学术论坛

浅析雷公藤在儿科的应用规律

□丁 樱

我用雷公藤及相关制剂是从1988年开始的，当时国内已有雷公藤制剂的疗效及相关研究的报道。刚开始，我因担心其有副作用未敢使用。后来，我因遇到棘手的继发性膜性肾病、乙型肝炎相关性肾病，以及少年过敏性紫癜、过敏性紫癜性肾炎、系统性红斑狼疮等以结缔组织病变为主的病例，用中西药常规治疗后，疗效不尽如人意，或有激素禁忌证，或不能承受进口免疫抑制剂高昂价格的人群，为了救命，抱着尝试的想法开始使用。我先后用过多种剂型的雷公藤产品，大多数均有疗效，尤其是感到使用雷公藤多苷的原创产品疗效明显，经过多年使用解决了临床上许多难题，也并未发现明显的不良反应，从而激发了我对雷公藤在儿科临床使用和副作用的研究兴趣。

从无奈使用到情有独钟

近20年来，我持续进行了过敏性紫癜、过敏性紫癜性肾炎、乙型肝炎相关性肾病等多种疾病的临床疗效观察，率先提出雷公藤多苷在小儿肾病中应用1.5毫克/千克的新剂量，并对雷公藤多苷对小儿性腺发育的毒副作用进行了19年的临床随访及配套的基础实验。同时，我又在补肾中药、活血方干预雷公藤多苷所致小儿性腺损伤的减毒、增效方面进行了一系列研究。

随着我所在医院儿科临床诊疗数十万病例的积累，以及国内学者从基础到临床的系列科学研究结果，让我深刻地体会到，雷公藤确实是一种疗效显著、用途广、极有发展前景的药物。

雷公藤的成分及药理作用

雷公藤又称黄藤、黄藤木、断肠草，为卫矛科植物的干燥根或根的木质部分，性辛、寒，味苦，有大毒，归肝经、肾经。其功效为祛风湿、活血通络、消肿止痛、杀虫解毒。在临床上，雷公藤具有清热解毒、祛风通络、舒筋活血、除湿消肿止痛的作用。迄今，我发现有4种类型：雷公藤、昆明山海棠、东北雷公藤、苍山雷公藤。雷公藤提取物众多，其提取物对免疫过程效应期有直接作用。其主要化学成分有二萜类（如雷公藤甲素等）、三萜类（如雷公藤红素等）、生物碱类（如雷公藤总生物碱、雷公藤春碱等）等。其中，雷公藤甲素和雷公藤红素是雷公藤的主要活性和毒性成分，是目前雷公藤制剂质量控制标准的指标性成分，也是研究最多，并且有发展前景的有效成分。

雷公藤具有抗炎和调整免疫作用，且抗炎作用是多途径的，对炎症细胞及炎症介质均有作用。

儿科应用雷公藤的探索

雷公藤多苷是从植物雷公藤的根部提取成分精制而成的一种脂溶性成分混合物，既保留了雷公藤中药的免疫抑制等作用，又除去了许多毒性成分，是目前临床上使用最多的雷公藤制剂。

近15年来，我一直致力于探索在儿科如何正确掌握雷公藤多苷应用剂量、疗程的问题，努力使其在发挥治疗作用的同时，最大限度地降低副作用。儿科采用雷公藤多苷，始终是沿袭成人使用的剂量与疗程。目前，成人推荐的双倍剂量疗法同样在儿科临床中施行。总体来讲，成人使用雷公藤多苷的方法，基本适用于小儿。但随着雷公藤多苷在儿科应用范围的拓宽，接受治疗的儿科病例逐渐增加，发现小儿用双倍剂量后，出现副作用的概率增加，尤以肝损害（肝酶增高）的发生率较高，且大多在用药一两周后出现。当把雷公藤多苷剂量减至1.5毫克/（千克/天）以下时，副反应即很快减轻或消失，但若剂量过早减至<1毫克/（千克/天）时，病情时常会有波动。故我常采用的方法是，对各种原发性、继发性肾炎的轻度蛋白尿或兼血尿者以常规剂量1毫克/（千克/天）进行治疗；对原发性肾病、紫癜性肾炎、狼疮性肾炎等，从1.5毫克/（千克/天）4周~6周，到1毫克/（千克/天）6周~8周，之后适量减少，两三个月后停药。

雷公藤多苷的总疗程因病情轻重不同、病理改变各异而有较大差别，一般而言，病情轻、对雷公藤多苷敏感、病情无反复的病例，疗程在3个月左右。但对于病情偏重、治疗效果不佳，且出现不良反应者则应延长疗程，以巩固疗效。

雷公藤多苷的临床应用

1.类风湿关节炎。该病是应用雷公藤多苷最早、最多、疗效显著的病种之一。因其可明显抑制机体自身免疫因子的活化，对活动期疗效较好，慢性及非活动期疗效差，所以强调早期应用可改善病情。我国对中型、重型类风湿关节炎的治疗模式，已由单一的药物序贯治疗，逐渐变为多种抗风湿药物的联合应用。雷公藤多苷联合甲氨蝶呤、非甾体解热镇痛剂等治疗，疗效比单用甲氨蝶呤或非甾体解热镇痛剂效果好，且不良反应少。近20年来，我使用该药先后针对全身型、少关节型、多关节型等类型的类风湿关节炎进行治疗和观察，疗效比较满意。据有关学术报道，采用雷公藤治疗类风湿关节炎后，患者的类风湿性因子等生化指标均有明显改善，病情有了明显缓解，总有效率为94.2%。此外，类风湿关节炎患者分别采用雷公藤片与甲氨蝶呤口服治疗，疗程为2个月，观察结果显示：服用雷公藤片患者总有效率较高，不良反应发生率较低，疗效确切，安全性高，值得在临床上广泛推广、应用。

2.系统性红斑狼疮及狼疮性肾炎。雷公藤具有免疫抑制和抗炎作用，进而可明显改善患者的临床症状，目前已成为治疗系统性红斑狼疮的常规用药。我建议轻型单用雷公藤多苷治疗，重型合用激素治疗。与激素相比，雷公藤多苷副作用小，能明显抑制狼疮患者雌二醇水平，这是其有效机制之一。目前，有研究结果表明，红斑狼疮患者口服雷公藤多苷片后，皮损症状明显消退，仅有少数色素沉着斑痕，治疗有效率达91.8%。

3.硬皮病。雷公藤多苷治疗硬皮病以皮肤硬化的改善较明显；对于关节症状减轻，但对内脏纤维化和实验室指标作用不明显。

4.强直性脊柱炎。用雷公藤药酒治疗强直性脊柱炎，有效率为93.8%。

5.其他。还可用于其他结缔组织病，比如干燥综合征等。

雷公藤毒性与不良反应

雷公藤有毒，《本草纲目拾遗》中提出“出江西者力大，土人采之毒鱼，凡蚌螺之类亦死，其性暴烈”的观点，并指出，雷公藤叶大毒、茎中毒、根次之，要求以根块入药。由此可见，对雷公藤毒副作用自古就有明确的认识。目前，临床以原药根块入药者需要煎2小时以上，因煎煮方法及剂量难以把握，儿科较少使用。临床使用较多的主要为雷公藤原药经加工提取后的制剂，其毒性大大降低，比如雷公藤多苷片、雷公藤总萜片、雷公藤片等，对于肾脏病，临床主要使用雷公藤多苷片治疗。根据临床观察，雷公藤及其制剂的副作用主要有以下几个方面：消化系统、血液和造血系统、肝毒性、性腺损伤、肾脏毒性、心血管系统毒性等。

雷公藤不良反应的预防

值得提出的是：出现严重毒性反应的病例几乎都可以找到非正常应用的用药史，比如误服、大量使用或方法不正确等，只要在医生的指导下正确使用，其不良反应的发生率都很低。况且，常见的副作用在停药或对症处理后也都可以恢复，一般不影响治疗。我在儿科应用雷公藤多苷近30年实践中，也没有发生过严重不良反应。这说明雷公藤的毒副作用只要做到心中有数、严密观察，是可防可治的。所谓“大毒有奇效”，只有正确地认识雷公藤的免疫抑制作用和毒副作用，才能正确使用雷公藤制剂。只有这样，才能既充分发挥雷公藤多苷的治疗作用，又能降低不良反应的发生率。

雷公藤的功过及评价

雷公藤是从中医学宝库中挖掘的一味中草药，其性味：苦、辛、凉，有大毒，具有祛风、解毒、杀虫等作用。以往由于植物的地上部分有毒，时常不列入中药范围，也缺乏深入研究，但在民间早已用于治疗关节炎及皮肤病了。现代医学研究，以对雷公藤的提取物雷公藤多苷为代表的中成药，因其在多种免疫性疾病的治疗中有独特效果而得到医学界的认可，并开始在儿科，尤其以结缔组织病、肾脏疾病为代表的免疫性疾病中应用，至今已开展了30多年研究。

目前，临床上本着合理用药、提高疗效、降低药物毒副作用、降低医疗成本的宗旨，越来越多的医疗单位正在探索雷公藤制剂扬长避短的方法。比如严格选择适应证、剂量、疗程，以及按体重给药，控制总量等，以降低雷公藤多苷的不良反应，从而更好地发挥药效。

总之，雷公藤是一种有发展前景的中成药（免疫抑制剂），确切的疗效使它具有重要的药学地位；随着高效低毒的新制剂不断问世及减毒增效作用研究的不断深入，雷公藤必将为世界医药学的进步做出更大的贡献。

（作者为第四届国医大师）

中医人语

整理医案有助于提高临床诊疗能力

□刘 辉

中医医案是中医学传承创新发展的重要资料档案，体现了医家的临床诊疗能力和独特的学术思想。现代中医医案数量日益庞大，其作用越来越得到重视，充分挖掘中医医案的价值有助于医院临床诊疗能力建设和人才培养。

历史源流

医案又称病案、脉案、方案、病历、诊籍等，具有悠久的历史，早在秦汉时期即已萌芽，《黄帝内经》中有“治年少时，有所大脱血，或醉入房，中气竭伤肝，故月事衰少不来，病名血枯，治以四乌贼骨一芦茹为末，丸以雀卵，大如小豆，每服五丸，饮以鲍鱼汁”的文字记载。这句话包含了病史、病因病机、诊断、处方等医案的基本信息，可以看成早期医案。《伤寒杂病论》具有明显的医案病例，这一时期的医案散见于经史艺文和医书中，未有规范也未成规模。宋金元时期，医案逐渐发展，出现了医案的专著，其中宋代医家许叔微所著的《伤寒九十论》，详细记载了病例和诊疗过程，可看成第一部中医医案专著。这一时期，医案的发展奠定了中医医案的基本体例。明代医案发展已成熟，医案专著大量涌现，出现了第一部中医医案的类书《名医类案》，共收录医案2400则，是医案发展的重要里程碑。清代是古代中医医案发展的鼎盛时期，这一时期的医案明显体现不同学派学术思想，盛行整理前人的医案，出现了《续名医类案》等书，临证医案也得到了快速发展。

传统医案在形式和内容上有很大差别，存在内容详略不当、形式不一等现象。自1950年以后，以中医为主体的中医医院建立并发展，中医医案也进入现代的高速发展阶段。为了推动中医医案的发展，中华中医药学会建立了中国中医药临床案例成果库，2022年1月，第一批案例已成功入库，成为助力中医药发展的重要资源。

提升临床诊疗能力

临床医案能够真实地反映医家诊疗原貌，高水平医案是医家学术思想的直接体现，也是临床医生提升诊疗能力的重要资料，因此汇集全国高水平的中医医案，对于弘扬名医经验，提升医院诊疗能力具有重要作用。中国中医药临床案例成果库主要收录国医大师和全国名中医等名医名家典型临床医案，同时收录青年医师优秀临床医案，是现代中医医案优秀代表的汇集。为了充分挖掘其中价值以提升医院诊疗能力，提出以下建议：

鼓励优秀医案投稿入库。一方面，鼓励一线临床医生整理优秀案例能促进医生个人的临床理论和实践能力提升。另一方面，更多优秀医案的入库可提高案例库对临床医生实践的指导作用，医生通过学习医案库中其他人对相似疾病的诊疗过程，启发自己的诊疗实践。

组织学习高水平临床医案。依据医院或科室的实际需求，定期组织高水平临床医案的学习。其间，学习可以围绕常见病的诊疗规范、疑难危重疾病的诊疗思路、罕见病的诊疗经验及名中医的学术思想进行。同时，案例库中医医案往往针对疾病发生、发展过程中的难点问题，给出了预防和治疗的方案，医院应促进特色诊疗方法的成果转化。

助力人才培养

深化分层分类人才评价制度改革，建立差异化的临床、科研人才评价模式是发展的必然趋势。中医医案在人才成长与评价体系中具有不可替代的作用，在人才培养中的应用也逐渐得到重视，河南省人力资源和社会保障厅明确提出将把临床案例作为评审条件之一；中华中医药学会也与中国中医科学院西苑医院、北京中医药大学第三附属医院达成意向，共同试点探索临床医师职称评定新方式，推动临床医案作为职称评定重要参考指标。中国中医科学院西苑医院受中华中医药学会委托，推进中国中医临床案例成果库分类、分级及人才评价应用研究，探讨如何对现有医案和典型案例进行分类、分级评价的方法。

多维度、分类整理医案。中医医案是中医理论和经验传承的主要载体，医案分类整理对于揭示医家的学术内涵具有重要意义，传统中医医案分类方法虽然能够对原本杂乱无序的医案进行有条理整理，但是难免会丧失一些医案中的重要辨治思路。现代中医医案既具有现代临床案例的规范性特点，又具有鲜明的中医理论特色，应侧重于实践应用，从多角度进行分类整理，例如分别从学科、病例来源、病例类型、流派等角度分类整理。

制定分级评价标准。现代临床医案常用分级标准是依据中国医师协会病案专业委员会制定的《住院病历书写质量评估标准》，将住院病案分为甲、乙、丙三级，这也是大众熟知的分级方案。该方案的主要目的是保证医案的规范性，但显然无法对医案做出评价，也无法确定其在临床实践参考及中医药传承创新发展中的价值。制定贴合现代临床实际的医案分级评价标准是将临床医案纳入人才评价标准、鼓励人才多元化发展的基础。分级评价标准应体现评估医案在临床实践及中医药传承创新发展中的价值，并起到为人才评价及职称评定提供依据的作用。

人才培养归根结底是人才的成长与发展，中医医案作为重要的临床诊疗资料，对于人才成长与发展具有重要作用，中国中医药临床案例成果库的建设为此提供了平台，充分挖掘平台中高水平医案的潜在价值，对于进一步助力医院临床诊疗能力建设和人才培养具有重要意义。

（作者供职于安阳市中西医结合医院；本文由第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师韦绪性指导）

诊疗感悟

中医辨治中风的思维模式

□尹国有

在临证时，只有辨治思维方法得当，条理清楚，才能辨证准确，治病用药恰到好处。为了便于临床中对中风进行正确的辨证治疗，笔者现以辨证论治的步骤和示范病例两部分，介绍中医辨证治疗中风的思维模式。

一是辨证论治的步骤。1.首先经过“望、闻、问、切”，四诊合参，详细了解患者的病情，再结合相关检查结果，进行鉴别诊断，以确定中风的诊断结果，并区别是缺血性中风，还是出血性中风。2.分清是急性期、恢复期还是后遗症期。对于急性期患者，应辨明是中经络还是中脏腑。3.通过进一步分析，找出其发病机制，确定属于中风的何种证型，并注意其兼夹证、并见证等。4.根据辨证分型之结果，依据病情的轻重缓急，确定是采用中西医结合的方法抢救，还是单纯应用中医的方法治疗，明确相应的治则、方药、用法及治疗中需要注意的问题。

二是示范病例。病例：吴某，男，58岁，2002年12月9日初诊。患者3天前突然出现左下肢麻木，走路不稳，继之舌强、言语不利，经静脉滴注维脑路通注射液、口服通脉冲剂等，治疗3天，症状不减。同时，患者头晕心悸，动则出汗，舌根发麻，言语不利，口眼歪斜，口角流涎，面色苍白，气短乏力，左侧肢体麻木无力，活动障碍。笔者经查体，发现患者的舌质暗淡，苔薄白，脉沉细涩，体温为36.7摄氏度，血压为120/80毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），口角稍歪，心肺无明显异常，肌腱反射活跃。做血常规、心电图检查，结果均提示：正常；做头颅CT检查，结果提示：脑梗死。

三是辨治思维程序。第一步，明确中风的诊断，分清是急性期、恢复期还是后遗症期。根据患者的临床表现，中风之诊断不难确立。依据发病过程和发病时间，此乃急性期之患者。第二步，分清中经络与中脏腑。根据患者有左侧肢体麻木无力、活动障碍，舌强、言语不利、口眼歪斜等症状，但无神志不清症状，故可诊断为中风中经络。第三步，找出其发病机制，分清属于中风的何种证型。依据八纲辨证、脏腑辨证等中医辨证的方法，患者有面色苍白、气短乏力等气虚之症状，有左侧肢体麻木无力、舌强、言语不利等血瘀络阻的症状，综合分析，此乃气虚血瘀、脉络闭阻型中风。第四步，做头颅CT或磁共振检查以明确脑梗死的诊断，还可做血压测量及一些血液生化检查，逐步了解病情及可能产生病变的病理基础，比如血液流变学、血糖、血脂等的测定等，以明确西医诊断，为中西医结合治疗提供保障。第五步，根据证型确立相应的治则、方药。

综合以上内容，辨析其属于气虚血瘀、脉络阻闭型，根据治病必求于本的原则，治宜益气活血通络，方选补阳还五汤加减。

（作者供职于遂平县人民医院）

从肝论治顿咳的特点

□郑启仲 郑 宏

许冬冬/摄

顿咳是小儿常见的呼吸道传染病之一，以阵发性痉挛性剧烈咳嗽为特征，因其“最难速愈，必待百日后可痊。”（《幼科七种大全·治验·顿嗽》），故又称百日咳。在临床上，对于顿咳，一般多从肺始治，但疗效不明显，笔者根据《黄帝内经》提出的“五脏六腑皆令人咳”观点，详细分析其症状，考虑与肝有着密切关系，故从肝论治立方，取得了满意疗效。笔者现将临证体会进行了总结，具体内容如下。

其感在肺 其病在肝

顿咳属于感受风热时邪为患，虽肺先受邪而证多系肝。

一是发病季节。顿咳多在春季农历三月、四月发病，《黄帝内经·素问·咳论》提出“五脏六腑皆令人咳，非独肺也……五脏各以其时受病，非其时各传以与之……乘春则肝先受之”的观点。依据此观点，笔者认为三月正应肝气。

二是临床见证。顿咳初感，始见微热恶风，咳嗽流涕，继则咳嗽加剧，“从少腹下逆上而咳，连咳数十声，少住又作，甚或咳发必呕，牵制两胁。”（《本草纲目拾遗》）；阵咳发作时，两手握拳随咳而挛动不止，弓背弯腰，满面红赤，颈脉怒张，涕泪交迸，呕吐痰涎、胃内乳食与胆汁，最后发出一种鸡鸣样的声音，其咳方暂止，甚者昏厥、窒息。“咳之至久，面目浮肿，或目如拳伤，或咳血，或鼻衄”（《幼科七种大全·治验·顿嗽》）。阵咳之后身疲无力，较大儿童自诉胁腹疼痛。

从上述见证分析，握拳挛动、弓背弯腰、抽风昏厥，皆属风动之状，“诸风掉眩，皆属于肝。”（《黄帝内经·素问·至真要大论》）。“肝气通于目。”（《黄帝内经·灵枢·脉度》）。结合这些法则，依据诊疗经验，笔者认为肝气上迫，肝液上涌则为泪；肝血上逆则面赤而颈脉怒张；肝火伤及目络则眼睛充血；肝火灼伤肺络则咯血、鼻衄；咳引两胁疼痛为肝咳之证。《黄帝内经·素问·咳论》提出“肝咳之状，咳则两胁下痛”“肝咳不已，则胆受之，胆咳之状，咳呕胆汁”的观点。据此，笔者认为，肝气犯胃，胃气上逆则为呕，肝病及胆则呕吐胆汁。

三是发作特点。顿咳发作的特点是，午后至半夜为重，半夜后至午前发作明显减少，这与《黄帝内经》总结的肝病盛衰规律相符。《黄帝内经·素问·脏气法时论》提出“肝病者，平旦慧，下晡甚，夜半静”的观点。中医理论强调，“下晡”为午后4时、5时，“夜半”为子时，指半夜以后逐渐转为平静。

四是病愈规律。顿咳多在三月起病，而痊愈则多在六月，这也与“病在肝，愈于夏。”（《黄帝内经·素问·脏气法时论》）的观点一致。

从分析以上内容可以看出，顿咳之发作，其感在肺而实系于肝。

治从肝论 镇肝止咳

“治病必求于本。”（《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》）。该病初感，其治法与风热犯肺相同，所谓“时医到此，束手无策。”（《幼科七种大全·治验·顿嗽》），是指痉挛性咳嗽而言。对此，前世医家不乏从肝论治者，比如金代医学家张洁古提出“嗽而两胁痛者，属肝经，用小柴胡汤……咳而呕苦水者，属胆经，用黄芩半夏生姜汤”的观点；《薛氏医案》提出“小柴胡汤治肝火侮肺，嗽时两胁痛甚”的观点等，皆为我们提供了宝贵的经验。笔者结合临证体会，于1977年自制镇肝止咳汤，服用剂量，可随年龄增减。

疗效观察：从1977年~1980年，笔者运用上方治疗百日咳210例，以7天为治疗期限。结果：显效（痉挛性咳嗽基本消失）168例，占80%。

注意事项：1.务必在清晨开始煎服，因午后痉挛性咳嗽发作频繁，会因诱发咳嗽而致服药失败；2.遇服药呕吐者，可改用冷服法；3.加强营养，忌食肥甘辛辣等物；4.注意小儿精神调节，解除恐惧心理，皆在提高疗效之中。

从镇肝止咳汤的临床运用情况来看，疗效尚属满意，虽以7天为期，其中服药3剂而顿咳基本停止者不乏其例，较之单纯从肺论治，明显缩短了病程、提高了疗效。其中，无效或疗效较差者，多因药味较苦，小儿惧怕服药，或药刚入口即吐出而影响了疗效。为此，笔者将镇肝止咳汤改成糖浆，但仍未彻底解决问题，这有待于进一步创新。

（作者分别为第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、河南中医药大学第一附属医院儿科主任医师）