

• 述评 •

中药配伍理论研究问题瞻望

高晓山(中国中药研究院中药研究所,北京 100700)

摘要: 本文认为: 中药配伍是指两味或两味以上的中药配合应用。配伍应是指有规律、有制度的配合、搭配。规律、制度即配伍理论。对中药配伍理论完成体系、全面的科学探索, 应是迎接新世纪中药理论研究中重要的一环。包括: 中药配伍理论的内涵、分类、引申, 中药配伍的药效学、药剂学、化学效果的现代科学研究。最后, 提出关于中药配伍理论研究组织与分工的设想。

关键词: 中药理论; 配伍; 方剂

中图分类号: R289.1 文献标识码: A 文章编号: 1005-9903(1999)06-0001-07

Looking Forward to the Problems in the Research of Compatibility Theory of Chinese Traditional Medicine

GAO Xiao-shan

(Institute of Chinese Materia Medica, China Academy of TCM, Beijing 100700)

Abstract: The author reckons that the compatibility of traditional chinese medicine is a combinative application of two or more chinese medicine. Compatibility of drugs should be the combination and collocation of drugs following regulations and rules. The regulations and rules are just the compatibility theory. It is the important part of the research of the theory of chinese medicine in new century to fulfil the systematic and overall scientific exploration of compatibility theory of traditional chinese medicine. The exploration should contain the meaning, the classification and the extending of compatibility theory of chinese traditional medicine, the scientific research of the combination of chinese medicine on pharmacodynamics, pharmaceutics and chemistry. Finally, the assumption of organization and division of work for the research of compatibility theory of traditional chinese medicine should be put forward.

Key words: theory of chinese medicine; compatibility; prescription

中药配伍, 是指两味或两味以上的中药配合应用。按照原义, 配: 匹也, 媿也, 对也, 当也, 合也。^[1] 伍: 相参伍也。^[2] 实际, 伍是队伍、行伍的原字。因此, 配伍, 应该是指有规律、有制度的配合、搭配, 而不是随机的、无序的, 或“霰弹”式的分配组合。所说规律、制度, 也就是我们所说配伍理论。

一个或更多的配伍有规律地定向搭配, 就形成方剂。方剂是复合的配伍, 一个或更多配伍的有目的的综合。配伍是方剂的基础、基本结构单元。因此, 配伍理论的研究对于方剂研究也是很重要的基础研究。

近年来, 关于中药配伍理论的研究, 引起广泛的关注。也有许多学者从多方面对配伍理论的内涵、科学实质进行探索。如何系统地、有组织、有计划地开展中药配伍理论的科学研究, 争取在较短的时间内, 对中药配伍理论完成系统、全面的科学探索, 应是迎接新世纪中药理论研究中重要的一环。

1 关于中药配伍理论的内涵

配伍, 并不是经典的理论术语, 《神农本草经》所说: “药有阴阳配合: 子母、兄弟、根叶(茎)、华实、草石、骨肉; 有单行者, 有相须者, 有相使者, 有相畏者,

有相恶者,有相反者,有相煞(杀)者:凡七情合和。”^[31]①《太平圣惠方》引文则与君臣佐使同提:“凡药有君臣佐使,以相宣摄合和,……又有阴阳配合:子母、兄弟;根茎花实、草石骨肉;又有单行者,有相须者,有相畏者,有相使者,有相恶者,有相反者,有相杀者。凡此七情,合和之时,用意视之。”^[4]所说配合、合和、宣摄合和,应与配伍同义。都是有规律的、有理论依据的、有目的的药物组合。

如果是这样,则配伍不仅是药物的两两搭配,而且也包括更多的药物配合。广义的配伍,实际也包括方剂。事实上,小的方剂可能只是两味药的配伍;两味药的配伍有时就是一个方剂;当然,配伍不单是药物的两两搭配,有时三味或更多的药物也可能组成固定的配伍,这样的配伍,同时也就是方剂。单独应用的配伍事实上就是一个方剂。虽然方剂学成为独立的学科,并不意味着与配伍有严格的区别。

古代有药对之说,其实际内涵不得而知。但近代所说药对,肯定就是固定形式的配伍,中性、不作药性分类的配伍。

2 关于中药配伍的分类

《神农本草经》所说:“药有阴阳配合:子母、兄弟;根叶(茎)、华实、草石、骨肉;有单行者,有相须者,有相使者,有相畏者,有相恶者,有相反者,有相煞(杀)者:凡七情合和。”^[31]实际从字义推敲,这里所说配合或配伍,至少包含着三大类:

其一,“药有阴阳配合:子母、兄弟”:按照《蜀本草注》的解释:“凡天地万物,皆有阴阳、大小;各有色类。寻究其理,并有法象。故毛羽之类皆生于阳而属于阴;鳞介之类皆生于阴而属于阳。”“榆皮为母,厚朴为子。”^[5]并没有说明阴阳、子母、兄弟如何配合,意义和目的为何。虽然从《内经》起,分辨药性阴阳的准则^②已经广为人知,从金元四家起,许多药的药性都区别为阴阳属性,实际历代本草却极少说明药性的阴阳运用和配合。

《史记·扁鹊仓公列传》记载齐王侍医遂与淳于意有关药性阴阳的辩论:“遂曰:‘扁鹊曰:阴石以治阴病;阳石以治阳病。夫药石者,有阴阳、水火之齐。故中热即为阴石柔齐治之;中寒即为阳石刚齐治之。’”讲的是药性阴阳的运用。淳于意并不同意遂的意见,他说:“扁鹊虽言若是,然必审诊:起度量,立规矩,称权衡,合色脉、表里、有余、不足、顺逆之法。参其人动静与息相应,乃可以论。”^[6]究竟应该怎样运用药性阴阳,并没有讲,更没有涉及药性阴阳的配伍

应用。

作为治疗原则,《内经素问》明确主张:“阴平阳秘,精神乃治;阴阳离决,精气乃绝。”^[7]《圣济经》认为:“独阳不生,独阴不成”^[8]。但后世如《中藏经》、《扁鹊心书》、《医贯》等引入道家思想,所谓:“阳者,生之本。阴者,死之基。”^[9]“阳精若壮,千年寿;阴气如强,必毙伤。…阴气未消,终是死;阳精若在,必长生。”^[10]“圣人裁成天地之化,辅相天地之宜,每寓扶阳抑阴之微权。”^[11]燮理阴阳似乎并非必要,阴阳配合的规律是否就此趋于隐晦?

关于“子母、兄弟”,《蜀本草》所说:“榆皮为母,厚朴为子。”^[5]实际是仅有的例子,而且几乎不可理解。据《药治通义》明人卢复(不远)《芷园日记》载陈伯先说:桃树生子,则桃树是母,桃子是子。若兄弟,如榆有大叶、小叶,麦有小、大,禾稻亦有数十种云云。^[12]未见《芷园日记》,陈伯先亦无考。臆度恐系附会古说,未必有据。

其二、根叶(茎)、华实、草石、骨肉配合:显然,这是源于不同形质、部位的药物配伍。从传世的古代方剂中,几乎找不出可以说明这一配伍规律的事例。

其三、七情:这是大家研究最多的部分,甚至有人认为这就是中药的配伍理论,或是中药的配伍理论的代表。但实际讨论的只是六情,单行向来作为特例,不作讨论。《本草备要》、《本草从新》都只讨论后面的六情,不冠总称。^[13]

单行,陈嘉谟称:“不与诸药共剂,而独能攻补也。如方书所载独参汤、独桔汤之类是尔。”^[14]李时珍改称独行,谓:“独行者,单方不用辅也。”^[15]《中药药性论》总结称:“单行就是单味药的应用。虽然《本经》列入七情,实际上并未发生配伍关系。”^[16]然而,这是事实吗?从文义来讲,本节讲的是七种配伍效果,所以统称为七情合和。如果未曾配伍,还讲什么“合和”?从字义讲,虽然独和单在许多方面同义,但单,有纯一、少变化的含义,独却不合此义^[17]。单行和独行是否还不能认为完全同义、可以互代?因此,独行,是单用,不配伍。单行,则是配伍,但少变化。七情中的单行应是指不发生(外观、形质、药性、药效等

① 参考《重修政和经史证类备用本草》卷一·序例上·白文;《本草纲目》卷一·序例上·引文作:“根茎、花实、苗皮、骨肉”。

② 《内经素问》中,两见:阴阳应象大论:“水为阴,火为阳。阳为气,阴为味。……味厚者为阴,薄为阴之阳。气厚者为阳,薄为阳之阴。……辛、甘发散为阳;酸、苦涌泄为阴”至真要大论:“辛、甘发散为阳;酸、苦涌泄为阴;咸味涌泄为阴,淡味渗泄为阳。”

方面)变化的配伍,是一种配伍效果,而不是(至少,不只是)不配伍。如果只是不配伍,又怎能算是合和的一个类型?据《蜀本草》注,《本经》365种中,有单行者71种。^[5]这71种,尚无从查考。

由于一般并不认为单行是配伍的一种,近年来关于配伍的研究几乎没有人对单行进行研究,七情,只有六情有实际意义。值得讨论。

除了单行,其余六类,大约可以划分为两大类:一类是配伍后,相互间的药效强度、方向性有所加强。如:相须、相使;另一类配伍后,相互间的药效、药性相互拮抗、抵消或削弱,如相畏、相恶、相反、相杀。相畏、相反和后来发展的十八反、十九畏是否同义,一直是学术界争议的内容。近几版的《中华人民共和国药典》都将相畏、相反、十八反、十九畏同称为不宜同用,显然都作为同义、配伍禁忌对待。近年来,有关十八反、十九畏的实验研究,基本上大家都采用是否产生毒性、或增强毒性作为主要指标,验证是否配伍禁忌。然而,从中医药理论角度来认识,产生毒性、或增强毒性是否意味着配伍禁忌,恐怕还要商榷。

其实,相须、相使、相恶、相杀的含义各家解释也多有出入,我们是否不应该把七情的内涵留待下一代来解决。

近来,有人提出相乘、相加、相减等配伍效果,看来,七情的内容有无必要重新核定或补充,也是值得讨论的课题。

3 关于中药配伍理论的引申

3.1 配伍,未必便是药物的两两配合 多年来,配伍的研究侧重于两两配合,而且习惯于用两两的药物组对来解释方剂组成,有时,以此解释方剂功能似乎难于自圆其说。比如:《伤寒论》芍药甘草汤,只由芍药、甘草两药组成。原治腹中不和而痛;误表发厥,脚挛吐逆(在宋以前的古本草中,两药配伍并没有明确的七情归属),《得配本草》称:白芍药“配甘草,止腹痛,并治消渴引饮。”^[18]另有芍药甘草附子汤,由芍药、甘草、附子三药组成,治太阳病发汗,病不解,反恶寒。柯琴解释:“脚挛急,与芍药甘草汤,本治阴虚。此阴阳俱虚,故加附子。”^[19]显然是以芍药、甘草为主要配伍,另加附子回阳。但芍药配甘草既然不是古已有之的固定配伍,为什么不是芍药配附子加甘草,不是甘草配附子加芍药?或者,为什么不是芍药、甘草、附子三药组成的特殊配伍、药对?类似的问题同样可以引申到许多方剂中。麻黄汤四味药:麻黄、桂枝、甘草、杏仁,麻黄配甘草,《金匱要略》为甘草麻

黄汤,治水气病^[20];麻黄配杏仁,《肘后方》治奔豚病^[21];麻黄、甘草、杏仁,实际是前两个配伍的配伍,《肘后方》治“卒乏气,气不复,报肩息”^[21];《太平惠民和剂局方》麻黄不去根节、甘草不炙、杏仁不去皮尖,称为三拗汤,治感冒风寒,咳嗽鼻塞。^[22]《证治准绳》麻黄去节、甘草炙、杏仁去皮尖,称为三和汤,治喘嗽。^[23]因此,(三拗汤或)三和汤加桂枝,就是麻黄汤。《证治准绳》又称加减三拗汤^[23]。这样,由:麻黄、桂枝、甘草、杏仁四味药组成的麻黄汤,至少,麻黄配甘草、麻黄配杏仁、麻黄、甘草、杏仁是三个较固定的配伍。如果按排列组合,还有麻黄配桂枝、桂枝配甘草、桂枝配杏仁、杏仁配甘草、麻黄配桂枝、甘草、麻黄配桂枝、杏仁、桂枝配杏仁、甘草七个配对。一个由四味药组成的小方剂,可以排列十个配伍,这些配伍和配伍相互间再彼此发生影响,实际几乎不可能认定只是哪一个或几个两两配伍的药对,而不是哪一个或几个三药配伍的药对在起作用。

过去,我们是否对两味药配伍注意力过于集中?复杂的配伍关系如何探讨,似乎应该给予更多的关注。

3.2 关于方剂的随证加减 并不是所有的方剂都有随证加减,也不是所有古方都有随证加减。因为中医治疗总归是因人、因时、因地、因具体见证,而有针对性地灵活用药。在固定的效验方剂基础上,针对特定的兼症(证),加减使用相对固定的药物,大多数医家有自己的规律,或者形成特色、流派。方剂的随证加减反映古人对于单味药与大的、复杂的配伍(方剂)配合经验,大大扩展了方剂适应范围和灵活性(尤便于成药应用);也包含着对于单味药或小配伍(加减用药)的应用经验和理论认识。

四物汤在《局方》中,随证加减原只有两条。^[24]《活人书》增至17条。^[25]《证治准绳》总结为141条。^[26]《中国医学大辞典》总结为99条(实际还要多,如第70条包含14条;第71条包含3条)。^[27]《六合汤类方》派衍为妊娠方38道、产后方70道、经病方97道、带下方10道、杂病方65道^[28];合计:280条。这仅仅是一个著名方剂在几部著作中的随证加减,散见于各方书中的各家用药规律、经验、心得,肯定还要多。

是否可以这样说:方剂的随证加减对于方剂运用来说,比相对孤立的药对、配伍有更多的规律性;体现更多的配伍理论,而且,有更直接的影响。整理、研究方剂的随证加减将更丰富配伍理论。应该给予

足够的重视。

3.3 关于药引 药引可能在历史上出现较晚,主要适用于成药的临床应用,使组成相对固定的成药可以适用于更多的病症变化,适应辨证施治的特点。在形式上近似随证加减,但随证加减基本上是与主方同一剂型;药引则无论主方是什么剂型,基本都是汤、饮(或酒、醋等液体)。

有人主张药引就是引经药。有的药引用的就是引经药,但并不是所有药引用的都是引经药;的确,有的引经药用做药引,但大多数引经药是在主方内,药引和引经药不是具有相同含义的术语。

药引主要多用于民间医生,科班出身的中医一般较少用成药,更少用药引。药引的内容很多,不亚于随证加减,而且有更多的规律性。无论是药性理论的延伸、补充,还是方剂运用、与临床辨证的适应,都表现极大的灵活性和特色。《备急千金要方》的耆婆万病丸“治七种癖块、五种癩病、十种疰忤、七种飞尸、十二种蛊毒、五种黄病、十二时疟疾、十种水病、八种大风、十二种瘰疬”⁸¹种病症,以及“风入头、眼暗漠漠,及上气咳嗽,喉中如水鸡声,不得眠卧,饮食不作肌肤,五脏积聚不消,拥闭不通;心腹胀满及连胸背,鼓气坚结,流入四肢;或复叉心膈气满,时定时发,十年、二十年不差;五种下痢、疖虫、寸白诸虫;上下冷热、久积痰饮,令人多睡、消瘦无力,荫入骨髓,便成滞患;身体气肿,饮食呕逆,腰脚酸疼、四肢沉重、不能久行立;妇人因产冷入子脏,脏中不净,或闭塞不通、胞中瘀血冷滞,出流不尽,时时疼痛为患,或因此断产;并小儿赤、白下痢,及胡臭、耳聋、鼻塞等病。”¹²⁹¹明人王三才《医便》记载一个万灵膏原是外用膏药。制成丸药,还可内服。原有12种药引,分治12个种(类)的内外疾病。又引申用315个药引内服,分别针对治疗19大类内、外、妇、儿307种病症,另加两类8种“无病常服”的保健、预防药引。¹³⁰¹一个主方变通使用不同药引,居然能用来治疗几百种不同类型的疾病。这是不是事实?

从理论上讲,药引是少数几味药与某些固定组成的方剂(成药)的灵活配伍,每个不同的配伍实际构成了一个组成各异的方剂。不同的方剂治疗不同的病症,符合辨证施治的特色。可惜对于这一类特殊的配伍形式我们了解、研究得太少了,远不能阐述其科学意义。从这一类配伍方法的灵活性、适应性来看,从其与临床实践的紧密结合来看,其中应该是蕴藏着极多的理论内涵,也有广阔的开发前景。

3.4 配伍与加辅料的炮制 药材加辅料炮制,古已有之,并形成了自己的理论体系。现代科学研究也已证明:许多种加辅料的炮制方法可以明显改变某些药材的药性,而且有的几乎是可控地定向改变药性。这是中药与其他传统药的一个重要区别。

炮制,特别是药材加辅料炮制,是否可以看作处方前的预处理,或者是处方前的预先配伍,是一类特殊形式的配伍?药材加辅料炮制,是药材药性的人为改变,也是辅料药性应用实践,是辅料药性的检验和验证,除了其科学意义表述还有必要深入研究以外,联想到近十几个世纪炮制工艺(特别是药材加辅料炮制工艺)的发展,以及近百年来若干炮制工艺的无端消失,是否也有必要努力发掘其中蕴藏着的前人宝贵的实践经验,进而建立可控的、科学的炮制(配伍)工艺?

3.5 剂量和剂量比例与配伍的关系 不应当在中医药理论研究中宣扬不可知论。我个人不赞成过分强调“剂量是中医不传之秘”。但主张严肃对待从这句话引申理解剂量的重要性。剂量是药性的基础,是药性的决定因素。当然,也是决定药物配伍后发生药效、药性变化的重要因素。一个配伍,不同的剂量比例显示不同的(质或量的)药效。这一点在许多配伍研究中已经得到证明。在药物配伍效果方面是否也存在着类似化学的质量作用定律^①的情况?

配伍的研究,特别是在临床研究中,是否也应该注意剂量比例的效应?

而更重要的是,原则上,每一个配伍(方剂)的特定药效,都会有一个特定的最佳剂量比例。但是,一个配伍(方剂)的特定药效未必只有一个,不同药效的最佳剂量比例可能相同,也未必相同(理论上很可能不同)。说某一个配伍的最佳配伍比例是什么,如果不讲适用的药效,显然是欠周全的。

当归配黄芪,即著名的当归补血汤。李杲《内外伤辨惑论》³¹¹、《兰室秘藏》³²¹都是一与五的剂量比,治肌热燥热,困渴引饮,目赤面红,昼夜不息……血虚发热,证象白虎。……得之于肌困劳役。¹³¹¹李仪奎等(1992)¹³³¹、陈玉春等(1994)¹³⁴¹都曾从补血、生血着手进行的实验研究,窦骏等(1993)¹³⁵¹、陈玉春等

^① C. M. Guldberg 与 P. Waage 1864 年提出的质量作用定律:当温度恒定时,在均相物系中,化学反应的速度与反应物的活动质量(即浓度或分压力)成正比。例如在双分子的可逆反应 $A + B \rightleftharpoons E + F$, 增加 A 或 B 的浓度,可使平衡向右移动;增加 E 或 F 的浓度,可使平衡向左移动。参看词海缩编本. 270

(1994)^[36]观察当归、黄芪不同剂量配伍比例对小鼠脾细胞NK活性、产生IL-2能力的影响。都认为一与五是最佳的剂量比例。滕佳琳(1992)^[37]、宋延平等(1993)^[38]以耐缺氧作用为指标,同样认定一与五是最佳的剂量比例。然而前代文献中当归配黄芪的剂量比例并非都是一与五:

《医学心悟》^[39]《时方歌括》^[40]为一与四之比;

《外科理例》为一与六之比^[41];

《古今图书集成·医部全录》^[42]小儿诸热门为一与三之比;

《东医宝鉴》^[43]为二与五之比;

《血证论》^[44]为一与二之比;

《医学入门万病衡要》治一切亡血过多而作痉者,为三与八之比;^[45]

实际,同一部著作,不同场合所用的比例也不尽相同。即如《医学入门万病衡要》除前引三与八之比外,治产后无乳,则为一与五之比。^[46]同是《薛氏医案》,《内科摘要》为一与五之比^[47];《保婴撮要》为一与二之比^[48];《女科撮要》则为三与十之比^[49]。

以上仅仅是存在部分文献中的情况。只有两个可能:其一、当归补血汤其实并没有一个准确的最佳剂量比例,或者所谓剂量配伍比例没有什么现实意义;其二、不同的治疗目的,不同的主症,各有不同的最佳剂量比例。如果我们相信中医文献内容基本反映中医的临床经验,则第二个推测最有可能。滕佳琳的研究结果(当归:黄芪为1:5作用;提高cAMP/cGMP和6-k-PGF_{1α}/TXB₂值较强。2:1作用偏于养血益气,抗缺氧作用最为显著。1:1作用益气活血兼养血,显著增加小鼠心肌cGMP含量,显著增强红细胞膜的流动性。各组均能显著增加小鼠心肌cAMP含量,显著增加血浆6-k-PGF_{1α}/TXB₂浓度,降低血浆TXB₂浓度)^[37]说明,不同的剂量比例各有自己的作用优势。与前述第二个推测基本相符。

因此,配伍的剂量比例研究结论不应该任意引申,还要多考虑几种适应证,而不是只选择某一个或某几个指标。

3.6 不同给药途径与配伍 文献中,曾有记载,经不同途径同时给药,特别是利用相反组对治疗,又要力争在进入体内以前,两药尽可能不直接接触。应该看做是一种特殊的配伍形式。现代临床其实也有类似给药方法,比如说,口服和注射同时给药。某些药物不宜于在体外预先混合,为免发生化学反应、产生沉淀,可以通过不同途径同时给药。

这类经不同途径同时给药的特殊方法,有两方面值得注意:其一、有没有可能利用这类方法开发新的配伍用药;其二、有没有可能不同途径给药时,发生意想不到的相反、相畏、相恶、相杀的配伍效应,使某一药的药效减少或消失,或者毒性增强、产生新的毒性。由于近年来对于多种药物透皮吸收的可能性已经了解,中药内病外治的治疗方法也作为中医药的一个特色被许多人接受,经不同途径同时给药,药物进入体内后,会发生什么样的药效,在理论上、实践上还有许多方面有待探索。

3.7 中西药配伍理论呼唤诞生 中、西药的配合应用,是一类特殊的药物配伍,需要跨越、连接、融合中、西医药两个理论体系。

不论人的感情能否接受,中、西药的配伍应用是客观存在的,在我国,而且是大量存在着。但由于缺乏相应理论的指导,中、西药的配合应用一直存在相当大的盲目性。至少,近五十年来,公开的、隐蔽的、家庭中、医疗单位内,中、西药的配合应用已经积累了大量经验,只是由于种种原因,没有系统、科学的整理总结。见于文献的大多是推论的、猜测的,缺乏实践,更没有实验根据,不是严肃的、严谨的科学报道,还没有形成可以指导临床的理论。

然而中、西药的配伍应用的事实不容回避,也不可能禁绝。与其放任自流,听任其盲目发展,或者到出现问题时再采取行动,倒不如主动先行,总结、建立中、西药配伍的理论。这也是我们中药理论工作者急待解决的重要课题。

4 中药配伍理论现代科学研究的遐想

中药配伍的研究已经积累了不少成绩,配伍理论的重要性已经在学术界形成共识。配伍,是中药的特色和优势。

4.1 配伍的药效学效果 中药配伍的现代研究,最多的是药理、药效学的研究。这也是最引人注目的内容,是配伍的最终结果。但有几个问题没有解决:

- 是什么因素决定配伍的效果? 两药配伍,为什么有的药药性会受影响,有的药会影响别的药?
- 配伍后的药效是否可以预期? 是否可控?
- 一味药,一般都有多种药效,也有相应的多种物质基础,两或更多味药配伍后,多种药效、多种物质基础间的药性、药效变化方向是相同的,还是无序

① 歌诀称:“五倍黄芪归一分”,但注称:“黄芪一两,当归二钱五分。”

的?

4.2 配伍的药剂学效果 配伍后,发生的药剂学效果也会直接、间接影响药效的发挥,包括:

- 药剂色、香、味的改变;
- 形成沉淀、凝胶等物理化学变化;
- 对某些成分的提出过程或提出率发生影响;
- 影响某些药物成分的生物利用度;
- 影响制剂过程;
- 影响制剂的稳定性;
- 促进或抑制某些制剂效果。

在配伍理论方面,我们不太注意这些效果,然而在未来的时代里,利用或控制配伍的药剂学效果定将影响中药制剂的开发、利用,也会直接影响中药资源的合理利用、环境保护。

4.3 配伍的化学效果 没有理由认定中药配伍必然发生化学反应,产生新的成分。但也没有理由认定中药配伍全然不会发生化学反应。化学反应包括化合、分解、部分成分的化学结构改变、生物化学的、物理化学的变化,都存在相应的物质基础,不同的配伍效应也必然存在不同的物质基础。因此,配伍化学的研究、认识应该是中药配伍研究的重要组成部分。任何配伍效应,包括经典的七情,都应该有自己的化学表述。

4.4 配伍的效果是否单向的? 一直困扰着大家的是:配伍效果的方向性。比如:半、贝、菱、菝、芫攻乌,姑不论“攻”的实质是什么,半夏反乌头,乌头反不反半夏?当逐渐增加乌头或半夏剂量时,反的情况、方向、性质、程度有没有改变?《本草蒙筌》引中《本草经集注》的解释,称:“有相恶者,彼有毒而我恶之也。有相畏者,我有能而彼畏之也。此二者不深为害。盖我虽恶彼,彼无忿心;彼之畏我,我能制伏。如牛黄恶龙骨,而龙骨得牛黄更良;黄芪畏防风,而黄芪得防风,其功愈大之类是尔。”^[14]照此说,甲恶乙,乙未必恶甲;或者,乙更喜(须?)甲;甲畏乙,乙反而须甲。那么,凡是相恶的、相畏的,另一方是否必然与这一方相须?相须的,另一方与这一方究竟是相恶,还是相畏?换一个问题:甲杀乙的毒,乙对甲的毒(如果有的话)杀还是不杀?甲杀乙的毒,乙的疗效受不受影响?甲的疗效有没有影响?类似的方向性问题,并不完全是理论性的,也涉及到实际,比如:甘遂反甘草,《雷公炮炙论》就有用生甘草汤、小荠絢自然汁浸泡甘遂的炮制方法^[50],至今,广东制甘遂,还用甘草水浸蒸^[51]。甘遂反甘草,甘草反不反甘遂?

5 关于组织与分工、前景瞻望

近年来,来自不同系统的有关中药配伍的研究课题很多,许多是在同一水平上重复,相反,又有许多关键性的问题无人过问。不仅存在浪费,也使中药配伍的研究进展缓慢。配伍既然是中药理论的特色和关键,面临新的世纪到来,是否有必要利用我们社会主义国家的优势,有组织、有计划地安排、突破中药配伍理论研究?这是一个系统工程,有待于周密的组织分工,我们有这么雄厚的技术力量,有这么好的内外环境条件,相信通过认真组织、分工,中药配伍理论研究一定会有新的突破,对于中医药事业的发展、对于国民经济一定会有新的推进。

参考文献:

- [1] 玉篇[M]. 据康熙字典转引.
- [2] 据康熙字典[M].
- [3] 自本草经集注转引[M]. 群联出版社, 1955. 影印本 9
- [4] 王怀隐. 论用药[M]. 太平圣惠方. 卷二. 北京: 人民卫生出版社, 1959. 32
- [5] 掌禹锡等注. 重修政和经史证类备用本草. 卷一. 序列上[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1957. 影晦明轩本 31
- [6] 司马迁. 史记. 卷 105. 扁鹊仓公列传第 45 [M]. 上海: 上海古籍出版社, 1986. 影武英殿本 311
- [7] 内经素问. 生气通天论.
- [8] 赵佶. 宋徽宗圣济经. 卷一. 体真篇. 阴阳适平章[M].
- [9] 原署华佗. 华氏中藏经. 卷上. 阴阳大要调神论第二[M]. 商务印书馆, 1956. 1
- [10] 原署窦材. 扁鹊心书. 卷上. 须识扶阳[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1992. 8
- [11] 赵献可. 医贯. 卷一. 阴阳论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1959. 9
- [12] 丹波元坚. 药治通义. 卷十. 七情合和配合诸说[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1983. 157
- [13] 汪昂. 本草备要总义[M], 商务印书馆, 1954. 4. 吴仪洛. 本草从新. 凡例. 北京: 人民卫生出版社, 1990. 14
- [14] 陈嘉谟. 本草蒙筌. 总论. 七情[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1988. 9
- [15] 李时珍. 本草纲目. 卷一. 序例上. 神农本

- 经名例,北京:人民卫生出版社,1982.46
- [16] 高晓山,等. 中药药性论. 第九章. 第一节. 三、七情含义[M],人民卫生出版社,1992.252
- [17] 词海. 缩印本.288
- [18] 严洁,等. 得配本草. 卷二. 白芍药[M],中国中医药出版社,1997.63
- [19] 柯琴. 伤寒来苏集. 卷一[M],上海科学技术出版社,1959.24
- [20] 金匱要略方论. 卷中. 水气病脉并治第十四[M].
- [21] 肘后备急方. 卷三. 治卒上气咳嗽方第二十三[M].
- [22] 陈承,等. 太平惠民和剂局方. 卷二[M],人民卫生出版社,1959.42
- [23] 王宇泰. 证治准绳. 幼科 集之九咳嗽[M],上海科学技术出版社,1959.705
- [24] 同[23],卷九,人民卫生出版社,1959.165
- [25] 朱肱. 活人书. 卷十九. 妊妇伤寒药方[M],人民卫生出版社,1993.269
- [26] 王宇泰. 证治准绳. 女科. 卷一. 治法通论[M],上海科学技术出版社,1959.18
- [27] 谢观,等. 中国医学大辞典[M],商务印书馆,1926.724
- [28] 何时希. 六合汤类方释义(何氏医学丛书之三十一)[M],学林出版社,1965
- [29] 孙思邈. 备急千金要方. 卷二十. 胆脏 万病丸散第七[M],人民卫生出版社,1955. 影印本 225~ 227
- [30] 王三才. 医便 卷五 禁方[M],上海科学技术出版社,1986. 珍本医书集成. 第十册. 124~ 130
- [31] 李杲. 内外伤辨惑论. 卷中 暑伤胃气论[M],上海古籍出版社,1991. 影文渊阁本四库医学丛书. 745—378
- [32] 李杲. 兰室秘藏. 卷下. 杂病门[M],上海古籍出版社,1991. 影文渊阁本四库医学丛书. 745—556
- [33] 李仪奎,等. 黄芪当归药对配伍的药理作用研究[J]. 中药药理与临床,1992,8(2):1~ 3
- [34] 陈玉春,等. 当归补血汤补血作用机理的探讨[J]. 中国中药杂志,1994,19(1):43
- [35] 窦骏,等. 不同剂量配伍的当归补血汤对小
- 鼠脾 NK 和 IL-2 活性的影响[J]. 中国免疫学杂志,1993,9(4):245
- [36] 陈玉春,等. 当归补血汤对血虚小鼠产生 IL-2 影响的实验研究[J]. 中国中药杂志,1994,19(12):739
- [37] 滕佳琳. 黄芪与当归药对配伍理论的实验研究[J]. 山东医学院学报,1992,16(1):14
- [38] 宋延平,等. 当归补血汤的心血管作用及耐缺氧作用[J]. 陕西中医,1993,14(10):472~473
- [39] 程国彭. 医学心悟. 卷二. 诸方补遗[M],中国中医药出版社,1996.99
- [40] 陈念祖. 时方歌括. 卷上[M],人民卫生出版社,1956. 影印本 99
- [41] 汪机. 外科理例 附方[M],人民卫生出版社,1963.272
- [42] 陈梦雷. 等. 古今图书集成,医部全录卷 421. 小儿诸热门[M],人民卫生出版社,1963.469
- [43] 许浚,等. 东医宝鉴 杂病篇. 卷三[M],人民卫生出版社,1982. 影印版 424
- [44] 唐容川. 血证论 卷七[M],人民卫生出版社,1980. 血证论评释 306
- [45] 洪正立. 医学入门万病衡要. 卷五. 治瘥[M],中医古籍出版社,1985. 影印版 413
- [46] 同上,卷六. 产后诸症,534
- [47] 薛己. 薛氏医案. 卷一 内科摘要[M],上海古籍出版社,1991. 影文渊阁本四库医学丛书 763~ 26
- [48] 薛己. 薛氏医案. 卷五 保婴撮要[M],上海古籍出版社,1991. 影文渊阁本四库医学丛书 763~ 144
- [49] 薛己. 薛氏医案. 卷四 女科撮要[M],上海古籍出版社,1991. 影文渊阁本四库医学丛书 763~ 103
- [50] 重修政和经史证类备用本草. 卷十 转引[M],北京:人民卫生出版社,1957. 影印本 254
- [51] 中医研究院中药研究所. 中药炮制经验集成[M],人民卫生出版社,1974.59