹，起陰氣，解諸毒。」《中國藥典》分葛根與粉葛，雖功能主治、用量相同，實際上其總黃酮含量相差很多，葛根中含量比粉葛中含量至少高出 4 倍，應注意區別。中成藥中用葛根，很少用粉葛。

(一) 作用特點

1、性能功效特點

辛甘而性平，外可解肌發表，透發疹子，但發汗力不強，風寒、風熱均可用。並使筋脈得到津液的濡養。長於緩解外邪鬱阻、經氣不利、筋脈失養所致的項背強痛。《名醫別錄》曰：「療傷寒中風頭痛，解肌發表，出汗，開腠理，療金瘡，止痛，脇風痛。」

內清陽明之熱，解熱作用明顯，甘潤生津止渴；又具升散之性，善升清陽，鼓舞脾胃清氣上升而生津止渴、止瀉。

2、現代研究

葛根含黃酮類化合物，能擴張冠脈血管和腦血管，增加冠脈血流量和腦血流量，降低心肌耗氧量，增加氧供應。直接擴張血管，使外周阻力下降，而有明顯降壓作用，能較好緩解高血壓病人的「項緊」症狀。能改善微循環，提高局部微循環的血流量，抑制血小板凝集。為治療多種與瘀血相關的心腦血管疾病的要藥，具有較好臨床療效。

3、解酒毒

唐代《千金方》以鮮葛根搗汁飲治酒醉不醒者。宋代《本草衍義》謂葛根：「病酒及渴者，行之甚良」。故對飲酒過度、損傷脾胃而致的煩渴、納差、嘔吐等，治之有效。

4、不同炮製品種的作用特點

煨葛根：葛根埋入麩皮中煨炒至深黃色者，為煨葛根，涼散之性減退，專用於升發脾胃清陽而止瀉。

葛粉：葛根經水磨而澄取的澱粉，為葛粉，甘寒，清熱除煩、生津止渴之力強於葛根，用於熱病傷津之證。

(二) 安全合理使用

葛根、葛粉、葛花均可作為藥膳使用。

素體胃寒呆滯、消化不良者當慎用，或用量宜輕。《本草正》云：「其性涼，易於動嘔，胃寒者當慎用。」

(三) 配伍用藥

1、配桂枝、白芍

發表解肌作用增強，治風寒感冒、頭項強痛，如葛根湯。

2、配升麻

發表透疹作用增強，治疹子不透，如升麻葛根湯。

3、配天花粉、麥冬

生津止渴作用增強，治消渴、口渴多飲，如玉液湯。

4、配白朮

健脾止瀉作用增強，治脾虛泄瀉，如七味白朮散。

九、薄荷〔Herba Menthae〕

為唇形科植物薄荷 *Mentha haplocalyx* Briq. 的地上部分。

(一) 作用特點

- 清輕涼散，其辛散之性較強，是辛涼解表藥中最能宣散表邪和發汗之藥，故為風熱表證和溫病衛分證常用藥。

- 輕揚升浮、芳香通竅，功善疏散上焦風熱，清頭目、利咽喉，為治療風熱上攻、頭痛眩暈、目赤多淚、咽喉腫痛之常用藥。
- 質輕宣散，有疏散風熱、宣毒透疹、祛風止癢之功，常用於風熱束表、麻疹不透。
- 兼入肝經，能疏肝行氣，治療肝鬱氣滯、胸脇脹滿。但在此方面薄荷一般不作為主藥，僅僅是助柴胡疏肝理氣。

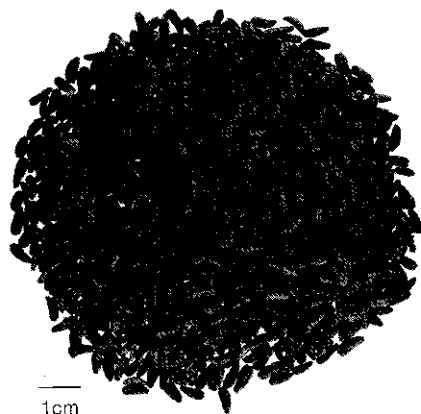
(二) 安全合理應用

本品雖然無毒，並可作食物、藥膳應用。但其性芳香辛散，發汗耗氣，故久病體虛多汗、氣血不足、頭目眩暈、肺虛燥咳、陰虛發熱者慎用。有退乳作用，哺乳期婦女忌用。

十．牛蒡子〔Fructus Arctii〕

為菊科植物牛蒡 *Arctium lappa* L. 的成熟果實。

牛蒡子性味辛苦寒，兼有宣散肺氣、滑腸通便作用，對肺虛咳喘、脾虛泄瀉、氣血虛弱者，不宜用之。可用薄荷、蟬蛻替代牛蒡子疏散風熱。



牛蒡子

十一．浮萍〔Herba Spirodela〕

鑑別用藥

浮萍

為浮萍科紫萍 *Spirodela polyrrhiza* (L.) Schleid. 的全草。味辛，性寒。有宣散風熱、透疹、利尿作用。為《中國藥典》之正品。以色綠、背紫者為佳。

大浮萍

為天南星科植物大藻 *Pistia stratiotes* L. 的全草。味辛，性寒。疏風透疹，利尿除濕，涼血活血。收載於《廣東中藥誌》，為地區慣用品。《全國中草藥彙編》：「孕婦忌用。本品根有微毒，內服應去根。」其成分、功效及品質標準有待深入研究。^[53]

〔參考文獻〕

- [1] 中醫研究院主編。現代著名老中醫名著重刊叢書（第一輯）：蒲輔周醫案。北京：人民衛生出版社，2005，43~44
- [2] 中醫研究院主編。現代著名老中醫名著重刊叢書（第一輯）：蒲輔周醫案。北京：人民衛生出版社，2005，44~45
- [3] 秦伯未，李岩，張田仁，魏執真。現代著名老中醫名著重刊叢書（第一輯）：中醫臨證備要。北京：人民衛生出版社，2005，62
- [4] 華碧春。藍心孚老中醫臨證若干特點。福建中醫藥，1999，21(6)：26~27
- [5] 秦伯未，李岩，張田仁，魏執真。現代著名老中醫名著重刊叢書（第一輯）：中醫臨證備要。北京：人民衛生出版社，2005，31~32
- [6] 南京中醫學院傷寒教研組編著。傷寒論譯釋。上海：上海科學技術出版社，1980，第二版，382
- [7] 中國國家食品藥品監督管理局。《藥物不良反應資訊通報》第十期：警惕葛根素注射劑引起急性血管內溶血。
- [8] 馬繼興主編。神農本草經輯注。北京：人民衛生出版社，1995，第一版，200
- [9] 陳蕙芳摘。FDA關於含有麻黃素產品安全性的建議。國外醫藥·植物藥分冊，1998，13(3)：140
- [10] 陸順芳摘譯。麻黃在美國。中草藥，1997，28(3)：189
- [11] 沈映君主編。中藥藥理學。北京：人民衛生出版社，2000，第一版，114
- [12] 曾詮等。氣質聯用研究麻黃及其炮製品中揮發油。中國中藥雜誌，1992，(2)：83
- [13] 曾詮等。麻黃及其炮製品中總生物鹼含量測定。中藥材，1989，12(8)：21
- [14] 清·凌奐。本草害利·自序。北京：中醫古籍出版社，1982
- [15] 沈海葆。麻黃的合理應用。浙江中醫雜誌，1989，(2)：81~82
- [16] 張廷模主編。中華臨床中藥學。北京：人民衛生出版社，1998年，第1版：178~188
- [17] 王致譜主編。民國名醫著作精華。張山雷原著。本草正義。福建：福建科技出版社，2006，第一版
- [18] 俞志鴻。章次公論藥。中醫文獻雜誌，1995，(4)：34~35
- [19] 王長洪。董建華運用麻黃治療喘證的配伍特色。浙江中醫雜誌，1989，(11)：498~499
- [20] 葛汝紅，李勤珍。麻黃過量致心律失常加重一則。中成藥，1995，(10)：50
- [21] 徐永昭。中藥麻黃與西藥的相互作用。中西醫結合雜誌，1989，9(4)：250
- [22] 馬興民等。麻黃與西藥聯合應用的利弊。陝西中醫，1991，12(8)：373
- [23] 香港衛生署中醫藥事務部。中藥材麻黃的適當使用方法。香港中醫藥管理委員會網站，2006.9.7，
http://www.cmchk.org.hk/news/proper_ephedrae_c.pdf
- [24] 馬繼興主編。神農本草經輯注。北京：人民衛生出版社，1995年，第一版
- [25] 謝偉等。細辛揮發油的化學與藥理作用。寧夏醫學雜誌，1995，17(2)：121

- [26] 王本詳主編。現代中藥藥理學。天津：天津科學技術出版社，1995，50
- [27] 王智華，洪筱坤。從細辛根末與全草煎劑所含揮發油及黃樟醚的測定分析論細辛用量與劑型的關係。上海中醫藥雜誌，1987，(3)：2~3
- [28] 楊春樹編著。細辛屬和八角屬中藥研究與應用。北京：人民衛生出版社，2006，第一版，15
- [29] 謝海洲。細辛用於頑固性咳嗽及癲癇。中醫雜誌，1993，(7)：390~391
- [30] 裘沛然。細辛與臨床（附疑難重奇案73例）。北京：人民衛生出版社，1994，第一版
- [31] 張廷模主編。中華臨床中藥學。北京：人民衛生出版社，1998年，第1版：231
- [32] 陶禦風。臨證本草。北京：人民衛生出版社，2005年，第一版，1~17
- [33] 陳玉璫。治愈過量服細辛引起中毒一例報告。上海中醫藥雜誌，1965，(8)：封底
- [34] 陳筱琴等。細辛過量引起心律失常1例。江蘇中醫，1994，15(1)：10
- [35] 尤月娥，葉世輝，陳曉雲。重度急性細辛中毒搶救成功1例。陝西中醫，1999，20(6)：282
- [36] 香港衛生署。衛生署公佈對馬兜鈴屬及細辛屬中藥材的最新管理辦法。香港衛生署網站，2004.6.8，http://www.dh.gov.hk/textonly/tc_chi/press/2004/040608.html
- [37] 葉定江等。中藥臨床生用與製用。南昌：江西科學技術出版社，1991，20
- [38] 沈映君主編。中藥解表方藥研究。北京：中國醫藥科技出版社，2004，第一版，346
- [39] 沈映君主編。中藥解表方藥研究。北京：中國醫藥科技出版社，2004，第一版，349
- [40] 張學海，張重華。蒼耳子中毒及毒性研究進展。中西醫結合學報，2003，1(1)：72~73
- [41] 陳麗娟，孟蓮花，張利軍。蒼耳子中毒致腦出血及急性腎功能不全1例。中華臨床雜誌，2002，2(8)：17
- [42] 周加權。以多器官損害為表現的蒼耳子中毒1例報告。中國社區醫師，2005，(5)
- [43] 李秀婷。兒童蒼耳子中毒12例搶救體會。現代中西醫結合雜誌，2003，12(7)：746~747
- [44] 王佩，劉思生。蒼耳子中毒的救治。藥物不良反應雜誌，2004，6(4)：251~252
- [45] 香港衛生署。中藥材蒼耳子的適當使用方法。香港中醫藥管理委員會網站，2005.1.19，http://www.cmchk.org.hk/cmp/news/guideline_xanthii_c_amend.pdf
- [46] 丁安偉，孔令東，吳皓等。荊芥炭提取物止血活性部位的研究。中國中藥雜誌，1993，18(9)：535
- [47] 陳青蓮，鄭祥銀，黃新平。柴胡炮製品的泌膽作用探討。中成藥，1993，15(4)：18
- [48] 陳青蓮，鄭祥銀，黃新平。柴胡炮製品對小白鼠實驗性肝損傷的影響。中成藥，1994，16(3)：22
- [49] 夏明衍，陳科力。柴胡炮製質量研究。中成藥，1992，14(8)：19
- [50] 中醫研究院主編。現代著名老中醫名著重刊叢書（第一輯）：岳美中論醫集。北京：人民衛生出版社，2005，66
- [51] 馮寶麟，王琦，趙小桐。柴胡藥用部位的探討。山東中醫學院學報，1979，(2)：59~62
- [52] 香港浸會大學中醫藥學院編著。趙中振，李應生主編。香港容易混淆中藥。香港：香港中藥聯商會督印，2005，10
- [53] 香港浸會大學中醫藥學院編著。趙中振，李應生主編。香港容易混淆中藥。香港：香港中藥聯商會督印，2005，154

第二章

清熱藥

第一節 裏熱證與清熱藥概述

凡以清泄裏熱為主要功效，治療裏熱證的藥物，稱為清熱藥。主要由清熱藥組成的方劑，稱為清熱劑。清熱方藥是臨床最常用的藥物之一，也是中醫防治裏熱證的特色藥物。金元四大家之一劉完素倡導「火熱論」，擅用寒涼藥；明清時期以葉天士、吳鞠通為代表的溫病學家，在應用寒涼藥治療外感熱病方面積累了大量的寶貴經驗。現代研究表明，許多感染性疾病、免疫功能障礙、心血管疾病、腫瘤及糖尿病等均可出現「裏熱證」，對其按照裏熱證辯證論治，每獲療效。

一、裏熱證概述

所謂裏熱證，是指溫熱之邪、疫癘之氣或寒邪入裏化熱導致的內熱證候群。

裏熱證由於發病原因不同，病情發展階段有異，以及患者體質之殊，按八綱辨證，有實熱證和虛熱證之分；按衛氣營血辨證，外感熱病入裏又有氣分熱證和營血分熱證之別；按臟腑辨證，則有五臟六腑的裏熱證之異。有時亦會出現表裏同病、氣血兩燔、虛實夾雜、寒熱錯雜、寒熱真假的情況。

多種病原微生物所致的急性傳染病和感染性疾病，以及非感染性疾病，如某些腫瘤、白血病、心血管疾病、變態反應疾病及內分泌代謝性疾病等，其基本病理過程有發熱、急性炎症、血液循環障礙、神經、內分泌免疫功能紊亂等，均可出現發熱不惡寒、口渴、口苦、尿赤、舌紅、苔黃、脈數等裏熱證的基本證候。在這種情況下，均可根據裏熱證進行辨證施治，應用清熱藥進行治療。

（一）病因

裏熱證包括外感病中的溫邪所致的溫熱病，一般以「溫邪」作為溫病致病因素的總稱，溫邪包括風熱、暑熱、濕熱、暑濕、燥熱、伏寒化熱等。此外，戾氣、溫毒、瘧邪等也具有溫熱性質的特點，亦屬於溫邪的範圍。

裏熱證還包括臟腑功能失調的臟腑熱證，病因為七情鬱而化火。

溫熱病的後期或各種疾病的後期的虛熱證，則為陰津過度耗損，陰不制陽所致。

(二) 病位

病位在裏。根據溫邪所致裏熱證的不同發病階段，張仲景《傷寒論》主要將其定位於熱入少陽半表半裏證和陽明裏熱證；溫病學家葉天士將之定位於氣分、營分、血分；吳鞠通則將之定位於中焦、下焦；按臟腑辯證劃分，則有五臟六腑的裏熱證之異。

(三) 病性

裏熱證病性屬熱，可分為實熱證和虛熱證。

(四) 主證

發熱、面紅、口渴飲冷、尿赤、舌紅、苔黃、脈數等。

主證鑑別：發熱是裏熱證的主要臨床表現，必須辨清表裏、虛實及寒熱真假，達到臨證時準確的遣方用藥。

1、表熱證與裏熱證的發熱

李東垣《內外傷辨惑論》曰：「外感則寒熱齊作而無間，內傷則寒熱間作而不齊；外感手背熱、手心不熱，內傷手心熱，手背不熱。」

(1) 表熱

風熱或溫病初起，熱在衛分，證見發熱惡寒。

(2) 半表半裏

熱在少陽，證見寒熱往來，兼默默不欲飲食、心煩喜嘔、胸脇苦滿，脈弦數。

(3) 裏熱

溫熱病熱入氣分實熱、熱在陽明：證見但熱不寒、壯熱，兼渴欲飲冷、煩躁，脈洪大。濕熱、濕溫鬱於氣分，證見身熱不揚、稽留不退，兼便溏、小便黃赤、口乾不欲飲，舌苔黃膩，脈濡數。溫熱病後期，或陰虛津液虧損，致陰虛內熱，證見低熱、夜熱早涼、骨蒸潮熱，兼盜汗、顫紅，舌紅少苔，脈細數。

2、辨實熱與虛熱的發熱

秦伯未《中醫臨證備要》載：「實證有外邪傳裏，熱不退清，至一定時間上升；虛熱由氣血虧損引起，大多熱能退清」。^[1]

3、辨真熱假寒與假熱真寒的發熱

真熱假寒的發熱，身寒惡衣被，煩渴引飲，便秘，脈數，宜用清熱藥；真寒假熱的發熱，身熱神靜，語言低微，喜熱飲或飲冷不多，小便多，大便溏，脈微弱、或數

而虛、或浮大無根等。對於陰盛格陽、真寒假熱者，尤應辨清，切勿誤用清熱藥，以免雪上加霜。

(五) 兼證

1、兼濕熱

泄痢、黃疸、淋證、足膝腫痛等，舌紅，苔黃膩，脈滑數。

2、兼熱毒

高熱、瘡癰腫毒、咽喉腫痛、痢疾，舌紅，苔黃，脈滑數。

3、兼上擾心神

心煩、神昏譫語，舌紅，苔黃，脈弦數或滑數。

4、兼動風

抽搐、角弓反張。

5、兼動血

斑疹、尿血、便血、齒衄，舌紅絳，脈細數。

6、兼傷陰

潮熱、午後發熱、盜汗、顴紅，舌紅，苔黃，脈細數。

(六) 特點

- 溫邪從口鼻或皮毛入侵人體，起病迅速；病位由淺入深、病情重、變化快；裏熱熾盛，正邪鬥爭激烈，多為裏實熱證；後期陰液耗傷，多為虛熱證；或虛實夾雜。
- 致病與時令季節密切相關；溫熱性質明顯，發病後出現發熱或相關熱象。
- 不同的溫邪入侵人體的部位有別，如暑熱在足陽明胃經，濕熱多在足太陰脾經。
- 溫病或裏熱證的治療，若得其要領，則邪去病癒；反之，若失治誤治則邪盛正衰，甚或出現亡陰亡陽之證。虛熱證常在外感病後期或大病久病後出現。
- 若為臟腑功能失調的臟腑熱證，既有實熱證，亦有虛熱證，發病較慢，病程較長。

二、裏熱證的治療原則和方法

裏實熱證用「清法」，即《黃帝內經》所謂「熱者寒之」、「溫者清之」（《素問·至真要大論》）；《神農本草經》曰之「療熱以寒藥」^①。根據病邪的不同和疾病的不同階段，分別採用清熱瀉火、清熱燥濕、清熱解毒、清熱涼血、清虛熱等方法。

裏熱證還

溫熱病的

(二) 病位

病位在裏
於熱入少陽半
吳鞠通則將之

(三) 病性

裏熱證病

(四) 主證

發熱、

主證鑑別

臨證時準確的

1、表熱證與

李東垣《

感手背熱、

(1) 表熱

風熱

(2) 半表

熱

(3) 裏熱

溫熱

脈洪大

口乾不

見低熱

2、辨實熱與

秦伯未

由氣血虧損

3、辨真熱假

真熱假

的發熱，身

三．清熱藥的分類

(一) 清熱瀉火藥

性味多甘寒，清氣分實熱及臟腑熱邪，用於溫病氣分實熱證，以及肺熱、胃心熱、肝熱、風熱、風火眼病等。常用藥如石膏、寒水石、知母、梔子、蘆根、花粉、淡竹葉、夏枯草、決明子、青箱子等。

(二) 清熱燥濕藥

性味多苦寒，清熱燥濕，瀉火解毒。用於濕熱及火熱毒邪病證，如：溫病氣分實熱、疥瘡走黃熱毒內陷證；腸胃濕熱下痢泄瀉證；肝膽濕熱證見脇肋脹痛、黃疸、目赤、口苦等；下焦濕熱證見小便淋瀝澀痛、帶下等；其他濕熱病證見關節腫痛、濕疹、癩等亦可使用之。常用藥如黃芩、黃連、黃柏、龍膽、苦參、白鮮皮、秦皮等。

(三) 清熱涼血藥

性味多辛寒或甘寒，清解營血分熱邪，用於熱入營血煩躁、神昏、口乾、身熱、血熱迫血妄行所致斑疹或各種出血。常用藥如水牛角、生地、玄參、牡丹皮、赤芍、紫

(四) 清熱解毒藥

性味多苦寒，清火邪，解熱毒。用於患癰腫疔癤、丹毒、斑疹、疔腮、咽痛、癩、毒蛇咬傷、癌症等疾病，出現火熱毒邪內熾壅盛者。主要藥物如金銀花、連翹、大青、板藍根、青黛、蒲公英、魚腥草、敗醬草、白花蛇舌草、蚤休、白頭翁、馬齒、射干、山豆根、馬勃、牛黃、熊膽等。

(五) 清虛熱藥

性味多辛寒或甘寒，用於清陰分虛熱，如陰虛發熱證，證見骨蒸潮熱、手足心熱、溫病後期津傷液虧證，證見夜熱早涼、熱退無汗、神疲乏力、便結或便少等。主要藥物如青蒿、地骨皮、銀柴胡、胡黃連、白薇等。

四．清熱藥的作用機理

清熱藥藥性皆寒涼，味多苦，少數味甘，或辛、或鹹，善沉降入裏。因藥性寒涼故能清除體內熱邪，或抑制亢盛的陽氣，從而減輕或消除裏熱證候。就藥味來說，藥能養陰生津，辛味藥能活血。

據現代研究，清熱藥能抑制病原微生物生長繁殖，以及拮抗病原微生物毒素，除病因，並具有解熱、抗炎、改善凝血功能及血液循環等作用。此外，亦能增強免疫能力，抑制變態反應，以及保護肝腎等。部分清熱藥具有抗腫瘤、抗蛇毒等作

第二節 清熱藥的安全合理用藥

安全合理使用清熱藥，首先必須辨證用藥，而不能僅僅根據現代的藥理研究結果「對號入座」。其次，應辨清熱邪在該疾病的具體階段、部位及虛實，選擇相適宜的藥物進行組方。但是，在裏熱證的各個階段組方用藥，都必須把握好兩個方面：一是要「以存津液為第一要務」，防止傷津液；二是做到「清而勿疑」，當機立斷清除熱邪^[55]。此外，部分有毒性或對臟腑可能有損害的藥物，應注意其用量及用法等。

一、急性溫熱病裏熱證不同階段的安全合理用藥

急性熱病裏熱證應根據病情發展的不同階段合理用藥，蒲輔周老中醫指出：「急性病若表裏氣血不分，用藥就沒有準則。」^[2]

葉天士《溫熱論》云：「大凡看法，衛之後方言氣，營之後方言血。在衛汗之可也，到氣才可清氣，入營猶可透熱轉氣，如犀角、玄參、羚羊角等物，入血就恐耗血散血，加生地、丹皮、阿膠、赤芍等。不循緩急之法，恐其動手便錯，反致慌張矣。」

現代著名中醫姜春華則認為治療溫病不能拘泥於成規，要掌握截斷方藥，當機立斷給予應用。^[3]

（一）早期用藥：表裏同病（衛分和氣分同病）

風熱、暑熱溫邪由衛轉氣，初入氣分，或衛氣同病，鬱滯上焦胸膈氣機，但熱勢尚不盛，可選用辛涼輕清宣氣藥，如金銀花、連翹、竹葉、梔子、淡豆豉、青蒿、荷葉、西瓜翠衣等，藉以輕宣清熱透邪，防止邪熱傳裏。

（二）中期（氣分）

1、選用辛寒清氣藥

熱盛於陽明氣分，裏熱蒸迫，症見壯熱、口渴、汗多、心煩、舌苔黃燥、脈洪數等，宜選用石膏、知母等具有辛透寒泄、大清氣分邪熱作用的藥物。若邪熱尚盛，但氣陰已傷，則在清熱之中，當佐以益氣養陰生津之品，如蘆根、天花粉、西洋參等。

此外，清氣分熱邪，當以辛涼寒為法，乃辛能透邪，寒能泄熱，辛涼並用，氣分邪熱得以清透。這正如蒲輔周老中醫所云：「清裏熱要根據病邪到氣才能清氣，清氣不可寒滯，如生地、玄參之類，若用之反使邪不外達而內閉；若為白虎證，亦不可在白虎湯中加上三黃解毒瀉火，這樣方的性質，由辛涼變為苦寒，就成了「死白虎」，反不能清透其熱，或導致由「熱中」變「寒中」。^[2]

2、根據證候性質組方用藥

氣分證病情複雜，多種病邪，如濕、熱、暑、火、毒等，可相互兼夾，合而為患，故臨證之時，當以明辨，然後根據其證候性質組方遣藥。例如：濕熱證宜用清熱燥濕藥，如苦寒之梔子、黃芩、黃連、黃柏、龍膽、苦參；熱毒證宜用清熱解毒藥，如大青葉、板藍根、蒲公英、魚腥草、牛黃等；暑熱證宜選用清熱解暑藥，如荷葉、滑石、青蒿、綠豆等。

（三）營血分（中後期）

熱入營血，若兼傷陰，出現口乾、舌絳少津等證，宜選用既能清熱涼血，又能養陰的藥物，如生地、玄參等；若兼瘀熱、瘀血，出現斑疹紫黑或出血表現，當選用既能清熱涼血，又能活血散血的藥物，如赤芍、牡丹皮、紫草等。

（四）裏熱證後期

若溫熱之邪已去，但陰虛內熱，宜用清虛熱藥，如青蒿、白薇、地骨皮、牡丹皮、銀柴胡等。若邪熱已微，陰津耗傷，宜用養陰生津益胃藥，如玄參、生地黃、麥門冬、天門冬、北沙參等。

著名老中醫金壽山和姜春華對溫病的論治有深入的研究，以豐富的臨床經驗，對治療溫病的用藥與療效的關係進行了論述，這對於臨床合理使用清熱藥具有重要的參考價值。

金壽山老中醫云：「葉氏以衛氣營血四個層次論治溫病……但用這一套方法辨證論治，其目的是否制止疾病的發展，用下去能否制止疾病的發展，則歷來有信有疑。」

金壽山老中醫認為：「根據《溫熱論》所論述，其目的就是千方百計制止疾病的發展。」

溫病初起為什麼要用辛涼輕劑？其目的就是促使它外解。夾風者為什麼要透風於熱外？夾濕者為什麼要滲濕於下？其目的就是使風或濕與熱相搏。

不這樣用藥又會怎樣？《溫熱論》說：「不爾風夾溫熱而燥生，清竅必乾……兩陽相劫也；濕與溫合，蒸鬱而蒙蔽於上，清竅為之壅塞，濁邪害清也。」可見夾風之溫，用解表透風之法，就是制止它的兩陽相劫；夾濕之溫，用解表滲濕之法，就是截斷它蒸鬱而蒙蔽於上的道路。

全部《溫熱論》精神，一方面是透解外邪，故在乍入營分，猶可透熱，仍轉氣分而解。問題是路要一步一步走，在通常情況下，不能把治血分藥如生地、丹皮、阿膠、赤芍等用於衛分氣分，否則，還談什麼辨證論治呢？所以葉天士說：「不循緩急之法，慮其動手便錯耳。」另一方面就是扶正存津，邪在氣分流通，益胃生津；其人腎水素虧，病雖未及下焦，須甘寒之中加入鹹寒，務在先安其未受邪之地，恐其陷入，都是扶正法，也就是防止它向重症轉變。

但是，用了這些方法，療效究竟怎麼樣？能否制止疾病的發展呢？這具體問題要作具體分析，所謂「溫病」，還是一個廣義的名稱，所包括的病種很多，有的病可以一汗而散，有的病可以到氣而解，有的病可以阻止它逆傳，有的病一定要入營入血。至於入營入血，雖用藥得當，已是半生半死。還有邪有兼夾，體有強弱，都可影響療效。但在當時用這套方藥，對於某些熱病，療效還是比較高的，較之僅用《傷寒論》方為高……。^[4]

姜春華老中醫在評價中醫藥治療溫熱病的療效中指出：「中醫藥能不能治急性傳染病？它的療效高不高？是不是療效不及抗生素？我說肯定能治，而且療效有的不亞於抗生素，中醫對於調整機體功能，增強抗病能力等方面結合辨證還是有它的更多優點。另外，也不能否定中藥的抗菌作用。——如青蒿治瘧見於《肘後方》，實踐證明療效極好……」。「這些都證明中醫治傳染病是有用的，而且療效是好的，主要在於發掘，惟有不拘泥於成規，才能有所發現，有所發明。現在，時代要求我們治病要能夠扭轉、截斷病勢，提高療效。」^[4]

二．根據藥性和藥效強弱、作用趨向、作用部位合理用藥

（一）根據藥性和藥效強弱、作用趨向合理選藥

大苦大寒之藥，清熱瀉火作用強，適宜於大熱之證，如石膏、梔子、黃連等；甘寒之藥，清熱瀉火作用弱，適宜於熱不甚之證，如淡竹葉、蘆根、天花粉等。臨床選藥應權衡熱證的輕重，大熱之證若用輕藥，則杯水車薪；微熱之證若用重藥，則誅伐太過，陽氣受損。

藥性輕清，作用趨於上焦的藥物，用於上焦邪熱；藥性苦寒，作用趨下的藥物，用於下焦濕熱。

如張景岳所云：「性力之厚者，能清大熱，如石膏、黃連、蘆薈、苦參、山豆根之屬也；性力之緩者，能清微熱，如地骨皮、玄參、貝母、石斛、童便之屬也；夫輕清者，宜以清上，如黃芩、石斛、連翹、天花粉之屬是也；重濁者，宜於清下，如梔子、黃柏、龍膽、滑石之屬也。」^[5]

（二）根據藥物的作用部位安全合理用藥

使用清熱藥可根據藥物的作用部位，取其清某臟腑熱之所長合理選藥，以發揮最佳療效。

1、清心火

熱邪擾心者，宜用擅長於清心熱、瀉心火的藥物，如黃連、連翹、牛黃、淡竹葉等。

2、根據

氣分
故臨證之
如苦寒之
板藍根、
綠豆等。

(三)營

熱入
的藥物，
熱涼血，

(四)裏

若溫
銀柴胡等
天門冬、

著名
治療溫病
考價值。

金壽
治，其目

金壽
溫病
外？夾濕

不這
劫也；濕
解表透風
而蒙蔽於

全部
解。問題
赤芍等用
慮其動手
病雖未及
也就是防

2、清肝火

熱邪犯肝者，宜用擅長於清肝熱、瀉肝火的藥物，如龍膽、夏枯草等。

3、清肺熱

熱邪壅肺者，宜用擅長於清肺熱、瀉肺火的藥物，如黃芩、魚腥草、地骨皮等。

4、清胃熱

熱邪犯胃者，宜用擅長於清胃熱、瀉胃火的藥物，如黃連、蘆根等。

5、清三焦火

三焦熱盛，宜用擅長於清瀉三焦之火的梔子。

6、瀉腎火（虛熱）

下焦虛熱虛火，宜選用擅長於清虛熱、瀉虛火的知母、黃柏等。

對於臟腑功能失調所致的內熱，若為臟氣不調兼陰虛者，不可單純使用清熱藥，必須調氣和血，養陰抑陽，或引火歸源，或壯水之主，或補土伏火，或滋水涵木，或泄火補水，不平者，使之平，不和者，調而使之和，這是治病用藥的大法，應斟酌用。

葉天士《臨證指南醫案·鬱門》云：「《內經》以五志過極皆火，但非六氣外來，考連之屬不能制伏，固當柔緩以濡之，合乎肝為剛臟，濟之以柔，亦和法也。」方用生地、天冬、阿膠、茯神、川斛、牡蠣、小麥、人中白。

姜春華評述道：「葉氏以芩、連只治外感之火，不治五志過極之火，由於火旺傷陰，陰虛生火，恰應益陰，古所謂實火宜瀉，虛火宜滋是也。」^[6]

對於傳統認為的「黃芩治上焦、黃連治中焦、黃柏治下焦」是指三藥的作用部位不同、側重、有所擅長，選藥時可作為首選藥考慮：上焦肺熱、濕熱多選用黃芩；中焦濕熱、胃熱、胃火多選用黃連，尤其是中焦濕熱瀉痢；下焦濕熱、陰虛火旺多選黃柏。但並不是黃芩只治上焦、黃連只治中焦、黃柏只治下焦。誠如姜春華所云：「——某些藥物用於某些系統，也有不必拘泥的。如黃芩、黃連，古人也有用於下焦病，黃柏也用於上部病，因為消炎清熱作用是它們的共同性。」^[7]

三．根據藥物作用特點合理選藥

根據古今醫家的臨床經驗，某些藥物治療某些病證的針對性強，療效較好，故可為首選藥。

1、連翹為「瘡家聖藥」

《本草正義》稱本品「能散結而泄化絡脈之熱」，能宣暢氣血，散熱毒血積氣聚，拔毒外出，消癰疽瘡毒。現代研究證實連翹有顯著的抗炎作用，能顯著抑制炎症。

出、水腫。凡熱毒所致的瘡癰腫毒、癰瘍結核等，均可作為首選藥，故被稱為「瘡家聖藥」。

2、蒲公英為乳癰要藥

本品擅長於清熱解毒，消腫散結，能疏厥陰肝經、陽明胃經之滯氣而通乳竅。現代研究表明蒲公英具有廣譜抗菌作用，其多糖尚有抗腫瘤作用，為治療熱毒乳癰腫痛的要藥。

誠如《本草求真》云：「蒲公英，能入陽明胃、厥陰肝，涼血解熱，故乳癰、乳岩為首重焉。緣乳頭屬肝，乳房屬胃，乳癰、乳岩多因熱盛血滯，用此直入二經，外敷散腫臻效，內消須同夏枯草、貝母、連翹、白芷等藥同治。」

3、敗醬草為腸癰要藥

本品苦寒清熱解毒，辛寒散結破瘀，排膿泄毒，凡瘀熱壅滯腸腐為癰者宜用之，尤以發熱腹痛初起，配伍紅藤、薏苡仁、桃仁、牡丹皮、大黃、金銀花、連翹等療效較佳。現代用於治療單純性闌尾炎、闌尾膿腫等。

4、魚腥草為肺癰要藥

本品辛香性寒，長於清熱解毒，能清肺消痰，拔毒消癰，祛瘀血，攻堅積，消癰腫，所含魚腥草素具有抗菌、抗病毒作用，能增強機體免疫力，增強白細胞吞噬能力，具明顯鎮咳作用；所含槲皮苷，能使血管擴張，促進炎症消退。可作為肺癰咳吐膿血、發熱、胸痛等的首選藥，常配伍桔梗、浙貝母、瓜蒌、連翹等。

龔士澄老中醫應用魚腥草治療肺癰，謂：「我對貧困之人患肺癰，咳嗽氣逆，喘息，胸脹且悶，咯吐膿痰腥臭，窘於無力購藥者，即令採鮮魚腥草搗爛絞汁，每次 50ml，對陳芥菜鹵 10ml，燉溫頓服，一日 2 次。在成膿初期用之，非常有效。若冬無鮮草時，以乾品 30 克煎湯代汁。」^[8]

5、青蒿為治瘧疾要藥

晉代《補缺肘後方》載青蒿截瘧，曰：「青蒿一握，絞取汁，盡服之。」《本草綱目》云：「治瘧疾寒熱。」現代研究證實，所含青蒿素能殺滅瘧原蟲，其一些衍生物有良好的抗瘧作用，並具有高效、速效、低毒的優點，尤其是在治療抗氯喹之惡性瘧疾、兇險型瘧疾療效更加明顯，已得到廣泛應用。

6、銀柴胡為治疳熱要藥

甘微寒，擅長於消疳益脾、清熱除積，用於小兒疳積、煩渴急躁、消瘦發熱者，可配伍黃芩、人參、使君子、胡黃連等。

四．根據寒熱的表現特點合理選藥

1. 發熱惡寒

通過辛涼疏散表熱以退熱，如桑葉、菊花、金銀花、連翹等。

2. 寒熱往來

通過和解少陽以退熱，如黃芩配柴胡等。

3. 身熱不揚

通過清透濕熱或苦寒清熱燥濕以退熱，如黃芩、黃連、梔子、黃柏等。

4. 但熱不寒

通過甘寒或苦寒清泄裏熱以退熱，如生石膏、知母；清瀉肝膽實火以退熱，如龍膽；清瀉裏熱積滯陽明腑實以退熱，如大黃、枳實、芒硝等。

5. 虛熱，夜熱早涼

通過甘寒或辛寒清熱涼血，養陰以退虛熱，如青蒿、地骨皮、銀柴胡、胡黃連，常配知母、黃柏、生地、丹皮等。

五．不同年齡與體質者以及孕產婦患有裏熱證的安全合理用藥

（一）青壯年

體質強壯的青壯年，或素體陽盛，或病情較重者，可用苦寒力猛的清熱藥，去疾迅速，如黃連、黃芩、黃柏、龍膽等。

（二）兒童和老年人、體虛及輕證患者

幼兒、年長及體虛者或病情輕者，可用甘寒的清熱瀉火藥，其力緩，副作用少，但去疾也較緩慢，如蘆根、天花粉、竹葉、銀花、菊花等。

（三）孕婦和產婦

清熱藥中的錦燈籠、綿馬貫眾、重樓、鴉膽子、山豆根、北豆根、廣東萬年青、苦木、瓦松、千里光、望江南等藥為「有毒」之品，孕婦、產婦當忌用。

射干、漏蘆孕婦忌用，大血藤、牡丹皮、赤芍、馬齒莧、半枝蓮等孕婦慎用。

產婦不宜過用寒涼藥。雖有「產前宜涼、產後宜溫」之說，但產前亦不可過用寒涼藥。

六．裏熱證不同兼證的合理用藥

(一) 兼傷陰耗氣

熱為陽邪，最易耗傷陰津。某些清熱藥苦寒性燥又有傷陰之偏性，在使用清熱藥時，若見口乾、舌紅少苔等津傷陰虧證候時，宜選用既能清熱，又能養陰生津的藥物，如生地、麥冬、玄參等，並配伍養陰生津藥，如北沙參、石斛、天門冬、玉竹等。

溫熱之邪不僅易傷陰津，同時也易耗氣，出現口渴欲飲、氣短乏力等，此時，清熱藥應與益氣生津藥同用，如配伍人參、西洋參、黨參、太子參等。

(二) 兼熱結便秘

熱邪與積滯易結聚於腸道，出現大便秘結並見火熱上炎之象，如頭昏頭痛、面紅目赤、口舌生瘡等，此時清熱藥須與瀉下藥同用，如大黃、芒硝，藉其釜底抽薪，以分消熱勢、引熱下行、排除毒素。

(三) 兼熱極生風、邪陷心包

陽熱亢盛，易致熱極生風或熱陷心包，證見高熱驚厥、痙攣抽搐，或煩躁、神昏譫語。此時，在使用清熱藥時，宜選用既能清熱，又能息風止痙或定驚的藥物，如牛黃、水牛角，常配伍清熱息風止痙藥，如羚羊角、鉤藤、天麻、地龍、全蠍、蜈蚣等，甚則與開竅藥同用，如麝香、蘇合香、冰片等。

(四) 兼血熱妄行

熱入營血，迫血妄行，出現皮膚斑疹、衄血、溲血等，宜選用清熱涼血藥，如生地、玄參、水牛角、紫草等，配伍涼血止血藥，如槐花、地榆、白茅根、側柏葉等。

(五) 兼熱毒咽喉腫痛

熱毒壅鬱咽喉腫痛，宜選用既能清熱解毒，又能利咽消腫的藥物，如玄參、射干、山豆根、板藍根、崗梅根、馬勃等。

(六) 兼熱毒痢疾

熱毒壅鬱於腸，血敗肉腐，下痢膿血，宜選用既能清熱解毒，又能涼血止痢的藥物，如黃連、馬齒莧、白頭翁、金銀花、鴉膽子等。

(七) 兼肝熱目赤腫痛

肝熱上攻，導致目赤腫痛，宜選用既能清熱瀉火，又能消腫明目的藥物如決明子、夏枯草、秦皮、青葙子、密蒙花、穀精草等。若目赤腫痛甚，宜配用清熱解毒藥，如黃連、蒲公英等。青葙子所含油脂有散腫作用，患青光眼及瞳孔散大者慎用。