

ISSN:2049-4289

2018年第2期

2018 Volume 7 Issue 2

英國中醫

JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK



ISSN 2049-4289

16



9 772049 428008



FTCMP

PHOENIX MEDICAL 鳳凰醫藥

Professional quality for effective results



QUALITY 质量

Authentic herbs grown with the DaoDi concept

原产地地道药材

100% non sulphur treated

100% 无硫磺熏蒸处理

State-of-the-art spray drying granulation for
higher concentrations and purer end product

业内领先高纯度干式提纯工艺

Batch to batch analysis under EU standards

欧盟认可实验室质检报告

Official supplier to the **NHS** clinical trials
in Chinese herbal medicine

英国卫生部医院系统唯一指定中药供应商

Wholesale phoenixmd.co.uk

CPD courses phoenixtcm.org.uk

Dispensary chineseherbaldispensary.co.uk

Sales: +44 (0) 1245 350822

Email: sales@phoenixmd.co.uk

中药饮片 | 中药浓缩颗粒 | 中成药解决方案 | 营养保健品 | 全系列无痛润滑针灸针

Dried Herbs | Concentrated Granules | Patent Solutions | Nutrition | Acupuncture Needles

目 录

CONTENTS

论著 Original Articles

- 经典针法探原：《内经》针刺法的深浅原则
Original Methods of Classical Acupuncture: Deep-shallow Needling Principle of
the Internal Classic 王友军 3
WANG You-jun
- 李曰庆教授应用解毒活血栓治疗慢性前列腺炎的临床疗效总结
Observation of Jiedu Huoxue Suppositories for Chronic Prostatitis 李曰庆, 张春和 11
ZHANG Chun-he
LI Yue-qing
- 压痛点临床诊疗的思路与实践
Tender Points Based Diagnosis and Treatment 金峥 14
JIN Zhen

经典研究 Classic Research

- 小议“苦补”
On Tonic Effect of Bitter Herbs 朱步先 18
ZHU Bu-xian
- 《金匱要略》同病异治条文粗探
On Different Treatments for the Same Disease from Clauses of *Golden Chamber*
Synopsis 陈赞育 20
CHEN Zan-yu
- 《伤寒论》笺解：太阳病（续）-桂枝汤证（上）
An Explication of Greater Yang Disease in *Treatise on Cold Damage Diseases*
(continued): Syndrome of Cinnamon Twig Decoction (1) 袁炳胜 24
YUAN Bin-sheng
- 阴阳五行法则在针灸临床配穴中的应用
Application of Yinyang and Five Elements Thoery to Combination of Acupoints 周继成 28
ZHOU Ji-cheng

临床经验 Clinical Studies

- A Pilot Study of Acupuncture plus Moxibustion in Treating Major Depressive
Disorder 汪雪峰 31
WANG Xue-feng

- Chinese Herbal Powder for Eczema with Asthma: A Report of Three Successful Cases 彭孝颖 36
PENG Xiao-ying
- 针灸治疗不孕症初探 曹兴灵 42
Report on Acupuncture as Main Treatment of Infertility CAO Xing-ling

学术探讨 Academic Reports and Discussion

- 现代舌诊与十纲辨证 殷鸿春 46
Modern Tongue Diagnostics and Ten Principles of Syndrome Differentiation YIN Hong-chun

特色疗法 Special Therapeutic Methods

- 脊柱全息腹针治疗腹股沟疼痛的体会 周华芝 50
Vertebra-Locating Abdominal Acupuncture for Groin Pain ZHOU Hua-zhi

医论医话 Medical Notes

- 久患之疾用药宜轻服药宜频论 周欣 53
On Appropriate Frequent but Small Herbal Doses for Chronic Disease ZHOU Xin

英国中医 JOURNAL OF CHINESE MEDICINE IN THE UK

2018 年 8 月 第 7 卷 第 2 期 AUGUST 2018, Volume 7 Issue 2

国际标准刊号 ISSN: 2049-4289

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

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

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

主编 Chief Editor: 陈赞育 CHEN Zan-yu

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

英文顾问 English Consultant: Alicia Ma

英文编辑 English Editor: 王友军 WANG You-jun

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

排版、封面设计 Art Design: 奚可盈 XI Ke-ying 周华芝 ZHOU Hua-zhi

广告/印刷/财务 AD, Publishing & Treasury: 蔡琳 CAI Lin, 张卓涵 ZHANG Zhuo-han, 张欣 ZHANG Xin, 姚兵 YAO Bing,

编辑出版委员会 Editorial Board: 马伯英 MA Bo-ying, 朱步先 ZHU Bu-xian, 王友军 WANG You-jun, 陈赞育 CHEN Zan-yu,

袁炳胜 YUAN Bing-sheng, 周斌 ZHOU Bin, 殷鸿春 YIN Hong-chun, 周继成 ZHOU Ji-cheng, 董志勇 DONG Zhi-yong, 张卓涵 ZHANG Zhuo-han, 奚可盈 XI Ke-ying, 张欣 ZHANG Xin, 姚兵 YAO Bing, 蔡琳 CAI Lin

学术顾问委员会 Academic Consulting Committee: 朱步先 ZHU Bu-xian, 龚玲 GONG Ling, 金峥 JIN Zheng, 王友军 WANG You-jun

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 7PF

学会官网: www.ftcmp.co.uk

经典针法探原：《内经》针刺法的深浅原则

Original Methods of Classical Acupuncture:

Deep-shallow Needling Principle of *the Internal Classic*

王友军 WANG You-jun

【摘要】本文通过对正邪、清浊、营卫、形气等基本概念解析，总结了《内经》“刺有深浅”的理论和方法，并具体列述了深浅原则在刺卫法、刺营法和刺五体法中的应用要点。作者还提出，奇穴、泛穴效应、伪针刺和各种非经非穴浅刺针法都可以从卫气生理和卫气刺法中找到其理论解释。

【关键词】《内经》；刺法；深浅原则；刺卫法；刺营法；刺五形体法

Abstract: According to quotations of the classic and analysis of the basic concepts of the healthy qi and pathogenic qi, the clear qi and turbid qi, the nutrient and defense, and qi and form, this essay summarized the deep-shallow needling principle of *the Internal Classic* on both theory and methods and provided the points of the applications of the deep-shallow principle in methods of needling the defense, needling the nutrient and needling the five body constituents. The author also shared the thoughts that we can find theoretical explanations of the concepts of extra points, non-specific effects of acupuncture, sham acupuncture and the effects of non-meridian non-acupoints shallow-needling methods in the laws of the defense qi and method of needling the defense.

Keywords: *the Internal Classic*; needling method; deep-shallow principle; needling the defense; needling the nutrient; needling the five body constituents

中医针刺疗法在先秦时代已经成熟并达到其理论和技术的巅峰，后世对针刺术的拓展并未超越《内》《难》的理论和临床高度，现代的种种创新针法虽充满标新立异的理论想象和时新的名词，但究其实质大多仍未脱离古典理法的框架。凭藉气化论的世界观和直验式的生命智慧，古老的中医将天人合一的尽广大和守气得机的致精微兼容并蓄，对生命规律的认知具有相当的超前性，其理论和方法可谓历久弥新，所以对经典理法的还原将有助于我们在当代眼花缭乱的针法创新潮中找到可靠的坐标，不迷惑，不盲从，心有定见。

作为对经典针刺法系列探原工作的一部分，本文尝试从正邪、阴阳清浊、营卫、经络、形气、天时等基本概念，到知气、取气、候气等具体诊断和针刺技术，以及在刺卫气、刺营血、刺形体诸法中的应用，对《内经》针刺法的深浅原则作一解读。希望它能帮助我们统合认识，在理论上返璞归真，避免枝蔓庞杂，以形成研究和话语的合力。

1、“刺有深浅”是针刺的重要原则

针刺深浅是《内经》刺法的重要组成部分，深浅原则是针刺的基本原则之一。《灵枢·本输》曰：“凡刺之道，必通十二经络之所终始，络脉之所别处，五输之所留，六府之所与合，四时之所出入，五藏之所溜处，阔数之度，浅深之状，高下所至。”高度概括了针刺之道的理法依据和刺法内容。除了十二经脉流注、别络、五输穴、六腑下合穴、脏腑原穴所在，以及取穴之高下纵横度量外，“浅深之状”也是其主要内容之一。

《素问·刺要论》云：“病有浮沉，刺有浅深，各至其理，无过其道。”《素问·针解》亦云：“深浅在志者，知病之内也；近远如一者，深浅其候等也。”表明针刺之深浅取决于病位的深浅，不论取穴远近，针刺治疗都应当作用于与病所相同的层面。

《灵枢·官能》曰：“是故工之用针也，知气之所在，而守其门户，明于调气，补泻所在，徐疾之意，所取之处。”所谓“知气之所在”，

不仅指邪气的层面，也指正气的层面。邪气中人有深浅微甚聚散之情，正气有阴阳清浊营卫浮沉之分，故刺法必有所针对。分别“所取之处”，针刺于正确的层面和对象，方能进一步施行补泻和调气的操作，达到治疗目的。也就是说，针刺深浅合度乃补泻调气的前提条件。

深浅得宜既为针刺之要领，刺之深浅失宜则不但达不到治疗效果，还可能引起不良后果，必须引起警戒。《刺要论》强调了“刺有深浅”“勿过其道”，并紧接着指出：“过之则内伤，不及则生外壅，壅则邪从之，浅深不得，反为大贼，内动五藏，后生大病。”从反面论证了深浅原则的必要性和重要性。《灵枢·官针》则云：“九针之宜，各有所为，长短大小，各有所施也，不得其用，病弗能移。疾浅针深，内伤良肉，皮肤为痛；病深针浅，病气不泻，反为大脓。”告诫针家要根据针刺所取的对象和深浅层次选择大小长短合宜的针具，并举了针刺深浅反用的恶果。

2、针刺深浅的关键在于“知气之所在”

欲刺之深浅合度，必须“知气之所在，而守其门户”。“气之所在”除了对于疾病所涉经脉和部位的判断外，还包括对症结所在层面和调治对象的认识。《灵枢·九针十二原》曰：“夫气之在脉也，邪气在上，浊气在中，清气在下。故针陷脉则邪气出，针中脉则浊气出，针太深则邪气反沉，病益。故曰：皮肉筋脉各有所处，病各有所宜，各不同形，各以任其所宜。”乃刺法关于正邪深浅的基本论述。清浊是正气的分类范畴，有天清地浊之分，也有谷气营卫之别，而形体之皮肉筋脉，层次亦各不同。下面即就《内经》的论述来分别探析正邪的“气之所在”规律。

2.1 病之深浅

(1) 病有深浅

《灵枢·卫气失常》曰：“夫病变化，浮沉深浅，不可胜穷，各在其处。病间者浅之，甚者深之，间者少之，甚者众之，随变而调气，故曰上工。”《刺要论》云：“病有在毫毛腠理者，有在皮肤者，有在肌肉者，有在脉者，有在筋者，有在骨者，有在髓者。”皆论外邪所客有间甚，病之所在有深浅，用针亦有深浅多少。

(2) 病邪深浅的原因

《灵枢·刺节真邪》云：“邪气者，虚风之贼伤人也，其中人也深，不能自去。正风者，其中人也浅，合而自去，其气来柔弱，不能胜真气，

故自去。”指出了外感正风和虚邪贼风深浅有别的特点。

《灵枢·岁露论》曰：“贼风邪气之中人也，不得以时。然必因其开也，其入深，其内极病，其病人也卒暴；因其闭也，其入浅以留，其病也徐以迟。”《灵枢·百病始生》曰：“是故虚邪之中人也，始于皮肤，皮肤缓则腠理开，开则邪从毛发入，入则抵深，深则毛发立，毛发立则渐然，故皮肤痛。”《灵枢·刺节真邪》又论曰：“虚邪之中人也，洒淅动形，起毫毛而发腠理。其入深，内搏于骨，则为骨痹；搏于筋，则为筋挛；搏于脉中，则为血闭不通，则为痛；搏于肉，与卫气相搏，阳胜者则为热，阴胜者则为寒……搏于皮肤之间，其气外发，腠理开，毫毛摇，气往来行，则为痒，留而不去则痹。”这几段典论详细地论述了虚邪贼风致病可浅可深、由浅入深引发各部疾病的原理。

《灵枢·邪气藏府病形》则论述了针对寒热之邪和气血多少而刺之深浅有别的理法：“诸急者多寒；缓者多热；大者多气少血；小者血气皆少；滑者阳气盛，微有热；涩者多血少气，微有寒。是故刺急者，深内而久留之。刺缓者，浅内而疾发针，以去其热。刺大者，微泻其气，无出其血。刺滑者，疾发针而浅内之，以泻其阳气而去其热。刺涩者，必中其脉，随其逆顺而久留之，必先按而循之，已发针，疾按其痛，无令其血出，以和其脉。诸小者，阴阳形气俱不足，勿取以针，而调以甘药也。”

由上述诸论可知，病邪性质会影响病之深浅，正气衰旺开合则是邪入深浅的决定性因素。

(3) 病邪深浅之诊断

正邪虚邪的致病特点及邪之寒热可以帮助我们判断邪之深浅，而色脉之诊和一些特定诊法乃是判断病邪深浅和具体部位的基本方法。如《素问·玉版论要》就说：“揆度者，度病之浅深也”。

《灵枢·五色》曰：“五色各见其部，察其浮沉，以知浅深。”《卫气失常》云：“何以知皮肉气血筋骨之病也？”“色起两眉薄泽者，病在皮。唇色青黄赤白黑者，病在肌肉。营气濡然者，病在血气。目色青黄赤白黑者，病在筋。耳焦枯受尘垢，病在骨。”

《灵枢·终始》指出：“病痛者阴也，痛而以手按之不得者阴也，深刺之。病在上者阳也，病在下者阴也。痒者阳也，浅刺之。”《素问·举

痛论》则曰：“寒气客于侠脊之脉，则深按之不能及，故按之无益也。”简述了通过扪循之诊和病位、症状阴阳之辨以决深浅的方法。《终始》还提到：“手屈而不伸者，其病在筋；伸而不屈者，其病在骨。在骨守骨，在筋守筋。”则属于特定诊法，病筋病骨之鉴别诊断。诸如此类的具体诊法，散在《内经》诸篇，只要多加留意，还可以找到更多的内容。

2.2 阴阳清浊

《灵枢·阴阳清浊》云：“受谷者浊，受气者清。清者注阴，浊者注阳。”“清者其气滑，浊者其气涩，此气之常也。故刺阴者，深而留之；刺阳者，浅而疾之；清浊相干者，以数调之也。”

《灵枢·根结》亦云：“气滑即出疾，其气涩则出迟。气悍则针小而入浅，气涩则针大而入深。深则欲留，浅则欲疾。”指出人之正气有阴阳清浊之分类，其流注有滑涩深浅之不同，故刺之深浅久暂必有所区别。《九针十二原》之谓“浊气在中，清气在下”，也系就此而言。

清浊之气的来源有“受谷”和“受气”之不同，“受气”者乃来自天之清气，即呼吸之气，亦即所谓真气。“受谷”者即来自饮食之养。天之清气通于肺，地之浊气通于嗝。则呼吸者，真气之橐龠；吞吐者，水谷之出纳。

《灵枢·玉版》云：“胃之所出气血者，经隧也。”胃之所出气血，即水谷。其清者为营，与血并行于脉内属阴；浊者为卫，与津液并行于脉外属阳。《素问·离合真邪论》则云：“真气者，经气也。”《刺节真邪》又说：“真气者，所受于天，与谷气并而充身也。”故真气又赖水谷之气以相存蓄，与营卫之气常共存并行。营卫衰则真气难以独存，邪客亦可令营卫稽留，真气去而邪独居。针刺治疗之目的为出邪气而致谷气，通营卫而存真气。下工则反泻正气而存邪气，故被斥之为“绝气危生”。

2.3 营卫表里

呼吸之气为天之清气，肺气之浊者亦下行。水谷胃气为地之浊气，胃气之清者亦上达清窍。谷气又分清浊而别为营卫，亦称荣卫。荣卫之循行流注各自不同，《灵枢》对此有多篇论述。

《营卫生会》云：“人受气于谷，谷入于胃，以传与肺，五藏六府，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。”《邪客》云：“五谷入于胃也，

其糟粕、津液、宗气分为三隧。故宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉，而行呼吸焉。营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血，以荣四末，内注五藏六府，以应刻数焉。卫气者，出其悍气之疾，而先行于四末分肉皮肤之间而不休者也，昼行于阳，夜行于阴，常从足少阴之分间，行于五藏六府。”说明了营卫之生成和基本运行规律。

《卫气》从其流注分别荣卫云：“其浮气之不循经者，为卫气；其精气之行于经者，为营气。”

《本藏》介绍荣卫之功能说：“经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司关阖者也。”

《经脉》则云：“经脉十二者，伏行分肉之间，深而不见。”“诸脉之浮而常见者，皆络脉也。”“饮酒者，卫气先行皮肤，先充络脉，络脉先盛，故卫气已平，营气乃满，而经脉大盛。”说明了经脉深在，络脉浅出的特点，以及卫气先充肤腠再充络脉的流注规律，也表明络脉乃营卫相续之所，气血交会之处。

《营气》云：“营气之道，内谷为宝……精专者行于经隧，常营无已，终而复始，是谓天地之纪。故气从太阴出，注手阳明，上行注足阳明……复出太阴。此营气之所行也，逆顺之常也。”具体地描述了营气的十二经脉循环。

上述诸段经论，明白地论述了营气和卫气的生成来源、运行规律和功能，奠定了营卫刺法的理论基础。由于营卫之流行有表里深浅脉内脉外之别，故深浅刺法是营卫刺法的重要内容。

《禁服》云：“凡刺之理，经脉为始，营其所行，知其度量，内刺五藏，外刺六府。审察卫气，为百病母，调其虚实，虚实乃止，泻其血络，血尽不殆矣。”指出从营卫不同的流注规律出发，刺营刺卫有不同的方法和效能。刺卫气出表邪于皮腠分肉，致正气以充卫阳，则可外御百病于其始生。刺营气深达于经脉，守其行度往来，可内治五脏六腑已成之疾。此外，解结于浮络，则稽留之血得去，散溢之气可复，荣卫气血皆得通调。

《素问·气穴论》即云：“孙络三百六十五穴会，亦以应一岁，以溢奇邪，以通荣卫。荣卫稽留，卫散荣溢，气竭血著，外为发热，内为少气，疾泻无怠，以通荣卫，见而泻之，无问所会。”这也再次说明络脉特别是孙络的确是荣卫相续共治之所。

《气穴论》又云：“肉之大会为谷，肉之小会为谿，肉分之间，谿谷之会，以行荣卫，以会大气。”则表明被形象地称为溪谷的分肉间隙为荣卫共同通行和容邪之处，这与卫气“行于四末分肉皮肤之间”之说并不矛盾。前论明言“经脉十二者，伏行分肉之间，深而不见”，《灵枢·胀论》亦云“卫气之在身也，常然并脉循分肉”，则知营卫皆流行于分间，但有脉外和脉内之不同。从解剖学知识也可了解，血脉的确是穿行于肌肉间隙的。

2.4 气有四时浮沉

正气随四时阴阳而有浮沉表里之规律，针刺治疗必须了解此规律，遵从此规律。

《灵枢·本输》曰：“春取络脉诸荣大经分肉之间，甚者深取之，间者浅取之。夏取诸腧孙络肌肉皮肤之上。秋取诸合，余如春法。冬取诸井诸腧之分，欲深而留之。此四时之序，气之所在，病之所舍，藏之所宜。”《灵枢·终始》则云：“春气在毛，夏气在皮肤，秋气在分肉，冬气在筋骨，刺此病者，各以其时为齐。”表明在形和气两个层面都与四时规律相关。

《素问·水热穴论》曰：“春者木始治，肝气始生，肝气急，其风疾，经脉常深，其气少，不能深入，故取络脉分肉间……夏者火始治，心气始长，脉瘦气弱，阳气留溢，热熏分腠，内至于经，故取盛经分腠。绝肤而病去者，邪居浅也。所谓盛经者，阳脉也……秋者金始治，肺将收杀，金将胜火，阳气在合，阴气初胜，湿气及体，阴气未盛，未能深入，故取俞以泻阴邪，取合以虚阳邪。阳气始衰，故取于合……冬者水始治，肾方闭，阳气衰少，阴气坚盛，巨阳伏沉，阳脉乃去，故取井以下阴逆，取荣以阳气。”从正邪、阴阳、五行、五藏和针刺所取及深浅等诸方面论述了针法四时的规律。

《灵枢·岁露论》则指出了人体正气随月之盈亏起伏，因气血衰旺而邪入有浅深的道理，曰：“人与天地相参也，与日月相应也。故月满则海水西盛，人血气积，肌肉充，皮肤致，毛发坚，腠理郄，烟垢著，当是之时，虽遇贼风，其入浅不深。至其月郭空，则海水东盛，人气血虚，其卫气去，形独居，肌肉减，皮肤纵，腠理开，毛发残，腠理薄，烟垢落，当是之时，遇贼风则其入深，其病人也卒暴。”

2.5 人有大小肥瘦

《灵枢》还论述了经脉气血因个体差异而深浅有别的道理。《经水》提出其基本原则曰：“夫经水之应经脉也，其远近浅深，水血之多少各不同……其少长大小肥瘦，以心撩之，命曰法天之常，灸之亦然。”

《逆顺肥瘦》具体论述了因人体型体质和长幼而因人制宜，刺有浅深的方法。如“年质壮大，血气充盈，肤革坚固，因加以邪，刺此者，深而留之，此肥人也。”“瘦人者，皮薄色少，肉廉廉然，薄唇轻言，其血清气滑，易脱于气，易损于血。刺此者，浅而疾之。”刺常人则“视其白黑，各为调之。其端正敦厚者，其血气和调，刺此者，无失常数也。”论壮士则曰：“此人重则气涩血浊，刺此者，深而留之，多益其数；劲则气滑血清，刺此者，浅而疾之。”而婴儿者“其肉脆血少气弱。刺此者，以毫针，浅刺而疾发针，日再可也。”

《根结》则针对不同社会阶层人群因饮食劳逸不同而气血有清浊滑涩之异，提出了针刺深浅久暂有别的意见：“夫王公大人，血食之君，身体柔脆，肌肉软弱，血气慄悍滑利，其刺之徐疾浅深多少，可得同之乎？”“膏粱菽藿之味，何可同也……刺布衣者深以留之，刺大人者微以徐之，此皆因气慄悍滑利也。”

3、深浅原则在针刺中的应用

前文通过重新审视《内经》对正邪、阴阳清浊、营卫、天时、体质等概念的论述，我们对影响气血和疾病深浅的基本生理和病理因素获得了比较全面的理解。在此基础上，我们根据外邪所病和针治所取对象的不同，对《内经》“刺有深浅”原则在刺卫气、刺营血和刺形体三个方面应用的技术要点总结如下。

3.1 刺卫气，法三刺祛邪存正

(1) 别正邪

外邪伤人先从皮毛腠理而入，故泻邪于卫表为针术第一法门，分别正邪则为其要点。

《官针》曰：“所谓三刺则谷气出者，先浅刺绝皮，以出阳邪；再刺则阴邪出者，少益深，绝皮致肌肉，未入分肉间也；已入分肉之间，则谷气出。故刺法曰：始刺浅之，以逐邪气而来血气；后刺深之，以致阴气之邪；最后刺极深之，以下谷气。此之谓也。”《终始》亦曰：“凡刺之属，三刺至谷气。”“故一刺则阳邪出，再刺则阴邪出，三刺则谷气至，谷气至而止。所谓谷

气至者，已补而实，已泻而虚，故以知谷气至也。”此三刺之道，正是根据邪正清浊所在深浅层面的不同，确定先浅后深的针刺方法，以祛邪扶正。即先浅刺透皮，泻出浅表之新邪，再进腠理，达肌表卫气弥漫与大气相会之所，出其未并之邪，再陷分肉之育，以引卫气津液来充实腠理，防止邪气再次乘虚而入。

顺次浅刺于皮肤、皮下腠理之浅筋膜和分肉之深筋膜，乃逐层作用于浅表邪气和卫阳浊气的刺法，这是深浅刺法中作用于气层面的基本刺法，即刺卫气法，主要适用于新感外邪客于体表之皮毛、腠理、分肉者，结合五体刺法，也常用于开泻寒痹之邪。

由于卫气为“浮气之不循经者”，所以刺卫气无需守穴位和经络，常用阿是穴近取病所为主，若能做到“近远如一者，深浅其候等”，则远取得气亦可奏效。只要是取皮肤、腠理、分肉间，都是刺卫气，可以说全身无处不是刺卫之处，这与现代所提出的“泛穴”的概念非常吻合，也可解释几乎无处不在的奇穴、“泛穴效应”和各种全息针法的一些非经穴效用。很多现代流派注重皮下浅刺和非经穴浅刺法的针法，其实质也属于这种浅刺出邪法和刺卫气法。在当代一些针刺临床研究中，对照组所采用的非侵入、非经络、非穴位的所谓假针刺（Sham Acupuncture）在某种程度上都属于刺卫气的范畴，有些颇类似于《内经》的“浅内而疾发针，无针伤肉，如拔毛状，以取皮气”的鑱针半刺法、“刺浮痹皮肤”的毛刺法或“按脉勿陷”的鍤针刺法，因此也会产生某种程度的针刺效果，严格讲是不能等同于非针刺的，把它作为对照组的处理因素在研究设计上是不严谨的。

虽然卫气有不循经脉的特点，但经脉周围和相应体表浅层也为卫气所流注，故针刺点正在经脉和穴位之上时，尤其要注意深浅，不可过刺而损及经络。《官针》云：“脉之所居深不见者，刺之微内针而久留之，以致其空脉气也。脉浅者勿刺，按绝其脉乃刺之，无令精出，独出其邪气耳。”即给出这种情况下刺卫出邪不伤营之精气的技巧，针术“信其左”的内涵也在此得到充实。

具体施行三刺法时，要特别注意候气和辨气。《终始》曰：“邪气来也紧而疾，谷气来也徐而和。”给出了候气时分别正邪的标准。这可以是

脉诊所见，也可以是针下气动反应，它不仅适用于邪在卫表，也适用于邪在经脉。

《素问·调经论》还介绍了一种在气有余邪未深的情下调神泻邪的特别技巧，曰：“按摩勿释，出针视之，曰我将深之，适人必革，精气自伏，邪气散乱，无所休息，气泄腠理，真气乃相得。”即先通过语言影响病人心理状况和气机，使真邪分离，邪无所合则浮散易泻，然后浅刺腠理而出之，达到治疗目的。

为适合具体的针刺对象，古代先师对针具非常讲究。《九针十二原》所述九针之“鑱针者，头大末锐，去泻阳气。”“员针者，针如卵形，揩摩分间，不得伤肌肉，以泻分气。”皆为刺卫气所立。

（2）察间甚

除了正邪深浅，病邪间甚也是用针深浅多少的依据。正如《卫气失常》所说：“夫病变化，浮沉深浅，不可胜穷，各在其处，病间者浅之，甚者深之，间者少之，甚者众之，随变而调气，故曰上工。”《官针》所论刺寒气的多种刺法正是贯彻了这一原则：“直针刺者，引皮乃刺之，以治寒气之浅者也。”“傍针刺者，直刺傍刺各一，以治留痹久居者也。”“齐刺者，直入一，傍入二，以治寒气小深者。或曰三刺：三刺者，治痹气小深者也。”“扬刺者，正内一，傍内四而浮之，以治寒气之博大者也。”从单针浅刺，到两针、三针、五针的深浅齐发，用针皆随寒邪深浅多少而定。诸浅刺之针，即前述浅刺出邪法和刺卫气法。其中央直刺之针如需深刺以治寒痹，当遵从后述五形体刺法之肉脉筋骨刺法。局部邪盛，可多针齐发，不拘一格，现代的围刺法和各种花样的局部多针刺法均属于此类。

（3）定浮沉

气有浮沉，刺卫气首先要通过各种诊法并结合天道响应，判断正邪之虚实深浅，气与经络之浮沉，从而确定针刺的深浅补泻。

《素问·阴阳应象大论》云：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。审清浊而知部分……按尺寸，观浮沉滑涩而知病所生，以治无过，以诊则不失矣。”《素问·三部九候论》云：“必审问其所始病，与今之所方病，而后各切循其脉，视其经络浮沉，以上下逆从循之。”《终始》云：“脉实者，深刺之，以泄其气；脉虚者，浅刺之，使精气无得出，以养其脉，独出其邪气。”“一方

实，深取之，稀按其痛，以极出其邪气；一方虚，浅刺之，以养其脉，疾按其痛，无使邪气得入。”皆论其法。《邪气藏府病形》所论缓急大小滑涩诸脉与寒热、气血多少关系，因之针刺深浅多少，一如前文所引，不再重复。

《素问·八正神明论》则云：“验于来今者，先知日之寒温、月之虚盛，以候气之浮沉，而调之于身，观其立有验也。”关于法天时，请参见“2.4 气有四时浮沉”一节。

(4) 得气穴

《灵枢·胀论》曰：“此言陷于肉育，而中气穴者也。不中气穴，则气内闭，针不陷育，则气不行，上越中肉，则卫气相乱，阴阳相逐。”

《调经论》曰：“形有余则腹胀、泾溲不利，不足则四支不用。血气未并，五藏安定，肌肉蠕动，命曰微风……取分肉间，无中其经，无伤其络，卫气得复，邪气乃索。”都是对刺卫气法以得气穴为要的论述，此“气穴”可以在经穴上，也可以不是穴位，只要是游针于卫气流注之腠理分肉，均可称为“中气穴”。“陷于肉育”，即肉之分膈，亦称分肉或分肉间，《官针》称之为分刺：“分刺者，刺分肉之间也。”刺不可过深或旁入而伤肌肉，亦不可刺到穿行于分肉间的经脉血络，方能泻邪而不伤正，达到良好的治疗效果。《灵枢·小针解》曰：“针太深则邪气反沉者，言浅浮之病，不欲深刺也，深则邪气从之入，故曰反沉也。”指出刺卫气当戒刺之过深，以防引邪深入。

《灵枢·四时气》曰：“四时之气，各有所在，灸刺之道，得气穴为定。故春取经血脉肉之间，甚者深刺之，间者浅刺之。夏取盛经孙络，取分间绝皮肤。秋取经腧，邪在府，取之合。冬取井荣，必深以留之。”《终始》云：“刺肥人者，以秋冬之齐；刺瘦人者，以春夏之齐。”所以欲得气穴为定，还要因时因人制宜，根据四时浮沉规律，知气之所在而刺之。不失人情，斟酌针刺之深浅，参见“2.5 人有大小肥瘦”一节。

3.2 刺营血，取经脉别络孙络

《素问·缪刺论》曰：“夫邪之客于形也，必先舍于皮毛；留而不去，入舍于孙脉；留而不去，入舍于络脉；留而不去，入舍于经脉，内连五藏，散于肠胃，阴阳俱感，五藏乃伤。此邪之从皮毛而入，极于五藏之次也。”说明外感之邪进一步发展，由浅入深，由气入血，沿气血流行

路径可依次传入孙络、络脉、大络、经脉、脏腑，据此邪传次序，刺营血之法也有浅取孙络、中取大络、深取经脉之不同。病邪若聚留于局部血络而不再传行则可成为结络，阻塞气血，引发多种病变，对应的则有刺络解结之法。

(1) 经刺络刺，解结泻邪

《经脉》云：“经脉者常不可见也，其虚实也以气口知之，脉之见者皆络脉也。”“故诸刺络脉者，必刺其结上。甚血者虽无结，急取之以泻其邪而出其血，留之发为痹也。”此论经络深浅，实指血脉也。伏行之经脉即动脉和深部静脉，浅出的络脉即浅静脉及分支，结络即瘀滞的浅静脉，孙络即细小静脉血管。《灵枢·血络论》曰：

“血脉者，盛坚横以赤，上下无常处，小者如针，大者如筋，则而泻之万全也。”《刺节真邪》则云：“一经上实下虚而不通者，此必有横络盛大于大经，令之不通，视而泻之，此所谓解结也。”

“（脉）坚紧者，破而散之，气下乃止，此所谓以解结者也。”《三部九候论》亦云：“上实下虚，切而从之，索其结络脉，刺出其血，以见通之。”《官针》谓“经刺者，刺大经之结络经分也”，“络刺者，刺小络之血脉也”，故经刺和络刺即刺络法和刺孙络法。

《九针十二原》介绍刺络法要领云：“血脉者，在腧横居，视之独澄，切之独坚。”“必无留血，急取诛之。”“持针之道，坚者为宝，正指直刺，无针左右，神在秋毫，属意病者，审视血脉者，刺之无殆。”所谓“宛陈则除之”。

泻络之针具为锋针，现代称三棱针，《九针十二原》所谓“锋针者，刃三隅，以发痼疾。”

《官针》曰：“病在经络痼痹者，取以锋针。”刺络泻邪而兼养正者则用毫针。《九针论》曰：“毫针，取法于毫毛，长一寸六分，主寒热痛痹在络者也。”“邪之所客于经而为痛痹，舍于经络者也。故为之治针，令尖如蚊虻喙，静以徐往，微以久留，正气因之，真邪俱往，出针而养者也。”

(2) 大络奇邪，缪刺取之

《灵枢·经脉》所论十五大络，即十二经之别络、任督二脉大络和脾之大络，其病理特殊，取法也与经之结络和孙络有所不同。正如《三部九候论》所云：“经病者，治其经；孙络病者，治其孙络血；血病身有痛者，治其经络，其病者在奇邪，奇邪之脉则缪刺之。”《缪刺论》云：“今邪客于皮毛，入舍于孙络，留而不去，闭塞不通，

不得入于经，流溢于大络，而生奇病也。夫邪客大络者，左注右，右注左，上下左右与经相干，而布于四末，其气无常处，不入于经俞，命曰缪刺。”十二经别络之缪刺法详见《缪刺论》，此不赘述。

缪刺法也用毫针。《缪刺论》就说：“邪客于足少阳之络，令人留于枢中痛，髀不可举，刺枢中以毫针，寒则久留针，以月死生为数，立已。”

(3) 邪入经脉，凭九候取

当外邪甫入经脉，尚未与脉中真气相合，治当遵循《素问·离合真邪论》候邪及泻邪之法，“夫邪之入于脉也……亦如经水之得风也，经之动脉，其至也亦时陇起。其行于脉中循循然，其至寸口，中手也时大时小，大则邪至，小则平。其行无常处，在阴与阳，不可为度，从而察之，三部九候，卒然逢之，早遏其路。”“夫邪去络入于经也，舍于血脉之中，其寒温未相得，如涌波之起也，时来时去，故不常在。故曰方其来也，必按而止之，止而取之，无逢其冲而泻之……此攻邪也，疾出以去盛血，而复其真气。此邪新客，溶溶未有定处也，推之则前，引之则止，逆而刺之……刺出其血，其病立已。”论中还进一步指出，候气不当，正邪不分，则犯虚虚实实的错误，所谓“候邪不审，大气已过，泻之则真气脱，脱则不复，邪气复至，而病益蓄。”

若邪入既久，“真邪以合，波陇不起”，当“审扞循三部九候之盛虚而调之，察其左右上下相失及相减者，审其病藏以期之。”即遵从三部九候之诊，根据经脉上下营血之虚实而左右调之，《缪刺论》称之为巨刺法，所谓“邪客于经，左盛则右病，右盛则左病，亦有移易者，左痛未已而右脉先病，如此者，必巨刺之。必中其经，非络脉也。”巨刺法虽然也有左右对取的特点，但要与刺大络之缪刺法加以区别。《调经论》曰：“身形有痛，九候莫病，则缪刺之；痛在于左而右脉病者，巨刺之，必谨察其九候。”凭脉鉴别甚明。

(4) 调十二经，各守其度

《经脉》指出经脉“内次五藏，外别六府”，“所以能决死生，处百病，调虚实，不可不通。”《调经论》云：“五藏之道，皆出于经隧，以行血气，血气不和，百病乃变化而生，是故守经隧焉。”故脏腑之病皆取之于经脉气血，当凭三部

九候及形色之诊明阴阳脏腑虚实，择四时五输及原穴合穴，候气得气而依深浅法度而行补泻。

《官针》谓“病在五藏固居者，取以锋针，泻于井荣分输，取以四时。”即泻经脉法。又云“病在脉，气少当补之者，取以鍤针于井荣分输。”《九针十二原》则谓“鍤针者，锋如黍粟之锐，主按脉勿陷，以致其气。”是为补经脉法。

然十二经脉之所行深浅有别，气血多少不同，各经针刺深度和施泻时长也有所差别。《灵枢·经水》云：“夫经水之应经脉也，其远近浅深，水血之多少各不同，合而以刺之奈何？……足阳明，五藏六府之海也，其脉大血多，气盛热壮，刺此者不深弗散，不留不泻也。足阳明刺深六分，留十呼。足太阳深五分，留七呼。足少阳深四分，留五呼。足太阴深三分，留四呼。足少阴深二分，留三呼。足厥阴深一分，留二呼。手之阴阳，其受气之道近，其气之来疾，其刺深者皆无过二分，其留皆无过一呼。”文中还告诫说：“刺而过此者，则脱气”，乃警告刺营泻实时，不可过深久泻。

《灵枢·逆顺肥瘦》云：“临深决水，不用工力，而水可竭也；循掘决冲，而经可通也。此言气之滑涩，血之清浊，行之逆顺也……血清气（滑），疾泻之则气竭焉……血浊气涩，疾泻之则经可通也。”此示警于深刺泻营血时，勿伤动脉。血清气浊者，阴之动脉血赤滑利，决之自溢而射不可止，故忌泻慎用，畏其竭精气也。血浊气涩者，阳之静脉血黑滞浊，循掘之使瘀血得泻，则可以通营卫。

3.3 刺形体，齐病所皮肉筋骨

“病有浮沉，刺有浅深”，此大原则也。候气之所在而刺之，专指刺气之层面，乃深浅之一端也。然人为形体、气血、精神之合体，精神有五脏六腑之出入，气血有营卫经络溪谷之分，形体有皮肉脉筋骨之别。《寿夭刚柔》云：“余闻刺有三变……有刺营者，有刺卫者，有刺寒痹之留经者……刺营者出血，刺卫者出气，刺寒痹者内热……营之生病也，寒热少气，血上下行。卫之生病也，气痛时来时去，怫忤贵响，风寒客于肠胃之中。寒痹之为病也，留而不去，时痛而皮不仁。”正由于卫气、营血、形体所病不同，故曰“刺有三变”，产生刺气、刺血、刺形体寒痹三种刺法。刺形体寒痹，也要深浅得宜，即遵循

“刺齐”之原则，只刺及皮肉脉筋骨五体中已病之层面，而勿伤无辜。

《素问·刺齐论》曰：“黄帝问曰：愿闻刺浅深之分。岐伯对曰：刺骨者无伤筋，刺筋者无伤肉，刺肉者无伤脉，刺脉者无伤皮，刺皮者无伤肉，刺肉者无伤筋，刺筋者无伤骨……刺骨无伤筋者，针至筋而去，不及骨也。刺筋无伤肉者，至肉而去，不及筋也。刺肉无伤脉者，至脉而去，不及肉也。刺脉无伤皮者，至皮而去，不及脉也。所谓刺皮无伤肉者，病在皮中，针入皮中，无伤肉也。刺肉无伤筋者，过肉中筋也。刺筋无伤骨者，过筋中骨也。”

《官针》介绍了病在皮肉脉筋骨的不同刺法，及其和五脏通应的关系，曰：“凡刺有五，以应五脏。一曰半刺；半刺者，浅内而疾发针，无针伤肉，如拔毛状，以取皮气，此肺之应也。二曰豹文刺；豹文刺者，左右前后针之，中脉为故，以取经络之血者，此心之应也。三曰关刺；关刺者，直刺左右，尽筋上，以取筋痹，慎无出血，此肝之应也，或曰渊刺，一曰岂刺。四曰合谷刺；合谷刺者，左右鸡足，针于分肉之间，以取肌痹，此脾之应也。五曰输刺；输刺者，直入直出，深内之至骨，以取骨痹，此肾之应也。”

《素问·长刺节论》则对几种深层刺法的具体进针路径有所补充：“病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹，刺筋上为故，刺分肉间，不可中骨也，病起筋灵病已止。病在肌肤，肌肤尽痛，名曰肌痹，伤于寒湿，刺大分小分，多发针而深之，以热为故，无伤筋骨……诸分尽热病已

止。病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，寒气至，名曰骨痹，深者刺无伤脉肉为故，其道大分小分，骨热病已止。”病处得热而病止者，正所谓“刺寒痹者内热”。内热者，谷气至也，表明邪气已泻，正气来充。《针解篇》云“刺虚须其实者，阳气隆至，针下热乃去针也”，皆此一理。于筋骨之寒痹顽固者，还有焮刺法，即燔针劫刺和焮针药熨，以火热之力强力散邪。

《灵枢》介绍的刺形体的专用针具有圆利针和长针。《官针》云：“病痹气暴发者，取以员利针。”《九针论》曰：“员利针，取法于鼈，微大其末，反小其身，令可深内也。”《杂病》示例云：“膝中痛，取犊鼻以员利针，发而间之，针大如鼈，刺膝无疑。”《官针》论长针则云：“病在中者，取以长针。”《九针十二原》亦云：“长针者，锋利身薄，可以取远痹。”长针长七寸，长度是其它针具的数倍，显然是为深刺远刺所设。《官针》还说：“病痹气痛而不去者，取以毫针。”则知毫针所用甚广。

《刺要论》指出刺五形体时失之刺齐，往往会败伤无辜：“是故刺毫毛腠理无伤皮，皮伤则内动肺，肺动则秋病温疟，泝泝然寒慄。刺皮无伤肉，肉伤则内动脾，脾动则七十二日四季之月，病腹胀烦不嗜食。刺肉无伤脉，脉伤则内动心，心动则夏病心痛。刺脉无伤筋，筋伤则内动肝，肝动则春病热而筋弛。刺筋无伤骨，骨伤则内动肾，肾动则冬病胀腰痛。刺骨无伤髓，髓伤则销铄胫酸，体解（个亦）然不去矣。”是为戒！

（责任编辑：殷鸿春）

【作者简介】王友军，副主任医师，1992年毕业于北京中医学院，在陕西中医学院附属医院从事临床和教学工作十余年。2006年旅英，2013年至2015年任英国中医师学会常务副会长和《英国中医》杂志主编，现任学会学术顾问。悬壶之余，致力于经典中医理论的还原研究和传统方药理法的发掘整理，已发表学术论文有“论升阳之用在肝胆”、“毫针补泻述要和例

解”、“用茶治泄痢古方考析”、“宋代之蜡茶入药”、“望而知之谓之神：望气诊法初探”、“闻而知之谓之圣：五音诊法初探”、“从时空特性和刻度原理看阴阳的自然科学本质”、“五气经天的天文学解读”等。

电子邮箱：chuanshizhaizhu@gmail.com

《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.

李曰庆教授应用解毒活血栓治疗慢性前列腺炎的临床疗效总结

Observation of Jiedu Huoxue Suppositories for Chronic Prostatitis

张春和, 李曰庆; ZHANG Chun-he, LI Yue-qing

【摘要】目的 观察解毒活血栓治疗慢性前列腺炎的临床疗效。方法 将 90 例慢性前列腺炎患者随机分为治疗组 60 例, 对照组 30 例。治疗组应用解毒活血栓每次 1 枚, 使用指套于早、睡各 1 次将栓剂推入肛肠深部; 对照组应用前列安栓每次 1 枚, 每晚睡前 1 次。两组均连续用药 4 周为 1 疗程。观察两组 NIH-CPSI 评分、前列腺液常规及不良反应。结果 治疗组总有效率为 80.0%, 对照组总有效为 66.7%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组 NIH-CPSI 总评分治疗前后分别为 (24.3 ± 7.3) 分和 (11.7 ± 5.6) 分 ($P < 0.01$), 平均降低 10.7 分, 对照组 NIH-CPSI 总评分治疗前后分别为 (23.8 ± 7.4) 分和 (14.4 ± 6.2) 分 ($P < 0.05$), 平均降低 7.9 分, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。疼痛症状评分治疗组明显优于对照组 ($P < 0.01$)。结论 解毒活血栓是治疗慢性前列腺炎安全、有效、使用方便的一种方法, 值得临床推广应用。

【关键词】解毒活血栓; 慢性前列腺炎; 疗效

Abstract: [Purpose] To observe the effect of Jiedu Huoxue Suppositories (解毒活血栓) in the treatment of chronic prostatitis. [Method] 90 patients of chronic prostatitis are randomly selected into two groups, 60 in the treatment group(TG) and 30 in the controlled group (CG). For patients of TG one blister of Jiedu Huoxue Suppositories is applied each time in the morning and before bedtime, carefully inserted deep into the rectum with gloved finger; for CG, one piece of Prostant is applied once daily in the same way before bedtime. Both are given continuously for a treatment course of four weeks. The NIH-CPSI scores, results of routine prostatic fluid test and side effects are observed. [Result] The response rate of TG and CG are 80.0% and 66.7% respectively. The difference between the two groups is statistically significant ($P < 0.05$). The scores of NIH-CPSI of TG are 24.3 ± 7.3 before treatment and 11.7 ± 5.6 after ($P < 0.01$), 10.7 points reduced averagely, while the NIH-CPSI scores of CG are 23.8 ± 7.4 and 14.4 ± 6.2 before and after treatment ($P < 0.05$) with an average of 7.9 points reduced. The difference between two groups is statistically significant ($P < 0.05$). The change of the score of pain in TG is also better than CG ($P < 0.01$). [Conclusion] Jiedu Huoxue Suppositories is a safe, convenient and effective treatment for chronic prostatitis and thus its clinical application is recommended.

Keywords: Jiedu Huoxue Suppositories; chronic prostatitis; therapeutic effect

慢性前列腺炎 (chronic prostatitis, CP) 是男科常见疾病之一, 据统计 35 岁以上男性 35%~40% 患有本病, 症状复杂, 病程较长, 久治不愈会对患者的身体和精神健康造成一定的影响。近年来, 以直肠给药的途径进行治疗已成为一种重要方法。解毒活血栓是专门用于治疗慢性前列腺炎的直肠给药制剂。2017 年 1 月至 12 月对接受解毒活血

栓经直肠用药治疗的 60 例 CP 患者的疗效进行了观察, 现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 90 例患者来源于云南省中医医院男科门诊, 均确诊为慢性前列腺炎, 随机分为治疗组和对照组。其中治疗组 60 例, 年龄 22~50 岁, 平均 (32.5 ± 5.5) 岁; 病程 2~43 个月, 平

均 (5.9±3.7) 个月;慢性前列腺炎症状积分指数 (NIH-CPSI)^[1]:轻度 16 例,中度 27 例,重度 17 例。对照组 30 例,年龄 22~46 岁,平均 (33.4±5.7) 岁;病程 2~48 个月,平均 (6.2±3.4) 个月;NIH-CPSI:轻度 9 例,中度 13 例,重度 8 例。两组病人的年龄、病程、症状等情况比较差异无显著性 (P>0.05),具有可比性。

1.2 病例选择 西医诊断标准参照《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》(2011 版)^[2]关于慢性前列腺炎诊断标准制定。(1)尿频、尿急、尿不尽,尿后有白色分泌物溢出,排尿不畅,小腹、腰骶部、会阴、睾丸、阴茎胀痛或不适。(2)肛门指检有前列腺增大,或略增大,质地较硬或有硬结,表面不平,欠光滑,有压痛。(3)前列腺液镜检白细胞>10 个/HP,卵磷脂小体减少或消失。排除标准:(1)前列腺肿瘤患者;(2)膀胱过度活动症、神经源性膀胱、间质性膀胱炎、腺性膀胱炎等;(3)肛门直肠疾病患者;(4)严重烟酒嗜好和药物成瘾者。

1.3 治疗方法 治疗组应用解毒活血栓(珠海星光制药有限公司生产),使用前先清洗肛门周围,每次 1 枚,使用指套于早、睡各 1 次将栓剂推入肛肠深部。对照组应用前列安栓(珠海丽珠制药集团生产),使用方法与解毒活血栓相同,每次 1 枚,每晚睡前 1 次。两组均连续用药 4 周为 1 疗程。所有患者治疗前、治疗 4 周后均对 NIH-CPSI 评分、前列腺按摩液中白细胞和卵磷脂小体计数进行观察。两组治疗期间忌食辛辣醇酒

厚味、禁饮酒及浓茶,节房事,调情志。注意观察不良反应。

1.4 观察指标 采用 NIH-CPSI 评分(包括疼痛症状评分、排尿症状评分及生活质量评分)、前列腺按摩液中卵磷脂小体和白细胞计数。

1.5 疗效标准 参考卫生部新药评审中心制定的《中药新药治疗前列腺炎临床研究指导原则》的疗效标准^[3]。临床治愈:NIH-CPSI 积分减少≥90%;显效:NIH-CPSI 积分减少 70%~89%;有效:NIH-CPSI 积分减少 35%~69%;无效:NIH-CPSI 积分减少<35%或无变化。以治愈、显效和有效病例计算总有效率。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件进行统计学处理,自身对照配对 t 检验比较给药前后各项观察指标的差异,疗效比较采用 Ridit 分析,P<0.05 被认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 综合疗效 治疗组总有效率为 80.0%(48 例),对照组总有效为 66.7%(20 例),两组比较差异有统计学意义(P<0.05)。治疗组 NIH-CPSI 总评分治疗前后分别为 (24.3±7.3) 分和 (11.7±5.6) 分 (P<0.01),平均降低 10.7 分,对照组 NIH-CPSI 总评分治疗前后分别为 (23.8±7.4) 分和 (14.4±6.2) 分 (P<0.05),平均降低 7.9 分,两组比较差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 1:

表 1 两组疗效比较

分组	例数	治愈 (%)	显效 (%)	有效 (%)	无效 (%)	有效率 (%)
治疗组	60	8 (13.2)	21 (35.0) *	19 (31.6)	14 (23.3)	80.0 [△]
对照组	30	3 (10)	6 (20.0)	11 (36.6)	11 (36.7)	66.7

与对照组比较, *: P<0.01, △: P<0.05

2.2 疼痛症状、排尿症状及生活质量评分治疗前后变化 两组在治疗一个疗程后,疼痛症状评分治疗组明显优于对照组 (P<0.01);排尿症

状及生活质量评分治疗前后对照均有下降 (P<0.05),但两组间对照差异无统计学意义 (P>0.05)。见表 2。

表 2 治疗前后疼痛症状、排尿症状及生活质量评分变化 ($\bar{x}\pm s$)

分组	疼痛症状评分		排尿症状评分		生活质量评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

治疗组	8.8±2.2	3.2±1.5	6.5±1.7	3.5±1.5	9.2±3.4	5.2±2.6
对照组	8.6±2.3	4.8±2.2	6.3±1.8	3.8±1.5	8.8±3.4	5.5±2.3

2.3 前列腺按摩液中卵磷脂小体和白细胞计数治疗前后变化 治疗组 EPS 中卵磷脂小体较治疗前明显增加 ($P<0.05$), 白细胞计数较治疗前有所减少 ($P>0.05$)。对照组 EPS 中卵磷脂小体较治疗前有所增加 ($P>0.05$), 白细胞计数较治疗前有所减少 ($P>0.05$)。

2.4 不良反应观察 与药物有关的不良反应均为腹泻或肛门刺激症, 患者均可耐受, 无严重不良反应。两组比较, 情况相当。

3 讨论

慢性前列腺炎主要表现为会阴部不适, 阴茎、睾丸、小腹疼痛, 尿频, 尿急, 尿痛, 尿不尽感等, 该病具有病程长, 难以治愈, 容易反复发作等特点。近年来, 随着对慢性前列腺炎认识的转变及随之产生的新的分类方法, 使其治疗策略转向以改善症状为主, 临床上多主张综合治疗, 其中经直肠给药是药物治疗 CP 的一种重要途径。Shafik 等^[4]研究发现, 直肠下段的痔静脉丛与泌尿生殖静脉丛之间有 2~6 条小的痔生殖静脉相交通, 这些交通支将直肠回流的静脉血液单向输送到前列腺周围的泌尿生殖静脉丛。现代医学已证实直肠周围有丰富的动脉、静脉、淋巴丛, 直肠粘膜具有很强的吸收功能, 从而为经直肠途径给药治疗前列腺疾病提供了重要的理论依据。

解毒活血栓由黄连、赤芍、青黛、丹参、冰片、牛膝等药提取、粉碎后制成的外用栓剂, 方中黄连性寒味苦, 外用清热解毒、消肿止痛, 与本病之湿热毒邪蕴结之病机吻合, 故为该方之君药。赤芍苦微寒, 既可清热泻火, 通利膀胱; 又能散瘀通脉, 消肿止痛。丹参苦微寒, 功擅通行

经脉, 活血祛瘀。赤芍和丹参均能祛瘀止痛。以针对“挟瘀”之病机, 共同辅助君药而为臣药。冰片辛苦微寒, 辛散苦泄, 芳香走窜, 故有清热通窍, 消肿止痛之功。青黛咸寒, 咸能入血, 寒能清热, 具有清热泻火解毒之功用, 共为佐药。牛膝既可活血行瘀, 利尿通淋, 引诸药直达病所, 又能补益肝肾, 故为使药。上药合用, 共奏清热解毒, 祛瘀止痛之功。药效学试验证实解毒活血栓能明显抵制消痔灵所致大鼠前列腺组织炎细胞浸润及纤维细胞增生, 还能使前列腺腔内分泌液增多, 能恢复前列腺的分泌功能。对试验性细菌性前列腺炎有明显抑制作用, 能增加小体、降低白细胞计数, 抑制前列腺管内大肠杆菌、金葡萄菌、绿脓杆菌的生长, 抑制其管内或组织间炎细胞浸润。临床观察证实解毒活血栓和对照药前列安栓在总有效率和 NIH-CPSI 总评分比较差异均有显著性 ($P<0.05$), 特别是在改善疼痛方面明显优于对照组 ($P<0.01$), 可能与吸收缓激肽等致痛因素有关。前列腺与直肠相隔, 经直肠给药可使药物迅速渗透到前列腺发挥作用, 同时直肠给药生物利用度高, 所以见效快, 疗效较好。徐罡等^[5]研究也证实前列安栓治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征安全、有效, 患者的依从性较好。由于直肠给药会对直肠有一定刺激作用, 因此有少部分患者会出现腹泻或肛门刺激症状, 但均可耐受。

总之, 解毒活血栓可明显改善慢性前列腺炎患者的临床症状, 降低前列腺按摩液中白细胞计数, 增加卵磷脂小体, 是治疗慢性前列腺炎安全、有效、使用方便的一种方法, 值得临床推广应用。

【参考文献】

[1] Nickel JC, Nyberg L, Hennennfent M. Research guidelines for chronic prostatitis: consensus report from the first national institutes of health international prostatitis collaborative network[J]. Urology, 1999, 54: 229-233.

[2] 那彦群, 叶章群, 孙光. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南 (2011 版) [M]. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 2011. 132-146.

[3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药治疗前列腺炎临床研究指导原则[M]. 第三版. 1997. 52-54.

[4] Shafik A. Anal submucosal injection: a new route for drug administration VI. Chronic prostatitis: a new

modality of treatment with report 11 cases[J]. Urology, 1991, 37 (1) : 61-64.

【作者简介】李曰庆, 主任医师、北京中医药大学东直门医院首席教授, 博士研究生导师。国家及北京市名老中医药专家、第三届首都国医名师。兼任中华中医药学会中医外科分会名誉主任委员、北京中医药学会男科分会名誉主任委员、中国性学会副理事长、中国性学会中医性学专业委员会名誉主任委员、中国中药协会中医药适宜技术专业委员会主任委员、全国中医药高等教育学会临床教育研究会名誉理事长、《现代中医临床》杂志副主编等职。曾任北京中医药大学第一临床医学院(东直门医院、东方医院)院长。1994 年度被评为国家有突出贡献的中青年专家, 并享受国务院政府特殊津贴。

长期从事中医外科、泌尿男科的临床、教学和科研工作, 能熟练应用中西医两法诊治前列腺疾病、男性不育症、性功能障碍、遗精早泄、性传播疾病、泌尿系肿瘤、泌尿系结石等疑难病症, 积累了丰富的经验。曾去日本、法国、韩国、捷克、美国、英国、香港等国家和地区讲学交流, 受到欢迎。

主编新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医外科学》以及《实用中西医结合泌尿男科学》、《中

[5] 徐罡, 鲁军, 唐孝达, 等. 前列安栓治疗慢性前列腺炎: 多中双盲随机安慰剂对照试验[J]. 中华泌尿外科杂志, 2002; 23 (5) : 296-298.

(责任编辑: 陈贇育)

医外科治疗大成》、《中华医学百科全书·中医外科分卷》、《中医老年病学》、《男性不育》、《中西医结合不育与不孕研究新进展》、《前列腺疾病临床荟萃》、《性功能障碍研究新进展》、《女性性功能障碍诊疗学》、《中医外科学题解》等书。培养博士研究生 21 名, 硕士研究生 5 名, 指导博士后 3 名, 带徒 6 名, 指导优秀中医人才 12 名。

【作者简介】张春和, 全国百名杰出青年中医, 云南省中青年学术和技术带头人。中华中医药学会男科分会秘书长, 中国中药协会男科药物研究专业委员会副主任委员, 第八届云南省中医药学会中医男科专业委员会常务副主任委员, 第六届云南省中西医结合学会泌尿外科专业委员会常务副主任委员, 云南省医学会男科学分会第一届委员会副主任委员, 云南省中医药学会生殖医学专业委员会副主任委员。作为课题负责人主持国家自然科学基金项目 3 项、“863”计划课题 1 项、国家“十一五”科技支撑计划 1 项。以第一作者发表学术论文 60 余篇, 主编著作 2 部, 作为副主编编写著作 8 部, 作为编委编写著作 15 部。

·论著·

压痛点临床诊疗的思路与实践

Tender Points Based Diagnosis and Treatment

金峥 JIN Zheng

【摘要】本文论述了全身体表压痛点在中医临床辨证论治理论体系中具有重要的意义, 结合现代医学的精准解剖定位及筋膜链的整体结构观, 把寻找到的全身压痛点归纳融合到传统中医的经络辨证体系中, 具体的阐述了压痛点在临床诊疗中的中西医结合新思路。

【关键词】压痛点; 经络辨证; 筋膜; 精微针灸

Abstract: This paper discusses the significance of tender points on the body surface to the theory of syndrome differentiation and treatment in Chinese medicine. In conjunction with the capability of the modern medical science, such as precise anatomical location and the integrated structural view of the myofascial chain theory, the author tries to adopt the discovery of all tender points into the meridian diagnostic system of traditional

Chinese medicine. In addition, the paper presents some innovative thinking about the integration of Chinese and western medicine in the applications of tender points in clinical treatment.

Keywords: tender points; meridian diagnostics; myofascia; precise acupuncture

1. 概述

压痛点疗法自古有之,《黄帝内经》中有记载,《千金方》中有说明。今借软组织外科学研究之兴盛,又有西学激痛点流行之助推,使得寻找压痛点治病成为了一种流行趋势,哪痛就扎哪的直线思维模式和快捷便利的操作非常符合现代人的“快餐”要求,也因其临床疗效的优势,使之成为治痛医生的首选。然而凡事有利就有弊,当今流行的治疗方法都是在压痛点下针,深入到骨膜或肌肉中间,为了增加局部刺激量和针体本身的强度,使用的针具也越来越粗。这样操作很容易破坏周围的神经血管组织,造成危险,治疗后局部会出现极高的疼痛发生率,成为当今压痛点治疗不可避免的弊端。笔者在 25 年的临床实践中,总结出了一套以全身压痛点检查为手段,以精准解剖定位为基础,以传统经络辨证为核心,以无痛的针刺方法为特色,以立竿见影的疗效为验证标准的多元性针灸疗法。

2. 阿是穴、压痛点和激痛点

阿是穴、压痛点和激痛点都是描述体表压痛点的名词,因为它们提出来的年代不同,内涵的理论不同,作者对它们赋予的理解也不相同,所以就有了不同的名称。但这并不影响我们对全身体表压痛点的归纳与总结。

从传统角度上来看,阿是穴包含了所有的压痛点和激痛点,因为按照阿是穴的本意,只要是能起到治疗作用的压痛点就是阿是穴,但阿是穴的提法过于笼统,缺乏一个具体的归纳与总结。

站在现代医学临床的角度,压痛点的提法更容易被人接受,凡是通过按压就能够引起相应疼痛的地方都可以称之为压痛点。激痛点也是属于压痛点的一种,但激痛点的名称会给人一种更具专业化内涵的感觉。

阿是穴、压痛点和激痛点这三种名称的提出与由来,都是以临床治疗为目的,寻找痛点,消除痛点,治愈疾病是它们三者的共性。所以,抛开名相的异同,寻找共同的特征,才能提高临床疗效,最终造福人类的健康。

3. 压痛点检查属于切

望闻问切四诊中,望闻问都可以采集到客观的数据,比如望舌象,可以通过照相技术永久的保存影像,问诊可以变为问卷形式,闻诊检查,医生和患者也都可以同时听到或嗅到,只有脉诊的客观采集非常困难,每位医生采集来的信息都不同,只能作为医生本人的一个临床辨证论治的参考。

四诊采集信息的目的,就是为了八纲辨证和脏腑辨证的分析归纳,从而辨别出脏腑病位及脏腑的阴阳、气血、寒热、虚实等属性及变化。脏腑是通过经络联系到全身四肢的,当然就可以通过经路上穴位是否压痛来判断哪条经络出了问题。《黄帝内经》中记载,十二经病候与脏腑辨证有着密切的联系,十二经病候中的内脏病候,为脏腑辨证奠定了基础。脏腑辨证的方法,就是在经络病候的基础上,根据邪正盛衰和寒热虚实的性质进行分类而建立起来的。

压痛点的检查是一个医患互动的重要环节。在治疗过程中,通过经络压痛点的位置、数量和强弱变化可以客观的记录疾病的进程,医生和患者都能做到心中有数。

脉诊和压痛点检查法都属于四诊中的切诊。

4. 压痛点与经络辨证

4.1 压痛点的中医临床意义

在《黄帝内经》中就已经论述了压痛点。如《灵枢·背俞篇》记载:“欲得而验之,按其处,应在中而痛解”。就是说内脏如果有病,按压体表某部位,出现反应点后病痛会随即缓解。

同时临床中还会观察到,当人患病时,在体表的一定部位可以出现自发痛,体表部位有时会有一些特殊变化,如皮下结节、皮疹、以及皮肤色泽改变等,这些都可以用来帮助诊断和治疗疾病,因为疾病的反应点与经络穴位有着内在的直接联系。

如《灵枢·九针十二原》里有明确的记载：

“五脏有六腑，六腑有十二原，十二原出于四关，

四关主治五脏。五脏有疾，当取之十二原”。说

明内脏的病症，是可以在四肢部位出现对应关系点的。例如心胸疾患，可以在手厥阴心包经的郄门穴上找到明显的压痛点。

有了体表压痛点，就会有压痛点的经络归属，就会涉及到经络辨证。

4.2 经络辨证与辨证归经

人体十二经脉，内属于腑脏，外络于肢节，故掌握十二经病证的特征，能辨明病之所生和病机虚实之所在。

经络辨证是依据经络的循行部位及其病候，对临床表现进行诊断的一种辨证方法。主要是根据《灵枢·经脉》里所载的十二经脉以及《难经》所载的奇经八脉的病证加以概括而成。根据经脉的循行部位，确定其病证是属于哪一经的病变。

因为体表经络压痛和脏腑病变之间存在着特定的内在联系。脏腑病变会导致相应经络的闭塞，不通则痛，就会在该经络上出现穴位的压痛。所以也可以根据体表的穴位压痛等阳性反应点确定其所在经络，通过经络辨证，进而诊断出脏腑的病变。

5. 经络与筋膜系统

十二经脉在体表左右对称地分布于头面、躯干和四肢，纵贯全身。六阴经分布于四肢内侧和胸腹，六阳经分布于是四肢外侧和头面、躯干。

现代研究表明，人体的筋膜系统与经络的走行分布有着惊人的相似度。四肢经穴大多数定位于肌间隔疏松结缔组织聚集处，少数定位于神经血管束结缔组织处。躯干经穴大多数定位于有多条感觉神经末梢交汇处，少数定位于器官的结缔组织上。头颅部经穴多数定位于神经末梢分布的真皮层致密结缔组织和皮下疏松结缔组织层。颈根部和面部经穴定位于肌间隔疏松结缔组织聚集处。

由此可知，经络在人体分布的解剖学基础与筋膜有很大关联，我们可以把筋膜看成是经络的物质基础。因此我们才可以把现代医学总结出的

压痛点或激痛点与经络系统能够有机的结合在一起了。

从形态学上来讲，《解剖列车》所描述的人体筋膜链与经络的走行也有高度的符合性。

《解剖列车》书中有说：前表线 (SFL)、

后表线 (SBL) 及体侧线 (LL) 的筋膜经线则

分别与胃经、膀胱经、胆经的能量线高度重合。

四条手臂线，从前表线到后表线，非常接近心包

经、肺经、小肠经及三焦经。偶尔才靠近体表的

深前线，对应同样走行于腹腔环绕内脏的肝经，

但在某些区域平行于穿越下肢内侧线的肾经。

经络、腧穴、压痛点这三者从筋膜学的角度，好像找到了可以研究的物质实体。在临床实践中，以局部的解剖位置为定位标准，以整体的经络辨证为思考模式，使得中医针灸临床诊断与治疗都落在了实处。

6. 压痛点的解决方案

6.1 痛患者之所痛

不论是中医古典的阿是穴，现代的宣氏压痛点还是西方的激痛点，都是在压痛点上进行针刺治疗，刺中压痛最强烈的那个点才能带来最好的效果。其治疗过程的痛苦是非常难以让人承受的，这也是很多患者惧怕扎针的缘故。

患者因为疼痛而来就医，治疗上还要痛上加痛，雪上加霜，苦不堪言。笔者经过 25 年的临床实践，总结出来了一套以精准解剖为基础的中医整体辨证针灸治疗体系。是一种以检查全身压痛点为手段，以精准的解剖定位为基础，以传统的经络辨证为核心，以无痛苦的针刺手法为特色，以立竿见影的疗效为验证标准的多元性针灸疗法。笔者将这种多元性的针灸疗法命名为精微针灸。

6.2 精微针灸的治疗原理

如果经络的物质基础是筋膜肌肉系统，那么五脏六腑失衡，反应到经络，就会出现局部筋膜肌肉组织的紧张和压痛。肌肉的紧张、失养，会

造成包裹肌肉的筋膜层出现形态改变，犹如局部粘连形成的“皱褶”，此时就会影响到经络的传导，造成脏腑再次失衡的恶性循环。

皮下的筋膜皱褶粘连现象就像是穿西服时，里面的衬衣袖子没有整理平整，感觉别扭，也影响活动，解决的方法就是拽一下袖口，使里面的衬衣袖平整服帖。

笔者在临床中探索出的压痛点解决方案与此相似。首先，判定寻找出来的压痛点位置所归属的肌筋膜链很重要，在同一个肌筋膜链上才能做到有效的“拽袖口”，使“皱褶”的筋膜恢复平整，其显示的结果就是该肌筋膜上的压痛点立即消失，从而使经络畅通，经络与内脏的信息交换恢复。通过梳理四肢上的经络而稳定了五脏六腑的平衡，这就是精微针灸压痛点治病的原理。

6.3 精微针灸的治疗方法

首先在治疗前要寻找全身压痛点的精确位置，标记出压痛点的具体解剖部位，属于哪块肌肉，上下左右的肌筋膜关联属性，由此也可判断出压痛点的经络归属，再通过压痛的不同反应来判断压痛点的阴阳属性。最后进行整体的经络脏腑辨证。

具体操作是在颈椎两侧，肩井穴部位，肘部和小腿内外侧诸经络上标记出压痛靶点。在前臂及小腿远端选择进针穴位，进针点必须与压痛靶点在同一肌筋膜移行线上，沿皮肤 15° 角平行浅刺进针，针体保持在皮下筋膜层。使用 $0.20 \times 25\text{mm}$ 毫针为最多。

进针后马上检查相应的压痛靶点，压痛感应该是立竿见影的消失。如果压痛靶点上仍有少许不适感，可相应调整进针的方向和深浅，直到压

痛感完全消失。例如在下肢部位，小腿内侧沿脾经有诸多压痛点，只需在小腿远端内侧胫骨后缘选取1点（如三阴交），针尖向上平刺，沿线诸痛点应一次性的全部消失。以此操作方法，身体病变部位所有压痛点都按照这种远端取穴的方法解除以后，留针30分钟。

起针后，再次复查针灸治疗前的压痛不适部位，所有的紧张酸痛感应均消失，肌肉柔软，肌筋膜放松。

6.4 剥洋葱式的治疗过程

人体筋膜由浅入深，无所不包，无处不到，所以疾病的治疗应该是一个剥洋葱式的过程，不要期望着一针除陈疴。由慢性疾病所反应出来的急性症状都是非常复杂的，需要医生和患者静下心来，由浅入深的把病层层“剥离”掉。

每一层的筋膜组织都有相对的解决方法，但原理是相同的。针灸是手臂的延长，可以直接在皮下“捋平”筋膜的“皱褶”；对于粘连较为严重的局部，可以选择带刃的针灸帮助剥离。当筋膜肌肉系统调理平衡后，身体骨骼关节的排列位置也会随之恢复正常，除了已经长了骨刺或者变形的关节外形不会有大的改变，但疼痛基本都会消失，因为身体上新的平衡已经建立。

每一次的治疗，都会立竿见影的解决掉当时的问题，但又会带来身体上新一轮的再平衡，有时就会出现新的问题，要耐心的向患者解释，增强他们的信心。压痛点的这种无痛疗法确实能给患者带来看得见的稳定疗效，无论是骨伤科疼痛性疾病还是内科的疑难杂症，最终都能带来非常满意的效果。

【参考文献】

[1] 黄帝内经[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013

[2] 宣蛰人. 宣蛰人软组织外科学[M]. 上海:文汇出版社, 2008

[3] (美) 西蒙斯 (美) 特拉沃尔, 上肢肌筋膜疼痛和机能障碍: 触发点手册(第2版)[M]. 北京:人民军医出版社 2014

[4] (美) 珍妮特·特拉维尔 (美) 大卫·西蒙, 下肢肌筋膜疼痛和机能障碍: 触发点手册(第2版)[M]. 上海: 上海世界图书出版公司 2014

[5] 彭增福. 西方针刺疗法治激痛点与传统针灸腧穴的比较[J]. 中国针灸, 2008, 28(5): 349-352

[6] Thomas W Myers. 解剖列车 徒手与动作治疗的肌筋膜经线[M]. 关玲, 周维金, 翁长水译. 3版. 北京:军事医学科技出版社, 2015

[7] 原林, 筋膜学[M]. 北京:清华大学出版社, 2011

[8] 王军, 筋膜学[M]. 乌鲁木齐:新疆人民出版社, 2015

[9] 赵云丽, 筋膜与经络研究进展[J]. 中国中医药杂志, 2011, 26(8): 1671-1675

[10] 祝总骧, 针灸经络生物物理学[M]. 北京:北京出版

社, 1989

[11] 盖国才, 盖氏穴位诊断法 [M]. 北京: 学苑出版社, 2012

[12] 郝金凯, 实测经络针灸疗法 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008

(责任编辑: 周华芝)

【作者简介】金崢, 毕业于天津中医药大学针灸骨伤专业, 师承中国第一代中西医结合骨科专家尚天裕、李汉民教授; 曾拜师北少林派按摩疗法创始人李墨林弟子天津名医吴卫华为师学习推拿; 拜针刀医学创始人朱汉章教授为师学习针刀, 并被针刀医学专家崔秀芳教授收为入室弟子。骨伤科临床擅长手法整复, 为南北流派骨伤传统疗法继承人。在旅英临床实践过程中, 曾拜腹针薄智云教授学习腹针; 拜旅法名医颊

针王永洲教授学习颊针; 拜旅法名医时空针灸创始人朱勉生教授学习时空针灸; 拜旅法英名中医朱步先老师为师, 学习中药方剂。以独特方法治疗软组织损伤及脊柱相相关疾病。擅长以无痛针灸来解决临床疑难杂症。曾担任英国中医师学会 (FTCMP) 常务副会长, 于 2012 年与马伯英教授、朱步先老师共同创建《英国中医》杂志, 现被英国中医师学会 (FTCMP) 聘为学术顾问。

·经典研究·

小议“苦补”

On Tonic Effect of Bitter Herbs

朱步先 ZHU Bu-xian

【摘要】五味各有所宜, 亦各有补泻, 然而临床中, 甘味的补益功能被滥用, 而苦味的补益被忽略。本文从中医药的理论源头到临床实践详细阐述“苦补”的重要意义, 回归传统, 启发智慧, 拓宽临床思路。

【关键词】苦补; 经典研究; 朱步先

Abstract: The five flavours are connected with the medical functions of the herbs, and each can replenish the Qi and Blood of particular organs according to the theory of the five elements. In clinical reality, most of the practitioners of Chinese medicine over focus on the tonic effects of the sweet herbs but neglect that of the bitter herbs. In this paper, the deep thinking of the classical Chinese medical theory about the replenish effects of bitter herbs is presented in order to broaden the views of the TCM doctors and showcase the authentic theory of TCM.

Keywords: tonic effect of bitter herbs; classical research; ZHU Bu-xian

苦者甘之反, 用味苦之品作补益之用称作“苦补”。习俗以甘为补, “苦补”易为人所忽略, 兹特拈出以醒学人耳目。

“苦补”之说, 散见于历代典籍, 撮其大要有“坚阴”“养气”二义。《素问·脏气法时论》:

“肾欲坚, 急食苦以坚之, 用苦补之。”《周礼·天

官》: “凡药, 以酸养骨, 以辛养筋, 以咸养脉, 以苦养气, 以甘养肉, 以滑养窍。”一则针对肾主封藏立论, 一则强调固护元气。肾得坚则精固, 气得坚则气壮, 苦味的妙用如此。蓄精养气不仅为医家所重视, 亦堪称养生家的枕秘。

猪胆汁至苦，然而张仲景《伤寒论》于回阳救逆方中用之。一见于白通加猪胆汁汤（葱白、干姜、生附子、人尿、猪胆汁），治少阴病下利脉微，与白通汤后“利不止，厥逆无脉，干呕烦者”。再见于通脉四逆加猪胆汁汤（炙甘草、干姜、生附子、猪胆汁），治“吐下已断，汗出而厥，四肢拘急不解，脉微欲绝者”。曰，“厥逆无脉”，“脉微欲绝”，心阳衰微，心脉不通，概可想见。姜、附未尝不能回阳救逆，白通汤未尝不能通脉，然值此下利，或霍乱大吐大下之后，水谷津液俱竭，脉管失于充养，通脉无资，若过用辛热，犹恐津液愈涸。猪胆汁味苦入心，直通心脉，质润滋燥，濡养津液，与姜、附化合，阴阳两调，共奏回阳复苏、通脉救逆之功。猪胆汁不仅滋液强心，还能“补胆”（《随息居饮食谱》）。胆属少阳，增其味则益其气，说它借少阳生气以通脉于理亦通。猪胆汁的功用是多方面的，它还能泻肝火、解热毒，治疗目赤、目翳、黄疸、咳嗽、哮喘诸疾，亦当知其有“苦补”之功。

黄连之味苦，恐诸植物药无以过之。猪胆汁入心通脉，黄连亦具这一功能。《外台》用一味黄连治“卒然心痛”即是明证。通脉即能化瘀，南宋医家杨士瀛说它“能去心窍恶血”，这一推理令人信服。由此看来，黄连能清心热、化心瘀，并宁心安神。“壮火食气”，黄连之性寒能益阴，泻火益阴则元气不致受损，故说它“益气”（《日华子本草》）亦无不可。古之道家推崇黄连为长生之药，后人斥为荒诞，但其中某些合理的成分可以汲取利用。惟黄连不能多服、久服，多服则化燥，久服则增气，“气增而久，夭之由也”。所以注重黄连的用量与配伍十分重要。用黄连“养气”，值得一提的是黄鹤丹（香附、黄连），此方出自《韩氏医通》，著者为此方添上一层神秘的色彩，说是“铢衣翁在黄鹤楼所授”。可泛应外感（姜葱汤送下）、内伤（米饮送下）多种疾病。此方“清和其心，条畅其气”（《文心雕龙·养气》），允合养气的要旨。甘能资壅，则气易滞；苦可宣通，则气易行；此是苦胜甘处。一些肿瘤患者，在化疗、放疗后，津伤气耗，形神衰惫，胸闷气短，心慌心悸，烦躁，夜难安寐，口苦，舌偏红，心率偏快，精神负担很重。若蛮补则生热，攻邪则伤正，可谓两难。不妨以黄鹤丹为主方，随证加味，从而减缓化、放疗后引发的机体功能的偏亢，收拾元气，顾护心脏，然后再作它

图。古人谓“洗心退藏”（《易经·系辞上》），此其时矣！

龙胆草之苦一如胆味，能益胆汁。同理，龙胆草“益肝胆气”（《别录》），其能“止惊惕”与益胆攸关，以胆主决断之故。龙胆草是折肝火之良药，而它同样有“苦补”作用。龙胆草功善下行，但它助少阳生发之气，是以降中寓升。降则能泄浊气，升则能助化物，故有健胃之功。近贤张锡纯说它“降胃气，坚胃质……凡胃热气逆、胃汁短少，服之可以开胃进食”。稽之以往，苦寒败胃几成定论，此则苦寒健胃，可见人们对病证的探索、药物性能的认识永无穷期。而一个“坚”字，可以体悟张氏的用心。肾欲坚，坚则遂封藏之令，方能固摄精气；胃亦欲坚，坚则能固护胃阴，开胃化食。《别录》称黄连“厚肠”，令人疑；若从固护肠液着想，疑亦可释。余因之曰：“黄连能厚肠，龙胆草则能厚胃，蒲公英苦而且甘，尤为厚胃养胃之良品。”总之，从坚肾到坚胃，扩大了苦坚法的应用范围，给人启迪良多。特别是龙胆草苦而微涩，“涩者至苦之中有至酸也”（邹润安语），所以它还有生津作用。苦寒药多性燥，龙胆草还能滋液润燥，其性能之优越不待言矣。历代崇尚温补的医家用苦寒药颇多顾忌，龙胆草戕伐生生之气、沉降太过云云，古籍触目可见，清代医家冯兆张云：“龙胆草大苦大寒，譬之严冬暗淡惨肃，万卉凋残”（《杂证痘疹药性主治合参》）。其说足可骇人，岂敢轻尝！独不解阴尽阳生、剥极则复之理，不足为训。

黄柏味苦性寒，是坚肾的要药。其药用价值代有发明，金元诸家尤多创见。《本经》言其主“五脏肠胃中结热，黄疸，肠痔，止泄痢，女子漏下赤白，阴伤蚀疮”，注重它的祛邪作用；《药性论》首揭其主“男子阴痿”，说明它还能治不足之证，有了新的发现。金元时期，以张洁古为代表的医家用黄柏治痿证等获验，直称其“泻膀胱相火，补肾水不足，坚肾生骨髓”（张洁古），“走至阴，有泻火补阴之功”（朱丹溪），彰显其能补的一面。肾主骨，黄柏直入阴分，潜行骨间，清骨间之热，燥骨间之湿，坚骨生髓。清中兼滋，泻中能补，远非它药所能比拟。兹就其治阳痿简言之：阳痿多属肾阳亏虚，然情怀不畅，所愿不遂，相火内炽，火郁不达而致痿者亦复有之。当代名医费开扬先生曾用大剂黄柏（15克）伍入熟地，坚肾与滋填相配，治此证获验，为先

生独到之见。笔者在英国行医多年，尝见一些患者体型魁梧，虽时届中年，但阳痿不举，多方求治，苦无效机，多伴见抑郁、易怒、心烦、口苦、尿黄诸症；有的血压偏高，有的前列腺发炎；于是以黄柏（6 克）为主药，配合川楝子、白蒺藜、香附、郁金疏泄厥阴，车前子滋肾导热，屡屡收效，深信其起痿之功不虚。于此可以参悟，苦以补之，苦以坚之，还具振颓起废之意。

要之，甘苦辛酸咸五味各有所宜，甘能补，苦亦能补，推之辛酸咸亦然，惟用之得当、勿使太过而已。良工合五味而用之，补偏救弊以致于平。

养气之义宽，补气之义窄，养气则补气已在其中。气即阴液所化，阴液乃气所生，“坚阴”“养气”一以贯之。

苦入心，清心为养气第一要义，乃“以苦养气”隐而不发之旨。涤除烦恼，少生妄念，淡泊自甘，清和其心，“水停以鉴，火静而朗”，庶几能养浩然之气。

（责任编辑：陈赞育）

【作者简介】朱步先，男，江苏泰兴人，著名中医学者和临床家。始承家学，后拜朱良春和朱则如为师，已从医五十余载。曾任江苏省泰兴中医院副院长、《中医杂志》副社长兼编辑部主任、《中国大百科全书·传统医学卷》编委及理论分支副主编、《中国医学百科

全书·中医学》编委、《现代中医内科学》副主编等。1992 年旅英，专注于中医临床及学术研究，出版有《〈普济本事方〉发微》和《寒热并用药对串解》两部专著。英国中医师学会顾问，《英国中医》杂志创刊人之一，学术顾问委员会首席顾问。

·经典研究·

《金匱要略》同病异治条文粗探

On Different Treatments for the Same Disease from Clauses of *Golden Chamber*

Synopsis

陈赞育 CHEN Zan-yu

【摘要】同病异治是中医药学的特色之一。本文通过对《金匱要略》胸痹心痛短气病脉证治第九中枳实薤白桂枝汤、人参汤；茯苓杏仁甘草汤、橘枳姜汤；痰饮咳嗽病脉证并治第十二中苓桂术甘汤、肾气丸；大青龙汤、小青龙汤；水气病脉证并治第十四中越婢加术汤、甘草麻黄汤等五组同病异治条文的深入分析，发掘体悟医圣心法，冀能有利于当代中医临床。

【关键词】《金匱要略》；同病异治

Abstract: The principle of different treatments for the same disease is one of the most important advantages of the Chinese Medicine. By thoroughly analyzing five special clauses of the *Golden Chamber Synopsis* (Chapter 9: Zhishi Xiebai Guizhi Decoction, Renshen Decoction; Fuling Xingren Gancao Decoction, Ju Zhi Jiang Decoction. Chapter 12: Ling Gui Zhu Gan Decoction, Shen Qi Pills; Da Qing Long Decoction, Xiao Qing Long Decoction. Chapter 14: Yue Bi plus Zhu Decoction, Gancao Mahuang Decoction), this essay tries to approach the ancient thoughts to benefit modern Chinese medical practice.

Keywords: *Golden Chamber Synopsis*; different treatments for the same disease

经云：治病必求其本。异病同治、同病异治是中医临证的重要特色和有效利器，也是中医理论体系的重要组成部分，是我们早慧的先人留给我们的宝贵财富。然而由于在临床实际应用中不易掌握，同时受到现代医学相对直观量化医疗体系的干扰，使这一伟大法宝蒙尘。

笔者兹就《金匱要略》中五个同病异治的条文进行粗浅的分析，希望能从中一窥医圣苦心，并能裨益于临床。

一

《金匱要略》卷上胸痹心痛短气病脉证治第九有：“胸痹心中痞，留气结在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之，人参汤亦主之。”

胸痹一症，因寒、痰、停饮，壅塞胸中，闭阻阳气而成。胸中者，心肺之所处，天气之所居，丽日当空，神明发生。一旦气机闭塞，心阳难畅，则胸痹心痛，短气以息。医圣云“阳微阴弦，即胸痹而痛。所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹、心痛者，以其阴弦故也。”

治之之法，医圣以栝蒌、薤白为用。栝蒌甘寒而苦，色金黄而形圆，善入胸中而涤痰。薤白辛温而香，色白而形锐，善通阴闭之郁阳，破结散气，尤宜胸腹结滞。有此二品，胸中之窒塞可除。然而又有心中痞，显见气滞于胃脘；留气结在胸，添胸满之症；胁下逆抢心乃是木气横干，心胃不守之征。凡此三象，栝蒌、薤白已不能独善其功，医圣以枳实、厚朴行气散满，破气除积，又以桂枝平降冲逆。药证相合，丝丝入扣。

胸痹而痛，阳微为本，阴弦为标，此医圣已有明训，勿需赘言。此症兼见胸腹痞塞，气滞而满，可见中焦不运，气血生化乏源，宗气无以化生，应为心胸窒塞之由。胁下逆上抢心，亦可为中焦虚寒，土失温煦，肝木乘土所致。诸多虚邪不足，皆起中焦，温中助阳，补益中气，为治本之治。医圣示以“人参汤亦主之。”

人参汤药仅四味，与理中丸略同。人参大补元气，健运中州，为药中之王，医圣以之名方，可见此方之用。白术益气而燥湿，去中焦之湿满。甘草助参、术以健运，伍干姜以散寒，又能入心安中。四药合用同煮，汤者荡也，取其力雄效速。

与人参汤相似之理中丸方出《伤寒论》，主大病差后，喜唾，久不了了，胸上有寒，以丸药

温之，乃是缓图之法，且以炙甘草重镇中州，与理中之名契合。医圣名方遣药，精细如此，后学焉可不深思！

病症相同，而治法不同，同病异治，必细审其所因。凡此类条文，医圣皆字斟句酌，欲垂活法与后世。从此条来看，胸痹心中痞已现中上二焦之气机壅塞，通痹导痰，理气开痞可解病者所急；健运中焦，兼益胸中宗气，可培本赞化，塞因塞用，不通而通。其中玄机在于医者消息出入，随机应变。痞塞窒满，短气不足以息，脉象阴弦而急，萎薤枳朴当为正治；痞而微满，扪之虚软，胁下心下水饮拱筑，喜唾而悸，脉象阳微而迟，参术姜草实为良方。过于拘泥于死法成方都是不能满足临证需要的。

二

《金匱要略》胸痹心痛短气病脉证治第九有：“胸痹，胸中气塞，短气，茯苓杏仁甘草汤主之，橘枳姜汤亦主之。”

胸中痰气交阻而为痹，未见萎、薤，当不是阳微阴弦的重症。胸中气塞、短气应为仅见之症，气滞则见胸塞不畅，饮停可见短气不足以息。痰气二因互为因果，推波助澜。气滞则水停，水停则饮聚，饮聚则阳微，阳弱则气失推动而不行。

胸中气滞饮停可同时见于一症，亦可气滞为主因或饮停为主因，其脉舌所示之病机定有不同，有者求之，无者求之，谨慎求证当不难审其所因。若以水饮为主，医圣示以茯苓杏仁甘草汤主之。方中茯苓甘淡而平，色坚白，皮黑色，入土甚深，抱木而生，健脾利水，交通心肾，诚为“饮家圣药”（参见拙文《从《金匱要略》痰饮咳嗽篇看痰饮的用药规律》英国中医 2016-1）。佐以杏仁，入肺而横扩，苦温而降。甘草助茯苓以培土，助杏仁以生金。三药力薄，恐不能一蹴而就，所以方后注有“不差，更服。”中医临证中，医者心中有数，守方不变，并非易事，近代大家岳美中先生曾赞叹蒲辅周老中医高超的守方技巧，笔者颇受启发，获益良多。

如若气滞为患，以致胃气不降，胸中气塞短气，治宜行气化饮，和胃降逆，“橘枳姜汤亦主之”。橘皮入肺脾，理气和中；枳实下气消痰，破滞而消胀，且善走胸腹；生姜化饮和胃，辛散温通，此三品力专开气通痞，较之茯苓杏仁甘草

汤，方向迥异。然而此二方亦可放在一起使用，以治疗气滞饮停并重者。

此条异病同治着力于病机之侧重及疾病发展之不同阶段，与上一条之疾病之标本又有不同。鉴于英国病人的一两周回诊的习惯，笔者对于非紧急的胸痹水饮气滞轻症每每以此二方合用，小剂量，相对长期服用，得心应手，疗效满意。

三

《金匱要略》卷中痰饮咳嗽病脉证并治第十二有：“夫短气有微饮，从小便去之，苓桂术甘汤主之，肾气丸亦主之。”

此处之短气，应是微饮上扰心肺所致，痰饮停于心下，使胸中阳气不振。心阳不布、心气不充，医圣垂示当从小便去之。治以苓桂术甘汤，以茯苓四两为君，入肺肾而通水道，利水湿；逐心肺胸胁痰饮，助心脾阳气之光复。然而茯苓之功，渗利耗阴为胜，补益助阳不足。故配伍桂枝之温阳通散，白术之补脾益气，以助茯苓补益之力。桂枝、甘草匡扶心脾、胸胁阳气，白术、甘草健运中州以治痰饮之根。药虽四味，配伍精巧，法度谨严。

从小便逐而去之，肾气丸也是利水良方。以干地黄色黑滋腻，八两之重大补肾阴，填精补髓，用为君药。山药四两补肺滋肾，金水相生；山茱萸四两甘补酸敛，滋肾养肝，补其子以秘其气，二药共助干地黄补肾填精，固肾水之本。茯苓三两益气渗利，泽泻三两利水泻浊、通膀胱水府，牡丹皮三两泻伏火而清肝，此三品为地黄滋腻、山药壅滞、萸肉敛涩三药之佐，三补三泻，三静三动，用其利而避其害。桂枝一两，炮附子一两温助心肾之阳，启动君相二火，以大队滋肾填精之品涵育肾中真炁，明代儒医景岳先生所谓善补阳者必于阴中求阳，此之谓也！

肾气丸与苓桂术甘汤同治短气有微饮，然一方仅四味，一方八味。一为汤剂，汤者荡也，欲其速效；一为丸剂，丸者缓也，培正缓图。前者急去饮邪，后者慢调肾气。后世学者从此二方共治一证，有“外饮治脾，内饮治肾”之论，笔者以为凡涉饮邪为患，正气不虚，可以推之荡之；正气不足，只可固本温阳，然而脾肾同治，兼理心肺，实为治饮根本。肾气丸补肾温阳以化水，

苓桂术甘汤补土运中以理水，微饮停于心下治法备矣。

四

《金匱要略》卷中痰饮咳嗽病脉证并治第十二有：“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤亦主之。”

“饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮。”水饮为患必脾肾受累，然而归于四肢，可见脏腑阳气不弱，能拒邪于阳位。身体疼重，尤其是沉重之感，汗不能发，可为明征。治之之法，助阳气以发其汗，给水饮以出路，从表而解，因势而导之。

大小青龙汤之别，历代多有论述。朱步先先生谓：“大青龙汤由麻黄、桂枝二汤合方，去芍药加石膏而成。芍药苦泄酸收，有碍青龙之升腾。用石膏者，一则风以鼓之，润以济之，为麻、桂作汗之资，亦犹青龙兴云致雨之意；一则不使龙过亢也。故知大青龙汤乃降水之剂。小青龙汤适用于伤寒表不解，心下有水气之证。由大变小，故谓之‘缩’。钱氏谓将‘龙首藏于蚕蠹’，这真是‘大之则弥于宇宙，细之则摄于毫厘’了。小青龙汤不仅有芍药，复加五味子以敛肺，则青龙无以奋飞，麻、桂专于化水；更加干姜温化水气；细辛润行水；半夏降逆除满；则水焉得不化？故知小青龙汤意不在解表，乃化水之剂”（读书偶拾，《英国中医》2017-2）。言中肯綮，字字珠玑，有茅塞顿开之感。

由此可见，溢饮之身体痛重，或以发而去之，或以化而逐之，同病异治，又是一片新天地。

大青龙能泄郁热而除烦，小青龙能温寒饮而定喘，咸赖助青龙行云致雨之功，非只拘于寒热也。石膏之用，朱步先先生灼见如炬，拘于清热一用者可休矣。仅就大小青龙去溢饮言之，溢饮一症非是伤寒表症，水饮客于四肢，四肢者身体之阳，非麻、桂恐难有此透达之力。六两麻黄恐速汗过汗，而不能横走四肢，故伍以鸡子大石膏一枚，超过三两之量为助，质重而横散，助麻黄缓散横走，饮邪无所匿藏。桂草姜枣养营以护阴助化源，杏仁助石膏横散而降。

小青龙三两麻黄，远轻于大青龙，虽有白芍、五味子之收，但细辛、半夏之散又有过之，无石膏之掣肘，其发散之力也相当可观。但此方去饮

之关键在于振奋心脾肾之阳，使阳气周流，逐饮无碍。如若内寒不化，阳气不运，发散则不能全功，徒伤正气而饮邪难出。桂枝入心，半夏、干姜入脾，细辛入肾，皆辛散温通，堪为大用；甘草、白芍、五味子亦入诸经，一以滋阴益气，一以收敛气机勿使过于耗散。有此襄助，麻黄三两可周流四肢，开鬼门，通水府，溢饮可除。

此或可为发而去之，化而去之之另解。医圣云：“大邪中表，小邪中里”，青龙汤之大小莫非表里之谓乎？亦或梦人痴语乎？

五

《金匱要略》卷中水气病脉证并治第十四有：“里水，越婢加朮汤主之，甘草麻黄汤亦主之。”

里水者，一身面目黄肿，其脉沉，小便不利，故令病水。假如小便自利，此亡津液，故令渴也。越婢加朮汤主之。

里水，后世学者多认为实为皮水，《脉经》注：“一云皮水”，《医宗金鉴》云：“里水之里字，当是皮字，岂有里水而用麻黄之理？”然而皮水脉当浮，治之宜发其汗。而里水脉沉，越婢加朮汤亦非汗剂，所以笔者认为里水非是皮水，此里非皮里，乃肌里也。正如陈修园《金匱要略浅注》云：“谓之里水，乃风水深入肌肉，非脏腑之表里也。”脾主肌肉，越婢汤行水，加白朮健脾培土而利水，更契合病机。

关于越婢汤，朱步先先生谓“越婢汤乃大青龙汤之变方，适用于‘风水恶风，一身悉肿，脉浮不渴，续自汗出，无大热’者。乃水失统御，泛溢肌肤，营卫壅遏，卫表不固之候。方中之麻黄，既无桂枝之助，又为石膏所制，发表无力，转而入里利尿；石膏肃肺行水，味淡亦有利尿之功；生姜疾行卫气，助石膏行水，且与大枣相伍，调和营卫，营卫和则泛溢肌肤的水气无以留著；甘草守护中州，不使水气漫溢。综观全方，行之、导之，俾决渎有权，浮肿顿消。岂止‘龙身化为丝絃’，简直神化无迹了。故知越婢汤乃行水之剂也。”精妙明了，道出越婢汤发表无力，行水利尿之实。加白朮实脾利肌肤之水，更宜于里水一症。

越婢加朮汤逐饮非赖取汗，而且从《中风历节病脉证并治第五》篇后附方“《千金方》越婢

【作者简介】陈赞育，1992年毕业于北京中医学院中医系，后任中药教研室讲师，2000年旅英。曾编著、

加朮汤治肉极，热则身体津脱，腠理开，汗大泄，厉风气，下焦脚弱”可知，里水之宜于越婢加朮汤者当有出汗一症。而甘草麻黄汤方后注有“重覆汗出，不汗，再服”，且要“慎风寒”，其所主里水之证当是表闭而无汗。

有关甘草麻黄汤，论述极少。麻黄四两，倍于甘草，发越之力自不待言。用生甘草，固护心脾而不过于留滞，服后重覆取汗乃是桂枝汤将息法，可见发越有形水饮之难远大于无形之寒。

《金匱要略》原文的下一条“水之为病，其脉沉小，属少阴”，“水，发其汗即已，脉沉者宜麻黄附子汤”。方用麻黄三两，甘草二两，附子一枚。附子起少阴之衰敝自无疑义，麻黄、甘草发汗行水之用昭然也。

里水一症，有汗无汗处方不同，虽药味相似仿佛，而其中差异不可不知。差之毫厘，谬之千里，为医不可不慎！

结语

同病异治是中医临床的利器，不拘于西医病名甚至中医病名，小心仔细求其病机，因证而治。但是一般的辨其证仅仅是疾病病机的一个状态，或者说一个静止的状态，疾病的发展转归与病者的基本身体状况，环境气候等等因素均密切相关。所以同证亦可能异治，经云：“必伏其所主，而先其所因”，虽言阴阳胜复，治之逆从，但亦可为同证异治之训。

后记

拙文求教于朱步先老师，先生回函，颇有新意，笔者时间仓促，俗务缠身，不能完成修改，愿与同道分享朱老师回函。

大作选题很好，我有一点不成熟的意见，聊供参考：可否再加一条您自己的经验给人以启发，譬如喷嚏连连，鼻流清水如注，也有寒热两证，仲景用桂枝汤治鼻鸣，风寒可以用之。现代花粉热则不能用，麻杏石甘之类颇为相宜。不妨假定为：喷嚏连连，鼻流清水如注，桂枝汤主之，麻杏石甘汤亦主之。粗浅之见，诊余一笑！

（责任编辑：周继成）

参与编著及点校 11 部中医著作，包括《本草备要》、《山海经》、《医学三字经语译》、六版《中药学》

教参、《中医美容学》、《图说本草》CD-ROM 等。有多篇论文及杂文发表于《河南中医》、《中国中医药报》、《北京中医药大学报》等。现为英国中医师学

会会长，《英国中医》主编，南京中医药大学英国淑兰中医学院教授。

电子邮箱：liaoXiansanren@hotmail.com

Call for Papers

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

·经典研究·

《伤寒论》笺解：太阳病（续）-桂枝汤证（上）

An Explication of Greater Yang Disease in *Treatise on Cold Damage Diseases* (continued): Syndrome of Cinnamon Twig Decoction (1)

袁炳胜 YUAN Bing-sheng

【摘要】 本文通过对《伤寒论》桂枝汤证相关条文的解读，阐述了 1，太阳病伤风表虚、太阳伤寒表实二证病机本质差异；2，太阳中风表虚桂枝汤证的发病、进退传变与机体正气抗邪部位层次的关系，正邪消长变化与疾病阴阳表里进退的关系；3，《伤寒论》之营卫与《内经》营卫气血概念沿革关系及太阳伤寒寒伤营、太阳伤风风伤卫病机证候关系；4，阐释了“肺为五脏之华盖”及肺与膀胱“脏腑别通”等理论在太阳外感疾病中的临床意义。

【关键词】 伤寒论；太阳病；表实证；表虚证；太阳病篇/伤寒病纲领；病机

Abstract: By explicating the clauses about the syndrome of Cinnamon Twig Decoction in the *Treatise on Cold Damage Diseases*, this essay presents discussions on topics of: a. the pathological difference between the exterior excess syndrome of cold damage and the exterior deficiency syndrome of wind damage in the category of Greater-Yang disease. b. the links between the process of oncome, development and recovery of the Cinnamon Twig Decoction syndrome, also named exterior deficiency pattern of wind damage, and the resisting reactions of the healthy qi at different parts and layers of the body; the correlation from the growth and decline of the healthy qi and pathogen to the pathologic changes in Ying and yang, exterior layer and interior layer, and aggravation or alleviation of disease. c. the succession of the concepts of the nourishing qi and defending qi from the *Huangdi's Internal Classic* to the *Treatise on Cold Damage Diseases*, and the compare of the syndrome of cold damage to the nourishing qi and the syndrome of wind damage to the defending qi in the discussions of Greater-Yang disease. d. the clinical value of the theory of "the lung is the canopy of the five Zang organs" and "the extra links between Zang-Fu organs" applied to the lung and bladder in the case of Greater Yang diseases of external contraction.

Keywords: *Treatise on Cold Damage Diseases*, Chapter of Greater Yang Disease, Greater Yang disease, exterior excess syndrome, exterior deficiency syndrome, mechanism of disease

六、太阳病，发热、汗出，恶风、脉缓者，名为中风^[1]。

1. 中风释名

《素问·骨空论》云“黄帝问曰：余闻风者百病之始也，以针治之奈何？岐伯对曰：风从外入，令人振寒，汗出，头痛，身重，恶寒”^[2]，即太阳病中风之谓也（于其治疗，则谓“治在风府，调其阴阳。不足则补，有余则泻”，以辨有余不足一即辨证候之虚实，取风府以施针补泻，调其阴阳予以治疗）。盖太阳中风者，多为俗所谓感冒“伤风”之谓也。盖“感”“冒”者，言邪之当时不当时也；“中”“伤”者，就轻重而言也。伤风之病，冬春常见，但不唯见于冬、春，如曹颖甫言“大约夏令汗液大泄，毛孔大开，开窗而卧，外风中其毛孔，即病中风，于是有发热自汗之证”^[3]。

2. 中风与“治未病”

但是，风者百病之长，以其性动、开泄，最易伤人；故又常与寒、热、暑、湿、燥诸邪、四季诸瘟时疫、狂犬病、破伤风等各种疠毒之气甚至杂病致病之气相裹挟，而为诸病病邪为病之引导，故很多因为外来病原之邪致病因素导致的疾病初发之时，多伴有恶寒发热等表证现象。所以说风为阳邪（近有认为风之为病，状类于寒，当属阴邪。虽不记谁氏之语，然不识此义，误也），而与外邪致病因素有关的诸病之初，多兼风邪表证。故若能善治其表，于卫阳之气尚健时善于截断疗治之，则或不致入里生变而成患。故《经》言：圣人者，不治已病，治未病。愚意此之谓也。

3. 发热、汗出、恶风、脉缓解

风为阳邪，袭于肤腠表卫之分，卫阳感而应之，与之相争，而为发热；肺脾不足，卫阳之气不固于外，则其人本易汗出、尤为易感风寒之邪；风性开泄，风邪袭表，致腠理不密，故汗出；正邪相争，卫气消耗，表气益疏，故而腠理不密、汗出不固，互为因果，因而虽汗出而发热不解，或发热因汗出而仅得暂解，汗后其人身凉恶风，感风冷而复身热汗出，正邪交争于肌表，但因汗出之故，实兼津（营）气两损之证；而其脉则应之而浮，但虽浮而不强、不紧、不弦劲而势缓也。恶风者，风为致病之邪，人体卫气之自稳机能感而会之以意，发于本能而拒之、恶而欲远之避之，是故伤风恶风也。

七、太阳中风，阳浮而阴弱。阳浮者，热自发；阴弱者，汗自出。啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。

1. 邪正盛衰决定邪正进退和病位所在，皆有候可证、有象可征

就六经而言，邪正之进退，因于邪正盛衰变化以出入三阴三阳；邪之所在，即正之所在。其信而有征者，既可于病候（即病家自觉之症状如或恶风寒、或寒热往来，或但热不寒之三阳证候，或但寒无热之三阴证候）表现出来，也可以由医家脉诊（如脉浮紧、浮缓/无力，脉弦，脉洪大或脉沉、细、芤、迟）以感而应之。

太阳病，风邪外犯，卫阳鼓动与风邪共争于表，以抗邪于外，气血趋表，故热发于表。是风也，为阳也，为表也，脉气应之，故寸脉以浮；腠理疏而汗出于外，脉应之而缓；里气不足，脉轻取则浮，重按则弱，尺脉或亦应之而弱。故轻取而浮者主病在表而发热，重按而弱者主汗出。

又《素问·脉要精微论》云：“上竟上者，咽喉中事也。下竟下者，少腹腰股膝胫足中事也”^[4]，明确揭示出机体生理病机的整体与局部全息感应规律。浮取候阳，沉取候阴；寸脉候阳，尺脉候阴。寸主表病，尺主里病。浮主表病，沉主里病。言阳浮而阴弱者，寸浮大而尺沉小也，浮取脉大可得、而沉取则小也。

啬啬，谓瑟缩之态；淅淅，名洒淅不收之状；以风伤卫，发热汗出，卫阳受损，寒为阴邪，故不惟恶风，亦必恶寒。翕翕，以状欲开难开，欲阖不阖之象，其热随汗出而发于表，营阴卫阳亦随发热、汗出而消耗，故热与汗后，可见恶风寒更甚。

2. 鼻鸣干呕-太阳病、肺气不利与胃气不和辨

虽太阳主身之表，而肺通于天气，华盖五脏，亦主身之皮毛。今风邪犯于太阳之表，不惟太阳受病，而肺表亦受其邪，肺气不利，而为鼻鸣。

因肺主上焦，通于天气，今因邪外犯，肺气郁而不舒；而肺之经脉，出于中焦，还循胃口，上膈属肺^[5]；今肺表受邪，肺气不利，则肺经之气亦不得和利，影响于胃，故可见干呕之证候（此证针尺泽可解，指压代针，亦可获效；即若胃痛之病，亦可针尺泽亦获效）；再则，三焦异位而

同气，今上焦不利，则中气不和，冲逆于上，乃作干呕也；三则，营卫之气，皆出于中焦。今营卫不和于外，则中焦之气与之相感或失其和，而见干呕；但临床外感之变证，或有虽不干呕，但觉纳差不饥者，亦时常可见，不可不知。

桂枝汤总为辛甘温剂，辛味之品有发散解肌、祛邪外出之功能；甘温有益气和中、以资营卫生化之用。盖营卫得和，则自无可容邪之地。是为扶正祛邪之和剂，专主太阳伤风发热汗出，不同于太阳伤寒发热无汗，麻黄汤发汗之专攻表实，不可误也。

胡希恕氏以此鼻鸣干呕二证病机为表不解而气上冲；郑钦安氏以鼻鸣干呕系属阳明之证，盖属太阳之病，而有阳明证见也。主张以桂枝法加干葛、半夏，其说皆可参。而章太炎论太阳病云“大论太阳病一篇，包罗甚广。以膀胱应于毫毛，病自外入，故首以太阳。然小肠之厚薄缓急，与皮及脉之厚薄缓急相应，太阳病先中皮毛，非徒应足太阳膀胱，亦应手太阳小肠。三焦者，名为手少阳，亦应腠理，《（金匱）要略》称腠理者是三焦通会元真之处，血气所注，邪中皮毛而不及腠理，则不能成病，是太阳病兼应三焦也。肺为手太阴，心为手少阴，肺主卫，心主营，气血之大会也。邪中腠理而不及营卫，则暂时不快，不为真病，观中风伤寒初起之证，无不发热，非血脉与外邪抵抗之验乎？桂枝汤证有鼻鸣，麻黄汤证有喘，非呼吸不调之验乎？是太阳病亦兼肺与心也。一病而与五象所应、所合皆相涉，唯未及其脏腑，是以谓之表证”^[5]，实见道真言。而其所谓“太阳病兼应三焦”之说，唐容川氏论《足太阳膀胱经方证》云：“《内经》云‘三焦者，决渎之官，水道出焉’；又云‘膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣’。此‘出’字，非指溺出，又有另外精义存焉。因引陈修园注曰：‘太阳之能气化，则津液能上升外达，出而为汗。所谓出者，谓汗出也，非溺出也’，赞其‘解出甚透’，并阐发‘皮毛者肺之合，肺为水之上源，膀胱为其下流’，故‘发汗兼治肺，利小便亦兼治肺’^[6]，进一步阐明了汗出与水液代谢及肺、膀胱之关系，有助于充分理解太阳表证发热、汗出与肺系证候之间的内在病机关系。

八. 桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热、汗不出者，不可与也。须当识此，勿令误。

1. 太阳中风表虚证与太阳伤寒表实证是太阳病的典型代表

太阳为一身卫外之藩篱，伤寒本为外感病，其邪犯人，太阳者首当其冲。故太阳病，为外感伤寒之主体，而《论》中《太阳病》篇，得占全书过半。盖外邪所伤者表也、阳分也，但邪有轻重之别，气有虚实之异，故其病之发也，亦有所不同。太阳之病，其主要者为两端：一者感邪较轻，表气开泄者，太阳中风表虚风伤卫之桂枝系列证；一则感邪较重者，表气闭郁，太阳伤寒表实寒伤营麻黄汤系列证，此二端，实为入伤寒学之法门。

2. 病同证异，其治不同

与西医药临床之辨病施治截然不同，中医临床是辨病与辨证两种临床思路方法同时存在，根据临床情况，或者辨病治疗为主，结合辨证，或者辨证治疗为先，结合辨病施治。同病异证，则其治异，太阳病表虚桂枝汤证与表实之麻黄汤证，皆属太阳病，病位皆在于表，而因虚实之证不同，治疗迥异，不可混淆；如果误用，可能导致严重后果，是非常典型的例子。明乎此，再看此条文。前文言太阳风伤卫，汗出表虚之证，桂枝汤主之，此节承上文，则言太阳伤寒表实证，为桂枝汤之禁忌。诚如郑钦安言：原文不知何故称“桂枝本为解肌”^[1]。肌肉本属阳明，非桂枝所宜，必是后人（错简）之误。吾从钦安郑氏其说。

本条恐人不识桂枝、麻黄二汤之别，特作警示语，明言桂枝汤非为发汗而设，故脉浮紧（全无和缓之象）、发热无汗（寒性主收引闭藏，故邪从外犯，表气应之，而腠理闭焉。外寒闭郁，正邪相争，卫阳不舒而身热，邪与热无从透解，故较之桂枝汤中风表虚证，其热势更高）者，桂枝汤是当禁忌。同样，发热汗出，恶风脉缓者，亦为麻黄汤之禁忌。后节专论及此也。

3. 桂枝汤论

风邪犯于太阳之表，则腠理开泄而汗自出。桂枝汤方中，桂枝生姜甘草，辛甘化阳芍药甘草大枣，酸甘化阴，药仅五味，但功兼扶正、祛邪，刚柔相济、内外同调，散敛并行，正如柯韵伯所说，“此为仲景群方之冠，乃滋阴和阳，调和营卫解肌发汗之总方也。

此方能疏风邪于表，同时兼具温扶中焦阳气、降呕逆、纳浮阳于中下焦之力，如桂枝加芍药法、桂枝加桂法可证。且此二药，皆兼具散、敛之功，如三七之活血止血，既能行瘀血、又可止出血者，惟草木生态物质之秉生生之机者乃有此功能特性，而人工之化学物质，常常仅具有单一成分，亦仅具有单一作用方向，则于可能的治疗作用之余，往往其副作用也难以避免，更绝难有此类生态物质之优质功效也。

如胡希恕氏所言，桂枝汤既是发汗解热剂，又是安中养液方药，也就是后世医家所说的“甘温除热”者^[7]；。温中和中，和营卫者也。或表或里，概言之，凡阳虚有虚浮之热，李东垣所谓“阴火”之证宜之。如太阳中风表虚身热自汗，如太阳病（本无里实）医反下之，因无结实之邪，误用攻下，则正气当之，阳气受损中焦虚寒腹满时痛之太阴病见焉（可加干姜或合理中汤）。而麻黄者，发汗散寒，表里实寒之证宜之，如太阳伤寒表实、发热无汗，风寒束肺，肺气失其宣发肃降而发为咳嗽喘哮等，虽同为表证，但虚实两端，不可误投。

柯韵伯氏论指桂枝汤为“仲景群方之魁，乃滋阴和阳，调和营卫，解肌发汗之总方，凡头痛发热、恶风恶寒，其脉浮而弱，汗自出者，不拘何经，不论中风、伤寒、杂病，成得用此发汗；若妄汗妄下而表不解者，仍当用此发解肌。如所云头痛发热，恶寒恶风，鼻鸣干呕者，但见一证便是，不必悉具，唯以脉弱自汗为主耳”^[8]。脉弱自汗，诚然是本方用法指南金针。

九. 凡服桂枝汤吐者，其后必吐脓血也。

此节承前文，言中焦阳明之里有火热（内热）者，不可用桂枝汤。若用之，则势若火上加油，致成热盛肉腐、化生脓血，火逆上冲，而吐脓血，其证加增之临床现象。

1. 盖桂枝汤所主者，多体质虚弱，中气本虚，卫表不固之人，因风邪犯表，卫阳与邪相争而热发于表，腠理疏而汗出脉缓，与胃热、里有郁热之证，本自迥然不同。风邪侵袭而腠理疏者，即因其人阳气不足，卫阳因之亦弱故也；今卫阳与邪相争，风为阳邪，二阳并，故发热，发热者，阳气更耗，是以腠理不密，汗出脉缓，显然表里之阳皆有不足之象。虽然较之少阴证之阳虚不能御邪于表、病邪直中于里，畏寒不能发热，又有

程度的不同。但就发热程度而言，伤寒少阴证无热畏寒，太阳中风证发热（热不甚）恶风寒，太阳伤寒证大热恶寒（邪正之势俱盛，卫阳拒邪，相争于表，且机体防御反应太过，不惟加倍恶寒以远寒，且表气闭郁，虽高热而汗不出。汗不出者，腠理闭也。腠理闭者，正所以防避外邪也；因寒闭郁表气，其热不得透解于外，故发热与恶寒均较太阳中风为甚）。以此故，桂枝证又名曰太阳中风表虚证，麻黄证又名太阳伤寒表实。

2. 桂枝汤甘温而辛，温中和中，和营卫而解表邪，治阳气偏虚，风伤卫之证，是表里两宜之剂。服药后，宜饮热粥充营分、助卫阳以增进汤药和营卫阴阳，复正气而借汗祛邪，使本从外来之邪仍从腠理而出，故能热退汗止。饮食后常常身热而汗，现代医学尚不明其生理机制所在，但谓之“食物的特殊动力效应”，仲景正借之以助桂枝汤成就调和营卫、以汗止汗之功。前之所以汗出恶风，以有邪在，“卫气不与营气谐和”故也。其之所以能够借发汗以止汗者，正气得复，病邪得除之故。其发汗之意，在和营卫，兼去营卫间客邪，亦“甘温除热”之道。

3. 太阳伤风表虚，多见于素体阳气不足之人感患风寒（风邪为主，或风邪兼寒）外邪，与太阳伤寒（寒甚而兼风）表实阳郁表闭之麻黄证迥然而异也。如若犯其治禁，伤寒表实而误用桂枝汤之甘温而更实其营卫之表，则势必加重表气之郁闭，使病势加重、热势更张，邪无出路，恐后果不堪设想矣。而营卫不和、恶风自汗之桂枝汤证，其表本已空疏不固，设若再用麻黄汤之开泄，则亦恐将致大汗淋漓，不唯损伤卫阳，因为人之一身，原乎一气周流，阳之与气，其本一也；其在表者为卫气卫阳，在五脏者为五脏之阳气，伤风表虚误汗，必将大伤五脏不足之阳，甚至导致阳气大伤、阴阳离绝。故临床治伤寒外感，“有是证，用是方”；其证已去，则不得更用该方，若麻黄汤、大青龙诸汤，汗出证减，则立“止后服”，《论》中明言之也。《金匱玉函经》等版本有《辨可汗不可汗》等篇，尤须与诸方证相参而读。

4. 盖体质壮实，一般来说不易感受外邪邪。但或因饥饿“胃不足则诸脉虚”，或因疲劳而伤耗气血，长期暴露于寒冷环境或者遭遇严寒，亦可感受寒邪，而病伤寒表实；体质虚怯，易于伤

风而病表虚。体质虚怯者，常常伤风而为病；故验诸临床，虚人伤风之桂枝证常见，而壮人伤寒之麻黄证仅偶或可遇（设若实有其证，而医者多不识焉）。也因于此，《伤寒论》中，桂枝汤先麻黄（汤）而列为第一方。

5. 以药测证，本节所言者，因桂枝汤属辛甘温性之方药，有温中和营助卫阳之力，故中焦虚寒者宜，中焦热壅者忌。不惟伤寒表实恶寒不可与，但凡湿热、实热、阴虚内热、营血分热、疮家皆当禁忌，可与下条相参读之，其意可会。是以胃热壅盛，服之引动胃火冲逆而吐；桂枝不惟行于卫分，亦且走营血之分，今胃热本壅，再服桂枝汤，必引热入营血，致热盛肉腐，胃失和降之机，而有吐脓血之变。

【参考文献】

- [1] 郑钦安, 伤寒恒论 (中医火神派三书) 北京: 学苑出版社, 2007. 3
- [2] 张志聪等, 黄帝内经素问集注, 北京: 人民卫生出版社, 1959. 9
- [3] 灵枢经, 北京: 人民卫生出版社, 2012. 3

- [4] 曹颖甫, 经方实验录, 福州: 福建科学技术出版社, 2004. 1
- [5] 章太炎, 章太炎先生论伤寒, 北京: 学苑出版社 2009. 7
- [6] 唐宗海, 六经方证中西通解, 四川: 唐宗海学术研究会 1983
- [7] 冯世伦, 经方传真-胡希恕经方理论与实践, 北京: 中国中医药出版社 1994. 4
- [8] 柯韵伯, 伤寒来苏集, 北京: 中国中医药出版社 1998

(责任编辑: 周继成)

【作者简介】袁炳胜, 从医 30 年, 在《中国针灸》、《中国中医药报》、《新中医》、《英国中医》、《中医药导报》、《国医年鉴》等发表学术文章 60 余篇。现为《英国中医》编委会委员、责任编辑, 《澳门中医药》特邀编委, 英国中医师学会常务副会长、欧洲经方中医学会副会长, 世界中联古代经典名方临床研究专委会副会长。电子邮箱 yuanbingsheng@gmail.com。

·经典研究·

阴阳五行法则在针灸临床配穴中的应用

Application of Yinyang and Five Elements Theory to Combination of Acupoints

周继成 ZHOU Ji-cheng

【摘要】阴阳五行理论是中医理论的基石，揭示和浓缩了人与自然的共同规律。本文通过多年实践研究，对阴阳五行理论在针灸配穴中的具体应用进行了详细的阐发，为当今新法林立的针灸界的健康发展指出了一条回归传统的道路。

【关键词】阴阳；五行；针灸配穴

Abstract: The theory of yinyang and five elements is the foundation of Chinese medicine as it reflects the common rules of the nature. In this paper, the author explained in detail on the applications of this theory to the combination of acupoints according to classical works and his 30 years of clinical practice. It is a wakeup call for those acupuncturists who are only keen to new needling methods and will benefit the Chinese medical practice generally.

Keywords: yinyang; five elements; combination of acupoints

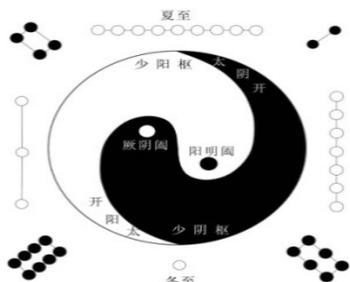
多年来学习了很多家针灸技术，逐渐体会到很多新针法仍然是与病小补，无干大局，深刻感受到传统基本针法是基础。而且很多标新立异的针法，仍然逃脱不了阴阳五行法则，仍然是内经所述“阳病治阴，阴病治阳”的基本法门。鉴于业界孜孜于纷纭“新针法”，深深感到“大道甚夷，而民好径”。遂不辞管窥之见，仅为传统针灸鼓与呼。

传统针灸，先人所留，非是新创，典籍中早有论述，珠玑琳琅，静待我辈发掘。本文仅仅是我多年学习体会的一个小结，略陈弊帚，冀能抛砖引玉。另外，此文所及，仍属奇法，正法仍是循经取穴，教科书论之甚详，此处无庸赘述。

一、阴阳法则

所谓阴阳法则就是内经的“阳病治阴，阴病治阳”，比如传统的表里配穴法，俞募配穴法，原络配穴法，上病下取，下病上取，等等。这里我想推荐的是比较特殊，极具典型的阴阳配穴法。

这个太极图是顾植山教授做的图，这个图在四象图的基础上添加的厥阴和阳明，也就是说原始的太阳太阴，少阳少阴，又加上了厥阴和阳明。



图一 顾氏三阴三阳太极时相图

此图可以比较明确地指出阴阳配穴法的原则，就是阴阳对等的配穴法。比如手太阳与足太阴相配，手阳明和足厥阴配，手少阳和足少阴配，手太阴和足太阳配，手少阴和足少阳配，手厥阴和足阳明配。这种配穴方法是典型阴阳配穴法，简明扼要，重在选择经络，穴位很重要，但是不是第一位的。对于有明确病变定位的，选穴简便，而且有利于测试针刺治疗的效果，病变部位没有针具，病人可以活动，尤其是对于疼痛，进针结束，即可验证效果。

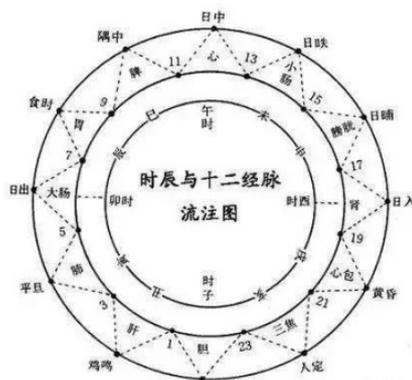
比如一例食指疼痛的病人，属于手阳明大肠经，选择足厥阴肝经的太冲穴，食指疼痛立刻缓解。此种取穴法也是兵法中的“避其锐气，击其惰归”的法门。避开病气锋芒。

此类病例甚多，仅举一例：45岁女性患者，2018.06.26首诊。

患者自述18个月大时，跌倒致左侧颅脑损伤，右下肢活动无力，右足掌背屈困难，曾三次手术以及多次理疗，现足踝外侧肿胀，背屈受限，无力。此病人足踝病变涉及到胆经以及膀胱经。舌脉可。查体右侧膝部上抬较左侧无力，足趾上抬明显弱于左侧。刺右手通里，鱼际，右足掌背屈，当即恢复到正常体位。

2018.07.02复诊，右足踝肿胀基本消失，足掌背屈仍然至正常体位。左脉无力。针灸治疗同前。右侧鱼际加通里，加双侧太溪。

有一本书介绍了同名经取穴法，比如手太阴病变取足太阴，其实还是阴阳配穴法，因为是手足的关系，还是属于上下两极的阴阳两端。我曾经多次试验过这种取穴法，确实疗效稳定。



图二

肺寅大卯胃辰宫，脾巳心午小未中；膀胱肾酉心包戌，亥三子胆丑肝通。

此图的使用和第一个图的原理相似，仍然是阴阳对等的配伍法，只不过这个图片中十二地支与脏腑的旺相时辰配伍，但是不需要考虑脏腑流注的时辰，也就是说用十二地支对应脏腑的作用，临床上是用其次序，由此找到配伍的对应脏腑经络。比如心经的病变取对立面的胆经，小肠经的病变，取对立面的肝经穴位，等等，以此类推。实际上也是十二地支的化合应用，即：子午少阴为君火，丑未太阴为湿土，寅申少阳为相火，卯酉阳明燥金，辰戌太阳寒水，巳亥厥阴风木。

由于接触的病例有限制，该法的应用，本人就局限在痛症上，至于内科病变的应用，还有待于验证。疼痛方面的效验很多，每天都在使用，

进针结束即可以看到效验，具体病例，不再单独陈述。

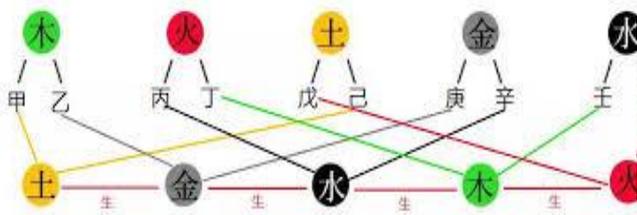
二、五行法则

五行法则是说利用五行的生克观念以及夫妻刚柔的观念，本质上讲，还是阴阳的观念。



天干配五行图

图三



图四

五行配脏腑

五行	木		火		土		金		水	
天干	阳甲	阴乙	阳丙	阴丁	阳戊	阴己	阳庚	阴辛	阳壬	阴癸
地支	寅	卯	午	巳	辰	丑	申	酉	子	亥
脏	肝		心		脾		肺		肾	
腑	胆	小肠	胃	大肠	膀胱					

图五

表格里缺少三焦和心包。
甲胆乙肝丙小肠，丁心戊胃己脾乡；

庚是大肠辛属肺，壬系膀胱癸肾藏；
三焦亦向壬中寄，包络同归入癸乡。

上面是传统的五藏配天干。我学的针灸学上，把三焦和心包都归属于火了。目前大多数意见还是尊重传统五藏天干归属法。

应用：这个部分的应用，有些书以及台湾的部分针灸学者命名为五门十变法。其应用很多人都会，但是很少看到文章报导，也没有得到很多人的重视。

此法则的应用可以分为三个部分：

第一是化合的双方可以互相取穴治疗，具体来说就是五行对应的脏腑利用天干的化合互治，比如甲己化土，那么甲和己可以互治，具体到脏腑，就是胆经和脾经可以互治；

第二就是利用化合的结果，虚则补其母，实则泻其子，生克制化等法则达到治疗的目的；第三就是利用化合的法则，针对某一脏腑进行调治。

具体应用，谨举数例：

63 岁的女患者，因卧位起立时身体不能站立，失去平衡，向一侧倾倒跌扑，且有时伴有卧位旋转性眩晕 18 个月来就诊。18 个月前因颅内感染而头痛伴有面颊部疼痛，闻声则惊，口服抗生素 4 个月后，头痛消失，但是出现上述失平衡的症状。MRI 扫描显示左则大脑内有一液化囊肿，神经科医生认定为水液逐流（病者口述，具体诊断未见）。

就诊时，查左脉寸关缓大，尺部沉细。右脉关部缓大。考虑此患者虚实夹杂，痰气阻于中上焦是实；尺脉弱，下焦虚，水不涵木是虚。治疗在降气化痰的同时，应用乙庚化金，佐金平木。

给予针刺治疗，取腹针引气归元（中脘，下脘，气海，关元）加膻中，腹四关（中脘，气海，天枢），加乙庚化金（行间，二间），加丰隆穴。半小时结束治疗，在我的保护下，让患者站立，失平衡现象消失，可以稳定站立。查脉，左脉寸关较前变窄，右关部缓大现象改善。

有一足跟痛的病人，平常对于足跟痛的患者，我通常针刺俞府（涉及到肾经者。如果涉及到膀胱经，会加另外的穴位），治疗结束，大都可以缓解。但是此例病人，缓解后再发者数次，后来根据其左脉尺部细微，加丙辛化水，然后足跟痛的问题总算解决了。由此可见此种针法可以调理内脏虚实，这也是我比较看重它的原因。

还有一些多发性硬化的病人，由于身体失平衡的原因，无法行走，坐轮椅，扶拐杖进入诊室。

治疗结束后，步行如常。（乙庚化金，或者加丙辛化水）

一些湿疹的病人，皮肤干燥瘙痒难忍无法入眠，利用乙庚化金（佐金平木）的五行生克法则，瘙痒当即改善或者消失。

曾经一例足踝肿胀的30多岁的女患者，肚腹略大，我用甲己化土，丁壬化木的法则进行治疗几次后，多年的踝关节肿胀消失了。

但是我曾经试图利用戊癸化火的法则，补命门之火，未能如愿。

以上所述的配穴法则，有些方面还需要更多观察，探索其潜在的功能。比如十二地支的阴阳相配的针法，可否利用子午相配达到补益心气的目的呢？如此等等，希望同道共同实践、探讨。

另外也有一些缺陷，如五行针法中的戊癸化火，未能达到补阳的目的，问题何在，值得继续探究。

（责任编辑：陈赞育）

【作者简介】周继成，男，1962年生。汉族。1987年毕业于安徽中医学院中医系中医专业，医学士。1987年至2005年，先后担任安徽省太和县中医院住院医师、主治医师、副主任医师、内一科科长、医务科科长、门诊部主任兼神经内科科主任等职务，曾在中

国中医研究院广安门医院进修内科。2005年至今，在英国从事中医医师工作。FTCMP学术理事，《英国中医》杂志责任编辑，世界中联古代经典名方临床研究专委会理事。曾发表《五行相克法在高血压病中的应用》等文章。

·临床经验·

A Pilot Study of Acupuncture plus Moxibustion in Treating Major Depressive Disorder

WANG Xue-feng

Abstract: *[Objectives]* To observe the response rate and the remission rate of acupuncture plus moxibustion in treating major depressive disorder(MDD), and to compare them with the SSRI antidepressant citalopram in STAR*D. *[Method]* This is a real world study. The study was carried out in a private practice located in a small city of Switzerland from Nov 2016 to Mar 2018. Any patient who met the criteria of inclusion was observed. Altogether 13 patients, 11 women and 2 men, are included according to the diagnosis of MDD. The age is between 23 and 69, $46.31 \pm SD14.53$. They may have anxiety and different general medical conditions. Acupuncture was used on the points SI19, HT5, HT4, ST25, KI4, ST41, GB35, KI9, and moxibustion was used on the points BL15, BL19, BL20. Every patient had maximal 10 sessions of treatments. The PHQ9 was recorded before and after treatments. GAD7 was recorded to measure the severity of anxiety before and after treatments when patients report anxious symptoms. The response rate and the remission rate were compared with antidepressants citalopram in the first level of STAR*D research. *[Results]* Before the treatment, all patients' scores of PHQ9 are between 10 and 25. After treatment, the scores of ten patients are below 5, one is 50% above the initial score, and two patients dropped out. So both the response rate and remission rate are 76.9%. Comparing with the response rate and remission rate of Citalopram in the first level of STAR*D, 47% and 33% individually, this pilot study shows that acupuncture and moxibustion treatment could approach much higher response rate and remission rate in treating MDD and further research is strongly advised to confirm this result.

Keywords: major depressive disorder; anxiety; citalopram; acupuncture; moxibustion; STAR*D

Introduction

There are 216 million people suffering depression (Major depressive disorder, MDD) in 2015, around 3% of the global population [1]. Antidepressant is the main choice to treat depression, but the effect is similar to placebo for most of the depression patients [2], except those with very serious depression [3]. The largest antidepressant research, Sequenced Treatments Alternative to Relieve Depression (STAR*D), sponsored by NIH, found out that the remission rate and response rate of SSRI antidepressant citalopram in the first level is only 33% and 47% [4]. Antidepressants have many side effects, including sexual dysfunction, long-term weight gain, insomnia, nausea, and diarrhea, as well as a great risk to pregnant women [2]. Some even increase the suicide rate in juvenile [5].

Acupuncture, on the contrary, has few side effects. Some research found the efficacy of the electric acupuncture is similar to antidepressant [6]. Others found acupuncture plus antidepressant are more effective than antidepressant alone [7]. Some research found out the combination of moxibustion, acupuncture and SSRIs is more effective than only SSRIs in treating depression [8]. But all these researches only compare the response rate but not remission rate. And the mostly used acupoints in reported researches of treating MDD focused in treating brain, which are apparently influenced by western medicine conception. In TCM theory the heart governs the spirit, conscience and happiness. In ancient Chinese acupuncture books, many acupoints recorded to treat sadness are from heart meridian or related to heart.

In this pilot study, the main purpose is to observe the remission rate and response rate of treating MDD with acupuncture plus moxibustion(AM), and to compare them with SSRI antidepressant Citalopram in the first level of STAR*D. In addition of using response rate, which only means 50% reduction of scale score, the remission requires the score of a healthy person. Remission means

normal social and work function and less odds of relapse. That is the reason why the STAR*D uses remission rate, which is also used in this research.

Materials and Methods

Inclusion criteria: The patients must satisfy the criteria of MDD diagnosis. The age is between 18 and 75. The diagnosis is established when the patient's PHQ9 score (Patient Health Questionnaire 9) ≥ 10 , and the score of first or second item of PHQ9 must ≥ 2 . So all the patients included are at least of moderate degree of MDD, some are severe degree.

Exclusion criteria: Psychotic depression, Bipolar patients, patients with bereavement, patients of cancer or hypothyroidism, and other secondary depression.

From Nov 2016 to Mar 2018, totally 13 patients are included in the research according to inclusion criteria and exclusion criteria. Among them, 11 women and 2 men, age between 23 and 69 ($46.31 \pm SD14.53$), 5 patients have the history of taking antidepressants but relinquished because of side effects or no effect, 4 patients are taking antidepressants but still with severe depression, 4 patients have never used antidepressants before. They all are treated by the same TCM therapist, using acupuncture points SI19, HT5, HT4, ST25, KI4, ST41, GB35, and KI9, with no special manipulations. The needles are of 0.25mm \times 25mm, produced by Acuprime Co. The depth of needling is between 3mm and 10mm. Moxibustion was used on the points BL15, BL19, and BL20, with the method of grain moxibustion, chain of two grains on each acupoint. It took around one hour for each treatment session. Patients might get extra acupuncture, moxibustion or herbal treatment for other medical conditions, such as headache, etc. The PHQ9 was recorded before and after treatments. Every patient had at most 10 sessions of treatment. Some stopped before having had 10 sessions when achieved remission. In the first two weeks the treatment was given twice a week. Later the treatment was given

once a week. GAD7 was recorded to measure the severity of anxiety when patients report anxious symptoms before and after treatments. The patients' informed consents are acquired by signed letters or through telephone.

Results

As shown in the table, before AM treatments, all 13 MDD patients' PHQ9 score are between 10 and 25, average $15.54 \pm SD4.48$. After AM treatments, ten patients achieved remission when their scores are under 5. One patient's score was above 10 and over 50% of the original score. Two patients dropped out because of the burden of the cost or being classified as no remission and no response, although they reported feeling much better. 11 patients' average

PHQ9 score is $3.18 \pm SD1.94$. Both of the response rate and the remission rate are 76.9%. Comparing with Citalopram in the first level of STAR*D research, of which the response rate and remission rate are 47% and 33% individually, AM treatment achieved much better results.

Discussion:

Just like STAR*D, this is a real world research rather than a controlled clinical trial. It has very broad inclusion criteria and very few exclusion criteria. Among 13 patients, 70% have chronic and recurrent MDD. Most of the patients showed improvements after 4 sessions of treatment, normally in less than two weeks.

General profile of patients and the result

Features	Statistics
Gender	Male (2), Female (11)
Age (y)	$46.31 \pm SD14.53$
MDD (PHQ9 score) before treatment	$\geq 20(2,15.3\%)$, $\geq 15, <20(6,46.1\%)$, $\geq 10, <15(5,38.5\%)$, Average score $15.54 \pm SD4.48$
Antidepressant	Taking (4/30.8%), Taken but stopped (5/38.5%), Never taken (4 /30.8%)
Anxiety (GAD score ≥ 10)	Yes (3), No(10)
Remission	Yes (10,76.9%),No(1/7.7%), Dropped out(2/15.3%), Average PHQ9 score $3.18 \pm SD1.94$
Response	Yes (10/76.9%), No (1/7.7%), Dropped out (2/15.3%)

It is observed that in contrast to MDD patients without anxiety, those with anxiety are a little difficult to achieve response and remission. GAD7 is a self-report questionnaire to measure the severity of anxiety. Scores of 5, 10, and 15 are taken as the cut-off points for mild, moderate and severe anxiety respectively. Among 13 patients, three patients' scores were over 10. After treatment, these three patients have an unsatisfied outcome, one remission, one no response and one dropped out. The remission

of MDD combined with anxiety is only 33.3%. But when the other ten patients have no anxiety or have mild anxiety, which means their GAD7 is under 10, the remission rate is 90%.

The SSRI antidepressant citalopram used in the first level of STAR*D showed the frequency and intensity of side effect are both around 85% while AM treatment in this study showed no side effect.

The response rate and remission rate of AM treatment on MDD in this research are much higher than any other previous research. The difference of the result can be contributed to the difference of acupoints. The most frequently used ten acupoints according to archives of treating MDD are Baihui(D20), Yintang (EX-HN3), Neiguan (PC6), Sanyinjiao (SP6), Taichong(LR3), Shenmen(HT7), Zusanli(ST36), Sishencong (EX-HN1), Hegu(LI4), and Shenting(Du24)^[9]. All these 10 acupoints were not selected in this research. Instead, most of acupoints used in this research have never been reported to treat MDD before. The acupoints selected are Tinggong(SI19), Tongli(HT5), Lingdao(HT4), Dazhong(KI4) Tianshu(ST25), Yangjiao(GB35), Zhubin(KI9), Jiexi(ST41), Xinshu(BL15), Danshu(BL19), and Pishu(BL20). Among them, six points was recorded in ancient Chinese acupuncture essay “*One Hundred Symptoms*(百症赋)”. The author is unknown. It was first published in the book “*Zhen Jiu Ju Ying*(《针灸聚英》)”, which was compiled in 1537 by Gao Wu. The essay has it that “Tinggong and Pishu can relieve the sadness of the heart”, “Choose the points Tongli and Dazhong for tiredness and sleeping too much”, and “For panic and palpitation, not to forget Yangjiao and Jiexi”. All the symptoms described here can be found in MDD.

The other five acupoints are selected according to Dr. Zhou Meisheng’s Book “*Zhen Jiu Jing Dian Chu Fang Bie Cai* (《针灸经典处方别裁》)” in treating psycho diseases^[10]. These acupoints can also be found to treat mental disease in other ancient acupuncture books, such as “*Zhen Jiu Jia Yi Jing* (《针灸甲乙经》)”, “*Zhen Jiu Zi Sheng Jing* (《针灸资生经》)”, “*Qian Jin Yao Fang*(《千金要方》)”. The moxibustion on the back are applied in view of the Japanese acupuncturist Bunshi Shiroda’s book “*Zhen Jiu Lin Chuang Zhi Liao Xue* (《针灸临床治疗学》)”, in which four cases of depression patients were reported cured using moxibustion^[11]. He believes that comparing with acupuncture, moxibustion can enhance the vigor better.

In the research of STAR*D, the questionnaire 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Self-Report (QIDS-SR) were used to evaluate the severity of depression. In QIDS-SR, 0-5 is normal, 6-10 is mild, 11-15 is moderate, 16-20 is severe, 21-27 is very severe. In this preliminary research, the PHQ9 questionnaire was used, with 0-4 is normal, 5-9 is mild, 10-14 is moderate, 15-19 is moderate to severe, 20 or above is very severe^[12]. As both are self-report system, the remission rate of PHQ9 (0-4) can be regarded as equal to the remission rate of QIDS-SR (0-5). Many America medical institutes recommend PHQ9 to make diagnosis, assessment and supervision of the patients^[13].

Besides STAR*D research, some other research also found in chronic MDD patients the remission rate of antidepressant in 12 weeks treatment is 22%-30%^[14]. So the 33% remission rate of the first level of STAR*D is a representative result. In contrast to other RCT studies, the STAR*D is a real world research. Every patient come from primary or psych clinic, often accompanied with other chronic deceases, and this is unacceptable in any antidepressant RCT clinic trial. This pilot study is also a real world research, patients often have other chronic disease, just like the similar condition of STAR*D. This study is carried out in a private clinic in a small city of Switzerland. The study will continue with more patients observed.

In the past researches of acupuncture treating MDD, one meta analysis shows that AM is not better than antidepressants^[15]. But this study involved heart focused acupoints and found a completely different result that advises AM is much more effective than antidepressant SSRI Citalopram in treating MDD.

What could be the mechanism that AM can treat MDD in this research?

In this research, totally five acupoints are to treat heart disorder directly, and the other six points from other meridians are to help with concentration, energy and courage. In TCM theory the heart

governs the spirit and conscience, and the happiness comes from the normal function of the heart. When the heart is impaired, the person will be sad. It is also observed that the weak pulse was quite common in MDD patients before the treatment. When the depression was getting better, the pulse also got stronger. In some patients, the heart points (BL15, D11) on the back can be painful when pressed gently. And this pain may disappear when the patients get remission. This is compatible with lots of reports that MDD is related with heart disease and sudden death. So here is the hypothesis: The low cardiac output, caused by heart impairment, is the key factor in the development of MDD. As thyroxine can increase the cardiac output, so it can also treat depression^[16]. Calcium antagonist and β blocker can increase the risk of MDD, maybe by reducing the cardiac output^[17]. During pregnancy healthy women often have a reversible adaptive cardiac hypertrophy, which will recover to normal after giving birth^[18]. When the cardiac hypertrophy reduces the cardiac output and is slow to recover, it is possible for women to develop perinatal or postpartum MDD. The patients of depression in chronic heart failure sufferers are about 2 to 3 times of the rate in the general population. When the ejection fraction <40%, nearly 50% of them scored as depression^[19]. And low systolic blood pressure can indicate the depression on those juvenile who are the offspring of depressive parents^[20]. All these researches show that it is the low cardiac output that causes depression. The AM treatment can improve the function of heart qi and blood by showing their pulse getting stronger after treatment. It is noticed that once the patients' pulse get stronger, the depression symptom will also reduce. Usually the etiology of depression is believed in the brain which is lack of enough neurotransmitter. The heart impairment can be caused by mental stress, which can lead to coronary microvascular dysfunction and ischaemia^[21], and sometimes strong mental stress can lead to acute stress cardiomyopathy^[22]. And large quantities of medical literature show that stress is the strongest risk factor for MDD^[23]. Evidence

shows stress is also linked to inflammation in the body^[23]. The hypothesis believes that inflammation is the mediator of stress and heart impairment, which lead to low cardiac output and MDD.

Conclusions

This pilot study shows that AM has much higher response rate and remission rate in treating depression than SSRI antidepressant Citalopram in STAR*D. The combination of heart focused acupoints seems to produce better effect than brain focused points in treating MDD. It worth it to carry out further studies widely in large groups to solidify the claim.

Disclosure Statement: No competing financial interests exist.

Reference:

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence, Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct 8; 388(10053):1545-1602
2. Irving Kirsch. Antidepressants and the Placebo Effect. *Z Psychol*. 2014; 222(3): 128-134
3. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant Drug effects and Depression Severity: A Patient Level Meta-Analysis. *JAMA*. 2010 Jan 6; 303(1): 47-53
4. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry*. 2006 Jan;163(1):28-40
5. Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, et al. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD004851
6. Sun H, Zhao H, Ma C, et al. Effects of Electroacupuncture on Depression and the Production of Glial Cell Line-Derived Neurotrophic Factor Compared with Fluoxetine: A Randomized Controlled Pilot Study. *J Altern Complement Med*. 2013 Sep; 19(9): 733-739
7. Qu SS, Huang Y, Zhang ZJ et al. A 6-week randomized

controlled trial with 4-week follow-up of acupuncture combined with paroxetine in patients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2013 Jun;47(6):726-32

8. Jiang JF, Xu L, Lin YH, Lu JH. Anti-depression effect of acupuncture and moxibustion based on SSRIs medication. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2012 Mar;32(3):219-23. Chinese

9. Chen JQ, Chen L, Qu SS, et al. The Bibliometrics Analysis on Clinical Trials of Treating Depression by Acupuncture from 2000-2009. *JCAM.* 2011 May; 27(5), 46-50

10. Zhou MS, Yang M. *Zhen Jiu Jing Dian Chu Fang Bie Chai.* Anhui Science and Technology Press. Year 1992. 63,165,198
Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research, endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation.* 2008 Oct 21;118(17):1768-75

14. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med.* 2000 May 18;342(20):1462-70

15. Zhang ZJ, Chen HY, Yip KC, Ng R, et al. The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2010 Jul;124(1-2):9-21

16. Bernadette B, Emiliano AP, Gaetano L, et al. Effects of Thyroid Hormone on Cardiac Function - The Relative Importance of Heart Rate, Loading Conditions, and Myocardial Contractility in the Regulation of Cardiac Performance in Human Hyperthyroidism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002 Mar;87(3):968-74

17. Boal AH, Smith DJ, McCallum L, et al. Monotherapy With Major Antihypertensive Drug Classes and Risk of Hospital Admissions for Mood Disorders. *Hypertension.* 2016 Nov;68(5):1132-1138

About the author: Xuefeng Wang, TCM consultant, council member of the European Association of Jing Fang TCM and the Swiss-Sino Association of TCM, graduated from Shanghai University of TCM in 1996 and started his carrier in the TCM Department of Huashan Hospital in Shanghai. In 2004 he received the master degree of integrated Chinese and western medicine at Fudan University and then took a position of TCM doctor

11. Bunshi Shiroda, Hu WG. *Zhen Jiu Lin Chuang Zhi Liao Xue.* People's Health Publishing House. Year 1957. 263-268

12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep; 16(9): 606-613

13. Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and

18. Nicholson L, Lecour S, Wedegärtner S, et al. Assessing perinatal depression as an indicator of risk for pregnancy-associated cardiovascular disease. *Cardiovasc J Afr.* 2016 Mar-Apr;27(2):119-22

19. Rustad J, Stern TA, Hebert KA, et al. Diagnosis and Treatment of Depression in Patients With Congestive Heart Failure: A Review of the Literature, *Prim Care Companion CNS Disord.* 2013; 15(4):

20. Hammerton G, Harold G, Thapar A, et al. Depression and blood pressure in high-risk children and adolescents: an investigation using two longitudinal cohorts. *BMJ Open.* 2013 Sep 25;3(9)

21. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension.* 2015;28(11):1295-1302

22. Gianni M, Dentali F, Grandi AM, et al. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. *European Heart Journal.* 2006 Jul 1;27(13):1523-1529

23. Slavich GM, Irwin MR. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychol Bull.* 2014 May;140(3):774-815

(Editor: Youjun WANG)

in the UK. Since 2011, he has been working in Switzerland, specialized in treating headache, back pain, insomnia, depression, anxiety, and infertility, etc.

【作者简介】汪雪峰, 1996年毕业于上海中医药大学中医系本科, 毕业后在上海华山医院中医科工作。2001年-2004 复旦大学中西医结合临床专业硕士, 2004 起在英国做中医师 6 年, 2011 年起至今在瑞士中医诊所工作。对于头痛, 腰痛, 失眠, 抑郁症, 焦虑症,

不孕，更年期综合症等治疗有突出疗效。目前担任欧洲经方中医学会学术部理事，瑞华中医研学会学术部

理事。Email: shaunwangcn@hotmail.com

·临床经验·

Chinese Herbal Powder for Eczema with Asthma:

A Report of Three Successful Cases

PENG Xiao-ying, FAN Xin-sheng

Abstract: Clinically eczema often combines with asthma. According to the clinical practice of the author, Chinese herbal powder has been used in the treatment of eczema with asthma and achieved satisfying therapeutic effects. In this essay, three clinical cases of eczema with asthma, diagnosed of different patterns of syndrome in terms of Chinese medicine, are reported to show how much advantage that Chinese herbal treatment could claim in treating eczema with asthma.

Keywords: Chinese herbal powder; eczema; asthma; liver Qi stagnation with spleen Qi deficiency; lung-kidney Yin deficiency; spleen-lung Qi deficiency

Case 1:

A female teacher, aged 25, from Bradford, England.

Patient complaints: When she was a child, she started to suffer from asthma and gradually developed eczema from puberty. The eczema affected areas include the face, scalp, four limbs and the whole tummy, and the lesions are symmetrical, particularly on the back of ears and around the breasts. Acute eczema and asthma often attack suddenly. Stress and depression always make eczema and asthma worse. The skin rashes are patchy, flush, mildly swelling, exuding and erosive. The bad itchiness and burning feeling makes her cannot sleep well. She also has dry mouth, bitter taste in mouth, constipation, dark yellow urines, bad cough with yellow sticky phlegm at night, and sometimes short breaths and wheezing.

Tongue and pulse signs: red tongue with slightly yellow coating; taut and rapid pulses

TCM syndrome differentiation: liver Qi stagnation with spleen deficiency, dampness-heat accumulation

Therapeutic principle: to soothe the liver and regulate Qi, to clear heat and cool the blood, and to detoxify the body and dry the dampness.

Herbal powder prescription: Sheng Di Huang 8g, Mu Dang Pi 8g, Zhi Zi 8g, Chi Shao 8g, Pu Gong Ying 8g, Xing Ren 8g, Huang Qin 8g, Huang Bai 6g, Yu Jin 6g, Zi Cao 8g, Tu Fu Ling 8g, Ku Shen 2g, Da Huang 5g, Yi Yi Ren 10g, Di Fu Zi 8g, Bai Xian Pi 8g.

Dosage: two small teaspoons of the powder mixture, dissolved in hot boiled water and to be taken half an hour after food, twice daily.

The patient visited again after three weeks. She was so happy that all symptoms were relieved and she had good sleeps.

Modified prescription was given as:

Mu Dan Pi 6g, Zhi Zi 6g, Sang Bai Pi 8g, Pu Gong Ying 8g, Xing Ren 8g, Qian Hu 8g, Yu Jin 6g, Zi Cao 8g, Yi Yi Ren 8g, Di Fu Zi 8g, Bai Xian Pi 8g, Bai Zhu 6g, Fu Ling 6g.

Four weeks later, the patient came back. The itchiness had completely gone and erosion was healing, and she got more confidence. Modified prescription was given for another five weeks to make her health condition more stabilized. The patient gave her feedback on the follow-up phone call that there was no recurrence of symptoms and she would like to advise more patients to see me.

Discussion: This case of eczema with asthma was of a typical TCM syndrome of liver Qi stagnation with spleen Qi deficiency.

It was said that all diseases start from Qi disorders and various excessive moods disturb the movement of Qi by the famous book *Huang Di's Canon of Medicine* in the Article of On Pains, the *Plain Questions* (《素问·举痛论篇》). In the theory of five elements, the liver belongs to wood which naturally needs soothing. Long term of depression and anxiety causes liver Qi stagnation which could gradually convert to heat, while chronic over-thinking leads to spleen Qi deficiency, which causes dysfunction of water transportation and transformation and results in dampness. Combined dampness and heat could affect the skin and develop into eczema. The itchiness of eczema makes the patient even more emotional and depressed. Liver Qi stagnation with spleen Qi deficiency also causes dampness accumulation and phlegm in lungs, which often combine with heat to block the airway and lead to asthma, “Xiao(哮)” in terms of TCM.

The lung dominates the skin and hair, relying on the nourishing and warming function of the Qi of lung. The opening and closing of hair pores are controlled by the lung. If the lung's function is weak due to the asthma, it consequently

causes the disorder of skin's detoxifying function. Thus this disorder could gradually develop into eczema and make it chronic.

For this type of TCM syndrome, the liver, spleen and lung should be treated at the same time according to the principle of to strengthen the healthy qi and eliminate the pathogen. Thus symptoms and the root causes will be sorted out together.

Case 2:

A male student, aged 15, from Bradford, UK

Parent complaints on behalf of the patient: The boy suffered from eczema after he was diagnosed of asthma at 3 years old. He was treated by the GP with only two types of inhalers on asthma attacks and didn't receive any other proper treatment.

Main symptoms: A large affected area of dark red skin rash on his whole body. The affected skin is thick, planus-like, flaky and weepy, with some scratched patches and little bleeding. Patient suffers from dry skin and bad itchiness. He often has dry cough and wheezing without phlegm or a little yellow sticky phlegm, also fatigue, constipation, dry mouth, slight night sweating and insomnia.

Tongue and pulse signs: red tongue with small cracks and little coating; thin and rapid pulses.

TCM Syndrome differentiation: lung- kidney yin deficiency, blood deficiency and wind-dryness

Therapeutic principle: to nourish Yin to clear heat, to tonify the lung and kidney, to nourish liver blood and clear wind-dryness.

Herbal powder prescription: Sheng di Huang 8g, Chi Shao 8g, Bai He 8g, Xuan Shen 8g, Dan Pi 8g, Di Fu Zi 9g, Bai Xian Pi 9g, Mai Men Dong 6g, Zhi Shou Wu 8g, Bai Ji Li 8g, Bai Bu 6g, Zi

Cao 8g, Jin Yin Hua 8g, Xing Ren 6g, Tian Hua Fen 8g, Gua Lou Ren 8g.

Dosage: the same as case 1.

The patient came back after taking the herbal tea for four weeks. The itchiness was much reduced on four limbs and the trunk, and the lesion only remained on the face. There was less dry cough but still tiredness.

Tongue and pulse signs: redness on the edges and tip of the tongue, little coating; thin and slow pulses.

Modified prescription: Sheng Di Huang 8g, Bai He 8g, Xuan Shen 8g, Dan Pi 8g, Di Fu Zi 9g, Bai Xian Pi 9g, Zhi Shou Wu 8g, Bai Ji Li 8g, Wu Wei Zi 4g, Zi Cao 8g, Jin Yin Hua 8g, Xing Ren 6g, Tian Hua Fen 5g, Gua Lou Ren 8g, Ye Ju Hua 6g, Huang Qin 5g.

The symptoms kept alleviating in the following four weeks and modified prescription was given on the second visit for another four weeks of treatment with more ingredients for asthma.

The prescription included: Dan Shen 8g, Bai He 8g, Xuan Shen 8g, Dan Pi 8g, Di Fu Zi 9g, Bai Xian Pi 9g, Ji Xue Teng 8g, Zhi Shou Wu 8g, Wu Wei Zi 4g, Zi Cao 8g, Jin Yin Hua 8g, Zhe Bei Mu 8g, Gua Lou Ren 8g, Zi Wan 6g, Kuan Dong Hua 8g.

Three months later the author got the feedback on the follow-up phone call that the boy was fully recovered without recurrence.

Discussion: This is a typical case of the TCM syndrome of lung and kidney yin deficiency with the syndrome of liver blood deficiency.

Fire excess from yin deficiency causes fluid deficiency and liver blood deficiency which make the skin lack of blood supply and develop to dryness and itchiness. And in the same time, blood deficiency causes wind-dryness and this secondary factor develops into eczema easily.

Lung is a delicate Zang organ and dominates Qi. Lung likes moisture rather than dryness. Dryness could cause disorder of the down-sending function of the lung and result in counterflow of Qi and asthma. Yin deficiency produces heat/fire, and heat converts fluid to phlegm, a main cause of asthma. Furthermore, fluid and blood deficiency develop into Qi and Blood disharmony, then convert to Yin damage and make yin deficiency even worse. It is the interaction of these pathological causes and results that enables recurrent attacks of eczema and asthma. So the principle of treatment is to treat symptoms together with the root cause, lung and kidney yin deficiency, to lessen the recurrent attacks of eczema and asthma.

Case 3:

A female beautician, aged 32, from Leeds, England.

Patient complaints: She has been suffering from recurrent attacks of asthma since childhood. Two types of inhalers are used to get it under control. Eczema and asthma often attack at same time and recently are getting worse.

Main symptoms: skin rashes in the scalp, face, four limbs and back, particularly bad in the lower part of body and groin. The lesion patches are dark red, flaky, very itchy, and sometimes exuding. She also has short breaths and wheezing, bad coughs with white clear mucus, often with fatigue, poor appetite, bloated stomach, diarrhea, pale complexion, puffy face and swollen limbs.

Tongue and pulse signs: pale tongue with teeth marks and white slimy coating; thin and slippery pulse.

TCM syndrome differentiation: spleen- lung Qi deficiency with phlegm- dampness

Principle of treatment: to tonify lung Qi, to tonify spleen and dry dampness, and to clear heat and resolve phlegm

Herbal powder prescription: Bai Zhu 6g, Fu Ling 8g, Yi Yi Ren 10g, Ze Xie 8g, Wu Wei Zi 4g, Shan Yao 8g, Zhi Zi 8g, Dan Pi 6g, Chen Pi 8g, Sang Bai Pi 8g, Bai Xian Pi 8g, Di Fu Zi 8g, Hou Po 5g, Xing Ren 8g, Tu Fu Ling 8g, Cang Zhu 5g, Huang Bai 6g.

Dosage: the same as case 1.

The patient came back after taking four weeks of herbal powder. The author has been told that all the clinical symptoms have been reduced, especially those of eczema.

Tongue and pulse signs: pale tongue with red tip and edges, thin white coating; thin rapid pulses.

Modified prescription: Dang Shen 3g, Bai Zhu 6g, Fu Ling 8g, Yi Yi Ren 10g, Huang Qi 3g, Wu wei Zi 3g, Shan Yao 8g, Zhi Zi 8g, Dan Pi 8g, Chen Pi 8g, Sang Bai Pi 8g, Bai Xian Pi 8g, Di Fu Zi 8g, Hou Po 6g, Xing Ren 6g, Jin Yin Hua 6g, Tu Fu Ling 8g, Huang Bai 6g.

The patient told the author on her third visit that she felt quite different and got more confidence after taking another four weeks of herbal remedy. Her skin rashes were almost gone, and cough and wheezing were completely relieved.

Tongue and pulse signs: pale tongue with thin white coating; thin and wiry pulses

Modified prescription: Dang Shen 3g, Bai Zhu 6g, Fu Ling 8g, Yi Yi Ren 10g, Fa Ban Xia 4g, Wu Wei Zi 3g, Shan Yao 8g, Dan Pi 8g, Chen Pi 8g, Sang Bai Pi 8g, Bai Xian Pi 8g, Di Fu Zi 8g, Hou Po 6g, Xing Ren 6g, Jin Yin Hua 6g, Tu Fu Ling 8g, Fang Feng 5g.

The author suggested the patient to keep going for another four weeks and got feedback later

through phone call that she was completely in relief without recurrence.

Discussion: This is a typical syndrome of spleen-lung Qi deficiency with dampness-phlegm.

In the Article of On the Most Important Truth, *Plain Questions* (《素问·至真要大论篇》), the *Huang Di's Canon of Medicine* informs that: "All dampness, swelling and fullness belong to spleen." Diseases with dampness are all related to spleen. On one hand, "Dampness" is the result of dysfunction of the spleen in the transportation and transformation of water and the key pathogenic factor of eczema. On the other hand, as the well-known sayings that "Spleen produces dampness and also is restricted by dampness", "Spleen is the source of phlegm and lung is the container of phlegm", accumulation of dampness produces phlegm in the airway and causes blockage and spasms of the bronchia, the very symptoms of asthma.

To look deeply into the mechanism, spleen-lung deficiency plays an important role in asthma and eczema.

Firstly, spleen is of the mother element of lung in terms of the TCM theory of five elements. Spleen Qi deficiency usually affects the function of digestive system in producing blood and nutrients to nourish the lung, and this is called "Earth can't engender metal", which is the main reason of spleen-lung Qi deficiency. The short of breaths, chronic cough and wheezing are also caused by lung Qi deficiency.

Secondly, lung Qi deficiency causes dysfunction of the lung in regulating water passage, which leads to water retention and dampness. The accumulation of dampness could gradually cause excessive heat. The dampness and heat attack the skin and develop into eczema.

Furthermore, phlegm blockage weakens the functions of the lung. As the skin is the domain of the lung, the weakness of lung's function will result in the disorder of opening and closing hair pores and affects the detoxifying function of the skin. At the same time, the defense Qi is decreased due to lung Qi deficiency and this makes the skin vulnerable to all kinds of pathogenic factors, such as wind, dampness and heat. The combination of these pathogens is the direct cause of the attacks and deterioration of eczema.

Generally the deficiency of healthy Qi is the root cause and the excess of the pathogens is the secondary cause in the development of asthma and eczema. Thus the therapeutic principle is to reinforce the healthy Qi and eliminate the pathogenic factors by consolidating and nourishing the spleen and lung together with getting rid of the dampness and clear excessive heat. The foundation of the health is consolidated by the method of fortifying the spleen and replenishing Qi.

Summary:

According to western medicine, eczema is an allergic disease that recurs on and off, which is caused by multiple pathogenic factors affecting epidermis and superficial dermis. The features of the eczema are: symmetry, exudation, itchiness, polymorphy, diffusivity and recurrence. The allergic body constitution is the important internal factor. Asthma is a chronic inflammatory airway disease caused by multiple inflammatory cell infiltration of mast cell, eosinophile granulocyte, lymphocyte and macrophage, with multiple cells and cellular components involved. Asthma also relates to the imbalance of lymphocytes of T- helper cell and T-regulator cell. The features of asthma are: reactivity, reversibility and recurrence. The common patients of asthma are some the people of allergic body constitution.

We can find similarities and relations between eczema and asthma. The similarities are: 1) the common patients are all related to allergic body constitution. 2) Both attack acutely and develop chronically. 3) Both attack more at night or get worse at night. 4) In terms of TCM, the main causes of eczema link to four Zang organs of liver, spleen, lung and heart, and those of asthma link to four Zang organs of lung, spleen, kidney and liver. Obviously, both are relevant to spleen, lung and liver. The pathogenesis of eczema and asthma are both connected with phlegm, dampness and heat, mainly dampness and phlegm.

The close connection between eczema and asthma is also seen in clinic: some patients who suffer from asthma also develop eczema, and some who suffer from eczema also develop asthma, while some others have both conditions at the same time. Now that certain body constitution is the common ground of eczema and asthma, the strategy of "same treatment for different diseases" is suitable for patients suffering from both conditions.

From the satisfying results of the reported cases, we could draw some conclusions.

First of all, the patients who have eczema with asthma should be diagnosed clearly based on the basic types of TCM syndrome. Diagnosis and proper prescriptions should base on the functions of relevant Zang organs and the systematical condition. Differentiation of syndrome is still the key role of treating eczema with asthma.

Secondly, clearing pathogenic factors and consolidating the health foundation are both important. Not only the herbs for clearing heat and drying dampness should be used, but also the herbs for tonifying the lung and strengthening the spleen should be applied at the same time to prevent recurrence.

At last, as a modern type of herbal preparation, herbal powder mixture is easier to dispense, more convenient to carry and use, and better in taste than traditional raw herbs, thus it is more

welcome in the West and assures better compliance of long-term use and better results. In fact, herbal powder preparations are prescribed more and more than raw herbs.

(Editor: Youjun WANG)

【作者简介】第一作者彭孝颖, 1995年毕业于武汉理工大学无机非金属材料专业, 1999年至2003年, 在英国曼切斯特天田中医公司工作, 先后担任翻译、分店经理和地区经理。2003年至2017年在英国淑兰中医学院学习, 先后毕业于方剂学、推拿和针灸专业。2016年至今参加南京中医药大学和英国淑兰中医学院联合

硕士课程, 导师为南京中医药大学博导范欣生教授。2005年开始从事中医临床, 2006年成为英国中医药协会会员, 现任英国淑兰中医公司中医师。2006年因成功治疗一例不孕症, 被英国当地报纸报道。2016年和2018年两次参加英国曼切斯特国际中医药大会。Email: yanying2011@hotmail.co.uk

·临床经验·

针灸治疗不孕症初探

Report on Acupuncture as Main Treatment of Infertility

曹兴灵 CAO Xing-ling

【摘要】目的 观察以针灸为主治疗女性不孕症的临床疗效。**方法** 将本人8年来(尤其是最近4年)在英国中医门诊运用中医手段, 以针为主, 配合艾灸, 电针, 按摩, 以及音乐治疗女性不孕症。**结果** 从158例病案中统计出92例有效样本。证实针灸及多联疗法在临床实践治疗方面的价值。结论针灸治疗有独特优势, 疗效肯定, 无明显毒副反应。

【关键词】 针灸; 多联疗法; 不孕症

Abstract: In the past eight years, 158 female patients of infertility are treated with Chinese medicine methods, mainly traditional acupuncture and combined with electric acupuncture, herbal remedy; moxibustion, massage and music therapy, and 69 of them successfully get pregnant. The result confirms the great value of acupuncture and combined TCM therapy in the treatment of infertility.

Keywords: acupuncture, infertility, combined TCM therapy

女性不孕症是指婚后有正常规律的性生活, 未采取避孕措施而两年未妊娠者。依据其是否有妊娠史分为原发性和继发性不孕症。近年来不孕症的发病率在各国均呈上升趋势, 约占育龄女性的8-17%^[1]。引起不孕症的原因既有生殖器官或生殖内分泌轴各环节的因素, 也有全身及配偶的因素。但以输卵管阻塞和排卵功能障碍最为常见。有资料表明, 原发性以排卵障碍为主, 继

发性以输卵管阻塞多见。^[2] 针灸治疗本病有独特的优势, 疗效肯定, 无明显毒副反应。现将本人近年来治疗该病做如下报道:

1. 临床资料

1.1 一般资料

就诊人数158人, 有效样本92人。治愈: 69人, 治愈率: 75%。年龄分布: (以登记病历时间为准) 年龄最大: 52岁, 最小: 26.5岁; 各年

龄段分布：26-35岁：62例，67.4%；36-45岁：27例，29.3%；>46岁：3例，3.2%。患者来源分布：英国(包括西欧)：39例，42.4%；欧洲(东欧，南欧，)30例，32.6%；亚裔：16例，17%；其它：7例，7%；。

1.2 根据现代医学病因统计：原发性不孕症：26例，28%；继发性不孕症：42例，43%；黄体功能不全：8例，8%；多囊卵巢综合征：10例，11%；子宫内膜异位症：8例，9%。有的病人具有2种或以上的合并症。中医对不孕症根据病因病机及辩证不同大致分为以下五型：肝肾亏虚型；脾肾阳虚型；邪伤冲任，湿热内壅型；肝郁气滞，胞脉不通型；癥瘕积聚，瘀血内阻型。

2. 治疗方法

2.1 取穴 主穴1:关元(水道 气穴) 气海 子宫 中极 足三里 三阴交 太溪 太冲 百会；
主穴2:肾俞 八髎；

2.3.1 16主穴及归经(表一)

穴位名称	归经	穴位名称	归经	穴位名称	归经	穴位名称	归经
1. 关元	任脉	2. 三阴交	脾	3. 子宫	奇穴	4. 中极	任脉
5. 足三里	胃	6. 气海	任脉	7. 肾俞	膀胱	8. 归来	胃
9. 太冲	肝	10. 血海	脾	11. 肝俞	膀胱	12. 丰隆	胃
13. 中脘	任脉	14. 百会	督脉	15. 太溪	肾	16. 八髎	膀胱

2.3.2 16主穴穴位归经(表二)

经脉	穴位
任脉	关元 中极 气海 中脘 神阙
脾经	血海 地机 阴陵泉 三阴交
胃经	天枢 归来 丰隆 水道 足三里
奇穴	子宫
膀胱经	肾俞 肝俞 脾俞 膈俞 八髎
肾经	太溪 大赫
肝经	太冲
头部	百会+四神聪

2.3.3 主穴穴位人体所属体表分布(表三)

下腹部	关元 子宫 中极 气海 归来 天枢 神阙
上腹部	中脘 下脘 水分 期门

配穴：根据患者主证，兼证，舌脉辩证施治，灵活加减。

腧穴定位参照中华人民共和国国家标准《腧穴名称与定位 GB/T12346-2006》

2.2 操作

对症运用上述主穴，配穴，下肢双侧取穴。患者仰卧位(取俞穴，督脉，八髎时用俯卧位)，保持全身放松。穴位常规消毒，腹针用0.20*24mm(体型较肥硕者用0.22*40mm)。行提插捻转手法，得气后留针30min，每15min行针一次。

2.3 选穴原则及归经

选穴原则以脏腑经络辨证为依据，以循经取穴，局部取穴，经验用穴为辅。主要归经：任脉 脾胃 膀胱 肾等经。

腰骶部	肾俞 命门 八髎 腰阳关
胸背部	肝俞 脾俞 膈俞 大椎 大杼
上肢	合谷 内关 曲池
头顶部	百会 百会+四神聪 印堂 太阳
耳部	神门 子宫 肾 皮质下 内分泌

2.4 辩证取穴

参照中医学基础理论的脏腑辨证，阴阳辩证，八纲辩证，气血精津辩证及经络辩证，不孕症多因肝肾亏虚，脾肾阳虚，肝郁气滞，瘀血中阻，痰湿内停，单独或夹杂为病所致。因此，临床中应根据以上辩证方法，在主穴基础上辩证加减。肾虚多辅以太溪 肾俞 命门；脾虚失运 痰湿内阻，常配丰隆 阴陵泉 脾俞；肝郁气滞，多加太冲 内关 肝俞 阳陵泉 合谷；血瘀癥瘕，常添血海 内关 膈俞。

2.4.1 根据辨证选配用穴(表四)

证型	选用配穴
肝郁	太冲 内关 肝俞 合谷 阳陵泉 行间 期门 足三里
肾虚	太溪 肾俞 命门
脾虚	丰隆 脾俞 阴陵泉 足三里 中脘 水道
血瘀	血海 内关 膈俞 行间 三阴交

2.5 进针,行针及疗程

进针根据穴位特点采用不同角度:直刺,斜刺,平刺。行针分别运用提插补泻法,捻转补泻法,迎随补泻法以及平补平泻法;每次留针 25-30min,留针期间行针 1 次;主穴 1 与主穴 2 交替使用;每周最少保证一次;一般建议 2-3 次/每周;10 次为一个疗程。

3. 典型病例

3.1 Mrs O' Doherty. O. 出生日期: 1982. 2. 就诊时间: 2014. 2. 19. 职业: 针灸师 英国人

主诉: 欲再孕三年未果

病史: 月经不规律,量较以前明显减少。初潮 12 岁,4-5 天/30 天,日量一般,色红稍有小血块,无痛经史。平时经间期带下正常。曾于五年前顺产生育一女婴。近三年来欲再孕,屡试无果。加之工作压力,心情不畅,遂致月经有所失调,渐至月经周期延迟或偶有提前 45-60 天一次/15-25 天一次,经行量逐渐减少,色紫红,夹有血块,小腹隐痛,畏寒喜温,经期胸闷烦躁,双乳作胀,夜寐欠安。舌淡苔薄白,边有齿印,脉沉细。到医院检查:提示无显著排卵征象。

诊断:继发性不孕症 西医 卵巢早衰

中医 肾精亏虚

治疗: 针灸为主 辅以中成药

结果: 经过 10 次针灸治疗,于 2014. 4. 13. 来诊所复诊时告知:自测早孕反应试验(阳性)。2015 年初足月妊娠,成功顺产第二胎。

3.2 Mrs Ocon M. B 出生日期: 1984. 12. 就诊时间: 2013. 10. 30. 职业: 护士 菲律宾人

主诉: “尿频尿痛,腹痛泄泻,恶心返酸,睡眠不安,体重下降一年余”

病史: 近一年来反复频发尿频尿痛,伴胃脘腹痛,痛则欲泄,完谷不化,夹杂腥味,入秋以来尤为明显,大便 4-6 次/天;凌晨即起,并恶心返酸,食欲不振,体重下降。从儿时即有胃脘隐痛不适症状。现减少工作量。已结婚三年,未孕。月经初潮 13 岁,2-3-4 天/30-45 天,月经不调,时常延后,日量少,色淡,少腹冷痛,喜温喜按;伴倦怠易乏,形寒肢冷(BBT 常处于低温相);查体:发育欠佳,体型瘦弱,面色萎黄不润,语声低微,腹部尚柔软,轻压痛,肠鸣音略亢进,舌淡苔白腻,边有较明显齿印,脉沉细;

诊断: 西医:慢性胃炎伴食管反流症,泌尿系感染,月经不调,不孕症;

中医:胃脘痛,泄泻(脾肾阳虚 水湿不运),淋证,月经不调,不孕

治疗: 针药并用

中药:

处方 1: 健脾温肾(健脾燥湿 温肾补阳)

黄芪 15 党参 20 白术 15 茯苓 10 苡米 10 山药 10 神曲 3 半夏 6 白芍 16 当归 6 苍术 10 川芎 6 干姜 5 半夏 6 陈皮 6 大枣 3 枚

处方 2: 健脾助肾(健脾运湿 益阳助肾)

当归 6 黄芪 10 白术 10 党参 10 苡米 12 肉桂 5 干姜 5 山药 10 神曲 3 茯苓 10 白芍 15 甘草 6 黄精 6 另包芡实 50 煲粥用。

结果: 患者经过针药并重的治疗后(约 5 个月),上述腹痛泄泻,尿频尿痛症状有明显好转。于次年 2 月底出现停经现象,2014. 3. 16 再次来复诊时向我报喜,据称在医院经 B 超检查证实已有身孕 7w,兴奋有加。2014. 4. 26. 复诊时,带来医院 B 超照片,提示胎儿发育正常。其间伴有轻度干呕,头晕等不适症状,予以对症治疗。再次强调必须注意加强营养,多休息,尽可能少工作,以防意外发生。患者遵照医嘱一直保持治疗,2014. 10. 20 最后一次复诊,其时,检查妊娠情况一切顺利,已有间断性宫缩感,夜间明显。食欲好,二便调,睡眠略欠安,舌淡红,苔薄白,脉弦,滑数,治疗圆满结束!于当年足月顺产一健康男婴。

3.3 Mrs King .K. 出身日期: 1975. 10. 就诊时间: 2014. 9. 8. 职业: 无

波兰人

主诉：婚后九年未孕

病史：从2005年初结婚以来，反复试孕罔效。已经于2010年和2012年两次尝试IVF，均告失败。准备再次尝试IVF，经朋友介绍前来求助中医。既往有短暂吸烟史，略饮酒，无工作。有MS(多发性硬化症)病史多年；12岁初潮，近年来月经不规律，2-3(3-4)天/30-40-50天，经期不同程度的小腹痛，腰痛，情绪时有抑郁不舒。饮食，二便一般，睡眠欠安。查体：偏瘦，面部略呈腊样，色黄乏华，舌红少苔，脉沉细；有MS(多发性硬化症)和哮喘病史。

诊断：西医：继发性不孕症 MS 哮喘

中医：不孕症 哮喘

治疗：针灸

结果：患者共治疗16次，历时4个月，最后一次治疗时间是：2015.1.19.此后未再治疗。于当年2015.11.8.再次来诊所时，极为高兴地抱着刚刚出生不久的女儿和先生一起过来报喜。并且很郑重地带来一张不失赞美之词的答谢卡。

3.4 Mrs Williams. E. 出生日期：1989.6. 就诊时间：2015.8.5. 职业：眼睛验光助理 英国人

主诉：试孕两年余无果

病史：患者结婚已近三年，2013年有怀孕10周短暂妊娠史，后不明原因自动流产；2014年10

月因反复腹痛，尤以经期加剧，月经不调，或先期或推迟，经检查，确诊为“子宫内膜异位症并发子宫肌瘤”行手术治疗。12岁来潮，4-5-6天/20-40-60天，末次月经在半年前。无特殊不良嗜好。食欲欠佳，睡眠欠安，大便溏/结交作。查体：神情忧郁，面黄乏华，发育不良，身材明显瘦小，(T:34.5kg L:138cm 据自己介绍是“早产儿”)，腹部可见腹腔镜术后痕迹，下腹部触之稍硬，轻压痛，无反跳痛，双手诸小关节轻度肿胀增粗，舌黯少苔，脉缓沉细。

诊断：西医：继发性不孕症(子宫内膜异位症 子宫肌瘤)；先天性发育不良

中医：不孕症(肾精不足 癥瘕积聚 月经不调)

治疗：针灸为主 辅以中成药

结果：治疗到一个月后患者开始有早孕反应，9月30号来诊所治疗时告诉代班医生已怀孕四周。但不幸的是，10月8号前来复诊时，告知医生已发生再次流产。伴有腰痛，腹泻，疲倦等不适。停诊7周后继续治疗。从2015年12月2号开始，一直坚持治疗到2016年6月19号尝试IVF回殖受精卵后。2017年7月21日，她偕同先生一起带着已有六个月的男婴宝贝来诊所报喜。

4. 讨论

不孕症的治疗应该采用中医辨证论治和西医辨病施治。

4.1 中医辨证分为五型(表五)

分型	症候	治疗重点
肝肾亏虚	月经失调 腰痠膝软 舌黯咽干 BBT 单相/或高水平爬行 双相 脉细弦尺弱	滋补肝肾 养血调经
脾肾阳虚	初潮延后 性欲淡漠	健脾和胃 益血通经
邪伤冲任	痛经 经行乳胀 附件增厚 输卵管介入造影不通/湿热内壅 或通而不畅 脉弦数 舌红 苔黄腻	清热利湿 疏脉调经
胞脉阻塞	婚后不孕 经前乳胀 形胖腹痛附件增厚 输卵管肝郁气滞 介入造影不通/或通而不畅 舌红 脉细弦	疏肝解郁 理气通络
瘀血内阻	痛经剧烈并渐加重 月经不调 常肛周坠胀癥瘕积聚 B 超见后 隆结节 卵巢囊肿 脉沉弦 舌紫黯	化瘀破结 调理冲任

4.2 西医辨病治疗 与女性 HPOA 轴密切相关

- 1) 排卵功能障碍:不排卵, 不规律排卵, 或有排卵但黄体功能不全;
- 2) 生殖器病变: 主要包括子宫内膜异位症 输卵管阻塞;
- 3) 不明原因: 主要由于免疫功能失调 其中又大致可分为: 亢进 低下 紊乱;

部分患者合并有 2 种/或 2 种以上的病因。

5. 体会

5.1 针灸治疗的优势及作用

针灸在治疗各种原因引起的不孕症时, 具有简, 便, 廉, 妙的优势。针刺选择关元 气海 中极 三阴交 足三里 百会+四神聪是最为常用的基本穴。“中极”为膀胱之募穴, 具有补肾固冲之功, 主治不孕, 月经不调, 带下, 痛经等症, 与“关元”同为“妇人续断最要穴”, 为任脉与足太阳, 足少阳, 足厥阴之交会穴。“关元”为任脉与足三阴经的交会穴, 又为小肠之募穴, 有培肾固本, 补益精血的功效。《医学入门》“关元主治虚损令人有子”, 直接说明了关元穴有主治不孕症的特效。“三阴交”是肝脾肾三经交会穴, 可调理肝脾肾三脏, 治疗冲, 任, 督, 带等经脉气血失常所致的一切妇科疾病。“百会”穴居颠顶部, 其深处即为脑之所在, 且百会为督脉经穴, 督脉又

归属与脑, 它与脑有密切联系, 是调节大脑功能的要穴。百脉之会, 贯达全身。头为诸阳之会, 百脉之宗, 且为各经脉气会聚之处。穴性属阳, 又于阳中寓阴, 故能通达阴阳脉络, 连贯周身经穴, 对于调节机体的阴阳平衡起着重要的作用^[3]。该穴在临床针按二联治疗实践中为必备穴。这也对应现代医学理论的 HPOA (下丘脑-垂体-肾上腺-卵巢) 生殖内分泌轴理论, 将该理论具体运用在中医临床实践中的表现。

5.2 针灸无明显毒副作用

从针灸治疗的临床实际观察, 它没有创伤, 相对安全, 其双向调节作用也防止了过于偏异的毒副作用。

5.3 针灸的多联疗法为增加疗效提供了多途径。

针灸的二联: 针/灸; 针/按; 三(四)联: 针/灸/按, 针/电针/按, 针/灸/电针/按等等, 可以增加治疗的功效。

5.4 不足之处

1) 门诊治疗缺乏收集大数据的条件; 2) 由于英国特殊的国情, 医院的检查报告很难得到, 给临床针对性治疗带来不尽人意的遗憾; 3) 患者在治疗不孕症时, 首先考虑接受中医药治疗的很有限。

(责任编辑: 周继成)

【作者简介】曹兴灵, 男, 副主任医师, 中医世家弟子, 长江大学医学院临床医疗系毕业, 中华全国中医药学会湖北分会资深会员, 曾就职于湖北省荆州市第一人民医院(三甲), 从事中西医结合临床

工作 30 余年, 先后在同济医科大学、广州中医药大学专业进修, 中西兼学、文理并蓄, 有 20 多篇论文发表, 2007 年来英应诊, 现为英国中医师学会理事。

电子邮箱 caoxingling2009@126.com

·学术探讨·

现代舌诊与十纲辨证

Modern Tongue Diagnostics and Ten Principles of Syndrome Differentiation

殷鸿春 YIN Hong-chun

【摘要】 本文在回顾八纲辨证的基础上增加了升降两纲，并主要探讨气机升降与舌象的关系，其中肝升肺降，脾升胃降，水升火降，在气机升降中扮演着极其重要的角色。对人体的生理病理影响巨大，所以将升降提到纲的位置来对待以引起重视，并且也方便临症诊断及遣方用药。

【关键词】 舌诊；八纲辨证；十纲辨证；气机升降

Abstract: This essay extended the eight principles of syndrome differentiation by adding another pair of principles of the ascending and the descending and discussed mainly on the relations between the tongue signs and the ascending and descending movement of Qi. As it is believed that the up-sending function of the liver and down-sending function of the lung, up-sending function of the spleen and down-sending function of the stomach, and the up-sending feature of fire and the down-sending feature of water are especially important to the ascending-descending movement of Qi and produce vast influence to the physiological and pathological processes of human body, the concepts of the ascending and the descending are promoted to the level of principles to hold its importance and to benefit the clinical practice in diagnosis and prescription.

Keywords: tongue diagnostics; eight principles of syndrome differentiation; ten principles of syndrome differentiation; ascending-descending movement of Qi

八纲辨证是中医辨证中最常用的辨证方法之一，阴阳作为八纲辨证的总纲，表里用于辨病位在表还是在里，寒热辨病邪的属性是寒性还是热性，虚实用于辨正邪的多寡，这就是常用的八纲辨证。我在八纲的基础上又增加了升降两纲，即辨气机的升降，气机的运行，而称其为十纲辨证。

十纲辨证这个术语早有医家提到。象施今墨先生创立了以阴阳为总纲，表里、虚实、寒热、气血为八纲的十纲辨证方法，即在八纲的基础上增加了气血两纲。关幼波先生也提过同样的内容。耳鼻喉大家干祖望先生也用过十纲辨证，即表、里、寒、热、虚、实、标、本、体、用十纲，阴阳单列为总纲。但他们增加的两纲内容与我的完全不同。

1. 下面简单介绍八纲辨证的历史沿革：

八纲的内容始于《黄帝内经》。《素问·阴阳应象大论》有：“善诊者，查色按脉先别阴阳”。

“邪气盛则实，精气夺则虚”，“阴胜则阳病，阳胜则阴病”等内容，实际是八纲辨证的来源与基础。汉《伤寒杂病论》内有“病有发热无汗者发于阳也，无热恶寒者发于阴也”。“夫实则谵语，虚则郑声”等有关寒热虚实的论述。其后《华氏中藏经》记载“阳不足则先寒后热，阴不足则先热后寒”，“病有脏虚脏实，腑虚腑实，上虚下实，下虚上实”等等内容。宋《本草衍义》“夫治病有八要，八要不审，病不能去。非病不去，无可去之术也。故须审辨八要，庶不违误。其一曰虚：五虚是也，二曰实，五实是也。三曰冷，

脏腑受其冷是也，四曰热，脏腑受其积热是也。五曰邪，非脏腑正病也。六曰正，非外邪所中也。七曰内，病不在外也。八曰外，病不在内也”。这个八要与后世用的八纲已经相差不大了。明朝王执中《东垣先生伤寒正脉·治病八字》“虚实阴阳表里寒热八字不明，杀人反掌”。这个八字，已经是八纲了。张景岳《景岳全书·传忠录》“苟吾心之明理，则阴者自阴，阳者自阳，焉能相混。阴阳即明，则表与里对，寒与热对，明此六辨，明此阴阳，则天下之病，固不能出此八者”。以阴阳“医道之纲领”统领表里寒热虚实之“六变”。清《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》“病有总要，寒热虚实表里阴阳八字而已，病情即不外此，则辨证之法亦不出此”。民国祝味菊《伤寒质难》“所谓八纲者，阴阳表里寒热虚实是也”八纲一词首见于此。

2. 下面主要谈谈如何通过舌象来进行十纲辨证

2.1. 如何通过舌象辨阴阳

通常查舌的润燥，在阴阳辨证中有重要的意义。《辨舌指南》中指出：“滋润者其常，燥舌者其变”。润泽是津液没有伤，燥舌是津液已经耗伤了。正常情况下阳气虚了，阴气有余，则见苔润泽、体胖大、边有齿痕，或润而滑的，或伴白腻苔且厚等。而阳热邪火亢盛的时，则耗损津液而见舌瘦、苔干燥、质红、绛红、燥干等。即在常理的情况下，阳虚寒证往往是舌润，阴亏热证就会导致舌燥。津液的输布依赖阳气的运行，即由阳气来布化津液，阳虚则津液失于布化，舌苔可以出现不润而干燥。

所以见到干燥舌苔，不可一概论为阴虚，有可能是阳虚失于蒸化。那么如何来区分这两种情况呢？热症阴亏，舌干少津，舌红苔白而干，或黄干，或者黑苔，喜冷饮而好动；阳虚失于蒸化之少津，则见舌淡，舌面少津，病人或见形寒，喜静，喜热饮，及其它阳虚见症，若是虚阳上越，舌可见红而少津，但舌体一般会胖大。

2.2. 如何通过舌象辨表里

表证，病在太阳，舌象常见舌苔淡白而润，舌质淡红或淡白，有些病人可见上焦区舌质红。临床上很难见到表症独现的病人，大都伴有内伤疾患。里症，六经病变，除了太阳病及半表半里的少阳病，均可称为里症，舌质或红，红赤，降，黑，紫，淡白，白胖，苔或润或干或黄或黑或如积粉或白腻黄腻等，都常见于里症。

2.3. 如何通过舌象辨寒热

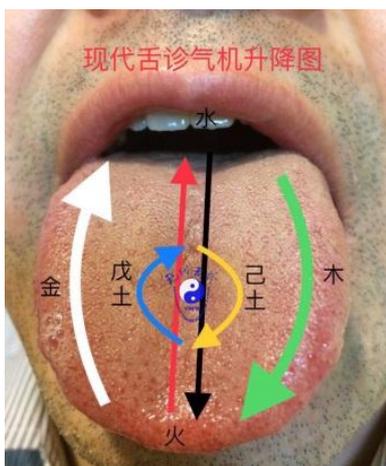
寒证，舌质较淡，淡白，或紫暗，淡胖，舌苔润滑多津或见或舌面较多唾液及口流清涎。热症，舌质较红，红赤，红紫，少津，苔干黄，黄黑，黑干，黄腻等。

2.4. 如何通过舌象辨虚实

实证，舌质坚敛，无齿痕，紫赤，又分表实里实。虚证，舌质较淡，淡红，齿痕，又分表虚里虚。

对八纲只做以上简单介绍。

2.5 升降二纲



关于气机的升降，早在【黄帝内经·六微旨大论】中就有论述，如“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无

器不有。故器者生化之宇，器散则分之，生化息矣。故无不出入，无不升降，化有小大，期有近远，四者之有而贵常守，反常则灾害至矣”。在《灵枢·顺气一日分为四时》言“春生夏长，秋收冬藏，是气之常也，人亦应之。以一日分为四时，朝则为春，日中为夏，日入为秋，夜半为冬”，此为言大自然的气机升降，并强调人的气机升降与自然相应。其中古人对于肝肺的升降尤为重视，另外，脾胃作为升降的枢纽，亦被历代医家重视。而心肾的关系即为水火的关系，水升火降在气机升降中也是非常重要。

2.5.1 肝升肺降

在《素问·刺禁论》讲：“脏有要害，不可不察。肝生于左，肺藏于右，心部于表，肾治于里，脾为之使，胃为之市。”即肝气自左而升，肺气自右而降。肝升肺降即来源于此。《素问·五运行大论》：“上者右行，下者左行。”《素问·阴阳阴阳应象大论》：“左右者，阴阳之道路也。”

《临证指南医案》：“人生之气机应乎天地自然，肝从左而升，肺从右而降，升降相宜，则气机舒展。”由此可以看出，历代医家对于肝升肺降的认识基本上是一致的。气机升降在舌象上的表现根据左右舌的大小来查看气机的升降变化。

2.5.2 脾升胃降：气机升降的轴心

吴达《医学求是》云：“脾为阴土而升于阳，胃为阳土而降于阴，土位中而火上水下，左木右金，左主乎升，右主乎降，五行之升降以气不以质，而升降的权衡又在中气，升则赖脾气之左旋，降则赖胃气之右转，故中气旺则脾升而胃降，四象得以轮转，中气败则四象失其所行，因脾郁而胃逆也”。黄元御《四圣心源》谓“中气者，和济水火之机，升降金木之轴，道家谓之黄婆。婴儿姤女之交，非媒不得，其义精矣”。黄元御对于气机升降的认识，与圣人之旨颇合。这一点也提醒我们，调气机升降，勿忘中焦这个枢机。舌中焦区域的凹陷或隆起通常是判断脾胃气机升降失常的参考因素。

2.5.3 心与肾即水与火

人体正常生理状态是水升火降，水火即济，但在生病时，即处于病理状态时出现水火失济，水火分离，而呈现上热下寒之象。舌象常见舌尖红而下焦白。

2.5.4 关于气的认识，明代医家张景岳在《景岳全书》说的很到位：“行医不识气，治病从何据？……夫天地之道，阳主气，先天也。阴成形，后天也。故凡上下之升降，寒热之往来，晦明之变易，风水之流行，无不因气以为动静，而人之于气，亦由是也。凡有余之病，因气之实，不足之病，因气之虚。如风寒积滞，痰饮淤血之属，气不行则邪不除，此气之实。虚劳遗漏，亡阳失血之属，气不固则元不复，此气之虚也。……虽曰泻火，是所以降气也；虽曰补阴，是所以生气也。气聚则生，气散则死，此之谓也。……所以病之生也，不离乎气，而医之治病也，亦不离乎气；但所贵者，在知气之虚实，及气所从生耳。……药有四气五味，气本乎天属阳，气有四曰寒热温凉；味本乎地属阴，味有五曰酸苦甘辛咸。温热者，天之阳气，寒凉者，天之阴气；辛甘者，地之阳，酸苦咸者，地之阴。阳主升而浮，阴主沉而降。辛主散，其行也横故能解表；甘主缓，其行也上，故能补中；苦能泄，其行也下，故可去实；酸主收，其性也敛，故可治泻；淡主渗，其性也利，故可分清；咸主软，其性也沉，故可导滞。……故欲表散者，须远酸寒；欲降下者，勿兼升散。阳旺者，当知忌温，阳衰者沉寒毋犯；上实者忌升，下实者忌秘；上虚者忌降，下虚者忌泄；甘勿施于中满，苦勿施于假热，辛勿施于热燥，咸勿施于伤血；酸木最能克脾土，脾气虚者少设。”张景岳将气机升降看的已经非常透彻。

3. 人体有气机的升降出入，而药物有升降浮沉，所以我们在看病时，诊断清楚了气机的升降哪里出了问题，我们就可以用相应的药物来进行治疗了。下面举两个例子来看气机升降对于我们诊治的重要性。

3.1. 例1，2015年8月21日，青岛的朋友的母亲发热不退2周，一直住青岛某大医院，CT示肺内不清晰，医院要求肺穿刺活检。朋友发微信征求我的意见，我建议先吃中药，不要穿刺。根据发病季节及舌象病人患的应是暑温。舌象示舌略向左偏，舌苔黄腻，肺胃失降之象。

处方：茵陈10克 滑石10克 通草10克 石菖蒲10克 黄连2克 黄芩5克 厚朴10克 炒杏仁5克 砂仁5克 薏苡仁10克 每天一付，800毫升水煎出300毫升药液，早晚各150毫升饭前服。

五付药后病人烧退了，唯稍有腹泻，黑色。

处方：前方去滑石，通草改为5g，加入炒白术5g，炙甘草5g，再服3付。病人恢复正常生活状态。下面是病人治疗前后的舌象。治疗后病人象不仅舌苔变得薄白，舌形亦对称。



例2，2017年6月16日。慢性萎缩性胃炎腹痛腹胀来诊，同时病人还有甲状腺弥漫性炎症，睡眠欠佳，食欲不振等症状。舌体膨隆，舌苔白腻，不仅肝肺升降失常，而脾胃升降亦受阻。

处方：当归10克，生白芍10克，熟地黄10克，川芎10克，生白术10克，茯苓15克，陈皮6克，厚朴6克，炒鸡内金15克，炒麦芽15克，延胡索10克，夜交藤15克，醋柴胡6克，黄芩10克，制香附6克，炒栀子6克，桂枝5克，生甘草6克，大黄6克（后下）。7付，水煎服。日一付，分温两次。

2017年6月23日复诊，腹痛腹胀均消失，图8为治疗前的舌象，图9为治疗后的舌象。治疗后的舌象舌体膨隆程度降低，舌苔变得较治疗前薄了。



4. 小结: 在现有八纲辨证中增加辨气机升降这两纲, 对于我们精准辨证, 精准用药提供了一个方便快捷的法门, 当然对于指导针灸选穴也有同样的意义。气机升降无处不在, 不仅是自然界, 也

在人体内及体现在我们的中药和穴位针法之中, 抓住升降, 确有执简驭繁之效。

【参考文献】[1] 王季藜, 李玉玲, 《舌诊源鉴》; 中国医药出版社, 1992. 7.

(责任编辑: 周继成)

【作者简介】殷鸿春, 1988年毕业于山东中医药大学中医系中医专业本科, 医学学士, 曾在青岛市中医医院工作, 副主任医师, 现于英国伦敦自营中医诊所, 任英国中医师学会学术部理事、《英国中医》编委及责任编辑。对于舌脉诊法多有学习和研究, 尤其对舌

象的研究多有心得, 在总结前人及今人经验的基础上, 结合全息生物学理论, 创立现代舌诊疗体系, 并开设现代舌诊培训课程。已出版英文版《Modern Tongue Diagnostics in Chinese Medicine》。

·特色疗法·

脊柱全息腹针治疗腹股沟疼痛的体会

Vertebra-Locating Abdominal Acupuncture for Groin Pain

周华芝 ZHOU Hua-zhi

【摘要】腹股沟疼痛不是一个临床独立诊断, 但作为一个症状常见于多种疾病中, 笔者依据软组织损伤及脊柱相关疾病理论进行诊断, 采用基于对应脊神经定位的脊柱全息腹针进行治疗取得较好的疗效。

【关键词】腹股沟疼痛; 脊柱相关疾病; L 1 脊柱小关节紊乱; 髋关节炎; 股骨头坏死; 脊柱全息腹针

Abstract: Groin pain is not an independent diagnosis but a symptom often seen in many diseases. Relying on diagnostics of soft tissue injury and spine related diseases and using vertebra-locating abdominal acupuncture, the author achieved satisfying result in the treatment of groin pain. The special method is introduced in detail and successful cases are shared as examples.

Keywords: groin pain; spine related disease; vertebra-locating abdominal acupuncture; facet joint disorder; osphyarthrosis; osteonecrosis of the femeral head

腹股沟疼痛作为多种疾病的一个症状, 见于 L 1 为主的脊柱小关节紊乱综合症、髋关节炎、股骨头坏死、L 1 脊柱骨折或骨病、腹股沟淋巴结炎、髂腹股沟脓肿等。临床以胸腰段的脊柱小关节紊乱综合症多见。从腹股沟肌肉、神经解剖我们运用软组织损伤及脊柱相关疾病理论帮助定

位诊断, 结合中医望、闻、问、切四诊, 脏腑经络辨证, 寒热虚实辨证定性诊断, 简单明了。

1 症状

本文主要讨论 L1 为主的胸腰段脊柱小关节紊乱症、髋关节炎、股骨头坏死为主。症状以腹股沟疼痛为主诉或伴有患侧髋关节活动障碍(曲

髋、抬腿、外旋或盘腿等受限)、胸腰部疼痛或伴腰骶部疼痛、或伴大便秘结、腹泻、小便频数及排尿无力,妇女痛经甚或不孕,男子睾丸坠痛、阳痿甚或不育。

2 腹股沟的神经及解剖

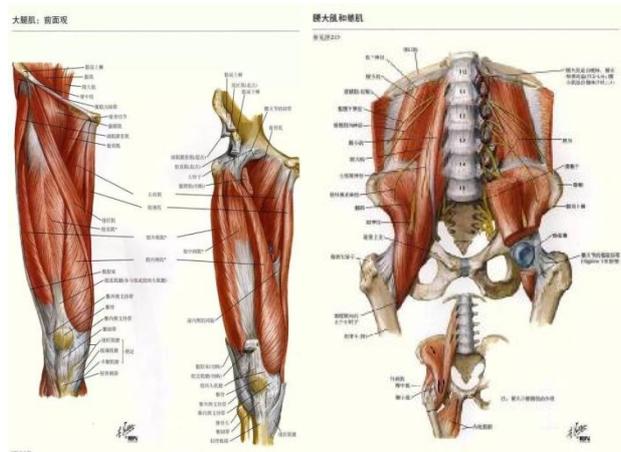
2.1 腹股沟部位及周边的肌肉:

- 腰大肌、髂肌。
- 股四头肌(股直肌、股中间肌、股外侧肌、股内侧肌)、缝匠肌。
- 股薄肌、闭孔内肌、耻骨肌。

2.2 腹股沟有关的神经: 髂腹股沟神经、股神经及生殖股神经。

- L1 脊神经----髂腹股沟神经。
- L1、L2 脊神经----生殖股神经、股神经。

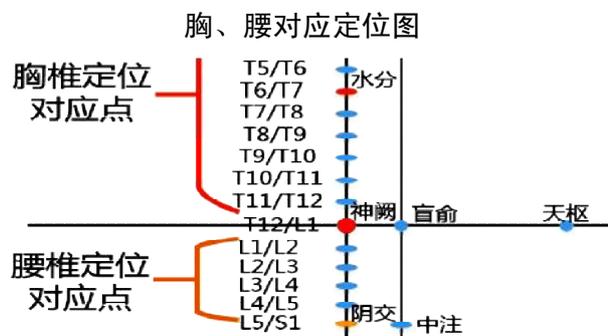
诸多肌肉中与腹股沟疼痛有关的主要是腰大肌、髂肌,尤其是腰大肌。支配神经主要是髂腹股沟神经。



3 辨证取穴

- 脊柱全息腹针是基于对应脊神经全息定位的腹针,依据腹股沟神经全息定位的关系,腹针取穴以 L1 为主,可以同时兼取相邻的 T12、L2。脊柱全息腹针在考虑脊柱全息取穴的同时,亦应根据中医的望闻问切四诊合参进行脏腑、经络、寒热虚实辩证,按实证(瘀证、热证、痰湿痹证)、虚证(气虚、阴虚、阳虚)及虚实夹杂证,选择针刺穴位。
- 虚证通常取胃经以内经络上(含胃经、肾经、任脉)穴位。

- 实证选择胃经以外经络(胃、脾、肝、胆)穴位。
- 虚实夹杂证选择胃经以内(任脉、肾经及胃经)经络和胃经以外经络(脾经、肝经、胆经)穴位辨证取穴。不能取任脉时可取肾经穴位(手术疤痕或神阙)。



刺法 垂直进针,深刺。逆顺补泻时可以斜刺。

4. 典型病例

案例一

患者 XX,男,53 岁。因 L4 椎弓根骨折椎体前滑腰臀、双下肢拘挛疼痛,左侧腹股沟痠胀疼痛,直腰受限。L1、L3、L4 左压痛。

取穴: T12、L1、L2、L3、L3 双侧胃经点、双气旁、关元。留针 30 分钟,进针到位疼痛即除。



案例二 患者 XX,男,56 岁。高尔夫球业余爱好者。右侧腹股沟、右肘疼痛反复两年来诊,偶有腰部痠胀,无头晕头痛,无四肢麻木,纳寐正常,二便正常。否认有外伤史,无其他病史。两年多来到医院及 GP 处就诊,未能明确诊断,服止痛药效果不佳。舌质红,中根苔白厚,右脉中取弦滑; C5 右横突旁肌紧张、压痛,右肘挠骨小头周围压痛,无红肿。T12、L1 压痛,右侧腰

肌稍紧张、右腹股沟及右髂前上棘局部压痛、肌紧张，但无红肿。

一诊：取穴：中腕、C5、C5 右胃经点、右盲俞、L1 右肾经交会点及脾经交会点、阴交、双外陵、关元。



二诊：右肘疼痛除，右腹股沟疼痛减轻。取穴：下腕、关元、右盲俞、L1、L2 右肾经交会点。入针到位疼痛即除，出针后无反复，继续留针 30 分钟。

案例三

患者 XX，男，46 岁。弯腰扭伤致腰骶及右侧腹股沟疼痛三天来诊。L1、L4、L5 右侧压痛。

取穴：L1、L2、L3、L4、L5、中腕、关元、右外陵。进针完毕疼痛即除，留针 30 分钟。出针后无反复。



案例四

患者 XX，女 57 岁。首诊：2017 年 8 月 4 日。主诉：右髌、右侧腹股沟疼痛 5 个多月。诉长期照顾瘫痪的母亲，弯腰用力。最近五个月出现右髌、腹股沟疼痛，行走困难，抬腿弯腰受限，右髌、右大腿根疼痛，扶拐跛行。服“止痛药”效果不佳，GP 及医院诊断“股骨头坏死”，建议行髌关节置换术。患者不愿手术而来诊。检查：跛行、扶拐、痛苦貌、右侧曲髌外展均受限、双侧髂前上棘及腹股沟压痛，右侧为甚。T12、L1、L2 右侧肌紧张，局部压痛，舌质淡红，苔薄白，寸关弦紧，尺脉沉弱。

首诊选穴：中腕、下腕、气海、关元、T12、L1、L2、L3、双滑肉门、双外陵。针后疼痛减轻，曲髌有进步，外展仍然受限，可以脱拐步行。

二诊 9 月 18 日，上次治疗后症状改善，右髌腹股沟疼痛减轻，不需扶拐。针：中腕、关元、双外陵、T12、L1、L2、L3。

三诊：9 月 28 日右髌腹股沟疼痛已经明显缓解，稍觉右臀部痠痛。针同二诊。出针后曲髌、外展虽然未完全正常，但已经极大改善。嘱以后每周针一次加强疗效。分别于 5/10、12/10、19/10、26/10、10/11 共 8 次治疗。疼痛除，行走近正常。

5 体会

5.1. 腹股沟疼痛作为以 L 1 为主的胸腰段脊柱小关节紊乱综合症、髌关节炎、股骨头坏死等多种疾病的一个症状，临床须要明确诊断，既要定位也要定性，运用软组织损伤及脊柱相关疾病理论，结合中医望、闻、问、切，脏腑经络、寒热虚实辨证，帮助诊断定位取穴。在此基础上采用脊柱全息腹针，事半功倍，临床才能获得满意的疗效。

5.2 采用经络补泻，而不需施行提插补泻手法，只要进针到达足够深度，疼痛立消。或采取针头朝向进行顺逆补泻，针头顺经为补，逆经为泻。

5.3 对于预防或治疗股骨头坏死或其他疾病的腹股沟疼痛也有效果，脊柱全息腹针作为一种新的治疗手段在腹股沟疼痛为症状的诸多疾病治疗中具有积极的临床意义。

5.4 要重视筋骨并重原则，进行脊柱全息腹针治疗后，腰椎小关节紊乱的病例，疼痛消除或减轻后部分病例最好手法复位或腰部功能锻炼复位。

5.5 腰部功能锻炼：侧卧旋腰锻炼方法：左侧卧，左下肢伸直，右腿膝关节稍屈曲，全身放松，保

持 5-10 分钟，然后上身向后旋，旋转并伸展腰背肌 3-5 次。同法右侧卧，进行右侧旋腰锻炼，每日 1-2 次。

【参考文献】

- [1] H. Royden Jones, Frank H. Netter, 樊东升, 张俊等【奈特神经系统疾病彩色图谱】北京：人民卫生出版社 第一版, 2009, p648
- [2] 周华芝等, 腹针的脊柱定位及针法浅探。英国中医, ISSN:2049-4289, 2017(1) P38

(责任编辑：周斌)

【作者简介】周华芝，1988 年 7 月毕业于广西中医学院医疗系，毕业后在广西中医学院第一附属医院从事中西医外科、激光整形美容临床和教学工作。1984 年~1985 年师从善长脊柱与软组织损伤研究和治疗的广西中医学院陈忠和、贺俊民两教授学习

脊柱相关疾病理论及手法。长期从事各种脊柱相关疾病手法治疗。2005 年 5 月来英至今从事中医药、针灸、推拿、脊柱相关疾病手法等工作。现为英国中医师学会学术部理事，《英国中医》杂志责任编辑。

·医论医话·

久患之疾用药宜轻服药宜频论

On Appropriate Frequent but Small Herbal Doses for Chronic Disease

周欣 ZHOU Xin

【摘要】医道者，人道也，以活人为本，去疾则次之。久病体弱之人，用药宜轻，服药宜频，此古有明训。作者详加阐发，旁征博引，提出久病之患用药不在多而在精，制方宜平和而小，服药宜少而频，时时以病人为本而处方用药。

【关键词】处方；服药法；久病

Abstract: To treat chronic disease one should always take the patient's physical constitution as a precedent consideration. For the patient who suffers from long term of illness, the digestive system and immune adjustment all became weakened, thus small formula, low dosage and frequent intakes of herbs will be the suitable approach. This method has saved millions of life and been recorded in medical books. Overall, Chinese medicine is the art of health care and the core value of it is humanity.

Keywords: prescription; dosing method; chronic disease

在中医临证中我们不难发现，凡是经验丰富的老中医在临证处理一些比较顽固的、久治不愈的疾病时善于运用丸散之剂（如临床常用的六味

地黄丸、补中益气丸、参苓白术散等）进行治疗，且美其名曰：“丸者缓也，舒缓而治之也；散者散也，去急病用之（李杲）。”但对于其中的机

理并未论及。对于久患之疾的治疗为什么要选用丸散剂型？其中的机理是什么呢？这就是笔者下面要谈到的。

1. 选药宜精而专、用量宜轻

中医治病用药不在多，而在精。清代李冠仙曾在《知医必辨》中说：“凡人有病，如锁错锁，医者治病，如以钥开锁，只须铜线一根，轻清一拨，而锁自开。故不善治病者，虽用重剂，而病不解，甚且加增；善治病者，只须一药，即可取效。”无独有偶，当代名医李翰卿常说：“用药如用兵，方不在大而在准，兵不在多而在精，轻剂亦可起重症，四两虽微拨千斤。”从这里我们不难看出两位李氏在治病时的用药原则：用药以精而少为贵。

对于久患之疾，医家在组方用药时更应该遵循“精而专”的用药原则。因为病人长期患病不免重复、过度用药，胃气或有损伤，已经不起过多药物的攻伐，若再用群药而攻之，则药力难以集中，且药物与药物之间还容易相互克制，使得治病药物的药效下降。李翰卿老先生曾经治疗一个李氏患者，因患二尖瓣狭窄症，于西医院实施二尖瓣分离术后，不久发生严重心力衰竭，虽经抢救脱险，但心衰仍不时发生，半年后转入山西省中医研究所附院，先请某医以生地 15g，麦冬 15g，天花粉 15g，五味子 15g，人参 15g，当归 15g，茯苓 15g 治之。服后约 20 分钟，心悸气短加剧，喘咳不足以息，腹满浮肿更甚，急请先生会诊。先生云：“可予真武汤加减治之。遂处方：附子 0.3g，白芍 0.6g，茯苓 0.3g，人参 0.3g，白术 0.3g，杏仁 0.3g。服药 25 分钟后心悸气短咳喘即减轻，一小时后排尿一次，腹胀浮肿亦减。平卧睡眠数小时，至次日晨，已可以自行翻身。遂照原方继服三日后，竟能下床走路 20 余步。且云：“一年未能步也”。全方总量不过一钱，如此小量竟能起沉痾于顷刻，救危难于即倒，令人惊叹。又有久病将脱之时，医生多用参附以救危急，亦取其药力之精与专耳。

其次药量宜小，在上面李老的案例以轻药而起沉痾，亦说明此中道理。当时，医患均不明其原因，先生曰：“此阴阳大衰，又兼水肿，阳虚至极也。虚不受补，补其阳则阴液易伤而烦躁倍加，补其阴则阳气又难支，浮肿短气更甚，故治之宜小剂耳，取《内经》‘少火生气，壮火食气’

之意也”。从这里我们可以得到启发：当人体长期处于患病状态时，经常会出现阴阳两虚的情况。这时如果补阳气，就会出现阴虚的情况；补阴反而会加重阳气的负担从而出现损伤阳气症状。这种情况在临床上十分常见，医生经过辨证，明明是阴虚或阳虚，但是在用药时总达不到预期的疗效，甚至还会出现相反的症状。面对这样的现象，中医的大家们想尽办法，就提出了“阴阳双补”的治疗方法。如明张介宾曾曰：“善补阴者，必于阳中求阴，使阴得阳助而泉源不竭；善补阳者，必于阴中求阳，使阳得阴助而生化无穷”。这是用药的整体思想，但是在药量的使用上，医家们未曾明确指明其中技巧。蒲辅周先生亦认为在治疗久患之疾时用药药量宜小：“用药剂量不宜大，我年轻时读《临症指南》，看到他用药甚轻，多年后才理解。人病了，胃气本来就差，药多了加重其负担，反而影响吸收，这是很有道理的。”蒲老用药惯多轻灵，对于脾胃虚弱之病，尤善轻剂，宁可再剂，不可重剂。认为欲速则不达，反致脾胃更差。常云：“东垣创补中益气汤，黄芪一味，劳役热甚者，方用一钱，余药皆以分数，即因中虚不任重剂之故，医者不可不察。”

岳美中老先生也有一个典型的案例，亦可说明久病时用药药量宜小的原则。1973 年 10 月底，岳老为越南劳动党政治局委员阮良朋治病，阮氏患肝炎腹胀，久治不愈，食欲不振，每餐不过一两，暖气不止，大便稀溏，对多种药物均有反应，中药禁服之品竟达 100 多种，形体消瘦，脉象缓弱，岳老认为关键在于脾胃受损太甚，化源不能资生，乃嘱先停药中西药物一周，继用资生丸一付，以剪刀将药物剪成粗末，每日煎服三钱，煮取两盅，早晚两次内服。一周后暖气减少，矢气增多，胀满减轻，守方月余，饮食大进而愈。岳老对于这久治不愈的肝炎，首先想到的不是用药，而是先要停药，为什么呢？久病胃气弱，且长时间服药更加伤胃，致使脾胃受损太甚，故先停药一周，继之以资生丸小量服用，亦是在减轻胃的负担，促进其恢复运化之机。在这些典型案例的背后，是医学前辈用自己的临床实践向我们揭示：对于长期患病之人，在用药时应当注意宜精专而不繁杂、宜小量而不宜重剂。

2. 制方宜平和而小

中药治病是取药物之气味，药之气有“寒、热、温、凉”四性；药之味有“酸、苦、甘、辛、咸”五味。《内经》简而言之曰“厚”、曰“薄”。经云：“味厚者为阴，薄为阴之阳；气厚者为阳，薄为阳之阴。味厚则泄，薄则通；气薄则发泄，厚则发热。”对于长期患病者，由于体虚，在用药时自然应该选取气味较厚的药物，这才符合中医学所讲的“形不足者温之以气，精不足者补之以味”的法则。而笔者所提出的要求气味宜平不要过于厚而滋腻，这是否与经文中的道理相互违背呢？多数人不免产生这样的怀疑。我们暂且不回答这个问题，还是先看一下先哲们是如何运用补剂治疗久患之疾的。

在中医临床中最常用的补剂如以下两方：一是六味地黄丸，一是补中益气丸。在这两首方子中用到气厚之人参、黄芪，味厚之地黄、山萸肉，但同时也有理气之柴胡、升麻、陈皮，有渗利之茯苓、泽泻。这样虽补而不腻，虽泄而不伤，可谓之平和之配伍也。前人的组方法则告诉我们：对于久患之疾的用药配方，应取其“平和”。《内经》曰：“谨和五味，骨正筋柔，气血以流，腠理以密。”这里的“和”字，就体现了治病组方的原则。药性虽有所偏，但配伍得当就能使之“平和”。如果不遵循这一规律，看到虚证就去塞补，看到实证就去通利，不免陷入孟浪之举，产生“虚不受补”或“攻不去邪”的不良结果。

其次是制方宜小。周慎斋于《医家秘奥》中曰：“病重药宜轻、宜少，只以固中剂，三四剂，三四味，渐渐取效。”这其中的“三四味”，强调的便是“方宜小”。岳美中老先生曾说“药过十二三，其医并不粘”。因此，在中医学领域中有这样的说法，就是方子的大小可以衡量一个医生水平的高低，如果一个医生经常用小方治好病，那么人们就认为这个医生水平高。我们无法评价这是否正确，但反映了医生和患者的心声，就是中医在治病时尽量要用小方、轻方。

再者，中医治病时时以顾护胃气为要，《内经》有言：“有胃气则生，无胃气则死”。李杲在其《脾胃论》中亦指出“脾胃不足，为百病之始”，又有“胃气一虚，耳目口鼻俱为之病”。患久疾之人，在治疗过程如果用药杂乱，不但于疾病治疗无益，还会加重脾胃负担。如果脾胃功能受损，其运化无力，这样药物不但不会被人体吸收，还会停留体内进一步伤害身体。《素问·五

脏别论》中讲到：“所谓五脏者，藏精气而不泄也，故满而不能实。六腑者，传化物而不能藏，故实而不能满也。所以然者，水谷入口，则胃实而肠虚，食下则肠实而胃虚。故实而不满，满而不实也。”因此对于久患之疾若用偏方、大方则恐会产生脾脏“实”而不运，胃腑“满”而不化的结果。《醉花窗医案》中有言曰：“胃者，生死之关也，不明乎此，而能达精妙者，未有也。……药之为物，非五谷平和之气，利此则害彼，医士用之不当，必有诛伐无过之虑。久之胸中混淆，病者非病病，乃病药也。”此诚良言也！

3. 服药宜少而频

在临床医疗实践中，无论是医家还是患者最容易忽视的就是服药的方法了。病人认为只要服了医生开的药就万事大吉了，其实关于药物的服用可是有大学问的，早在《神农本草经》就已经明确指出了服药的法则：“病在胸膈以上者，先食后服药；病在心腹以下者，先服药而后食；病在四肢血脉者，宜空腹而在旦；病在骨髓者，宜饱食而在夜。”《内经》中也有“治热以寒，温而行之；治寒以热，凉而行之”的记载。金元时期的李杲也曾指出：“病在上者，不厌频而少；病在下者，不厌顿而多。”

对于久病之患的服药方法，笔者认为应该考虑一下“服药宜少而频”的服药方法。首先在上面也论述到了，久患之疾者由于身体自身的状况——胃气已伤、难以运化，决定了在服药时的特定方法——服药宜少而频。这种服药方法在医书中也隐有记载：如《外台秘要》中“茯苓饮”记载了仲景“治心胸中有停痰宿水，自吐出水后，心胸间虚气，满不能食，消痰气，令饮食”。方用茯苓、人参、白术各三两，枳实二两，橘皮二两半，生姜四两。方后言：“上六味，水六升，煮取一升八合，分温三服，如人行八九里进之。”停痰宿水，明其病可谓久矣；一升八合分温三服，察其所服之药可谓少矣；如人行八九里进之，知其服药可谓之频矣。

众所周知，在我们周围有两类人的饮食十分讲究，一是老人，一是婴幼儿。对于老人由于年纪的因素，五脏六腑机能逐渐减退。因此，在饮食保健方面需要特别讲究，正如孔老夫子所说的“食不厌精”，不但是要吃饱，更重要的是要吃好。因为稍有不慎就会“病从口入”。因此，老

年人饮食一方面提倡精细，另一方面提倡少量多餐。婴幼儿呢？中医学理论认为，小儿之体乃“稚阴稚阳”之体，肠胃还没有发育成熟，因此饮食不耐寒热，稍有不慎就会产生食积、腹胀、痞积等病症，而且婴儿的饮食也是量少而多餐。即便是成年人，在身体良好的状态下，如果饮食过多也会产生轻则厌食、重则伤食呕泻等不适。徐灵胎在其《慎疾刍言》中指出：“知药气入胃，不过借此调和气血，非药入口即变为气血，所以不在多也。又有病人粒米不进，反用腻膈、酸苦、腥臭之药，大碗浓煎灌之。即使中病，尚难运化，况且与病相反之药，填塞胃中，即不药死亦必灌死，小儿尤甚。”也是在告诫我们在服药时也应该遵循“少量多次”的原则。

李杲曾言：“伤食者，有形之物也，轻则消化或损其谷，此为最妙。”李杲提到的“损其谷，此为最妙”，是指不用服药，减少其饮食，等到胃气自然恢复就可以消化已停留之积滞。这是我们日常生活中经常遇到的现象，从这些简单的现象背后我们是否能得出治疗疾病的真谛呢？久患之疾的身体状态与老年人、婴幼儿的身体状态在一定意义上存在共性，因此在服用汤药时应当遵循“量少而频”的原则。少量服用不会加重脾胃的负担，更有利于脾气的运化、胃气的腐熟，这样药物的有效成分才能更好地发挥；频繁服用又能使药效长时间维持在一定的范围，药效更加持久。

《内经》把体内的疾病比喻为衣服上的污垢，无论患病时间的长短，疾病都是可以治疗的，如

果不能治疗是因为医生没有掌握其中的方法。书中言：“言不可治者，未得其术也。”实际上久患之疾就类于此，治疗用药就犹如“雪污”一样，要缓缓图之。除了用药精当，配伍严密而无偏颇，而且服药还要讲究方法，只有这样才能扫除疾患，药到病除。就如洗衣服一样，要想把衣服洗干净，不但要用到水、洗剂，而且还要用手去搓揉。水就好比是补益之药，洗剂就相当于调和之品，轻搓慢揉就好比是服药的技巧，只有这几个方面有合理的搭配运用才能起到满意的效果。

肖龙友先生曾经对于治老年人疾病时作譬喻说：“衣料之质地原坚，惜用之太久。虽用着加倍爱护，终以久经风日，饱历雪霜，其脆朽也必然。若仅见其表面之污垢，而忘其穿着之太久，乃以碱水浸之，木板搓之。未有不立时破碎者。若仔细周密，以清水小掇轻浣宿垢虽不必尽去，但凉干之后，能使人有出新之感。由此可使寿命增长，其质地非惟无损，日益加坚”。从这些言语中，我们可以看出肖老在治疗老年人及久病之人时所遵循的法则是“清水小掇”。“清水”者，用药之和平不偏之谓；“小掇”者，小量缓图之谓。言语虽简，其蕴含的道理却很深。正所谓是“人法地，地法天，天法道，道法自然。”

总之，治病无常法，因人、因证而变。体质之强者，久病之患亦可重剂速攻；老、幼、体弱者虽是新患，亦当小量频服，顾护正气，此乃权衡之变也。犹天之有四时寒热温凉之常，而夏见冰雹、冬有不冰者亦时有之。望达者能善用上述之法，知常达变，量材为用，此实吾之愿也。

（责任编辑：陈赞育）

【作者简介】周欣，男，研究生学历。2008年毕业于北京中医药大学《黄帝内经》专业。2009年8月~2016年9月就职于中国中医药出版社，任策划编辑一职，

同时又分别受聘于解放军后勤指挥学院门诊部和国防大学中医门诊部为特聘中医专家。现就职于后勤学院门诊部。临床特点：以脉辨证，善用经方、小方治病。

Welcome to join us!
- the leading TCM professional body in the UK
www.ftcmp.co.uk

诚邀加入我们！
—英国最好的中医专业学会

（正规中医本科学历免试入会直通车、学生、海外会员优惠等信息尽在网站，敬请查询）



Shulan College of Chinese Medicine

英国淑兰中医学院



南京中医药大学
Nanjing University of Chinese Medicine

PROVIDE AUTHENTIC & EXCELLENT
CHINESE MEDICINE EDUCATION
提供传统与优质的中医高等教育

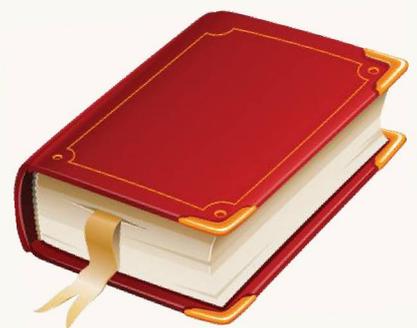


Tel: 0161 438 2887

info@shulancollege.co.uk

www.shulancollege.co.uk

514 Parris Wood Road, Manchester, M20 5QA





123 FIRST AID

THE FIRST AID TRAINING COMPANY

High quality first aid courses specifically designed for acupuncturists

为中医专门设计的高品质急救课程
—事先准备，更好地保护您的诊所和患者

Bespoke acupuncturists / TCM practitioners training

- Main risk factors in acupuncture/TCM
- Dealing with emergencies in your practice
- Preventing incidents and legal challenges

Comply with your professional body requirements

- Accredited First Aid Certificate (Ofqual, CEA)
- 7-hours CPD points

High quality, modern equipment

- LED lights-fitted manikins to monitor CPR depth and speed
- Defibrillator training

Sunday courses translated in Chinese

Mandarin translation of course and of written test

为中医门诊专门设计的高品质急救培训

中医、针灸从业主要风险
如何处理门诊紧急情况
尽量为可能发生的事故和法律问题做准备

符合您所在的专业团体的要求

被权威机构认可的急救证书
7个小时的继续教育分数

高品质教学及先进的急救培训设备
先进有指示灯的心肺复苏急救模型
电击除颤训练

周日为中医专门安排的中英文双语培训
中文课程及中文考试



Company founded by Alice Bordas, DD, Head instructor and Caroline Cai, an experienced TCM practitioner

由爱丽丝保德斯牙医与蔡琳
中医联合创办

For more training information

更多急救培训课程与信息敬请
查询我们的网站



www.123firstaid.uk

info@123firstaid.uk

07886 627 224

Location: London

(or we can come to your venue, requires 12 bookings)

培训地点伦敦（或者您的场地，需12人参加）