

# 从腹证与本源剂量谈柴胡加龙骨牡蛎汤的临床运用

张英子<sup>1</sup> 羊璞<sup>1</sup> 王克穷<sup>2</sup> 何甜甜<sup>1</sup> 党西君<sup>1</sup>

(1. 陕西中医药大学, 陕西咸阳 712000; 2. 陕西中医药大学附属医院, 陕西咸阳 712000)

**摘要** 《伤寒论》被誉为“方书之祖”,其中有关腹证的论述达110余条,是现代医家遣方用药的重要参考依据。柴胡加龙骨牡蛎汤出自《伤寒论》,参考日本汉方医家所著文献以及现代文献总结出其腹证为:胸胁苦满,脐上动悸。根据本源剂量的文献研究结合《伤寒论》原文换算出柴胡加龙骨牡蛎汤中各药物的本源剂量为:柴胡60g,生龙骨25g,黄芩25g,人参25g,桂枝25g,茯苓25g,半夏32g,大黄30g(后下),大枣15g,生牡蛎25g,生姜25g。临床常用于治疗心脑血管系统疾病,如卒中后抑郁、睡眠障碍、精神障碍等。临证结合腹证与本源剂量使用柴胡加龙骨牡蛎汤,可增加辨证的准确性,提高临床疗效。

**关键词** 腹证;柴胡加龙骨牡蛎汤;投药和剂量;药物剂量计算;治疗应用;《伤寒论》

**中图分类号** R222.29 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)06-0074-04

柴胡加龙骨牡蛎汤出自《伤寒论》第107条:“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语,一身尽重,不可转侧者,柴胡加龙骨牡蛎汤主之。半夏二合(洗),大枣六枚,柴胡四两,黄芩一两半,生姜一两半,人参一两半,龙骨一两半,铅丹一两,桂枝一两半(去皮),茯苓一两半,大黄二两,牡蛎一两半(煅)。右十二味,以水八升,煮取四升,内大黄切如棋子,更煮一二沸,去滓,温服一升。”腹证与经方本源剂量是运用《伤寒论》方的重要依据。腹证是指对胸腹部综合运用望、闻、问、切的诊断方法得出的症状与体征<sup>[1]</sup>。经方本源剂量是指《伤寒论》方中各味药物古代剂量换算得出的现代剂量,不同中药剂量其发挥的主要功效也不相同,还原本源剂量才能达到有效的治疗效果。明辨方证,腹证先行,经方应用,当识腹证。从腹证与本源剂量探讨柴胡加龙骨牡蛎汤的临床应用,明确腹证与方证之间的对应关系<sup>[2]</sup>,在辨证论治中具有重要意义。本文分别从柴胡加龙骨牡蛎汤的腹证论述、应用指征与本源剂量换算、效用、安全性及煎服法来论述柴胡加龙骨牡蛎汤的临床应用,并附典型案例以佐证。

## 1 柴胡加龙骨牡蛎汤的腹证论述及应用指征

柴胡加龙骨牡蛎汤由小柴胡汤化裁而来。《腹证奇览》<sup>[3]</sup>云:“胸胁满,脐上心下动气甚,胸中忐忑不安,因而心烦而惊狂者,为柴胡加龙骨牡蛎汤之证。”由此可将柴胡加龙骨牡蛎汤方证的腹证概括为胸胁苦满、脐上动悸。“胸胁苦满”一方面指患者

自觉胸胁季肋部苦满,有憋闷感;另外一方面是指医者用手指在胸胁季肋部按压时有压痛。“脐上动悸”指检查者用手指按压离脐部1~2横指处的左上部(或左下部)可以触知的大动脉搏动。从条文“伤寒八九日,下之”分析,泻下使邪气内犯于少阳,少阳为枢,邪气由表入里,搏结气机,而致胸胁满。肝之气化从左而升,脐左为肝气左升的部位,少阳枢机不利,肝气升降失常,则会在脐左部出现动悸。少阳枢机不利而致热壅三焦,水道不畅,可见胸满烦惊,谵语,小便不利,一身尽重,不可转侧。故此方取小柴胡汤各药味剂量之半去甘草以和解少阳,治疗少阳枢机不利,以解胸满、脐动悸。因甘草性缓可壅滞气机以助胸满,故弃之不用。桂枝发汗解表以清上焦之热;茯苓利小便兼安神,使热邪从小便而去;大黄通腑泻下,使热邪从大便下之。三药合用宣泻三焦之热。同时茯苓、桂枝合用能温阳化水,交通心肾,治疗动悸;龙骨、牡蛎、铅丹重镇安神。

综上,临证应注重腹证的运用,柴胡加龙骨牡蛎汤的腹证为胸胁苦满、脐上动悸。临床患者凡符合此腹证者结合烦躁、乏力、便秘、小便不利等症状可应用本方。同时还有文献指出,在柴胡剂的应用之中常需要将胸胁苦满与腹力相结合,应同时关注患者腹力的变化<sup>[2]</sup>。

## 2 柴胡加龙骨牡蛎汤的本源剂量

**2.1 本源剂量的换算** 经方与其他方剂相比最大的特点为药少而精,量大力专。经方中90%的方剂药

味都不超过8味,50%以上组方少于4味。药味少却效如桴鼓,除组方精简,配伍严谨外,经方用量是临床取得疗效的关键<sup>[4]</sup>。参考部分本源剂量的研究可知,《伤寒论》中药物与现代剂量的换算公式为:1斤约等于250 g,1两等于15.6 g,1升约等于200 mL,大枣12枚约为30 g<sup>[5-7]</sup>。由此推算柴胡加龙骨牡蛎汤中各药物的本源剂量为:柴胡60 g,生龙骨25 g,黄芩25 g,人参25 g,桂枝25 g,茯苓25 g,生半夏32 g,大黄30 g(后下),大枣15 g,生牡蛎25 g,生姜25 g。

**2.2 本源剂量效用** 不同剂量的药物可以产生不同的药理效应,如均按常量使用则有可能达不到治疗目的。柴胡加龙骨牡蛎汤中大剂量柴胡、黄芩和解少阳之功著,以改善少阳枢机不利所致胸胁苦满、脐动悸之症,常规小剂量应用只起到柴胡的升提之效。半夏降逆之功随其用量的增加而增加,用至二两时其安神之效也随之显现,同时与生姜的大剂量配伍可增强其和胃降逆之功,生姜也可制约半夏毒性。桂枝发汗解表以散热,大剂量时功效主在平冲降逆,如桂枝加桂汤治疗奔豚病时桂枝用至五两。大黄大剂量后下则可速达泻热之功。茯苓用至四两时意在健脾和胃、淡渗利湿,用量一两至二两时配伍大枣意在宁心安神、通利小便,治疗心烦、小便不利之证。龙骨、牡蛎重镇安神,与现代常用剂量范围相一致。综上,应用柴胡加龙骨牡蛎汤时应还原本源剂量,保证药效的发挥,迅速扭转病势,缩短治疗过程,提高疗效。

**2.3 本源剂量安全性分析** 柴胡加龙骨牡蛎汤换算后部分药物的本源剂量是现代常用剂量的五倍之多,试从安全性角度进行分析:(1)从配伍角度。本方运用大剂量半夏,同样用大剂量生姜与之相配,生姜可解半夏之毒。(2)从煎煮方法角度。遵循经方后所标注的一剂一煎,以减少有效成分的提取,从而减轻剂量大带来的毒副作用。(3)从炮制角度。采用特定的炮制方法,可有效减轻药物毒性,如本方中半夏经汤洗后,生半夏表面的毒性涎滑物质被去除。(4)从服法角度。如本方药物以水八升,煮取四升,而后温服一升,煎取药液可分多次服用,减少了药物的单次摄入量,从而减轻药物毒副作用。此外,现代应用此方已剔除了易造成毒物蓄积的铅丹,大大保证了本方临床应用的安全性。

### 3 柴胡加龙骨牡蛎汤的煎服方法

《伤寒论》中对药物的煎服法也极为重视,几乎每方后都配备了药物的煎服法及药后反应说明,

严格按照仲景方后注的煎服法和注意事项才能取得良好的疗效及减轻不良反应。柴胡加龙骨牡蛎汤的煎服法为:以水八升(1 600 mL),煮取四升(800 mL),放入大黄,切如棋子,更煮一二沸,去渣,温服一升(200 mL)。此方服法颇为特殊,纵观小柴胡汤、大柴胡汤等方,其服法均为“温服一升,日三服”,为何柴胡加龙骨牡蛎汤为“温服一升”?其原因在于大黄用量为30 g,后下取其通腑泻下之功,使热邪随大便而下。先“温服一升”以探虚实,根据病人的药后反应来进一步调整。若患者腹泻次数较少,腹证与症状未减,可继服原方;若腹泻次数大于5次,应暂停服药,以免损伤正气;若患者腹证与症状已减大半,应调整剂量再服,同时饮热粥以顾胃气。服药时应结合现代医学使用补液等方法纠正可能出现的电解质紊乱。方中铅丹因易在体内蓄积引发铅中毒,故去之不用。临床上如需寻求替代,可用生铁落、珍珠母、磁石等药<sup>[8]</sup>。

### 4 病案举隅

#### 4.1 未明原因发热案

周某某,男,79岁。2018年5月10日初诊。

主诉:间断发热2年,嗜睡2 d。患者2016年8月间断开始发热,胸部CT示右肺上叶炎症,痰培养查见革兰氏阳性球菌。后予利巴韦林、氟康唑、莫西沙星等药物抗感染治疗,体温控制不佳。骨髓穿刺结果未见异常,结核试验(-)。至2017年间断发热,给予中药治疗。2018年5月3日查胸部CT示:双肺炎症,双侧胸腔积液,纵隔淋巴结肿大。心脏超声示:全心扩大,室间隔及左室壁搏幅普遍减低,提示心肌缺血,左室舒张,收缩功能减低,三尖瓣大量返流,二尖瓣中量返流,肺动脉高压,心动过速,心包积液。脑钠肽(BNP):3 614.2 pg/mL;铁蛋白:1 778.48 ng/mL;CA125:152.30 U/mL。刻下:间断发热,嗜睡,乏力明显,胸闷,偶有恶心呕吐,消瘦纳差,尿少,大便正常,舌红,苔薄白。腹诊:全腹胀满,腹力偏弱,右侧胸胁苦满,脐上动悸。中医辨证:少阳证,热邪内陷。治法:和解少阳。予柴胡加龙骨牡蛎汤,处方:

柴胡60 g,生龙骨25 g,黄芩25 g,人参25 g,桂枝25 g,茯苓25 g,生半夏32 g,大黄30 g(后下),大枣6枚,生牡蛎25 g,生姜25 g。3剂。除大黄以外,其他药物以水1 600 mL,煮至800 mL,加入大黄,再煎片刻,取汁约600 mL,温服200 mL。

5月14日二诊:服药后腹泻,2~3次/d,无诱因出现夜间烦躁,大声呼叫。查电解质:钠127.3 mmol/L,

氯 93.6 mmol/L。予及时纠正电解质紊乱。继投以柴胡加龙骨牡蛎汤, 3剂。

5月17日三诊:服药后腹泻, 3~4次/d, 烦躁、嗜睡较前明显改善, 乏力较前有所好转, 偶有胸闷气短, 右下腹隐痛, 全身水肿, 纳食较前明显增加, 尿少, 大便正常, 色暗黄, 舌红, 苔薄白。腹诊:右侧胸胁苦满, 脐中动悸。投以柴胡加龙骨牡蛎汤, 3剂。

5月21日四诊:服药后热退未再发病, 颜面水肿较前明显缓解, 胸闷气短、夜间烦躁症状减轻, 乏力改善, 大便质软, 尿量增多, 舌淡红, 苔薄白。腹诊:全腹肥满, 腹力偏弱, 右侧胸胁苦满, 脐中动悸。服药后诸症均减, 但查腹证并未消失, 后间断服此方治疗, 持续随访。

按:患者久病正气虚弱, 邪客少阳, 弥漫三焦。《丹溪心法·火》云:“凡气有余便是火。”少阳被郁, 内外阻滞气机, 阳气内郁而致热。《素问·至真要大论》记载:“诸燥狂越, 皆属于火。”邪陷少阳引动肝胆木火, 心神逆乱, 神明失其主宰而致嗜睡、烦躁等症。三焦气化不利, 水道不畅, 则小便不利。结合四诊(嗜睡, 烦躁, 乏力明显, 明显胸闷, 消瘦纳差, 尿少, 舌红, 苔薄白)和腹诊(全腹肥满, 腹力偏弱, 右侧胸胁苦满, 脐中动悸)综合分析, 此乃柴胡加龙骨牡蛎汤证。以柴胡加龙骨牡蛎汤和解少阳, 通阳泻热, 重镇安神。方中柴胡、黄芩疏清表里, 和解少阳; 桂枝解表散热, 平冲降逆, 通达郁阳; 龙骨、牡蛎重镇安神以除惊; 半夏、生姜和胃降逆; 茯苓去里饮, 利小便, 兼安神; 大黄泻里热, 和胃气; 人参、大枣益气养营, 扶正祛邪。大黄与人参同用, 去里热而不伤正, 益正气而不留邪<sup>[9]</sup>。服药期间患者腹泻, 检测电解质情况, 将现代医学与传统医学结合, 事半功倍。患者服药后诸症均减, 腹证并未消失, 调整剂量后继续服此方治疗。

### 4.2 肺癌转移案

田某某, 男, 79岁。2015年8月31日初诊。

主诉:确诊肺癌5年, 气短加重2 d, 意识不清1 d。5年前因“先心病”查胸片发现肺部肿块, 查肿瘤标志物升高, 诊断为“肺癌”, 未行病理检查及化疗。2个月前因胸闷气短加重及头晕恶心查CT示肺癌骨转移、脑转移。3 d前因受凉, 出现咳嗽、低热, 自服板蓝根冲剂、阿莫西林, 效果不著。2 d前胸闷气短加重, 喉间痰鸣, 咯痰不出。1 d前出现意识不清, 小便失禁。刻下:神志不清, 烦躁不安, 面色如常, 眼周发青, 便秘, 小便不利, 舌红苔白, 脉弦滑。腹诊:腹部平坦, 胸胁苦满, 心下压痛, 脐上动悸。中

医辨证:表邪入里化热, 肝风内动。治法:和解少阳, 清肝泻热。予柴胡加龙骨牡蛎汤, 处方:

柴胡24 g, 黄芩10 g, 桂枝10 g, 人参10 g, 生姜10 g, 大枣6枚, 半夏10 g, 茯苓20 g, 龙骨20 g, 牡蛎20 g, 大黄6 g(后下)。除大黄以外, 其他药物以水1 600 mL, 煮至800 mL, 加入大黄, 再煎片刻, 取汁约600 mL, 温服200 mL。

9月5日二诊:服药6剂, 大便通, 小便利, 胸胁苦满锐减。后予金匱肾气丸调理善后。

按:本案患者癌病日久, 久病耗气, 肺气不足, 则出现气短症状; 肺气亏虚, 少气不足以息, 气机不畅, 则出现胸闷; 外感风寒之邪, 表邪未解而入里化热, 郁则化火生风, 肝风内动, 则出现神识不清, 烦躁不安; 邪热耗伤阴津, 阴津不足, 则肠失濡润, 大便不通; 肺病日久, 则肺气宣降功能失司, 肺属上焦, 进而影响整体三焦的生理机能, 三焦水道不畅, 则小便不利。结合腹诊(胸胁苦满, 心下压痛, 脐上动悸)予柴胡加龙骨牡蛎汤和解少阳, 清肝泻热。方中柴胡、黄芩清泻肝火, 疏肝解郁; 半夏、生姜、桂枝和胃降逆; 龙骨、牡蛎镇惊安神; 人参助元气, 补肺气; 大枣、茯苓宁心安神, 健脾渗湿; 大黄泄热和胃。全方合用, 共奏和解少阳、补虚泻实之功。因患者高龄, 处于肿瘤晚期又合并心脏病, 恐不胜大剂量药力, 故予三分之一药量治疗。二诊后, 柴胡加龙骨牡蛎汤证已无, 诸症锐减, 因患者病久, 阴阳失调, 予金匱肾气丸调理善后。

### 5 结语

腹证发端于《内经》《难经》, 张仲景在《伤寒论》中将其发挥。腹证与传统四诊所得之证一样在疾病的诊断和预后判断中具有重要意义, 在查舌切脉的同时也要同时诊查腹部, 详细记录腹证信息, 动态观察, 在疾病早期发现机体内部变化, 使临床辨病辨证更加准确, 提高疗效。现代方剂临床用药剂量各家不一, 经方本源剂量在近年经过多位医家的考究, 已经明确了古代剂量与现代剂量的换算, 证实了部分方剂本源剂量的安全性与有效性。另外, 我们认为本源剂量在使用时并不是一味追求大剂量, 通过因病施量、因症施量、因势施量、因人施量、因药施量等来指导用药, 则更能保证经方使用的有效性与安全性。

综上所述, 将腹证与本源剂量结合用以指导柴胡加龙骨牡蛎汤在临床的运用, 可以增加辨证的准确性, 缩短病程, 节约医疗成本, 提高临床治疗杂病的有效率。

# 新加黄龙汤在危重症治疗中的应用思路探析

李芷瑛<sup>1</sup> 赖芳<sup>2,3,4</sup> 张燕<sup>2,3,4</sup> 韩云<sup>2,3,4</sup>

(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东广州 510006; 2. 广东省中医院, 广东广州 510120; 3. 晁恩祥名中医药专家传承工作室, 广东广州 510120; 4. 广东省中医急症研究重点实验室, 广东广州 510120)

**摘要** 目前危重症的治疗仍以西医为主,但中医药可以从整体观念、辨证论治的角度出发,对危重症进行干预,进一步改善危重症患者的症状,弥补西医治疗手段的不足,提高治愈率。新加黄龙汤出自吴鞠通《温病条辨》,为“扶正通腑法”“邪正合法”的代表方,可用于治疗多种危重症证属气阴亏虚、腑气不通者。脓毒症、急性重症胰腺炎、低血容量性休克、重大手术后的胃肠功能障碍等危重症患者症见神疲乏力、皮肤干燥、口干,伴腹胀便秘、舌淡苔少、脉细者,可选用新加黄龙汤,并随证加减。附验案1则以佐证。

**关键词** 危重症;新加黄龙汤;治疗应用

**中图分类号** R289.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)06-0077-04

**基金项目** 国家自然科学基金(81974538,81703856);广东省科技厅项目(2016ZC0129,2016A020215196,2017ZC0133);广东省中医急症研究重点实验室(2017B030314176);广东省中医院“优势病种”突破专项:脓毒症优势病种

危重症是指由于各种疾病或创伤等引起的机体内部环境严重失衡,单个或多个器官、系统功能障碍或衰竭,如脓毒症、各种类型的休克、多器官功能障碍综合征、急性呼吸衰竭等。因其危、急、重的性质,目前治疗仍以西医为主流,为患者提供各种器官功能的支持,如呼吸支持、循环支持、肾脏支持,并且需要进行抗感染、抗炎、抗休克、纠正内环境紊乱等治疗。但临床也发现,西医治疗手段若攻伐太过,容易导致危重症患者脏器亏损。如现代研究发现,糖皮质激素主要的作用靶点为少阴肾脏,在应用大剂量糖皮

质激素时患者可先出现阴虚,而后发展为阳虚、阴阳两虚<sup>[1]44</sup>;当抗生素治疗有效时,原有的发热等症状将逐渐减轻,热证缓解,因此抗生素可以归属于中药中的“清热药”范畴<sup>[1]45</sup>,而清热之力太过极易损伤脾胃运化功能。加之患者自身的水饮、痰浊、瘀血等病邪纠集,从而形成正虚邪盛的局面。危重症患者病情复杂,变化快,更应强调因人制宜,而中医药具有整体观念、辨证论治的特色,因此危重症患者加用中医药干预,可以进一步改善症状,并弥补西医治疗手段的不足,提高治愈率。新加黄龙汤出自吴鞠通

## 参考文献

- [1] 戴宁,李峰,关静,等.中医腹诊的研究进展[J].世界中医药,2017,12(1):217.
- [2] 刘宁,王宁元,赵进喜,等.明辨方证,腹诊先行;经方应用,当识腹证[J].环球中医药,2018,11(11):1697.
- [3] 稻叶克,和久田寅.腹证奇览[M].梁华龙,陈玉琢,陈宝明,编译.北京:中国中医药出版社,2017:113.
- [4] 仝小林,刘文科,翟翌,等.经方本源剂量在2型糖尿病治疗中的应用[J].世界中西医结合杂志,2008,3(12):695.
- [5] 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,1983,17(12):36.
- [6] 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.
- [7] 刘海涵.仲景《经方》汉制度量衡考[J].陕西中医学院学报,1986,9(3):19.
- [8] 陈明.柴胡加龙骨牡蛎汤证解读及运用[J].中华中医药杂志,2015,30(10):3420.
- [9] 郜妞妞,孟毅,赵晨怡,等.柴胡加龙骨牡蛎汤治疗顽固性失眠验案举隅[J].中医研究,2018,31(9):41.

第一作者:张英子(1995—),女,硕士研究生,研究方向为恶性肿瘤的规范化治疗。

通讯作者:王克穷,医学博士,主任医师,硕士研究生导师。keqiongwang@163.com

修回日期:2019-11-11

编辑:吴宁