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12月（总27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 先锋印刷装钉私人有限公司
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

总二十七期

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　医　师　公　会

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 INSTITUTION

2009年12月

总27期

ZY_Cover27_3.indd 1　12/14/09 9:10:06 AM

目次

论坛

1 不能随意判断中药伤肝 黄信勇
3 中医突围的人类学思考 孙健灵
9 作为大智慧医学的新中医 张流秀

理论探讨

19 经筋痹痛的软组织力学变化分析与治疗思路 刁吉亭等
22 论伏邪温病学说与现代医学潜伏期的关系 仲伟梁
25 太极拳与中医学理论 李郁珍

疗法新介

43 研究九针的必要性 余莲青
50 特色疗法糖尿病治本新证 陈维太等

病证论治

54 亚健康与心身调整 何立成
57 基孔肯雅热症 尹效德
65 从脾肾论治慢性肾衰探析 林 英
67 震颤麻痹证治 梁 妹
69 梨状肌综合征中医治疗初探 倪炜程
71 肾功能衰竭外治法的临床应用及作用机理研究 刘炳凡等
74 扶正培本与清热解毒两大治法在消化系统肿瘤围手术期治疗的应用 杨竣联

临床经验

81 浅析“井”穴的临床应用 刁锦蓉
83 掐刮骨刺法治疗颈椎骨质增生疗效奇特 曾传宜
85 肺积并眩晕一案（肺癌并高血压） 万质文
88 名家治疗痰瘀互结型冠心病的经验 李义春

谈方论药

90 加减正气散系列方临床应用浅识 董菁菁
94 学习瓜蒌薤白半夏汤异病同治的体会 阎立群
96 降糖对药与降糖对药方 冯启发
100 浅谈橄榄、乌榄、洋橄榄

综述

101 大肠癌的诊治进展初探 黄纪威
110 慢性肾脏病尿蛋白的病理机制及中药的干预作用 张慧兰等
117 乳腺癌的中医辨证分型 曾玉珠
121 导滞清热化湿法治疗食积的临床研究 胡明珠
125 针灸治疗单纯性肥胖症的临床及效应机理研究进展 严朝新

编后语

新加坡中医师公会出版《新加坡中医杂志》的目的，在于为新加坡中医师及中医药工作者提供一个文章发表的园地，通过学术的探讨、临床经验的交流，达到提高本地医疗水平的目的。很可喜的是本地作者正逐步的增加，到目前为止，还没有出现本地作者“稿荒“的情况，编委会除了感谢本地作者群的支持，也希望中医师们能善用这个学术交流的园地，继续不懈的在中医学领域里钻研与发挥，与我们在这个大家共有的园地里同心协力，努力耕耘，为中医界奉献出丰硕的果实。

除了本地作者，海外专家学者的惠稿，也是我们所渴求的。不同层面的题材，高水平的论据，不只增加了稿源，也丰富了杂志的内容，扩大了我们的视野。编委会除了感谢之外，也希望有您们的继续支持。

到目前为止，本杂志的内容都属于学术性文章，虽然层次较高，但也有些枯燥，假如能够在正餐里配以一些小菜和甜品（如医疗小品、医疗趣事、医疗生涯的感想……等）等较为轻松的内容，或者会更开胃，不知作者群们意下如何？希望在下一期的杂志里，能够享用到您的开胃菜！

2009年已近尾声，又是新一年的开始，新加坡中医师公会全体理事与编委会组员恭祝大家：

新年快乐！ 身体健康！ 万事顺利！

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。欢迎随稿付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**

ZY_Cover27_3.indd 2 12/15/09 10:04:13 AM

不能随意判断中药伤肝

黄信勇

中药向来给一般人的印象是：安全的、副作用少的。问到每个人都会说：“西药毒性比较大，而中药是天然药，中国有几千年的临床治病历史，服用比较安全。”

很多人都关心中药究竟有没有毒性！这也不奇怪，每个人都关心自己的健康，如果服中药也跟西药一样毒性大，西方医学界就不会花很多精神研究中药了。

上海中医药大学肝病研究所刘平发表华民族“重视中药肝损伤的问题”的文章中提出：随着中医药在人们健康生活中需求的日益增加和中西医结合研究的不断发展，中药及其制剂在临床应用(特别在肝病治疗方面)日益增多。一般而言，若能正确地服用，中药是较为安全的。我们在讨论这一问题时，首先是不能把中医药与中草药的概念混淆，中医药有其系统的理论体系，是在中医药理论指导下辨证立法、组方用药(包括中成药)，有较为完整的配伍理论，特别是有毒中药必须经过严格加工炮制及用量用法上的限制。而草药的概念一般单指天然植物药

01_LunTan.indd 1 12/14/09 9:11:44 AM

而言，尚未经过长期临床验证，还未明确找出炮制该药的方法。

中药有无毒性，作为中医师的我们是非常清楚的。中医师们都是受过严格培训而获得文凭的，基本熟悉中药的性能作用，以及临床如何应用中药。我们没有否认某一些中药也有毒性，而那些比较有毒的中药一般都不用于治疗疾病。我们也了解哪些药物相配伍可以减少毒性，所以中医师开出的多数是以复方为主。当然我们也认识到哪些药物同用会出现毒性(如附子与半夏)，那我们就不将它们用在同一处方里。药物用量也是医师非常考究的，哪一些药物可以加量？而有一些药却不能多用(如大量用川楝子出现毒性)。更毒的如雷公藤、斑蝥，临床基本上少用，甚至不用。砒霜是剧毒，虽然近来中国大陆与台湾中医学者发现砒霜用于癌症有效，但一般医师都不用于临床。

在我国，近三几年来有看到报章报道中药造成肝损害的新闻，这里我们需要向公众人士说明一些社会现象。

新加坡虽然药物管制很严，但是，不少的公众可以到邻近的国家买到一些药瓶外写着“**xxx**中药”的药品，病人服了很舒服，一传十、十传百，很多人当为仙丹。我们发现药物其实是用西药假冒的，劝他不可以服用，但是由于该药物能够解决痛楚，却不愿意停服。如果打开那药的胶囊，就会看到里面的粉末完全是白色的，其实根本就是西药，没有中药成份。

有一位老妇女服了邻国买来的药粉多年，后来出现肾脏损坏，医生问她服过甚么药，她就说服中药，(其实那是他们将西药磨粉掺入少许中药，鱼目混珠骗人的)。那主治医生没有弄清楚事实，就在病案报告中写了“中药综合征”的病名，这不是冤枉了中医药吗？

记得十六年前，有一种叫“清血丸”的胶囊药，一瓶三十粒，卖到十元，当时非常多人买来服用。只要有人打电话定药，要五瓶、十瓶，他都可以送上门来。后来因为吃出问题，有人报出购买地点，卫生部派人抓拿，才把他的药充公，卖药者只罚二万元了事。几个月后，听说又有类似的药丸出售，情况如旧，也可以订购，后来有没有被查办就不得而知。

除此之外，还有一些用西药假冒中药的药品在民间流传。有一些私人楼房的管理员，也充当卖药的中间人，甚至印刷名片，只要有人找上门，就会将那药物卖出。

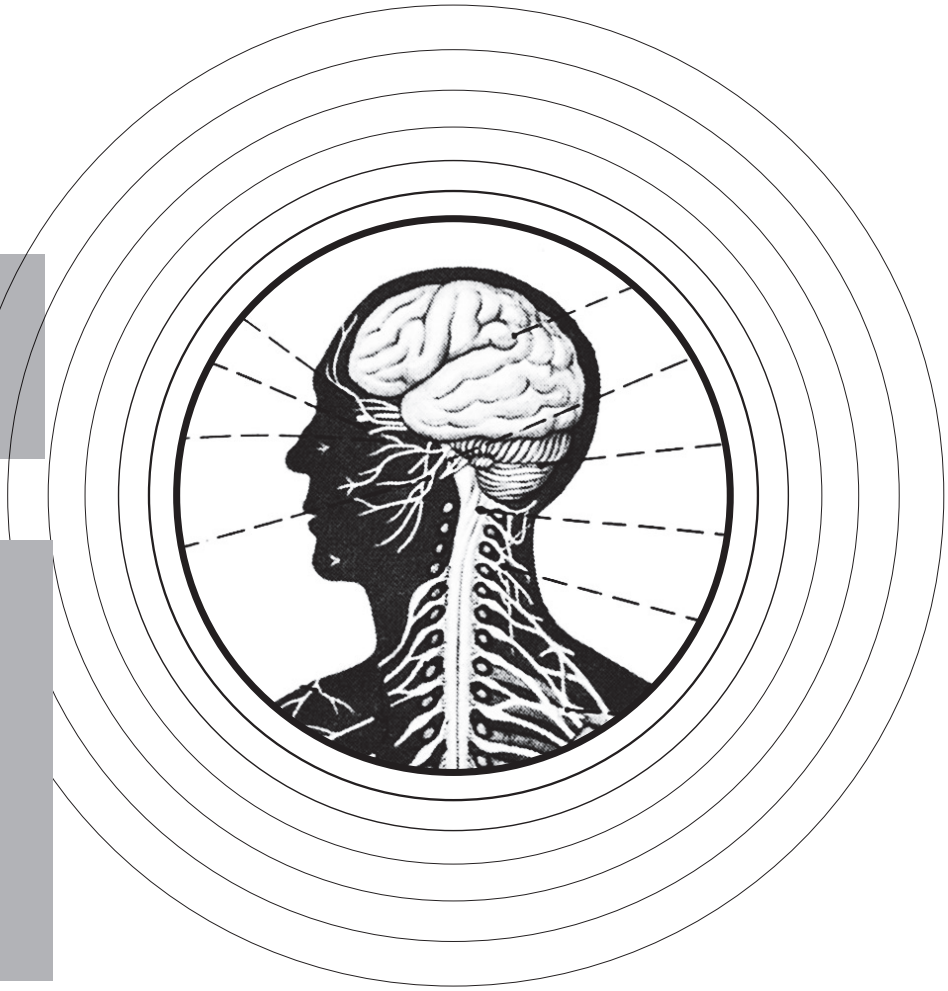
作为中医团体领导组织，我们有责任公开呼吁公众，不要随便向那些不是中医师的人购买药物，不要只求效果，不理药物有没有副作用。随便买药服用，到头来搞坏的是自己的身体。

我们必须重申，中药是可以安全服用的药物，在卫生部中医管理委员会注册的中医师都是经过严格培训的临床医师；中药的处方是经过辨证论治，药物相互协调下起作用的，一般不出现伤肝情况。如果有一些人服中药一段时间出现肝损坏，不能就归罪中药，因为多数人除了服用中药外，很难说没有服过**Panadol**，或者一些普通的退热药。再者，菜类、瓜果的农药残余，一些零食的染色剂，还有一些饮品的防腐剂，怎能说病人就没有接触到别的污染药物呢？

在临床上，我也曾看过自身免疫肝衰竭的病人(**Auto-immune**)，在入院时，当西医问她有无服中药，她明确的表示并未服过任何的中药。一个人每天可以吃到非常多的食物，什么食物被污染，非常不容易查出。综上所述，不可随意下“中药伤肝”的定论。

01_LunTan.indd 2 12/14/09 9:12:02 AM

中医突围的人类学思考*



中国云南　曲靖师范学院　孙健灵

【摘要】百余年来的中医面临多重包围而举步维艰，其中尤以“科学霸权”和“资本霸权”的打压为甚。突破“科学霸权”的围困，关键在于能否形成一种足以应对“西方范式”的“中国范式”，而这又取决于中医学界内部的整合、以及政府科研决策的导向。突破“资本霸权”的限制，关键在于能否形成一种既适应国民承受能力又保障中医生存的医疗价格，而它又涉及广大民众的实际认可、以及医疗体制的切实保障。

【关键词】中医；突围；科学霸权；资本霸权

2006年，以“告别中医中药”的相关文章及网络签名活动为导火线，百余年来时隐时现的中医存废之争烽烟再起。中医药界自是群情激愤，卫生行政部门也予以严厉斥责。然而，无论如何看待“废除中医论”的观点和主张，中医事实上早已身陷重围而举步维艰。中医的生死存亡涉及很多因素，但最重要的是能否在“科学霸权”和“资本霸权”的双重打压下找到突围之路。

02_LunTan.indd 3 12/14/09 9:12:41 AM

一. 面对“科学霸权”，中医学能否以“中国范式”应对“西方范式”？

1. 中医在西方科学霸权打压下走向式微，也是因自身式微才不堪外力打压

中医是中国文化的缩影，西医是欧洲文化的代表。当欧洲以其经济、军事和科技的强势而向世界扩张时，其它文化便被限定为“传统”，欧洲文化则标志着“现代”。因此，当中医遭遇西医时，二者的“优劣”早已由它处于“边缘”还是“主流”的地位所决定，中医只能作为“旧医”而在“新医”主导的格局下接受审查。在这样的背景下，以“德先生”和“赛先生”为旗帜的“新文化运动”极大地影响着中国人的思想观念，早先那些“睁眼看世界”的知识精英们猛烈抨击中医便是顺理成章的事。现在的“废医论者”将中医界定为“经验医学”也好，“伪科学”也好，甚至“连伪科学都不够格”也罢，不过是这种思潮合乎逻辑的结果。然而，如果说“五四”时代的知识精英们难以冷静地比较中西文化，乃在于他们面对民主与专制的比照、强势与弱势的反差而倍感中国什么都不如人，特别希望中国引进“德先生”和“赛先生”以奋起直追，因而救亡图存比反思科学霸权更为紧迫；那么，在“文化多样性”已经成为学术共识之时，中国一些人文学者或科学人士仍然全面否定中医，那就不得不思考，他们除了被“科学的迷魂汤”所迷，其中是否还隐含着皇权思想熏陶下的“大一统意识”——当今世界医学只能由西医“独霸江湖”？

中医和西医也并非没有对话，但以西医的术语系统作为惟一的平台，“中医就必然面临着失去自己的独立的符号系统，从而也必然失去自己的话语权的命运。最终结果是：不对话，中医面临的是自生自灭的命运；一对话，中医同样面临着‘失语’的命运”。[1] 面对西医从理论到实践的优势，中医不得不向西医靠拢。“中西医结合”似乎是中医的出路所在，几十年来从中医教学到中医临床，再到中药研制，都在“现代化”的期望下逐步丧失中医特色。这样，纵然没有人再倡“取消”之类的行动，中医也已经江河日下、弱不禁风。据“中医药战略研究课题组”统计，辛亥革命前后，我国4亿人口，中医人数为80万人；到1949年，我国人口不足5亿人，中医人数为50万人；2003年人口增至近13亿，中医人数为27万人，其中最多只有十分之一的大夫能开汤药处方；[2] ①另据专家估计，目前真正能以中医思路看病的中医不过3000人，“拿得出手”的名中医更是不过300人。②因此，仅仅把中医的萎缩归因于科学霸权打压是不够的，中医自身挖掘不足、创新不够，丧失患者信任，才更需要引起重视；若无自求强盛之道，中医的消亡已不劳别人动手。但不可否认的是，中医面对科学霸权，已经天然处于专业话语和经济利益的弱势地位。

中医在抗辩中走向“失语”，东施效颦的失败是否又昭示着出路所在呢？“科学”来自西方，通常被认为是一种没有国界的、不偏不倚的、由试验或观察所得到的客观知识。然而，“迄今所有科学总是以一种理论或假说的混合所贡献的一种诠释结果”，而它究竟来自观察归纳还是直觉思辨，“与理论的科学地位或性质无关”。[3] 更何况，包括西医在内的“科学”还隐含着自己的利益诉求和特定的意识形态。因此，医学并非只有一个“西方范式”，中医具有不同于西医的“中国范式”，这是中医贡献于人类的独特智慧，也是中医创新和发展的基点。中医仍然不能摆脱“科学话语”，出路在于必须以其“地方性知识”来参与和改造这个“世界性话语”系统。那么，这种“地方性知识”的“科学资格”何在？

①贾谦研究员的发言。参见陆广莘等：《中医药的传统与出路》，《读书》2005年第9期，第20页。
②参见仇惠栋：《全国仅3000人真正懂中医看病》，搜狐文化频道，2006年11月08日。

02_LunTan.indd 4 12/14/09 9:12:58 AM

2. 突破“科学霸权”的围困，关键在于能否形成一种足以应对“西方范式”的“中国范式”

著名老中医李致重教授[4]认为：中医和西医是两种不同的范式，是两种不可通约的医学，二者分属“形上”与“形下”两个层面，各有其特长和局限；在哲学贫困笼罩下的中医，目前处于“即将消亡的边沿”和“新的突破的前夜”，一旦告别了哲学的贫困，中医复兴就在眼前。刘力红教授[5]认为，中医并非像有些人说的“缺乏实验”从而缺乏科学性，只不过我们没有西方那样的“外证实验”；中医理论依赖于“内证实验和理性思考的结合”，“内视反观就是典型的内证实验”，但现代人“很难想象内证实验是个什么东西”。张其成教授认为，中医这个复杂的混合体可勉强分为“神”、“象”、“形”三个层面，中医最重视“神”、最轻视“形”，因而在“形”的层面上，中医处于劣势，无法同分子生物学的“基因”学说这类研究成果相媲美；“神”和“象”这两个层面则是中医的精华、中医的传统，但现在也很难用“现代科学”的方法进行研究，“因而应该采用科学和人文相结合的综合性的方法，包括复杂性科学的方法、历史学考古学的方法、文化人类学的方法、哲学思辨的方法，甚至宗教神学的方法等等”。③普里戈金[6]也说:“中国的思想对于那些想扩大西方科学的范围和意义的哲学家和科学家来说，始终是个启迪的源泉”。如此看来，不仅中医和西医具有互补性，而且中医的指导思想更可能导向“后现代医学”。

然而难题在于：中医讲求医者的“内证体验”，强调患者的“个体差异”，这都需要“灵悟地”把握，不像西医那样具有明确的可重复性而能通过学院教育大规模传承。另一方面，不仅在中医院校的教学中越来越淡化中医经典著作，而且中医学界对它的认识也并不统一，以致在医疗实践中，一些中医专家并不重视阴阳五行学说，而更讲求临床经验，他们甚至认为中医运用阴阳五行学说乃是牵强附会的做法。因此，能否以“中国范式”应对“西方范式”，首先将取决于中医学界内部的整合。如果中医自身的理论总结都未取得共识，中医学又如何能实现理论创新，如何能发扬光大?只有中医学界内部实现整合，才能在系统挖掘传统理论和临床经验的基础上，推动中医理论与实践的创新。

而在中医不断衰微的情况下，要对中医理论与实践做系统地总结和创新，并寻求能够检验中医的技术手段，非进行大规模的、跨地区的、甚至是跨国界的协作攻关不可，但由于中国的基础研究还缺乏非政府机构的大力资助，政府的科研规划对一个学科的成长也就起着至关重要的作用。所以，能否以“中国范式”应对“西方范式”，还取决于政府科研决策的导向。中医研究要在总结以往经验教训的基础上确定适合自身的思路，与“内证体验”相关的哲学思维和研究方法尤其需要摆脱“唯科学主义”影响的决策者的支持；无论探讨中医理论和方法，还是研究中医教学的内容和形式，或者探求中药研制路子，都需要促进中医发展的公共政策和行政机制作为保障。同时，中医理论与实践的创新，不仅要靠中医学界的努力，还要靠中国科技界的配合，以突破目前对中医检验手段的局限。只有中医学界、政府部门和社会各界的通力合作，才能为中医发展提供一个有理有据的“中国范式”。

二. 面对“资本霸权”，中医药能否以“资本阳谋”应对“资本阴谋”？

③张其成教授的发言。参见陆广莘等：《中医药的传统与出路》，《读书》2005年第9期，第14-15页。

02_LunTan.indd 5 12/14/09 9:13:23 AM

1. 从西医药的“资本阴谋”到中医药的“双重悖论”

药品并非都是针对患者需要的“客观”研究的结果。20世纪的洛克菲勒药品帝国作为美国乃至全世界的重要药品供应商，就通过资助医学教育、控制传媒机构等手段而制造“资本阴谋”。据美国一篇文章所述，洛克菲勒基金会为哈佛大学、耶鲁大学等高校提供巨额经费，条件是它们必须教给学生那种洛克菲勒制药机构想教的药品知识。关于“不药而愈”的事实则遭到压制，除非它屈从于审查员断章取义的目的，因而在大型报纸上你看不到那些由自然疗法、按摩疗法、信仰疗法、巫术疗法、草药疗法等治愈的案例。为了灌输洛克菲勒帝国的“药品意识形态”，还必须告诉人们这样一个道理：当“大自然”制造人类的身体时，她并不知道自己在做什么。洛克菲勒曾经投资设立中国医药委员会和北京协和医学院，但医学院校被告知，如果它们想从洛克菲勒慷慨的赠予中得到好处，它们必须使五亿中国人民信服地把安全、有效却又廉价的草药扔到垃圾箱里，转而使用美国制造的昂贵的、有致癌、致畸作用的“神”药。只是共产党在中国执政以后，既然跟中国进行贸易已不可能，洛克菲勒一家也就对中国人民的健康突然失去了兴趣，并日益把他们的注意力转向了日本、印度和拉丁美洲。[7] 可见，至少在医药领域，“科学”不过是“资本的婢女”。

衣、食、住、医始终是人类最基本的生计需要。对一个人口大国来说，如果广大中低收入民众看不起病，世界卫生组织和联合国儿童基金会关于“人人享有卫生保健”的目标就难以真正落到实处。“要解决中国十三亿人口的、特别是九亿农民的健康问题，必须发展中医。因为我们还学不起西方的医疗保健体系。美国一年的卫生医疗费用是一点三万亿美元，我们国内生产总值才一点三五万亿美元，全部用来吃药，吃药的数量也只是美国的五分之一，因为我们的人口是美国的五倍”。④按理说，中医药价格低廉不仅为民众所欢迎，而且是政府考虑医保费用时所需要的。但是，来自中医医院的报告表明：目前纯粹中医治疗的盈利率很低，医生为了收入、医院为了生存，不得不大量采用西医的设备和药品。中医中药“利国利民”却无法自养，这是一个悖论。而由此引出的另一个悖论是：如果说中医药无利可图，为什么国际中药市场又能兴旺发达？据资料显示，目前世界中药市场年销售额超过160亿美元，其中日本、韩国所占份额高达80%~90%，而我国中药制剂年出口额仅为1亿美元左右，只占世界的3%~5%。“洋中药”不仅占领了国际市场，而且以高价返销中国市场，以致占到我国中药市场1/3的份额。[8]“中国原产、韩国开花、日本结果、欧美收获”，成为当今中医令国人无奈的格局。

2. 突破“资本霸权”的限制，关键在于能否形成一种足于应对“资本阴谋”的“资本阳谋”

西医能够成为世界医学的主流，不仅得益于科学话语的垄断，而且优越于资本法则的运用，它在本质上都是霸权体系的产物。“而霸权，正如Femia(1975)所观察的，是通过教育体系、宗教机构和大众媒体等文明社会的机构来运作的。……是通过扩散和持续彻底强化关键社会机构来实现的。这些社会机构拥有某些价值观、信仰态度、社会规则和法律”。[9] 洛克菲勒药品帝国曾制造过“资本阴谋”，如今中国的“洛克菲勒们”(垄断地区性医疗市场的医院)也已成长起来。医院对制药厂是“买方垄断者”，

④ 贾谦研究员的发言。参见陆广莘等：《中医药的传统与出路》，《读书》2005年第9期，第19页。

02_LunTan.indd 6 12/14/09 9:13:40 AM

对患者又是“卖方垄断者”，在医疗服务远不能满足需求的情况下，患者要么选择高价治疗，要么选择放弃治疗，他们可能因病致贫或致死；而在医患双方信息不对称、地位不对等的情况下，患者即使明知受骗也无可奈何。不仅西医继续制造着“资本阴谋”，而且中医自觉不自觉地成为其合谋者。当中医采用高昂的西医诊疗手段来谋求生存时，也就无可奈何而又诚心诚意地充当着自己的掘墓者。

多元医疗模式并存乃是文化多样性的一个表现，但在资本主宰社会的现时代，中医的生存和发展也必须运用资本法则。西医从“地方性医学”走向“世界性医学”，正得力于“民族文化资本化”的推动；中医要想在中国再度成为主流医学模式之一，并对世界医学发挥影响，也有赖于“民族文化资本化”的运用。但是，医疗卫生服务具有公共产品性质，不能完全听任商业化与市场化的逻辑，因为这不符合医疗卫生事业发展的规律和要求，它已被理论和实践所证明，而中国改革开放以来的医疗体制恰好步入了这条错误的道路。[5]这样，同昂贵的西药和仪器相联系，中国医疗界创造了老人住院**67**天、花费**550**万却换来“最昂贵死亡”的纪录[6]。在这场“资本法则”不受限制的游戏中，处于竞争弱势的中医便成为西医不断扩张下的失败者。面对“洛克菲勒们”的“资本阴谋”，能否形成一种与国民收入水平及其承受能力相适应的医疗价格之“资本阳谋”，这是从经济上护卫和振兴中医药的根本条件，而它又牵涉到广大民众的实际认可、以及医疗体制的切实保障。

中国青年报社会调查中心与某网络新闻中心联合实施的一项调查显示，在万余名受访者中，高达**87.7%**的人表示“相信中医”，而与之形成巨大落差的是，仅有**27.7%**的人愿意在生病后首选中医。[7]从**87.7%**到**27.7%**的落差表明，中国民众在感情上相信中医，但出于疗效的考虑却不愿选择中医，其中对“疗效”的判断又受到西医被“神化”而中医被“魔化”的影响。因此，要想赢得民众的实际认可，首先要消除西医的“神化”和中医的“魔化”，而与此互为印证的则是中医自身在临床效果上的说服力。毕竟，对医者而言，中医可以是“理论医学”；但对患者来说，中医始终是“应用医学”，疗效才是关键。如果中医中药仅仅因其廉价而立足市场，并不必然具有竞争优势；当顾客(患者)的数量足于维持中医生存和发展的利润要求时，中医才具有运用资本法则的能力。

但是，这不意味着应该让中医也成为“资本阴谋”的制造者。经济学的研究早已表明，竞争不仅有利于增加消费者的选择自由，而且有利于提高生产者的技术水平和服务质量；但对资本来说，依靠垄断更能获取高额利润，还何必在竞争中如履薄冰。中医和西医的利益冲突已成为“科学之争”的经济背景，如果再像某些人希望的那样，中医退出国家医疗体制，西医就更容易获取垄断利润。一位经济学家说：“高度垄断、不当管制的国家医疗体制才是中医萎缩的原因”；“如果政府真的……让

[5] 一项来自高层研究机构的成果表明：改革开放以来，中国的医疗卫生体制发生了很大变化，在某些方面取得了进展的同时，暴露的问题却更为严重，可以说改革在总体上是不成功的——体制变革所带来的消极后果，主要表现为医疗服务的公平性下降和卫生投入的宏观效率低下，而问题的根源在于商业化、市场化的走向违背了医疗卫生事业发展的基本规律。(国务院发展研究中心课题组：《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议(概要与重点)》，《中国发展评论》2005年增刊第1期 。)

[6] 杨步月：《老人住院花费550万 昂贵死亡揭医疗界伤疤》，新浪网>>新闻中心，2005年11月28日。

[7] 参见王孔瑞：《中医废存之争成为又一次文化思想论争》，新浪网>>新闻中心，2006年11月15日。

02_LunTan.indd 7 12/14/09 9:13:55 AM

中医退出国家医疗体制，只要无害就允许民间生存，……那才是中医在本土兴盛起来的天赐良机”。[11] 不过，“退出”一词存在歧义，是“退出”高度垄断与不当管制的国家医疗体制，还是“退出”科研资助和医疗保险的国家行政体制，其后果显然会大相径庭。所以，政府规制首先是要按照中医的特点来规范中医，要制定适合于中医的教育内容、执业资格和认证体系，为中西医创造公平竞争的环境。而在一个具有“命令经济”与“官商结合”传统的国度，打破医疗垄断、揭露资本黑幕、抑制官商勾结，乃是重塑医疗卫生体制的基本要求。只有体制能够保障一种具有透明度的“资本阳谋”的形成，才能实现中西医的有序竞争与共同繁荣。

结束语：中医突围还需要信仰的引领

科学霸权和资本霸权无疑是围困中医的主要力量，而与它们紧密相关的一个重要问题是信仰的缺失。大卫·格里芬[12] 指出：“过去一百多年来，有一个广泛被接受的假设：科学必然和一种‘祛魅’的世界观联盟，其中没有宗教意义和道德价值。……我希望中国在接受和理解西方科学时，不要重复这个错误的假设”。更何况，“不为良相，便为良医”的中国古训表明，医者从来就不是一种纯粹技术性的职业，它需要宗教般的人格陶冶和献身精神。而“在诸神隐遁、唯‘我’独尊、任何职业的超越性前提都被赤裸裸的实用主义雾障遮蔽的现代条件下如何可能”？[13] 这是一个远比“霸权”更为致命的问题。如果说，西方自文艺复兴以来已经逐渐从“祛巫魅”走向“祛神圣”，那么中国在“唯科学主义”和拜金主义冲击下，信仰缺失已经让“道德底线”都屡遭突破。我们每个人都可能成为生理上的病患者，但若缺乏信仰，连医生也可能成为精神上的病患者。为了我们每个人都成为一个健全的人，无论中医突围，还是西医发展，都还需要信仰的引领。

参考文献

[1] 邓文初.“失语”的中医[J]. 读书, 2004, (3).

[2] 陆广莘等. 中医药的传统与出路[J]. 读书, 2005, (9).

[3] 陈庆德等. 人类学的理论预设与建构[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2006.

[4] 李致重. 中西医之间的公理化原则和人类医学革命[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, (11).

[5] 刘力红. 思考中医——对自然与生命的时间解读[M]. 桂林: 广西师范大学出版社, 2006.

[6] 普里戈金. 从混沌到有序[M]. 上海: 上海译文出版社, 1987.

[7] HansRuesch, 1993, TheTruthabouttheRockefellerDrugEmpire:TheDrugStory[EB/OL].http://members.iimetro.com.au/~hubbca/health.htm.

[8] 于建平. 中药创新发展亟待加强知识产权保护[N]. 中国高新技术产业导报, 2007年5月14日。

[9] 莫瑞·辛格. 批判医学人类学的历史与理论框架[J]. 广西民族学院学报(哲学社会科学版), 第28卷第3期(2006年5月).

[10] 国务院发展研究中心课题组. 对中国医疗卫生体制改革的评价与建议(概要与重点)[J]. 中国发展评论, 2005, 增刊(01).

[11] 周其仁.“中医不姓中”的原因[N]. 经济观察报, 2006年10月30日.

[12] 大卫·格里芬编. 后现代科学——科学魅力的再现[M]. 北京:中央编译出版社, 1995.

[13] 杨煦生. 世界失魅中医何为[J]. 读书, 2005, (9).

02_LunTan.indd 8 12/14/09 9:14:13 AM

作为大智慧医学的新中医

中国重庆　张流秀

【摘要】新中医理论及其体系是十年磨一剑的理论和临床研究成果。通过对其核心基础“科学化”和“现代话”的八大章粗线条介绍，体现了传统中医诊疗疾病的实质。而新中医作为一定意义上的原始创新，必定对未来国家总体医疗水准的提升，特别是对当今国内和世界中医药学术、教育界，有着相应的帮助。

【关键词】新中医；核心基础；科学化；现代话；体系介绍；原始创新

近现代以来，中医界一直都未能拿得出多少自信和公认的重大发现、发明和创造。原因或许就是在西医的影响下，对中医药的研究走的都是一些下医学的研究路子。为此几年以前(2002年)，笔者曾撰文说：“中医的出路何在？怎样才有中医的前途？这个问题，值得所有中医人深思。中医人自己要努力争气，要以各自的大智慧来对中医的整个理论进行大视眼的研究，同时要坚决不浮夸不虚华，实事求是地努力进行脚踏实地的临

03_LunTan.indd 9 12/14/09 9:14:46 AM

床。不然，真正中医的灭亡，罪过不在努力或客观无意灭亡中医者，而在作为不争气的中医人的我们！”

新中医理论及其体系是忍辱负重救人、闭关面壁研医、板凳一坐十年的结果。它既来自对中医经典理论的继承和反思，也来自对临床实践经验的总结与升华，看来还圆融了现代医学的某些基本理念。由于它既没有把中医庸俗化，也没有把中医玄学化，而是对中医作了相应的“科学化”和“现代话”，因而能使学习者不论有否医学教育背景，都能通过新中医理论来高屋建瓴地悟入传统中医经典核心，并迅速地进入临床临证的诊疗，避免了穷十数年甚或数十年尚徘徊在中医门外见病茫然无底的无奈。

有人说：“一本佳作、一个学说、一个理论的问世，也许就标志著中医发展新时代的到来。”(张学文)笔者固不敢断言新中医理论及其体系将会给当代或未来的中医带来什么，但是却知道没有理论的创新就必定没有行业的进步。

新中医是个极其科学、规范的现代化系统理论，从基础到临床应该在某种意义上，可以改变现行概念含糊、逻辑混乱、不能尽如人意的中医理论及其体系。

新中医核心基础的科学化和现代话由八大章来体现。

1. 疾病认知

由于疾病是医学研究的着眼点和归宿，所以第一章就讲“疾病认知”。这一章一开始，就首先明确“医学的终极目的”，是“医家对病患或伤者在其生命寿数结束之前的治病、疗伤或保命，即应用最快捷、合理和人道的诊疗手段来解除病患或伤者身心的病苦、伤痛，保持其生命的正常或存在。”并强调人类所有的医学作为，比如医学决策、管理、教育、科研，以至医学出版等等，都应该是直接或间接地为了临床或临证的这一医学的终极目的。从医的人必须始终牢记这一医学的终极目的，否则，医疗机构必然变成纯粹的商业机构，而从医者则势必变成可怕的奸商。

然后通过三节来认知疾病，每一节又细分为两个部分。

第一节

“疾病溯源”，两个部分为“疾病涵义”、“疾病必然”。在“疾病涵义”中，从“疾”、“病”两字的说文解字，知道疾病是身心两个方面的，有外因引起和内因引起。

从疾病字义的引申，知道疾病包括小疾、大病，小疾为中医源头经典所称的“未病”，多为功能性的气质病变，有轻微感知而暂时不要命，所以人们可以“讳疾忌医”，就如历史上的齐桓公；大病为中医源头经典所称的“已病”，多半已是器质性的形质病变，中医在源头经典里边认为，“病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井、斗而铸锥，不亦晚乎？”往往搞不好就得“死马当活马医”了。于是强调“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱”，防患于未然。

再从疾病的现代涵义，知道当今“疾”跟“病”在程度上已经不分了，于是出现了滥用药物的过度治疗；外伤性的“疾”跟内伤性的“病”也不分了，比如战场上的伤患又叫作“伤病员”，结果现在的很多“病患”也就被当成了“伤患”，动则送入外科切割。

在“疾病必然”中，从疾病难以避免，知道外界环境因素跟自身业力果报的复杂关系。从疾病常也必须，知道疾病其实也是很多人为了达到某些隐秘的目的而有意无意利用的一种手段，平庸的人甚至需要依靠疾病来充实其百无聊赖的生活。

03_LunTan.indd 10 12/14/09 9:15:02 AM

第二节

“疾病要件”，讲疾病的发生和疾病的构成。从疾病发生，知道疾病发生的条件首先需要有病原，然后需要有病因。所谓病原是指病因构成的原始因素和疾病发生的原始条件，而病因则是病原和人的个体发生非正常关系的严重作用方式，这个作用方式是导致人体疾病发生的关键。假若有特定的病原，但是那病原和人体并没有发生非正常的关系，则疾病同样不会发生。现行中医理论没有“病原”的概念，于是也就把病原混淆成了病因。比如，风、寒、暑、湿、燥等季候气象就被认为是外感疾病的病因，其实对个体人而言，这些季候气象只不过是病原，它们一旦伤及人体，其“伤”才是病因。再比如，怒、喜、思、悲、恐等内在情志也同样被视为病因，殊不知它们也不过就是人的正常情绪，当其损害了人体则为病原，而其力度太大或持续过久才应该视为病因。

然后，在疾病构成中，知道疾病是由病邪和病质构成的。病邪指的是一定的病原作用於特定的机体所产生或形成的宏观产物。中医历来都没有“细菌”、“病毒”等病邪概念。明白人都能感知到，中医治病从不问是病毒还是细菌，更不问是衣原体还是什么冠状病毒，只是辨证用药。举个例子：数年以前笔者接诊过一个姓郝的6岁男孩，从县医院出院来的，出院证明写的是“因患颅内感染：病毒性脑炎病，于2004年12月13日入住儿科，经镇痛、降颅压、对症支持等治疗，现：无变化”。笔者诊为痰结气虚，痰为病邪，处以益气祛痰方药，一剂知三剂已，至今一切正常。可见，中医的病邪观跟现代西医学的病邪观不一样。

疾病的构成，病邪只是一个方面，还有病质。病质是失常的生命元素。生命元素新中医认为是人体生命得以维系其存在的宏观基本要素。病质本质上属于“正”，与病邪之“邪”是相对待的。生命元素往往因病邪导致异常而为病质，病质形成又可导致病邪深重。传统中医没有“病质”的概念。

第三节

“疾病诊疗”，首先会明确“标本”的概念。传统中医认为“本”是阴阳，但是新中医把本扩大到了整个生命元素，因为生命元素是中医针对的核心，不论怎样诊断，不论怎样治疗，都是落实到生命元素上。比如如今最为常见的腰痛，人们一般都首先会想到是“肾虚”，但中医的诊断却必须落实到是“肾阴虚”、“肾阳虚”，还是“肾气虚”，或者“肾精不足”，包括现代西医学所认定的“腰椎间盘脱出”，那主要是肾气不足引起的。在中医看来，腰椎是人体支撑系统最重要的部位，而腰椎间盘是这个重要部位的“榫头”。当脾气虚怯，张力不够，就导致上边直立不起；当肾气虚怯，张力不够，就导致下面支撑不住。上立不起就前倾，下撑不住就后倒，腰椎折损，背脊“坍塌”，腰的这个椎间盘“榫头”就必然“脱出”了。

由于认为生命元素是“正”，“正”即“本”，而与正相对峙的病邪就是“标”。于是，标本问题就明确成了正邪问题。这对临床上“急则治标，缓则治本”具有直接的指导作用。

这节“疾病诊疗”又包括“疾病诊断”和“疾病治疗”两个部分。在“疾病诊断”部分，首先会明白“证”的实在概念。行内人都知道，辨证论治是中医的特色，也是中医的特长，可以说没有辨证论治就没有中医。“证”自然就成了中医理论的最核心概念，但是从《中医辞海》、《中医大辞典》以及历来各版中医院校教材等中医资料来看，“证”的定义却一直是繁复不清的。新中医认为，证就是疾病条件下，病质或病邪在人体全身或局部的存在状态，又叫病机或者证机。

03_LunTan.indd 11 12/14/09 9:15:17 AM

比如阴虚气滞、阳虚寒凝、肝血不足、胃气上逆、湿热下注、痰饮阻肺等等。由于证，意味着生命元素的异常或为害病邪的存在，简称正异、邪在，那么辨证，实际就是要辨别或诊断正异或邪在的状态。

正异、邪在都表现为什么样的异常或存在状态呢？在这部分知道，正异无非是生命元素数量呈现不足，流通失却畅达，位置发生偏离，简称量少、失畅、位离；邪在则为为害病邪气势肆虐猛烈，质地坚顽难化，势力留存体内，简称势盛、质坚、蓄留。

既然疾病就是正异、邪在，诊断疾病就是辨别正异、邪在，那么治疗疾病就应该是还转正异、祛除邪在了。在“疾病治疗”部分就讲还正、祛邪。针对正异的量少、失畅、位离，那么还正就相应要扶正、理正与纳正；针对邪在的势盛、质坚、蓄留，祛邪当然就作相应的抗邪、化邪和排邪。

这一还正祛邪的结构，足可改写现行的中药学和方剂学结构体系，在对历代汤头的配伍原理研究中，更可以改写对复杂方剂常常没法用上的“君、臣、佐、使”的分析模式。

这部分，大家会注意到，新中医有意识地弱化传统中医“扶正祛邪”的提法。原因是“扶正”概念给人的印象似乎就只是针对生命元素数量呈现不足的亏耗虚损而来，从而为医家的见病滥补大开方便之门。好像也不特别提醒“祛邪还正”，其实也是为了使医家避免不问青红皂白地见病滥攻。不要不及，不要太过，这才是“中医”。笔者曾经在已发表的一篇论文中说：“中医者，非独中国医学之谓也，乃力避太过、不及之中庸医学之称。一语双关，可谓用心良苦。”那么，如果韩国或者其他什么国家要在这个意义上把“中医”向联合国来“申遗”的话，那我们还真没有话可说。

2. 基本观念

第二章，基本观念。这一章讲“公理三观”，也就是学中医的人必须具备的三个基本共识，一是人境相应，二是缩影全息，三是动态联系。

第一节

“人境相应”。境是指自然环境和社会环境，根据中国传统文化的“三才”观念，又细分为天才环境、地才环境和人才环境。

都知道，人是自然和社会的产物，生存生活于自然和社会中，无不受天、地、人三才环境的影响。天才环境主要或首先影响人的起居，通过天文季象；地才环境主要或首先影响人的饮食，通过地理物产；人才环境主要或首先影响人的心态，通过人事情感。人患病最先和最后都必定是与天、地、人环境不相应。怎样可以做到与天、地、人三才环境相应呢？必须是整个社会有顺天时、讲卫生、求和谐的概念氛围，而个人也当有慎起居、适饮食、平心态的意识修为。

举个例子，中医在源头经典《黄帝内经·素问》的第二篇“四气调神大论”中，就提倡如何顺天时：春三月，夜卧早起，广步於庭，养生；夏三月，夜卧早起，无厌於日，养长；秋三月，早卧早起，与鸡俱兴，养收；冬三月，早卧晚起，必待日光，养藏。“生、长、化、收、藏”指什么呢？能量。能量在传统中医里边被明白地称为“阳气”。其对人体的重要意义，中医早就意识到了，并且在经典中告诫：“阳气者，若天与日，失其所，则折寿而不彰。”所以人不能违拗天时。这大抵就是“顺天者昌，逆天者亡”的原始本义。可惜在我国县城以下各中小学甚至幼稚园，都基本是一刀切的作息时间，要求学生很早起床，很晚睡寝，孩子们的身心怎能不受影响？以致才曾

03_LunTan.indd 12 12/14/09 9:15:34 AM

经流行一个逆反性的顺口溜：“春来不是读书天，夏日炎炎正好眠，秋有蚊虫冬又冷，收拾书包待明年。”还是领袖读书时代说得好：“苟有恒，何必三更眠五更起？最无益，莫过一日曝十日寒。”

第二节

“缩影全息”。这一节将建立人体特定的部分是整体的全息缩影、整体的资讯通过特定的部分能够得以反映的观念。缩影全息的提法得益于当代已故山东大学教授张颖清在上世纪七十年代所作“生物全息”工作，全息观念现在已然深入人心，但缩影全息思想中医早在源头经典时期就已经有了。

中医的特色耳诊、眼诊、脉诊、掌诊等诊断理论及其应用，就是基於缩影全息观。比如耳诊，其以象测脏的准确定位取决於耳是人体内在结构的一个较为完整的缩影全息单元。耳的外形是否如胎儿在母腹中的形象？耳廓其实就是一个缩小了的身形，其任何一个局部的病理表现都反映着人体内在相应结构的病变。这就是中医司外揣内诊断特色的根据。

缩影全息主要存在于生存的有机体，而非构成的机械物。因而当代生物工程学上的克隆技术，才能成为缩影全息观运用的一个极致。

第三节

“动态联系”。这部分可以知道，运动是联系的，因而研究人体身心疾病必须坚持联系而非孤立的观点。中医历来称道“见痰不治痰，见血休止血，识得个中趣，方为医中杰”，一个高明的医家一般不会“头痛医头，脚痛医脚”，而往往是“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”；另一方面，联系是动态的，因而又必须要求坚持动态而非静止的观点。针对患者的特定疾病，如果处方，中医原则上不该一个方子处到底，因为疾病的病质跟病邪存在状态是会随着病情的发展或医家的治疗而变化的，也就是说，证会变。既然证变了，则治疗方案也要随之而变。这就是体现中医特色的“辨证论治”。如今中医药学术界那么多期刊杂志，都充斥着太多“某某方治某某病多少多少例”的真假论文，不知道究竟还有多少中医的东西。

在“动态联系”这一节，主要会研究到动态联系的工具。工具一是哲学上的，一是结构上的。结构上的工具主要是脉管和经络，哲学上的工具主要是阴阳和五行。

阴阳、五行作为认识世界、认识自身的哲学概念，是中华民族祖先远取诸物、近取诸身所获得的智慧。中医从源头经典就将其作为工具引入，是因为对人体生命仅仅通过结构工具来把握或认知是并不够的。中医不是没有解剖基础。早在源头经典时期，其实就有了“其死可剖而视之”的记载。《黄帝内经·灵枢》的“骨度篇”、“肠胃篇”、“平人绝穀篇”等篇章，就记载了比较准确的人体内部解剖结构的资料。但，为什么后来没有象西方医学一样走上解剖医学之路呢？这有原因。众所周知，生命会由於肉体的肢解而不再，但生命并不就只是形质肉体，因而精确细致的解剖并不能完全把握或认知生命，即使现代西医学的解剖已经深入到分子和基因水准，其对生命的把握或认知却仍旧难免捉襟见肘之嫌。一位科学家说：“物理学不可能取代化学，精通化学并不意味着我们了解了生命。同样地，懂得了人体的生理结构和机能并不能完全解释人类的行为和社会的规律。当从微观过渡到宏观层次时，系统一次又一次地出现那些并不出现在前一个层次上出现的新特性。”(朱清时)

那么，阴阳、五行究竟有没有现代科学依据呢？有！这部分同时会论证，是地球的自转和公转产生了阴阳五行，科学性不容质疑。

03_LunTan.indd 13 12/14/09 9:15:47 AM

然后讲结构工具，主要研究脉管跟经络。任何一门医学都必须有一定的解剖学理作基础，否则就只能归为“巫医”。现代西医学是如此，中医学当然也不例外，只不过西医解剖精细，而中医粗略。笔者曾写过一首诗说：“生命惟究流通质，何必脏腑非写实。今人未知天机在，只道中医不如西。”历史上有个相马人叫九方皋，善相马而牝牡不分。中医在某种意义上，其实也可以说就是“九方皋”。万法归宗，大道至简。事实上，生命也的确是无法用极端复杂精细的解剖来获知的。解剖到最后，什么都没有了。兴许这就是佛家讲的“色即是空”吧。

关於脉管，中医有“血脉”或者“动脉”等用词，但没有直接成系统地讲脉管(血脉、血管)，更没有深入而明确的动脉血管、静脉血管及毛细血管的概念，其对脉管的感知是恍兮惚兮的。以致从源头经典起，大谈特谈经络都是一会儿“经络”，一会儿“经脉”，搞不清楚“经络”和“脉管”的区别和联系(如“奇‘经’八‘脉’”、“离‘经’之血”等用词)，当然也没有现代意义上传递意识和感觉的神经概念。现行包括高等学校教材在内的所有关於经络学的著作，都依然表现出太多自古迄今飘浮游弋、没有确定性的用词和理解混乱。

在“脉管”部分，新中医对传统中医的“营”、“卫”概念作了全新的诠释和规范，认为营、卫不过就是动静脉血管里边的能量而已，其根据在《黄帝内经·灵枢》的第十八篇“营卫生会”：“其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会，阴阳相贯，如环无端。”虽然其中明确“营在脉中，卫在脉外”，但“脉”的概念是恍惚的，今天可以理解为“动脉血管”。事实上，这种理解用之於临床实践毫无障碍，以这种理解再去看经典或者讨论中医的一些汤头比如著名的桂枝汤，就恍然大悟了。

那么，经络作为结构工具又是怎么回事呢？现行包括教材、辞典在内的所有中医图书对经络的定义其实都只是对流通血液的脉管的定义，殊不知经络绝对不是脉管。经络只是人体生命能量状态的资讯线，是人体生物电的线性通道，它触及人体所有的脏腑和组织，与解剖意义上脉管与神经直接相关。经络的生物电转化成的一种动力，传统中医称为“经气”。通过经气的作用，经络使人体脏腑与肌肤体表、五官九窍、四肢百骸等组织进行着资讯沟通，从而成为促进人体气血流通、协调脏器组织生理的资讯网线。因其如此，经络才被作为通过体表来治疗内脏疾病的长臂触手。

作为人体能量状态的资讯网线，经络虽解剖视之而不见，但其存在却是无庸质疑的，正如现在的手机资讯一样，不仅存在，而且其重要性也非同小可。中医在《医门法律》古籍中就说了：“凡治病，不明脏腑经络，开口动手便错。”新中医也主张，临床临证时，假若“脉证不一难确断”，那就“但从经络究病机”。

经络对针刺、艾灸、按摩等临床外治疗法的指导，那意义当然就更大了。对经络的针刺、火灸、按摩等等非内服药物疗法，主要就是通过刺激经络来调节(增加或减少)人体内相应空间的能量，恢复脏腑和其相关组织器官实体完成正常新陈代谢所需的阴霾不在、晴空万里、体温恒定的正常环境。极端典型的如烧山火、透天凉针刺法。

3. 生命元素

第三章，生命元素。传统中医没有“生命元素”的概念，但其对疾病的诊断、辨证与治疗又无一不是针对著“生命元素”来的。生命元素作为维系人体生命的宏观基本要素，有生命物质、生命能量和生命动力之分。生命元素的重要意义，再怎么强调都不过分。因为只要

03_LunTan.indd 14 12/14/09 9:16:08 AM

生命元素不是太过凝结或丧失，移植、废掉抑或切除人体的部分形质性脏腑组织器官，也可能一时半会儿无损於人的生命的存在，但若生命元素一旦凝结或丧失，纵然各脏腑组织器官非常完好，也不过就一具尸体。

这一章也就分三节来讲。

第一节

“生命物质”。生命物质是指宏观上的水液、津液和血液，简称为水、津、血。生命物质既是人体骨肉形成、发育、生长和维持的基础，也是其他生命元素在人体内得以存在和发挥作用的前提。

水，存在於体内又称“水分”。个体成年人身体里面大约有**70%**的成分是水，跟地球表面水的比例差不多。对身体内的水分，人们大都习焉不察，可其重要意义，当其缺少它的时候就立马显示出来了。从临床中发现，人体的疾病很多和水有关，以致从某种意义上说，治病其实就是治水。

津。津是“津质”和水的结合物，是水分对津质稀释的结果。那么津质是什么呢？津质是来自於地质的基本物质成分，相当於现代营养学意义上的各种营养元素。现代科学研究证实，人体结构的各种物质成分与地球所含的各种物质元素，其比例是基本一致的。从物质成分的角度说，人体其实也是地球的全息缩影。中医完全可以通过对津质的微观化研究，和现代营养学和西医学挂上钩来。

血。血是“血质”和津液的结合物，也可以说是水分对血质和津质稀释的结果。血质是专门用於储藏和运输生命能量的赤色质体，血质一旦破坏即成现代医学意义上的白血病。

第二节

“生命能量”。生命能量属於热学范畴的生命潜能。人体有能量才有动力，有能量才有体温。在生命元素中，人最容易失去的就是这个能量，尤其在当今社会纵容“以欲竭其精，以耗(好)散其真”的时代，人们贪食冷饮，贪享空调，贪图淫乐，加之西医药很难避免的过用过滥，大家几乎都成了“东亚病夫”而不自觉。

生命能量在传统中医里边被潜意识地称作“精”，被显意识地称作“阳气”——叫“阳气”其实是差强人意，叫做“精”才是精当的，比如精气、精力、精神、精彩、精华、精灵、精明、精锐、精壮等等辞汇，其涵义都是因为有了“能量”才会有着“气、力、神、彩、华、灵、明、锐、壮”的外现。遗憾的是，人们都认定“精”是什么什么“精华”物质，说不清道不白，无法自圆其说就只好作广义与狭义之分。

阴阳的概念也同样如此，一会儿好像是指什么物质，一会儿又好像仅仅是哲学归类，极度混乱。比如：气属於阳，血属於阴，但气并不就是阳，血也绝不就是阴。临床中常见有气虚、血虚，却另外还有阳虚、还有阴虚，如何说法？殊不知一个是哲学概念，一个是医学概念，两个概念不分，于是才有阴阳应用的极端混乱。气属阳、血属阴的“阴阳”，是用於归类的普适性的哲学概念，而阴虚、阳虚的“阴阳”则是具有特指的医学概念。

那么，医学概念的阴阳究竟特指什么呢？新中医认为是特指生命能量“精”的两种相反的表现状态，阴是生命能量精的内敛储藏状态，阳是其外张释放状态。两种状态不无不及，也不无太过，就叫“阴平阳秘”；内敛储藏太过，意味著外张释放不及，叫做“阴凝”或者“阳虚”；内敛储藏不及，相应也就有外张释放太过，叫做“阴虚”或者“阳亢”；内敛储藏和外张释放都不及，则意味着生命能量的总体水准低下，叫做“阴阳两虚”；如果内

03_LunTan.indd 15 12/14/09 9:16:28 AM

敛储藏和外张释放都旺相，那当然就表示其人体质之壮了，年老如此，则必定能“年皆度百岁而动作不衰”。

第三节

“生命动力”。生命动力就是传统中医说的“气”，日常语言中就有“气力”、“力气”的用词，属於力学范畴的生命潜能，具有物质、能量、方向、大小和着力点等特征。人体内在之气决定着生命的存亡或品质。而气最受人体意识情绪的影响。比如，传统中医所称怒、喜、思、忧、悲、恐、惊五志七情，若其力度过大或者过于持久，都直接会影响气的存在方式。比如，“怒则气上，喜则气散，思则气结，悲则气耗，恐则气下，惊则气闭，忧则气郁”等等。对於这些情状，人们都会明显体验得到。

“生命元素”这一章，还会从生命元素的角度讲到万物的缘起。比如道家讲：“道生一，一生二，二生三，三生万物。”讲的是什么呢？讲的就是宇宙和人体的大道，具体地讲，就是生命元素分是“三”，即生命物质、生命能量和生命动力；合是“二”，即生命物质和生命潜能；再合则是“一”，即能源。力学范畴的生命动力和热学范畴的生命能量都属於生命潜能，生命元素“三”当然就能合成“二”，即生命物质与生命潜能。而生命物质是生命潜能的基础，并涵藏生命潜能而成为生命的能源，因而再合则为能源，即生命物质“一”。倒过来，就是“一生二，二生三”，而“三生万物”。于是在生命就有了人体，在天地就有了万类，在人类就有了社会。那么，“一”又是从何而来呢？从“道”，也就是所谓“道生一”。道是什么呢？道是“自然”。自然就是自然而然，生命物质作为能源就是自然而然，就是自然，就是道。

4. 为害病邪

第四章，为害病邪。现行中医没有明晰的病邪学说，而是病邪跟病因搅在一起，病原、病因混同于病邪。这一章将明确地从天、地、人三才环境所导致的病邪来构建人体的为害病邪体系，主要从原生和继生两个方面来研究临床常见的病邪，应该说这是中医从未有过的。

第一节

“原生病邪”。从这一节会知道，源自天才环境的原生病邪主要为风、寒、暑、湿、燥、温，基本上就是传统中医所称的“六淫”邪气。六淫里边有“火”，这不符合人类的生活常识，而且与其中的“暑”同属“高温”，未免重复。新中医改作“温”，突出其温邪致病的传染性。风温、暑温、湿温皆属温邪所致的温病。为什么温邪致病具有传染性呢？因为温性季候气象最适合细菌或病毒等现代医学意义上的微生物的大量繁殖和传播。风温多为细菌感染，而暑温和湿温则多为病毒感染，并且对人具有致命性，尤其是湿温，其大范围的恶性传播就通常被称为“瘟疫”。

从这一节还会知道，传统中医称作“五志七情”的暴发性、持久性情绪如郁怒、暴喜、呆思、悲忧与惊恐，都被作为源自人才环境的原生病邪来研究。

第二节

“继生病邪”。继生病邪是继原生病邪之后又形成的，是原生病邪作用於人体的病理产物。这一节特别强调源自人才环境的原生病邪对人体器质性形质的损害。

传统中医里边还经常提到一个“毒”字，

03_LunTan.indd 16 12/14/09 9:16:41 AM

比如“湿毒”、“热毒”、“瘟毒”、“天行时毒”，治疗方案中还有“清热解毒”之类。这一章的最后，对中医里边“毒”的概念有明确的探讨。

5. 解剖结构

第五章，解剖结构。从这一章开始，新中医就从由形质到气质、由局部到整体、由内部到外部的各个层面来把握和认知人体身心的生理与病理。

人体的解剖结构是从正常人体解剖的角度结合其空间环境的主要功能来划分的，包括呼吸、供养、受纳、消运、排泄、泌渗、条畅、生殖、意识、支撑十个方面，与现代西医学的解剖体系有一定的不同。从这一章，可以发觉中医完全可以在这个结构层面把现代西医学的相应部分改造并纳入成为自己的体系。这不是现行中医西医化的“中西医结合”，而是拿来主义的“西医中医化”的努力。不管怎么样，中医作为体系完整的一门医学学科，不能总是欠缺对人体精细的白箱化研究。清朝写《医林改错》的医家王清任已经做过那个时代的努力了。

6. 五行脏象

第六章，五行脏象。五行脏像是以木、火、土、金、水五行作为工具，利用人体自身的感觉和他人特别是医家的察照来司外揣内地对肝、心、脾、肺、肾五大脏系空间的生理与病理进行研究。由于其只是这样一个外象系统，即通过应象类比的直觉超越死板硬套的逻辑来单刀直入地把握活泼灵动的生命，同时又以直截了当的体验和真实不虚的诊疗实践来最大限度地避免或修正牵强附会的荒谬，只需建立在粗略的解剖学基础之上，所以并不执着于精确的脏器组织结构体系。五行脏象作为传统中医理论的经典核心，使得中医因而也被认定为“黑箱医学”。

五行脏象通过应象类比的归类研究避免了解剖结构研究体系对人的生命活体更多形而上生命资讯的丢失。这一章，对传统中医五行脏象应象类比的归类有新的发现与发明，比如五脏开窍问题、五味走五脏问题、奇恒之腑问题等等。

7. 阴阳经区

第七章，阴阳经区。阴阳经区研究的是以经络循行线为核心的能量片区，其与经络系统是一以贯之的，而与源头经典《黄帝内经》的《灵枢·经脉篇》和《素问·热论》一脉相承。

已经知道，能量有阴与阳两种存在状态，但两种存在状态还可以细分，而各自成为相对独立的状态三种，即阳的开、合、枢与阴的开、合、枢。阳的三种状态表现於经络，就有手太阳、阳明、少阳经和足太阳、阳明、少阳经，表现于能量片区，则融合手足而为阳开太阳、阳合阳明、阳枢少阳；阴的三种状态表现於经络，就有手太阴、少阴、厥阴经和足太阴、少阴、厥阴经，表现于能量片区，同样融合手足而为阴开少阴、阴合太阴、阴枢厥阴。

能量的开、合、枢状态在传统中医里边称为“三阴三阳”，在临床核心经典《伤寒杂病论》里边称为“六病”。为什么称为“六病”呢？平常都会有这样的体认：对於身躯的构建，比如哪里有什么或没有什么，人在处于正常健康状态的时候，一般是没有感知的。当一旦有所感知了，那一定是那个地方已经有了问题。对于经络是这样，对于经络的能量片区更是这样，都是只有在非正常的疾病状态下，才会让人得以感知其存在。正是出于这种情况，

03_LunTan.indd 17 12/14/09 9:16:54 AM

能量的三阴三阳才被称为“六病”。后人研究《伤寒论》，不知三阴三阳是指以经络循行线为核心的能量片区，即经区，而以为三阴三阳要么就和经络没有任何关联，因而力挺“六病”；要么就认为只是六条经络循行线，所以冠以“六经”，以至导致了对《伤寒论》研究至今剪不断理还乱的普遍混乱。其实“六病”也好，“六经”也罢，如果不是指“经区”的概念，都难以自圆其说。由于“六经辨证”的说法已经约定俗成，因而新中医也尊重而不避讳“六经”的提法，只不过“六经”理解为“六经区”的简称罢了，而“六病”也就可以理解为“六经区疾病”的简称。

从这一章，将可以明确生命能量在人体内开、合、枢三种状态的确切涵义及其具体外现。

8. 三通系统

第八章，三通系统。三通系统主要研究人体与外界天、地、人三才环境的资讯交流和沟通，即人天通、人地通、人人通“三通”。资讯是什么呢？资讯应该是物质、能量和动力的外现。人的体内作为内环境是内在资讯场，体外天、地、人三才环境作为外环境则是外在资讯场，内、外环境作为内、外在资讯场，其资讯与资讯之间是相通的，所谓“息息相通”。唯其相通，所以才能相应，一旦不相应则病。

这一章主要是从人的生态系统讲病因，整合了人体阴阳经区、五行脏象和解剖结构。认为一切疾病几乎都是从三通异常引起的，三通系统异常导致经区能量、脏象感知或解剖结构异常，但经区、脏象或结构异常同样可以导致三通异常，或者反过来加重三通异常。

新中医作为理论体系，研究人体各层次，当然从人体解剖结构开始，继而脏象感知、经区能量、三通生态，而在诊断疾病的时候，就需要倒过来了，即从三通生态开始，继而经区能量、脏象感知、解剖结构。事实上也是：临床诊病，首断三通；然后察色按脉，先别阴阳；气质(空间)病变，当究脏象；形质(实体)病变，必看解剖。

新中医核心基础的“科学化”和“现代话”理论及其体系的粗线条大致如此，从中足可看到传统中医诊疗疾病的实质和新中医在一定程度上的原始创新，相信其对未来国家总体医疗水准的提升特别是对当今国内和世界中医药学术、教育界会有着相应的帮助。

借此，感谢业师释道济法师！他的一句话让笔者“参悟”了近十年，从而得以发现中医诊疗疾病的天机，并因而构建了全新的新中医理论及其体系。这句话就是：“阴不足就补阴，阳不足就助阳，不论哪里痛，都有效。”

参考文献

[1] 张学文. 谈谈打造新一代中医名家的几点思考(A). 第二届中国中医药发展大会会刊, 北京, 2005, 277。

[2] 朱清时. 用现代科学观看中医和中国传统文化(A). 第二届中国中医药发展大会会刊, 北京, 2005, 86。

[3] 张流秀. 中医疾病溯源(J). 亚太传统医药, 2007, 3(8): 23-26.

[4] 张流秀. 新中医疾病要件论(A). 第二届中国中医药发展大会会刊, 北京, 2005, 361-363.

[5] 张流秀. 还正祛邪论内涵浅识(J). 中医药学刊, 2004, 22(12): 2334-2335.

[6] 张流秀. 对中医从反思而来的研究(J). 中华中医药学刊, 2007, 25(8):1687-1688.

[7] 吴润秋. 《伤寒论》三阴三阳实质之我见(J). 中医杂志, 1981, 22(6): 4-5.

03_LunTan.indd 18 12/14/09 9:17:16 AM

经筋痹痛的软组织力学变化分析与治疗思路

中国中医科学院
中国 赵勇　新加坡 刁吉亭

【摘要】从软组织力学角度分析经筋痹痛的病理基础。经筋痹痛即由筋膜层的应力集中与软组织张力增高所致。由此可见，在经筋痹痛软组织张力高点针刺或刺络拔罐，即可改变经筋痹痛处筋膜层的“结”、“聚”与张力，从而使筋骨关节应力平衡，痹痛消失，功能恢复正常。

经筋是十二经脉之气结聚散络于筋肉关节的体系，经筋病候之筋急者，多表现为十二经筋的痹症，从软组织力学角度探讨经筋病理状态下的结构与实质，进一步分析经筋损伤致痛的机理和经筋病灶点的分布规律，对指导临床治疗经筋痹痛有重要意义。

1. 经筋“结”、“聚”与应力集中

经筋以十二经脉为纲，其实质与肌肉、肌腱、筋膜、神经等组织密切相关[1]。《灵枢·经筋》所描述的十二经筋的起点均在四肢指、趾端，终于头身，呈向心性循行汇聚。在循行途中分别或重复“结”、“聚”于四肢关节部和肌肉丰厚之处，如踝、膝、髀、臀、腕、肘、肩、腋等关节处，这与《素问·五脏生成篇》所说的“诸筋者，皆属于节”的理论是相一致的。

“宗筋主束骨而利机关”，肌肉收缩牵拉关节而运动，其着力点正在肌腱、韧带与骨的结合部，即经筋“结”、“聚”之处。这些部位，多有神经相伴随，有神经支配着肌肉运动。如手太阳经筋，“结于肘内锐骨之后，弹之应小指之上”。

《灵枢·经筋》所记述的十二经筋病候，主要表现为各条经筋集中一点，“其病当所过者支痛及转筋”，表明“疼痛”、“筋挛”、“聚结”为经筋的病理常态。也就是说，整块肌肉的作用点在腱与骨连接的“尽筋”，即腱末端上，是肌纤维束或肌腱的应力集中点，这个点经筋谓之“结”、“聚”，正是损害性活动的首先承受部位，也是经筋痹痛常见病损处[2]。所以，从发病部位看，所结之处多为肌腱、韧带在骨骼上的附着点，或神经容易被卡压的部位。

应力集中是一个力学概念，当一个力作用于物体时可以使之变形，同时物体内部的材料也产生抵抗变形的能力，这种抵抗变形的内力在力学上称为应力。它的大小与外力相等而方向相反。把经筋“结”、“聚”作为软组织材料进行分析可以看出，人体各种组织器官包括经筋在承受外力时同样也产生应力，根据应力的方向可将其归纳为压应力、拉应力和剪应力。当某个方向的应力远远大于其它方向或其他方向为零应力时，称为应力集中。

应力集中在工程方面可以引起材料或结构的破坏，在人体则可因应力适应性而引起一系列复杂的生理和病理反应。在软组织方面，应力的集中或超限的载荷使筋膜和肌肉产生代偿

04_LiLunTangTao.indd 19　12/14/09 9:17:57 AM

性增生、肥大，这种筋膜肥厚、肌肉肥大改变从而使组织结构和功能发生了改变。这种改变即经筋理论为“结”和“聚”。

从生理病理的转换来看，把机体的动态活动看作十二经筋的线力作用，当这些线力群牵拉力“超阈限”地作用于其两端的应力点时，便可导致应力点发生病理性的“筋结点”。而后由点到线、由线到面，再由面的一维向多维化演进，最终导致经筋病变点、线、面及多维性病变系列的形成[3]。十二经筋循行线分别反映了“线”的生理与病理关系，而每个筋结点和结筋病灶点，则反映应力集中“点”的生理病理。

从治疗角度看，《灵枢·经筋》在论述十二“痹”时，反复提出“治在燔针劫刺，以知为数，以痛为输”。“以痛为输”就是指治疗经筋病应以“结”、“聚”的疼痛之处作为针刺的腧穴。实验研究显示，压痛点的平均电位和最高电位均高于对照点，说明压痛点在电学上有其特异性[4]。大量的临床实践则表明，痹痛的部位多发生在肌腱末端及其附属组织，如肌腱、滑囊、韧带等处。这些疼痛部位还可以有压痛、痛性结节或条索状包块，其位置正是在深筋膜层的应力集中部位。

2. 经筋痹痛与张力增高

经筋即人体软组织，包括皮肤、筋膜、肌肉、肌腱、滑囊、韧带及关节囊等。在各种功能状态下保持一定的张力，维持人体的姿势及肢体的运动。人体软组织张力的增加和减少直接反应着局部的功能状态及病变程度。特别是筋膜层的张力变化，在急慢性软组织损伤的临床表现中占有非常重要的位置。

经筋痹痛具体表现在“结”、“聚”周围的局部疼痛，其筋膜层的张力可以直接表达疼痛的性质及程度。因为筋膜层是一个完全封闭的致密结缔组织系统，无论是筋伤劳损成痹，还是外邪侵筋成痹，最终影响软组织的张力变化有两方面，即筋膜表面张力增高和筋膜代偿性增生肥厚。一方面，瘀血、寒凝、痰湿、炎性渗出、肌肉痉挛或筋膜挛缩，引起筋膜间室内压力增高。另一方面，对于软组织，长期反复的循环载荷和应力集中或超限的载荷，都可以使筋膜和肌肉产生代偿性增生肥厚，其不仅使局部组织结构和功能发生改变，也是造成软组织张力变化的直接因素[5]。

各种因素引起的筋膜间室内压力增高，如炎性渗出，肌肉痉挛或筋膜挛缩，这种压力在引起肌肉发生缺血性挛缩之前就对各种神经末梢产生了病理性刺激，筋膜表面张力的增高和筋膜间室内压的增高均可对分布于其表面或穿过其间的皮神经产生牵拉或压迫。我们通过这样一种假设来理解经筋痹痛与软组织张力增高的关系，从而进一步分析筋膜间室内高压造成的皮神经卡压，致密的深筋膜表面形成了一个封闭的系统，好像充满了水或空气的气球，各种感觉神经纤维的末梢分布在这个气球的表面，当气球内的气体或液体增多，压力加大时，气球的体积增大表面张力也随之增大，分布在其表面的神经纤维末梢也被动受拉，产生了各种疼痛及感觉异常。目前，这种软组织张力性皮神经卡压在慢性劳损性疾病所产生的疼痛中已经成为主要的病因[6]。

另外，经筋痹痛的痛性结节和条索状包块，在慢性劳损性软组织损伤患者中的发生率特别高，仔细的触诊可以辨别其所处的解剖层次，多在深筋膜层。质地柔软，表面光滑，活动度好，与周围组织界限清楚，也是造成软组织张力增高的一个因素，但其产生的原因目前尚不清楚，可能为增生肥厚的筋膜与其下方紧张痉挛的肌肉的复合体。换一个角度看，“结”、“聚”应力集中的痛点，在机体所形成的痛点联线，应该是软组织的运动力线。这些痛点与力线的结合，往往形成一个软组织张力增高的“面”。

04_LiLunTangTao.indd 20 12/14/09 9:18:09 AM

十二经筋循行线分别反映了“线”的生理与病理关系，具体在肌肉的运动力线上，可以触及肌肉挛缩、变粗变短，并有明显的压痛反应。研究表明，肌肉收缩造成肌肉内压增高，肌肉等长收缩比等张收缩肌内压增高更为明显。特别是肌肉劳损性局部疼痛引起的肌紧张是一种慢性反射性肌紧张。它的特点是局部几块肌肉同时发生紧张，尤其是在维持姿势的羽状肌、半羽状肌和扇形肌。当肢体处于静力状态时，持续性肌肉收缩会导致紧张性肌炎。等长收缩时，所有参与动作的肌肉同时收缩。肌肉收缩时，肌内压增高，血管被压缩并阻断肌肉的血循环，而收缩的肌肉还在做工，代谢产物堆积，组织缺血、缺氧，产生疼痛。这与十二经筋病候筋急者表现一致，即人体筋肉组织发生拘急、痉挛、扭转、肿胀、强直等病理改变。

因此，经筋痹痛的病理机制就是筋膜腔内压力增高，筋膜的表面张力随之增高，通过其间的感觉神经末梢也要承受相应的张力。当肌肉紧张或痉挛时，不但要牵动筋膜，而且和皮下组织之间也要发生相对的位移。另外，筋膜和皮下组织之间也要发生相对的位移。如果筋膜和肌肉、筋膜和皮下组织之间因外伤、劳损、寒湿或炎症而存在着粘连和瘢痕，或筋膜本身和感觉神经粘连，则这种相对的位移和软组织张力的变化就可以刺激或压迫感觉神经，从而引起疼痛。

3. 经筋痹痛与减压减张

经筋理论深刻揭示了骨骼肌之间的内在联系，以及末梢神经在软组织异常张力作用下的变化，从软组织生物力学角度分析表明，经筋“结”、“聚”部位就是软组织应力集中点，经筋痹痛的发生、发展与软组织张力变化有密切联系。以此为基础，提示临床对于经筋痹痛应该考虑的治疗思路。

针对经筋“结”、“聚”点及经筋痹痛局部软组织张力增高的病理特点，用特制的针具选择特异的部位治疗，其关键在于减压减张。通过张力计测量铍针减张前后臀部软组织张力变化，结果显示臀中皮神经卡压综合征治疗后疼痛的减轻与张力的降低有非常显著差异。从而认为，在软组织张力最高点减压减张，可以刺切限制张力释放的纤维结缔组织如筋膜等，释放过高的筋膜腔压力，或通过局部流体静压的调整缓解对末梢神经的刺激[7]。

在经筋“结”、“聚”部位或软组织张力高点针刺或刺络拔罐，显然可以改变深筋膜层的压应力与张应力，使筋骨关节功能随应力的改变而恢复正常。由此可以说，减压减张的治疗原则与《灵枢·经筋》所论述的“燔针劫刺”及膏熨、敷贴、按摩、导引等治疗是密切相关的。其之所以能够解除疼痛，物理减压是一个重要因素。

参考文献

[1] 刘涛, 李平. 经筋实质初探. 中国针灸, 2007, 27(4): 297-298.

[2] 薛立功, 张海荣. 经筋理论与临床疼痛诊疗学.北京: 中国中医药出版社, 2002.

[3] 黄敬伟, 黄艺. 中华经筋疗法的临床发掘应用研究. 中国针灸, 1997, 17(7): 413-414.

[4] 邢江淮, 原存信. 压痛点特征之研究. 针灸临床杂志, 1995, 11(9): 26-28.

[5] 赵勇, 郭振芳, 董福慧. 经筋痹痛与软组织张力的相关性探讨. 北京中医药大学学报, 2003, 26(6): 85-86.

[6] 董福慧, 郭振芳, 张春美, 等. 皮神经卡压综合征. 北京: 北京科学技术出版社, 2002.

[7] 王兆星, 董福慧. 铍针治疗臀中皮神经卡压综合征. 中国骨伤, 17(2): 90-91.

04_LiLunTangTao.indd 21 12/14/09 9:18:22 AM

论伏邪温病学说与现代医学潜伏期的关系

仲伟梁

【提要】伏邪温病学说所谓伏邪的的含义，是指感邪不即发，伏藏体内过时而发。伏邪学说始自晋·王叔和的《注解伤寒论·伤寒例》而源于《内经》。明清以来，随着温病学的发展有了新的发展。历代医家对此说多予肯定，但亦有争议。究竟应如何评价伏邪学说？笔者结合中医伏邪学说的产生、发展过程及在临床的应用，认为伏邪温病学说与现代医学潜伏期有同等价值，试探讨如下。

一. 伏邪温病学说的回顾

伏邪学说的起源及涵义：

1. 伏寒说

伏邪最早见于晋·王叔和的《注解伤寒论·伤寒例》，用于阐述温病的病因和病机，以与伤寒鉴别。其涵义是：温病因于冬季感受寒邪，寒邪伏藏于体内，至春季而发为温病。如《内经》："冬伤于寒，春必温病"，晋以前，已认识到温病是一种在脉、证、治方面与伤寒均不相同的病证，但在病因上却认为二者同属感受寒邪。晋·王叔和提出了伏邪学说以解释这种异病同因的发病机理。他在《注解伤寒论·伤寒例》中指出："中而即病者，名曰伤寒；不即病者，寒毒藏于肌肤，至春变为温病，至夏变为暑病。暑病者，热极，重于温也。""是以辛苦之人，春夏多温热病，皆由冬时触寒所致，非时行之气也。""从霜降以后，至春分以前，凡有触冒霜露，体中寒即病者，谓之伤寒也。从立春节之后，其中无暴大寒，又不冰雪，而有人壮热为病者，此属春时阳气，发于冬时伏寒，变为温病。"一般可把晋至明以前作为伏邪学说的初期阶段，将其基本内容简称为"伏寒化温"论。伏邪学说提出后，很快便为医家所接受，在一千多年的时间

05_LiLunTangTao.indd 22 12/14/09 9:20:04 AM

里，王叔和的“伏寒化温”理论便成为温病病机公认的解释。

2. 六淫伏邪说

明清时期，不少医家突破传统的“伏寒”旧说。据刘吉人、何廉臣等的论述，伏气温病学说突破了“伏寒”这一病因上的旧说，出现了“六淫伏邪”的概念，且认为伏气温病四时皆有，认为六淫皆可感而不即发。如刘吉人在《伏邪新书》中写道：“感六淫而不即病，过后方发者，总谓之曰伏邪。……夫伏邪有伏燥、有伏寒、有伏湿、有伏暑、有伏热。”把“邪”的概念由“伏寒”扩大为“六淫伏邪”，这种病因上的扩大，使伏邪学说突破了早期阶段病因学上的局限性，出现了质的变化。既然六淫皆可为伏邪，发病季节自然也就不限于春季而可及四时。王肯堂曾指出：“不恶寒而渴之温病四时皆有之，不独春温而已”，病因上的扩大，使伏温不再限于春温一证。

3. 戾气伏邪说

吴又可首次明确提出伏邪，其《瘟疫论》下卷云：“凡邪所客，有行邪，有伏邪，故治有难有易，取效有迟有速……先伏而后行者，所谓温疫之邪，伏于膜原，如鸟栖巢，如兽藏穴。”

二. 如何看待伏邪温病学说

对传统的温病学说的认识，历来有两种对立的观点。一种认为伏邪学说在病因、病位、病机、病证及治法方药上都有比较成熟的认识，形成一种学说，有一定的理论和临床依据，对临床辨证等均有重要的指导意义，承认“伏邪”的客观存在，认为该学说应当继承，不能废弃；另一种看法认为，伏邪学说不论其病因、病机或病位皆属一种推测，其临床价值完全可以用“审证求因”、“审因论治”、“辨证论治”的方法取代之，因此，伏邪学说没有继承的价值，应当扬弃。笔者认为伏邪温病学说意义重大，完全符合传染病学潜伏期的概念。

三. 伏邪温病学说与现代医学潜伏期的关系

1. 潜伏期

潜伏期(latentperiod，latenttime，incubation period)现代医学概念，是指从病原体侵入人体起，至开始出现临床症状为止的时期，称为潜伏期。(也可称带菌或病原携带者)各种传染病的潜伏期不同，数小时、数天、数月甚至数年不等。如非典型肺炎的潜伏期约为三至十二天之间，通常在四至五天；钩端螺旋体病的潜伏期通常为7天到10天；流行性出血热的潜伏期通常为14天到21天；间日疟的潜伏期通常为14天；流行性乙型脑炎的潜伏期通常为10天到14天；伤寒的潜伏期通常为10天到14天；副伤寒的潜伏期通常为6天到8天；甲肝的潜伏期通常为30天；乙型肝炎的潜伏期一般为6周-6个月，平均3个月；艾滋病潜伏期8-10年。现代医学中许多传染病性疾病如肝炎、艾滋病或多种自身免疫性疾病，白血病、癌肿等，可归属于温病来论治，这些病有明确的病原体因素或潜伏期，其临床症状发病类似温病邪伏邪学说。

2. 伏邪发病原理

人体在适应自然环境的过程中，保持着机体内部及内外环境的相对平衡协调，机体就呈现健康状态，即所谓”阴平阳秘，精神乃治”。阴阳调和，正气充足，才能抵御邪气，如《内

05_LiLunTangTao.indd 23 12/14/09 9:20:20 AM

经》所云：”正气存内，邪不可干”，若正气不足，未能及时清除邪气，或邪气潜伏于正虚之所不易祛除，则致邪气留连，潜伏于人体，待时而发，待机而作，即谓之”伏邪”。此外伏邪有狭义与广义之分，狭义的伏邪指伏气温病，即外邪侵犯人体，正气被束，不能托邪外出，使邪气得以伏匿，或伏于膜原，或伏于肌腠，或伏于肌核，或伏于脂膜，逾时而发；广义的伏邪则指一切伏而不即发的邪气，即指七情所伤、饮食失宜、痰浊、瘀血、内毒等内在的致病因素。此脏腑有伏邪，即《素问·气厥论篇》所言：”五藏伏气”(伏气伏邪同义)，也包括了伏邪温病。如清·王燕昌《王氏医存》言：”伏匿诸病，六淫、诸郁、饮食、瘀血、结痰、积气、蓄水、诸虫皆有之。”

由于伏邪尚未超越人体正气的自身调节范围，不立即发病，伏藏于内，或因感受六淫之邪引发，或因七情过激、饮食失节、劳逸失调等因素触动发作，或进一步引发他病。据上述可见，无论狭义广义伏邪，其发病原理与现代医学相似，是中医发病学的范畴，有极高的临床价值。

四. 伏邪学说在中医发病学上运用

当前，中医临床运用伏邪学说以解释某些疾病的病理现象，认为多种疾病的潜伏期、迁延、复发等，完全付合伏邪发病原理，并有效地指导临床实践。如把乙型肝炎归属伏邪温病范畴，据此指导乙型肝炎治疗，起了执简御繁的作用，取得了较为满意的效果。

如沈氏等从发病特点、易感人群、临床症状及并发症方面论述“伏邪温病”理论与慢性乙肝发病机理的关系，并由此提出“补肾清毒法”可作为慢性乙肝的主要治法之一。[1] 陈氏根据现代医学对病毒性肝炎的认识，参考祖国医学有关“伏邪”的学说，结合本人的临床实践，对病毒性肝炎，特别是慢性乙肝从伏邪论治，[2] 体现伏邪发病与乙肝潜伏期的观点。如卢氏“邪毒多由六淫极盛所化，是邪的特殊阶段，毒遇正气亢奋，可暂内伏；反之，正气不敌则内伏之毒积聚病再发。毒又极易夺伤正气，损伤内脏及筋骨血脉。毒的这些致病特点均体现在类风湿关节。”[3] 邓氏等认为冠心病与伏寒有关，阐述了先天伏寒在冠心病发生发展的过程中的阶段性病理状态。[4]

五. 结论

伏气学说在解释某些瘟疫病的发生机制及指导临床治疗上有着不可替代的意义。伏气学说能正确地阐述部分温病的病机，并能有效地指导临床辨证施治，符合现代医学的潜伏期与发病学。伏气学说能够比较完善地解释这种温病的发病机制并指导其治疗，它以邪伏于里，自内达外，病位深入，病情重，预后差的特点，在治疗上早期诊断，早期治疗，特别是借助现代医学在确定某些疾病在潜伏期阶段，运用伏邪发病理论，清除伏邪，或清热解毒，或扶正祛邪，控制疾病发生、发展、及恶化。

参考资料

[1] 《中华实用中西医杂志》200615期

[2] 《中国医药学报》1999年05期

[3] 《山东中医杂志》2005年04期

[4] 《长春中医药大学学报》2007年12月23卷6期

05_LiLunTangTao.indd 24 12/14/09 9:20:36 AM

太极拳与中医学理论

李郁珍

奠定中医学理论基础的第一部经典著作《黄帝内经》在论述医学的同时，也全面地总结了先秦诸家的养生理论，并以“上工治未病”为最高准则。学者梁漱溟说：“我对医学所明白的，就是明白了生命……恢复身体健康，须完全靠生命自己的力量，别无外物可靠”。他还说：“大概中国种种学术尤其医学与拳术往深处追求，都可发现其根本方法眼光是归根于道家。凡古代名医都是神仙家之流，如葛洪、陶弘景、华佗等，他们不单是有些零碎的技巧法子，实是有其根本所在，仿佛如庄子所说‘技而近乎道矣’……”[1]。此“根本所在”实指性命本源，而通过养生，是深入其中的一个途径；掌握了正确的养生方法，保健延年可以说是它最基本的成效。《黄帝内经》所提出的养生原则如：“把握阴阳，呼吸精气，独立守神，肌肉若一”、“志闲而少欲，心安而不惧，形劳而不倦，气从以顺，各从其欲，皆得所愿”(《素问·上古天真论》)等，以及各种导引按跷等养生方法，皆体现于太极拳健身养生的锻炼中。拳家董英杰明确指出：“太极十三势，本为导引功夫。导引者，导引气血也。故功夫纯熟，气血调匀，百病消除……”[2]。太极拳与中医学在对人体养生保健的理论根源上可以说是一致相通的。

一、太极拳与中医学的整体观

1. 中医学的整体观

中医的人体生理功能结构主要可从三方面来理解，即先天功能结构、后天功能结构与经络功能结构。命门三焦系统描述的是先天生命活动的功能结构；《黄帝内经》则以五脏为中心，概括后天生命活动的功能结构；经络功能

06_LiLunTangTao.indd 25 12/14/09 9:21:13 AM

结构主要是联结表里上下，统一机体的整个生理功能。三者互为联系，密不可分，共同形成中医人体生理功能的整体观。

(1) 先天功能结构

后世学者在《难经》的基础上提出命元三焦系统论，认为元气是人体先天本原之气，产生于命门，敷布于三焦[3]。命门者，“其气与肾通”，“左肾右命门”，其气如精中生气、水中生火、静中生动。三焦者，“主通行三气，经历五脏六腑”(《难经》)。三焦通达上下，包罗内外，布达元气于周身。同时还聚注元气于命门、神阙、关元、气海及十二经穴，形成元气产生、输布和调控的完整系统。

(2) 后天功能结构

《黄帝内经》指出，人体不只是一个内外联系，更是一个具有自我调节功能的有机整体。此有机整体是个多层次结构，由若干脏腑、形体、官窍组成，彼此间相互关联、相互制约和相互为用[4]。生理结构的整体性是以生理机能的协调运作为基础，而精、气、血、津液是构成人体机能的重要物质，它们通过经络系统运行于各个脏腑形体官窍之中，完成人体的各种生理机能，以维持生命活动的协调与平衡。

(3) 经络功能结构

“四肢者诸阳之本”(《素问·阳明脉解篇》)，头为诸阳之首，四肢与头关系密切，如手三阳经从手走头，足三阳经从头走足。手、足分别为手三阳经及足三阴经经气的发源地，手心劳宫及足心涌泉穴均有经络直通于脑。经络，除了是运行全身气血的通道之外，也是联络脏腑肢节，沟通上下内外的渠道[5]。它具有通行气血，沟通人体各部分，传导各种感应的功能，把人体所有的脏腑器官、孔窍及皮肉筋骨等组织联结成一个统一的有机整体，形成一个遍布全身的自动调控系统，保持机体活动的协调统一。

生命机能不可能用单一系统或器官的功能活动来看待，它是整体功能和谐状态的表现，而这种谐调状态又是在心脑意识的主导下完成。中医通过经络系统的沟通联络，把心、肝、脾、肺、肾五个生理系统形成一个结构完整的整体。其中心为神之本，肝藏血而疏泄之，脾胃为气血精液生化之源泉，肺主一身之气，肾为藏精之处，五脏各司所职，相辅相成，相互关联。五个生理系统间的协同作用，促进精、气、血、津液的生成布化，维持着生命机能的协调与平衡。“五脏之道，皆出于经隧，以行血气。血气不和，百病乃变化而生”(《素问·调经论》)，五脏功能失调，必然影响气血津液的生成，从而导致机体活动的衰退。五脏气血既是生命的物质基础，精气神又是构成和维持人体生命活动的基本物质，其盛衰变化也就决定了人体生命的整个过程。

2. 太极拳锻炼的整体效应

拳家吴公藻在“太极拳法”中说：“人之周身，心为一身之主宰，太极也；二目为日月，即两仪也；头像天，足像地，人中之人及中腕合之为三才也；四肢，四象也；肾水、心火、肝木、肺金、脾土皆属阴，膀胱水、小肠火、胆木、大肠金、胃土皆阳也，兹为内也。颅丁火，地阁承浆水；左耳金，右耳木，两命门也，兹为外也。神出于心，目眼为心之苗，精出于肾，脑肾为精之本。气出于肺，胆气为肺之原。视思明心动神流也，听思聪脑动肾滑也……明斯理则可与言修身之道矣”[6]。吴氏指出，明了医易、太极、五行原理与身心关系，是太极拳锻炼与修身养性的前提。这就明确看出，太极拳与中医理论的整体观是一致的。

(1) 太极拳肢体运动与内外导引

太极拳锻炼讲究六合，即内三合(心与意合、意与气合、气与力合)与外三合(肩与胯合、手与脚合、肘与膝合)。内三合主导外三合，外三合促进内三合，内外三合相互

06_LiLunTangTao.indd 26 12/14/09 9:21:31 AM

谐调，意识、动作与呼吸三者同时谐调进行。其手、眼、身、步法的协调动作同“导引”、“吐纳”结合，要求动作、呼吸与意识三者结合，体现了形体内外的整体统一性。根据中医理论，上下肢的经脉基本是对称分布的，如左右手的手三阴经、手三阳经，下肢的足三阴经与足三阳经的对应分布。而经络穴位之间存在着错综复杂的联系，如针经的“合谷下应太冲，劳宫能通涌泉”即表示手阳明大肠经与足厥阴肝经相应；手厥阴心包经与足少阴肾经相通。拳论云：“其根在脚，发于腿，主宰于腰，行于手指，由足而腿而腰，总须完整一气……周身节节贯穿，勿令丝毫间断”(王宗岳《太极拳论》)。盘架时无论转腰、开裆、沉肩、坠肘，身心内外之起承转合，“犹须贯穿一气”。此一气者，“上自头顶，下至脚跟，外达肌肉皮肤，内之五脏六腑筋骨，五官百骸相联。而谓一贯之者，破之而不开，撞之而不散，上欲动而下自随之，下欲动而上自领之，上下动而中节攻之，中节动而上下和之，内外相联，前后相须，所谓以一贯之者，其斯之谓欤”(《赵堡太极拳九要论》)。太极拳锻炼时，肢体的“上下相随”，身心的“内外相合”，要求“周身一起合到一块，神气不散，方能一气流通，围护周身”(李亦畬《走架打手行功要言》)；其“以意行气”，“以气运身”务必做到“周身一家”，由表及内，由内于表的神形要求，充分体现了人体上下左右、内外表里，互相关联的整体一致性。

人体肌肉基本分为随意肌与不随意肌两种，身体外部的肌肉大多属于随意肌，五脏六腑大都属于不随意肌。通过太极拳的交感锻炼，能使五脏六腑的不随意肌，逐渐达到随意。梁漱溟说：“呼吸、血液循环、消化等，是不随意肌的活动；关乎这些，平常人多不甘用心去管他，道家反是将心跟着呼吸、血液循环、消化等去走，以求了解他……平常人不自觉地活动着的地方，他都有一个觉察，这同样是将智慧反用诸本身。于此才可以产生高明的医学”[7]。拳家吴图南结合多年研究中国古代医学与导引方法的心得，运用于太极拳练习，以五指锻炼引导五脏(表**4-1**)[8]，即充分体现了太极拳以中医整体观养生的具体运用。太极拳的“意气君来骨肉臣”(王宗岳《十三势歌》)，“意”在太极拳内有两重含义，一是意识，即人在各种活动中，大脑对客观事物的反映；二是意念，根据太极拳理锻炼，形成的一种意识要求。经过日积月累的体练，这种意念即具主动性，能够有系统地引导气与力相合而形成一股内劲，再流注于筋骨透达于四肢。太极拳的“先在心，后在身，腹松，气敛入骨，神舒体静，刻刻存心。切记一动无有不动，一静无有不静”(武禹襄《打手要言》)。主要是“以心行意，以意导气，以气运身”。“意”为统领一身筋骨气血之帅，“意”在先，骨肉从之，以使拳势浑然一体。太极拳这种“以意导气”、“以气运身”的锻炼，就是通过意念，有意识地引导气机运行于筋骨肌肉与五脏六腑之间，外则协调肢体运动，内则通畅机体气血，以便获取机体内外、神形气血相互调畅的效应。

(2) 太极拳螺旋运动与经络运行

中医理论的经络是人体运行气血津液、联络脏腑官窍、沟通上下内外的通道，其主要功

表4-1：吴图南太极拳五指导引图表(引自吴图南《太极拳研究》)

五行	木	火	土	金	水
体	筋	脉	肉	皮毛	骨
脏	肝	心	脾	肺	肾
腑	胆	小肠	胃	大肠	膀胱
代表的手指	食指	中指	大指	无名指	小指

06_LiLunTangTao.indd 27 12/14/09 9:21:45 AM

能是运行气血，以濡养四肢百骸。经筋是连缀四肢百骸，主司关节运动的特殊肌肉系统，它的分布同十二经脉的循行部位基本一致。人体通过十二正经的调整刺激，带动其他经脉，以协调各个脏腑的功能[9]。根据现代生物流变学(Biorheology)试验验证，经脉是较长较宽的低流阻通道，是一种存在于组织间质当中、能够运行组织液、化学物质和物理量的多孔介质通道[10]。肌细胞组织既是人体中最多的细胞组织，由于经络的关系，肌肉对组织液通道就具有调节作用。动作以腰为轴心是太极拳运动的主要特点，其肢体连贯不断的弧线动作皆以腰为中轴进行缠绕，上肢保持弧形，下肢走圆弧，整套拳法圆转曲折，上下起落皆作螺旋运转。其动作不论大小、快慢、开合都以螺旋式动作运行，躯体中枢都在意念引导下进行非顺即逆的反复旋转，缠来拧去，处处走螺旋。圆弧螺旋形动作顺应人体解剖结构，便于肌肉放松，减少机体能量消耗，同时能够促进肌肉的有氧代谢。经筋上的肌肉在太极拳动作反复练习的不断刺激下，会出现顺序收缩(持续兴奋)，产生类似脉搏运行血流的作用，增强包含在肌肉中组织液的运动，从而促进体内经络的疏通，改善机体循环，并加强脏腑之间的联系，改善人体新陈代谢[11]。这种螺旋形运动对血管与淋巴管也能起到良好的按摩作用，加上深沉的腹式呼吸，不断改变的腹压，不仅提高了心脏营养血管的功能，促进血液循环，同时加强血管壁细胞的氧供应，改善血液的脂质代谢，降低血液粘滞度，有利于血管排除瘀血[12]。

人体经络循行于脏腑的气机升降运动是以圆的规律运行，十二正经与任督二脉以及奇经八脉都呈现圆周循环。就以卫气的循行为例，其白昼于平旦从目起始，循足太阳膀胱经、手太阳小肠经、足少阳胆经、手少阳三焦经、足阳明胃经、手阳明大肠经，成一大圆周。夜行于阴，即肾、心、肺、肝、脾、肾的圆周。六腑为阳周，五脏为阴周，两个圆周通过跷脉自肾至目相连，昼夜交替，护卫着人体肌表与内脏诸多生理功能的正常化[13]。中医经典即有“五脏之道，皆出于经隧，以行气血……”(《素问·调经论》)，“经脉者，所以决定生死，处百病，调虚实，不可不通”(《灵枢·经脉篇》)之说。故中医认为保持经络畅通，促进气血周流，是维护机体健康的重要手段。太极拳根据中医的五行与经络理论，以动作对应五行与经脉(表4-2)，进行循经内练法，以推动气血[14]。这么一来，太极拳的上肢动作通过臂腕的旋转缠绕，对心、肺诸经能产生刺激作用；而下肢的旋拧起落则可对脾胃肝肾诸经产生良好作用。在顺应经络运行的同时，体内中气一线贯穿，周行不断，即如拳论所描述“中气上通百会，下通二十椎，此处一通则上下皆通，全体之气脉胥通，自无倒倾之弊。脑后二股筋是佐中气之物，二筋之间其无筋处乃中气上下流通之路，下行脊骨之中至二十一椎止。即前后任督二脉亦皆是辅吾之中气”(陈鑫《陈氏太极拳图说》)。太极拳这种整体圆贯的肢体动作，在对应人体经络循行的同时，再配以连绵不断的呼吸导引，对机体的气血循环起到了一定的推动作用，正如《圣济总录·治法》所言：“导引按跷之术，……盖斡旋气机，周流营卫，宣摇百关，疏通凝滞，然后气运而神和，内外调畅，升降无碍，耳目聪明，身体轻强，老者复壮，壮者益治”。

中医整体的生理功能结构与生命观，导向

表4-2：太极拳动作与中医五行、经络的对应关系

动作	掤	捋	挤	按	采	肘	列	靠
五行	水	火	木	金	金	土	土	木
经络	肾经	心经	肝经	肺经	大肠经	胃经	脾经	胆经

06_LiLunTangTao.indd 28 12/14/09 9:22:06 AM

注重整体、运动、联系与协调的概念。人体是一个以心为主导，以五脏为中心，以三焦经络为联系通路，并通过精、气、血、津液的化生与输布，形成一个具有多层次结构与功能的有机整体。通过多级、多层次、多项生理功能的协调，维持整体功能的和谐，才是保持生命活动处于最佳状态的基础。因此，中医主张通过锻炼先后天精气神，加强和协调命元三焦系统的活动，以充实先后天的精气神，从根本上增强生命力，才能获取保健防病的长远功效。太极拳运动要求调身、调息、调神三者并重，“身”即外形上的中正安舒，“息”即中医理论的气，“神”即精神意念。它强调“内外兼修，刚柔相济，动中求静，以静御动”，通过调形、调息、调心三者的协调统一，以达到保健延年的效果；其运作机制与效应，可以说是中医学身心内外，表里合一整体理论概念的具体体现。

二、太极拳与中医学的形神观

1. 中医学的形神观

形体，是人体脏腑、经络、五体官窍及精、气、血、津液等运行贮藏之处；神是人身形体的机能和功用。中医学认为人是形神相谐的统一体，形是神的藏舍之处，神是形的生命体现。“何者为神？岐伯曰：血气已和，荣卫已通，五脏已成，神气舍心，魂魄毕具，乃成为人”（《灵枢·天年》）。形神相互依存，有形才能有神，形健则神旺，两者不可分离地构成“形与神俱”的有机整体。神有广义狭义之分：广义的神是指整个人体生命活动的外在表现；狭义的神是指人的精神思维活动，包括思想、性格、情绪等一系列心理活动。精神活动是生命机能的一种，它是在全部生命机能的基础上产生出来的更为高级的机能活动[15]。根据中医理论，形神相互依存，相互影响。形的存灭决定神的存灭，而神的安危也直接影响形的存亡，若要保持强健的体魄，必须使形和神达到相对的平衡，因此提出“形神兼养”的理论，而且“神养”重于“形养”。医家刘完素即说：“是以全生之术，形气贵乎安，安则有伦而不乱。精神贵乎保，保则有要而不耗……神明之出，皆在于心，独不观心为君主之官，得所养，则血脉之气王而不衰，生之本无得而摇也，神之变无得而测。”（《素问病机气宜保命集·原道论》）

(1) 心脑主神

中医理论有“心主神”、“脑主神”之说。医家张锡纯更提出：“人之元神在脑，识神在心，心脑息息相通”，力主心脑一体，共同主神之论[16]。“元神”最早见之于汉代《颅囟经·序》：“元神在头曰泥丸，总众神也”；“识神”概念出于《魏书·释老志》：“凡其经旨，大抵言生生之类，皆因行业而起……识神不灭”。有解释认为：元神“它与生俱来，是先天生命活动固有的内在机制及规律，是神的高级层次”；“识神有思有虑，是后天生命活动的外在表现及感应认知过程，并以人的意志为转移，是神的低级层次”[17]。前者与广义的生命活动机能类似，后者则相当于狭义的精神思维活动。中医理论认为脑与精神活动关系密切，“头者精明之府，头倾视深，精神将夺矣”（《素问·脉要精微论》），头为脑之所在，亦主精神之所出。而“脑为髓海”，“髓海有余，则轻劲多力”；髓生于肾，督脉“贯脊属肾”，“上额交巅，上入络脑”（《灵枢·海论》）。精髓之气通过督脉升降于肾与脑之间，而肾又与心上下相交，水火既济；因此，心、脑、肾与督脉之间存在着密不可分的关联性，这种关联性却又密切影响人的精神状态。《灵枢·邪客》曰：“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也”，精气神之盛衰，尤其是脑功能的健全，与心有着不可分割的关系。山西省中医研究所发现气功态中的脑电波 α 频段能级增高，同时心与左额电波双双在 α^2 频段达至最大，显示了鲜明的同步选择区

06_LiLunTangTao.indd 29 12/14/09 9:22:22 AM

域、幅度、频率的特征，具有择优特性的协同关系。大脑额叶的一个重要功能就是在较高层次上进行各种思维活动，10次/秒(α^2频段)是人类脑波的最佳频段，此波的出现与加强，意味着大脑皮层灵活性高，皮层与皮层下协调性好。心与脑电波在区域、幅度与频率上的择优协同关系，说明心脏不仅对大脑的完美思维提供了能源，同时也提供了最优化频率，这就意味着心脑在意识活动中是一个不可分割的耦合体，他们在功能上的同步与谐调是完成完美意识活动的基本条件[18]。

(2) 神静体安

中医把致病因素分为六淫、七情、饮食劳伤等三个方面，而光有外邪侵袭人体不一定致病，因为人体有抵御外邪的抗病能力，也就是正气。《黄帝内经》之“正气存内，邪不可干“(《素问·刺法论篇》)、“邪之所凑，其气必虚”(《素问·评热病论篇》)等强调了在发病过程中，邪气和正气都起了决定性的作用，两者不可偏废。此外，形神既是统一的整体，形神之病就可互为影响，其中神对形的影响尤为关键。精神因素对各种疾病的发生、发展有着直接或间接的影响，可以说是机体失衡的主要致病因素之一。《灵枢·终始》言：“平人者不病，不病者，脉口、人迎应四时也。上下相应，而俱往来也……形肉血气必相称也，是谓平人”。形气血肉协调是健康的大前提，其中包括机体内部阴阳的平衡，和机体与外部环境的平衡，即对环境(自然与社会)变化的适应两个方面。俞震在《古今医案按·怔忡》说：“怔忡本非重病，而居官者多患之，因劳心太过，或兼惊忧所致。治法不外养血安神，补元镇怯，然亦难效。莫若抛弃一切，淡然漠然，病自肯去”。除了调整机体生理功能的平衡以外，中医亦非常重视心理失衡的调治，故一再强调治病必先“治神”，防病在于“调神”。

中医理论强调“心主神明”，是生命活动的主宰，人体生命活动过程中，神支配和调控着各种生理机能，经常处于动态中，因而需要通过养神以避免神的过用。《素问·痹论》指出：“静则神藏，躁则消亡”，刘完素于《素问病机气宜保命集》即言：“神太用则劳，其藏在心，静以养之”。欲令神藏，必须“神不外驰”，使心神清静内守。因为“情志之伤，虽五脏各有所属，然求其所由，则无不从心而发”(《类经·摄生》)。心神有病，则疾病蜂起，如“忧恐悲喜怒，令不得以其次，故令人有大病矣”(《素问·玉机真脏论》)、“心怵惕思虑则伤神”、“愁忧者，气闭塞而不行……恐惧者，神荡惮而不收”(《灵枢·本神》)，故有“神者，正气也”(《灵枢·小针解》)、“阴平阳秘，精神乃治”(《素问·生气通天论》)的立论，提示人体的一切系统、阴阳、气血、形神相互平衡，才有助于生命活动的有序和谐。因此，历代医家莫不以“静心调神”为养生延年的主要方法。

2. 太极拳的形神锻炼

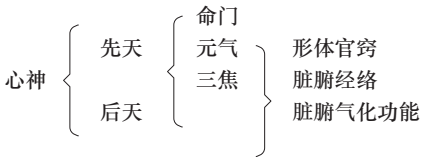
美国学者弗里乔夫·卡普拉在其名著《转折点》中写道：“东方哲学和宗教传统总是倾向于把精神和身体看作一个整体，因而发展了很多从身体方面来解决意识的技术”[19]。融合了中国哲学与医学于一体的太极拳可以说是其中的佼佼者。

(1) 太极拳与心脑主神

根据中医理论，无论先天、后天的生理结构或机能上的协调统一最后都是在心神的主宰下完成。人体先天命元三焦系统造就了人的形体及维持生命活动的基本生理物质后，命门元气即在胎儿离开母体的一刹那，启动脏腑发挥生理作用，后天精气则源源化生，转为后天脏腑的气化活动；命门元神则转化为“心神”以为用。而“心主身之血脉”(《素问·痿论》)，心气是血液运行的原动力；神能御气，心神调控了全身脏腑经络、形体官窍及其功能的发生(表4-3)。

06_LiLunTangTao.indd 30 12/14/09 9:22:42 AM

表4-3：“心神”对先后天功能的调控



中医的“心神”近似于于西医的神经系统，神经系统包括两大部分：中枢神经系统和周围神经系统，其主要作用是使机体内部各个器官成为统一体，并使机体对外界做出相应的调节。大脑是人体神经中枢所在，意识是大脑复杂的物质机能，其过程与大脑活动的生理过程密不可分，而其运作对神经系统的放松和活动也起着重要的支配作用[20]。太极拳属于一种精神意志的自我控制运动，它主要是通过以“意”为基础的心志活动来带动形体动作；练拳时要求“势势存心揆用意”(王宗岳《十三势歌》)，心中不存杂念，精神必须完全贯注于每个动作之间的衔接变化。这种“意动身随”，以意识引导动作的运动，对交感神经的兴奋性具有良好的调控作用[21]。这不仅有助于提高机体对外界环境的适应能力，并能调整人体高级神经系统和其他系统的均衡性，使大脑得到充分的休息[22]。拳家李亦畬在《五字诀》中提出练习太极拳的要领是：“一曰心静，二曰身灵，三曰气敛，四曰劲整，五曰神聚”[23]，在“气敛神聚”的情况下，由于心神专一，杂念不起，一旦“心静体松”，自然就进入安然宁静的状态。随着动作的纯熟，心身放松状态反馈于大脑，大脑皮层中的兴奋和抑制过程就能准确地按一定程序交替活动。意识定向性自动化以后，思绪出现若有若无，“物我两忘”境界时，就会产生一种全身轻松舒悦，心定神明的流畅感觉[24]。这种难以言表的愉悦经验，是一种理想的内部体验状态[25]，并为中枢神经对机体的机能进行自动调整创造了有利条件[26]~[28]。这说明了太极拳身心整合的谐调运动，不仅能够提高大脑皮层躯体运动中枢的均衡性和灵活性，同时也促进了神经系统的调节功能[29]，因此，经常练习太极拳的老人，其神经反应能力也比一般老人来得敏锐[30]。

美国《科学》杂志指出：在身体与精神沉静超过一个界限后，人的大脑会分泌一种称为“精胺”的物质，这种物质能推动人的思想感情向良性平衡状态转化[31]。“心静”是习练太极拳要旨之一，静极方可入定，此静必须“心中一物无有，极其虚灵，一有所着，则不虚不灵，惟静以持之，养其诚以至动静咸宜，变化不测”(陈鑫《陈氏太极拳论》)。由静而生动，动静必须合一，方能神气兼养，故要求“气宜鼓荡，神宜内敛”(王宗岳《太极拳论》)。对此，拳家董英杰有非常精到的诠释：“气宜鼓荡，呼吸即气之表现，鼓荡似湖中之水，随微气而鼓荡，一起一伏，轻微而有次序……所谓气者，对于人体则不外呼吸，太极拳之所谓气者即内功。除呼吸之外，尚有一种内之养气，该气混合于血球间之气，俗称气功。太极拳之练此种气，非徒然或勉强可得。必先练意，从意之修养，而至于自觉自悟，穷神达化之气功。生理学所谓人体之血球，当其运行时，有一种无体之气，此即养气，常与血球相扣而行。设无此种养气之存在，则血不能行，此气乃人体有生具来之纯然正气……”、“……神宜内敛，静心凝神，用意思将精神收聚入内，斯为内敛……凡练拳者，能功致于意气相生，延年益寿之效焉。口鼻之呼吸虽在动之时，倘能保持与安静时无大差别，则体内之气用之不竭矣。神者，意之表现，心之征象……”[32]。太极拳这种静心养意，以意行气的呼吸方法近似于佛、道两家的入定与胎息；瑞士心理学家荣格，曾经这样形容过入定与胎息现象：“普通的呼吸停止了，而代之以一种内在的气息，似乎有一个独特的内在的人格在呼吸，而不是他的肉体在呼吸，在这种体验中，一般的身体感觉消失了……一般来说，这种奇迹都是可遇不可求的，他们自来自去，其效果则令人震惊，它几乎总是能解决复杂的心理矛盾，因而使内在人格从感情和理智的纠缠中解脱出来，导致一种归一

06_LiLunTangTao.indd 31 12/14/09 9:22:56 AM

的存在(A Unity of Being)，它给人的感觉就是“解放”，而通过“……把心念集中在最深层的光，进而使自己从所有外部和内部的纠缠中解脱出来，这样，他的生命冲动就被导向一个没有具体内容但仍然允许所有内容存在的意识中去了……于是意识不再为种种难以抑制的心机殚思竭虑，而转到冥想内视之中……”[33]。

太极拳的心静神敛不仅有利于精神状态的调节，还能促进精的化生和固藏，保养元气。太极拳论里的心与肾、脑与神亦是一脉相连，息息相关，其言：“……若究其原，周身元气皆出肾，肾水足则气自壮；养于胃，胃得其养则气亦壮；藏于肝，肝气一动逆气横生，气不得其平；涵泳于心，心无妄念则心平者气自和……若专言肾，肾者作强之官，技巧出焉，是经少血多气，藏精于志，精神之舍，性命之根。肾有两枚，枚各两系，以系于心，一上通于脑，气之所生，实始于此，归宿必归到此……”(陈鑫《陈氏太极拳图说》)。吴图南即说：“……精和气是物质，二者产生的作用是神。要特别注意保存它，不要把神消耗掉，养其根而俟其实，加其膏，而惜其光。根之茂者，其实遂。膏之沃者，其光晔。只有神全了才能照顾你的一身。注意存神是健康长寿的要旨”(《太极拳研究》)。太极拳练功起式时神贯顶，舌顶上颚，尾闾收，然后手足配合呼吸作适当的自然导引。盘架时保持“中气贯于心肾之中，上通头顶，下达会阴”(陈鑫《陈氏太极拳论》)，意念从后腰两肾俞导引肾精自命门入督脉，经督脉上引至脑，意守百会下三寸(脑宫)，相当于脑垂体部位。然后复经脑户，自天柱下循至肾俞，意守肾宫(命门穴内二寸)，作数次导引吐纳，再复从肾俞引精气上升济于脑。如此反复练习，每日坚持，按照中医“脑为髓海”、“肾主骨生髓”的原理，对改善脑功能，开发脑潜力具有一定的意义。(图4-4)

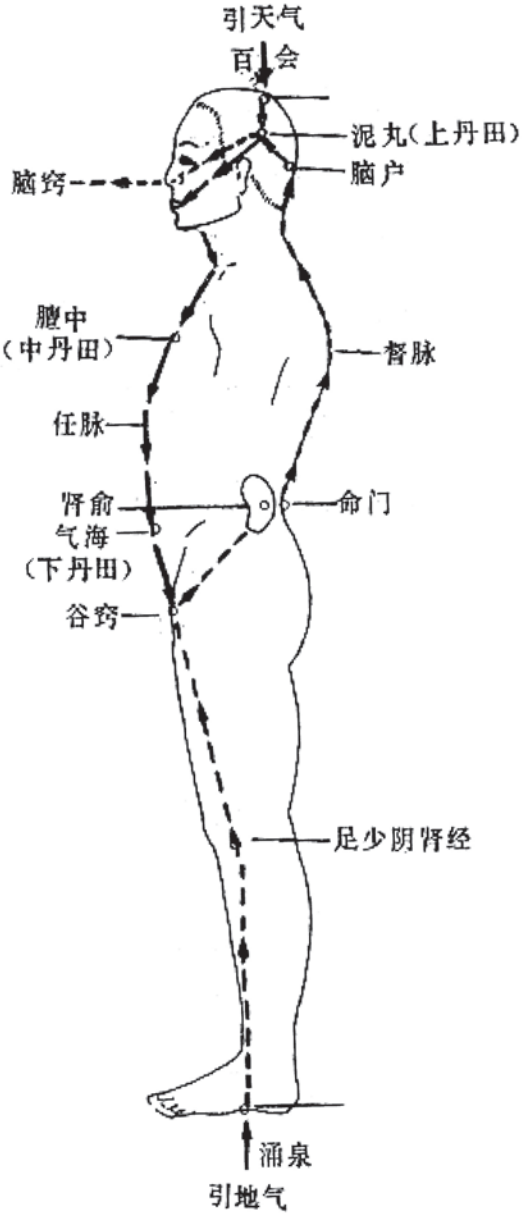


图4-4：脑气功大周天(引自杨力《周易与中医学》)

(2) 太极拳与神静体安

良好的神经系统与机体各部分机能系统的正常运作是心理发展的生理基础。大脑是人体神经中枢的所在，是执行高级机能的器官；人体许多重要的生理功能均由大脑皮质管制与调控。高速高压的生活节奏，骤然变化的生活环境，使现代人不时处于紧张的心理状态；加上繁杂的欲念引起紊乱的情绪，使人体大脑皮层

06_LiLunTangTao.indd 32 12/14/09 9:23:14 AM

高度兴奋，导致交感神经的过度兴奋，副交感神经兴奋性相对减弱。大脑神经系统兴奋与抑制交替功能的失调，常于不自觉中破坏机体生理与心理的平衡关系，导致身心疾病的产生甚至恶化。心理医学和近代的行为医学都重视紧张和各种疾病的关系，许多研究经已证实机体状态及运动对人的情绪会产生影响，而肌肉紧张的放松更有助于提高人们抵御和治疗身心疾病[34]。云南省人体科学研究所应用现代科学试验发现，在气功态下，大脑意识占主导地位，证实了意识能支配内脏[35]。中国科学家钱学森说："精神是物质(大脑)的运动，精神又可反作用于物质(人体器官)"[36]。意识对人体作用的能动性，说明人可以通过意识作用于生理，这一种意识反馈，体现的是生命现象的高层次，同时也印证了中医理论"形神一体"之说。

太极拳强调"神舒体松，刻刻在心"，在整个太极拳锻炼过程中，"心静用意"就是以大脑支配肌肉不断对身体进行调整，全神贯注以意念引导动作，全身骨节由上而下、由下而上地渐次"节节松开"。如倒撵猴、左右云手、野马分鬃等，动作必须连贯完整、势势承接，由眼神到上下肢、手脚上下呼应，一气呵成。关节的相对位置不断地在意识引领下改变，其上下相随、连绵不断的复杂动作，必须在大脑集中注意力的情况下完成，这样就给大脑皮层以良好的刺激，引起大脑皮层某个区域的兴奋，其它区域则进入抑制状态，让大脑皮层得以在运动中获得休息，从而增强神经中枢系统机能，加强全身器官的调节作用及对外界的适应能力。机体在大脑控制下，随着放松的逐步进行，全身各系统的机能会出现相应的协调变化，如心律减慢、血管扩张、血压下降等，从而降低焦虑情绪[37]。

《素问·上古天真论》曰："恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来？"保持良好的精神状态是防治疾病的重要手段。拳家董英杰说："人之思虑多者，每易患血压高或失眠症(即中医谓之操劳过度)。思想即是意，血随意行，时时刻刻，思想用脑，血随意存留在头上，即兴头痛头晕，犹如胶管装水过多，即生危险。血既偏聚头上而心血少，心即跳动不安，遂致晚上失眠；患此症者，宜用轻松方法练习，气沉丹田，一注下行，将头上存留过多之血，疏散于四肢，下行于心，心得血养，头上轻松，谓之轻清上浮为天，重浊下降为地。阴阳既分，全身无偏，各得其养，身体康泰矣。故每日练三套太极拳，所有失眠、高血压、肺弱、胃病、肾病、贫血等，一扫而空。驼背弯腰，手足不灵，腰腿不随诸般症候，皆有特效。人人皆可练太极拳，获不可思议之益处"(《太极拳释义》)。《类经》所谓："神由精气而生，然所以统驭精气而为运用之主者，则又吾心神"。虽说五脏皆藏神，但心为君主，是生命活动的主宰；心神有变，则诸脏难安，皆为疾病；《灵枢·本神》即言："心怵惕思虑则伤神……愁忧者，气闭塞而不行；盛怒者，迷惑而不治；恐惧者，神荡惮而不收"。若以现代生理学来看，微循环系统是机体生命物质的交换场所，由于代谢废物的沉积和病理性代谢渣滓的粘着，血管易变狭窄甚至封死，若加强运动则能加速血流，改善微循环的作用。太极拳运动不仅是一种肌肉体操，更是一种神经系统的体操－－心理体操。除了能够促进血液循环，改善体内营养物质的运送，使大脑得到更多氧气和养料，有助于消除疲劳之外，它还能消除肌肉僵硬状态，并且加强神经系统各部分的调节，从而使人精神振奋，心情愉快，减少心理疾病的症状[38]，应合了"以我之心，使我之气，适我之体，攻我之疾"(张君房《云笈七签》)的养生道理。此外，太极拳运动中一系列形象优雅的动作，如白鹤亮翅、手挥琵琶、转身摆莲等，架式宽舒、结构严谨，拳势文雅端庄、轻盈自然，使练习者在全神贯注于优美的动作当中，性情亦得以潜移默化的受到陶冶[39]。而心态平衡是心理健康的前提，也是生理机能正常运作的基础。通过太极拳锻炼有助于各种焦虑情绪的克服，使人保持

06_LiLunTangTao.indd 33 12/14/09 9:23:28 AM

良好心态，这不仅对人体不良情绪引起的生理反应是良好的自我调节，更可使人的消极情绪得以转移，从而减轻心理上的负担，减少机体各生理功能的受损。

三、太极拳与中医学的气血观

1. 中医学的气血观

(1) 精血同源

《内经·金匮真言论》云："夫精者，身之本也"。人体之精分为禀受于父母生殖和遗传的"先天之精"与脏腑生理功能所化生的"后天之精"；两者均藏于肾，又称肾精。《素问·上古天真论》指出："二八，肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子……七八，肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极"。肾精对人体的生长发育、生殖起着重要作用，是人赖以生存的物质基础，肾气的强弱在很大程度上决定着衰老的速度和寿命的长短。因此，张介宾主张："善养生者，必宝其精，精盈则气盛，气盛则神全，神全则身健，身健则病少，神气坚强，老而益壮，皆本乎精也"(《类经》)。

脾是人体"后天之本，气血生化之源"，其生理功能主要是表现在对水谷、津液的吸收、消化和转输上，为化生精、气、血和津液提供养料。李杲最重视脾胃，强调脾胃是"气血阴阳之根蒂"(《兰室秘藏》)，甚至认为元气即是胃气的别名，中医每以胃气的有无盛衰来判断生死寿夭。《医宗必读》更指出："一有此身，必资谷气，谷入于胃，洒陈于六腑而气至，和调于五脏而血生，而人资之以为生者也，故曰后天之本"，脾胃可以说是生命赖以为继的根本所在。

(2) 气血相生

"人以天地之气生"(《素问·宝命全形论》)，"气者，人之根本也，根绝则茎叶枯矣"(《难经·八难》)。人的生命来源于气，气的生成除了源于肺吸入的自然界清气、禀承于父母的先天之精气外，还有脾胃消化吸收的水谷精气，三者缺一不可。人体之气有两种状态，"气聚则形成，气散则形亡"(《医门法律》)。聚而成形者，如人的脏腑、精血津液等，属于物质之气；散而无形者，如元气、卫气、营气、脏腑之气等，属于功能之气。气和血是构成人体和维持人体生命活动的最基本物质。气为阳，具有很强的活动力，血为阴，属于液态样物质；经络是气血运行的通道。气无形而血有形，作为功能之气而言，必须依附于有形之血，才能循行于经络之中发挥其生理效应，而血液的生成与循行也离不开气的作用，故说："气为血之帅，血为气之母"。现代医学专家研究认为"气"这种精微物质即组织液，组织液来自于血液，血液出于毛细血管进入组织间隙后便成为组织液，符合"血为气之母"的相生关系。"气为血之帅"则表现于组织液可作为血的先导，直接与细胞交换物质，而组织液可以直接进入静脉和通过淋巴系统回到血液循环中去，印证了气血相互转化的理论。人体的生理效应无不是气的生理功能表现，"气"是人体生物场的能量表现，是血液流畅的根本，血液循环依靠气来调控[40]。因此，气是构成人体并维持其生命活动的最基本物质，是具有强大活力的精微物质。

《灵枢·脉度》曰："气之不得无行也，如水之流，如日月之行不休……如环之无端，莫知其纪，终而复始"。人体生命活动的过程就是气在周身经络不断"升降出入"的流动过程。气机的升降出入指的就是气的运动；它不仅体现在气本身的流动以及在其推动作用下血液、津液的循行之中，还直接体现在脏腑经络等组织器官的生理活动中。脏腑机能是否协调，与气机的升降出入能否协调，有着密不可分的直接关系。气机调畅能够协调脏腑经络等组织器官的功能活动，维持机体内环境的恒定及其与外环境的统一。

06_LiLunTangTao.indd 34 12/14/09 9:23:50 AM

2. 太极拳对人体精气血液的影响

(1) 益气生血，延缓生命衰老

“人始生，先成精，精成而脑髓生……”(《灵枢·经脉》)、“肾生骨髓”(《素问·阴阳应象大论》)；肾为先天之本，肾精是脑髓与骨髓生成的原始基本物质。肾脏精气的盛衰与人体的生长发育与衰老密切相关，保持人们却病延年的内在因素中的精气神，实际上本源于肾，因此，保养肾脏精气就成为养生的首要任务[41]。陈鑫即云：“周身元气皆出肾，肾水足则气自壮”(陈鑫《陈氏太极拳图说》)。张景岳于《类经》中提出“水火命门”之说，认为：“命门是两肾之中，即人身之太极，由太极以生两仪，而水火俱焉，消长系焉，故为受生之初，为性命之本”。李时珍对命门结构有此分析：“该命门外裹白膜，体像脂肉，却非在两肾中间，有两丝着于脊，下则通于肾，上则通乎心肺，贯脑生命之源，精灵相火之主，人物皆是一样，生化胥由此出”[42]。赵献可则指出：“命门即在两肾各一寸五分之间……是为真君真主，乃一身之太极，无形可见”[43]，这无形可见的命门即无极而太极之义，主宰着五脏六腑的生成发育和功能。拳家刑喜怀在《太极拳道》即说：“……知气养而增命，善竞扑而全身，此为习拳之妙理。气何以养，寅时吐纳，神守天根，意沉海底，心静息寂，神意互恋，升降吐液，腹中如轮，旋转循规，是以知水火之和气，为两肾所出，此人身性命之本，须刻刻留意为是”。张景岳明确指出：“善养身者，必宝其精，精营则气盛，气盛则神全，神全则身健”(《类经》)。肾精是气血的化生物质，它的充沛对机体的生长衰老可以说起着关键性的影响[44]。

“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣”(《素问·脉要精微论》)，腰为肾之府，为带脉所绕之处，带脉总束诸经，连接冲任督三脉，冲任督一源三岐，出会阴，复灌诸经。太极拳强调“命意源头在腰际”，“其根在脚，发于腿，主宰于腰，行于手”(王宗岳《太极拳论》)。陈鑫《任脉督脉》说：“打拳也是运其任督二脉，使之顺遂往来，循环无间，也是调养气血。一呼一吸，任其自然。扫除妄念，卸尽浊气，先定根基，收视返听，含光默默，调息绵绵，操固内守，注意玄关。功久则顷刻水中火发，雪里开花，两肾如汤热，膀胱似火烧，真气自足……气功由肾而生，至静归于肾，一呼一吸，真气出入，皆本于此……”故说：“心为一身之主，肾为性命之原”(《陈氏太极拳图说》)。太极拳运动以腰为轴，带动四肢躯干，使动作上下协调，连绵不断。周身的螺旋运动都由腰胯的前进后退和左右旋转带动，这种以腰为运动总枢纽的运动形式，不断引动着附在腰部两侧的肾脏，能够增大肾动脉血流量，改善肾血管的供血机能，进而提高肾上腺、前列腺和胰腺等体内分泌腺的功能，这不仅有利于“先天之精”的蓄养[45]，而且，以腰为轴的轻度拧转运动，也构成对骨髓、脾和淋巴结等造血器官的良性刺激，有助于增加促红细胞等生成素的增长，最终导致血液功能的强化[46]。在先后天精血得以充足的条件下，即为延缓衰老打下了稳固的基础。

衰老是机体不可避免的渐进过程，随着时间的推移，脏腑功能逐渐衰退，气血生成也变得缓慢。而太极拳通过肢体运动配合呼吸吐纳，可以增大肺活量，提高心脏血管功能，加强机体内的气血循环，保证了气机的升降出入有序，并促进各器官的生理活动，协调五脏精血的生化[47]。李时珍《奇经八脉考·督脉》指出：“鹿运尾间，能通督脉；龟纳鼻息，能通任脉，故二物皆长寿”[48]，他认为，人能通任督两脉，则水火交媾，阴阳升降，因此提出通过运动以畅通任督，可收健康长寿之效。太极拳之“提顶吊裆”即拳经所谓的“虚领顶劲，尾闾中正”，要求头容正直，尾闾内收。如此一来，百会穴与会阴穴成一直线，气得以上提，再配合柔和缓慢的呼吸与动作，“行气如九曲珠，无微不到”、“气遍身躯

06_LiLunTangTao.indd 35 12/14/09 9:24:10 AM

不少滞”(《十三势行功要解》)，任督二脉之气因此畅通。而身体中正，百会轻提，呼吸和缓，有利于“气沉丹田”；“丹田”即关元穴，是先天之气(外气)与后天之气(内气)的汇聚处，也是全身经络的枢纽。拳家杨澄甫于《太极拳使用法》中说：“气能入丹田，丹田为气总机关，由此分运四肢百骸，以周流全身”。“气沉丹田”正是为使气血聚集于胞中，以充盈冲脉之源；“冲脉者，十二经之海”，冲脉气血旺盛，不仅有助于调节十二经之气血，同时更加强了气血的生成。因此，太极拳的锻炼方法，极有利于冲任督三脉精气血液的生成与调畅。性激素与女性卵巢分泌的雌二醇，其功能与中医的“精”相似，对人体生长发育和生殖功能有着直接作用，并对维持正常月经周期、机体代谢、骨密度、情绪等都起着重要的调节作用。陈鑫即说：“肾为性命之原，清心寡欲，培其根本之地，无使损伤。根本固而后枝叶荣，万事可作，斯为至要”(《陈氏太极拳图说》)。多项研究发现，长期锻炼太极拳，能改善人体神经内分泌调节功能，延缓卵巢、甲状腺及性腺功能减退，起到一种延缓衰老的作用[49]~[52]。

通过太极拳运动，人体得以练精化气、气化成神、神能聚气、气能生精，生生不息。李雅轩说：“练体以固精，练气以化神，练神以还虚，这是太极拳的四步功夫”[53]。陈鑫更说：“存于中者，如道家所言，积精累气，积气归神之谓也”(《陈氏太极拳图说》)。有“活神仙”之称的吴图南(1884～1989)自述他研究太极拳与长寿学的目的“就是研究如何使人的衰老推迟一下，推迟到什么程度？就是推迟到尽其天年，到时候你的五脏六腑都不动了，这才算完结。我还有个设想，就是你临危的前一秒钟，还要头脑清醒，四肢百骸还要动转自如，到时候说完了，就此告别，不要歪鼻子，咧着嘴，半身不遂”(《太极拳研究》)。太极拳论的“详推用意终何在？延年益寿不老春”(《十三势歌》)，明确指出“此拳本是修身炼气之术，长生不老之基，打人犹其余事”(《太极拳正宗》)。由此看出太极拳注重腰肾丹田，强调神舒气敛的锻炼方法确实有助于精、气、神的化生蓄积；它不仅能够加速机体的新陈代谢，延缓人体的衰老过程，更能维持元气充沛，以增强人体的抗病能力。医家徐大椿即言：“终身无病者，待元气自尽而死，此所谓天年者也。至于病病之人，若元气不伤，虽病甚不死，元气或伤，虽病轻亦死。”(《医学源流论》)

(2) 填精壮骨，增强肢体活动

中国俗谚有云：“人老先老腿”，“老腿”的主要原因是精衰骨弱。由于重力作用，膝关节承受相当于2至3倍的体重力量，加上“年四十，而阴气自半也，起居衰矣”(《素问·阴阳应象大论》)。人在40岁左右，生理机能逐渐下降，肌肉逐渐萎缩，与膝关节有关的肌肉也开始弱化。现代医学理论认为，老年性骨质疏松症的主要原因是骨组织中的成骨细胞不活跃，不产生骨蛋白基质，减少骨的生成，使骨的密度、韧性和弹性降低，骨的脆性增加。根据全息理论，足部本身是一个小宇宙，每一个细胞是一个小天地。通过足部反射区的按摩，刺激位于足部的神经末梢，即能通过对细胞活动的影响，维持体内各器官系统功能之平衡[54]。太极拳运动极重视“足”，其“劲起于脚跟”(李亦畬《五字诀》)，要求意至涌泉，脚掌贴地，这对双脚反射区是一种良性刺激，不仅锻炼了下肢的支撑力，提高下肢关节的柔韧度，并对全身其它脏腑也能产生良好的调节作用。加上“尾闾中正神贯顶”，脊柱于习练过程中始终保持中正状态，躯体以脊柱作为中轴线进行所有的屈伸转折，除了有助于防止颈椎病、肩周炎、腰椎病及腰腿疼等退行性疾病的产生之外，更能延缓骨质疏松症的发展[55]。另一方面，太极拳螺旋式的弧形动作，不仅能够增强肌肉的收缩能力，同时加强了骨骼的牵拉作用，改善骨骼的血液供给，从而改善骨质性能，并提高骨的抗折与抗压缩

06_LiLunTangTao.indd 36 12/14/09 9:26:08 AM

方面的能力[56]~[57]。因此，习练太极拳的老年人发生老年性骨质疏松症的几率要低于一般老年人，这是由于长期的太极拳锻炼，对机体骨代谢有改善和促进作用，并能有效的缓解骨密度流失。[58][59]

太极拳肢体运动首重腰腿功夫，拳论“千变万化由我运，下体两足定根基”、“足稳则身不可摇”(陈鑫《陈氏太极拳图说》)等，皆指出练腿的重要性。而练腿在于步法，“步者，乃一身之根基，运动之枢纽也”(陈长兴《太极拳十大要论》)。太极步法，首重虚实，次要轻灵，“两腿宜分虚实，起落犹似猫行”(杨澄甫《太极拳之练习谈》)，要求重心全沉于一腿，另一腿须缓缓迈出，“发步时，足跟先着地，十趾要抓地”(陈长兴《用武要言》)，足跟经历提起、下落、左旋和右转的动作，足尖则历经下垂、上翘、外撇和内扣的过程。其“迈步如猫行，运劲如抽丝”(武禹襄《太极拳论要解》)，足跟之提起下落、膝髋之左旋右转，皆于持久缓慢、虚实分清的动作中完成。同时膝盖处于半蹲位置，与脚保持在同一轴线上进行缓慢的伸曲动作，由于膝和髋关节活动度较大，下肢肌肉则处于缓慢的半静力性状态，有助于发展腿部耐受力，增强平衡能力与及下肢的支撑力。练拳的整个过程体正安舒、动作轻柔和缓，其旋膀转腕、撑裆开胯、伸筋拔骨、缠绕折叠等运动均以螺旋式弧形进行，不仅不易造成损伤，还促进了肌肉群之间的互相按摩，增强肌肉的弹性与收缩能力，有利于筋肉骨骼柔韧性的强化。关节周围的肌肉、关节囊和关节韧带由于受到良好的刺激，维持了肌肉、韧带的张力，有助于防止机体的过早僵化；同时关节的稳固性与柔韧性也因此得以增强，对于保持关节的灵活性和韧带的柔韧性极为有利。这些都说明了太极拳锻炼有助于加强老年人双腿稳定能力，降低因摔倒而受伤可能性的原因。[60]~[63]

(3) 行气活血，改善循环功能

《素问·六微旨大论》指出：“出入废，则神机化灭，升降息，则气乏孤危。故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有”。中医学认为，人体的一切机能活动无非是气的“升降出入”，气机协调则精力旺盛，反之则百病丛生。张景岳说“夫百病皆生于气，正以气之为用，无所不至，一有不调，则无所不病。故其在外，则有六气之侵；在内，则有九气之乱。而凡病之为虚、为寒、为热，至其变态，莫可明状。欲求其本，则止一气字，足以尽之”(《景岳全书》)。气贵在流通，所谓：“元气流行者寿，元气滞者夭”(李梴《医学入门》)。气，可以说是人体生命活动的象征。《圣济总录·神仙导引上》即云：“人之五脏六腑，百骸九窍，皆一气所遍。气流则形和，气郁则形病。导引之法，所以行血气，利关节，避除邪气，使不能入也”。

气是血行的直接动力来源，“肺者，气之本”(《素问·六节藏象论》)，中医认为肺主一身之气，由肺吸入的外界清气与脾胃水谷精气相合而生的宗气，上走息道，中贯心脉，下蓄丹田，推动气血运行，维系着人体功能之盛衰。太极拳锻炼要求“气沉丹田”，实质上是结合腹式呼吸与肺呼吸，要求气往下沉，通过横膈肌的升降使呼吸“悠、匀、细、缓、不徐不疾”；这种“出入绵绵，若存若止”(王宗岳《十三势歌》)的呼吸方法能促进胸膈开合的肺部呼吸，以达到“神气不断，血脉自然流通”(《太极拳全书》)的效果。太极拳以膈肌运动为主的腹式呼吸方法，能够通过腹压的节律性变化增大肺活量和最大通气量，加速血流，加强肺泡气体交换量，吸入更多的氧，改善呼吸系统机能[64][65]。根据中医理论，肺还能通过呼吸调节心血循行，“呼吸不已，(心跳)动而不止”(《灵枢·动输》)，其中机理可从太极拳实验中得到印证。太极拳“以意领气，以气运身”，有意识地使呼吸与动作配合，不仅提高了中枢神经系统的调节机能和人体各器官间的协调活动；同时也加强了血液与淋巴液的循

06_LiLunTangTao.indd 37 12/14/09 9:26:24 AM

环，有效的增加抗动脉粥样硬化指数，改善脂蛋白的组成，提高消除胆固醇的能力，增强抗动脉粥样硬化能力，从而抑制各种心脏疾病、高血压及动脉硬化的发生[66][67]。由于心肌血液供应得到改善，心肌泵血效率也因此得以提高，从而节省了心肌的耗氧[68][69]。太极拳锻炼第一阶段采取自然呼吸，即顺腹式呼吸，当进入第二阶段时，则讲究逆腹式呼吸，通过吸气时小腹微微凹进，用意识把气引向经脉肢体，并要求气沉丹田，以便“腹内松静气腾然”(《太极拳谱·十三势行功要解》)。一旦腹压增高时，腹腔静脉受压，把血液输入右心房；腹压降低时，上流的血液输入腹腔，从而增强血液循环。因此，太极拳的腹式呼吸不仅使肺的通气量大大增加，促进了肺的换气功能，提高了血液中的含氧量，而且，腹压增大也有助于血液流动，相应地调节胸压，促进心脏活动，使心血管机能也因此得以改善。[70]~[73]

太极拳动作缠绕绞转，反复连贯，四肢逆缠顺缠，腰左右旋转，充分运动肌肉的松活弹性，使人体各部位受到轻柔挤压，不只增强了血管的弹性、伸缩性和柔韧性，还可以提高血液循环速度，改善机体内部的外周循环与甲皱微循环，对预防老年人因微循环造成重要脏器的损害具有重要意义[74]~[76]。随着太极拳深长细匀的腹式呼吸，膈肌活动幅度增大，不仅有利于肺的通气功能，也有利于胸腹腔内静脉血的回流和动脉血的输出，推动血液的运行。膈肌的上下运动，使胸腹腔内的脏器得到“按摩”，这种“按摩”，一方面加强了脏器的运动，另一方面也促进了脏器自身血液的流畅性和消化系统功能的增强。实践证明，长期采用腹式呼吸，不仅能提高人体新陈代谢的转换机制，保持气血畅通，同时也能按摩胸腹腔中的脏腑，改善内脏器官功能[77]。从运动生理机制来看，缓慢动作配以细长的深吸气，使膈肌收缩占据了呼吸周期的大部分时间，从而改变胸腔与腹腔的容积，加大肺活量，产生大量能量。这些能量一部分作为机械能消耗，另一部分则转化为能的特殊形式，成为经络和脏腑之气随血脉运行全身，以致改善气血的运行。血液循环的改善，有助于保持心脏、血管和淋巴系统的健康。而“虚实分明，重心变换”的太极运动，要求下肢重心进行缓慢而连续的转换，促使下肢肌肉周期性的收缩舒张，有助于加快下肢静脉血液的回流。太极拳各种步法的单腿支撑动作，不仅能够提高腿部的支撑与平衡能力，对关节瘀血所造成的各种疾病也起到了防治效用[78]。清代医家王清任以治血瘀证留名后世，提出“元气既虚，必不能达于血管，血虚无气，必停留而瘀”的说法(《医林改错》)，故治病重视气血。其活血化瘀方的基本特点是活血化瘀皆不离“行气”、“益气”，对后世医家治疗瘀血证影响深远。中医用活血化瘀法治疗心血管、胶原组织、自身免疫性等疾病所取得的成就，已引起现代医学专家们的兴趣和关注；而太极拳运动既有利于人体呼吸系统与循环系统功能的提高，这对防治由于瘀血所造成的各种疾病无疑的具有重大意义。

(4) 生津化液，提高免疫机能

人体精津的保养对养生防病至关重要，保养阴精也是长寿的秘诀之一，因为“精化为气”(《素问·阴阳应象大论》)。精是人体生命活动和繁衍后代的基本物质，也是提高免疫机能与延缓衰老的物质基础。《医先》认为：“精者生之本也，是以精枯则病，精竭则死”。精匮乏可以影响脏腑机能活动，脏腑功能失调则进一步影响机体精的生成，从而加速人体的衰老。故善养生者，必宝其精。张景岳更指出：“不知此一阴字，正阳气之根也”。古代养生术的还精补脑、吞津咽液都是保养阴精的方法。

太极拳的腹式呼吸使横膈上下起落，脾、胃、肝、胰因此得到良好的按摩，除了促进消化腺分泌大量消化液，使食物容易消化以便于人体吸收之外，其以意念引导呼吸和运动的习练，也对大脑神经产生了良性的刺激作用，促使大脑皮层能更好地调节消化系统的各项机能

06_LiLunTangTao.indd 38 12/14/09 9:27:09 AM

[79]，而消化机能的健运，有利于精气的产生。根据道家理论，天地人三关的精藏深固，“三关之内精气深，九微之中幽且阴，口为天关精神机，手为人关把盛衰，足为地关升命扉”(《三关章》)。口中唾液即为精气之一种，巢元方在《诸病源候论》里即指出：“朝服玉泉，使人丁壮，有颜色，去虫而牢齿也；玉泉，口中唾也……名练精”。在太极拳练习中，由于“舌抵上颚”的关系，促使练者口中分泌大量唾液，唾为肾精所化，咽而不吐，有滋养肾中精气的作用，而且唾液中的消化酶能增强胃肠的消化吸收能力，并具有杀灭细菌作用。长期锻炼太极拳对某些因神经系统功能失调所致的肠胃病如消化不良、慢性肠炎、便秘等便有良好的防治作用[80]。此外，练太极拳能提高唾液溶菌酶的含量和唾液中的免疫球蛋白含量，溶菌酶含量提高能促进消化吸收，增加食欲，而免疫球蛋白含量增加则有利于排除入侵微生物的感染，从而提高人体的免疫机能[81]。研究发现，经过陈氏太极拳运动后血浆胰岛素和睾酮含量均呈现显著性增加[82]。长期的太极拳锻炼也改善了神经-内分泌系统的调节功能，并间接提高免疫系统机能[83][84]；它甚至可以提高T、B淋巴细胞的功能[85]，并明显提高血液中杀伤细胞(NK)的百分含量与血清IL-2d浓度。机体的抗体合成分泌增多，血清中白细胞介素与淋巴细胞的明显增高，有助于机体免疫功能的增强，从而提高机体的免疫和抗感染能力[86]~[88]。因此，大多数学者认为太极拳锻炼有助于提高机体免疫能力的机制可能跟它可以调节机体免疫器官的应激系统有关。

《灵枢·本脏》曰：“人之血气精神者，所以奉生而周于性命者也”，精气神是人体生命活动的三大根本要素，既禀受于先天，亦养育于后天，决定人体的生殖、生长和衰老。根据中医理论，精是构成人体的最基本物质，气是人体内不断运行着的精微物质，两者都是化生神的物质基础，也受神的调节与控制。精、气、神，互根互生，三位一体，精为基础，气为动力，神为主宰，是为“人身三宝”。李杲《脾胃论·省言箴》言：“气乃神之祖，精乃气之子，气者精神之根蒂也，大矣哉！积气以成精，积精以全神，必清必静，御之以道，可以为天人矣”。明代万全更明确指出：“今之养生家曰：心者，神之主也；肾者，精之府也；脾者，谷气之本也。三者交养，可以长生”(《养生四要》)。太极拳“以心行气，以气运身”，除了形体锻练，同时也重视神气的炼养，而且养重于练。这种练养并重的方法，使精力消耗少，储备多，有利于精气的生养。太极拳对人身三宝精、气、神的生长蓄养已在现代各项实验中得到了明确的肯定，无疑的，太极拳可以说是中医学养生概念最完美的实践与体现。

参考文献

[1][7] 梁漱溟等. 梁漱溟先生论儒佛道. 广西师范大学出版社, 2004.3

[2][32] 董英杰.太极拳释义. 中华商务联合印刷(香港)有限公司, 1982

[3] 烟建华. 略论《难经》命元三焦系统.北京: 中医学院学报1987, 5(10): 19

[4] 王洪图主编. 黄帝内经研究大成[M]. 北京: 北京出版社, 1997

[5][9] 裘沛然, 陈汉平主编. 新编中国针灸学. 上海科学技术出版社, 1992

[6] 吴公藻. 太极拳讲义. 上海书店, 1985.10

[8][53] 吴图南讲授, 马有清编著. 太极拳研究. 商务印书馆(香港)有限公司, 1988.10

[10] 张维波. 经络是什么[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1997

[11] 王达, 杨晓艳, 周丽萍, 任志银. 祖国传统经络学说与太极拳[J]. 南京审计学院学报, 2004, 1(2)

[12] 黄兵. 太极拳锻炼对老年人心血管机能

06_LiLunTangTao.indd 39 12/14/09 9:28:08 AM

保健作用的观察[J]. 体育与科学, 1995, (2):42~44

[13] 裘沛然, 陈汉平主编. 新编中国针灸学. 上海科学技术出版社, 1992

[14] 李兆生著. 中国循经太极拳二十四式. 北京体育大学出版社, 2002

[15] 张登本. 内经的思考. 中国中医药出版社, 2006

[16] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄: 河北人民出版社, 1974, 518~523

[17] 贾耿. 命门脑元神与心识神[J]. 中国中医基础杂志, 2003, (4): 8

[18] 王德. 气功与脑一心功能协调[J]. 中华气功1989, (6)10

[19] (美)弗里乔夫·卡普拉. 转折点. 成都: 四川科学技术出版社, 1988

[20] 《唯物主义和经验批判主义》,《列宁选集》第二卷. 人民出版社, 1996

[21] 傅骢远, 等. 太极拳对植物神经平衡状态的影响. 中国康复医学杂志, 1996, 11(2)

[22] 姚鸿恩. 体育保健学[M]. 北京: 高等教育出版社, 1985

[23] 沈寿点校考释. 太极拳谱. 人民体育出版社, 1991

[24] Csikszentmihalyi,M,Flow:The psychology optimalexperience. NewYork: Harper CollinsPerennial, 1999

[25] 林思桐. 人口老龄化与太极拳运动. 体育文史, 1993(2):11~13

[26] 潘一径. 太极拳养生健体的研究. 第二届世界太极拳修炼大会国际学术讨论会文集, 1995

[27] 石长青等. 太极拳练习过程中脑电特点的初步研究[J]. 上海中医药. 1985.3

[28] 张光立, 等. 太极拳用以入静过程中自发脑电波功率谱及相干函数的分析[J]. 心理学报, 1984(4)

[29] 施载煌. 打太极拳对神经系统的锻炼作用. 鹭江职业大学学报, 2003(3)

[30] 上海体育科学研究所. 太极拳锻炼效应当医学生理观察[J]. 上海体育科技资料. 1976, (3)

[31] 美国《科学》杂志1994.8

[33] 通山译. 金华养生秘旨与分析心理学. 东方出版社, 1993:145

[34] 古承恕.六段运动对人情绪的影响及其作用原理.天津体育学院学报, 1996(2):16~20

[35] 王伽林.自然杂志, 1980(3)

[36] 钱学森. 开展人体科学的基础研究. 自然杂志, 1982(7)

[37] 杨锡让. 实用运动生理学. 北京体育文学出版社, 1998(5)

[38] 顾克德等. 试论静功与太极拳的结合. 气功, 1993(1):514~515

[39] 门惠丰. 太极拳与唯物辩证法——纪念邓小平题词“太极拳好”发表20周年. 北京体育大学学报, 1999(4)

[40] 黎镇华. 中西医结合新概念[M]. 湖北: 湖北科学技术出版社, 2001

[41] 王洪图主编.《黄帝内经研究大成》[M]. 北京: 北京出版社, 1997

[42][48] 柳长华主编. 李时珍医学全书. 北京: 中国中医药出版社, 1999

[43] 陈梦雷. 古今图书集成·医部全录. 人民卫生出版社, 1983

[44] 颜德馨. 中国历代中医抗衰老密要[M]. 上海: 文汇出版社, 1993

[45] 张丘臻. 练太极拳抗衰老. 中华武术, 1999, (12)

[46] 梁永文. 太极拳抗衰老功效的初探[J]. 广州体育学院学报, 2000(6)

[47] 刘静, 陈佩杰, 邱丕相, 陈新富. 长

06_LiLunTangTao.indd 40 12/14/09 9:28:38 AM

期太极拳运动对中老年女性心肺机能影响的跟踪研究[J]. 中国运动医学杂志, 2003(3)

[49] 胡杨. 从某些性激素的变化探讨太极拳对妇女抗衰老的作用[J]. 北京体育大学学报, 1993, (2)

[50] 温左惠. 论太极拳对改善老年人生物衰老、心理失衡、失落的功效[J]. 成都体院学报, 1999, (1)

[51] 姜玉泽. 太极拳抗衰老机理研究[J]. 烟台师范学院体育学院, 2005, 21(3)

[52] 刘逢翔. 初探太极拳推迟衰老延年益寿的作用[J]. 山东体育科技, 2003, (3)

[53] 李雅轩. 李雅轩杨氏太极拳精论[M]. 北京: 人民体育出版社, 2004

[54] 吴圣莹. 足道养生. 中国人口出版社, 1990.8

[55] 张秋臻. 太极拳使骨骼年轻[J]. 中华武术, 1995, (11)

[56] Ross MC Preswalla JL. The Therapeutic Effects of Tai Chiforthe Elderly.Journal of Gerontol Nurs. 199824(2)

[57] Myers, E.R. & Weiner, G.I. Injury Prevention: Keeping Old Bones Whole. Harvard Health Letter, 1996

[58] Xu Hong, David Lawson. Effects of Taiji Exerciseon Boneand Function [J]. 中国运动医学杂志, 2005(1)

[59] Xu Hong. Effects of Exercise and Traditional Chinese Medical Modalitieson Bone Structure and Function Thesis. Victoria University. Melbourne, Australia. 2003

[60] Henderson NK, White C Pand Eisman L A.The Roles of Exerciseand Fall Risk Reduction in the Prevention of Osteoporosis Endocrinology and Metobolism.Clinics of North America, 1998, 27(2)

[61] Jacobson, B.H., Chen, H.C., Cashel, C., Guerrero, L. The effect of Tai Chi Chuan Trainingon Balance, Kinestheticsense, and Strength. Perceptual & Motor Skills.1997

[62] 冯小军. 太极拳健身原理与推广优势[J]. 广东教育学院学报, 1997(3)

[63] Li, F., Harmer, P., Fisher, K.J. & McAuley, E. Tai Chi: improving functional balanceand predicting subsequent falls in older persons. Medical Science Sports and Exercise.(2004)

[64] 徐明.老年人太极拳运动前后心肺功能的变化[J].成都体育学院学报, 1997(3)

[65] 刘洪大. 对太极拳现场RESP的吸短呼长、吸轻呼重的研究[J]. 西安体育学院学报, 1993(3)

[66] 薛立功. 太极拳与肺活量的研究[J]. 中国医学气功, 1990(3)

[67] 王敬浩, 等. 太极拳运动对高脂血症合并2型糖尿病患者的疗效观察及其机理探讨[J]. 体育与科学, 001(1)

[68] 赵海军, 牛晓梅.太极拳锻炼对中老年人血脂、脂蛋白代谢的影响[J]体育学刊, 2003, (6)

[69] 李士英, 等. 老年妇女从事杨氏太极拳前后的某些心功能指标的标化[J]. 山东体育科技, 1994, 10(3)

[70] Ching, L. Chen, S.Y. Lai, J.S. Wong, M. K. The Effect of Tai Chion Cardiorespiratory Functionin Patients with Coronary Artery Bypass Surgery. Medicine and ScienceinSports and Exercise(USA), 1999

[71] Lan, C. Lai, J.S. Wong, M. K. Yu, M. L. Cardiorespiratory function, flexibility, and Body Composition among Geriatric Tai Chi Chuan Practitioners. Archives of Physical Medicineand Rehabilitation, 1996

[72] 唐德伟, 等. 太极拳锻炼对老年人心缩间期的影响[J]. 辽宁体育科技, 1997(4)

06_LiLunTangTao.indd 41 12/14/09 9:29:02 AM

[73] 权黎明. 传统陈氏太极拳的健身价值初探[J].山西师范大学体育学院学报, 2002(1)

[74] 刘静, 陈新富, 陈佩杰. 长期太极拳练习对老年女性血清IGF-浓度的影响[J]. 中国运动医学杂志, 2004(6)

[75] 汪荣森, 赵雪梅, 李光富. 40式杨氏太极拳对老年人心血管机能的影响[J]体育学刊, 1998(3)

[76] 张林. 太极拳作为运动处方对老年人PWC130测试前后STI和血液动力学参数的影响[J]中国运动医学杂志, 1994, 23(10)

[77] 王培根. 太极拳运动员局部血流量和血氧饱和度变化的机理[J]. 上海武术, 1994(1)

[78] 许廷森. 太极拳与医学科学相结合[J]. 太极拳, 1994, 2(3)

[79] 陈香仙. 太极拳——人体健康的绿色运动方式[J]. 吉林体育学院学报, 2003(2)

[80] 张昌律. 杨氏太极拳的健身价值[J]. 体育学通讯, 1990, 2(3)

[81] 王亚琼. 论太极拳对人体精、气、神的调节功能[J]. 黔南民族师范学院学报, 2001(6)

[82] 宛霞. 陈氏太极拳运动时血浆胰岛素、睾酮的变化[j]. 中国应用生理学杂志, 997, (13)

[83] 刘淑慧等. 多年太卷锻练对人体外周血T淋巴细胞亚群及NK细胞的研究[J]. 中国体育科技, 2002(4)

[84] 李志清. 吴氏太极拳对老年人外周血NK细胞活性的影响[J]. 中国运动医学杂志, 1995(1)

[85] 张勉. 老年人参加太极拳运动对滋肾免疫功能的影响[J]. 河南师大学报, 2002, 3:85

[86] 王晓军. 太极拳对老年人白细胞介素IL-2浓度的影响[J]. 山东体育学院学报, 2003(2)

[87] 卢咏梅. 老年运动与细胞免疫[J]. 体育与科学, 1999(4).

[88] 王镭, 白朝霞. 太极拳选练多种老年人血清IL-4, IL-18和TNF-α的影响[J]. 中国运动医学杂志, 2005(4)

06_LiLunTangTao.indd 42 12/14/09 9:30:11 AM

研究九针的必要性

余莲青

众所周知，《内经》为医学的发展奠定了坚实的理论基础，《灵枢》经作为《内经》重要的不可分割的组成部分，两千年前就详细论述了九针的特点，如“九针之宜，各有所为，长短大小，各有所施，不得其用，病弗能移”的论述，就充分揭示了九针较单一针具的优越性及实用性。但在后世，九针中除毫针外，其他针具法逐渐失传，唯毫针逐渐成为针灸临床中最主要、最常用的针具，也几乎是唯一的针具，这是针灸界中的悲剧。实践证明，仅仅依靠毫针，很难完全适应不同病种的治疗需要。比如：毫针刺血不及锋针、三棱针、锋勾针应手；毫针做烧山火手法所取疗效，不如火针显著；毫针用于小儿及体弱患者，不及磁圆梅针适宜；毫针做扬刺，不及梅花针快捷等。又比如，毫针对口腔白斑、外阴白斑、痣、瘊、疣、息肉、静脉曲张等症，几乎难以见效，而运用锞针、镵针、铍针、三头火针、磁圆梅针则可手到病除。当然，毫针做为九针之一，能做为当今临床的主帅，也是其他针具所无法代替的。毫针有它自身的特长，这一点，我们已充分认识到，切不可从一个极端走向另一个极端。

正确认识九针，主要是发挥九针系列针具的整体作用，即“辨证施针、针分主辅、合理配伍、协同治疗”。临床中，要利用各种针具的特点，相互配合，就如同中药中的君臣佐使一样，要有机地把九针的整体性与特异性相结合，在更大范围内，探讨并研究九针的治疗领域。大量的研究表明，新九针在挖掘整理古九针的基础上，延续到今天，仍然具有不容忽视的生命力。

21世纪的今天，人类社会已达到高度文明，人们在接受针灸治疗的同时，追求的是既可治病，又安全、舒适、无痛、无感染。这样的目标，也是我们针灸工作者奋斗的方向。近年来，许多科研工作者，将电、声、热、光、磁等现代技术结合中医理论，研制了大量的仪器设备，在无创痛针灸方面做出了瞩目的成就。作为针灸工作者也应当积极向这方面努力。本着无创无痛优先的原则，结合新

07_LiaoFaXinJie.indd 43 12/14/09 9:33:31 AM

九针各针具的特点，在使用新九针针具时，应当首先选用创伤小，痛苦少，能达到治疗疾病要求的针具，其次考虑哪些痛苦虽大，但确有良效的针具。

新九针的组成

山西省针灸研究所的科研人员在首任所长师怀堂教授的指导下，通过多年的努力，将两千年前就广为临床使用，种类丰富，治疗多样的“古九针”进行了深入细致的考证及研究，于1985年研制出了系列九针针具，并创制了独特的针法。新九针系列针具主要包括以下九种代表针具：镵针、磁圆梅针、锟针、锋勾针、铍针、圆利针、毫针、火针、梅花针。其中许多代表针具又衍生兼容了多种作用相似，或机理相近的针具，如锋勾针内含三棱针；圆利针又分长短粗细等规格；火针又包括细火针、中火针、粗火针、平头火针、三头火针；锟针又分为大锟针、小锟针、弹簧锟针、长锟针等。

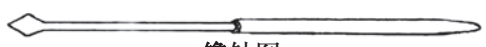
新九针针具针法、功用介绍

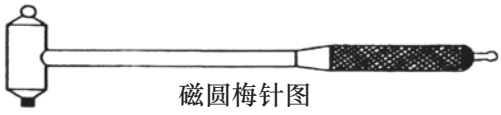
1. 镵针针法介绍

用镵针刺激穴位或划割人体某些部位(如皮肤、口腔黏膜等)，起到治疗疾病作用的针刺方法，即为镵针疗法。镵针为古九针之一，久已失传。根据《灵枢》有关记载：古镵针的长度为一寸六分，头大末锐，形如箭头，主要用于热在头身。古代称此针为箭头针，在浙江民间又称为漆针。

新制镵针，保留了部分古针的特点，分针体、针柄两部分。针体用金属制作，针柄为木质、金属或其他材料。针体长4厘米，其末端延伸为0.5厘米长的箭头状锋利针头；针柄长10厘米，部分针体嵌于针柄内，针体可行高温消毒，其刃亦能随时修磨而保持锐利。

新九针图


镵针图

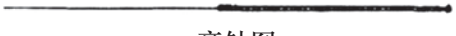

磁圆梅针图

锟针图

锋勾针图

铍针图

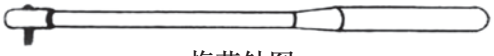
圆利针图


毫针图

单头火针图

平头火针图

三头火针图


梅花针图

07_LiaoFaXinJie.indd 44 12/14/09 9:33:53 AM

镵针主要在病灶或阳性反应点处应用。选好部位，进行划割，以微出血为度。如治疗胃肠疾患、面神经麻痹时，可在口腔内颊粘膜上，对横行条索状白斑或紫斑进行垂直划割，并以不超过1厘米距离为度。所划针数可据条形斑长短来定。如治疗皮肤疾患，可用镵针在耳壳部划割，即耳内侧、背侧或耳部穴位，每次划割3~5下为宜。镵针亦可在酒精灯上烧红后，烙割患处或穴位。

镵针疗法，多适用于外感风邪、中风口歪、胃肠疾患及皮肤病中之湿疹、脓疱疮、黄褐斑等。

2. 磁圆梅针针法介绍

用特制的具有强磁性的圆梅针叩刺经络腧穴以达到治病健身的一种针刺疗法，称为磁圆梅针针法。此针具是新九针中无创痛针具之一，它是在古九针中圆针的基础上，又参考近代磁疗原理创制而成的。

磁圆梅针分针柄和针头两部分。针柄分两节，两节间由螺旋丝口衔接，前节较细，长12厘米，后节较粗，长10厘米，以金属材料精制而成。针头为棱形锤，锤头两端内嵌有磁片，强度约3500~4500高斯(GS)；针尖一端状如圆粒，如绿豆大，名曰圆头；另一端形如梅花针头形，名曰梅花头，针头与针柄由子母螺丝口衔接，全针合称“磁圆梅针”。

磁圆梅针补泻手法是通过迎随补泻和扣击强度变化等综合作用实现的。一般而言，顺经轻叩为补，逆经重叩为泻，沿经来回中度扣击为平补平泻。叩击手法是磁圆梅针最基本、最常用的刺激方式。有时根据病情需要，也采用按压、推摩等手法。

磁圆梅针的治病原理，主要是以体表内脏相关理论为指导，以现代生物医学的经穴磁疗理论、生物全息理论、生物磁学等为依据。《灵枢·海论》篇云：“夫十二经脉者，内属于府藏，外络于支节”，明确指出，脏腑的病理状况可以通过经络反映到体表相应的经络、腧穴等部位，表现出特定的症状和体征，因而刺激体表的一定经穴，可以治疗相应脏腑的疾病。磁圆梅针就是利用经穴和脏腑之间的这种双向性联系，又结合磁的镇痛、消炎、消肿、止泻、降压、镇静安眠等功能，广泛应用于临床各科。

内科病证：肥胖病、糖尿病、支气管炎、支气管哮喘、胃肠疾患、神经衰弱、关节炎、头痛、三叉神经痛、坐骨神经痛等。

外科病证：静脉曲张、肩周炎、腰肌劳损、颈椎病、乳腺增生等。

皮肤病证：神经性皮炎、带状疱疹等。

妇、儿、五官病证：痛经、小儿遗尿、消化不良、鼻炎、咽炎等。

3. 锸针针法介绍

用锸针在体表穴位进行点压、揉按、刮磨或烧灼后烙刺病变部位而起到治疗作用的一种针法，称为锸针针法。此针系古九针之一，后世医家对该针应用甚为稀少，改制后的锸针应用非常广泛，亦被众多医家所掌握。

新制锸针，针身总长约12厘米，分针体和针柄两部分，针柄长9厘米，多用木制或金属材料；针体长3厘米，以钼金为材料。部分针体嵌入针柄固定而成一体，针体末端延伸为粟粒状或绿豆状大小、规格各异的针头。

临证治疗时，根据具体情况选择使用。操作时，在选定的穴位或阳性反应点处按压、点揉，以患者出现针感为宜。也可循经刮摩，至皮肤潮红或出现疹点为度。每穴施治时间1~3分钟。另外一种用法，又称火锸针疗法，是将锸针针头置于酒精灯上烧灼，呈白热状时，直接烙刺病变部位。该法对小血管瘤、疣赘、浅表色素痣、老年斑、久不愈合的溃疡面、瘘管、肛裂有特效。

07_LiaoFaXinJie.indd 45 12/14/09 9:34:05 AM

锾针刺法，多用于小儿患者，通过按压、点揉、刮拿等手法，治疗疳积、吐泻、消化不良等证。也可用于寻找压痛点、阳性反应点、阿是穴或刺穴前作压痕标记。

总之，提针针法是九针疗法中常用的一种针刺不入皮的方法，亦属无创痛针法之一。对于体弱及小儿患者尤为适宜。

4. 锋勾针针法介绍

用锋勾针点刺、勾割或松解穴位及特定部位，以达到治疗疾病目的的针法，称为锋勾针针法。该针是由古九针中的锋针与民间常用的勾针结合而成的一种速效、实用的新型针具，是新九针中重要的针具之一。

锋勾针采用不锈钢材料制成，长约4寸，针体中间为柄，较粗，两端渐细，针头勾回。勾尖锋利，三面有刃，两端勾尖，大小略异，此为双头型勾针。也可制成一端为钩尖，另一端为针柄的单头型锋勾针。两者用法、功能相同。

锋勾针，既有刺脉络、放瘀血的锋针作用(如同三棱针)，又可上下提动针身，割挑皮下的一些脂肪及肌纤维，松解局部壅滞，起到割治、挑治的功用。因新制的锋勾针针头长度仅为3毫米，且刃锋利，使用时可大大减少组织的损伤，从而减轻了疼痛反应。

一般情况下，先选好欲刺穴位，常规消毒，然后取出针具(75%酒精或其他消毒液浸泡)即可施刺。该针法对某些慢性疾患所导致的局部功能障碍或顽固性疼痛久而不愈者，有显著疗效。临床多适用于肩关节周围炎、神经性头痛、腰背肌劳损、腱鞘炎、脑血栓后遗症、支气管炎、哮喘、胃痉挛、呃逆以及一些急性感染性疾病，如急性结膜炎、急性扁桃体炎、急性咽炎、休克、失音等。

总之，锋勾针针法是新九针疗法中最主要的外治疗法，要求手法娴熟。初学者，应反复练习，熟练操作。

5. 铍针针法介绍

以铍针刺激穴位或特定区域及将铍针烧至灼热，烙割病变组织达到治疗目的的一种疗法，称为铍针针法。铍针亦是古代九针之一，又称剑针。现在铍针针法早已绝迹。

改制后的新型铍针，经临床验证，对多种疾病确有独特疗效。尤其是将铍针烧至灼热而使用的烙割刺法，对皮肤赘生物，肛门息肉，较大的疣赘均可一次治愈。因铍针烧灼后使用，针温很高，烙时既不出血，也不会发生感染，简单易行，非常适合在艰苦偏远的地区使用。其针尖锋刃也可随时修磨，以保持其锐利。

铍针分针体、针柄两部分。针体用钼制成，针柄为木质或金属材料。针体长4厘米，其末端延伸为长I.5厘米，宽0.2~0.5厘米的宽剑状针尖，其尖端及两侧有刃，非常锋利，所用材料耐高温，不易折。

铍针手法有三种，即烙割刺法、深刺法、浅刺法。其中常用的方法为烙割刺法，对外痔、尖锐湿疣、暴露明显的息肉、陈旧性肛裂、皮肤良性瘤、疣赘有特殊疗效。深刺法主要用于骨质增生、肩周炎、颈椎病、脊椎炎等，常深刺至骨膜附近，技术要求较高，多配合局部麻醉。浅刺法多用于破脓清瘀，适用于痈疮。

6. 圆利针针法介绍

将圆利针深刺入人体穴位或特殊部位，产生强烈针感而达到治疗目的的一种针法，称为圆利针针法。

新制圆利针较古九针中圆针有较大改进，古圆利针为“末端尖锐，中部略膨大，针身反

07_LiaoFaXinJie.indd 46 12/14/09 9:34:23 AM

细小”，而新制圆利针较古圆利针粗，针体长，针尖呈松针形，全长约3~6寸(9.9~19.8厘米)不等。该针治疗某些病证疗效独特，具有其他针具不能替代的治疗作用。

新制圆利针多用粗银丝或不锈钢丝制成，直径相当于22毫米~26毫米不同规格，其针柄由金属丝缠绕而成，外观略同平柄毫针。使用新制圆利针，多讲究进针角度、深度、速度。通常达到针感要求，应迅速出针，不留针，手法多用滞针手法，也即飞法。施针部位多取腰夹脊、秩边、环跳等处。重要脏器附近不宜使用。

圆利针对某些重症、顽症、急症尤为适用。比如癫痫、痛证(坐骨神经痛、三叉神经痛、暴发性肌肉关节剧痛)、神经性皮炎等。

7. 毫针针法介绍

毫针是目前针灸临床中最常用的针具，是古今针刺工具中的主体。毫针结构细巧，适应症广，广泛地用于临床各科，操作简便，为众多医家熟练掌握。目前，毫针规格多样，长短不一，基本满足临床使用要求。

毫针既是古九针之一，也是新九针系列针具中的重要组成部分。需要说明的是，古九针中第八针为“长针”，多用来针刺臀部等肌肉丰厚处的穴位。与新九针中长度为6寸(19.8厘米)的毫针相似，因而新九针将古九针中的“长针”归类为毫针体系中，针法也基本与毫针相同，因而不再单列介绍。

8. 火针针法介绍

用形同毫针、材料特殊、规格各异的针具，在酒精灯上加热至红亮后，刺激穴位或病变部位以达到防治疾病的一种疗法，称火针疗法。火针在古九针中称为“大针”。其针法在《内经》中称为“燔针法”，在《伤寒论》中称为“烧针法”，在《针灸资生经》中称为“白针法”，民间又称其为“煨针法”。

火针的规格：新制的火针目前推出五种规格：细火针，直径约0.35毫米；中火针，直径约0.75毫米；粗火针，直径约1.2毫米；平头火针，直径约1.2毫米；三头火针，为三针缠制一体，单针直径约0.75毫米，针长约9厘米，针尖呈松针形。均采用钨锰合金材料制成，具有耐高温、不退火、不变形、硬度高等特点。

火针的操作手法：火针的操作手法通常为深而速刺法，浅而点刺法，慢而烙熨法三种。无论哪种手法，刺毕一针，即用无菌棉球用力按压，可起消痛之功。对沉疴痼疾者也可留针，待热散针凉时出针。施术五日内，切忌洗澡或浸泡针孔，以防感染。

下面主要介绍火针各种手法的适应证及应用要点：

深而速刺法：该手法主要应用于细火针、中火针。此法刺入较深。即将火针烧至白亮，速进速出，或速进缓出(寒痹时可留针片刻)。多适用于风湿、类风湿、退行性关节炎、创伤性关节炎，以及肩周炎、网球肘、腰肌劳损、坐骨神经痛、慢性胃肠炎、慢性结肠炎、慢性痢疾、外阴白斑、三叉神经痛、中风后遗症、失眠、各类关节积液、疖痈排脓、化脓性乳腺炎、皮下囊肿、滑囊炎、腱鞘水肿、瘰疬、鸡眼等。应用深而速刺法，也要结合患者体质虚实、体形胖瘦等情况灵活掌握，万不可在内脏、五官及大血管、神经附近盲目深刺，造成意外。原则上是宁浅勿深，宁细勿粗，宁四肢勿面背，所选施针部位及穴位一定要精而验。

浅而点刺法：该手法是以使用粗火针、平头火针、三头火针为主，将针烧至通红，轻而点刺。主要用于色素痣、小寻常疣、扁平疣、软疣、小血管瘤、趾指关节炎、顽固性面瘫、三叉神经痛、眶上神经痛、久而不愈之皮肤溃

07_LiaoFaXinJie.indd 47 12/14/09 9:34:35 AM

疡、粘膜溃疡、甲癣、外阴苔癣、白癜风等。浅而点刺法非常安全，临床上应用广泛。对恐惧针刺，或体弱年少者，尤为适宜。

慢而烙熨法：该手法主要由平头火针、三头火针结合火铍针、火锟针来完成。将针烧至微红，在施术部位表皮轻而稍慢地烙烫。多适用于较大的色素痣和各类疣赘，以及老年斑、雀斑、浅血管瘤、牛皮癣、内外痔、肛裂、瘘管等。施用本法后，一定要注意保护好创面，谨防感染。

火针疗法针刺规律：

① 火针疗法针刺规律：每次选取3~6个穴位。火针针刺穴位的规律可概括为“四先”：先上部，后下部；先背部，后腹部；先左边，后右边；先头面，后四肢。治疗某种疾病时，应在一个疗程内，拟定两组处方，交替使用。特殊情况下灵活运用。

② 火针针刺间隔时间：火针针刺对皮肤、皮下组织，甚至肌肉，都会造成某种程度的灼伤，需要时间康复。所以火针针刺治疗最短时间间隔1日，一般都需要间隔数日。急性疾患者如隔日1次，但连续火针不应超过3次。慢性疾患者5~7日针刺1次，4~8次为1个疗程，一般可以连续治疗2~3疗程。两个疗程之间应有1周或2周的休疗。

火针的禁忌症：火针治疗对肌肤造成灼伤，使肌体受到较强烈的刺激，应严格掌握治疗禁忌，如高热病人、危重病人和孕妇患者慎用火针疗法；颜面及双足不宜采用火针深刺；疲劳过度、饥饿和过度紧张的病人，不宜采用火针疗法；火针针刺切忌刺入过深，避免损伤血管、肌腱、重要组织器官等。采用火针疗法的病人在治疗期间忌食生冷油腻，针后3日之内，不能洗浴；接受火针疗法的病人要勤换内衣，对实施火针术的部位，切忌用手抓搔，以防局部感染。

总之，新九针针法中火针疗法的应用范围仅次于毫针，甚至对于某些病证，亦为毫针所不及。因此应当熟练掌握，更好的为患者解除病痛。

9. 梅花针针法介绍

概述：用多支短针集成簇对穴区或特定的部位进行浅刺以达到防治疾病的一种疗法，称为梅花针针法。此针又称皮肤针或小儿针。梅花针就其针法而言，应是由5枚短针集束而成。7枚集成，称为7星针；18枚集成，称为罗汉针。但因其治病的机理相同，在新九针中均将此类针法，称为梅花针针法。

梅花针，在古代九针中虽然没有针具的文字记载，而其特有的刺法早有论述。《灵枢·官针》中就有：“毛刺者，刺浮痹皮肤也”；“扬刺者，正内一，傍内四，而浮之，以治寒气之博大者也”；“半刺者，浅内而疾发针，无针伤肉，如拔毛状，以取皮气，此肺之应也”。此处所言之毛刺、扬刺、半刺也就是梅花针针法的理论根据。明代医家陈实功所撰的《外科正宗》有“箸针”一说，实际是将数枚针束于竹筷上进行刺血的针具，由此推证，现在的梅花针应是脱胎于箸针。

构造：新制的梅花针由针体、针座、针柄组成。针体由7枚不锈钢短针组成，嵌入针座内。针体又分为针身与针尖两部分，针尖由传统的尖锐针尖，改制成尖而不锐的钝尖，可以避免叩刺时带来的刺痛；针座由尼龙或金属制成，针柄由具有良好弹性的尼龙材料制成，各部分均由丝口衔接，拆装方便，全针总长约28厘米。

原理：梅花针治病，是以经络学说为指导，从整体观念出发，辨证论治，根据具体病证采取不同的手法，叩打一定皮肤部位、穴位进行治疗的。

梅花针为什么能治病，先要从疾病的发生

07_LiaoFaXinJie.indd 48 12/14/09 9:34:48 AM

谈起。风、寒、暑、湿、燥、火病邪侵犯人体，首先致经络功能失常，然后病邪循经络内传机体而发病。根据经络理论，皮部是十二经脉在皮肤的分区，它具有局部性和整体性。皮部对外界的变异有调节和适应的功能，起着保卫机体，抗御外邪的作用。由于皮部通过经络沟通和联系脏腑，它们之间相互影响，故疾病可以由表入里，也可以由里出表。根据这一原理，采用梅花针叩打体表一定部位、穴位或阳性反应区，便可以通过皮部－孙脉－络脉和经脉，起到调整脏腑虚实，调和气血，通经活络，平衡阴阳的治疗作用，并且还能治疗局部病证，以及和此有关的其他疾病。经络学说认为，督脉为阳脉之纲，行于脊柱之中；背部两侧为足太阳膀胱经，五脏六腑的腧穴在背部。说明这些部位在诊断和治疗中的重要性，梅花针治病常以脊柱两侧为主要部位即基于这一点。

梅花针的操作手法：使用梅花针时，应正确持针，首先将施治部位常规消毒，采用基本的“弹刺手法”，均匀有节奏的运用腕部的力量，一虚一实地灵活叩刺，并要注意以下几个方面的要求：

① 叩刺时针尖着落要平、稳、准。就是指针尖与皮肤呈垂直接触，7个针尖务必全部着落于皮肤，保证一个“平”字。针柄不可摇摆，落针要稳，提针要敏捷，保证一个“稳”字。叩刺预定部位，不可随意弹刺，保证一个“准”字。

② 叩刺的力量应源自腕部，频率要适中，不要过快过慢。

③ 避免出现慢刺、压刺、斜刺或拖刺。

④ 叩刺强度要结合病情、体质、年龄等因素，灵活运用。

梅花针针法通常有四种，即循经叩刺、腧穴叩刺、微针叩刺、局部叩刺。简述如下：

① 循经叩刺：就是沿经络循行部位叩刺，可根据不同病情选取一条或数条经脉进行叩刺，也可选取一条或数条经脉中的一段或几段进行叩刺。

② 腧穴叩刺：根据辨证的结果选取相应的腧穴进行叩刺。

③ 微针叩刺：就是结合手、足、头、面、鼻、耳、眼、腹、背等微针理论，选定治疗区进行叩刺。

④ 局部叩刺：就是在局部病灶或病灶周围进行叩刺。

适应范围：梅花针疗法，可以广泛应用于临床各科，尤其对气滞血瘀型的疾病以及风、火、热、毒邪所致的麻木萎痹疗效更佳。现列举部分病种以供参考：头痛、头晕、失眠、脑部疾患及后遗症、各类鼻炎、急慢性支气管炎、哮喘、急慢性胃肠病变、伴有麻痹和各类神经炎、痛经、小儿疾患、脱发、近视等。

07_LiaoFaXinJie.indd 49 12/14/09 9:35:06 AM

特色疗法糖尿病治本新证

中国兰州　太泉蜂疗研究所　陈维太　陈祥富

【序言】以中医平衡医学的理论为指导，以蜂蜜、蜂皇浆、蜂胶、蜂花粉等蜂产品配制的“蜂宝康”对糖尿病患者进行治疗和调理，取得了意想不到的效果。

近十年来，太泉蜂疗保健康复中心，在治疗、调理数百计的糖尿病患者的过程中，细心观察病情，反复探索病因，不断研究用“药”效果，终于积累了翔实可靠的资料，找到了攻克糖尿病的途径，并提出了糖尿病治本新证。糖尿病并不是永远无法痊愈的终身病，天然、绿色的蜂产品完全可以对糖尿病取得标本兼治及理想的效果，特从理论上加以探讨，供同道们参鉴。

一. 糖尿病由来已久，发病率有增无减

糖尿病大概是有人类就存在的疾病。早在近二千年之前的汉代名医张仲景就在《金匮要略》一书中写道：“男子消渴，小便反多，一饮一斗，小便一斗，肾气丸主之。”(张仲景·《金匮要略》。湖北人民出版社，**1964**年，第一版)，指出了糖尿病的病症特征。在历史上，这种病被称之为“富贵病”，病状似乎不可怕，比起恶性肿瘤、痨病、甚或哮喘、肺炎等病来说，不是太痛苦，无关人的性命，所以没有引起人们足够的重视。随着人类科学技术的快速发展，医学科学也进入到一个崭新的领域，许多疑难病的发病机理、致病原因的神秘面纱被层层揭开，许多在历史上认为难以治疗、必死无疑的病也被治愈。可以说因为大量先进设备、先进技术的运用，治疗的手段越来越高明，治疗的方法越来越奇妙，从而挽救了无数危重的病人，延长了人们的平均寿命。可是，到如今各大医院却仍然无法根治糖尿病，所有先进的治疗手段和高明的治疗方法，也都没有阻遏糖尿病患者的有增无减。原国家卫生部部长王陇德称：“北京市调查**45**岁以上人群

08_LiaoFaXinJie.indd 50　12/14/09 9:35:55 AM

糖尿病患病率已达16%，另外还有一大批糖耐量低减人群，这部分人血糖高于正常，但尚未达到糖尿病诊断标准。专家估计，这部分人数与糖尿病患者数之比约为1:1。”(见王陇德《掌握健康钥匙》。人民卫生出版社，2003年，第一版)。糖尿病已在人群中蔓延到如此程度，发展的势头如此迅猛，确实令人触目惊心，谈糖变色。

为什么一些对生命危害更严重、更棘手的疑难病可以根治而对糖尿病却无良方呢?

现今，大多数医生都已弄清糖尿病的发生原因：一是饮食不当。由于生活水平的提高，饮食上过多的精米细面，过多的油肉、蛋、糖，营养过剩，饮食相克，产生氧化，以致毒素积存在脏腑，造成身体机能失去平衡，从而使调节血糖的胰岛素不足或相对不足(胰岛素低)，这就是老百姓常说的得了富贵病——糖尿病；二是食物中残留的化肥、农药等毒素、肉类中的激素以及大气环境的污染影响了脏腑的功能，也是糖尿病患者逐步增多和年轻化的重要原因。

当前，大多数医院和医生，在治疗糖尿病上，仍然是沿习已久的老办法、老药方：每天吃降糖药，或注射胰岛素，外加几句“控制饮食、加强运动”的嘱咐，看起来也周到认真，实质上还是治标不治本，至多只能控制病情、延长患者一些生存岁月罢了。

要想彻底攻克糖尿病，必须另僻途径、挖掘良方，以抗氧化药物为基础。

二. 标本兼治，以本为主

中医治病，历来主张标本兼治，以本为主。“以本为主”是中医平衡医学与临床实践的总结。如果一个人，五脏六腑健康，饮食得当，营养均衡，一般来说肌体必然是生态平衡，身体也必然是健康的。一旦得了糖尿病，就是肌体失衡了，根本上出了问题。作为医生，就要从根本上找原因，找治疗良方。《素向·至真大论》说得好：“知标本者，万举万当，不知标本，是谓妄行。”(见《全国高等医学院教材》。北京中医学院主编。1980年第1版)。糖尿病的根本原因是由于调节血糖的胰岛素出了问题。胰岛素分泌少了，控制不了血糖，不是一朝一夕造成的，是毒素长期积蓄的结果。治疗这种慢性病，需要从清除毒素、濡养肌体、增加胰岛素的分泌、恢复胰岛素的功能入手，——这就是以本为主。再者，一定要弄清糖尿病的辨证分型。这种病规律性特征多以不同脏腑的燥热为主，自然是虚证，其治疗法则应补偏救弊，以平为期，滋阴润燥贯穿治疗消渴病的始终，——这一法则也正是中医的扶正培本之法。

源头清理好了，身体之本扶正了，疾病才能消除。

三. 治本需新法，药品选自然

我们已经认识到，对糖尿病仅用传统的降糖药品或注射胰岛素之法不能达到标本兼治的效果；何况我们已经基本弄清糖尿病的致病原因，运用既有丰富营养又有治病作用的蜂产品来治疗这一顽疾，也就是顺理成章的事了。

早在二千多年前的《黄帝内经》中就有明示：“五谷为养，五果为助，五畜为益、五菜为充，气味合而服之，以补益精气。”指出了身体营养的来源，食疗扶正的重要。唐代医学家孙思邈进一步提出：“夫为医者，当须洞晓病源知其所犯，以食治之，食病不愈，然后药。”而蜂产品具有食品营养和药品治疗的双重作用，有抗氧化解毒的作用，是治疗慢性病的良方。《神农本草经》、《本草纲目》等医药经典都将蜂产品列为“上品”、“珍品”、“补品”载入其中。2006年新版《中华人民

08_LiaoFaXinJie.indd 51 12/14/09 9:36:13 AM

共和国药典》将其系列产品蜂蜜、蜂毒、蜂王浆、蜂花粉、蜂胶、蜂蜡等作为既是高级营养品又有治疗功效的药品收录，并就其性味归经、主治功用、用法用量、贮藏配伍等都作了详细的表述。可以说，蜂产品既是濡养肌体的高级营养物，又是疗效显著的中药。

就拿蜂蜜的营养来说，“1千克蜂蜜可提供3280大卡热量”(见肖培根、杨世林等著的《蜜蜂》，中国中医药出版社，2001年第一版，160页)；“服用10克蜂蜜相当于等值的瘦肉的牛、羊、猪肉量的12.5克”(见袁申元改编《名医各家谈糖尿病》。农村物理学出版社，1998年第一版，35页)。蜂蜜不像糖那样加重胃肠负担，也不会变成脂肪积蓄在体内；它含有人体所必须的大部分矿物质、微量元素，如有益于心身的钾，起镇静作用的镁，强筋健骨的钙，增补血液的铁，健脑益智的磷、氨基酸、无机盐和促进人体生长发育的生物素、活性酶等。其中维生素C的含量比牛奶高三倍，维生素B2的含量比葡萄、苹果高出16倍之多。如果在蜂蜜中配上蜂王浆、蜂花粉、蜂胶，它的营养就更全面，濡养肌体的功效就更神奇了。

那么，糖尿病患者服用甜度很高的蜂蜜是否会促进血糖的增高呢？我们曾作了细致的观察，一般情况下不会发生变化；蜂蜜所含主要是果糖，患者食用这种果糖，不仅无碍病情且有补充因多尿造成低糖的作用。根据中医中草药理论指出的“同气相求”、“比类取象”、“性味归经”的原则，蜂蜜与王浆、花粉、蜂胶是各有所长，但是“性同一体”，蜂蜜可以保证王浆的质量，保持蜂宝康的生物活性，更好地实现其濡养肌体、攻克病变的作用。我们根据门诊登记和随访观察，发现糖尿病患者在服用两个疗程以上蜂宝康以后，症状都有明显改善，精、气、神大不一样；对60例患者系统观察，还未发现不良反应和副作用，证明这种蜂产品，是自然绿色的营养品，是标本兼治的好药品。

四. 糖尿病的辅助治疗——足部电摩反射治疗仪

在攻克糖尿病的征途中，用蜂针或反射治疗仪，同蜂宝康配合使用，蜂宝康内服，医疗器外用，内外结合，相得益彰，锦上添花，是内病外治，激发潜能的又一典范。

蜂针与医疗器对身体上糖尿病的有关穴位及足部反射区，给予一定量的刺激后，这种生物电传感刺激沿着传入神经向中枢神经传导，再经中枢神经调节并发出新的神经冲动而传导到体内组织器官，从而引起一系列的神经体液调节反应，激发人体潜能，纠正内分泌功能紊乱，诱导胰岛素分泌功能，调节体内的失衡状态，从而使肺、脾、肾及其他脏腑功能得以修复，彻底治愈糖尿病。

五. 疗效是最好的证明

根据不同的病症与体质免疫状况，组成蜂产品配方，蜂针与足部反射疗法治好了诸多不同的疑难杂症，同时也治疗了近百个轻重不一的糖尿病患者。事实胜于雄辩，在这里，我们将一些患者服药前后的血糖监测化验依据简述于后，以供读者了解、鉴定。

(一)沈XX，供电局退休。发现糖尿病4年之久，并发症有血脂高，胆结石，引起肝功能不好，谷丙转氨酶高，心肌缺血，神经衰弱，经过本所治疗1个月后，精神好转，睡眠改善，3个月后降糖药就不吃了，饮食不须控制了，空服血糖与饭后血糖都达到正常范围以内。已经一年半了，跟踪观察，一直无不良反应，红光满面，并发症全都消失，比正常人还健康，现年65岁，看上去也就50岁以上的样子。

(二)孟XX，女，69岁。患糖尿病多年，

08_LiaoFaXinJie.indd 52 12/14/09 9:36:37 AM

并发症：心血管硬化，2004年做过搭桥手术。一直吃降糖药致神经衰弱，晚上睡不着觉。经本所治疗3个月后，一切正常，血糖空腹量都在正常范围内，睡眠改善。现下跟踪观察，1年多了一切正常，无不良反应。

(三)张XX，男，汉族，45岁，职业狱警。患糖尿病多年，并发症：肾炎。治疗4月后，血糖空腹15.8mmo1/L，不吃降糖药，不控制饮食。跟踪观察1年多，无不良反应，一切正常。

(四)曹XX，男，68岁。2007年住院检验报告单：空腹血糖9.8mmo1/L；餐后2小时，18.2mmo1/L。经本所治疗3个月后，一切正常，跟踪观察，不吃降糖药，不控制饮食，空腹与餐后2小时都达到正常范围内，身体健康。

六. 展望

糖尿病在西医研究中，到目前为止没有脱离胰岛素为中心的范畴，所用药物大都是刺激胰岛的功能，在这个过程中加速了胰岛的衰亡，同时还严重损伤了肝、肾细胞，导致病情愈下。而用注射胰岛素的手段暂时会控制血糖，但长期使用会损坏血管，这是导致糖尿病并发症的一个重要诱因。(损伤微血管可导致：1.肾脏病变：可导致肾功能衰竭。2.神经病变：可导致肢体顽固性麻木或疼痛，甚至猝死。3.眼部病变：可导致视力模糊，严重可失明。4.大血管病变：①心血管病变可导致冠心病，并可能引起心肌梗死；②脑血管病变可导致脑中风；③下肢血管病变可导致下肢坏疽，严重可能需截肢)。根本原因是把胰岛素的研究孤立起来，殊不知人体是一个整体，五脏会相互影响，相生相克无时不在变化。因此，从中医学的理论出发，提倡全面养护以降低血糖，预防和控制糖尿病多种慢性并发症的发生和发展，保护胰岛β细胞的分泌功能，从而逐步恢复胰岛β细胞，达到有效预防和治疗的目的。

展望未来，蜂针、蜂宝康将成为威力最大的重磅炸弹式药品，全球治疗糖尿病的药品市场格局将会重新洗牌。蜂宝康已进入理想治疗糖尿病的决赛圈。

正是：

糖尿顽疾患者惊，诱发多种并发症。

舍本求末非治病，一时疗效害无穷。

人体五脏皆受戕，忽视整体枉搭功。

回归自然求真谛，浇树灌根是保证。

阴阳平衡稳状态，化险为夷靠潜能。

08_LiaoFaXinJie.indd 53 12/14/09 9:37:02 AM

亚健康与心身调整

何立成

有关“健康”二个字的定义，世界卫生组织认为：健康是一种身体、精神和交往上的完美状态，而不只是身体无病。人群中真正健康(第一状态)和患病者(第二状态)不足$^{2}/_{3}$，有$^{1}/_{3}$以上的人群处在健康和患病之间的过度状态，称为第三状态，常称之为“亚健康”状态。这“第三状态”处理得好，身体可向健康转化，否则则患病。

健康的定义：

WHO对健康所下的定义是：“健康”是指生理、心理及社会适应三个方面都完好的一种状态，而不只只是指没有生病或者体质健壮。

WHO对健康制定了10项标准：

1. 充沛的精力，能从容不迫的担负日常和繁重的工作而不感到过分紧张和疲劳。
2. 处世乐观，态度积极，乐于承担责任，事不分大小，不挑剔。
3. 善于休息，睡眠好。
4. 应变能力强，能够适应外界环境中的各种变化。
5. 能够抵抗一般的感冒和传染病。
6. 体重标准，身体匀称，站立时，头、肩位置协调。
7. 眼睛明亮，反应敏捷，眼睑不发炎。
8. 牙齿清洁，无龋齿，没牙痛，牙龈颜色正常，无出血现象。
9. 头发有光泽，无头屑。
10. 肌肉丰满，皮肤有弹性。

亚健康会直接影响神经系统，血液与淋巴循环系统，消化系统，呼吸系统，内分泌系统，造成多种疾病。身体可出现疲劳，疼痛，

09a_BinZhengLunZhi.indd 54 12/14/09 9:38:02 AM

四肢麻木，兴趣减退，皮肤失光彩，失眠，健忘，头晕，感冒，这些都是疾病的开端。一般人都以为，人的身体存在两种状态：健康和疾病两类，这种想法都是不正确的。但现实生活中，有些人感到身体不适，但检查不出病，其实这是一种没有病的“病”。

亚健康在日本被称“过劳死”，在美国CDC把这种状态诊断为“慢性疲劳综合征”。这种状态可以出现在年轻人、中年人、甚至小孩子，亚健康为生命过程中机体衰老的必然规律。生理性衰老是人体成熟期以后所出现的生理性退行性变化，生理性衰老的人其生理体质是处于亚健康状态，所以亚健康不及时调整使其恢复健康，则会加速其衰老的过程，导致了疾病的更早发生。

有些人觉得自己疲劳困乏，身体有时这儿痛，或者那儿麻痹，但经过身体检查，各项指标都很正常，其实这个人已经被列入“亚健康”的范畴。这些人采取了以下方法来调整自己的健康状况：

长期休养：

有些人长期休养后，倦怠、精神涣散这些症状好像有所改善。对於那些整天怀疑自己有病者，一有闲暇时间就注意自己的症状，这是身体走向疾病的开始。

长期服药：

一部份失眠和焦虑者，长期服用镇静药，虽然能缓和症状，但都不能根治，尤其是那些服用剂量稍微增加，就出现全身乏力、精神萎靡不振者，有可能还会药物中毒。

亚健康不容易治愈，也难以中医辨证施治，因为亚健康是健康与疾病之间的临界点，即使在心理上、躯体上出现种种症状，但仍未检查出器质性疾病。它是疾病临床前期表现但还未形成确切的器质性疾病，机体活力和对外界适应力降低的一种生理状态，所以在相当长的时期内往往难以确诊。如应用中医辨证论治：(1)肝气郁结：虽然有心烦、口苦、但没有急躁、胁肋胀痛、腹中攻患疼痛、女子经水不调。(2)脾虚湿困：便不溏，相反的，大便干燥、小便短赤、胸闷憋气、腹胀，并不纳呆，没有口淡不渴，相反的出现口苦、咽干。(3)心脾两虚：出现心悸、气短，盗汗、头昏，但不头晕目眩，时而出现失眠、乏力。(4)肝肾阴虚：会有疲乏、头晕目眩、记忆减退，但不腰膝酸软、耳鸣，没有咽干口燥。(5)肺气虚：会少气乏力、自汗，易于感冒、怕冷，但不活动则愈少气乏力。(6)瘀血内阻：妇女会潮前胸胀，躯体不会刺痛，但某些中老年妇女，晨起或劳累后足踝及小腿肿胀。

亚健康症状：

在日常生活中，可能出现以下症状：

1. 在躯体方面：常觉得困倦，失眠，乏力，懒惰，气短，肌肉痠痛，虚汗，心悸，有时感觉关节疼痛和性功能减退。
2. 心理方面：反应迟钝，心烦意乱，恐惧不安，焦虑烦躁，情绪低落，记忆减退。
3. 情感方面：孤独，空虚，轻率，冷漠无助。

有以上症状还需要符合以下条件才能诊断为亚健康状态：

1. 经休息后不能很快地恢复。
2. 排除其他器质性疾病。

人一旦处于“亚健康状态”时，常有以下的症状表现：

1. 心不安，心慌气短，不眠，多梦，心烦意乱。
2. 自汗，盗汗，虚汗，易感冒，怕冷。
3. 口苦，咽干，大便干燥，小便短赤。

09a_BinZhengLunZhi.indd 55 12/14/09 9:38:34 AM

4. 憔悴，双目周围灰暗发青。
5. 中老年妇女，晨起或劳累后足踝及小腿肿胀，下眼皮下垂。
6. 指甲出现卷如葱管，枯似鱼鳞，甲面白点等。
7. 妇女在月经前两三天，四肢发胀，胸部胀满，胸肋串痛，乳房有硬结。
8. 胸腹胀满，大便粘滞不畅，口吐粘物。
9. 体温下午时常37°C-38°C左右，手心热，口干，倦怠无力。
10. 头胀头痛，视力下降。

调治：

中医认为摄生在于保养正气、扶正固本、调摄阴阳，是故纠正或调治亚健康状态也应着重于此。亚健康者重要的是“调整”，要调整代谢，调整心脑血管功能和血液循环，调整心身功能状态。

我们知道具有过强抱负，过强敌意感的人，最容易处于亚健康状态。

对敌意感和好胜心强，可以用以下方法调治：

1. 淡化对他人“冒犯”自己的敏感性。
2. 学会感激人。
3. 学会向所认识的人微笑。
4. 出现意见分歧时，不妨先检讨自己。
5. 常常参加一些娱乐性活动。

推拿脊背的方法也能治疗亚健康状态，机理如下：

纠正生理解剖位置的失常，通过推拿脊背手法将骨复位，筋归槽，肌肉恢复弹性，使血管畅通。

通过推拿脊背疗法，使一些被破坏和阻断的脊背与周围脏器之间联系重新恢复，达到治疗亚健康状态的目的。

通过推拿脊背神经，可以消除因生理解剖位置改变而造成的病变信息，使亚健康状态得到改善。

对消除亚健康状态，也可做以下的有效健身方法：

1. 叩头：双手用手指轻叩头部，从前额向头顶部两侧叩击，再从头部两侧向头中央。
2. 梳头：用黄杨木梳，先直梳，从前额经头顶部到后部，可以刺激头皮，促进局部血液循环，调经络，对脑力劳动者尤为适宜。
3. 击掌：五指伸开，用力击掌，越响越好，刺激两手上相应穴位。
4. 搓耳：用两手食指、中指、无名指三指，前后搓擦耳廓，刺激耳廓上的穴位。
5. 搓颈：用两手食指反复按摩颈后部的风池、风府穴位，直到局部发热。
6. 腹式深呼吸：直立，两手叉腰，先腹部吸气，停顿片刻，慢慢呼气，直到吐完为止，反复做十次。

如果根据以上做法自我调整，结果仍不理想，应及时寻找心理医生就治，尤其是坚信病“自己有病”的患者，接受心理辅导和药物治疗是必要的。

09a_BinZhengLunZhi.indd 56 12/14/09 9:38:51 AM

基孔肯雅热(Chikungunya Fever)症

尹效德

基孔肯雅热是非洲瓦希里语系词汇翻译为“驼背而行”，即脊柱弯曲，行走困难，是指该病导致关节剧烈疼痛，不能直立，身体弯曲而命名，也被称为佝偻病。基孔肯雅热是由基孔肯雅病毒(Chikungunyavirus，CHIKV)引起。1952年首次在坦桑尼亚南部被发现，并证实了基孔肯雅热的流行，直到1956年经过病毒分离，被称为基孔肯雅热病毒。本病主要流行于热带和亚热带，如非洲和东南亚地区，近年蔓延到印度洋地区，造成了大规模的流行于多个区域。

马来西亚是一个亚热带雨林国家，一年四季如夏。夏季气候炎热，且常多雨而潮湿。热蒸湿动，湿热弥漫整个空间，故常暑湿夹杂，合邪伤人。暑为夏季的主气。《素问。五运行大论篇》：“其在天为热，在地为火……其性为暑。”这说明暑为夏季的火热之气所化。亚热带地区为潮湿地带，其环境是蚊虫孳生最好之地，所以蚊病常大量流行于马来西亚。基孔肯雅热是基孔肯雅病毒感染人体后形成的一种病名，主要是以埃及伊蚊为传播途径。中医学上并没有这种病名，但是在汉代著名医学家张仲景之《金匮要略》中提出“虫兽所伤”是其中的致病原因之一，如蚊子叮咬亦可伤人致病。《庄子·天运篇》中记载蚊子叮人吸血，可影响夜间睡眠；《本草纲目》说得更为具体：“蚊，处处有之，冬蛰夏出，昼伏夜飞，细身利啄，咂人肤血，大为人害。”

一. 临床表现

本病的潜伏期为2-12天，通常为3-7天。

1. 急性期

(1) 发热，寒战，持续性的高热，体温高达大约38°C-40°C，伴有头痛，恶心，呕吐，食欲减退，淋巴结肿大，不能直立，腰脊椎疼痛。一般发热1-7天即可退热，不需任何药物治疗。或有患者约3天后再次出现较轻微发热(双峰热)，持续3-5天后可恢复正常。有的患者伴有结膜充血和轻度畏光的结膜炎。

(2) 皮疹：80%的患者在发病后2-5天，其躯干，四肢的伸展侧，手掌和足底出现皮疹，斑疹、丘疹或紫癜，及伴有轻微的瘙痒感，可在数天后消退。

(3) 发热的同时，多个小关节及脊椎出现疼痛，活动受限，关节肿胀，伴有全身性肌痛。关节痛为游走性，随运动加剧，晨起时加重，甚至僵硬。病情发展迅速，往往在数分钟或数小时内关节功能丧失，不能活动，主要部位以小关节、手、腕、踝、趾及脊柱为主。腕关节处出现剧烈疼痛是本病的特点，但X光片检查正常。

(4) 其它：极少数患者可出现脑膜炎、肝功能损伤、心肌炎及皮肤粘膜出血。

09b_BinZhengLunZhi.indd 57 12/14/09 9:42:14 AM

2. 恢复期

急性期后，绝大多数的患者的关节疼痛及僵硬状态可完全恢复。部分患者持续性关节疼痛和僵硬可达数周至数月，甚至数年，及伴有全身无力，尤为四肢为主。

二. 诊断与鉴别

1. 诊断依据

生活在基孔肯雅热流行地区或12天内有疫区旅行史；或病发前12天内有蚊虫叮咬史。发病过程急速，以发热为主。病程2-5天后可出现皮疹，以及多个关节剧烈疼痛。血清特异性IgM抗体(Chikugunyah IgM)阳性。从患者标本中也可验出基孔肯雅病毒RNA(Chikugunyah PCR)。

2. 诊断标准

以上所述流行病学史和临床表现，其虽无流行病学史者，但出现上述临床表现者，可进一步用实验室检查为诊断依据。

3. 鉴别诊断

(1) 登革热：登革热与基孔肯雅热的传播媒介相同，流行区域基本相同，临床表现亦类似，使其与登革热难于鉴别。基孔肯雅热，发热时较轻，关节疼痛更为明显，脊椎痛及晨起时僵硬为特点，持续时间较长，但出血倾向较微。其鉴别也可赖于实验室之检查报告是否Dengue IgM或Chikungunyah IgM呈阳性。

(2) O'nyong-nyong等甲病毒：其感染引起的临床表现和基孔肯雅热相似，不易根据临床表现和一般实验室检查进行鉴别，需要通过特异检测进行鉴别诊断。核酸检测和病毒分离是鉴别这些病毒感染的主要方法。

(3) 传染性红斑：其由细小病毒B19引起。首先出现颧部红斑，唇口周苍白，2-5天后出现躯干和四肢出现丘疹。关节受损，表现为多关节周围发炎，较多发生在近端指趾关节，掌关节处，也可侵犯腕，膝和踝关节。可以细小病毒B19特异性抗体和核酸检测阳性为鉴别诊断。

(4) 本病也必须与以下病种鉴别诊断：流感、麻疹、风疹、传染性单核细胞增多症，风湿热，细菌性关节炎等疾病。

三. 病因病机

从发病的情况来看，本病属中医瘟疫范畴，通过伊蚊所传播的热毒引起。这种伊蚊在马来西亚人的俗语上多被称为“黑斑蚊”，故本人认为在中医病名上可命名为“黑斑蚊疫”。

(一)发病之初，邪毒从肺卫而入，并蕴滞肺胃气分，表现为卫气同病，邪热壅盛，热郁气机，津液为热邪所伤的病理过程，故见壮热、头痛、恶心、呕吐等。毒邪由表入里，伤及脾、胃、肠、胆而致脏腑功能紊乱。

发病及临床表现：

(1) 肺受毒邪侵犯，则热壅于肺，导致肺气不利，临床上可见身热、胸痛、乏力、苔黄；

(2) 热扰胸膈，则气机不畅，临床可见心烦、身热等；

(3) 毒邪犯胃，则胃腑积热，灼伤津液，临床可见壮热、大汗、口渴、苔黄、脉大；

(4) 毒邪结于胆腑，少阳热郁，胆火亢炽，临床可见热多寒少、口苦、舌苔黄；

(5) 湿热郁久，津液被伤，临床可见口渴、苔白而干燥。

09b_BinZhengLunZhi.indd 58 12/14/09 9:43:11 AM

(二)热在营分：邪气在气分不解，其人正气虚弱，津液亏乏，邪毒乘虚内陷，传入于心营，损伤阴液，心神被扰，出现舌绛烦躁不寐、时有谵语、身热夜甚、斑疹隐隐。热在血分，是邪入心营后进一步发展，侵入血分，引起耗血、动血的病理过程。热毒过盛，损伤血络而出现斑疹、出血；热毒炼液为痰，瘀阻经络，发为热毒痰核、瘰疬，布于颈项。

(三)伊蚊咬伤后，局部症状轻，一天后发热汗出，头项强痛，脊背恶寒，损伤督脉。督脉在脊背的正中，对两侧的经络起着统率的作用，与两旁的足太阳经关系最为密切。《素问·热论》指出："巨阳者，诸阳之属也。其脉连于风府，故为诸阳主气也。"这说明阳经从属于太阳经。因太阳经通于督脉，督脉因其行于脊背当中，可流诸阳经，督脉与太阳经不能分离。一旦邪毒侵袭，太阳经与督脉首当其冲，头项强痛是必有的症状。毒邪束表，伤卫气，督与太阳之气与邪相争，故出现恶寒、发热、发汗的症状。这是伊蚊侵犯人体后，出现督脉太阳风热证，督脉阳虚证，督脉火毒证等证的病机。

(四)恢复期，常有的几种情况：

(1) 余邪未尽，邪留阴分：由于发热后，津液亏损，使残留的热邪不能清除，内伏阴分。临床表现为持续低热，心烦不得眠，手心烦热，舌质红，脉细数。

(2) 阴虚风动：邪热耗损肝肾之阴，筋失所养，阴虚阳亢，水不涵木，变生内风。临床可见面色浮红，心悸虚烦，手足无力，颤动，舌红，脉细数。

(3) 窍络闭阻：病毒后期，热邪虽尽，但热陷营血阶段延长，失治误治，心神已伤，筋脉已损，正气难复，形成痰瘀闭窍阻络。临床可见神志讷呆，默默不语，肢体拘挛。

(4) 气虚证：《灵枢·口问》云："上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。"上部的正气不足，出现脑虚不满，耳中蝉鸣，头部沉重不支而倾斜，眼目昏眩。"中气不足，溲便为之变，常为之苦。"这说明当中气不足，就会出现大小便失常，或肠鸣不止的症状。"下气不足，则引为痿厥心闷。"而下部的正气不足，就会出现四肢萎软无力或厥冷，心胸满闷。

四. 辨证论治

本病属中医瘟疫病邪范畴。此病以蚊虫做为传播途径，发展迅速，也可被称为"黑斑蚊疫"。这种病邪当侵犯人类时，可损伤人体的卫气营血，从而出现损伤卫气营血的传变规律。其发病年龄以及性别不限，但传变迅速。临床表现为卫气同病或气营两燔，甚者病邪直入营血分，因此，临证时重在辨证卫、气、营、血的轻重缓急。另一方面，本病病因是热、湿、邪毒而导致，在临床上可出现不同的证候，这种病邪也可侵犯到奇经八脉中的督脉。兹将不同的临床表现分为主要的八大类：

1. 卫气同病证

临床表现：发热，恶寒，咳嗽无痰，无汗头痛，身热兼烦热，四肢无力，口唇紫暗，趾痛，舌质红，苔薄黄，脉浮数。

治则：疏利宣透，清热解毒。

方药：大连翘汤或达原饮(槟榔6g、厚朴3g、草果15g、知母3g、芍药3g、黄芩6g、甘草3g)。

若湿热偏重，身热不扬，汗出不透，小便不利，舌红苔黄，可用甘露消毒饮。热势较高，烦躁，加石膏、知母；咽喉不利加桔梗、牛蒡子、薄荷。

09b_BinZhengLunZhi.indd 59 12/14/09 9:43:44 AM

病例：刘某某，15岁学生，吉隆坡。

主诉：高烧3天，某医院诊断为“基孔肯雅症”。经住院3天治疗后无效，自行出院。现症状：面色赤红，持续性发热无汗，体温为38℃，每到下午开始发冷，全身无力，伴头痛，晨起时咳嗽，夜间无咳嗽，舌质红，苔薄黄，脉浮数。

治以疏利宣透，清热解毒，方用达原饮。以800ml水煎剩400ml，午后温服。2剂。

按语：吴又可提出“邪伏膜原说”，创立疏利透达治疗方法，以疏散横连膜原之疫邪，从而为疫病的治疗开辟了新途经。《内经》所谓“横连膜原者也。”疫邪盘踞膜原，吴又可创立“九传”学说，谓“有但表而不里者，有但里而不表者，有里而再里者，有表里分传者……”“者”即为传变之体。槟榔、厚朴、草果能燥化湿邪，除伏邪盘踞，三味协力，直达其巢穴，邪气溃败，速离膜原是以为达原也；用知母以滋阴；用白芍以和血；以黄芩清燥热之余；甘草为和中之用。疏泄卫表，透邪外出法，为治疗之大法。

2. 气营两燔证

临床表现：高热，午后尤甚，多汗，烦躁不安，口渴，头痛，臂骨节烦痛，皮肤粘膜红赤，皮疹密集，或有出血点，淋巴肿大，身热肢冷，舌质红绛，苔少或剥苔，脉数。

治则：清热解毒，清气凉营。

方剂：清瘟败毒饮(石膏30g、知母9g、黄连6g、黄芩12g、连翘10g、生地黄15g、水牛角30g、栀子6g、赤芍15g、玄参15g、丹皮12g、竹叶10g、甘草6g、桔梗9g)。

热毒盛，颈部淋巴肿大加大青叶15g、蒲公英10g；手足肿胀疼痛加滑石、木通；咽喉赤肿加蚤休、僵蚕；大便干结不通加大黄、枳实；邪陷心肝，出现神昏抽搐，加石菖蒲、郁金、远志；吐剧加竹沥，并合用安宫牛黄丸。若见热毒瘀滞，心脉痹阻，合用通窍活血汤。(《医林改错》)

病例：刘某某，女，50岁，麻坡，2009年1月10日。

主诉：高热不退4天，4天前不明原因，开始高热，午后发热甚，汗出。到某医院诊断为基孔肯雅症，给予退烧药，效果不佳。现症状：面色潮热，乏力，精神差，头顶刺痛，骨节疼痛，下肢无力，烦躁，每天午后潮热盗汗，夜间难于入睡，舌红绛，脉滑数。体温38.5℃。

方药：清瘟败毒饮。2剂。

按语：运用清营凉血法时，必须注意几点 1. 热在气分未入营血者，不可早用。2. 营血分病变有湿邪者，应慎用本法。3. 热入营血分，病情较为危重者禁用。本方常与开窍、息风等法配伍。余霖论君火、相火二火为疫，火必刑肺，而成燥热疫。余氏用石膏、生地辛甘寒清泄少阳相火；用水牛角、玄参、黄连咸苦寒清泄少阴君火；用甘草、栀子、黄芩、黄连、知母清泄五脏之火；赤芍、丹皮合生地、犀角、玄参清血分之火热；连翘、竹叶清上焦之火；桔梗、竹叶载药上行。根据《内经》曰：“火热必有中寒”故此方慎用。

3. 太阳虚寒证(督脉为主)

临床表现：发热汗出，头项强痛，脊背恶寒沉重，体重节痛，转侧困难，下肢萎软，舌质淡，苔白嫩，脉浮紧。

治则：调和营卫，温督通脉。

方药：桂枝二活汤(桂枝9g、白芍9g、甘草6g、羌活12g、独活12g、防风6g、生姜10g、大枣6g)(《经验方》)。水煎服。每日一剂，分温2次，每次400ml。

若发汗后仍有脊背恶寒疼痛及四肢屈伸不利，脉浮紧，用桂枝加附子汤主治；若发汗后，头重目眩，下肢萎软用甘草附子汤加味。

09b_BinZhengLunZhi.indd 60 12/14/09 9:45:11 AM

病例：叶某某，男，85岁，吉隆坡，2009年2月5日。

主诉：发热汗出伴头痛一周，一周前突然发高热虚脱，大汗出，速去医院，诊断为基孔肯雅症。治疗后出院，自己口服箭猪枣一份。现症状：面色微黄，精神差，发热汗出，多在下午，四肢无力疼痛，行走困难，脊背强痛，肢节疼痛，眩晕，脉浮紧，舌质淡，苔白腻。

辨证为风湿痹阻，脉络不通。治以调和营卫，温督通脉。方用桂枝附子汤加减(桂枝9g、白芍9g、甘草6g、生姜9g、附子10g(先煎)、大枣6枚、防风6g、羌活12g、独活6g)。3剂。水煎服。上方以3杯水，煮取一杯；药滓加水两杯并煮取一杯，两杯合并，分早晚各服一杯。

按语：这种伊蚊叮咬后，最易侵犯督脉。督脉可统督诸阳经，当病邪侵犯督脉，导致督与太阳之气与邪相争，即出现恶风寒，又有发热汗出的表现。用桂枝汤以调和营卫。桂枝加附子汤一方，《伤寒论》旨在复阳敛阴，固表止汗。此证发汗后，阳气虚衰，津液耗伤，督脉失温，故脊背恶寒益甚，四肢屈伸不利。此方中，桂枝汤能调和营卫以温煦督脉，加附子以温少阴经，从而温煦督脉。《内经》谓："阳气者精则养神，柔则养筋。"《难经》谓："液脱者，骨属屈伸不利。"本方旨在温督柔筋。

4. 太阳风热证

临床表现：发热口渴，头项强痛难忍，背部微恶寒，口燥干咳，心中烦热，多眠，手足瘛疭，状如惊痫，身重难转，舌质红绛，苔燥，脉浮数。

治则：清热生津，平肝熄风。

方药：白虎加人参汤(《伤寒论》)加味(知母9g、石膏60g、甘草10g、人参12g、葛根20g、粳米10g、羚羊角片2g、钩藤15g、菊花10g)。水煮2次，取汁600ml，早晚服。

若神昏谵语、壮热、舌红少津，加羚羊钩藤汤合犀角地黄汤。

病例：王某某，男，46岁，雪兰莪，2009年2月20日。

主诉：高热不退3天，体温40°C，神昏谵语，头项强痛难忍，口燥口干，心中烦闷，神疲乏力，身重难转，下肢角弓反张，舌质红，苔干燥。生化检查：Chikungunya IgM阳性，血小板低下。西医诊断为基孔肯雅症，给予对症治疗后效果不佳，仍有持续性发热，下午为甚。

治以清热生津，平肝熄风。方用白虎加人参汤合清热地黄汤(知母12g、石膏60g、甘草6g、人参15g、葛根20g、粳米9g、水牛角20g、生地15g、白芍15g、丹皮10g)。3剂。水煎服，早晚各服300ml。

按语：伊蚊叮咬后，这种病邪可迅速的转化为风邪。风为阳邪，善行而数变，如患者平常素体禀阴不足，起居不慎，腠理失于固密，风热之邪易侵袭督脉及太阳经，则感为温病，伤人气阴。高热燔灼，阴液益虚而口渴，甚则经筋失濡而头项强痛。叶天士指"风邪上受，首先犯肺，逆传心包。"则化热伤津，出现口燥，心中烦热，神疲乏力。白虎加人参汤一方辛寒清润，为清热泻火上品。清热地黄汤能清热止痉，凉血解毒，主治热入营血诸证。

5. 火毒证

临床表现：憎寒壮热，大渴引饮，口苦唇焦，烦躁便秘，下午发热无汗，夜间怕冷，皮下痈疽，好发部位为颈部及下肢内侧，脉象洪数。

治则：清热解毒，宣通脏腑。

方药：仙方活命饮(白芷6g、贝母6g、赤芍6g、当归尾9g、甘草节6g、炒皂角刺9g、

09b_BinZhengLunZhi.indd 61 12/14/09 9:45:28 AM

炒穿山甲10g、天花粉15g、乳香6g、没药6g、金银花15g、陈皮6g)。(《校注妇人良方》)水煎服，分2次，早晚各服300ml。

病例：方某某，男55岁，马六甲，2009年3月。

主诉：一月前发热，下肢无力，行走困难，诊断为伊蚊症，对症治疗后效果不佳。患者体形肥胖，近来烦热身痛，寒热往来，大渴引饮，口干舌燥，咽干，颈项处有痈疽肿胀，以热痛为主，体乏，四肢无力，手指活动受限，经中西医结合治疗后，效果不佳。背部痈疽，坚硬及周边红紫，按压疼痛难忍，舌质绛红，苔燥裂，脉数沉。辨证为热毒郁结，气血凝滞。治以清热解毒，消肿止痛。治以仙方活命饮。3剂。水煎服。

按语：诸疽发于督脉。这名患者其体形肥胖，平素喜欢肥腻厚味，嗜好烟与酒，使其身体腥味重，为伊蚊所爱。病邪好转后，因营卫不足，气血凝结，经络阻隔，引起火毒之症。因长期服食肥厚之品，以及嗜好烟酒，灼伤阴液，火毒内生，皆属阳证，为督脉火毒证。痈疽肿毒，多热毒郁结，气血凝滞而成。治以清热解毒，消肿止痛，方为仙方活命饮。银花清热解毒；归、芍、乳、没活血化瘀；陈皮理气；白芷、防风通行营卫，疏风散结以消肿；天花粉、贝母清热散结；穿山甲，皂刺解毒透络。

6. 寒凝证

临床表现：伊蚊的病邪侵犯人体后，会导致全身无力，出汗，这时若吹冷气或冲凉，可使风寒凝滞于督脉，发生寒凝闭阻之证。出现巅顶头痛，内连于脑，前额沉痛，眉棱骨处放射疼痛，项强，晨起流涕，腰脊无力，下肢痹痛，舌质淡，苔薄白，脉沉细。

治则：温通督脉，祛风散寒。

方药：鹿角汤加藁本、桂枝、羌活(鹿角片30g、骨碎补9g、狗脊15g、川断15g、鸡血藤15g、当归10g、川芎10g、桃仁6g、红花6g、豨莶草12g、川牛膝10g、藁本9g、桂枝6g、羌活12g)。水煎服。

病例：陈某某，女，38岁，吉隆坡。

主诉：前额沉痛伴双下肢痹痛两个月。二月前发高烧，头痛，项背强痛，诊断为基孔肯雅症。经过对症治疗后，症状改善。近来，巅顶头痛，前额沉痛，腰脊疼痛，不得俯仰，以及下肢痹痛，舌质淡，苔薄白，脉弦紧。辨证为寒凝督脉，闭阻不通。治以温经通络，祛风散寒。方用：鹿角片30g、骨碎补10g、狗脊15g、川断15g、鸡血藤15g、当归10g、川芎10g、桃仁6g、红花6g、豨莶草12g、川牛膝10g、藁本10g、桂枝6g、羌活12g。3剂水煎服。日服2次，每次300ml，早晚。

按语：伊蚊侵袭人体后，大汗出，四肢无力，最易被风邪所侵犯，损及督脉。《难经》指出：“督脉者，起于下极之俞并于脊里，上至风府，入属于脑，上巅，循额，至鼻柱。”按督脉为阳脉之海，太阳经脉又为诸阳而主气，风寒之阴邪犯及督脉与太阳，故巅顶头痛，内连于脑而项强，若邪气盛，下及阳明之络可导致前额沉痛。此方能温通督脉，祛风散寒。鹿角片其药味咸温，坚骨补髓，益气补阳；牛膝引血下行，健筋骨。豨莶草为方中祛风药；当归、川芎、鸡血藤温经活血；桃仁、红花活血化瘀；桂枝、羌活温中散寒。

7. 气阴两虚证

临床表现：身热已退，或低热缠绵，身疲乏力，自汗，心烦少寐，四肢倦怠，口干便结，纳食不香，爪甲失荣，舌质干红，少苔，脉细数。

治则：益气养阴，清热活血。

方药：养血润肤饮(黄芪15g、当归9g、生地12g、熟地10g、天冬10g、麦冬10g、天花粉15g、黄芩10g、桃仁10g、红花6g、升麻6g)。(《外科证治全书》)水煎服，每日两次，每次300ml。

09b_BinZhengLunZhi.indd 62 12/14/09 9:45:49 AM

若阴虚为主加沙参、五味子、赤白芍；低热盗汗加地骨皮、银柴胡、秦艽；大便干加瓜蒌仁、麻仁。

病例：李某某，女，65岁。

主诉：2月前患基孔肯雅症后，乏力，神疲倦怠，四肢无力，行走时无力，需休息后，再行走。面色微黄，经中西医结合治疗后效果不佳，药物不详。近来，纳食不香，爪甲失荣，自汗，脉细数，舌质绛红。辨证为气阴两虚，治以益气养阴，清热活血。方用养血润肤饮。

按语：此证为恢复期，热毒炽盛过后，耗伤津液，也损伤气血津液，伤阴重者阴虚内热，低热盗汗，神疲乏力，口干便燥。恢复期为气阴两虚证，以正虚为主，但也要注意驱除余邪，活血化瘀。若恢复期，出现心悸，脉结代，属气血受损，心神不宁，可用复脉汤。

8. 气虚证

(1) 临床表现：上部的正气不足，胸虚不满，耳鸣，蝉叫声，头部沉重，眼目昏眩，舌质红，苔薄白，脉沉。

治则：补虚益气。

方药：杞菊地黄丸(枸杞子15g、菊花12g、山萸肉12g、山药9g、丹皮9g、泽泻12g、生地12g、云茯苓12g)。(《医极》)

病例：刘某某，女72岁，吉隆坡。

主诉：2月前，患基孔肯雅症后，乏力，午后出汗，胸前区不适，胸闷憋气，头晕，耳鸣，左耳有蝉鸣音，视物不清，眼目昏眩，舌质淡，苔薄白，脉沉无力，血压：120/70毫米贡柱。辨证为真阴亏虚，虚火上炎。治以补虚益气。方用杞菊地黄丸(枸杞子12g、菊花9g、山萸肉15g、山药9g、丹皮6g、泽泻9g、生地9g、云茯苓9g)。三剂。水煎服。

按语：《灵枢·口问》云："上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之若倾，目为之眩。"肝肾阴虚证，方为杞菊地黄丸主治。伊蚊之邪咬伤后，邪毒稽留于体内，耗伤阴液，损及肾阴、肾阳，导致虚火上炎。这种病邪为寄病之邪，与一般疾病的致病因素不同。因大多老年人之中气都有所不足，这种病邪侵犯其上部正气后，可使患者脑虚不满，耳中蝉鸣，眼目昏眩，杞菊地黄丸即属真阴亏虚、虚火上炎，补肝肾脾之方。

(2) 临床表现：乏力，劳倦，二便失常，肠鸣不止，甚则久泻，久痢，纳差，舌质淡，脉沉细。

治则：补中益气升阳。

方药：补中益气汤(黄芪15g、甘草6g、党参12g、当归6g、陈皮6g、升麻6g、柴胡9g、白术9g)。(《内外伤辨惑论》)水煎服。

按语：伊蚊的病邪侵犯人体后，大汗出，损伤脾胃，脾胃虚弱，久而久之可引起中气不足，使大小便失调，肠鸣泄泻，疲乏倦怠。因脾胃为水谷精微生化之源，故出现纳差等临床表现。方中黄芪补中益气；参、术、甘草益气健脾；陈皮理气和胃；当归养脾血；升麻、柴胡升提中阳之气，脾胃强健，中气自立。

(3) 临床表现：体倦乏力，腰酸腿软，下肢痿痹，筋惕肉瞤，心烦自汗，四肢无力，胸闷胸满，舌质淡，苔胖大，脉沉无力。

治则：温补肾阳，以泄肝火。

方药：二仙汤(仙茅12g、仙灵脾9g、当归9g、巴戟天12g、黄柏6g、知母6g)。(《妇产科学》)水煎服，早晚300ml，温服。

按语：伊蚊之邪，侵犯人体后，伤及肝肾，导致下部的正气不足，出现午后大量出汗，四肢痿软无力或厥冷，阵发性面颊烘热，心烦

09b_BinZhengLunZhi.indd 63 12/14/09 9:46:05 AM

自汗，腰膝酸软，体倦乏力。用二仙汤可温补肾阳，泄肝火，壮筋骨，肾之阴阳得补，血气得养，下气自足。

五. 伊蚊毒疫后的调理

毒邪退热后，进一步调整恢复期。这一阶段，虽然邪热已解除，但机体完全未恢复，还有再传染的可能。须增强体质的免疫力，尽快恢复健康的体能。除了精神，饮食居等方面的调摄外，药物调理也是重要环节。

1. 体虚未复

伊蚊毒邪侵犯人体后，邪热亢盛而耗伤了人体的阴液以及正气，加上病人本身的脏腑功能失调，对饮食水谷吸收减弱，气血津液的生成和输布不足。

在病后体虚表现是正常的生理反映，调养：

(1) 补养气血：以补益气血的药物为主。毒疫后气血亏虚者，面色苍白，气弱倦怠，声音低怯，舌质淡红。代表方为集灵膏。

(2) 补益津液：毒疫侵犯后，气阴两虚者，精神萎顿，不饥不食，睡眠差，口渴咽燥，舌干。治则为生津养阴，代表方为三才汤。

(3) 滋养肠胃：蚊毒疫侵犯后，大汗出，伤胃气，损胃之阴液，引起胃阴亏虚，口干咽燥，大便秘结，舌光少苔。治则为养阴增液，代表方为增液汤。

2. 正虚余邪未尽，蚊毒疫邪热消退后，正气还未复元，可能出现一些未尽之余邪。此时根据正气和余邪的多少来给予治疗。

(1) 补气阴，清余热：这种毒疫后期，气阴两伤而余热未尽，症见低热，口干，泛恶，不思饮食，舌红少苔，脉细数。治则为养阴益气，清热解毒。代表方为竹叶石膏汤。

(2) 芳香醒胃、清涤余邪：伊蚊咬伤后，伤及脾胃，可致脾胃湿热而胃气未复。症见热邪已退而脘闷不适，饥不欲食，苔薄白微腻。治则为芳香化湿，清热复胃气。代表方为五叶芦根汤。

(3) 健中化湿：基孔肯雅病毒侵犯人体后，胃气虚衰而湿阻气滞。症见饮食不香，食后化迟，四肢无力，大便溏薄，苔薄白，脉弱。治则为理气化湿。方用参苓白术散。

六. 马来西亚本地老百姓的经验方

1. 急性期：华族爱用尖猪枣一份，或羚羊角**1g**、熊胆**0.5g**、牛黄**0.5g**冲水喝；或安宫牛黄丸(北京同仁堂)；或大西瓜连皮饮。民间方很多，但效果欠佳。马来族群则爱用木瓜根**1**斤泡水喝；或过江龙**100g**泡水喝。

2. 恢复期：补充水果汁。用八珍汤、四君子汤类药物。

七. 结语

基孔肯雅症的病因病机不祥。本人从**2008**年至**2009**年**3**月共接触基孔肯雅症约**100**例，以上为个人的经验总结，介绍给广大的同道，希望提出宝贵意见，共同讨论这个病症。

09b_BinZhengLunZhi.indd 64 12/14/09 9:46:25 AM

从脾肾论治慢性肾衰探析

林英

在内科临床医疗中慢性肾功能衰竭病人求诊已很常见，肾衰的普遍化与糖尿病、高血压患者日益增多，有着不可分割的关系；此外，各种慢性肾病都有导致肾功能衰竭的可能。

慢性肾功能衰竭的临床特点属中医的“水肿”，“关格”、“癃闭”、“淋证”、“虚劳”等范畴。

慢性肾功能衰竭呈进行性，不可逆转的发展，肾萎缩、硬化，水与电解质紊乱，出现氮质血症，全身中毒症状，慢性肾衰危及生命的主要因素在于氮质血症、水盐电解质失衡、酸中毒，期盼其功能恢复是不切实际的。

病因病机

在脾肾亏虚的基础上，外来的邪气或常期的饮食不节，过度劳累均可加速肾功能的衰退，主要有几方面：

1. 外邪侵袭：外邪袭表，内舍于肺，肺失宣降，不能通调水道，水浊滞留。
2. 水湿内浸：脾为湿困 久居湿地，或冒雨涉水，水湿之气内侵；或平素饮食不节，过食生冷，均可使脾为湿困，而失其健运之职，致水湿停聚不行。
3. 湿热内盛：三焦壅滞 湿热久羁，或湿郁化热，中焦脾胃失其升清降浊之能，三焦为之壅滞。
4. 饮食不节：饮食不当伤及脾胃或劳倦过度，脾气受损，运化失司，水湿停聚不行。
5. 劳累过度：劳倦过度内伤肾元；房劳过度，肾精亏耗，肾气内伐，不能化气行水，遂使膀胱气化失常，开阖不利，水液内停。

上述各种原因，有单一原因发病者，亦有兼杂而致病者，从而使病情趋于复杂。此外，瘀血阻滞、三焦水道不利，往往可使水肿顽固难愈。

慢性肾衰病机错综复杂，既有肺、脾、心、肾正气的耗损，又有湿浊、瘀血实邪蕴阻，属本虚标实，虚实夹杂之症。本病主要以脾肾虚损为主，病情逐步发展而使病情加重，病机关键在于肾气亏虚可引起肾的气化功能障碍，肾失开阖，不能及时疏导、转输、运化水液及毒物，因而形成湿浊、湿热、瘀血、尿毒等邪毒。邪毒虽源于正虚，反过来又阻碍气血的生成，因实致虚，成为本病的重要病理因素。脾失健运，湿浊中阻，脾胃升降失常，则呕吐、恶心、纳呆、腹胀；肾脏虚衰，膀胱气化不利则尿少、水肿、甚至小便点滴全无而为闭症。如果尿毒蒙蔽或扰乱神明、可致精神抑郁或亢奋之症。

最后导致正气虚衰，浊邪、瘀血壅滞肾络，使肾脏失去开阖的功能，湿浊尿毒潴留于体内，而引发本病，而饮食不节、过食生冷、辛辣、厚味、高蛋白饮食，劳倦过度，至正气更虚，脾肾更损，使病情加速恶化，尿潴留加剧。

慢性肾衰与脾肾的关系

脾运化水湿，主升清而运化水谷，输布精微，将水液转输至肺和肾，通过肺肾的气化功

10_BinZhengLunZhi.indd 65 12/14/09 9:47:06 AM

能，化为汗液、尿液排出体外。脾不健运，水液代谢紊乱，水湿则停滞体内。肾主温煦，主水液，肾中精气的气化作用，对于体内津液的输布和排泄，维持体内津液代谢的平衡，起着极为重要的调节作用，机体气化功能的发挥及正常的水液代谢，全赖肾阳的气化作用。肾阳不足，命门火衰，不能化气行水，遂使膀胱气化失常，开阖不利，水液内停，形成水肿。脾肾在病理状态下，引起水湿、痰浊蓄积停滞，溺毒潴留不泄而发为水肿。脾虚不能摄精，清气下陷；肾虚不能藏精，精气下泄，均可导致精微物质下泄而出现蛋白尿；脾肾衰败，津液输布失常，生成不足或排泄障碍导致在体内环流缓慢，形成水液停积，外溢肌肤为水肿。正如《诸病源候论·水通身肿》云："水病者，由肾脾俱虚所致，肾虚不能宣通水气，脾虚不能制水，故水气盈渗液皮肤，流遍四肢，所以通身肿也"。

从脾肾论治

本病是在脾肾已虚的情况下，加上外邪留恋，饮食不节，过度劳累，湿浊内留；或是先天禀赋不足，致使分清泌浊功能失常，水谷精微运化失衡。有因虚而化热化毒者；久病而瘀，浊瘀互结者，其病皆在脾肾，属正虚邪实。正虚有气虚、阴虚、阳虚；邪实多见水湿、湿热、血瘀，而以脾肾阳虚为主。肾为先天之本，脾为后天之本，在生理上脾与肾相互资生，相互促进，在病理上亦常相互影响，治疗上以补益脾肾为主的辨证辨病基础上，配合利水浊、化湿毒、活瘀血。

蛋白尿多因脾气下陷，肾气不固，失去封藏之职所致，脾肾功能失调是产生蛋白尿的基本病机。各种肾脏病后期，由于病变迁延不愈，脾为之先伤，久之由脾及肾，肾气亦损，形成脾肾之气俱虚，失其升清及闭藏作用，精关为之不固，精微物质下泄，尿中蛋白久而不消。此时可采用健脾益肾之法，以仙灵脾、肉苁蓉、菟丝子、枸杞子、党参、黄芪、白术、茯苓、山药等，来增强肾气之摄纳，脾气之升清，达清除尿中蛋白的目的。

血尿是指病人的血尿来源于受损的肾小球，一旦出现血尿就说明肾脏组织受到了不同程度的损伤，使肾小球的通透性增加，血红细胞的漏出增多。血尿多因肝肾阴虚，脾肾气虚，血瘀所致，酌加旱莲草、仙鹤草、白茅根、藕节、丹皮等药以滋肾凉血止血。

肾功能受损，气化无权，下焦决渎不利，不能温煦脾土，脾的运化力受到障碍，水浊之邪不能排出体外，蓄积体内，日久可酿生浊毒。浊毒既可随水浊充斥体内，流溢四肢肌肤，亦可深入血分，随血分相传，毒邪进而损害五脏六腑，导致毒素在体内的蓄积。形成尿毒症就是由于人体内大量毒素不能排出而导致肾脏及相关脏器的功能损害。所以用利水消肿的车前子、薏苡仁、金钱草、玉米须、猪苓、茯苓等以调节肾的开阖，佐以温阳益肾药物，可达到化毒益肾的目的。

小结

目前治疗慢性肾衰还是以中西互补为最佳方式。西医治疗慢性肾功能衰竭，是以血液透析，腹膜透析疗法及肾移植，治疗费用昂贵。中医药通过改善慢性肾衰的氮质血症，有助于延缓病情的发展，减少血透次数，有利于降氮的中药有六月雪、大黄，它也可用於降低血肌酐，调节蛋白质代谢紊乱。在纠正酸中毒，水盐电解质失衡，降尿蛋白，降血钾，降血压方面，西医疗效明显，在降尿质氮，降肌酸方面，中医治疗也具优势。慢性肾衰达到需要透析治疗之前，中医药可起着延缓肾功能恶化，维护残存的肾功能，防治各种并发症，在尿毒症期可起着减少透析次数的效果。

10_BinZhengLunZhi.indd 66 12/14/09 9:47:22 AM

震颤麻痹证治

梁妹

震颤麻痹又名帕金森氏病，是一种原发性退行性神经疾病。临床多见于脑血栓后遗症、脑动脉硬化、高血压、肝豆状核变性、摆头运动、震颤麻痹综合征等。本病多见于中老年，随年龄增加而递增，男性较多于女性。老年人病程较短，约3-5年以后，症状逐渐加重，甚至出现痴呆，并可因久咳导致肺部感染。王肯堂论曰：“此病壮年鲜有，中年之后有之，老年尤多。”主要临床表现为四肢震颤，肢体强直，举动迟缓，走路呈慌张步态，面部表情淡漠，呈“面具脸”。本病患者CT及MRI等影像学检查多提示为脑萎缩，病理解剖提示多巴胺神经元变性可为佐证。西医多采用左旋多巴、安坦、B族维生素、胞子磷胆碱等药物治疗，副作用较大。本病属于中医学“颤证”、“振掉”、“震颤”、“身肉振摇”等范畴。

病因病机

震颤麻痹大多发生于中、老年，尤以老年为主。人到中年之后肝肾虚亏，或兼劳累、色欲之消耗，而致阴精虚少，形体衰败，即《内经》所谓：“年四十而阴气自半也，起居衰矣；年五十体重，耳目不聪明矣。”因肝肾亏虚而精血俱耗，以致水不涵木，筋脉失于濡

11_BinZhengLunZhi.indd 67 12/14/09 9:48:29 AM

养，虚风内动；或风化挟痰，挟瘀，互阻络道而出现筋脉拘挛，头部及四肢颤动、振摇。

辨证论治

本病常按以下证型辨证论治：

1. 肝肾不足

证见震颤日久，头部摆动，上肢颤动，持物写字更为明显，下肢则因颤动而步履艰难，兼见头晕耳鸣，失眠多梦，腰膝酸软，舌红瘦小苔少，脉细弦。治宜滋补肝肾，育阴熄风。方选六味地黄丸合大补阴丸。药用地黄、玄参、龟板、白芍、麦冬、阿胶、牡蛎、石决明、僵蚕、钩藤等。

2. 痰热动风

证见震颤轻重不一，轻者头摇手足微颤，尚可自制；重者头部及手足颤动幅度较大不能自主，面部发生痉挛而见“面具脸”。兼见胸脘痞闷，头晕口干，舌质红苔腻而黄，脉弦滑数。治宜清化热痰，熄风潜阳。方选导痰汤加竹沥合天麻钩藤饮加减。药用法半夏、胆南星、枳实、陈皮、天麻、钩藤、茯苓、山栀、川牛膝、黄芩、石决明、大黄、僵蚕、竹沥等。

3. 气血两亏

证见肢体震颤日久，震动幅度较大，程度较重，兼见精神怠倦，头晕眼花，四肢无力，面色不华，舌质淡，舌体胖大边有齿印，脉细弱。治宜补益气血，熄风通络。方选八珍汤合天麻钩藤饮，药用人参、熟地、白芍、当归、白术、茯苓、黄芪、天麻、钩藤、五味子、川芎、丹参、地龙、全蝎等；兼有血瘀者，酌加活血通络药。

4. 心虚神弱

证见肢体震颤强直，动作缓慢，兼见精神抑郁，表现淡漠，答非所问，甚或大小便不能控制，舌苔中后黄浊或薄腻略黄，舌质边尖红，脉弦数。治宜益气补血，宁心安神，益智开窍。方选秘方补心丸(《赤水玄珠》)加减。药用人参、地黄、当归、酸枣仁、柏子仁、川芎、茯神、琥珀、菖蒲、远志、甘草、麝香(或苏合香)等。

结论

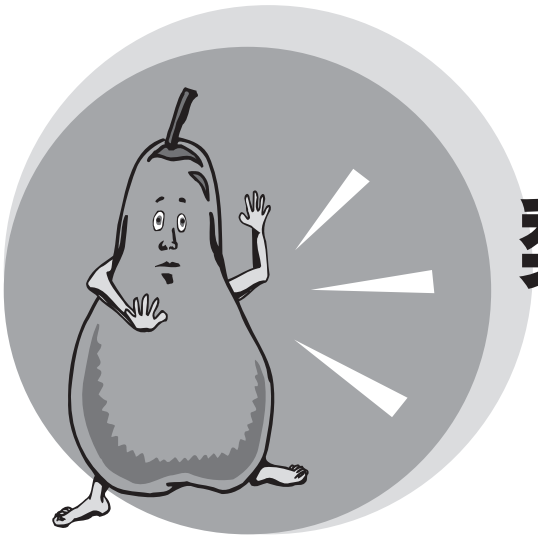
震颤麻痹是以头部及肢体摇动、颤抖为主要临床表现，中医学认为，震颤为风动之象，诸风掉眩皆属于肝。本病以中老年男性发病为多见。年迈花甲，肝肾渐亏，肝阳上亢，日久化风，风动颤生；肝木乘脾，脾失健运，痰浊内生，风痰内扰，气血阻滞，筋脉失养，肢体活动障碍，故治疗本病要根据临床症状及表现特点，结合不同病期，个体差异，辨明是肝肾不足，气血亏虚，筋脉失养，虚风内动，心虚神弱，还是风火挟痰、挟瘀，互阻络道，按其证候分别给予滋补肝肾，育阴熄风，补气养血，熄风通络，养血宁心，安神益智，清热化痰，熄风潜阳等治疗方法，可以收到标本兼治，扶正祛邪的良好效果。

临床还可根据不同症状选用以下药物：肢体僵硬明显者加僵蚕、地龙、白花蛇、钩藤；颈项拘强者加葛根；上肢震颤酸麻者加姜黄；下肢震颤酸麻者加川牛膝；全身及四肢关节酸痛者加威灵仙、秦艽、徐长卿等。

在辨证的基础上酌加虫类镇惊熄风药如全蝎、蜈蚣、蝉衣、僵蚕、地龙等可以提高疗效。震颤是一种风象，根据“治风先治血，血行风自灭”之理论，在各型中酌加活血祛瘀药，可达到熄风的目的。

本病病因病机十分复杂，证型交错，虚实夹杂，治法重在灵活变通，切忌拘泥，方可取效。

11_BinZhengLunZhi.indd 68 12/14/09 9:48:54 AM



梨状肌综合征
中医治疗初探

倪炜程

临床上常见某些患者象跛子一样走进诊所，说：“医师我腰痛，走也不是，站也不是，坐久也酸，觉得实在很辛苦……。”俗话说：“病人腰痛，医生头痛。”这句话说明腰腿痛诊断与治疗在临床存在着很大困难，经切诊与检查后诊断，原来是梨状肌损伤引起的伤筋痛。

梨状肌为臀部深层的一块小肌肉，呈三角形，内宽外窄，起始于骶椎2、3、4前面，止于股骨大转子，此肌主协同其他肌肉完成大腿外旋动作。坐骨神经大多数经梨状肌下孔穿过骨盆到臀部，由于下肢突然过度外展，外旋或久坐久蹲，或猛然起立用力，或感受风寒湿邪，或发生变异(如坐骨神经从梨状肌肌腹穿出等)等诸多因素使梨状肌处于过度紧张、牵拉状态，使梨状肌肌束出血、痉挛、肿胀、增厚引起坐骨神经受到卡压。这种由于梨状肌与坐骨神经血管周围结缔组织产生疼痛无菌性炎症的一系列症状，称为梨状肌综合征。

临床表现

一．症状：

1. 患侧臀部疼痛，并向一侧下肢后外侧反射，疼痛呈刀割样或捆紧样钝痛，受凉后疼痛加重；
2. 患者自觉患肢变短，并出现行走跛行。

二．体征：

1. 梨状肌肌腹压痛明显，有时可触及条索状肌束；
2. 梨状肌紧张实验阳性；
3. 直腿抬高在60度内疼痛明显，超过60度疼痛反而减轻；
4. 久病可出现臀肌或腓肠肌萎缩，肌痹等症状。

现代医学对梨状肌损伤多采用对症治疗，轻者给予不同种类止痛药，较重者行封闭疗法，若以上治疗无效则考虑手术治疗。软组织松解手术对机体必然造成一定程度手术创伤，对患者不利，但它可达到病变组织彻底松解的治疗目的。

中医传统疗法对梨状肌损伤有着较为优越疗效，虽然只治疗周围局部无菌性炎症病变组织，也收到了完全消除症状效果。中医学对痛的发病机理有两句精辟概括，即“痛则不通，不通则痛”，凡有痛则肌肉必有痉挛，凡有肌痉挛亦必有疼痛。“痛则不松，不松则痛”，而进行“去痛致松”和“以松治痛”对因治疗。中医对梨状肌损伤采用按摩、药物、针刺、刮痧、拔罐、放血等综合

12_BinZhengLunZhi.indd 69 12/14/09 9:49:41 AM

疗法。具体的说，压痛点强刺激推拿在现阶段为治疗梨状肌损伤有效治疗方法之一，它具操作简易，不用药，不用针，对急性初发患者更为有效，往往一次推拿可使症状豁然消失。它可松解肌肉粘连，但也有不少病例疗效不够理想，治疗后常后遗或多或少的残余症状，且会经常突发。因梨状肌在臀部较深部位，会影响推拿效果，必须进行比较有力深压与弹拨，方能达到治疗目的。同时一定要配合内服和外用活血化瘀、消肿止痛之药剂，只有这样才能达到最佳、最快的疗效。针加灸，热能通过针传导，直接深入到痛点病变部位，起到更好促进血液循环和消除或改善无菌性炎症病变作用。这种针刺作用与热疗作用相结合，疗效快、效果明显，但需正确的、多次的、和较长时间针刺，才有可能把轻度变性和挛缩软组织转为正常，即对压痛点与肌腹病变起到“点与面相结合”治疗作用。经络刮痧有镇痛作用，可以调气行血、活化细胞，它的效果不仅仅止于“点”和“线”的部位，更能达到人体外层皮肤的“面”。在痛点部位点刺放血，后加拔火罐，以助瘀血排出。针刺放血最突出作用是止痛，大凡有疼痛部位，其经脉必有闭塞不通、气滞血瘀，放血可直接迫血外出，疏泄瘀滞，畅通经脉，疼痛立止。以上中医非手术疗法对多数病例起到满意疗效，但对某些顽固性病例已出现肌挛缩后期阶段的严重组织变性者，可考虑手术治疗。

新加坡地处亚热带地区，四季如夏，气候炎热加上四面环海，空气中湿度较高，国人有喜用空调之性，又偏好生冷之品，喜欢宽衣久卧冷湿之地，易感风寒湿邪，这也是造成梨状肌损伤患者增加的原因之一。

中医历来重视未病先防，日常生活要注意：

1. 不要过度劳累；
2. 尽量避免弯腰活动，提重物时应先蹲下后再提起；
3. 注意站有站相，坐有坐相，久坐时要经常改变体位；
4. 要注意保暖，避免风寒湿邪侵袭；
5. 日常生活中应进行合理的腰部功能锻炼；
6. 注意节制房事以固肾精；
7. 戒烟，饮酒要减少；
8. 体育锻炼不可少；
9. 合理饮食好处多。

参考文献

[1] 李建仲. 等通督正脊术. 山西科学技术出版社, 2006, 11.

[2] 张万福编著. 软组织损伤学. 天津科学技术出版社, 1993, 5.

[3] 吴文豹编著. 中医推拿学——正骨与伤筋学. 香港中医药学出版社, 1996, 2.

[4] 吕季儒等. 吕教授健康法400种病临床医典. 陕西科学技术出版社, 1997, 6.

[5] 程功文等. 刺血疗法治百病. 人民军区出版社, 2006, 3.

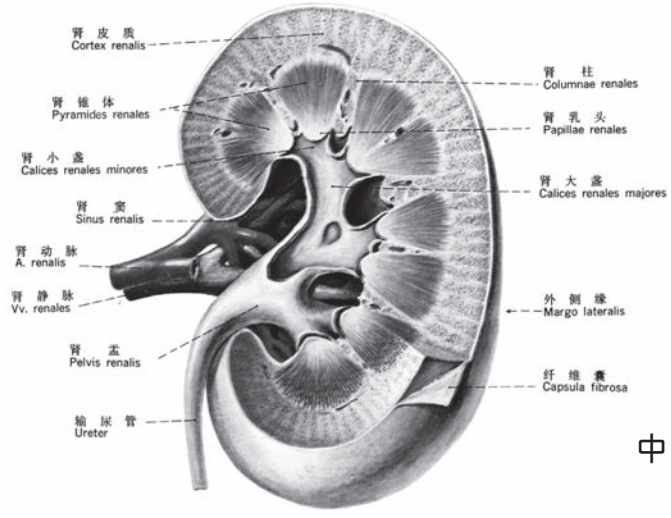
[6] 刘念雅等. 疼痛穴位注射疗法大全. 中国中医药出版社, 2002, 1.

[7] 陈群等. 腰腿痛调治. 广东科技出版社, 2003, 11.

[8] 王焕华编著. 常见综合征中医治疗. 人民卫生出版社, 2003, 1.

12_BinZhengLunZhi.indd 70 12/14/09 9:50:01 AM

肾功能衰竭外治法的临床应用及作用机理研究



中国湖南　中医研究院　刘炳凡
整理　李义春

【内容提要】肾功能衰竭口服给药困难，且吸收差、疗效低，而药浴熏洗、肾区温熨、腧穴热敷、穴位注药、结肠灌注、中药透析等中西结合外治法，却是提高肾功能衰竭疗效的治疗途径，值得重视。

【主题词】肾功能衰竭，急性/中西结合疗法；肾功能衰竭，慢性/中西结合疗法；外治法

肾功能衰竭机体代谢产物潴留，水电解质和酸碱平衡失调，导致胃肠功能紊乱，粘膜水肿，对药物吸收不良，尤其是终末期，呕恶不止，不但药物口服困难，更难留存吸收，影响疗效，肌肉及静脉用药也因组织水肿而受到一定限制。因此，寻找有效的外治法是提高本病疗效的重要途径。笔者结合个人临床体会，就外治法在肾功能衰竭中的临床应用及作用机理作一初步探讨。

1. 药浴熏洗

肺主皮毛，人体皮肤血管丰富，血液循环活跃，运转药物快速。肾衰时，肺失宣肃，治节失职，三焦水道不利，湿浊贮留。药浴熏洗直接从肌表入肺，助长肺之气化，促进药物吸收，气化则水化；另一方面通过恢复肺的职责，间接保护了肾脏功能，急性肾功能衰竭患者用之最宜。药以辛散宣肺化

13_BinZhengLunZhi.indd 71　12/14/09 9:50:33 AM

湿为主。如傅文录[1]取麻黄、桂枝、细辛、羌活、独活、苍术、白术、红花各30g，加水煮沸20min，倒入浴盆洗浴30min，使全身汗出，日浴1次，尿量可能达2000±500ml。治疗急慢性肾衰6例，经3~10次治疗后，水肿全部消退，恶心呕吐消失，血尿素氮下降7.14~12.94mmol/L。此法避免了药物对胃的刺激和胃液对药物的破坏，也避免了对肝脏的影响，提高了药物的生物利用度。

2. 肾区温熨

病灶部位敷药，可使药物直达病所，渗透吸收。辨证地运用中药加热，温熨肾区，通过肾区皮肤直达肾脏，改善肾脏血液循环，解除肾血管痉挛及肾脏缺血状态，促进炎症消除和肾功能的恢复。如李长义[2]报道，急性肾衰用麻黄、细辛、杏仁、葶苈子、椒目、商陆、水蛭、二丑等研末，调入冰片，装布袋平敷腰部肾区，再置热水袋于上，或红外线加热以助药力，3天更换1次，以宣通肺阳，温经利水。慢性肾衰，用逐水导浊的甘遂、泽泻、巴豆霜、大黄、土鳖虫、槟榔、川乌等研末，加入樟脑、陈醋调合，装布袋蒸热，敷于腰部肾区，每日1剂；恢复期用益气温肾的黄芪、附子、细辛、肉桂、吴茱萸、生姜等研末，装布袋，紧束腰部肾区，每周换1次。临床证明有较好的利尿消肿、恢复肾功能的作用。亦可制成药膏敷肾区，如庞春景[3]用自制药膏(大黄、附子、细辛、生地)加热后，敷肾区，治疗CRF50例，结果显效38例；有效7例；总有效率90%。

3. 腧穴热敷

腧穴是内脏在躯干部的敏感反应点，用中药热敷腧穴，可激发经络之气，调整脏腑功能，增强抗病能力，促使肾功能恢复。肾衰少尿患者，我们常用甘遂末、大蒜头、麝香，加醋热敷肾俞和关元，可改善肾血流量，促进利尿，一般30min即见利尿效果。王纲[4]用生附片、川芎、沉香、冰片等研末，用1.9%Azone溶液调和药末，用纱布包裹外敷双肾俞穴及关元穴，治疗8例尿毒症，结果显效4例；有效3例；无效1例。血尿素氮下降16.03±2.81mmol/L，血肌酐下降522.44±174.15mmol/L，内生肌肝清除率提高19.66±4.5ml/分。其作用机理，一是药物通过刺激足太阳膀胱经和任脉的肾俞穴，从经络间接作用于肾；二是药物从肾区皮肤透入，直接作用于肾，具有经穴和皮肤吸收的双重作用，从而达到温肾和络、利尿泄浊作用。

4. 穴位注药

经络外连肌肤，内接脏腑，针刺肾经穴位，可使肾泌尿功能明显增加。BSB排泄量显著增加。用中西药物注入脾肾经穴(肾衰以脾肾两虚为本)，既有穴位刺激作用，又可通过经络传导，使药物充分发挥功效，效果好而无副反应。用丹参液1ml与强的松1ml，交替注射中脘、肾俞及三阴交，日注1次，20天为1疗程，治疗慢性肾炎，不但尿蛋白减少，而且显示降低血尿素氮的效应。本人对肾源性贫血，用当归注射液2ml注射血海，黄芪注射液2ml注射足三里，有刺激骨髓造血，改善贫血之作用；肾衰呕恶患者，用灭吐灵或维生素B6注射足三里或内关穴，有调整肠胃功能(运动和分泌)的作用，还可使血细胞总数增加，网状内皮系统吞噬机能加强。

5. 结肠灌注

13_BinZhengLunZhi.indd 72 12/14/09 9:50:53 AM

肠道给药，经粘膜吸收后，直接进入血液循环，比口服快，吸收总量高，与静脉给药相似。肾衰患者，用药物保留灌肠，既可使药物在结肠吸收，进入血循环，调整全身功能，发挥整体作用；又可通过结肠透析，排除代谢毒物，且不碍胃。目前中药灌肠疗法应用广泛，多以大黄为主药，辨证配伍。如配以清热解毒药紫花地丁、六月雪、贯众、徐长卿、土茯苓等降低血中毒性产物；配清泄湿热药黄芩、黄柏、山栀、蒲公英、白头翁等防治感染；阳虚者配附片、肉桂温肾助阳；瘀血者配丹皮、桃仁、益母草等活血化瘀；血压高者配龙骨、牡蛎平肝潜阳；还可配芒硝、甘遂等增强导滞泄浊功能。总之，中药灌肠，具有透析浊邪，疏通三焦，使水毒下利的作用，祛邪而不伤正，对缓解病情，改善症状，延长寿命，疗效确切。笔者观察慢性肾功能衰竭以气阴两虚、湿浊滞留为主，以麦冬、太子参、大黄、枳壳、槟榔、生牡蛎、槐花米、泽泻、甘草等组成益气养阴、行气导浊方，煎汤保留灌肠，有较好的扶正、利尿、纠酸、排泄尿素氮等作用。但观察病例尚不多，有待进一步探索总结。

6. 中药透析

中药血液净化液作血液透析，其作用除降低血中尿素氮、肌酐，调节水、电解质及酸碱平衡外，还具有镇静、止抽搐、利尿等作用，优于西药配制的透析液。如用大黄、丹参、白芍、海藻、甘草等制成P-Z注射液，用10%葡萄糖500ml、5%葡萄糖盐水500ml、5%碳酸氢钠125ml，混合后加入P-Z注射液10ml配成中药血液净化液，采用股静脉、肘静脉血路透析，经4h血液净化后，血BUN、Cr、K^+明显下降，收到较好效果。

近年来，中西医结合治疗肾功能衰竭取得了较大进展，但多数致力于有效药物的研究，忽视用药途径的探寻。如肾功能衰竭病人处于关格状态时，施用外治法，多途径地促使病情逆转，可收到良好的效果，将为肾功能衰竭的治疗拓开新的途径。

13_BinZhengLunZhi.indd 73 12/14/09 9:51:11 AM

扶正培本与清热解毒两大治法在消化系统肿瘤围手术期治疗的应用

【摘要】中医药在消化系统肿瘤围手术期的应用与疗效的基础，是将传统中医药学感性的哲理和宇宙宏观，与现代医学客观理性的科学唯物论，两相结合。本文对中国近二十余年来，医学界涉及扶正培本与清热解毒两大治法，在消化系统肿瘤围手术期治疗的应用与疗效的经验作出论述。从整体上而言，各有关的研究报导，都显示出中医药与围手术结合，皆取得一定的成果。

【关键词】清热解毒；扶正培本；消化系统肿瘤；围手术期

杨竣联

消化系统肿瘤为病较复杂，属多系统、多组织器官受累；寒热交错、虚实夹杂之症，古中医学对其形成的病因病机早有记载。概括起来，不外乎人体的内在因素和致病的外在因素两个方面。内因是脏腑失调、气血失和、正气虚弱和七情失常等；外因则为饮食失调、外感六淫之邪气、疫疠之毒邪等。诚如古医籍所云：“邪之所凑，其气必虚”(《素问·平热病论》)、“壮人无积，虚人则有之。”(《灵枢·百病始生》)当人体正气虚时，外在致病因素乘胜侵入体内，导致机体脏腑、阴阳、气血的失调，气血不和、经络阻滞等一系列病理变化，从而引起气滞、血瘀、湿聚、痰凝、热毒、虚衰等证。诸证可以单独发生，也可以相互交错，致使经络阻塞、气机失通，搏结日久，胶结于局部，积滞而成癌毒。

14_BinZhengLunZhi.indd 74 12/14/09 9:51:55 AM

消化系统肿瘤虽有胃、肠、肝等发病部位之异，不同的临床分期、不同部位的肿瘤病机与证型也各不相同。常见的证型主要有湿热蕴结、痰湿结聚、瘀毒内阻、气滞血瘀、脾胃虚亏、气血两虚等，但却有其共同的病机特点，即在正虚的基础上，癌毒内生加剧，而以本虚标实为主的临床表现。就局部和整体的关系审视，一般以局部为实，整体为虚；就围手术治疗的阶段而论，则一般术前以实证为主，术后则以气血两虚、气阴不足等虚证为多。

无疑，现代医学在消化系统肿瘤的治疗上，确实较纯粹采用传统的中医方式进行治疗，更具积极性。毕竟，它更能及早诊断，更精确地诊出瘤体位置，以便争取治疗时机，进而消除病灶。唯着眼于消灭癌灶和癌细胞之际，却也不可避免地，会为患者带来许多明显的毒副反应、并发症和后遗症。如通过手术或化疗治疗直接杀伤肿瘤细胞的同时，也难免会损伤正常的组织细胞。又如放射线(放疗)是一种热性杀伤物质，所谓热毒之邪，可至伤阴耗气、损液灼津、伤害脾胃，影响气血生化之源。倘若以中西医结合的思维来考量，消化系统肿瘤的论治，应该注意祛邪不忘扶正，扶正与祛邪结合。而在这个思维范畴内，手术与放、化疗都是抗癌“祛邪”的有效措施，因此在祛邪的同时，可配合中药给予解毒、扶正。多年以来的无数临床实践证实，中西医结合治疗癌症，较之单纯西医治疗，确能明显提高临床疗效、生活质量及治愈率[1-6]。

1. 扶正培本法在消化系统肿瘤围手术期治疗的应用

1.1 扶正培本类中药配合现代医学疗法对消化系统肿瘤治疗的增效作用

消化系统肿瘤的发生与发展，是一个邪正相争的过程。人体气血阴阳有着相互依存的关系，扶正培本就是指扶助人体的正气，调节阴阳气血的不平衡。传统中医学认为“正气虚则成癌”(《外源医案》)、“积之成者，正气不足，而后邪气踞之。”(明·李中梓《医宗必读·积聚篇》)可阐明正气虚弱是消化系统肿瘤发生的内因。肿瘤患者绝大多属本虚标实之证候。《素问·刺法论》指出“正气存内，邪不可干”；宋元·《卫生宝鉴·卷十四》云：“养正积自除，…令真气实，…积自消矣。”强调了正气对肿瘤发生和防御的重要意义[1-6]。

扶正培本法治疗消化系统肿瘤，是以扶持正气、培植本元的方法来调节人体阴阳气血、脏腑经络的生理功能，以增强免疫机制，提高患者抗病能力。中国肿瘤专家孙燕院士曾对这个观点作出注解：“在细胞水平上我们可以看到各种免疫细胞如巨噬细胞、T淋巴细胞、自然杀伤细胞(NK)功能的失调；在分子水平上，我们又可以看到控制基因或抑癌基因(如p53、p16)的丢失。这些，都可以理解为祖国医学中‘正虚’的范畴”[6]。因此，提高机体免疫功能、提高机体认别异已，可达到杀灭肿瘤细胞的能力和荷瘤的效果。

用中医辨证论治的原则来权衡两者之间的轻重缓急，大略可分为益气健脾、温肾补阳、滋润补血、养阴生津四大类。在消化系统恶性肿瘤的临证中，以气虚及阴虚较为常见，故益气养阴法比较常用。然而癌症的病情复杂、变化急速，在疾病的不同时期，还要注意分别主次。如胃癌，侧重健脾益肾，而肝癌又以健脾理气为主的诸类扶正法，已经不是单纯的应用少数几个雷同的药物，而是按不同的肿瘤，在不同的发展阶段，采用不同的扶正药物。此外，患者经放疗后，常可出现“火毒内攻”或“阴虚火旺”之证，治宜养阴清热，或养阴润燥；出现脾气虚甚至兼有肾阳虚的证候，则应予补脾益气，并少用寒凉阴腻之品，或脾肾兼顾，着重使用血肉有情之品及饮食调养，重用参、芪之类以益气培本。

大量有关的临床和实验研究结果证明，扶正中药确能预防肿瘤(包括消化系统肿瘤)的发生和发展。迄今，在此领域的中西医综合治疗

14_BinZhengLunZhi.indd 75 12/14/09 9:52:14 AM

中，扶正法则几乎已普遍被配合使用。它被证实可提高生存率，减轻放、化疗的毒副反应，提高手术效果，预防癌肿和抗突变等。其作用原理可归纳为以下几点：①调节机体的免疫功能，特别是促进细胞免疫、体液免疫、肾上腺系统功能的作用和巨噬细胞吞噬能力的抑制等；②促进骨髓造血功能；③提高内分泌及体液调节功能；④调节细胞内的核酸、蛋白质合成和环磷酸腺苷(cAMP)含量及其与环磷鸟苷(cGMP)之比值、双向调节作用，从而抑制癌细胞的生长；⑤调节机体物质代谢；⑥有些扶正固本方药在抑制肿瘤的浸润和转移的同时，亦有可能预防肿瘤和治疗癌前病变。

事实上，不少科研资料已显示，许多扶正中药如人参、三七根能提高网状内皮系统吞噬指数；白芍总甙可分泌活性物质对巨噬细胞产生的肿瘤坏死因子等，具有浓度依赖性双向调节作用，从而对免疫功能发挥双向调节；大枣多糖能改善小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬作用和细胞毒副作用，参与免疫调节发挥抗肿瘤作用；党参、生地、鹿茸等提高T细胞数并使和B细胞相协调，减少自身抗体；玄参、天冬、北沙参等延长抗体生存时间；陈皮注射液对体液免疫及细胞免疫有一定的促进作用；枸杞子、冬虫夏草可促进白细胞介素-2(interleukin-2，IL-2)的产生及升高自然杀伤(淋巴)细胞(naturalkiller cell, NK)、淋巴因子激活的杀伤细胞(lymphokine activated killer cell, LAK)的作用；黄芪、巴戟天、当归、党参、虫草多糖等均可诱生肿瘤环死因子(tumornecrosis factor, TNF)。甘草提取物、淫洋藿苷可通过下调B-细胞淋巴瘤/白血病-2基因(B-cell lymphoma/leukemia-2gene，bcl-2)和c-myc等基因表达水平，诱导肿瘤细胞凋亡。其他如白术、灵芝、黄芪、女贞子、何首乌、补骨脂等，分别有不同程度的激活淋巴细胞活性、提高NK细胞活性、提高吞噬细胞及其吞噬功能；人参、肉桂、菟丝子等可促进抗体形成；扶正培本法在消化系统肿瘤防治中应用最为广泛，而且收效较佳。

除了单味药外，扶正中药方剂如参芪注射液、补中益气汤、六味地黄丸、四君子汤、益元调理汤、八珍汤、保元汤、参苓白术散等加减和与手术放疗、化疗等联合应用，亦有颇佳的增效减毒作用[1-16]。

1.2 扶正中药在消化系统肿瘤手术治疗中的应用：

20世纪60年代以前，主要从单方、草药，毒药中探索抗癌中药。在经历了不少临床的失败以后，才于70年代开始重视辨证论治。二十余年来，大量研究有关扶正中药治疗恶性肿瘤免疫机制的文献，都证实了它们能改善或恢复肿瘤患者紊乱的免疫功能状态、促进肿瘤细胞凋亡、抑瘤等作用。临床证实，除了单味药外，扶正中药方剂和手术联合应用，亦有颇佳的增效减毒作用。如参芪注射液能明显提高巨噬细胞的吞噬能力，是一种理想的免疫增进剂和术前准备用药[11-12]。此外，十全大补汤有促进体内产生干扰素的能力；补中益气汤可激活NK细胞、巨噬细胞，促进TNF的产生、巨噬细胞产生前列腺素E及白IL-1，以杀伤癌细胞；四君子汤具有明显反突变作用等功效，亦陆续被证实。其他如八珍汤、六味地黄丸等加减亦很常见[10-16]。

对于消化系统肿瘤患者来说，健脾益气和调理脾胃是扶正补虚的重要内容。李东垣在《脾胃论》中指出“脾是元气之本，元气是健康之本”；张仲景亦提出“脾旺不受邪”之说。从临床上的许多实例显示，食欲不振、脾不健运是消化系统肿瘤患者的通病，加之肿块消耗体力，更加促使机体衰竭。故时至今日，许多以中西医结合治疗消化系统肿瘤的医务专人都认为，对于早期行手术切除的病人，应以扶正中药治疗为主。为了避免手术创伤对机体免疫功能的影响，防止术后肿瘤的生长、转移，给患者服用益气健脾等扶正中药，可以改善患者机体的免疫功能，术前可提高患者之

14_BinZhengLunZhi.indd 76 12/14/09 9:52:38 AM

应激能力，有利于手术顺利进行；术后则多可提高其成活率。

胃癌手术配合扶正中药治疗，以提高远期成活率和生存质量上，有着丰硕的成果。早在1991年余桂清等[17]即曾撰文，对1989年底在福州召开的全国第三届肿瘤扶正培本学术研讨会期间，所发表的有关中西医结合治疗胃癌进行报道。例如，福州市一院报道，使用理气化结汤(党参、白术、生黄芪、白花蛇舌草等)治疗320例中晚期胃癌(术后结合化疗)观察结果，根治术76例，其3、5、10年生存率分别为60.52%、47.36%及18.42%；姑息切除177例，其3、5、10年生存率分别为44.06%、23.16%及5%，比国内同期单纯西医治疗为优。

曾有报道显示[18]，采用益气健脾的六君子汤加减为君药，佐以化痰软坚、活血破瘀等药物，让胃癌手术后不愿化疗或化疗反应强烈的患者连续服1年。治疗结果：生存期2年以上达98.48%，生存期5年以上亦达97.97%。可见，运用中医药进行巩固治疗，既能减轻无化疗病人的思想负担，亦能提高远期生存率。另外，运用益气养阴法，在围手术期静滴参脉注射液治疗老年胃癌，可提高手术安全性、改善术后恢复并减少术后并发症，对提升老年患者手术耐受性具有积极的临床意义[19]。

外科手术治疗大肠癌是是唯一的可根治方法。凡属Duke’sA期，可单纯的作手术切除，一般不需要化疗和放疗，但可以配合中药治疗；而Duke’sB、C更宜配合中药治疗。鉴于手术创伤可导致患者代谢紊乱和机体免疫防御功能受损，故配合中药治疗，对肠胃道肿瘤患者尤其重要。上海中医药大学附属曙光医院肿瘤科[16]即以痛泻要方，对因手术或化疗出现的胃肠功能紊乱的患者进行中医辨证论治，不但能显著改善术后和放、化疗所出现的各种临床症状，同时还能提高机体的免疫功能，提高生活质量。

一些文献阐明，肝癌手术配合中药综合治疗，确能强化患者的免疫功能、降低术后的复发率和转移，提高手术后的生存质量和成活期。有学者[20]曾予肝癌的手术患者于术前7天开始，服紫龙金片(黄芪、当归、白英、龙葵)，并于术后3天始再服该药，连续2周。结果发现，其CD_3^+、CD_4^+、CD_4^+/CD_8^+均明显高于对照组，说明扶正中医药能提高患者的细胞免疫功能。

2. 清热解毒法在消化系统肿瘤围手术期治疗的应用

2.1 清热解毒类中药配合现代医学疗法对消化系统肿瘤治疗的增效作用

热毒是消化系统肿瘤的主要病因病理之一。《病机十九条》说：“诸痛疮痒，皆属于火。”；明代赵献可《医贯》谓：“论噎膈，丹溪谓得之七情六淫，遂有火热炎上之化。”热与火程度不同，热极可化火。火邪也有内外之分，外感诸邪伤及人体，内伤七情脏腑功能失调，皆能生热化火。火性炎上，最易伤津、动血、烁阴、耗气。火有虚实两种。血遇火则凝，津液遇火则烁液成痰。气血痰浊壅阻经络脏腑，遂结成肿瘤。从中医文献中归纳出，许多肿瘤是由于情感抑郁，郁而生火，郁火挟血瘀凝结而产生。毒，系由外邪侵袭机体而来，或由痰、湿、瘀血等病理产物久积体内、经络、脏腑气机阻滞，郁而生热，热、痰、毒又可互生。如果热与毒郁结较甚，机体正虚，不能透毒外出，以致积聚不去，久而久之，发为肿瘤。临床上，消化系统肿瘤患者多有郁热火毒之证[1-6]。

消化系统肿瘤中、晚期患者，常有邪热瘀毒郁结体内，临床上表现为邪热壅盛。如肝癌患者烦热、黄疸，邪热迫血妄行则吐血或便血；结肠癌见脓血便等，治疗当以清热解毒之法。通过观察感染瘤株及未感染瘤株的生长情况和进行动物试验，发现炎症和感染是促使癌瘤扩散恶化的因素之一，而清热解毒药能控制和清除肿瘤及其周围的炎症水肿，故能减轻症

14_BinZhengLunZhi.indd 77 12/14/09 9:52:56 AM

状和控制肿瘤的发展。另外，化、放疗亦属热毒杀伤之物，可使伤阴耗气、损液灼津、伤害脾胃，影响气血生化之源。适当地应用清热解毒中药对失衡的内环境进行调节，确能使机体内环境朝不利于肿瘤发展的方向发展。

临床上对于消化系统肿瘤病患的中医辨证论治，清热法常与祛湿法；解毒法常与化瘀散结法等并用。总之，须根据病患的不同体质，与其他治法相结合。例如，当患者症见热邪炽盛，耗损津液时，即可以本法分别与养阴生津药及滋阴凉血药合并应用；若见热盛迫血妄行时，与凉血止血药合并应用。若遇热毒与痰湿或水湿胶结成疾者，则宜配伍利湿化痰药，使热毒散，湿浊清。

有关清热解毒中药抗肿瘤的药理研究报道较多，其作用能直接或间接抑制肿瘤、调节机体的免疫力、调节内分泌功能、阻断致癌和反突变、诱导肿瘤细胞凋亡、抗炎排毒、抑制癌基因转录、调控基因表达等等。如白花蛇舌草、半枝莲、冬凌草、苦参、防风、重楼、龙葵、蒲公英、穿心莲、白英、臭牡丹、青黛等均有不同程度的抑瘤作用。白花蛇舌草、苦参等均可激发和促进淋T淋巴细胞和NK细胞的功能，增强或调整单核巨噬细胞吞噬作用，及提高骨髓造血功能；防风多糖能改善小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬作用和细胞毒副作用；大青叶水煎剂、黄连素皆可促进淋巴细胞IL-2的分泌；天花粉蛋白通过抑制黑色素瘤细胞S期DNA合成，以抑制瘤细胞的分裂繁殖；白英含B-Solamarme生物碱，对促进机体抗体的形成，以及蛋白(尤其是r-球蛋白)的合成有一定作用，可以增强机体非特异性免疫的生物学反应；蒲公英能杀死靶细胞，提高细胞免疫功能，降低胃癌前期病变的细胞增殖周期率。

鸦胆子油、冬凌草甲素、白花蛇舌草、黄连素皆可通过影响细胞的分裂和DNA的复制，以抑制肿瘤细胞增殖。丹皮酚、地黄多糖和夏枯草水提醇沉粗提物溶液可通过对Fas、bcl-2、Bax和p53等基因的表达，诱导细胞凋亡；复方半枝莲能降低增殖细胞核抗原(Proliferating Cell Nuclear Antigen，PCNA)阳性率，对癌前病变细胞异常增殖有抑制性作用；红藤、半枝莲、苦参素能有效抑制肿瘤血管生成。鱼腥草、黄连等可抑菌杀菌，抑制炎性渗出或抑制炎性增生，从而控制或清除肿块及其周围的炎症和水肿，缓解症状。夏枯草、山豆根、白鲜皮等具有对诱发小鼠胃鳞状上皮癌前病变及癌变有明显抑制作用；菝葜、红藤、野葡萄根、漏芦等能阻断细胞在致癌物质作用下突变。唯本类药之性属寒凉，久服易伤脾胃，损伤阳气。有鉴于患者一般体质较差，若长期服用应注意与扶正药物有机配合[1-9, 21-24]。

随着研究的深入，清热解毒药与其制剂在消化系统肿瘤的治疗中，发挥着越来越重要的作用。有学者分析了90年代近十年间，共62篇报道中76首治疗肝癌的方剂，表明清热解毒和活血化瘀药在该病中使用率最高，依次为84.3%和92.1%。报道提示常用的清热解毒药为白花蛇舌草、半枝莲、蒲公英、大黄等，而且剧毒品运用较多，占总方剂的38.6%。当中运用较多的是山慈菇、冬凌草、喜树、七叶一枝花等[21]。

上海中医药大学课题组根据临床治疗肝癌的清热解毒法、活血化瘀法、健脾理气法和3法合用4种常用治法，分别拟定了清热方、活血方、健脾方及全方。经过3次实验，表明这4种不同治法，均能够降低大鼠肝癌组织中ras癌基因的转录水平，其中尤以清热方作用显著。该组亦对各种治则治法和所用中药的出现频度进行了统计分析，显示清热解毒药中的半枝莲、白花蛇舌草、蒲公英等的出现频度最高[22]。

2.2 清热解毒药在消化系统肿瘤手术治疗中的应用

清热解毒法能直接或间接地抑制癌细胞。它并不等同于西医的抗菌退热功效，除祛邪解

14_BinZhengLunZhi.indd 78 12/14/09 9:53:16 AM

毒消炎外，部分药物有促进机体免疫的功能。作为手术的辅助治疗，术前应用清热解毒的中药，可为手术创造条件，扩大手术适应症，降低术后并发症。另一方面，它对术后化疗有增效的作用，可改善患者生活质量，使带瘤生存期延长，多数人认为清热解毒治法与扶正培本等其他中医疗法相结合效果较佳[23]。著名的中西医结合肿瘤学者于尔辛[10]即认为，许多清热解毒、以毒攻毒、化痰散结中药均被证明有一定的抗癌作用，倘若适当地应用清热解毒中药对失衡的内环境进行调节，使机体内环境朝不利于肿瘤发展的方向发展，可成为中西医结合治疗消化系统肿瘤的立足点之一。

有报道显示[24]，对肝癌患者使用清热解毒和软坚散结作用的中药治疗，可提高肝癌患者局部免疫状态，提示了在围手术期，复方中药应用有降低肝癌复发率的作用。亦有研究组[23]曾作了益气、活血、清热三法的抗癌作用之比较，结果表明以益气、活血、清热三法合用而组成的复方抗癌效果最佳；若三法相比较，又以清热解毒法抗癌作用最为突出，故而消化系统肿瘤术后的祛邪治疗重在清热解毒。常用的清热解毒药有：黄芩、半枝莲、白花蛇舌草、土茯苓、山慈菇等，兼有肝郁者，佐以疏肝解郁药；气滞血瘀为主者，配合理气活血；痰瘀互结、积块不消者，则当与化痰消瘀、软坚散结药同用。

3．前瞻

在跌宕起伏的历史河觞中，医学的发展始终与文明的发展密切相关，中医如是，西医亦如是。所谓：“万物并育而不害，道并行而不相悖。”(《中庸》)在中、西两大医学文明激烈碰撞、发展极不平衡的今天，“多元共生，多元互补”是可贵而确实必要的。在积极探索如何通过中西医结合，成功防治肿瘤的研究上，以史为鉴，掌握两者之间既有的共性与差异，进而扬长避短，存其各异，应是中西医结合的圆融之道。

自上世纪80年代以来，国内外有关中药在肿瘤的综合治疗中的作用之研究，多限于某些单味中药对放、化疗的减毒增效、增强免疫的功能，以及改善患者临床症状等方面。针对消化系统肿瘤围手术期的中西医结合综合治疗方面，从临床无数的数据报告证实，术前多配合扶正药或以扶正为主，活血化瘀药抑或清热解毒药为辅，鲜少单纯以清热解毒复方配合使用。而术前纯粹应用清热解毒方剂；术后单独应用扶正培本方剂的中西医结合治疗，更是少之又少。

数年前，笔者有幸在中国跟随并参与杜建院长(直系博士论文指导教授、中国国家级名老中医、前福建中医学院院长、现任福建中西医研究院常务副院长)所率领的学术研究团队，为探讨中药复方在消化系统肿瘤围手术期的应用疗效，有系统地进行了肿瘤细胞培养，建立动物模型进行实验，以及临床研究的科研工作。杜院长从长期的临床诊疗中总结出，随着卫、气、营、血的变化；热、毒、痰、瘀、虚的病变不断加剧，消化系统肿瘤的病理基础，亦会在其不同病程阶段中，起着不同的病理侧重点，因此，在他的率导下，科研团队有别于当今肿瘤临床中药治疗的术前扶正，兼或伍以清热解毒或活血化瘀等治法，而是特别针对消化系统肿瘤围手术期的临床证候特点和病机特性，采用术前与术后不同的治法方药，进行临床学术研究：即术前有鉴于许多患者因邪毒侵扰日久，或因素食肥甘等，致邪毒壅聚经络肌表，郁久化火而成邪毒郁热之证，故单纯应用清热解毒中药复方作为协调，不但利于手术顺利进行，并有效地减少了并发症和后遗症的发生率。术后则应用具扶正效果的复方为辅，主要是尽快促进机体的恢复、增强免疫功能。从一系列的研究数据显示，以分段实施治疗，无论在理论或临床实践上，皆可改善免疫功能，在血管内皮生长因子、诱导肿瘤细胞凋亡、IL-2、IL-4、IL-6、IL-10、IFN-γ以

14_BinZhengLunZhi.indd 79 12/14/09 9:53:36 AM

及G-CSF、GM-CSF等方面，都有确定性的作用，故有降低复发率及提高累计生存率的功效，为在临床上以中西医结合综合治疗消化系统肿瘤，提供了可靠的科学依据。

参考文献

[1] 杨金坤. 现代中医肿瘤学[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 2004:6-134, 455-547

[2] 周岱翰. 临床中医肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003:40-45, 339-565

[3] 冀振华, 赵平. 肿瘤临床综合治疗新概念[M]. 北京: 新华大学出版社, 2006:356-357

[4] 黄兆胜主编. 中药学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002:102

[5] 李忠. 临床中医肿瘤学[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2002:30

[6] 刘人伟编. 现代实验诊断学-检验与临床[M]. 第一版. 北京: 化学工业出版社, 2002:307

[7] 王志学, 徐功立. 中医药抗肿瘤转移治疗的策略[J]. 中医药研究, 2001, 17(5):59-61

[8] 杨竣联, 杜建. 中医药与现化医学疗法的相辅相成之道[J]. 福建中医学院学报, 2007, 38(5):50-51

[9] 杨竣联, 杜建. 中医药在消化道肿瘤围手术期的应用与疗效[J]. 福建中医学院学报增刊, 2007, 17:42

[10] 于尔辛. 扶正中药在肿瘤治疗中的应用进展[J]. 实用肿瘤杂志, 1999, 5(4): 199-201

[11] 李艺. 现代中医药治疗肿瘤的思路探讨[J]. 光明中医, 2005, 20(6):15-17

[12] 赵群, 李勇, 王力利, 等. 参芪扶正注射液对胃癌患者手术及化疗时免疫功能的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2001, 21(6): 424-426

[13] 曲爱兵, 张晓丽. 扶正中药在中西医综合治疗中的增效作用[J]. 辽宁医学杂志, 2004, 18(5):278-279

[14] 张剑军. 扶正中药治疗恶性肿瘤患者正气虚弱的免疫学和机理[J]. 中医临床杂志, 2006, 18(4):417-419

[15] 魏影非, 杜惠兰, 王索云, 等. 参附注射液配合化疗治疗急性白血病疗效及对细胞免疫、血清IL-6和TNF-α水平的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(4): 258-260

[16] 郑海燕, 周荣耀. 中药治疗胃肠道恶性肿瘤手术和化疗后肠功能紊乱[J]. 中华国际医学杂志 2001, 1(6):379-381

[17] 余桂清. 谈中西医结合探索胃癌的病因及诊治[J]. 实用肿瘤杂志, 1991, 6(l): 193-195

[18] 曹林华. 胃癌术后的中药治疗[J]. 江苏中医药, 2002, 23(8): 19

[19] 夏绍军, 韩可祥. 老年胃癌围手术期益气养阴治疗32例临床分析[J]. 中国医药卫生, 2005, 6(9): 25-26

[20] 李强, 武强, 李慧锴, 等. 紫龙金对肝癌患者围手术期免疫功能的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(2): 163-164

[21] 陈宁. 中晚期原发性肝癌中药应用规律[J]. 陕西中医杂志, 1997, 16(2):87

[22] 崔娜娟, 王洪琦. 清热解毒药在恶性肿瘤防治中的机理研究与应用概况[J]. 甘肃中医, 2005, 18(3):43-44

[23] 李春婷, 邹兰亭. 消化道肿瘤术后论治心得点滴[J]. 江苏中医药, 2004, 25(9):22-23

[24] 纪钧. 金米冲剂对35例肝癌病灶免疫状况影响[J]. 肿瘤学杂志, 2004, 10(4): 56-58

14_BinZhengLunZhi.indd 80 12/14/09 9:54:00 AM

浅析“井”穴的临床应用

刁锦蓉

“井”，意为谷井，是水之源头；“井”穴分布在指或趾末端，为经气初出。《灵枢·顺气一日分为四时》云：“病在脏者，取之井……”，《难经·六十八难》曰：“井主心下满……”，现代井穴多用于急救，如点刺十二井穴可抢救昏迷。笔者在临床医疗中，遇一些杂症，通过井穴的应用，取得不俗的疗效。

1. 口唇瞤动

徐XX，男，63岁，2003年7月初诊。

主诉：口唇区反复不由自主抽动1个月，时伴麻痹、搔痒。

现病史：1个月前，患者无明显诱因出现上症，西药给予肌肉松弛剂、抗生素、复合维生素B等治疗，无效，症渐加重，不能自已。转而救治于中医，针刺口唇区腧穴及合谷、太冲，收效甚微。来我处时，情绪急躁，面赤多汗，双目有神，口中热臭，眠差便秘，舌红，苔黄暗，脉滑有力。平素喜饮酒，嗜肥等。

辨证：阳明经热。

治则：清泻阳明实热。

方法：取手阳明大肠经井穴商阳及足阳明胃经井穴厉兑，三棱针点刺放血，每穴约放2-3ml，再以毫针刺水沟、合谷，均泻法，留针20分钟，中间行针2次，回家服大黄片。隔日针刺1次，3次后症愈。

15_LinChuang.indd 81 12/14/09 9:54:37 AM

按语：患者平素喜饮酒，嗜肥等，久之必致体内热盛壅滞，而出现上冲于目之目光炯炯，滞于口唇则口唇瞤动麻痹，热盛而面赤多汗、口臭、便秘。《灵枢·经脉》：“胃足阳明之脉……入上齿中，还出夹口，环唇，”“大肠手阳明之脉……入下齿中，还出挟口，交人中，左之右，右之左。”阳明之脉乃多气多血之经，当于二经井穴放血，泻其热邪。根据“面口合谷收”，取合谷以及水沟局部取穴，以泻其热；加之大黄，釜底抽薪，其效神速。

2. 厥证

黄XX，男，32岁，2005年初诊。

主诉：受刺激后神志不清1周。

现病史：1周前，患者在工作中与同事意见不合，争吵后，回家即平卧不动，双目紧闭，呼之不应，表情淡漠，对刺激无反应，送医院治疗1周，其间有短暂呼叫，哭闹，之后又恢复平静。西医诊断：反应性精神病，嘱回家调养。观患者时，强行开其眼，眼球偏向一侧，瞳孔大小正常，对光反射灵敏，牵拉其肢体有抵抗力，生理反射存在，无病理反射，舌未见，脉弦数。

辨证：气机逆乱。

治则：降逆开窍。

方法：取双侧涌泉，以一寸半毫针针刺，进针1寸，强刺激，泻法。行针不久，病人对刺激即出现反应，双下肢主动回避，并有叫喊声。留针10分钟，之后再行强刺激，患者突睁眼，并叫痛，神志转为清醒，并询问发生什么事情，对近1周经历无任何记忆。之后给予醒脑涤痰之中药调理几日，生活、工作如常。

按语：涌泉为肾经的井穴，主治昏厥、惊风、癫狂等急症及神志病，具有醒脑开窍，清利头目的特殊作用，且位于足底部敏感处，针刺刺激，功效特显。本病无器质性问题，纯为气机逆乱、痰蒙清窍而致功能性疾病，来治疗前意识混沌不清，药物难以进入，心理沟通难以施行，唯针的强行刺激，方使之心窍霍然开朗。

3. 其它

针刺大敦可配合治疗中风后遗症。大敦是足厥阴肝经之井穴，肝之经脉从足上行，贯膈，入胆，布胁，通督，环喉，系目，与肾同源，故针刺大敦一穴能对全身的血气起到疏通、条达、强筋之作用。

隐白放血治疗婴幼儿腹泻。隐白为足太阴脾经之井穴，有健脾和胃、益气摄血、止泄作用。

至阴穴艾炙，用于纠正胎位不正。少泽针刺，可用于通乳。少商点刺出血，用于咽痛、鼻衄。少冲针刺缓解真心痛。中冲点刺放血，用于中暑昏迷。关冲、足窍阴放血，可缓解目赤肿痛。

按语：井穴均位于四肢末端，是阴阳之气交换之处，而末端部离心最远，又是毛细血管集中的部位，血管管径最细，血液流速最慢，故致病因子常积滞于此。该部的神经末梢最为敏感，刺灸之则可产生强烈的感觉，加之取穴容易，操作相对简单，临床疗效显著，宜以推广。

15_LinChuang.indd 82 12/14/09 9:54:52 AM

掐刮骨刺法治疗颈椎骨质增生疗效奇特

中国重庆 曾传宜

骨质增生亦称骨刺，虽然不至于危害生命，但是患者必须长期忍受各种麻痛的感觉，有时也会影响到行动不便，刺痛穿心，是令人非常痛苦的一种疾病。按目前一般的治疗方法，被认为是目前无法医治的疾病之一。但是，按照传统的中医及其一些特殊的手法，是可以治疗，同时还可以消除增生的。

杜国梅教授患颈椎骨质增生症已有10多年，曾去各大医院，以及外地求医治疗均未痊愈。杜教授又要教学，又要搞科研，本来就已经很忙，再加上有病痛，坐下来颈部就会疼痛，站久了也不舒服，真是痛苦烦躁死人了。经人介绍，辗转托人，来找到了我。我对她说：“教授，您不用着急！颈椎骨质增生是可以治愈的，运用刮拔骨刺法，只要能够坚持治疗20来次，便可治愈，而且还不会再复发。”我便运用本法，给杜教授每天，或间隔一二天(每周至少2-3次)进行治疗。一个月后，总计治疗了20次，不仅杜教授的颈椎骨质增生治好了，而且她的其他疼痛和症状，也都同时治愈。经她的介绍，还有其他院校的，外地的教授都已治愈。

刮拔骨刺法还经外地学习者的大量临床实践，证明也都是很有疗效的。

骨质增生产生原因

骨质增生一般系在骨缝或骨边沿长出的多余的骨质部分，有的像针一样有刺，故亦称骨刺。目前认为有两方面的原因：一是气血不足，因生理功能的自我调节，在骨头相连的部位，长出突出物，辅助骨头的支撑，代替部分肌肉的能力，这些突出物就是骨刺；二是因在某一方向受到过度外力作用，在那个方向便会长出多余的骨质部分(因受力可便骨细胞分裂加速)，就是增生了。

但据研究和临床证实，骨质增生产生还有第三个原因，那就是由于骨折或损伤后，在骨缝间的骨质碎片(块)、残留物，以及瘀血等废物，因未能得到有效排除，而至凝固结集形成骨质，即骨质增生。从临床看，这种情况的患者，比前两种情况为多。这说明，此种情况是为产生骨质增生的主要原因。

当然，在人体里对不影响运动功能和不产生症状的骨质增生，也可不必治疗去除，如髋关节、上下椎体间等处。

颈椎骨增生症状病理

骨质增生常见于颈4－5、5－6椎间的关节，是颈部过度屈曲时所形成曲线的顶点。这些部位因活动较多，常受损伤，会有骨刺形成。在第六颈椎以上有侧方内质增生(骨刺)时，可刺激椎动脉丛交感神经，使动脉痉挛；亦可直接压迫而使管腔狭窄，尤其颈5横突孔靠近颈4-5、颈5-6的钩椎关节，最易受到影响。以上两种情况，均会使颈部活动受限，并会产生疼痛；或遇气候变化，血液循环不畅而产生疼痛与活动受限。

治疗原理

由上可知，治疗骨质增生的原理是恢复血

16_LinChuang.indd 83 12/14/09 9:57:32 AM

液流畅及消除增生，关键在于消除对动脉的刺激、压迫。椎动脉受刺激和压迫又有三种情况：一是骨刺的直接作用；二是椎骨的扭错；三是由此而产生的继发性软组织损伤性炎症，间接地压迫血管。由此可知，有的疗法治疗骨质增生有一定效果，有的疗效甚微，有的甚至没有作用。

掐刮骨刺法的治疗原理在于消除了增生，则血液畅通，瘀血排除，还可对扭错的椎骨予以纠正。因在掐刮骨刺法的手法治疗中，既有掐刮拔(图1)消除骨刺的作用，又有通过按揉以疏筋活血功能，还有对骨的形变正骨。本法可通过治疗前后对比，发现增生的消失。

图1　拇指指甲掐刮膝关节骨质增生

掐刮骨刺治疗法

掐刮骨刺法的治疗，主要在对其骨刺，用掐刮拔等手法。同时，也要用按摩、正骨、疏筋活络(图2)等法。

图2　点压颈后总动脉

病人取座位，医生用指甲刮拨颈椎骨质增生(图3)。当拨动骨刺时，病人会疼痛刺心，十分难忍。采用不同手法，用拇指、食指、中指等指甲，以深刮、浅刮、弹拨、点掐等不同方式，沿上下左右不同路径，刺激增生。经过约20余次手法治疗后，骨刺就会消除，或不再感觉疼痛。

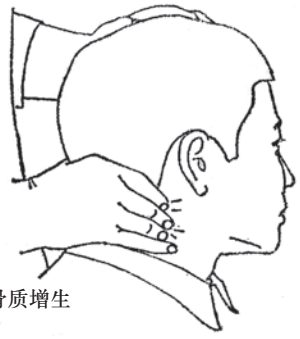


图3　用指甲掐刺颈椎骨质增生

另外，还要对颈部的其他疼痛处，施以按揉点压等手法，以消除症状。如有椎间狭窄、错位等，还应采用正骨手法。

一般在颈部手术结束前，均可对颈部采取端颈法，以活利颈关节。无论用按摩法或点穴法，都要伴以药酒治疗，其效果更好。不严重者(无增生)，治疗数次即愈，轻微颈椎不适者仅需两三次手法。无论病情轻重，只要颈部施以手法后，颈、肩、手等处都会有轻松之感觉。

典型医案

刘培基，男，60岁，干部。有颈椎炎，在颈第4、5椎处有骨质增生。疼痛不适已有多年，颈部不能活动，睡觉时也觉得痛。曾在骨科医院、市区内大医院医治未愈。后来沙坪坝医院，采用按摩正骨法，对增生用点掐、刮掐手法，治疗36次即愈。据本人自述，愈后已两三年，均未曾发生过疼痛和不适感。又于1990年患肩周炎、肩关节痛，肩胛处麻木、腰痛等症，仅经手法10余次，即各病均愈。

16_LinChuang.indd 84　12/14/09 9:57:44 AM

肺积并眩晕一案(肺癌并高血压)

中国湖北宜昌　万质文

中医治愈“肺积”同其它积聚症一样，分散记录，理论较多。只听说治肺癌较其它癌症难度较大，本人认为不管什么积聚症，只要按照前人理论，灵活地把握好火候，同白血病一样掌握它的发展规律，从整体利益出发，治病必求其本则可取效。本人认为“肺积”较其它积聚症易治，原因是肺主皮毛通于外，内络通于大肠(肺与大肠相表里)，邪毒易被祛出，不易聚也。肺经与肝经相接，毒易传于肝经，金克木也。肺虚可补脾(补土生金)，脾为肺之母(补母可益子)。肾为先天之本，肺为肾之母(补子可益母)，也就是肾虚则补其母。由于可以互补，所以肺虚易被补矣，又加之邪毒易被祛出，故善治。凡同道者，应知之。余脏推此。

刘嘉湘认为肺癌属中医学中的“肺积”，主要是正气虚损，阴阳失调，六淫之邪乘入肺，邪滞于肺，导致肺功能失调，肺气膹郁，宣降失司，气机不利，血行受阻，津液失于输布，津聚为痰，痰凝气滞，瘀阻络脉，于是痰气瘀毒胶结，日久形成肺部积块。因此肺癌是因虚而得病，因虚而致实，是一种全身属虚，局部属实的疾病。肺癌的虚以阴虚、气阴两虚多见；实则不外气滞、血瘀、痰凝、毒聚之病理变化。因此对肺癌的治疗首先要以祖国医学的四诊、阴阳、气血、脏腑辨证为纲，分清虚实，而后结合病理类型、病程，以扶正为佐，以祛邪为主的治疗原则，立法分型治之。

周岱翰更明确概括肺癌发病过程贯串痰、热、虚。痰在肺癌发病机制中常与脾虚痰湿、肺郁痰瘀有关，而肺癌患者之种种病状亦因痰之为患，如咳嗽气促，为痰湿壅肺；咳血、胸痛为痰瘀搏结，因此治疗肺癌离不开治痰、排毒以改善整体，整体改善，局部才能改善。因人体是一个有机的整体，绝不能分割来治疗，否则无“的”放矢，不可能治愈某一个顽疾。

张荣渡认为除了以上观点，情志不畅、郁怒烦躁及其它不良生活习惯等等也可致癌。

病例：

杨女士，**67**岁，**2005**年**4**月**15**日，湖北省宜昌市人。

病史：眩晕病史**5**年以上，常服复方降血片及丹参片，血压一直在**180/110**毫米贡柱上下。无咳嗽史、无哮喘史、无吸烟史，近三年

17_LinChuang.indd 85 12/14/09 9:56:22 AM

胸闭而闷不适，近几个月右胸似痛非痛、似胀非胀感，肋部及胸腹部气串作痛，痛亦不甚。本患者喜欢锻炼身体，是老年歌舞队队长，每当锻炼时，以上各症似消失。此症起于3年前装修房屋，其丈夫不小心将油漆喷雾其面，吸入而引起以上各症，几年来慢慢加重，近一年来双眼眶发黑，经X光透视，右肺一肿块如鸡蛋大小。接下来医院需交三万元，接下来不知要几万，家属无法，求吾，次日送往吾处。

查体：检查其身，中府穴云门穴处反应点大于豌豆，似血泡，左右对称。左肋部反应点大于豌豆与右肋成对称似血泡。期门穴、章门穴反应点如绿豆大小，左右对称。脐下旁天枢穴、大横穴反应点大于芝麻，左右对称。背部肺俞、膈俞、肝俞、脾俞、胃俞等处反应点如绿豆大小，基本对称。上、中、下三脘反应点如芝麻大小。胸腹与背部反应点共40多处，其中膻中穴旁右三分处反应点色呈深天蓝色，其它各反应点均为红色或紫红色，结合胸透的右肺有肿块，此症属肺部瘀毒积聚症，邪毒并已传至其它各脏或轻或重。根据周光郭、苏燕燕所著《实用针灸最新疗法300例》所述，反应点就是相当于西方医学的蜘蛛痣，反应点在何经之处，就属于何脏的病理表现。根据此理，毒已扩散其它脏腑，流注肢体。在疑难积聚症病例中，反应点是准确的、无误的，是中医诊治疑难慢性顽症的又一特色。

治疗：根据反应点颜色，须急治以活血化瘀，改善微循环，阻止其瘀毒积聚之进展以观之，肝区有气串痛症状(金克木)，方暂用血府逐瘀汤加减：

当归10克、熟地12克、桃仁(打)10克、红花8克、枳壳10克、赤芍10克、柴胡10克、桔梗10克、川芎10克、川牛膝10克、生香附子20克、厚朴10克、大黄10克、威灵仙10克、薤白10克、丹参10克、六一散30克、3号5克、4号5克。七剂，每日一剂。

医嘱：煎法：冷水煎药，第一次煮沸后10分钟，第二次煮沸后20分钟，第三次煮沸后30分钟，三次药液合而分三次服用，每次要求400克左右。禁食荤腥油腻物，以多样青菜、豆腐为佳，不要服用油炸食物及腌制品。

针灸：疑难痼疾本人喜欢用针灸配合，取穴：足三里(双)、内关(双)，均用补法，上脘、中脘、下脘穴上有反应点均用平补平泻法，其它均刺在红点上，以大反应点为主(大如豌豆)，刺后，在针顶端加上酒精棉球点火，以大瓶罐扣上，拔30分钟；绿豆、芝麻大小反应点，针以泻法(以患者所能承受为原则)，时间约为10分钟，取针后分别用大小气罐拔之，时间约20分钟。每次分前后施术，先在背部(先阳后阴，背为阳、腹为阴)，每次施术先向患者讲解，加强患者与疾病斗争精神。开始针刺火罐一日一次，三次后二日一次。

复诊：2005年4月22日。近一星期胸肋无窜痛感，恐惧感减，精神较为振作，但胸闷闭感依旧。治以开胸涤痰(怪病多痰)，方以瓜蒌薤白法夏汤加味以治标：

全瓜蒌30克、薤白10克、法夏10克、苏叶10克、川芎10克、炒苍术10克、生香附子20克、蚤休10克、射干10克、黄芩10克、丹参10克、桃仁10克、红花6克、枳壳10克、乌药10克、3号5克、4号5克、生姜3片、小红枣10枚。七剂(煎法同上)。

另以杞菊地黄丸加减蜜丸调以固本，每日三次，每次服药25-30克，针刺火罐每隔三天一次，方法同上。

三诊：2005年4月30日。上方服后，胸闭闷略减，食欲如常，精神尚可。原方，续服七剂。

四诊：2005年5月8日。2005年5月6日透视，肿块缩小1/3，胸闷闭不明显，昨日出现时而胃有不适感。前人告诉我三号和四号两味中药经过数万人次验证，攻肺积有效而无毒，只是对胃有微量刺激。其本人眩晕史，本是肝

17_LinChuang.indd 86 12/14/09 9:58:03 AM

肾阴虚体质，故在救阴之品中加入养胃药，继续开胸涤痰，活血化瘀化积方药：

四号10克、五号10克、玉竹20克、石斛20克、黄连6克、当归10克、生地10克、玄参10克、天冬30克、麦冬30克、丹皮10克、桔梗10克、全瓜蒌30克、法夏10克、生石膏30克、生姜3片、小红枣10枚、一号5克，二号5克。

七剂。(医嘱及煎法、服法同上)针法及火罐一周一次，手法同前。

五诊：2005年5月15日。近一月来未服西药降压片，血压不但没升，反而降至140/85毫米贡柱。主攻肺积时，高血压也得到缓解，因眩晕病也是阴虚兼夹风、火、痰作祟，体内及血管内沉积也得到了疏通。人体是一个有机的整体，不可能没有关系，因而互为因果，所以继续滋阴清热化痰，并给邪毒以出路的法则。方药：

全瓜蒌30克、薤白10克、桔梗10克、沙参20克、天冬30克、白及10克、桑皮10克、黄芩10克、大黄10克、鱼腥草10克、益母草30克、夏枯草20克、茯苓10克、紫苏叶10克、佩兰10克、青蒿10克、3号5克、4号5克。

七剂，医嘱及煎服法同上，停用针及火罐。

六诊：2005年5月23日。上方服后，小便较多，大便一日三次，饮食精神如常。不能畏攻而养病，给体内痰、热、湿等邪毒以出路，不能让其停积，必须从前后二阴排出。服药后血压120/80毫米贡柱，无任何不适之感，仍以上方七剂。禁忌同上。

七诊：2005年6月2日。胸透发现肿块缩小2/3之多，上方服后精神略有不适，食欲如常。原方去大黄、3号、4号，加入党参15克、黄芪15克、甘草10克。续服七剂。

八诊：2005年6月10日。经X光透视只发现肺纹理增粗，无肿块，食欲如常，精神如常，继以丸药调补肝、脾、肺、肾，停用煎剂观察。此时检查反应点，大多数不见了，只见原来大于豌豆反应点无凸起，与肤平，淡暗红色，膻中穴处一蓝色反应点消失了。

九诊：2005年6月18日。停药四天后，似外感发热、无鼻塞清涕，自服2日外感西药，(感冒灵及头孢类消炎药)无效，每早低热，下午38°C，晚40°C。在驱痰过程中，痰由里出半表半里，再由半表半里出表；痰毒如在半表半里，病发时寒热交作，发热不退，似湿温病或似疟(无痰不成疟)，或似伤寒少阳病或似三阳合病(本诊时在六月)，均按湿温治之。急告之当晚暂服藿香水，每次两支，四小时一次，连服三次。次日上午诊之，症见脉濡数，舌苔黄腻，寒热交作，热多寒少，阵作，寒时如疟，棉被裹之，发热夜甚不退，早上低热，神昏不欲食，口干不欲饮，或饮亦不多，腹胀，尿少，便干，此属痰湿邪毒留于半表半里或出表未尽，故有此症，类似瘟病又类似疟，所谓：“……无痰不成疟，……怪病多痰……。”治法略同于湿温，取藿香正气散、王氏连朴饮、小柴胡汤等方之意。方药：

藿香10克、佩兰10克、大腹皮10克、葱白10克、青蒿10克、六一散30克、柴胡10克、黄芩10克、法夏10克、黄连10克、厚朴10克、一号10克、二号10克、苍术10克、陈皮10克、泽兰10克。四剂。

每剂服三次，每四小时一次，一昼夜服两剂，常保持小汗。四日后，热退神清气爽，食如常。年终又透视一次，痊愈。现仍健在，贻享天年。

患者全家人认为吾用中药治病太神奇，故送锦旗一面，上书“神医妙方挽救生命”。

17_LinChuang.indd 87 12/14/09 9:58:23 AM

名家治疗
痰瘀互结型冠心病经验

中国湖南　李义春

痰瘀互结型冠心病是冠心病中的一种证型，是一种本虚标实证，属于中医“厥心痛”、“真心痛”和“胸痹”的范畴。本虚为气虚，胸阳不振，标实为寒凝、气滞、痰浊、瘀血等，以瘀血和痰瘀互结最为常见。

古代医家对痰瘀在发病中的内在联系有所阐述。唐容川《血证论》有云：“血积既久，也能化为痰水。”朱丹溪曰：“痰夹瘀血，遂成窠囊。”关幼波老中医也指出：“痰与血相同属阴，易于交结凝结，气血流畅则津液并行，无痰以生，气滞则血瘀痰结。”痰浊之生，可由各种原因致津液涩滞停而不去。多进膏粱厚味，嗜食油腻醇酒，损伤脾胃，运化失健，水液不归正化，变生痰浊；或素体阳虚，水湿不运，聚而成痰。痰浊既生，影响气机，病殃及血，致血行迟滞，瘀血内停。由此可见，或痰生于先，影响气机，病殃及血，血行滞瘀；或血瘀为先，变生痰浊，两者终致痰交瘀结，兼夹为患。痰凝瘀结使病情错综复杂，难以痊愈。但溯其根源，皆因于气虚，气虚不运则血脉滞瘀，痰浊内生。

痰瘀互结证是冠心病的常见证候，其主要病理因素是痰瘀互结，阻滞心脉，因此化痰祛瘀同治法是治疗冠心病的常用法则。临床实践也证明，痰瘀同治法是治疗冠心病痰瘀互结证的有效方法，发作期运用此法能使标实之证迅速缓解；缓解期寓通于补，祛邪以扶正。由于临床上病机错综复杂，各位名家在长期的临床实践中又有各自的独到之处。

中医界泰斗邓铁涛教授认为痰瘀互结型冠心病是本虚标实证。正虚（心气虚、心阳虚）是本病的病因，痰瘀是继发因素。因而邓老提出：“痰瘀相关论”。此外，邓老还认为，气滞可致血瘀，气虚亦可致瘀，在治疗上强调益气行血，健脾益气，健脾化痰，即寓通治痰瘀于益气之中。邓老治疗此证善用温胆汤加减。基本方：法半夏**9g**，竹茹**9g**，茯苓**12g**，丹参**12g**，橘红**4.5g**，枳壳**4.5g**，甘草**4.5g**，党参**15g**。方中用党参补气扶正，丹参活血化瘀。温胆汤除痰利气，条达气机。邓老用该方时，喜用橘红易陈皮以加强开胸之力；轻用竹茹，意在除烦宁心，降逆消痞；枳壳易枳实，宽中又防枳实破气伤正，因为本病是本虚标实证，通阳并非久宜，故加党参益气固本。邓老经验党参用量以**15~18g**，为宜，多用反致壅滞，不利豁痰通瘀。气虚明显酌加黄芪或

18_LinChuang.indd 88　12/14/09 10:00:28 AM

五龙爪；心痛则合失笑散或三七末冲服；脾气虚弱合四君子汤；兼阴虚合生脉散；兼高血压加草决明、珍珠母；兼高血脂症加山楂、何首乌、麦芽。

曹洪欣教授运用痰瘀同治法治疗冠心病颇有心得。**1.** 痰瘀同治，重在温阳。在痰瘀互结型冠心病“本虚标实”的病机中，本虚主要是心阳虚。根据“治病必求于本”的治疗原则，曹洪欣教授提出温阳益心法是治疗冠心病的基本原则。曹洪欣教授认为冠心病的缓解期重在温补心阳，从根本上治疗，有利于心脏自身功能的恢复，并且温阳有助于活血化痰。治疗可在瓜蒌、薤白、半夏、赤芍、川芎组成的基本方上加桂枝、黄芪、人参等以温阳益气。此外，心阳不足，失于温煦，寒自内生，血寒而凝，不通则痛，进一步加重痰瘀互结，证见胸闷胸痛，感寒甚或遇寒而发病，心悸气短，面色苍白，四肢厥冷，舌淡暗，苔白，脉弱，在前方的基础上加仙茅、干姜、肉桂等药物，以加强温中散寒之效。**2.** 痰瘀同治，佐以清热。痰瘀之邪互结致病，往往病情缠绵，经久不愈，痰瘀之邪在体内郁结日久化热，热邪又会灼津成痰，痰热互结而致瘀，加重痰瘀阻滞。因此临床上患者可见心中灼热、胀痛，苔黄或黄腻，脉弦滑或滑数等症状。此外，温阳活血化瘀药物如薤白、半夏、桂枝等多为温燥之品，久用伤阴。因此治疗时常在基础方上加黄连、竹茹、知母、麦冬等清热化痰或滋阴清热的药物，一是防痰瘀日久化热。一是佐制温燥的药物，以防日久伤阴。**3.** 痰瘀同治，宜先调气。人体气机，贵乎流通畅达，气行则津液布达，气滞则津液停滞而生痰。另一方面，血随气而动，气有郁滞，血亦随之停积而为瘀血。气滞为患，一则津液成痰，一则血滞成瘀而致痰瘀互结。朱丹溪说：“善治痰者不治痰而治气，气顺则一身津液亦随之而顺。”因此，运用活血化瘀法也要结合补气行气。治疗中在活血化瘀基本方的基础上加枳实、厚朴、郁金、柴胡等以疏肝理气，气机通畅而痰瘀之邪自消。

王晓峰教授通过多年的临床实践探索，体会到冠心病心绞痛的发生当重视痰瘀互结问题。王晓峰教授在临床中将痰瘀同治法贯彻始终，以自拟的心痛宁为基本方进行治疗，获得良好效果。

辨证分型：**1.** 痰瘀交阻，血瘀偏重型：症见胸部刺痛，痛处不移，发作较剧烈而频繁，舌黯，脉沉涩或结代。**2.** 痰瘀交阻，痰湿偏重型：症见胸闷如窒而痛，气喘，形体肥胖舌淡暗，苔厚腻，脉弦滑或濡。**3.** 痰瘀交阻，痰热偏重型：症见闷痛心烦，口苦，舌黯红，苔黄腻，脉弦或弦数结代。**4.** 痰瘀交阻，久致气虚型：症见胸闷隐痛，时作时止，倦怠懒言，面色少华，舌淡或黯淡，苔薄白，脉细弱无力或结代。

心痛宁方的组成：当归**15g**，丹参**15g**，红花**10g**，川芎**10g**，瓜蒌**15g**，薤白**10g**，檀香**5g**，厚朴**10g**，桔梗**10g**。方中当归、丹参活血和血，行气上痛；檀香散寒理气；瓜蒌、薤白利气化痰，散结宽胸，温通心阳；伍以厚朴、桔梗辛开苦降。诸药相合，可使瘀去痰消，脉络通畅，疼痛自止。随证加减：血瘀偏重者加蒲黄、五灵脂、乳香、延胡索等祛瘀止痛之品；痰湿较重者，加法半夏、石菖蒲、远志等；痰热偏重者，原方加大瓜蒌用量，并加炒山栀、郁金、竹茹等清热化痰之品。当疼痛缓解后，注意适当加扶正之品，气阳虚衰者加黄芪、桂枝、党参、黄精、炒白术、茯苓等；阴血虚者，方中去川芎、厚朴，加生地、玄参、麦冬、五味子、赤芍等。

根据名家经验，痰瘀互结型冠心病“本虚标实”的特点必须了然于心，抓住其气虚之本，痰瘀互结之标，再根据“治病必求于本”的原则，在宣痹豁痰、活血祛瘀的同时，加以益气行气之品，以补为主，以补为通，通补兼施，标本兼顾，以奏益气活血豁痰之功，从而药到病除。

18_LinChuang.indd 89 12/14/09 10:00:43 AM

加减正气散系列方临床应用浅识

董菁菁

【摘要】本文概述了清代名医吴鞠通加减正气散系列方在治疗急性胃肠炎、急慢性痢疾、偏头痛、病毒性肝炎、肌肉痛、全身疼痛、慢性浅表性胃炎、泄泻、月经不调、胃痛等疾病中的临床新用，并浅谈心得。

【关键词】加减正气散；临床应用；综述

加减正气散系列方出自清·吴鞠通《温病条辨·中焦篇·湿温》，共有五方，分别是：一加减正气散、二加减正气散、三加减正气散、四加减正气散、五加减正气散。五方均是对宋·《太平惠民和剂局方》中的藿香正气散的加减化裁，依据清·叶天士的《临证指南医案·湿病门》中的验案（案某五十、案某三三、案某十四），并结合吴鞠通本人丰富的临床经验创制而成的。是吴先贤师古而不泥古的系列方代表之一。

湿温病的两大主要发病因素，正如吴先贤所说："内不能运水谷之湿，外复感时令之湿"，因湿性氤氲粘滞，故其发病与病理特点是起病滞缓，传变慢，易滞留气分，病程较长，缠绵难愈，病情复杂多变，以中焦脾胃为病变中心，易阻滞气机，又有寒化、化热的不同，及伤阴、伤阳的不同转归。所以在治疗的时候就要以化湿理气为主，结合通络、清热、温运、顾护阴阳。

五个加减正气散均属宣气化湿，调畅气机为主的方剂。均以藿香、厚朴、茯苓、陈皮四味为基本药物。一、二、三加减正气散是治疗湿热之剂；四、五加减正气散是治疗寒湿之剂。正是体现了"治中焦如衡，非平不安"的成熟临床经验。

一. 方药

1. 一加减正气散

【方源】《温病条辨》卷二。

【组成】藿香梗二钱、厚朴二钱、茯苓皮二钱、广皮一钱、杏仁二钱、大腹皮一钱、神曲一钱五分、麦芽一钱五分、绵茵陈二钱。

【用法】水五杯，煮取二杯，再服。

【功用】分消湿热，理气化浊。

【主治】湿热中阻脾胃证。

【原文】《温病条辨·中焦篇》第58条："三焦湿郁，升降失司，脘连腹胀，大便不爽，一加减正气散主之。"

【方论】《温病条辨·中焦篇》第58条："正气散本苦辛温兼甘法，今加减之，乃苦辛微寒法也。去原方之紫苏、白芷，无须发表也。去甘桔，此证以中焦为扼要，不必提上焦也。只以藿香化浊，厚朴、广皮、茯苓、大腹泻湿满，加杏仁利肺与大肠之气，神曲、麦芽升降脾胃之气，茵陈宣湿郁而动生发之气，藿香但用梗，取其走中不走外也。茯苓但用皮，以诸皮皆凉，泻湿热独胜也。"

【按语】一加减正气散针对升降失司的病

19_TangFangLunYao.indd 90 12/14/09 10:01:28 AM

机，以升降气机为主，采用苦辛微寒法。

2. 二加减正气散

【方源】《温病条辨》卷二。

【组成】藿香梗三钱、厚朴二钱、茯苓皮三钱、广皮二钱、木防己三钱、大豆黄卷二钱、川通草一钱五分、薏苡仁三钱。

【用法】水八杯，煮三杯，三次服。

【功用】宣湿渗湿，理脾通络。

【主治】湿热内阻气机，外滞经络证。

【原文】《温病条辨·中焦篇》第59条："湿郁三焦，脘闷，便溏，身痛，舌白，脉象模糊，二加减正气散主之。"

【方论】《温病条辨·中焦篇》第59条："脘闷便溏，中焦证也，身痛舌白，脉象模糊，则经络证矣，故加防己急走经络中湿郁；以便溏不比大便不爽，故加通草、薏仁，利小便所以实大便也；大豆黄卷从湿热蒸变而成，能化酝酿之湿热，而蒸变脾胃之气也。"

【按语】二加减正气散针对湿滞经络的病机，以宣通经隧为重，采用苦辛淡渗法。

3. 三加减正气散

【方源】《温病条辨》卷二。

【组成】藿香（连梗叶）三钱、厚朴二钱、茯苓皮三钱、广皮一钱五分、杏仁三钱、滑石五钱。

【用法】水五杯，煮二杯，再服。

【功用】化湿清热。

【主治】湿浊郁久，即将化热证。

【原文】《温病条辨·中焦篇》第60条："秽湿着里，舌黄脘闷，气机不宣，久则酿热，三加减正气散主之。"

【方论】《温病条辨·中焦篇》第60条："以舌黄之故，预知其内已伏热。久必化热，而身亦热矣，故加杏仁利肺气，气化则湿热俱化，滑石辛淡而凉，清湿中之热，合藿香所以宣气机之不宣也。"

【按语】三加减正气散针对湿郁化热的病机，以化湿清热并举，采用苦辛寒凉法。

4. 四加减正气散

【方源】《温病条辨》卷二。

【组成】藿香梗三钱、厚朴二钱、茯苓三钱、广皮一钱五分、草果一钱、查肉（炒）五钱、神曲二钱。

【用法】水五杯，煮二杯，渣再煮一杯，三次服。

【功用】温运化湿。

【主治】湿阻中焦，湿重无热证。

【原文】《温病条辨·中焦篇》第61条："秽湿着里，邪阻气分，舌白滑，脉右缓，四加减正气散主之"

【方论】《温病条辨·中焦篇》第61条："以右脉见缓之故，知气分之湿阻，故加草果、查肉、神曲，急运坤阳，使足太阴之地气不上蒸手太阴之天气也。"

【按语】四加减正气散针对湿困脾阳的病机，以急运坤阳为先，采用苦辛温运法。

5. 五加减正气散

【方源】《温病条辨》卷二

【组成】藿香梗二钱、厚朴二钱、茯苓块三钱、广皮一钱五分、大腹皮一钱五分、谷芽一钱、苍术二钱。

【用法】水五杯，煮二杯，日再服。

【功用】温运化湿。

19_TangFangLunYao.indd 91 12/14/09 10:03:30 AM

【主治】湿阻中焦，湿重无热证。

【原文】《温病条辨·中焦篇》第62条："秽湿着里，脘闷便泄，五加减正气散主之。"

【方论】《温病条辨·中焦篇》第62条："秽湿而致脘闷，故用正气散之香开；便泄而知脾胃俱伤，故加大腹运脾气，谷芽升胃气也。"

【按语】五加减正气散针对湿伤脾胃的病机，以运脾和胃齐驱，采用苦辛温调法。

"加减正气散"的五个方剂，是治疗湿温病湿阻气机，脾胃升降失调的代表方剂，是吴鞠通治疗湿温病的重要方法。

二. 应用

1. **急性胃肠炎**：李世增[1]运用一加减正气散加减，治疗急性胃肠炎，以全身疲乏沉重，腹泻，舌苔白腻为投药指征。

2. **急慢性痢疾**：李世增[1]运用一加减正气散加木香、黄连，治疗急慢性痢疾，以有腹泻症状为投药指征。

3. **偏头痛**：赵龙[2]运用一加减正气散化裁，治疗偏头痛。临床表现：头痛如裹，右侧为重，彻夜难眠，伴脘腹胀闷，二便不爽，苔白、脉缓。处方举例：藿香10g，厚朴10g，陈皮10g，茯苓15g，腹皮10g，茵陈蒿10g，荷叶10g，杏仁10g，神曲10g，白芷10g，麦芽10g。6剂痊愈。

4. **病毒性肝炎**：张厚雄[3]运用加减正气散，治疗小儿病毒性肝炎16例，其中发病年龄最小2岁，最大6岁，男性10例，女性6例。临床表现：发热、恶心、呕吐、纳差起病，继之出现乏力、尿色深黄、上腹部不适等症状。舌苔厚腻，脉濡缓。75%患者有巩膜及全身黄染。84.2%有肝肿大。16例患者肝功能及尿化验均为阳性。用药举例：藿香、大腹皮、杏仁、陈皮、茯苓、神曲、莱菔子、山楂、厚朴、茵陈、郁金、甘草等。12例出现黄疸症状的患者，经治疗后，其黄疸消退，平均天数为5天。

5. **肌肉痛**：李世增[1]运用二加减正气散加减，治疗肌肉痛。临床表现：周身肌肉疼痛而沉重，尤以四肢为重，胸闷，大便溏，苔白滑，脉缓无力。处方举例：藿香10g，陈皮10g，茯苓15g，厚朴10g，杏仁10g，茵陈15g，苍术10g，防己10g，防风10g，生、熟苡米各30g，炙甘草6g。服药3剂，痛除病愈。

6. **全身疼痛**：赵龙[2]运用二加减正气散化裁，治疗全身疼痛。临床表现：全身疼痛难忍，午后为重，脘腹胀闷，大便不畅，苔白腻，脉濡缓。处方举例：藿香、厚朴、陈皮、木防已、羌活、苍术、通草各10g，茯苓12g，薏苡仁30g。服药3剂，而告病愈。

7. **慢性浅表性胃炎**：赵宇昊[4]等运用三加减正气散，治疗慢性浅表性胃炎20例，取得良好效果。其中男性为11例，女性为9例；年龄最大60岁，最小25岁，平均年龄为47岁；病程最长为5年，最短为6个月。临床表现：脘腹胀满疼痛重，纳呆不饥，呃逆，口苦口粘，口干不欲饮水，大便不爽，小便色黄等。舌红苔白、根部黄，脉滑。主方：藿香9g，茯苓皮9g，厚朴9g，杏仁6g，陈皮5g，滑石15g。脘腹胀满甚者加枳壳10g，郁金l0g；呃逆、恶心重者加竹茹10g，半夏10g，大便溏泄者加白术10g，苍术10g，生薏米15g。将以上药物水泡20min，浓煎至250ml，分早晚饭后各服1次，15天为1个疗程。治愈6例，好转12例(其中显效7例，有效5例)，无效2例，有效率90%。

8. **泄泻**：(1)陈福安[5]运用三加减正气散，治

19_TangFangLunYao.indd 92 12/14/09 10:03:49 AM

疗泄泻41例，其中男22例，女19例；年龄3个月～65岁；病程5天～11年。临床表现及检查：41例均有大便次数增多，水样便或糊样便。3例伴不消化食物；2例伴粘液脓血；28例伴腹部隐痛、胀痛或灼痛；5例伴发热。舌苔腻，或黄或白，或黄白相兼，脉多濡缓或滑数，小儿指纹浮红或紫滞，微露气关。各项检查：本组病例均作大便常规检查，排除痢疾。其中婴幼儿腹泻9例，慢性非特异性溃疡性结肠炎2例，肠易激综合征8例，急性肠炎2例，慢性肠炎20例。主方：广藿香12g，厚朴15g，白茯苓20g，陈皮10g，净苡仁30g，杏仁10g，白芍20g，甘草10g。结果：治愈10 例，显效28例，无效3例。总有效率为92.7%。(2)李世增[1]运用四加减正气散加减，治疗每因情绪不佳或饮食不慎而发的慢性腹泻。处方举例：藿香10g，陈皮10g，茯苓15g，厚朴10g，半夏10g，苍、白术各10g，大腹皮10g，草蔻3g，白芍12g，党参12g，谷、麦芽各15g，炙甘草3g。上药加减，15剂病愈。(3)赵龙[2]运用四加减正气散，治疗腹泻伴头身困重，脘腹胀闷，苔白滑，脉濡缓者，处方：藿香15g，厚朴10g，茯苓12g，陈皮10g，神曲10g，山楂12g，草果10g。仅服2剂而病愈。

9. **月经不调**：(1)李世增[1]运用五加减正气散加减，治疗月经不调。临床表现：月经不调，每潮错后约周余，平素白带多，头晕胸闷，食纳无味，大便不爽，苔白滑，脉缓。处方举例：藿香10g，陈皮10g，茯苓15g，厚朴10g，半夏10，苍、白术各10g，枳壳10g，香附10g，丹参15g，炙甘草3g。上方加减服药15剂，诸症除，月经已调。(2)赵龙[2]运用三加减正气散，治疗月经不调。临床表现：月经不调，前后无定期，量少质淡，精神抑郁，胸脘满闷，经来加重，甚则四肢发凉，时有白带，苔腻微黄，脉沉缓。处方举例：藿香、厚朴、陈皮、杏仁、佛手、竹茹各10g，茯苓、郁金、滑石各12g。共进药6剂，而病愈。

10. **胃痛**：赵龙[2]运用五加减正气散，治疗胃痛。临床表现：胃脘隐痛，胀闷不适，胸腹痞满，腹中有振水声，食欲不振，伴头晕身困，大便稀溏，舌苔白腻。经B超检查：“有胃液潴留”。处方举例：藿香12g，厚朴10g，陈皮10g，茯苓15g，苍术12g，法夏10g，谷芽12g，大腹皮12g。水煎服， 4剂而愈。

三. 体会

吴先贤的五个加减正气散根据时令的不同，脏腑的差别，病机的变化，精辟地论述了成方治病的加减原则，并纠正了一方统治四时之病的偏颇。唯有根据不同的情况采取不同的加减变化，方能切中肯綮。正所谓：“用药非丝丝入扣，不能中病。”这五个方剂虽为温病湿温所设，但应用广泛，我们临床若能化裁得当，则能在诸多内科杂证中取得事半功倍的效果。

参考文献

[1] 李世增. 五加减正气散方解及临床应用[J]. 北京中医杂志, 1995, (3): 39.

[2] 赵龙. 五个加减正气散证治浅析与验案举隅[J]. 中医药导报, 2005, 11(2): 44.

[3] 张厚雄. 加减正气散治疗病毒性肝炎[J]. 1984, (2): 55.

[4] 赵宇昊. 三加减正气散治疗慢性浅表性胃炎20例[J]. 北京中医杂志, 2004, 23(2): 110.

[5] 陈福安. 三加减正气散治疗泄泻41例疗效观察[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1997, 5(2): 116.

19_TangFangLunYao.indd 93 12/14/09 10:04:02 AM

学习瓜蒌薤白半夏汤异病同治的体会

阎立群

《金匮要略》是中国现存最早的一部理、法、方、药具备的经典医籍，开创了中国医学辨证论治的先河。瓜蒌薤白半夏汤出自《金匮要略》。方由瓜蒌、薤白、半夏、白酒4味组成，是张仲景用以治疗痰饮壅盛，闭阻胸阳所致“胸痹不得卧，心痛彻背”证的专方。方中瓜蒌宽胸豁痰；薤白辛温通阳宣痹；白酒有轻扬以行药势，助诸药运行之功；加半夏以祛痰浊，降逆气增强其效力。此方在临床上治疗痰饮壅盛，闭阻胸阳所致胸痹心痛，效果甚佳。此方还用于治疗郁证，高脂蛋白血症，喘息型支气管炎等疾病。

胸痹

冠心病心绞痛属中医“胸痹”、“胸痛”、“真心痛”范畴。主要病理变化为本虚标实。本虚为气虚、阳虚、阴虚、血虚；标实为：气滞、血瘀、寒凝、痰浊等。临床上痰浊闭塞型

20_TangFangLunYao.indd 94 12/14/09 10:04:55 AM

较为常见，瓜蒌薤白半夏汤治痰浊闭塞型胸痹心痛效果尤为显著。

痰浊闭塞型主要临床表现：胸痛如窒，憋闷不舒，痛引肩背，气促心悸，苔腻脉滑。治法：通阳泄浊，豁痰开结。方药：瓜蒌、薤白、陈皮、半夏、白蔻仁、干姜等。若痰浊较甚者加石菖蒲、枳实、厚朴；痰多咳嗽者，加杏仁、茯苓；胸闷气塞较甚，加桔梗、苏梗、制香附；气滞加枳壳、郁金、川楝子；血瘀加丹参、红花、赤芍；气虚加炙黄芪、炙甘草；寒凝加桂枝、制附子等。

实验研究证实：瓜蒌能扩张冠状动脉，增加冠状动脉血流量，减弱心肌收缩力及减慢心律，瓜蒌与薤白组成复方，对提高心肌耐缺氧能力及抑制血小板聚集的作用较单用为强。

郁证

郁证多由情志不遂，气机郁滞而致病。以心情抑郁，情绪不宁，胸郁满闷，胁肋胀痛，易怒易哭或咽中如有异物梗阻等症为主要症状。以气郁、痰阻为主要病机。用瓜蒌薤白半夏汤治疗本病，是根据此病的气郁痰凝，胸阳不畅的特点，以达到通阳开痹涤痰的效果。同时也应加入解郁疏肝，开窍宁神等药，如柴胡疏肝散、越鞠丸、半夏厚朴汤等方治疗。同时配合心理治疗，收效颇著。

高脂蛋白血症

高脂蛋白血症在古籍中虽无明确记载，但中医认为“肥人多湿”“肥人气虚有痰”。临床上高脂蛋白血症患者或因遗传，或偏食膏粱肥甘而致脾胃受损，久之则气虚水谷运化失调，痰浊内生，脾虚湿困。采用瓜蒌薤白半夏汤加味健脾利湿，活血通络降浊法治疗高脂蛋白血症。方药：瓜蒌、薤白、半夏、泽泻、三七粉、何首乌、生山楂、草决明、茯苓加减可到满意效果。

瓜蒌薤白半夏汤祛湿宽胸，方中生山楂健脾胃化肥膏；茯苓、泽泻健脾利湿；黄精补脾益气，润肺养阴；三七粉、大黄粉活血通络化浊。运用此方健脾益气、祛痰、活血通络降浊，共奏降脂之功。

喘息型支气管炎

喘息型支气管炎是慢性支气管的一型。因病情反复发作，最后形成阻塞性肺气肿，肺功能衰竭。慢性喘息型支气管炎，中医列在喘证范畴。咳、喘、痰、炎是四个主症。而慢性喘息型支气管炎无论在急性发作期还是在慢性迁延期及临床缓解期都有咳痰症状。因此治疗本病的关键还得治痰。瓜蒌薤白半夏汤组成：瓜蒌、薤白、半夏。如有表实里热加石膏、杏仁、黄芩、射干、甘草；痰热郁肺加桑白皮、黄芩、黄连、栀子、贝母、鱼腥草等；痰浊阻肺者加苏子、白芥子、莱菔子、陈皮、茯苓、苍术、厚朴；肺肾气虚者加西洋参、黄芪、炙甘草、熟地等。

临床上证明运用此方治疗喘息型支气管炎收效显著。

通过以上学习，使我们认识到瓜蒌薤白半夏汤治疗诸证的主要指征是：**1**．胸膺痞闷不畅；**2**．舌苔粘腻或滑腻。这是痰气阻于胸宇，胸阳不畅的表现。瓜蒌薤白半夏汤的作用特点在于辛开苦降温通。另，由于胸宇乃膻中所在，是宗气聚集之所。宗气的主要功能是推动肺之呼吸和心血的运行。瓜蒌薤白半夏汤的作用病位主要在胸膺，故能直达膻中，通阳化浊，使胸阳得振，周身气血运行正常，这正是瓜蒌薤白半夏汤异病同治能收效的道理所在。

20_TangFangLunYao.indd 95 12/14/09 10:05:15 AM

降糖对药与降糖对药方

冯启发

中医药治疗糖尿病，历史悠久。中医药在治疗糖尿病和预防其并发症方面，为人类的健康，做出了宝贵的贡献。在治疗过程中，历代医家积累了丰富的经验，总结出许多行之有效的中药单方、验方。中医降血糖对药和降糖方，即是其中之一。

中医对药的使用，源远流长。远至汉代，张仲景就运用对药。在其252张经方中，约有40张方仅由两味药组成，也许是现存最早的对药。

近代运用对药的范例，知名的首推前辈医家施今墨和祝谌予。

施今墨（1881-1969），浙江萧山人，原名毓黔，字奖生，是中国近代著名的中医临床家、教育家、改革家，北京四大名医之一。施老对中药的药性、药理极有研究，十分擅用“对药”，创制了许多使用对药的方法。施老不仅善用大方，使用单方、小方也得心应手，效如桴鼓。施老前辈运用对药的经验，由其弟子吕景山前辈收录于《施今墨对药》一书中。

祝谌予前辈（1914.11.30－1999.8.12）是近现代中国中医临床家、教育家和中西医结合的倡导者。施今墨老前辈的大弟子，曾东渡日本学习西医。祝谌予教授在学术上提倡中西医结合，强调辨证论治。行医60年，擅长治疗糖尿病、脾胃病、妇科病和疑难病症。尤其是在中医诊断与治疗糖尿病领域，率先提出糖尿病中医诊断辨证分型，提出“活血化瘀法”治疗糖尿病的中医方法，同时结合西医诊断学、药理学，研制出治疗糖尿病切实有效的中药方剂，为中西医结合治疗糖尿病奠定了基础，做出很大的贡献。

在吕景山著《施今墨对药》一书中，也记录了祝老前辈在运用对药时所做的补充和发挥。祝老在临床治疗时，以对药组方，取得显著的疗效。例如，其治疗糖尿病的降糖对药方，即是很好的例子。

什么是对药?

什么是对药? 对药又称药对，就是以二、三味性质、作用相同或相对的药物组合使用，通过药物的相互依赖、相互制约，合理配对的关系，改变或调整药物原有的功效主治，增强疗效，取得一种新的、意想不到的治疗效果。

例如，荆芥与防风，都能辛温解表，合用可加强发汗解表的功效。又如半夏能化痰、止

21_TangFangLunYao.indd 96 12/14/09 10:05:52 AM

呕，与生姜配伍，既能加强半夏的化痰、止呕的功能，又可以解除半夏的毒性；再如麻黄与石膏，麻黄辛温，不适宜治疗热症，但是它有很强的平喘功能。麻黄与石膏配合，寒热并用，宣利肺气而不温燥，清泄肺热而不凉滞。

对药是古今医家通过临床实践得出的经验。在漫长的医疗实践中，人们逐步认识，某些药物合用，会使作用增强，或副作用减轻，或产生新的作用，从而形成相对固定的药物搭配——对药。

治疗糖尿病药对

施今墨用药经验丰富，收集在《施今墨对药》里的对药种类繁多，应用范围也很广泛。本篇所要介绍的，仅是部分与降血糖有关的降糖对药，以及由祝谌予前辈发展出来的降糖对药方。

收集在《施今墨对药》里的降糖对药，归于益胃止渴，健脾降糖类，总共有八对。即苍术与玄参、黄芪与山药、绿豆衣与薏苡仁、葛根与丹参、玄参与麦冬、知母与黄柏配肉桂、鲜地黄与淫羊藿，以及熟地黄与山茱萸。

苍术与玄参

施老认为，苍术有“敛脾精”作用，治糖尿病屡获显效。苍术配玄参，苍术偏于温燥，玄参侧重寒润。消渴病多阴虚燥热，按药理不能使用。但在这里，两药的药性，相互制约，又相互促进，配伍使用，以玄参的润制约苍术的燥，反之，又可以苍术的温燥，制约玄参之滞腻。故施老认为，苍术虽燥但配玄参之润，可制其短而展其长。二药配伍，可用于降血糖。

黄芪与山药

施老以黄芪侧重补脾阳，山药偏于补脾阴，配合使用，共收健脾胃、促运化、敛脾精、止漏浊，消除尿糖之功。在治疗上，可用于糖尿病尿糖严重，脾胃气虚的慢性胃炎和慢性肾功能不全诸症。后来祝老又因山药淀粉含量多，以生地代之。

生地味甘、味苦性寒，入心、肝、肾经。凉而不滞，润而不腻。功能清热泻火、生津止渴，凉血止血、止血而不留瘀。可治疗热性病邪热入营，身热、口渴、舌绛，或身发斑疹，或阴虚火旺，咽喉疼痛；心及血热妄行所引起的吐血、咯血、衄血、尿血、便血、血崩诸

	苍术	玄参
性味	辛、苦，温。	甘、苦、咸，寒。
归经	脾、胃。	肺、胃、肾。
功用	芳香化浊，健脾燥湿，升阳散邪，祛风明目；祛风湿，止痹痛。	养阴凉血，清热泻火，除燥止渴；养阴润燥、清利咽喉、消肿止痛。
主治	①外感风寒湿邪所致头痛、身痛、无汗等；②脾为湿困，运化失司，食欲不振，胸闷呕恶，腹胀泄泻，苔白腻浊等；③祛湿邪偏重的痹症；④维生素A缺乏所致夜盲症和角膜软化症。	①热毒实火，或阴虚内热，温病热入营分，伤阴掠液致口干口渴、烦热不安、夜寐不良、神昏等；②消渴病口干口渴；③阴虚肺燥，咳嗽痰少、咯血、潮热等；④阴虚火旺，虚火上炎致头昏头痛、目赤疼痛、赤脉贯睛、舌干舌红、咽喉肿痛；⑤阴虚火旺，痰火郁结致瘰疬、痰核、瘿瘤诸症。
药理作用	①降血糖；②抗病毒；③抗凝血；④镇痛；⑤明显的促进胃肠运动；⑥抑菌；⑦抗炎抗腹泻。	①解热；②抗炎；③降血糖；④抗菌；⑤扩张冠状动脉；⑥降血压；⑦改善微循环与毛细血管通透性；⑧抗血小板凝集；⑨对中枢神经系统的影响；⑩抗肿瘤作用。
用量	10~15克	15~30克

21_TangFangLunYao.indd 97 12/14/09 10:06:06 AM

	黄芪	山药
性味	甘，温。	甘，平。
归经	脾、肺。	脾、胃、肺、肾。
功用	补气升阳，固表止汗，利水消肿。	益气健脾，补肾固精，止咳止泻。
主治	①中气不足，中气下陷，致脱肛、子宫脱垂等内脏下垂诸症；②体弱表虚，自汗盗汗，或经常反复感冒，以及消渴诸症；③气虚衰弱致体倦乏力、语音低微、短气食少、便溏腹泻等；④气虚脾弱，水不化气致身面浮肿、小便不利等；⑤气血不足，阳气衰微，疮疡日久，内陷不起，或疮疡溃烂、脓稀，久久不愈；⑥小儿体虚，痘疹内陷诸症。	①脾胃虚弱，饮食减少，体倦神疲，脾虚泄泻，大便稀溏；②小儿营养不良；③脾虚带下；④脾肺两虚慢性咳嗽，痰多清稀，食欲减退，身体消瘦，倦怠无力等；⑤肾气不足之遗精、遗尿、尿频等。
药理作用	①利尿；②改善动脉硬化、降血压；③加强心脏收缩力，对心肌缺血有保护作用，减少心肌梗死的病死率；④抗衰老；⑤提高免疫力；⑥抗疲劳；⑦对物质代谢作用；⑧保肝、防止肝糖原减少减少；⑨尿中蛋白量，使大鼠肾病变轻；⑩促进骨折愈合。	①调节或增强免疫功能；②调整胃肠功能；③降血糖作用；④抗衰老；⑤降脂作用；⑥抗肿瘤作用；⑦其他：促进上皮生长，治皮肤皲裂、角化。
用量	**10~30**克	**10~30**克

症；还可治虚劳骨蒸，消渴，便秘等症。

葛根与丹参

葛根和丹参的配合运用，是祝老前辈治疗糖尿病过程中，症见糖尿病三多症状，气阴两虚，气滞血瘀，出现舌质紫暗，或淡暗，或有瘀点、瘀斑，或舌下静脉怒张，或面部有瘀斑，或有刺痛、疼痛固定不移等血瘀征象。配伍使用的经验总结，是对施老前辈运用对药的发展。糖尿病患者多瘀，血液呈浓、粘、聚状态，流动不畅，葛根配伍丹参生津止渴，通脉活血，使气血流畅，提高降糖疗效。这组对药，还适用于长期使用胰岛素治疗而伴有血管病变，如冠心病、脉管炎等。辨证加减可配合广木香、当归、益母草、赤芍、川芎等以调气活血，增加疗效。

祝老前辈善用对药，临床效果突出。他不仅体现对药相须为用，能增效减毒，而且有新的药理作用。他不仅丰富了对药的使用，还根据临床观察，认为传统的三消辨证分型法，不适用于糖尿病病情，主张用阴阳、脏腑、气血，结合辨证，将糖尿病分五型辨证治疗。即分气阴两虚、阴虚火旺、燥热入血、阴阳俱虚和瘀血阻络五型。但以上分型也常交错复合，不过，气阴两伤，脉络瘀阻，始终是糖尿病的基本病机。因此，临床上，降糖对药方可作为基本方使用。

降糖对药方的组成是黄芪**30**克、生地黄**30**克、苍术**15**克、玄参**30**克、丹参**30**克、葛根**15**克。方中生黄芪配生地黄降尿糖；苍术配玄参降血糖。上述两组对药中，黄芪益气，生地黄养阴；黄芪、苍术补气健脾；生地黄、玄参滋阴固肾，以脾肾为重点，从先后天两脏入手扶正培本，降低血糖、尿糖；葛根配丹参活血化瘀、祛瘀生新。降低血糖是祝老的心得，三组对药配伍，益气养阴治其本，活血化瘀治其标，标本兼顾。经药理研究证实，本方有降低血糖功效。

临床上，祝老常灵活加减使用：尿糖不降加天花粉**20g**、乌梅**10g**；血糖不降加白虎加人参汤；饥饿感明显加玉竹**15g**、熟地黄**30g**；烘

21_TangFangLunYao.indd 98 12/14/09 10:06:22 AM

	葛根	丹参
性味	甘、辛，平。	苦、微寒
归经	胃、脾。	心、心包、肝
功用	透表散邪，解肌退热，升清止泻，生津止渴	活血化瘀，行血止痛，凉血清心消痈，除烦安神
主治	①感冒、发热、恶寒、头痛、无汗、项背强痛；②高血压病之头痛、头晕、项强、耳鸣、肢体麻木，胸闷不舒、心前区发作性疼痛等；③麻疹透发不畅等；④脾虚泄泻、湿热泻痢、热性病之口渴，上消症之口干、口渴等。	①心脉瘀阻引起的冠心病心绞痛，气滞血瘀所致的胃脘痛、月经失调、痛经、产后恶露不尽、瘀滞腹痛等；②瘀血所致症瘕积块及血栓闭塞性脉管炎等症；③湿热病入侵营血，以致心烦、不寐等；④心血不足所致心悸、失眠、烦躁不安等；⑤痈肿疮毒诸症。
药理作用	①降血压，改善心肌代谢，抑制血小板凝集，改善高血压所致项强、头晕、头痛、耳鸣等症，能缓解冠心病患者的心绞痛，改善心电图；②扩张脑血管，改善大脑供氧，改善耳、视网膜的微循环；③能降血糖，对抗肾上腺素的升血糖作用；④有降血脂作用；⑤能抗氧化；⑥抗肿瘤：	①改善外周和内脏微循环，使微循环血流量增加，毛细血管网开放数目增多；加快血液流速，消除肠系膜血流瘀滞；②使血液粘稠度明显降低，有抗血液凝固的作用；有扩张血管的作用；③有降血压作用；④有降血脂和抗动脉粥样硬化作用；⑤能扩张冠状动脉，增加冠脉流量、清除缺血部位的自由基、加强心肌收缩力、减轻急性缺血和心肌缺血再灌注的损伤、提高缺血心肌的耐缺氧能力、抗拒角质原合成和心肌纤维增殖、加速心肌缺血和损伤的修复；⑥对肝脏损伤有保护作用，促进肝细胞再生和抑制肝纤维化；⑦对局部缺血大脑有保护作用；⑧有抗菌和增加免疫力的作用；⑨有效预防呼吸困难综合征，减轻肺纤维化；⑩有抗癌作用；⑪可改善诱导性肾功能衰竭，促进肾功能恢复；对急性肾衰有治疗和预防作用；⑫加强组织细胞，促进创伤修复。
用量	10~15克	10~15克

热阵作加黄芩10g、黄连5g；上身燥热、下肢发凉加黄连5g、桂枝10g；尿酮体阳性加黄芩10g、黄连5g、茯苓15g；皮肤瘙痒加白蒺藜10g、地肤子15g；下身瘙痒加知母10g、远志10g；失眠加女贞子10g、鸡血藤10g；大便溏薄去生地黄，加熟地黄30g、白术15g；阳萎不举加仙茅10g、淫羊藿10g、肉苁蓉15g，甚或加大蜈蚣2条；腰痛加川续断15g、桑寄生20g、枸杞子10g；两膝酸软无力加千年健15g、金毛狗脊15g。

在治疗糖尿病过程中，我们也经常使用上述对药和降糖对药方，往往取得满意的疗效，能有效的控制血糖。这在在说明前辈医家的功力深厚，总结出来的降糖对药和对药方，可以历久不衰，经得起临床实践的考验。

参考文献

[1] 《施今墨对药》，吕景山著，人民军医出版社。

[2] 《治疗糖尿病的中草药》，李维林、郑汉臣主编，东南大学出版社。

[3] 《李玉林医学文集》，李玉林著，中医古籍出版社。

[4] 《名医临证经验丛书·糖尿病》，范冠杰主编，人民卫生出版社。

[5] 《祝谌予》，祝勇著，人民军医出版社。

21_TangFangLunYao.indd 99 12/14/09 10:06:34 AM

浅谈橄榄、乌榄、洋橄榄

橄榄

乌榄

洋橄榄

黄怀得

橄榄是橄榄科Bur Selaceae，学名Canarium alcum Raensch（英文名Chinese Olive）别名青果、谏果、甘榄、白榄。它含有蛋白质、脂肪、碳水化合物、抗坏血酸、钙、磷等成分。栽种橄榄树，如果只是用橄榄核，种出来的树成长后，所结的果实色青、圆而肥大、味苦且涩，不好生吃，只适合熬乌橄榄菜。好的品种，是用嵌接法，用好的品种，锯下它如手指大的树枝，约4寸长，每年立春时，进行嵌接，后用野生的龙船花叶，从上端及四周包扎，明年夏至，才把上面的龙船花叶剥开，它已长嫩芽，这种有嵌接的树，成长后结出来的果实，底部有三棱，色黄而微带青，果实较瘦长，才可生啖，吃后有留甘。橄榄可加工为蜜饯橄榄，和南姜、盐同捣则成为橄榄掺。把橄榄打破，浸水，每天都要换水，这样漂浸一星期，去其涩味，合咸菜叶、盐同熬，就是潮汕人所熟识的“乌橄榄菜”，要食用时，才用葱头切碎，花生油先煎出香味，才放下乌橄榄菜同炒，十分香。朋友，你上菜馆吃过扬州炒饭，咸鱼炒饭，有没有吃过乌橄榄菜的炒饭？无妨换一次口味。

乌榄，同属橄榄科。它的学名Canariumnigrum Engl。它的意义同样是黑色的橄榄，树高可大达20米，其成熟果实带黑色，果比橄榄大，只宜盐制成乌榄，如切对半去核，就是我们习称的榄皮。以前在巴刹的杂咸摊都能见到橄榄掺、乌榄、榄皮等。榄仁很好吃，与橄榄的种仁，都含油质，但用它榨油，很少见。

洋橄榄，是木樨科Oleaceae，木樨榄属olea L，它的学名olcaearopea L.(英文名Olive)；它又名阿列布、齐墩果、木樨榄。为常绿小乔木，高达4至5米，叶对生，开黄色小花，有香气。果实椭圆形，黄褐色，内有种子一粒，含油量多，榨油就是橄榄油(Olive Oil)。它果实有似华橄榄而小，在某些药书，错误的译为橄榄，其实是完全不同科属的植物。用它的枝叶，在西方象征和平，故联合国作为标志，也就是象征世界和平之意，我们表示善意，也称为向他伸出橄榄树枝。请记住！是木樨榄的枝叶，不要拿错华橄榄的树枝。

22_TangFangLunYao.indd 100 12/14/09 10:07:18 AM

大肠癌的诊治进展初探

黄纪威

一. 前言

大肠癌的发病率在城市地区逐年增加，目前已成为新加坡最常见的恶性肿瘤。本文是针对大肠癌的发病概况和诊治进展作一论述，愿与读者交流切磋。

二. 大肠癌的概述

大肠癌是原发于盲肠、各段结肠和直肠粘膜上皮恶性肿瘤的总称，是最常见的消化道恶性肿瘤之一。据有关资料显示，目前大肠癌的发病率有逐年上升的趋势，特别是在城市地区：

①国际癌症研究机构的2002年统计，世界大肠癌发病率已紧排在肺癌和乳癌之后，位居第3位，新发病率约每年100万，死亡率为每年53万[1]。

②美国癌症研究所2001-2005的数据显示，美国大肠癌发病率则排在前列腺癌、乳癌和肺癌之后，居第4位，发病率为50.6/10万，而死亡率为18.8/10万[2]。

③在中国上海地区，大肠癌患病率在各癌症中排列第3位，发病率为40.5/10万，而死率为23.5/10万[3]。

④在新加坡，男性发病患率次于肺癌，而女性病患率则次于乳癌，然而以总体数字来看却列居于癌症第1位，其发病率亦是34.7/10万，而死亡而死率为19.0/10万[4]。

大肠癌以腹泻、便秘、肿块、便血、贫血、肠梗阻为主要表现，晚期以肝和腹腔内转移较多，早期不易发现，临床诊断多根据直肠指征、X线造影、内窥镜检查和活检病理确定。治疗方法以手术疗法为主，辅以中西药物治疗。大肠癌的自然生存期为平均约10个月，中位数生存期约30个月。

三. 中医文献论述

从古代中医文献论述中，大肠癌据临证所见属中医“肠僻”、“肠覃”、“肠毒”、“积聚”、“便血”、“下痢”、“锁肛痔”等诸病证范畴。古代论述颇多，列举如下：

①《素问》曰：“肠僻脓血”，“食饮不节，起居不时者，阴受之。”“阴受之则入五脏”，“入五脏则真满闭塞，下为飧泄，久为肠僻”；“裹大脓血，居肠胃之外，不可治，治之，每切按之致死。……此下则因阴，必下脓血，上则迫胃脘”。

②《灵枢》说：肠覃是“寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内著，恶气乃起，息肉乃生。”这些论述与本病表现的

23a_ZhongShu.indd 101 12/14/09 10:07:46 AM

腹泻、腹痛、脓血便及腹部肿块相似，还说明本病病因与饮食不节，外邪入侵、营卫失调，伤及五脏有关。

③《诸病源候论》说："征者，由寒温失节，致脏腑之气虚弱，而食饮不消，聚结在内，染渐生长块段，盘牢不移动者，是征也。……若积久岁月，人即柴瘦，腹转大遂致死"。

④《圣济总录》指出其病因："有得之于食，有得之于水，有得之于忧思，有得之于风寒，凡使血气沉滞留结而为病者。"

⑤《医宗金鉴》谓："积聚、征僻、肠覃之疾，皆得之于喜怒不节则伤脏，饮食过饱则伤腑，肠胃真满，汁液外溢，为外寒所袭，与内气血食物凝结相成也"。

综合上述，古代文献将大肠癌病因归纳成内、外两方面因素。

四. 大肠癌的病因病机

导致大肠癌的病因和病机甚多，中医基本上可将其分为五个方面：

①饮食不节，过食肥甘厚味，嗜食辛辣醇酒，以致损伤脾胃，脾不健运，生湿聚痰，阻滞气机，蕴久化热，湿热内阻。

②情志不畅则肝失疏泄，中焦气机失调，气血失运。

③感受寒湿外邪，内伤于脾，脾阳受伤，水谷不行，聚而生痰，气机不畅，痰浊内聚，行血受阻。

④久痢久泻，脾失健运，气机不畅，毒邪侵入，湿热蕴结，下注大肠，滞留黏聚，凝结成积。

⑤正气内虚，气血虚弱，阴阳失衡，气血运行不畅，凝注不行，气滞血瘀，结于肠道。

大肠癌的主要病机是气机不畅，气血虚弱。病位在大肠，发病与肝、脾、胃关系密切。多因饮食、情志、外邪及正气亏虚导至气机不畅，痰浊内聚，血行受阻，脉络瘀痹，气滞血瘀日久，痰浊与气血相搏，凝结于肠道，则生癌瘤。

五. 大肠癌的辨证分型

本文的中医辨证分型标准是参考**1992**年中国全国中医科研协作会杭州会议[5]和**2008**年中华中医药学会制定的《肿瘤中医诊断标准》中相关内容修订。其中共分六个证型，即湿热蕴结证、瘀毒内阻证、脾肾阳虚证、气血两虚证、肝肾阴虚证和脾虚气滞证。各证分型标准如下：

1. 湿热内蕴证

主证：①腹部阵痛，便中夹血；②里急后重，肛门灼热。

次证：①身热不扬；②恶心欲吐；③胸闷不舒；④舌红，苔黄腻；⑤脉滑数。

具备**1**项主证兼**2**项次证者即可确诊。

病机：湿热内蕴，痹阻肠道。

2. 瘀毒结阻证

主证：①腹泻，泻下脓血，色紫黯，量多；②里急后重。

次证：①烦热口渴；②舌质紫，或有瘀点；③脉涩滞而细数。

具备**1**项主证兼**2**项次证者即可确诊。

病机：瘀毒内阻于肠道。

3. 脾肾阳虚证

主证：①腹痛绵绵；②血便泄泻；③畏寒肢冷；④舌质淡胖，苔薄白。

次证：①面色㿠白；②少气无力；③脉浮细无力。

23a_ZhongShu.indd 102 12/14/09 10:08:04 AM

具备1项主证兼2项次证者即可确诊。

病机：脾虚肾衰，阳气不振，血络瘀阻。

4. 气血两虚证

主证：①腹痛隐隐；②时有便意；③脱肛下坠；④舌质淡。

次证：①气短乏力；②面色苍白；③脉沉细。

具备1项主证兼2项次证者即可确诊。

病机：气虚血衰，脾气不行，痰瘀互结。

5. 肝肾阴虚证

主证：①腹痛隐隐；②五心烦热；③头晕耳鸣；④便秘；⑤舌质红或降，少苔。

次证：①形体消瘦；②耳鸣；③腰膝酸软，遗精带下；④盗汗；⑤脉弦细。

具备1项主证兼2项次证者即可确诊。

病机：痹阻日久，正虚邪恋，肝肾阴虚，虚火扰络。

6. 脾虚气滞证：

主证：①腹胀肠鸣，腹部窜痛；②纳呆；③大便稀溏；④舌质淡红，苔薄腻。

次证：①神疲乏力；②面色萎黄；③脉濡滑。

具备1项主证兼2项次证者即可确诊。

病机：脾虚气滞，运化失司，湿毒内生，痰瘀互结。

六. 大肠癌的中医治疗原则

中医诊治大肠癌的基本原则是以扶正祛邪来辨证论治。大致可分为三个阶段：

①一般情况下，肿瘤早期，正盛邪实，当以攻削“瘤邪”为主，或祛邪扶正，采用先攻后补或攻补兼施的方法，以确保祛“邪”不伤“正”。

②对中期患者，邪实正虚，应以扶正为主，兼以祛邪，以达到扶正不助邪，采用先补后攻或攻补兼施的方法。

③对进入晚期的患者，邪愈盛而正极虚，已呈现“正气衰败”，此时若继续祛邪，攻祛不达，不但不能祛邪，反易伤正，使病情恶化。因此，应以扶助正气，改善全身状况，增强抵御“瘤邪”的能力为主。

七. 西医对大肠癌的论述

1. 病因及发病机制

西医认为，大肠癌是遗传和环境因素之间复杂的相互作用的结果。对不同的病例，这两种因素相应的作用各不相同。遗传因素在已确定为遗传综合征，如家族性肿瘤性息肉病和遗传性非息肉病性结直肠癌中起主要作用。散发的结肠癌是环境因素长期作用产生基因毒性改变而最终导致癌症。在这两种类型中肿瘤不是突然发生的，而是由结肠粘膜可辨认的病变不断发展、演变而来的。此外，大肠癌还与以下三方面有关：

①饮食因素如高脂肪饮食、低纤维饮食、动物蛋白、食物中亚硝胺及其衍生物含量高；摄入酒精、维生素A及微量元素缺乏等；

②大肠的某些良性病变如慢性溃疡性结肠炎，大肠腺瘤及家族性结肠腺瘤病，血吸虫病等；

③遗传因素如家族性腺瘤息肉病、遗传性非息肉病性结直肠癌等。

2. 临床表现

大肠癌患者在疾病的初期阶段并无任何症

23a_ZhongShu.indd 103 12/14/09 10:08:18 AM

状。其症状的产生与出现，主要是由于癌灶不断增大后，对机体局部和全身造成影响，随着癌灶的不断增大，其临床症状亦逐渐地表现出来，并不断加重。个别情况下即使癌灶不是很大，但其部位特殊，也可出现局部或全身症状。大肠癌的主要临床表现包括大便习惯和性状改变、腹痛与腹胀或腹部不适、腹部包块、贫血与消瘦及相关的并发症表现等。

3. 临床分期

大肠癌的临床病理分期十分重要，它可以反映肿瘤性质、浸润范围、进展程度以及预后的关系。对于大肠癌的临病理分期，常用的有Dukes分期法和国际抗癌联盟(UICC)所采纳的TNM分期法[6]。在新加坡多采用TNM分期法：

T——原发肿瘤

T_x 原发肿瘤无法估计

T_0 临床未发现肿瘤

T_{is} 原位癌

T_1 肿瘤侵及粘膜下

T_2 肿瘤侵犯肌层

T_3 肿瘤侵犯肌层至浆膜下或至无腹膜的结肠周围或直肠周围组织

T_4 肿瘤穿透脏器或直接侵犯其他器官或结构

N——区域淋巴结

N_x 区域淋巴结不详

N_0 无区域淋巴结转移

N_1 结肠或直肠周围有1~3个淋巴结转移

N_2 结肠或直肠周围有≧4个淋巴结转移

N_3 任何供应肿瘤肠段血管根部淋巴结转移

M——远处转移

M_x 有无远处转移不详

M_0 无远处转移

M_1 有远处转移

0期 $T_{is}N_0M_0$

I期 $T_1N_0M_0$

$T_2N_0M_0$

II期 $T_3N_0M_0$

$T_4N_0M_0$

III期 任何$TN_{1\sim3}M_0$

IV期 任何T任何NM_1

4. 西医治疗

西医治疗的基本原则是以手术切除为主，辅以化疗、放疗。手术时应切除病变周围足够的健康组织和清除转移的淋巴结，这是根治手术的基本原则之一。如肿瘤已发生血行转移及腹膜种植，失去根治手术的时机，为了改善消化道通过障碍，应作姑息减症手术，但其预后不良。

八. 大肠癌的近年临床研究成果

近几十年来，中西医的医疗工作者对大肠癌病变作了许多研究和临床分析，提升了对大肠癌的发生、分布、诊断和治疗的认识。此外大肠癌的中西医结合治疗也已在国内临床应用多年，并取得一定的疗效。多数学者应用中医辨证分型配合手术、放化疗治疗大肠癌都能取得较好的临床疗效。兹摘录部分临床研究成果如下：

(1) 恶性肿瘤16,922例生存率分析

陈建国，等[7]根据1982～1991年江苏启东地区，以人群为基础的恶性肿瘤登记报告资料

23a_ZhongShu.indd 104 12/14/09 10:08:35 AM

中15个部位的16，922恶性肿瘤病例，将其各部位观察生存率及相对生存率作一分析研究，其中包括1，048例大肠癌(结肠癌239例和直肠癌809例)，占总数的6.2%，其发生率位次排在肝癌(34.7%)、胃癌(22.2%)、肺癌(14.7%)之后，列居第4位。分析结果显示1年、3年和5年的相对生存率为48.2%、30.9%和25.4%。若与西欧十二国近年来在大肠癌的5年生存率的40%相比，还得努力加以提高。

(2) 中医中药治疗大肠癌的疗效观察

上海华龙医院肿瘤科[8]利用中药治疗50例大肠癌(直肠癌41例和乙状结肠癌9例)。全部病例均经病理活检证实，且均经肛指与肠镜检查，癌肿浸润直肠或乙状结肠肠壁。其中行剖腹探查因癌肿已广泛转移不能切除者7例，癌肿已广泛转移行姑息性手术切除者4例。伴有肝、肺转移者4例。治疗的基本方为清肠消肿汤(八月扎15g、广木香9g、红藤15g、白花蛇舌草30g、菝葜30g、野葡萄藤30g、苦参15g、生苡仁30g、丹参15g、地鳖虫9g、乌梅肉9g、瓜蒌仁30g、白毛藤30g、凤尾草15g、贯仲炭30g、半枝莲30g、壁虎4.5g。)研粉分三次吞服。临床应用时也采用辨证加减法，适当调整用药。治疗后各年的生存例数统计，按照1978年《全国中西医结合治疗恶性肿瘤疗效评定标准》中规定，自患者来院开始治疗至死亡或末次随诊时间计算，其结果为1年生存率为80%；2年生存率为43.5%；3年生存率为31.7%；4年生存率为25.0%；5年生存率为20%。

(3) 扶正解毒汤配合术后化疗、放疗治疗中、晚期大肠癌的疗效

潘明继等[9]用扶正解毒汤为基本方配合化疗、放疗治疗260例中、晚期大肠癌术后患者。其基本方用药：党参15g、白术、茯苓各12g，黄芪30g，白英20g，白花蛇舌草、半枝莲，黄精、女贞子、仙鹤草各15g，甘草4g，三七15g研末冲服。水煎服，每日1剂。本方具有健脾益气、清热解毒的功效，适用于大肠术后患者。在化疗期间改用扶正健脾汤，放疗期间改用扶正养阴汤。其结果II，III，IV期5年生存率分别为80.5%，56.12%，21.73%，平均生存率达到52.78%，疗效不错。

(4) 健脾化生汤配合术后化疗治疗大肠癌提高生存率

张福忠等[10]用健脾化生汤配合化疗治疗106例大肠癌患者。健脾化生汤由党参、黄芪各30g，白术、云茯苓各20g，陈皮、姜半夏各10g，当归、阿胶烊化各15g组成。每日1剂。煎汤300ml，分2次温服。它具有健脾益气，补血活血的功效，适用于大肠癌术后患者。结果3年生存率为82.2%，5年生存率为58.4%，与同期术后单纯化疗64例相比有显著性差异。

(5) 中医药与手术配合治疗大肠癌

上海龙华医院利用大承气汤配合手术治38例大肠癌[11]。方以生大黄(后下)、玄明粉(冲)、枳实、厚朴各9g为基础，另加清热解毒药(白花蛇舌草、蒲公英各30g，银花、玄参各9g)，加水1000ml煎至200ml。每日1剂，口服3天。至术前晚上将原方按上法煎成300ml，冷却后经肛管作1次性灌肠。病人均不再服用泻药和抗生素，也不再清洁灌肠。准备期间患者的饮食与传统的肠道准备相同。在38例41~73岁患者进行肠道准备，属优级21例(55%)；良好16例(42%)；差级1例(3%)，全部病例无一例并发切口、腹腔、盆腔感染及吻合口瘘。

(6) 抗癌中药在结肠癌并肠梗阻中的应用

陈文阁，等[12]于黑龙江肿瘤医院从1998~2000年，进行手术治疗结肠癌98例，其中并发不完全、完全肠梗阻病人有12例，术前及术后，均配合中药应用，效果卓越。对不完全梗阻者，术前3天，除了服常规抗炎药外，也开始同时将中药蒲公英、白花蛇舌草、喜树、凤尾草等水煎至200ml，日2次口服，连续3天。术前12小时

23a_ZhongShu.indd 105 12/14/09 10:08:48 AM

用抗癌中药200ml保留灌肠，后再清洁灌肠。对完全性梗阻者，术前12小时用抗癌中药天南星、天花粉、鳖甲、瓜蒌、牡蛎等各30g，水煎至1000ml，其中200ml于术前做清洁灌肠用，另800ml中药同温盐水3000~5000ml，于术中交替采用封闭式顺行肠道清洁灌洗法，清洗梗阻以上端近肠管，清洁肠管后，肠腔内留置少量抗癌中药约50~100ml，甲哨唑100mg，5-Fu100mg。术后第2日开始每日扩肛3~4次，年龄偏大排气时间长的患者可用承气汤100ml，日1次保留灌肠。治疗结果显示无一吻合口瘘，同时也无一发现术后瘤细胞脱落造成腹腔、腹壁种植，保证完好的实行术中无瘤术。此外，恢复排气、排便、进食时间平均提前2天。

(7) 中医中药治疗复发和或转移的晚期大肠癌

江西省肿瘤医院的程剑华[13]于1988~90年以中药治疗复发或转移的晚期大肠癌共47例，包括结肠癌、直肠癌和结直肠例，转移和复发情况有肝转移、肺转移、腹腔转移、原病灶复发例、骨转移和其他脏器转移例，其中有二处以上转移灶共26例，按治疗方法分为鸦胆子油乳组、鸦胆子合放化疗组、单纯化疗组和单纯放疗组。治疗方法：鸦胆子油乳组的治疗分为静脉给药和口服两种。静脉给药为每日用鸦乳20~30ml加生理盐水静滴，每日一次。口服给药为每次服20~25ml，每日三次，15天为一疗程。化疗组选用Me-Fv方案8例，选用含5-Fu的其他方案11例，含阿霉素的方案4例。放疗组对原发灶采用后装放射治疗，对转移灶用体外照射，放疗剂量为10~45Gy，均未达到肿瘤根治量。治疗结果表明单纯鸦胆子油乳治疗有效率为37.5%，与化疗组比较有非常显著差异，且无明显的毒副反应。从病情分析，选用鸦乳治疗的病例均为体质差，无法耐受化疗者，且二处以上转移灶比例高于其他组；临床资料说明鸦胆子油乳治疗是适合①年老体弱的晚期大肠癌患者的有效方法；②对肝转移、腹腔转移有一定疗效；③和放化疗同时使用，可减轻放、化疗的毒副反应。

(8) 癌症术后转移及其中医药对策

浙江省中医药研究院沈汉澄[14]认为大肠癌手术切除率较高，但术后远处转移的发生率也在30-50%。对于癌术后转移的防治，既要看到癌术后引起的证候，又要认识到转移的根本在于转移性癌细胞的恶性发展，因此要把辨证论治和抗癌结合起来。扶正为主针对癌术后病人，体内可见癌细胞已被清除，但很多病人呈气虚、阴虚状态。故宜运用益气、滋阴等法，以预防癌术后转移。补气药如人参、黄芪、白术、黄精、藤梨根、绞股蓝等，补阴药如石斛、女贞子、山茱萸、龟板、鳖甲、天冬等，均能调节免疫功能，提高机体肿瘤杀伤细胞活性组织和局部免疫功能，能干预着床癌细胞增殖，激活转移抑制基因，阻断癌细胞多药耐药、调节的比值，有利于抑制癌因子的生长。其中有些药物还被证实具有明显的反突变作用。临床常用于肿瘤术后的代表方有四君子汤、六味地黄丸、六君子汤等。在使用补法中，常配伍健脾和胃、理气活血等药，以体现扶正不忘祛邪、滋补又兼理气的原则。

癌术后病人，专门扶正容易留邪，单纯攻邪则更伤正气，所以必须将扶正、祛邪两法有机地结合起来，攻补兼施，以扶正为主，祛邪为辅。在祛邪方法中常用的是清法和消法。清法是清除热邪的方法，这类药中白花蛇舌草、半枝莲、夏枯草、蒲公英、山豆根、冬凌草、七叶一枝花、白头翁、白英、龙葵、垂盆草、黄芩、土茯苓、地龙、青黛、苦参、漏芦、水杨梅、半边莲、鸦胆子、马齿苋、肺形草等，均有直接或间接抑杀癌细胞、促使癌细胞逆转作用和提高组织细胞活力等作用，好多药物还被动物实验证实有增强免疫功能作用.

(9) 中药结合化疗与免疫治疗

朱旭东等[15]运用中医辨证，给于中药结合化疗与免疫治疗，临床观察76例，近期总有效

23a_ZhongShu.indd 106 12/14/09 10:09:41 AM

率为30.26%，并能缓解主观癌状，改善一般症状，减轻化疗、放疗的副反应，中位生存时间较单纯化疗者有所延长。

(10) 中药配合化疗治疗晚期大肠癌

陈乃杰等[16]采用中药配合MLF方案化疗治疗晚期大肠癌26例，中医辨证分型为湿热下注型、瘀毒内结型、肝胃阴虚型、气血亏虚型、脾肾阳虚型、肝肾阴虚型，结果近期有效率为38.4%，略高于对照单纯化疗组，而在症状改善、不良反应发生率等方面明显优于对照组。

(11) 中医药对于化疗的免疫支持

北京中医学院东门医院自1980年开始应用参芪注射液治疗胃及大肠癌术后病人。王广，等[17]于1991~1994年对62例参芪注射液治疗胃及大肠癌术后病人与单用化疗组作对比，证明参芪注射液有以下作用：①改善全身状况，减轻症状；②保护造血功能，防止化疗过程中白细胞下降；③增强机体免疫功能，增加巨噬细胞吞噬作用；④降低血液黏滞度，增加血流速度，具有活血化瘀作用；⑤明显降低血清中癌胚抗原的含量。

(12) 健脾益肾药的减毒作用

中医研究院广安医院[18]对健脾益肾法进行了研究，实验结果表明，脾胃方(党参、白术、枸杞子、女贞子、菟丝子、补骨脂)对化疗药物有减毒作用，且有抑瘤增敏效应和抗转移作用。脾胃方合并化疗，对实验动物骨髓的造血功能有明显的促进作用，还有提高肾上腺皮质功能的作用。因此，目前多应用中医中药作为综合抗癌治疗方法之一，这对增进体质，改善症状，减轻化疗、放疗的毒副反应，保护骨髓，增强机体免疫功能，都能取得较好的效果。

(13) 中药对细胞免疫功能的调节

白求恩和平医院的蔡长春，等[19]在抗癌中药及天然药物研究进展一文的报导中说，中药方剂十全大补汤、小柴胡汤，部分中草药如柴胡、当归、川芎、桂枝、茯苓等和中药有效成分云芝多糖、香菇多糖、虫草多糖，均有诱生具有生物活性的肿瘤坏死因子，提高其活性能力。黄芪、当归、枸杞、党参、五味子、芍药、黄芩、生地、甘草等可诱生白细跑胞介素、干扰素的产生，从而提高机体的免疫能力，通过“扶正固本”达到“祛邪”的目的。

(14) 中药逆转肿瘤细胞的多药耐药

四川成都市的高贤钧[20]的研究发现在应用钙通道拮抗剂汉防己甲素作为耐药逆转剂时，汉防己甲素有明显的化疗增效作用，推测其增效作用是间接的阻断隔膜上P-170的非排泵作用，使细饱内化疗药物浓度增高，致使细胞破坏增加。许多中草药具有钙通道拮抗剂样作用，如川芎、前胡、丹参、黄芩、赤芍、茵陈、红花等，其组成方剂如小柴胡汤、四物汤、柴胡桂枝汤等显示了良好的协同钙通道阻滞作用，为中药逆转细胞蒙药耐药提供了广泛的药源。

九. 新加坡中华医院大肠癌的治疗情况

笔者正在中华医院对大肠癌诊治课题进行科研。从众多病例记录中，笔者观察到大多数首次被确诊的病患已进入病理的中、晚期。不少患者也已出现淋巴结，甚至转移他脏的情况，如涉及肝、肺、腹腔、骨髓、脑髓等，因此在治疗上就比较复杂和艰难，不但疗程比较长，其治愈率也不够理想。

中华医院所治疗的大肠癌病患，都是先由西医院确诊后才前去求医，即大部分来找中医师诊治之前已在西医院确诊，或正处在西医治疗的过程中；而对于少部分疑似大肠癌征兆的患者，中医师都会建议他们前往西医院作检查，以确诊病变及病情阶段。绝大多数来寻求中医治疗的大肠癌病患的诊治模式，都是以西医诊治为

23a_ZhongShu.indd 107 12/14/09 10:09:51 AM

主，中医诊治为辅，藉以提高诊治疗效。其中约有九成接受过手术治疗，且多需同时进行化放疗或化疗或放疗跟进治疗。大致上整个治疗过程是以西医的辨病治疗，配合中医的辨病和辨证治疗。当西医院停止用药期间或对少数不接受西医治疗的患者，中医院会在辨证的基础上也加强辨病用药。简言之，在新加坡以中医药治疗大肠癌的诊治过程中，是依据现代中医学临床应用的模式进行的。

十. 中华医院大肠癌病例基本数据统计

目前笔者正在中华医院收集整理大肠癌病例的统计数据。笔者把过去约十年的病例归类分析。至今共收集了360个大肠癌病例，其中男性181人，占50.3%；女性179人，占49.7%，男女之比例几乎是相等。年龄最小29岁，最大86岁，平均年龄59.2岁，其中位数为58岁。兹根据新加坡癌症病患档案记录的分类法，以患者的年龄段归纳如下：

1) 年龄：29~86；中位数=58；平均值=59.2

≦34岁：5(1.39%)

35~49岁：66(18.33%)

50~64岁：170(47.22%)

65~74岁：85(23.61%)

≧75岁：34(9.45%)

2) 中医诊治次数：1-139次个月，中位数=6次

①1~3次=134〔37.22%〕

②4~6次=50〔13.89%〕

③7~12次=67〔18.61%〕

④13~24次=45〔12.50%〕

⑤≧25次=64〔17.78%〕

3) 西医院大肠癌分期

①1期=61〔16.94%〕

②2期=65〔18.06%〕

③3期=68〔18.89%〕

④4期=166〔46.11%〕

4) 肠癌病位分类数据

①大肠癌者=174例〔48.3%〕

②结肠癌者=130例〔36.1%〕

③直肠癌者=56例〔15.6%〕

5) 转移他脏

①肝脏=98〔27.22%〕

②肺脏=46〔12.78%〕

③其他脏器=43〔11.94%〕

④淋巴结=81〔22.50%〕

其中转移至一脏器者有108例(30.00%)、二脏器者有32例(8.89%)；三脏器者有4例(1.11%)；四脏器者有1例(0.28%)，此外，还有71例(19.72%)只转移至淋巴结。

6) 西医治疗

①有手术=334〔92.78%〕

单化疗=188〔52.22%〕

单放疗=5〔1.39%〕

化、放疗=46〔12.78%〕

无西医治疗=95〔26.39%〕

②无手术=26〔7.22%〕

单化疗=5〔1.59%〕

单放疗=3〔0.83%〕

化、放疗=2〔0.56%〕

无西医治疗=16〔4.44%〕

23a_ZhongShu.indd 108 12/14/09 10:10:07 AM

十一. 小结

通过对本课题的数据与资料的分析研究，希望能总结近十年新加坡中华医院诊治大肠癌的进展与概况。从所收集到的**360**个病例中显示，超过九成的病患是经过手术治疗。其中还有超过七成的病患也接受化疗、放疗，或化放疗的西医辅助治疗；其余不到一成的病患(**26**例)没有接受手术治疗；而接受纯中医药治疗的病患只有**16**例。这些数据显示新加坡中华医院所提供的中医药诊治法，大部份是在病患接受西医药治疗的过程中同时进行的。因此在某种程度上可以说中华医院的中医药辅助治疗，是在协助新加坡推展中西医结合治疗大肠癌。有关中医如何辨治大肠癌的归纳分析，以及中草药在治疗过程中又扮演着何等重要的角色等细节，将在以后再与大家分享。

参考文献

[1] DrDMaxParkin. GLAOBALCancerStatistics 2002, GLOBACAN

[2] USNationalCancerInstitutes. SurveillanceEpidemiologyandEndResultsfor2001-2005

[3] 张思维, 等. 中国部分市县1998~2002年恶性肿瘤的发病与死亡. 中国肿瘤2006, 15(7)

[4] ASeow, 等. TrendsinCancerIncidenceinSingapore, 1998-2002, SingaporeCancerRegistryReportno.6

[5] 李乾构, 等. 实用中医消化病学. 人民卫生出版社, 2001: 618

[6] 刘伟胜, 等. 肿瘤科专病中医临床诊治. 人民卫生出版社2000, 293~300

[7] 陈建国, 等. 恶性肿瘤16, 922例生存率分析. 中华肿瘤杂志, 1998, 5, 20(3): 202~206

[8] 刘嘉湘. 中医中药治疗大肠癌50例疗效观察. 中医杂志1981(12): 33~36

[9] 潘明继, 等. 中西医结合治疗260例中晚期大肠癌的疗效观察. 中医杂志, 1996, 37(4): 218

[10] 张福忠、于庆生. 中西医结合治疗结肠癌106例. 中国中西医结合外科杂志, 1997, 3(4): 253

[11] 金定国, 等. 大肠癌的中医辨证治疗. 第九届中日大肠肛门病学术交流会2004 中国肛肠外科论坛论文汇编: 46~52

[12] 陈文阁, 等. 抗癌中药在结肠癌并肠梗阻中的应用. ACMP, 2001, 29(3): 32

[13] 程剑华. 47例晚期大肠癌治疗结果分析. 癌症, 1993, 03: 255~256

[14] 沈汉澄. 癌症术后转移及其中医药对策. 浙江中医杂志, 1999(1)

[15] 朱旭东, 等. 辨证分型治疗中晚期大肠癌76例. 江苏中医, 1998, 19(2): 28~29

[16] 陈乃杰. 中医辨证配合MLF方案治疗晚期大肠癌26例临床观察. 福建医药杂志, 1998, 20(6): 66

[17] 王广, 等. 参芪注射液辅助消化道肿瘤化疗疗效分析. 医药论坛杂志, 2006.08, 27〔15〕: 169~171

[18] 王波. 健脾益肾对大肠癌化疗毒副反应疗效观察. 贵阳中医学报, 1993, 15(2): 57~58

[19] 蔡长春, 等. 抗癌中药及天然药物研究进展. 中国药师, 20014〔4〕: 254~256

[20] 高贤钧. 中草药钙通道阻滞剂的研究与展望. 中西结合杂志. 1990, 10(7): 447~448

23a_ZhongShu.indd 109 12/15/09 8:56:50 AM

综述

慢性肾脏病尿蛋白的病理机制及中药的干预作用

张慧兰[1,2] 孙伟[3] 万毅刚[4] 陈萍

1. 南京中医药大学；2. 马来西亚，东方中医药进修学院；
3. 江苏省中医院；4. 南京大学医学院附属鼓楼医院

【摘要】慢性肾脏病（Chronic kidney disease，CKD）患者所出现的病理性尿蛋白主要是指“肾小球源性尿蛋白”和“肾小管源性尿蛋白”，其中，以白蛋白为代表的中分子量尿蛋白可以反映肾小球的功能，以 β_2-微球蛋白为代表的低分子量尿蛋白和以N-乙酰-β-D-氨基葡萄糖苷酶为代表的尿酶可以反映肾小管的功能。病理性尿蛋白的产生与脾肾失职，内生湿热，瘀血阻络等病因病机密切相关，临床上可以从辨证施治和专方专药着手治疗各种类型CKD患者的尿蛋白。

【关键词】慢性肾脏病；尿蛋白；中药

目前，慢性肾脏病(Chronickidney-disease, CKD)已成为危害公众健康的全球性公共卫生事件[1]。CKD包括各种慢性原发性和继发性肾脏疾病。尽管这些疾病的病理特征各异，但是，在疾病的早期，CHD患者大多以尿蛋白为肾损害的主要临床表现。因此，尿蛋白的定量监测与分析对于临床观察并判断早期CKD患者肾损害的程度及其预后尤为重要。病理性尿蛋白(Urinaryprotein)是指尿中排泄的各种分子量的蛋白质，这些尿蛋白是CKD患者肾小球和肾小管功能减退的临床特征，所以，称之为“肾小球源性尿蛋白”和“肾小管源性尿蛋白”[2]。实践表明，将尿蛋白作为中药治疗的靶点是临床上处理CKD患者的措施之一。

1. 慢性肾脏病尿蛋白的病理机制

1.1 肾小球源性尿蛋白

足细胞损伤相关性尿蛋白近年来，随着针对CKD蛋白尿发病机制研究的不断深入，发现足细胞裂隙膜(Slitdiaphragm, SD)分子结构及其功能是维持肾小球滤过屏障的重要因素。研究表明，在多种人类先天性肾脏病或后天获得性肾脏病中，足细胞SD相关蛋白异常表达与蛋白尿有密切关系。其中，包括nephrin、podocin、CD2AP、podocalyxin、α-actinin-4、integrin、P-cadherin、podoplanin、synaptopodin等[3]。国内的有关临床研究表明，人类尿液中出

23b_ZhongShu.indd 110 12/14/09 10:11:02 AM

现上述蛋白的表达与足细胞损伤有一定的相关性。尿中足细胞相关蛋白的检测对于CKD患者肾小球损伤的诊断、治疗，以及预后判断具有非常重要的临床意义。李月红报道[4]，在12例局灶节段性肾小球硬化症(Focalsegmentalglomerulosclerosis，FSGS)患者中，足细胞SD相关蛋白podocalyxin阳性者8例，阳性率为66.67%，在这类CKD患者的肾活检标本中，肾小球内均可见podocalyxin表达呈节段性缺失，这种变化与肾小球节段硬化部位一致；然而，在20例微小病变(Minimalchangedisease，MCD)患者中，尿中podocalyxin表达阴性，患者肾活检标本的肾小球中podocalyxin表达无异常。因此，作者推测，对于CKD患者，尿足细胞检测可作为FSGS与MCD相鉴别的一项辅助手段。余健报道[5]，糖尿病大鼠肾脏损伤越严重，尿中足细胞数量就越多，肾小球硬化指数与尿中足细胞数量呈正相关，说明尿液中脱落的足细胞数量可以反映糖尿病肾损害的程度。

尿白蛋白(Albumin，Alb)：Alb是血清中含量最多的中分子量蛋白质。当肾小球滤过膜受损，通透性增高，Alb滤过就会增加，一旦超出肾小管重吸收的限量时，尿中Alb含量可明显升高[6]。据报道[7]，尿微量Alb是反映早期CKD患者肾小球损害的指标之一，尤其是对于继发于糖尿病和高血压的CKD患者，尿微量Alb与早期的肾小球功能减退有直接的相关性。在继发性CKD早期阶段，针对尿微量Alb的干预措施可以逆转受损的肾小球功能；在非糖尿病性CKD病人中，尿微量Alb与心血管危险因子和死亡率相关，所以，尿微量Alb是预测CKD患者微血管病变的一个指标[8]；对于药物性肾损害的CKD患者，如各类抗生素、抗癌药物、降压药等，尿微量Alb也是一个有临床价值的指标[9]。

据报道[10]，在117例表现为原发性肾小球肾炎的病人中，与其他病理类型的CKD患者相比，微小病变(Minimalchangedisease，MCD)病人的尿Alb浓度很高，这与MCD肾小球足细胞融合有关。张萍观察了232例CKD患者(观察组)和56例健康体检者(正常对照组)，结果发现，在62例表现为慢性肾小球肾炎患者、28例表现为肾病综合征患者、45例表现为糖尿病肾病患者中尿微量Alb明显升高，分别为$1103\pm343mg\cdot L^{-1}$、$1742\pm435mg\cdot L^{-1}$、$1072\pm315mg\cdot L^{-1}$，而正常对照组($14\pm7mg\cdot L^{-1}$)没有变化[11]。朱国文报道[12]，在84例CKD患者中，22例有早期肾损害(内生肌酐清除率为$70\sim51mL\cdot min^{-1}$)而无临床症状的病人的尿微量Alb与30例健康对照者($9.33\pm3.62mg\cdot L^{-1}$)相比已有变化($37.60\pm7.85mg\cdot L^{-1}$)，另外，12例有早期肾损害而无临床症状的糖尿病肾病患者，其尿微量Alb已升至$36.72\pm8.11mg\cdot L^{-1}$。英国一项历时10年的糖尿病前瞻性研究也有类似的结论。在5097例2型糖尿病患者中，每年有2%尿蛋白正常的患者出现微量白蛋白尿，同时，每年有2.8%的微量白蛋白尿患者出现显性白蛋白尿(24h尿蛋白排泄量>300mg)，在这些患者中，每年进展至终末期肾病的患者占2.3%；有7.3%的患者在诊断为糖尿病时就发现微量白蛋白尿，而在病程达10年的患者中，微量白蛋白尿发生率为25%，与白蛋白尿隐性的患者相比，微量白蛋白尿组患者的死亡率增高了1.14倍[13]。

1.2 肾小管源性尿蛋白

β_2-微球蛋白(β_2-microglobulin，β_2-MG)：β_2-MG分子量较小，进入血液循环的β_2-MG几乎全部能从肾小球自由滤过，约99.9%的β_2-MG在近端肾小管被重吸收，经肾小管上皮细胞胞饮作用转入溶酶体中，分解成氨基酸，仅有0.1%的β_2-MG由尿排出体外，所以，正常人尿液中β_2-MG含量很低[14]。当各种原因导致肾小管功能损害时，β_2-MG在肾小管的重吸收和降解受阻，导致尿中β_2-MG含量升高，因此，尿β_2-MG是反映早期CKD患者肾小管功能受损的指标之一。据报道[15]，

23b_ZhongShu.indd 111 12/14/09 10:11:14 AM

临床上可以通过尿白蛋白和β_2-MG的比值(尿Alb/β_2-MG)来判断尿蛋白是来自肾小球还是肾小管。正常人尿Alb/β_2-MG为50～200(平均为100)，而肾小球源性蛋白尿的比值为1000～40000，肾小管源性蛋白尿的比值仅为1～14，当然，这一比值不适用于鉴别混合性蛋白尿；尿β_2-MG还可预见肾移植患者的排异反应，肾移植患者在出现急性排斥反应前数日，即可出现尿β_2-MG明显升高[16]。

在22例有早期肾损害(内生肌酐清除率为70～51mL·min^{-1})而无临床症状的CKD患者中尿β_2-MG已升高至0.43±0.21mg·L^{-1}，12例有早期肾损害而无临床症状的糖尿病肾病患者，其尿β^2-MG也已升高至0.39±0.35mg·L^{-1}，而30例健康对照者仅为0.11±0.03mg·L^{-1}[12]；解冰报道[17]，在353例CKD患者(观察组)和32例健康者(正常对照组)中，75例慢性肾小球肾炎患者24h尿β^2-MG升高至0.73±0.45mL·d^{-1}，92例肾病综合征患者升高至0.43±0.30mL·d^{-1}，12例狼疮性肾炎患者升高至0.34±0.21mL·d^{-1}，21例紫癜性肾炎患者升高至0.73±0.45mL·d^{-1}，11例糖尿病肾病患者升高至0.45±0.27mL·d^{-1}，而正常对照组24h尿β_2-MG没有变化(0.12±0.11mL·d^{-1})。黄欣秋观察了31例表现为肾病综合征的儿童CKD患者，在治疗前其尿β^2-MG已升高至550.6±187.4mL·d^{-1}，而正常对照组仅为103.2±32.4mL·d^{-1}[18]。彭晖报道[10]，观察了117例原发性肾小球肾炎病人的晨尿标本，结果表明，硬化性肾小球肾炎患者尿β_2-MG浓度最高，尿β_2-MG与肾小管/间质损伤的评分高度相关，对于微小病变的患者，尿β_2-MG是最重要的影响因子。Woo等比较了IgA肾病、糖尿病肾病、终末期肾病患者的尿β_2-MG的排泄情况，结果表明，糖尿病肾病、终末期肾病患者尿β_2-MG的排泄量显著高于IgA肾病患者，作者认为，糖尿病肾病所出现的肾小球超滤过和肾小管损伤可能是尿β_2-MG排泄增多的原因[19]。

视黄醇结合蛋白(Retinalbinding-protein，RBP)：RBP是血液中视黄醇的转运蛋白。在血液中RBP以视黄醇和前白蛋白结合的复合物形式而存在，当复合物中的视黄醇与靶细胞结合后，RBP便与前白蛋白分离，迅速通过肾小球滤过膜，在近端肾小管上皮细胞被重吸收、并分解、代谢，仅有0.1%的RBP从终尿中排出体外。RBP是诊断早期CKD患者肾小管损害的可靠指标[20-22]。尿RBP升高是早期CKD患者肾小管损害的临床标志，常见于各种原发性和继发性CKD患者，以及药物或中毒引起的近曲小管功能损害。解冰观察353例CKD患者(观察组)和32例健康者(正常对照组)的晨尿标本，75例慢性肾小球肾炎患者尿RBP升高至681±312.5μg·d^{-1}，92例肾病综合征患者升高至642.0±301.8μg·d^{-1}，12例狼疮性肾炎患者升高至866.1±513.7μg·d^{-1}，11例糖尿病肾病患者升高至405.1±190.1μg·d^{-1}，而正常对照组24h尿RBP仅为181.5±98.3μg·d^{-1}[17]。

N-乙酰-β-D-氨基葡萄糖苷酶(N-acety1-β-D-glucosaminidase，NAG)：CKD患者在发病过程中常伴有尿酶的增加，尿酶是肾脏受损和病变活动的临床指标，尤其在肾小管损伤时，尿酶可明显增高。迄今为止，已知尿中存在40多种以上微量的尿酶，这些尿酶大多分布在近端肾小管上皮细胞，并与肾小管功能密切相关。NAG是人体内重要的溶酶体水解酶，主要存在于近曲小管和泌尿道上皮的溶酶体中。在正常情况下，不能自由通过肾小球滤过膜，即使在肾小球滤过膜通透性增加时，因其分子量较大，一般也不会出现在尿液中。当CKD患者出现肾小管上皮细胞损害时，NAG随细胞破坏而脱落，进入肾小管管腔，导致尿中NAG含量明显增加。因此，尿NAG是反映早期CKD患者肾小管上皮细胞损伤的可靠指标之一[23]。

据报道[24]，各种继发性CKD出现早期肾小管损伤时，如各种重金属、某些药物、马兜铃酸等引起的肾小管毒性损害，另外，出血、休克、缺氧、严重烧伤等均可引起NAG活性增

23b_ZhongShu.indd 112 12/14/09 10:11:30 AM

加；而一些以肾小管损害为主的先天性CKD，如Fanconi综合征、Lowe综合征、两侧肾发育不良等，尿NAG均在正常范围；在一些慢性肾小球肾炎、肾病综合征患者中，尿NAG会明显增高，但是，随着病情的缓解，NAG也随着下降，因此，尿NAG可以作为临床动态观察CKD患者病情变化的一项可靠指标；某些继发性CKD，如糖尿病肾病、高血压肾损害、多发性骨髓瘤引起的肾损害，均可见到NAG增高。朱国文报道[12]，22例有早期肾损害(内生肌酐清除率为70～51mL·min^{-1})而无临床症状的CKD患者的尿NAG活性升高至13.01±3.63U·L^{-1}，而30例健康对照者尿NAG活性仅为8.3±2.21U·L^{-1}，另外，12例有早期肾损害而无临床症状的糖尿病肾病和高血压肾病患者，其尿NAG活性已分别升高至13.83±4.11U·L^{-1}和12.11±3.98U·L^{-1}；解冰观察353例CKD患者(观察组)和32例健康者(正常对照组)尿NAG排出率的变化情况，75例慢性肾小球肾炎患者24h尿NAG排出率升高至44.9±34.9U·gCr^{-1}，92例肾病综合征患者升高至81.0±55.5U·gCr^{-1}，12例狼疮性肾炎患者升高至80.6±20.8U·gCr^{-1}，而正常对照组24h尿NAG排出率仅为16.8±9.6U·gCr^{-1}[17]。Xu观察了120名原发性高血压的老年患者(观察组)和38例健康老年人(正常对照组)的尿NAG酶活性，发现有原发性高血压病的老年患者尿NAG酶活性明显高于对照组，提示尿NAG酶与高血压有相关性，作者认为，尿NAG酶可以作为高血压继发肾损害早期诊断指标之一[25]。

2. 中药对慢性肾脏病尿蛋白的干预作用

各种分子量的病理性尿蛋白是早期CKD患者肾损害的标志物，因此，将尿蛋白作为中药治疗的靶点，就可以延缓CKD进展。实践表明，各种具有健脾、补肾、清利、化瘀等功效的中药复方或单味中药可以减少CKD患者的尿蛋白。

2.1 中医对慢性肾脏病尿蛋白的基本认识

中医学认为，“精(精微或精气)”既是构成机体的基本物质，又是人体各种功能活动的物质基础，如气、血、津液，以及从饮、食物中吸收的“水谷精微”等。蛋白质是构成人体和维持机体生命活动的基本物质之一，所以，蛋白质属于中医学“精”的范畴。尿蛋白是指从尿液中丢失的蛋白质，也就是尿中流失的“精”。凡与精之封藏或固摄有关的脏器功能减退都与尿蛋白的产生有关。脾主运化水谷精微；CKD患者若饮食不节，脾失健运，脾气下陷，统摄失职，精微下注，出现尿蛋白。肾主贮藏精气和约束精气；CKD患者若肾元亏损，封藏失职，精气不藏，精微外泄，出现尿蛋白。另外，CKD患者脾虚不能运化水湿，湿聚化热，湿热内生，壅滞上焦，上焦不利，肺失宣肃，则肺虚；壅阻中焦，中焦不利，脾失统摄，则脾虚；留滞下焦，下焦不利，肾失封藏，则肾虚；肺、脾、肾皆虚，则精微下注，出现尿蛋白。CKD患者病程缠绵，病久入络，瘀血内生，肾络不利，精气不循常道，壅而外溢，出现尿蛋白。因此，我们认为，脾肾失职，内生湿热，瘀血阻络皆可导致尿蛋白的丢失。国内中医肾病学者治疗各种类型CKD尿蛋白多是从辨证施治和专方专药着手的。

2.2 辨证分型治疗慢性肾脏病尿蛋白

张灵等采用中药二至丸加味并配合西药治疗84例IgA肾病患者蛋白尿，基本方：地榆、女贞子、旱莲草、茜草、炒蒲黄、仙鹤草等。气虚者加生黄芪、山药；阴虚火旺者加丹皮、栀子；瘀血阻滞者加丹参、川芎。1个疗程后，显效44例，占52.38%；有效34例，占40.48%；无效6例，占7.14%；总有效率为92.86%[26]。韦秀珍等采用中药复方治疗慢性肾炎蛋白尿120例，基本方：黄芪、太子参、山药、芡实、山萸肉、茯

23b_ZhongShu.indd 113 12/14/09 10:11:44 AM

苓、泽泻、枸杞子、石苇、当归、丹参、坤草等。偏脾肾阳虚者去石苇，加熟附子、仙灵脾；偏气虚者黄芪加量，加白术；偏阴虚阳亢者加钩藤、夏枯草、菊花、珍珠母；偏湿热者减黄芪，加萹蓄、蒲公英等。结果表明，基本缓解36例，显效54例，好转24例，无效6例，总有效率95%[27]。管竞环认为慢性肾炎蛋白尿属脾肾两虚者用补中益气丸合六味地黄丸；属肾阴亏虚、脾虚湿盛者用知柏地黄丸合二至丸为主，酌加健脾渗湿药(黄芪、党参、猪苓等)；属肾气不固者用沙苑子、芡实、莲须、龙骨、牡蛎、山药、山萸肉、黄芪、党参、桑螵蛸、金樱子、菟丝子、龟板等；属瘀血阻滞者用少腹逐瘀汤加减；属外邪入里化热者用黄连解毒汤合五味消毒饮加减[28]。程晓霞等提出从虚、从瘀、从风、从湿论治IgA肾病蛋白尿，虚者加黄芪、当归；瘀者加制大黄、桃仁、积雪草；风湿内扰者加雷公藤多苷片或火把花根片；风热伤络者加蝉衣、连翘、银花、黄芩、虎杖、白茅根、芦根、天冬、麦冬、茜草、炒牛蒡子；下焦湿热者加黄柏、白头翁、赤芍、白芍、丹参、丹皮、蒲黄、大蓟、小蓟、白茅根、茜草、白花蛇舌草；气阴两虚者加黄芪、当归、干地黄、川芎、白芍、女贞子、旱莲草、山药、芡实、金樱子。结果表明，总缓解率75%[29]。

2.3 专方专药治疗慢性肾脏病尿蛋白

邵燕燕采用健脾利湿益肾固涩法治疗慢性肾炎蛋白尿42例，药用益智仁、川牛膝、党参、山萸肉、白术、茯苓、山药、黄芪、白茅根、芡实、生薏仁。结果显示，临床缓解7例，基本缓解17例，有效12例，无效6例，总有效率85.7%，疗效优于金水宝胶囊对照组[30]。陈璇等观察玉葵清颗粒(生黄芪、制首乌、黄蜀葵花)对早期2型糖尿病肾病尿蛋白的临床疗效，结果显示，对于早期2型糖尿病肾病气阴两虚、湿瘀阻络证患者，玉葵清颗粒具有降低尿微量白蛋白的作用[31]。黄蔚霞用糖肾1号方(山药、赤石脂、肉苁蓉、菟丝子、牛膝、熟地黄、山慈菇等)治疗具有蛋白尿的糖尿病肾病患者60例，并以降糖药作为对照组，结果显示，2组病例治疗后尿微量白蛋白、尿β^2-微球蛋白明显下降，而且，糖肾1号方的作用优于降糖药组[32]。盛梅笑等采用狼疮静颗粒(生地、熟地、青蒿、白花蛇舌草、益母草、泽泻等)治疗22例活动性狼疮性肾炎患者，结果表明，中药联合西药组在治疗血尿、蛋白尿，以及改善肾功能方面均优于单纯西药组，并且，激素相关的副作用也明显减轻[33]。曹永芬观察中药健脾保肾方(黄芪、党参、山药、枸杞子、生地、山茱萸、金樱子、丹参、红花、茯苓等)治疗30例早期糖尿病肾病老年患者的临床疗效，结果显示，治疗前后的血糖、血压，以及肾功能等各项指标差异无显著性，但尿微量白蛋白明显改善[34]。张松青等采用肾炎益气方(黄芪、白术、防风、金银花、蒲公英、当归、川芎、赤芍、白芍、茯苓、泽泻、车前草)加白花蛇舌草、蛇莓、穿山龙治疗49例IgA肾病蛋白尿的患者，结果表明，对于IgA肾病伴有少量蛋白尿的患者，单纯中药有较好的疗效[35]。郭兰中采用疏风清热、凉血活血的中药(蝉衣、茜草、紫草、生地、丹皮、赤芍、防风、僵蚕、益母草等)联合西药治疗蛋白尿型过敏性紫癜性肾炎62例，治疗组总有效率88%[36]。何军使用黄芪汤(生黄芪、芡实、茯苓、菟丝子、金樱子、丹参、地龙、山药、泽兰、玉米须等)治疗顽固性蛋白尿14例，治愈9例，缓解3例，有效率达85.71%[37]。

总之，大多数CKD患者早期的肾损害是以“尿蛋白”为主要临床特征的，各种分子量的病理性尿蛋白标志着早期CKD患者肾小球、肾小管损害的程度，在CKD进展过程中，尿蛋白，尤其是中、低分子量尿蛋白和尿酶与肾损害的诊断、治疗、预后密切相关。因此，控制尿蛋白的排泄既能保护肾小球、肾小管功能，又能延缓CKD患者进展至终末期肾病(尿毒症)。目前，为国内外肾病学者所关注的中分子量尿蛋白以UAlb为代表，低分子量尿蛋白以Uβ_2-MG为代表，尿酶以UNAG为代表，然而，针对中、低分

23b_ZhongShu.indd 114 12/14/09 10:12:03 AM

子量尿蛋白和尿酶的药效学的研究很少。CKD患者病理性尿蛋白谱的变化规律是否可以指导临床用药? 这一课题值得深入研究。我们的初步研究表明，对于早期CKD患者而言，出现尿蛋白的主要脏器与肾、脾有关，其基本病机是脾肾两虚；脾肾气虚证是独立证型；UAlb、UNAG与脾肾气虚证有关[38]。笔者认为，对于早期CKD患者所出现的少、中等量的尿蛋白，中药确有一定的作用，但是，不能满足于中药减少蛋白尿的效果，更为重要的是，必须借助CKD尿蛋白的病理机制揭示中药的作用机制。足细胞病变与蛋白尿的关系已得到国内外学者的公认。晚近的研究也表明，尿蛋白引起肾小球损害的机制包括尿蛋白对肾小球系膜组织的毒性作用和脂蛋白引发的肾小球损伤；尿蛋白引起肾小管/间质损伤的机制包括阻塞肾小管，诱导炎症反应，促进肾小管/间质纤维化，激活补体，诱发细胞凋亡等[39,40]。借助这些病理机制可以在更深层次上阐明中药治疗蛋白尿的药理作用。

参考文献

[1] LeveyAS,EckardtKU,TsukamotoY,etal.Definitionandclassificationofchronickidneydisease:apositionstatementfromKidneyDisease:ImprovingGlobalOutcomes(KDIGO)[J].KidneyInt,2005,679:2089.

[2] AbueloJG.Proteinuria:diagnosticprinciplesandprocedures[J].AnnIntMed,1983,98:186.

[3] MundelP,ShanklandSJ.Podocytebiologyandresponsetoinjury[J].JAmSocNephrol,2002,13:3005.

[4] 李月红，黄海长，刘刚，等.检测肾病综合征患者尿中足细胞的临床意义[J].北京大学学报(医学版)，2004，36:135.

[5] 余健，邹敏书，聂国明，等.糖尿病肾病大鼠尿中足细胞检测的意义[J].医学临床研究，2006，23:1366.

[6] CirilloM,SenigalliesiL,LaurenziM,etal.Microalbuminuriainnondiabeticadults:relationofbloodpressure,bodymassindex,plasmacholesterollevels,andsmoking:TheGubbioPopulationStudy[J].ArchinternMed.1998,158:1933.

[7] EvansG,GreavesI.Microalbuminuriaaspredictorofoutcome.Showspromisebutlargeprospectivetrialsareneeded[J].BMJ,1999,318:207.

[8] ArnlovJ,EvansJC,MeigsJB,etal.Low-gradealbuminuriaandincidenceofcardiovasculardiseaseeventsinnonhypertensiveandnon-diabeticindividuals:theFraminghamHeartStudy[J].Circulation,2005,112:969.

[9] 潘静，魏明竟.尿液微量白蛋白的研究近况[J].临床检验杂志，2003，21:316.

[10] 彭晖，余学清，娄探奇，等.不同病理类型肾病患者蛋白尿成分与肾脏病理的关系[J].中华肾脏病杂志，2006，22:271.

[11] 张萍，肖燕，严茹红.尿微量蛋白检测在肾脏疾病中的诊断价值[J].苏州大学学报(医学版)，2007，27:285.

[12] 朱国文，李熙建.肾脏功能不同程度损害时尿中几种微量蛋白与尿酶变化分析[J].国际检验医学杂志，2007，28:489.

[13] TabaeiBP,Al-KassabAS,IlagLL,etal.Doesmicroalbuminuriapredictdiabeticnephropathy?[J].DiabetesCare,2001,24:1560.

[14] 熊顺军，王红玲，张渝候，等.β2-MG测定在小儿糖尿病肾脏损害的作用[J].中华肾脏病杂志，2001，17:173.

[15] D'AmicoG,BzziC.Pathophysiology-ofproteinuria[J].KidneyInt,2003,63:809.

[16] Si.jpkensYW,DoxiadisII,MallatMJ,etal.Earlyversuslateacuterejectionepisodesinrenaltransplantation[J].Transplantation,2003,75:204.

[17] 解冰，江利萍.多项目联检判断肾小管功能探讨[J].放射免疫学杂志，2007，20:26.

23b_ZhongShu.indd 115 12/14/09 10:12:30 AM

[18] 黄欣秋.血尿β2微球蛋白的变化在儿童肾小球疾病中的意义[J].广西医学，2004，26:1525.

[19] WooKT,LauYK.Patternofproteinuriaintubularinjurandglomerularhyperfiltration[J].AnnAcadMedSingapore,1997,26:465.

[20] NaylorHM,NewcomerME.Thestructureofhumanretinol-bingdingprotein(RBP)whititscarrierproteintransthyretinrevealsaninteractionwiththecarboxyterminusofRBP[J].Biochemistry,1999,38:2647.

[21] RaskL,AnundiH,BohmeJ,etal.Theretinol-bindingprotein[J].ScandJClinLabInvest(Suppl),1980,154:45.

[22] LindbladBS,PatelM,HamadehM,etal.Ageandsexareimportantfactorsindetemingnormalretinollevels[J].JTropPediatr,1998,44:96.

[23] HultbergB,RavnskovU.TheexcrectionofN-acety1-β-D-glucosaminidaseinglomerulonephritis[J].ClinNephrol,1981,15:32.

[24] 叶任高，许韩师.尿溶菌酶和NAG测定对肾小管间质病变的诊断价值[J].中国实用内科杂志，1999，19:198.

[25] XuX,FangY,JiJ,etal.Clinicalvalueofurinarykidneybiomarkersforestimationofrenalimpairmentinelderly Chinesewithessentialhypertension[J].JClinLabAnal,2008,22:86.

[26] 张灵，余慧玲.中药二至丸加味西药配合治疗IgA肾病84例[J].中医药学刊，2005，23:1887.

[27] 韦秀珍，项淑英，刑洪林.中药治疗慢性肾炎蛋白尿的疗效观察[J].中国初级卫生保健，2005，19:65.

[28] 潘静.管竞环教授治疗慢性肾炎蛋白尿临证经验[J].中国中西医结合肾病杂志，2004，5:438.

[29] 程晓霞，毛黎明，王文荣，等.中西医三环治疗IgA肾病蛋白尿的临床研究[J].中国中西医结合肾病杂志，2008，9:615.

[30] 邵燕燕.健脾利湿益肾法治疗慢性肾炎蛋白尿42例[J].陕西中医，2008，29:531.

[31] 陈璇，余江毅.“玉葵清”干预治疗早期2型糖尿病肾病的临床研究[J].江苏中医药，2008，40:48.

[32] 黄蔚霞，程锦囡.糖肾1号治疗糖尿病肾病临床疗效评价[J].实用中医内科杂志，2007，21:60.

[33] 盛梅笑，金实，熊佩华，等.狼疮静颗粒治疗活动性狼疮性肾炎肾虚湿毒证疗效观察[J].南京中医药大学学报，2007，23:220.

[34] 曹永芬.中药健脾保肾方治疗老年人早期糖尿病肾病的临床观察[J].辽宁中医杂志，2007，34:1267.

[35] 张松青，饶向荣，戴希文.益气清解方治疗IgA肾病的临床疗效观察[J].光明中医，2006，21:44.

[36] 郭兰中.凉血活血法治疗蛋白尿型过敏性紫癜性肾炎62例[J].浙江中医学院学报，2005，29:24.

[37] 何军.黄芪汤治疗顽固性蛋白尿14例临床观察[J].临床军医杂志，2001，29:101.

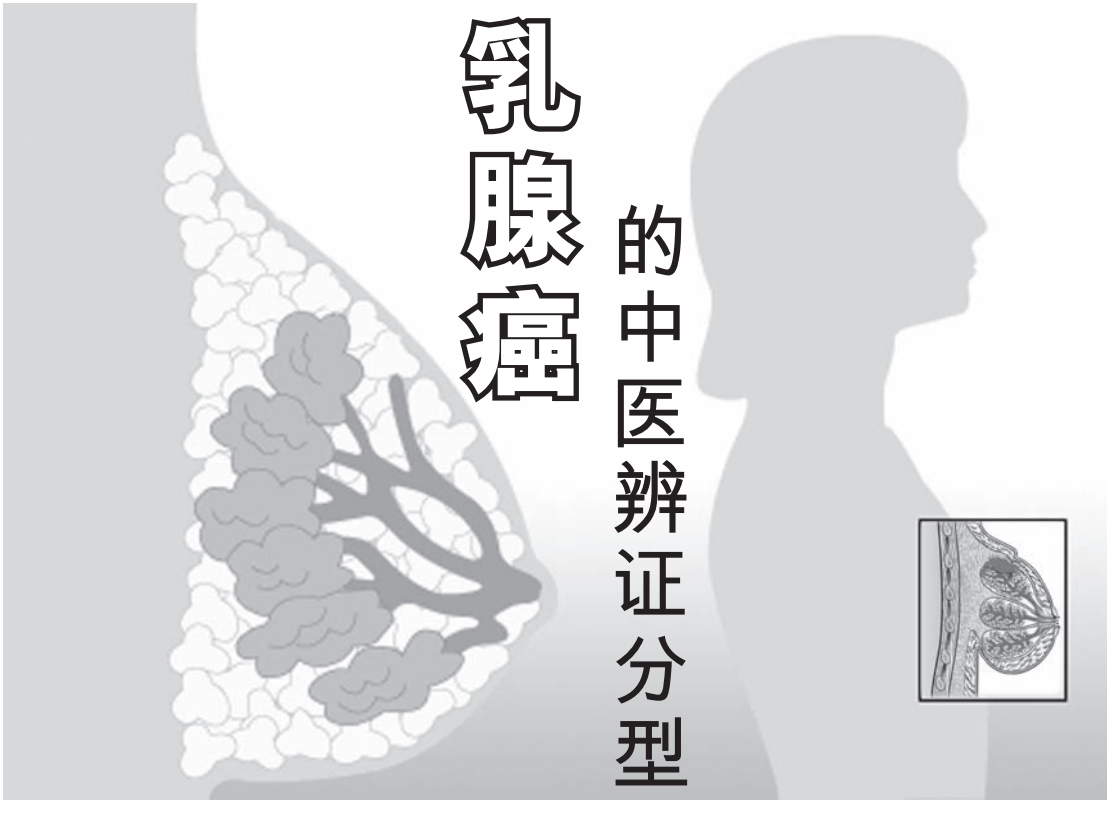
[38] 万毅刚，孙伟，王婧，等.早期慢性肾脏病尿蛋白与中医证候相关性研究[J].中国中西医结合杂志，2008，28:801.

[39] TryggvasonK,PatrakkaJ,WartiovaaraJ.Hereditaryproteinuriasyndromesandmechanismsofproteinuria[J].NEnglMed2006;354:1387.

[40] AbbateM,ZojaC,RemuzziG.Howdoesproteinuriacauseprogressiverenaldamage[J].JAmSocNephrol2006;17:2974.

23b_ZhongShu.indd 116 12/14/09 10:13:00 AM

乳腺癌的中医辨证分型



曾玉珠

1. 乳腺癌概况

乳腺癌是妇女健康的头号杀手，近年来，发病有年轻化的趋势，发病的高峰年龄在40－49岁。与其他实体瘤相比，乳腺癌治疗的有效率较高。研究显示其真正的致命危险是来源于它的全身性转移，因此，早期发现，并进行规范治疗能使患者彻底根治或让患者长时期带瘤生存。

手术、放化疗、内分泌治疗及中医药治疗是当今乳腺癌的主要治疗方法。多年来研究显示中医药在抑制肿瘤细胞生长方面并不显著，但在改善肿瘤患者的临床症状、提高生存质量、延长生存期及减轻放化疗的毒副作用方面却有独特优势。

2. 古人对乳腺癌的认识

中医文献无“乳腺癌”的病名，根据其临床特征可归为“乳岩”的范畴。《外科正宗》谓：“经络痞涩，聚结成核，初如豆大，渐成棋子，半年一年，二载三载，不痛不痒，渐渐而大，初生疼痛，痛则无解，日后肿如堆栗，或成覆碗，色紫气秽，渐渐溃烂，深者如岩穴，凸者如泛莲，疼痛达心，出血则臭，其时五脏俱衰，四大不救，名曰乳岩，凡犯此者，百人必百死。”这些描述与乳腺癌的临床表现极为相似。《医宗金鉴》则描述“坚硬岩形引腋胸”，认识到乳癌晚期可转移至胸壁和腋窝。

24_ZhongShu.indd 117 12/14/09 10:13:41 AM

3. 乳腺癌的病因病机

有关乳腺癌病因病机，《外证医案汇编》载有“正气虚则为岩”。

《医宗必读》则详述：“积之成也，正气不足，而后邪气踞之”。

《景岳全书》则谓：“肝肾不足及虚弱失调之人，多有积聚之病”。

《疮疡经验全书》曰：“阴极阳衰，血无阳安能散，致血渗入心经而生乳岩”。

朱丹溪的《格致余论》云：“忧怒抑郁，朝夕积累，脾气消沮，肝气横逆，遂成隐核，如棋子大，不痛不痒，名曰乳岩”。

《女科撮要》有：“乳岩属肝脾二脏郁怒，气血耗损”。

《灵枢·五变》曰：“寒湿不次，邪气稍至，蓄积留止，大聚乃起”。

《诸病源候论》则论曰：“有下于乳者，其经络为风寒气客之，则血凝结成痈肿。而寒多热少者，则无大热，但结核如石”。

《灵枢》：“湿气不行，凝血蓄里而不散，津液涩滞，蓄而不去，而积皆成也”。

罗景光[1]，黎壮伟，陈锐深[2]，唐汉钧[3]皆认为其病因病机可归纳为以下几个方面：一是忧思郁怒，肝气郁结；二是感受邪毒，瘀血凝滞；三是饮食厚味，痰浊凝聚，这与现代医学所述之高脂肪饮食在肠道内产生致癌作用的雌激素而发生乳腺癌相一致；四是冲任不调所致肝肾不足，无以充养冲任，这似与现代医学认为的体内雌激素水平失调相一致。这多种因素作用于人体，引起机体阴阳平衡失调，发生气滞，血瘀，痰结，邪毒壅踞等一系列病理变化。因此，乳腺癌是因虚得病，因虚致实，虚实夹杂。本虚在肝、脾、肾，尤以肝肾虚损为主；标实以气滞、血瘀、痰浊为多。

4. 乳腺癌的中医证型研究

中医认为[4]正气不足，气血亏虚是乳腺癌发生的内因和根本，气虚不能卫外致使邪客于乳络而患本症。同时，情志内伤，忧思郁怒又是本病发生发展的重要因素。根据脏腑经络学说，乳头属足厥阴肝经，肝脉布络胸胁，宜疏泄调达，郁怒伤肝，肝失疏泄则胸胁脉络气机不利。因此，乳腺癌患者大多出现肝郁气滞，肝肾阴虚，气血双亏等不同证型。

广州市名老中医罗景光教授[1]对术前患者，从肝郁气滞，热毒炽盛，肝肾阴虚，冲任不调及气血亏虚等不同证型论治。

根据孙霓平等[5]对文献及临床病例报道统计，乳腺癌术前患者的证型在文献中的分布频率由高到低依次为肝郁型，痰瘀毒热型，气血两虚型，冲任失调型，脾虚痰湿型，肝肾阴虚型，正虚邪实型，气阴两亏型，肺肾两虚型，脾肾阳虚型；在临床病例中的分布频率则依次为肝郁型，脾虚痰湿型，痰瘀毒热型，冲任失调型，气血两虚型，气阴两亏型，正虚邪实型，肺肾阴虚型。他运用**Logistic**回归统计方法对乳腺癌术前临床报道病例进行分析，得出初始的中医证候预测模型。大致将乳腺癌术前患者分为肝郁、痰瘀毒热和阴虚毒热三型。

刘艳红等[6]，[7]对**40**例乳腺癌术后经过放疗、化疗后的患者进行中医辨证治疗，分为肝气郁结型、脾虚痰湿型、气阴两虚型及瘀热型。

张洪亮等[8]总结乳腺癌术后的辨治纲要，分术后气血亏虚型、术后化疗期脾肾双亏型、术后放疗期气阴两虚型。

刘燕珠等[9]对术后求诊的**68**例患者分为肝郁气滞，气血两虚，痰热凝结**3**型。

唐汉钧[10]对乳腺癌术后辨证分为肝气郁结，肝肾亏虚，冲任失调，脾失健运，气血亏虚，肺肾亏虚，气阴不足及毒邪蕴结型。

24_ZhongShu.indd 118 12/14/09 10:14:08 AM

吴雪卿等[11]对108例乳腺癌术后患者进行中医症状采集分析，得出辨证分型有气虚证，阴虚证，血虚证，冲任失调证，肝气郁结证，肝肾阴虚证；气虚证、阴虚证相兼；气虚证、阴虚证、冲任失调证三证相兼。总结出乳腺癌术后患者的临床辨证分型错综复杂，以气虚证及阴虚证或二证相兼为最常见，其次为冲任失调证或三证相兼。

刘胜等[12][13]，对乳腺癌术后407例患者进行了辨证分型观察，认为临床上气阴两虚证、冲任失调证、气血两亏证、肝气犯胃证、气阴两虚伴冲任失调证5型最为多见，而其中气阴两虚证又占绝大多数(384例，占94.35%)；气血两亏证占少数(22例，占5.41%)；气阴两虚同时伴冲任失调证313例，占76.90%。他也认为肝气犯胃证的出现多与病程密切相关，多见于术后病程较短的放化疗期间。

王国霞等[14]将术后化疗致白细胞减少者分为脾气虚及脾肾阴虚2型。

临床研究报道认为乳腺癌术后的一系列并发症，如常见的皮瓣坏死，皮下积液及患侧上肢肿胀等，中医辨证均与血瘀证有密切关系。医家们[15]根据各自的临床经验将此证细分为气虚血瘀，气滞血瘀及脾虚痰凝血瘀3个证型。

陆德铭教授[16]认为临床上术后复发转移的患者以气阴两虚、冲任失调为常见证型。

张瑾等[17][18]，对147例乳腺癌患者进行中医辨证分型，同时对其体液免疫功能指标和细胞免疫功能指标水平进行检测。总结出早期乳腺癌以气滞型和血瘀型为多见，晚期患者以阴血虚型和阳气虚型多见。

魏开建[19]选择78例乳腺癌患者，中医辨证分肝郁痰凝、冲任失调、正虚毒炽3个证型。TNM分期标准，分TNMⅠ期、Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期。在TNMⅠ期的患者中大都辨证为实证，以肝郁痰凝证为多；TNMⅡ期的患者中，虚证、实证大致相等，以肝郁痰凝、冲任失调为主；而TNMⅢ期和TNMⅣ期的患者，大多辨证为虚证，以冲任失调，正虚毒炽为主。

黎壮伟等[2]治疗晚期乳腺癌分为肝郁气滞型、痰瘀互结型(认为此型在临床中尤为多见)、热毒郁结型、气血两虚型及肝肾亏虚型5型。而周氏[20]则将晚期乳腺癌分为脾虚痰湿证、气血两虚证、正虚邪实证。

刘胜等[5]对文献及临床病例报道统计，得出乳腺癌术后患者的证型在文献中分布频率依次为痰瘀毒热型，气阴两亏型，气血两虚型，肝肾阴虚型，气虚血瘀水停型，脾气虚弱型，冲任失调型，肝郁型，脾虚痰湿型，脾肾两虚型。在临床中的分布频率依次为气阴两亏型，冲任失调型，气虚血瘀水停型，肝郁型，痰瘀毒热型，气血两虚型，脾虚痰湿型，脾气虚弱型。他与孙霓平又运用Logistic回归统计方法对乳腺癌术后的临床报道病例进行分析，得出初始的中医证候预测模型，大致将乳腺癌术后患者分成气阴两虚型，冲任失调型，气血两虚型，痰瘀毒热型，气虚血瘀水停型和肝郁型。

笔者[21]在中国中医科学院广安门医院实习期间，对200名来门诊求诊的乳腺癌患者进行问卷调查分析，结果显示患者的中医证型分布频率由高到低依次为肝郁气滞型(38%)，肝肾阴虚型(26%)，气阴两虚型(24.5%)，气血亏虚型(12%)，冲任失调型(11%)，脾虚痰湿型(3%)，血瘀证(1.5%)，毒热蕴结型(0.5%)。

陈前军等[22]对545例乳腺癌巩固期患者进行问卷调查，得出四类证型分别是有病无证型、气虚血瘀证、脾肾两虚证、肝肾亏虚证。其中有病无证型占38.35%；气虚血瘀证占30.64%；脾肾两虚证占25.32%；肝肾亏虚证占4.40%。

郭莉[23]对486名乳腺癌术后巩固期患者进行中医辨证分型分析，得出5个临床常见证型，它们是气阴两虚、冲任失调、脾肾阳

24_ZhongShu.indd 119 12/14/09 10:14:19 AM

虚、肝肾阴虚、有病无证型。总结出乳腺术后巩固期患者以虚证为主，其中气阴两虚者占比例最高。

结语

多年来研究显示中医药在抑制肿瘤细胞生长方面并不显著，但使患者带瘤生存和生命质量提高方面则是中医中药治疗乳腺癌疗效有别于当前西医治疗的显著特点。随着医学的发展，中医药的治疗已逐渐成为乳腺癌术后治疗的主要方法，在辨证论治方面已积累了较多经验，但截至目前，乳腺癌的辨证论治仍无统一的证型量化指标，尚待达成共识。因此，对证型进行规范化研究，制定统一的证型标准将是今后努力的方向。

参考文献

[1] 罗崇谦. 中医药治疗乳腺癌. 湖北中医杂志. 2006, 28(4): 42-43

[2] 黎壮伟, 陈锐深. 中医药治疗晚期乳腺癌临证体会. 湖南中医杂志. 2005, 21(5): 47-48

[3] 唐汉钧. 乳腺癌的中医临床与实验研究. 中医药学刊. 2003, 21(2): 168-171

[4] 王银山. 中医药治疗乳腺癌慨况. 湖南中医杂志. 2002, 18(5): 58-59

[5] 孙霓平, 刘胜. 乳腺癌术后患者中医辨证分型的统计分析研究. 中国医药学报. 2003, 18(4): 211-214

[6] 洪宋贞, 周劬志. 乳腺癌术后的中医辨证治疗概况. 中华中医药杂志(原中国医药学报). 2005, 20(8): 499-502

[7] 刘艳红, 李定夷. 乳腺癌术后放化疗后的中医辨证治疗. 广州医药. 2000, 31(1): 24

[8] 张洪亮, 王宁. 乳腺癌辨治纂要[J]. 新疆中医药. 2001, 19(3): 3

[9] 刘燕珠, 王泳, 吴丹红等. 中西医结合治疗乳腺癌68例. 福建中医药. 2000, 31(3): 30-31

[10] 唐汉钧, 高尚璞, 郑勇等. 中医药治疗乳腺癌术后患者288例临床观察[J]. 上海中医药大学学报. 2002, 16(3): 23—25

[11] 吴雪卿, 万华, 赵晶等. 乳腺癌术后患者中医辨证分型试探. 上海中医药杂志. 2005, (8): 5-6

[12] 郭丽娃, 黄健.乳腺癌术后的中医临床研究进展. 北京中医. 2004, 23(6): 367-369

[13] 刘胜, 吴雪卿, 陈前军等. 407例乳腺癌术后患者辨证分型规律探讨. 辽宁中医杂志. 1999, 26(9): 387-388

[14] 王国霞, 崔志民. 八珍汤加减治疗I-III期乳腺癌术后化疗白细胞减少症疗效观察[J]. 河北中医. 2003, 25(1): 10-12

[15] 赖煦雯, 陈前军. 乳腺癌术后中医证型的研究概况. 新中医.2005, 37(8): 88-90

[16] 吴雪卿, 阙华发, 何春梅.陆德铭教授治疗乳腺癌远处转移37例[J]. 上海中医药大学学报. 2000, 14(1): 24

[17] 梁少华. 乳腺癌的中医诊治研究近况. 广西中医学院学报. 2002, (2): 69-71

[18] 张瑾, 吴咸中, 李特. 乳腺癌中西医结合分型研究. 中国中西医结合外科杂志. 2001, 7(1): 13-14

[19] 魏开建. 乳腺癌中医证型与TNM分期的相关分析. 湖南中医药导报. 2002, (10): 50-51

[20] 周菊英. 中西医结合治疗晚期乳腺癌86例临床观察[J]. 山西中医. 2000, 16(6): 30-31

[21] 曾玉珠, 林洪生. 200例乳腺癌中医证型分布及用药规律的探讨. 中国中医科学院2004级硕士研究生毕业论文: 2

[22] 陈前军, 司徒红林, 关若丹等. 545例乳腺癌术后巩固期患者证型聚类分析的临床研究. 北京中医药. 2008, (8)

[23] 郭莉. 乳腺癌术后巩固期的辨证分型研究. 辽宁中医杂志. 2008, (10)

24_ZhongShu.indd 120 12/14/09 10:14:37 AM

导滞清热化湿法治疗食积的临床研究

胡明珠

食积是因小儿喂养不当，内伤乳食，停积胃肠，脾运失司所引起的一种小儿常见的脾胃病证。临床以不思饮食，食而不化，腹胀嗳腐，大便酸臭或便秘为特征。食积与西医学消化不良相似。

当今社会，生活条件优越，膏粱厚味之品，油炒煎炸食物较多，小儿“脾常不足”，脾胃功能薄弱，油腻厚味之品难以消化，久之易形成食积。小儿的健康成长，有赖于饮食中各种营养物质的滋润。如片面增加高热量、高营养，效果适得其反，常形成乳食积滞而使脾胃功能受损，成为小儿多种疾病的致病因素，可严重影响小儿身体健康及正常发育。《诸病源候论·小儿杂病诸候》所记载的“宿食不消候”、“伤饱候”是本病的最早记载。其后餐《活幼心书》和《婴童百问》又分别提出了“积证”和“积滞”的病名。

食积的病因病机

《诸病源候论·小儿杂病诸候·宿食不消候》：“小儿宿食不消者，脾胃冷故也。小儿乳哺饮食，冷气积于脾胃，脾胃则冷……则宿食不消。诊其三部，脉沉者乳食不消也。”、“小儿食不可过饱，饱则伤脾。”指出脾胃冷、过饱是引起积滞的重要原因。又云：“宿食不消，由于脏气虚弱，寒气在脾胃之间，故使谷气不化也，宿谷未消，新谷又入，脾气既弱，故不能磨之，则经宿而不消也。”是说脾气不足为积滞形成的内因，乳食或调护不当为其外因。《活幼心书》言：“凡婴孩所患积症，皆因乳哺不节，过餐生冷，坚硬之物，脾胃不能克伐，积停中脘……。”《保婴撮要·食积寒热》说：“小儿食积者，因脾胃虚寒，乳食不化，久而成积。”又云：“凡小儿积滞或作痛，皆由乳哺不节，过餐生冷，脾胃不能克化，停滞中脘，久而成积。或因饱食即卧，脾失运化，留而成积。”明确指出了哺乳不节，食物过饱，是形成小儿积滞的直接原因。《幼科类萃·伤积门》亦指出：“小儿诸疾，皆由乳食无度，过于饱伤，以致不能克化，留而成积。”《医宗金鉴·幼科心法要诀》把积滞分为乳滞、食滞，证治方药均为后世推崇。《幼幼集成·伤食证治》云：“小儿之病，伤食最多……伤食一证，最关利害，如迁延不治，则成积成癖；治之不当，则成疳成痨”。由此可见，儿科常见的脾胃疾病，古人认为伤食是最主要的病因。

食积的治疗

古代医家对食积的治疗，强调了两个不同的方面：一是注重补脾，一是注重消食导滞。

持注重补脾观点的理论依据是，强调小儿脏腑娇嫩，肠胃薄弱，因而重视补脾，即所谓“养正则积自除”。如宋《小儿药证直诀·食不消》：“脾胃冷，故不能消化，当补脾，益黄散主之。”《证治准绳》云：“痞癖既久……脾气必虚，久而不愈，必先调胃气为主，使养正则积自除。”《张氏医通》云：“脾胃在人身……原有化食之能，今食不化者，其所能者病也，补助其能，而食自化，何必用此消克之药哉。”《幼幼集成·伤食证治》云：“凡小儿脾胃自能消谷，今偶有停滞，则脾胃受伤，只健其脾胃，而谷自化矣。”上述医家对食积的治疗，都特别重视脾胃之气的作用，主张脾气健运而食自化，反对不问脾胃强弱，一见食积妄用消导之法。

古代也有不少医家对“养正则积自除”持相反的观点，强调积滞应重视消食导滞。《小儿药

25_ZhongShu.indd 121 12/14/09 10:15:08 AM

证直诀》云："伤食则大便酸臭，不消化，畏食则吐食，宜以药下之……积痛口中气温，面色黄白……或大便酸臭者，当磨积而痛自除，宜消积丸，甚者白饼子下之。"《医学正传》云："吐泄泻黄，伤热乳也，吐泄泻青，伤冷乳也，皆当下。"上述医家均指出，伤食引起的吐泻、积痛等，均应注重消导，甚者则当下。又如《医家四要》云："然有内伤而挟食者，此不足中之有余也，治以消导为主，补脾为佐。"认为即使食积又兼有脾虚，也应以消导为主，积消之后，可继以补脾。《医学心悟》更明确指出："脏腑经络肌肉之间，本无此物，而忽有之，必为消散，乃得其平。"

清代医家陈复正在《幼幼集成·伤食证治》中就此问题论述得较为清楚，他说："夫饮食之积，必用消导。消者，散其积也。导者，行其气也。脾虚不运则气不流行，气不流行则停滞而为积。或作泻痢，或成癥瘕，以致饮食减少，五脏无所资禀，血气日愈虚衰，因致危困者多矣，故必消而导之。轻则和解常剂，重必峻下汤丸。盖浊阴不降，则清阳不升，客垢不除，则真元不复。……若积因脾虚，不能健运药力者，或消补并行，或补多消少，或先补后消。皆古所谓养正而积自除"，提到了积滞的虚实夹杂证，所谓"积因脾虚"，治疗上应"消补并行"，"不可妄攻"。又云："凡欲治病，必先借胃气以为行药之主。若胃气强者，攻之则去，而疾常易愈，此以胃气强而药力易行也。胃气虚者，攻亦不去，此非药不去病也，以胃气本弱，攻之则益弱，而药力愈不行，胃愈伤病亦愈甚矣。若乃体质强弱，尤有不同。凡藜藿之儿，壮健之质，及新暴之病，自宜消伐，惟速去为善。如以弱质弱病，而不顾脾胃虚实，概施欲速攻治之法，则无不危矣。"强调食积治疗应重视胃气，辨证用药。

1. 食积化热证的病机特点

新加坡社会经济发展水平较高，大多数家庭经济宽裕，生活条件好，普遍溺爱儿童，小儿饮食不节、食物质量高、嗜食生冷瓜果等情况较为普遍，由此造成"饮食自倍，肠胃乃伤"者多。新加坡地理位置接近赤道，地处热带，高温多雨，常年暑湿之气弥漫，小儿脾胃薄弱，又易于为暑湿所伤而致病。故小儿食积在新加坡是很常见的一种疾病。

临床观察新加坡的食积患儿，其证候表现与《中医儿科学》教科书的证型有所不同，新加坡的食积患儿虽然乳食伤脾、湿困脾胃者多，但其中食积化热的病机特点更加明显，其食积化热证较为突出。究其原因，这与新加坡小儿的致病特点有关。新加坡"补风"盛行，不少家庭追求高营养、高蛋白的食品、补品，吃燕窝、鱼翅、朱古力等高热量食品，易于蕴湿生热；加之天气炎热，易助食积化热；形体多胖，易助湿化热，兼之贪食冷饮，发病就诊时也多寒郁化热、因积生热，从而形成食积化热的证候特点。其临床表现除不思乳食、腹部胀满外，往往有烦躁，睡卧不宁，大便干结，舌红，舌苔黄腻等症，甚至有低热、呕吐酸腐、大便酸臭如败卵、口臭口渴等症。

小儿属于"稚阴稚阳"之体，"生机蓬勃、发育迅速"，对营养的需求较成人相对要多，而其"脾常不足"、五脏六腑"成而未全、全而未壮"，对饮食营养的消化吸收功能又相对比成人弱，这是形成小儿食积的生理病理基础。脾胃相为表里，脾主运化，胃主受纳，脾胃调和，方能知饥纳食，食而能化，如《灵枢·脉度篇》云："脾气通于口，脾和，则口能知五谷矣。"今不思进食、食而无味，脘腹胀满，证在脾气失和，积滞内停。追询病史，患儿多有饮食无时，贪吃零食，过食甘肥黏腻或生冷，甚则滥服滋补之品。故病因多在食物过丰，饮食不节，使柔嫩之脾胃难耐，运化失常，食滞内停，中州枢机不利。由于饮食喂养不当，或湿浊困脾，脾失运化，食积内停，食滞蕴郁必化热。其中有因过食煎炸炙烤等性热之物，或感受风热、湿热等热邪，或饮冷受凉久蕴化热者，或素体胃热者，均使食积化热。新加坡患儿又以食积化热为其常见证候，其八纲辨证多属里证、实证、热证、阳证；其病变脏腑均以脾胃为主，其病理机制为乳食停滞中焦、脾运失健、积而不化、蕴郁生热，而成食积。

25_ZhongShu.indd 122 12/14/09 10:22:21 AM

2. 导滞清热化湿法的立法原则

食积是儿科的常见病证，新加坡小儿食积多由乳食停滞中焦、脾运失健、积而不化、蕴郁生热所致。根据食积化热的病因病机和临床表现，遵循“消积必须导滞、导滞常兼清热”的原则，消导积滞则内热蕴蒸无源，郁热清解则有助于积滞消减，化解湿浊既有利于消导积滞、又阻止其食积蕴郁生热。故确立导滞清热化湿为其基本法则。

饮食停滞中焦，脾胃运化失司，食积蕴生湿热，而见脘腹痞满，腹胀时痛，不思乳食，嗳腐酸馊，秽臭难闻，甚或呕吐食物，烦躁，睡卧不宁，大便干结或大便酸臭挟不消食物残渣，手足心热，或有低热，舌红，舌苔黄腻等症。此证实而不虚，根据客者除之的治疗原则，当用消积导滞之品，去其积导其滞，以恢复脾主运化之功能，常用山楂、神曲、麦芽、谷芽、莱菔子、鸡内金等消食药为主治疗。

饮食积滞，必然会影响脾胃的其它生理功能而呈现气滞湿阻之象，故在消食方药中常配半夏、茯苓、陈皮、枳壳等行气化湿之品；积滞较重，大便干结，仅用消食之药难以胜任时，又宜加槟榔、木香、大黄等，以取推荡去滞下积之功；积滞郁久必化热，而见口干口渴、手足心热、或有低热、舌红等热象，故常在消食导滞之中加用清热之品，如连翘、胡黄连、马鞭草之类，以清解郁热。

3. 加减保和汤处方用药设计

基于以上临床表现、病因病机、治法治则分析，我们在确立了导滞清热化湿法治疗食积化热证后，就在古方保和丸的基础上进行化裁，拟定了加减保和汤。

保和丸出自《丹溪心法》，是消食导滞之名方，方中山楂消肉积，神曲善消酒食陈腐之积，莱菔子化面积而兼下气消胀，三药共为消食积之主药；用芳香醒脾理气的陈皮，燥湿之半夏，渗湿之茯苓为辅助药，以消除因饮食积滞影响脾胃运化功能失调所产生的痰湿气滞之症，脘腹痞胀、嗳腐酸馊、舌苔厚腻等；佐连翘以清解食积之郁热。我们根据上述病证病机特点，在保和丸的基础上，加用马鞭草，以增强清脾胃积热之力；加木香、槟榔，取木香槟榔丸之意，以加强行气导滞之功；取甘草调和诸药，全方具有消食去积宽中，清热化湿导滞功效。我们在新加坡已多年将本方用于小儿食积化热证，取得显著的疗效。

加减保和汤组成：姜半夏6克、广陈皮6克、茯苓10克、焦山楂10克、莱菔子10克、连翘10克、马鞭草10克、木香6克、槟榔10克、生甘草3克。

讨论

食积是儿科常见病，多发病，积极研究本病的病因、病机以及治疗方法具有现实意义。中医药治疗食积理、法、方、药完备，经临床观察以及实验研究证明有较好的疗效。同时对于本病的中医药治疗方法多，具有较强的中医特色。进一步研究治疗本病的有效方法是中医药发展的需要。进一步提高治疗本病的疗效对于儿科诊疗水平的整体提高有极高的价值。沿着简、便、廉的研究思路，本着为广大的患者服务的思想，在更深层次上挖掘和开发对于本病的治疗方法是符合广大患者利益的。

关于食积的中医药治疗，在民间还有很多所谓的“土方法”，这些方法一般取材简便，就地取材，疗效满意；但也有一些虽然看似有理”，但是则无用的偏方。重视中医治疗手段多样化的特点，去伪存真，去粗取精的吸收其中的营养，并通过现代化的研究手段揭示其真正的有效机制，是中医药现代化研究的任务和责任。同时将通过现代化的研究成果以标准的形式确定下来，成为国家规范，是对中医药发展的整体提高，是有效的保证中医药疗效，防止滥用、乱用中医中药的有效措施。

中医药学源远流长，博大精深，继承和发展中医药文化对于我们有特殊的意义。特别是

25_ZhongShu.indd 123 12/14/09 10:22:38 AM

在现在社会上不断讨论中医药是否科学等一些问题。提高中医药疗效，用事实证明中医药的科学性比空谈更有力。提高中医药疗效，提高中医药的临床水平，发展中医药的特色病种和具有特色的治疗手段是我们不可推卸的责任。

食积是小儿的常见病、多发病。但近些年来，临床报道者却为数不多。分析其原因，一为传统用药疗效较好，多数医家不再花费很多精力研究本病证；二为有些医家把食积归到了厌食证或疳积证行列中去。从报道者的资料看，无论是病因病机，还是辨证用药都基本上沿用了前人的理论和方药。如病因病机方面，大家一致认为是由于乳食内伤、脾胃气虚而导致脾胃之运化失职；在治疗上亦围绕消乳消食、导滞和中、健脾助运而展开。消乳消食常用的药物有：焦山楂、神曲、麦芽、谷芽、鸡内金、枳壳、莱菔子等；健脾助运常用的药物有：党参、白术、茯苓、陈皮、香附等，这些药物已成为医家治疗食积的经典用药。

新加坡地近赤道，具有炎热、多雨的热带雨林气候特征，常年气温维持在24°C~32°C之间，气候特点为湿热蒸盛，外则因屡感湿热而多损肺伤脾。此外，基于社会、工作及家庭的压力，新加坡家庭平时很少烹饪膳食，而餐室所提供的餐饮，多油、多咸、多辣，偏煎炸类食物的特点，这些食品多易于形成食滞湿蕴而内生积热。以上内外因素形成了新加坡患儿多见湿热食滞内蕴的体质特点。

另外新加坡年轻家庭多有聘请女佣，照顾小孩多数顺从小孩的意愿，而小孩也受到祖父母疼爱有加，这样很容易如愿得到喜爱的冰冷或油腻的食物。

新加坡儿童受到家庭及社会的广泛关注和爱护，儿童出入乘车，户外运动较少。加之车内、室内冷气普遍，环境舒适，以致新加坡儿童的体质相对较为薄弱、抵抗力差。个人多年临床观察，新加坡患儿又有其地区特点，地处热带，气候炎热多雨，常年高温潮湿，属海洋气候，以致暑湿困遏中焦，湿滞内热熏蒸是临床常见的证候。加之本国是多元种族的国家，国民的餐饮亦多元化(如马来人的肉串，印度人的煎饼等)，又新加坡的小孩很喜欢冷饮、冰淇淋、炸鸡、汉堡包，故说小儿饮食积滞、蕴生内热的现象亦属常见。因此，在新加坡食积患儿的辨证过程中，必须充分考虑气候、饮食等因素的作用，从食积湿滞、脾胃积热论证。这也是中医学因时、因地、因人制宜原则在新加坡儿童疾病论治中的具体运用。

新加坡的食积患儿虽然食伤脾胃、湿困脾气者多，究其原因，还是与新加坡小儿的致病特点有关，如喜欢给小孩高营养、高蛋白的食品，如燕窝、鱼翅、朱古力等高热量食品，以致脾胃蕴湿生热导致食积的发生。其临床表现以不思饮食、食而不化、腹胀嗳腐，大便酸臭或便秘为特征，舌红少苔或花剥。

小儿属于“稚阴稚阳”之体，“生机蓬勃、发育迅速”，对营养的需求较成人相对要多，而其“脾常不足”、五脏六腑“成而未全、全而未壮”，对饮食营养的消化吸收功能又相对比成人弱，这是形成小儿食积的病理基础。脾胃相为表里，脾主运化，胃主受纳，脾胃调和，方能知饥纳食，食而能化，如《灵枢·脉度篇》云：“脾气通于口，脾和，则口能知五谷矣。”今不思进食、食而无味，证在脾气失和无疑。追询病史，患儿多有饮食无时，贪吃零食，过食甘肥黏腻或生冷，甚则滥服滋补之品。故病因多在食物过丰，饮食不节，使柔嫩之脾胃难耐，中州枢机不利。亦有婴儿时辅食添加不及时，断乳后骤然改变饮食种类；或胎禀不足、后天失调；或病后脾气受损，未及时调理而致者。由于饮食喂养不当，或湿浊困遏脾气，脾阳失于舒展，则运化失职，胃纳减少，此属最常见的证候。新加坡患儿又常因各种原因损脾伤胃，阴津不足、胃失濡润、受纳失职，以至纳谷呆钝、不思饮食。小儿食积的病变脏腑均以脾胃为主，虽有多种证候，但新加坡多数患儿病机为湿困脾运失健。《小儿药证直诀·脉证治法》说：“脾主困。”以上各种病理因素皆易于困遏脾气，造成脾主运化生理功能失健，因而产生食积症。

25_ZhongShu.indd 124 12/14/09 10:22:53 AM

针灸治疗单纯性肥胖症的临床及效应机理研究进展

严朝新

【引言】单纯性肥胖症(simple obesity)是指没有发生明显的神经系统、内分泌系统疾病，而是由于机体摄入的热量超过了消耗的热量，造成内脏和皮下脂肪蓄积而体重超常，并以肥胖为主要临床症状，可伴有代谢方面障碍的疾病。单纯性肥胖症是糖尿病、高血脂及心脑血管病等多种严重危害人体健康疾病的危险因子，不仅降低患者的生活质量，而且缩短其寿命。目前肥胖治疗重点仍以控制饮食和加强体育运动为主，在众多的治疗性减肥方法中，针灸疗法成为一支奇葩，逐渐获得肥胖症患者的认可。广大医务工作者从多角度多层面对肥胖症的治疗和机制进行探讨，本文就近年来针灸治疗单纯性肥胖的治疗方法及机制作一概括。

1. 单纯性肥胖症针灸临床研究现状

1.1 按治疗方法

1.1.1 体针疗法

李静苗[1]对210例单纯性肥胖患者进行针刺。取穴：天枢、丰隆、足三里、梁丘、血海、水分、三阴交，以足阳明、手阳明、足太阴为主，结果2个疗程有效率为92%，并提示针灸减肥随时间延长可产生最佳疗效。

蔡敬宙[2]治疗单纯性肥胖患者50例。主穴：足三里、丰隆、梁丘。配穴：脾虚气弱加三阴交、关元、气海；痰郁气滞加中脘、曲池、膻中；中焦火盛加厉兑、天枢、公孙。经1个疗程30d治疗后，治愈5例，显效20例，有

26_ZhongShu.indd 125 12/14/09 10:23:27 AM

效16例，无效9例，总有效率82%。并通过分析治疗病人的血生化指标得出，针灸可以调节人体血糖及血脂变化。

方桂梅[3]等采用针刺天枢、滑肉门、足三里、丰隆等阳明、太阴经穴治疗268例单纯性肥胖患者。用提插捻转法，每日一次，疗程60d。结果显效113例(42.16%)，好转130例(48.51%)，无效25例(9.33%)，总有效率90.67%，且随访2年不复发。该法还可降低患者血脂、血糖等指标。

赵银龙[4]等采用针刺治疗35例肥胖患者，总有效率82.86%，提示我们采用辨证取穴，随证加减，灵活应用的方法治疗肥胖症，疗效较满意。

李淑荣[5]等采用针刺治疗肥胖患者100例，取穴：中脘、天枢、大横、关元、髀关、足三里、地机。针刺得气后，采用捻转泻法。10次为1疗程，2个疗程后评定疗效，临床痊愈者32例，占32.0%；显效24例，占24%；有效33例，占33%；无效11例，占11%；总有效率为89%。说明通过针刺上述腧穴起到了调整脾胃功能、化脂降浊的作用，从而达到减肥目的，使病态机体得到恢复。

李嘉[6]将单纯性肥胖患者分为3型，胃肠腑热型取曲池、上巨虚、足三里、内庭等；脾胃气虚型取三阴交、阴陵泉、中脘、气海、足三里等；真元不足型取中脘、关元、支沟、照海等。共治疗40例，总有效率92.5%。经统计学处理，三型间有效率并没有显著差异。说明单纯性肥胖病患者的辨证分型虽然不同，但只要按照中医辨证治疗，均可获效。

王红玉[7]以脐周八针(天枢、滑肉门、外陵(均取双侧)、下脘、石门)为主穴，配取曲池、支沟、血海、伏兔、梁丘、足三里、丰隆、阴陵泉、三阴交，施以平补泻法。脐周八针以患者自觉腹肌向脐中心收缩及有明显肠蠕动感为佳，治疗60例，总有效率为90%。与服用康尔瘦减肥茶组做对照$P<0.01$，疗效有极显著差异。

肖少卿等[8]将单纯性肥胖分为胃中蕴热、肠燥便结、脾虚湿困、痰湿内盛、肝阳上亢等五型，采用辨证施治的方法治疗162例，结果显效20例，有效52例，无效44例，总有效率68.33%。

1.1.2 耳针疗法

1.1.2.1 耳穴埋针法

李士杰[9]取三焦、肺、内分泌，埋揿针，每次1穴，每次留针5d，3穴轮流使用，6次为1个疗程。结果：1个疗程后，有效率55.1%；2个疗程后，有效率79.5%；3个疗程后，有效率92.9%；4个疗程以上，有效率近100%。

崔述贯[10]等取神门、胃、大肠、内分泌、肺、心、三焦，每次选1~2穴轮流使用。治疗1015例，显效264例，有效率62.46%。

胡芝兰[11]取内分泌、脾、胃、饥点、三焦、皮质下、神门、卵巢，治疗肥胖症50例。每次选3~4穴，埋揿针，两耳交替进行，2~3d更换耳穴1次，8次为1个疗程，休息1周后进行第2个疗程。3个疗程后，有效率84%。

魏群利[12]等用耳针治疗131例患者，胃肠实热取饥点、内分泌、肺、神门；脾虚湿阻取脾、胃、内分泌、神门、肺；肾气不足取肾、三焦、内分泌、肺；肝郁气滞取肝、内分泌。结果，胃肠实热型(有效率52.8%)与其他三型相比有显著差异。

1.1.2.2 耳穴压籽法

张志民[13]用耳压法治疗120例肥胖患者，先测定敏感点，然后用探测针在敏感点刺激10~15 min后贴压王不留行籽，然后辨证配穴：脾虚湿阻加脾、三焦、饥点，水肿甚加膀胱；胃热湿阻加胃、三焦、饥点，消谷善饥者加渴点；肝郁气滞加肝、神门、饥点；脾肾两虚加脾、肾、内分泌、饥点，水肿甚加膀胱；阴虚内热加内分泌、神门、饥点。3d换1次，

26_ZhongShu.indd 126 12/14/09 10:23:40 AM

两耳交替贴压，3月为1个疗程。1个疗程后，痊愈41例，显效20例，有效率75.83%。

姜英[14]耳压磁珠治疗肥胖症，主穴：内分泌、皮质下、脾；配穴：口、肾上腺、腹、肺。大便秘结加直肠；嗜睡加额、交感；痰湿较重加三焦、艇中。结果自幼肥胖者有效率40%，病史3~5年者有效率88.9%；大于5年有效率59.4%。男性有效率58.3%；女性有效率81%。

严留光[15]耳压减肥180例，取穴：神门、大肠、胃、食道、贲门、口、内分泌、饥点，3个月1疗程，1疗程后显效73例，占40%；有效68例，占38%；无效39例，占22%，总有效率78%。

齐淑兰[16]用耳穴贴压减肥分两组，甲组取单侧穴：肝、脾、肾、肺、胃、外鼻、内分泌、皮质下；乙组取穴同上用双侧。若伴月经不调加子宫；高血压更年期加神门。1个月为1疗程，结果1疗程后甲组总有效率83.3%；乙组86.7%，两组间疗效比较无明显差异。

1.1.3 穴位埋线法

王国明[17]选用水分、三阴交、天枢、丰隆，进行穴位埋线治疗60例，总有效率98.3%。

蒙珊[18]等将96例患者随机分为穴位埋线组(治疗组)及针刺组(对照组)。治疗组选穴：主穴为上巨虚、丰隆、三阴交、公孙、梁丘、天枢、脾俞、胃俞、大肠俞；配穴：中度肥胖者配阿是穴。1周1次。对照组选穴与治疗组相同，1天1次。1月为1个疗程。结果：1个疗程后，治疗组有效率68.75%，与对照组(62.5%)相比，无显著性差异($P>0.05$)；3个疗程后，治疗组有效率97.92%，与对照组(87.50%)相比，有显著性差异($P<0.05$)。

姜兴鹏[19]等用药线穴位植入，同时与普通羊肠线穴位植入和针刺治疗进行对照。结果：药线组显效率为64%，有效率为98%；肠线组显效率34%；针刺组显效率38%。药线组与肠线组及针刺组比较均有显著性差异($P<0.05$)。

1.1.4 芒针刺法

王承山[20]以芒针减肥，辨证分四型，主穴：气海、关元、水道、中脘、提托、天枢、大横、足三里，配穴：胃热炽盛加支沟、内庭、曲池、上巨虚；脾虚湿因加丰隆、中脘、阴陵泉；心脾两虚加神门、内关；脾肾阳虚加太溪、复溜、命门、三阴交。用5寸长芒针刺气海、关元、水道、提托、天枢、大横、中脘各3.5~4寸，气海、关元、水道、提托用捻转补法，令针感向脐上放散；天枢、大横、中脘用平补平泻令针感在局部放散；足三里用芒针刺1.5~2寸，施捻转补法；丰隆、内庭、支沟、曲池施捻转泻法；太溪、命门、三阴交施捻转补法，余法均用平补平泻，留针20~30min。结果24例患者经1~4个疗程(12次1疗程)治疗，体重减轻12kg以上者20例；体重减轻6kg以上者4例。高血压患者全部稳定，子宫囊肿消失1例，月经不调消失10例。

1.1.5 灸法减肥

唐春雨[21]等取足三里、中极、关元、天枢、丰隆、太渊、脾俞，用艾条间接灸，结果有效率74.1%。

1.1.6 光灸法

于嫦琴[22]用自制光灸减肥仪选取中脘、足三里、天枢、大横、丰隆、气海、关元、阴陵泉等穴位，每次3~5穴，每穴照射2~3min，同时把耳穴贴压定为对照组，结果发现光灸法明显优于耳穴疗法($P<0.01$)。

1.1.7 经皮神经电刺激法

田德润等应用韩氏穴位神经刺激仪(HANS)对16例单纯性肥胖志愿者进行经皮神经电刺激，观察其治疗肥胖症的疗效。在2001年11月至2002年5月间进行HANS减肥临床试验。选取梁门、天枢、水道、左侧梁丘和公

26_ZhongShu.indd 127 12/14/09 10:24:00 AM

孙，隔日治疗，每周3次，记录体重变化。结果：在未加饮食限制的条件下，经HANS治疗后，肥胖志愿者体重逐渐下降。至第12周时，体重下降(2.06±0.31)kg，体重下降百分率为(2.78±0.4)%(P<0.01)。终止治疗4周(春节期间)后，体重有所回升。再经HANS仪治疗15周，体重再度下降，与未治疗前相比，体重下降(2.81±0.68)kg，体重下降百分数为(3.90±0.40)%。结论为经皮神经电刺激有助于控制超重或肥胖者体重，如果再配合饮食控制和运动锻炼，可能会达到更佳的效果[23]。另外，尚有推拿、梅花针、小针刀等方法，临床上或多结合他法应用或不做常规疗法。

1.1.8 综合治疗

1.1.8.1 体针辨证配耳压

高洪生[24]以体针配耳穴压豆治疗肥胖症，分4型：胃热易饥取天枢、关门、足三里、内庭；痰湿内盛配中脘、丰隆、内关、公孙；脾虚水停配气海、水分、三阴交、阴陵泉；脾肺气虚配列缺、太渊、太白、合谷、阿是穴；耳穴取肺、胃、大肠、饥点、内分泌、神门、食道、口，结果显效33例，有效25例，无效4例。

巴经辉[25]治疗单纯性肥胖症105例，分四型，主穴取天枢、支沟、丰隆、三阴交，痰湿壅盛配中脘、脾俞、足三里；脾胃湿热配内庭、曲池、上巨虚、脾俞；气虚血瘀配膈俞、足三里、气海、血海；肝阳上亢配肝俞、侠溪、行间。耳穴取内分泌、脾、胃、肝、饥点、三焦、皮质下、大肠、神门，每次4~5穴，两耳交替，30天1疗程。结果痊愈14例，占13.3%；显效39例，占37.1%；有效28例，占26.6%；无效24例，占22.9%，总有效率77.14%。

刘志诚[26]将23例肥胖症分为5型治疗，胃肠实热型体穴取内庭、上巨虚、天枢、曲池，耳穴取外鼻、小肠、大肠；肝郁气滞体穴取肝俞、关元、太冲、三阴交，耳穴取肝、心、胰、胆；脾虚湿阻型体穴取足三里、阴陵泉、三阴交、中脘、丰隆，耳穴取脾、胃、三焦；肝肾阴虚型体穴取肝俞、肾俞、关元、三阴交，耳穴取肝、肾、内分泌；心脾两虚型体穴取心俞、脾俞、内关、足三里、三阴交，耳穴取心、脾、三焦。1个月1疗程。本组患者经1疗程后，痊愈3例，占13.04%；显效8例，占34.78%；有效9例，占39.13%，无效3例，占13.04%，总有效率86.96%。

赵银龙[27]治疗单纯性肥胖症亦分为5型，肝郁气滞型体穴取肝俞、太冲、曲池、上巨虚，耳穴取肝、脾；肠胃积热型体穴取内庭、曲池、上巨虚、丰隆、天枢、支沟，耳穴取饥点、大肠；脾肺气虚型体穴取太白、三阴交、太渊、列缺，耳穴取脾、肺；脾虚湿阻型体穴取太白、三阴交、阴陵泉、脾俞、肺俞，耳穴取脾、三焦；气阴两虚型体穴取复溜、照海、三阴交，耳穴取肾、脾。结果亦取得较好疗效。

王明[28]治疗肥胖症分3型，分别采用补泻不同手法，针刺首选主穴脐周8穴，胃肠腑热取中脘、上巨虚、天枢、丰隆、阴陵泉等；脾胃气虚取足三里、三阴交、气海等；肾阳不足取关元、太溪、支沟等，配合耳穴饥点、内分泌、脾、胃。治疗806例，经治6周1疗程，总有效率98.9%。

张中成[29]报道刘志诚治疗肥胖症分4型，体穴主穴取足三里、上巨虚、天枢，耳穴主穴取胃、神门、饥点；脾虚湿盛配阴陵泉、气海、丰隆，耳穴配脾、三焦；胃肠实热配曲池、支沟、内庭，耳穴配大肠、小肠；肝郁气滞配太冲、蠡沟，耳穴配肝、内分泌；脾肾阳虚配脾俞、肾俞、命门，耳穴配肾、肾上腺、脾。均隔日1次，10次为1疗程。

刘鸣[30]针刺治疗肥胖症52例分5型，脾虚湿阻型取穴脾俞、丰隆、足三里、阴陵泉、三阴交、中脘、上巨虚、下巨虚、大肠俞、小肠

26_ZhongShu.indd 128 12/14/09 10:24:36 AM

俞、关元；肝气郁结型取太冲、期门、膻中、支沟、三阴交、公孙、行间、血海、肝俞；气血亏虚型取脾俞、足三里、气海、心俞、阴陵泉、丰隆；脾肾阳虚型取脾俞、肾俞、气海、关元、命门、阴陵泉、太溪、足三里，隔日1次，15次1疗程。耳穴取胃、肺、三焦、内分泌、皮质下。5日1换，6次1疗程，总有效率94.2%。

赵银龙[31]治疗35例分7型，肝郁气滞体穴取肝俞、太冲、曲池、上巨虚，耳穴取肝、脾；胃中蕴热体穴取内庭、曲池、上巨虚，耳穴取饥点、肺；肠燥便结体穴取曲池、天枢、支沟，耳穴取大肠、肺、三焦；湿困脾胃体穴取中脘、水道、脾俞，耳穴取脾、三焦；心肺气虚体穴取神门、太渊、肺俞，耳穴取心、肺；脾肾气虚体穴取脾俞、肾俞、太白，耳穴取肾、脾。结果临床痊愈14例，占40%；显效6例，占17.14%；有效9例，占25.71%；无效6例，占17.14%，总有效率82.86%。

1.1.8.2 体针辨病配耳压

宋岚云[32]针刺治疗单纯性肥胖症体穴取阴陵泉、三阴交、足三里、血海、天枢、带脉、气海、中脘，耳穴取双神门、便秘点、大肠、小肠、脾、胃、胆、内分泌、皮质下，取得良好效果。

蔡春沉[33]体针配耳压治疗50例，体穴取天枢、气海、足三里、太白、减肥穴(脐下3寸，旁开3寸)，耳穴取脾、肾、肺、胃、外鼻、内分泌。1个月为1疗程，1疗程后总有效率84%。

吕洁[34]针刺配电针治疗69例，体穴取天枢、减肥穴(天枢与腹股沟间1/2处)、足三里、气海，耳穴取神门、饥点、脾。1日1次，12日为1疗程，疗程间隔1周，1~3个疗程后，15例特效，28例显效，20例有效，6例无效，总有效率91.3%。

吴秋珍[35]治疗肥胖症，腹部穴分两组，第1组中脘、梁门、天枢(双)、关元、水道，第2组上脘、承满(双)、建里、关门(双)、石门、大巨，两组替用电针疏密波。上肢穴曲池、手三里、合谷(双)；下肢穴足三里、丰隆、三阴交，四肢穴每天均用。3周为1疗程，共治疗3~4疗程，配耳穴内分泌、交感、皮质下、脾、胃、饥点、渴点，王不留籽按压，配合适量运动，每日慢跑15-20min，及多食芹菜、萝卜等亦取得较好疗效。

1.1.8.3 体针配合按摩

汤柯[36]用体针配合按摩治疗肥胖症36例，体针主穴中脘、关元、带脉，再根据辨证，脾虚湿阻加水分、天枢、丰隆、三阴交、脾俞；胃热湿阻加曲池、内庭、四满、腹结、胃俞；肝气瘀滞加太冲、行间、期门、膻中、肝俞；脾肾两虚加脾俞、肾俞、足三里、气海、腹通谷；阴虚内热加水道、三阴交、然谷、照海，配合手法按揉背俞穴及足内侧肾经、肝经，顺时按揉腹部。治疗隔日1次，10天1疗程，3个疗程后结果总有效率83%。

王文远[37]治疗肥胖症取上点建里配天枢、梁门；中点神阙配滑肉门、外陵；下点石门配水道、外陵，用泻法，起针后按顺时针方向轻揉腹部49次，每周2~3次，10次1疗程，共治疗65例。设饮天雁减肥茶51例患者为对照组，结果针刺组总有效率92.31%，对照组86.67%。

1.1.9 特殊治疗

(1) 小针刀治疗。裴氏[38]在脊柱区内寻找反应点，一般在T10~L2棘突旁开约2cm线可找到。于压痛明显处用龙胆紫作标志。右手持针刀快速进针，达骨面后行纵横疏通剥离，总有效率为80%。

(2) 激光穴位照射治疗。张氏等[39]激光穴位照射治疗单纯性肥胖384例，脾运失健、气虚湿滞者，取曲池、列缺、水分、天枢、关元、三阴交、内庭等，耳穴配脾、肺、

26_ZhongShu.indd 129 12/14/09 10:24:58 AM

肾、三焦等；阳明内热，湿浊瘀阻者，取曲池、支沟、腹结、三阴交、内庭等，耳穴配肺、三焦、大肠、直肠下段等。冲任失调，带脉失约者，取曲池、关元、四满、带脉、三阴交等，耳穴配肾、脾、内分泌、子宫、直肠下段等。结果384例中，治愈38例，占9.9%；显效219例，占57%；好转127例，占33.1%；总有效率为100%。

1.1.10 专方治疗

沈氏等[40]采用针刺华佗夹脊穴(第3胸椎至第5腰椎)治疗单纯性肥胖患者30例，针刺组显效12例，占40%；有效15例，占50%；无效3例，占10%，总有效率为90%。

1.2 按不同学术思想分类

1.2.1 辨病施治

邓元江等用针刺治疗111例单纯性肥胖患者，穴取膻中、中脘、天枢、中极、伏兔、足三里、阴陵泉、丰隆。留针15~20min，其间行针2~3次，每日1次，10次为1疗程，2~3个疗程后评定疗效，总有效率为83.64%[41]。

1.2.2 辨病辨证结合施治

刘志诚等认为辨证论治正确是取得良好疗效的关键因素，将655例单纯性肥胖患者分为胃中蕴热、小肠实热、肠燥便结三型，辨证选穴治疗，结果总有效率达91%[42]。

张路等以任脉和脾胃经经穴为主治疗40例胃肠实热型肥胖患者，穴取天枢、足三里、内庭、丰隆、阴陵泉、三阴交、上脘、中脘等。每日1次，10天为1个疗程。在脂肪堆积较多处用电针持续刺激，经1~4个疗程治疗后，总有效率达92.5%[43]。

1.2.3 月经周期减肥法

由于肥胖者以女性居多，而女性生理具有明显的周期性。故蔡振江运用月经周期减肥法治疗1068例女性患者，常规用穴为中脘、水分、天枢、滑肉门、外陵、关元、水道、风市、地机。月经期配加合谷、太冲、足三里、三阴交。月经后期配加太溪、肾俞、脾俞。针刺1周后，可改用常规用穴至月经来潮，循环采用本法治疗。耳穴取肺、大肠、神门、甲状腺、胃、脾、三焦、内分泌、饥点、脑垂体、肾、食道。每次取4~5个穴贴压。结果总有效率84.7%。对于18~40岁的肥胖女性，有效率则达90.3%。月经周期减肥法就是通过针刺调整月经前后的激素水平，在经前尽量控制体重上升，使体重增加幅度最小，并且改善经期状况，经后尽量使上升的体重完全或大部分回落至最低点[44]。

1.2.4 痛性肥胖的治疗

痛性肥胖又称Kercum病，国内较少见。其特点为肥胖的体表，尤其是关节周围的松弛部位形成长期的疼痛性皮下结节，严重影响病人的正常活动功能。谌剑飞以围刺针灸(对疼痛明显的皮下脂肪结节作围刺)为主，兼拔罐、耳针与体针整体调节治疗20例痛性肥胖患者。结果经综合评定疗效，总有效率85%[45]。

1.2.5 单纯性肥胖病并发高脂血症

刘志诚等观察了34例单纯性肥胖病并发高脂血症患者针灸前后主要症状、体征、肥胖指标、脂质含量(TC、TG、LDL-C和HPL-C)、动脉硬化指数(AI)、腰髋比值(W·C/H·C)、血浆血栓素B2(TXB2)和6-酮-前列腺素F1α(6-keto-PGF1α)的浓度等的变化。结果表明，针灸治疗取得了良好的减肥效应，同时它对患者TC、TG、LDL-C、HDL-C、AI、W·C/H·C、TXB2和6-Keto-PGF1α等具有良性调整作用。揭示，针灸不仅可以治疗肥胖和高脂血症，还有对抗心血管病发病因素的作用[46]。

张丽等认为肥胖症与高脂血症的病因病机共同源于脾虚痰浊，故治疗上以脾胃二经为

26_ZhongShu.indd 130 12/14/09 10:25:15 AM

重。同时为考察磁疗降脂的效果，将60例单纯性肥胖症并发高脂血症的患者随机分为磁针组和对照组，观察肥胖指标及血脂指标的改善情况。主穴取腹结、天枢、足三里、丰隆。针刺得气后，磁针组在腹结、丰隆穴针柄上套磁针器，磁场强度为5000GS。对照组针柄上未套磁针器，余同。10次为1个疗程，共治疗3个疗程。结果磁针组总有效率86.67%，对照组总有效率80%，两组相比较，差异无显著性(P>0.05)。而磁针组在改善患者的血指标胆固醇(TC)方面明显优于对照组(P<0.05)。分析其原因可能是在针刺的基础上，加上磁力线对穴位的直接作用，增强了调节脂类代谢的作用。说明磁针在治疗肥胖的同时还调整了异常的脂质代谢[47]。

1.2.6 单纯性肥胖病并发痛经

痛经的成因虽有多端，但均可产生气血不畅，冲任失调，导致“不通则痛”。肥胖人之气虚、水湿、痰凝、气滞、血瘀则是造成痛经的重要因素。刘志诚等将45例单纯性肥胖病并发痛经患者辨证分型为气血瘀滞、寒湿凝滞、肝郁湿热、气血亏虚、肝肾亏损五型。采用耳体针结合的方法补虚泻实，寒者加灸进行施治。同时观察针灸治疗前后患者的症状、体征、肥胖指标、痛经症状。结果：经综合评分，针灸治疗1疗程(1月)患者总有效率为71.11%，2疗程总有效率为86.67%，3疗程总有效率为93.33%。结论是针灸对单纯性肥胖病并发痛经同时具有减肥和镇痛的双重作用[48]。

1.2.7 单纯性肥胖病并发心血管疾病

刘志诚等采用耳体针结合的方法，辨证施治102例单纯性肥胖并发心血管疾病的患者，并观察针刺前后肥胖指标、脂质指标、植物神经功能的变化。结果表明，针刺在取得良好减肥效果的同时(总有效率为88.24%)，对肥胖患者心血管疾病的危险因素腰髋比、动脉硬化指数、植物神经平衡指数均有良性调整作用，提示针灸不仅具有减肥效应而且可以预防及治疗心血管并发症[49]。

2. 单纯性肥胖症针灸效应机理研究现状

2.1 动物实验研究现状

目前实验研究阐明了针灸减肥的某些机理，一系列的实验表明针灸减肥效应的实现主要是激发了下丘脑饮食中枢及其与之相联系的上位中枢和下位中枢的功能。下丘脑腹后内侧核是哺乳类动物的摄食中枢，针刺实验性肥胖大鼠后，可以增加其兴奋性，抑制食欲，减少能量的摄入，从而达到减肥效应[50]。研究显示下丘脑摄食中枢的功能活动不是孤立运行的，正常状态下它受着边缘系统下行纤维和脑干上行纤维的控制和调整，实验已经证实如果破坏动物边缘系统杏仁核则动物可发生过量饮食和肥胖，对肥胖大鼠针刺后其杏仁核内的多巴胺、去甲肾上腺素、5-羟色胺等神经递质参与对摄食中枢的调控，实现减肥效应[51]；而其脑干中缝核群羟色胺、多巴胺、去甲肾上腺素等中枢神经介质作用于下丘脑摄食中枢和体温调节中枢，调节肥胖动物失调的摄食行为及体温调节活动，从而减少食物的摄入，增加产热功能，实现减肥效应[52]。针灸对某些激素的功能有调整作用，以利于逆转肥胖症异常的糖、脂代谢。实验显示[53]，针刺可以提高肥胖症大鼠机体胰岛素受体数目和亲和力水平，改善胰岛素抵抗状态，纠正异常的糖、脂代谢。另外实验显示[54]，肥胖症大鼠的小肠粘膜、脂肪组织、肝组织均有不同程度的异常改变，特别是褐色脂肪细胞体积增大、充盈，脂滴增大，胞质内线粒体减少，细胞间隙变窄，毛细血管减少，然而经针刺治疗后，通过提高交感神经功能，释放去甲肾上腺素，而使上述组织细胞的异常状况得到逆转，从而改善肥胖症症状。针灸对胃肠道消化吸收机能的良性调节，也对肥胖症有改善作用[55]，通过电针刺激“足三里”

26_ZhongShu.indd 131 12/14/09 10:25:40 AM

或“内庭”可以有效的抑制因刺激家兔下丘脑外侧区引起的亢胃效应，从而降低食欲、消除饥饿感。

2.2 临床减肥机理研究现状

2.2.1 针刺对中枢神经的作用

赵玫等[56]针刺实验性肥胖大鼠，观察饥饿中枢、饱食中枢、神经细胞单位时间内电活动。结果显示针刺能明显降低饥饿中枢的兴奋性，提高饱食中枢的电活动频率，抑制肥胖大鼠亢进的食欲，减少热量的摄入，达到减肥的目的。

刘志诚[57]研究针刺对肥胖大鼠中缝核群组织单胺类递质水平的影响，结果肥胖组中枢核群色氨酸、5-羟色胺、5-羟色胺/5-羟吲哚乙酸、络氨酸水平显著低于正常组，而去甲肾上腺素、多巴胺含量却显著高于正常组。中缝背核5-羟色胺含量与肥胖度呈负相关。针刺后，中缝核群中5-羟色胺含量明显回升，多巴胺含量明显回降，说明肥胖大鼠中缝核群功能失调，可能是肥胖的重要发病环节，针刺对中缝核群功能的良性调整作用，可能是针刺实现减肥效应的一个重要因素。

2.2.2 针灸对体内活性物质的作用

刘志诚等[58]观察46例单纯性肥胖症针灸前后血浆环磷酸腺苷含量的变化，结果表明，针灸后环磷酸腺苷水平提高。环磷酸腺苷通过激活蛋白酶进而激活脂肪酶，从而促进脂肪分解。研究中发现，肥胖患者植物神经平衡指数低于正常人，植物神经外周递质去甲肾上腺素、多巴胺明显低于正常值。而全血乙酰胆碱酯酶、唾液淀粉酶活性明显高于正常人。说明患者交感神经功能低下，副交感神经功能亢进。针刺治疗后，患者植物神经平衡指数回升，血中去甲肾上腺素、多巴胺明显升高，而唾液淀粉酶、乙酰胆碱酯酶活性降低。说明针刺可以调整肥胖患者植物神经功能，使体内于此有关的内分泌代谢等功能得到纠正和改善，从而达到减肥目的。

2.2.3 对神经内分泌的调节

刘志诚等[59]在728例单纯性肥胖胃肠实热型患者的观察治疗中发现，患者血中肾上腺素，去甲肾上腺素，促肾上腺皮质激素，唾液皮质醇，甲状腺素(T4)、环磷酸腺苷、基础代谢率在针刺前均低于正常水平，表明患者除某些代谢异常外，还存在神经内分泌调节功能方面的改变。针刺后患者上述指标回升，表明针刺可增强患者偏低的下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统的功能，从而增加能量消耗，促进脂肪的动员与分解。

刘志诚等[60]观察肥胖大鼠大脑皮质单胺类神经递质胆囊收缩素和血管活性肠肽含量的影响。胆囊收缩素能神经元在中枢神经系统分布广泛，是一种重要的脑肠肽，参与胃肠道和胆道的运动调节。血管活性肠肽能神经元的生理功能广泛，参与多系统的功能调节。研究提示，针刺提高肥胖机体大脑皮质胆囊收缩素和血管活性肠肽水平可能是针刺减肥神经及神经体液作用机制之一。

孙志等[61]针刺对肥胖大鼠食欲调节因子神经肽Y和瘦素的影响。肥胖大鼠血清神经肽Y、瘦素明显高于正常大鼠，而下丘脑瘦素含量明显低于正常大鼠。针刺治疗后，大鼠血清神经肽Y、瘦素含量显著下降，下丘脑瘦素含量明显回升。说明针刺对神经肽Y和瘦素的良性调节作用是针刺减肥的神经内分泌机制之一。

陈锋等[62]观察单纯性肥胖患者治疗前后体质量指数、空腹胰岛素、胰岛素抵抗指数、肿瘤坏死因子α、抵抗素的变化，结果显示单纯性肥胖患者存在不同程度胰岛素抵抗，其肿瘤坏死因子α、抵抗素血浆浓度较正常对照组明显升高，且与胰岛素抵抗指数存在一定相关性；经过针刺治疗，患者的胰岛素抵抗

26_ZhongShu.indd 132 12/14/09 10:25:58 AM

状态得以改善。肿瘤坏死因子α和抵抗素浓度明显降低，表明针刺通过降低可溶性肿瘤坏死因子α、抵抗素浓度，影响糖与脂的代谢，改善患者的胰岛素抵抗状态，起到治疗肥胖的作用。

2.2.4 针灸对物质代谢的影响

王少锦等[63]观察单纯性肥胖患者肥胖指标、空腹血糖、三酰甘油、总胆固醇、血中皮质醇、唾液皮质醇和血中肾上腺素含量的变化。结果表明，在针灸减肥获效的同时，血中皮质醇、唾液皮质醇、肾上腺素含量明显回升，而空腹血糖、三酰甘油、总胆固醇含量明显回降，说明针灸可增加患者下丘脑-垂体-肾上腺皮质和交感-肾上腺髓质两个系统的功能，促进体内脂肪动员与分解。

刘志诚等[64]进一步观察了针灸前后高密度脂蛋白胆固醇的变化，结果患者高密度脂蛋白胆固醇含量偏低，针灸治疗可使之恢复正常水平。其中高密度脂蛋白胆固醇可防止胆固醇在血管壁沉积，并清除血浆中过多的脂质。说明针灸对高密度脂蛋白胆固醇有良性调整作用，这种良性作用为针灸防治单纯性肥胖并发心血管疾病提供了临床和实验依据，推测针灸对抗脂质代谢异常很可能是它的间接作用。

刘志诚等[65]观察到肥胖大鼠的小肠黏膜、脂肪组织、肝组织均有不同程度的异常改变，特别是褐色脂肪细胞体积较大，脂滴肥大，胞质内线粒体减少，细胞间隙变窄，毛细血管减少，说明产热量减少。采用针刺治疗后，上述形态学异常均出现逆转，说明针刺可激发肥胖机体的产热系统，增加能量消耗。

徐炳国等[66]探讨针灸对单纯性肥胖并发高血压病瘦素抵抗和胰岛素抵抗的作用。患者治疗前具有高瘦素血症、高胰岛素血症和低胰岛素敏感指数。针灸可纠正患者的这种高瘦素血症及高胰岛素血症，显著提高低胰岛素敏感指数，提高针灸纠正瘦素抵抗和胰岛素抵抗是实现减肥和降压作用的关键因素之一。

徐斌等[67]探讨针刺是否具有抑制脂毒性的作用。肥胖患者游离脂肪酸水平升高，不饱和脂肪酸与饱和脂肪酸比值降低，血清脂联素较正常水平为低。通过针刺可降低患者游离脂肪酸水平，不饱和脂肪酸与饱和脂肪酸比值升高，提高胰岛素敏感型，从而表现出抑制脂毒性的作用。针刺抑制脂毒性的作用与提高脂联素水平有一定关系。

2.2.5 对内脏功能的影响

方正清等[68]观察电针对单纯性肥胖大鼠胃电变化的调制作用，每天针刺足三里、内庭，4周后记录胃肠电图及测定脂代谢指标，结果表明，电针对肥胖大鼠胃电图离散度有明显降低作用，对其肠电的频率和幅值有明显改变作用。同时有明显降血脂及减轻肥胖指标的作用。

王晓燕等[69]观察针刺对单纯性肥胖症患者体表胃电图影响，肥胖患者胃电活动较为活跃，针刺治疗一段时间后空腹胃电活动降低，易饥感减轻或消失，机体长期能量摄取超过能量消耗状况得到改善。此外治疗后餐后胃电振幅增高明显延迟，提示餐后胃排空延迟。

结语

对于肥胖的治疗，西医强调饮食和运动是治疗的主要支柱，但是也承认体重减轻难以长期维持。至于药物治疗，虽然已批准了几种可长期应用的药物，但首先要有一定的适应症，且并非对所有人都有效[70]。事实上，对于肥胖患者来说，由于认知调节系统的存在，控制饮食和运动都难以坚持；而药物、手术又有副作用。相比之下，针灸则具有很大的优势，如无需一定的适应症，无毒副作用，可应用于美体塑身也，可长期治疗等等。这是因为针灸是通过激发自身的调节机制来调整肥胖机体紊乱的内分泌及能量代谢功能的，从而使长期疗效有

26_ZhongShu.indd 133 12/14/09 10:26:16 AM

所保证，并可改善种种并发症。同时针灸还具有简单、经济、安全等特点，故已为广大患者所接受。

针灸减肥基本理念，是以调整脾胃功能和神经内分泌为原则，辨病与辨证相结合，取足太阴脾经和足阳明胃经穴位为主。减肥不应只是减体质量，而应以减脂肪为主，要循序渐进，将患者由“肥胖功能状态”转为“正常功能状态”，并长期维持。针灸取效时间因人而异，一般要经过一两个月才能达到减肥效果。针灸治疗对过食性肥胖效果较好，而治疗的关键是辨证准确与否，针刺的选穴、手法则因人而异。患者取得针刺减肥效果达到预定质量范围后，应巩固一两个疗程，否则达不到扭转肥胖症病理改变的目的。针灸对患者体内的调整作用，是通过多种活性物质，多种代谢途径的综合作用，致使神经、内分泌和物质代谢趋于正常，从而达到减肥效果。随着分子生物与基因技术的发展，对肥胖症基因的特异代谢产物瘦素成为很多学者的研究热点，后者是引起机体脂肪代谢障碍的根本原因。目前对单纯性肥胖症发病机理有了进一步认识，认为在肥胖症患者体内存在过量肥胖基因(ob)特异表达产物－Leptin (瘦素)，后者是引起机体脂肪代谢障碍的根本原因，所以研究针刺对ob基因特异表达产物－Leptin及其受体的影响，对阐明针灸减肥效应机理是很有意义的。今后的研究可围绕这方面做进一步深入。

参考文献

[1] 李静茁, 王晓燕, 王巍. 针刺减肥210例 [J]. 陕西中医, 2003, 24 (1): 67-68.

[2] 蔡敬宙. 针刺治疗单纯性肥胖症50例疗效观察 [J]. 中国临床康复, 2002, 6 (7): 1037.

[3] 方桂梅, 吕桂泽. 针刺治疗单纯性肥胖症268例远期疗效观察 [J]. 中医杂志, 2001, 42 (1): 23.

[4] 赵银龙, 黄建军. 针刺治疗单纯性肥胖症35例疗效观察 [J]. 河北中医, 2002, 24 (1): 37-38.

[5] 李淑荣, 杨敏, 胡梅林等. 针刺治疗单纯性肥胖100例 [J]. 中国针灸, 2002, 22 (10): 682.

[6] 李嘉, 刘志诚. 针刺治疗单纯性肥胖病40例疗效观察 [J]. 中国针灸, 1998, 18 (9): 539-540.

[7] 王红玉. 针刺治疗单纯性肥胖60例临床观察 [J]. 针灸临床杂志, 2001, 17 (4): 27-28.

[8] 肖少卿, 顾兆军. 针刺治疗肥胖症的经验简介 [J]. 江西中医药, 1999, 21 (6): 46-47.

[9] 李士杰. 耳穴埋针减肥253例临床观察 [J]. 中国针灸, 1986, 6 (3): 11-12.

[10] 崔述贯, 徐中正, 张凤山. 耳针治疗肥胖症1015例观察 [J]. 中国针灸, 1987, 7 (1): 17.

[11] 胡芝兰. 耳针减肥50例临床观察 [J]. 浙江中医学院学报, 1999, 23 (5): 47.

[12] 魏群利, 刘志诚. 耳针、体针、耳体针结合治疗单纯性肥胖病临床疗效比较 [J]. 南京中医药大学学报(自然科学版), 2002, 18 (1): 454-457.

[13] 张志民. 耳穴贴压王不留行治疗单纯性肥胖120例疗效分析 [J]. 内蒙古中医药, 1992, 11 (2): 9.

[14] 姜英, 张庆萍. 耳压磁珠治疗单纯性肥胖 [J]. 安徽中医临床杂志, 1997, 9 (1): 55.

[15] 严留光. 耳压减肥180例 [J]. 上海针灸杂志, 1994, (6): 239.

[16] 齐淑兰, 韩世涌. 耳穴贴压减肥疗效观察 [J]. 中国针灸, 1996, (12): 15.

[17] 王国明, 李丽霞, 宋永强等. 穴位埋线治疗单纯性肥胖症60例疗效观察 [J]. 中国针灸, 2001, 21 (7): 395-396.

[18] 蒙珊, 陈文. 穴位埋线减肥临床疗效观察 [J]. 四川中医, 2005, 23 (8): 107-108.

[19] 姜兴鹏, 陈春梅, 陈伟. 薄氏腹穴药线植入消脂减肥法临床应用50例 [J]. 中国民间疗法, 2005, 13 (6): 13-14.

[20] 王承山, 谢富明, 杨兆钢. 芒针治疗肥胖症 [J]. 中医药研究, 1999, (8): 27.

26_ZhongShu.indd 134 12/14/09 10:26:31 AM

[21] 唐春雨, 李恩唐. 灸法减肥临床疗效观察 [J]. 针刺研究, 1992, 17 (4): 261。

[22] 于嫦琴, 赵树华, 赵学良等. 光灸治疗儿童单纯性肥胖症的临床观察 [J], 中国中西医结合杂志, 1998, 18 (6): 348-350.

[23] 田德润, 李晓东, 石玉顺等. 经皮神经电刺激治疗超重和肥胖症的初步研究 [J]. 北京大学学报(医学版), 2003, 35 (3): 277-279.

[24] 高洪生. 针刺治疗单纯性肥胖68例 [J]. 陕西中医, 2000, 21 (5): 223.

[25] 巴经辉. 针刺治疗单纯性肥胖105例 [J]. 天津中医学院学报, 2002, (3): 30.

[26] 刘志诚, 孙风岷, 赵东红, 张中成等. 针刺对单纯性肥胖瘦素和胰岛素抵抗的影响研究 [J]. 中医药学刊, 2003, (1): 40.

[27] 赵银龙. 单纯性肥胖症针灸治疗 [J]. 江西中医药, 1993, (2): 44.

[28] 王明. 针灸减肥临床疗效观察 [J]. 天津中医, 2000, 17 (3): 36.

[29] 张中成, 刘志诚. 针刺治疗肥胖症经验 [J]. 辽宁中医杂志, 2001, (4): 207.

[30] 刘鸣. 针刺配耳穴贴压治疗单纯性肥胖症52例 [J]. 中国民间疗法, 2002, (8): 15.

[31] 赵银龙. 针刺治疗单纯性肥胖35例疗效观察 [J]. 河北中医, 2002, (1): 37.

[32] 孙岚云. 针刺配合耳压治疗单纯性肥胖症疗效分析 [J]. 针刺研究, 2000, 25 (4): 302-304.

[33] 蔡春沉, 胡玉茹. 体针配合耳穴贴压治疗减肥50例小结 [J]. 甘肃中医, 1999, 12 (2): 34.

[34] 吕洁. 针灸减肥初探 [J]. 针灸临床杂志, 1995, 11 (6): 9.

[35] 吴秋珍, 匡钱华. 肥胖症针灸治疗浅议 [J]. 甘肃中医学院学报, 1995, (3): 45.

[36] 汤柯, 任玉娟. 针刺配合手法治疗单纯性肥胖症36例 [J]. 陕西中医, 1997, (2): 80.

[37] 王文远, 杨基时, 李延成等. 三点十二穴治疗单纯性腹部肥胖症的临床研究 [J]. 针灸临床杂志, 1993, 2 (3): 15.

[38] 裴茂华, 李文涛. 小针刀治疗肥胖症5例 [J]. 中国民间疗法, 2002, 10 (4): 23.

[39] 张焕标, 王惠心, 张育勤. 激光学位照射治疗单纯性肥胖384例 [J]. 江苏中医, 1998, 19 (5): 37.

[40] 沈洁, 侯庆. 针刺华佗夹脊治疗单纯性肥胖疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2000, 19 (1): 92.

[41] 邓元江, 刘卫英, 欧阳亮. 电针、体针治疗单纯性肥胖的疗效对比观察 [J]. 中国中医药信息杂志, 2003, 10 (9): 71-72.

[42] Liu Zhicheng, Sun Fengmin, Hu Kue, et al. Acupuncture in Treatment of Simple Obesity [J]. Int J of Clin Acup, 1993, 4 (4): 343-350.

[43] 张路. 针刺脾胃经和任脉经穴治疗胃肠实热型单纯性肥胖症40例 [J]. 北京中医杂志, 2003, 22 (1): 41.

[44] 柴振江, 月经周期减肥法治疗妇女肥胖症 [J]. 中国针灸, 2002, 22 (5): 304.

[45] 谌剑飞, 痛性肥胖针刺治疗的研究 [J]. 上海针灸杂志, 1998, 17 (4): 6-7.

[46] 刘志诚、周群、王争。针灸对单纯性肥胖病并发高脂血症患者的脂质、TXB2、6-Keto-PGF1α [J].针刺研究, 1996, 21 (4): 17-21.

[47] 张丽, 李东书, 盛丽. 磁针治疗单纯性肥胖症并发高脂血症的疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2003, 22 (2): 7-9.

[48] 刘志诚, 洪承, 孙志. 针灸治疗单纯性肥胖病并发痛经疗效观察 [J]. 中国针灸, 2003, 23 (9): 521-523.

[49] Liu Zhicheng, Sun Fengmin, Li Jia, et al. Prophylactic and Therapeutic Effects of Acupuncture on Simple Obesity Complicated by Cardiovascular [J]. Diseases J of TCM, 1992, 12 (1): 21-29.

[50] 赵玫, 刘志诚, 苏静等. 针灸对实验性肥胖大鼠下丘脑饱食中枢的影响 [J]. 针刺研究, 1999, 24 (2): 98-100.

26_ZhongShu.indd 135 12/14/09 10:26:48 AM

[51] 刘志诚, 孙风岷, 朱苗花等. 针刺对肥胖大鼠杏仁核作用的研究 [J]. 针刺研究, 2000, 25 (1): 18-22.

[52] 刘志诚, 孙风岷, 魏群利等. 针刺对肥胖大鼠中缝核群作用的探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2000, 6 (7): 52-55.

[53] 刘志诚, 沈梅红, 魏群利等. 针灸对单纯性肥胖症胰岛素抵抗的作用 [J]. 江苏中医, 1999, 8.

[54] 刘志诚, 孙风岷, 王耿等. 针刺对肥胖大鼠作用的形态学观察 [J]. 针刺研究, 2000, 24 (4): 307-310.

[55] 刘志诚, 孙风岷, 韩燕等. 针刺治疗单纯性肥胖症的实验研究 [J]. 针刺研究, 1998, 23 (1): 69-75.

[56] 赵玫, 袁虹锦. 针刺对试验性肥胖大鼠下丘脑摄食中枢的影响 [J]. 中国针灸, 2001, 21 (5): 305.

[57] 刘志诚, 孙风岷, 魏群立等. 针刺对肥胖大鼠中缝核群作用的探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2000, 6 (7): 52.

[58] 刘志诚, 孙风岷, 申冬珠等. 从植物神经功能和血浆环核苷酸含量的变化观察针灸减肥作用 [J]. 中国中西医结合杂志, 1991, 11 (2): 83.

[59] 刘志诚, 孙风岷. 针刺治疗单纯性肥胖胃肠实热型患者的良性调整作用探讨 [J]. 中国中西医结合杂志, 1995, 15 (3): 137.

[60] 刘志诚, 孙风岷, 徐斌等. 针刺对肥胖大鼠大脑皮质神经信息物质的影响 [J]. 中国临床康复, 2004, 8 (18): 3543.

[61] 孙志, 张中诚, 马丽等. 针刺对肥胖大鼠食欲调节因子神经肽Y与瘦素作用研究 [J]. 中国行为医学科学, 2005, 14 (12): 1057.

[62] 陈锋, 吴凡, 张艳. 针刺对单纯性肥胖患者TNF-α Resistins水平的影响 [J]. 针刺研究, 2005, 30 (4): 243.

[63] 王少锦, 田新乐, 康锁彬等. 针刺对谷氨酸钠诱导的肥胖大鼠脂代谢及相关因素的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2005, 3 (25): 306.

[64] 刘志诚, 孙风岷, 胡丽梅等. 针灸减肥的临床的观察及其降低脂质的研究 [J]. 中国康复, 1990, 5 (3): 110.

[65] 刘志诚, 孙风岷, 王耿等. 针刺对肥胖大鼠作用的形态学观察 [J]. 针刺研究, 2000, 24 (4): 307.

[66] 徐炳国, 刘志成. 针灸对肥胖并发高血压瘦素胰岛素抵抗的影响 [J]. 上海中医药杂志, 2005, 39 (10): 27.

[67] 徐斌, 袁锦虹, 刘志成. 脂联素在针刺抑制脂毒性中作用的临床观察 [J]. 上海针灸杂志, 2006, 25 (2): 27.

[68] 方正清、尹刚、徐冠荪。单纯性肥胖大鼠胃肠电变化及针刺的调整作用 [J]。中国中医药科技, 2005, 12 (4): 203。

[69] 王晓燕, 李静茁. 针刺对单纯性肥胖症患者体表胃电图影响的研究 [J]. 中国美容医学, 2006, 15 (5): 570.

[70] Jack A, Yanovski, Susan Z, et al. Recent Adances in Basic Obesity Research [JJ. JAMA, 1999, (288): 1504-1506.

26_ZhongShu.indd 136 12/14/09 10:27:04 AM