

全小林大剂量应用半夏临床治验 4 则

于晓彤^{1,2} 曹 洋^{1,2} 逢 冰¹

(1.中国中医科学院广安门医院,北京 100053; 2.北京中医药大学,北京 100029)

摘 要 中医不传之秘在量,“量”是影响方药有效性的关键因素。全小林教授强调中药临床合理用量,急危重症时当以重剂治之。半夏为祛痰要药,临床应用甚广。全师效法仲景,善用半夏,辨清病性病势,当痰浊深重或失眠时,往往大剂量应用,临床取效迅速明显,但需注意中病即减,另外配合生姜同煎,亦未见不良反应。

关键词 痰浊积聚 半夏 生姜 投药和剂量 治疗应用 验案

中图分类号 R282.710.7

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)02-0050-03

半夏,为天南星科半夏属多年生草本植物,以其干燥块茎入药,首载于《神农本草经》,药用历史悠久。半夏性味辛温,有毒,归肺、脾、胃经。其在《本经》中位列下品,《本经》云:“下药主治病以应地……欲除寒热邪气,破积聚愈疾者,本下经”,可见其“直主攻击”之势。半夏为祛痰要药,《本草新编》言半夏“片则力峻,曲则力柔,统治痰涎甚验”。另外,半夏还具有降逆止呕、温肺化饮、消痞散结、交通阴阳等多种功效。医圣张仲景在《伤寒杂病论》中广泛应用半夏,且随证施量精当。如射干麻黄汤中用半夏 8 枚,甘遂半夏汤中用 12 枚,小柴胡汤中用半夏半升,大半夏汤中用二升。根据现代考据测量,半夏一枚约为 0.8g,一升约为 120g^[1-3],可见半夏在经方中的剂量阔有 6~240g 之广,其中用量半升(约 60g)的处方最多,占 43 首中的 26 首。

半夏在中国药典(2010 版)中的规范用量是 3~9g,然而小剂量应用,在某些疾病或急危重症的治疗中临床疗效欠佳。中国中医科学院广安门医院全小林教授临证 30 余载,对于方药用量颇有心得。我们有幸随师跟诊,现将全教授大剂量应用半夏的 4 则医案分析报道如下,以体会老师的方药用量策略。

1 病历摘要

1.1 糖尿病胃肠病

张某,女,66 岁。2012 年 7 月 24 日初诊。

患者诊断 2 型糖尿病 24 年,现用诺和灵 30R 早 18 IU,晚 8 IU 皮下注射,血糖控制在空腹 6.5mmol/L 左右。已有糖尿病视网膜病变,眼底出血,

右眼失明;糖尿病肾病 V 期。刻下:不思饮食,纳呆食少,每日仅吃少量蔬菜,唾液黏稠,暖气胃胀,乏力怕冷,下肢轻度水肿,大便干结,使用芒硝仍 3~4 日一行,眠可尿少,夜尿 2 次。积粉苔,脉弦滑。实验室检查:GLU 6.27mmol/L,肌酐(CR)208.7μmol/L,尿素氮(BUN)15.57mmol/L,尿蛋白 3+。中医诊断:消渴;证属:脾胃不和,升降失司。治法:辛开苦降,寒热平调。方用半夏泻心汤加减,处方:

清半夏 60g,黄连 6g,黄芩 15g,生姜 5 片(自备),荷叶 30g,苍术 15g,茯苓 45g,生大黄 30g,芒硝 10g(分冲),厚朴 15g,生黄芪 30g,丹参 30g。水煎,日 1 剂,分 3~4 次,餐前服。

2012 年 9 月 4 日二诊:服上方 28 剂。患者食欲转佳,胃胀缓解,下肢水肿减轻,大便可,日 2~3 次,夜尿 2 次。舌体胖,苔厚腻,脉弦硬滑。GLU 6.1mmol/L,CR 171.5μmol/L,BUN 15mmol/L。上方加蚕沙 30g(包煎),生黄芪加至 45g,茯苓加至 120g,继服 1 月。

2012 年 10 月 16 日三诊:服药 28 剂,患者纳食好转 70%,可食荤腥,胃胀消失,下肢水肿消失,大便日 2 次,小便泡沫多,夜尿 2 次。舌胖大、苔厚腻,脉沉滑。24h 尿蛋白定量:1858mg/24h。7 月 24 日处方清半夏减为 30g,生姜减为 3 片,水蛭粉 3g(分冲)。水煎,仍日 3~4 次分服。

按:患者有两个症状群,一是糖尿病胃肠病变导致的纳呆、便秘,一是糖尿病肾病排毒排水功能障碍引起的水肿、蛋白尿、肌酐升高。脾胃方面,太

基金项目:国家重点基础研究发展计划 973 项目(2010CB530600)

阴湿土,主升清;阳明燥金,主降浊。患者消渴日久,脾气虚弱,运化无力,导致气滞食积、暖气胃胀;脾失升清,胃失和降,在上引起口中黏腻、不思饮食,在下引起大便秘结。故以半夏泻心汤辛开苦降,调理中焦,使气机复常,升降有序。本案患者已至糖尿病肾病V期,食欲胃口对其生活质量非常重要。就诊时见其积粉苔,可见脾湿之深,浊邪之重,因此用大剂量半夏化浊生新,三诊时纳食不香已改善70%。再配合大黄、芒硝增强大肠动力,便秘症状亦明显缓解,故减清半夏量至30g。然降低尿蛋白、血肌酐非一日之功,因此以肾浊方(生黄芪、大黄、丹参、水蛭粉)逐步调理。本案需注意的是,患者不思饮食已久,平日仅吃少量蔬菜,故中药汤剂改为一日3~4次,少量频服,且餐前服用,对化脾湿胃浊,增强药效非常有效。

1.2 糖尿病周围神经病变

李某,男,51岁。2012年10月29日初诊。

患者发现血糖升高17年,6年前开始注射胰岛素,现胰岛素用量26 IU/d。刻下:全身乏力,下肢无力,走路如踩棉花,双侧小腿麻木、发凉、刺痛明显,指尖麻,四末冷,头昏沉,纳眠可,大便成形,日2次,小便调。苔黏腻厚腐色黄,脉弦略滑数。实验室检查:糖化血红蛋白(HbA1c)6.8%,空腹静脉葡萄糖(GLU)6.23mmol/L,肝肾功能未见异常。中医诊断:消渴;证属脏腑热,经络寒。治法:清化痰热,活血通络。方用小陷胸汤合黄芪桂枝五物汤加减,处方:

黄连15g,清半夏60g,瓜蒌仁30g,晚蚕沙(包煎)30g,生黄芪30g,鸡血藤30g,桂枝30g,生姜3片(自备)。水煎服,日1剂。

2012年12月10日复诊:下肢疼、麻木、凉均有所缓解,头目较前清楚,下肢瘙痒,舌苔仍厚腐腻。上方加知母30g,苍术、白芍、炙甘草各15g,并同时以外洗方(苦参、黄柏、白鲜皮、透骨草、艾叶、川芎、生姜各30g)擦洗下肢,日1次。

上方服用2月,乏力缓解,走路踩棉花感消失,四肢疼、麻木、凉均改善60%以上。后半夏减为15g,加赤芍30g、三七粉3g继服。

按:《王旭高医案》记载:“消渴日久,但见手足麻木,肢冷如冰。”该患者患糖尿病17年有余,壮火食气,耗散脏腑元气,已进入到糖尿病发展郁热虚损四阶段中的“虚”、“损”阶段^[4]。气虚血瘀,寒凝经脉,则见四肢疼、麻木、凉的“经络寒”症状,以黄芪桂枝五物汤益气活血,温阳通脉。但同时,脾气虚损,气血津液生成及代谢障碍,病理产物聚积中焦,

化热生痰,上蒙清窍,清阳不升,而致头昏沉,步态不稳;舌苔脉象亦为“脏腑热”之痰热表现,故以小陷胸汤清热涤痰,方中黄连、半夏辛开苦降,配合瓜蒌调畅气机。患者舌苔黄厚腐腻,可见痰浊之深重,故重用半夏化痰涤垢。二诊时患者症状改善,但舌苔同前,且有下肢皮肤瘙痒的感觉,故半夏剂量不变,加知母、苍术加强清热祛湿之功;外洗方温经通络,祛湿止痒,配合使用以减轻局部症状。虽然半夏辛温,但清补兼施,寒热并用,因此“脏腑热”、“经络寒”均有明显缓解。遵守有毒药物中病即减原则,后半夏减为15g继调。

1.3 失眠

邢某,女,58岁。2012年7月30日初诊。

失眠5月,加重1月。患者5月前从甘肃来北京居住后开始失眠,近1月常整夜难眠,经多方就诊无效。既往有高血压病史,绝经5年。体重70kg,身高160cm。刻下寐差,入睡难,易醒,醒后难以再次入睡。每晚最多睡2h,1周内1日彻夜不眠。偶有头晕,胃胀满,近期咳嗽咽干。纳可,二便调。苔厚腐腻,脉沉弦涩滑。中医诊断:不寐;证属痰火扰心。治法:清化痰热,和中安神。方用黄连温胆汤加减,处方:

黄连9g,清半夏60g,茯苓30g,枳实15g,竹茹30g,炒枣仁120g,五味子15g,前胡15g,百部15g,生姜3片(自备)。水煎服,日1剂,晚饭后、睡前各服1次。

2012年8月27日二诊:服药28剂。患者睡眠好转,时间延长,现每晚可睡3.5h。咳嗽咽干已愈,二便调,脉弦数。上方去前胡、百部,继服1月。

2012年10月8日三诊:服药28剂,睡眠明显改善,现每晚可睡5~6h。

按:现代人多饮食不节,过食肥甘厚味,此患者BMI 27.34,属超重体型,且舌苔厚腻,可见是由宿食痰滞,酿而生热,壅遏于中,胃气失和,炽火上逆,扰动心神导致不得眠。《张氏医通·不得卧》言:“脉滑数有力不得卧者,中有宿滞痰火,此为胃不和则卧不安也。”黄连温胆汤出自清·陆子贤之《六因条辨》,是治疗痰火扰心的效方。半夏和胃气而通阴阳,李时珍《本草纲目》载半夏能除“目不得眠”,《内经》十三方之一半夏汤(半夏、秫米)可收“其卧立至”之效,《续名医类案》中有案以百部一两、半夏一两治疗不眠,使“即得美睡”。现代药理研究表明:半夏有镇静催眠的作用^[5]。导师全小林教授认为,半夏治疗失眠一定要大剂量,30~60g为宜,从脾截断生痰之源,浊痰去,阴阳平。此外,黄连、竹茹清心降

火,枳实、茯苓理气燥湿,五味子酸甘收涩,抓失眠主症重用酸枣仁,使神安心宁,“阳入于阴”而得卧^[6]。

1.4 冠心病、便秘

王某,女,55岁。2012年8月初诊。

便秘10年。患者10年前因生气、惊吓出现食谷不化,自觉饮食在胃中长时间停留,不消化,无便意,需每日服泻药。当地医院诊断:浅表性胃炎、乙状结肠直肠炎、胃蠕动力性差。既往有冠心病、不稳定心绞痛病史,高血压2级,高脂血症,胆囊增大。刻下乏力,食谷不化,便干,无便意,大便3日一行。左胸前区及背部疼痛,左臂轻度麻木,寐差,眠浅,易醒,小便调。舌暗细颤、苔黄厚腐腻、底瘀,脉沉数。实验室检查:血压160/110mmHg,总胆固醇(CHO)6.59mmol/L,甘油三酯(TG)2.27mmol/L,高密度脂蛋白(HDL)1.44mmol/L,低密度脂蛋白(LDL)4.51mmol/L。中医诊断:胸痹,便秘;证属胃不和,痰瘀互结。治法:开郁清热,化痰逐瘀。方用大柴胡汤加减,处方:

柴胡15g,黄芩30g,生大黄15g(后下),清半夏60g,黄连9g,瓜蒌仁30g,干薤白30g,丹参30g,三七15g,炒枣仁60g,西洋参9g,生姜3片(自备)。水煎服,日1剂。

1月后复诊:自述食谷不化好转50%,服药后即大便,日一次,质可,停药则无大便,仍有乏力,睡眠改善。血压125/95mmHg,CHO 5.28mmol/L, TG 2.35mmol/L, HDL 1.22mmol/L, LDL 3.24mmol/L。

后以枳术汤合厚朴三物汤为主方继续调理。

按:患者便秘、失眠、冠心病、血压及血脂异常均因痰饮为之援也。膏浊郁久化热,而致大便秘结,蠕动力差;胃不和则卧不安,故眠浅易醒;痰浊痹阻则见胸前区及背部疼痛,痰浊上扰则致血压升高;血脂异常亦为膏浊蓄积脉络的表现。全小林教授以大柴胡汤内泻热结,小陷胸汤清热化痰,瓜蒌薤白半夏汤宽胸散结。柴胡疏肝解郁,黄芩擅清郁热,大黄泻热通腑,薤白开胸痹而降逆,除后重而升陷(《长沙药解》),取三首经方之主药,力专效宏。其中半夏用至60g顿起沉疴,消痰涎,去诸症之根源,故一月之后效如桴鼓。

2 讨论

本文所举4例,均是痰浊积聚,病久邪深,故大剂量应用半夏至60g,因而获得了较好的治疗效果。全小林教授认为,生半夏经过严格炮制后,毒已大减^[7],且几乎每次使用,必配生姜,效果优于使用姜半夏,临床中未见肝肾损害。晋代《肘后备急方》中

记载:“中半夏毒,生姜汁解之。”现代药理研究证实,生姜可明显减少半夏辣味,保护胃黏膜,降低半夏的刺激性及毒性,且姜汁煮半夏的作用强于姜汁冷浸半夏^[8]。

中医不传之秘在于药量,中医有效之秘亦在于药量。现今,经方新用为何难以取效?有时不是医者的辨证错误,而是剂量过小,不堪重任^[9]。尤其对于半夏类的有毒药,往往药性猛烈,能使疾病“豁然而愈”。我们不应“谈毒色变”,而应努力挖掘配伍、煎煮等减毒措施,探讨量-效-毒关系,发挥有毒药物应有的作用。

同时,全小林教授强调方药用量策略,指出应根据不同的病种、病势,患者症状、体征,不同制方、药物,随病、随证、随方、随药施量^[10]。如在半夏使用上效法仲景,认为半夏小剂量6~15g和胃,中剂量15~30g止呕,大剂量30~60g安眠。即邪气盛、病势急、痰浊深重(辨证要点为舌苔厚腐腻)或治疗失眠时,我们需应用较大剂量(30~60g),以直至病所,治病留人;当邪轻势缓,我们也应以小剂量调理,均以追求最佳疗效为目的,不可一味强调大剂量。

参考文献

- [1] 张红丽.经方中半夏古剂量与现代应用初探.山西中医,2010,26(4):47
- [2] 刘敏,郭明章,李宇航,等.仲景方中半夏用药剂量及配伍比例研究.北京中医药大学学报,2010,33(6):365
- [3] 张家礼.金匱要略.北京:中国中医药出版社,2004:490
- [4] 全小林.糖络杂病论.北京:科学出版社,2010:92
- [5] 李玉先,刘晓东,朱照,等.半夏药理作用的研究述要.辽宁中医学院学报,2004,6(6):459
- [6] 彭智平,赵锡艳,逢冰,等.全小林教授辨治失眠经验.吉林中医药,2013,33(3):223
- [7] 修彦凤,王智华,洪筱坤.半夏毒性的研究进展.时珍国医国药,2004,15(5):304
- [8] 史闰均,吴皓,郁红礼,等.生姜解半夏毒的研究进展.中国中医药信息杂志,2010,17(11):108
- [9] 全小林,吴义春,穆兰澄,等.经方大剂量探索.上海中医药杂志,2010,44(1):18
- [10] 全小林,焦拥政,连凤梅,等.方药量效关系研究的关键问题与思考.环球中医药,2012,5(6):401

第一作者:于晓彤(1989-),女,硕士研究生,研究方向:方药量效关系。

通讯作者:逢冰,硕士研究生。307636788@qq.com

收稿日期:2014-10-23

编辑:吴宁