

从附子的运用谈经方的药物用量

李 宁* 廖映辉*

中医有“不传之秘在药量”的说法,即中药的用量关系到疗效的好坏。随着中医药的发展,中药药量一疗效之间的关系越来越引起临床医生的重视。笔者从历代医家对附子的认识和运用经验来进一步展开讨论经方的药量问题。

1 历代医家对附子的认识

附子是毛茛科植物乌头的侧根(子根),始载于《神农本草经》,被列于下品:“味辛温。主风寒咳逆邪气,温中,金创,破癥坚积聚,血瘕,寒湿痿痹,拘挛,脚痛,不能行步。”附子味辛甘,性热,有大毒,功效为回阳救逆,补火助阳,散寒止痛,《本草经读》谓附子“为回阳救逆第一品药”。主要用于用于阴盛格阳,大汗亡阳,吐泻厥逆,肢冷脉微,心腹冷痛,冷痢,脚气水肿,风寒湿痹,阳痿,宫冷,虚寒吐泻,阴寒水肿,阳虚外感,阴疽疮疡以及一切沉寒痼冷之疾。明代医家虞抟曰:“附子禀雄壮之质,有斩关夺将之气,能引补气药行十二经,以追复散失之元阳;引补血药入血分,以滋养不足之真阴;引发散药开腠理,以驱逐在表之风寒;引温暖药达下焦,以祛除在里之冷湿。”所以附子可以用于各种疑难杂症。张仲景在《伤寒杂病论》中已有应用附子的记载,全书共有 32 首方用了附子,其中 8 首用生附子,其余为熟附子^[1]。

2 附子的应用剂量

在平衡附子的毒性与药效之间,一直存在着矛盾之处。大多数医家认为,附子有大毒,不可冒然使用,若用也不可多用;而另一些医家如“温补派”、“火神派”等认为附子为“百药之长”,需要重用才有效。所以附子“最有用也最难用”。2005 年《中华人民共和国药典》规定附子用量为 3~15g^[2],而张仲景运用附子常是一枚或两三枚,现代称重一枚附子约 25g,大附子一枚约 30g^[3]。近代云南名医吴佩衡运用附子多达 60g 以上,重用则达 500g,人称“吴附子”^[4],但其特别重视附子的煎煮,认为须煮至不麻口为度。附子的有毒成分主要为乌头碱,但经过煎煮则会分解为乌头原碱,毒性是乌头碱的 1/200^[5]。吴佩衡能够娴熟运用附子,于很多疑难杂症每每获效,与他对附子这味药把握的“度”是息息相关的,包括炮制、配伍、煎煮、剂量以及病势转机等均了然于胸。

现代附子已经很少遵古法炮制,加上经济利益的驱使,市售的附子中胆巴盐的含量过高,出现附子炮制太过情况。而现代医家又忌惮其毒性,更不敢用生附子,所以常规量的使用则使附子的疗效大打折扣,正如明代医家张介宾指出的:“制之太过则但用附子之名耳,效与不效无以验也……今人只知附子之可畏,而不知太熟之无用也。”这也是附子被医家超常规应用的一个原因。另外,遇到急难重症,千钧一发之际,少量的附子怎能起到回阳救逆之效呢?这也是李可老中医主张的治疗厥脱危

症、中风昏迷、呼吸衰竭等急危重症时,大剂量运用附子等回阳救逆之药,武火急煎,随煎随灌,可收奇功^[6]。就如现代医学之用大剂量药物冲击疗法一样。

3 经方的应用剂量分析

上述对附子运用的论述,并不是主张对中药全部超常规运用。中药的运用需要长期的理论与临床的积累总结,不能一蹴而就。现在的“经方”一般指《伤寒论》、《金匮要略》的方药,有经典、典范之意。在对汉代度量衡的考证之后,认为汉代一两相当于现代 15.625g^[7],这推翻了现代 1 两=3g 的说法。这应该引起我们对经方药物用量的重新思考。

例如《金匮要略》中治疗寒湿历节的乌头汤,用川乌 5 枚,治疗寒疝腹中痛的大乌头煎,用乌头大者 5 枚,此乌头 5 枚至少要 25g,但均与蜜同煎,通过配伍煎煮,以减毒增效。四逆汤中的附子是生用,且仲景在方后注“强人可用大附子一枚”,大附子一枚约 30g,这超过现代药典规定的数倍,但是通过配伍甘草、干姜,准确辨证,正确煎煮,也可无忧。经方用药味少而精,而效宏,也得力于剂量的把握。

细辛的用量也是争议较大的问题,《神农本草经》将细辛归为上品:“味辛温。主咳逆,头痛,脑动,百节拘挛,风湿,痹痛,死肌。久服明目,利九窍,轻身长年。”自宋代陈承《本草别说》开始有“细辛不过钱”之说,后世多宗这一说法,2005 年版的《中华人民共和国药典》规定细辛用量 1~3g。张仲景在治疗血虚寒凝的当归四逆汤中用细辛三两,赵国强^[8]将当归四逆汤按 1 两=13.92g 折算成现代剂量,进行亲身体会,无任何毒副作用。现代研究证实,细辛煎煮 30min,有毒成分黄樟醚即可随挥发油而挥发,仅剩原来的 2%,可大大降低毒性^[9]。

在部分情况下,药典限制了对中药的灵活运用,但现代很多研究都表明,这个限制在一定程度上是可以突破的,不能因噎废食。仝小林等^[10]运用大剂量中药治疗糖尿病及其并发症,准确辨证、“随证施量”,以重剂起沉疴,取得较快、较好、较安全的临床疗效。经方药专而效宏,通过药物的炮制、配伍、煎煮、剂量以及准确的辨证论治,可将药物的疗效发挥到最大。

参考文献

- [1]蔡秋杰,曹洪欣.张仲景运用附子浅析[J].中医药信息,2006,23(6):52-53.
- [2]国家药典委员会.中华人民共和国药典.1部[S].北京:化学工业出版社,2005:27.
- [3]郝万山.汉代度量衡制和经方药量的换算[J].中国中医药现代远程教育,2005,3(3):48-51.
- [4]张存读.吴佩衡学术思想探讨(上)[J].辽宁中医杂志,2006,33(6):740-741.

- [5]王玥莲,王蔚,杜渊.从仲景方后注看附子现今之运用[J].黑龙江中医药,2010,1:53-53.
- [6]孙其新.经时兼收创新方—李可学术思想探讨之二十(下)[J].中医药通报,2010,9(2):10-19.
- [7]柯雪帆,赵章忠,张玉萍,等.《伤寒论》和《金匱要略》中的药物剂量问题[J].上海中医药杂志,1983,12:36-38.
- [8]赵国强.古经方用量之我见[J].光明中医,1995,1:55-56.

- [9]周立国.中药毒性机制及解毒措施[M].北京:人民卫生出版社,2006:455.
- [10]全小林,姬航宇,宋军,等.大剂量中药治疗糖尿病疑难重症的思路[J].环球中医药,2009,2(6):404-406.

* 广州中医药大学(510405)

当归四逆加吴茱萸生姜汤治疗寒冷性多形性红斑 24 例临床观察

丁中正¹ 黄玉琼² 张继荣¹

寒冷性多形性红斑发病的原因至今尚未完全明了,多认为是由寒冷刺激引起的变态反应性红斑类皮肤病,皮疹好发于面颊部及四肢远端等血液循环较差的部位,由于小动脉血管收缩,久之小血管发生麻痹扩张,同时静脉回流受阻,造成瘀血现象,从而产生皮肤血液循环障碍,故出现红斑、水疱甚至糜烂等皮肤损害,有时口腔、眼等黏膜也可被累及。常对称分布于全身各关节附近,患处皮肤瘙痒、溃烂、轻度疼痛和灼热感,并反复发作。多见于青年女性。我们自 2005 年 2 月~2008 年 12 月用当归四逆加吴茱萸生姜汤化裁治疗寒冷性多形性红斑患者 24 例,经 3~12 个月的治疗及随访,疗效显著。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组患者 24 例均为门诊患者,其中男性 5 例,女性 19 例;年龄 11~45 岁,平均 28 岁;病程为 1 周~3 年。病情反复发作者 18 例,伴随关节疼痛者 17 例。

1.2 检测方法及诊断标准

1.2.1 检测方法 实验室检查 所有治疗对象采血前 1 周内未服用激素类药物及抗生素类药物。采取肘静脉血,做血常规检查,白细胞减少或正常,淋巴细胞升高;抗核抗体滴度大于 1:80,呈阳性;免疫球蛋白 IgM 滴度增高;部分患者类风湿因子阳性或正常;血沉增快。

1.2.2 诊断标准 患者临床表现为受寒冷刺激后,皮肤呈对称性多形性红斑疹,典型皮肤损害色泽为内紫外红,中央可出现水疱。外观皮疹境界清楚,靶状形态,此乃所谓虹膜样皮损。患处皮肤瘙痒或红肿、溃烂。患者前驱症状有低热、头痛、四肢乏力,伴各关节及肌肉酸痛等全身症状。部分患者可同时或发病之前易患单纯疱疹或上呼吸道感染,并反复发作。

2 治疗方法

以当归四逆汤加吴茱萸生姜汤化裁。基本方为:当归 10g,白芍(黄酒蒸)10g,桂枝 10g,吴茱萸 10g,通草 10g,茯苓 10g,细辛 4g,鸡血藤 20g,干姜 6g,炙甘草 6g,大枣 5 枚。加减方为:伴冻疮结节者加煅牡蛎 20g,丹参 15g,红花 10g,有水疱、红肿、溃烂者加野菊花 15g,黄柏 15g、生薏苡仁 15g、土茯苓 20g;伴皮肤瘙痒者加白鲜皮

15g、蝉蜕 10g、地肤子(包煎后下)20g;若气虚者加黄芪 20g、党参 20g、白术 20g;伴关节疼痛者加桑枝 15g、秦艽 12g、威灵仙 12g;上肢发病者加姜黄 12g;下肢发病者加牛膝 15g、木瓜 15g;便秘者加大黄 12g、肉苁蓉 12g;便溏畏寒者加熟附子 8g、肉豆蔻 12g。每日 1 剂,水煎,分 2 次温服,并用部分药液煎后熏洗患处。20 日为 1 个疗程,2 个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

痊愈:皮损及瘙痒感完全消失,关节功能恢复正常。实验室检查:白细胞正常,抗核抗体阴性;免疫球蛋白 IgM 正常;血沉正常。好转:皮损及瘙痒感明显减轻,各关节疼痛感减轻;实验室检查:白细胞正常;抗核抗体滴度降低;免疫球蛋白 IgM 滴度降低;血沉正常。未愈:临床表现与治疗前无异或病情加重。实验室检查:白细胞减少或正常,淋巴细胞升高;抗核抗体滴度增高,呈阳性;免疫球蛋白 IgM 滴度增高;血沉增快。

3.2 结果

本组 24 例患者,痊愈 21 例,好转 3 例,未愈 0 例。痊愈率为 87.5%,总有效率为 100%。

4 典型病例分析

杨某,女,27 岁,工程师。2006 年 3 月 11 日初诊。主述 2004 年 2 月生育一女婴后,因受寒出现双耳轮、双面部、双手背侧潮红斑疹,瘙痒,时伴有关节疼痛。经中西医多方治疗,屡治不愈。查体:患者体质瘦弱,自诉常有自汗、气短乏力,形寒肢冷、便溏等症状,且常患感冒不愈。刻下:见面颊、双手背、双足跟及尺侧趾部有陈旧性红斑伴部分组织结节,时有各关节疼痛,双手指关节较明显,四肢欠温。纳差,舌质淡暗,薄苔,脉沉细无力。实验室检查:血常规:白细胞 $3.5 \times 10^9/L$,淋巴细胞 $53 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $36 \times 10^9/L$,单核细胞 $11 \times 10^9/L$;抗核抗体滴度大于 1:80;免疫球蛋白 IgM 滴度增高;血沉 64mm/h;类风湿因子滴度 1:40,阳性。辨证属脾肾阳虚,寒湿痹阻,气血两亏。治疗宜温阳逐寒,调补脾肾,疏通血脉。予以当归四逆加吴茱萸生姜汤化裁治疗。处方:桂枝 18g,白芍 12g,吴茱萸 10g,当归 15g,通草 8g,细辛 4g,鸡血藤 20g,干姜 6g,炙甘草 6g,大枣 5 枚,炮附子