

ISSN:2049-4289

2017年第2期

2017 Volume 6 Issue 2

英國中醫

JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK



ISSN 2049-4289

14



772049 428008



FTCMP

目 录

CONTENTS

论著 Original Articles

中医人的胸怀和自信 (下)	马伯英	3
The Mentality and Self-Confidence of Chinese Medicine Doctor (the 2nd Section)	MA Bo-ying	
和法治疗疑难病	周永学	8
Treating Difficult and Complicated Diseases by Harmonizing Method	ZHOU Yong-xue	

学术探讨 Academic Reports and Discussion

《内经》说“意”	王友军	12
On the Word “Mind(意 yì)” in Text of <i>Huangdi's Internal Classic</i>	WANG You-jun	

经方研究 Classical Research

《金匱要略》奔豚气病脉证治篇体会	陈赞育	17
Brief Decipher of the Bentun Chapter of <i>Golden Chamber Synopsis</i>	CHEN Zan-yu	
《伤寒论》笺解--太阳病	袁炳胜	20
An explication of Greater Yang Disease of <i>Treatise on Cold Damage Diseases</i>	YUAN Bing-sheng	
《伤寒论》大柴胡汤临床应用举隅	汪雪峰	25
Case Study of Major Bupleurum Decoction of <i>Treatise on Cold Damage Diseases</i>	WANG Xue-feng	
“三胚六经”辨病辨证模式及其临床实践意义 (上)	吴昶	29
Combined Three-Germ-Layer Disease Identification and Six-Meridian Syndrome Differentiation and Its Clinical Application (Part 1)	WU Chang	

临床经验 Clinical Studies

现代舌诊与临床应用续--左升右降在现代舌诊中的运用 Application of Modern Tongue Diagnostics in TCM Practice: Tongue Diagnostics and the Theory of Ascending in Left and Descending in Right	殷鸿春 YIN Hong-chun	34
促脉临证之我见 A Personal Understanding of Skipping Pulse	周欣 ZHOU Xin	37
针灸中的经络辨证举隅 Case Studies on Meridian Identification for Acupuncture	石育才 SHI Yu-cai	41

特色疗法 Special Therapeutic Methods

现代针灸学脑型耳穴图介绍 Cerebral Model Ear-point Diagram of Modern Acupuncture	袁其伦 YUAN Qi-lun	42
--	--------------------	----

老中医笔谈 Expert's Notes

读书偶拾 Culls from Reading	朱步先 ZHU Bu-xian	46
----------------------------	--------------------	----

英国中医 JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK

2017 年 8 月 第 6 卷第 2 期 AUGUST 2017, VOLUME 6 ISSUE 2

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: 王友军 WANG You-jun

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, 周继成 ZHOU Ji-cheng, 周华芝 ZHOU Hua-zhi

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, 姚兵 YAO Bing

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, 周继成 ZHOU Ji-cheng, 周华芝 ZHOU Hua-zhi,

董志勇 DONG Zhi-yong, 张卓涵 ZHANG Zhuo-han, 奚可盈 XI Ke-ying, 张欣 ZHANG Xin, 姚兵 YAO Bing

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, 施治 SHI Ye, 向谊 Xiang Yi, 金峰 JIN Zheng, 王友军 WANG You-jun, 马玉玲 MA Yu-ling

联系方式 Contact Us: 电子邮件 Email: ftcmpuk@gmail.com

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

中医人的胸怀和自信（下）

The Mentality and Self-Confidence of Chinese Medicine Doctor (2nd Section)

马伯英 MA Bo-ying

三、临床自信

这次到南通良春中医医院庆贺成立十周年，看到朱良春国医大师亲手建立的中医院，完全以中医中药和针灸治疗，充分体现了他们的临床自信。朱老是第一批国医大师，也是当今所有国医大师中的佼佼者。他有理论创新，对风湿性关节炎的发病机制和治疗原理、方法提出了独到的理论体系；对虫类药的临床应用见解深刻而临床疗效显著。他的徒弟们一个个都是高手。特别是继承人，他的儿女们，身手非凡。所以院长朱婉华教授与我谈起来，虽然朱老去年高龄 99 故去，但她对这个医院今后发展，充满了自信。故余书“医术孰为良，朱家尽生春”敬致之。

但是，据说现在的中医药大学学生，到了临床实习阶段，都在拼命补学西医；或者补英语。补西医是因为看到医院里，中医师常常开西药给病人，自己如果没有西药知识，怕将来应付不过来；补英语是想出国，雅思达不到 7 分是不能拿到工作签证的。两者的结果，就是耽误了中医的临床实习。中医大学毕业，却开不了中药方。但是，即使出了国，在英国做中医不能用西药；英语雅思考得出 7 分，却未必能流畅与病人对话。不能对话，不能看病，中医师的临床水平就这样无可奈何的降低了。在英国一些大学培养的中医医师，也有问题，因为他们在学校临床实习看病人的机会很少，到毕业，见过的不同病种病人可能不足一打。不少毕业生，不能独立看病。有一个学生，毕业后找到唐人街中医诊所工作，老板原来以为英国正规大学毕业的，肯定可以胜任医生工作。但是试用一段时间以后，发现根本不行。于是调去做前台接待和配药。更加打击了自信心。高

不成低不就，只好辞职，另谋出路。所以，无论国内外，年轻中医的临床水平都是令人不敢恭维。恶性循环，自信心进一步受到挫击。

其实中医人是应该有临床自信的。在英国，我们学会里 80%以上都是国内大学九十年代毕业的，他们现在做中医临床，一个个十分出色。用中药、针灸，不用西药，疗效很好。所以他们信心满满。有几位不是正规大学毕业，或者是自学成才，或者是师带徒出身，但是医术特别高明。我是世中联任命的“名师带高徒”项目三位名师之一，带了一位高足，他没有完整中医学学历，但临床特别棒，经典非常熟。用针灸或者中药治疗一些疑难杂症、急症，相当成功。现在准备把自己在英国的临床经验结集成书。他的英语是自学的，是在临床实践过程中，与病人交流中学习的，所以沟通非常好。他对中医临床，真的是驾轻就熟，同时充满了信心。还有一位可以说是大师级的中医师，师带徒出身，是朱良春的高足。他熟谙经典，临床或者研究中有问题问他，他可以脱口而出，引经据典给予解答。中医师的自信就表现在这里。

我在英国，救活过两名深昏迷病人。分别是 2002 年和 2010 年，一位在医院深昏迷已经一个多月的老太太，另一位是年轻女子，昏迷也已经有十余天。西医师用尽一切能用的办法，就是醒不过来。医院通知家属准备后事。家属在百般无奈之下，要求我去看看。但是我不在该医院做医生，是不可以直接予以用药的。不过，有一条，医院不能阻止家属自己用药救治。我就告诉家属买来中药（安宫牛黄丸），化在温水里，在鼻饲管中注射进去。两个病人居然很快醒了过来。孙思邈说“人命至重，有贵千金”。佛教俗语：“救人一命胜造七级浮屠”。中药有

奇效，出乎人们的意料之外。这说明，中医人不要妄自菲薄，而应该有临床自信。

英国有不少慢性不明原因疲劳综合症(ME)患者，这些病人，病程有的已经长达数年，西医师对之毫无办法。得了这种病，病人全身无力，感觉非常疲劳，走上几步路就得坐下或者躺下。全身肌肉关节疼痛，眩晕、头痛，十分痛苦。但是医院检查，各种指标正常。西医医院想尽办法，却不能给予一点点真正有效的帮助。甚至于断言是“心理性疾病”。放弃了治疗。我接诊这样的病人，感觉到他们的痛苦无可比拟，肯定不是心理问题。但是他们并不是中医辨证论治的“虚证”，因为多数病人面色红润，舌脉正常。用补中益气汤等等补虚治疗，毫无起色。我细询病史，发病之初，多半有过感冒，或者被海蜇螫伤。初始之病愈而后续出现全身乏力和疼痛症状。想起中医有热病可以“邪留肌表”之说，可能此类 ME 病人，与感冒等等病毒没有完全清除有关。我又以西医受体学说为依据，解释其机制为病毒碎片成为垃圾，封闭了神经肌肉接板处受体，“邪留肌表”，而导致神经冲动不能下传肌肉，肌肉不能工作，呈现出无力疲乏症状；而肌肉内部能量因此而淤积，成为“熵”滞留而产生疼痛。治疗之法应该清除这些“垃圾”为要。所以选用“辛凉解表”“清热解毒”方药，以银翘散为主，加大剂量板蓝根、大青叶每种 30 克。给病人服后，快的一周，慢的一月，疲劳和疼痛症状完全解除。有因感冒而复发者，再服之，亦应手而愈。我认为，这就像是一把锁，锁孔被垃圾堵住，钥匙打不开门。一旦垃圾清除，钥匙能够进入锁孔，门一打开，能量释放，肌肉功能恢复，病人症状消失。可见只要辨证准确，机理明白，中医药就能有办法治愈病人。“医者意也”，医生要动脑筋思考以解决问题。屡试屡验。我曾经在学术报告会上介绍过，不久就有医生打电话给我，说他照我的办法治疗 ME 病人，果然效如桴鼓。

另外的例子，比如最近经方医学的复兴，以南京中医药大学黄煌教授创建国际经方学院为标志，以仲景经方论治为主流。长期以来，张仲景的经方被誉为“群方之祖”，被高高供奉起来，但实际在临床上以仲景经方原方原量应用者几希。2013 年我应邀在香港中文大学中医

学院讲学三个月，有机会认识李宇铭讲师。他告诉我他用仲景经方原方原量治愈许多疑难杂症的经验，并且送给我他的 4 本相关著作。其中有一本收集了他 300 例经方治疗的书籍，使我大开眼界。今年黄煌教授来英，又到德国纽伦堡欧洲经方学会讲学，听到他将他的经方治验，一一道来，滔滔不绝如行云流水，非常自信，非常震撼。他回国后，他的国际经方学院开学。我送他一幅字“经方新主帅，黄煌擎大旗”。我自己亦有一些经方治效的案例，愈加体会到这是一个新时代的到来。经方的复兴，是中医古方的复兴，是中医临床自古以来疗效卓著的现代证明。能不为之鼓与呼乎！所以，中医师的临床自信是应该建立起来的，不是西医近 20 年提出的“金标准”能够阻挡我们前进的。何况始作俑者考克伦医生在他的书中，开宗明义说：他的 EBM 想法是从中医这里得到启发提出的。试想一下，当年 SARS 突袭，如果中医治疗必须先有金标准研究结果才能使用于临床抢救病人，不知道该有多少病人屈死于阴间！

再者我们在海外行医几十年来，西方人多是因西医看不好才来看中医的。这样的例子举不胜举，每个海外中医师都有自己的记录。事实证明，我们能够治疗西医治不好的病，已经略胜一筹。我们怎么可以失去临床自信呢？

四、方法自信

前不久，不是医生的美国总统奥巴马先生忽发妙论，提出要搞“精准医学”。西医界不说，连中医界也趋之若鹜。跟风跟到这个程度，我不禁喟然叹曰：“其中医学界无人至于如此耶？”奥巴马对医学是外行，他不过是道听途说，以为医学深入到基因治疗，就可以解决一切问题。这是一种很浅薄的想法。基因治疗不过是还原论方法的又一个深入层次，是西方医学本身发展的一部分而已。中医的诊断和治疗都是服膺于系统论整体的。根本上是两个目前没有交集的体系。所以我希望中医界不要有风便是雨，不要跟风。我们应该有独立之精神，自由之思想，走自己的路。

在实验室研究方面，中医不是没有办法、没有成就的。最新的青蒿素得到诺贝尔奖就是一例。有人说这是西医方法的成就。我认为不

是。如果不是屠呦呦在葛洪《肘后方》中发现“青蒿一握，绞取汁”这一个关键点，还是按照原来办法研究，就不可能找到青蒿素。我始终认为，中西医结合研究是属于中医研究的一部分，一个重要方面。它不是西医研究的一部分。在系统论方法还没有找到实用和可操作的方法之前，我们不能排斥中西医结合对中医进行研究。所有这样的研究成果，只要是对中医有正面的肯定价值的，我们都欢迎。如果他们的结论有否定中医的倾向，我们要说：请稍安勿躁。应该先考虑一下自己对中医是否有足够了解？方法学与中医理论是否符合？实验设计是否准确？使用仪器是否对头或者足够先进？如果不是，就请他们不要轻易下否定性结论。

在英国有一位自称是唯一的“CAM（替代与辅助医学，在西方包括中医）教授”，发表了一篇论文，说他按照金标准做了一次耳针降低心率的实验。结果证明“耳针不能降低心率”，“耳与心有关联的中医理论是错误的”。但是，这是他自己不懂实验设计原理，在实验设计时将健康人作为治疗组和对照组，所以耳针没有降低心率，只能说明没有副作用，而不是无效。这样的研究实际上是吓唬人用的。我的批评文章发表在《柳叶刀》和《英国皇家医学会会刊》上。“金标准”方法也救不了他，反现其丑。

今年三月，英国的 NICE 机构提出撤销对针灸治疗腰痛的有效性的支持，其依据是“sham acupuncture”（假针灸）作为对照组，有与治疗组结果一样好的结果，所以结论是针灸有效仅仅是安慰剂样作用。但是这个“假针灸”根本就是一个伪命题。是不懂真正的针灸的人的虚假设计。这样的实验设计，实在说应该归为“伪科学”。我们提出，关于针灸疗效的可靠研究方法应该是现在大家公认的 Big Data（大数据）方法。而有关病历资料就在 NHS 的许多医院里。他们是可以进行这一大数据的统计的。我们的建议却被拒绝。这是他们心虚，色厉而内荏。我们送去 400 例病人来信证明他们因针灸而减除了腰痛，他们却以“隐私”为借口，不予理睬。这样的双重标准看待中医、针灸，其傲慢和偏见可知。

最近维基百科发表他们的观点，说“针灸是伪科学”。简单一点说，中国成语“坐井观天”可以形容之，真不知天高地厚也。我们制止不了那些噪杂之音，他们有所谓“言论自由”权力，西方是容许胡说八道的，如此而已。经络是在活体身上才存在的；针灸疗效是有目共睹的。管窥蠡测，错判了针灸本质。

我们能包容西医，但坚决与反中医的西医做斗争。这场斗争，其实质是方法论之争。牟牟大者就是前面提到的还原论（原子论）与系统论的不同；但具体到一些事件，就是我们必须学会“以子之矛攻子之盾”：以西医的方法论原则去揭穿某些人的错误。不要以为西人说的话、做的实验就都是科学的、正确的。例如所谓“中药肾病（CHN, Chinese Herb Nephropathy）”，是违反西医疾病命名法的。不可以将一个国家的名字作为一种疾病命名。何况所谓防己、木通引起的肾功能衰竭并没有定论。我和几位朋友据此写信给美国肾脏病杂志表示反对。后来这个名字退出使用。Ernst 反中医，到处发表文章攻击中医、针灸，说都是安慰剂作用。但是他自己不会做实验，他的论文都是 paper work，选择性地挑一些符合他预设主张的文章写综述。这是违反写综述的原则的。他的书 *Trick or Treatment?*（《欺骗还是治疗？》p42, 2008）把中医针灸都归于“欺骗”，安慰剂作用。但是他书中说：“中国针灸是起始于与蒙古人的一场战争。”既没有文献根据，又没有历史知识，就信口雌黄。他的论述是双重标准的：对中医论文要求“金标准”；对他自己不需要证据就可以胡说。

在龙胆泻肝丸事件中，比利时实验室做马兜铃酸小白鼠灌肠实验，证明对肾功能没有伤害，但他们硬说肾功能衰竭就是因为吃了含有马兜铃酸的龙胆泻肝丸引起的。但是牛津大学教科书列出 94 种药，包括阿司匹林、扑热息痛、某些抗生素，都可以造成肾功能衰竭。按西医诊断标准，如果没有直接证据，使用排除诊断方法，那就必须一一排除病人服用阿司匹林等等造成肾功能衰竭的可能性，才能下结论是与龙胆泻肝丸有关。但是，他们没有这样做，就

把屎盆子扣到中药龙胆泻肝丸头上。我在法庭上以专家身份作证，终于赢得了那场官司，维护了中医权益和名誉。

目前中医的系统论方法论还没有找到可以在实验室进行实用性操作的方法，但是我们临床诊治病人，其方法就是系统论方法，我们是天天这样在用的。我们的四诊八纲、辨证论治，西医不懂，但中医行之有效。我们应该坚守，应该有自信。

当然，问题的另一方面，就是我们不但要寻找能够研究中医的方法论，同时也要学习西医的方法论，懂得它们的方法原理、原则，我们就可以“以子之矛攻子之盾”，保护和捍卫中医。在我看来，还原论方法的西医学最后是要归入到系统论医学体系之中的。那时候已经没有中西医畛域之分。所以，现在的中医要有气吞山河之心，包容西医之想，高瞻远瞩，高屋建瓴。现在有些中医朋友，很排斥西医，排斥中西医结合，认为中西医结合将中医吞了。这是没有自信的表现，是自卑感的流露。我认为，其实中西医结合是中医学现代发展的一部分。以这样的心态，就能包容它，而且帮助它进步。因为中西医结合归根结底是要在中医理论范围内、在中医理论指导下发展的。否则就不叫中西医结合，而应该叫“西吞中结合”。我曾经指出，西医方法研究中医，取得正面成果都是中医的成果，应该予以肯定；如果实验结果对中医是否定性的，那么请且慢下结论，因为那可能是方法、仪器、实验设计等等有问题。目前的西医方法不能适应中医的研究，而将来未必如此。中医要有这样的自信，有这样的胸怀：包容天下。

实际上，我们也不能拒绝西医方法在临床上的应用。必须实事求是承认，西医学的发展很快，成绩很大。我们说，我们可以治疗一些西医师治疗效果不好的病症，这是中医优势；但是，中医并不能包治百病，许多疾病是西医能治、中医未必能治的。所以中西医结合能够弥补这种缺憾。实验研究中医，是中西医结合一个途径，但不是唯一途径。我曾经考证过中西医结合的历史，认为“首先是病人肚子里的结合，因为病人自己常常看了西医看中医，或者看了中医看西医，中西药一起吃。然后是临

床上的中西医结合，最先由朱良春在 1962 年提出‘辨病与辨证相结合’，是一种临床上中西医结合的最好办法。”西医辨病，就是用西医方法诊断疾病。中医辨证，就是按照中医方法辨证论治。这样互相照应，相得益彰。目前这个阶段，我们应该用中西医结合的方法专门中医。证明多少先算多少。在西方做中医，病人多半是先看过西医不效才来找中医的。如果中医师看不懂西医院的诊断和化验检查结果，是会影响中医的诊断和治疗的。所以中医师掌握西医知识十分必要。尤其西医诊断对判断病人预后极大作用。预后不明，盲目施治，本来不属于中医中药的责任，也会被认为是吃中药造成的不安全事故，后面会再举例说明。

五、能力自信

我笃信中医人是有超凡能力的一群人。孙思邈说：“上医医国，中医医人，下医医病。”可见无论上医、中医、下医，都是具有不同层次能力的高人。自古如此。

一般来说，现代中医人大多数应该是经过正规教育训练的，但无论是大学科班或者师徒出身，一要熟谙经典；二要临床技能高巧；三要善于思考，能够随证机变，治病能力是强大的。医者意也，妙手回春，能治好病人才算高手。

在海外做中医，有几项能力是必须的：首先，能够独立用中医看病治病。这里没有西医执照的中医师是不能用西药的。否则就触犯法律。曾经发生过几次被罚款甚至驱逐出境的事。所以中医师必须是施用纯中医治疗。其好处，这种压力可以促使业者提高中医临床水平，将有利于中医总体上加快自身发展。尤其从 2014 年开始，欧盟禁止中成药进口和销售，中医师必须要自己开处方，用中药。过去有些人按照中成药说明书给病人开药，现在行不通了。

其次能够做针灸、按摩推拿、拔罐、食疗等等，是多面手，能进行全面、综合治疗。尤其是针灸，海外病人接受程度高，不会针灸，恐怕很难立足维持生活。

第三应该懂得基本的西医知识。虽然不能用西药，但是在英国，来看中医的病人，多半是在西医那里看过很久，得不到效果才转而求

助于中医的。如果听不懂、搞不清楚西医诊断是什么，有可能耽误病情。或者治之无效，或者危及性命。有一次我路过一家诊所，老板娘看到，就请我进去，看看一位病人。我一看，赶忙叫她到一边，对她说，这是一个重度心力衰竭病人。你们不会治、也没有条件治疗的。应该建议他去医院看。估计这个病人活不久了。如果你们给他喝中药，死掉的话，会被认为是喝中药喝死的。那时你们百口莫辩。过了一周，我又经过那里，老板娘千恩万谢，说幸亏我告诉他们预后危险，免了一灾。因为病人进了医院没几天就死了。实际上，无论西医、中医，都不能包治百病。能够认识这一点，知道预后，也是重要的能力。孙思邈说过“读方三年，便谓天下无病可治；及治病三年，乃知天下无方可用。”司马迁说：“人之所病病疾多，医之所病病道少。”实事求是才是正确态度，求实、求是也是一种能力。

所以第四，一定要保证安全。我们英国中医师学会有一条准则，就是“安全第一，疗效第二，赚钱第三。”不赚钱无以为生，但是行医如果以赚钱为目的，就违背了学医初衷。医为仁术，不可贪钱贪色。有所不为，是一种必要的自我控制能力。如果出了事故差错，赔偿费用巨大，而且损害中医声誉。国外医疗卫生管理，不管你有效无效，只管你安全不安全。保证安全，不仅仅是保护病人，也是保护自己。应该高瞻远瞩，大处着想，不要一叶障目，被蝇头小利迷惑眼睛。小农经济的劣根性必须去除。

第五，努力提高外语水平。英国中医立法过程中，曾经提出中医师注册必须达到雅思 7 分。我们认为这对于大部分已经在英国行医的中医师来说，要求过高。经过争辩，降为 6.5 分。从实际水平讲这还是达不到的。补救办法就是请英语好的前台做翻译。但是，从长计议，在海外行医，提高英语水平是必要的。这样可以与病人直接沟通无障碍，对于诊断治疗都有利；与西医师沟通好，可以改变西医师对中医的不理解、看不起局面，提高中医地位；了解所在国法律、政策，避免触犯法律法规；与媒

体沟通，避免他们的错误报道；参与有关政策法规制定，使政策法规不至于影响中医海外发展。

人需要各种各样能力，能力是通过学习、实践而不断提高的。身在海外，远离家国亲人，要靠个人打拼。所以，以一种积极的态度对待人生，不断自我学习、提高，能够具有良好沟通和人际交往能力，解决问题和适应能力，自律和职业道德，时间管理和团队合作，项目和诊所公司管理，电脑操作网络等等技术掌握，善于接受批评改进工作及能够进行力所能及的研究，等等，等等，艺不压身，能力是越多越好，越强越好。

六、前途自信

当我们中医人大家都有了以上五个自信，对中医的前途就一定已经充满了自信。中医是按照自然规律认识疾病、治疗疾病的科学；是还原论方法论研究未能证明但系统论方法论将作出证明的超前的科学；是几千年来临床实践反复证明有效的医疗理论和体系，历史上对中国人民，现在更是传播世界，为人类作出了巨大贡献的。我们尊重科学，尊重客观事实，与时俱进，因此我们对中医前途充满自信。

还原论的方法论只能研究物质依据，无法研究整体的联系和物质运动过程中显示出来的事物规律。系统论的方法论将来有可能赅括还原论的方法论研究，对医学而言，这将有可使中西医统一起来。那时，不是西医包容中医，而是中医统一了西医。在这个意义上，中医的前途是更加宽阔而远大的。这就是中医的第六大自信：前途自信。

“莫道昆明池水浅，风物长宜放眼量”。中医人的胸怀是宽阔，远大的，能够包容万方；理论是正确的，疗效是卓著的，方法是可以掌握的，能力是巨大的。所以我们充满自信，我们大踏步向前！

2016 年 12 月 14 日整理完稿于伦敦

2017 年 1 月 15 日略作增补

（责任编辑：袁炳胜）

和法治疗疑难病

Treating Difficult and Complicated Diseases by Harmonizing Method

周永学 ZHOU Yong-xue

【摘要】和法是具有调和作用的治法。包括调和营卫、调和气血、调和脏腑、调和表里、调和寒热等等。疑难病病因夹杂，多因共存，病变复杂，邪实正虚，单一治法难以取效。而使用和法往往可以随机应变，切中病机，收到理想的效果。

【关键词】和法； 疑难病； 辨证论治； 综合治理

Abstract: The harmonizing method is a therapeutic method with intermediating effect to restore the harmony between the nutrient and defense, the Qi and blood, the exterior and interior, the viscera and bowels, cold and heat, etc. As a difficult and complicated disease is caused by multiple reasons and pathogenic factors, and the deficiency of vital energy and excess of pathogens often exists together, thus simplex treatment is usually insufficient. The harmonizing method has its advantage to cope with such complex conditions and get satisfying result.

Keywords: harmonizing method, difficult and complicated disease, syndrome differentiation and treatment, comprehensive treatment

和法是一种调和的治法，有调和脏腑营卫气血及解除表里寒热，扶正祛邪的作用，实际是一种综合治法，即根据病因病机，将中医多种治法溶为一体，以适应复杂病变治疗的需要。和法包含内容较多，涵盖宽广，用于疑难病，具有切中病机，兼治全面，药性平和，无恋邪或伤正之弊的优点，因而，应作为疑难病的重要治法。

1、调和营卫法 调和营卫一法原为中风表虚证而设，首见于《伤寒论》，桂枝汤及其加减化裁衍生的类方为常用方剂。《医宗金鉴》曰：“桂枝君芍药，是以发散中寓敛汗之意，芍药臣桂枝，是于固表中有微汗之道焉，…是以刚柔相济以为和也。”邪留而卫强者，桂枝生姜以散之；久病而卫弱者，桂枝甘草以补之；汗多或郁证营亏者芍药以敛之，配甘草大枣以补之。该类方有升有降，有散有收，有动有静，有刚有柔，组方十分严谨。所谓调和营卫就是对营卫的生成、输布有调节作用，对营卫的偏盛偏衰有补虚纠偏作用，使营卫处于协调平衡状态，以维

持人体的生理功能。无论何种病证，只要有营卫不和，气血阴阳失调的病机，均可以此为基本方进行治疗。

病案举例：刘丹丹，女，25岁，学生，2017年4月20日初诊。因行下肢矫正术住院三月有余。术后前胸后背发热汗出，中西医治疗无效。病后体温一直正常，自觉上半身烘热难受，阵发性汗出，汗后困乏无力，无恶寒头痛咽痛，无头晕耳鸣、五心发热，骨蒸盗汗。伴月经量少，少腹疼痛。诊时面色潮红，舌淡苔薄白，脉缓无力。此患者术后身体虚弱感受外风，卫气盛于肌表上部，形成卫强营弱病理状态，故自觉身热汗出。辨证为风邪外袭，营卫不和，治宜解肌疏风，调和营卫。方选桂枝汤加味：桂枝10克，白芍10克，炙甘草6克，生姜6克，大枣6枚，黄芪30克，白术10克，防风10克，当归10克，7剂水煎服。一周后复诊：自述服药三剂后就感到身热减轻，汗出减少，尽剂后不热不多汗，适逢月经来潮，少腹疼痛，得温稍减，月经量少，颜色不深，舌淡苔薄白，脉沉紧。患者素体气血虚弱，易受风寒，故予

当归四逆汤五剂：当归 15 克，桂枝 10 克，白芍 20 克，细辛 3 克，通草 6 克，黄芪 30 克，台乌 10 克，小茴香 10 克，炙甘草 6 克，生姜 6 克，大枣 6 枚。水煎服后，诸症尽愈。嘱下次月经前一周继用上方六剂以防痛经再发。

2、调和气血法 调和气血法依据气能生血、气能行血、气能摄血、血能载气、气血相依的关系而设，包括补气生血、补气行血、补气摄血、益气敛阴、行气活血诸法。补气生血法适应血虚证或气血两虚证，根据“有形之血不能自生，生于无形之气”的理论所立，代表方剂为当归补血汤。本方以大剂黄芪配少量当归大补脾肺之气，以资生血之源，使气旺血生，阴平阳秘。补气行血法治疗气虚血瘀证，常用方如补阳还五汤。该方以大剂黄芪配活血通络之品，使气旺则血行，祛瘀不伤正。近代多用于中风与中风后遗症、小儿麻痹后遗症，另外，坐骨神经痛、冠心病、雷诺氏病、慢性肾炎、子宫内膜异位症等疑难病而见气虚血瘀者亦可用此方治疗。补气摄血法治疗气不统血证，常用方如归脾汤、固冲汤等。两方都用补气健脾之品以补气摄血，使气旺则血宁，现代多用于治疗功能性子宫出血、崩漏、溃疡病出血、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血等属气虚者。益气敛阴法治疗气阴两虚或气阴欲脱证，常用方为生脉散。该方以人参为主，补气以化阴、补气以摄津，现代除了用此方抢救脱水或失血性休克外，还可治疗心律失常、冠心病、心肌炎、克山病、神经衰弱、肺结核等属气阴两虚者。

病案举例：林虎，男，43 岁，个体老板，2016 年 11 月 26 日初诊。中风半身不遂、口眼歪斜半年余。半年前患“脑出血”住院治疗三月余，虽然救治清醒，生命体征正常，能进饮食，但半身不遂，瘫痪在床，口眼歪斜，言语不清，生活完全不能自理。其妻推来就诊，口眼严重歪斜，眼睛畏光，吐字不清，无法自述病情，其妻代诉：瘫痪后整日昏昏欲睡，卧床不想起来，困倦不动，身上多汗，饮食量少，大便燥结不通，过几天用“开塞露”通导一次，日渐消瘦。查看面色晄白，舌伸不出来，隐约看舌紫暗，口唇青紫，右侧肢体僵硬，无法屈

伸，身上潮湿汗腻，脉虚无力。此患者是王清任描述的典型的“气虚血瘀”证，由于气虚病久，又有气阴欲脱之象，治宜益气敛阴，化瘀通络，方选补阳还五汤合生脉散加味：生黄芪 60 克，当归、熟地、白芍、川芎、桃仁、红花、地龙各 10 克，人参 6 克，生地、麦冬、五味子、丹参、生山楂各 30 克。服 14 剂后二诊：汗出减少，气力有加，脸色好转，他无明显变化。继用上方黄芪加至 90 克，再加豨莶草 30 克，白附子、僵蚕、水蛭、枳实、大黄各 10 克，芒硝 10 克（烊化）。又服 14 剂，口角稍端，舌能伸出，言语可以分辨，声音较洪亮，肢体稍软，可以伸缩运动，不太出汗，大便较软，还需外力帮助。仍守方治疗服用。两周后再诊时已能下地扶床沿活动，口眼又正一些，大便虽三两天一次但能自解，心情大悦，完全自诉病情。后随机辨证应用补阳还五汤与地黄饮子调理月余，肢体功能进一步恢复，自己起床下床，借助轮椅可以生活自理。

3、调和脏腑法 人体是以五脏为核心的一个有机整体，脏与脏、脏与腑之间协调平衡，是维持生理功能的基本保障。无论何种原因，导致某脏腑发生病变，都会影响到其他脏腑，形成多脏腑同病的复杂病变。这是疑难病常见病机。因此，调和脏腑是治疗疑难病常用治法。调和脏腑包括调和心脾、调和心肺、调和心肾、调和心肝、调和肝脾、调和肝肾、调和肝肺、调和脾肾、调和脾肺等等。常用调和肝脾、调和心肾、调和肺肾三法。

肝主疏泄，脾主运化，情志所伤则肝病，肝失疏泄则脾失健运。饮食所伤则脾病，脾气困阻则土壅木郁，二者常相互累及。治宜调和肝脾，理气和中，四逆散、柴胡疏肝散、逍遥散，痛泻要方均为常用方剂。此类方剂均以疏肝理气之品为主，配以益气健脾，使肝气条达，正常疏泄，脾胃健运，升降平和。心肾之间有水火互济关系，心火旺则耗肾阴，肾阴虚则不制心火。心肾不交之证在疑难病中亦常出现，治宜调和心肾，育阴泻火，黄连阿胶汤、天王补心丹、柏子养心丸均为常用

方剂。诸方皆用生地、元参、麦冬、阿胶、柏子仁等滋补真阴，上济心阴，并用黄连、黄芩、朱砂等清心泻火，坚阴安神。肾阳可温补肺阳，肾阴须上济肺阴，呼吸运动才能正常。临床常见一些呼吸系统的顽疾，表现为肺肾失调，上实下虚，痰涎壅盛，可用苏子降气汤、定喘汤等温肾宣肺、降气祛痰。方用麻黄、苏子、桑白皮、半夏、前胡、厚朴等宣降肺气、祛痰止咳平喘为主，辅以肉桂、沉香、当归温补肾元，纳气平喘，肺肾同调，标本兼治。

病案举例：石红霞，女，74 岁，2016 年 12 月 5 日就诊。头痛目眩，心慌胸闷，烦躁失眠，胃脘胀满，恶心泛酸三年余，伴有眼睛干涩，口苦口干，心情抑郁，两胁不舒，不欲饮食，大便溏泻，困乏无力，曾被诊断为“高血压病”、“冠心病”、“糖尿病”“慢性胃炎”等，就诊时面色晄白，语音低微，情绪低落，善太息，舌红苔薄白，脉沉缓无力。该患者多病缠身，对生活已失情趣，心肝脾胃肾严重失和，气血阴阳俱虚，还夹有痰浊瘀血，治宜追根溯源，辨证求本，分先后缓急，先调心脾气血，健脾胃补益后天之本，充心血稳定心神，予归脾汤加味：炙黄芪、龙眼肉、酸枣仁各 30 克，人参、白术、茯苓、炙甘草、当归、木香、远志、白芍、川芎、生地、合欢皮各 10 克，柴胡、香附、黄连、吴茱萸各 6 克，琥珀 3 克冲服。服上方 7 剂二诊：精神好转，头晕心慌减轻，知饥能食，泛酸减少，胃仍胀满，睡眠差，心急烦躁。经过心理安慰后仍以上方加煅龙牡各 20 克，珍珠母、夜交藤各 30 克共开 14 剂。三诊时脸色已红润，面露喜色，言语已多，已知饭香，睡觉时间延长，头痛目眩、心慌胸闷、烦躁失眠、胃脘胀满、恶心泛酸诸症皆有缓解，后以舒肝健脾、养心益肾，化痰祛瘀之法组方调理月余收功。

4、调和表里法 调和表里包括和解少阳与表里双解两法，是《伤寒论》治疗半表半里证、表里同病的常用治法，由于此法具有多方面综合治理作用，故现代用于多种疑难病证。

和解少阳本为治疗外邪处于半表半里所致

少阳证而设，常用方剂有小柴胡汤、蒿芩清胆汤等。二方均以辛散苦降相结合，寒热并用，补泻同施，心肝脾胆胃肠共调，为和法的代表方剂。现代常用小柴胡汤治疗慢性肝炎、肝硬化、胸膜炎、胆汁返流性胃炎、胃溃疡、冠心病、血小板减少性紫癜、肾病综合症、神经性头痛、癔病、神经官能症以及妇科多种疑难杂证见少阳病临床表现者。表里双解治法是为外感病表里同病而设，分为解表清里、解表温里等，代表方剂如大柴胡汤、葛根芩连汤、防风通圣散等。现代多用于治疗神经精神系统疾病如神经官能症、失眠、三叉神经痛以及癫狂、精神分裂症等有少阳阳明合病表现者。防风通圣散有较好的降血压、降血脂等作用，现代临床常用本方治疗原发性高血压、冠心病等心脑血管疾病。

病案举例：马永祥，男，28 岁，打工者，2017 年 5 月 28 日其妻陪来初诊。阵发性心烦意乱、狂躁不安三年余，每到夏季易发作，发作时打骂妻子，摔东西。平时性格孤僻，不与人交往沟通，对生活无兴趣追求，不看书，不看电视，喜独处一室。诊时形体消瘦，面色潮红，自觉身上燥热，但不出汗，大便秘结，数日一行，饮食量多，时有恶心，失眠多梦，舌体瘦小，质红苔薄黄，脉弦细。此患者自幼家庭不和缺乏教育，性格暴躁，不爱学习，初中未毕业就闯荡社会，生活很不遂意，长期郁闷不舒，肝郁化火，肝脾不和，痰火扰心。治宜疏肝解郁，清热化痰，泻火安神。经过耐心细致地心理疏导后方用大柴胡汤合温胆汤加味：柴胡、黄芩、大黄、茯苓、白术、陈皮、半夏、竹茹、枳实、丹皮、栀子各 10 克，薄荷、枳壳、甘草各 6 克，当归、白芍 15 克。7 剂水煎服。2017 年 6 月 5 日二诊：服药后觉得心情好转，安静不烦躁，不发脾气，大便通畅后身上很轻松，睡眠也好转。上方去大黄、枳实加生地、丹参各 20 克，竹叶 6 克增强凉血清心火功力。再服 7 剂后告知全身汗出，不再发热，情绪稳定，浑

身清爽，饮食二便正常。上方再开 7 剂以巩固疗效。

5、调和寒热法 调和寒热是治疗邪犯脏腑、寒热错杂、升降失常、虚实夹杂病证的治疗法，因以邪犯肠胃为多见，故又称调和肠胃法。该法对慢性脾胃病最为适宜。脾喜燥恶湿，胃喜润恶燥，脾阳易亏，胃阴易伤，阳虚则寒，阴虚则热，加之慢性脾胃病多次更医，用药乍寒乍热，复伤中阳或耗胃阴，往往形成寒热互结，上热下寒，虚实并见之证。既不可以温法或清法治疗，又不能单纯祛邪，只宜寒热并用，辛开苦降，扶正祛邪综合治疗，将此治疗方案称作调和寒热法。此法源于《伤寒论》，半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、乌梅丸、干姜黄芩黄连人参汤为所载方剂。此类方剂既用干姜、蜀椒、桂枝、附子、细辛、半夏等温中散寒、举阳升清，开结除痞；又用黄芩、黄连、黄柏等苦寒清热，降逆泄浊；复以人参、甘草、大枣补气生津、扶正安中。散寒不助热，清热不重寒，扶正助祛邪，是典型的调和平衡治法。

乌梅丸在《伤寒论》中为厥阴病寒热错杂证代表方剂，有温散中焦之寒，清泄肠胃热毒，收敛津液滑泄，补益气血耗伤之功，对久泄久痢有特殊疗效。现代临床在原有的基础上时有创新，用治顽固性失眠、原发性高血压病、哮喘、慢性溃疡性结肠炎、肝硬化腹水、慢性肾炎、糖尿病、不孕证等属寒热错杂证每获良效。

病案举例：崔艳茹，女，42 岁，干部，2016 年 12 月 3 日初诊。胃脘疼痛，痞满不舒、恶心泛酸六年余，做胃镜检查确诊为“萎缩性胃炎”，经中西医多方医治服中药数百副“时好时坏”，近半年来胃脘胀闷疼痛加剧，嗳气吞酸，纳谷日减，形体消瘦，精神恐惧不安，担心癌变，夜不安寐，心悸烦躁，大便溏泻，少食生冷即腹痛泄泻。详询病因，自幼饭量小，身体偏瘦，常腹泻，婚后一直情绪不佳，长期郁闷。诊时面晦形瘦，语音低微，善太息，舌红多处舌苔

剥脱呈“地图样”，脉细弦。此患者素体脾气虚弱，肝郁化火，犯胃扰心，心肝脾胃不和，寒热错杂。治宜疏肝养胃，分解寒热，方用小柴胡汤合半夏泻心汤化裁加减：柴胡、黄芩、半夏、干姜、人参、丹参、山药各 10 克，百合、白芍各 20 克，黄连、吴茱萸、生姜、炙甘草各 6 克，大枣 5 枚。服上方 7 剂后胃脘部胀满及恶心便溏等均已好转，仍胃疼泛酸，心烦少寐，精神不佳，脉舌也无变化。继用上方加煅瓦楞、乌贼骨、煅龙牡各 15 克，沙参、麦冬、玉竹各 10 克。此方随证加减化裁共用 60 多剂，自觉胃脘胀满疼痛基本消失，夜寐渐安，知饥索食，大便正常，舌面布满均匀舌苔，后改用黄芪建中汤与益胃汤合方调理。

疑难病疑在辨证，难在治疗。辨证之疑是症候奇特，错综复杂，阴阳表里寒热虚实混杂，脏腑经络营卫气血交叉失常，病位不清，寒热难明，虚实相兼，处于疑似之间。治疗之难在于治法难以确立，难以选药择方，难以获取显著疗效。和法体现了综合治理，是中医治法的特色和优势。面对错综复杂、病情多变的疑难病，和法不失为一种行之有效的治法，供同道们临床选用。

（责任编辑：陈赞育）

【作者简介】周永学，男，1956 年 3 月生，陕西省户县人，中医内科二级教授，享受政府特殊津贴专家、全国中医药高校教学名师、陕西省高等学校教学名师，博士研究生导师。2008 年至 2016 年担任陕西中医药大学校长，现兼任中华中医药学会常务理事、中华中医药学会方剂专业委员会副主任委员、中华中医药学会健康管理专业委员会副主任委员、《世界中医药》杂志顾问委员会副主任委员、陕西省中医药学会会长等职。已获得陕西省科学技术奖 2 项、优秀教学成果奖 3 项，主编和参编全国中医院校规划教材《方剂学》、《温病学》7 部；出版《温病发微》、《中医临证指要》、《精诚仁朴铸医魂》等专著 12 部；发表中医药学术论文及教育科学研究论文 118 篇。擅长治疗外感病及脾胃消化系统疾病。

《内经》说“意”

On the Word “Mind(意 yì)” in Text of *Huangdi's Internal Classic*

王友军 Wang You-jun

【摘要】本文以《黄帝内经》的相关文本为例，结合释道儒对生命和思维的认知及修炼理论，对《内经》使用“意”字的本义和延伸义进行了深入分析，强调了“意”较之“志”、“思”、“虑”等其它思维活动的独特性，揭示了它的“直心”和“中和”特性对于中医“治神”及形神合一的诊疗思想和方法的重要性，亦为“医者，意也”这一名言添加了解读材料。

【关键词】意；本义；脾藏意；内经；医者意也

Abstract: Through the analysis of relative quotations from the *Huangdi's Internal Classic* and referring to the theory and understandings of human life and mind in Buddhism, Taoism and Confucianism, the author tries to find the original and extended meaning of the word “mind(意 yì)” in the classic book. The discussion is emphasized on the difference among “mind(意 yì)” and other words about thinking activities, such as “memorize (志 zhì)”, “think(思 sī)” and “consider (虑 lǜ)”, and the importance of the characteristics—intuition and mediacy—of “mind(意 yì)” in the TCM theory and the practice of “to mind the spirit (治神)” and to unify the mind and body(形神合一). It also provides some view to understand the well known words “medicine is mind”.

Keywords: mind(意 yì), original meaning, mind stored in Spleen, *Huangdi's Internal Classic*, medicine is mind

“医者，意也”，一句亘古名言，不知引发了古今多少中医家评议。余曾检点古论，斟酌其语义所指而粗集为五类，然仍大有未尽意在也，今复就《内经》所用“意”字之文，参合佛道心法机要，试探其根窟，冀有所补焉。

冯友兰先生谓在中国文字中，“天”之为名词，至少有五种含义，即“物质之天”、“主宰之天”、“命运之天”、“自然之天”、“义理之天”。可见汉字言简意赅，含义多歧，这同样体现在对“意”字的理解上。“意”字在《内经》里的意思，可分为本义和引申义，而引申义又可约为三种，如下一一引文粗析之。

一、本义

1、《灵枢·本神》：“所以任物者谓之心，心有所忆谓之意，意之所存谓之志，因志而存变谓之思，因思而远慕谓之虑，因虑而处物谓

之智。”

这段对不同类型思维活动的定义既是纲领性命题，也是精微之论。

“所以任物者谓之心”，此言心为体也；“心有所忆谓之意”，此言意为用也。起心动念，心任物而起用，即生出物我彼此之想。佛学《成唯识论》曰：“集起名心，思量名意，了别名识。是三别义。”《俱舍论》曰：“复有释言：净不净界，种种差别，故名为心。即此为他，作所依止，故名为意。作能依止，故名为识。故心意识三名所诠，义虽有异，而体是一。”对心、意、识进行了定义。若敷畅其义，即是：认知一旦开始（起）就有了心，认知的本身（起）和全部结果（集），即对净与不净的各种境界的差别认知，就是“心”。由我（心，认知主体）而知他（认知对象，客体）的存在（“即此为他”），

有了(“作”)认知客体(“所依止”)的念头,就叫作“意”。此心能分别客体的性质(“了别”),从而在主体(心)中建立(“作”)认知和客体间的联系(“能依止”),则叫作识。自他分别心的建立,即是自我意识的产生,正合“我思故我在”命题的逻辑。

《医宗金鉴》云“意是心机动未形”,颇得此间真义。意生而对物未加判断,尚未产生具体名分概念,即是“未形”。盖心未动时,无端无始,湛湛然无有沾染,混混然物我无别,是一不二也。心始动则有所触,辄生彼此主客之分,故一亡而二现矣。从兹念念相续,不复清静。究其原始,心动于内,未形于言,觉而未知,当此刹那,即是意生。

古之“意”本非二义,后以“憶”代意,乃分出新义,正如其字形,乃心外加心,已落二重念动,故训为思,为记。《说文解字》释“意”为“志也”,亦属二重,缘意动之结果为“志”也。如人过留名,雁过留声,心既已动,缘起作用即生效,产生后果,此名此声,存续于心,能移时复现,即志也,思也,记也,憶也。思念、记忆皆是意动之后才有的思维作用,否则,思无所思,憶无所憶矣。故“心有所憶谓之意”一句,当断作“心—有—所憶—谓—意”。从心里无“所憶”,到有“所憶”,就是意的产生过程。“意”,就是心“所憶”的那个,若把“心有所憶”四字整个当作心的活动和作用,则非此“意”了。

六祖幡动心动之辩亦揭此理,心若不动则无“意”生,恶知有风有幡?若继生分别之想,方谓风动幡动。意生则心存此一知,明镜惹尘,诸缘蜂起。故心始动之一重作用产生“意”,然后“意之所存谓之志”,心有了“意”的同时也就存了此“意”,叫作“志”或“记”,再对此存的“意”用心谓之“憶”、“记”、“念”(思念之念),均为心之二重作用。究极此数种概念,有首重作用和二重作用的不同,不可混为一谈。可以说,当下为“意”,转瞬即非。《藏传佛教辞典》意字条下云:“识,由其了别对境一点上,命名为意,即心。”即作是解。

《本神》六句定义中的前三句都跟“意”字有关,后面三句虽已无关“意”的定义,但

也均以“意”为根源,没有“意”的存在,就没有所有后面的种种思维作用。“因志而存变谓之思”,根据过往的所见所闻的意识留存或根据阅读文字的记载而产生思考判断,产生了新的内容,就是“思”。我们可以把文字记载称之为外化的“志”和“记”,古人作文记事往往称作“记”、“碑记”、“碑志”、“墓志”等等,落款也常言“某某因何以志之”或“某某题并识(通志)”,与思维之理不无相通。故因文字记录而存变,也是思。通过思考而对过去的经验和已存的知见有所判断取舍,知效法或避免,能对将来未发生的事情有所预见,进而影响将来的行为和结果,就是“虑”,“人无远虑,必有近忧”即是此理。有思考有远见,才会处世,以此待人接物就是智慧,故云“因思而远慕谓之虑,因虑而处物谓之智”。

“思”、“虑”、“智”已是第三重乃至四重的思维作用了。《摄大乘论释》论意有两种曰:“若心前灭后生,无间能生后心,说此名意。复有意能作正生识依止,与现识不相妨。”能感知当下,随时生灭而无间断就是意,正同前理,是狭义的“意”。而依止已生之识能生后念,接续相生,跟现量无关,也是意的功能。则其所论之“意”还包涵了自二重以后的无尽重心念,属广义。

2、《素问·宣明五气篇》:“五藏所藏:心藏神,肺藏魄,肝藏魂,脾藏意,肾藏志,是谓五藏所藏。”

这段表述了五藏五行与心神作用的对应关系。从洛书九宫看,心火肾水南北相对,肝木肺金东西相对,皆二元对立之存在,唯脾土居中,独立不配。

元代道人李道纯《中和集》云:“以一身言之,东三木也,我之性也。西四金也,我之情也。南二火也,我之神也。北一水也,我之精也。性乃心之主,心乃神之舍,性与神同系乎心,东三南二同成五也。精乃身之主,身者情之系,精与情同系乎身,北一西方四共之也。戊己中土,意也。四象五行,意为之主宰,意无偶,自是一家也。修炼之士,收拾身、心、意,则自然三元五行混而为一也。丹书云‘收拾身心为采药’,正谓此也。收拾身心之要,在

乎虚静。虚其心，则神与性合；静其身，则精与情寂；意大定，则三元混一。此所谓三花聚，五气朝，圣胎凝。”

在内丹术攒簇五行的修法中，“虚其心”以修神，“静其身”以修形，都易理解，但与之并列的“意大定”是指什么？且缘何道理？此“意”亦同于《本神》所论之“意”否？回答是肯定的，此“意”就是动心起念，相续不断的本体认知，或曰是对神和形的自我认知。《本神》云：“天之在我者德也，地之在我者气也，德流气薄而生者也。”“德流气薄”正是天地往来之象，生生之作用，能成其用者，居中相应之“意”也。天德地气，若不相应于我，则何以生我？我若无“意”，则天地之气无以流薄。此在儒家，为天地往来，感而遂通的易理。古医哲又谓“乾坤生意”，均是此生生之意。故“医者，意也”，其指“与天地精神往来”感通生生之业乎？

儒曰“黄中通理”，脾土藏意之作用不可谓不大，缘土为中和无偏之气，故能独成其用，媒成四行于中，攒聚五行，混合三元，返还于一也。《本神》云：“随神往来者谓之魂，并精而出入者谓之魄”。南二东三者，神魂主宰于性也；北一西四者，精魄归形于命也。中央五者，感而遂通，形神合一，性命双修者也。正因为“意”就是以心接物的感通往来作用，脾土“意”的作用被比喻为媒婆，故欲三家相见，没有意的中和与统合作用是不行的。《中和集》以此命名，亦崇其重要。《本藏》云：“志意者，所以御精神，收魂魄，适寒温，和喜怒者也。”亦说明“意”“御精神，收魂魄”的统合作用，及其由此进一步影响身形之寒温和情绪之喜怒的功能范畴。如此，则云“医者，意也”者，非指媒介于中，收御适和，形神统一之道耶？

3、《灵枢·本神》：“脾忧愁而不解则伤意，意伤则悵乱，四支不举，毛悴色夭，死于春。”

忧愁自闭，则己義不定，脾所藏之“意”病矣。“意”结而无所感接，或感接而不得相应，“御精神，收魂魄，适寒温，和喜怒”之功能因而紊乱，故食色无味，万事失趣，不理外物。意伤其用，形神不和。神不使则闷乱不安，形不随则四肢不举。

4、《素问·五藏生成篇》：夫脉之小大滑涩浮沉，可以指别；五藏之象，可以类推；五藏相

音，可以意识；五色微诊，可以目察。能合脉色，可以万全。

杨上善《太素》作“上医相音，可以意识”。“相”之义本为目视，此转义为听闻也，后世命相学有相音之法，盖用法相同也。夫人言之仿佛，非比脉之有形可状，色之有彩可名，语音于语义之外流转不定，难以名状。亦非声之有类若金木丝竹、人声鸟鸣，别之晰然。人言之音，殆非可命之于言辞者，故乃意会之范畴。意会者，能感知而不能表达者也。

正由于音是难于命名和表述的，所以相学多用形容类比之辞来描述五音印象，例如相术专著《太乙照神经》说：“宫音之善者，韵咙咙以和平；不善者，浊纷纷而痿痹。商音之善者，韵锵锵以欸鸣；不善者，碎噉噉而无绪。角音之善者，韵敦敦而调直；不善者，动札札而寥落。徵音之善者，韵遥遥而流烈；不善者，干拂拂而散漫。羽音之善者，响嚶嚶而远彻；不善者，浅屑屑而稍折。”相音之法大概如此。也因为音的定义和特征难凭文字记载，其方法也就难以流传，古人又没有现代的录音技术，所以相音之术失传就在情理之中了。

音贵相和，乐音斯调。人之音，五藏之共鸣也，闻音知其相应者，意之能也，故曰“以意识”。又有言曰音乐乃时间艺术，声音的时间性是其突出特点，而意的前后相续性是时间认知产生的基础，只有意念相续不断才能跟从并感知五音的起伏流韵，故“五藏相音，可以意识”，有其深刻的认知科学内涵。

佛家论意，也有多义，难于一概。如论六根六识，于眼耳鼻舌身五根五识外有意根、意识，故知此“意”乃有别前五根感官所感，自成一感受神识者，俗云第六感是也，即不依凭生理感受器而存在的感觉功能，直接得感于心者，此为首重心念，是“直心”。此感之用，可以理喻：神既脱形，五根尽失，而仍可感知且更敏锐者，正由意根未废，第六感独存也，故也称此脱笼之自身为“意生身”。所谓修行所臻之“六根互用”，实亦意根之能也。五音微妙，“可以意识”者，乃因第六感直心而感通。上医于诊病察机诸法门皆“可以意识”，上工治神、通达天地、针道往来皆凭用意，岂止相音哉！此“医者，意也”又一理解。

5、《素问·宝命全形论》：凡刺之真，必先治神，五藏已定，九候已备，后乃存针，众脉不见，众凶弗闻，外内相得，无以形先，可玩往来，乃施于人。人有虚实，五虚勿近，五实勿远，至其当发，间不容瞬。手动若务，针耀而匀，静意视义，观适之变，是谓冥冥，莫知其，见其乌乌，见其稊稊，从见其飞，不知其谁，伏如横弩，起如发机。

“先治神”，则心静意灵。“可玩往来”，“内外相得”，则感知和关注皆在掌握，知己知彼。动心起意，则生对待，对待之间，动必有向。客体反映到主体，则生感觉，为来；主体意念投射到客体，则生关注，为往。感觉和关注为意所起作用的两个方面，均具有空间指向性。感觉，亦即觉知，“觉”和“知”皆是内向之意动；关注，亦即观照，“照”和“注”皆是外向之意动。觉知和观照皆因物我两立，物我未分则无所觉知观照。“静意”者，守意也，不动二念。“视义”者，返观也，故能见己之善。“观适之变”者，“意”根灵敏，观照分明。“守意视义”，当下一念，无忆无虑，过去心未来心皆不攀援，混混沌沌，若拙若朴，故谓之“冥冥”，“莫知其形”，虽“见其乌乌，见其稊稊，从见其飞”，而“不知其谁”，此知意而不知言也。不分析不判断，不生三心二意，“伏如横弩，起如发机”，“至其当发，间不容瞬”，发针得机，直心莫问。此乃“意”在具体治疗技术层面的运用及其情景描述。

6、《灵枢·九针十二原》：

(1)“逆而夺之，恶得无虚，追而济之，恶得无实，迎之随之，以意和之，针道毕矣。”

能“和之”，意之功能也。中和之“意”，应神接形，故能感通而知其往来，迎随补泻在兹一心耳。

(2)“持针之道，坚者为宝，正指直刺，无针左右，神在秋毫，属意病者。”

“属意病者”，乃意之外向作用，观照于病者，故能察秋毫之动变。

7、《灵枢·小针解》：“‘空中之机清静以微者’，针以得气，密意守气勿失也。”

“密意”者，一言工独知之意也，因难以描述，故不可言传；二言独守刻下，意之用绵密无间，彼此如一，故独知微妙清静之机，得气而守之。

5、6、7 三例，皆论在施针时的用“意”技术和应持的“意”的状态。可见《内经》涉“意”，由理及事，牵及“意”的外延已相当周全。

二、延伸义之一

思维，判断。由意而生思、忆、虑、智的思维过程或结果。例如：

1、“谨详察间甚，以意调之，间者并行，甚者独行。”（《灵枢·病本》）

2、“余闻人有精气津液血脉，余意以为一气耳，今乃辨为六名，余不知其所以然。”（《灵枢·决气》）

3、“故匠人不能释尺寸而意短长，废绳墨而起平水也。”（《灵枢·逆顺肥瘦》）

4、“博哉，圣帝之论，臣请尽意悉言之。”（《灵枢·卫气》）

三、延伸义之二

道理，对具体事物的理解，意、志、虑得到的结论，即认知和思考所发现的规律，可记录 and 可教传者。此义皆以“其意”、“……意”、“……之意”等偏正名词结构或“得其意”、“尽其意”、“通其意”、“解其意”的动宾词组出现，“其”所指代为事或理。例如：

1、“合人形以法四时五行而治，何如而从，何如而逆，得失之意，愿闻其事。”（《素问·藏气法时论》）

2、“余闻补泻，未得其意。”（《素问·八正神明论篇》）

3、“余闻九针九篇，夫子乃因而九之，九九八十一篇，余尽通其意矣。”（《素问·离合真邪论》）

4、“扣之不发者，言不知补泻之意也……妙哉！工独有之者，尽知针意也。”（《灵枢·小针解》）

5、“余以小针为细物也，夫子乃言上合之于天，下合之于地，中合之于人，余以为过针之意矣，愿闻其故。”（《灵枢·玉版》）

四、延伸义之三

指精神心理状态、情绪、感知和思维的功能状态。常“志”“意”并用或“心”“意”并用，或作主谓词组“意……”。若用“其意”，则“其”所指代为人。如：

1、“针石，道也。精神不进，志意不治，故病不可愈。”

“闭户塞牖，系之病者，数问其情，以从其意，得神者昌，失神者亡。”（《素问·移精变气论》）

2、“肾病者，腹大胫肿，喘咳身重，寝汗出，憎风；虚则胸中痛，大腹小腹痛，清厥意不乐”（《素问·藏气法时论》）

3、“足厥阴之疝，令人腰痛少腹满，小便不利，如癰状，非癰也，数便，意恐惧，气不足，腹中悒悒”（《素问·刺疝篇》）

4、“至于淫佚离藏则精失，魂魄飞扬，志意扰乱，智虑去身者，何因而然乎？”（《灵枢·本神》）

5、“人心意应八风，人气应天，人发齿耳目五声应五音六律，人阴阳脉血气应地”（《灵枢·针解》）

五、结语

总诸上论，《内经》“意”之义本指以心感物。“意”之用心，乃对物起觉，感而未识，未起名相之想的当下状态，即佛学觉而无想，物

我倏分之际，言语道断，当下直呈之境。也是自我本体认知的基础，空间和时间认知的动因。意之动，有觉知和观照的空间方向性，亦有前后相续的时间矢量。意是所有思维活动的起点，其它思维作用由“意”续生。分别成“识”，集识即心。“意”之结果为记忆，依凭记忆、记载或结合现境能引起思考，产生判断，明晓道理，乃至分析过去，比较现状，远虑而推理未来，成就智慧，处世立业。故在《内经》文中，“意”亦引申为思维判断之作用和结果，能作道理之解，或转指精神心理和思维功能的状态。

既贯《内经》散珠，则知医家用“意”，有“杳冥”之形容，“清静”之特征，“往来”之动态，“独”“密”之灵机。统脾土“中和”“无方”之妙用，合形神“感而遂通”之殊功。能知用意，则直心独觉，妙察病机。能知用意，则针道明了，治神有据。五神之藏，脾土为意。若脾藏伤而病意，则己义迷失，任物紊乱，而形神不用。故志意之治，脾之大任。意之义亦大矣！若不知意，何以为大医？

（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。电子邮箱：chuanshizhaizhu@gmail.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 and title the subject as "Paper submission".

《金匱要略》奔豚气病脉证治篇体会

Brief Decipher of the Bentun Chapter of *Golden Chamber Synopsis*

陈赞育 CHEN Zan-yu

【摘要】奔豚气发作从下腹上冲胸心，惊恐欲死。本文通过逐字分析《金匱要略》奔豚病篇，认为奔豚病与肾经积气、肝气逆乱、心脾阳虚等密切相关，并阐发了奔豚汤、桂枝加桂汤、茯苓桂枝甘草大枣汤的作用机理。

【关键词】《金匱要略》；奔豚气；奔豚汤；桂枝加桂汤；茯苓桂枝甘草大枣汤

Abstract: Bentun (running piglet) is a syndrome with a sensation of masses of gas ascending from below the navel to the chest and throat, combined with panic and short of breath. Through word to word discussion of the Bentun Chapter of the *Golden Chamber Synopsis*, it is revealed that the Bentun syndrome is related to disturbed liver qi, stagnated kidney qi and yang deficiency of the heart and spleen. The mechanism of the Bentun Decoction (奔豚汤), Cinnamon Twig Decoction with increased Cinnamon (桂枝加桂汤) and the Poria-Cinnamon twig-liquorice-Date Decoction (茯苓桂枝甘草大枣汤) is analysed in detail.

keywords: *Golden Chamber Synopsis*, Bentun Qi; Bentun Decoction (奔豚汤), Cinnamon Twig Decoction with increased Cinnamon, Poria-Cinnamon twig-liquorice-Date Decoction

奔豚气发作从下腹上冲心胸，可直达咽喉，来势汹汹，如急奔之豕，古人形象的名之奔豚。临床中所见多有，仔细询问，不少焦虑、惊恐急性发作（Panic Attack）的病人都有奔豚气症状，笔者在临床中每每以奔豚气治之，常能应手而愈。虽然现在有的医生已经自觉屏蔽掉奔豚气这种看似不科学的名称，但是医圣对奔豚气病因、病机的分析要言不繁，字字珠玑，寥寥数句，确如南极北斗，为我辈的临床实践指引了明确的方向。

《金匱要略》奔豚气病脉证治篇只有论二首，方三首。“师曰：病有奔豚，有吐脓，有惊怖，有火邪，此四部病，皆从惊发得之。”《素问·金匱真言论》云：“东方青色，其病发惊骇。”《五常政大论》云：“委和之纪，是谓胜生，生气不政……其发惊骇，其脏肝。”《大奇论》也有“肝脉小急，病瘕筋挛；肝脉鸢暴，有所惊骇。”都明确指出，惊为肝疾，肝不足则易罹。惊发则肝受之，或伤气而发奔豚，或伤血而吐脓，或伤魂而惊怖，或伤阴而火郁。其症虽不同，然而皆因惊得之，伤于惊，为本病之本源。

医圣进一步垂训“师曰：奔豚病从少腹起，

上冲咽喉，发作欲死，复还止，皆从惊恐得之”。此条粗看与上一条非常相似，只是详细描述了奔豚病的具体症状，然而“皆从惊恐得之”，与第一条一字之差，指出奔豚病与肝肾相关。我们知道，惊、恐往往相连，人情如此。《灵枢经脉篇》：“肾足少阴之脉，起于小趾之下，邪走足心，出于然谷之下，循内踝之后，别入跟中，以上腠内，出腠内廉，上股内后廉，贯脊，属肾，络膀胱。其直者，从肾上贯肝膈，入肺中，循喉咙，挟舌本；其支者，从肺出络心，注胸中……气不足则善恐，心惕息如人将捕之。”非常清晰的陈述了惊恐相伴的经络基础。当然，惊恐不同，其伤人也有异。《举痛论》云“恐则气下，惊则气乱。”恐则伤肾，惊则伤肝。肝肾伤，脾气乘，《血气形志篇》云“形数惊恐，经络不通”，中焦痞滞，四肢不举，阳气不升，肌肤不荣，气积聚而不行，困于肾肝，发为奔豚。其发作症状不尽相同，或时时脐下拱筑，悸悸欲发；或气势汹汹，直冲咽喉，患者有强烈窒息感；或上冲胸心，心悬欲死。

一、奔豚汤

“奔豚气上冲胸，腹痛，往来寒热，奔豚

汤主之。”肾中寒气，积于下焦，困于少腹，全赖中土之遏制，脾阳之温化，而不为害。此症见往来寒热，邪侵半表半里少阳之枢，甲木升发失常；腹痛不适，乙木横逆伤中。中土失守，肾中积气循经上犯而冲胸，奔豚症成。

治之之法，固中土，调肝胆表里，安下焦，使气行周流，积气自除。窃以为治奔豚之法，急则平降逆气，缓则调气化积，奔豚汤因病施为，方无常方，法外无法。

方用芍药、甘草各二两，柔肝缓急，破脾中气结，止痛安中。生葛五两、黄芩二两升阳解肌，调和少阳表里而去往来寒热。笔者认为此处葛、芩之用犹柴、芩之意，然而不用柴胡而用葛根者，一因柴胡过散而劫阴，一因柴胡不能及于下，不如生葛升清气、起阴气。五两重剂，既可解肌起阴，又有豁散郁积之用。且生葛“内色洁白，则能由胃入肺；外色紫黑，则又由肺达太阳。味甘兼辛，则擅发散之长，层递而升，复横溢而散。”（《本草思辨录》）此处用生葛，正用其全气，借紫黑外皮，透发肾与膀胱，周氏之语，常能解医圣匠心独运之谜，得窥造化之机。半夏四两开结降逆，逐脾湿，肃胃气以安中。与生姜四两相伍，升降有度，襄助中焦枢机。川芎、当归各二两，暖肝脾，散积寒，使肝气不横逆为患，而为芍药、甘草柔肝止痛之根基。

方中尤为特别处，就是甘李根白皮之用。一升之量，可知此味当有大用。李品类众多，古已有莫衷一是之叹。经云李味酸属肝，东方之果也。《尔雅翼》云“李乃木之多子者，故字从木、子。”李得木气深厚，善能生发。甘李为特别品类？或仅仅是李中甘甜者？前贤未有确论，笔者寡陋，未得其详。虽然现在一般临床中，用者寥寥，但医圣此方所传之理法，千年不废。所以笔者在此斗胆试一解之。

李为木果，多子而酸，生发变化全赖李根。根深入地下，得土气甚厚，能化土之正味以上滋其果，善为此之甘李根，于土中行木气之功更著。味咸，皮又能利水，善疏通下焦之积滞，去李根粗皮，用其白皮（韧皮部），入肺胃而降气。由此可见，甘李根白皮能助肝胆以生发，破湿滞以健脾，泻浊气，降逆气，平奔豚。《外

台秘要》奔豚症诸方多有用甘李根白皮者，可见唐以前以此为奔豚专药之一。此外，陶弘景以此品煎水含漱，治齿痛；《千金》烧末外涂治小儿丹毒，从两股走及阴头，均取其入肝肾，调气化浊之功。

奔豚汤方，临床中原方使用者已少见，甚至知道此方者也不多。近年一些《金匱要略》讲本也往往略而不解，甚为憾事。而此方思虑之周备，犹胜于其余二方。

二、桂枝加桂汤

“发汗后，烧针令其汗，针处被寒，核起而赤者，必发奔豚。气从小腹上至心，灸其核上各一壮，与桂枝加桂汤主之。”发汗之后，气阴已伤，汗为心液，《阴阳应象大论》云“阳之汗，以天地之雨名之”，汗液由阳气鼓舞始成。医者又施烧针，令其又汗，重劫其气阴，所治非当。也说明病者初次发汗之后，表症仍在，腠理失节。表本不密，烧针劫汗更伤营阴，复针处被寒，则寒邪直入少阴而去，心肾阳气俱为戕害。寒邪直中，引动下焦积寒；阴精受伤，又添龙雷相火，二因交作，奔豚气成。针处核起而赤者，相火发动，奔豚之征也。

治之之法，先灸其核上各一壮，散寒温经，亡羊补牢，断外袭之寒。内服桂枝加桂汤。此方是后世广为应用的奔豚名方，笔者临床中经常使用，得心应手。此方的组成就是桂枝汤原方原量的基础上加桂枝二两。桂枝汤及桂枝笔者已经多次论述，今不赘言。此处桂枝加桂使全方辛甘大盛，壮心阳，补脾阳，使小腹之寒气不能透关射心而为害。

三、茯苓桂枝甘草大枣汤

“发汗后，脐下悸者，欲作奔豚，茯苓桂枝甘草大枣汤主之。”又是发汗之后，不过没有医者误治，只是肾经积寒留饮寻隙而作，心阳一伤，则在脐下拱筑，欲上冲胸心。医圣以桂枝四两、甘草二两上壮心阳，确保阳光普照；甘草、大枣厚土补中，使中关防御坚固；茯苓半斤下渗水饮，中健脾土，上助心肺，为本方平冲止悸之主药。有关茯苓，笔者另有专文剖析。

本方的煎煮法颇有深意，笔者试一解之。

“以甘澜水一斗，先煮茯苓减二升；纳诸药，煮取三升。”“甘澜水法：取水二斗，置大盆内，以杓扬之，水上有珠子五六千颗相逐，取用之。”

《本草纲目》云：“盖水性本咸而体重，劳之则甘而轻，取其不助肾气而益脾胃也。”以杓扬之以至有水珠相逐，其中蕴含的阳气可想而知，可以最大化的减少汤剂对水饮的不利影响，与五苓散用散不用汤有相似的考量。医圣用方，谨严慎重至此，常常使笔者汗颜无地！

现在人们的生活节奏快，病者难以接受过于繁琐的煎服方法，一些匠心独运的煎服方法已经不再使用，但是蕴涵的理、法却意义深远，值得我辈思索、探究。

奔豚三方，笔者在临床中多有应用，今谨举两例

M.S，女，1988年生，2016年10月首诊。抑郁，心慌心跳十余年。病人从十四五岁起，一直有焦虑，抑郁症状反复发作。自述想不起来哪一天早上起来感觉良好，总有惴惴不安的感觉。最近急性发作频繁，数次工作中几乎晕厥。病人卸妆后，面色不均匀，口唇暗润，舌色淡体胖，舌尖有芒刺3、5个，芒刺颜色陈旧。脉弱，来缓去缓，沉取尺脉绵绵不绝。细询之，病者初潮年龄大概也是十四五岁，月经从不规律，可前可后，量可多可少，最近拖后为主。平素病人就有暖气腹胀不适，急性发作的几次病人自述似欲吐而不可得，有物顶冲，直至咽喉，头晕汗出，不能站立。

笔者诊为肾寒积冷，心脾两虚，平冲降逆治其标。桂枝4 茯苓6 白术6 甘草2 干姜3 川芎1 百合2 龙骨2 牡蛎2，方中分量为份数或者勺数，以此比例配药粉，一次一勺，一天两次。

十天后复诊，诸症悉除，自觉换了新人。予归脾汤、八珍汤、小柴胡汤、温经汤加减合方作为培本收官之剂。

M.K，男，1965年生，2016年9月来诊。心悸心慌二十余年，德国、爱尔兰西医多年治疗无效，而且用西药后症状加剧。脉细弱无力，

双尺脉重按不绝。舌红体瘦，边有齿痕，舌尖芒刺，根部苔厚腻。病人面容忧虑，肌肉松弛。发作时，脐下悸动，有时带动腰背颤动，严重时直冲到胸口，自觉呼吸困难。可以持续4、5个小时才缓解。每次发作之后，身体极度疲劳，周身粘腻汗出。口干不喜饮，大便日一行，粘腻不爽。

此例欲平降冲逆，当化肾浊，交通心肾，健脾土为治。处以茯神6 党参4 草果2 旋覆花2 远志1 桑寄生4 葛根3 天花粉1 枳实2 生甘草3 肉桂3而效。

“今人不见古时月，今月曾经照古人。”今古有异，阴阳变化则同。善师古者，师其道，其次师其法，其次师其方，其次师其药。从药而知方，从方而得法，从法而窥道，立志发心，同道其共勉之。

【附记】

丁酉溽暑，拙文求教于朱步先先生，先生复函文采华美，见解精邃。吾不敢私，节录于下，以飨同好：

特别是从惊恐症来重新认识奔豚，就有了现实意义，故值得学习。奔豚是情志病，古人称为肾积。奔豚汤证的病变中心在肝胆，所谓上升之气，自肝而出也。此方最难解的是葛根、甘李根白皮二味。除了您在文中表述的功用外，窃以为葛根还取其解痉作用，观仲景治刚痉用葛根汤可知。而李根白皮，《别录》称其“主消渴，止心烦，逆奔豚气”，能生津解热。奔豚汤证肝胆有热，势必伤津，“津不随气，斯气急促而奔突……仲景于奔豚汤用甘李根白皮，佐最重之生葛，以运津而缓气之逆，其义盖取诸此。”（邹润安语）观此方用甘李根白皮，亦犹仲景治柔痉之栝楼桂枝汤用天花粉也。上述浅见，聊供参考而已。经典可从不同的角度加以诠释，并赋予新意，是以常读常新，然而解人不易得也。

（责任编辑：殷鸿春）

《伤寒论》笺解——太阳病

An explication of Greater Yang Disease of *Treatise on Cold Damage Diseases*

袁炳胜 YUAN Bing-sheng

【摘要】 本文通过对《伤寒论》太阳病相关条文的解读，阐述了《伤寒论》“营卫”概念本质和太阳病伤风表虚与伤寒表实二证的病机本质，以及正邪消长变化与机体正气抗邪部位层次在疾病发病与疾病阴阳表里进退传变中的影响。提出了太阳病是外感伤寒病的最重要内容和主体，太阳病篇是《伤寒论》的核心，其他如阳明、少阳及三阴病则是太阳病的变证的观点。

【关键词】 伤寒论太阳病篇；太阳病；表实证；表虚证/病机

Abstract: By explicating the clauses in the *Greater Yang Disease* chapter of the *Treatise on Cold Damage Diseases*, this essay provides essential understandings of the concepts of the nutrient and the defense, the mechanism of the patterns of wind damage with exterior deficiency and the cold damage with exterior excess, the influence of the change of healthy qi and pathogenic qi and of the layer of the confliction in the development or subsidence of the disease. It also presents ideas that the greater yang disease is the main contents of the cold damage caused by external contraction; the *Greater Yang Disease* chapter is the core part of the book, while other patterns of the lesser yang disease, yang brightness disease and three yin diseases are the variations of the greater yang disease.

Keywords: *Greater Yang Disease* chapter of *Treatise on Cold Damage Diseases*, greater yang disease, exterior excess pattern, exterior deficiency pattern, mechanism of disease

2014 年冬，余于读书临证之余，不揣浅陋，于读郑钦安《伤寒恒论》时，受其启发，于郑解之外，试以己意为之作解，于太阳病篇，发挥较多。近两年来，诸事繁杂，为之耽搁，但念念不忘于此。今整理其太阳病论数条相关内容，就正于同道方家，希切磋砥砺，有所进益。

《伤寒论》条文谨依《伤寒恒论·卷一·太阳上篇》条目次序（据其序中说明，系依舒驰远《伤寒集注》罗列）。

凡风伤卫之证，列于此篇，计五十三法。

风伤卫者，在表之轻证。风者百病之长，

数动而善行；诸邪者，多因风而能伤人。今言“风伤”者，无显著之他邪裹夹，故于致病邪气之种类而言，其为较轻者；就致病因素之复杂程度而言，其病机为较单纯者；风为阳邪，同气相求，其所犯者卫阳之分也。所谓卫者，行于经络、肤腠、布于表分卫外之阳气也。《灵枢·卫气第五十二》：“五脏者，所以藏精神魂魄者也；六腑者，所以受水谷而行化物者也。其气内入于五脏，而外络肢节，其浮（浮者，布于表者也，以其性属阳故浮以趋表）气之不循经者为卫气，其精气（为有形者，故循脉道）之行于经者为营气”。然营卫二气，“阴阳相随，

外内相贯，如环无端”。故虽寒性属阴而伤营，然寒之伤人，每随风袭，伤寒者，靡不兼风。而寒之为害，则尤甚于风。故多见卫阳为寒所遏，恶寒无汗，而呈现与伤风截然不同的证候。

一，太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。

1, 肺主皮毛与太阳主表，伤寒与温病发病病邪侵入途径

凡外邪自皮毛以入而为病者，皆自太阳始也。以太阳统乎一身之皮肤毛窍、行于肌表之营卫者也。肺受脾胃水谷之气，宣发布散于诸经脉络，故亦主乎营卫及皮毛，而华盖五脏（五脏属阴，而肺者居上、居外，为五脏之表也。故外邪不能伤心肝脾肾，而独能伤乎肺也，是也肺为五脏之华盖），呼吸出入，通乎天气，故邪从外感，亦常犯肺，是以以经脉论，则太阳主乎一身之表；以脏腑论，则肺主乎一身之表。伤寒以六经为经纬，阳气弱者，常易犯之；温病以三焦上下、营卫气血之层次为经纬，阴血亏者更多易感而患焉。狭义伤寒之与温病，皆发病迅速，易于变化，为害甚烈，传变百端。因时、方不同，体质禀赋、兼夹不同旧病之影响，伤寒虽亦犯肺，但以从皮毛、犯太阳伤营卫而入为主；温病虽亦犯皮毛，但尤以犯肺传变为烈。故辨治伤寒，以三阴三阳为纲，多稽留太阳、传变于三阳；辨治温病，以上中下三焦部位、卫气营血之表里浅深，相辅相成为用，而易入营血。

2, 三阴三阳

三阴三阳者，言经脉生理、亦言部位层次、亦言气血盛衰、亦言病理反应（王玉川考察，中医古籍里有 29 种不同序次的三阴三阳），论中所言之三阴三阳病者，手足阴阳经脉之病者也、感受风、寒、温邪所影响三阴三阳六经气化者也（人体者，自身具极强自适性之“小宇宙”也，与宇宙自然之变化亦相感相应者也），

二者之意兼而有之，不必此而非彼，彼必非此也。以邪之犯人，影响人体之生理病理，既因病邪性质与个体体质的相应相感，而具有不同选择性，呈现特殊之证候；亦常具有全身之反应，所谓“牵一发而动全身”是也。然其过程机理甚为复杂，所谓太阳病、少阴病、阳明病、太阴病、少阳病、厥阴病，既是手足同名之经脉经筋别络、病邪可能影响之主要部位，亦邪气著人所致病机反应之阴阳表里寒热虚实状态，亦与六经气化法则而概之，并行而不悖也。

3, 脉浮及脉沉

伤寒初起，邪在太阳，著于肌表，营卫阴阳之气尚未大伤，应之而抗邪于表，应于脉则为浮。若素体营卫阴阳有所不足，邪气来犯，正气不足以鼓舞而御邪于表，则病邪得以直入而中于里即阴分（如少阴、太阴病之直中者），脉亦应之而现为沉象矣。

项背为太阳经气流注之所，亦属太阳表分之地。邪气并，则经气不利，而项背强痛之症见；寒气外犯，肺卫阳气被郁，邪正短兵相接，故恶寒凛凛然，虽欲避之而不得，厚衣被而其寒不减，寒邪郁束，卫阳失其温煦故也。

4, 太阳病及太阳病篇大意

太阳病，病名之所范围者，乃概言风、寒、温诸邪犯表之病。诸邪之伤人，邪自外入，正气感而应之，抗邪于表，每见太阳病之表现。故临床很多外邪、疫毒疾病初起，皆可见太阳病表现。但随着正邪交争、病之进退，可能出现三阴三阳并病、合病或传变他经的变化。并病及合病，因病自太阳入、太阳之邪未澈，故仲景仍于太阳篇中论之。乃至一些已经太阳法证治、太阳证初罢，则病或不传而愈，或虽已转他经，然为始由太阳转来，为临证方便，不昧因果，仲景亦于太阳篇中发明之。故太阳一篇，实总纲伤寒，为伤寒（广义）一病证治之

主体和纲领，其他各篇，皆伤寒之变而已。故知《伤寒》诸论，实兼诸病治法；临证若善治太阳，则其余诸经之治，思过半矣；善治伤寒，则温病杂病之治，亦有迹可循也。

二，病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。发于阳者七日愈，发于阴者六日愈，以阳数七，阴数六故也。

1，发热与恶寒、病发于阳病发于阴

阳气足，卫气充，邪气初犯之际，抗邪于表，则病发于太阳之表，邪正相争而发热；设若无病邪袭扰之常人，虽遇寒风冷水，则无有恶之者。以今有寒邪乃为患于我之病气，故通体于寒冷之感受尤其敏锐而恶之也。恶，亦以远之避之而以抗之拒之之意也。

2，病邪层次与正邪强弱进退：邪循正气之所出入也

《灵枢·九针十二原》说：“粗守形，上守神。神乎神，客在门”。《小针解》为之作解：“粗守形者，守刺法也；上守神者，守人之血气有余（邪气实也）不足（正气虚也。邪之所凑，其气必虚。邪之所在，即正虚不足之地也），可补泻也（补其不足，泻其有余，针灸之道，“疏其血气，令其调达，而致和平者也”）”。并进一步解释道：“神者，正气也；客者，邪气也。在门者，邪循正气之所出入也。未睹其疾者，先知邪正何经之疾也”。观伤寒六经进退传变之理，实则于“邪客”、“在门”四字尽之也。若明于“邪循正气之所出入”之义，更于汗下误治诸法考之，则知伤寒邪正之进退用药，与《灵枢》针灸用针之法度，实无二致。血气有余不足，则变见于脉色形证，是为可考可证，验于临床，据以为针灸药物调治，而致中和，以疗疾救苦之指导，此千年不易之理法传承，中医血脉生命之所在，不可遽废者也。

3，仲景的伟大创造：《伤寒论》的经方与脉诊

经方家学术，本无脉诊、亦无六经病之名，考《伤寒论》前之《五十二病方》及稍后时代之《小品》、《肘后》等可知。手足六经之名，及据脉诊以辨六经、六经虚实寒热，并据以论治，《灵枢》、《素问》阐发至详。脉诊为《内经》诊法之重要部分，《难经》之所发挥者也，《伤寒论》脉法，承继《内》《难》而又具有独有的特色，且保存了现今已经失传的一些脉诊医籍内容。

4，《伤寒论》六经本义考

仲景《伤寒论》序中明言“撰用《素问》、《九卷》、《八十一难》、《阴阳大论》、《胎产药录》，并《平脉辨证》”，据其论中，虽以临床应用为言，不尚说理，但辨六经病病、脉、证候而论治，实则阴阳、虚实、寒热、表里尽概之也；其论六经，除论某经病的主证外，且论其传、变变化，体现了关注疾病的病机动态变化，是中医临床最具学术有特色的内容，是其巨大的优势。又如“太阳病，头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也。如欲作再经者，刺足阳明（今人有言刺足三里者，余意当刺其陷谷、冲阳为是），使经不传则愈”，则六经之意，即是十二经脉络之手足阴阳同名经脉、络、别、筋者流明确无误者也。而之所以合十二经为六经者，以手足同名之经，首尾交关，气血相通，经脉气息，阴阳相通，同气相求，《内经》所以分论手足，以分论手足，在针刺临床上，具有重要实践应用意义；而中医药临床，不需要象针灸临床一样细分手足，故而合手足同名经而为一经也。

5，发热与恶寒

设若阳气虚，卫气不足以卫外而为固，则逢邪气之侵袭而不能与之相争，以御邪于太阳之表；国门大开，则病邪直陷于少阴之分，故无发热之证；然阳气虚则虚也，虽不能与邪相争，犹能识悍邪之性为寒；故通体内外，于一

切寒冷物事，唯欲远之避之，故仍恶寒也。阳七阴六，此数理之常，人体与自然间阴阳生化消长之道，或一七或二七，或一六或二、三六，阴证阳证或愈所可能之期也。（2014年12月12日）

三，太阳病，头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也。若欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈。

1，“自愈”解

此句承上文，太阳病，发热恶寒者，发于阳也。发于阳者七日愈，何也？以太阳病头痛为例，头痛至七日以上自愈者，乃因邪犯太阳，正邪相争，正气御邪，七日而太阳阳气来复，正气胜邪邪气退尽故也。彼时人类尚不知白细胞巨噬细胞、细胞免疫体液免疫，然千百年临床观察，已知人体有自愈之机能也。

2，“欲作再经”太阳病传阳明解、伤寒六经与《内经》经脉的关系说

当邪之初犯，正气尚能抗邪于表，则见太阳病；但素体阳气不足、或因饮食劳倦所耗伤、将养调息不当、邪气太盛，缺乏适当的祛邪扶正之治疗，正气不能“卫外而为固”，或正虚不足以久持，正退而邪进，则病将入阳明之分。设见太阳病邪正之势，经七日，或稍有病愈之势，如恶寒、头痛身痛虽愈，而发热之势却增，无汗者亦有汗出，“欲作再经”者，行太阳经尽，将传阳明也。其治之之法，仲景主张于“欲作再经”之时，预针足阳明，则可“使经不传”而愈。可知仲景，不止习经方，亦研针法；且仲景用经方之伤寒六经辨证，与针灸手足六经（十二经脉）辨证，本质无二；其“欲作再经而针足阳明则愈”，其法旨意趣，有同于《金匱要略》“见肝之病，知当传脾，故先识其脾气”之妙。而此传经、针足阳明使不传阳明之论，亦可证前所言，伤寒六经，不惟分别表里阴阳

寒热虚实，亦阴阳生化消长，实亦兼手足阴阳六经经脉经筋皮部别络之地邪正之消长也。医乃实学，于古犹然，古书简籍，传抄携带、刻版印制殊为不易，一字千金，且有忽悠语。

3，邪传七日自愈、欲作再经与“针足阳明”另说

郑钦安云：“言邪传七日自愈，各经皆能分消其势也”。盖所谓分消其势，意邪传经，诸经之气亦皆能与邪相抗，故其邪之传，递传递减，邪势顿挫，复至于太阳；以太阳为巨阳，主乎卫外以抗邪，今邪气已衰，故当自愈也。若不自愈，而欲再传者，当传阳明。阳明者，阳气盛明，此经多气多血，阳明胃为气血营卫之气生化之所，是诸阳经营卫诸气之根基，故先针之以激发阳明经气，则正气得充，共拒病邪外出，使不再传而愈，此亦灸足三里以预防流感，或预防虚人、老人感冒，现代研究有类似“干扰素”之作用，而毫无外源性干扰素之副反应者也。

四，太阳病欲解时，从巳至未上。

太阳病，有自解之机，以卫气有御邪之机，已如前述。自解之时间，当在巳至未间。巳午未者，为一日中阳气最为隆盛之时；伤寒外邪之伤人，乃卫气本气之不足以拒邪于表故。卫气者，属阳；巳则足太阴脾脉经气活跃旺盛之时，午则手少阴心经脉阳气当盛，未则手太阳小肠经脉阳气旺时，诸经阳气自盛之时，也是一天中卫阳功能。太阳病之所以于巳时始得自解，与一天之中这段时间自然界阳气隆盛，生命与之相感应、一天之中这个时候生命活力最强密切相关，与前文之“针阳明则愈”同为一理。

五，欲自解者，必当先烦，乃有汗而解。何以知之？脉浮，故知汗出必解也。

太阳病伤寒与温病发病的原理

正常情况下, 人体营卫阴阳和调, 气血周流, 自可“卫外而为固”, 病邪不得侵入。倘若因病邪势盛, 超过了正常人体防御能力; 或因劳、伤, 饮食、情志失调, 或其他慢性疾病影响, 过用或误用药物, 伤耗脏腑阳气, 导致卫外阳气能力不足, 不能“卫外而为固”, 则风寒等病邪容易透过表卫之藩篱, 侵犯人体太阳之表、肺卫之分及皮肉筋骨脉、影响营卫阴阳气血的和调甚至脏腑阴阳气血平衡及气机升降出入而为病; 与此同时, 入侵之病邪也必然激发机体卫阳之气相应的防御反应。大底阳气不足, 则易于伤寒, 已如前述; 如阴血不足, 则温热之邪更易犯人, 从口鼻(也可影响卫表)而入, 肺卫之气与邪相抗, 迅速出现阳明热燔甚至一开始就以太阳少阳、太阳阳明合病或者三阳合病临床表现, 并常常伴有阴液受损, 则是《论》中所谓“风温”等-广义伤寒之温病范畴。

外感伤寒类疾病病随“烦”、“汗”而解的机理

无论寒温, 既感而发病, 因为机体自身卫外抗邪因素的作用, 而具有自愈而解的机制。太阳病, 或中风, 或伤寒, 邪气渐衰, 阳气来复, 卫外之阳气与邪相争, 则作烦而汗出邪解。烦者, 邪在阳分, 正与之争故也, 与发热而汗出邪去同理, 亦发热之主观感受者也。邪在阳分, 正与之争, 故尔脉应之而出现浮象。

【参考文献】

- [1] 清·郑钦安《伤寒恒论》(《中医火神派三书》) 北京: 学苑出版社 2007. 3
 - [2] 李顺保校注 宋 林亿等校正《金匱玉函经》北京: 学苑出版社 2005. 4
 - [3] 黄竹斋 撰述《伤寒杂病论汇通》陕西: 陕西省中医药研究院印 1982
 - [4] 清·黄元御《四圣心源》北京: 人民卫生出版社 2015. 7
 - [5] 田代华 校《灵枢经》北京: 人民卫生出版社 2005. 8
 - [6] 鲁兆麟 等点校《针灸甲乙经》沈阳: 辽宁科技出版社 1997. 8
 - [7] 沈澍农校注《肘后备急方校注》北京: 人民卫生出版社 2016. 1
 - [8] 《五十二病方》中华中医网·中医古籍
 - [9] 陈延年《小品方》中华中医网·中医古籍
- (责任编辑: 周继成)

【作者简介】袁炳胜, 四川绵阳人, 年毕业于四川省绵阳中医药学校(现四川省高等中医药专科学校)统招针灸专业班, 毕业统一分配至著名中医之乡梓潼县中医骨伤科医院工作。工作 3 年后, 相继参加国家自考成都中医药大学中医学专科、中医学本科自学考试, 修完全部课程毕业。2004 年参加成都中医药大学中西医结合研究生课程学习结业。自 1997 年初师从著名中医药学家李孔定主任中医师(已故)、2005 年师从当代著名针灸学家杨介宾教授(已故), 并曾得著名中医专家何绍奇教授等教益。临床衷中学参西学, 学术尚经典而参时贤, 近年来, 参加世界中医药学会联合会“国际名医高徒项目”, 师从著名中医、中西医结合及医学史专家马伯英教授, 致力于中医经典与中医发展前瞻性研究。

《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.

《伤寒论》大柴胡汤临床应用举隅

Case Study of Major Bupleurum Decoction of *Treatise on Cold Damage Diseases*

汪雪峰 WANG Xue-feng

【摘要】本文以 5 则临床医案为例，介绍了作者临床应用大柴胡汤的经验。其中第一例为有高 PRL 血症导致的不孕案例，第二例为子宫内膜异位症伴有反复流产医案，第三第四例均为腹股沟疝案，第五例为腹胀反酸伴头痛案。病虽不同，但是均符合大柴胡汤的方证及体质特点。文章还介绍了大柴胡汤和柴胡桂姜汤的鉴别应用。作者以真实临床案例，说明了辨方证、体质在经方临床中具有切实可靠的实践意义。

【关键词】大柴胡汤/经方临床；不孕/高泌乳素血症；习惯性流产/子宫内膜异位症；腹股沟疝

Abstract: Through the study of five clinical cases, the author introduces his experiences of using Major Bupleurum Decoction (大柴胡汤 Da Chaihu Tang). The first case is about infertility caused by high blood prolactin. The second is repetitive miscarriage caused by endometriosis. The third and the fourth are of inguinal hernia. The fifth is about abdominal distension, acid reflux and headache. Although the illnesses are different, all the special signs and physical constitution of patients are compatible with the indication of Major Bupleurum Decoction. This article also explains the difference between the Major Bupleurum Decoction and Bupleurum-Cinnamon twig-Dry ginger Decoction (柴胡桂枝干姜汤 Chaihu Guizhi Ganjiang Tang). The real cases also demonstrate the importance of the formula sign differentiation and constitution identification in the clinical applications of classical formulas (经方 Jing Fang).

Keywords: Major Bupleurum Decoction (大柴胡汤 Da Chaihu Tang), clinical application, classical formula, case study, infertility, hyperprolactinemia, habitual abortion, endometriosis, inguinal hernia

大柴胡汤，出于汉末张仲景《伤寒论》，由“柴胡半斤，黄芩三两，芍药三两，半夏（洗）半升，生姜五两，枳实四两，大枣十二枚，擘”组成。方后云：“上七味，以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎。温服一升，日三服。一方，用大黄二两。若不用大黄，恐不为大柴胡汤也”，用于“太阳病，过经十余日，柴胡证仍在者，先与小柴胡汤。呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈”^{【1】}等病症。后世医家广泛应用该方治疗临床各科疾病。如急、慢性胰腺炎、急慢性胆囊炎、胆

结石、胆道蛔虫、急性胃炎、十二指肠溃疡穿孔、胃溃疡等消化道疾病伴有“心下急”、“心下痞硬”、“按之心下满痛”为特征的疾病，以及肥胖症、糖尿病、高血压、高血脂症、脂肪肝、中风等疾病而具有体型肥胖、颈部粗短、肋角呈钝角，腹部按之有力等体质特点的患者。病毒性肝炎、肠伤寒、流感、猩红热、疟疾等传染性疾病，也都有应用大柴胡汤的机会^{【2】}，是临床治疗少阳病兼阳明腑实的重要常用有效方。我于临床应用该方治疗内、妇各科疾病，

常常获得满意疗效。今选择典型医案数则，供同道参考。

案 1，大柴胡汤治疗高泌乳素血症不孕案

患者 O.N，女，31 岁。

初次就诊日期 2016 年 2 月 23 日，因高泌乳素血症就诊。一年半前曾有一次自然流产史，之后欲再次怀孕无果。查 PRL 偏高，一直服用西药控制；月经周期 28-35 天。患者畏寒、疲倦，每天进水 1 至 1.5 升，无自汗、盗汗或口干。体格中等，舌淡红、苔薄腻，双手脉滑；下眼睑略肿胀，两肋下硬满、腹部无压痛，左膈俞、左第八胸椎旁压痛。

辨病：继发性不孕

辨证：气郁湿阻（柴胡证）

治则：疏肝解郁、理气除湿

予以针刺阴交，石关，四满，水道，三阴交，足三里，阳陵泉。一周两次。

中药考虑肝气郁结、伴有水湿内停，肋下硬满较明显，给予逍遥散 1 克（剂量比例：柴胡 14.3%，当归 14.3%，白芍 14.3%，白术 14.3%，茯苓 14.3%，煨姜 14.3%，薄荷 7.1%，炙甘草 7.1%）合大柴胡汤减大黄 1 克（剂量比例：柴胡 28.6%，法半夏 17.9%，生姜 17.9%，白芍 10.7%，黄芩 10.7%，红大枣 7.1%，枳实 7.1%），每次共 2 克，每天 2 次。

3 月 4 日复诊。经前法治疗一周，复查 PRL 已经显示正常，现膈俞及第八胸椎旁已无压痛，但右肋下硬满仍有，下腹部觉冷。继前法治疗，加艾灸内庭。

3 月 22 日复诊时，诉已怀孕。但双肋下仍有轻度硬满，给予当归芍药散巩固治疗并助保胎。

4 月 7 日复诊，双肋下硬满已不明显。2017 年 7 月 4 号电话回访，诉已生双胞胎，目前已八月大，母婴都健康。

案 2，大柴胡汤治疗子宫内膜异位症习惯性流产

患者 F.H，女，30 岁，体质偏瘦。2016 年 6 月 16 日初诊。

因子宫内膜异位症，一年半内反复流产 5 次，并伴有双侧颈肩疼痛、手麻、腋下易出汗，进水少、双肋下硬满。舌淡红，左脉略弱。全腹肌力偏高。

辨病：滑胎

辨证：胆实脾虚

治疗：健脾益气，疏利肝胆

中药给予柴胡桂枝干姜汤，同时予针刺阴交，石关，四满，水道，三阴交，足三里，阳陵泉。

治疗 4 次后，7 月 8 号复诊，患者颈肩疼痛消失，但肋下仍有硬满，以左侧明显。因患者体型偏瘦，给予小柴胡汤。

再次复诊，8 月 30 号第 9 次治疗，左肋下仍有硬满，给予大柴胡汤。粉末制剂，嘱每天 2 次，每次 2 克，比例为柴胡 26.6%，黄芩 10%，清半夏 16.6%，生姜 16.7%，白芍 10%，枳实 6.7%，大枣 6.7%，生大黄 6.7%。下同。

9 月行子宫内膜异位症内窥镜摘除术。11 月初复诊，肋下硬满仍有。询问患者原来大柴胡汤仅服用 1g 每次，一天两次。乃嘱每次 2g，每天两次。

11 月 22 日复诊时已怀孕。HCG 显示数值较好。双肋下硬满消失。嘱随访。

2017 年 7 月 4 日电话回访，患者已成功怀孕 38 周，即将分娩，非常高兴。

作者按：大柴胡汤在伤寒论中适用于少阳阳明合病，在腹诊中常有双肋下或剑突下硬满的体征。该方含有小柴胡汤和四逆散的成分。小柴胡汤治疗半表半里，也即少阳的病位，而四逆散对于解除肌肉的紧张和痉挛也非常有效^[2]。大柴胡汤在临床中应用广泛，不仅是在发热性疾病中，在杂病中也经常有使用机会。我曾经用以有效治疗过肩周炎，哮喘，腰痛，子宫内膜异位症等，这些患者不一定有便秘或者热症的表现，但一定需要有少阳的实证，即肋下的硬满。有时可能仅为一侧硬满，另一侧硬

满程度可能较轻。而且,如果和其他柴胡方相比,大柴胡汤肋下的硬满最明显。而使用了大柴胡汤以后,其肋下硬满可以减轻或消失。前两例患者均有流产史,一例为高泌乳素血症,另一例为子宫内膜异位症。但因为都有肋下硬满这一体征,抓住这一主证,等于抓住了主要矛盾。所以伤寒论有“但见一证便是,不必悉具”这样的论述。

案3,大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疝气两例

患者A.T,男性,49岁,身形中等,2016年11月15日初诊。

因右肋下灼热疼痛10天、家庭医生诊为带状疱疹而就诊。患者平素易腹胀腹泻,常颈肩不适。体检发现右肋下散在数个红疹,双侧肋下硬满,左下腹轻微压痛伴肌紧张,舌淡红、双脉沉。

诊断:少阳病。结合体质和舌脉,辨为少阳病阴证。

治疗:针刺后溪,丘墟,足临泣,太冲,天枢,外关。并给予柴胡桂枝干姜汤。粉末制剂(比例:柴胡30.7%,桂枝15.4%,黄芩15.4%,天花粉15.4%,干姜7.7%,牡蛎7.7%,炙甘草7.7%);每天2次,每次2克。

一周后复诊,诉针后无明显改善,但服用中药后疼痛减轻,腹胀和颈肩僵硬较好。继用前法治疗。

4天后再次复诊,诉右肋下疱疹已无疼痛,但近两天来排尿疼痛,伴睾丸疼痛。既往有疝气也有少许排尿疼痛,但本次较明显,伴有尿频。有疝气手术史,有内置网。并有胆结石。查体右肋下仍硬满,腹直肌也偏硬。双五枢穴较敏感,第十椎下压痛明显。

遂给予大柴胡汤合桂枝茯苓丸,每天两次,每次2克,其中大柴胡汤1克(比例:柴胡26.6%,黄芩10%,清半夏16.6%,生姜16.7%,白芍10%,枳实6.7%,大枣6.7%,生大黄6.7%);桂枝茯苓丸1克(比例:桂枝20%,赤芍20%,牡丹皮20%,茯苓20%,桃仁20%)。

针刺丘墟,太冲,胆俞,肝俞,大敦刺络。9天后复诊睾丸疼痛减轻,评分仅2分,初发病时为7分,尿频也减轻。同上治疗。

一周后再诊,睾丸已无疼痛,小便已正常。疱疹消失,双肋下软,全腹无压痛。原方再给予两周巩固。

编者按:疱疹为病毒致病,易损伤神经,遗留难以缓解和恢复的剧烈疼痛。中医认为系疫毒为患,常易发于胁肋部少阳经部位,严重者又可循带脉而环腰腹蔓延加重,故称为带状疱疹,俗称“蛇缠腰”。此案发病位置正在胁肋少阳经脉部位,病属少阳无疑。但此案其脉不弦反沉,舌淡红;且其人素易出现腹胀腹泻,是秉脾虚体质,兼少阳、太阴同病是也。邪之所凑,其气必虚,旧有之太阴病,也是这个患者之所以感患疱疹的重要原因。故其治疗,初期以柴胡桂枝干姜汤少阳太阴同治;温太阴之里以复其正,疏利少阳以逐其邪。三诊时疱疹已愈,但旧有之疝气复发,伴尿痛尿频。右肋下硬满,少阳经穴压痛、中枢穴压痛、故从大柴胡汤治其少阳(夹阳明)之实;脐下紧张,故合桂枝茯苓丸以治其血滞腹痛,二者合用,疗效显著。

案4,大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗疝气获效

患者K.H,男性,61岁,偏瘦。

最初于数月前因膝关节疾病膝痛不愿手术,来针灸治疗。每月一次,已经数月。但2016年9月26日来诊述因疝气疼痛伴右手无名指小指疼痛、胃酸返流,白天易自汗;舌淡红、略光,双脉弦细;双肋下硬满,左侧更明显腹直肌也较硬。

辨病:1,膝痛;2,疝气

辨证:少阳阴证,伴有寒湿

治疗:柴胡桂枝干姜汤。

药物:粉末剂,每天2次,每次2克。

针刺:神门,太渊,间使,尺泽,丘墟,阳陵泉。

一月后复诊诉疝气痛仍有，但胃酸返流无，自汗少，手指疼痛减轻。但这个月有三次头痛，给予柴胡桂枝汤。每天 2 次，每次 2 克。

11 月 21 日复诊，疝气仍无改善，头痛无发作。自汗已无。双肋下仍有硬满，予大柴胡汤合桂枝茯苓丸。每天 2 次，每次 2 克。

12 月 6 日复诊。服药 2 周，疝气已愈，也无不适。右膝疼痛轻微。

作者按：腹股沟疝气有直疝、斜疝，但对于中医治疗并无分别。对于实证的疝气疼痛，特别是双肋下硬满伴腹直肌也紧张的患者，大柴胡汤合桂枝茯苓丸有很好的使用机会。桂枝茯苓丸对于解除疝气造成的局部血瘀也很有帮助。此第一个患者开始给予柴胡桂枝干姜汤，第一例是因为伴有脾虚（腹胀腹泻），第二例开始给予柴胡桂枝干姜汤，因为有关节疼痛，胃酸返流症状。后继以柴胡桂枝汤，是因为有自汗头痛等体质表现。再后来经治疗已无虚象，但两肋下仍然硬满，故均给予大柴胡汤合桂枝茯苓丸，一则解气郁，一则化血滞而散肝寒，故而结滞消除，疝气痊愈。

案 5，大柴胡汤治疗反酸腹胀头痛案

患者 H. A，男性，31 岁，体质壮实，2016 年 1 月 15 日初诊。

经常腹胀腹痛，但同时伴有胃灼热、胃酸过多 16 年，且有自汗、盗汗、口干、疲倦，无畏寒。舌胖淡少苔，口干喜饮，日饮 3 升左右。夜晚 8 至 10 点需要进食，经常双下肢肌肉疼痛，傍晚疲倦，且经常头痛。腹诊双肋下肌张力较高。

辨病：胃痛

辨证：肝阴不足，肝气犯胃。

治疗：柔肝养阴，疏肝和胃。

方药：予一贯煎加四逆散。一贯煎 1 克（生地 30.7%，北沙参 15.4%，当归 15.4%，枸杞子 15.4%，麦门冬 15.4%，川楝子 7.7%），四逆散 1 克（白芍 25%，柴胡 25%，甘草 25%，枳实 25%）。

1 月 22 日复诊：诉胃灼热感消失，腹胀减轻，出汗减少，大便次数增多，一天四次，成

型。体力有好转。补诉既往左足外踝疼痛，目前减轻，以往情绪紧张时易上厕所、尿频，进食较多、餐后饱胀。2 月 5 日复诊，上腹饱胀仍有，因为患者舌质略淡，考虑寒热错杂，给予了黄连汤每天 2 次，每次 2 克（黄连 18.7%，桂枝 18.7%，干姜 18.7%，白人参 12.6%，法半夏 12.5%，甘草 12.5%，大枣 6.3%）治疗。

服药 4 周后大便减少到每天 2 次，餐后腹胀同前。考虑患者体质壮实，有情绪紧张，肋下硬满，给予大柴胡汤，每天 2 次，每次 2 克。服药 1 周后很快餐后饱胀消失，头痛消失，紧张感减轻。嘱中药续服两周。

数月后，其家属来诊，诉患者 16 年胃病消失，患者非常满意。

作者按：腹胀常见有阳明腑实证，用承气汤。也有太阴证，用理中汤。也有少阴证，用八味丸；还有厚朴生姜半夏甘草人参汤证，柴胡桂枝干姜汤证等。而柴胡桂枝干姜汤证最大的特点就是少阳证、有肋下轻度硬满，伴有脾虚水湿内停症状，比如腹泻便秘腹胀。《伤寒论》原文中有：“胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出”^[1]。其他还可能有颈肩痛、腰背痛、肌肉易痉挛等症状。患者有时也有较明显腹部饱胀，和大柴胡汤证鉴别有时较困难，此时需详细问诊和腹诊。大柴胡汤腹胀一般食欲旺盛易饥，但餐后腹胀，而且往往舌苔干燥，以便秘多见^[2]。而柴胡桂枝干姜汤则因脾虚水饮停滞，舌苔往往湿润，无口干或口干不欲饮，脾虚引起的便秘和腹泻均可以出现。而且柴胡桂枝干姜汤证和大柴胡汤证有时可以互相转化，比如例 3，初为柴胡桂枝干姜汤证，后又转为大柴胡汤证。临床中也发现过初为大柴胡汤证，经过一段时间治疗后又转为柴胡桂枝干姜汤证，可能和体质或用药有关。

讨论：

本文选了五例大柴胡汤加减案例。除了第五例患者体型壮实外，其他四例体格中等或偏瘦。黄煌教授在经方 100 首中曾有精辟阐述，“一般来说适合大柴胡汤的患者其体质较壮实，但也有较虚弱者，这种虚弱，部分是原本身体虚弱，而更多的是原本壮实之体，因病迁延不

愈而致虚，其体虽虚，而邪仍实，所谓大实有羸状，但两胁下或腹部必有压痛拒按等症。”^{〔2〕}此段文字非常恰当的解释了为什么体格并不壮实者也会出现大柴胡汤证。其他比如大柴胡汤和小柴胡汤的比较，大柴胡汤和大承气汤的比较，也请参考黄煌教授的经方 100 首，不再赘述。

【参考文献】

- [1] 徐道隆. 伤寒论崇实注. 北京: 中医古籍出版社 1999. 9
- [2] 黄煌. 经方一百首. 南京: 江苏科学技术出版社 2006. 1 P108/117/110

[3] 元 滑伯仁. 诊家枢要. 上海: 上海科技出版社 1959. 1

(责任编辑: 袁炳胜)

【作者简介】汪雪峰, 1991-1996 年就读于上海中医药大学中医系本科, 毕业后在上海华山医院中医科工作。2001-2004 年复旦大学中西医结合临床专业硕士研究生, 师从中西医结合专家王文健教授。2004 毕业后前往英国从事中医临床, 2011 年起至今在瑞士图尔高中医诊所工作。多年从事中医全科临床工作, 近 10 年致力于经方临床应用研究。目前担任欧洲经方中医学会理事, 瑞华中医研学会理事。

● 经方研究 ●

“三胚六经”辨病辨证模式及其临床实践意义 (上)

Combined Three-Germ-Layer Disease Identification and Six-Meridian Syndrome Differentiation and Its Clinical Application (Part 1)

吴昶 WU Chang

【摘要】通过剖析三胚层分化的组织和器官结构特征, 比对伤寒六经相关的脏腑、经络及其气化功能, 梳理三胚层分化的组织器官与六经系统存在的异同及关联性, 认为组织器官作为西医诊断的病理基础结构也可以作为中医六经辨证的基础结构, 以“三胚六经”相关进行辨病辨证, 准确而广泛地运用经方治病, 也易于解决疑难病的辨证复杂或无证可辨的窘境, 拓宽经方应用的思路, 同病异治, 异病同治, 开发专病专方, 具有促进中西医结合的重要意义。并结合临床实际进行了详细阐述 (第二部分)。

【关键词】三胚层; 六经辨证; 三胚六经: 《伤寒论》

Abstract: Through the analysis of the structural characteristics of tissues and organs differentiated from three germ layers of human embryo, comparing the similarity and difference with the relevance of Zang-fu organs, meridians, qi transformation and the six-meridian patterns of the *Treatise on Cold Damage Diseases*, significant correlation was found between the six-meridian system and the three-germ-layer system. The combination of the three-germ-layer disease identification and six-meridian syndrome differentiation provides a new diagnostic method to cope with complicated cases and the difficulties in diagnosis due to lack of signs

for pattern identification. In the second part, the clinical application of the “three-germ-layer and six-meridian” method is demonstrated through the study of successful cases, showing how it enriches the practice of different treatments for the same disease and same treatment for different diseases, enables the possibility of finding specific formulas for particular diseases, and creates a bonding point for the integration of Chinese medicine and Western medicine.

Keywords: three germ layers; six-meridian syndrome differentiation; three-germ-layer and six-meridian method; *Treatise on Cold Damage Diseases* (《Shanghan Lun》)

研究《伤寒论》者当首推王叔和。金·成无己《注解伤寒论》首开注解《伤寒论》之先河。《伤寒论》的研究关键在于六经，历代医家对伤寒六经实质的研究形成了多种学说，但都离不开从病位、病性、病型和病程四个方面去解读。明清以前，多从传统中医理论去解读，有经络说、脏腑说、地面说、形层说、六部说、气化说和八纲说等；近、现代中西医汇通派即结合解剖、生理、病理生理进行解释，如病理层次说、环节说、体质说、证候抽象说、症群说、病理时相说、阶段说和病理神经状态说，以及多学科综合说等^[1]。晚近有医家试图以器官组织结构的解剖生理去构建六经体系，以刘绍武的“三部六病”学说阐述较为系统。还有“三部六经”论者，但仍不出传统脏腑经络之窠臼，与组织结构相关的内容还未能深入。此文有望通过分析三胚层的组织器官从机体的组织结构上揭示六经实质的“三胚六经”相关，及其在临床上辨病辨证相结合的实践意义。

1 从组织结构论说六经与脏腑诸家

1.1 刘绍武“三部六病”说

能以组织和器官的结构论六经者，以刘绍武的“三部六病”学说阐述较为明了。刘氏^[2]

《伤寒临床三部六病精义》说：“表部是凡与空气接触并发生关系的部分，称为表部，包括呼吸系统、皮肤、神经系统和感官系统。……里部是凡与饮食接触并与之发生关系的机体部份，……包括整个消化系统。……中部包括循环系统、泌尿生殖系统、内分泌系统、免疫系统、骨骼肌肉等”。显然，其三部结构基本是三胚层的组织结构。在六经的组合上，他依据《素问·阴阳离合论》说：“三阳之离合也，太阳为

开，阳明为合，少阳为枢……三阴之离合也，太阴为开，厥阴为合，少阴为枢。”认为，少阳为二阳之枢，少阴为二阴之枢，二者同居半表半里属中部，太阴阳明属里部，厥阴太阳相配属表部，以三阴三阳按开合枢相组配成三部。

开合枢的阴阳组合不同于《内经》六经的阴阳配属，而其所述的三部组织结构却大体对应三胚层的组织结构。所异者，把内胚层的呼吸系统归为属外胚层的太阳表部，依据是动物在进化过程中，肺脏逐渐取代了皮肤的呼吸功能，故肺与皮毛关系密切、功能相连。外胚层的神经系统归属厥阴，后者虽与部分神经功能相关，但神经系统的主体属少阴心。中胚层的循环、泌尿生殖、内分泌、免疫系统归为少阴，但其中的血液、免疫功能和肌、筋膜即属于厥阴肝，可见，结构与功能极其复杂的中胚层都关乎少阴厥阴。按此结构系统功能与六经相配属，则有厥阴少阴易位，内外胚层移易，与中医脏腑内涵和三胚层的组织结构特点都不尽契合。

1.2 五脏三胚层说

罗氏^[3]提出中医五脏和“三胚层”的关系：“五脏的形态学基础来源于三胚层组织……外胚层……其共性是主人体对内外环境变化的感知和协调；内胚层……其共性是主管人体对各种必需物质的摄取、部分废物的排泄及部份免疫功能；中胚层……其共性是营养、支持、保护、防御、繁衍等作用。”认为：“肝为外胚层所主，心为外胚层与中胚层所主，脾为中胚层与内胚层所主，肺为内胚层所主，肾为中胚层所主。”“外胚层……与中医心和肝功能关系密切；内胚层……与中医脾、肺功能关系密切；

中胚层…与中医脾、肾、心功能关系密切。”

其对三胚层的功能概括较为明了，但对中医五脏功能内涵尤其肝、脾、肾却有失偏颇。确切理解中医脏腑的内涵才能厘清五脏与机体组织器官之关系。

1.3 三阴三阳与三胚层说

余氏^[4]等直接提出三阴三阳与三胚层的关系：外胚层的太阳少阴，内胚层的阳明太阴，中胚层的少阳厥阴。上皮细胞在表，对应一身之表的太阳；脑下腺神经垂体、肾上腺髓质对应于真阴真阳、先天之本的少阴肾经；神经系统的大脑属中枢神经对应于心主神明的少阴心经，而脊髓周围神经系统则对应于夹脊的足太阳膀胱经。中胚层与少阳厥阴：“骨骼，《灵枢·经脉篇》云：少阳……主骨所生病。……泌尿系统与生殖系统为肝经环阴器所循行之路线。胸腔腹腔等体腔属三焦经。……心血管系统为心包经之属络脏器，且肝藏血并主疏泄。”内胚层与阳明太阴：“消化系统为足阳明胃经、足太阴脾经及手阳明大肠经所络属。呼吸系统为手太

阴肺经所络属。尿道上皮为足阳明胃经分支所绕行部位。甲状腺等腺体上皮为手足阳明经在头面部所行之分支所过。中耳系统为足阳明经在颅内所绕行部位。”

上述把三胚层的组织结构直等同于三阴三阳，实际上它与六经及其脏腑功能还有一定程度上交叉。如伤寒论中的少阴病“脉微细，但欲寐”，心主神明，还主血脉，即病及心脑。但心血管系统发生在中胚层，而中枢神经属于外胚层。厥阴肝除了中胚层的功能，还与大脑边缘系统、植物神经等明显相关，而后者却源自外胚层。泌尿、生殖系统来源于中胚层，但其明显受下丘脑-垂体（外胚层）的调控，其功能涉及少阴厥阴，有“肝肾同源”、“水生木”的内涵。厥阴肝和心包都与神经系统密切相关，而单以中胚层化生的组织器官解释则不全面。可见，三阴三阳不能与三胚层的功能直接等同，在中胚层与外胚层之间有交错。

2 试论三胚层组织结构与六经的关系

2.1 三胚层的形成和分化

表1 三胚层分化的各种组织和器官一览表^[5]

外胚层	表皮、毛发、指甲、皮脂腺、汗腺等上皮— 皮毛甲腺 肛门上皮、男性尿道末端的上皮 口、鼻腔和鼻旁窦粘膜的上皮，牙釉质、味蕾、唾液腺、 外耳道、鼓膜外层上皮、内耳膜迷路上皮、结合膜上皮、角膜 视网膜、晶状体、虹膜括约肌与开大肌、肌上皮细胞 腺垂体、神经垂体、肾上腺髓质— 内分泌 神经系统— 神经	} 五官
中胚层	结缔组织、真皮、软骨、骨、骨膜、关节囊、肌腱— 周围骨筋膜 骨骼肌、心肌、平滑肌— 肌组织 血液、心、血管、骨髓、脾、淋巴结— 血液、免疫 胸膜、腹膜、心包膜、眼球纤维膜、血管膜、脑脊髓膜— 内脏筋膜 肾单位、集合管、输尿管与膀胱三角处上皮— 泌尿系统 睾丸、附睾、输精管、精囊腺的上皮 卵巢、输卵管、子宫、阴道的上皮 } 生殖系统 肾上腺皮质— 内分泌	

内 胚 层	咽到直肠消化管各段的上皮，肝、胰、胆囊的上皮——	消化系统
	喉到肺泡各段的上皮——	呼吸系统
	中耳鼓室与咽鼓管的上皮、鼓膜内层上皮——	中耳
	甲状腺、扁桃体、甲状旁腺、胸腺的上皮——	咽囊四腺
	女性尿道、男性尿道近段和膀胱的上皮	膀胱尿道
	前列腺和尿道球腺的上皮 阴道前庭的上皮	

2.2 “胚胎六经”指三胚层潜在分化的组织器官功能的原始六经状态。机体各组织器官皆发源于三胚层细胞，中医的脏腑经络自然囊括在其中，以六经统之即三阴三阳，从以上三胚层分化的系统、器官、组织，结合六经的系统功能特点及其脏腑属性进行比较，发现三胚层的外胚层、中胚层、内胚层组织器官功能基本对应六经的太阳少阴、少阳厥阴、阳明太阴。

三胚层的六经所属归纳如下：

2.2.1 外胚层 外胚层外层分化为皮肤及其附属结构（包括肛门、男性尿道末端）和口鼻耳咽喉以外的粘膜——称之太阳（肤表）；内层分化为神经内分泌腺（腺垂体、神经垂体、肾上腺髓质）和神经系统——称之少阴（心肾）。

2.2.2 内胚层 内胚层形成的原始消化管，再衍化为消化、呼吸系统及附属器官。咽以下至直肠包括消化腺——称之太阴阳明（脾胃大肠）；喉以下至肺泡——称之太阴（肺）；咽囊演化器官（甲状腺、扁桃体、甲状旁腺、胸腺和中耳、咽鼓管）称为咽器发源于前肠，泌尿生殖道下段（膀胱、尿道与前列腺、尿道球腺和阴道前庭）发生于后肠的泄殖腔，因此可把前肠的咽囊和后肠的泄殖腔演化器官——称之太阴阳明（附属器官）。

2.2.3 中胚层 体节分化为骨（除四肢骨、颅骨来自间充质）、肌、真皮及结缔组织成为全身组织器官的支架，即周围骨、肌、筋、皮——称之少阳（三焦）；侧中胚层分化为眼球纤维膜、

脑脊髓包膜、心包膜、胸膜、腹膜，即内脏筋膜——称之厥阴（心包）；间介中胚层分化为泌尿生殖系统的上段，而心、血管、骨髓、血液、脾、淋巴结免疫器官组织（除扁桃体和胸腺）来自中胚层的生心板和胚外中胚层的血岛，肾上腺皮质由体腔上皮分化，即血液、免疫和泌尿、生殖、内分泌主体——称之厥阴（肝）。肾上腺皮质分泌的皮质激素对机体有保护和应激作用，有生命激素之称（动物切除肾上腺一周后则死亡），因其附于肾脏上并与性腺同受控于下丘脑-垂体的“肾”，应于中医的“肝肾同源”，女性生殖“以血为本”、“以肝为先天”之说，及“命门”学说。

以上的三胚层与六经相关归属，基本清楚反映了机体形成时的原始六经状态，故称之“胚胎六经”，但它尚未形成成熟机体相对独立的各系统结构，如中医有六经系统，西医分十大系统。尽管中西医有各自的分类系统，三胚层却是各系统的原基，尤其与中医的六经系统十分接近。

2.3 六经系统 机体组织器官发育成熟而形成的六经及其脏腑功能，即从胚胎分化的组织器官形成各自完善的相对独立的系统结构和功能。西医按结构与功能分九或十大系统，中医按不同功能特性可分为六经系统、五脏六腑系统、经络系统等。《伤寒论》本无六经之说，经后世研究发展形成六经辨证体系。由于六经包含脏腑、经络、及其气化功能，就必然与机体内部组织结构功能相对应，尽管六经辨证有各

种各样的论说，始终未能脱离有机实体，故能广泛应用于全身各器官系统的病证。下面试以“胚胎六经”的三胚层组织器官构建六经系统。

2.3.1 太阳肤表系统 其系统结构同“胚胎六经”，构成对外环境感知和协调并保护机体的第一道屏障，有司感觉的痛、温、触、压、视、听、味、嗅觉；御寒、散热、排汗、调体温，参与水液代谢；润滑、抗菌、合成维生素D3、防紫外线、耐磨察等功能，即有“太阳主寒水”“温分肉、肥腠理”、“外卫以为固”、“身之蕃菑”之谓。

2.3.2 少阴心肾系统 包括中枢神经（大脑皮层及延髓生命中枢）、感受器及传入神经、下丘脑、脑垂体、腺垂体、肾上腺髓质（外胚层）及其属下的甲状腺、甲状旁腺（内胚层），肾上腺、性腺（中胚层）等内分泌组织，泌尿、生殖系统（中胚层及内胚层）与心血管系统（中胚层）等，是通过血液循环输送、大脑神经主宰、内分泌整体调控的心-肾中轴系统，功能强大，有“心为君主之官”、“心主血脉”、“肾为作强之官”之谓。

2.3.3 厥阴肝心包系统 大脑边缘系统（包括下丘脑属外胚层）对内脏和本能及情绪的调节；基底节、小脑、前庭器、传出神经包括锥体系、锥体外系、运动神经（外胚层）支配横纹肌、心肌、平滑肌、肌腱、关节囊、韧带（中胚层属少阳）的运动与平衡功能；血液及骨髓、脾脏（中胚层）的造血、储血是为“肝”，是“肝为将军之官”、“肝主筋”、“诸风掉眩皆属于肝”、“肝藏血”、“主疏泄”等内涵的组织结构及其功能展现。眼球纤维膜（巩膜）、血管膜、脑脊髓膜、胸膜、腹膜、心包膜等内脏包膜（中胚层），尤其对大脑和心脏的保护是为“心包”，体现“心包为心之宫城，代心受邪”、“邪陷心包”、“肝开窍于目”、“失洩直视”表示病邪突

破机体重要的内脏屏障（如血脑屏障），尤指心脑血管病的危重状态。

2.3.4 少阳胆三焦系统 骨、肌、筋膜、真皮、结缔组织（中胚层）构成的全身组织器官支架是为“三焦”。植物神经系统（外胚层）主内脏平衡调节；免疫系统的淋巴结、脾脏（中胚层）和扁桃体、胸腺（内胚层）等淋巴器官组织的免疫功能，是为“胆”。这后期才发育成熟的植物神经（交感与副交感）和免疫器官，全身广泛分布并执行对各系统器官功能的平衡调节（兴奋与抑制）、免疫监视、免疫防御、免疫自稳功能，这正是“胆寄于三焦”、“胆为中正之官”、“十一脏皆决于胆”的具体体现，千古以来备受争议的“三焦”学说于此有了结构及其功能的展现。

2.3.5 太阴脾肺和阳明胃肠 消化和呼吸系统（内胚层）同称太阴，其共性是主管人体对各种必需物质的摄取、吸收、代谢及排泄，是维系机体生命活动的源泉，为“后天之本”、“仓廪之官”、“水谷之海”。咽囊器官（内胚层）、泄殖腔（内胚层）和尿殖窦（中胚层）衍化的内分泌、免疫、听觉、泌尿、生殖和直肠的六个系统的附属器官，按其功能可归为“肾”，它们位于原始消化管末端的上下口，正符合“肾开窍于耳”、“肾司二便”、“主生殖”、“肾为胃之关”之论说。

3 六经系统和“胚胎六经”的有机联系

三胚层的细胞团只是化生组织器官的原基，胚胎发育后才形成独立的结构功能系统，因此，六经系统尚不能与“胚胎六经”构成完全的对应关系，但它们之间有着密切的相关性，大体上仍保持着胚胎六经的结构，只有某些系统穿越二个以上胚层而完善自身的系统功能。一是厥阴肝心包、少阳胆系统涉及外胚层的传出神经；二是少阴肾系统下统内分泌、泌尿生殖系

统穿越三个胚层；三是内胚层的咽囊和泄殖腔衍化器官主归少阴肾系统。简而言之，除了厥阴少阳系统本为中胚层但又涉及外胚层的部分神经，少阴心肾系统即统管中枢神经、内分泌轴、心血管、泌尿生殖和部分免疫功能而穿越三个胚层，成为机体功能最为强大的中轴系统，中医称“肾为作强之官”。

尽管西医的组织器官结构系统与中医的脏腑功能系统不同，但它们都出自三胚层的分化，三胚层便成为连结组织器官结构与六经系统功能的纽带。由于任何一个器官都由两个以上胚层细胞分化而成，每一胚层都具有相关六经各自的功能特点，任何疾病都可找到其病变组织

器官的胚胎根源，据此可在三胚层上找到相关的六经系统，进行六经病的辨证论治。这样“三胚六经”的相关性便成为机体组织器官结构与六经系统功能的枢纽。西医诊断的疾病，便可从中医的相关六经系统辨证治疗，做到辨病辨证相结合的六经辨证及经方治疗，更广泛地运用经方。更为可喜的是，由于“三胚六经”相关，分析研究经方组成的方证病机，结合西医的病因病理，能大大地拓展经方的临床应用。通过“三胚六经”相关分析，揭示了一病多方、多病一方即“同病异治”和“异病同治”的根本实质，也便于从病理病机上探讨研究那些慢性、顽固性疾病的专方专治，有利于科研创新。

未完待续

（责任编辑：周华芝）

【作者简介】吴昶，香港圣明堂中医馆院长、香港注册中医师；香港佛教华夏中医学院兼职教授；深圳市宝安区吴邱保西医内科诊所负责人、西医主任医师、中医师；三胚六经研究中心首席专家；1980-1986 中山大学医学系西医学士，2002-2004 广州中医药大学中西医结合临床研究生，2007-2012 广州中医药大学全日制中医本科中医学士，2013-2016 广州中医药大学全日制中医临床基础（经方治疗疑难病症）专业医学博士；1986-1993 广东医学院附属医院内科住院医师、主治医师、讲师；1993-1997 吴川市银岭卫生所负责

人；1997-2004 吴川市人民医院内科副主任医师、主任医师；2006-2017: 香港佛教华夏中医学院兼职教授；2004-2017 深圳市宝安区吴邱保西医内科诊所负责人；2015-2017 香港圣明堂中医馆院长；2015 《伤寒论》六经辨证之我见，2015 年 2 月，《广州中医药大学学报》，第一作者；2016 论三胚层理论与六经辨证体系的相关及实践意义，2016 年 8 月，《中华中医药杂志》，第一作者；2016: 获中国“岐黄杯第七届全国中医药博士生优秀论文奖”，中华中医药学会、《中华中医药杂志社》

● 临床经验 ●

现代舌诊与临床应用续——左升右降在现代舌诊中的运用

Application of Modern Tongue Diagnostics in TCM Practice:

Tongue Diagnostics and the Theory of Ascending in Left and Descending in Right

殷鸿春 YIN Hong-chun

【摘要】舌的左右两侧分别反应肝与肺的气机及其升降，若左右舌出现不等大及不等厚等左右

不对称的舌象时，一般考虑肝肺气机升降失常。本文列举三例临床常见病症来说明左右气机升降失常在舌诊中运用。

【关键词】 舌诊；左升右降；肝升肺降

Abstract: The left half and right half of the tongue reflect the ascending and descending movement of qi and the function of the liver and lung in qi movement, thus the asymmetry of the tongue is a sign of disorder of qi movement of the liver and lung. This essay shows the application of this theory in clinical practice by sharing the analysis of three cases.

Keywords: tongue diagnostics; ascending in left and descending in right; ascending of liver and descending of lung

现代舌诊应用原理之一就是中医理论中最常用到的左升右降的机理。人体气机左升右降是先人在观察自然的基础上结合阴阳理论提出的。《素问·阴阳应象大论》说：“左右者，阴阳之道路也”，《素问·五运行大论》也说：“上者右行，下者左行”，是指大自然阴阳二气相互交通移动的情形，在上的天（阳气）是由东向西，右转运行，然后下降于地（也就是向右降），在下的地（阴气）是自西向东，左转运行，然后上升至于天（也就是向左升）。这种大自然阴阳二气的上下交通有“左升右降”的现象，是我们的祖先仰观天文，俯察地理的观察心得。人体经脉脏腑中，阴阳二气互相交流的循行而言，肺虽位在上主宣发（为阳），但其气是肃降的（为阴），会下注入胃，所以肺是阳中之阴脏；肝虽位在下主疏泄（为阴），但其气是升发的（为阳），会贯膈上注于肺，所以肝是阴中之阳脏，由此人体经脉脏腑阴阳二气的上下交通是肝升肺降的，也是我们先人对脏腑经络功能所作的观察所得。舌的左升右降与人体的气机升降是一致的，也是经过临床检验的。舌的左半部分属于肝，右半部分属于肺，在舌诊临床中，主要查看左右舌的大小，是否对称，左右侧厚薄是否一致等。看下图。



本文略举三例，借以说明左升右降理论在舌诊中的应用。

例一，哮喘案

M.S, 男, 51岁, 30/11/2016 初诊。主诉哮喘，自幼即患本病，需日日用吸入剂维持，但近日夜间常常发作，咳吐白稀痰，伴胸闷腹部胀满不适，睡眠已严重受影响，纳食减，大便或稀或秘，伴有颈肩不适。查其脉，有双寸上脉，左寸上1级冲，右寸上2级冲，舌苔薄黄粘腻，舌右半侧大于左，舌中有横向及纵向裂纹。问其饮食，述近日过食辛辣厚腻。

中医辨证：脾虚湿浊内盛，痰浊留伏于肺。

柴胡 温胆汤加减。

处方：

1 枳壳 1，
炒白芍 1法
子 1 制附子
1，生姜 1
子 1 枳实 1
黄 1 白芥子



汤合小青龙

白叩 1 橘红
桔梗 1 桂枝 1
半夏 1，五味
1 当归 1 杏仁
柴胡 1 莱菔
炙甘草 1 麻
1 川芎 1 葛根

2，浓缩粉剂，每次6克，日两次。开水冲服。

一周后复诊，夜间哮喘大大减轻，上个周只有一个晚上发作，夜间已经不再使用喷剂。睡眠饮食均有好转。效不更方，上方续用，每日两次，一次5克。患者断断续续用药两个月，已经停用喷雾剂，哮喘几乎没有发作。查其舌，薄黄腻苔已经褪净，但右侧舌仍旧偏大，与下

方调理善后。

白术 2 白叩 1 陈皮 1 半夏 1 党参 1 枳壳 1 枇杷叶 1 熟地黄 1 丹参 1 桃仁 1 柴胡 1 炙甘草 1, 浓缩粉剂, 每次 3 克, 日两次。开水冲服。

分析: 本病中医称之为哮证,《金匱要略·痰饮咳嗽病》篇提出:“膈上病痰满喘咳吐,发则寒热背痛腰痛,目泣自出,其人振振身润剧,必有伏饮”,哮证的主因为宿痰内伏于肺。从舌上看,病人脾胃被伤在先,致使脾胃运化水谷的能力下降,而生痰饮,痰饮内伏于肺,肺之右降受阻。该患近期过食辛辣厚味,使气之升降发生逆乱,触动肺中伏痰,痰升气阻而发病。病人的脉象出现右寸上二级冲,也是脾胃之气不降的表现。薄黄腻苔,亦示湿浊内生,且有化热之势。柴胡温胆汤合小青龙汤宣肺降气,化痰浊,去伏饮,清郁热,升左降右,恰合病机。终归是久病,且脾胃伤损日久,需要时日恢复其脾胃功能。

例二, 便秘案

M.P, 女, 61 岁。患者久患便秘, 伴有头痛, 及高血压(服用西药)常近期使用原疗效不佳, 便。要求中见腹部软且淡, 右舌偏水滑。脉按右关脉明显盛于左关。证属脾虚胃强, 右降受阻。治宜健脾益气, 降脾胃, 通大肠。



针刺: 双天枢, 双足三里, 左太白, 右冲阳, 双上巨虚, 右太渊, 左偏历。

成药: 健脾丸合润肠丸内服。

分析: 该患舌质淡有水液, 为脾虚有湿之象, 右舌偏大, 右侧气机失降。左右舌象均有隆起, 显示左右气机均有郁滞, 但以右侧郁滞为重。右侧气机郁滞, 肺气不能顺降, 肺与大肠相表里, 致使大肠传导失司, 故见便秘。治疗宜健脾降胃, 宣肺降气, 疏调大肠气机为主。一周后病人复诊, 述大便较前明显通畅, 希望

继续治疗。

例三, 心悸

M.T, 女, 40 岁。每逢生气则发生心悸, 曾做过心电图检查, 有低血糖, 便正常。舌明显大于右舌中及舌根据舌辩证, 心脾两虚, 以疏肝解郁, 补益心脾, 填肾补精。



未见异常。偶手足易凉, 二质淡红, 左侧侧, 舌边隆起, 凹陷, 苔薄白。肝气郁滞日久, 肾精不足。治

中药粉剂: 柴胡 1 香附 1 丹参 1 当归 1 桂枝 1 炒白芍 1 枳壳 1 桔梗 1 炙甘草 1 党参 3 杜仲 3 续断 1 桑寄生 1 熟地黄 1, 每次 5 克, 每日 2 次, 开水冲服。服用一周。

服用上方一周, 心悸未有发作, 继续服用两周以巩固疗效。

分析: 舌象显示患者素有心脾气虚, 肾精不足。舌右侧偏大为肝气郁滞, 生气时则郁滞加重化火伤阴而见心悸发作。

总结: 左右气机升降失常是临床常见的舌象, 以左右舌不对称不等大, 及两侧厚薄不等为常见表现。左右气机升降失常与脾胃之气的升降失常有明显的关系。《四圣心源》载:“脾为己土, 以太阴而主升; 胃为戊土, 以阳明而主降。升降之权, 则在阴阳之交, 是谓中气。胃主受盛, 脾主消化, 中气旺则胃降而善纳, 脾升而善磨, 水谷腐熟, 精气滋生, 所以无病。脾升则肾肝亦升, 故水木不郁; 胃降则心肺亦降, 故金火不滞。火降则水不下寒, 水升则火不上热。平人下温而上清者, 以中气之善运也。”故在调理左右气机升降失常时, 脾胃作为升降之枢也需要时刻顾及, 处方时常常加一些升降脾胃之品。以舌诊来判断左右气机的升降非常直观, 直接指导临床用药与用针, 值得用心观察体会。

(责任编辑: 陈贇育)

【作者简介】殷鸿春, 男, 1988 年毕业于山东中医学院中医系中医专业, 医学学士。2001 年来英工作, 现

自营中医诊所于伦敦。来英前为青岛市中医医院副主任医师。擅长舌脉诊法，尤擅舌诊，并深入研究了现代舌诊在临床上的应用。曾先后多次赴日本奥地利荷

兰等国讲学。现兼任英国中医师学会学术部理事，《英国中医》杂志编委及编辑。世中联脉学会理事。
doctoryinhongchun@gmail.com

● 临床经验 ●

促脉临证之我见

A Personal Understanding of Skipping Pulse

周欣 ZHOU Xin

【摘要】本文详细分析了中医典籍中对促脉的论述，并从脉动规律、阴阳属性等方面重新解析，认为促脉主热邪，主水饮，立足临床，全面了解促脉提示我们的身体信息。同时也对与促脉相关的喘脉、代脉进行了深入剖析。

【关键词】脉诊；促脉；喘脉；代脉

Abstract: Through detailed analysis of the classical texts about the skipping pulse, comparison of the skipping pulse, intermittent pulse and panting pulse, this essay provides some fresh understandings in the aspect of the features of skipping pulse and its yin-yang property, and concludes that the skipping pulse indicates heat pathogen and water retention.

Keywords: pulse diagnosis, skipping pulse, panting pulse, intermittent pulse

前人对于脉象的命名，或因于形，滑脉、细脉是也；或因于数，数脉、迟脉是也；或因于位，浮脉、沉脉是也；或因其势，弦、毛、钩、石四时常脉是也。对于促脉，根据古医籍的记载来看，主要是依据于“数”，即脉气搏动的次数来命名。如：

脉来数，时一止复来者，名曰促。《伤寒论·辨脉法第一》

促脉，来去数，时一止。《备急千金要方·卷二十八平脉》

促脉，来去数，时一止复来。《脉经》

因此，我们可以从三方面来理解促脉：一

是脉气搏动次数比正常要多；二是脉动中有短时间的歇止，而且中间歇止的次数是一次；三是上述的脉气搏动后再次循环出现。

如果正常脉象可以用下图来表示：

○○○○○○○○○○。

那么，促脉的图画表示法为：

○○○○○○○○ ○○○○○○○ ○○○○○○
○ ○○○○○○○

我们知道，学习中医脉学，目的是为中医辨证论治提供依据，指导临床用药与预后，也就是彻头彻尾地服务于临床实践。这样从字面上来理解的促脉，跟临证中的促脉是否一致？

有这个脉象。因此，在谈论喘脉之前，让我们先来了解一下《黄帝内经》对喘脉的记载：

赤脉之至也，喘而坚，诊曰有积气在中，时害于食，名曰心痹。

白脉之至也，喘而浮，上虚下实，惊，有积气在胸中。喘而虚，名曰肺痹寒热，得之醉而使内也。《素问·五脏生成》

胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。盛喘数绝者，则病在中；结而横，有积矣；绝不至，曰死。

寸口脉沉而喘，曰寒热。

颈脉动喘，疾咳，曰水。

病心脉来，喘喘连属，其中微曲，曰新病。

平肾脉来，喘喘累累如钩，按之而坚，曰肾平。《素问·平人气象论》

帝曰：冬阴夏阳奈何？岐伯曰：九候之脉皆沉细弦绝者为阴，主冬，故以夜半死。盛躁喘绝者为阳，主夏，故以日中死。《素问·三部九候论》

可以看出，在《黄帝内经》成书的时代，喘脉是一个比较常用的脉象。那么，什么是喘脉？其形态特征如何？

对于“喘”字，大家都不陌生，中医有一个病叫气喘病，也就是老百姓常说的哮喘。这种病在不发作的时候跟正常人一样，但是发作起来，就会产生呼吸急促、胸闷咳嗽等。因此喘，不但是对疾病发病状态的概括，更是对喘病发作时呼吸状态的一种描述。那么，人体脉气的运动会不会也出现这样类似的状态：时而脉动正常，时而脉来洪大，然后交替或在外因诱导下出现。

这就是《黄帝内经》所说的喘脉，即“脉动如常，时来数，复如常至。”这种表述与促脉极其为一致，甚至就是一脉两说。但事实显然不是，但区别是什么？这主要从二者的形态、属性方面来辨别。喘脉，其脉气来虽数而其形必大，属阳主热；促脉，其脉气来虽数而其形必滑，滑兼大为热、主阳，兼小多为痰饮，属

阴，故有阴阳两说。

四、促脉的阴阳属性

中医脉学理论认为，脉有阴阳之分。正如《伤寒论》所说：“凡脉大、浮、数、动、滑，此名阳也；脉沉、涩、弱、弦、微，此名阴也。”如果从这个角度来理解，促脉脉气来数而滑，应该归类于阳一类。这一点在《伤寒论》中就有体现，书中记载：“脉来数，时一止复来者，名曰促。脉阳盛则促。”这种认识得到了后世众多医家的认同，如清余显廷在《脉理存真》中记载：“促，阳脉之极也”，是“阳独盛而阴不能相和”的结果。

在中医理论中，有一种奇怪的现象就是，很多观点都可以正反两说，以至于很多人越学越觉得糊涂。就拿促脉来说，很多医家认为是“阳极之脉”，其产生的原因是“阳盛而阴不能与之相和”，因此将它归为阳脉之列。但是，也有医家认为，促脉属阴。如孙思邈在其《千金翼方-卷二十五色脉》中说：“按之来数，时一止，名曰促。促，阴也。”

从促脉的脉动次数来讲应该为阳，与滑相兼，按《伤寒论》外感脉象来论促脉就应该属于阳。但是从内伤病来议，如果脉气来促，促的形态是滑小而又略沉，则这种促脉应该属于阴。因此，《伤寒论》所论的促脉除了兼见滑象之外，应该还有略大的脉象，这一点临证中可得到印证。

总之，对于促脉阴阳属性的认识，我们不应该停留在书本上，应该在临证实践中去鉴别。

五、促脉的主病与临证

前人对脉学的两大贡献，一是对于脉象形态的描述，再就是对于脉象的主病内容的进一步丰富。这样的研究结果是，知其然而不知其所以然。因此，这种思维从某种程度上来说，不仅阻碍了脉学理论的创新，而且使脉学逐渐脱离中医的临床实践。关于促脉的主病，通过查阅中医脉学方面的专著我们即可一目了然，这里我仅谈一谈我在临证中的运用体会与感悟。

1. 促脉主热结

促脉主热结，这一点在《伤寒论》中就有具体的应用，如张仲景在论述“葛根芩连汤”时，书中记载：

太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也。喘而汗出者，葛根芩连汤主之。

葛根芩连汤方

葛根半斤，炙甘草二两，黄芩二两，黄连三两。上四味，以水八升，先煮葛根，减二升，纳诸药，煮取二升，去滓，分温再服。

这种病例我在临床上遇到过四例，其中两例表现特别突出，其中一例是疟疾后出现低热、易汗出，一例是长期腹泻。

第一例患者是我在 2009 年 5 月份遇到的。患者男，25 岁，未婚，是一位援非建设者，在当地患疟疾，经治疗后疟疾症状消失后，因低热不退而回国治疗。摸脉后，见右寸关部脉促滑略大。摸脉之后我就想到《伤寒论》葛根芩连汤来，就问有没有腹泻、气喘、容易出汗等症状。患者的回答是：除了容易出汗，没有其他不适。有是脉便是方，我就按《伤寒论》的原方开了葛根芩连汤。葛根 18，黄连 12，黄芩 12，炙甘草 12。剂量虽与原书有一定的出入，但是临床疗效很好。据患者交代就吃了两剂，低热就退了，容易出汗的情况也得到改善。

还有一例是 2014 年年底遇到的。患者男，已婚。腹泻多年，稍有不慎便腹泻，生冷一点不敢沾。求医无数，但始终不能治愈。诊脉右关部中取时促，形滑适中，不大不小。有是脉便是方，又开了四剂葛根芩连汤。服药后患者腹泻很快被止住了。为了巩固疗效。又以理中汤和桂枝汤加减治疗了 3 个月，服药不过 20 剂，至今也没有复发。

这两例患者，一例是疟后低热，有外在的发热表现，而后者则是长期腹泻，表面看来与热无关，但是就其腹泻产生的根源脉象的滑促来讲，则是内有积热的一种表现。

2. 促脉主水饮

对于水饮为病的脉象，张仲景也有论述，在其《金匮要略》中记载：

“凡食少饮多，水停心下，甚者则悸，微者短气。脉双弦者寒也，皆大下后善虚，脉偏弦者饮也。”

又说“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之。”

对于苓桂术甘汤，《伤寒论》是这样记载的：

“伤寒若吐若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者，茯苓桂枝白术甘草汤主之。”

从这些记载来看，苓桂术甘汤与促脉没有任何相关性，但是我的临证经验是，二者是有关系的。在临证中，凡是右关中取或是沉取，中见促滑小不迎手的脉象，无论症状如何，即可放心用之。

这一例是 2004 年的一个病例，患者女，已婚，育一子一女。因头晕而求诊。患者因家属精神异常，为了补贴家用长期务工在外。如果从问诊来说，很容易把大夫的思路引入到肝郁上来，但是仅凭患者右关部中取时见促滑小，我认定头晕是水饮所致，因此就果断使用苓桂术甘汤。用量是各 12 克。当时三剂药花了一块八，很神奇地解决了头晕问题。

另外，临证中失眠见左关促小者，用温胆汤治疗效果较好，但促脉消失后就应该立即调整治疗思路；亦可因水热互结引起的皮炎与肾结石，脉见右尺促小而沉，我多用猪苓汤治疗，效果也不错。

（责任编辑：周继成）

【作者简介】周欣，男，研究生学历。2008 年毕业于北京中医药大学。2009 年 8 月--2016 年 9 月就职于中国中医药出版社，任策划编辑一职，同时又分别受聘于解放军后勤指挥学院门诊部和国防大学中医门诊部特聘中医专家。现就职于国防大学第二医院中医门诊部。临床特点：以脉辨证，善用经方、小方治病。

针灸中的经络辨证举隅

Case Studies on Meridian Identification for Acupuncture

石育才 SHI Yu-cai

【摘要】 本文选取了四种病例，详细记述了经络辨证在针灸治疗中的具体应用，并对盗汗、痛风、头痛、痒症等疾病从经络辨证的角度进行了深入分析。

【关键词】 经络辨证；针灸；盗汗；痛风；头痛；痒症

Extract : The diagnostic method of meridian identification is discussed in detail through four case studies, showing its practical thoughts and skills in the treatment of night sweating, gout, headache and pruritus.

Keywords: meridian identification; acupuncture; night sweating; gout; headache; pruritus

经络辨证，是以经络学说为理论依据，对病人所反映的症状、体征进行分析综合，以判断病属何经、何脏、何腑，并进而确定发病原因、病变性质及其病机的一种辨证方法。经络辨证是对脏腑辨证的补充和辅助，特别是在针灸、推拿等治疗方法中运用更为广泛。但运用于内科疾病治疗的则不多。经络辨证方法的独特性，有时可起到其它辨证方法不可替代的作用，如果运用恰当，则效果尤佳。现列举经络辨证治疗案例 4 例，以探讨经络辨证在临床中的运用，希望引起同仁的重视。

案例 1 盗汗

肖 XX，女，75 岁。门诊病人，2014 年 8 月 2 日就诊。盗汗五年余，五年来入睡则汗出淋漓，醒来衣湿身凉，曾在本院中医内科予中药调治，病情一度好转，持续约一个半月后症状又复如前，有糖尿病史 8 年，口服降糖药物血糖控制尚可，惟白昼恶风怕冷，动则汗出，伴见失眠多梦，心慌不宁。舌质淡红，边有紫气，苔薄，右寸脉弱。

病属中医“消渴”、“汗症”范畴。乃气阴两虚，卫气不固，络脉瘀阻之候。肺合皮毛主一身之表，故取肺经腧穴为主，佐以补气活

血。右寸部脉虚，金不足也，依补母泻子法，取肺经金之母土穴太渊为主穴，佐以关元、气海、足三里、血海，针用补法，以期肺卫得固，营阴内守。连针旬日汗出明显减少，精神好转，又连续治疗十次，告愈，随访四月，未见复发。

【按】 糖尿病在低血糖时可表现大汗等症状，所以本病患者查夜间血糖很有必要，以排除低血糖诱因。

案例 2 痛风

姚 XX，男，72 岁。门诊病人，2014 年 9 月 12 日就诊。诉右足背红肿热痛一周余，在市人民政府医院诊为痛风，予以青霉素及地塞米松等输液治疗，稍有好转，三年来曾多次发作，皆用前药治疗旬日乃愈。现局部仍红肿、疼痛。检查：左足背第三—五跖趾关节红肿，触之肤温稍高，曾查血尿酸：750mmol/L。舌红苔黄，右脉关部稍弱。

本病中医属“痹证”、“历节”等范畴。长期恣食膏粱厚味，壅塞脾胃，生湿化热，湿热之邪痹阻络脉则为病。本病病位在足少阳胆经，故按本经取穴原则取少阳经腧穴为主，根据右关稍弱当属土虚，依补母泻子之法取少经土之母火穴阳辅穴，配足三里、阴陵泉、三阴

交，化湿健脾，针用补法，留针半小时出针后患者诉：“针灸一次胜过一周的青霉素加激素，穿鞋时已没有来时那么挤了”，治疗三次患者恢复如常。

【按】本法共治三名患者，都 1—3 次而愈。

案例 3 头痛

顾 XX，女，62 岁。门诊病人，2014 年 7 月 13 日就诊。主诉头痛十余年，多为后头部疼痛，痛甚时有眼胀，呕吐，每因感寒或情绪紧张焦虑而加重，平素多用去痛片来止痛，每日用 2—3 片，多时一日 7—8 片。其间曾作头颅 CT 检查未见异常。西医体检无明显异常。舌红苔薄，脉左关部稍盛。

本病中医诊为头痛，乃因肝失条达，疏泄失常，逆气循经上扰清窍所致。外感风寒，阻遏清阳；情绪紧张，气机逆乱皆可加剧病情，头痛更甚。治当疏肝理气，佐以祛风散寒。《灵枢·经脉》有“膀胱足太阳……是动则病冲头痛，目似脱，项如拔”。故取太阳经腧穴为主，据左关部洪当属木实，需泻其木之子火穴昆仑，配以风池祛风散寒，太冲疏肝理气。治疗四次后，已无明显疼痛，但患者有不自主去取止痛片欲望，考虑有止痛药成瘾症状，嘱其坚持不服止痛药，为帮其增加停止止痛药信心，前后治疗二十次，告愈。随访三月未复发。

案例 4 痒症

沈 XX，女，65 岁。2014 年 7 月 16 日上午就诊，诉右小腿前缘痒十余年，十余年前因该处“筋伤”，外敷膏药后出现局部痒甚，夜间尤著，因无法忍受而搔抓，直致局部破损出血渗液方解痒，曾用多种药膏等外敷不效。检查局部于胫骨前外侧距踝关节上约 15cm 处有一上下长约 8cm，宽约 5cm 区域皮色稍深，其上有散在丘疹样皮损，疹尖多已结痂，亦有少量疹尖见有淡黄色液体渗出。患者形体稍胖，舌淡红，苔微腻，脉右关部无力。

本病当属中医“痒症”范畴。因脾虚湿盛，流溢肌肤所致。本病病位在足阳明，患者右关脉弱显示土虚，依补母泻子法取本经火穴解溪，先针右侧，次针左侧，留针 30 分钟。次日患者诉夜间搔痒感较前明显减轻，已可忍着不搔抓。连续治疗五次，告愈。一月后随访已无症状，检查局部，肤色如常。十年之痒，五针而瘥。

（责任编辑：陈贇育）

【作者简介】石育才，男，主任医师，上海中医药大学毕业，从事针灸临床工作 30 多年，现为中国江苏省兴化市中医院针灸科主任。

● 特色疗法 ●

现代针灸学脑型耳穴图介绍

Cerebral Model Ear-Point Diagram of Modern Acupuncture

袁其伦 YUAN Qi-lun

现代针灸学脑型耳穴图是笔者综合各方面的知识，结合自己的特长，多年潜心研究，在上世纪八九十年代逐渐形成，并于 1996 年在相关杂志上发表。问世以来，在国内外引起了良好反响。现将这种新耳穴图的科学基础、新型

格局以及现代针灸学调节规律下的脑型耳穴图与临床应用介绍如下。

概述

至今为止，尽管中国已经有了以倒置胎儿

型耳图为基础的所谓“标准耳穴图”方案，但国内外对耳穴的本质和作用规律仍然存在着种种矛盾状况和疑议。例如早在1957年提出倒置胎儿型耳图的法国诺吉（P.Noger）医师本人，又在1982年提出了正置胎儿型耳图和横置胎儿型耳图两个位相[张燕华等.国外医学中医中药分册，（5）：59，1983]，如图1，使人们对耳穴的特异性陷入迷茫。另外，有关耳穴的经络学说和全息学说也都使耳穴格局难以归纳在一个统一的方案中。

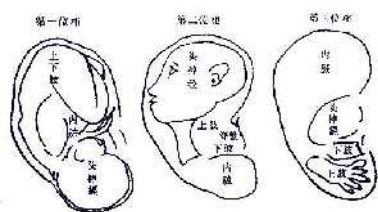


图 1

因此国内外普遍认为耳穴研究的突破需要从整体上来阐明。在上一个世纪的最后十年，被学术界定为了“脑的十年”。笔者在大潮的推动下，结合自己的学术专长，在耳穴与大脑的对应相关性方面做了独到而深入的研究。结果是令人欣喜的：由此不仅发现了耳廓格局与大脑功能格局有着惊人相似的奥秘，而且以此为基准所绘制的耳穴新图从生理病理和临床疗效等方面都有显著提高！由此笔者于1996年提出了脑型耳穴图，并且相关资料相继发表在了：

《实用中医药杂志》[12（6）：36，1996]

《中医文献杂志》[(2)：19-21，1997]

《中国针灸》杂志 [(11)：683-684，2000]

《美国国际临床针灸杂志（英文版）》
[11(4)：285-288，2000] (Yuan QiLun(2000))

The New Map of Ear Points: A Miniature of Cerebral Cortex. *International journal of Clinical Acupuncture*. 11. 285-290)

这些论文发表以后，已在国内外引起了良好的反响。特别是在1998年5月于南京召开的

“第三届国际耳穴诊治学术研讨会”上，作者所报告的关于脑型耳穴图的方案，引起了国内外与会者的热烈关注，并被载入会议纪要。另外，据此图在1996年创制的“高效诊治新穴耳套”还获得了国家专利（专利号：96203815.6）。因此，在本人专著中均有收录：《现代针灸学的理论与临床》（香港：华杰国际出版有限公司，1997）、《现代针灸学临床实用手册》（北京：科学技术文献出版社，2002）、《中华医学的科学之光》（香港：新译中文出版社，2010）。

近20年来临床的应用使笔者体会到：中国式脑型耳穴图比标准耳穴图的构图更科学、格局更合理、疗效更高（图2）。所以，在我国中医药现代化已经出现了新医药学模式（《袁氏新医药模式与临床》，人民军医出版社，2013）的新形势下，笔者认为很有必要重申脑型耳穴图在新医药学中的特别意义，强调生理应激原理在脑型耳穴治疗中的突出作用，从而使中国人自己创造的耳穴图以其科学性和实用性发扬光大于当今世界！

2. 脑型耳穴图的科学基础

应该说，最早揭示大脑与耳部的关系者，可以追溯到我国古代。例如《灵枢》中就有：“十二经脉三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍……其别气走于耳而为听”，“耳者，宗脉之所聚也”，“脑为髓之海……髓海不足，则脑转耳鸣”等等。在近代，恩格斯在他著名的《自然辩证法》一书中有精彩的论述：“在脑髓进一步发展的同时，它的最密切的工具，即感觉器，也进一步发展起来了。正如语言的逐渐发展必然是和听觉器官的相应完善化同时进行的一样，脑髓的发展也完全是和所有感觉器官的完善化同时进行的。”这些也就促使了笔者认识到，耳廓具有了按照大脑功能结构区别为相应耳叶片的可能性。

由此，根据生理学界对大脑皮层功能定位的深入研究，例如一般认为大脑额叶主管人类智力行为和情绪活动等，顶叶主管一般感觉，枕叶主管视觉，边缘叶（内脏脑）主管内脏的调节等。现引用原苏联《生理学》（何瑞荣等译，

人民卫生出版社，1955 年）的一幅图，如图 3 以说明之。这种皮层功能的分布指导了脑型耳穴图的创建和功能分布的确定。

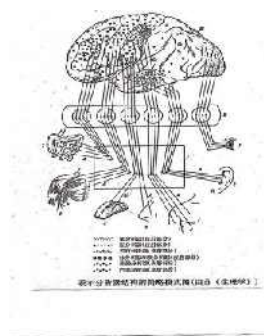


图 2



图 3

3. 脑型耳穴图的新格局

如果把直立的人恢复到其他哺乳动物的横立状态，则人耳不仅与大脑皮层正中纵剖面的外形惟妙惟肖，而且在内部结构方面亦诸多相似。例如人耳明显有可按大脑功能结构区分的许多叶片：对耳轮、耳舟和三角窝类似于大脑的沟和回，耳甲艇和耳甲腔类似于大脑室，外耳道类似于大脑导水管等。在实际人群中，甚至还有类似于大脑中央沟的，即从耳轮脚一直延长到耳轮的阳突等，如图 4。



图 4

有鉴于上，本作者有充分理由依照大脑的分叶将耳廓也分为了五叶：耳廓上部归为耳额叶，耳廓外下部归为耳顶叶，耳垂部归为耳枕叶，耳颞部归为耳颞叶，耳甲艇后部和耳甲腔部归为耳内脏叶。

这样的耳穴分叶也得到了胚胎发生学强有力的支持。现对照图 5 的耳廓发育分区图可以看出：耳颞叶由耳壳结节 1 演发而来，耳枕叶由耳壳结节 6 演发而来，耳内脏叶由耳壳结节 4 演发而来，耳顶叶由耳壳结节 5 演发而来，耳额叶由耳壳结节 2、3、4、5 演发而来。由此也印证了各耳叶的胚胎学基础及脑型耳穴图新格局的必然性。



图 5

按照上述脑型耳穴图的新格局，使人们对耳穴功能的规律性有了全新的认识。例如耳枕叶被划分为眼 1、眼 2、眼 3 等三个穴片；这不仅与脑枕叶主管视力的 17、18、19 区相对应，而且还与临床运用耳垂治疗眼病的事实相吻合。耳颞叶与主管听力的脑颞叶相对应，因此被划分为耳 1、耳 2、耳 3 等三个穴片；其中已有旧耳图的外耳等穴，也与体针主管耳病的耳门、听宫、听会三穴毗邻。在大脑中央沟的两侧分别是主管躯体运动的中央前回（部分脑额叶），和主管躯体感觉的中央后回（脑顶叶）；因此耳穴构图中也以耳中央线（耳轮脚到轮 2 点的连线）为准，把耳轮、耳舟、对耳轮的两侧分别划为了下肢、上肢、躯干的运动穴片（部分耳额叶）和感觉穴片（耳顶叶）。这种划分更好地规范了旧耳图业已部分存在的躯肢耳穴的定位。在耳额叶的其他部分顺理成章地被划分为了与头、脑、面相关的耳穴片。众所周知，灵长类动物，特别是人类大脑额叶最为发达，人的耳额叶也最为发达；并且在旧耳图中已有许多经验穴如神门、头昏点、交感、降压点、枕小神

经等就是对这种新格局的支持。在此值得说明的是,在图3的额叶中标有内部分析器的分布,这可从大脑本身也主管内脏感觉的特性来认识,也提示了在治疗内脏疾患时除了取相应内脏耳穴之外,也可加头部相应的耳穴配合之。最后是位于耳甲艇后部和耳甲腔的耳内脏叶,不仅相似于大脑边缘系统(内脏脑)的侧壁,而且按照神经解剖学有迷走神经的分布,这正是这部分多与内脏器官相关的根本原因。脑型耳穴图还合理地整理了这部分耳穴的布局,即按照消化器官的基本顺序排列,使其更科学地更本质地反映了耳穴对内脏器官的调节规律。

从脑型耳穴图总的耳穴布局来说,约有三分之一的耳穴汲取了各种耳穴旧图中的经验仍沿用之,约有三分之二的耳穴(或耳片)按照新格局作了调整或新划分,并以现代神经生理解剖的规律和术语命名。由此更符合临床实际和产生了更为良好的疗效。另外,根据脑型耳穴图五个耳叶的分布规律和主治效果,明确了耳背同耳前布局一致的格局。这既符合传统认识又高于传统认识,应该是可取的。

4. 现代针灸学调节规律下的脑型耳穴图

按照现代针灸学的观点,耳穴刺激疗法是在整体针灸规律指导下的一种区域针灸疗法。也就是说,在以血管及其交感性神经复合结构为经络本质的认识基础上,耳穴也以其为基本结构,并又以其局部的解剖生理特点,在耳穴刺激疗法中表现出了生理应激的调节和恢复平衡的作用,其中也包括了一般性反应调节,交感抑制性调节和防御性调节等规律。脑型耳穴图更突出地反映了其中的整体规律和局部效应,因此我们称其为在生理应激原理指导下的现代针灸学脑型耳穴图。

通过仔细对照,脑型耳穴图不仅集中具有了胎儿型耳图三个位相的重要部分,而且还更科学和更本质地反映了传统的经验和规律。这里结合旧耳图的部分耳穴以进一步说明之。

肺、大肠、鼻(口)。关于耳穴的经络学说认为耳大肠穴可以治牙痛,并且屡有临床效验。在脑型耳穴图中原大肠穴正处于现口齿片之内,

两者的疗效是基本一致的。另外脑型耳穴图中的鼻片位于与大脑之嗅脑(包括嗅球等)的相似位置,且与新图口齿片和肺片邻近,这更在本质上反映了经络学说中三者的密切关系和相互影响。

心、小肠、舌。传统医学认为心与小肠相表里且开窍于舌。依脑型耳穴图,原小肠穴归入舌咽片,新小肠穴片又与心穴相近,故三种器官的密切关系更得到了明确的反映。

肝、胆、目。由于肝和胆的神经节段及消化功能是基本一致的,故新图将原是分开之二穴归为一个“肝胆”穴片。肝胆与眼的关系可从消化和血循环等方面去理解。

脾、胃、口。因脾和胰在解剖位置和神经节段方面大致相同,故在新图中将原脾穴统归为“脾胰”穴片。新图的脾胰与胃及舌咽和口齿穴片都相距较近且合理,这也符合传统经验。肾、膀胱、耳。在旧图中肾与膀胱相邻,但与肾上腺和内耳相距甚远。新穴中的肾穴与肾上腺和盆腔(包括膀胱)穴紧密相邻,也与主管听觉的耳片相邻,三者影响更为直接。这也明确反映了传统认识。

5. 脑型耳穴图的临床应用

自笔者在1996年新创脑型耳穴图以来,已经作了关于此图的一系列实际工作。例如曾经专门测查了110例健康人和患者,病症阳性发现符合率平均达90.95%。其中“肛门”组检出率脑型耳穴图是标准耳穴图的3.16倍,“下肢”组是1.4倍,“脑2”组是2.75倍。在近几年的临床治疗中,笔者已常规应用脑型耳穴图配合整体针灸疗法达万余人次,对各种病症都产生了良好效果,也使独到的复合针灸疗法更增疗效。

在自我手法按摩方面,笔者所创造了的耳穴按摩疗法即耳功。其口诀是:上提耳颞叶防治头脑病;下拉耳枕叶防治眼睛病;横扯额顶叶防治躯肢病;捏按耳颞叶防治耳朵病;揉压内脏叶防治内脏病。嘱施行者用手指每次操作30回,每天2次,以耳廓发热为度。这种耳功可

以使群众方便地应用脑型耳穴图于预防、保健和治疗，并往往能收到意想不到的良好功效。

另外，为了更充分地发挥这种中国式的脑型耳穴图在诊断和治疗中的突出疗效，笔者特别设计了一种“高效诊治新穴耳套”，并已获得国家专利。由此可以广泛和方便地应用于诊断、治疗、预防和养生之中，从而更好地为中国乃至世界人民服务！

（责任编辑：周斌）

【作者简介】袁其伦，1944 年 11 月生。1968 年毕业于第七军医大学（现第三军医大学）医疗系。中西医结合主任医师。近 50 年来潜心钻研针灸及中医药

的现代化，形成了创新而独到的科学理论和临床经验。编著出版了《现代针灸学概论》（1990）、《现代针灸学的理论与临床》（1997）、《现代针灸学临床实用手册》（2002）、《中华医学的科学之光》（2010）《袁氏新医药模式与临床》（2013）等专著。从中率先成为了生命医学新应激理论的先知先觉者，并以中统西地始创了袁氏现代针灸学和新医药模式，由此唱响了“中医更科学，中医更伟大”的新时代主旋律。曾在 1990 年主持了全国性的“现代针灸函授班”，是“2003 年国家中医药继续教育”两项目的负责人，还获得多项国家专利成果。并曾应邀赴乌克兰、俄罗斯和英国从事针灸和中医药的临床工作，因成绩突出而享有国内外的良好声誉。英国中医师学会资深会员。

●老中医笔谈●

读书偶拾

Culls from Reading

朱步先 ZHU Bu-xian

【摘要】本文是读书笔记，撷取了《医学读书记》《医林琐语》钱牧斋《尚论篇叙》的某些论述及验方加以演绎与引申发挥，阐明用肃肺行水法以逐饮、解毒化滞法以止泻的临床应用，以及大青龙汤降水、小青龙汤化水、越婢汤行水的机理。

【关键词】读书笔记；肃肺行水；大青龙汤；小青龙汤；越婢汤

Abstract: This is a reading note. By picking up and looking deeply into some discussions and proven herbal formulas from the *Notes on Medical Readings* (医学读书记 *Yixue Dushu Ji*), *A Few Words on Medicine* (医林琐语 *Yilin Suoyu*) and Qian Muzhai's preface for the *To Value the Treatise on Cold Damage Diseases* (尚论篇 *Shan Lun Pian*), the author provides very special understandings on some topics of Chinese herbal treatment, such as the method of purging the lung and moving water to expel retained fluid, the method of clearing the toxin and moving the stagnation to cure watery diarrhea, and the mechanism of the Major Dragon Decoction (大青龙汤 *Da Qinglong Decoction*) for downbearing retained water, Minor Dragon Decoction (小青龙汤 *Xiao Qinglong Decoction*) for resolving retained water and the East Servant-Girl Decoction (越婢汤 *Yue Bi Decoction*) for moving retained water.

Keywords: reading note, purifying the lung and moving water, Major Dragon Decoction (大青龙汤 *Da Qinglong Decoction*), Minor Dragon Decoction (小青龙汤 *Xiao Qinglong Decoction*), East Servant-Girl Decoction (越婢汤 *Yue Bi Decoction*)

清人张潮云：“读经宜冬，其神专也；读史宜夏，其时长也；读诸子宜秋，其致别也；读诸集宜春，其机畅也。”堪称得读书之三昧矣！笔者无古人之风雅，但亦喜读书，每逢佳作名篇爱不释手，反复涵泳，力求明了书中之意、言外之旨。偶有会心，信笔志之，爰录数则，以飨同好。

一、肃肺行水

尤在泾《医学读书记·肺消》：“肺居上焦，而司气化，肺热则不肃，不肃则水不行；肺寒气不化，不化则水不布。”此虽针对肺消的病理而言，然从寒热两端，对待立说，阐明肺的气化功能对人体水液代谢的影响，发人深思。

饮为阴邪，凡水饮停聚胸膈，属于肺寒者，宜温宜化，此为常理。若饮邪癖积殊甚，亦不费攻逐之法。然则肺热何以导致水停不化？盖肺主气，热则伤气，遂使肃降失职，治节不行之故。此类病证，则非清非润不可，这才是尤氏此论之精义所在。用苦寒清热、甘寒润燥之品以行水，理似难明，义则可通，临床亦可验证。

试观渗出性胸膜炎，在少阳机枢不利、饮停胸膈，兼见口渴时，用小柴胡汤加天花粉，疗效可稽。其获效的机理，固可从“上焦得通，津液得下”作解，其实与黄芩、花粉肃肺有关。肺气得肃，水饮自行。因此说黄芩、花粉能逐饮亦未尝不可。

尝考《本经》，有黄芩“逐水”之明文，《别录》又称其“利小肠”，凡肺热咳嗽，用黄芩后咳止而痰水俱除，小肠热结，小便不爽，用黄芩伍入通淋利尿之品而小便通利，均可体悟黄芩逐水之义。黄芩寒以清之，苦以泄之，开郁散结，其水自行。《药性论》称其“破拥气”，想亦有见于此。

天花粉味甘微苦，性微寒，为生津止渴之良药。至于逐饮，诸家本草罕见记载，惟仲景书中可见端倪。日人丹波元坚独出心裁，在《伤寒论述义》中，认为柴胡桂枝干姜汤中用天花粉意在“逐水饮”，并认为牡蛎泽泻散中用天花粉，是“取其淡渗，不取其生津”。余终觉与

其说花粉淡渗利水，不如说其肃肺行水为妙。

天花粉既生津又行水的功能，可从《金匱》“栝蒌瞿麦丸”（天花粉、茯苓、山药、附子、瞿麦）获得进一步的领悟。此方主治“小便不利者，有水气，其人若渴”之证。系上热下寒，气不化水，水气内停之候。惟其口渴，故用天花粉清热生津，以肃肺气；小便不利，故用附子温肾化气，瞿麦通利小便；山药甘平，茯苓甘淡，甘能守中，“淡味渗泄为阳”（《素问》），“俱先上行而后下降”（邹润安语），二味并用补中寓渗、寓泄，上达肺气，下通肾气，枢转上下。此方药仅五味，然肺脾肾一以贯之，体现了人体水液代谢的大循环，不仅温药能化水，清润药亦能行水。可见仲景用药之神妙。

二、水泄良方

陆九芝《医林琐语》记载了一张治疗水泄之验方：“洞泄即水泄，用白蒺藜、野大蒜、萝卜英、芥菜花四种各三钱，煎服立效。以治水泄不止者最妙，此先母记得是家传方也。”洞泄不止，其状如水，不用燥湿、分利、升阳诸法，独取寻常易得之品，信手拈来即收佳效，用意值得推敲。

首先，这张处方引入了解毒止泄这一概念，这在历代方书泄泻门颇不多见。《素问·阴阳应象大论》谓“湿胜则濡泄”，以湿为主因，固无可厚非；但究之临床，水泄以饮食不慎者为多，滋食肥甘、生冷、炙煨、酒浆，或不洁之食物引发最为常见。大蒜功擅辟秽解毒，不仅能解饮食之毒，亦能解水湿之毒，正是所宜。且其味辛性温，能下气暖中，强脾助运，促进消化吸收。萝卜英功近莱菔，冬月采后风干备用，若置于房瓦上，经霜打、日晒，至春收尤良。其质轻虚，不仅清咽消痰，愈喉痛失音，且消食化滞，化食积于无形，为疗泄泻、痢疾之良药，水泄胃肠积滞故选用之。芥菜花得春令生发之气，能养肝明目，养胃化滞，疗痢疾、泄泻。此物尤擅化乳滞，小儿乳食不消，以吐乳（吐乳），或大便泄泻，色绿成片状为特征，取芥菜花、橘红二味酌量作煎剂，频频饮之，甚效。其味甘性平，可当甘草之用以和胃，而化

滞之功则甘草所不具。水泄不止，必有腹胀、肠鸣等见症，此方不用理气药，独取善于疏肝之白蒺藜，方之灵动在此。肝主疏泄，白蒺藜具疏风解痉、宣通郁滞之功。笔者历验，其能调节肠蠕动，消除肠胀气，减轻肠鸣，是以不用理气药，而理气已在其中矣。

要之，此方为强脾和胃、解毒化滞、治疗水泄之良方。循其意而扩充之，又在医者化裁变通。

三、驭龙

钱牧斋在明末清初享誉文坛，曾为喻嘉言《尚论篇》作叙，盛赞喻氏能明仲景驭龙之奥秘：“吾观其论大青龙一章，以其雷雨满盈、飞腾荡涤之神用，缩而为小青龙，则龙首藏于蚕蠋，驯而为越婢，则龙身化为丝絃，白虎以其成对待，真武以镇其奔佚，通天下之手眼，驭龙之心法，旁见侧出，孤映绝照，千载上下，岂非有神者告之！”将喻氏宏篇大论浓缩为简洁的文字，以方名论方义，将大青龙汤、小青龙汤、越婢汤三方降水、化水、行水的功能发挥得淋漓尽致，读来令人兴味盎然，堪称佳绝。

《素问·阴阳应象大论》以“阳之汗，以天地之雨名之”，天以阴阳交而后有雨，人亦阴阳和而后有汗。天气郁蒸，阴阳否隔，密不透风，酷热难当；在人则高热、烦躁、无汗；求雨不得雨，欲汗而无汗。然郁极则通，青龙奋起，正是其时。龙为阳物，其生于水，故能引阴气上行，化而为云，在天地交而未畅之际，阴云密布，电闪雷鸣，继则云从阳化，大雨滂沱，酷热顿消，复入清凉之境。大青龙汤由麻黄、桂枝二汤合方，去芍药加石膏而成。芍药苦泄酸收，有碍青龙之升腾。用石膏者，一则风以鼓之，润以济之，为麻、桂作汗之资，亦犹青龙兴云致雨之意；一则不使龙过亢也。故知大青龙汤乃降水之剂。

小青龙汤适用于伤寒表不解，心下有水气之证。由大变小，故谓之“缩”。钱氏谓将“龙首藏于蚕蠋”，这真是“大之则弥于宇宙，细之则摄于毫厘”了。小青龙汤不仅有芍药，复加五味子以敛肺，则青龙无以奋飞，麻、桂专于

化水；更加干姜温化水气；细辛辛润行水；半夏降逆除满；则水焉得不化？故知小青龙汤意不在解表，乃化水之剂。

越婢汤乃大青龙汤之变方，适用于“风水恶风，一身悉肿，脉浮不渴，续自汗出，无大热”者。乃水失统御，泛滥肌肤，营卫壅遏，卫表不固之候。方中之麻黄，既无桂枝之助，又为石膏所制，发表无力，转入入里利尿；石膏肃肺行水，味淡亦有利尿之功；生姜疾行卫气，助石膏行水，且与大枣相伍，调和营卫，营卫和则泛滥肌肤的水气无以留著；甘草守护中州，不使水气漫溢。综观全方，行之、导之，俾决渎有权，浮肿顿消。岂止“龙身化为丝絃”，简直神化无迹了。故知越婢汤乃行水之剂也。

合而观之，大小青龙或伸或缩，乃言神龙之变化；大青龙、越婢，或显或隐，乃言神龙之出没；明乎此，驭龙可扼其要。龙或升或潜，或大或小，驯龙、从龙、潜龙，必神思如龙，驭龙方可得心应手。此种境界心向往之。

医学并非文学，然为医者又不能不通文理。钱氏在叙中云：“嗟乎！不通天地人，不可以言儒；不通天地人，不可以言医。昔人有言，以至精至微之道，传之以至下至贱之人，儒以学术杀天下，医以经方杀天下。”良药苦口，引为自警。

钱氏此叙，收录于《牧斋杂著》，现代出版的《喻嘉言医学全书》未见，惜哉！

（责任编辑：陈赞育）

【作者简介】朱步先，男，江苏泰兴人，著名中医学者和临床家。始承家学，后拜朱良春和朱则如为师，已从医五十余载。曾任江苏省泰兴中医院副院长、《中医杂志》副社长兼编辑部主任、《中国大百科全书·传统医学卷》编委及理论分支副主编、《中国医学百科全书·中医学》编委、《现代中医内科学》副主编等。1992年旅英，专注于中医临床及学术研究，出版有《〈普济本事方〉发微》和《寒热并用方对串解》两部专著。

團結 才能更強大

Together, We Are Stronger!

加入我们，做自信的中医！



英國中醫師學會

Federation of Traditional Chinese Medicine Practitioners UK