

新冠後遺症¹ 治療試析

Desmond SHUM@May 2022

一、摘要

本文試就以第五波新冠疫情爆發下，並於 2022 年 3 月初至 4 月尾間經筆者診治的 53 個新冠後遺症病例為研習對象，以探索式研習(exploratory study)進行資料歸納及整理，並得出以下初步觀察：

1. 上述時段求診人數，與大爆發時段感染人數有著相似的圖形變化趨勢，並以滯後兩星期的方式出現。(圖 2 及圖 3)
2. 在男女就診比例方面，與由衛生防護中心於 2017 年發佈的「2014 至 2015 年度人口健康調查報告書」比較，兩者比例相近，都大約落在 4(男)：6(女)之比。(圖 4)
3. 另外，最多就診人數的年齡層是 45-54 歲(不分男女)，這亦與上述報告書相同。(圖 7)
4. 在比較兩者在就診年齡分佈方面(圖 7)，資料顯示在假設兩段統計時段內患者求診動機不變的情況下，可以得出「年長人士較年青人有更高機率患上新冠後遺症」這一初步結論。
5. 咳嗽是新冠後遺症的主要表現症狀，差不多佔總量的一半，約 43.7%。單獨以咳嗽為主訴就診的共有 23 宗。(圖 8)
6. 新冠後遺症的症狀表現雖以上呼吸道不適為主，但同時亦呈現出多樣化傾向，可遍及上中下三焦不適如氣弱、心悸、腹痛腸鳴、便秘及睪丸隱痛等及神志失調如集中力減弱等。造成這種症狀呈現多樣化的原因，或與患者體質、年齡、接受治療的種類及陽性期的症狀表現等都有關係。但其實質關係如何，仍有待進一步考察。(圖 9)
7. 又從圖 9 的遺留症狀分佈及關連所見，所有主訴可粗略分以咳嗽、疲倦及調理為主這 3 個板塊(cluster)。其中前兩者(咳嗽與疲倦)或可就其症候表現的特徵簡單地擬作新冠後遺症的兩個不同發展階段 — 即以咳嗽為主的板塊，可視作「餘

¹世界衛生組織 (WHO) 曾於 2021 年 10 月因應新冠轉陰者，在染疫後 3 個月內出現、持續至少 2 個月，並且無法由其他診斷解釋而出現的一些遺留症狀如「腦霧」、肌肉疼痛、疲倦、氣促、咳嗽、抑鬱等症狀，而把這一系列的症狀命名為「長新冠」(long Covid)。

邪未盡」的階段；以疲倦為主的板塊則是「邪盡正未復」的狀態。若此兩者同時與調理板塊合論，則可一起組成新冠後遺症的完整治療內容。並且若再結合新冠陽性治療期，那麼這四個主要部份就可構成一個完整的新冠治療模型。(圖 10)

8. 在主訴與性別關係分佈方面，兩者的曲線形態相似。但若沿用咳嗽、疲倦及調理為主這 3 分法，那兩個性別在「餘邪未盡」階段的分佈大致相似，但在「邪盡正未復」階段則呈現較大的差異。(圖 11)
9. 就診人數較少的男性卻有著比就診人數較多的女性有著更多樣化的症狀呈現。(圖 13 及圖 14)
10. 在這 53 位患者，共 88 次的診症中，共計使用方劑 43 條。當中以過敏煎使用次數最多，達 34 次；佔總量的 24.1%。其次是二陳湯及小柴胡去半夏加栝蒌根湯，約分別佔 7.8%；小柴胡湯則佔 6.4%。其中以合方形式使用過敏煎共有 30 次，其餘 4 次則使用過敏煎單方加減。(圖 18-1 及圖 18-2)
11. 各類方劑又可根據其大體功用分為解表劑、化痰/止咳劑、益氣/健脾劑及滋陰增液/滋陰清熱劑這四個大類。這些粗略分類，亦扼要地反映了新冠後遺症的基本病機所在。
12. 如果以遺留病邪作分類，也離不開風、痰、熱、瘀等病理產物，其中又以風、痰及熱為最常見。
13. 在後補文獻回顧過程中，發現實有不少文章以案例及現代中藥藥理學的研究成果討論有關過敏煎在治療各種敏感疾病包括如蕁麻疹、支氣管哮喘、過敏性鼻炎、過敏性咳嗽、皮炎，甚或腎臟疾病、腸易激綜合徵、男性免疫性不育、關節炎、神經性皮炎等的應用及療效。因此，過敏煎的臨床應用，對筆者而言尚有很大的拓展空間。
14. 對於過敏煎治療新冠後遺症咳嗽的療效，由於數據樣本小，兼缺乏隨訪安排，故未能對其以統計學方式作出具效度的印證，反之只能得到一個關於其療效的輪廓，因此仍流於臨床印象式的支持。另外，因出於實際的臨床需要，過敏煎往往是以合方加減的方式使用，這些變化亦不便利對其療效作出直接的肯定。
15. 雖然傳統中藥學的四氣五味與現代藥學的分離分析這兩種藥學理論各有著不可調和的理論說明，但兩者均能依據自身的理論體系清晰地解說了過敏煎的藥理及其之所以能取效的原因所在，可有相互印證及啟發的作用。

16. 在思考採用較為西方學術傳統的研習取向去整理中醫臨床經驗與傳統中醫以診籍醫書去整理臨床經驗的異同時，隱約認識到兩者存在層次上的差異：西方學術取向是以形而下的方法，解答形而下的問題；而傳統中醫則嘗試以形而下的方法去歸納及把捉形而上的法則，並以之指導回答及解決形而下的問題。
17. 研習限制：由於是次研習並非事前規劃，因此資料收集缺乏明確的焦點及組織；沒有事先進行理論及文獻回顧；也沒有就療效作出隨訪。更重要的是以目前 53 個研習樣本，只能達到遠低於標準要求的 85%信心水準及 10%誤差範圍。故此研習並不在於，亦不可能獲取具普遍意義的結論，反之只嘗試以「研習的研習」(a study of a study)的方式去進行臨床經驗的整理，試圖勾畫出一個有關研習對象的輪廓。

關鍵字：新冠疫情、第五波、新冠後遺症、長新冠、過敏煎

二、引言

1.1 緣起

2019 年底，新冠肺炎(Covid-19)在中國武漢市爆發，直接令筆者在廣東省中醫院的臨床實習在 2020 年頭倉卒地結束。² 隨後疫情亦在世界各地廣泛地流行起來，產生出不同的變異病毒株，感染及死亡人數不斷攀升。

2022 年的農曆新年後，香港迎來第五波疫情大爆發。³ 此引致大爆發的新冠病毒被世衛(WHO)命名為奧密克戎 (Omicron)，以傳染力高見著。港大醫學院推算有超過 358 萬人感染。⁴ 而實際有記錄的累積感染及死亡個案，截至 2022 年 4 月 21 日止，分別有 1,187,703 宗及 8,999 宗。⁵ 為減少傳播風險，某些私營診所不接受發燒咳嗽病人就診，懷疑感染者只能求助於急症室而使服務超載。大爆發的結果就是直接導致公共醫療系統頻臨崩潰。一直處於公共醫療系統邊緣的中醫診所，在這非常時期則有意無意間接診一些「疑似個案」。⁶

過去 3 年，在疫情與動盪中完成了中醫課程及考取了中醫執業資格，並在 2021 年春季以註冊中醫師身份提供診治服務。萬想不到在一年未滿的臨床實務中便碰上這個甚具挑戰的時刻。由 3 月初到 4 月尾間共診治了約 438 人次，當中約 1/5，即 88 人次(就診人數共計有 53 人)是新冠轉陰後的治療個案 — 在不足兩月內有這個數量的單一病種求診，怎麼說都算是一個記錄了。

回顧中醫史上兩個重要發展，無疑都與疫症有著密切關係：發於東漢建安年間的寒疫⁷，造就了醫聖張仲景，其《傷寒雜病論》成為中醫人必讀之書；發於明末的溫

² 放在宿舍的行裝來不及處理，要等到 2022 年頭才能委託他人轉存在廣州友人家中。

³ 香港政府對第五波疫情的數據統計，始於 2022 年 3 月 5 日。2019 冠狀病毒病第 5 波數據資料庫。香港政府網站(<https://www.coronavirus.gov.hk/chi/5th-wave-statistics.html#>)。

⁴ 香港電台網站。港大醫學院估計本港第五波疫情已有 358 萬人染疫。

(<https://news.rthk.hk/rthk/ch/component/k2/1639033-20220315.htm>)，搜取於 2022 年 4 月 20 日。

⁵ 2019 冠狀病毒病第 5 波數據。香港特別行政區政府。

(https://www.coronavirus.gov.hk/pdf/5th_wave_statistics/5th_wave_statistics_20220423.pdf)。

⁶ 在 2022 年 2 月 7 日也接診了一個讓筆者印象深刻的病例：一對面有急色的父母，帶著一名 8 歲男孩前來就診。見患兒神情萎頓，雙目無神。把脈時觸及尺膚熱熨，遂伸手摸其背，亦感干而灼手如按爐壁，斷其發高燒無疑。找來探熱儀一探，體溫 39.6 度。慮其年幼，著其當去急症。父母面露難色並謂去亦多是干等，故才到來求治中醫云云。

⁷ 「余宗族素多，向餘二百。建安紀年以來，猶未十稔，其死亡者，三分有二，傷寒十居其七。」《傷寒論·序》。

疫⁸，造就了溫病學先驅吳又可，其《溫疫論》成為了溫病學派的濫觴。現已歷三載而又餘勢未盡的新冠疫情，又會否為中醫發展帶來另一變革與提升呢？

適逢此百年不遇的大疫流行，雖有見賢思齊之心，然限於資歷，也限於資質，深知不能與先賢比肩，但有幸以中醫師之名廁身其間，心想若能把是次治療新冠後遺症的經驗加以整理，表以圖文，縱未能如前賢般有益醫業發展，但深信於己總是有益的事。⁹

是以嘗試篩選於 3 月初至 4 月尾間¹⁰以新冠轉陰後表現不適為主訴¹¹前來就診的病案，以探索性研習(exploratory study)¹²為方法對其主要症狀、性別、年齡、方藥運用及療效等進行簡單統計學上的整理，並就期間最多使用的過敏煎¹³作出粗淺回顧。

1.2 研習限制

由於是次研習並非事前規劃，但見有關病種的求診人數增多，到高峰過後才生起研習整理的念頭。因此資料的收集因沒有事前規劃而缺乏明確的焦點及組織；沒有事先進行理論及文獻回顧；也沒有就療效作出隨訪，所以只作一、二次求診的病人，其療效如何亦無從得知；又有些病人會由多於一個醫師診治等等，這些因素都無可避免地影響到分析的質量。但這些不足都是在一個真實的臨床情境中，以診治而非以研習為導向的操作所不能避免的現實問題。若把是次研習視作學習如何整理臨床經驗，而非期望得出甚麼具有普遍意義的觀點或理論，那麼所言的限制與不足就算不上甚麼了。事實上，這麼小的樣本，¹⁴也不可能得出具有普遍意義的結論，但作為整理臨床經驗的一次不完整嘗試，還是有其價值的。

⁸ 「崇禎辛巳，疫氣流行，山東、浙省、南北兩直，感者尤多，至五六月益甚，或至閩門傳染。」《溫疫論·序》。

⁹ 例如藉以了解以探索性研習或社會科學統計方法去積累中醫臨床知識的可行性及特色所在。因為中醫海量的診藉醫書，都是以案例的方式闡發醫理，鮮有運用統計技巧。所以也希望藉此了解採用較為西方學術傳統的研習取向整理中醫臨床經驗時會是何種狀況。

¹⁰ 此時段是患者求診的高峰期。之後的求診人數漸回落，只見零星過案。

¹¹ 例如包括咳嗽、咽痛、不寐、體倦神疲、低熱及便秘等。

¹² 探索性研習(exploratory study)是指對先前極少或沒有特定相關研究的議題或問題進行探索，由於資料與認識皆不足，因此其重點並不在驗證假設或證實理論，而是希望對該議題或問題有初步認識與理解，或建議可能的假設。

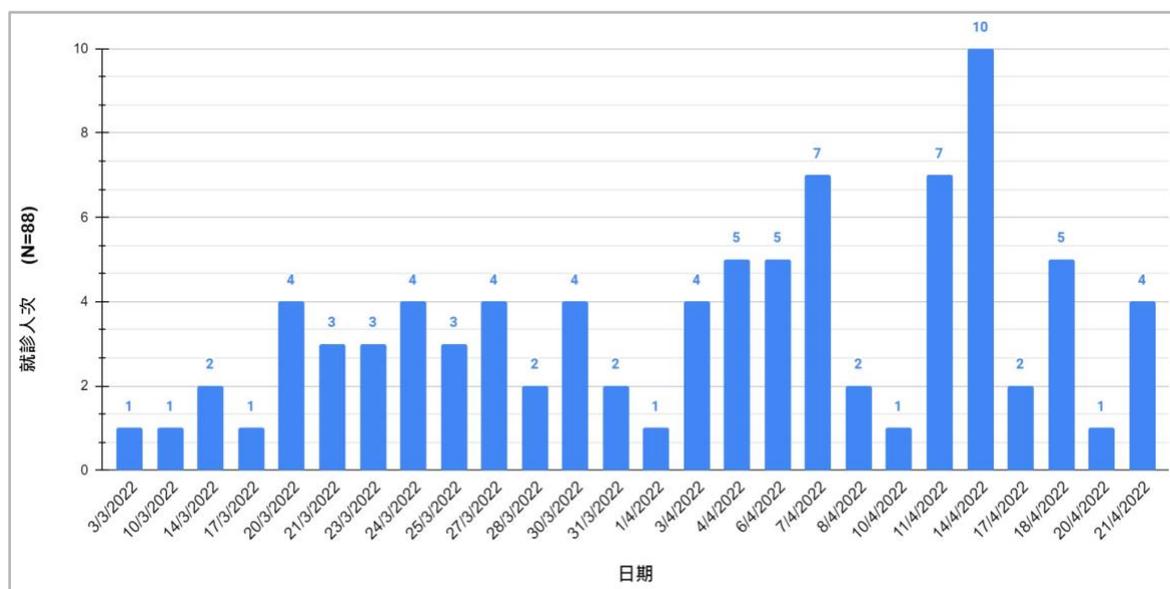
¹³ 是筆者用於治療轉陰後干咳咽癢不休的底方。

¹⁴ 根據隨機抽樣，以母體人數為 1187,703(截至 2022 年 4 月 21 日的總感染人數)，要達到有 95%信心水準(confidence level)及 5%誤差範圍(margin of error)的業界標準，則樣本大小約為 385。以目前的樣本數 53，則在母體大小不變的情況下，只能達到遠低於標準要求的 85%信心水準及 10%誤差範圍。

三、統計資料

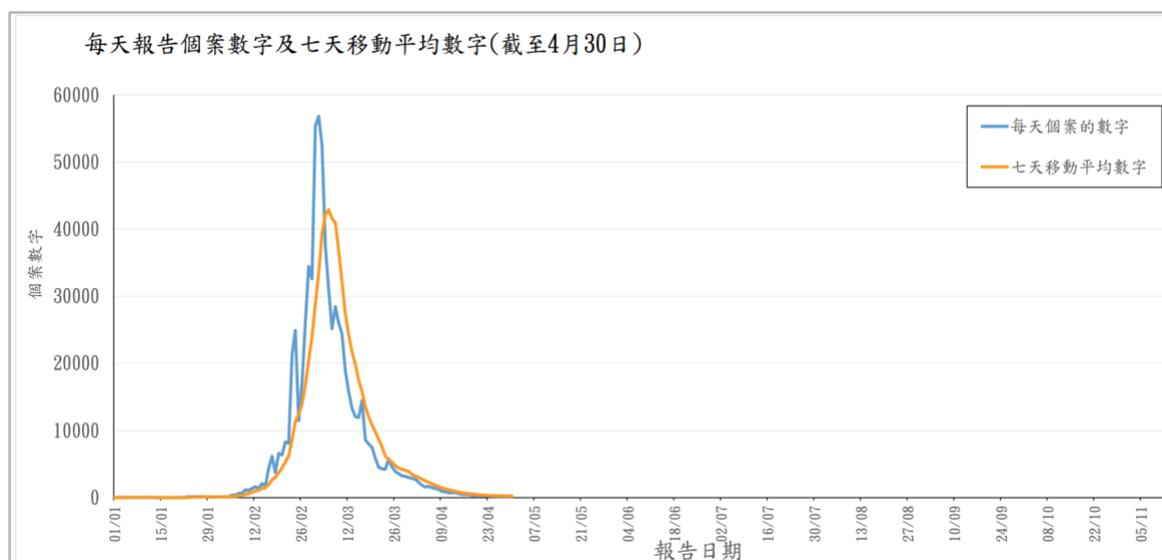
如前述，統計資料為隨意樣本(convenience sample) — 皆取自兩間所服務的診所。選取時段由 3 月 3 日至 4 月 21 日，在這期間總就診人次為 438，排除非因新冠轉陰後求診個案，可供分析病案共有 88 人次，佔總數的 20%，即約每 5 個就診人士，就有 1 個是為治療新冠後遺症而來。資料現分述如下：

2.1 按日就診人次分佈 (圖 1)



以上是筆者開診日所錄得的個案分佈情況。上圖大致呈現出由少而多，並在 14/4/2022 到達高峰後開始回落。在這段期間，每開診日約診治 3.38 個新冠後遺症。

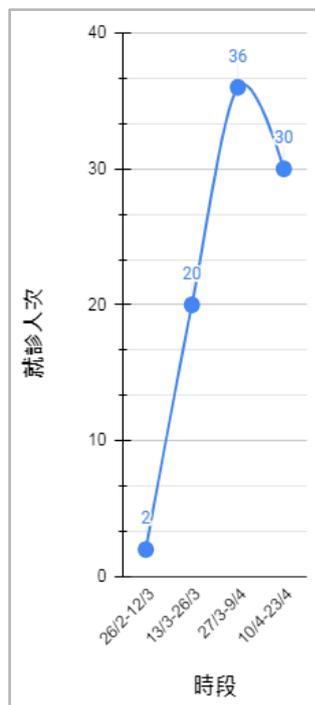
2.2 全港第五波確診人數及時段分佈 (圖 2)¹⁵



¹⁵ 來源：香港衛生防護中心 (https://www.chp.gov.hk/files/pdf/local_situation_covid19_tc.pdf)

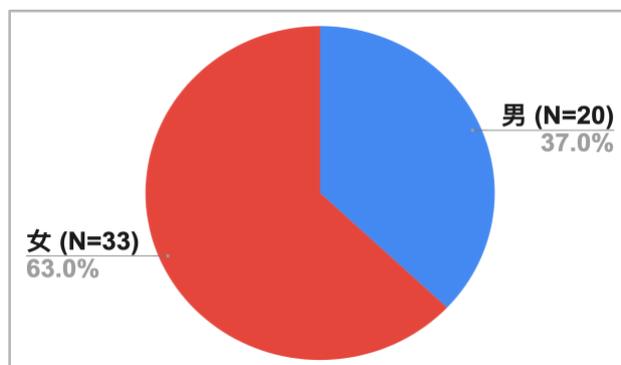
圖 2 顯示出新冠確診人數由 2 月中開始急升，在 2 月尾至 3 月初達到感染高峰並於打後開始回落。如果把圖 1 的按日就診人次以圖 2 所標示的時段，以相近的座標間距(X-軸)重置，如下圖：

2.3 就診人次與確診數據公佈時段比較 (圖 3)



則就診人次也呈現出與圖 2 相似的趨勢，並以滯後約 2 個星期的方式呈現。¹⁶ 在第五波高峰期，中醫界亦以遙診的方式提供診療服務以協助舒緩公共醫療系統的壓力。¹⁷ 期間筆者亦以遙診的方式接診了 8 個新冠確診患者，亦有不少是疑似個案。

2.4 性別分佈 (圖 4)

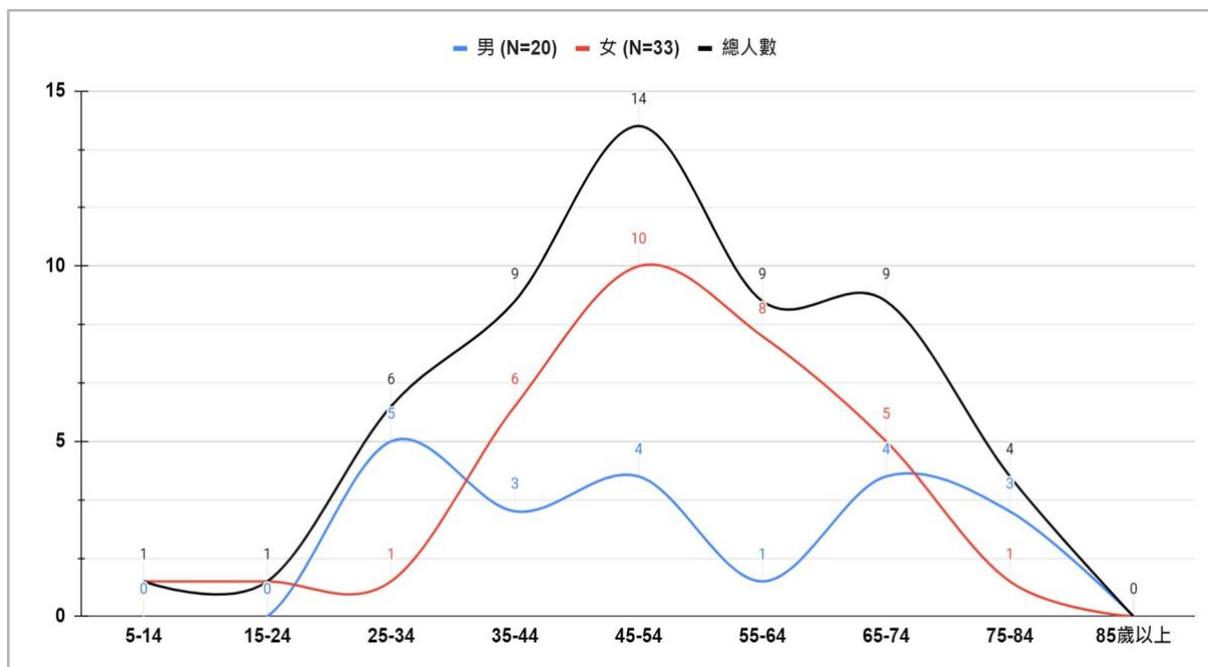


¹⁶ 據「2019 冠狀病毒病第 5 波數據資料庫」的統計顯示，9/3 日的「於過去 24 小時新呈報的個案數目」是 58757 宗(包括經核酸檢測及快速抗原測試數值)，確診人數之後有所下跌；在 13/3 日掉頭上升為單日確診 32430 宗後，開始持續下跌。

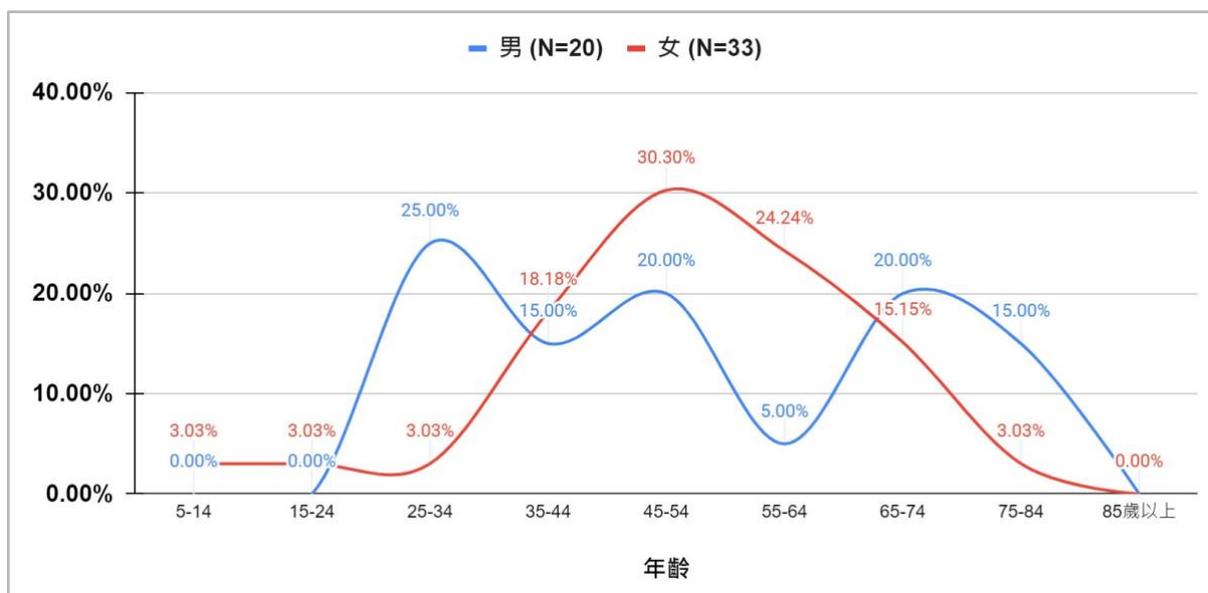
¹⁷ 「[2019 冠狀病毒病感染者遙距診症贈醫服務計劃](#)」，香港中文大學香港中西醫結合醫學研究所。及「[齊心抗疫-中醫藥遙距診療計劃](#)」，香港中醫中藥界聯合總會。

這個男女就診的比例(37% : 63%)與由衛生防護中心於 2017 年發佈的「2014 至 2015 年度人口健康調查報告書」¹⁸ (下稱「報告書」)中使用中醫服務的男女比例(34.3% : 65.7%)相近，只有不足 3%的差異。¹⁹

2.5 年齡分佈(人數)(圖 5)



2.6 年齡分佈(百分比)(圖 6)



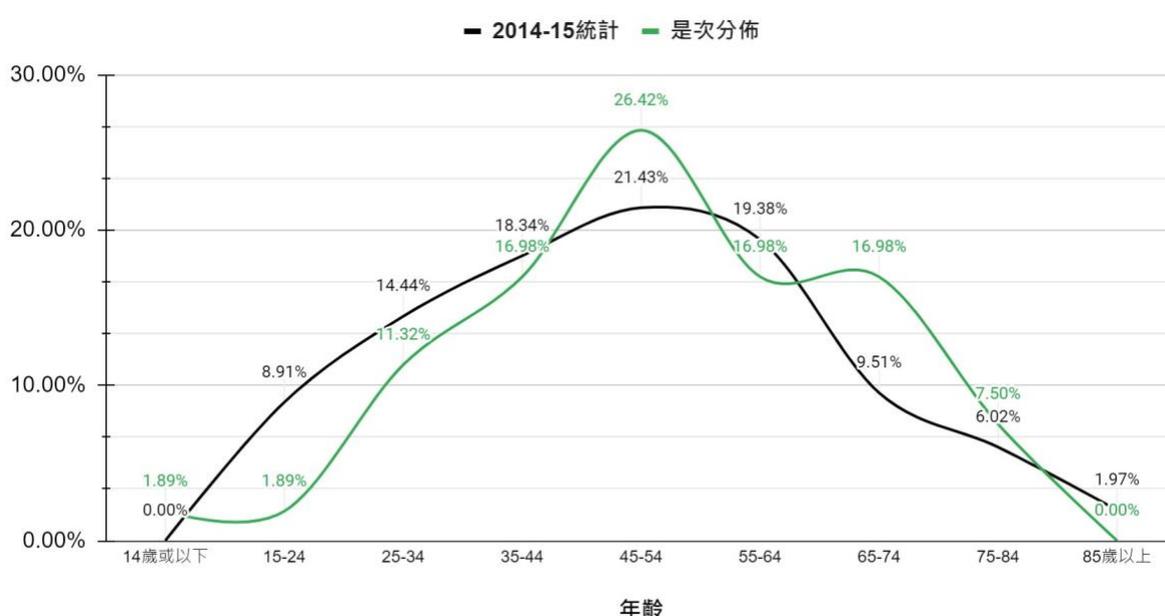
¹⁸ 2014 至 2015 年度人口健康調查報告書。衛生署及衛生防護中心，發表於 2017 年。
(<https://www.chp.gov.hk/tc/static/51256.html>)。

¹⁹ 這些數字是把報告第八章中表 8.1d 及表 8.2a 中「選擇醫生類別」的人數整理而來，當中排除了「會同時選擇中西醫」的人士，所以數據或因而出現偏差。(圖 7 之比較亦依此方式處理)

由上圖圖表所見，女性就診者的年齡呈自然的鐘形分佈。以 45-54 這年齡層居多(佔整體的 30.3%)，其中就診人數的平均年齡為 50 歲，中位數為 49 歲。男性方面，平均年齡為 51.8 歲，中位數為 48.5 歲，且各年齡層的就診人數分佈相對平均 — 偏重於年輕及老年兩端(分別各佔約 40%)，而女性則較集中在 45-64 歲這範圍(佔整體的 54.54%)。另女性就診者涉及的年齡跨度較大，由 14 到 74 歲；男性則由 27 到 78 歲。

另外，男性在 55-64 歲這年齡層的就診人數相對較少，而 25-34 歲年齡層就診人數則相對較多，從而使圖線不象女性就診者一樣呈現出標準的鐘形圖線，原因未明。或與只 20 人的樣本太小而做成的偏差有關。

2.7 年齡分佈比較²⁰ (圖 7)



上圖「2014-15 統計」的數據(黑線)同是取自前述「報告書」。此分佈是反映了不同年齡層的香港市民在不考慮病種下「選擇看中醫」的分佈情況，其基本上亦是呈現出自然的鐘形分佈。若以之跟是次研習的數據(綠線)比較，並以 35-44 歲交叉點為參照，則可發現年輕的新冠後遺症患者就診人數較 2014-15 年的統計數據低約 9.61%。且越年輕，差距越大，其差異分別是 6.93%、3.12%及 1.36%。²¹ 反之，年長的新冠後遺症就診人數就增加有 9.57%，其中以 45-54 歲及 65-74 歲兩個年齡層的差距較為明顯，分別是 4.99%及 6.87%。並且兩組數據中就診人數最多的，都落在 45-54 歲這個年齡層

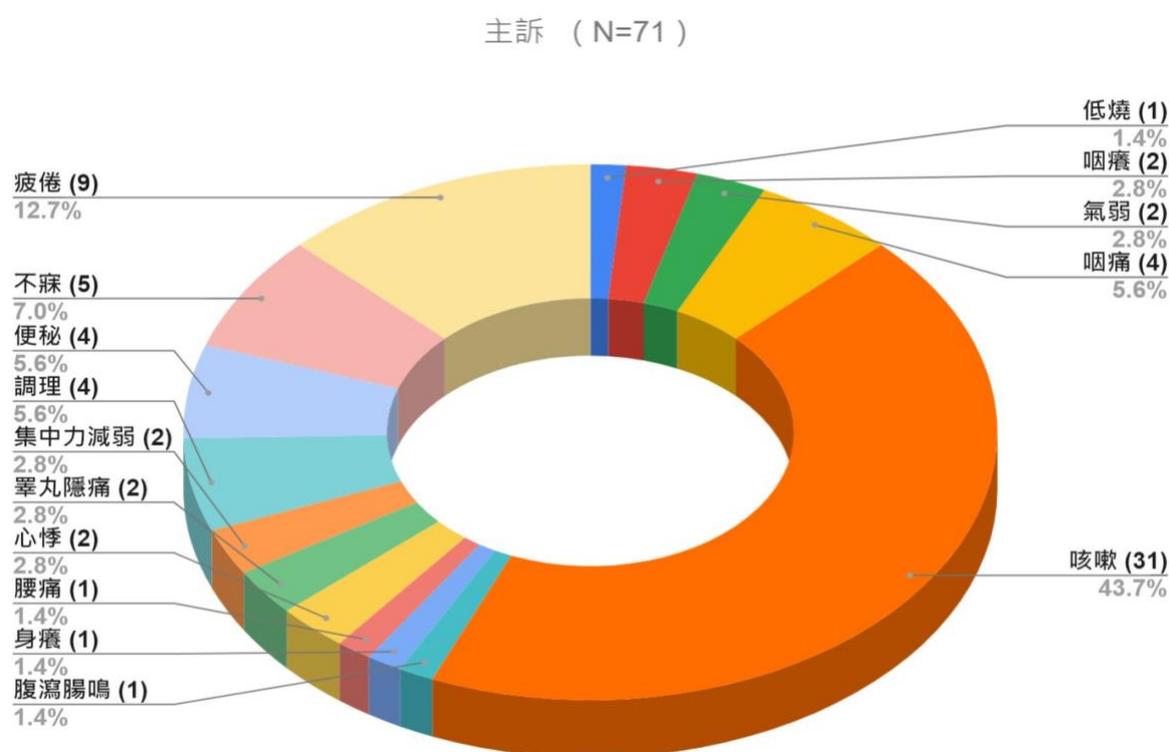
²⁰ 由於未能找到更新關於市民使用中醫醫療服務的數據，故只能以衛生防護中心於 2017 年發佈的「2014 至 2015 年度人口健康調查報告書」的研究數據作為對照。並視其經整理後的數據，能反映一般市民使用中醫服務的情況，以作為分析的一個對照參考。

²¹ 「報告書」中，其接受訪問的最低年齡為 15 歲，故沒有 14 歲以下這個選項。

中。另在 55-64 歲年齡層中出現相反的人數分佈，這應與此年齡層的女性就診人數少有關(請參考圖 5 及圖 6)。

另外，雖然影響一個病人會否向醫療人員尋求治療的因素很多，但若假設人們在 2022 年度與 2014-15 年度的求診動機不變，則可從上圖綠黑二線的形態表現中歸納出「年長人士(比如 45 歲或以上)較年青人(比如 45 歲以下)有更高機率患上新冠後遺症」這一初步結論。事實上，這現象跟臨床觀察是吻合的。

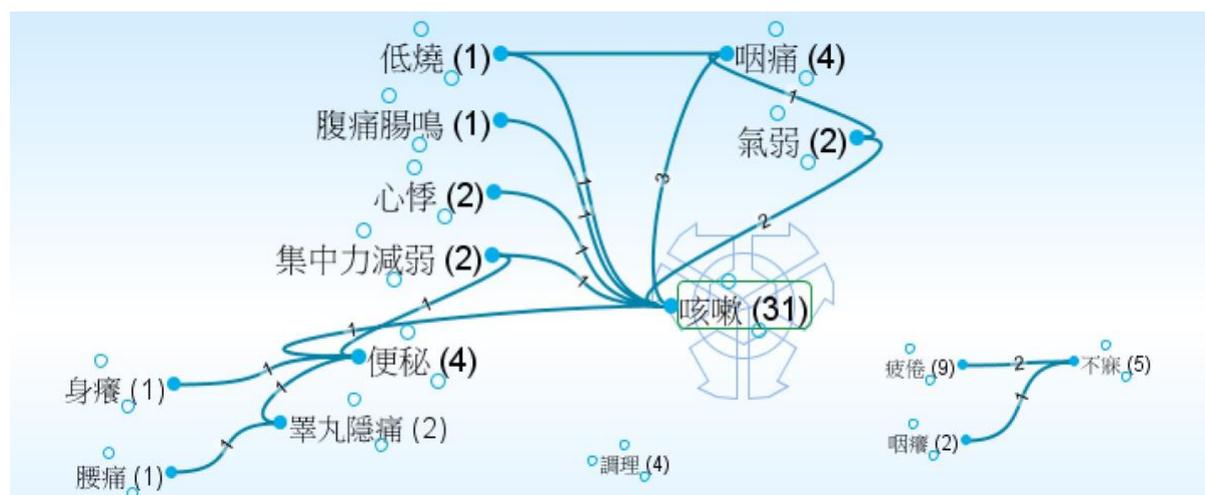
2.8 主訴²² (圖 8)



上圖反映咳嗽是新冠後遺症的主要表現症狀，差不多佔總量的一半，約 43.7%。單獨以咳嗽為主訴的就有 23 宗。大部份咳嗽都表現為干咳、少痰難咯(亦有少部份患者能咯少量白痰)、咽癢、多言引咳，嗆咳連連及發無定時等特徵。另一個較多的主訴是疲倦，約佔 12.7%，多表示為精神疲累，身重欠力，欲眠作休等身心狀態；其中有 2 個個案與不寐並見。

²² 主訴是推動患者求診的主要不適症狀，並且可多於一個。

2.9 主訴間關連圖²³ (圖 9)



咳嗽雖為主要表現症狀，但當中有 9 宗(約佔咳嗽個案的 29%)同時伴隨不同的其他症狀。這些伴隨症狀多與上呼吸道不適有關，但亦遍及上中下三焦不適如氣弱、心悸、腹痛腸鳴、便秘及睪丸隱痛等，亦及神志失調方面如集中力減弱等。

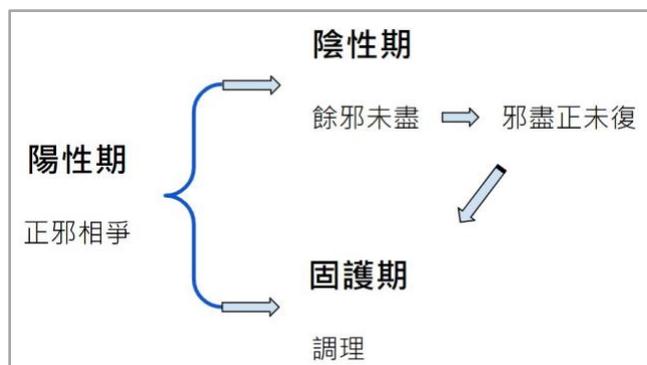
簡言之，新冠後遺症的症狀表現雖是以上呼吸道不適為主，但同時亦呈現出多樣化傾向。造成這種症狀呈現多樣化的原因，或與患者體質、年齡、宿疾、曾接受的治療種類及陽性期的症狀表現等都有關係。但其實質的關係如何，仍有待進一步的考察。事實上，臨床觀察到新冠陽性期的症狀表現，其差異性也是很大的。

又從圖 9 的遺留症狀分佈及關連所見，所有主訴可分以咳嗽、疲倦及調理為主的三大板塊(cluster)。前兩者(咳嗽及疲倦)或可就其症候表現的特徵而粗略地擬作新冠後遺症的不同發展階段——即以咳嗽為主的板塊是「餘邪未盡」的階段；以疲倦為主的板塊則是「邪盡正未復」的狀態。另外，以調理為主的板塊，往往是沒有明顯不適症狀之就診者。他們都是在病後欲服數劑中藥以求心安，這或許就是為甚麼 4 位以調理為目標的就診者都沒有出現復診或轉醫師。²⁴

²³ 此圖主要是顯示不同主訴間的關連(同一個就診者多於一個主訴)及主訴間的共同出現次數。例如咳嗽(31)與咽痛共同出現 3 次，與集中力共同出現 2 次等。而不寐(4)則與疲倦(9)及咽癢(1)分別共同出現 2 次及 1 次，但疲倦(9)與咽癢(2)並沒有共同出現；並且這三個主訴也沒有跟咳嗽等其他主訴共同出現。調理因沒有明顯的不適而就診，故獨立於其他所有主訴。另外，「便秘-睪丸隱痛-腰痛」這條關連鏈中是為以便秘為中心，即便便秘分別與咳嗽及睪丸隱痛同時出現(也與集中力減弱(1)及身癢(1)同時出現)；而睪丸隱痛又同時與腰痛同時出現。

²⁴ 「所謂調理身體，在香港人的日常生活裏有兩個含意，一是在沒有明顯病徵下用以保持身體健康的狀態，二是在使用某種主要醫療方法如西醫的同時或治療以後，用一些方法來舒緩副作用，兩者都不以治療為目標。」引自〈誰在看中醫？香港中醫就診趨勢回顧〉一文。趙永佳，施德安。香港社會科學學報，第五十一期 2018 年春/夏季。

換言之，頭兩個「餘邪未盡」及「邪盡正未復」板塊可設想為治療新冠後遺症不同的發展階段及症狀表現的綜合；同時又與調理板塊一起構成臨床上完整的治療內容。若再結合新冠陽性的治療期²⁵，把這四個主要部份加以整合，則可以鈎畫出一個完整的新冠治療模型，如下圖(圖 10)：

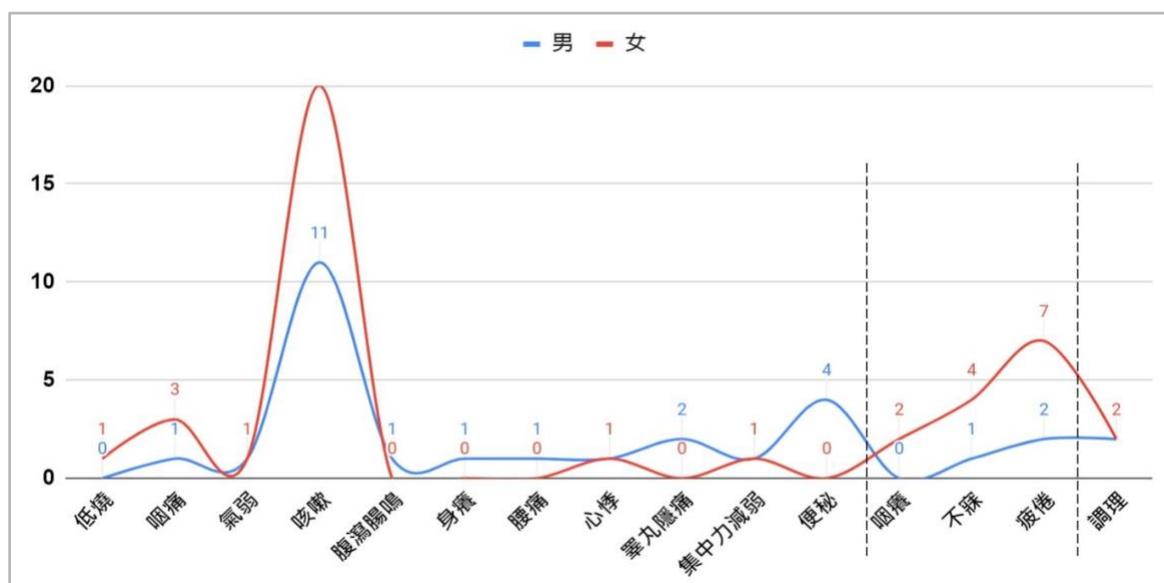


如果上述觀察準確的話，那麼新冠後遺症亦可以透過進一步的數據收集及整理，從而整理出不同的治療階段及與發展階段相對應的治法及方藥，構建出一個參考框架以指導有關新冠後遺症的治療。

2.10 交叉關聯

此處將把主訴、性別及年齡作出交叉對比以尋找彼此的關聯，看能否得到一些有意義的規律作分析之用。

2.10.1 性別與主訴(圖 11)

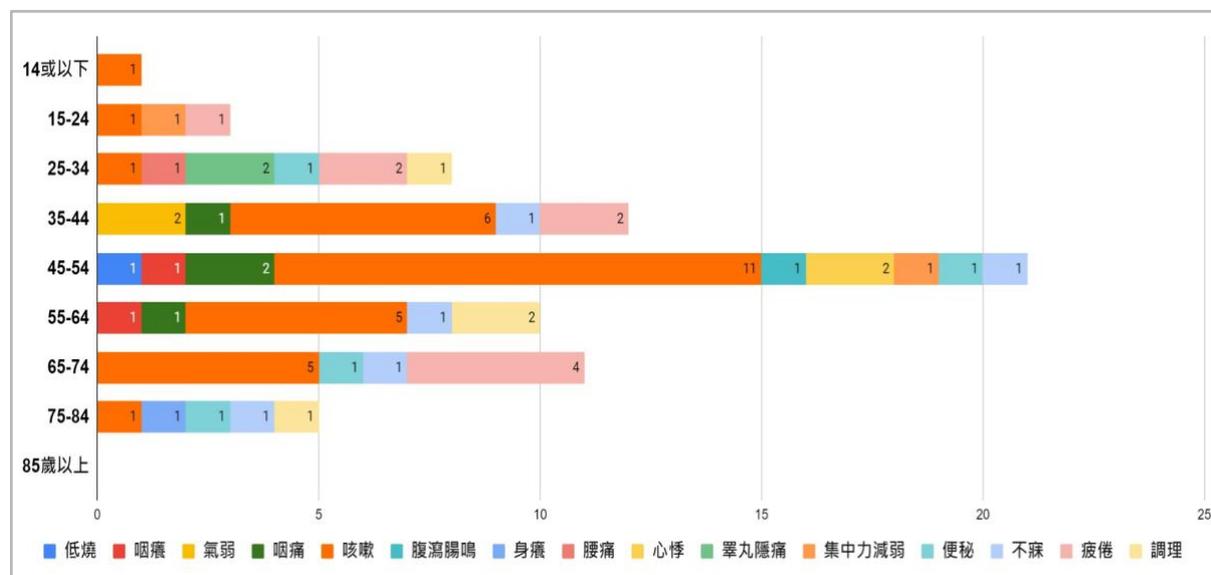


主訴與性別關係的分佈，兩者的曲線形態相似，兩者的差異基本不大。但若沿用上圖「三個板塊」分析，把主訴排列如上圖的次序，以虛線劃分為三個症狀群，那

²⁵ 其亦有內在的不同病理發展及治療的階段。

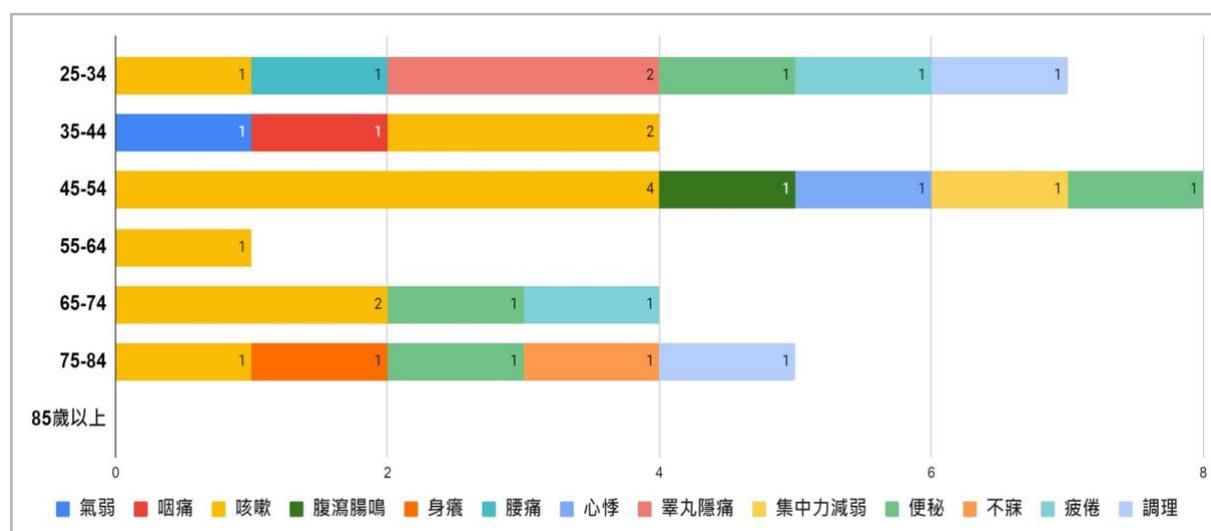
麼兩個性別在「餘邪未盡」階段的分佈大致相似 — 即由低燒到便秘(最左部份)；但在「邪盡正未復」階段 — 即由咽癢到疲倦(中間部份)，則兩性間呈現較大的差異，如不寐與疲倦的男女對比差異分別是 1：4 及 1：3.5。²⁶ 換句話說，主訴在男女性別所表現出來的差異，在「邪盡正未復」階段較在「餘邪未盡」階段要大。

2.10.2 年齡-主訴 (圖 12)



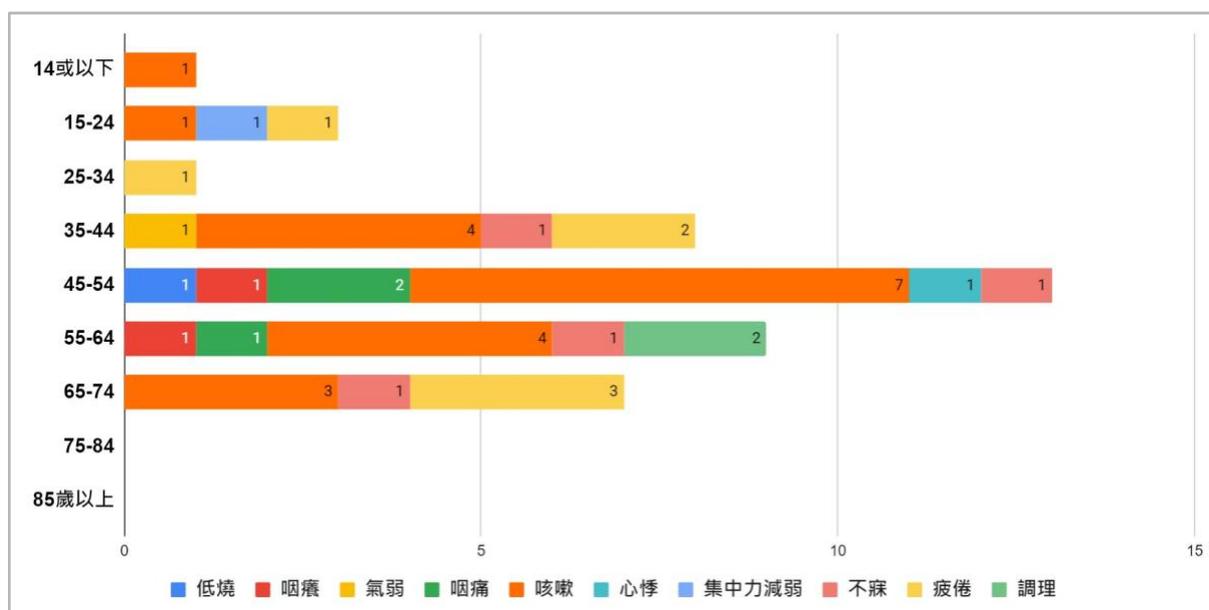
由上圖可見，咳嗽症狀出現於所有的年齡群組，其中又以 45-54 年齡層佔最大的比例，佔總數的 35.5%。其次是分佈在 35-44、55-64 及 65-74 這 3 個年齡層，各約佔 7%。

2.10.3 年齡-主訴-男性 (圖 13)



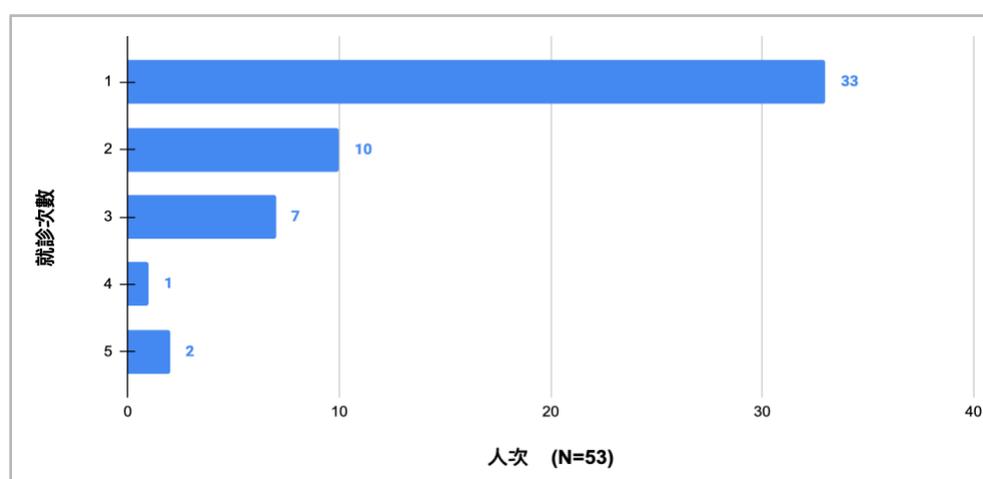
²⁶ 在「餘邪未盡」板塊中的「便秘」及「咽痛」亦呈現出較大的差異。

2.10.4 年齡-主訴-女性 (圖 14)



比較圖 13 及圖 14，就診人數較少的男性有著比就診人數較多的女性有著更多樣化的症狀呈現，分別佔整體主訴的 86.7%及 66.7%，並且傾向發生於 25-34、45-54 及 75-84 這 3 個年齡層。另外，有 4 個(約佔總體 5.6%)以便秘作為新冠後遺症主訴的就診者，從數字上來看只出現在男性群組。反之，處於「邪盡正未復」階段以不寐及疲倦為主訴的女性就診者，在比例上則多於男性群組。

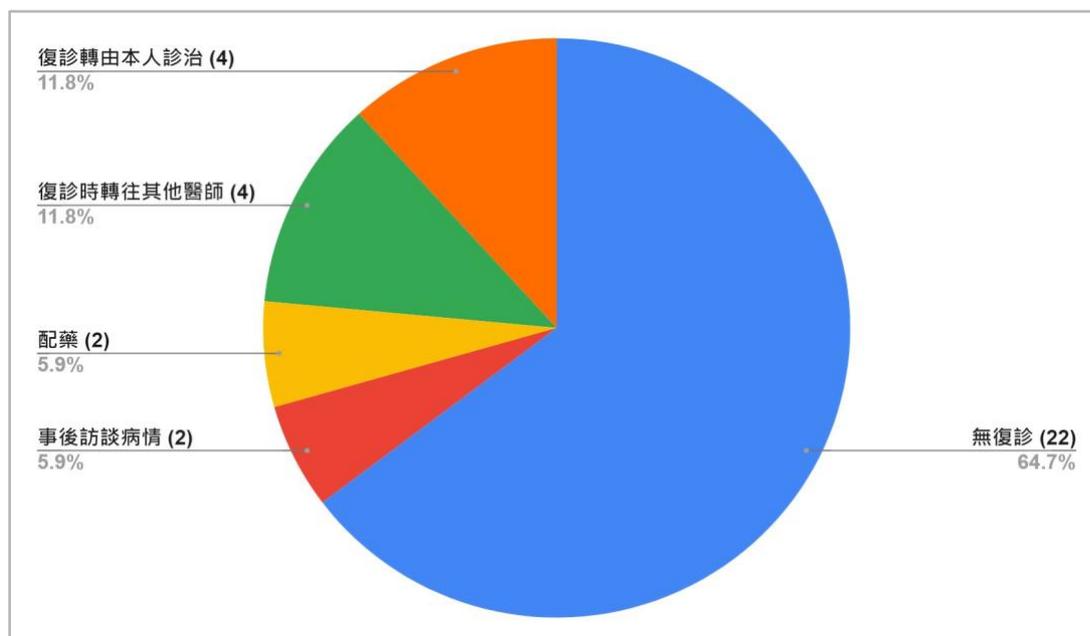
2.11 就診次數 (圖 15)



在統計期間，單一診所接受筆者提供一次過的診療服務的人次佔整體的 62.3%。但若把這 34 位人士的就診記錄以無復診²⁷、復診時轉其他醫師、復診轉由筆者診治²⁸、配藥²⁹及事後訪談病情³⁰等再作細分，以更細緻地了解這群組的就診特性，則如下圖³¹：

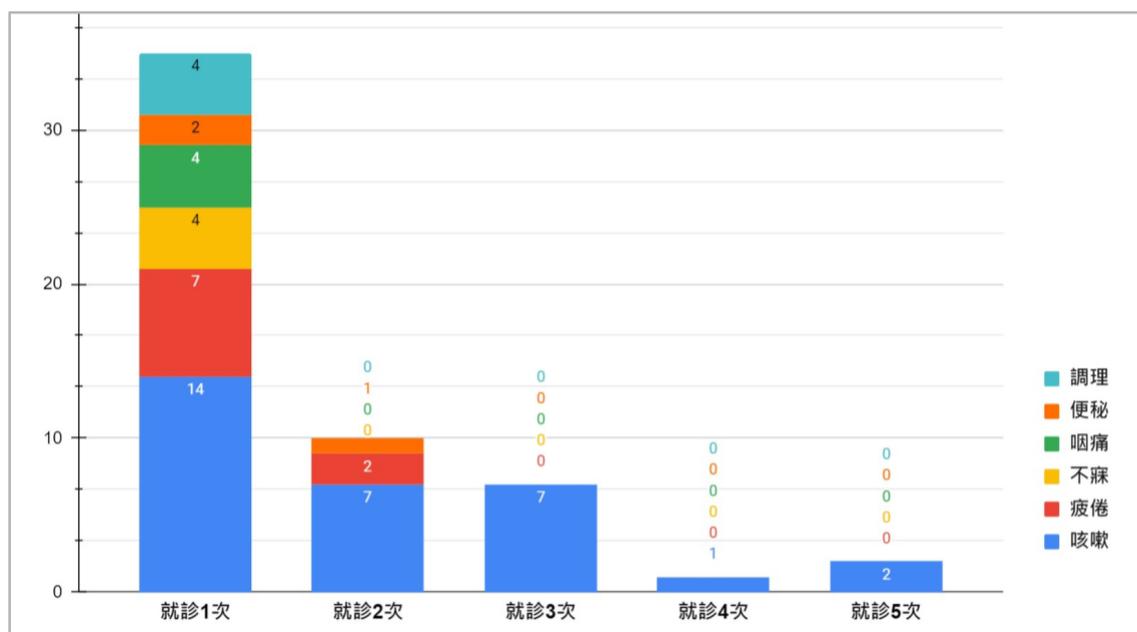
²⁷ 在截數日後，診所並沒有其再次就診的記錄，但不能核實是否有轉往其他診所就新冠後遺症繼續接受治療。

2.11.1 單次就診細分 (圖 16)



上述 22 位無復診，也沒有轉醫師的患者 — 即只就診筆者一次之人士，當中有 6 位的主訴是咳嗽，6 位以疲倦或不寐為主訴，另 4 位是調理。這 3 個群組已佔無復診病例的 72.7%。餘下的就是睪丸隱痛、心悸、咽癢及便秘等。

2.11.2 就診次數³² - 主訴³³ 比較 (圖 17)



²⁸ 即在截數時段內，之前由同診所其他醫師診治。後在筆者再診治 1 次後，便沒有再行復診。

²⁹ 以原方再到診所配藥。

³⁰ 病人因其他疾病求診而提及有關病情的進展。

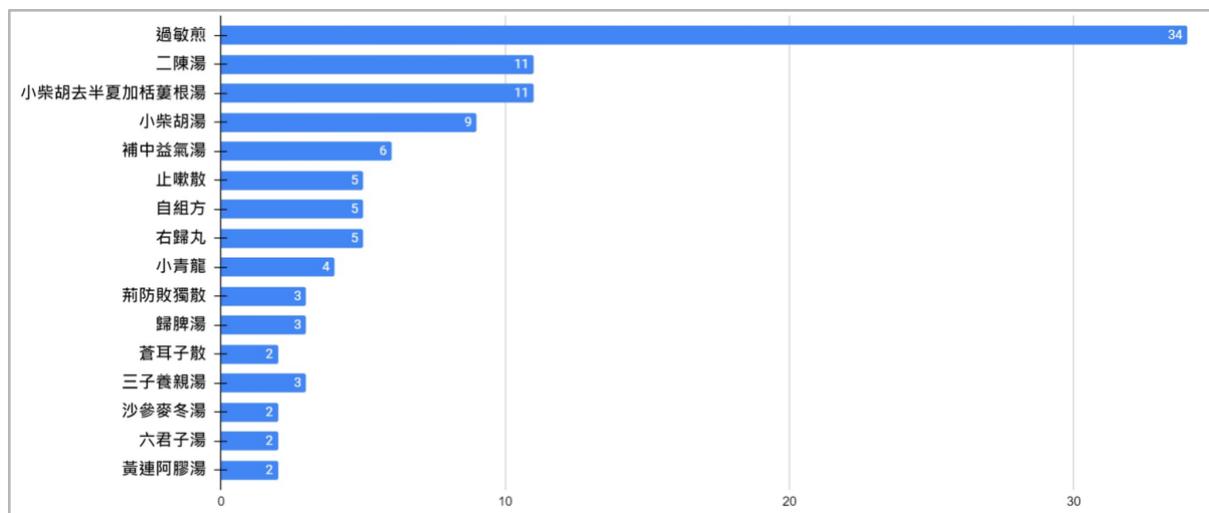
³¹ 上圖「事後訪談」及「無復診」有 2 個輸入是重複的。而「事後訪談」是發生於 21/4/2022 之後。

³² 以 53 位就診人數為統計基礎。雖然當中包括有 15 個同時接受其他醫師診治的病人，但並沒有把那些就診次數計算入內。

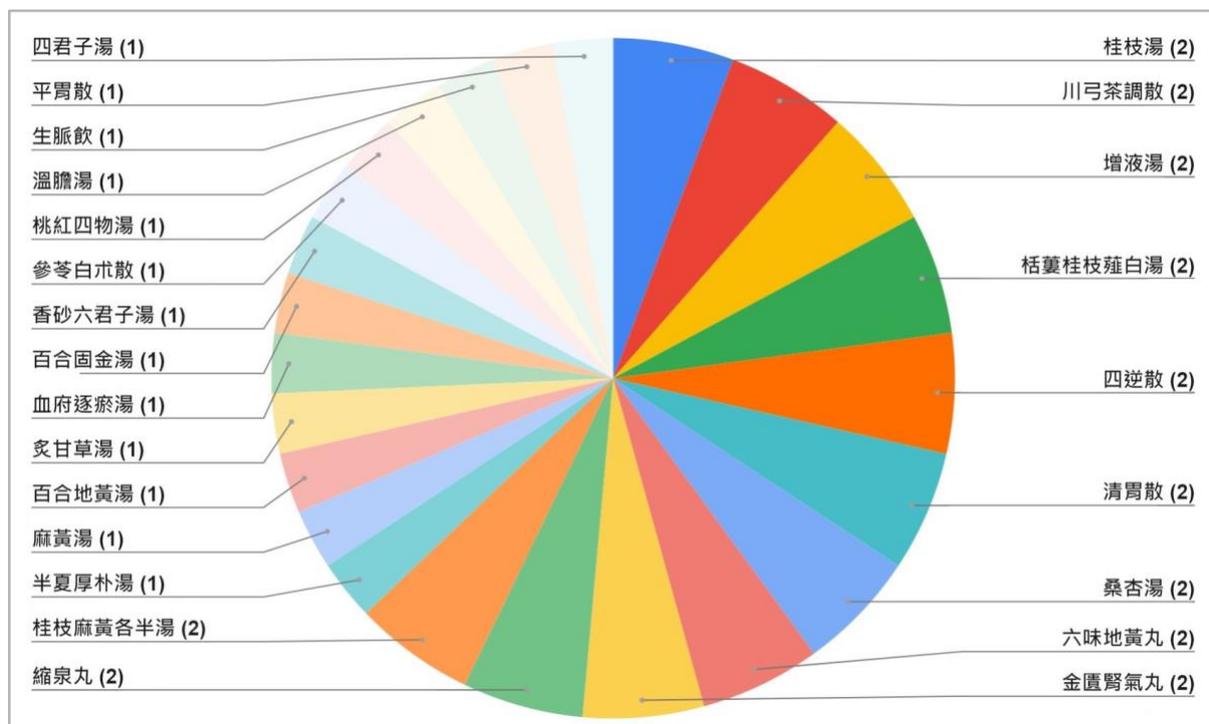
³³ 只列出有 4 個或以上病例的主訴。並且如圖 9 所示，有不少主訴是同時伴隨咳嗽這主訴出現。

上圖清楚地顯示咳嗽是推動患者復診的主因 — 由 2 次到 5 次不等。其次就是疲倦及便秘。當中亦有 15 位同時向多於 1 位或 2 位醫師求診，而就診次數相加亦可達 3 至 5 次(共計有 5 個)，且這些病例亦是以咳嗽為主訴。

2.12 方劑運用統計³⁴ (圖 18-1)



續方劑運用統計 (圖 18-2)



在這 53 位患者，共 88 次的診症中，共計使用過的方劑共有 43 條³⁵。當中以過敏煎使用次數最多，共 34 次；佔總數的 24.1%。其次是二陳湯及小柴胡去半夏加栝蘘

³⁴ 其中自組方是因症狀混雜、病機不明，以至找不到可供應用的成方而按己意組合的藥方。並且所列出的方劑都是按具體情況進行加減，甚少只用原方。

³⁵ 自組方共計有 4 條。

根湯，約分別佔 7.8%；小柴胡湯則佔 6.4%。其中以合方形式使用過敏煎共有 30 次，其餘 4 次則使用過敏煎單方加減。各類方劑又可根據其大體功用分為解表劑如荊防敗毒散、麻黃湯、桂枝湯及桂枝麻黃各半湯等；化痰/止咳劑如二陳湯、桑杏湯、溫膽湯、小青龍湯、三子養親湯及止咳散等 — 這類別也是使用頻數最多的；益氣/健脾劑如四君子湯、六君子湯³⁶、補中益氣湯及參苓白朮散等；而滋陰增液/滋陰清熱劑如沙參麥冬湯、百合地黃湯、增液湯、百合固金湯及黃連阿膠湯等大類。如果以遺留病邪分類，也離不開風、痰、熱、瘀等病理產物，其中又以風、痰及熱為最常見。因過敏煎是筆者在治療新冠後遺症使用最多方劑，故以下將把討論焦點放在其上。

四、過敏煎³⁷的應用

如圖 8 所示，咳嗽是新冠後遺症就診者的主要病徵，佔 43.7%。而當中又有接近八成的咳嗽是以咽癢、干咳無痰(只覺咽部不舒，形容為若有痰涎粘附喉間)或少痰難咯，可咯出者又以色白伴泡為大多數；且見發無定時，多言或寒食冷飲而引咳等特性，與現代醫學中的氣管敏感多有相似 — 這讓我想起在加減後善治各樣敏感症的過敏煎。之後又從部份復診患者口中得到使用後咳嗽獲得不同程度緩解的回饋，所以又加強了使用過敏煎加減或合方的動機。³⁸ 在數字統計上，31 個以咳嗽為主訴的患者中有 23 個是使用了過敏煎加減或合方，約佔 74.2%。另外若比對圖 17，則就診 1 次而曾使用的有 9 人，佔 14 位咳嗽求診者的 64.3%；就診 2 次及 3 次而曾使用的分別有 6 人，均佔 85.7%；就診 4 次而曾使用的有 1 人，即 100%及就診 5 次而曾使用的有 1 人，佔 50%。

3.1 方源、組成及藥理

過敏煎是已故名老中醫祝謚予老先生³⁹的經驗方，出自《祝謚予經驗集》。其組成只四味藥，分別是銀柴胡、防風、五味子及烏梅。⁴⁰ 原方建議用量一般為各 10 克。

³⁶ 是《醫方集解》的六君子湯，是四君子湯加黃芪及山藥。有別於《醫學正傳》的陳夏六君湯(也稱六君子湯)，是四君子湯加陳皮及半夏。

³⁷ 頭一次認識過敏煎是在內科課堂上學習哮喘病時，在五版教材外，老師加上了風哮，其對治主方就是過敏煎。隨後在臨床上以其作加減，治療一赤目病案時見證到它的神奇 — 以三診、36 付藥(每天兩付，歷 2 月)治愈一個已遷延 3 年有多，見目赤目癢的病症(之前患者為治療此赤目病，因而過用類固醇眼藥水使雙眼出現白內障，須手術治療)。

³⁸ 當中也而對缺藥斷方的挑戰，一些常用的方藥如杏仁、桔梗、半夏、石膏、止嗽散、荊防敗毒散等也先後缺貨。

³⁹ 祝謚予(1914.11.30—1999.8.12)，北京市人。早年師事名醫施今墨先生，深得其傳。一九三七年曾開業於天津。一九三九年，東渡日本，入金澤醫科大學醫學專門部，系統地學習西醫知識，四年後回國。

從傳統中藥的四氣五味藥理來看，過敏煎的方義可概括為「有收有散，有補有瀉，有升有降，寒熱共濟，陰陽並調」。⁴¹ 要理解上述方義，那就先從各藥的性味及功效說起。首先是防風，《本經》謂防風味苦，溫，無毒。主大風、頭眩痛，惡風邪，目盲無所見，風行周身，骨節疼痛，煩滿。久服，輕身。《湯液本草》亦強調防風味辛是通用之治風藥。《本草徵要》則指出防風能散風解邪，治風疹與搔癢，頭目中滯氣，經絡中留濕，俱可療也。骨節之煩疼，四肢之攣急，均能解之……是風藥中潤劑。《神農本草經讀》轉陳修園之言曰：防風氣溫，稟天春木之氣而入肝；味甘無毒，得地中土之味而入脾。

柴胡與銀柴胡現在各有異用，《本經》只錄柴胡，謂其味苦，平。主心腹，去腸胃中結氣，飲食積聚，寒熱邪氣，推陳致新。久服，輕身、明目、益精。《本草綱目拾遺》引《經疏》云：「俗用柴胡有二種：一種色白黃而大者，名銀柴胡。專用治勞熱骨蒸，色微黑而細者，用以解表發散。本經並無二種之說，功用亦無分別。」

《本草便讀》則指出柴胡乃「稟春氣以生升。轉旋樞機。主少陽表邪之寒熱。味苦寒而輕舉。通調上下。」並謂「銀柴別有一種。從來注本草者。皆言其能治小兒疳熱。大人癆熱。大抵有入肝膽涼血之切。性味與柴胡相似。故上古所不分耳。」

《本經》謂五味子味酸，溫。主益氣，咳逆上氣，勞傷羸瘦。補不足，強陰，益男子精。《本草通玄》則謂「五味子肉中酸、甘，核中苦、辛、咸，故名五味。入肺腎二經。滋腎家不足之水，收肺氣耗散之金，強陰固精，止渴止瀉，定喘除嗽，斂汗明目。東垣云：五味子收肺氣，乃火熱必用之藥，故治嗽以之為君。但有外邪者不可驟用。」《本草便讀》提出「表有風寒，須知禁用；里多邪滯。切禁輕嘗。」的用藥原則。

《要藥分劑》謂烏梅味酸，性平，無毒。得木氣之全以生，可升可降，陰也。

《本草從新》烏梅澀腸斂肺，酸澀而溫脾肺，血分之果。《本草崇原》云：「烏梅味酸，得東方之木味，放花於冬，成熟於夏，是稟冬令之水精而得春生之上達也。後人不體經義，不窮物理，但以烏梅為酸斂收澀之藥，而春生上達之義未之講也，惜哉。」

其畢生力倡中西醫結合，臨證時主張辨證與辨病相結合。擅長中醫內科、婦科，並潛心研究糖尿病的中醫療法。

⁴⁰ 組成方面，坊間流傳的存在著些少差異。除上述四味外，有加甘草的。

⁴¹ 郝秀霞,董堅.過敏煎加減治療蕁麻疹[J].包頭醫學院學報,2002(3):218-218.

概言之，過敏煎組方雖然簡單但功效獨特。方中防風辛溫解表，散風勝濕；銀柴胡甘寒益陰，清熱涼血；烏梅酸澀收斂，化陰生津；五味子酸甘而溫益氣斂肺，補腎養陰。四藥相配合用而成一條「有收有散，有補有瀉，有升有降，寒熱共濟，陰陽並調」的方子。

另外現代醫學顯示過敏反應及其引起的病症多屬 I 型變態反應，其發病機理是變應原進入機體後，刺激機體產生抗體 IgE 與有關靶細胞表面的受體結合，使機體處於致敏狀態。當相應的變應原再次進入機體後，經一系列生化過程，釋放出組織胺，過敏性慢反應質(SRS-A)、激肽、5-羥色胺(5-HT)，嗜酸性粒細胞趨化因子(ECFA)、血小板激活因子(PAE)、前列腺素(PG)等過敏反應介質。⁴² 從現代藥理研究角度出發，覃驪蘭等指出過敏煎具有包括抗組胺作用、延斷 H1 受體、抑制 IgE 生成等功能而起到抑制 I 型變態反應的作用。⁴³ 而鍾海森等也從多項相關研究總結出過敏煎方中的草藥銀柴胡具有抗過敏、抗炎等藥理作用；防風具有調節免疫、抗炎等藥理作用；五味子有效成分 α -立方酸、五味子乙素、五味子醇甲、五味子多糖、五味子木質素等均具有抗炎、調節免疫等作用；而烏梅與防風配伍則具有抗炎、抗過敏等藥理作用。⁴⁴ 因此若能延斷 H1 受體或抑制 IgE 的生成，那麼過敏反應鏈便可終斷，從而抑制或減輕過敏反應的發生——這充份地說明了過敏煎為何具有良好的抗炎及抗過敏作用。

由此看來，雖然傳統中藥學的四氣五味與現代藥學的分子分析這兩種藥學理論各有著不可調和的理論說明，但兩者均能依據自身的理論體系清晰地解說了過敏煎的藥理及其之所以能取效的原因所在，可有相互印證及啟發的作用。

3.2 應用

在後補的文獻回顧過程中，發現實有不少文章以案例及現代中藥藥理學的研究成果討論有關過敏煎在治療各種敏感疾病包括如蕁麻疹、支氣管哮喘、過敏性鼻炎、過敏性咳嗽、皮炎，甚或腎臟疾病、腸易激綜合徵、男性免疫性不育、關節炎、神經性皮炎等的應用及療效。⁴⁵ 在是次的研習中，過敏煎主要是應用於新冠轉陰後表現為咽癢、干咳無痰或少痰難咯，可咯出者又以色白為大多數；且見發無定時，多言或寒食冷飲而引咳等特性的咳嗽，也有個別是用於咽癢的。使用上亦按風、痰、熱、瘀、

⁴² 王淑靜.近年來中藥抗過敏反應研究的概況[J].山東醫藥工業,1997(2):26-28.

⁴³ 覃驪蘭,藍毓營,馬淑然.過敏煎的現代研究進展[J].世界科學技術:中醫藥現代化,2015(11):2394-2397.

⁴⁴ 鍾海森,覃驪蘭,藍毓營.加味過敏煎在皮膚病中的應用[J].中醫學報,2020(11):2356-2361.

⁴⁵ 吳大真,喬模主編.現代名中醫內科絕技.科學技術文獻出版社, 2010.

虛等病邪偏勝而進行加減或合方。例如白痰多的合用二陳湯或三子養親湯；其中 11 次使用二陳湯中便有 8 次(72.7%)是與過敏煎合方的。若寒飲內束的合用小青龍。若夾瘀的，合用血府逐瘀湯。又若伴見不寐而屬陰虛有熱的，則合用黃連阿膠湯或在不甚熱時合用百合地黃湯；肺陰不足者合沙參麥冬湯或百合固金湯等，並隨證加減。

另外，臨床上就診者其新冠檢測雖已轉陰，但仍有部份病例在辨證上尚見外感未清的表徵。在這種情況下，並不適合使用過敏煎，反之應當先續行解表——這就是為甚麼在選方上還有解表劑如荊防敗毒散、麻黃湯、桂枝湯及桂枝麻黃各半湯等方劑應用。而事實上，針對五味子的應用，《本草通玄》引李東垣語及《本草便讀》都分別提出了「有外邪者不可驟用」及「表有風寒，須知禁用」的用藥原則。這原則雖是指著五味子來說，想亦適用於有五味子的過敏煎。

再者，祝謏予師承北京四大名醫施今墨，後者以擅用對藥而見著，這或許就是為何過敏煎在製方時未見按君臣佐使之法，原方各藥皆等量而用。雖則如此，但反過來卻又便利了臨床應用——按照具體證情之收散、補瀉、升降及寒熱等在藥量上加減變化，隨證立君選臣任使。如肺腎不足較著者，可酌加五味子；若肺氣不收則烏梅可多用；若風癢為著，又或夾濕，可多用防風；熱重者，加用銀柴胡——且銀柴胡兼有涼血的作用，故亦有「治風先治血，血行風自滅」之意。

最後，過敏其中一個明顯的症狀就是癢，癢跟風關係密切；春天不但主生發，同時也是風邪肆虐的季節，所以春天也是過敏反應多發的季節。前引古籍均指出方中之藥，除五味子⁴⁶外，皆與五行之木、四方之東、四季之春、五藏之肝有著莫明的連系，如指出「防風稟天春木之氣而入肝」；「柴胡稟春氣以生升」及「烏梅得東方之木味……稟冬令之水精而得春生之上達」。而木、東、春及肝又與風，在中醫理論是同屬的，而癢跟風又是一個標本關係。由此可見，方選上三藥亦是得到傳統中藥藥學理論的支持。鑑第五波疫情發於春季，未知於此時用過敏煎，會否因得天時之助而有增益功效的作用呢？或只能留代日後臨床觀察了。

3.3 療效⁴⁷

在這樣本少，亦缺乏事前規劃及隨訪安排的前題下，要討論這麼嚴肅而關鍵的問題，實在有點為難。要處理這個問題，只有把診治時患者回復關於主訴咳嗽的變化，

⁴⁶ 肺腎與氣之出入又有關係，肺亦主皮毛，所以能益氣斂肺，補腎養陰的五味子亦是選用恰當之藥。

⁴⁷ 只集中討論咳嗽及過敏煎這部份。

依據描述歸納為四個程度變化，即沒有改變⁴⁸、部份改善⁴⁹、明顯改善⁵⁰及痊癒⁵¹；另一個就是因沒有復診及隨訪安排而有的「不能確定」這一欄。經整理後如下表：(表 1)

| | 一診 | 二診 | 三診 | 四診 | 五診 |
|------|----|----|----|----|----|
| 痊癒 | 2 | 1 | 3 | | |
| 明顯改善 | | 2 | 1 | 2 | |
| 部份改善 | | 4 | | | 1 |
| 沒有改善 | | 2 | | | |
| 不能確定 | 12 | 1 | | | |

由上圖可見，在 31 個咳嗽病例中，有 12 個是療效不能確定。二診那一個「不能確定」是因記錄不全。一診中那 2 個痊癒病例是因病人在看他病時，醫師作隨訪而得的。餘下 17 個有 2 個在二診時表示沒有改善，佔整體的 11.8%。在一診至二診中表示獲得痊癒的有 6 個，佔整體 35.3%。在二診至五診中表示獲得不同程度改善的共有 10 個，佔整體 58.8%。並且在二診時表達有不同程度改善的人數較沒有改善的多出 3 倍。另外上圖亦顯示就診 2 次而獲得痊癒的機率最高，有 3 人。若以本人一般開 3 或 4 天藥計算，則康復期約為 6 – 10 天之間。⁵² 反而需要 4 診或以上的痊癒率就呈下降趨勢，例如有其中一位 60 多歲的女士就診了 10 次，才達到接近痊癒的狀態。

概言之，若在排除不確定案例外，並把「部份改善」都算作是有療效的話，則在這寬鬆的標準下，過敏煎加減或合方的應用可達整體的 88.2% (15/17)。但若考慮療效為明確痊癒的，只有約 35.2%，稍多於 1/3。當然，若由此引伸從而推定過敏煎的療效怎樣怎樣，卻又顯得過於粗疏而不夠嚴謹。這是因為一則案例過少；二則是在臨床上，過敏煎多是以合方及加減的方式使用，因此不能把療效的有無簡單地跟過敏煎對接起來。並且疾病發展是一個過程，在實際操作上，會因應疾病所處的階段及其臨床表現選用不同的方藥。例如某些病例到診時，雖以已轉陰但仍持續咳嗽，唯仍見風寒之邪仍重，故此時仍需以治以解表之劑，再按實際的辨證結果遣方用藥，如出現過敏

⁴⁸ 患者回應多是「都仲咳咩...」、「同之前差唔多...」、「無咩改善...」等。

⁴⁹ 患者回應多是「好咗 D...」、「咳少咗...」、「無之前犀利，但仲有咳...」等。

⁵⁰ 患者回應多是「咳少咗好多啦...」、「仲有一兩聲...」等。

⁵¹ 患者回應多是「無咩點咳啦」、「好間唔時先咳一兩聲...」、「好返無咳啦...」等。

⁵² 因有些患者不是接續復診的。

煎適應症之時才行加減選用。因此不宜把這流動而多變的診療過程作出過於簡單及平面化的歸納。⁵³

五、總結與反思

仗著一點蠻勁，在沒有任何準備下把手上診治過的病案在主要症狀、性別、年齡、方藥運用及療效等進行簡單統計學上的整理，有關觀察已在摘要部份交代，故不再在此重複。明顯地，此研習也有很多需要改善的地方，比如加強研習方法和療效標準的規劃、對合方或藥物加減及特殊病例⁵⁴ 進行更深入的分析等，但這個也不打算多談。

反之，更想就在整個研習過程中讓筆者印象最深的兩個方面多作分享。第一是關於對疾病命名，比如所言的「新冠後遺症」，當中反映了怎樣的中西醫(藥)學觀？在現代醫學(西醫)為主流的社會，由其生理及病理指導而來的對疾病的理解及命名，又當如何與傳統中醫的疾病觀接合呢？第二是在傳統中醫採用病案診籍的方式去整理中醫臨床經驗，相對於現代以實驗對照為本的知識積累方法，有沒有本質上的差異？或者更直接的問題是：中醫臨床經驗的整理是否有其自身方法學及目的上的特點？

就第一點而言，「新冠後遺症」是一個根據西醫病理檢查而得出的一個診斷名稱。若從中醫角度而言卻是一個不準確的表述，因若單憑中醫四診，根本不能得出新冠確診或轉陰的診斷。但可就症狀的表現，如「皆相染易，無問大小，病狀相似」而確定為疫病流行；亦知其乃「天牝⁵⁵ 從來」而能知所防範，由此可參照歷代治疫的經驗予以對治。

目下西醫病名以中醫診治，在當下中西醫混合診療的時空下，卻顯得很是正常。中西醫在中國相遇已超過一個世紀，雖有一批先行的著名醫家如唐宗海、張錫純、恽鐵樵、祝諶予等都提倡中西醫匯通或結合。但對於兩者如何可以，在辨病辨證誰屬等的議題上還是發生過不少學術爭鳴。比如在任應秋先生以〈中醫的辨證論治的體系〉一文提出「辨證論治，是中醫不可缺少的基本知識」的觀點後⁵⁶，便持續地引出一連串如中醫是「病證同辨」還是「只辨證不辨病」，又或以「西醫辨病，中醫辨證」這

⁵³ 當然對療效未能提出更有說服力的印支持，與缺乏一個良好規劃的研習設計及執行亦有很大的關係。

⁵⁴ 如那個接受治療達 10 次的 60 歲女士病例。

⁵⁵ 解作鼻孔。

⁵⁶ 任應秋, 中醫的辨證論治的體系[J], 中醫雜誌, 1955, 04; 19-21.

互補觀點的學術討論。^{57, 58, 59, 60} 轉眼離任老所言又去 67 年，然中西醫匯通尚在摸索當中。

在這次研習，由見病取名，到辨證選方，再而比對傳統中藥氣味理論與現代中藥的分子分析理論，體會到兩套學理的差異，比如在討論過敏煎時，我們很難把傳統中藥理論中的氣味、君臣佐使、升降、收散、補瀉、陰陽，乃至四季、五行等用藥遣方的道理嫁接到現代中藥藥理學當中。雖然現代藥理學的分子分析證明了過敏煎中各藥都具有良好的抗炎及抗過敏作用，但對藥物之所以如此配伍及藥物間的相互作用尚未能給予充份的闡明。⁶¹ 不過亦開始有學者嘗試構建新理論框架希望接通二者。⁶²

中醫、西醫，兩者關係如何相信在未來都會是一個說不完的話題，並且會成為醫療實踐的一個熱點。然而若撇開現代醫學及藥理等的干擾，純從傳統中醫的角度來看，我會認為所謂的「新冠後遺症」只是外感疫病發展中的一個較後的階段——如用六經辨證，就是太陽表證已罷；又或在衛氣營血辨證中病在衛氣而不及營血，並都見餘邪未盡或邪去正未復的情況而已，均可循「觀其脈證，知犯何逆，隨證治之」的治療原則施治。這原則同樣適用於陽性階段。

第二點方面，無論中醫或西醫，臨床實務都是流動而多變。實驗或研究的目的都是在這些變動中尋找一些具意義，可供轉移的原則用以說明問題或進一步指導臨床活動。從這個角度來說，我想並沒有中西之別。從上述 53 人，88 次的診療中，由四診到遣方用藥整個過程中都體會到當中的「同中有異」，其中的「異」卻往往是療效發生的關鍵。換言之，找到了提示過敏煎適應症的「同」之時，更要把握不同病案中的「異」，而這些的「異」，卻往往會被強調設計、控制及可比性的實驗研究過程所抹去。就以前述過敏煎在臨床上的使用經驗而言，其在用量、加減及合方等變化的多樣性及豐富性，已非一般對照實驗式研習所能承載。面對這種既要注重差異，又要積累及歸納經驗的臨床局面，中醫先賢提出了「法」這個概念——以「法」去統攝差異之餘，又達到歸納的效果。比如用五味子時要「有外邪者不可驟用」及「表有風寒，須知禁用」——這就是「法」，是臨床實務的歸納。當然只有「法」在臨床上還是顯得有

⁵⁷ 任應秋, 略談辨證與辨病[J], 湖南中醫學院學報, 1979, 1; 1-2.

⁵⁸ 朱良春, 辨證與辨病相結合的重要性及其關係的探討[J], 中醫雜誌, 1962, 4; 15-16.

⁵⁹ 朱良春, 辨證與辨病相結合, 提高臨床療效[J], 中醫藥通報, 2011, 10(1); 1-3.

⁶⁰ 區結成, 當中醫遇上西醫—歷史與省思. 香港三聯書局. 2004; 161。

⁶¹ 覃驪蘭, 藍毓營, 馬淑然. 過敏煎的現代研究進展[J]. 世界科學技術: 中醫藥現代化, 2015(11): 2394-2397.

⁶² 羅國安, 梁瓊麟, 劉清飛, 等. 整合化學物質組學的整體系統生物學——中藥複方配伍和作用機理研究的整體方法論[J]. 世界科學技術: 中醫藥現代化, 2007(1): 10-15, 24.

點寬泛，因為它只劃出了一個範圍或指出一個方向。要能起到針對性的對治效果，還得要有個「度」。「度」有兩層意思：一則是指涉數量，比如角度、溫度，甚或量度等都是一些數值的反映；二則是指涉空間位置，用廣東話就更淺白易解了——比如「去邊度？」、「過來呢度」等，都有表示特定空間位置的意思。若兩者相合而能產生預期的效果，我們會說那是「恰『度』好處」——即沒有太過不及的狀態，也就是中的意思。由此看來，「法度」是「法」中有「度」，「度」中有「法」，兩者相合是療效有無多少的保證。

所以，如果中醫臨床經驗的整理真有其自身方法學及目的上的特點的話，那就是在各種豐富多變的臨床實務中，歸納及提煉出當中的「法度」⁶³，而不是單純的說明何方何藥如何，其療效有無等具體問題的處理。反之，中醫海量的診籍醫書，所要闡明的就是當中的「法度」及嘗試展示如何對「法度」拿捏⁶⁴。所以由此看來兩者是有層次上的差異的！⁶⁵在中醫，只要臨床上有了「法度」，不單診斷和遣方用藥有了依據，對疾病的發展過程亦會有所掌握，而這個「法」和「度」是貫穿整診療過程。比如仲景在《傷寒論》106 條討論桃核承氣湯應用時，提出了「其表不解，尚未可攻，外解矣，但少腹肌結者，乃可攻之，必桃核承氣湯也」——這個在應用桃核承氣湯時「先解表，後攻裡」的「法」。但需知「先表後裡」只是在一般情況下的治則。在辨明表裡、虛實、緩急、輕重後，按具體情況採取不同的法則。比如表裡同病，裡症重而急的時候，就當本著「急則先治，緩則後治」的原則，考慮先攻裡，如第 124 條的抵當湯證。⁶⁶但若表證兼裡虛者，《傷寒論》91 條則給出「傷寒，醫下之，續得下利，清谷不止，身疼痛者，急當救里」的治則，並建議方用四逆輩；⁶⁷又若表裡同病，而裡證不是大實大虛的話，可表裡同治，這些用方包括表有寒裡有鬱熱見煩的大青龍湯證；表有寒裡有飲的小青龍湯證；又或太少兩感的麻黃細辛附子湯證；也有被認為對治「三分表七分裡」下利的葛根芩連湯等等。至於對「度」的拿捏，《傷寒論》175 條甘草附子湯中的服藥指引「……能食汗止復煩者，將服五合，恐一升多者，宜服六

⁶³ 「法」是由臨床到理論歸納的結晶，「度」是由理論到臨床應用的巧思。而這兩者就體現在「意」中，故有言：「醫者，意也。」

⁶⁴ 而貫穿這過程的，就是「道-氣-陰陽-五行-萬物」這因應變而有的認知框架。換言之，中醫在變動中，以陰陽五行學理為參照，指導對「法」與「度」的拿捏。

⁶⁵ 前者以形而下的方法，解答形而下的提問；後者以形而下的方法去把捉形而上的法則。

⁶⁶ 《傷寒論》條文 124：「太陽病六七日，表證仍在，脈微而沉，反不結胸，其人發狂者，以熱在下焦，少腹當硬滿，小便自利者，下血乃愈，抵當湯主之。」

⁶⁷ 這是因為中藥發汗，是通過人體的正氣才能夠運藥以驅邪外出。所以如裡氣不足就不能運藥，正氣虛不能在藥力的幫助下驅寒的話，那就算用解表藥也發不出汗來。

七合為始」；又或 12 條桂枝湯服法中「若一服汗出病差，停後服，不必盡劑。若不汗，更服依前法。又不汗，後服小促其間，半日許令三服盡。若病重者，一日一夜服，周時觀之。服一劑盡，病證猶在者，更作服，若不汗出，乃服至二、三劑」等可以為例，都是表述對「度」即數及量的拿捏。對「度」另一層意義，即「位置」的拿捏，反映在「承氣湯」與「桂枝湯」的選用上，如 56 條「傷寒，不大便六、七日，頭痛有熱者，與承氣湯。其小便清者，知不在裡，仍在表也，當須發汗。若頭痛者，必衄，宜桂枝湯。」便是一例。

上述這些按特定處境、在考慮病位、病勢及病情等歸納出來的「先表後裡」、「先裡後表」、「表裡同治」、「先急後緩」，又或「先疏後密」及「先輕後重」等的法則都充份體現出中醫臨床經驗整理那「既有法度，又不失靈活」的特徵。

因此，若要指出用西方學術傳統的研習取向去整理中醫臨床經驗與傳統中醫以診籍醫書去整理臨床經驗的異同時，我會說兩者是存在著層次上的差異。西方學術取向是以形而下的方法，解答形而下(同一層次)具體、可觀察量度的問題；而傳統中醫則嘗試以形而下的方法去歸納及把捉形而上的法度，並用之以指導回答及解決形而下的問題。並且這法度是可以跨場境的，甚至可用於人事。比如前述由醫者總結出來的法則，不也可指導人生嗎？無怪乎宋代大文豪蘇軾有「物，一理也，通其意則無適而不可。分科而醫，醫之衰也……」的洞見。又如孫子的軍事、魯班的工藝、又如士大夫為文也得要「載道」，裡面有著強烈的人文氣息，甚或使命——或許這就是華夏文化知識生產的特色所在。

最後，要說這次研習帶給我最大的收獲，除了對新冠後遺症獲得一個概觀，觸碰了那讓人糾結的現代與傳統醫藥關係外，或許就是藉此認識到在傳統醫藥中，其臨床經驗整理的核心所在——即強調對「法度」的認識、提煉及拿捏這一過程之上！也由此為我在學習《傷寒論》平脈辨證或選方加減以外，展示出另一個更深廣的閱讀視角。假若再往上推一層，中醫先賢透過診籍醫書從無數的臨床實務中反復去提煉中醫的「法度」，其實質不就是如同認識、接近及體證「道」⁶⁸的過程嗎？

⁶⁸ 莊子於《天下》謂「道術將為天下裂……」又《易經·繫辭上》亦謂「仁者見之謂之仁，知者見之謂之知」，故「道」雖一，唯見則異，是以有天下裂與仁智之別！

六、參考資料

文章書目

1. 2014 至 2015 年度人口健康調查報告書.衛生署及衛生防護中心,2017.
2. 趙永佳,施德安.誰在看中醫? 香港中醫就診趨勢回顧.香港社會科學學報,第五十一期 2018 年春/夏季.
3. 王淑靜.近年來中藥抗過敏反應研究的概況[J].山東醫藥工業,1997(2):26-28.
4. 任應秋,中醫的辨證論治的體系[J],中醫雜誌,1955,04;19-21.
5. 任應秋,略談辨證與辨病[J],湖南中醫學院學報,1979,1;1-2.
6. 朱良春,辨證與辨病相結合的重要性及其關係的探討[J],中醫雜誌,1962,4;15-16.
7. 朱良春,辨證與辨病相結合,提高臨床療效[J],中醫藥通報,2011,10(1);1-3.
8. 郝秀霞,董堅.過敏煎加減治療蕁麻疹[J].包頭醫學院學報,2002(3):218-218.
9. 覃驪蘭,藍毓營,馬淑然.過敏煎的現代研究進展[J].世界科學技術:中醫藥現代化,2015(11):2394-2397.
10. 鐘海森,覃驪蘭,藍毓營.加味過敏煎在皮膚病中的應用[J].中醫學報,2020(11):2356-2361.
11. 區結成,當中醫遇上西醫—歷史與省思.香港三聯書局.2004.
12. 吳大真,喬模主編,現代名中醫內科絕技.科學技術文獻出版社,2010.

古籍

1. 《黃帝內經》
2. 《神農本草經》
3. 《傷寒論》
4. 《本草通玄》
5. 《本草便讀》
6. 《湯液本草》
7. 《本草徵要》

8. 《神農本草經讀》
9. 《本草綱目拾遺》
10. 《要藥分劑》
11. 《本草崇原》