

大剂四逆汤在危重症中的应用理法探讨

曾祥琿, 陈党红, 孙良生, 颜芳

广东省中医院, 广东 广州 510370

[关键词] 四逆汤; 重症; 重剂; 《伤寒论》; 经方

[中图分类号] R289.5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 03-0057-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.03.017

1 四逆汤治四证

经方“四逆汤”是《伤寒论》三阴病的代表方,但也同时散见于六经病的各篇,用于各经疾病误治后的救逆方,被誉为“回阳救逆第一方”,虽方中药仅三味,但效专力宏,功专温补脾肾阳气、驱除阴寒浊邪。其中,附子为大辛大热之品,其性善走而不守,为通行十二经之要药,外则达皮毛而除表寒,内则达下元而祛痼冷,彻内彻外,凡三焦经络,诸脏诸腑,无不可到,被喻为“将军”之药;干姜性温味辛,守而不走,入肺脾经,具温脾化湿、温肺化饮之效,姜附同用,能攻能守;炙甘草味甘性缓,入脾经,能制约附子的峻烈之性,使其温而不燥、补土伏火。综观全方,具破阴回阳、扶正固脱之效,能温补命门之火,启少阴阳气上行,温化寒饮湿浊,尤其适用于危重病或病至危重症阶段。该方归纳起来主要用于以下4种病证^[1],①阳虚寒盛证:《伤寒论》353条:“大汗,若大下利而厥冷者,四逆汤主之。”大汗则阳亡于外,大下利则阳亡于内,阳衰阴盛则四肢厥冷,故当急温,四逆汤主之。②脾阳虚衰证:《伤寒论》225条:脉浮而迟,表热里寒,下利清谷者,四逆汤主之。本证由阴寒内盛,脾肾阳虚,不能腐熟水谷则下利清谷而脉迟,故用四逆汤以温脾阳止下利。③汗下误治,亡阳虚脱证:《伤寒论》283条:“患者脉阴阳俱紧,反汗出者,亡阳也”,证见恶寒、四肢逆冷、拘急、烦闷、汗出淋漓、脉沉细欲绝。④虚阳外越,真寒假热证:《伤寒论》288条:“既吐且利,小便复利而大汗出,下利清谷,内寒外热,脉微欲绝者,四逆汤主之。”此乃吐利而内寒外热的证治,阳气大衰,阴寒气盛,故脉微欲绝,当用大剂四逆汤,破阴寒,回阳气。《伤寒论》352条:“大汗出,热不去,内拘急,四肢疼,又下利,厥逆而恶寒者,四逆汤主之。”论及厥利亡阳真寒假热之证治。

关于四逆汤的功效及运用,临证诸多医家对此多有论及,此不一一举例。本方之用,总不外少阴病之四肢逆冷、下利清

谷、脉微细无力等证属于阳虚寒盛者。

2 重剂治重症

四逆汤固有力专效宏、回阳救逆之功,但是,临床中却有多种因素对四逆汤的临床运用造成影响,笔者大致归纳为以下2点。

2.1 附子之毒 关于附子的毒性是个较为普遍的问题。其中固然有医家在运用附子的过程中,或由于配伍、或由于煎、煮、服法不当等的因素所带来的不良后果,然而现代药理学的成分论的影响关于附子中“乌头碱、乌头次碱”含量问题影响甚巨。由于畏惧附子的“毒性”,医师用药多局限附子的用量。岂不知,中药的“毒性”与现代药理学的按成分论的“毒”完全不是同一个概念。早在《周礼·天官·医师》即有载曰:“掌医之政令,聚毒药以共药事”,《淮南子·主术训》亦曰:“天下之物,莫凶于鸡毒,然良医索而藏之,有所用也”。《伤医》指出:“凡疗伤,以五毒攻之”。类似记载,不可胜记。如果按照现代药理学成分论来看的话,大毒之品,临证用之,岂不胆寒?难道是前人不慎“毒药”?抑或是记载有误?还是今人把西药的药理成分分析强加于中药分析,而“唯成分论”了?不论何种原因,值得中医药界深究。众所周知,所谓“中药”,即是在中医理论指导下,从四气五味、性味归经来运用的草药,才能称为中药,如果以药理学成分来看待中药成分,充其量只能称为“植物药”,而不能称为“中药”!若仅以药理学成分论中药,恐怕已经失去了中药的本来面目。更为重要的是,中医治病,本来就是以偏纠偏,所用的就是药物的偏性,诚如清代医家赵学敏在《本草纲目拾遗》所云:“天心爱人,生一害必以一物以救之”。所以,中药治病以偏纠偏是其基本原理,并且以这种偏性的强弱来解释有毒、无毒及毒性的大小^[2]。如张景岳《类经》所说:“气味之正者,谷食之属是也,所以养人正气。气味之偏者,药饵之属是也,所以去人邪气”^[3]。附子之偏性正是因其大辛大热、性走而不守、通行十二经,而能

[收稿日期] 2018-09-19

[基金项目] 中医诊疗模式创新项目(粤财社[2016]132号)

[作者简介] 曾祥琿(1985-),男,主治医师,主要从事中医药治疗危急重症、疑难病研究。

振奋元气，回阳固脱；正是因其通行十二经之性，而易激荡气血，动及体内伏寒湿饮，故易出现正邪交争的“不适症状”，如心悸、胸闷、四肢麻木，甚则头晕、呕吐等，如《伤寒论》所言：“其人如冒状，勿怪，即是术、附并走皮中，逐水气未得除故耳”^[9]，此实则则为阳气运化之功。而且，中医方剂讲究配伍，方中以炙甘草制约附子峻烈之性，全方共达到的是火生土、土伏火之效^[9]，而不是单单以附子的乌头碱、乌头次碱的含量计。因此，在中医理论指导下，正确了解以附子为代表的中药的特性及全方对人体气机的影响，对指导临床处方、应对药后反应能有很大的帮助。当然，参考现代药理研究对每味的成分进行逐一分析有助于全面了解，但决不可以此做为中医药临床的使用依据。

2.2 药物之量 这个问题的争论频见各大文献，恰恰反应了当前用药剂量存在可探讨的空间。笔者在临床实践中也发现，药物的用量很大程度上影响治疗的效果，尤其在危重症领域。已故的中医危急重症领域的山西名老中医李可先生擅长以重剂救治重危急症，尤其擅用附子、乌头类峻药抢救濒危患者，使数以千计的垂危患者起死回生。其中有案可查，被西医下了病危通知书者，也有百余人，在国内外影响甚大^[6]。他在首届扶阳论坛中就提到：早年他在治疗心衰中，用小剂量的四逆汤屡屡失败，后一偶然因素发现危急重症须重剂始效，后反复验证，乃悟“医圣不传之秘在于剂量”！他在治疗心力衰竭、呼吸衰竭等危急重症时，提倡使用大剂量附子，并具体指出“对于垂死心衰患者，附子为救命仙丹，……对垂死患者有24 h用附子500 g以上者，从无一例中毒”^[7]。除了李可老先生，国内突破剂量而获得理想效果的医家医案不断见诸报端，如邹世光等^[8]使用四逆汤加减在重度溃疡性结肠炎、癌性腹痛等疑难重症取得了比较理想的疗效；崔淑菲等^[9]在心源性休克需使用多巴胺维持的患者身上大胆使用大剂四逆汤加味，多巴胺得以逐渐减量，最终病情缓解出院；张振宇^[10]应用大剂量四逆汤治疗肺心病突发呼吸循环功能衰竭患者，多剂频服，短时间内控制病情，病情得以缓解出院。吕英等^[11]通过运用大剂量北芪四逆汤治疗黑色素瘤转移患者，延长了患者生存期，提高了生活质量。黄聪超等^[12]运用大剂量四逆汤治疗转移性骨转移疼痛，使生存质量提高率为75.00%。

“重剂起沉疴”已经不是一个新鲜的概念，此“重剂”不但是指药量，也包括分次服用总量的累加。早在《伤寒论》里对服药次数就有“日三服”、“日再夜一服”或“频服”的记载。若从服药累积总量来计，早已突破每日一剂或二剂的常规量了。现代医学对此认识有类似之处，例如，对于严重感染患者，抗生素可每日2次，3次，甚至4次，甚至叠加使用。原因就是在危重症必须突破常规剂量，在短时间内把感染控制住。理念相同，手段不同，如此而已。

3 病案举例

基于前识，笔者通过深入学习经典理论，在六经辨证的大

框架下对四逆汤方义进行较全面的理解和应用的前提下，大胆在危重症患者的治疗过程中辨证使用重剂而取得了理想的疗效，以下举2例典型案例。

例1：张某，女，86岁，住院号：6016210，于2013年4月27日入院，主诉：反复咳嗽咯痰20余年，心悸气促10年，加重3天，既往冠心病(心房纤颤，全心扩大)、慢性阻塞性肺疾病、肺心病及二、三尖瓣重度关闭不全等病史，3天前患者受凉后再次出现胸闷气促、心悸，伴双下肢轻度浮肿，咳嗽咯痰，至本院急诊就诊。查体：心率102次/分，房颤律，血压190/114 mmHg，双肺呼吸音粗，可闻及中量湿啰音，双肺可闻及明显干啰音。查血气分析：PCO₂TC：51.4 mmHg，pHTC：7.381。血常规：BPC：71×10⁹/L，Hb：85 g/L，RBC：2.73×10¹²/L，WBC：3.94×10⁹/L，NEUT%：81.2%。心酶、肌钙蛋白正常。胸片：肺淤血，心脏增大，未除两侧胸少量积液，考虑慢性心衰，注意二尖瓣病变。诊断为急性心力衰竭、呼吸衰竭、慢性阻塞性肺疾病急性发作、肺部感染，予扩冠、降压、解痉平喘及利尿、抗感染治疗3天后患者气促仍好转不明显，遂入院，症见：精神疲倦，气促，心悸，少许咳嗽咯痰，下肢凉，纳眠欠佳，小便多，大便少。舌淡暗、苔白，脉弦滑结、沉取无力。考虑高龄久病，阳不化阴，阴盛逼阳外越，予重剂四逆汤回阳救逆，处方：熟附子150 g，干姜120 g，炙甘草100 g，共煎2 h，煎取300 mL，分3次服。服药后小便量多，次日静息状态已不气促，予下调用量：熟附子、干姜各100 g，炙甘草90 g。守方3剂，至5月1日患者气促、心悸明显改善，可下地行走，舌淡暗、苔白，脉虚而结。考虑浊饮阴邪得以温化，现呈正虚之象，予改中剂四逆汤加减继续缓缓调治，少火生气，处方：熟附子、干姜各60 g，炙甘草45 g，党参20 g，患者病情进一步好转，复查胸片示肺淤血改善，积液减少，病情稳定，予5月6日安排出院。

按：患者高龄久病，少阴阳气大亏，阴盛则阳虚，累及先天真阳更加虚损，致阳不化气、阴邪弥漫，形成阴盛格阳之局。当此危急关头，阳回则生，阳去则死，故以大剂四逆汤破阴回阳、驱寒化饮，故能阳胜阴退而扭转此危险之局；病情好转后，以中剂四逆汤少火生气，补火生土，脾肾双运，巩固两本。

例2：梁某，女，87岁，住院号：6039532，于2013年4月17日入住本院ICU，主诉：反复胸闷、气促10余年，咳嗽、咯痰1月，加重伴少尿1天。既往冠心病、2度Ⅱ型房室传导阻滞、高血压病(3级，很高危组)、2型糖尿病等病史，1月前受凉后出现咳嗽咯痰，1天前出现咳嗽咯痰、气促加重，端坐呼吸，胸闷，尿少，肢体浮肿，至急诊血常规：WBC：6.1×10⁹/L，NEUT%：87.8%，Hb：83 g/L；血气分析：pHTC：7.446，PCO₂TC：28 mmHg，PO₂TC：52.5 mmHg；cTnI：0.249 g/L。生化：K⁺：5.07 mmol/L，Cr：156 mol/L，Glu：18.65 mmol/L；胸片：肺水肿。诊断为呼吸衰竭、急性心衰等，收入

ICU后予抗感染,利尿、扩冠、降压等处理,至4月19日病情较前好转,但需维持呋塞米注射液120mg静脉泵入,24h尿量约900mL,同时新发3度房室传导阻滞、双侧胸腔中量积液,予转入本科,症见:精神疲倦,静息下少许气促,咳嗽咯痰,双下肢轻度水肿,留置胃管尿管在位,舌淡暗、苔白,脉迟微。考虑久病元阳大虚,寒饮不化,充斥上下,西药再加量也难以起效,遂将呋塞米减为20mg口服,每天1次,中药以温阳化阴、化气祛饮为法,予大剂四逆汤口服,处方:熟附子、干姜各120g,炙甘草90g,服药后每日尿量可增至约1200mL,至4月23日患者精神好转,静息下无气促,咳嗽咯痰好转,痰较前减少,肢肿减轻,舌脉同前,予改为处方:熟附子、干姜各90g,炙甘草60g,苦杏仁、浙贝母各10g,以继续温阳益气,降肺化痰,4月27日复查胸片示心衰、肺水肿较前改善;至5月1日患者精神尚可,偶有咳嗽咯痰,痰少,无气促,双下肢稍浮肿,考虑病情明显改善,病情稳定,予安排出院。

按:患者高龄久病、寒湿缠淹,复因外邪打击而病作。诊见喘促咯痰肢肿,脉迟微,一派阴寒内盛、阳不宣通、寒饮不化之象。究其根本病机,乃因机体阳气虚衰,无以温养脏腑,气血水液留而内聚,加重病情。因脏腑功能衰惫,故即使用大剂量呋塞米利尿仍未能达到理想的效果。此时唯有大剂重剂回阳救逆,俾丽照当空,则阴霾自散。故以重剂四逆汤助人身之元阳、化弥漫之寒饮,最终促进了病情的明显好转,并得以恢复出院。

危重病,回阳救逆为第一要务,尤其须重剂方能起沉疴。临床中,若病至少阴阶段,多有先后天两本亏虚的基础,尤其是少阴命门之火虚衰。故常规用药较难起效;笔者也观察了很多患者身患诸疾,多个系统脏器功能不全,尤其是经叠用多种治疗手段的患者,治疗难度大,常规用药很难撼动顽疾重病,此时尤须突破常规思维,重剂大剂或可见效。即如以上两例患者病至少阴病危重症阶段,多重手段、叠加治疗基本无效,甚或再添新病。综合评估,病机考虑浊阴弥漫三焦,阳气大亏,处以重剂四逆汤终获肯定效果。

重剂大剂,中病即止,不可久用。中医治病的原则就是以偏纠偏,纠正机体阴阳失衡,重新恢复机体的阴阳动态平衡状态,进而恢复一气周流。药物只起一部分作用,根本的恢复是要靠患者本气的推动,若一味的大剂重剂,徒伤患者的本气,于病无益。因此,重剂大剂只可用于急危重症阶段,而且要把握中病即止的原则。

毫无疑问,病至少阴比较难以处理,而四逆汤是温固少阴、回阳救逆的重要处方,许多疾病发展到后期不但及于少阴,而且累及厥阴、太阴、少阴,出现三阴同病的局面,处理不当,不但阳气虚损、寒邪内盛之局难以打破,更有可能出现阴盛格阳的情况。这时辨证合理运用四逆辈往往能起到扶正固脱、阳进阴退的效果。实为仲景诸经方中不可多得之救命之方!因此,临床医师有必要重新申请该方,在中医理论指导下,从四气五味、性味归经认识四逆汤中各药作用,认识附子温阳驱阴、振奋元阳,认识炙甘草名为制约附子偏性、实为缓和阳气升发,助相火伏藏的功效等,是理解及灵活运用此方的前提与基础,并结合临床实际情况,在危急重症中大胆运用,加深对该方的认识与理解,突破旧有观念,不但运用四逆汤如此,其它经方的探索道路亦同此。

[参考文献]

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第1辑[S]. 1993: 41.
- [2] 熊丽娟. 中药毒性理论探讨[J]. 云南中医学院学报, 2007, 30(3): 20-23.
- [3] 张介宾. 类经[M]. 北京: 学苑出版社, 2005: 641.
- [4] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京: 科学技术出版社, 2010: 73.
- [5] 吕英. 《伤寒论》四逆汤方名分析及临床应用[J]. 辽宁中医杂志, 38(7): 1343.
- [6] 张存悌. 李可学术思想探讨(上)[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(10): 1340.
- [7] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2005: 3.
- [8] 邹世光, 刘志群. 疑难重症运用四逆汤治验举隅[J]. 陕西中医, 2007, 28(3): 357-358.
- [9] 崔淑菲, 李玉忠. 中西医结合救治急危症的临床案例与临证体会[J]. 中国中医急症, 2015, 24(4): 745.
- [10] 张振宇. 大剂量四逆汤临床治验3则[J]. 江苏中医院, 2013, 45(1): 49.
- [11] 吕英, 林明欣. 大剂量北芪四逆汤治疗晚期癌症经验[J]. 中医杂志, 2012, 53(24): 2135.
- [12] 黄聪超, 龙建新. 大剂量四逆汤治疗转移性骨肿瘤疼痛30例疗效观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2010, 18(6): 51.

(责任编辑: 吴凌, 李海霞)