

ISSN:2049-4289

2013年第2卷第2期

2013 Volume 2 Issue 2

英國中醫

JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK

ISSN 2049-4289

04 >



9 772049 428008



目 录

CONTENTS

论著 Original Articles

- | | | |
|---|------------|---|
| 中医不孕症辨证论治特色和研究方向 | 马伯英 | 3 |
| Speciality and research direction of TCM treatment of infertility | MA Bo-ying | |

欧洲中医 Reports from Europe

- | | | |
|--|----------------|----|
| 从时间针灸到时空针灸 | 朱勉生 | 8 |
| From Time-Acupoint acupuncture to Time-Acupoints-Space acupuncture | ZHU Mian-sheng | |
| 时空针灸纳子法大通经对顽固性疼痛的临床特效 | 陈春信 | 17 |
| The outstanding effectiveness of Na-zi method and all-meridian-connecting method of Time-Acupoints-Space acupuncture in treating intractable pains | CHEN Chun-xin | |

学术探讨 Academic Reports and Discussion

- | | | |
|--|--------------|----|
| 谈苡蓉治痢 | 朱步先 | 22 |
| Use of Roucongrong (Herba Cistanche) for dysentery | ZHU Bu-xian | |
| 从倒换散得到的启示 | 王友军 | 23 |
| Inspiration from the formula of Daohuan Powder | WANG You-jun | |

临床经验 Clinical Studies

- | | | |
|---|---------------|----|
| 补泻兼施在炎性肠病中的运用 | 殷鸿春 | 25 |
| Reinforcing-reducing method in herbal treatment of IBD | YIN Hong-chun | |
| 透刺法结合推拿治疗肩周炎临床观察 | 周 斌 | 29 |
| Observation of penetration acupuncture combined with Tuina on frozen shoulder | ZHOU Bin | |

调查和综述 Survey and review

- | | | |
|---|--------------------|----|
| 针灸治疗中风的临床调查 | 贺明睿 | 31 |
| Acupuncture and stroke rehabilitation: a questionnaire survey for practitioners | Hannah Ming Rui HE | |
| 瑞士中医的现状 | 周 斌 | 35 |
| Situation of traditional Chinese medicine in Switzerland | ZHOU Bin | |

老中医笔谈 Experts' Notes

化腐生肌治愈膝疮腿

Putridity-resolving and tissue-regenerating method on shank sore

安家丰
AN Jia-feng

40

中药研究 Herbal Research

用茶治泄痢古方考析

Research and analysis of ancient herbal formulas of tea leaves in treatment of diarrhoea and dysentery

王友军
WANG You-jun

42

杏林论坛 TCM Forum

谨辨病与证，慎勿倚或偏

Accurate treatment comes from careful identification of pattern and disease

袁炳胜
YUAN Bing-sheng

45

英国中医 JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK

2013 年 8 月 第 2 卷第 2 期 AUGUST 2013 , VOLUME 2 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

总编审 Editorial Consultant: 朱步先 ZHU Bu-xian

主编 Chief Editor: 王友军 WANG You-jun

责任编辑 Editors: 陈赞育 CHEN Zanyu, 袁炳胜 YUAN Bing-sheng, 周斌 ZHOU Bin,

英文编辑 English Editor: 王友军 WANG You-jun

英文顾问 English Consultant: Alicia Ma

广告/印刷/财务 Advertisement, Publishing & Financial Manager : 张卓涵 ZHANG Zhuo-han

封面设计 Art Design: 王友军 WANG You-jun

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 董志勇 DONG Zhi-yong, 张卓涵 ZHANG Zhou-han, 张欣 ZHANG Xin

学术顾问委员会 Academic Consulting Comeettee : 朱步先 ZHU Bu-xian, 安家丰 AN Jia-feng, 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

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

中医不孕症辨证论治特色和研究方向

Speciality and research direction of TCM treatment of infertility

马伯英 MA Bo-Ying

【摘要】不孕症的西医治疗，从 1963 年经澳大利亚被誉为“生殖之父”的 Dr Alan Grant 在临床开创使用 Clomiphene（克罗米芬）和 1978 年英国剑桥大学 Professor Robert Edwards 首例实施 IVF 治疗成功以来，有了长足发展。但是，仍然有很多不孕症患者，无法得到理想疗效。而有不少病例，现代医学难以查明原因，治疗更是束手无策。以辨证论治为特色的中医学，正好在这方面显示出特殊优势。本文兹就中医对不孕症的辨证论治特点予以分析，并附成功的个人经验以供参考。作者认为，陈士铎的“十不孕”论对中医不孕症辨证论治有重要启发价值；中医从肝、从肾、从瘀论治不孕症，是成功的钥匙；滑脉和经典方剂的研究是较快捷而易有成果的突破口。

【关键词】不孕症；辨证论治；中西医结合

Abstract: The treatment of infertility was greatly developed in modern medicine since Dr Alan Grant, the “Father of Infertility Practice” in Australia, started using Clomiphene in 1963 and IVF (In Vitro Fertilisation, Professor Robert Edwards of Cambridge University) was successful firstly in the UK in 1978. However there are still many cases that cannot be cured in particular as doctors cannot find any cause. For such cases TCM treatment has a demonstrable superiority that we successfully practised in the UK. This paper shows the classification and the TCM pattern identification and personal experience for reference in clinical practice. Dr CHEN Shiduo's theory of diagnosis in Qing dynasty is valuable for consideration and it is of importance that Liver depression, Kidney deficiency and Blood stagnation are the key points of diagnosis and treatment. The slippery pulse and classical formulas could be the ingress for researching.

Keywords: infertility; pattern identification and treatment; integrated traditional Chinese and Western medicine

1. 小引

不孕症一般定义为：育龄期妇女同居两年以上，男方生殖功能正常，未避孕而不孕者，为原发性不孕症，中医称“无子”；曾有过妊娠而后间隔两年以上，未避孕而不再受孕者，为继发性不孕症，中医称“断绪”。现今，由于避孕药的长期、广泛和大量使用，性生活过度，情绪忧郁等致病因素的广泛影响，不孕症已成为妇科临床多发和常见病。面对很多致病因素，目前西医药还缺乏有效治疗方法。以辨证论治为特色的中医学，恰恰在这方面可以一展所长。本文对此做一简要分析。

2. 不孕症的西医学分类

一般可以简单分为：

一、器质性病变不孕。例如先天性生殖器官畸形、输卵管阻塞、卵巢囊肿、子宫内膜异位、子宫后倾、子宫或附件炎症，以及卵巢或子宫肿瘤等恶性病变。

二、内分泌激素紊乱不孕。雌激素、雄激素、孕激素等与性生殖有关者；甲状腺、肾上腺、胰腺等激素分泌异常也可致成不孕。

三、遗传、免疫、精神、营养等等影响因素也可能导致不孕。

四、其他原因不明的不孕。

3. 陈士铎的“十不孕”与中医辨证分型

清代医学家陈士铎的《石室秘录》(1687 年后撰写)中云：“女子不能生子，有十病。十病维何？一胞胎冷也，一脾胃寒也，一带脉急也，一肝气郁也，一痰气盛也，一相火

旺也，一肾水衰也，一任督病也，一膀胱气化不行也，一气血虚而不能摄也。”^[1]

陈士铎所论十不孕，至今为中医妇科不孕症辨证所沿用。例如刘兰芳《中医妇科疑难杂症诊疗备要》将之分为肾阳虚衰型、肾阴不足型、肝气郁结型、痰湿内阻型、血瘀阻滞型、血虚气弱型、胞宫寒冷型，大抵一致，唯“脾胃寒”、“带脉急”、“任督病”不在其中。而据笔者临证体会，此三种辨证类型，对针灸治疗不孕甚有指导意义，应该予以重视。

4. 不孕症的中西医治疗大略

不孕症的西医治疗，主要是对因论治。对器官病变，主要以手术、消炎为主。例如肿块切除，输卵管再通，抗生素治疗等等。对于子宫后倾，可以建议改变性交体位方法而增加怀孕机会。其他手术、抗炎方法无法去除或纠正病因者，则常宣告不治。

内分泌失调则用激素以调整内分泌。1963年澳大利亚的Dr Alan Grant (1905-1987)研究并率先采用Clomiphene (克罗米芬) 对抗雄激素过多，促进卵泡发育成熟、排卵后形成黄体，中断类固醇激素异常代谢，从而达到恢复卵巢功能而提高受孕机会，可单用或与激素合用。此药大大提高了不孕症治愈率，改变了单纯激素疗法效果不彰的局面，因此在澳大利亚被誉称为“生殖之父 (Father of Infertility Practice)”^[2]。此外，维生素E，又称生育醇，对不孕症有辅助治疗作用。

对于不孕症因为基因遗传、免疫对抗、服用避孕药时间过长、精神心理等所致，或完全找不到原因的不孕症病人、经以上治疗不效的病人，医生仍是束手无策。直到1978年剑桥大学的Professor Robert Edwards 试验IVF (In Vitro Fertilisation) 成功^[3]，第一例试管婴儿娩出，才有了新的曙光。但是至今试管婴儿成功率仍50%不到。应该指出，最早IVF动物实验 (兔子) 成功的是中国人张明觉先生 (1959)^[3]，后来的IVF研究无不受其影响。

中西医结合或单用中医药治疗输卵管阻塞等器质性原因、下丘脑-垂体-卵巢轴功

能紊乱、黄体功能不全、及免疫因素等所造成的不孕症效果良好；此外，单纯IVF不成功的病例，经一定时间的针灸和中医药辅助治疗，能明显增加IVF成功率。

5. 不孕症治疗经验和常用方

不孕症的治疗，笔者主张辨病与辨证相结合，中西医两种方法并用。当西医无法可用或病人不接受西法治疗之时，单用中医方法亦是可见效的。妇科疾病，尤其不孕症，中医多以调理肝肾、平衡阴阳、调和冲任、补气养血、活血祛瘀等为基本原则指导治疗，诊断一旦明确，方剂不难觅得。以下从辨病与辨证相结合的角度，根据有关典籍和个人经验，提出一些治疗方药供参考。

5.1 血瘀和宫寒型不孕的中医论治

辨证论治，是中医学临床的重要特色。血瘀和宫寒，是不孕症临床治疗需要高度重视的重要病机：

5.1.1 血瘀相关病症导致不孕的治疗

临床妇科疾病尤其不孕症，有相当大一部分与血瘀有关：少腹包块如多囊卵巢综合症、附件炎症后粘连如输卵管闭塞、子宫内膜异位等，皆常有月经不调、痛经，经血过多或过少、色紫有血块，少腹痛拒按，有时牵涉腰骶痛，舌暗或紫，脉涩等血瘀证表现。

一般可用桃红四物汤加丹参、白芍、制香附、怀牛膝，并根据辨证加减。如肾阳虚加官桂、艾叶、紫河车、补骨脂；肾阴虚加女贞子、旱莲草、丹皮、地骨皮；肝郁加柴胡、青皮、桔梗、八月札；痰湿加厚朴、陈皮、巴戟天、淫羊藿；少腹痞块加三棱、莪术、穿山甲、王不留行、败酱草、路路通、海蛤壳、荔枝核、土贝母等。

或以王清任“少腹逐瘀汤”或“血府逐瘀汤”主之，加减亦如上。如果经行少腹胀痛著者加柴胡、木香、枳壳、香附理气止痛。有气血不足、冲任虚损者，可先以参芪四物汤合五子衍宗丸与之，虚损改善后，再随证更方。

桂枝茯苓丸常用于子宫肌瘤。亦可用于卵巢囊肿，并可酌情选用龙胆泻肝丸、当归

芍药散、温经汤、化癥回生丹等。

子宫内膜异位可选用抵当汤、桃红四物汤等。

5.1.2 胞宫寒凝或干涩所致不孕症

脾肾阳虚，是不孕症的重要病机。陈士铎将“胞胎冷”列为不孕十病之首，是很有道理的。笔者临床发现，许多西医无因可查、中医四诊皆见正常之病例，往往与胞宫冷有关。胞宫冷则使精子活动能力降低，着床成功机会减少。此种病人，需要加询其夫，多半性交时感觉女方阴道凉冷，使男方性悦程度下降，女方性欲要求低，行房性事很难达到高潮。一般临床医生不太注意此一问诊内容，错失准确诊断方向。

治疗此类病例，笔者以暖宫孕子丸（熟地、川芎、艾叶、黄芩、香附、白芍、当归）、或艾附暖宫丸（《沈氏尊生书》）、毓麟珠（《景岳全书》）加减，临床每见奇效。

韩玉辉自拟方：延胡索、荔枝核、当归、炒蒲黄、赤芍药、干姜、川芎、官桂、炒茴香加减。此方适用于输卵管阻塞不孕。

亦可施用外治法，方药可参考刘兰芳所列诸法。笔者曾试用《千金翼方》、《串雅外编》有关方药加减有效。

女子行房感到阴道干涩少液，甚至局部疼痛，可用《证治准绳》肉苁蓉丸或九芝堂“苁蓉补肾丸”。此症多与肝肾阴虚相关，可用《傅青主女科》养精种玉汤合张景岳左归丸治之。

5.2 西医辨病与中医辨证相结合治疗不孕症

在现代临床辅助检查条件下，西医辨病与中医辨证相结合，有助于合理选用方药，提高治疗不孕症临床疗效：

5.2.1 炎症性病症引致不孕症的治疗

如子宫内膜炎、附件炎、宫颈炎、阴道炎、淋病及阴道滴虫等。在西医，急性期多以抗生素消炎、灭滴灵除滴虫等。此类导致不孕的病症多为慢性，有阴道痒痛、白带多而色黄或如米泔豆渣等临床表现，苔黄腻，

脉滑数。中医诊断为脾失健运，湿热蕴结。可以萆薢祛湿汤（川萆薢、黄柏、赤芍、丹皮、泽泻、滑石、通草、车前子、川牛膝、甘草）主之，龙胆泻肝汤、知柏地黄汤、愈带丸等皆可选用，丹栀逍遥散对消除生殖道炎症也有较好作用。

炎症造成输卵管功能障碍，张锡纯理冲汤、桂枝茯苓丸等常可用。刘兰芳引乐秀珍、李祥云二氏分气虚血瘀、气滞血瘀、寒湿凝滞、痰湿瘀滞、热盛瘀滞五种证型分别治疗，可做参考。

5.2.2 排卵功能障碍相关器质性不孕症

排卵功能障碍可由子宫和生殖道器质性疾病如无子宫、宫颈闭锁、处女膜闭锁（石女）等造成，本文暂不讨论。

5.2.3 内分泌功能失常导致不孕的治疗

临床不孕症更多见下丘脑—垂体—卵巢轴或甲状腺、肾上腺内分泌功能失常。西医有很多种实验室检查方法可以帮助诊断。如下丘脑—垂体功能低下性月经失调、多囊卵巢综合症、功能性子宫出血、高泌乳素血症、未破裂卵泡黄素化综合征、无反应卵巢综合症、卵巢早衰、甲状腺或肾上腺皮质功能失调等，西医主要以激素、克罗米芬、手术等法治疗。

高雄激素者中医治疗宜调和冲任，平衡阴阳，王惠珍医师《妇科专方辨病治疗》自拟“补肾种玉汤”（熟地、肉桂、淫羊藿、黄精、菟丝子、白芍等）认为可以降低雄激素而促排卵。子宫发育较差，经行少腹冷而隐痛加鹿角霜、紫河车，加 Vit.E 效果较好；乳胀失眠而面有痤疮，多因肝郁气滞、郁而化热，加柴胡、苏罗子、合欢皮；腹泻纳差是兼脾虚，加党参、白术、扁豆。

增益气血，补肾疏肝，王氏另拟“助孕汤”：党参、怀山药、熟地、菟丝子、枸杞子、白芍、当归、覆盆子、香附、白术。加减：肾阴虚加二至丸和何首乌；肾阳虚加淫羊藿、仙茅、肉桂、巴戟天；肝郁气滞加柴胡、郁金、桔核、路路通等可调整女性内分

泌,无排卵者在卵泡期服之可促进卵泡生成。卵泡生长缓慢或停滞者,卵泡期重用补肾药,排卵期重用理气活血药;卵泡发育成熟而未排出,于排卵期重用理气活血通络药。

广州中药一厂成药“滋肾益胎丸”(菟丝子、续断、巴戟天、杜仲、熟地、鹿角霜、枸杞子、阿胶、党参、白术、大枣、砂仁)可用于排卵障碍,激素水平低下而不孕者。

5.2.4 黄体机能不全相关不孕症的治疗

黄体功能不全(LPD)是指黄体发育不良或过早萎缩,从而使孕激素分泌不足,子宫内膜分泌反应不良而影响孕卵着床、生长。此类有受精卵而不孕或早期流产,也是IVF失败的重要原因。其临床多无明显症状,月经大多正常,偶有经前乳胀、腰酸乏力、浮肿。

西安博爱制药有限责任公司以倒卵叶五加、肉苁蓉、熟地黄、肉桂等制成“佳蓉片”,认为对黄体不健所致不孕症有效。

刘兰芳认为治疗黄体不健与排卵功能障碍,可按中医辨证运用相关方剂:肾虚痰凝用苍附导痰丸、星芎丸、肾气丸合用;肝肾阴虚用养精种玉汤加减;肝郁化火用丹栀逍遥散、越鞠丸加减;脾虚血亏用圣愈汤(《兰室秘藏》);脾肾阳虚用毓麟珠加减^[4]。有人认为六味地黄丸对此亦有效。

5.2.5 免疫性不孕症

免疫性不孕是由于女子体内产生抗精子抗体,使精子发生运动障碍、凝集和最终死亡而无法授精所致不孕。此多与女性生殖道损伤、炎症等致使免疫系统屏障破坏有关。男子精子、精浆具有抗原性,性交多次后,女子生殖道内产生相应抗体和免疫细胞,抵抗精子受孕。西医用人工授精或IVF方法治疗。

中医治疗此型不孕亦有不少经验有效报道,《沈观印话不孕》一书^[5]有较详细罗列。王惠珍自拟助孕I号丸(菟丝子、女贞子、金樱子、当归、地黄、甘草等,适于偏肾阴虚者)和II号丸(菟丝子、淫羊藿、金樱子、党参、丹参、赤芍、甘草等,适于偏

肾阳虚者),认为前者有清除已形成抗体、抑制新抗体产生的作用;后者可抑制抗体形成及促进已沉积的抗原复合物吸收和消除。另有助孕丹栀逍遥散谓可使抗精子抗体阴转,对肝经郁热精子抗体阳性者有效,皆可供参考^[6]。免疫性不孕症尚需要深入进行临床和实验室研究。

5.2.6 肥胖、瘦弱及精神心理因素等所致不孕

从西医看来,肥胖者多半有激素不调;中医辨证为痰湿内蕴,阻滞冲任胞宫者,可用《成方切用》“启宫丸”、或苍附导痰丸(《叶天士女科》)、星穹丸(《丹溪心法》)及肾气丸(《金匱要略》)合方加减与之,乐秀珍、李祥云自拟导痰通络汤(见刘兰芳书引)亦可参看试用。

脾肾阳虚型,可用罗元凯种子验方:菟丝子、桑寄生、熟地黄、党参、白术、破故纸、当归、覆盆子、淫羊藿、狗脊、艾叶、炙甘草。兼肝郁之经前紧张症加枸杞子、香附;兼气滞血瘀痛经加失笑散。

笔者曾治疗肥胖型不孕一例,以忧郁症状为主,与加味逍遥丸,服药后忧郁症状消失,不久怀孕,未作肥胖治疗,竟亦获愈。

瘦弱者多有血虚气弱,可以十全大补汤、八珍汤合调经促孕丸(同仁堂成药)有效。其它如坤宝丸、乌鸡白凤丸、妇科调经片、种子丸、温经丸、桂枝茯苓丸亦可选用。

许多没有器质性、内分泌紊乱表现者,大半有忧郁问题,即肝气郁结,可用加味逍遥丸与开郁种玉汤(《傅青主女科》)加减治疗。丹栀逍遥散(《女科撮要》)或王惠珍“助孕丹栀逍遥散”^[6]亦效。

5.2.7 IVF失败后的中医治疗

此类病例,可能与幼稚型子宫有关,罗元凯常用自拟菟丝汤:桑寄生、菟丝子、金樱子、党参、白术、当归、炙甘草。王惠珍用补肾种玉汤加鹿角霜、紫河车。沈观印用桃红四物汤加当归、破故纸、制香附、柴胡、官桂、三棱、莪术、紫河车治疗^[5],加用艾条灸(或代灸膏)关元、臌中、子宫、三阴交有效。笔者以中药加针灸治疗多例(其中

一例 9 次 IVF 失败), 有的治疗后怀孕; 有的在做 IVF 即获成功。

6. 结论和启示:

综上所述, 中医用针灸和中药治疗不孕症之价值在于: 西医认为不明原因、无法可施的不孕症, 中医有办法治疗; 西医用激素、手术等等无效者, 通过中医治疗仍有帮助成功怀孕之可能; 即使 IVF 失败妇女, 经单用中医治疗或与 IVF 合作进行治疗也还有可能使之怀孕。其中的机理, 值得进行研究, 予以揭示。中医诊疗妇女不孕症, 重在肝郁、肾虚、血瘀, 是成功钥匙。临床中胞宫冷比较容易被忽视, 应予纠正。

另外附此一说: 笔者在临床中体会, 脉诊在中医妇产科诊断中有重要意义, 如果滑脉研究与西医试纸验孕对照检验, “男左女右”与超声波检查对照检验, 对于脉学研究和妇产科孕产研究, 可能颇具价值。这是因为滑脉相对其它脉象比较容易辨别而且有特异性意义, 如果运用脉象仪与一组有经验

中医师把脉, 与西医孕纸试验及 B 超检测做双盲对照研究, 可以作为妇产科中医脉学研究的一个切入点, 取得成果。

(责任编辑: 袁炳胜)

【参考文献】

- 1 (清)陈士铎. 石室秘录. 王树芬, 裘俭整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006. 中医临床必读丛书
- 2 First Australian Life Member: A.M.B. Grant: "Alan Grant can truly be named The Father of Infertility Practice". *The Fertility Society of Australia Newsletter*, 1985:2
- 3 张令浩. 不孕症诊治问答. 上海: 学林出版社, 1995:171
- 4 刘兰芳. 中医妇科疑难杂症诊疗备要. 北京: 人民军医出版社, 1999:681-696
- 5 沈观印. 沈观印话不孕. 上海: 上海科技出版社, 1996
- 6 王惠珍, 江素茵. 妇科辨病专方治疗学. 北京: 人民卫生出版社, 2000



【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

【About the Author】 Professor Dr. BoYing MA is the Chairman of FTCMP and an expert of Chinese and Western medicine. He is/was professor of many universities in China and overseas as well as at Kingston University. He is a Life-fellow of the Royal Society of Medicine and a co-operator of Dr Joseph Needham (1900-1995) for the volume of TCM in the *Science and Civilization in China*. Dr Ma is in particular skilled in the treatment of difficult cases. He published more than 10 books and 300 articles: the new 2 volume book *A History of Medicine in Chinese Culture* was published in 2010.
Email: collegexpct@yahoo.co.uk

从时间针灸到时空针灸

From Time-Acupoint acupuncture to Time-Acupoints-Space acupuncture

朱勉生 ZHU Mian-sheng

【摘要】时空针灸从两方面发展了时间针灸。首先是把时间穴位从就诊时穴扩大到了病因病机时穴，提出了时间穴位具有“记忆功能”的概念和运用方法；其次总结出了与时间穴位同根同系的空间穴位及其针刺方法，将空间穴位的作用概括为“同构功能”。由于时间穴位的延伸以及空间穴位与时间穴位的紧密连接，将单纯运用就诊时穴的时间针灸提升为时空针灸。时空针灸在治疗欧洲疑难病症中发挥出快速、持续、长期的优质临床疗效，究其根源是充分利用了天人相应的时空纽带，将人体能量流调整到针对病证个体的最佳场效应状态。在这个意义上，时空针灸为发展中国针灸原创做出了有意义的探索。

【关键词】时间针灸；时空针灸；时间穴位的记忆功能；空间穴位的同构功能；针灸优质临床效应；人体能量流场效应

Abstract: Time-Acupoints-Space acupuncture has promoted Time-Acupoint acupuncture in two ways. The first is to have added etiological and pathological time-acupoints to the previous single time-acupoint based on operating time, and to have proposed the concept of “memory function” of time-acupoints and its practical method. The second is to have established the therapeutic method of space-acupoints which comes from the same theory system as time-acupoints, by summarizing the function of space-acupoints as “isomorphism of space-acupoints”. Through the extension of time-acupoint and the close links between time-acupoints and space-acupoints, Time-Acupoint acupuncture which simply chooses single time-acupoint was developed into Time-Acupoints-Space acupuncture, a more complex method. Time-Acupoints-Space acupuncture has shown its quick, continual and long-lasting effects in the treatment of difficult diseases and cases in Europe and is believed to achieve this by utilizing the time-space connection of “correspondence between nature and human” and adjusting the flow of body energy to the best level of its field-effect. Thus Time-Acupoints-Space acupuncture is of some significance in the exclusive exploration and development of original Chinese acupuncture.

Keywords: Time-Acupoint acupuncture; Time-Acupoints-Space acupuncture; memory function of time-acupoints; isomorphism of space-acupoints; excellent clinical effects of acupuncture; field effect of energy flow of human body

历临床运用时间针灸方法，即子午流注（含纳甲法和纳子法）、灵龟八法、飞腾八法等，主要使用就诊时穴，同时配合一些与病证有关的穴位，这样的方法是有相当效验的，然而存在一定的缺陷。首先，在传统上就诊时穴被称为“开穴”，指它们具有进入经络气场的“开门”作用，强调了时穴疏导气流周转的普适性，但是这种普适性通常缺少针对患者个体的特适性。第二，更为重

要的是那些同病证相关的穴位与就诊时穴之间缺少一种内在的联系，两者相配难免有各自为战之嫌。因此这样的针法难以获得优质临床效验，致使部分针灸大夫对时间针灸的疗效甚至原创产生诸多疑问。本人在法国和欧洲国家二十多年运用时间针灸治疗数万人次的实践中，发现时间针灸如能加以扩充完善，恰恰是治疗当今疑难病症的快速有效方法，总结提出了时空针灸针法。

1. 推敲时穴，神机妙用

针灸医生在欧洲主要治疗一些久治不愈、多治无效、无法命名、不知如何治疗的疑难病证。患者愿意和盘托出其病变历史和治疗经历，期望针灸能够帮助他们快速地从心身痛苦中解脱出来而且疗效要持续。这样高的临床期望提出了针灸能不能和怎样从本论治的问题。许多经过长期精神心理分析疗法的患者都直截了当地提出：“要是中医不但能够分析出症结所在而且有处理方法，其他症状都将随之改善甚至消解。”这个可以拨动千斤的“四两”在针灸临床是否存在呢？其实只要通盘审理患者病史，一些在发病和病机转变过程中发生过决定性作用的精神刺激、心理损伤、意外变故、自然灾害、心身纠结、医疗错误、突发感染等等都可以查出相关时间。尽管时间一去不复返了，但是时穴的敏感周期却依然在循环。在受创时间段上的敏感穴位，它们经历了变故，记录着精神、心理、身体受到的冲击创伤，具有针对病因病机的个体特异性。将这样的病史时间穴位运用于临床，收到了返本还原、拨动病机的非同一般的快速效验（见病案 1）。时间穴位的范围因此而扩展到精神心理创伤时穴、意外变故时穴（含车祸、自然灾害等）、治疗时穴（失误或引发副作用的治疗）、突发时穴（感染或症状）、生辰时穴等等，不再局限于就诊时穴，这样的时穴具有了活生生的治病求本的功能。通过长期思考这些临床经验，逐渐总结出了时穴具有的“记忆功能”。

推敲时穴，除了要在漫长的病史和复杂的症候中找到“关键事件”及其对应的时间段之外，还要在同一时间段的数个时间穴位里进行筛选。在相同时辰里，子午流注纳甲法、纳子法的敏感穴位是不同的，灵龟八法和飞腾八法虽然有部分穴位重合，但是前者处于后天八卦九宫系统，后者却同先天八卦相连接。也就是说不同时穴连接和启动的系统是不一样的，在严格意义上也是不可以

同时运用的。这就需要经过比较，选择一个更符合患者病机的系统，故而推敲时穴的第二层意义，涉及到选择针对病机的最有效系统的问题（见病案 2）。

此外时穴的选择不是一成不变的，随着患者病情的变化，可以在不同时穴中调整，这样就为时穴新用大开方便法门（见病案 1，本案第一诊选择狗故去时穴，第二诊选择灵龟八法就诊时穴，第三诊选择飞腾八法就诊时穴）。

笔者近年在临床每天都在选择运用各种时穴，深获其益。十多年来通过在医学院授课和各国讲学，广义时穴的概念及其用法也已经被欧洲针灸临床广为接受。

2. 空间穴位，整合场阵

运用时间穴位之初，由于没有深入思考使五腧穴和八脉交会穴这两类特定穴成为时穴的结构，尤其是这一结构本身就存在一个空间整合关系，因此在这种情况下单独运用时穴，严格说是用其毛而弃其皮。临床对这一重大缺陷提出了质疑。深受药物副作用之苦的欧洲患者都反复询问：“时间穴位和其他穴位之间有什么关系，如果用错了会不会影响疗效或者发生副作用？”他们一箭中的提出了一个关键性的理论和临床问题。例如：平常不考虑时间因素运用照海穴和把它当作时间穴位来使用的意义和作用是不同的。以时间穴位而论，照海在灵龟八法里处于第二和第五两个不同的九宫数位，在飞腾八法里则处于先天八卦的第二卦位。更为特别的是，在某些相同时辰里，灵龟八法和飞腾八法都用照海，而且都与二数相关，但是灵龟八法的二数在九宫里，而飞腾八法的二数却在先天八卦里，这两个“二数”的意义是不同的。这些种种不同的根源，在于灵龟八法和飞腾八法使照海获得时间敏感性的计算方法和推理原则是大相径庭的，亦即是不同的结构赋予了照海不同的时间敏感节律和周期。因此在运用照海作为时间穴位时，不应当脱

离赋予和支持照海时间敏感性的整体结构，它们恰恰是与照海相配无间的、具有同构关系的穴位群组的基础，本人将这样的穴位群组命名为空间穴位。回到四种时间针灸推理或计算时间穴位的方法或原理，是组合相应的空间穴位的依据，空间穴位的作用就在于整合时间穴位同其“底盘结构”的关系，因此其功能可以概括为“同构功能”。

然而要真正解答为什么和怎样组合时空穴位的原理，仅仅停留在中医学领域是远远不够的，必须回溯到古代天文学对时间空间的关系进行一番探索解析。中国人早已认识到，天体空间位置的移动变化是发生时间流程的根源，时空二者存在着相依相携不可分离的循环周期，这些周期在中国古代科学里通过六十甲子、五行学说、先天八卦、后天八卦、河图、洛书这几个最主要的模式加以表述，它们也正是子午流注纳甲法、纳子法、灵龟八法、飞腾八法的推理或者计算时间穴位的依据。首先来看六十甲子，它用于纪年、纪月、纪日、纪时，这四者统称为六十甲子的四柱，是支撑中国历法的四大元素。用六十作为最大公倍数，以年为纪六十年一循环，以月为纪五年一循环，以日为纪六十天一循环，以时辰为纪五天一循环。四者有分有合，用来描述天地自然时空运转变化的同中有异异中有同的复合周期。在六十甲子中，天干的原始参照同五星相关，五星同时是五行的最早依据；地支主要描述生物界对应天时变化的诸种物候现象，也同五行有关，所以六十甲子从本质上讲，是一个同五行匹配在一起的时空信息循环圈，也可称作时空能量循环圈，它们从年月日时四个层次有分有合地描述着天地自然的信息能量随时空运转变化的周期。人体内部阴阳五行的运动存在着与此同步而有差的节律，通过六十甲子这同一种时空模式，将天时地动与人时气动结合在一起，六十甲子成为连接内外时空的桥梁，这些在《黄帝内经》可以找到详尽深刻的

论证。先天八卦、后天八卦的起源首先是观天象，再同观地理物候和自身结合在一起，所谓：“古者庖牺氏之王天下也，仰则观象于天，俯则观法于地，观鸟兽之文，与地之宜，近取诸身，远取诸物，于是始作八卦，以通神明之德，以类万物之情。”（《系辞》）这里的“鸟兽之文”指二十八宿里的青龙、朱雀、白虎、苍龟天文星象，因此《易经》八卦来源于时空，先天、后天八卦的原始就是用来描述阴阳盈缩循环的时空信息周期，而“近取诸身”则说明八卦的原创同人身存在着对应参照的联系，即人体也有先天八卦和后天八卦两种时空信息节律。关于河图洛书，在《系辞》里明确指出了它们源自时空大象：“法象莫大乎天地，变通莫大乎四时，悬象著明莫大乎日月，……河出图，洛出书，圣人则之。”两个数图的黑点白点记录的是月象随着日月地关系移动的变化周期，即是月亮四大特征形象朔月、上弦月、望月、下弦月所带来的能量循环周期，进而将从不同视角观察到的月象圆缺循环通过布数构成了两个时空信息能量的数字模型。综上所述，在运用六十甲子、五行学说、先天八卦、后天八卦、洛书这些时空能量周期将五腧穴或者八脉交会穴组成穴位敏感周期的时候，就已经使得四种时间针灸方法无一例外地包含了时间空间的双重内容及其所携带着的信息能量的意义。因此，单独运用时穴，不可能全面启动四种时间针灸方法蕴含的深层功能，只有将相应的空间穴位组合进去，才能将四法提升到圆满层次。

如何组合空间穴位？空间穴位的功能是什么？

子午流注纳甲法是元气周行五腧穴的十日敏感周期，它是由心包三焦之外的十条正经同十天干相配，按照五行相生等四大原理将全部五腧穴组配而成。这个周期的原动力在丹田元气，枢纽在心包三焦。因此在运用时穴的同时，依据分布时穴的四大原理将敏感经时

段内的五腧穴组合起来,又同元气连接,就使得纳甲法的时间穴位和空间穴位天衣无缝合为一体(参见病案 1 第一诊)。

子午流注纳子法是营气周行五腧穴的一日敏感周期,它将十二正经同十二地支相配,运用五行母子生克关系,将部分五腧穴组合成四个不同的补母泻子的敏感周期。在运用时穴时,应当将它同前交后接的经络连接在一起,并且将任督阴阳跷的功能组合进去,以此紧扣营气环周、五腧穴应时而动的底盘(参见病案 2)。

灵龟八法是元气在八脉交会穴的六十日敏感周期。灵龟八法的核心是卦数穴三者合为一体,时间穴位通过甲子代数计算得出之后分布到九宫里,所以九宫数同时间穴位有着更为直接的联系。既然九宫本身有时间和空间两层意义,灵龟八法的时间穴位只是其中的一个方面,那么又如何找到同九宫相关的空间穴位呢?九宫以五为中,在中轴上下分布着一宫和九宫,确定九宫穴位首先要确定五宫、一宫和九宫上的穴位,它们都是任脉督脉上的穴位,与确定病位和调整病机相关。中轴两侧的穴位也都要根据病位、病机来选择。将这九个同病机病证相关的穴位分布到九宫里,把时间穴位所在那一宫的病机病证穴位作为进入九宫穴位的第一针刺穴,顺序针刺九宫空间穴位,所谓“巡行九宫一周”。也就是说,通过九宫将空间穴位与时间穴位连接在一起,使二者之间有了同根同宗的关联。这一连接使灵龟八法之灵更为昭显(参见病案 1 第二诊)。

飞腾八法的五日敏感周期建立在运用先天八卦的基础上。确定时穴之后,需要回溯先天八卦,组合同病机病证相扣的八卦穴位,并且从时间穴位所在的卦位开始,顺序针刺八卦穴位一周,通过先天八卦将飞腾八法的时间穴位与空间穴位合而为一(参见病案 1 第三诊)。

由上可知,空间穴位的选择,就是同时间穴位有同构关系的穴位配置关

系的确定,因此空间穴位的主要功能在于整合同构关系。这样的功能使时间穴位和空间穴位都连接到了同一个底盘上,产生出了一加一大于二的超倍效应。

时间穴位的记忆功能和空间穴位的同构功能在临床的综合运用可以概括为四句话:选穴如选兵,下针如布阵,气随场转动,效从气动生。

3. 临床效验,出奇制胜

近年来西医临床前沿已经开始寻找个体化的治疗方法,提倡对患者的个人尊重,而不是将他们作为临床样本来看待,而患者对“统一疗法”(Standard therapy)局限性的省悟也有力地推动着这一改革。这个动向更衬托出针灸个体化治疗的特质,及其在世界医学里超前领先的水平,这正是针灸优质临床疗效的根本所在。无论哪一种医学的治疗方法,最终都是以疗效来判定优劣,都是患者点头为准的。遵循针灸原创“因人因时因地制宜”的基本原则,充分相信自己的心意功夫,从而得到患者认可的疗效,这是针灸医生应有的职业尊严,也是本文不吝篇幅例举病案的缘由。

病案 1, 宠物癌症死亡引起心身严重失衡, 快速、持续效应

女性,出生日期 1962 年 3 月 20 日,出生地点巴黎 92 大区。

初诊 2012 年 2 月 10 日 12 时(-1 小时¹),甲子辛丑日甲午时。

自述数月来疲惫不堪,无食欲。与狗患骨癌全身转移故去相关。此狗与本人共同生活了 11 年,最近两年与男友分手后,与狗相依为伴。自从 2011 年 12 月狗患骨癌起,本人肾区、髌骨、肩膀、腹部疼痛,经多种治疗无效,逐渐加重至今。睡眠不佳,多梦。本人曾于 2003 年患子宫癌治愈,家族里父亲 1976 年患肺癌后全身转移,母亲 1996 年患肝癌,哥哥 2001 年患皮肤癌。狗在家中

¹ 时空针灸计时一律用当地真太阳时。巴黎真太阳时,格林威治夏季时-2(3 月 25 日至 10 月 27 日),冬季时-1(10 月 28 日至 3 月 24 日)。

故去时间为2012年1月21日22时。中医四诊：肝脉细弦，脾脉沉弱；舌边尖红，苔白薄腻。诊断为：肝气郁结，气机阻滞。治则：疏肝解郁，开通气机。

治疗：在诸种精神刺激因素中，以狗故去最为重要，故时空针灸选择狗故去时间的穴位，该时段为甲子辛巳日己亥时。纳甲法肺经值日，阴陵泉为开穴；灵龟八法外关，九宫第三宫位；飞腾八法列缺，先天八卦第三卦位。三法中纳甲法肺经值日，与患者病起于悲感伤肺相合，应时开穴阴陵泉是脾土经合土穴，用母经母穴调理悲哀所伤的肺金，巨刺法先左后右²。空间穴位顺序针刺肺经值日空间穴位太冲、太渊、天井、曲泽、丹田五穴（天枢、气海、关元、气穴、神阙，神阙不刺）。经验穴位用百通神（百会、通天、神庭）、曲池、肩井、合谷、神门。留针30分钟。

二诊2月24日15时（-1小时），甲子乙卯日癸未时。

自述上周五离开诊所后，感到“大脑同下肢分离，大脑想从右边走，下肢却从左边行”，平安回到家中后放声恸哭不已，这是自从狗故去后“哭不出来”的第一次恸哭。周六咽部剧烈疼痛，周日腹泻不止，并且出现大块皮肤红斑。红斑不瘙痒，起于左肋下逐渐蔓延至右肋下、脖颈部、咽前、耻骨，几乎覆盖了四肢以外的整个躯体，自以为是“荨麻疹”，持续四小时后开始消退。全身疼痛症状随之完全消失腹泻亦停止。疲惫不堪明显减轻，“饥饿感回来了”。患者本人对针灸产生的效果感到非常意外，惊叹道：“轻刺皮肤，竟然能够将深藏内脏的毒素排泄出来！”

治疗：选择时空针灸灵龟八法。

时间穴位：就诊时穴公孙，疏导心胸阻结，配应穴内关，开阔胸廓气机。女性患者先右后左。

空间穴位：九宫穴位³，背腹合璧。

由于时间穴位的公孙位于九宫第六宫位，两组九宫穴位都从第六宫的穴位开始针刺，然后顺序针刺第七宫、第八宫、第九宫、第一宫、第二宫、第三宫、第四宫、第五宫的穴位，循行九宫一周，与时间穴位合为完璧。

经验穴位用眉六针（太阳、鱼腰、攒竹）、百神通（百会、通天、神庭）、太溪、神门。所有穴位留针30分钟。

背九宫

④ 左大杼	⑨ 大椎	② 右大杼
③ 左肺俞	⑤ 至阳	⑦ 右肺俞
⑧ 左肝俞	① 筋缩	⑥ 右肝俞

胸腹九宫

④ 左云门	⑨ 天突	② 右云门
③ 左天枢	⑤ 膻中	⑦ 右天枢
⑧ 左气穴	① 关元	⑥ 右气穴

次日患者发来邮件：“这次身体没有出现皮疹等排毒反应。昨天离开诊所后，我在巴黎步行了7个小时，下肢健步自行！”

² 巨刺法有症状部位巨刺法和藏府病位巨刺法。患者肺藏为悲感所伤，肺治于右，对刺左侧穴位为先。

³ 在九宫穴位和八卦穴位里，为了操作方便，左右以施针者为准。

第三诊：3 月 1 日 13 时（-1 小时），辛酉日（58）甲午时辰（31）。

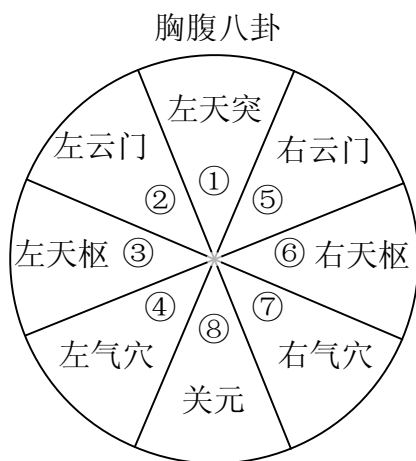
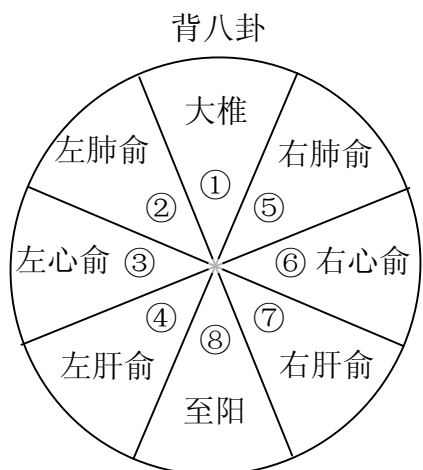
自述疲惫不堪已不复存在！梦见和小狗一起在郊外看演出后，非常平静地离开演出场地去找牵狗的带子，不知不觉之中狗走开消失了。

治疗：选择时空飞腾八法。

时间穴位：就诊时穴公孙，配内关，先左后右。

空间穴位：先天八卦穴位，背腹双面合璧。

由于时间穴位公孙在先天八卦第一卦位，因此空间八卦穴位均从第一卦位开始针刺，然后顺序针刺第二卦位、第三卦位、第四卦位、第五卦位、第六卦位、第七卦位至第八卦位，循行八卦一周，使空间穴位同时间穴位连成一体。



经验穴位用百神通（百会、通天、神庭）、太溪、神门。留针 30 分钟。

经过三次治疗，疗效快速持续，约定今后有情况再来，至今安然无恙。

病案 2，精神因素引发陈旧性骨折疼痛，快速、持续效应

男性，出生日期 1966 年 10 月 29 日 0 点 45 分，出生地点法国第 88 省。职业医生。患者自幼同家庭成员结怨甚深，曾经切断联系十多年，近年有所缓和。2012 年 7 月以来同母亲关系再度恶化，噩梦纷纭心身疲惫。中医四诊：两脉细涩以肝部为甚，心脉浮细；舌体胖大齿痕，苔薄白腻。此为肝气不调、心气郁滞，用时空针灸调解心肝气机郁滞。经四次治疗后心情开朗梦境平静，入眠无困难，疲劳减轻，对疗效非常满意。

第五诊 2013 年 3 月 17 日 15 时（-1），壬午日丁未时辰。

自述 1979 年 11 岁时因翻越拦网捡足球从三米高处跌下，左肩胛落地左前臂骨折，昏迷，急救。担心父母责备将跌到原因解释为滑倒，姐姐以此威胁本人服从，否则向父母“举报”真实原因，在骨折历史上留下了情结伤害。近几天疼痛发作，日益加重，夜不能眠，严重影响医务工作。中医四诊：右脉细涩，左肝细涩尤为显著；舌体胖大，边尖红，苔白腻。此为数月肝气郁滞未尽，移走陈疴旧所，引发旧症疼痛。因患者对骨折时间记忆不准确，用时空灵龟八法，时间穴位用就诊时穴，要求患者查找受伤时间。

第六诊 2013 年 3 月 31 日 11 时 30 分（-2），丙申日癸巳时辰。

自述疼痛有所缓解。经仔细查对，受伤时间为 1977 年 9 月 15 日 15 时（-2），乙亥日癸未时辰。该时段属纳甲法胆经值日，无开穴；纳子法补法后溪；灵龟八法照海穴，位于九宫第五宫位；飞腾八法申脉穴，位于先天第八卦位。比较诸法，因患者症情胶结，疼痛较急，宜用纳子法大通经开通郁结。

治疗：用时空纳子法大通经法，受伤时穴后溪直走肩胛止痛，空间穴位顺序针刺营

气底盘（男用申脉、大椎、天突、气海、关元）和大通经十二穴：从应时少府穴开始下针，之后顺序针刺大杼（留针）、至阴（淬刺放血）、俞府、天池、瞳子髎（留针）、章门（留针）、期门（留针）、合谷（留针）、迎香（留针）、冲阳（留针）、大包（留针）。留针 40 分钟。取针时患者感觉肩胛和前臂紧张已经明显缓解。

第七诊 2013 年 4 月 14 日 20 时（-2），庚戌日乙酉时辰。

自述上次针后第二天开始疼痛大为减轻，第四天脊柱上部、左肩胛、左颈、左肩和左前臂疼痛消失，仅在受伤部位遗留不适，现已完全恢复正常，左臂活动自如。时空诸法就诊时穴中，经讨论自选公孙，继续清理由于家庭关系扭曲引起的心身症状。

治疗：时空针灸灵龟八法。

时间穴位：就诊时穴公孙，位于九宫第六宫位。

空间穴位：从第六宫开始巡行三组九宫穴位。

项背九宫

④ 左风池	⑨ 大椎	② 右风池
③ 左肩井	⑤ 陶道	⑦ 右肩井
⑧ 左大杼	① 腰俞	⑥ 右大杼

头面手九宫

④ 左通天	⑨ 百会	② 右通天
③ 左攒竹	⑤ 上星	⑦ 右攒竹
⑧ 左后溪	① 神庭	⑥ 右后溪

胸腹下肢九宫

④ 左天枢	⑨ 天突	② 右天枢
③ 左气穴	⑤ 气海	⑦ 右气穴
⑧ 左申脉	① 关元	⑥ 右申脉

此患者精神因素引起旧症新发痛不可耐，经用受伤时穴，三次治疗疼痛完全消失，至今无恙。

病案 3，综合型过敏性疾病，快速、持续效应

男性，出生日期 1961 年 5 月 12 日，出生地点法国马赛。

初诊 2012 年 9 月 24 日 17 时（-2 小时），戊子日庚申时辰。

主述由于工作关系长期在法国境内频繁搬迁，两年来出现哮喘、掌心皮疹、鼻窦炎，交替发作不愈，疲劳或者换季则症状加剧。就诊时鼻塞不通引起前额和眉梢内侧紧缩重着疼痛，鼻涕色黄粘稠难于排出；皮疹瘙痒满布掌心；腹胀多气，纳差；双膝骨质增生，时或疼痛。两脉细涩，舌红苔薄有津。诊断为肺气不宣，大肠鼻窍皮肤失和。治当调解肺气，宣通肺家，兼顾膝痛。

治疗：选择时空灵龟八法。

时间穴位：就诊时穴照海，为阴跷脉钥匙，引肾水上升清养肺津，配列缺疏调肺气，先左后右⁴，平补平泻。照海位于九宫第二宫位。

空间穴位：从第二宫进入，巡行两组九宫穴位一周。先针胸腹九宫，留针。患者取右侧卧位，再针项背九宫，在定喘、大椎三穴齐刺并加针上罐，肺俞加火罐。留针 35 分钟，留罐 15 分钟。

补充穴位用委中、三里。

⁴ 此案病在肺，用病位藏府巨刺法。

胸腹九宫

④ 左云门	⑨ 天突	② 右云门
③ 左期门	⑤ 膻中	⑦ 右期门
⑧ 左天枢	① 气海	⑥ 右天枢

项背九宫

④ 左风池	⑨ 大椎上	② 右风池
③ 左定喘	⑤ 大椎	⑦ 右定喘
⑧ 左肺俞	① 大椎下	⑥ 右肺俞

项背九宫

④ 左风池	⑨ 大椎上	② 右风池
③ 左定喘	⑤ 大椎	⑦ 右定喘
⑧ 左肺俞	① 大椎下	⑥ 右肺俞

头面胸腹九宫

④ 左攒竹	⑨ 天突	② 右攒竹
③ 左迎香	⑤ 中脘	⑦ 右迎香
⑧ 左天枢	① 关元	⑥ 右天枢

二诊 2012 年 10 月 15 日 17 时(-2 小时), 己酉日壬申时辰。

自述第一次针后肠胃功能明显改善, 腹胀减轻, 身体轻松, 对疗效非常满意。左脉细弦, 右脉细涩, 舌淡红少苔。诊断治则同上。

治疗: 选择时空灵龟八法,

时间穴位: 就诊时穴照海, 配列缺, 先左后右, 平补平泻。

空间穴位: 照海位于第二宫, 从第二宫起针刺两组九宫穴位。先针项背九宫, 患者平卧, 再针头面胸腹九宫。

补充穴位: 双下肢用三里、血海、梁丘、伏兔、申脉。所有穴位留针 35 分钟。

三诊 2012 年 11 月 16 日 15 时(-1 小时), 辛巳日乙未时辰。

自述上次针后一周内持续排出大量黄色粘涕, 之后鼻窦炎症状和掌心皮疹消退十分之八、九以上, 腹胀消失, 体重减轻 4 公斤。膝痛偶尔出现, 但非常轻微。全身轻松, 心情愉快。左脉细弦, 两脉沉细, 舌淡红少苔有津。诊断治则同上。

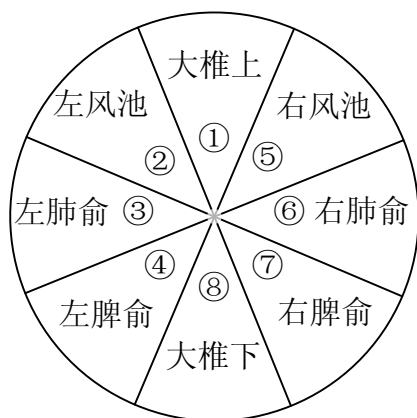
治疗: 选择时空飞腾八法。

时间穴位: 用就诊时穴申脉, 振奋阳气, 疏通鼻窍, 先左后右。

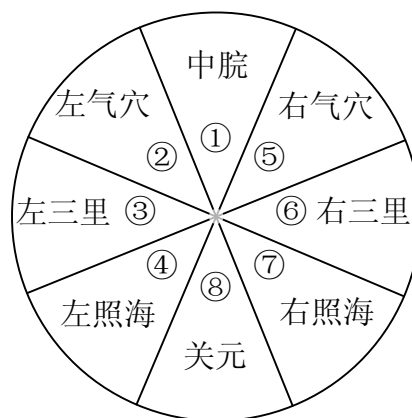
空间穴位: 申脉位于第八卦位, 三组空间穴位均从第八卦位开始, 顺序针刺八卦穴位。

补充穴位用双侧血海、梁丘、伏兔、膝眼。留针 35 分钟。

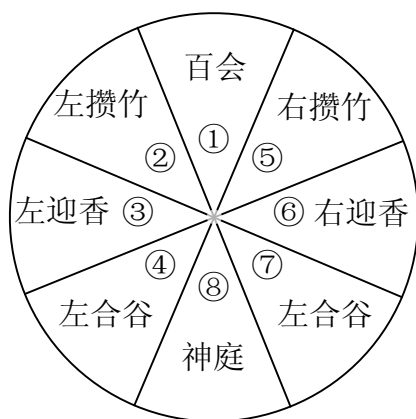
项背八卦



胸腹下肢八卦



头面手八卦



取针时患者自述全身温和，放松舒适，认为同以往所接受的针灸方法相比较，时空针灸补气效果特别突出，不仅对身体症状而且对心情都进行了很好的调整，疗效快而持续。2013年3月如约来诊预防春季过敏，诸症持续平安。（未完待续）

（责任编辑：王友军）



【作者简介】朱勉生教授，法国科学博士，中医主任医师，巴黎第十三大学达芬奇医学院“医药学博士中医文凭课程”教授和教学主任，巴黎国立医院集团中医项目委员会中医专家，中国国家中医药管理局对外交流合作委员会委员，世界中医药学会联合会高级专家委员会秘书长和主席团执行委员，全欧洲中医药专家联合会轮值主席。她被誉为“巴黎的中国神医”。主编完成了世界上第一部《中医基本名词术语中法对照国际标准》，编委会获得世界中医药学会联合会第四届中医药国际贡献奖（2011年）。电子邮箱：miansheng@wanadoo.fr

时空针灸纳子法大通经对顽固性疼痛的临床特效

The outstanding effectiveness of Na-zi method and all-meridian-connecting method of Time-Acupoints-Space acupuncture in treating intractable pains

陈春信 CHEN Chun-xin

【摘要】时间医学是近代才提出的前沿学科，但是自《黄帝内经》以来，针灸时间医学就已经应用空间变化引起人体节律变化这一自然规律，使针灸疗效与众不同。“时空针灸”是针灸时间医学的突破性成果，很好地回答了针灸时间医学中的三大难题。“时空子午流注纳子法”是时空针灸的重要组成部分，其中的大通经针法，大大改善了对于各种原因造成的顽固性疼痛的治疗效果，体现了针灸以即效、长效、持效著称的优势。

【关键词】时间医学；时空针灸；时空子午流注纳子法；大通经针法；顽固性疼痛；即效；长效；持效

Abstract: Chronomedicine is a modern scientific topic proposed in the middle of last century, but back in the era of *Huangdi's Internal Classic* time-acupuncture had already conformed the natural law that the change of space leads to the biorhythm of the body, and resulted in better efficacy of acupuncture. The “time-acupoints-space acupuncture” is a break-through of time-acupuncture, and has perfectly solved the three major problems in time-acupuncture. The “Space-time Zi-wu-liu-zhu Na-zi method” extended the contents of time-acupuncture. Clinical experience has shown that the “all-meridian-connecting method (Da-tong-jing acupuncture)”, which is an important part of Time-Acupoints-Space acupuncture, has greatly improved the effectiveness of treating intractable pains caused by various diseases and reflected the advantages of acupuncture as fast, long-term and continuous efficacy.

Keywords: chronomedicine; Time-Acupoints-Space acupuncture; Space-time Zi-wu-liu-zhu Na-zi method; all-meridian-connecting method (Da-tong-jing acupuncture); intractable pain; fast efficacy; long-term efficacy; continuous efficacy

在当今国际科学领域中，时间生物学和时间医学已经成为关注的热点和新兴课题。尽管时间医学是近代才提出的前沿学科，但其所涉及的内容，如生物节律、人类生理功能、天时环境对人体生理病理的影响等，早在数千年前中国古代科学的历史资料中，就已经通过六十甲子、五行学说、先天八卦、后天八卦、河图、洛书这几个最主要的模式进行了探讨。成书于战国至西汉时期的中医经典著作《黄帝内经》则对四季、昼夜、时辰的变化对人体气血津液的影响及其与疾病的关系进行了比较系统的论述。对于相关规律的认识，则可以运用现代生物学与现代天文学来证明其科学性。

现代生物学通过大量研究和试验证实，生物界有规律的周期性活动是一种普遍现

象，也是生命的基本特征之一；现代天文学证明，人体的物质组成与宇宙星体的物质组成存在着对应关系，宇宙星体运动的时间节律是生命活动的必要信号，如日出而作，日落而息。爱因斯坦在相对论中也提出时间、空间、物质三者是紧密相连的，时间是思维对物质运动过程的描述和划分，因此不应当将三者分而论之。由于地球的自转和公转周期、单摆的运动周期、原子的震荡周期等，人们建立了时间的概念，进而推理出空间与时间的密切关系，也就是说，正是空间的变化引起了人体的节律。针灸时间医学正是顺应了这一自然规律，使针灸疗效与众不同，是对中医天人相应理论的具体运用。针灸时间医学的精华和代表即为子午流注（包括纳子法和纳甲法）、灵龟八法、飞腾八法的因时取穴治疗。

本文以本人的临床实践为基础，浅谈运用纳子法，尤其是运用朱勉生教授所创立的“时空针灸纳子法”治疗多种原因所致顽固性疼痛的特效及个人的体会。

时空针灸是朱勉生教授，在巴黎行医 20 多年的临床经验和理论提升，时空针灸对针灸时间医学的发展，是具有突破性意义的宝贵成果，其如神效验使许多久治不愈、多治无效、无法命名、不知如何治疗的病证得到解除。朱勉生教授在《从时间针灸到时空针灸》一文中系统地分析了这一突破过程。

首先，时空针灸对时穴的概念进行了发展。在欧洲行医实践中，不难发现：欧洲患者发病和病机转变是错综复杂的，其影响和决定性因素是多方面的。一些在发病和病机转变过程中发生过决定性作用因素，如精神刺激、心理损伤、意外变故、自然灾害、心身纠结、医疗错误、突发感染等等，如果将其作为重点分析对象，用“一元论”的思想找到其纲领，便可提纲挈领，针到病除。基于这一点，并且在临床实践中总结出“时穴有记忆功能”之后，朱勉生教授对于针灸时间医学的“时穴”概念进行了很大程度的延伸，深入到了精神、心理、身体受到冲击伤害或手术创伤的时间所对应的穴位，体现了中医“治病求本”的基本原则，其特殊的临床疗效得到了患者的认可。

其次，该理论很好地回答了针灸时间医学中的三大难题：

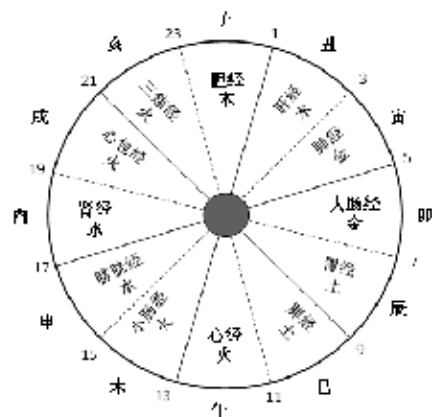
一、针灸时间医学是否仅仅简单地用时穴即足以获得好的疗效？

二、如果在时穴以外，需要配合一些同病症有关的穴位，而这些穴位与时穴本身存在有密切的内在关系，可以达到比时间针灸更好的预期效果吗？

三、如何将时穴与同病症有关的穴位进行有机的结合，以达到欧洲疑难病病人的对针灸治疗的高要求：长效，即效，特效？

正是为了回答这三个难题，经过深入分析时间穴位与空间穴位的联系及其两者的运用，朱教授提出了空间穴位的概念。这里的空间穴位特指与时间穴位具有同构关系的穴位群组，也就是说推理或计算时间穴位的方法或原理同样是选择空间穴位的基础。

子午流注纳子法，又称为纳支法，这种方法不论日干支，将十二正经同十二地支时辰相配，以一天十二时辰描述气血流注顺序（见图表 1），运用五行母子关系将五腧穴组合成一日敏感周期（见图表 2）。



十二地支时辰与十二经脉气血方盛配属表（图表 1）

阳 腑						阴 脏					
木	火	土	金	水	火	木	火	土	金	水	火
足阳明	少阳	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴
足太阳	少阴	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴
足阳明	少阴	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴
足阳明	少阴	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴
足阳明	少阴	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴
足阳明	少阴	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴
足阳明	少阴	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴
足阳明	少阴	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴
足阳明	少阴	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴
足阳明	少阴	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴
足阳明	少阴	阳明	少阴	太阴	厥阴	足少阴	少阴	太阴	少阳	阳明	厥阴

图 2 纳子法一日敏感周期的部分五腧穴

纳子法一日敏感周期的部分五腧穴（图表 2）

根据《难经·六十九难》“虚者补其母，实者泻其子”的原则，以及《灵枢·寒热病》“刺虚者，刺其去也；刺实者，刺其来也”的论述。在本经气血流注时辰时，经气方盛迎而夺之为泻；在本经气血流注时辰已过，经气方衰之时，随而济之为补。按本经的五行属性与本经五腧穴的相生关系，虚证选取母穴，用补法，实证选取子穴，用泻法。纳子法补母泻子取穴方法不仅可以表现在本经上，也可通过异经达到施治目的，即用在某时辰经气方盛的经络做为本经，把前一时辰当旺的那条经络做为本经，将其后一个时辰当旺的经络做为本经，实施补母泻子法。

纳子法这种时穴的开穴规律与纳甲法、养子时刻注穴法是不同的。纳子法补母泻子的关键是要依据十二经气流注时辰原则和五行的生克制化原理及五腧穴主治功能，结合对病证的病机分析，衍生出两种主要取穴方法：1.本经补母泻子法，如：肺经疾患，肺经主时，寅时血气方盛，肺属金，金可生水，土可生金，其子穴属水为尺泽，母穴属土为太渊。肺经实证时，可在肺气方盛时即寅时（晨 3~5 点）泻肺经子穴尺泽；反之，肺经虚证时选取肺气流注时辰过后，其气方衰时的卯时，补肺经母穴太渊；2.异经补母泻子法，如：肺经虚证，取其母经脾经，并且与母经属性相同的特殊穴即属土的太白穴进行补益；再者，肺经实证时，取其子经肾经水穴阴谷进行进行泻实，但因肾无实证，又肝肾同源，以泻肝代之。

为了方便临床运用，朱勉生教授将它归纳为三种具体方法。

一、同时同经补母泻子法。例如：肺在五行属金，在肺经敏感的时段寅时辰即 3:00-5:00 之内，肺经虚证，取肺经五输穴中属土的输穴太渊，用补法，即“虚者补其母”；肺经实证，取肺经五输穴中属水的合穴尺泽，用泻法，即“实者泻其子”。这种方法比较容易理解和掌握（见图表 3）。

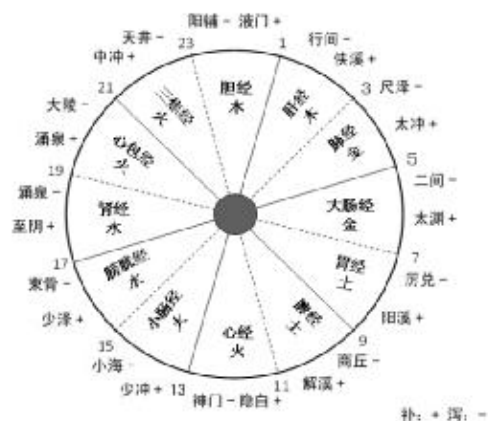
二、同时异经补母泻子法。是补来经母穴治疗本经虚证，泻本经子穴治疗本经实证。例如：在胆经敏感的时段子时辰 23:00-1:00 之内，取上一经的三焦经的荣水穴液门，用

补法，是虚则补其母，治疗胆经虚证；取胆经经火穴阳辅，用泻法，是实则泻其子，治疗胆经实证（见图表 4）。

三、异时同经补母泻子法。当时辰泻本经子穴治疗本经实证，次时辰补本经母穴治疗本经虚证。例如：脾经的实证，在脾经敏感的巳时辰 9:00-11:00 之内，取本经经金穴商丘，用泻法，为实则泻其子；脾经的虚证，在下一经心经敏感的午时辰 11:00-13:00 之内，取本经脾经的荣火穴大都，用补法，为虚则补其母。这是在临床最为多用的，源于《针灸聚英》的异时同经补母泻子法（见图表 5）。



同时同经补母泻子法（图表 3）

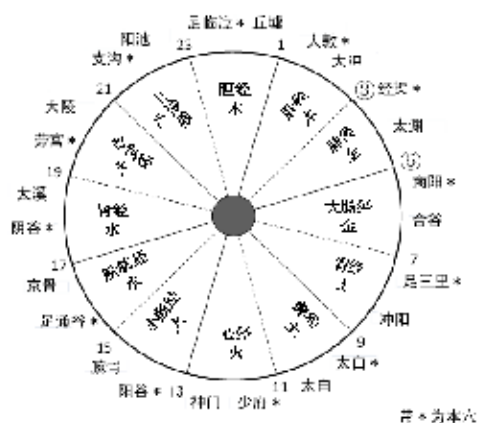


同时异经补母泻子法（图表 4）



异时同经补母泻子法 (图表 5)

另外, 如果本经开穴时间已过, 由于病机病因, 辨证论治又需要取该经穴位时, 可以取该经本穴或原穴来补救(见图表 6)。

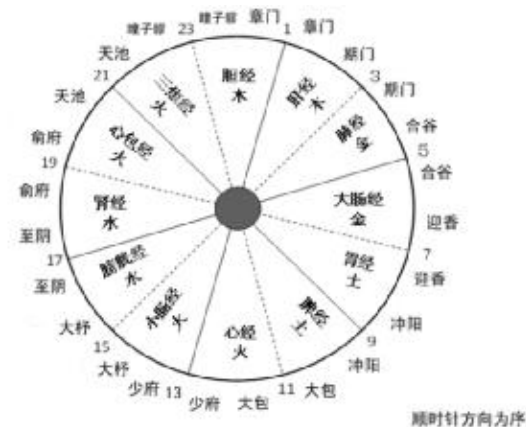


十二经脉本穴和原穴图 (图表 6)

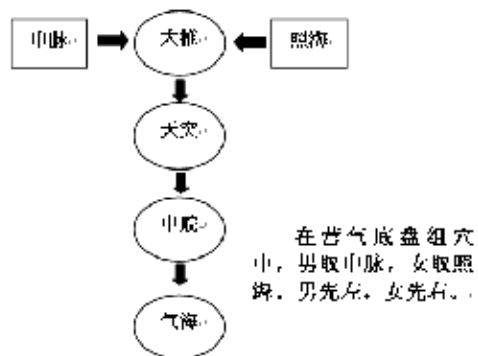
朱勉生教授在上述纳子法的基础上, 经过临床及理论深入探索, 提出在运用时穴时, 要将其同前后交接的经络连接在一起, 并且将任督阴阳跷的功能组合进去, 发展成为时空纳子法。时空纳子法取穴分为三步, 首先选择值时经应时敏感穴位做为进入气场的钥匙, 其次针刺值时经前后交接的两个穴位 (见图表 7), 第三针刺营气底盘穴位 (见图表 8)。

经过临床验证, 我认为时空纳子法对于治疗多种原因所致顽固性疼痛确实具有特效, 尤其是时空针灸纳子法的大通经针法疗效更为突出。

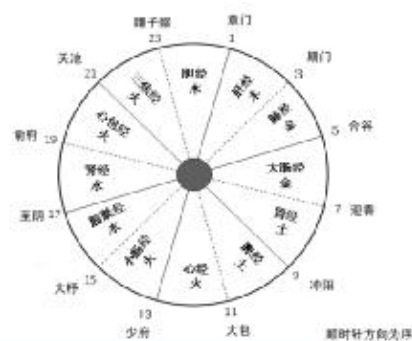
大通经针刺取穴分为三步, 首先选择针刺值时经应时补母或者泻子穴位, 第二针刺营气底盘穴位 (见图表 8), 第三从十二经交经应时穴位开始顺序针刺大通经十二穴 (见图表 9)。



值时经前后交经两穴图 (图表 7)



营气底盘穴位 (图表 8)



十二经应时交经穴位图 (图表 9)

针灸对于疼痛有着理想的治疗效果, 甚至有着不可替代的作用, 这一事实, 已深入人心, 并逐渐被现代医学所证实和认可。虽然患者的症状均为疼痛, 但其所属疾病可以

是多样化的。世界卫生组织于 1996 年召开了意大利米兰会议,提出 64 种针灸适应证,与疼痛相关的约占 75%。其中 (1)采用类似针灸法或传统疗法随机对照试验验证过的针灸适应证有:胆绞痛、支气管哮喘、颈椎病、运动系统慢性疼痛(颈、肩、脊柱、膝等)、痛经、头痛、带状疱疹所致的疼痛、腰痛、偏头痛、妊娠反应、恶心呕吐、肩周炎(冻结肩)、手术后疼痛、神经根疼痛综合症、肾绞痛、类风湿性关节炎、扭伤和劳损、颞下颌关节功能紊乱、紧张性头痛、戒烟、三叉神经痛、泌尿道结石。(2)有足够数量的病人为样本但无随机性对照试验验证的针灸适应证有:急性扁桃体炎和急性咽喉炎、背痛、胆道蛔虫症、网球肘、胆结石、肠道激惹综合症、肌筋膜炎、扁桃体切除术后疼痛、坐骨神经痛。

在欧洲行医的过程中发现,咨询针灸治疗的疼痛患者多为:1、长时间忍受某一部位的疼痛,但没有积极治疗;2、经过多种治疗,医治无效;3、因其他疗法治疗不当,导致疼痛更加严重的。

传统针灸治疗手段对于约 70% 的疼痛可以达到很好的效果;但是,对于其他 30% 左右的“久病难医”的顽固性疼痛,治疗效果却并不理想:或者是疼痛减轻的程度微乎其微,或者需要很长的治疗时间才达到比较满意的疗效,或者是缓解后,短时间内再次疼痛反复。

总之,导致疼痛病因之纷繁复杂、患病时间之长以及患者对针灸治疗的期待值之高,给施针者带来了不小的挑战。经过将时空针灸纳子法,尤其是大通经针法运用于临床,大大改善了对于顽固性疼痛的治疗效果。在众多成功案例中,特选取以下两个案例为证。(未完待续)

(责任编辑:王友军)



【作者简介】陈春信,高年资针灸师,西班牙康复师,曾于 1997-2002 年主编出版《中国针灸》西班牙文版。圣地亚哥大学中医药和针灸主讲,欧洲中医药专家联合会常务理事。

电子邮箱: chen@acupunturamadrid.es

《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.

谈苁蓉治痢

Use of Roucongrong (Herba Cistanche) for dysentery

朱步先 ZHU Bu-xian

Abstract: The author reviewed the theory and ancient herbalists' experience of using Roucongrong (Herba Cistanche) as main herb to cure dysentery, and summarized that this herb is suitable when the following condition of chronic dysentery occurs: deficiency of kidney, deficiency of both Yin and Yang, and low level of both pathogen and healthy Qi. Finally the author's successful experience of applying Roucongrong was introduced on the treatment of ulcerative colitis.

Keywords: Roucongrong (Herba Cistanche); properties of herb; dysentery; consumptive dysentery; ulcerative colitis

肉苁蓉“止痢”之说见于《别录》，此物味甘咸，性温，为强阴益精、温养肾阳之品。其质地柔润，还能疗虚人、老人便秘。

《别录》言其“止痢”，后人不甚了了。其实，早在隋唐医家甄权《药性论》中记载了一则验方，系用苁蓉四两，配合精羊肉以米煮粥，称“大补益，主赤白下，补精败面黑，劳伤。”令人遗憾的是，李时珍在《本草纲目》中引用这张验方时，不知何故将“主赤白下”略去。迨后孙思邈《千金方》有增损建脾丸（钟乳粉、赤石脂、矾石、干姜、苁蓉、石斛、五味子、泽泻、远志、桑寄生、柏子仁、人参、白头翁、天雄、当归、石榴皮、牡蛎、龙骨、甘草）之制，以其与温阳固涩、清肠解毒之品并用，治痢久“五色赤黑如烂肠，极腥秽者”。惜乎识者不多，下此以往，用苁蓉治痢殊不多见。明代医家缪仲淳对《本经》《别录》致力不可谓不专，但对《别录》此说提出质疑：“若曰治痢，岂滑以导滞之意乎？此亦必不能之说也。”（《神农本草经疏》）究竟何如？那就有待实践的检验了。

迨至清代，有姚颐真识得此药治痢之奥旨，观邵新甫在《临证指南·痢》按语中云：痢疾有“因脾肾之阳素虚，阴邪从中而下者，先伤太阴，继伤少阴，关闸大开，痛泄无度……与邪多积热之候相比，绝然不同……吾乡姚颐真先生化出捷径良法，以大剂苁蓉，配合参、归、姜、附、桂制白芍之类治之，靡不应手而愈。”邵氏阐发其机理：“想苁蓉之性，温能达下，咸可利胃，质之柔润，以补阴中之阳，较地黄、阿胶尤胜，与之肠

膏竭尽，络脉结涩而痛者，堪称神品。”借助这一珍贵的记录，姚氏的宝贵经验不致湮没，堪称幸事。

姚球，字颐真，其生年略早于叶天士。乾隆十六年《无锡县志》载其“生有异质，及长，从事学医……究心经、史、百家言数年，乃阅岐黄书，洞悉微妙，其术主于扶元气，助真阳，活人甚众，好学《易》，著《本草解要》，医家尤重之。”陶弘景是南北朝时期的医林巨子，姚颐真乃清代名医，在时隔一千二百余年后，他们的思想在历史的长河中邂逅，说明大浪淘沙，汰垢存精，金子愈发闪光。叶氏治痢亦有用苁蓉者，观《指南》李案，“白痢五、六年，即周身痛痹”，方用冬于术、苁蓉、熟附子三味。另一蒋案久痢，用补肾双补法，药用人参、山药、茯苓、湘莲、芡实、补骨脂、苁蓉、山萸肉、五味子、巴戟天、菟丝子、覆盆子。平心而论，似终不及姚氏精妙。

今之溃疡性结肠炎，颇类慢性痢疾，倘迁延多年，形瘦神疲，面黄贫血，腹痛肛坠，便下脓血，舌上苔少，脉虚细或脉细偏数，绝类痢久入肾之候，肠粘膜局部水肿、发炎、溃疡等，正是“肠膏竭尽”、络脉受损所致。而长期使用激素者，面赤升火，又类阴不恋阳之证，余尝用苁蓉、熟地、山药、黄柏、牡蛎、五味子、桑寄生等，交恋阴阳，固摄下焦，获得效机。须知苁蓉能润能燥，质润可以滋燥，味咸可以坚肠，味甘可缓下痢之急迫，故具止痢之妙用。然必邪少虚多者方可用之。

（责任编辑：周斌）

· 学术探讨 ·

从倒换散得到的启示

Inspiration from the formula of Daohuan Powder

王友军 WANG Youjun

Abstract: Inspired by a successful treatment of urinary retention applying the ancient formula of Daohuan Powder by Dr Buxian Zhu, referring to ancient texts and modern reports on relevant issues, the author analysed the functions of its components and deep meaning of the formula, and provided an interesting comparison case study of prolapse of rectum. The conclusion emphasizes that formulas of Chinese medicine are to be studied with much attention to following intentions of choosing herbs: functions of adjusting upward and downward Qi movements, functions of dispersing and convergence, and relationship between reinforcing the healthy Qi and eliminating the pathogenic factors.

Keywords: Daohuan Powder (Daohuan San); ascending-descending of Qi movements; property of herbs; formula; case study

曾于闲聊中听朱步先老师谈及一则亲治验案，乃是用倒换散为主治疗大小便不通，颇受启发，兹结合个人学习和实践谈谈体会。

朱老所治病例为一英国男性患者，55岁，因腰椎病变久治不愈，在伦敦一家医院接受腰椎融合及减压手术。术后腰痛减轻，但出现大小便功能障碍。大便需靠通便剂、排尿全凭导尿管，延宕五个月之久，痛苦不堪，经主治西医师推荐，访朱老求治。朱先生乃以倒换散方为主治方，终使其二便功能完全恢复，令经治英国医生感叹中医药之神奇。

倒换散，出自金元四大家之河间刘完素所著《黄帝素问宣明论方》，并广为《普济方》、《本草纲目》等多部医著收辑引用。因该方配伍独特，用药简便，取效确实，为后世医家所喜用。倒换散被现代医家应用于临床治疗多种疾患，使用得当，每获良效，如前列腺疾患导致排尿困难^{[1][2][3]}，手术后和产后尿潴留^[2]，接触性皮炎二阴肿痛^[4]，肾病综合征蛋白尿^[5]，慢性肾功能衰竭^{[2][6]}等等。

《宣明论方》卷十五载：“倒换散，治无问新久癃闭不通，小腹急痛，肛门肿疼。大黄（小便不通减半），荆芥穗（大便不通减半），各等分，上件药味各别为末，每服一、二钱，温水调下，临时加减服。”^[7]明代吴昆《医方考·小便不通门》论倒换散适

应症和方义云：“内热小便不通者，此方主之。内热而小便不通者，郁其少火，而气不化也。《内经》曰：膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”。然化气之道，莫妙于升降。天地以升而降化万物，奈何而昧于人乎？故用荆芥之轻清者以升其阳，用大黄之重浊者以降其阴。清阳既出上窍，则浊阴自归下窍，而小便随泄矣。方名倒换者，小便不通倍用荆芥，大便不通倍用大黄，颠倒而用，故曰倒换。”^[8]可称得其主旨。

窃谓“倒换”之名契合其主治机要，或亦是刘河间立方之本心。气化者，天地气交。天为乾阳，居上，宜常降而下通于地；地为坤阴，在下，宜常升而上交于天。阴阳倒换，坤上乾下，则为泰卦，天地通泰也。失于往来，乾上坤下，则为否卦，天地否塞矣。二便不通，是浊阴不降，清阳不升，天地痞塞，开合失常。荆芥用阳，大黄用阴，两药一阴一阳，一升一降，一开一合，升清降浊，交通天地，倒换阴阳，转否为泰，是倒换之真趣。

今试详析两药之用，以期三反之得。大黄苦寒，气味俱厚，《本经》言其“主下瘀血，血闭寒热。破症瘕积聚，留饮宿食。荡涤肠胃，推陈致新。通利水谷，调中化食，安和五脏。”^[9]故临床每用于：一、阳明热结腑实，大便不通，如《伤寒论》诸承气汤。二、瘀血结聚，如《金匱要略》大黄牡丹皮

汤疗肠痈、大黄蛰虫丸治症瘕积聚等。此两端已为医者熟知习用，而其泻热通淋之功则常被临床家忽视，实可谓其用之三。《日华子本草》言其能“利大小便”^[9]，《本草纲目》称其主治“小便淋沥”^[9]，治淋证常用方八正散中用大黄一味正以此也。故倒换散用大黄可谓诸用皆合主治病机，有热泻热，有瘀通瘀，有结通便，有淋通淋。

荆芥辛温，气味俱薄，《本草纲目》称：“其功长于祛风邪，散瘀血，破结气，消疮毒。”^[9]临床常用以疏风解表，如《摄生众妙方》荆防败毒散；利咽散结，如《温病条辨》银翘散；疏风止痒，如《外科正宗》消风散；散瘀止血，如《傅青主女科》定经汤。解析荆芥在倒换散中取用有三：一、轻清升散，提壶揭盖。即明代虞抟《医学正传》所论治淋闭“开上窍之法”^[10]，后世治癃闭常用风药启肺，开水之上源而利水道，良有以也。二、入血散风，解散毒势。《本草汇言》曰：“荆芥，轻扬之剂，散风清血之药也。……凡一切风毒之证，已出未出，欲散不散之际，以荆芥之生用，可以清之。……大抵辛香可以散风，苦温可以清血，为血中风药也。”^[9]所谓风者，无形之阳邪。在上则袭头目，在表则侵肌肤。内犯肠腑则与糟粕互结，风热生燥，大肠风秘；内犯膀胱则与水热血毒互结，淋痛闭涩。《本事方》载槐花散主治肠风脏毒下血，亦用荆芥穗一味，《医方集解》释荆芥在彼方中之作用为“散瘀搜风”^[11]，堪与此方类比。三、消瘀散结，开通下窍。阳明大肠和太阳膀胱皆多血之经，瘀浊之腑，易生血瘀浊毒。浊瘀窍闭，在大肠则便秘肛肿，在膀胱则癃闭涩痛。荆芥与大黄同用，一散一荡，瘀结自消。

笔者近来治疗一例脱肛，与倒换散用药理法颇有相映之趣，兹介绍如下。病人为中年女性，素常腹泻，有脱肛病史，此次为月经后劳顿，气馁而复发，脱肛已一周，其双寸关脉无力，独尺部滑大，舌甚胖而淡。初诊用常规补中益气法不效，二诊考虑初诊忽略其兼诉有肛门肿痛，故并非单纯气虚脱肛，尺脉滑大亦为下焦有毒热邪聚之征。邪恋不去，纯用补益升提非其治也。遂转用益气升阳兼解毒降浊法，三剂得愈。方用：柴胡10g，

升麻10g，生黄芪10g，大黄5g，枳壳10g，白芍12g，地榆5g，秦皮10g，炙甘草10g。方中黄芪、甘草补中益气，柴胡、升麻清热解毒且升清，大黄、枳壳解毒下浊，地榆、秦皮、白芍清热凉血而能收涩。

倒换散主治乃清不升而浊闭，用药升降并用，升其清者终为求其浊降；此所治乃因浊不降而气堕，升降并用，降浊终为求其清。若为单纯脾虚气陷脱肛者，固不宜用大黄枳壳以下之，苦寒之味以清之。此乃兼毒邪浊聚者，中气下趋邪所，争而不返，邪不去则正不复，故祛其邪者即以存其中气、减少中气之耗伤，祛邪即为匡扶正气。“邪之所凑，其气必虚。留而不去，其病则实。必先涤所蓄之邪，然后补之。”^[12]此乃许叔微氏之眼目、朱步先老师在《普济本事方发微》中所推崇者，所谓“邪正虚实相依、倚伏、转化之理”^[12]也。

由是思之，中医之理论实践皆本于阴阳之道，治病必求于本。气机升降之理，阴阳开合之用，临症不可须臾忘焉。用药之阴阳体用，相反相成，“发中寓收，合中寓散”^[12]，皆当留意，始可得制方遣药之奥旨。

（责任编辑：袁炳胜）

【参考文献】

- 1 陈忠伟. 倒换散加味治疗前列腺增生致急性尿潴留78例. 河北中医, 2007; 29(5)
- 2 温敏勇. 倒换散治癃闭临证应用例举. 江西中医药, 2006; 37(8)
- 3 廖敦. 王琦男科用药经验举隅. 中医杂志, 2004(1)
- 4 陈文玉. 接触泽漆严重中毒一例报告. 河南中医, 1990; (3)
- 5 朱树宽. 倒换散治疗肾病蛋白尿35例. 四川中医, 1998; 16(5)
- 6 魏文浩, 魏斋. 倒换法治顽固性鼻衄. 中国中医药报, 2011年9月14日
- 7 (金)刘完素. 黄帝素问宣明论方. 中国中医药出版社, 2007
- 8 (明)吴昆. 医方考. 人民卫生出版社, 2007
- 9 江苏新医学院. 中药大辞典. 上海人民出版社, 1977
- 10 (明)虞抟. 医学正传. 中医古籍出版社, 2002
- 11 (清)汪昂. 医方集解. 中国中医药出版社, 2009
- 12 朱步先. 普济本事方发微. 人民卫生出版社, 2011

补泻兼施在炎性肠病中的运用

Reinforcing-reducing method in herbal treatment of IBD

殷鸿春 YIN Hong-chun

【摘要】 本文介绍以清热祛湿兼扶助正气，即补泻兼施为主要治疗原则治疗克隆氏病和溃疡性结肠炎，取得较好的近期效果。案例 1 是克隆氏病，病人大量使用激素，前医以清热祛湿为主，只契合了部分病机，故疗效不显，在加上辅助正气药后，病情迅速好转；案例 2 和 3 为溃疡性结肠炎，案例 2 以清热祛湿为主，辅以扶助正气，收效较速；案例 3 因病久伤及阳气，最终以乌梅丸加减收功。

【关键词】 补泻兼施；中药治疗；炎性肠病；克隆氏病；溃疡性结肠炎

Abstract: Inflammatory bowel disease (IBD) is a group of inflammatory conditions of the colon and small intestine. The major types of IBD are Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC). This article mainly discusses the application of the treatment principle of reinforcing-reducing method for IBD to obtain better clinical effects. In case 1, the patient has suffered CD and has applied a large dosage of steroid, and was given herbal treatment by the previous practitioner to clean heat and eliminate dampness, which failed to have any effect; the patient responded quicker when some herbs were added to reinforce his spleen Qi; In case 2 and 3, the patients suffered from UC, for whom the main treatment principle was to clean the heat and eliminate the dampness, supported by tonifying spleen Qi. In case 3, because the patient has long history of UC, the Yang Qi was deficient, so the modified Wu Mei Wan was prescribed which finally helped her to go back to normal life.

Keywords: reinforcing-reducing method; Chinese herbal therapy; inflammatory bowel disease (IBD), Crohn's disease (CD); ulcerative colitis (UC)

炎性肠病 (IBD) 包含了溃疡性结肠炎及克隆氏病 (节段性回肠炎)。以腹痛，腹泻，便脓血为主要症状，抗菌抗炎治疗效果不佳，有些病人需要长期依赖激素，甚者需要手术切除，严重影响患者生活及生存质量。在英国大约有 24 万 IBD 患者，该病可发生于任何年龄段，但最常见于 10 至 40 岁年龄段，每年大约有 1.8 万新增病例。克隆氏病有逐年上升的趋势，年轻的人群更明显。这两种疾病全世界泛发，但发达国家更为常见。其病因和发病机制均不清楚，可能与遗传，免疫，细菌病毒感染及生活环境等因素有关。临床表现均有慢性迁延，反复发作不易根治的特点，溃疡性结肠炎组织学检查呈炎症性反应，固有膜全层侵害，同时常可见糜烂，溃疡，隐窝脓肿，腺体排列异常，杯状细胞减少及上皮化；克隆氏病可见淋巴细胞浸润，肉芽肿形成，裂隙状溃疡及黏膜下层增宽等变化。

炎性肠病病人往往呈现出腹痛，腹泻，

里急后重，以及虚弱乏力的临床征象。即不仅有湿热邪气壅盛，腐肉伤血的实的现象，而且有气血两虚，脾肾俱亏的虚的表现。攻邪则病人更虚，补虚则又惧敛邪，是以在治疗中常用攻补兼施来治疗此类疾患。本病应属于中医学的腹泻，痢疾，休息痢等病的范畴。现举数例以供研讨。

1 节段性回肠炎案

2011 年 9 月 17 日，初诊。

患者男，24 岁，德国人。因腹痛腹泻，伴里急后重加重月余就诊。

该患腹痛腹泻 3 年，德国当地医院诊为节段性回肠炎。曾经使用激素治疗，初能缓解。本次病作已月余，日服强的松 60 毫克，仍腹痛，脓血便每日 10 次之多，后重感明显，食欲不振，疲乏无力，面色苍白无华，舌质偏红，苔薄黄略腻，脉中取细数无力，重按之有弦象。

证属湿热内蕴肠胃，伴脾胃气虚，兼以肝郁。治以清热祛湿，兼以健补脾胃，佐以舒肝理气。

用药如下：黄连4克，地榆6克，牡丹皮7克，白芍8克，旱莲草10克，柴胡6克，木香6克，乌梅5克，白头翁10克，党参10克，白术6克，茯苓10克，薏苡仁20克。七付，每日一剂。早晚两次，饭前服。

2011年9月24日，二诊。

服上方后，腹痛腹泻及后重感明显减轻，粘液便每日4-5次，食量渐增，感觉身体较前有力，舌质仍偏红，苔薄黄略腻。强的松每日10毫克，继续服用上方一周，以清除余邪。

2011年10月1日，三诊。

腹痛消失，无后重感，粘液便每日2-3次，偶尔带血，有泡沫，上方加防风12克，七付。强的松改为每日5毫克。

2011年10月7日，四诊。

服上药后，大便成型，无泡沫，无便血，日2次。舌淡红，苔薄白，脉细略数。停强的松。与薏苡仁30克，间日煮粥喝，以健补脾胃，除去湿邪以为善后。连用3个月。随访至今未复发。

湿热之邪蕴阻胃肠，中焦气机不畅，传导失司，而至腹痛腹泻，里急后重。湿热烁伤血络而出现大便脓血。食欲不振，面色无华，疲乏无力，显示气血不足。胃肠被湿热所伤，气血生化乏源。此时但清湿热，必然克伐正气，使气血更形不足，而使病愈遥遥无期；但用补益气血，健补脾胃，则湿热无由所终，且有火上浇油之弊，病情反而会加重。此时的清热祛湿，就是健补脾胃的最好治则，辅以辅助正气之品，则病易向愈。黄连，白头翁，薏苡仁以清热祛湿；旱莲草，牡丹皮，地榆以凉血止血，柴胡以疏肝；白芍柔肝兼以止痛；木香行气以除后重；便中有泡沫，故加防风，用之驱风，同时防风又有驱湿兼缓急之功。乌梅酸敛，濡肠收敛止泻，《本经》谓之：下气，除热烦满，安心。对于湿热下痢兼有气血虚弱者，适量配之有利无弊。

本病患在来我处治疗之前，曾经他处中医治疗，其处方如下：黄连10克，薏苡仁20克，败酱草15克，马齿苋15克，枳壳10克，木香10克，赤芍15克，白芍10克，地榆6克。

2 溃疡性结肠炎案

2012年5月17日，初诊。

患者女，50，波兰人，因腹痛腹泻2个月来诊。患者有溃疡性结肠炎10余年，曾使用抗生素及激素治疗。现症每日晨起腹泻4次，几乎全腹痛疼，便中偶带少量血，有呕吐，乏力，后枕部痛疼，以风府处为重，舌红，苔薄黄腻，脉右关滑而有力，余脉略弱。已停用西药。因语言交流障碍（该患几乎不能用英语交流），勉强获得上述信息。

证属中焦湿热，脾胃虚弱，兼见太阳经气郁阻。治疗以清热祛湿，健补脾胃，兼疏利太阳。

白头翁12克，黄连4克，黄柏6克，秦皮8克，党参10克，白术10克，茯苓10克，薏苡仁12克，地榆10克，牡丹皮10克，白芍15克，木香10克，柴胡6克，炙甘草6克，元胡8克，枳壳10克，葛根8克。七付，每日一剂。

2012年5月28日，二诊。

腹痛依旧，便泻每3日次，后枕部痛疼消失。舌红，苔薄黄腻，脉右关上滑。湿热之邪仍盛，上方过于繁杂，正方如下：

黄连4克，秦皮8克，白头翁12克，薏苡仁15克，黄芩6克，白芍15克，炙甘草6克，党参8克，白术8克，茯苓10克，地榆12克，木香10克，半夏12克，茵陈12克。七付，每日一剂。

2012年6月5日，三诊。

腹痛几乎消失，无呕吐，腹泻每日2次，无便血，舌脉同前。患者已能工作，情绪颇好。改方如下：

黄连4克，秦皮10克，白头翁12克，薏苡仁15克，黄芩6克，白芍15克，炙甘草6克，党参8克，白术8克，天花粉10，地榆

12克，木香10克，半夏12克，茵陈12克，马齿苋15。七付，每日一剂。

2012年6月12日，四诊。

无腹痛，无腹泻，无呕吐，诸症均消，苔薄腻略黄，脉略弦，较前有力。前方半量，日服一杯，以资巩固。七剂。

因语言交流困难，该患全凭舌脉进行诊治，获得良好疗效，也属不易。该患者与上一例节段性回肠炎患者的病机基本相同，其差别在于本例患者正气虚弱的程度不如前例，故祛邪的药味多于前例。以白头翁汤加薏苡仁、黄芩、茵陈清热祛湿，正本清源，伤寒论中有热利下重者，白头翁汤主之，本方用白头翁汤即取于此。地榆凉血止血，马齿苋、天花粉清阳明腑热，芍药甘草汤缓急止痛，木香行气以消里急，半夏降逆，四君子辅助脾胃；全方共奏清热祛湿，缓急止痛，健脾益气之功。

3. 溃疡性结肠炎

2007年10月8日，初诊。

患者女43岁，英国人。因腹痛便脓血2周就诊。患者患溃疡性结肠炎8年，曾经使用杜冷丁，咪达唑仑及泼尼松龙治疗，仍旧时发时止，且有渐渐加重趋势。本次发病两周，因厌倦了激素疗法，所以想试试中医治疗。现症便脓血，日有7-8次，伴腹痛，口干，舌红，苔薄黄腻，脉缓，关上有力，尺脉弱。证属湿热蕴阻胃肠，灼伤血络，伴气血亏虚。与清热祛湿，凉血止血，养血益气温中。

疏方如下：木香10克，当归6克，生地15克，白芍15克，黄芩8克，黄连5克，炙甘草6克，地榆10克，大黄5克，党参12克，干姜10克，三七3克（冲服），五剂。

五日后电话告知，腹痛及便血均止，因要出国面试工作，暂不能来继续服药。

2008年10月28日，二诊。

外伤腰痛来诊，告知近一年来腹痛及便血未作。

2009年2月25日，三诊。

腹痛伴有脓血便复作一周来诊，腹痛每日6-7次，每次数分钟，脓血便4-5次每日，舌

质红体胖有齿印，苔薄黄腻，脉弦。2009年2月23日结肠内窥镜报告：结肠大面积充血、水肿和溃疡，诊断为溃疡性结肠炎活动期。改方如下：

木香10克，当归6克，生地15克，白芍15克，白头翁20克，黄芩10克，黄连5克，炙甘草6克，地榆10克，大黄6克，党参15克，干姜炭10克，三七3克（冲服），乌梅10克。七剂，日一剂。

2009年3月7日，四诊。

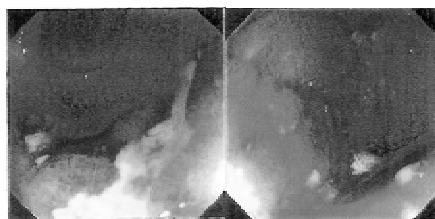
腹痛日一次，偶有便血，效不更方，上方继用一周。

2009年3月21日，五诊。

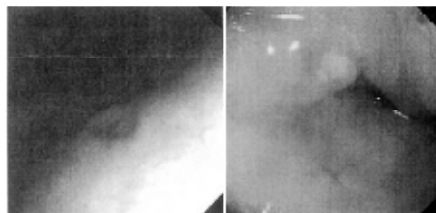
偶有下腹部不舒，舌淡胖，苔薄黄，口干。脉缓稍有弦意，尺弱。病势趋缓，仿乌梅丸意加减如下：

木香10克，当归6克，生地15克，白芍15克，白头翁20克，黄芩10克，黄连5克，炙甘草6克，地榆10克，大黄6克，党参15克，干姜炭10克，乌梅10克，桂枝5克，制附子10克。

守方服至5月上旬，患者与2009年5月11日行结肠内窥镜复查，炎性改变基本消失，只留两小片浅表溃疡。上方加减服至同年5月中旬，因无任何不适，遂停药观察。



图一 2009-2-23 治疗前结肠镜所见



图二 2009-5-11 治疗后结肠镜所见

该患者不仅有湿热内蕴，同时又有气血不足，阳气亏损，病机复杂，治疗自始至终贯彻补泻兼施的原则，特别在后期仿乌梅丸

意加上桂枝附子以温阳，从根本上改善患者的体质，使病患逐步向愈。

炎性肠病的病机复杂，湿热与正虚并存，恰当的调整祛邪与扶正的用药比例，是治疗本病的关键。医圣仲景是补泻兼施寒热并用的大师，半夏泻心汤就是其此类方剂中最具代表性者。我在这方面没有多少经验，以上数例，病人的近期疗效较好，远期疗效尚有待观察。希望能抛砖引玉，与同道共同提高。

（责任编辑：陈赞育）



【作者简介】殷鸿春，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，来英前为青岛市中医医院副主任医师、推拿科主任，青岛市针灸学会理事。曾先后去日本、荷兰、奥地利、罗马尼亚等国讲学，擅长针推药结合治疗常见病及疑难杂症。现自营中医诊所及伦敦小儿推拿学校。

电子邮箱：doctoryinhongchun@gmail.com

征稿启事

《英国中医》杂志为中英文双语中医药学术期刊，每年出版两期。为了提高本刊在海外中医界的学术水平，恳请诸位中医同仁及各界朋友赐稿。稿件中文或英文均可，中英双语为佳。字数要求：中文 3500 字以内，英文 2500 以内，并附 300 字以内中英文摘要。投稿以电子邮件发往：ftcmpuk@gmail.com，请注明“《英国中医》杂志投稿”字样。

Call for Papers

The Journal of Chinese Medicine in the UK is a bilingual TCM periodic, published twice a year. Its aim is to encourage communication and to raise academic standard in the field of TCM. We welcome TCM practitioners and experts to submit academic papers. Submission can be either in Chinese or in English, but preferably in both. For papers in Chinese, please limit it to 3500 words, and for English submission not more than 2500 words. Abstract should be under 300 words for both. Please send your submission to ftcmpuk@gmail.com, and title the subject as "Paper submission".

透刺法结合推拿治疗肩周炎临床观察

Observation of penetration acupuncture combined with Tuina on frozen shoulder

周斌 ZHOU Bin

【摘要】目的:观察透刺法结合推拿治疗肩周炎的临床疗效。方法:固定患者体位,用0.25x50mm毫针,从肩髃透刺极泉穴,肩髃透刺臂臑穴,臑俞透刺肩贞穴,以泻法为主,使整肩部出现较强烈的酸麻重胀感为度,嘱患者略活动患肢,力度由慢到快,用力不可太猛,以免引起疼痛。条口以0.40x60mm毫针垂直刺入透向承山,右肩痛在左腿上找,左肩痛在右腿上找。留针20分钟,隔日一次,10次为1个疗程。结果:60例显效20例,有效38例,无效3例,总有效率为96.7% 结论:针透刺法结合推拿治疗肩周炎疗效可靠。

【关键词】肩周炎; 透刺法; 推拿; 中医药疗法

Abstract: Objective To observe the curative effect of penetration acupuncture combined with Tuina on frozen shoulder. **Method** In lateral position on the unaffected side, the patient was treated by penetrating the affected shoulder from Jianyu(LI15) to Jiquan(HT1), from Jianliao(SJ14) to Binao(LI14), from Naoshu(SI10) to Jianzhen(SI9) with 0.25x50mm needles, and penetrating opposite Tiaokou(ST38) towards Chengshan(BL57) with a 0.40x60mm needle. While inducing strong needling sensation by reducing method, let the patient move the affected shoulder slowly and gradually enhanced the range of motion. Retained needles for 20 minutes. After acupuncture Tuina was applied on affected shoulder by manipulations of kneading, rubbing-rolling, plucking and rotating. Treatment was given once every other day and ten sessions made one course. **Results** Out of 60 cases observed, 20 cases showed significant effects, 38 cases were effective and 3 cases got none response. Total effective rate is 96.7%. **Conclusion** Penetration acupuncture combined with Tuina is an effective therapeutic method for frozen shoulder.

Keywords: frozen shoulder, penetration acupuncture, tuina, TCM therapy

肩周炎即肩关节周围炎,是指肩关节的周围软组织发生损伤而引起的广泛性无菌性炎症。临床多以单侧或双侧肩关节酸重疼痛,伴有关节功能障碍为主症,属临床常见病、多发病。其病程一般较长,痛苦大,如发展至粘连期,则会出现粘连性功能障碍,甚至肌肉萎缩。上肢抬举、外展、内收、后伸受限,严重影响患者的日常工作、生活。近年来,笔者采用透刺配合推拿手法,对患者进行治疗,疗效满意。现总结报道如下:

1 一般资料

60例肩周炎患者均为门诊病人,其中男性35例,女性25例,年龄最小40岁,最大75岁,平均年龄56岁,病程最短3个月,最长10年,平均病程1.5年。

2 治疗方法

2.1 取穴:根据“局部取穴”的原则,以及“上病下取”的原则进行辩证取穴。①局部取穴:肩髃、极泉、肩髃、臂臑、肩贞。②上病下取:条口透承山。

2.2 操作:患者取健侧卧位(患肩在上),常规消毒后,用0.25x50mm毫针,从肩髃透刺极泉穴,肩髃透刺臂臑穴,臑俞透刺肩贞穴,以泻法为主,使整肩部出现较强烈的酸麻重胀感为度,嘱患者略活动患肢,力度由慢到快,用力不可太猛,以免引起疼痛。条口以0.40x60mm毫针垂直刺入透向承山,右肩痛在左腿上找,左肩痛在右腿上找。留针20分钟,隔日一次,10次为1个疗程。

2.3 推拿:①医者立于患侧,在肩关节周围及上臂,用搓、揉及滚法5~10min,使肩关节周围肌肉放松。②拨筋理筋法:用一手托患者肩部,另一手拇指端对挛缩、粘连的肌

腱、韧带沿其分布做垂直方向的弹拨理顺,弹拨后用揉法缓和疼痛。③摇法:用一手扶在患部起固定身体作用,另一手握患肢肘关节,分别将患肩作内旋、外旋各5~10周。

3 疗效观察

3.1 疗效标准: 治愈: 肩部疼痛消失,肩关节活动范围恢复正常; 显效: 肩部疼痛缓解明显,肩关节活动范围改善明显; 有效: 肩部疼痛基本缓解,肩关节活动范围部分改善; 无效: 临床症状无改善。

3.2 结果: 60例中显效20例,有效38例,无效3例,总有效率为96.7%。

4 典型病例

某男,52岁,银行职员。2008年5月3日初诊。

4.1 主诉: 右肩痛,近几个月来疼痛日轻夜重,且肩内灼热,患部微肿,肩背如负重物。

4.2 病史: 患者5年前感觉右肩部疼痛,穿衣困难,上举、旋后、外展等活动障碍。在某医院封闭治疗而痛止。但不到3个月因受风后疼痛又复发,再用封闭治疗未见效。

4.3 望诊: 面色黄,舌偏红,

4.4 切诊: 脉弦滑。

4.5 辨证: 正气不足,气血失和,复感外邪,湿热阻络。

4.6 治则: 鼓舞正气,调补气血,疏散外邪,通络止痛。

4.7 取穴: 肩髃、极泉、肩髃、臂臑、臑俞、肩贞、条口、承山。

4.8 刺法: 肩髃透刺极泉穴,肩髃透刺臂臑穴,臑俞透刺肩贞穴,以泻法为主。左腿条口垂直刺入透向承山,留针20分钟,隔日一次并辅以上述特定穴位推拿5~10min。

针后患者当即感到疼痛有所减轻,经8次治疗后,其疼痛明显减轻。12次治疗后,局部灼热肿胀减轻。共治疗20次,患者疼痛、肿胀均消失,右手能高举过头,旋后、外展自如,临床告愈。一年后,患者自己来访,未见复发。

5 讨论

肩周炎属中医“痹证”范畴,受风、受寒是诱发的常见因素。因好发于中年人,故有“五十肩”之说。人过中年阳气虚弱,正气渐损,肝肾不足,气血虚弱,营卫失调,以致筋脉肌肉失去濡养,遇有风湿寒邪外侵,易使气血凝滞,阳气不布,脉络不通,故发本病。邪气深入、营血不畅致经络空虚,肌肤失荣,故不仁。故治以温通经络、行气活血止痛。根据病变及经络循行采用局部穴位透刺,配合远端的条口透承山及推拿手法以加强通经络的作用,促使气血运行通畅,通则不痛。

透刺法是指采用不同的方向、角度和深度以同一针作用于两个或多个穴位来治疗疾病的一种针灸方法。能精简用穴,起到一针多穴的作用。透刺法具有协调阴阳、疏通经络、免伤卫气、扩大针感的作用。透刺局部穴多在病变外围,集中针力,逐渐缩小病灶。此外,透刺可使针感直接扩散至病处,以达益气助阳、托邪外出、祛腐生肌、舒筋活络、活血止痛之功。在实际操作中,针的角度、方向和深度,是增强针感、提高疗效的重要环节。

当前,在西方施行针灸治疗,高强度的提插捻转,还远不能被患者所接受。而透刺法具有刺入深、针感强、直达病所的优点,可以弥补这方面的不足。只要掌握操作要点,安全就有保障,也不会增加病人痛苦,值得临床探讨、运用和推广。

(责任编辑: 陈赞育)



【作者简介】周斌,44岁,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年荣列“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

针灸治疗中风的临床调查

Acupuncture and stroke rehabilitation: a questionnaire survey for practitioners

贺明睿 Hannah Ming Rui HE

【摘要】本调查的目的为探究针灸在中风后康复治疗中的效果，以及针灸师对使用针灸作为中风康复的手段的看法和中西方体系的针灸师相关意见的差别。据此设计了24个问题，采用网络问卷的形式征询英国的分别以西式针灸师和中医针灸师为主要组成的两大针灸师专业团体BAC和FTCMP的会员的意见，并汇总有效问卷进行分析。结果表明，两类针灸师绝大多数都对针灸在中风康复中的有效性表示肯定，而对其它联合治疗方法的选择上则有倾向性的中西医差别。另外，因为实践中单独使用针灸作为康复手段的情况较少，针灸本身对中风康复的效用到底如何还需要进一步的研究。

【关键词】针灸；中风康复；问卷调查；针灸师；态度

Aims

To explore the effectiveness of acupuncture (Acu) as part of post-stroke treatment. To seek the attitude of acupuncture practitioners towards the use of Acu as a treatment for Stroke and Stroke Rehabilitation (StR). To compare the opinion of practitioners trained in Western Acu and Traditional Chinese Medical (TCM) Acu

Introduction

Stroke is the third commonest cause of death in the UK¹ and it is one of the greatest causes of severely impaired mobility and mental damage in the Western world.² Acu is part of TCM, which involves inserting a fine needle into certain points – Acu points – in the body.¹ It has been used for StR in China for over two thousand years², where it is widely accepted as an effective modality for post-stroke patients. It has been suggested that the mechanism by which Acu helps stroke is by increasing the blood flow to the brain, and therefore encourages brain cell regeneration.^{3,4} A recent review¹ stated that although several studies showed that Acu is an effective treatment for post-stroke recovery, these studies were later criticised for their methodology and therefore their results.⁵ One main area of controversy was the types of control used. Recently, guidelines have been produced⁶ to help researchers to evaluate the effectiveness, if any,

of Acu for different conditions. More standardised research studies could also now be done to look at Acu effectiveness for StR. In the meantime, asking those who are directly involved in the day to day management of stroke patients and/or who have experience in Acu could give valuable insight.

Methodology

An online questionnaire was distributed to acupuncturists who were registered with either the ‘British Acupuncture Council’ (BAC) or the ‘Federation of Traditional Chinese Medicine Practitioners’ (FTCMP) –BAC members (BM) hold at least a Bachelor degree level certificate in Acu and are mainly trained in the UK in Western Acu; FTCMP members (FM) are qualified Traditional Chinese Doctors and are mainly trained in China in TCM of which Acu is one part. The questionnaire consisted of 24 questions; questions 1-8 were demographic questions; questions 9-23 were designed for Acu practitioners who have treated stroke patients; and question 24, containing 9 statements, was for all invited acupuncturists to answer, and they were asked whether they agreed or disagreed with each statement. The questionnaire was approved by Dr Sedgwick and no further ethical approval was required. It was distributed via Survey Monkey to 900 BM and 200 FM, and it was open for one week. However, the participants

were not aware of this time restriction.

Results

102 BM, who are trained Western acupuncturists, completed the questionnaire. 44% (45/102) of them had experience in treating stroke patients. 43 FM, who are trained in TCM, completed the questionnaire. 98% (42/43) of them had experience in treating stroke patients. Please note that some participants did not answer all questions, hence for some results, 'n' does not match the total number of participants.

Table 1 shows the demographics of the participants in the two groups. % for each option is indicated.

Groups		BM % (n=102)	FM % (n=43)
Age group	20-29	4	-
	30-39	19	14
	40-49	32	58
	50-59	34	26
	≥60	11	2
Gender	Male	33	53
	Female	67	47
Ethnic group	British White	81	-
	Other White Background	8	-
	Chinese	6	100
	Other	5	-

*"UK & other" refers to participants who have taken training or been practising in the UK and in another country except China.

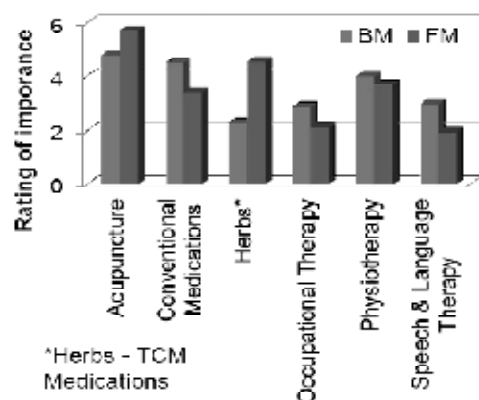


Figure1(above) shows which therapies experienced acupuncturists felt were important in StR on a scale of 1 to 6, where 6 is the most important method. (n: BM=43, FM=42)

Q: Which treatments do you think are important for StR

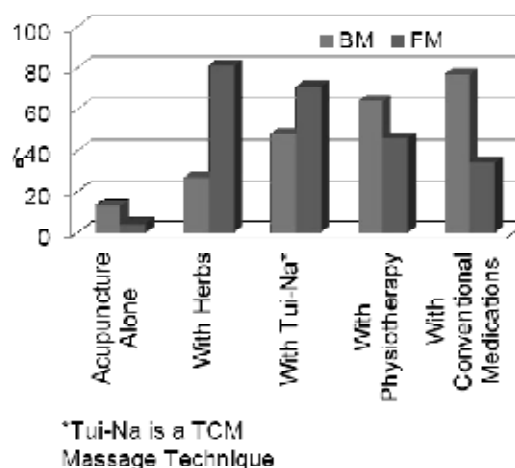


Figure 2 shows the preferred way of using Acu for StR (%). Each practitioner could choose up to 3 options out of 5. (n: BM=44, FM=41)

Q: How do you think Acu would be best used in StR? Please Choose 3.

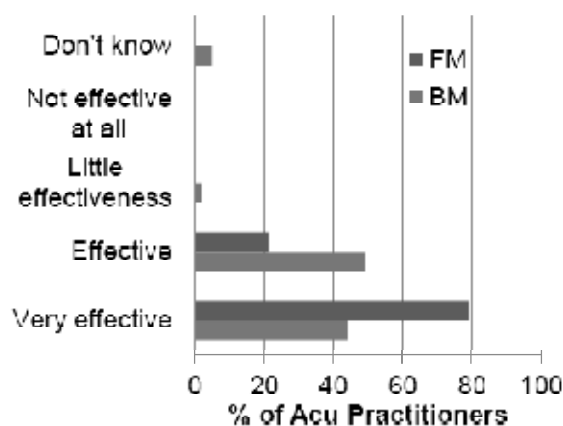


Figure 3(above) shows the Acu practitioners' opinion towards the effectiveness of Acu for StR (n: BM=45, FM=42)

Q: How effective do you think Acu is when it is used for StR?

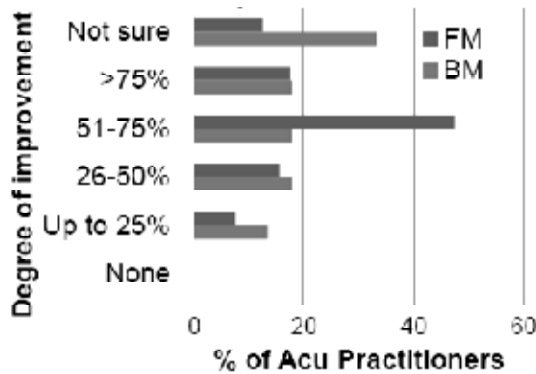


Figure 4 (above) shows what the acupuncturists perceive to be the improvement in patients' mental ability after their Acu treatment. (n: BM=45, FM=40)

Q: With Acu, to what % do you think patients' mental ability improved

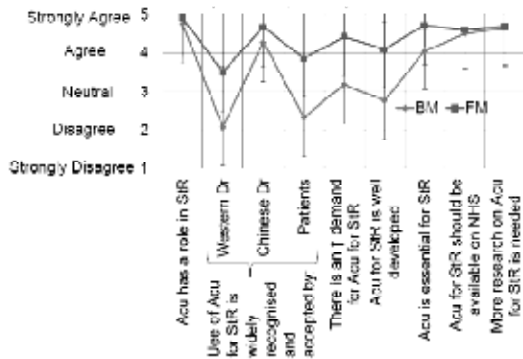


Figure 5 (above) shows the opinions of all invited Acu practitioners, regardless of their experience in StR, to 9 statements related to Acu and StR, using a Likert scale from Strongly agree (5) to neutral (3) to strongly disagree (1). Results show mean $\pm$ 2SD. (n: BM=82, FM=42)

Discussion

The aim of this study was to compare the opinions of acupuncturists trained in Western Acu with TCM practitioners, and to explore the use of Acu in StR. 45 BM and 42 FM practitioners had had experience in treating patients with stroke.

Interestingly, although most thought that Acu was the most important treatment to include for StR (Figure 1), both groups overwhelmingly thought it should be used with other therapies (Figure 2). The FM believed Acu should be

used with mainly herbs and Tui-Na whilst the FM preferred conventional medicine (Figure 2). The FM, although trained in TCM, did also however, think using Acu in combination with conventional medicine was important (Figure 2). This suggests the answers are from their experience since FM will have had extensive training in the use of Chinese herbal remedies and all these practitioners will also have been trained in conventional medicine compared to BM acupuncturists.

Most of both groups thought Acu was at least effective or very effective when used for StR (Figure 3). This supports the research done in some studies.⁵ The fact that most acupuncturists felt Acu should be used with other therapies (Figure 2), would possibly be an additional reason why there is a lack of consistency in the literature about its effectiveness when tested alone. About 50% of BM and 20% FM think Acu is effective for StR, and more than 40% of BM and nearly 80% of FM believe it is very effective. This could be because TCM practitioners practising in China are exposed to stroke patients early on, whereas in the UK, they may not get to see them until much later, and the earlier the treatment is done, the better chance of recovery.⁶ Although most of the FM work in the UK now, possibly some or all of their experience was gained in China.

Mental impairment recovery forms an important part of any rehabilitation. More than half of all participants (BM: 67%, FM: 88%) think Acu improves patients' mental ability to various degrees (Figure 4) with the rest being unsure. However, this may be because not only each patient's situation is different, but patients' mood would get better as their recovery progress.⁷

Resoundingly, all practitioners thought Acu had a role in StR and that it should be available on the NHS, even though they also felt that more research is needed. However, Western doctors and patients accepting and recognising Acu for StR seems to be a problem, so more exposure and education may be needed.

Study Limitations

(1)The response rate is 11% for BM and 22% for FM. The small response rate might have influenced the accuracy of the study results. The reason for the low rate might be because the questionnaire was only open for 1 week.

(2)The survey did not distinguish between acupuncturists who have had life-long experience in treating stroke, and practitioners who have only encountered stroke patients on few occasions.

(3)All participants are qualified acupuncturists, therefore their view may have been biased towards acupuncture.

Conclusion

The majority of acupuncturists agree that Acu is an effective treatment for post-stroke recovery. However, because most of them use Acu with other treatments for StR, more research comparing the efficacy of Acu alone, used with other treatments and other therapies, in addition to a standardised methodology should be done, in order to explore this potential hope for stroke patients.

References

- 1 Hopwood V et al. Evaluating the efficacy of acupuncture in defined aspects of stroke recovery: a randomised, placebo controlled single blind study. *Journal of Neurology*, 2008, 255(6):858–866.
- 2 Quinn TJ et al. Evidence-based stroke rehabilitation:

an expanded guidance document from the European Stroke Organisation (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2009, 41(2):99-111.

3 Buck C. Acupuncturist, Personal communication, 21 Sep 2012.

4 Liu Y. Acupuncturist, Personal communication, 14 Sep 2012.

5 Shiflett SC. Does acupuncture work for stroke rehabilitation: what do recent clinical trials really show, *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2007, 14(4):40-58.

6 MacPherson H. Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): extending the Consort statement, *Acupuncture in Medicine: Journal of the British Medical Acupuncture Society*, 2010;28(2):83-93

7 Anonymous. Acupuncturist, Personal communication, 28 Sep 2012.

(责任编辑: 王友军)



【作者简介】贺明睿, 伦敦大学圣乔治医学院临床西医学三年级学生。自幼喜爱针灸, 曾写过关于针刺麻醉的调研文章, 被圣乔治医学院评为一等论文。

· 调查和综述 ·

瑞士中医的现状

Situation of traditional Chinese medicine in Switzerland

周斌 ZHOU Bin

【摘要】 本文简要介绍了近年来中医针灸在瑞士的发展现状。内容包括中医针灸从业人员的来源，医生构成，立法状况，当地临床疾病种类及疗效以及中医、推拿等在诊断和治疗中的应用。

【关键词】 中医；针灸；瑞士；行业；综述

Abstract: This article gives a brief review of the development and current situation of the acupuncture and Traditional Chinese medicine practice in Switzerland, with analysis of the staff constituents, the background of the practitioners, the governing and legislation process, the diseases spectrum as the reason for visiting acupuncture clinics, the types of the visitors, the therapeutic methods and the types of preparation of herbal medicine involved in Chinese medicine practice.

Keywords: acupuncture; traditional Chinese medicine; Switzerland; industry; review

有人说瑞士是欧洲的花园，中医，这闪烁着智慧的生命之花，在花园中经受了风雨的洗礼，成为百花园中最绚丽的奇葩。自2011年以来，笔者在瑞士从事中医临床工作并对瑞士中医的现状进行了一些实地考察，现参考当地有关资料报道，综述如下。

1. 瑞士中医从业人员状况

随着全球不断兴起的中医热、针灸热，近年来瑞士中医发展迅速。据《瑞士资讯》不完全统计，目前在瑞士从事中医工作的医生超过5000人，治疗师大约2到3万人，遍及许多中医诊所、公立医院，有些较大的医院还设有专门的中医科，各大、中、小城市几乎都有中医诊所。

表1 从业人员状况

人数		来源	备注
中医师	5000以上	中国国内、欧盟	包括中医师、针灸师。
治疗师	2-3万	按摩师或其它转行	包括医助和秘书

2. 瑞士中医诊所医生构成状况

瑞士人口800万，中医诊所早已超过1000家，主要有几种形式，见表。

表2 瑞士中医诊所医生构成

形式	备注
自雇类	主要为取得身份的中医医师自己开业，口碑较好但规模不大。
工签类	受签证限制及营业额的压力，在治疗中医生较少独立性。
“走穴类”	保留20-50%的工作，再到其它店去“走穴”，可减少压力，保持相对独立性。
“洋中医类”	学过中医的本地人，有较好的人际和社会关系，在语言、政策、保险等方面有优势，但治疗水平远不如中国医生。

三、瑞士中医立法状况

同欧洲许多国家一样，瑞士的中医在取

得长足传播和发展的同时，也经历了不小的阵痛。瑞士中医政府立法历程见表3

表3 瑞士中医立法状况

年月	内容	备注
1999年 月	将中医等5种补充医疗暂时列入基础医疗保险范围	为瑞士政府首次将中医列入医保范围
2005年2 月	将中医移出医疗保险范围	此后直到2009年，中医一直排除在医疗保险范围之外
2009年5 月	全民公投，中医以67%的支持率，再次列入医疗保险范围	中医纳入基础医疗保险，是指如果一个西医诊所采用中医手法治疗，那么费用由医疗保险公司负担。中医诊所中的治疗属于辅助医疗，费用必须要加入医疗保险公司的一个附加保险，才能在保险公司报销。

从以上表可以看出，由于诸多因素的限制，也有我们中医行业内部自身发展的负面影响，瑞士中医立法也是历经坎坷，直到2008年那场金融风暴过后，经济开始复苏，但传统中医却

一直排除在政府医疗保险之外。现在的立法也只是把中医定位在保健和医疗之间。瑞士中医要真正列入基础医疗保险报销范围，还有很长的路要走。

四、瑞士中医治疗方法状况

表4 瑞士中医治疗方法

方 法	备 注
毫针	为基本治疗方法
火罐	包括走罐、水罐
推拿	包括正骨、点穴按摩、头疗、足疗等。
神灯	为基本治疗方法。
梅花针	已得到普遍应用
电针	可酌情选用
火针	应用范围正在扩大，有一定风险
放血	包括梅花针放血、三棱针放血、穴位放血等，有一定风险，酌情选用。
艾灸	包括温和灸、隔姜灸、隔盐灸等应用广
刮痧	已普遍应用
耳穴治疗	包括王不留行子贴压、磁珠贴压等，已普遍应用
盐疗	类似于热疗

从上表可知，瑞士中医治疗方法要比英国多一些，除基本的针推方法外，尤其值得一提的是火针、放血、刮痧等方法的应用正在扩大，取得了比较好的效果。这除了法律的规定外，民众的需求也是一个重要的原因。当然，这些方法应用起来有一定的风险，我们必须谨慎应用，以确保患者安全。

五、瑞士中草药应用状况

从下表可见，瑞士应用最多的是滴剂和粉剂，诊所里是见不到中草药的，病人只有持处方到外面药店购买，而且价格非常昂贵，普通民众难以承受，有些病人只好跑到法国等周边国家去买。

表5 中药在瑞士的应用

剂 型	备 注
滴剂	水剂的浓缩品，每次30-40滴。病人反映效果不理想。
粉剂	多为处方剂的混合物，每次一小勺服用。病人反映有腹胀、腹泻等。
汤剂	诊所不允许有中药，可持处方到指定药店配药。
中成药	禁止出售，但按配方配药。

六、瑞士中医市场现状分析

瑞士民众对中医中药有着浓厚的兴趣，据瑞士官方报道，在瑞士至少有一三分之一的人

尝试过中医等替代医疗治疗，70%的人购买了医疗附加保险。现就笔者工作的某诊所2012年就诊资料300例，作简单分析。

表6 年龄组

年龄分布	<20岁	21-40岁	41-60岁	> 60岁
病例数	10	70	147	73
%	3.3	23.3	49	24.3

本组300例中，男140例，占46.7%，女160例，占53.3%，男女之比为1: 1.14；年龄最小4

岁，最大85岁，平均年龄50.3岁。从就诊年龄上看，中老年患者居多数。

表7 职业构成

职业	工人	公务员	学生	农民	其他
病例	186	22	18	64	10
%	62	7.3	6	21.3	3.3

从上可以看出，就诊患者中工薪阶层居多，市区居住的患者比例偏高，占全部病例的75.3%。值得一提的是农民在患者中占有相

当的比例，而瑞士农民多数较为富裕，且多憨厚朴实，因而提高农民的服务质量和治疗手段，具有一定市场优势和开发前景。

表8 基本疾病种类

疾病种类	疼痛类	精神类	皮肤类	外伤	妇科类	保健及其他
病例数	135	60	25	8	30	42
%	45	20	8.3	2.7	10	14

从上表看出，瑞士疾病不仅种类多样，病员丰富，而且由于其独特的自然环境以及生活习惯，也显示出其自身的特点。瑞士气候偏寒偏燥，饮食多肉，多生冷，疼痛类疾病相当普遍；瑞土地处高纬度，夜长昼短，精神疾病也多；瑞士人喜欢户外运动，如滑雪、登山等，外伤者也不少；同时激素、避孕药应用广泛，导致花粉症、哮喘、关节炎、脉管炎、抑郁、月经病、不孕等病例增多，且多为西医治疗无果，被“介绍”过来的，给我们的治疗增加了不小的压力和难度。

七、结语

总之，瑞士的中医也不是一片净土，目前也面临许多问题和挑战，如何维护好中医的名誉，让瑞士的中医不重蹈英国的覆辙，值得我们反思和探讨。我们有理由相信，只要我们高举中医这面世界独一无二的旗帜，坚持走治疗的道路，以诚信促服务，以疗效促发展，瑞士中医就一定能走上健康发展的道路。

（责任编辑：陈赞育）

书 讯

1. 朱步先先生的最新著作《寒热并用药对串解》已由人民卫生出版社出版。这是作者继《〈普济本事方〉发微》之后，又一深研精论中药治疗学的力作。全书列论寒热并用药对 52 则，方剂 230 余首，均为确具临床价值或可资借鉴、研究者。同书还收录作者的医论医话数十则，比较全面地反映了其治学精神和学术思想。
2. 袁其伦博士的《袁氏新医药模式与临床》一书已由人民军医出版社出版。作者在 40 多年中西医结合临床实践的基础上，潜心钻研，以《黄帝内经》核心思想为导向，结合当代医学最新研究成果，通过对中医药和西医药的跨越融通，提出一种独具特色的结合医学新模式，为中西医结合研究开辟了一种新视角。

化腐生肌治愈臁疮腿

Putridity-resolving and tissue-regenerating method on shank sore

安家丰 AN Jia-feng

【摘要】作者通过中药化腐生肌法治疗臁疮一例验案，探讨了中药化腐生肌法在中医外科疮疡治疗中的应用。本案采用益气活血、解毒生肌为主，内外综合的治疗方案，放血通络配合外用疽疮膏和生肌散，化腐与生肌相辅相成，具有很好的临床指导价值。

【关键词】臁疮；化腐生肌；中医药疗法；中医外科

Abstract: Through a case study of shank sore (ulcer occurs on the tibial aspect) the author provided a successful example of the use of putridity-resolving and tissue-regenerating method in the treatment of sores and ulcers in TCM external medicine practice. In this case, he carried out a comprehensive threatment plan by applying external therapy,such as blood-letting, a dressing of Abscess-Sore Cream(疽疮膏Ju Chuang Gao) and Tissue-regenerating Powder(生肌散Sheng Ji San), comebined with Qi-tonifying, blood-activating, detoxifying and collateral-vessels-freeing herbal decoction.

Keywords: shank sore; putridity-resolving and tissue-regenerating; traditional Chinese medicine therapy; external medicine (TCM)

1 病例介绍:

患者韩某，65岁，患糖尿病十几年，16年前又跌断腰骨，下肢瘫痪。两年前右小腿内侧生疮、糜烂溃破，经久不愈。虽经家庭医生隔日上门换药，溃疡仍然逐渐扩大加深，流脓及血水，疼痛难忍，每天晚上需服6粒止痛片才能入睡片刻，痛苦不堪。西医认为和患者有糖尿病，伤口容易滋生细菌，以及下肢瘫痪血循环不良有关。患者转而求助于本人。

2 治疗经过:

检查见双小腿静脉曲张，散布瘀点瘀斑及色素沉着。右小腿内侧可见4厘米直径巨大溃疡，肉芽晦暗覆盖少许脓性分泌物，溃疡边缘皮肤紫暗，外周皮肤稍红肿，触之疼痛（见照片）。舌质暗红苔白，脉弦细。

中医诊断：臁疮。辨证：气血两虚，经络阻隔，毒热下注。

治法：益气活血，解毒通络。



方取阳和汤加減：黃芪、黨參益氣；鹿角膠、肉桂溫腎；白芥子、干姜溫化痰濕；丹參、木瓜、牛膝舒筋活血；桂枝、雞血藤溫經通絡；忍冬藤、地丁解毒。

外治：初期潰瘍腐肉膿血頗多，清潔瘡面後外敷化毒散，待瘡面瘀血腐肉褪盡。但肉芽蒼白、久不收口，數日無好轉，潰瘍邊緣增厚高起呈陡隘狀，形成“鎖口邊”，俗稱“死肉”。為使死肉變活，用三棱針點刺瘡口周圍放血引血，針距3毫米，以拔針見血如珠為度。加敷紫色疽瘡膏，連用數周，每周引血一次，至血滴由黑變紅為止。待瘡面肉芽新鮮后用生肌散薄撒瘡面，促使生肌長肉。治療6周後，多年不愈的潰瘍終於愈合（見照片）。



3 体会:

小腿溃疡是常见的皮外科疾病,中医记载为“臁疮”,病程缠绵,疮口难敛。《医宗金鉴·外科心法要诀》记载:“此证生在

两胫内外廉骨。外廉属足三阳经,湿热结聚,早治易于见效。内廉属三阴,有湿,兼血分虚热而成,更兼廉骨皮肉浇薄,难得见效,极其缠绵。”本病多见于年老体弱,气血两虚的病家。如此高龄患者,又患糖尿病、下肢瘫痪,血运不良,加之小腿乃多皮多筋多骨,少气少血少肉之处,死血枯肉,如何能愈?唯采用中药化腐生肌之法,方使多年顽疾得以痊愈。

(责任编辑:周斌)



【作者简介】安家丰教授,1968年毕业于第四军医大学,曾师从我国著名皮肤科专家张志礼教授,擅长中西医结合治疗系统性红斑狼疮、银屑病、湿疹、小儿皮肤病等。主持过十几项科研课题并获国家中医药管理局科技成果三等奖,撰写医学论文近百篇,在国家级刊物上发表24篇,主编《张志礼皮肤病医案选萃》和《实用中西医内科临床》等著作。1997年来英国工作,现担任英国中医师学会(FTCMP)学术顾问。

电子邮箱: caiweinian@hotmail.com

用茶治泄痢古方考析

Research and analysis of ancient herbal formulas of tea leaves in treatment of diarrhoea and dysentery

王友军 WANG You-jun

【摘要】 本文列举了历代用茶治疗泄痢的验方，在综述茶之药性的基础上，重点就其治疗泄痢的配伍和证治进行了深入的分析 and 比较。意在条理用茶治痢的历史沿革，推究用茶入药的规律，发掘继承古代良方，启发当代临证思维。

【关键词】 茶；中药；验方；配伍；泄泻；痢疾

Abstract: This article gives an outline of the history of the application of tea leaves in the treatment of diarrhoea and dysentery by listing proved Chinese herbal formulas with tea leaves as the main constituent. With further intentions to find the laws of using tea leaves in herbal recipes, to provide useful reference for prescription and to inspire creative thoughts in clinical practice, analysis of the compatibility of tea leaves with other herbs and comparison between formulas are provided along with quotations of ancient documents.

Keywords: tea leaves; Chinese medicinal herbs; proven recipe; combination of herbs; diarrhoea; dysentery

茶自古就是中国人不可或缺的日常饮品，用茶入药治病也具有悠久的历史，其中治疗泄泻和痢疾是其主要功用之一。本文稽古撷英，就该专题略作考析，以求温故知新，古为今用。

用茶治痢疾的历史可以追溯到唐代，孙思邈《千金翼方》（公元 682 年）卷第二十二载：“治石痢方：淡煮真好茶汁，服二、三升，重者三服，轻者一、二服，即瘥。”这是目前可以检索到的最早的用茶治痢的文字记录。

唐以前对于茶的称谓有“荼”和“茗”之不同。《尔雅》（约公元前 239-前 180 年）《释木》篇云：“檟（音贾），苦荼。”晋代郭璞《尔雅注》云：“树小如梔子，冬生叶，可煮作羹饮。今呼早采者为荼，晚取者为茗，一名荈（音传），蜀人名之苦荼。”陆羽《茶经》言：“其味甘，檟也；不甘而苦，荈也；啜苦咽甘，茶也。”最初，茶和茗的药物功用也是分别论述的，唐代《新修本草》（659 年）就说：“茗，味甘苦，微寒，无毒。主疮，利小便，去痰、热、渴，令人少睡，秋采之。苦荼，主下气，消宿食，作饮加茱萸、葱、姜等良。”孟诜《食疗本草》（621-713 年）则云：“茗叶，利大肠，

去热解痰。”“荼，主下气，除好睡，消宿食。”荼偏甘寒，能下气消食，可与葱姜等菜蔬共煮为日常之饮品；茗则偏苦寒，有清热止渴、疗疮、利大肠及利尿化痰之功效。识此则知《千金翼方》用茶治石痢完全符合其药性药效。因服食辛热药石过度所导致的热痢，与外感之邪入里或伤于不洁饮食所患的毒邪蕴积之痢疾不同，用单味茶叶之甘苦微寒，即可清食热、下火气、生津液，平衡阴阳，安中止痢。中医用药，适证为度，过与不及皆当避免。

腊茶，或称建茶、蜡茶、腊面茶，为采用蒸制法制作的茶饼，磨粉后冲汤饮用。腊茶初见于唐朝，盛行于宋代。有宋以降，腊茶入药组方或以腊茶服药非常流行，古籍所录比比皆是，但唐宋本草著作中却未见对腊茶的专门记述。北宋时期王衮所撰《博济方》（1047 年）可能是首载腊茶入药和用腊茶治泄泻的：“神圣香姜散，治久患脾泄泻。宣连（一两，匀锉如豆大），生姜（四两，匀锉如黑豆大）。上二味一处，以慢火炒令干，姜脆，深赤色即止，去姜取出，只要黄连，研为细末。每服二钱，空心腊茶清下，甚者不过两服，即瘥。”方中黄连苦寒，清热消痞且能燥湿坚阴厚肠胃，炒后寒性减而

苦燥厚肠之力增；生姜辛温，能散邪化滞、健脾和胃，炒脆后功类炮姜，能温中止泻。脾恶湿，两味本为脾药，炒后则苦燥之性最补脾土；佐用腊茶服药，能制炒药之火性，清气生津。茶虽能治泄痢，但脾虚泄泻绝非所宜，观李时珍对过度饮茶致虚寒洞泻之戒可知，故此处用腊茶当是佐制之意。空心服药，可使药力直达肠间。三味如法，共以治脾虚久泄，可谓制度严谨，理趣高妙。

由于产地的不同，各种茶叶的性味功用或有一些差别。清代张璐玉《本经逢原》（1695 年）对不同产地茶叶的药用差别进行了较为全面的论述：“凡茶皆能降火，清头目。其陈年者曰腊茶，以其经冬过腊，故以命名，佐刘寄奴治便血最效；产徽者曰松萝，长于化食；产浙绍者曰日铸，专于清火；产闽者曰建茶，专于辟瘴；产六合者曰苦丁，专于止痢；产滇南者曰普洱茶，则兼消食辟瘴、止痢之功。”其中把腊茶与建茶并列，且云其“经冬过腊”而得名，属于望文生义。宋代程大昌《演繁露续集》云：“建茶名蜡茶，为其乳泛汤面，与镕蜡相似，故名蜡面茶也。”应属正解。论及苦丁和普洱两种茶，虽皆云“止痢”，其实苦丁茶与茶是完全不同的植物，苦丁为冬青科植物大叶冬青的叶，大苦大寒，清火解毒之力不亚于黄连；普洱茶乃发酵茶，愈陈愈良，其寒性皆失，而以和胃消食之功见长。临证择用，不可不知。

《本草纲目》（1578 年）论茶之主治有云：“合醋，治泄痢甚效（陈承）。炒，煎饮，治热毒赤白痢。”当是根据宋代陈应之疗血痢等病案所作总结。《苏沈良方》（960-1127 年）载：“丞相曾鲁公痢血百余日，国医无能疗者。应之取盐水梅除核研一枚，合蜡茶，加醋，汤沃服之，一啜而瘥。”此酸苦咸味之剂，乃用阴和阳，当属厥阴治法。《伤寒论》用白头翁汤以治厥阴热利下重，热毒深陷厥阴血分，而见便脓血赤多白少之证。对比此案，厥阴血痢已百余日，系久利不止，正邪俱损，气血皆惫，且久痢多伤及少阴，不宜用大苦大寒之方药更伤残弱之气血。故用甘苦微寒之腊茶清肠间余热而生津液，用盐水梅之酸咸安靖肝肾，尤妙者

以米醋之酸温通阳和血，周转生机。庶余邪清而气血和，转衰病势，则久利得止。参读清代沈金鳌《伤寒论纲目》卷十五议论“厥阴经症热利下重”脉法，云“脉沉弦，沉为在里，弦属少阳。下重者，胆气不升，火邪下陷也。大脉属阳明，其未止者，阳明之阳邪太盛，故脉大而病进也。又脉之微弱者，为虚。利后而数，亦为虚。其欲止者，阴阳渐和也。……诸条令自愈，言可不服白头翁汤而令其自愈也。”即可悟厥阴利伤正后宜调和阴阳令其自愈的道理。此案盐梅醋茶方所用皆厨间饭桌平和之味，正邪兼顾，阴阳共调，颇得“阴阳自和”之旨，宜其治久利正虚之人。推而思之，岂可刻舟求剑，以此方治痢疾初起邪盛正奋之证耶？倘厥阴下利，脉弦大，乃正气未伤，邪毒炽烈，白头翁汤才是正治。

唐《本草图经》（1061 年）载崔元亮《集验方》敕赐姜茶治痢方：“以生姜切如麻粒大，和好茶一两碗，呷，任意便瘥。若是热痢，即留姜皮，冷即去皮，大妙。”《苏沈良方》亦载有此方，云：“宪宗（按：即唐宪宗）赐马总治泻痢腹痛方：以生姜和皮切碎如粟米。用一大盏，并草茶相对煎服。元丰二年，文忠公（按：即欧阳修，谥号文忠）得此疾，百药不效，予传此方而愈。”茶苦凉，姜辛温，辛通苦降，去滞止痢，配伍精当，且药简易得，故效而广传。南宋杨士瀛《仁斋直指方论》（1264 年）解析曰：“姜茶治痢。姜助阳，茶助阴，并能消暑、解酒食毒。且一寒一热，调平阴阳，不问赤白冷热，用之皆良。生姜细切，与真茶等分，新水浓煎服之。苏东坡以此治文潞公（按：或为‘文忠公’之误）有效。”杨时泰《本草述钩玄》（1833 年）进一步作按语云：“姜茶宜于暑令者，阴不配阳之际，用茶抑阳而助阴，谁曰不宜？第偏于助阴，不惟伤阳，而阴亦不得以行其气化，是两伤也。和以生姜之辛散，俾阳得其气化以育阴，阴亦由其化气以配阳矣。老人暑月宜此汤，如三冬时，又当以茱萸配茶为饮乃可……热毒下痢，腊茶为末，蜜水煎服。白痢，以连皮自然姜汁同水煎服，两三服即愈。”可谓举一反三，得变通之妙，然不失古则，值得效法。

清代魏之琇《续名医类案》卷八引李日华《六研斋偶笔》云：“高丽医人治疾，用药只一味两味，至三味则极多矣，未有至四味者。盖药惟性专则达，二则调，四则参与制，再多则相牵而不能奏功。偶传治痢二方，甚简而验，今录于此。治痢止二味：色白者患寒，用生姜一两，细茶五钱；色赤者患热，用细茶一两，生姜五钱；赤白杂者，姜、茶各五钱，青皮三钱，陈皮二钱。酒一碗，河水一碗，煎至一碗，温服即愈。”这显然是唐宋时期姜茶治痢法的延伸，唯其不泥旧方，量大效专，或适证之寒热而颠倒比例，或佐行气化湿之青陈皮，以治滞下之疾，固当屡验。用酒共河水煎药以行药势，则气血周流，药力周遍，邪无所隐。

除姜茶治痢验方递绪久远外，用茶治痢的验方还有宋代《太平圣惠方》（992年）治血痢、产痢方：“冬葵子为末，每服二钱，入腊茶一钱，沸汤调服，日三。”《本经》云：“冬葵子，味甘，寒。”《纲目》云其：“通大便，消水气，滑胎，治痢。”葵子甘寒能清热，滑润则能利气滑窍，解除积滞后重；腊茶苦凉泄热，且不失春之少阳生气。明代汪机在《石山医案》（1520年）里说：“茶体轻浮，采摘之时，芽蘖初萌，正得春升之气，味虽苦而气则薄，乃阴中之阳，可升可降。”检视两药，皆和缓之品，用量亦少，无虑伤正，允为产后下痢或虚人下痢之选择。据余观之，若为虚人或产后血痢，《苏沈良方》之盐梅醋茶方似更优于此方。

《本草纲目》所载治大便下血附方是用茶治痢又一个新的配方。原文如下：“营卫气虚，或受风邪，或食生冷，或啖炙爆，或饮食过度，积热肠间，使脾胃受伤，糟粕不聚，大便下利清血，脐腹作痛，里急后重，及酒毒，一切下血，并皆治之。用细茶半斤（碾末），川百药煎五个（烧，存性）。每服二钱，米饮下，日二服。”详百药煎为将五倍子捣碎，再同茶叶、酒糟等混合发酵，晾干后切制成的方块状物，其味酸涩咸微甘，

性平。《纲目》云其能：“清肺化痰，定嗽解热，生津止渴，收湿消酒。止下血，久痢，脱肛”。用茶叶之苦寒泄降肠间积热瘀滞，以百药煎化痰消食，收涩止血，且防久利脱肛。百药煎烧炭存性，则收涩之力更著，且焦苦入心，最宜于血证。两药酸苦化阴，且皆能化湿浊，保津止渴，能治痢而兼顾已伤之营卫。米饮服药，可充实胃气，益营卫津液生化之源。综观此方，乃又一用茶治痢而法有巧思者。百药煎一物，比之盐梅加醋，皆得酸咸糟酿之味，其短长相较，颇有神似之处；若比之葵子散，则一药滑利，一药涩收，一通一塞，颇可对待。古人拟法如此，岂是巧合？须经深思得其理趣，并在实践中检校得失。

总览前文所列各代之泄痢方，如治石痢方、神圣香姜散、姜茶方、葵子散、乌梅茶醋方、蜜茶、百药煎茶等等，我们可大致理出用茶治痢的沿革脉络。古之以茶治痢，或伍苦燥之姜炒黄连，或伍辛散和阳之生姜，或伍酸咸之盐梅米醋，或伍酸涩之百药煎，或伍滑利之冬葵子，虽有因证配伍之别，然皆重阴阳平调之道，多宜于气血衰损之人。一味寻常的茶叶，仅其用以治痢一端，即可衍发出如此丰富的理法和效方，怎不让人赞叹中医古辈的智慧！我们在临证实践中除了随证选用古之成法成方外，更要用心追夺先贤的创造性思维，才能师古而不泥古，古为今用，临证察机，遣药如意。



【作者简介】王友军，副主任医师，1992年毕业于北京中医学院，出国前就职于陕西中医学院附属医院。现客居英国开诊，任英国中医师学会副会长，*Journal of Chinese Medicine in the UK*《英国中医》杂志主编，世界中医药学会联合会翻译专业委员会理事。

电子邮箱：chuanshizhaizhu@gmail.com

谨辨病与证，慎勿倚或偏

Accurate treatment comes from careful identification of pattern and disease

袁炳胜 YUAN Bing-sheng

【摘要】 本文针对临床施补施泻、用寒用温等个人偏好的弊端，结合对临床病证寒热虚实情况，伤寒温病等学派用寒用温和临床补泻的讨论，指出作为临床医生，应该广览博学，力求熟悉各家理法，寒热温凉补泻消导各种治法都应该善于使用；临床当以辨病辨证为治疗和用药的标准和客观依据，而不应以个人喜好偏爱为主导。

【关键词】 中医临床；治法；各家学说；辨证论治

Abstract: Against the abuse of clearing or warming or tonifying or reducing therapeutic method as a personal preference in TCM practice, with discussion on complicated conditions met in clinic which could be mingled patterns of cold, heat, deficiency and excessiveness, and with a brief review of the theories of famous schools in the history, the author indicated that as a TCM practitioner, one should have adequate knowledge of the theories of main Chinese medicine schools, be skillful at different therapeutic methods, and follow the principle of “pattern identification and treatment” to choose the most appropriate method and adjusted herbal formula according to the objective clinical conditions rather than personal preference..

Keywords: TCM clinics; therapeutic method; theories of schools of TCM; pattern identification and treatment

1. 复杂的临床，“标准化”和简单化。

很多诋毁中医，说中医不科学的人，往往说中医好象很随意，没有“标准化”，没有“客观”、“量化”的指标。同一个病，喜欢伤寒的看了说是伤寒，喜欢温病的则认为是温病，爱用温补的可能又认为是阳虚；治疗上，这个中医可能会辛温发汗，那个却要辛凉清散，或者泄热攻下，有的却要温阳补火、或益阴补血。

那么，为什么会出现这样的情况？中医的诊断治疗，究竟有没有一定的标准？

首先，临床病症复杂多变。象一些病程迁延日久、旧患未愈又染新患；年老体弱、感受外邪者，皆常见多种病、证同时存在，虚实兼见、寒热错杂，的确是有寒可以温散，有热宜须清解，有阳气或阴血的不足，似乎也该补益，若四诊草率，病证未能详辨，则难免或见其寒，或见其热，或见其虚，或见其实，得其一隅，失其全貌，治疗用药，亦难免失之偏颇；幸而获效则津津自喜，不效

则推诿搪塞，终不省自己学问之不足，道、术之有偏。

另一方面，读书时，只是希冀能学到一种万全万能之治法，以简单之一法而应万变；如果温补法学得比较多，临床用温相对得心应手，稍见虚、寒之征，辄径用温热，罔顾其余；用清凉屡屡获效，就偏爱清凉泄热；熟悉一些养阴方药，就对养阴情有独钟；对补脾胃治法有些研究，凡病都要首先考虑补脾。如此种种，得一技则守一法，不屑其余，心中太多成见，临床脱离实际，更会导致这些问题出现。

2. 细看今时，用寒用热之“时尚”。

由于明清以来温病学派在临床的巨大影响，尤其近百年来现代医学知识及其细菌、病毒致病、炎症概念的广泛传播，导致社会大众甚至医患人等，误以为大多疾病皆由细菌病毒或炎症引起，炎症都是热、毒所致，误认为一切炎症皆当清热泻火解毒以治之，

以致银花、连翘、黄芩、黄连、黄柏等苦寒药物在临床上广泛滥用。而现代医药学，则但凡一切感染、炎症性疾病，尤其但凡查见白细胞增高之病症，皆先与抑菌或杀菌药物如抗生素、磺胺等类药物以抗感染治疗，或口服、肌注，甚或大剂量静脉给药。这些药物，以中药性能去认识，其实大多偏属于寒凉之性。确属纯热之证，短期使用，热清而止，诚为良药。若兼夹湿、瘀，不结合相应治疗，则难收全功，甚或无效；不当使用，则必然损伤正气。可见滥用寒凉，已是百十年来之积弊。

久用寒凉，难免导致阳、气（其部分功能可视为免疫之机能，人体自身抗病之能力）不必要的伤损。再加之今人大多饱食安居，出入有舟车之便，终年少饥馑之苦、无形体之劳，故亦多营养过盛，气郁血滞，变生痰湿水饮、阴邪壅遏为患，阻滞脏腑经络隧窍之间，阳虚阴盛之体质证候，实于临床不鲜见也。这些因素，导致了近些年“火神派”应运复兴，临床很多人追随其学说，使用温阳方药（善能振奋机能，提高免疫能力与心肺肾功能的一些中药方剂），在很多情况下也能取得较好的疗效。然临床之际，常有禀赋壮实，阳气亢旺之人，亦不乏确实以阴血之虚弱为主之病证，若不详察，一概用温补温热，则难免火上浇油，犯“虚虚”“实实”之戒，加重病情。

3. 平生积习易，临证活法难。

临床医家，常常很容易因长期比较固定的诊断和治疗思路模式，处方用药习惯而形成积习，遇到类似的疾病，往往会有意或无意地从主观经验的角度简单化地看问题，为习惯所左右。甚至一些人，机械化地将临床诊断、辨证变成了辨寻自己主观所需要证候体征的过程，因而忽略了，或难以权衡另外一些临床表现在病、证中的主次轻重。成见之下，难有的见，盲人摸象，以偏概全，难以发现和针对主要问题选取恰当的治疗方法。

临床之病，不惟有实，亦且有虚。则临床之治，则既有用泻，亦有用补之时。临床之病，不惟有寒，亦且有热，而中医药物，

经数千年之发展，寒热悉有备焉。则为临床之医，不仅要长于用热，亦且要善于用寒。又心肺肝脾肾，胆胃大小肠，凡五脏六腑，筋络肢节，皆有罹患疾病，虚实失调之时。是故临床之医，又不仅要善于诊治脾肾，亦且要善于心肺之调治。病又有缓急，医者不惟要善于治缓，还当能够应急，其法亦须当备于平时。即耳鼻喉外诸科，亦当知脏腑阴阳，经络气血，上下内外，相感相应，内病外现，外病内治、内病外治之理；而脏腑补泻之法，则当以虚实所在及所因由来，脏腑生克乘侮长养、疾病传变之关系而为实际之应用，随证活法，慎勿以一己之喜恶，泥于前人只言片语，而有所短长偏嗜焉。

4. 深入各家，明辨病、证。

纵观古今真正深解伤寒者，皆知伤寒不惟用麻、桂、四逆之温，亦且用寒，如仲景白虎、承气、陷胸诸汤方^[1]；深究温病者，亦知叶薛吴王温热诸家，不惟善用寒，亦且长于用热。如吴鞠通《温病条辨》之椒桂、温脾、扶阳、鹿附诸汤方^[2]；王孟英临床治疗林广文之仆迁延半年不愈之血痢，“察脉细弱而口干，腰膝酸痛”，遂“与鹿角霜、肉苁蓉、枸杞、杜仲、菟丝、续断、血余……砂仁末炒熟地黄，十余剂而愈”^[3]之类。近时流行的“火神派”（或称“扶阳学派”）之鼻祖、晚清时蜀医郑钦安于《医理真传》等书中，阐明阳气生理病理之大义，临证善用姜附温药以起沉疴。然其发明医理，实则阴阳并重；临床用药，不废石膏大黄、白虎承气。其唯恐后人因其发扬用温之法，而有所曲解偏倚，特地警醒后来之学者：“人咸目余为姜附先生，不知余非专用姜附者也，只因病当服此”；“用姜附亦必究其虚实，相其阴阳，观其神色，当凉则凉，当热则热”^[4]。观《吴佩衡医案》，其治瘟疫、春温、暑、痢、秋燥诸疾，亦用石膏、大黄、芒硝、知母、沙参、麦冬、玄参、黄连、黄芩、连翘之类^[5]。故知历代各家，皆深研其前诸家，立足临床，然后于某方面有所独创、补前贤所未备，完善中医药之理法，而能垂范医林者，何今之人得其衣角而不暇观其面目耶。

故欲提高临床水平，当通晓古今寒温攻补各家之学。学习各家，可于一家切入，深

入研习,至深至透,全面理解,渐能应用自如,然后旁涉理法类似的医家,融通之际,再渐及学术思想不同或相反相成的其他代表性医家,以丰富自己的学问与实践。

中医临床,从早期的单味药治病,过渡到复方配伍使用;从使用生药,到使用煎剂;从单纯的辨病论治,到辨证论治、临床辨病辨证相结合,形成较为系统的理论,都是中医临床的巨大飞跃。《内经》始列热病、寒病及疟、厥、咳、风、痿、癰狂、痈疽等诸病专篇,及《素问·热论篇》所言:“今夫热病者,皆伤寒之类也……凡病伤寒而成温者,先夏至日为病温,后夏至日为病暑”,即是辨病。又如:“百病之生,皆有虚实”,“邪气盛则实,精气夺则虚”;“四时之变,寒暑之胜……阴主寒,阳主热”,“阳盛则热,阴盛则寒”,即是辨证。而“虚则补之、实则泻之”,和“治热以清”、“治寒以留”^{[6][7]}(不同针灸手法),则开临床辨别虚实寒热分证论治之先河。

汉末张仲景著《伤寒杂病论》,明言“辨某某病、脉、证并治”^[1],确立了中医学辨病辨证而论治、理法方药一以承之的中医临床模式,成为后世临床公认和通用的标准程式。学中医就是学中医的辨病辨证,理、法、方、药。临床按辨病辨证之法,理法方药环环相承相扣,不脱节不飘浮;药、治与病、证相合,与人、时、地相宜,便是地道的中医的临床。若不谙舌脉,昧于四诊,病、证未明,理法方药不合,则始终徘徊门外,难入中医诊治之门径也。

仲景后近两千年来,中医在辨病、辨证方面积累了丰富的内容,以《肘后方》、《诸病源候论》、《千金方》以及后世妇儿外诸科及各家学说等为代表,在各科疾病病因学及辨病识病方面,不断取得新的进步,并形成了六经、脏腑、八纲、三焦、卫气营血等辨证体系。中医临床以辨病为先,再据病以选择或综合应用适宜的辨证体系,从最佳的角度揭示疾病本质;如外感热病酌情以六经(伤寒病)或三焦、卫气营血(温病)辨证为主;杂病以脏腑辨证为主。临床辨证,当明确实为何实,病邪之性质、来源及强弱多

少;虚者何虚,何脏何腑、在经在络,气血阴阳、孰者不足,宜当落到实处:实有实的症状表现,虚有虚的舌脉依据;气虚有气虚的特点,阴虚有阴虚的证候;肝血虚有肝血虚的征象,心血虚也必有心血虚的见证,各证皆有严格的舌、脉、证的标准(即使脉证不统一,亦必有其机制),脱离了这个标准,便容易误诊误治。

5. 博学善用,提高临床诊治水平。

学各家之法,当深入探析其理,活法善用。对各种治法方药,临床用之当有脉证之依据,此临床不可须臾忘者也。如五脏之血气,生成于脾胃化生之水谷。故凡虚损之疾,宜当善调脾胃。然调理脾胃之道,非唯补益之一途。脾胃滞者,通泄之道即是补;病情实者,泻之以法,泻之以度,勿损脾胃,即是调理脾胃。又如脏腑经络之实,宜当以去实为法。然去实之法,非唯攻泻一途。有因虚致实,如年高体弱,心肾虚怯,阳气不足,经络气血不能畅行,筋骨失养,兼瘀夹滞,诸节疼痛,指节拘挛肿胀,亦非白虎历节可比,治当补肾强心,鼓舞阳气,佐疏通筋络为法,心肾阳气复,自然气血健运,即有邪痹,亦当自散,肿痛即得消除;至若针灸之道,亦当注意调补心肾,通络活血,整体与局部同治,乃可见功,与用药之理同然,万不可见痹治痹。

曾于 2003 年夏治白某,因 5 个月前之车祸致“急性失血性休克、脑挫伤、颅底骨折、面部骨折、头皮撕脱伤”,经抢救治疗 7 天后神清,然于 3 天后出现头痛、发热、甚至高热达 40 摄氏度以上,伴神昏、谵语,经抗感染、肌注退烧药仅暂时热退,但反复发作,治疗 2 月许神志恢复,发热汗出仍无改善。转某医科大学附院脑外科,核磁共振查见:脑膜炎、交通性脑积水、脑白质间质水肿、右侧乳突炎。辗转脑外科及感染科又治疗 2 月余,虽病情趋于稳定,但仍苦发热、多汗、头痛不解,出院后父兄带其求诊于余。诊见:自觉发热(体温并无升高),头痛、觉热甚则汗出,每致大汗淋漓、湿彻衣被,汗出后则身冷、恶风寒;时作干呕、疲乏多寐,视物重影,右耳听力减退。肩臂酸冷、

四肢无力,不能行走;面色晄白、形体消瘦;舌淡、苔薄白、脉沉细。诊为脑外伤后遗症,伤风表虚。证属营卫不和、气阴两虚夹瘀。治以调和营卫,佐以益气养阴、活血固表。用桂枝汤合生脉散、玉屏风散加丹参、龙骨、牡蛎。服药后,一剂而热除、汗止,恶风寒及头痛亦愈,纳仍欠佳,但已知饥,干呕未作。再加生姜、半夏,服二剂而纳食佳,胃中和,复以补阳还五汤与地黄饮子交换使用,结合针灸治疗月余,肢体功能亦完全恢复^[8]。

此重症脑外伤伴颅内感染,经现代医学抗感染等治疗 4 月余,而患者仍自觉发热。体质虚弱、病情复杂,实为疑难之症。然据其主症之发热、汗出、恶风寒,舌淡苔白,辨为伤寒中风表虚;考虑其脉沉细而不浮缓者,乃因外伤失血,风邪乘袭,阴血亏虚,脉道不充故脉细;阳气未复,不足以鼓动脉搏故脉沉;久经大剂抗感染等治疗,阳气更伤,阳气大虚,卫阳不振,不足以外出于表,与病邪相争,故初发热,而现近仅自觉身热而体温不高;大失血之后,复屡大汗,阴液亦亏;病程绵延数月,阴阳气血俱虚,致形肉脱失,短气疲乏,昧于视听。故主以桂枝汤和营卫疏风邪,合生脉散益气阴为主治之,扶正与祛邪同施,有的放矢,俾风邪得以疏散,营卫得以和调,而热退汗止。且生脉散益气阴而能强心,桂枝汤和营卫兼能健中,故一剂而热退汗止,再剂去敛汗之龙、牡,加小半夏以和胃气,营卫调、胃气和,而病机关键得解,继以补阳还五汤益气通络祛其留瘀,与地黄饮子之阴阳两补,通补兼施,交替施用,结合针灸治疗,肢体功能亦皆痊愈^[8]。设若只考虑感染因素而仍然一味抗感染、或为西医诊断所左右,投以银翘芩连苦寒之治,必然无益于事;且诸药之苦寒,必进一步徒伤卫、阳之气,而营卫仍不得和调,热、汗之症仍然难以解除,他证亦难有转机,是知辨病辨证、随病、证用药,乃中医临床之机关也。

6. 结语

中医药学发展到今天,诊断方法、辨证体系、治疗原则、处方药物,经历代医家的

补充、发展,渐趋完备。既然临床并非只有寒证或只有热证,亦非只有虚或只有实,又有寒热补泻散敛行消各种治法方药供临床之应用,则广览博采,学各家之长,诸家治法,陶而冶之,丰富我临床之所用,以提高临床疗效,最大可能地维护患者健康,是我们中医人终生不辞的义务和责任。

(责任编辑:周斌)

【参考文献】

- 1 徐道隆. 伤寒论崇实注. 北京: 中医古籍出版社, 1999.
- 2 (清)吴瑭. 温病条辨. 北京: 人民卫生出版社, 1972: 143, 150, 156
- 3 (清)王士雄. 王孟英医案. 北京: 中国中医药出版社, 1997: 117
- 4 (清)郑钦安. 中医火神派三书: 医理真传, 医法圆通, 伤寒恒论. 周鸿飞点校. 北京: 学苑出版社, 2007.
- 5 吴佩衡. 吴佩衡医案. 吴生元 吴元坤整理. 北京: 人民军医出版社, 2010: 6-28
- 6 灵枢经. 田代华, 刘更生整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- 7 (清)张隐庵. 黄帝内经素问集注. 上海: 上海科技出版社, 1959.
- 8 袁胜. 桂枝汤加味治验 3 则. 新中医. 2004(10): 67



【作者简介】袁炳胜, 曾用笔名袁胜。中医学本科毕业, 中西医结合研究生结业。曾受学于川北针灸名家熊德炆、倪先贵等, 并拜已故著名中医药学家、国家第一、二批继承名医经验导师李孔定主任中医师、著名针灸学家杨介宾教授为师

临床学习, 在《中国针灸》、《新中医》、《中国中医药报》等发表学术论文 40 篇; 为英国中医师学会 (FTCMP) 会员及学术理事、中国针灸学会会员、中华医学会四川分会会员、中国中西医结合学会四川分会会员。

电子邮箱: yuanbingsheng@gmail.com