

骆杰伟应用黄芪经验撷菁※

● 李敬敬¹ 朱耀彬¹ 骆杰伟²

摘 要 黄芪是临床上应用非常广泛的药物,本文从黄芪的功效出发,介绍骆杰伟主任医师临床应用黄芪治疗心脑血管、呼吸系统、消化系统、泌尿系统等疾病和在围手术期使用的经验。

关键词 黄芪;经验撷菁;骆杰伟

骆杰伟主任医师从事中西医结合临床与科研工作十余载,临证精于辨证、用药灵活,疗效确切。临床运用黄芪治疗中风、哮喘、便秘、癃闭等疾病有独到的经验,笔者有幸侍诊学习,偶觅得只鳞片爪,供广大同道参考。

1 补气通络利神明,中风偏瘫效用奇

黄芪味甘,性微温,为补气要药,补气则助血行,气行则瘀去络通,既治气虚之本,又治血瘀之标。历代医家多用其治疗中风偏瘫。唐代孙思邈在《备急千金要方》中记载了黄芪酒主治身体偏枯。张锡纯认为,中风为脑贫血,为“胸中大气虚损”,而黄芪能“升补胸中大气,且能助气上升,上达脑中而血液亦即可随气上注”。故重用黄芪^[1]。吾师骆杰伟主任认为中风本在元气亏虚,气虚血瘀贯穿疾病的始终,故临证治疗此类疾病,多

使用大剂量黄芪以补气通络、畅通血管,并伍以桃红四物以活血化瘀,僵蚕、地龙以活血通经,从而挽救“脑缺血半暗带”(梗死灶的周围形成的一个缺血带,半暗带内存在着大量处于休眠状态的脑细胞,而这些脑细胞由于缺少能量的供应,无法行使原有的正常功能^[2])。对于急性中风的治,越早使用起效越快,在急性中风的窗口期(绝对窗口期 3 小时,而相对窗口期 6 小时)在病人胃肠功能允许的情况下,可以加大剂量顿服,黄芪用量可加至 300g/日,能达到更好的疗效。另一方面,骆师认为,即使中风患者症属痰热,从微观辨证而言,其主要矛盾仍是血瘀阻络,故临证时加以补气通络之品或辅以西药手段,良效显著。

案 1 某某,女,90 岁,2014 年 10 月 10 日初诊。主诉:突发左侧肢体无力 1 小时。现病史:患者 1 小时前无明显诱因出现左侧肢体无

力,查 CT 未见脑出血征象,查 MRI 示右侧基底节小梗塞灶,平素有高血压病史,无糖尿病史,舌暗苔黄,脉弦细。西医诊断:脑梗塞。中医诊断:中风—中经络。中医辨证:气虚血瘀证。治法:补气活血;中药:黄芪 120g,当归 10g,川芎 25g,赤芍 15g,地龙 10g,丹参 15g,桂枝 10g,葛根 15g,红花 8g。急煎服,频服之,日 1 剂。3 天后复诊:患者家属来诉已可下床活动。嘱患者原方继续治疗继服,巩固疗效。

按 患者年老元气亏虚,无以推动血行,久而致血瘀,脑脉瘀阻,发为中风,经脉失养,故见肢体无力。正如《医林改错》所言:“元气一亏,经络自然空虚,有空虚之隙,难免其气向一边归并……无气则不能动,不能动,名曰半身不遂。”故本案重用黄芪四两补气通络、畅通血管;配伍当归尾、川芎、桃仁、赤芍、红花、丹参化瘀活血,疏通经络;佐地龙桂枝通经络;葛根升举清阳,柔筋活络。方扣病机,故收效甚捷。

2 利水消肿通溺道,癃闭水肿用之宜

黄芪入肺、脾经,能补气升阳、

※基金项目 福建省卫生系统中青年骨干人才培养项目资助计划(No. 2015-ZQN-ZD-7)

• 作者单位 1. 福建中医药大学(福建 福州 350108);2. 福建省立医院(福建 福州 350001)

利水消肿。《医学衷中参西录·黄芪解》言：“表虚自汗者，可用之以固外表气虚。小便不利而肿胀者，可用之以利小便”。骆师在临床上常运用黄芪治疗慢性肾性水肿、前列腺肥大等疾病。亦认为黄芪其利水消肿功效能治疗肾性水肿，补气健脾，从而降低尿蛋白水平^[3]。此外，认为重用黄芪还能起到降压作用，能对肾性高血压起到一定的疗效。用量常用至 30~60g。遣方配伍上，根据慢性肾脏病患者所处之病机状态，对黄芪做适当的配伍。

男子五八过后，肾中阳气渐衰，阳气虚则血行不畅，停于下焦局部，日久凝为有形之邪，则成前列腺之癥瘕；肾气虚，膀胱气化失司，故小便不利。在治疗本病上骆师以补肾化瘀为基本治法，补肾助膀胱气化以通癥闭，活血以通关开溺道。在用药上，骆师常使用自拟方“黄芪肾气丸”（方由黄芪、山茱萸、熟地、山药、黄柏、肉桂、莪术、三棱、王不留行、郁金、蛇舌草、香附、胆南星、红藤、路路通、桔核、附子、狗脊等组成）。方中重用黄芪补气，使气旺则血行；配伍对药三棱、莪术活血化瘀；黄柏、肉桂引火归元，滋肾泻热；桔王香郁路（桔核、王不留行、香附、郁金、路路通）引药入肝经，起瘀、痰、气并治之法，从而增强活血行气之力，助膀胱气化，增强逼尿肌收缩功能。配合角药熟地、山茱萸、山药和狗脊补肾益精；附子温肾阳；红藤、蛇舌草活血清热。此方能有效缓解尿路梗阻症状，抑制前列腺增生。

案 2 陈某，男，56 岁，2014 年 10 月 9 日首诊。主诉：尿频、尿急、尿不尽 3 月余。患者 3 个月余前出现尿频、尿急、尿不尽，就诊于当地医院，诊断为前列腺增生，予药

物治疗，症状未见缓解、3 月来症状加重，今就诊我院，查前列腺特异抗原（PSA）升高，晨下：腰酸，尿频，小便难解，淋漓不尽，舌暗红，苔白腻，脉滑。西医诊断：前列腺增生。中医诊断：癥闭。辨证：肾虚血瘀。处方：黄芪 60g，山茱萸 18g，熟地 30g，山药 30g，莪术 20g，三棱 10g，王不留行 20g，郁金 20g，蛇舌草 30g，香附 10g，胆南星 12g，红藤 30g，路路通 20g，桔核 10g，附子 3g，狗脊 30g。2014 年 12 月 9 日复诊：患者诉尿频症状较前明显缓解，偶有排尿困难，查 PSA 已下降至正常。

按 患者尿频、小便难解、淋漓不尽，属中医“癥闭”范畴。患者年愈半百肾阳渐衰，阳气虚则血行不畅，日久凝为有形之邪，则成前列腺之癥瘕；肾阳不足，膀胱气化失常，故小便不利。舌暗红，苔白腻，脉滑为肾虚血瘀之征。本方以黄芪补气，促进气化而使小便更为通畅；通关散（黄柏、肉桂、知母）滋肾清热，通便利尿；配合三补角药山茱萸、熟地、山药及狗脊补肾强精；再以大量活血化瘀、通络理气、软坚散结之品以减轻前列腺肥大症状。标本兼顾，疗效良好。

3 益卫固表调免疫，举气升陷疗难疾

吾师骆杰伟在临证中发现，素体虚弱、气阴两虚，温热邪毒乘虚侵袭是病毒性心肌炎发病的关键。因内有正气不足，加之温热邪毒侵袭，伤及心肺，损耗宗气，引起大气下陷^[4]，从而出现呼吸气短、心悸怔忡等症状。在治疗本病时以益气升陷为治疗的首要，常以升陷汤为基础方治疗本病。以黄芪益气升陷为君；配以柴胡、升麻升阳举陷；佐以桔梗，使药力直达心肺。

对于疾病的不同时期，随症加减。疾病早期多表现为恶寒发热、鼻塞、流涕、咽痛等外感症状，治疗以升举大气、化毒利咽为主，以升陷汤配伍连翘、白花蛇舌草、射干、牛蒡等清热利咽之品。病至后期热毒耗伤气阴，治疗以益气升陷养阴为主。配伍上加入党参、麦冬、五味子清心润肺，桑椹、五味子、枸杞子等药以养心肾之阴津。若大气下陷无力行津，三焦气化不利，水液不化，痰饮内生者，则配伍茯苓、白术等药物健脾化湿。若病程日久，大气虚陷，无以贯通心脉，出现血瘀者，则加角药郁金、佛手、甘松以行气活血。现代药理学研究亦表明，黄芪有抗病毒、免疫调节的作用，能增强病毒诱生和机体自身诱生干扰素的能力，大幅度增加干扰素的产量，从而增加合成抗病毒蛋白质的数量，是一味良好的干扰素诱生剂^[5]。

对于乙型肝炎，骆师认为本虚标实为其基本病机，湿热顽毒深伏蕴结贯穿本病始终。其发病过程中，病邪深伏久羁，损伤正气，正虚抗邪无力而邪恋不解。骆师在临证时祛邪不忘固护正气，在利湿解毒的前提下，给予大剂量黄芪增强正气，临床实践证明此法对乙肝抗原转阴有一定的效果，临床药理实验也证明黄芪有保肝、调节免疫等功能。

案 3 某某，男，18 岁，2016 年 3 月 10 日初诊。主诉：胸闷、心悸 1 个月。患者 1 个月前感冒，未予治疗，后出现胸闷、心悸、心慌、运动后气促，就诊我院，查心肌肌钙蛋白：8μg/L，舌暗，苔白腻，脉沉细。西医诊断：病毒性心肌炎；中医诊断：心悸；辨证：心气虚陷，内有痰湿。治法：补心气定悸，化痰安神。处方：黄芪 60g，桑椹 30g，

麦冬 30g, 五味子 30g, 党参 30g, 酸枣仁 30g, 太子参 30g, 枸杞子 30g, 石菖蒲 10g, 远志 12g, 郁金 15g, 佛手 15g, 茯神 15g, 甘松 10g。连服 30 剂。

2016 年 3 月 10 日复诊:患者诉偶胸闷心悸,复查心肌钙蛋白恢复正常。

按 患者素体心气不足,复感风邪,内舍于心,恰如《诸病源候论》所言:“心藏神而主血脉,虚劳损伤血脉,致令心气不足,因为邪之所乘,则使惊而悸动不安。”心气不足,无以行血,见舌暗、脉沉细。心气虚陷,故见胸闷、心悸、心慌。本案重用黄芪益气升陷;生脉散补其心气、强心;合桑椹、枸杞子等药以养心肾之阴津、清心除烦;酸枣仁味入心经,安神,兼能滋养心、肝之阴血,与石菖蒲、远志、茯神这组角药合用共奏养心安神定悸之功;郁金、佛手、甘松三药行气活血,使本方补而不滞。诸药合用益气养阴安神,效果显著。

4 妄用泻利黑变至,巧用黄芪痼秘离

大黄、芦荟、番泻叶等药经临床证实对便秘具有卓效,但妄用泻药弊大于利。《丹溪心法》有言:“如妄以峻利药逐之,则津液走,气血耗,虽暂通而即秘矣。”现代研究亦表明,长期服用含有蒽醌类的中药可导致大肠黑变病^[6]。骆师在临床常用黄芪汤加减治疗便秘,避免了滥用蒽醌类药物产生的副作用。方中重用黄芪补肺气,肺气充沛,则肃降有力,腑行便畅;芒硝润燥软坚;瓜蒌润肺化痰;火麻仁滑肠通便。诸药合用,标本兼治。对于气阴两虚便秘,以增液汤合黄芪汤,既增液行气帮助通便又预防滋阴药碍胃,一举两得;脾肾阳虚型

便秘,则以济川煎合黄芪汤加减,亦有良效。现代药理研究也证明,黄芪能增强小肠运动和平滑肌紧张度,促进小肠氧化代谢^[7],从而帮助排便。

案 4 某某,男,66 岁,2016 年 1 月 5 日初诊。主诉:排便困难 3 年余。患者排便费力,常 1 周 1 行。腰酸不适;舌暗,苔少,脉沉细。诊断:便秘。辨证:肾虚无力排便。治法:益肾补气通便。处方:黄芪 20g, 五味子 6g, 女贞子 15g, 茯苓 15g, 肉苁蓉 10g, 地黄 15g, 山药 30g, 玉竹 15g, 山茱萸 15g。服用 14 剂。2 周后患者来诉,排便无力感明显好转,大便次数 3 日 1 行。偶有腰酸;舌暗,苔少,脉沉细。观其舌脉,肾虚仍在,予原方继续服用 14 剂。3 诊时患者诉排便通畅。大便 3 日 1 行,无排便费力感。

按 患者年逾八八,肾气衰弱,故见腰酸不适,肾虚无力推动大便排出,见排便困难。故补肾益气为要务。以黄芪补气通便;用六味地黄丸之三补(地黄、山药、山茱萸)滋肾阴;肉苁蓉补肾阳、益精血、润肠道,女贞子补益肝肾;茯苓健脾强肠;玉竹养阴润燥。二诊患者症状好转,效不更方,巩固疗效。

5 扶正止汗养气血,虚劳喘咳效验灵

骆师将黄芪应用于围手术期,取得了满意的疗效。骆师认为围手术期术前要求禁食,脾胃失于摄纳,故有不同程度上的受损;术中失血,气随血脱,以致气血津液亏虚;术后卧床,气血失于健运。这些均可导致患者身体虚弱,甚则营卫失调而出现自汗、盗汗等。骆师治之常以大剂量的黄芪,配合黄精、白芍以益气养阴、固表敛汗,配

合白术、当归以补气生血、健脾止汗,或配以黄芪桂枝五物汤以调和营卫、顾护脾胃,从而收到益气养血、止汗敛汗的作用。

骆师常以补中益气汤加减治疗哮喘,使用较大剂量的党参、黄芪、当归以补脾益肺,健运痰湿,正如朱丹溪所谓:“哮喘专主于痰。”伏痰是哮喘的主因,痰的产生与脾虚关系密切,脾主运化,化生水谷精气,运化水湿,脾失健运则不能运输水津,津液凝聚成痰,进而伏藏于肺,故是方治疗伏痰哮喘有效。骆师治疗时并取小青龙汤中麻黄、桂枝宣发肺气、利水以化里饮,五味子、射干敛肺止咳,一宣一降,调节肺之气机正常运行。在改善患者的体质、减少哮喘发作次数上有着很好的疗效。

案 5 某某,男,41 岁,2015 年 1 月 11 日来诊。主诉:咳嗽、气促 10 余年。患者 10 余年前因咳嗽、咳痰、气喘就诊于当地医院,诊断支气管哮喘,服药后(具体不详)症状缓解,但每于受凉时发作,今为进一步治疗就诊我院,晨下:咳嗽、气促、胸闷、舌淡,苔白,脉弦数。西医诊断:支气管哮喘。中医诊断:哮喘。辨证:气虚肺郁证。治法:补益肺气,宣肺止咳平喘。处方:党参 45g, 黄芪 45g, 射干 30g, 麻黄 10g, 桂枝 10g, 五味子 10g, 葶苈子 10g, 甘草 6g, 当归 10g。服用 7 剂。二诊时患者诉症状好转,发作次数减少,嘱患者原方带回,症状发作时服用,后患者来诊诉每次发作,单服次方可控制症状。

按 患者哮喘长期反复发作,气血亏虚,肺气不足,故见气喘时有发作。方以黄芪大补肺气,升运宗气,合当归“主治咳逆上气”缓

(下转第 45 页)

活动如常,随访 1 年,症状未复发。

2 按语

颞动脉炎(temporal arteritis), 又称颅动脉炎或巨细胞动脉炎(giant cell arteritis), 是一种较常见的累及大一中动脉的慢性血管炎, 其临床表现复杂多样, 最常见临床症状为头痛、颞动脉异常、视力障碍、低热等, 常常合并有多发性风湿性肌病^[1]。国外流行病学调查显示, 在 50 岁以上人群中本病的年发病率(18.8~22)/10 万^[2], 其中女性发病率明显高于男性, 随年龄的增加, 发病率亦增加。国内目前尚缺乏流行病学资料, 但随着人们对该病的认识增加, 临床报道该病的数量也越来越多。本病病因尚不明确, 其发病机制可能是抗原介导的, 以 T 细胞和巨噬细胞浸润

血管壁所致的炎症性疾病^[3]。本案患者以“左眼睑下垂”为主诉, 属中医“睑废”, 选用新明 1、新明 2、上睛明、承泣、瞳子髎为主穴针刺, 并配合复方樟柳碱注射液穴位注射, 达到祛瘀通络的作用。其中, 新明 1 和新明 2 穴是武警河南省总队医院眼科主任医师李聘卿发现的经外奇穴, 其针感能达到眼区周围, 具有祛瘀通络之功效, 可调节眼部经气、加速眼部血液循环, 用于治疗常见的眼部疾病, 疗效确切^[4], 电针连续波更能起到促进新陈代谢、改善神经冲动传导, 有利于麻痹眼肌的恢复。穴位注射所选太阳穴, 为经外奇穴, 位于颞浅动脉, 与眼周的神经血管间的联系非常密切, 药物复方樟柳碱注射液能够扩展局部血管, 缓解血管痉挛, 增加血流量, 改善血流供应, 经

太阳穴注射药物起到针刺与药物的双重作用, 从而促使缺血组织迅速恢复^[5]。

参考文献

- [1] Hunder GG. The early history of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: first descriptions to 1970 [J]. Mayo Clin Proc, 2006, 81:1071-1083.
- [2] Luqmani R. Treatment of polymyalgia rheumatic and giant cell arteritis: are we any further forward? [J]. Ann Intern Med, 2007, 146(9): 674-676.
- [3] 高兴华, 陈楠. 血管炎的发病机制[J]. 皮肤病与性病, 2008, 30(1): 12-13.
- [4] 刘成勇, 秦珊, 李忠仁, 等. 针刺新明穴配合强补手法治疗视神经萎缩疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(9): 1093-1095.
- [5] 魏小丽, 陆伟慧, 徐静艳, 等. 针刺结合复方樟柳碱穴位注射治疗动眼神经麻痹临床观察[J]. 中国中医急诊, 2017, 26(3): 504-506.

(收稿日期: 2017-12-04)

(本文编辑: 金冠羽)

(上接第 29 页)

解支气管痉挛^[8]; 观其舌脉, 外感内饮, 加麻黄、桂枝宣发肺气、利水以化里饮; 五味子、射干敛肺止咳, 调节肺之气机正常运行。药症相符, 故效果明显。

6 结语

骆杰伟主任在临床上灵活运用黄芪, 与诸药配伍, 达到固表止汗、温中补虚、利水消肿、行气通络等功效。并强调使用黄芪时需知其禁忌, 审证用之, 不可因为贪图疗效, 一味使用大剂量。如果不辨证施药, 往往会适得其反, 出现皮肤瘙痒、丘疹等副作用^[9], 少数病人服用黄芪甚至引起间质性肺炎、或间质性肾炎等不良反应, 亦应引

起重视。对于此类病人, 应当及时停药, 并积极处理不良反应。总之, 临证用药时当以辨证为主要依据, 针对不同病机, 使用不同药物配伍, 做到药症相符^[10], 也可适当参考现代药理研究成果, 从而提高疗效。

参考文献

- [1] 陈峰奇. 中风病用黄芪的历史、现状与临床调查[D]. 山东中医药大学, 2005.
- [2] 何冬英, 楼美珍, 马顺天. 胰岛素辅助治疗伴高血糖的脑出血急性期患者疗效观察[J]. 浙江医学, 2002, 24(8): 35-36.
- [3] 李世明, 李培彩. 黄芪及其制剂对血压的双相调节作用研究进展[J]. 延边大学医学学报, 2010, 33(2): 152-154.

- [4] 唐丹丽, 林晓峰. 曹洪欣教授运用益气升陷法治疗病毒性心肌炎经验介绍[J]. 中医药信息, 2006, 24(3): 30-31.
- [5] 朱元民. 蒽醌类泻药与大肠黑变病[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(5): 314-315.
- [6] 李绍芝, 谭晓红. 黄芪对在体小肠和离体小肠粘膜耗氧量的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 1996, 16(2): 44-48.
- [7] 熊敏, 张荫杰, 徐世军. 黄芪抗病毒作用研究进展[J]. 中药与临床, 2012, 3(4): 50-53.
- [8] 李曦, 张丽宏, 王晓晓, 等. 当归化学成分及药理作用研究进展[J]. 中药材, 2013, 36(6): 1023-1028.
- [9] 高天, 何燕. 黄芪不良反应的临床表现[J]. 时珍国医国药, 2005, 16(11): 1184-1184.
- [10] 陈少萍. 黄芪及其制剂不良反应[J]. 时珍国医国药, 2000, 11(2): 89.

(收稿日期: 2017-04-18)

(本文编辑: 蒋艺芬)