

ISSN:2049-4289

2016年第1期

2016 Volume 5 Issue 1

# 英國中醫

## JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK



FTCMP

## 目 录

## CONTENTS

## 论著 Original Articles

- 再论中医学是优质的全生态医学理论及其临床实践  
Chinese Medicine is the Best Theory and Practice of Pan-Ecological Medicine 马伯英 3  
MA Bo-ying

## 经典研究 Classic Research

- 试谈用好小柴胡汤的关键  
The Key Points of Making Use of XiaoChaiHu Decoction 王幸福 9  
WANG Xing-fu

- 逍遥散法治郁考析  
Textual Research and Analysis of Xiaoyao Powder in the Treatment of Depression 王友军 11  
WANG You-jun

- 从《金匱要略》痰饮咳嗽篇看茯苓的用药规律  
Medication Rules of Poria Cocos Based on Phlegm Retention Section from  
*Synopsis of Golden Chamber* 陈赞育 15  
CHEN Zan-yu

## 临床经验 Clinical Studies

- 王三虎医案 ( 下 )  
Chinese Medical Case Records of WANG San-hu (the 2nd Volume) 袁炳胜 18  
YUAN Bing-sheng

- 辨证机要拾零  
Medical Cases by the Applications of Dialectical Thinking 周继成 21  
ZHOU Ji-cheng

- 麻黄加术汤验案三则  
Three Medical Cases in the Applications of Ephedra Atractylodes Decoction 殷鸿春 25  
YIN Hong-chun

- 火针结合体针治疗白癜风的临床疗效及安全性观察 周斌 27

Clinical Efficacy and Safety in the Treatment of Vitiligo with the Combinations of Acupuncture and Fire Needle

ZHOU Bin

活血生肌方熏洗治疗表阿霉素外渗的临床观察

Observations of Blood-activating Myogenic Herbal Wash for the Treatment of Epirubicin Leakage

张永梅 30

ZHANG Yong-mei

## 特色疗法 Special Therapeutic Methods

初识谭针

Discussions and Analysis of Tan Acupuncture

张大鹏

ZHANG Da-peng

32

## 综述 Review

中西医治疗浆细胞性乳腺炎及古方“神效瓜蒌散”的理论研究

The Treatment of Plasma Cell Mastitis by Chinese & Western Medicine and the Theoretical Study of Effective Gualou Powder

李璐璐

LI Lu-lu

36

英国禁用和限用中草药(成)药简表(下)

A List of the Prohibitions and Restrictions of Herbs (the 2nd Volume)

曹兴灵

CAO Xing-ling

45

## 英国中医 JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK

2016年3月 第5卷第1期 MARCH 2016, VOLUME 5 ISSUE 1

国际标准刊号 ISSN: 2049-4289

主办 Sponsor: 英国中医师学会 (FTCMP) Federation of Traditional Chinese Medicine Practitioners

出版 Publisher: 《英国中医》杂志社 Journal of Chinese Medicine in the UK

社长兼总编辑 Director & General Chief Editor: 马伯英 MA Bo-ying

主编 Chief Editor: 陈赞育 CHEN Zan-yu

助理主编 Assistant editor-in-chief: 奚可盈 XI Ke-ying

英文顾问 English Consultant: Alicia Ma

英文编辑 English Editor: 陈赞文 CHEN Zan-wen

责任编辑 Editors: 陈赞育 CHEN Zan-yu, 袁炳胜 YUAN Bing-sheng, 周斌 ZHOU Bin, 殷鸿春 YIN Hong-chun

排版, 封面设计 Art Design: 奚可盈 XI Ke-ying

广告/印刷/财务 AD, Publishing & Treasury: 张卓涵 ZHANG Zhuo-han, 张欣 ZHANG Xin

编辑出版委员会 Editorial Board: 马伯英 MA Bo-ying, 朱步先 ZHU Bu-xian, 王友军 WANG You-jun, 陈赞育 CHEN Zan-yu, 袁炳胜 YUAN Bing-sheng, 周斌 ZHOU Bin, 殷鸿春 YIN Hong-chun, 董志勇 DONG Zhi-yong, 张卓涵 ZHANG Zhou-han, 奚可盈 XI Ke-ying, 张欣 ZHANG Xin

学术顾问委员会 Academic Consulting Committee: 朱步先 ZHU Bu-xian, 龚玲 GONG Ling, 陈汉源 CHEN Han-yuan, 贾明华 JIA Ming-hua, 施冶 SHI Ye, 向谊 Xiang Yi, 金峥 JIN Zheng, 王友军 WANG You-jun

联系方式 Contact Us:

电子邮件 Email: [ftcmpuk@gmail.com](mailto:ftcmpuk@gmail.com)

通信地址 Post Address: FTCMP, 21 Devon Road, Cheam, Surrey, SM2 7PE

封面书法 Calligraphy of the front Cover: by 陈赞育 CHEN Zan-yu

## 再论中医学是优质的全生态医学理论及其临床实践

### Chinese Medicine is the Best Theory and Practice of Pan-Ecological Medicine

马伯英 MA Bo-ying

**【摘要】**20 世纪 70 年代，在现代医学领域，生物-社会-心理医学模式新概念被提出以来，已变得越来越流行。然而，并没有一个全面的研究，也没有一个具有整体性的理论。西方学者往往忽略了中国的传统理念和文化理论，并否认上述理论的存在。我最先独创性地在我上个世纪 90 年代出版的专著《中国医学文化史》中提出：中国医学的理论和实践是最好的全生态医学体系。在中国，“天，地，人”，是公认的世间最重要的三要素。天、地意味着宏伟广阔的自然；人在天地之间、包括人的社会、人的身体和个人心理状态。中国医学理论援引这样的理念，早已形成了自己的医学理论、原则，以及从《黄帝内经》以来基于“天人相应”、主要对应“气 - 阴阳 - 五行”理论的整体观的临床实践方法。这种理论和原则，具体体现在中医独特的诊断和治疗方法、“三因”病因学说和脏腑与“气血”间功能失衡或郁滞的病机理论。在临床实践中，中医用“四诊八纲”来得到诊断，然后采用草药的“四气五味”和“君臣佐使”的处方原则来选择方药治疗疾病，或者通过针刺腧穴“平补平泻法”或者在“得气”基础上实施补泻手法进行针灸治疗。这些都是“以自然对待自然”；“以身体自身治疗身体自身”。如果没有这些理论，就没有人能够实践中国医药、并实现那些非中国医学理论和方法就难以理解的效果。现在是应该让医生们承认中国全生态医学理论与实践的价值的时候了。

**【关键词】**中医药；天人相应；全生态医学理论；气，阴阳，五行；中医临床实践

**Abstract:** Two new conceptions have been put forward in the modern medicine domain since 1970s and have now become more and more popular: the Pattern of Biology-Sociology-Psychology and Ecological Medicine. However, there is not a comprehensive study there and not a synthetic theory. Western scholars often omit the traditional ideas and theory in Chinese culture as well as denying the existence of the above theory. I was an original thinker to point out that Chinese medical theory and practice are the best system of Pan-Ecological Medicine, in the 1990s in my book: *A Medical History in Chinese Culture*. It is a common opinion in China that the three most important things in the world are “Heaven, Earth and Human”. The Heaven and Earth mean the great wide nature and the Human is between them but including people’s society, the person’s body and individual psychological condition. Chinese medical theory quoted such philosophy and has formed its own medical theory, principles and methods of practice since *HuangDiNeiJing*. It is based on “Heaven corresponding with human body (天人相应).” The main corresponding law is “Qi-YinYang-Wuxing (气-阴阳-五行)” theory. This theory and the concrete principles and methods in diagnosis and treatment are “three causes of diseases”; the mechanism of illness is the imbalance of relations between organs and the “qi-blood”, or stagnation. In the clinical practice a Chinese doctor can use “Four Diagnoses, Eight Principles” to get the diagnosis: adopt “Four characters and five kinds of tests” in herbs and “jun-chen-zuo-shi (君臣佐使)” in prescriptions to treat illness; or “reinforcing-reducing methods” and “de qi(补泻)” in acupuncture. These are “nature to treat nature”; “body to treat body”. Without these, no-one can practice Chinese medicine and can achieve the effects who do not understand those Chinese medical theories and methods. Now is the time for medical doctors to acknowledge the value of Chinese Pan-Ecological Medical Theory and Practice.

**Key words:** Chinese medicine; Heaven corresponding with human; Pan-Ecological Medical theory; Qi-YinYang-Wuxing; Clinical practice with Chinese medicine

## 一、缘起——中医是优质生态医学理论的提出

我 1967 年毕业于上海第二军医大学海军医学系，文革十年在基层做医生时，医药资源匮乏，我目睹中医临床治疗疾病的卓著疗效，开始自学中医、在临床实践中用中医方法治疗病人，常常得到良好疗效。近代以来，一般作为西医教育出身的医生，对中医常常有一种先天的优越感，接受现代教育的人们普遍将中医看得低西医一等，歧视中医，认为中医不科学，至今犹然。然而，我这个西医不同，因为我在临床实践中看得中医的好处，得到中医治疗的神奇疗效。我那时就用针灸和中药治愈过急性阑尾炎、蛔虫性肠梗阻等一些危重急症，因此我对中医深信不疑、热爱有加。但是我感到不解，为什么与西医迥然不同的中医理论和治疗方法也能治好疾病？西医能从病理学、细菌学、药理学等方面讲清治愈原理，中医却不能从现代科学的角度得到解释。在过往几十年、上百年的中西医论争中，中医还一直被扣上“不科学”的帽子。科学不是最讲究从事实出发的吗？西医为什么不能认可或者容忍中医呢？

十年过去，1978 年，国家恢复研究生制度，我抱着想弄清中医为什么有效的想法，有幸考上了中医研究院文革后第一届研究生中西医结合班，主修医学史。在中医研究院研究生课程修习期间，我从医学史、文献研究、哲学、方法论、现代实验等等角度思考中医。我的硕士毕业论文，题目就是《试论祖国医学基础奠定时期的认识论与方法论特征》。我的结论是：中医学属于“朴素系统论的方法论”范畴<sup>[1]</sup>。

实际上，我在研究生期间和 1981 年毕业以后在《哲学研究》、《社会科学战线》、《中华医史杂志》、《上海中医药杂志》、《医学与哲学》等等国内著名学术期刊上发表了为数不少的讨论中医理论的文章，都是围绕这个主题展开的。很快，中医朴素系统论的提法，得到了学术界的广泛认同。中西医的根本差别，就在于方法论体系的不同。朴素系统论宏观地将天地大自然与人体的病理生理功能规律对应起来，构成了一个具有整体性特点的

大系统。而西医的原子论（还原论）方法深入人体器官、组织、细胞、分子等等，揭示了机体具体物质与功能的因果链关系，所以能够精准地“点对点”进行疾病治疗。二者其实各擅胜场。

1985 年我应李约瑟博士之邀到剑桥协助撰写《中国科学技术史》第六卷的医学史分册。1988 年年底，我从剑桥回到上海。我对中医理论的本质有了新的思考。适逢上海人民出版社和文汇出版社来约稿，于是我在 1990 年将新的结论写进了《中国医学文化史》，提出了“中医理论是一种生态医学的适应理论”；“中医学是以自然和社会的生态状况以及个体自身的心理变化影响于人体健康和疾病的规律为研究对象，并从而指导临床诊断、治疗及预防的科学。”<sup>[2]</sup>

## 二、何为生态医学

二十世纪七十年代以来，西方现代医学最重要的进展之一，是提出了两个新概念：“生物-社会-心理医学模式”和“生态医学”。前者由美国罗彻斯特大学教授恩格尔（Engel. GL）于 1977 年提出。后者是世界卫生组织（WHO）在 1990 年提出。两者有共同之处，即认为单一的生物医学模式已经不再适用于现在社会和人群。WHO 给健康下了一个全新的定义：“健康不但是没有身体的疾病和缺陷，还要有完整的生理、心理状态和社会适应能力。”这两个新概念被世界各国广泛认可，并且认为是医学发展的新方向、新阶段，是健康领域的一次新的革命。

生态医学，顾名思义是与人类生存状态有关的医学。因此，它涉及的范围，可以说是无所不包。牵牵大者例如：自然生态环境、社会生态环境、个人和群体的心理状态和环境等等与人体健康及医学的关系。其目的是求取人与自然和谐发展，这就是经典的大生态医学。我认为，古代中医学的生态学理论和实践，实际上就是其典型的代表，它实际上已经是将“生物——社会——心理医学模式”与自然生态、

社会生态、心理环境生态模式融合为一体的整体生态医学模式。

1990 年以后, WHO 提出的生态医学, 一方面仍旧与大生态例如气象学、物候学、环境学、水土保持、植被、沙漠、灾害、物种保护等等自然生态的研究保持良好互动, 一方面提出几个重点研究范畴: 环境污染流行病学; 地方病研究; 公害病研究; 环境污染致癌、致畸、致突变、致免疫功能丧失等等。这是现代的生态医学, 是在原有现代医学基础上的扩充。

也有人提出: “生态医学从环境、自然、物种, 细微到基因、细胞、医学交叉学科, 从生产空间因素到个体组织量化去综合考虑, 从内因到外因, 从根据到条件尽最大可能的去佐证发现。”其研究对象定位于“以聚能、激活、安全、增效为立足点……寻求尝试配伍天然生态物种以及近似人类长寿基因细胞……”这些研究是倾向于“微生态”了, 目的是“取生态之灵, 康疾患之身。”

### 三、西方生态医学目前存在的缺陷

在西方, 以上大生态或者微生态的医学, 理论上的意义比较大, 而临床实质性的进展并不大。

首先, 生物医学、社会医学、心理医学、生态医学仍然是分开各行其道的。它们并没有能够被综合形成一个体系。生了病就看医生, 医生照旧按照生物医学模式给病人检查、诊断、治疗。而如果有心理因素, 就让病人找心理医生解决, 进行心理辅导; 如果是社会因素, 就请政府有关方面负责, 配合社会救助系统帮助缓解; 自然环境恶化, 由环境部门各自分头去做, 清除污染、植树造林、二氧化碳减排等等。这些与医生工作浑身不搭界。医生、医院怎么能管得了政府部门的事呢? 医生也可以学习一些心理学知识, 但是, 同样替代不了心理医生的工作。

第二, 西医学还是停留在还原论(reductionism)分解式的思维过程之中, 没有综合、联系地形成新的理论。这种方法论是现代医学根深蒂固的方法论。此一方法论倡导将整体分解为部分, 高级运动形式还原为低级运动形式, 人体分解为器官、组织、细胞、分子等等逐级深入以后还原为整体的研究模式。

此一模式从弗兰西斯·培根开始, 因此恩格斯称他为“实验科学的始祖”。在一些研究中也同样应用并行之有效, 使现代医学很快发展。

因此, 就医学整体而论, 也就分拆为各个不同的基础医学学科, 各个不同的临床医学学科, 而且都是有自身独特理论的, 互相之间谁也不能代替, 不能包揽。例如病原学的寄生虫学, 不能代替微生物学; 生理学不能代替生物化学; 内科学不能代替外科学, 等等。没有综合、共通的医学理论。这些虽然无可非议, 但是, 生态医学是一个不同的科学范畴, 其特点是整体性。这个整体性不可分拆。分拆了, 就回到原来已有的水平, 或者是“微生态”的研究而已。

还原论的医学研究, 将整体分割成部分, 然后加和回去, 来认识生命和疾病的本质, 而系统论认为整体大于部分之和, 即“一加一大于二”。还原论方法不能认识“大于二”的那些本质。

第三, 西方医学家承认, 就临床医学而论, 本身并没有理论, 属于经验医学范畴。疾病现象及其诊断治疗, 都是由各自独立的另外学科予以解释, 做理论上的支撑。所有的病因学、解剖学、生理学、生物化学、病理学、免疫学、药理学、药理学等等, 都是各自成为自己独立的学问的。疾病的症状、机理、诊断和治疗, 是由这些基础医学理论加以说明, 医生才能进行治疗。这也就是为什么西医需要各学科分头进行深入研究, 用分析的方法找到根源和针对性治疗的方法, 医生才能有用武之地, 医学才能进步。如此以往, 生态医学还是不能有长足发展。

第四, 理论基础的分散作用, 一方面对于各科各自为战、取得疗效起到“瞄的准、打得着”的针对性治疗作用, 单打一。但另一方面却失去协同、协调, 在病情复杂的情况下, 瞄不准、摸不着、打不到, 西医临床医生常常感到力不从心。所以, 当他们无法通过仪器、化验等等手段找到疾病准确诊断, 或者有明确诊断却没有已经证明有效药物供给使用的时候, 他们往往束手无策。

于是, 摆在眼前的一个问题: 为什么现在不少疾病西医治不好, 中医却能治好呢? 这就是因为中医具有生态学理论和临床的优势。

#### 四、中医生态学理论和临床的优势

西方由于他们对中医学理论和实践的漠视态度，不学习、不关心中医，所以他们多半不知道，中医理论是全生态医学理论，并且可以在临床应用。所谓今日西医认识到的新概念，其实早已是中医学传统理论的基本要旨，而且它们早已经互相结合在一起，成为全生态医学理论，即“自然生态、社会生态、心理环境有机结合的全生态医学理论”，其在中国已经实践了近3000年。这是本人1990年代在拙著《中国医学文化史》中率先最早发现并提出的。

中国人都知道“天地人”三才，其实“天地”就是自然生态；“人”生活在群体之中，这个群体就是社会生态；而个体的人的心理活动，就是心理生态环境。“天地人”是一个全生态系统。而应用在医学上，《黄帝内经》就提出了“天人相应”理论，“人与天地相参”。换句话说，人体要保持健康，就必须与天地大自然生态相适应，相一致。任何有一个相关方面出了问题，就会造成疾病；予以调节，就可以治疗疾病；保持全生态的平衡，可以预防疾病。这就是中医学的全生态医学观。

如果中医学的生态医学观是单单就事论事讲自然生态，那与现代西医讲的生态，可能别无二致。但是，中医是将包括自然生态、社会生态、心理环境作为一个整体来认识的。将三者整合在一起来看问题，只有中医做得到。比如：

以病因而论，外因为“六淫”，是自然生态异常变化引起疾病；内因“七情”，是心理环境混乱造成疾病；以上两者之外的“不内外因”，实际上包括了社会生态因素所致的疾病。以病机而论，脏腑、经络、气血的生理规律和秩序被以上病因所扰乱，身体产生不平衡现象，这就是病态。中医师综合进行诊断、辨证论治，予以相应的调整治疗，就可以恢复机体平衡状态，得心应手解决临床问题。而治疗方法，用取之于自然的中药，调理脏腑气血，是“以自然治疗自然”；用针灸，是让体内循环之“气”顺畅，“不通则痛”变成“通则不痛”；而推拿、食疗、气功等等，也无不是用自然生态疗法达到回复健康的目的。

特别值得注意，以上这一切，都是基于中医对生态与健康、疾病的关系的认识，综合性的总结出规律性理论，应用于临床才能做到的。此一理论和规律，就是“气-阴阳-五行学说”。

“气”可以说是一个虚拟的实体，但是它无所不在，运行身体内外。阴阳五行是“气”运行的规律表述。这些在《黄帝内经》有相当完善的阐述，而《伤寒杂病论》以还，中医师将之进一步落实到了临床。这些理论是具有实用价值的。任何一位中医师，如果不懂得这些理论，就不能看病。离开阴阳、表里、寒热、虚实、脏腑、经络、气血等等理论，就不能看病；离开药物四气五味、处方君臣佐使、针灸补泻得气，就不能治病。而这些具体认识，都是源于全生态医学的理论体系。

举一个例子。抑郁症在西医看来是心理性疾病，多半请心理医生劝导、纾解治疗。中医师则常诊断为肝气阻滞，用针灸和逍遥丸等治之可愈。实际上，在实验室是找不到气或气的阻滞的物质依据的。而气的概念和性质，肝属阴，肝气则属阳，肝脏在五行属木，在志为怒。它的功能和运行障碍，都是与气、阴阳、五行的规律相关的。中医师的诊断和治疗，也是依据这些规律失去正常秩序，出现或虚或实、在表在里的证候反应，判断得来。这都是综合生物、社会和心理因素进行的调理。逍遥丸针对这样一个4D的“证”结构予以治疗，所以效如桴鼓。西医师则以缺少5-Ht而予以补充疗法，但是效果并不理想。心理医生耗尽心力，费了很多时间，有的病人好转，有的依然故我，没有改变。与中医疗效相比，往往差了一大截。临床实践是最好的证明，类似例证比比皆是，足以证明中医的全生态医学理论是准确、而且实用的。

#### 五、中医全生态医学理论的模式结构

##### 1 《易经》“三才”模式结构与生物-社会-心理医学模式。

《周易·系辞》说：“《易》之为书也，广大悉备：有天道焉，有人道焉，有地道焉。兼三才而两之。”

这意思是天地人合而为一体。同时《系辞》认为：

“《易》与天地准，故能弥纶天地之道。仰以观于天文，俯以察于地理，是故知幽明之故；原始反终，故知死生之说；精气为物，游魂为变，是故知鬼神之情状。与天地相似，故不违；知周乎万物，而道济天下，故不过；旁行而不流，乐天知命，故不忧；安土敦乎仁，故能爱。范围天地之化而不过，曲成万物而不遗，通乎昼夜之道而知，故神无妨而易无体。”

“天地氤氲，万物化醇；男女构精，万物化生。”<sup>[3]</sup>

这里讲到天文、地理、幽明、昼夜，是大自然生态；精气、死生、游魂、鬼神是生命存续过程；安土敦仁、道济天下、旁行不流、范围天地、周乎万物等等是社会生态；不忧、能爱、乐天知命则是心理环境。“仰观俯察”、“弥纶天地之道”，就是认识生态环境以及与人类的关系、进行规律总结的方法论。

## 2 《黄帝内经》与生物-社会-心理医学模式

“阴阳者，天地之道也。万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。治病必求于本。故积阳为天，积阴为地，阴静阳躁，阳生阴长，阳杀阴藏。阳化气，阴成形。寒极生热，热极生寒。寒气生浊，热气生清。清气在下，则生殄泄，浊气在上，则生胀。此阴阳反作，病之逆从也。”（《素问·阴阳应象大论》）

“夫五运阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。可不通乎？故物生谓之化，物极谓之变，阴阳不测谓之神，神用无方谓之圣。”（《素问·天元纪大论》）

“夫道者，上知天文，下知地理，中知人事，可以长久……位天者，天文也，位地者，地理也，通于人气之变化者，人事也。故太过者先天，不及者后天。所谓治化而人应之也。”（《素问·气交变大论》<sup>[4]</sup>）

这样的论述在《内经》中比比皆是。阴阳、五行被看做是“天地之道”，也就是大自然的根本规律。就这一点而言，《内经》发展了中国古典哲学，其功已经不可没。

同时《内经》以此为基础，结合到身体和疾病以及治疗中去，形成了中医理论体系。所以，这样一个全生态的“天人相应”构成了天

地大宇宙、人体小宇宙的客观规律一致性。如《内经·灵枢》中说：

“夫百病之始生也，皆生于风雨寒暑，阴阳喜怒，饮食居处，大惊卒恐。则血气分离，阴阳破败，经络厥绝，脉道不通，阴阳相逆，卫气稽留，经脉虚空，血气不次，乃失其常。”（《灵枢·口问篇》）

“圣人之治病也，必知天地阴阳，四时经纪，五脏六腑，雌雄表里，刺灸砭石，毒药所主。从容人事，以明经道。贵贱贫富，各异品理。问年少长，勇怯之理，审于分部。知病本始，八正九候，诊必副矣。”（《灵枢·诊五过论》<sup>[5]</sup>）

《内经》中还有“运气学说”六篇大论，讨论天文、气象、物候等等与健康、疾病、治疗、预防的关系，比较复杂。限于篇幅，于此不赘。

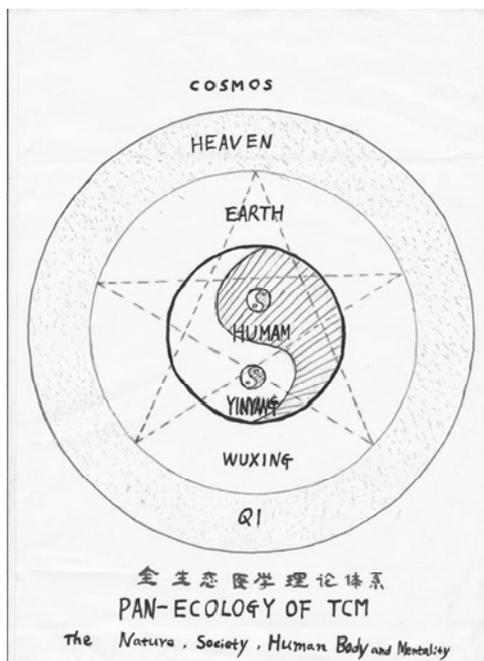
## 3 其他著名医家的相关论述

在《旧唐书》孙思邈传中，记述他回答当时名士卢照邻的一段话，很有意思：

“名医愈疾，其道如何？思邈曰：吾闻善言天者，必质之于人；善言人者，亦本之于天。天有四时五行，寒暑迭代，其转运也，和而为雨，怒而为风，凝而为霜雪，张而为虹霓，此天地之常数也。人有四肢五脏，一觉一寐，呼吸吐纳，精气往来；流而为荣卫，彰而为气色，发而为音声。此人之常数也。阳用其形，阴用其精，天人之所同也。及其失也，蒸则生热，否则生寒，结而为瘤赘，陷而为疽，奔而为喘乏，竭而为焦枯。诊发乎面，变动乎形。推此以及天地，亦如之。故五纬盈缩，星辰错行，日月薄蚀，彗慧飞流，此天地之危诊也；寒暑不时，天地之蒸否也；石立土踊，天地之瘤赘也；山崩地陷，天地之痈疽也；奔风暴雨，天地之喘乏也；川渎竭涸，天地之焦枯也。良医导之以药石，救之以针剂；圣人和之以至德，辅之以人事。故形体有可愈之疾，天地有可消之灾。”<sup>[6]</sup>

也许有人会说，这些只不过是比附之说。其实不然，这是《内经》和孙思邈对天地人自然生态、社会生态、心理环境的状况和变动与人体健康、疾病、治疗的关系做了完整的总结。

是对大生态与人体统一性的合理认识。“天人相应”构成了天地大宇宙、人体小宇宙的客观规律一致性。所以，这样一个全生态的医学理论，是中医理论的深层次结构（见绘图如下）：



当然，古代中医的全生态医学理论没有可能包括现代的自然生态、微生态研究成果。但是将来大家认识到中医全生态理论以后，可以予以补充，1980年代中国已经有不少中西医结合专家提出分子结构的阴阳可分性。将西方的生态医学结合进来，这是有希望的。

## 六、小结

1 生态医学是科学医学的前途，正在现实中发展；

2 中医学是全生态医学理论及其临床的实践应用，它是古典的，同时又是现实可行的；

3 中医学将天地大宇宙和人体小宇宙统一起来，总结出“气---阴阳---五行”规律，这一理论很好地指导了中医临床实践。它是优质的。由此中医学成为与西医学完全不同的医学体系，因此，此种生态医学理论到目前为止，是独一无二的；

4 中医全生态医学理论涵容性很大，将来有可能将西方的生态医学内容包容进来。现在是西医师、西医研究者们正视自己的问题、重视中医理论的伟大的时候了。

5 中医全生态医学理论是科学的，它大大早于西医生态学概念的提出，是超前的生态科学理论。

## 【参考文献】

- 1 中华医史杂志. 12 (4):p196-199, 1982
- 2 马伯英 中国医学文化史. 上海：上海人民出版社，1994
- 3 明 来知德 易经集注 上海：上海书店，1988
- 4 田代华 整理 黄帝内经素问 北京：人民卫生出版社，2005
- 5 刘更生 田代华校 灵枢经 北京：人民卫生出版社，2005
- 6 旧唐书 上海：中华书局，1975

（责任编辑：袁炳胜）

【作者简介】马伯英教授，中西医结合和医学史专家，英国中医师学会会长，《英国中医》杂志社社长及总编。在国内外多所大学任教授，在英国为 Kingston University 客座教授。是李约瑟博士《中国科学技术史》医学卷合作者。临床擅治疑难杂症。著作十余种，发表论文 300 余篇。近著《中国医学文化史》二卷本 175 万字，在海内外深受好评。电子邮箱：[collegexpct@yahoo.co.uk](mailto:collegexpct@yahoo.co.uk)

## 《英国中医》购买办法

英国中医师学会会员可每人免费获得本学术刊物一本，对非本会会员收取每本 12.99 英镑（英国境内免费邮寄），如需购买《英国中医》者，支票请付 FTCMP，并注明您的姓名、回邮地址及联系方式，支票请寄往如下地址：FTCMP, 21 Devon Road, Cheam, Surrey, SM2 7PE. 款到发货。

A copy of this journal is free for each FTCMP member, and £12.99 for others (free delivery in the UK). To buy a copy of this issue, please make your cheque payable to FTCMP and send it to the following address: FTCMP, 21 Devon Road, Cheam, Surrey, SM2 7PE. Please allow 14 days for the delivery.

## 试谈用好小柴胡汤的关键

### The Key Points of Making Use of XiaoChaiHu Decoction

王幸福 WANG Xing-fu

**【摘要】** 本文通过对小柴胡汤的深入研究，并结合作者本人的临床验案，提出柴胡剂量等实际问题，为更好应用小柴胡汤以及前人验方提供了一个有益的思路。

**【关键词】** 小柴胡汤；剂量；

**Abstracts:** Based on thorough studies of XiaoChaiHu decoction and clinical experiences, the dosage of ChaiHu and other practical problems are discussed. The report gives insights into better applications of XiaoChaiHu decoction and other empirical formula.

**Keywords:** XiaoChaiHu decoction; dosage

自从张仲景的《伤寒论》横空出世，后世中医没有不奉为金科玉律，精心研究的。一部《伤寒论》不知成就了多少留芳百世的著名医家，这且不说。单是其中的小柴胡汤，学精学透就养活了不少医生，凡是熟悉医史的人都不会不知道的。从这一点也可以看出古人贤者非常注重小柴胡汤的运用。

然而纵观当今中医界能娴熟运用小柴胡汤的人却不多。学医的都知道小柴胡汤，清热和中，主治少阳，但用起却是疗效参半，毁誉不一。这是为什么呢？问题出在哪里了？我认为是在对其中主药柴胡的剂量上。

《伤寒论》96 条：伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞鞭，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。

小柴胡汤方：

柴胡半斤 黄芩三两 人参三两 半夏半升洗 甘草炙 生姜各三两切 大枣十二枚擘右七味，以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，日三服。

对于运用小柴胡汤的指征这一点，大家似乎都有共识，临床用的也都不错。但是柴胡的用量却是慎之又慎，小之又小。有用 10g 的、有用 15g 的、胆子大点的用 30g。我们都知道，

柴胡有个很重要的作用，清热退烧。轻点，上述量能解决问题，重点的，就有些不好使了。实际上，关键是个量的问题。我们看《伤寒论》的原文，柴胡是半斤，也就是古时的八两，远远超出其它药量，这不是个简单问题，也不是错简，我后面再详谈这个问题。柴胡八两，折合当今之量应为 120g，这个量就远远超过了 10g、20g 的量。临床上如果离这个量太远，效果是不会太好的，况且中医自古就有不传之秘在于量上之说。我用小柴胡汤时，凡是具有往来寒热，或高热不退时，均用 60g 以上，未有不效的。可以不夸张的说，常常是一剂知，二剂已。常叹仲景不欺我也。

至于温病学大家叶天士所谓的柴胡伤阴，完全不符合临床实际。外感高热那有一上来就伤阴的，即使有伤阴之症也可加入养阴之品佐之，柴胡照用无忧。同时，我也相信仲景先生在那个年代，用这么大的量不可能不考虑伤阴的问题，之所以还用这么大的量，那就说明无伤阴之虑。仲景是实践家，这一点我想大家不会有异议的。伤阴之说只能是叶天士先生的误解，但对其温病学的贡献来说仅是瑕不掩疵，白璧微瑕。

言归正传。上述柴胡大量使用不存在伤阴问题，也许有人会说这只是你个人的认识见解。是这样的么？那我们再来看看临床上其他医家

的认识和实践。黑龙江省齐齐哈尔市著名教授陈景河先生的《柴胡清热饮》：

**[组成]** 柴胡 50g, 黄芩 50g, 人参 20g, 板蓝根 30g, 甘草 15g, 青蒿 10g, 地骨皮 15g, 常山 5g。

**[功效]** 清透热邪, 滋阴凉血, 和解少阳。

**[主治]** 无名热或高烧久治不退, 体温在 38℃~40℃之间。

这是陈老先生毕其一生总结的拿手方子, 屡用屡效。其典型病例:

王某, 女, 28 岁, 1993 年 4 月 15 日初诊。

**病史** 自述产后 3 天开始发热, 39℃, 伴周身不适, 厌食微呕, 头晕乏力, 经静脉滴注消炎药 7 天, 热不退, 诸症不减, 伴口苦、便秘, 前来就诊中医。

**查体** 舌苔薄黄, 舌质红, 脉弦数无力。

**诊断与治疗** 辨为妇人热入血室。给予柴胡清热饮, 重用柴胡、黄芩。处方:

柴胡 50g, 黄芩 50g, 板蓝根 15g, 党参 15g, 白术 20g, 法半夏 10g, 甘草 10g, 大枣 7 枚, 3 剂, 水煎服。

柴胡清热饮即小柴胡汤加白术 20g。本方更加板蓝根 15g, 3 天后二诊, 热退大半, 体温 37.5℃, 诸症减轻。上药加减, 再服 3 剂, 药后热退身凉, 病告痊愈。

陈老运用柴胡清热饮治疗高烧长期不退, 体温达 38℃-40℃时, 一般皆重用柴胡、黄芩达 50g, 均有效; 若外感病后, 低热日久不退者, 可用柴胡清热饮加沙参、麦冬、生地。

再说一个我治的病例。戚某, 女, 10 岁。因外感高烧三天, 在医院诊断为肺炎, 微咳无痰无胸痛, 饮食不佳, 二便基本正常。住院点滴进口抗生素三日, 高烧不退, 病孩家属强行出院, 找我中医治疗。因其家人平时大都在我处看中医, 对我信任有加。

刻诊: 病人白天一阵高热达 39.5℃, 晚上半夜又烧, 微汗, 略咳, 不喘无痰不胸痛。舌淡红, 苔薄白, 脉弦细数。我辨为少阳阳明证, 处方小柴胡汤加石膏:

柴胡 60g, 黄芩 30g, 半夏 15g, 西洋参 10g, 生石膏 100g, 青蒿 30g, 生姜 6 片,

生甘草 10g, 大枣 3 枚, 二剂。日 5 次, 温服(特别关注)。

一天后, 高烧减退到 38℃, 二付药喝完高烧退尽, 体温 36.8℃。善后, 小剂竹叶石膏汤二付, 米粥调养一周彻底痊愈。

上述举两案就是说明运用小柴胡汤, 要想取得好效, 必须遵循仲景先生的柴胡量, 小不得, 否则杯水车薪无济于事。小柴胡汤在治疗高烧发热症时, 一定要把住大量, 这是关键。这也是用好经方小柴胡的诀窍。

从另一个问题也能看出小柴胡汤中的柴胡是大量, 非小量。小柴胡汤方注: 右七味, 以水一斗二升, 煮取六升, 去滓, 再煎取三升, 温服一升, 日三服。

注意! 去渣再煎。为什么去渣再煎? 清代著名医家徐灵胎氏说: “去滓再煎者, 此方乃和解之剂。再煎则药性和合, 能使经气相融, 不复往来出入。古圣不但用药之妙, 其煎法俱有精义”(《伤寒类方》)。很多医家都持此意, 教科书亦是此说。真是如此么? 非也! 纯粹的臆想。实际上这个问题很简单, 就是因为柴胡量大, 水少了煎不透, 水多了药淡了, 也喝不完, 再煎浓缩嘛。量少味足, 就这么回事, 反而叫这些大儒们解释的复杂晦暗, 离题万里。不管这些争论, 再煎, 也说明一点, 柴胡八两, 是大量。这一点应该引起临床医生的注意, 只有这样才能用好小柴胡汤。

(责任编辑: 殷鸿春)

**【作者简介】**王幸福, 男, 1956 年 10 月生。大学文化 祖籍河南, 飘零豫陕, 落叶西安。16 岁起随祖父习医, 诵读岐黄, 18 岁始悬壶农村, 自行医, 中途泛览诸子百家, 研治各种病证, 亦医亦官, 晚年摒弃其他爱好, 专心治学于中医。一贯奉行: 读万卷医书, 治万计病人。崇尚大道至简, 效法仲景; 鄙视装神弄鬼, 故弄玄虚。一生无可炫耀之光环, 亦无可挟之技, 仅治过数十以万计病者, 借古文卖油翁一言自我评价, “无他, 但手熟尔”。曾写过几篇豆腐块文章, 出过临床心悟文集三部《杏林薪传》、《医灯续传》、《杏林求真》。

## 逍遥散法治郁考析

### Textual Research and Analysis of Xiaoyao Powder in the Treatment of Depression

王友军 WANG-YouJun

**【摘要】** 本文通过研究文献记载，回顾了逍遥散的产生、发展过程和用以治疗郁证的源流沿革，归纳分析了该方的组成、功能、适应症、衍生方剂和随症加减方法，希望达到帮助临床家增进对郁证的理解，提高对逍遥散及其衍生方剂的应用水平之目的。

**【关键词】** 逍遥散；方剂；郁证；历史沿革；文献研究

**Abstract:** Referring to literature, we have reviewed the emergence and development of Xiaoyao Powder formula and its applications in the treatment of the disorders of the depression. We analyzed the components, effects, indications, secondary formulas, and adapted changes of the formula. The article aims to be helpful for TCM practitioners in the understanding of depression and to better applying Xiaoyao Powder formula in clinical practice.

**Keywords:** Xiaoyao Powder; formula; disorders of depression; history; textual research

逍遥散乃治郁证常用方，它与加味逍遥散并驾于古今使用最广的名方之列。为探求郁证理法沿革，笔者检索了大量古代文献，对逍遥散的历史和治郁的发展过程获得了一个比较清晰的认识。相信对此方剂的回顾和剖析将有助于增进对郁证的理解，提高临床家使用这一方剂的水平，故乐于整理成文以飨同道。

#### 一、逍遥散本出局方，妇人血虚血热良

逍遥散首见于北宋《太平惠民和剂局方》（1148年），尚未用治郁证，其卷之九“治妇人诸疾·逍遥散”条下云：“治血虚劳倦，五心烦热，肢体疼痛，头目昏重，心忪颊赤，口燥咽干，发热盗汗，减食嗜卧，及血热相搏，月水不调，脐腹胀痛，寒热如疟。又疗室女血弱阴虚，荣卫不和，痰嗽潮热，肌体羸瘦，渐成骨蒸。”方用“甘草（微炙赤，半两）、当归（去苗，锉，微炒）、茯苓（去皮，白者）、芍药（白）、白术、柴胡（去苗）各一两，上为粗末，每服二钱，水一大盏，烧生姜一块切破，薄荷少许，同煎至七分，去渣热服，不拘时候。”可见其主治为妇人血虚发热、血虚失养、营卫不和及阴虚癆嗽等症。

《局方》嘉定本（1208年）增补了“指南总论”，其“论诸虚证候”云“因虚劳用力太

过，吐血不止者，与秘传降气汤或小降气汤，多加人参煎服。前状发热甚者，与逍遥散”。在“论妇人诸疾”一节，所列很多妇科疾患都选用逍遥散治疗，如“月经不通，及室女月脉不行者”，“血风劳，胸膈不利，经脉涩，四肢烦痛，心悸者”，“虚劳发热，及寒热俱发者”，所治大体不出前述主旨。又云：“血风攻注，五心烦热，遍身瘙痒，或生癍疹，或发赤肿”可与“四物汤加荆芥煎逍遥散”，扩充了其适应症，以治血虚生风之皮肤风疹、血风疮。逍遥散的这些症治一直被历代妇科著作广泛沿用和发挥。

#### 二、加味逍遥薛己创，肝脾同病郁火伤

明初《普济方》（1390年）“妇人诸疾门”收载加味逍遥散，“治患癍疾歌唱无时，逾垣上屋，乃荣血迷于心包所致。”药用“逍遥散加远志（去心）、桃仁（去皮尖）、苏木、红花各一钱”。为首见用逍遥散治疗情志精神疾患，原方加用活血之品和远志，正对应“荣血迷于心包”的病机。

明中叶名医薛新甫（1487~1559）所著《内科摘要》载另一种加味逍遥散方，即传用至今的名方，方组为“当归、芍药、茯苓、白术（炒）、柴胡各一钱，牡丹皮、山栀（炒）、

甘草（炙）各五分”，即在逍遥散六味主药基础上增加了半量丹皮和栀子，“治肝脾血虚发热，或潮热，晡热，或自汗盗汗，或头痛，目涩，或怔忡不宁，或颊赤口干，或月经不调，肚腹作痛，或小腹重坠，水道涩痛，或肿痛出脓，内热作渴等症。”据其《内科摘要》、《女科撮要》和《补注明医杂著》等医著，薛氏用逍遥散和加味逍遥散所治病种颇广，如劳瘵、咳嗽、痰饮、头痛、身痛，妇人经事不调、漏下、经闭、带下、阴疮、胎动不安、子悬、子淋、产后便秘、产后便血、产后麻木，以及风症、瘰疬、血风疮、疔疮等不下二十余种。所治病例虽不限于妇产病，但仍以治妇人为主。

其辨证除了脾经血燥、肝脾血虚、肝经血热、血虚内热等之外，还有郁怒伤肝脾、郁火血燥，是把情志起因和郁结病机作为该方应用指征的滥觞。如：“一妇人，怀抱郁结，筋挛骨痛，喉间似有一核，服乌药顺气散等药，口眼歪斜，臂难伸举，痰涎愈甚，内热晡热，食少体倦，余以为郁火伤脾血燥生风所致，用加味归脾汤二十余剂，形体渐健，饮食渐加。又服加味逍遥散十余剂，痰热少退，喉核少利。更用升阳益胃汤数剂，诸症渐愈，但臂不能伸，此肝经血少，用地黄丸而愈。”又载：“一妇人年六十有四，久郁怒，头痛寒热，春间乳内时痛，服流气饮之类益甚，不时有血如经行。又大惊恐，饮食不进，夜寐不宁，乳肿及两胁痠痛如炙，午后色赤，余以为肝脾郁火血燥，先以逍遥散加酒炒黑龙胆一钱、山栀一钱五分，二剂肿痛顿退，又二剂而全消。再用归脾加炒栀、贝母，诸症悉愈。”（《女科撮要》卷上·经漏不止）又如：“一妇人因怒，寒热头痛，谵言妄语，日晡至夜益甚，而经暴至。盖肝藏血，此怒动火，而血妄行。用加味逍遥散加生地，治之神思顿清，但食少体倦，月经未已，盖脾统血，此脾气虚不能摄，用补中益气治之，月经渐止。”（《女科撮要》卷上·热入血室）从其叙论可揆其解郁大意。薛氏虽未专门提出逍遥散是治郁专方，但确为开此应用之先者，正如吴仪洛所云：“以加味逍遥散、六味丸治郁，自薛长洲始也。”（1761年，《成方切用》卷五·上·和解门·逍遥散）

### 三、慎斋治郁专逍遥，养葵治木诸郁消

第一次明确提出用逍遥散对治郁证的文献，当为《周慎斋遗书》（1573），其“卷八·郁”条下云：“郁证，乃地气不升，天气不降，致浊气上行而清阳反下陷也。宜保肺以行下降之令，固肾以助生胃之机，疏肝以转少阳之枢，则天地位而中焦平矣。应用逍遥散以达之。”这里对郁证病机的论述系采自戴元礼对朱丹溪六郁理论的阐发：“郁者，结聚而不得发越也。当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化也。此为传化失常，六郁之病见矣。”（1358年，《金匱钩玄》）戴氏这段名言被后人奉为郁证圭臬。

其后，赵养葵在此基础上把对逍遥散治郁的认识提升到了一个新高度，他说：“凡郁皆肝病也，木中有火，郁甚则火不得舒，血不得藏而妄行。”（1617年，《医贯》血症论）并称逍遥散为治疗五郁以一法代五法之妙方：“予以一方治其木郁，而诸郁皆因而愈。一方者何？逍遥散是也。方中唯柴胡薄荷二味最妙，盖人身之胆木乃甲木少阳之气，气尚柔嫩，象草穿地始出而未伸，此时如被寒风一郁，即萎软抑遏，而不能上伸，不上伸则下克脾土，而金水并病矣。唯得温风一吹，郁气即畅达。盖木喜风，风摇则舒畅。寒风则畏，温风者，所谓吹面不寒杨柳风也，木之所喜。柴胡、薄荷辛而温者，辛也故能发散，温也故入少阳，古人立方之妙如此。”“凡寒热往来，似疟非疟，恶寒、发热、呕吐、吞酸、嘈杂、胸痛、肢痛、小腹胀闷、头晕、盗汗、黄疸、温疫、疝气、飧泄等证，皆对证之方。推而伤风、伤寒、伤湿，除直中外，凡外感者，俱作郁看，以逍遥散加减出入，无不获效。如小柴胡汤、四逆散、羌活汤，大同小异，然不若此方之响应也。”（《医贯》郁病论）赵氏这番论述把治郁法推广到几乎所有外感阳证和肝脾杂症，可视为对朱丹溪“气血中和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。”（《金匱钩玄》）一语的具体实践。

赵养葵强调从肝治郁，以逍遥散为主方，肝脾同治，调和气血，开郁散结，加减活用，用治诸多外感内伤病证，治疗对象也不再限于妇人，确立了逍遥散治郁第一方的地位。赵羽皇论加味逍遥散曰：“肝木之所以郁者，其说有二：一为土虚不能升木也，一为血少不能养肝也。盖肝为木气，全赖土以滋培，水以灌溉。

若中气虚，则九地不升，而木因之郁；阴血少，则木无水润，而肝遂以枯。方用白术、茯苓者，助土德以升木也；当归、芍药者，益营血以养肝也；丹皮解热于中，草、梔清火于下。独柴胡一味，一以厥阴报使，一以升发诸阳。经云：木郁则达之。柴胡其要矣！”（《古今名医方论》）准确地揭示了逍遥散肝脾并治，气血同调，舒阳解郁的功能特点。

#### 四、越鞠用药偏温燥，法变和润始逍遥

自丹溪发轫，元末明初间治郁多宗其越鞠丸和六郁用药法，虽功莫大焉，但有偏于温燥之弊，逍遥散、归脾汤和六味地黄丸法就是后世对此纠偏补弊的选择，治郁之法也随之一变。张石顽曰：“郁证多缘于志虑不伸，而气先受病，故越鞠、四七始立也。郁之既久，火邪耗血，岂苍术香附辈能久服乎？是逍遥归脾继而设也。”（1695年，《张氏医通》卷三·诸气门上·郁）吴仪洛则说：“然长洲之法，实得之丹溪。越鞠之芍药即逍遥之归芍也，越鞠之苍术即逍遥之白术也，越鞠之神曲即逍遥之陈皮也，越鞠之香附即逍遥之柴胡也，越鞠之梔子即逍遥之加味也。但越鞠峻而逍遥则和矣，越鞠燥而逍遥则润矣。此则青出于蓝，后来居上，亦从古作述之大凡。”（《成方切用》）清代新安医家吴篁池亦云：“郁证主于开郁，开郁不过行气，行气则用香燥。然有香燥过多，因而窍不润泽，气终不行，郁终不开者，宜用养血药以润其窍利其经，香附、川芎不足恃也。”（1826年，《医述》卷七·杂证汇参·郁）

用药避免香燥，切合了郁证气郁易于化火的特点，且肝脏体阴而用阳，久病尤易伤阴动血，故用逍遥丸和加减逍遥丸治郁，顾肝体，达肝用，实为体用兼顾之法。赵养葵以五行生化演绎其理，诚为此滋润法门之先声：“一服之后，继用六味地黄加柴胡芍药服之，以滋肾水，俾水能生木。逍遥散者，风以散之也；地黄饮者，雨以润之也。木有不得其天者乎？此法一立，木火之郁既舒，木不下克脾土，且土亦滋润，无燥熯之病，金水自相生，予谓一法可通五法者如此。”此论亦可视为薛立斋用逍遥散和六味地黄法的注脚。

润而勿燥的治郁用药原则一直为后世医家所重视，华岫云论叶天士治郁法曰：“故先生

用药大旨，每以苦辛凉润宣通，不投燥热敛涩呆补，此其治疗之大法也。”“盖郁症全在病者能移情易性，医者构思灵巧，不重在攻补，而在乎用苦泄热而不损胃，用辛理气而不破气，用滑润濡燥涩而不滋腻气机，用宣通而不握苗助长，庶几或有幸成耳。”（1764年，《临证指南医案》）加味逍遥散正合此苦而不伤，润而不燥，补而不呆，行而不破，宣而不过的中和原则，所以叶氏也常用逍遥散加减治郁。

#### 五、外感内伤郁虚火，逍遥活用广求索

明清还有许多医家都对逍遥散青睐有加，运用变化娴熟，所治外感内伤种种病症，核心究竟不出木郁、血虚、郁火三条，现择列数条以开广眼目。

傅青主论外感夹郁曰：“如人头痛身热，伤风咳嗽，或心不爽而郁气蕴结中怀，或气不舒而怒气留于胁下，断不可用补药。方用：当归三钱、白芍五钱、柴胡一钱、半夏二钱、枳壳一钱、甘草一钱、白术二钱、丹皮、薄荷各一钱，水煎服。”（1673年，《傅氏男科》卷一·郁结门·开郁）此方即逍遥散减茯苓，加枳壳、丹皮、半夏。其随症用药法曰：“头痛加川芎一钱；目痛加蒺藜一钱，菊花一钱；鼻塞加苏叶一钱；喉痛加桔梗二钱；肩背痛加枳壳、羌活；两手痛加姜黄或桂枝一钱；腹痛不可按者加大黄二钱；按之而不痛者加肉桂一钱，余不必加。”法则平正，理亦易明。

《傅青主先生秘传杂症方论》论手足痛方曰：“手足，肝之分野。而人乃以为脾经之热，不知散肝木之郁结，而手足之痛自去。方用逍遥散加梔子三钱、半夏二钱、白芥子二钱，水煎服，二剂则痛如失。盖肝木作祟，则脾不敢当其锋，气散于四肢，结而不伸，所以作楚。今平其肝气，则脾气自舒矣。”论治诸痛方曰：“手痛、足痛、心腹痛……，一身而众处皆痛，将何以治？治肝为主。盖肝气一舒，诸痛自愈，不可头痛救头足痛救足也。方用：柴胡一钱，陈皮一钱，梔子一钱，白芍五钱，薏苡仁五钱，茯苓五钱，当归二钱，苍术二钱，甘草一钱，水煎服。此方逍遥散之变化也，舒肝而又去湿去火，治一经而诸经无不奏功矣。”又论腰痛方曰：“（腰）痛而不能直者，风寒也。方用逍遥散加防己二钱，一剂可愈。若日久者，当加杜仲一钱，改用白术二钱，酒煎服，十剂即

愈。”其论其法出入赵养葵五行生克之理，亦可寻踪于薛立斋之腰痛足痛等案。

《续名医类案》载张路玉治江礼科次媳郁症案，曰：“春初患发热头疼腹痛，咳逆无痰，十指皆紫黑而痛，或用发表顺气不效。诊之，脉来弦数而细，左大于右。曰：此怀抱不舒，肝火郁于脾土而发热，热蒸于肺故咳；因肺本燥，故无痰；脾受木克，故腹痛；阳气不得发越，故头疼；四肢为诸阳之本，阳气不行，气凝血滞，故十指疼紫。其脉弦者，肝也；数者，火也；细者，火郁于血分也。遂以加味逍遥散，加桂枝于土中达木，三剂而诸症霍然，十指亦不疼紫矣。”其理亦同。今人若以常法治痛不效，莫忘还有此开郁除痛一途。若用傅氏组方，对其药味剂量配比切不可忽视。

清代孟河名医费伯雄自制解郁合欢汤，用以治疗“所欲不遂，郁极火生，心烦虑乱，身热而躁”，方组为：“合欢花二钱、郁金二钱、沉香五分、当归二钱、白芍一钱、丹参二钱、柏仁二钱、山栀一钱五分、柴胡一钱、薄荷一钱、茯神二钱、红枣五枚、橘饼四钱。”

（1863年，《医醇贍义》）朱祖怡曰：“此方用柴胡、当归、白芍、薄荷，逍遥散之半；去茯苓、白术、甘草、煨姜，而用合欢、郁金、沉香、山栀、橘饼舒郁、顺气、清火，达木即所以安胃。又用丹参、柏仁、茯神、红枣，则所以养心脾而缓肝急，使君火与相火俱安，而脾胃亦得太和矣。识得郁火与肝胆之火之分别，而后知两方各有其合处。”（《校注医醇贍义》）此乃变逍遥散肝脾同调法为肝心同治方，力避温燥呆滞，用药兼具舒肝散火、清心降火、芳香悦神、灵动醒脾之法，郁证有内火扰乱心神者可以选用。

## 六、左关脉上寻独象，细虚数火逍遥当

秦景明《症因脉治》（1706年）论列证治时先依症认病审因，次则从脉象断证选方。书中于逍遥散法亦有发凡，主治肝血虚而又限于郁证矣。如论治肝经咳嗽曰：“咳则两胁下痛，痛引小腹，或寒热往来，面青色筋急。”

“肝经咳嗽之脉，左关弦数，或见弦急，肝经有热；或见弦细，或见弦涩，肝经少血”，“左关弦数，泻青各半汤；寒热往来，宜柴胡饮子。左关弦细，加味逍遥散”。此证治虚实两分，虚者即选加味逍遥。又论血虚眩晕曰：

“血虚眩晕之脉，脉多细涩。细而不数，血虚无热；细而带数，血虚有热。”“肝血不足，血虚无火，左关细涩者，逍遥散”。其别脉认证之法门，可资参酌。窃谓当存异议者，血虚兼火本为加味逍遥散的证，勿因一书印定眼目可也。

民国邹亦仲治抑郁惊恐失眠案曰：“阳穆清君，素有怔忡，现不熟睡，左脉关部浮大，尺寸沉小，右手缓平。乃因事刺激，肝家受郁已深，且惊恐频伤，心肾不交叉极，倘不急治，窃恐蕴酿日锢，难免不病发神经。法与逍遥散以解肝郁，佐远志、菖蒲以交心肾。一剂知，三剂遂得熟眠，肝脉之浮大不见，尺寸之沉小亦调，不劳余力而痊也。”（《邹亦仲医案新编》）兹案重脉症合参，疗效亦有脉为征，平正可法。

## 七、结语

综上所述，逍遥散一方以补血养肝、健脾疏肝、解郁散火为能事，不但为治郁良方，且适用颇广，治疗女科、内科、外感、内伤，皆有其达机之处，唯用药当知圆通灵变。文献所传种种逍遥散取效活法，可谓得其旨而不泥其方，今之学者若能于前人用心关窍和加减规矩多加会意，自能举一反三，利旧刃而斩新疾。

《医方证治汇编歌诀》（1897）之逍遥散歌总结周到，朗朗上口，兹录于文末以便学者记用。歌曰：“逍遥散用当归芍，柴苓术草煨姜薄。散郁除蒸功最奇，调经八味丹栀著。郁虽有六思虑多，思虑伤脾肝作恶。此方疏达肝与脾，无伤正气逍遥却。丹溪用治干咳嗽，养葵用治伤寒症。外感多从郁证看，木郁解而诸郁削。风以散之雨润之，郁平继以滋阴药。”

（责任编辑：殷鸿春）

**【作者简介】**王友军，副主任医师，1992年毕业于北京中医学院六年制中医专业，在陕西中医学院附属医院从事临床和教学工作十余年。2006年旅英，曾任英国中医师学会副会长和《英国中医杂志》主编，现任英国中医师学会学术顾问，世界中医药学会联合会翻译专业委员会委员，全欧中医药专家联合会会员。电子邮箱：[chuanshizhaizhu@gmail.com](mailto:chuanshizhaizhu@gmail.com)

## 从《金匱要略》痰饮咳嗽篇看茯苓的用药规律

### Medication Rules of Poria Cocos Based on Phlegm Retention Section from Synopsis of Golden Chamber

陈赞育 CHEN Zan-yu

**【摘要】** 本文通过对《金匱要略》痰饮咳嗽篇中茯苓应用规律的分析, 认为茯苓对于痰饮之治疗, 不仅可以利水逐饮, 还能培本扶正。清水之上源, 利膀胱肾水, 渗利而不伤正, 是治饮之佳品。

**【关键词】** 《金匱要略》; 茯苓; 痰饮

**Abstract:** The medication rules of poria cocos are discussed based on phlegm retention section from *Synopsis of Golden Chamber*. Poria cocos plays an important role and is very valuable in phlegm retention treatment. It is diuretic and also supports healthy energy.

**Key words:** *Synopsis of Golden Chamber*; Poria cocos; Phlegm retention

茯苓, 为多孔菌科真菌茯苓的干燥菌核, 寄生于松科植物赤松或马尾松等树根上, 深入地下 20~30 厘米, 外皮黑色, 内层坚白。首出《神农本草经》: “味甘, 平。主胸胁逆气, 忧患, 惊邪, 恐悸, 心下结痛, 寒热烦满, 咳逆, 口焦舌干, 利小便。久服安魂养神, 不饥延年。”入心、肺、脾、肾经, 为补心脾, 利水湿的常用药物。

《金匱要略》痰饮咳嗽篇中多方用到茯苓, 其法严, 其思远, 对后世临床应用茯苓有很强的指导意义。笔者试分析如下:

#### 一、苓桂术甘汤

主治心下有痰饮, 胸胁支满, 目眩者。又有: “夫短气有微饮, 当从小便去之, 苓桂术甘汤主之”。方用茯苓四两, 桂枝、白术各三两, 甘草二两共为汤剂。

痰饮停于心下, 使胸中阳气不振。心阳不布、心气不充, 出现短气有微饮, 胸胁支满。目眩不定者, 也是因于痰饮阻遏, 清气不升, 浊阴不降, 神失滋养而致。治以茯苓四两为君, 入肺肾而通水道, 利水湿; 逐心肺胸胁痰饮, 却支满; 助心脾阳气之光复, 升清气以止眩。然而茯苓之功, 渗利耗阴为胜, 补益助阳不足。故配伍桂枝之温阳通散, 白术之补脾益气, 以

助茯苓补益之力。桂枝、甘草匡扶心脾、胸胁阳气, 白术、甘草健运中州以治痰饮之根。药虽四味, 配伍精巧, 法度谨严。

#### 二、肾气丸

肾气丸中以茯苓三两, 助干地黄八两, 山药四两, 山茱萸四两, 泽泻三两, 牡丹皮三两, 桂枝一两, 炮附子一两以补助肾之气化而利水逐饮。茯苓甘淡而平, 补益之力不足, 然其用不可或缺。干地黄滋腻碍脾, 山药敛涩壅滞, 咸赖茯苓益气渗利, 与桂枝、附子共奏阴中求阳之功。且茯苓在此又兼能交通心肾, 引心肺之气下达于肾, 俾肾气得复, 气化得行, 以化内饮。

在《金匱要略》痰饮咳嗽篇中, 肾气丸与苓桂术甘汤同治短气有微饮, “夫短气有微饮, 当从小便去之, 苓桂术甘汤主之。肾气丸亦主之。”然一方仅四味, 一方八味。一为汤剂, 汤者荡也, 欲其速效; 一为丸剂, 丸者缓也, 培正缓图。前者急去饮邪, 后者慢调肾气。前者以茯苓为君, 后者茯苓为辅, 茯苓之用, 由此可见一斑。前人从此二方共治一证, 有“外饮治脾, 内饮治肾”之论, 窃以为凡涉饮邪为患, 正气不虚, 可以推之荡之; 正气不足, 只可固本温阳, 然而脾肾同治, 兼理心肺, 实为

治饮根本。肾气丸与苓桂术甘汤二方为后世垂下不易大法，其中茯苓补中有利，渗而能补，心肺脾肾同调，兼此数能者，惟茯苓一味。茯苓之功，亦全在此也！

### 三、木防己去石膏加茯苓芒硝汤

木防己汤由木防己三两，石膏十二枚（鸡子大），桂枝二两，人参四两组成，主治膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，脉沉紧，得之数十日，医吐下之不愈者。方中木防己大苦大寒，通行十二节，外通腠理，内泄水饮。伍以桂枝助阳以去水，人参扶正培土以制水，疗吐下之损胃，并制木防己之险健伐正。石膏的使用非常耐人寻味，支饮喘满，心下痞坚，脉沉而紧，而医又吐下皆不见功，可知此饮非在里亦不在上，而在肌腠经隧之中。石膏解肌，主解横溢之热邪。甘淡入胃，辛入肺，体重易碎，亦升亦降。与木防己配伍，可助其驱膈间支饮。“虚者即愈，实者三日复发。复与原方不愈者，去石膏加茯苓四两，芒硝三合，减木防己二两与之”。此处之虚实言饮邪之虚实、多寡，非正气之虚实。芒硝咸寒，兼有苦辛，能荡涤三焦肠胃，推陈致新。与石膏相较，泄下之力尤强，对于支饮之实者，可堪大任。茯苓四两，不仅可助木防己芒硝之逐饮，更可以助人参扶土匡中，助桂枝振护心阳。

木防己之剂量变化也颇为可议。膈间支饮几经泄逐，虽不能收工，然正、邪俱损。以芒硝、茯苓易石膏，一可荡涤三焦肠胃，以深入腠理之主（经云：三焦膀胱者，腠理毫毛其应）；一可泄中有补，稍减寒凉。再减木防己之量，少伤阳气。“病痰饮者，当以温药和之”，孜孜汲汲，惟病者之生气！医之为道，大矣哉！

### 四、小半夏加茯苓汤

用治卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者。小半夏汤逐饮止呕，可谓专方专药，并不用茯苓。之所以加茯苓，乃以膈间有水而眩悸。目无常主谓之眩，心动不安是谓悸。皆因膈间有水，扰动心神，肝肾之精气动摇所致。《本草思辨录》云：“水停心下而眩者，亦水停心下而悸。眩在外，悸在内，惟派别而源同，故眩定者悸亦定。心下悸者水侵其心，脐下悸者水发自肾，似不能悉主以茯苓矣。然上中下之水，

应皆从小便出者，舍茯苓其奚属？”可谓茯苓之知己。茯苓入心肺肾而行水逐饮，甘淡渗利又与半夏生姜之辛开苦降相得益彰。

### 五、五苓散

五苓散以茯苓三分配伍泽泻一两一分、猪苓三分、白术三分、桂枝二分用治瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩者。方用大剂泽泻利水泄热，功专而力宏。猪苓甘淡性平，与茯苓一起助泽泻利水逐饮。关于此，《本草思辨录》有精彩论述：“猪苓茯苓泽泻，三者皆淡渗之物，其用全在利水。仲圣五苓散、猪苓汤，三物并用而不嫌于复，此其故愚盖得之本经与内经矣。本经猪苓利水道，茯苓利小便，泽泻消水。内经三焦为水道，膀胱为水府，肾为三焦膀胱之主。合二者观之，得非猪苓利三焦水，茯苓利膀胱水，泽泻利肾水乎。”“三物利水，有一气输泻之妙。水与热结之证，如五苓散、猪苓汤，若非三物并投，水未必去，水不去则热不除，热不除则渴不止、小便不通，其能一举而收全效哉。”

然而茯苓之功又岂止于此？泽泻、猪苓于此方中不过逐水清热而已，茯苓又可助桂枝通心肺以化饮，助白术建中州以治水，标本同治以收全功。五苓之名，当是取自茯苓耳。

方后注云：多饮暖水，汗出愈。此处之汗出乃营卫和谐，阳气来复之征，非水饮尽自汗而解。五物合用，外散、内化、中消、下利，神思细密，化用无穷。

### 六、《金匱要略》痰饮咳嗽篇中其余用茯苓方

篇中其余用茯苓方，茯苓之用略同，现约略论之。

《外台》茯苓饮，茯苓配伍人参、白术大补中气而健脾运，橘皮、生姜理气散寒，以“消痰气，令能食。”因于“自吐出水后，心胸间虚，气满不能食。”水已去，则不必再大泄水饮，而仍然以茯苓名方，可知茯苓之用。

茯苓桂枝五味甘草汤，茯苓配伍桂枝甘草五味子，治气冲。去桂枝，加干姜、细辛，以治咳满，即为苓甘五味姜辛汤。又纳半夏，以治“冒者必呕”，即为桂苓五味甘草去桂加姜辛夏汤。又加杏仁，以治其人形肿；复加大黄以利之，治其面热如醉。诸般加减，随症而行，

进退分明，丝丝入扣。而茯苓逐饮扶正，标本同治，对饮邪为害之多般变化均有克制。以不变应万变，中其要害者也。

物物一太极。一物之生，便有一物之用。茯苓之于痰饮，实可祛之、利之，虚可补之、益之。得猪苓、泽泻，利水逐饮，一气输泻；得桂枝，则温胸阳以蠲饮；得人参、白术则建中气以去湿；得橘皮、半夏则理气滞而除痰满；得附子则温阳以利水。茯苓可谓为治痰饮而生，茯苓真可谓饮家圣药也！

古圣先贤为我们留下了宝贵的财富，指引了一条学习发现中药效用的捷径。我们如果能够勤学善思，必有事半功倍之效。笔者不揣浅陋，附几例临床案例，请方家不吝赐教为盼。

#### 附病案一

M.D. 男，1989 年生。2015 年 10 月 30 日首诊。自诉鼻塞、头痛数年，冬重复轻，最近尤为严重，几乎不能用鼻子呼吸。脉左弱而无力，右脉稍有力，重按绵绵不绝。舌红体胖，舌苔前 1/2 剥脱严重，后 1/2 白腻渐厚。眼眶黑陷，形容疲惫。细询之，鼻塞少涕，头重尤甚。心慌惊悸频作，夜梦多，且多大水、恐惧。辨为脾肾为水饮所困，心肾不交，肺失宣降。

处方：

茯苓 30 克 桂枝 15 克 党参 25 克 白术 10 克 枳壳 20 克 佛手 15 克 柏子仁 15 克 百合 10 克 甘草 10 克 干姜 10 克 远志 6 克 七剂水煎服。

2015 年 11 月 5 日二诊。诸症均好转。尤其是服药后，未有发梦，黑眼圈已经不见。不愿再用草药，予肾气丸、小青龙丸（1/3 量）、柏子滋心丸（1/4 量）二月余而收功。其间，成药比例有几次调整。

#### 病案二

K.A. 女，1949 年生。此病人从 06 年起一直在我处诊治。年轻时得过甲肝和乙肝，现在肝功能尚可，但如有外感劳累便觉肝区不适，多次医院检查未见异常。而且本人是化学专业，对西药没有好感。所以一有问题，就来我处服用汤药治疗。

2016 年 1 月 14 日来诊，自诉去东欧度假两个月期间，几次疑似食物不洁，呕吐泄泻。服黄连素、藿香正气丸等后好转。现在每食则胃痛，恶心暖气频频。小便淋漓而痛，当地医院查有肾结石。查脉左弦硬有力，尺部不可及。右脉沉，寸部不可及，关尺有滑像，脉体如波浪从尺部向关部涌动。舌胖大色红齿痕明显，苔白有根而粗糙。辨为饮困脾肾，肝失疏泄。

疏方：

茯苓 30 克 桂枝 15 克 佛手 15 克 甘草 10 克 干姜 10 克 炒麦芽 15 克 大枣 5 枚 白芍 30 克 川楝子 10 克 柴胡 10 克 党参 30 克 猪苓 15 克 香附 15 克 草果 10 克 十剂水煎服

2016 年 3 月 17 日来诊，诉带了十剂中药去加勒比度假，现在胃痛恶心、小便痛均无。度假期间有两周非常疲劳，睡眠时间很长。现在时有暖气，食纳不如人意。查脉细弱无力，双脉稍短，左关稍有力。舌胖大色淡有齿痕，苔薄白满布舌面。治以健脾舒肝，理气蠲饮：

柴胡 10 克 青皮 15 克 党参 50 克 白术 15 克 生姜 10 克 麦芽 15 克 枳壳 20 克 茯苓 30 克 佛手 20 克 半夏 10 克 佩兰 15 克 甘草 10 克 白芍 30 克 肉桂 20 克

病人同意服用药粉，以上方比例配制药粉一个月用量，日服 4 克。

同时病人告知，上次其外孙（6 岁）呕吐、暖气近一个月，我望其山根青黑舌胖色淡，从痰饮论治，选容易下咽之品，予茯苓、干姜、甘草、苏梗、党参、砂仁药粉冲服，三天而愈。

（责任编辑：袁炳胜）

【作者简介】陈赞育，男，山西人。1992 年毕业于北京中医学院中医系，1997 年北京中医药大学基础医学院中药教研室讲师，2000 年初来英工作至今。在国内时期，编著，参与编著及点校了 11 部中医著作。包括《本草备要》点校，《山海经》点校，《医学三字经语译》，六版《中药学》教学参考书，《图说本草》ON CD-ROM，《中医美容学》等。学术论文及杂文多篇发表于《河南中医》，《中国中医药报》，《北京中医药大学报》等。现为英国中医师学会常务副会长，《英国中医》主编。

## 王三虎医案（下）

### Chinese Medical Case Records of WANG San-hu (the 2<sup>nd</sup> Volume)

王三虎治验 WANG San-hu, 袁炳胜编按 YUAN Bing-sheng

**【摘要】** 本文继上期，介绍王三虎教授治疗临床疑难杂症医案三则：以风邪入里辨治脱髓鞘病、糖尿病等多种疑难杂症同患案；以久泻辨治回肠滤泡增生、糜烂性胃炎案；以及皮肤黑变病等医案。王教授临床擅用经方，对风邪致病有独到认识，在临床疑难病症，尤其对肿瘤病的中医治疗方面颇具独到经验和临床特色，疗效显著，值得与大家分享。

**【关键词】** 名医经验；王三虎；脱髓鞘病；回肠淋巴滤泡增生；皮肤黑变病；中医药

**Abstracts:** Following last volume, we will introduce 3 difficult incurable cases practiced by Professor WANG-SanHu including: based on dialectic thinking of pathogenic wind into heart and lung for the treatments of demyelination disease, diabetes, and many other difficult incurable cases; based on dialectic thinking of chronic diarrhea for the treatments of ileal follicular hyperplasia and erosive gastritis; treatment of melanoderma. Professor WANG is skilled at applying classical formula, very knowledgeable of pathogenic wind, experienced at treating clinical difficult cases, and good at cure tumors. It is valuable to share his case experiences.

**Key Words:** Clinical experiences; Wang San-hu; demyelination disease; ileal follicular hyperplasia; melanoderma and Chinese traditional medicine

#### 案 4. 风邪入里案（脱髓鞘病、糖尿病、脂肪肝等多种病症同患）

河南徐先生，59岁，以百病缠身5年，辗转多方，求医未果。于2015年5月初通过我女儿提前转交自述5000多字的病史资料求诊。除详述病史，还列出身患的糖尿病、脂肪肝、前列腺增生、阳痿、脑供血不足、皮肤过敏、耳鸣、脑动脉硬化颈椎病、肩周炎、脱髓鞘等多种病症。

及其来诊，面述病史，仍滔滔不绝。由其父母开头，继而自自己少年时始，从头至脚，不厌其烦，唯恐有所遗漏。问及现在最主要不适，乃述左半身不自主抽搐“非常严重”，而耳鸣、皮肤瘙痒次之之主诉。乃乃据其主症，辨为风邪入里之证，以小续命汤为基本方治之。6月1号复诊，喜形于色，自述服药4周左右，现腹泻止，瘙痒消，抽搐能自我控制，颈肩轻松，唯耳鸣依旧，舌有瘀斑，脉弦。效不更方，唯改颗粒剂：桂枝1袋，淡附片1袋，川芎1袋，麻黄1袋，红参1袋，白芍3袋，杏仁1

袋，防风2袋，黄芩1袋，防己1袋，甘草3袋，天麻3袋，龙骨2袋，牡蛎2袋，珍珠母2袋，黄连3袋，肉桂1袋，龟甲1袋，骨碎补1袋，蒺藜2袋，蝉蜕2袋，僵蚕2袋，乌梅1袋，姜黄2袋，羌活1袋，黄芪3袋，葛根2袋。30剂，日1剂冲服。2015年10月5日第六诊，手足抽搐十去其八，余症均已消失。效不更方，继用原方30剂。

#### 诊者自按（王三虎）

此患者病症繁多，然半身抽搐、身痒耳鸣为主，“风为百病之长”，风邪入里，是其主因。小续命汤，如其方歌所云“六经风中此方通”，故用以为治，获得显著疗效。

#### 编者按（袁炳胜）

此患者，自幼多病，现查见糖尿病、脂肪肝、前列腺增生、阳痿、脑供血不足、皮肤过敏、耳鸣、脑动脉硬化颈椎病、肩周炎、脱髓鞘等多种病症，内外表里、脏腑经络、营卫气血、虚实寒热，无证不有。考其部位，则不外

表里；查其病性，不离虚实。审其根由，则表里内外之传变，寒热燥湿、内外之邪，则皆因乎风邪以出入也。而半身抽搐、皮肤瘙痒，则为风邪之确切辨证依据。故以善治“六经风中”之小续命汤，扶阳、益气，活血、温经，通阳、逐邪，用麻黄汤散在表风寒之邪、桂枝汤祛风和营卫，共同透达邪气于表；然虚实互见相因，则需借正气以为鼓舞，方可建功，故用参附汤以辅助正气，而为根本大法；又加天麻、珍珠母、龟甲、龙骨、牡蛎、白蒺藜、蝉蜕、僵蚕以治半身抽搐及皮肤瘙痒内外之风，疏散与潜镇并用，黄连、肉桂以交通心肾，助主方以通阳；黄芩、乌梅者，合芍药以平肝息风，且防温药之燥热；葛根、羌活则助麻黄、桂枝二汤以祛外风，更助川芎、姜黄以活血通经止疼痛也。看似庞杂，然究其病之繁难，实则以简驭繁、治之以道也。

**附：**小续命汤方歌：小续命汤桂附芎 麻黄参芍杏防风 黄芩防己兼甘草，六经风中此方通。

#### 案 5. 久泻（回肠淋巴滤泡增生、糜烂性胃炎）

叶某，中学生，湖南人。2014 年 3 月 12 日初诊。久泻不愈 2 年，随父专程来柳。形体消瘦，怕冷，纳少，晨起时偶有反胃感，天气变凉或进食凉物则便溏作泻，大便每日 3-7 次；寐可，小便调。舌红，苔薄白，脉滑。胃镜：非萎缩性胃窦胃炎（流血 / 渗出型）伴糜烂。肠镜：末端回肠改变，考虑淋巴滤泡增生。以乌梅丸颗粒剂，服药 30 剂，大便每日 2-3 次。半年后再诊，情况改善，仍守原方。2015 年 6 月 11 日，三诊，病去六七，但大便仍不成形，每日 1-2 次；而近半年来以容易感冒为最大苦恼，喷嚏流涕，头身不适，畏寒自汗，舌淡脉弱。辨为手太阳小肠病，桂枝加葛根汤证。以桂枝加葛根汤原方六味药为颗粒剂，20 剂。嘱服至 5 剂后，来电告知效果。服药 5 天后如期来电，感觉舒适，大便日 1-2 次，接近成形，惟喷嚏还在。9 月 25 日再次来电，告知大便正常已 2 月，未再感冒。

#### 诊者按语（王三虎）

问：此案初诊，患者除了“久泻”症状外，是否还要有《伤寒》厥阴病里说的“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之，利不止”这些病脉证的其他

1-2 个症状才好处方？或者（据）“久泻利不止”一个证候即可（使用乌梅丸）？请解惑。

答：乌梅丸（仲景）原文（明言）“又主久利方”。

问：不用辨证么？我最吃不准什么时候用乌梅丸，您能详细谈谈您临床上用乌梅丸的体会吗？

答：久利就是“病”。在中医发展史上，辨病论治要早于辨证论治。就像疟疾用常山、青蒿”（都是辨病论治）。

问：王老师为何选颗粒剂？

答：问得好。五苓散、平胃散、藿香正气散、参苓白术散，（主治证候）几乎都有泻，都用散。

问：可否加黄芪，附片，白术呢？桂枝加葛根汤再加乌梅如何呢？

答：代教嘛，总要有自信。

问：“谢谢王老师的分享，我有一个疑问，您病例中的喷嚏流清涕，兼有便溏不成形，可看成太阳和太阴合病，是否将桂枝加葛根汤中的生姜换成干姜更好呢？”

答：问得好。我强调的是病在手太阳小肠经。腹泻是小肠疾病不难理解，桂枝汤就是太阳病主方，加葛根升阳止泻。（头身不适者，以）手太阳小肠经是动病，嗌痛，颌肿，不可回顾，肩似拔，臑似折。主液所生病。耳聋，目黄，颊颌肿，颈肩肘臂外后廉痛（微信讨论问答）。

#### 编者按（袁炳胜）

本案患者初诊，形寒怕冷，消瘦纳少，晨间反胃，遇凉则泻，证属三阴明也。既有少阴证之形寒怕冷，又有太阴证之纳少反胃，又有厥阴病乌梅丸之“久利不止”，舌脉则兼见寒热。故主以乌梅丸。三诊时，无明显三阴证象及寒热错杂，太阳病见证明显，其病已转出于表，以太阳经、腑（小肠）之证候（头身不适、畏寒自汗，喷嚏流涕、容易感冒，大便不成形）为主。故以桂枝汤加葛根，既可外和营卫、疏达表邪，利太阳之经筋，又可内助脾胃之中气，升阳止泻，药仅 6 味，但有扶正祛邪、表里同治之妙用。

#### 案 6 皮肤黑变病验案

患者女教师，33岁，2015年3月21日就诊，皮肤瘙痒1月余，诉已多处就诊未效，突然想起2012年曾因皮肤问题，就余诊治效果不错，乃前来求治。皮肤瘙痒事小，皮肤黑变事大。复习病案：2012年初，因全身瘙痒，皮肤黑斑，面部尤甚，已经十年余而就诊。2011年11月病理检查显示：表皮角化过度伴角化不全，基底层色素颗粒细胞增生，真皮层可见浆细胞浸润，诊断：皮肤黑变病。刻诊：全身发黑瘙痒，热时痒甚；皮肤干燥，面部散在黑斑；月经量少，腹痛，大便次数多；纳可、寐差，小便调；舌红，苔白，脉细。既往有慢性咽炎史。辨证：内有干血，瘀血内阻，肺胃有热。处方：大黄蛰虫丸加减。方药：大黄3 甘草6，杏仁12，桔梗10，赤芍30，生地20，虻虫3，水质蛭12，防风15，生石膏30，红花12，知母12，白芷12，牡丹皮12，桃仁12，蒺藜30（克）。随后就诊中曾加减变化：凌霄花12，桔梗12，牛蒡子12，玄参15，麦冬18（克）。患者从2012年3月服用此方治疗至9月，皮肤色黑、身痒问题均解决，随后未复诊，直至今次来诊。现皮肤瘙痒再发，详询病情，考虑舌脉表现与前相同，乃再开前方7剂。

### 诊者按语（王三虎）

本案抓住瘀血内阻和肺胃有热、血热生风的关键病机，以经方大黄蛰虫丸为汤剂，加清肺胃、凉血息风之药，主次相宜，和缓以取效。

### 编者按（袁炳胜）

地之五味入口，传于胃肠；天之五气入鼻，通于心肺；故人者，禀受天地之气，外与天地之气相应；内而脏腑阴阳之变，亦可因经络气血，而动见于皮肤毛窍爪甲。今此案患者皮肤黑斑，遍布全身，干燥瘙痒，是瘀血阻内，不荣于外，皮肤失于煦泽矣。热则痒甚，是瘀久生热，热而兼风，风在血分，流于肌表故。月经量少、腹痛，舌红、脉细，皆为内有瘀血之征。病理检查亦提示：表皮角化过度伴角化不全，基底层色素颗粒细胞增生，真皮层可见浆细胞浸润等表现（即此病理结果，可从瘀、从热、从皮部失养之虚看）。故以大黄蛰虫丸以下瘀血、破癥积，清肝热、宣肺闭，益营阴，润血燥，并甘草和诸药，通十二经，内调脏腑

阴阳，外和营卫气血，以下瘀血与通经络同施，以通为补，标本兼治，服药半年而愈。

### 评述

医学是临床实践的学科。学不分中西，无论何门何派，使用何理、何法，最终都需要落实到临床实践中来。经过临床验证，愈病则能。然医者之要，当深谙医道，熟悉药理，始能善诊善治。临床病、证，有繁简之别，繁者未必难，简者未必易。要在独具慧眼，善于临证查机，审因论治，不可先存一念于心，执一定之方，而欲治万变之病；守一方一法，胶柱鼓瑟，欲求尽愈诸病，实为难也。故为医之道明也：深研经典，以明医道；博采诸家，善用寒温攻补各法；又当审物理人情，与乎病机相参，权衡轻重，治有滑涩；方有大小，裁拆有法；攻补得宜，进退有度；辨病辨证，取舍随机；言之虽易，功夫则全在临证、读书中来。

为医者不易，为名医者尤难。以盛名之下，各方疑难患者咸来求治者也。此所择王三虎教授日常临床所诊治之杂病、肿瘤及现代疑难病症数则医案，可见一斑。三虎教授临床之诊，善于分辨虚实寒热，治疗则标本缓急主次分明；精熟药性，善用经方化裁为治；或以经方之意，组药成方，随病证所在及虚实而治之；又善用风药、治风邪所生百变之病；对很多疑难病证尤其肿瘤转移的治疗，独辟蹊径，具有重要的临床意义。

（责任编辑、编按：袁炳胜）

【作者简介】袁炳胜，曾用名袁胜。绵阳中医学校针灸专业毕业，经中医自考获本科文凭、参加中西医结合研究生课程学习结业。曾受学于川北针灸名家熊德煊、倪先贵等，并得何绍奇教授指点治学之道；先后拜李孔定主任医师和杨介宾教授为师学习方脉和针灸。在《中国针灸》、《新中医》等杂志发表论文近50篇。现旅英行医，任英国中医师学会学术理事及《英国中医》编辑、欧洲经方中医学学会学术部部长。2014年在圣彼得堡第11届世界中医药学会联合会大会被确定为首批国际名医带高徒的四名高徒之一，师从马伯英教授。电子邮箱 [yuanbingsheng@gmail.com](mailto:yuanbingsheng@gmail.com)

## 辨证机要拾零

### Medical Cases by the Applications of Dialectical Thinking

周继成 ZHOU Ji-cheng

**【摘要】** 本文通过总结作者多年的中医临床经验，深入思考阴阳消长，升降出入在临床实践中的具体体现，并详细阐述了脉诊在诊察人体气血虚实变化中的重要意义。

**【关键词】** 辨证论治；阴阳；升降；脉诊

**Abstract:** The applications of waxing and waning of yin-yang, ascending, descending, exiting, and entering in clinical practices are deeply discussed in combinations of long time Chinese medicine clinical practice. And the applications of pulse diagnosis in finding out the changes in Qi-blood true and false are important for clinical practices.

**Keywords:** Dialectical thinking; Yin-yang; Ascending and descending; Pulse diagnosis

#### 一、阴阳消息

消为减少的意思，息增加的意思。消息，是变化的意思。

阴阳，《说文解字》：阴，闇也，水之南山之北也。阳，高明也。

阴阳转换的节点，对于辨证特别重要，也是路标，所以必须详明阴阳以及阴阳转化的节点。

古人对于阴阳有着迷恋般的崇拜，阳燧取火，方诸（阴燧）取水，就是对于阴阳崇拜的例证。

方诸取水于十五月圆之夜，此时阴气极盛之时，汉王充《论衡·率性》：“阳遂取火於天，五月丙午日中之时，消鍊五石，铸以为器，磨砺生光，仰以向日，则火来至。”

内经云：阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也，治病必求于本。故积阳为天，积阴为地。阴静阳躁，阳生阴长，阳杀阴藏。阳化气，阴成形。寒极生热，热极生寒。寒气生浊，热气生清。

太极十二地支论，更明确指出，子时一阳生，午时一阴生。

郑钦安吸收道家内丹学思想，根据乾坤生六子，乾坤退位，坎离用事的理念，更是认为坎中一阳是元阳，离中一阴为真阴。

以上这些阴阳的基本理念对于指导辩证

特别重要，有了这些标志节点，阴阳虚实之说才有根据。

#### 案例一：

2006 年冬季，一英国中年女士来就诊。主要问题是夜间心胸汗出，胸背满布疹痒，若粟米，色白而亮，凸出皮肤，胸背皮肤潮红而痒，病程三月。当时我怀疑是该患者室内暖气过热所致，当即给予发表透疹去湿：

芦根 15 克 滑石 6 克 薄荷 6 克 桑叶 10 克 荆芥 6 克 防风 6 克 佩兰 6 克 葛根 10 克 黄芩 6 克 通草 3 克

薄荷后下，水煎服。并告诉病人，暖气不要太热。

服药一周后复诊，病情有所缓解，搔痒好转，疹痒减少，但是皮肤仍潮红，仍然汗出。仍用前方，连服四周后再无进步。再询问病人，病情在什么时候加重，病人告诉我。在月经前最重，于是我豁然开朗，处方如下：

附子 6 克 干姜 10 克 炙甘草 6 克 白通草 3 克

水煎服。一周后，病人复诊，疹痒全消，胸部皮肤潮红也明显减轻，再服一周，诸症尽消。

女人月经来潮之前，似月圆之夜，阴气盛，阴胜则阳病。由于阳气不足，兼之外热蒸腾，内阳耗散，津液随之失摄，溢于肌表

为湿而成疹痒，胸部潮红为虚阳外浮之相。读书与实践何其重要。

### 案例二：

Ms J. S. Greenberg, 70岁。

2016年1月6日初诊。诉共济失调2-3年，神经系统检查无阳性体征，在医院做MRI扫描未见异常，眼科、耳鼻喉科等检查均无异常发现。行走站立则眩晕。有高血压病史，规律服药，血压控制良好。皮肤干燥而痒，阴道干，头痛失眠，背疼，口服安眠药、降压药和止痛药。18个月前其女因癌症去世。

左脉细微，仅可触及；右脉沉滑。

据脉而得知其皮肤阴道症状等如前述。此为阴不胜阳而化风。

给予五门十变针法：丙辛化水，乙庚化金，取腕骨、孔最、行间、二间。

针刺结束后，行走站立眩晕感明显减轻。

2016年1月11日 复诊

左脉寸关未及，尺部显；右脉沉略滑，尺部微。眩晕仍然存在，但是步态较前改善。皮肤仍然干燥，必须用润肤油。

取丙辛化水，乙庚化金法，加太溪。

2016年1月20日四诊

睡眠改善，疼痛改善，停服安眠药。双脉尺部微。考虑其人阴阳无根，建议加服草药粉剂：熟地黄1克 巴戟天1克 山萸肉1克 茯苓1克 生地黄1克 石菖蒲1克 附子0.5克 五味子1克 远志1克 麦冬2克 薄荷0.5克 川牛膝1克 怀牛膝2克 枸杞子1克 杜仲2克，每日一付，共七付。

2016年1月23日五诊

舌体瘦薄，尺脉可。睡眠充分，皮肤仍干燥，左肩胛处疼痛，诉草药难以下咽，服草药后矢气多，疲劳。考虑到病人的痛苦，以及皮肤干燥未能明显改善，停止乙庚化金法：针刺二间及行间。仅仅用丙辛化水加太溪，养阴涵木。

2016年1月27日六诊

皮肤干燥改善，睡眠可，停止服用止痛药。左肩背仍然疼痛，左脉细，尺部沉，右脉尺部沉细。针刺用丙辛化水加太溪。草药粉剂七付，方同上。

2016年2月2日七诊

右脉尺部不及，左脉微，眩晕似醉酒状，睡眠可，肩胛处仍然疼痛，皮肤干燥改善。

不得已，仍然助金平木，滋水涵木：丙辛化水，乙庚化金，穴位同前。

2016年2月6日九诊

出门办事两周，取草药路上服用。

诉左前额疼痛，查左侧颈后肌肉紧张，压疼明显（太阳经）左脉微，右脉稍弱，与知柏地黄汤：熟地黄2克 山萸肉1克 黄精1克（缺山药） 茯苓1克 泽泻1克 牡丹皮1克 知母1克 黄柏1克，七付。

取药完毕，考虑病人急着要离开，就给予指压大陵通里，取丁壬同化，以妻制夫的意思，颈后肌肉疼痛，即刻缓解，左前额疼痛亦缓解。

此病人，西医检查未确诊。初诊时，表现为阴水匮乏，阳郁化火生风，实际上根据以后的治疗反应来看，阴固然不能制阳，然而阳亦无根，阳不潜藏以化生阴液，年逾七旬，阴阳两虚。阴阳互根的原理在治疗此病人时得到了体会。

## 二. 升降开合

清末民初中医名家彭子益更是利用二十四节气指出阴阳升降开合的节点，用于指导辨证。

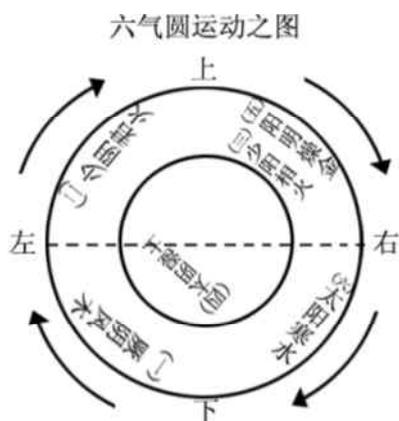


降者，夏时太阳射到地面的热，降入土中也。沉者，降入土中的热沉入土下之水中也。升者，沉入水中的热升出土上也。浮者，升出土上的热又与夏时太阳射到地面的热，同浮于地面之上也。中者，降沉升浮之中位也。

立秋为降之起点，立冬为沉之起点，立春为升之起点，立夏为浮之起点。

秋分前，土上热多，土下热少。秋分则土上与土下的热平分也。春分前，土下热多，土上热少。春分则土上土下的热平分也。

冬至者，由立秋降入土下的热，多至极也。夏至者，由立春生出地上的热，多至极也。降极则升，升极则降，升降不已。热性本来升浮，不能沉降，热之沉降，秋气收敛之力降沉之。热降，为生物有生之始；热不降，为生物致死之因。



木气偏见，则病风。君火之气偏见，则病热。相火偏见，则病暑。金气偏见，则病燥。水气偏见，则病寒。土气偏见，则病湿。故六气名目，而有厥阴风木，少阴君火，少阳相火，太阴湿土，阳明燥金，太阳寒水之称也。

此即五行图，加一相火，名曰五行六气，其实六行六气。阳升阴降，自然之事。阴性本降，三阴之升，阴中有阳也。阳性本升，三阳之降，阳中有阴也。金木水火，分主四维。相火土气，同主中宫。

六行六气的圆运动，四节一气。大寒、立春、雨水、惊蛰属初之气。春分、清明、谷雨、立夏属二之气。小满、芒种、夏至、小暑属三之气。大暑、立秋、处暑、白露属四之气。秋分、寒露、霜降、立冬属五之气。小雪、大雪、冬至、小寒属六之气。圆运动的天人一气，时令病上，最为显著。内伤杂病，亦属六气，特不似时令病关系生死之速耳。因时令病，乃整个六气分散，中气消灭极易，故死甚速也。

### 案例三：

J HUTTLESTONE, 男, 67 岁。诉双耳晨起听力丧失年余，自觉有堵塞感，起床活动后半小时内，逐渐改善，两小时后约略恢复正常；任意时间，平躺 10 分钟后，双耳有堵塞感，耳鸣，尿频。寸关缓大略滑，双侧尺部脉不及。

辨证：痰浊上蒙清窍

治疗：针灸：引气下行，化痰。取膻中、鸠尾、上脘、中脘、下脘、气海、天枢、丰隆、太溪。

针刺半小时起床，试问其耳内堵塞感如何，答曰，堵塞感很快消失。嘱咐其第二天早晨告诉我听力情况如何，第二天接到电话，听力于晨起很短的时间内就能恢复。

此后复诊三次而愈。

### 案例四：

Jane, 女, 27 岁。湿疹，全身皮肤瘙痒，项背部、胸部皮肤潮红，夜不成寐。寸脉可，关脉微弱，尺脉细。依脉测症，其人当餐后腹胀，晨起皮肤瘙痒更甚，询问病人，回答肯定。于是给予理中汤加黄芩乌梅，一周后复诊，皮肤瘙痒消失过半，皮肤潮红明显减轻。

机理：中焦运枢无力，甲木不降，金气不敛。晨起加重者，以其木旺金囚土死之时也，风木无所受制。理中丸温运中枢，乌梅助肺以降胆木，黄芩清胆热

## 三. 以脉测症，脉症互参

中医的脉学原理仍超不出“阴阳、三才、五行”的观念，若不能灵活运用阴阳、三才、五行的观念，就不能进行脉象辨证，就只能就事论事，见弦说弦，见滑说滑，抓不住纲领。

《黄帝素问直解·脉要精微论》：“故曰：知内者按而纪之，知外者终而始之。此六者，持脉之大要”高士宗认为，重手按脉，纪其至数，则知在内之脉，故曰：按而纪之。轻按为始，重按为终。由重而轻，则知在外之脉，故知外者，终而始之。此内外按纪终始六者，乃持脉之大法。

《素问·脉要精微论》：“推而外之，

内而不外，有心腹疾也；推而内之，外而不内，身有热也；推而上之，上而不下，腰足清也；推而下之，下而上，头项痛也。”推而外之者，医之手指，向外以按之。脉偏盛于内而不外，此有心腹之积。推而内之者，医之手指向内以按之，脉偏盛于外而不内，此身形有邪热也。推而上之者，医之手指向寸关尺之上以按之，脉随应指，上而不下，此上盛下虚，故腰足当清冷也。推而下之，下而上，此下盛上虚，故头项当强痛也。按之至骨，不应于指，脉气少者，此阳虚，生阳之气不能上行，当腰脊痛而身有痹病也。这个是枚举示例，并不是绝对的，要结合滑伯仁六字诀整体分析。

现代更有人进一步解释为：脉诊除运用浮、中、沉即举、按、寻三候法外，更要对整体脉管进行两侧边缘（内外与左右）以及前后（上下）的搓、捻、揉、摩，寸、关、尺三部的上下滑动、揣摸、扪循，这样不仅能够真正了解脉象的大小度、强弱度、坚柔度，同时还可知晓脉流的通畅度、滑利度、三部脉及脉管内外的对比度。

《内经》中“地气上为云，天气下为雨；雨出地气，云出天气”，一句话揭示了人体这个小宇宙中的阴阳互根、气机升降关系。地气为阴，但必须化气上济于阳；天为阳，但须下降与地气交接以济阴，这就是说在诊脉时须注意寸关尺、浮中沉三候的阴阳相济关系，左右手之间的阴阳相济关系，才能揆度阴阳，才能据“阴胜则阳病，阳胜则阴病”而揣测三才之间的阴阳虚实关系。

《难经》中提出上鱼际者为溢，溢者，升之太过；下尺者为覆，覆者，下太过，阴有余。滑伯仁总结《内经》脉学的纲要为“上下来去至止”六字。在《诊家枢要》中说：“察脉须识上下来去至止六字，不明此六字，则阴阳虚实不别也。上者为阳，来者为阳，至者为阳；下者为阴，去者为阴，止者为阴。上者，自尺部上于寸口，阳生于阴也；下者，自寸口下于尺部，阴生于阳也；来者自骨肉之分而出于皮肤之际，气之升也；去者，自皮肤之际而还于骨肉之分，气之降也；应曰至；息曰止也”。清时新安派医家程知在其著作《医经理解》一书中称：“伯

仁此言，实诊家密旨，而本于内经。”当然，这六个字还要结合四时，六淫、七情之脉象具体分析，如风浮、寒紧、暑虚、湿细、燥涩、火数、喜缓、悲短、忧涩、思结、恐沉、惊动、怒急等。《难经》的正常脉象为：浮大而散为心脉，浮涩而短为肺脉，沉弦为肝脉（牢而长者肝也），濡沉肾脉（按之濡举指实者肾也），缓为脾脉。可参见难经十难一脉十变五邪刚柔相逢以及色脉相参。

除了前面的脉诊内容外，难经的进一步的脉诊引伸，估计没有引起多数中医人士的重视，就是五十难、五邪的概念来分析脉象各部位的生克乘侮关系（虚邪实邪贼邪微邪正邪）。

所谓虚邪者，从后方来者，即生我者（母令子虚）；从前方来者为实邪，即我生者（子令母实）；从所胜方来者，为微邪，即我克者；从所不胜方来者，为贼邪，即克我者；从本方来者为正邪，即同气者。借此五邪概念以判断疾病的进展预后，同时也提供了治疗思路。

案例一

女，白人，42岁。月经常年淋漓不尽，无痛经，无血块。求医于英美，无效。无孕史。

形体适中，面色略苍白。寸关细微。

予以补中益气汤七服，服药后，阴道出血止，惟左胸胁有闷胀感。可惜的是，此人未能继续复诊，此后的结果不清楚。

案例五：

Ms N. Sithole, 女，34岁。

2016年2月1日初诊。

右寸部短小脉，关尺未及；左脉和缓。面颊多发性暗红痤疮，求孕四年未果。26岁时有流产史，此后无怀孕史。

据脉分析，下元亏损，虚阳上浮，宫寒不孕，与金匱肾气丸：

熟地黄10 山茱萸10 山药10 泽泻6 茯苓10 牡丹皮6 桂枝6 黑附片6 每日一付

2016年2月8日复诊。

自觉体力改善，面部痤疮明显减轻。左脉软，右脉寸关沉细，尺部未及。取前方七付继服。

此患者初诊给予金匱肾气丸，心里还是有些担心瘰疬加重，虽然判断是虚火上浮。复诊时右脉沉细限于寸关，已见阳气下潜之相，故而守方继服。

#### 【参考文献】

- 1 《难经集注》，人民卫生出版社影印，1984年8月第一版第6次印刷；
- 2 《难经本义》，元，滑寿著，傅贞亮，张崇孝点校，人民卫生出版社出版1995年10月第一版第一次印刷；
- 3 《黄帝素问直解》，清，高士宗著，于天星按，科学技术出版社出版，1982年8月北京第二版第一次印刷；
- 4 《中医诊断学》，季绍良，成肇智主编，人民卫生出版社2002年8月第一版

5 《新安医籍丛刊·医经类·读素问抄卷下之一·阴阳》，安徽科技出版社出版，1995年1月第一次印刷。

(责任编辑：陈赞育)

【作者简介】周继成，男，1962年生。汉族。1987年毕业于安徽中医学院中医系中医专业，医学士。1987年至2005年，先后担任安徽省太和县中医院住院医师、主治医师、副主任医师、内一科科长、医务科科长、门诊部主任兼神经内科科主任等职务，曾在中国中医研究院广安门医院进修内科。2005年至今，在英国从事中医医师工作。曾发表《五行相克法在高血压病中的应用》等文章，现为英国中医师学会特聘学术理事。

## ·临床经验·

### 麻黄加术汤验案三则

#### Three Medical Cases in the Applications of Ephedra Atractylodes Decoction

殷鸿春 Yin Hong-chun

【摘要】本文介绍麻黄加术汤的组方机理及其在治疗蚊虫叮咬、湿疹和风疹中的应用，丰富了临床实践中的辩证思路。

【关键词】麻黄加术汤，蚊虫叮咬，湿疹，风疹。

**Abstract:** The composition rationale of Ephedra Atractylodes Decoction and its applications at treating insect bites and stings, eczema, and rubella are deeply discussed. The current paper may be helpful for the dialectical way of thinking in clinical practice.

**Keywords:** Ephedra Atractylodes Decoction; insect bites and stings; eczema and rubella

麻黄加术汤出自《金匱要略·痉湿喝病脉症治第二》：“湿家身烦痛，可与麻黄加术汤发其汗为宜，慎不可以火攻之”。本方是由麻黄汤加上白术组成。麻黄汤用于风寒表实证，白术用于健脾除湿。由于寒湿袭表，滞留不去，郁滞经络，卫气壅遏，而生烦痛。正如黄元御所说：“湿郁经络，卫气壅遏，而生烦痛，可与麻黄加术汤，麻、桂、杏仁，泄营卫而利肺气。甘草、白术，补中脘而燥湿土。汗出湿消，烦痛自止。慎不可以火攻之，生气内热也”。麻黄汤本是发汗峻剂，但大汗未必能除去湿邪，且汗多可伤阴，但

加上白术，既可以增加除湿的力度，又可以补脾胃、生津液，使汗出湿除而不伤津。

本方中的白术是一味临床常用的健脾祛湿药，其健脾祛湿之功为历代医家重视。《神农本草经》曰：“味苦温。主风寒湿痹死肌，痠疸，止汗，除热，消食，作煎饵。久服轻身延年，不饥”。《长沙药解》谓白术：“味甘、微苦，入足阳明胃、足太阴脾经。补中燥湿，止渴生津，最益脾精，大养胃气，降浊阴而进饮食，善止呕吐，升清阳而消水谷，能医泄利”。方中的麻黄汤为《伤寒论》治疗风寒表实证的代表方剂，历代医家均有详

述，本文就不赘述了。我在临床中常用本方治疗湿郁肌表，或兼夹风寒的皮肤疾患。

### 案1 蚊虫叮咬案

Y C, 男, 50岁。2014年7月14日因右大腿外侧大面积皮肤红肿热痛就诊。自述两日前因在自家花园割草而被蚊子叮咬，初未在意，只是右大腿外侧中部小指甲大小区域肿胀，不甚疼痛。第二日晨起觉右大腿疼痛加重，下床活动后略减，仍未在意。至昨日晚间，疼痛面积扩大，如成年人手掌大，伴有局部发热红肿，遂自用扑热息痛，但疼痛未见减轻，并影响睡眠。现症：右大腿以风市为中心大约有10×20厘米大的区域颜色变红，且肿胀疼痛，触之热感明显。脉濡缓，关部略滑，按之无力。舌质淡白，苔薄白。以寒湿郁表论治，予针灸和汤剂治疗。

针灸：以叮咬处为中心用三棱针散刺局部数针，并拔火罐，吸出少量恶血。

汤药：麻黄加术汤原方。

麻黄10克，杏仁10克，桂枝10克，炙甘草5，白术12克。三副，水煎服，日一剂。患者在针刺后即感疼痛减轻，当晚服药一杯，一夜安睡，次日晨起右腿疼痛极微，肿胀已不明显，再服一剂，余症全消。

本证局部表现的红肿热痛，一派热像，但舌脉呈现一派寒湿之象及脾胃虚弱之象。治疗时舍症从脉，故而见效较速。该患者述说，以前曾有数次被蚊子叮咬，症状一般要持续二十多天才能消失，这次用了中药针灸，只有一两天就好了，针药的疗效是明显的。蚊虫之毒，对于身体强壮者一般没有大的反应，但体弱及湿邪内盛的病人则不然，往往会产生剧烈的反应，有时甚至危及生命，应对时不可不慎。

### 案2 湿疹案

J L, 黑人女性, 45岁, 英籍埃塞俄比亚人。2015年6月18日患者全身湿疹瘙痒夜不能寐来诊。患者生于英国且常年生活在英国，自幼湿疹，但在回到埃塞俄比亚度假时湿疹会有缓解。近年有渐渐加重的趋势。刻诊：全身皮肤暗红，小米粒样突起，全身瘙痒，搔抓后皮肤有渗血，但无流水。稍有便秘，口不渴，尿不黄，夏季病轻，冬季病重，夜间因瘙痒加重而难眠。舌质淡白，苔薄白。

脉濡，尺乏力。证属表有湿郁，里有阳虚，处方以麻黄加术汤加味。

白术12克，麻黄9克，桂枝9克，杏仁9克，炙甘草6克，巴戟天9克，茯苓12克，浮萍9克。按比例配成浓缩粉剂，共70克，每日10克，分两次服用。一周后，病人复诊：皮肤暗红色已消，瘙痒极轻微，不影响睡眠。效不更方，上方续用两周。两周后再诊，已无明显不适，皮损基本消失，上方减量每日4克，以巩固疗效。

本例患者表现出一派喜热恶寒的症状，如在埃塞俄比亚度假时症状减轻，因为那里比英国热的多；夏轻冬重，及夜间加重，是阳虚阴盛之象；大便不实，口不渴，舌淡脉濡尺虚是脾肾阳虚湿郁之征。因湿阻气机致肺气失宣，病发于表，麻黄汤宣通表里阳气，白术茯苓健脾除表里之湿，巴戟天温肾阳以启脾阳，浮萍宣肺气以助止痒。

全方共奏温阳除湿，宣通表里之功。

### 案3 风疹案

Y L 男性。2015年9月13日就诊。自诉皮肤瘙痒，搔抓后皮肤高起，愈搔愈痒，夜不能眠。查体见皮损高出皮肤，从米粒大至大片状，色红，按之褪色，搔抓痕迹明显。开始发作时有短暂的恶风，继之从耳后开始出现瘙痒，后迅即波及全身；偶有轻微的流清涕，素有大便秘，口不渴。脉缓，浮紧按之无力。且舌质淡白而胖大，苔薄白。辨为风寒外袭肌表，脾肾阳虚不化水湿，阳虚失于潜藏而扰心神。治以发散风寒，健脾除湿，兼以潜阳镇静安神。以麻黄加术汤加味。

麻黄8克，桂枝10克，杏仁8克，白芍10克，炙甘草6，大枣4枚，防风10克，白术15克，茯苓10克，黄芪15克，珍珠母15克，龙骨15克，牡蛎15克，红参10克，肉苁蓉10克。五副，水煎服，日一剂。嘱服第一副药时覆被取小汗，慎避风寒。后边四剂不必取汗。

当晚服药后汗出，瘙痒立减，夜间能眠，但有二三次因痒而醒，继续服用，瘙痒日见减轻，皮肤斑块渐渐消失，至五副药服完，症状全消，连多年的便秘也大有好转。

本病患舌淡胖苔薄白，示病属阴，加上有便秘且无口渴，说明病人阳气已虚湿邪内盛。病发突然且有恶风，视为风寒外感，寒邪外束，加上内盛之湿邪泛溢肌肤，两邪相

合，而成本病。以麻黄汤散风寒解表邪，以白术、茯苓健脾除湿，防风以祛风，黄芪以固表。人参健脾，脾健则湿无所生。以龙骨、牡蛎镇潜浮阳，肉苁蓉温肾通便，珍珠母安神。合方以达散风寒、健脾温肾、安神潜阳之功。有部分患者频发本病，多与素体阳虚湿盛密切相关，询问病史不难发现阳虚湿盛的线索。单纯的除风除湿难以从根本上解决本患，还需要从温补脾肾调理先后天来巩固疗效。

麻黄加术汤自古至今论述颇多，陈修园谓：“此为湿之属表无汗者出一至当不易之方也。”喻氏谓：“麻黄得术，遂发汗而不至多汗；术得麻黄，行里湿亦可行表湿。只此一位加入，所谓方外之神方，法中之良法也”。一味白术，不仅增强了除湿之力，也缓和了麻黄汤的发汗之力，谓之方外之神方

实不为过。张仲景原文述湿家身烦痛用本方，从上述病例来看，不必拘泥于身痛一症的有无。凡有湿邪郁于肌表而无热像者均可用之。麻黄又名青龙，在《辅行诀·五脏用药法要》中之小青龙汤即为麻黄汤。麻黄汤又名返魂汤，其宣通阳气之力迅疾而强大，绝非只用于解表。我在临床中不仅用于外感，许多皮肤疾患，乃至急慢性腰腿痛等症也常用之。

(责任编辑：陈赞育)

**【作者简介】**殷鸿春，1988年毕业于山东中医药大学中医系中医专业，医学学士。2001年来英国工作。来英前为青岛市中医医院副主任医师，推拿科主任。擅长针推药结合治疗常见病及疑难杂症并曾应邀去多国讲学或学术交流。现自营中医诊所及小儿推拿学校于伦敦，并担任英国中医师学会学术部理事和《英国中医》编辑。

## ·临床经验·

### 火针结合体针治疗白癜风的临床疗效及安全性观察

#### Clinical Efficacy and Safety in the Treatment of Vitiligo with the Combinations of Acupuncture and Fire Needle

周斌 ZHOU Bin

**【摘要】**目的：观察火针结合体针治疗白癜风的临床疗效，初步探讨其疗效机理，以便为临床治疗白癜风提供一种安全有效的治疗方法。方法：应用火针结合体针对 32 例白癜风患者进行治疗，体针每周治疗 2 次，火针每周治疗 1 次，8 次为 1 个疗程，同时辅以中药外涂，每天 1 次，连续观察 2—6 个疗程。结果：痊愈 2 例，占 6.2%；显效 19 例，占 59.4%；有效 8 例，占 25%；无效 3 例，占 9.4%；总有效率为 90.6%。提示火针结合体针治疗白癜风疗效显著，且临床使用安全，无明显毒副作用，为进一步推广中医治疗白癜风开辟了新的途径。

**【关键词】**白癜风；火针；体针；安全性；中医药疗法

**Abstract:** Objective: To observe the efficacy of fire needle combined with acupuncture in the treatment of vitiligo, to explore its therapeutic mechanisms, and to provide a safe and efficient treatment for vitiligo. Methods: Applying acupuncture in combination with fire needles for 32 cases of vitiligo. Acupuncture twice a week and fire needle treatment once a week, 8 times for a course of treatment. Simultaneous external coating with traditional Chinese medicine, once daily. Continuous applications of 2 - 6 courses. Results: 2 cases (6.2%) were cured, 19 cases (59.4%) were markedly effective, effective in 8 cases (25%), and ineffective in 3 cases (9.4%). The total effective rate was 90.6%. The results suggest that the therapy of fire needle combined with acupuncture in the treatment of vitiligo is an effective and the safe clinical treatment. This has opened up a new way for the development of Chinese medicine in the treatment of vitiligo.

**Key words:** vitiligo; fire needle; acupuncture; safety; TCM therapy

白癜风是一种常见的色素性皮肤病，也是皮肤病的一大顽症，中医典籍也称之为白驳风，以大小不同，形态各异的皮肤变白为主要临床特征，病因未明，一般无自觉症状。

目前，中医西医都尚无可靠理想的有效治疗方法。白癜风虽不直接危及生命，但在一个崇尚美的新时代，白癜风一直困扰着人们对皮肤的完美追求。近年来，笔者采用火针结合体针治疗白癜风，证明只要诊断准确，严格掌握适应症和禁忌症，正确操作，即可安全可靠和较为满意的疗效，为进一步推广中医特色治疗白癜风提供了可靠的科学依据。现报告如下：

## 1. 临床资料

共治疗 32 例，男 18 例，女 14 例；年龄 10~68 岁，平均 35.5 岁；病程 6 个月至 15 年；白斑面积 0.2cm X 0.8cm—1.5cm X 4.0cm 分布于头面、颈、胸背、四肢及手足等处；白斑程度 I 级 5 例、II 级 12 例、III 级 13 例、IV 级 2 例；临床分型：局限性 10 例、散在性 4 例、泛发性 8 例、肢端性 10 例；中医证候分类：气血失和 15 例、湿热内蕴 5 例、血气瘀滞 3 例、肝气郁结 6 例、肝肾不足 3 例。

## 2. 诊断标准

参照中国中西医结合皮肤性病专业委员会色素病学组制定的《白癜风临床分型及疗效标准（2003 年修订稿）》中的诊断标准 [1]。

2.1 分型 ①寻常型。a. 局限性：单发或多片白斑，局限于某一部位；b. 散在性：散在、多发白斑，常呈对称分布；c. 泛发性：多由散在性发展而来，白斑多，互相融合成不规则大片，有时仅残留小片岛屿状正常肤色；d. 肢端性：白斑初发于人体的肢端，而且主要分布在这些部位。②节段型：白斑为 1 片或数片，沿某一皮神经节段支配的皮肤区域走向分布，一般为单侧。

2.2 分期 ①进展期：白斑增多，原有白斑逐渐向正常皮肤移行、扩大，境界模糊不清，易发生同形反应。②稳定期：白斑停止发展，境界清楚，白斑边缘色素加深，没有新的白斑出现。

2.3 分级 I 级：白斑面积 < 1%；II 级：白斑面积 1%~5%；III 级：白斑面积 6%~50%；IV

级：白斑面积 > 50%。手掌面积为体表面积的 1%。

## 2.4 中医证候分类：

a) 气血失和：发病时间长短不一，皮损白斑光亮，好发于头、面、颈、及四肢，或泛发全身，起病速，蔓延快。常扩散为一片，皮损无自觉症状或微痒，舌苔薄白，舌质淡红，脉象细滑。

b) 湿热内蕴：皮损表现为白斑粉红，边界清楚，发于颜面七窍周围，夏秋季发展较快，冬春季不扩展，常感皮肤瘙痒，日晒后加重，舌苔薄白或黄腻，脉滑。

c) 气血瘀滞：皮损表现为白斑不对称，常局限一处，或发于外伤及其它皮损后，病程较长，发展缓慢，舌质暗或有瘀斑，脉弦细或细涩。

d) 肝气郁结：白斑色泽明暗不一，无固定的好发部位，白斑不规则，皮损无痒痛感。发病多随情绪变化而加剧或减轻，较多见于女性。可伴有急躁易怒、胸胁胀满、月经不调等症。舌质偏红，苔薄黄，脉弦。

e) 肝肾不足：皮损表现为白斑呈乳白色，局限或泛发，皮损区毛发变白，发病时间长，多有家族史，舌质淡，苔薄，脉细弱无力。

## 3. 治疗方法

3.1 针具选择：通常选用中号火针。

3.2 穴位选取：阿是穴（皮损部位）、气血失和者配血海、合谷、行间等；血虚者配膈俞、合谷、肺俞等；气血瘀滞三阴交、血海；湿热内蕴配曲池阴陵泉等；肝气郁结配风池、合谷、足三里、太冲；体质虚弱者配肝俞、肾俞、肺俞、膈俞等。

3.3 操作方法：患者取舒适卧位，裸露患处，医者先用 75% 酒精消毒局部皮肤，然后以左手固定针刺部位，右手拇指食指及中指持中号火针置火焰的中心部，先加热针体，再加热针尖，把针烧至发白，运用腕力稳、准、快速直刺入所选定的穴位并迅速出针，不留针。速刺白癜风部位及皮损边缘 1cm 范围，视病变大小决定针数，针间距为 0.5cm，深度以浅刺为妥，不出血为度，针点均匀为佳，频率为 3-4 次 / s，其他穴位局部消毒后，迅速点刺，不留针，每周治疗一次，辅以配穴常规针刺治疗，留针 30min，每周一次，12 次为一疗程，

每疗程间休息两周。

**3.4 方解:** 火针通过腧穴将火热直接导入人体, 激发经气, 鼓舞血气运行, 达到温通经络的作用, 使气血畅通。行间合谷以行气活血理滞, 血海既可利湿, 又可活血理血, 三穴合用, 共奏理血活血理气之功效; 曲池穴有清热疏风的作用阴陵穴可清利湿热, 健脾理气, 二者合用清热利湿健脾; 风池穴有壮阳益气, 合谷能镇静止痛, 足三里补中益气, 导气下行; 肝藏血, 肾藏精, 肝俞和肾俞都是背部膀胱经的穴位, 可以最快补充人体所需阳气, 加上肺俞调补肺气, 膈俞养血和营、理气宽胸, 则人体气血充足, 体质渐强, 正复邪去, 促进康复。

### 3.5 注意事项:

a) 烧针时必须把火针充分烧红, 进针出针一定要快速, 以减少痛苦并充分发挥治疗作用。

b) 火针针刺深度要视患者年龄体质病情和针刺部位肌肉厚薄, 血管深浅等综合考量而定, 对于血管和主要神经分布部位亦不宜施用火针。

c) 针刺宜浅刺, 如果针刺 1—3 分深, 一般不需作特殊处理, 如针刺后, 局部呈现红晕或红肿未能完全消失时, 则应避免洗浴, 以防感染。如有出血或血肿, 应立即用消毒干棉球压迫止血或轻柔按压消肿。

d) 如果针后出现局部发痒, 嘱患者不能用手搔抓, 必要时可用消毒纱布贴敷, 以防感染。

### 3.6 禁忌症:

a) 孕妇及年老体弱者禁用。

b) 热性病症和局部红肿者不宜用。

c) 晕针者应立即停止针刺。

d) 严重高血压、心脏病、恶性肿瘤等禁用。

**3.7 观察方法:** 每例患者选几块重点皮损作为靶皮损, 用米尺测量其最大长径和最大横径, 观察色素占靶皮损面积, 并用相机拍摄皮损。每 2 周观察 1 次, 记录皮损大小变、色素变化变化及不良反应等。为下一步制定治疗方案提供参考。

## 4. 治疗结果

### 4.1 疗效标准

参照中国中西医结合皮肤性病专业委员会色素病学组制定的《白癜风临床分型及疗

效标准(2003 年修订稿)》中标准拟定[1]。

a) 痊愈: 白斑全部消退, 恢复正常肤色;

b) 显效: 白斑部分消退或缩小, 恢复正常肤色的面积占皮损面积 $\geq 50\%$ ;

c) 有效: 白斑部分消退或缩小,  $10\% \leq$ 恢复正常肤色的面积占皮损面积 $< 50\%$ ;

d) 无效: 白斑无变化或缩小, 恢复正常肤色的面积占皮损面积 $< 10\%$ 。显效率(%) = (痊愈例数+显效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

### 4.2 治疗结果

痊愈 2 例, 占 6.2%; 显效 19 例, 占 59.4%; 有效 8 例, 占 25%; 无效 3 例, 占 9.4%; 总有效率为 90.6%。

## 5. 典型病例

Rist 姓患者, 女, 37 岁, 德国人。

主诉: 全身性皮肤白斑。

病史: 患者于 5 年前发现胸前区皮肤发白, 出现 3cm $\times$ 2cm 白斑, 2 年前又发现双手背、手腕、腋下、手前臂、髋部、大腿内侧、及踝部等均出现白斑, 左右对称, 最大处 5X10cm。最近项部发际及外阴部亦出现白斑。有家族史, 经中西医多方药物治疗未见明显效果, 患者素日情绪低落, 不思饮食。

望诊: 舌质淡, 苔薄白。

脉诊: 细弱无力。

诊断期、级: 进展期, III 级。

辨证: 气血失和, 肌肤失养。

治则: 调气和血, 濡养肌肤。

取穴: 阿是穴(白斑部位、合股、血海、三阴交、肝俞、肾俞、肺俞、膈俞等)。

刺法: (a) 火针: 合股、血海、三阴交等速刺, 浅刺。(b) 体针: 辅以常规针刺肝俞、肾俞、肺俞、膈俞等, 留针 30 分钟。火针每周三次, 体针每周一周五各一次。

外用中药: 乌梅 30g, 补骨脂 30g, 蛇床子 10g, 白芷 10g, 红花 8g, 大黄 8g, 何首乌 10g。用 75%酒精 500ml 浸泡一周外涂患处, 每日一次。治疗后, 白斑范围日渐缩小, 皮肤颜色逐渐加深, 火针共治疗 38 次, 患部皮肤颜色基本正常(见图 1、2)。

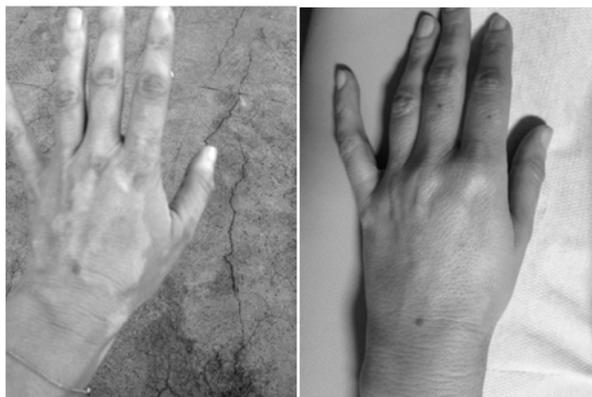


图 1 治疗前

图 2 治疗后

## 6. 讨论

白癜风又称“白驳风”。“白癜”之名，首见于《诸病源候论》：“面及颈项身体皮肉色变白，与肉色不同，亦不痒痛，谓之白癜。”后《证治准绳》、《医林改错》称本病为“白癜风”。祖国医学认为本病是由于风邪留于腠理，搏于皮肤，以致气滞血瘀而成。

火针疗法早在《内经》中就有文字记载，其中首次提到燔针灯、燔刺。《灵枢·官针》云：“燔刺者，刺则燔针取痹也。”可见，“燔刺”即是将烧热、烧红的“燔针”快速刺入皮内的一种刺法，这“燔针”和“燔刺”就是最早的“火针”和“火针疗法”，到汉代其临床应用已经相当普遍了。火针疗法，《伤寒论》中称“烧针”和“温针”，是将针在火上烧红后快速刺入人体相应部位，而达到温经散寒、补益阳气、调和气血、畅通经络、去腐生肌的一种古老疗法。火针可温热助阳、激发经气，故既能调节整体、疏通经脉、行气活血、调理脏腑、扶正驱邪，又能作用于局部，疏通经络，调和气血，促进局部气血通畅，扩张毛细血管，增强血液循环，加强营养供给，激发酪氨酸酶活性，促进黑色素生成。同时火针疗法直接作用于皮

损部位，治疗更具专一性，从而达到有效治疗白癜风的目的。(2)

白癜风看起来是一种发于皮肤表面的病变，但发于外只是表象，“有诸内者，必形与外”，白癜风的根本内因在于气血失和，以至于皮肤失去濡养所致。内体的健康是形体美的基础，形体的美是内体康健的外象。因此调气和血是治疗本病的基本原则，只有体内气血通畅，才能充分有效地濡养体外的病变肌肤并走向康复。临床实践证明火针结合体针治疗白癜风疗效显著，且临床使用安全，无明显毒副作用，为进一步推广中医治疗白癜风开辟了新的途径，值得在临床上推广。

### 【参考文献】

- 1 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 白癜风临床分型及疗效标准(2003年修订稿)[J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(7): 440.
- 2 奚永江. 针法灸法学. 上海: 上海科学技术出版社, 1986, 67-71.

(责任编辑: 袁炳胜)

### 【作者简介】

周斌, 副主任医师, 原湖北随州市中心医院康复科副主任。中国针灸学会会员, 中华名医协会理事。2005年来英工作, 现任FTCMP理事。发表论文30多篇, 主持多部专著的编撰, 1996年荣获“中国特色专科名医”, 1997年入选《世界优秀医学人才业绩名典》, 曾应邀赴美讲学, 受到原卫生部长陈敏章等领导接见。电子邮箱: [b.zhou2009@gmail.com](mailto:b.zhou2009@gmail.com)

·临床经验·

## 活血生肌方熏洗治疗表阿霉素外渗的临床观察

## Observations of Blood-activating Myogenic Herbal Wash for the Treatment of Epirubicin Leakage

张永梅 Zhang Yong-mei 邓智雯 Deng Zhi-wen

陕西中医药大学附属医院外 5 科 (陕西咸阳 712000)

5<sup>th</sup> Surgery Dept of Affiliated Hospital of Shaanxi University of Chinese Medicine, Xianyang, Shaanxi, China, 712000

**【摘要】**目的: 观察活血生肌方熏洗治疗表阿霉素外渗的临床疗效。方法 分组对照治疗表阿霉素外渗患者 43 例, 实验组 23 例患者 3 周后均痊愈。结论: 活血生肌方熏洗治疗表阿霉素外渗方法简单, 费用低廉, 疗效可靠, 是一项可行的治疗方案。

**【关键词】**活血生肌方; 表阿霉素外渗; 中药熏洗疗法

**Abstract:** Objective: To observe the clinical efficacy of blood-activating and myogenic herbal wash for the treatment of Epirubicin leakage. Methodology: There were a total of 43 cases of Epirubicin leakage observed. 23 patients were treated with Blood-activating and Myogenic Herbal Wash, and 20 cases were given lidocaine and dexamethasone injection plus wet dressing of magnesium sulfate as the control group. After 3 weeks treatment, there were effective rates of 100% and 75% for the treatment group and the control group respectively ( $P < 0.01$ ). Conclusion: The results suggest that the Blood-activating and Myogenic Herbal Wash is a simple, cheap and reliable treatment for Epirubicin leakage during chemotherapy.

**Key Words:** Blood-activating and Myogenic Herbal Wash; Leakage of Epirubicin, fumigation and washing therapy of Chinese medicine

化疗是目前治疗恶性肿瘤最主要方法之一。但是化疗疗程长、必须反复穿刺给药以及化疗药物大多具有较强的刺激和腐蚀作用等原因, 治疗期间易引起静脉炎及药物外渗, 而化疗药物外渗治疗不及时或处理不当就会引起局部组织坏死甚至造成肌腱、关节功能障碍。给患者增加了痛苦, 还耽误了进一步治疗。表阿霉素又称表柔比星, 为蒽环类抗肿瘤药物。在肿瘤治疗中应用极为广泛, 为许多癌肿化疗时必备的药物<sup>[1]</sup>。表阿霉素对静脉刺激性强, 更容易出现药物外渗。近年来, 我科采用自拟的活血生肌方熏洗治疗表阿霉素引起的静脉炎和药物外渗, 效果满意。现介绍如下。

## 1 临床资料

取 2012 年 1 月-2014 年 12 月在本院住院表阿霉素化疗病人 468 例次中出现药物外渗者 43 例次为治疗观察病人。其中男 14 例次, 女 29 例次, 年龄 21 岁-70 岁。其中局部组织坏死患者 34 例。

## 2 方法

实验组: 一旦发现药物外渗, 立即拔除液体, 用生肌方 (苦参、黄柏、艾叶、红花、蚤休、生地榆、黄芪、丹参、地肤子) 煎药熏洗, 每次 30 分钟, 间隔 4 h-6 h 外洗、湿敷 1 次, 有水疱者用无菌注射器将水疱内液体抽出再用活血生肌方熏洗。

对照组: 一旦发现药物外渗, 立即拔除液体, 给予 2%利多卡因+地塞米松局部封闭, 再用 33%硫酸镁湿敷, 每日 3-4 次。

## 3 结果

所有患者均在治疗 3 周后对疗效进行评价。A: 凡渗药局部红、肿、热、痛完全消失, 出现水疱及破溃局部皮肤愈合; B: 局部疼痛消失, 仍有轻度压痛, 红肿范围明显缩小, 水疱及破溃局部结痂, 局部皮温恢复正常; C: 若外渗局部仍有疼痛, 红肿范围缩小不明显, 且出现紫斑坚硬或水疱破溃无愈合趋势。A、B 两种情况判定为有效, C 判定为无效<sup>[7]</sup>。两组疗效见表 1。

组别	治疗例数	有效	无效
实验组	23	23 (100)	0 (0.0)
对照组	20	15 (75.0)	5 (25.0)

注: 实验组与对照组相比  $X^2=6.50$ ,  $P < 0.01$

## 4. 讨论

肿瘤患者化疗的主要途径是静脉给药, 但由于血管条件、药物毒性等原因, 经外周静脉给药者化疗药物外渗发生率达 5% ~ 6%<sup>[2]</sup>。在静脉化疗过程中, 化疗药物外渗是恶性肿瘤化疗过程中常见并发症之一。表阿霉素在注射部位发生外渗进入组织细胞内会与 DNA 中的核酸结合, 造成立即性连锁性细胞

死亡，或形成游离根直接破坏细胞膜造成细胞死亡<sup>[3]</sup>，引起强烈的炎症反应，甚至发展深层皮肤的溃烂及局部组织的坏死。表阿霉素外渗后组织变性分为三期，分别为局部组织炎性反应期、静脉炎反应期和局部组织坏死期。

表阿霉素外漏引起的组织病变类属传统中医外科的疮疡和恶脉范畴，组织炎性反应符合湿热毒邪伤肌证候，静脉炎的表现属于血热伤脉和瘀血阻脉，坏死表现则符合经脉瘀阻，火腐肉烂和气血亏败证。活血生肌方由苦参、黄柏、艾叶、红花、蚤休、生地榆、黄芪、丹参、地肤子等组成，方中苦参、黄柏清热燥湿、杀虫解毒，艾叶温经通络，丹参活血化瘀、凉血解毒、消肿止痛，苍术、蚤休燥湿、杀虫止痒。诸药合用，寒热并举，既能清热解毒、凉血止血，又能温经通络、活血消肿，用于治皮肉受损，复感外邪而致经络阻遏，血瘀化热，热毒鸱张，肉腐成脓之损伤最为妥当<sup>[4]</sup>。外用中药的抗感染作用与抗生素和外用西药有所不同，主要在于调整并调动机体机能，增加机体内在的免疫功能。现代药理研究证实<sup>[5]</sup>：黄柏水煎剂和醇煎剂在体内外实验中有广谱的抗菌作用；苍术烟熏消毒对多种病毒、细菌、支原体及致病真菌都有显著的杀灭作用<sup>[6]</sup>。促使病灶肉芽组织的增生及上皮细胞再生，能促进病灶局部的血液循环，能有效控制创面感染，从而达到提高机体免疫功能，促进创面愈合作用。

活血生肌方熏洗对表阿霉素外渗的各个期，都有疗效，尤其局部组织坏死者疗效更好，减轻了患者痛苦，提高了患者生活质量，

有利于化疗顺利进行。临床操作简便，值得推广应用。

#### 【参考文献】

- 董怀生. 经尿道电汽化术联合术后表阿霉素膀胱灌注治疗浅表膀胱癌疗效观察 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2005, 8(12): 1341 - 1342.
- 李立新. 化疗药物渗漏性损伤治疗方法和研究 [J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(5): 2-3.
- 徐莲翠, 杨庆敏. 肿瘤化疗治疗药物外漏时的应急措施和解毒剂的应用 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2009, 30(14): 1725.
- 岑泽波主编. 中医伤科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 315
- 莫勋南、孟宪杰. 二妙散治疗大面积皮肤坏死后感染创面[J]. 中国中医骨伤科, 1995, 2(6): 33.
- 成都中医学院主编. 中药学[M]1 上海: 上海科学技术出版社, 1982: 62-307.
- 姚聪, 强水云. 维氏油治疗化疗药物外渗的临床观察[J]. 护理研究, 2004, 10(18): 1755-1756

(责任编辑: 陈赞育)

【作者简介】张永梅, 女, 49岁, 本科学历, 主管护师。自1987年一直在陕西中医药大学附属医院从事临床护、教、研工作, 先后担任心内科、消化科、普外科护士长, 有丰富的临床护理经验, 擅长运用中西医结合方法处理、护理输液外渗及输液导致的局部血管病变, 在国内核心期刊发表论文数篇。

电子邮箱: [szfyw5k@163.com](mailto:szfyw5k@163.com)

·特色疗法·

## 初识谭针

### Discussions and Analysis of Tan Acupuncture

张大鹏 ZHANG Da-peng

【摘要】本文全面系统介绍了谭针的基本作用机理和临床使用方法。

【关键词】谭针

**Abstract:** The working mechanisms and clinical applications of Tan acupuncture are thoroughly discussed.

**Key word:** Tan acupuncture

谭无边老师的经络平衡针灸疗法，是近年来在西方国家针灸师当中非常受欢迎。它集合了内经里面的巨刺、缪刺，易理针灸，董氏针灸，全息理论和古法针灸。具有简单易学，立竿见影，不针患处，全身皆穴（天应穴，阿是穴）的特点。谭老师的经络平衡针法的核心在于经络辨证，即哪经有病，找到相对应的经络治疗。它的适应症包括痛证，内科，皮肤科，妇科，耳鼻喉科等等。

谭无边老师强调针灸辨证只需要辨经络，不用脏腑辨证来决定穴位。他提出了针灸 123 (acupuncture123) 针灸必须要有三个步骤：针灸 1 (acupuncture1) 找出病变的经络；针灸 2 (acupuncture 2) 根据病变的经络找出平衡经络；针灸 3 (acupuncture3) 在平衡经络上面找出阿是穴下针治疗。传统的针灸从来不谈针灸 2 的步骤，总是从针灸 1 直接跳到针灸 3，有时有立竿见影的疗效，有时没有疗效。需要说明的是针灸 2 是根据谭老师独有的五大平衡系统找出平衡的经络。针灸 3 是决定局部平衡还是整体平衡的关键。我这里先介绍的是局部平衡。

何为阿是穴？阿是穴（也就是天应穴）的真正精髓不是在疼痛处寻找阿是点下针，而是在不痛的区域找压痛点，那才是真正的阿是点的精髓。这个阿是点的寻找法是已故倪海厦老师和谭无边老师的针灸共同点。

在介绍五大平衡系统前，我先介绍如何选择下针的反射区域。由于谭老师的针法从来不在患处下针，谭老师下针的地方都在别处的阿是点（健侧下针或病患没有疼痛的地方找压痛点，即是天应点下针）下针。

反射区域有两个：1. Mirror Format(镜子反射（镜反）/全息)和 2. Image Format(影像反射（影反）/全息)

**1 Mirror Format:** 用在 12 经络上，四肢反射在四肢的区域。所有手足上的疼痛和病变都用 Mirror format 来决定阿是穴位。

**A 正 Mirror Format (正镜)**

手以手肘为中心对应足以膝盖为中心。也就是说手肘的疼痛，可以在健侧的手肘或膝盖找阿是点下针治疗。

手指=足趾

手腕=足踝

手肘=足膝盖

手肩关节=足髋关节

**B 反 Reverse Mirror Format (反镜)**

还是一样手以手肘为中心对应足以膝盖为中心。

手腕=足髋关节

手肘=足膝盖

手肩关节=足踝

**2 Image Format (影反):** 用在案 12 经络，面部和躯体反射在四肢的区域。所有颜面部、身体躯干的疼痛和病变都要根据 Image format 来寻找手脚上的阿是穴位。

**A 正影**

**A1 躯体以肚脐为中心，对应上肢手肘和下肢膝盖为中心**

阴部水平=手肩部=足踝关节

肚脐=手肘=足膝盖

颈项=手腕关节=足踝关节

**A2 颜面部以眼睛为中心，对应上肢手肘和下肢膝盖为中心**

前额最高水平线=手肩部=足踝关节

眼睛=手肘=足膝盖

下巴最低水平线=手腕关节=足踝关节

**B 逆（反影）**

**B1 躯体以肚脐为中心，对应上肢手肘和下肢膝盖为中心**

颈项=手肩部=足踝关节

肚脐=手肘=足膝盖

阴部水平=手腕关节=足踝关节

**B2 颜面部以眼睛为中心，对应上肢手肘和下肢膝盖为中心**

下巴最低处水平线=手肩部=足踝关节

眼睛=手肘=足膝盖  
前额最高处水平线=手腕关节=足踝关节

下面就介绍谭老师的 5S (S 表示 System)

**S1: 同名经络平衡:** 比如说健侧的手太阳经平衡患侧的足太阳经, 健侧的足少阴经平衡患侧的手少阴经。

1) 阳经平衡平衡阳经, 阴经平衡阴经 (阴阳不换)

2) 手足换

3) 治疗对侧 (健侧下针), 左右交换

手少阳=足少阳

手阳明=足阳明

手太阳=足太阳

手少阴=足少阴

手厥阴=足厥阴

手太阴=足太阴

**S2: 别经平衡/阴阳平衡:** 比如健侧或患侧的手太阳可以平衡患侧的足太阴经, 健侧或患侧的足少阴平衡患侧的手少阳经。

1) 阳经平衡阴经, 阴经平衡阳经 (阴阳换)

2) 手足换

3) 两侧都可以治疗 (患侧和健侧都可以下针), 左右都可以治疗, 本人一般以较疼痛的一侧的阿是点为准。

谭老师是从易经来解释 S2 的, 少阳=1 阳, 太阳=3 阳, 阳明=2 阳, 少阴=1 阴, 太阴=3 阴, 厥阴=2 阴, 1 阳平衡 1 阴, 2 阳可以平衡 2 阴, 3 阳可以平衡 3 阴, 反之则亦然

1 阳=1 阴故少阳=少阴

2 阳=2 阴故阳明=厥阴

3 阳=3 阴故太阳=太阴

手足换而得:

手少阳三焦经=足少阴肾经

手阳明大肠经=足厥阴肝经

手太阳小肠经=足太阴脾经

足少阳胆经=手少阴心经

足阳明胃经=手厥阴心包经

足太阳膀胱经=手太阴肺经

**S3: 表里经平衡**

1) 阳经平衡阴经, 阴经平衡阳经 (阴阳换)

2) 手足不换 (唯一一个不换的系统)

3) 治疗对侧 (健侧下针)

手少阳三焦经=手厥阴心包经

手阳明大肠经=手太阴肺经

手太阳小肠经=手少阴心

足少阳胆经=足厥阴肝经

足阳明胃经=足太阴脾经

足太阳膀胱经=足少阴肾经

**S4: 同时平衡:** 中国古代一个时辰为现在的两个小时, 使用这一系统必须记下 12 经络对应 12 时辰。比如午时 11am-1pm 对应子时 11pm-1am, 所以午时的心经可以平衡子时的胆经, 反之, 子时的胆经也可以平衡午时的心经。

寅 3am-5am 手太阴肺经=足太阳膀胱经---  
申 3pm-5pm (同 S2)

卯 5am-7am 手阳明大肠经=足少阴肾经---  
酉 5pm-7pm

辰 7am-9am 足阳明胃经=手厥阴心包经---  
戌 7pm-9pm (同 S2)

巳 9am-11am 足太阴脾经=手少阳三焦经---  
亥 9pm-11pm

午 11am-1pm 手少阴心经=足少阳胆经-----  
子 11pm-1am (同 S2)

未 1pm-3pm 手太阳小肠经=足厥阴肝经---  
丑 1am-3am

我们会发现手 3 阴经和足三阳经通过 S4 平衡结果是跟 S2 一样的, 故只需要记忆大肠经=肾经, 三焦经=脾经, 小肠经=肝经

1) 阳经平衡阴经, 阴经平衡阳经 (阴阳换)

2) 手足换

3) 两侧都可以治疗 (两侧都可以下针)

**S5: 相邻的同性平衡。** 还是以中国古代时间的概念。不过是以邻近的同阴或同阳属性的经络来互相平衡。比如:

a) 属于阳经大肠经 (卯 5am-7am) 可以平衡下一个时辰同样属于阳经的胃经 (辰 7am-9am)

b) 属于阴经的肾经 (酉 5pm-7pm) 可以平衡下一个时辰同样属于阴经的心包经 (戌 7pm-9pm)

1) 阳经平衡阳经, 阴经平衡阴经 (阴阳不换)

2) 手足换

3) 对侧治疗 (下针健侧)

4) S5 所有的阳经平衡结果都和 S1 一样, 故只需要记住肝经=肺经, 脾经=心经, 肾经=心包经

S6: 同经治疗, S6 不在谭老师的书里, 我在倪海厦老师的书里学习了一下。

- 1) 阳经平衡阳经, 阴经平衡阴经 (阴阳不换)
- 2) 手足不换
- 3) 对侧治疗 (下针健侧) 如果疼痛在肺经, 就在健侧的肺经上找阿是点治疗。

**案例 1:** 如果有一个患者说右前臂手三里处疼痛。

一定要记住 Acupuncture123 的步骤, 所有的病例都要经过这个步骤:

Acu1: 病变经络是手阳明大肠经

Acu2: 平衡经络必须通过 5 大平衡系统找出来

- S1 (同名平衡) 足阳明胃经 (取左侧)
- S2 (阴阳平衡) 足厥阴肝经 (左右侧都可以)
- S3 (表里平衡) 手太阴肺经 (取左侧)
- S4 (同时平衡) 足少阴肾经 (左右侧都可以)
- S5 (邻属平衡) 足阳明胃经 (取左侧)
- S6 (同经平衡) 手阳明大肠经 (取左侧)

Acu3 因为疼痛在手肘下两寸处的手三里, 故用 mirror format (镜反)

1) **Mirror format (正镜):** 根据上面得出的平衡经络和正 mirror, 只要在肘膝以下两寸处寻找阿是穴下针就可以立竿见影的消除手三里的“疼痛”。

阿是穴在哪里?

- S1 (同名平衡): 足阳明胃经 (取左侧): 外膝眼和足三里之间的阿是穴
- S2 (阴阳平衡): 足厥阴肝经 (左右侧都可以): 曲泉下 2 寸附近的阿是穴
- S3 (表里平衡): 手太阴肺经 (取左侧): 曲泽下 2 寸附近的阿是穴
- S4 (同时平衡): 足少阴肾经 (左右侧都可以): 陷谷下 2 寸附近的阿是穴
- S5 (邻属平衡): 足阳明胃经 (取左侧): 外膝眼和足三里之间的阿是穴
- S6 (同经治疗): 手阳明大肠经 (取左侧) 手三里处的阿是穴

2) **Reverse mirror format (反镜):** 根据上面得出的平衡经络和逆 mirror, 只要在肘膝以上两寸处寻找阿是穴下针就可以立刻消除手三里的疼痛

阿是穴在哪里?

- S1 (同名平衡): 足阳明胃经 (取左侧): 梁丘附近的阿是穴
- S2 (阴阳平衡): 足厥阴肝经 (左右侧都可以): 曲泉上 2 寸附近的阿是穴
- S3 (表里平衡): 手太阴肺经 (取左侧): 曲泽上 2 寸附近的阿是穴
- S4 (同时平衡): 足少阴肾经 (左右侧都可以): 陷谷上 2 寸附近的阿是穴
- S5 (邻属平衡): 足阳明胃经 (取左侧): 梁丘附近的阿是穴
- S6 (同经平衡): 手阳明大肠经 (取左侧): 曲池上 2 寸处附近的阿是穴

上面用 mirror 是因为疼痛在手上 (四肢), 如果疼痛在躯干 (或头面部), 就要用 image 了。

**案例 2:** 如果患者右肚脐疼痛, 经检查病患部位是肾经所过

有正影像或反影像之说, 因为病变部位在肚脐水平

根据 Acu123 步骤

Acu1: 病变经络是足少阴肾经

Acu2: 找出平衡经络

- S1 (同名平衡): 手少阴肾经 (左侧)
- S2 (阴阳平衡): 手少阳三焦经 (左右均可)
- S3 (表里平衡): 足太阳膀胱经 (左侧)
- S4 (同时平衡): 手阳明大肠经 (左右均可)
- S5 (邻属平衡): 手厥阴心包经 (左侧)
- S6 (同经治疗): 足少阴肾经 (左侧)

Acu3: 因为疼痛是在躯干上, 所以只能根据 image, 患者右肾经平肚脐疼痛。这个案例没有正影像或反影像之说, 因为病变部位在肚脐水平

根据 Acu2 得出的结果, image:

- S1 (同名平衡): 手少阴心经 (左侧): 取少海附近的阿是穴
- S2 (阴阳平衡): 手少阳三焦经 (左右均可): 取天井附近的阿是穴
- S3 (表里平衡): 足太阳膀胱经 (左侧): 取委中附近的阿是穴
- S4 (同时平衡): 手阳明大肠经 (左右均可): 取曲池附近的阿是穴
- S5 (邻属平衡): 手厥阴心包经 (取左侧): 取曲泽附近的阿是穴

S6（同经治疗）：足少阴肾经（左侧）取陷

谭老师强调 Acupuncture123，下针如果没有效果，就表示可能 Acu1 的病变经络没有弄对，或是 acu2 搞错了，所以要重新开始 Acupuncture123。

谭针以其简单易学，立竿见影的临床疗效，为广大中医针灸医生提供了非常有效的治疗武器。多加练习，为更多患者解除痛苦。

（责任编辑：陈赞育）

谷附近的阿是穴

【作者简介】张大鹏，男。天津中医药大学针灸专业硕士毕业。英国索尔福德大学疼痛管理硕士毕业。出国前曾在天津中医药研究院附属医院针灸科任主治医师。毕业后师从名中医董晓初弟子心脏病专家马连珍，脾胃病专家李振华等学习。曾在英国东伦敦大学任针灸带教老师。现在英国著名的医疗一条街 Harley Street 建立并经营首家中西医合作高端私人诊所。并在德国、希腊、塞浦路斯等国和西医有长期合作。

·综述·

## 中西医治疗浆细胞性乳腺炎及古方“神效瓜蒌散”的理论研究

### The Treatment of Plasma Cell Mastitis by Chinese & Western Medicine and the Theoretical Study of Effective Gualou Powder

李璐璐，宋爱琳，吕西，王彦伟 LI Lu-lu, SONG Ai-lin, LV Xi, WANG Yan-wei

甘肃省中医药课题，课题编号：GZK-2013-45

【摘要】本文全面论述了西医学、中医学对浆细胞性乳腺炎的病理、病机、诊断、治疗的认识。并从源流、理法方药等方面详尽介绍了古方神效瓜蒌散，为下一步的临床及实验研究奠定了理论基础。

【关键词】神效瓜蒌散；浆细胞性乳腺炎；中西医结合；理论研究

**Abstract:** The mechanisms, pathology, diagnosis, and general treatment for plasma cell mastitis in western medicine and Chinese medicine are well discussed. And the source, theory, method, formula, and herbs of Effective Gualou Powder are elaborated, which lay a solid ground for a better clinical application of the powder in the future.

**Key words:** Effective Gualou Powder; Plasma Cell Mastitis; combination of Chinese traditional medicine and Western Medicine; Theoretical Study

#### 1. 西医研究概述

##### 1.1 定义

浆细胞性乳腺炎（plasma cell mastitis, PCM）又名管周性乳腺炎、乳腺导管扩张症，是一种以非周期性乳房疼痛、乳头溢液、乳头凹陷、乳晕区肿块、非哺乳期乳房脓肿、

乳头皲裂为主要临床表现的炎症样特殊类型乳腺良性疾患。

浆细胞性乳腺炎是一种良性疾病，但是很少不治自愈，反复发作，破溃后形成瘻管，可以继发细菌感染，病程常迁延数年且缺乏特别有效的治疗方法。浆细胞乳腺炎发病年龄高峰不统一，多种文献记载，浆细胞性乳

腺炎多发生在中、老年女性, 年龄为 50 ~ 60 岁, 大多数病人有乳头内陷畸形。也有记载有两个高峰, 30 ~ 50 岁为第一高峰; 50 ~ 70 岁为第二高峰。何建军对中国人乳腺导管扩张症 7406 例分析结果表明, 发病率 2.5%, 女性占 99.6%, 非妊娠期发病占 97.0%, 平均年龄 39 岁, 平均病程 8.6 个月。

## 1.2 症状

浆细胞性乳腺炎的表现病程中存在差异性, 一般分为三期。

**1.2.1 溢液期** 为本病早期表现, 在某些病例中为唯一体征。多为间歇性、自发性、性状多样, 数量有多有少, 输乳孔多有白色脂质样分泌物, 多带有臭味, 但常被患者忽视。

**1.2.2 肿块期** 往往起病突然, 发展迅速, 患者常感乳房局部疼痛不适, 发现肿。肿块多位于乳晕部, 或向某一象限延伸。急性期肿块较大, 形状不规则, 质地硬韧, 表面呈结节样, 边界欠清, 常与皮肤黏连, 但无胸壁固定, 可出现红、肿、热、痛, 乳房皮肤可水肿。早期患侧腋窝淋巴结肿大、压痛, 随病程进展可渐退, 但其疼痛程度及全身炎症反应较急性乳腺炎轻, 通常无畏寒发热及血象升高, 抗生素治疗效果不显。亚急性期主要为局部肿块或硬结, 红肿消退。慢性期肿块可持续缩小成硬结, 但不消退。乳房单侧甚至乳房与皮肤黏连, 呈桔皮样改变或形成乳管瘘, 经久不愈可出现乳头内陷、回缩。

**1.2.3 瘘管期** 后期肿块软化而成脓块, 破溃后流出脓液, 常伴有粉刺样或脂质样物质, 久治不愈可形成通向输乳孔的瘘管, 以致创口久不收敛或反复溃破, 逐渐形成局部疤痕, 乳头更现凹陷, 反复红肿溃破, 常形成复杂性瘘管。本病的可靠诊断仍然依赖病理学检查。

## 1.3 指标病理

根据其不同病理过程将其分为不同的期别:

**1.3.1 导管扩张期** 开始是乳头和乳晕后方的输乳管扩张, 其内积聚含脂质的分泌物, 此期可无明显炎症反应。

**1.3.2 炎块期** 又称为“肿块期”。导管内积聚物增多, 导管壁的炎症浸润和纤维组织增生加重, 导管破坏; 进而导管内积聚物穿通

导管进入到管周和乳腺间质, 发生强烈的炎症反应并形成肉芽肿, 病变累及周围乳腺组织, 形成圆形或不规则的肿块。

**1.3.3 脓肿期** 导管扩张期或炎块期病变呈急性炎症反应或继发细菌感染形成脓肿称为脓肿期。

**1.3.4 瘘管期** 常作为非哺乳期乳腺脓肿切开引流的并发症出现。Hana-vadi 等进行了 35 例乳腺瘘道手术, 发现 63% 由导管周围乳腺炎或导管扩张症引起, 术后复发率为 22.9%, 其中术后感染复发率高达 42%, 因此认为术后感染为瘘复发的主要因素。另外也见于乳晕旁肿物自发破溃形成。

**1.3.5 其他分型** 乔海国根据病理切片, 将本病分为两型: 导管扩张型和浆细胞肉芽肿型。本病的可靠诊断仍然依赖病理学检查, 故应强调术中常规肿块切除快速切片检查, 防止不必要的扩大性手术, 这一点至关重要。

## 1.4 机制

现代医学对本病的病因认识尚不明确, 通常认为其发生是一种无明显诱因的自身免疫性疾病, 而乳腺导管阻塞和激素的异常刺激是该病发生的病理基础。

**1.4.1 结构异常** 乳头发育不良、先天畸形、凹陷、乳腺外伤等导致局部导管排泄不畅, 分泌物淤阻导致局部导管扩张, 管腔内中性脂肪刺激管壁使纤维组织增生, 进而破坏管壁进入间质引起乳腺组织无菌性炎症。从而导致乳腺导管阻塞加重、分泌物潴留, 导管扩张、乳头溢液、急性乳管炎和慢性肉芽肿性乳腺炎乃至继发形成脓肿和瘘管。

**1.4.2 内分泌紊乱** 李道坊用雌性新西兰兔进行模拟实验, 结果认为异常激素刺激能使导管上皮产生异常分泌, 导管明显扩大是本病发生的一个主要因素。各种原因引起的体内性激素水平的改变, 主要是垂体泌乳素的升高引起乳腺导管扩张, 继而引起一系列的病理改变, 单有阻塞存在而无异常刺激不致于发生导管扩张, 导管排泄不畅是溢液期发展到肿块期的主要因素。

**1.4.3 厌氧菌感染** 继发细菌感染对于炎症的进展也起到了一定的作用, 有学者认为本病可能与厌氧菌感染有关。

**1.4.4 吸烟** 亦有国外报道与吸烟有关。认为乳房内积聚的类脂过氧化物、可铁宁、烟酸

等代谢物激起局限组织损伤,让厌氧菌在乳管内滋生而引起的化脓性典型表现。

**1.4.5 其他因素** 既往乳腺炎症使该区域乳管因炎性增生致管腔狭窄闭塞。多次妊娠致乳腺退行性变、中老年妇女因卵巢功能减退乳腺导管呈退行性变,管壁松弛,肌上皮细胞收缩功能减退,管内分泌物积聚。乳汁分泌障碍、哺乳习惯、卫生条件不良有关,以上因素均可引起乳孔闭塞。

## 1.5 诊断

### 1.5.1 临床诊断

掌握本病的特征有利于明确诊断,其特征为:绝大部分病人有先天性乳头全部凹陷或呈线状凹陷畸形,乳头孔常有臭味粉刺样物或油脂样溶液排出;发病并非在哺乳期或怀孕期,部分病人有哺乳不畅的历史;肿块开始时位于乳晕部,急性期之后常有肿块渐渐缩小变硬的过程;急性期起病急骤,乳晕部红肿并向某一象限伸展,形成不规则硬韧肿块,但全身症状比较轻微,故体温不甚高。脓肿溃破后创口经常反复发作、流脓,并形成通向乳头孔的瘘管,进入慢性瘘管期;部分以乳头溢液为首发症状,甚至为唯一症状,乳头溢液为淡黄色、浆液性或脓性,血性者较少。

### 1.5.2 辅助检查

乳腺红外线扫描,仅可显示乳晕区有不规则中、深灰色阴影。乳腺彩超表现为实性病灶边缘不规则,无包膜,或囊性病灶壁厚,透声差。但需与乳腺癌、乳腺增生症等疾病鉴别。乳腺钼靶摄片表现为腺体密度不均匀增高,其间夹杂有条状或蜂窝状、囊状透亮影,X线表现缺乏特异性,需结合临床特征方能提高诊断准确性。乳管造影:导管可见不同程度的柱状、囊状或梭状扩张征象。乳头溢液检查:可见到浆细胞和其他上皮细胞。细针穿刺抽吸细胞学检查:可查到坏死物及大量浆细胞、淋巴细胞及细胞残核。目前尚无辅助检查有确诊价值,病理诊断是本病最可靠的诊断依据。

### 1.5.3 鉴别诊断

多项国内外文献报道,浆细胞性乳腺炎为误诊率较高疾病。非哺乳期化脓性乳腺炎、乳房结核,尤其是乳房结核破溃形成瘘管时,易与浆细胞性乳腺炎相混淆。有乳头内陷合

并肿块时,极易与乳癌相混淆,故有时常需要局部活体组织检查来鉴别。除此外还须与急性细菌性乳腺炎,导管内乳头状瘤,乳腺囊性增生,肉芽肿性小叶性乳腺炎相鉴别。

## 1.6 治疗

### 1.6.1 非手术治疗:

对于年龄30岁以下或55岁以上,红肿、疼痛明显的急性阶段,肿块不明显,病程短于3周,暂不愿意接受手术治疗者可采用非手术治疗。疗程一般7~10天,其治疗方法有:抗炎治疗、局部理疗、乳管冲洗、激素治疗以及其他药物治疗。

### 1.6.2 手术治疗方法

PCM各个阶段病理改变都较突出,要掌握适当的手术时机和采取正确的术式,术中创面的修复和置管引流以及术后积极的抗感染治疗,都是保证患者伤口达到一期愈合和减少复发的关键。临床常用术式有:①乳腺小叶切除术②病灶局部楔形切除术③乳房单纯切除术。

**1.6.2.1** 对单纯乳头溢液者,在探针的引导下切除该乳管及周围0.5 cm乳腺组织;

**1.6.2.2** 对有乳晕下肿块者,取乳晕旁弧形切口,保留翻转乳头,切除全部大乳管及乳晕下乳腺组织,乳头外翻整形缝合。肿块较局限,位于距乳晕2.0 cm以外乳腺周边部者,手术时必须达乳头下,以保证所属大乳管的彻底切除,以防止术后仍有乳晕下血肿或乳头溢液的可能。

**1.6.2.3** 单纯脓肿患者急性期在行脓肿切开引流术的同时,应彻底搔刮脓腔壁,去除病变的导管,不应仅做单纯的切开引流。若患者脓肿已局限,可行病灶部位的区段或象限切除术,应保证切缘为有光泽的正常腺体组织。

**1.6.2.4** 乳头溢脓患者,术中按压乳头确定溢脓导管,置入细套管针注入亚甲蓝液,劈开乳头,沿乳头、乳晕做放射状切口至脓腔,将染色病变乳管及坏死组织完整清除,同时彻底搔刮脓腔壁。

**1.6.2.5** 乳晕旁溢脓患者,术中自溢脓处注入亚甲蓝液,以球形探针探查入脓腔,确定脓腔是否与乳头相通,因本病患者多数存在乳头内陷。术中将染色病变组织完整清除,特别是必须清除乳头乳晕下大乳管内病灶,对有乳头内陷者术中同时行乳头乳晕成形术。

1.6.2.6 乳晕旁弧形或以瘻管口为中心月牙形切口,术中应首先在乳晕下找出病变导管并向乳头做锐性分离,在根部横断主导管,使乳头与炎性病灶分离,将病灶完整切除。至切缘正常或基本正常,不应有灰暗的病变组织残留,尽量保留正常的腺体组织。

1.6.2.7 避免乳房外形损失过多用碘伏消毒创面,再以生理盐水冲洗,修剪创面后严密止血逐层缝合乳头处理:乳头内面的主导管应全部切除不可保留。避免术后复发。

## 2 中医研究

### 2.1 定义

中医学对浆细胞性乳腺炎的认识古代文献少有论述,一般归为“乳疽”、“乳痈”的范畴,由顾伯华教授1958年在国内首次报道,根据其临床表现而命名为“慢性复发性乳腺漏管伴有乳头内缩”。20世纪80年代,顾伯华、陆德铭等首次将本病收录在《实用中医外科学》,命名为“粉刺性乳痈”,并对其病因病机、临床表现及中医治疗方式做了较详细的阐述。

### 2.2 病机

#### 2.2.1 古代文献

《黄帝内经》中《灵枢·经脉第十》曰:“胃足阳明之脉……是主血所生病者……循膈、乳、气街、股、伏兔、骭外廉、足跗上皆痛。”这是胃的经脉病变,导致乳房疾病的最早的文献记载。《丹溪心法》中提出:“乳房,阳明所经;乳头,厥阴所属……不知调养,怒忿所逆,郁闷所遏,厚味所酿,以致厥阴之气不行,故窍不得通……阳明之血沸腾,故热盛而化脓。”的著名论断,这对于认识妇女乳房疾病的病理机制、临床症候和辨证施治起着重要的作用。《外科正宗》记载:“乳房阳明胃经所司,乳头厥阴肝经所属。乳子之母,不能调养,以致胃汁浊而滞为脓。又有忧郁伤肝,肝气滞而结肿……厚味饮食,暴怒肝火妄动结肿。”清代吴谦亦认为:“乳疽乳痈乳房生,肝气郁结,胃火壅滞。”

#### 2.2.2 现代医家

顾伯华教授认为其素有乳头凹陷畸形,复因情志不舒,肝气郁滞,营血不从,气滞血瘀,

凝聚成块,郁久化热蒸酿肉腐成脓肿,溃后成瘻,亦可因气郁化火,迫血妄行而见乳头溢血。

卞卫和等认为浆细胞性乳腺炎的发生,与素体禀赋不足关系密切,这是该病本虚的一面。本病的形成,尚与七情内伤、冲任失调、外感邪实等因素相关,肝郁气滞,营血不从,或冲任失调,气血运行失畅,气血瘀滞,凝聚成块,郁久化热,蒸酿肉腐而为脓肿,这是其标实的一面。其具体辨证当属寒凝气滞、痰瘀互结,兼见阳虚湿困、气血不足、血虚不荣,或挟有热毒等症。

李佩琴等认为本病因情志不畅,肝气郁滞,经脉阻塞,营血不从,以致气滞血瘀,凝聚成块。郁久化热,蒸酿肉腐而成。其中以气机不畅为病理基础,肿疡期多气滞血瘀、热毒蕴蒸;瘻管期则为营血内败,脓毒外泄。

古今医家虽各有见解,但总体认为不离“肝气郁滞,胃火壅滞,郁久化热,酿腐成脓,正虚邪恋,气血凝滞”的病机演变。

### 2.3 辨证论治

中医对于本病的治疗特色在于辨证论治,分型分期给予相应的治疗,可以控制病情进一步发展及缓解临床症状的作用,各家观点不尽一致,百家争鸣。一般分为内治法和外治法,

内治法:

a 气滞热壅证--疏肝清胃,通乳消肿。瓜蒌牛蒡汤加减。

b 热毒炽甚证--清热解毒,托里透脓。透脓散加味。

c 正虚毒恋证--益气合营托毒。托里消毒散加减。

外治法:

a 初起--金黄膏或玉露膏外敷,乳房按摩。

b 成脓--波动感最明显处,及时切开排脓引流。

c 溃后--排脓后用八二丹或九一丹提脓拔毒,药线引流,外敷金黄膏。脓净用生肌散收口,生肌玉红膏盖贴。

d 形成窦道--先用五五丹药捻插入窦道腐蚀管壁,脓净改用生肌散、红油膏贴至愈合。

#### 2.3.1 古代医家治疗观点

2.3.1.1 王洪绪反对过用寒凉,在《外科证治全生集·痈疽总论》指出:“世人但知一

概清火而解毒，殊不知毒即是寒，解寒而毒自化，清火而毒愈凝。然毒之化必由脓，脓之来必由气血，气血之化，必由温也，岂可凉乎。”

2.3.1.2 张秉城强调治血分之气，在《成方便读》中：“然痰凝血滞之证，若正气充足者，自可运行无阻，所谓邪之所凑其气必虚，故其所虚之处，即受邪之处。病因于血分者，仍必从血而求之。”

2.3.1.3 陈自明主张对不同症状有所侧重，慎用峻剂。在《妇人良方》：“治法：焮痛寒热，宜发表散邪……或脓成不溃，宜用托里……或饮食难化，泄泻腹痛，宜补脾气……甚不可用克伐之剂，复伤脾胃也。”

2.3.1.4 吴谦重视分期辨证治疗。《医宗金鉴一外科心法要诀白话解》：“初期全身冷发热，宜服栝楼牛蒡汤清热解郁……而局部脓肿时时有跳动感的，宜用托里透脓汤内服……乳疽不脓肿未破，而胀痛严重的，可用针刺，并内服托里排脓汤。若患者身体虚弱……十全大补汤。”

2.3.1.5 冯兆张反对轻易应用针、刀等外治法，《风湿锦囊秘录-卷十九-外科-乳痈》“乳房阳明所经，乳头厥阴所属……治法：疏厥阴之滞，以青柴。清阳明之热以石膏。行瘀浊之血以甘草节，消肿导毒以栝蒌实，……其效尤捷。不可辄用针刀，必致危困。”

2.3.1.6 叶天士提出治络，并应及早治疗。《临证指南医案-卷八-疮疡》：“刘氏，乳房为少阳脉络经行之所，此经气血皆少，由情怀失畅而气血郁痹，有形而痛，当治在络。恐年岁日加，竟成沉痾。”

## 2.3.2 现代医家观点

2.3.2.1 卞卫和强调阴阳辨证。认为浆细胞性乳腺炎多为阴证，方用阳和汤。

2.3.2.2 马丙娥将此病分为三型。湿热毒盛型，方拟五神汤加减。2 正虚毒滞型，方拟托里温中汤加减3 气血两虚型，方拟托里消毒散加减。

2.3.2.3 郦红英提出初期用“柴胡9g，郁金9g，延胡索9g等药物”急性期方用“金银花12g，连翘12g，黄芩12g，皂角刺12g，蒲公英30g，全瓜蒌15g等药物。亚急性期方用“蒲公英15g，全瓜蒌15g，丹参15g，虎杖

15g，金银花9等药物”慢性期，局部感染得到控制，残留瘰管，不用内服治疗，拟择期手术。

2.3.2.4 鲁立宪等在临床治疗中对本病分4型论治：其中肝经郁热型药用柴胡、牡丹皮、赤芍、当归、郁金、香、三棱、莪术等；脾胃蕴热型药用黄芩、黄连、大黄、生石膏、蒲公英、皂角刺、连翘等；肾经虚火型药用玄参、生地黄、桔梗、石斛、地骨皮、天花粉、穿山甲珠等；气血虚弱型药用黄芪、党参、白术、茯苓、薏苡仁、丹参、甘草、大枣等。

2.3.2.5 彭锦绣，王粤湘提出用1 搔刮捻腐；2 换药前3~5天用白降丹药捻，三黄膏，四六散，九一丹等治疗；3 蝶形胶布牵拉收口，一般5~7天彻底排除脓液及坏死组织，对管导较短和内腔较小者，用棉垫或蝶形纱块直接加压绑缚，对管道较长和内径较大者，则用蝶形纱布或棉垫从上向下逐步加压绑缚，创口暂保持开放；4 四子散（吴茱萸120g，苏子120g，莱菔子120g，白芥子120g）药包热敷乳房硬结。

2.3.2.6 唐汉钧等采用切开、拖线、祛腐、生肌等法，内外合治浆细胞性乳腺炎148例，结果治愈140例，好转8例，复发12例。

2.3.2.7 任晓梅等对32例浆细胞性乳腺炎所致乳晕部瘰管的患者采用挂线疗法治疗，结果32例全部治愈，愈后瘢痕不明显，乳头无歪斜畸形，无1例复发。

2.3.2.8 程亦勤等运用切开加拖线和垫棉法相结合治疗粉刺性乳痈30例，最后痊愈出院28例，好转2例。

2.3.2.9 朱华宇等对本病用采用火针洞式烙口术、提脓药捻引流术、搔刮、捻腐、拖线、垫棉绑缚、中药敷贴等多种中医外治法为主，结果临床治愈45例，好转1例，治愈率98%，且创伤小，术后乳房变形小，复发率仅7%。

很多专家应用内外合治的方法，如：周忠介采用中药内服外敷，加挂线、切开引流等。万华对72例浆细胞性乳炎患者，给予内服中药“浆乳方”，配以外治法（箍围、引流、手术、乳痈扩创、挂线、冲洗、乳头矫形术）进行治疗。李佩琴等内治予疏肝解郁、清热解毒、散瘀消肿之法，用瓜蒌牛蒡汤合丹栀逍遥散加减。外治法：外敷金黄膏，脓成已熟切开排脓，五五丹纱条药捻引流，待

脓尽改用生肌收口的黄连纱条外敷。瘰管期选用切开法或挂线法。沈加君对于乳房红肿疼痛伴化脓性感染用金黄散配清茶植物油外敷、或加药捻引流,同时内服如柴胡疏肝汤合银翘解毒散,以疏肝清热、和营消肿、托里透毒为原则;不伴有急性化脓性感染的则以中药内服外用治疗为主。手术治疗分别选用病变导管广泛切除、肿块切除加导管扩张术、乳房病变组织广泛切除或全乳切除术、手术切除肿块同时行乳头凹陷纠正术。赵莉萍等内外合治取得较好疗效。外治在肿块红肿未溃时外敷万应膏;肿块已溃或成瘰管时则充分切开、扩创直至正常组织,药用黄连纱条、拔毒生肌散、生肌玉红膏纱条;对伴有乳头凹陷的瘰管,以探针自瘰管处向乳头方向探入,沿探针切开皮肤及乳头,切除导管管壁及瘰管,见创面新鲜渗血为止,提起乳头,松解及切断引起凹陷的肌纤维,逐层缝合乳头,使乳头突出,开放创面换药内服中药拟疏肝清热、活血消肿、温阳散结之法。吴雪卿等用浆乳方结合中医外治法治疗浆细胞性乳腺炎,外治法:乳房局部肿块疼痛伴有皮肤发红灼热者,术前采用金黄散、青黛散箍围消肿,使病变范围局限。术后乳房空腔大者可使用垫棉法促使空腔皮肤与鲜肉粘合。谭玉萍用中药内服主要以疏肝理气、清热解毒、活血化瘀法治疗为主。外治主要以切开引流配以中药外敷及手术治疗。均效果显著。

### 3 治疗现状及存在问题

浆细胞性乳腺炎是一种慢性自身免疫性疾病,不会影响病人的长期生存。目前临床上对浆细胞性乳腺炎分期多采用溢液期、肿块期、脓肿期、瘰管期4期的分法,病程分期不同,其治疗方案也有所不同。手术切除是目前主要的治疗方法,对于乳房肿块较大、脓腔较多且分布广泛的病例,由于乳腺肿块切除术或乳腺区段切除术致乳房外形改变较大,且容易复发,往往造成乳房的严重毁形。本病与乳癌等诸多疾病较难鉴别,易导致误诊误治。治疗方面西医仅有手术治疗但从美学的角度和复发情况看,仍不能达到满意疗效。

另外,本病的护理很重要,特别是情志护理。西医尚重视心理疏导,通过和患者的沟通让患者对疾病有正确的认识,积极面对疾病,共同合作治愈疾病,中医认为乳房疾

病多与肝气郁结有关,故在心理疏导的同时可以结合中医药调畅情志。

从目前实际情况来看,合理进行手术,同时开展中西医结合疗法并注重护理是提高浆细胞性乳腺炎疗效的关键。

### 4 中西医结合治疗研究现状

4.1 张志强等在外科换药治疗的基础上,加用自拟加味阳和汤治疗,有效率92.2%复发率4%,应用抗生素的对照组有效率66.7%复发率22.2%。

4.2 胡峻应用浆乳方联合手术治疗浆细胞性乳腺炎4周,浆乳方组明显优于对照组,总有效率均为100%,且浆乳方组在降低乳头凹陷、乳房肿块、乳房红肿、乳房疼痛、乳房脓肿和乳房瘰管症状积分方面,显著优于对照组。

4.3 顾乃强采用辨证分期治疗加手术。肝火湿热型,用龙胆草、黄芩、栀子、白花蛇舌草、蒲公英、金银花、虎杖等。慢性迁延期,用柴胡、当归、丹参、桃仁、三棱、莪、术、益母、草王不留行、炙穿山甲等。复杂性瘰管术后表现气血两虚,常用炙黄芪、生晒参、淮小麦、煅龙骨、煅牡蛎、五味子等。

4.4 张丹丹等应用中医阳和汤+箍围法+手术治疗,中西医结合治疗浆细胞性乳腺炎30例治愈率96.7%,复发率3.33%。

4.5 陈建勋,对照组应用抗菌药尤其是抗厌氧菌药、糖皮质激素治疗及手术治疗。治疗组在上述常规治疗基础上在围手术期同时内服中药,舒肝清热,活血消肿,温阳散结。治疗组:治愈率88%,复发率12%对照组:治愈率67%,复发率33%。

4.6 邴红英[5]采用分期辨证治疗,初期治以疏肝理气,调摄冲任。急性期治以清热解毒,祛瘀消肿。亚急性期治以清热消肿,活血祛瘀。慢性期如果瘰管形成,选用切开法、挂线法。结果:50例患者全部治愈,治愈率100%。

4.7 李晓莉等在术前中药辅助治疗浆细胞性乳腺炎证实术前辅助治疗比直接行手术的PCM患者术后伤口愈合情况好,其复发率为13.3%明显低于直接手术组的30.0%。

4.8 在殷飞等的乳管镜介入结合中医辨证治疗单纯肿块型浆细胞性乳腺炎的临床研究中治疗组疗效优于单纯乳管镜治疗的对照组。

4.9 何风贤和石妙利采用中西医结合、内外同治综合手段，才能取得相得益彰的效果。采用中药透脓汤加减配合西药硒维尔片内服。外治是患者乳房有包块，质硬，未扪及囊性感者，用消炎止痛软膏外敷，局部穿刺抽出液化组织，主张尽量不要切开引流，以免伤口不易愈合。

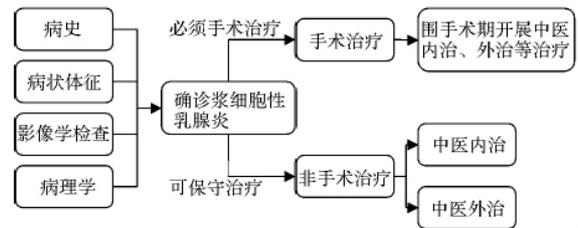
4.10 赵莉萍等认为，浆细胞性乳腺炎用中药内服、手术治疗加祛腐生肌中药外治是治疗此病的有效方法。术后用生肌散，黄连纱条，生肌玉红膏纱布换药。随访 3-12 个月，均未复发。

4.11 许娟等提出急性炎症期用解毒散外敷，待炎症局限控制后，行手术切除局限肿块。治愈率 100%，有 1 例复发，再行手术治疗后痊愈。

据研究结果看，单纯PDM抗生素治疗效果不佳，因基础病变不除，激素治愈后也容易复发，有报告PDM周围型病变手术切除后很少复发，而乳晕（中央型）病变手术后23%复发。有乳头内陷者同时矫正，并彻底切除扩张导管和相关病灶，否则术后容易复发；多发脓肿、窦道型患者手术后易出现切口渗液或窦道。而与中药结合治疗组效果往往优于单纯西医药物或手术治疗。

浆细胞性乳腺炎从开始认识至今将近100年，但其病名尚不统一，无一个能反映其病理变化全过程的病名。它不是一般的乳腺感染性疾病，对其病理发展过程的全面认识是诊治的关键，从而可根据该病的不同发展阶段的临床病理特点，采取相应的治疗对策。其病因及发病机理仍需进一步研究，目前其治疗仍停留在经验治疗上，需要进一步规范化、系统化。近年来研究证实中药治疗浆细胞性乳腺炎有一定疗效，同时研究表明很多中药具有免疫调节，抗炎抗菌，促进愈合的效果。中西医结合治疗逐渐成为提高治疗满意度的新思路。

## 5. 中西医结合治疗发展趋势



本课题组近年来注重中西医结合诊治浆细胞性乳腺炎，主要通过中药内服配合西药，及中药内服配合手术治疗的方式对不同病情的患者提供相应的治疗方案，辨证用药，分期分型治疗。并总结出以古方薛氏瓜蒌散加味方组为代表的治疗新方案，并对大量患者进行随访。提高了浆细胞性乳腺炎临床治疗效果，降低了疾病复发率。

## 6. 中医方药研究

### 6.1 病机理论

《医宗金鉴—外科心法要诀白话解》中指出乳痈都是由于肝气郁结，失于条达，加之胃经积热壅滞所致。发病部位在乳房，局部红肿热痛的是痈，经过约十余天，脓液形成。初期全身发冷发热，宜服栝楼牛蒡汤清热解郁，待寒热退尽，而乳房肿硬不消，宜用复元通气散消散。如仍无效，而局部脓肿时时有跳动感的，是脓肿将要溃破的症象，宜用托里透脓汤内服。使脓肿早日溃破，脓液早日排净。若患者身体虚弱，脓肿成熟困难，可用补法，如人参养荣汤。

因此，本课题组将浆细胞性乳腺炎患者分为三个阶段治疗，根据其症型求同存异，主方用古方薛氏瓜蒌散加入蒲公英，金银花及麦芽并保留原方中对黄酒的应用，I号方合并栝楼牛蒡汤部分组成，II号方合并托里透脓汤部分组成，III号方合并人参养荣汤部分组成，突出中医辨证治疗，依症组方的灵活性和科学性。

第一阶段多出现乳房红肿焮痛，舌红或紫，苔黄或厚，脉弦数。辨证为肝气郁滞，胃火壅滞。治法当疏肝清胃，通乳消肿。选用古方薛氏瓜蒌散加味方组中的I号方。第二阶段脓成不溃，舌红，苔薄黄，脉濡数。辨证为郁久化热，酿腐成脓。治法当破瘀行滞，托里消毒。选用古方薛氏瓜蒌散加味方组中的II号方。第三阶段脓水清稀，肌肉不生，舌淡胖，苔薄白，脉弦细，辨证为正虚邪恋，气血凝

滞。治法当益气合营,温阳通滞。选用古方薛氏瓜蒌散加味方组中的 III 号方。

## 6.2 立方依据

### 6.2.1 出处

主方出自《妇人良方》校注补遗中薛己附方:“神效瓜蒌散用于治乳痈……肿痛即消,脓成即清,脓出即愈。组方:瓜蒌一个,烂研 生粉草、当归酒洗各半两,乳香、没药各一钱,上用酒煎服,良久再服。”指出此方对于乳痈各个阶段具有普遍疗效。

两个副方出自《医宗金鉴—外科心法要诀》。“栝楼牛蒡汤--栝楼牛蒡胃火郁,憎寒壮热乳痈疽,青柴花粉芩翘刺,银花栀子草陈皮。”“托里透脓汤--托里透脓治痈疽,已成未溃服之宜,参术甲芷升麻草,当归黄芪刺青皮。”第三个副方“人参养荣汤--人参养营即十全,除却川芎五味联,陈皮远志加姜枣,脾肺气血补方先。”出《自太平惠民和剂局方》,功效益气补血,养心安神。主治积劳虚损,脾肺气虚,营血不足。

在古方薛氏瓜蒌散加味主方中增添金银花,蒲公英,因为此两味药在多种医书方剂中常被用来治疗乳痈。如:《冯氏锦囊秘录-卷十九-外科-乳痈》中附的“经验方一治乳初肿作寒热。用蒲公英三颗,金银花二两,水酒煎热,服取微汗,睡醒即消,其渣敷乳上。”和“锦囊新定消乳痈神效方----金银花二两,蒲公英一两,甘草节三钱,没药二钱,归尾六钱,水酒各三碗,煎一碗,食后服渣,再煎,绞汁服。”再如《身经通考-卷四-方选-妇人门》附方“萱草根,金银花,不拘多少,加食盐少许,捣如泥,在窝酒糟一小坛,捣匀敷。”可见此二味对于乳痈为经验用药。主方中添加的麦芽也在古今文献中被众多医家推建,如《医学衷中参西录》指出“大麦芽,虽为脾胃之药,而实善舒肝气。夫肝主疏泄,为肾行气,为其力能舒肝,善助肝木疏泄以行肾气,故又善于催生。至妇人乳汁为血所化,因其善于消化,微兼破血之性,故又善回乳。入丸散剂可炒用,入汤剂皆宜生用。”《外台方》中麦芽一升服。下胎神验。薛立斋治一妇人丧子乳胀。几欲成痈。单服麦芽一二两。炒煎服。立消。其破血散气如此。的病例均说明麦芽为治乳痈有利药材。最后,强调一下主方中 150ml 黄

酒的作用也不容忽视,除了之前提及的古方薛氏瓜蒌散、栝楼牛蒡汤、托里透脓汤、冯氏经验方、锦囊新定消乳痈神效方、萱草根花方中均需要用酒外,《医宗金鉴》中的复元通气散,《冯氏锦囊秘录》中的青橘连翘饮、栝蒌散等治疗乳痈的方剂也都以酒入药。

### 6.2.2 组方

古方薛氏瓜蒌散加味方组(I号、II号、III号)

#### 6.2.2.1 主方:

全瓜蒌 20g 生甘草 9g 当归 15g(酒洗) 乳香 10g 没药 10g 麦芽 30g 蒲公英 9g 金银花 9g 黄酒 150ml (煮)

#### 6.2.2.2 副方:

I号加 青皮 15g 柴胡 15g 连翘 10g 皂角刺 10g 牛蒡子 10g 黄芩 10g

II号加 白术 15g 白芷 15g 升麻 15g 生黄芪 20g 皂角刺 10g 青皮 10g

III号加 党参 15g 白术 20g 炙甘草 9g 黄芪 15g 肉桂 9g 地黄 15g 陈皮 15g 五味子 9g

#### 6.2.3 方解

瓜蒌化痰散结,善治乳痈,为君药。

《本草纲目》云:“乳香活血,没药散血,皆能止痛消肿生机,故二药每每相兼而用”。当归补血活血。公英、金银花、生甘草,解毒凉血,消肿止痛。此五者为臣。麦芽可软坚,消痰饮,破症结,其味甘温,养脾胃,故为佐。黄酒活血通络,助药力为使。

I号中柴胡,青皮疏肝解郁。连翘,皂角刺透表。牛蒡子,黄芩清热解毒。

II号加白芷,升麻解肌,透脓,升阳。生黄芪,白术益气健中。皂角刺透表,青皮理气。

III号加党参,黄芪,炙甘草,益气健中,白术,陈皮,健脾理气。肉桂,温助元阳,地黄,滋阴养血,五味子,敛疮生肌。

#### 6.2.4 药理

6.2.4.1 瓜蒌 张霄翔等研究体外实验证实瓜蒌皮具有显著提高巨噬细胞活性及促进巨噬细胞吞噬鸡红细胞功能,且对淋巴细胞转化有显著促进作用,体内实验证明其能显著提高小鼠炭粒廓清水平,促进免疫,抑制血清

溶血素生成。另外，瓜蒌仁对小鼠耳部炎症肿胀有一定抑制作用。瓜蒌煎剂实验证明，其对肺炎球菌、溶血性链球菌、白喉杆菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、霍乱杆菌、伤寒杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌等均有一定抑制作用。

**6.2.4.2 麦芽** 动物实验亦表明大剂量的( $>30g$ ) 麦芽对乳腺乳汁分泌有抑制作用。大剂量的麦芽煎剂( $>100g$ ) 对 MMQ 大鼠垂体瘤细胞有治疗作用，抑制泌乳素的分泌。

**6.2.4.3 甘草** 多项药理实验证明其具有抗炎、抗病毒，和保肝解毒及增强免疫功能等作用。由于甘草酸有糖皮质激素样药理作用而无严重不良反应，还具有抗癌防癌、干扰素诱生剂及细胞免疫调节剂等功能。

**6.2.4.4 乳香** 在药理实验中证明有较显著的镇痛作用。以乳香为首味药的子宫丸比多种抗菌素有更强烈的抑菌作用，且能有效地杀灭滴虫。

**6.2.4.5 当归** 经1990年马世平等研究了当归补血汤及其组成药物对红细胞免疫功能的影响，结果表明，当归补血汤以及组成药物当归、黄芪均能提高小鼠红细胞(C3b受体花环率，降低红细胞免疫复合物(CIC)花环率。若动物给予强的松龙，其免疫功能受损的同时 ig 当归补血汤及当归、黄芪，则受试动物低下的免疫功能得以明显改善。另外，当归的抗炎作用机理主要涉及：1. 降低毛细血管通透性；2. 抑制 PGE<sub>2</sub>的合成或释放。3降低豚鼠补体旁路的溶血活性。

**6.2.4.6 蒲公英** 注射液在试管内对金黄色葡萄球菌耐药菌株、溶血性链球菌有较强的杀菌作用，对肺炎双球菌、脑膜炎球菌、白喉杆菌、绿脓杆菌、变形杆菌、痢疾杆菌、伤寒杆菌等及卡他球菌亦有一定的杀菌作用。蒲公英提取液(1:400)在试管内能抑制结核菌。蒲公英水煎剂(1:80)能延缓 ECHO11 病毒细胞病变。蒲公英醇提取物 31mg/kg 能杀死钩端螺旋体。水浸剂对多种皮肤真菌有抑制作用。蒲公英煎剂在体外能显著提高人外周血淋巴细胞母细胞转化率。蒲公英多糖腹腔注射能显著增强小鼠抗体依赖性巨噬细胞的细胞毒作用。

**6.2.4.7 没药** 经实验证明具有抗菌作用，没药的水浸剂(1:2)在试管内对堇色毛癣菌、同心性毛癣菌、许兰黄癣菌等多种致病性皮肤真菌有不同程度的抑制作用。其抗菌作用可能与所含丁香油酚有关。

**6.2.4.8 金银花** 其化学成分含环己六醇、黄酮类、肌醇、皂甙及鞣质等，具有广谱抗菌作用，对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌等多种致病菌均有较强的抑制作用，对钩端螺旋体、流感病毒以及致病霉菌等多种病原微生物亦有抑制作用。此外，金银花还具有明显的抗炎及解热作用，金银花水及酒浸液对试验性肿瘤细胞具有明显的杀伤作用。腹腔注射金银花提取液 8g/kg，2次/天，连续6天，对大鼠巴豆油性肉芽囊，也有明显抗渗出和抗增生的作用。金银花煎剂稀释至 1:1280 的浓度，仍能促进白细胞的吞噬功能。小鼠腹腔注射金银花注射液，也有明显促进炎性细胞吞噬功能的作用。

综上所述，中西医结合治疗浆细胞乳腺炎当是一条更好的思路，本课题组将逐渐对古方薛氏瓜蒌散加味方组(I号、II号、III号)进行大规模临床研究和长期疗效随访，使更多的患者从中受益。

(责任编辑：陈赞育)

**【作者简介】** 第一作者：李璐璐，北京中医药大学七年制硕士，现为兰州大学第二医院中医师，刘宝厚名医工作室学术秘书，译著《针灸治疗三叉神经痛》由人民卫生出版社国外发行出版，作为第二主编完成《保肝护胆专家支招》人民军医出版社出版。第二作者：宋爱琳，硕士，兰州大学第二医院主任医师，VIP 外科主任，长期从事乳腺及甲状腺疾病外科治疗。第三作者：王彦伟，博士，兰州大学第二医院主治医师。通讯作者：吕西，兰州大学第二医院副主任医师。

## 英国禁用和限用中草（成）药简表（下）

FTCMP 安全纪律监察部 2015. 8

曹兴灵 田元祥\*<sup>1</sup> 李墨嫒\*\*<sup>2</sup>

## A List of the Prohibitions and Restrictions of Herbs.

In China, the European Union, Britain and other countries, the prohibitions and restrictions on the use of Chinese herbal medicine are issued by the administrative department of public health. This profile in China is convenient to access for everyone. Hope you practice medicine safely in accordance with the law.

## 2. 禁用（人工养殖、栽培可用）

名称	拉丁名	出处	类型	级别	备注
穿山甲	<i>Squama Mantis Pentadactylac</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工养殖可用）	
猴枣	<i>Calculus Macacae</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工养殖可用）	
羚羊角	<i>Cornu Antelopis</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工养殖可用）	
龟板	<i>Chinemys reevesii</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工养殖可用）	
石斛	<i>Dendrobium species</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工栽培可用）	
白芨	<i>Bletilla striata</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工栽培可用）	
天麻	<i>Gastrodia elata</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工栽培可用）	
狗脊	<i>Cibotium barometz</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工栽培可用）	
芦荟	<i>Aloe ferox</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工栽培可用）	
小叶莲	<i>Podophyllum emodii</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工栽培可用）	
肉苁蓉	<i>Cistanches descrticola</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工栽培可用）	
西洋参	<i>Panax quinquefolius</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工栽培可用）	
胡黄连	<i>Picrorrhiza kurroa</i>	《濒危物种国际贸易公约》	野生物种	禁用（人工栽培可用）	

## 3. 禁止内服

名称	拉丁名	出处	类型	级别	备注
----	-----	----	----	----	----

<sup>1</sup>田元祥 特邀中国中医科学院中医临床基础医学研究所研究员

<sup>2</sup>李墨嫒 特邀北京中医药大学 2014 级硕士研究生

附子/草乌	<i>Aconitum species</i>	1997年法定文件第2130号禁令	植物药	禁止内服	外用不得超过1.3%剂量
石榴皮	<i>Punica granatum</i>	1997年法定文件第2130号禁令	植物药	禁止内服	
槟榔	<i>Areca catechu</i>	1997年法定文件第2130号禁令	植物药	禁止内服	

#### 4. 限制用药

名称	拉丁名	出处	类型	级别	备注
麻黄	<i>Ephedra sinica</i>	1997年法定文件第2130号禁令	植物药	限制用药	每次用量不超过0.6g, 每天用量不超过1.8g
洋金花	<i>Datura stramonium</i>	1997年法定文件第2130号禁令	植物药	限制用药	每次用量不超过0.05g, 每天用量不超过0.15g
颠茄草	<i>Atropa belladonna</i>	1997年法定文件第2130号禁令	植物药	限制用药	每次用量不超过0.05g, 每天用量不超过0.15g
天仙子	<i>Hyocyamus niger</i>	1997年法定文件第2130号禁令	植物药	限制用药	每次用量不超过0.1g, 每天用量不超过0.3g
半夏	<i>Rhizoma Pinelliae</i>	中国药典标注有毒	草药	限制用药	成人汤剂每日10g内, 连续使用不超过3-4周
苍耳子	<i>Fructus Xanthii</i>	中国药典标注有毒	草药	限制用药	成人汤剂每日10g内, 连续使用不超过3-4周
重楼	<i>Rhizoma Paridis</i>	中国药典标注有毒	草药	限制用药	成人汤剂每日10g内, 连续使用不超过3-4周
川楝子	<i>Fructus Meliac toosendan</i>	中国药典标注有毒	草药	限制用药	成人汤剂每日10g内, 连续使用不超过3-4周
苦杏仁	<i>Semen Armemiaceae Amarum</i>	中国药典标注有毒	草药	限制用药	成人汤剂每日10g内, 连续使用不超过3-4周
山豆根	<i>Radix Sophorae tonkinensis</i>	中国药典标注有毒	草药	限制用药	成人汤剂每日10g内, 连续使用不超过3-4周
蛇床子	<i>Fruetus Cnidii</i>	中国药典标注有毒	草药	限制用药	成人汤剂每日10g内, 连续使用不超过3-4周
吴茱萸	<i>Fruetus Evodiae</i>	中国药典标注有毒	草药	限制用药	成人汤剂每日3g内, 连续使用不超过3-4周
仙茅	<i>Rhizoma Curculiginis</i>	中国药典标注有毒	草药	限制用药	成人汤剂每日10g内, 连续使用不超过3-4周

#### 5. 禁止买卖、进出口

名称	拉丁名	出处	类型	级别	备注
关木通	<i>Aristolochia manshuriensis</i>	2002年法定文件第1841号禁令	植物药	禁止买卖、进出口	所有木通类(木通、白木通、川木通、小木通)
广防己	<i>Aristolochia fangji</i>	2002年法定文件第1841号禁令	植物药	禁止买卖、进出口	所有防己类

木防己	<i>Cocculus laurifolius</i>	2002 年法定文件第 1841 号禁令	植物药	禁止买卖、进出口	所有防己类
汉防己	<i>Stephania tetrandra</i>	2002 年法定文件第 1841 号禁令	植物药	禁止买卖、进出口	所有防己类
马兜铃	<i>Aristolochia contorta, Aristolochiadebilis</i>	2002 年法定文件第 1841 号禁令	植物药	禁止买卖、进出口	
天仙藤	<i>Aristolochia contorta, Aristolochiadebilis</i>	2002 年法定文件第 1841 号禁令	植物药	禁止买卖、进出口	
青木香	<i>Aristolochia debilis</i>	2002 年法定文件第 1841 号禁令	植物药	禁止买卖、进出口	

## 6. 禁用

名称	拉丁名	出处	类型	级别	备注
朱砂	(Mercuric sulphur)Cinnabar	1968 《药品法》	有毒矿物药	禁用	
青粉	(Mercuric chloride)Calomel	1968 《药品法》	有毒矿物药	禁用	
红粉	(Mercuric oxide)Realgar	1968 《药品法》	有毒矿物药	禁用	
黑锡	Lead	1968 《药品法》	有毒矿物药	禁用	
白矾	(Aluminium silicon oxide)Alum	1968 《药品法》	有毒矿物药	禁用	
千里光	<i>Seneclo</i>	2002 年	草药	禁用	
细辛	<i>Asuram</i>	1999 年	草药	禁用	

## 7. 西医师使用

名称	拉丁名	出处	类型	级别	备注
罂粟壳	<i>Papaver somnifera</i>	1968 《药品法》	植物药	西医师使用	
马钱子	<i>Strychnos nux vomica</i>	1968 《药品法》	植物药	西医师使用	
附子(内服)		1968 《药品法》	植物药	西医师使用	

## 8. 中成药禁用

名称	拼音名称	出处	类型	级别	备注
牛黄解毒片	NIU HUANG JIE DU PIAN	2001 年 MCA	中成药	禁用	含有硫化砷
安宫牛黄丸	AN GONG NIU HUANG WAN	2001 年 MCA	中成药	禁用	多种禁用药

天王补心丹	TIAN WANG BU XIN DAN	2001 年 MCA	中成药	禁用	含有硫化汞
龙胆泻肝丸	LONG DAN XIE GAN WAN	2001 年 MCA	中成药	禁用	含有马兜铃
男宝	NAN BAO	2001 年 MCA	中成药	禁用	违禁动物药
女宝	NV BAO	2001 年 MCA	中成药	禁用	违禁动物药
龟龄集	GUI LING JI	2001 年 MCA	中成药	禁用	违禁动物药
海马补肾丸	HAN MA BU SHEN WAN	2001 年 MCA	中成药	禁用	违禁动物药
虎骨膏	HU GU GAO	2001 年 MCA	中成药	禁用	违禁动物药
麝香虎骨膏	SHE XIANG HU GU GAO	2001 年 MCA	中成药	禁用	违禁动物药
复方芦荟胶囊	FU FANG LU HUI JIAO NANG		中成药	禁用	含有朱砂
解结丸	JIE JIE WAN		中成药	禁用	含有马兜铃
千柏鼻炎片	QIANG BAI BI YAN PIAN		中成药	禁用	含有千里光
蜀宝	SHU BAO		中成药	禁用	含有西药成分
丽达代代花	LI DA DAI DAI HUA		中成药	禁用	含有西药成分
美姿堂	MEI ZI TANG		中成药	禁用	含有西药成分
消渴丸	XIAO KE WAN		中成药	禁用	含有西药成分
加伊健	JIA YI JIAN		中成药	禁用	含有西药成分
首乌片(丸)	SHOU WU PIAN(WAN)	2006 年	中成药	禁用	引起黄疸

**特别提示:** 从 2014 年 5 月 1 日开始, 英国执行欧盟相关法律, 全面禁止销售所有中成药。

**【作者简介】** 曹兴灵, 副主任医师, 中医世家弟子, 长江大学医学院临床医疗系毕业, 中华全国中医药学会湖北分会资深会员, 曾就职于湖北省荆州市第一人民医院(三甲), 从事中西医结合临床工作 30 余年, 先后在同济医科大学、广州中医药大学专业进修, 中西兼学、文理并蓄, 有 20 多篇论文发表, 2007 年来英应诊, 现为英国中医师学会理事。电子邮箱:[caoxingling2009@126.com](mailto:caoxingling2009@126.com)

### Call for Papers

The *Journal of Chinese Medicine in the UK* is a semi-annual bilingual TCM periodical. Its publication aims at encouraging the academic communication and development in the field of TCM. We welcome TCM experts, practitioners and enthusiasts to submit academic papers. Submission can be either in Chinese or in English, preferably in both. For papers in Chinese, please limit it to 5000 characters, and for English submission not more than 3000 words. The abstract should be under 300 words for both. Please send the paper in the form of MS Word document to [ftcmpuk@gmail.com](mailto:ftcmpuk@gmail.com) and title the subject as "Paper submission".



英国中医师学会，全称 Federation of Traditional Chinese Medicine Practitioners，简写FTCMP，主要在英国执业的中医师组成的专业团体，2004年在英国正式注册，注册号为5221073。

联系我们：[ftcmpuk@gmail.com](mailto:ftcmpuk@gmail.com)

[www.chinesemedicineforum.org](http://www.chinesemedicineforum.org)

微信群：英国中医学术与临床

十二年风风雨雨，FTCMP一直高举振兴传统中医的大旗。用中华文明的历史自信，树立我们的努力方向；用中医文化的理论自信，建立中西医交流的平等平台。我们坚信千里之行始于足下，星星之火可以燎原，只要耕耘不辍，就会有不断的进步。

英国中医师学会诚邀业界有志之士，为我们共同的追求一起努力！

