香港卞兆祥教授對「中醫經典理論與臨床實踐」的論析

Discussion and analysis on “Chinese medicine classical theories and clinical practice” by Professor *BIAN Zhaoxiang* of Hong Kong

陳抗生　*CHAN Kong Sang*

（香港中醫雜誌編輯委員會）

卞兆祥教授，中醫藥學院臨床部主任，講座教授。主要研究領域為中醫藥治療消化系疾病的臨床及臨床基礎研究，以及中草藥臨床研究規範化研究工作。兼任Trials, BMC complementary and alternative medicine, Chinese Medicine 副主編。發表中英文文章250餘篇，申請中國及美國專利共80余項，參編與主篇著作15部，獲國家科技進步獎二等獎一項。

[摘要]　中醫經典理論方劑簡稱經方，是臨床醫師研習的重要內容。如何更好地理解經方，並能運用經方的思想指導臨床實踐，促進臨床水平進階，是經方在當代發揮其醫學貢獻的關鍵問題，也是醫師成長的優質途徑。香港浸會大學卞兆祥教授就經方的理論思想、學習方法等進行了論析，並列舉日常臨床中常見的積年頭痛案、食後腹脹案、汗證案及小兒癲癇案等4則經方驗案，分析臨床經方思維與使用要點，以期與同道及青年醫師共同學習，參考提高。

[關鍵詞]　卞兆祥；中醫經典；經方應用；名醫論析

中醫是中國特具魅力和優勢的醫學科學，同時承載並萃取了數仟年中國傳統文化之精華，是中華民族寶貴的物質精神財富。「經典」是中醫臨床的基石，學經典、做臨床，是中醫人才培養的必經之道。古往今來，多數名醫均提倡研究經典，作為臨床進階的有效門徑，故有「自古名醫出經典」，「自古名醫出傷寒」之說。因此，在臨證中回歸經典，尋根溯源，對我們今日的中醫學習和臨床亦將大有裨益。卞兆祥教授於2017年11月12日在香港會議展覽中心舉行的紀念世界傳統醫藥日及「2017香港中醫經方學術研討會」中，以「現代經方啟示錄」為專題的學術演講，給香港中醫業界學習經方帶來積極的啟發和有益的思考，並留下了深刻印象。經香港中醫業界廣泛要求，本編輯委員會特把講座內容整理，供同道參考。

1　經方是中醫經典的光輝

「經方」是中醫經典方劑的簡稱，是中華民族幾仟年應用天然藥物的經驗結晶，是中醫的臨床實踐規範。據《漢書·藝文誌》記載，當時有經方11家，274卷，很可惜，由於戰亂等原因使很多記載失傳。至漢末仲景「撰用《素問》、《九卷》、《八十一難》、《陰陽大論》、《胎臚藥錄》，並平脈辨證，為《傷寒雜病論》，合六十卷」。《傷寒雜病論》保存了許多具有極高臨床實用價值的古代經驗方，它集中了漢代以前經方的精華，後世稱其為「方書之祖」。卞教授指出，《傷寒雜病論》，第一次以疾病和證候為主線創立了方證相應的「六經」辨證體系，從診斷、治療原則、方藥劑量及其加減應用、預後判斷等入手，將先前傳統的中醫理論，變成貼近實際的、可直接指導臨床的、實用性極強的指引。仲景在書中指出：「雖未能盡愈諸病，庶可以見病之源，若能尋餘所集，思過半矣」。經過數仟年的臨床驗證，《傷寒雜病論》的臨床療效與指導價值舉世公認。對於臨床醫師如何將經典變成臨床上解決實際問題的利器，卞兆祥教授特別提出兩點：一是讀透經典，二是活用經典。熟讀經典，不僅是在字面上理解經典的內容，還要吃透其適用環境；活用經典，要在臨床實踐中將掌握的經典與臨床情境充分結合，依據病人的具體情況，以經典為規範，將經典變成解決臨床問題的指南及其實用手段，才可提高臨床療效，並有可能在此基礎上創新治法，救治病患。經典的例證，是最佳的間接回饋系統，醫師在臨床的驗證是最佳的直接回饋系統，兩相結合，有助於培養臨床醫師的自信，提高臨床療效的可重複性。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCCM All Rights Reserved

卞教授強調，經典是現代中醫人的臨床實踐指南，後世学人基於其實用性及其指導價值，由此入門，並不斷深入、演繹，特別是在臨床應用上的實踐推廣，使得經典的光輝不斷發揚。

2 經方驗案舉隅與論析

2.1 積年頭痛案例

李某，女性，2014年02月初診。

主訴偏頭痛反復發作20年餘。自訴每次偏頭痛發作主要在月經前或外感前，尤以受寒時易誘發，緊張時加重，從未作系統治療。發作時偶伴嘔吐、畏寒，但可進寒食。睡眠正常。偶有口腔潰瘍及口乾。平素經期1周左右，經量多，血色淡，無明顯痛經，西醫給予鐵丸常服。唇紫，舌質淡，苔少，脈細無力。中醫診斷：頭痛-陽虛血瘀證。以溫陽散寒化瘀止痛為治則，選用麻黃附子細辛湯合頭痛散加減。處方：炙麻黃4g，細辛（先煎）3g，製附子（先煎）8g，桂枝12g，川芎10g，白芷15g，白芍（醋）20g，地龍（製）30g，全蠍10g，蜈蚣2條（去頭足），延胡（醋）15g，雞內金15g，益母草20g，側柏炭20g。上方10劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用，囑服薑片溫陽。

二診（2014年3月3日）：適值經期，此次未見頭痛。無口腔潰瘍，仍有經行血塊，但無明顯經痛。仍有畏寒感。舌脈如前。守法再進，方藥如下：製附子（先煎）6g，川芎12g，白芷15g，全蠍10g，白芍（醋）20g，地龍（製）30g，蜈蚣2條（去頭足），延胡（醋）15g，雞內金15g，益母草20g，當歸尾20g，阿膠珠（烊化沖）10g，牡丹皮8g。13劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

三診（2014年4月7日）：仍有頭痛，但較初診前痛去其半。適值經期，無頭痛發作。經行仍有血塊。仍有畏寒但較前減輕。易於疲乏。舌質淡，苔少，脈細弱。守前法再進，方藥如下：製附子（先煎）8g，川芎8g，白芍（醋）20g，地龍（製）30g，全蠍10g，蜈蚣2條（去頭足），延胡（醋）15g，雞內金15g，益母草30g，當歸尾10g，阿膠珠（烊化沖）15g，牡丹皮8g，靈芝20g，炮薑10g。上方8劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

四診（2014年4月28日）：頭痛症狀減輕明顯。經期症狀好轉，畏寒好轉，疲乏好轉，易於視疲乏。無其他明顯不適。舌質淡，尖紅，脈細弱。守法再進，方藥如下：製附子（先煎）12g，川芎12g，白芍（醋）20g，地龍（製）30g，全蠍10g，蜈蚣2條，延胡（醋）20g，雞內金15g，益母草（製）30g，當歸尾10g，阿膠珠（烊化沖）15g，牡丹皮8g，靈芝30g，炮薑15g，黃芪15g。共15劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

五診（2014年6月16日）：頭痛症狀明顯減輕，但冷氣環境會加重症狀。近期膝蓋部不適，畏寒好轉，疲乏好轉，易於視疲乏。舌質淡，苔水滑，脈細弱。繼以前法加減治療，方藥如下：製附子（先煎）15g，川芎15g，白芍（醋）20g，地龍（製）30g，全蠍10g，延胡（醋）20g，雞內金15g，益母草30g，阿膠珠（烊化沖）15g，牡丹皮8g，靈芝30g，炮薑15g，黃芪15g，丹參20g。5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。於2014年6月17日、2014年7月日、7月22日重配3次，共15劑。

六診（2014年8月4日）：現時頭痛仍有發作，較未服藥前減80%左右。仍有畏寒，疲乏症狀好轉，仍有口腔潰瘍。仍日服生薑三片。守法再進，方藥如下：川芎15g，白芍（醋）20g，地龍（製）30g，全蠍10g，延胡（醋）20g，雞內金15g，益母草30g，阿膠珠（烊化沖）15g，牡丹皮8g，靈芝30g，炮薑15g，黃芪25g，丹參30g，炮天雄（先煎）15g。5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。2014年8月11日重配5劑。

七診（2014年9月1日）：本月頭痛未作，現時經近，亦無頭痛，此屬先前絕無僅有。仍畏寒，精神佳，但午後累，少發口腔潰瘍。仍有服生薑片。守法再進，方藥如下：川芎15g，白芍（醋）20g，地龍（製）30g，全蠍10g，延胡（醋）20g，益母草30g，阿膠珠（烊化沖）15g，牡丹皮8g，靈芝30g，炮薑20g，丹參30g，

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKSCMP All rights Reserved

炮天雄（先煎）15g，白芷12g。5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。2014年9月18日重配5劑。

八診（2014年10月06日）：現時頭痛發作明顯減少。仍有少許畏寒及疲乏，口腔潰瘍發作情況較前明顯好轉。本月經期未作頭痛，仍服鐵丸，睡眠佳。口唇仍紫。舌淡，苔薄白，脈細弱。守法再進，方藥如下：川芎10g，白芍（醋）20g，地龍（製）30g，全蠍10g，延胡（醋）20g，益母草30g，阿膠珠（烊化沖）15g，牡丹皮6g，靈芝30g，炮薑20g，丹參15g，炮天雄（先煎）15g，天麻10g，枸杞子10g。上方5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

九診（2016年2月29日）：一年後再來診。頭痛已止。即便受涼亦無作。偶覺頭暈，視物無明顯旋轉，無耳鳴嘔吐，偶服鐵丸，血色素接近正常。仍有每天服薑及運動。畏寒，仍有疲乏，無口腔潰瘍。月經正常，有子宮肌瘤，口唇紫明顯好轉。舌淡，苔薄，脈細弱。治以溫陽養血化瘀為法收功。方藥如下：地龍（製）30g，延胡（醋）20g，益母草30g，阿膠珠（烊化沖）15g，靈芝30g，炮薑20g，丹參15g，天麻10g，枸杞子10g，赤芍15g，熟地15g，仙鶴草15g。上方5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

卞教授分析：偏頭痛是臨床最常見的原發性頭痛類型，臨床以發作性中重度、搏動樣頭痛為主要表現，頭痛多為偏側，一般持續半天至三天，可伴有噁心、嘔吐，光、聲刺激或日常活動均可加重頭痛，安靜環境、休息可緩解頭痛。本病是常見的慢性神經血管性疾病，多起病於兒童和青春期，中青年期達發病高峰，女性多見，男女患者比例約為1:2~3，人群中患病率為5%~10%，常有遺傳史。

本案患者反復偏頭痛20年餘，主要是工作、家庭雜事繁忙，身體疏於調養，觸冒風寒，致陳寒痼積，損傷陽氣，遇冷加重或者來經前加重，常求西醫而臨時取效。中醫認為頭為諸陽之會，督脈總督一身之陽氣。陽虛不能上達腦之脈絡，故頭痛惡風，病久入絡成瘀則痛處固定不移，陽虛不能溫煦則畏冷，虛陽得溫似補而痛減，陽氣不伸則體倦懶動少言。

《傷寒論》曰：「少陰之為病，脈微細，但欲寐。」舌淡，少苔，脈沉細無力，皆陽虛寒氣痹阻之象。患者多以來經前偏頭痛加重，多因瘀血之由。以麻黃附子細辛湯溫陽散寒，川芎、白芷助麻黃、附子、細辛溫補陽氣，疏通腦之脈絡，延胡止痛效佳，得白芷、川芎共同對證止痛，蜈蚣、全蠍、地龍祛風通絡以搜邪，益母草加強活血化瘀又溫經散寒，諸藥合用，共奏溫陽散寒、通絡止痛之效。患者一診服藥後頭痛減輕，復診以溫補腎陽，養血活血，通絡止痛為主予以治療，二十餘年的頑疾得除。

本例病患以散寒祛風治標，扶陽固本調理。此外，每日囑用的生薑水亦是妙筆，俗云「早吃薑，賽參湯」，生薑善助陽明經陽氣，晨起經氣流注胃陽之時服用生薑水，則可有事半功倍助陽之效，然若需常服，亦當留心傷陰之弊。在診斷方面，誘因是確定病因的重要輔助指標，因寒加重是寒性疼痛的重要指征，而經前疼痛及緊張後頭痛常與氣滯血瘀相關。在此提醒另一種疼痛：除不通與不榮外，尚有筋脈攣痛，此類同為陽虛寒邪的病例若再依此法，不足之處在於治標之力不足，當更投祛風藥物以治標止痛。

2.2 食後腹脹案

張某，男，1965年生，2015年11月首診。

主訴：反復發作性食後腹脹8年餘。患者98年因大出血入院行緊急手術，確診為克隆氏病，手術治療切除部分小腸，手術後病情穩定。近8年發現病情惡化，2010年開始用靜脈注射生物制劑Infliximab，8週1次。起初有效，後於2013年改用Adalimumab，2週1次，共52次，現時仍持續使用。最近兩年，症狀再度反復。自2013年始服用ESA therapy。在今年6月份因於小腸出血及腸道脹氣（手術部位狹窄所致），再度入院治療，開始服用類固醇，但是減用類固醇後，症狀再次發作。患者訴自2014年中開始，不能食飯，只食粉面，否則易致腸道堵塞。2015年3月及6月經腸鏡放置收縮環以擴張腸腔手術部位之狹窄，然未成功。15年發現腸腔收縮後，請內科一起會診。外科認為因炎症後纖維化而起，不可能改善，建議再行手術切除疤痕部位，病人不愿手術治療，家属通過綱上資料而求診。現時：食後腹脹明顯，腸脹氣扭轉明顯，大便日行，無血，有少量粘液，現時食用流質食物。明顯消瘦。西醫檢查發現腸腔現有兩個炎症活動灶。精神差，無關節痛，無眼部不適，頸部紅色點

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKPCMP All Rights Reserved

明顯。睡眠可。舌質淡胖有印，苔中部膩，脈弦有力，既往有食物過敏史。無其他特殊病史。中醫診斷：腹脹。辨證分型：脾虛食滯，氣血瘀阻。治療原則：健脾理氣，消滯化瘀。方藥：枳實消痞丸合失笑散加減。處方：明黨參15g，茯苓30g，白朮12g，甘草（炙）15g，枳殼（炒）15g，黃連4g，檳榔12g，水蛭5g，地龍（製）15g，地榆炭20g，延胡（醋）15g，麥芽（炒）30g，柴胡（醋）8g，白芍（炒）15g。上方5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

二診（2015年12月7日）：食後仍脹，但精神好。舌質淡胖有印，脈弦有力。守法再進，方藥如下：明黨參15g，茯苓30g，白朮12g，甘草（炙）15g，枳殼（炒）15g，黃連4g，水蛭5g，地龍（製）15g，地榆炭20g，延胡（醋）15g，麥芽（炒）30g，柴胡（醋）8g，白芍（炒）15g，山楂（焦）15g，雞內金（炒）15g，莪朮（製）12g。上方5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

三診（2015年12月28日）：因於阻塞而有局部脹痛，痛處固定，大便時粘，舌紅，苔黃膩，脈弦。證屬食積夾血瘀證，主以枳實導滯加失笑散化裁。大黃（熟）8g，枳實（炒）8g，厚樸（製）6g，黃連4g，黃芩10g，山楂15g，神曲（焦）15g，五靈脂12g，蒲黃12g，竹茹（薑）10g，烏梅10g，炙甘草12g。上方5劑，水煎服，每日1劑，每劑服用2次。2016年1月5號、1月11號重配5劑，共服15劑。

四診（2016年01月18日）：近期未再出現腹部抽痛，腹脹明顯減，仍有脹及局部腸形脹氣，較服中藥前明顯減輕。可食米、面，大便日行4-5次，質軟，精神好。苔仍黃膩，脈弦。守法再進，方藥如下：大黃（熟）5g，枳實（炒）10g，厚樸（製）10g，黃連4g，黃芩10g，山楂15g，神曲（焦）15g，五靈脂15g，蒲黃15g，烏梅10g，甘草12g，防風8g，柴胡（醋）8g。5劑水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

五診（2016年1月25日）：上週六因飲食量超出正常範圍出現腹痛，自覺腸中有水聲，於收縮位發生。平素大便成形，腹痛日大便爛，無發熱，就診時無腹痛。舌質淡，苔仍黃膩，脈弦。仍以枳實導滯法合化瘀通下，方藥如下：炙甘草12g，製莪朮12g，炒枳實10g，黃芩10g，黃連5g，焦神曲15g，炒白朮12g，茯苓20g，澤瀉5g，土茯苓20g，土茵陳15g，大腹皮12g。上方5劑水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。2016年02月01號重配5劑。

六診（2016年2月23日）：二周前，腹部疼痛，嘔吐，排便不暢。禁食大半日後症狀緩解。未住院治療。現時較前疲乏。大便成形，腹痛日大便爛，無發熱，無血無粘液。苔仍黃膩，脈弦。治以通腑清熱化瘀為法，方藥如下：熟大黃8g，炒枳實8g，製厚樸10g，黃連4g，黃芩10g，山楂15g，焦神曲15g，五靈脂12g，蒲黃12g，薑竹茹10g，烏梅10g，甘草12g，雞屎藤12g。上方5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。2016年3月4日、2016年3月18日重配5劑，共服15劑。

七診（2016年3月21日）：服藥後症狀明顯好轉。曾有一日因於食量過多引發不適。11月份前，2月左右發作一次，抽搐，不得進食，禁食半日方可。自11月底至今，未有大的發作，體重增加，無腹脹無不適，但過量飲食則有不適，脹滿為主。舌脈如前，仍守治則再進，方藥如下：熟大黃8g，炒枳實8g，製厚樸6g，黃連4g，黃芩10g，山楂20g，焦神曲20g，五靈脂12g，蒲黃12g，薑竹茹10g，烏梅15g，甘草15g，雞屎藤15g，地榆20g，赤芍（炒）15g。5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。患者分別於2016年3月30日、2016年4月08日、2016年4月19日各重配5劑，共服20劑。

八診（2016月4月25日）：情況穩定，如注意飲食，無不適，但過量飲食仍有不適。本月兩次出現食多後腹脹明顯，伴腹痛及嘔吐。舌質暗滯，苔根膩，脈細。仍以健脾化瘀消食為法收功，方藥如下：熟大黃8g，炒枳實12g，製厚樸12g，黃連4g，黃芩12g，山楂20g，焦神曲30g，五靈脂15g，蒲黃15g，雞屎藤15g，炒赤芍15g，醋延胡15g，水蛭3g。上方5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

卞教授分析，克隆氏病是一種炎症性腸道疾病，可能影響腸胃道從口腔至肛門的任何部分。症狀通常包含：腹痛、腹瀉（如果發炎嚴重可能會呈血性）、發燒和體重減輕。腸梗阻也常發生。從中醫角度分析，該病屬於「泄瀉」、「腹痛」、「癥瘕」與「痞證」的診治範圍。西醫治療，包括免疫抑制劑、生物製劑及手術等，但是病情常反復發作。病者患克隆氏症17年，病情時重時輕，久病不愈，多虛多鬱，現為脾虛食滯，氣血瘀阻，

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

以「枳實消痞合失笑散」方義化裁。其後改為「枳實導滯丸合失笑散」加減。

枳實消痞丸、枳實導滯丸等，皆為古方，源自《傷寒論》之「枳朮丸」，原方重在健脾消痞。枳實導滯丸方以《金匱要略》之枳朮湯合瀉心湯化裁而來，為李杲所創，出自《內外傷辨惑論》。原方用於治療「傷濕熱之物，而作痞滿，悶亂不安」。該方與保和丸的區別在於：保和丸重於消食化積，以山楂、神曲、半夏、茯苓、陳皮、萊菔子、連翹為主。而本方以大黃、枳實代替萊菔子，以黃連黃芩代連翹，以白朮澤瀉代替半夏，以神曲一味消食，重在化濕清熱，通下導滯。後世《醫學正傳》演變更加木香，檳榔二味，成木香導滯丸。其用專泄胃實，開導堅積，達到逐宿食、通便秘的目的，適用於食滯及各種疾病出現食滯在中下焦為主要症狀者。本病案啟示，只有方證相應，古方善能治新病。說明消痞系列是治療腸胃積滯的重要方案，展現古方的卓效。

卞教授再指出，本證乃術後疤痕所致，屬瘀血為患。失笑散所治諸症，均由瘀血內停，經脈阻滯所致。瘀血內停，脈絡阻滯，血行不暢，不通則痛，故見少腹急痛，治宜活血祛瘀止痛。方中五靈脂苦咸甘溫，入肝經血分，功擅通利血脈，散瘀止痛；蒲黃甘平，行血消瘀，炒用並能止血，二者相須為用，為化瘀散結止痛的常用組合。更加用水蛭，加強活血之力。諸藥合用，藥簡力專，共奏祛瘀止痛，推陳出新之功，使瘀血得去，經脈通暢，則諸症自解。說明祛瘀生新是治療手術後疤痕性梗阻的有效方法。

2.3 汗證案

方某，男，2016年9月首診。

主訴：手足大汗40年餘。自幼已有手足汗證，寫字時濕紙，汗止時膚如枯枝。曾求治於西醫，述汗腺肥大所致，建議手術治療，但未採納。手足多汗以白天為主，手足同時出，汗止則皮膚熱且乾，晨起手足汗出嚴重。夜間自覺周身發熱，但無汗，兼口乾澀苦，近半年症狀嚴重。性趣弱，幾無所欲。大便量少，小便可，無黃無熱。個性偏於緊張，易於發脾氣，自覺內火重，心情不舒，易於眼熱紅絲多。舌質紅，苔黃膩，脈細數。中醫診斷：汗證。辨證分型：心肝陰虛，火熱內擾。治療原則：滋補陰液，清熱瀉火。方藥：百合地黃湯合丹梔逍遙散加減。處方：製遠志10g，龍眼肉15g，炙甘草10g，生地黃30g，山藥15g，百合60g，牡丹皮15g，炒梔子12g，柴胡12g，炒白芍20g，白朮10g，薄荷15g，太子參30g，牡蠣（先煎）30g，浮小麥45g。上方5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

三診（2016年10月17日）：近感，自述手足汗病去五成，苔微膩。以大補陰丸合丹梔逍遙散再進，方藥如下：生地黃30g，百合60g，製龜板（先煎）25g，知母15g，鹽黃柏15g，熟地黃30g，牡丹皮15g，炒梔子15g，柴胡5g，白朮10g，薄荷（後下）15g，炒白芍30g，菊花10g，荷梗30g，太子參30g。上方5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

四診（2016年11月21日）：症狀十去其九，汗證完全停止，出乎意料。但有夜間手足心熱。近日咽中有痰，感覺熱氣，仍有口幹苦，睡眠好轉，易睡，仍疲乏無力。胃納可，仍易急躁，易緊張。舌質紅，苔厚膩，脈細無力。以知柏地黃丸合丹梔逍遙散鞏固善後。處方：生地黃30g，百合60g，知母15g，鹽黃柏15g，熟地黃30g，牡丹皮15g，梔子15g，白朮10g，炒白芍30g，荷梗30g，太子參30g，野菊花10g，通草5g，焦山楂15g，丹參15g。上方5劑，水煎服，每日1劑，分兩次服用，早晚各1次，餐後服用。

卞教授分析：汗證的發生，與以下因素有關：一是營衛不和；二是裏熱熾盛；三是濕熱薰蒸，四是陰虛火旺，五是衛陽不固，六是正邪交爭，臨證需仔細辨證方可確定。如何將疾病的臨床症狀總結歸納為病機病位，需要臨證的反復磨練。曾治一腫瘤化療後女性病人，化療後開始出現每於夜間3-4點間先發熱後汗出，汗出後惡寒兼全身疲乏，每日如斯，煩悶不堪。子夜乃陰陽交接、陽氣來複之時，汗出是陽不斂陰，陰液外泄，故以調和營衛為法，以桂枝加龍骨牡蠣湯加減治療，藥後得愈。

本案患者手足汗證，自幼如斯，寫字時濕紙，反復發作，病情時重時輕，久病不愈，多虛多鬱，口幹澀苦，診為心肝陰虛、陰虛火旺為證，故治療以養心肝陰液為法，兼清虛火，同時兼以斂汗為用，效佳。本案治療選用百合地黃湯、大補陰丸、知柏地黃丸與丹梔逍遙散相配而收功。丹梔逍遙散疏肝鬱、清火熱，適用肝鬱脾虛、陰血虛兼內熱所致的病證。方中柴胡疏肝解鬱，使肝氣得以調達；當歸甘辛苦溫，養血和血；白芍酸苦微寒，

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

養血斂陰，柔肝緩急。當歸、芍藥與柴胡同用，補肝體而助肝用，血和則肝和，血充則肝柔。手足心汗多責之於脾，因為脾主四肢，又主運化水液，故有「脾為胃行其津液」之說。若脾失健運，津液旁達，則會四肢汗出。白朮、茯苓健脾去濕，使運化有權，氣血有源，炙甘草益氣補中，緩肝之急，為佐藥。用法中加入薄荷少許，疏散鬱遏之氣，透達肝經鬱熱；煨生薑溫胃和中，為使藥。因肝鬱脾虛，陰血內虛日久，則生熱化火，此時逍遙散已不足以平其火熱，故加牡丹皮以清血中之伏火，炒山梔善清肝熱，並導熱下行。本方的使用過程中，去當歸、後減柴胡，主要是有傷陰動火之慮。從本病案啟示，只要方證相應，選用滋陰與清熱，兩相兼顧，可有卓效。百合地黃湯由百合、生地黃兩味藥組成，百合潤養心肺而安神明，生地滋陰複液而清血熱。

大補陰丸是滋陰降火治療陰虛火旺的基本方，方中之要義在於重用滋陰藥物，且配入血肉有情之品，故以大補陰為名；知柏地黃丸與大補陰丸兩者皆具滋陰降火之力，可用於陰虛火旺。但大補陰血肉有情之品，滋補力強，也易於礙胃傷中；知柏之補陰之力略弱，但三陰並補，且有丹皮、茯苓、澤瀉配伍，補性平和，適宜於長期平補。

2.4 小兒癲癇案

葉某，女性，2010年生，2016年11月初診。

主訴：其母代訴癲癇反復發作二年餘。現病史：無明顯誘因，突然發作，動作中止，目凝視，呼之不應，伴有輕微的運動症狀，結束亦突然，通常持續5-60秒時間，時有兩眼發直、吐白沫，無意識喪失，無抽搐及全身強直，每天發作十數次，以勞累、緊張時易作。現時服用三種西藥，但症狀控制不理想。另：自2015年8月始針灸，每週2次，從未間斷。舌質淡，苔厚膩，脈細無力。中醫診斷：癲癇。辨證分型：痰濁內阻，虛風內動證。治療原則：補益祛風，化痰祛濁。方藥：溫膽湯合生脈散加減。處方：法半夏10g，枳實（炒）8g，大棗15g，竹茹12g，茯苓30g，甘草10g，陳皮15g，黃芪10g，麥冬15g，五味子15g，天麻15g，僵蠶10g，地龍25g，全蠍10g，蜈蚣2條。上方4劑，水煎服，每2日1劑，分兩次服用，餐後服用。

二診（2016年11月21日）：共服八劑，期間11月10號、12號、18號三天內有發作，其餘時無發作，每次約一分鐘左右。自首診後自行停針灸治療。方藥如下：法半夏10g，枳實（炒）8g，大棗15g，竹茹12g，茯苓30g，甘草10g，陳皮15g，黃芪10g，麥冬15g，五味子15g，天麻15g，僵蠶10g，地龍25g，全蠍10g，蜈蚣2條，加用白蒺利10g。上方4劑，水煎服，每2日1劑，分兩次服用，餐後服用。

十診（2017年7月17日）：四個月未發作，睡眠佳，大便好，疲乏後亦無發作，針灸停7月餘。代訴有時易發脾氣，舌苔薄白，脈細。加強補氣寧神，以原溫膽湯合生脈散加減。與西醫商量減少西藥服用量。方藥如下：法半夏10g，枳實（炒）8g，大棗15g，竹茹12g，茯苓30g，甘草10g，陳皮15g，五味子15g，天麻15g，僵蠶10g，地龍25g，全蠍10g，蜈蚣2條，龍眼15g，靈芝30g，遠志10g。上方5劑，水煎服，每2日1劑，分兩次服用，餐後服用。

十四診（2017年9月19日）：患者一直未發作，睡眠佳，大便好，疲乏後亦無發作，針灸停9月餘。舌苔薄白，脈細。扶正固本，以原溫膽湯合生脈散加減。西藥維持一種，每日服用一次。方藥如下：溫膽湯5g，生脈散5g，天麻鉤藤各3g，地龍10g，僵蠶10g。上方10劑，沖服，每日1次，餐後服用。

卞教授指出，風之源在虛，治風當「補虛」與「祛風」同行。癲癇病的治療，臨床方法多樣，在眾多的「風」證治療中，補虛為根本，治風為治標，標本兼治，常取可得長久的效果。本病例投以溫膽湯合生脈散，以溫膽湯溫化痰飲以滌痰開竅，生脈散補氣益固本，此為治本；更兼加用蟲類風藥，發揮其「入絡搜風」 之能，增強祛風定癇之功效，此為治標，兩者並用，發揮獨特優勢。

3 結語

經典是中醫藥理論體系的核心，也是中醫學的精華。卞教授指出，核心是在中醫認識覺醒基礎上進行理論

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

構建與臨床實踐，是理論與實踐之間的互動。中醫人才成長路徑，一是自上而下的先理論後臨床；二是自下而上的先臨床後理論。如何使從實踐到理論的昇華與理論對實踐的指導雙向通道變得暢通無阻，而且準確無誤，是歷代臨床醫家的永恆課題。卞教授認為，中醫的特別之處是基礎與臨床深度結合。相比西醫，中醫的臨床與基礎關係更加密切且人文化，文獻中的基礎理論與臨床實踐常相結合，難以分開。對臨床資訊及其治療後的回饋，是暢通兩條路徑重點的把控環節。

中醫學的發展是靠無數人的自身試驗，靠長期臨證經驗的積累發展起來的。前人經驗是後人實踐的基礎。把握經典的對應性及其適用範圍，是臨床醫師的入門之路。經典，之所以成為經典，是先賢的經驗總結，是臨床實踐的指南，並蘊含了豐富的理論價值，被歷代所檢驗，說明其臨床的實用性及其對臨床實踐的指導性，由此，也構成了諸多臨床大家指導臨床實踐的理論基石。卞教授最後強調，對臨床醫師而言，如何將臨床中的實例，與指導實際的理論對接，從而更深刻地理解理論，並讓理論真正服務於臨床，需要將臨床問題、對應策略、適用理論等變成簡明的、環環相接的應用工具，變成可以重複的指引，或可進而升華為經典。這值得中醫人共同努力。

（編委：朱恩審校 2018.01.30）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved