

ISSN:2049-4289

2014年第1期

2014 Volume 3 Issue 1

英國中醫

JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK



ISSN 2049-4289

07>



9 772049 428008



FTCMP

目 录

CONTENTS

论著 Original Articles

- | | | |
|---|------------------------|----|
| 中医急症与临床 (上)
Emergency treatment of traditional Chinese medicine (part 1) | 袁炳胜
YUAN Bing-sheng | 3 |
| 闻而知之谓之圣——五音诊法初探
“One who diagnoses it by listening is called a sage”: the first exploration of the diagnostic method of five tones | 王友军
WANG You-jun | 6 |
| 配伍足临泣治疗梨状肌综合症疗效观察
Observation of the effect of Zulinqi(GB41) as a combined point in treatment of piriformis syndrome | 向谊
XIANG Yi | 11 |
| 中医综合疗法治疗肩周炎 200 例
Observation of combined TCM therapy for frozen shoulder | 曹兴灵
CAO Xing-ling | 13 |

欧洲中医 Reports from Europe

- | | | |
|--|-----------------------|----|
| 从时间针灸到时空针灸(续)
From time-acupuncture to time-acupoints-space acupuncture (continued) | 朱勉生
ZHU Mian-sheng | 16 |
| 时空针灸纳子法大通经对顽固性疼痛的临床特效(续)
The outstanding effectiveness of Na Zi method and all-meridian-connecting method of time-acupoints-space acupuncture in treating intractable pains (continued) | 陈春信
CHEN Chun-xin | 22 |

学术探讨 Academic Reports and Discussion

- | | | |
|--|----------------------|----|
| 《伤寒论》“微火煮”方药刍议
Discussion of the herbal remedies ‘to be boiled with minimum flame’ in <i>Treatise on Febrile Disease</i> | 赵志恒
ZHAO Zhi-heng | 25 |
| 论外感风热与虚热外感之别
Discussion on the differentiation between “external contraction of wind-heat” and “deficiency heat and external contraction” | 李宇铭
LEE Yu-ming | 28 |

临床经验 Clinical Studies

取渊汤治疗胆经郁热型鼻渊举隅

Clinical experience of treating sinusitis with Qu Yuan Decoction in the pattern of stagnated heat of gallbladder meridian

吕泽康
LUI Chak Hong 34

医案两则:干咳案和神经性厌食症继发闭经案

A study of two cases: dry cough and anorexia nervosa causing amenorrhea

余博通
Bertrand Hurpy 36

老中医笔谈 Experts' Notes

妇科验案十四则

Notes of 14 successful gynecology cases

彭坚
PENG Jian 38

从一位中医爱好者的 E-mail 想到的

Thoughts aroused by an e-mail from a Chinese medicine enthusiast

朱步先
ZHU Bu-xian 47

英国中医 JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK

2014 年 3 月 第 3 卷第 1 期 MARCH 2014 , VOLUME 3 ISSUE 1

国际标准刊号 ISSN: 2049-4289

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

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

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

总编审 Editorial Consultant: 朱步先 ZHU Bu-xian

主编/英文编辑 Chief Editor & English Editor: 王友军 WANG You-jun

英文顾问 English Consultant: Alicia Ma

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

广告/印刷/财务 AD, Publishing & Treasury: 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 Committee: 朱步先 ZHU Bu-xian, 安家丰 AN Jiafeng, 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

中医急症与临床（上）

Emergency treatment of traditional Chinese medicine (part 1)

袁炳胜 YUAN Bing-sheng

【摘要】临床急症，严重威胁健康和生命，自古为中医临床家所关注。对急症的诊治研究，促进了中医学的形成、发展和完善。在各科急症证治方面，中医学有着丰富的内容，在现代医学日趋完善的今天，仍值得我们进一步探讨应用。本文从中医急症的发展成就、临床运用范围的发展变迁，结合个人20余年来临床实践的体会，予以探讨和总结。

【关键词】急症；临床；针灸；刺血疗法；中医药

Abstract: Emergencies are acute conditions threatening health and life, thus have deeply concerned Chinese medical doctors since ancient times. The studies and researches of emergencies encouraged the establishment, development and consummation of TCM. It still warrants us to explore the rich experiences and apply them in clinical practice to TCM. The author reviewed the history of emergency treatment of TCM and summarized the therapeutic methods of TCM for emergency conditions in combination with his own clinical experience of over 20 years.

Keywords: emergency; clinical practice; acupuncture and moxibustion; blood-letting; Chinese medicines

1 概说

急症，指突然发作、来势迅猛、病情紧急，必须立即予以救治的一类病症，如《石室秘录·急治法》所说：“急治者，不可须臾缓也。乃外感之喘胀，气不能息之类；如直中阴寒，手足厥冷，小腹冷痛而欲死者也；如心中卒痛，手不可按，气闷欲死者是也”^[1]。可由外因、内因或内外因共同作用而引发，如猝然遭受意外物理、化学或生物因素损伤，急、慢性病症突发加重所致。临床多以剧烈的疼痛、高热、出血、昏厥、痉搐、喘促、心悸、或癃闭、泻下无度、或意外受伤所致严重出血、组织损伤、甚或严重全身性症状为主。多以突然发病，症状表现激烈，患者自觉有难以忍受的强烈痛苦，或严重影响到心脑肺肾等重要脏器的生理功能为特点，若不予及时正确救助，可能危及生命。

临床急症，自古是中医临床家所关注和研究的重点。如《伤寒杂病论》、《肘后备急方》、《备急千金要方》等重要医籍，皆是为备临床

急症参考而著作。急症研究，促进了中医学临床各科诊疗技术的进步和学术思想的形成、发展和完善。在急症证治方面，中医学有着丰富的内容，在现代医学日趋完善的今天，仍具有现实的临床意义，值得我们进一步探讨。

2 中医急症的发展和成就

2.1 中医急症在临床实践中不断发展进步

医学的发生，是因为疾病对人类健康和生命的危害，以及人类自我维护健康和生命的临床需要。危及生命的急性重症，更是刺激医学发展和进步的原始动力。

如《灵枢·痈疽》即已认识到咽喉部脓肿是危急重症，“痈发于咽中，名曰猛疽...不治，化为脓，脓不泻，塞咽，半日死”^[2]。《千金翼方》记载，深州刺史成君绰患颈肿，喉中闭塞，滴水不下已三日，请孙思邈诊治。孙思邈邀针灸名医甄权会诊，甄权取少商刺血而愈^[3]。明代

《针灸大成》继承《千金》记述之法而有所发明,该书《咽喉门》下“咽喉肿痛、闭塞、米粒不下:合谷、少商,兼以三棱针刺手大指背头节上甲根下,排刺三针”(用三棱针者,施刺血之法也,于甲根下排刺三针,则不唯刺少商,更取甲根下及后侧缘穴,显然其法较独刺少商出血,宣泄郁热作用更强)。对于局部肿腐甚剧,症情危急者,则秉承《内经》关于“脓”、“泻”的论述,采用患处刺血排脓的治法:“咽喉肿痹甚者:以细三棱针藏于笔(古代多以羊、兔毫制作笔锋)尖中,戏言以没药调点肿痹处,乃刺之。否则病人恐惧,不能愈疾”^[4],临床应用经验丰富,开现代医学手术切开引流排脓治法之先河。针灸治疗咽喉急症,疗效可靠,见效迅捷。笔者曾于1990年冬,治疗一例咽喉壁脓肿重症,时已病一周许,咽喉肿痛闭塞,呼吸喘促不利,高热汗出不退,经西医内科大剂量抗生素等治疗无效,外科会诊主张必须尽快手术以解其危,患者及家人畏惧不允,求余试以针灸治之,经针刺少商(出血)、天突、扶突、合谷等穴,一次而咽痛、喘促、高热、喉痹得解,病势缓减,西医认为不必手术,再经针灸数次而痊愈^[5]。

2.2 急症推动了中医临床和理论的发展和进步——中医学史上和急症相关的发明创造

历代医家,或熟读古今医籍,临床经验丰富,成竹在胸,临危救急;或诸医会诊,集思广益、千虑一得;或情急生智,妙计心生;或集数代、数十代人之精思,以解决临床之重大疑难问题,产生了很多具有重大临床意义的诊疗技术或理法,以提高临床急症救治疗效。

如张仲景《伤寒杂病论·杂疗方》治“尸厥”病(昏迷不省人事),经鼻部给药法、舌下给药法:“以菖蒲屑内鼻两孔中,吹之;令人以桂屑注舌下”;治“自缢死”,“心下若微温者”,“上下安被卧之,一人以脚踏其两肩,手稍挽其发,常弦弦勿纵之。一人以手按据胸上,数动之(后人注云:‘导引上焦之气。’此即现今西医所谓胸外心脏按压心肺复苏术),一人摩捋臂胫屈伸之(后人注云:‘导引四肢之气。’此实即今之牵臂法人工呼吸),若已

僵,但渐渐强屈之,并按其腹(后世注云:‘导引下焦之气’)。如此一炊顷,气从口出,呼吸眼开,而犹引按勿置,亦勿苦劳之”^[6]。

又如唐孙思邈《备急千金要方》记载了应用葱管进行的男性导尿术^[7];金元时期,张子和《儒门事亲》记载了内腔钳取异物的方法^[8];元代齐德之《外科精义》对临床疼痛等症状严重的深部疮疡,创造了与现代注射器相似的银制筒子针,以达到疮疡深处给药的治法:“用錠子法匠,以银作细筒子一个,约长三寸许,随针下至疮痛处,复以细银丝子内药于筒内,推至痛处”^[9]。

对于严重胃肠等内部脏器疾病所致急腹症或腹部外伤,《三国志》和《后汉书》均详细记载了汉末三国时期华佗独创的腹部外科手术及手术全身麻醉用药实践^{[10][11]},仅措辞文字稍异;一二百年后,隋朝官修《诸病源候论》一书,主要谈各科病之证候表现及病因理,一般不言治疗。但第三十六卷《金疮病诸侯六·金疮肠断候》破例地详细描述了因战争或意外受伤所致腹部开放性损伤、断肠暴露于体外的外科手术处理方法及调养护理注意事项^[12],与《三国志》、《后汉书》所记述华佗手术方法一脉相承。宋代窦材《扁鹊心书》艾灸麻醉止痛药“睡圣散”方^[13]、元代危亦林《世医得效方》所记骨科手术麻醉止痛方法(与华佗麻醉术一脉相承),并记载用桑皮做手术缝合线^[14]。如此种种,不胜枚数。

必须指出的是,中医临床诊治重大危急病症中不仅创造了大量有效治法和技术,还产生了用于急性发热性疾病的六经辨证、八纲辨证、三焦和卫气营血辨证,内科杂病的脏腑辨证方法等,在中医各种治疗技术方法和临床经验的基础上,促进了中医临床的合理和安全应用,大大提高了临床疗效和安全性,也使中医临床具有更广泛的适应范围、更大灵活性和个体针对性,促进了中医药的进步与发展。

2.3 中医急症“未病先防”的思想和实践

中国医学自《内经》以来,就重视对疾病的及早治疗,尤其是危急重病的预防。晋代葛

洪《肘后备急方》记载了很多急症救治方法，并最早记载了天花、结核病及其传染性。受“以毒攻毒”思想的启发，最早记载了具有原始免疫治疗意义的防治狂犬病的方法：“击杀所咬犬，取脑敷之，后不复发”^[15]。后世受此影响，在此基础上发展出了种痘法预防天花，从明代以来广为流行，尤其请康熙以来，更是被康熙帝“坚意为之”，大力推广^[16]。自从以种痘法预防天花等预防传染病方法的临床使用逐渐成熟以来，近现代对烈性传染性疾病的免疫治疗预防方法、剂型制备工艺更趋先进，真正做到了对一些极具危害的急性难治性疾病的未病先防。但中医的早期实践，功不可没。

3 急症临床治疗方法概说

中医在各科急症救治方面，广泛应用针灸、刺血、中药内服外用、正骨、推拿、导引、火罐、刮痧等各种治疗技术手段，积累了极为丰富的经验和有效治疗方法，在当今临床中，仍值得我们在临床中辨病辨证合理应用。

3.1 针刺

如《标幽赋》所说：“拯救之法，妙者用针”^[4]，针刺是治疗绝大多数临床急症最常用和有效的手段。

在急症针刺中，通过选取不同经络腧穴，施用不同补泻手法，可以起到扶正补虚（尤其是峻补法如益气阴而强心、大补阳气以回阳救逆、补气固脱法以挽救生机）、祛邪泻实（发散风寒、清泄邪热、通里攻下、攻逐水饮、化痰开窍、通络活血，以缓减高热、疼痛、窍闭、臌胀等危急症候）、调和阴阳气血，调理气机升降，调整和恢复相应的脏腑功能的作用（可根据具体情况结合使用）；而针刺阿是、患部围刺等针法，则有很好的活血散结、破瘀消坚、通络消肿止痛的作用。

应用举隅：如针刺百会、内关、足三里升阳、回阳救逆；百会、人中、极泉、内关、三阴交、丰隆、太冲醒脑开窍；针列缺、尺泽、天突、气海降逆平喘；风门、肺俞、鱼际止咳；手三里、足三里治胃痛；内关、通里、神门、三阴交平心悸；攒竹止呃逆；针刺日月、支沟、丘墟、阳陵泉治疗胆道结石绞痛；针阿是加患部围刺、并取同侧或健侧阳池、合谷治急性踝关节扭伤等等。

3.2 刺血

《灵枢·九针十二原第一》之鑱针、锋针、铍针^[2]，用于刺血以泄散邪毒，唯作用强弱有别，属于泻以去实的治法，临床急症属邪气盛者宜之，主要施用于十二井穴、十宣穴、十五络脉或阿是穴、疮痈肿疡、皮肤病患部等处；对于实热邪盛之急性病证，常可以顿挫其邪，迅速缓解病情。

临床具体应用如：少商刺血治咽喉肿痛；阿是点刺或三棱针刺血法（或可加拔罐）治疗腕踝等部跌扑扭挫伤；委中刺血法治腰痛不得俯仰；曲泽、委中络脉刺血治中暑；金津、玉液点刺放血治疗胃热呕吐；少泽、丰隆或厉兑刺血治疗乳痈。

3.3 艾灸

艾灸疗法，历史悠久。在远古时代，艾灸治病，因为操作简便，效验甚捷，广泛流行于民间，应用之广，甚至比针刺还要普及。艾灸法功善散寒逐邪、温经止痛、补益元气、回阳救逆，尤适用于脏气大虚、阳气脱厥、喘脱气逆、心悸欲死诸证，可振奋经络脏腑之气，用于脏气大虚，心肺肾功能衰竭尤宜。

临床应用：凡急症脏气不足、尤其元气大虚，心肺肾功能衰弱，阳气不足或有脱厥之象，或灸足三里、气海以大补元气，灸百会、关元以回阳救逆，灸内关、神阙以强心定悸，灸肺俞、身柱以宣降肺气、补肺平喘。急症应用灸法之要，在重灸、久灸。古人施灸，多以隔姜、隔盐、隔蒜，或直接“着肤”施灸，多灸数十百壮，用如其法，能挽起沉痾大厄。今人但悬空而灸，不温不火，虽然少痛，功效亦相去甚远，急症用灸，不可不知。

【参考文献】

- 1 陈士铎.石室秘录.王树芬,裘俭整理.北京:人民卫生出版社,2006:59
- 2 灵枢经.田代华,刘更生注.北京:人民卫生出版社,2005
- 3 孙思邈.千金翼方.北京:人民卫生出版社,1955
- 4 杨继洲.针灸大成.北京:人民卫生出版社,1994
- 5 袁胜.里喉痈案.中国针灸,1999,19(3):164
- 6 黄竹斋.伤寒杂病论会通.陕西省中医药研究院印,1982:465
- 7 李景荣等.备急千金要方校释.北京:人民卫生出版社,1998:436

- 8 张子和. 儒门事亲. 北京: 人民卫生出版社, 2005
- 9 齐德之. 外科精义. 北京: 人民卫生出版社, 1956
- 10 陈寿. 三国志. 北京: 中华书局, 1982
- 11 范曄. 后汉书. 北京: 中华书局, 1963
- 12 南京中医学院. 诸病源候论校释. 北京: 人民卫生出版社, 2009
- 13 窦材. 扁鹊心书. 北京: 中医古籍出版社, 1992
- 14 危亦林. 世医得效方. 北京: 人民卫生出版社, 2006
- 15 葛洪. 肘后备急方. 北京: 人民卫生出版社, 1955
- 16 爱新觉罗·玄烨. 圣祖仁皇帝圣训. 钦定四库全书.

(责任编辑: 周斌)

【作者简介】袁炳胜, 曾用笔名袁胜。1990 年四川省绵阳中医学校针灸专业班毕业, 后参加国家自考中医学本科毕业、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, 并得到被誉为“当代中医药活字典”的著名中医学家何绍奇教授指引临床与读书治学之道, 先后拜已故著名中医药学家李孔定主任医师、著名针灸学家杨介宾教授为师, 跟师临床, 自 1998 年以来在《中国针灸》、《新中医》等发表学术论文 40 余篇。现旅居英国, 自营中医诊所, 兼任英国中医师学会学术理事及《英国中医》责任编辑。

·论著·

闻而知之谓之圣——五音诊法初探

“One who diagnoses it by listening is called a sage”: the first exploration of diagnostic method of five tones

王友军 WANG You-jun

【摘要】本文从中医经典对闻诊的定义出发, 明确了五音诊法的基本概念和原则, 对聆别宫、商、角、徵、羽五音的具体技术和诊断意义做了初步探索, 并探讨了五音治病的可能性。作者希望本文可以作为一个开端, 把“闻其五音, 以别其病”这一失传的中医诊法重新发掘光大。

【关键词】诊法; 闻诊; 五音; 五音诊法

Abstract: After a review of the definition of listening examination in Chinese medical classics, this essay re-established the essential concepts and principles of the diagnostic method of five tones, combined with the exploration in basic techniques of identifying five tones, namely Gong tone (宫), Shang tone (商), Jue tone (角), Zhi tone (徵) and Yu tone (羽), and also the diagnostic meanings of them. It ended with a discussion of the possibility of five-tone therapy. The author wishes this essay could be a start of the rediscovery and further development of the lost traditional diagnostic method of “listening to the five tones and identifying the disorders” (*Classic of Difficult Issues/Nàn Jīng*).

Keywords: diagnostic method; listening examination; five tones; diagnostic method of five tones

中医的望闻问切四诊法确立于《内》、《难》时代, 而传承到如今, 除了望诊已失其全貌外, 闻诊也近乎绝迹, 应用甚少。

究竟什么是经典所定义的闻诊呢? 《难经》说: “望而知之者, 望见其五色, 以知其病。闻而知之者, 闻其五音, 以别其病。问而知之者, 问其所欲五味, 以知其病所起所在也。切脉而知之者, 诊其寸口, 视其虚实, 以知其病在何脏腑

也。”把闻诊定义为“闻而知之者, 闻其五音, 以别其病”, 即通过听五音来诊断疾病。

除了五音之外, 《内经》还提到另一个闻诊概念五声, 即呼、笑、歌、哭、呻五种病声, 是五脏病态产生的发声症状。应当明确的是, 五音不同于五声。明代喻嘉言《医门法律·闻声论》说: “《内经》本宫商角徵羽五音, 呼笑歌哭呻五声, 以参求五脏表里虚实之病。五气之邪, 其

谓肝木在音为角，在声为呼，在变动为握。心火在音为徵，在声为笑，在变动为忧。脾土在音为宫，在声为歌，在变动为哕。肺金在音为商，在声为哭，在变动为咳。肾水在音为羽，在声为呻，在变动为栗。变动者，迁改其常志也，以一声之微，分别五脏，并及五脏变动，以求病之善恶，法非不详，然人之所以主持一身者，尤在于气与神焉。”这段论述有助于我们确认五声和五音是两回事。现在通行的教材认为闻诊是听病人的语音强弱、气息缓急以及病声，如喘鸣、咳嗽、呻吟、谵语、郑声、乱语等等，虽均属闻诊范畴，但并不属于“闻其五音”，而是在分辨“五声”和“变动”，所以并不符合《内》《难》讨论的“闻其五音，以别其病”的闻诊基本概念。

宫商角徵羽

那什么是五音呢？五音就是宫、商、角、徵、羽，是中国古代音高和音调的概念。白居易有诗句“清商一部管弦秋”，其中的“清商”就是指商调。商调乐曲给人清冷悲切的感觉，因而又叫“清商”，古代文人往往借“清商”来描写秋天清肃的氛围和表达凄清的心情。《灵枢·邪客》说：“天有五音，人有五藏。天有六律，人有六府。”按五脏五行取类，商音和秋令都归属于肺金。肺主悲，悲伤肺，所以乐工歌者以商调之曲来演绎悲切之情，也正合乎五情志的五行归类。五音对应于五行五脏，那么五音的变化就反映了五脏的变化，如果能聆察人之五音，就能了解五脏状态。

《灵枢·脉度》说：“肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣。”是说人的听觉有赖于肾气充和。听觉正常的人都能听到声音，当然也都可以听到音乐。但我们怎么分别五音乃至五音微妙的变化呢？医生不可能要求病人唱一曲来分别其五音，闻音诊病肯定不应该是那个样子。那“闻其五音”到底是怎样的方法呢？

春秋以降的医学文献，除了引述《内》《难》有限的几句论述外，很少有这方面的具体阐述。清代林之翰《四诊抉微·闻诊·听音论》说：“脾应宫，其声漫以缓；肺应商，其声促以清；肝应角，其声呼以长；心应徵，其声雄以明；肾应羽，其声沉以细。此五脏之正音，得五脏之守者也。”这是笔者在历代中医著作里检索到的仅有的对五音的具体描述，但这里也未讲到底如何分辨五音来诊病。可以说闻音诊病的方法已经失传了，因此要在古代医籍里找出更深入的解释是有困难的。

穷则思变，笔者终于在中医以外的领域搜集到了一些相关的资料。下面，就把这些有限的资料介绍出来，加以分析探讨，看是不是对我们了解和研究五音诊法有所帮助。

传统相术专著《太乙照神经·论宫商角徵羽五音》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，韵锵锵以欽鸣；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。”这是对五音善者和不善者特点的总结，但由于是用象声词来形容，仍让人有点摸不着头脑。韵咙咙是个什么样子？浊纷纷又是个什么样子呢？不得要领。

《神相全编·正声歌》说：“木声多远实，鸣亮其喉间。…火声焦且散，完响望中闻。…土声沉重远，一响众人惊。…金声完远妙，焦破不堪闻。…水声无散乱，清静成群伦。”此虽云“声”，所论实为“音”。所谓木声说的就是角音，火声说的就是徵音，土声就是宫音，金声就是商音，水声就是羽音，这里对五音具体特征的解释，让我们依稀可以看到五音的眉目了。

还是《风鉴揭要》说得最明白：“木声高唱火声焦，和润金声最富饶，土语却如深瓮里，水声圆急韵飘飘。盖角声属木，圆长通彻；徵声属火，焦烈嘹亮；商声属金，坚劲和润；宫声属土，重大深厚；羽声属水，圆急嘹荡。”

把上面几种描述归纳一下，宫音的特点就是浑厚深沉，商音的特点就是响亮圆润，角音的特点就是悠长通达，徵音的特点就是短脆激越，羽音的特点就是高亢清细。这样，五音的特点就基本清楚了，据此标准我们可以大体判别五音。

声音的位置

前面提到，五音是古代音乐声律的概念，我们不妨再顺着这个思路看一看。“宫、商、角、徵、羽”是我国五声音阶中五个不同音的名称，相当于现在简谱中的 1、2、3、5、6。即宫等于 1(Do)，商等于 2(Re)，角等于 3(Mi)，徵等于 5(Sol)，羽等于 6(La)。古代称宫、商、角、徵、羽为五声，以其中任何一声为音阶的起点，均可构成一种调式。凡以宫声为音阶的起点的调式称“宫”，即宫调式，而以其他各声为主音的音阶则分别称为商调、角调、徵调、羽调。

古代音阶没有半音 4 (Fa) 和 7 (Si)，如：

1	2	3	5	6
宫	商	角	徵	羽

现在把这种调式叫五声调式，以区别于西方由七音音阶组成的调式。我们很容易发现，根据音阶的排列，五音是有高低之分的，即宫音最低，羽音最高，这正和前面讨论的五音的特点吻合，即宫音低沉，羽音高亢。每个人的声音是有高低之分的，所谓嗓门高嗓门低，而且往往和人的性格有平行的关系，如憨厚的人声音往往也浑厚，急躁的人往往声音也火躁急切，这一点大家都会有亲身体会，稍微注意一下自己周围的人，是不是这样呢？

假如我们并不满足于此，那就继续了解一下人体发声的科学。在西方的美声唱法体系里，声音的训练除了气息和咬字外，很重要的是发声的位置和共鸣的位置。胸腔共鸣是浑厚的，适合低音区域；头腔共鸣是高亢的，适合高音区域；口腔共鸣介于前两者之间，适合中音区域，又是高低音都要结合的区域。我们想象一下，头腔共鸣的感觉要在额部或后脑顶盖的位置，其实真正的共鸣腔是鼻窦和鼻咽腔，用假声歌唱或说话时容易感觉到这个位置，试一试就知道。假声的特点是什么呢？就是尖细，音调比较高，就是“响嗖嗖而远彻”，而这正好符合羽音的特点。我们还可以回忆想象一下影视作品里塑造的水性杨花的风尘女子说话的腔调，是不是这个“响嗖嗖”的样子，只不过这种声音有点发嗲。水音水性，是不是很巧合？当然，我们不是说羽音之人就水性杨花，只是拿比较典型的例子说明羽音的发音特点，这样大家容易理解。男子的羽音，可以拿小公鸭嗓来比照，小公鸭嗓就是把声音往尖里挤，往高里拔，喜剧小品表演中就有这样的典型，大家可以留意。胸腔共鸣也好体会，深吸一口气，再发出“宫——”的声音，体会胸腔的震动，轰隆隆的就是了，正是“韵咙咙以和平”，这就是宫音的特点，宫这个字的发声很自然就是胸腔共鸣，是不是也很巧合？我们把最高的羽音和最低的宫音拿出来，是因为这两个音比较极端，容易体会，中间三个音商、角、徵就不那么鲜明了，大家可以试试用自然发声的方式把宫、商、角、徵、羽声音拉长，反复念一念，体会一下咬字发音位置的变化，是不是宫在喉咙里，商在口腔后方，角在口腔中央，徵在硬腭和舌头中间，羽在唇齿间且有往上趋势呢？这样看来，五音是不是也可以靠体察发音位置来判断呢？

这里，有一个问题出现了：既然发音位置与所发出的字有关，那对于每个人不是一样的吗？怎么会有五音之分呢？我们不妨回忆一下说话声音给自己留下比较深刻印象的人，其习惯性的说话发音位置是不是有特点呢？有的人发声似乎总是在喉咙里，靠后靠下。有些人发声靠前，在舌尖嘴唇上。有些人则发声靠上，比较高亢。但实际上，大多数人的声音都比较中庸，不太偏颇，缺乏特点，所以，分辨其五音是有相当难度的。如同望诊观气要“目明”一样，闻诊要“耳聪”才行。

聆音辨病

上面论述的是五音的一般特点，作为诊断方法，如何听五音诊疾病呢？那就要先分别五音的常态和病态。声音的常态和病态大概可从以下几个方面来考察。

首先，声音要有根基。神气足者根基厚，神气衰者根基浅。气实则声实，气弱则声弱。《太乙照神经》说：“声根于气之深浅，系乎神之长短，知声则知精神气血聚散。……盖气深则声远，气浅则声弱，气清则声响，气暴则声粗。”《风鉴揭要》说：“夫声之好者在亮，亮非声大之谓，唯发声有韵，斯谓之亮。声大而破，虽大无成；声小而亮，虽小亦吉。贵人之声，出于丹田。……丹田者，声之根也。舌端者，声之表也。然又有宰民之官，问案高声大语，及优人之唱老生者，亦声大而韵，特故意提起喉咙，其音出于喉，非若大贵之人，语皆自然而出于丹田耳。”就是讲的这个意思。《普济方·方脉总论》则说：“候之五声五音者，脏之音，中之守也。中盛则气胜，中衰则气弱。故声如从室中言者，是气之涩也。言微，终日乃复言者，是气之夺也。谵妄不避善恶者，神明之乱也。郑声、言意不相续，阴阳失守也。故曰得守者生。失守者死。”以声音来判断神气的衰旺，是闻诊的重要内容。

第二，五音要齐全。五音全就是五脏神气全，五脏神气不全就是五行偏虚。《风鉴揭要》说：“故声无宫则清，无商则干，无角则浊，无徵则缓，无羽则低。”五音齐者为全，否则，缺乏角音则声音含混不清，缺乏徵音则声音迟缓踌躇，缺乏宫音则声音轻薄飘散，缺乏商音则声音干涩不润，缺乏羽音则声音低沉不扬。反向判断，则声音薄散不敦者为脾土不足，声音干涩不润则为肺金不足，声音含混不达则为肝木不足，声音迟缓犹豫盖为心火不足，声音低沉不扬乃肾水有亏。

这种从声音缺陷判断“五音不全”的方法非常适用于五行不足的判断。

第三，五音要中和。中和就是无太过不及，五音的太过不及都是阴阳五行失调的体现。《太清神鉴》说：“金声韵长，清响远闻，金圆润则贵，金破则贱；土声韵重，响亮远闻则贵，近薄则贱也；火声清烈，调畅不懦，完润而慢则贵，焦破则贫贱；木声韵条达，初全终散，沉重则贵，如轻则贱也；水声韵清细响急，长细则贵，如轻则贱也。”不及则胜己者乘而克之，己胜者反而侮之。太过则乘己所胜，侮己之不胜，由克侮而生悔吝，亦为病态。

第四，五音要与身体禀赋相应。《太清神鉴》谓五音“与形相养相生者吉，与形相克相犯者凶”。就是一个人声音特点的五音五行，要与形体的五行相应，相比相生者佳，如果两者的五行相克，就有问题了。《灵枢》不是有论二十五形人吗？例如：“金形之人，比于上商，似于白帝。其为人方面，白色，小头，小肩背，小腹，小手足，如骨发露外，骨轻，身清廉，急心静悍，善为吏。”假使一个人是金形人，说话反是徵音火性，那么火来克金，就是相犯，这其实就是中医诊断常用的“顺逆”概念。《内经》诊法所注重的“色脉合参”也将“顺逆”作为重要内容，我们可以参考其中的道理。听辨五音结合望辨五形或二十五形人，可以判断不同体质疾病的易患趋势，如金形之人而闻见徵音，是徵火克金，就可能易患肺、大肠疾病。知晓顺逆还可以帮助医家判断病症的预后和治疗的难易程度，如病肺金不足，音现徵火而焦破，脉现疾数，则为逆也。

第五，辨别声音的变化。假如一个人声音平素的特点是圆润的商音，但忽然出现干烈的徵音，就要考虑是不是心火太盛了。这和《难经》里五脉二十五变的逻辑是一样的。再结合其它的临床资料，如脉象、症状，就可以具体判断哪里出了问题。这个道理还可以借鉴运气学的论述来推衍和丰富。

《素问·五常政大论》说：“委和之纪，是谓胜生。生气不政，化气乃扬，长气自平，收令乃早。…其声角商。其病摇动注恐，从金化也。”

“伏明之纪，是谓胜长。长气不宣，藏气反布，收气自政，化令乃衡，寒清数举，暑令乃薄。…其声徵羽，其病昏惑悲忘，从水化也。”

“卑监之纪，是谓减化。化气不令，生政独彰，长气整，雨乃愆，收气平。…其声宫角，其病留满否塞，从木化也。”

“从革之纪，是谓折收。收气乃后，生气乃扬，长化合德，火政乃宣，庶类以蕃。…其声商徵，其病嚏咳鼽衄，从火化也。”

“涸流之纪，是谓反阳，藏令不举，化气乃昌，长气宣布，蛰虫不藏。…其声羽宫，其病痿厥坚下，从土化也。”

此乃论述五运不及，反兼胜己之化的情况，其当运之五音则会兼见胜己之音。假如我们不局限于运气的讨论，是不是可以类推用于诊断个体状况呢？一个病人有角音不足而兼见商音的情况，是不是可以理解为五行肝木不足，反兼肺金之化呢？

运气里还有正角、太角、少角、正徵、太徵、少徵、正宫、太宫、少宫、正商、太商、少商、正羽、太羽、少羽等名词，其实就是五运之平气、太过和不及的概念，完全可以借来作为五音诊断学的名词。

五音治病

既然五音有五行性质，那么五行的偏颇是不是可以用具有五音性质的音乐来调节呢？这在逻辑上是可行的。正如具有四气五味的中药可以偏纠偏，音乐五音也可用来补偏救弊。

中国古代先哲早就意识到了音乐对于人的性情的影响，《礼记·乐记》说：“凡音之起，由人心生也。人心之动，物使之然也。感于物而动，故形于声。声相应。故生变；变成方，谓之音。比音而乐之，及干戚羽旄，谓之乐。乐者，音之所由生也，其本在人心之感于物也。是故其哀，心感者，其声噍以杀；其乐，心感者，其声啾以缓；其喜，心感者，其声发以散；其怒，心感者，其声粗以厉；其敬，心感者，其声直以廉；其爱，心感者，其声和以柔。六者，非性也，感于物而后动。是故先王慎所以感之者。故礼以道其志，乐以和其声，政以一其行，刑以防其奸。礼乐刑政，其极一也，所以同民心而出治道也。”把音乐提高到教化民众的高度加以重视，认为音乐同礼法、政治、法律具有同等的地位。可见，这小小的五音不仅有医病的道理，而且还有治国“同民心”的功用，不可忽视。从中医学角度看，音乐可以直接影响人的情志，而情志的变化可以影

响身体的健康状态。情志可以致病，情志也可疗病。五音既然可以影响五情志，五音当然可以用来保健疗病。古往今来，对于情志疗法的原则和论述已经很多了，尽可借鉴作为五音疗病的道理，这里不作赘述。

目前已经有用五声调式的乐曲来实施音乐疗法的尝试，比如养生保健，主张春季养生多听角调，夏季养长多听徵调，长夏养化多听宫调，秋季养收多听商调，冬季养藏多听羽调，等等，正是《四气调神大论》所倡导的人与阴阳四时相应、与万物沉浮于生长之门的道理。西方的研究认为音乐可以潜移默化地影响人的情绪，调节心理状态。五声调式音乐在这一点上应该比西方音乐有更大的优势，如结合五音对应五脏，及五行生克制化等丰富的中医理论做指导，则会事半功倍，非常值得研究。

为先圣续绝学

《太乙照神经》说：“盖闻古人论相法，舒弥六合，收藏一掬，不指明其要，秘诀难测，如画龙点睛耳。善相者不言相，只称善声色。色辩一时之吉凶，声定一世之得失，以相法在声也。”又说：“夫相唯知外五岳，声能知内五行。以相

取人，十得其五；以声取人，百不一失。盖声中有知相之音，相中无知声之理。”这段文字指出，望气色固然高明，但只可以了解短期的变化，闻声音则可掌握一个人天生的禀赋和长期的状态。这虽是在议论相法的高低得失，但可以广之而致于医理。盖相法，无非籍察其人之情性，而决得失之吉凶。而情性者则关乎脏腑气血之坚柔，故相法与医理，其致一也。望形体、问症状往往不足以判断疾病本质，拘泥一端甚至会误诊，望气色和闻声音则绝少被假相蒙蔽，可以说百发百中，因为用这两种诊法能了解人体内在的五行精气的真实情况。

望气和闻音知病的方法之所以失传，难以测度，实在是因为一般人没有了解和掌握这种诊法的基本天赋。没有条件学习高明的技术，只好退而求其次。“望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，切而知之谓之工，问而知之谓之巧。”四诊失去了最高明的两诊，只剩余等而下之的问和切了。等而下之的工巧之法尚不能精纯，殊为可惜和可耻！认识及此，我们作为中医的继承者应当知难而上，立志“为先圣续绝学”，大力发掘和重新光大望气诊法和闻音诊法，不辱祖师遗训，再创中医之辉煌。

（责任编辑：袁炳胜）

古籍医论选·头痛

《景岳全书》：“凡诊头痛者，当先审久暂，次辨表里。盖暂痛者，必因邪气；久病者，必兼元气。以暂病言之，则有表邪者，此风寒外袭于经也，治宜疏散，最忌清降；有里邪者，此三阳之火炽于内也，治宜清降，最忌升散，此治邪之法也。其有久病者，则或发或愈。或以表虚者，微感则发；或以阳胜者，微热则发。或以水亏于下而虚火乘之则发，或以阳虚于上而阴寒胜之则发。所以暂病者当重邪气，久病者当重元气，此固其大纲也。然亦有暂病而虚者，久病而实者，又当因脉因证而详辨之，不可执也。”

《金匱翼》：“因风而痛者，抽掣恶风，有汗而痛。因暑热而痛者，或有汗、或无汗，则皆恶热而痛。因湿而痛者，痛而头重，遇天阴尤甚。因痰饮而痛者，亦头昏重而痛，愤愤欲吐。因寒而痛者，恶寒而脉细急。气虚而痛者，遇劳则痛甚，其脉大。血虚而痛者，善惊惕，其脉芤。”“痰厥头痛者，病从脾而之胃也。夫脾主为胃行其津液者也，脾病则胃中津液不得宣行，积而为痰，随阳明之经上攻头脑而作痛也。其证头重闷乱，眩晕不休，兀兀欲吐者是也。”“肝厥头痛者，肝火厥逆，上攻头脑也。其痛必在巅顶，以肝之脉与督脉会于巅故也。虽太阳之脉亦上额交巅，然太阳头痛必恶风寒，而厥阴头痛必多眩晕或厥逆抽掣也。”

《冷庐医话》：“头痛属太阳者，自脑后上至巅顶，其痛连项；属阳明者，上连目珠，痛在额前；属少阳者，上至两角，痛在头角。以太阳经行身之后，阳明经行身之前，少阳经行身之侧。厥阴之脉会于巅顶，故头痛在巅顶；太阴、少阴二经，虽不上头，然痰与气逆壅于膈，头上气不得畅而亦痛。”

配伍足临泣治疗梨状肌综合症疗效观察

Observation of effect of Zulinqi (GB41) as a combined point in treatment of piriformis syndrome

向谊 XIANG Yi

【摘要】 观察 32 例接受针灸治疗的梨状肌综合征患者。其中, 对照组 17 例, 取患侧秩边、环跳、中膂俞、白环俞、阿是等穴和双侧肾俞; 治疗组 15 例, 选取以上所有穴位并加伍患侧足临泣。所有患者给予两个疗程的治疗, 第一个疗程每天一次, 第二个疗程隔日一次。结果显示治疗组相比对照组有更高的疗效。提示足临泣对梨状肌综合征可能是一个特效穴。

【关键词】 针刺; 梨状肌综合症; 足临泣穴

Abstract: 32 out patients of piriformis syndrome received acupuncture treatment. Among them, 17 cases as the control group were treated with 14 acupuncture points of the affected side including Zhibian (BL54), Huantiao (GB30), Zhonglyushu (BL29), Baihuanshu (BL30), Ah Shi points, etc. and Shenshu (BL23) on both sides. The 15 cases, of the treatment group, were treated with all the above points plus Zulinqi (GB41) on the affected side. All patients were given two courses of treatment: once daily for 10 sessions for the first course and once every alternate day for 10 sessions for the second course. The result shows that treatment group achieved a much higher cure rate compared with that of the control group, and indicates that the point Zulinqi could be a specific effective point for piriformis syndrome.

Key words: acupuncture; piriformis syndrome; Zulinqi (GB41)

梨状肌综合症是临床常见病、多发病, 其发病多与感受寒邪或外伤、劳损有关, 主要症状为臀部或腰骶部疼痛并向下肢后外侧放射, 急性期疼痛多呈牵拉样、刀割样、烧灼样剧痛, 慢性期多表现为酸麻胀痛。采用普通针刺方法治疗此症常不易获得满意的疗效, 近年来, 笔者在临床上探索出在配伍中加取足临泣穴来治疗梨状肌综合症的方法, 治愈率有所提高, 报告如下:

1. 临床资料

1.1 一般资料

共 32 例患者, 均为我院门诊病人。将此 32 例患者根据就诊时间先后, 分为早期对照组 (2011 年 8 月—2012 年 6 月) 和后期治疗组 (2012 年 7 月—2013 年 5 月)。其中治疗组 15 例: 男 5 例, 女 10 例; 年龄 43-83 岁, 平均 58.2 岁; 病程 1-15 个月, 平均 2.9 月。对照组 17 例: 男 7 例, 女 10 例; 年龄 42-75 岁, 平均 61 岁; 病程 1.5-12 个月, 平均 3.2 月。

1.2 诊断标准

(1) 有外伤史或受凉史; (2) 常发生于老年人; (3) 臀部疼痛, 严重者患侧臀部呈持续性“刀割样”或“烧灼样”剧痛, 多伴有下肢放射痛, 跛行或不能行走; (4) 臀部梨状肌部位压痛明显, 并可触及条索状硬结, 直腿抬高在 60° 以内疼痛明显, 超过 60° 后疼痛明显减轻, 梨状肌紧张试验阳性^[1]。

有时梨状肌综合症可与腰椎间盘突出症合并存在, 腰 4、5 或腰 5、骶 1 椎旁是否有压痛以及 CT、核磁共振检查可以鉴别是否伴有腰椎间盘突出症。

2. 治疗方法

2.1 对照组

针刺取穴: 患侧秩边、环跳、膀胱俞、中膂俞、白环俞, 配阳陵泉、阳辅、及患侧股骨大粗隆部阿是穴、悬钟、丘墟; 双侧肾俞。

2.2 治疗组

针刺取穴：同对照组取穴，增加患侧足临泣穴。针刺时常规消毒，秩边、环跳穴采用 0.3mm×75mm 毫针，直刺与斜刺，至少刺入 60mm；余穴用 0.25×40mm 毫针直刺，足临泣穴略倾斜刺入。治疗十次为一个疗程，两组患者均治疗两个疗程，第一个疗程每天治疗一次，第二个疗程隔天治疗一次。

3. 疗效标准

治愈：1. 臀腿痛消失，梨状肌无压痛，功能恢复正常；2. 好转：臀腿痛缓解，梨状肌压痛减轻，但长时间行走仍有疼痛；3. 无效：症状体征无改善^[2]。

4. 治疗结果

两组患者均在经过两个疗程的治疗后，观察判定疗效。两组患者均来自门诊，少数疗效不够明显的病人，继续予以针刺或给服中药，疗效不再列入观察。治疗结果见下表。

组别	例数	治愈 (%)	有效 (%)	无效 (%)	有效率 (%)
对照组	17	6 (35)	9 (52)	2 (11)	88
治疗组	15	11 (73)	3 (20)	1 (6)	93

5. 讨论

梨状肌是臀部深层肌肉，起于第 2—4 骶椎前面，沿小骨盆壁向外下行，通过坐骨大孔时将该孔分为上下两孔，最终以肌腱止于股骨大粗隆，其作用是使髋关节旋外，梨状肌上下孔中有多条神经、血管穿越，所以梨状肌损伤会出现一些复杂的症状。梨状肌损伤多为感受寒邪，导致梨状肌收缩痉挛；外伤引起梨状肌肌膜撕裂，亦有因盆腔、腹膜、骶髂关节炎蔓延至梨状肌所致。

针刺取穴秩边、环跳，因其正位于梨状肌投影区；膀胱俞、中膂俞、白环俞及股骨大粗隆部阿是穴诸穴为位于梨状肌在臀部的起止点，可以更好地缓解肌痉挛；阳陵泉、阳辅、悬钟、丘墟穴治疗其小腿外侧之放射痛；取双侧肾俞益肾壮腰为辅；足临泣穴是五输穴中之输穴，属足少阳胆经，《千金方》中有“临泣、三阴交主髀中痛，不得行，足外皮痛”的记载，其他医籍中对其治疗臀腿部疼痛的记载则并不多。从国家中医药管理局的“中医病证诊断疗效标准”来看，疗效标准的要求主要涉及能解除疼痛及疼痛解除后的下肢功能；从我们临床观察来看：加用足临泣穴后患者疼痛迅速减轻，功能也就迅速改善，与不加用足临泣穴判若两人。足临泣穴，有文认

为：“泣指泪水，穴临于足，其气上通于目，目者泣之所出，故名足临泣”^[3]。但通过配用足临泣穴治疗梨状肌综合症的优异疗效来分析，是由于梨状肌综合症的臀腿部疼痛较为剧烈，多呈牵拉样、刀割样、烧灼样，有些患此症的老人，肌肉过于松弛，又压迫牵拉从梨状肌下孔穿过的坐骨神经，所以疼痛益甚，往往夜不能寐，涕泪连连；而古医家可能已经发现了此穴治疗臀腿部剧烈疼痛--或相当于今之所谓梨状肌综合症之特殊疗效，故将此穴命名为“足临泣”，其本意应该是想说“足已经疼痛的要哭了，可用此穴治疗”，或未可知。

【参考文献】

- 1 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京：南京大学出版社.1994.218-219
- 2 同注释[1]
- 3 刘冠军主编.中医针灸经穴集成.江西科技出版社.1997.5(1):445

(责任编辑：袁炳胜)

【作者简介】向谊, 南京中医药大学教授、硕士生导师、南京市中医院主任中医师。

中医综合疗法治疗肩周炎200例

Observation of comprehensive TCM therapy for frozen shoulder

曹兴灵 CAO Xing-ling

【摘要】 目的：观察中医综合疗法治疗肩周炎的临床疗效。方法：采用针灸、火罐、推拿及功能锻炼治疗肩周炎200例。结果：治疗后VAS评分，0分116例，1-3分69例，4-6分15例。肩关节各轴向活动明显好转，总有效率100%。结论：中医综合疗法治疗肩周炎疗效肯定，对肩关节软组织损伤小，符合其康复的规律。

【关键词】 肩周炎；针灸；电针；推拿；功能锻炼

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of comprehensive TCM therapy as the treatment of frozen shoulder. Methods: To use electro-acupuncture, cupping, tuina and functional exercise to treat 200 cases of frozen shoulder. Results: After treatment, VAS score groups are such as 116 cases of mark 0, 69 cases of 1-3 and 15 cases of 4-6, showing significant improvement in all-range movements of shoulder joints and gaining a total efficacy rate of 100%. Conclusion: The curative effect of the comprehensive TCM therapy as the treatment of frozen shoulder is positive. It does not cause injury of soft tissue and accords with the demands of rehabilitation of the joint.

Keywords: frozen shoulder; acupuncture; electro-acupuncture; Tuina; functional exercise

肩周炎的发病系由许多不同病因引起。其常见的病因有肩部的慢性劳损、受寒、骨折或外伤，肩关节固定时间较长及肱二头肌肌腱炎，冈上肌腱炎及纤维断裂，肩峰下滑囊炎或钙化性肌腱炎等。^[1]中医称之为“肩凝症”，“漏肩风”，“五十肩”，是临床上常见病，多发于45岁以上人群。一年四季均可发病，以秋冬季为多。肩周炎的主要临床表现：肩部疼痛，不同程度的功能障碍，甚者会有肩部肌肉萎缩。病程较长后大多会影响病人的日常生活与工作。故应尽早采取相应的措施予以治疗。近四年来笔者采用中医综合疗法治疗肩周炎，收到满意疗效。现报道之：

1 临床资料

1.1 一般资料 200例均为本人来英国后治疗的门诊病人。其中男性：83例，女性：117例。年龄最小者39岁，最大者94岁。病程<6个月：128例；6个月-2年：54例；>2年：18例。单侧：157例；双侧（轻度）：32例；双侧（较重）：11例。右肩多于左肩。

1.2 诊断标准 该病起病缓慢，病程较长。早期上肢上举外展、外旋、后伸内旋时疼痛，后呈肩部弥漫性疼痛。较重者可表现为锐痛，耸肩及上肢敏感征。疼痛部位多在肩部和上臂。可向颈、前臂、手放射，以夜间为甚，常影响睡眠。晨起活动患肩时疼痛有所减轻。随着病情的发展，肩关节功能障碍加重。常表现为不能梳头、摸背、

穿脱衣困难，肩部僵硬，甚或肩部肌萎缩。体检肩关节各轴向（ROM）活动受限。可有肩峰、喙突、结节间沟、冈上下窝等部位压痛。经详细询问病史，结合影像学资料和特检报告，排除肩部及全身其他病变。

2 治疗方法

2.1 针刺治疗

病人采取坐位、卧位（仰/侧）。首先分别用拇指、食指、中指定位肩前、中、后三穴并做好标识，然后予以常规皮肤消毒。取穴时可酌情增加抬肩、肩髃、肩髃、臑俞、肩井、肩贞、阿是穴等穴位。采用围刺方法，进针深度因人而异。针用泻法，适度运针。行针得气后，留针30分钟。外接微波电针治疗仪，以连续波为主，原则上以患者能够接受的频率、强度，通电时间与留针时间同步。年事高者宜用疏密波，低频低强度。有时亦可中途暂停电针，配合手法运针，顺被粘连的经筋方向及周围透刺，以期松解。常规配穴：阳陵泉、肾俞。

2.2 火罐治疗

在针灸的相应穴位予以火罐疗法。火罐留置时间10-15分钟。

2.3 推拿治疗

病人采取坐位、卧位（仰/侧）。术者立于患侧，首先以肩关节及邻近部位为中心，用推、

摩、揉等手法5-10 分钟，以期放松患肩周围肌肉；然后有针对性地由肩前髃、肩峰、肩后髃等穴沿肌肉及韧带行走方向，以拇指点按、环推；再以肩峰为起点，向前向后分推肩部三角肌；接下来使用拇指弹拨法弹拨肩关节周围肌肉、韧带和粘连而形成的结节、硬性条索状物及僵硬肌纤维被膜。^[2]值得一提的是用鱼际肌和手背的滚法。它施治的重点有以下四个部位：①肩部的结节间沟及三角肌前束；②肱骨大结节与三角肌相关处；③肩袖肌群、冈上肌、冈下肌、小圆肌处；④颈背部斜方肌、肩胛提肌、菱形肌。在施行上述手法时，须适时配合活动患肩：外展、上举、前屈、后伸、外旋、内旋及环转摇肩。以上手法均应从点到面，由轻至重，轻而不浮，重而不滞。忌用猛力，防止意外。最后用搓揉捏拿法、鱼际摆尾法、牵伸轻抖法以期进一步松解肩关节。以上手法宜每日一次，每次10-15 分钟。10 次为一疗程。

3 功能锻炼

3.1 ①自助式托肘松肩法：病人患侧肘关节自然屈曲90 度并稍内收于胸前，使用健侧手掌托抬患肘内侧适度向上。上身须保持正中伸直体位，托抬幅度逐渐加大，以前臂触及前额时为达标；②三位松肩法：患侧仍屈 / 伸肘、握拳，让肩关节做跑步时前后摆动或外展运动；③攀高松肩法：病人面向墙壁，患侧手掌扶墙，各手指间断交替地向上移行，以每日最大耐受度为宜；④后伸拉背法：用健侧手掌从背后握住患侧手背或前臂近肘部适度向健侧牵拉；⑤扶栏下蹲法：双手扶握栏杆，双膝屈曲下蹲；⑥太极云手法：双手呈抱球状，然后环形划“8”字太极云手式运动。

3.2 注意事项：强调肩部保暖，治疗期间暂停各种不利于康复的活动。

4 疗效评定标准

4.1 参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[3]痊愈：肩部疼痛消失，肩关节各项功能完全恢复正常，随访半年无复发。显效：肩部临床症状、体征基本消失，功能活动范围接近正常，生活、工作无明显障碍，或有因过劳、气候骤变时轻微痛感。好转：临床症状部分好转，活动略有受限。无效：治疗前后症状无改变。

4.2 疼痛评分指标：采用视觉模拟评分法（VAS）：0 分：肩关节静息及活动时均无疼痛；1-3 分：肩关节静息时无疼痛，日常活动时轻微疼痛；4-6 分：肩关节静息时有轻微疼痛，日常活动时疼痛加剧，不影响睡眠；7-10 分：肩关节静息时有疼痛感，活动时疼痛剧烈，影响睡眠。

4.3 功能评定ROM分级：上举外展：<60 度为0 级，>60 度为1 级，>90 度为2 级，>120 度为3 级，>150 度为4 级；外旋：<0 度为0 级，>1 度为1 级，>20 度为2 级，>40 度为3 级，>60 度为4 级；后伸内旋时手不能触及骶部为0 级，可触及骶部为1 级，可触及L5 以上为2 级，可触及L1 为3 级，可触及T8 为4 级。

4.4 统计学方法：所有患者治疗前后评定资料均采用秩和检验。

5 典型病例

LOWDEN，女，45 岁，职员。2010年12月14 日初诊。双肩关节冻结6 月余，以左侧为重。夜间尤为疼痛，常在夜间痛醒。曾到医院行物理疗法和封闭治疗效果不佳。从事文案工作。来诊时左肩部肌肉已有轻度萎缩，局部压痛明显，纵向叩击痛明显，甚至患肢对触及敏感，手握力下降，局部感觉迟缓。治完第一疗程后开始好转，三个疗程后痊愈。肩关节各轴向活动正常。

表1 200 例患者治疗前、后肩部VAS 比较

VAS (分)	0	1 - 3	4 - 6	7 - 10
疗前	0	0	126	74
疗后	116	69	15	0

注：治疗前后VAS 评分便数相比较 $P < 0.05$

表2 200 例患者治疗前后肩关节ROM 分级比较

	上举外展					外旋					后伸内旋				
ROM分级	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
疗前例数	0	117	65	18	0	109	43	25	17	6	106	72	22	0	0
疗后例数	0	0	0	86	114	0	11	36	64	89	0	0	39	66	105

注：治疗前后肩关节ROM 分级例数比较P<0.05

6 体会

肩周炎属于中医“肩痹”范畴，在肩痛症中是比较常见且较严重的疾患。自1934年Codman和Akerson研究以来，各国专家对其复杂的病因、病机进行了深入细致的研究。一致认为肩峰下滑囊炎，冈上肌腱劳损退变，喙突牵拉伤，喙肱韧带病变，肱二头肌腱与其腱鞘，胸大肌和肩胛下肌肌腱，肩关节后方冈下肌肌腱及小圆肌肌腱损伤性炎症在其产生和发展过程中起着重要作用。^[4] 它的病理特征是肩周肌腱、滑囊、关节囊等的软组织慢性炎症形成，造成血液循环障碍，关节内外粘连。该病大多好发于50岁左右的中老年人，女性多于男性。内因多由肝肾亏虚，精气不足，筋脉失荣；外因多由感受风寒湿邪、慢性劳损或肩部外伤等导致气血瘀滞，经脉痹阻。若久病不愈，筋脉失于濡养，致筋强筋结而形成“冻结肩”。现代医学认为：肩周炎的发病与更年期的体内激素波动有密切的关系。人进入更年期后性激素水平下降80%，肾上腺皮质酮减少10%，从而打破性激素的蛋白合成作用与肾上腺皮质酮的抗合成作用的动态平衡，使肩关节囊及周围软组织硬化、挛缩，发生无菌性炎症。在外伤和环境因素的作用下使局部组织充血、水肿，病久则形成粘连、疤痕、挛缩。当相关激素被调理达到新的平衡后，关节病变才开始减轻、消退直至痊愈。^[5] 以上综合治疗能有效解除肩部组织粘连，改善和促进血液循环以及渗出物地吸收。针灸局部腧穴直达病所，能疏通肩部经络气血，缓解痉挛，消除炎症，活血化瘀，通经止痛。阳陵泉穴为筋之会穴，可缓筋急以利关节。有实验证明：针刺阳陵泉、足三里，曲池不仅能升高关节的痛阈，而且能明显提升下丘脑β-内啡肽含量而具有镇痛的作用。^[6] 肾俞穴为肾之精气聚集之处，能平衡阴阳，益精补肾。针灸肾俞穴对患者具有明显的调节性激素作用，而该作用比较持久和稳定；并且能通过丘脑-垂体内分泌轴调节性激素

与肾上腺皮质酮达到新的动态平衡；它对肾上腺皮质的分泌功能也具有明显的调节作用，可将肩部湿邪瘀血及风寒之痹一并逐出体外，^[7] 配合肩部诸穴针刺以及远端特定腧穴的远治作用祛邪逐瘀，疏风散寒，促使经脉气血恢复正常运行。火罐治疗时，罐内形成负压，使毛细血管充血甚至破裂产生表皮瘀血，产生一种类组织胺物质，它能提高机体抵抗力。另一方面通过皮肤感觉器和血管感受器反射到大脑中枢神经系统调节兴奋与抑制，使之趋于平衡而达到镇痛。^[8] 《素问·举痛论》云：“寒气客于背俞之脉，则脉泣。脉泣则血虚，血虚则痛。其输注于心，故相引而痛。按之则热气至，热气至痛止矣。”按摩推拿以上穴位能行气活血，温经通络，散寒止痛。配合阳陵泉、足三里、肾俞等远端穴以培补肝肾，强壮筋骨，并能改善局部的血液循环，促进机体的新陈代谢，减少局部无菌性炎症因子的释放，达到止痛的目的。坚持适当的功能锻炼可以巩固治疗效果，防止复发。总之，采用中医综合疗法治疗肩周炎不仅能治标，也能达到治本。它们之间相互协同作用，既能获得良好的治疗效果，而且避免了病人由于失治、误治带来的不良后果，值得推广。

【参考文献】

1 赵俊, 张兰生. 疼痛治疗学. 北京: 华夏出版社. 1994, 303-306(2)
2 杨甲三. 腧穴学. 上海: 上海科技出版社. 1993, 52
3 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社 1994, 200
4 冯传汉, 郭世绂. 肩关节外科学. 天津科技出版. 1996, 223
5 严相默. 临床疼痛学. 延吉: 延边人民出版社. 1996, 153-154
6 黄枢. 中国针法微型外科学. 北京: 科学出版社. 1998, 260-263
7 杨廉等. 温针灸肾俞对老年雌性大鼠激素的影响. 中国针灸. 2001, 21(3): 172
8 岑泽波《中医伤科学》上海科学出版社. 1983, 194

(责任编辑: 周斌)

从时间针灸到时空针灸（续）

From time-acupuncture to time-acupoints-space acupuncture (continued)

朱勉生 ZHU Mian-sheng

病案 4，肠易激综合征，快速效应

女性，出生日期 1971 年 2 月 3 日，出生地点加拿大。

初诊：2012 年 7 月 11 日 14 时（-2 小时），癸酉日戊午时辰。

自述自幼腹部敏感疼痛胀气，消化迟缓，疲劳无力。最近几年每当过度应激时首先胃脘灼热疼痛随后左肩胛中心区域灼痛。经胃镜检查排除溃疡，大便和血检均正常。除止痛药无任何治疗方法，但是止痛药效果不佳。中医四诊见两脉细弦，舌胖大，色淡白，中有裂痕，舌边齿痕。中医诊断为脾虚肝郁，木犯脾胃，属于西医肠易激综合征。治则舒肝健脾，行气止痛。

治疗：选择时空针灸灵龟八法。

时间穴位：就诊时穴公孙配内关调肝和胃，先右后左¹，用深刺泻法。

腰背九宫

④ 左心俞	⑨ 至阳	② 右心俞
③ 左肝俞	⑤ 筋缩	⑦ 右肝俞
⑧ 左大肠俞	① 腰俞	⑥ 右大肠俞

头面上肢九宫

④ 左太阳	⑨ 百会	② 右太阳
③ 左肩井	⑤ 上星	⑦ 右肩井
⑧ 左曲池	① 神庭	⑥ 右曲池

小腹下肢九宫

④ 左期门	⑨ 中脘	② 右期门
③ 左气穴	⑤ 阴交	⑦ 右气穴
⑧ 左足三里	① 关元	⑥ 右足三里

空间穴位：公孙位于九宫第六宫位，三组空间穴位均从第六宫位开始针刺九宫穴位。先针腰背九宫，患者卧位，再针头面上肢和小腹下肢九宫。全部穴位留针 35 分钟。

嘱咐取消所有奶制品和麦类食品。

二诊：2012 年 7 月 17 日 15 时（-2 小时），辛巳日乙未时。

自述腹痛改善，但还有胃灼痛和腹胀气。已经停食所有奶制品和麦类食品。脾脉弦细，肝脉沉弦，舌淡红少苔有齿痕。诊断治则同上。

治疗：时空针灸灵龟八法。

时间穴位：就诊时穴公孙，该穴前已奏效应于此时，继续用公孙配内关，先右后左。

¹ 此案所涉脏腑较多，用男左女右刺法。

空间穴位：① 从公孙所在第六宫开始，针刺两组九宫穴位。② 头五宫²用百会（水一宫）、右通天（木三宫）、右头维（火二宫）、上星（土五宫）、左头维（金四宫）。

腰背九宫

④ 左天宗	⑨ 至阳	② 右天宗
③ 左胃俞	⑤ 筋缩	⑦ 右胃俞
⑧ 左大肠俞	① 长强	⑥ 右大肠俞

胸腹下肢九宫

④ 左期门	⑨ 中脘	② 右期门
③ 左天枢	⑤ 气海	⑦ 右天枢
⑧ 左气穴	① 关元	⑥ 右气穴

经验穴位用三里、曲池手足阳明合土穴，疏调胃腑大肠气机。留针 30 分钟。

三诊：10 月 9 日 15 时（-2 小时），癸卯日己未时辰。

自述胃烧痛基本消失，停止已经服用了 20 年的止痛药，对疗效非常满意。仍然时有腹部胀气、疲劳。脉舌同前，时空针灸灵龟八法就诊时穴照海配列缺，照海启动阴跷滋养水之上源肺经，列缺为任脉枢纽又为肺经络穴，通于大肠功在主降，继续调整阳明通降功能。空间穴位同上，不用五宫穴改用神庭。经验穴位同上。留针 35 分钟。

四诊：11 月 13 日 15 时（-1 小时），戊寅日己未时辰。

自述腹胀气和胃脘肩脾灼热全部消失。患者惊叹三次针灸治疗完全改变了 20 年与止痛药相伴的生活，“真是一个不可思议的奇迹”。要求继续用针灸治疗非季节性过敏。

病案 5，顽固偏头痛，快速、持续效应

女性，出生日期 1996 年 2 月 3 日，出生地点美国波士顿。

初诊：2012 年 6 月 19 日 18 时（-2 小时），辛亥日丙辰时辰。

主诉进入青春期四年来偏头痛伴呃逆。头痛发作起于颈部上升至颞部，放射至眼后，视力模糊失去平衡，必须避光避音卧床，一般持续两小时后逐渐缓解。发作与月经无关，与季节突然变化和过度应激有关。近来因中学毕业会考，头痛发作每日数次且时间延长至 4、5 个小时几乎无间断而不能参加考试。西医诊断为“以偏头痛为主的混合型头痛”，长期用抗炎药加强力止痛药，引起呕吐口干且加重头痛，本人不愿意再继续服用而来就诊。中医四诊见脾脉弦滑，余脉皆沉弱，舌边尖红苔薄白。诊断为胆胃不和，治宜清胆和胃。

治疗：选择时空针灸灵龟八法。

时间穴位：就诊时穴临泣疏胆清热符合病机，配外关疏通手足少阳治疗偏头痛，先右后左，逆经泻法。

空间穴位：临泣位于九宫第四宫。三组九宫穴位均从第四宫进入巡行九宫一周。

经验穴位用合谷。留针 35 分钟。

颈背九宫

④ 左风池	⑨ 大椎	② 右风池
③ 左大椎旁夹脊	⑤ 至阳	⑦ 右大椎旁夹脊
⑧ 左肝俞	① 筋缩	⑥ 右肝俞

² 从一宫水生数开始，按照五行相生顺序，针刺九宫里五行生数的穴位：三宫木生数、二宫火生数、五宫土生数、四宫金生数。

头面九宫

④ 左攒竹	⑨ 百会	② 右攒竹
③ 左鱼腰	⑤ 上星	⑦ 右鱼腰
⑧ 左太阳	① 神庭	⑥ 右太阳

腕腹下肢九宫

④ 左期门	⑨ 中脘	② 右期门
③ 左日月	⑤ 气海	⑦ 右日月
⑧ 左太冲	① 关元	⑥ 右太冲

二诊 6月27日 12时 (-2小时)，己未日庚午时辰。

自述上次针后一周未出现偏头痛及伴随症状，是日正值经期眼睛疼痛，颈项紧张。肝脾两部弦滑余脉沉弱。舌尖红苔薄白。

治疗：选择时空针灸灵龟八法。

颈背九宫

④ 左心俞	⑨ 大椎	② 右风池
③ 左大椎旁夹脊	⑤ 至阳	⑦ 右大椎旁夹脊
⑧ 左肝俞	① 筋缩	⑥ 右肝俞

头面腹九宫

④ 左通天	⑨ 百会	② 右通天
③ 左阳白	⑤ 神庭	⑦ 右阳白
⑧ 左天枢	① 中脘	⑥ 右天枢

时间穴位：就诊时穴申脉，阳跷脉交会穴通睛行气止痛，配后溪疏解颈项，先右后左³。

空间穴位：申脉位于九宫第一宫，两组九宫穴位均从第一宫位开始针刺。先针颈背九宫，下针后平卧，针头面腹九宫。留针 35 分钟。

三诊 7月4日 14时 (-2小时)，丙寅日甲午时辰。

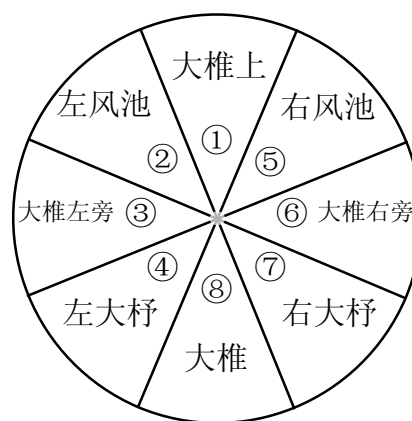
自述偏头痛发作频率减少为每日一次且痛势缓减，疼痛时间仅持续 20 分钟左右，眼睛疼痛也好转，颈部依然紧张。脉滑舌尖红苔薄白。诸症同准备考试过度应激相关。

治疗：时空飞腾八法就诊时穴公孙，配内关疏导心胸，恰对过度应激病机，选择时空飞腾八法。

时间穴位：就诊时穴公孙，配内关，女先刺右。

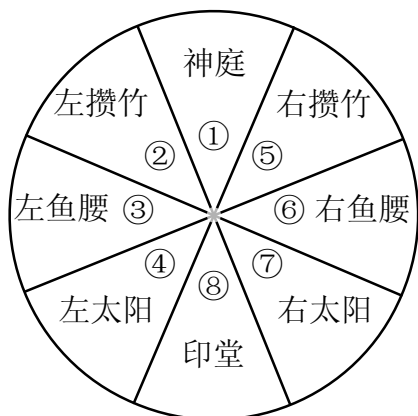
空间穴位：公孙位于先天八卦第一卦位，从第一卦位开始针刺颈背八卦和头八卦。

颈背八卦

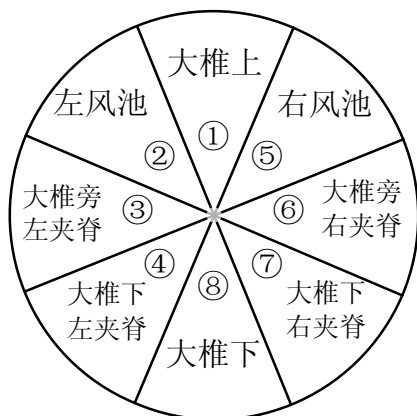


³ 经期眼痛属肝，肝生于左，用病位藏府巨刺法，对刺右侧为先。

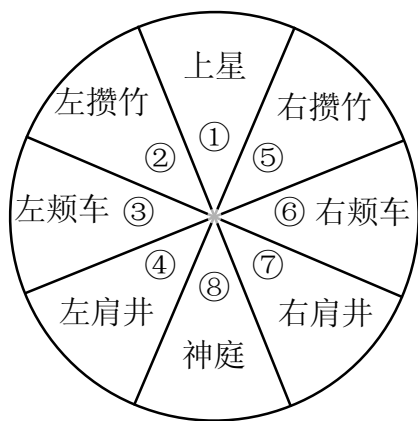
头面八卦



颈八卦



头面肩八卦



经验穴位：用后溪解除颈部紧张，三阴交治疗遗留的经期眼痛。留针 35 分钟。

从第三诊以后头痛每两周小发作一次，8、9 月份在美国度假基本没有发作。9 月中旬补考前夕预防性针灸一次，补考获得优异成绩。11 月 13 日来诊，已经不再用任何止痛药，全家庆贺针灸改变了她的生活！至 2013 年 5 月每月针灸一次巩固疗效。

病案 6，肌骨络紊乱症，快速、持续效应

女性，出生日期 1970 年 11 月 14 日，出生地点法国布海汶。

初诊：2011 年 10 月 11 日 18 时（- 2 小时），己亥日壬申时辰。

自述由于长期在银屏前工作颈椎紧张不适影响睡眠，一年多来剧烈针刺样疼痛从右面颊起向右耳后、颈部沿肩部放射至手臂，面颊颈项肌肉坚硬疼痛。疼痛引起极度精神焦虑，失眠，疲惫不堪。经牙科、耳科和整骨治疗无效。中医四诊见脾脉沉细而弦，肝脉沉细弱。舌淡暗少苔有津。肝主经筋脾主肌肉，长期强迫体位劳伤肌肉筋腱形成经筋病症，西医属于肌骨络紊乱症。患者久病，肝脾两虚为本，经筋拘挛为标。宜疏解拘挛，益气调肝。

治疗：选择时空飞腾八法

时间穴位：用就诊时穴公孙配内关。症状部位巨刺法先左后右，逆经泻法。

空间穴位：公孙位于先天八卦第一卦位，从第一卦位开始针刺以下两组八卦穴。

补充穴位用关元、气穴、太冲、阳陵泉。留针 35 分钟。

二诊：11 月 4 日 17 时（- 1 小时），癸亥日庚申时辰。

自述症状改善几天后又反复，以颈部为甚。眠差。脉沉细弦，舌淡胖大少苔。诊断治则同上。

治疗：选择时空灵龟八法

时间穴位：用就诊时穴照海配列缺，主穴治本滋水润木，配穴治标直走颈项。先左后右。

空间穴位：①九宫穴位，照海位于九宫第五宫位，从第五宫开始针刺以下两组九宫穴位。

②头五宫用百会（水一宫）、右通天（木三宫）、右头维（火二宫）、上星（土五宫）、左头维（金四宫）。按照五行相生顺序针刺上五穴。

留针 35 分钟。

颈九宫

④ 左风池	⑨ 大椎上	② 右风池
③ 大椎旁 左夹脊	⑤ 大椎	⑦ 大椎旁 右夹脊
⑧ 大椎下 左夹脊	① 大椎下	⑥ 大椎下 右夹脊

头身下肢九宫

④ 左气穴	⑨ 神庭	② 右气穴
③ 左阳陵泉	⑤ 中脘	⑦ 右阳陵泉
⑧ 左申脉	① 关元	⑥ 右申脉

三诊：11月28日18时（-1小时），丁亥日己酉时辰。

自述颈部较前松活，其他症状无明显改善，右面颊疼痛，右头侧沿胆经有明显阻滞感。脉舌同前。宜从胆经疏导气机止痛。在时空针灸四法的就诊时间穴位里没有比丘墟更合适的时穴，改用其他疏导胆经方法。穴位和针刺顺序如下：丘墟、阳陵泉、合谷、太冲、风池、颊车、迎香、太阳（以上八穴用泻法）、天枢、关元、气穴、三里（以上四穴用补法）、内庭（用泻法）。

四诊：2012年10月15日18时（-2小时），己酉日壬申时辰。

自述去年经过三次针灸治疗，一年多的右侧面颈肩臂剧烈针刺样疼痛完全消除。患者感觉第三次针灸的“除根效果”与前两次的效应积累密切相关。此次因左膝疼痛就诊。

4. 小结

时空针灸的要点可以归纳如下。

第一，时空子午流注纳甲法、纳子法、灵龟八法、飞腾八法的时间穴位具有记忆功能，推敲和选择不同种类的时间穴位为针灸医师治病求本提供了具体内容和方法，使针灸治疗之术更接近“上工守神”的高标准要求。

第二，在四种时间针灸方法里，五腧穴或者八脉交会穴，是由于它们被组织在特定的时空结构之中才获得了时间敏感的周期节律。依据四法对应的时空结构组合空间穴位，并将时间穴位和空间穴位有序地联结在一起，使得同病机病证关联的穴位群组具有了同构功能。

第三，利用时穴的记忆功能，扩展了时间穴位的应用范围；利用空间穴位的同构功能，实现了同时间穴位的同构组合。二者结合将时间针灸疗法提升到时空针灸的新水平。

第四，时空灵龟八法和时空飞腾八法的总结提出，改变了对针灸原创所依据的玄奥的理论和图数，心中了了手下无着的被动，使九宫、八卦在针灸临床具有了可操作性，有利于将临床水平从“术”升华至“道”。

时空针灸所用穴位平淡无奇却在临床获得特殊效验，究其根源就是遵循针灸之“道”选穴布阵，使内外时空环绕相抱，组构气场采气、聚气、养气；斡旋气机调气、行气、运气，再加上丝丝入扣的针刺顺序和手法，引气治病。所以时空针灸的特殊疗效并不在于穴位的分别运用，而在于调构组合内外相通、适合患者个体的能量场，这种场效应是时空针灸能够得心应手游刃有余应对当今疑难病症的关键所在。

【朱勉生时空针灸论文索引】

- 1 时穴新用，巧拨病机.2004 年第三届国际传统医药大会论文集（北京）
- 2 时穴记忆功能的探讨.2005年第二届世界中医药大会论文集，此文中文版转载于世界中医药杂志创刊号，2006, 11: 42-43
- 3 子午流注时空解析与运用.世界中医药杂志, 2009, 1: 43-45

4. 时空针灸的理论及临床. 世界中医药杂志, 2010, 5: 345-346
5. 奇经八脉之奇及其在时空针灸的运用. 云南中医学院学报, 2010, 2: 1-4;
6. 时空针灸子午流注在内分泌中医疾病群的运用. 世界中医药杂志增刊, 2011, 5: 102-103
7. 略论“时空针灸灵龟八法”的理论构成和运用. 世界中医药杂志, 2011, 4: 324-326
8. 时空针灸纳子法解析及大通经临床效应. 世界中医药杂志, 2012, 4: 327-330
9. 时空针灸治疗欧洲疑难病症的临床效应. 世界中医药杂志增刊, 2012, 7: 33-39

10. 时空针灸在逐月养胎中的应用. 国际传统与现代生殖医学第二次国际学术研讨会论文集, 52-58, (2012年7月罗马)
11. 时空针灸与上工守神. 英国中医杂志, 2013, 1: 6-11
12. 从时间针灸到时空针灸. 世界中医药学会联合会成立十周年纪念文集, 2013 (美国旧金山)。获得世中联成立十周年优秀论文奖。

(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和巴黎第六大学居里医学院“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

古籍医论选·头痛用药

《丹溪心法》：“头痛多主于痰，痛甚者火多，有可吐者，可下者。”“头痛须用川芎，如不愈，各加引经药：太阳川芎，阳明白芷，少阳柴胡，太阴苍术，少阴细辛，厥阴吴茱萸。如肥人头痛，是湿痰，宜半夏、苍术。如瘦人，是热，宜酒制黄芩、防风。如感冒头痛，宜防风、羌活、藁本、白芷；如气虚头痛，宜黄芪、酒洗生地、南星、秘藏安神汤；如风在上头痛，宜天麻、蔓荆子、台芎、酒制黄芩；如苦头痛，用细辛；如形瘦苍黑之人头痛，乃是血虚，宜当归、川芎、酒黄芩；如顶颠痛，宜藁本、防风、柴胡。”。

《金匱翼》：“治头风久痛，须加芎、归、红花少许，非独治风，兼和血止痛也。细茶最能清上风热，久痛以之作引弥佳，东垣、谦甫常用之。许学士荆芥散独用荆芥治风，石膏治热，何等简要！东垣清空膏诸方盖师其意而扩充之。”

《临证指南医案》：“如阳虚浊邪阻塞，气血瘀痹而为头痛者，用虫蚁搜逐血络，宣通阳气为主。如火风变动，与暑风邪气上郁而为头痛者，用鲜荷叶、苦丁茶、蔓荆子、山梔等辛散轻清为主；如阴虚阳越而为头痛者，有仲景复脉汤、甘麦大枣法，加胶、芍、牡蛎镇摄益虚，和阴熄风为主。如厥阴风木上触，兼内风而为头痛者，有首乌、柏仁、稽豆、甘菊、生芍、杞子辈熄肝风滋肾液为主。”

时空针灸纳子法大通经对顽固性疼痛的临床特效(续)

The outstanding effectiveness of Na Zi method and all-meridian-connecting method of time-acupoints-space acupuncture in treating intractable pains (continued)

陈春信 CHEN Chun-xin

病案一:

姓名: SANCHEZ; 男; 39岁; 职业: 设计师。

初诊: 2013年03月1日, 丙寅日, 9:35 (马德里时间-1小时), 壬辰时。

主诉: 眩晕, 右上肢肢端麻木僵硬一年半。

现病史: 一年半前因颈椎病整骨疗法治疗不当, 立刻出现头晕伴呕吐, 右上肢麻木僵硬, 送至急诊抢救。治疗后, 呕吐消失, 其余症状持续至今。在此期间, 接受过4个疗程康复科综合治疗, 以上症状均无明显改变。纳可, 大便调, 眠差。

体检: 颈部生理曲线存在, 前后左右活动不受限, 无明显固定压痛点, 上肢生理活动正常, 神经反射无病理征。

舌脉: 舌淡紫, 苔白腻, 脉滑数。

中医诊断: 项痹病, 气滞血瘀型。

治则: 活血祛瘀, 通络止晕。

治法: 时空子午流注纳子法大通经针法:

(一) 时间穴位: 厉兑, 施以泻法。

(二) 空间穴位: 营气底盘用申脉(男先左后右⁴)、大椎、天突、中脘、气海。随即从应时交经穴开始, 行大通经12穴一圈: 迎香、冲阳、大包、少府、大杼、至阴、俞府、天池、瞳子髎、章门、期门、合谷。迎香、天池、瞳子髎得气后即出针, 其余穴位用火针淬刺。同组穴位先刺左穴后刺右穴, 留针40分钟。再配以火针淬刺阳池, 通行三焦之气, 通经活络。

(三) 经验和靶向穴位: 照海, 滋肾阴, 以阴中求阳, 阳得阴助, 增强活血祛瘀通络之效。

(四) 嘱患者: 忌饮酒, 甜食, 奶制品, 勿提重物。

二诊: 2013年3月4日, 己巳日, 19:40 (马德里时间-1小时), 癸酉时。

自述经过上次针灸治疗后, 持续一年半的头晕症状从治疗当日开始消失, 一直到今日中午方有轻微反复, 右上肢末端的麻木僵硬感明显改善。纳可, 大便调, 眠转佳, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦。拟以活血祛瘀, 调气止晕为治则。为进一步改善右上肢末端的麻木僵硬感, 继续用时空子午流注纳子法大通经针法。时间穴位用至阴, 施以补法, 继而针刺营气底盘穴位, 再从应时交经穴开始, 行大通经十二穴, 用小针针刺: 至阴、俞府、天池、瞳子髎、章门、期门、合谷、迎香、冲阳、大包、少府、大杼。十二穴中大杼、合谷、冲阳留针, 其余穴位得气后出针。

三诊: 2013年3月8日, 癸酉日, 20:10 (马德里时间-1小时), 壬戌时。

自述从上次治疗后, 至今未出现头晕及手指麻木僵硬症状。眠可。舌淡红, 苔薄白, 脉弦缓。拟以养血调气, 活血祛瘀为治则, 使用时空针灸飞腾八法扶正固本。时间穴位用临泣, 位于先天八卦第六卦, 配以外关。背八卦从第六卦位开始, 循八卦一圈(由六卦起, 至五卦结束), 第六卦右⁵膈俞、第七卦右气海俞, 第八卦腰阳关, 第一卦大椎, 第二卦左大杼, 第三卦左膈俞, 第四卦左气海俞, 第五卦右大杼。配以后溪调督脉以通诸阳经, 合谷与太冲调气血, 阳陵泉舒筋解结。留针30分钟, 出针后, 患者感觉身心舒畅。

病案二:

姓名: Joaquin; 男; 63岁; 职业: 大学教授。

⁴ 以患者左右为准。

⁵ 为了术者方便, 八卦穴位和九宫穴位的左右均以术者为准。

初诊：2013 年 01 月 09 日，乙亥日，10:35（马德里时间-1 小时），辛巳时。

主诉：右侧腰腿痛，放射至大腿外侧，不能行走 10 天。

现病史：10 天以来，患者右侧腰腿疼痛，右侧大腿放射痛，右大腿内侧麻木至膝关节以下，疼痛剧烈以致无法行走活动及无法入睡。服抗炎止痛药等止痛无效。

体检：由担架送至诊所，脊椎无明显侧弯，无明显压痛、叩击痛，右侧竖脊肌平腰 4—5 水平有压痛，直腿抬高试验强阳性，其余体检因患者剧痛，无法进行。神经反射无病理征。耳穴腰椎区有明显皮下肿块，皮色苍白，压痛+++，以左侧疼痛为甚。左京骨穴处有明显压痛。

舌脉：舌淡紫，苔白厚，脉弦涩。

中医诊断：腰痹，气滞血瘀型。

治则：活血祛瘀、通络止痛。

治法：时空针灸飞腾八法。

（一）时间穴位：后溪，配以申脉。

（二）空间穴位：背八卦从第五卦开始巡八卦一周：第五卦右大杼，第六卦右膈俞，第七卦右气海俞，第八卦腰阳关，第一卦身柱，第二卦左大杼，第三卦左膈俞，第四卦左气海俞。再加以合谷、京骨、手腕部腰痛反应区、华佗夹脊（腰 3 到骶 4 火针淬刺），驱寒解痛对症治疗。

留针 30 分钟，出针后，疼痛明显缓解，可以进行适当腰部活动，之前无法站立，强迫卧位，现可站立，但仍不能行走。

（三）嘱患者：在针后一周内，绝对卧床休息。

二诊：2013 年 1 月 11 日，丁丑日，9:40（马德里时间-1 小时），甲辰时。

自述腰腿疼痛缓解到可以忍受的限度，现可入睡，但行走仍然困难。舌淡紫，苔薄白，脉弦。拟以活血祛瘀、通经止痛为治则，用时空针灸纳子法。时间穴位用厉兑，施以泻法；空间穴位：营气底盘用申脉、大椎、天突、中脘、气海，随即行大通经穴一圈（迎香、冲阳、大包、少府、大杼、至阴、俞府、天池、瞳子髎、章门、期门、合谷；除迎香、天池、瞳子髎、期门外，其余穴位用火针淬刺），同组穴位先刺左穴后刺右穴，留针 30 分钟。针后疼痛明显改善。

三诊：2013 年 1 月 14 日，庚辰日，10:30（马德里时间-1 小时），辛巳时。

自述上次针刺治疗后，腰腿疼痛进一步缓解，停用所有药物。行走困难。舌淡红，苔薄白，脉弦。继给予舒筋活络、祛瘀止痛治疗，使用时空针灸飞腾八法。时间穴位后溪，配以申脉。背八卦从第八卦开始巡八卦一周，第八卦命门穴、第一卦身柱（火针淬刺）、第二卦左大杼、第三卦左膈俞、第四卦左气海俞、第五卦右大杼、第六卦右膈俞、第七卦右气海俞。经验穴位用冲阳、阳池、大椎。

四诊：2013 年 1 月 18 日，甲申日，10:30（马德里时间-1 小时），己巳时。

自述病情无进一步明显好转。舌淡紫，苔白，脉涩。拟通经调气、祛瘀止痛为治则，改变时空针灸方法的选择，用时空子午流注纳子法大通经针法。时穴用商丘，施以泻法（先左后右）。空间穴位营气底盘用申脉（先左后右）、大椎、天突、中脘、气海，随即行大通经十二穴一圈（冲阳、大包、少府、大杼、至阴、俞府、天池、瞳子髎、章门、期门、合谷、迎香。除瞳子髎、天池、迎香得气后即出针外，其余穴位用火针淬刺），同组穴位先刺左穴后刺右穴，留针 40 分钟。

五诊：2013 年 1 月 21 日，丁亥日，10:30（马德里时间-1 小时），乙巳时。

自述经过上次治疗后，疼痛明显减轻，能够行走数百米，希望继续巩固治疗效果。舌淡紫，苔薄白，脉弦。拟以通经调气，祛瘀止痛为治则，进一步从本而治，缓解疼痛。时间穴位使用飞腾八法申脉，属先天八卦第八卦，配以后溪。背八卦从第八卦开始巡行八卦一周：第八卦腰阳关，第一卦大椎，第二卦左大杼，第三卦左肾俞，第四卦左气海俞，第五卦右大杼，第六卦右肾俞，第七卦右气海俞。经验穴位配以合谷、委中、京骨，嘱患者两周后来复诊，继续观察。

从以上两个病例可以验证，用传统针灸治疗手段收效甚微的顽固性剧痛，在运用时空子午流注纳子法大通经针法治疗后，能快速减轻患者的痛苦，大大缩短治疗时间。同时，临床经验证明，不仅仅是骨骼肌系统的疼痛，很多内科疾病导致的顽固性剧痛，例如多脏器衰竭、克隆氏病（Crohn's disease）、肠易激综合症以及严重痛经等，运用时空子午流注纳子法大通经针法治疗后，同样能收到使患者和医者都比较满意的疗效，体现了针灸以即效、长效、持效著称的优势。

时空子午流注纳子法是针灸医学精髓之精髓，还有许多深奥的内涵需要我们不断去认真学习、钻研和探讨。例如：十二正经经气递旺于十二时辰之中，从寅时（03—05 时）肺经经气开

始达到最方盛之时持续到卯时（05—07 时），然后该经气水平从最盛时开始渐渐下降，持续一个时辰到辰时（07—09 时），该时候肺经经气进入平稳期；第二循环时，肺经经气在丑时（01—03 时）即肝经最盛之时又开始渐渐上升，一直到寅时（03—05 时），又进入了肺经经气最盛之时，持续到卯时（05—07 时），如同上述的过程又开始进入了下降期。正常的经气运行永远周而复始，有其自然的频律和昼夜变化节律，有上升期、最高期、下降期和平稳期，如同海水的涨潮、高潮、退潮。所以每条经气的较大的活动期是三个时辰而不是一个时辰，但其中有一个甚为关键的时辰，即该经值班时的时辰，换句话说就是该经经气最盛时间。如何在经气活动周期中，根据不同病情、个性、地理位置、四季、日期等诸多影响因素，辨证论治来取时穴，不断改善，直至达到最佳的治疗效果，应该是一个值得大家共同深入研究探索的问题。

【参考文献】

- 1 (清)张志聪. 黄帝内经集注. 北方文艺出版社, 2007.
- 2 (明)杨继洲. 针灸大成. 第 2 版. 人民卫生出版社,

1984

- 3 (明)徐凤. 针灸大全. 第 2 版. 人民卫生出版社, 1984
- 4 田合禄. 周易真原. 第 2 版. 山西出版社, 2011
- 5 罗素·福斯特等. 生命的季节. 上海科技教育出版社, 2011
- 6 张延生. 象数易学与应用. 广西科学技术出版社, 2009
- 7 朱勉生. 时空针灸子午流注在内分泌中医疾病群的运用. 世界中医药杂志增刊, 2011, 5: 102-110
- 8 朱勉生. 时空针灸治疗欧洲疑难病症的临床效应. 世界中医药杂志增刊, 2012, 7: 33-39

(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。

电邮: chen@acupunturamadrid.es

古籍医论选·头痛选方

【风寒头痛】《辨证录》救破汤：“川芎（一两），细辛（一钱），白芷（一钱），水煎服。一剂而痛止，不必再剂也。”盖川芎最止头痛，非用细辛则不能直上于巅顶，非用白芷则不能尽解其邪气，而遍达于经络也。”

【风热头痛】《圣济总录》菊花汤方：“菊花，石膏（各一两碎），芎（半两），甘草（炙一两），上四味，粗捣筛。每服三钱匕，水一盏，煎至七分，去滓热服，不拘时。”又“治首风，定偏正头痛，茶调散方：菊花，细辛（去苗叶），石膏（研），莎草根（炒去毛）等分。上四味，为细散，每服一钱匕，茶清调下，食后服。”

【风痰头痛】《和剂局方》化痰玉壶丸：“治风痰吐逆，头痛目眩，胸膈烦满，饮食不下，及咳嗽痰盛，呕吐涎沫。天南星（生），半夏（生，各一两），天麻（半两），头白面（三两），上为细末，滴水为丸，如梧桐子大。每服三十丸，用水一大盏，先煎令沸，下药煮五七沸，候药浮即熟，漉出放温，别用生姜汤下，不计时候服。”

【寒湿头痛】《证治汇补》芎辛散：“治寒湿头痛。川芎，细辛（各一钱半），苍术，甘草，干姜（各一钱）。”

【气虚头痛】《丹溪心法》顺气和中汤：“治气虚头痛，此药升阳补气，头痛自愈。黄芪（一钱半），人参（一钱），甘草（炙，七分），白术，陈皮，当归，芍药（各五分），升麻，柴胡（各三分），细辛，蔓荆子，川芎（各二分）。上作一服，水煎，食后服。”

【肝厥头痛】《金匱翼》龙荟丸加减：“龙荟丸加甘菊、羚羊角，气实便坚者用之；虚者宜生地、羚羊角、甘菊、麦冬之类滋之清之，使肝柔则厥自己。”“龙荟丸：当归（焙），龙胆草（酒洗），山梔（炒），黄连，黄柏，黄芩（各一两），大黄，芦荟，青黛（各半两），木香（二钱半），麝香（五分，另研）。炼蜜丸桐子大，姜汤下二三十丸。便不坚者去大黄。一方无黄连、黄柏，有青皮、柴胡、胆星。”

《伤寒论》中“微火煮”方药刍议

Discussion of the herbal remedies ‘to be boiled with minimum flame’ in *Treatise on Febrile Diseases*

赵志恒¹ 李岩^{△2} 徐家淳¹ 张仁倩¹ 王剑歌¹ 田苑¹ 付源鑫¹

ZHAO Zhi-heng¹ LI Yan^{△2} XU Jia-chun¹ ZHANG Ren-qian¹ WANG Jian-ge¹ TIAN Yuan¹ FU Yuan-xin¹

(1.天津中医药大学, 天津 300193/ Tianjin University of TCM, Tianjin, China 300193; 2.天津市公安医院, 天津 300042/ Tianjin Gong'an Hospital, Tianjin, China 300042)

【摘要】《伤寒论》为现存最早的中医临床经典，方后的药物煎煮方法是其方药使用法则不可或缺的组成部分，对临床有着重要的指导作用。本文试对《伤寒论》中 3 个“微火煮”的方药机理进行探讨，可以进一步体会仲景的辨证论治的学术观点。

【关键词】《伤寒论》；微火煮；证治特点；调脾胃和营卫；保持药性

Abstract: *Treatise on Febrile Disease* is the oldest classic clinical book of traditional Chinese medicine (TCM). The preparation method of the decoction of herbs is an inseparable section of it. A special preparation method not only is of profound theoretical significance, but also gives important guidance on clinical practice. The book of *Treatise on Febrile Disease* contains in total three formulas of herbal remedies ‘to be boiled with minimum flame’. Exploring the mechanism of the method of ‘to be boiled with minimum flame’ enables us to deepen the understanding of Zhang Zhongjing’s viewpoints on ‘syndrome differentiation and treatment’.

Keywords: *Treatise on Febrile Disease*; to be boiled with minimum flame; characteristics of the illness pattern and treatment; to harmonize the Spleen and Stomach, to harmonize the Nutrient and the Defense; to keep the properties of herbs

《伤寒论》113 方，其用药配伍优化、辨证施治组方严谨，言简意赅，而其中特别强调用“微火煮”的方药共 3 个：“以水七升，微火煮取三升，去滓，适寒温，服一升”的桂枝汤，“以水七升，微火煮取三升，去滓，温服一升”的桂枝加厚朴杏子汤和小建中汤的“上六味，以水七升，煮取三升，去滓，内饴，更上微火消解，温服一升，日三服”。现结合方证特点及机理，探析如下。

1 微火的含义和作用

《广雅·释诂二》曰“微，小也”。微火即文火，与武火相对而言。在气功内丹术语中指练功时用意轻柔缓行。如《金仙证论》：“微缓谓之火”。《海琼传道集》以“专气致柔，含光默默，温温不绝，绵绵若存”为文火之要。《性命圭旨》：“得丹时藉文火养之”，意随气转，微微观照。用文火温养，称为文烹。在中药学术

语中则是指使温度上升及水液蒸发缓慢的火候。由此可见，强调使用微火者，以其有两方面作用：一则温度适中，二则火力绵绵不绝。

2 微火煮的原因

2.1 证治特点

“微火煮”的三首方均是在桂枝汤基础上的加减方。桂枝加厚朴杏子汤在桂枝汤原方的基础上加“厚朴二两、杏仁五十枚”；小建中汤则是桂枝汤倍芍药为六两再加胶饴一升而成。桂枝汤根据兼证的加减应用颇多，唯有桂枝加厚朴杏子汤和小建中汤下见“微火煮取”。这与三方的证治特点有密切关系。

在《伤寒论》中，桂枝汤的治证主要有三个：一能治营卫不和、寒伤卫阳的伤寒中风表虚证，如 12 条云：“太阳中风，阳浮而阴弱……啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，

桂枝汤主之”。13条又云：“太阳病，头痛，发热，汗出，恶风，桂枝汤主之”；二能治营强卫弱、卫阳不固或卫气不和之自汗证，如53条云：

“病常自汗出者，此为荣气和……复发其汗，荣卫和则愈，宜桂枝汤”；三能治误下伤阳、阳气上冲之气冲证，如15条云：“太阳病，下之后，其气上冲者，可与桂枝汤，方用前法”。由此可见，桂枝汤有解肌祛风、调和营卫的功效。桂枝汤的目的不在发汗，其虽曰“发汗”，实寓解肌发表与调和营卫双重用意，外邪去而肌表固密，营卫和则津不外泄。正如《金匮要略论注》所说：

“桂枝汤，外证得之，解肌和营卫；内证得之，化气调阴阳”，是对本方治病机理的高度概括。

论中用到桂枝加厚朴杏子汤的条文有第18条和第43条，其病因为素有喘疾又加之复感风寒，或太阳表证误下伤里、内陷胸中而兼喘，其治证为太阳中风兼肺寒气逆喘息，故用桂枝加厚朴杏子汤标本兼顾。成无己说：“下后微喘，则为里气上逆，邪不能外传，犹在表也，与桂枝以解外，加厚朴杏子以下气”。因而方中桂枝汤解肌祛风、调和营卫，厚朴、杏仁下气降逆，消痰平喘，表里兼治。

《伤寒论讲义》认为“伤寒二三日，未经误治即见心中动悸，神烦不宁者，必是里气先虚，心脾不足、气血双亏、复被邪扰而成”。因用小建中汤以治其“里虚伤寒、心烦而悸。”^[1]又，

《医宗金鉴》中说“伤寒二三日，未经汗下，即心悸而烦，必其人中气素虚，虽有表证，亦不可汗之。盖心悸阳已微，心烦阴已弱，故以小建中汤选建其中，兼调营卫也”。“是方也，即桂枝汤倍芍药加胶饴也。名曰小建中者，谓小小建立中气也，倍芍药加胶饴，调建中州，而不啻粥温复令汗者，其意重在心悸中虚，而不在伤寒之表也。中州建立，营卫自和，津液可生，汗出乃解，悸烦可除矣。”^[2]方用桂枝汤调脾胃、和阴阳；倍用芍药以增益营血；加饴糖以温养脾胃，而与芍药和合，又有酸甘化阴之功。

综上所述，三首方子均有调和阴阳、营卫的功效，均是在桂枝汤的基础上进行加减，其治证特点决定了三方的药物选择运用和“微火”煎煮的方法。

2.2 调脾胃和营卫

《内经》云：“人受气于谷，谷入于胃，以传于肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会。阴阳相贯，如环无端。”桂枝汤中桂

枝、甘草、生姜、大枣，或者是烹饪的常用调料或香料，或者就是常用食品，有着开胃健脾、调和中州的功效。桂枝汤实际具有调和脾胃的作用。而脾胃为阴阳、气血、营卫化生之源，所以可认为桂枝汤是通过调和脾胃，进而达到调和营卫、调和气血、调和阴阳的作用的^[3]。这种调和脾胃作用的发挥，一是通过药物的配伍，正如《医宗金鉴》中所说“桂枝辛温，辛能发散，温通卫阳；芍药酸寒，酸能收敛，寒走阴营。桂枝君芍药，是发汗中寓敛汗之旨；芍药臣桂枝，是于和营中有调卫之功。生姜之辛，佐桂枝以解表；大枣之甘，佐芍药以和中。甘草甘平，有安内攘外之能，用以调和中气，即以调和表里，且以调和诸药。以桂芍之相须，姜枣之相得，借甘草之调和，阳表阴里，气卫血营，并行而不悖，是刚柔相济以相和也”^[2]；一是借助药物的煎煮和药后调护，其中煎煮火候“微火煮”尤其重要，其煎煮时借“微火煮取”，得温温不绝、绵绵若存之力，以达方中药物阴阳调和和药力停蓄中焦脾胃的效果。

2.3 保持药性

“桂枝去皮”意在去其发表之性，加强温阳解肌之功，“生姜切”意在煎煮时容易煎出药物的有效成分，“大枣擘”是恐枣皮太厚不易煎出其和营成分。进行炮制的目的，是使药物的有效成分能够尽其用；“微火煮”更能够增强其有效成分的析出。此外，桂枝芳香气薄，若猛火煮取则药性易于丧失，正如徐灵胎在《医学源流论》中所说“补益滋腻之药，宜多煎，取其熟而停蓄”。“多煎”就是用较长时间的微火煎煮。

胶饴即饴糖，是以高粱、米、大麦、粟、玉米等淀粉质的粮食为原料，经发酵糖化制成的食品。有软、硬之分，软者为黄褐色粘稠液体；硬者系软饴糖经搅拌，混入空气后凝固而成，为多孔之黄白色糖块。药用以软饴糖为好。其质重，入水即沉，倘若武火煎煮，很容易导致粘黏锅底，导致药性的破坏；再者热水滚沸之时入药，非常容易导致药液翻滚溅出；又其味甘，性温，多用则易滋腻碍胃。故而桂枝和胶饴取“微火”之缓势，以尽其药性。

3 小结

仲景所用方剂，选药精当，组方严谨。通过其对方证的应用和方药配伍变化、药物炮制、煎煮细节的论述，无处不体现了其“辨某某病脉证”而论治和“保胃气存津液”原则的灵活运用；再者，亦可知仲景对药物性味功效等特性和应用的

体验入微，非临床经验极为丰富难以识此；《伤寒论》成为后世临床的津梁之书，不无因由。这对于我们临床用药有着很重要的借鉴意义，值得进一步探讨和研究。

【作者简介】赵志恒，男，2013 级硕士研究生，电话：18822181565。通讯作者：李岩，男，医学博士，主任医师，研究方向：火针、刺络临床及实验研究。电话：022-23142732，13612066950
[Email:liyan66950@sina.com](mailto:liyan66950@sina.com)

【参考文献】

- 1 李培生.伤寒论讲义.上海:上海科学技术出版社,1985:58.
- 2 (清)吴谦等.医宗金鉴.北京:人民卫生出版社,2002:67-68,12.
- 3 郝万山.郝万山伤寒论讲稿.北京:人民卫生出版社,2008:39.

(责任编辑:袁炳胜)

古籍医论选·头痛取穴

《针灸甲乙经》：“厥头痛，员员而腰脊为应，先取天柱，后取足太阳。厥头痛，痛甚耳前后脉涌热，先泻其血，后取足太阳少阳。”“头寒痛，先取手少阳、阳明，后取足少阳、阳明。”“头项不可俯仰，刺足太阳；不可顾，刺手太阳。”

《玉龙赋》：“头风鼻渊，上星可取。”“攒竹、头维，治目疼头痛。”

《玉龙歌》：“鼻流清涕名鼻渊，先泻后补疾可痊，若是头风并眼痛，上星穴内刺无偏。头风呕吐眼昏花，穴取神庭始不差，孩子慢惊何可治，印堂刺入艾还加。头项强痛难回顾，牙疼并作一般看，先向承浆明补泻，后针风府实时安。偏正头痛难医，丝竹金针亦可施，沿皮向后透率谷，一针两穴世间稀。偏正头风有两般，有无痰饮细推观，若然痰饮风池刺，倘无痰饮合谷安。”

《胜玉歌》：“头痛眩晕百会好”，“头项强急承浆保”，“头风眼痛上星专”，“头风头痛灸风池”。

《百症赋》：“凶会连于玉枕，头风疗以金针。悬颅颌厌之中，偏头痛止；强间丰隆，迎香可取。”

《针灸聚英·杂病十一穴歌》：“攒竹丝空主头疼，偏正皆宜向此针。更去大都徐泻动，风池针刺三分深。”

《针灸大成·治症总要》：“正头大痛及脑项痛：百会、合谷、上星。”“偏正头风：风池、合谷、丝竹空……或针力不到，未效，可刺中脘，以疏其下疾，次针三里，泻去其风，后针前穴。”“头风目眩：解溪、丰隆……房事过多，醉饱不避风寒而卧，贼风窜入经络，冷症再发，复针后穴：风池、上星、三里。”

“头风项痛：百会、后项、合谷。”“头顶痛，针入不效者……先取其痰，次取其风，自然有效。中脘、三里、风池、合谷。”“醉头风：攒竹、印堂、三里。……此症有痰饮停于胃脘，口吐清涎，眩晕，或三日五日，不省人事，不进饮食，名曰醉头风。先去其气，化痰调胃进食，然后去其风痛也。中脘、膻中、三里、风门。”

论外感风热与虚热外感之别

Discussion on the differentiation between “external contraction of wind-heat” and “deficiency heat and external contraction”

李宇铭 LEE Yu-ming

【摘要】临床上常将“虚热外感”误诊为“外感风热”，两者诊治大有不同。典型外感风热必见发热，若见咽痛则反映热入阴分；虚热外感则是在虚热基础上感受风寒，其咽痛乃是内伤所生。两者的鉴别，咽痛的出现先后以及咽痛特点并不相同；而且虚热外感的治法并非只有养阴解表，可有多种治法。临床上甚少见到典型外感风热，当与城市人体质偏虚有关。

【关键词】感冒；外感；风热；虚热；《伤寒论》；《温病条辨》

Abstract: Misdiagnosis usually happens when “deficiency heat and external contraction” are misidentified as “external contraction of wind-heat”. Clinically, the diagnosis and treatment are very different. Typical “external contraction of wind-heat” always causes a fever; if sore throat occurs, it means heat evil has gone into the Yin aspect; “deficiency heat and external contraction” is caused by wind-cold which occur on the base of deficiency heat, and the sore throat is due to internal damage. For differential diagnosis, the characteristics and the onset time of sore throat are different. The method of treatment for “deficiency heat and external contraction” is not only to release the exterior with yin-tonification, but there are also many other methods. “External contraction of wind-heat” is less likely to be seen clinically, this may be related to the deficiency in body constitution of metropolitan residents.

Keywords: common cold; external contraction; wind-heat; deficiency heat; *Treatise on Cold Damage Diseases*; *Systematized Identification of Warm Diseases*

临床上常见误诊“虚热外感”为“外感风热”，虚热外感误用银翘散等辛凉方治疗，未分虚实使病情加重。本文意欲指出两者区别，以提升诊治准确性。常有一类感冒的发病过程，病初起即见咽干或咽痛，却未见发热，日后渐见其他感冒证如流涕、鼻塞、喷嚏，或可见恶寒发热。医见病始于咽干痛，即诊为风热，用辛凉解表剂治之，药后咽痛虽除，但却出现咳嗽，改以清热化痰治之一、二週才病愈。事实上，如此疗效甚慢，本应一、两天能治愈之证，却延误成一、两周才愈，实乃误诊误治之过。以下详论其理。

1 论外感风热

1.1 典型的外感风热必见发热

先论典型之外感风热证，自古所论之风热在表必须以发热为主证，而以口渴与不恶寒为诊断。《伤寒论》第六条说：“太阳病，发热而渴，不恶寒者为温病。”其后亦列出了风温的脉证：“若发汗已，身灼热者为风温；风温为病，脉阴阳俱浮，

【编者按】本刊承蒙香港中文大学中医学院讲师李宇铭博士惠投“论外感风热与虚热外感之别”一稿，在编辑过程中，总编审朱步先先生和主编王友军先生就李博士文中的一些内容提出了商榷意见。编辑部与作者进行了沟通探讨，其中的争鸣颇能启发思考，因此，在征得李博士的同意后，特将讨论内容一并刊发于此，以飨读者。这也是我们对学术探讨形式的一种新尝试，并欢迎读者反馈自己的意见和见解。

主编：作者本文意欲纠正临床治疗外感证时见咽痛不加详辨即按风热证用清解法治疗的弊端，应该是有积极意义的，所列验案敢于宗古法以大剂经方获得捷效，颇值得称赞。但就理论解释的立论和论证的切入角度来看，却存在很大问题。具体说理时，有多处基本概念的误用。

总观全文，作者所论和所治的‘虚热外感’实际上是指阳虚体质外感风寒之证，但自始至终未论证“虚热”咽痛的“热”在哪里体现，因何属“虚”而非实或非虚实夹杂。对非风热外感的咽痛都是“虚热”证这一论断的论证不够充分，把内伤咽痛的原因归为阴虚（肾水不足）和阳虚两端，忽略了其它可能导致咽痛的病理因素，而对肾阳不足浮火上升导致咽痛的论证只有一句“《伤寒论》中的咽痛皆是阳虚虚热上炎、虚热较轻的证候”，缺乏说服力。故该证之命名存在缺陷，令读者对文章论点和所涉及的多个概念产生疑惑。”

作者：“《伤寒论》中的咽痛皆是阳虚虚热上炎、虚热较轻的证候”，这是笔者在另一篇文章中表述的研究，当然只用这一句话是难以让人明白其中想法的，就此文来说，也只能如此引用别的文献，难以重复其中的论证内容了。

自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾，语言难出”，值得注意，无论在太阳温病抑或风温，皆非以咽痛作为辨证，整部《伤寒论》之中，咽痛只见于少阴病篇的四条条文中。即使在后世温病学的《温病条辨》，当中对于风寒与风热的鉴别，亦是继承了《伤寒论》的理论，在上焦篇第4条说：“太阴风温、温热、温疫、冬温，初起恶风寒者，桂枝汤主之；但热不恶寒而渴者，辛凉平剂银翘散主之。”同样是以发热为主证，亦不需要见咽痛。

今时以咽痛即为风热的想法，乃因当今教材辨别感冒证型之说，因只有风热一类型才见咽痛，故以为见咽痛即可辨别为外感风热，变成“但见一证便是”。实际上教材亦有列出上述发热等证候，只是学之者误以为可以不见发热。其实，现在以“感冒”作为病名之后，由于西医上之感冒未必见发热，故误以为中医上的感冒亦是如此，而不知传统理论认为外感风热必须先见发热为主证。

1.2 外感风热见咽痛反映热入阴分

关于外感风热而见咽痛，需要指出一点，在《温病条辨》的银翘散证之中，将咽痛列在加减法下：“项肿咽痛者，加马勃、元参”，当中元参属于清热养阴之药，用于热在阴分或虚热上炎之证，如在《温病条辨》桑菊饮加减法之中说：“舌绛暮热，甚燥，邪初入营，加元参二钱……”，明确指出加元参是为了治疗邪热入营，阴津亏虚而生燥；在玉女煎去牛膝加玄参方之方论又说：“加元参者，取其壮水制火，预防咽痛失血等证也”，元参能补肝肾之阴，养阴津以清热润燥，故说壮水制火以治咽痛。

吴鞠通在《温病条辨》之中，对于咽痛机理有详加论述：“咽痛者，经谓‘一阴一阳结，谓之喉痹’，盖少阴少阳之脉，皆循喉咙，少阴主君火，少阳主相火，相济为灾也……再加元参、牛蒡、板蓝根，败毒而利肺气，补肾水以上济邪火。”如此理解，咽痛皆是少阴少阳之火循经上升至咽喉所致，因此咽痛并非外感风热在表之证，而是邪热入里伤阴之后，热再上升所致。是故在银翘散加减法中用元参治咽痛，即是为了补肝肾之阴津以清热润燥。对于元参治咽痛的机理，在化斑汤方论说：“加元参启肾经之气，上交于肺，庶水天一气，上下循环，不致泉源暴绝也”，即是元参补阴以后热气不升，又水复而能上行，治咽喉之燥热。

从吴鞠通对于外感风热而见咽痛的诊治来看，外感风热本身未必见咽痛，但若热渐入下焦营阴则可见之。故此外感风热过程见咽痛，反映病情逐渐深入，有传变之势。

2 论虚热外感

2.1 虚热基础上的外感

在外感初起时见咽痛而无发热等证，其后才逐步见感冒诸证，此属内伤虚热基础上的外感，需与一般外感风热作区别。

首先指出，咽痛本身常见于内伤杂病，例如在秋季常见咽干痛，即是由于肾水不足，一般解释为阴虚而虚热上炎所致，若秋季只见咽干痛而无他证，笔者常以针刺肾经太溪、照海能

主编：此论固可助证玄参之效用，但不可认为就是在讲治咽痛机理。化斑汤证为阳明动血之证，非论咽痛，用玄参主要目的为凉血养阴，解毒化斑。

作者：是的，但就此一句论证并不足够，故此是这属于助证而不是主证。

主编：营分不等于下焦，多指上焦心包，下焦多指肝肾，“下焦营阴”提法欠当。热邪入里结于咽喉，可见咽痛，肝肾之阴不足常为邪易入里之内因，亦可为邪热入里之结果。

作者：是的，营分不等于下焦，故此“下焦营阴”是下焦的营阴，而非说下焦等于营阴。这就好像是“中焦脾胃”，其实中焦、脾、胃是三个概念，中焦不等于脾胃。

愈。另参笔者在《伤寒治内方证原意·咽痛属下焦阳虚而虚热上炎》一文中指出，咽喉部对应上焦的顶端，《伤寒论》中的咽痛皆是阳虚虚热上炎、虚热较轻的证候。由此可见，所谓“肾水不足”导致的咽痛，可包含阴虚或阳虚两方面，只要因虚所致的阳气不藏、虚阳上炎皆属虚热。

由此观之，若在感冒初起时见咽痛而无他证，由于咽痛可是内伤所生，故不能以此诊断为外感病，可因各种成因导致正虚而生虚热所致。假设有外感的可能，但外感病初起却未见其他外证，此则反映正气偏虚，无力抗邪于表，而使邪气入内、内入营阴，正气受伤导致虚热内生，实际上咽痛仍为虚热所致。

实际上，若外感初起先见咽痛，其咽痛未必是外邪所致，但是若咽痛以后紧接出现外感诸证，则是在虚热基础上的外感。这相当容易理解，若见咽痛，本身已经是正气偏虚，才导致虚热上炎，既然是正气偏虚之时，在表之营卫亦因此偏虚，表气虚自然容易感受外邪。此时患者往往未必察觉外感的病因（如感受风寒），即使在同样之生活环境，若在正气虚后，则平素同样之气候已可变成太过之气，使人受邪。故外感初起见咽痛，本身咽痛未必属于外感，但却是引起外感的条件之一。因此从养生的角度看，见咽痛则应注意作息，以防受邪。

2.2 虚热外感与外感风热咽痛之别

虚热外感与外感风热皆可见咽痛，两者的差异，首先是咽痛的出现先后。两种咽痛，皆非在外感邪气在表之时即见之，外感风热之咽痛是热邪入内之后、热伤营阴则作，故此其病先见发热而渴、不恶寒，及后才见咽痛；若为虚热外感，则病先见咽痛，但咽痛非因外感而起，乃因内伤虚热所致，及后因正虚才成外感，可见各种外感诸证。故此询问患者病初起之象十分重要。

除了是咽痛的先后外，两者在咽痛自身的特点上亦有不同。外感风热之咽痛当是红肿疼痛，痛势颇重，甚至灼热疼痛，整天皆作，少有轻时，且必伴有发热口渴；内伤咽痛则是夜重日轻，在阴分时间疼痛加重，日间正午疼痛减轻，或随着正气恢复时疼痛亦减，痛势不重，一般吞咽才觉，平素只感咽部不适，未必见肿。

2.3 虚热外感的治法并非只有养阴解表

首先指出，虚热外感并不完全等于《中医内科学》上的“阴虚感冒”，阴虚感冒当见“身热，微恶风寒，少汗，头昏，心烦，口干，干咳少痰，舌红少苔，脉细数”，从病情来说，反倒阴虚感冒未必见“咽痛”，而以素体阴虚之证为主，本文所论之虚热外感与阴虚感冒概念上并不相同。教材上指阴虚感冒是因“阴亏津少，外受风热，表卫失和，津液不能作汗”，故此认为需要滋阴解表而选用加减葳蕤汤为代表方。对于阴虚感冒是感受“风热”之说，笔者并不赞同，素体阴虚者为何不可感受风寒？体内阴虚导致体表正气不足，继而感受风寒相当合理，从上述证候分析亦未能说明此证必然属于风热。

笔者认为，虚热外感理论上只可能感受风寒，其理在后文讨论再议。若为素有虚热而外有风寒，如虚热较轻，只见咽痛

主编：“肾水”一般指肾阴，以之囊括“肾阳”恐怕不妥。

作者：“肾水不足”广义的说是指“肾虚”，就好像说“肺金不足”、“心火不足”、“肝木不足”等，是五行相配之用语。故此肾水广义来说就是指肾气，而狭义来看是指肾阴。

主编：外感初起不见表证，谓邪气径直入里。若为伤寒岂非“伤寒直中”？如何是“虚热”？若为温病，既云邪入营阴，则当见营分证，证治大有不同。既有邪入，咽痛就不只是“虚热”，乃虚实夹杂之证。

作者：这的确可以理解为“直中”，不过直中一般是专指“直中少阴”、“三阴”，广义来说直中就是直接入里。其实这正是一个关键的讨论点，本文所说的“虚热”，确实可理解为“虚实夹杂”。这主要是经典上对于“虚实”的区分方式并非以“有无邪气”做区分，虚证亦可有邪气，就好像《伤寒论》的少阴病一样，邪气入内而正气亏虚，这还是称作“虚证”而不是叫“虚实夹杂”。

主编：作者所论“虚热咽痛”实际上是“肾火不足，虚火不降”之证，故在阴盛阳衰的时段加重。阴虚人平时不见“咽痛”，因无邪结也。若感风热，邪入而结，咽痛乃作。正如作者自云，其所论“虚热外感”与“阴虚感冒”是不同的。其实正是“虚热外感”这种命名本身导致了概念模糊，令人产生其与“阴虚感冒”相似的错觉。

作者：“虚热外感”的概念，由于是一种新提出来的说法，我想感觉模糊是很正常的。由于阴虚感冒、阳虚感冒也未必有“虚热”，即是说“阴虚”未必生“内热”，阳虚也未必生虚热。所以说阴虚感冒未必见咽痛。

主编：阴虚体质虽也可感受风寒，但更易感受风热并加重阴虚表现。此与作者所论阳虚体质易感风寒是两个议题，不可以此否彼。

作者：其实笔者看法，的确认为阴虚者不会“容易感受风热”，或许这方面的论述不够详细，如果要探讨的话，恐怕是另一篇专文了。

而未见其他虚热之证，按《伤寒论》的治疗理论，一般还是“先表后里”，先治风寒。由于正气偏虚而感受外邪，其证只可能是表虚而不可能是表实，故此仍然是以桂枝汤为代表方。临床上常用桂枝汤治疗感冒咽痛之证而获效，其咽痛实际上并非“风寒客于咽喉”，而是依然属于虚热，只是桂枝汤一方面能够解除表之风寒，另一方面亦能补益脾胃而化生营卫，补之则虚热不生而自除，故此能兼治虚热。

当然，桂枝汤并非唯一能治虚热外感之方，随着正气偏虚，邪气逐步深入，如虚热较重，亦可见其他虚热诸证如口苦、咽干、烦躁、失眠、干燥、耳鸣等，如表邪未解而邪入少阳，可考虑柴胡桂枝汤、小柴胡汤等方，亦是治疗虚热外感之法。当中尤其是小柴胡汤，其方义本身已经是考虑了虚热上炎、热在上焦在内（可参笔者《伤寒六经原意·少阳病概念》与《伤寒解外方证原意·小柴胡汤证重在邪结下焦》等文）。

总而言之，虚热外感之证，若虚热较轻之时，则无需考虑虚热，直接解表即可，以桂枝汤为代表方；若虚热较重，则需要同时解除虚热，以小柴胡汤为代表方。实际上，虚热外感的证治，本身并未超越《伤寒论》的内容，仍须遵守整个外感病的证治理论，没有固定治法。

即使按后世治疗感冒的方式，考虑“扶正解表”的治法，亦未必只有滋阴解表。由于虚热外感之虚热，可以是阴虚内热、也可是阳虚虚热，故此治疗时可考虑阴阳两者之偏虚而选方用药。

2.4 虚热外感误治成外感风热的结果

临床上常见将虚热外感误以为外感风热的情况，若本身为虚热外感，病初起先见咽痛，若以银翘散等辛凉之方治之，患者的咽痛亦能够解除，但其后则变成咳嗽，实属“引邪入里”，乃属误治。咽痛本因虚热上炎，以银翘散之凉药能够治此虚热之标，以方中之辛药或许亦能去在表之风，但凉药毕竟能寒邪加重，风邪虽去但寒邪却更伤正气，导致邪气入内，故在咽痛已除之后，邪气先入上焦肺而成咳嗽，若更甚者则可入中下焦而见下利腹痛等证。

若因误治所成之咳嗽，医者多以为是病情正常传变，续以清热化痰止咳之药，而未考虑其风寒之本，病情乃是寒热错杂，风寒入内且见虚热上炎。若用清热化痰之药，虽然亦能减此虚热，但守方至一、二周以上才得愈，实际上病愈并非因药物之效，而是患者自身正气恢复自愈。此即如《汉书·艺文志》所说：

“以热益热，以寒增寒，不见于外，是所独失也。故谚云：‘有病不治，常得中医’。”误治不可不慎！

吊诡之处，纵使这属误治，医者往往因此获利！虽然患者之感冒留待两、三周才能“治愈”，可是医师却巧言此乃患者自身正虚才未能获速效，或称乃因重感冒所致，患者之痊愈幸亏医者之努力，故此病后还需要继续用药调养，结果，患者成为了医师之长期病人；相反，若懂得辨别此证之医师，一开始不因其虚热之象而误用辛凉，由于用药得宜，往往能“一剂知、两剂已”，数天内即得痊愈，可是患者未必知道此乃医师之高明，以为只是由于自身感冒较轻，抵抗力足，故能速愈，医师因此未能拥有长期“顾客”。故此，虚热外感的误治手段，却

主编：“下焦”可是手误？

作者：无误，正是“邪结下焦”。

主编：读 2.4 节更确信作者所论“虚热外感”是指阳虚外感风寒。

作者：这是可以有“阳虚外感”的概念在内，但一般说的“阳虚外感”，未必有“虚热”。

主编：如何确认就是“虚热”而不是邪入里而化热或偏半里之少阳火证？

作者：在我的研究来看，少阳病的病机特点即是因胃虚而虚热上炎所致，也可属于虚热外感。

成为了一些医师的生财之道，透过患者的失败而建立自己的名利。如此体现了《鶡冠子·世贤》中记载的扁鹊三兄弟故事：“长兄于病视神，未有形而除之，故名不出于家；中兄治病，其在毫毛，故名不出于闾；若扁鹊者，鑱血脉，投毒药，副肌肤，间而名出闻于诸侯。”

3 虚热外感病案两例

附上笔者两则经方医案，以示虚热外感之证治：

3.1 桂枝汤案

谢某，女，48岁，香港人。2011年3月9日，感冒5天。病初起觉咽痛，夜间及晨起较重，至中午减轻，至今咽痛减，但变为咽痒，咽痒则欲咳嗽，打喷嚏、流涕，周身轻微酸痛，疲乏，无恶寒发热。舌脉未及。证属太阳中风，与桂枝汤，按原方剂量（按汉代一两约等于15g折算）：桂枝45g，赤芍45g，生姜45g（切片），炙甘草30g，红枣45g（切开）。2剂。水7碗煎剩下3碗，1天分3次温服。服药十多分钟后，吃热稀粥、盖被子取汗。3月11日随访，上药后，诸证基本已除，只偶有轻微咳嗽。自诉药后盖被子一直无法出汗，但服第1碗药后已无喷嚏流涕，周身疼痛即消。中病即止，嘱咐生活调养。

3.2 小柴胡汤加减案

吴某，女，35岁，香港人。2014年1月14日，感冒咳嗽一周初诊。一周前开始声沙，咽喉不适，入夜感冒始作，其后两天出现咳嗽，至今未愈。初起见黄绿痰，现咳嗽较前减少，但咳时仍觉辛苦，痰色绿白，仍有咽干不适。昨夜曾有腹痛。舌淡苔薄白，左侧微黄；脉弦细，上关上稍滑。证属外感风寒，邪气入里，水停心下，虚热上炎，与《伤寒论》96条小柴胡汤加减法七，若咳者，去人参、大枣、生姜，加五味子半升、干姜二两。按原方剂量与煎服法：柴胡120g，黄芩45g，清半夏60g，炙甘草45g，干姜30g，北五味子45g。2剂，水12碗煎剩下6碗，去渣，再煎剩下3碗，一天分3次温服。2014-01-17随访，患者诉当天煎药时，闻到药物气味已觉喉咙舒畅，第一次喝药时感到药味甚苦，有锈铁味，服药后寒颤欲呕，但夜间即觉咳嗽减少，次晨声沙大减，早上继续服药，整天咳嗽减轻，绿痰减少；下午服完第一剂三次后，已觉汤药不如前苦，故此当是自身本有口苦而不自觉。两剂药服完后，第二天咳嗽基本已除，整天没有咳嗽，自觉痰大消，只稍有白痰未除。患者诉，几年前曾有同样病情，曾就诊多位中医久治不愈，本次竟两剂药即除，慨叹终能找到有良心的好医师。

4 讨论：为何外感风热临床少见？

就笔者观察，临床甚少见到真正的风热外感，见咽干痛之感冒，十居其九是虚热外感。为何临床上甚少见到外感风热？这当是由于现代社会，普遍城市人体质偏虚，实难发展出外感风热之证。

对于典型外感风热之证，本需要具备体质壮实的前提，因正邪交争较盛所致。过往常有一种误解，认为“风寒”与“风热”，就像一种“致病因子”，感受不同因子则出现不同的感

【注意】本文中方剂剂量系作者个人经验，本刊不作推荐。任何简单模仿而误用大剂所导致的不良后果由处方者自负，与本刊无关。

主编：小柴胡汤是和解少阳之正治法。患者口苦、咽干、脉弦且兼咳嗽，咳嗽虽为主诉症状，实为主要病机以外的兼症，宗仲景加减法治效，顺理成章，若作为小柴胡汤治验来谈不会有任何疑问。但如何使读者相信该验案是缘于另一种独特认识即“虚热外感”呢？

作者：本案重点是在患者的发病过程，如上文所述，发病一开始不在表，而立即出现咽喉不适。

冒类型。这种想法，一方面是受到了西医思想的影响，另一方面误以为邪气理论只有“六气太过则成为六淫”。西化的思想不多说，实际上，“六气转化六淫”只是其中一种邪气理论，感受风热与风寒，并非单纯外在气候环境太过的结果，例如并非天气太热而感冒则必然患风热，反之受寒者亦可见风热外感。外界的寒热只是致病的相关因素，最后外感之寒与热，还必须看“正邪交争”的结果。

尤其是风热外感，必须是正气本身相对充足，正气抗邪、正邪交争激烈，才能发展为热邪。此类似于《伤寒论》中的阳明病，阳明病之所以是胃实热证，尽管之前的邪气来路可属风寒，可是由于正气抗邪，故此最后亦能化热。同理，能够患上风热外感，即是反映表气充实，正邪交争激烈，才能出现表热之证。

现代城市的人因各种因素，体质并不如在乡郊农村中生活的人体质壮实，故此甚少能患上风热外感之证。笔者过往主要在大城市行医（如香港、北京等地），在门诊之中，只曾见过数例典型的银翘散证，其实即使是典型的风寒表实麻黄汤证亦甚为少见，大部份感冒患者皆为表虚，抑或虚热外感。若在虚热的基础上感受外邪，显然只能是虚热加上外感风寒，而不可能是虚热加上外感风热，虚热之热本因正虚所致，表气自虚，正气未能抗邪，故从理论上不可能出现外感风热。

5 结语

本文目的在于厘清外感风热与虚热外感，以求从理论与临床上对两者作清晰的鉴别，冀医者在临床上减少误治，提高中医在外感病的诊治能力。误将虚热外感诊治为风热外感，其根本问题在于对中医经典理论认识未够深入，明确《伤寒论》以及温病学的理论原意，依然是当今中医提升临床水平的重要途径。

【参考文献】

- 1 李宇铭. 伤寒治内方证原意. 北京: 中国中医药出版社, 2014:253-266.
- 2 周仲英. 中医内科学. 北京: 中国中医药出版社, 2003:68.
- 3 李宇铭. 伤寒六经原意. 北京: 中国中医药出版社, 2014:232-264.
- 4 李宇铭. 伤寒解外方证原意. 北京: 中国中医药出版社, 2013:189-212.

(责任编辑: 陈赞育)



【作者简介】李宇铭博士，现为香港中文大学中医学院讲师，本科与硕士毕业于香港浸会大学，其后赴北京中医药大学攻读中医内科学博士。主要从事仲景学说原意、温病学理论研究，著有《伤寒六经原意》、《伤寒解外方证原意》与《伤寒治内方证原意》等书，曾发表学术论文40余篇。电子邮箱: cmedvincent@gmail.com

About the Author: Dr. Lee Yu-ming, PhD, a lecturer of the School of Chinese Medicine, Chinese University of Hong Kong, who studied in Hong Kong Baptist University for Undergraduate and MPhil degree and obtained his doctorate in Chinese Internal Medicine from Beijing University of Chinese Medicine, has been focusing his researches on Zhang Zhong-jing's original theory and Warm Disease theory, resulting in the publication of more than 40 articles and three books named *Original Theory on Six-Disease for Cold Damage*, *Original theory on Release the Exterior Formula-Pattern for Cold Damage*, and *Original theory on treating the internal Formula-Pattern for Cold Damage*. Email: cmedvincent@gmail.com

主编：这两段论述混淆了“外邪性质与症状特点的关系”和“正气虚实与外感寒化证及热化证的关系”两种议题，不可用后一规律来否定前一规律。

作者：我想本段的目的是没有一律否定，所以放在全文最后作“讨论”吧。学术讨论就是如此？需要敢于质疑才能够有思考发展？

主编：阳气不足的寒性体质固然更易伤寒且难以出现热化证，但不能代表其人不会感受温热之邪。

作者：本段的目的是，本身就是希望讨论正气虚之人不能“化热”，故此正虚之人并非能够感受温热之邪。我想这也正是中医“邪气”理论的不同看法，中医上邪气理论不止一种，例如“六气太过转化为六淫”是其中一种；透过证候去辨别邪气是另一种；内生邪气也是一种……或者简单一点说，邪气的理论难以脱离正气而独立存在。

取渊汤治疗胆经郁热型鼻渊举隅

Clinical experience of treating sinusitis with Qu Yuan Decoction on the pattern of stagnated heat of gallbladder meridian

吕泽康 Lui ChakHong

【摘要】胆经郁热所致鼻渊为临床所常见。清朝医学名家陈士铎的“取渊汤”对治疗因胆经郁热所致鼻渊疗效显著，值得推广。作者凡举两则验案以示其用，并提及国医大师朱良春巧用辛夷配伍之法。最后建议已治愈的患者应注意护理，慎起居，戒生冷，少甜食，适当的体育锻炼等，可避免复发。

【关键词】鼻渊；鼻窦炎；胆经郁热；取渊汤；陈士铎

Abstract: The stagnated heat in gallbladder meridian is the most common pathological factor of sinusitis (*Bíyuān*, 鼻渊). Chen Shiduo, a famous TCM doctor who lived in the Qing dynasty, invented “Qu Yuan Decoction” (*Qǔ Yuān Tāng*, 取渊汤) to treat this medical condition. It always shows dramatic effects in chronic cases of clinical practice, so this effective decoction is worth suggesting in the treatment of sinusitis. In this paper, the author presented two successful cases using Qu Yuan decoction and introduced the empirical ideas of a Chinese medical master Zhu Liangchun about the selection of herbs being combined with Xinyi (*Flos Magnoliae*). Finally, some advice on life style is given for prevention of a relapse, such as careful daily life, avoiding raw and cold food, reducing sugar consumption and doing appropriate exercise.

Keywords: sinusitis (*Bíyuān*, 鼻渊); Qu Yuan Decoction; Chen Shiduo; stagnated heat of gallbladder meridian

1 概述

鼻渊亦称“脑漏”、“脑渗”、“脑崩”、“控脑砂”、“脑砂”等。与现代医学的鼻窦炎（Paranasal Sinusitis）及鼻炎（Rhinitis）的临床表现相似，最早见于《黄帝内经》。《素问·气厥论篇》道：“胆移热于脑，则辛頞鼻渊。鼻渊者，浊涕下不止也。”朱丹溪在《丹溪手镜》道：“鼻渊乃胆移热于脑。”明朝李时珍《本草纲目》：“鼻渊流浊涕，是脑受风热。”另外，张介宾在《景岳全书·卷二十七》更指出鼻渊的病因与饮食习惯有关，如内文道：“鼻渊……多因酒醴肥甘，或久用热物，或火由寒郁，以致湿热上熏，津汁溶溢而下，离经腐败。”书内还告诫我们：“一见即宜节戒早治，久则甚难为力也。”

2 发病机理

鼻渊的发病机理主要有：外感风寒或风热、胃热壅盛、胆经郁热、肺气虚寒及脾虚邪滞等方面，而胆经郁热所致鼻渊为临床所常见。因胆木最恶风邪，外感风寒、风热，表邪不解，入于胆中，亦会导致郁热。通过观察，鼻渊患者临床上表现常与鼻鼽同时出现，《素问玄机原病式·六

气为病》曰：“鼽者，鼻中出清涕也。”而鼻鼽亦有鼻塞之意，其症状与现代医学的过敏性鼻炎（Allergic Rhinitis）相似。

3 病案举例

案一 男，52岁，乃鼻咽癌康复者，10年前通过化疗及电疗治疗后，已确诊没癌细胞迹象，但多年来一直鼻流浊涕，每日黎明时份感到喉内有痰不适而被弄醒，咳出浓痰后则舒，早上自起床开始鼻塞及打喷嚏，约二小时后缓解，而且容易被外因，如：尘埃及动物毛等影响而引发喷嚏及流涕，近月因外感后加重。刻下：凌晨咽痒咳嗽伴浓痰，鼻塞流浊涕，便秘，胃纳可，寐差，舌偏红，脉细数。治疗给予“取渊汤”，按原方用量（当归用90克），合“调胃承气汤”（英国缺乏芒硝）。患者自述第一剂药服后翌日喉内已没有痰，早上没鼻塞，也没喷嚏，但仍有浊涕流出。第二剂药服后大便通畅，浊涕更随即明显减少，服至第三剂后基本症状消失。笔者嘱患者把五剂药服完，每三个月复诊，至今一年半，一切正常。

案二 男，12岁，鼻流浊涕为主诉，两年来经各方治疗效果不著，通过问诊，从其母亲得

知其偏爱冷饮甜食。刻下：口渴欲饮，大便秘结，没鼻塞，呼吸正常但鼻流浊涕，涕中间中发现血丝，鼻黏膜红赤肿胀，舌偏红，左关脉浮数。治疗给予“取渊汤”，由于是小孩，故药量是成人的一半。服 5 天剂量后，鼻涕锐减，涕亦没血丝，鼻黏膜红肿消，原方再服 5 天痊愈，笔者嘱其父母多注意其饮食，戒生冷及甜食，从日常生活及作适入手，加强调养，每三个月复诊，至今二年，一切正常。

4 结语

上述病例，二位皆是胆经郁热伴大便不畅的鼻渊患者，对此证型治疗上笔者常选用“取渊汤”^[1]，此方来源于清朝名医陈士铎，字敬之，号远公，别号朱华子。在其著作《辨证录》及别本《辨证奇闻》内均有记载，原文更指出服用三剂可痊愈，陈氏制方奇特，学术上亦多独创新见。笔者自身亦有鼻渊，通过亲身体验，证明它确实如陈氏言，才作临床应用。原方组成：辛夷二钱，当归（《辨证录》用二两，《辨证奇闻》用三两），柴胡、贝母一钱，炒栀子三钱，玄参一两。《辨证录》原文方解：“盖辛夷最能入胆，引当归以补脑之气，引玄参以解脑之火，加柴胡、栀子以舒胆中之郁热，则胆不来助火，而自受补气之益也。”方中当归用量在二两以上，陈氏在书内回应道：“大用当归补脑添精……不知脑髓直流，髓不化精，精少，精少必不能分布于大肠而干燥，当归润之，正其所喜，何疑之有。”

个人临床体会，胆经郁热伴大便不畅的鼻渊患者，在大便得以通畅后，浊涕一般会锐减。另外必须强调，辛夷虽为方中引药，但易耗气伤津，不宜久服，用量宜轻。另外，通过辨证，灵活运用配伍，治疗就更事半功倍。国医大师朱良春巧用辛夷^[2]，更指出治疗上要辨清鼻涕之清浊，鼻流清涕者为风为寒，辛夷可配荆芥、白芷、羌活或防风等。鼻流浊涕者为热，辛夷可配薄荷、桔梗、牛蒡子或鱼腥草等。过敏性鼻炎者可伍以蝉蜕、地肤子或徐长卿等。

因外国人喜爱雪糕冷饮，外感时亦没戒口习惯，而且当地市场一般出售较多属寒凉或湿热的蔬果，故嘱咐患者配合适当饮食，戒生冷，少甜食，以利快速康复。并根据个人体质做适当的户外体育锻炼，以增强抵御外邪侵袭之能力。急性鼻渊患者应尽早治疗，以防久病伤正，缠绵难愈；经常清洁鼻腔，保持鼻腔通畅；鼻塞甚时，不可强行擤鼻，以防涕液逆入耳窍，导致耳窍疾病等。最后，患者康复后还需注意上述护理，避免复发。

【参考文献】

1. 陈士铎. 陈士铎医学全书. 北京: 中国中医药出版社. 2011:518-753
2. 朱良春. 朱良春用药经验集(修订版). 湖南科学技术出版社. 2012:281-284

(责任编辑: 王友军)

【作者简介】吕泽康，中医师，在澳门及英国行医，著有《中医在西方》(Traditional Chinese Medicine in the West)。email: y.manager@doctorluiclinic.com

医案两则：干咳案和神经性厌食症继发闭经案

A study of two cases: of dry cough and anorexia nervosa causing amenorrhea

余博通 Bertrand Hurpy

【摘要】 本文报告验案两例，一例干咳一年以泻白散服3周而愈；一例神经性厌食症并发闭经，以瓜石汤治愈。第二例为国外多见的疑难杂症，供大家参考。

【关键词】 干咳；泻白散；神经性厌食；瓜石汤

Abstract: This paper reports two cases: one is dry cough for one year recovered by drinking “Xie Bai San” for 3 weeks; another is a common and difficult case of anorexia nervosa causing amenorrhea that was cured by Gua Shi Tang. This experience in two cases can be for your reference in practice.

Key words: dry cough; Xiebai San; anorexia nervosa; Guashi Tang

1 干咳案

某男，10岁，法国学生。2012年11月13日初诊。

自诉一年来白天干咳，咳声洪亮，气喘息粗，咳则胸痛引背。西医诊断紧张型咳嗽。他有强迫症，口渴。

脉弦，草莓舌，白薄苔

治疗：清肺泻热，止咳平喘

方药：泻白散加减

Di Gu Pi 地骨皮 10g, Sang Bai Pi 桑白皮 10g, Zhi Gan Cao 炙甘草 10g, Ku Xing Ren 苦杏仁 10g, Hou Po 厚朴 15g, Zi Su Zi 紫苏子 10g, Chuan Bei Mu 川贝母 15g, Pi Pa Ye 枇杷叶 10g, Zhi Qiao 枳壳 10g, Jie Geng 桔梗 10g, Xuan Shen 玄参 10g, Xi Yang Shen 西洋参 10g

3周以后没有咳嗽。喝川贝母和蜂蜜，症已。

用药心得：肺气宜清肃下降，若肺气逆而不降，则为喘咳。

桑白皮有清泻肺气之功，不燥不刚，虽泻肺气而无伤于娇脏。地骨皮甘淡而寒，能泻肺的伏火；二皮相得，肺热得清，宣降之机正常。二药配对有清肺热而不伤阴的效果。炙甘草与桔梗同用，又能利咽喉。例如“伤寒论”的桔梗汤。桔梗苦辛既升且降，以升为主，功善宣通肺气，升清降浊。杏仁辛散苦降，以降为主，长于降泻肺气，润燥下气。杏仁与桔梗，一升一降，升降调和有止咳之效。枳壳苦温，功能降气消胀，宽胸快膈，以下降行气为著。枳壳与桔梗一升一降，桔梗开肺气之郁，并可引苦泄降下之枳壳上行于肺；枳壳降肺气之逆，又能助桔梗利膈宽胸。玄参苦寒质润入血分，能清热凉血解毒，又能养阴生津。因咳嗽已一年多可用玄参清热利咽和预防动血。川贝母性寒味微苦，能清泄肺热，又味甘质润能润肺止咳，尤宜于内伤久咳之证。桑白皮与枇杷叶肃肺清热。西洋参味甘，微苦，性凉，功能补肺阴，清虚火，养胃生津。常用于肺热阴虚之久咳，咽燥声嘶。与川贝母和炙甘草能清肺热，保护正气。枇杷叶味苦，性微寒。功能清肺止咳，降逆。常用于肺热咳嗽，气逆喘促。厚朴味辛苦，性温，下气降逆，除满。与杏仁配伍共降肺气而定喘。

2 神经性厌食症继发闭经案

某女，18 岁，法国高中生。2012 年 6 月 29 日初诊。

患者青春期时，因为长期的精神性厌食，已经闭经两年。身体特别消瘦，易热出汗，大便干结，带下黄色，口干口渴。舌红苔白薄，脉细弦。此为热盛伤阴，用瓜石汤加减：

瓜蒌 15g 石斛 15g 麦门冬 15g 桃仁 10g 生地黄 15g 瞿麦 15g 车前子 10g 益母草 15g 丹参 15g 黄连 6g 川牛膝 15g 土鳖虫 ***15g 鸡血藤 10g 芡实 10g 15 剂

2012 年 7 月 19 日二诊：腹部有感觉月经要来，可是没来。大便较容易，带下减少。脉细弦舌红苔白薄。仍然用上方，15 剂。

2012 年 8 月：月经来，量少。继续服用上方。

彭坚教授按：这是法国医生余博通（Bertrand Hurpy）治验的病案。余博通先生是针灸推拿医生，在法国治病兼中医教学，是我

校内科博士毕业生。他利用在读期间每年两次、每次两个月从法国到我校集中学习的机会，在我身边跟诊。这次用学到的知识治疗了一例疑难病，感到很高兴，特意发邮件告诉我。因为厌食或服用减肥药导致闭经的青年女性不在少数，其中的一类，与这个法国女学生的情况类似。由于长期营养缺乏，身体消瘦，瘦人多火，灼伤津液，精血亏虚，乃至月经不来。一诊用瓜石汤原方，加鸡血藤养血，土鳖虫活血，芡实摄带，3 味药皆平和之品，加之得当，故服药后，灼伤的阴液开始恢复，已经有月经要来的征兆，白带也随之减少。二诊守方不变，水满自然舟行，果然 20 天后来月经，只是量少，这是闭经两年之后，初次来月经必然的现象。三诊理当减少黄连一半，加女贞子、旱莲草、白芍、阿胶、地骨皮，即合用二至丸、两地汤，则月经恢复得更快。余博通医生仍然守原方不变，说明尚欠灵活，但这已经是难能可贵的了。

（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。

妇科验案十四则

Notes of 14 successful gynecology cases

彭 坚 PENG Jian

【摘要】本文收集了作者临床运用中药成功治疗多种妇科疾病的十四则病案，其中包括崩漏、闭经、不孕症、先兆流产、子宫内膜异位症、乳腺增生、霉菌性阴道炎等疾患，每例病案除了详录病史、诊断资料 and 具体方药外，均附以作者对用方用药的宝贵经验介绍和心得体会。

【关键词】中医妇科；验案；中药治疗

Abstract: This study presented the clinical notes of 14 gynecological cases with valuable discussions on diagnosis, pattern identification and experience of choosing effective herbs. The successful cases include dysfunctional uterine bleeding, amenorrhea, infertility, threatening miscarriage, endometriosis, breast hyperplasia, and mycotic vaginitis, etc.

Keywords: Gynecology of Traditional Chinese medicine; case study; Chinese herbal therapy

1 少女血崩

刘某，女，长沙市人，1999年4月出生，今年13岁半，1012年7月12日初诊。

患者三年前即10岁半初潮，一年后月经失调。月经每次提前七八天，经期十多天，刚开始量多，有少许血块，后期拖拉，呈现咖啡色血。2011年7月在某医院妇科经B超诊断为双侧Pcos改变，接受该院“国家科技部‘十一五’国家科技支撑计划中医治疗常见病研究”，用协定处方不间断治疗整整一年多，花费五六万，没有任何疗效。本月一周前月经才干净，现在又来三天，量多，颜色鲜红，有少量血块，不痛。舌红，脉弦数。用犀角地黄汤合三黄汤加减：

水牛角30克 生地15克 赤芍10克 丹皮10克 黄芩10克 黄芩15克 黄柏30克 茜草30克 蒲黄10克

三剂，每剂加山西陈醋100克同煎。

7月19日二诊：服上方三剂，血即止住，没有拖拉，小腹微微隐痛。舌淡红，脉弦细。用上方加减为丸：

玳瑁50克 生地90克 赤芍30克 丹皮30克 黄芩60克 黄柏60克 黄连60克 茜草90克 乌贼骨30克 阿胶60克 艾叶炭30克 蒲黄炭60克 白术60克 乌梅90克

一剂，研末，加陈醋一瓶为丸。每天两次，每次5克。

11月10日三诊：服上方后，连续两个月稳定，月经按照正常时间来，量也不多。10月底，因为参加运动，又提前来月经，仅三天止住。不到半个月，又来月经，今天已经两天，量不多，色鲜红，无血块，舌淡，无苔，脉弦细。用犀角地黄汤加减：

水牛角30克 生地15克 赤芍10克 丹皮10克 黄芩15克 茜草30克 蒲黄炭10克 枣皮30克 七剂

11月17日四诊：没有完全干净，有少量咖啡色，拖拉了两天。用“不补补之”方加减：

熟地30克 熟地炭30克 续断炭30克 黄连10克 白芍30克 枸杞子30克 五剂

11月25日五诊：服上方三天后，血完全止住，仍然用犀角地黄汤合三黄汤加减为丸：

玳瑁 50 克 生地 90 克 赤芍 30 克 丹皮 30 克 黄芩 60 克 黄柏 60 克 黄连 30 克 茜草 90 克 乌贼骨 30 克 阿胶 60 克 艾叶炭 30 克 蒲黄炭 60 克 白术 60 克 乌梅 90 克 枣皮 60 克 知母 30 克 熟地 60 克 熟地炭 30 克 续断 30 克

治疗心得:

本案少女 10 岁半即来月经, 一直不规则出血。从生理来看, 属于垂体和内分泌系统尚没有健全。某医院最初诊断为多囊卵巢综合症, 后来又认为是功血症, 按照科研协定处方治疗一年多, 没有任何疗效。初诊时见月经来后又来, 色红、量多, 不痛, 血块不多, 显为血热, 气分亦热, 用犀角地黄汤合三黄汤加茜草、蒲黄止血, 很快止住。二诊为图治本, 采用一诊方, 合《内经》“四乌贼骨一茹蘆丸(茜草, 阿胶, 乌贼骨)”, 加艾叶、白术、乌梅, 在清凉之中, 兼以温、补、涩, 为丸剂缓图, 连续稳定了两个月。又因参加激烈运动再次血崩, 再用一诊方仍然有效, 但月经后几天, 血量少, 如咖啡色, 用“不补补之”方收尾, 并将此方合到前方中, 使“截流, 清源, 固本”三者合一, 制成药丸, 继续服用。

用药心得:

我治疗血崩症, 凡是大量出血, 颜色鲜红, 没有血块时, 常在对证药方中, 加山西陈醋 100 克同煎, 有止血、散瘀作用, 酸收而不留邪。有小量碎血块时, 用之不妨, 但血块大, 腹部疼痛剧烈时, 则宜慎用。古方犀角地黄汤, 因为犀牛角禁用, 目前代之以水牛角, 每剂剂量须 30 克, 气味很重。然而, 即使在古代, 犀角也是昂贵之品, 在清代俞根初的《通俗伤寒论》中, 即代之以玳瑁, 认为清热凉血的效果不比犀角差, 我在临床, 常以玳瑁代替犀角, 每剂 10 克即够, 做成药丸更好。

2 多囊卵巢综合征导致闭经

熊某, 女, 35 岁, 长沙市人 2011 年 1 月 3 日初诊: 病人 5 年前患脑垂体瘤, 做过手术, 已愈。自诉两年前自生小孩不久, 发现患多囊卵巢综合症, 经常月经不来, 靠吃黄体酮来月经。目前闭经又已 3 个月。睡眠欠佳, 大便结多年, 怕冷, 舌淡红苔薄, 脉沉细。用桂枝茯苓丸合三紫调心汤加减

上桂 15 克 茯苓 60 克 丹皮 30 克 桃仁 30 克 赤芍 30 克 紫石英 30 克 丹参 30 克 石见穿 30 克 炮甲 60 克 大黄 90 克 水蛭 60 克 三棱 30 克 莪术 30 克 蜂房 30 克 蛇床子 30 克 肉苁蓉

30 克 菟丝子 60 克 急性子 30 克 当归 30 克 雪蛤 60 克

蜜丸, 每次 9 克, 一天两次。

2011 年 3 月 10 日二诊: 病人自诉药后月经已来, 连续两个月月经正常, 大便结多年之症状已无, 经多家医院诊断: 多囊卵巢已无, 月经色暗, 舌质暗红。药已对症, 仍用原方加减:

上桂 10 克 丹皮 30 克 桃仁 30 克 赤芍 30 克 紫石英 30 克 丹参 30 克 石见穿 30 克 炮甲 30 克 当归 60 克 雪蛤 30 克 鹿角霜 30 克 肉苁蓉 90 克 仙灵脾 30 克 琥珀 30 克 郁金 30 克 卷柏 30 克 柏子仁 30 克 蜜丸, 早晚各一次, 每次 9 克

用方心得:

患者长期从事文艺演出, 工作压力大, 生活节奏紧张, 加之有垂体瘤历史, 可能是导致闭经的主要原因, 三紫养心汤是治疗这一类功能性闭经的专方。桂枝茯苓丸有很好的活血通经的作用, 患者有手足冷、大便干结的证候时, 我经常加大黄, 用之通阳、通便, 改善末梢循环。故两者合用, 治疗闭经效果更佳。加仙灵脾、菟丝子、蛇床子、当归、肉苁蓉、雪蛤以温阳益精, 穿山甲、鹿角霜以软坚散结通经, 故疗效显著。至今已经一年多, 再没有出现过闭经。

3 流产导致闭经

吴某, 女, 38 岁, 广东江门市人, 已婚, 生有一女, 2009 年 5 月 7 日初诊。

患者于 25 岁结婚, 婚前曾经三次药物流产, 近三年来, 月经量逐渐减少, 每次仅一、二天, 今年没有来过一次月经。用西药黄体酮、达英三五等, 效果不佳, 昨天经妇科检查: 子宫内膜偏薄, 仅 0.4 厘米。睡眠欠佳, 大便偏干, 白带少, 下阴干涩, 口干口苦, 舌偏红, 无苔, 脉弦细。此为阴虚, 精血不足, 用两地汤加减:

生地 90 克 地骨皮 60 克 玄参 60 克 麦冬 60 克 阿胶 60 克 白芍 60 克 熟地 30 克 女贞子 60 克 旱莲草 60 克 柏子仁 30 克 酸枣仁 50 克 紫河车 90 克 雪蛤 30 克 穿山甲 15 克 神曲 30 克 山楂 90 克

一剂, 为蜜丸, 每次 9 克, 一日两次。

6 月 30 日二诊: 服上方一个月后来月经, 量不多, 颜色较深, 睡眠改善, 下阴干涩也有好转, 惟大便偏稀。仍然用原方加减:

生地 90 克 地骨皮 60 克 玄参 60 克 麦冬 60 克 阿胶 60 克 白芍 60 克 熟地 30 克 女贞子 60 克 旱莲草 60 克 五味子 30 克 柏子仁 30 克 酸枣仁 50 克 紫河车 90 克 雪蛤 30 克 穿山甲 15 克 神曲 30 克 鸡内金 30 克 山楂 90 克

一剂，为蜜丸，每天两次，每次 9 克。

服完上方一剂后，月经连续三个月按时来，量中等。

用方心得：

从我的经验来看，凡是进行过两次以上药流的妇女，不少人在若干年后出现月经量少，子宫内膜变薄，有的导致闭经、提早绝经。本案患者即是由量少而逐渐闭经，并伴有失眠。我常用两地汤合二至丸加减。两地汤是傅青主治疗月经提前、量少的名方，以滋养阴血为主，合二至丸，以加强柔肝养阴的作用。再加柏子仁、酸枣仁养心安神，对于月经量少，或提前，或不提前，睡眠不佳，大便偏干，属于阴虚有虚热的妇女，非常适合。但方中一派滋腻养阴之品，不易消化吸收，有的人服后大便容易偏稀或腹泻，故加神曲以助运化。

用药心得：

单纯用两地汤合二至丸治疗子宫内膜变薄，往往力量不够，我经常加入紫河车、雪蛤。这两味“血肉有情之品”，富含天然激素，对于不孕症、多卵巢巢综合症、子宫内膜变薄者，随证加入，均有佳效，但有乳腺增生、子宫肌瘤等增生性疾患的妇女，则宜慎重。

4 不明原因不孕

黄某，女 32 岁，加拿大籍华人，结婚 4 年不孕，没有采取任何避孕措施，检查也没有查出任何问题，特意来长沙就诊，经其他医生调治两个月，同时用中、西药治疗未怀孕。2012 年 4 月 9 日一诊。

患者月经尚正常，时间准，月经量稍微偏少，白带不多，面色不华，饮食、大小便、精神尚可，舌淡，脉沉细。处以毓麟珠合寿胎丸加减，嘱月经干净后三天开始服：

杜仲 15 克 续断 15 克 菟丝子 15 克 桑寄生 30 克 阿胶 10 克（蒸兑） 熟地 10 克 当归 10 克 川芎 10 克 赤芍 10 克 甘草 10 克 仙灵脾 10 克 紫石英 30 克 穿山甲末 2 克（冲服） 雪蛤 2 克（另外炖服） 十四剂

11 月 6 日二诊：患者本人没有来，其母亲告知：服完十四剂后，五月份月经未来，检查月经怀孕，今年年底为预产期，目前状况良好。

用方心得：

本案病情其实不复杂，故使用最普通、最常用的促怀孕方：育麟珠加减。少腹不冷，我常去方中的鹿角霜、川椒，代之以仙灵脾、紫石英，再合用寿胎丸（菟丝子、桑寄生、续断、阿胶），无气虚之证，则去人参、白术、茯苓。另外用雪蛤炖服，穿山甲研末冲服。在月经周期正常，查不出任何器质性原因，输卵管基本通畅的情况下，此方非常有效。

5 输卵管积水导致不孕

李某，女，32 岁，长沙市人，2012 年 4 月 15 日初诊。

患者结婚四年，因为两侧输卵管积水导致不孕，曾经在某生殖中心进行试管婴儿培植，连续 5 次没有成功。平时小腹隐痛，月经尚准时，量中等，经前乳房胀痛，白带不多。察之面色不华，舌淡红，脉弦细。用当归芍药散加减：

当归 60 克 赤芍 30 克 川芎 30 克 泽泻 30 克 茯苓 60 克 白术 50 克 红藤 180 克 败酱草 60 克 牵牛子 30 克 急性子 60 克 三棱 30 克 莪术 30 克 九香虫 30 克 蜂房 30 克 一剂，做水丸，每天两次，每次 6 克

2012 年 6 月 24 日二诊：服完上方一剂后，即已怀孕，现感腰痛乏力，舌淡红无苔，脉弦细数。用泰山磐石散加味：

黄芪 50 克 白参 15 克 炙甘草 10 克 当归 10 克 白芍 10 克 生地 15 克 川芎 5 克 白术 30 克 砂仁 20 克 续断 30 克 寄生 30 克 菟丝子 15 克 黄芩 15 克 十五剂

用方心得：

当归芍药散是治疗妇科腹中疼痛的祖方。月经不调，多为血气不和；妇科炎症，多为内有水湿。而当归芍药散之当归、川芎、白芍（赤芍），柔肝和血；白术、茯苓、泽泻，健脾利湿。全方药味平和，善于流通而不滋腻，不燥烈，非常适合妇女的生理特征。但此方用于妇女慢性盆腔炎引起的腹痛，清热解毒的作用力量偏弱，故我在明确属于比较严重的盆腔炎时，往往加大剂量红藤、败酱草，能够显著提高疗效。

用药心得：

我在治疗输卵管积水时,除了用当归芍药散加红藤、败酱草消除盆腔炎症之外,往往借助于三个药对疏通输卵管,消除积水。第一个药对是急性子配牵牛子,前者走血分,软坚散结,后者走气分,化气利水。第二个药对是三菱配莪术,前者活血,后者理气,具有开破作用却药性平和。第三个药对是九香虫配露蜂房,前者辛香走窜,后者咸平散结,输卵管堵塞,日久粘连,须赖虫类药入血络搜剔。严重者,九香虫改用麝香,并加穿山甲。我用此法治愈多例输卵管堵塞导致不孕者。

6 多囊卵巢综合征导致不孕

付某,女,30岁,长沙市人,2013年1月14日初诊。

患者从2005年起,月经稀发,逐渐闭经,诊断为多囊卵巢综合征,吃了两年多西药,月经仍然不正常,身体变胖。2008年改吃中药丸,月经逐渐正常,2010年1月怀孕,9月顺产。半年后,月经又不正常,检查仍然诊断为多囊卵巢综合征,再按照原来的药方制药丸服,不料服后又怀孕,鉴于西医说剖腹产不宜短期内生二胎,于是忍痛流产。目前孩子已经两岁半,依旧闭经,患者希望月经调治好之后,能够再生一胎。她保存了原来开的处方,提供给我参考:

血竭 30 克 琥珀 30 克 三七 50 克 鹿角霜 30 克 三菱 30 克 莪术 30 克 穿山甲 50 克 皂角刺 30 克 石见穿 30 克 露蜂房 30 克 白芥子 30 克 牵牛子 30 克 海藻 30 克 甘草 30 克 五灵脂 30 克 蛇床子 30 克 雪蛤 30 克

为蜜丸,每天两次,每次9克。

我要求患者把详细的病史发给我,以便建档,让我斟酌两天,然后开方。

2013年1月17日:新开处方:

血竭 30 克 琥珀 30 克 三七 50 克 三菱 30 克 莪术 30 克 穿山甲 50 克 皂角刺 30 克 石见穿 30 克 鹿角霜 30 克 露蜂房 30 克 白芥子 30 克 牵牛子 30 克 海藻 50 克 生甘草 50 克 白参 30 克 五灵脂 30 克 蛇床子 60 克 雪蛤 50 克 山楂 60 克 苍术 60 克 急性子 50 克 紫河车 60 克 仙灵脾 30 克 菟丝子 50 克

为水丸,每天两次,每次6克。

用方心得:

这首多年以前开出的处方,是我根据患者的病机而设计的个人经验方,并非古代成方。根据

我的临床观察,多囊卵巢综合征,多数属于虚实夹杂。虚为肝肾不足,实为痰瘀交阻。大凡雌性激素偏低的,以虚证为主,虚中夹实;雄性激素偏高的,以实证为主,实中夹虚。虚证宜调节冲任,大补精血,兼以活血化瘀;实证宜化痰消瘀,软坚散结,兼以补益肝肾。本案患者身高体胖,雄性激素高,家族有卵巢癌病史,可能还有卵巢壁增厚,从多方面分析,当属实证。故遣方用药以化痰消瘀、软坚散结为重点,全方 17 味药,有 15 味药集中于此,仅有蛇床子、雪蛤补肝肾,益精血。由于方证相符,故能够取效。新开的处方,在原方的基础上,再加急性子软坚散结,苍术、山楂化痰消瘀,菟丝子、紫河车、仙灵脾,温补冲任,驱邪扶正之力,均有所加强,当服之有效。

7 胎儿发育不良导致流产

黄某,女,29岁,衡阳县人,2012年7月10日初诊。

患者结婚三年,一直采取避孕措施,2012年3月怀孕后,到医院检测:HCG500,孕酮9NG/ML,医生即开黄体酮口服。一星期后抽血检查,HCG缓慢增加到600多,孕酮增加到15点NG/ML。医生即要求做B超,排除宫外孕。后B超发现宫内小液暗区。医生说基本排除宫外孕,但发育不好。即打针增加HCG,同时继续口服黄体酮和维E。一星期后,出现褐色分泌物。过两天后变成流血。又上医院检查,HCG基本没增长。胚胎发育不好,建议清宫。患者要求先观察,医生增开了“固肾安胎丸”口服。几天后血流量减少,又上医院检查,HCG基本没增长,B超检查仍有液暗区,5月19日,怀孕50多天后进行了清宫。患者平时月经推后一周左右,察之面色不华,腰酸,长期怕冷,舌淡,脉沉细。用育麟丸合寿胎丸加减:

杜仲 80 克 黄芪 60 克 寄生 90 克 菟丝子 90 克 当归 60 克 阿胶 60 克 紫河车 90 克 续断 90 克 鸡内金 30 克 熟地 60 克 白芍 60 克 川芎 30 克 鹿茸 10 克 仙灵脾 30 克

一剂,制成水丸,每天两次,每次9克 大约可以服3月左右

9月20日二诊:患者来短信告知,8月11日怀孕,9月11日早孕试纸测试出现水印,仍服用药丸。9月17日上医院抽血检测,HCG约850,孕酮18.53NG/ML;9月19日再上医院抽血检测,HCG约2250,孕酮19.58NG/ML,目前除食欲稍微减退,微微恶心的早孕反应外,没

其他明显不适症状。察之面色红润，不怕冷，舌淡红，有薄白苔，脉小弦。用泰山磐石散：

黄芪 30 克 白术 15 克 炙甘草 10 克 党参 15 克 当归 10 克 白芍 10 克 川芎 5 克 熟地 10 克 砂仁 15 克 黄芩 6 克 续断 15 克 菟丝子 15 克 仙灵脾 10 克 生姜 10 克 红枣 10 克 三十剂

12 月 2 日用短信告知，怀孕三个多月，胎儿发育良好，患者无其他不适，建议停药。

用药心得：

我用育麟丸合寿胎丸治疗不孕，在输卵管通畅，月经规律基本正常时，一般都有效。怀孕之后，此方仍可服。本案第一次怀孕后，因为 HCG 与孕酮低，导致胎儿发育不良流产。故在一诊时，根据患者长期怕冷，舌淡，脉沉细，在方中加鹿茸、仙灵脾温阳，为药丸。再次怀孕后，HCG 与孕酮迅速升高，胎儿正常发育，说明鹿茸、仙灵脾对于阳虚不足而 HCG 与孕酮低下的患者有促进迅速升高作用。

8 高泌乳素导致流产

刘某，女，35 岁，珠海市人，2012 年 4 月中旬初诊。

患者 2008 年检查出泌乳素超高 1700，并附有头痛，先用西药嗅隐亭治疗大约 2 月，然后用中药治疗（药方找不到了），2009 年检查结果有改善，但仍然偏高，核磁共振脑垂体正常。2010 年 2 月第一次怀孕，30 天左右自然流产干净。然后出国 2 年，今年年初回来后再次怀孕（最后一次月经 2 月 13）。37 天检查孕酮正常，hcg 指数 423（标准下限 10000）。42 天再次检测 hcg1234，阴道流血住院，注射黄体酮保胎，2 天后再次检测 hcg 数值微降放弃保胎。约 47 天胚胎自然流出。住院期间出现间歇性腹部剧疼，多次流血。孕囊流出约一周后才好。流出后，采用过中医按摩针灸治疗。现月经不规则，时前时后，多提前四、五天，月经量少，颜色偏黑，舌淡红，脉弦。用丹栀逍遥散合定经汤加减：

白朮 10 克 当归 10 克 白芍 15 克 山药 15 克 柴胡 10 克 黄芩 10 克 五味子 10 克 炙甘草 10 克 牡丹皮 10 克 荆芥 10 克 栀子 10 克 茯神 30 克 枸杞子 30 克 熟地黄 10 克 香附 10 克 郁金 10 克 菟丝子 30 克 十五剂

5 月 15 日二诊：半月后进行泌乳素检查：37ng/ml（正常值为 5-25ng/ml，大于 35ng/ml 则为泌乳素升高），支原体阳性。月经过后白带多，偏黄，偶尔瘙痒，腰痛，腹部有压痛，月经

量仍然不多，舌淡红，脉弦细。用丹栀逍遥散合二妙散、当归贝母苦参丸加减：

丹皮 10 克 栀子 10 克 柴胡 15 克 蒲公英 30 克 败酱草 30 克 当归 10 克 白芍 10 克 生地 15 克 茯苓 30 克 炙甘草 10 克 土贝母 10 克 苦参 10 克 黄芩 10 克 黄柏 10 克 萆薢 10 克 苍朮 10 克 乌梅 15 克 菟丝子 15 克 十五剂

7 月 17 日三诊：上方服完后检查：泌乳素回复正常，支原体未消失。月经 4 月、5 月、6 月仍然有血块，7 月 9 号来月经，血块消失。白带减少，舌淡红，有薄黄苔，脉弦细。仍用上方加减：

丹皮 10 克 栀子 10 克 柴胡 15 克 蒲公英 30 克 败酱草 30 克 当归 10 克 赤芍 10 克 生地 15 克 茯苓 10 克 炙甘草 10 克 贝母 10 克 苦参 10 克 黄芩 10 克 黄柏 10 克 萆薢 10 克 苍朮 10 克 乌梅 10 克 五倍子 10 克 蜂房 10 克 蜈蚣 1 条 十五剂

8 月 10 日四诊（网上会诊）：服上方后，胃部不适，出现呕吐，胃疼。服用二剂后停药 4 天，23 号再次服用仍然出现出汗，头晕，胃痛，疲劳等，嘱去蜈蚣、全蝎、五倍子，继续服。8 月 3 号用西药阿奇霉素 1000 毫克，4 号、5 号各用 250 毫克。6 号晚发现意外怀孕停药。用泰山磐石散：

生地 30 克 白芍 15 克 当归 10 克 川芎 5 克 黄芪 30 克 白术 15 克 炙甘草 10 克 西洋参 10 克 黄芩 10 克 续断 15 克 砂仁 10 克 七剂

8 月 17 日五诊（网上会诊）：服药一周，感觉还好，但口苦，欲呕，轻微腹胀。

原方加黄连 6 克，苏叶 6 克，厚朴 5 克，枳壳 5 克，木香 3 克，继续吃十五剂。

11 月 18 日家人来告：上方一共服用约 20 余剂。目前已经妊娠三个多月，检查一切正常。

用方心得：

泌乳素升高导致怀孕后流产并非少见，患者大多数表现为肝气郁结兼有下焦湿热，我在临床主要以丹栀逍遥散合二妙散、当归贝母苦参丸加减，往往有疗效。一诊时见患者月经前后不定，量少，故先用丹栀逍遥散合用定经汤，重在养血调经。二诊过后，泌乳素已经完全正常。三诊时，见仍有白带，支原体没有消失，故原方加五倍子、

蜂房、蜈蚣三味动物药以搜剔顽疾，不意患者服后，出现胃部不适等强烈反应，主要是五倍子味涩、蜈蚣气腥所致。这对医者是一个值得吸取的教训：气味较重的虫类药不宜入煎剂。幸好影响不大，随即怀孕，用泰山磐石散养胎，安全度过了三个月的妊娠期。

9 子宫内膜异位症，痛经

陈某，女，32 岁，已婚，小孩 4 岁。2012 年 5 月 24 日初诊。

患者生小孩后痛经，每次在月经快完时疼痛，疼痛三、四天到一周，平时月经推后四、五天，检查有子宫内膜异位症。现在是月经第四天，即将干净，小腹开始疼痛，仍然有少量血块，手足怕冷面色晄白，舌淡，有瘀斑，脉小紧，用桂枝茯苓丸合少腹逐瘀汤加减：

桂枝 10 克 茯苓 15 克 丹皮 10 克 桃仁 10 克 赤芍 15 克 炮姜 10 克 元胡 15 克 乌药 10 克 五灵脂 10 克 没药 10 克 小茴香 5 克 炙甘草 10 克 蜈蚣 1 条 全蝎 5 克

6 月 7 日二诊：服上方后，剧烈疼痛没有发生，但仍然隐隐空痛，持续了一周，舌淡，有瘀斑，脉小弦。改用调肝汤加减，为丸剂缓图：

当归 60 克 巴戟天 50 克 白芍 90 克 炙甘草 30 克 枣皮 50 克 山药 50 克 阿胶 50 克 桂枝 30 克 茯苓 30 克 丹皮 30 克 桃仁 30 克 乳香 15 克 没药 15 克 小茴香 10 克 穿山甲 15 克 蒲黄 30 克 五灵脂 30 克 蜈蚣 30 条 全蝎 30 克 为水丸，每天两次，每次 6 克

11 月 10 日三诊：连续服上方三剂后，经历了五次月经，已经完全不痛，月经日期也趋于正常，没有血块。嘱继续服一剂后，做 B 超检查，看子宫内膜异位是否消失。

治疗心得：

从我的经验来看，一般子宫内膜异位是来月经时疼痛，一天比一天痛，有大量血块，待血块排干净后，疼痛才消失。严重者，患者面色发青，眼白微带蓝色，舌青紫或有瘀斑，脉紧或脉涩。我常用震灵丹加减为丸，效果颇佳。本案不同之处在于，是月经过后疼痛，用桂枝茯苓丸合少腹逐瘀汤加减之后，虽然没有出现往常那种剧烈疼痛的情况，但仍然隐隐疼痛了一周。这说明此案病机属于虚实夹杂。虚为任脉虚寒，实为血瘀有寒，当温补与温消结合。傅青主的调肝汤，温补任脉，滋养精血，治疗月经过后腹中虚痛，极为合适。而桂枝茯苓丸合少腹逐瘀汤加减，活血化

瘀，散寒止痛。三方合用，虚实兼顾，故能够取得满意效果。

10 巧克力囊肿手术后复发

李某，女，31 岁，长沙市人 2010 年 9 月 30 日初诊。

患者 2004 年因患巧克力囊肿，进行手术后，最近复发。经 B 超检查，囊肿大小为 $3.0 \times 2.7 \times 2.5\text{cm}$ 。月经时间尚准确，有血块，白带多，颜色偏黄，经常腰酸，腹痛，腹胀，大便粘稠，舌红，苔黄腻，脉滑数。用二妙散加减：

苍术 30 克 黄柏 60 克 萆薢 60 克 穿山甲 60 克 露蜂房 50 克 红藤 120 克 败酱草 60 克 蒲公英 60 克 三菱 30 克 莪术 60 克 水蛭 90 克 土鳖 90 克 天龙 120 克

一剂，为水丸，每天两次，每次 6 克。

12 月 20 日二诊：服上方后，白带显著减少，腹胀减轻，月经血块也少很多，但左下腹牵扯疼痛，经 B 超检查，囊肿为 $1.1 \times 1.0 \times 1.3$ ，显著缩小。舌淡红，苔薄白，脉弦细。仍然用原方加减：

苍术 30 克 黄柏 60 克 萆薢 60 克 穿山甲 60 克 露蜂房 50 克 红藤 120 克 败酱草 60 克 蒲公英 60 克 三菱 30 克 莪术 60 克 水蛭 90 克 土鳖 90 克 天龙 120 克 乳香 50 克 没药 50 克 白芍 90 克

一剂，为水丸，每天两次，每次 6 克。

2011 年 3 月 1 日三诊：服上方后，左腹部疼痛基本消失，经 B 超检查，已不见复发的囊肿，尚有少量白带，颜色偏黄，少量血块，舌红，苔薄黄，脉弦。仍然用原方加减为药丸：

苍术 30 克 黄柏 60 克 萆薢 60 克 穿山甲 60 克 露蜂房 50 克 红藤 120 克 败酱草 60 克 蒲公英 60 克 三菱 30 克 莪术 60 克 水蛭 90 克 土鳖 90 克 天龙 120 克 乳香 30 克 没药 30 克 赤芍 60 克 丹皮 30 克 黄芩 30 克 黄连 30 克

一剂，为水丸，每天两次，每次 3 克。

2012 年 11 月，患者因为其他病来门诊治疗，告知药丸持续服用了半年，经过两次 B 超检查，均未复发，月经和白带的情况尚可。

治疗心得：

比较严重的巧克力囊肿，口服西药、中药，都很难消除，采取手术剥离或药物注射使之萎缩是必要的。但治疗后，部分患者容易复发，动员

患者再次进行手术的几率不大,同时,医生也难以保证术后不再滋生。在这个环节,用中医治疗,往往有效。根据我的经验来看,大部分患者复发的基础,仍然是盆腔内的慢性炎症,本案患者的症状表现为腰酸,白带多,大便粘稠,腹痛,腹胀,属于下焦湿热,积结为痰瘀,故一诊选用了二妙散加减。加萆薢、露蜂房,清湿热,摄带下;加红藤、败酱草、蒲公英清热解毒,治疗盆腔内的慢性炎症;加三菱、莪术理气消胀;加穿山甲、水蛭、土鳖、天龙软坚散结,活血化瘀。为药丸服用两个月后,囊肿显著缩小,左下腹牵扯疼痛,是输卵管有炎症,故二诊用原方加乳香、没药活血止痛,大剂量白芍缓急止痛。三诊时,囊肿已经完全消除,为防止复发,针对盆腔内的炎症,原方再加黄芩、黄连,清气分湿热,丹皮、赤芍清血分瘀热,为药丸,小剂量长期服用,直至最终治愈。

用药心得:

盆腔内慢性炎症,是盆腔积液、卵巢囊肿、巧克力囊肿产生的共同基础,患者不一定白带多,但多数表现为腹痛。我常用大剂量红藤为主,佐以败酱草、蒲公英。红藤又称大活血,大血藤,《岳景全书》用大剂量红藤、紫花地丁治疗肠痈,民间用于治疗胃肠炎腹痛,小儿蛔虫腹痛,关节红肿疼痛。现代研究此品对多种细菌有极敏感抑制作用。红藤、蒲公英、败酱草均性味平和,不似黄连、黄芩之类苦寒燥湿,容易斫丧阳气、津液,宜于长期服用,惟剂量要大。这三味药也可以加入到当归芍药散中,止痛效果更佳。

11 乳腺囊性增生

周某,女,47岁,长沙市人,2011年8月28日初诊。

患者月经来时乳房胀痛,平时抚摸感觉有小肿块。2010年8月23日,经其所在地省肿瘤医院彩超检查,发现右乳上限见1-2个近无回声区,大小约 $5\times 2\text{mm}$ 、 $4\times 2\text{mm}$,初步诊断为双侧乳腺小叶增生,右乳伴灶性囊性增生。西医建议观察为主,未予药物治疗。2011年8月26日,经同一医院彩超复查,右乳外上限可见 $6\times 3\text{mm}$ 、 $5\times 4\text{mm}$ 低近无回声结节,诊断为双侧乳腺小叶增生并部分囊性增生。于是找中医治疗。察之面容忧虑,月经时来时不来,来之前几天乳房疼痛,经常感觉时冷时热。舌淡无苔,脉弦缓。用柴胡桂枝干姜汤合神效瓜蒌散加减为丸:

柴胡 30克 桂枝 30克 干姜 30克 黄芩 30克 花粉 30克 牡蛎 30克 乌梅 60克 麻黄 30克

白芥子 30克 鹿角霜 30克 穿山甲 60克 牙皂 30克 蜂房 30克 两头尖 30克 猫爪草 30克 乳香 30克 没药 30克 三菱 30克 莪术 30克

一剂,为水丸,每天两次,每次5克。

11月13日二诊:服上方后。寒热、乳房疼痛基本消失,但患者近半年来血压有时升高,头晕,面潮红,月经提前,量很少,舌红,脉弦。11月3日彩超复查:右侧乳腺内可见一液性暗区,大小约 $4\times 2\text{mm}$ 、 $4\times 3\text{mm}$,比上次检查略有缩小。用大补阴丸加减为丸:

天麻 30克 龟板 30克 知母 30克 黄柏 30克 乌梅 30克 生地 30克 枣皮 30克 丹皮 30克 白蒺藜 30克 首乌藤 30克 炙鳖甲 30克 穿山甲 30克 土鳖 30克 牡蛎 30克 蜂房 30克

一剂为水丸,每天两次,每次6克

2012年1月2日三诊:服上方后,血压尚平稳,月经准时,未提前,经前乳房仍然有胀痛感觉。仍然用大补阴丸加减:

鹿角霜 30克 巴戟天 30克 天麻 30克 生地 60克 龟板 50克 知母 30克 枣皮 60克 丹皮 30克 牡蛎 60克 炙鳖甲 30克 穿山甲 60克 牙皂 30克 蜂房 30克 乳香 30克 没药 30克 猫爪草 80克 白蒺藜 30克 为水丸,每天两次,每次6克。四诊、五诊、六诊仍然用原方。2012年10月18日七诊:经彩超复查,双侧乳腺小叶增生,囊肿已经消失。

治疗心得:

患者本人是肿瘤医院医生家属,知道乳腺囊性增生是乳腺癌的发病基础之一,故在囊性增生不严重时,并未观察、等待,而是积极找中医治疗,经过一年多的耐心服药,终于得以消除。一诊所用柴胡桂枝干姜汤合神效瓜蒌散,是我治疗乳腺病的基本方,对于寒热错杂而又乳房疼痛者往往有效。增生严重时,常加猫爪草、两头尖、鹿角霜、白芥子、穿山甲等,以软坚散结。二诊时,有阴虚阳亢现象,则用大补阴丸滋阴潜阳,与此方配合,加穿山甲、鳖甲、土鳖、牡蛎、蜂房以软坚散结。三诊时,阴虚阳亢得以缓解,仍然加入乳香、没药、猫爪草、白蒺藜、牙皂等,理气活血,化痰消瘀。持之以恒,直至痊愈。

12 乳腺小叶增生合并腺管轻度扩张

曹某,女48岁,湖南湘潭市人。2011年7月2日初诊。

患者近年来月经时间尚准，但量少，经前乳房胀痛，经后腹中隐隐痛，白带如清水，气味淡，平常怕冷。几天前经省妇幼保健院 B 超显示：双乳多发小叶增生并腺管轻度扩张，右侧大者 $12 \times 8 \text{mm}$ ，左侧大者 $13 \times 10 \text{mm}$ 。察之面色无华，舌质淡暗，舌边尖有瘀斑，薄白苔，脉沉细。用神效瓜蒌散加减：

瓜蒌皮 30 克 乳香 50 克 没药 50 克 当归 60 克 炙甘草 30 克 白芥子 30 克 炮山甲 30 克 蜂房 30 克 石见穿 30 克 王不留行子 60 克 鹿角霜 30 克 巴戟天 30 克 白芍 60 克 菟丝子 60 克 蜈蚣 30 克 全蝎 30 克

一剂，为蜜丸，每日两次，每次 10 克。

9 月 22 日二诊：服上方后，月经前乳房疼痛已经消失，月经量稍微增多，有少许血块，仍然月经后小腹隐痛，患者于 9 月 16 日在湘潭市中心医院行 B 超示：双乳腺管扩张已无，双乳小叶增生，子宫肌瘤，大约 $2.7 \times 2.4 \times 2.7 \text{cm}$ ，左侧卵巢内囊性结节 $3.0 \times 2.4 \times 2.4 \text{cm}$ 。察之面色稍微红润，舌暗红，苔薄黄，脉沉细。用调肝汤加减：

鹿角霜 50 克 仙灵脾 30 克 巴戟天 50 克 当归 90 克 枣皮 60 克 赤芍 50 克 丹皮 30 克 桃仁 30 克 赤芍 30 克 桂枝 30 克 茯苓 50 克 水蛭 120 克 土鳖 90 克 炮山甲 60 克 蜂房 50 克 白芥子 30 克 三棱 60 克 莪术 60 克 皂角刺 50g 小海马 60 克

二剂为蜜丸，每日两次，每次 10 克。

2012 年 1 月 15 日三诊：服上方后，B 超示：双乳小叶增生，子宫肌瘤，大约 $1.1 \times 1.0 \times 1.3 \text{cm}$ ，乳腺导管扩张、卵巢囊性结节均不见，察之面色红润，舌淡，苔薄黄，脉沉细。嘱服成药桂枝茯苓丸半年。

治疗心得：

我在临床，见到许多女性：上有小叶增生，下有子宫肌瘤、卵巢囊肿或结节，我谓之“增生体质”的妇女，大都属于阳、热证，中年妇女为多。有时无需手术治疗，用中药煎剂也没有明显效果。但本案患者通过 B 超检查，出现了两侧乳腺导管扩张，这就必须高度警惕，因为导管扩张、乳腺纤维瘤、乳腺囊性增生，属于癌前期病变。然而，该患者导管扩张发生在乳房两侧，大小均不超过 1.5cm ，还不具备手术指征，况且，一旦手术，必须行乳房根治术，医患双方，都没有做好这种思想准备，故患者找中医治疗。从患

者的全部证候来看，属于上实下虚，偏于血寒有瘀。上实则表现为月经前乳房胀痛，下虚表现为为月经量少，月经后小腹隐痛，有寒则可见白带清稀，怕冷，有瘀则可见舌尖有瘀斑。一诊治疗重点在导管扩张，故以神效瓜蒌散为主，二诊重点在治疗子宫肌瘤、卵巢囊肿结节，故以桂枝茯苓丸为主，两方都合用了调肝汤。

用方心得：

神效瓜蒌散是我治疗乳腺病最常用的方剂，此方所针对的病机是痰瘀胶结，证候是乳房胀痛不可触摸，特别是月经前疼痛。药物虽然只有五味：瓜蒌皮、乳香、没药、当归、甘草，但伸展余地很大。止痛可以加蜈蚣、全蝎，化痰可以加白芥子、浙贝母，软坚散结可以加穿山甲、王不留行等。调肝汤是我治疗月经后小腹隐痛属于冲任虚寒的有效方剂。乳腺增生类疾病，大多数为虚实夹杂，故这两个处方合用，制成药丸，长期服用，寓消于补，消补兼施，对于未达到手术指征的各种慢性乳腺病有很好效果。

13 霉菌性阴道炎

漆某，女，35 岁，望城县人，已婚，2012 年 4 月 11 日初诊：

患者多年来，月经时间尚准，但头两天下不来，后几天淋漓不止，须拖拉八九天，甚至上十天，有少量血块，颜色发黑，月经前后阴部瘙痒，白带多，颜色黄，粘稠，有异味，西医检查属于霉菌性阴道炎，用过多种西医、中药，刚开始有效，后来效果不显。察之舌淡红，有齿痕，舌苔薄黄，脉沉弦细。用白头翁汤合乌梅丸：

乌梅 120 克 白头翁 60 克 蒲公英 50 克 秦皮 30 克 黄柏 60 克 黄连 30 克 黄芩 50 克 干姜 15 克 川椒 15 克 桂枝 15 克 蛇床子 30 克 炙甘草 30 克 当归 30 克 白参 30 克 苦参 50 克 白鲜皮 50 克 五倍子 50 克 草薢 50 克 茵陈 50 克 穿山甲 30 克 蜂房 30 克 刺猬皮 30 克 熊胆 5 克

一剂，为蜜丸，每次服 10 克，每天 2 次，月经期间不停药，一料大约可以服两个多月。

外用加减清洗方：

苦参 60 克 川椒 15 克 川槿皮 30 克 五倍子 60 克 白矾 30 克 蛇床子 30 克 贯众 30 克 百部 30 克 白鲜皮 60 克 石榴皮 60 克 狼毒 10 克 五剂，每瘙痒时煎洗，坐浴 15 分钟。

2012 年 6 月 16 日二诊：服上方期间，来过两次月经，洗剂仅用过一次，白带显著减少，瘙

痒大为减轻, 月经周期缩短至 5 天, 比原来通畅, 颜色鲜红, 脉舌同前。效方不改, 仍然以上方为蜜丸, 续服一料

用方心得:

霉菌性阴道炎属于妇科顽疾之一, 病情反复, 缠绵不已, 患者苦恼不堪, 抗生素能够取得一时之效, 但长期使用, 不仅疗效逐步降低, 患者体质变差, 而且导致菌种紊乱, 霉菌滋生, 中药煎剂也鲜有确定的效果。从病机来分析, 此病属于湿热凝滞于下焦, 导致寒热错杂、虚实夹杂, 治疗须兼顾多方面, 遣方用药不易把握尺度。本案选用两首经方加减: 第一首白头翁汤, 原用于治疗“热痢下重”, 第二首乌梅丸, 原用于治疗“蛔厥”、“久利”, 从“方证对应”的角度来看, 两方似乎都与妇科“带下”渺不相涉, 但白头翁汤证的“热痢下重”, 其病机是肝经湿热, 而霉

菌性阴道炎大多数也属于肝经湿热, 由于病机相同, 故白头翁汤凉肝解毒、清热燥湿的作用, 用治本病可谓切中肯綮。然而, 白头翁汤的药性一派寒凉, 治疗急性期有效, 用于慢性期无效, 也无法防止其再度复发, 这是霉菌性阴道炎的病机由于湿热久缠导致寒热错杂、虚实夹杂所决定的。而乌梅丸证恰恰是对付这种复杂病机的一首效方, 两方相合, 再加入止痒、摄带的苦参、白鲜皮、蛇床子、五倍子、乌梢蛇等, 制成丸剂缓图, 并辅以外洗药“溲洗方”治标, 最终得以痊愈。本案说明: 用经方虽力求方证对应, 但方证不对应时, 方与病机对应, 同样可以有效, 这符合异病同治的道理, 也是拓展经方运用的重要用途。我在临床, 治疗妇科炎症, 这一组合用得很多, 疗效颇佳。

(责任编辑: 陈赞育)

【作者简介】彭坚, 湖南中医药大学教授, 知名中医临床家。1948 年出生于湖南著名的中医世家, 70 年代师从伯父, 成为湘雅医学院中医顾问彭崇让教授的学徒, 1979 年考取硕士研究生, 毕业后在学校长期从事中医教学与临床。2007 年人民卫生出版社出版的《我是铁杆中医》一书, 以 60 万字的篇幅总结了彭教授的学术观点和临床经验, 在国内外产生了深远影响。本书于 2014 年 1 月再版并增加篇幅至 83 万字。书中内容可见其擅长运用经方、古方、家传方治疗各种疑难杂病, 具有丰富的实践经验, 用药简便验廉, 深受患者欢迎。特别对颈肩疼痛、腰腿疼痛、偏头痛、复发性口疮、妇科慢性炎症、月经不调、子宫肌瘤、卵巢囊肿、小儿咳喘、急性慢性扁桃体炎、皮肤瘙痒、肿瘤、中老年心血管呼吸道疾病等有独到的心得与体会。Email: pengws@126.com

《英国中医》购买办法

英国中医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.

从一位中医爱好者的 E-mail 想到的

Thoughts aroused by an E-mail from a Chinese medicine enthusiast

朱步先 ZHU Bu-xian

【摘要】作者从一例中医爱好者运用姜茶饮成功治疗五更泄的案例展开思考,结合古代医家的验案和见解对五更泄泻属肝郁肠热证的病机和对治方药进行了探讨,进而与最常见的脾肾阳虚型五更泄加以比较,指出两个证型的鉴别要点和兼夹为患时的标本治疗次第。并旁征博引,例举说明生姜“去臭气”的效用和机理。

【关键词】五更泄;姜茶饮;病机;鉴别诊断;生姜;大便恶臭

Abstract: With thoughts being aroused by a successful case reported by a TCM enthusiast who used Ginger-Green-tea Decoction (*Jiāng-Chá Yīn*) to cure early-morning diarrhoea (*wǔgēng xiè*), and referring to ancient case studies, the author discussed the mechanism and treatment of the “Liver depression and Intestinal heat” pattern of this disease and its differential diagnosing points from the pattern of “Spleen -Kidney Yang deficiency”. In addition, he presented a useful function of the raw Ginger as relieving the stink of bowel movement by quoting a classic text and listing the use of it in ancient masters’ recipes.

Keywords: early-morning diarrhoea (*wǔgēng xiè*); Ginger-Green-tea Decoction (*Jiāng-Chá Yīn*); mechanism of disease; differential diagnosis; raw Ginger; stink of bowel movement

2013 年 8 月,我收到一位中医爱好者的邮件,说的是她读了我写的《寒热并用药对串解一附:医论医话》一书后,运用“生姜一茶叶”(姜茶饮)这一药对的体会。她说她儿子李某是一游泳爱好者,常年游泳不断,尤爱冬泳,患上了五更泄,大便不成形。她为寻求治疗方法看了一些中医书籍,也请教了一位中医老大夫,服了一段时间的四神丸,症状有所减轻,但大便还是恶臭,自五更始,连续腹泻二三日。她看了《串解》一书后,坚持每天早晨用生姜三片,三碗水熬汤,凉至八分泡绿茶,让儿子游泳前喝一碗,游泳回来再喝一碗,“最近大便成形,色泽正常,每天一次,不恶臭了。”并想坚持服用一段时间,“升清阳,降浊阴”,巩固疗效。

一则取材方便、平淡无奇的验方姜茶饮,竟然胜过了一张名方,这位中医爱好者不经意的叙述引发我的思考与联想。

首先想到的是如何探究五更泄的病机,由于此证作于黎明,正是阴气盛极、阳气未复之

时,故多责之脾肾虚寒,下焦不固。那位老大夫让患者服用四神丸,其意本此。但也不尽然,因阴尽阳生,黎明肝木用事,肝郁不疏,特别是肝火内迫引发五更泄亦复有之。例如王孟英治一人,“患晨泻有年,屡治不效,春间尤甚”,王氏切脉详审,知其泻后腹中反觉舒畅,苟不泄泻,又胀闷减食,而服四神、桂、附等药,其泻必加。于是断曰:“此非温升补涩之证,乃肝强脾弱,土木相凌”。以白术、苡仁、黄连、川楝子、桑枝、茯苓、木瓜、芍药、蒺藜、橘皮为方,数帖即安。此案即为例证。然则其间何以区分?脾肾阳虚者,肠鸣幽幽,大便稀溏,或完谷不化;肝气郁于肠中者,往往泄而不畅;肝火内迫者常一泄无余,如王孟英所说“泻后腹中反觉舒畅”,以火性急迫故也。此为辨证之要诀。

我又想到这位患者的大便恶臭一症,乃证治的重要着眼点。大便恶臭缘于肠热,非四神丸所主,却是运用生姜的重要指征。《本经》有生姜“久服去臭气,通神明”之说,足证其

有祛邪辟恶之功。无论是胃中不和之“干噎食臭”，或大肠实热之腹胀不通，口内生疮，生姜尝在选用之列。前者如《伤寒论》之“生姜泻心汤”，后者如《千金方》之“生姜泄肠汤”（生姜、橘皮、竹茹、白术、黄芩、栀子、桂心、茯苓、芒硝、地黄、大枣），均是其例。生姜味辛而气薄，《素问·阴阳应象大论》谓：“气薄则发泄，厚则发热。”肠热用生姜意在宣通肠间郁滞，辟恶解毒，泄热外出；伍入苦寒之品以清之，如生姜泄肠汤以其与黄芩、山栀同用，襄助成功。此证则取生姜以泄之，绿茶以清之，散水气，清肠热，助运化，升清泄浊，调和阴阳，从而大便复常，恶臭去除。

明代医家江应宿治一人“患脾肾泄十余年，五鼓初，必腹痛，数如厕，至辰时，共四度。

已午微痛而泄，凡七八度，日以为常，食少倦怠嗜卧，诊得右关滑数，左尺微弦无力。此肾虚而脾中有积热也，投黄连枳实丸，腹痛渐除，渐至天明而起。更与四神丸、八味丸滋其化源，半年饮食倍进而泄愈。”此案先予清通以祛标实，后以温补以益本虚，立法井然有序。联想到李某五更泄，在运用姜茶饮获效后，倘以四神丸之属作善后之计未尝不可。又，四神丸见于《校注妇人良方》，系由《普济本事方》之五味子散（五味子、吴茱萸）和二神丸（补骨脂、肉豆蔻、生姜、大枣）组合而成，苟取斯书细玩，方义不难明了。

药无贵贱之分，关键在用之得当与否，而疗效当是医者不懈的追求。

（责任编辑：王友军）

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。为了提高本刊学术水平，繁荣海外中医学术，欢迎诸位中医同仁及各界朋友赐稿。中文或英文稿件均可，中英双语更佳。中文字数不超过 5000 字为好，英文 3000 字以内，并附 300 字以内中英文摘要及关键词。投稿请用 Word 文档格式发送电子邮件到：ftcmpuk@gmail.com，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 experts and enthusiasts 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 5000 words, and for English submission not more than 3000 words. Abstract should be under 300 words for both. Please send your submission in the form of Word document to ftcmpuk@gmail.com, and title the subject as “Paper submission”.