

# 中药有毒无毒理论浅析

周海虹

(厦门大学海外教育学院, 福建 厦门 361005)

有毒无毒是中药药性理论的重要组成部分,与四气五味、升降浮沉、归经理论同为指导临床用药的基本原则。

## 1 有毒无毒的涵义

中药有毒无毒,是指药物对人体有无毒性而言。凡有毒的药物,大都性质强烈,用之不当,可对机体产生毒害,甚至引起死亡。如《诸病源候论》曰:“凡药物云有毒及大毒者,皆能变乱,于人为害,亦能杀人。”本草书籍中,常在这些药物的性味之下标明“有毒”“大毒”或“小毒”,如乌头、芫花、砒石等。一般说有大毒的药对人体毒害大,有小毒的药对人体毒害较小。相反,凡无毒的药物,性质比较平和,常量或稍大于常量应用,一般对人体无毒副作用,有一部分即使大量食用也不会毒害人体,如山药、苡仁、枸杞等。

在古代医药文献中,对“毒药”的认识,除上述所指毒性和副作用外,还常作为药物的总称,即认为药物之所以能祛邪疗疾,是因其各有偏性,或偏于寒,或偏于热,或偏于补,或偏于泻……。这种偏性就是“毒”,“毒”即药,药即“毒”。如张景岳所说:“药以治病,因毒为能,所谓毒者,以气味之有偏也。盖气味之正者,谷食之属是也,所以养人之正气。气味之偏者,药饵之属是也,所以去人之邪气。……是凡可辟邪安正者,均可称为毒药。”综上所述,古代医药文献对中药有毒无毒的涵义存在广义(即药物的总称)和狭义(即药物的毒副作用)两种认识,但均未论及有毒与无毒之间的关系,显然不够全面。因为许多中药,无论有毒或无毒,其治疗效能与毒副作用既是相对、又是密切相关的。在一定条件下,有毒与无毒可以互相转化,某些无毒的药,因过量或不合理应用,即可对人体产生毒害,转化为“有毒”药物。如甘草无毒,常量服用可收益气和润肺止咳之功,但若大量久服反而出现脘腹痞满或水肿。人参无毒,大补元气,但滥用也可出现头痛、烦躁、失眠、口鼻出血等毒性反应,甚至导致死亡。反之,某些有毒或大毒的药物,只要适量合理应用,则能化毒为利,疗沉痾去痼疾而又不致毒害人体,转化为“无毒”之药。如附子有毒,但在剂量、炮制、配伍等适当的条件下,不仅不产生毒副作用,反而能回阳救逆,拯救生命于垂危。

此外,限于历史条件,古代医家对药物毒性的认识大多是通过临床直接观察而获得的,对于急性中毒反应容易发现,而对慢性中毒反应却往往认识不足。如黄药子,功能散结消瘿,清热解毒。古代本草书籍载其无毒,现代临床常用于治疗甲状腺疾病和某些肿瘤取得一定疗效,但治疗过程中发现连续服用1个月以上时,常会损害肝功能,导致中毒性肝炎。因此,对于中药有毒无毒理论的涵义,应该有一个全面的认识。

## 2 影响药物有毒无毒的因素

药物的有毒无毒实质上是由其所含化学成分有无毒性决定的。一般不含有毒成分的药物对人体无毒,而含有毒成分的药物对人体有毒。但中药大多是多成分的天然药物,每种成分又受到所含其他成分的制约,因此,某些含有毒成分的中药,在整体上并不显示有毒。如人参所含的人参皂苷B、C有溶血作用,但人参皂苷A则有抗溶血作用,故人参总体并不显示溶血作用。某些中药虽含有

毒成分,但因含量小,作为整体中药往往不显示毒性。如苦杏仁、甜杏仁、桃仁、郁李仁等蔷薇科植物的种子,都含有对人体有毒的苦杏仁苷,但除苦杏仁文献记载有小毒外,其余皆无毒。因此,判断中药是否有毒,不仅看其含不含毒性成分,更重要的是从整体角度判定对人体是否产生毒害。而中药所含的有毒成分及总体毒性又受到如下多种因素的制约,从而影响中药有毒无毒的药性。

2.1 药物品种 由于历史原因,不少中药品种混乱,有些临床使用就有几个甚至十几个品种,其中有的有毒,有的无毒,有的有大毒,有的有小毒。如五加皮有南北之分,南五加属五加科植物而无毒,北五加属萝科植物而有毒。又如白附子有禹白附与关白附两种,禹白附源于天南星科植物独角莲的块茎而毒性较小,关白附源于毛茛科植物黄花乌头的块根而毒性较大。

2.2 用药剂量 中药治病,在一定条件下,随着药量的适宜或超过,可对人体表现出无毒或有毒。如木通,本草学未记载有毒,成人常用量3~10g,但据临床报道,若一次用量达60g,即可引起中毒,导致急性肾功能衰竭。又如苦杏仁有小毒,是因其所含的苦杏仁苷能分解产生氢氰酸,后者为剧毒物质,极微量应用能镇静呼吸中枢显示止咳作用,稍大量用则对人体产生毒害,致死量约为0.05g。临床证实,成人对苦杏仁用量若限制在10~20g,即为“无毒”,而超过20g,即为“有毒”。

2.3 炮制 许多有毒中药通过合理的炮制,可减低或消除毒性,变为无毒之品。传统使用的炮制方法有加热法,漂洗法,制霜法及加辅料法等多种。如乌头因乌头碱有大毒,但若用水浸泡至内无干心,再加水煮沸4~6h(或蒸6~8h)后取出,所含乌头碱经加热水解为毒性较小或接近无毒的乌头次碱及乌头原碱,在使用常量与先下久煎等合理应用条件下,不但不能毒害人体,反而可收散寒逐湿止痛之功。又如甘遂有毒,与醋共煮透心可降低其毒性。反之,有些药物若炮制不当也可以增毒。如朱砂有毒,用火煅则析出水银,使毒性剧增。

2.4 配伍 《内经·序例》谓:“若有毒宜制,当用相畏、相杀者。”说明药物经过适当配伍,可以监制或减缓其某种毒性,使“有毒”变“无毒”,“大毒”变“小毒”。如甘草与附子同用,可减低附子的毒烈之性。槟榔与常山同用,可缓解常山致吐作用。反之,也可能因配伍不当而产生毒性或增毒,如文献记载的配伍禁忌“十八反”等。

2.5 剂型 由于药物所含成分各有不同的理化特性,如溶解度等,使其在不同剂型中所显示的总体毒性不同。传统认为,毒药多以丸散剂为宜,实际上这只能便于控制毒药服用剂量,而并不能达到消除毒性的最终目的。如杏仁所含苦杏仁苷与苦杏仁酶共存,若将生杏仁研粉服,苦杏仁苷可迅速被苦杏仁酶分解产生大量氢氰酸而毒害人体。但若杏仁入汤剂,经过煎煮,则可使部分甚至大部分苦杏仁酶失活,所含苦杏仁苷不会因酶的作用而大量分解毒害人体,反而发挥止咳平喘作用。因此采用适当的剂型,当视具体药物而定。毒药一概入丸散剂,显然是不科学的。

2.6 体质 由于人体有禀赋强弱,高矮胖瘦,年龄性别等区别,不同个体对同一剂量的相同药物可有不同反应。如张景岳所说:“人有能耐毒者,有能不胜毒者。”一般而言,高大、强壮的人及青壮年

耐“毒”性较强,矮小、瘦弱的人及老人小孩耐“毒”性较差,妇女对药物的敏感性较男性为大。此外,机体处于健康与病态下,对药物的耐受量也不一样。如当处于疲劳、饥饿、营养不良等状态时,体力及抵抗力下降,或传染病患者,全身抵抗力差,往往对有毒中药较敏感,稍有不慎即易引起中毒。

### 3 有毒无毒对临床用药的指导意义

研究中药有毒无毒的药性理论,正确认识每一味药物有无毒性以及毒性强弱,对指导临床用药有着重要意义。

3.1 指导临床安全高效用药 中药用量得当与否,是决定其能否对人体产生毒害作用的关键。《类经》谓:“病重者宜大,病轻者宜小;无毒者宜多,有毒者宜少”。认识各种药物的有毒、无毒、大毒、小毒,有助于我们理解其作用的峻利或和缓,从而根据病体虚实,疾病深浅来适当选用药物和确定用量。特别是对毒性较强的中药,

更须严格控制用量,不可过量或持续久服。具体应用时,应从小剂量开始,逐步加量,至产生疗效而又不损害人体为止。另外还可通过必要的炮制、配伍、制剂等环节来减轻或消除其毒害作用,以保证用药安全。

3.2 取药“毒”攻病“毒” 认识某些中药的毒性,在医疗上有时可采用“以毒攻毒”的治疗法则,用有“毒”的中药,治疗“毒”邪所致的疾病。如用有毒的雄黄,治疗恶疮肿毒及毒蛇咬伤等。

3.3 纠正“中药毒性小或无毒”的片面认识 中药有毒无毒,与疗效又是相对的,有毒的中药易对机体产生毒害,人们较为重视,多慎而用之。但无毒的中药,虽然治疗量及疗程安全范围较大,若过量或久服等不合理应用时,也可对人体产生不同程度的毒害,这一点尚未引起人们足够的重视。

## ◇ 中西医结合 ◇

# 中西医结合治疗慢性乙型肝炎 106 例观察

李振玉, 孙伟

(山东省诸城市人民医院 262200)

1996-02 ~ 1999-07,笔者采用中西医结合疗法对 106 例慢性乙型肝炎进行系统观察治疗,取得了满意疗效,现报告如下:

### 1 临床资料

所有病例均符合 1995 年(北京)全国传染病与寄生虫病学术会议修订的《病毒性肝炎防治方案》<sup>[1]</sup> 诊断标准。将门诊 159 例患者按序号随机分为两组。治疗组 106 例,男 81 例,女 25 例;年龄 16 ~ 72 岁,平均(38.4 ± 11.6)岁;病程 6 个月 ~ 20 a,平均(7.3 ± 4.2) a;其中慢性中度 57 例,慢性重度 24 例,肝炎伴硬变 25 例。对照组 53 例,男 42 例,女 11 例;年龄 15 ~ 68 岁,平均(37.5 ± 10.8)岁;病程 8 个月 ~ 16 a,平均(6.5 ± 3.8) a;其中慢性中度 26 例,慢性重度 12 例,肝炎伴硬变 15 例。两组资料对比差异无显著性( $P > 0.05$ )。

### 2 治疗方法

两组患者均给予肌苷、维生素 C、肝泰乐各 0.2 g, 3 次/d, 口服。对照组配合肝炎灵 2 ml, 肌注, 1 次/d。治疗组另外配合中药,基本方:柴胡 10 g, 大黄 10 g, 茵陈 20 g, 半枝莲 20 g, 白花蛇舌草 30 g, 板蓝根 15 g, 车前子 10 g, 丹参 30 g, 赤芍 15 g, 党参 15 g, 鸡内金 15 g, 神曲、麦芽、谷芽各 20 g。腹胀纳呆加木香、砂仁;便溏加茯苓、炒白术;下肢酸软加山药、黄芪;两目干涩加旱莲草、枸杞;肝硬变明显加鳖甲、牡蛎、三七、红花。1 剂/d, 水煎服, 连续治疗 2 个月。

### 3 结果

3.1 疗效标准 经治疗临床症状明显缓解,肝功能各项化验指标均下降至正常,为显效;临床症状好转,肝功能各项指标有不同程度改善,为有效;经治疗临床症状及肝功能各项指标改善不明显,为无效。

3.2 结果 治疗组 106 例中,显效 75 例,有效 26 例,无效 5 例,总有效率 95.28%;对照组 53 例中,显效 16 例,有效 21 例,无效 16 例,总有效率 69.91%。治疗组疗效明显优于对照组( $P < 0.01$ )。

### 4 讨论

慢性乙型肝炎是临床多发病,疑难病之一,大量慢性乙肝患者及乙型肝炎病毒(HBV)携带者可发展为肝硬化及肝癌,严重危害人体健康。迄今为止国内外尚无有效治疗办法,干扰素治疗的有效率低,且仅能抑制病毒复制,故极易复发。

笔者经过多年临床实践认识到,肝病的病机主要是湿热疫毒侵蚀,肝脾受损,气血阴阳失调所致,即所谓毒瘀互结、正虚邪盛。治疗当解毒化瘀以治标,扶正增强免疫功能以治本。自拟方中以柴胡升举阳气,条达气机;以大黄凉血解毒,泻浊通腑。一升一降,相反相成。板蓝根、半枝莲、白花蛇舌草、茵陈、车前子清解湿热疫毒;丹参、赤芍化瘀通络。诸药与大黄配合,则使湿热疫毒从下而解。党参、鸡内金、焦三仙健脾健胃,以固后天之本,使邪去而不伤正,正气充则足以抗邪。

在治疗过程中,部分病人服药初期转氨酶下降不明显,少数病例甚至有上升趋势。笔者体会,这正是人体正邪相争的体现,是人体细胞免疫得以激活的佳象,继续服药待正胜邪却,症状体征自能逐步好转,各项指标亦可渐趋正常。

本观察结果显示,中西医结合治疗慢性乙肝明显优于西医常规疗法,可以看出中医理法方药在治疗乙肝方面有明显的优势,值得进一步探索,使之系统化。

### 参考文献:

- [1] 全国传染病与寄生虫病学术会议(1995 北京)专家组. 慢性肝炎防治方案(试行)[S]. 中华传染病杂志, 1995, 13(4): 246-247.

收稿日期: 2001-04-24; 修订日期: 2001-05-17