

物的有效剂量看, 中药传统用量往往难以达到有效剂量范围。举例如下(用量均按成人每日量均值计算)^[2-5]: 青蒿素治疗疟疾, 口服 1000mg 有效, 青蒿中青蒿素含量约 0.5%, 折算为药材用量约 200g/日, 而药典规定青蒿用量为 4.5~9g。葛根素治疗心血管疾病, 每次静脉滴注 600mg/d, 葛根中葛根素含量约 2.0%, 折算为药材用量 30g, 现行版药典规定葛根用量为 9~15g。紫杉醇治疗恶性肿瘤, 滴注 300mg 有效, 紫杉树皮中紫杉醇含量约 0.01%, 折算为药材用量 3000 g, 而《中药大辞典》记载紫杉(小枝)用量为 9~15g。③中药品质变迁论: 质同而性(效)异: 同一中药不同品种、不同产地来源的药效成分含量往往相差悬殊, 但用量规定却未有区别。④患者耐药性普遍增加: 西药有耐药性, 难道中药就没有? 受多种因素影响, 今人比古人所患疾病更“疑难”, 更“杂症”, 更难治。⑤中药大剂量应用在中医临床上往往有上佳表现: 在传统文献记载中, 中药大剂量应用屡见不鲜。现代医家甚至有大剂量应用中药的趋势, 并往往收到意想不到的治疗效果。如我院著名中西医结合肝病专家汪承柏教授采用凉血活血法重用赤芍治疗淤胆型肝炎取得显著疗效, 其中赤芍用量达 120g, 并藉此研制开发出我国首个专门治疗淤胆型肝炎的中成药—赤丹退黄颗粒^[6]。

2 中药传统用量偏低的几大渊藪

①“中庸思想局限论”; ②“沙锅容积局限论”; ③“肚皮容积局限论”; ④“超大剂量风险论”。

3 中药量—效(毒)关系与临床合理用药

增加中药用量, 提高中医药临床疗效, 不是一件随心所欲和一蹴而就的事, 是一项复杂的系统工程, 不仅系关中医药继承与创新, 也系关中医药经验与科学问题。《易经》曰: “形而上者谓之道, 形而下者谓之器”。从“器”的角度突破中药用量已不是难事, 有两种手段可以轻松达到: ①直接增大煎器的容积; ②采用现代分离纯化技术, 富集药效成分, 除去无效成分。但是, 从“道”的角度突破中药用量却不是易事。笔者有两种思路可作为研究中药量—效(毒)关系参考: “治疗窗”摸查法和生物效价比测法。

4 几点建议

①国家应加紧立项开展中药剂量关键科学问题的研究, 为中医临床合理用药提供科学支持。②《中国药典》(一部)应取消“性味、归经、功能、主治、用量用法”等标准, 而将其收录到《中国药典》之《临床用药须知》中, 供临床医生参考而不作为硬性规定, 使临床医生从中药传统剂量的局限和束缚中解脱出来。③中医临床实践中, 处方遣药尽可能地“味少而剂重”, 这样既可以“药专而力胜”地针对性治疗疾病, 也有利于进一步新药开发和基础研究。其实享有中医方剂始祖之称的《伤寒论》, 绝大多数经方组成不超过 8 味中药, 而现在用药很少有少于 10 味药的中医处方。

* 解放军第三〇二医院全军中药研究所(100039)

含碘中药在甲状腺机能亢进症中的应用

柳红芳* 王倩*

中医文献虽无甲状腺机能亢进症(甲亢)的名称, 但对此很早就有认识。一般来说, 甲亢属中医“瘰癧”范畴, 在药物治疗方面, 历代医家多采用含碘丰富的植物类药, 如海藻、昆布、黄药子等。随着现代医学及药理研究的发展, 近年来对于含碘中药在甲亢治疗中的运用问题及其利弊, 存在着较大意见分歧。本文结合含碘中药的研究现状, 对药物在甲状腺疾病中使用的问题进行初步探讨。

1 含碘中药在甲亢治疗中的应用分歧

1.1 主张使用含碘丰富的中药

一些医家认为, 气滞、痰凝、血瘀是甲亢的基本病理变化, “化痰理气, 消瘰散结”是其治疗大法, 含碘中药不能完全与西药碘剂等同, 其对消除肿大的甲状腺有独到之处, 因此, 用海藻、昆布及其他软坚散结中药进行辨治, 取得较好临床疗效。有研究者认为, 虽然应用含碘药会存在促进甲状腺激素储存的弊端, 但中药治疗甲亢并不是单纯依靠中药里的含碘成分, 而是在中药中, 通过协同作用提高碘剂的疗效。而且, 甲亢并不禁用含碘药物, 在西药中用碘剂短期突击治疗甲亢危象, 或做甲状腺手术前准备均是证明。甲亢伴有甲状腺肿大者, 待其甲亢症状有所缓解, 以阴虚或气阴两虚为主要证候时, 只要总 T₃、T₄, 游离 T₃、T₄ 在正常范围, 就可以用含碘丰富的中药“消瘰散结”。甲状腺肿大伴甲亢, 总 T₃、T₄, 游离 T₃、T₄ 高于正常则不用含碘丰富的中药, 其施治要点为重剂, 短期, 忌量轻、全程。

1.2 主张使用含碘量少的中药

一些医家认为, 含碘较多的中药, 如海藻、昆布等具有软

坚散结作用, 可以“消瘰”, 但不能平抑“甲亢”, 弊多利少; 完全不含碘的中药方剂难以消散瘰癧, 而含碘量较少的中药, 如夏枯草、玄参、香附、贝母等, 既可消瘰散结, 又有清热养阴, 理气化痰之效, 既有碘的药理作用, 又有其他药物伍伍, 可以变弊为利, 故可“消瘰”与平抑“甲亢”并举。因此采用少量含碘的方剂, 从而提高疗效。临床研究表明, 使用了含碘量较少的夏枯草、玄参、浙贝母、黄药子等治疗甲亢, 总有效率达 93%~96.77%。

1.3 主张禁用含碘中药

中药里的碘与西药碘化物中的碘是同一元素, 即使是含碘较少的中药里的含碘量, 也超过有效的起码剂量, 碘作为甲状腺合成甲状腺素的原料, 补碘会加重甲亢, 并且甲状腺摄取大量的碘储藏在体内会增加复发率, 因此可推理中药所含的碘必然产生类似碘剂的药理作用。同时, 高碘有致甲状腺肿、碘致甲亢和甲减、碘致甲状腺自身免疫、碘致乳突状甲状腺癌高发等副作用, 含碘丰富的方药只能用于治疗地方性甲状腺肿和青春期甲状腺肿, 而治疗甲亢时则不宜单独采用这些方药, 更不宜长期大量应用。

2 含碘中药治疗甲亢的分析

2.1 中医治疗甲亢的切入点

目前, 西医治疗甲亢的手段为抗甲状腺药物治疗、手术治疗和放射性碘治疗 3 种基本治疗方法, 据笔者临床体会, 以下情况可作为中医或中西医结合治疗甲亢的切入点: ①甲亢病情重, 单纯西药治疗病情控制不满意者; ②服用抗甲状腺药物引起皮肤过敏、自细胞减少、肝功能异常等毒副反应者; ③甲亢

病情较轻,西药治疗后甲状腺功能指标下降比较满意,但个别症状,如多汗、易激动,焦虑、多梦、心慌、乏力等仍比较突出者;④甲亢术后或放射性碘治疗后疗效不巩固,或有复发者;⑤经西医治疗没有满意效果的甲亢伴发突眼、甲状腺肿大者;⑥抗甲状腺药物治疗疗效比较满意,但停药后又复发者。

2.2 “瘰癧”不等于甲亢,部分“瘰癧”使用富碘中药疗效肯定

“瘰癧”范围很广,为颈前逐渐形成瘰癧或结而成块为典型表现者的统称。宋代陈无择《三因极一病证方论·卷十五·瘰癧证治》中载:“坚硬不可移者曰石瘰,皮色不变者曰肉瘰,筋脉露结者曰筋瘰,赤脉交结者曰血瘰,随喜怒消长者曰气瘰”。既包括甲状腺功能亢进者,如 Graves 病、亚急性甲状腺炎及桥本病伴有甲亢表现者,也包括单纯性甲状腺肿及无高自主功能区域的甲状腺腺瘤、甲状腺囊肿。目前对于后者的治疗,富碘中药应用广泛,临床疗效肯定,验证了古典医书记载的有效性。

2.3 用现代医学研究结果发展中医,甲亢治疗中避免使用含碘量高的中药

从理论上讲,中药里的碘和西药化合物中的碘是同一种元素,大剂量碘剂可同时抑制甲状腺激素的合成及释放,但若长期使用,甲状腺激素的合成将从碘的抑制下逸脱,大量积存的甲状腺素释放入血,将导致甲亢症状的反跳、复发。并且有临床实验证实,富碘中药与碘过量均可致碘缺乏机体产生甲亢。研究报道用富碘中药如海藻、昆布进行辨治甲亢,取得了较好疗效。但所有研究的观察疗程为短期疗程(20 天),大多数研究未进行随访,即使少数进行了随访,也非 1 年以上的长期随访。同时研究表明,甲亢属于自身免疫性疾病,不是缺碘所致,过量服碘还会引起碘甲亢,服富碘中药海藻、昆布后,症状暂时缓解,但长期服用反而引起碘“脱逸”,导致症状加重。应用含碘中药不利于甲亢患者的恢复,碘剂治疗甲亢的弊端是在中、

远期疗效中显露出来的。故无论是 Graves 病、亚甲炎或慢性淋巴细胞性甲状腺炎伴有甲亢表现者,均忌用含碘量高的中药。而随着检查手段的提高,现代医学可在观察症状及触诊的基础上,通过甲状腺功能检测区分是否伴有甲亢。故而临床在使用含碘中药治疗时,应先明确患者的甲状腺功能情况,以指导含碘药物的选择及剂量的设置。

2.4 根据患者病情,合理选用含碘中药治疗甲亢

由于含碘中药多具有软坚散结的功效,亦有现代临床研究证实其具有良好的抗甲状腺肿的作用,同时亦有多项临床观察认识到在对患者免疫功能的调节、改善方面,其存在一定优势。我们临床体会在 Graves 病、亚甲炎及伴有甲亢表现的慢性淋巴细胞性甲状腺炎的治疗中,灵活应用含碘量低的中药,采用中西医结合的方法治疗甲亢,在弥补含碘中药促进甲状腺激素储存及甲状腺激素的“逸脱”所导致的复发及反跳的弊端的同时,利于症状的缓解及颈部肿大症状的消除,缩短治疗时间,降低复发率,又克服了单用西药治疗的缺陷,如病情缠绵难愈、易于复发等,达到了优势互补的效果。

另外,值得注意的是,含碘中药的成分要比碘剂复杂的多,除了含碘之外,还含有蛋白质、醣类、甘露醇等不同成分,且中药的复方是针对机体的病理状态且有机结合的,整个方剂的复杂作用机理尚不清楚,除了碘的作用机理一面外,碘还可能与其他成分发生化学反应,互相协调,变弊为利。即中药的应用是建立在辨证论治基础上的,并非单纯依靠其中含碘的成分。故在临床治疗中,仍应重视四诊合参,在辨证的基础上,结合现代医学检查结果,合理遣方用药,以求达到最佳的治疗效果。

* 北京中医药大学东直门医院中医内科学教育部重点实验室(100700)

浅议失眠

马秀文*

失眠古言不寐、不得卧。《内经·素问》言:“不得卧而息有音者,是阳明之逆也。足三阳者下行,今逆而上行,故息有音。阳明者,胃脉也。胃者,六腑之海,其气也下行,阳明逆不得从其道,故不得卧也,下经曰:胃不和则卧不安,此之谓也。”《内经·灵枢》云:“卫气不得入于阴,常留于阳。不得入于阴则阴气虚,故目不瞑也。老人之夜不瞑者,老者之气血衰,肌肉枯,气道涩,五脏之气相搏,营气衰少,卫气内伐,故昼不精,夜不瞑”。因此不寐乃阴气之虚也。

《灵枢·大惑论》从卫气循行角度论述寐寤,认为卫气昼行于阳、夜行于阴,阳气尽则卧,阴气尽则寤。《灵枢·营卫生会》认为:卫气行于阴二十五度,行于阳二十五度,分为昼夜,故气至阳而起,气至阴而卧。营卫之气夜半而大会。因此半夜人寐神静。《灵枢·口问》也言:阳气尽阴气盛则目瞑,阴气尽而阳气盛则寤也。因此不寐责在营卫之偏、阴阳之离合,总由阴阳不交。阳升阴降,阴阳交合,乃自然造化之妙。人与天地相应,自然界阴阳有昼夜晨昏的日节律,人之阳气也随之消长出入,昼夜睡眠与阴阳消长密切相关,而“左右者,阴阳之道路也”,左血右气,道路不畅,阴阳难交。

寐本乎阴,神其主也,神安则寐;心事扰神、神动不静而

不寐。从五脏功能看,心主血而藏神,若元阴不足则心血不生,血少神无所依。阴水既亏则无形之火流灼,神魂散越,卧不得安。人卧血归于肝而气归于肾,胆热则肝不受血,心肾不交则肾不纳气,阴阳无由升降。宗旨,不寐之故,概之有五端:气虚、阴虚、痰滞、水停、胃不和。所涉及心肝胆脾胃肠功能失调。

《内经·灵枢》云:“阳气满不得入于阴,阴气虚,故目不得瞑,饮以半夏汤,阴阳既通,其卧立至。”后世常以半夏秫米汤治失眠。《伤寒论》中“虚烦不得眠、栀子豉汤主之”,“虚劳、虚烦不得眠,酸枣仁汤主之”,“心中烦,不得卧,黄连阿胶汤主之”等均为失眠良方。后世又常以归脾汤、天王补心丹、温胆汤、六味地黄汤、桂附八味丸等化裁运用。肝主血藏魂,不寐多龙雷虚火不藏,常佐以水牛角、龟甲、琥珀、龙齿、珍珠母、朱砂等品。

病例举隅:李某,女,40 岁,2005 年 2 月 25 日初诊。主诉:失眠 1 年。病史:患者 1 年前因家事烦劳出现失眠,一夜仅能入睡 2~3h,入睡则噩梦多,白天觉周身乏力,腰酸腿软,心悸,劳则加重,汗出不多,服中药治疗病情时有反复,食欲一般,尿频,尿量少,大便偏干,时有口干,口角易溃烂,面