

《醫方明大論十之一》 EP10_2

第十章 10.2 臨床案例01：長期心絞痛，查無病因（十之一・p.332-333）

原檔：游老師第033堂起（堂次依任務書對照表，屬推測）

素材：《醫方明大論》十之一；內容為學習整理，非醫療建議。主軸：痛感是第六意識發出的警訊，受損不外組織結構／氣動力／Sensor 三者；本案五分鐘確診為 C8、T1、T2 心臟神經壓迫。

亮點・一句話

身體的痛感是第六意識發出的；第六意識會發出痛感，表示這個地方一定有受損。從人體設計來說，受損不外三個方面：組織結構、氣動力、Sensor。（p.332）

用人體設計診斷五分鐘就能確診，當今幾十億的昂貴設備，不如老祖宗教的用三根手指觸診。（p.333）

個案背景與症狀

患者：54 歲、66 公斤、男性，在教學醫院住院一年多（進進出出、大半時間都住院）；外表仍然健壯、陽氣充足，言行舉止正常，沒有萎靡或虛弱狀態。（p.332）

症狀：心絞痛、常常痛到無法站直身子、睡覺都要捲曲身體、沒有一天能安眠；因為是心臟問題不敢回家住，擔心忽然心臟不跳就完了。除了心絞痛，身體沒有任何其他不適；見到患者時是蜷著側睡，心絞痛把身體揪成一團捲縮。（p.332）

病史：做盡檢查仍無解

住院一年多，CT 掃描、X 光檢查……能做的都做了好幾回；醫院不知道病因在哪裡，痛了就用藥把痛鎮住。（p.332）

除此之外沒有任何病史紀錄，也自認非常健康；醫院也很無奈，最怕就是遇到這種無解的現象。（p.332）

開卷聲明：所有個案都是實際個案，唯有患者基本資料，事關患者隱私，稍作修改。（p.332）

診斷：三系統逐一排除

①組織結構：醫院的診察顯示心臟硬件本身沒有問題（瓣膜、心房、心室、心包……都沒問題）。但目前主流醫學不會檢查氣動力和 Sensor。（p.332）

②氣動力：問診病人是否會喘？答：沒有。是否心悸？答：沒有。這證明心臟組織結構（硬體）確實沒問題、沒有心火旺、手心也沒有特別高溫，表示氣動力沒有問題。（p.332-333）

Sensor 確診：C8、T1、T2 環帶

以上兩個可能原因不存在，那應該就是神經問題。管控心臟的神在頸椎第八節及胸椎第一、第二共三節（C8、T1、T2）。（p.333）

心臟神經管控不是一個點，而是一個環帶面積的所有肌肉和心臟本身；按壓與心臟同高度的胸部環帶一圈，患者都喊疼；再按 C8、T1、T2，果然 C8 特別疼——確定是心臟神經壓迫的痛。（p.333）

調理與結果

頸椎壓迫心臟環帶肌肉，也壓迫心神經。連三天去整脊兩次，患者完全恢復正常，也正常的上班了。（p.333）

診斷基本常識：對稱性痠痛

身體只要有發生對稱性的痠痛，大多是相對位置的肌肉控管脊椎神經的壓迫造成——因為經絡的氣血沒有身體左右同時控管的機制，唯有神經是呈對稱性的。（p.333）

後天的受傷，也不太可能在身體左右兩側同時對稱受傷；臨床屬於對稱性的痠痛、環帶狀肌肉痠痛，都應先從相對脊椎神經確定，容易就找出病因。（p.333）

反省：只在 1/3 的領域努力

一個投資百億的大醫院，團隊與設備都是當前最頂尖的，讓一個心臟神經壓迫的患者痛苦一年多，用盡所有檢驗設備，還是只能告訴患者「找不出病因」。（p.333）

醫院一切努力都環繞在「心臟的組織結構」，對心臟的氣動力和神經系統居然會忽略；嚴格的說，醫院只在 1/3（組織結構）的領域努力，另外 2/3（神經系統 Sensor 和氣動力 Air Power）完全沒有檢查——這就是醫學分科與微觀的盲點。（p.333）

收束與預告

偈頌：「痛是意識的警鐘；三根手指五分鐘，勝過百億設備。診斷顧全三系統，病無所遁形。」（p.332-333）

預告 EP10_3：臨床案例02 頸椎壓迫、喘、無法運動。（p.334-335）

《醫方明大論十之一》

EP10_2

第十章 10.2 臨床案例0

1: 長期心絞痛，查無病因

個案背景與症狀

患者：54 歲、66 公斤、男性，在教學醫院住院一年多（進進出出、大半時間都住院）；外表仍然健壯、陽氣充足，言行舉止正常，沒有萎靡或虛弱狀態。（p.332）

症狀：心絞痛、常常痛到無法站直身子、睡覺都要捲曲身體、沒有一天能安眠；因為是心臟問題不敢回家住，擔心忽然心臟不跳就完了。除了心絞痛，身體沒有任何其他不適；見到患者時是蜷著側睡，心絞痛把身體揪成一團捲縮。（p.332）

病史：做盡檢查仍無解

住院一年多，CT 掃描、X 光檢查……能做的都做了好幾回；醫院不知道病因在哪裡，痛了就用藥把痛鎮住。（p.332）

除此之外沒有任何病史紀錄，也自認非常健康；醫院也很無奈，最怕就是遇到這種無解的現象。（p.332）

開卷聲明：所有個案都是實際個案，唯有患者基本資料，事關患者隱私，稍作修改。（p.332）

本集腦圖（續）

診斷：三系統逐一排除

①組織結構：醫院的診察顯示心臟硬件本身沒有問題（瓣膜、心房、心室、心包……都沒問題）。但目前主流醫學不會檢查氣動力和 Sensor。（p.332）

②氣動力：問診病人是否會喘？答：沒有。是否心悸？答：沒有。這證明心臟組織結構（硬體）確實沒問題、沒有心火旺、手心也沒有特別高溫，表示氣動力沒有問題。（p.332-333）

Sensor 確診：C8、T1、T2 環帶

以上兩個可能原因不存在，那應該就是神經問題。管控心臟的神在頸椎第八節及胸椎第一、第二共三節（C8、T1、T2）。（p.333）

心臟神經管控不是一個點，而是一個環帶面積的所有肌肉和心臟本身；按壓與心臟同高度的胸部環帶一圈，患者都喊疼；再按 C8、T1、T2，果然 C8 特別疼——確定是心臟神經壓迫的痛。（p.333）

調理與結果

頸椎壓迫心臟環帶肌肉，也壓迫心神經。連三天去整脊兩次，患者完全恢復正常，也正常的上班了。（p.333）

本集腦圖（續）

診斷基本常識：對稱性痠痛

身體只要有發生對稱性的痠痛，大多是相對位置的肌肉控管脊椎神經的壓迫造成——因為經絡的氣血沒有身體左右同時控管的機制，唯有神經是呈對稱性的。（p.333）

後天的受傷，也不太可能在身體左右兩側同時對稱受傷；臨床屬於對稱性的痠痛、環帶狀肌肉痠痛，都應先從相對脊椎神經確定，容易就找出病因。（p.333）

反省：只在 1/3 的領域努力

一個投資百億的大醫院，團隊與設備都是當前最頂尖的，讓一個心臟神經壓迫的患者痛苦一年多，用盡所有檢驗設備，還是只能告訴患者「找不出病因」。（p.333）

醫院一切努力都環繞在「心臟的組織結構」，對心臟的氣動力和神經系統居然會忽略；嚴格的說，醫院只在 1/3（組織結構）的領域努力，另外 2/3（神經系統 Sensor 和氣動力 Air Power）完全沒有檢查——這就是醫學分科與微觀的盲點。（p.333）

本集腦圖（續）

