

临 证 札 记

吕 中

大黄附子丹参联用镇痛

疼痛一症，自古为医界所重视，在我所涉及到的古籍里，以清人黄宫绣《本草求真》内“痛症”条目论述较详，且附以药法。观古籍所列，不仅有诸如气痛专药木香、乌药等归纳，有类乎复方配伍药对的衍出，诸如血痛用蒲黄、灵脂，乃至其他专病专治之策，前人的经验积累，为后人开创了探索之路。我在临床上以大黄附子丹参为伍作镇痛剂，就是受了先辈的启示。

医所共知，大黄苦寒，性沉降，走而不守，且入血分，谓气中血药；附子辛甘大热，走而不守，通行十二经脉，二药为伍，寒热相济，和调阴阳，相互制约，相互促进，破阴寒血凝，无处不至，既是温下之良药，又具镇痛之功。依我多年之观察，凡是寒凝气滞、瘀积肿胀等病变所形成之脏腑、经络等局部疼痛，用之，多能解除。

其实，以大黄附子来镇痛，始于东汉张仲景。张氏用大黄附子汤治寒实积滞所致便秘、手足厥逆、胁下偏痛或腹痛。唐之孙思邈在此基础上创制了温脾汤，加入了扶正的人参与甘草，故两方在应用上要区分虚实。这个寒温并用，补泻兼施之剂，开后世无限法门，为后人解决寒热错杂、阴阳相兼之疑难重症开拓了思路。山东德州晚清名家罗文杰治睾丸肿痛，或牵引少腹剧痛，就是宗前人之法，以大黄附子为君，再配以木香、元胡、乌药、荔枝核、金铃子、茴香等，这个方，我常应用，疗效确实很好。我认为大黄与附子二味药同具“走而不守”的特性，以致“通则不痛”。故二药为伍有通腑化浊之功而无下则伤阳之弊。

除上举之例外，晚清浙江名医范文虎也好用大黄与附子寒温并用治痛症。近代著名中医章次公先生，也是善用此法的高手。多年来，我用章氏治痢腹痛里急方，救治了多人，相当得心应手，投之即效，药味有大黄、附子、白芍、杏仁、桔梗、当归、地榆、马齿苋、炮姜。足证寒温蕴寓无穷奥妙，值得深入研究。

我自50年代末习医迄今，照先贤施治上述之病种外，还应用于下列内、外科疾病：

疮疡红肿疼痛，用大黄、附子、丹参，配清热、解毒、养阴之味如银花、连翘、花粉、地丁、蒲公英、蚤休、甘草、山甲、皂刺等。若便秘而发热者以水渍大黄为宜。

胃脘痛，用大黄、附子、丹参，配木香、桔梗、枳壳、良姜、香附等为通用方，再随症加减，但用熟大黄而不用生大黄。

复发性口腔溃疡而疼痛较重者，用大黄、附子、丹参，配生地、细辛、蒲公英、花粉、麦冬；久病者用熟大黄；气虚伍参、术、芪，大黄炒炭存性为宜。

尿路灼热涩痛，用大黄、附子、丹参，配木通、滑石、生地、竹叶、麦冬、桔梗、银花。

乳房肿痛，用大黄、附子、丹参，配柴胡、夏枯草、橘叶、枳壳、香附、王不留行等。

带状疱疹，用大黄、附子、丹参，配板蓝根、蒲公英、大青叶、龙胆草、花粉、生地等。

因篇幅所限，不能尽举其他“痛症”的药法，但仅就上面应用大黄附子止痛之例，似乎能推理出治急症的一些思路，当然仅仅是一个侧面。

寒温攻补并用之法止痛效果虽然显著，但应用时，还应该注意以下几个地方，如二药的

用量：大黄生用还是熟用，先煎还是后下，如何掌握，上述若有失当，往往影响疗效的发挥。依我自己应用习惯是：大黄与附子多取等量；对痛势急且兼热、红肿、便燥、溲赤、目赤、有形之邪瘀积、口舌生疮、体壮等，多用生大黄，或以水渍液兑它药煎汁为宜；对痛而缓，病久、瘀血阻络、湿热，便不燥结，病兼寒邪，体质较弱，病位在脏而不在腑，则以熟大黄，或大黄炭为宜。因为大黄服后加快肠蠕动而会有腹微痛之感，故非急救或肠腑积垢不宜后下，一般只需先煎半小时，再入余药，攻下力微而入血之力显。

我用这个寒温药对取止痛之功，必用丹参。我体会丹参性平而缓，入走血分，促进血流，能养血祛瘀，它可助大黄促血流而除瘀并缓其峻猛，且因具清心凉营，除烦安神、镇静之功，可以缓痛势，故增黄附止痛之力，亦监附子辛热，三味同用，相得益彰。

引火归原药是否量必轻

引火归原法属中医的“变法”，即在凉药中加一点热药，或补水药中加一点补火药，引导虚火归宅，为历代医家所崇尚。在应用这个方法时，有个引人注目的问题是引火归原的专药用量多少。目前多数学者倾向于，只有微量方能把浮游之火、龙雷之火、无根之火，归入本原命门，若大量则视为温补命门火衰。这种观点，总的来说，是恰当的，但在某种情况下，又是带有局限性、片面性。依我个人的看法是，要看采用的什么剂型，比如汤剂还是丸剂，滋水药是选用的哪一种，引火药是用的哪一味，这些不同的情况，要求在用量上不能千篇一律，否则恐难达到预期之效。

在最近几年中，我碰到几例患足心热的中年妇女。经辨证之后，多属肾水不足，虚火无制，应用了“引火归原”法，均予治愈，但由于采用不同剂型，配伍也有差异，所以引火药量也不同。如李姓妇女，年36岁，1984年夏邀我诊治。自述患足心热已四载，先不以为苦，深秋之时不药而痊。近二年病情加重，发于夏

秋二季，两足心热，入夜尤甚，热则心烦，必以足履凉地。手心略热于常，切脉细数，舌略红少苔。阴虚而火旺，投之以明末安徽新安医家程敬通《心法歌诀》附方滋阴补肾丸施治。方取肉桂30克，黄柏（酒拌炒）90克，知母（酒拌炒）90克，共为细末，蜜丸，9克重，日3丸。一料服尽，烦热程度降低，欲履凉地感消失，继服一料，日2丸，至秋未发。程氏原书谓：“滋阴补肾丸，治热从足心起，冲入腹内者，肾火也，用知母以保肺，而不使火克金，用黄柏以补肾滋阴，用肉桂热因热用，以引火归原，而不致寒胃。”程氏这个成药方治阴虚火旺之足心热疗效是特别显著的，这因药味、药量配伍的精巧。设若也如同煎剂那样，仅用肉桂钱许，效果如何，难以估计。倘熟地易知柏因性温肉桂不需多用。

在我所遇到的妇人足心热患者中有一例，用了钱镜湖《辨证奇闻》中的引龙汤。这个方是由大量的玄参与麦冬，配以小量的肉桂、山萸、五味子。其中肉桂用量是三钱，而滋补肾水药则是较熟地略寒的玄参与麦冬，还有酸甘的山萸与五味子，本方重用酸甘化阴之品，佐肉桂以引火归原，其疗效亦是可靠的。而在同一书内，有补喉汤一方，我亦曾用过。观其药味组织，用大量之熟地、山萸、茯苓，而以一钱肉桂作引火药。同是煎剂，亦同是引火归原剂。但引龙汤之肉桂用量是补喉汤的三倍，其用量略大是在于制玄参、麦冬之寒，正如引龙汤方解所云：“火得水而易归也，或疑多用玄参所以止焰也，即恐少用不足以止焰。何又多用肉桂以增焰乎？用肉桂者，取其引火也。引火者少用肉桂有何不可？不知玄参善消浮游之火，但其性太凉，非多用肉桂则不足以制其寒。制其寒则变寒为温，而又非大热，正龙雷之所喜也。盖雷龙之火，恶大寒而又恶大热。大寒则激其怒，而火上炎；大热则愈恣其横，而火上炽。今用肉桂三钱，入于玄参三两之中，则寒居其九，热居其一，调和于水火之中，而又有山萸五味麦冬之助，正不见其热，而唯见其温也。龙雷喜温，所以随之而直归于肾脏，火归

于肾，而命门不寒，蒸动肾水，不温而上热自除，实有妙义。”古人这段论述精辟而又深刻地揭示了龙雷之火喜温的特性，在应用引火归原法时，寒与热药的比例必须恰当适中。此论不仅在理论逻辑上是可取的，临床上实际运用亦必见显著效益。

我觉得在应用引火归原法时，肉桂用量决非任何情况无区分的限定在微量范围内，而是要根据病情、病机的差异，滋水补肾药的类

别，采用不同用量。当然，此火必于水中求之，所以滋阴补水药量必大于引火药，则是不可倒置的。至于壮水药的选择，亦不必局限于知母、黄柏、熟地、玄参、麦冬；引火药除肉桂之外，还可选用巴戟天、附子、补骨脂、仙灵脾。其中巴戟天，有的学者非常推崇，说它能引火，而又补水，说桂附虽为引火归原圣药，但引火于一时，毕竟耗水于日后，尤其是治咽部重疾阴蛾时，用巴戟天引火远胜桂附。

以揉法推拿为主治疗斜方肌劳损 120例临床报告

第四军医大学第二附属医院中医科 徐 荣 李林根

我科门诊自1982年以来，以揉法推拿为主治疗斜方肌劳损，取得了较满意的效果，现将有完整记载的120例病例作一分析。

一、一般资料

本组120例中，男性40例，女性80例。年龄20岁以下者8例，21~40岁76例，41岁以上者36例。病程最长为3年，最短者1天。一侧斜方肌劳损者108例，双侧者为12例。

症状与体征：项肩背部一侧或双侧疼痛痠楚、沉重无力，严重者会影响上肢或头部活动，症状可时轻时重，与劳累有关，少数病人在气候变化时症状加重。

临床上疼痛部位多见于肩胛冈上方，可有多处浅在性的压痛点，病程较长者一般可在皮下触及一个或数个结节状组织，个别可触及条束状组织。

二、治疗方法

宜舒筋通络，调和气血，消炎止痛，祛瘀散结。手法以揉法为主，佐以揉、按、拨等法。取天应、天柱、大椎、风门、曲垣、秉风、天宗等穴。

操作步骤：

1. 患者取坐势，医者立于其背侧。
2. 先以揉法施于项肩背部，以达到松弛肌肉，解除痉挛的目的。医者另一手配合上肢作被动运动和令患者颈部自动转动，以利关节而舒其筋。然后根据疼痛部位肌纤维的走向施术。如斜方肌劳损以项部为主者，医者一手扶患者头顶使其头旋向患侧，另一手以

滚法或拇指揉法自上而下由枕后施至大椎穴旁侧；如以肩胛岗以上区域为主者，令患者患侧之手置于侧侧胁部，术者以揉法沿大椎穴处由内向外施向肩峰；如以肩胛岗以下区域为主者，令患者患侧之手抱置健侧肩关节上，术者以揉法由胸椎旁斜向肩峰施之。其目的在于伸展肌纤维，解除肌痉挛以缓疼痛。

3. 肩背部压痛处以掌根或拇指螺纹面揉之，有散瘀止痛之功；若有结节者，用指拨或指切法治之，起到剥离粘连，消散散结之效。

4. 两侧肩井穴用五指拿法，并以拇指指端按天柱、大椎、风门、曲垣、秉风、天宗等穴，共奏通络止痛，行气活血之功。

5. 最后再以单手或双手搓两侧肩背部，进一步调和气血，舒筋通络而告结束。

如双侧劳损则左右肩背部均须操作一遍，每次推拿时间约20分钟即可，隔日施行一次。

三、治疗结果

疗效判定标准

痊愈：肩背部疼痛沉重及压痛点均消失，上肢活动恢复正常。显效：肩背部疼痛沉重及压痛点基本消失，上肢活动恢复正常。好转：肩背部疼痛沉重及压痛点明显减轻，但遇劳累及气候变化时症状轻度复发，上肢活动恢复正常。无效：症状与体征均无改善。

本组120例中，治疗次数最长为30次，最少1次，平均次数为5.6次。其中痊愈104例，占86.7%，显效12例，占10%；好转4例，占3.3%。