

· 名医精华 ·

朱锦善学术思想浅述

● 罗光亮¹ 何 微¹ 林国彬² 刘喆雯³

关键词 儿科;学术思想;朱锦善

朱锦善教授是全国著名中医儿科专家,对中医儿科学术史、中医儿科理论学说、中医儿科各家学说有深入的研究,同时又具有丰富的临床经验,倡导辨证弃型、脾主困、温病学说源于儿科等学术主张。作为学生,笔者有幸多年跟随左右,现将其学术思想整理如下。

1 治学求本

“本”的词意,词典解释为:树根、树干、根源、主要的。治学求本是朱锦善教授的学术主张,也是他的学术作风。朱教授主张,研究一门学问、一个学说、甚至一个小问题,都必须从源到流、系统地梳理,弄清来龙去脉、弄清核心问题,忌片面拾掇、断章取义,这样才能获得真学问。在从医五十多年的历程中,他知行合一,这样主张,也这样力行。他认为,中医儿科之本,包括三大内容,即:中医儿科学术史、中医儿科理论学说、中医儿科各家学说。朱教授用了大半生的精力,系统地梳理

总结了这三大课题,写成了《儿科心鉴》。

朱教授系统而深入地总结了中医儿科学术发展史。内容包括中医儿科学的起源、奠基、形成和发展;采取儿科史与内外妇其它各科史合参、医史与政经文地志各史合参的方法。这部儿科学术发展史是迄今篇幅最大、资料最翔实、研究最深入的中医儿科学发展史,第一次从学术角度研究中医儿科学发展史、开创从学术发展脉络研究中医学史的先河^[1]。通过研究发现:中医儿科学术史先融合于中医史发展,后既融合又独立地发展;《小儿药证直诀》是儿科之鼻祖,《颅凶方》《伤寒论》是儿科临床之源;脏腑辨证为钱乙所创,是儿科对中医的重大贡献;温病学说源于儿科。

儿科有许多特有的、不同于其它学科的理论学说,如变蒸说、纯阳说、脾常不足说、指纹说、惊风说等,鉴于这些学说零碎地分散于各医史文献中,朱教授从八十年代初即开始整理,并陆续发

表在各种杂志上。概括起来,这些学说包括:小儿禀赋学说、小儿胎教学说、小儿变蒸学说、小儿体质学说、小儿养护学说、小儿生理学说、小儿病因病理学说、小儿脾胃学说、小儿诊法学说、小儿治法学说、小儿推拿学说、小儿疳证学说、小儿惊风学说、小儿温病学说。朱教授对其中每一个学说进行了全面系统的研究,首次梳理了这些学说的历史源流以及学术争鸣,第一次系统构建中医儿科学术理论体系框架。特别是小儿变蒸学说、小儿惊风学说、小儿温病学说等提出了自己的创见;对小儿脾胃学说更是拨乱反正,提出了脾主困是小儿脾胃的基本病理的观点。

对于中医儿科各家学说,朱教授遴选了古今中医儿科领域最具影响的 29 位儿科大家:秦越人、巢元方、孙思邈、钱乙、刘昉、陈文中、杨士瀛、曾世荣、鲁伯嗣、薛己父子、万全、张介宾、王大纶、秦昌遇、冯兆张、夏鼎、谈金章、熊应雄、谢玉琼、陈复正、叶桂、沈金鳌、吴塘、程康圃、徐小圃、王伯岳、董廷瑶、江育仁。总结了其临证经验、学术贡献和历史影响,属第一次全面系统地研究中医儿科

• 作者单位 1. 广州中医药大学深圳医院儿科(广东 深圳 518034);2. 广东省深圳市宝安区中医院儿科(广东 深圳 518000)3. 河南中医药大学(河南 郑州 450008)

各家学说。

2 辨证弃型

关于“辨证分型”,国内有许多医家持异议。朱教授在《中国中西医结合儿科学》杂志 2009 年第 5 期上发表《请大家关注辨证论治》一文^[2],论述了“辨证分型”的由来及影响。“辨证分型”是上世纪 60 年代末“中西医结合”的产物。那时医界大规模推行西医学中医、中西医结合,可能鉴于中医理论玄奥,于是参考西医对疾病分型分期的方法,将中医辨证论治演变为辨证分型,西医辨病中医分型也就写入教材,大家也似乎觉得这样做更规范易掌握,因此就成了当今的定势。名老中医关幼波是著名肝病专家,当年曾风行为老中医建立电子计算机系统总结老中医专家经验,对关老的肝病辨证论治整理出 280 多个证型,关老说还未包括完全。可见,一个疾病分三五个、七八个证型是远远不够的。朱教授认为“辨证分型”是对中医辨证论治的肤浅化、简单化、固定化、程式化,是对辨证论治的曲解和阉割,成了禁锢在辨证论治上的枷锁,是辨证论治的异化。最关键的问题是:辨证分型不能全面、准确、细致、灵活地反映中医对临床的认识,不符合临床实际,不能达到中医的真正疗效。

朱教授认为必须破除“分型”的框框,回归到“辨证论治”上来。要打破这个模式,就等于彻底改变 50 年来几代中医人的思维方式。那么又该如何立新?教材怎么写?临床怎么做?在张奇文、朱锦善新著的《实用中医儿科学》中尝试解决这个问题^[3]。朱教授认为“证治条辨”是中医传统的思

维模式,《伤寒杂病论》《温病条辨》等等都是这种形式。这种形式有几大好处:一是通过对一条一条证候辨识,能较全面反映该疾病的临床证治,有常证也有变证,体现病变规律与辨证思维;二是信息量大,可以尽可能多地把该疾病临床所见的常证与变证列入,尤其是一些特殊的变化,远远超出“分型”的那几个“证型”,小的病也有 10 几条,中型的病一般 20 条左右,大病则超出 30 条或更多,较充分反映临床情况;对每条冠以病机的概括作为条文小标题,比如“风寒束肺”,不用“风寒束肺证”,把“证”字去除,也就淡化或去除分证论治的思维模式,这个病就通过证治条辨活起来了。这自然而然就破除了“分型”模式,跳出这个框框,进入辨证思维。

朱教授认为临证时,根据中医传统思维,有步骤地进行症状和病机的辨识。“症状识辨”是对该疾病的全部症状进行采集与辨别。这是中医临床的基本功,症状的仔细观察与分析就是中医的化验单和理化影像依据。这方面弱化了就等于中医的临证能力弱化了。强调“症状识辨”,就是加强辨证论治思维,提高辨证论治意识。进行“症状识辨”时,首先要全面而正确地收集四诊信息,要按顺序进行详细检查,逐项进行,要结合患儿体质类型、地域特点、季节气候特点甚至运气学说进行采集;其次要对四诊信息正确分析、合理取舍。四诊信息中,症有真伪之别、主次之分,通过症状识辨,鉴真伪、别主次,这样,就可以得到正确的“证”。“病机辨识”,就是辨识证或病总的发展规律,以把握疾病的发生发展转归。

“症”是孤立的症候,“证”是一组相关联的症候的集合,而一系列有规律的证的串联则构成病,故证是疾病进程中的某一断面、某一阶段。临证时,病人向我们主诉的是“症”,而我们最终必须弄清楚的是患者目前是什么“证”或“病”,及其发生、发展、转归的规律,这就要求正确的病机辨识。中医早有“知肝传脾”的理论,《伤寒论》非常重视证的传变,每一经辨证都论述了有关证的传变、转归情况。正确的病机辨识,可以准确把握证的发展、传变和转归,否则就难以推断其轻重进退,给诊断治疗带来不确定性。

3 脾主困

朱教授认为脾主困是脾胃的基本病理。

朱教授对脾主困的研究,可追溯到 30 多年前。1983 年他在《中医杂志》发表了《万密斋脾胃学术思想评介》一文^[4],提出“脾主困”之说,对脾主困的学术渊源、学术内涵、学术价值与临床意义作了深入探讨,因而脾主困学说得到了广泛的认同,《中国中医发展五十年》一书对此也予以充分肯定。

“脾主困”首见于北宋钱乙的《小儿药证直诀》中,然而后世医家张洁古《医学启源》将“脾主困”易为“脾主湿”后,“脾主困”被淡化,因为张洁古的《医学启源》影响太大了。“脾主困”虽然在明代《证治准绳》与万全的《幼科发挥》中有所提及,但终究被遗忘。什么叫脾主困?脾主困的含义是什么?历代医家对此未予充分认识,大多都从直观的意义上去理解,即困者晒也,谓困睡倦怠之意,是指病证而言。其实,从钱

乙的原文来看,“实则困睡、身热、饮水,虚则吐泻、生风”,更多是指病理。《素问·脏气法时论》云:“脾病者,身重、善饥、肉痿、足不收、行善契、脚下痛,虚则腹满、肠鸣、飧泄、食不化。”这应该是其虚实病理的理论依据。

朱教授认为:脾主困与《内经》所提脾主运是相对而言的。脾主运是言其生理功能,脾主困则是谓其病理。脾困既有实证又有虚症,而且就脾胃的燥湿、升降、纳化的三大机能而言,任何一个环节出现障碍都会导致脾困而失运。因此脾主困是对脾胃病理状态的最好的概括,而脾主湿仅仅是其中一个方面^[5]。钱乙创益黄散(诃子、陈皮、青皮、炙甘草),方中无一味健补脾胃之品,却名曰益黄(亦名益脾散),治脾虚久泻不愈之症。其组方意义,即在于解脾困,即芳香醒脾,振奋脾阳,行气运脾,收敛止泻。这就是“脾主困”理论的具体运用,无论虚实,振奋醒运脾胃是首务。基于脾困的原理,将桂枝汤运用于临床,许多疾病迎刃而解,如:①用于治疗小儿积滞。小儿积滞多因喂养不当,脾胃受困所致,完全的虚证少见。桂枝汤健运脾胃有独特之功,桂枝汤最能通阳,即桂枝配甘草温通脾胃之阳。阳气为动力,则困能醒,滞能行,运化启动,气机畅达。可加枳壳、鸡内金之属。②用于治疗小儿腹泻。因夏时小儿恣食生冷,外寒直中脾胃,中阳受伤,脾胃困顿,清浊不分,发为腹泻。此时用藿香正气散尚嫌其表散太过,而桂枝汤振奋中阳,发中有收,运脾解困,既温里寒又散表寒,温而不燥,恰到好处。③用于治疗小儿咳喘。因小儿咳喘日久,肺失宣降,脾胃困

顿,痰湿不化,此时用桂枝汤振奋脾阳,运脾解困,可化痰湿于无形,止咳喘于无声,可伺机加二陈、苇茎之属。

4 温病学说源于儿科

温病多见于传染病,在儿科最多见。因为小儿“稚阴稚阳”之体,气血未充、腠理疏松、卫气不足,所以相对于成人,小儿更容易感染。自古小儿病有痧痘惊疳之说,其中四分之三都是温病。即便是在科技发达、疫苗大规模使用的今天,感染性疾病仍然是儿科的主要疾病。小儿感染性疾病如此之多,故与温病学说产生密切相关。对温病学说贡献最大的几位医家都是儿科高手,如叶天士就是祖传五代的儿科世医,他唯一手订之书《幼科要略》,即是以春夏秋冬四时病症为纲论述小儿病症,说的即是小儿温病。后世医家章虚谷、王孟英将该书的冬寒删去,留下春温、夏暑、秋燥,易名《叶香岩三时伏气外感篇》,王孟英云:“此书虽为小儿说法,大人岂有他殊。故于《温热论》后附载春温夏暑秋燥诸条,举一反三,不仅为治幼之慈航矣。”《外感温热论》(由叶天士口述门人记录)中所云“温邪上受,首先犯肺,逆传心包”,正是小儿外感热病普遍的发病规律,而被认为是温病之提纲。因为温病范畴的绝大部分疾病都好发于小儿,因此祖传儿科的叶天士常年大量诊治儿科疾病必与麻疹诸症的实践密切相关,这也是他学术升华的根基与源泉。另一位温病大家吴鞠通,也是儿科高手,千百年来小儿体质学说的争鸣到他的《温病条辨》才总结为“小儿稚阴稚阳之体”,与叶天士强调的“小儿体禀纯阳”

共同而完整地构成了小儿的生理特点,正因为小儿这易于化热,以及易伤阴液亦易伤阳气的病变规律与温病一体相通。朱教授认为,温病学说的产生与发展,是中医在瘟疫大流行“古方不能治今病”状态下的一次突破,温病学说创立了卫气营血的辨证论治纲领,是山重水复后的柳暗花明。因此温病学说是儿科为中医发展树立的一个里程碑,是儿科对中医的重大贡献^[6]。

朱教授认为疏泄透达、通络逐邪是治温之要。正如叶天士所讲:“辨营卫气血与伤寒同,若论其治法与伤寒大异也。”治法如何大异?朱教授认为:“我的领会就是疏泄透络,疏邪外出,这是温病治法之要,也是温病学说的精髓所在。”通观各温病著作,治法都反复强调疏泄透达,逐邪外出。吴又可更明确指出:“殊不知承气本为逐邪而设,非专为结粪而设也。”实为开门祛邪之法。但如何透达逐邪?叶天士讲了总则:“在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气,入血直须凉血散血。”这就是说,无论在温病的哪个阶段都要疏泄透达,逐邪外出。因为卫气营血皆有络,脏腑经脉皆有络,温病邪热入内就导致络闭,正如叶天士所言:外热一陷,里络就闭,因此温病除卫气营血的传变规律外,就是闭络,所以要根据病邪在哪一个部位哪一个阶段疏泄通络,逐邪外出。

5 法系稚阴稚阳

朱教授认为“稚阴稚阳”是小儿的主要生理特征,是小儿的主要病理基础,是儿科理法方药的思维指南。

小儿外感,主张寒热并用、表

里双解。小儿“稚阴稚阳”之体,易于感触也易于传变。古有小儿无伤寒之说,并不是小儿无伤寒之证,而是小儿感邪(可寒热并感)之后易于化热入里,变化迅速,而无《伤寒论》之六经传变之明显时日特征,一旦受邪就多寒热互见、表里同病。因此必须适时抓住病机,予以疏解。以表证为主的宜辛温辛凉并用,偏于表寒用荆防葱豉汤(荆芥、防风、羌活、苏叶、白芷、葱白、淡豆豉、薄荷、竹叶、黄芩、芦根、甘草),偏于表热用银翘散加减(银花、连翘、淡豆豉、牛蒡子、竹叶、防风、大青叶、黄芩、薄荷、荆芥、芦根、甘草),寒热俱重郁表者用荆防与银翘合方加减。一般来说辛温解表者,轻用荆防,稍重加羌活,更重加麻桂;辛凉解表者,轻用桑菊,重则银翘,更重用蒲公英、大青叶、鱼腥草之类。薄荷、竹叶、牛蒡子、蝉蜕、芦根皆疏邪之品,宜加之。若是夏月感触暑湿,可用加减二香散(香薷、藿香、银花、连翘、黄芩、竹叶、滑石、甘草)。流感重症、化脓性扁桃腺炎、手足口病以及其他感染性疾病等,寒郁热重者可用银菊解毒汤(银花、连翘、板蓝根、薄荷、菊花、荆芥、羌活、黄芩、生石膏、甘草),夹湿加苍术、滑石、藿香。

小儿泄泻,宜适时止泻。“与见咳不能止咳不同,小儿泄泻则宜适时止泻”。朱教授认为,小儿“稚阴稚阳”之体,肠胃薄弱,脾常不足,初离母腹就靠乳汁喂养,最易为乳食所伤导致疾病。若不及时控制,就可能导致娇嫩的脾胃大受伤害,若久泻不愈,导致疳症还会影响生长发育。其认为在辨证论治基础上

适加止泻之品能较快控制病情,促使病情向愈,如急性泄泻加诃子、石榴皮、乌梅之类,又如慢性泄泻还可加赤石脂、禹余粮之类。朱教授认为诃子、石榴皮、乌梅等虽然收敛止泻,却不致留邪。而且在辨证论治的基础上适加止泻药物,可相辅相成,相得益彰。朱教授常用小儿久泻三方,即参苓白术散、七味白术散、益黄散,三方亦即三大法。参苓白术散健脾而兼淡渗利湿,用于久泻脾胃虚弱湿邪未尽者;七味白术散健脾而兼芳化升提,用于脾虚而气机下陷者;益黄散辛香醒脾收敛,用于久泻脾虚溃败之证。朱教授认为,久泻初期脾虚湿滞,宜健脾渗利,用参苓白术散;若仍不愈,可改用七味白术散健脾升提、芳香醒脾化湿;若仍不愈,再用益黄散固涩收敛行气醒脾^[7]。

小儿汗证,表虚内热常见。朱教授认为,小儿汗证不可拘泥于“自汗盗汗属阴属阳”之论,应从虚实论治^[8]。对小儿而言,无论自汗盗汗均有虚实之证,而且表虚内热居多。小儿刚入睡之后,可有头部或颈部微微汗出,不会湿衣,这是正常现象。这是因为小儿“稚阴稚阳”,入睡之时,阳潜于阴,有些许阳浮阴泄,亦属正常。若大汗出,湿衣湿枕,头发亦湿,汗出一二小时或更长时间,汗出如淋,则是不正常状态,应予调理。这类小儿白天也易动则汗多,天气转暖热之季更是如此。大多属表虚内热,小儿往往兼见唇红便干、睡不安稳、或翻滚、或磨牙、或梦吃惊叫,汗出当风则易感冒,宜清解固表,如当归六黄汤,不可一味用玉屏风之类,以免助热。

关于治疗用药原则,朱教授指出,“治小儿与大人无异,唯小其剂

量而已”的观点是不正确的。小儿的用药剂量虽小于成人,但由于小儿“稚阴稚阳”之特点,疾病的发生及传变规律与成人大不相同,用药亦有其特点。小儿的治疗宜轻灵活泼,忌重滞峻烈;应注意顾护胃气,健脾重在助运,用药中和;在治疗小儿疾病时,对于发散、峻烈、大辛、大热、大寒的药物,剂量宜慎且宜暂用不宜久用;调补疏理之药物用量适中即可;清热解毒药物的用量在适当的范围内可大些,如银花、连翘、蒲公英、紫花地丁等药物对脾胃的伤害不大;应注意药物配伍的气味,或酌量添加矫味药物或改善喂药方法;尽量不追奇求异,不用大方、奇方,一般以十味药物上下为限,考虑对病情的恢复与体质的伤害进行加减,以求得最佳的疗效。另外,可运用不同剂型,内外合治;因推拿外治法实用且副作用相对较少,患儿容易接受,应多使用。

参考文献

- [1]朱锦善. 儿科心鉴[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:3-305.
- [2]朱锦善. 请大家关注辨证论治——论拯救与发展中医儿科学之本[J]. 中国中西医结合儿科学,2009,1(5):428-431.
- [3]张奇文,朱锦善. 实用中医儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:108.
- [4]朱锦善. 万密斋小儿脾胃学术思想评介[J]. 中医杂志,1982,20(6):7-9.
- [5]朱锦善. 钱乙的脾胃观及其在脾学说上的贡献[J]. 江西中医学院学报,1988,1(1):7-10.
- [6]朱锦善. 儿科临证 50 讲[M]. 北京:中国中医药出版社,1999:474-480.
- [7]朱锦善. 论小儿脾胃特点及其临床应用[J]. 江西中医药杂志,1986(6):1-3.
- [8]朱锦善. 小儿汗证宜从虚实论治[J]. 中医杂志,1993,31(9):520-521.

(收稿日期:2017-08-24)

(本文编辑:金冠羽)