

专题笔谈

下法的运用和体会

洪广祥 (江西中医学院)

下法是中医重要治疗法则之一。所谓下,就是运用泻下方药,使机体排便作用增强,通过排便来达到治病的目的。临床应用一般分为寒下、温下和润下三种。从药物性质看来,泻下药物以寒凉性质居多,除巴豆、续随子、芫花性温外,大多属寒凉性质。个人临床体会,寒下用之最多,适应范围也很广泛,在内科范围内,治疗急性感染疾病主要应用寒下。急性感染疾病的病因虽不同,但实热证候表现却为其共同的特点。由于感染性疾病大多病情危重,发展较快,变化也多,因此扭转和阻断急性期的病势,是治疗成败的关键。下法中的寒下,通过通腑泻热,可使全身性菌毒反应减轻或消失,从而控制病情的发展。寒下法中的主药是大黄,它不仅有泻下作用,还具有泄热、泻火、解毒、祛瘀等作用,并具有较强的抗菌消炎功能。因此,大黄是治疗内科急性感染疾病时最常用的主药。在急性感染疾病的初期,即使大便正常,亦可应用,不过在一般情况下,用量要适中,得利即可。如果里实热证较重者,大黄的剂量宜大,得快利而后方止,这里还涉及到合理配伍问题,如配伍不当,药物协同作用不佳,亦难达到“快利”的目的。我常以大黄与郁李仁相配,既可达到“快利”,又可“利而不伤阴”。在临床治疗呼吸系统的感染性疾病,我常配合使用“寒下法”。如急性呼吸窘迫综合征,在临床上,常是各种急重疾患的一种严重并发症,内科以急性重症感染性疾病引起者居多,积极控制感染,这是早期防治窘迫综合征的重要环节。我认为早期就要重视通腑治疗,因为休克缺氧易引起肠麻痹,由于毒热郁遏,气机不利,血运障碍,极易导致胃肠腑气不通,进而使肠麻痹加重。此时如能注重通腑

泄热,有利于腹胀减轻,膈肌下降,解除肺膨胀,从而改善肺的通气功能。我的经验用药为:生大黄、厚朴、枳实、虎杖、葶苈子等;急性肺炎的实热阶段,常以高热、咳嗽、咯痰、便秘、舌质红、苔黄腻、脉滑数等邪热壅肺的实证为主,治疗若以常规方药如麻杏石甘汤、清金化痰汤、泻白散之类是难以收效的。我常根据“肺实泻大肠”的经验,自拟“泻肺通腑汤”治疗肺炎以实热证候为主者,通过“突击泻热”,而达到阻断病势,加速炎症吸收的目的。该方由生大黄、葶苈子、桑白皮、黄芩、七叶一枝花等药组成。此方亦可用于小儿肺炎,多数服药后体温下降较快,肺炎急性期明显缩短。

哮喘的急性发作阶段,若表现为痰喘气壅瘀滞为主的肺实证候,我常根据肺与大肠相表里,肺之肃降与大肠腑气通降相关的理论,在辨证论治的方药中,重视大黄的使用,往往病人服药后随着腑气通畅,肺气得以下降,哮喘迅即缓解,有时确能起到一剂知,二剂已的满意效果。

不少前辈认为,下法用于单纯里实热并不足奇,要在各种虚证及兼有里实热证中而能灵活配伍使用,并取得满意的疗效者,方为善用下法,这确属真知灼见。临证虚中夹实配合用下法者,一般除具虚证表现外,常见便秘或便溏滞下,腹胀,痰多不利,胸满气急,脉数,苔黄腻浊等证,根据经验,其中苔厚腻或浊腻,是配合运用下法的主要指征。临床若遇上述见证,仍应补泻兼行,邪去则正自复,纵遇危笃之证,亦当量邪轻重而用之,方增卓效。徐大椿《医学源流论》指出:“大黄与人参同用,大黄自能逐去坚积,决不反伤正气,人参自能充益正气,决不反补邪气”,说明大黄常可配合补益药,用治虚证夹实者。余临床治疗慢性阻塞性肺系疾病,如慢性支气管炎、阻塞性肺

气肿、肺原性心脏病等,用大黄者甚多,确能收到“以通为补”的效果。

临床使用下法,历代医家提出许多禁忌症和严格的适应症,通过临床实践,我认为,只要有里实热证的证候表现,不论是单纯的实证,或是虚实夹杂证,当通即通,以尽快解除危重急症之急,不宜过分强调脉证一致,防止错过治疗时机,而影响医疗效果。何况寒下中的主药大黄,若不与芒硝相配合,是决不会出现“泻下无度”和“下多伤阴”之虞。我曾治一例慢迁肝病人,累计服用生大黄1500余克,不仅未出现上述反应,而且将多年的慢性结肠炎也治愈了。大黄虽属苦寒泄热之药,但其气味清香,还有醒脾开胃之功。不少病例持续用大黄数月,非但未见“苦寒败胃”,且日见精神爽快,胃肠和调,食欲增进。正如我省近九十高龄的著名中医肖俊逸先生(因其善用大黄,故有肖大黄之绰号)所言,大黄清肠解毒,“推陈致新”,通利水谷,调中化食,“安和五脏”,实乃通中寓补,却病延年之良药也。

从实践中体会到,如大黄煎煮过久,其泻下作用就会减弱,反有收敛作用。故古人在论述大黄的用法时说,“生者气锐而先行,熟者气钝而和缓”是很有道理的。临床使用大黄时,注明后下(煎)的目的,就是取其泻下作用。

这里还应指出,下法并不是泻下药的单纯应用,也不是泻下药物的简单组合,而应针对不同病情和具体情况,注意与其他治法的有机结合,才能使下法在临床上发挥更大的作用。

周超凡(中国中医研究院基础所)

下法始于内经,成熟于《伤寒论》,从中医治则角度来讲,多在“急则治其标”的情况下应用。攻下药多属于峻猛之剂,具体运用中如何处理好正与邪、标与本的关系,尤为重要。妇女妊娠期间,罹患急腹症,情况特殊,治疗起来比较棘手,若处理不当,对母体及胎儿均可产生严重影响,临床上一定要摆正祛邪与扶正的关系,攻补兼施,时时注意固护正气,在祛邪的同时,兼顾冲任,以护胎元,这是为人们熟知的治疗常法,但在有些情况下也不尽然。

急腹症的发生,多为邪气亢盛,由于食滞肠胃,气滞血瘀,湿热陈腐及蛔虫壅结,导致了腹部疼痛,硬实拒按,不能进食,大便干燥或不通,高热烦躁,从西医的角度分析,多有梗阻炎性渗出、瘀血水肿、水电解质紊乱,尤其是妊娠期发的急腹症,情况更为危急,妊娠期间气血多虚,再患急腹症,多成邪实正虚之势,固护正气虽然很重要,但“急则治标”是首先要考虑的。攻下药,不只是攻下作用,它对机体的失衡状态、升降乖异情况都有调整作用,邪甚时祛邪即是扶正,邪去则正自复,只有有效、迅速地祛邪,胎才能得到安养,一味养胎固正,势必助长邪气。古人重视保胎,提出了许许多多的孕妇禁忌,我们今天应正确对待。峻下之剂,如攻下、破瘀、软坚、行气等药孕妇慎用或禁用,这个原则是对的,一般情况下要遵守,但不可拘泥,从今天分析,有些禁忌药已经失去禁忌意义,当然一些对子宫有选择性兴奋作用的如益母草,鲜马齿苋及易引起胎盘充血的蟅虫等还是应慎用或不用,对于体质虚弱,不任攻伐者,亦当灵活掌握。我曾治一孕妇,患者是先天性白内障,其丈夫也是残疾人,怀孕七个月突发肠梗阻,当时患者高热汗出,胃脘疼痛,不能进食,腹胀如鼓,攻撑难忍,烦躁不安,在床上翻滚,查舌质红、苔灰黄而燥,脉滑实。此属邪热积滞,阻遏肠腑,胃失和降之职,肠失传导之能,治当以“急则治其标”为原则,用通腑化瘀,泄热安胎之法,方选大承气汤化裁,药用:大黄12克(后下),厚朴20克,芒硝15克(药液溶化),莱菔子20克,鸡内金10克,丹皮15克,赤芍15克。服一剂后,热稍退便通,频频矢气。第二剂减厚朴、芒硝各为10克,酌加扶正固胎养阴之品,川断10克,桑寄生10克,麦冬20克。再服一剂,邪热退尽,惟胃纳尚差,再以调理脾胃方善其后。后经随访,患者足月顺产一健康婴儿。通过对本病的治疗,有这样一点体会,患者邪热壅盛,肠腑积滞,热毒不去既耗伤正气,又加害于胎儿,非大黄、芒硝之猛不足以去其热毒,荡涤肠腑,虽其性猛烈也未产生动

胎之害,此所谓“有病则病受之,无病则胎受之”,且大黄所含的大黄酸、大黄素、芦荟、大黄素,有较强的抗菌作用,可以改善梗阻引发的炎症、水肿、芒硝泄热软坚通便,与大黄配伍,泄热通便尤捷,厚朴行气消胀,所含的朴酚、厚朴酚、四氢厚朴酚也有广谱抗菌作用;丹皮、赤芍凉血解毒化瘀,可以消除梗阻引起的瘀血、水肿、炎性渗出;莱菔子、鸡内金消食导滞,方中未用枳实,是考虑到枳实对子宫有兴奋作用,恐引起子宫收缩导致流产。二诊邪毒已去大半,故加用护胎养正之品。

江育仁(江苏省中医院)

下法通称泻下法,是临床常用的治疗方法,但通腑泻下不是目的,因此,下法非专为攻燥屎而设,故不宜囿于“有燥屎方可下”的戒律。兹就对某些病证应用下法的经验简介于下。

(一)暑痧。冒受暑邪,化风化火,病属暑温范畴。其症状多发生于流行性乙型脑炎极期的重型病例。见症为持续高热,项有抵抗感或呈强直,同时出现反复抽搐,或见两眼睑下垂,呼吸促,神志不清,舌苔多厚腻,色黄或呈糙灰,舌尖红绛或伴刺状。其病机为暑邪化火,火盛生风,风盛动痰,从而产生高热、昏迷、抽风。故常与“暑风”、“暑厥”同时并存,见于流行性乙型脑炎脑水肿期。这类病例,必须及时控制症状,否则很快出现呼吸障碍,而导致不良后果。中医治疗,过去常采用犀角、羚羊角、安宫牛黄丸等清热解毒、平肝熄风、开窍豁痰等贵重药品,虽然也取得一定的疗效,但多不够理想。问题在于没有把握住“邪火”作祟这个关键,致使风、火、痰相互充斥肆虐。因此,清热、熄风、平肝止痉仅是治标的方法,而应以大剂苦寒咸降之品如龙胆草、生大黄、玄明粉、山栀、知母等泻心肝实火,荡涤阳明积热,重在导火下行,达到火熄风灭之目的。

(二)痧毒内闭。本症可见于麻疹透疹期或疹回期,症见皮疹隐黯,高热稽留,胸高气急,喉间痰鸣,鼻翼扇动,项强或四肢抽搐,目斜视。神情烦躁,意识不清,舌苔黄、

舌质红,脉息弦数。其因多由感染痧毒后,未能及时外达,邪毒化火,炼液成痰,闭阻肺窍,内蒙心胞,痰火相激,肝风蠢动,神机为之弥漫,多见于麻疹肺炎并发中毒性脑炎,病情最为危急。由于本症已见抬肩喘息、摇身掀肚之危象,肺之化源将绝,此时已非开宣肺气所宜,定喘化痰,清热解毒亦仅杯水车薪,难济其急。治法理应“上病下取”“釜底抽薪”,方取牛黄夺命散意。药用生大黄、黑丑、玄明粉、生枳实、葶苈子、鲜大青等泻利大肠,取其急下存阴。盖肺与大肠相表也。

(三)喉蛾。首由风温客热上犯肺胃,继则化火循经上逆,入络结聚咽喉,肿如蚕蛾,发病较急,严重者,两侧红肿,其大如枣,阻于咽关,汤水难入,或在陷窝部出现脓点或其表面覆盖脓苔,名为烂喉蛾,近称急性化脓性扁桃腺炎。此症如反复发作,常能引起其他病变。其早期或未化脓前,一般使用疏解散邪之牛蒡散加黄连或荆防败毒散之类即可消肿止痛。此时,火毒炽盛,非苦寒泻下法难杀其势。可用生大黄6~9克,土牛膝根10~15克,煎汤250~300毫升,酌量放入冰糖。若大便秘结,可冲入玄明粉6克。年龄在6岁以上者,日分3次服完;6岁以下者分作两天服完。大便畅解后,生大黄可改为熟大黄,继服2~3天。

(四)痢疾。痢疾初起,应用下法,习用者多。但转入慢性或反复发作者,使用下法者不多。然痢必夹积,湿热之邪蕴结肠腑,久痢者多标虚本实。如肠道得不到较好的清理,多致延成慢性。慢性痢疾患者,痢下常白多于红,后重里急,腹痛绵绵,表现为脾阳困急,肠有积滞,治疗上攻必伤正,补则碍滞,而肠积不除,正难自复。此类症情,宜先用熟大黄6~9克,肉桂片等量,用沸水90毫升泡浸,分作3次饮服,温阳通腑,务使便下宿垢污积者为准,否则原方再服1~2天。熟大黄不若生大黄峻利,得肉桂温运脾阳,有助大黄荡涤缓解腹痛之功。如积垢已去,可将熟大黄、肉桂等分为末,和匀后每次吞服2~3克,日服3次,可连服一周,以杜复发。

张学文(陕西中医学院)

下法是运用泻下方药以攻逐里实的治法,现已成为临床中十分重要的治法之一。今就下法的临床运用,略谈个人点滴体会。

使用下法,关键在于辨证,必须明确病邪之性质、种类;病位之所在;患者之体质,以掌握病机,投用恰当。下法分为四类:(1)寒下法,用于阳明腑实证,不必拘于“伤寒下不厌迟,温病下不嫌早”之戒,也不限于“必有燥屎结粪”,有些肺热炽盛病人,虽未见燥屎之时,但在清解肺热之时佐以通下之品,往往可使热退嗽轻,痰出痛减。(2)温下法,用于寒气结胸,肠胃冷积之腹痛便秘。本法(如熟大黄)寓于温中健脾益气等方中,有理脾益胃,促进消化,提高疗效,可治脾胃虚寒证等。(3)润下法,用于肠燥便秘,温病津枯便秘,我们常在增液承气汤中加莱菔子等。(4)逐下法,用于饮证、水肿、臌胀等。笔者常以甘遂为末,装入胶囊开水送服,每次一克,二小时后出现二便通利,水饮直下。此外,水饮聚于体内,多有气机壅滞,瘀血内生,故于逐水方中稍佐理气导滞,活血祛瘀药,能增强逐水之功,这样既使减少逐水药及其剂量,也能达到专事逐水药的效果,同时又可减少本法的副作用;如加化痰药于逐水方中,有利水饮化痰涎之功。

疾病发生发展,往往多因多变或一因多变,故下法常与他法配伍应用,如行气活血、化痰开窍、清热熄风、消食杀虫、养阴健脾等法。

巧用泻下,各有法度。(1)上病下取:凡眩晕、中风失语、吐衄等在上之证,病机同为热毒内盛,气血内燔,蒸腾上壅,治当上病下取,釜底抽薪,应在辨证论治的方药中加泻下药;此外在泻下药中加川牛膝,以期引血、热、水等下行,达到事半功倍的作用。(2)升降降浊:实邪中阻,气机升降失调,则清阳不升而耳鸣、头痛等,浊阴不降则呕吐、呃逆、癰闭等,治宜涤荡中腑,以承气汤类加减,可一下再下,直至便通为止。(3)通因通用:湿邪内蕴所致之泄泻、痢疾等证,治宜因势利

导,健脾利湿或清热利湿为主,佐以通利,助湿下行,此时泻下剂不可量多。(4)引邪外出:在相应的祛邪方中加入少量大黄以通便,不仅有清热解毒止痛之功,且有祛瘀生新止血之效,使病邪有外出之路,将大助祛邪之力。

由上可见,利用下法:可借通降阳明胃腑之势,直折火之炎炎;可借泻下之力,上病下取,引血、热、水等下行,并使浊阴得降,清阳即升;可借硝黄之力,推陈致新,使痰火、风痰、瘀血、水湿有外出之路;可急下存阴,使真阴得以保存。现代医学认为下法可改善血液循环,促进新陈代谢,排除毒性产物。

下法对于中风的治疗,更具重要意义。肝肾阴虚,气血不足,致瘀痰内生,肝阳上亢,一旦肝阳暴张,阳化风动,痰火上扰,气血逆乱,阻于脑络发为中风,此时痰热互结阻滞中焦,腑气不通,又可加重气血逆乱,使中风病情加剧,故通腑化痰为中风急性期的当务之急。据前人的经验及个人临床体会,病情及疗效随大便通畅而好转,故恢复期及后遗症的治疗,也可配伍下法。可见下法既是中风急性期的急救措施之一,又是中风各证常用兼法。

下法使用注意事项:泻下剂的功效,主要不在药,重在用。

(1)药物加工:大黄不久煎,宜后下;芒硝不作煎,宜冲服;峻下用生大黄,缓下用熟大黄,功逐离经之血,宜大黄炭。

(2)药物服法:急下宜汤剂,顿服;缓下宜丸剂,分服;呕吐者宜频服。

(3)给药途径:对于昏迷,牙关紧闭者,①鼻饲;②导法,将煎剂或丸剂化水保留灌肠;③肠道点滴法。

(4)泻下后处理:常在峻下的同时,可酌情给予生津养液之品内服,或糖盐水内服,或静脉输液,以防脱水。

泻下法是危急症的急救方法之一,同时还作为常见疾病的惯用常法,其可广泛用于内外妇儿五官各科各系统疾病。下法由于组方、用法不同(或主用或佐用)而效用各异,因而如使泻下剂运用有效、有力,尚需注意使用方法。

陈振相(解放军 304 医院)

下法有寒下、温下、润下和攻补兼施四种,其适应范围甚广,现仅谈谈使用寒下、攻补兼施两法的体会。

寒下法下之得当,则可见奇效。下面仅举例说明之。

1987 年夏,余治一女性患者,年 60 有余,全身突发泡疹三四日,均破溃成疮,黄水外溢,痒痛难忍,经治疗非但无效,病势反而加重。余诊视,头面蒙有黑纱,双手及臂白纱包裹,躯干四肢处处皆疮,黄水外溢,真乃体无完肤也。舌质红、苔黄厚少津。闻其声,强而有力。诊其脉,滑数不虚。自谓口苦不欲食,但喜冷饮,大便干结,数日未行,小便黄赤而少,痒痛难以入寐。辨证为里实热证,肺脏内毒炽盛,外发皮肤,下移大肠。余采用除根绝源之法,以大承气汤峻下之,原方加苦参、丹皮、桑白皮等味,方中大黄 12 克(后下),芒硝 15 克(冲服)。药进两剂,腹泻数次,排出燥屎数枚,泡疮凶势有退。原方再进三剂,全身热毒除去八九,泡疹结痂,痒痛已除。其后改方调理脾胃,嘱其清淡饮食,一周后,痂脱皮复而愈。或问,病在皮肤之表,何以寒下重剂攻里?因肺与大肠相表里,肺主皮毛,肺脏热毒外蒸于皮,下移于大肠。在表者遂成泡疹,下移者结于大肠,致使燥结不通。通其腑而脏自清,脏清其所主皮自复,故不治皮肤,而皮肤自愈矣。余在多年的临证中,每遇皮肤重症、顽症而不用外治之法,单用寒下攻里而获佳效。如对顽固性湿疹、神经性皮炎、各种顽癣、急慢性荨麻疹、重症青年痤疮等均曾用攻里法取效。

下法大师张从正把下法的应用范围扩大到了临床各科,主张上郁夺其下,认为大承气汤有通九窍之功。余根据前贤明论,临床用之,果取良效。例如,1989 年春,诊一男性患者,年 70 有余,一年前突然言语蹇涩,虽无肢体瘫痪,但久治不效。余望之,面色暗红,舌苔黄而少津,形体胖瘦中等,步态如常。闻其声,高亢有力,但每言一语,十分困难。神志虽清,但不能口述病史。饮纳如常,全身无特殊不

适,大便干燥,三四日一行,皆为燥屎。诊脉,弦紧有力。辨证为湿热内结,久留不去,上郁清窍。立法所虑,年逾古稀,寒下攻里,恐其不任,但虽年迈未见大衰,尚耳聪目明,里热实证确在。故遂立寒下之法,釜底抽薪,夺其上窍之郁,予大承气汤。药进一剂,排出燥屎数枚,随即水样便五六次,言语顿时流利,继进两剂,言语复常。随诊观察一个月,未见复发。或问,下法何以能通上窍而复言语?经曰:“心者,君主之官,神明出焉。”言语者,乃神明变化而成也。“心者,五脏六腑之大主也。”今实热之邪久结胃肠,则使道闭塞不通,下窍不通,则上窍不利,故言语蹇涩,今以寒下法通其下窍,下窍通,上窍自利矣。

邪实正虚者,应予祛邪扶正,下法攻其邪,补法扶其正,二法并用而为攻补兼施。临床上,虚实夹杂者多,故前贤创立攻邪补正之法。遵此,余曾于 1988 年,诊治一女性患者,年龄 54 岁,素患心痹,近因劳累,病情加重,胸痛彻背,其痛难忍,心悸气短,脘腹胀满,大便燥结不通。诊见,舌质紫暗,苔黄厚而燥,其脉弦紧。心电图提示冠脉供血不足。诊为心痹、厥心痛。遂用黄龙汤,并加丹参等品。药进一剂,大便始通,心痛略减,又进两剂,脘腹胀满消退,心痛大减。再服 5 剂,心痛、胸闷、气短,诸症皆除,心电图明显改善,病情稳定,改用生脉散加味调之。随诊一年,情况良好。或问,黄龙汤加味乃攻补兼施之剂,何以能治心痹?心痹乃心脉闭阻不通之证,心脉不通,则殃及十二官之气血,皆可郁结,今用黄龙汤之大黄、芒硝辈荡涤胃肠实热,胃肠已通,全身气血调和,则心脉可通矣,故心痛自止。

总之,运用下法必须认证准确,当下则下,不当下者,则绝不能下。

(盛燕江 黄静整理)

成启予(江苏省中医院)

下法临床应用广泛,内、外、妇、儿无所不及,无论是内伤杂病,疑难杂症,还是急性热病,危笃之候,用之得宜,不仅疗效满意,甚至有转危为安的作用。谈及下法,首推方药,

要数三承气汤,其中以大承气汤最峻。前人掌握应用该方的临床指征,归纳为“痞、满、燥、实”四字,笔者认为,还应加上个“痛”字。所谓痞者,是指自觉胸脘重压闷塞,按之板硬;满者,是指脘腹胀满,按之有抵抗感;燥者,是指肠中粪便燥结坚硬;实者,是指肠中燥屎与热邪互结不下;而痛者,是指自觉疼痛,按之更甚。积多年临床经验,应用大承气汤,痞、满、燥、实不一定全具,而“痛”者不可少也。临床往往有这种情况出现,即一旦出现痞、满、燥、实具见之时,每每已失去攻下之机,尤其是峻下的良机,用之反使病情恶化,这在急性或慢性急性发作的胆囊炎、胰腺炎、阑尾炎,或急性肠梗阻等急腹症的治疗中尤为突出,因为这些疾病过程中,一旦出现痞、满、燥、实并见之时,往往很可能是化脓、坏死、穿孔、腹膜炎的表现,此时若投以峻下之大承气汤,非但不能祛邪,反而有促使病情进一步恶化的可能。因此,余在临证时,凡遇上述病症,即使病初仅见满胀疼痛,大便未闭但结难解者,即以大小承气汤加味,每获良效。属胆胰疾病者加柴胡、黄芩、金铃子、玄胡索等,阑尾炎者加丹皮、红藤、败酱草等,伴呕吐者加陈皮、半夏,有黄疸者加茵陈、矾水郁金,伴胆道胰管结石者加鸡内金、海金沙、金钱草等,热邪炽盛者加蚤休、虎杖、蒲公英等。如若等待热毒炽盛、充斥三焦气血、损脉伤正之时,方投攻下之剂,时已晚矣。因此,前人有“温病下不嫌早”之训,早下可以祛邪安正。对于消化系的急性热性病,梗阻疼痛性疾病,初投攻下方药后,观其动静,对于病情转归预后很重要。若药后便通热衰痛减者,是为顺症,可以续通,日下大便2~3次亦不可畏,取其祛邪务尽之意。若药后不得大便,或得药即吐,或便泻无度,或便后诸恙不减者,是为逆候,不可再投攻下之峻剂。因此,临证处方首次剂数以1~2剂为宜,最多不超过三剂,主药用量以中等量较妥,过大易至泻便过猛伤正,量过小,恐病重药轻,贻误病情。对病情较重而全身状况尚可者,必要时可一日两剂,分3~4次匀时

服,以期药力持久。

沙海汶(北京中医学院东直门医院)

在小儿内科范围,我个人认为,除少数病例应用大承气汤外,大多数采用调胃承气汤治之。这主要是与小儿生理、病理特点有关。因小儿稚阳未充,稚阴未长,故在治疗上,既要护阳亦要保阴。再者小儿为纯阳之体,感邪之后,每易从阳化热,故小儿热病最多,容易伤阴,虽有以下证,在下的同时要注意保护阴液,才能取得预期疗效。如曾治某患儿,患大便干燥,已有数年,经常三五日一次,粪质坚硬如羊屎,排出困难,每用开塞路、肥皂头才能解下,腹痛烦躁,口渴咽干,纳食欠佳,形体消瘦,面色晦暗无光泽,舌苔黄,舌质红,脉沉而细数有力。此乃热结阴亏,燥屎内阻,治用缓下通便法,滋阴清热,用药:制军10克,元明粉6克(分冲),炙甘草6克,生地6克,麦冬10克,元参10克,北南沙参各10克,焦三仙各6克。药后便通,诸证均消。

然而,在临床上,小儿便秘,便如羊粪球样,彼彼皆是。都一味用攻下吗?不然,需要具体问题具体分析:当下则下;当下又兼它证者,可下而配合他法,如某患儿大便三天未解,腹痛,矢气频频,味臭难闻,面色晦暗无光泽,苔黄腻,质红绛,脉弦数,按常法应攻下,但患儿发烧,咽痛,胸胁苦满,胸腹皮肤灼热,手足发凉,发烧越高,手足越凉,此乃阳厥之证,少阳与阳明合病。治法宜和解攻下。用四逆散与调胃承气汤化裁,药用柴胡10克,赤芍10克,枳实3克,制军6克,元明粉6克,炙甘草6克,加用清热利咽化湿之品,一剂药后,大便解下三次,二剂后则热退身凉,活泼如常。

治疗小儿痢疾时,利用通因通用之法,也常常获效。如下痢频繁,粘稠臭秽,有时泻下清水,腹中急痛,肛门灼热里急,高热面红,唇燥口渴,喜饮冷水,心烦不安,小便短赤,苔黄舌红。此乃湿热痢疾,治以通利清热,可起到荡涤肠中热毒气滞实邪的作用。此时最忌早用涩药,闭门留寇。