

运用胡希恕六经理论辨治小儿哮喘急性发作的思路探析*

董玲 赵雪晴 卢慧娜 何素蓉 陈启雄 曹霞[△]

(重庆市中医院,重庆 400021)

中图分类号:R725.6 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2023)01-0087-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.01.020

【摘要】 胡希恕先生是我国近代著名的经方大家,提出了六经来自八纲的重要学术观点。本文从小儿生理病理特点出发,将胡希恕六经辨证理论与小儿哮喘急性发作期的证候特点相结合,初步探讨小儿哮喘急性发作期的六经证治规律。从六经辨证来看,小儿哮喘急性期表现常以太阳阳明、少阳阳明、三阳合病兼夹杂痰瘀者最为多见。循经论治,在表者以汗法治之,在里者以清、下法治之,在半表半里者以和法治之,认识痰瘀为哮喘之宿根,全程重视活血化瘀,温化伏痰的治疗原则。

【关键词】 小儿哮喘急性发作期 六经辨证理论 六经证治规律 胡希恕 小儿生理病理特点

Thinking Analysis of Hu Xishu's Six Channels Theory in Treating the Acute Attack of Pediatric Asthma

Dong Ling, Zhao Xueqing, Lu Huina, He Surong, Chen Qixiong, Cao Xia. Chongqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400021, China.

【Abstract】 Mr.Hu Xishu is a famous classics in modern China. He propose the important academic views of the six channels from the eight courses. This article discuss the physiopathological characteristics of children and combine Hu Xishu's six classics syndrome differentiation theory with the characteristics of syndrome in the acute onset of pediatric asthma. The rule of six channels treatment of acute onset period in pediatric asthma was preliminarily discussed.From the perspective of six channels syndrome differentiation,the acute stages performance of pediatric asthma are often the Taiyang Yangming, Shaoyang Yangming, three Yang combined disease and mixed with phlegm and blood stasis.According to the theory of classics,if the evil spirit in the exterior,this situation is done by sweating methods.If the evil spirit is in interior,the treatment is clearing away heat and diarrhea. if the evil spirit is in half-superficies and half interi,the treatment method is regulating therapy.This paper takes cognizance of that sputum stasis as the perennial root of asthma and emphasis the treatment principles of the whole process of promoting blood circulation and removing blood stasis and reducing phlegm.

【Key words】 Acute onset of pediatric asthma period;Six channels syndrome differentiation theory;Six channels diagnosis and treatment rule;Hu Xishu;Pediatric physiopathological characteristics

哮喘是由多种细胞和细胞组分共同参与的气道炎症疾病^[1],可导致气道高反应性,引起气道痉挛及可逆性的气流受限^[2]。临床表现为咳嗽、气促、胸闷、喘息等症状^[3]。如诊治不及时,疾病反复发作,可能会造成气道重塑及不可逆的气流受限^[4],从而难以治愈。目前西医采用抗炎、解痉等方法来缓解症状和控制病情,但受不良反应等综合因素影响,仍有部分患儿的病情控制欠佳,严重影响其学习和生活^[5]。传统中医药治疗哮喘具有悠久的历史,积累了丰富的临床经验,但后

世医家多采用脏腑经络辨证、证素辨证体系进行治疗。然而疾病发生发展是一个错综复杂的过程,随着上述辨证体系不断细化,内容复杂烦琐,使得初学者难以快速掌握其证治规律。近代经方大师胡希恕先生提出的六经辨证理论,即六经来自八纲,将病位分为表、里、半表半里;病性分为阴阳、寒热、虚实,其中阴阳为总纲。三个病位、两个病性就形成了“六经”。太阳、少阴分别为在表的阳证、阴证;阳明、太阴为在里的阳证、阴证;少阳、厥阴为在半表半里的阳证、阴证。俞根初曰“以六经钤百病,为确定之总诀”。明确指出掌握了辨阴阳表里就等于掌握了疾病的核心辨证体系。先辨病位,再辨病性,继辨方证的胡希恕经方理论,给我们树立了一个简明、实用且完整的体系,方便临床医生学

* 基金项目:重庆市技术创新与应用发展专项面上项目 (cstc2019jscx-msxmX0260)

△通信作者(电子邮箱:Caom163@163.com.)

习掌握。受其启发,笔者尝试以胡希恕教授六经辨证理论为依据,同时结合小儿独特的生理病理特点,立法指导儿童哮喘急性发作的诊疗及用药,取得满意疗效,现将临床辨治体会及验案介绍如下,以供参考。

1 小儿生理病理特点

凡具有上升、明亮、温热、兴奋等特性的事物及现象,都属于阳^[6]。小儿为“纯阳之体”,具有生机蓬勃、发育迅速^[7]的生理特点,具有阳性属性。胡老认为正邪相争所致患病人体表现出一系列相对亢进、兴奋、发扬等特征的症状反应,即称之为阳证。《宣明方论·小儿门》云“大概小儿病者纯阳,热多冷少也”。小儿一旦患病,正气六气皆从火化,外感内伤以热性病证为多见,常表现出阳热之象,故小儿易出现实、热证,属于阳证范畴。因此,基于其独特的生理和病理特点,笔者临证中观察小儿哮喘急性发作期以“三阳”病变者最为多见。

2 小儿哮喘急性发作期三阳辨治理论依据

2.1 从太阳辨治 肺为“华盖”,居于上焦,六淫邪气侵袭机体,最先、最易伤肺。小儿“肺常不足”,肺气娇弱,卫外之力不足,导致机体御邪能力弱,抗病能力差,较成人更易受到外邪侵袭。患病初期感受外邪,正气奋起抗邪,正邪交争于体表,卫郁营滞,欲汗出而不得汗,而出现无汗、恶寒发热症状;肺开窍于鼻,主肌表皮毛,外感六淫之邪从皮毛或口鼻而入,势必会影响肺之宣降功能,肺气上逆或郁闭,则出现流涕、喷嚏、鼻塞、咳嗽、喘息之症。根据《伤寒论》“太阳之为病,脉浮,头项强痛而恶寒”及“鼻鸣干呕”等相关条文描述,胡老指出但凡因外邪侵袭人体,正气奋起抗邪,交争于体表而出现发热恶寒、身疼痛、无汗出、鼻塞、流涕喷嚏、脉浮紧等症状^[8],即为太阳病。小儿“肺常不足”,常因外邪侵袭而诱发哮喘,在哮喘急性发作状态下,以鼻塞流涕,咳嗽喘息,恶寒发热为主要表现,实为病位在表,病性属阳之表阳证,即太阳病,故治疗上以发汗解表为主,临证中常用麻黄汤类方解表祛邪。

2.2 从少阳辨治 “肝常有余”是小儿正常的生理特性之一,正常情况下,肝为刚脏,喜条达恶抑郁,在志为怒,主疏泄,体阴而用阳,肝体得阴血滋养,使有余的肝气(阳)不至于过亢,才能正常发挥其调畅情志的作用,故小儿常表现出哭、怒、笑、乐等情志活动。由于小儿形质及脏腑功能均不完善,易受外邪、情志、饮食、劳倦等外部因素影响,消耗本就不足的肝阴肝血,使得肝阳肝气相对偏盛,而出现病理性的“肝常有余”。如有余之肝气升发异常而致疏泄不及或太过。疏泄不及,致肝郁气滞,表现为胸闷气短、情绪抑郁;疏泄太过,则肝火上炎表现为急躁、易怒。故朱丹溪云“小儿易怒,肝病最多”。从经络而言,足少阳胆经和足厥阴肝经相互属络而构成表里关系,其在生理及病理方面均相互影

响、相互为用。胸胁为少阳经脉循行部位,少阳主枢,主气机升降,胆降肝升,运转枢机。若肝阴肝血不足,肝胆升降失衡,枢机开阖不利,肝不升而肺不降,肺气上逆,出现咳喘;肝失疏泄,气机失调,气滞津停,聚成伏痰,痰气搏结气道,发为喘息。胡老认为少阳病的病机实质是半表半里的阳证,由于半表半里为包括心、肝、脾、肺等胸腹腔内诸脏器之所在,病邪郁结于此,往往引起这些脏器出现异常反应^[9]。因小儿“肝常有余”,笔者临证中发现小儿哮喘急性发作期容易因邪热郁少阳,枢机不利而引起胸腹腔内脏腑失和而出现咳喘、胸胁满闷、烦躁易怒等症状,病位在半表半里,病性属阳之少阳病。治以和解为法,方选小柴胡汤加减。

2.3 从阳明辨治 小儿本就处于“阳气多,阴气少,阳气占主导地位”的阴阳相对平衡状态。叶天士在《幼科要略》中说“襁褓小儿,体属纯阳,所患热病最多”。小儿一旦患病,病邪易从热化,阳热易偏亢盛,热病最多。外感病发展过程中,邪入阳明,正邪交争,致邪热亢盛,弥漫全身,见身大热;邪热炽盛,迫津外泄,则大汗出;热灼津伤,则口渴;邪热扰心而出现心烦、面赤;若热盛或汗出伤津,而热邪与肠中燥屎互结,腑气不通,则出现腹满硬痛,大便秘结等症状。《灵枢·本输篇》曰“肺合大肠。大肠者,传导之府”。肺气肃降,帮助大肠传导肠中糟粕;反之,若大肠积滞不通,也能影响肺气肃降功能,肺气上逆而致喘咳胸满。正如《素问·五脏生成篇》所云“咳嗽上气,厥在胸中,过在手阳明、太阴”。说明哮喘发作时,会伴随着胃肠道功能失调的表现。《伤寒论》第179条“阳明之为病,胃家实是也。”第182条“问曰:阳明病外证云何?答曰:身热,汗自出,不恶寒,反恶热也”。胡老对上述《伤寒论》相关条文进行概括总结:所谓阳明病,即邪热结于里的阳证。里,系指胃肠消化道管腔诸脏器所在之地。若热结成实,则即有胃家实的症状反应;若热而不实则只见身热、汗自出、不恶寒反恶热的外证^[10]。笔者发现哮喘急性期的部分患儿除喘促、痰鸣外,会伴有发热、口渴、心烦、大便秘结、小便黄等症状,因邪热结聚于里而引起诸症候,病位在里,病性属阳,辨六经为里阳证,即阳明病。治宜清、下之法,临床常以白虎汤或承气汤类方进行加减。

3 哮喘常因痰瘀起,治疗重视化痰瘀

明代张景岳在《景岳全书·喘促》^[11]中说“喘有宿根,遇寒即发,或遇劳即发者,亦名哮喘”。首先提出哮喘“宿根”的概念。《丹溪心法》^[12]言“哮专主于痰”,可见痰饮实邪是哮喘发病的内因之一。《素问·经脉别论篇》^[13]云“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行”。津液的运行输布与肺脾肾三脏密切相关,小儿肺脏娇嫩,脾常不足,肾常虚。人体水液正常代谢为肺脾肾三

脏所司,肺为水之上源,脾胃乃水谷之海,肾主人身水液,若三脏功能失调,则致水液代谢失常,痰浊内生^[14]。《素问·脉要精微论篇》云“肝脉搏尖而长,色不青,当病坠,若搏,因血在胁下,令人喘逆”。可见引起哮喘另一内因为瘀血内停^[15]。哮喘急性发作多见于凌晨或夜晚,也符合瘀血致病特点。《血症论》^[16]所说“病痰者,必病瘀血”。痰浊内阻,阻滞气机,血行不利,气滞血凝,瘀血内停。痰瘀在体内相互转化,互为因果,最终以痰瘀互结的状态共存。一旦伤食、七情、外感等外因刺激机体,触动内因之痰饮、瘀血,阻于气道,使肺失宣降、肺气上逆,进而诱发哮喘。因此,认识到痰瘀为哮喘内因宿根,对于指导辨证治疗有重要意义。

4 临床病机多复杂,治疗六经参机变

鉴于小儿特殊的生理病理特点,机体功能相对亢进,正气不虚,临床中小儿哮喘急性发作期以阳实热证为多见,辨证以阳证居多。喘之“宿根”是痰饮内伏,痰既形成,伏于体内,积久必致瘀血,故哮喘发作期需重视痰瘀辨治。故急性期的辨治原则为在表者以汗法治之,在里者以清、下法治之,在半表半里者以和法治之,全程重视活血化瘀,温化伏痰。

4.1 太阳阳明合病证 此类患儿多因外感风热,引动伏痰痰饮,痰热瘀血相互搏结,阻于气道而诱发哮喘,表现为喘促气急、咳嗽痰鸣、咯吐黄痰、夜间或清晨喘息加重、鼻塞喷嚏、流清涕,或恶寒发热,口渴,纳食一般,大便干结,小便黄,舌红苔黄,脉滑数。鼻塞喷嚏、流清涕、恶寒发热说明病位在表;口渴、大便干结、小便黄等消化道症状,说明病位在里。哮喘急性发作初期,起病急、病程短,患儿正气不虚,正邪激烈交争所产生的症状多表现为实热证,病性属阳。故应辨证为太阳阳明合病。喉间痰鸣及喘息症状夜间及清晨加重,归于痰瘀内阻。综上所述,此类哮喘属于太阳阳明合病兼夹痰瘀内阻范畴。治疗上常予麻杏甘石汤、苓甘五味姜辛汤合桂枝茯苓丸加减。3方均出自《伤寒杂病论》。麻杏甘石汤常用于治疗表寒轻里热重的咳喘证。方中麻黄发汗解表,宣肺平喘;生石膏清宣肺中郁热;苦杏仁降肺气之逆;甘草调和诸药。苓甘五味姜辛汤具有温肺化饮之功效,是治疗寒饮伏肺的主要方剂。方中干姜上温肺寒,运化津液,断其生痰之源;细辛温散寒饮之结,五味子收敛肺气;茯苓利水消饮;桂枝温化胸肺水寒之邪。桂枝茯苓丸具有温经通络、缓消癥块之功,在临床上多用于各种血瘀病证的治疗。方中桂枝温通经脉;赤芍凉血活血;桃仁、牡丹皮活血化瘀;茯苓健脾化湿,俾血利气畅则瘀血自消,诸药合用,共奏解表清里,温化伏痰,活血化瘀之功。鼻塞流涕明显者,加白芷、辛夷解表通窍;咳嗽黄痰明显者,加枇杷叶、瓜蒌子清热化痰,润肠通便;喘息明显者,加地

龙、苏葶散泻肺平喘兼通肺络。

4.2 少阳阳明合病证 此类患儿平素性格急躁易怒,喜食辛辣油腻之食而内生痰热,常因不良情绪或不节饮食刺激而诱发哮喘,临床多表现为喘促胸闷,干咳少痰,昼轻夜重,口干喜饮,汗多,烦躁易怒,纳食欠佳,大便秘结,小便黄,舌红苔黄,脉弦数。胸闷、烦躁易怒、纳食欠佳说明病位在半表半里,口干喜饮、汗多、大便秘结、小便黄说明病位在里,烦躁易怒、口干汗多,小便黄、大便结属热证,症状反应表现为阳证。故应辨证为少阳阳明合病。喘息发作昼轻夜重,提示瘀血内停,此类哮喘属于少阳阳明合病兼夹瘀血内阻范畴。治疗上予大柴胡汤合桂枝茯苓丸加减。大柴胡汤出自《金匮要略》,既可疏利肝胆之气滞,又可涤荡肠胃之实热。方用小柴胡汤和解少阳,因已见里实之证,故去参草之甘补;大黄配枳实,合承气汤之意,以泻阳明之实热;白芍配大黄酸苦涌泻,能于土中伐木,平肝胆之气逆;生姜和胃止呕。配合桂枝茯苓丸使用,共奏和解少阳,清泻里实,活血化瘀之功。烦躁易怒明显者,加炒栀子、玫瑰花清肝疏肝,纳食欠佳者,加焦三仙消积化滞。

4.3 三阳合病证 此类患儿平素体内痰热蕴结,复因外邪侵袭,外因引动内因而诱发哮喘。临床多表现为咳嗽喘息,声高息涌,喉间哮吼痰鸣,昼轻夜重,咯痰黄稠,鼻塞流涕,发热恶寒,无汗,胸膈满闷,烦躁易怒,身热面赤,口干,便秘尿黄,舌红苔黄,脉滑数。发热恶寒、无汗、鼻塞流涕说明病位在表;咯痰黄稠、身热面赤、口干、便秘小便黄说明病位在里;胸膈满闷,烦躁易怒提示病位在半表半里;痰黄、身热、烦躁易怒、大便秘小便黄均属于热性症状反应,整体表现为阳证,故应辨证为太阳阳明少阳合病。咳喘昼轻夜重,喉间哮吼痰鸣均说明痰瘀内阻之症。此类哮喘属于三阳合病兼夹痰瘀内阻范畴。治疗上予大青龙汤、葶苈大枣泻肺汤合大柴胡汤加减。大青龙汤出自《伤寒论》,为重用麻黄再加石膏、生姜、大枣而成,为发汗峻剂。倍用麻黄,佐桂枝、生姜辛温发汗散寒以启表闭,石膏辛寒,配麻黄解肌以开阳郁,亦可清热以除烦热;甘草、大枣和中以滋汗源。葶苈大枣泻肺汤出自《金匮要略》,方中葶苈苦寒滑利,开泻肺气,逐痰泻水;佐以大枣安胃补脾以杜痰源;配合大柴胡汤共奏发汗解表、和解少阳,清泻里实,涤荡痰瘀之功。鼻塞流涕明显者,加白芷、辛夷、败酱草通窍排脓;黄痰多者,加炒莱菔子、胆南星、紫菀清上利下,消痰导滞。

5 验案举例

患儿,男性,7岁,2020年3月8日初诊。主诉:确诊哮喘4年,咳喘2d加重1d。刻下见:发热,体温最高约40℃,伴畏寒,无汗出,咳嗽气促,胸闷喘息,昼轻夜重,咯吐黄痰,鼻塞流涕,心烦面赤,口渴欲饮,无

腹胀吐泻,精神纳食欠佳,大便秘结,小便黄。既往有“哮喘”病史4年,平时予吸入舒利迭治疗。既往有牛奶蛋白过敏史。母亲有哮喘病史。查体:精神稍差,呼吸促,可见轻微三凹征,咽红,双肺呼吸音粗,双肺可闻及呼气相延长哮鸣音,心腹(-),舌红,苔黄腻,脉浮数。中医诊断:哮喘(三阳合病兼夹痰瘀证)。西医诊断:哮喘急性发作。治法:解表和里,泻肺平喘兼以化痰祛瘀。予大青龙汤合大柴胡汤加减:生麻黄9g,桂枝9g,炙甘草6g,生石膏45g,北柴胡12g,酒大黄5g,枳实9g,黄芩9g,法半夏9g,白芍9g,生姜9g,大枣4枚,桃仁6g,白芷9g,辛夷花9g(包煎),葶苈子9g(包煎),紫苏子9g。2剂,水煎服,每次100mL,每日3次。2020年3月9日二诊:服药后汗出热退,咳喘大减,吐淡黄色痰液,鼻塞流涕,无胸闷气促,无烦躁口渴,精神纳食转好,大便稍干,小便正常。舌红,苔薄黄,脉滑数。刻下表证仍未解除,里热减轻,痰饮内停,故重在解表化饮,兼清里热,予小青龙加石膏汤加减:炙麻黄6g,桂枝6g,生姜9g,细辛3g,法半夏9g,炙甘草6g,白芍9g,五味子9g,生石膏30g,白芷9g,辛夷9g(包煎),黄芩9g,厚朴6g。2020年3月22日三诊:上药服3剂后,偶有咳嗽,咯吐少许白色泡沫痰,无喘息、鼻塞流涕症状,纳食稍差,二便正常。予续服7剂二陈汤健脾化痰,理气和中。1周后患儿无咳喘,精神食欲可,二便正常。随访至今,未再复发。

按:本案患者发热畏寒、无汗出、鼻塞流涕、脉浮,符合表阳证特点;胸闷、精神稍差、食欲欠佳为半表半里阳证表现;心烦面赤、口渴欲饮、大便干结、小便黄为里实热证表现;咳吐黄痰且咳喘症状昼轻夜重,符合痰瘀致病特点。综上所述,此案属于太阳阳明少阳合病兼夹痰瘀内停证,为大青龙汤合大柴胡汤加减适应证。二诊时,患儿热退后喘咳大减,无胸闷心烦,精神

食欲转好,提示半表半里阳证已解,伴有鼻塞流涕及黄痰症状,为表邪未完全解除,尚有痰热内蕴,故调整方剂为小青龙加石膏汤,解表化饮兼清里热。3剂后仍有少许咳痰,胃纳未完全恢复,三诊予二陈汤加减化痰和中调理巩固,后期随访,未再复发。

参 考 文 献

- [1] 胡亚美,江载芳,申昆玲,等. 诸福棠实用儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:706.
- [2] 赵彩霞. 支气管哮喘发病机制的研究进展[J]. 医学伦理与实践,2016,29(7):870-872.
- [3] 中华医学会儿科学分会呼吸学组. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南(2016版)[J]. 中华儿科杂志,2016,54(3):167-181.
- [4] 吴迪. 支气管哮喘治疗现状及进展[J]. 医学综述,2013,19(4):664-667.
- [5] 杨祎,姜明燕. 儿童支气管哮喘药物治疗研究与进展[J]. 系统医学,2019,4(2):193-195.
- [6] 郑洪新,杨柱. 中医基础理论[M]. 北京:中国中医药出版社,2021:21.
- [7] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:12.
- [8] 冯世纶. 经方的表阳证[J]. 中国医药学报,2002,17(12):752-755.
- [9] 冯世纶. 经方的半表半里阳证[J]. 中国医药学报,2003,18(4):240-243.
- [10] 冯世纶. 经方的里阳证[J]. 中国医药学报,2003,18(2):113-115.
- [11] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京:人民卫生出版社,2007.
- [12] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [13] 田代华. 黄帝内经·素问[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [14] 边安政,张桂菊. 小儿哮喘湿邪辨治古今探微[J]. 中国医药导报,2020,17(1):134-137.
- [15] 李磊,王蕾. “治痰四法”论治难治性哮喘[J]. 中国药物与临床,2016,16(7):998-1000.
- [16] 唐宗海. 血证论[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.

(收稿日期2022-06-11)

(上接第78页)

- [10] Tomas Urbina, Martin Bruun Madsen, Nicolas de Prost. Understanding necrotizing soft tissue infections in the intensive care unit[J]. Intensive Care Med, 2020, 46(9):1739-1742.
- [11] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:1269-1308.
- [12] 孙旭. 浅淡坏死性软组织感染[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2020, 13(6):441-444.
- [13] T Goh, LG Goh, CH Ang, et al. Early diagnosis of necrotizing fasciitis[J]. Br J Surg, 2014, 101(1):119-125.
- [14] 高秉钧. 疡科心得集[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:1-93.
- [15] 王缙,莫清莲,张岚,等. 中医外科刀针疗法的祛邪理论及其应用浅析[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(8):3802-

3804.

- [16] 姜伟华,陈伟伟,夏成勇. 中西医结合辨治内陷病经验探析[J]. 中国中医急症, 2019, 28(6):1105-1108.
- [17] 范丁文,朱丹,张亮亮,等. 放射状多切口挂浮线引流术治疗肛周坏死性筋膜炎的疗效分析[J]. 中华普通外科杂志, 2020, 35(8):657-658.
- [18] 王微,高原,梁建国,等. 托疮生肌法在肛肠外科中的应用进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022, 28(1):136-138.
- [19] 陆拯. 中药临床生用与制用[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:168-169.

(收稿日期2022-08-20)