运用大剂量附子治疗难治性哮喘体会

史 锁 芳

(南京中医药大学第一附属医院,南京市汉中路155号,210029)

关键词 难治性哮喘/中医药疗法

现代把采用了大剂量吸入激素,甚至联合长效 β_2 受体激动剂治疗,仍不能控制的哮喘,称之为难治性哮喘(RA)^[1]。这类哮喘常常因反复发作而经常运用抗菌素、激素,易于引起肾上腺皮质功能抑制、菌群失调以及阳气受损。而附子之性纯阳刚烈,历代医家视其为补火要药,被世医称为药中之“良将”“百药之长”。张景岳将其与人参、熟地黄、大黄列为“药中四维”,张仲景以其为主治疗卫阳亏虚的漏汗症和阳虚水气证。笔者据其悟出附子之温固卫阳、温肾化饮之功,藉其雄猛之性治疗难治性哮喘屡建奇功,兹介绍如下。

1 肺卫阳虚、脾虚及肾是难治之因

笔者结合大量的临床病例观察发现,哮喘所以难以治愈无非是该病易于反复外感所致。由于肺主一身之气,合皮毛而主卫外。肺卫阳气充行周身,输布于体表皮毛,起卫外作用。若肺气匮乏,则卫外薄弱,易于患感,倘若由气及阳,肺卫阳气亏虚,抵御外寒之力进一步减弱,则哮喘易于频发难愈;另外,若过食生冷,脾阳受损,运化失司,不能上输水谷精微濡养肺卫,致卫外薄弱,亦易于感寒发病;正如《灵枢·邪气藏府病形》所云:“形寒寒饮则伤肺,以其两寒相感,中外皆伤,故气逆而上行。”笔者结合多年临床观察发现,近85%的哮喘患者皆有外感风寒病史及遇寒诱发的特点。因此,肺卫阳虚是哮喘难愈的原因之一。另一方面,哮喘所以难治是因为“哮喘有夙根”,而“夙根专主于痰”。痰的生成大多与脾肾有关,由于脾主运化转输,肾主温煦蒸化,二脏对于人体水液代谢具有重要作用。若脾虚失于运化,易于聚湿生痰;肾虚则蒸化摄纳失职,阳虚水泛也易成痰,蛰伏于肺,遂成反复发作之因。正如张景岳在《景岳全书·痰饮》中说:“五脏之病,虽俱能生痰,然无不由于脾肾,盖脾主湿,湿动则为痰。肾主水,水冷亦为痰。故痰之化无不在肾。”所以肺脾气虚,或脾虚饮停是一般哮喘的病机,而由气及阳,由脾及肾,脾肾阳虚致寒饮内伏,才是哮喘反复发作之宿根,也是本病反复难治的根本原因。

2 温肺固卫、温阳化饮是治疗法则,更是附子的功用所在

积极采用温肺固卫的方法是防治外感诱发哮喘反复发作的重要手段,而温阳化饮的方法则是从根本上铲除致使哮喘难治“宿根”的重要措施。细析仲景治疗肺卫阳虚(漏汗)用桂枝加附子汤,而治疗肺肾阳虚(太少合并)、脾肾阳虚(水气内停、少阴寒化)分别运用麻黄附子细辛汤、真武汤、四逆汤,由此不难看出仲景治疗卫虚及阳、肺虚及肾、脾虚及肾、或脾肾阳虚之证时就是藉附子的温阳固卫、温阳驱寒、温肾祛饮之功。倪朱谟在《本草汇言》中也说:“附子,回阳气,散阴寒,逐冷痰,通关节之猛药也”。因此,笔者师其法善取附子之温肺固卫及温阳化饮之功用,治难治性哮喘取得了满意疗效。这也符合清代名医郑钦安所说:“邪入多从阴化,阴盛则阳必衰,以回阳为先,益火之源,以消阴翳所由起也”(《医理传真》)。明代虞转则更为翔实地说出了附子的多种功能,其认为“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”。因此,附子能够担当治疗顽喘重任。

3 附子运用指征、剂量、减毒增效之法

仲景为善用附子第一人,《伤寒论》中用附子者有20方,37条,考其运用附子的指征主要是“少阴病,脉微细,但欲寐”,强调了脉和神两点。笔者结合多年的临床实践体悟出“脉微细,但欲寐”确为附子的应用纲领,而难治性哮喘运用附子的指征为:1)临床特征:畏寒怕冷(尤其是脊背怕凉)、困倦嗜睡(精神萎靡)、常常遇冷促发。2)舌脉:舌质淡胖或有齿印,舌苔润滑;脉偏弱偏虚偏沉,尤其是右寸及尺部偏沉而无力。3)面色:多呈灰暗而带青色。4)痰液形状:多为白色清稀痰或泡沫状稀痰。前两条为必有症,后两条为兼夹症,即临床只要出现前两条症即可使用附子,若兼有第三、或第四条则应果敢运用。

适宜的剂量是取效的关键。查考《伤寒论》中附子的用量以“一枚,去皮,破八片”为多。据考证附子一片约有7.5g重,如此推算,一剂药中附子便有60g

之多,远远超出了药典规定的剂量 3 ~ 15g,说明仲景不仅识证精确,而且是善于应用大剂量附子的高手。笔者师其法勇于实践,每当遇到哮喘久治难愈,或久用激素哮喘仍难控制,而又有附子证者,即大胆运用超大剂量附子(制),常能获得意外之效。根据先贤经验并结合多年临床体会,采用据证递增的方法,灵活使用附子(制),通过 10 余年细致深入的探索,笔者逐渐掌握了超大剂量附子的运用方法,大致分 5 档,即 30 ~ 40g,45 ~ 65g,70 ~ 90g,95 ~ 120g,130 ~ 160g。具体应用时,多是根据患者的病情及服用后的反应,采用每周递增法,循序渐进,逐步加大用量。一般药后 1 周病情改善而未已者,递增 15 ~ 30g,直到哮喘控制不发 1 个月,则维持服用该量 3 个月巩固疗效。笔者体会,遇寒性顽哮若剂量不大,则无威猛之力,亦不足以克敌制胜、获得佳效。

但是附子毕竟有毒,常使很多医者望而生畏,或弃而不用,或用而量不足,不能发挥其“将药”作用,实为憾事。实际上,附子的毒性来自于其内部所含的乌头碱,乌头碱有毒但不稳定,在加热或者久煎的条件下容易分解,使毒性降低。现代实验研究证明:附子的毒素主要为乌头碱及同类酯碱,经过先煎、久煮能有效地把其中的主要毒性成分双酯型二萜类生物碱水解为毒性为其 1/100 ~ 1/1000 的单酯类生物碱,若进一步水解则变为毒性更小的或无毒的醇胺类生物碱,其毒性仅为乌头碱的 1/2000^[2-3]。笔者临床反复验证,只要准确把握 4 点就不会发生中毒反应,即:1)把握运用指征(如上述)。2)注意煎煮方法:久煎,先煎。具体煎法需根据用量选择煎煮时间。制附子小于 45g,先煎 60min,然后再与其他药物煎煮 40min;若用量 45 ~ 70g,则先煎 90min,余同;若用量 70g ~ 100g,先煎 120min;若用量 100 ~ 120g,先煎 150min,余同;若用量 130 ~ 160g,先煎 180min,余同。3)掌握去毒配伍:处方中配用甘草 15 ~ 30g,干姜 10 ~ 20g;并用鲜生姜 10 ~ 20 片、绿豆 20 ~ 30g 与附子共煎。4)重视特殊服法:附子用量在 120g 以上者,加用蜂蜜 2 匙冲服。笔者运用大剂量附子(制)治好很多寒性顽哮患者却从未出现一例毒性反应。

4 临床运用

难治性哮喘出现附子证即可在辨证论治的前提下灵活运用。一般此类患者多有遇冷诱发特点,临床可以表现为怕冷,喷嚏,流清鼻涕,腰以下冷甚,咯痰稀薄,胸膈部闷紧,精神困顿,气喘久发难愈,脉细沉尤以右侧寸弱尺沉弱等症,此时可以运用麻黄附子细辛汤、枳实薤白桂枝汤、桂枝加附子汤、小青龙汤化痰治疗。

万方数据

附子(制)用量可以先用 45g,服用后每隔 1 周,根据病情并按上述运用方法逐渐加量,直至哮喘控制 3 月为止(下同)。若合并过敏性鼻炎出现鼻痒、频作喷嚏、鼻塞流清涕,可与参苏饮、玉屏风散同用,若反复因受凉感冒诱发,可以逐渐加大黄芪剂量以增强益气固卫防感之力;若胸痹候明显,可与瓜蒌薤白半夏汤合用,此时附子、半夏、瓜蒌有十八反之嫌,此种配伍在寒哮治疗中出现机会较多,在笔者多年的临床观察和专题检测并没有发现此种配伍的特殊副反应。若兼见心烦热、口渴、舌苔薄黄,可加石膏与桂枝、附子同用,在温阳化饮的同时兼清郁热;若咽痒呛咳明显,可加僵蚕及柴前连梅煎以疏肝抑肝、肃肺敛肺;若胸肋胀痛、舌苔薄净,可加四逆散以疏肝缓急;若痰涌气逆,舌苔腻,可加葶苈大枣泻肺汤及三子养亲汤以泻肺化痰、降逆平喘。

5 验案举例

患者某,女,44 岁,于 2008 年 2 月 29 日就诊。有支气管哮喘病史 10 余年,开始运用普米克气雾剂,后来改用吸入足量舒利迭,仍然反复发作。症见:气喘、胸闷明显,遇冷则咳,无咽痒,咯多量白色泡沫痰,鼻塞、喷嚏、流涕,无腹胀,食纳可,二便调。舌质淡胖,苔白腻,脉细,双侧尺部偏沉。此为寒饮伏肺,风寒之邪入侵,而致肺气郁痹,故治以温阳散寒,祛风宣痹法。拟方:党参 15g,枳壳 10g,薤白 10g,瓜蒌皮 10g,制附片 60g(加鲜生姜 10 片,绿豆 20g,附子先煎 90min),炙黄芪 15g,荆芥 10g,防风 10g,苦参 15g,法半夏 10g,杏仁 10g,苍耳草 15g,苏叶 10g,苏子 10g,射干 10g,炙麻黄 5g,细辛 3g,干姜 10g,炙甘草 15g,茯苓 15g,桂枝 6g,柴胡 10g,前胡 10g,炙全蝎 5g,地龙 15g。水煎服,1 日 1 剂,共 7 剂。二诊 2008 年 3 月 7 日:服药后患者胸闷明显减轻,鼻塞、喷嚏、流涕亦明显好转,但遇冷仍有作咳,原方将附子加量至 75g(加鲜生姜 10 片,绿豆 25g,附子先煎 120min)。水煎服,1 日 1 剂,共 7 剂。三诊 2008 年 3 月 14 日:经服上方后患者胸闷进一步减轻,鼻塞、喷嚏、流涕进一步好转,继续将原方附子加量至 90g(加鲜生姜 15 片,绿豆 30g,附子先煎 120min)。水煎服,1 日 1 剂,共 7 剂。四诊 2008 年 3 月 21 日:经服前方后,患者胸闷、鼻塞、喷嚏、流涕不显,精神状态好转,但遇冷胸闷仍稍有加重。将原方附子加量至 120g(加生姜 20 片,绿豆 30g,附子先煎 150min),水煎服,1 日 1 剂,共 7 剂。并以煎后药渣泡脚,每天 30min 即可。前后共计 20 余剂,患者相关症状全部消失,复查肝肾、心电图等均无异常。

按:该患者长期吸入激素哮喘仍难以控制,实属难

针灸经络

刺血疗法治疗瘀热痰结型痤疮 30 例临床研究

陈秀华¹ 胡锦涛²

(1 广东省中医院大院传统疗法科, 广东省广州市大德路 111 号, 510120; 2 广州中医药大学第二临床医学院)

关键词 痤疮; 刺血疗法

痤疮是由多种因素引起的一种毛囊皮脂腺慢性炎症疾病, 是青春期和成人期一种常见、多发的皮肤疾患, 以颜面及胸背部散在发生针尖或米粒样大小的皮疹, 初起如细小丘疹和脓疱, 或见黑头, 能挤出粉渣样物为特点, 严重时伴有结节、囊肿、疤痕、色素沉着。中医学称为“粉刺”, 常见辨证分型有阴虚内热型、瘀热痰结型、冲任不调型等, 该病病程缓慢, 易于复发, 严重影响患者的美容和身心健康。我们运用刺血疗法治疗瘀热痰结型面部痤疮, 取得满意疗效, 现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例瘀热痰结型面部痤疮患者随机分为刺血疗法治疗组及针刺治疗对照组各 30 例, 年龄 15~40 岁。

1.2 临床诊断标准 西医采用《临床皮肤病学》^[1] 痤疮的诊断标准: 青春期开始发病, 好发于面部、上胸及背部等皮脂腺发达部位, 对称分布。皮损为毛囊性丘疹、黑头痤疮、脓疱、结节、脓肿, 伴有皮脂溢出, 呈慢性经过。根据中华医学美学与美容学会皮肤美容学组 1997 年制定“寻常痤疮严重程度分级和疗效判定标准”^[2] 将痤疮分为轻、中、重三度, 1~9 级; 1~3 级为轻度, 4~6 级为中度, 7~9 级为重度。其中, 1 级粉刺、丘疹、脓疮侧面部(左或右)少于 25 个, 2 级 25~

50 个, 3 级 51~75 个, 4 级 76~100 个, 5 级 >100 个, 6 级伴有 1~2 个结节或囊肿, 7 级伴有 3~5 个结节或囊肿, 8 级伴有 6 个以上结节或囊肿, 9 级结节、囊肿伴肥厚性瘢痕或窦道。评分: 1) 治疗前 3 度 9 级, 每 1 级评为 1 分; 2) 治疗后, 每降低 1 级减去 1 分, 若全部消失则为 0 分; 3) 疗效指数 = (疗前分数 - 疗后分数) / 疗前分数 × 100%; 4) 若治疗后仍为原级, 但有所减轻, 则可计算小分, 每好转 10% 可减去 0.1 分。举例: 若一患者在治疗前为 5 级, 计为 5 分, 治疗后降为 2 级, 则为 2 分; 指数 = (5 - 2) / 5 × 100% = 60%。

中医采用《皮肤性病科专病中医临床诊治》^[3] 中瘀热痰结型痤疮诊断标准: 面部皮损以红色或暗红色结节、囊肿和凹凸不平的瘢痕为主, 或伴有脓疱、粉刺和色素沉着。舌红或暗红有瘀点, 苔薄黄, 脉弦滑或细涩。

1.3 排除标准 2 周内使用过治疗痤疮中西药物者; 妊娠或哺乳期妇女患者; 严重肝、肾、心脑血管疾病, 合并有恶性肿瘤、传染性疾病或其他疾病致衰竭者; 酒精、碘伏过敏者。

1.4 疗效评定标准 采用中华医学美学与美容学会皮肤美容学组 1997 年制定“寻常痤疮严重程度分级和疗效判定标准”的疗效标准分为 4 级。临床治愈: 疗效指数达 95% 以上。显效: 疗效指数 60%~95%。有效: 疗效指数 20%~59%。无效: 疗效指数 <20%。

治性哮喘, 临床辨证为脾肾阳虚, 寒饮内伏, 肺卫阳亏, 外寒诱发。故用参苏饮、玉屏风散、麻黄附子细辛汤以益气温阳驱寒; 用枳实薤白桂枝汤、瓜蒌薤白半夏汤、茯苓杏仁甘草汤豁痰通阳泄浊; 加用柴胡、前胡升降气机, 以利肺之肃降。因喷嚏、鼻塞、流涕明显, 故加荆芥、防风、苦参、苍耳草祛风解毒抗敏; 尤其是运用超大剂量附子配合干姜, 以温补脾肾之阳而又驱饮固卫, 达到截营拔寨之功。附子与半夏、瓜蒌虽有“十八反”之嫌, 但据大量临床观察并没有发现异常反应, 倒是更增强了温通祛痰泄浊之效。另外, 大剂甘草缓急解痉, 取之类固醇样激素作用^[4], 因加用茯苓健脾渗湿, 故

不会导致“甘能助湿”及“甘令人中满”之弊。配用全蝎、地龙取之熄风解痉之功。整方突出温阳化饮、固卫宣痹之力, 更取大剂附子大刀阔斧, 力挽狂澜, 诸药配合, 药证相符, 故获良效。

参考文献

- [1] 李家萱. 难治性哮喘的病因及防治探讨. 医学综述, 2002, 8(3): 145-146.
- [2] 谢宗万. 中药材品种论述[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1980: 201.
- [3] 张银娣, 吴润宇, 刘天培. 附子毒性的研究. 药理学, 1966, 13(5): 350.
- [4] 李明. 甘草的研究概况[M]. 甘肃中医学院学报, 2000, 17(3): 59-61.

(2010-10-28 收稿)