



本期之药

甘草

为豆科甘草属植物甘草的根和根状茎。炙用，主治脾胃虚弱，食少，腹痛便溏，劳倦发热，肺痿咳嗽，心悸，惊痫；生用，治咽喉肿痛，消化性溃疡，痈疽疮疡，解药毒及食物中毒。

中华医院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



亲爱的朋友，

中华医院是本地最大的中医慈善医疗机构，也是经卫生部批准的公益机构。目前除了大巴窑总院外，在全岛还设有多个分院：义顺分院、兀兰分院、武吉班让分院、马林百列分院及中华医院@VIVA。中华医院不分种族、宗教和国籍，以低廉的价格为社会大众提供高质量的中医医疗服务，经济困难的病人还可以享有医药费减免。

中华医院总院及各分院每天诊治的病人超过1,000人次，我们有30多位驻院医师和500多位轮值医师。医院每年的营运开销一千多万，诊疗收入无法应付庞大的营运开销。

我们热切希望得到社会各界善心人士的慷慨捐赠，您的无私奉献，是中华医院病人的福祉。您的捐款可自动获得2.5倍的税务回扣。

Dear Friends,

Singapore Chung Hwa Medical Institution (SCHMI) is the largest charity Traditional Chinese Medicine (TCM) organization in Singapore and an approved IPC, registered with Ministry of Health.

Currently, apart from the Headquarter in Toa Payoh, there are several branches situated across the island, namely Yishun Branch, Woodlands Branch, Bukit Panjang Branch, Marine Parade Branch, SCHMI@VIVA. SCHMI provides quality TCM medical services to the community at low charges, regardless of race, religion or nationality. The patients from low-income families can apply for medical fee waivers.

SCHMI provides TCM consultation and treatment for more than 1,000 patients daily. We have more than 30 resident physicians and more than 500 duty physicians. The annual operating expenses of the Institution are over 10 million, and the income from consulting service and medical treatment cannot cover the huge operating expenses.

We sincerely hope to receive generous donations from kind-hearted people from all walks of life. Your generosity is our patients' blessings. Your donation is automatically eligible for 2.5 times in tax deductions.

兀兰分院 Woodlands Branch
Blk 679 Woodlands Avenue 6 #01-710
Singapore 730679
Tel: 6366 3246
Email: woodlands@singaporetcm.com

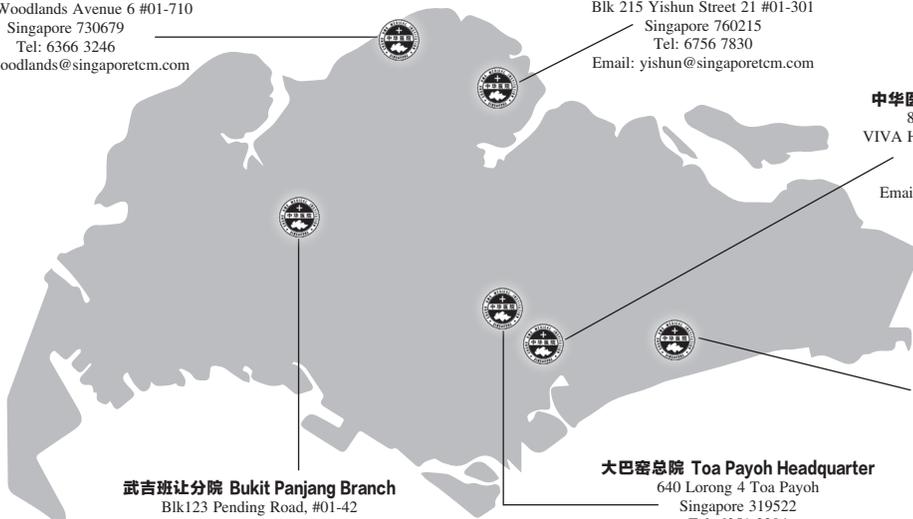
义顺分院 Yishun Branch
Blk 215 Yishun Street 21 #01-301
Singapore 760215
Tel: 6756 7830
Email: yishun@singaporetcm.com

中华医院@VIVA SCHMI@VIVA
8 Sinaran Drive #03-01
VIVA Hub Novena Specialist Centre
Singapore 307470
Tel: 6334 1290
Email: viva@singaporetcm.com

武吉班让分院 Bukit Panjang Branch
Blk 123 Pending Road, #01-42
Singapore 670123
Tel: 6766 7576
Email: bukit_panjang@singaporetcm.com

大巴窑总院 Toa Payoh Headquarter
640 Lorong 4 Toa Payoh
Singapore 319522
Tel: 6251 3304
Email: chunghwa@singaporetcm.com

马林百列 Marine Parade Branch
Blk 60 Marine Drive #01-54
Singapore 440060
Tel: 6444 8727



新加坡中醫雜誌 总 58 期 · 2025 年 7 月份

临床

- | | |
|---------------------------------|----|
| 1. 论五脏虚实寒热之瘾疹病治 / 新加坡·卓扶蓉 | 2 |
| 2. 理中汤与吴茱萸汤的区别及应用 / 新加坡·陆判海 | 7 |
| 3. “四步疗法”在中医治疗面瘫的临床运用 / 新加坡·顾艳红 | 10 |
| 4. 玫瑰糠疹中医临床治疗分享 / 新加坡·黄信勇 | 15 |
| 5. 浅谈中医治咳嗽 / 新加坡·张展敏 | 17 |

学术探研

- | | |
|--------------------------------------|----|
| 1. 干眼回顾性针灸辨治及泪三针机器学习治疗规律研究 / 新加坡·张翠文 | 21 |
| 2. 中医五“藏”与西医脏器的区别与混淆 / 新加坡·李明姝 | 34 |
| 3. 乌梅丸治疗胃食管反流病浅析 / 新加坡·何明根 | 41 |
| 4. 高血压和心血管系统疾病的中医临床论治 / 新加坡·张彩芳 | 46 |
| 5. 新近中药专方研究治疗胆囊术后综合症的探讨 / 新加坡·何宇璜 | 52 |
| 6. 乳腺癌类更年期综合征中医治疗概况 / 新加坡·曾玉珠 | 56 |
| 7. 中医药治疗功能性消化不良的研究概况 / 新加坡·闫立群 | 63 |

新加坡杏林人物志

- | | |
|-------------------------|----|
| 1. 急公好义——沈少洲先生 / 新加坡·林英 | 67 |
|-------------------------|----|

学术交流

- | | |
|--|----|
| 1. 大健康下的中医药传承，创新与挑战
——第十四届亚细安中医药学术大会纪实 / 新加坡·林英 | 69 |
| 2. 权威专家授课 理论实践并重
——新加坡针推研修班在昆明圆满举行 / 新加坡·王美凤 | 72 |
| 3. 姚氏妇科针药辨治痛经的学习反思 / 新加坡·萧贵荣 | 75 |
| 4. 腹针在治疗痛症中的临床应用 / 新加坡·柯顺年 | 79 |
| 5. 在南昌追寻灸法的温度——江西热敏之约 / 新加坡·祁梁 | 84 |

甘醇共享

- | | |
|--------------------------|----|
| 1. 脉诊 / 新加坡·杨松年 | 86 |
| 2. 浅谈《伤寒论》的辨证施治 / 新加坡·陈明 | 92 |

知识库—分享栏目

- | | |
|------------------------------|----|
| 1. 中医浅谈男性更年期 / 新加坡·黄春祥 | 94 |
| 2. 失传的营养学——远离疾病（五） / 新加坡·陈蓓琪 | 98 |

论五脏虚实寒热之瘾疹病治

卓扶蓉（新加坡）

【摘要】 瘾疹（即西医所谓荨麻疹）为临床常见、易反复发作的变态反应性皮肤病。中医认为其虽发于肌表，实根源于脏腑失调，尤其与五脏虚实寒热密切相关。本文从心、肝、脾、肺、肾五脏的生理与病理特点出发，探讨其在瘾疹发病机制中的作用，并结合临床典型案例，阐明辨证施治的思路。指出瘾疹多为虚实夹杂，虚以气血阴阳亏损为主，实以风湿热邪壅盛为患。治疗宜从调和五脏、扶正祛邪着手，体现中医辨证论治特色。通过临床案例分析验证，从五脏辨治角度切入，有助于提高瘾疹治疗效果，拓展中医皮肤病治疗思路。

【关键词】 瘾疹，荨麻疹，五脏辨证，虚实寒热，中医治疗

一、概述

瘾疹，西医称为荨麻疹，是一种常见和多发性变态反应性皮肤病，病因复杂，发病机制未完全明确，是一种较为顽固性疾病。临床表现为突发边界清楚、形态不一高出皮肤、触之碍手，皮肤出现鲜红、苍白色或肤色风团、或血管性水肿，瘙痒难忍等症状。每日发作或间歇性发作，发无定时、时隐时现，退后不留痕迹的特点。本病可发生在任何年龄、季节、男女皆可发病。临床上可分急性及慢性两种。急性者骤发速愈，慢性者可反复发作，病程绵长。

二、病因病机

1、五脏与瘾疹

1.1 心

《素问·至真要大论》言：“诸痛痒

疮，皆属于心”。明代张介宾云：“热甚则疮痛，火微则疮痒，心属火，其化热，故疮痒皆属于心也”。《外科证治全书·卷四·发无定处证》指出：“瘾疹红色小点，有窠粒隐行于皮肤之中而不出是也。属心火伤血，血不散，传于皮肤。”清代医家薛雪《医经原旨》提出：“少阴者，君火之气也，火盛则克金……故为皮痹。瘾疹，即瘾疹也。火不足则金无所畏，燥邪独胜，……”此君火是指心火，少阴心经之气有余，心火亢盛而灼肺，肺合皮毛，故皮肤出现瘾疹。又心藏神，主血脉，亦主神志，为君主之官。情志不畅等因可导致心火亢盛，而克伐肺金或煎熬营血出现血热阴虚，肌肤不得营血濡养，加之风邪外袭而发风团瘙痒。《温热论》载：“心主血属营……营分受热，则血液受劫，心神不安，夜甚无寐，或斑点隐隐。”王冰在

《补注黄帝内经素问》亦言：“心寂则痛痒微，心躁则痛痒甚。”此说明心神不灵，烦躁不安亦可加重瘙痒。

1.2 肝

《素问·阴阳应象大论》载：“东方生风，风生木。”李梴《医学入门·外感类》言：“赤白游风属肝火。”故有“风气通于肝”之说。《医碥》曰：“百病皆生于郁……郁而不舒，则皆属肝木之变矣。”肝主疏泄和藏血，为罢极体之官，体阴用阳，性喜条达而恶抑郁的生理特征。肝的疏泄功能正常，一身之气机协调，则气血调达，皮肤得肝木濡养则润泽健康；若情志不疏，或肝气郁结，或肝火旺盛，日久伤及肝阴，阴血亏虚则易生风，加之外界之风通于肝，血随风动，而引发风团，皮肤瘙痒。此外，若肝郁日久，引起脾虚，如《金匱要略》所言：“见肝之病，知肝传脾。”肝气郁结，克伐脾土，导致脾虚湿盛，湿热蕴结于肌肤，诱发瘾疹。肝血不足，血虚生风，脾气虚弱，肌肤失养，风邪趁虚而入，也可引发瘾疹。

1.3 脾

《丹溪心法》载：“瘾疹多属脾，隐隐然在皮肤之间，故言瘾疹也。”缘脾胃为后天之本，其水谷精微驽疾滑利者化生为卫气。李杲《脾胃论·脾胃盛衰论》云：“夫饮食入胃，阳气上行，津液与气，入于心，贯于肺，充实皮毛。”脾胃运化功能正常，水谷转化成精微，化生气血，充养卫气。卫气强盛，游走周身抵御邪气，则外邪难以侵入；卫气尚能调控腠理正常

开阖，使邪有出路。因此，健运脾胃，充实卫气，有助于抵御邪气，解表驱邪。《景岳全书》亦言：“瘾疹者，自卑湿而得之。”此指出本病可因湿邪而发。湿性黏滞则易缠绵反复，为阴邪则风团色淡，伴身体困倦等症。《素问·至真要大论》载：“诸湿肿满，皆属于脾。”若恼怒忧思，或饮食失节导致脾虚益重。脾胃虚弱，化生气血无力、正气不足而内风伏留；脾虚不能运化水谷或水湿，湿邪内生，聚湿成痰或湿邪内蕴，甚则久而化热。湿邪流注肌肤，黏滞而难除，复与风邪相合，内不得疏泄，外不得透达，风湿相搏，郁于肌肤而发病。脾与肺为母子之脏，如李东垣所言：“脾胃一虚，肺气先绝。”《外科枢要·论赤白游风》云：“赤白游风属脾肺气虚，腠理不密。”因此，重视调护脾胃，通过调复脾胃正常升清降浊的功能，使“脾气散精，上归于肺”，肺先受益又能实肺气、固腠理之效。

1.4 肺

肺主气属卫，司呼吸，在体合皮毛，主一身之表。《素问·风论篇》云：“风者，百病之长也，至其变化乃为他病也”。风邪四时皆有，为六淫之首。瘾疹发于皮毛，风团发无定处，时隐时现，这符合风为阳邪、轻扬开泄、易袭表位、善行数变的致病特点。正如《金匱要略》所言：“风气相搏，风强则为瘾疹，身体为痒。《诸病源候论·风病诸候下·风候》载：“人皮肤虚，为风所折，则起瘾疹。”《证治准绳》亦云：“风邪客于肌中则肌虚，真气发散，又被寒搏皮肤，外发腠

理，开毫毛，淫气妄行之则为痒也。”这是外邪引发瘾疹。《素问·痿论》言：“肺主身之皮毛。”皮毛分布于人体的最外层，是人体抵御疾病的第一道防线。而肺居高位，为诸脏之“华盖”，故最易受疾病所侵袭。凡肺气充实，体魄健壮之人，其腠理密固，抵抗外邪的能力则强，不易患病；反之，若肺气不足，腠理疏松，不能抵御外邪，则风、寒、湿等邪气易通过肌表侵袭人体而发病。《金匱要略·中风历节病脉证并治》谓：“寸口脉迟而缓，迟则为寒，缓则为虚……邪气中经，则身痒而瘾疹。”肺在志为忧，若悲哀忧伤过度，意志消沉，日久肺之气阴耗损，皮肤失养，卫外不固；或瘾疹迁延不愈，病情反复发作，从而产生悲忧情绪，导致肺之卫外功能失职，风邪易乘虚而入，蕴结皮肤，游移走窜，不定时出现的风团、瘙痒等症状。此外，肺与大肠相表里，腑气不通则肺气宣肃失常，内不得宣泄，外不得透达，也可导致本病发生。

1.5 肾

《素问·阴阳应象大论》云：“肺生皮毛，皮毛生肾”。明·马蒨主曰：“肾主水，金石生之，故皮毛生肾。”唐代王冰注言：“肾水逆连于肺母故也，足少阴脉从肾上贯肝膈入肺中，故有余病皮痹瘾疹。”可知，肾与皮肤通过肺脏产生联系，肾的功能正常则机体才能抵御外邪，反之则易受外邪侵袭而发病。《素问·逆调论》谓：“肾者水脏，主津液。”肾主水，肾虚则水液代谢异常，水积内停而发为风团。肾为“先天之本”，内藏元阴、元阳，位于下焦，在五脏中位置最内，是一

身阴阳的根基。瘾疹虽病位在表，凡病迁延不愈，均会病及于肾。慢性荨麻疹长期服药，若本已不足，又服大量解表疏风、清热凉血解毒之药，则更伤其阴，最终导致阴阳俱损。

2、瘾疹之五脏调治

瘾疹病位在皮肤，关乎于肺，涉及心、肝、脾、肾等脏腑。从“少阴有余病皮痹隐疹”“诸痛痒疮皆属于心”“诸湿中满皆属于脾”“肺生皮毛，皮毛生肾”到“赤白游风属肝火”“瘾疹多属于脾”“瘾疹……系脾风。”均是强调五脏六腑是发病的重要因素。因此，从脏腑论治也是非常重要的辨治方法。

付蓉^[1]等治疗1例慢性荨麻疹2年，属肝郁脾虚，风邪内伏证。症见：心情烦躁，皮疹时起时消，每于心情烦躁加重，瘙痒剧烈，服西药未见改善，伴胸肋饱胀感，口不干，二便尚可。舌质嫩红，边齿痕，苔白，脉弦滑。查体：人工划痕实验(+)，皮疹不明显。治以疏肝健脾，搜风止痒。药用：白术、茯苓各20g，柴胡、郁金、丝瓜络、苦参、白鲜皮、枳壳各10g，全蝎6g，服药1个月，每次复诊随证加减，现已痊愈。

唐沙玲^[2]等治疗1例32岁女患者，从肝肺论治。患者1个月前无明显诱因周身起红疹，以上肢胸腹部为甚，时起时消，遇热加剧，瘙痒难耐。皮肤科诊断为急性荨麻疹，服抗组胺和激素，皮疹仍反复发作。自认体虚而服黄芪、党参炖鸡，半夜全身出现大片红色风团，头面部严重，瘙

痒难入睡。检查：头面躯干四肢皮肤有密集大小不等的红色风团样皮损，伴头晕，口干苦。舌质深红，苔黄，脉滑数。证属肝肺失调，风热郁遏。治宜疏风宣肺清热，平肝潜阳熄风。处予麻杏石甘汤合平肝潜阳、祛风等药物化裁。3剂水煎服，治疗期间忌鱼虾辛辣油腻之品。药后皮疹明显消退，守方继续服3剂而愈。

许铤应教授^[3]治疗52岁女性患者周身风团反复发作6个月，皮肤起大片风团，风团色红灼热，瘙痒剧烈，每日发作，消退缓慢。口服西药仍反复发作。伴活动后汗多，气短而喘，畏风，时感身重疲乏，精神不佳，纳差，眠可。小便正常，大便偏黏。舌红，苔薄白微腻，舌体胖，脉细滑。西医诊断：慢性荨麻疹，中医诊断：瘾疹。证属脾肺气虚，风湿郁表，治疗采用培土生金法，以健脾益肺，祛风除湿解郁。处方为玉屏风散合五皮散加减。经三诊后，风团发作次数减少，消退较快，汗多、疲倦症状改善，嘱减少西药频次，直至停用。半年后述未再复发。

徐丽^[4]采用益肾固卫汤治疗慢性荨麻疹表虚证患者130例的临床观察，从2017年4月至2019年4月，随机分观察组与对照组各65例。对照组使用西药左西替利嗪，5mg/次，1次/d。观察组采用益肾固卫汤（地肤子、白鲜皮、怀牛膝、熟地黄、炙黄芪、生黄芪各30g，白术20g，陈皮、防风、乌梅、当归、淫羊藿、炒杜仲、炒菟丝子、炒续断各15g，生甘草10g）。中药1000mL冷水浸泡60mins，煮沸10mins，取500mL药汁，再加水煮液

10mins，取200mL药汁，两次药汁混合，取150mL/次，3次/d，饭后服用，两者均治疗28天。治疗结果显示：采用益肾固卫汤治疗慢性荨麻疹表虚证临床效果显著。

赵雪勤，隋克毅^[5]治疗1例全身泛发风团已2年，多发于夜间，瘙痒难忍，失眠多梦，经多方诊治效果不佳。平素畏寒肢冷，乏力气短，神志清，精神不振，表情呆滞。舌质淡，舌边齿痕，脉细无力。诊断为慢性荨麻疹，证属脾肾阳虚型，治以温补脾肾。药用：生黄芪、太子参、茯苓、白术、伸筋草、路路通、炒枣仁各15g，桃仁、红花各10g，制附子、肉桂、干姜各6g。7剂，水煎服，日1剂。二诊：自述风疹消失大半，瘙痒明显减轻，效不更方，原方继续服1周而愈。

张晓杰教授^[6]治疗1例肝胃不和型40岁女患者，症见全身反复起红色风团，瘙痒2个月余，以子时多发于双肋下及臀部，瘙痒2小时可消退，遇冷加重，微畏寒。曾服西药改善不明显。平素心情烦闷，喜食辛辣刺激之品。眠纳尚可，二便调。舌质红，苔薄黄，脉弦细略数。查体：躯干部散见红色风团，皮肤刮痕征阳性。辅助检查：过敏原检查（停药5天后查），鸡蛋、牛奶、谷物均（++）。中医辨证为肝郁化火犯胃，夹外感风邪。治以清肝和胃，祛风止痒。药用：柴胡、炒枳壳各15g，黄芩、当归各12g，桂枝10g，黄连、吴茱萸、陈皮、荆芥、防风、砂仁（后下）各9g。7剂，水煎150mL，日1剂，早晚饭后半小时服用。1周复诊，患

者皮损发作范围缩小，瘙痒减轻，但出汗后易发作。舌红，苔薄黄，脉弦。随症加减治疗，三诊后，患者皮损不再反复，无瘙痒，心情饮食均有显著改善、睡眠质量亦有改善。

马淑霞教授^[7]治疗10岁董女孩，风团样皮疹瘙痒3周，口服氯雷他定、钙片及外用炉甘石洗剂后皮疹及瘙痒改善。因其母亲责备后皮疹瘙痒症状加重。全身出现红色风团样皮疹，奇痒难忍，伴胸肋苦满，烦躁易怒，腹胀，大便秘结，数日未解，咽喉红。舌质红，苔黄，脉弦有力。荨麻疹史2年余，平素性情暴躁易怒。西医诊断：荨麻疹。中医诊断：肝气郁结，治宜疏肝理气，活血祛风。处予大柴胡汤合柴胡疏肝散加减。药用：柴胡12g，黄芩、枳实、白芍、川芎、炒枳壳、当归、赤芍各10g，陈皮、大黄各6g。3剂，日1剂，水煎服。经7剂后荨麻疹完全消失。并嘱其注意饮食起居，避免病情反复。

蔡克贤^[8]从补益心脾法治疗慢性瘾疹一女患者，48岁，患瘾疹已5年，某医院诊断为“慢性过敏性荨麻疹。”表现乍发

乍收，缠绵不愈，高出皮肤，色淡白而奇痒。纳差神倦，身体羸瘦。前医投疏风清热，凉血解毒或活血化瘀之药，均未改善。诊其脉六部均虚，寸脉尤不应指，舌质淡，苔薄白。脉诊合参，证属心脾两虚，处予归脾汤。药用：当归、茯神、蜜黄芪各18g，党参、龙眼肉各15g，蜜远志、炒枣仁、焦白术、大枣、生姜、炙甘草各12g，广木香6g。每日1剂，两次分服。服10剂后，瘾疹一日数发减为三、四日一发，且症状大为改善，继续服30剂后愈。

三、小结

瘾疹临床上屡见不鲜，其病因病机十分复杂，多表现为虚实夹杂的特点。中医认为“有诸内，必形诸外”。本病虽然病位在表，与皮肤腠理相关，但其发生与脏腑功能相系。脏腑气血不足，腠理不密，又复感外邪壅盛，郁于肌肤而发疹。基于“五脏皆令人咳，非独肺也”。皮肤病也非均从肺论治，从五脏的角度治疗瘾疹，体现了中医辨证论治的特点，为临床提供了广阔的思路和方法。

【参考文献】

- [1] 付蓉, 张丰川. 从肝脾论治慢性荨麻疹[J]. 四川中医, 2013, 31(6): 27-28.
- [2] 唐沙玲, 江伟. 荨麻疹从肝肺论治[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(2): 13-15.
- [3] 魏荣萱, 李一平, 卫亚丽等. 许铄应培土生金法治疗慢性荨麻疹经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2023, 30(4): 1-4.
- [4] 徐丽. 益肾固卫汤治疗慢性荨麻疹表虚证的临床观察[J]. 智慧健康, 2020, 6(14): 94-95.
- [5] 赵雪勤, 隋毅. 慢性荨麻疹脾肾阳虚型90例治疗及护理体会[J]. 中国民间疗法, 2014, 22(5): 33-34.
- [6] 雷鸣, 姜红, 张晓杰. 张晓杰教授治疗肝胃不和型荨麻疹经验[J]. 广西中医药, 2012, 35(4): 46.
- [7] 孙晓旭, 赵倩义, 马淑霞. 马淑霞从“风气通于肝”论治小儿慢性荨麻疹[J]. 中国学报, 2021, 36(7): 1476-1479.
- [8] 蔡克贤. 补益心脾法治疗慢性瘾疹[J]. 四川中医, 1985, (05): 53.

理中汤与吴茱萸汤 的区别及应用

陆判海（新加坡）

中医经典方剂中，理中汤与吴茱萸汤均为温里散寒、扶阳止痛之要药，常用于寒邪内盛所致的脘腹冷痛、呕吐泄泻等病证。然而，两方虽同属温中之剂，却各具配伍特色、适应证亦有明显差异。

一、理中汤

【原文引据】

- 霍乱，头痛、发热、身疼痛、热多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之。（386条）
- 大病瘥后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸。（396条）

- 1、发病：伤寒 / 霍乱
- 2、病位：脾肾
- 3、证候分析：霍乱吐利，头痛，发热，身疼痛，寒多不用水者，为阳气退，病从寒化，转入阴经（见第384条）。主证是吐利，病机为寒多。寒是阴邪，易伤阳气。故寒多则阳气退，进而蒸腾无权，水气内生，上下随处流窜为害，引发诸多或然症，如脐上筑，悸，腹满……等。

关于伤寒大病瘥后喜唾，久不了了证候，明训胸上有寒。换言之，霍乱寒多不用水，或大病瘥后喜唾，同属于阳气受损而不足的病变。所谓“唾”，为五液之一，即肾液。《素

问·宣明五气篇》曰：“五脏化液，心为汗，肺为涕，脾为涎，肾为唾”。至于胸上的位置，据《灵枢·营卫生会》云：“上焦出于胃上口…贯膈而布胸中……中焦亦并胃中，出上焦之后”。又《灵枢·五味论》称：“谷始入于胃，其精微者，先出于胃之两焦”，即上中二焦。据此可知，“胸上”位居上焦，内藏心肺二脏。今胸上有寒，伤损阳气，累及心肺，以致母病及子，子病及母，即金不生水，火不煨土，遂为脾肾阳虚。鉴于病在上焦，按常法治当循经旨：“其高者，因而越之”，而引吐之。然却反行温法，投理中丸理中焦，以复阳止吐利；假煖上焦散胸寒，化气行水解喜唾。提示此证非“胸有寒，或胸中实”（见第166、324条）故不可吐之。本证实乃霍乱吐利，营阴亡失，脾胃受损，升降运化失司，病从寒化，或大病瘥后，余邪未尽，中阳虚怯，并祸延肾阳，化源匮乏，属“诸亡血，虚家”的病变。

- 4、病机：寒多阳退，邪少正衰
- 5、治则：扶阳逐寒，理中补虚
- 6、方药：人参、干姜、甘草、白术各三两

上四味，捣筛，蜜和为丸，如鸡子黄许大。以沸汤数合，和一丸，研碎，温服之，日三四，夜二服；腹中未热，益至三四丸，然不及汤。汤法：以四物根据两数切，用水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。……服汤后，如食顷，饮热粥一升许，微自温，勿发揭衣被。

- 7、方义：此证霍乱吐利寒多，或瘥后胸上有寒，致中阳伤损，祸及肾阳，且亡营血津液，治当扶阳散寒，理中补虚。经云：“寒淫于内，治以甘热，佐以苦辛；脾欲缓，急食甘以缓之，用苦泻之，甘补之”。《论》中第159条言：“理中者，理中焦”。本方组成的药物，以甘温为主，辛苦微寒佐之。方中干姜甘草，以辛甘化阳，甘温理阳并协同甘微寒人参，合力加强复阳益阴之功；继而阳生阴长，促进营卫气血的化生（见第385条）；其性微寒又可防止阳复太过生变；白术性味苦温，伙同辛甘味，假辛开苦降，交通上下，藉辛甘温助阳温经散寒，行气化水湿。四药共奏复阳救虚，温经散寒，止唾与吐利之功。鉴于寒多阳退，中焦虚怯，故于方后注明“服汤后食顷，饮热粥一升许，微自温，勿发揭衣被”以助药力，甘养和中，使生化有源。

二、吴茱萸汤

【原文引据】

- 食谷欲呕，属阳明也，吴茱萸汤主之。得汤反剧者，属上焦也。（243条）
- 少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。（309条）
- 干呕吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。（378条）

- 1、发病：伤寒
- 2、病位：中焦（胃府）
- 3、证候分析：（A）第243条云：“食谷欲呕，属阳明也”。所谓“属阳明也”，指病已转属阳明，可旁参第122条：“以胃中虚冷，故吐也”，与《灵枢·大惑论》“胃气逆上，则胃脘寒，故不嗜食也”，以及190条：“阳明病…不能食，名中寒”。便可推知此为阳明中寒，胃气不和之证；（B）得汤反剧者，属上焦也。宜与第230条：“上焦得通，津液得下，胃气因和”，及第97条：“邪高痛下，故使呕也”合参，则“属上焦也”之义，乃指伤寒客邪外束，郁滞不解，上焦不通，故不可与吴茱萸汤，否则“得汤反剧也”；因而反证吴茱萸汤乃用治阳明中寒，胃逆欲呕证者。第378条胃厥阴寒邪滞里，犯胃气逆则干呕，客肺中冷则多涎唾（见《金匱·肺痿肺痈》），《金匱·水气病》亦说：“上焦有寒，其口多涎”。寒气上扰清空故头痛。第309条为少阴从寒化，阳气退，施于阳明，胃中冷，故见吐利，手足逆冷，烦躁欲死（见

191/197/195/216/243 诸条)。243, 378 与 309 条的证候, 都揭示了正虚阳气退, 寒郁胃中冷的病理机制。

- 4、病机: 寒郁阳退, 胃中虚冷
- 5、治则: 扶阳温中, 开结驱寒
- 6、组成: 吴茱萸一升、人参三两、生六两姜、大枣十二枚

上四味, 以水七升, 煮取二升, 去滓, 温服七合。日三服。

- 7、方义: 《论》中第 352 条言: “内有久寒者”, 加吴茱萸生姜解之, 当知此二药可治内久寒。两者性味皆辛温, 主温中。经云: “辛者, 横行而散”, “寒者热之”。此二药具有辛通开结, 温中散寒之力, 与甘味人参及大枣相伍, 假辛甘发散, 甘温扶阳之功, 以促使阳气化生来复, 从而加强并推动辛散温通之力驱寒, 补五脏, 安中养脾, 平胃气, 补少气 (大枣主治)。四药合奏扶阳温中, 辛通开结, 逐寒外散之功。

三、两方的区别及应用

理中汤与吴茱萸汤皆用于治邪寒客里, 呕吐下利, 或喜唾, 吐涎沫的证候。前者治霍乱, 寒多不用水者; 或大病瘥后, 喜唾……胸上有寒之证。其病机为寒多阳气退, 中焦升降悖逆, 气化失利。后者治阳明食谷欲呕, 或少阴吐利逆冷, 或厥阴干呕吐涎沫, 以呕吐为主之候。其病机为阴寒内结, 阳退无停水, 胃失和降。两者立方的思路均循“寒淫于内, 治以甘热, 佐以苦辛与寒者热之, 损者益之”经旨。前者治以扶阳散寒, 化气行水, 和调

中焦。进辛温干姜相伍甘平甘草 (即干姜甘草汤), 以辛甘温复阳散邪寒, 辅佐苦温白术, 假苦降辛开, 交通上下, 行气化水; 人参味甘微寒, 不但养阳气补虚助之, 也兼防阳复太过生变; 更叮嘱服汤后食顷, 饮热粥一升许以助药力, 来增强甘养理中的功效。后者则治以扶阳温中虚, 开郁散里寒, 和胃平逆气。用吴茱萸生姜, 辛散温通, 逐寒开结, 大枣人参甘养化生阳气助之, 使持续地发挥辛甘温复阳宣通温中, 开结逐里邪寒外达之功。此外, 人参主补五脏, 除邪气, 大枣主补少气, 养脾平胃, 合力兼顾护正安中。人参用量原三两, 然明训少阴亡阳, 吐利逆冷者, 减至二两, 盖恐其性寒而不利回阳救逆。

总而言之, 前者邪寒干犯中焦, 甚而祸及肾, 其证候有虚, 有寒及有水气。譬如霍乱吐利兼有外证, 属表里同病, 其寒多不用水者, 为吐利亡阴及阳, 病从寒化, 急当救里; 或大病瘥后喜唾, 为中阳虚怯, 并祸及肾阳, 同是“诸亡血, 虚家”病证 (见第 166/324 条) 乃寒多阴盛, 脾肾阳虚, 金不生水, 火不煖土, 故治以复阳实脾, 生金煖肾, 行气化水; 以辛甘温扶阳, 苦辛疏通气机, 理阳气, 健运化, 散水湿。

后者寒邪郁滞不解, 损害胃府, 致通降失和, 其证候有虚, 有寒, 但无水气, 则治以甘温扶阳, 辛通开郁逐邪寒。换言之, 前者偏于理阳温中散客寒, 并具化气行水之功用; 后者偏于理阳温胃开郁, 却不入苦味, 提示化气行水之功用或许不及前者, 也许不具备。

“四步疗法”在中医治疗面瘫的临床运用

顾艳红（新加坡）

【概述】面瘫，俗称“口眼喎斜”，可分为中枢性与周围性两类，临床上以周围性发病率较高。其病因多与风寒侵袭、气血失调、经络阻滞有关。发病初期症状明显，若病程迁延不及时治疗，患者可能因患侧面肌挛缩，导致嘴角反向歪斜，即向患侧偏斜，出现所谓“倒错”现象，提示病情严重，预后不佳。

本文提出“面瘫四步法”治疗模式，强调阶段性施治与经络协同，在治疗周围性面瘫方面具有显著疗效，我个人在临床治愈率超过90%。对于急性发作的面瘫患者，多可在7至10天内实现基本痊愈——即在静态（不说话、不微笑）状态下，外观已无明显面瘫表现。而对于病程较长的慢性患者，除极个别复杂情况外，大多数在经过数个疗程治疗后，也能获得显著改善，甚至达到临床治愈。

疗法依序及主治目的

- 1、闭眼——促进眼轮匝肌功能恢复，防止角膜干燥；
- 2、抬眉——激活额肌功能，恢复面部表情对称性；
- 3、祛风——采用内外治法以疏风通络，改善局部血液循环，减轻神经水肿；
- 4、正嘴——通过肌力训练与功能性引导，使口角恢复自然位置。

在临床操作中，对于急性期患者，通常可依上述顺序系统治疗；而对于慢性期患者，则应根据具体病情灵活选择起始步骤，并可重复使用其中若干步骤，直至病情改善或康复。

针灸处方组成与方义

1、闭眼阶段的处方选穴

主穴：睛明、巨髎、颊车

配穴：健侧颧髎、合谷

方义：

睛明穴为主穴。面瘫多因外感风寒所致，尤其在急性期，外邪尚未完全祛除，仍应重视“解表”。睛明穴为足太阳膀胱经首穴，位于眼眶内侧，属上部阳经，具一定祛风散寒、开窍明目的功效，尤适用于“闭眼”功能受限的治疗。其解表作用配合局部刺激，有助于缓解眼睑闭合困难，是本阶段治疗的核心穴位。

巨髎、颊车——扶正祛邪，调和气血。面瘫的病机除外邪袭络外，亦可因正气不足、气血虚弱，无法抗御风邪而发

病。巨髎与颊车皆属手阳明大肠经，为“多气多血之经”，具较强的调气活血、祛风通络作用。选取此二穴，意在扶助正气，增强患部气血运行，助力肌肉功能恢复。

健侧颧髎——协调阴阳，调节张力。面瘫发作时，面部肌肉多呈现患侧松弛、健侧紧张的状态。若仅治疗患侧，而忽略健侧紧张肌群的调节，往往不利于面部整体平衡的恢复。故配伍健侧的颧髎穴（属手太阳小肠经），可疏风散寒、放松紧张肌肉，有助于面部肌群整体协调，促进双侧肌肉张力的恢复平衡。

合谷——远端取穴，疏调面部经络。合谷为手阳明大肠经原穴，是治疗头面部疾病的常用要穴。其远端取穴之法，既可加强整体经络气血运行，又能起到上病下取、疏风通络的功效。配伍应用，可增强局部穴位的治疗效果，促进闭眼功能的恢复。

2、抬眉阶段的处方选穴

主穴：阳白、瞳子髎、攒竹、颧髎

配穴：健侧巨髎、合谷（对侧）

方义：

阳白为主穴。阳白穴位于足少阳胆经，是该经在面部出现大弯曲的重要节点，气机易于郁阻。此阶段多为外邪已基本祛除，治疗重点转为调理经气。少阳经“气易动”，一经疏通可带动他经之气运行，有利于整个面部气血的调和。阳白位于眉中上方，正处于“抬眉”关键部位，局部取穴兼具疏经解痉、提升肌力之效，故为此步主穴。

攒竹与瞳子髎——作为局部穴位，继续承接“闭眼”治疗，有助于巩固眼睑功能恢复；另一方面，攒竹属足太阳膀胱经，可进一步驱除残留外邪，瞳子髎为足少阳胆经起始穴，有激发经气、助面部气血运行之功，二者合用，有助于整体面部功能的提升。

巨髎——选用健侧，延续“闭眼”阶段的治疗思路，通过刺激健侧肌肉，使其由紧张转为松弛，从而平衡两侧肌张力。巨髎属手阳明大肠经，亦可助于阳明经气的补充，增强患侧肌肉的恢复动力。

合谷——作为远端穴，仍可疏风清热、通调头面部经气，是本步治疗的重要辅助穴位。选用对侧，防止耐针性产生。

3、祛风阶段的处方选穴

主穴：风池、丝竹空、头维、大迎、合谷
配穴：健侧颊车

方义：

风池为主穴，风池穴具祛外风、清内风之双重功效，是本阶段“总攻”面部喎斜的关键穴位。面瘫进入恢复期，需彻底清除体内外风邪，为气血通达扫清障碍，风池为祛风要穴，故列为主穴。

丝竹空——为经气延续穴。丝竹空为手少阳三焦经起始穴，承接“抬眉”阶段的治疗思路，有助于少阳经气的延续调动。其位于眉梢，可协同调节上部面部功能。

头维、大迎——畅通阳明经气血。头维为阳明经气血上行之终点，大迎为气血分流的重要枢纽，两者协同，能显著促进

面部阳明经之气血运行，加速病变组织修复。

颊车——取健侧，调和左右肌力：配伍健侧颊车，旨在协同阳明经穴位共同调节肌张力，促进健患侧肌肉张力平衡。此法在慢性或顽固性面瘫中尤为重要。

合谷——采用对侧合谷，防止产生耐针反应，亦为“远近结合”的重要组成部分，增强面部疏通之力。

4、正嘴阶段的处方选穴

主穴：人中、承浆

配穴：地仓、下关、大迎（健侧）、合谷（交替）、口禾髎

方义：

人中与承浆——主穴。治疗重点在于纠正残留的口角歪斜。人中属督脉、承浆属任脉，两者分别为阳与阴之枢纽，联合使用可协同调动任督二脉之气，激活正中线功能，促进面部整体协调。临床上可视情况单独或联合使用，以适应不同病情。

地仓、下关——扶助正气，通阳明经。两者皆为足阳明胃经之穴，位于口角周围，是面部肌肉运动的重要调控点，有助于加速口喎恢复，重建咀嚼与表情功能。

健侧大迎——协调肌张力。继续沿用“对侧调节”理念，通过健侧阳明经穴位的刺激，帮助释放紧张肌群，从而利于患侧功能的恢复与面部平衡的重建。

合谷——交替使用，延续前几阶段的治疗策略，使用对侧合谷穴，避免耐针现象，同时发挥其远端疏通、调节头面部气血的作用。

口禾髎——通鼻窍，疏风热，利口面。口禾髎属手阳明大肠经，位于口鼻之间，具通鼻窍、祛面部风热之效，其经脉循行环绕口唇、抵达鼻旁，能有效改善面部功能障碍，协同其余穴位共同完成面瘫的最后调整。

治疗机制分解

1、分步治疗的作用

- 符合“三八规律”，避免耐针性：
中医针灸临床有“三八规律”之说，即每个穴位连续针刺不宜超过8次三天以上，以防止产生耐针现象，从而降低疗效。面瘫治疗周期一般为7~10天甚至更久，若长期固定使用同一组穴位，易造成针感减弱、疗效递减。采用分步治疗的方法，按阶段更换主穴和辅穴，可有效避免此现象，提高整体治疗效果。
- 每一步有明确的治疗目标，穴位使用更精炼：
分步治疗使得每一阶段的选穴都有清晰的目的和重点，从而避免“全面撒网”式用穴带来的无效刺激。治疗时可根据病情轻重增减穴位，而不会影响治疗的核心方向，使治疗更具针对性、系统性。
- 面瘫虽发于面，然需整体调理：
面瘫表现在面部，但其发生往往与整体气血、阴阳、经络等多方面有关。通过分阶段、有层次的治疗，可以兼顾整体与局部，达到更好的治疗效果。

2、选“闭眼”为首的优势

- 症状缓解快，增强病人信心：
虽然患者最关注的是口角喎斜，但此症状恢复较慢，需面肌功能较完整时方可改善。而眼睑下垂导致的眼裂恢复较快，针刺干预后短期内即可见效。因此，从“闭眼”入手，能使病人较早看到治疗效果，增强其信心与依从性。
- 心理上“转移注意”，减轻焦虑：
通过引导病人关注眼睑闭合的改善，有助于转移其对口角歪斜的焦虑，从而减少心理压力，对整体治疗起积极作用，同时也有助于建立病人与医生之间的信任关系。
- 眼裂治疗亦是面瘫治疗的重要组成部分：
闭眼治疗本身即属面瘫治疗的一部分，并非脱离整体治疗节奏。通过合理选穴，可在改善眼部功能的同时促进面部经气运行，为后续治疗奠定基础。

3、健侧取穴的作用

- 实现左右阴阳的协调：
中医讲求阴阳平衡。患侧为虚、为阴，健侧为实、为阳，合理取健侧穴位可使两侧肌肉张力逐步恢复平衡，从而加速病情好转。
- 识别“双侧面瘫”的潜在风险：
部分双侧面瘫患者，一侧症状较重而另一侧轻微，临床上可能误判为单侧面瘫。若仅针刺患侧，反而会造成视觉上的不对称加剧，增加患

者心理负担。健侧选穴有助于发现并调和轻侧病变。

- 预防“假性患侧”判断错误：
部分面瘫实际为健侧肌肉痉挛、患侧肌肉松弛的假象，临床上若未辨清，误将健侧当患侧进行针刺，反会加重病情。在两侧均取穴，可有效避免误诊误治，保障疗效。

治疗面临的挑战

对刚发作的面瘫能否针灸治疗，曾有人主张“急性期暂缓针刺”，理由是初发期治疗效果不显著，甚至会加重病情，影响患者对医生的信任。但实际上，这种观点过于保守，临床不必拘泥。原由如下：

- 控制病情发展，减轻后期治疗难度：
面瘫在急性期若任其发展，喎斜程度可能迅速加重，后期恢复将更加困难。若能及时干预，控制病情进展，则可避免症状加剧，缩短病程，提高疗效。
- 早期多为外感风邪，正是针灸时机：
多数面瘫初起由风邪外袭引起，类似外感病，应及早祛邪。此时针灸以祛风解表为主，兼顾调和经络，常可于1~2次治疗后症状改善明显，病势受控。

还有，急性期治疗应以祛邪为主、调面为辅，切忌急于纠正口喎，以免引气入络，反致经闭。

临床经验小结

有观点认为：当面瘫恢复至“差不多正常”时即应停针，以防“向健侧发展”。其实，这种情况并非针灸过度造成，而多因治疗过程未顾及阴阳协调。

- 面瘫期间健侧肌肉多处于紧张状态：若治疗过程中未兼顾健侧，时间一久，紧张肌群会因疲劳而突然松弛，而此时患侧肌肉已逐渐恢复，便可能出现“向原患侧偏斜”的现象，被误认为“治疗导致病情逆转”。
- 治疗应贯穿至病愈或病人满意：只要选穴合理，手法得当，无需担心“反向偏斜”问题。应持续针灸治疗至症状基本痊愈、面部功能协调为止，或根据患者主观满意度合理收尾，无需人为设限。

病案举隅

王某，女，33岁。

初诊日期：2023年9月24日

主诉：左侧口眼喎斜3天。

现病史：3日前自觉左耳后疼痛，次日晨漱口时发现漏水，后逐渐出现左侧口眼歪斜，伴额纹消失、抬眉不能、鼻唇沟变浅、眼睑闭合不全、示齿时口角右偏，左侧乳突区压痛明显。舌红，苔薄白，脉弦。

既往史：无慢性病史或传染病史。

诊断：中医：面瘫（风邪外袭，阳明经络不畅）

西医：周围性面神经麻痹

治法：祛风通络，调和经筋。以针灸为主，配合中药调理。

初诊：

取穴：太阳（左）、风池（双）、阳白（左）、地仓（左）、颊车（左）、下关（左）、合谷（右）

操作：仰卧位，常规消毒，用1.5寸毫针，捻转补泻法，接电针（下关穴深刺）。

处方：菊花10g，白蒺藜10g，蚕衣9g，夏枯草10g，桔梗6g，天麻6g，细辛2.5g，川芎6g，钩藤6g，僵蚕10g，珍珠母24g。

医嘱：注意休息，防风避寒；眼睑闭合不全者每日点眼液2~3次。每周治疗2次。

二诊：

取穴：太阳（左）、风池（双）、地仓（左）、口禾髎（左）、下关（左）、合谷（双）

处方：白蒺藜9g，菊花9g，细辛3g，增白附子3g，加炙甘草6g。

七诊而痊愈。

病案分析：本案患者因长期熬夜劳倦，阴精暗耗，风邪乘虚而入，直中阳明经络，气血瘀滞不通。治疗以疏通经络、祛风活血为主，针刺阳明诸穴（地仓、颊车、口禾髎、下关）以通经调气，风池泻内风，辅以中药疏风止痉、滋阴息风，取得良好疗效。

结论

“面瘫四步法”针灸治疗方案，是“闭眼、抬眉、祛风、正嘴”为核心治疗步骤，对急性周围性面瘫具有显著疗效，尤其在控制病情发展、缩短恢复周期、提升患者依从性等方面优势明显。通过阶段性选穴与健侧兼顾，体现了阴阳平衡的整体观；同时结合中药内服，强化了“内外合治”的干预效果。

玫瑰糠疹中医临床治疗分享

黄信勇（新加坡）

去年12月中，在新加坡工作的印度裔妇女，46岁，自述在住家楼下的游泳池游泳之后，出现身体痒，后来看到很多红色丘疹。面部，颈项背后，腹部都有红疹。经西医诊断为（pityriasis rosea），西医开出激素药，痒疹退了，停药后，皮疹又出现。面项胸部位都出现痒疹。因为病人不愿意服激素类药物，通过我们的病人介绍，于2024年2月5日首次来诊。

第一诊 2024年2月5日

查诊面部，颈项背后，腹部都有红疹，口渴，舌质略红，薄白苔，脉弦。

体形中等，病人属于北印度皮肤比较白的人种。

诊断：风热犯肺，血分蕴热

处方：苦参合剂140cc 加上消风散100cc，五步蛇胆止痒胶囊3x3x4。



第二诊 2024年2月9日

服药后皮肤痒疹消退大半，还有少许丘疹点，略痒。

继续上方，再进4天药。

第三诊 2024年2月17日

这两天早上皮肤又痒，尤其颈项边有一片红丘疹，面部有小粒状痒疹。腹部背后有散开的红疹。情况不如以前的严重。天气热时病情加重，口渴，舌红薄白苔，脉仍弦。因为脉弦，有口渴，考虑病人属于免疫性疾病，吴雄志老师提到小柴胡汤可以调整免疫失调，就加入小柴胡汤。

处方：苦参合剂180cc 加上小柴胡汤180cc，五步蛇胆止痒胶囊3x3x6。

第四诊 2024年2月29日

病患的病情改善多，红疹颜色比较浅，但是背后，颈项仍有暗红色的小丘疹，病人一般大便也不是很畅通，我想应该配合活血药物，如大柴胡汤，但是我的诊所没有大柴胡汤，后来想到复元活血汤也有大黄，配合活血清热药，仍然应用五步蛇胆止痒胶囊。

处方：小柴胡汤400cc，加上复元活血汤320cc，五步蛇胆止痒胶囊3x3x12。

第五诊 2024年3月26日

服药后效果很好，便秘，痒疹减少，尚有少许疹点。而病患两周后要回印度，于是配上方6天，又额外多配六天五步蛇胆止痒胶囊回国服用。

2024年7月4日，病患突带女儿前来看诊，并表示她的皮肤已经完全好了。刻下我检查的的面部，颈项背后都没有了疹点，基本痊愈。

玫瑰糠疹的临床特点

玫瑰糠疹是一种斑疹色红如玫瑰、脱屑如糠秕的皮肤病。多数患者最初在躯干或四肢近端出现一个椭圆形、圆形淡红或黄褐色斑，直径为2cm~5cm，边缘覆有糠秕状鳞屑，皮疹长轴与皮纹一致，称为母斑。1~2周后，躯干及四肢近端出现较多形态相似的斑疹，称为子斑，子斑一般较母斑小；少数患者可出现丘疱疹、水疱、风团甚至紫癜皮损。瘙痒程度不等，少部分患者可出现剧烈瘙痒。

中医辨治思路

中医称玫瑰糠疹为风热疮，认为此病是由于过食辛辣油腻或情志抑郁化火，导致血分蕴热，热伤阴液而化燥生风，复感风热外邪，内外合邪，风热凝滞，郁闭肌

肤，闭塞腠理而发病。因此，应以疏风清热止痒为主要治法。但在不同时期治疗侧重点有所不同，初期以疏风清热为主，后期则养血活血为主。如果大便不畅的病人，用到大黄的方剂，效果更有效

玫瑰糠疹发病诱因分析

1、 不当的生活习惯

长时间存在不当的生活习惯会让皮肤受到一定影响，另外经常让自己处在高温环境下会让身体汗液没办法及时蒸发到空气中，让热量被带走，就易导致体内湿气过重而引发玫瑰糠疹。

2、 免疫力下降

免疫力下降，皮肤易受到真菌细菌病毒的感染，当这些病菌附着在皮肤上会让各种皮肤疾病发病率会提高，其中包括玫瑰糠疹，甚至有些因为免疫力持续低下发作，最后带来严重后果。

3、 不当的饮食习惯

经常暴饮暴食，辛辣刺激食物以及吸烟喝酒，这些都会让皮肤被刺激，让身体因为缺乏维生素和矿物质，导致发病率增加。

浅谈中医治咳嗽

张展敏（新加坡）

咳嗽是以症状命名的疾病，咳嗽即是病，又是一种呼吸系统疾病的常见症状。中医认为，久咳伤阴，不仅肺气受损，亦累及他脏，故各类急慢性咳嗽均应引起足够重视，及时治疗，避免病情进一步变化、迁延反复。

病因病机

中医认为，外感六淫、内伤杂病、手术等均可引发咳嗽、气喘等症状。肺主气，主皮毛，外感六淫袭表，肺气不宣，即导致痰饮咳喘；肺气上逆则咳，痰饮阻滞气机，津液不畅则郁而为痰。而脾虚湿滞亦易生痰饮，肺为储痰之器，肺脾肝肾膀胱、三焦等脏腑主宰人体之水液代谢，故中医有“五脏六腑均令人咳”之说，提示咳嗽与多脏腑功能失调密切相关。

中医经典亦有“咳为痰少，嗽为痰多”之说，以辨其症状轻重与病机偏性。

根据《太平惠民和剂局方》备急五嗽丸：咳嗽是因气不宣通所致，而“嗽”又分以下五类，一曰上气嗽；二曰饮嗽；三曰燥嗽；四曰冷嗽；五曰邪嗽。

- 1、气嗽：肺气阻滞，痰邪壅塞所致。表现为咳不大声，乏力，精神不振等。
- 2、饮嗽：指痰饮积聚，呼吸不利。表现为痰多色白，咳喘不断，躺卧加重等。
- 3、燥嗽：肺阴虚，燥邪伤肺所致。表现为痰少，咽干痒，音哑，渴烦便秘等。

4、冷嗽：风寒袭肺。表现为咳喘痰涕多，怕冷无汗或少汗，或头痛发热等。

5、邪嗽：外感六淫之邪气所致。表现为咽痒咽痛发热口渴，痰多色黄或黄白兼，或气郁心烦等。

中医治则治法

中医治咳当辨病位、辨病性、审病因、论治法，辨病性之寒热虚实、辨病位之表里深浅、审病因病机，辨标本虚实。急则治其标，缓者治其本。标本同治，以防表邪入里，病情迁延。

“治咳先治痰”，若咳嗽有痰者，应当以治痰为先，而治痰饮，须辨病因病位。

清代著名御医黄元御将咳嗽与痰饮分别论治，认为咳嗽属肺胃病，痰饮则为肺肾病，皆为标，而其本则在脾土。他指出：痰者，气不化水，郁于上；饮者，为水不化气，积于下。故治法上以“通”为要，注重调畅气机。痰饮治法燥土泻湿，利气行郁，其泻法按病位，分表里、上下，在上焦需治气，在表发汗，在中焦脐腹则

利尿，认为“痰饮停于脐腹，则泻于水道；流溢经络，则散于汗尿，停于胸膈脏腑，则泻于气分”。^[1]

中医在治疗咳喘上，历代医家方药众多，一般咳嗽若病位在上，上焦如雾，故治当以轻举，注重病位，用药量以轻为要。医圣仲景之外感咳喘经典方“麻杏石甘”，四味药君臣佐使，药简力专，直达病所。后世医家一般新旧咳嗽方药也以量轻药简为主，如单味的桔梗丸、两味的桔杏煎，而晋代葛洪《肘后方》（卷三）引用的华佗方五嗽丸，亦仅用三味药：肉桂、干姜、皂荚，专治五嗽。

根据《太平惠民和剂局方》备急五嗽丸：“无问久新轻重，以至食饮不下，语声不出，坐卧不安，昼夜胸肋引痛，并宜服之”。处方为：肉桂（去粗皮）干姜（炮）皂荚（去皮、子，炙黄，各等分），共研细末，炼蜜为丸，温酒或米饮送服。

临床案例分享

1) 饮嗽/冷嗽：

案例一：张女73岁

初诊（22年12月6日）：咳喘不断反复年余，近数日症状加重，流涕，怕冷，冷时咳剧，脸色少华。自21年7月得冠病后咳嗽反复发作5个月，痰多色白。平素年尾咳喘多，半夜后咳加重。建议西医拍片。舌暗红，苔滑，脉细稍数，寸涩关尺弱。

病史：高血压，胆固醇，地中海贫血症

证型：肺气郁痺

方药：苏子降气汤、止嗽散合小青龙汤加射干、泽泻、玄参、杏仁。

一周后复诊：咳喘好转，后因饮食不慎咳嗽复发。怕冷。冷时咳甚，入夜咳犹剧，面色无华。

效不更方，续以上方加减调理。

两周后三诊告知咳喘好转。

一个月余四诊告知咳喘无发。

按：患者体虚年老，素有痰饮伏邪，平素年终咳喘反复发作史，疑似老年性慢阻肺，近年得冠病后咳嗽不断喘加重，正气不足，一旦感邪，外邪引动内饮，内外合邪则咳加重，冷时咳甚，为寒饮所致，平素食不慎则咳，遇冷即发，为冷食易生痰，痰郁于上，肺胃不降所致。小青龙汤加味温肺化饮，治寒饮咳喘，苏子降气汤化痰饮，治痰饮伏邪，降肺胃之气，合止嗽散三方治老痰久嗽，温肺降逆化痰饮，患者久病，痰饮伏邪，饮食不慎感邪加重，故愈合需调理，并遵医嘱合理饮食，断戒冷饮，避免频发。

案例二：蔡女66岁

初诊（23年5月30日）：22年12月得冠后干咳不断反复5个月，咽痒痰少色白，腿肿，慢性支气管炎，慢性咽炎史，大便无规律，尿黄、量少。平素咽喉堵塞感反复年余，平素夜尿频。怕冷怕热。舌淡暗苍白，脉浮弦滑

证型：肺脾气虚

方药：杏苏饮合沙参麦冬汤加味，加桔梗、栀子、泽泻、浙贝母、玄参。

3个月后就诊告知上诊后咳嗽愈。

按：患者体虚素有伏痰旧饮，咽喉堵塞感反复年余，为痰郁于上，一旦外感时邪，内外合邪则咳加重，故得冠后干咳不

断反复日久。平素肺肾气虚，慢性支气管炎，平素夜尿频，腿肿，为上实下虚，腿肿为尿液潴留，也为痰饮留滞经络，为水不化气，积于下所致。故药用栀子、泽泻以泻其有余，玄参、浙贝母软坚散结化痰热，杏苏饮、沙参麦冬、桔梗润肺化痰热。

案例三：袁女 31 岁

初诊（23年2月18日）：咳喘反复近3个月，痰多泡沫色白，日喷西医喷雾药，平躺喘甚。话多则气闭感，欲喝热水继续，躺卧45度，大便较软，尿黄，口不干，哮喘史（自幼）平素灰尘敏感。舌淡红苔白，脉细弦

证型：肺气郁痺

方药：苏子降气汤、半夏厚朴汤合小青龙汤加射干、泽泻、桔梗、紫菀。

一周后复诊告知：咳喘好转多。现可平躺，喘痰减，喷剂未用。

按：患者素体虚，哮喘史（自幼），近日慢性支气管炎咳喘反复3个月，肺有伏痰旧饮，肺气郁痺表现在话多则气闭，不能平躺，为痰郁于上，肺气不降，躺卧加重。小青龙汤合苏子降气汤温肺化痰，治寒饮咳喘，降肺胃之气，合半夏厚朴汤三方治痰饮久嗽，紫菀、半夏温肺降逆化痰饮，桔梗引经入肺，痰饮伏邪，医嘱戒冷饮避免频发。

案例四：钟男 88 岁

初诊（23年12月1日）：咳嗽鼻水反复年余，西药不解。咳嗽反复晨起遇冷加重，睡眠习惯吹冷风。夜尿频甚时1小时1次，平素夜尿3-4次

脉浮弦，舌暗红苔白腻

证型：肺肾气虚

方药：止嗽散、玉屏风散合小青龙汤加味，桔梗、杏仁、射干、泽泻、浙贝母、玄参。

丸剂：金匱肾气丸，生脉片，

2个月余就诊告知上诊后咳嗽愈。

按：患者体虚年老，素有伏痰旧饮，咳嗽鼻水反复年余，为痰饮郁于上，一旦外感时邪，内外合邪咳加重。平素睡觉习惯吹冷风，体虚卫外不固之时则外邪易入，肺肾气虚，夜尿频，为寒饮停滞，水不化气，积于下所致。故药用栀子、泽泻以泻其有余。久病缓者用丸剂金匱肾气丸，生脉片补肺肾之气，玉屏风散扶正固卫表。

2) 燥嗽/邪嗽：

案例一：沈男 70 岁

初诊（23年6月1日）：咳嗽反复2周，前中药服后不见好转。现咳嗽痰少难出，痰色稍黄，近日口干，排便粒状，余可。病史：甲状腺瘤，鼻敏感

脉弦滑细数，舌暗红，苔白

证型：燥邪伤肺

方药：杏苏饮、止嗽散合沙参麦冬汤加味，加玄参、竹茹、柏子仁、杏仁

3个月后就诊告知咳嗽愈

按：口干，排便粒状为肺阴虚，津亏肠燥，金气受损，沙参麦冬汤润燥，玄参生津退虚火，清上焦虚火，竹茹化痰热，柏子仁、杏仁滋肺润肠，气道得畅则咳不作。

案例二：卢女 20 岁

初诊（23年3月13日）：咳嗽反复2月余，近日痰青，偶咳血色痰，咽喉部堵塞感。平素排便粒状，22年7月得冠后咳嗽反复2周，小便稍黄，迟睡习惯。脉细弦滑，舌淡红苔水滑

证型：痰气互结，肺阴虚

方药：杏苏饮、止嗽散、半夏厚朴合沙参麦冬汤加味，加肉苁蓉、柏子仁、浙贝母

4个月后就诊告知上诊后咳嗽愈

按：患者素体肺脾气虚，正气不足，外邪乘虚入里，未及时有效治疗，表症入里，故咳嗽反复2月余，痰郁久则化热伤津，久咳伤肺阴，加上平素迟睡习惯，进一步耗伤津液，肺肠失润生燥，故咳痰带血丝，金气受损，金不生水，则津亏肠燥，表现在排便时粒状。得冠后久咳也伤肺，沙参麦冬生津润燥，肉苁蓉、柏子仁润肠，浙贝母化痰热，半夏厚朴清喉间塞痰，气道得通，咳嗽愈。

案例三：江男 46 岁

初诊（22年11月24日）：咳嗽不断自10月初得冠后，现咳无定时，鼻塞，涕难出，痰少色白，稍口干，前胸闷塞感，稍怕冷，平素便软，易腰痛反复。舌边红苔

白腻，脉细弦稍数

证型：痰气互结、肺气郁痺

方药：止嗽散、辛夷散、苏子降气汤合小陷胸汤加味，加杏仁、射干、泽泻、干姜、浙贝母。

一周后复诊告知：诸症好转（喘咳、胸闷、鼻塞，腰痛等）。

案例四：何女 58 岁

初诊（23年12月29日）：11月28日得冠病后咳嗽反复，失去味觉两周，现自觉痰堵喉间，咽不痒，二便调脉寸细涩弦滑舌胖淡红齿印，苔薄白

病史：胃炎、肺结核、痔疮史。

证型：痰气互结，

方药：半夏厚朴合沙参麦冬汤加味，辛夷、苍耳子、紫菀、桔梗、杏仁、射干、泽泻、浙贝母。

三个月后就诊告知上诊后咳嗽愈。

按：新加坡地区属热带海洋性气候，人们生活习惯贪凉喜冷，而体虚之时邪易入侵袭表，正气不足，邪易入里，外邪引动内饮，咳嗽迁延反复。中医辨证论治，扶正却邪，及时治疗，可避免疾病进一步变化。另外，适当运动，培养健康生活习惯，虚贼邪风避而远之，可预防疾病发生和病情加剧。

【参考文献】

[1] 《黄元御医籍经典—四圣心源·四圣悬珠》卷五—杂病解上78页（清）黄元御—山西科学技术出版社，2011.7

干眼回顾性针灸辨证 及泪三针机器学习治疗 规律研究

张翠文（新加坡）

【目的】本研究旨在通过对临床医案的回顾性病例收集、整理并系统分析新加坡中华医院中医眼科专病组单纯以针灸疗法治疗干眼的中医治疗旅程，应用数据挖掘技术研究本病的证治规律，总结其病因病机、常见中医辨证类型、针刺穴位配伍特点等；以治则治法等分布及相关性为切入点，完整阐述新加坡辨治干眼的学术思想。课题也使用人工智能的理念，基于患者的临床指标及中医证素，构建基于机器学习（Machine Learning, ML）模型预测结果的治疗方案推荐模型，判断实施本地经验穴“泪三针”治疗干眼的影响因素及其重要性排序，为往后本地中医界开展针灸治疗干眼的相关研究及临床诊治提供有效及全面的理论和实践依据，为本地中医师提供临床指导，拓宽本地中医界对干眼的辨证论治，为本地中医临床诊治干眼提供新思路。

引言

干眼（Dry Eye Disease, DED）是全世界眼科医生关注的疾病。它是因多种原因引起，主要表现为泪液质量或数量的异常，进而导致泪膜失衡及眼部不适等症状^[1]。干眼是今时世上最常见的眼表疾病，也是近年来眼科的研究重点、热点及难点^[2]。本病常见症状包括眼干、眼痒、畏光、分泌粘稠物、灼热感、疼痛感、异物感、咽部干涩等；患者早期视力不受影响，但随着病情发展，可引发角膜混浊、角膜溃疡、丝状角膜炎等，甚至失明^[3]。

随着数码世界的普遍化，人们受视屏终端（如电脑及手机^[4]、手持阅读设备等

电子产品等）的长期影响，无形中导致用眼的负担加重；加上生活压力不断增大、人们养成熬夜的恶习、环境污染与变化、年纪增长，以及美瞳和隐形眼镜的广泛使用等，均为导致干眼患病率逐年上升的主要原因。此外，眼科手术的普遍化和眼疾，如干燥综合征等，也在其中发挥了重要作用^[5]。

据估计，全球数百万人都受到干眼的影响^[6]。流行病学报道，约5%-35%的成年人患有干眼^[7]，50岁以上人士的患病率为5%-50%^[8]，但中国干眼发病率就高达21%-30%。根据韩国国民健康保险公团在2018年公布的报告^[9]，干眼在韩国近5年

亦有逐年2.10%的明显上升趋势。干眼患者在中国的眼科门诊中占比超过30%^[10]，这严重影响了他们的视觉质量^[11]，并对学习、驾驶、阅读等日常生活^[12]，工作效率及社会身心、人文健康等方面，产生了负面影响。双眼视觉是现代生活最重要的功能之一，对人们的生活影响极大。若无良好双眼视觉，人们不得充实某些精细工作；也可导致视疲劳，甚至某些心理疾病，故干眼为现阶段临床重要的研究课题之一^[13]。除了年龄和性别因素，其他合并症如睑缘炎、睑板腺功能障碍、结膜疾病，以及如痛风、骨质疏松、免疫疾病、关节炎等全身性疾病也会增加干眼的风险^[5]。本病在近年来甚至有低龄化的趋势^[14]。

干眼除了给患者带来视觉及生活上的困扰，也因成本增加及工作生产效率降低^[15]而带给患者和各国的医疗保健系统造成沉重负担^[16]。在美国，应付干眼的负担估计为每位患者US\$11,302，医疗保健系统的负担为US\$38.40B，而整个社会的负担则为US\$554B^[17]。这种情况在许多其他国家也可见，如西班牙^[18]、德国^[19]和亚洲^[20]，尤其在中国^[21]，患病率迅速大幅度增长。2018年，Uchino^[22]发现干眼在日本横跨各年龄层，每年每病患的医疗费用为US\$323，每病患的工作效率损失为US\$741至US\$6,160不等，为国家带来重大经济负担。因此，医生和患者迫切需要更安全、更有效并符合经济效应的治疗方式^[23]。

干眼患病率快速上升，人们对本病越

加重视，更需深入研究其发病机制如炎症和凋亡及治疗^[5]。干眼的病程长且难治愈，所以单一疗法效果常不明显。目前，临床治疗干眼无统一公认药物，且疗法众多，故寻找最有效的治疗方案也是临床研究的重点之一^[24]。现干眼的基本治疗为人工泪液替代治疗，此疗法虽可湿润眼表、稳定泪膜，但其疗法只有对症的治疗作用，且因人工泪液其中含有的防腐剂等辅料，长期使用反而可因防腐剂的毒性作用而负面影响眼表及泪膜，形成治疗矛盾。对于人工泪液不能缓解的患者可给予手术治疗，其手术方法及种类较多，但长期疗效欠佳。目前常用的手术大多为暂时或永久性地封闭泪点，但费用昂贵且带有一定的风险。其他治疗方式如局部抗炎药物、性激素药物、皮质类固醇类药物也均无法从根本上改善患者泪液质和量的问题^[5]。

相反，针灸和中医药治疗本病具有明显优势，且已在临床上得到多次验证，可取得良好疗效^[25]，受到广大患者的青睐^[26]。为了规范中国干眼的临床工作，2013年成立的最新“干眼专家共识”将所有干眼的名称统称为干眼^[1]。针灸疗法有效改善干眼状，特别在改善了泪膜破裂时间、泪液分泌测试、角膜荧光素染色及视觉模拟量表等方面^[27]，且研究也报道其疗效优于单纯使用人工泪液^[27]。中医可配合使用中医内外治法，以治标又治本的目的来治疗本病。众多临床与实验室研究也充分发表了中医理论治疗本病的针灸临床实践经验及体会，科研与学术思想，有效为中医界提供临床指导，拓宽中医辨证论治干眼的新思路。许多医家也做到中西结合

的方式，以中医药或针灸疗法配合西医常规治疗来对付本病，效果亦相得益彰。

干眼在新加坡已进行了将近25年的相关科研^[28]，其研究论文在主流眼科权威杂志的发表率也名列前茅，在近10余年中医治疗本病更是开始在本地产受到关注。本地有近12%的人口患上干眼，且90%患者被诊为轻至中度干眼^[29]。此病自2010年开始受到政府及人民的重视，患者们渐渐接受中西医结合的治疗方法。随着干眼在新加坡与全世界患病率快速加增，此病的中西医治疗方法也越来越受注目。本地中医界治疗此病的报道尚浅，因此人民首选使用西医疗法治疗，但近年来，越来越多患者认识中医中药治疗本病的疗效，开始接受中医疗法为辅助治疗方式。

今日，新加坡仍以西医医疗体系为主体，本地政府对中医也实施严格监管，不允许中医师使用西医治疗手段。但在2014年初，新加坡卫生部颁发了以中医治疗方向为主的中医科研基金，使得新加坡西医眼科研究中心（Singapore Eye Research Institute, SERI）从此携手展开并落实中西医结合治疗干眼的研究。这一系列研究给予中医中药更多疗效数据上的支持与推广，让本地国人了解并对中医的治疗普遍接受，让中医治疗干眼在本地有进一步的发展，并与现代医学结合治疗此病，使得更多患者可收益于中医治疗。2015年，新加坡中华医院（Singapore Chung Hwa Medical Institution, SCHMI）便是第一家，也是唯一一家与政府及新加坡西医眼科中心（Singapore National Eye Centre,

SNEC）合作的中医体系，以本院的中医眼科专病组首次与SNEC进行临床研究实验治疗干眼，证明中医治疗此病的可靠性与有效性。

新加坡中华医院拥有总院和分院共6家诊所，地点遍布全岛，可作为新加坡最具规模的中医药临床医疗机构，并设立全国首个中医眼科专病部门，收集全国6间新加坡中华医院分院及诊所转诊的眼科患者，为中医防治干眼的贡献不凡。中医师通过患者的西医眼科检查报告及其诊断资料，利用中医临床“望闻问切”四诊合参，更加了解患者病情，经行辨病辨证，正确认识与判断患者情况，应用中医临床治疗理论，配合中医疗法，使中西医诊治沟通相互配合，达到相辅相成的治疗效果。2011年，医院的眼科专病组引进了自己的眼科设备，将西医的眼表和眼底检查报告与中医的内外治疗方法相结合，全力以赴治疗干眼及其他眼科疾病。过去所有有关本地干眼的中医研究均在新加坡中华医院中医眼科专病组进行，但均环绕于单纯使用中药或内服中药配合针灸的治疗研究，至今仍未有一份专属于中医针灸疗法治疗干眼的研究。

笔者有幸参与新加坡中华医院中医眼科专病组，全组30人，作为16名中医眼科医师的其中一位，为本地干眼患者诊治。因此笔者希望通过本研究，能做出一个专门以针灸疗法为主的回顾性分析数据报告，通过对新加坡中华医院中医眼科专病组过去13年就诊的干眼患者的首诊病例数据，做以中医辨证的回顾性病例系列分

析, 归纳及总结新加坡干眼病患的分布、临床症状与体征分布、中医证型及证候分布, 治则治法的分布, 并结合性别、年龄、年龄层、临床症状、临床体征、舌脉象、病例因素、既往史、选穴情况等特点, 并进行内外关联性分析及聚类分析, 总结本地常见干眼中医辨证类型及治疗方法, 为新加坡中医针灸疗法做出一次本地的综述。

研究再通过人工智能方法探究, 针灸治疗使用本地经验穴“泪三针”治疗干眼患者的影响因素、深挖患者常见临床特征的重要性贡献度并进行排序, 理清判断使用该穴位的潜在因素, 构建以实施“泪三针”为最终结局指标的干眼治疗预测模型, 为临床治疗干眼患者提供新思路, 为今后在新加坡地区干眼的诊治提供有效的参考依据, 也为未来的中医师提供临床指导, 使本地中医界在治疗干眼的方面能够有效支持西医治疗, 从而实现互补的效果, 创造更好中医治疗干眼的口碑, 为更多干眼患者解除困扰。

笔者深信干眼在我国仍有巨大潜在研究及发展的空间, 希望通过这项研究为干眼的中医诊治再添新章。

方法

本研究将从2个部分进行, 分别为回顾性分析研究及泪三针的人工智能机器学习的研究部分。首先, 笔者收集并整理了新加坡中华医院的中医眼科专病组在2011年1月至2023年12月期间治疗干眼的病例, 共纳入262例仅采用针灸疗法的

患者首诊临床病例。通过数据挖掘技术MEDCASE V5.2系统, 对病案进行了录入, 并在标准化处理后构建研究数据库, 按照严格的纳入、排除标准筛选病例。符合标准的首诊病例, 共262例, 再通过频数法、关联规则(内外)、聚类分析等研究方法, 对临床资料进行分析, 重点挖掘病例中的基本情况如患者性别、年龄、年龄层、临床症状、临床体征、辅助视力、眼压、泪膜破裂时间、中医证候类型、病理因素、干眼严重程度、常用腧穴、常用腧穴归经、常用腧穴部位、常用腧穴特定穴、既往史、穴位配伍特点、核心穴位组合等进行统计分布及相关性分析研究, 并对挖掘结果进行讨论、归纳与总结。

之后, 笔者接着根据新加坡干眼患者的临床数据指标及中医证素, 采用人工智能机器学习的方法, 实现预测模型的建立, 对LABEL进行推荐, 以实现个性化治疗的探索, 判断是否可实施“泪三针”为本地干眼患者进行治疗。研究将探究“泪三针”治疗干眼患者的影响因素贡献度, 并进行排序, 识别使用“泪三针”治疗干眼患者的潜在因素, 为临床治疗本病提供治疗指导。此研究基于临床数据挖掘的理念, 收集研究中上一章节的内容, 分析本地干眼患者们的19项常见特征, 如患者基本资料、临床症状、舌脉象、中医证型、眼压、干眼严重程度、临床体征及既往史等, 构建治疗方案推荐模型, 判断是否实施“泪三针”治疗本病。研究采用机器学习算法对临床数据进行人工智能学习, 通过数据的预处理、建构特征工程以及拟合最优算法, 计算判断使用“泪三针”的指

标影响因素及其排序, 评估各变量因素对结局指标的重要性的贡献。研究预测, 数据集干眼患者基线数据特征对使用“泪三针”的判断指数总分影响的重要性贡献度排序, 同时分析具体哪些因素会对此指标的影响较大, 指导临床使用“泪三针”治疗干眼的预测模型。

研究收集19项相关的干眼患者基线特征数据作为机器学习模型的原始数据集, 在对患者基线及结局指标进行预处理, 包括对指标数据进行离散化以及对所选特征进行特征选择, 以筛选符合模型训练的数据形式。将上一章节采集的19项患者常见临床数据整理好后, 输入Excel软件中, 建立原始研究数据集。将患者的基线数据, 包括患者基本资料、常见临床指标、临床症状、舌脉象、中医证型、眼压、干眼严重程度、临床体征及既往史等, 逐条校对输入Excel中, 校对仔细后, 对数据进行规范化补齐及数据离散化处理。

对基线数据中的二分类变量: 性别(男性、女性)、年龄、临床症状(眼睛干、无眼睛干; 眼睛涩、无眼睛涩; 寐差、无寐差; 口干、无口干; 流泪, 无流泪)、舌象(舌淡红、无舌淡红)、舌苔(苔薄白、无苔薄白)、脉象(细脉、无细脉; 弦脉、无弦脉)、中医证型(肝肾阴虚证、无肝肾阴虚证; 肺肾阴虚证、无肺肾阴虚证)、眼压(正常、非正常或无眼压)、干眼严重程度(重度、无度)、临床体征(睑板腺功能障碍、无睑板腺功能障碍; 白内障、无白内障)、既往史(高胆固醇、无高胆固醇; 高血压、无高血压), 根据其选项, 均以数字“0”

和“1”代表, 再以“泪三针”化为LABEL。

本研究所纳入的患者基线特征数据均来源于过去2011年1月1日至2023年12月31日, 就诊于新加坡中华医院中医眼科专病组单纯使用针灸疗法的首诊干眼患者, 共收集262名患者的数据。具体患者基线数据, 详见以下:

- ① 性别: 男性65人, 占24.81%; 女性197人, 占75.19%。
- ② 临床症状: 眼睛干180人, 占68.70%, 无眼睛干82人, 占31.30%; 眼睛涩114人, 占43.51%, 无眼睛涩148人, 占56.49%; 寐差66人, 占23.28%, 无寐差201人, 占76.72%; 口干61人, 占23.28%, 无口干201人, 占76.72%; 流泪54人, 占20.61%, 无流泪208人, 占79.39%。
- ③ 舌象: 舌淡红75人, 占28.63%, 无舌淡红187人, 占71.37%; 苔薄白151人, 占57.63%, 无苔薄白111人, 占42.37%。
- ④ 脉象: 细脉147人, 占56.11%, 无细脉115人, 占43.89%; 弦脉124人, 占47.33%, 无弦脉138人, 占52.67%。
- ⑤ 证型: 肝肾阴虚证74人, 占28.24%, 无肝肾阴虚证188人, 占71.76%; 肺肾阴虚证56人, 占21.37%, 无肺肾阴虚证206人, 占78.63%。
- ⑥ 眼压: 正常眼压88人, 占33.59%, 无正常/无眼压174人, 占66.41%。
- ⑦ 干眼严重程度: 重度97人, 占37.02%, 无重度165人, 占62.98%。

- ⑧ 临床体征：睑板腺功能障碍 80 人，占 30.53%，无睑板腺功能障碍 182 人，占 69.47%；白内障 64 人，占 24.43%，无白内障 188 人，占 75.57%。
- ⑨ 既往史：高胆固醇 71 人，占 27.10%，无高胆固醇 191 人，占 72.90%；高血压 65 人，占 24.81%，无高血压 197 人，占 75.19%。

研究的机器学习使用数字模型来拟合数据，并在该基础上进行算法的学习，其特征是模型的数值输入，为原始数据某个方面的数字表示，如以“1”代表“男性”，以此类推。特征工程即指从原始数据中提取样本特征，并将样本特征转换为适合机器学习模型的格式。本研究为防止数据的过度拟合，仍采取特征工程的方法对输入数据进行预先处理，有利于减轻构建模型的难度，从而使机器学习流程能输出更高质量的结果。研究通过选择方法对推荐模型的特征进行选择，选用了共线性分析和零重要性分析进行筛选。共线性热图呈现每个特征之间的共线性度，即当值为正时，标出一个指标改变时，另一个指标随着正向改变，负数则表示两个指标为负相关。共线性分析提示需要筛选掉两指标绝对值大于 0.8 的指标。此次数据中，未见过阈值的指标，故共线性分析结果为此环节不排除任一项特征。零重要性分析根据梯度提升机（Gradient Boosting Machine, GBM）学习模型以查找重要性程度为零的特征。本分析方法是移除零重要度特征以在特征选择中使用特征重要度。此分析

方法中，由于没有零重要性的特征，故零重要性分析结果再次确认本研究特征筛查不排除任何指标。

筛选后的数据集，基于特征提取的结果，本研究选用了 5 个机器学习模型进行建模预测，即 K-最近邻算法（K-Nearest Neighbor, KNN）、梯度提升算法（CatBoost）、支持向量机（Support Vector Machine, SVM）、随机森林（Random Forest, RF）及逻辑回归（Logistic Regression, LR）进行训练，并绘制评估曲线图。在构建模型之前，研究先利用 Create Data Partition 函数将数据按照 7:3 比例，分成训练集（183 人）和测试集（79 人）。结果显示，训练集和测试集的临床特征分布，除 Feature 4 以外，其他特征均无统计学差异。

所有模型均使用 10 倍交叉验证进行训练，并进行贝叶斯优化，以评估最佳模型超参数。研究依次对以上每种机器学习算法构建的模型进行评估，使用曲线下面积（Area Under Curve, AUC）函数计算各模型的 AUC 值，以此来度量模型性能；利用 AUC 值及 ROC 曲线（Receiver Operating Characteristic, ROC）函数绘制 ROC 曲线，比较不同模型的性能，进行模型的精度分析和展示。

使用 5 个性能评价变量来分析所选 ML 模型的性能：接收者工作特征曲线下面积（AUC）、准确度（Accuracy）、精密度（Precision）、召回率（Recall）和 F1 分数（F1 Score）。在比较 5 种方法所构模型的预测性能后，以推荐性能最优的模型作

为本研究的最终算法，并以此进一步分析患者基线临床指标特征对使用“泪三针”结局指标重要性贡献度排序，及分析预测因子与结果指标之间的关系。

综合可见 5 个机器学习模型当中，CatBoost 模型在训练集中表现较为优秀。研究在测试集评价 5 个模型，以准确性排名顺序中也可看出 5 个模型（KNN K-最近邻算法、CatBoost 梯度提升算法、SVM 支持向量机、RF 随机森林及 LR 逻辑回归）的预测准确性（Accuracy）依次为 75.95%、77.22%、72.15%、69.62%、73.42%。对比之下，可见 CatBoost 模型在测试集中的表现最佳。CatBoost 模型预测的曲线下面积（AUC）及精密度（Precision）也均为最高，分别是 85.88% 及 82.93%。

所以，对于此类数据，CatBoost 模型在推荐使用“泪三针”治疗干眼方面有较好的性能，故此研究使用该模型继续做以下的分析。

基于 CatBoost 模型，研究进一步分析患者基线临床指标特征对使用“泪三针”结局指标重要性贡献度排序，并分析预测因子与结果指标之间的关系。研究使用 CatBoost 模型的 SHAP 方法解释预测模型，进一步分析患者基线临床指标特征对使用“泪三针”结局指标重要性贡献度排序，并分析预测因子与结果指标之间的关系。SHAP 为一种用于评估机器学习预测模型中预测因子重要性的通用技术。SHAP 值显示每个预测器的重要性，并表

示每个预测器相对于预测目标的积极或消极影响。

基于 SHAP 值图的颜色分布，可推断特征对预测的影响作用，表示各个预测器相对于预测目标的积极或消极影响。CatBoost 模型预测特征变量 SHAP 值图为每个样本绘制其每个特征的 SHAP 值。每一行代表一个特征，横坐标为 SHAP 值。一个点代表一个样本，颜色表示特征值（红色高，蓝色低），SHAP 值为正（分布于右侧）代表该样本对患者推荐使用“泪三针”有正向作用，值为负（分布于左侧）则代表该样本对患者推荐使用“泪三针”有负向作用，所以基于颜色分布，可推断特征对预测的影响作用。

结果

回顾性分析部分：

频次频率分析结果：

患者资料：

- ① 性别分布：本地干眼患者中，女性为男性的近 3 倍。
- ② 年龄分布：本地干眼患者的年龄分布介于 19-97 岁；50 岁以上的中老年患者居多，其中 60-69 岁患者为最多。
- ③ 年龄层分布：患者年龄层最多属低龄老年（60-69 岁），接着为中龄老年（70-79 岁）及中老年（50-59 岁）。

临床症状与体征：

- ① 临床症状：常见临床症状包括眼睛干、眼睛涩、寐差、口干、流泪、眼睛痛、视物模糊、便秘、畏光、眼睛痒、便溏、眼睛累、飞蚊、腹胀等。

- ② 舌象：常见舌质包括舌淡红、舌暗、舌红、边有齿痕、舌淡、舌干等。常见舌苔包括苔薄白及苔白等。
- ③ 脉象：左右脉频率较高的为细、弦、滑、沉、数、缓脉。
- ④ 辅助视力：大多数患者双眼辅助视力属良好状态，均无辅助视力障碍。
- ⑤ 眼压：大多数患者双眼眼压均属正常眼（10-21mmHg）压范围以内。
- ⑥ 泪膜破裂时间（TBUT）：大多数患者双眼的TBUT均介于1-3sec。
- ⑦ 干眼严重程度：大多数患者的干眼严重程度属重度，TBUT均 \leq 2sec。
- ⑧ 临床体征：常见临床体征包括睑板腺功能障碍、白内障、视网膜病变、角膜病变等。
- ⑨ 既往史：常见既往史包括高胆固醇、高血压、皮肤敏感、白内障手术、近视激光手术及鼻敏感等。

中医证型与病理因素：

- ① 中医证型分布：常见干眼证型包括肝肾阴虚证、肺肾阴虚证、气滞血瘀证、肝脾不调证及津液亏虚证，在此总结为“新加坡干眼五证”。
- ② 病理因素：常见病理因素包括阴虚、肾、肝等。

腧穴分析：

- ① 腧穴：研究共涉及80个腧穴，使用总频次为1,920次。常用核心腧穴组合包括太阳、合谷、足三里、攒竹、三阴交、泪三针、风池、承泣、丝竹空、太冲等，在此总结为“新加坡干

眼十穴”。其中，“泪三针”为本地著名眼科中医师李金龙教授首创，为新加坡独特经验穴。

- ② 腧穴归经：常用腧穴归经包括经外奇穴、手阳明大肠经、足阳明胃经、足少阳胆经、足太阳膀胱经等。
- ③ 腧穴部位：常用腧穴部位包括头面颈项部、下肢部及上肢部。
- ④ 腧穴特定穴：60%的使用腧穴属特定穴，常用腧穴特定穴为交会穴及五输穴等。常用交会经为手少阳三焦经交会足少阳胆经。常用五输穴为合穴与输穴。

内关联规则分析结果：

- ① 临床症状：眼睛涩与眼睛干的内关联度为100%，置信度最高。
- ② 舌象：舌淡红与苔薄白的置信度最高。
- ③ 脉象：细脉与数脉的置信度最高。
- ④ 临床体征：泪液异常与视网膜病变的置信度最高。
- ⑤ 腧穴：三阴交与足三里的置信度最高；且攒竹、太阳、泪三针、风池、合谷、足三里、三阴交，这7个腧穴均呈双向关系，可作为针灸治疗干眼之基处方。
- ⑥ 腧穴归经：经验穴与经外奇穴的置信度最高，常用经外奇穴、经验穴，手、足阳明经与足三阳经。
- ⑦ 腧穴部位：胸背部与上肢部、胸背部与头面颈项部、胸背部与下肢部、胸腹部与上肢部、胸腹部与头面颈项部的置信度均为100%。上肢部与头面

颈项部的置信度为 99.10%，下肢部与头面颈项部的置信度为 98.58%。

- ⑧ 腧穴特定穴：八会穴与交会穴、八会穴与五输穴、八会穴与下合穴、八脉交会穴与交会穴、八脉交会穴与五输穴、下合穴与交会穴的置信度均为 100%。下合穴与交会穴的置信度为 98.94%，五输穴与交会穴的置信度为 96.28%。

外关联规则分析结果：

各项目与证型外关联规则：

- ① 性别与证型：双性均与肝肾阴虚证的置信度最高，说明肝肾阴虚是干眼的主要病机。
- ② 年龄层与证型：低龄老年与肝肾阴虚证的置信度最高。肝肾阴虚为干眼的主要病机，均可见于各年龄层。
- ③ 临床症状与证型：眼睛赤与肝肾阴虚证的置信度最高。
- ④ 舌象与证型：舌红与肝肾阴虚证的置信度最高。
- ⑤ 脉象与证型：缓脉与肝肾阴虚证的置信度最高。
- ⑥ 临床体征与证型：10 个组合的置信度为 50%，其余 20 个组合的置信度均为 100%。本地干眼患者的临床体征与干眼之肝肾阴虚的核心病机并无直接关。
- ⑦ 腧穴与证型：肺肾阴虚证与太阳的置信度最高。合谷为唯一腧穴均出现于各证型中，故此穴与本病的关系密切，是治疗干眼广泛使用的腧穴。
- ⑧ 腧穴归经与证型：肺肾阴虚证与经外

奇穴、津液亏虚证与足太阳膀胱经、津液亏虚证与足阳明胃经、气血两虚证与经外奇穴、气滞血瘀证与足阳明胃经的置信度均为 100%。肝脾不调证与经外奇穴的置信度为 92.86%。肝肾阴虚证与经外奇穴的置信度为 91.89%。手阳明大肠经是唯一腧穴归经均出现于各证型中，故此归经与本病的关系密切，是治疗干眼广泛使用的腧穴归经。

- ⑨ 腧穴部位与证型：肺肾阴虚证与头面颈项部、肝脾不调证与头面颈项部、肝郁脾虚证与头面颈项部、脾虚湿困证与头面颈项部、气血两虚证与头面颈项部、气血两虚证与下肢部、气血虚瘀证与头面颈项部、气阴两虚证与头面颈项部、气阴两虚证与下肢部、气滞血瘀证与头面颈项部的置信度均为 100%。肝肾阴虚证与头面颈项部的置信度为 98.65%。头面颈项部是唯一腧穴部位均出现于各证型中，且均为各证型的首选腧穴部位，故此腧穴部位与本病的关系密切，是治疗干眼广泛使用的腧穴部位。
- ⑩ 腧穴特定穴与证型：津液亏虚证与交会穴、津液亏虚证与五输穴、气血两虚证与交会穴、气血两虚证与五输穴、气阴两虚证与交会穴、气阴两虚证与五输穴的置信度均为 100%。肺肾阴虚证与交会穴的置信度为 98.21%。气滞血瘀证与原穴的置信度为 93.75%。气血虚瘀证与交会穴的置信度为 91.67%。肝脾不调证与原穴的置信度为 85.71%。肝肾阴虚证

与交会穴的置信度最为 85.14%。五输穴与交会穴均出现于各种证型中，故此两种腧穴特定穴与本病的关系密切，是治疗干眼广泛使用的腧穴特定穴。

各项目与干眼严重程度外关联规则：

- ① 年龄层与干眼严重程度：青年与轻度干眼、中青年与中度干眼、低龄老年与重度干眼的置信度最高。长寿老年仅与重度干眼有关。
- ② 临床症状与干眼严重程度：眼睛涩与中度干眼、眼屎多与重度干眼的置信度最高。流泪、飞蚊、口干、夜尿多、眼屎多、眼睛痛仅与重度干眼有关系。
- ③ 临床体征与干眼严重程度：角膜病变与轻度干眼、瞳孔小与中度干眼、晶状体泛黄与重度干眼的置信度最高。瞳孔小、视野缺损、后囊混浊仅与中度干眼有关。
- ④ 证型与干眼严重程度：轻度干眼与气血虚瘀证、中度干眼与肝肾阴虚证、重度干眼与肝肾阴虚证的置信度最高。其中，足厥阴肝经证、脾气虚证仅与轻度干眼有关；脾虚湿困证、痰湿阻滞证、津液亏虚证、气滞证仅与重度干眼有关。肝肾阴虚证是唯一证型均出现于各种干眼严重程度中，故此证型与本病的关系密切，是干眼的核心病因病机。
- ⑤ 既往史与干眼严重程度：鼻敏感与中度干眼、胃痛史与重度干眼的置信度最高。

各项目与腧穴关联规则：

- ① 临床症状与腧穴：眼睛痛与太阳的置信度最高。眼睛痛及流泪仅与太阳有关系；眼睛干仅与承泣及鱼腰有关系。太阳、合谷、攒竹、足三里这4个腧穴与本病关系密切，为治疗干眼不可缺少的穴位，且当中，唯独太阳均被选用以治疗最多临床症状，故临床治疗干眼，必考虑选取此穴。
- ② 干眼严重程度与腧穴：中度干眼与太阳、重度干眼与太阳的置信度最高。睛明、目窗仅与重度干眼有关系。太阳及合谷与中重度干眼均有关系。

聚类分析结果：

- ① 临床症状：聚类分析采用 MEDCASE V5.2 进行系统聚类，从分散性聚类分析可得出 10 个群集类的临床症状组合，再使用频幅 > 6 的临床症状进行系统性聚类分析可得出 5 个核心临床症状聚类组合。
- ② 腧穴：聚类分析采用 MEDCASE V5.2 进行系统聚类，从分散性聚类分析可得出 10 个群集类的穴位组合，在使用频幅 > 1 的腧穴进行系统性聚类分析可得出 3 个核心穴位聚类组合，并共有“新加坡干眼十穴”的所有腧穴，说明“新加坡干眼十穴”确实在干眼的针灸治疗中发挥举足轻重的作用。

人工智能机器学习分析：

- ① 临床指标特征选择中，特征间共线性和零重要性分析表明，无特征需要剔除。所有特征皆放入机器学习模型中进行训练。

- ② 5个模型 (KNN, CatBoost, SVM, RF, LR) 的预测准确性分别为 75.95%、77.22%、72.15%、69.62%、73.42%。其中, CatBoost 梯度提升算法模型的准确性最高。
- ③ 全局特征重要性分析表明, 推荐临床干眼患者使用“泪三穴”的前5大影响因素分别为“寐差”、“肺肾阴虚证”、“口干”、“年龄”、“细脉”, 其 SHAP 值分别为 0.45、0.42、0.40、0.39、0.34。
- ④ 5大影响因素当中, 患者呈现“寐差”、“口干”、“细脉”临床症状与预测结果呈消极影响; 患者“年龄”与推荐使用“泪三针”呈负相关; 患者属“肺肾阴虚证”与预测结果呈积极影响。故研究结论以下临床特征判断“泪三针”的干眼治疗规律为:
- 寐差: 患者若呈现此特征, 不推荐使用“泪三针”;
 - 肺肾阴虚证: 患者若属此中医证型, 可使用“泪三针”;
 - 口干: 患者若呈现此特征, 不推荐使用“泪三针”;
 - 年龄: 患者年龄越大, 越不推荐使用“泪三针”;
 - 细脉: 患者若呈现此特征, 不推荐使用“泪三针”治疗本病。

结论

本研究通过回顾性分析新加坡中华医院的中医专病眼科组以针灸疗法治疗 262 名干眼患者的首诊病例, 总结并分析本病的中医辨证论治及选穴的治疗规律。本地干眼患者多发于女性, 且好发于 50 岁

以上中老年人, 以 60-69 岁的低龄老年人最多见。主要干眼临床症状包括眼睛干、眼睛涩、寐差、口干、流泪、眼睛痛、视物模糊等; 主要舌脉象为舌淡红, 苔薄白, 弦细脉。

“新加坡干眼五证”为肝肾阴虚证、肺肾阴虚证、气滞血瘀证、肝脾不调证及津液亏虚证, 其中, 肝肾阴虚证为本病主要病机, 与多数临床指标及中医证素有较大的外关联关系。本地就诊干眼患者多属重度干眼, 常用“新加坡干眼十穴”的核心穴位组合, 即太阳、合谷、足三里、攒竹、三阴交、泪三针 (本地经验穴)、风池、承泣、丝竹空、太冲治疗, 亦常用经外奇穴、头面颈项部的腧穴, 及交会穴与五输穴。

研究再利用人工智能机器学习树模型构建以判断实施“泪三针”治疗干眼的预测模型。选择的5个机器学习模型进行建模预测, K-最近邻算法 (K-Nearest Neighbors, KNN), CatBoost 梯度提升算法, 支持向量机 (Support Vector Machine, SVM), 随机森林 (Random Forest, RF), 逻辑回 (Logistic Regression, LR) 的预测准确性分别为 75.95%、77.22%、72.15%、69.62%、73.42%。其中, CatBoost 梯度提升算法模型的准确性最高。全局特征重要性分析表明, 推荐临床干眼患者使用“泪三针”的前五大影响因素分别为“寐差”、“肺肾阴虚证”、“口干”、“年龄”、“细脉”, 其 SHAP 值分别为 0.45、0.42、0.40、0.39、0.34。最后, 基于SHAP值图的颜色分布, 研究结论, 这

五大影响因素当中，患者呈现“寐差”、“口干”、“细脉”临床症状与预测结果呈消极影响；患者“年龄”与推荐使用“泪三针”呈负相关；患者属“肺肾阴虚证”与预测结果呈积极影响，明确指导临床应用“泪三针”治疗干眼。

中医疗法对治疗干眼具有显著疗效，临床研究显示患者的各种症状、体征和实验室指标均有所改善，体现了中医治疗的

优势。本文希望反映中医辨证论治的传统理论，并为临床治疗和研究提供参考。本研究还通过机器学习，将人工智能与针灸实践中的丰富数据结合，探索新兴科研成果，以推动针灸学科的发展。最终，本文旨在提高本地中医临床效果，使干眼防治更具针对性，减轻患者痛苦，改善生活质量，并为中医师提供新思路，阐述其在新加坡的应用和适用性。

【参考文献】

- [1] 中华医学会眼科学分会角膜病学组. 干眼临床诊疗专家共识 (2013) [J]. 中华眼科杂志, 2013, 49(1): 73-75.
- [2] INTERNATIONAL DRY EYE WORKSHOP. The definition and classification of dry eye disease: report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye Workshop [J]. The Ocular Surface, 2007, 5(2): 75-92.
- [3] 王军. 人工泪液凝胶联合双氯芬酸钠滴眼液治疗干眼症效果观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(21): 2320-2321.
- [4] PARK J S, CHOI M J, MA J E, 等. Influence of Cellular Phone Videos and Games on Dry Eye Syndrome in University Students [J]. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 2014, 25(1): 12.
- [5] 潮羽涵, 艾群. 纳气针法治疗干眼症的临床疗效观察 [D]. 大连医科大学, 2017.
- [6] ÖZDEMİR H B, KALKANCI A, BILGIHAN K, 等. Comparison of corneal collagen cross-linking (PACK-CXL) and voriconazole treatments in experimental fungal keratitis [J]. Acta Ophthalmologica, 2019, 97(1): e91-e96.
- [7] The epidemiology of dry eye disease: report of the Epidemiology Subcommittee of the International Dry Eye Workshop (2007) [J]. The Ocular Surface, 2007, 5(2): 93-107.
- [8] STAPLETON F, ALVES M, BUNYA V Y, 等. TFOS DEWS II Epidemiology Report [J]. The Ocular Surface, 2017, 15(3): 334-365.
- [9] National Health Insurance Service Korea [E/OL]. [2023-08-16]. <https://www.nhis.or.kr/nhis/healthin/wbhace05000m01.do?mode=view&articleNo=207251>.
- [10] 刘祖国, 王华. 关注干眼慢性疾病管理体系的建设 [J]. 中华眼科杂志, 2018, 54(02): 81-83.
- [11] 姜祎, 庞雨莲, 张旭. 干眼检查方法的研究进展 [J]. 国际眼科杂志, 2023, 23(04): 57-577.
- [12] 陈玉红, 何莲, 刘作颖. 重组人表皮生长因子凝胶联合玻璃酸钠滴眼液治疗对白内障超声乳化术后干眼症患者泪膜稳定性、泪液基础分泌量的影响 [J]. 实用医院临床杂志, 2021, 18(01): 162-165.
- [13] 林秋霞, 韦企平. 杞菊甘露饮及杞菊甘露饮配合针刺治疗肺肾阴虚型干眼的临床研究 [D]. 北京中医药大学, 2014.
- [14] 赵蒙蒙, 李建超, 金兰, 等. 中医五联疗法治疗干眼症的疗效及对患者眼表功能的影响 [J]. 海南医学, 2020, 31(04): 476-480.
- [15] WOLKOFF P. Dry eye symptoms in offices and deteriorated work performance – A perspective [J]. Building and Environment, 2020, 172: 106704.
- [16] DANA R, MEUNIER J, MARKOWITZ J T, 等. Patient-Reported Burden of Dry Eye Disease in the United States: Results of an Online Cross-Sectional Survey [J]. American Journal of Ophthalmology, 2020, 216: 7-17.
- [17] YU J, ASCHE C V, FAIRCHILD C J. The economic burden of dry eye disease in the United States: a decision tree analysis [J]. Cornea, 2011, 30(4): 379-387.
- [18] DARBÀ J, ASCANIO M. Economic impact of dry eye disease in Spain: A multicentre retrospective insurance claims database analysis [J]. European Journal of Ophthalmology, 2021, 31(2): 328-333.
- [19] SIFFEL C, HENNIES N, JOSEPH C, 等. Burden of dry eye disease in Germany: a retrospective observational study using German claims data [J]. Acta Ophthalmologica, 2020, 98(4): e504-e512.

- [20] MCDONALD M, PATEL D A, KEITH M S, 等. Economic and Humanistic Burden of Dry Eye Disease in Europe, North America, and Asia: A Systematic Literature Review[J]. *The Ocular Surface*, 2016, 14(2): 144-167.
- [21] SONG P, XIA W, WANG M, 等. Variations of dry eye disease prevalence by age, sex and geographic characteristics in China: a systematic review and meta-analysis[J]. *Journal of Global Health*, 2018, 8(2): 020503.
- [22] UCHINO M. What We Know About the Epidemiology of Dry Eye Disease in Japan[J]. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 2018, 59(14): DES1-DES6.
- [23] FU H, WANG J, ZHANG F, 等. Effect of acupuncture versus artificial tears for dry eye disease: A protocol for systematic review and meta-analysis[J]. *Medicine*, 2020, 99(30): e21301.
- [24] 丁勇, 常应, 胡晓莉, 等. 补血润目汤眼部离子透入治疗干眼症(肝郁血虚证)的临床观察[J]. *中国中医急症*, 2020, 29(09): 1580-1582.
- [25] 张红岩. 干眼症的中医治疗[C]中国针灸学会痛症专业委员会成立大会、第一届京鲁针灸高峰论坛暨山东针灸学会第十一届学术年会. 中国山东济南, 2019: 2.
- [26] 马宏杰, 郑燕林. 中医治疗干眼方法研究新进展[J]. *中华中医药杂志*, 2018, 33(04): 1469-1473.
- [27] YANG L, YANG Z, YU H, 等. Acupuncture therapy is more effective than artificial tears for dry eye syndrome: evidence based on a meta-analysis[J]. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: eCAM*, 2015, 2015: 143858.
- [28] SINGAPORE NATIONAL EYE CENTRE S. Singapore Eye Research Institute [EB/OL]. www.seri.com.sg.
- [29] SINGAPORE NATIONAL EYE CENTRE S. Research findings point to Traditional Chinese Medicine as increasingly viable option for managing common dry eye [EB/OL]. (2022-03-28). <https://www.sneec.com.sg/news/research/research-findings-point-to-traditional-chinese-medicine-as-increasingly-viable-option-for-managing-common-dry-eye>.

*注: 本文为张翠文博士的论文摘要

中医五“藏”与西医脏器的区别与混淆

李明姝（新加坡）

【摘要】中医五“藏”的定义与内涵是在自然科学基础上，哲学类比思考的结果，其五行属性及特点，与洛书的天文、地理、气候因素有关，因此，中医五“藏”是与大自然时空相对应，而不是与实质脏器一一对应。中医所云之“左肝右肺”、气“左升右降”“肝主升、肺主降”，并非来自解剖，而是来自于对自然规律的观察和哲学推演。中西医是完全不同的两套体系，但因为历史翻译上出现的误解，中西医在术语内涵上出现了明显而严重的混淆，从此中医就拉开了被误解的序幕。要让中医被科学和大众所理解和接受，必须从名相的溯源与发展开始厘清。

【关键词】中医五藏；西医脏器；洛书；左肝右肺；中医术语翻译

“藏”为中医学中人体内在的重要脏器，中医五藏理论的确立有一个历史发展过程，五“藏”的定义与内涵是在自然科学基础上，哲学类比思考的结果，其五行属性及特点，与洛书的天文、地理、气候因素有关。

一、洛书的天文、地理与气候基础

在笔者先前发表过的论文中，已经全面论证了洛书是中国中原先民们通过长期观察自然天象、地理气候规律，并把这些规律总结、记录下来的智慧结晶^[1]。

天文上，通过记录太阳历，洛书确定了其方位为上南下北，左东右西，上应夏，下应冬，左应春，右应秋。

同时，洛书象数结构的地理与气候意义也具有科学性：

- 1、其奇数代表的是河洛文化地区四方四季的体感温度系数；
- 2、偶数代表的是四隅方向上地表水量的多少，及其对先民们的影响。

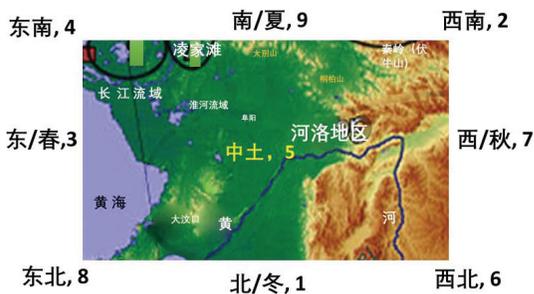


图1 洛书是约5300年前河洛文化地区的数字地图^[1]

洛书把天地信息综合地体现于一体，可以说是一张记录着约 5300 年前河洛文化地区天文、地理与气候资料的精简数字图，按其所反映的自然规律安排人们一年中的生产生活，是当时保证先民们得以生存的必要方法，故曰“圣人则之^[2]”。

二、《淮南子》五“藏”与洛书的五个方位

先民们很早就认识到：“人以天地之气生，四时之法成”（《素问·宝命全形论》），相信人体各部位与天地各方各时有一定的对应关系。《黄帝内经》整部著作便是以“天人相应”为基础建立起来的对人体生理、病理的观察与思考、及诊治方法论。

不过，先于《黄帝内经》论及五方五藏的，是《淮南子》一书。该书是由西汉淮南王刘安（公元前 179 年～前 122 年）

主持众宾客集体编写而成，该书以道家思想为核心，兼容百家著作，是对西汉前期古代文化系统而详尽的总结，堪称百科全书式的学术巨著，对当时及后世颇具影响力^[3]。正如洛书将人们所观察的世界分为了“东西南北中”五大区块一样，《淮南子·地形训》对当时中国的地域分了五个方位^[4]，一一描述了五方环境和人物的特征。如果把洛书的地理特征与这些描述对应起来，会发现其相当吻合。

《淮南子·地形训》中汇总了五方所对应的脏腑、颜色、开窍之处、与组织的对应等等，这应当是沿袭了先秦的有关学说，五藏是指心肝胃肺肾。而《淮南子·时则训》则提出“孟春之月……祭先脾。孟夏之月……祭先肺。季夏之月……祭先心。孟秋之月……祭先肝。孟冬之月……祭先肾^[5]”，五藏指心肝脾肺肾。显然，《淮南子》非出于一人之手，《地形

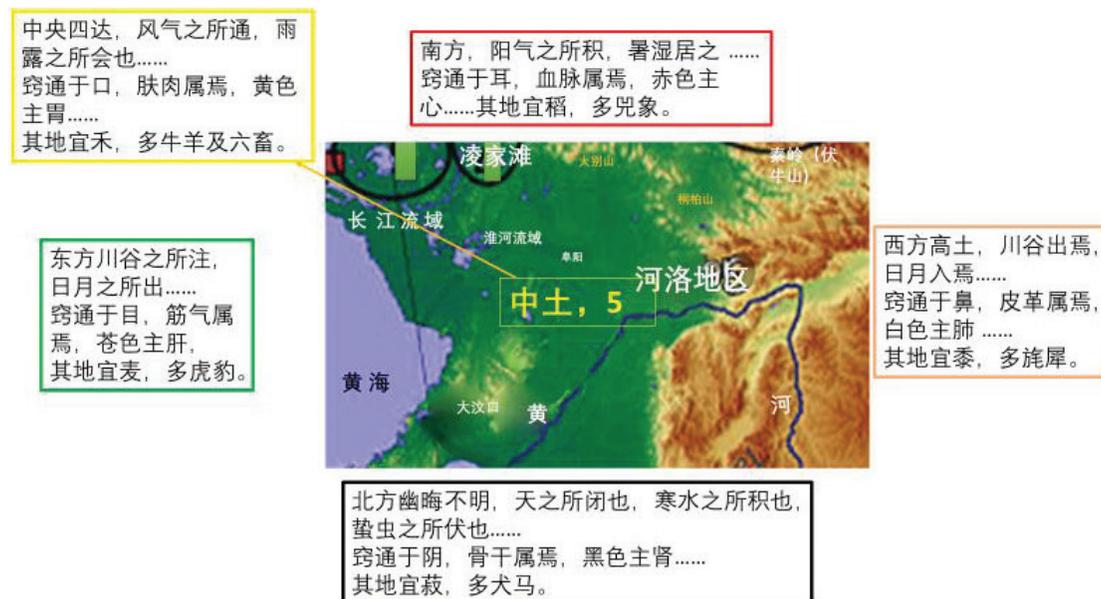


图2 《淮南子·地形训》中五方地域与洛书地理基础吻合^[1]

表1 《淮南子·地形训》与《灵枢·九宫八风》五藏——五方配属关系表

篇名/方位	南方	西方	中央	北方	东方
《淮南子·地形训》	心	肺	胃	肾	肝
《灵枢·九宫八风》	心	肺	未指明	肾	肝

训》《时则训》与《精神训》中内脏名称描述的不一致^[6]，说明《淮南子》成书之时脏腑的区分及内涵尚未定型。但某一方位对应一个“藏”的概念却流传下来。

三、《黄帝内经》的五“藏”名称

《灵枢·九宫八风》是《黄帝内经》的早期篇章^[1]，其中对于心肝肺肾四藏的名称及对应的方位，选择与《淮南子·地形训》相同。唯中央所对应者，《淮南子·地形训》认为是“胃”，《灵枢·九宫八风》的中宫则未明确提出对应之藏。

在《灵枢·九宫八风》的基础上，中医五藏理论进一步发展。《黄帝内经》的众多篇章中多见涉及“心肝脾肺肾”五藏的讨论，比较系统和完整，“心肝脾肺肾”是现在中医通常所指的五藏。

这表明，中医五藏名称的确定，并非一蹴而就，而是有一个逐渐发展和完善的历史过程。

四、五“藏”与人体部位及洛书天地时空的对应

《灵枢·九针论》指出了人体部位与洛书方位及四时的对应：“左胁应春

分……膺喉首头应夏至……右胁应秋分……腰尻下窍应冬至”（如下图）：

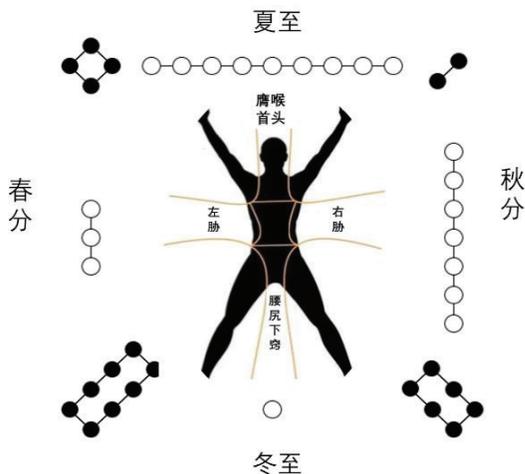


图3 人体四部与四方、四季的对应

《素问·六节脏象论》认为：“心者……通于夏气；肺者……通于秋气；肾者……通于冬气；肝者……通于春气。”另外，脾对应至阴，“通于土气”。由此可得，人体除了手足以外，躯干部位分为五部分，合于洛书的方位：

- 躯干上部可称之为心，对应夏；
- 躯干左部可称之为肝，对应春；
- 躯干右部可称之为肺，对应秋；
- 躯干下部可称之为肾，对应冬；
- 躯干中部可称之为脾，对应“至阴”（“至阴”代指洛书“中宫”或“中土”，此部分内容较多，另著文论述。）。

足见“心肝脾肺肾”在最初可以看作是人体相应部位的简称或者代号，刚开始这就是语言上的方便而已，也就是说，如果想表达“人体躯干左部与春天相应，对应于阳气的升发”（见上图），可以简说之为“肝主春，主升发”，这在用以刀刻字的时代，言简意赅，事半功倍。据此可知，中医的五“藏”从一开始就与解剖学毫无关系，它们是人体部位的代称。

- 心对应于火，其逻辑是因为人体上部对应于洛书上的南方，南方对应于夏天，夏天属于“火热”气候，因此，心属“火”；
- 肝对应于东方，对应于春天，树木生长，阳气生发，故肝属“木”；
- 肺对应于西方，对应于秋天，阳气减少，气温下降，树叶凋零，有肃杀之气，故肺属“金”；
- 肾对应于北方，对应于冬天，自然界阳气衰微，阴气最甚，而水是阴能量的最好代表，故肾属“水”；

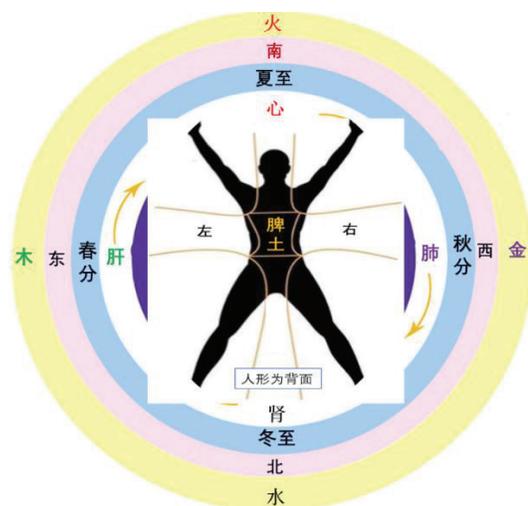


图4 中医五“藏”与洛书时空信息之对应图

- 脾在地理位置上与洛书的“中土”相应，是观察者所在之地，是天地的中心，因为河洛地区是平原，故脾属“土”。

值得注意的是，五藏中唯有“脾”是与大自然的空间对应而非时间对应，所以《素问·太阴阳明论》才说“脾不主时”“脾者土也，治中央”。

五、阳气在洛书和人体上的运行路线

在洛书上，一年中随着日照时间的变化，不同季节里温度（阳气）有一定的消长规律，其运行过程是1→3→9→7，对应季节，就是冬→春→夏→秋。也就是说：

- 冬季，日照时间最短，阳气最弱，其数为1；
- 春季，地表阳气渐盛，阳气开始增长，其数为3；
- 夏季，日照时间最长，阳气最为旺盛，其数为9；
- 秋季，日照时间减少，阳气开始减少，其数为7。

《灵枢·顺气一日分为四时》指出：“春生夏长，秋收冬藏，是气之常也，人亦应之。”认为一年之中，人体阳气亦在春季升发，在夏至达到旺盛，在秋季减退，在冬季闭藏于体内。

在自然界，春天的阳气生发与秋天的清气肃降是相辅相承的，一增一减，一升一降，是平衡四季能量的重要环节，《素

问》之《阴阳应象大论》及《五运行大论》皆云：“左右者，阴阳之道路”。同理，人体左侧对应阳气之升发；人体右侧对应阳气下降；故人体（阳气）气机左升右降，亦合“左右者，阴阳之道路”。综上所述，中医所云之“左肝右肺”、气“左升右降”、“肝主升、肺主降”，并非来自解剖，而是来自于对自然规律的观察和哲学推演，并非全不科学，也不能按现代解剖学来判断对错。

总之，中医五“藏”及其五行属性是在自然科学基础上，哲学类比思考的结果，与洛书的天文、地理、气候因素有关。

六、中医藏象学说中名词的互相指代

在中医术语中，常常用同类的不同事物来互相代称，或者说，用同类的事物来代指实际想描述的另一具体事物。例如“人体躯干左部、东、春、肝、筋、木”同类，用“东、春、筋、木”来代言“肝”或“人体躯干左侧”之处就很多，因此气的东升西降，也可说成“春升秋降”“左升右降”“肝升肺降”“木升金降”；又如“泻心火，补肾水”的中医术语是“泻南补北”，是因为心与火同类，对应于南方；肾与水同类，对应于北方。

这是华人的思维和语言习惯，把不同的东西按某一标准归类后，就用同类事物来相互指代。这样做的好处是华文因此显得多意而深奥，要了解一个名词必须了解整个系统，扩展了人们思维的深度和广

度。缺点是容易造成误会，同样一句话不同人从不同的角度看，会有不同的理解，所以很难定制统一的科学标准。学者在理解和翻译经典原文时，要把原来所指的事物代回来，再通读，理解才能更容易，也更准确。

七、中医五“藏”与西医脏器的区别及混淆

中医学经过千百年的发展，建立了“藏象学说”，其基础和核心是五“藏”，如前所述，五“藏”更多地是在谈人体的某一个躯干部位或某一种功能，每一个“藏”是一个系统，其边界和形态是模糊的。中医五“藏”与大自然时空相对应，而不是与实质脏器一一对应，例如现代的肝功能中很多项其实对应的是中医“脾”的功能。中医的科学基础是古代天文、地理、气候学和哲学；而西医的科学基础是解剖学和生物学，中西医是完全不同的两套体系。从先秦时期开始，中文里就有了心肝脾肺肾的中医五“藏”名称。西医开始使用这些文字，是从传教士翻译西洋著作开始^[7]。例如1629年，汤若望（Johann Adam Schall von Bell, 1592-1666）著《主制群征》^[8]，这虽是一本护教著作，但里面也介绍了不少解剖学知识。其中，在第五节“以人身向征”^[8]里，汤若望对“脾”的位置做出了较为准确的描述，这在当时的汉语文献中尚属首次^[9]。而且在谈及脾的生理功能时，也提到了脾有造血的功能。从此，西医“脾”和中医“脾”的定义和内涵出现了差异，作为原有的中医内“藏”，“脾”的功能和作用千年不变，

但作为西医术语，随着西医学的进步，“脾”的解剖和功能描述越来越精细，并且还在不断发展、深化。这个问题，在中医把自己的“脾”藏翻译为 Spleen 以后，就更加严重了，也就是说，现在不论是说“脾”，还是 Spleen，都有两个定义了：一个是系统性的边界模糊的概念，一个是非常确定非常明晰的概念。在新华字典中，“脾”的解释是：“人和脊椎动物的内脏之一，是贮血和产淋巴与抗体的器官，有调节新陈代谢的作用。中医称“五脏”之一。^[10]”这体现出普罗大众对“脾”的概念直接混乱了。其它“藏”的翻译也出现类似的问题，Liver 直接翻译为了“肝”，Heart 直接翻译为了“心”，Kidney 直接翻译为了“肾”，Lung 直接翻译为了“肺”，这是借用了中医的五“藏”名称。反之，中医也在中译英时，选择了相对应的词汇。随着西医成为主流医学，当人们发现中医的“藏象学说”与解剖学和西医学的“科学”有明显矛盾时，认为中医“不科学”的声音变得强而有力。这也难怪，因为西医们一旦看到“Liver”在左，“Lung”在右，马上就觉得这是明显有悖解剖常识的，立刻就心生抗拒，更不愿意深入探讨五藏的功能了。有的学者认为，“从此中医就拉开了‘被误解’的序幕。^[11]”

很多中医专业的文章，或者中医检测仪器，在中医五藏的定义和内涵方面也产生了重大混淆，使用西医内脏的检查标准来衡量中医五藏的功能。例如有的学者从解剖学出发，试图解释“左肝右肺”，就

以左肝为静脉系统，右肺为动脉系统，腹腔静脉血经门静脉最终经心进入肺，动静脉在心内实现了动静脉血的交叉，可称为“动静交叉”，在解剖层次又在心上部实现了肺动脉（静脉血）和主动脉的解剖交叉，可称为“心肺交叉”，实质上是以肝为主的静脉血（营养）经心后，实现了气体交换（氧合）的动脉血。得出的结论是这可能是“左肝右肺”的另一层含义，阴阳学的“双太极”现象^[12]。

这些学者有良好的发心，想使中医更“科学”，或者使中西医“融会贯通”，但实际上是帮了倒忙，不仅失去了中医的整体思维和原有体系的时空对应特色，还显得牵强附会，导致更多的中西医五脏概念上的混淆和混乱，既达不到使西医顺利接纳中医体系的目的，也不利于中医竖立自己的专业信心。对于这个问题，诸位中医工作者及研究者，需要注意。要让中医被科学和大众所理解和接受，必须从名相的厘清开始。理想的做法是讨论中医或西医时最好使用各自的术语、各自的理论。翻译有些西医术语时，也不要使用中医名称，最好另创新词，例如西医学中的 Liver、Heart、Spleen、Kidney、Lung 翻译为中文应改为肝器官，心器官，脾器官，肾器官，肺器官，如肾结石可改称肾器官结石，肝癌可称为肝器官癌，这样虽然多了两个字，但可以非常明确地与中医的五“藏”相区别。而翻译中医术语名称时也要注意使用非常明确的中医英文术语，如用 Xin、Gan、Pi、Fei、Shen 或者 TCM Heart、TCM Liver、TCM Spleen、TCM

Lung、TCM Kidney 来对应“心肝脾肺肾”。笔者在新加坡行医时，为母语非华语者解说，用的就是这样的翻译法，患者都能明白。总之，中医五“藏”与西医的

脏器定义内涵全不相同，最好的办法是中西医各自建立独立的术语体系，告别这种“你中有我，我中有你”的混乱。

【参考文献】

- [1] 李明姝.《内经》九宫八风的医学气象基础与应用模型研究 [D/OL]. 广州中医药大学, 2023. <https://doi.org/10.27044/d.cnki.ggzcu.2023.000273>.
- [2] 《周易·系辞上》第11条 [EB/MOL]// 中国哲学书电子化计划. [2025-02-01]. <https://ctext.org/book-of-changes/xi-ci-shang/zhs?searchu=河出图>.
- [3] 林琳.《黄帝内经》与《淮南子》比较研究 [D]. 辽宁中医学院, 2003.
- [4] 《淮南子·地形训》第16条 [EB/OL]// 中国哲学书电子化计划简体字版. [2022-07-06]. <https://ctext.org/huainanzi/di-xing-xun/zhs>.
- [5] 《淮南子·时则训》 [EB/OL]// 中国哲学书电子化计划 简体字版. [2022-07-17]. <https://ctext.org/huainanzi/shi-ze-xun/zhs>.
- [6] 王应.《淮南子》对中医藏象学说构建的影响 [D]. 河南中医学院, 2015.
- [7] 陈佳丽. 传播与流变——媒介视野下西方卫生知识在近代中国的流通 (1840-1937) [D/OL]. 华中科技大学, 2018. <https://doi.org/10.27157/d.cnki.ghzku.2018.000130>.
- [8] 汤若望 JOHANN ADAM SCHALL VON BELL. 主制群征 [EB/OL]// 汉语基督教文献馆. (1629) [2025-02-20]. <https://cct.chinessecs.cc/70.html>.
- [9] 黄河清.“脾”的词义分化 [J/OL]. 或問 WAKUMON, 2024(46): 57-64. <https://www2.kansai-u.ac.jp/shkky/wakumon/no-46/05huangheqing.pdf>.
- [10] 脾字的解释 [EB/OL]// 在线新华字典. [2025-02-14]. <https://zd.hwxnet.com/search/hwxE8hwx84hwxBE.html>.
- [11] 李杰. 走进中医——发现生命的妙与美 [M]. 广东: 广东科技出版社, 2016.
- [12] 阴阳气血左肝右肺辨 [J]. 中医临床研究, 2021, 13(12): 151.

乌梅丸治疗胃食管反流病浅析

何明根（新加坡）

【摘要】乌梅丸为《伤寒论》厥阴篇的代表方，具有养肝阴、疏肝气，清上热、温下寒，调和阴阳的功效，并可安蛔止痛、调肝理脾。该方在现代临床应用广泛，尤以肠胃病为多见。本文尝试结合一则胃食管反流病的医案，分享乌梅丸的临证思路，以期拓展其在相关病证中的应用。

【关键词】乌梅丸，经方，胃食管反流病

胃食管反流病（gastroesophageal reflux disease, GERD）是一种以胃内容物反流至食管引起烧心、泛酸、胸闷痛等为主要临床表现的消化道动力障碍性疾病^[1]。GERD与间质性肺病、哮喘、慢性咳嗽、焦虑、抑郁、食管癌、巴雷特食管、食管炎性狭窄等密切相关^[2]。GERD病程长，易反复，严重降低患者的生活质量。新加坡婴幼儿在第6周的胃食管反流病（GERD）患病率为26.5%^[3]。在东南亚地区，GERD的患病率呈逐年上升趋势，2005年至2010年间估计为6.3%~18.3%^[5]。随着人们饮食结构和作息习惯的改变，该病的发病率仍在持续增长^[4]。

现代医学治疗（GERD）主要以抑酸、保护胃黏膜及促进胃肠动力为主^[6]，虽可有效缓解症状，但约有40%的患者对质子泵抑制剂（PPI）反应不佳^[7]，存在持续性反流症状；即便是早期疗效良好的患

者，停药后也易复发的风险。中医学则认为，GERD的核心病机为肝气郁结、疏泄失常，导致胃气壅滞、和降失司，进而使胃内容物、胆汁等随气逆上而发病。乌梅丸具有疏肝泻火、和胃降逆之效，调和肝胃，契合GERD的病机，临床上可作为辨证选方的重要依据。

乌梅丸为东汉张仲景《伤寒论》厥阴篇中的代表方，现代中医教科书普遍认为其主治蛔厥及久痢^[8]。随着后世医家的理论发展及现代研究的深入，乌梅丸的适应范围不断拓展，除用于胃食管反流病外，还可应用于肠易激综合征^[9]、克罗恩病^[10]、慢性非特异性溃疡性结肠炎^[11]等多种消化系统疾病，显示出良好的临床疗效和较高的应用价值，尤以肠胃系统疾病为显著。

在实际临床中，碍于药厂多没有乌梅丸复方，中华医院肠胃专病组一般采用乌

梅丸颗粒剂为主，提供颗粒的药厂多没有乌梅丸复方，因此笔者常以主方再配乌梅丸中单味药物进行加减化裁，辨证施用。本文拟从方药组成、功能主治、方义解析等方面进行梳理，并结合一则临床病案，分享乌梅丸的实际应用体会，以期拓展其在临床诊治中的思路与范围。

《伤寒论》中原方以乌梅三百枚、细辛六两、干姜十两、黄连十六两、附子六两、当归四两、蜀椒四两、桂枝六两、人参六两、黄柏六两组成。乌梅为君药，性味酸涩，归肝、脾、肺、大肠经，生津液、益肝阴、止烦渴，俱有收敛、固涩作用，同时可收敛肺气，润肠止痢。黄连、黄柏性味苦寒，能上清肝胃郁热，与乌梅配伍，酸苦合用，柔肝止痛，清热燥湿。附子、桂枝、干姜、细辛和花椒辛温热，有温阳、温通、温化之功，可温通经脉、温补中焦、散寒止痛、去除里寒，土暖则运化如常，水谷腐熟，使清阳升，浊阴下降；与乌梅配伍，酸收辛散，木金同调；与黄连黄柏配伍，辛开苦降、寒热并用，阴阳调和。人参、当归味甘温，补气健脾，补血养肝；与乌梅配伍，酸肝化阴，养肝阴补肝体；与附子、桂枝、干姜、细辛等合用，辛甘化阳、阳气升，寒湿散，则阴阳调和。诸药合用，则肾水缓、脾土和、肝木达，故可针对“寒热虚实错杂”的病机^[12]。

《伤寒论》中的辨证模式为六经辨证，三阴三阳六个阶段，其中厥阴病代表寒邪转归末期阴尽阳生，阳气来复的状态，故厥阴病篇第326条曰：“消渴，气上撞心，心中疼热”为阳，呈现上焦之热

炽，而“饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止”为阴，呈现的是下焦虚寒，体现了厥阴病阴阳盛复，寒热错杂的病机。“上热”主要为邪入厥阴化火犯胃，“下寒”主要为肝气伐脾、脾虚肠寒^[13]。

《黄帝内经·阴阳离合论》曰：“是故三阴之离合也，太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢”，开阖枢其中一方失调，则阴阳的离合异常，气机升降出入失常，故疾病发生。《素问·举痛论》曰“百病生于气也”，因此气机失常是疾病发生的重要病机。阴阳的离合运动是开通开阖枢亦是气机升降出入的另一种表现形式，《内经》清晰地诠释了人体三阴三阳六气的运行节律，而人体顺应自然，遵循三阴三阳开阖枢的规律。厥阴为三阴之阖，厥阴失阖则气机升降出入失常，从而肝气疏泄无度、肝肾相火攀升，可以出现肝气横逆脾胃，肝木化火刑金，及肝肾下虚、阳气上盛等的征象。

从“厥阴病欲解时”角度分析，丑至卯上，亥为阴气最旺盛之时，子时即一阳来复之时，此时正为阴尽阳生，此时正直阴将尽阳将生，阴阳交争，阴阳二者相互转化之时，若厥阴枢机不利，则阳不能出阴，阴阳气不相顺接，而导致厥阴病。乌梅丸的方剂特点为酸苦辛甘，准守《素问·至真要大论》所列出的“厥阴之胜，治以甘清，佐以苦辛，以酸泻之”之法，效可调燮厥阴，守阴助阳。运用乌梅丸可协助患者气化由阴出阳，使阴阳之气相顺接，病从厥阴所主之时而解。

乌梅丸除了具有温清补泻之外，尚兼气化浮沉，故以较大量的乌梅配黄连、黄

柏，既能补厥阴之体同时降泻敛阴，加入少量桂枝、附子、细辛等辛甘发散之药品，升降相因，整组方以降为主，即能补厥阴之体，同时无碍厥阴之用的弊端，对于平衡厥阴体用，调和阴阳离合、恢复气体运行及人体气化具有重要作用。凡出现厥阴阖降异常、气机升降出入失常的肝气横逆脾胃如欲呕、泛酸、嘈杂、泄泻等症状，或肝木化火刑金出现的咳嗽、咯血、哮喘等，及肝肾下虚、阳气上盛出现心烦、不寐、头晕等症状，用此方之疗效极佳。

综上所述，乌梅丸的病机可以分为三个角度来分析。第一，能治疗寒热虚实错杂之征，故乌梅丸能辛开苦降，寒热调和之功效。第二，善治上热下寒证，“上热”主要为邪入厥阴化火反胃，“下寒”主要为肝气伐脾、脾虚肠寒。第三，厥阴失阖则气机升降出入失衡，从而肝气疏泄无度、肝肾相火攀升，出现肝气横逆脾胃，肝木化火刑金，及肝肾下虚、阳气上盛等之征象。

后世医家在前人基础上不断拓展乌梅丸的主治范围。总体而言，清代以前，乌梅丸主要用于治疗蛔厥与久痢类疾病。如唐代孙思邈《备急千金要方》记载“治冷痢久下，乌梅丸”；宋代医著记载“乌梅丸，治产后冷热利，久不下止”；至清代以来，有医家认为乌梅丸为厥阴病的主方，善治疗上热下寒证^[14]，如清代黄元御认为，蛔厥之症主要由于中焦脾胃虚寒，蛔虫上逆犯膈，呈现出上焦郁而发热，下焦湿寒内蕴的厥阴病上寒下热之象^[15]。此外，清代叶天士《临证指南医案》记载乌

梅丸治疗咳嗽，呕吐、胃痛、泄泻、痢疾、久疟、痞证及温病^[16]。自清代柯韵伯《伤寒来苏集》提出：“乌梅丸为厥阴主方，非只为蛔厥之剂”以来，多位医家逐渐重视和探讨乌梅丸主治厥阴病的应用，使现代医家持续地对乌梅丸的主治范围进行研究拓展。

病案举隅

患者，女，42岁，2022年09月01日初诊。

主诉：胃胀3个月余。

刻下：不能服油腻食品，暖气、矢气甚，伴有嘈杂，大便如羊矢状。舌淡红，边微瘀点，苔薄白，脉弦细。

既往史：胃酸倒流史。

中医诊断：嘈杂；

中医辨证：肝气犯胃。

治法：健脾养胃，疏肝理气。

方药：香砂六君子丸和保和丸加减。

处方：香砂六君子、保和丸、海螵蛸、浙贝母、青皮、枳壳、白豆蔻、麦冬、生地黄、玄参。颗粒剂，每药1包，每日1剂；水冲服，每日1次饭后温服150ml。

2022年08月25日二诊：患者服药后胃胀、暖气改善，仍不能吃油腻食品，晨起嘈杂，时自冒冷汗，便秘，舌淡红，边微瘀点，苔薄白，脉弦细。

处方：六君子汤、丹栀逍遥散、海螵蛸、浙贝母、青皮、枳壳、枳实、白豆蔻、竹茹、枇杷叶、防风。

2022年9月1日三诊：患者咽干，夜间咳嗽重，但白天无咳，声音嘶哑，口渴欲饮，仍便秘、嘈杂，舌淡红，边微瘀点，苔薄白，脉弦细。

处方：养阴清肺汤、保和丸、海螵蛸、浙贝母、青皮、枳壳、枳实、瓜蒌子、乌梅、桂枝、白芍、川楝子、枸杞子、石斛、当归、五味子。

2022年9月1日四诊：患者夜间咳嗽改善，每天能排便，嘈杂，无胃胀，暖气多，舌淡红，边微瘀点，苔薄白，脉弦细。

处方：保和丸、一贯煎、海螵蛸、浙贝母、枳实、瓜蒌子、乌梅、太子参、干姜、桂枝、白芍、五味子、白豆蔻、竹茹。

按：此患者初诊时，以胃胀，暖气，不能服油腻食品为主；按个人用方经验，脾胃气虚者，以参苓白术散为主，若脾虚伴不能服油腻食品者，以香砂六君子为主。肠胃专病组治疗胃酸的经验用药对则海螵蛸和浙贝母，为乌贝散；此两味的配伍，具有收敛制酸，清热散结，能改善胃酸过多。便秘者，建议一般不先用泻下药物，可用较缓和润肠药，例如枳实，以润肠通便。暖气者，可用白豆蔻配合竹茹此配对。到了第四诊时，但其他症状治疗得差不多，只差嘈杂的症状。《景岳全书·嘈杂》对嘈杂做了较全面的概述：“嘈杂一症，或作或止，其为病也，则腹中空空，若无一物，似饥非饥，似辣非辣，似痛非痛，而胸膈懊恼，莫可名状，或得食而暂止，或食已而复嘈，或兼恶心，而渐见胃

脘作痛”。而此患者嘈杂的症状，病位在胃，与肝脾有密切相关，病机特点为厥阴阖降异常、气机升降出入失常所致的肝气横逆脾胃，故加入乌梅、太子参、干姜、桂枝诸药相配，使厥阴气机阖降、机体气机升降出入运行正常，肝脾和调，取得满意的效果。

乌梅丸加减的经验

新加坡中华医院施药以颗粒剂为主，无乌梅丸复方，故笔者常以主方再配乌梅丸中单味药物进行加减，以下是笔者乌梅丸方中的用药经验分享：

人参：人参中乌梅丸中的人参，可以根据不同的病症交换使用。以下的笔者自己临床上的运用：糖尿病者，适合用人参。脾胃气虚者，党参为佳。高血压者，采用西洋参，儿童则用太子参；需活血化痰者，可加入丹参。

桂枝：乌梅丸原方中运用桂枝。对于恶风寒、肢体酸痛、脉浮者，可以用桂枝，以温经通络之效。治疗糖尿病者，则采用肉桂，取引火归元之效。现代有许多资料显示，肉桂可以抑制血糖的升高^[17]。在《神农本草经》中本无桂枝、肉桂之分，而古人对桂的认识，不是现代中药学中的解表药，而为解肌，这是见于《伤寒论》中条文16“桂枝本为解肌……常须识此，勿令误也”，因此在桂枝汤方剂中需要借用粥水以发微汗。

细辛、花椒：由于无花椒颗粒剂，因此多不加入使用。至于细辛，现代所用多为根部，个人认为药效不佳，一般不作常

规配用，惟在患者但多伴鼻塞、流清涕的症状时酌情使用，并常配合白芷、蝉蜕，以增强通窍祛风之效。

附子、黄柏：一般的情况下，个人多不采用此两味药。但是若脾胃虚寒者，可以用附子，以振奋阳气，温补脾肾。若寒热错杂，则附子、黄柏并用，防止整组药性过热。现代附子炮制品可分盐附子、黑顺片、白附片、淡附片、炮附片等。若阳虚甚时，也可用川乌替代，以加强温阳的效果。

结语

乌梅丸是中医经典代表方剂中一个，整方酸苦甘辛四味于一体，药性刚柔相济，温中苦降，寒热并用^[18]。现代中医教材将乌梅丸归纳为驱虫剂，仅能治疗蛔虫病而无法真正体会张仲景配伍之意^[19]。随后世医家在治疗范围不断扩展，而现代医学上亦发现其可治疗胃食管反流病、肠易激综合征、克罗恩病、慢性非特异性溃疡性结肠炎等肠胃疾病，希望通过自己医案，抛砖引玉，以期为临床应用拓展思路。

【参考文献】

- [1] YADLAPATI R, GYAWALI C P, PANDOLFINO J E. AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2022, 20(5): 984-994.e981.
- [2] CHEN J, BRADY P. Gastroesophageal Reflux Disease: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment [J]. Gastroenterol Nurs, 2019, 42(1): 20-28.
- [3] MCLOUGHLIN V Z Y, SUAINI N H A, SIAH K, et al. Prevalence, risk factors and parental perceptions of gastroesophageal reflux disease in Asian infants in Singapore [J]. Ann Acad Med Singap, 2022, 51(5): 263-271.
- [4] ANG D, HOW C H, ANG T L. Persistent gastro-oesophageal reflux symptoms despite proton pump inhibitor therapy [J]. Singapore Med J, 2016, 57(10): 546-551.
- [5] JUNG H K. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Asia: a systematic review [J]. J Neurogastroenterol Motil, 2011, 17(1): 14-27.
- [6] SHAQRAN T M, ISMAEEL M M, ALNUAMAN A A, et al. Epidemiology, Causes, and Management of Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review [J]. Cureus, 2023, 15(10): e47420.
- [7] YOUNG A, KUMAR M A, THOTA P N. GERD: A practical approach [J]. Cleve Clin J Med, 2020, 87(4): 223-230.
- [8] 郑月平. 基于古今文献的乌梅丸方证研究[D]; 中国中医科学院, 2022: 5.
- [9] 梁宇花, 高霞, 孟捷. 口服中成药治疗腹泄型肠易激综合征的网状Meta分析[J]. 中草药, 2023, 54(10): 3237-3252.
- [10] 陈浩彬, 林才志. 乌梅丸治疗大肠相关性疾病的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(01): 250-257.
- [11] 张云娜, 韩俊泉, 刘喆等. 乌梅丸治疗溃疡性结肠炎的学术经验[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2023, 29(04): 535-536.
- [12] 王庆国. 伤寒论选读[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012:214-215.
- [13] 秦德源, 陆为民. 陆为民教授运用经方治疗胃食管反流病经验采撷[J]. 广西中医药, 2024, 47(02): 57-59.
- [14] 焦安钦徐. 乌梅丸[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2009:3-4.
- [15] 清·黄元御. 黄元御医书精华: 黄元御伤寒解[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012:15.
- [16] 王颖, 赵冠宇, 薛淑萍等. 乌梅丸及其类方治疗胃肠疾病的临床与基础研究进展[J]. 中药药理与临床, 2023, 39(03): 122-128.
- [17] MORIDPOUR A H, KAVYANI Z, KHOSRAVI S, et al. The effect of cinnamon supplementation on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: An updated systematic review and dose-response meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Phytother Res, 2024, 38(1): 117-130.
- [18] 孙闻佳, 刘沈林. 刘沈林教授乌梅丸治疗大肠癌验案举隅[J]. 光明中医, 2022, 37(03): 500-502.
- [19] 严俊宁, 宋文杰, 张倍嘉等. 乌梅丸治疗2型糖尿病的机理探讨[J]. 中国民族民间医药, 2022, 31(17): 7-10.

高血压和心血管系统疾病的中医临床论治

张彩芳（新加坡）

【摘要】高血压病是一种原因未明的以体循环动脉血压升高为主要特征的独立性全身性疾病，是我国最见的心血管疾病之一。目前多认为高血压病的发病因素是在遗传因素，膳食因素，职业和社会心理应激因素，缺乏体力活动或神经内分泌因素。根据高血压的临床表现，中医学主要是通过眩晕、头痛来认识其病因病机的。

中医认为心系病变主要体现在主血脉和主藏神的功能失调。心主神即主管精神和意识思维活动。临床以心悸、心痛、心烦、失眠、多寐、脏躁、癫狂、痫病、痴呆等为心系的常见病证而在心力衰竭病，可见“心衰”、“心悸”、“怔忡”、“水肿”、“喘咳”、“痰饮”、“心痹”等辨证的范畴。

中医学心病病因多为外感六淫，饮食、劳逸失度，内伤七情，以及禀赋不足、年老体衰、药物创伤等所致。中医学心病病机：心病的发生发展主要与血虚、热结、寒凝、气滞、痰浊、血瘀等有关，属本虚标实之证，病位在心、心脉，与肺、肝、脾、肾四脏功能失调密切相关，脏腑气血阴阳亏损，尤其是以心气血阴阳亏损为本，热结、寒凝、气滞、痰浊、血瘀为标。经脉痹阻，血行不畅，致心脉不通或心脉失养而发病。心病的病因病机复杂多样，归纳起来不外乎“本虚标实”^[1] 血压升高、劳累、情绪变化、受寒、饱食等为心绞痛发作的常见诱因。临床以心绞痛为冠心病的特征表现。心绞痛属于中医学的“胸痹”、“心痛”等范畴。

【关键词】高血压，眩晕，冠心病，心力衰竭，病因病机，辨证论治，辨病。

1、辨证治眩晕

东汉·张仲景《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云：“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之。”认为痰饮是眩晕重要的致病因素之一，为后世医家“无痰不作眩”的观点提供了理论基础。

1.1 病因病机

眩晕的发生主要与情志不遂，饮食不节、年老体弱、久病劳倦、跌扑坠损或久病入络以及感受外邪等因素有关，内生风、痰、瘀血、虚，以致风眩内动、清阳不升或清窍不宁，脑窍失养而突发眩晕。

眩晕的基本病机包括虚实两端。本虚为肝肾亏虚，气血亏虚，或髓海不足，清窍失养；标实为风、痰、瘀、火，扰乱清窍。病位在肝、脾、肾三脏关系密切。在临床上以虚证居多。其病因病机较为复

杂，多彼此影响，互相转化，兼夹复合为患。临证往往难以截然分开。如脾胃虚弱，气血亏虚而生眩晕，而脾虚又可聚湿生痰，二者相互影响，临床上可以表现为气虚兼有痰湿中阻的证候。《类证治裁·眩晕》言：“肝胆乃风木之脏，相火内寄，其性主动主升。或由身心过动，……或由高年肾液已衰，水不涵木，以至目昏耳鸣，震眩不定。”因此，眩晕频作的中老年患者多有罹患中风的可能，常称之为“中风先兆”，应慎防其病机传变。^[2]部分中风患者以眩晕，头痛为先兆表现。

1.2、治则治法

眩晕的治疗原则为补虚泻实，调整阴阳。实者当潜阳息风、清肝泻火、化痰祛瘀；虚者当补益气血、滋阴肝肾、填精益髓；虚实夹杂者，宜标本兼顾。

1.3、证治分类

	证型	治疗原则	推荐方剂
1	肝阳上亢	平肝潜阳，清火息风	天麻钩藤饮
2	痰湿中阻	化痰祛湿，健脾和胃	半夏白术天麻汤
3	瘀血阻窍	祛瘀生新，活血通窍	通窍活血汤
4	气血亏虚	补益气血，调养心脾	归脾汤
5	肾精不足	滋阴肝肾，填精益髓	左归丸

2、辨证治冠心病

冠心病是因粥样硬化使冠状动脉管腔狭窄甚至闭塞，影响冠状动脉循环的一种心脏病。根据临床表现特点又可分为无症状心肌缺血、心绞痛、心肌梗死、心律失常与心力衰竭，猝死。心绞痛是冠状动脉供血不足，心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。其特点为阵发性的前胸压榨性疼痛感觉，主要位于胸骨后，可放射至心前区和左上肢，持续数分钟，经休息或用硝酸酯制剂后往往迅速消失。稳定型心绞痛持续1~15分钟，常为3~5分钟，而不稳定型心绞痛在静息时或夜间发生心绞痛持续20分钟以上，可伴有汗出、恶心、呼吸困难等。早期监护和一般治疗为临床休息1~3天，吸氧、持续心电图监护。

动脉粥样硬化是心血管系统最常见的疾病。主要累及大、中型动脉的内膜，以脂质沉积、灶性纤维化、粥样斑块形成为特征，导致管壁增厚、变硬、管腔狭窄，引起相应器官的缺血性改变，严重危害人类健康。目前在我国其发病率呈上升趋势，且多见于中老年人，以40~49岁人群发展最快。^[3]

2.1 病因

中医认为本病的发生与年老肾虚、寒暑犯心、饮食不节、七情所伤、劳逸失度等因素有关。其病位在心、与心、肝、肾、脾诸脏的盛衰相关，多属本虚标实之证，常在心阳、心气、心血、心阴不足或肝、脾、肾失调的基础上，兼夹痰浊、气滞、血瘀、寒凝等病变，产生不通则痛与不荣则痛的表现。

2.2 病机

胸痹心痛的病机关键在于阳微阴弦，心脉痹阻，血行不畅，不通则痛。其病位在心，但与脾之运化、肝之疏泄、肾藏精主水等的功能失调有密切的关系。病性常常为本虚标实，虚实夹杂，虚者多见气虚、阳虚、阴虚、血虚，尤以阳虚、气虚多见；实者不外寒凝、痰浊、气滞、血瘀，并可交互为患，其中又以痰浊、血瘀多见。以上病因病机的可同时并存，交互为患，病情进一步发展，可见下述病变：瘀血痹阻心脉，心胸猝然大痛，而然为真心痛；心肾阳衰，水邪泛蓝，凌心射肺而为咳喘、水肿，多为病情深重的表现，要结合有关病种相互参照，辨证论治。

2.3 治疗

冠心病心绞痛的治疗应本在“急则治标”、“缓则治本”的原则。对于严重心痛者，及时采用中西医结合治疗控制病情，以免发展为心肌梗死。

2.4 辨证治疗

本病主要症状是胸痛、胸闷、心悸、短气等，但部分危重病者可以无痛或仅出现面色苍白、大汗淋漓、四肢厥冷、脉微欲绝或脉涩结代等厥脱表现。在发作期必须做出及时处理以缓解心痛，缓解期则予辨证施治，常以攻补兼施为原则，以减少乃至控制心绞痛发作。^[4]

2.4.1 发作期的治疗：

心绞痛发作时舌下含化麝香保心丸、速效救心丸等缓解疼痛。

2.4.2 缓解期的治疗:

	证型	治疗原则	推荐方剂
1	心脉瘀阻	活血化瘀，通脉止痛	血府逐瘀汤加减
2	气滞胸痛	疏肝理气，活血通络	柴胡疏肝散加减
3	痰浊痹阻	通阳泄浊，化痰开胸	瓜蒌薤白半夏汤加减
4	寒凝心脉	温通心阳，散寒止痛	瓜蒌薤白白酒汤合当归四逆汤加减
5	气阴两虚	益气养阴，通脉止痛	生脉散合炙甘草汤加减
6	心肾阴虚	滋阴补肾，养心安神	左归饮合天王补心丹加减
7	心肾阳虚	补虚助养，温通心脉	参附汤合右归饮加味

3、辨证治心力衰竭

心力衰竭是各种心血管疾病的终末段的临床表现，主要表现为呼吸困难、容易疲劳和体液潴留。在临证时，往往数证并存，如左侧心力衰竭者多为心悸、喘证并存，右侧心力衰竭多为水肿、积聚互见。

3.1 病因病机

中医认为本病有先天不足、外邪入侵、久痹入心、情志失调、久咳伤肺损心、老年体衰。以上各种病因可致心之气血阴阳受损，脏腑功能失调，血脉通行受损，水湿瘀血内停而发为本病。本病的中医病机主要特点是心气、心阳虚衰，血脉

瘀滞，水饮内停。病位在心，涉及肺、肝、脾、肾。

根据其不同的临床表现，按照其证候特征，可将本病归属中医学“心悸”、“怔忡”、“痰饮”、“喘证”、“水肿”、“心痹”等证的范畴。

3.2 辨证治疗

本病的初期病在心肺，症见心悸、咳嗽，久病累及脾肾，可有水肿、动则喘促等，后期可见喘逆不得卧、四肢厥冷等，为心阳虚脱，是心衰的危重证。根据临床表现，分为急性加重期和慢性稳定期。^[5]

3.2.1 急性加重期一端促气急，动则加重，甚则不能平卧，肢体加重，咳嗽咳痰。^[6]

	证型	治疗原则	推荐方剂
1	气虚痰瘀	益气养心，涤痰活血	生脉饮、丹参饮合葶苈大枣肺汤加减
2	阳虚水泛	温阳利水，活血化瘀	真武汤合五苓散加减

3.2.2 慢性稳定期—心衰急性加重诱因祛除，静息时无明显气促，水肿基本消退或轻度水肿，咳嗽咳痰好转。

	证型	治疗原则	推荐方剂
1	心肺气虚	补益心肺	生脉固金汤加减
2	心脾两虚	补益心脾	归脾汤加减
3	心肾两虚	补益心肾	麦味地黄丸加减

3.3 中成药——口服药

	证型	治疗原则	推荐方剂
1	阳气虚衰，血瘀水停	益气温阳，活血通络，利水消肿	芪苈强心胶囊
2	心肾阳虚，心脉瘀阻	温补心肾，益气助阳，活血通脉	心宝丸
3	气阴两虚	益气养阴	生脉胶囊或生脉饮
4	心衰气虚	补益心气，理气止痛	补心气口服液

4、讨论

“… … 高血压可分为原发性和继发性两大类：原发性高血压即高血压病，占高血压的90%。”“… … 继发性是继发于其他疾病（如肾炎、肾动脉狭窄、肾上腺和垂体肿瘤等）所引起的血压增高，其血压升高只是某些疾病的一个症状或体征，常随着原发疾病的治愈而逐渐恢复。”^[7]

高血压可促进动脉粥样硬化。随着年龄的增长，粥样斑块的沉积可累及主动脉、冠动脉、脑动脉、四肢动脉、肾动脉和肠系膜动脉等，病变多为数个器官的动脉同时受累，病理过程往往在症状发生前许多年就已开始，缓慢且隐匿^[8]。可

见，老年高血压的临床表现与成年人相比有其特殊性。如血压异常表现类型多变和血压波动大。虽然高血压与衰弱显著相关，但对假性高血压给予常规降压治疗可能导致实际缩压过低，跌倒衰弱风险增加。

高血压常伴有心、脑和视网膜等器官功能性或器质性改变为特征的全身性疾病。其临床表现的症状体征如目眩、头晕、心悸、气短、胸闷，心功能失代偿时的心衰竭表现。部分病人可因合并冠状动脉粥样硬化性心脏病而有心绞痛、心肌梗死的表现。

西医常用降压药血管紧张素转酶抑制剂 (angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEI)、钙通道阻滞剂 (calcium channel blockers, CCB)、血管紧张素 II 受体拮抗剂 (angiotensin receptors blockers, ARB)、利尿剂和 B 受体阻滞剂均可以为老年高血压患者降压初始和维持用药的选择。需注意 ARB 与 ACEI 抑制剂相同, 亦能引起低血压, 高血钾及肾功能损害恶化。每日体重的变化是最可靠的检测利尿剂效果和调整利尿量的指标。

现代药理研究显示, 中药黄芪、何首乌、白芍、泽泻、海金沙、胆南星、法半夏等具有抑制血管紧张素作用。防己、川芎、藁本、海金沙等有钙离子拮抗剂样作用。在指南要点^[9] CCB 的应用须考虑用药安全性, 即常用于治疗心绞痛或高血压。

ACEI 在心力衰竭治疗中的适用证较为广泛。如所有左心室收缩功能不全 (LVEF < 0.4) 患者, 除非有禁忌证或不能耐受; 无症状的左心室收缩功能不全应使用, 可

预防和延缓发生心力衰竭; 伴有体液潴留者应与利尿剂合用。需注重 ACEI 禁忌证如显著的低血压 (收缩压 < 80mmHg), 血钾增高 (>5.5mmol/L) 等。具有 ACEI 样作用的中药有黄芪、细心、白芍、何首乌、野菊花、板蓝根、海风藤、海金沙、法半夏、胆南星、瓜蒌、青木香、泽泻等, 可辨证选用, 在心衰的前期使用可能病人获益更大。^[10] 因此, 在辨证的基础上根据以上原则适当选用上药, 则既体现了中医辨证施治的原则, 又能发挥西医学特长, 攻击难点。

5、结论

临床上按脏腑分证论治心系疾病有肺心痛、肝心痛、脾心痛、胃心痛、肾心痛的表现。对于循环系统疾病的辨证治疗, 应重视整体观念, 重视脏腑之间的内在联系。辨病论治和辨证论治相结合, 病、证、方多层次结合研究, 有助于全面把握疾病的辨证治疗规律, 应权衡轻重, 审别缓急, 辨证论治, 才能更客观地反映临床实际, 提高临床疗效。

【参考文献】

- [1] 王政德, 李鑫辉. 心病临床论治精要: 北京: 中国中医药出版社, 2018.5: 31.
- [2] 吴勉花, 石岩. 中医内科学. 北京: 中国中医药出版社, 2021.6: 139-140, 142-143.
- [3] 刘春英, 高维娟. 病理学. 北京: 中国中医药出版社, 2021.6: 87.
- [4] 黄春林, 邹旭. 心血管科专病中医临床诊治. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 7.
- [5] 黄春林, 邹旭. 心血管科专病中医临床诊治. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 205-207.
- [6] 黄春林, 邹旭. 心血管科专病中医临床诊治. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 205-207.
- [7] 刘春英, 高维娟. 病理学. 北京: 中国中医药出版社, 2021.6: 93.
- [8] 于普林. 老年医学. 北京: 人民卫生出版社, 2023.4: 77.
- [9] 赵水平等. 心血管病诊疗指南解读. 北京: 人民卫生出版社, 2004.3: 139.
- [10] 黄春宏, 张捷. 血府逐瘀汤加味治疗慢性肺心病 40 例. 陕西中医, 2006, 12: 1459.

新近中药专方研究治疗 胆囊术后综合征的探讨

何宇瑛（新加坡）

【摘要】胆囊术后综合征因胆囊切除后伤及肝胆，焦虑饮食失调所致，病位在肝胆脾胃，肝失疏泄，少阳气机不利，影响脾胃升降功能，中医专方治疗概况及临床心得。

【关键词】胆囊切除术后；专方研究；疏肝和胃；泄胆热

胆囊切除术后综合征（Postcholecystectomy Syndrome, PCS）是指在胆囊切除术后原有症状未缓解或在此基础上出现新症状的一组症候群，包括非特异性的消化道症状如恶心

暖气，腹胀等，特异性的胆道症状如右上腹典型胆绞痛，胆管炎等^[1-2]，目前难以彻底治愈，西医对症治疗，因此传统中医药倍受关注^[3]。近年来中医专方或联合西医治疗的探索中，许多医家为得到更有效治疗手段，进行丰富临床实践，本文针对选方用药的分析探讨。

一、病机分析

中医学并没有PCS病名，根据临床主症可归属于“胁痛”，“腹痛”，“泄泻”，“痞满”等范畴。“胆者，中精之腑”，肝胆表里为用，胆藏泄胆汁的生理功能是肝主疏泄的功能表现之一。胆囊切除后因湿，气滞，瘀并有正气亏损等各方面原因，损伤胆之脉络，导致肝胆疏泄功能失

调，对脾胃升降功能减弱，脾失健运，故有暖气，腹胀，胁痛，腹泻，胁痛等多种不适症状。

二、专方研究

中医药对PCS专病专方治疗针对病机及主要临床症状相结合的治疗，提出各自的专方并分析临床选方用药治疗。

1、PCS之腹痛

胆囊切除后的腹痛轻者胀痛不适，餐后腹部的压迫感，可伴腹胀，重者表现为右侧肋肋部疼痛，腹部绞痛等。

① 肝络受损，气机郁滞，陈爱国[4]提出用旋复花汤加味治疗，收集PCS病人42例，结果：总有效率治疗组为80.95%，症状表现为腹痛，兼有暖气，吐苦水等，具体用药：旋复花12g（包），茜草10g，青葱10g，丹参30g，香橡皮12g，丝瓜络10g，随证加减：黄疸明显加茵陈30g，谷丙

转氨酶升高加垂盆草 30g 等。此外，治疗后能降低谷丙转氨酶（SGPT）和胆红素，方义分析认为：旋覆花汤为后汉代医家张仲景所创，具有行气活血，通阳散结之功效。PCS 的腹痛因疏泄失调，气机郁滞，脉络瘀阻而发为疼痛，证机相符，方中葱茎通阳散结；旋覆花降气；新绛活血通络；丹参、香椽皮、丝瓜络理气活络，使结散气调，血气以和，则诸症自愈。

- ② “久病入络”，“久病必瘀”，报道为拥有 30 多年胆囊切除术后中医治疗经验的蒋益泽教授^[5]，采用膈下逐瘀汤治疗 PCS 47 例，有满意疗效，药物组成：组方：当归、酒川芎、牡丹皮、赤芍、香附、红花、麸炒枳壳、燀桃仁、百药煎各 15g；醋延胡索 20g；红曲 12g；乌药、醋五灵脂 10g；生甘草 12g，随证加减。蒋教授并指出，患者手术前通常具有反复腹痛和缠绵难愈的特征，血瘀与气滞同时存在，以通络化瘀，清热利肝胆为依据，同时调理好中焦气血。方用红花、燀桃仁、醋五灵脂、赤芍、牡丹皮、醋延胡索、酒川芎、当归活血通经，行瘀止痛；四制香附、乌药、麸炒枳壳调气疏肝。甘草所以用量较重，能调和诸药及缓急止痛。红曲专入肝脾肠经来健脾、益气，使本方共奏气血同调、活血化瘀、通络止痛、清热和胃肠之效。

- ③ 脉络瘀阻，湿热内蕴，现代医学发现 PCS 患者 Oddi 括约肌压力增高，

导致胆汁排泄不畅，胆道内压增高，胆总管代偿性扩张并出现症状。沈幼星^[6]等采用针刺配合中药治疗术后胁痛及进食后腹痛，针灸穴位：肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、阿是穴及足三里、上巨虚、阳陵泉，中药采用四逆散加减，组成：柴胡 10g，白芍 10g，枳壳 10g，白豆蔻 6g，郁结 10g，厚朴 10g，大横 10g，甘草 10g，炒白术 10g，赤茯苓 9g，随证加减。治疗 3 周后总有效率为 98.1%。研究认为，胆囊虽然切除，胆局部形成疤痕组织等不良刺激或腹膜炎（脊神经前支支配），反射引起同节段脊神经后支支配的肌肉，相当于 T4-6 棘突旁开的肌肉，针刺肝胆脾胃等背腧穴，以疏肝利胆，活血化瘀止痛。下合穴胆募穴，解除胆道痉挛，加速胆汁排泄，起到消炎止痛作用，足三里振奋胃气，阳陵泉利胆通腑。中药四逆散加味能疏肝理脾，健脾和胃。针药配合达到疏肝利胆作用。临床研究显示，具有增加胆汁分泌，松弛 Oddi 括约肌，促进胆汁排泄，降低胆管内压，可有效降低结石复发率，值得临床推广。

2、PCS 之腹泻

腹泻，大便次数增多是 PCS 患者的常见症状，学者柳青^[7]认为肝强脾弱情志不遂，木郁不达，横克脾土；土虚木乘，脾的运输功能失常，运化失常发为腹泻，采用疏肝理脾汤治疗，药物组成：醋柴胡 10g，白芍 15g，炒白术 20g，陈皮 10g，防风 10g，党参 10g，芡实 15g，诃子 10g，

山药20g, 甘草6g, 大枣3枚, 随证加减。总有效率为86.7%。并强调改变饮食结构和生活方式, 此为抑肝扶脾治疗思路提高临床参考。

3、PCS之消化不良

胆囊术后出现腹胀, 暖气, 食欲不振等消化不良症状, 据研究认为, 愈胆汤^[8]治疗能加速胃排空, 加快小肠周期性运动, 提高PCS患者血清胆囊收缩素(cholecystokinin, CCK)和胃动素(motiin, MTL)水平。药物组成: 栝楼根, 煅牡蛎, 柴胡, 炒鸡内金, 黄芩, 干姜, 桂枝, 焦山楂, 丁香, 延胡索, 炙甘草, 白芍, 酒大黄。现代药理学研究发现, 柴胡, 黄芩性凉味苦, 清热燥湿, 解烦热, 有抗炎消肿功效, 白芍味甘, 酸, 敛阴止汗, 与柴胡共同调和肝气, 缓解胆道高压和痉挛。桂枝, 干姜性温味辛, 能助阳化气, 上调MTL, 促进胃排空, 焦山楂行气散淤, 开胃消食; 酒大黄清热泻火, 荡涤肠胃, 抑菌作用; 延胡索, 丁香理气止痛, 抑制胃酸, 栝楼性寒, 清热可抗炎, 抑菌; 煅牡蛎性寒味咸, 可收敛固涩, 降低干细胞损伤; 炒鸡内金与山楂协健胃消食, 增加胃液, 胃蛋白酶; 炙甘草和胃益气, 调和诸药。全方共同发挥疏肝利胆, 生津敛阴的功效, 可调节胃肠气机平衡, 提高血清CCK和MTL水平, 为临床提供理论参考。

三、病案举例

张女士, 74岁, 胆囊切除术10多年, 每年定期复查, 并有胃食管反流病史, 近两月来无明显诱因出现右侧肋部胀痛, 先

去西医就诊怀疑是肌肉拉伤问题, 给予止痛药治疗, 1周后症状不能缓解, 后求诊中医。初诊于2023年9月1日, 症见右上腹隐痛, 胀痛时作, 伴口苦口干, 暖气, 偶有反酸, 焦虑面容, 纳寐欠佳, 大便干结, 2-3天一行, 排便后腹痛缓解, 小便正常, 舌质红舌底脉络粗, 苔薄黄, 脉弦滑数。西医诊断: 胆囊切除术后综合征, 中医诊断: 胁痛(肝胃不和, 胆腑郁热夹气滞瘀证), 治以疏肝解郁, 泄胆热和胃助于化瘀。处方: 柴胡加龙骨牡蛎汤3g, 香附1g, 枳实1g, 陈皮1g, 延胡索1g, 郁金1g, 莱菔子2g, 麦芽2g, 桃仁1g, 紫苏1g。服用7天后胁痛缓解明显, 大便转畅, 日2次, 纳寐改善, 仍口苦, 口干, 疲劳, 给前方加益气养阴的党参1g, 石斛1g, 服药2周, 以上症状已经缓解。

按: 柴胡加龙骨牡蛎汤出自《伤寒论》“伤寒八九日, 下之, 胸闷烦惊, 小便不利, 谵语, 一身尽重, 不可转侧者, 柴胡加龙骨牡蛎汤主之”。此方用小柴胡汤去炙甘草, 加龙骨、牡蛎、铅丹、桂枝、茯苓、大黄组成, 能和解少阳, 转运枢机, 重镇安神之效。^[9] 现代医家通过中医理论基础研究, 药理研究及临床疗效研究, 治疗焦虑证。药理机制研究表明^[10] 发挥抗抑郁作用机制与中枢海马脑源性神经营养因子信号通路等有关。患者胆囊切除日久, 情绪焦虑, 少阳枢机不利, 肝失疏泄, 胆热犯胃, 可见口苦胁痛, 气滞则血瘀, 病程长见舌底脉络变粗之。本方与香附相配, 疏肝泄胆热, 陈皮, 燥湿理气, 现代研究其含有会发对消化道有缓和的刺激作用, 延胡索能行血中之气滞, 气

中之血滞，现代研究有明显镇痛，镇静作用，枳实伍陈皮，加强理气作用，莱菔子，麦芽能消食醒胃并能降气，紫苏辛温、芳香能祛风，延胡索与桃仁为伍，理气化瘀止痛。全方共凑梳理少阳气机，泻胆热，理气止痛和胃之效。本患者胆热为标，脾胃亏虚治疗是本，治疗时先缓解症状为要，继后不忘益气养阴建中焦，用药避免过度苦寒，注重与现代药理研究相结合，更容易凑效。

四、总结

以上为PCS表现为腹痛，腹泻，消化不良的专方治疗经验报道，因饮食油腻，手术造成肝胆脉络损伤，情志因素及体虚因素等形成湿，气滞，血瘀，郁热及中虚的病理因素，治法方面见于胆病从肝治，并注重顾护脾胃，药物性味多选用寒温，辛苦的理气药，清热药，补益药等。

【参考文献】

- [1] 郑树国, 王小军. 胆囊切除术后综合征 [J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(6): 510-512.
- [2] Tomasz Gach, Pawel Bogacki, Beata Markowska et, Quality of life in patients after laparoscopic cholecystectomy due to gallstone disease evaluation of long-term postoperative results, Index Copernicus, 2021(1): 1-6.
- [3] 闫玉洁, 王海峰, 蒋欢欢, 等. 大黄利胆胶囊治疗胆囊切除术后综合征的临床疗效观察 [J]. 检验医学与临床, 2016, 13(10): 1395-1397.
- [4] 陈爱国, 旋复花汤加味治疗胆囊术后综合征 42 例 [J]. Western Journal of Traditional Chinese Medicine 2013, 26(9): 68-69.
- [5] 程明超, 李良文, 蒋益泽等. 蒋益泽教授膈下逐瘀汤治疗胆囊切除术后证 47 例经验 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(71): 238-239.
- [6] 沈幼星, 陈旻. 针灸配合中药治疗胆囊术后综合征疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(3): 291-293.
- [7] 柳青. 疏肝理脾汤治疗胆囊术后泄泻 30 例 [J]. 光明中医, 2016, 31(19): 2825-2827.
- [8] 王志力, 武建国, 王晓军, 等. 愈胆汤治疗胆囊切除术后综合征疗效及对胃肠激素等影响 [J]. 中国医药, 2018, 27(14): 60-63.
- [9] 何婷婷, 陈雯雯, 黄雅帝, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗焦虑证研究概况 [J]. 中国民间疗法, 2025, 33(2): 95-98.
- [10] 谢钊志, 韦兴悦, 陶玉慧, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗抑郁症等作用机制分析及疗效系统评价 [J]. 江西中医药大学学报, 2024, 36(6): 111-115.

注：本文刊于《第十四届亚细安中医药学术大会论文》，2025年

乳腺癌类更年期综合征 中医治疗概况

曾玉珠（新加坡）

一、简介

乳腺癌在所有女性癌症患者中高居榜首，可笼统归类为激素依赖型及非激素依赖型。激素依赖型患者可应用内分泌治疗以预防原病灶复发，抑制对侧乳腺癌的发生，延长患者生命。对于绝经前激素依赖型患者，内分泌治疗方面，三苯氧胺（Tamoxifen）是首选药。作为一种抗雌激素药物，它通过竞争性抑制雌激素受体，使患者体内雌激素水平绝对或相对下降，从而达到抑制肿瘤增长的目的，但同时也给患者带来了许多不适，最常见的就是类更年期综合征的表现，如潮热、汗出、面部潮红、急躁易怒、失眠、体重增加等症状。中医学认为，其可归属于“脏躁”、“绝经前后诸证”、“百合病”、“郁证”等范畴。

二、病因病机

历代医家大多主张乳腺癌患者类更年期综合征的出现主要与肝脾肾三脏的功能失常有关。

李艺主任^[1]重视肝脾肾三方面的病因病机，强调病机中，以肝、脾、肾失调为本，标实可见“虚火”“气郁”“湿浊”。宋爱莉教授^[2]总结多年临床经验，基于肾-天癸-冲任-胞宫轴认为乳腺癌患者类

更年期综合征出现的病理特点是肾虚为本，痰毒为标。王振强主任^[3]则认为该病病因病机在于气血失和、阴阳失衡。气血失和责之脾，阴阳失衡责之肾。王晞星教授^[4]说肾、肝、脾三脏的功能失调导致本病，其中以肝肾阴虚为基本病机。王禹堂老中医主张^[5]本病根本原因在于肝郁脾虚，肝肾不足，肝郁化火，肾阴不足导致相火不降。阴不足是本，气有余是标。骆学新教授^[6]强调其病机为肾虚为本、阴阳失调。李佩文教授^[7]提出玄府郁闭，失于通养是乳腺癌患者内分泌治疗出现“汗出异常”症状的重要机制。陈武进教授^[8]主张此综合征的主要病因病机为肝肾不足、少阳枢机不利。吕培文教授^[9]认为此综合征的临床表现与气血失和、肝肾亏虚密切相关。

三、专家治疗经验

中医药治疗乳腺癌类更年期综合征，以患者个体化症状辨证施治，以整体为观念，使人体达到调和稳定的状态，对于改善症状，提高生存质量，具有特色和优势。

李艺主任^[1]治疗时，将调补肝、脾、肾贯穿于始终，兼顾清虚火、解气郁、化湿浊，根据肝、脾、肾的不同侧重，辨证

施治。临床中将其分为肝肾阴虚型、肝郁脾虚型、肝脾两虚型等。对肝肾阴虚型者，治以滋阴益肾法，常应用六味地黄汤加减滋阴补肾，填精益髓，或以一贯煎补肝肾之阴不足；虚火上炎甚者，以炒知母、炒黄柏、玄参泄“虚火”；阴损及阳，肾阴阳两虚，以桑寄生、淫羊藿、巴戟天、炒杜仲益肾阳。肝郁脾虚型者，常以柴胡疏肝散合六君子汤加减以疏肝健脾，标本兼顾；肝郁气滞甚者，加川楝子、郁金、薄荷、木香解“气郁”；脾虚痰湿甚者，加砂仁、薏苡仁、炒苍术、山药、炒白扁豆祛“湿浊”。肝脾两虚型者，常在疏肝健脾法的基础上，以醋龟甲、制鳖甲滋阴潜阳，炒栀子、丹皮、地骨皮凉血泻火；以当归、制何首乌等补养肝血。内分泌治疗后有明显心悸汗出者，常随证加入龙骨、牡蛎、浮小麦、糯稻根、五味子等；若腹胀便秘、大便干结难解者，加郁李仁、火麻仁、杏仁、炒枳实、炒厚朴等；有梦多失眠者，加合欢皮、首乌藤、制远志、炒酸枣仁等。

吕培文教授^[9] 临证以调和气血、调补肝肾为主要治法，在遣药组方时，以“四藤二红”及五子衍宗丸为基础加减运用。

“四藤”为天仙藤、首乌藤、鸡血藤、钩藤，可调和阴阳、沟通内外、调和气血。“二红”是红花、红娘虫。遣方时，吕教授有时不用四藤，而根据患者具体病情，选用忍冬藤、青风藤、络石藤、海风藤等。由于红娘虫的毒性较大，一般常用三棱、莪术、桃仁、红花、丹参等代替，其中，三棱、莪术是常用的活血化瘀对药。由于大部分的类更年期综合征患者可辨证为肝

肾阴虚证，她常用五子衍宗丸（组成：枸杞子、菟丝子、五味子、覆盆子、车前子）加减调补肝肾。具体运用时，一般不用车前子，因为大多患者没有肢体肿胀症状。临证中，她也常随证选用山萸肉、女贞子、墨旱莲、续断、杜仲、炒酸枣仁、远志等平和之品。吕教授叮嘱学生，患者经过治疗肝肾功能已伤，不可过用攻伐之品。调畅情志方面，善用柴胡、香附、郁金、丝瓜络、青皮、川楝子等药。她告诫，柴胡若用之不当易劫伤肝阴，不可长期使用，需根据病情变化及时调整用量。而川楝子具有一定的肝毒性，一般用量常为 6g，强调中病即止，不可长期应用。

刘红英教授^[10] 临诊中发现乳腺癌类更年期汗证突出的患者，往往伴随畏寒、心烦、失眠，甚至焦虑、抑郁等症状，认为基本病机是“心肾不交”，由此导致腠理开合失司而津液外泄，因此采用“收涩敛汗治其标，交通心肾、调和阴阳以治本”为其辨治思路。选用芪龙止汗汤加减（药物组成来自病案举例：黄芪、煅龙骨、煅牡蛎、山药、浮小麦、酸枣仁、益智仁、瓜蒌子各 30g，党参、北沙参、五味子、合欢皮各 20g，白芍、海螵蛸、炒知母、女贞子、墨旱莲各 15g，穿山甲、炙甘草各 10g，灯芯草 3g）。以交通心肾，调补阴阳，以达水火既济、各安其位从而改善患者的症状，提高患者的生活质量，疗效不错。

宋爱莉教授^[2] 根据发病特点，结合肝肾阴虚、脾肾阳虚、心肾不交等证型，提出以滋肾补肾治其本，以健脾化痰、清热

解毒治其标。宋教授选用二仙汤为基础方滋肾补肾治其本的同时，也佐以柔肝养血、健脾益气、清心除烦。对肝肾阴虚的患者，她认为治疗上要滋阴养肾，柔肝补血，方用逍遥散合二至丸加减，同时滋补肝肾之阴的同时也佐以黄芪温养阳气，以达到“阳中求阴”的目的。脾肾阳虚者，以补中益气汤为基础方加减。肾阳不足，心火亢盛导致的心肾不交，以清心除烦，交通心肾为治疗关键，选用交泰丸加减。又中焦脾胃是心肾相交之通路，常配伍茯苓、陈皮、白术等药物健脾安中，以达到“胃和则卧安”的目的。兼血虚者加当归、白芍养血补血，肝郁气滞者加香附、枳壳等疏肝行气，失眠者加酸枣仁、远志等安神定志，纳呆食少者加陈皮、白术等健脾调中。乳腺癌痰毒为标，宋教授以健脾化痰、清热解毒治其标以抑制癌症的发展。常用党参、白术、茯苓、山药、焦山楂等健脾和胃。山慈菇、白花蛇舌草—半枝莲药对清热解毒。还常用蜈蚣、全蝎等虫类药物以毒攻毒，达到解毒通络，破血活血的作用。

朱明玥等^[11]整理总结周仲瑛、贾英杰、李佩文、王桂绵、郁仁存、孙桂芝、朴炳奎、林洪生、林丽珠、杨宇飞、林毅、余桂清等53位乳腺癌中医专家对乳腺癌内分泌紊乱的用药特点，得出证属肝肾阴虚，治以滋补肝肾，方用六味地黄丸加减。若出现精神方面的异常，如心神不宁，精神恍惚，情绪低落，喜悲善哭等症状，则考虑患者气血耗伤，心神失养，治以养心安神，用甘麦大枣汤及清骨散加减。

徐力教授^[12]把类似更年期综合征症状归结为肝肾阴虚证，临床上常以归芍六君子汤或六味地黄丸作为基础方加减，潮热明显、心烦意乱者可酌用丹栀逍遥丸或知柏地黄丸，夜间盗汗明显加用浮小麦、糯稻根、碧桃干等，汗液甚则浸湿衣被者加用煅龙骨、煅牡蛎等，仍盗汗不止者还可以用五倍子研粉敷脐。

徐基平教授^[13]认为长期进行内分泌治疗的乳腺癌患者多见冲任失调型，治宜调摄冲任，常用二仙汤合黄芪桂枝加龙骨牡蛎汤加减来调阴阳，和营卫，理冲任，再配伍预知子、山慈菇等解毒抗癌。

林洪生教授^[14]治疗乳腺癌内分泌治疗患者，强调辨证论治始终应是中医药治疗的核心内容。辨药论治无法取代辨证论治，但可作为有效补充进一步提高临床疗效。对于证属气虚者多以黄芪、白术、防风益气固表；血虚者加柏子仁、白芍、鸡血藤、阿胶珠补益气血；气阴两虚者多以天冬、石斛、玄参益气养阴。处方中常加入鸡内金、焦神曲等健脾消食，或生姜、大枣等顾护脾胃。临证也常选用抗癌解毒药三四味，如金荞麦、半枝莲、白花蛇舌草、白英、八月札、土茯苓、凌霄花、蛇莓等药物，通过定期变换防止长期使用同类药物诱发耐药。在她的常用药物中：生黄芪、川芎、苦参、莪术、赤芍、葛根、白花蛇舌草、土茯苓均具有逆转中药多药耐药、调节免疫或抑制肿瘤复发转移的作用。

对于服用内分泌药物后，出现因内分泌系统紊乱，见明显五心烦热，潮热盗汗，急躁易怒，心慌胸闷，恶心呕吐，体

重增加等症状者，林洪生教授^[15]多辨证为阴虚内热，疏泄失常，主要立法以滋阴清热，疏肝解郁，调畅气机予以施治。常用天冬、麦冬、沙参、知母、玄参滋阴清热；炒柴胡、郁金、山栀子、丹皮、夏枯草疏肝泄热；茯苓、莪术、佛手片、鸡内金、枳壳等健脾和胃，调畅气机。

王振强主任^[3]治疗乳腺癌内分泌患者之类更年期综合征，以“和”法为核心、补为首要，证症结合、因人制宜，治疗上强调调气血、和阴阳，自拟调和方，含经方“桂枝加龙骨牡蛎汤”，并重视药理研究进展，达到补益气血调脾胃、平衡阴阳固肾气以安和五脏之功，临床疗效不错。调和方组成有黄芪、白术、桂枝、芍药、当归、龙骨、牡蛎、陈皮、大枣、生姜、炙甘草。此方中4味药：甘草、黄芪、芍药、当归，虽药理研究^[16]具有雌激素活性，但实验结果表明无论是否与内分泌治疗联合应用，这几种草药都不会升高患者体内雌激素水平。

王晞星教授^[4]治疗本病重视滋补肝肾的同时或补脾益气，或疏肝解郁，或清热化痰，补肾平肝治其本，解郁化痰治其标，标本兼治，主次分明。他将本病分为肝肾阴虚证、肝郁火旺证、痰热内扰证来论治。证属肝肾阴虚者，用自拟方滋水调肝汤加减治疗。组成有熟地黄、山萸肉、当归、白芍、柴胡、白术、茯苓、甘草。证属肝郁火旺者，用丹栀逍遥散加减来疏肝解郁、养血清热。痰热内扰证者，治以养血平肝、清热化痰，方用温胆汤加减。方中含竹茹、枳实、陈皮、茯苓、半夏、石菖蒲、远志、首乌藤。王晞星教授强

调，因本病的特殊性，使用补肾药时应避免使用现代药理研究已经证实的对雌激素水平有上调作用的方剂及药物，如二仙汤、女贞子、旱莲草、菟丝子等。

王禹堂老中医^[5]治疗类更年期综合征时，大致分为：肾阴亏虚、肝血亏虚、阴虚火旺3型，指出肾阴亏虚型以年长者多见。治疗总体把握滋补肝肾，疏肝健脾，应用六味地黄丸合丹栀逍遥散加减，并加入解毒抗癌，活血化瘀的中药，共奏化瘀抗癌，滋阴泻火之功。

陆明教授^[17]认为内分泌治疗后出现的症状应从肝郁气滞、冲任失调进行辨证，选用柴胡、当归、川芎、香附、知母、枳壳、芍药、甘草进行调理。

霍介格教授^[18]则以“肝肾失常”立论，以肝为本，治分虚实，针对病机特点分别以疏肝泄热、清肝胆实火、滋肾清肝、调理阴阳为治疗大法，虚证者常用滋肾清肝饮加减，实证者多以丹栀逍遥散化痰出入，临床疗效颇佳。

骆学新教授^[6]治疗以平补阴阳、补肾疏肝、养心安神，方予百合地黄汤合甘麦大枣汤随症加减。常加熟地黄、淫羊藿、山茱萸等阴阳并补，八月札、柴胡疏肝解郁行气，地骨皮、牡丹皮滋阴清热，再者针对乳腺癌加入清热散结药类。

李佩文教授^[19]主张对乳腺癌类更年期综合征患者，以平衡肾之阴阳为要。常用六味地黄丸系列、甘麦大枣汤等滋阴清热敛汗，或加莲子心、百合、合欢皮清心解郁、宁心安神。由于此病非单纯更年期综合征，他提倡选药既要补肾平衡阴阳，也

要关注补肾之品中的雌激素样作用，不能随意大补肾阴或补肾壮阳。对汗多者喜用药对五倍子、五味子收涩敛汗。补肾喜用仙灵脾、山慈菇药对，寒热并用，仙灵脾温肾助阳，具有雄激素样作用，且二药均具有抗肿瘤的药理作用，几乎是李主任治疗乳腺癌的专病用药。

对于乳腺癌内分泌治疗相关汗出异常方面，李佩文教授^[7]认为，玄府郁闭是汗出异常的重要机制，主张从“通养玄府”论治，以“疏肝降逆，以通玄府”“敛阴和阳，以固玄府”“益肾填髓，以养玄府”三个方面入手以通达玄府，令津液代谢各行其路，则异汗可止。临床常以柴胡加龙骨牡蛎汤为基础方剂，起到疏肝降逆、通达玄府的作用。常以桂枝汤为基本方药来敛阴和阳，以固玄府。其中，汗出昼夜无度者，还可以少加麻黄根、浮小麦以加强收敛顾护玄府的力量；若患者兼有惊悸易恐的症状，又可加用龙骨、牡蛎以和营护卫、潜镇摄纳，外达于阳可解肌发表调和营卫，内潜于阴可温中补虚调补阴阳，以顾护玄府、收敛营阴。常用二至丸、二仙汤、六味地黄丸等益肾填髓，以养玄府。他也自拟了益肾方加减：山药、淫羊藿、巴戟天、狗脊、当归、熟地黄、仙鹤草等。同时，善用阿胶、龟甲胶、鹿角胶等血肉有情之品以填补真阴、降虚火，使肾精得滋，玄府得养，同时可鼓舞正气，让一身之阴阳在整个玄府网络系统中周而运行，保证气血津液的正常运行。

楼丽华教授^[20]通过辨证与辨病相结合，临床用益气养阴清热法，治疗乳腺

癌并类更年期综合征，自拟乳腺八号辨证加减治疗，疗效甚验。乳腺八号药物组成有：生地12g，天冬12g，麦冬12g，酸枣仁12g，柏子仁12g，黄芪30g，茯苓12g，远志12g，玄参12g，五味子9g，鳖甲9g（先煎），知母12g，赤芍12g，丹参12g，浮小麦15g，甘草6g，大枣15g。本方由天王补心丹合甘麦大枣汤加减化裁而来。随症加减：失眠甚者加夜交藤、合欢花；盗汗甚者加糯稻根、地骨皮、银柴胡；食欲不振者加炒麦芽、鸡内金、神曲；胸闷心悸甚者加煅龙骨、煅牡蛎；口干甚者加芦根、百合；口苦甚者加黄芩、黄连；胃部胀满不适者加炒枳壳、厚朴、陈皮；反酸、暖气者加海螵蛸、旋覆花、代赭石、煅瓦楞子；大便干者加火麻仁、郁李仁、桃仁、制大黄。

陈武进教授^[21]以滋补肝肾、和解少阳为基本治则来治疗乳腺癌并类更年期综合征。临证常用醋鳖甲、醋龟板、知柏、生地黄、石斛、麦冬等药滋阴降火，代表方剂为知柏地黄丸。常在方中加入郁金、姜黄、枳壳、陈皮等疏肝理气；麦芽、神曲等健脾胃而调达肝气；加川牛膝、桑寄生、补骨脂、鸡血藤等预防骨质疏松的发生。他也常采用龙骨、牡蛎、川牛膝引火归元，滋以柴胡、黄芩、白芍调畅枢机。

四、笔者治疗经验

乳腺癌类更年期综合征辨证属肝肾阴虚，肝郁化火者，笔者治疗时常会应用六味地黄汤合丹栀逍遥散加减，再加入解毒抗癌，活血化瘀的中草药。对于情绪易起

伏的患者，喜用甘麦大枣汤加解毒抗癌，活血化痰等中草药。

笔者在南京跟随江苏省肿瘤医院胡亦钦主任临床时，常遇到不少患者经过中医药的调理后，类更年期综合征的症状很快就消失，但查血报告却显示其雌激素水平不但没有因为内分泌治疗药的作用而降到低更年期水平，有些反而还升高，胡主任就常常责骂这些患者，告诫他们不要随便用中药调理类更年期综合征的症状，以免影响内分泌治疗药的效果，并且因不适当的中草药而起反作用。

当时，笔者不断思考中医该如何对出现类更年期综合征的患者进行调理，一方面协助患者减轻不舒服的症状，一方面又不升高她们的雌激素水平，抹杀内分泌治疗药的效果。既然在治疗时不能升高其雌激素水平，那这是否意味当我们遣方用药时就需要避开那些含有雌激素活性的植物中药呢？李佩文教授^[19]也指出需关注补肾之品中的雌激素样作用，不能随意大补肾阴或补肾壮阳。后来，经过查询文献，得出中医遣方用药^[22]要在中医理论的指导下，经过对疾病辨证论治后，从药物的性味、归经及功用来选择药物，组成方剂，使各药物在君、臣、佐、使的配伍作用下，共同起到治疗疾病的作用，药物的选择并非是从其具有的现代药理来决定的。而中草药经过配伍煎煮，当中起化学作用后所呈现的效应，也非只是简单的单味药功用的递加，更不是单纯只用药物的现代药理所能解释的，因此，笔者认同黄晶晶

等提出的论点，即^[23]“由于中药主要以饮片方式组方入药，具有雌激素活性的中药只能说具有这个活性，并不表示应用后就会升高雌激素，判断中药是否能升高雌激素水平，应以整体效应作用为依据评价。因此，单纯从检测植物中药中具有植物雌激素成分，并不能定义其为雌激素活性植物中药，但可作为进一步实验筛查的参考目标。

另外，对于出现类更年期综合征的患者，笔者除了中医药的治疗外，常常会向她们解析她们目前所出现的症状，是由于内分泌治疗药对她们起到了治疗作用的结果，表示药物对她们有效，是好的，是正常的反应，只要她们打开胸怀，在心理上真正去接受这些反应，身体很快就会适应这种状态而不会再有太大影响，甚至不适的症状很快就会消失。根据笔者经验，能够接受这个想法并真正做到的患者，往往能很快就克服类更年期综合征所带来的不适，症状很快减轻，甚至感觉不到。

五、总结

各医家治疗乳腺癌类更年期综合征时，多从调理肝、脾、肾着手，也重视痰毒的标实，标本兼治。李佩文教授^[19]更强调要关注补肾之品中的雌激素样作用，不能随意大补肾阴或补肾壮阳。有实验结果也表明甘草、黄芪、芍药、当归（尤其当归）虽药理研究^[16]具有雌激素活性，但无论是否与内分泌治疗联合应用，这几种草药都不会升高患者体内雌激素水平。

【参考文献】

- [1] 巫佳, 王瑞雪, 孙云等. 中医药改善乳腺癌内分泌治疗后类更年期综合征经验探析[J]. 中国民族民间医药, 2020, 29(13): 76-77.
- [2] 刘炳蔚, 时光喜, 刘晓菲等. 宋爱莉教授治疗乳腺癌内分泌治疗期类更年期综合征经验总结[J]. 中国医药导报, 2022, 19(21): 144-147.
- [3] 冯疆鑫, 张红伟, 王振强. 王振强应用“和”法治疗乳腺癌类围绝经期综合征经验[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(2): 225-228.
- [4] 侯鹏霄, 王晞星. 王晞星教授治疗乳腺癌内分泌治疗后类更年期综合征临证经验[J]. 中国民族民间医药, 2020, 29(22): 86-88.
- [5] 万斌, 李春香, 王禹堂. 王禹堂老中医应用补肾疏肝法治疗乳腺癌内分泌综合征经验[J]. 西部中医药, 2014, 27(2): 58-59.
- [6] 张梨琴, 骆学新. 骆学新平调阴阳法辨治乳腺癌内分泌治疗后类围绝经期综合征经验[J]. 上海中医药杂志, 2021, 55(10): 31-33.
- [7] 陈洪炆, 袁梦琪, 南云鑫等. 李佩文教授从“通养玄府”辨析乳腺癌内分泌治疗相关汗出异常的经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(5): 911-914.
- [8] 郑子超, 黄小玲, 陈武进. 陈武进治疗乳腺癌围绝经期综合征经验[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2023, 47(2): 97-99.
- [9] 于加乐, 张子辰, 陈雯等. 吕培文治疗乳腺癌术后类围绝经期综合征经验[J]. 现代中医临床: 60-68.
- [10] 高朗, 邓兴华, 蔡政, 刘红英. 刘红英教授辨治乳腺癌类围绝经期汗证临证经验[J]. 中国民族民间医药, 2023, 32(8): 90-92.
- [11] 朱明玥, 吕志刚. 当代乳腺癌中医专家治疗乳腺癌术后并发症经验分析[J]. 南京中医药大学学报, 2020, 36(6): 888-891.
- [12] 徐霏, 徐力. 徐力教授中医治疗乳腺癌并发症经验介绍[J]. 中医临床研究, 2014, 6(8): 77-78.
- [13] 康宁, 徐基平. 徐基平教授运用中医药辅助治疗乳腺癌经验举隅[J]. 中国中医药现代远程教育, 19(348): 75-77.
- [14] 吕丽媛, 张英, 刘杰等. 林洪生教授诊治内分泌治疗耐药的乳腺癌经验[J]. 世界中医药, 2022, 17(23): 33880-33883.
- [15] 王学谦, 张英. 林洪生教授调肝健脾治疗乳腺癌经验初探[J]. 环球中医药, 2012, 5(9): 697-699.
- [16] 黄晶晶, 虞舜. 雌激素活性植物中药研究述评[J]. 中国中医药信息杂志, 2016, 23(6): 123-130.
- [17] 马金丽, 吴涛, 陆明. 陆明教授治疗乳腺癌经验总结[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2015, 22(5): 537-538.
- [18] 吴春园, 霍介格. 霍介格教授治疗乳腺癌经验撷英[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(12): 971-974.
- [19] 刘弘. 李佩文教授辨治乳腺癌经验探析[J]. 中日友好医院学报, 2015, 29(2): 123-124.
- [20] 郭艳花, 楼丽华. 楼丽华教授治疗乳腺癌并类更年期综合征经验[J]. 黑龙江中医药, 2015, (1): 35-36.
- [21] 郑子超, 黄小玲, 陈武进. 陈武进治疗乳腺癌围绝经期综合征经验[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2023, 47(2): 97-99.
- [22] 曾玉珠. 中医药结合乳腺癌内分泌治疗的思路[J]. 新加坡中医杂志, 2017(43): 30-32.
- [23] 黄晶晶, 虞舜. 雌激素活性植物中药研究述评[J]. 中国中医药信息杂志, 2016, 23(6): 123-130.

注: 本文刊于《第十四届亚细安中医药学术大会论文》, 2025年

中医药治疗功能性消化不良的研究概况

闫立群（新加坡）

【摘要】功能性消化不良（functional dyspepsia, FD）是一组常见的症候群，其发病原因和发病机制尚未完全明确的功能性胃肠病，其发病率呈逐年上升趋势，且复发率比较高，严重影响着患者的生活质量。近年来，中医药在治疗功能性消化不良方面取得了显著的疗效，本文从功能性消化不良的中医病因病机、辨证分型及中医药临床治疗方法及临床研究成果等方面进行综述，希望为今后功能性消化不良的临床治疗提供参考。

【关键词】功能性消化不良 中医药治疗

一、病因病机

中医学中并无功能性消化不良的病名，根据FD的临床症状可将其归入中医学“胃脘痛”“痞满”和“积滞”等范畴^[1]。

1、现代医家对FD的认识

张伯礼等^[2]提出本病多因外邪犯胃、内伤饮食、情志失调和脾胃虚弱而引发，病变部位在胃腑，与肝脏和脾脏关系密切，中焦气机不利、脾胃升降失职是FD发病的病机关键。梁健等^[3]论述功能性消化不良的发病因素与饮食停滞、表邪入里、情志失调、痰湿壅塞及脾胃虚弱有关，病位在胃脘，与肝脾密切相关，脾胃功能失调导致中焦气机阻滞、升降失常为本病病机。王劲红，张国伦^[4]提出劳逸失度、饮

食不节、情志内伤、他病或久病损及脾胃及素体亏虚等是引起功能性消化不良发病的重要因素。

纵观众医家对功能性消化不良的认识，可知功能性消化不良多因感受外邪、饮食不节、情志失调、脾胃虚弱等因素而发病，病位在胃腑，与肝脏和脾脏关系密切，脾胃功能失调致使中焦气机阻滞、升降失常为FD的病机关键。中医认为本病多由情志内伤、饮食伤胃、劳倦伤脾、脾胃气机受阻、升降失调所致。现代医学认为本病是：胃运动功能失调；主要是胃窦功能异常，胃排空减慢；幽门螺杆菌（HP）感染及有此引起的慢性胃炎有关；部分病人存在个性异常、焦虑、抑郁、生理性感觉过敏等症状。

2、古代医家对FD的认识

医圣张仲景首创“痞满”病名,《伤寒论》记载:“满而不痛者,此为痞”,并指出“谷不化,腹中雷鸣,心下痞硬而满”。《素问·太阴阳明论》阐述:“饮食不节,起居不时者,阴受之。阴受之则入五脏,入五脏则瞋满闭塞”。明·张景岳《景岳全书·杂病谟·痞满》记载:“痞者,痞塞不开之谓;满者,胀满不行之谓”,指出“怒气暴伤,肝气未平而痞”。清·李用粹《证治汇补·痞满》指出“大抵心下痞闷,必是脾胃受亏,浊气夹痰,不能运化为患”。

二、临床治疗

1、辨证分型论治

辨证论治是中医的精华,中医对于FD辨证治疗积累了丰富的经验。目前依据《功能性消化不良中医诊疗规范(草案)》,一般将FD分为5型:肝郁气滞证、肝郁脾虚证、脾虚痰湿证、饮食积滞证、寒热错杂证。但是各医家依据自己的临床经验亦有不同的分型和治疗。雷利民^[5]将本病分2型,参照罗马II标准,将动力障碍型FD归属于肝郁脾虚证,溃疡型消化不良归属于脾胃虚寒证,治疗总有效率分别达到83.6%和80%。华震雷等民^[6]将本病辨证分为脾胃气滞证、肝胃不和证、湿热蕴结证,辨证治疗FD患者45例结果治疗组45例中,显效32例,好转10例,无效3例,总有效率93.3%。赵鲁卿等民^[7]将本病分为脾虚气滞、脾胃湿热、脾胃虚弱(寒)、寒热错杂4证型,分别以自拟脾虚气滞方、自拟脾胃虚寒方、自拟脾胃湿热方、自拟寒热错杂方加

减治疗。龚路等民^[8]亦将本病辨证为湿浊内蕴、肝郁气滞、饮食积滞、脾胃虚弱4证型,分别予平胃散、柴胡疏肝散、保和丸、香砂六君子汤加减,疗效显著,组间比较优于西药对照组。王建荣民^[9]将本病辨证分为肝胃不和、肝郁脾虚、湿热内蕴、脾胃虚弱、寒热错杂、饮食停滞6证型,分别予柴平汤、逍遥散、苓连温胆汤、香砂六君子汤、半夏泻心汤、保和丸加减,治疗110例,总有效率88%。车秉刚^[10]将FD分为虚实两大类,实证5型:实热内蕴证,治宜:清热破结;寒热内结证,治宜辛开苦降、散寒清热、升清降浊;饮食积滞证,治宜消导和胃;肝郁气滞证,治宜疏肝解郁、理气消滞;痰湿内阻证,治宜祛湿化痰、理气宽中。虚证2型:脾胃虚寒证,治宜补气健脾、升清降浊;脾胃阴虚证,治宜养阴益胃为主。共治疗120例,治愈18例,显效52例,有效40例,无效10例,总有效率91.6%。

2、专方专药

郑亮等民^[11]用加味抑肝散(柴胡6g,炒白芍5g,生甘草8g,炒枳壳10g,炒白术10g,茯苓15g,川芎10g,当归10g,钩藤15g,佛手5g,合欢皮10g,酸枣仁10g)治疗FD40例,对照组口服西药吗丁啉,结果治疗组总有效率82.5%,对照组为52.5%,两组比较差异有统计学意义。龚莉等民^[12]用疏肝健脾散(柴胡10g,白芍10g,枳壳15g,党参10g,法半夏10g,厚朴10g,生姜2片、鸡内金10g,炙甘草3g)治疗FD60例,对照组口服吗丁啉,结果总有效率治疗组(86.7%)明显高于对照组(71.7%);在

提高胃排空率方面, 治疗组疗效明显优于对照组。刘海振^[13]用自拟除湿开胃汤(草豆蔻、半夏、广木香、茯苓、陈皮、厚朴、炒莱菔子、谷芽、麦芽、连翘等)治疗脾虚痰湿证FD30例, 对照组予西药吗丁啉, 结果治疗组总有效率93.3%, 对照组为76.7%, 两组比较有统计学意义。杨振斌等^[14]采用健脾理气为主的中药方剂(炙黄芪30g, 莱菔15g, 党参、白术、茯苓、枳壳、姜半夏、陈皮、白芍、生甘草、木香各10g)治疗脾虚气滞证FD30例, 对照组予吗丁啉, 结果治疗组总有效率93.3%, 对照组为86.7%。慕洁民^[15]用温脾健胃颗粒(党参、炒白术、砂仁、炮姜、木香、茯苓、炙甘草、制半夏、枳壳、桂枝、白芍、白及、延胡索、蒲公英、锻瓦楞、黄芪)治疗脾胃虚弱证FD30例, 对照组用多潘立酮治疗。结果治疗组总有效率96.67%, 高于对照组之70.0%。丁泳民^[16]用疏肝和胃汤(柴胡10g, 延胡索12g, 香附12g, 厚朴15g, 枳壳15g, 白芍12g, 白术12g, 茯苓12g, 砂仁6g, 半夏12g, 炙甘草6g, 大枣5枚, 党参15g)治疗FD50例, 对照组予西沙必利片, 结果治疗组总有效率86%, 对照组为60%, 两组比较差异有统计学意义。

3、中西医结合治疗

廖艳林等^[17]用半夏泻心汤联合西药(西沙必利)治疗FD患者与单纯西药组(西沙必利)比较, 治疗组总有效率94.2%, 对照组为77.5%, 两组比较差异有统计学意义。林琼等^[18]用参苓白术散配合西药多潘立酮治疗FD患者与单纯西药组(多潘立酮)比较, 治疗组总有效率

90.00%, 对照组为74.00%, 两组疗效有明显差异。孔令彪等^[19]将86例FD患者分为中药组(香砂六君子汤)、西药组(多潘立酮)、中西医结合组(香砂六君子汤、多潘立酮)3组, 结果中西医结合组临床总有效率为96.77%, 中药组为93.10%, 均明显优于西药组(84.61)。

三、其他治疗

李振根等^[20]采用指针治疗FD患者40例, 取中腕、内关、足三里为主穴, 上腕、下腕、关元、幽门、承满为配穴, 用拇指指腹按压穴位, 其余4指自然张开贴在腹壁上。结果治疗后患者胃电频率、B超胃排空与治疗前比较, 均有明显改善。张党升等^[21]运用腹部推拿治疗FD34例, 对照组38例选用吗丁啉、雷尼替丁口服。结果两组治疗后主要症状计分及积分都得到明显改善, 两组总有效率及疗效指数比较, 差异无统计学意义。农志新^[22]用针药结合治疗FD患者80例, 治疗组用枳实消痞汤加减结合针刺(足三里、阳陵泉、太冲)治疗, 对照组口服西沙必利, 结果治疗组与对照组临床治愈率分别为46.5%与18.9%, 两组比较有明显差异。

四、结语与展望

功能性消化不良^[23-24]是常见的一种胃肠道疾病, 近年来随着社会压力的增大和生活节奏的加快, 功能性消化不良的发病率逐年上升, 且复发率比较高, 这加大了治疗功能性消化不良的难度, 严重影响着患者的生活质量。目前, 西医尚没有治疗功能性消化不良的特效药物, 临床中主要应用抑制胃酸药、促进胃肠道动力药、

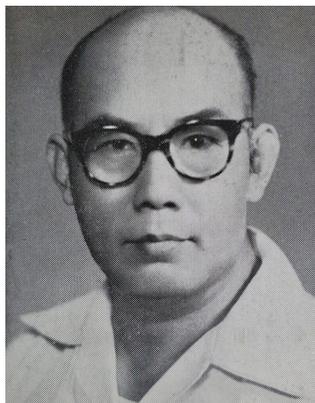
助消化药以及抗抑郁药等药物治疗FD,然而这些药物需要长疗程服用,患者停药后病情易复发;中医通过内外治结合疗法和中西医结合等方法,治疗功能性消化不良取得了显著疗效,在改善FD患者的临床症状、缩短患者病程、降低患者病情复发率以及提高患者生活质量等方面发挥着重要作用。中医治疗本病,从整体出发,辨证论治,缓解症状明显,对于改善病人的生活质量方面有肯定的疗效。无论是分型治

疗与专方专药,还是非药物治疗,在临床上均取得了较好的疗效。然而中医药在治疗功能性消化不良方面仍存在一些不足之处,在临床上,此病症往往不是单独出现,常常是几种证型混合出现。因此需要根据具体情况,遵循个体化原则,灵活变通通过中医药、中西医结合治疗和综合调整,以期待达到治愈疾病的目的。相信随着中医药事业的发展,中医药在治疗功能性消化不良方面会有更加广阔的前景。

【参考文献】

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010)[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(11): 1545-1546.
- [2] 张伯礼, 薛博瑜. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 150-151.
- [3] 梁健, 林寿宁. 中西医结合内科学[M]. 桂林: 广西师范大学出版社, 2011: 197-198.
- [4] 王劲红. 张国伦辨治功能性消化不良经验[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(9): 1745-1746.
- [5] 雷利民, 田玉玲, 曾云. 中医药辨治治疗功能性消化不良的生存质量研究[J]. 中医药学刊, 2005, 23(8): 1432-1434.
- [6] 华震雷, 蔡杭琴. 辨证治疗功能性消化不良45例疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2010, 29(9): 670-671.
- [7] 赵鲁卿, 张声生. 中医治疗功能性消化不良经验与思路[J]. 北京中医药, 2011, 30(1): 32-34.
- [8] 龚路, 柳文. 辨证论治功能性消化不良68例[J]. 上海中医药杂志, 2003, 37(7): 14-15.
- [9] 王建荣. 中医辨证论治功能性消化不良[J]. 甘肃中医, 2010, 23(5): 45-46.
- [10] 车秉刚. 辨证分型治疗功能性消化不良120例临床观察[J]. 甘肃中医, 2007, 20(1): 22-23.
- [11] 郑亮, 王媛媛. 加味抑肝散治疗功能性消化不良40例临床观察[J]. 江苏中医药, 2010, 48(12): 28-29.
- [12] 龚莉, 周娟妮, 周文博等. 疏肝健脾散满方治疗肝郁脾虚型功能性消化不良疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2010, 10(6): 29-30.
- [13] 刘海振. 除湿开胃汤治疗功能性消化不良临床观察[J]. 山西中医, 2010, 26(5): 16-17.
- [14] 杨振斌, 方晓华, 殷鸿等. 健脾理气法治疗脾虚气滞型功能性消化不良30例[J]. 陕西中医, 2010, 31(9): 1136-1137.
- [15] 慕洁. 温脾健胃颗粒治疗功能性消化不良30例观察[J]. 实用中医药杂志, 2009, 25(2): 75.
- [16] 丁泳. 疏肝和胃汤治疗功能性消化不良50例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2008, 15(5): 356.
- [17] 廖艳林, 常城. 中西医结合治疗功能性消化不良52例[J]. 江西中医药, 2010, 41(7): 35-36.
- [18] 林琼, 陈朝元, 林瑜等. 中西医结合治疗功能性消化不良50例[J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26(2): 227-228.
- [19] 孔令彪, 陈, 李颖等. 中西医结合治疗功能性消化不良动力障碍型临床研究[J]. 北京中医, 2007, 26(11): 713-714.
- [20] 李振根, 吕慎从. 指针治疗脾胃气虚型功能性消化不良疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2010, 29(3): 165-167.
- [21] 张党升, 薛卫国, 李建辉. 腹部推拿治疗功能性消化不良的临床观察[J]. 北京中医药, 2010, 29(8): 619-620.
- [22] 农志新. 枳实消痞汤加减结合针刺治疗功能性消化不良43例[J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26(3): 385-386.
- [23] 巩艳春. 浅析从气机论治功能性消化不良[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(4): 717-718.
- [24] 尚莹莹, 吴晓华, 郭召平等. 中药离子导入联合中药内服治疗功能性消化不良餐后不适综合征(肝胃不和证)临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(7): 1416-1419.

注: 本文刊于《第十四届亚细安中医药学术大会论文》, 2025年



沉少洲先生

急公好义 ——沈少洲

林英（新加坡）

沈少洲医师，原籍福建省绍安县三都府溪沙尾乡，自幼聪慧勤学，早年即师从当地著名儒者吴梦坼先生，研习《四书》《五经》，打下坚实国学基础。十四岁时，值陈嘉庚先生创办集美学校，广募各县英才，沈先生即赴报考师范班，顺利入学，毕业后升入上海复旦大学深造，学业优异。

沈氏家学渊源，藏书丰厚，世代业医，濡染耳濡目染之中，对医学尤生浓厚兴趣。课余之时，常手捧医籍，沉潜研读，孜孜不倦。其所学既得于经传之中，更承家传六代儒医之真诀，对中医学术体悟尤深，临证经验厚实。

据《星洲日报》1980年6月7日报道，沈医师壮年南来，初期从事商贸，旋即弃商从医，立志济世。初在新加坡亚答街“万安栈”药行行医，医术精湛，疗效卓著，深得病家信赖；继转至五马路“万灵堂”药行，声誉益彰。后自设医寓于芽笼25巷，悬壶之业愈广。

据《新加坡共和国社会模范人物志》所载，1923年沈医师应银行界贤达薛中华先生之邀，南渡新加坡，担任其于柔佛南山三座橡胶园之常驻医师。时疫病频仍，环境艰苦，沈医师为一千七百余名劳工施医救治，深获敬仰。至1928年因原企业受挫，遂转而行医于民间，足迹遍及苏门答腊、菲律宾、北婆罗洲及马来联邦等地。1935年重返狮城，创设“万灵堂”药行，广施仁术，誉满杏林。1946年加入中国医学会，即今日新加坡中医师公会。

沈医师素怀仁心，急公好义，尤重教育、公益及慈善事业，曾历任绍安会馆、南洋沈氏公会主席及中国提炼药业有限公司首任董事长等职。尤以其对中医师公会及中华医院之贡献最为卓著。自1948年起，历任中医师公会监察委员、常务监事长、理事长（会长）、名誉理事长、中医学院导师、《伤寒论》讲师，兼中华医院院长及中医师公会副会长、产业信托人，事无巨细，亲力亲为，推动中医事业不遗余力。于中华医院大巴窑新址之筹建中，更

是慷慨解囊，亲力参与，深得业界同仁敬重与爱戴。^[1,3,4]

1980年6月5日，沈医师因年高体弱、微疾不愈，于当日上午安然辞世，享年八十二岁。生前常关注中华医院施医赠药之善举，弥留之际立遗嘱，丧事从简，亲友所致仪金悉数用于购买中华医院慈善礼券，总计义款达六千三百二十元正。此举尤显仁德本怀。

1980年6月9日晚，中医师公会暨下属各机构同仁齐聚沈府举行公祭，宣读祭文，仪式庄严隆重，缅怀先生一生贡献，哀思动容。^[2,5]

沈医师一生以医为志，以仁为本，德业双馨。其医术精深、操守高尚、事功卓著，堪为中医界典范，亦为新加坡华人社会树立起医者仁心之楷模。谨以此文，缅怀先生之风范，流传后学，致以崇高敬意。

【参考文献】

- [1] 《新加坡共和国社会模范人物志》，第 80 页
- [2] 《星洲日报》1980 年 6 月 7 日，第 18 页
- [3] 《大巴窰中华医院落成纪念特刊》，第 32-33 页
- [4] 《新加坡中医师公会六十周年纪念特刊》第 74-82 pg
- [5] 《南洋商报》1980 年 6 月 17 日。

大健康下的中医药传承， 创新与挑战

——第十四届亚细安中医药学术大会纪实

林英（新加坡）

2025年4月26日，第十四届亚细安中医药学术大会暨马来西亚华人医药总会七十年庆典、巴生滨海中医中药业联合会五十周年庆典在马来西亚巴生阿克玛温德姆（Wyndham Acmar Klang）酒店隆重举行。



新加坡中医师公会会长吴佳盛与赵英杰教授带领40多位会员前往参会

本次大会由新加坡中医师公会、马来西亚华人医药总会、马来西亚中医总会、泰国中医师总会、印尼中医协会、菲律宾中医师公会及菲律宾注册中医及针灸师学会联合主办，马来西亚华人医药总会承

办，巴生滨海中医中药业联合会协办，主题为“大健康下的中医药：传承、创新与挑战”。会议吸引了来自马来西亚、新加坡、泰国、印尼、菲律宾及中国等地逾200名中医药专业人士参会。

当天上午9时，亚细安大会筹委会丘鉴兴主席，马来西亚华人医药总会文业景总会长致词及马来西亚卫生部副总监 DATO' INDERA DR. NOR AZIMI BINTI YUNUS 分别致开幕辞后，为大会掀开序幕。

大会设主会场及两个分会场，邀请多位专家进行专题演讲，涵盖经典方剂、肿瘤防治、心血管病中医治疗、人工智能与中医融合等多个领域。主要讲者包括南京中医药大学黄煌教授、黑龙江中医药大学周亚滨教授与童耀辉博士、新加坡中医师公会赵英杰教授、马来西亚张家玄医生等，分享内容结合临床实证与前沿探索，拓展中医药现代化发展视野。

本次大会设有主会场及两个分会场，学术论坛内容丰富，特邀多位海内外专家作专题演讲，涵盖经典方剂应用、经方治疗、肿瘤防治、人工智能与中医融合等多个方向：

1. **黄煌教授**（南京中医药大学国际经方学院院长）主讲《茯苓类方临床应用》，从历史渊源、方剂构成到现代临床疗效，全面剖析茯苓类方的实际运用，并探讨其在现代医学语境中的创新路径。
2. **周亚滨教授**（黑龙江中医药大学附属第一医院副院长）主讲《中医经方在心血管疾病中的临床应用》，介绍经方治疗在心血管疾病中的优势，并探讨与现代医学融合的可行性。
3. **赵英杰教授**（新加坡中医师公会署理会长）主讲《中医防治肿瘤病的策略》，结合临床经验分享中医防治肿瘤的常用思路、策略与方药运用。
4. **童耀辉博士**（黑龙江中医药大学）主讲《〈金匱〉奔豚汤临床应用》，深度解读经典方剂，并通过案例分享探讨其在现代疾病中的应用与转化。
5. **张家玄医生**（中西医结合肿瘤科医师、马来西亚中医总会副总会长）主讲《人工智能（AI）在中医药领域的应用和发展》，介绍AI在智能诊断、方剂推荐等方面的最新成果，并展望中医药与AI融合的未来趋势。
6. **呼延惠荣誉院士**（国际科学技术创新研究院院长）主讲《数字医学（AI）为大健康下的中医药传承带来的创新与挑战》，分析系统工程与AI如何助推中医药数字化发展及国际合作。
7. **陈泓源教练**（广东省继续教育协会艺术委员会战略顾问）主讲《解锁“足脊下肢生物力学”密码》，结合中医典籍与运动康复理念，探讨下肢功能障碍康复与生活化锻炼的健康策略。

除了14位讲者分别在三个场地分享宝贵的临床经验与研究成果，推动中医药国际交流搭建平台，深化了亚细安地区中医药界的学术联系外，新加坡中华医院三位医师也于本次大会论文集集中发表学术报告：

- 曾玉珠博士：《乳腺癌类更年期综合征中医治疗概况》

- 闫立群副主任医师：《中医药治疗功能性消化不良的研究概况》
- 何宇瑛博士：《新近中药专方研究治疗胆囊术后综合征的探讨》

为配合大会交流，新加坡中医师公会特别组织“巴生+适耕庄+吉胆岛四天三夜学术之旅”，由吴佳盛会长与赵英杰署

理会长率领40余人参会。团队于4月24日（星期四）上午从大巴窑中华医院分乘二辆旅游巴士出发。途经新山第一站，就受到热心会员李荣顺医师热情款待，让大家在新运酒楼享用丰盛午餐，包括烧猪、港式蒸龙趸鱼头、炒猪肝、冰菜、加料炒粿条及猪脚羹等美味佳肴，为旅程增添温馨与喜悦。



赵英杰教授受邀为大会主讲《中医防治肿瘤病的策略》



马来西亚华人医药总会文业景总会长颁发纪念品给我会会长吴佳盛

权威专家授课 理论实践并重

——新加坡针推研修班在昆明圆满举行

王美凤(新加坡)

春风拂面三月天，新加坡中华医院 38 位医师怀着愉悦的心情，飞往云南春城——昆明，在课堂上聆听专家的倾囊相传，在漫天粉红的樱花、簇拥的黄红娇艳的虞美人花中，追寻着古医药的文化足迹，精彩地完成 3 天的学术交流与 2 天的游学之旅。



研修班医师前往云南省中医医院临床，于大门前合影

本次的“2025年针推临床继续教育高级研修班”，由新加坡中华医院与云南省中医药学会培训中心主办，云南中医药大学第一附属医院——云南省中医医院、昆明市五华区岐黄职业培训学校承办，在云南省中医药学会培训中心——岐黄学院隆重开班。云南省中医医院副院长赵荣和云

南省中医药学会、云南省中西医结合学会、云南省针灸学会副会长兼秘书长葛元靖都出席了3月3日上午开班仪式。葛元靖副会长致辞中表示云南省中医与新加坡的中医发展实践相结合，共同推动中医药事业的国际化发展。

专家阵容：权威与经验的结合

本次研修班以“传承精华、守正创新”为宗旨，安排云南省内多位权威专家来授课，课程内容理论与实践并重，涵盖了特色推拿手法、正骨整脊与松筋手法、姚氏妇科针药并用辩证痛经疗法、针灸诊疗技术等多个领域，让医师们通过系统学习、临床跟诊和实操训练，全面提升中医诊疗水平。

云南省中医院赵荣副院长“针灸疗法在急性痛症中的临床应用”，从针灸治疗急性痛症作用的机制，重点分享急性腰痛、痛经、腰扭伤、牙痛等临床穴位外，也点针灸治疗各类慢性病如坐骨神经痛、胃痛、类风湿关节炎、肩周炎的取穴和注意要点。对从事临床的中医者，有启发性。

云南省名中医林忆平主任医师则深入探讨了“中医治疗面痛”（三叉神经痛）的独特经验方法，从病因病机，详细完整地分析中西医对三叉神经痛的认识，鉴别诊断和中医的治则、针灸治疗处方穴常见病的推拿治疗手法。

昆明市第一人民医院原中医科张少云主任，可是姚氏医学流派第7代传人，精通内、妇科疾病，从痛经的机理着手，详细地分享了诊断鉴别、辨证和分型治疗采取的治则、方药、方穴、和手法。

80高龄的云南推拿学科带头人夏惠明教授，这次特别以“传承中医推拿，提升临床疗效”，点出推拿手法的规律性，从

讲解推拿疗法着手，再配合视频一步步“操演”，清楚地体会柔中带劲灵巧推拿手法与疗效，大家对推拿的境界有深一层的认识。

云南省中医医院王春林主任医师的授课，对“推拿手法治疗颈椎病的思路和特色技术”、“正骨整脊与骨盆疾病手法”讲解清楚，从治疗的难点、经筋辨识、治疗思路，引导医师进入特色技术——推拿、正骨、理脊手法，让大家听出耳油、看的出端倪。

来自云南省残疾人康复中心蒋启洁主治医师“针灸治疗带状疱疹后遗神经痛经验分享”从经络联系，引导出神经痛的核心病机、病程的演变、根据皮损选择外治法和针灸、艾灸疗法，剖析针法治疗的奥秘和妊娠特殊的期临床医案，还额外补充被医学界遗落的“腕踝针”疗法。

该康复中心的敖超吉副主任医师“针灸治疗痛症的临床经验分享”特效穴，更分享了腹针治疗疼痛的处方和手法应用，让大家在临床治疗能有深层的思考。

在不孕成为当前迫切问题的当儿，云南省中医医院徐金龙主治医师“中医在辅助生育的应用”，分享了他们小组的进行中医介入辅助的研究成果，确实增长不少知识。

他们不仅在学术上造诣深厚，还拥有丰富的临床经验，获得了学员们的高度评价。分别就推拿、妇科、针灸等领域进行

深入讲解与实操演示。学员们纷纷表示，能够与这些顶尖专家面对面交流，受益匪浅。

跟诊学习：云南省中医医院

完成2天半的课堂学习，38人在第三天下午也被分成8个小组，“操兵”到云南中医药大学第一附属的云南省中医医院的针灸推拿科、中医特色护理门诊、皮肤科门诊跟专家门诊。看到专家的如何通过推拿、针灸治疗，让肩袖疼痛上举障碍者治疗后可以抬手；在皮肤专科科门诊，体会中医埋线治疗、中医美容面膜治疗皮肤问题；在中医特色护理门诊，亲睹刮痧、灸罐、火龙灸等疗法养身护理工具、手法和操作程序程序，让吸引不少学员“亲身”体验。

游学安排：文化与自然的融合

除了精彩的课堂、医院学习，研修班于第4天还安排外出堪察的游学参访活动，带领医师走进云南中医药大学，感受云南高等学府的学术底蕴；探访中医药文化博物馆，触摸千年岐黄文脉的传承；参访云南白药集团，领略民族医药现代化发展的创新成果；游览石林杏林大观园，体验健康养生之道、欣赏自然美景与人文景观。

本次培训班的学习与交流，医师们都能够学有所获、观有所悟，获得知识层面的大丰收，也开阔了眼界，认识了云南中医医疗的独特一面。



研修班学员与夏惠明教授（前排右七）、张少云主任（前排右五）及云南省岐黄培训学院高建波主任（前排右三）合影。

姚氏妇科针药辨治痛经 的学习反思

萧贵荣（新加坡）

今年3月初，我随筋伤痛症组前往云南，参加由云南省中医药学会与云南省中医院联合主办的昆明研修班。在本次学习课程中，姚氏中医学术流派第七代传承人——张少云老师为我们系统讲解了姚氏妇科如何以针药并用、辨证治疗痛经的独特经验，让我印象尤为深刻。

姚氏妇科源于清代名医姚方奇先生（1740-1810年），历经家族传承与师徒薪火相传，至今已延续九代，是云南中医界颇具影响力的代表性流派之一。其治法宗旨讲求“不骤补、不猛破、不偏于燥、不过用寒凉”，强调从气血整体出发，结合肝脾两脏与冲任二脉的特点，提出“枢转气机、温宫养血、调养冲任”的治疗大纲。在痛经的病因病机方面，以“不通则痛”与“不荣则痛”为核心指导，构建针药辨治思维框架。

而有“妇科圣手”之誉的姚氏第六代传人姚克敏先生，更以“和法”为核心，倡导“温、化、和、顺”为治疗痛经之大法。此法顺势引导，温化寒邪、消散瘀滞、疏达肝木、健运脾气、协调冲任。一旦气血调畅，病痛即能缓解。

一、治疗痛经大法

• **温：温经散寒**——温则寒散瘀融，气血流通，冲任与胞宫气机得以运行。常用药物如吴茱萸、官桂、乌药、川花椒、小茴香、炒艾叶等。

- **化：解郁行滞、化湿消痰**——常用当归、川芎、三七、苏木、桃仁、生蒲黄、五灵脂等，以通瘀化结、调畅气血。
- **和：调和疏达、协调脏腑**——可调和阴阳、气血、冲任、肝脾及寒热等。常用苏木、荔枝核、橘核、佛手、青皮等。
- **顺：顺畅气机、顺应月事潮汐**——常用当归、川芎、炙香附、乌药、元胡、佛手、小茴香等以理气行血，顺达经络。

二、痛经的虚实辨证思路

对于痛经，姚氏妇科建立了一套辨别痛经病位与虚实的辨证框架：

- **从痛经时间判断虚实：**
 - 实证：多在经前或经行初期发作；
 - 虚证：多在经行将尽或经后发作。
- **从疼痛部位查病位：**
 - 痛在少腹一侧或两侧：病在肝，多属肝郁气滞；
 - 痛在少腹正中：病在肾，多与冲任瘀阻有关；
 - 痛在腰脊：病在肾；
 - 痛在下腹：多属脾虚湿阻。

三、中西医对痛经的病因病机认识

现代医学认为痛经可分原发性和继发性。原发性痛经与疾病无关，主要与子宫内膜前列腺素过度分泌引起子宫强烈收缩，促使下腹部痉挛性疼痛。此外，子宫过度收缩，也可引起缺血缺氧，进而引发疼痛神经元产生的疼痛。继发性痛经由盆

腔疾病引起，如子宫内膜异位症、子宫腺肌症、盆腔炎等。

中医则认为中医认为痛经与情志不調、寒湿热邪、饮食失节、房劳多产等因素相关，病位在冲任与胞宫，病机核心是“不通则痛”或“不荣则痛”。

四、痛经常见证型辨治

证型	痛经特点	舌象	脉象	治则	方剂	针灸
寒凝血瘀	经前或行经时少腹冷痛，得热痛减，经期或后推，经量少，色暗，兼有寒实的症状。	舌淡苔白	弦细	温经散寒化瘀止痛	温经逍遥复方化裁（温经汤配搭逍遥散加减）	关元、气海、归来、足三里、三阴交（平补平泻；关元、气海穴温针灸）
湿热瘀阻	经前或行经时少腹疼痛或胀痛不适，或痛连腰骶，伴有灼热感。经量多或经期长，色暗红，平时带下黄稠有异味，兼有湿热症状。	舌尖红苔黄腻或白腻	弦细滑	清热利湿	丹栀逍遥苏芩复方化裁（丹栀逍遥配搭薏仁汤加减）	归来、中极、足三里、三阴交、阴陵泉、血海（以泻法为主；中极、归来穴配电针，加红外线治疗）
气血虚弱	经行或经后小腹隐痛，喜按，或小腹及阴部坠空不适。经色淡红，量少、质稀薄。	舌淡苔白	细	补气养血调经止痛	姚氏新加当归补血汤	关元、气海、神阙、肝俞、肾俞、足三里、三阴交（以补为主，神阙、关元、气海穴隔姜灸）
肾气亏损	经行或经后1-2日，小腹隐痛，伴腰骶酸软；经色暗淡、量少，质稀薄。	舌淡红苔薄白	弦细	补肾益精调经止痛	姚氏新加五子汤加减	肾俞、肝俞、气海、关元、神阙、足三里、三阴交（以补法为主，神阙穴隔盐灸）

五、姚氏逍遥散的临证类方

出自《太平惠民和剂局方》的逍遥散，具疏肝解郁、养血健脾、调和肝脾之功。姚氏妇科对逍遥散及其类方进行深入研究，灵活加减，以应不同妇科病证，现举数例如下：

加减方名	治疗方向	加味药物
荆防逍遥散	血虚风袭、湿邪内蕴、肌肤作痒、阴痒带下	逍遥散加荆芥、防风
元麦逍遥散	津液不足、经期阴虚血虚感冒	逍遥散加白元参、麦冬
胶艾逍遥散	血虚宫寒、月经过多、经期延长、崩漏	逍遥散加阿胶、艾叶
五子逍遥散	肝脾不足冲任失养之月经后期、闭经、月经过少、不孕等	逍遥散加女贞子、菟丝子、梵蔚子、覆盆子、车前子
香砂逍遥散	月经不调、肝木犯胃、胃脘痞满、气滞纳差	逍遥散加木香、砂仁
香乌逍遥散	宫寒气滞、痛经等	逍遥散加香附、乌药、炒艾叶
桂附逍遥散	肝阳不振、下焦寒湿痛经、宫寒不孕	逍遥散加官桂、附片
黄芪逍遥散	冲任不调、气虚不摄之经期延长、月经先期、经间期出血	逍遥散加黄芪
苏核逍遥散	治气机郁滞、胞脉不疏、痰瘀留阻之月经后期、闭经、不孕、痛经、癥瘕	逍遥散加苏木、荔枝核
桃红逍遥散	治癥结形成之痛经、闭经、癥瘕	逍遥散加桃仁、红花
二核逍遥散	治肝郁气滞、痰湿不化、胞脉不疏、乳络不通之乳房疼痛、乳癖、癥瘕	逍遥散加橘核、荔枝核
甲珠逍遥散	治肝气郁滞、乳络不疏、乳汁不下之乳结、乳癖、乳痛	逍遥散加甲珠、蒲公英、王不留行、青皮
丹参逍遥散	治肝郁血瘀经闭。崩漏、子宫内膜异位症	逍遥散加紫丹参、益母草、荔枝核

加减方名	治疗方向	加味药物
养阴逍遥散	更年期潮热、虚热	逍遥散加地骨皮、青蒿、炙鳖甲
寄生逍遥散	治气血冲任不调、肝肾不足之痛经、闭经、崩漏、不孕	逍遥散加桑寄生、续断、干张纸

六、结论

张老师在课程中强调，姚氏妇科治疗痛经的经验不仅重视穴位配伍，更指出针刺手法在妇科疾病治疗中的重要性不可忽视。唯有操作得法、引气至病所，方能真正达到疏通经络、调和气血的治疗目的。

通过本次学习，我深刻体会到姚氏妇科对逍遥散的灵活运用，不仅体现了对方剂结构及药物特性的深刻理解，也为临床

提供了极具价值的范式。这一学习过程启发我在方药加减与临床应用方面进行更深入的思考，促使我重新审视自身在日常临床中对方剂掌握的深度与广度。今后，我希望能够借鉴姚氏妇科的辨证思维，以逍遥散加减运用为基础，探索其在其他领域，尤其是男科病症中的潜在价值与拓展应用。



筋伤痛症组顾问吴忠辉(左)和陈图志医师(右)颁发感谢状给张少云主任(中)。

腹针在治疗痛症中的临床应用

柯顺年（新加坡）

本人于2025年三月份参与了新加坡针推临床继续教育高级研修班。这次学习是由新加坡中华医院与云南省中医药学会培训中心主办，参训医师数近40人。授课教授们皆具备丰富临床经验，在这三天的学习中，我们一行人收获满满。本文谨就此次学习中关于腹针治疗的体会与大家分享。

一、腹针疗法的定义

腹针疗法是以神阙系统为核心，以脏腑经络学说为指导，通过针刺腹部穴位调节脏腑气血、经络平衡，从而达到治疗全身性疾病（尤其是痛症）或慢性全身性疾病的一种微针疗法。

腹针疗法处方标准化、操作规范化、辩证条理化，既有传统针灸的特点，又有自身诊治特色，且腹针疗法具有痛苦小、见效快、疗效稳定、适用证广等优点。

二、腹针的原理

1. 神阙调控说（神阙布气说）

脐带是人体最早的运行气血的通道，在胚胎发育成人形之前就已经存在，随后演变为神阙穴。神阙系统是形成于胚胎期的人体调控系统，是人体最早的调控系统和经络系统的母系统（先天经络系统），具有向全身输布气血的功能与对机体宏观调控的作用。

2. 脏腑经络说

- (1) 五脏六腑与腹部有着密切的联系。
- (2) 脏腑的募穴大多集中在腹部。
- (3) 腹部分布有大量的经络，为气血向全身输布、内联外达提供较广的途径。

3. 腹部穴位（八廓）定位/周易八卦

八卦图是由太极图演化而来，即太极本无极，无极生两仪，两仪生四象，四象生八卦。因此，在八卦图中，不仅含有阴阳运动的倾向性，而且含有太少阴阳四种不同程度的倾向，使八卦的本源与时序和方位的变化规律有密切关系。

每个卦位都有不同的功能和作用，与人体五脏六腑相应，通过在腹部施针，激发经络本身的功能，疏通经气的传导，使机体阴阳处于平衡状态。

2) 水平线取穴

中庭——神阙 8寸

病人平卧时，中庭到神阙两个穴位点之间的水平线上的距离为 8寸。

神阙——曲骨穴（耻骨联合）5寸

病人平卧时，神阙到曲骨穴两个穴位点之间的水平线上的距离为 5寸。

神阙——腹侧的外缘 6寸

神阙到腹部外侧止点之间的水平线上的距离为 6寸。

3) 任脉的定位

任脉位于腹白线的下面，是否能准确定位任脉，对于腹部取穴的精确度有着重要意义。

定位方法：观察毛孔的走向；分辨任脉的色素沉着；查看腹部两边腹直肌正中线下方的凹陷。

2. 常用穴位

任脉：中脘、下脘、水分、神阙、气海、关元。

少阴肾经：商曲、石关、阴都、气穴。

阳明胃经：滑肉门、天枢、外陵、大巨、水道。

脾经：大横。

新穴：气旁（金河穴）、上风湿点、上风湿外点、上风湿上点、下风湿点、下风湿下点。

五、腹针疗法中的常用处方

1. 天地针：

组成：中脘、关元

腹针中以中脘为天，神阙为中，关元为地。

功效：具有健脾益肾之效。

2. 引气归元：

组成：中脘、下脘、气海、关元

此方寓“养后天以补先天”之意，故名“引气归元”。

功效：具有治心肺，调脾胃，补肝肾之效。

3. 腹四关：

组成：滑肉门（双）、外陵（双）

功效：具有通调气血、疏理经气，使之上输下达肢体末端的作用，是引脏腑之精气向全身布散的妙穴。

4. 调脾气：

组成：大横（双）

功效：具有调理脏腑，益胃、健脾、化湿之功。

六、腹针疗法的针刺手法及操作规范

1. 针刺深度

浅层→全息（定位）调节系统；中层→经络调节系统；深层→内脏调节系统

针刺深度分为天、地、人三部，分别调节不同系统。天部浅刺 S；人部中刺 M；地部深刺 D。

天部（浅层）：刺入皮下，以病人无针感为度，调节浅层全息系统，改善临床症状（对症治疗）。

人部（中层）：介于浅刺与深刺之间，调节中层经络系统，调节经脉气血的运行（调节经络）。

地部（深层）：刺入较深皮下组织，以病人有轻微的酸麻胀痛等针感为度，调节深层内脏系统，调节脏腑功能（调节脏腑）。

进针深浅原则：根据疾病病位的深浅来确定，要求“刺至病所”。

2. 针刺方法及注意事项

- (1) 按照处方要求确定针刺穴位顺序。
- (2) 局部常规消毒，避开毛孔、血管进针。
- (3) 穴位定点准确，快速刺穿表皮。
- (4) 进针时只捻转不提插或轻捻转慢提插。
- (5) 留针时间20-30分钟。体质好且病程短的病人时间稍短；体质差且病程长的病人时间稍长。
- (6) 出针顺序与进针顺序相同。
- (7) 常规针刺6-10次为一个疗程。
- (8) 避免刺伤内脏（尤其消瘦者需谨慎）；孕妇、腹部手术未愈者禁用。

另外，腹针疗法有严格的针刺顺序。在治疗肩周炎选穴中，必须先刺中院调动脏腑之气，调理脏腑；再刺商曲疏通肺经气，后刺滑肉门再调理局部之气。腹针针刺的顺序，犹如“饮水灌田”，如未调动水源，疏渠何用？反而未疏通沟渠，则水无灌处。在腹针治疗时，必须先刺调理脏腑之腧穴，再刺疏通经脉之穴，后刺定位之穴才能调整局部之气，才能使患者机体脏腑逐渐趋于稳态而达到治疗各种疾病的效果，这也充分发挥了“治病必求于本”的中医治疗原则。

3. 腹针的其它针法

1) 三角针：

三角针是以主穴为顶点向上或向下各距3-5分，分别刺两针使三针形成等腰或等边三角形的针刺方法。这种针法适宜于症状比较局限的疾病。

2) 三星法：

三星法是以主穴为基础向上下、或左右或与神阙呈放射性排列，各距主穴3-5分，分别各刺1针，形成并行排列的针刺方法。这种针法适宜于症状呈带状或条状分布的疾病。

3) 梅花刺：

梅花刺是以主穴为中心，上下左右各距3-5分各刺1针，共5针，使针体形成梅花的图案的针刺方法。这种针法适用于病情较重且病程较长的疾病。

七、腹针疗法治病的临床应用举例

1. 颈椎病

基本处方：中腕（S）、关元（S）、商曲（双、S）、滑肉门（双、M）。

辩证加减：

神经根型：加石关（双）

上肢麻木、疼痛：加患侧滑肉门三角

耳鸣、眼花：气旁（双）

椎动脉型：加下腕

头痛、头晕、记忆力下降：加气穴（双）

2. 落枕

基本处方：中腕（D）、商曲（患、S）、滑肉门（患、M）。

辩证加减：

颈项双侧疼痛：商曲（双、S）、滑肉门（双、M）

颈项后正中疼痛：下脘（S）、商曲（双、S）

3. 肩周炎

基本处方：中脘（M）、商曲（健、M）、滑肉门（患、S）。

辩证加减：

肩部疼痛的范围较大时：滑肉门三角（患）

肩部疼痛的范围较局限时：以滑肉门为顶点的三角取穴距离缩短

4. 腕部的狭窄性腱鞘炎

基本处方：中脘（M）、商曲（健、M）、滑肉门（患、M）、上风湿点（患、S）、上风湿外点（患、S）。

辩证加减：

腕部拇指侧疼痛：加列缺（患）

腕部关节正中疼痛：加外关（患）

5. 肱骨外上髁炎

基本处方：中脘（M）、商曲（健、M）、滑肉门（患、M）、上风湿点（患、S）。

辩证加减：

肘部疼痛较剧：加上风湿点三角（患、S）

6. 膝关节炎

基本处方：滑肉门（患、M）、外陵（患、M）、气旁（健、M）、下风湿点（患、S）。

辩证加减：

膝关节扭挫伤：内侧损伤，下风湿内点三角（患）；外侧损伤，下风湿下点三角（患）。

膝关节骨质增生：天地针，气外（患）

膝关节炎：调脾气（大横、双）

八、小结

腹针疗法不仅对取穴顺序有严格要求，还对各穴位的针刺深度作出明确规定。根据腹部经络分布特点，结合患者具体症状进行辨证施治，是该疗法的重要特色。通过在相应穴位进行针对性刺激，可对各种疾病的症状加以调理，使针灸的辨证施治更具条理性与直观性，增强了临床的可操作性。

腹针疗法通过“调脏腑、通经络”实现镇痛，具有安全高效、耐受性好等优势，尤为适合老年及体质虚弱者。腹针疗法依据腹部脏腑最集中、经脉分布密集及与全息理论的特点，形成了有着自身特色的治疗体系。以神阙为核心的神阙经络系统，具备调控全身的宏观的作用，使腹针疗法与中医理论紧密地衔接，从而对慢性病、疑难病的调理中，取得立竿见影的显著效果。

【参考文献】

- [1] 《腹针疗法》，薄智云著，中国中医药出版社
- [2] 《针推临床继续教育高级研修班资料汇编》

在南昌追寻灸法的温度

——江西热敏之约

祁梁（新加坡）

五月的南昌，空气中已弥漫着初夏的气息，我们踏上这片红土地，不为滕王阁的“落霞与孤鹜齐飞”，不为井冈山的红色记忆，而是为了一种传承千年的医术——热敏灸。

中华医院董事会主席吴佳盛率领由16位医师组成的访学团，受到了江西中医药大学党委书记黄加文、副校长严小军以及各部门负责人的热情接待，并参观了江西中医药大学的产学研成果中心、中医药文化馆、中医药香疗馆，详细了解了江西中医药大学在中医药教学科研、文化传承及成果转化方面的特色。

恰逢周末，访学团首先进行了为期两天的文化寻访之旅，为后续四天的学习铺垫了诗意底色。在江西中医药大学附属医院的四天培训，除了专注学习，我的身心也经历了一场由外而内的温热革命。

初到医院，便被其浓厚的中医氛围所震撼。门诊大厅里艾香袅袅，墙上悬挂的经络图与名人题词相映成趣。在实训教室里，每组三名学员与各地的培训生、实习生打成一片，老师们耐心示范着悬灸、回旋灸、雀啄灸等手法。最令我惊叹的是医院研发的智能灸疗机器人，将古老智慧与现代科技完美融合。

培训期间，我初次持艾条的手微微颤抖，生怕烫伤“患者”（同组学员），老师在一旁纠正我的动作，并详细的讲解热敏灸的“火候”，学习到艾灸就像烹饪，大火快炒与文火慢炖的效果迥异。在老师耐心指导下，我逐渐体会到施灸时那微妙的“吸感”，当艾热与热敏点完美契合时，会产生如磁石相吸般的独特手感。这种感觉难以言传，只有在无数次实践中才能心领神会，我忽然意识到，手中的艾条承载着多少代人的智慧结晶，心中不胜感慨：“灸之要，气至而有效”。

最难忘的是在东湖院区跟诊康明非教授的临床见习环节。在针灸科病房，我们见证了热敏灸对面瘫患者的神奇疗效。热敏仪固定在患者的穴位上方，效如普通艾条一样，不接触皮肤却令局部潮红，患者描述热感如小溪般流动，第二天反馈症状明显改善。这种“小刺激大反应”的特性，正是热敏灸的精髓所在。一位女患者分享：“西药治标，灸法治本。经康教授针灸并配合热敏灸后，我不仅疼痛减轻，整

个人都暖和起来了。”这些鲜活案例胜过千言万语的理论，让我看到传统医学在现代社会的生命力。

理论学习同样引人入胜。通过康明非教授和黄仙保博士的讲座，我了解到热敏灸的科学机理——它通过刺激人体热敏穴位，激发自身调节能力。现代研究证实，这种疗法能改善局部微循环、调节免疫功能。课上，康明非教授的一席话令我醍醐灌顶：“热敏灸不是简单的艾条加穴位，而是对生命敏感点的唤醒与对话”。康明非教授将半生心血倾注于热敏灸的研究与推广，他和科研团队历经20年科学研究，取得了一项原始创新灸疗成果——“热敏仪”，使得这一起源于江西的地域性疗法走向世界。

夜幕降临前的赣江边，遇见一群在公园练习太极的老人，他们动作舒缓，神情安详，与江水的流动形成奇妙和谐。此情此景，我突然领悟到热敏灸更深层的意义——它不仅是一种医疗技术，更是一种生活态度，教导人们倾听身体的细微声音，在快时代保持生命的平衡与温度。

短短的四天转瞬即逝，江西中医药大学为我们举行了结业典礼，江西中医药大学党委委员、副校长刘潜出席典礼，为全体学员颁发了结业证书，并代表学校与中华医院共同签署《热敏灸技术培训合作备忘录》，致辞中提及本次培训不仅是技术层面的学习，更像是一场文化寻根，希望能促进热敏灸技术的海外推广，同时提升中医药文化的国际影响力。

归程的飞机上，脑海里翻腾着几日学习到的知识点，艾草的香气依然萦绕在衣襟。这次访学带给我的不仅是技术的提升，更是一次文化的觉醒。当世界追逐冰冷的高效时，热敏灸以其温和持久的力量提醒我们：有时，慢即是快，热胜过强。在这片诞生了热敏灸的红色土地上，我找回了对传统医学的敬畏之心，也找到了中医学的温度，它让我思考：在快节奏的现代社会，如何守护这份“慢火细炖”的智慧？

江西南昌的一场热敏之约，让我见证了古老智慧的当代绽放，这种文化的延续性令人动容，这种温度，将长久温暖我的从医之路。

脉诊

杨松年（新加坡）

从一个故事说起

一个下午，在我的诊所里有许多人等着看病。不久，轮到一位少年男性。他坐定之后，我端详了一下他的神色形态，便问他：“哪里不舒服？”他把前臂往诊垫上一搁，说：“诊脉吧，医师！干么要问，哈！不出我所料，这里的中医有几个懂得诊脉的？在近代，真正懂得诊脉的人，只有吾邑潮阳县的XXX老医师。当年我向他请教时，他高龄八十余岁。老人的诊脉功夫卓绝，为人诊病，不重问诊，只从脉象辨证。他常告诉病人：‘中医之特点，便在脉诊功夫；医者不能切脉知病，便不足以言医。’可惜老人已于数年前作古，脉诊自今而后将是断琴绝唱。

“当年我曾旅行中国各大都市，也曾拜访过不少中国大夫，其诊脉功夫均令人失望。因为我从小多病，不但看过无数医生，也读过不少医书，对于医学略知一二。今日登门求诊，深感先生之脉诊功夫不能令我信服。”语罢掷下诊金，悻悻然而去，旁坐的病人皆为之愕然。

不管上述这位病人的动机来历如何，但可以借这个事实说明，尚有不少人受传闻误导，才会对中医诊脉有过分的要求。回顾我四十多年来的从医经历中，碰到这种事例已非一次。初时尚自愧学历不足，每每耿耿于怀；继而辛勤披读脉学群书，搜求古人经验，虽略有心得，但尚难惬

意。故在此略谈中医脉诊的发展、沿革及其内容之含义，以期今后的世人能对脉学内容有更为正确的认识。

虽然脉诊是中医诊断学的一大特色，但事物本身，往往是一分为二的，因此我们对切脉的价值也不应绝对化。以往有一种错误的看法，认为单凭脉诊便可以确诊诸病。实际上，脉象只是人体对疾病反应的一种表征，是机体内部病变向外传递的一种信息。人体发病的机理十分复杂，看问题要从多方面综合去看。

脉诊学说是整个中医学说的一部分，是先民在认识疾病的基础上，通过长期实践观察所积累起来的经验。它与望、闻、问三诊合为“四诊”，关系严密。但是，脉诊学说也如其他科学学说一样，在其数千年的发展过程中，难免曾被巫、覡、神、道所利用，以致参杂入一些迷信色彩，给脉学增添了不少异论与妄说，也使脉学增添夸张与神秘的气氛。

就如上面所说的那位年轻病人一样，对中医诊断早已存在误解，又受到那位老医师的误导，过分强调诊脉在诊断中的地位。姑勿论他切脉之术是否真正工、巧、神、圣（或许他另有天赋的“第六感”指头，则又另当别论），这种过于片面的强调，本身就是带有误导性的。

古今脉诊沿革

脉诊的具体记载始于《内经》。它是一部伪托黄帝与臣子岐伯、雷公、鬼臾厉等人讨论医术之书，内容包括基本理论、疾病描述、诊断治疗、针灸、摄生等。至于诊法，已概括了后世所谓四诊的内容，其具体的脉诊方法和内容则显得零乱，缺乏统一。这种情况反映了一种新技术在发明和发展尚未定型时的一般状况。例如在诊脉的部位上，就存在不同的形式。

一、动脉诊法

最初的脉诊法有“大方脉法”，即诊察十二经脉的动脉部位，是在体表十二经脉流注动脉应手的地方加以诊按，以便了解经脉的动静，所以有“是动则病”的记载。

二、三部九候诊法

上部天：两额之动脉（太阳穴）；上部地：两颊之动脉（巨髃穴）；上部人：耳前之动脉（耳门穴）。

中部天：手太阴动脉（寸口）；中部地：手阳明动脉（合谷穴）；中部人：手少阴动脉（神门穴）。

下部天：足厥阴动脉（五里穴）；下部地：足少阴动脉（太溪穴）；下部人：足太阳动脉（箕门穴）。

三、人迎气口诊法

《灵枢》载：“人迎候阳，气口候阴。”（太溪穴位）

四、寸口三部诊法

根据《难经·十八难》：“三部者，寸、关、尺；九候者，浮、中、沉也。”三三得九，故名“九候”。

至于为何后世独取寸口而废弃遍诊，这在《内经》《难经》中已有较为清晰的阐述。归纳起来，寸口为脉之大会，是脏腑气血运行的通路；寸口部又属肺经循行路线，而肺朝百脉，因此在寸口可以诊知脏腑的病变。由于寸口三部诊法应用已久，逐渐积累了大量经验，并且该法简便易行，便成为诊脉的有效方法。

古人受到礼教约束，“男女授受不亲”，所谓“妇人足趾亦不可取”，以手扪妇人喉颈之部亦属不便。因此，这也造成三部诊法中“人迎”、趺阳脉被废弃不用。

从这些文献记载可知，已经非常明确之处全面诊断，必须综合形体色泽、既往病史等多方面表现，相互参考对照，方能作出确切判断。若有人强调切脉可概括四诊，这是错误的。因为脏腑病变并不必然都反映于寸、关、尺三部，故临床上应用寸关尺分诊时，不应过于拘泥，而是应该可以则从，可舍则舍，绝不可千篇一律，才不至于方陷入机械与死板的境地，以符合古人“脉证不合”时，“舍脉从证”或“舍证从脉”的灵活原则。

《内经》最早的脉象主证

《内经·灵枢·邪气脏腑病形篇》说：“五脏之所生，变化之病形何如？调其脉之急、缓、大、小、滑、涩，而病变定矣！”节录其原意是：

缓脉：有和缓、迟缓、纵缓的不同。和缓之脉，不疾不徐是有胃气，即平人之脉。若稍迟而无力，多为虚寒之征，宽大而缓，反为邪热有余，有热之象。

急脉：属为弦脉、紧脉之类，此二脉主寒主痛、主挛急之征。又为肝脉，与肝的病变有关。

大脉：与洪脉相似，大而浮弱者，则属阳气有余，阴气不足之象。阳有余则气实，阴不足则血虚。

小脉：属阴，不论是浮是沉，轻按重按均见小象。见于阳部为阳虚，见于阴部为阴虚。三部俱见者为阴阳两虚。

滑脉：为阴阳气盛，气血俱盛。凡五脏病之脉滑者，皆主气盛。

涩脉：往来艰涩不利，细迟而短之象，主血少气滞。

这些记载，是从脉象诊察病机，并未直接详指症状。意即示人从病机核对症状，或从症状究勘病机，这些记录虽然简要，但已为后世创造脉学专辑奠定基础，提供资料。

脉学发展中的瑕瑜互见

西晋王叔和对历代已有成效的脉诊方法进行了深入研究，并总结了晋以前的脉学成就，编撰《脉经》，初步建立了系统的脉学理论体系。王叔和所著《脉经》对医学的发展贡献巨大，然而其中内容亦夹杂了一些荒诞不经之说。

例如《太素》一书中所载“王脉”“相象脉”“囚脉”等脉象，认为可以通过

脉诊判断人的富贵贫贱。如：“假令得王脉，当于县官家得之；假令得相象脉，当于婚家得之；假令得囚脉，当于囚徒家得之。”此类荒谬无稽之说被收入《脉经》，使得中医脉学蒙上了一层迷信色彩。

及至明代，张太素选录脉学书二卷，名为《太素脉秘诀》。该书除论述诊病方法外，还宣扬通过脉象可判断人的智愚、贵贱、寿夭、贫富等。这种带有主观臆测、带有宿命色彩的旁门之论，更使中医脉学蒙受污名，影响其科学性与学术地位。

有人单凭脉诊治病的来龙去脉

回忆昔年，吾郡有一老医，以善诊脉闻于乡里。他不甚注重问诊，专凭切脉，常能道出病者所苦。观其处方：内伤不外肾气、八珍、归脾、逍遥等方；外感亦不越银翘、桑菊、白虎、承气诸属。然所治之病，卓有疗效。当时笔者对此人颇为心折。

一日，偶于一场宴会中与其相遇，笔者即席向他请益，愿闻其诊脉之法。老医欣然答曰：“君亦医学世家，学有渊源。《内经》、医典、本草、脉学，当已遍读。经云：‘善诊者必亲观其神态，察其气色，视其呼吸，闻其音声。’有诸内必形于外，有是证必有是脉。四诊为中医诊病之根本，缺一不可。人皆谓余诊病偏废问诊，实不然，余亦谨循四诊之法，仅详于脉而已。”

人之发病，内因多由饮食劳倦，外因多因四时六淫、非时之气，使脏腑失调。察邪正之消长，补其不足，泻其有余。盖先天之本在肾，固后天之源在脾。四时百

病，胃气为本；凡诸顽疾，治宜培养肝肾，调其脾胃，何病不愈？”

四十年前，能持此论，已属可贵。虽未直接言脉，然已约略点出其以脉诊病之窍门矣。

其实，当日农村社会，一般人知识浅陋，一旦生病，全仗中医中药。医者之处方、治疗日数、医嘱禁忌，病人皆遵照不违。病人若问：“我得了何病？”医师可答曰：“肝火上升”“肾阴不足”“脾胃虚寒”“痰湿”“郁火”“湿温”“风温”“秋燥”之类病名，即可交代，无人追问其理。

不似今日科学昌明，一般人对生理病理均有所认识。况今日医学知识日益进步，得科学之助，诊断技术配合精密仪器，如X光透视、电子扫描器等，纵是深藏体腔内部之溃疡、增生、结石、阻塞，或藏于脑腔、骨内之病变，亦莫能遁形。

假若一些慢性病患者转至中医诊所求治，往往已从西医处获取充分病情资料。此时病人若抱有“刺探”中医之心，动辄“打破沙锅问到底”，医者若仅凭脉诊辨证，试图完全符合西医既有诊断结论，实难令人满意，亦属不切实际。因此，笔者以为：以往的中医行业，实较今日之中医，来得容易为之。

脉诊在四诊中的价值

脉诊是四诊之一。医者必先收集望、闻、问三诊之后，再通过最后的切脉，以了解人体气血之盛衰，脏腑之虚实，疾病的性质（阴阳、寒热、虚实）、部位（上下、表里）以及病情的转归和预后安危的依据。《素问·脉要精微论》曰：“脉者，

血之府也。长则气治，短则气病，数则烦心，大则病进，上盛则气高，下盛则气胀，大则气衰，细则气少，涩则心痛……”等等。

因此，可以认为脉象是反映生理与病理变化的一种灵敏信息，是病机的概括性体现，但未必能将机体每个局部病变完整地表现出来。

脉诊入门之难

脉诊越发展，内容愈繁，使人愈难掌握。前人曾言：“切脉之道，明于书，未必明于心；明于心，未必明于手。”所谓“胸中了了，指下难明”，已充分说明诊脉之难。

恽铁樵曾说：“现今医家视脉书最高者，为《王叔和脉学》及《濒湖脉学》二书，皆从名上着笔，千言万语，愈说愈离，卒使读其书者，反不能喻其意。同一病人之脉，五位医生诊之，甲医曰弦，乙医曰紧，丙医曰滑，决不能不谋而合……”

因为脉象是看不见的，只能凭三个指头去摸。你以为摸到的是弦脉，另一个人却觉得是紧脉。各人指下所感，只能意会，很难用语言来表达。例如弦脉与紧脉之区别，在《濒湖脉学》歌诀中曰：“弦则端直似琴弦，紧则如绳左右弹；紧言其力，弦言其象。”将指下搏动之脉象，用弦线的张力与拉绳的紧张作比，实属抽象难明，牵强附会。

如何认识脉象

脉象历来种类繁多，常言二十八脉，有人将其归纳为五大方面：

一、位置

指脉的深浅，如浮、沉、伏等。

二、速律

指脉搏跳动之快慢，如迟、缓、数、疾等。

三、节律

指脉的规律与否，如结、代、促动等。

四、强度

指脉搏动的有力或无力，如虚、实、微、濡等。

五、形态

指脉象的形状，如滑、涩、弦、紧、洪、细等。

在纷繁复杂的脉象中，我们可以用上述方法进行概括、归纳，以达到“以简驭繁”的目的。但脉象并不总表现为单纯的浮、沉、迟、数等单脉，常常会出现两种或两种以上相互兼见的“合脉”，如浮数、沉紧、沉细数等。

脉象的显现虽然微妙相似，但不管千变万化，皆可从复杂中寻找规律。那就是：先辨八纲，以阴阳两纲为总纲。如：浮、数、滑、大为阳盛之脉；沉、迟、涩、小为阴脉。表脉为浮，里脉为沉；寒脉为迟，热脉为数；虚脉为小，实脉为大。纲领既明，然后再推研合脉。

合脉的含义

滑伯仁曰：“凡取脉之道，理各不同，脉之形状，又各非一。凡脉之来，必不单至，必曰浮而弦，浮而数，沉而紧，沉而

细之类。大抵提纲之要，不外浮、沉、迟、数、滑、涩之六脉也。”

徐洄溪则提出“二合脉、三合脉、四合脉”之说，认为单一脉象不能完全反映疾病的复杂性。例如，在二十八脉中：

- 浮而细为“濡脉”，
- 沉而细为“弱脉”，
- 浮、弦、大、虚组合为“革脉”，
- 沉、弦、大、虚组合为“牢脉”。

由此可见，脉象错综复杂、互见相杂，是合脉之范畴所在。

从古人遗作中吸取经验

脉诊是中医诊断疾病的重要环节。这些宝贵的经验，虽在当时的发展过程中受限于客观环境，有些内容难免瑕瑜并见，但绝大多数是有价值的，因此我们应当加以重视。

在众多脉学著作中，最受推崇的莫过于《濒湖脉学》与《王叔和脉经》两书。初学脉诊者暂且不必纠结于恽铁樵对该书的评语，笔者认为，这两部著作较之其他脉书，更切合临床实际，内容通俗易懂，便于记忆与应用，因而流传最广，历来被视为初学者学习脉法的阶梯。

初学者不可不读之。熟背脉学歌诀，是学习脉诊的初步功夫。基础打稳之后，对于脉的“体状”、“相类”、“主病”、“分部”等方面，便可形成初步概念。再辅以临床反复体验，诊脉技巧自然会逐步提高。

初学脉诊者，应从望、闻、问三诊中获取的初步印象出发，细心体会：阴证表现何脉？阳证表现何脉？主证为何？兼证

为何？所见为单脉或合脉？证与脉之间是否具有一般性与特殊性？还应观察疾病发展过程中初期、中期、末期脉象的变化，并将临床所见与书本知识进行对照，先做到“从证识脉”，逐步提升到“从脉识证”以及“脉证合参”的综合诊断能力。

计息诊脉与秒针诊脉

《素问·平人氣象論》曰：“一呼脈再動，一吸脈再動。呼吸定息，脈五動；潤之太息，命曰平人。”正常人每分鐘約有18次呼吸，每次呼吸脈動4次， 18×4 即72

次。因此，以秒針計數確有一定參考價值。

但對脈診稍有經驗者，都習慣以

“息”計數。若以“息”計數，就必須做到平心靜氣、呼吸調均，達到調勻”的狀態下進行，以達到“平息”、“靜心”、“布指”三者合一，方為準確。

從“望、聞、問、切”四診的字面順序來看，脈診居於最後。但正如恽鐵樵所言：“以所研求之脈象，合所見之病症，參互錯綜，以推斷病之緩急深淺，勿誤認脈學為推測病之唯一工具。”

浅谈《伤寒论》的辨证施治

陈明（新加坡）

《伤寒论》的精华，主要体现在用六经辨证来处理“广义伤寒”的全病变过程。它是从多种外感发热病（广义伤寒）发生、发展、变化的过程中，抓住它的外因，即致病因素的特性，联系到病人体内经络、脏腑气化的改变，作为病因病理的探讨依据；更进一步审察病人的正气（各种防御疾病的能力）以及有无宿疾等条件，然后细致地把各方面的材料联贯起来，寻出其发病和演变规律，概括为六经病证，作为施治的依据。其中贯穿着“八纲辨证”的精神，这正是后人常说“六经论伤寒”的道理。

《伤寒论》在指导外感发热病的有很强的实用性。因为它无论在感性认识上，还是在理性认识上，都具有一定的深度。除了每经都确立了主证、主脉的分辨及治疗方剂外，还罗列了不少条文，用以指导辨别一些不典型，或仅凭一个或两个症状便可确定的证型，以及一些表面症状表现很相似但实质上刚好相反（现象与本质不一致）的证型。此外，还有合病、并病，以及一些症状表现多变、动摇性大的证型，形形式式，不一而足，处处体现“异中求同，同中求异”的治法。

又于六经病变过程中，常有相同的证型出现在不同经中，如：麻黄汤证既可出现于太阳经，也可出现于阳明经；桂枝汤既可用于太阳经，又可用于阳明经、太阴经；承气汤证既可见于阳明经，也可见于太阳经和少阴经；小柴胡汤证既可用于少阳经，也可出现于太阳经（太阳经出现小柴胡汤证，是病情由表入里的体现）和厥

阴经（厥阴经出现小柴胡汤证，是病情由里出表、病机转愈的体现）；白虎汤证既可见于阳明经，也可见于厥阴经；吴茱萸汤证既可出现于厥阴、少阴二经，也可出现于阳明经；真武汤证既可见于少阴经，也可见于太阳经等等，体现出“同经异治、异经同治”的精神，也体现出六经病证的变证关系。

我们从六经传变的病证来体会，便可领悟《伤寒论》的辨证精神，并非孤立地看待每一经的病证，也不是静止地看待病情，而是以能动的观点和整体的思维来看待六经病证之间的辨证施治，从整体着眼，因势利导，抓住病理的主要矛盾，而采用或汗、或清、或下、或和、或吐、或温、或补等法。只有这样，才不致被错综复杂的临床现象所迷惑。

此外，《伤寒论》中还有不少条文指出病变发展的预见性及防微杜渐的思想。

总之，圆机灵活的治法，比比皆是，而其方剂则多为屡试屡验的良方。倘能抓住一些“有核心性”的条文，细心体会，研究其方证之间的病理关系，每有意想不到的收获。

有人说，《伤寒论》的辨证施治精神可以一言以蔽之，即“随证治之”。这话不错。仲景曾在论中，强调过“随证治

之”，因为疾病是一个发展变化的过程，随着人体与致病因素之间的斗争，症状不会一成不变、固定成型，必须从疾病的发展、演变的动态过程中加以辨析，抓住疾病的发展、变化的症结所在，掌握机动性的治法。只有这样，才能不致陷入一套硬性不变的公式和脱离实践的理论之中。这正是《伤寒论》辨证施治的特色所在，也是它的优越之处。

*注：本文转载自《新加坡中医杂志》1999年2月。第6卷第1期

中医浅谈男性更年期

黄春祥（新加坡）

在临床上，提到更年期综合征时，大家首先想到只有女性才有的问题，总感觉只有女性在绝经期前后出现的症状，才是“更年期综合症”，而往往忽略了男性更年期的问题。其实在我们临床工作中，遇到男性更年期前来求诊的患者为数不少。

男性更年期与女性更年期的表现有所不同；女性更年期大多出现在月经绝经前后，通常在55岁以前较多见，是每个正常女性都要经历的阶段，症状表现有轻有重；而男性更年期则往往从40岁左右就开始发生，60岁以后呈现高发状态，持续的年龄长达20年之久，但并非每个男性朋友都会出现典型的临床症状。

俗话说：“男人四十一枝花”，即指40岁左右的男人处于人生、家庭、事业的巅峰阶段，精神压力、身体机能及生理状态等都发生巨大的变化，所以也有“男人四十一道坎”之说。男性进入40岁以后，体内睾酮水平会随着年龄增长而下降，临床上出现潮热盗汗、烦躁易怒、脾气暴躁、表现出脸红耳热、声音粗大，又或出现忧郁寡言、失眠多梦、性欲减退等症状，俗称“男性更年期”，医学上称之为迟发性性腺功能减退症（LOH）。虽然，男人的心理成熟期相对比女人来的晚，但是依临床观察，男性更年期症状却来得比女性早，持续时段也比女性长，孔子说男人“三十而立，四十不惑”，更年期虽不是每个男人都会出现典型的临床症状，但却是大多数男性都要经历的一个过程，症状有轻有重、出现的时间有迟有早。我在临床上所看诊的男性更年期患者中，年龄最小的44岁，

年龄最大者则63岁，所以男性更年期也被称为人生旅程中的一段“困惑期”。

中医对于男性更年期的认识

“男性更年期”多见于男子至中老年之时，肾气渐衰，天癸将竭，精阴不足，阴阳失调，累及心、肝、脾、肺、肾等脏腑，致功能失调，症状纷呈。肾为先天之本，肾藏真阴真阳，主人体的生殖、生长、发育、性事、衰老等全过程。男子到了更年期，由于肾精匮乏，肾气日衰，天癸渐竭，气血精液由盛而枯，形体由强而弱，性功能和生殖能力由旺而衰，五脏六腑的功能逐渐衰退，生理年龄即从壮年步入中老年；男子若先天禀赋又不足、素体亏虚，或后天淫欲过度、精血过耗，加上平素起居失常、劳神过度、压力过大、事业不顺、睡眠不足；又或平素郁怒忧思，过喜过悲，情志内伤，均可诱发更年期综

合症的到来，从而出现一系列男性更年期的临床表现。

临床表现

1. **性功能障碍**：性欲减退和性活动减少，被认为是男性更年期最常见的症状。患者常出现勃起功能障碍，性欲明显减退，又或性生活后出现腰酸背痛，心悸怔忡，汗出肢冷等不适症状。
2. **骨质疏松**：机体出现肥胖和肌肉量减少。男性更年期患者常出现骨量减少，骨质疏松，骨折发生率明显增加；有的还会出现体内脂肪增加，容易出现向心性肥胖；肌肉量减少明显，肌张力下降，从而导致自主生活能力下降。
3. **情绪变化**：男性更年期患者容易出现烦躁焦虑、脾气暴躁、容易激怒，也有的男性表现为抑郁寡言，情绪低落，容易疲倦和乏力，出现睡眠障碍、记忆力减退、注意力不集中等精神情志失调等症状。
4. **代谢综合征**：男性更年期患者往往同时存在代谢综合征的临床表现；如肥胖、高血压、血脂紊乱、糖代谢异常和胰岛素功能紊乱。临床很多资料证实，中年男性肥胖与血清睾酮水平降低密切相关。有资料显示：临床20%~60%肥胖的中年男性血清总睾酮或游离睾酮水平降低，代谢综合征和2型糖尿病均与血清睾酮水平降低有关。

男性更年期的中医临床分型

主要可分心肾不交型、肝肾阴虚型、脾肾阳虚型、肺肾两虚型等四大类型：

- 一、**心肾不交型**：主要表现为心悸心烦、情绪激动、时喜时悲、头晕耳鸣、健忘失眠，阳萎早泄、腰膝酸软、手足心热等等，舌质红，脉细数
- 二、**肝肾阴虚型**：主要表现为头晕目眩、耳鸣耳聋、肝火上炎、胸闷叹气、疑虑重重、性欲减退、阳萎早泄、口干口苦、多梦少寐、舌质红，脉细数。
- 三、**脾肾阳虚型**：主要表现为少气懒言、形寒肢冷、食欲不振、腰腹酸痛、神疲乏力、夜尿频繁，性事冷淡、阳萎早泄等，舌质淡，苔薄白，脉沉细。
- 四、**肺肾两虚型**：气短喘咳、少气懒言、腰膝酸软、肢冷痹麻、性事冷淡、阳萎早泄、夜梦遗精等，舌淡、苔薄白脉细。

男性更年期患者的注意事项及临床调理

男性更年期的诊断依据主要从：年龄、症状及实验室检查发现雄激素降低，特别是游离睾酮的降低更有诊断意义，西药的睾酮素补充，加上中医中药的辨证施治及调理具有理想的效果，经过中西医调理后大多数症状都能缓解。同时，按时起居，生活规律，劳逸结合，并且保持适度、规律、均衡的性生活，不用过早分床绝欲，但也避免过度纵欲，适度房事能促进性激素的正常分泌，促进情绪稳定，使得脏腑功能保持平衡状态。

除此之外，也需注意环境污染、吸烟、喝酒、劳累等因素影响也可诱发体内荷尔蒙的分泌；因此，男性更年期的治疗和调理必须要综合考虑多方面的因素，才能更好地减轻更年期的症状。

男性进入更年期阶段，要保证全面的营养。应常吃鱼及其他肉类食物以补充氨基酸；山药、芝麻、豆豉等对男性前列腺有益；富含维生素C的食品对骨骼、牙齿有利；胡萝卜、茼蒿等富含胡萝卜素。更年期的男士们也要加强运动锻炼、保证充足的睡眠，改变不良生活嗜好，同时要排解各种压力，保持乐观平和的心态面对每天的生活和工作。

男性更年期患者的运动和注意事项

一、选择适合自己的项目

更年期的男性应选择各关节、各肌肉都活动的全身性项目，如散步、慢跑、太极拳、游泳、气功、保健体操等，能使头颈部、躯干、上下肢都得到全面的锻炼。不宜做强度过大，速度过快的剧烈运动，如冲刺、跳跃、憋气、倒立、滚翻等。

二、控制自己的运动量

运动量由运动强度、时间、密度、数量和运动项目的特性构成。运动量的大小及恰当与否如何判断呢？通常在锻炼后身体感到有些发热，微微出汗，无疲劳感，感到轻松、舒畅、食欲和睡眠都很好，就说明运动恰当，效果良好。若运动后感到头昏、胸

闷、气促、恶心、食欲与睡眠不好，有明显的疲劳，则说明运动量过大，要适当减少运动量。

三、持之以恒

运动在于坚持，只有认识到健身运动的重要性，才能下定决心，克服懒散习惯。否则不但锻炼的成果得而复失，而且会因身体不能适应突然的运动，造成意外的损伤。特别是健康状况不佳、有心脏病的男性更应注意。

推荐男性更年期的饮食养生调理

一、心肾不交型

- 1、桂圆百合粥：龙眼肉、百合各30克，大枣6枚，大米100克，冰糖适量，共煮为粥，早晚服食。
- 2、瘦肉莲子百合汤：瘦猪肉250克，莲子30克，百合30克，加水煮成汤，调味服食，每天1次。
- 3、甘麦莲枣汤：甘草6克，淮小麦15克，麦冬10克，莲子15克，大枣30克。将甘草、淮小麦、麦冬三味药先煎汁，再用药汁煮莲子、大枣服用。

二、肝肾阴虚型

- 1、芝麻粥：黑芝麻10克，大米100克。将黑芝麻用水淘洗，放入锅内炒后研磨成泥状，与大米同煮成粥，调味后食用。
- 2、玄地乌鸡汤：玄参9克，生地15克，乌骨鸡500克。将乌骨鸡去内脏，将玄参、生地置鸡腹中缝牢，加水文火炖熟，调味后服食。

- 3、淮山枣肉煲瘦肉：淮山30克，枣肉20克，猪瘦肉100克，加水一同放沙锅内煲熟烂，吃肉饮汤。

三、脾肾阳虚型

- 1、核桃莲子粥：核桃仁20克，莲子18克，芡实18克，大米60克，同煮成粥，调味后食用。
- 2、枸杞羊肉汤：枸杞15克，栗子18克，羊肉60克，羊肉洗净切块，将全部材料放入锅内炖熟，调味后食用。

四、肺肾两虚型

- 1、四白瘦肉汤：白木耳50克，莲子30克，百合30克，杏仁10克，瘦猪肉250克，加水煮成汤，调味服食，每天1次。
- 2、百合核桃粥：百合30克，核桃仁20克，莲子20克，大米80克，同煮成粥调味后服食。

除此之外，男性进入更年期时，每天可多吃5种食物：薏苡仁、黄豆、山药、牛蒡及蜂王浆等。其中薏苡仁和山药可加上地瓜等煮成粥，作为每日早餐。每天早上喝一杯蜂王浆，加上花粉、蜂蜜调味。同时为防治更年期症状。

最后，建议男性朋友要坦然面对和正确认识男性更年期的发生，变换角度想问题，多和家人、亲人、朋友、同事等倾诉心声，对改善更年期不良情绪大有好处。家人的关怀和理解也非常重要，做儿女的，不妨用儿女特有的青春气息感染父亲，帮助他缓解心中的抑郁情绪。做妻子的，更要理解和开导丈夫的情绪变化，多关心和体贴丈夫的身体状况，正确对待男性更年期是人生中的一个过渡阶段，并不是幸福生活和青春活力的结束。与女性更年期一样，正确了解，科学面对，愉快坦然地接受这一时段的到来，适应人生的又一个新阶段。

失传的营养学——远离疾病5

陈蓓琪（新加坡）

【前言】延续上一期的内容，今天继续和大家分享王涛博士写的《失传的营养学——远离疾病》这本书。这本书的作者是医学博士，多年来专注研究营养在人体健康中的作用，在“营养医学”这个领域走出了一条不一样的路。他提出了不少新观点，也通过多年临床随访的经验，验证了营养在预防和治疗很多疾病方面的实际效果。

书中从营养角度出发，针对高血压、糖尿病、冠心病、高血脂、脂肪肝、肥胖、失眠、痛风、肝硬化、肾炎、更年期综合征、脑萎缩、老年痴呆、心理精神类疾病，以及各类骨关节和肌肉疼痛等几十种常见却棘手的慢性病，都给出了新的解释和建议。读下来，让人觉得营养其实远比我们想象的要重要得多，也希望这些内容能对大家有所帮助。

第2部分 各论

第2章 提高机体免疫力和病毒性感染性疾病（感冒、肝炎等）的治法

肝炎是除肝脏代谢性疾病之外，最常见的一种肝脏疾病，危害极大。因为它具有传染性，以乙肝为例，经常见到肝炎在家庭成员内蔓延，很多患者在青壮年时就已丧失劳动能力，对社会生产力和家庭的打击很大。

肝炎有很多种，甲肝、乙肝、丙肝，是按肝炎病毒类型的不同而分类的。也就是说，肝炎是由肝炎病毒引起。当我在医科大学上学快要毕业时，有一天，一个人指责我说：“你们医生真笨，连个感冒也治不好。”我一听就给他讲了一个道理，我问他：“你说是子弹好拦截还是导弹好拦截？”答案很明确，当然是导弹好拦截，

为什么呢？因为导弹复杂，导弹有制导系统。有动力系统、还可以计算出它的运行轨迹。随便干扰或攻击导弹的某系统中的某个环节，都会让导弹偏离轨道或失效。而子弹就不同了，子弹结构太简单，打出去飞行中的只有一个弹头，除了空气阻力，没有什么可以干扰到它的飞行，所以根本无法拦截。

细菌和病毒的区别就在于此，为什么细菌性疾病容易治疗而病毒性疾病不容易治疗呢？就是因为细菌很复杂，细菌有很厚的壁，有自己的细胞膜、细胞质和核区（即染色质区域），细胞质内有各种各样的反应单元。所以药物可以找到很多的攻击点，例如细菌的细胞壁，只要用药物干扰细菌的细胞壁合成，细菌就活不成了。这就是我们熟悉的青霉素和阿莫西林等抗

生素的作用原理。而病毒结构太简单了，就是几条 DNA，外面由一层蛋白质膜包裹，在体外没有任何反应，所以找不到攻击点。当病毒进入细胞内，它利用我们人体细胞内的各种物质，包括各种营养素和我们人体细胞内的各种酶、各种结构来生产自己，它已融入我们的细胞，成为我们细胞结构的一部分，所以还是无法攻击，因为攻击它就是在攻击我们自己。所以尽管今天在临床上有一些抗病毒的药物，但疗效都比较差，而且对我们身体自己伤害很大，尤其是对肝脏的伤害极大。基于病毒上述结构上和生活上的特点，药物抗病毒就显得有些力不从心。那么怎样才能治愈病毒感染，将病毒从我们的身体里清除呢？只有一条路最合理、最有效，那就是提高机体的免疫力，让机体的免疫系统将病毒清除掉。

正是基于要提高机体免疫力来抗病毒的目的，所以我们才看到，一些人为了防止感冒而使用丙种球蛋白。其实这不是合理的做法，在今天的临床治疗中有很多不合理的做法，其中很典型的例子之一就是往身体里输入本来身体自己可以产生的物质。在治疗上应当遵循一个原则，就是能让身体自己生产的，绝不从外面给予。比如丙种球蛋白，我们的免疫系统是可以自己生产的，而且生产的速度极快，生产能力几乎是无限的，那就应该促进身体自己生产。白蛋白也是这样，临床上经常使用白蛋白，其中很多没有必要，而且也不合理。一方面是因为我们的肝脏自己每天会生产足够量的白蛋白，如果白蛋白不足

了，应该促进肝脏生产白蛋白的能力，而不是外给。另一方面，从体外给白蛋白只能起到暂时的作用，并不能从根本上扭转体内缺白蛋白的状况，因为这样做并没有恢复肝脏自己生产白蛋白的能力。这就像一个人穷，您总给他钱是解决不了他穷的问题的，只有教给他致富的能力才能从根本上解决他的贫穷问题。激素的使用也是同样道理，如果某个病是因为激素低而引起的，那应该恢复和提高身体相应器官（如肾上腺、性腺等）生产激素的能力，而不是外给，更何况很多病不是因为激素不足造成的，给激素就更没道理了，也不会从根本上治愈这些疾病。

要提高机体免疫力，有两种方法，一种可以称为吸毒式方法。这就像去打仗，要打赢这场仗，假设需要 1000 个兵，可您只有 10 个兵，那给他们吸毒，让他们精神起来，提高他们的战斗力，让他们 1 个顶 100 个使用，这样就可以达到 1000 个兵的战斗力了，如干扰素、胸腺肽等等就发挥类似的作用。但这种做法比较冒险，死 1 个兵就相当于死了 100 个兵，战斗力会迅速下滑，往往打不赢。另一种方法就是给原料的方法。您不是需要 1000 个兵吗，给您可以生产 1 万个兵的原料，让所需要的兵迅速生产出来，而且因为原料充足每个兵的战斗力都大大提升。这样再去打仗就放心了，胜算极高。给原料就是给营养素，这样会大大加深免疫能力的底蕴，让免疫系统达到快速反应，且战斗力极强。这就是为什么使用营养素后很多人反映说不得感冒了。感冒病毒进入体内即

被清除，哪里还有机会得感冒，而经常患感冒正是机体免疫力弱的表现。

治疗肝炎也是同样的道理，通过使用营养素提高机体免疫力才是合理的治疗途径。使用营养素不单是把原料提供给免疫系统，让免疫系统生产足够的免疫细胞和免疫分子，营养素还具有极好的修复肝损伤的作用。长期的肝炎使肝细胞严重受损，大量肝细胞死亡，还活着的肝细胞的生存环境也遭到严重破坏，肝脏的各种功能大大减弱，而肝功能的减弱，如肝的解毒功能受损，也会导致人体的免疫力下

降。营养素可以修复肝脏的损伤，救活那些快要死掉的肝细胞，改善肝细胞的生存环境，恢复肝细胞的各种功能，这会进一步增强患者的体质，提高他的免疫力。但如何用营养素治疗肝炎也是一个有待进一步研究的课题。因为不是每个肝炎患者使用营养素都会在很短时间内治愈肝炎。这与患者自身免疫系统和肝炎病毒的类型。肝受损程度等都有关系，也与营养素的使用方案有关系。但使用营养素后，即使肝炎在短期内没有治愈，也可以防止肝炎进一步发展成肝硬化或肝癌。



《新加坡中医杂志》是新加坡中医师公会主办、国内外公开发行的专业性学术半年刊。编委群旨在与时俱进，反映新世纪、新生代、新潮流的中医中药的发展史轨迹，举凡中医药、中西医结合的最新科研成果、先进技术探讨、临床经验与医药动态以及中医中药新的解决办法、中医药最新的理论研究、骨伤推拿及其他理疗方法在各科临床的应用、非药物康复治疗经验汇总以及复方制剂的开发与探讨等，以能促进中医药在世界范围内有着更好地发展，为全球人类的生命健康发挥出更大的作用。

因此，《新加坡中医杂志》的内容必须是论点明确、论据充分、结构严密、层次分明、文字精炼，使之成为具科学性、创新性、实用性的新加坡品牌的中医杂志。

来稿要求

- 文稿一般为综述、活动报导勿超过5000字，论著不超过4000字，其它文稿不超过3000字（包括摘要、图表和参考文献）。
- 文题力求简明扼要，突出文章主题，中文一般不超过20个字，文题中不能使用非公用的缩略语。
- 文稿可以附上中文摘要和关键词（英文部分则省略），摘要一般在200字左右，内容及格式必须包括论文的目的、方法、结果及结论四部分。而重点是结果和结论，结果中要有主要数据。文稿可标引2至6个关键词，标引关键词应针对文稿所研究和讨论的重点内容。
- 参考文献，仅限于作者亲自阅读过的近期重要文献，尤以近两年的文献为宜，并由作者对照原文核定。机关内部刊物及资料等请勿作文献引用。参考文献的编号，按照国际GB7714-87采用在正文中首次出现的先后顺序连续排列于文后，正文中一律用阿拉伯数字（加方据号置右上角）表示。

- 依照〈国际著作权法〉有关规定，文责由作者自负，如有侵犯版权行为，本刊不承担任何法律责任。
- 凡涉及宗教、政治、人身攻击、触犯医药法令的文章，恕不采用。
- 编委会有权对来稿进行文字修改、删节。凡对修改有持异议者，请在稿末声明。任何文稿，本刊一概不退还。

来稿一经刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。注册中医师投稿获刊登，可自行向中医管理委员会申请继续教育学分。

提醒

编委会欢迎您将作品以 Word 规格文档
电到 assoc@singaporetcm.com

若属邮寄稿件，请邮寄至以下地址：
《新加坡中医杂志》
新加坡中医师公会宣传出版组

640 Lorong 4 Toa Payoh
Singapore 319522



1946年新加坡中国医学会成立(中医师公会前身)。1952年中华施诊所成立(中华医院前身)。1953年中医专门学校创立(中医学院前身)。为筹建大巴窑中华医院,中医师公会于1971年发动社会募捐运动。1959年成立中华医药研究院。1980年成立中华针灸研究院。

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2025年7月31日

顾问 赵英杰 吴佳盛

编印 新加坡中医师公会

主编 王美凤(宣传出版主任)

副主编 潘虹陵(宣传出版副主任)

编委 许文楷、陈蓓琪、林英
黄春祥、郑爱珠

刊名题字 杨松年

出版 新加坡中医师公会

Singapore Chinese Physicians' Association

640 Lorong 4 Toa Payoh Singapore 319522

电话 (65) 6251 3304

传真 (65) 6254 0037

网址 <http://www.singaporetcm.com>

电邮 assoc@singaporetcm.com

出版准证 MDDI (P) 028/01/2025

国际刊号 ISSN : 0219-1636

承印 高艺出版社

Superskill Graphics Pte Ltd

1001 Jalan Bukit Merah #03-11

Singapore 159455

Tel: 6278 7888

info@superskill.com

定价 5.00新元

版权所有 翻印必究



新加坡中医师公会

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

中华医院 SINGAPORE CHUNG HWA MEDICAL INSTITUTION

新加坡中医学院 SINGAPORE COLLEGE OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

中华医药研究院 CHINESE MEDICAL AND DRUGS RESEARCH INSTITUTE

中华针灸研究院 CHINESE ACUPUNCTURE RESEARCH INSTITUTION



ISSN 0219-1636



9 770219 163001