



趙中振

不少來自海內外的朋友經常向我提出這樣的問題：中藥與西方草藥有何不同？學術界普遍認為，它們的基本區別點在於中藥有系統的中醫藥理論作為指導；從其應用上我這裡概括了中藥的兩大特徵，複方用藥與炮製加工。本篇就讓我們來談談中藥的炮製吧。



編者按：中藥專家趙中振教授撰文《讀本草說中藥》專欄，於每月第四個星期一刊出，敬請讀者留意。

【作者簡介】

趙中振教授，現任香港浸會大學中醫藥學院中藥課程主任。曾任中國中醫科學院中藥研究所副研究員，日本漢方研究中心研究員。兼任香港中藥標準科學委員會及國際顧問委員會委員，美國草藥典委員會委員等職。香港執業中醫師。長年致力於中醫藥的教育與研究及國際交流。

學歷

- 1982年北京中醫藥大學 中醫學學士
- 1985年中國中醫科學院 中藥學碩士
- 1992年東京藥科大學 藥學博士

主編：

- 《當代藥用植物典》（中英文版）
- 《中藥顯微鑑別圖鑑》（中英文版）
- 《香港容易混淆中藥》（中英文版）
- 《香港中藥材圖鑑》（中英文版）
- 《常用中藥材鑑別圖典》（繁體版）

下次刊出：8月23日

炮製

一、什麼是炮製？

中藥炮製是根據中醫藥理論，依照辨證施治，用藥需要，和藥物自身性質，以及調劑、製劑的不同要求，所選取的一項製藥技術。中藥炮製方法多種多樣，其主要目的在於減毒與增效。例如，常用的溫裡藥附子毒性較強，炮製以後能達到減毒增效的目的，更好地滿足中醫臨床辨證論治，靈活用藥的要求（圖1）。目前，中藥炮製學已經發展成為一門研究炮製理論、工藝、規格標準、歷史沿革及其發展方向的學科。

大多數中藥材必須經過炮製，成為飲片之後才能入藥。《中國藥典》（2010年版）一部收載的591種中藥材中，其中446種同時專門列出了飲片專項，約佔75%，共涉及647個飲片規格（圖2）。新版藥典明確將中藥的性味、歸經、功能、主治、用法、用量等置於飲片條款下，中成藥處方中藥味全部改用飲片名表述。這是因為中醫師直接使用的是飲片而不是原藥材，這一點，也是新版藥典的一大進步。

炮製堪稱中醫藥學中的一大「絕活」。幾年前，筆者曾專程走訪過以炮製著稱的「中國南藥都」——江西省樟樹市。在那裡我聽到了「黃柏骨牌片、川芎蝴蝶片、白芍飛上天、木通不見邊、陳皮一條線、半夏魚鱗片……」等對上乘的炮製產品的生動描繪，看到了老藥工「百刀檳榔」（將一顆檳榔切出一百個薄片）的精湛技藝。

中藥炮製與用藥安全密切相關，臨床上出現的一些中藥毒副作用事件，不少是因炮製不規範所致。據報道，過去20年當中，在中國內地就出現過將近5000例附子中毒事故；香港也曾發生烏頭鹼中毒事故，原因是服用了未經規範炮製的川烏或草烏。筆者的研究組曾檢測過四川江油生產的各種附子炮製品的主要毒性成分烏頭鹼、中烏頭鹼和次烏頭鹼，發現不同炮製品中，與生附子相比，三者的含量差別範圍在3.91%到34.8%。由此可見臨床使用不同附子炮製品應特別注意其用量。

前些年，某科研機構對一個常用的中藥複方進行過藥理和毒理學方面的探討。幾年過去了，耗費了巨額經費，結論是該傳統處方有肝毒性，具體講方中有一味常用中藥有毒，不能應用於臨床。經有關中藥專家覆核，古方中所用的該味中藥指的是炮製過的藥材，可研究者不了解此點，用的是未經炮製的原生藥。結果是浪費了錢財，耽誤了時間，得出了錯誤的判斷。

二、古代的炮製精華

中藥炮製具有悠久的歷史。歷代本草著作和醫方書均有記載中藥炮製的內容。大約成書於春秋戰國時代的《五十二病方》中已經有中藥炮製的記述，例如燔、燬、熬、酒醃等方法。成書於南北朝劉宋時期的《雷公炮炙論》，總結了前人炮製方面的記述和經驗，是中國第一部炮製專著。這與後來明代繆希雍的《炮炙大法》和清代張仲岩的《修事指南》並稱中藥炮製的三大代表性著作。

《本草綱目》載藥1892種，其中330味藥有「修治」專項，其中前代上自《名醫別錄》的炮製經驗，總計有50多家炮製資料，皆由李時珍收錄。可以說，《本草綱目》的「修事指南」並稱中藥炮製的三大代表性著作。

《本草綱目》載藥1892種，其中330味藥有「修治」專項，其中前代上自《名醫別錄》的炮製經驗，總計有50多家炮製資料，皆由李時珍收錄。可以說，《本草綱目》的「修

古今談（一）：繼承不泥古

附子不同炮製品與功效



(圖1)



(圖2)

中國大陸和香港的一些老字號中藥企業秉承上述宗旨，生產的中成藥產品在海內外的口碑頗佳。

中醫藥界也常愛講一句話：「遵古炮製」。但是，有些中藥古今炮製方法並不一致。如何首烏，《本草綱目》「修治」項下記載「竹刀刮去粗皮，米泔水浸一夜，切片。用黑豆三升，每次用三升三合三勺，以水泡過，砂鍋內鋪豆一層，首烏一層，重重鋪盡，蒸之。豆熟，取出去豆，將何首烏臘乾，再以豆蒸。如此九蒸九曬，乃用」，強調何首烏要「九蒸九曬」；當前何首烏炮製的方法則主要有黑豆汁蒸、黑豆汁燉、清蒸、豆汁黃酒蒸、水煮蒸和高壓蒸，炮製時間3~40小時不等，並未完全沿用古代的炮製方法。

其實，中藥炮製的工藝已經發生了與時俱進的巨大變化，是遵《雷公炮炙論》之古

？還是遵《本草綱目》之古？筆者認為，「遵古炮製」，應強調嚴謹的工作態度及中國藥炮製文化的傳承和創新。

2、一藥數法，因地制宜

炮製作爲中醫藥的一大特色，是西草藥所沒有的，即使在東方應用中藥的國家中，進行炮製也是不多見的。越南有一些，日本集中在地黃、附子等有限的幾種，而韓國則是單打一，但一炮走紅；紅參（高麗參）爲韓國開拓了品牌，帶來了不可估量的經濟效益。

目前，對於中藥炮製，除國家標準外，尚有地方標準，不同省區以及不同廠家，採用的炮製方法也有所不同。例如，對於天麻、天南星、大黃等藥材的炮製，《中國藥典》、《湖南省中藥材炮製規範》、《福建省中藥炮製規範》所規定的方法不盡一致。對這種「一藥數法，因地制宜」的現象應加以科學評價，逐步建立統一的炮製規範。以炮製常用的輔料爲例，醋用哪個牌子的？紅醋、白醋、還是黑醋？酒是白酒還是黃酒，十幾度還是幾十度，哪裡生產的好？……

我們對香港市場常用356種中藥進行系統調查後發現，香港的炮製方法與中國內地亦不盡一致（表1）。海外市場的中藥多數來自香港，香港飲片市場情況也反映出國際市場的現狀。

中藥的安全用藥與質量控制至爲重要，而目前中藥炮製工序的質量控制指標是一個較爲薄弱的環節。中藥炮製工序過程往往依靠業界人士的經驗判斷，如製川烏時「口嘗微有麻舌感時，取出」，製何首烏時「蒸至內外均呈棕褐色」等，主觀性比較強，缺乏科學客觀的質量評價標準。

中國內地與香港炮製方法差異舉例

| 飲片名稱 | 中國內地 | 香港 |
|------|---------------------------------------|---------------------------|
| 當歸 | 歸頭切成塊； 歸身切直片； 歸尾：紮束切片； 炮製：酒炙 | 歸頭縱切後捶打成薄片； 炮製：酒炙或簡單蒸製 |
| 丹參 | 橫切片或切段 | 壓扁、縱切 |
| 黃柏 | 橫切成絲條狀 | 縱切成長方形板塊，再切成薄片 |
| 何首烏 | 不規則厚片或段； 黑豆汁製或清蒸 | 多炮製後縱切成片； 清蒸、加糖蒸或黑豆汁共煮 |

三、炮製中存在的問題

1、古今炮製方法不一

「炮製雖繁必不敢省人工，品味雖貴必不敢減物力」在中藥界是廣爲流傳的古訓，反映了先人對中藥炮製和品質管理的理念。

青木瓜煮湯：健胃助消化

夏季是瓜類當造季節，冬瓜、黃瓜、絲瓜、節瓜、苦瓜……清熱又解暑，都是合時食療佳物——不過，沒有解暑功效的本地產青木瓜此際亦當造。

廣東人喜以未成熟的青木瓜煲湯，配花生、眉豆、雞腳老火熬製，湯水香甜，據說有祛濕及潤肺的食療功效。

木瓜有兩種，各不相類。嶺南和香港出產的，叫做番木瓜，圓形或長圓形，大的長約一尺，作爲水果。另一種叫宣木瓜，狀如雪梨，大如拳形，曬乾後堅實如木，有濃烈香味，作爲藥用。中醫處方，多指定用宣州產品，因此稱爲「宣木瓜」，能治風濕和腳氣腳腫等病。

市場所見作瓜果用者是番木瓜，廣東、廣西、雲南、福建、台灣等地皆有出產，廣泛用作民間食療。

番木瓜性平味甘，含糖分、有機酸、脂肪、蛋白質和多種維生素。廣東民間用番木瓜作食療，多指定用未成熟的青木瓜，因這種木瓜果實乳液中，含有木瓜蛋白酶和脂肪酶，前者可將蛋白質分解爲氨基酸；後者則能分解脂肪，《廣州植物誌》：「番木瓜生時青色內有乳汁流出，有消化蛋白質功能，與肉煲食，極易軟化。將葉搗爛，可消腫。」

中醫認爲，番木瓜能健胃助消化。《現代實用中藥》指：「未熟果液，治胃消化不良，並爲營養品，又爲發奶劑，可利大小便，也可治紅白痢。」故民間治產後乳汁缺乏（用木瓜魚尾湯），及現代作爲「豐胸」食療（用木瓜牛奶）亦常用番木瓜。

潤肺美膚營養豐富

木瓜雖無清熱解暑的功能，但其健胃助濕助消化的食療功用，十分適宜作夏季日常食療；因夏日飲食宜清淡，最忌油膩積滯。如泰國人喜用新鮮青木瓜剝絲加魚露青檸汁拌勻作沙律食（涼拌菜），有助消化祛濕的功效。

炎夏湯水，購青木瓜、鯫魚尾或大魚頭、腩加生薑滾湯食，快捷簡便又廉宜，湯水甜美湯料可佐膳，有益味美，又能潤肺美膚，營養豐富一舉幾得。

每次用青木瓜一個約五百至六百克，開邊去核及皮，切件；魚頭或尾適量切件用薑葱水煮沸氽過（略出水）；生薑兩大片拍扁。起鑊，放少許油爆香薑片，放魚頭或魚尾略煎香，贊入沸水大火燒煮至奶白色，放木瓜入內滾熟，粗鹽胡椒粉調味即成。



季節食療

文：蔡淑芬

圖：彭珍

針刺治療

青光眼視神經萎縮

取得新成果

醫學新知

由完成的一項科研課題表明，針刺治療青光眼引起的視神經萎縮之所以有顯著效果，其作用機理與減輕一氧化氮（NO）、谷氨酰胺（Glu）對視網膜神經細胞毒性作用、上調視網膜抗凋亡基因（Bcl-xL）和腦源性神經營養因子（BDNF）的表達有關。該項目日前獲得黑龍江省科學技術成果獎二等獎。

是項成果爲針刺治療青光眼視神經萎縮提供了可靠依據，爲進一步制定青光眼視神經保護診療規範打下基礎，同時爲開發青光眼視神經保護方法的研究提供有價值的新思路、新方法，在防盲治盲領域有重大意義。

研究創新性地應用改良濾過性手術，成功建立慢性高眼壓兔眼壓恢復復模型，獲得了成功率高、可重複性好、更符合臨床視神經保護措施應用時病理特點的動物模型。在去除眼壓因素的情況下研究針刺的視神經保護作用及其作用機制，更加符合臨床病理過程，並首次從整體、細胞、基因表達等多個層次以及細胞因子、神經遞質、超微結構、凋亡和神經營養因子等多個角度，對針刺治療青光眼視神經萎縮的機理進行系統研究。

從1998年至今，孫河教授一直潛心於對針刺治療青光眼視神經萎縮的臨床研究，得到肯定療效的結果後，又對適應症、禁忌症進行篩選和對比。於2002年開始進行較爲系統的與西藥和中西藥結合療法對比研究，結果證實了針刺治療青光眼視神經損傷的有效性。前期臨床研究表明，針刺用於青光眼引起的視力障礙、視野缺損具有提高視力、擴大視野的療效，且無不良反應。

實驗研究結果顯示：針刺能改善視網膜微循環，減輕視網膜超微結構損傷，並促進軸漿傳輸神經營養因子阻滯的恢復，從而使瀕臨變性、死亡的軸突得到最大限度的恢復，增加視網膜細胞數和視神經纖維面積、視神經纖維佔視神經的百分比，起到保護視神經的作用，阻止視功能在眼壓控制後繼續受損；針刺能明顯促進高眼壓狀態後視網膜谷氨酸的清除，降低興奮性谷氨酸誘發的細胞內鈣離子過載，以保護視網膜神經細胞；針刺在降低視網膜谷氨酸含量的同時，使細胞內一氧化氮的合成減少，從而減輕一氧化氮作爲自由基對鄰近細胞的直接毒性作用，保護神經細胞；針刺能上調視網膜抗凋亡基因Bcl-xL和神經營養因子BDNF的表達，從而阻止神經的逆行性或順行性潰變，降低視網膜神經細胞的凋亡率，保護神經元免於死亡。

資料來源：中國中醫藥報