

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2009年06月 (总26期)

顾问 黄进来PBM

编印 新加坡中医师公会·宣传出版与网络资讯小组

主编 丁珊瑚

编委 郭忠福 谢淇盛 吴忠辉 林秋霞 杨启泰

赖永励 李俊玉

刊名题字 杨松年

出版 新加坡中医师公会
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 MICA (P) 075/05/2009

承印 先锋印刷装订私人有限公司
Tel: (65) 6745 8733
Website: www.pcl.com.sg

发行 书城音乐书局
Tel: 63387280
Fax: 63342559

国际刊号 ISSN : 0219-1636

定价 5.00新元

版权所有 翻印必究



新加坡中醫雜誌

二〇〇九年

总二十六期

新加坡中医师公会出版

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE



新加坡中醫師公會
THE 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 INSTITUTE

2009年06月
总26期

目次

识癌、抗癌

- 1 运用中医医理解析癌基因与抑癌基因
- 7 略谈“癌毒”学说——暴戾猖獗之性
- 10 近15年针灸对肿瘤免疫调节的临床研究
- 15 中医扶正法治疗肝肿瘤获得良效病案一例

王文奎等
邓秀华
江雪峰
黄种钦

理论探讨

- 17 略论历代医家治疗老年病的观点及优势
- 24 仲景色诊之特点
- 26 中医蜂疗平衡攻克糖尿病医学论述
- 30 火针疗法治病机理初探
- 34 论综合针灸治疗

刘丹雯
李义春
陈维太
余莲青
王玲玲等

病证论治

- 39 中医药诊治骨质疏松症的方法与机制探讨
- 43 两线三步法治疗不孕症
- 46 药膳与临床的结合相得益彰
- 48 浅谈干燥综合征
- 52 中医如何辨证论治“亚健康”状态?
- 56 议养阴清热法在新加坡失眠患者中的应用
- 60 针灸为主综合治疗干眼症

陈国全等
刘海芳等
黄侨生
蔡松均
廖迈传
马企昕
苏成吉

临床经验

- 63 疑难病的临床诊治经验
- 69 从疮疡论治非特异性溃疡性结肠炎
- 71 靳氏点穴疗法
- 74 参麦注射液治疗肺复张后肺水肿一例
- 75 养阴益气温下法治疗老年慢性功能性便秘的体会
- 78 针灸国外香 国内也香
- 81 面瘫的针刺治疗

吴荣贵
仲伟梁
靳有林等
胡献国
钟炎婵
万质文
陈昆宁

谈方论药

- 84 浅谈苏木科、决明属之药物
- 85 话说山楂
- 89 吴鞠通复脉辈临床应用浅识

黄怀得
廖凤燕
董菁菁

实验研究

- 96 不同部位腧穴电针减肥效应差异的实验研究

徐斌等

综述

- 101 中医学对痤疮的研究概况
- 106 消胀片治疗运动障碍型功能性消化不良的临床研究

刘立等
周微宏

论坛

- 114 新加坡中医教育历史、现状与未来发展思考

欧翠柳等

学术交流

- 119 台湾2008 CAM / TM 专业训练营小记

郭忠福

编后语·稿约

编后语

每一次杂志的如期刊出，都代表着同时间赛跑的一场胜利。编辑部总是兵荒马乱好象永远有做不完的事情——邀稿、催稿、校对、查稿、改稿、统筹、监控、火眼金睛地对着一大叠白纸黑字或荧光幕上跳动的字体，心情随时而起伏——感叹、心动、拍案、叫绝，第一线的读者群，文字必须牵动了我们的心才能交付铸印。

但是长期同文字打交道的编辑部要怎么样才能长期保持欣赏文稿的新动力、新角度，以免主观，以免偏失。这就是我们的挑战。

我们只能当做是在经营一个新生命，每一本杂志，都代表编辑部对生命的期许，就如一个母亲可以孕育多名孩子，但每个孩子的孕育过程都不一样，每一个孩子虽然都不完美，但在母亲的眼中，他们都有各自的优点及长处。

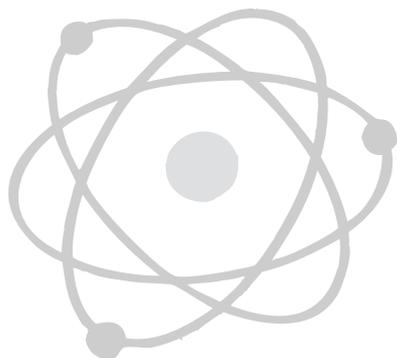
是这么样的期待，让我们保持战战兢兢的心情，一本杂志完成了，我们开始另一轮的备战。

在筹划杂志的过程中，我们必须衷心感激作者们对我们的信任及不离不弃，没有您们的赐稿，当然也没有这份杂志呈现的可能性。

稿约

1. 本刊为新加坡中医师公会出版的综合性中医杂志，欢迎投稿。来稿内容须与中西医药有关。
2. 凡涉及宗教，政治，人身攻击，触犯医药法令的文章，恕不采用。
3. 来稿若用稿纸誊写，文字务求字迹工整，标点清楚并占有一格，文章篇幅一般不超过八千字。欢迎随稿附上磁碟或光盘及说明所应用的中文软件名称。
4. 编辑部对来稿有取舍与删改权，如不愿被删改者，请在稿末声明。本部一般不退还原稿。
5. 来稿一律文责自负，如有侵犯版权行为，本刊不负任何法律责任。
6. 来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》四本。
7. 国外来稿除必须注明真实姓名，通讯地址外，尚应注明作者工作单位和职称，联络电话与电子邮箱等。
8. 来稿请寄至新加坡中医师公会《新加坡中医杂志》编辑室：
640 Lorong 4 Toa Payoh, Singapore 319522
或电邮至 assoc@singaporetcm.com





运用中医医理

解析癌基因与抑癌基因

中国北京 王文奎 王岭

恶性肿瘤是严重威胁人类生命和健康的常见疾病，是人类最主要的死亡原因之一。现代医学认为，要征服恶性肿瘤必须要对于癌变本质有深刻的理解和认识。癌基因与抑癌基因的研究，可能为人类认识和解释癌的本质奠定理论基础，为肿瘤的防治开拓前景，进而达到彻底治愈和征服癌症的目的。

传统的中华医学，究竟如何以整体观和辨证观来认识肿瘤，并进一步辨析癌基因与抑癌基因是摆在在我们面前的一大课题，这个课题事关中医的发展和现代医学的发展方向。以《易经》之变和《内经》之理，通理达变对癌基因与抑癌基因作如下辨析，并探讨对肿瘤辨证论治的新概念和防治之法。

一、气的概念与人的关系

气为万物生化之源，古人早已论述。它虽然无色、无味、无形、无踪，但它除含有氧分外，还包含有其他多种物质元素，更重要的是“气之为用”，可以化生万物，物质的生与灭都来自于气。气既是物质，又是功能，也可以是精神。正如张介宾所言，“气之为用，无所不至，已有不凋，则无所不病。”天、地、人和万物都离不开它，所以祖国医学一直把它当作重心来研究。

现代医学虽提出了氧的概念，而没有广泛意义的气是不够完善的。因为医学研究的对象是人和疾病，而“气”和“气之为用”是人的第一需求。人可以短期内不吃不喝，但一刻也不能停止呼吸，离开了气连细胞和基因都会陷入窒息，不但动物无存，植物将息，天地运动停止，万物终归于灭。不难想象在真空中是很难有生命生存的。气广布于天地万物之内，充满于宇宙与大自然之间，它善行多变游走不定，能生能化，化化生生，可聚可散，聚散无终。聚则成形生万物，化则运动生与息，散则无形归自然，聚而又散，散而再聚。如水化蒸气，蒸气又复化为水，如种子入地，播散发芽，扎根以吸地气，吐叶受天气，天地合气开花结果，人食之，其实是间接获取了果实中的天地之气，亦即人食天地之气而生。植物的果实被人使用，根茎能够燃烧，化气归于天气，灰粉归于地气。物质可变、可化而不可灭，天地之气可聚、可散、可生、可息，但是，没有气和气之为用，聚散、生息就不具有意义。

人体所含的各类物质与大自然中的各类物质一样，均有“气”来化生，各种食物入胃则变腐臭，原物之神散而为气，经胃肠吸收后，受脾之运化与清气相结合，则聚生各种营养物质，进而形成各种酶、氨基酸和蛋白质、基因之类，神合后而为物，它们都由气的运动



来化生，这就叫“运气气化”、“聚散化生”，从医学的观点来看，此种运动与化生，均由人体的脏腑功能运动来完成。

人的生命就是一股“气”，“有气则存，无气则亡”，气调则人和，和则化生精神以保健康；气滞则血瘀，化邪淫而生病，危害健康与生命。

天地乃无极、太虚之气所化生，大自然的存在就是“气”和“气之为用”的结果，气在不停的运动，并在运动中化生，聚散不止，有形化无形，无形复有形。人体既为小自然，与大自然自有一气相通，自身之气也随着大自然的规律，在运动中化生，在化生中运动。一旦自身的运动失调或周围的环境被扰乱，就为疾病的产生造成条件，身体就要生病，这就是天人的关系；一旦体内脏腑功能失调，气滞血瘀化生阴火，会影响基因的正常功能，或被扰乱、破坏基因周围的环境，日子一久，物极必反，这就是基因突变的本质。

二、基因与蛋白质

现代医学指存在于细胞内，有自身繁育能力的遗传单位叫基因。遗传就是遗留和传播，是亲一代的形状又在下一代表现的现象，如人留后代均为人体之一物，中医的整体观是“天人合一”的宏观论，囊括了天地万物与人，当然也包括基因、蛋白质等尽在其中。

基因的主要功能是编码蛋白质，也就是决定特定蛋白质的一级结构，生物的一切形状几乎都是许多基因及基因周围环境相互作用的结果。蛋白质是生命的重要物质基础，人体组织、器官、系统均有蛋白质参与而构成，各器官与系统的功能实质是蛋白质作用的各种特殊表现。一切生命都离不开蛋白质，也离不开基因与基因周围的环境。

中医把人体视为一个有机整体，来自于天地之气，与天地之气同在，为一个小自然。人体与大自然一样有很多物质组成，虽然天体与人的差别很大，但所含的物质及其分类都很相似，即分为五行、四性。五行者，木、火、土、金、水；四性者，有生有识者，有生无识者，无生无识者，无生有识者。凡有生有识者，在天为虫、为动物，在地为气、为基因；有生无识者，在天为草木、为植物，在地为蛋白质及各类营养物质；无生无识者，在天为水、为土，在人为骨、为肉；无生有识者，在天为神、为鬼，在人体为正、邪之气。

中医虽没有蛋白质的概念之说，但有对“精”、“气”的较为详尽的论述。蛋白质与基因都来自于各种饮食物，而“精”与“气”（繁体为：氣）皆从米，可见“精”、“气”皆资于米。蛋白质、基因与精、气同出一源，并且都是构成人体的重要物质，中医学的“气之为用，无所不至”与基因的功能，以及中医学的“精微物质”与各类蛋白质的存在对人体的影响，在很大程度上其作用是一致的，来源是统一的，功能是相近的，这就决定了二者之间的统一性。从医学的观点来看基因，大体可分为两大类——健康基因（亦即中医学的“正气”）与非健康基因（亦即中医学的“邪气”），这与中医学中的饮食物通过运化化生精气，物之精，常者为神，以精化气，气化神，是为正气；物之精，怪者为鬼，鬼生邪淫，是为病气。

《易》曰，“精气为物，游魂为变”。精为“魂”，气为“鬼”，二者既和然后有物，及其散也，则“游魂”而为“神”，“魂”散则为“鬼”矣。精为“魂”，“气”与“魂”二者既合，如基因编码蛋白质的功能一样，“魂游”属正常的生理功能，“魂散”则是失控的现象。前者可强壮身体，防御疾病发生，后者则为扰乱功能运动，化邪淫而为病气。

蛋白质就是饮食物通过运化，吸收化生的



各种物质的精微之“气”，“气”聚成形，化为物继承各种蛋白质和营养元素。“气化”是“气”在运动中化生，犹如基因的编码功能，“气散”则为无形归自然。

三、癌基因与抑癌基因

基因的主要功能是编码蛋白质，也就是说决定特定蛋白质的一级机构，生物的一切形状，几乎都是在许多基因及周围环境的相互作用的结果。在基因与周围环境二者之间的关系上，究竟是环境决定基因，还是基因决定环境呢？在这个观点上说，中医认为二者是相辅相成的。应该说基因的强弱是根本，是内在的因素，周围的环境是条件、是外因，外因通过内因起作用。癌基因正是在基因功能减弱、周围环境又遭破坏的情况下，才使基因从根本上改变而形成的。

基因是怎样被改变的？癌基因又是怎样形成的？要解决这两个问题，可以从中西医学的认识谈起。首先，现代医学认为“癌基因是细胞疾病，机体是有序的细胞社会，如有扰乱即可生病”。有序的细胞社会，正如中医所谓的协调平和的脏腑功能在人体内的正常运行。扰乱就是破坏或干扰了脏腑功能运动，可如《内经》所言，“阴平阳秘，病安从来？”、“邪之所凑，其气必虚。”一旦人体脏腑功能被扰乱，运化失职，气血来源不足，元气必定虚弱，正气不足，基因的功能必随之减弱，周围环境依然相对失调。如由气滞血瘀，必然瘀而化火，此火有二，一阴一阳。诸阳火易生热而发炎，诸阴火性阴而险恶，长期郁结，郁而不达，不焚草木而流金石，湿不可伏，水不可折，以水折之，光焰诣天，物穷方止。被郁困的细胞，长期不得其解，日子已久，物极必反，在周围环境的影响下，细胞基因被迫改

变，失于控制，丧失了编码蛋白质的功能，以“常”为“怪”，“精气”不为“神”而化为“鬼”，致生癌基因。其恶性增生犹如阴性之火，不焚草木而流金石，以水折枝，光焰诣天，物穷方止，这完全就是癌及癌症转移及扩散的特点。

抑癌基因与癌基因同出一源，来自于物质与精神，根于水谷，这一点是毫无疑问的。但抑癌基因来自于正常的脏腑功能，只有正常的协调平衡的脏腑功能运动，才能化生为“精之常”，才能为“神”、为“正气”，“正气”不但可以增强免疫力，并能化生抑癌基因和基因周围的良好环境。人体如同大自然一样，如风调雨顺，则人畜平安，五谷丰登，如遇阴雨绵绵，连月不开，阴风怒号，浊浪排空，日星隐密，山岳潜行，墙倾脊吹或阴、湿、温、热异常，花木早开，失时而动，则必有地震山摇之灾或疫疠疾病而生。

《易》曰，“精气为物，游魂为变。精为魂，气为鬼，二者既合然后有物；及其散也，则游魂为神，神散则为鬼矣”。精为魂，气为鬼，二者既合，如基因编码蛋白质的功能一样。“游魂”属于正常的功能运动；“魂散”是失控的运动现象。前者是机体生命运动的动力，是精化气，气化神，强健体魄，防御疾病的正气当属抑癌基因；后者则扰乱机体的功能运动和有序的细胞社会，化邪淫为病气。一旦化生阴性之火就会转化为致癌基因。二者是同根异果，虽然同出一源但对机体的作用则显然是正反两个方面。

祖国医学称抑癌基因叫做正气，此为精之常，为正气可化为神；致癌基因叫做邪气，为精之怪化邪淫，谓之鬼。无论正邪与鬼神，在体内皆同根于水谷之精微，为何同根会异果？机体也正如天体一样，如果风调雨顺，不但五谷丰登，而且国泰民安，而一旦风雨不调，气候恶变，五谷必然难收或有灾疫。所异的是机体的气血在人为的情况下可随时调解，而大自



然所生的灾疫预防较难。机体是一个有机整体，五脏阴阳之间相互生克制化运动，时刻推动着水谷与清气的相互运动与化生，化生精微物质支配生命运动，这种运动化生精气，精气化神，精神支配运动的过程就是正常的生命运动。魂为精，精化气，气化神，精、气、神乃人身之三宝。正常的脏腑功能运动，化生正常的物质，支配正常的生命运动，一旦运化失职，所化生的物质就必然出现异常，异常的物质会直接影响精神。前者为正气，后者为邪淫，这正是同根异果的根底，也是抑癌基因与癌基因各自所产生的条件和背景。

现代医学的实验证实：癌基因转化细胞可被分解诱导转变成正常细胞。由此可知，癌细胞是可以被转化的，癌症也就理所当然会被治愈的。医学的职责在于如何通过整体调理保障机体正常的脏腑功能长期协调，如果已经出现失调，把它重新调回到原来的状态，发挥自己的效能，这就是防病之本，也是治病大法，如果已经出现癌基因的转化细胞，又如何通过调理脏腑功能宏观调控与对症治疗相结合，使其分化诱导转变为正常细胞？

癌症其实并不可怕，既然癌基因与抑癌基因同源，二者又能相互转变与化生，防癌治癌实属当然。笔者治癌并不以毒攻毒，也不靠切割化疗，通过整体调理宏观调控与对症治疗相结合，不但可以组织癌基因的化生，并且能够使相当一部分癌基因转化为正常细胞基因，同时将一些不能转化的癌基因转化细胞化为废物代谢到体外。正常细胞在特殊的条件下能被癌基因转化，癌基因转化细胞又可使分解诱导转变成正常细胞，这种相互转化的根本都在于基因自身，而重在促使基因改变的条件和环境，体内一切条件和环境的改变都根于脏腑功能运动，正常的脏腑功能运动是健康的根本，使生命运动的保障。笔者以为，只要将失去协调的脏腑功能调节过来，使之恢复平衡，即可把致癌基因逐渐转变为正常基因，抑制并能治愈癌症。

四、基因突变的条件和环境

从机体某一局部的发炎，脓肿和坏死不难看出，正常细胞的质变，伤残和死亡是常见的，而细胞基因的转变则是一个较复杂而艰难的过程，笔者以为气滞血瘀而不达是条件，瘀而不消，顽而不化是其根本，长期郁结，物极必反是其恶果。气滞血瘀必化火，火性有二，一阴一阳，阳性之火易为发炎，阴性之火性阴险恶，郁而难化，日子已久，其发必速，这正是基因被转变之后的结果。细胞基因的转化很难，而已经转化成癌细胞之后，如果没有相应的条件和特有的环境要致人于病死依然相当不易。

现代医学在对癌转移研究中已经发现，循环血液中肿瘤细胞虽能存活，但不预示着转移一定发生。进入血液循环中的大多数癌细胞（占99%以上）都会被机体所清除，只有不到1%的癌细胞有可能找到适应的条件和环境。如果在血液或淋巴循环中没有其存在或滞留的条件，转移仍是不能够发生的。

笔者以为，癌细胞在体内并不是为致病而生，是在机体某些功能失调后，为肿瘤细胞的产生造成了特有的条件和环境，在经过长期的酝酿、发育直至成熟，从而才形成一定的势力，才出现扩散或转移的。即使已经转化成肿瘤细胞后，这些肿瘤细胞并不能够立即致人于死地，它还要在人体内蕴聚，蓄势待发，如果机体的脏腑功能不能及时得到纠正和调整，给肿瘤细胞以可乘之机，它就有可能迅速发展，乃至一发而不可收。

脏腑功能失调后，为肿瘤细胞的恶性增生，创造了相应的条件和环境，而这一切条件和环境不是任何细胞所能为的，而是人为的不被调理和利用，使之成为有利于自身健康回复的条件和因素，但是，这一点却有可能被癌细胞所利用，把失调的人体内环境当成自己发展



壮大的温床，大肆横虐，无所忌惮，最后，庞大的机体被吞噬，病魔成了战争的胜者。

人体的生存条件和内环境最终成为了癌细胞滋生的温床，这一点是人为而造成的，是机体的功能失调之后，致使某些组织或系统丧失了正常的功能，从而出现了严重的气血失调，才为细胞基因的转变和恶变增生创造了良好的条件和适宜的环境，只要掌握了这一切，并且设法通过宏观调控和微观治疗改变和克制上述条件和环境，就能使已被转变的细胞逐渐转变回来，以备形成的肿瘤逐步萎缩，直至消失。

肿瘤细胞的危害并不全在他的自身而主要在于人体本身，治癌之法并不全在于切除、化疗、放疗或攻毒等，这些都不是治本之法，因为这些治疗并没有破坏肿瘤细胞生存的条件和环境，即使肿瘤全部被切除，肿瘤细胞已全部被毁灭，只要相应的条件和环境不变，依然有细胞基因转变的可能性和再生肿瘤的危险性。要治本当以调理脏腑功能，破坏肿瘤细胞生存的条件和环境为主，摧毁其巢穴，改变其条件和环境，使其无处存身，无法扎根，无法生存，癌症自会大有成效，如兼以对症治疗，标本同治，癌症就不会如此猖獗。

五、癌不可怕

医学在进步，疾病也在发展，癌症的发病率也在日益上升，正确地认识，全面地了解、分析，稳妥的治疗癌症已成为当今医学领域的大事。笔者讲完务生克制化的规律于中医医理相结合，吸收现代医学对癌症的监测、治疗经验和教训，总结祖上近二百年临床经验之积累，加之自身的研究心得，终于有所感悟，肿瘤的发生、发展和转变，都有其必然的一面，同时，笔者也用大量的疗效事实证明；癌症并不可怕。

其一，癌细胞并不传染，无论癌细胞

的恶性增生、转移、扩散，都是在机体内某一特定的条件和环境下才能够发生的，而这些条件和环境都不是癌细胞所能够左右的，它只是借助了这些条件和环境，发展并强壮了自己而已，但这些条件和环境是可以被人为的改变的。如果没有这些条件和环境因素的影响，正常细胞就不会发生突变，更不会恶性增生、转移和扩散。既然能够人为的改变这些条件和环境，就应该把它改变得更有利于我们自己。

其二是，癌细胞生成不但需要相当的条件和环境，并且需要相当的时间和过程。机体内的肿瘤并非外来之物，皆由自身的气血凝聚而成，无论内因、外因或内外因，都是致生癌症的条件，当这些条件直接或间接地影响到脏腑功能运动或气血运行时，就会导致气血失调，气滞血瘀，郁则化火，火积聚不消，蓄之已久，其发必速。气滞血瘀能致生百病，癌症也在其中。

其三是，癌细胞在正常循环的血流中并不会停滞，更不能繁衍和增生，只有在气滞血瘀的条件下，在郁而化火的血液中，才有可能找到它们停留下来并繁衍生存的环境。人们常有郁闷、悲哀或者忧伤等不良情绪的影响，这时体内的气血会随着低落的情绪而变得运行缓慢，长期如此，就大大增加了气血瘀阻的机会，而一旦发生淤滞，有序的细胞社会就会被扰乱，致生疾病的条件也就成熟了。

相反，欢乐、喜悦和舒心，这些高涨的情绪、欢快的心情、喜悦的心志又能增强气血的运行能力，冲荡、化解、排除已有的气滞或血瘀，同时增进体制和免疫能力。

笔者以为，人在日常生活中，气滞的机会时常发生，但是致生癌症却并不很简单，需要有一定的条件和环境，并且要有一定的时间和过程，在这期间，只要注意自我调节，致使血瘀的机会就会大大减小，癌症也就会离我们越来越远。



六、治癌防癌的中医药特长

人体是个有机整体，生命运动的本身首先是脏腑功能的运动，没有正常的平衡协调的脏腑功能运动，就不会有较好的状态，机体就会生病。

现代医学已经阐明，癌是机体有序的细胞社会被扰乱后才生成的，与中医的脏腑功能失调，气血淤滞化阴火化生是一致的，这就已经决定了治癌之法重在调理脏腑功能，恢复有序的细胞社会，正迎合了中医“以调为本，以平为期”，何须再以毒攻毒，或切割、或化疗放疗等等？调和脏腑功能使之恢复正常秩序，是整体调理宏观控制的法则，不但可以治癌、防癌、抗癌，并且可以防止其他疾病。

对于已经产生的癌细胞或病毒，如何治之？这也是一个治急的重要环节。整体调理，虽然能够治根、治本，控制发展，排除病毒，但对于重症、急症、危症患者，尚不能解燃眉之急，加之癌症患者大多体质虚弱，力不从心，以毒攻毒恐更伤元气，切除之法不能除根治本，放疗、化疗危害更大，如何灭病毒、消癌细胞与整体调理同等重要。没有对症治疗，生命危在旦夕，又恐失去整体调理的良机。笔者已就这两个问题，经过几十年的理论研究和临床实践，找到较为满意的方法。

整体调理可分为五个方面：首先，调肝气、消淤阻，促进疏泄功能，以疏泄带运化，使郁火消散，加之培补后天生化之源，以肝血生心火，扶正祛邪；第二，健脾胃，促运化，以后天养先天，培土生金，使金生水，以制阴火；第三，宣肺气，增强吐故纳新之功能，不但可以强化正气与宣发肃降之功，亦可排病邪于体外；第四，养肾气，壮筋骨，保元气，增强抵抗与免疫力；第五，养心神，益心气，使六神有主，以精神化物质，促进新陈代谢之力。各脏腑功能调理齐备，不但有运化化

生之源，更可疏而泄之，宣而发之，降而散之，诸法并用，共祛病邪。调理五脏之法可单用，可并用，可治急，亦可治缓，并可随症结合，以证立法，以法立方，以方用药，无不效者。只要有了正气和精神，基因的功能才能恢复正常，蛋白质才不至于因编码失误而使细胞变异。

对症治疗，癌细胞是有生之物，中药有炭无生性之理，虫蚁不入，诸木之根，见之必回，以此可以灭生性，现代实验证实：细菌、病毒及微生物在炭之中不可存活。癌细胞和病毒微乎其微，更是如此，受炭必灭之。炭之物一般不具毒性，进入人体内有则用之，无则排之，在体内不但可排解病毒和癌细胞，并可以防扩散和抗转移，限制其发展，适当地用之如布下天罗地网，让病毒自无藏身之处，安身之所。

《本草经》云，“阴性之火，湿不可伏，水不可折，以水折之，光焰诣天，物穷方止。”这些都符合癌症的特点。又提出“灰灭阴火，炭无生性，虫蚁不入，竹木之根，见之必回。”又为治疗癌症提供了依据。笔者从中有感悟，从数百种草药中筛选，自制炭灰之性药物治疗癌症，以无生性之药灭其有生性之瘤，在依据《内经》“邪之所凑，其气必虚”之理，研制了调理五脏功能，宏观调控的重要成药品五大类，调肝气消郁阻；健脾胃促运化；宣肺气助宣降；益肾气壮元阳；养心血安六神，五大类药物相互配伍可达到整体调理与对症相结合，治标与治本相结合，治急与治缓相结合，还可做到内服与外用相结合，并实现多途径用药，多管齐下，迅速奏效。局部用药包括止痛、止血、止呕、止咳、止痰、止汗、止泄、消肿、利尿等等药物约三十余种，临症取之，方便好用，效果突出。

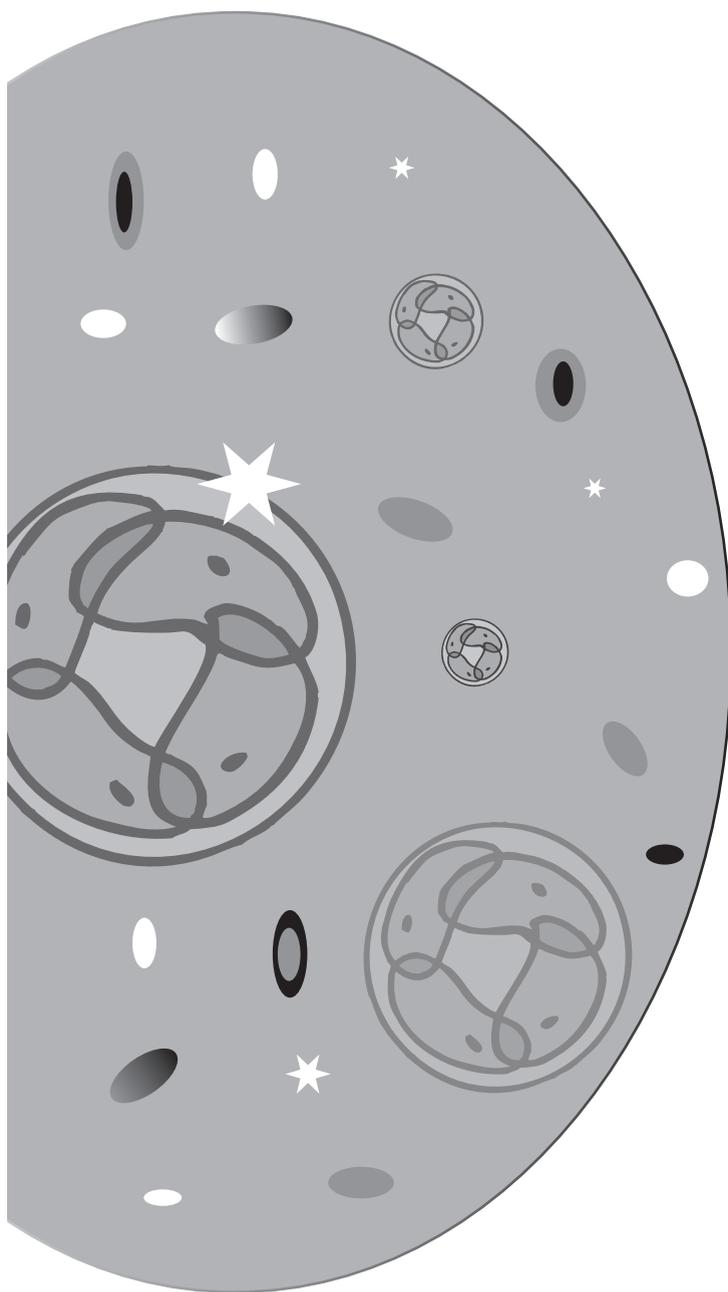
以上药物，选择使用，既有整体调理、宏观控制、防扩散、抗转移等扶正之法，又有对症治急、治标、消灭病毒与癌细胞之专用药物，多种方法相参使用，癌证焉有不治之理。



略谈“癌毒”学说

——暴戾猖獗之性

邓秀华



肿瘤是一个全身性疾病，全身属虚，局部属实病变的一个复杂过程，在不同的发展阶段中，呈现了各种不同的临床和病机特点；可以因虚致实，也可因实致虚，反复繁多，病症复杂为特点。

癌毒这个概念的提出，多数的医家们均认为源于“毒邪致病”学说。体内的癌毒一旦蕴结产生，不仅阻隔经络气血的运行，也促使津液不能正常输布而留结为痰。因癌毒之性乖戾猖獗，血液不能正常运行则停留为瘀，癌毒与痰瘀搏结，形成肿块盘结于内，导致身体毒瘤发生和发展的基本根源。且因其性乖戾猖獗，掠夺水谷精微以自养，导致五脏六腑失却气血津液濡润，机体功能则逐渐低下或阴阳失调，逐渐出现正气亏虚，无力制约癌毒，则癌毒因自身的润养得到茁壮的条件与日俱增，机体日渐虚弱，病及终末。

在现代的癌症、肿瘤学说中普遍均提倡癌毒学说，其综述如下：

癌毒学说的共同特点认为：癌毒具有增生性、浸润性、流注性、峻烈性、相兼性、难治性、顽固性；癌毒一旦形成，则生长迅速，人体正气难以抵制制约之，肿块不断生长，消耗大量正气，又阻滞脏腑、经络气机，导致脏



识癌、抗癌

腑功能紊乱，气血津液运行失常，内生痰浊瘀血，与癌毒胶结，进一步导致肿瘤增大，发展至后期也易于流注他脏，如宋·杨士赢《仁斋直指方》：“癌者上高下深，岩穴之状……毒根深藏，穿孔透里。”即是说癌毒一旦盘踞在内，毒根深藏，且易通过血液、淋巴等转移他脏，预后不良。

癌毒病因

邪客癌毒：

从古至今已有说明，积之形成是感受外邪所致的其中原因之一，如《灵枢·九针论》中提到“四时八风之客于经络之中为瘤病者也。”八风之邪一旦侵入人体的经络，造成机体经脉不通，不通则瘀，久积则为瘤毒。隋代《诸病源候论》中提到：“恶核者，内里忽有核，累累如梅李，小如豆粒……此风邪挟毒而成。”“恶核者，是风热毒气，与血气相搏结成核，生颈边，又是风寒所折，遂不消不溃。”六淫外客之邪一旦入侵机体，客于经络，瘀阻气血，血涩结则成痼成肿，难以消失，变生肿块。

在现代的研究显示，各种化学、物理、生物因素等外界所造成的不良侵袭产生的相关因素，比如化学性致癌、病毒性致癌、环境化学性致癌、职业化学性致癌、电离辐射性致癌、紫外线性致癌等，通过环境、工作、习惯、饮食、吸入、皮肤接触、放射等导致至人体组织产生癌变，治疗不易，致使人体留伏、凝聚有毒物质有关。如化学性致癌，是指含有化学性致癌物质进入人体产生化学反应，引起人体正常细胞突变为癌细胞，而促使人体患癌瘤，称为化学性致癌；物理性致癌其中有辐射性致癌，是指人体受到辐射的伤害，发生癌瘤的病变；病毒致癌，是指人体感染病毒后，病毒破坏人体正常细胞突变为癌细胞，促成癌症。

综上所述所言，邪客癌毒致病，其发生除了环境因素直接或间接侵入机体，使机体产生了异常性的病理变化，也有因世界环境迅速的改变，利于病菌、病毒的产生流行、传播而侵入机体致病后，又或治疗缺乏、不当、延治等因素而使机体产生内毒而致癌。

体质内虚蕴毒：

“正气存内，邪不可干，邪之所凑，其气必虚”，这一理论精辟的阐述了肿瘤的产生的总结；癌毒一旦产生，其过程多造成正虚邪盛，正邪交错，在机体一派属虚象中，邪毒肆虐侵袭而导致一系列的并发症和兼症，皆有瘀毒之郁积，此乃“独处藏奸”。邪气居其间而不反……则会发为筋瘤……肠瘤……。”这既是当邪气居留其间，人体虚弱，则邪气癌毒肆虐，蕴结体内，导致恶性肿瘤的产生；癌毒为标，癌毒瘀阻是发病关键，癌毒不除，疾病难愈。故治疗时在扶正的基础上，应重视对癌毒的清除，方可取得较好的临床疗效。

七情内伤郁毒：

七情六欲本是人正常生活情志活动，属于生理活动范围，相互制约、相互协调，使机体维持气血正常活动。然而，一旦人的情绪受到抑压、长期的精神刺激、或忽然剧烈创伤等异常影响，致使七情太过或不及扰乱身体脏腑功能，引起人体体内气血阴阳等的运行失常、脏腑经络等的功能失调，均会造成机体产生癌毒。

从古至今，不论是何派医家们均认为人的情志是产生疾病的原因，如《灵枢》：“内伤于忧怒……而积聚成矣。”元之朱震亨《丹溪心法·格致余论》：“……忧怒郁闷，晰晰积累，脾气消阻，肝气横逆，遂成隐核……又名乳岩。”这就是现代医学之乳腺癌。情志抑郁、悲愤、暴怒等均与癌症肿瘤的发生有很大的关联，情志不但会影响机体的脏腑气血功能失调，久之则会产生气滞血瘀、久郁生火生痰、凝滞经络血脉，成毒成癌。



癌毒病机

火热毒癌：内经有曰：“诸痛痒疮，皆属于心。”心为实火，火与热为阳邪，其性燔灼，一旦侵入机体，极易耗气伤津，生风动血而化腐化脓，火热之毒在体内蕴积则灼液为痰，灼炼血液凝固，腐蚀机体，而使机体物质产生异常变性、坏死、异常增生，产生为痈肿疮疡。《疡科心得集·辨肾岩翻花绝症论》：“其人肝肾素亏，或又郁虑忧思，相火内灼，水不涵木，肝经血燥……阴精消涸，火邪郁结”。阴精亏虚则易生内热火邪，郁热生火，郁火挟血瘀凝结而产生癌毒。

火热癌毒在人体内产生，易导致正常之火失去平衡制约，如《医宗金鉴·外科心法要诀》论舌疔：“此症皆由心脾毒火所致，其证最急……，舌本属心，舌苔属脾，因心绪烦扰而生火，思虑伤脾则气郁，郁甚而成斯。”将舌疔归类为心脾毒火所至产生的癌毒。也既是说当人体的情志忧伤思虑悲郁等长期出现，而又没有得到解决，久郁则生火，郁火挟血瘀凝结体内而产生癌毒，易耗伤津液、气血阴液，致使机体枯耗衰败，以掠夺机体气血津液以自养，导致机体枯耗失却阴液气血濡润，甚至衰败死亡。故癌症患者有很多到了中后期出现了身体消瘦干枯，皮肤呈鳞皮屑状、五心烦热、大便干结等现象。

痰湿癌毒：湿为阴邪，湿性粘滞，易阻遏气机，损伤阳气，停聚成痰发而成癌毒。湿有内、外因素致病，外因多由气候潮湿、涉水淋雨等外在因素所致；内湿多与脾虚有关，脾虚则易生湿生痰，湿浊内蕴，久而不去则易成湿浊之毒，湿毒浸淫，阻遏气机产生癌毒。

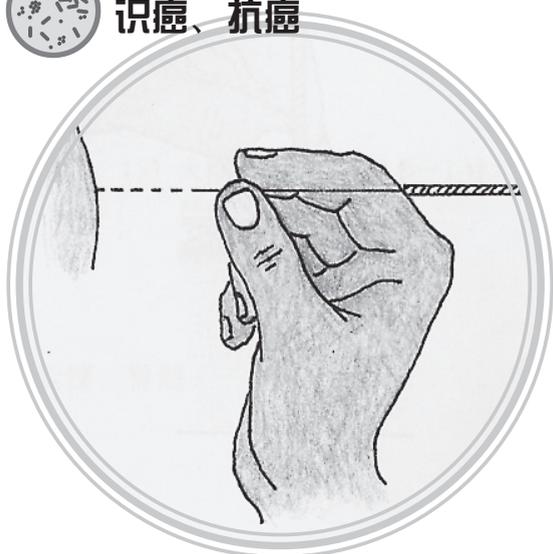
无论是正气内虚，脏腑失调，还是外邪侵肺，寒热太过，均经过肺气贲郁，积聚成

痰成毒的病理过程，无痰则无以生积，故痰为毒结的病理基础；当痰饮湿浊集于胸中，水与痰饮相结合，水性凝聚，缠绵难去。当痰水积久易为邪毒肿块积聚，若要去异物痰积邪毒肿块积聚，则必先去水湿而亦祛痰，故要去除癌毒痰湿更为困难，尤其癌毒到了晚期，水湿停于胸中者更为常见，药力难以直达病所，在治疗上更棘手也是这番道理。

癌毒性暴戾而猖獗，一般药物并不容易遏制病势，现在虽有最新的西药治疗，而且也不断的改进，但对治疗病患的范围较有局限。尤其是手术、化疗、电疗后的病患，多有脾胃虚衰，生化之源乏竭，药物难以被肠胃吸收输送至患处，导致机体日渐衰弱，防御功能减弱，甚至衰竭，故多数预后不良。由此可见，体内癌毒一旦蕴结，不仅阻滞经络气血，使津液不能正常输布则留结为痰，血液不能正常运行则停留为瘀，癌毒与痰瘀搏结，形成肿块，成长迅速，积聚难除，且掠夺水谷精微以自养，导致五脏六腑失却气血津液濡润，机能低下或失调，往往预后不良。

参考文献

- [1] 凌昌全. “癌毒”是恶性肿瘤之根本. 中西医结合学报, 2008年, 2月第6卷, 第2期
- [2] 罗凛. 癌症病因病机与辨治刍议. 河南中医, 1994年14卷, 第5期
- [3] 赵智强, 李嘉. 略论周仲英教授“癌毒”学说及其临床运用. 新中医, 1988, 30 (0) : 6-8
- [4] 李俊玉. 癌毒的病因病机及临证治法概念探析[J]. 江西中医药, 2005, (08) .
- [6] 益气解毒法治疗晚期肺癌的思路探讨. 朱华宇周岱翰(广州中医药大学, 广州510405)
- [7] 黄云胜. 从毒癌论治肺癌浅析[J]. 陕西中医, 2005, (10) .



近15年针灸对 肿瘤免疫调节的 临床研究

江雪峰

【关键词】 针灸 肿瘤 免疫调节 综述

针灸治疗肿瘤历史悠久，早在《黄帝内经》一书中就有记载，《外台秘要》曾记录用千金灸治疗瘰疬的方法。此外，明代陈实功所撰《外科正宗》中记载用艾灸治“茧唇”（唇瘤）；清代许克昌所撰《外科证治全书》中记载用黄蜡灸治“翻花疮”（皮肤癌）。近10多年来国内外学者对于针灸在治疗肿瘤方面做了很多的研究，尤其是对于肿瘤免疫学方面的研究。大量的研究资料表明，肿瘤的发生、发展和转移与机体的免疫功能状态密切相关^[1]，而针灸对于肿瘤的治疗作用主要表现为能够明显提高患者的免疫功能。

作用机理

人体抗肿瘤免疫反应由细胞免疫为主导，以免疫监视为基础，通过T淋巴细胞、K细胞、NK细胞等的作用而实现。恶性肿瘤患者免疫功能低下与T细胞及其亚群密切相关。主要表现为T细胞亚群中 CO_3^+ （T总细胞）、 CO_4^+ （T辅助细胞）降低， CO_8^+ （T抑制细胞）降低或正常，从而导致T细胞亚群比例失调，

细胞免疫处于抑制状态^[2]。人体的免疫系统一方面通过其细胞表面的抗原受体识别肿瘤细胞上的肿瘤抗原，通过溶细胞作用，直接杀伤肿瘤细胞；另一方面，通过分泌多种细胞因子，如IFN、TNF等，间接杀伤肿瘤细胞。此外，白细胞介素2也是主要抗癌的细胞因子，其在体内可以通过调动机体的淋巴细胞进行分化，产生具有强烈抗癌作用的LAK细胞（肿瘤杀伤细胞），以及可以产生Til细胞，诱导NK细胞产生活性等；巨噬细胞也与抗肿瘤机制密切相关^[3]。吴滨等^[4]研究也证实，实体恶性肿瘤患者的免疫以细胞免疫为主，是由T淋巴细胞完成的。当患恶性肿瘤时，T淋巴细胞数量和功能均有所下降，其程度与病情轻重有一定的相关性。孙忱^[5]也证实T淋巴细胞中 CO_3^+ 、 CO_4^+ 下降和 CO_4^+/CO_8^+ 的比值降低，代表着恶性肿瘤的免疫功能。

不同针灸治疗方法对肿瘤免疫的调节

肿瘤属中医积聚的范畴，常因正气不足，气滞血瘀痰凝所致。“邪之所凑，其气必虚”，肿瘤发生后，人体正气日虚，免疫缺陷也日趋加重，加之化疗药物对免疫系统的抑制作用，两邪相干，正气愈虚。因此，



在治疗时，调整阴阳，扶助正气，是重要的法则。针灸治疗首选人体强壮保健，健脾益胃穴位，如：气海、关元、足三里、血海、中脘、神阙、大椎、百会、及背俞穴等。各种不同的针灸治疗方法对细胞的免疫调节亦会有所不同。

1. 针刺或针、灸并用法：

吴滨等^[4]采用双盲法随机分组，对40例实体恶性肿瘤患者外周血T淋巴细胞亚群、可溶性白细胞介素-2受体(SIL-2R)和 β -内啡肽(β -EP)含量进行了同步检测和对比观察，选用内关、合谷、足三里、关元(均为双侧取穴)，结果表明，针刺具有提高恶性肿瘤患者细胞免疫功能的作用，可增加恶性肿瘤患者T淋巴细胞亚群 CD_3^+ 、 CD_4^+ ，提高 CD_4^+/CD_8^+ 的比值($P<0.01$)；降低患者的SIL-2R含量($P<0.01$)；提高其 β -EP水平($P<0.01$)。(对3项指标进行的相关分析显示， β -EP与T细胞亚群呈正相关，与SIL-2R呈负相关，T细胞亚群与SIL-2R之间亦存在负相关。)郭军等^[6]将36例肿瘤患者分观察组20例，采用放、化疗加针灸治疗；对照组16例，单纯行放、化疗治疗。观察组采用针刺与艾灸相结合的方法选取华佗夹脊穴，具体：针刺取颈、胸、腰部夹脊穴，艾灸取颈、胸、腰部夹脊穴，取艾炷灸于局部(隔穴灸)两种方法交替进行(1天针刺，1天艾灸)，共治14天。观察组治疗后白细胞与血小板数高于治疗前，对照组则治疗后明显低于治疗前，两组比较，观察组治疗后白细胞数与血小板数高明显高于对照组。针灸后免疫球蛋白(IgG, IgA, IgM)有明显提高。李晔等^[7]对明确诊断的恶性肿瘤42例进行针刺结合放、化疗，结果针刺组NK细胞活性与白细胞介素-2(IL-2)活性明显高于化疗组($P<0.01$)。田菲等^[8]采用温针灸法对临床106例恶性肿瘤患者进行了临床症状及肿瘤免疫调节因子的动态观察。取穴：主穴—关元、足三里、三阴交，并根据肿瘤特点进行加减配穴，肺癌加列缺、

少商穴；胃癌、肝癌加血海穴。将毫针刺入所需深度，实施内旋补法，得气后，留针不动，用2cm长的艾条套在针尾上点燃，至燃成灰后，取针。上述操作每日2次，2周为1疗程，连续2个疗程。对比治疗前后结果，发现温针灸可以提高肿瘤患者的白细胞介素2(IL-2)的含量，降低白细胞介素2受体(IL-2R)的水平，治疗前后比较具有显著性差异($P<0.01$)；且可提高肿瘤患者的NK细胞($P<0.01$)及增加T细胞亚群 CD_3^+ 、 CD_4^+ ，提高 CD_4^+/CD_8^+ 的比值($P<0.05$)。美国学者Van等^[9]采用双指O环实验的针灸穴位生物光电诊断法对20例肿瘤患者进行测试，结果显示，针刺列缺穴，可以提高肺癌患者的T淋巴细胞功能，刺激脾经穴位可以提高巨噬细胞的吞噬活性等。赵蓉等^[10]观察到，针刺曲池、合谷、足三里等穴，对恶性肿瘤化疗患者血清IgG, IgA, IgM及 C_3 含量具有调节作用，使异常升高者降低，使偏低者上升至正常范围的作用。日本的Kanari、Morista等^[11, 12]也有过类似的报道，并且认为不同脏器肿瘤有着不同的特定穴。

赵蓉等^[13]通过针灸足三里、三阴交等穴，观察到针灸后可明显升高 CD_3^+ 、 CD_4^+ ，对 CD_8^+ 降低者亦具有升高作用，从而恢复T细胞亚群的相对平衡状态。吴滨等^[4]观察到针刺还可使SIL-2R含量降低，IL-2R含量增加，并且提高 β -内啡肽水平。因此认为，针灸提高肿瘤患者免疫功能的机理与针灸提高 β -内啡肽水平，从而促进干扰素和白介素-2的产生有关。陈良良等^[14]研究发现针灸可明显提高肺癌患者低下的淋转率水平，使NK活性恢复正常。

2. 灸法

大量的资料表明，中枢及外周神经阿片样肽类与细胞免疫、体液免疫以及肿瘤细胞的杀伤具有密切关系。灸法对神经-内分泌-免疫系统的整体调整作用是灸法治癌的主要机理。阿片样肽物质通过灸刺激释放，它是沟通神经系统调节免疫机能的桥梁，现已证明亮脑



啡肽能增加自然杀伤细胞(NK)的杀伤力,内源性阿片样肽的结构、功能与促肾上腺皮质激素(ACTH)及内啡肽相同,能进一步调控细胞的免疫功能。灸法治癌的整体机理具体可通过下面两个途径起效:(1)艾灸可通过增强网状内皮系统的机能活性,尤其是巨噬细胞途径发挥抗癌作用。(2)艾灸可通过神经-内分泌-免疫途径作用于NK细胞而发挥抗癌作用^[16]。

翟道荡等^[17]取大椎、肺俞、脾俞,采用小艾炷直接灸,治疗9名未做手术或术后复发转移的癌症患者,发现(1)艾灸对接受过化疗、白细胞数明显低下者,有一定提升作用;(2)艾灸对癌症患者的K细胞抗体依赖细胞介导的细胞毒作用似有双向调节作用;(3)艾灸可提高癌症患者的淋巴细胞转化率;(4)艾灸可使癌症患者明显低下的NK细胞活性得到显著增强;(5)艾灸对癌症患者的CD₃⁺、CD₄⁺、CD₈⁺细胞绝对值无明显影响,但能显著提高CD₄⁺/CD₈⁺值。据此认为,艾灸可提高癌症患者的免疫功能,增强机体抗癌效应。庄芝华^[18]采用化脓灸治疗21例中晚期恶性肿瘤患者,其中19例患者淋巴细胞转化率均获提高。赵粹英等^[19]观察到用隔药饼灸治疗后患者β-EP含量增高,同时与CD₃⁺、CD₄⁺呈正相关。说明艾灸可促进中枢成分分泌β-EP,并使T辅助细胞数增高,纠正异常CD₄⁺/CD₈⁺比值,释放IL-2类淋巴因子,起到了免疫调节作用。杨志新等^[20]研究表明艾灸能明显抑制恶性淋巴瘤在小鼠体内的生长,显著增强小鼠腹内巨噬细胞吞噬能力、杀伤活性及释放肿瘤坏死因子的能力。翟道荡^[21]通过艾灸不同穴位,对其调节促肾上腺皮质激素(ACTH),β-EP和免疫功能作用进行研究,发现艾灸可即刻引起血浆β-内啡肽(β-EP)和促肾上腺皮质激素(ACTH)水平增高,其中艾灸关元穴可显著增高血浆β-EP水平,而ACTH增高不显著。姚俊青^[22]采用隔姜灸法治疗化疗期间外周血白细胞连续两次低于410×10⁹/L者,经灸治后白细胞总数均有升高,症状也有明显改善。路玫^[23]采用温针灸、艾炷灸,

观察59例因化疗致白细胞减少症患者,发现随着针灸次数的增多,白细胞升高有效率也相应增加,其中幼稚粒细胞升高者占87.5%,成熟粒细胞升高者占78.1%,粒红比增大,有学者^[24-26]对艾灸宫颈癌放疗患者进行观察,发现艾灸可升高血红蛋白浓度,提高、调节患者血清免疫蛋白水平,提高红细胞、血色素及血小板数,减轻放疗对白细胞的损害,对增加肿瘤放疗的敏感性有一定意义。

3. 电针

叶芳^[27]电针足三里、三阴交、中脘、内关,对28例各型恶性肿瘤患者化疗后免疫功能低下进行治疗。结果,T细胞亚群,CD₃、CD₄、CD₈和NK细胞治疗前后均有不同程度的改善(P<0.05)。陈少宗等^[28]观察了电针疗法对肿瘤患者化疗过程中T细胞亚群及NK细胞活性的影响。结果发现,患者化疗前的CD₃⁺处在正常范围的低值状态,CD₄⁺则明显低于正常范围,CD₈⁺、CD₄⁺/CD₈⁺及NK细胞的测值均在正常范围内,化疗1个月后,由于同时使用了电针疗法,各项指标没有下降(P<0.05)。

4. 其他与针灸有关的治疗方法

陈良良等^[29]将恶性肿瘤患者50例随机分成针灸组和化疗组。针灸组取穴:足三里、大椎、太渊、关元、丰隆、背俞穴等,配合大椎穴药物敷贴。治疗前两组病人的淋转率、NK细胞活性和朗格罕氏细胞密度均明显低下,治疗后针灸组上述三个指标不仅较治疗前明显提高,且明显高于化疗组;化疗组上述三个指标在治疗后仍明显低下。李氏^[30]采用按时取穴法,于足三里穴注射黄芪注射液,可改善外周血T细胞亚群数、NK细胞和LAK细胞活性,并且其疗效优于随时取穴。范钰等^[31]比较不同针灸方法如艾灸,取足三里、三阴交等,穴位注射用黄芪注射液,取穴同艾灸组,对免疫球蛋白(IgG, IgA, IgM)治疗前后的观察,得出艾灸优于穴位注射(P<0.05),而升高WBC方面,穴注优于艾灸(P<0.05)的



结论。王晓红等采用足三里穴位注射与西药治疗进行对比,结果穴注的升白作用,明显优于西药治疗组^[32]。钱宝延^[33]采用自血穴位注射和捏脊法治疗放疗、化疗中的恶性肿瘤患者,并进行T淋巴细胞亚群(CD₃、CD₄、CD₈),E-玫瑰花环试验(E-RFC),淋巴细胞转变率(LTR)的实验观察,同时设增强免疫药物为对照组。结果表明:两种方法均可提高T细胞的总数。CD₃和E-RFC治疗后明显提高(P<0.05);CD₄⁺/CD₈⁺的比值较对照组显著改善(P<0.01);捏脊组的LTR明显提高(P<0.01)。提示自血穴位注射和捏脊疗法可以提高和调整细胞免疫功能。元建国^[34]采用单克隆抗体技术对51例恶性肿瘤患者外周血T细胞及其亚群进行针刺前、后的观察,发现针刺治疗能够提高恶性肿瘤患者外周血T细胞及其亚群的百分率,尤以OKT₄⁺细胞受针刺影响最明显。吴耀持等^[35]采用高功率密度辐射头,将毫米波导入穴位,再通过经络的循经传导效应,将毫米波的能量施加到肿瘤上,同时配合其他疗法,共治疗61例,与常规肿瘤治疗组对照,结果表明,前者在调节NK-a, LAK-a和IL-2,缓解癌痛,改善症状及促进白细胞生长等方面均较对照组有明显作用。

总结

研究表明^[36],针灸对免疫功能的改善,可能是针灸首先刺激腧穴感受器与外周神经传入途径,针刺信号在中枢神经系统各级水平经过整合作用,释放出多种神经递质或激素,调控内分泌与免疫功能,再释放出多种内分泌激素、免疫活性因子,效应细胞、组织细胞或器官进行调节,改善脏腑功能和机体的免疫水平。大量实验证明,在化疗前CD₈⁺T细胞处于正常范围的低值状态,CD₄⁺T细胞则明显低于正常范围,在治疗期间配合针灸疗法,则T细胞亚群、NK细胞活性的测定值非但没有下降,反而均有不同程度的提高。同时艾灸还可

以提高血液中β-E P的浓度,增强NK细胞的活性,促进巨噬细胞的吞噬功能。

参考文献

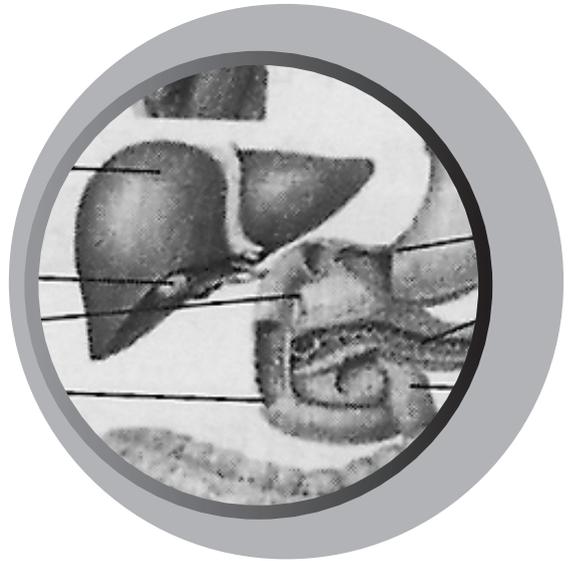
1. 汤钊猷,朱世能,曹世龙等.现代肿瘤学.上海医科大学出版社,1996.121.
2. 王翔宇,王佩芳,金亚萍.针灸在肿瘤治疗中的应用.针灸临床杂志,2002,18,2
3. 实验针灸学第3章针灸效应及机理 第4节针灸对免疫系统的调节.天津中医药大学网上教材,2007,11月
4. 吴滨,周荣兴,周鸣生.针刺治疗对恶性肿瘤患者细胞免疫调节的影响.中国中西医结合杂志,1996,16,9:139
5. 可溶性细胞因子受体研究进展,国外医学免疫学分册.孙忱.1994,17,2:72
6. 郭军,孟华,刘文超.针灸华佗夹脊穴对肿瘤免疫反应的临床研究.中华临床医学杂志,2004,11,5:11
7. 李晔,于耀才,代铁成.针刺治疗恶性肿瘤放疗化疗副反应的临床研究.中国针灸,1997,17,6:327
8. 田菲,贾英杰,陈军,贾彦涛.温针灸对于恶性肿瘤患者的免疫生物调控.针灸临床杂志,1999,15,5
9. 《AmJAcupuunct》VanBenschoten,1995,23(1):63~72
10. 赵蓉.针刺对放疗患者免疫功能的调节作用.中国针灸,1994,(1):38-40
11. AcupunctElectrotherRes, KanariH, ArimaS.1996,21(3/4):244
12. AcupunctElectrotherRes, MorisitaM, etal.1996,21(3/4):242
13. 赵蓉,杨金洪,郁美娟等.针刺对放疗患者T细胞及其亚群的影响.上海针灸杂志,1994,(6):253.



14. 吴滨,周荣兴.周鸣生等.针刺对恶性肿瘤患者外周血白细胞介素-2含量及自然杀伤细胞活性的影响.中国中西医结合杂志,1994,14(9):537.
15. 陈良良,解光尧.针灸对肺癌患者免疫调节作用.中国针灸,1997;17(4):197
16. 宋佳霖,樊凤杰,韩志平,洪文学.传统艾灸疗法治疗癌症的研究进展.中国针灸,2006,3,26:3
17. 翟道荡,陈汉平.针灸临床杂志.直接灸调节癌症患者免疫功能的观察.1994,10(1):25
18. 庄芝华.化脓灸对恶性肿瘤患者淋巴细胞转化率的影响.上海针灸杂志,1994;13(3):25
19. 赵粹英,陈汉平,居贤水等.隔药饼灸延缓衰老的临床和免疫学机理研究.中国针灸,1998,18(1):5
20. 杨志新,赵粹英.艾灸增强小鼠巨噬细胞抗肿瘤作用的研究.针灸临床杂志,2001;17(8):54
21. 翟道荡.艾灸不同穴位调节ACTH、 β -EP和免疫功能作用的研究.针刺研究,1996,21(2):77
22. 姚俊青.隔姜灸治疗化疗所致白细胞减少症临床观察.北京中医,1998;17(2):40
23. 路玫.针灸治疗肿瘤患者化疗致白细胞减少症疗效及机理研究.中国针灸,1997;17(10):5831
24. 袁红香,喻志冲,成慧贞等.艾灸对宫颈癌放疗患者血红蛋白的影响.上海针灸杂志,2003;22(7):33
25. 喻志冲,徐兰凤,詹臻等.艾灸对宫颈癌放疗患者免疫球蛋白的影响.上海针灸杂志,2002;21(6):15
26. 徐兰凤.艾灸对宫颈癌放疗患者血象影响的观察.南京中医药大学学报,2002;18(4):238
27. 叶芳.电针疗法对28例化疗患者免疫功能的影响.山东中医杂志,2001,20(4):221
28. 陈少宗,叶芳.电针疗法对肿瘤患者化疗过程中T细胞及NK细胞活性的影响.上海针灸杂志,1999,18(5):17
29. 陈良良,解光尧,江克文等.针灸加穴位敷贴对癌症患者的免疫调节作用.山东中医学院学报,1996,20,3:182
30. 李敏,陈尔耐,樊青霞.按时取穴法穴位注射黄芪液对癌症化疗病人免疫功能的影响.针灸临床杂志,1996,12(11):22
31. 范钰等.不同针灸方法防治恶性肿瘤化疗毒副作用临床比较研究.中国针灸,2001,21(5):259
32. 王晓红,江澜.足三里穴注治疗化疗所致白细胞下降临床观察.内蒙古中医药,1995,14(3):38
33. 钱宝延.自血穴注与捏脊疗法对恶性肿瘤患者细胞免疫的影响.中国针灸,1998,18(11):648.
34. 元建国.针刺对恶性肿瘤患者外周血T细胞及其亚群的影响.针刺研究,1993,18(3):174.
35. 吴耀持,许帼光,庄月华,薛岚.毫米波循经传导穴位辐照治疗肿瘤的作用.上海针灸杂志,1998,17,2
36. 陈汉平.关于针灸调节作用规律与机制的思考.上海针灸杂志,1992,(1):391



中医扶正法治疗 肝肿瘤



获得良效病案一例

黄种钦

患者： 陈某，男，63岁。

病史： 患者有高血压及糖尿病多年，自2004年10月起即因肾功能不佳，寻求笔者给予调理，希望能避免洗肾。自2004年10月到2005年10月，共就诊了15次。

22-5-2006回来复诊，告知已在洗肾，但大约于1个月前，发现胃有恶性肿瘤，于8-5-2006进行手术。在手术过程中发现肿瘤已转移至肝，共有3粒，其中1粒较大。由于肿瘤较大不宜手术切除，建议先作化疗，待肿瘤缩小后再行手术切除。

因此，患者想在等待期间，寻求中药调理，把身子养好后再接受化疗，笔者亦以调

理为主给予治疗。

症状： 精神尚好，胃口亦不错，只是大便有些困难，其他症状皆不明显，bp120/70毫米汞柱（有服降压药），苔白腻，脉平缓。

诊断： 由于患者症状无甚特殊，且患者为洗肾病人，又刚动了手术，见苔白腻，脉相对平缓，故诊为脾气虚弱。

治法： 以健脾益气为主。方以四君子汤加味。处方如下：

北芪2钱，女贞子5钱，党参5钱，白术3钱，茯苓5钱，陈皮2钱，麦芽3钱，五味子2钱，猪苓4钱，鸡内金4钱，炙甘草1钱。

5剂，每天1剂。



识癌、抗癌

2-6-2006复诊：苔见薄白，脉平缓，精神胃口皆可。续以上方加味。

北芪2钱，女贞子5钱，党参5钱，白术3钱，茯苓3钱，陈皮2钱，麦芽3钱，鸡内金4钱，猪苓4钱，五味子2钱，木香3钱，赤芍3钱，白芍3钱，炙甘草1钱。

再服5剂。

患者于**12-6-2006**再拿多3剂。

19-6-2006复诊：告知于**16-6-06**西医检查，发现其中一部分肿瘤已消失，但其中一个小的则有增大的迹象。复见苔白腻，脉仍为平缓。诊为脾气虚弱，湿浊之邪内蕴。仍以上方加减。

北芪2钱，女贞子5钱，党参5钱，白术3钱，麦芽3钱，陈皮2钱，茯苓3钱，木香2钱，猪苓4钱，五味子1钱半，赤芍4钱，鸡内金5钱，藿香3钱，炙甘草1钱。

5剂，另配予移山参粉一瓶，嘱每天早上服1小茶匙。

26-6-06复诊：照上方续服5剂。

7-7-06复诊：苔白腻，脉平缓。处方如下：

北芪3钱，女贞子5钱，猪苓3钱，党参5钱，茯苓3钱，白术3钱，鸡内金5钱，五味子1钱，陈皮2钱，丹参3钱，赤芍3钱，炙草钱半。

5剂。

24-7-06复诊：告知早上刚经西医检查，发现肝已无异常，即肿瘤已消失，只是觉得胃

不太舒服，但无呕，大便正常，苔白腻，脉仍平缓。仍以上方加减。

北芪3钱，女贞子5钱，猪苓3钱，白术3钱，陈皮2钱，茯苓3钱，党参5钱，鸡内金5钱，藿香3钱，赤芍3钱，苍术3钱，炙甘草钱半。

5剂。

过后继续以此方加减调理。至**6-8-07**复诊时，告知经西医检查，肿瘤已消除。之后治以肾功能不好和双脚无力，诊为脾肾两虚，而改为以右归丸加减调理脾肾。

小结：患者是笔者学生的父亲，当时寻求笔者治疗时，主要是想把身体调理好，以便能接受化疗。同时也因为化疗费用较大，而正在申请协助，在等候期间，尝试中药调理。笔者原意只是想以中药帮助病人恢复体力，而不是治疗他的肿瘤，但却获得意想不到的疗效，只服了28剂中药，前后2个月，花费140元，肝肿瘤就消失了。笔者在治疗此患者时，基本上都是以健脾益气为主，整个过程没有用到任何抗肿瘤药物，却能使肿瘤消失，这说明中医辨证论治的优势。当然，患者为洗肾病人，这一情况是否对肿瘤消失有影响，还有待研究。笔者把这一病例的整个治疗过程摘录下来，希望能给同道们有所启示，在医学领域中发挥中医的作用。



略论历代医家治疗老年病的观点及优势

中国广州中医药大学 刘丹雯

【摘要】通过查阅古代中医文献史料，选取、归纳了较具特色及有代表性的多位医家治疗老年病的观点，简要地叙述了各医家对于老年病的认识及其诊疗优势，描绘了中医治疗老年病的概貌。自《内经》较为系统阐述了老年病学理论以来，经历代医家的补充和发展，中医老年病学日渐完善，尤其是宋元和明清时期的医家，在对老年病的认识和治疗思想的形成和发展上，作出了突出的贡献。这些不同的学术思想各有千秋，既丰富了中医老年病学的学术理论体系，更可为临床实践提供正确的指引。



【Abstract】 By referring to the ancient literature of traditional Chinese medicine, from which the author has selected and summed up a few characteristic and representative concepts about the treatment of the senile disease, the author made a brief description of the acknowledgements about the senile disease from some doctors and their each advantage, and drew a picture about it by using the therapeutics of traditional Chinese medicine. Since the theory of gerontology was systematically expounded by the Yellow Emperor's Canon of Internal Medicine, and strengthened and developed by successive doctors, it has been increasingly improved, especially in Song, Yuan, Ming and Qing Dynastic, while the doctors made outstanding contribution on the recognition of the senile disease and the formation and development of the treatment. These great deal of academic ideas each shows a unique quality, which not only enriches the theories of Chinese geriatrics academic system, but also provides proper guidance to clinical practice.

【关键词】 历代 老年病 先天之本 后天之本 虚劳

从先秦时期开始，我国民间就十分重视老年病的防治，然而能较为系统阐述老年病学理论的当始于《黄帝内经》。《内经》对中医老年病学术理论发展的重大影响，主要是它首先提出了人的天年寿限、老年界限、早衰原由、衰老成因、老化特征、老年生理、病因病机、治疗原则、摄生抗衰、长寿要旨等，中医老年病学的发展无一不是以《内经》的基本理论为起点。

《灵枢·卫气失常篇》首先提出老的年龄界限为五十以上，“人年五十以上为老”^[1]。《灵枢·天年篇》详尽地叙述了人体从40岁开始，随着年龄的递增，脏腑、组织、器官逐渐衰老退化，每隔10年就有一个明显的变化，且大多数人不能寿尽天年。《内经》认为其中的关键在于真气的“盛衰存亡”，并提出真气保养的三大要素，即：“保养肾精以固其根，强健脏腑以益其源，调摄阴阳以调其用”^[2]。其中关于年老而“血气虚，脉不通，真邪相攻，乱而相引”^[3]一语，高度概括了老年病的病因病机，且“夫年长则求之于腑”^[4]则是老年病的重要治疗原则。由此可见，《内经》中已经初步形成了老年病学理论的学术体系，是中医老年病学术理论发展的渊源。

其后，经过历代医家的充实和发展，中医老年病学日渐完善。尤其是宋元和明清时期的医家，在对老年病的认识和治疗思想的形成和发展上，作出了突出的贡献。下面就选取其中一些代表性医家来详细看看他们对于老年病认识和治疗的各自特点。

基于《内经》对于老年病的最早认识，几乎所有医家无不立足于“本”，而中医所说的本，就有“先天之本”的肾和“后天之本”的脾胃之分。因而，历代医家对老年病探讨的着重点据此可分为三派：首先是以保养“先天之本”为重的，代表医家有张景岳、赵献可和喻嘉言等；其次是以强健“后天之本”为先的，代表医家有朱丹溪、李东垣、胡慎柔等；还有就是以脾胃、肾并重的，代表医家有叶天士和李中粹等。

《内经·上古天真论》在描述人之生、长、壮、衰的变化过程中，特别强调“肾气盛……身体盛壮”^[5]，“肾脏衰，形体皆极”^[6]，这就鲜明地指出：衰老的成因在于“肾”的衰。明代著名医家张景岳根据《内经》“阳气者，若天与地，失其所，则折寿而不彰”^[7]的理论加以阐发，进而在《类经附翼》中提出：“人之大宝，只此一息真阳”^[8]，“



得阳则生，失阳则死。阳衰者，即亡阳之渐也”^[9]，从而揭示了肾阳衰则折人寿的观点。鉴于人体之寿夭取决于肾阳之盛衰，景岳治疗老年病每以匡扶肾阳为先务。如众所周知的哮喘、眩晕、中风、胸痹、癃闭、消渴及便秘等都是老年人的常见病、多发病。景岳认为凡此疾病皆为肾阳衰所导致，故在治疗上注重温补肾阳。虽然景岳治疗老年病擅用补肾之品，但他对兼后天不足者，遣方用药亦多兼顾脾胃。如《景岳全书·新八方阵》中拟金水六君煎治疗老年咳嗽，此方由二陈汤加当归、熟地组成，其中用二陈显然意在燥湿祛痰和胃，使无粘腻滞胃之弊。景岳所主的阳衰折寿论和所创的温补肾元法，极大地丰富了老年病学，对后世产生深远的影响。而同一时期的名医赵献可也属先天论者，他在其所著的《医贯》中说到：“生而老，老而病，病而死，人所不能免。但其间有寿夭长短之差”^[10]，而“火乃人身至宝”^[11]，然则决定人之长寿或早夭的主要因素在于“命门之火”。我们知道，在“命门”问题上，古代医家众说纷纭。其中较有代表性者莫过于《难经》“左者为肾，右者为命门”^[12]，和《医旨绪余》“命门乃两肾中间之动气”^[13]。赵献可显然是支持后者的，他指出两肾“中间是命门所居之宫……相火禀命于命门”^[14]，这也就是说命门之火为肾间动气。现今认为，命门之火即指肾阳，是生命本元之火，寓于肾阴之中，对人体生殖、生长、发育及衰老均有密切关系。由此可见，赵献可把命门之火分析为机体衰老之要素，确是见解精辟。然则治疗老年病如何养火呢？后世医家从其医案中总结出二法，即温补元真之火和滋养水中之火。赵献可认为“命门君主之火，乃水中之火，相依而永不相离。火之有余，缘真水之不足也，毫不敢去火，只补水以配火……火之不足，因见水之有余也。亦不必泻水，就于水中补火”^[15]；“世人皆曰降火，而予独以地黄滋养水中之火。世人皆曰灭火，而予独以桂附温补天真之火”^[16]。由此足以证明赵氏治

疗老年病以培养命门之火为主，此乃其精髓所在。而且他在注重命门之火的同时，并未忽视后天脾胃的作用。他认为“脾胃无此，则不能蒸腐水谷，而五味不生矣”^[17]，“此”指的就是相火。这也是他之所以强调先天命门之火之妙谛所在。及至清代医家喻嘉言，他不仅在整理发挥《伤寒论》方面享有盛名，而且对老年病的治疗也颇有见地。他在阐发衰老成因时，十分注意肾阳的作用，指出：“高年人唯恐无火。无火则运化艰而易衰，有火则精神健而难老。有火者老人性命之根”^[18]，此处所指的火，应该就是肾中之真阳。人所共知，人体各脏腑的正常活动均有赖于肾阳的作用，其中脾与肾阳的关系尤为密切，若肾阳衰弱，既可出现由于温煦生化作用不足所引起的精神疲惫、形寒肢冷等证候，还将导致脾阳不足，运化水谷失职，进而使生化衰竭。由此可见，喻嘉言称火为老年人性命之根，的确有理可依。他在肯定了老人的命根在于肾阳之后，又提出了“收摄肾气，原为老人之先务”^[19]。在他看来，“肾中之气，易出难收”^[20]，“阳气以潜藏为贵，潜则弗亢，潜则可久”^[21]，因“年高之人，肾水已竭，其火易露”^[22]，这一观点始终贯穿在他所著的《寓意草》诸老年医案中。因此他在治疗老年病每每注重收摄肾气。然则如何收摄肾气呢？他又指出：“治真阳之飞腾霄越，不以龟鳖之类引之下伏，不能也”^[23]。这些独到的经验，受到后世医家的推崇和效法，可谓屡验不爽。

与上述三位医家着重点不同的，是着重以强健“后天之本”为先的一派医家。究其根源，始于《内经》中“年长则求之于腑”^[24]一语。腑者，胃腑也。我国古代医家将人体“胃气”的强弱视为长寿或夭折的重要原因之一，然而谈胃则离不开脾。《灵枢·天年篇》将“六腑化谷，津液布扬”^[25]列为长寿之标志，正是因为人体脏腑组织活动所必须的物质和能量均来源于脾胃的化生。基于此理，《素问·平人氣象论》曰：“人无胃气曰逆，逆者死”^[26]，



从而把“胃气”提高到重要的地位。金元时期名医李东垣上承经旨，提出脾胃病则元气衰，元气衰则必折人寿的思想。他认为“人寿应百岁，……其元气消耗不得终其天年”^[27]，他在《脾胃论》中亦说：“元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气，若胃气之本弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤，而元气不能充。”^[28]这就揭示了元气的盛衰取决于脾胃之强弱。他还说“究乎生死之际，所著《内经》悉言人以胃气为本”^[29]，进而强调“胃气岂可不养，复明养胃之理，故经曰，安谷则昌，绝谷则亡，……胃不可不温，血温胃和，荣卫将行，常有天命”^[30]。因此他治疗老年之疾，多以调养脾胃为主。而由其所创的脾胃学说对后世医家，尤其是温补学派影响很大。与李东垣同为金元四大家的“滋阴派”的创始人朱丹溪，则将早衰的原因归结为“肾阴亏”。他在所著《格致余论》中说到“夫以阴气之成，止供给得三十年之视听言动，已先亏矣。”^[31]为此，他指出老年之人，多肾阴不足，“平居无事，已有热证”^[32]。然而在老年病的治疗上，他却主张从脾胃入手。在他看来“补肾不如补脾，脾得温则易化而食味进，下虽暂虚，亦可少回”^[33]。显然他是以后天脾胃所化生的水谷精气来弥补先天之肾阴亏。换言之，就是先天已亏，求之后天。我们知道，先天之精必须依赖后天水谷之精气源源不断地供给，肾有损者，脾胃犹可补充足。朱丹溪这种从后天来补先天的治疗思想，传至明代医家胡慎柔时在其之上又有了新的创见。他所著的《慎柔五书》的精华就在于强调“后天之本”，认为“虚损诸病，久之皆属脾虚”^[34]，“脾土一损，杂病多端”^[35]。所以他提出：“凡诊老人及病人，六脉俱和缓而浮，二三年间当有大病或死，何也。脉浮则无根，乃阳气发外而内尽阴火也。急用保元或健中服之，则阳气内收于内。即反见虚脉，或弦或涩，此真脉也。宜照用保元助脾之剂，脉气待和，病亦寻愈，寿有不可知者。”^[36]这其中所包含的深意

是，教人对于老年沉痾重疾应当从脾胃着眼调治。所谓“有胃则生，无胃则死”^[37]，正因如此，所以胡氏治老年重病注重脾胃有生之气。但他在注重后天虚损的同时，也并未忽视先天虚损，在他看来，“先天固有损者，非后天损之，无以致病；后天既损之矣，而先天又何能无损”^[38]。因此，胡氏进一步提出：“治先天者，治后天耳，岂能舍后天治先天”^[39]，故在老年虚损诸病的治疗上也皆从调补脾胃入手。他顾护脾胃的特点体现在选方用药上多以缓方轻剂，而不用峻猛急方，如他选方多用六君，补中益气，施药亦多以几分、一钱。胡慎柔所主张的以后天补先天的治法，和朱丹溪所论可谓一脉相承，互相辉映。

还有一派医家则认为无论是先天之本，还是后天之本，对于老年人同样重要，治疗以脾胃、肾并重。明·薛己在疾病的治疗中，特别重视人体“先天之本”和“后天之本”，即脾肾。他强调辨证并精于辨证，认为脾肾虚衰多为疾病的内因，治病注重从脾肾论治。他不仅是李东垣的脾胃学说的倡导者、实践者，善用补中益气，同时又宗钱乙，善用六味地黄补肾阴，为后世树立了补肾之典范，赵献可补肾温命门之说实从薛己始，对确立虚损的治疗思想起到承前启后的作用。然更可贵的是，将二方合用，脾肾同治却是薛己的发展。薛氏指出：“劳瘵大抵属足三阴亏损，当用六味合补中益气，若脾胃先损者，当以补中益气为主，以六味地黄丸温存肝肾”^[40]。他能将补脾和补肾有机结合，并运用藏象、气血、阴阳及五行生克制化等理论，综合论治，五脏并调，或补火生土，或补土生金，或虚则补其母，以治疗内伤虚损各证，可纠误弊，起沉痾。他认为脾虚可独立为病，但更多是作为病机的主要方面见于各种老年病之中，且强调人以胃气为本，如“盖脾胃为五脏之根蒂，人身之本源”^[41]。因此薛己以补中益气的方剂为主，补脾益气，使气血生化有源，以治其本；再根据不同见证，配合清热、行气、燥湿、祛痰、疏肝、



发表、安神等法，以治其标，其中补中益气汤应用最为频繁。同时他所治之老年病，也有很多是肾虚为病机的主要方面，为病之本。因此薛己常以补肾的方剂为主，“益火之源以消阴翳”^[42]或“壮水之主以制阳光”^[43]治其本；再根据不同见证，配合补气、补血、健脾、燥湿、凉血等法，以治其标。肾阴虚多用六味丸（六味地黄丸）；肾阳虚多用八味丸（即金匱肾气丸中干地黄易为熟地黄、桂枝易为肉桂）。并创制四神丸，用治命门火衰之五更泄。总之，薛己能灵活地运用补脾、补肾之法，并能将二者有机地结合起来。他所著的《内科摘要》一书中所叙虚损等证貌似实证，内伤而状似外感，或病因误治而成危候。时医遇此，多犯虚虚之弊，而薛己精于辨证，抓住内伤虚损之本质，不为表象所惑，确立以补脾益肾为主，兼以其他治法为辅的治疗原则，体现了其注重辨证，重视脾肾的学术思想。而同是明代医家的李中梓也擅长治本，因“新病年壮者多实，久病年衰者多虚”^[44]。在这一思想指导下，读他著的《医宗必读》，可看出他对老年虚劳、咳嗽、中风、淋证等病证的治疗，无一不是从脾、肾下手。他说：“水为万物之元，土为万物之母，二脏安和，一身皆治，百疾不生。”^[45]进而提出：“善为医者，必责根本”^[46]。他还认为“补肾理脾，法当兼行。然方欲以甘寒补肾，其人减食，又恐不利于脾。方欲以辛温快脾，其人阴伤，又恐愈耗其水，两者并衡而较重脾者，以脾土上交于心，下交于肾故也。若肾大虚，而势固笃者，又不可拘。”^[47]这就告诉我们，高年之人，非但肾脏虚耗，且脾胃也薄弱。因此，李氏在治疗老年病中很重视调养胃气，反对“惟知尽剂，不顾本元”^[48]者。这都与我们今天的认识相一致。暮年之人，大多脾胃虚弱，不能耐受大寒大热，亦难任猛攻峻补，只宜调养温补，因胃气一败，百药难施。也提示我们，治疗老年病不可急躁求成，而是必须缓图其功。到了清代，名医叶天士在此法上又有更新的创见。试读其著作及相关医案，

不难看出他治疗老年病也多采用补肾和健脾益胃法。他的这种治疗观点，亦有其思想理论依据。在他看来，人届高年，非但肾阴亏和肾气衰，而且阳明胃脉也虚弱。他在《临证指南医案》就反复提出：“五旬又四，阳明脉衰”^[49]，“高年阳明气乏”^[50]，“此年高下焦空虚，肾气不纳所致”^[51]。临床上确实可见老年肾衰体弱犹可从脾胃培补而康健者，假若脾胃亦衰，则先天枯竭，后天又生化无源，那么生命也就危殆了，如《扁鹊传》之“形羸服药，四不治也”。回顾上述历代医家对人体衰老成因的阐发，如朱丹溪强调肾阴亏的一面而从脾胃论治，张景岳偏重肾阳衰的一面而温补肾阳，叶氏则将阳明胃和肾放在同样的高度上来治疗，较之前人，可说是更为完备，分析得更全面。

以上三派的医家治疗老年病皆立足于脾、肾二本，然还有一位医家提出另一种治疗观点，他就是明末医家汪绮石。他鉴于当时“病虚劳者，委命于庸医，而轻者重，重者危”，故特著《理虚元鉴》一书流传于世，是书对虚劳的辨证、审脉、立法、处方均有独到之处，而老年病又以虚劳之症居多。他在前人的基础上把治肺与治脾肾并列成为治虚三本，并重点提出清金保肺治则。绮石先生强调治虚有“三本”，“肺、脾、肾是也”。又言“肺为五脏之天，脾为百骸之母，肾为性命之根，治肺、治脾、治肾，治虚之道毕矣”^[52]。指出东垣发脾胃论，成为金元四大家之首；丹溪深明滋阴之理，故为治虚劳之一代宗师；立斋究明补火，补火则阴火自消。但此“三先生者，皆振古之高人，能回一时之习尚，辟歧黄之心传者。然皆主于一偏，而不获全体之用”^[53]。后世行己之人，从此拘泥成风，不善变通。绮石先生认为“若执东垣以治者，未免以燥剂补土，有拂于清肃之金”^[54]；“若执丹溪以治者，全以苦寒降火，有碍中州之土化”^[55]。故绮石先生主张“执两端以用



中，合三部以平调”^[56]，即肺、脾、肾同治。宜“清金保肺，无犯中州之土。此用丹溪而不泥于丹溪也”^[57]，“培土调中，不损至高之气。此用东垣而不泥于东垣也”^[58]。以此则“金行清化，不觉水自流长。乃合金水于一致也”^[59]，起到提壶揭盖的作用。如是则土金相生，金水相益，五脏气旺，虚疾除矣。治虚除有“三本”之外，绮石先生还主张治虚要“二统”，即统之于肺、脾。认为“人之病，或为阳虚，或为阴虚”^[60]。凡此两种，阳虚为主者，统之于脾；阴虚为主者，统之于肺，“其治阳虚主健中，脾为百骸之母也；其治阴虚，主清金，肺为五脏之天也”^[61]。故治虚统之于脾、肺，方为治也。但是统于肺脾，并非置肾于外而不顾，而是因他不满于时弊，治阳虚者唯言命火，治阴虚者只求肾水的泛泛之论。为了改变这种积习，提高虚劳病的治疗法和疗效，创造性地把补肾之法，分寄于肺、脾之中，明确指出：“专补肾水者，不如补肺以滋其源，……专补命火者，不如补脾以建其中”^[62]，只是“虚劳之施治有次序，先以清金为主，金气少肃，即以调脾为主；金土咸调，则以补肾要其终”^[63]。这样，不仅避免了辛热伤阳，苦寒伤胃的弊端，更为虚劳病的治疗，开辟了一条新的途径。然绮石先生治疗虚证，并非仅治其肺、脾、肾三脏，还主张“治虚要统五脏以同归也”^[64]。清·柯怀祖称绮石之论虚劳，犹仲景之论伤寒，足见该书学术价值非同一般。不但此，先生对虚劳很重视防护，提出了著名的“知节”、“知防”、“二护”、“三候”、“二守”、“三禁”的防护原则，颇具临床指导意义。

除此以外，若从治法来分，历代名医对老年病的治法不外主攻、论补、或攻补兼施。其中，主攻的代表者当属金元张子和。他主张“养生当论食补，治病当论药攻”^[65]，喜用汗、吐、下三法。他在《儒门事亲》中就再三说到老年病断不可补，“病之一物，非人身素有之也……邪气加诸身，速攻之可也，速去之

可也，揽而留之何也”^[66]，且“先论攻其邪，邪去而元气自复也”^[67]。对于病邪盛而正气未虚者，子和多取峻下或吐，直斥其邪；对于年事高、体质虚而久病者，子和多用缓下和探吐法；而每吐下之后，病邪虽然除去，但正气也受损，为了补救此弊，子和多教人以饮食或药物调养以善后。同时他也强调若是体弱气衰之人，忌用吐下。并且也赞同在某种情况下运用补法，那就是“脉脱下虚，无邪无积之人”^[68]。许多没有深究的人都只知道下就是泻就是攻，而不知《内经》中所谓下者，某种意义上也是补法。所谓陈莖去则肠胃洁，癥瘕尽则荣卫昌，不补之中，其实是真补。这种攻中寓补，邪尽正复的观点就体现了张子和治疗老年病的独特风格。而上面所述的以先、后天之本立论的医家，经辨证后在治法上，多以补法为主，在此就不多赘论。到明朝虞抟受金元诸子治疗老年病学术思想的影响，从中受到启发，创立其特有的攻补兼施法。他所著的《医学正传》中“秘结”和“噎膈”篇中的医案就有用此法治疗，攻中寓补，且攻不伤正。因此，他治疗老年病很注重扶正气以祛病邪。并且他很擅用单方验方治疗老年病，如用地肤草捣汁治疗癃闭。此外，清代医家林佩琴在其所撰的《类证治裁》中又极大地丰富了老年疑难、危急症的治疗经验。他将老年暴病速急归结为火，并以镇摄之法治之。诸病中严重危害老年健康者，莫过于中风、胸痹及哮喘等，而中风尤其病势急重，预后不良。然林氏镇摄之法，镇肝以风熄，大有未中先防，既病防变之功。并且虽然大家都认为老年人体虚治当求本，然标急危及生命或影响本病时，林佩琴多先顾其标，再治其本。而同时期的雷少逸诊诸老年之病患者，无不首先顾护正气，注重补虚，多不妄用伤正。他认为，年届古稀，体质本虚，倘被风邪所侵，便为兼证，散风更虚其正，要散邪而不损正，因此他多用参苏饮、补中益气之类来治外感病。到了近代医家张锡纯，则认为老年人“久病多虚”、“久病多瘀”，所以他



在治疗上多采取补虚化瘀。而我们现在临床所见，老年病虚而兼瘀者确非少见。张锡纯这一独到的见解，在现今颇受重视，是研究老年病热点之一，受到很多医家的推崇。

综上所述，中医在老年病的治疗上源远流长，从《内经》奠定中医老年病学的基本理论后，经后世医家实践经验的积累和对学术理论的发挥，不断得到充实和提高，这些不同的学术思想各有千秋，丰富了中医老年病学的学术理论体系及临床实践。它所具有的特点和优势，有赖于今天的我们来深入研究并发挥之，使其为我国乃至世界人民作出更大的贡献。

参考文献

- [1] [3] [25] 黄帝. 灵枢经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.117, 111, 111.
- [2] 程正合. 浅谈古代医家对老年病防治的论述[J]. 实用中医药杂志, 2004, 20(11): 662.
- [4]~[7] [24] [26] 黄帝. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.193, 2, 2, 5, 193, 34.
- [8] [9] 张介宾. 类经附翼·大宝论[M]. 上海: 上海古籍出版社, 1991.998, 998.
- [10] [11] [14]~[17] 赵献可. 医贯[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.10, 5, 8, 6, 68, 5.
- [12] 滑寿. 难经本义[M]. 北京: 人民军医出版社, 2006.88.
- [13] 孙一奎. 医旨绪余[M]. 江苏: 江苏科学技术出版社, 1983.9.
- [18]~[23] 喻嘉言. 喻嘉言医学全书《寓意草》[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999. 412, 406, 406, 412, 406, 377.
- [27] [30] 李东垣. 兰室秘藏[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007.10, 11.
- [28] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005.2.
- [29] 李东垣. 内伤辨惑论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007.13.
- [31]~[33] 朱丹溪. 格致余论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.2, 6, 7.
- [34]~[36] [38] [39] 胡慎柔. 慎柔五书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.36, 33, 11, 22, 22.
- [37] 张景岳. 景岳全书(上册)[M]. 岳峙楼藏版. 上海: 上海科学技术出版社, 1959.312.
- [40] [41] 薛己. 薛立斋医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999.48,1032.
- [42] [43] 王冰.《重广补注黄帝内经素问序》[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963.133,133.
- [44] 顾松园. 顾松园医镜校注(下册)[M]. 河南: 河南科学技术出版社, 1986.215.
- [45]~[48] 李中梓. 医宗必读[M]. 山西: 山西科学技术出版社, 2006.224, 5, 225, 4.
- [49]~[51] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.392, 393, 40.
- [52]~[64] 汪绮石.《理虚元鉴》[M]. 江苏: 江苏科学技术出版社, 1981.26,26,26,26,26,26,26,26,27,29,29,29,27.
- [65]~[68] 张从正. 儒门事亲[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.65, 50, 50, 50.

仲景色诊之特点



中国湖南中医学院 李义春

张仲景在《内经》五色诊理论基础上，充分运用色诊于临床实践，为后世色诊学的发展和完善，奠定了坚实的基础。兹就《伤寒论》所载27条和《金匮要略》30条相关条文加以探讨，从中考究其使用特点。

一、重色诊、参脉症，注重病机

仲景色诊，统一与脉、证、症（证）诸象结合，目的在于辨析病机。他不仅外感病用之，内伤杂病等，也都相合互参。

1. 误治之辨：第6条辨误治化热病机：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”，“若被火者，微发黄色”。火以火治，火上浇油，轻者血热受焚而肌肤发黄。114

条辨误火灼血：“太阳中风，以火劫发汗”，“两阳相熏灼，其身发黄”。205条辨“阳明病被火”机理：“额上微汗出而小便不利者，必发黄”。他如138条之辨湿热郁蒸：“太阳病，脉浮而动数”，“医反下之”，“但头汗出，余处无汗，剂劲而还，便不利，身必发黄。”211条辨热郁不宜：“阳明病，面合色赤，不可攻之，必发热，色黄者，小便不利也。”158条辨误治脾伤（败）：“太阳病，医发汗”，“复下之”，“复加烧针，因胸烦，面色青黄，肤瞶者，难治；今色微黄，手足温者易愈。”100条辨误下邪陷太阴：“行病六七日，脉迟浮弱”，“医二三下之，不能食而胁下满痛，面目及身黄，颈项强，小便难者，



与柴胡汤，后必不重（当温运脾阳）。”等等，色、脉、症、征共同参求，以探析病源之所属。

2. **湿邪之辨**：通过颜色的变化，辨别单纯湿邪抑或兼夹它邪。纯湿者如“痉湿喝”15条：“湿家之为病，一身尽疼，发热，身色如薰黄也。”19条：“湿家病身疼发热，面黄而喘”。“黄疸”8条：“然黄家所得，从湿得之，一身尽发热而黄。”其属寒湿者如260条：“伤寒发汗已，身目为黄，所以然者，以寒湿在里不解故也”；属湿热者204条：“阳明病，无汗，小便不利……身必发黄。”湿热黄疸如261、262、263等条皆属瘀热在里。238条加以总结：“阳明病，发热汗出者，身必发黄，茵陈蒿汤主之”；属湿热化燥者192条称：“大阴者，身当发黄，若小便自利者，不能发黄，至七八日，大便鞭者，为阳明病也。”（278条意同）
3. **蓄水、血辨**：130条同为“太阳病，身黄，脉沉结，少腹鞭”，但“小便不利者，为无血也”的蓄水证；而“小便自利，其人如狂者，血证谛也”，则为蓄血证。
4. **奔豚气辨**：121条及“奔豚”3条：“烧针令其汗，针处被寒，核起而赤者，必发奔豚。”局部颜色的变化，判知病因之由来。

二、遵《内经》、辟溪径，望有特点

1. **明堂为中心**：鼻为面部之高阜，望诊首先要可见。《金匱要略》依据《灵枢·五色》而予高度阐述。“脏腑”3条：“病人有气色见于面部……鼻头色青，腹中痛，苦冷者死；鼻头色微黑者，有水气；

色黄者，胸上有寒；色白者，亡血也，设微赤非其时者死”，“色青为痛，色黑为劳，色赤为风，色黄者便难，色鲜明者有留饮。”从明堂色诊的机理、意义、方法、价值等，为之扼要揭示。

2. **色象参时相**：辨时论治，是《内经》重要的医学理念，仲景对之也尤为重视。不仅有分析病势变化的伤寒六经“欲解时”条文，同时在“脏腑”7条中，有四时色泽的常、变记述：“寸口脉动者，因其旺时而动。假令肝旺色青。四时各随其色。肝色青而反色白，非其时脉色，皆当病。”3条也谓：“病人有气色见于面部”，“设微赤非其时者，死”。可见色诊所表现之象，应与时间的变易相参合。
3. **色诊新创见**：《内经》五色诊理论已极为详细，仲景在此基础上，又有新的建树。除五色主病外，更增添了“色和”、“面垢”、“戴阳”、“醉状”、“热色”等色诊名目，如中气虚寒与新感外邪的鉴别，“腹满”6条称：“夫中寒家喜欠。其人清涕出，发热，色和者，善嚏。”“痰饮”36条之冲气上逆：“青龙汤下已……气从少腹上冲胸咽，手足痹，其面翕热如醉状（戴阳）……与茯苓五味甘草汤。”40条之饮热上熏：“若面热如醉，此为胃热上冲熏其面，加大黄以利之。”《伤寒论》224条之胃热炽盛：“三阳合病，腹满身重，难以转侧，口不仁，面垢，谵语遗尿。”23条：“面色反有热色者，未欲解也。”“虚劳”4条：“男子面色薄者，主渴及亡血”等论述，都可谓《内经》所未见。

简言之，仲景所论色诊，导源《内经》，取之临床、理论之实践相结合，讲究病机而注重客观，实为后世色诊学之圭臬。



中医蜂疗平衡 攻克糖尿病 医学论述

中国兰州 太泉蜂疗保健研究所 陈维太

【摘要】传统医学老祖宗留下的秘方，反射疗法、平衡医学蜂疗学、自然疗法，配合新型科学体控电疗，代替按摩，省时、省力、省费用，安全快速，内病外治，调理心态，病理与心理平衡，病理强过心理，就是不平衡，一定要达到心理胜过病理，才能平衡才能健康。众所周知，农药、化肥这些化工产品，污染了我们周围环境，西药基本上是化学合成的，会污染我们的内环境，在人体内产生氧化、产生毒素，如果我们吃的抗氧化的食物不平衡，长期下去，比水、空气污染更难治理的灾难性污染，这就是糖尿病的起因，过去糖尿病是40岁以上的，现下进入年轻化，这是社会问题。望全国医疗界探讨，对全人类福利出发给予人道主义的关注。要从根本上解决问题治本，治疗糖尿病要抗氧化为主，体内的毒素排不出去是治不了糖尿病的，中医理论调理五脏平衡，调动患者体内的自组织能力，即自康复能力，只要按中医理论辨证论治，中药不产生什么毒副作用，一药之害在医不在药。要利用非药物治疗，才是全人类健康的保证，才是和谐社会，才是国富民强的根基。国家富强离不开健康。

提起糖尿病，大家都不陌生，是世界顽病，它顽到什么程度？顽到世界各国的医学专家几乎都认为它是“终身性”疾病，顽到要说糖尿病能治好，几乎都会说你这医生是骗子在吹牛。治好的糖尿病病人说，说我的糖尿病治好了，别人认为是“托”。

所谓“终身性”疾病，到目前为止，世界各国的医学界几乎都失去治疗糖尿病的信心。长期以来，根治糖尿病是世界医学界都在努力追求的目标，也是糖尿病患者梦寐以求的迫切愿望，也是全世界人民健康的基础。古人云，实践是唯一检验真理的标准。功用神奇的蜂产品，得天独厚，博采生物之精华，造福人类已是与时俱进、顺理成章的事了。

【蜂产品在医疗保健上的应用及功效】蜜蜂是个宝，蜂产品是人类天然营养保健品，历来熟为人知。蜂蜜：入药之功有五——“清热、补中、解毒、润燥、止痛”，是医疗保健广谱用品，既健身又治病。蜂王浆：是纯天然胎儿级食品，为人类生物蛋白不可缺少的营养素，是人体活力的源泉；蜂花粉富含人体所需营养物质和多种维生素及活性物质，被称为“全营养物质”、“微型营养库”；蜂胶：具有很强抑菌和灭菌作用，对一切炎症和高血脂的临床疗效好，为天然抗菌素。

【关键词】蜂疗 蜂针 糖尿病 传统医学与平衡医学及蜂疗学 自然疗法



名称	理化成分	作用机制	临床应用	功效
蜂蜜	酶、矿物质、VC (抗坏血酸)	消炎、止痛、调节分泌	十二指肠溃疡、烧烫伤、痔疮	有显著功效
	乙酰胆碱、维生素	可降低血压、维持血糖平衡	肝脏病、动脉硬化、心肌衰弱、便秘通便	功效显著
蜂王浆	含人体全部氨基酸、多维生素、肾上腺素、泛酸	促进物质代谢、血液循环、增强组织再生机能	营养不良、慢性疾病、神经衰弱、慢性肝炎、更年期障碍	功效好
	10-羟基-2-癸烯酸、赖氨酸、脯氨酸	增强蛋白合成、维持血球含量、抑制癌细胞成长	恶性贫血、高血压、治癌、糖尿病、提高免疫功能产生抗体	有效
蜂花粉	多种氨基酸、维生素、活性酶、矿物质	调节生理机能、促进血液循环、增强对疾病抵抗力	体质衰弱、神经衰弱、慢性肝炎、肝硬化与腹水、脑溢血、冠心病	有较好功效
	黄酮类、脯氨酸、吡啶乙酸	改善毛细血管通透性、增强性功能	萎缩性胃炎、阳痿、慢性前列腺炎、尿滞留	有较好的功效
蜂胶	黄酮类化合物	消炎、杀菌、止痛、抗氧化	胃和十二指肠溃疡、高血脂症、皮肤疾病、皮炎、湿疹、癣症、口腔粘膜溃疡、牙周炎、鸡眼、活动期肺结核、小儿遗尿	有显著功效、有一定功效、(对甲癣、火牙特效)有效率90%

50多年前，俄国生物学家尼古拉·齐金向全国**200**多位百岁以上老人发信，想了解他们长寿的原因。当他认真地分析这些回信时，发现了一个惊人的现象：这些长寿者中，有**143**人是养蜂人，还有**34**人曾经养过蜂！法国一家科学院对**1000**位养蜂人作了死亡回顾性调查，未发现一个人是死于癌症。那么养蜂人为什么能抗癌长寿呢？科学研究和实践证明：首先是养蜂人同蜜蜂朝夕相伴，常年生活在绿草鲜花环绕、无污染的优美自然环境中，在蜜蜂锲而不舍、无私奉献的精神激励下，养蜂人热爱生活，精神充实；其次是养蜂人能经常食用具有医疗保健作用的蜂蜜和长年被蜂螫刺。德国古拉尔博士认为，养蜂人患

癌症率低的原因是因为其生活方式和工作特点所创造的条件，特别是能不间断地吃到蜂蜜及长年被蜂螫刺，后者最为重要。近年来国内外医学家研究表明，长寿往往是和无癌、无心脏病、无血管硬化相伴而行，而蜜蜂王国恰恰提供了预防这些疾病的“天然良药”。

蜂疗就是利用蜂和蜂产品进行人体医疗保健的简称。它包括蜂毒、蜂王浆、蜂腊、蜂胶、蜂幼虫、蜂花粉、蜂蜜等产品，给人们治病、养生、健身抗衰老起到显著效果。

蜂针疗法(Bee Venom Therapy)很多人都很陌生，蜂针疗法作为中华民族传统医学中医学的分支，已有几千年的应用历史。它



发源于中国,发展在日本、韩国、美国和马来西亚,是一种自然疗法(Naturopathy),在临床上有广泛的使用。蜂针疗法是利用蜜蜂螫器官为针具,循经络皮部和穴位施行不同手法的针刺,以防治疾病的方法称为蜂针疗法。蜂针既给人体经络穴位以机械刺激,同时自动注入皮内适量的蜂针液,具有独特的药理作用,其针后继发局部潮红充血,以兼具温灸效应。可见它是针、药、灸相互结合的复合型刺灸法,特别适用于慢性病和疑难病的治疗。蜂针疗法的特点是:对人体安全、没有毒副作用。中医认为蜂针疗法可使病人气流畅通,经络疏通,病邪外泄,对痹症痛症有良好的治疗作用。现代医学证实蜂毒中含有多种肽和酶,生物胺和其它生物活性物质,具有广泛的生物活性和药理作用;蜂毒能刺激淋巴、内分泌系统、促肾上腺激素释放;蜂毒还有解毒及神经阻滞样作用,从而达到镇痛、消炎、抗菌、抗辐射、调节代谢、增强机体免疫力的功效,是目前国内外无法替代的药物。国际蜂疗权威大师米仓温先生把蜂毒加入蜂蜜中饮用,发现蜂针(毒)还有强壮强精的效果。让孕妇接受少量蜂针,可以助长胎儿发育健全。蜂针疗法是中国传统医学的脏腑、经络学说和针灸医术,以及当代对蜂针液成分和活性的科学研究,为蜂针疗法的发展奠定了坚实的基础。蜂针的适应范围也由民间治疗关节炎、神经痛,扩大到多种运动系统、神经系统、心脑血管、消化系统、内科、外科和儿科、妇科和男科、口腔、五官和皮肤科等,近年来治疗范围还在逐渐的扩大,适应症也越来越广。

20世纪80年代以来,由于环境污染等因素,出现了不少现代医学也为之束手之疑难杂症。制药工业的飞速发展,带来了滥用药物的苦果。许多人意识到要(回归自然)用自然疗法,加强人体自身固有的自我防御能力,来防病治病。而中医蜂疗是不错的选择。

医生们都知道,糖尿病是由于调节血糖的胰岛素分泌不足或相对不足,或胰岛抵抗造成

的。单纯依赖注射胰岛素是饮鸩止渴之举。量越大,胰岛的分泌功能最后完全变成惰性。而利用蜂针治疗糖尿病,蜂针毒液进入人体后,激活人体潜能组织细胞,通过反射穴位与区域的强刺激,经复杂缜密的信息传递(经络传递、联络效应)调动和加强了机体内部的天然防御因子,使糖尿病的机体向良性转归,阴阳趋于平衡,如钥匙投簧的效果。它的治疗原则是运用适当的刺激使机体做出适应性的反应,从而启动机体的自我调节机制,发挥机体潜在的自我防御能力,自疗和自我修复能力,克服内外病理因子的干扰,取得防病治病的效果。刺激与反应是一种因果关系,刺激是因,反应是果,有刺激才有反应,有什么样的刺激就有什么样的反应,蜂针反射内外刺激传入机体的中枢神经引起某种适应性反应的生理过程。我们对机体所施加的种种刺激,都是为了调动机体本身固有的自我调节能力,做出适宜的反应,取得治疗效果。

我所利用蜂产品(“蜂宝康”)从根本上激活胰岛组织细胞治疗糖尿病,“蜂宝康”(蜂王浆、蜂蜜、蜂花粉、蜂胶等)是人体免疫增强剂,是一石百鸟,牵一发而动全身的对整个机体进行修复,使倾斜走向平衡了,平衡激活潜能,潜能自愈百病。所以就能彻底控制糖尿病,及其预防并发症的发生。

治疗时每日早晚空腹口服“蜂宝康”,每次大约30-40克,调理机体本身的平衡。服用一个月后,患者免疫力增强,有抗体了,才开始施术蜂针,以调理内分泌为主,调整肠胃、肝、脾、肾等脏器主要功能。首先与大家讲,这不是降糖药,所以开始治疗(“蜂宝康”)前,原来服用的降糖药也好,注射胰岛素也好,原来怎么用,还要怎么用。等服用“蜂宝康”与蜂针施术后,患者体内组织细胞被激活,内分泌正常了,胰岛分泌也正常了,空腹测量血糖在6点以下时,开始减降糖药或胰岛素减量注射,一直减完为止。在减降糖药过程中,不能太急,等15天后,再



测量血糖值仍然在6点以下，继续减，一直减完为止。等不用降糖药，胰岛素不打了，饮食不控制了，血糖达到正常范围内，这时再巩固一个月；降糖药不用了，饮食不控制，血糖空腹值或饭后值都正常了，这才是治愈了，康复了。本所治疗过的糖尿病患者100多例中连续8年临床验证：有效率100%；治愈率80%，为什么呢？人体差别太大。其中有一位70岁的糖尿病女患者，患糖尿病10年有余，每天注射胰岛素25个单位，伴有并发症，高血压、心肌缺血、白内障等，治疗后并发症全部消失，因这位病人微循环不好，没有感觉，肌肉麻木，微循环神经坏死，用蜂针180只螫刺都没有反应，现下胰岛素是不注射了，可是降糖药还是要吃一点。像这种病人就治不好。

治疗进程，因糖尿病有四个不一，糖尿病类型不一，病程不一，人体素质不一，所以配制的剂量也不一。

我所之所以治疗各种疾病及糖尿病有显著疗效，与我所应用的蜂产品有着直接的关系，原因有三点：

1、太泉蜂业基地位于西北高原无污染地区，有“千年药乡”之称的甘肃省陇南特种药材基地，属北亚热带向暖温带过渡气候，境内高山、丘陵、河谷盆地错落分布，生物资源丰富，盛产纹党参、红芪等中药材，恰是开发有机生态蜂产品的理想地带。那里的纹党参、红芪是世界名优产品，出口东南亚等国家。据有关资料证实，那里的土壤成份与其它地方有区别，土壤含硒、铬、铁等成份，特别是硒的含量更为突出。米仓山的红芪出口台湾，加工成饮料，就因为硒的含量高，有防癌作用。

陇南蜜源植物很多，而占其重要地位的林木蜜源植物和农作物蜜源植物，数量多，分布广，花期长，且集中成片，尤其是驰名中外的武都米仓山红芪蜂蜜和千坝牧场



党参蜂蜜，是补益人体气血的最佳保健产品。含有20多种矿物元素和微量元素。人体中所需的元素蜂蜜中都有，有独特的药理功能，有预防高血脂、高血压、抗衰老、抗癌等显著的功能。对生长发育、提高智力、造血、骨髓、心血管及神经系统都有好处。

2、饲养蜜蜂品种好，是中华蜜蜂(也叫土蜂)和东北黑蜂(也叫苏联黑蜂)，体质好，抗病力强，采集力高，也就是说采蜜多。但弱点是采的蜂王浆太少，取一次蜂王浆最多10-15克，可是质量好，太泉蜂场黑蜂产的蜂王浆比一般蜂王浆的质量好几倍，蜂王浆的癸烯酸含量超过出口标准。时下中国的蜂王浆出不了口，就是养蜂人只为经济效益，光讲数量不讲质量，取一次蜂王浆100-150克，癸烯酸含量太低，质量差出不了口。

3、科学管理是保证质量的基础，取蜂王浆时间长，一般都是72小时取一次，取出的蜂王浆当天送冰箱冷冻，所以活性成份一点都不破坏。蜂王浆中含有100多种活性成份，鲜蜂王浆是天然活性物质，纯度和鲜度同等重要，二者缺一不可。

关于蜂王浆冷冻，本所曾做过实验。第一组蜂王浆取出后一天送冷箱冷冻，冻了一年后，饲喂蜂王幼虫，乳化的蜂王很健康。第二组取出的鲜王浆，放在常温下一个星期，饲喂蜂王幼虫，孵化出蜜蜂。为什么变成蜜蜂，就是王浆放常温下，活性成份破坏了，就孵化不成蜂王。从这点事实证明，蜂王浆必须冷冻，不能放在常温下。



余莲青

火针疗法，古称“焮刺”、“烧针”等，是将针在火上烧红后，快速刺入人体，以治疗疾病的方法。

《灵枢·寿夭刚柔》云：“刺布衣者，以火焮之。”《灵枢·官针》云：“焮刺者，刺燔针则取痹也。”张仲景《伤寒论》中有“烧针令其汗”，“火逆下之，因烧针烦躁者”，“表里俱虚，阴阳气并竭，无阳则阴独，复加烧针……”等记载。直到唐代孙思邈《千金要方》才正式定名为“火针”。明代杨洲的《针灸大成》记述最详：“频以麻油蘸其针，针上烧令通红，用方有功。若不红，不能去病，反损于人。”明代高武《针灸聚英》

云：“人身诸处皆可行针，面上忌之。凡季夏，大经血盛皆下流两脚，切忌妄行火针于两脚内及足……火针者，宜破痈毒发背，溃脓在内，外皮无头者，但按肿软不坚者以溃脓。”说明火针在明代已广泛应用于临床。近代火针使用一般有两种情况：长针深刺，治疗瘰疬、象皮腿、痈疽排脓；短针浅刺，治疗风湿痛、肌肤冷麻。

火针疗法具有温经散寒、通经活络作用。以往临床多用以治疗虚寒性的痈肿，近代扩展了火针的治疗范围。对某些病证有其显著的功效，如扁平疣、痣、瘰疬等。



火针疗法源远流长，在数千年的历史发展过程中不断得到历代医家的总结和完善的，成为一种独特有效的治疗方法。由于火针对机体的刺激量远远大于毫针，其在大脑皮层形成的兴奋灶的强度也远远超过毫针，因而它对第一个兴奋灶的抑制与“牵引”作用也较之强，故临床中用火针治疗各种疼痛，尤其对“久病入络”，寒痰瘀血凝滞所致的顽固性疼痛有较好的疗效。经粗略统计，火针能治疗内、外、妇、儿、皮肤、五官等临床各种疾病近百种。

火针治病机理

1. 痛觉刺激的重叠作用：

因针刺或灸治所引起的疼痛可以通过皮肤的感觉神经向脊髓发出冲动，与内脏的炎性冲动通过同一根神经的通路传至大脑皮层的痛觉中枢，所以当这两种冲动混在一起时，针灸所引起的疼痛必然会影响到内脏炎性冲动的传达，使疼痛中枢全部或部分不能再感受到来自内脏炎性刺激的痛觉冲动^[1]。而火针的刺激量远远大于毫针，加之病人对火针的注意力也远远超过毫针，所以临床用毫针治疗疼痛效果不佳时，再于同样的穴位上施以火针，常可取得较好的疗效^[2]。

2. 兴奋第二优势灶的作用：

大部分针灸医生在治疗各种神经痛或带有疼痛症状的疾病时通常有以下4点体会：(1)疼痛的严重程度与留针的时间、艾灸的壮数成正比，即痛得愈严重，留针的时间愈长，艾灸的壮数也就越多。只有这样才有可能取得理想的疗效。(2)疼痛得越严重，针灸的刺激量也越大，就是人们所说的疼痛的轻重与针刺的刺激量大小和艾灸火柱的旺盛成正比。(3)新患者的疗程短，而久病的患者疗程相对要长。(4)对于痛症的患者我们在取穴时不一定要采用“

以痛为腧”的方式去止痛。如牙痛时临床医生常取合谷穴；腰背痛时取委中穴；胃脘痛时取足三里等等。依照前苏联生理学家乌赫托姆斯基前提出的“第二优势灶”现象^[3]把上述的四项经验总结一下：“当疼痛发生时，在中枢神经系统内形成一个兴奋灶，在针灸治疗中所发生的刺激也可在中枢神经系统内建立另一个兴奋灶。假如第二个兴奋灶的强度超过第一个兴奋灶的话，那么第一个兴奋灶的兴奋性将被抑制，而且将它的‘兴奋性’也牵引过来。由于前者的兴奋灶被抑制和‘牵引’了过去，所以疼痛也就减退或消失了”。同理，疼痛程度越严重，则留针的时间和艾灸的壮数等也越增加，其原理就在于疼痛的兴奋灶的强度如果很大的话，那么另一个兴奋灶的强度必须比它更强才能将它抑制和“牵引”过去。患者刚刚得病时，由于中枢神经系统内形成的兴奋灶还较弱、较浅，所以新患者只要经过一至数次的治疗即可治愈，而久病的患者则需要多次的治疗方可治愈。

由于火针对机体的刺激量远远大于毫针，其在大脑皮层形成的兴奋灶的强度也远远超过毫针，因而它对第一个兴奋灶的抑制与“牵引”作用也较之强，故临床中用火针治疗各种疼痛，尤其对“久病入络”、寒痰瘀血凝滞所致的顽固性疼痛有较好的疗效^[4]。

3. 改善大脑皮层调节的作用：

现代医学认为，大脑皮层除了具有调节身体内部的机能活动和维持内外环境的统一性的作用以外，还能经常地调节皮层下各神经中枢的机能状态。当大脑皮层处于较高的紧张状态时，皮层下各神经中枢受皮层的管束；当大脑皮层的机能活动降低时，则皮层下各神经中枢就开始占优势。因此，当大脑皮层的兴奋和抑制过程发生障碍时，首先受到影响的就是皮层下各中枢机能的的活动，由此造成身体内部各器官或体内的其他部分发生一系列变化，包括新陈代谢的障碍及其它各种内脏机能失调等



情况的出现。

现已有越来越多的人相信，针灸的疗效很可能是建立在大脑皮层调节作用的基础之上的。其原理就是针刺可以使大脑皮层产生保护性的抑制，因而对病理过程产生良好的影响。目前已有资料表明，针刺可以影响大脑皮质，对皮层下中枢进行调节。张晓霞经过近两年的时间用火针治疗缺血性脑血管病53例，临宋实验发现火针治疗确有改善大脑皮层调节的作用，进而影响血管的收缩功能，使临床症状得以改善，以上结果已经经颇多普勒超声检验证实^[5]。

4. 精神因子的作用：

当患者接受火针治疗时，其注意力通常是集中在医生的火针针具与技术操作上，再加上火针对皮肤组织引起的痛觉与烧灼感，很大程度上分散了患者对身体上原有病灶处的疼痛刺激与其它不适等的注意力。

5. 皮肤局部充血烫伤的作用：

火针疗法是利用特制的针具在火焰上加热到很高的温度后去刺激皮肤上的刺激点。这种灼热刺激可以在皮肤上形成局部充血或是有红、热、痛及轻微的水肿现象。相当于临床上的I度~浅II度烧伤。正是由于这种热力的刺激伤及了表皮与真皮，甚至达到肌层，进而使该部位附近的血管扩张，血管壁的渗透性增强，血浆由血管壁内渗出，从而使机体的应激性增强。故火针的作用机理并不是单纯的加热皮肤，它与皮肤的免疫作用也是分不开的。张晓霞曾用火针治疗了十余例类风湿关节炎的临床观察也表明，火针确有使血液中抗体增强的作用^[6]。此外，当皮肤受到损伤时，可以放出组织胺样物质(火针治疗本身也是对人体的一种伤害性刺激)，那些变了性的组织逐步溶解，变成异物蛋白而被身体吸收，因此人体就呈现出一般性的全身反应，如白血球数增高、血糖量升高，血清中补体和凝集素等增加

的现象。另外，经火针治疗前后的红外热像图观察表明火针治疗后，病变部位的平均温度升高0.2391℃，经统计学处理其变化有极显著差异($P<0.001$)。“病变部位温度的升高表明局部血液循环的改善和局部组织代谢的加强，这种反应有利于炎症等病理反应的消失和肌肉皮肤等正常组织的营养。因此，可以认为：用火针后局部温度升高所提示的血液循环与局部新陈代谢的改善，也是火针治疗疾病的机制之一。从火针的整个治疗过程来看，火针治疗是与皮肤组织变化有着密切关系的。这与中医学将火针的基本功效归结于温通经络、行气活血的认识也相吻合”^[7]。

6. 对白细胞的调节作用：

血液循环在维持人体各个器官与组织的正常生理运动及防止疾病的侵袭方面居于十分重要的地位。各个内外因素的刺激可以影响血液成分的改变，国内外已有很多报道证实了这种改变可以通过针灸的作用得到调整，如对红细胞、白细胞、血小板、血沉、血糖、血钙等均有较明显的调整作用^[8]。

张晓霞在临床共观察了130例患者在火针治疗前后的白细胞，发现有如下变化。火针前白细胞数值正常者，针刺后增减不一，经统计学处理无显著性差异。白细胞高于常值者，经火针治疗后有较明显的改变，经统计学处理 $P<0.05$ ，有显著性差异^[9]。这一点与以往报道的用火针针刺后可引起各类炎症性白细胞总数减少的结果是一致的，但不像有些报道那样，能使之大减。

白细胞是血液中有形成分的重要组成部分，是机体的卫士，其中中性粒细胞属于吞噬细胞系统，是机体发生急性炎症时的主要反应细胞。火针后，除了局部的血液供应增强外，还可促进白细胞的渗出和提高其吞噬机能，进而帮助炎症的消退，并使炎症局限化，不致蔓延到全身各处。据此，我们就能解释为什么传统医学常用火针治疗人体的疮痍疔肿、丹毒、



脱疽、带状疱疹等感染性疾病^[10]。

7. 与内脏牵涉痛的关系:

临床上通常将内脏引起的痛觉分为两大类。第一种是内脏真正的痛觉—当内脏器官发生强烈的痉挛和强烈的伸展时可引起疼痛。如幽门狭窄时可以形成疼痛。这种痛感能够使我们直接意识到是由内脏发出的。第二种是内脏牵涉性的痛觉,即当内脏有炎症等疾病存在时,由内脏发出的炎性冲动经后根传达到脊髓直至大脑皮层,并在大脑皮层形成刺激点,而因皮肤感受器的刺激感受性高于内脏,故由内脏的刺激感受低的部位通过大脑皮层向皮肤的刺激感受性高的部位形成刺激反射,于是脊髓神经节所支配的皮肤领域内发生疼痛或形成知觉过敏带,即人们常称的“海特氏带”。例如心绞痛时往往被认为是手臂内侧、腋下或肩部所引起的疼痛。在医学界中常利用内脏与体表皮肤之间的相互关系来影响脊髓上同一段神经所支配的内脏,使它产生血管扩张或减少疼痛以达到治疗效果。这一机理在针灸疗法中应用得更早,如华佗夹脊穴治疗心绞痛、肝胆区疼痛、哮喘等胸腔的疾患就是很好的例证^[11]。另一个例子就是根据内脏痛觉反射在皮肤上所表现的疼痛部位常常是针灸治疗的选穴所在。如胃部疾患常在中脘穴附近发生疼痛与不适,而该穴又恰恰是针灸治疗胃脘部疾患时主要刺激点。

针灸的止痛作用在国际上已得到认可,火针选穴方法中最常用的就是“以痛定膻”,如腰痛取肾俞、命门;痛经取中极、关元;急性胃肠炎取中脘、天枢等,取穴大都位于疼痛局部,说明火针治疗痛症也与内脏牵涉痛有着密切的关系^[12]。

火针疗法是古代劳动人民和历代医家智慧的结晶,是医家们在长期与疾病作斗争中积累起来的宝贵医疗经验之一,具有操作简便、费用低廉、疗效卓著、适应症广的特点,受到广大民众欢迎。在整理和研究祖国医学遗产的过

程中,应系统地对火针的刺法和适应症进行总结提高,使之发扬光大。笔者有幸成为这块宝藏的继承人之一,感到万分荣幸,更感到自豪的是,因为新加坡政府严格管制,我们才成为纯中医师。且希望中医界能更重视这块宝藏,使中医界事业能如在战场上,多了一种武器,如虎添翼。

参考文献

- [1] 蔡德明,方绍慈. 针灸疗法. 上海医学出版社, 1955.19.
- [2] 吴军. 火针毫针、药物治疗慢性胃炎420例. 中国针灸, 1990.15(5):1.
- [3] 蔡德明,方绍慈. 针灸疗法. 上海医学出版社, 1955.37.
- [4] 刘保延. 火针. 北京: 中国古籍出版社, 1994.22.
- [5] 张晓霞. 火针治疗缺血性中风与颅脑超声的临床观察. 北京中医, 2001.20(4):133.
- [6] 张晓霞. 重症类风湿关节炎案. 中国针灸. 2002, 20(4):106.
- [7] 崔芮. 贺氏针灸三通法. 北京: 中国医药科技出版社, 1995.162~163.
- [8] 殷庆兰. 火针治疗痹症中血沉变化的临床观察. 贵阳中医学院学报, 1994.230
- [9] 张晓霞. 火针疗法对外周血象影响的实验研究. 北京中医, 2003.22 (4):47.
- [10] 刘保延. 火针. 北京: 中国古籍出版社, 1994. 102.112.122.125.
- [11] 针刺麻醉编写小组. 针刺麻醉. 上海人民出版社, 1972.55.
- [12] 刘保延. 火针. 北京: 中国古籍出版社, 1994. 50.63.158.



论综合针灸治疗

南京中医药大学 王玲玲 王欣君

【摘要】综合针灸治疗是中医药临床优势之一。古代针灸医学家积累了丰富的综合针灸治疗的经验，通过现代针灸文献检索，表明现代临床综合针灸治疗所涉及的病种十分广泛，方法灵活多样。但临床上，综合针灸治疗还处于观察性研究或个人经验积累的低级水平，树立综合针灸治疗观，提高综合针灸治疗的研究水平，对于提高临床疗效，扩大针灸应用范围大有裨益。

【关键词】综合针灸治疗 针灸适应症 针灸疗效

【Abstract】 The study points out that integrated acupuncture treatment is one of the advantage of Chinese Medicine in clinic. The experience on integrated acupuncture treatment in ancient time was summed up. Through the search of modern acupuncture literature, it is found that at present much more diseases are treated by integrated acupuncture treatment, which is multiform and flexible combination. The study points out that the researches on the integrated acupuncture treatment are still at a lower lever which belong to clinical observations or individual experience accumulation. To have a view of integrated acupuncture treatment and enhance the study level on it are important and benefited to improve the clinical effect and enlarge the treatment scope for acupuncture.

【Key Words】 Integrated acupuncture treatment Indications of acupuncture Acupuncture treatment effect

引言

单一的针刺或单一艾灸不仅会使适应症范围受到限制，而且也会使某些病症的治疗难以达到满意疗效。如何拓展针灸适应症的

范围，提高针灸治疗效果，其措施与对策是多方面的，作为针灸医师，树立综合针灸治疗观十分重要。

所谓综合针灸治疗，或称复合针灸治疗，是指将针刺或艾灸与其它穴位刺激疗法结合，



或与中、西药物结合，或与外科侵入性操作相结合的治疗模式，从而形成综合的针灸治疗方案。与综合针灸治疗相反，单一针灸治疗即在防治疾病中仅用针刺或仅用艾灸的方法。

临床确实有不少病症可能仅用单一的针刺或艾灸就能获效。但却有更多的疑难病、危重病、心身病，采用单一针刺或艾灸很难见效，或者虽然有效而疗效却不巩固。常言道“人之所患病疾多，而医之所患病道少”。所谓“道少”，则包括由于治疗观念的局限，认识的肤浅和片面，因而缺少有效的治疗方法，或疗法单一，难以适应疾病表现的多样性、复杂性的需要。

针灸临床偏重运用单一的毫针刺法，而忽视其它治疗方法的运用，忽视多种疗法的综合治疗的状态由来已久。例如中风的治疗，从急性期到后遗症期，一个病人可能接受了数月的毫针刺法而没有变化。针灸教学中，无论课堂讲授，还是考核考试，从本科到研究生教育，重毫针刺法、轻其它穴位刺激方法的现象十分严重，更不用说，在教学中启发学生建立综合针灸治疗观念，加强相应能力的训练。针灸科研则由于目标偏向于机理研究，忽视高质量针灸临床疗效的研究，因此强调减少、纯化干预因素，至今有关综合针灸治疗方案的研究甚少。

随着疾病谱的变化以及针灸在人类健康事业中的发挥越来越重要的作用，重视综合针灸治疗在临床的运用，不仅会促进针灸学多种穴位刺激技术的发展，而且可能会因疗效的提高、针灸病种的扩大，而带动整个针灸学术的进步。

1. 综合针灸治疗的古代经验

《内经》奠定了综合针灸治疗的理论基础。《内经》提到的治疗手段涵盖了针、灸、砭石、导引、按跷、祝由、汤液等多种疗法。

《素问·异法方宜论》论述了多种疗法与地域之间的关系，认为不同地区因气候特征的不同，造成病种有所差异，人体在不同自然环境下所形成的体质类型也有差异，因而产生了多样的穴位刺激疗法。

《素问·移精变气论》、《素问·汤液醪醴论》则从针灸与药物对人体有内、外不同的作用途径的角度，论述了针灸与药物适应症的差异。临床选用不同疗法时，《内经》一方面认为要有所选择，要“各得其所宜”，使所选治疗方法能够“得病之情”，另一方面，又需要“杂合以治”，集合砭石、灸炳、九针、导引按跷、中药等不同方法的优势。所谓“圣人”之所以能取得卓越疗效，是因为他们能将不同疗法有机地结合，掌握了适度治疗的道理及方法。

针药结合是古代综合针灸的重要方式。东汉张仲景所著《伤寒论》，不仅其113方为中药的辨证论治奠定了基础，而且在施以汤药时，配合运用针灸的治病方式也为后人形成针药结合治病模式树立了楷模。唐代孙思邈倡导针灸药并重则成为传世名言，“若针而不灸，灸而不针，皆非良医；针灸而不药，药不针灸，尤非良医”，“知针知药，固是良医”，将同时精通针与药作为评判良医的重要标准，实为真知灼见。宋代针灸学家王执中在《针灸资生经》临床篇的第一节，就以“针药相须”为题，批评了当时已经存在的治法单一的弊端，“今人或但知针而不灸，灸而不针，或唯用药而不知针灸者，皆犯孙真人所戒也。而世所谓医者，则但知有药而已，针灸则未尝过而问焉。人或诘之，则曰：是外科也，业贵精不贵杂也。否则曰：富贵之家未必肯针灸也。皆自文其过尔。”明代针灸学家杨继洲主张“针灸药，医家不可缺一”，对发作性疾病，先用针刺控制症状，再以中药调治以善其后。对虚实夹杂的复杂疾病，则针灸药协同治疗。在《针灸大成》中载有杨氏验案33个，其中针与灸配合医案13个、针药结合医案3个、针灸药



并施医案1个、灸与药结合医案1个。说明综合针灸治疗已成为杨继洲的学术特色之一。

综上所述, 针灸是古代临床重要的外治方法, 既可以在临床单独使用针刺或艾灸, 也可以将针刺与艾灸或药物结合使用。作为技术高明的医生, 综合针灸治疗已成为他们治疗较为严重、复杂疾病的主要手段, 成为取得较好疗效的保障。

2. 综合针灸治疗的现代临床运用

随着医疗模式的转变, 现代临床病种有很大变化。总体而言, 综合针灸治疗在现代临床运用范围之广泛, 针灸医生对其规律性认识之深度, 都是古人不可相比的。

究竟现代针灸临床将综合针灸治疗运用于哪些病种? 综合针灸治疗运用水平如何? 为

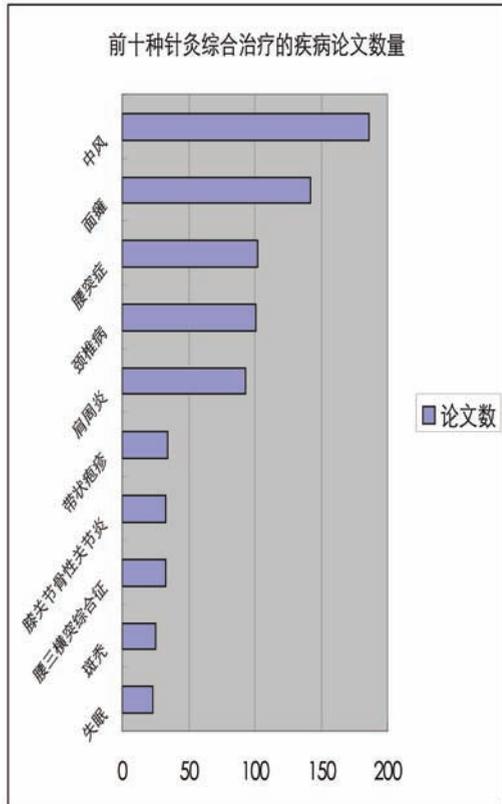


图1 综合针灸治疗使用频度较高的前10个病种

此我们查阅了1991至2007年5月中国期刊全文数据库, 以关键词“针”或“灸”、“综合”或“结合”搜索, 共获1729篇论文涉及综合针灸治疗。

2.1 综合针灸治疗的病种及方法

1729篇论文所治疗的病种共有236个, 几乎复盖了现代医学的各个疾病系统。表明综合针灸治疗的运用范围十分广泛。也从一个角度说明, 综合针灸治疗保障了临床疗效, 由此也使针灸适应症广泛这一优势得以发挥。

在1729篇报道综合针灸治疗的论文中, 排序在前10名的病种是: 中风(186 /1729篇, 下同)、面瘫(142)、腰突症(102)、颈椎病(101)、肩周炎(93)、带状疱疹((34)、膝关节骨性关节炎(33)、腰三横突综合征(33)、斑秃((25)、失眠(23)(见图1), 可见综合针灸治疗的常用病症主要分布于运动系统和神经精神系统, 这也正是当今针灸医生临床实践的主要病症的范围。

综合针灸治疗频度排列前10种病症所采用的治疗方案, 见表1。

表1可以看出, 综合针灸治疗的方法多样, 组合灵活。治疗肩周炎竟有53种不同综合治疗方案, 表明蕴藏于民间的针灸综合治疗的临床经验极其丰富, 正如单味中药, 其治疗效应很有限度, 但一经有机组合, 就明显增加了主治的病种和提高了疗效。同时繁多的综合治疗方案也表明, 综合针灸治疗方案还有待通过临床研究来区别优劣, 才能得到推广。

上述10种病症的综合针灸治疗方法, 运用比较多的是将针灸与药物、推拿结合, 这与当前针灸病种以运动、神经精神系统疾病为主有关。遗憾的是, 在所检索的1729

表1 10种病症综合针灸治疗的方法

病名	综合方法的种类数	前五种综合方法				
		1	2	3	4	5
肩周炎	53	针+推+药	针+推	针刀+药	针刀+封闭+手法	针+药
面瘫	47	针+药	电针+TDP	电针+TDP+药	电针+药	针+推
腰突症	45	针+药	电针+推+牵引	针+穴注+罐+推拿	针+推+药	针刀+推+牵引
颈椎病	45	针+药	针+推	针+推+药+理疗	针+推+药	针+推+药+牵引
中风	35	针+药	头针+体针	头针+体针+药	头针+体针+康复训练	电针+药
带状疱疹	20	针+药	皮肤针+罐+药	皮肤针+罐+穴注	针+罐+药	三棱针+罐+药
腰三横突综合征	15	针刀+药	针刀+封闭	针刀+手法	针+推+药	
膝骨关节炎	15	针刀+药+手法	温针+药+运动疗法			
斑秃	7	皮肤针+药	针+药			
失眠	4	针+药	电针+药			

篇涉及综合针灸治疗的论文中，使用灸法的论文总共只有36篇，主要用于妇科病症的综合治疗。灸法作为针灸学科重要的治疗手段，在综合针灸治疗中运用如此之少，说明重视灸法的运用已经迫在眉睫。从表1也不难发现，三棱针叩刺、梅花针刺络等传统用于治疗疑难痼疾的手段目前在针灸科运用较少，也应放在大力倡导之列。

分析10种病症综合针灸治疗效果，所有的论文一概认为综合针灸治疗效果优于单一疗法。表明针灸这一物理刺激，在很多情况下，尤其当治疗复杂病症时，由于单

一毫针或艾灸治疗的刺激量较小，人体所能调动的自我调节与修复能力也有一定限度，因而临床常常显示“力不从心”，而综合治疗却更具明显优势。

囊括于针灸学的各种疗法，它们的效应既有互相重叠之处，也有互相不可替代之处。综合针灸治疗的前提就是对各种疗法效应特性及优势的认识与掌握。倡导“杂合以治”，并不等于临床上运用疗法越多越好。综合针灸方案的形成应从实际病情出发，即根据不同病症、疾病的不同阶段，因人而宜选用、组合不同方法，决定治疗的深度。并根据不同疗法各自的效应

特点,进行科学合理组合,从而达到效应互补的目的。

2.2 综合针灸治疗运用的水平

现代临床运用综合针灸治疗仍然处于摸索经验、积累经验的状态,所检索的论文大多为个人经验之谈,或某种综合针灸方法治疗某一病症的临床结果报道。但近十多年来,随着科研方法学的普及,针灸界已经开始注意运用对照的方法,将综合针灸治疗与某种传统的单一疗法对照进行疗效比较,通过疗效对照来鉴别综合针灸治疗与单一疗法的差异,从而增加了结论的客观性与科学性。就本文所检索的1729篇综合针灸治疗的论文,能将综合针灸治疗与单一疗法,采用对照方法研究的有294篇(占17%),其中注明采取了随机对照方法研究的有228篇论文,这些都反映了综合针灸治疗的水平在逐渐提高。按循证医学,临床治疗类论文证据质量的高低可分为5级:Ⅰ级:随机对照临床试验的系统论述;Ⅱ级:样本量足够大的随机对照试验研究;Ⅲ级:有对照的试验性研究,如非随机分组的对照研究;Ⅳ级:非试验性研究,即观察性研究;Ⅴ级:仅仅基于临床经验的个人意见。目前综合针灸治疗的研究只能达到3、4、5低级水平。

表2 基金资助的综合针灸治疗研究论文(篇)

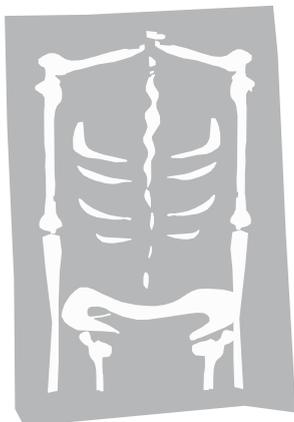
病种	论文
中风	4
血管性痴呆	2
肥胖	2
心绞痛	2
高血压	2
其它(甲状腺肿、戒毒、骨质疏松)	13

在涉及综合针灸治疗的1729篇论文中,检索到有基金资助的研究论文只有25篇,所涉及的病种有18个,主要病种见表2。

表2所涉及病种表明,由于心脑血管疾病是当今危害人类健康的主要疾病,因而也是各类基金资助综合针灸治疗的主要病种。总体而言,获得基金资助的综合针灸治疗课题数量很少,说明综合针灸治疗的运用目前仍处于经验探索与积累阶段,针灸界还需要通过更多的临床实践,才能进一步确认综合针灸治疗的优势,摸索综合针灸治疗的优化方案,也才能更多地介入对人类健康危害性较大的疾病的治疗,而不使针灸临床仅仅局限于少数病种。同时还需要提高针灸医生临床科研的能力,才能提高综合针灸治疗的临床科研水平。

3. 结语

多种治疗手段及其灵活的组合,是中医药治病的优势之一。这不仅因为治疗方法的多样化本来就符合人体生理病理多样性的特点,而且更适合病因不明、病理复杂、病位广泛的疑难病症的治疗。针灸是一种技术操作性很强的疗法,将针灸的多种操作手法、多种穴位的刺激方法有机组合,就能提高疗效。加上针灸与中医药的其它疗法相结合,药物和非药物疗法、内治和外治法并用,通过多途径、多层次、多靶点来提高整合调节的效果。如今针灸已发展成为涵盖多种针具、多种器材、多种操作方法的穴位(体表)刺激方法。针药结合、针灸介入外科侵入性操作的实践将进一步体现针灸疗法多样,组合灵活的优势。如果能进一步发展和完善这一优势,就一定能为人类的健康做出更大的贡献。



中医药诊治 骨质疏松症 的方法与机制探讨

福建中医学院 陈国全 王和鸣

【关键词】 中医药 骨质疏松症 诊治方法 机制探讨

骨质疏松症 (Osteoporosis) 是中老年人的常见病、多发病, 以骨量减少、骨的微观结构退化为特征, 导致骨脆性增加, 在轻微外伤情况下易发生骨折的全身性骨骼系统疾病。分为原发性、继发性和特发性三大类。临床症状主要是疼痛、身长缩短、驼背、骨折及呼吸系统障碍, 随着世界人口的不断老化, 骨质疏松症将成为全球性健康问题。本文旨在探讨中医药诊治骨质疏松症的方法与作用机制。

1. 病因病理

骨质疏松症的病因病机首责于肾虚, 《医精经义》论述了肾与骨的生理关系: “肾藏精、精生髓、髓生骨, 故骨者肾之所合也”。其病位在肾, 但与肝、脾相关。其属本虚标实, 本虚以肾虚为主; 标实多为瘀血、气郁等。

- 1.1 肾精亏虚:** 禀赋不足, 加之后天失养, 房事不节, 导致肾精亏虚。骨髓生化乏源, 骨骼失养, 骨密度降低, 导致骨痿的发生。
- 1.2 脾胃虚弱:** 脾主运化, 为后天之本, 充养肾精, 所谓: “肾之合骨也, 其荣在发, 其主脾也”。 “脾主身之肌肉”, 肌肉丰

满壮实, 乃骨骼强壮的保证。若脾气虚弱, 运化不力, 则肾精乏源, 中阳不振, 气血不足, 津液不布, 肌肉消瘦, 肢体痿弱不用, 而致骨痿。

1.3 肝肾亏虚: 肝藏血, 主疏泄; 肾藏精, 主骨。 “肝肾同源”, 实乃 “精血同源”。肝主筋, 肾主骨, 筋骨相连。肝虚时, 阴血不足, 筋失血养, 肢体屈伸不利; 肾精亏时, 髓枯筋燥, 痿弱不用, 而发骨痿。

1.4 肾虚淤滞: 骨质疏松症多发生于中老年人, 由于 “女子七七, 经脉虚”; “男子八八, 天癸绝”, 多见虚证。由于年老机体功能衰退, 易受外邪侵袭, 导致气机不利, 血脉运行无力, 气血不畅, 经络受阻, 故年老脾肾俱虚时, 往往伴随血瘀的存在, 淤阻经络, 不通则出现疼痛、功能障碍。由于瘀血而导致气血运行障碍, 营养物质不能濡养全身, 而加重骨质疏松症的症状。

现代医学认为骨质疏松症发病机制是骨吸收的速度超过骨形成。本病与绝经、激素代谢异常、肝肾功能障碍、药物副作用、不合理的饮食和生活习惯及免疫遗传等因素有关。它的病理机制主要是血钙水平下降, 使甲状旁腺激素 (PTH) 分泌增多, 造成破骨细胞活性增强, 骨吸收加速, 骨钙融出。其主要病理变



化是骨基质和骨矿物质含量减少。若对骨质疏松症的长骨组织的横断面和纵切面观察以及对其椎体、骨盆的切面观察，均表现为骨皮质变薄。这是由于骨皮质的内面被破骨细胞渐进性吸收所引起的^[1]。由于骨皮质的变薄和骨小梁的体积变小，使骨髓腔明显扩大，并常常被脂肪组织和造血组织所填充。而骨量减少，钙化过程基本正常，使骨变脆易于发生骨折，常发生于椎体、股骨颈、桡骨远端和骨盆等处。

2. 临床诊断

2.1 临床表现

2.1.1 局限性疼痛：以腰背痛为著，直立后伸或久立、久坐时疼痛加剧；日间疼痛轻，夜间和清晨醒来时加重；弯腰、肌肉运动、咳嗽、大用力时加重。胸腰椎压缩性骨折可产生剧烈疼痛，相应部位脊柱棘突叩击痛。若压迫相应的脊神经可产生四肢放射痛、肋间神经痛、胸骨后疼痛。

2.1.2 身高缩短、驼背：脊椎椎体前部几乎多为松质骨组成，容易压缩变形，使脊椎前倾，背曲加剧，形成驼背。

2.1.3 骨折：是骨质疏松症较常见和严重的并发症，它不仅增加病人的痛苦和经济负担，也限制患者的活动，甚至缩短寿命。前期以桡骨远端骨折多见，后期以腰椎和股骨上端骨折多见。

2.1.4 呼吸功能下降：胸、腰椎压缩性骨折，脊椎后弯，胸廓畸形，可使肺活量和最大换气量显著减少，肺上叶前区小叶型肺气肿发生率可达40%，患者可出现胸闷、气短、呼吸困难等症状。

2.2 X线诊断：X线诊断包括定性和半定量的估计方法^[2]。定性的方法已为放射科医生应用多年，半定量的方法近年来逐渐为医学者所应用，包括骨小梁形态观察法（腰

椎骨小梁观察法、股骨颈Singh指数法、跟骨骨小梁Jamar分度法等）、骨皮质厚度测量法（应用于管状骨，如掌骨、桡骨、股骨、锁骨、跖骨的骨皮质X射线摄影）等。

3. 治疗

本病辨证治疗多以补肾为主，分阴阳为纲，临床以肾气虚兼肾阳虚或肾阴虚较多见，但具体应用则以标本兼治为治疗大法^[3]。根据临床的不同表现酌情配用健脾、益气、补血、养胃、活血、行气、化痰等。治则方面以温补肾阳、滋补肝肾、填精生髓、强筋壮骨为主，兼以益气养血、祛风散寒除湿、通络止痛等^[4]。

3.1 肾精亏虚：治宜补肾填精，强筋壮骨。常用方药：龟鹿二仙胶汤合二至丸。处方：熟地、龟板、鹿角、枸杞、黄柏、知母、猪脊髓、蜂蜜、女贞子、旱莲草等。

3.2 脾胃虚弱：治宜温脾补肾，散寒止痛。常用方药：理中汤合六味地黄汤加减。处方：人参、白术、炙甘草、熟地、山萸肉、泽泻、茯苓、丹皮、木瓜等。

3.3 肝肾亏虚：肝肾阴虚者治宜滋肾养肝，壮骨止痛。常用方药：六味地黄汤加味。处方：熟地、茯苓、泽泻、丹皮、当归、山萸肉、山药、白芍、木瓜、杜仲、甘草等。肝肾阳虚者治宜补肾壮阳，强筋壮骨。常用方药：金匱肾气丸或右归丸加减。处方：上方加肉桂、熟附子、鹿角胶等。

3.4 肾虚瘀滞：治宜补肾壮骨，活血止痛。常用方药：补肾活血汤加味。处方：熟地、杜仲、枸杞子、补骨脂、菟丝子、当归尾、没药、山萸肉、红花、独活、肉苁蓉、怀牛膝、骨碎补等。



4. 作用机制

中药治疗骨质疏松症的机理的探讨目前正在不断深入,多数学者认为是通过机体的全身性、多环性、多通路的调节作用来实现的,其具体作用可归纳为以下几个方面:

- 4.1 促进激素作用:** 所有研究都表明补肾中药能提升和维持机体性激素水平。刘和娣等^[1]用仙灵脾、仙茅、菟丝子等组成的补肾方药对不同年龄的女性治疗3个月,发现补肾中药能纠正绝经后妇女激素失衡状态,雌二醇(E2)水平显著回升,对绝经5年内影响最大。同时使甲状旁腺激素(PTH)下降,降钙素(CT)增加。这些作用可能是补肾中药调整整体功能的结果。沈霖等^[6]用肉苁蓉、补骨脂等补肾方药组成的补肾方药,治疗地塞米松建立模型形成的骨质疏松症大鼠。结果显示:在使用糖皮质激素的同时预防性服用补肾中药可以使骨质疏松大鼠的全身骨密度和骨折弯曲强度明显提升至正常水平。
- 4.2 促进肠钙吸收:** 目前在临床上已经观察到在使用补肾中药后骨质疏松症患者血钙水平上升,刘和娣等^[7]对此机理进行了研究。CaBP-D9K是一种受维生素D调节的细胞内蛋白,在小肠钙细胞内转运过程中起关键作用。动物实验显示补肾中药能够稳定RNA,延长mRNA半衰期,促进诱导转录因子合成,而增加CaBP-D9K的表达。冯世纶等^[8]对中药治疗骨质疏松症的高分子化学原理的研究结果表明,中药中含有的中性药物低肽、低聚糖、糖肽皂甙等中分子物质,具有平衡人体化学反应的调控功能,该功能可以改变病理性钙化化学反应,改变反应物质的浓度,使反应逆转,防止钙丢失。
- 4.3 抑制破骨细胞增殖,诱导破骨细胞凋亡:** 杜靖远等^[9]研制出以补肾中药为主的补肾

密骨片,在通过观察对体外培养的破骨细胞的作用时,发现其能够明显减少在骨片上形成的骨陷窝的数目,并呈量效关系,而且还能够诱导破骨细胞的凋亡。

- 4.4 促进成骨细胞增殖和分化,促进I型胶原的合成:** 杜靖远等^[10]使用补肾密骨片对体外分离培养的成骨细胞进行了对其增殖和分化的实验研究,实验结果表明补肾中药可明显促进成骨细胞增殖,并提高其成骨功能。梁克玉等^[11]发现补肾中药可促进I型胶原mRNA的表达,而I型胶原是成骨过程中重要的基质成分。王和鸣等^[14、17、18、19]发现巴戟天可促使骨髓基质细胞向成骨细胞分化。
- 4.5 降低骨转换率:** 绝经后骨质疏松症以高转换率为特点,骨丢失加速。沈霖等以卵巢切除后的成年大鼠为骨质疏松症模型,通过原位杂交观察骨组织中基质金属蛋白酶(MMP-9)和I型胶原mRNA的表达,原位杂交表明MMP-9mRNA主要位于破骨细胞,I型胶原mRNA则定位于成骨细胞,结果表明中药治疗后,两种基因表达均下降,但MMP-9mRNA的下降水平大于I型胶原mRNA的下降水平,因此,降低骨转换率可能也是中药防治骨质疏松症的机理之一^[12]。
- 4.6 调节微量元素平衡:** 许多中药含有丰富的微量元素,而微量元素是机体很多具有生物生化功能酶的组成部分,在骨组织的代谢中起重要作用,微量元素也可以通过多重环节对骨代谢产生影响,毛平等^[13]实验证实补肾中药能调节体内微循环的微量元素平衡。

讨论

运用中医药治疗骨质疏松症的方法多样,

近年来中医治疗骨质疏松症主要以“补肾壮骨”、“补肾健脾”、“活血化痰”三个理论来指导用药,并从整体观、辨证观、平衡观出发,采用现代数理统计、循证医学(LPK)方法,对骨质疏松症的病因病机进行了更深的阐述,提高临床疗效^[6]。国内外的医学专家对该病的防治寄希望于中医药,其前景广阔。因此要利用现有的中药资源优势,结合传统中医理论及现代药理学实验,把中药治疗骨质疏松症的有效成分和临床药理作用进行深入的探讨,并进行科学总结,尽快开发具有成本低、疗效高、安全性高、易于广大患者所接受的中药产品,如强骨胶囊等^[15、20]。目前如何在中医药治疗骨质疏松症方面有所突破创新,已引起人们的关注,这不仅具有重大学术价值,而且具有深远的社会意义。

参考文献

[1] 卿多舜,匡高峰,彭明华等. 中西医结合治疗骨质疏松症的临床研究. 中国骨质疏松杂志, 1995, (1): 59-62

[2] 郭世发,罗先正,邱贵兴. 骨质疏松基础与临床,第一版. 天津:天津科学技术出版社, 2001

[3] 马斌,胡兴山. 老年性骨质疏松症从肾论治的理论基础. 中国中医骨伤科, 1995, 3 (2): 51-53

[4] 王和鸣. 骨科学. 北京:北京科学技术出版社, 2007, 895-915

[5] 刘和娣,李恩,冬晓旭等. 补肾中药对不同年龄女性指标及骨密度的影响. 中国中西医结合杂志, 1997, 17 (1): 671

[6] 沈霖,杜靖远,谢晶等. 青蛾丸加味治疗老年性骨质疏松症52例观察. 湖北中医杂志, 1994, 16 (3): 15

[7] 刘和娣,李恩,刘昆等. 补肾中药对骨质疏松大鼠CaBP-D9K基因及表达的影响. 中国骨质疏松杂志, 1996, 2 (3): 62

[8] 冯世纶,吴士源. 治痹补骨丹治疗骨质疏松症

的高分子化学原理. 中国骨质疏松杂志, 1996, 2 (1): 13

[9] 杜靖远,沈霖,杨家玉等. 补肾密骨液对大鼠卵巢切除诱导的实验性骨质疏松症的影响. 中华骨科杂志, 1996, 6 (7): 462

[10] 杜靖远,胡光亮,夏志道等. 补肾密骨液对体外培养大鼠颅骨成骨细胞增殖的影响. 中华实验外科杂志, 1998, 15 (5): 465-466

[11] 梁克玉,魏玉玲,郭帮富等. 中药增骨I、II、III号序贯疗法绝经后骨质疏松症-附120例临床观察. 中医正骨, 1999, 11 (1): 9

[12] 陈发胜,魏爱生,郎江明. 中西医结合治疗绝经后骨质疏松症32例疗效观察. 新中医, 2001, 33 (11): 42-43

[13] 毛平,陆光伟,周志锦等. 六味地黄丸对阴虚动物模型各个脏器组织元素含量的影响. 中国中药杂志, 1993, 18 (11): 690.

[14] 王和鸣,李楠. 巴戟天对骨髓基质细胞向成骨细胞分化影响的实验研究. 福建中医学院学报, 2004, 14 (3): 16-18

[15] 王和鸣,葛继荣. 强骨胶囊治疗原发性骨质疏松症临床试验. 中药新药与临床药理, 2004, 15 (4): 284-286

[16] 王和鸣,苏友新. 福建省中老年人骨密度的流行病学调查. 中国骨质疏松杂志, 2004, 10 (4): 535-538

[17] 王和鸣,李楠. 巴戟天对骨髓基质细胞向成骨细胞分化过程Cbf α 1表达的影响. 中国中医骨伤科杂志, 2004, 12 (6): 22-24

[18] 李楠,王和鸣. 巴戟天对成骨细胞生物学特性影响的实验研究. 中国医药学报, 2004, 19 (12): 726-729

[19] 王力,王和鸣. 巴戟天醇提物对骨髓基质细胞增殖影响的血清药理学实验方法的建立. 江西中医学院学报, 2004, 54 (16): 39-42

[20] 王和鸣,葛继荣. 强骨胶囊治疗骨量减少及骨质疏松症骨痛的疗效观察. 中国中医骨伤科杂志, 2005, 13(6): 38-41



两线3步法治疗不孕症

中国山东 刘海芳 李欣

1. 不孕症虽有肾虚、肝郁、湿热、痰湿、瘀阻等诸多类型，但虚、热、郁、湿、痰、瘀相互关联，互为因果。临床以肝肾亏虚、气血不调、肝郁气滞等混合型多见，而肝肾不足是其常态。这与中医理论是一致的。肾是生育之本，主藏精，肝藏血，精血相生，肝肾同源，因而肝肾充盛，气血调合，是受孕之根本。也就确定了治疗不孕症的经线是滋补肝肾、调和气血。
2. 周期性排卵是女子受孕的基本规律。《妇科准绳》讲到，“一月经行一度，必有一日姻蕴之后……此时候也，乃生化之真机，顺而施之则成胎。”《内经》

文，“月始生，则血气始精，卫气始行；月郭满，则血气实，肌肉坚；月郭空，则肌肉减，经络虚，卫气去，行独居……月生无泻，月满无补，月郭空无治，是谓得时而调之。”“顺而施之”、“得时而调之”都明确指出了“应时”对于治疗不孕症的重要意义：应时而治，有的放矢，才能事半功倍。

3. 可见“积精、养血、乘时”乃受孕之要诀。然则受孕毕竟是一个复杂的过程，七情六淫之邪俱可伤其脏腑气血，而致不孕。故或肾虚、或肝郁、或痰湿、或血瘀，俱当辨证。先解肝郁、祛痰湿、化瘀

阻，再应时滋补肝肾、调和气血阴阳，自能受孕。病不去，邪客脏腑经络，正不胜邪，则肝肾难补。故不孕症的治疗自当辨别不同症候，分症治之，此乃纬线。

4. 根据以上三条“积精、养血、乘时”辨证的观点，笔者确定了以应时滋补肝肾、调和气血为经线，以辨证、祛邪为纬线的三步治疗方案：第一步，经前辨证祛邪；第二步，经后滋补肝肾；第三步，排卵期调和气血阴阳。

第1步 经前辨证祛邪。

不孕症病因症候错综复杂，临床一般可辨证分为肾虚、肝郁、血亏、湿热、痰湿、瘀阻六型，以求要旨，临症加减参合。

- 4.1 肝郁型：女子多郁，情志失畅，再加久婚未孕，肝气郁结，气血不和，以致不孕。多见月经后期，经行不畅，色黯，经前乳房胀痛，抑郁烦躁，舌黯红，苔薄白，脉弦。治宜疏肝解郁，方用《傅青主女科》之开郁种玉汤加减。
- 4.2 血亏型：脾胃素弱，化源不足或经、产、病调摄不利，致血海亏空不孕。多见月经量少(或量多如冲)、色淡、面色萎黄或苍白，口唇无华，头晕心悸，舌淡苔薄白，脉细弱。治宜补血养血，方用《和剂局方》之人参养荣汤加减。
- 4.3 湿热型：不当避孕流产、性病感染等致邪毒侵宫，酿生湿热而不孕。症见月经先期或无定期，阴痒，带黄或脓、或米泔豆渣状，胸闷心烦，咽干口苦，尿黄赤，舌红苔黄腻，脉滑数。治宜清热利湿，方用《疡科心得集》之萆薢渗湿汤加减。
- 4.4 痰湿型：过食肥甘，脾失健运，痰湿内生，阻滞气机而不孕。可见性欲淡漠，经行量少，带下量多而稠，形胖神疲，大便溏稀，苔白腻，脉弦滑，治宜健脾燥湿化

痰，方用《叶天士女科》之苍附导痰丸加减。

- 4.5 瘀阻型：经期外感，或七情内伤，或久病成郁，致瘀血内阻不孕。症见经行不畅(或崩漏下血)，紫黯有块，腹胀腰痛，乳房胀痛，舌紫黯有瘀点，苔薄白，脉沉涩。治宜行气活血化瘀，方用《医林改错》之血府逐瘀汤加减。

- 4.6 肾虚型：肾阳虚型属先天肾阳不足，或后天失养，耗损肾阳，或胞宫虚寒，肾阳不振，以致不孕。多见月经后期，量少色淡，带下清稀，腰膝酸软，小便清长，大便不实，舌淡苔薄，脉沉细，治宜温肾助阳，方用《景岳全书》之毓麟珠加减。

肾阴虚型属失血伤津，精血亏虚，或火燥耗阴，以致不孕。多见月经先期，量多色红，或淋漓不尽，颧红咽干，头晕耳鸣，腰腿酸软，舌红少苔，脉细数。治宜滋阴养血，方用《傅青主女科》之养精神玉汤加减。

根据病情辨证，于经间期选方用药3~20剂，重症连用2个经间期。月经第26天单服自拟活血汤，以鼓舞气血。常用药：当归20g，熟地、元胡、赤白芍、丹参、泽兰各15g，益母草30g，川芎、郁金、香附、王不留行各10g。

第2步 经后滋补肝肾。

经后期是卵泡生长发育期。此期肾气足，经血充盈，是排卵受孕的基础条件。行经后血海空虚，阴血亏损，肝肾不足，正常是在肾气作用下，天癸修复，精血得以滋补，气血得以调和。而病者由于脏腑经络受累，致肾气不足，肝气郁结，天癸未复，经血难继。此时应顺应天时，及时调整肝肾功能，滋补肝肾，大补阴血，使血海充盈，肾精饱满，为排卵做物质上的准备。



方用自拟滋阴养血汤，常用药：熟地、当归、女贞子、旱莲草、制首乌、枸杞子、菟丝子、肉苁蓉各15g，山萸肉、丹皮、茯苓各10g，山药20g，紫河车12g(研末装胶囊，分2次吞服)，每日1剂，水煎服。于月经第5天至第10天连服6剂。

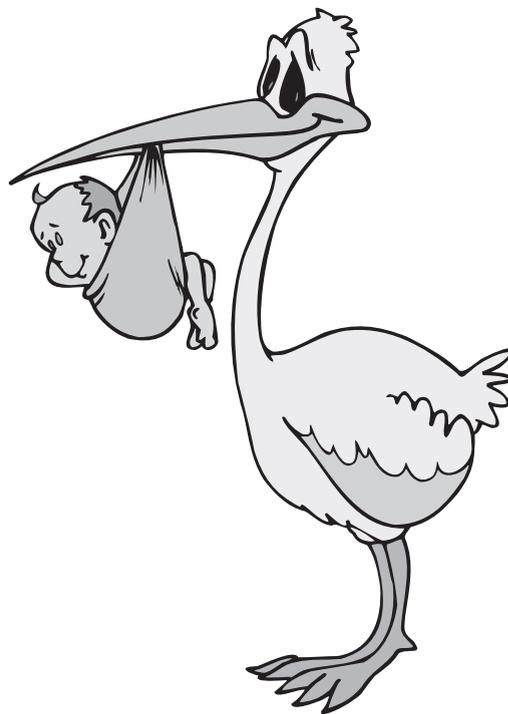
第3步 排卵期调合阴阳气血。

此时气血已至充盈，正当万事俱备，正待东风之时，宜加强温肾之力，佐以舒肝活血通经之品，及时调整阴阳，调畅气机，唤醒肾气，急使重阴转阳，促其排卵。

方用自拟排卵汤，常用药：当归、续断、菟丝子、仙灵脾、巴戟天、丹参、赤白芍各15g，桃仁、红花各10g，菟蔚子30g，柴胡6g，香附、桑寄生各12g，紫河车12g(胶囊，分2次服)，每日1剂，水煎服。从月经第12天至第14天连服3剂。

【例案】：范某，33岁，城镇自营业者。1998年8月初诊，主诉：阴痒甚，白带黄臭，闭经2年，此前月经正常，二胎未孕，虽中西医诊治未愈。诊查知，外阴白色病变，粘膜增厚、干燥，溃疡处有黄水渗出。尿急尿频，口苦咽干，心烦易躁，苔黄腻，脉弦数。辨证为湿热下注，瘀阻胞络，以致不孕。治以清热除湿，处方：龙胆草、当归、桃仁、红花、白术各12g，山梔子、黄芩各15g，生地20g，甘草、柴胡各6g，车前子、木通、泽泻、半枝莲、白花蛇舌草各18g，红藤、土茯苓、双花、败酱草各30g，每日一剂，水煎服。外洗方：土茯苓、蛇床子、白藓皮、苦参各30g，荆芥、防风各12g，煎水薰洗。另用制半夏末麻油调敷白色病变处。用药18天后月经来潮，色黯红，量中，经行4天。月经第5天始服自拟滋阴养血汤6剂。月经第12天始服自拟排卵汤3剂，并嘱5日内隔日同房。月

经逾40天未行，试条测示早孕，予炒黄芩、桑寄生、白芍各12g，白术、菟丝子各15g，山药18g，杜仲、川断各10g，生地20g，阿胶10g(烊化服)，每日1剂，水煎服6剂，予以保胎。第二年足月生一健康男婴。



药膳与临床的结合

相得益彰

中国香港 黄侨生

药膳是中华民族的瑰宝，是历经数千年不断探索积累而成的。具有养生保健、防病治病，病后调理的有效功能，简便、深入人心，因此药膳食疗是中医学的一个组成部分，即所谓“医食同源”、“药食同源”之说；因此深受广大人民世代相传，永兴不衰。现推介几款常用药膳食疗方的组成及制作方法：

小儿脾胃论

因为小儿气血未充，脾阳不足，影响运化，甚至完谷不化，吸收受阻，缓迟发育长大，所以，小儿的保健首选脾胃为本，中药

膳的汤水又是小儿较乐意接受之品，单靠服用中、西药调理，经常被小儿拒绝，家长亦用之不便。

【药方组成】茯苓15克，淮山药15克，莲子肉(去芯)30克，芡实10克，白术10克，鸡内金(炒)10克，麦芽(炒)20克，谷芽(炒)20克，党参15克，黄芪20克，红枣(劈开)8枚，生姜3片。

【配料制作】猪肚或瘦肉酌量，洗净加入以上药材及盐少许，炖煮至熟为止，即可食用。(大约每二天一次，连服数次，灵活应用)。

【证治】食少、大便溏稀，日久脾胃虚





弱。本方健脾益气、和胃理气，有利增强消化功能，促进食欲，是小儿必用的良方，可供调理，经常食用。

【按语】此药方原出自民间的“四神汤”，即茯苓、淮山药、芡实、莲子肉。民间习惯用在小儿的消化不良，经常腹泻，饮食不思，日见消瘦，肤色萎黄等。忆四十年前曾加减化裁，收效更佳；增其健脾补气之功，并佐使消导之药的配伍，消补兼顾，不滞不腻，深受东南亚华侨家庭的青睐。

肾炎病后调理，药膳好帮手

肾炎包括急性肾炎和慢性肾炎。肾炎以水肿为主要征象，所以中医大多以“水肿”辨证施治。人体抗病能力下降时，复受外邪侵袭，肺气不利，影响其“通调水道”的功能，导致小便不利，出现水肿等临床症状。

中医的主要治法，大致以祛风清热、宣肺利水；利尿渗湿、凉血止血兼利尿；健脾利水、温运脾阳，最后补脾益肾。中医对肾炎的辨证要准，立法要明，及时施治，灵活应变，在临床上都能收到良好的效果。中、西医历来对肾病的治疗多数能收到较好的疗效，但是蛋白尿是肾病治疗中的一个难题，因为多数脾肾两虚者，尿蛋白定量迟迟难以消失，所以本人临床上经常自拟药方，寄望药膳相结合，以收到较满意疗效，使尿蛋白消失，补充单纯依赖服药之不足。

【方药组成】茯苓20克，猪苓15克，泽泻15克，淮山药30克，莲子肉30克，地龙干10克，生薏仁30克，黄芪40克，高丽参10克，枸杞20克，桂圆肉20克，生姜5片，红枣10枚。

【证治】化湿利水，补脾益肾，气补络通，蛋白摄取。

【配料制作】猪瘦肉四两，淡水新鲜白鲫鱼一条，每条一斤以上最佳，如果重量不足，可用二条半斤以上。打掉鱼鳞及肠杂，洗净，加入以上药材，清水约2500毫升，先猛火滚后，转慢火煮二小时左右，加入少许盐，当天食完最佳，每二天一次，连服十二天为一疗程，后视病情及根据情况，灵活选用。

【按语】此药膳美味可口，并可用作佐膳汤水，营养丰富，健脾补肾，提高肾功能，收摄尿蛋白，确有建树。此心得提供同道参考，共同携手将药膳搞好，提高“治未病”及病后调理的效果；为迈向科学化、现代化、实用化而作出贡献。



中华医药网 2009年总26期

浅谈

干燥综合征

蔡松均

【概说】在内科门诊，当问及患者口干不干，眼睛干不干，患者常不经意地回答：“干是干的，喝点水，滴点眼药就可以缓解。”，很少人认为“口干、眼干”是病，遂促使笔者探讨干燥综合征的诊治。

干燥综合征是西医的病名，1933年由瑞士一位眼科医生Henri K. Sjögren 首度提出的概念，故命名为Sjögren's Syndrome (SS)，SS属“风湿免疫病”的范畴，发病的确切原因未明，可能为环境因素、也可能与遗传有关，是一种自身免疫性外分泌腺体慢性炎症疾病，主要侵犯唾液腺和泪腺，表现为口眼干燥。^①患者以女多于男，约为20:1。患者常感口干，口渴难忍，自以为上火，吞嚥困难，没有同时喝水或汤，就很难吃饼干或饭，甚至牙齿脱落、发黑、龋齿，眼睛干涩、角膜容易发炎、眼中有沙的感觉。这都是“干燥综合征”的临床具体表现之一。患者可能分别求助于眼科或牙科，但只能治标，却不知道应该求治于“风湿免疫科”，西医分科太细，又因本病不典型、属疑难杂病，造成误诊误治的机会可能

性特别多。中医治病求本，属整体论治，不单看一症状而下定论，因篇幅所限本文且略过西医诊治，主要从中医角度探讨本病。

燥证的认识

中医并无“干燥综合征”的病名，根据其发病及临床表现的特征，归属“燥证”、“燥痹”、“周痹”，及“脏腑痹”之范畴。其病可累及关节疼痛，又可累及全身，也可损害肝、肾等脏器。《素问·阴阳应象大论》曰：“燥胜则干”，燥气太过则能发生干枯，病机以伤津为特征。喻嘉言《医门法律·伤燥门》曰：“奈何《内经》病机一十九条，独遗燥气，他凡秋伤于燥，皆谓秋伤于湿。”可见



燥证不为注重。又云：“经曰‘燥胜则干，夫干之为害，非遽赤地千里也。有干于外而皮肤皱揭者，有干于内而精血枯涸者，有干于津液而荣卫气衰、肉烁而皮著于骨者，随其大经小络，所属上下中外前后，各为病所。”极陈燥之为害匪浅。刘河间《素问玄机原病式·燥类》补充《内经》的病机十九条，提出：“诸涩枯涸，干劲皱揭，皆属于燥”，并创立麦门冬饮子以治疗。同时根据“风热胜湿为燥”的理论提出“清燥救肺汤”。叶天士提出“上燥治气，下燥治血”的原则，在治燥上给后世医家深刻的启迪。

盖心在液为汗，情志活动会影响汗出；肺在液为涕，鼻为肺窍，肺燥则鼻干，或伴干咳嗽粘；肝在液为泪，泪有濡润眼睛，保护眼睛的功能；脾在液为涎，涎为口津，具有湿润口腔与保护口腔内粘膜的作用，进食时分泌自然增多，可助食物的吞咽和消化作用；肾在液为唾，肾之液通过足少阳肾经，由肾向上，经过肝、膈、肺、气管，直达舌下之金津、玉液两穴。故唾出于肾，唾为口水粘稠度低、多泡沫的液体，起滋润舌舌的作用。由此可见，五脏的生理功能均与津液有关，也相对影响干燥的问题。如肺燥可出现肺炎、支气管炎等；肾小球肾炎；消化系统各类毛病如吞咽困难、腹痛腹胀，肠燥便秘等病症。干燥病久不愈，必伤血络，瘀血内阻，阻滞气机，津不上乘，而致五官九窍失养，内伤及内脏，导致脏腑疾病。^{[2][3]}

病因病机

干燥综合征之病起于燥，大热、燥气外邪，先天不足或久病失养之内伤，加上年高体弱或误治失治等，均可导致津伤液燥，阴虚液亏，精血不足，清窍失于濡润，病久瘀血阻络，血脉不通，累及皮肤粘膜、肌肉关

节，深及脏腑而成本病。本病既可初在口、眼等清窍，继而累及四肢肌肉关节筋骨，甚则内舍脏腑，也可以首先出现肌肉关节症状及脏腑损害，而后出现口眼干燥征象。^{[4][5]}

禀赋不足：先天不足，阴阳失调，或素体阴虚，津液亏少；或素体阳虚，不能化水，津液不能上承，均可导致阴津亏虚，清窍失养，发为本病。

后天因素：如劳倦过度、七情内伤、久病失养等皆可导致阴津不足，正气耗损，发为本病。

六淫外邪：六淫中风、暑、燥、火四邪为阳邪，阳热亢盛，则消灼津液。风寒伤人能化热，风热伤人能化燥，热耗液，燥伤津。

临床表现

（一）腺体表现

干燥综合征的主要表现为口腔干燥及眼睛干燥。患者主诉口干、烧灼感、皲裂和溃疡等，食物刺激及咀嚼动作也不能增加涎液分泌。口干使舌活动不利、说话、咀嚼及吞咽困难，甚至出现龋齿、牙齿逐渐变黑、脱落。腮腺或颌下腺反复发作肿胀、疼痛和压痛。眼睛干燥出现干涩、发痒、异物感及烧灼感，严重者无泪、眼红、畏光、疼痛、疲劳及视力下降。

（二）系统性表现

- 1. 皮肤粘膜：**皮肤出现干燥、搔痒、脱屑及苔藓性改变。生殖器可有外阴皮肤萎缩及阴道粘膜干燥，有时伴有烧灼感，继而引发阴道念珠菌感染。
- 2. 呼吸系统：**常表现鼻腔干燥、嗅觉不灵、持续性声音嘶哑、干咳、气短、慢性支气



管炎、肺不张、间歇性肺炎等。

3. **骨骼肌肉**：常见乏力、肌无力、关节肿痛、或合并类风湿性关节炎。
4. **肾脏**：表现为多饮、多尿的肾性尿崩，亦常出现于肾小管酸中毒。
5. **消化系统**：咽和食道干燥引起吞嚥困难、胃酸减少、慢性萎缩性胃炎、便秘、慢性胰腺炎等。
6. **神经系统**：以周围神经损害为多见，少数病例并发颅内血管炎、偏瘫、偏盲、痴呆、精神异常。
7. **血液系统**：可出现贫血，白细胞或（和）血小板减少。
8. **淋巴系统**：主要有淋巴结反应性增殖、非霍奇金淋巴瘤、多发性骨髓瘤等。
9. **其它**：甲状腺功能低下疾病及并发糖尿病等。^{[4][6]}

辨证论治

干燥综合征是因人体津液亏损，导致局部或全身出现以干燥为主要特征的病证。病情由浅入深，由表及里，可导致多脏腑受损。如失治误治，久病入里者，耗伤肺、肾、肝、脾、胃之阴液，导致阴虚津亏者，属里属虚，起病缓慢，病程较长。辨证以燥热为标，阴亏为本，湿瘀为患，阳虚为其所累，气血瘀阻是其所致。临床治疗上主要可分燥邪犯肺证、肺胃阴虚证、脾胃阴虚证、阴津亏虚证、瘀血阻滞证等。治疗以祛邪通络为原则，养阴润燥、通络行滞为大法，并以润肺清肺为治疗重点。^{[1][4][6]}

1. 燥邪犯肺证

主证： 表现为口鼻干燥、干咳无痰、胸满肋

痛、头痛身热、心烦口渴等，舌红苔薄黄而干，脉细数。

治法： 清肺润燥止咳。

方药： 清燥救肺汤（《医门法律》）加减（桑叶、煅石膏、炒杏仁、人参、炒胡麻仁、阿胶、麦门冬、枇杷叶、甘草）。

2. 肺肾阴虚证

主证： 咽燥口干，声音嘶哑，咳嗽气喘，痰中带血，骨蒸潮热，心烦少寐，腰膝痠软，舌红少苔，脉细数。

治法： 清肺益肾，滋阴生津。

方药： 百合固金汤（生熟地黄、百合、当归、炒芍药、玄参、桔梗、甘草）（《医方集解》）

3. 脾胃阴虚证

主证： 口干咽燥，舌干苔少，呃逆烦热，头痛牙痛，胃脘隐痛，大便干结，舌红少津，脉细数。

治法： 健脾益胃，养阴生津。

方药： 益胃汤合玉女煎（《温病条辨》、《新方八阵》）加减（沙参、麦冬、石斛、炒玉竹、白芍、知母、炙甘草）。

4. 阴津亏虚证

主证： 口干咽燥，夜间尤甚，唇干燥裂，口干欲饮、或饮不解渴，目干涩，少泪或无泪，视物昏朦，头晕耳鸣，齿松易脱，鼻干，声音嘶哑，干咳少痰，或五心烦热，舌红少苔，或红绛有裂纹，脉弦细。

治法： 滋阴生津润燥。

方药： 杞菊地黄丸合沙参麦冬汤（《医极》、《温病条辨》）加减（沙参、麦门冬、玉竹、生地黄、桑叶、天花粉、生石膏、贝母、石斛、枸杞子、菊花、山



萸肉、丹皮、女贞子、旱莲草)。

5. 瘀血阻络证

主证：口眼干燥，肌肤甲错，关节疼痛或有畸形，肢端紫暗，舌暗少津，或有瘀斑，脉细涩。

治法：益气活血化瘀。

方药：桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减（当归、赤芍药、生地黄、川芎、桃仁、红花、鸡血藤、牛膝、鹿衔草、穿山甲、地鳖虫、虻虫、甘草）。

验方治疗

干燥综合征牵涉范围广泛，上述证型可能不足以概括应用，仍须确实辨证而施治，常用方列举如下作参考^[1]：

1. 玉液汤（《医学衷中参西录》）：眼干燥证属气阴两虚者。
2. 大黄廕虫丸（《金匱要略》）：用于瘀血阻络者。
3. 生脉饮（《内外伤辨惑论》）：用于气短口渴，气阴两亏者。
4. 养阴清肺汤（《重楼玉钥》）：滋阴祛火。
5. 一贯煎（《柳州医药》）：滋阴疏肝。
6. 补中益气汤（《脾胃论》）：温阳益气布津。
7. 四君子汤（《素问病机气宜保命集》）：肺损而皮燥脱落者。
8. 犀角地黄汤（《备急千金要方》）：燥毒亢盛者。

9. 四妙勇安汤（《妙方新编》）：解毒养阴润燥。

10. 玉液汤（《医学入门》）：滋阴增液。

调摄保养

干燥综合征以阴虚津亏为主，饮食多用滋阴生津润燥类，如梨、葡萄、桑椹、蜂蜜、银耳、小麦、莲藕、枸杞子、莲子、百合、山药等。在饮食上宜清淡，稀软易消化之品，切忌辛辣食物如辣椒、葱蒜及肥甘厚腻之品。眼睛干燥可用“人工泪液”，吞咽干性食物时可用汤、水帮助。

干燥综合征患者如内脏尚未受累，一般预后较佳。但须预防肾脏受损，应定期检查血钾，可食用如橘子、香蕉、蛋、谷类含钾高的食物。注意口腔及皮肤护理，预防口腔感染以减少龋齿，及皮肤搔痒。

参考文献

- [1] 蔡辉, 姚茹冰, 郭郡浩. 新编风湿病学[M]. 人民军医出版社, 2007, 7.
- [2] 吴敦序. 中医基础理论[M]. 上海科学技术出版社, 1998, 5.
- [3] 朱巍. 探讨中医对干燥综合征的治疗[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35, 9.
- [4] 路志正, 焦树德. 实用风湿病学[M]. 人民卫生出版社, 1996, 5.
- [5] 刘清福. 干燥综合征的中医辨证[M]. 中国民族民间医药, 2008, 3.
- [6] 汪悦. 风湿病中医治疗[M]. 江苏科学技术出版社, 2005, 5.
- [7] 李剑松, 俞剑虹. 风湿病秘方全书[M]. 科学技术文献出版社, 2005, 11.



中医如何辨证论治 “亚健康”状态？

廖迈传

在我多年临床的经验，接触病人或他们的家属时，从他们之间的对话和反映，而给我留下最深刻印象的是大多数的人似乎都有“病”，不论大小轻重的病。因此，我当时对“病”的定义产生了疑问？或者说是新的认识。而我一直在思考，在医学上是否有一个术语把还未“正式生病”的“病人”，给他们一个称呼。到了八十年代后期，我从报章和书本上看到有“亚健康”的报道。“亚健康”状态是当时国际医学界提出的一个新概念，它标志着对疾病的策略从治疗转向预防的一个根本性转变。

20世纪80年代中期，前苏联布赫曼教授(Berkman)的研究发现，除了健康状态和疾病状态外，人体尚存在一种非健康非疾病的中间状态，称为“第三状态”，又称“次健康状态”、“灰色状态”、“游离状态”等。在1988年，美国疾病控制中心也提出“亚健康状态”的问题，并指出这是一组长期、慢性、反复发作的，脑力与体力疲劳所造成的一组症候群，被称为慢性疲劳综合征(CFS)。而中国学者王育学首先使用了“亚健康”(Sub-health)这一概念，将其界定为介于健康和不健康的中间状态，也即经系统检查后未发现有疾病，而“病人”自己确实感觉到了躯体和心理上的种种不适的状态，这种状态就称其为“亚健康”。1984年世界卫生组织(WHO)给健康下

了一个定义：“健康不仅是没有疾病或虚弱，更重要的是人体要达到生理，心理和社会适应三方面完美的状态。”

中医学对人体“功能态”的诊断，应用调整阴阳，扶正祛邪，治其所偏，调节平衡，这种个体化的具体治疗，这种思维模式，对防治亚健康具有优势。现就中医如何调治亚健康状态做一综述。

1. 亚健康的概念和表现形式

亚健康就是处于健康和疾病之间的一种状态，找不到实质性病变，但在躯体上、心理上出现种种不适感。WHO提出亚健康是一组临床症状，特征是体虚困乏、易感疲劳、失眠、休息质量不高、注意力不集中，甚至不能正常生活和工作、情绪不稳定、抵抗力差等，但在医院进行全面系统检查时往往找不到肯定的病因所在。

这些人虽无明确的疾病诊断，但出现“一加三减”(即疲劳增加，活力、适应性和反应能力减退)现象，并有向六高一低(即心理和体力高负荷、高血压、高血脂、高粘滞血、高血糖、高体重和免疫能力下降)发展的趋势。这种生理功能低下的状态，是人们表现在心身情感方面的；处于健康与疾病中间的健康低质量状态及体验。因其主诉的“症状”不仅多种多



样,而且还不固定,所以“第三状态”又称“不定陈述综合征”。

现代健康的概念认为健康与疾病是不能截然分开,如果说它们是同一序列的两极,那这两极之间必然存在着一种过渡状态。这所谓的过渡状态也必然存在两种发展趋势,或趋向健康,或导致疾病。同时在健康—亚健康—疾病—死亡,这一生命的连续过程中,各个阶段亦有着一定的征兆与特征。

现就各学者对亚健康状态观点简述于下:

- (1) 杨菊贤^[1]提出亚健康状态是指人们还未患病,但已有程度不同的各种患病的危险因素,具有发生某种疾病的高危倾向。在40岁以上的人群中,亚健康的比例陡增,在这类人群中较普遍存在“六高一低”的倾向,即存在着接近疾病水平的高负荷(体力和心理)、高血压、高血脂、高血糖、高血黏、高体重以及免疫功能偏低。有的专家归纳为“一多”和“三少”,“一多”指疲劳多,“三少”即三种减退:活力减退、反应能力减退和适应能力减退。
- (2) 马云技^[2]认为亚健康状态表现为植物神经功能紊乱,以内分泌功能变化和机体各器官功能性变化为主,主要表现为精神、胃肠道、心血管及肌肉等四大方面的症状。具体表现为精神不振、情绪低落、抑郁寡欢或急躁易怒,反应迟钝、失眠多梦或嗜睡,记忆力减退、注意力不集中、烦躁焦虑、头昏、头沉、头痛、心律不齐、心慌心悸、胸闷等。生理上表现为乏力疲劳、出汗短气、食欲不振、腰腿酸软、性欲减退、小便清长、手足发冷或麻木,易感冒等。社会表现为:不能很好地承担相应社会角色,工作、学习困难,人际关系紧张,家庭关系不和谐,难以进行正常的社会交往。
- (3) 王琦^[3]将亚健康状态的表现概括为五个方

面:①泛指身心上不适应的感觉所反映出来的种种症状,在相当时期内难以确诊的状况;②某些疾病的临床前期表现,如已有心血管、脑血管、呼吸、消化系统和某些代谢性疾病的症状,而未形成确凿的病理改变;③一时难以明确其临床病理意义的“症”,如疲劳综合征、神经衰弱症、忧郁症、更年期综合征等;④某些重病、慢性病已临床治愈进入恢复期,而表现为虚弱及种种不适;⑤在人体生命周期中衰老引起的组织结构老化与生理机能减退所出现的虚弱症状。

- (4) 武维屏等^[4]提出亚健康状态有两种情况:特异性疾病的临界状态和非特异性疾病的临界状态。处于亚健康的人自觉会有诸多不适症状,实验室检查等可能有某些指标的变化,但尚达不到相应疾病的诊断标准,如血压长期接近临界值的状态;血糖时常高于参考值,但尚达不到糖尿病诊断标准;或者一些用量表评定的心理疾病在临界分值的状态等。这时的机体易于向相应疾病转变,此即特异性疾病的临界状态。而大多数情况下,亚健康状态表现为非特异性的疾病前状态,它有向多种慢性疾病转化的可能性,如心脑血管疾病、肿瘤、呼吸系统疾病等。
- (5) 殷淑珍^[5]将亚健康状态分为两个阶段:轻度心身失调阶段和浅临床阶段。轻度心身失调阶段以疲劳、失眠、纳差、情绪不定等为主要表现。这种失调进一步发展,则进入浅临床状态,这时已经呈现出可能发展成某些疾病的高危倾向,突出的表现是三种减退(活力、反应能力、适应能力),三高一低(高血脂、高血糖、高血黏、低免疫力),发展的趋势是五病综合(肥胖、高血压、冠心病、糖尿病、中风)。

如上所述,随着人们对亚健康状态要领和内涵的充分认识以及研究的不断深入,学者们也越来越多地意识到大力开展亚健康状态研



究的必要性和紧迫性，同时它也在潜移默化地改变着临床治疗的指向性。

2. 病因病机

2.1 体质亏虚：因禀赋不足或年老体弱与亚健康的发病关系密切，先天禀赋与后天滋养的不同，人们体质存在着差异；随着年龄的改变，体质也发生变化。有人生来体弱，虽无疾病，但一直处于疾病的易感状态，即是亚健康状态。随着年龄的增加，体质出现下降变化。目前较多学者认为体质的改变是导致亚健康状态的重要因素。

如何裕民^[6]将人群体质分为失调质、协调质、紧张质和虚弱质。除协调质外其它三型可在一定的诱因作用下发为疾病，具有疾病的倾向性。李玉清^[7]认为生理性瘀血质属于“第三状态”。王利敏等^[8]认为人群中不同体质与亚健康状态的发生有密切关系。

2.2 饮食不节：饥饱失常，损伤脾胃。《医学正传》：“治病之由，多由纵恣口腹，喜好辛酸，恣饮热酒煎煇，复餐寒凉生冷，朝伤暮损，日积日深。”若饮食不节，过饥过饱或偏食异味，皆可使脾失运化，胃失和降，而致脾胃虚弱，气血生成减少，而见全身功能低下诸证。《素问·痹论》曰：“饮食自倍，肠胃乃伤。”^[9]

2.3 情志失调：肝失调达，气机不畅，而成肝气郁结之症。何梦瑶《医编》言：“诸郁源于肝”说明肝气易于郁结的特点。^[10]随着社会竞争，人际关系压力的增加，造成情志不遂，而见肝郁气结诸症。日久化火，气滞又可致血瘀。肝郁气结也可引起五脏气机不和，而影响心脾胃诸脏而产生病变。

2.4 劳倦过度：劳伤精血，损伤肾元；生活不规律，过度劳累，运动过量或纵欲过度皆可损伤肾精及肾之阴阳，而见肾虚诸证^[11]。

肾阴亏虚则不能滋养五脏之阴，尤其妇女经带胎产，阴血耗伤，肝为藏血之脏，故临床女性尤以肝肾阴虚多见。

2.5 外感六淫：余静^[12]认为，秋冬季节燥邪最盛，气候干燥或久居空调环境均易招致燥邪犯肺。

由此，情志因素是导致亚健康状态的重要原因。现代医学认为心理紧张刺激大脑皮层一植物神经功能改变一内脏功能改变一内脏形态改变。其次，不良的生活习惯，如吸烟、嗜酒、起居无常、久居不良环境，如射线、噪音等，上述原因终致气血阴阳平衡失调，形成亚健康状态。

3. 辨证论治

3.1 肝气郁结：急躁，心烦，胁肋胀痛，腹中攻串疼痛，口苦，善太息，女子见经水不调，舌淡红或暗红，苔薄黄，脉弦。治则：疏肝解郁，调畅气机。方剂：四逆散、逍遥散加减。余静^[13]加用柴胡疏肝散；赵英明等^[14]用逍遥散治疗肝郁脾虚型。

3.2 脾虚湿困：胸闷乏力，食欲不振，腹胀纳呆，口淡不渴，便溏，舌淡，苔白腻，脉濡缓。治则：健脾益气，淡渗利湿。方剂：用参苓白术散或霍朴夏苓汤加减；也有用平胃散和四君子汤加减治疗。

3.3 心脾两虚：心悸，气短，自汗，头晕目眩，乏力，舌淡苍白，脉细无力。治则：益气养血，健脾安神。方剂：用归脾汤或养心汤、天王补心丹加减。

3.4 肝肾阴虚：腰膝酸软，疲乏，头晕目眩，记忆力减退，失眠，耳鸣，咽干口燥。治则：滋补肝肾。方剂：大补阴丸、知柏地黄丸。偏肺肾阴虚，选养阴清肺汤合百合固金丸化裁。



3.5 肺气亏虚：少气乏力，动则愈甚，声低气怯，自汗，畏风，易于感冒，舌淡，苔白，脉虚。治则：补肺固卫。方剂：玉屏风散。

3.6 瘀血内阻：躯体刺痛，难以定位，肌肤色暗，女子经期后延或痛经，舌质暗或有瘀斑，脉细涩。治则：活血通络。方剂：用当归芍药散或逐瘀汤加减。孙岚云等^[15]用补肾活血法治疗肾虚血瘀。

4. 结语

目前亚健康的研究还存在诸多问题，对导致亚健康确切病因未达成共识，尚无规范和统一的诊断标准。亚健康状态的形成往往是内外环境中一个或多个原因对人体综合影响的结果，使气血失和，正气不足，脏腑功能紊乱。当前比较集中在功能调节和对虚证的调治两个方面。亚健康状态的突出表现是主观上的各种不适感，以慢性疲劳为主证，这在中医学上多属虚证。无论是肝郁气滞，还是心神不宁及各种脏腑气血功能失调，其总的治则集中体现在以气血为主的治疗方案上，在脏腑上多以心肝脾肾的调治为主。中医治疗缺乏针对性，中医药治疗无大样本的分析判断，未进行实验研究。

当今中医以预防为主，倡导中医学养生之道。《素问·上古天真论》曰：“上古之人，法于阴阳，和于术数，……度百岁乃去。”内经首先强调顺应自然。“美其食，任其服，乐其俗，高下不相慕”。其次要调摄情志，如是则“精神内守，病安从来”。因此，在医学模式转变的今天，大力提倡中医学养生理论，对减少亚健康的发生率，最终提高人类的生存质量，中医学将发挥巨大作用，只有辨证地看待亚健康状态问题，不矫枉过正，才是我们中医应走的道路，也为中医学的发展拓展新的空间。

参考文献

- [1] 杨菊贤. 亚健康的发生与预防[J]. 上海预防医学杂志, 2001, 13(1):9-10.
- [2] 马云枝. 亚健康状态与中医药防治[J]. 河南中医, 2001, 21(3):11.
- [3] 王琦. 调治亚健康状态是中医学在21世纪对人类的新贡献[J]. 北京中医药大学学报, 2001, 24(2):1
- [4] 武维屏, 边永君. 亚健康状态的中医治疗仁[J]. 中医杂志, 2000, 41(4):251.
- [5] 殷淑珍. 亚健康与QT离散度[J]. 中国全科医学杂志, 1999, 2(3):227.
- [6] 何裕民. 未雨绸缪, 开拓生存空间—亦论中医学术发展大势[J]. 上海中医药, 2000, (5):8-11.
- [7] 李玉清. 生理及病理瘀血体质及其预防意义[J]. 山东中医学院学报, 1995, 19(1):14-16.
- [8] 王利敏, 陈家旭. 论体制分型与亚健康状态[J]. 中国医药学报, 2001, 16(6):21.
- [9] 何以蓓, 寿芳, 张秀峰. 亚健康的中医认识及防治措施[J]. 浙江中医学院学报, 2001, 25(6):13-14.
- [10] 陈家旭. 情志因素在中医诊断中的意义[J]. 吉林中医药, 1995, 15(4):1-2.
- [11] 赵静, 田轶伦. 中医辨证论治亚健康状态[J]. 中医药信息, 2004, 21(3):34.
- [12] 余静. 中医药在“亚健康状态”治疗中的应用[J]. 浙江中医学院学报, 1999, 23(5):6.
- [13] 余静. 辨证分型在“亚健康状态”治疗中的应用[J]. 浙江中西医结合杂志, 1999, 9(6):381-382.
- [14] 赵英明, 刘玲, 周文艳. 中医调治亚健康状态110例临床观察[J]. 天津中医, 2001, 18(2):20-21.
- [15] 孙岚云, 车树强, 陈翠兰. “张氏补肾活血法”在亚健康状态临床治疗中的应用. 吉林中医药, 2002, 22(2):13.



议养阴清热法 在新加坡 失眠患者中的应用

马企昕

失眠是临床常见病和疑难病，世界各地的发病率都比较高，尤其在经济相对发达的地区常见，因此有人称失眠为世界范围内的“慢性传染病”。因传统中草药取材天然、毒副作用小的特点，已被广泛用于失眠的治疗。但中医学以辨证论治为特色，不同地区、人种、季节和饮食习惯等均影响患者的临床表现，因此，中医治法也会有一定的差异。我在临床实践中发现，新加坡失眠患者的治疗与中国大陆地区治疗略有不同，下面做一简要分析：

一、新加坡的地理气候条件 对人体质的影响

新加坡位于亚洲南端，地处热带，常年气温变化不大，年平均温度在23和31摄氏度之

间，温差很小。一年到头都有雨水，不过每年的11月到翌年正月雨水最多。雨量充足，空气湿度高，气候温暖而潮湿。这种气候状况与中国江浙一带的夏季气候比较相似。按叶天士的说法：“吾吴湿邪害人最广”，新加坡人当中多见舌苔黄腻的湿热内蕴的体质。但因为新加坡几乎所有的商店、旅馆、办公楼以及饭馆都装有空调设备，而且往往室内气温较低，因此寒湿阳虚体质也占一定的比例。

值得一提的是，阴虚内热型证候亦不少见。在失眠患者当中有相当大的比例。如一些公司职员往往工作压力较大，脑力劳动多于体力活动，根据中医过思则伤脾，脾主生血的理论，因此易耗伤精血；压力过大，肝气郁滞，郁则热甚，甚则成毒，更耗阴血；饮食偏多快餐、甜腻油炸食品也会损伤胃阴；而且此类患者多在一些高级写字楼工作，气温较低，腠理



闭郁，汗出较少，邪热外透不利。在多种因素的影响下，久而久之，呈现阴虚内热体质。日常多表现口渴频饮、易咽喉疼痛、口舌易生疮疡、目睛红血丝、寐差多梦、舌红起刺，少苔无苔等表现。根据中医理论，人类随着年龄的增长，肾精会不断的消耗；加之，《内经》中提出：“春生、夏长、秋收、冬藏”，在新加坡这个没有四季的国家几乎是没有体现的，特别是持续的高温加速气血的耗散，而“冬藏”的缺乏，更使人没有机会很好地补充阴精，因此在年长的失眠患者中阴虚型证候并不少见。失眠的出现恰如清·徐大椿所言：“血虚挟热，虚热生风而心神失养，故怔忡、惊悸不已。”

新加坡阴虚失眠的患者的表现与中国大陆又略有不同，其热毒之症发生多见，且在同一患者发生较频繁，如前述咽喉疼痛、口舌生疮、皮肤疖肿、口苦便干等。究其原因，多与新加坡常年气候较热，人们多喜食油炸甜腻食品，工作压力大，熬夜晚睡，阴亏无以制热等因素有关。如明·吴昆所说：“口内生疮者，心虚而火内灼也；血燥故大便难”，因此，我们在临床治疗时常常在传统养阴安神药中适量加入清热解毒之品，疗效较满意。

二、养阴清热法在失眠中的应用

养阴清热法是中医治疗失眠的较常用的治法，传统中医理论认为邪热扰心，心阴不足，失于镇摄是失眠的常见原因，即“阳不入阴”。如《类证治裁》所言：“阳气自动而之静则寐，阴气自静而动则寤。不寐者，病在阳不交阴。”但临床证型复杂多样，如心阴不足有源于自身，又有肾阴亏耗、肝阴受损、血虚失养等不同原因所致；而扰心之邪热有源于阴亏所致虚热，如肝、肾相火上扰；又有源于阳明胃热、胸膈邪热、肝郁化火、外邪火毒等不同。丹溪云：“主闭藏者，肾也，司

疏泄者，肝也，二者皆有相火，而其系上属于心。”可见阴虚失眠之病位在于肾及心、肝，基本病机为肝肾阴液亏虚，不能养肝济心，虚热内生，或夹邪热[傅春梅。丹溪养阴法在失眠治疗中的运用。上海中医药杂志，2007，41(8): 37-38]，故临床有黄连阿胶汤、一贯煎化裁、酸枣仁汤、生脉饮加味、清营汤[谭晓冬。清营汤新用，2000，32(2): 55]、天王补心丹等不同养阴清热方。

从近年的临床报道看，养阴同时增强清热之力对失眠症中兼见咽痛口疮、便干舌红等表现的患者疗效较好。如孙氏[孙崇恕，孙崇娟。豨莶草治顽固性失眠症。实用中西医结合临床，2005，5(5): 87-88]认为顽固性失眠患者多兼肝肾郁热，热侵心包，消灼阴液，致心肾不交而失眠。临床血虚失眠者见心火偏旺或肝阳偏旺，出现烦躁、多汗、口舌干燥、头晕头胀等症，用天王补心丹、黄连阿胶汤或一贯煎。如反复发作，在辨证论治的基础上加豨莶草20-30g。《新修本草》谓豨莶草：“辛苦、微寒，归肝肾经，祛风湿、通经络、解毒。”其苦寒入肝肾，豨莶草通过清肝肾郁热达到镇静安神的作用。林氏[林慧，林振中。解毒宁神汤治疗脱毒后失眠56例临床观察。中医药信息，2007，14(2): 54]自拟解毒宁神汤治疗阿片类药物依赖综合征患者的失眠症，以栀子、连翘、玄参、牡丹皮、郁金、丹参为主药，体现较强的清热解毒之力。2006年第8期的蜂蜜杂志所载治疗失眠方(黄连6g、肉桂6g、玄参20g、甘草3g、蜂蜜80g，分三次服)，明显的体现养阴清热兼解毒的治疗特色。

三、安神糖浆用药分析

安神糖浆药物组成为：合欢花15g，生地12g，女贞子9g，玄参12g，夜交藤9g，桑椹子9g，丹参9g。

方中生地用量较大，明·李中梓：“是凡以生地为君者，取其下入足少阴以滋水主，水盛可以伏火，况地黄为血分要药，又能入手少阴也。”玄参为清热解毒兼可凉血散结、滋养肾阴，《本草纲目》：“肾水受伤，真阴失守，孤阳无根，发为火病，法宜壮水以制火，故玄参与地黄同功。其消瘵亦是散火。”现代药理研究玄参浸剂对小鼠有镇静、抗惊作用。丹参可活血凉血祛瘀、养血安神。

《滇南本草》：“补心定志，安神宁心。治健忘怔忡，惊悸不寐。”《重庆堂随笔》中明示：“以心藏神而主血，心火太动则神不安，丹参清血中之火，故能安神定志；神志安，则心得其益矣。”三药合用如清·汪昂所说：“生地、元参，北方之药，补水所以制火，取既济之义也。丹参，所以生心血。丹参之寒以清血中之火”，又如清·陈念祖云：“以生地黄补水，使水上交于心；以元参、丹参、二冬泻火，使火下交于肾”，多合用于伴见舌上生疮、大便不利、口渴咽痛，舌红少苔之失眠症。此三药在失眠治疗中使用亦见于天王补心丹中，但天王补心丹中又有茯苓、人参、五味子、远志、酸枣仁、柏子仁等补益安神药，有些热毒重的患者服后反而会加重热象的表现。

合欢花、夜交藤安神助眠。合欢花解郁安神，理气开胃，活血止痛，主治忧郁失眠；夜交藤养心安神、祛风通络，主治失眠多梦，血虚身痛，肌肤麻木，风疹瘙痒等。《本草正义》：“今以治夜少安寐，盖取其能引阳入阴耳，然不寐之源，亦非一端，苟不知从病源上着想，而惟以此为普通用品，则亦无效。”可见，以上二药合用取其安寐特效，同时当配以其它药物治疗导致失眠的根本原因。有经验方以合欢花、官桂、黄连、夜交藤合用于心肾不交失眠。

女贞子虽属补益药，但味甘苦而性凉，功可补益肝肾，清虚热，明目。《本草正》中言女贞子可养阴气，平阴火，解烦热骨蒸……。

《本草经疏》中说：“女贞子，气味俱阴，正入肾除热补精之要品，肾得补，则五脏自安，精神自足。”桑椹子味甘酸，性寒，用于治疗肝肾不足和血虚精亏的头晕目眩、腰酸耳鸣、失眠多梦、津伤口渴、消渴、肠燥便秘等。二药合用补益肝肾之阴，清虚热而除烦安神。

全方用药性偏寒凉，无一温性药物，具有专一而显著的养肾阴，清烦热，安神志的功效。《金匱要略》酸枣仁汤为清热除烦安神经典方，治疗虚劳虚烦不得眠。前人多从肝阐释此方机理。如清·徐彬在《金匱要略论注》中说：“虚劳虚矣，兼烦是挟火，不得眠是因火而气亦不顺也，其过当责心。然心火之盛，实由肝气郁而魂不安，则木能生火。故以酸枣仁之入肝安神最多为君；川芎以通肝气之郁为臣；……。”清·《张氏医通》中说：“虚烦者，肝虚而火气乘之也，故特取酸枣仁以安肝胆为主，略加芎调血以养肝，茯苓、甘草培土以荣木，知母降火以除烦，此平调土木之剂也。”可见，酸枣仁汤偏于调肝，兼安神清热，调血和中等多种治法。安神糖浆与其比较，甘寒咸寒补益肾阴，退热安神的作用彰显而突出。

观其药物组成，安神糖浆可谓清而不寒、滋而不膩、功专力柔，适用于新加坡人腠理疏松、脾胃薄弱的体质特点，故在新加坡阴虚失眠患者中更为多用。

四、典型病案举例

【案一】：何女，55岁，职员，2008年3月19日初诊。

主诉：失眠一年，近一年来睡眠不深，多梦，清晨早醒，且定时觉醒，醒后口干甚，饮水后再也睡不着。白天精神不振，烦躁，心悸，口苦，健忘，时会口舌生疮，纳可，小便黄，大便干结，舌红瘦，苔薄，脉弦细。



病名：失眠。

证属：阴虚兼心火旺盛。

处方：安眠糖浆（合欢花15g、生地12g、女贞子9g、玄参12g、夜交藤9g、桑椹子9g、丹参9g）；加栀子9g、酸枣仁9g、麦冬9g、竹叶9g、甘草梢3g。（服1周）

3月27日二诊：服上方后，口疮愈，心悸、口苦口干减轻，仍然清晨早醒，但夜里甚少醒来喝水，大便通畅，舌色红苔薄润，脉弦细。治疗：照原方去栀子、竹叶、甘草梢加知母9g。（服1周）

4月5日三诊：服上方一周后，诸症尽减，自觉入睡后可延至早晨6点钟方醒。随后仍本前法巩固之。

【案二】：林女，50岁，家庭主妇，2007年9月18日初诊。

主诉：近几个月乱梦纷纭，易醒，时而难入睡，次晨感头昏，精神不佳，嗜睡乏力，口干，耳鸣，健忘，腰酸，盗汗，手足心热，手掌发胀，纳食一般，大便2~3天一行，质干，舌红瘦，苔薄欠润，脉弦细数。

病名：失眠。

证属：阴虚火旺。

处方：安眠糖浆加柏子仁9g、酸枣仁9g、白薇6g、龙骨15g、牡蛎15g合甘麦大枣片。（服1周）

9月28日二诊：服药一周后，口干、盗汗、手足心热、手掌发胀诸症减轻，大便1~2日一行，但是仍多梦易醒。治疗：继前方去白薇加知母9g、百合9g。（服1周）

10月8日三诊：睡眠有增进，虽偶有梦，但已非恶梦，自觉人很舒服，舌红减苔薄润，脉弦细。治疗：照上方。

【案三】：刘某，男，53岁，2008年6月15日初诊。

主诉：失眠年余，每天只能睡3~4小时，入睡困难，情绪不安，精神紧张，头痛，耳鸣，口干，烦热，时有盗汗，人消瘦，血压偏高，白天精神不振，纳食一般，大便畅，便质偏硬，舌红苔薄欠润，脉弦细数。

病名：失眠。

证属：阴虚兼肝阳上亢。

处方：安眠糖浆加白薇6g、刺蒺藜9g。（服1周）

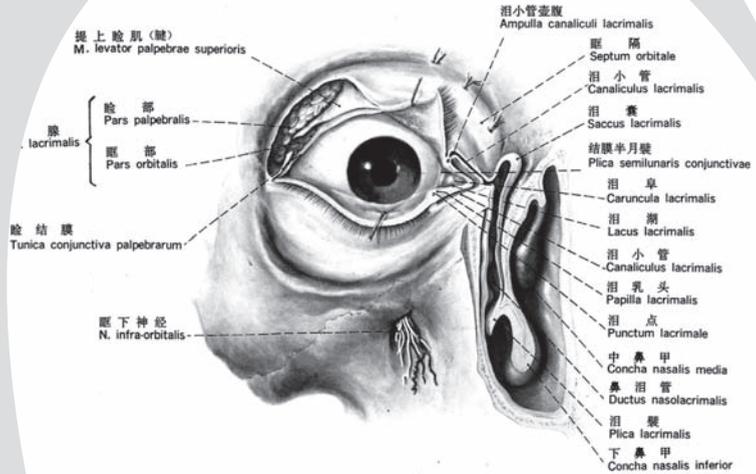
6月23日二诊：服药一周后，血压趋于正常，BP130/80毫米汞柱，头痛、耳鸣、口干减轻，睡眠多1小时，但精神依旧紧张，舌质转润，脉弦细数。治疗：再照前方加甘麦大枣片。

7月2日三诊：服上方后诸症尽减，睡眠可达5~6小时，BP130/80毫米汞柱，仍照前方进行治疗。

7月12日四诊：睡眠一直稳定，故仍以前方巩固治疗。

从以上三案例可看出，其共同特征为阴虚有热的表现突出，均见细数脉、红瘦舌、少苔或薄苔；并伴见口干、耳鸣、心中烦热、口舌生疮、小便黄、大便干结等较重热象，因此，以安神糖浆治之效果较好。当邪热较重时，亦可合用连翘、竹叶、栀子、蒲公英等清热解毒之品。

针灸为主综合治疗干眼症



【前言】“干眼症”(dryeyesyndrome)或称角结膜干燥症(Keratoconjunctivitisicca KCS),是指任何原因引起泪液的量或质或动力学的异常导致内膜不稳定及眼表异常,并伴有眼部不适症状的一类疾病的总称^[1]。干眼症在世界范围内影响成千上万的人,呈逐年增加,在中老年人群中发病率较高,但近年来有发病年龄低龄化的趋势。男女均可患干眼症,已经怀孕和绝经期的妇女更为显著。以学生、上班族、佩戴隐形眼镜的近视眼患者、电脑工作人员、开车族居多。随着社会和经济的发展,患干眼症的机会大大增加,如何保护眼睛,防治干眼症显得越来越重要。

苏成吉



流行病学

新加坡的调查证实，每天在电脑前工作3小时以上的人群中，90%的人都患有干眼症；而在未来5年中，干眼症患者人数还将以每年10%以上的速度上升。据统计5个美国人中就有一个患有干眼症；加拿大一项对2127人调查中，17%有干眼症状，经常使用电脑和佩戴隐形眼镜者发病率较对照人群明显升高；日本有研究报告指出：感到眼睛疲劳的电脑族中，有高达三分之一的人，其泪水干涩程度已达干眼症的诊断标准。在中国缺泪性角结膜干燥症发病率约为2.7%，约有3000万人以上。长期以来轻度干眼症，因其无显著症状往往被忽视，干眼症应视为一个重要的健康问题，从古老的沙眼到现代文明眼病——电脑荧屏终端综合征，都可以引起干眼。

干眼症的原因

可由于全身疾病如干燥综合征、关节炎、糖尿病等，使泪腺不能产生足够的泪液引发干眼病；有些是先天性的、缺乏维他命的；也可由于环境因素，如长期使用电脑，眨眼次数减少，角膜得不到湿润，眼睛就会出现干燥酸涩的症状而诱发的干眼病；还有光的刺激，包括荧光屏、周围的亮度环境等；屈光不正，如近视、远视、散光的纠正是否到位等也会引起干眼症；因戴隐形眼镜，过敏性结膜炎，大气污染，紫外线等也会引起干眼；其它还有受药物影响如一些降血压药、精神科药、避孕药，甚至不当地使用某些眼药水都有可能致干眼。

干眼症的诊断与鉴别诊断

目前国际上干眼症的诊断尚无统一标

准，而各个国家及地区的诊断标准也不相同；根据眼部受累的范围和程度的不同，患者的症状也不尽相同，主要表现为眼不适症状，当眼睛出现干燥无泪时，会出现目朦、目涩、目累、目痒、目痛、目胀、畏风和畏光等。干眼症必须与眼睑异常导致的眼部暴露；眼睑闭合不全；睑缘炎相鉴别。

干眼症的临床治疗体会

临床主要采用针灸^[2]治疗干眼症，名为“泪三针”。针刺其泪道和泪腺部分，穴位分别为上、下目通穴及泪管穴等三穴。针刺后可刺激泪腺分泌增多，泪管因加重收缩力而使泪管通畅；手法强调针灸穴位要准确，指力要渗透，深度要适中；每隔3日针刺1次，10次为1疗程。《灵枢·大惑论》：“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精，肝气通于目……”临床观察，“泪三针”针对轻、中度干眼症患者，尤其是眼内的泪液道狭窄或者液道阻塞，致使泪水流出减少而致眼干；或长期使用电脑，电脑荧光屏所放射出来的辐射加上眼内血液循环急促，引起眼内灼热而蒸发泪水，日久而形成的干眼症，有立竿见影之效。

在治疗过程中，倘若检查患者兼有寰枢椎半脱位者，则以“泪三针”配合单人定点旋转复位法^[3]可巩固疗效。第二颈神经的后支由头下斜肌下方穿出，并有交通支与枕下神经、枕小神经、耳大神经、耳后神经和眶上神经相互连接^[4]。故通过手法可以纠正寰枢关节的异常解剖移位，恢复颈内外平衡，改善椎-基底动脉系统的循环，以提高其临床疗效。《灵枢·邪气脏腑病形》言：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，其精阳气上走于目而为睛……”因经络是运行全身气血，联络脏腑肢节，沟通上下内外的通路。眼靠经络的连接方可与脏

腑相通，同时，眼也靠经络不断地输送气血以维持其正常之生理功能。配合手法治疗可以通过纠正寰枢椎的异常解剖移位及生物力学关系，这主要与循行背部的督脉与六条阳经有着密切的关系，亦符“经脉所过，主治所及”的原理。

《灵枢·大惑论》：“肝气通于目，肝和则能辨五色……”，人体是一个有机的整体，脏腑是人体生命活动的中心，眼作为人体的一个器官与五脏六腑有着密切的联系。若是全身性疾病引起的干眼症，除了针灸治疗眼疾，则务必应用中医独有的整体观、辨证论治的思维，配合中药治疗，通过滋阴补肾、健脾益气的原理治疗全身系统性疾病，以达标本兼治的治疗目的。

预防复发

“预防胜于治疗”，干眼症发展到重度，即泪液量小于5毫米后会令人“欲哭无泪”，最可怕的是重度干眼症者由于干燥导致反复炎症，角膜遭到破坏，角膜透明度逐渐降低，长期得不到有效治疗，甚至还可能让人失明！

中药疗法的周期长，但适当服用中药可防干眼症，兹介绍中国成都中医院眼科专家龚玉春老中医治疗本症的经验方：益气聪明汤。其组成：青箱子5钱、党参3钱、黄芪3钱、蔓荆子5钱、赤芍3钱、升麻2钱、灸甘草1钱、陈皮3钱、葛根8钱、牛蒡子3钱、杭菊3钱、枸杞3钱。

饮食方面，目前已知能够补救的方法就是多喝茶，特别是喝优质的绿茶、乌龙茶或是铁观音；此外补充维生素A，可多吃胡萝卜、动物肝脏等；补充硒元素，可食用海鲜等；补充DHA时，宜吃一些深海鱼油、亚麻

籽油、生核桃等。

日常就要注重眼睛的保养，多喝水，多眨眼，均衡饮食，亦可常用冷水洗脸，以缓解视疲劳。保证充足的睡眠，定时让眼睛休息，在室内低湿度之处放一盆水等。

可做眼球操，转动眼球，顺时针三下，逆时针三下。如果出现眼睛干涩、发红，有灼热或有异物感，眼球胀痛，休息后仍无明显好转，那就需要看眼科医生了。

结语

西医对干眼症治疗，主要是补充人工泪液保持湿润。对于轻、中度干眼症，进行暂时或永久性小点栓子治疗。程度严重者，则以手术方法将鼻泪管开口暂时封闭，以减少泪液流失。中医针灸治疗干眼症以辨证论治为主，而采用针灸治疗的见效要快一些，是取得疗效的关键，但临床治疗必须做到“一专多才”，不必拘泥于一法，根据病情的需要，以针灸为主，配合手法、药物治疗也不失为一种可取的综合疗法。

参考文献

- [1] 袁志兰. 眼科疾病诊断流程与治疗策略, 第1版. 北京: 科学出版社, 2008: 34
- [2] 李金龙. 中医如何治疗新加坡20种常见眼病, 第1版. 新加坡: 天际制作私人有限公司, 2002: 53~54
- [3] 韦贵康, 黄荣, 刘纯清等. 手法治疗颈椎及其伴随病症疗效观察与机理探讨. 世界中医骨伤科杂志, 2001, 3: 1
- [4] 李义凯. 脊柱推拿的基础与临床. 北京: 军事医学科学出版社, 2001: 159



疑难病的 临床诊治经验

吴荣贵



当前中医门诊病种多见疑难病：

自从中医政府注册以来，前来看诊的病人日益增加，其中从感冒、外感到内伤杂病都有，不过其中疑难的病种却日见增多，尤其是很多是西医看不好的，病情复杂的病症。

疑难病在临床诊治困难的原因：

1. 病症的病程长，病情复杂，兼有外感和内伤。
2. 病症的症状复杂，寒热交杂，主次不容易辨别，造成辨证论治困难。
3. 病症虚实存在，兼有脏腑病变，相互影响，使到治疗过程不容易见到效果。
4. 病人没有耐心，或因治疗进度缓慢，中断复诊，延误治疗。



5. 个别医生和医师的误诊，使病症成疑难病，难治病。

我对疑难病的诊治的依据：

1. 仔细聆听病人的叙述，从中找出跟病种有关的重要讯息。
2. 细心应用中医的四诊八纲、望闻问切的技巧，参照病患实验室的检查报告，对病症辨证。
3. 结合《内经》和《伤寒论》的理论思想，指导临床，针对病症进行辨证论治，决定治疗方案，拟定方药。
4. 在治疗过程，根据医疗效果和治疗进展，修改方药，需要时鼓励病人结合智能气功锻炼。

临床诊治病例介绍交流

(一) 治愈甲状腺萎缩症病例

鄞XX，男，38岁，工程师。

病史：1990年患上甲状腺肿大，甲状腺功能亢进。西医专科治疗，通过服用药物消除亢进的甲状腺功能，使甲状腺萎缩，从此每天必须口服“甲状腺素”药片，以维持日常新陈代谢。来看诊时（1993年3月）已经口服了一年半，没有甲亢的症状。舌苔薄白，脉弦。

1. 辨证思维：

1.1 这样的病人，一般是终身服用“甲状腺素”药片，很少看中医。而中医对这样的病人，也少有能够治愈，因此，这个病例列为难治病。

1.2 我从认识甲状腺亢进病种思考：甲亢是肝

郁阴虚，肝阳上亢的结果，治疗是以滋阴平肝潜阳；甲状腺素萎缩症是气阴不足的结果。

1.3 甲状腺在咽部，跟肺同属上焦，与肺阴气化功能相关。养肺阴补益咽部之根源，就可以滋生甲状腺体之仅存的不活动腺体细胞的混元体，达到“斩草不除根，春风吹又生”的效果。用滋阴水益生芽的道理，来唤醒及还原甲状腺的冬眠细胞。

2. 辨证论治：

2.1 证型：甲状腺萎缩症，肺气阴虚型。

2.2 立法：益气养阴佐以健脾生肌/生机。

2.3 处方：养阴清肺汤合小建中汤（生地、玄参、麦冬、浙贝母、白芍、丹皮、甘草、桂枝、生姜、大枣、饴糖），随证加减。

3. 研用《内经》理论：

3.1 《内经》曰：“百病始于气”。传统理论认为人的气血，有相生相补的关系，若结合锻炼智能气功，可以调整病人气机，达到气血和畅，阴阳平衡。因此，锻炼气功对病人尽快恢复健康是有其合理的理论基础。

3.2 因此，我的治疗方案：要鄞XX每周来中华医院复诊，同时配合到蔡厝港民众俱乐部参加智能气功班练功。根据病情进展，逐渐减少口服甲状腺素药片。

4. 复诊记录：

4.1 在复诊中以中药汤剂取代甲状腺素药片，并自行间隔服用甲状腺素药片，观察病人的反应，然后才减量，逐渐到停用，最后只用气功来保健。



- 4.2 复诊的指标是根据每个月的验血报告，三个月后(1993年11月)，鄞XX的血液中有适量的甲状腺素，这时的治疗只用汤剂和练气功，停用西药。
- 4.3 在1994年3月，鄞XX再到医院检查血液，再度确定血液里有适量的甲状腺素，肯定了已治愈甲状腺素萎缩症，就终止药物治疗，让鄞XX通过智能气功锻炼来保健。至今，鄞XX还继续练智能气功保健，也没有再发病。
- 4.4 这是我在临床上，通过智能气功结合中医临床辨证治疗疑难病，治好的典型案例。

(二) 治好痛经18年的病例

胡XX，女，35岁，教师。

病史：胡XX自初潮以来，常有痛经，向来以西药治疗。这两年来病情加重，天天人觉不适，疲劳没有精神。从来经开始痛经，持续21天，或更长日子，并兼出现神经衰弱病。经过妇科长期治疗及寻求心理医生。来诊前，妇科医生建议手术切除整个生殖系统，夫妻感情几乎破裂，病人母亲才寻求中医治疗。

现症状：2005年3月，胡XX来诊，形体消瘦，痛经，难眠，腰酸背痛，没有精力工作，月经有瘀血，血块大得像苹果般大小，怕冷疲累，没有胃口，全舌呈黑色，脉沉无力。

1. 辨证思维：

胡XX女士痛经18年，由于之前得不到适当的医疗，病情复杂，是典型的疑难病病例。因此，我在收集症候群时尤其小心。

《内经》曰：“肝藏血统血”。中医对妇科痛经疾病的诊断，病因在肝肾，出现冲任无常及脏腑兼证。痛经是气滞血凝寒积，子宫气血不畅的结果。病久肝肾虚则腰酸背疼；病程日久后，寒积而卫阳不足故怕冷、多发感冒；脾胃运化功能不足而纳差；长期营养不足则精力差、不耐劳作；心里压力久积则心神恍惚；舌为心窍，经络气滞血凝故舌体黑，脉沉无力。

2. 辨证论治：

- 2.1 痛经18年病例是寒积气滞血凝、冲任失调型，兼有脾虚。
- 2.2 立法：温经散寒，祛瘀止痛，健脾益气。
- 2.3 处方：温经汤合桂枝汤加减方（人参、当归、川芎、肉桂、枳实、茯苓、甘草、莪术、丹皮、牛膝、桂枝、芍药、生姜、大枣、白术）。

3. 研用《内经》理论：

- 3.1 《内经》提出治病必求于本。本病病例，经18个春秋，损伤阴阳气血，出现脏腑病变。根据治病原则，久病宜标本兼治。
- 3.2 在用药同时，如果能够鼓励病人锻炼气功，调动机体本能，可以使阴阳平衡，气血和畅，尽快达到治疗效果。
- 3.3 因此，我细心分析病情的现状。舌体之黑，是临床多年尚未曾见过，可知阳气极虚，气滞血瘀严重。故我极力建议病人同时学习智能气功，双管齐下来治疗痛经。

4. 复诊记录：

- 4.1 病人在服食汤药的第二周后，也开始学习智能气功。当天感觉很好，出了一身汗，精神改善，人马上舒服了。



- 4.2 从此每周都来练功。有一天早上，她觉得感冒，仍坚持来练功后，当场感觉感冒好了，从此没有再发生伤风感冒。
- 4.3 复诊时不断观察，她的形声气色改进，舌色逐渐淡黑，腹痛明显减轻，月经逐渐正常，三个月后，正常上班。
- 4.4 大约十个月后，胡XX生活如常，跟丈夫关系和好，一起申请到澳洲大沙漠公干。两年后(2008年)，听她的母亲反映她很健康，已申请成为澳洲公民了。
- 4.5 胡XX的病例告诉我们，在医疗疑难病时，除了药物治疗，气功锻炼非常重要。18年的痛经，能在一年里治疗好，确实难得。善用《内经》思想指导临床，结合智能气功锻炼，实践“治未病”思想，在临床上有很大的效果。即治疗好了胡XX的痛经病，同时挽回了一起濒临破裂的婚姻，也做了一件好事！

(三) 治好颈椎多发性骨刺病例

叶XX，男，65岁，德士司机。

病史：2003年3月3日来诊时，由太太扶持，摇摆不定，呈濒临中风状态的走进诊室。太太代述：叶XX颈项3/5椎骨间生骨刺，专科医生曾用西药治疗多月无效，最后决定手术切除，但在X光和MRI确诊后发现有多枝骨刺，恐怕手术会造成瘫痪，甚至从此成植物人，就放弃治疗，并叮嘱他，随时会中风，要小心照顾。叶太太只好寻求中医治疗。

现症状：来诊时，叶XX呈现濒临中风状态，口语不清，行动不稳，摇摆不定，手脚感觉麻痹，尤其是右侧不灵活，晚上抽搐，怕冷，胃纳差，常腹胀，难眠，血压150/90毫米汞柱，情绪不

稳易怒，手脚皮下多处有出血的斑迹，舌体胖大，质淡白，苔白腻，脉弦大。

1. 辨证思维：

根据叶XX的病情，绝对是中医和西医的难治病，病情严重，稍有不慎，肯定会有性命的危险，是急危症。

- 1.1 从中医痹症论看，病人长期害病，气滞血凝，经络失养，寒湿滞于经络，肝、肾、脾虚，阳气弱。
- 1.2 我在进行治疗前，对病人和叶太太坦言相告，若要我医疗，要他们绝对小心照顾，结合锻炼智能气功。
- 1.3 颈椎骨刺病通过西医外科手术是非常快捷，不过后遗症倒是不少。如果中医治疗，时间必须长，频密复诊，也不一定立竿见影。
- 1.4 我敢于治疗，是根据过去结合智能气功治难治病的心得，同时从中医思维，帮助这个已被西医院拒绝治疗的病人。

2. 辨证论治：

- 2.1 证型：颈椎骨刺，气滞血瘀型，兼有肝肾虚。
- 2.2 治法：活血祛瘀，温阳益气，兼疏肝补肾。
- 2.3 处方：舒颈葛根汤合补阳还五汤（葛根、丹参、独活、白芍、当归、白芷、羌活、鸡血藤、地龙、大枣、甘草、黄芪、赤芍、当归尾、川芎、桃仁、红花）；兼用逍遥丸、六味地黄丸。

3 研用《内经》理论：

颈椎骨刺病例在中医本属痹症里的“尪痹”，由于病久气滞血瘀，风寒湿



凝，成为骨刺，变成难治病。治疗的重点要反其道而行，去瘀在于活血，活血在于行气，行气必须温阳。因此，在用药以补阳还五汤合舒颈葛根汤为主。

3.1 叶XX的病所以难治，在于病久，标本虚实夹杂。《内经》提供：百病始于气，治病必求于本—本于阴阳。可见“气”、“阴阳”是治疗难治病最重要的关键！

3.2 我坚持要叶XX认真，长期结合智能气功锻炼，目的在于实践《内经》治疗的精神。

4 复诊记录：

4.1 经过药物和智能气功结合的治疗和肢体锻炼，叶XX在一个月里，病情明显改善，行动显得稳定，胃口改善。

4.2 随证加用逍遥丸以疏肝养肝血，活营血，改善皮下瘀血。三个月后，叶XX已能自己行动，能走运动场一圈半。半年后，骨科复诊时，医生建议叶XX进行手术切除颈椎骨刺，叶XX向我提出，我反问他：“你回想这半年的药物和智能气功锻炼，是不是治疗了你的颈椎骨刺？你难道要半途而废？”

4.3 叶XX放弃手术，继续服用中药和智能气功锻炼。在接下来的复诊中，他的骨刺病连同各种症状都改善；在第二年的复诊（2004年6月），经过MRI和CT确定，他的颈椎骨刺都消失了。整个治疗经过一年两个月。

4.4 总结：这个病例是个急危、难治病，病人的太太非常合作，每天都督促陪伴叶XX练智能气功和晨运，大约三小时。叶XX每天都照样上班开德士，完全没有中断过，可以看出中医医疗的整体性，维护病人的整体健康。如果以他每天能收入100元，整个治疗为他赚了超过42,000

元，也避免了叶XX手术后，可能出现的后遗症。我能从研用《内经》的理论，挽救贫病垂危的病人，觉得欣慰！

(四) 治好七岁小孩颈椎瘤病例

何X，男，7岁，学生。

病史： 何X几个月前在左颈近咽部长出了一个瘤，逐渐长大。来看诊前两天，已经看过西医，经介绍到西医院，专科复诊后，预定2008年11月9日切除。何X的父亲突然担心孩子可能因药物麻醉引起副作用。他于11月7日的最后一分钟，来到中华医院找我，希望吃中药治疗。

现症状： 检查何X的左颈咽部，确有一个3—5CM的瘤，呈椭圆型，触诊可以移动，中医诊断为“痰核”。病人不久前有咳嗽，鼻敏感，还有哮喘病史。面色苍白，形体消瘦，怕冷，胃口不好，舌淡白、苔薄腻，脉细弱。

1. 辨证思维：

1.1 左颈咽部的瘤块，呈椭圆型，可移动。中医诊断为“痰核”、“瘰疬”，不是恶性肿瘤—癌症。因此，我认为可以不必急于手术切除。

1.2 从中医理论，“痰核”和“瘰疬”，病因多为长期多饮食生冷，从此寒湿凝结于组织间，形成积聚。《内经》病机病理提出：寒者热/温之，结者散之，痰者化之。

1.3 何X父亲急于尽快消除肿瘤，我便建议结合智能气功锻炼治疗。

2. 辨证论治：

2.1 辨证：痰湿郁结型。



- 2.2 立法：化痰燥湿，解郁散结。
- 2.3 处方：半夏厚朴汤合瘰疬散加减方（半夏、厚朴、生姜、甘草、苍术、海带、贝母、陈皮、昆布、党参、柴胡、瓜蒌仁、白术）。

3. 研用《内经》理论：

- 3.1 根据《内经》病机：诸病水液皆属于寒；诸湿肿满，属于脾。小孩多食生冷，可见寒湿阻脾而生瘤，胃纳不佳；卫阳不足而怕冷，鼻敏感，体弱多病。
- 3.2 湿是痰结肿瘤的根源，治疗在于燥湿、化痰结，加入益气健脾、温阳散寒之品。
- 3.3 除了应用方药治疗，结合智能气功锻炼，增强体质，是可以提早康复的。

4. 复诊记录：

- 4.1 何XX自11月7日来看诊，肿块触诊有3-5CM大小，开始服中药，并在11月12日开始练智能气功。一周后，第一次复诊，何XX的肿块触诊小了1CM多，比较软。
- 4.2 11月14日第二次复诊，肿块已经剩下1CM左右，体质感觉好多，继续进行智能气功锻炼。
- 4.3 第三周，何XX的肿块完全消失。何XX的父亲非常高兴。
- 4.4 只经过三周的时间，我用内科方药消除了七岁何小弟左颈咽部的肿瘤，实践了方药结合智能气功能促进治疗的效果，减少治疗的时间，免除手术切除。这样的临床实践经验，体现了气功在帮助难治病治疗的好处，相信可以提高人们对中医治疗难治病的信心！！

总结

通过这四个刚好有男女老少病患的难治病的治疗临床经验，说明智能气功适合男女老少、各个年龄层的人学习锻炼。我想：

1. 学好传统《内经》和《伤寒论》等经典理论，能够活用理论在临床，对难治病的辨证论治非常有用。
2. 气功学是古代中医的养生学，是一门实践医学，使用于养生保健，结合于临床医疗非常有效。
3. 中国名老中医焦树德教授曾经对智能气功有这么评语：智能气功是遵循中国医学经典《黄帝内经》理论与实践对养生工作的一大创新，其中内容确实、博大精深可靠！
4. 中国名老中医邓铁涛教授评语：智能气功乃亚健康者的良方，是各种慢性疾病患者之良医！
5. 疑难病的病人结合气功锻炼，就能实践中医学里《内经》理论，治病必求于本的精神。气功的气在病人身上，能调整阴阳，和畅气血，达到祛病强身。如果人们都能长期锻炼，增强体质，治病防病，充分发挥人本身的潜在能量，维护身体的健康，节约资源，尊重生命。
6. 我想，这也是我从事医疗33年余，济世救人的最终目的！



从疮疡论治 非特异性溃疡性结肠炎

仲伟梁

【提要】笔者在临证中得出“诸痛肿溃秽浊皆属于疮”的心得，常用治疗现代医学非细菌性所致的溃疡性炎症病症，取得明显疗效。本文介绍从疮疡论治非特异性溃疡性结肠炎的体会。

一. 非特异性溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis UC) 特点

溃疡性结肠炎全称为慢性非特异性溃疡性结肠炎，病变主要局限于结肠和直肠粘膜，所以又称“特发性直肠结肠炎”。发病原因与自身免疫因素和遗传因素有关；感染因素、精神紧张、劳累是诱发因素。主要症状为腹泻、便脓血、腹痛和里急后重。发病初期腹泻不太明显，粪便表面附有粘液，继则大便次数明显增多，每日3-10次不等。严重时大便中混有鲜血、粘液和脓液；同时可伴有消化不良、食欲不振、上腹饱胀，嗝气、恶心、呕吐等症状。重症时可见发热、心悸、衰弱、消瘦、贫血、水及电解质大量丢失等。确诊主要依靠X线钡剂灌肠造影检查及结肠镜检查。结肠镜检查对诊断有极为重要的意义，并可取肠粘膜做活组织检查；大便的常规检查和细菌培养可排除细菌性痢疾、寄生虫感染等特异性结肠炎。

二. 中医对非特异性溃疡性结肠炎认识

非特异性溃疡性结肠炎，可归属于中医内科的“泄泻”、“腹痛”、“便血”、“痢疾”等范畴。其病机特点：病变初期，以湿热蕴结于大肠，损伤肠道血络为主要病机，兼见脾胃虚弱及肝乘脾土；病久兼见中气下陷，气阴两虚或脾肾阳虚。中医将UC分为下列证型：

1. 大肠湿热型：

湿邪化热或过食辛辣、饮酒，导致湿热内生，蕴结于大肠，影响其传导功能并损伤肠道血络，可见腹痛、泄泻、便脓血、里急后重、肛门灼热等症。治以清热燥湿、凉血解毒，用白头翁汤加减方。

2. 肝脾失调型：

精神紧张，或郁怒伤肝，肝失疏泄，肝气克脾，肝脾失调，引起升降失调，产生胸胁胀闷，食少嗝气，抑郁恼怒时即腹痛腹泻。治以疏肝健脾，用逍遥散加减方。



3. 脾胃虚弱型:

劳累过度、饮食不节而致脾胃虚弱，运化失常，出现泄泻、疲乏、腹胀、食欲不振。证属脾失健运、湿热蕴于肠，治以健脾温中、清肠化湿，用四君子汤合痛泻要方加减方。

4. 中气下陷型:

劳累、年老体虚，清阳之气下陷，表现为头晕、气短、脘腹坠胀、便溏、消瘦，用补中益气加减方。

5. 脾肾阳虚型:

年老、久病之后，阳气不足，脾失温煦，运化失常，出现泄泻，泄泻多在黎明之前，伴怕冷、腰膝酸软等症。治以温阳益气、涩肠止泻，用赤石脂汤加减方。

6. 气阴两虚型:

久泄伤阴耗气，以致气阴两虚，可见心悸气短、神疲乏力、消瘦贫血，口渴烦躁。用生脉散合复脉汤加减方。

三. 体会

1. 治溃疡性结肠炎当治之以疮疡。

溃疡性结肠炎是以结肠内膜发炎，水肿、溃疡、出血为特点，可以疮疡视之，笔者认为诸痛肿溃秽浊皆属于疮。治疗时借鉴外科治疗疮疡的内治法，可以明显提高疗效。

疮疡有初起（红肿）、成脓（渗出）、溃后（溃疡和出血）三个阶段。治疗以疮疡的内治法消托补为大法，具体运用分为清热、化湿、行气、和营、内托、补益、养胃等。清热解毒（抗炎）不忘化湿（水肿）；凉血止血（出血）不忘养血生肌（溃疡）；补益不忘清热解毒。治疗疮疡是总纲，解毒化湿、养血生肌要贯穿始终；内疮不

除，徒涩肠止泻也枉然无功。

2. 适用软坚散结、祛瘀生肌之品。

如乳香、没药、皂刺、鳖甲、山甲加三七、赤芍、当归等祛除结肠溃疡腐肉，使新肌化生，疮疡得以平复。

3. 清热解毒药配补气、健脾之品。

非特异性溃疡性结肠炎以湿热蕴结于大肠，传导功能紊乱，并损伤肠道血络为主要病机。然发病后，形成内疮，正气已虚，过用苦寒则败胃。故治宜清热解毒加补气健脾。

在新加坡不可用黄连、黄柏，可改用马齿苋、白头翁、红藤、银花、蒲公英、败酱草、苦参、黄芩、白鲜皮等清热解毒燥湿之品；补气健脾用黄芪、白术、山药、砂仁、豆蔻等。

四. 病案举例

王某，11岁，男，患非特异性溃疡性结肠炎5年。

腹泻5-7次/天，食后即泄，伴胶冻、黏液，偶有血，大便气味秽浊，面色不华，消瘦，纳可，不口渴，舌红，苔白腻，脉弦数。辨证为脾失健运，湿热蕴于大肠；治以健脾化湿、清热解毒。方用仙方活命饮加减方（砂仁、豆蔻、白鲜皮、生黄芪、三七），连服7天，诸症未作，大便1次/天。续服15天。后改用香砂六君子汤调养，两年随访未复发。

参考资料

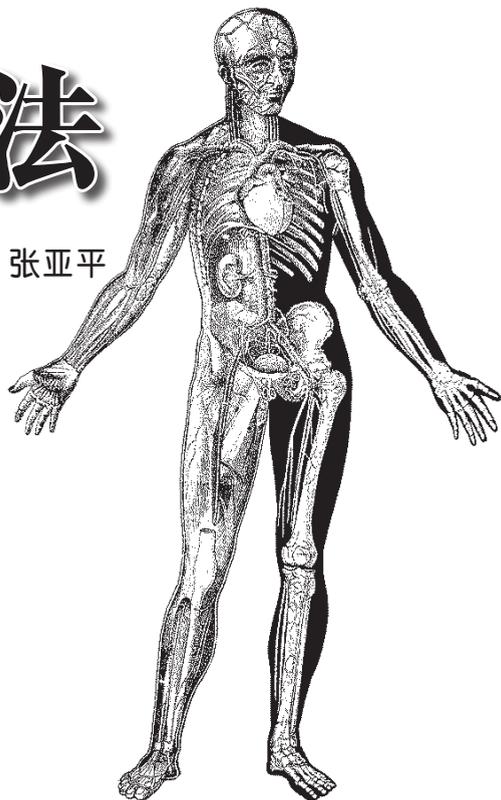
中药学. 中国中医药出版社. 2003年1月第1版.

中医内科学. 中国中医药出版社. 2003年1月第1版.



靳氏点穴疗法

中国山西 靳有林 张亚平



一、溯源

靳氏点穴调理疗法，祖辈从古至今单传，没有文字记载，只靠言传身教，而且戒律森严，传授严谨。

历代选择传人首先要看其是否有良好的思想品德，并有对待患者像对待亲人一样的感情，必须有极高的灵性和悟性，有吃苦耐劳的精神。谨遵祖训：“练好武功、精通点穴、普救众生。”

靳氏点穴调理疗法是中华武术的精华，坚持习武是每一位靳氏传人终生的必修课，它所运用的手法都要以扎实的武术基本功为基础，在给病患调理时，在调理室内形成一种气场。

二、功效

靳氏点穴疗法具有活血化瘀、疏通经络、调整脏腑的功能，直接指压机体的局部或某一经络的穴位可消除肌肉的痉挛萎缩，增强肌肉的伸缩能力。

以指点压经穴对末梢神经给以刺激，使脑中枢神经产生反射作用，以增强该支配神经末梢部的机能。在调理神经功能的同时，点穴更能促进人体的血液循环及新陈代谢的进程，使其旺盛。

人体脏腑器官在身体表面都有它的反射

点，这些反射点接受不同性质的刺激，内脏器官就会产生不同的反应，这种反应有利于疾病的痊愈和调节肌体的抗病能力。

三、手法

靳氏点穴调理疗法之所以在调理某些疾病中能收到良好的疗效，是因为点穴调理的独特手法超出了针灸、按摩的功效。

针灸对某一经络起到一定的作用而不能调动全身的神经与血液循环；现代按摩只对表层起到一定的疗效，因而治标不治本。而靳氏点穴调理法则不同：它可深入骨骼内部，从骨骼局部来动员和调整全身肌肉、神经、血管以及脏腑器官功能，使热气贯通全身，迫使骨骼内部的寒气通过末梢神经排出体外，使阴阳平衡，达到康复之目的。

靳氏点穴调理疗法不单纯是点住穴位就行，它要根据病人的病情、年龄、胖瘦、体



质来变换手法和力度。它的手法有：补泻平衡法、阴阳平衡法、血脉疏通法、穴位动员法、祛湿排毒法。要根据病人的病情变化调整力度，根据气候的变化和病人的耐受力来确定调理方案。这就是靳氏点穴调理疗法中的要诀所说的：“须察天寒暑、当观人瘦肥、随机知变化、轻重贵调匀”。

四、特色

我是靳氏点穴调理疗法的第十七代传人。在从事点穴调理疗法的30多年来，我一直谨遵古训：“练好武功、精通点穴、普救众生”。无论严寒酷暑坚持习武，潜心钻研医术，为广大患者解除痛苦。

我在学习中实践、在实践中研究。我认为靳氏点穴调理疗法对治愈由风、寒、湿、气所引起的各种疑难杂症有神奇独特的、显著的疗效。点穴调理疗法已超越了传统医学的治疗范围，在对每一位患者的调理过程中产生的奇特疗效都有更进一步的全新的认识和感受。

它的治疗效果是任何药物所取代不了的，因为靳氏点穴调理疗法不吃药、不打针、不输液，无毒、无危险、无副作用，完全是用十个手指头所创造出来的奇迹。这就是靳氏点穴调理疗法的神奇之处。

五、范畴

经过我多年来对各种病症的诊断、调理过程中的深入研究、探讨，经过我用靳氏点穴调理疗法调理治愈的患者很多。

在医学界定论不能治愈的高、低血压，尤其调理高、低血压方面，经靳氏点穴调理的高、低血压患者基本痊愈，经过随访调查，血压稳定，使这些患者摆脱了终生服药的麻烦和痛苦。实践证明用靳氏点穴调理疗法治愈高、低血压疗效显著，稳定性好。

靠手术才能治愈的腰椎间盘突出及世界性疑难杂症如肌肉萎缩、肌无力、小儿麻痹、脑瘫、三叉神经痛等，轻则2个疗程(15天1疗程)，术后患者及病情较重的12至24疗程可以痊愈。

尤其对风湿、类风湿、痛风、腰腿疼痛、手足凉、妇女产后中风、月经不调、乳腺增生等效果更加显著。它对中西医难以攻克的世界性疑难杂症均有特殊疗效。

靳氏点穴调理疗法不是百病皆可治，但是它已超越针灸、按摩、打针、吃药的治疗范围。我认为在今后若干年后真正的绿色疗法将是靳氏点穴调理疗法。它将会被广大的患者所接受，这一靳氏点穴调理疗法终将被祖国医学界发现，使这一传统医学发扬光大，后继有人。

附：靳氏点穴调理病例

病例1. 刘女士，60岁，2006年8月4日。高血压。

病史： 多年的家族性高血压，高压高时可达200毫米汞柱，低时160毫米汞柱；低压高时110毫米汞柱，低时95毫米汞柱。冬天高、夏天低；晚上高、早晨低。今年夏天开始头晕，不能自己走路。

检查： 面色灰暗，高压180毫米汞柱、低压110毫米汞柱。

诊断： 本症由于血液循环不畅、心脏压力大所致。

治则： 舒筋活血，增加血液循环速度以减轻心脏压力。

效果： 经五天调理，面色好转，高压下降到晚上178毫米汞柱、早晨170毫米汞柱；低压晚上105毫米汞柱、早晨100毫米汞柱。一个疗程后，高



压晚上160毫米汞柱、早晨150毫米汞柱；低压晚上100毫米汞柱、早晨95毫米汞柱。第二疗程五天后，高压晚上155毫米汞柱、早晨150毫米汞柱；低压晚上90毫米汞柱、早晨85毫米汞柱。第二疗程后，高压晚上150毫米汞柱、早晨145毫米汞柱；低压晚上85毫米汞柱、早晨80毫米汞柱。第三疗程后，高压晚上135毫米汞柱、早晨130毫米汞柱；低压晚上82毫米汞柱、早晨80毫米汞柱。第四疗程调理后，高压晚上125毫米汞柱、早晨120毫米汞柱；低压晚上80毫米汞柱、早晨80毫米汞柱。第五疗程后，血压稳定在120/80毫米汞柱。

病例2. 张先生，60岁，2004年8月4日。腰椎间盘突出。

病史：1995年犯病，同年10月在山大二院做手术，但没好几年，后腰疼复发，且一次比一次严重。多方求医问药，针灸、按摩、牵引、膏药均试过，无效。后打封闭，三个月打了12次，之后封闭也止不住疼，生活不能自理。经介绍到北京大医院，专家会诊结论，手术成功率只有30%，确定不能二次手术。

检查：面带痛苦，脸色青灰，上身、前胸、后背手指不能点压，一点压就疼，浑身出冷汗，腰四、五椎突出，不能平躺、不能翻身，胯部肌肉萎缩，髌骨突出2公分，不能坐，整天吃饭睡觉只能趴着，走路拄着双拐，并需人陪同。

诊断：此病由于多年劳累，受雨水、河水、风寒、湿气侵入筋骨、内脏，致使经络不通、气血运行不畅，寒

湿气瘀结。术后局部受损导致胯部肌肉萎缩。

治则：排筋骨之风、寒、湿、气，疏通经络。

效果：经第一疗程调理后，上半身用指点压疼痛减轻，腰椎疼也减轻，13天后可坐10分钟，坐下时可弯腰，腿走路也觉轻松。经第二疗程调理后，不拄拐杖可走一段路。经第三疗程调理后，乘车、吃饭都可以坐了，但时间不能长。经四、五、六、七、八疗程的调理，腰椎疼的面积缩小，但点越小越疼，疼时坐一会儿就不疼了。经九、十疗程的调理，胯部肌肉也长出来了，疼点下移，有时可到足部。经十一、十二疗程的调理，疼痛消失，胯部肌肉丰满。

病例3. 郝女士，42岁，2006年6月。十年来胃疼。

病史：2002年做胃镜，服用药物感觉好点，一停就犯。最近疼痛加剧，不想吃饭，头晕，浑身没劲，四肢无力，人很瘦。从2003年起体重下降得更快，晕车。

检查：面色黑灰，无光泽；胃部很冷，腹部寒。

辨证：此病因寒气太重已入内脏、脾胃不和、运化失调所致。

治则：排寒气，疏通经络。

效果：经第一疗程调理后，胃疼减轻，也不晕车了。经第二、三个疗程调理，胃有时难受，但一阵就好。面部黑灰色也褪下去了。经第四、五疗程的调理，胃不疼了，面色红润，有精神，体重增加了2斤。



参麦注射液治疗 肺复张后 肺水肿1例

中国湖北 胡献国

杨某，男，32岁，1996年7月16日初诊。近半月来频发刺激性干咳、呛咳，少痰，三天前出现咯血，伴胸闷、胸痛，以右胸胀痛为甚，时呼吸困难。查体：形体消瘦，呈强迫端坐位，咽充血(+)，气管左侧移位，左肺及右下肺呼吸音粗，右上、中肺呼吸音消失，叩诊呈鼓音，心肝正常，舌质红，苔薄黄，脉细。拍片显示：①Ⅲ型肺结核；②右侧气胸（肺组织压迫60%）。B超：肝胆肾脾(-)，血、尿、粪常规正常。中医诊断：①肺癆；②胸痹。西医诊断：双肺Ⅲ型肺结核并右侧气胸。当日入住我科。于8PM在局麻下行胸腔穿刺抽气减压，抽气量约1000ml，术后患者呼吸困难症状缓解。在抗癆及对症治疗的基础上，于7月19日10AM时再次为患者行胸腔穿刺抽气减压，抽气量约300ml，11AM时患者出现持续性、刺激性呛咳，咳白色泡沫痰，量多，随即出现烦躁不安，面色苍白，呼吸浅促，大汗淋漓，四肢厥冷。查体：双肺可闻及广泛湿罗音，舌质淡，苔薄白，脉细数。中医诊断：厥脱(阳虚寒厥)。西医诊断：肺复张后肺水肿。当即予以给氧、强心、升压、利尿等对症处理，症状无明显改善。2PM余被邀会诊，见患者呼吸急促，冷汗淋漓，汗出如珠，面色青灰，目光散乱，时呛咳吐粉红色泡沫痰，舌质淡，苔薄白，脉细数。阳虚欲脱，故见是症，当以回阳救脱为法，大剂量人参煎服口服已是缓不济急，杯水车薪，乃急予参麦注射液20ml+10%葡萄糖注射液40ml静推，10分钟后诸症减轻，呼吸渐趋平稳，续用

参麦注射液40ml+10%葡萄糖注射液250ml缓慢静滴，持续低流量给氧，3PM时患者诸症消失，呼吸平稳。

按：参麦注射液是在中医传统方剂生脉散的基础上经过现代医学加工而研制成的一种抗厥脱中药复方制剂，主要成分由红参、麦冬、五味子组成，其主要功效是养阴复脉、益气固脱。根据祖国医学理论，患者由于肺癆病久体虚，使得阳气不固，加之咯血频发，气随血脱，致使阴阳两亏。人参大补元气，回阳救逆，复脉固脱，《用药法象》言：“人参甘温，能补肺中之气，肺气旺则四脏之气皆旺”，故可益气固脱，使阳气回复，阴血自生。麦冬益气养阴，润肺生津，《药品化义》言其“麦冬色白体润，主润肺，味甘性凉，主清肺，盖肺苦气上逆，润之清之，肺气得保”。五味子益气生津，止咳平喘，《本草备要》言其“性温，五味具备，故专收敛肺气而滋肾水，益气生津……宁嗽定喘”。现代医学认为：肺复张后肺水肿是由于负压抽吸迅速排除大量胸腔积液或积气，使受压而萎缩的肺脏突然复张而引起肺循环异常的病理状态。快速大量排除胸腔积液或积气所产生的很强负压作用于因长期萎缩缺氧而受损的毛细血管，使血管内外压差增大，促使毛细血管内血液外渗至肺间质和肺实质，而出现肺水肿、肺瘀血、肺动脉高压，进而出现心衰的表现。现代药理学研究表明，红参、麦冬、五味子等均能兴奋垂体——肾上腺皮质系统，加强心肌收缩力，具有很好的强心作用。三药同用既能扩张冠状动脉，增加冠脉血流量，增强心肌收缩力，降低心肌耗氧量，改善左心室功能，解除肺瘀血；又能扩张周围血管，解除肺部与外周小静、动脉痉挛，使心脏前后负荷降低，让肺循环内血液转向体循环，降低毛细血管压，减轻肺水肿；此外三药同用还具有抗感染、抗过敏、抗休克的作用，故予肺复张后肺水肿的治疗有较好的疗效。




养阴益气温下法 治疗老年慢性功能性 便秘的体会

钟炎婵

便秘是常见的都市病，几乎人人都曾面对过便秘的困扰，是最常见的慢性消化道疾病。新加坡国人的便秘发病率在3~17%之间，随着年龄的增长患病率渐增。

气候、地理环境和饮食结构 与人群体质关系

《医学源流论》指出：“人禀天地之气以生，故其气体随地不同，西北之气深而厚，东南之人气浮而薄。”叶天士在《临证指南医案》中也强调：“凡治病先论体质、形色、脉象，以病乃外加于身也。”新加坡地处热带，距赤道只有136.8公里，常年气温变化不大，雨量充足，空气湿度高。每日平均气温是摄氏26.7度(最高每日平均气温是摄氏30.8度，最低每日平均气温是摄氏23.9度)，每日平均相对湿度是84.3%。属热带雨林气候，

终年高温多雨，人居其间，气多上壅，腠理不密，肤多汗出。汗泄较多，一方面阴津亏耗；另一方面气随汗泄，所以新加坡人群体质多属气阴两虚型。

在这特殊地理环境中生活的人们往往习惯贪凉饮冷，日以为常，亦成为湿邪内伏的根源；再者，脾为汗源，汗泄过多气阴亏耗，一旦发病，在病变过程中较易出现气阴两虚夹湿的证候。

社会因素的影响以及 饮食结构的改变，老年便秘的发生率 不断升高且影响生活质量

国人三餐很多时候在小贩中心解决，饮食中的纤维摄取不足，通便就出现问题；又多偏嗜辛辣煎炸之物，体内先已积热，复因天气炎热，腠理疏松，出汗多，稍动则汗如



临床经验

雨下，又习饮咖啡、茶，可乐等饮料，水份的补充仍然不足，水分摄取不足，粪便亦无法畅行。长期的便秘可使肠道细菌发酵而产生致癌物质，刺激肠粘膜上皮细胞，导致异型增生，诱发癌变。

与青中年相比较，便秘在老年人群发病率更高。气温过高使人产生疲劳，老年人更喜静厌动，加上气血虚弱及药物和其他疾病影响胃肠，反射减弱，排便乏力故更容易发生便秘。但是积极治疗的老年患者不多，许多老年人患有便秘问题，认为便秘很少会导致住院或死亡，问题不大，又不想麻烦家中成员，添加他们的精神负担，往往不经辨证便认定自己一定是“上火”了，随便服点泻药或预防性的多喝几杯“凉茶”，只要大便通了就行了，虽逞得一时之快，却不知泻下类药物久服会伤气血损津液，使原本不足的气血津液更加亏损，过饮寒凉会损脾阳，年高体衰者更致阳气不通，津液不行，正是伤正伐津，加重病情。

长期慢性便秘诱发和加重多种疾病，也给老年人心理和身体带来很大的负担和痛苦，影响了老年人的生活和健康，因此应高度警惕，及早预防和治疗。在新加坡，中医诊所及慈善中医诊所林立，许多年长者包括异族同胞在很多时候都愿意寻求中医治疗此类慢性疾病，中医中药在此又有明显的治疗优势，因为中医治疗便秘时强调了整体观和辨证论治及养生调摄，故能采取综合措施药膳同用，优势不仅在通便，且在解除便秘的同时调整紊乱的肠胃功能，使患者的体质状况得到改善。

增液温下方以补开塞，增液行舟之法治疗老年体衰，气血不足，阳气不行，津液不通之便秘

基本方的药物组成：

黄芪15g，生地12g，玄参15g，麦冬12g，肉苁蓉15g，厚朴6g，枳实6g。

功效：益气养阴、温肾通下。

服法：上方以水900ml煎至300ml，煎30-40分钟，每天一剂，分两次口服。以12天为1疗程，一般治疗2~4疗程。

方解：本方中玄参味苦咸微寒，养阴生津，启肾水以滋肠燥，有壮水制火的作用，能通二便，使在下之肾水向上滋润，同时根据《神农本草经》所说：玄参“主治腹中寒热积聚”，其又能解热结；麦冬亦为“能补能润能通之品”，性甘寒，不仅能补阴液，还能治“心腹结气、伤中伤饱，胃络脉绝，羸瘦短气”等病证；生地甘苦寒，养阴润燥，可主“寒热积聚，逐血痹”，三药合用，组成《温病条辨》之增液汤，共奏养阴增液，增水行舟之效。方中黄芪味甘性温，为补气之要药，《珍珠囊》曰：“黄芪甘温纯阳……益元气……壮脾胃……活血生血”，具有益气生血、补气行滞、调节胃肠功能之功效；方中肉苁蓉甘温，以其温而能润，润而不燥，滑而不泻，常补不峻，峻补精血，兴阳助火，具有温肾益精，暖肾润肠的功效，其挥发油可增强肠管的血流量，促进平滑肌收缩，显著提高小肠推进度，增强肠蠕动，改善肠肌运动功能；枳实味苦、辛、酸，性温，归脾、胃、大肠经，具有行气、散结、化痰、除痞之功效；厚朴苦温下气、除满消胀，与枳实共用，共奏行气导滞，消痞除满之功用。

诸药合用，重在养阴益气温阳以治本，佐以通便以治标，全方补中有通，寓通于补，通不伤正，重在扶



正固本，通便作用缓和，能明显改善脏腑的功能，促进胃肠蠕动，共奏益气养阴温下的功效，使便秘病因得解，从而使气机调畅，阴平阳秘，大便得行。

【病案例举】

病例1: 蔡某，68岁，2005年11月14日初诊。素有前列腺肥大史10年，便秘史8年，常服fibre gel、laxative、大黄素片及用开塞露通便，近半年大便干燥成团，5~6日1行，每次解便耗大半小时未能出，还须用手指从肛门掏便，排下大便后虽觉舒服但全身汗出，乏力。刻诊已1周末便，伴左下腹胀痛，夜尿频数清长，口臭，舌淡胖、苔薄黄，脉弦缓。

证属：气阴两虚型老年性便秘。

治则：养阴益气、温肾通下。

方药：黄芪15g，生地12g，玄参15g，麦冬12g，肉苁蓉15g，厚朴6g，枳实6g，火麻仁15g，韭菜子6g。

用法：每日一剂，分两次口服。（服五日）

11月21日复诊：服一剂后第2日后排出现栗状粪便，但仍觉排便艰难；连服五剂后大便1~2日一行，排便过程顺畅，便质变软，夜尿2次，舌淡红，苔薄，脉弦缓。续处上方5剂。

12月8日三诊：服10剂药后大便基本已通畅，自行改为每周服药2日，大便基本通畅。过后数月随访，大便通且润，每1~2日一行。

病例2: 李某，64岁，2008年初诊。长期便秘5年，素有高血压、高血脂、糖尿病10年。视排便为一苦差，每次临厕必努挣，但所

出皆为羊屎或球状便数枚，便后汗出气喘，近年尚要借助泻药方能排出，停药则大便滞而不出，要用手指从肛门掏便。刻诊，三天前服泻药排便后已4日未便，口干，舌质红、体胖、苔黄欠润，脉弦数。

证属：气阴两虚型便秘。

治则：养阴益气，润肠通便。

方药：黄芪15g，生地12g，玄参15g，麦冬12g，肉苁蓉15g，厚朴6g，枳实6g，火麻仁10g，何首乌15g，草决明10g。（服1周）

服药后第二日大便通，但便仍较硬，六剂后大便转润。为巩固疗效嘱继续服多2周；以后每周服一至两剂。

体会

老年功能性便秘多由结肠无力造成。中医认为其病因主要是由于老年气血不足，脾肾亏虚所致，因“肾主五液，故肾实则津液足，而大便滋润，肾虚则津液竭，而大便燥结”，同时肾为先天之本，主开合，肾气虚，则开合不利，二便失常；而脾为后天之本，为气血生化之源，脾气亏虚，则运化无力，气血生化不足，津液亏虚，肠道失濡，同时，脾气虚，则推动无力。以上多方面原因造成大便秘结，故属虚秘范畴，应重在补虚。所以在治疗中重在益气养阴，主要通过补肾健脾，达到润肠通便的作用。增液温下方针对病机，结合老年人气虚、津枯、肾亏的生理特点，用养阴益气法以开塞增液行舟治疗老年便秘，在解除便秘的同时调整全身气血，使紊乱的肠胃功能渐复，且患者的体质状况得到改善。

针灸

国外香 国内也香

中国湖北 万质文

一九六一年《针灸学中级讲义》序言中说：“针灸疗效显著，易学易用，设备简单，节约用药，能广泛使用于各科……辨证施治来指导针灸实践，虚则补之、实则泻之、陷则灸之、菀陈则除之、不盛不虚以经取之。”

一九九三年周光廓、苏小燕著《实用针灸最新疗法300例》应用反应点治疗疑难杂症而获得良效，许多病人身患疑难杂症久治不愈，而用反应点治疗，很快妙手回春，为疑难病症的治疗开辟了一条新的途径。

新加坡针灸导师陈必廉一九九三年著《针灸配穴与手法》前言中说：“针灸操作简单，经济安全，针对性又强。缓解病情有立竿见影之效。”针灸不仅对常见病与多发病有显效，



且对某些疑难杂症和奇鲜怪病亦有独特之疗效。针灸是易学而难精，如果要熟练掌握针灸这门学科，攻克疑难杂症，就得钻研中医理论，发扬前人的经验，提高对理论与临床实践的结合来辨证施术，历史已得到证明对人类未来是大有贡献的。

本人从医四十四年来在临床遇到疑难病时喜欢钻研针灸知识，除针灸中、高级讲义外，还有百证赋、玉龙歌等结合中医经络学说、脏腑学说等有关知识，并按照前人知识认真实践，无一差错。结合中药解决了许多疑难病例和玄案，为急性疾病患者赢得抢救时间，为疑难慢性病患者节约很多用药，挽救了垂危的疑难顽疾不少。精神上得到了“自身安慰”，中医、中药、针灸是一门独具特色的学科，现举几例简单说明：

病例一

牟姓，女，42岁，原籍四川。婚后随父迁宜昌，就诊时间2002-03-01，肝硬化腹水已三年，常服克尿塞等维持，3次/日，2片/次，饮食难入。追询病史：1987年患乙肝，至1999年患肝硬化，治疗已花了一栋楼房，大医院住了几次，去过河南专科大医院住院未果。入诊时带有许多医院病历和许多中药处方，其中有三处方已用牛黄和麝香，无效。经诊断，六脉微细欲绝、舌质紫暗无苔、结膜极淡、肤色灰暗、双足背明显暗黑。大孩子在高中念书，不知何时已感染乙肝，其夫做熟食生意维持生计。今问我的意见，有何药方挽救？经综合分析，参考她本人经济条件，告诉对方：“只有用针灸配合中药，看能否挽救。”患者接受我的治疗方案。针灸行气活血，改善各脏器血液循环，运用上工治未病的方案，以守为攻，首先健脾调胃，开达中原，改善交通枢纽发挥自身各脏腑经络潜能，配合中药益气补脾为主。穴用两套：1. 仰卧：足三里，双内关，双上、下、

中三腕，气海，关元，中极，三阴交(双)，均用补法留针30分钟。针后结合气功意守丹田法，每日三次，每次半小时；2. 背部俯卧：膈俞(双)，肝俞(双)，胆俞(双)，脾俞(双)，胃俞(双)，肾俞(双)，命门，委中(双)，太溪(双)，均用补法，留针30分钟。针后将背部按摩20分钟，以太阳经循行俞穴为主，前后两套交替使用，每日一次，连七次，后2日一次，药用参苓白术散和补中益气汤加当归、内金、山甲、地龙，两日一剂。半月后食欲增，一月后皮色由灰暗痿黄转常，特别是足部皮肤由原来灰暗黑色转红润光泽，六部脉清晰。舌质红润有薄白苔。此时停用针灸，用六味地黄汤合控涎散，停用克尿塞；又半月后大便有黑色物排出，可能是肝脏瘀血排出，基本得到恢复而向愈。

病例二

余某，男，50岁，宜昌上班族。六部脉弦数，舌质坚，质赤，光滑无苔，双目珠充血，两眼青黑，上至双眉，中至印堂中部，两侧至太阳穴，下至双“四白穴”。胸肋肋及中下腹部，气窜作痛，今年已发四次，约3个月一次，季节更换时发作，每次约20天，痛甚时大汗淋漓，凌晨1-3时因肝区痛甚不能入睡而坐起，白天痛亦不停，痛甚难忍，此瘀血作痛之象。检查躯体胸部、腹部、肋肋、背、腰、各处均有红紫色反应点，并兼有少数黑色反应点。追问病史，患者有意否认，回答没有何病。眼见形体壮实，声音粗大，根据豌豆大小暗红反应点(蜘蛛痣)分布期门穴、章门穴等处，背部肝俞、胆俞、胃俞也有绿豆大小暗黑色反应点，红主血、主热，暗红乃淤血之征，阴虚久必生内热，乃阴虚血热证。阴虚阳必有余，阴血虚易生风，风气流动故窜痛，以肝区痛为甚。肝病易传脾，木克土也，肝主风、主目，上眼睑属脾，下眼睑属胃，淤热积于肝区故呈熊猫



眼也。肝脏淤热(毒)积聚无疑,急应滋阴清热化痰为主,用知柏地黄汤合桃红四物汤加丹参、赤芍、玄参七剂,每日一剂,以滋水涵木兼化解肝脏淤热,配合银针刺内关(双)、太溪(双),均以补法以滋肾水。反应点加太冲穴(双),用泻法,以泻走散的邪热之毒气,加火罐以加强泻毒之功。当时举手之劳,患者反映立即止痛,并高兴主动汇报患有乙肝已有30余年。嘱严禁饮酒、房事和发物,以防突变。第二天汇报,凌晨2点肝区只痛了半个小时,第二次和第三次针后疼痛陆续减轻,时间短,约几分钟,由阵痛感转为隐痛,第四、五次针及火罐后无痛发生。复诊:银针配药后熊猫眼变淡,不那么青黑,凡大的反应点针刺后颜色变淡与肤平,小的反应点未针,颜色没变,乃热毒扩散仍存。仍用上方加减续服一月后,目眶如肤色。临床达到了病向愈的疗效。

病例三

曹某,女,58岁,宜昌人,2005-3-12。92年检查患乙肝,治疗并注射了干扰素。本人记不清多长时间,时值其夫在住院。患者本人近日发现心区时痛如针刺一、二秒钟,常腰腿酸痛已四、五年,与天气变化有关。近月余肝区时痛如针刺(阵发性),有时似痛非痛,似胀非胀,有时如板结感。当时患者之母病危住院,因忙于送饭和晚间陪护觉劳累,饮食不下,加之春天阴雨天气,气候变化差异大,乃肝主春木之时令,万物生长时旧疾并发。就诊时体查,双寸关弦数,舌质暗淡无苔,全身前胸及背部反应点计30多个,四肢亦有,最大反应点大于豌豆,紫红色如血泡。在右胁部肝区,背部的肝俞、胆俞及其它部位反应点均为红色20余个,大如绿豆;四肢反应点约十余个,大如芝麻或绿豆大小不等。根据病史诊断肝脏血分热毒扩散为主患,急以银针刺足三里(双),中、下脘,内关(双),平补平泻法以扶正祛邪。反应点加太冲穴(双),用针刺泻法加拔

火罐,以使热毒外出,每日一次。药用复元活血汤加二芍、丹参、葛根、川芎、木香、香附、紫苏、桔梗,七剂,每日一剂,每剂煎四次,每隔四小时一次,每次服用六两以上。禁食油腻生冷发物,注意休息,以免影响药物吸收。

复诊:2005-3-2。药后心胸痛未见,肝区刺痛亦除,但仍有板结感,治以滋阴清热、活血补血、理气化淤,以补为主,方用地黄汤合桃红四物汤加减10剂(每一剂服两天,三次/天),针刺手法、火罐、禁忌、服法皆同上。

第三诊:05-3-28。脉弦不数,无症状。胸腹反应点消失,精神好转,食欲增,以关节痛为主症,用独活寄生汤合三妙散加减,煎汤服用。针灸以四肢反应点为主,参考风湿篇章,配用阳陵泉、膝三针、肩三针、足三里等穴,均用补法,治以风湿关节痛。一月后每天仍忙于家务,阴雨天无不舒之感。诸筋皆属于肝,肝主筋,筋骨得治,对肝病也有很好的巩固疗效作用。可见,人身是一个有机整体,整体改善,局部也随之改善,体会了中医、中药、针灸配合治疗疑难杂症。本人一生宏扬中医中药、为人民治病,既节约很多用药,又挽救了患者的生命,是我们从事中医工作者的责任,也是我国国情应该考虑的,让针灸继续香下去。

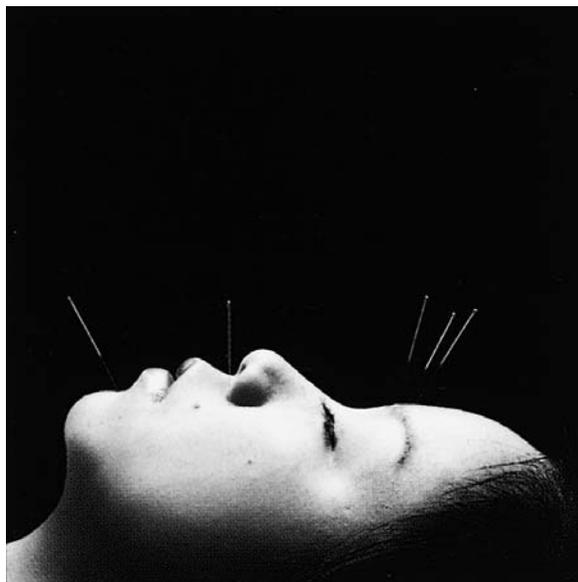


面
瘫
的

针刺治疗



陈昆宁



【引言】笔者在临床诊病上，经常有面瘫患者前来求诊。对于治疗面瘫患者，笔者都采取针刺治疗，在临床取得不错的疗效。在此做个简要整理；论述中医对面瘫的认识与治疗。

面瘫在古代中医学里早有记载，如：《诸病源候论》说：“偏风口是体虚受风，风入于口之筋也，足阳明之筋，上夹于口，其筋偏虚，而风因乘之使其经筋急而不调，故令口僻也。”

而《景岳全书·非风》也说：“凡非风口眼斜，有寒热之辨。在经曰：足阳明之筋引缺盆及颊，卒口僻，急者目不合，热则是：筋纵，目不开。颊筋有寒则急，引颊移口。有热则筋弛纵，缓不胜收，故僻。此经以病之寒热，言筋之缓急也。然而血气无亏，则虽热未必缓，虽寒未必急，亦总由血气之衰可知也。”

又如《医方发挥·治风剂》曰：“阳明内蓄痰浊，太阳外中于风，风痰阻于头面经络则



经遂不利……缓为急者牵引故口眼斜。”

由此看来，面瘫主要的症状是：口眼喎斜，眼不能闭合。在《灵枢》里称此病为“卒口僻”，而《金匱要略》则称为《僻》，《诸病源候论》叫“风口候”，一直到后来的中医学家都称面瘫为“口眼喎斜”、“歪嘴风”、“吊线风”等等……。

此病可发生于任何年龄层，一般以在20-50岁间最常见，而以男性为居多。

为何会发生面瘫病症呢？在《诸病源候论》里就有很清楚的说明：“风邪入于足阳明，手阳明之经，遇寒则筋急引颊，故使口喎僻，言语不正，而目不能平视。”这就是说明本病是由于机体正气不足，颜面脉络空虚，外感风寒邪气乘虚而入，侵袭面部筋脉，导致面部经气阻滞，筋脉失去濡养而发病。

一. 面瘫的中医病因

对于导致面瘫的病因，基本上简略可归纳以下几点：

机体正气不足，导致外感风寒邪气乘虚而入，寒邪侵犯经络，继而引动内风而发病。

人的精神情绪处于不佳时，导致肝气郁结不舒畅，郁久化热，热久化火，致肝火上亢而生风，继而侵犯经络而发病。

机体素来阴虚阳亢，或久病，或纵欲过度，导致肝肾阴虚，水不涵木，致阳亢而虚风化火引发此病。

肝气疏泄失常或脾虚而痰湿内生，痰浊上扰，上窜经络而发病。

二. 面瘫的中医病机

根据临床上面瘫的表现，其主要的病机是

以寒邪入侵及阳亢热盛，化火生风，风痰流窜经络为主要的因素。所以在临床的治疗是以祛风散寒，重镇潜阳，化痰通络解痉为原则。

三. 面瘫的临床症状表现

面瘫一般的发病是呈突发性，其症状表现有：一侧面部突出现板滞、麻木，继而表情肌瘫痪，口眼向另一侧歪斜，额纹消失，眼闭合不紧，露睛流泪，鼻唇沟变浅，患侧于喝水或纳食时，水或食物会由患侧嘴角流出，同时也不能蹙额、皱眉及鼓颊等动作。少部分患者有面部及耳后疼痛，或夹有味觉减退的症状。

四. 中医的面瘫辨证及治疗

由于面瘫的致病因素有几种，而中医是根据个别患者的致病因素及病症的虚实加以辨证，从而采取不同的治疗方案，这就是中医正确的“辨证论治”方式。

中医师对面瘫的治疗方面，除了可用中药治疗外，一般都会采取针刺治疗，因为针刺疗法对面瘫有着最佳的疗效。笔者在治疗面瘫患者时，都采取针刺疗法，的确能在临床上取到满意的效果。

现将针刺治疗简介如下：

面部属于阳明及少阳二经循行之处，又因阳明经为多气多血之经，所以在取穴上，以阳明经为主，循经取穴来激发经络之气，鼓舞阳明经之气，促进气血运行，达到通络活络之效。

临床上治疗面瘫以针刺疗法的最佳，但在治疗过程应注意面瘫发展阶段，而采以不同的手法治疗。



针刺治疗的原则：取手足阳明经穴位为主，佐以少阳经穴。面部穴位一般可采取透刺法，再随不同症状而配其他穴位。

主穴：下关，地仓透颊车，太阳，四白，丝竹空，攒竹，风池，翳风，合谷，外关，足三里。

配穴：迎香，颧髎，阳白透鱼腰，水沟，承浆，牵正，太冲。

临床上应根据病情来取穴位，一般每次可选用6-8个穴位。

穴位方义：

合谷、足三里：能疏通阳明经气，祛除头面之风。

翳风、风池和外关：能祛除少阳之风邪而达到止痛的作用。

阳白、四白、攒竹、丝竹空、下关、颧髎、地仓及颊车等穴：皆为局部取穴，其主要的的作用是用以疏通局部之经气。

针刺手法：

一般可采取平补平泻手法，可加用电疗刺激，一般留针30分钟。

辅助法：

除针刺外，还可随症采用辅助治疗，例如：面部麻木甚者，可用火罐在脸部做闪罐以加强刺激，使其面肌较快复原，亦可用神灯适度的照射。

五. 面瘫针刺治疗的临床资料

这是笔者由2007年5月到12月间用针刺治疗面瘫的13个病例。

人数：男性：7位；女性：6位。

年龄：16岁至74岁之间。

病程：最短者2天，最长者10年余。

结果：痊愈：7位；好转：4位；无效：2位。
总有效率：85%。

痊愈者：最快的1位只1次针刺治疗即愈，其余在3-25次内痊愈。

好转者：一般在针刺治疗的12-18次后面部基本恢复正常，进一步治疗至痊愈为止。

无效者：有2位因只来针刺治疗1次后，没再复诊，未知其疗效？故列入无效。

六. 结语

面瘫可说是中医师在临床上常常会遇到的常见病之一，其主要致病因素是受外感风寒之邪入侵经络而致。医师在辨证过程中，主要是要注意病的虚与实，一般初起为实证，病程久为虚症。

在治疗上除了可采用中药物治疗外，最佳治疗是采取针刺疗法。

而在取穴方面要注意，穴位要精要准；针刺手法上可采用平补平泻；或多采用透穴法；再加用电针来加强刺激疗效。

进行治疗开始前，要先对患者做思想工作，消除患者对面瘫的误解与恐惧。治疗期间，应嘱病患者避免再受风寒及避免饮冰冷之水，并于每晚临睡前自做患侧面部按摩或热敷，以加快效果。



浅谈苏木科 决明属之药物

黄怀得

有一客人对我说：他最怕决明子，这一味药，服了使人大泻一场。我听了，也没问他：与人一次量，服了多少？这一件事，在我心中，如有物梗住，非常不舒服！这一



药材决明子

问题促使我来与诸位同道，谈这决明属之药物，其中最大的动机，还是提醒中医学院的同学们：读《中药学》要认真一点，不是读书只为着考试，考试完了，就把它忘记，什么“四气五味”，药物之七情，都与我无关系，记得太多，真的烦死！

在七十年代之《中药学》只记载：决明子是豆科植物，决明的成熟种子。功效：清肝明目，润肠通便。好多人只记得，清肝明目这一句，至于什么科，什么属，以为无关重要，自己也不是什么植物学家，要去记得这些干嘛？

德国植物学家恩格拉和勒兰特(Engler & Prantl)，只把豆科(Leguminosae)统属一科。英国植物学家哈钦松(Hutchinson)则把豆科分为三个科：蝶形花科(Papilionaceae)，含羞草科(Mimosaceae)，苏木科、也称为云实科

(Caesalpinaceae)。决明子是苏木科，决明属，也称为山扁豆属(Cassia L.)。凡属决明属的植物，都含有大黄素、蒽醌类等泻下的物质成分，如不注意用量，则令人泻下，甚而大泻不止，须住院留医！曾见有人服食过量的腊肠豆(Cassia fistula L.)大泻出血，须住院治疗！本来腊肠豆，是用来制酸，能治疗胃痛及胃酸过多，今因服用过量，反而造成伤害。当时那病人，一次把整条腊肠豆，煮水一次服完，故发生病变！（注：腊肠豆干品，一次量：1.5钱~3钱）

决明子的原植物，也称为草决明，学名Cassia L. 就我所知，可作为药用的决明属植物，约十八种，故此奉劝中医学院的同学们，以后凡是药物的学名前面，有Cassia这一拉丁名词，你就要特别注意用量，才不会出乱子！不要一下了课，就把一切，完全还给老师，哪真的不值得！决明属之一的望江南，学名Cassia Occidentalis L. 别名羊角豆、野扁豆、望江南决明。种子的功效与草决明相同，全草能治毒蛇咬伤，近年民间用它的根治肝硬化的一种中草药。

(注：可参阅中华医院图书馆的这三种原植物的彩色图片。)



话说山楂

廖凤燕

山楂(*Fructus Crataegi Pinnatifidae*)为蔷薇科植物野山楂或山里红或山楂的干燥成熟果实。别名红果、棠棣、绿梨，又叫“山里红”、“胭脂果”；主要出产于中国河北、山东、辽宁、河南。

山里红果实酸甜可口，能生津止渴，具有很高的营养和药用价值。山楂除鲜食外，可制成山楂片、冰糖葫芦、果丹皮、山楂糕、红果酱、果脯、山楂酒等。山楂片和山楂果丹皮是最普通，最流行的品种。一般人皆可食用山楂，儿童、老年人、食欲不振、消化不良者，尤其适合食用。伤风感冒、儿童软骨缺钙症、儿童缺铁性贫血者也可多食山楂片。

中医认为山楂有重要的药用价值，以果实作药用，其性微温，味酸甘，入脾、胃、肝经，一般用量为三至五钱。山楂有消食健胃、

化痰行滞、活血散瘀、收敛止痢、止血、防暑、提神等作用。主治饮食积滞、胸膈痞满、疝气血淤闭经等症。对肉积痰饮、痞满吞酸、泻痢肠风、小儿乳食停滞等，常与麦芽、六曲等配伍同用，均有疗效。中国古代医学家早已重视山楂的软坚消积作用。当煮老鸡汤时，加几颗山楂，鸡肉可易煮烂，说明它有消积肉食的作用。中医成药焦三仙、保和丸、山楂丸等均均以焦山楂为其主要成分。腰痛疝气等则常与橘核、小茴香等同用；用于产后腹痛、恶露不尽及一切瘀滞出血之症，常与当归、川芎、益母草等配伍；用于瘀滞出血之症，可与蒲黄、茜草等同用。

在药理方面，山楂片含多种维生素、枸橼酸、山楂酸、苹果酸等，还含有黄酮类、内酯、糖类、蛋白质、脂肪和钙、磷、铁等矿物



质，所含的解脂酶能促进脂肪类食物的消化；促进胃液分泌和增加胃内酶素等功能。山楂中含有山萜类及黄酮类药物成分，具有显著的扩张血管及降压作用，有增强心肌、抗心律不齐、调节血脂及胆固醇含量的功能。

由于山楂富含多种有机酸，能保持山楂中的维生素C，即使在加热的情况下，也不致被破坏，所以，制成山楂糕等制品后，维生素C仍能保存。山楂还富含胡萝卜素、钙、山楂素等三萜类烯酸和黄酮类等有益成分(黄酮类多聚黄烷、三聚黄烷、鞣质等多种化学成分)，能舒张血管、加强和调节心肌，增大心室和心运动振幅及冠状动脉血流量，降低血清胆固醇和降低血压；故对心脏活动功能障碍、血管性神经官能症、颤动性心律失常等症也有辅助治疗作用；山楂还含有槲皮苷，它有扩张血管、促进气管纤毛运动、排痰平喘之功能，可治伤风感冒，也是防治心血管病的理想保健食品，可应用于高血压、高血脂、冠心病等。民间有人每天取50克山楂与100克毛冬青，分两次水煎服，有降低血清胆固醇之效；而用山楂花和叶制成的浸剂服用，也有降血压的效果。

据药理试验，焦山楂煎剂体外试验，对各种痢疾杆菌及绿脓杆菌、大肠杆菌、金黄色球菌、炭疽杆菌等均有明显的抑制作用；山楂中果胶含量居所有水果之首，达6.4%，据最新研究，它有防辐射物质的作用，而果胶还有吸附和抗菌性质，可从肠道消除细菌、毒素，并留住水分，故可用于菌痢腹泻的治疗。山楂中还含有丰富的钙和胡萝卜素，钙含量居水果之首，胡萝卜素的含量仅次于枣和猕猴桃，最适于小儿食用。山楂中含有的抗坏血酸、牡荆素等化合物具有抗癌作用，常用山楂有利于防癌。据报道，山楂片水煎液可延长长瘤动物的寿命，如可抑制小鼠艾氏腹水癌细胞作用，对人的子宫颈癌TCC-26抑制率达70%；鲜山楂具抗噬菌体作用，说明有抗癌活性；对子宫癌早期患者恶露不尽，大肠癌等，既能健胃利肠；又有抗癌通淤作用。

山楂可单味或与其他食物、药物配伍以提高其食疗作用。如山楂片、果丹皮、山楂糕等都有强心、降血压、降血脂、促进消化等功能，是动脉硬化、消化不良和缺少胃酸患者的理想食品。山楂加麦芽、神曲等制成的焦三仙，可用于消化不良、饮食停滞的腹满、不思食等症；山楂与枳壳相配能消积散痞，用于食滞脘腹胀满；山楂与木香相配能消食积引起的腹满胀痛；山楂与川芎相配能行血止痛；加当归能散淤止痛，用于产后恶露不止。山楂单味加红糖制成独圣散，可活血化瘀、促进食欲、帮助消化，适用于产后淤血等。

山楂食疗方:

(1) 山楂粥

山楂加糯米制成山楂粥，能开胃消食、化滞消积、活血化瘀、收敛止痢，适于食积腹胀、消化不良、腹痛泄泻患者食用。

(2) 山楂汤

山楂500克，白糖100克。以水清洗山楂，去蒂、籽用水煮，山楂烂熟放入白糖，饮其汤。

(3) 山楂茶

山楂500克，干荷叶200克，薏苡仁200克，甘草100克共研细末，分为10包，每日取一包沸水冲泡，代茶饮，茶淡为度。

(4) 山楂菊花决明子茶

山楂片15克加菊花10克。草决明子15克，水制代茶。能润肠通便、降压降血脂，适于高血压兼冠心病患者饮用。

(5) 山楂荷叶茶

山楂15克加荷叶12克，水煎代茶，制成山楂荷叶饮，能降压降血脂，扩张血管，适于高血压兼高血脂患者饮用。

(6) 雪红汤

山楂60克加荸荠300克、白糖等可制成雪红汤，能开胃消食、强心降血压、舒张血管、清肝化滞，适于肝火旺的高血压、动脉硬化和冠心病患者食用。

(7) 养肝消淤蜜

山楂250克加丹参500克、枸杞子250克、蜂蜜、冰糖等制成养肝消淤蜜、能补心血、清肝热、缓肝气、破瘀血、通经脉、润大便，适于肝炎患者恢复期饮用。

(8) 山楂双花饮

山楂、银花、菊花各10克。将山楂拍碎，与银花、菊花共同放杯中代茶冲饮，为1日量。其功能清热解毒、生津润燥、祛风消积，适用于暑热烦渴、心烦怔忡、头目眩晕、头痛目赤等症。

(9) 山楂橘皮饮

生山楂、橘皮、荷叶各20克，生薏苡仁10克，共研细末，入暖水瓶中用沸水冲泡，1日饮完。

(10) 山楂瓜皮饮

山楂20克，冬瓜皮30克，首乌、槐树角各10克，放入锅中煎煮20分钟，滤汁饮用。

(11) 山楂核桃茶

山楂50克、核桃仁150克加白糖，制成山楂核桃茶饮用，能补肾润肺、润肠化食，适用于津液亏损、口干燥渴等。

(12) 山楂麦芽饮

山楂、麦芽各10克开水冲服，能消食导滞，适用于消化不良等症。

(13) 参果饮

山楂片、丹参各10克，加麦冬5克，制成参果饮，有软化血管作用，可防治高血压、冠心病。

(14) 健美消脂茶

山楂20克，泽泻、莱菔子、麦芽、茶叶、藿香、赤大豆、云茯苓、草决明、陈皮、六神曲、夏枯草各7克。制法：将以上各味入砂锅中加水煎熬，滤汁饮用，为一日量。





(15) 健美消脂茶

生山楂、生首乌、夏枯草、泽泻、莱菔子、茶叶各10克放入砂锅，加水适量煎煮，滤汁饮用，为1日量。

(16) 双根茶

茶根、山楂、芦根各15克，煎熬20分钟，滤汁饮用。

(17) 山楂桃仁露

鲜山楂1公斤加桃仁100克、蜂蜜250克制成山楂桃仁露；能活血化滞、健胃消食、降血压、降血脂、降胆固醇、扩张血管、营养心肌，适用于心血管病患者长期服用。

(18) 桂皮山楂煎

山楂10克、肉桂6克加红糖，制成桂皮山楂煎、能温经散寒、活血化瘀，适用于妇女有寒邪。月经延期及痛经。

(19) 山楂内金散

生山楂60克去核干燥研粉，加鸡内金干燥粉30克，制成山楂内金散，每次15克，用刘寄奴15克煎汤加红糖送服，每日3次，可治疗闭经。

(20) 山楂益母膏

山楂加益母草各50克，水煎加红糖收膏，能活血化瘀、补中健胃，适于产后淤血、恶露不止患者。

(21) 山楂消食散

山楂加谷芽、槟榔、枳壳等量研末，每服1~2克，可健脾开胃。

(22) 山楂肉干

山楂100克加猪瘦肉和其他佐料制成山楂肉干，能滋阴润燥、化食消积、降血脂，适用于脾虚积滞、痞满泻痢、消化不良等症。

食用禁忌：

1. 山楂不能空腹大量吃

山楂含有多种酸，大量空腹食用，会使胃酸猛增，对胃黏膜造成不良刺激，使胃腹部胀满、泛酸，若在空腹时食用，更会增强饥饿感并加重原有的胃痛症状。食后亦须尽快刷牙或嗽口，以防酸液侵蚀牙龈或过损牙齿的法琅质而致蛀牙。

2. 少吃生山楂

生山楂中所含的鞣酸与胃酸结合容易形成胃石，很难消化掉。如果胃石长时间消化不掉就会引起胃溃疡、胃出血甚至胃穿孔。因此，应尽量少吃生的山楂，尤其是胃肠功能虚弱的人更应该谨慎。故入药食用，应用焦山楂或炒熟的山楂肉。

吴鞠通复脉辈 临床应用浅识

董菁菁

【摘要】 本文概述了清代名医吴鞠通复脉辈药味加减在治疗冠心病、呕吐、甲亢并发慢性腹泻、抽搐、脑卒中恢复期、骨质疏松症、抽动秽语综合征及顽固性荨麻疹等疾病中的临床新用，并浅谈心得。

【关键词】 吴鞠通 复脉辈 临床应用 综述

吴鞠通，名瑭，字配珩，江苏淮安人。生于清·乾隆二十三年（公元1758年），卒于清·道光十六年（公元1836年），享年78岁。

著有《温病条辨》、《吴鞠通医案》、《医医病书》等。

其中《温病条辨》是吴鞠通的代表著作，全书共分6卷。卷首引《内经》有关热病原文19例为纲，分注为目，以阐明温病之源。卷1至卷3分条论述吴鞠通创立的温病三焦辨证和治法，并加小注。计上焦篇法25条，方46首；中焦篇法102条，方88首，外附8方；下焦篇法78条，方64首，图一帧。卷4为杂说，

分17篇小论，论述与温病有关的理论。卷5为解产难，论产后调治与产后惊风。卷6为解儿难，论小儿急慢惊风、痘证。

对于《温病条辨》，“是书虽为温病而设，实可羽翼伤寒”，说明此书是对《伤寒论》的发展，其论述形式也是仿《伤寒论》的条文写法，其治疗方剂也是以仲景方及其加减方为主。

但吴鞠通也指出“然遵经太过，死于句下，则为贤者过之。”《孟子》所谓“尽信书，则不如无书也”。正因他师古不泥古，故能灵活加减，创造了许多有实用价值的方剂。“复脉辈”正是其中之一系列。



温热病邪的特点是易伤津液，所以清热保津、清热养阴就成了治疗温病的根本大法。在《温病条辨》一书中，大多数方剂均为清热养阴之品，但由于表里、上下、热盛与阴伤的侧重不同，治法也不同。在下焦者，热邪较轻，阴伤较重，故以养阴为主。“复脉辈”因此应运而生。

吴鞠通所称之“复脉辈”，亦称为“复脉法”，现代称复脉系列方，是将仲景复脉汤（炙甘草汤）加以化裁，创制加减复脉汤、救逆汤、一甲复脉汤、二甲复脉汤、三甲复脉汤、大定风珠共6方，治疗下焦温病邪少虚多之证，切合温邪深入下焦而重伤肝肾之阴的特点。

肝肾位于下焦，肝主藏血，肾主藏精，肝肾同源，故热入下焦，势必导致肝肾精血阴液耗损和虚风内动之证。在治疗上非质轻味薄上浮之品所能胜任，常需重用浓浊厚味，或加重镇之品，使其沉下，达于肝肾，而填补精血，潜阳熄风。用鳖甲、龟板、牡蛎、阿胶、鸡子黄等甘咸浊腻之药，且久煎以取厚味，体现了“治下焦如权，非重不沉”的成熟临床经验。

一、方药

1. 加减复脉汤

【方源】《温病条辨》卷三。

【组成】炙甘草六钱，干地黄六钱，生白芍六钱，麦冬五钱（不去心），阿胶三钱，麻仁三钱。

【用法】水八杯，煮取三杯，分三次服。剧者加甘草至一两，地黄、白芍各八钱，麦冬七钱。日三，夜一服。

【功用】滋阴养血，生津润燥。

【主治】温热病后期，邪热久羁，阴液亏

虚证。

【原文】《温病条辨·下焦篇》第1条：“风温、温热、温疫、温毒、冬温，邪在阳明久羁，或已下，或未下，身热面赤，口干舌燥，甚则齿黑唇裂，脉沉实者，仍可下之；脉虚大，手足心热甚于手足背者，加减复脉汤主之。”分注：“以复脉汤复其津液，阴复则阳留，庶可不至于死也。去参、桂、姜、枣之补阳，加白芍收三阴之阴，故云加减复脉汤。在仲景当日，治伤于寒者之结代，自有取于参、桂、姜、枣，复脉中之阳；今治伤于温者之阳亢阴竭，不得再补其阳也。用古法而不拘古方，医者之化裁也。”

【按语】加减复脉汤用大量滋阴养血药补下焦肝肾之阴，通过滋阴以复脉，是治疗下焦温病后期真阴耗伤的基础方。

2. 救逆汤

【方源】《温病条辨》卷三。

【组成】加减复脉汤去麻仁，加生龙骨四钱，生牡蛎八钱。

【用法】水八杯，煮取三杯，分三次服。

【功用】滋阴潜阳，复脉救逆。

【主治】温病误用发散药，津液被劫，心中震震，舌强神昏，汗自出，中无所主者。

【加减】脉虚大欲散，加人参二钱。

【原文】《温病条辨·下焦篇》第2条：“温病误表，津液被劫，心中震



震，舌强，神昏，宜复脉法复其津液，舌上津回则生。汗自出，中无所主者，救逆汤主之。”

【按语】救逆汤去麻仁之滑泄，用生龙骨、生牡蛎重镇潜阳，收敛固摄，防止津液外泄以保津，用来治疗真阴耗损兼汗出不止。

3. 一甲复脉汤

【方源】《温病条辨》卷三。

【组成】加减复脉汤去麻仁，加牡蛎一两。

【用法】水八杯，煮取三杯，分三次服。

【功用】滋阴清热，固摄止泻。

【主治】下焦温病，但大便溏者。

【原文】《温病条辨·下焦篇》第9条：“下后，大便溏甚，周十二时三、四行，脉仍数者，未可与复脉汤，一甲煎主之。服一、二日大便不溏者，可与一甲复脉汤。”

【按语】先用一甲煎固摄止泻。一甲煎是用“生牡蛎二两”，以“水八杯，煮取三杯，分温三服”。生牡蛎咸寒，既能固摄止泻而达到存阴的目的，又能清除余热。由于它存阴止泻而不敛邪，所以吴鞠通说它是“一物而三用之”。大便不溏时再用一甲复脉汤。去麻仁之滑泄，加生牡蛎，既可滋阴补液，又可防因滋阴而导致大便再度溏泄。

4. 二甲复脉汤

【方源】《温病条辨》卷三。

【组成】加减复脉汤加生牡蛎五钱，生鳖甲八钱。

【用法】水八杯，煮取三杯，分三次服。

【功用】滋阴增液，潜阳镇摄。

【主治】热邪深入下焦，脉沉数，舌干齿黑，手指但觉蠕动。

【原文】《温病条辨·下焦篇》第13条：“热邪深入下焦，脉沉数，舌干，齿黑，手指但觉蠕动，急防痉厥，二甲复脉汤主之。”

【按语】二甲复脉汤用生牡蛎、生鳖甲这两味咸寒质重的甲壳类药物滋补肝肾，潜阳镇摄，以熄虚风。用于真阴耗损的基础上又出现水不涵木、虚风内动之阴亏痉厥的预防和治疗。

5. 三甲复脉汤

【方源】《温病条辨》卷三。

【组成】二甲复脉汤加生龟板一两。

【用法】水八杯，煮取三杯，分三次服。

【功用】滋阴清热，潜阳熄风。

【主治】(1)《温病条辨》：下焦温病，热深厥甚，脉细促，心中憺憺大动，甚则心中痛者。

(2)《医方发挥》：温病后期，热烁肝肾之阴，虚风内动之手指蠕动，心中憺憺大动，舌干齿黑，唇裂，脉沉细数。

【加减】剧者，加甘草一两，地黄、白芍各八钱，麦冬七钱，日三，夜一服。



【原文】《温病条辨·下焦篇》第14条：“下焦温病，热深厥甚，脉细促，心中憺憺大动，甚则心中痛者，三甲复脉汤主之。”

【按语】三甲复脉汤用生龟板味甘性平，不仅能滋补肝肾，潜阳镇摄，还能补血养心，镇心安神，交通心肾。用于真阴耗损的基础上又出现心神失养、心阴大亏之虚风内动的治疗。

6. 大定风珠

【方源】《温病条辨》卷三。

【组成】炙甘草四钱，干地黄六钱，生白芍六钱，麦冬六钱（不去心），阿胶三钱，麻仁二钱，生牡蛎四钱，生鳖甲四钱，生龟板四钱，五味子二钱，鸡子黄（生）二枚。

【用法】水八杯，煮取三杯，去滓，再入鸡子黄，搅令相得，分三次服。

【功用】滋阴熄风。

【主治】(1)《温病条辨》：热邪久羁，吸烁真阴，或因误表，或因妄攻，神倦瘵瘵，脉气虚弱，舌绛苔少，时时欲脱者。

(2)《谦斋医学讲稿》：肝肾阴血极虚，内风煽动不息，眩晕不能张目，耳鸣，筋惕肉瞤，心慌泛漾。

【宜忌】《中医方剂学讲义》：如阴液虽虚，而邪气尤盛者，非本方所宜。

【原文】《温病条辨·下焦篇》第16条：“热邪久羁，吸烁真阴，或

因误表，或因妄攻，神倦瘵瘵，脉气虚弱，舌绛苔少，时时欲脱者，大定风珠主之。”

【按语】大定风珠用鸡子黄养阴熄风；五味子收敛真阴；并把大队血肉有情之品的药量减少，以降低影响消化等副作用。用以治疗真阴耗损已甚，风动欲脱的危重病证。

“复脉辈”的六个方剂，是由滋补而至填补的加味过程，是治疗温病后期真阴耗损以至亡阴液脱的代表方剂，也是滋阴法在温病治疗中具体运用的体现，是吴鞠通治疗温病后期肝肾亏损、虚风内动的重要方法。

二、应用

《温病条辨》的近代研究，自上个世纪80年代以来更加深入，从单纯的文献研究，发展到实验研究，从传统的中医临床研究，发展到中西医结合的临床研究，并取得了较多成果。今仅就“复脉辈”的应用扩展和临床研究予以讨论。

1. 冠心病

冠心病属心肾气阴亏虚者，常表现为：胸闷不适、时有心悸烦热、口干咽燥、精神疲惫、自汗、大便秘结、舌质光红无苔，脉细弱等。陈锦芳^[1]运用加减复脉汤化裁治疗冠心病和经冠状动脉支架置入术后，中医辨证属心肾气阴亏虚的典型病例，取得良效。处方：炙甘草10g，干地黄24g，生白芍15g，麦冬15g，阿胶10g（烊化冲服），麻仁10g，丹参15g，全瓜蒌24g。常法煎服。



2. 呕吐

曾恒香^[2]运用加减复脉汤化裁治疗呕吐属胃热上逆，营阴被劫者，临床见：纳差，心烦欲呕，面色淡黄，声音低弱，全身无力，倦卧于床，舌光红无苔，脉沉细数，手心发热，便秘溲黄，口干燥，渴不思饮，饮则即吐。处方：加减复脉汤合二陈汤加味（党参、生地、白芍、麦冬、阿胶、麻仁、法夏、陈皮、茯苓、焦栀、炙甘草、代赭石）。服法先用生姜泡水或藿香正气水服用，待呕吐逆消，再用上方煎液小剂量进服，待胃气和，以上方正常饮用3次/天。经上方服用6剂后，患者精神稍好，可坐起，并可少量饮食，再以上方为主加健脾补气药，又服7剂之后痊愈出院。

3. 甲亢并发慢性腹泻

甲亢患者因其代谢加速，致食欲亢进。部分患者由于胃肠蠕动加快，消化吸收不良，而致排便次数增加。一方面对糖、蛋白质、脂肪的分解加速，一方面排泄又增多，这类患者常明显消瘦，心血管和精神神经系统的症状尤为突出，多见心悸气短，焦躁易怒，失眠紧张，神经过敏。女性常有闭经，男性多伴发阳痿。而其伴发腹泻者亦不少，亦有以长期腹泻为其首发症状者，这类患者体质更加虚弱，如单纯应用抗甲状腺激素类药物疗效常不甚明显，又易发生粒细胞下降等副作用。张中旭等^[3]运用一甲复脉汤治疗甲状腺机能亢进症并发慢性腹泻32例。采用一甲复脉汤加生姜、大枣。方药组成：炙甘草12g，干地黄12g，生白芍12g，麦冬10g，阿胶8g(烊)，生牡蛎20g，生姜3片，大枣7枚。每日1剂，水煎500ml，早晚各服1次。同时服用他巴唑(MM)每次10mg，每天3次。考虑到抗甲状腺激素类药物的

严重不良反应多在服用后21~42日内发生，故采取治疗42日为1疗程。患者每7日检查一次血常规，了解外周血中粒细胞情况。观察组32例：显效12例；好转16例；无效4例；有效率87.5%。本方乃酸甘济阴佐以收涩之法，酸能制肝有敛阴生津之效；甘则益脾和胃，具有和阳之能而使津守功还；涩可去脱敛肠。共使下焦得养，阴复则阳留，中焦运化有源，而达治疗目的。

4. 抽搐

陈文邦^[4]运用二甲复脉汤化裁治疗低钙性抽搐属肝阴不足，阴虚风动者，症见：四肢麻木，以肘、膝关节以下明显，时有抽搐，胸前麻木，每发持续1-2小时，日2-3次。发作时手拉床缘，喜压心口。苔黄而干，舌质稍绛，脉沉细而缓。治拟滋阴熄风通络。方用二甲复脉汤化裁：龟板20克，白芍15克，阿胶（烊化）10克，麦冬10克，生地20克，天麻5克，钩藤6克，僵蚕10克，黄芩10克，蜈蚣1条。三剂。药后，抽搐、麻木明显缓减，舌脉同前，上方加当归10克、瓜蒌壳20克。三剂后，四肢抽搐已止，惟感四肢麻木及胸前阵发性麻木时有发作，但为时短。舌质转红，苔微黄，脉沉细。二诊方加柴胡6克、枳壳6克、炙甘草6克。三剂后病愈出院，迄今未见复发。

5. 脑卒中恢复期

脑卒中的恢复期，病程较长，最短3个月，最长1.5年，提示久病耗血伤阴，致阴虚风动。李家邦^[5]运用三甲复脉汤治疗阴虚风动型脑卒中恢复期25例。患者每日服三甲复脉汤剂，药方为生地、生牡蛎、生鳖甲、生龟版各15克，白芍、麦冬、火麻仁各10克，阿胶12克，炙甘



草6克。7周为1疗程。25例中基本治愈1例，占4%；显效8例，占32%；有效15例，占60%；无效1例，占4%；总有效率为96%。

6. 骨质疏松症

骨质疏松症多见于中老年患者，而这类人群多伴有高血压、冠心病、糖尿病、因此，常伴有不同程度的腰背部疼痛、眩晕、头痛、胸闷、心悸、乏力、口干渴、便秘，甚至出现痴呆和手足蠕动。中老年人由于饮食减少，导致钙摄入量不足，肠道对钙的吸收率仅为年轻人的1/3左右，再加上中老年女性雌激素分泌减少，影响骨的代谢，使新骨形成减少，骨质吸收增多，导致骨质疏松。《内经》曰：“背者胸中之府，背曲肩随，府将坏矣；腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣；膝者筋之府，屈伸不能，行将偻附，筋将惫矣；骨者髓之府，不能久立，行将振掉，骨将备矣。”三甲复脉汤不仅具有滋阴清热、潜阳熄风的功效，而且具有补益肝肾、强筋健骨的作用，是治疗老年骨质疏松症的有效方剂。田其中^[6]运用三甲复脉汤治疗骨质疏松症68例，患者均口服三甲复脉汤(炙甘草18g、生地18g、白芍18g、阿胶9g、麻仁9g、麦冬15g、牡蛎15g、鳖甲24g、龟板30g)，水煎成浓缩液100ml，分3次口服，3次/天，4周为1个疗程。治疗组68例，其中显效38例；好转22例；无效8例；总有效率为88.24%。

7. 抽动秽语综合征

抽动秽语综合征是一种发生于儿童及少年的神经系统运动障碍疾病。病程长，往往影响患儿的学习及生活。抽动秽语综合征至今病因未明，多认为与纹状体的多巴胺作用过度有关。目前对该病的治疗尚缺

乏特殊药物及方法，西医治疗多使用多巴胺拮抗剂(氟哌啶醇)及镇静剂(泰必利)等，虽对部分患儿有效，但副作用大，难以长期坚持服药。中医认为，本病多由先天禀赋不足，肝肾亏虚，虚风内动所致。故治以滋补肝肾、育阴熄风之法。陆磊^[7]运用大定风珠加味治疗抽动秽语综合征12例，以中药大定风珠为基础方，药用：阿胶10g，生龟板、鳖甲、生牡蛎各20g，熟地12g，白芍、菟丝子、黄精、杜仲各9g，麦冬15g，生鸡子黄1只，山茱萸、五味子各6g，炙甘草3g。偏气虚者加黄芪12g；血虚者加当归6g。1剂/d，慢火煎煮至300ml，每次服150ml，日分2次服，2周为1个疗程。治疗组12例：显效3例；有效7例；无效2例。中药组副反应少，易为患儿接受。

8. 顽固性荨麻疹

荨麻疹属过敏性疾病，属中医“瘾疹”范畴，俗称“风疹块”。对其病因，历代医家多以外因立论，如风寒性荨麻疹多用桂枝汤合玉屏风散治疗；风热性荨麻疹选用消风散加浮萍、何首乌施治。此是针对普通性荨麻疹。而顽固性荨麻疹不同，患病时间较长，长期服用药效果不显或无效者，应用内治法进行治疗，效果明显。顽固性荨麻疹主要表现为久病入内，风热风寒之淫皆能入里化热伤阴。肝为风木之脏，淫邪长久不愈入肝，化热伤阴后，累及肾阴，阴血极虚，内风煽动不息，肝肾同病，且有水不涵木现象。倪晓畴^[8]自1995年~1999年从内因立论选用大定风珠治疗顽固性荨麻疹患者31例，疗效明显。31例患者均为门诊患者，全部病例均属典型性荨麻疹，无合并症，临床均有不同程度的皮肤干燥，口干多饮，大便干燥，畏风等症状。全部病例均单纯服用大定风珠治疗：炒白芍12g，生地黄12g，



麦门冬12g, 阿胶10g(烊化), 龟板15g, 鳖甲15g, 牡蛎15g, 炙甘草10g, 火麻仁8g, 五味子10g, 红枣10g, 生姜3片, 每日1剂水煎分3次服, 每次入鸡子黄1枚, 随汤药冲服。瘙痒甚者加白鲜皮、地肤子; 食呆者减阿胶, 加焦三仙; 兼有表症者加防风、荆芥。本组31例经治疗全部获效, 其中服药10天治愈者8例, 服药14天治愈者23例, 随访2年仅1例因饮酒、嗜辛辣较重而复发。

另外, 临床还有报道, 应用加减复脉汤治疗蝮蛇咬伤所致的心肌损害等; 应用三甲复脉汤治疗幼儿抽搐、面肌抽搐、甲亢、病毒性心肌炎、肝硬化腹水、皮肤瘙痒症等; 应用大定风珠治疗帕金森病、小舞蹈病、老年性舞蹈病、肝纤维化、慢性肾衰、产后抑郁症、瘰疬病、红斑狼疮伴甲亢、舌丝状乳头萎缩等。

三、评价

吴鞠通是清代具有代表性的医学家之一, 他创立了温病的三角辨证体系, 明确了温病与伤寒的辨证关系, 创制了温病专用方, 把中医学的发展推向了一个新的高峰, 对中医药的发展作出了巨大的贡献。

对吴先贤在温病学上的杰出贡献, 朱彬《温病条辨·序》评价: “自温而热而暑而湿而燥, 一一一条分缕析, 莫不究其病之所以生, 推之至于所终极; 其为方也约也精, 其为论也宏也肆, 俾二千余年之尘雾, 豁然一开。昔人谓仲景为轩岐之功臣, 鞠通亦仲景之功臣也。”

四、体会

吴先贤的理论浩瀚精深, 就“复脉辈”

来说, 现今的研究已取得可喜的进展。但也有不足之处, 从已发表的论文来看, 多针对应用扩展和临床研究, 动物实验研究和复方药理尚乏, 所以现代研究可谓是冰山一角。而学生今之浅述, 实为沧海一粟, 微不足道之谈而已。吴先贤《上焦篇》中的一句话道出学生的心声, 故引为结语: “故本论撷拾其大概, 粗定规模, 俾学者有路可寻, 精妙甚多, 不及备录。”

参考文献

- [1] 陈锦芳. 加减复脉汤的临床应用[J]. 江苏中医药, 2008,40(3):12
- [2] 曾恒香. 试述加减复脉汤在临床上的运用 [J]. Guangdong Medical Journal, 2002,23(6):184
- [3] 张中旭, 肖莉, 李俊岭. 一甲复脉汤治疗甲状腺机能亢进症并发慢性腹泻32例[J]. 河南中医学院学报, 2006,21(4):41
- [4] 陈文邦. 二甲复脉汤治愈抽搐[J]. 四川中医, 1985,(11):46
- [5] 李家邦. 三甲复脉汤治疗肝风证阴虚风动型25例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 1993,9(1):3
- [6] 田其中. 三甲复脉汤治疗骨质疏松症68例临床观察[J]. 中医药导报, 2006,12(1):32
- [7] 陆磊. 大定风珠加味治疗抽动秽语综合征12例[J]. 湖北中医杂志, 2001,23(7):28
- [8] 倪晓畴. 大定风珠治疗顽固性荨麻疹31例[J]. 中国民间疗法, 2000,8(8):30



不同部位腧穴电针 减肥效应差异 的实验研究



南京中医药大学针药结合实验室
徐斌 毛珍 邵清华 王玲玲
刘志诚 孙永 项晓人 龚美蓉
中国中医科学院针灸研究所
喻晓春

- 【摘要】** 目的：通过实验研究，研究针灸减肥效应的穴位特异性。
方法：利用食源性肥胖大鼠，选择四个常用的减肥部位的穴位（耳部、上肢、下肢、腹部），进行电针减肥治疗，观察肥胖指标、脂肪细胞分泌产物及相关摄食调节肽的变化，以探索电针减肥穴位的部位特异性。
结果：4个治疗组的减肥效应存在差异，以腹部“天枢”穴的减肥效应最为显著，耳穴的减肥效应最不理想。
结论：电针减肥效应存在穴位部位特异性。

【关键词】 电针 食源性肥胖大鼠 穴位特异性

传 统针灸理论认为不同部位的腧穴具有不同的作用，它以特定的经络和腧穴理论，对不同部位腧穴的临床作用进行了概括，形成了系统的理论，这些理论对于指导传统中医已经有明确记载的病证、症状的治疗具有重

要作用，但是对于一些没有传统文献记载的疾病的针灸治疗，临床上往往通过对疾病表现的归纳，形成对疾病的“证”属性的认识，从而制订临床治疗方案，由于对疾病“证”属性的认识，仍然属于传统医学的范畴，目前尚未有



规范的现代体系,所以,对同一个病的认识,有不同的分证形式,从而导致临床治疗疾病的用穴方案的多样性。对于单纯性肥胖病的证型的认识,目前有多种观点,从三证到二十七证,而临床用穴也达到205个,占穴位总数的56%,似乎多数穴位均具有减肥作用,在其它疾病的治疗中,也存在类似情况。结合临床经验,并通过必要的科学研究,确定具体疾病治疗的适宜穴位,已经成为针灸临床和学术发展重要问题。本文在这方面进行了探索。

1. 材料与方法

1.1 实验动物的选用和实验条件

刚断乳的SPF级SD雄性大鼠100只,由上海实验动物中心提供(许可证号:SCXK(沪)2002-0010),饲养于本校SPF级动物实验中心。实验室温度保持在(23±2)°C,湿度(60±5)%,昼/夜时间12/12小时。

1.2 动物模型及分组

大鼠适应饲养1周后,随机挑选10只为普通饲料组(SPF级全价鼠饲料),90大鼠为高脂饲料组(高脂饲料配方:全价SPF级鼠饲料60%、猪油12%、蔗糖5%、奶粉5%、花生5%、鸡蛋10%、麻油1%、食盐2%,由苏州双狮实验动物饲料有限公司提供),分组时两组大鼠体重无差异。所有大鼠在造模期间自由摄食和饮水,饲料和水每日更换一次,喂养3个月,定时观察记录大鼠摄食量,饮水量,体重,体长。以体重超过普通饲料组15%为肥胖标准,3个月后,造模成功54只,成功率60.0%。将造模成功的大鼠按体重分层,利用随机数字法随机分成模型组、电针上肢组、电针下肢组、电针腹部组、电针耳穴组各10只,治疗前5组体重与正常组的差异均有极显著意义,5组间体重差异

无显著性意义(见表1)。

1.3 实验方法

以自制的束缚装置固定大鼠,治疗时大鼠处于清醒而无挣扎状态。腹部穴位组取双侧“天枢”穴;上肢组取一侧“曲池”和“合谷”穴;下肢组取一侧“后三里”和“内庭”穴;耳穴取“胃”(耳轮脚消失处)和“饥点”(耳屏外侧面中点);上肢组、下肢组、耳穴组均左右侧隔日交替轮换取穴;正常组和模型组与电针组同样束缚,但不针刺;针具为环球牌32号无菌针灸针;电针仪为韩氏LH402A穴位神经电刺激仪,频率2/15Hz,强度2mA;曲池、外关、后三里和内庭四穴按实验动物针灸穴位图取穴^[1]，“天枢”穴按骨度分寸法取穴(在胸剑联合下缘与耻骨联合上缘间8:5处旁开约1/2处),针“天枢”穴时,仰面固定大鼠,露出全腹部。治疗时间15min/d,每日治疗前后给所有大鼠称重并记录。每治疗6天休息1天,共观察39天,治疗或束缚33次。治疗或束缚期间所有大鼠均普通饲料并自由饮食。

1.4 检测指标

动物治疗结束后,禁食12小时,以电子秤称量治疗前、后体重(g),计算体重变化百分率=(治疗前体重-治疗后体重)/治疗前体重%;毛细管法眼球采集血样(3ml)后,动物快速断头处死,打开腹腔,取肾周脂肪、附睾脂肪及项后肩胛间棕色脂肪组织,电子天平称重记录(g),以肾周脂肪和附睾脂肪之和代表内脏脂肪量,计算脂体比=内脏脂肪湿重/治疗后体重(%),棕色/白色=项后肩胛间棕色脂肪组织湿重/内脏白色脂肪组织湿重(%);取血清用生化比色法测定三酰甘油(TG)、胆固



醇(TC)、高密度脂蛋白(HDL-C)、游离脂肪酸(FFA)含量,所有测定步骤和计算公式均按试剂盒(购自南京建成生物工程研究所)说明书操作;用酶联免疫法测定血清瘦素(LeP)、神经肽Y(NPY)、八肽胆囊收缩素(CCK-8)、抵抗素(RES)、脂联素(ADP)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α),所有测定步骤和计算公式均按试剂盒(购自上海天呈科技有限公司)说明书操作。

1.5 统计方法

以SPSS13.0统计软件的单向方差分析进行多样本均数比较和均数间比较。统计量以均数+标准差表示。

2. 结果(见表1)

2.1 不同部位腧穴电针对肥胖大鼠肥胖相关指标影响的差异

研究结果显示:4个治疗组均可降低肥胖大鼠的体重,除耳针组外,与模型组的差异均有显著性意义,体重接近正常组。模型组体重降低幅度与三个有效治疗组间的差异均有极显著意义,表明饮食变化可能不是治疗组体重降低的主要因素。治疗效应从高到低依次是腹部电针组、下肢电针组、上肢电针组、耳针治疗组。

肥胖大鼠脂体比显著升高,4个治疗组的脂体比均有降低,其结果及组间差异与体重变化方向及程度一致,其体重变化可能主要是由于脂肪量的减少所致,表明电针具有良好的减肥作用。

肥胖大鼠与正常大鼠的棕色脂肪与白色脂肪比率的差异未呈现显著意义,而4个治疗组中除耳针组外,这一指标均呈现有显著意义的升高,并有随减肥率升高而增加的趋势。

在血脂变化方面,胆固醇的变化未呈现显著性意义,肥胖组较正常组三酰甘油和游离脂肪酸含量的增高、高密度脂蛋白含量的降低均有极显著意义。4组治疗后三酰甘油含量均接近正常组,而显著低于肥胖组。游离脂肪酸含量的变化并不完全一致,下肢组仍与模型组接近,而腹部组与正常组接近。高密度脂蛋白含量耳针组与下肢组仍与模型组接近。

2.2 不同部位腧穴电针对肥胖大鼠肥胖脂肪细胞分泌产物影响的差异

肥胖大鼠与正常大鼠相比,脂肪细胞分泌产物的差异均有极显著意义,除脂联素降低外,其余三个指标均升高。

电针治疗后,上、下肢组脂联素水平升高到正常水平与模型组的差异有显著性意义。抵抗素的水平耳针组和下肢组与正常水平接近,上肢与腹部组与模型组接近。4个治疗组的瘦素和肿瘤坏死因子 α 水平均较模型组降低并接近正常组。

2.3 不同部位腧穴电针对肥胖大鼠摄食相关肽影响的差异

肥胖大鼠较正常大鼠血清神经肽Y水平极显著升高、八肽胆囊收缩素水平极显著降低。4个治疗组均能极显著性地降低神经肽Y水平,但只有腹针组接近正常水平。而在八肽胆囊收缩素水平变化方面,下肢组、腹部组较模型组的下降有显著意义,且只有腹部组与正常组接近。

表1 不同部位电针对大鼠肥胖指标、脂肪组织产物及相关调节肽等的影响 (n=10)

指标	正常组	模型组	耳针组	上肢组	下肢组	腹部组	F	P	
体重(g)	前	514.00±7.93	596.80±14.16	592.40±13.51	591.80±15.87	595.40±19.82	599.90±13.45	5.235	0.001
	后	502.30±7.75	593.00±18.60	553.60±9.29	537.00±17.10	526.60±25.88	506.80±16.00	3.952	0.004
体重降低%	2.28±0.89	0.71±0.43	6.33±1.45	8.90±3.16	11.74±2.48	15.50±1.94	7.673	0.000	
脂体比%	2.02±0.14	3.43±0.13	2.78±0.27	2.56±0.33	2.25±0.23	2.22±0.42	3.565	0.002	
棕色/白色%	3.30±0.35	2.55±0.27	3.27±0.40	4.48±0.70	4.92±0.58	5.48±0.77	4.294	0.002	
胆固醇mmol/l	1.41±0.05	1.56±0.02	1.54±0.04	1.52±0.06	1.49±0.03	1.44±0.04	2.084	0.082	
三酰甘油mmol/l	4.46±0.09	5.13±0.05	4.68±0.09	4.71±0.14	4.59±0.11	4.53±0.09	5.448	0.000	
高密度脂蛋白mmol/l	1.53±0.03	1.30±0.04	1.36±0.04	1.45±0.07	1.42±0.07	1.47±0.04	2.668	0.032	
游离脂肪酸mmol/l	0.90±0.19	2.07±0.21	1.48±0.15	1.45±0.23	1.56±0.20	1.18±0.08	4.617	0.001	
脂联素ng/ml	14.89±2.18	4.35±1.39	7.00±1.73	10.56±2.58	12.42±4.57	7.28±1.96	5.145	0.001	
抵抗素ng/ml	1.06±0.08	4.58±0.70	1.94±0.25	3.91±0.62	2.44±0.69	3.16±0.47	6.190	0.000	
瘦素ng/ml	4.11±0.74	11.56±2.18	5.69±1.38	4.25±0.69	5.46±1.22	4.75±0.72	8.753	0.000	
肿瘤坏死因子α ng/ml	1.39±0.15	4.43±0.38	2.48±0.33	2.26±0.29	2.21±0.32	2.09±0.32	11.244	0.000	
神经肽Y pg/ml	52.63±15.49	130.80±15.04	82.67±17.29	68.61±5.44	67.13±6.83	59.85±17.54	38.549	0.000	
八肽胆囊收缩素 pg/ml	44.78±17.28	22.75±4.53	29.91±8.03	27.24±8.23	33.31±5.09	37.14±3.96	5.722	0.000	

续表1 各观测指标的组间差异比较 (P值)

指标	组间比较															
	正/模	正/耳	正/上	正/下	正/腹	模/耳	模/上	模/下	模/腹	耳/上	耳/下	耳/腹	上/下	上/腹	下/腹	
体重(g)	前	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.832	0.809	0.946	0.881	0.977	0.885	0.717	0.862	0.696	0.828
	后	0.000	0.036	0.152	0.313	0.851	0.105	0.023	0.007	0.001	0.490	0.263	0.055	0.665	0.211	0.411
体重降低%	0.590	0.164	0.025	0.002	0.000	0.056	0.006	0.000	0.000	0.375	0.065	0.002	0.328	0.026	0.197	
脂体比%	0.001	0.054	0.161	0.554	0.604	0.093	0.028	0.003	0.003	0.582	0.174	0.093	0.412	0.373	0.942	
棕色/白色%	0.335	0.972	0.132	0.040	0.007	0.353	0.016	0.003	0.000	0.124	0.037	0.006	0.568	0.200	0.472	
胆固醇	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
三酰甘油	0.000	0.146	0.090	0.375	0.653	0.003	0.005	0.000	0.000	0.803	0.565	0.312	0.410	0.209	0.661	
高密度脂蛋白	0.002	0.021	0.265	0.107	0.362	0.367	0.036	0.105	0.022	0.218	0.465	0.152	0.612	0.836	0.476	
游离脂肪酸	0.000	0.028	0.040	0.014	0.285	0.027	0.019	0.053	0.001	0.883	0.774	0.245	0.664	0.308	0.149	
脂联素	0.000	0.002	0.083	0.318	0.003	0.282	0.014	0.002	0.235	0.151	0.031	0.910	0.450	0.186	0.040	
抵抗素	0.000	0.239	0.000	0.067	0.006	0.001	0.373	0.005	0.060	0.010	0.500	0.104	0.050	0.309	0.334	
瘦素	0.000	0.246	0.919	0.321	0.637	0.000	0.000	0.000	0.000	0.289	0.865	0.488	0.372	0.711	0.601	
肿瘤坏死因子α	0.000	0.015	0.049	0.062	0.112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.622	0.547	0.374	0.913	0.690	0.772	
神经肽Y	0.000	0.000	0.016	0.028	0.267	0.000	0.000	0.000	0.000	0.033	0.019	0.001	0.818	0.178	0.262	
八肽胆囊收缩素	0.000	0.002	0.000	0.016	0.103	0.125	0.333	0.026	0.003	0.563	0.464	0.122	0.193	0.036	0.408	



3. 讨论

近年来,随着针灸减肥临床应用的日益普及,临床取穴的方法多种多样,并进行了相关的研究,有肝经取穴治疗血瘀型肥胖的^[2]、有疏肝健脾法治疗脾虚型肥胖的^[3]、有用灵龟八法取穴的^[4]、有用俞募配穴的^[5]、有用调三焦穴位的^[6]、有用非常规针法的^[7],我们课题组曾提出过针灸减肥临床方案制订的思路和方法^[8],并在分析临床有效穴位的基础上提出过针灸减肥的组穴原则^[9]。但目前临床针灸减肥用穴依然混乱,究其原因,还在于肥胖病是一个以往传统中医未有系统认识的疾病,其辨证基础不明——肥胖的脏腑定位、经络联系不明确,所以临床上可能无法用传统理论建立其治疗规范。本文在总结临床用穴经验的基础上,利用动物实验的方法,进一步探索针灸减肥的穴位部位特异性问题。

研究表明,对于食源性肥胖大鼠电针不同部位腧穴,其减肥效应存在差异,且与临床常规取穴的效果并不完全一致。

临床多用体针结合耳穴进行减肥治疗,然而本次实验结果表明耳部穴位的减肥效应是最不理想的,这可能的原因是临床耳穴多以耳压王不留行籽的方法进行治疗,由于肥胖是一种与人类生活行为相关的一种疾病,“耳压”可能有行为治疗的意义,而在动物实验中,这一治疗作用是无法体现的。

腹部电针组的治疗效应最好,且与两种神经肽的变化关系最为密切,神经肽Y是一种增食欲肽,八肽胆囊收缩素是一种食欲抑制肽,只有腹部电针组使这两种肽恢复到正常水平,提示电针减肥效应的取得的主要途径之一可能是抑制食欲,且这种抑制效应存在较高的穴位部位特异性。

参考文献

- [1] 李忠仁主编. 实验针灸学. 北京: 中国中医药出版社, 2003年1月
- [2] 刘婉师. 肝经取穴为主治疗血瘀型单纯性肥胖的临床研究. 广州中医药大学硕士论文, 2008-04-01
- [3] 赵岩. 疏肝健脾法针灸治疗脾虚型肥胖的临床研究. 广州中医药大学硕士论文, 2008-04-01
- [4] 付国英. 灵龟八法针法为主治疗肥胖临床疗效观察. 北京中医药大学硕士论文, 2007-05-01
- [5] 周时正. 俞募配穴法埋线治疗单纯性肥胖的疗效研究. 广州中医药大学硕士论文, 2006-04-01
- [6] 邓丽娟. 调三焦穴位埋线治疗中年人腹型肥胖的临床研究. 广州中医药大学硕士论文, 2006-04-01
- [7] 谢慰, 吴林瑾, 思金华. 近五年非常规针灸方法治疗单纯性肥胖的综述. 内蒙古中医药, 2008, 2: 53-54
- [8] 徐斌, 刘志诚, 张中成. 针刺治疗肥胖临床方案制定的基本思路和方法. 中国针灸, 2004, 24(2): 129-133
- [9] 毛珍, 徐斌. 针灸治疗单纯性肥胖病的组穴原则. 上海针灸杂志, 2007, 26(4): 32-35

中医学对

痤疮

的研究概况

刘立 魏跃刚

寻常痤疮是一种损容性的、多发性的毛囊，皮脂腺慢性炎症性皮肤病。与性腺的内分泌功能有关。发病率高，容易反复发作，为皮肤科的常见病。好发于面颊，额部，颊部和鼻颊沟、胸背部。其顶端因黑色素沉积形成黑头粉刺，挤压时可挤出头部黑色而体部呈白色半透明的脂栓。稍重时黑头粉刺形成炎症丘疹，顶端有米粒至豌豆大的小脓疮。还可形成暗红色结节或囊肿。本病一般无自觉症状，炎症明显有疼痛。好发生于青春期的男女，青春期过后逐渐痊愈或减轻。但严重者可留有疤痕及色素沉着，损坏患者的容颜、影响人身心健康。痤疮虽然是躯体的疾病，但在社交、心理、情绪等方面对患者的影响，不亚于严重的哮喘、关节炎等疾病。痤疮患者易情绪低落，容易焦虑和愤怒，这是一种不容忽视的心身疾病，

于《内经》，《素问·生气通天论》有：“膏粱之人，内脏滞热。痤…皆肺气内郁所为。”及“劳汗当风，寒薄为皴，郁乃痤”、“汗出见湿，乃生痤疮”的记载。王冰注曰：“皴刺长于皮中，形如米，或如针，久者上黑，长一分，余色白黄而瘦（疑为痤）于玄府中，俗曰粉刺”。张介宾注曰：“形劳汗出，坐卧当风，寒气薄之，液凝为鼓，即粉刺也，若郁而稍大，乃形小节，是名曰痤”。

晋代《肘后备急方》中有“年少气充，面生疱疮”的记载，明确本病发生在面部，故称面疱，同时也指出了痤疮的发病与年龄有关。

南北朝时期我国第一部外科专著《刘涓子鬼遗方》中治疗此病的外用药记载“木兰膏方”（木兰、防风、白芷、青木香、牛膝、独活、藁本、当归、芍药、杜衡、辛夷、川芎、细辛_{各一两}，麝香_{一分}，附子_{二分}，炮诸药以腊月猪脂一升，微火煎三沸三上下，去滓，末下，搅令膏成），外用“傅疱上，日三”治疗“面皴疱”。

1、中医古代文献对痤疮的论述

对痤疮的症状和病因病机的描述最早见

明代《外科正宗肺风粉刺酒齄鼻第八十一》：“肺风、粉刺、酒齄鼻三名同种，粉刺属肺，齄鼻属脾，总皆血热郁滞不散。又有好饮者，胃中糟粕之味，熏蒸肺脏而成。经所谓有诸内、形诸外。内服枇杷叶丸（枇杷叶^{去毛}、黄芩^{酒炒、四两}，甘草^{一两}，天花粉^{四两}），黄芩清肺饮（川芎、当归、赤芍、防风、生地、干葛、天花粉、连翘、红花^{各一钱}，黄芩^{二钱}，薄荷^{五分}）”。

清《医宗金鉴》曰：“此证由肺经血热而成，每发于面鼻，起碎疙瘩，形如黍屑，色赤肿痛，破出白粉汁。日久皆成黍米白屑。宜内服枇杷清肺饮（人参^{三分}，枇杷叶^{刷去毛}、蜜炙^{二钱}，生甘草^{三分}，黄连^{一钱}，桑白皮^{二钱}，黄柏^{一钱}），外用颠倒散，缓缓自收功也。”《医宗金鉴》指出：“此证由肺经血热而成。”

以上文献的论述认为：痤疮主要发于面部，病因病机主要为肺内不清或肺经血热，血热郁滞于面。病性多属实。治疗上采用内外合治，内服枇杷叶丸、黄芩清肺饮、枇杷清肺饮等以清肺疏风活血，外用木兰膏、颠倒散等以清热散结。其中内服方枇杷清肺饮和外用药颠倒散，至今仍广泛应用。

2、现代中医对痤疮的认识

与痤疮病因病机较为密切的脏腑主要有肺、脾、心、肠。肺经血热是痤疮的重要发病原因。

2.1、近现代名老中医对痤疮的认识

名老中医朱仁康认为痤疮属于中医“肺风粉刺”或“酒刺”的范畴。强调痤疮与吸烟喝酒及吃刺激性食物有关。女性痤疮与擦劣质化妆品有关。^[1]

陈彤云认为本病皆因过食肥甘厚味而致肺胃热盛、脾湿内蕴，外发肌肤所致。临床上主要分为3型论治：一是肺胃热盛型，以枇杷清肺饮加减治疗，大量运用清肺胃热的药物；二是脾湿内蕴型，以健脾除湿汤加减；三是痰湿聚结型，以内消瘰疬丸加减等。^[2]

2.2、近十年来中医药治疗痤疮概况

杨健芳将痤疮患者分为热毒郁蒸型、湿毒郁滞型、瘀血阻滞型进行治疗。热毒郁蒸型采用银花、连翘、丹皮、栀子、黄芩、黄连、马鞭草等；湿毒郁滞型采用苦参、银花、连翘、苍术、知母、石菖蒲等；瘀血阻滞型采用丹皮、紫草、连翘、赤芍、生地、牛膝等。治疗组148例患者中，总有效率为96%。

刘复兴分肺胃蕴热型、气血瘀滞型和肝经郁热型。（1）肺胃蕴热型治以清泄肺胃湿热，佐以疏风。以枇清饮合龙胆泻肝汤加减为主。（2）气血瘀滞型治宜清热解毒，行气活血化瘀。方选五味消毒饮加土茯苓、三棱、莪术、掉毛草（昆明山海棠）、蜈蚣。（3）肝经郁热型治以疏肝解郁散结为先。方选丹栀逍遥散加大红袍、马蹄香、制香附；配合中药外洗，外洗方药物组成：龙胆草、苦参、贯众、皂刺、三棱、莪术、白花蛇舌草。洗脸，每日2次，每次至少5分钟。^[3]

李映琳采用芩栀苦参丸（黄芩、山栀、苦参、防风、炙大黄、丹皮、土茯苓等）治疗痤疮216例，每次口服6~8g，日服2次。一个疗程（3周）后观察疗效，丘疹脓疱型有效率93.0%，囊肿结节性有效率55.6%。^[4]

李智珍等采用滋阴清肝消瘰方配合痤疮灵酊治疗成年女性阴虚肝热型痤疮。随机将患者分为治疗组和对照组，两组在给予痤疮灵酊（主要成分有丹参、白芷、北芪等）外搽治疗的基础上，治疗组给予滋阴清肝消瘰方（女贞子、旱莲草、柴胡、丹参等）口服治疗；对照组给予美满霉素口服治疗，一个疗程后（28天）比较两组疗效。结果显示，治疗组总有效率为84.6%；对照组总有效率为89.6%，两组疗效相仿（ $P>0.05$ ）。但治疗组发生药物不良反应事件7例，对照组发生不良反应事件9例，治疗组较对照组少。因此，滋阴清肝消瘰方治疗成年女性阴虚肝热型痤疮疗效好，与美满霉素的疗效相当，而且发生不良事件少，症状轻。^[5]

李东海用鱼腥草、地骨皮、牡丹皮、白术、茯苓、赤芍各15g，五指毛桃根30g，黄芩、炙甘草各10g，制成合剂200mL。总有效率分别为70.31%。副反应分别为2例。^[6]

2.2.1、此外，另有文献按分型（四、五、及六型）论治痤疮：

分四型论治：

陈小青等临床将痤疮分为：(1)肺热血热型，方用枇杷清肺饮加减。(2)肠胃湿热型，方用茵陈蒿汤加减。(3)脾虚痰湿型，方用四君子汤加味。(4)气血郁滞型，方用凉血清肺饮加减。并配合外用自制特效痤疮水：板蓝根、红花、桃仁、连翘、赤芍、生地黄、菊花、丹参各10g。另外自制特效痤疮粉：金银花、木芙蓉各500g，白附子、白芷、菊花、薄荷各250g，甘草150g，冰片10g，共研细末，取适量用凉瓜汁调敷患处，每天1次或隔天1次(视病情而定)。上述两药同时使用，白天涂药水，晚上敷药粉，注意清洁面部。治疗结果134例患者中，治愈78例，总有效率91.79%。^[7]

分五型论治：

李秀红将256例痤疮患者临床分五型论治：(1)肺经风热证治宜清肺热、散风邪，方用银翘散加味。(2)湿热上壅证治宜清热除湿解毒，方用枇杷清肺饮加减。(3)毒热壅滞证治宜清热解聚，凉血消肿，方用五味消毒饮加味。(4)血瘀痰凝证治宜消痰散结，活血化瘀，方用化痰散结丸加减。(5)冲任失调证治宜疏肝理气调冲任，方用加味逍遥丸加减。治疗1个月为1疗程，总有效率96.48%。

分六型论治：

呼健等在临床上将痤疮分为肺经风热、毒热内结、脾胃湿热、肝经郁热、阴虚火旺、痰瘀互结六型来论治。^[10]

2.2.2、成方的应用：

许新采用普济消毒饮加减治疗痤疮50例。基本方药：黄芩10g、黄连6g、陈皮10g、玄参20g、桔梗10g、板蓝根30g、

升麻10g、马勃10g、连翘12g、牛蒡子10g、薄荷(后下)10g、白僵蚕10g、生薏苡仁30g、甘草10g。口干唇燥、胃热甚者，可加麦冬、天花粉等养阴清热；结节囊肿难消者，可加夏枯草、牡蛎清热化痰。有效率98.0%。^{[8][11]}

2.2.3、自拟方与验方：

朱周，顾丽群和任祺用痤疮合剂治疗肺经风热型寻常痤疮116例。口服中药痤疮合剂（枇杷叶10g、黄芩10g、桑白皮10g、黄柏10g、红花10g、甘草10g等），每日1剂，分早晚2次；对照组每日餐后口服异维A酸胶丸，每次10mg，每日2次。2组患者均治疗6周，无伴随治疗。每2周随访1次，并记录评估结果。研究显示，痤疮合剂能明显减少患者的粉刺、炎性丘疹、脓疱和结节囊肿的数量，也能明显减少患者的皮脂溢出率，其疗效与异维A酸胶丸疗效相当。同时未发现有明显的毒副作用，故值得临床推广。^[9]

刘学义、俞平临床以自拟滋阴消痤疮汤治疗痤疮189例。处方：生地、蒲公英、玄参、地丁、大青叶、夏枯草各30g，山药、茯苓、山茱萸、黄芩、紫草、皂刺、桑白皮、白藜皮、赤芍各15g，丹皮10g，白蒺藜20g，生甘草6g。同时外用痤疮净（主要成分为苦参、黄柏、牛蒡子等）。总有效率97.5%。

辛琳琳等用金银花、蒲公英各21~30g，黄芩、黄柏、栀子、知母、皂角刺、白芷、浙贝母、甘草各9g，生地、丹参、陈皮、紫草、牡丹皮各15g。日1剂水煎服。同时对照组30例，用安体舒通20mg，甲硝唑200mg，美满霉素50mg，日2次口服。均1个月为1疗程。结果显示，总有效率分别为94.8%和90%。血清睾酮两组治疗后均明显下降（P<0.01）。^[14]

2.2.4、针灸治疗：

王虹采用贺氏三通(强通、微通、温通)法治疗痤疮。有效率**97.50%**。^[15]

宋玉芳采用针刺疗法治疗痤疮**89**例。主穴:肺俞、胃俞、大肠俞、血海、足三里、曲池。配穴:便秘者加天枢;月经不调者加关元。同时口服血府逐瘀胶囊,每次**6**粒,1日**2**次,10天为**1**个疗程,疗程间隔**3**日。总有效率**97.8%**。^[16]

杨涛、刘贵秀用穴位埋线疗法治疗痤疮**124**例。治愈者共**105**例,占**84%**;其中一个疗程治愈者**49**例,占**40%**;二个疗程治愈者**56**例,占**44%**;其余**19**例经一至三个疗程治疗后,均显效。^[17]

黄蜀等运用火针治疗囊肿性痤疮**128**例。总有效率**95.8%**,明显优于对照组**73.7%**。^[18]

蒋晓霞采用刮痧配合中药外敷治疗痤疮**56**例。治疗组取项背部督脉经、膀胱经共**5**线,督脉经从哑门刮至腰俞以下;两侧膀胱经则分别从天柱至大肠俞以下,从附分至胞盲。同时中药局部外敷。对照组纯用中药局部外敷治疗。治疗组总有效率**96.4%**,明显优于对照组**76.1%**。^[19]

2.2.5 中药外用面膜疗法:

刘芸对**32**例患者采用以中药面膜治疗为主,配合内服中药煎剂治疗痤疮。大黄,黄芩,黄连,白芨,硫磺等,研末过**120**目筛,开水调糊均匀涂敷于患处**1~2**厘米厚。每天治疗**1**次,每次**30**分钟,1周为**1**个疗程,一般治疗**2~3**个疗程。结果显示,对寻常型和继发感染型痤疮均有显著性疗效,治愈率达**50.0%**,总有效率为**90.6%**。^[20]

于守连用紫外线离子喷雾加中药倒膜治疗痤疮**85**例。痤疮针挤出脓栓后,将三黄粉(黄芩、黄连、黄柏研粉),用蒸馏水调匀涂于患处,再行离子喷雾**10**分钟,

有效率**96.5%**。^[21]

侯慧先等采用中药贴面膜治疗痤疮。药用双花**30g**、黄芩**20g**、赤芍**15g**、丹皮**25g**、大黄**15g**、白藓皮**30g**、当归**15g**、黄柏**20g**等,敷于整个面部,然后用CQ-B S B特定电磁波治疗仪照射于贴面膜上,每日**1**次,每次**30**分钟。治疗结果:30例中,痊愈**24**例。^[22]

2.2.6 中西医结合治疗:

全明等采用中药配合穴位注射治疗痤疮**36**例,辨证选穴以足三里、脾俞、曲池、肺俞、血海、三阴交等为主,用当归注射液、生地注射液、川芎嗪注射液及维生素B6、甲氰咪胍等针剂进行穴位注射,每周**2**次,1个月为**1**个疗程;配合中药内服外敷进行治疗。结果临床治愈**22**例,总有效率**97%**。^[23]

袁永革采用微波联合药物治疗痤疮患者**74**例。患者平均治疗**3.3**次,痊愈**55**例;显效**12**例;有效**5**例;总有效率**90.54%**。其中治疗丘疹、脓疱型疗效最好,有效率为**100%**;结节、囊肿型次之,有效率为**84.21%**;聚合型疗效最差。^[24]

参考文献

- [1] 中国中医研究院. 朱仁康临床经验集. 北京: 人民卫生出版社, 1979
- [2] 刘清. 陈彤云治疗痤疮临床经验总结. 北京中医, 2006, (6):5-6
- [3] 蒋江. 刘复兴主任医师治疗聚合性痤疮经验. 河南中医, 2004, 24(4):17
- [4] 李映琳. 苓栀苦参丸治疗痤疮216例临床观察. 北京中医药大学学报[J], 2001, 24(6): 68
- [5] 李智珍, 池凤好, 范瑞强. 滋阴清肝消瘰方配合痤疮灵酊治疗成年女性阴虚肝热型痤疮

- 临床疗效观察. 广州中医药大学学报[J], 2007, 1, 24(1):30
- [6] 李东海等. 从肺热脾虚论治寻常型痤疮64例. 广州中医药大学学报[J], 2006, 23(1):32-34
- [7] 陈小青, 伍志园, 谢俊山. 中医辨证治疗寻常性痤疮134例. 广西中医药, 2004, 27(3):25~26
- [8] 许新. 普济消毒饮加味治疗面部痤疮50例. 河南中医学院学报, 2005, 7(47)
- [9] 朱周, 顾丽群, 任祺. 福建中医药, 2008, 39(1), 7-8
- [10] 王虹. 贺氏三通法治疗痤疮疗效观察. 北京中医, 2004, 23(4):201~202
- [11] 刘芸. 中药面膜治疗痤疮的疗效观察. 中医药临床杂志[J], 2007, 10, 19(5):478
- [12] 于守连. 紫外线离子喷雾加中药倒膜治疗痤疮疗效观察. 皮肤病与性病[J], 2003, 25(3):25
- [13] 侯慧先, 肖平, 鲍维珍, 郑美华, 李晓伟, 马丽娜, 刘彩霞, 东贵荣(指导). 中药贴面膜治疗青春期颜面痤疮的临床研究. ACMP, 2005, 33(3):12
- [14] 辛琳琳, 等. 平痤疮饮治疗女性迟发性痤疮及其对性激素水平的影响. 山东中医杂志[J], 2006, 25(1):15-18
- [15] 王虹. 贺氏三通法治疗痤疮疗效观察. 北京中医, 2004, 23(4):201~202
- [16] 宋玉芳. 针灸配合血府逐瘀胶囊内服治疗痤疮89例. 北京中医, 2001, (4):59
- [17] 杨涛, 刘贵秀. 穴位埋线疗法治疗痤疮124例临床报道. 贵阳中医学院学报, 2002, 24(2):35
- [18] 黄蜀, 张艳, 陈纯涛, 邓懿, 陈智. 火针治疗结节囊肿性痤疮的临床研究. 成都中医药大学学报, 2004, 27(4):13
- [19] 蒋晓霞. 刮痧配合中药外敷治疗痤疮. 天津中医药[J], 2005, 22(1):67
- [20] 刘芸. 中药面膜治疗痤疮的疗效观察. 中医药临床杂志[J], 2007, 10, 19(5): 478
- [21] 于守连. 紫外线离子喷雾加中药倒膜治疗痤疮疗效观察. 皮肤病与性病[J], 2003, 25(3):25
- [22] 侯慧先, 肖平, 鲍维珍, 郑美华, 李晓伟, 马丽娜, 刘彩霞, 东贵荣(指导). 中药贴面膜治疗青春期颜面痤疮的临床研究. ACMP, 2005, 33(3):12
- [23] 全明, 鲁刚, 杨永利. 中药配合穴位注射治疗痤疮36例. 陕西中医[J], 2005, 26(10):1052
- [24] 袁永革. 微波联合药物治疗寻常痤疮疗效观察. 中国美容医学, 2008.1, 17(1):109

消胀片治疗运动障碍型功能性消化不良的临床研究

周微宏



一、运动障碍型功能性消化不良的概述

(一) 现代医学对功能性消化不良的认识

功能性消化不良原名为非溃疡性消化不良(Non-ulcer dyspepsia, NUD), 其原意为“无器质性改变的溃疡样症状”。至1993年巴塞罗那国际会议专家小组建议改称为功能性消化不良(Functional Dyspepsia, FD)。消化不良是一组十分常见的症候群。第二届联合欧洲消化病周(1993年巴塞罗那)上专家们估计因消化不良而就诊于保健门诊者约占门诊人数的30%, 消化专家门诊中占70%, 其中约40%无器质性原因可诊为FD。中国的发病情况据估计, 在全社会人群中的患病率为10-30%; 消化内科门诊病人数的40%左右; 广东城镇居民消化不良患者在普通内科门诊中占11.05%; 消化专科门诊中占52.85%。因其患病的普遍性及严重影响患者的生活和工作质量, 近年来受到医学界的重视, 其研究也日益成熟。

1、FD的诊断与分型标准:

消化不良(DP)一词来源于希腊语, 指持续性或反复发作性的上腹部不适, 还包括下列症状中的一项或数项: 餐后饱胀, 腹胀, 腹痛, 胀气, 嗝气, 早饱, 厌食, 恶心, 烧心, 呕吐, 胸骨后疼痛, 反胃等。其中有相当一部分消化不良患者经多种检查排除器质

性的改变而成为功能性消化不良。现国内普遍采用汪氏关于FD的诊断标准(详见后临床研究部分), 1991年荷兰FD专题讨论会将其分为四个亚型: a. 反流样型消化不良(Reflux-like dyspepsia, RD): 胸骨后疼痛、烧心、反流。b. 溃疡样型消化不良 (ulcer-like dyspepsia, UD): 夜间痛、饥饿痛、进食或抗酸剂可缓解。c. 运动障碍型消化不良(Dysmotility-like dyspepsia, DD): 以腹胀、早饱、嗝气为主, 进食后腹痛、腹胀加重, 恶心、呕吐。d. 混合型消化不良(Complex dyspepsia, CD): 兼有上述两种以上的临床表现, 不能归为某一类的消化不良。

2、FD的发病机理:

FD的发病机制尚未彻底阐明, 可能包括多种发病因素, 目前认为与上消化道功能紊乱、胃酸、胃肠道感觉异常、心理障碍和神经异常、年龄影响、胃肠激素和NO等有关。

3、FD的治疗:

3.1 抗酸剂和抑酸剂:

用于治疗溃疡样型FD的首选药物及反流样型FD的辅助治疗。但临床上用制酸剂治疗FD疗效欠确切且缺乏大规模病例研究。

3.2 胃肠动力药:

胃肠动力尤其上胃肠道动力低下被认为FD主要的发病机制之一,胃肠的动力药应用也由来已久。目前主要应用的有胃复安(甲氧氯普胺, McP)、吗丁琳(多潘立酮, Dom)、西沙比利(普瑞博斯, Cis)和红霉素(ERY)。

3.3 抗HP治疗:

研究表明FD患者HP阳性率可达33%—87%,但正常人比较无明显差异。临床中对HP阳性患者进行HP清除治疗仍应视为常规治疗之一。

3.4 抗抑郁药治疗:

沙卫红用抑郁自评量表(ZtJNG)标准分超过或等于50分作为确定抑郁状态依据,采用自身对照的临床研究,用选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SS)治疗4—6周,治疗前后ZUNG评分与症状评分有显著性差异,而认为FD与抑郁关系密切,抗抑郁药能有效地改善FD的症状。MertZA等运用小剂量三环类抗抑郁药阿米替林治疗FD并研究其对FD症状、睡眠及胃扩张的感觉阈值等方面,结论认为:阿米替林对FD的疗效与其改变对胃扩张的感觉敏感度或易觉醒无关,使患者对不适内脏感觉的耐受阈值增加可能在阿米替林治疗效果中起一定作用。陆雪林132例FD患者随机分成两组均用阿莫西林、西沙比利治疗,治疗组加用多虑平,疗程4周,结果总有效率:治疗组91.7%;对照组66.7% (P<0.01)。

3.5 其他治疗:

胃粘膜保护剂常见有硫糖铝、胶体锡、

麦滋林,活菌制剂常用培非康、米雅BM,旨在调整肠道正常菌群,促进脂肪、蛋白质等高营养物质代谢吸收,从而减少饱感、加速胃排空减轻FD症状。Fedotozine为一种外周Kappa鸦片受体激动剂,能提高对胃扩张所致不适的感觉阈。本药有一定治疗前景,但国内外报道较少。

(二) 中医学与FD

FD多属祖国医学“胃脘痛”、“胃痞”、“嘈杂”、“纳呆”、“呃逆”、“胃缓”等范畴,中医对本病病因及发病机制研究探索很多。多数医家认为胃生理上以“降”为顺,只有胃气和降才能腑气通畅,发挥胃的正常生理功能,其病理特点突出在“滞”。《灵枢·胀论》曰:“胃胀者,腹满,胃脘痛,鼻闻焦臭,妨于食,大便难。”,概括说明了胃气不降所致的一系列升降失常、胃肠运动受阻的病理征象。“胃满则肠虚,肠满则胃虚,更虚更满,故气得上下,五脏安定,血脉和利,精神乃居。”(《灵枢经·平人绝谷第三十二》)。早在二千多年前古人就认识到胃、大、小肠上下相承,相互依存,在更虚更满的运动中受纳消化食物,吸收营养,排除糟粕。《内经》谓:“五脏者藏精气而不化也,故满而不能实;六腑者传化物而不藏,故实而不能满。”形象地描述了本病产生的病因病理特点。

梁乃津认为FD主要病因病机是脾气胃阴不足,纳化失常,易感湿热,或肝气疏泄失常,肝胃不和,致胃中气机阻滞,不通则痛,不降则痞,上逆则嗝气、恶心、呕吐等。发病与肝、脾、胃相关,乃虚实夹杂、本虚标实之证,以脾气虚弱、胃阴不足、肝疏失常为本,而胃中气滞、热郁、湿阻为标。总之,由情志不遂、饮食不节、冷热失常、劳倦过度等导致气机升降失调是发病中心环节。李寿山

等认为脾胃中虚、运化失职、胃缓无力、排空缓慢是FD的病机关键。中虚不适、肝郁气滞、寒热错杂、阴亏精枯亦为其病机特点，主要病理变化是气滞不畅。周斌等对DD的病机特点概括为：脾胃虚弱、气机阻滞、升降失司。余莉芳认为多因外感热邪伤阴或内伤七情导致肝胃不和、通降失司，肝郁气滞日久则郁，耗损脾气，病变部位在胃、肠及肝、脾两脏；病初实证为主，久则常见虚实夹杂、寒热错杂之证。

导师许鑫梅教授认为运动障碍型功能性消化不良（DD）病因主要由于肝气郁结和饮食不节，致肝胃不和、肝郁脾虚、脾胃亏虚等不同证型表现，是以肝气郁结为标，脾胃亏虚为本的本虚标实证。

导师罗日永教授等对485例功能性消化不良病人证型规律进行了探讨，指出以腹胀、嗝气、恶心为主要表现的运动障碍型多属于肝胃不和、肝郁脾虚证，共占86.8%，病机以气机郁滞不畅为核心；溃疡型消化不良患者表现为肝郁脾虚证占74.4%；反流样型64.63%，患者表现为肝胃郁热证。同时指出FD的中医证型与患者性别无明显相关性，但随着年龄增长，脾虚证及肝胃郁热证有上升趋势，HP感染者较少表现为虚证，不同证型患者胃电谱有规律性变化。

李乾构等认为确定中医病名应与西医临床类型相联系，指出中医痞满病相当于运动障碍型；胃脘痛相当于溃疡型；嘈杂相当于反流型。李氏开创了中医证型与西医分型相对应的理论先河，对指导临床治疗及科研工作具有一定的现实意义。

近年来，关于中药对胃肠动力的影响作了大量的研究显示：某些中药包括单味药和中药复方对胃肠蠕动有促进作用，并提出“胃肠动力中药”一概念。所谓胃肠动力中药是指能增强蠕动，促进排空，具有降逆止呕、消痞除满、疏肝利胆、健脾和胃及攻积导滞等作用

的一类中药，研究中药对胃肠运动的作用、对临床治疗消化系统疾病及其他伴有胃肠动力紊乱的系统疾病具有重要意义。诸如大黄、枳实、莱菔子、木香有不同程度促胃肠运动作用；党参对应激状态下大鼠胃肠运动有抑制作用；砂仁、甘草对痉挛状态下的离体肠管运动有抑制作用；白术则对胃肠运动有剂量依赖作用。复方中四逆散、枳实消痞丸、五苓散、和降冲剂、半夏泻心汤、六君子汤对胃肠运动有促进作用，胃炎丸、旋复代赭汤、升降汤则对胃肠运动有双向调节作用。

二、消胀片的药物组成与药物分析

消胀片是针对DD本虚标实期而立的方，此期特点为脾虚、肝郁而见胃热之候。此方以健脾疏肝、清热解毒为原则，共奏健脾、清热、行气消胀的功效。

创方人许鑫梅教授根据多年临床经验，认为DD是一以脾虚为本，以肝郁为标的本虚标实证，以气滞为最突出表现，究其原因又有偏脾虚、偏肝郁之不同。偏脾虚者，因虚而致脘腹胀满痞闷，即所谓“伤阳者滞而不运”，治疗当以健脾养胃为主，行气消胀为辅，从而推动中气之升降运行，即《医学真传》“虚者助之使通”之义，常用党参、白术、淮山、云苓等；偏肝郁者，因肝失疏泄、气机郁滞，横犯脾胃而发病，则治以疏肝和胃，可用柴胡、白芍、砂仁之属。此外，由于肝郁久而化火及岭南地区气候特点等原因，本病多兼有不同程度肝胃郁热征候，如口干苦、苔黄等，可用黄芩、蛇舌草、蒲公英等。

消胀片是由党参、黄芩、白花蛇舌草、法半夏、白芍、砂仁、甘松、青黛、甘草等组成。其中党参、黄芩为主药以健脾益气，清热解毒；臣法半夏降逆燥湿、消痞和胃；白芍柔肝止痛、酸甘化阴；白花蛇舌草清热解毒；佐以甘松行气消胀，青黛清肝泻热、肝胃

两调以达“清疏”的目的；砂仁芳香养胃、行气和中；配以甘草补脾益气、缓急止痛。全方共奏健脾清热、行气消胀之功效，适宜脾虚、肝郁气滞化热证之DD。

党参：性甘、平，归脾、肺经。《本草从新》言其“主补中益气，和脾胃，除烦渴，中气微弱，用以调补，甚为平安。”《本草正义》：“力能补脾养胃……，健运中气，……健脾运而不燥，滋胃阴而不湿……”。现代药理研究证实其对胃肠运动有调节作用：能调节应激状态下大鼠胃电活动基本电节律的节律紊乱、部分地对抗其胃运动增加和胃排空加快。

黄芩：性苦、寒，归胆、肺、胃、大肠经。《名医别录》言其“疗痰热，胃中热”。药理研究证实其具有广泛的抗菌作用，包括幽门螺杆菌、大肠杆菌等，且有抗炎、抗过敏、镇静作用；能使小鼠的自主活动减少，阳性条件反射减少，反射时间延长，强化次数增加，而非条件反射无变化。其抑制作用与加强大脑皮质的抑制过程有关。

半夏：性辛温，归脾、胃、肺经。《景岳全书》言其“下肺气，升脾降胃，消痰饮痞满。”《医方集解》：“按半夏亦脾胃药，能燥能润，以能行水故燥，以味辛故能润也。”《成方便读》：“半夏虽生于盛夏，然得夏至阴气而始生，能和胃而通阴阳，为呕家之圣药，其辛温之性，能散逆豁痰。”现代药理研究认为，半夏水煎醇沉液能减少饥饿24小时幽门结扎大鼠的胃液分泌、降低游离酸度和总酸度、抑制胃蛋白酶活性，对肠道蠕动有双向调节作用。制半夏还有镇吐作用。

白芍：性苦、酸、微寒，归肝、脾经。《本经》曰：“主邪气腹痛……。”《主治秘要》云：“其性寒味酸，气厚味薄，升而微降，阳中阴也，其用有六：安脾经一也，治腹痛二也，收胃气三也……。”《医学衷中参西录》云：“芍药与甘草合，若取其苦

味与甘草合，有甘苦化阴之妙，故能滋阴分；若取其酸味与甘草合，有甲乙化土之妙，故能益脾胃。”白芍注射液、芍药甙有镇静、镇痛作用。芍药甙对大鼠离体肠管和胃体运动均呈抑制作用，并抑制肠管过度兴奋的自发收缩和氯化钡引起的收缩。白芍的解痉、镇痛，为柔肝止痛，治疗内脏平滑肌痉挛疼痛提供了药理依据。

砂仁：性辛、温，归脾、胃经。《药性论》：“主冷气腹痛，止休息气痢，劳损。消化水谷，温暖脾胃。”《本草求真》：“醒脾调胃要药，……快气调中，则于腹痛痞胀有功。”《医学启源》：“治脾胃气结滞不散……消食。”砂仁具有抗溃疡作用，促胃肠蠕动作用。临床服用适量可促进消化液分泌和增强胃肠蠕动作用。

甘松：性辛、甘、温，归脾、胃经。《开宝本草》：“主恶气，卒心腹痛，下气。”《本草纲目》：“甘松芳香，能开脾郁，少加入胃药中，甚醒脾气。”《本草汇言》：“主心腹卒痛，散满下气，皆取温香行散之意，其气芳香，入脾胃药中，大有扶脾顺气，开胃消食之功。”药理研究认为其具有镇静、安定作用，匙叶甘松的醇提取物可拮抗氯化钡引起的平滑肌痉挛。

青黛：性咸、寒，归肝、肺、胃经。《徐大椿医书全集》：“漂青黛，性味咸寒，…解五脏郁火。无实火者忌。”《要药分剂》：“除热解毒，兼能凉血。”青黛煎剂对金黄色葡萄球菌等有抗菌作用，其所含靛蓝有一定保肝作用。

白花蛇舌草：性微苦、甘、寒，入胃、大肠、小肠经，具清热利湿、解毒消痈作用。其体外抗菌作用不显著，但可通过促进低补体水平的提高而促进血清的杀菌能力，其所含香豆精类、三酸类可拮抗乙酰胆碱或肾上腺素引起的兴奋或抑制作用，调整胃肠运动，从而缓解疼痛等症状。

甘草：性甘、平，归心、肺、脾、胃经，能补脾益气、缓急止痛、缓和药性。现代药理研究证实甘草有抑制胃酸分泌、解痉、抗炎、抗溃疡、解毒等作用。综上可见消胀片全方是在中医理论指导下，以健脾、清热解毒、行气消胀为主要治则而奏消痞除满助运之功。药理研究证实其又具有调节胃肠功能，促胃肠动力，减少胃酸分泌，抗菌抗炎，镇静镇痛等作用，符合DD发病的病理生理特点。因此我们认为应用消胀片治疗DD是科学可行的，具有现实意义的。

三、消胀片治疗运动障碍型功能性消化不良的临床观察

(一) 临床观察摘要：

选取广州中医药大学第一附属医院门诊及内二科住院病人，确诊为DD，并予中医辨证属脾胃虚弱、脾虚胃热及肝胃不和的病例。共纳入64例，随机分配到消胀片治疗组43例，吗丁琳对照组21例。分别给予消胀片4片，Tid与吗丁琳10mg.Tid治疗，四周为一疗程，单盲观察。每周记录上腹饱胀、嗝气、恶心等主症，严格按疗效判定标准执行。消胀片治疗运动障碍型功能性消化不良的临床与实验研究结果显示：消胀片治疗DD有良好确实的疗效，治疗总有效率为88.37%，与吗丁琳组的治疗总有效率90.48%比较($P>0.05$)，说明两者治疗本病的临床疗效相当。且消胀片具有副作用小，症状复发率低的特点，充分体现了中药安全有效、副作用小、药效持久的特点和优势。治疗组中脾虚胃热型的疗效最高，且与对照组及组内脾胃虚弱型比较均有显著性差异($P<0.05$)。此点与消胀片健脾、清热、行气消胀的治则相吻合。

(二) 临床结果讨论：

1、动力障碍型FD的中医分型研究：

多数学者认为，DD的病机特点以脾虚气滞为主，周斌等认为其病机特点可概括为脾胃虚弱、气机阻滞，升降失司。其中气机郁滞为发病关键，而脾虚肝郁则为重要的病因病机。陈嘉屿等通过对脾虚、肝郁大鼠模型胃肠动力障碍机制的研究发现：脾虚大鼠均伴有不同程度的胃肠动力障碍，胃平滑肌紧张度降低或松弛，胃饥饿感消失，蠕动能下降，而肠道蠕动异常亢进，钡剂通过时间缩短，同时肠道分泌增加，胃动素降低，生长抑素升高。肝郁就其实质而言为不良情绪刺激引起的一类中医征候，焦虑、抑郁、恐惧等刺激使支配胃肠运动的迷走神经受抑制，胆碱能神经兴奋效应减弱，胃肠运动均受抑制，胃动素减少，生长抑素无明显变化。在DD的辨证分型方面，国内学者认识不一。张文康等发现375例FD运动障碍型占46.6%，其中以脾胃虚弱和肝胃不和型居多，且虚证明显多于实证($P<0.05$)。我们认为无论如何分型，脾虚型都应占相当比例。因地域特点，本病在临床中呈现出不同程度的胃热征候，故本研究将脾虚胃热型列入研究范围，研究中发现脾胃虚弱及脾虚胃热型患者共56例，占87.5%；肝胃不和型8例，占12.5%。朱方石等研究发现脾胃虚弱型FD患者胃动素低于正常且胃电幅值明显低于正常人，表明胃排空及固体研磨时间延长和胃动力降低，以上异常表现与DD有很大的相似性，说明脾虚与DD有密切关系。

2、临床症状分析：

党氏等报道588例FD患者中运动障碍型355例，占60.4%，并发现其临床表现为胃排空延缓引起的一系列征候。我们的研究结果有相似之处，DD患者临

床表现仍以胃运动障碍症状为主，上腹饱胀占**93.7%**；食后胀满占**82.8%**；早饱占**78.12%**；暖气占**48.4%**；恶心占**55.62%**；纳差占**54.69%**；进食后饱胀加重占**38.78%**。

3、疗效比较分析：

吗丁琳是一种外周型多巴胺受体拮抗剂。不仅能促进胃排空、增加食管括约肌张力，还能促进胃窦十二指肠协调运动。其优点是仅微量透过血脑屏障，因此不产生神经和精神方面的不良反应。多用于FD及胃轻瘫、GRED的辅助治疗，最近研究其还能降低内脏感觉的敏感性，因此能有效缓解FD的症状。消胀片是纯中药制剂，通过健脾、清热、疏肝和胃、行气消胀等功效，而达到治疗目的。本研究结果显示消胀片治疗组临床痊愈率为**39.53%**；显效率为**32.56%**；有效率为**16.28%**；总有效率为**88.37%**。吗丁琳对照组临床痊愈率为**38.10%**；显效率为**28.57%**；有效率为**23.81%**；总有效率为**90.48%**。两组比较，临床痊愈率、显效率、有效率、总有效率均无显著性差异($P>0.05$)，主症最早消失时间、平均消失时间两组比较也无明显差异，故认为消胀片治疗运动障碍型FD疗效与吗丁琳相当。治疗前两组主症积分比较，经t检验，无显著性差异。治疗后治疗组、对照组(除暖气、纳差)症状积分均有显著性改善($p<0.05$)，消胀片对暖气、纳差症状的改善优于吗丁琳，可能是因为消胀片通过健脾、行气等功能综合调整机体状态而致。疗程结束四周后，对两组病例进行症状复发率的统计，结果治疗组4人复发占**10.52%**，对照组7人复发占**36.8%**，复发率比较两组有显著性差异($p<0.05$)。因此，综上所述，消胀片能较好地改善DD的症状，且具有药效

全面、持久的特点。

4、副作用比较分析：

本研究中，副作用统计项目的选择是按文献报道的吗丁琳的常见副作用选择。统计结果显示，治疗组未出现头痛、腹泻、腹痛、口干等副作用，而二例女性患者空腹服药后出现恶心，可能与未进食和中药剂型有关，而对照组除未出现恶心副作用外，头痛等副作用均有出现。从上述结果可以看出，消胀片达到了配伍目的，体现了中药副作用小，安全有效的特点。此外，两组病例均未出现心、肝、肾、肺功能的损害。

5、疗效与证型：

消胀片治疗组中，脾胃虚弱型总有效率**76.20%**；脾虚胃热型**100%**；肝胃不和型**83.35%**；而吗丁琳对照组中，脾胃虚弱型总有效率为**100%**；肝胃不和型为**100%**；脾虚胃热为**71.43%**。两组在治疗脾胃虚弱及肝胃不和型总有效率上无显著性差异($P>0.05$)，而治疗组治疗脾虚胃热型总有效率明显优于对照组($P<0.05$)，此结果与消胀片的处方原则一致，也证实了消胀片治疗脾虚胃热型DD有确切疗效，且疗效优于吗丁琳。

参考文献

- [1] 辛召平. 功能性消化不良研究进展. 医学信息, 1998, 11(4):44
- [2] 张宽学, 罗宝燕, 张晓辉. 功能性消化不良. 陕西医学杂志, 1997, 26(4):237
- [3] 许惠芳, 刘志敏. 功能性消化不良. 医师进修杂志, 1997, 2(2):95
- [4] 陈敏华, 钟碧慧, 李初俊, 等. 广东城镇居民消化

- 不良的流行病学调查. 中华内科杂志, 1998, 37(5):312-313
- [5] 汪鸿志, 江华. 消化不良的临床分型, 中国实用内科杂志, 1995, 15(1):9
- [6] 张树荣, 王振华. FD及其分型组的胃窦十二指肠运动. 临床消化病杂志, 95, 7(4):150-154
- [7] Summers RW. Functional dyspepsia: pathogenesis and management. Chin Natl J New Gastroenterol, 1996, 2(Suppl):9-10
- [8] 周吕. 消化间期移行性复合运动的重要性及其临床意义. 基础医学与临床, 1999, 19: 97-101
- [9] 黄坤明, 李兆中, 邹多武等. FD患者24小时十二指肠运动变化. 胃肠病学, 2000, 5(2): 96-98
- [10] Huang TT, Wilhelmsen I, Ursin H, et al. What are the real problems for Patients with Functional dyspepsia? Scand J Gastroenterol, 1995, 30(2):97-100
- [11] 朱明钦. 幽门关闭不全与FD. 中国内镜杂志, 96, 2(2):9
- [12] 谷成明, 柯美云, 张淑琴等. FD患者胃窦十二指肠运动功能的研究. 中华内科杂志, 98, 37(8):511-514
- [13] 潘小平, 李瑜元, 沙卫红, 等. 抗抑郁药治疗功能性消化不良的临床研究. 中华消化杂志, 1999, 19(3):162-163
- [14] Tally NJ, Camilleri M. Epidemiological features of functional dyspepsia and intractable bowel syndrome. Clinician, 1996, 14:7-13
- [15] Haug TT, Wilhelmsen I, Ursin H, et al. What are the real problem for patients with Functional dyspepsia. Scand J Gastroenterol, 1995, 30:97-100
- [16] 徐虹, 李兆中, 许国铭. 应激状态下胃肠动力的研究. 华人消化杂志, 1998, 6(4):35-3
- [17] 李涯松, 朱人敏. 功能性消化不良发病机制的研究. 1998, 6(5):439-440
- [18] 王承党, 陈玉丽, 吴婷, 等. 感染对功能性消化不良症状和胃动力的影响. 新消化杂志, 1997, 5(10):632-633
- [19] 吴晓宁, 孙剑, 何晓红. 功能性消化不良病人的痛觉阈值测定. 中国行为医学科学, 1996, 5(4):193-194
- [20] 苏华, 李瑜元, 戴寿军. 功能性消化不良患者胃膨胀感知的改变. 广东医学, 2000, 21(2):95-96
- [21] 党彤, 卢干, 刘彬, 等. 老年人功能性消化不良的胃排空研究. 新消化病学杂志, 1995, 3(1):55
- [22] 黄颖秋. 一氧化氮与消化道动力. 国外医学, 消化疾病分册, 1997, 17(1):23-26
- [23] 王刚石. 一氧化氮和血管活性肠肽与胃肠运动. 国外医学, 病理科学与临床分册, 1997, 17(3):261-264
- [24] 吕宾, 朱林喜, 项柏康. 血清胃泌素、胃动素与功能性消化不良的关系. 临床消化病杂志, 1996, 8(4):172-174
- [25] 钱冬梅, 任继平, 陈波, 等. 功能性消化不良患者消化间期移行性复合运动及胃动素水平研究. 基础医学与临床, 1999, 19(2):75-78
- [26] 陈健, 李君曼, 李学会. 功能性消化不良: 胃排空障碍与血浆胃肠激素变化的临床观察. 中国医刊, 1999, 34(2):23
- [27] 周锁成, 何倚娜, 冯子坛等. 功能性消化不良患者红霉素对胃十二指肠动力的影响. 新消化病杂志, 1997, 5(1):41-42
- [28] Nie YQ, Zhang JK, Yi CQ. The excitatory action of erythromycin on isolated rabbit Gastrointestinal smooth muscle. Chin Med Sci J, 1993;8(suppl 1):83
- [29] 王苑本. 第二届全国HP专题学术研讨会简介. 新消化病学杂志, 1997, 5(6):363
- [30] 沙卫红, 李瑜元, 余庆珠等. 功能性消化不良与心理因素的关系及抗抑郁药对其的疗效. 新医学, 1999, 30(7):431-432
- [31] H·Mertz; R Fass; A. Konder et al. 阿米替林对

- 功能性消化不良患者症状、睡眠及内脏感觉的疗效. 世界医学杂志, 1999, 3(1):41-44
- [32] 陆雪林, 苏南式, 任伯良, 等. 多虑平、西沙比利、阿莫西林联合治疗功能性消化不良. 苏州医学院学报, 1999, 19(3):295
- [33] 盛平辉, 李昌元. 麦滋林-s对慢性功能性消化不良的治疗及其对动力学障碍的影响. 临床内科杂志, 1994, 11(5):27-28
- [34] 刘艳娥, 刘艳银. 功能性消化不良研究进展. 医学综述, 1997, 3(1):12-13
- [35] 黄穗平. 梁乃津教授健中调肝方治疗非溃疡性消化不良的临床观察. 新中, 1996, (9):8
- [36] 于家军, 李志民. 李寿山治疗功能性消化不良经验. 辽宁中医杂志, 1998, 25(6):255-
- [37] 余莉芳, 连新崇. 中医辨证论治非溃疡性消化不良的探讨. 中医杂志, 1994, 35(2):89
- [38] 黄贤樟, 邝卫红, 许鑫梅. 消胀冲剂治疗动力障碍型功能性消化不良临床观察. 新药与临床, 1997, 8(4):207-209
- [39] 周斌, 段鲜红. 运动障碍型消化不良的中医学病机特点. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6(3):170
- [40] 罗日永, 邝卫红. 485例功能性消化不良患者中医证型相关因素分析研究. 新中医, 1997, 29(12):13-15
- [41] 李乾构, 等. 功能性消化不良的辨证论治探析. 中国中西医结合脾胃杂志, 1996, 4(2):115
- [42] 李永瑜, 魏玉, 李莉娟, 等. 藿香、大黄等CCB中药影响胃肠运动功能的机制探讨. 中国中西医结合外科杂志, 1997, 3:187-190
- [43] 李玲, 谈裴. 莱菔子, 蒲公英, 白术对家兔离体胃、十二指肠肌的动力作用. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6:107-108
- [44] 马晓松, 樊雪萍, 陈忠, 等. 白术对动物胃肠运动的作用及其机制的探讨. 中华消化杂志, 1996, 16:216
- [45] 周红, 张玲, 王世民, 等. 党参对消化系统影响的药理学研究概况. 北京中医学院学报, 1991, 14(5):47
- [46] 朱金照. 促胃肠动力中药的研究进展. 中医药研究, 1999, 15(5):56-57
- [47] 李岩, 陈苏宁, 李宇权, 等. 芍药甘草汤, 四逆散对胃排空及小肠推进功能影响的拆方研究. 中华消化杂志, 1996, 16(1):18-21
- [48] 庞龙, 周德端. 中药对胃肠运动的调节作用. 华人消化杂志, 1998, 6(6):535-536
- [49] 孙维峰, 徐伟, 康国志, 等. 升降汤治疗功能性消化不良的临床与实验研究. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6(3):145-147
- [50] 朱雄雄, 蒋金元, 葛惠男, 等. 胃炎丸调整胃肠动力的临床与实验研究. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6(4):20-26
- [51] 陈多, 吴春福, 王长洪, 等. 旋复代赭汤促胃肠动力作用研究I对小鼠胃排空的影响. 中药药理与临床, 1997, 13(1):4-6
- [52] 朱金照. 促胃肠动力中药的研究进展. 中医药研究, 1999, 15(5):56-57
- [53] 梅玲摘. 消化不良患者感到不适的原因分析. 国外医学. 消化疾病分册, 2000.
- [54] 张文康, 李方儒. FD的中医辨证分型与西医分型的关系(附375例分析). 广州: 中国中西医结合学会第十届消化系统疾病学术会议论文汇编, 1995, 89-90

新加坡中医教育历史、 现状与未来发展思考

新加坡中医学院 欧翠柳 / 南京中医药大学 周春祥 李玉堂

【关键词】新加坡中医 中医教育 国家执业考试

历经新加坡中医界数代人的奋斗，新加坡中医教育终于渐入佳境，无论是教育规模还是教育品质都令周围邻国刮目相看，充分展示出新加坡中医界团结奋斗的敬业作风。为更好地发展新加坡中医药事业，有必要从过去几代人奋斗的历史中撷取有益经验，作为新加坡中医教育未来发展的根基。为此，本文通过对新加坡中医教育历史及现状的剖析，初步梳理出新加坡中医教育发展的脉络，希望这一工作能对未来新加坡中医教育的长远发展提供动力，并因此能对增进新、中两国中医交流，实现两国优势互补、共同发展产生积极作用。

一. 新加坡中医教育历史

新加坡位于马来半岛南部，古称淡马锡，在二战前曾是英国殖民地，二战期间被日本占领。1965年成立新加坡共和国。它由新加坡岛及附近63个小岛组成，现有面积699.4平方公里，居民人口364万，其中华裔占75%^[1]。新加坡的华人，最早可追溯到14世纪，那时便有中国沿海各省居民南迁至这一地区谋生，俗称“下南洋”。中国传统医学随着华人南来而传入，成为当地的重要医疗体系。从历史的角度来看，新加坡的中医药源自于中



国。但随着社会变迁、经济发展及受东西方文化冲击的不同影响，中新两国中医的发展，出现了明显的差异，中医教育亦存在不同。

中医药教育在新加坡的发展，依时代和发展特点不同，其过程大致可分为三个阶段：萌芽阶段、发展阶段、规范阶段^[2]：

（一）萌芽阶段（1952年之前）

这一阶段新加坡的中医教育和中国一脉相承，以家传、师承或私塾的形式为主。例如新加坡中医专门学校的第一批讲师陈占伟、游杏南、曾志远等，都曾师从于从中国厦门南来的名医吴瑞甫（1871-1952）。

（二）发展阶段（1953年—1993年）

在1950年间，由于英国殖民政府实施移民限制条例，致使南下的中国中医师逐渐减少。新加坡当地为数不多的中医师日趋年迈，而民众对中医药的需求却与日俱增。中医市场需求的不断扩大和中医从业人员日益减少的矛盾造就了中医教育发展的契机。1953年，新加坡中医师公会创立了第一间中医院校—新加坡中医专门学校，这标志着新加坡中医教育进入了现代学校教育阶段。1973年成立的新加坡中医学研究院也是当

地中医教育的另一重要机构。这一期间以两到四年的夜班中医文凭教育为主。

(三) 规范阶段 (1994年至今)

1994年7月,新加坡卫生部设立传统中医药委员会,并倡议新加坡主要中医团体共同组成新加坡中医团体协调委员会,制定《新加坡中医教育指导备忘录》,对新加坡中医教育机构的办学资格、学制、课程设置等进行了严格的规范和要求。这一阶段新加坡的中医药教育事业取得了极大的发展,与中国中医药大学合办的学士、硕士和博士课程相继开办。在2006年,中医教育也从专业文凭教育(相当于大专)全面过渡到了本科学士学位教育。

新加坡中医药发展的一个里程碑是2001年启动的针灸师注册和2002年的中医师注册。2000年11月14日,新加坡国会立法通过《传统中医师法案》,该法案主要内容之一是成立中医管理委员会,委员会属下的考试委员会专门负责中医师及针灸师的执业资格考试^[2]。一年一度的中医师注册考试在每年9月(或10月)举行,考试分笔试和临床技能考核两部分。其中笔试内容包括中医基础学科综合(中基、中诊、中药、方剂共四科)、中医临床学科综合(中内、中外、中妇、中儿、针灸及中医推拿学共六科)和中医执业医师道德准则及道德指导原则;临床技能考核内容包括中医辨证论治、临床答辩和针灸取穴与操作^[3]。法案也规定参加中医师考试的最基本学历要求。新加坡公民,第一学历必须是在新加坡当地两所中医学院或中国六所中医药大学。而第一学历是在中国六所中医药大学取得的非公民,附加条件是副主任医师以上及15年的行医经验,并且须在新加坡注册中医师的指导下实习三年。严格的资格审查提升了中医师专业形象与专业素质,也直接促进了新加坡中医教育的发展。

我们可以将新加坡中医教育的发展总结成下表:

1953	新加坡中医师公会创立新加坡中医专门学校。这是新加坡第一所中医教育机构。第一届三年制共招收43名学员。
1993	新加坡中医学院与中国广州中医药大学签署合作教学协议。新中两国的中医教育合作正式开始。
1994	《新加坡中医教育指导备忘录》发表,对新加坡中医教育机构的办学资格、学制、课程设置等进行了严格的规范。
2000	新加坡国会立法通过《传统中医师法案》,卫生部成立中医管理委员会。针灸师与中医师资格考试开始酝酿。
2001	新加坡针灸师注册考试开始。
2001	新加坡中医学院开办五年全日制学士学位课程。这掀开新加坡中医学士学位教育的第一页。
2001	新加坡中医学研究院与北京中医药大学合作,招收硕士研究生。新加坡当地的中医研究生教育正式开始。
2002	新加坡中医师注册考试开始。
2005	新加坡中医学院与南京中医药大学合作的博士班开始招生。新加坡中医学研究院与北京中医药大学合作的博士班也同时招生。
2005	南洋理工大学与北京中医药大学合作的生物医学与中医药学双学位课程班开始招生。中医药教育第一次进入新加坡国立的教育体系。
2006	新加坡中医学院开始用英文授课的中医针灸专业文凭课程。这是针对新加坡西医设立的针灸课程。中西医结合掀开新篇章。

二. 新加坡的中医教育现状

目前,新加坡有大约10所中医药教育机构,多属民办,其中有三所机构是由教育部批准的中医教育机构,分别是新加坡中医学院、新加坡中医学研究院和南洋理工大学^[4],这三所机构中医课程都是与中国一些中医药大学合作办学。由于新加坡中医学院与新加坡中

医学研究院情况类似，我们仅取新加坡中医学院来介绍。

1. 新加坡中医学院

新加坡中医学院的前身是创办于1953年的新加坡中医专门学校，1976年更名为新加坡中医学院。该校的创办，标志着新加坡中医教育模式由师承制为主转变为院校制为主。学院由最初名不见经传的小规模民办学校，经过半个多世纪的苦心经营，已由创校初期的在校生43人、教师11人、藏书百余册，发展为拥有一支94人的师资队伍、亚细安国家中藏书量最多的中医药图书馆的中医院校，创校迄今，共培养了1952名中医药人才，为当地的中医药事业作出了重要的贡献^[5]。

该校早在1993年便与中国广州中医药大学签署合作教学协议，目前分别与广州中医药大学和南京中医药大学合作办学，并定期邀请中国多所中医药院校学者来该校讲学。

1.1 学制、课程与学位：

学院建校初期的课程只有二年初级、四年高级（均为部分时间制）。随着社会发展对中医需求的不同，学院的学制课程由原有的二年、四年改为五年、六年部分时间制和三年全日制。为了提高中医专业水平，该校于2006年停办三年全日制中医专业文凭课程和六年部分时间制课程。目前，新加坡中医学院开办的课程有五年全日制本科学士学位课程、中医硕士学位课程和中医博士学位课程（均与南京中医药大学联办）和七年部分时间制中医本科学士学位课程（与广州中医药大学联办），此外，该校在2006年首次为当地执业西医开办学制为一年的中医针灸专业文凭课程^[5]。

1.2 生源、入学途径：

新加坡中医学院本科招生不论国籍，只要有高中毕业证书就可申请入学。中医硕士

和中医博士课程的招生对象主要是非中国籍公民或持港澳台护照者，报考者须有学士/硕士或同等学历，并必须通过理论考试和面试方能入学^[5]。

截至2008年8月为止，该校共有学员624名，其中博士研究生18名，硕士研究生10，学士学位课程班学员300名，中医专业文凭课程班学员278名，其余18名为针灸专业文凭课程班学员（西医学针灸班）^[5]。

1.3 课程设置：

学院早期授课教材主要是由当时义务教师搜集整理的手抄本课本，所学课程范围包括：1. 中医药的基础学科（《内经》、《药理学》、《方剂学》）；2. 内科临床病学科（《伤寒论》、《温病学》、《金匱要略》、《杂病学》）；3. 现代医学常识（《生理学》、《病理学》、《营养学》、《内科学及诊疗技术》）。虽然所学内容相当较简单，西医课程尤其少，但以当时的社会条件和学院规模，能制定出这样的学习科目是难能可贵的。

为了规范中医教育，学院从1963年开始采用中国全国中医院校统一使用的教材作为上课教材，教学内容也较前增加。本科课程在一定程度上参考中国中医药院校的本科学课程设置，但因国情不同，新加坡中医药院校的中、西医课程数目和所用学时与中国不同。下表以新加坡中医学院和南京中医药大学五年全日制必修课课时安排做比较。新加坡的课程设置是中医为主，西医为辅，少设相关专业课（如统计、医药化学），不设公共课（政治、英语等）。相对于中国，在实习上有“早临床，多临床”的特点。新加坡学生自二年级（全日制）/三年级（部分时间制）开始便安排实习^[5, 6]。同属于中医师公会的中华医院为主要临床实习基地。中华医院为新加坡

	中医		西医		相关专业		公共		临床实习
	科目	学时	科目	学时	科目	学时	科目	学时	学时
新加坡中医学院	22	2220	10	540	1	80	0	0	2250
南京中医药大学	16	1188	15	1098	7	378	15	864	1820

最大中医医疗机构，设有一间总院和四间分院。每年求诊人数超过30万。这为学生的临床实习提供了基本条件。

1.4 继续教育与公众教育：

除了学历课程教育外，新加坡中医学院所设的继续教育中心也联同其他中医机构经常开办各种中医药进修课程，并定期邀请中国著名中医学者主讲中医药专题讲座。曾受邀学者包括中国科学院陈可冀院士、良春中医药临床研究所朱良春教授、北京中日友好医院符思教授等^[2]。

2. 南洋理工大学

新加坡政府近年大力倡导中医药研究，特别是用现代科技手段研究中医药。南洋理工大学生命科学院于2005年与北京中医药大学联办生物医学与医药学（中医药学）五年制双学士学位课程，并在同年开始招生。是新加坡唯一一所开办中医课程的政府大学。

该课程结合西方现代生命科学与传统中医学。学生前三年在南大修读，一方面，以英文为媒介学习现代生物科学知识；另一方面，又由北京中医药大学的老师用华语讲授中医药基础及临床课程。学生在最后两年在北京中医药大学修读，其中最后一年在北京中医药大学附属医院临床实习。

该课程已招收三届学生。学生以新加坡应届初级学院或高中毕业生为主，同时向海外招生。学生凭剑桥A水准或同等成绩（如中国的高考）申请。英语教育源流的学生须有华文成绩。而海外非英语源流学生（如中国）还必须通过英文评估考试。

学生修业期满，并通过毕业综合考核，将获颁南大生物医学理学士学位以及北京中医药大学的医学中医专业学士学位。

这是一个以培养掌握现代生化技术和可从事中医药开发和研究、兼具中医临床技能的人才为目的的课程。这与新加坡其他以培养中医临床医师为主的中医课程有所差别。毕业生也获准参加新加坡中医师注册考试。考试通过，也可获得中医执业准证^[7]。

三. 对新加坡中医药教育发展的思考

作为海外华人数最多的国家，新加坡是中西文化的交汇点。如何利用自身的优势，将新加坡发展成为区域中医药中心是近年来该国的国家发展目标之一。除了主流教育机构开办中医课程、在中医与西医和现代生物科学的结合上进行了一些探索之外，各大医院例如中央医院、陈笃生医院也纷纷设立中医、针灸部门，这些措施都有利于建立中医药发展的基础。如果政府能在宣传方面建立多渠道、多层次的传播体系，例如制做深具中医特色而又简浅易懂的养生、预防专题知识英文节目，通过媒介扩大中医的影响，提高全民保健意识，为中医药进一步发展奠定更广泛的群众基础。

学习中医，离不开中国传统哲学及文化。相对于中国学生，新加坡学生的中华文化底蕴较薄，中文、特别是古汉语基础也相对较弱。这给学习理论和研习经典文献带来困难。所以，笔者认为新加坡中医教育应通过增设相关选修课如《中国古代哲学》、《中国古代文化知识》等，为学生弥补这方面的不足。同时，

如能将“以人为本”的人性化理念带到中医药教育中,利用学分制改革的优势,为不同学生提供个性化学习和扩展能力的空间,这将有利于培养多样化的中医药人才。

中国的医疗已经普遍中西相结合,诊病也普遍应用现代科技手段,比如B超、心电图、X光等等。然而,因法律所限,新加坡中医必须局限于使用纯中药制剂或针灸。许多在中国普遍使用而且行之有效的疗法,比如中西药合剂、穴位注射等,并不能在新加坡实施。中医治疗机构也普遍缺乏和应用现代诊治仪器。正因如此,新加坡的中医教育不注重西医知识的学习,这对新加坡中医发展和现代化是不利的。新加坡的新一代多接受西方教育,基本的西医知识不仅有利于中医师的诊疗,也有利于和病患的沟通。另一方面,新加坡的西医院近年来纷纷开设中医科,对西医诊疗方式的认识也能提供中医师和西医一个共同的沟通标准。

新加坡中医学院的西医针灸课程,已经迈出新加坡中西医结合的第一步。然而,新加坡的中医界也可以从另一方向努力,如让中医师通过短期的培训课程,学习基本的西药知识,通过考试后,可以使用一些指定的西药或中西合剂。

新加坡的高等中医药针灸教育属成人教育,学生来自社会各个阶层。不同背景的学生,其学习中医药针灸的目的也各不相同。笔者在去年对新加坡中医学院的在校生发放一份有关中医针灸教育的问卷调查,从问卷结果中发现,有40%的学生,学习中医药针灸是出于个人兴趣和自我提高,而在部分时间制的学生中,有45%的学生是为了业余做义工来习医。笔者在日常门诊中,也发现不少对中医药针灸有兴趣、想通过短期的培训课程了解中医药针灸知识的病人。新加坡高等中医药针灸教育机构可根据社会需求、民众需要,开办初级、中级和高级等多种内容深度不同的中医药针灸课

程,进一步推动中医药针灸普及教育和当地中医药针灸事业的发展。

新加坡执业医师的继续教育和提高依然依照个人的自觉性,缺乏统一的指导原则。新加坡中医界应该可以比照西医界再继续教育规定,制定出条规,这将有利于中医的持续发展和提高。

目前,中医药国际学术交流的语言平台尚未建立,术语翻译无统一标准。这些问题都给中医药的国际交流带来巨大的障碍。新加坡政府可考虑利用多年来实施“双语教育”的成果和优势,开办诸如“国际交流”型的中医药翻译课程,这不仅有利于自身的发展,对中医药更好地走向世界也将起到很好的桥梁沟通作用。

参考文献

- [1] Population in Brief 2008. The Singapore Department of Statistics. 2008
- [2] 赵英杰. 新加坡中医教育与中医师考评制度/中华医药研究院/新加坡中医学院近十年概况. 新加坡中医师公会六十周年纪念特刊. 新加坡:新加坡中医师公会, 2006.11 198-199, 52, 137
- [3] 新加坡中医师注册资格考试大纲及应试须知. 新加坡中医管理委员会, 2008.01 39-41
- [4] 中医执业者道德准则及道德指导原则. 新加坡:新加坡中医管理委员会, 2006.01 38
- [5] 新加坡中医学院概况、新加坡中医学院现行章程. 2007.06 7-15
- [6] 南京中医药大学2007各专业教学计划. 南京中医药大学教务处, 2007 20-23

台湾2008 CAM / TM 专业训练营小记

郭忠福

由台湾行政院卫生署中医药委员会主办，行政院卫生署国际合作处、台湾国际医卫行动团队(Taiwan IHA)协办，中国医药大学承办，2008年国际传统/替代医药专业训练营(2008 CAM/TM Professional Training Program)，於2008年9月14日至23日假台湾台中中国医药大学举行，课程内容由认识台湾开始，逐步安排传统中医药相关应用、政策、研发与法规等主题，为配合课程之实务应用，安排国内传统医药管理行政单位、中医药学术机构、中医医疗机构、中医药相关机关及厂商参访等活动。并邀请来自韩国、印尼、加拿大、比利时及许多台湾专家学者授课并参与讨论。

本次训练营还有个特色就是，全程使用英文进行，除参与之中医药界人士英文能力提升外，也提供本校学生在校内与外籍人士以英文交流学习的机会。

参加学员一共来自16个国家，计有19位学员参与此活动，分别来自亚洲的日本、韩国、新加坡、马来西亚、印尼、菲律宾、泰国、越南(以上为APEC会员国)、孟加拉，欧洲的法国、匈牙利，大洋洲的澳大利亚、所罗门群岛、斐济、马绍尔群岛、吉里巴斯等。与会者包括各国高级传统医药管理的中高阶政府官员代表、医药相关工作者或学者，其中有9位为医学士，7位持有博士资格，其余皆为大学以



上毕业。为把握此次难得与国际友人面对面沟通交流机会，藉此可了解友邦国家传统医药现状外，亦可拓展国际友谊及开拓国际市场，因此本活动除外国学员外，也开放名额供台湾各级卫生主管机关、中医医疗单位、中草药厂商及学术界同仁或研究生代表参加。除10名全程参与外，另有30余名依兴趣选修部分课程，以促进交流机会。

受邀之外籍学员分别於2008年9月13日、14日(星期六、日)抵台，部分学员因受强颱辛乐克笼罩台湾影响延至9月15日(星期一)抵台。学员们於9月15日先认识周边环境后，9月16日举办始业式，并正式上课。课程安排由认识台湾开始，逐步安排介绍国内医药进步现况，包括我国医政、药政、食品卫生、防疫及全民健保之经验，也安排我国中医药之医疗、政策、研发与法规现况之介绍，也介绍我国GMP中药药厂之现况。

长达七天的课程包含：认识台湾、台湾国情之美、台湾医药体制、台湾国际卫生合作之发展、中药及成方制剂的规定与检验、台湾药政之发展及结构组织、传统草药安全性、以问题为导向之学习理念应用在中医药之教学、中草药与临床试验、国际中草药研发相关法规、台湾的传统医药教育、国际慈济人医会、台湾传统医药发展策略、台湾SARS防治经验、健康食品管理现况、有潜力中草药之开发与其



GAP栽培模式、台湾GMP、台湾的传统医药教育、中药的组织培养技术、国际中草药研发相关法规、中药试验临床之经验、中药不良反应通报系统、灸法与拔罐、实证草药医学、中草药之风险及益处、针灸实证医学、中草药的组织培养技术、加拿大中药及保健产品发展法规、韩国韩医之现况、欧洲针灸发展现况。

研习期间安排拜会了行政院卫生署、行政院卫生署中医药委员会、参观长庚纪念医院中医院区及养生村、顺天堂药厂台中厂，和著名景点：中正纪念堂、国立自然科学博物馆及台北101。

97年9月21日结束全部课程及研讨会后，於台中全国大饭店举办结业晚宴，由中国医药大学黄荣村校长及卫生署中医药委员会林宜信主任委员共同主持，并由黄荣村校长及林宜信主委分批逐一颁发由行政院卫生署侯盛茂署长

及黄荣村校长共同具名之研习证书，学员对印刷精美，及署长与校长(前教育部长)两位部长级具名的证书都很珍惜重视，许多学员也都在欢送晚宴上自由发言，对本次主办单位安排之各项活动表示感谢，也希望以后能有机会再相逢，气氛温馨感人。

