李兴永儿科学术思想探析

□李 君 李 宁

李兴永1964年师从全国名老中医、河南中医学院儿科系教研主任黄明志教授，深得黄明志真传。李兴永学成出师后，回到故乡平顶山，他把“好生之德，助人长寿”的为医宗旨升华到全心全意为人民服务的境界。李兴永竭诚尽智、造福婴幼，全身心地投入中医儿科事业，被患儿家长亲切地称为“儿童健康守护者”。李兴永从医半个世纪以来，不仅治愈无数患儿，更是桃李满天下，将自己的学术思想临证经验无私地传授给学生。对于儿科患者，他一直坚持：对于疾病整体应该“治未病，重养护”；一旦发生传变，辨证思路要“调脾胃，司升降”，论治要点“理气机，顺趋势”，应用药物方面“善配伍，煮散剂”。

治未病，重养护

李兴永认为：中医的核心思想在治未病，重中之重是未病先防，小儿机体娇嫩、抗病能力差，一旦受邪调治失误，会瞬间由腠理入脏腑，预后难料。李兴永一直遵循《黄帝内经》思想：“故邪风之至，疾如风雨，故善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏。治五脏者，半死半生也。”李兴永一直告诫患儿家长，对于小儿疾患养护重于治疗，要顺应自然规律，穿衣、饮食、运动均要适度。在诊室里，挂着李兴永书写的条幅“要想小儿安，常带三分饥与寒”，意思是说家长要想孩子平安、健康、少生病，就不要喂得太饱，不要穿得太暖，如此才能不生积热（内热）。“无内热不受外寒”，小儿无内热时，即使天气变化，一般也不易发病。

调脾胃，司升降

李兴永常说：“病好治，证难辨。”特别是小儿内无七情六欲之刺激，外无大风大寒之相侵，多是先天不足或后天喂养不当造成的，病情变化细微，故而临证之时，多从脾胃方面着手。李兴永说：“脾胃不仅是生病的源头，还是患儿病愈的关键。”因为喂养不当，所以导致疾病丛生。治疗疾病所用的药物必须靠脾胃的充分吸收才能发挥其治疗作用。在调理脾胃用药方面，李兴永遵循《颅囟经》“三岁以内，呼为纯阳”和《小儿药证直诀》“小儿纯阳，无烦益火”之说，认为小儿生长、发育旺盛，其阳气当发，生机蓬勃，为纯阳之体；故而在发病过程中，表现热病症状的概率较高，但由于寒凉药物易阻遏阳气，影响脾胃运化，因此治疗上不宜用寒凉药，要多用温热药；比如黄疸之患，发为湿热之象。究其原因，李兴永认为热因湿蕴所生，湿由脾虚而化，虚乃寒中所伤；故温中则寒去，寒去则脾健，脾健则湿化，湿化则热消。虽为热象，但以温中健脾为本。李兴永经常劝诫年轻医生治病必求于本，不能一味“见热治热”。对于小儿哮喘之疾，李兴永认为疾病最终大多由于医生初期用药“过于寒凉”所致，应该遵循张仲景“夫痰饮者，当以温药和之”的理论。另外，李兴永特别反对小儿过度输液，认为输液是寒凉之类的药物直接进入体内，会大量损伤机体阳气，破坏小儿纯阳之体，导致疾病丛生。

理气机，顺趋势

在治疗原则上，李兴永受《道德经》影响较大，认为中医和道家思想联系密切，治病思路需要遵循道家思想的“顺势而为”。《黄帝内经》和《伤寒杂病论》思想和《道德经》是一脉相承的。比如《黄帝内经·素问》关于治疗原则的论述：“其高者，因而越之；其下者，引而竭之；中满者，写之于内；其有邪者，渍形以为汗；其在皮者，汗而发之；其剽悍者，按而收之；其实者，散而泻之。”因此，在治疗原则方面一定要顺势而为。他经常告诫大家要多读经典书籍，会读经典书籍，比如《伤寒杂病论》不能一味地读条文，有时要跳出来看看，张仲景在条文后面8篇“汗”“吐”“下”三法，“可”与“不可”才是张仲景整个思想的灵魂，即“顺势而为”。在调理脾胃方面要特别重视脾胃自身的特性“脾升胃降”。比如脾胃的补泻方面，尤其强调对于胃虚之体，需要“补胃”之时并非需要用人参、黄芪之类，要顺应脏腑自身的特性，“承气”“三黄”之品对胃实和胃热来看也属“补益”之剂。

善配伍，煮散剂

李兴永充分发挥中医药在儿科的治疗优势，积极解决小儿应用中药方面存在的问题。例如，患儿家长煎煮不便，不易接受；中药剂量难控，浪费药材等方面的问题。李兴永积极推行儿科煮散，通过多年的临证经验，研制出了30多种儿科煮散剂应用于临床。在研制过程中，所有药均亲自服用过，对药味的反应一清二楚。由于用药量小，煎煮容易，配伍方便，小儿易服用，疗效好，深受患儿家长的信任。在李兴永的带领下，平顶山市中医医院儿科不断发展壮大。2005年，儿科被河南省中医管理局评定为河南省重点专科；2007年，被国家中医药管理局评定为“十一五”国家重点专科；2012年经，河南省中医管理局批准增挂平顶山市中西医结合儿童医院牌子；2013年，又被国家卫生健康委评定为“国家临床重点专科”。

（作者供职于河南省平顶山市中医医院）

中医人语

浅析“穿凿会通”理论体系

□周永志

“穿凿会通”理论体系的由来

“穿凿会通”理论体系是由穿凿理论和会通理论两个部分组成。穿凿理论的雏形是明朝医学家李梴在《医学入门》中讲的《五脏穿凿论》；而会通理论的出处，则是医圣张仲景在《伤寒杂病论》原序中所讲的“阴阳会通”。笔者在中医诊疗实践及研究中，发现二者相通，于是合二为一，命名为“穿凿会通”理论体系。

什么是《五脏穿凿论》

2017年，笔者参加广东省中医院组织的全国“杏林寻宝”活动，在与同行相互交流中，发现有几位老师不约而同地推荐了一个实用型中医指导理论——《五脏穿凿论》，认为该理论对于中医诊疗有非常好的指导性。笔者随即进行查询，发现这个理论来源于明朝医学家李梴写的《医学入门》一书，其以《五脏穿凿论》来注解三焦系统的妙用，阐述了脏腑互为表里之外。笔者顿悟，竟还有这样一种更加紧密的脏腑关系。有人推崇地讲，《五脏穿凿论》是《黄帝内经》核心遗失篇章，故而一直被医家珍藏，没有公之于众，时至今日，我们已经很难追溯《五脏穿凿论》的出处，可是这并不妨碍我们学习该理论。

《五脏穿凿论》的核心内容

心与胆相通，肝与大肠相通，脾与小肠相通，肺与膀胱相通，肾与三焦相通。在《五脏穿凿论》篇章中，没有明确提到心包和胃的相通关系，但讲到了命门（右肾）与胃相通，即“肾与命门相通，津液胃虚，宜大补右肾”，结合中医“心包即命门”的说法，可以推导出“心包与胃相通”的结论。

因此，我们就得出了《五脏穿凿论》的完整结论，即“肺通于膀胱，心通于胆，心包通于胃，脾通于小肠，肾通于三焦，肝通于大肠”。

如何理解“阴阳会通”

张仲景在《伤寒杂病论》原序中，对中医学体系进行了总结，讲“夫天布五行，以运万类，人秉五常，以有五脏。经络府俞，阴阳会通，玄冥幽微，变化难及。自非才高识妙，岂能探其理致哉”。这段话，除了“阴阳会通”一词，其他的都非常容易理解，如果把“阴阳会通”仅仅理解为阴阳相通，则不符合张仲景对于中医的高度概括和系统性总结，同时《伤寒杂病论》也就缺少一个中医的辨证系统。最初笔者不能理解“阴阳会通”一词的真实意义，同时对《伤寒杂病论》的学习，持有的态度则是术高无径，即虽然知道伤寒六经是好的中医知识，但是无法入门，更不要谈临床运用了。

笔者最初把《五脏穿凿论》引入中医导引术的研究，发现通过这个理论，可以对现有的导引功法，如对五禽戏、八段锦、易筋经、六字诀做出很好的解读，并且能够与中医康养体系精准对接。因此，笔者倍感《五脏穿凿论》的珍贵，便把《五脏穿凿论》深深地印入脑海。在一次会议上，笔者在演草纸上画出《五脏穿凿论》轮廓，并标注上经脉，突然发现竟是“一手一足、一阴一阳、一脏一腑”的对应相通关系，即手太阴肺经通于足太阳膀胱经，手少阴心经通于足少阳胆经，手厥阴心包经通于足阳明胃经，足太阴脾经通于手太阳小肠经，足少阴肾经通于手少阳三焦经，足厥阴肝经通于手阳明大肠经，这不就是手足、脏腑、阴阳的“交会相通”嘛！至此，笔者始明张仲景“阴阳会通”之本意。

由《五脏穿凿论》明了“阴阳会通”的真实本意，再以“足”为核心表述这六对相通的关系，即得出“太阳病体系、少阳病体系、阳明病体系、太阴病体系、少阴病体系和厥阴病体系”的伤寒六病体系，每一个体系，由两个相通脏器组成。把这个“一病两脏腑”的伤寒六经体系对应《伤寒杂病论》原文，发现其可以非常完美地解释伤寒条文，于是在《五脏穿凿论》和“阴阳会通”的基础上，伤寒“穿凿会通”理论正式成形。

《黄帝内经》中的“穿凿会通”

中医经典《黄帝内经》的《阴阳离合论》讲“太阳为开，阳明为合，少阳为枢”“太阴为开，厥阴为合，少阴为枢”，其中太阴、太阳为开，厥阴、阳明为合，少阴、少阳为枢，就体现出了“阴阳会通”中一阴一阳的相对应关系。

我们把手足配入开、合、枢，就组成了十二经完整的开、合、枢关系，如手太阴（肺）——足太阳（膀胱）、手太阳（小肠）——足太阴（脾）；手少阴（心）——足少阳（胆）、手少阳（三焦）——足少阴（肾）；手厥阴（心包）——足阳明（胃）、手阳明（大肠）——足厥阴（肝）。这样，《黄帝内经》完善的“开合枢”理论，既是“穿凿会通”理论体系的内容，也是伤寒六经的实质所在。

易经体系与“穿凿会通”理论的联系

《易经》作为中国哲学和文化的源头，其理论体系已经不能使用博大精深来形容了，应该说是“玄冥幽微”。纵观中国传统的自然科学，都受到了《易经》理论的影响。在传统中医学的形成和发展过程中，也受到了《易经》理论体系的指导，因此古人讲“不知易不可为医。”

《易经》体系，通过八卦与五行方位的对接，与中医的脏腑产生关联，从而形成了特有的脏腑关系图，并以此来指导中医发展。清朝王洪绪总结《易经》说“坎为水、离为火，艮坤属土、震巽属木、乾兑属金”，即坎为水属肾、离为火属心、艮为土属脾、兑为金属肺、震为木属肝，而巽亦为木，必然是对应心包。

《易经·说卦传》云：“天地定位，山（艮脾）泽（兑金）通气，雷（震肝）风（巽心包）相薄，水（坎肾）火（离心）不相射。”则阐释了“肺脾一体、心肾一体、肝心包一体”的关系。这与《黄帝内经》的“太阴为开、少阴为枢、厥阴为合”是一致的，是“穿凿会通”理论体系的基石，亦明确了伤寒六经体系左右同名脏腑的相互关系，如太阴肺与太阴脾属性关联、少阴心与少阴肾属性关联、厥阴心包与厥阴肝属性相关。《易经》体系所阐述的这种关系，与黄元御在《四圣心源》中阐释的“六气从化论”是一致的，这把“穿凿会通”理论体系与后世伤寒论思想研究，进行了有机的对接。

《易经》既是“穿凿会通”理论体系的基石，也是“穿凿会通”理论体系的基本构架。

（作者供职于河南省开封市中医院中医经典门诊）

跟师学医

王国斌治疗健忘经验应用

□车志英

健忘是指以记忆力减退、遇事易忘为主要表现的一种病证，多见于中老年人，但各个年龄阶段均可发病。健忘可由多种病因引起，常常伴有睡眠障碍和精神情绪改变。在老年人群中，健忘多为老年性痴呆（阿尔茨海默病）的早期症状；在中青年人群中，健忘往往与睡眠障碍和慢性疲劳综合征等相关。

辨证思路

第五批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师王国斌认为，健忘其病位在脑，与心、脾、肾密切相关。“人之神宅于心，心之精依于肾，而脑为元神之府、精髓之海，实记性所凭也。”《类证治裁·健忘》明确指出了记忆与脑的关系。

其病性虽为本虚标实、虚实相夹之证，但毕竟以虚证为主，虚由心脾不足肾精亏损，脑髓失充所致，实者主要责之于肝气郁滞、痰浊瘀血阻滞，上扰脑神清窍而发，尤其脾胃功能的盛衰，是主导健忘发病与否的关键病理基础。因此，辨治健忘时，王国斌提出老年治在心肾，壮年治在脾胃，无论中年、老年尤重交通心肾的治疗法则。正如《辨证录·呆病门》说：“夫心肾交而智慧生，心肾离而智慧失，人之聪明非生于心肾，而生于心肾之交也。”在临证时，医者常以归脾汤、孔圣枕中丹、酸枣仁汤、天王补心丹等方化裁。

典型医案

周某，女，30岁，2013年5月27日初诊，健忘不寐一年有余。患者自幼体弱多病，尤以体倦食少、心悸乏力为著。近一年来，患者经常忘东忘西，若老人之善忘，近事多不记忆。患者感到极度疲劳、心悸、烦躁、失眠，辗转于多家医院就诊，但起色不大，遂来笔者处就诊。经诊断，患者健忘不寐、心悸怔忡、虚热盗汗、体倦乏力、面色萎黄、大便头干尾稀、月经量多、色淡、白带稀、舌质淡、苔薄白、脉细弱无力。

思考问题

1. 患者健忘失眠，病位何在？

2. 患者健忘不寐、心悸怔忡、虚热盗汗、体倦乏力、面色萎黄、大便头干尾稀、月经量多、色淡、白带稀、舌质淡、苔薄白、脉细弱无力。其病性如？

3. 按照脏腑辨证，本案例应采用何法治疗？

治疗过程

初诊：炒白术12克，红参12克（先煎），黄芪30克，当归15克，茯苓12克，炒白芍12克，龟板15克（先煎），龙骨20克（先煎），远志10克，炒酸枣仁20克，木香6克，神曲10克，石菖蒲10克，炒麦芽10克，甘草6克。共7剂。水煎服，每日1剂。

二诊：患者自诉服药后效果立竿见影，可谓是“3剂而胃口开，7剂而善忘少、易醒除”，且诸症均有明显好转。原方连服20剂而愈。

问题解析

1. 精神活动，如意识、思维、记忆、情感等皆为脑所主，故病位在脑。同时，患者食少纳差、面色萎黄，说明病位与脾有关。

2. 患者体倦乏力、动辄尤甚，舌质淡、脉细弱无力，为气血两虚证的典型特征，气血不足、心脑失养，故健忘失眠。

3. “夫健忘者，常常喜忘是也。盖脾主意与思；心亦主思。思虑过度，意识不清，神官不职，使人健忘。治之之法，当理心脾，使神意清宁，思则得之矣”（宋·严用和《济生方·健忘论治》）。本案患者自幼体弱，脾胃不健，五脏皆虚，故治从心脾与肾；方用归脾汤益气补血、健脾养心，以固其本。同时，以孔圣枕中丸、宁心益智仁，交通心肾，故见效速捷。

王国斌通过多年的临床实践，在汲取前人的学术思想和临床经验的基础上，逐渐形成了自己的辨治特色，倡导青壮年健忘患者，调治脾胃；老年健忘患者，治在心肾，着重培补元气，防止变证、坏证的出现。

课后拓展

在诊断疾病前，我们不仅需要熟读脏腑辨证与病因病性辨证，还需要查阅健忘来源出处，以及与痴呆、头晕的鉴别，以及了解西医学对本病的认识、研究和进展。日常，我们在跟师过程中，应及时记录学习心悟，及时阅读相关古籍。

（作者供职于河南中医药大学）

诊疗感悟

从痰瘀论治头痛诊疗思路

□刘洪峰 陈有才 刘宜杭

头为“诸阳之会”“清阳之府”，又为髓海所在。凡五脏精华之血，六腑清阳之气，皆上注于头，若气血充盈，阴阳升降如常，外无非时之感，不会有头痛发生。因此，凡六淫外袭，或内伤诸疾，导致气血逆乱、瘀阻经络、脑失所养，都可以发生头痛，可将其归属于中医学头风、头痛的范畴。基于古代医家对本病的相关论述，笔者结合多年临证经验从痰、瘀论治头痛，如朱丹溪《丹溪心法·头痛》认为：“头痛多主于痰，痛甚者火多，有可吐者、可下者。”因痰致病，其痛甚，多引发呕吐的特点，明代著名医学家万密斋指出，偏正头风作宿疴，久而不已属痰多。头痛经久不愈，多因痰邪所致；清代医学家王清任倡导头痛乃瘀血之说，有血府逐瘀汤相关论述，头痛病机总为脑府阴阳失调、气血失和，临证首先须分清虚实，虚者有气血阴阳之分，实者有痰、瘀、湿、火、郁之变。头痛则常虚实夹杂，气郁血虚兼见，阴亏痰瘀交错。患者气血不和、脏腑功能失调、三焦气化不利为生痰之本；气道不顺，津液运行不畅，水液停蓄留湿，凝结稠浊，以致胶固成形而为痰。因病致瘀者，头痛迁延日久，邪气由气传血，由经传络，而络主血，脉络阻滞，则络中之血亦随之而瘀，可导致瘀血内停。因痰所致偏头痛时痰阻气机，亦可引起脏腑失和，血行不畅，经脉瘀滞。瘀血可引起头痛，又会影响和加重气机郁滞，所谓“血瘀必兼气滞”，气滞又影响津液代谢；况且痰本为津液所变，瘀乃血液凝滞而成，津血同源，可见痰瘀又可相互渗透，故有“痰瘀同源”之说，痰浊和瘀血可相互影响，且常杂合为病，此类型头痛常病程较长，难以速愈。

笔者通过多年的临床经验，对痰瘀有进一步的认识，认为病之即成，必由气及血，气不行则血也不畅，而气滞则痰生，气滞则血瘀，瘀痰交阻反过来又可以影响气道的通畅，血瘀日久又可化为痰水。

在治疗方面，笔者以活血化瘀、祛痰通络、痰瘀同治为总的论治原则，兼顾标本、祛邪佐以扶正，痰本为津液代谢失常所变生，治当改善津液代谢障碍；瘀是因血液凝滞而成，治宜通畅血液运行；而痰、瘀又均可影响机体气机正常运行，两者杂合致病，气虚者气愈虚，气机郁滞者则更甚，而气虚、气滞又影响津液代谢以及血液运行。在祛痰活血的同时，笔者根据患者个体因素给予健脾、补气、养血、安神等，概以缓急止痛为要务，而切忌“头痛医头，脚痛医脚”，单纯使用止痛药物。常用的方药有当归、川芎、丹参、地龙、茯苓、半夏、菖蒲等；治疗瘀血证擅用地龙、水蛭等虫类活血化瘀药，取其强大的“搜逐风邪”“通经络”之功，祛除停滞于经络血脉的瘀血痰浊，以达到止痛之目的。川芎具有活血行气、祛风止痛之功，又秉升散之性，能上行头目，为治头痛之要药。同时，配以当归、赤芍、丹参等缓和之品，既能行气化瘀又可补血，瘀血祛而新血生，祛邪而不伤正，对头痛经久不愈，如锥如刺，固定不移，舌暗或有瘀斑，脉涩等以瘀血偏重者效果甚佳。治疗痰浊时，笔者常用清半夏、石菖蒲、茯苓、苍术等祛痰健脾药，清半夏为治痰要药，善治肺胃湿痰以及经络之痰浊；石菖蒲辛温开窍，芳香而散；茯苓健脾利水，治痰之根本，对头痛不甚，而昏蒙眩晕较重，伴有胸脘痞闷、苔腻、脉弦滑等症状痰浊偏重者疗效好。头痛若伴有失眠者，可加炒酸枣仁、珍珠母；纳呆重者，加焦三仙。

治疗头痛，引经药的使用对发挥药效有一定的意义。根据患者头痛的部位，笔者选用柴胡、苍术、葛根、细辛、吴茱萸等引经药。运用痰瘀同治法施治，同时根据患者的不同临床表现随证加减，效果卓著。中医治疗的手段丰富，不仅限于中药，针灸、推拿、膏药贴敷、药浴、熏蒸等均可辨证选择用之。医者应在饮食上告诫患者，减少巧克力、咖啡，以及辛辣、腌制食品的摄入量，同时忌饮酒；在生活起居上，患者应少熬夜，起居规律，从而降低复发率，提高疗效。

（刘洪峰、陈有才供职于河南省郑州市金水区总医院，刘宜杭供职于河南中医药大学）

征 稿

您可以谈谈自己的看法，说说您对中医药发展和中医教育的建议和意见，写一写关于中医药现状与问题的文字……《中医人语》《学术论坛》《诊疗感悟》《关注中医药改革》等栏目，真诚期待您参与！

联 系 人：徐琳琳

联系电话：15036010089

投稿邮箱：xulin.lin@qq.com

邮　　编：450046

地　　址：郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省健康委员会8楼医药卫生报社编辑部