

张介安运用攻下法治疗儿科急重症经验

蔡建新* 加宏生

(武汉市中医医院儿科, 湖北省武汉市江岸区汉口黎黄陂路 49 号, 430014)

基金项目: 湖北省第三批非物质文化遗产项目(Ⅸ-6); 武汉市科技局项目(2008-3)

* 通讯作者: cjx731027@163.com, (027)82852135

[摘要] 张介安教授主张以攻为补的学术思想, 介绍其运用攻下法, 以大承气汤加减治疗合并腑实证急重症患儿经验。

[关键词] 儿科急重症; 以攻为补; 攻下法; 名医经验; 张介安

张介安(1921—2004), 男, 教授, 主任医师, 首批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 中医儿科临床学家。出生于中医世家, 为家族医学第六代传人。曾任武汉市中医医院名誉院长。从事儿科临床 66 载, 注重实践, 经验颇丰, 特别是其运用攻下法治疗儿科急重症, 遣方用药, 独具匠心, 屡建殊功。

下法是中医学治疗八法之一, 是泻下邪热、攻逐结滞之法, 该法是根据“实者泄之”, 邪在里攻之的原则而立, 具有荡涤肠胃、逐除污垢、清热行气、消食化积之功能, 适用于积热壅遏肠胃的里实证。凡热邪搏结, 食积停滞, 瘀血积聚, 痰滞水结之证, 均可用之。吴又可提出, “急证急攻”, 实为临床经验之谈。攻下法临床运用广泛, 尤对急性重病用之得当, 常可收到立竿见影之效。

张老师发展了下法用于治疗小儿内热积滞所致的疾病。张老师并不是专施攻下, 他认为, 疾病有虚有实, 但是绝大多数疾病是有虚必有实。补虚可从“气之偏胜者”着眼, 制其偏胜“其不胜者自平, 而达到阴阳平衡”。所以他在临床中往往是先攻而后补, 或攻补兼施, 令邪去而正复。张老师将下法广泛用于儿科临床, 如小儿外科的急腹症急性阑尾炎、肠套叠等, 或因小儿乳食不知自节, 膏粱厚味饮食, 导致脾胃功能虚衰, 饮食停滞, 积久生热, 里热积滞阻遏中焦, 而变生诸疾, 如头痛、惊、痢、咳、喘、黄疸、暴盲、痿、鼻病等, 用之恰当, 均能收效。

1 攻与补、补与消

张老师认为, 攻与补, 实为祛邪与扶正, 是一对矛盾的统一体, 都是以疗疾却病为目的。补泻之法, 补亦治病, 泻亦治病, 但当知其要也。张老师在儿科临床中, 对一些不足之症, 如解颅、五迟、五软、疳癆等, 仅用补法不足以疗疾。一般情况下, 对补益的方法及方药, 常使人乐于接受。张老师不主张迎合患

者心理, 误补增疾, 以免造成“人参杀人无过, 大黄疗疾无功”之叹。

张老师在主攻方面有自己独特见解。《黄帝内经》指出惟以气血流通为贵。世俗庸工, 惟以闭塞为贵, 又只知下之为泻。又岂知《黄帝内经》之所有下者, 乃所谓补也。陈莖去肠胃洁, 痼瘕尽而营卫昌, 不补之中, 有真补者存焉, 邪实存在, 下之即补, 即张老师主张的以攻为补的学术思想。

基于以上, 张老师主攻论点有三, 一是治病当论药攻, 二是邪未去不可言补, 补之则留寇, 三是凡病皆由邪, 攻去其邪, 患者能食才是真正的补。这些论点, 在临床上确有其重要意义。如临床常可见小儿所患之疾由实热之证所致者, 采用下法, 不但治愈了本病, 而且还增加了小儿食量。显然符合张老师提出的“邪却能食乃真补”之意。总之, 对于攻与补的运用, 要从整体辨证的观点出发, 宗其“邪气盛则实, 精气夺则虚, 虚则补之, 实则泄之”这一原则, 正确认识邪正关系, 采用攻补二法, 还要因时因地因人制宜, 做到有的放矢。既不攻伐无过, 又不误补益疾, 关门留寇, 勿犯“无盛盛, 无虚虚, 遗人天殃”之过。

所谓消法, 消者, “散其积也”, 消常与导相连, 导者, “行其气也”。消法亦为八法之一的大法。《药治通义》曰: “然更有虚实相伴, 攻有所过, 补有所壅, 于是有消法设焉。”说明消缓于攻, 二者均有消除体内有形之实邪共同点。消法在临床应用范围比较广, 故凡食积不化、痞疾、食痢、咳嗽、痰核、发热、腹泄等疾均可用之; 而攻法用于实热便结、瘀血停痰、留饮等, 其病势较急, 病程较短, 属猛攻峻下法。所以在临床上须灵活掌握, 攻法只宜在里实已成的情况下使用, 如果妄用则易损真元。

2 下法的临床分类与治法

临床上根据里实的性质不同, 有热结、冷积、肠

燥、水饮等类型,病情各有差异,张老师立法选方用药亦随之不同,热结在里,当用寒下;冷积寒凝,当用温下;肠燥便秘,当用润下;水饮内停,可用逐水;还有攻补兼施等。按其缓急之别,又可分为峻下、轻下、缓下。寒下以治热结有三承气汤,是泄下剂的基本方,用于痞、满、燥、实俱全之阳明腑实证,属峻下剂;小承气汤用于便结尚未成燥,有痞满但不甚之阳明腑实证,属轻下剂;调胃承气汤用于实热燥结,但无痞满之阳明腑证,属缓下剂。现代医学治疗急性感染性疾病主要应用寒下,以承气汤类为代表,有解热、抗感染、抗内毒素^[1],增强胃肠的蠕动^[2],改善全身中毒反应的功效。温下以治里寒实证,代表方有大黄附子汤,用于寒实内结之便秘,此方小儿应用少。润下有麻仁丸,用于肠胃燥热之便秘,十枣汤,用于胸腹积水,水肿实证,体质强壮,为攻逐水饮之代表方,取效甚捷。正气虚弱之体,不可贸然运用。必有是病,才用其方。

3 验案举例

例1:阳明头痛案。患者,男,13岁,2001年1月8日初诊。头痛两年余,近日加重,以前额为甚,痛剧时捶头顿足,啼哭呻吟,伴纳谷不香,偶有呕吐,腹胀肠鸣,寐不安,头项汗多,大便干结,每3~4日一行,溲少色黄,经数家医院多次CT检查,未见异常,每每对症处理均能暂时缓解,终未根除。继现头痛呈阵发性,痛甚则汗出,碰壁,扔物,彻夜不眠,因头痛加重来我院儿科门诊。刻诊症见头痛如刀劈,前额为甚,汗出,呕吐,痛缓则神疲肢软,面容憔悴,唇红干燥,舌质红,舌苔黄厚,津少口渴,脉数洪大,大便4日未解,溲黄量少。综其脉证,病属胃腑积热上冲于脑,导致阳明头痛,法拟通腑清热,方用大承气汤加味。处方一:大黄、厚朴、枳实、芒硝(另包药汁冲服)等配方的直肠滴入液100ml直肠滴入,半小时后,腹微痛,便下如羊粪状数枚,和部分滴入液,仍头痛,腹胀肠鸣加剧。处方二:大黄、厚朴、枳实、芒硝(另包药汁冲服)、菊花、石斛各10g,防风、白芷各6g,生石膏15g,3剂,口服。服上方1剂后,大便每日行2~3次,第3天大便转溏,头痛明显减轻,呻吟消失,汗减少,能进食少量稀粥,睡眠较前安静,腹胀减轻,舌苔白腻微厚,脉细数无力,据此脉证,病情已有向愈之势,然而余热未清,积滞未尽,续上方去芒硝,缓其大黄泄下之力,加葛根10g,以清热生津,再进两剂。二诊:服上加减方后,头痛,口渴而臭,汗多诸症消除,唯精神疲乏,午后时有潮热,舌苔薄白,

脉象细数,大便正常,溲微黄。据其脉证,此为邪却而正未复,故更以益气养阴之剂而善后,随访至2012年10月,体壮无疾。

按:本案以清热通腑之剂,治疗阳明头痛之证,是病在胃腑,古人曰:“头痛属阳明者,上连目珠,痛连前额。”据其口渴而臭,舌苔黄厚,脉数而洪大,腹胀便结,均为邪热与积滞互结于阳明之腑,导致“清阳不升,浊阴不降”。故治当泄下热结,取大承气汤通腑清热为主,另加疏风清头直入阳明之引经药,菊花、防风、白芷、生石膏,令其大便畅通,排除浊热,使“清阳上升,浊阴下降”,则邪去而正安,故头痛即止。诸症悉除,遂用滋养之剂而善后。

例2:急惊风案。患者,女,4岁,2000年8月10日初诊。高热4天,当时自服退热剂,热未退,体温仍持续39℃以上,来我院门诊就诊时出现突然昏倒,抽搐,角弓反张,双目定视,牙关紧闭,喉中痰声辘辘,遂给予掐人中、委中穴,给氧,安定肌肉注射等抢救,抽搐渐止,仍时有四肢小抽搐,烦躁,昏睡,面色潮红,皮肤灼热,汗多,口臭,大便3日未解,小便短少色黄,唇红干燥,舌苔黄厚,脉象洪数。根据脉证,其因是热扰神明、痰蒙清窍,诊断为急惊风,采用中药鼻饲,法以清热通腑、化痰熄风治之。方用小承气汤加味。处方:大黄6g,厚朴、枳实、金银花、连翘、川贝母、天竺黄、僵蚕各10g,蝉蜕6g,石菖蒲5g。上药1剂,煎两次取汁200ml,分两次鼻饲给药。二诊:体温降至37.8℃,抽搐渐止,解稀便1次,量少色黄其味甚臭,仍唇干口臭,舌苔黄厚,脉弦而数,仍拟上方加大黄6g,共计12g续服。加量上法煎服1剂后大便连续两次,稀便伴黑色结屎10余枚,次日患儿热退、身凉、惊止、神清,诸症锐减,后用扶脾和胃养阴之剂,痊愈出院。

按:本案系急惊风,属儿科四大症之一。《幼科全书·惊风》曰:惊风有急、有慢……。二者有别,其时间、病因、症状等各异。急惊因阳热而生为实,慢惊阴寒所染而为虚,故在治疗上亦有区别。急惊既为实证,古云:“实者泄”,故张老师采用下法,拟小承气汤加味治之。本方力能泄下通腑逐邪,清热化痰、熄风镇惊,服第1剂药后大便虽稀,但病未退却。《医学心悟》曰:“医家误,药不称,重病药轻轻反重,轻重不均皆误人。”这说明该患儿系病重药轻,故难以奏效,经倍加大黄后,便下结屎,而达热退、神清、惊止,病告痊愈。

李发枝治疗鼻窦经验

刘晨光^{1*} 许二平¹ 指导:李发枝²

(1. 河南中医学院基础医学院, 河南省郑州市金水路 1 号, 450008; 2. 河南中医学院第三附属医院)

基金项目: 教育部人文社会科学研究规划基金资助项目(12YJAZH171)

* 通讯作者: liuchenguang10@sina.com, 13938430713

[摘要] 总结李发枝教授治疗鼻窦的经验, 应用宣肺化饮法、清泄郁热法、御寒宣肺法, 并举验案 3 则, 予以例证, 兼阐述其临床应用。

[关键词] 鼻窦; 名医经验; 李发枝

李发枝(1948—), 男, 河南中医学院教授, 河南省中医药防治艾滋病专家组组长, 全国第四批老中医药专家继承工作指导老师。河南省专业技术学科带头人。从事中医临床、科研工作, 擅长运用中医辨证施治方法治疗艾滋病等。发表论文 22 篇, 出版专著 5 部, 获河南省科技进步奖 2 项, 河南省卫生厅科技进步奖 6 项。

鼻窦是以长期鼻塞或鼻塞时轻时重、双侧交替, 甚至不闻香臭, 流涕为特征的慢性鼻病, 反复发作, 经久不愈, 相当于现代医学的慢性鼻炎。鼻窦在古代文献中又称“鼻塞”、“鼻鼈”、“鼈鼻”等。鼻窦一名首见于《素问·五常政大论》, 曰: “大暑以行, 咳嚏、鼈衄、鼻塞”^[1]。《素问玄机原病式·六气为病》曰: “鼻塞, 窒, 塞也。”^[2] 李发枝教授在长期的医疗实践中, 对鼻窦的病因病机有独到见解, 并总结出一套行之有效的治疗方法, 我们有幸随师侍诊, 现将其治疗鼻窦的临床经验简介如下。

1 宣肺化饮法

患者, 男, 43 岁, 2012 年 10 月 5 日初诊。自述

鼻塞不通近 3 个月, 头痛, 痰多色白, 容易咯出, 曾自服鼻炎康片、清热解毒口服液、开瑞坦及感冒颗粒等药物, 均未见效, 近日又出现咽痒, 咳嗽, 鼻塞加重, 周身关节冷痛。刻诊: 鼻塞, 流清涕, 咳嗽, 白痰, 畏寒, 舌质淡、苔白腻, 脉浮缓。诊断: 鼻窦。辨证为表寒内饮证, 治宜宣肺化饮。拟以小青龙汤加石膏汤加减。处方: 麻黄 10 g, 桂枝 20 g, 白芍 20 g, 干姜 12 g, 细辛 3 g, 五味子 12 g, 清半夏 12 g, 生石膏 20 g, 款冬花 10 g, 甘草 10 g, 7 剂。2012 年 10 月 13 日二诊: 服上方后, 鼻塞及畏寒症状明显减轻, 惟觉痰多, 轻微活动则气喘, 上方加入鱼腥草 30 g, 炒紫苏子 12 g, 10 剂, 鼻塞诸症消失。

按: 此患者为风寒束表, 内有水饮上渍于肺, 肺失宣降, 故见鼻塞、流清涕、咳嗽等症状, 饮邪郁久有化热之象, 故用小青龙加石膏汤加减治疗。方中麻黄、桂枝解表散寒, 宣肺止咳; 白芍、桂枝调和营卫; 细辛、干姜温肺化饮; 半夏降逆化痰, 五味子收敛, 防

4 讨论

下法是中医治法的重要组成部分, 疾病的发生与发展都有一定的阶段性, 同一病变, 在不同的阶段, 治各不同, 这就要求医者辨证准确注意把握治疗时机, 要不失时机, 应变施治才能收到很好的效果。鉴于小儿疾病传变快, 脏腑薄, 肌肤嫩, 发病易, 所以更应把握下法的治疗原则。攻下法在临床应用时, 必须注意以下几点: ①攻下剂, 性多峻急, 药后见效快, 通下较速, 若下之不通, 则应查明不通之因。②运用下法时, 必须辨明邪之性质, 决定下之峻缓。③下法运用不能以下燥屎为能事, 要依据邪正虚实。既使有的疾病大便溏泄, 仍属内有胃家实热, 也为应

下之征, 不下必致大误。④应用下药, 必须掌握适应证不论病在气分、营分、血分均可下之, 药物配伍恰当, 份量适宜, 才可达预期效果。邪去正安, 邪去正自复, 这正是张老师提出的以攻为补的学术思想。

参考文献

- [1] 余林中, 黄泳, 吴锐. 调胃承气汤对家兔内毒素温病模型的解热作用研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 1997, 3(3): 26-27.
- [2] 解基良, 田在善, 吴咸中. 三承气汤冲剂对实验动物胃肠功能影响的观察与比较[J]. 中国中西医结合外科杂志, 1996, 2(5): 355-357.

(收稿日期: 2012-10-15; 修回日期: 2013-01-10)

[编辑: 洪涛]