

实用



有毒中药

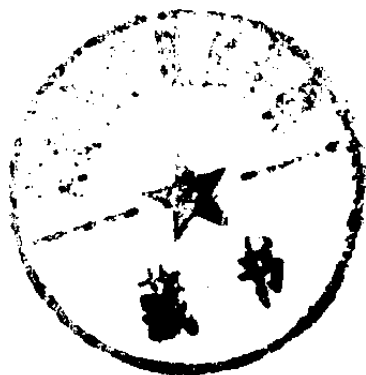
临床手册



V4113/20

实用有毒中药临床手册

高 涿 纹 主 编



A0098094

学苑出版社



(京)新登字 151 号

实用有毒中药临床手册

主 编：高淶纹

责任编辑：陈 辉

责任校对：李 玲

封面设计：尚佩芸

出版发行：学苑出版社 邮政编码：100032

社 址：北京市西城区成方街 33 号

排 版：北京市手拉手计算机开发中心

印 刷：北京市怀柔县王史山印刷厂印刷

经 销：全国各地新华书店

开 本：787×1092 1/32

印 张：12.5 字 数：350 千字

印 数：0001—4200 册

版 次：1993 年 10 月北京第 1 版第 1 次

ISBN 7—5077—0463—7/R·67

定 价：8.00 元

学苑版图书印、装错误可随时退换。

内容提要

本书分上、下两篇。上篇扼要介绍有毒中药的基本知识,下篇介绍常用有毒中药 80 余种。下篇分为植物药、动物药、矿物药 3 章,根据主要成分对药物作进一步分类,各药均设处方别名、基原、产地、性味归经、功能主治、临床应用、用法与用量、禁忌、药理作用、毒性与中毒救治及按语栏。

本书重点介绍常用有毒中药现代临床应用,在广泛搜集临床各科常见病方药的基础上,侧重于对疑难病证的介绍;针对发生意外的可能性,较详细地介绍了有毒中药中毒表现及救治方法。

本书不仅对广大中医、中西医结合的临床、教学及科研人员可以启迪思路、开拓视野、提高疗效,具有很大参考价值;而且对广大中医爱好者、患者及家属也不失为良师益友。

实用有毒中药临床手册

主 编 高涿纹

编著者 高涿纹 宋京英 李晓英
王晓丽 赵淑兰

审 阅 颜正华

序

有毒中药性猛力强,取效甚捷,古往今来善用有毒中药者比比皆是。医圣张仲景善用附子、乌头、巴豆之峻,药王孙思邈巧使水蛭之猛,举世闻名的药物学家李时珍勇取曼陀罗之毒,以其启病于须臾;近代医学家用毒药治疗恶性肿瘤、艾滋病等疑难病也已显示出卓越疗效,可见毒药应用得当亦良药也!

然毒剧之品,效害仅毫厘之差,不识其效则望而生畏,不明其害则祸不旋踵!我的学生高淥纹与其同道,博采古今名家经验,荟萃现代科学研究,历经数载,几易其稿,撰成《常用有毒中药临床手册》一书,系统地、科学地介绍了 80 余种常用有毒中药的合理应用,此书问世,指导了有毒中药的实际应用,定将对中医临床、教学与科研带来裨益,欣然作序!

颜正华

一九九二年十月于北京中医学院

前 言

笔者自幼年起即随外祖父学习中医,耳闻目睹了有毒中药的非凡疗效。后来在 20 多年的临床实践中,应用有毒中药曾屡获奇效,深感有毒中药只要应用得当,疗效明显超过平淡之品。由于应用有毒中药对医疗技术要求较高,风险较大,在临床的应用受到了很大限制,许多医生明知有毒中药治疗顽痼痼疾、特别是现代医学无特效疗法的一些疾病有良好疗效,也只有忍痛割爱。也有一些医生对于有毒中药的功效认识不足,过分考虑它的毒副反应,主张舍弃不用。应当说,盲目与鲁莽地应用有毒中药是对病人不负责任的表现;因噎废食、怕承担责任而放弃有效的治疗方法,也同样不可取。如何更好地应用有毒中药,有效地防治中药中毒,让其更好地为人类保健事业服务,是一个极为重要的研究课题。

笔者与同道一起,全面收集了 40 年来有关有毒中药临床应用的报道,同时介绍了有毒中药的毒副反应及救治措施,力求做到既叙彼之长,又述彼之短。为尊重作者原意,对于报道中未写辨证论治的资料未作辨证分析,希望读者选用时以方测证、辨证应用! 由于应用有毒中药治疗某些病证,需用到有轻度中毒反应时才有效,许多报道的用量超过规定量很多,有毒中药安全系数小,这样做有很大风险;即使按药典等药学著作规定的用量用药,一些敏感病人也会产生毒副反应;故读者采用报道中的方法时,应极其慎重,先从小剂量开始试用,逐

渐加大剂量,要严密观察,做好救治准备。超量应用时以入院治疗为宜。考虑印刷中可能会出现错误,请读者用药前先核对文献原文中的剂量(尤其是超剂量应用时)。患者使用时必需遵医嘱。

由于笔者水平有限,错误和缺点在所难免。恳请读者,尤其是老前辈们不吝赐教!

本书承蒙当代著名中药学家,北京中医学院颜正华教授审阅并作序,很多老前辈热忱指教,张梅、王晴、洪英、李香香、唐薇等同志在查阅资料及校对等方面做了有益的工作,特此一并致谢!

高涿纹

于中国中医研究院

1992年10月

目 录

上篇 概 论 下篇 各 论

一、植物类

- 1、生物碱类 (11)
附子(11) 川乌(17) 草乌头(20) 雪上一枝蒿(23)
博落回(26) 马钱子(28) 山慈菇(34) 龙葵(39)
苦参(42) 山豆根(47) 闹羊花(52) 益母草(54)
洋金花(59) 麻黄(64) 藜芦(68) 罂粟壳(72)
雷公藤(75) 昆明山海棠(82) 常山(85) 喜树(87)
半边莲(91) 石榴皮(95)
- 2、强心甙类 (99)
罗布麻(99)
- 3、甾甙类 (102)
苦杏仁(102) 桃仁(107) 白果(114)
- 4、皂甙类 (116)
天南星(116) 木通(121) 白头翁(125) 猪牙皂(128)
黄药子(133) 蚤休(137) 川楝子(141) 狼毒(144)
绵马贯众(148) 商陆(152) 毛茛(155) 威灵仙(159)
了哥王(163)
- 5、毒蛋白类 (166)
巴豆(166) 蓖麻子(171) 苍耳子(175) 天花粉(178)

- 6、**葱醌甙类**..... (184)
虎杖(184)
- 7、**挥发油类**..... (190)
细辛(190) 石菖蒲(195)
- 8、**萜及内酯类**..... (199)
艾叶(199) 苦楝皮(204) 吴茱萸(207) 樟脑(211)
- 9、**其他**..... (214)
牵牛子(214) 大戟(218) 鸦胆子(221) 半夏(226)
芫花(231) 甘遂(234) 千金子(237) 鹤虱(240)
瓜蒂(242) 乌柏(245) 天仙子(247) 白附子(250)
白毛藤(254) 泽漆(256) 祖师麻(259) 蛇床子(263)
蒺藜(267) 肿节风(270) 干漆(273) 大风子(276)
豨莶草(278)

二、动物类

- 1、**毒蛋白类**..... (282)
全蝎(282) 蜈蚣(288) 水蛭(294) 虻虫(300)
虻虫(304) 塘酥(309) 塘蛛(316) 露蜂房(319) 壁虎(324)
- 2、**蛇毒类**..... (326)
白花蛇(326)
- 3、**斑蝥毒类**..... (330)
斑蝥(330)

三、矿物类

- 1、**含砷类**..... (337)
砒石(337) 雄黄(340)
- 2、**含汞类**..... (347)

朱砂(347) 升丹(351) 轻粉(354)	
3、含铅类.....	(358)
密陀僧(358) 铅丹(361)	
4、含铜类.....	(365)
胆矾(365)	
5、含硫类.....	(367)
硫磺(367)	
6、其它.....	(371)
砒砂(371)	
附表:常用中成药有毒成分	(375)
笔画索引	(380)
功效索引	(382)

上篇 概论

有毒中药的概念可分为广义的与狭义两种,广义是泛指一切中药或中药的偏性,狭义则指进入人体后能损害机体的组织器官、扰乱或破坏机体正常生理功能,使机体产生病理变化甚至危及生命的中药。

《周礼·天官冢宰》记载:“聚毒药以供医事”,《类经·卷十四》指出:“凡可避邪安正者,皆可称之为毒药”,均指所有的中药而言;《类经·卷十四》又曰:“所谓毒者,以气味之有偏也”,则指中药的偏性。中药均具有一定的偏性,如寒、热、升、降、收、散、补、泻等。《本草害利·序》指出药物的作用就是“补偏救弊”,即利用药物的偏性来调节人体的偏逆(病理状态),如热证用寒药纠偏,气陷证用升提药纠偏等等。除根据病的性质选择具有适当偏性的药物外,还应根据病的轻重选择具有不同偏性程度的药物,如需作用强,宜选偏性大的药;反之选偏性小的药。用药时,越是偏性大的药越应慎重。《素问·五常政要大论》指出:“大毒治病,十去其六,常毒治病,十去其七,小毒治病,十去其八,无毒治病,十去其九”,切忌过用伤正。

《诸病源候论·卷二十六》:“凡药物云有毒及大毒者,皆能变乱,于人为害,亦能杀人。”是指狭义的有毒中药,即毒性大、副作用明显的中药。本书收录的即是狭义的有毒中药。对于历代文献记载有毒而临床中毒副反应较轻的中药,如仙茅、蛤蚧、雷丸等不予收入;反之,补充了文献未记载有毒、临床中有较明显毒副反应的一些中药,如黄药子、木通等。

毒性反应 是指药物对机体的伤害性能,是引起的病理现象,一般与治疗作用无关。其完整概念,除急性、亚急性、慢性毒性反应外,还包括致畸、致癌、堕胎、成瘾等特殊毒性反应。药物的毒性除了与是否含有毒成分有关外,还要看是否整体有毒,有些药虽含有毒成分,因含量微

小,作为整体中药往往不显示毒性。一般地说,有毒中药不宜用于妊娠,因其可能引起堕胎、难产、延长孕期、畸胎腐胎、死胎,影响胎儿发育,导致小儿先天性体质不良,免疫力低下、危及母体健康……。但是,妊娠禁忌不是绝对的。很多临床医生在确属病情需要的情况下,权衡利弊后,选用了有毒中药,取得了治病未伤人的效果。

副作用 是指药物在防治某些疾病的同时出现的不需要的药理作用。如常山可用来涌吐痰饮,也可截疟,用于治疗疟疾时,涌吐作用就是副作用。

过敏反应 其症状轻则瘙痒、胸闷、气急,重则危及生命。过敏体质的病人,合理应用中药也可能发生过敏反应。西医认为过敏反应不同于毒副反应,而中医从其后果与毒副反应类似而论(如:天花粉用于引产发生的恶寒发热、全身痛等症状),也将其统称为中毒。近年来过敏反应呈上升趋势,过敏性休克屡有发生,致敏中药大于100种,常见的有苦参、鱼腥草、紫珠草、穿心莲、蟾酥、地龙、当归、金银花、柴胡、蓖麻子、鸦胆子等,引起过敏性休克多见于注射剂(如板蓝根注射液、鱼腥草注射液等),应当引起高度重视。

中药最大有效剂量与最小中毒剂量的距离越小,其毒性越大;反之,其毒性越小。根据毒性大小,中药一般可分为大毒、有毒、小毒、无毒四类。凡使用小剂量即可发生中毒且症状发生快而重的称大毒;使用较大剂量方中毒,且症状发生较慢、较轻的称有毒;使用大剂量或蓄积到一定程度才中毒且反应较轻的称小毒;一般不发生中毒或用超大剂量蓄积到一定程度才中毒的称无毒。

现代医学对毒性的分级主要以半数致死量(LD₅₀)为依据。凡口服生药煎剂 LD₅₀小于5g/kg为大毒,介于5g—16g/kg之间为有毒,介于16—50g/kg之间为小毒,大于50g/kg为无毒(其它给药途径的LD₅₀,略)。以上数据可以作为中药毒性分级的参考。此外,亦有用最小致死量(MLD)做为依据的。由于很多中药至今未能验证LD₅₀的数据,本书选取的相当一部分有毒中药未能提供其数据。此外,毒性试验一般是采用动物试验,分析毒性时要考虑种族间差异等因素。另需说明,中药因剂型和给药途径不同(如口服、注射、外用),其毒性相差悬殊。一般地说,

毒性是：糊丸剂 < 水丸 < 蜜丸 < 散剂 < 煎剂 < 酊剂 < 肌肉注射剂 < 静脉注射剂，但也有例外，如乌头类及一些含生物活性物质的中药，其毒性可因加热而破坏，煎剂毒性则消失或小于糊丸剂，也有的中药加热后毒性反而增强，如山豆根。

“水能载舟，也能覆舟”，“药能治病，也能致病”。是否发生毒副反应的关键在于应用是否得当。合理地应用微量大毒之品（如砒霜治寒喘），不仅可取效，还可在不发生毒副反应的情况下改善全身状况；反之，用不得法，补益的人参，解毒的甘草，甚至美味的荔枝，人体必需的水和盐，也可造成毒副反应。

引起毒副反应的主要原因有 1、未经炮制或炮制不合要求。2、超量或长期应用造成积蓄中毒。3、药证不符。4、误服误用（由于同一中药因品种、产地不同，毒性可相差很多倍，以及药品混乱；同名异药、同药异名的情况很普遍，医源性误用也可发生）。5、配伍不当。6、煎药用具不当或煎法不当（如附子煎煮时间越短，山豆根煎煮时间越长，则毒性相对越强）。7、谋杀或自杀。

上述诸因素中，超剂量应用是最主要的中毒原因。由于有毒中药安全范围小，超量不多就可以发生中毒反应，而无毒中药则超量相当大时才发生中毒反应。

中毒的另一重要因素是药证不符。生理最大承受量与病理状态的承受量不同，预防保健用药量与治疗量也不同，如人参用于正常人，少量可以适应，长期大量应用则会致病。曾有在人参养植园工作者，经常随意将人参当零食吃，久之衄血不止，治疗无效而死亡。而病理情况下，如元气欲脱之证，用到 60g，不但没有不良反应，反能起死回生；但实热证用人参则如火上浇油。再如洋金花，正常人用少量即可发生口干舌燥等不良反应，而用于温脾时，适当应用则不会出现上述反应，只是过量用时才会出现反应，如抽搐、躁狂、谵语、幻觉、幻视、幻听等，甚至死亡。这与给正常人注射一支西地兰会出现明显的不良反应，给心衰病人注射一支西地兰可救治病人，而超大剂量注射又可引起死亡同理。再如同样用马钱子，健康人可能出现角弓反张，小儿麻痹后遗症及肌无力患者耐受量则相对增大，起到治疗作用。说明有毒中药的有效成分，是在与

人体内环境中的生化物质等相结合以后才产生疗效的。

《尚书》曰：“药弗瞑眩，厥疾弗瘳。”指的是治疗某些疾病时，出现一些药物反应是正常现象。尽管如此，也必须高度警惕，中病即止，不可过用！虽然合理应用有毒中药，一般不会引起中毒反应，也绝不可掉以轻心！医生要密切观察病人，对有毒中药的毒性、中毒表现及救治方法做到心中有数，以便一旦发生中毒反应时能及时救治，不至于造成严重后果，患者也应积极与医生配合，产生不良反应立即汇报医生。

现代药理实验证实，某些中药，如斑蝥、细辛、巴豆等，具有动物致癌性，这与其具有治癌的作用相矛盾。一些医家认为，这是利用毒药的致癌之性，激发人体的免疫系统，是中药“以毒攻毒”的一种应用方法，蕴含着深刻的免疫学原理，与德国医学家、诺贝尔奖金获得者贝林提出的“抗毒素免疫”及有人将病人自身癌细胞置于病人体内而消灭其自身癌组织同理。

中药中毒一旦确诊，应及早按以下方法处理。

一、清除未被吸收的毒物

1、催吐法 一般用于服毒 3—4 小时内、毒物仍在胃中的情况。凡中毒后虽有呕吐，但未将毒物吐完，不宜洗胃或无条件洗胃、洗胃之前、洗胃后不吐或未基本吐完，宜采用此法。但强酸、强碱中毒，昏迷、痉挛、心脏病、高血压、动脉硬化及孕妇等情况禁用。

一般采用手指、压舌板、筷子、棉花杆或鸡鸭毛扫喉诱吐，无效时可用肥皂水漱口，或饮浓盐水一杯；仍无效，则用药物，如 0.2—0.5% 硫酸铜溶液 100—200ml，或 1% 硫酸锌 50—100ml，或吐根酊 15—25ml，或瓜蒂散 3—4.5g。服药无效必须催吐者，可皮下注射阿朴吗啡（去水吗啡）5—8mg，必能强行催吐，但禁用于鸦片及吗啡中毒者。

2、洗胃法 凡催吐失败或效果不好时，应立即改用洗胃法；毒物量多或服毒后曾进食大量蛋清、牛奶者，时间再长也应洗胃；毒药质粘易沉淀时，一日内均可洗胃，并应反复多次；素有幽门梗阻、胃潴留的患者，也宜选用洗胃法。此法适用于服毒 3—4 小时内。

碱性毒物可以 2—4% 醋酸溶液（或食醋加水），或 0.5~1% 的鞣酸溶液等洗胃；酸性毒物以淡盐水、肥皂水、氧化镁、碳酸氢钠等洗胃；生

物碱类则以 1 : 4000 的高锰酸钾、0.5—1% 的鞣酸或过氧化氢(双氧水)等溶液洗胃;氰化物或氰甙类中毒,可用 5—10% 硫代硫酸钠溶液洗胃;除氰化物外,大部分中药中毒可用 0.2—0.5% 的活性炭洗胃;若原因不明,可用生理盐水或温开水洗胃;肝功能不好者慎用鞣酸洗胃。

强酸强碱中毒引起上消化道粘膜腐蚀损害者、痉挛或深度昏迷者禁用洗胃。孕妇后期或将足月时应慎用,必须洗胃时以鼻饲管法洗胃,惊厥未被控制前不可洗胃。

几种洗胃方法:

①口服法 如病人清醒,可使其迅速喝下洗胃液 200—400ml (一般不超过 500ml,如过多易将毒物冲入肠中。小儿酌减),然后用手指或压舌板、匙柄刺激咽部引起呕吐,多次反复(总量约至 10000—15000ml),直至洗出液清如注水时为止。

②胃管法 不肯自饮或昏迷病人用之。应尽量将胃内容物抽出后再灌洗。清醒者取坐位,指导其自行吞咽胃管;昏迷病人侧卧于床上,头部稍低,脸偏于一侧,以防洗出液流入气管,有假牙者取下,极度烦躁者先给适量镇静剂。

③灌流式洗胃法 对吸收后可再自胃排出部分毒物者可采用此法。方法是先以胃管将胃内容物抽洗干净,再以三通玻璃管连接输液瓶及胃管,灌流时每次注入洗胃液 300ml,轮流开放和夹住连接输液瓶的皮管和引流管即可,以后每 30 分钟至 1 小时灌流 1 次,灌流时间及次数视具体情况而定。

3、导泻法 凡服毒 5—6 小时后,毒物已进入肠道,未腹泻或腹泻次数很少者,可用泻下法导泻。

一般用盐类导泻剂,如硫酸镁 20—30g 或硫酸钠 10—25g 溶于 250ml 水中口服,也可用元明粉 20g 溶于 250ml 水中口服。一般不用油类泻剂(如蓖麻油等),毒物已致腹泻频繁者或孕妇不宜用泻法,中枢神经抑制药中毒时,不宜用硫酸镁,因其可加深中枢神经抑制。

4、灌肠法 毒物食入数小时,泻药尚未发挥作用时,可用温水 200—500ml,或生理盐水、1% 肥皂水等,加温约 40℃,高位灌肠,以排除肠道的毒物,反复进行。每次灌肠应详记出入量,重金属中毒时尤需灌

肠。

二、阻止毒物的吸收

1、保护剂 强烈刺激性或腐蚀性中毒时,可用牛奶、生鸡蛋清、鱼肝油乳剂、花生油乳剂、淀粉、镁乳口服或灌肠作为粘膜保护剂,初服50—100ml,以后可少量频频服入,以上数种物质可交替应用。服含砒、汞类药中毒时忌用油类作保护剂。

2、吸附剂 多采用活性炭(药用炭)20—30g,冲服。服毒较多者,可反复服用较大剂量的活性炭。

3、中和剂 酸性药中毒用肥皂水、氧化镁乳剂、碳酸氢钠等弱碱类溶液,碱性药中毒用鞣酸、浓茶、醋酸、枸橼酸、食醋等酸性溶液。

4、氧化剂 有机物及部分生物碱中毒,可用氧化剂破坏,如1:2000—1:5000的高锰酸钾100ml,日2次,口服。氰化物类中毒用维生素C1—2g,加入葡萄糖水500ml中静脉点滴,可反复应用。

5、沉淀剂 对重金属盐类中毒,可用牛奶、蛋清、鞣酸、浓茶、硫酸镁或硫酸钠内服;对生物碱类中毒,可用碘酊或碘化合物(芦戈氏液)15—30滴加20ml水服用,也可服鞣酸或浓茶。

三、促进毒物的排泄

每日静脉点滴5%葡萄糖盐水或5—10%葡萄糖液2500—3000ml(二者比例为1:3),若吐泻严重,可将比例倒置为3:1,必要时加用复方氯化钠500ml。无条件输液或能口服者,可大量饮糖盐水或葡萄糖水。必要时酌情使用利尿剂。严重情况可考虑换血疗法(新鲜血或1周内的血液)和人工透析疗法。

四、对症治疗

1、镇痛剂 中枢神经受激惹能引起疼痛性休克,可皮下注射吗啡,成人每次5—10mg,小儿每次0.1—0.2mg/kg,或肌肉注射杜冷丁2—10mg。但呼吸中枢抑制或衰竭时,禁用吗啡,慎用杜冷丁。可用针刺疗法。

2、镇静剂 中枢神经兴奋引起烦躁不安或惊厥时,宜用作用短暂的巴比妥类药物,如戊巴比妥钠、苯巴比妥钠或异戊巴比妥钠0.1—0.3g,肌注或静注;无效时以水合氯醛保留灌肠(禁用于心血管、肝、肾