

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2010年9月(总28期)

顾问 黄进来PBM 丁珊瑚博士

编印 新加坡中医师公会

主编 林秋霞(宣传出版组主任)

副编 吴再池(宣传出版组副主任)

编委 陈蓓琪 王平 王木瑞 李俊玉 林英

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) 120/05/2010

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

代理 书城音乐书局 Tel: 6338 7280
长河书局 Tel: 6339 3609
今古书画店 Tel: 6338 5380

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

二〇一〇年

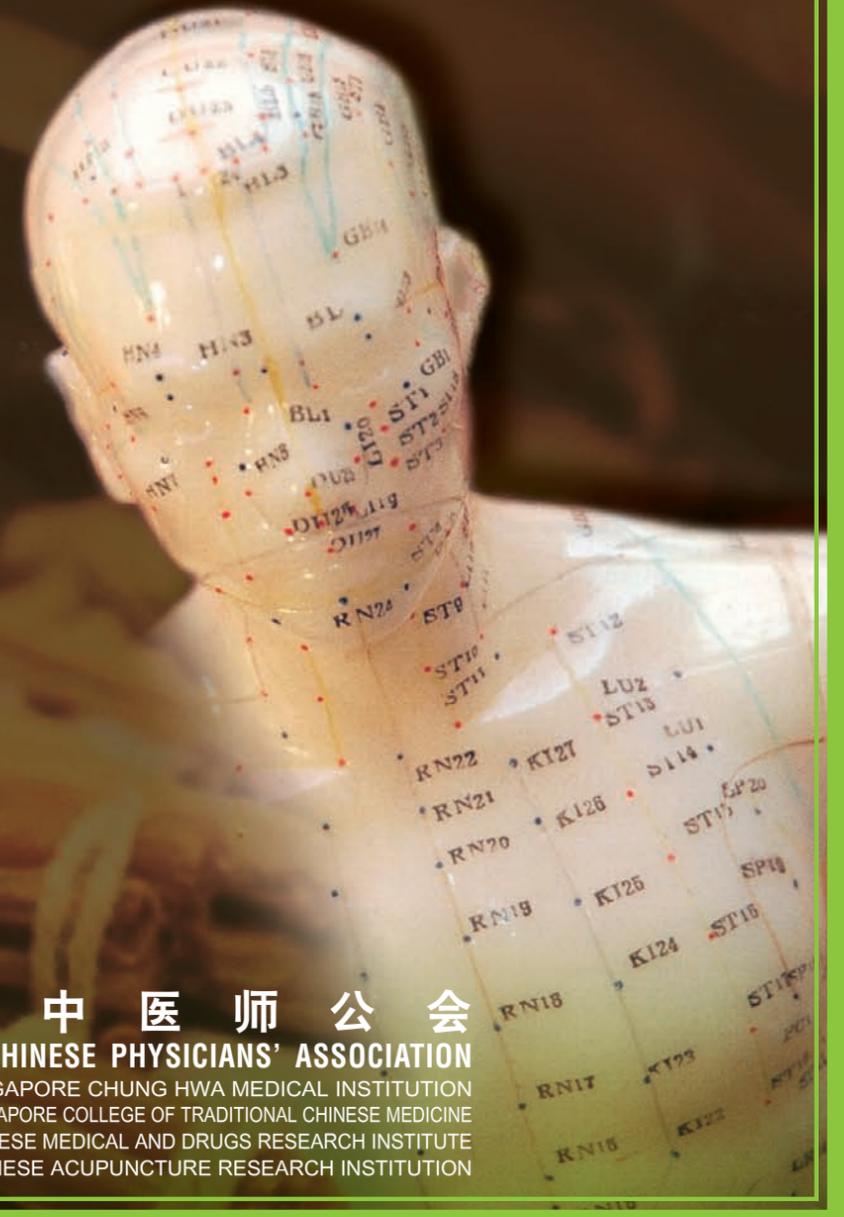
总二十八期

新加坡中医师公会出版

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

新加坡中醫雜誌

2010年09月
总28期



新加坡中醫師公會

THE SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

中华医院 SINGAPORE CHUNG HWA MEDICAL INSTITUTION
新加坡中医学院 SINGAPORE COLLEGE OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE
中华医药研究院 CHINESE MEDICAL AND DRUGS RESEARCH INSTITUTE
中华针灸研究院 CHINESE ACUPUNCTURE RESEARCH INSTITUTE

四君子汤 在肿瘤病中的应用



37



针灸治疗糖尿病概况
39



浅谈功能性胃肠病的
中医药治疗
48



黄治品老中医
治疗心脑血管疾病方药
79

- 02 浅谈宫颈癌诊治
杜雪美
- 05 正交设计与均匀设计
张会宗 梁茂新
- 10 临床经验谈
谢斋培
- 13 杞菊地黄丸治疗干眼症的
临床疗效 林秋霞
- 16 算不算是奇难杂证
黄怀得
- 17 为“爱”平反，再谈
“心”说“爱” 吴中山
- 20 雷公藤浸膏片治疗大鼠佐
剂性关节炎实验研究 胡
秋荣
- 24 新加坡中华医院中医药图
书馆馆藏《神农本草经》
版本简介 王平整理
- 27 腰椎间盘突出症的治疗原
则 张爱平

- 32 大椎穴治疗颈椎
病浅谈 董菁菁
- 35 人体生物节律与
“八字” 黄靖文
- 37 四君子汤在肿瘤病中的
应用 林英
- 39 针灸治疗糖尿病概况
冯启发
- 46 震颤的中医治疗
陈昆宁
- 48 浅谈功能性胃肠病的中
医药治疗 阎立群
- 50 中医论治亚健康
陈蓓琪
- 53 中医治疗慢性肾小球肾
炎的研究现状概况 唐跃
- 66 老人重听的认识及其应
对处理 蔡欣洁
- 69 浅论小儿汗证诊治
廖凤燕

内页

- 72 针灸在治疗妇科疾病中
的运用
夏融 邹玉敏 廖佳
- 79 黄治品老中医治疗心脑
血管疾病方药 张流秀
- 82 循经扬刺治疗膝骨性
关节炎疼痛的疗效观察
仲伟梁
- 84 凉血疏瘀治疗慢性肾功
能衰竭试点报告
介俊东
- 85 针灸治疗中风心得篇
郭忠福
- 91 疑难病中鼻咽癌的临床
医疗经验交流 吴荣贵
- 94 新加坡中医药发展概况
苏成吉
- 96 《新加坡中医杂志》
稿约



浅谈宫颈癌诊治

新加坡·杜雪美

一. 前序

子宫颈癌是指子宫颈鳞状上皮和腺上皮发生癌变，不仅占据上皮层，而且已突破基底膜侵犯间质及腺体组织。是女性生殖器官最常见的恶性肿瘤之一。子宫颈癌是全球妇女中仅次于乳腺癌的第二个最常见的恶性肿瘤。中国宫颈癌发病率占妇科肿瘤第二位，每年大约有13万人发病。根据英国最新的统计数据，宫颈癌每年会夺走1000多名20岁左右女性的生命，称得上是威胁女性健康的“最年轻杀手”。近年来，由于人类乳头瘤病毒(HPV)感染增多，宫颈癌发病率有明显上升趋势，且患病年龄趋于年青化。

二. 病因

子宫颈癌病因至今尚未完全明了，但众多研究认为与下列五种因素有关：

1. **HPV感染**：近年发现通过性交感染某些病毒，如单纯疱疹病毒Ⅱ型、人乳头瘤病毒、人巨细胞病毒等，都可能与宫颈癌发病有一定关系。分子生物学研究结果显示，90%以上宫颈癌伴有HPV感染。
2. **性生活紊乱**：性生活过早(<16岁)，性生活过频，多个性伴侣，男方包皮过长。(因包皮垢有刺激产生子宫颈癌的危险性)过早性生活指16岁前已有性生活，此时其下生殖道发育尚未成熟，对致癌因素的刺激较敏感，一旦感染某些细菌或病毒后，

又在多个男子性关系的刺激下发展而导致宫颈癌。多次结婚也是发病因素。高危男子是宫颈癌发病因素的论点已被重视，凡配偶有阴茎癌、前列腺癌或前妻曾患有宫颈癌的均为高危男子，与高危男子有性接触的妇女，易患宫颈癌。

3. **宫颈病变**：有慢性宫颈炎，宫颈息肉、宫颈湿疣、宫颈创伤(多次分娩，反复人流)；曾有宫颈癌、子宫内膜癌、阴道癌或外阴癌等家族史者。
4. 长期服用雌激素类药物治疗者。
5. 吸烟、吸毒等。
6. **误诊**：临床工作中经常遇到宫颈癌患者因误诊为妇科炎症而耽误治疗，错失治疗良机。究其原因有三：

其一：宫颈癌早期症状不明显。

其二：对子宫颈癌认识不够，认为子宫颈癌多见于40岁以上中老年妇女。年青者不可能。

其三：妇科学查不重视，不愿意去妇检。据报道早期宫颈癌多是在妇检中发现的，30岁以上的妇女应定期做妇科检查。当你有上述高危因素同时有下述症状：

三. 临床表现

子宫颈癌早期可能没有任何不适，常常在体检、普查时发现。随着病情进展，患者可出现下列异常症状：

1. 阴道出血：
 - (1) 接触性出血即性交时或妇检时阴道少量出血。
 - (2) 绝经后无痛性阴道不规则出血
2. 阴道分泌物增多：
 - (1) 白带增多，呈稀水样或淡洗肉水样，有时有腥臭味，但无外阴瘙痒不适者。
3. 邻近器官侵犯：出现尿急，尿频，尿痛，尿血，排尿不畅。腹泻，排便困难等。
4. 下腹疼痛。多为晚期特点，由于癌组织侵犯或压迫盆腔神经、大血管、输尿管所致。

四. 诊断依据

1. 异常子宫出血及阴道排液。
2. 妇检可见子宫癌肿、溃疡或空洞病灶。
3. 宫颈细胞学检查阳性。
4. 阴道镜检查，观察宫颈异常血管及组织。
5. B超检查显示宫颈部占位性病变。
6. CT检查显示宫颈浸润程度，与周围脏器关系及腹膜后有无淋巴结肿大。

五. 治疗

(一) 西医治疗

子宫颈癌的治疗原则：

- (1) 根据病人年龄、全身状况，重要脏器功能以及对采用的治疗方法的承受能力。
- (2) 根据肿瘤的临床期别，病理类型全面考虑，常用的方法为手术，放疗或化疗，综合性治疗等。

(二) 中医治疗

子宫颈癌属于中医带下，漏症、症瘕类范畴。由脏腑气血失调，湿毒内侵，蕴积下焦，损伤冲任二脉而成本病。根据中医临床的特

点，本人临床治疗经验，辨证与辨病相结合的原则；将子宫颈癌大致分四大类型：

一、肝郁气滞型

主要证状：

心情忧郁，胸胁或小腹胀痛，心烦易怒，周身窜痛，口干不欲饮，白带增多，舌质正常或稍红，苔薄白；脉弦或涩。(妇检：多见宫颈糜烂，呈小菜花样改变。)

治则：疏肝理气，解郁。

常用药物：柴胡、香附、白芍、青皮、广郁金、莪术、薏苡仁、紫丹参、重楼、败酱草、白花蛇舌草等。

二、湿热蕴毒型

主要证状：

白带增多，状如米泔或粉污，恶臭，小腹胀痛，尿黄便干，口苦口干，舌质红，苔白腻或黄腻；脉滑数。(妇检：多见宫颈呈菜花样坏死，或者继发感染。)

治则：清热解毒，活血祛瘀。

常用药物：山豆根、黄芩、牡蛎、莪术、薏苡仁、紫丹参、重楼、山茨菇、红藤、败酱草、白花蛇舌草等。

三、肝肾阴虚型

主要证状：

头晕耳鸣，口干喜饮，腰膝酸痛，手足心热，大便秘结，小便短赤，常有阴道流血，舌质红或正常，苔薄白；脉细数等。(妇检：多见宫颈呈菜花结节型或溃疡空洞型改变。)

治则：滋补肝肾、佐以解毒。

常用药物：炙龟甲、枸杞子、旱莲草、女贞子、山药、桑椹、山茱萸、白花蛇舌草、重楼、生地黄、莪术等。

四、中气下陷型

主要证状：

赤白带下，阴道、肛门有下坠感，腰痛，食欲不振，二便不利。舌质淡红，苔薄白；脉细无力。

治则：补中益气。

常用药物：人参、黄芪、白术、山药、白扁豆、当归、白芍、大枣、薏苡仁、鸡血藤、白花蛇舌草等。

根据以上四种类型，不同的兼证而随证加减。

六. 探讨(四点)

1. 宫颈癌饮食

- (1) 宫颈癌早期，以增强患者抗病能力，提高免疫功能为主，应尽可能的补给营养物质，蛋白质、糖、脂肪、维生素等均可合理食用。
- (2) 患者阴道出血多时，应服用些补血、止血、抗癌的食品，如藕、薏苡仁、黑木耳、乌梅等。
- (3) 患者白带多水样时，宜滋补，如甲鱼、鸡肉等。
- (4) 患者带下多粘稠，气味臭时，宜食清淡利湿之品，如薏苡仁，赤小豆，白茅根等。
- (5) 手术后，饮食调养以补气养血，生精填精之膳食，如山药、桂圆、桑椹、枸杞、猪肝、甲鱼、芝麻、驴皮胶等。
- (6) 放疗时，饮食调养以养血滋阴为主，可食用牛肉、猪肝、莲藕、木耳、菠菜、芹菜、石榴、菱角。
- (7) 放疗后，出现放射性膀胱炎和放射性直肠炎时，给予清热利湿，滋阴解毒作用的膳食，如西瓜、薏苡仁、赤小豆、荸荠、莲藕、菠菜等。
- (8) 化疗时，饮食调养以健脾补肾为主，可用山药粉、苡米粥、动物肝、胎盘、阿胶、甲鱼、木耳、枸杞、莲藕、香蕉等。出现消化道反应，恶心、呕吐、食欲不振时，应以健脾和胃的膳食调治，如蔗汁、姜汁、乌梅、香蕉、金橘等。

(9) 宫颈癌晚期，应选高蛋白、高热量的食品，如牛奶、鸡蛋、牛肉、甲鱼、赤小豆、绿豆、鲜藕、菠菜、冬瓜、苹果等。

2. 宫颈癌禁忌:

- (1) 宫颈癌由气血瘀滞，痰湿凝聚，毒热蕴结而致。用膳应禁忌肥腻甘醇、辛辣香窜，油煎烤炸等生湿、生痰、燥热，易致出血的食品。
- (2) 患者白带多水样时，忌食生冷、瓜果、冷食以及坚硬难消化的食物；带下多粘稠，气味臭时，忌食滋腻之品。

3. 宫颈癌会传染吗:

加拿大霍普金斯免疫学及传染病学专家吴宏泰表示，目前医学已证实，子宫颈癌多数由外来的病毒感染造成。此类癌症既是由病毒感染，具有传染性，就可以施打疫苗事先予以防范。

4. 宫颈癌预后

子宫颈癌的诊治研究已近百年，成效显著。随着医学技术的发展，医疗手段的提高，手术和放射治疗的应用，宫颈癌不再是不治之症，原位癌经治疗预后良好，据统计，1期病人的5年生存率为81.5%，宫颈浸润癌生长速度快，如不及时治疗，患者常在2-5年内死亡。总之，早期宫颈癌患者长期生存率约75%-90%。此外，宫颈癌复发大多是在治疗后2年内，一旦熬过5年，复发危险就很低了。

近年来，随着肿瘤化学治疗迅速发展，新的化疗药物及新的化疗方案不断用于临床，中医中药的治疗，进一步提高了晚期宫颈癌或术后复发癌的生存率。

4. 正交设计与均匀设计在组方优化中的应用特点及注意事项

4.1 正交设计与均匀设计在组方优化中的应用特点

正交设计与均匀设计相比,整齐可比,特别适用于药味少,水平数不齐状态下药味的取舍和配伍关系分析;缺点是应用中因水平数受正交表和试验次数的限制,优化结果不一定非常逼近最佳值。而均匀设计试验次数与水平数相等,水平数增多,试验次数减少,使各水平分布细腻,优化便捷、结果更准确,缺点是均匀设计自变量回归系数大小与正负虽可以显示相关的正负及各因素的交互情况,但显著性不明确,逊色于正交设计。鉴于上述两种设计的特点,应用中如能将二者有机结合,则会收到更佳效果。

4.2 正交设计与均匀设计在组方优化中的注意事项

目前,正交设计与均匀设计广泛应用于中药组方筛选与配伍研究,但试验中存在一些共性的问题。

4.2.1 中药的质量控制存在的问题

目前试验研究可大致分为药材、药材提取物、有效部位群以及中西药混合配比优化等几种形式。由文献报道可知,进行优化的诸多药物并未有制定严格的质量标准,除西药可限定成分含量上下限外,中药提取物、有效部位群是否建立了较为完善的质量控制,如总黄酮、蒽醌、生物碱等效应组分的上下限含量控制及中药指纹图谱分析等。对于药材而言,就算符合《中国药典》标准,实际控制中药材含量大多控制下限,这样符合标准的药材质地却相差悬殊。况且药材单一效应成分含量控制并不能代表药材本身质量,部分药材代表性成分本身不一定是效应成分。为此,在临床应用中,因药品质量差别,可能出现试验优化是一回事,临床应用又是另外一回事的情况,影响临床用

药安全有效。因此加强药材及中间体的质量控制显得尤为重要。

4.2.2 考查指标和测评方法中存在问题

在设计中,应根据实验目的、专业知识及预试验结果尽可能选取特异性的、主要的、可精确测量、试验误差小、主观意向不明显的指标进行优化分析,如必须选择主观指标,必须明确评价细则。如试验选择多项指标,数据处理需要采用综合评分等加权方法,应进行严格的科研论证,避免随意加权,影响试验结果。另因均匀设计,不具有整齐可比性,结果影响会更大。

4.2.3 优化试验水平选择注意问题

中药优化不同于普通的西药配比,优化的一组药味中经常存在“经典方”、“药对”现象,这样在设定每味中药水平梯度时应兼顾历史沿用药味间配伍比例。而对于单味中药而言,水平的划分范围,可参照《中国药典》的用量标准,并依据有关文献、用药途径、炮制方法、药品来源、病证特点等进行适当调整,满足试验的要求。例如,细辛《中国药典》用法用量为“1~3g。外用适量”;而《中华本草》为“内服:煎汤1.5~9g;研末1~3g。外用适量,研末吹鼻、塞耳、敷脐;或煎水含漱”,再结合有关文献,确证细辛毒性主要来源于挥发性成分黄樟醚及肾毒性成分马兜铃酸。如水煎入药则黄樟醚会大量挥散,马兜铃酸水溶性较差,提取毒性自然降低,故可加大服用剂量,这与《中华本草》煎汤“1.5~9g”吻合;如原粉口服则应参照《中国药典》用量;如细辛外用,受皮肤屏障作用,经皮吸收速度缓慢,吸收剂量小,毒性降低,可加大给药剂量;如果所选方剂用于阴虚、血虚、气虚多汗证患者,则应适当降低细辛剂量范围。另外,在均匀设计中因水平数较多,可能存在相邻水平间差异过小现象,如药性缓和,优化结果受试验误差影响加大,会使结果出现偏差。因此,水平设定时可以参照“拟水平法”安排合理梯度。还有实验中水



临床经验谈

新加坡·谢斋培

“不为良相，愿为良医。”何谓良医？当今社会时尚，医生是高尚职业，地位崇高，备受尊重。医者父母心。倘若能解决病人心身的病痛折磨，即是病人心中的良医也。

自从中医在新加坡注册后，有关部门制订所有中医师名册，若发生医疗不当事件，病人向当局投诉，医师将面对法律诉讼。轻则罚款了事；重则丧失医师资格。行为自律，无惧无悔。但经验不足，错失难免。

我行医四十年，愿将多年临床经验与各位分享。

一. 医师的形象

病人对医师的信任是首要。因此给病人第一印象最为重要。所谓“先敬罗衣后敬人”，医师亲切的形象，整齐的服装；温文尔雅，笑容可掬、言语幽默，病人轻松自在。

医师先要以身作则，强身健体，多做运动。最好是平衡运动譬如散步、太极、灵子术、游泳、踏脚车等。

其次，诊所环境宜清幽雅致，医师自在，病家舒适。

二. 中医治病的核心——治未病

所谓“治未病”是强调预防胜于治疗。治病要先治人，治人要先治神。“神”指人体的精神，情志活动；一个人若遭受沉重压力，精神生活引起焦虑、抑郁，久而久之，导致气机失常，出现气滞血瘀或痰瘀交阻，出现病理症状。对于一些有先天基因缺陷或后天不良习性者，若不改良劣根性，中年后更容易患上顽固器质性疾病，如高胆固醇、高血压、严重时更则致冠心病、中风。

医者在临床辨证时，关注病人周围环境的影响，病因是否情志病所致。劝导病人减轻压力，改变劣根性，往往能预防疾病的产生，此谓治未病。然而，目前大部分医师偏重治己病，病已形成，长期处于只能够以药物控制病情，减轻痛苦状态。

治未病以中医养生之道，生活要有规律，“生活”即生命活力，即体内精、气、神处于正常水平。要保持正气旺盛。起居正常、饮食有节，配合中医气功修炼对治未病，有一定的帮助。练气功主要锻炼身心安定、通过吐

纳，肢体有节奏运动，使身体气机活动正常；气血流畅，人自然健康。

三. 提高医学水平

(一) 阴阳调和

中医治法强调阴阳调和，中医二字也即是调和之意，“中”是中央，是平衡点，太极图中的双鱼分界线。人的活动在于‘气’，气的流动形成气机；气机是生命活动的能量，主要维持气血和畅，倘若气机逆乱或不畅，导致气血涩滞瘀阻，就会出现阴阳偏差，病理现象。

中医治病手段，以药物、针灸、推拿、气功等，主要是调整气机达到气血流畅，阳平阴秘，人体恢复健康。

曾有位临床经验丰富的医师，以一张逍遥散加减医百病，人称逍遥医师。其机理就是郁气阻塞气血使人生病，解郁是治病重点，对于欠缺临床经验者，对辨证抓不到要点，辨来辨去，只能自圆其说，病却治不好。所以辨证之道，一击即中，无往不利。

(二) 博学多能

身为医师，要掌握中医各种疗法，才能够快速减轻病人痛苦。如“岔气”一症，呼吸困难，活动疼痛，在治疗上用药物，针灸解决不了时，可用推拿手法，有立竿见影之效。

(三) 辨证慎重

中医的宏观疗法，注重整体效应，固然有效，然而对病的本质，往往忽略病的潜在危险，轻则延误病情，重则危及生命。

比如临床常见头痛、颈背酸痛、手麻、嗜睡等症，其实是高血压表现，因此临床诊断必须测量血压，忽视者则病人可能导致中风。

又如肠胃病的腹胀、消化不良、腰痛、体重减轻等症状，从中医辨证中有胃气上逆，肝胃不和，脾阳不振等型，若服尽疏肝和胃、行

气降逆方剂都无效，不妨劝病人前往体检，可能患胆结石？胃溃疡？胃癌？肝癌？病向浅中医，延误致命！

(四) 针灸技巧

我研究针灸手法多年，针灸疗法要提高疗效，手法最要紧。指力的操控，取决于医师的锻炼，医师指力所发出的能量，调和穴位的“神”气。进针时，要沉肩垂肘，蓄力于腕，发力于指。精神集中在手指，用快速旋转进针法，闪电之势，震动的力，病人不会感到痛楚。短针进针时用指切刺押法，长针用挟持刺押法，双手用力应用自如，容易得气，是最有规范手法。希望同学们好好磨练正确操作法。

针刺效果最关键的是运针，运针就是调气；调气法必须有针感，针感包括痛、麻、胀、触电感及留针。针感强弱有补虚泻实作用，如少商出血，泻肺经蕴火治咽痛，针补关元可固本元气治阳萎，从现代医学术语有抑制和兴奋作用，如口眼歪斜症(颜面神经麻痹)由受风寒或病毒引起神经麻痹：宜用兴奋手法(轻刺激留针)用二点加一圈穴位(合谷、翳风、地仓、颊车、四白、下关)。又如肠胃痛(上中腹)可取背后脊柱相关穴位T6-T12，夹脊穴用强刺激抑制神经兴奋，放松其肌肉痉挛，疼痛即止。

(五) 推拿技巧

推拿疗法是医师以外力去调节病人气机，具有舒筋活络，祛风活血，理筋整骨的作用，临床时如一般保健按摩是用轻刺激手法。即按、摩、拿、捏、推、揉、有促进气血、兴奋作用。若软组织劳损症如肩关节周围炎，肘部肱骨外上踝炎，颈椎病、腰肌劳损等病。久伤有瘀阻宜以强手法如拔、抃、点、摇、牵引抑制等手法。若因外伤引起肌肉紧张，小关节错位时活动困难，宜用大幅度摇、伸、及寸劲力之扳法，有理筋整骨作用。推拿疗法是临床疗

效最显著的，同学们应多加练习，同时针推互相配合加强刺激能量。

四. 临床诊治注意事项

- (一) 诊断时尽量用中西医学诊断法。
- (二) 把病情的发展预后先详细告诉病人。
- (三) 处理针灸时、特别是耳穴，注意消毒。除了以酒精消毒外，用碘酒更好。
- (四) 施针时，病人最好俯卧、侧卧或仰卧。不宜坐式施针，避免晕针。
- (五) 宜记录施针数目，以免漏了出针。
- (六) 温针时注意勿把针体埋入皮肤，避免烫伤。
- (七) 艾灸要集中火力，如雀啄法、温和法。
- (八) 拔罐注意事项：留罐不宜过久，一般五分钟，否则皮肤出水泡、瘀肿；推罐时动作缓慢，太快皮肤损伤，导致病人疼痛。刺络拔罐不宜过早。待血凝成块约10分钟，出罐时，抹血迹时要戴手套，预防感染。
- (九) 刮痧时，同一部位不可超过20次，否则皮肤损伤。
- (十) 推拿手法越有效，危险性愈大。例如颈椎病。扳法是有效手法，倘若患者年纪大，有骨刺近椎管，若大力旋转，引起脊髓损伤，严重者，可能导致病人瘫痪。因此推拿忌用暴力。

要熟读解剖学，用力要到病所，如病在皮下肌肉的肌膜炎；宜用推、揉、手法，病位在韧带、肌腱用拨、扳手法。若病位在关节宜用摇、牵引、扳法。推拿手法要达到巩固疗效，必须耐心作功能锻炼。

针灸与推拿疗法，都要接近病人体肤，由于男女有别，所以在背腰部、胸腹部、大腿部位，要下针推拿时，先要知会病人，才进行治疗，解开衣物时，也要先征求同意。否则引起病人的怀疑、恐惧，处理不当可能构成非礼罪。

孔子曰：“食色性也”！人非圣贤，对异性的兴趣是难免。诗经云：“窈窕淑女，君子好逑”。若求之不得、反而身败名裂。身为医师待人要稳重，绝不轻浮。避免勾肩搭背，言语调戏。千万不要趁职业之便，做出非份之举。

- (十一) 人生烦恼事离不开是生、老、病、死。特别是老与死，医师应该劝导病人克服对老、死的恐惧感，有正确人生观，人生之旅，只有起点，没有回程，来是偶然，去是必然。惟有处之泰然，克服对老病，论语曰：“乐以忘忧，不知老之将至”。保持年轻之心境，愉快的心情，病痛自然少。切不可利用病人对病、老的恐惧，不择手段欺骗、恐吓，为一己私利，有违医德。

杞菊地黄丸

治疗干眼症的临床疗效



新加坡·林秋霞

前言

新加坡的眼科翘楚李金龙教授生前可以说是将中医眼科带入新加坡的第一人。在2005年当我还是他的学生的时候，便看到他用针灸泪三针方法将患有干眼症病人的干眼症状具体的改善，感觉了很大的震撼。

干眼症虽然是眼科临床常见的眼表疾病，但带来的不适情况常会带给病人很大的困扰，

西医眼科总是以人工泪液取代，严重者则做泪孔闭塞(punctal occlusion)或通泪道泪管的手术治疗。李教授生前曾认为以西医的单一方式来治疗多种病因病机造成的干眼症似乎不太适合，多数将治标不治本。而以我做为西医眼科视光师多年的临床观察，干眼症的治疗几乎都是以症治疗为主，这对佩戴隐性眼镜或用眼过度的年轻人或许能起着短期的效应，但对中老年人的干眼症似乎没有多大的效果。

2008年9月,当我进入美国的费省Salus University属下的PCO(Pennsylvania College of Optometry)当研究生后,我便想将中医治疗的方式带入典型的西医治疗范围里来实践,而这在西方被划定为“其他治疗方法”的中医治疗如果能在美国取得有数据证明的效果,那对西方眼科的治疗来说将会是一个新起点,也会给他们带来一个新启示。

由于我的导师对中医治疗一直深感兴趣,他毫不考虑地批准了我在PCO以中医治疗病人的申请。一个项目是治疗黄斑病变,一个项目便是治疗干眼症。

2009年10月,我与新加坡中华医院眼科组的两位同僚赴天津参加中西医结合眼科会议并发表了我们两个以中医治疗的成功病例,并看到了湖南中医药大学第一附属医院彭清华院长及他的研究生李逢春医生发表的“舒目方治疗肝肾阴亏型干眼症”的研究文章,感到很有趣,在河北省人民医院眼科组副主任张彬教授的引荐并在他们的同意下,我向PCO推荐了他们的文章并以他们的实验模式,开展了我们在新加坡及美国两地的实验个例,以杞菊地黄丸对照人工泪液的治疗方式,取得一定程度的突破。我们观察了杞菊地黄丸治疗干眼症的临床疗效,如今简介报告如下。

1. 资料与方法

1.1 检查对象

本实验受检对象来自于2010年1月-2010年6月期间PCO眼科医院的眼科病人。

共120名受检。其中男性58例,女性62例。年龄最大72岁,最小45岁,平均61.2岁。

为了检测中药用于干眼症的真正治疗效果,我们排除了干燥症,隐形眼镜佩戴者,有身体疾病及眼科疾病者,动过眼科手术者及妇女有经期综合症者皆排除在外不予考虑。

1.2 诊断标准

所有受检者均依次接受以下检查:

1.2.1 西医诊断标准:照美国眼科研究所PCO工作组的研究报告,制定出如下诊断标准:

(1) 症状:如眼干涩,异物感,视物疲劳,畏光感等。

病人将被要求完成一份自我测试表格而找出眼表疾病比值(OSDI, Ocular Surface Disease Index)

病人将被测试12道问题而由OSDI数值的高低而被计算出正常,轻微至中度或严重的干眼症。

(2) 泪液分泌测定(Schirmer Test, SIT) <10mm/5min

(3) 泪膜破裂时间(Tear Break Up Time Test, TBUT) <10秒

(4) 泪河宽度检查(Tear Meniscus Height Test, TMH) <0.3mm

(5) 苯酚红线测试(Phenol Red Thread Test, PRT) <10mm/5min

(6) 角膜荧光素染色(Fluorescent Test, FL) 阳性

前5项有4项呈阳性即可做病例选择标准。

2. 试验方法

2.1 设计类型

采用简单随机,平行对照的临床试验。

2.2 随机及分组

随机法采用的是检查随机排列表法。将符合的研究对象120名,按入院的先后次序变化,然后查阅随机排列表。第一组为治疗组中药组(The Study Group)60例,第二组为滴眼剂对照组(The Control Group)60例。两组患者疾病情况年龄,性别,病程,病情的差异经统计学处理无显著意义,表示两组间有可比性。

2.3 治疗方法

- (1) 中药组采用北京同仁堂出产的杞菊地黄丸，8粒/次，3次/天的给病人服用。连服10天为1个疗程。
- (2) 滴眼剂对照组：美国Allergan INC出产的Refresh Plus，每日滴两次，早晚各两次，1日使用1支，10日为一个疗程。以上两组均以10天为一个疗程，共治疗3个疗程。(30天)

3. 结果与分析

在经过一连串的检测，用中药之前后的比较，及用滴眼剂治疗的前后比较，我们发现中药治疗具有明显的优异性，统计学的测试都显示了中药治疗组与对照组的治理前后的差异，中药组的检测结果的数值在统计学上具有显著性的差异。

尤其我们发觉到很有趣的一点是，中药组的TBUT药后检测显示TBUT的大跨度进步，也就是说中药治疗干眼症患者可以更有效的延长泪膜破裂时间，增强泪膜稳定性，减缓泪液的蒸发。在泪液的质量方面(Tear Quality)，有很明显的提高。

但以其他检测的方式观察，譬如SIT，TMH，PRT的检测中药治疗组，同用滴眼剂治疗的前后比较来看，在泪液的数量方面(Tear Quantity)，并没有很明显的提高。

4. 讨论及前景

美国PCO对这个实验最感兴趣的一点便是中药大大地提高了泪液的质量，与在之前采取的西方人工泪液治疗比较来说，后者是很难在短期内看到这么明显成效的。

第二点让他们感到兴趣的便是中药治疗的稳定性，百分之八十的病人在连续用药30天后

停用30天，病人并没有复发的情况，这与西医滴眼组的检测相比较的话，百分之五十的病人在停药后30天就开始感觉到干眼症的复发情况是一个很明显的比差。

第三点让他们感到信服的是中药治疗的无副作用性。没一个病人在用药后投诉身体不适或有任何敏感或抗药性。这对长期用西药做研究的工作组来说，是难以置信的。

但由于时间的匆促及配合我在美国做研究的逗留时间，整个实验的样本类型基本还是属于小的，病人数目不大，而且年龄层都卡在中老年年龄层上，很难以此概括了少年年轻病人的干眼症情况，而且工作组跟进病人的时间不长，无法代表性的反映长期断药的情况下，病人的干眼症是否依然得到改善，还是断药30天后，病人的干眼症又开始复发，这是此实验必须改进的一个地方。

另一个有待改进的地方是研究组必须加强进一步研究中药在延长泪膜破裂时间，增加泪液分泌，以及促进角膜病变修复等作用的有关机理，这对将中药归入眼科的干眼症规范治疗方面，可以起着个决定性的说服力，对中医眼科的发展来说，更是一个不容延缓的工作动力。

但中药在这么样模式实验的阶段就能取的如此鼓舞性的成绩，对为病人方便而长期采用中药治疗的医疗工作者来说，绝对是开启了另一扇门的感受。



为“爱”平反， 再谈“心”说“爱”

新加坡·吴中山

文明的进化、社会的发展、文化的传承、历史的延伸，端赖文字的功能来承载记忆，继往开来。中国文字的发明乃透过六书，象形、形声、会意、指示、假借、转注，组合构建而成，具有形体、心神、思想、感情、意识、理念、行为、举止、艺术、哲学等诸多的特质。中国文字之美，单单从部首如人、口、手、心、木、水、火、石、金、玉、雨、车等等，就足以分出人事物不同的类别。就说思想、意念、慧、怀、恋、惦、惜、忆、愉悦、爱恶、愁闷、怒、悲、恐、惧等都以“心”为部首，一眼望去就知道辨别。字的结构一笔一画都有其意涵，比西方抽象的字母符号更富于生动的形象和神采，是世界上最美的语文，为其他民族、国家的文字无可比拟的。再进一步以爱为例，我们可以很清楚地看到它有一颗“心”，让人非常直接地感受到爱是发源于

内心情感，那是真善美最自然无瑕的表征，是天赋的，也是流露人性的泉源。有了爱才能够体现出温馨、慈祥、真诚、安全、善良、信实、深厚、永固的感觉，进而发展出孝、悌、仁、慈、礼、义、智、信、诚、敬；谦恭、和平、公正、忠勇、廉耻等高尚的人格操守，道德修养，成为人类文明、社会进化，无可替代的美德。这些全是往圣贤发挥高度的智慧，对自然界的领悟，从生活中的历练，不断萃取，凝结所铸造而成的既珍贵又丰富的中华文化。

中华文化历史悠久，从夏商周，春秋战国，经秦汉、唐宋、元明清迄今，文字如金文、小篆、隶书、草书、行书的变革屡见，而以清末民初白话文取代文言文；以及新中国成立后，为了普及教育，增强人民思想的沟通与知识的交流，将繁体字改为简体字，成为文化革新最鲜明的标帜，这种因应世

界潮流，推动文化教育的进步，的确具有实质的意义与价值。简化常用的文字对文化的传播，教育的普及功不可没。但笔者在不同角度持有不同的看法，最感遗憾的莫过于“爱”字把心省略掉，变成无心的“爱”，只剩一个外表、躯壳，捕捉不到心领和神会的意境，感觉不到真诚和真情，叫人觉得少了爱的内涵，失去了爱的真谛，也无法彰显出五千多年来古圣先贤所创造的中华文化应具有的文化高度与文字隐含的思维深度和艺术本质。

爱的表达，心意至关重要，于此，我们来谈谈“心”！三千年悠久历史的中医理论，早已提到心的功能有二：心主血脉、心主神明，也就是“心”一为血肉之心，推动身体血液的运行；一为神明之心，指主宰人类心神的思维活动、情感等，可见是把脑的功能放在心的范围内。在十六世纪明代时期，中医名家李时珍在他的名著《本草纲目·辛夷》中提出了“脑为元神之府”的看法，意即“心”中有脑。中医经典名著《内经·灵兰秘典论》曰：“心者，君主之官也，神明出焉。肺者，相傅之官，治节出焉……凡此十二官者，不得相失也。故主明则下安，以此养生则寿……”此一段话，指出心像君王一样，具有行使领导、协调、管理、统合全身脏腑功能的智慧心神；拥有明辨是非善恶、得失利弊的能力；有明智的心神，合理、清晰的思维，和力行的实践，国家的兴盛乃可预见。在人体的应用上，可以健康长寿。

佛家《唯识论》发现内在的神识，为一切思维言语、动作、感情的种子。此种子为摄持诸法种子，名之曰心，即生命的根芽。人因有此心，故有情意，能学习，能持经验，能辨是非善恶。又尚书舜戒禹曰：“人心惟危，道心惟微，惟精惟一，允执厥中。”它说明人心很容易受物欲所影响而难以控制的危险，道心又有如种子般甚是微小

而不易启迪发扬以控制物性。所以人要心存精纯的天理良知，以理性统一物性，才能够把握住天理人欲调和的法则，即中庸之道。

孙子兵法曰：“攻心为上，攻城次之。”孙中山《心理建设》曰：“国者人之积，人者心之器，政治之隆污系乎人心之振靡。”笔者认为我们的日常生活作息、言行举止、上课学习、工作创作等等无一不受到心的主宰，全都离不开心神的思维的活动。

儒家对爱的研究甚为精辟细腻，爱的意义和其内涵，在经过孔子不断地探究与论述后，他将私爱，偏爱，溺爱的部分筛除，并赋予它更充实的爱的义理。孔子认为天赋予人间的爱，最基本的意义就是仁，即能爱自己，也爱别人。爱可以衍生出几个层次。一、爱出于人的良知良能，爱出于良知理性者为爱父母、儿女、兄弟姐妹、小动物；爱自然、乡土、国家、人类、名誉等，这种爱乃是人类合群进化的动力，此种爱称之为仁；爱出于本能者如爱美食、美色；爱妙音、香气、花木；爱高尚、自由、异性等，此种爱称之为情，正当发展，有益无害。假设爱出于欲望而超过本能者，如爱财产、爱虚荣、爱权力、爱酒色等，此种爱，称之为欲，如不加节制就会成为祸源。因为爱有正有偏，有公有私，有善有恶。所以，圣贤重仁而轻爱（指私爱、偏爱、溺爱）。综述之，爱贵于自爱其亲，而推爱天下人之亲；自爱其子而推爱天下人之子。二、爱为同情心，即孟子所说：“不忍人之心”。此心人人皆有，如人饥己饥、人溺己溺、痛民所痛，苦民所苦、乐民所乐，人类因为有此种同情心而有救灾、济助、扶持、安慰等善行，社会群体莫不赖此而维持。三、爱要力行，博爱和同情心不过是爱的动机和思维，更须要实际力行，爱父母要侍奉父母，爱子女就要以正道教养，爱人要能助人，爱地球就要参与环保行动。且看目前两极冰山正加速崩解，地球面临圣婴现象频生，水灾、旱灾、地

震、海啸肆虐迭起。2009年12月联合国在丹麦的歌本哈根主办国际性节能减排会议，如果各国不付出真心，共同关注地球暖化的危机，以实际行动彻底推动爱护地球自然环境的计划，那么，这场大灾难，世界各国将无一幸免。2008年5月，发生震惊世界的四川汶川大地震，中国政治中枢即刻成立救灾指挥中心，温家宝总理第一时间飞抵灾区了解实际灾情，督促抢险救灾工作，并安慰灾民，对灾民发出极度关心，他呼吁全中国人民说：抢救灾民只要有一分的生机，就要做出百倍的努力，一方有难八方支援，于是上下同心协力积极投入救灾工作，毫不懈怠，很让人感动。温总理能苦民所苦，痛民所痛的爱心流露无遗，真可谓仁心仁政的最典型表现。如此大悲有大爱的真情，绝非只是想做秀或敷衍应付的心态能表现出来的。

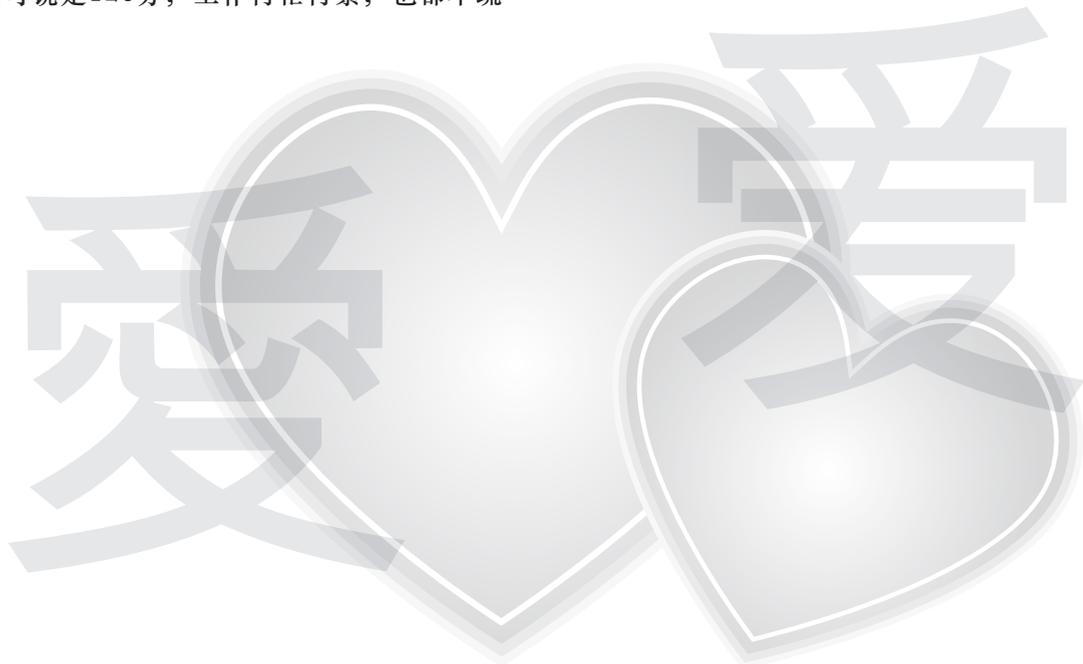
再回来看看小爱，一个美好的婚姻，是必须夫妻双方互相扶持、激励劝勉，彼此体谅包容，坦诚对待，心心相印，才能维持永固的婚姻生活。否则，关怀照顾的付出倘若有所保留或省略一点，婚姻就难免会有问题。且说母亲对子女的照顾，“爱”心的付出可说是120分，工作再忙再累，也都不疏

忽子女的教养，总是以子女的温饱、安全为优先。爱的表现完全出自于内心、无怨无悔的真情，这是弥足珍贵，真善美伟大的爱。

综合上述，足知仁爱与心的关系是密不可分的，把有心的爱付诸行动才能表现出可贵的真心和真情。换句话说，我们所付出的各种的爱，其主要的原动力都在于“有心”，而爱的价值也更以心为依归。所以，把“爱”简化成“爱”，省了四个笔画，却丧失了中华文化重要的内涵，真让人感到极为可惜。

中国国家领导胡锦涛总书记力倡中国和平崛起，以中华文化为特质，建立一个国强民安的社会，并要与其他国家共同营建一个永续和谐、安宁、成长、进步的世界。中国政府将以中华文化的仁心仁政为典范，以爱国爱民为前提，进而循序推向爱世界，相信这绝对不是空喊口号，而是要出于热诚和真心，口到心到，剑及履及，努力不懈，不断经营来促其实现的一个愿景，凡是炎黄子孙一定都很乐见其成。

最后，期盼有心的“爱”很快的可以得到平反。



雷公藤浸膏片治疗 大鼠佐剂性关节炎实验研究

新加坡·胡秋荣

【关键词】雷公藤浸膏片 佐剂性关节炎

(3) AA-200DS电子天平(上海天平仪器厂)

雷公藤浸膏片具有祛风除湿，活血通络，消肿止痛的功效。中医临床常用于治疗痹病，也用于治疗西医学的自身免疫性疾病，如类风湿性关节炎，系统性红斑狼疮，皮炎等。为探讨雷公藤浸膏片治疗关节肿痛的疗效，本课题采用大鼠佐剂性关节炎模型(Adjuvant Arthritis, AA)进行药效学研究。

选用AA作为药效学研究，是因为AA是一种免疫性炎症模型，与人类类风湿性关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)有类似的临床表现和免疫异常(1、2)，而且AA的材料与SD大鼠均比较容易买到，价格较便宜，所以AA作为免疫性炎症是较为理想的模型。

1. 材料与方法

1.1 材料:

1.1.1 动物: 选用雄性SD大鼠，体重 $170 \pm 30\text{g}$ (上海中医药大学动物房提供)。

1.1.2 试剂: 液体石蜡(中国前进化学试剂厂，批号: Q/BKJS 15-92)。

卡介苗(上海生物制品研究所)。

1.1.3 主要实验仪器:

(1) 电热手提高压蒸汽消毒器(上海医用核子仪器厂)

(2) ACS-16A型计价电子秤(上海东昌大和衡器有限公司)

1.2 方法:

1.2.1 试剂的制备:

按卡介苗 30mg 加液体石蜡 1ml 配制。

步骤: 先将卡介苗用沸水灭活约 15 分钟，然后加入已高压灭菌的液体石蜡，两者充分混合，摇匀备用。

1.2.2 大鼠佐剂性关节炎的诱导:

将含有 $3\text{mg}/100\mu\text{l}$ 的致炎剂(3)注射于大鼠左后足掌皮内及皮下(空白组除外)。

致炎后左后足开始肿胀(见图1)，约第五天肿胀达高峰，自第八天起肿胀稍减轻，约第十五天左右开始出现变态反应，这时左后足的肿胀程度更甚，关节强直，活动困难，呈跛行，肿胀局部皮表温度升高，其余三足也会出现肿胀(见图2)，但个别大鼠仅肿一足，或不出现肿胀。



图1 大鼠左后足开始肿胀



图2 大鼠变态反应后出现双后足肿胀

此时个别大鼠开始陆续出现尾部结节，结节刚出现时呈粉红色，逐渐变为深红色，质地稍硬，高出皮表，持续七~十天才消退，消退后有糠皮样脱屑(见图3)。变态反应期间也可出现耳部红斑(见图4)，食欲减退，体重下降。按变态反应后引起的足部肿胀、耳部红斑和尾部结节，表明造模已获成功。



图3 大鼠变态反应后出现尾部结节



图4 大鼠变态反应后出现耳部红斑

1.2.3 分组：将24只大鼠随机分为3组，各组8只，分别为：治疗组、模型组、空白组。

1.2.4 给药途径：

参考《中药药理学实验方法》(4)按大鼠与人等效剂量折算方法。给予雷公藤浸膏片，每ml含29.7g(上海中药制药二厂提供，每片含雷公藤干浸膏125mg)，模型组与空白组予生理盐水。一天给药总量按体重60公斤成人每公斤体重用量的25倍折算。

1.2.5 给药途径：

灌胃，每只3.5ml，每天一次，共服21天。

1.2.6 观察指标：

- (1) 左后足的肿胀程度(容积测量法)及肿胀关节皮表温度(用红外线温度计测量)。
- (2) 变态反应后引起的足肿胀、尾部结节和耳部红斑的计数。
以上两项自致炎当天起，隔日观察一次，直至21天。
- (3) 体重(于致炎前及第21天各测一次)
- (4) 于第46天用乌拉坦麻醉大鼠，随后摄X线片。

1.3 统计学方法：计量资料结果均采用 $\bar{X} \pm SD$ 表示，多组间两两比较，采用方差分析，疗效分析采用 χ^2 检验。

2. 结果

2.1 大鼠左后足关节肿胀程度的变化：(容积法)

三组于致炎当天起，隔日测量一次左后足容积直至21天的肿胀程度比较(见表1)。

表1 左后足肿胀程度比较(X±SD)

	治疗组	模型组	空白组
N	8	8	8
肿胀(ml)	37.06±3.48	42.8±4.32*	21.91±0.61

与余二组比较*P<0.01

从上表中可见, 治疗组可降低致炎鼠的肿胀程度。经方差分析, 治疗组与模型组比较P<0.01。

2.2 三组体重与左后足肿胀关节皮表温度的变化(见表2)

表2 大鼠体重与左后足肿胀关节皮表温度的比较(X±SD)

	治疗组	模型组	空白组
N	8	8	8
体重(g)	185±16.45	197.89±14.44	243±24.67
温度(℃)	5.86±1.61	7.04±1.67	0.96±0.75

体重比较: 治疗组与模型组比较P>0.05

左后足肿胀关节皮表温度的比较: 治疗组与模型组比较P<0.01。

由上表可见, 经方差分析, 第二十一天大鼠的体重比较, 空白组与其余二组比较差异显著(P<0.01), 治疗组与模型组比较则无明显差异P>0.05。

在左后足肿胀关节皮表温度的比较方面, 由于三组大鼠左后足皮表温度在致炎前经方差分析有显著的差异(P<0.01), 所以采用第一天的皮表温度与第二十一天的皮表温度相减后所得的温度差值作为比较, 结果显示, 治疗组经治疗后温度均有显著降低, 与模型组比较有明显差异(P<0.05)。

2.3 三组变态反应后各组体征的变化(见表3、4)。

表3 二组变态反应后大鼠足部肿胀的比较

N	一足肿胀	二足肿胀	三足肿胀	出现率
治疗组 8	3	1	2	6(75%)
模型组 8	0	2	6	8(100%)

二组比较, P<0.05

表4 二组变态反应后大鼠耳和尾部变化的比较

N8	治疗组 8	模型组 8
耳部红斑(只)	1(12.5%)	8*(100%)
尾部结节(只)	4 (50%)	7*(87.5%)

二组比较, P<0.05

从表3、4, 经X²检验可见变态反应后大鼠足部肿胀的比较与耳部红斑的比较上, 治疗组能减少红斑的发生率, 与模型组比较(P<0.05)。

2.4 三组X片表现的比较:

除正常组外(见图5), 其余二组大鼠皆有不同程度的损伤, 但是以模型组的损伤最为严重。

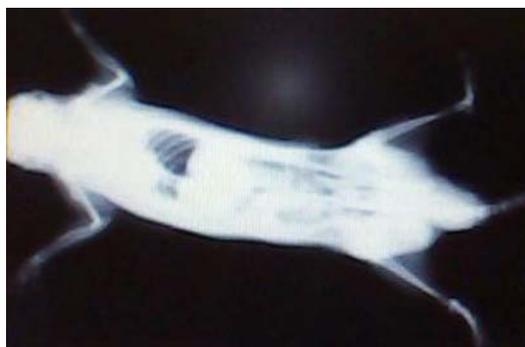


图5 正常组大鼠

模型组大鼠的左后足软组织明显肿胀, 跟骨、跗骨和跖骨均明显增大, 骨质不规则状破坏, 关节面模糊, 关节间隙狭窄消失, 并可见趾骨弯曲畸形和骨质疏松。右后足为变态反应后引起的炎症反应, 其肿胀程度、骨质的破坏和关节间隙狭窄等比左后足稍轻(见图6)。



图6 模型组大鼠双足软组织明显肿胀, 关节间隙狭窄消失, 趾骨弯曲畸形。

而治疗组的左后足肿胀程度均比模型组轻,跟骨与跗骨稍增大,关节面模糊与关节间隙狭窄也比模型组轻,两组均有轻度骨质疏松。因变态反应后引起的右后足肿胀的程度也比模型组轻(见图7)。



图7 治疗组大鼠的左后足软组织明显肿胀,跟骨、关节间隙狭窄消失。

3. 结论

- 3.1 将含有3 mg/100 μ l的致炎剂注射于大鼠左后足掌皮内及皮下(空白组除外)后,约在第十五天左右开始出现变态反应,这时可见大鼠其余三足的肿胀、耳部红斑与尾部结节,表明佐剂性关节炎的模型已成功。
- 3.2 经21天的疗程后,治疗组能有效改善大鼠左后足急性炎症的肿胀程度,与模型组整体肿胀程度与左后足肿胀关节皮表温度的比较上有着显著性差异($P < 0.01$),至于体重的比较上,空白组与其余二组比较差异显著($P < 0.01$),治疗组与模型组比较则无明显差异 $P > 0.05$ 。这说明治疗组大鼠服用雷公藤浸膏片后不会导致体重下降。
- 3.3 在变态反应后各组体征变化的比较上,模型组大鼠足部肿胀程度、耳部红斑与尾部结节的出现率明显高于治疗组,经统计分析有显著差异($P < 0.05$)。

3.4 在X片表现上,模型组大鼠的软组织明显肿胀,骨质破坏,关节面模糊与关节间隙狭窄和变态反应后引起的尾部关节间隙狭窄,较治疗组严重。

在本课题研究中,经给药治疗观察结果,服用雷公藤浸膏片的大鼠,经治疗后,能有效减轻大鼠左后足急性期炎症的肿胀程度。

参考文献:

- [1] 周金黄,等,药理学进展.北京人民出版社,1982:176
- [2] 马东来,等,大鼠佐剂性关节炎的诱导及其免疫异常研究.中国实验临床杂志,1995,7(3):13
- [3] 金学万,等,大白鼠变态反应性关节炎模型制造及中药“辽宁十号”对模型影响的研究.辽宁中医杂志,1981,(3):45
- [4] 李仪奎,等,中药药理学实验方法.上海科学出版社,1991:562



新加坡中华医院中医药图书馆馆藏

《神农本草经》版本简介

新加坡·王平 整理

《神农本草经》是已知的最古的本草学代表性著作。它的成书年代应在东汉之前。《神农本草经》早期有多种传本，但南北朝之后虽然诸家综合性本草皆录有此书，原书却渐次失传。最早的《神农本草经》辑本是宋·王炎辑《本草正经》3卷(约1217年)，已佚。明清以来，国内外多有从事重辑的。

本文是以赵国平、陈仁寿主编《中医文献研究与应用》(附录A)第七章“方药文献”及庄兆祥等编者《本草研究入门》(附录B)两书中记载介绍的《神农本草经》之版本，就新加坡中华医院中医图书馆馆藏《神农本草经》之版本作整理简介，以方便我院医师读者查阅：

中华医院中医药图书馆馆藏《神农本草经》版本计有十种，兹简介如下：

1. 清·顾观光重辑，四卷。〈附录A-3〉
〈附录B-11?〉

* 人民卫生出版社影印，1955年11月第1版。

* 据顾氏辑本(1844年)武陵人山遗书第四册影印出版。顾氏本辑成时间较晚，它比以前的几个版本更有了新的改进，即他的辑录方法是以实用为标准。

* 分类号：+616.01/GU

2. 魏·吴普等述，清·孙星衍、孙冯翼辑
〈附录A-2〉〈附录B-8? /B-10?〉

* 商务印书馆校勘(铅印直排本)，1955年。

* 有人民卫生出版社(据商务印书馆1955年原型重版)：

* 1963年1月第1版

* 1982年5月第1版。

* 本书原据清·孙星衍等辑(嘉庆年间1799年)，魏·吴普等述《神农本草经》刊本排印，并参考清·周学海刊孙辑《神农本草经》进行校勘。

* 本书曾列入《丛书集成初编》。

* 书后附“校勘后记”。

* 另有山西科学技术出版社1991年8月第1版(横排本)

编入“中国医学基本丛书”，“校勘后记”略。

* 另有科学技术文献出版社1996年2月第1版(横排本)

编入“中国医学基本丛书”，“校勘后记”略。

* 分类号：+616.01/WU

3. 日本·森立之重辑本(三卷附考异)〈附录

- A-4) 〈附录B-14?〉
- * 上海群联出版社影印本, 1955年4月第1版。
 - * 本书据吴云端先生所藏日本嘉永甲寅年森氏温知药室刻本影印。
 - * 编入《中国古典医学丛刊》(范行准主编)。
 - * 分类号: R+616. 01/SEN
4. 清·黄奭辑。(1865年) 〈附录B-9?〉 〈附录B-11?〉
- * 中医古籍出版社据《子史钩沉》(编入《汉学堂丛书》)本影印。
 - * 1982年5月第1版。
 - * 有1991年10月第3次印刷本。
 - * 编入《中医珍本丛书》(丛书编辑: 傅景华等)。
 - * 分类号: R+616. 01/HUANG
5. 陆费逵总校勘, 高叶显辑校。〈附录B-7?〉
- * 上海中华书局据“问经堂”本校刊。
 - * 《四部备要》(子部)。
 - * 线装本: 中华书局聚珍仿宋版本(二册)。
 - * 出版年代不详。
 - * 分类号: (线装本没分类号)
6. 清·孙星衍、孙冯翼辑三卷。〈附录B-4〉
- * 福慧双修馆藏版。
 - * 编入《周氏医学丛书》线装本, 清·周学海辑。
 - * 江苏广陵古籍刻印社出版印刷。
 - * 1984年6月, 玉扣纸本。
 - * 分类号: (线装本没分类号)
7. 清·孙星衍、孙冯翼辑。〈附录B-3〉
- * 清·周学海序与校正、曹炳章圈点。
 - * 编入《中国医学大成》(六册), 民国24年曹炳章原辑。
 - * 岳麓书社出版, 1990年10月第1版。四合一版影印本。
- * 另有田思胜主校。
 - * 编入《中国医学大成》(十册), 曹炳章原辑。
 - * 中国中医药出版社, 1997年8月第1版。横排铅印本。
 - * 分类号: R+610. 022/CAO
8. 《神农本草经校证》 〈附录A-7〉
- * 王筠默等校辑。
 - * 吉林科学技术出版社, 1988年12月第1版。
 - * 本书用考据方法进行了《神农本草经》的校证。本书根据古代文献记载, 按照梁·陶隐居《本草经集注》、五代·韩保昇《蜀本草》等记述, 并以历代各家《神农本草经》辑本参订校勘而成。
 - * 书后附录: 一·几种不同的《神农本草经》子目。
 - * 二·几种《神农本草经》辑本子目比较。
 - * 三·部分本草经文献书影。
 - * 四·《神农本草经校证》药名索引。
 - * 分类号: +616. 0113/WANG
9. 《本草经》 〈附录A-6〉
- * 曹元守辑注。
 - * 上海科学技术出版社, 1987年11月第1版。
 - * 曹教授博采众长, 引证丰富, 又不断加入新材料, 经三、四十年始成此书。堪称中国建国以来重新辑注的理想辑注本。
 - * 分类号: R+616. 0103/CAO
10. 《神农本草经校注》 〈附录A-3〉 〈附录B-11?〉
- * 清·顾观光辑, 杨鹏举校注。
 - * 学苑出版社, 1998年1月第1版。
 - * 本书校注者鉴于《神农本草经》历代翻

刻而有脱讹，难为今之读者所理解，因而对全书原文进行校勘、标点、注释、语译、按语诸方面的工作，以便于今人阅读和使用。

***分类号：+616.0113/GU**

(注：上列书名后〈〉内的序号，为附录A、B之序号；为中华医院中医药图书馆馆藏之版本。?表示待考版本)

附录A:《中医文献研究与应用》

*主编：赵国平、陈仁寿(南京中医药大学)

*上海科学技术出版社，2005年6月第1版

*“全国高等中医药院校教材”(供中医专业用)

该书记载介绍的《神农本草经》版本如下：

- [1] 明·卢复辑《神农本草经》。
*有日本宽保三年(1743年)刻本。
- [2] 清·孙星衍、孙冯翼合辑四卷。
*有清嘉庆四年己未(1799)《问经堂丛书》本。
*有《丛书集成》(初编)本。
*有商务印书馆、人民卫生出版社铅字排印本等。
- [3] 清·顾观光辑四卷。
- [4] 日本森立之辑三卷(附序录1卷、考异1卷)。
*常见者有上海科学技术出版社1959年影印本。
- [5] 尚志钧辑校《神农本草经校点》(1983年)。
*有皖南医学院铅印本。
- [6] 曹元宇辑注《本草经》3卷(1978年)
- [7] 王筠默校辑《神农本草经校证》四卷，1988年黑龙江科学技术出版社铅印本。
- [8] 马继兴辑注《神农本草经辑注》，1995年人民卫生出版社铅印本。

附录B:《本草研究入门》

*庄兆祥、关培生、江润祥编著

*香港中文大学出版社，1983年初版

*本书以香港各大学图书馆及私人收藏之本草图书整理编著

该书记载介绍的《神农本草经》版本如下：

- [1] 清·孙星衍辑本，手抄善本。(香港庄氏知足书室藏)

- [2] 《姜氏医学丛书五种》版，清·姜国伊辑，四川成都茹古书局光绪十八年(1892)刊本。
辑《神农本草经》一卷及《神农本草经释》一卷，清·姜国伊辑。
- [3] 《中国医学大成》，曹炳章编。民国廿六年上海大东书局排印本。
辑《神农本草经》三卷，清·孙星衍辑。
- [4] 《周氏医学丛书》初集，清·周学海辑。光绪十七年(1891)建德周氏刊本。
辑《神农本草经》三卷，清·孙星衍辑。
- [5] 《医经种子》，明·卢复撰。明天启元年(1621)卢氏自刊本。
辑《神农本草经》三卷，明·卢复辑。
- [6] 《玉函山房辑佚书》续编，清·王仁俊辑稿本。辑《神农本草经》一卷，魏·吴普等述，清·王仁俊辑。
- [7] 《四部备要》，中华书局辑。民国二十五年中华书局排印。
辑《神农本草经》三卷，清·孙星衍辑。
- [8] 《问经堂丛书》，清·孙马翼辑。嘉庆承德孙氏刊本。
辑《神农本草经》三卷，魏·吴普等述，清·孙星衍辑。
- [9] 《汉学堂丛书》，清·黄奭辑。民国四十四年王鉴修补印本(又名黄氏逸书考)。
辑《神农本草经》三卷，魏·吴普等述，清·黄奭辑。
- [10] 《丛书集成初编》，商务印书馆辑。民国二十四年上海商务印书馆刊本。
辑《神农本草经》三卷，魏·吴普等述，清·孙星衍辑。
- [11] 《续修四库全书》，子部医家类，(日)桥川时雄主编。东方文化事业委员会油印抄写本。(出版日期不详)
辑《神农本草经》三卷，清·黄奭辑。
辑《神农本草经》四卷，清·顾观光辑。
- [12] 《守中正齋丛书》，清·姜国伊撰。同治年间刊本。
辑《神农本草经》三卷，魏·吴普等述，清·姜国伊辑。
- [13] 《神农本草经》(辑本)，清·孙星衍(1799)。上海中华书局1930年。
- [14] 《神农本草经》(辑本)，(日)森立之(1854)。(日)有明书房昭和55年刊本。

(2009年12月7日)



腰椎间盘突出症 的治疗原则

新加坡·张爱平

- 首选非手术疗法(有手术指征者除外)。
- 中医治疗效果肯定，副作用小。
- 骨伤科十大疗法：固定、手法、药物、练功
- 现将近年来成果报告如下：

手术指征：

1. 身体条件许可手术；
2. 病情急迫，有二便失禁、瘫痪等症；
3. 手术能够增加脊柱稳定性；

4. 患者接受手术。

间盘突出与椎间盘突出症不同：

由于各种原因引起的腰椎间盘突出纤维环破裂或者膨出，腰椎失去力学动态平衡，组织结构受刺激，神经受压而出现的腰部及下肢痛麻等症状。

腰骶、腰腿的疼痛、麻木、功能障碍、肌肉萎缩等一系列症状和体征。

第一部分

腰椎间盘突出症的中医理论认识

— 脊柱失稳

脊柱三柱稳定结构

- 脊柱稳定结构包括前柱的前纵韧带、椎体和椎间盘的前2/3, 以及胸廓、胸压、腹肌、腹压。
- 中柱结构最重要也最脆弱, 由椎体、椎间盘的后1/3、脊髓、神经及从此发出的神经根、椎间的后纵韧带、黄韧带、椎间钩突关节, 起着保护脊髓、神经及协调脊柱运动的功能。
- 后柱由棘突、棘间韧带、横突及韧带、竖脊肌及与脊柱相关的后部肌肉等构成, 是脊柱后部稳定屏障, 与前柱的前、侧部结构共同围成强有力, 又多轴耦合运动的复合性动态稳定结构。
- 脊柱前、中、后三柱结构任何局部的破坏, 都势必影响脊柱三轴6个自由度中的某些活动功能, 诱发脊柱失稳。
- 腰椎功能性损伤(如运动过度肌肉韧带拉伤、疲劳、感冒、类风湿、血酸偏高等而产生腰腿痛、活动受限), 在损伤康复以前, 很容易使腰椎活动失稳, 导致腰椎间盘突出症的形成。
- 腰椎运动单位是腰椎间盘突出症的关键病位。
- 上下椎体及中间的椎间盘、韧带、肌肉的某部分结构不断地受到新的损伤, 产生器质性病变, 给康复带来困难。

腰椎动态稳定的建立

腰椎间盘突出症后期脊柱动态稳度评分法
腰椎失稳计分法:

1. 腰椎生理曲度改变(增加、减少、侧弯)(2分)
2. 棘突、棘旁或竖脊肌单侧压痛(1分)

3. 脊柱运动节段(FSU)2处以上或1处中度以上损伤(2分)
4. 脊髓压迫症状存在24h以上者(3分)
5. 存在臂丛或坐骨神经根性刺激征(2分)
6. 长期坐位、低头、弯腰等强迫体位工作者(1分)
7. 体形差、年老、体弱、类风湿、骨质疏松者(1分)

得分6分以上为可能失稳; 7分以上为临床失稳; 8分以上为重度失稳。但是, 临床上要对脊柱失稳作出真实评价十分困难, 只有根据临床经验、特殊检查及患者具体情况综合分析, 才能较确实地估计其预后。

腰椎间盘突出症的流行病学

腰椎间盘突出症的发生

- 首先是外力损伤。
- 其次, 腰椎间盘的内外稳定系统受到破坏。
- 最后, 若破坏较轻, 经治疗休息, 可以恢复新的稳定, 但功能可能较前为差。若损伤重, 或治疗不当, 则脊柱重度失稳, 遗留永久性畸形, 功能部分丧失, 在正常外力下即可发生新的损伤, 恶性循环, 以致丧失劳动及生活能力。

腰椎间盘突出症的自然修复

- 反复损伤、持续疲劳应力, 可以破坏生理自然修复能力。
- 长期存在功能的部分缺失, 最终必然产生结构的改变。
- 治疗, 休息, 又出现新的动态平衡, 同时允许有相对稳定的畸形, 并保留与此畸形结构相适应的功能。
- 心理因素的重要性。
- 要有承受脊柱损伤的正确心理准备, 树立持之以恒长期治疗、康复和保健的信心。

脊柱运动特性

- 脊柱三轴运动范围：实际上脊柱不存在运动正常值，个体差异非常显著，但有大致的运动比例关系。各段运动呈高斯(Gaussian)分布。屈伸运动：峰值在C5—C6、L5—S1。侧屈运动：峰值在C3—C6、T12—L2。旋转运动：峰值在C4—T10，以T11—L5最小。
- 三柱结构、FSU的相关作用。
- 从临床骨科的角度出发：无论是前、中、后三柱学说，还是脊柱功能单位学说，其中任何环节遭到破坏，都可引起或诱发脊柱失稳。
- 由于脊柱的材料、结构、功能十分复杂，脊柱生物力学研究至今未能提供准确的全域性数据，这就给运动康复带来一定的盲目性。
- 脊柱与四肢、头部的相关作用。
- 大多数脊柱失稳临床症状首先或同时从四肢与头部开始，日久产生功能障碍、肌力下降、肌肉萎缩、感觉异常及神经卡压刺激征。
- 尽早进行运动康复，可以防止粘连，松懈神经根的压迫刺激，避免肌肉废用性萎缩，保证脊柱运动的有效性和协调性。

恢复腰椎动态稳定的运动康复原则

一. 运动康复的目的

- 脊柱呈整体的复合运动，个体差别很大，因此不存在正常值。同一个人由青年到老年，可减少50%。脊柱运动康复目的在于恢复其原有的使用功能，重建与这种功能要求相适应的稳定结构，即纠正脊柱失稳。
- 具体运动方式有屈伸、侧屈、旋转及其耦合运动(即两种以上的复合运动)。屈伸主要发生在颈椎、腰椎；侧屈在胸腰段；

旋转在胸椎；耦合运动在颈椎。

二. 运动康复原则

1. 安全、有效，贯彻有利原则；
2. 明确诊断，掌握病情；
3. 严格掌握适应症与禁忌症；
4. 主动为主，被动为辅；
5. 不痛为度，不断调整，具体掌握；
6. 有计划、按步骤、少次数、多组数综合运动；
7. 必须认识运动康复是个过程，不可能一劳永逸，不分男女老幼，应尽早保护和锻炼；
8. 运动量以不疲劳为度，活动强度在耐受极限内；
9. 尽早保留现存功能，努力恢复原有使用功能；
10. 区分不利与有利的锻炼方式；
11. 从存在功能到使用功能，要耐心过度。

小结：

笔者复习近年来国内外有关文献，应用脊柱生物力学分析，结合骨科临床，综合评价腰椎间盘突出症的中医诊疗计划与实施。

第二部分

中医临床诊疗常规 — 腰椎间盘突出症临床SOP

诊断标准

1. 病史。
2. 压痛点。
3. 神经学检查。
4. MRI。

腰椎间盘突出症 治则

鉴别诊断

- 肿瘤、结核、炎症。
- 腰椎滑脱、椎管狭窄。
- 骶椎腰化，腰椎骶化。
- 先天性脊膜膨出症。
- 梨状肌损伤综合征。

治疗原则

- 中国传统医学原则：“急则治其标，缓则治其本”。
- 急性期患者以散瘀止痛为主，禁用手法、绝对卧床、制动。
- 缓解期，选用放松类手法，并中药熏敷治疗，缓解期以舒筋活络为主。配合储药罐、中药敷贴及针刺。
- 恢复期以理筋整复的运动关节类手法为主，配合功能恢复导引操。

保守治疗程序

1. 保护性固定：外固定、顺势原则、动力性固定、动态稳定系统的建立。

2. 循证处理：

- 节段定位、确定病椎
- 病性鉴别、开放与闭合
- 经络刺激、双向调节
- 从外及内、集中歼灭
- 调整机体、远期疗效

3. 分期定位辨证施治

确诊 + T3. P3. M3. A3 + E12 + B3 - SOP

3.1 LIDP确诊：

3.1.1 病史资料：体质、年龄、职业、损伤史+主诉症状。

3.1.2 临床医师的N学检查体征：腰部压痛点、

发射过膝的单侧腰腿痛或肌肉萎缩、病理征(+)。

3.1.3 特殊检查：MRI、CT、CR、造影可以确诊。

3.1.4 鉴别诊断：腰椎滑脱，椎间盘炎，梨状肌损伤综合征，肿瘤，结核，先天性脊膜膨出征，周围性神经卡压征等。

3.2 旁侧型和旁中央型突出属于足太阳膀胱经病，主要表现是腰部疼痛、压痛，且向下肢放射过膝。

3.3 中央型属于督脉病，主要表现为广泛下肢瘫痪，二便失禁。

3.4 T3——疾病时段分为三期：

- 早期—急性发作炎症水肿期
- 中期—组织变性卡压、粘连
- 晚期—废用性退化失稳

3.5 P3——POINT-病位分3节前前后后：

- 前：L3—4
- 外：L4—5
- 后：L5—S1

3.6 M3——用药辨证分三期：

- 早期—急性发作炎症水肿期—活血祛瘀、通便利水、消肿止痛、复位减压(桃红四物汤、小承气汤、通窍活血汤)。
- 中期—组织变性卡压、粘连—调和气血、平衡阴阳、舒经活络、运脾和胃(柴胡疏肝散、七吊散)。
- 晚期—废用性萎缩、退化失稳—益气补血、温经散寒、强筋壮骨、滋肾养肝(补中益气汤、知柏地黄丸)。

3.7 A3——针灸辨证分三期：

腰椎间盘突出症 治则

- 主穴：腰阳关、环跳、居髎、风市、委中、承山。
- 配穴：(1)肾虚——肾俞、关元俞、悬钟
(2)气血不足——足三里、解溪 (3)湿热——阳陵泉、丰隆 (4)寒湿——悬钟、昆仑。

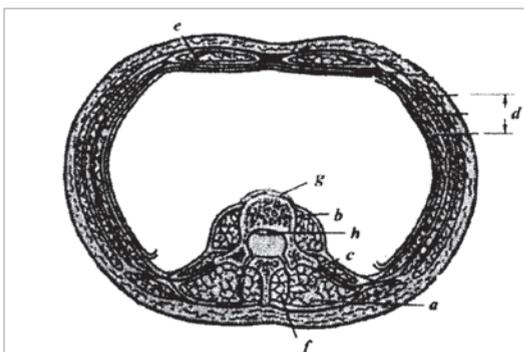
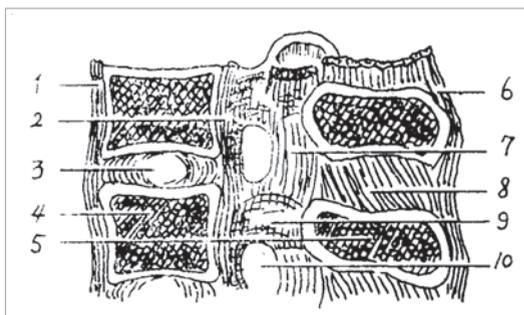
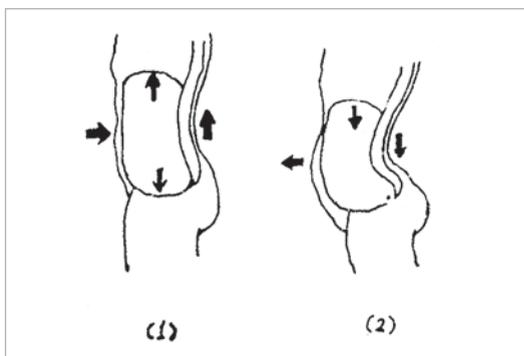
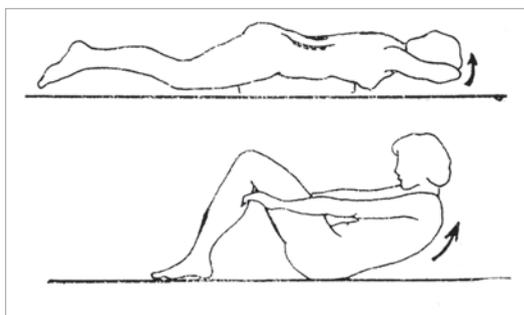
3.8 E12——练习腰椎功法12个月。

3.9 B3——腰带固定3周：

- 开始正规疗程首三周，必须固定护腰带。

4. 腰椎间盘突出症LIDP

(lumbar intervertebral disc protrusion, LIDP)。



总结

1. 综合国内外有关文献，应用脊柱生物力学分析，结合骨科临床，评价腰椎间盘突出症的诊疗计划。
2. 运动康复的重要性。
3. 明确腰椎间盘突出症治疗的目标在解除神经根卡压，恢复脊柱的动态稳定性，保证脊柱运动的有效性。

大椎穴治疗颈椎病浅谈



新加坡·董菁菁

【摘要】大椎穴应用广泛，是治疗颈椎病的临床要穴。本文综述了大椎穴治疗颈椎病的临床应用及实验研究进展。

【关键词】大椎穴；颈椎病；应用方法；综述

概述

近年来随着电脑的普及，一些疾病的发病率也相应增高。颈椎病正是其中之一。临床流行病学调查显示，颈椎病的发生与长时间低头屈曲位造成的异常应力负荷有关。颈椎病又称

颈椎综合征，多因颈椎、椎间盘及周围纤维结构发生增生、退变、损害等变化，而致使颈椎间隙变窄、血管神经受压、关节囊松弛等。根据病变部位不同，临床上分为神经根型、椎动脉型、脊髓型、交感神经型、混合型(至少包括以上两种类型)，共五类。

对于颈椎病的治疗，临床上多取大椎穴。

大椎穴，又称“百劳穴”，为督脉第14号穴位，位于后正中线上，第7颈椎棘突下凹陷中。它是手足三阳经与督脉的交会穴，除能调节本经经气外，还能调节六阳经经气，是阳气的集中点，犹如上下内外的枢纽，可调节诸阳

经上传下达，完成督脉统领脏腑经络功能活动的作用，是督脉上重要的穴位。正如最早记载交会穴的针灸典籍，晋代皇甫谧的《针灸甲乙经》所言大椎穴为“三阳督脉之会”。北宋的王惟一在其所著的《铜人腧穴针灸图经》中明确了大椎为“手足三阳督脉之会”。

明代杨继洲的《针灸大成》曰：“气注脊膊拘急，颈项强不得回顾。”认为颈椎病的发生是由于经络受损，气血阻滞，不通则痛。大椎穴内可通行督脉，外可流走于三阳，取之可疏通活络，通阳散瘀，通则不痛，疾病自愈。故大椎穴是治疗颈椎病的要穴之一。

临床应用

临床上在大椎穴治疗颈椎病及其并发症方面的应用非常广泛。

1. 大椎穴单取法 王太刚等^[1]独取大椎穴，针刺治疗颈椎病126例，经2个疗程治疗，总有效率为100%。徐福等^[2]采用针刺大椎穴，治疗椎动脉型颈椎病引起的颈性眩晕42例，结果总有效率为90.5%。
2. 大椎穴针刺法及配穴法 高佳植等^[3]以大椎穴合谷刺为主，治疗神经根型、脊髓型颈椎病120例，经3个疗程治疗，总有效率90.8%。包凤芹^[4]采用大椎穴合谷刺配合夹脊穴，治疗椎动脉型、神经根型及两重混合型的颈椎病48例。治疗结果：治愈12例，治愈率25%；显效36例；无效0例。总有效率100%。扬安府等^[5]采用大椎穴配落枕穴治疗颈性眩晕症，取得满意的效果。
3. 大椎穴采用特殊针具及针刺法 蒋振亚等^[6]采用杵针大椎八阵穴为主，治疗神经根型颈椎病，并与常规针刺方法作对比观察。

结果显示：治疗组总有效率为93.3%，对照组为90.0%。两组总有效率相比差异无显著性意义，但两组痊愈率差异有显著性意义。

4. 大椎穴灸法 庞小红^[7]自2002年以来，采用隔姜灸大椎穴，治疗颈性眩晕32例。疗效观察：痊愈(治疗10天后眩晕症状完全消失，停止治疗后随访半年未复发)22例，显效(眩晕症状基本消失，但可因过劳、体位不当而诱发)6例，无效(治疗3个疗程后，症状无好转)4例，总有效率为87.5%。
5. 大椎穴刺络拔罐法 邵敏等^[8]以大椎刺络拔罐为主，治疗颈椎病93例，结果治疗组总有效率为92.47%，与对照组比有显著性差异。张毅敏^[9]采用大椎穴刺络拔罐治疗，与常规针刺拔罐及电针疗法的治疗效果进行对照观察，按分层随机的原则分为3组(刺络拔罐组120例、针刺拔罐组40例、电针组40例)。3组性别、年龄、病程、病情经统计学处理均无显著性差异(均 $P>0.05$)。治疗结果：刺络拔罐组总有效率98.3%，针刺拔罐组总有效率92.5%，电针组总有效率95%。刺络拔罐组与针刺拔罐组、电针组比较均有极显著性差异(均 $P<0.01$)，刺络拔罐组治疗颈椎病疗效明显优于针刺拔罐组和电针组。电针组与针刺拔罐组之间的差异也具有统计学意义($P<0.05$)。
6. 大椎穴电针、穴位注射、埋线法 王玉明等^[10]在大椎穴处(较顽固者加陶道穴)应用电针、穴位注射以及埋线的共同作用，配合指导患者做颈部功能锻炼，治疗神经根型颈椎病235例。结果优(经大椎穴电针、埋线、注药治疗1次后症状、体征消失)70%，良(依次用大椎穴、陶道穴按

上法治疗后症状、体征明显改善)25%，差(依次用大椎穴、陶道穴按上法治疗后症状、体征无变化)5%，总有效率95%。治疗次数最少1次，最多2次。

7. 大椎穴离子导入法 盛义生^[11]运用针刺大椎穴配合中药离子导入法治疗颈椎病患者550例，取得了较为满意的临床效果。

实验研究

除临床应用外，随着科学的发展，在实验研究方面进一步验证了大椎穴治疗颈椎病的机理。何坚等^[12]研究大椎穴运用振法治疗颈椎病的治疗机制，在异常应力环境下制作颈椎病动物模型，测定NO、NOS含量。结果：造模后大耳兔血清和肌肉组织匀浆中，NO、NOS含量显著降低；行大椎穴振法后，血清和肌肉组织匀浆中NO、NOS含量较模型组显著升高，其差异有显著性意义。证明“大椎”振法能够兴奋已经抑制的信号传导通路，表明“大椎”振法在改善颈椎病动物模型信息传递方面有一定的作用。但其调控的具体通路如何，是怎样产生作用的，都有待于下一步的研究去证实。

体会

颈椎病是长期伏案工作者的常见病多发病。大椎穴是治疗颈椎病的临床应用要穴。在大椎穴上可以采取多种方法和手段来治疗：针刺、艾灸、放血、拔罐、电针、穴位贴敷、穴位注射、埋线、离子导入等。方法虽不同，但殊途同归，充分体现了《内经》“同病异治”的思想。所以，临床中在掌握大椎穴功用的基础上，应充分开拓思路，以提高疗效。

从目前的临床实践来看，针灸治疗对颈椎病神经根型和椎动脉型疗程短，见效

快，疗效显著，而对脊髓型、交感神经型及混合型疗程较长，见效慢，甚至疗效不明显。因此，在此方面，还有待进一步实践探索和研究，寻找有效的方法。

参考文献

- [1] 王太刚，梁清华. 针刺大椎穴治疗颈椎病126例[J]. 上海针灸杂志, 1997, 16(1): 18.
- [2] 徐福，霍文琛. 针刺大椎穴治疗颈性眩晕疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2003, 25(3): 47.
- [3] 高佳植，孙爱华，修仕友. 大椎穴合谷刺为主治疗颈椎病120例[J]. 中国针灸, 1998, 18(11): 671.
- [4] 包凤芹. 大椎穴合谷刺配合夹脊治疗颈椎病[J]. 2007, (4): 35.
- [5] 扬安府，张渭. 大椎穴配落枕穴治疗颈性眩晕症[J]. 陕西中医函授, 1999(6): 30.
- [6] 蒋振亚，李常德. 杵针大椎八阵穴为主治疗颈椎病的临床观察[J]. 中国针灸, 2001, 21(2): 94.
- [7] 庞小红. 隔姜灸大椎穴治疗颈性眩晕32例[J]. 山西中医, 2006, 22Sup: 73.
- [8] 邵敏，刘堂义. 大椎刺络拔罐为主治疗颈椎病93例临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2003, 22(8): 20.
- [9] 张毅敏. 大椎穴刺络拔罐治疗颈椎病120例临床对照研究[J]. 四川中医, 2006, 24(7): 107.
- [10] 王玉明，李勃. 大椎穴新用：附235例颈椎病(N根型)临床报告[J]. 甘肃中医, 1999, 12(5): 44.
- [11] 盛义生. 针刺大椎穴配合中药离子导入法治疗颈椎病[J]. 浙江中医学院学报, 2001, 25(5): 61.
- [12] 何坚，廖军，王心诚，等. 大椎穴振法对颈椎病动物模型的影响[J]. 福建中医学院学报, 2008, 18(5): 25.



人体生物节奏与八字

新加坡·黄靖文

在古希腊时代,西方医学之父希伯克拉底就发现,患者的病情与出生年月日有某种关系。本世纪初,奥地利心理学家赫尔曼通过长期的临床观察,认为在病人的病症情感及行为的起伏中,分别存在着以23天和28天为周期的“体力盛衰周期”和“情绪波动周期”。二十年后奥地利茵斯布鲁大学教授阿尔弗累斯经过研究,认为人的智力也存在着一个以33天为周期的“智力波动周期”,该三个周期节律统称为“人体生物节律三节律”。研究生物节律的专家们认为,影响人们工作能力的因素近百种,但最重要的是体力、情绪和智力的生物节奏。

“三节律”认为每个人从他出生之时起,直到生命结束,都存在着周期分别是23、28和

33天的体力、情绪和智力的变化。各周期有低潮和高潮二阶段,每个阶段各占一半时间。如体力周期曲线处在“高潮期”,就会感到体力充沛,能承受较繁重的负荷量,疲劳也容易消除。同样当情绪曲线处在高潮期,那时就会表现出创造力和艺术感染力强,心情愉快达观。当智力周期曲线也处在高潮期,那时人的大脑灵敏,思路敏捷,记忆力强,判断准确。当然处在中线以下的低潮期,就会觉得力不从心,容易疲劳,做事也拖拉畏却。在情绪上表现为情绪不稳,自控力不强,缺乏工作耐心。智力方面则出现注意力不集中,健忘,判断力降低等。在跨越中线或从周期的高潮转向低潮时,人的自我感觉特别不好,机体各部分协调能力降低,健康水平下降,工作效率差,因而容易发生事故,而被称为临界日。如果体力、情绪、智力三因素的周期正好处在同一天,从向低潮期转化,那么这一天就被称为危险日,在危险日人的工作效率最低,且最易出事故。

在国外,近年来生物节奏规律,被不少国家广泛地用于交通、航空、体育和医疗等领域,并声称取得了明显的效果。

日本的沃末铁路公司声称1963年至1968年共发生事故331起,其中59%的事故发生在司机的“临界期”。1969年实行生物节奏计划后,全年的事故立即减少了50%。美国泛美航空公司在1980年借助计算机制定了飞行员的生物节奏周期,规定其在“危险日”不得起飞,只做一些地勤工作,于是该公司一年班机事故率下降了32.5%。在瑞士的洛迦城的弗朗斯·威尔林博士的诊所,除急诊外手术的安排也按照病人和医生的生物节律来决定。一般在病人的临界期也不给病人开刀。结果经过数年的病史统计,该诊所手术后并发症的发生率减少了30%以上。此外还有人应用于人口优生最佳妊娠期的选择,当夫妇双方三个生物节律周期均处于高潮时受孕,可望孕育出智力超群身体素质优良的后代。还有人应用于学生应考期情绪体力预测,考期内处于危象日或低潮期应加强

营养和适当药物控制。

既然人的体力、情绪、智力从出生的那一天起每个月左右都有23天、28天、33天那么三个节律，从生物全息律的观点看，扩大到每个季度、每年、以至一生中的若干年段，也一定有这么一个节奏。在我们一生中也可能有那么几年生物节律处在高潮期，那时体力充沛，创造力强，大脑灵活思路敏捷，办一切事都顺利，可能那就是中国人所说的“走运”的时刻。如果有那么几年的生物节律处于低潮期，工作力不从心，疲惫不堪，情绪不稳，智力低下，象这种情况下工作，那有不碰鼻子的，大概就是所谓走“坏运”的时刻。如果正好是危象时刻，岂不是遭“凶”遇“祸”吗！

中国的先哲们千百年来，早就根据一个人出生年月日时天干地支，进行对一个人一生中的吉凶祸福、疾病等进行预测，称“四柱法”算命，民间称“算命排八字”出生年份的天干地支为第一柱，月份的天干地支为第二柱，日期的天干地支为第三柱，时辰的天干地支为第四柱，这样每一柱天干一字地支一字，四柱加起来就是八字。然后按照这八个字的阴阳五行属性的生克制化进行推演，起运后每五年为一周期进行预测。在出生年月与人的疾病方面，命书上诸多描述，其方法也是把五行与五脏联系起来再根据五行生克原理加以分析，还有把十二地支和身体各部分联系起来的如：子属膀胱水道，丑为胞肚及脾等等。

在具体看法上，以日柱干支为主，结合五行生克，太过不及以作定论。譬如日干是甲乙木，四柱八字中出现庚申辛酉等金多的木就遭克，可能有肝胆惊悸、劳瘵，手足顽麻，筋骨疼痛，头目昏晕，或口眼歪斜，左瘫右痪，以及跌扑损伤等症。假如日柱天干仍是甲乙木，四柱八字中出现丙丁巳午火多的，并且没有水来相济，这时木气被泄太过，又可出现内热口干，痰喘咯血，中风不语，以及女人血气不调，怀孕胎落，小儿急惊风，夜啼咳嗽，面色青暗等症。

近年来，有的易学专家认为：上古预测术重视根据人的出生年份，推演人的运程，不应叫做“算命”，而应叫做“算场”，是算一个人降生时场的效应。胎儿在未出生时处于一个非常稳定的场中，而降生的时刻是内场与大自然的场最充分协调的时刻，在这个时刻，在内场发生着急剧变化与大自然的场相适应的过程中，交感而产生了特定的综合效应。由遗传密码所规定的人的一生，只能在这种出生时所确定的综合效应的影响下发展，这叫做运程。因此预测一个人的今后道路时，不能不追溯到他出生的那个时刻，只有把那时的场效应充分考虑进去，预测才有准确性。

笔者在临床上有意识地选择某种病例从反面研究疾病与八字到底有何关系？为此选择“甲亢”患者入手，从症状看甲亢患者均有性情急躁、畏热多汗、善饮多食、心悸烦躁、口干喜饮等一系列火热现象。推测其是否命中八字五行缺水，水不制火以致火盛。于是临床凡遇到业经同位素室确诊的甲亢患者，均详细问其出生年、月、日、时，现已收集8例，其中6例命中五行均缺水，以致出现木火偏盛现象。其他2例因患者自称为大概日期故不准。如甲亢患者许xx，一九五四年六月九日中午十二时生，其八字为甲午、庚午、丙申、甲午。甲为木，午为火，庚属金，丙属火，申为金，八字中五行缺水，木火偏盛。由于临床资料尚不多，为进一步更科学地说明问题拟将收集大量病例，纳入统计学处理范畴，作进一步验证。

辨证唯物主义者认为：任何事物都是相对的，一分为二的。象数学中算命这门学问，我们暂时撇开吉凶祸福不谈，它作为一种民族文化和学术现象来说，是值得研究的。笔者认为，中国古代算命术中有许多有关时间医学的内容，对于研究时间医学来说，无疑是一个未开垦的处女地，她将为时间医学开拓思路，充实内容。

四君子汤 在肿瘤病中的应用



新加坡·林 英

【摘要】 四君子汤 在肿瘤病的治疗上，广泛的被应用在肿瘤病手术、放化疗前后，具有多方面的药理作用。

【关键词】 四君子汤 肿瘤病 综述

四君子汤最早见于宋《和剂局方》，甘温益气，健脾养胃，是治疗脾胃气虚，运化无力的常用方剂。组方包括党参、白术、茯苓、甘草四味中药。其中党参补中益气为君药；白术健脾燥湿为臣药；茯苓健脾渗湿为佐药；甘草益气和中为使药。诸药结合，益气健脾，适用于各种脾胃虚弱证的治疗。临床上对各种原因引起的表现为脾胃虚弱的病证，《脾胃论》曰：“百病皆由脾胃衰而生”，《金匱要略》曰：“四季脾旺不受邪”，故脾健则余脏受荫，体健而病解。四君子汤还有提高免疫力，减少自由基等多方面的作用，因此四君子汤也是肿瘤病治疗中常用的基础方。

1. 对免疫功能的调节作用

马梅青报道用加味四君子汤连服20天，对比观察36例肿瘤患者体液免疫与细胞免疫功能的指标变化。结果：加味四君子汤可以有效地提高肿瘤患者免疫功能，其中，对细胞免疫功能提高显著。显示加味四君子汤疗效显著，未发现毒副作用，可作为抗癌药或辅助化疗药应用于临床^[1]。四君子汤可以减轻患者术后的应激和炎症反应程度，增强机体免疫功能^[2]。胃癌患者在围手术期常伴有营养不良和免疫功能低下，免疫功能低下可增加感染和肿瘤复发的危险性。因此，改善胃肠道肿瘤患者术后的营

养状态和恢复机体的免疫功能极为重要。选择合适的营养支持方法及时纠正营养不良,提高机体的免疫功能是术后治疗的关键。蔡骏等在术后常规肠内营养治疗的同时,辅助应用具有健脾益气有免疫药理作用的四君子汤,有效地提高了患者术后的细胞免疫和营养状况,进一步改善和优化胃癌术后机体的细胞免疫功能及营养状况^[3]。

2. 提高晚期恶性肿瘤病人生活质量

四君子汤提高晚期恶性肿瘤病人生活质量。有良好的临床应用价值,付文胜通过将92例患者分为2组,各46例。治疗组服用四君子汤,对照组则不服用四君子汤,2组病人4周内均未用放、化疗及其他相关抗肿瘤治疗。4周后观察病人生活质量的评价(KPS评分)变化情况。结果:治疗组KPS评分均 ≥ 50 分,平均评分为73.91分;对照组病人评分均不超过60分,平均评分为46.09分。2组比较, $P < 0.01$,治疗组疗效明显优于对照组^[4]。提高晚期恶性肿瘤患者的生活质量已成为临床研究的重要课题。四君子汤提高晚期恶性肿瘤患者的生活质量,有一定的疗效,在改善晚期恶性肿瘤病人的生活质量有良好的临床应用价值^[5]。

3. 改善恶性肿瘤化疗毒副作用

手术后的辅助化疗可以减少复发转移,提高生存率。但目前化疗药物毒副作用多,选择性差,长期使用会造成骨髓抑制和心、肝、肾及免疫系统功能的损害,诱发各种感染,影响生存质量和治疗的正常进行,缩短生存期。陈彦采用加味四君子汤防治乳腺癌化疗后毒副作用取得满意疗效,陈氏认为四君子汤作为一个经典的健脾益气,扶正祛邪的方剂,在防治化疗的毒副反应方面有其独到之处。能明显减轻化疗过程中恶心呕吐、白细胞下降等副作用,减少患者痛苦^[6]。

4. 其他

有研究表明,黄芪有提高机体免疫力,增加巨噬细胞吞噬能力,促进骨髓造血功能及促进各类血细胞生成、发育和成熟。白术可以纠正T细胞亚群分布紊乱状态。茯苓中的茯苓聚糖对多种肿瘤有抑制作用;四君子汤能提高机体的免疫能力,有显著的抗衰老、抗氧化作用,还可抗基因突变及抗肿瘤。组方中的党参、茯苓、白术等可提高机体的免疫能力,增强抗病力四君子汤能够消除或减少自由基引起的生物膜脂质过氧化反应,拮抗由于脂质过氧化所致的膜流动性降低,从而保护生物膜的正常功能,有显著抗氧化作用,可抗基因突变及抗肿瘤。

参考文献

- [1] 马梅青《加味四君子汤对肿瘤患者免疫功能调节的临床研究》中华实用中西医杂志,2003,16(7):980
- [2] 梁超,张胜华,蔡照弟,冯寿全,王雄达,李兆基《早期肠内应用四君子汤对消化道肿瘤术后患者免疫功能的影响》中国中西医结合杂志2005 25 (12)
- [3] 蔡骏,王华,周胜,吴彬,宋华荣,宣正荣.《四君子汤联合肠内营养对胃癌手术患者T细胞亚群及营养状况影响的随机对照研究》中西医结合学报2008 6(1) 37-40
- [4] 付文胜《四君子汤提高晚期恶性肿瘤病人生活质量疗效观察》中医药临床杂志 2005 17(1)
- [5] 刘帆四君子汤对晚期癌症患者生活质量的影响河南中医2006 26(4)
- [6] 陈彦加味四君子汤对乳腺癌化疗毒副作用的影响中医药导报 2009 15(1)38



针灸治疗糖尿病概况

新加坡·冯启发

糖尿病患者激增，已成全球问题。根据今年5月《联合早报》报导，《美国医学会杂志》预计，全球患病人数将从2007年的2亿4000万，增加到2025年时的3亿8000万。亚洲是世界上糖尿病人数增加最快的地区，到了2025年，60%的病患将在亚洲。据新加坡糖尿病协会的数据，目前新加坡有10%的人口患上糖尿病，估计约30万人。因此，对糖尿病及其并发症的治疗和预防，刻不容缓。

治疗糖尿病的疗法很多，除了现代医学的疗法，中药和其他许多传统医药，都有各自的优越的治疗方法和药物，针灸即是其中之一。

临床时，病人常有疑问：“糖尿病可以针灸吗？”其实，中医对糖尿病的治疗，源远流长，也积累了丰富的临床经验。中医治疗糖尿病，不仅限于开方服药，也包括针灸。针灸治疗糖尿病，中医典籍早有记载。如《针灸甲乙经》谓“消渴身热、面目黄，意舍主之；消渴嗜饮，承浆主之；消渴，腕骨主之……”。《医学纲目》、《针灸大成》、《神应经》、《普济方》等，都有记载针灸治疗糖尿病的穴方。

多年来，针灸治疗糖尿病的报导为数不少，笔者仅就所收集资料综述，与大家分享。

对 II 型糖尿病的治疗

杨丹对100例 II 型糖尿病患者，在适当饮食控制的基础上，电针脾俞、肾俞、肺俞、胃脘下俞、足三里、内关、三阴交、合谷、血海；燥热伤肺型加鱼际、少商点刺放血；胃燥津伤型加胃俞、内庭、厉兑点刺放血；肝肾阴虚型加肝俞、太冲、太溪、大敦点刺放血；阴阳两虚型加气海、命门。各俞穴得气后加电针疏密波刺激。治疗后空腹血糖显著下降，症状明显者由治疗前的85%下降到治疗后的4%。表明针刺能降低糖尿病患者空腹血糖，并明显的改善临床症状。^[1]

赵雪梅以针刺治疗糖尿病38例，总有效率为81.6%，疗效满意。针刺后血糖下降明显，而多饮、多食、多尿及乏力、肢体麻木、肢体疼痛等症状均明显好转。取穴：三焦俞、中渚、丝竹空、阳池、地机、三阴交。多饮者加肺俞、列缺；多食者加脾俞、血海；多尿者加肾俞、照海。^[2]

夏秋以电针加灸神阙治疗糖耐量减低30例。对照组只进行饮食指导；针灸组取穴：中脘、内关、关元、足三里、三阴交、阴陵泉、照海、太溪。每次选六穴，加电针连续波治疗20分钟。出针后，艾条灸神阙10分钟。治疗后，两组的有效率分别为93.3%与58.3%，针灸组血糖下降明显优于对照组。^[3]

张瑞华等将75例 II 型糖尿病患者，分二组研究。治疗组以体针加耳穴贴压。体针取穴：肺俞、脾俞、胃俞、肾俞、胰俞、足三里、三阴交、合谷，口渴加支沟、善食易饥加中脘，接电针仪以连续波刺激，耳压：肺、脾、胃、肾、胰胆、三焦、内分泌；对照组仅口服降糖药。治疗组总有效率100%，对照组则为71.4%。结果显示，体针加耳穴贴压治疗本病，优于口服降糖药。^[4]

朱秀锋以针灸治疗糖尿病患者，针刺组

396例，对照组252例。针刺组取穴：足三里(双)、三阴交(双)、曲池(双)、肾俞、气海为主，口渴加支沟、善食易饥加中脘、中脘，多尿加关元。配合灸法，每穴灸5mim。对照组口服优降糖西药。治疗结果：症状消失、空腹血糖和尿糖恢复正常者，针刺组358例，占90.4%，对照组162例，占64.3%。两组比较有非常显著性差异，表明针灸治疗糖尿病疗效优于优降糖的疗效。^[5]

沈中秋等用电针治疗 II 型糖尿病87例，取穴：膈俞、肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞、关元俞、膀胱俞、魂门、阳纲、盲门、志室。连接电针仪，以连续波刺激。治疗结果，总有效率93.1%。^[6]

韩彩云等以针刺治疗2型糖尿病31例，取穴：气海、关元、中脘、天枢、曲池、太冲、足三里、肝俞、脾俞、肾俞，口干口渴多饮者配肺俞、太渊，多食易饥者配内庭、梁丘，夜尿多者配太溪、命门，出现并发症，如末梢神经病变取五输穴，高血压取膈俞、内关、百会，冠心病配内关、心俞，厥阴俞等，取得总有效率90.3%。^[7]

张艳红针灸治疗 II 型糖尿病35例，取穴：肾俞、脾俞、膈俞、足三里、三阴交。善食易饥加中脘、天枢；多尿者加关元、气海。先仰卧位针刺，配合灸法；再俯卧位针刺，不用灸法。治疗后总有效率达91.4%。^[8]

张瑞杰等以针灸配合药物治疗糖尿病50例(无说明症型)，总有效率为92%。取穴：主要取关元、足三里(双)、三阴交(双)、曲池(双)、脾俞、肺俞、肾俞、气海，口渴甚加支沟，易饥加中脘配天枢。药用：天花粉50g、生地20g、山芋肉75g、沙参25g、玄参15g、苍术15g、枸杞35g、麦冬15g、五味子15g、丹皮15g、石斛25g、王不留行15g、丹参15g。胃热炽盛加知母、生石膏、黄连，尿多浑浊者加益智仁、桑螵蛸，气阴两虚加党参、黄芪。^[9]

梁军等针灸治疗糖尿病40例，针灸前

病人空腹血糖在7.4~16.7mmol/L之间,疗程结束后,临床症状消失,空腹血糖降至3.6~6.5mmol/L者占45%。总有效率90%。取穴:气海、中脘、足三里、地机、尺泽、三阴交、太溪、肾俞、胰俞,口渴甚加支沟,易饥加中脘配天枢,多尿加关元。^[10]

对并发症的治疗

褚芹等针药并用,治疗早中期糖尿病肾病患者。针刺组30例,对照组24例。对照组采用西药常规治疗,口服糖适平或胰岛素皮下注射控制血糖。在此基础上,针刺组取穴肝俞、胃脘下俞、脾俞、肾俞、关元、足三里、阴陵泉、三阴交、太溪。结果:针刺组总有效率为93.3%,对照组为66.7%;针刺组血β2-微球蛋白和尿β2-微球蛋白均明显下降,针刺组胆固醇(TC)、甘油三脂(TG)明显下降,高密度脂蛋白(HDL)显著上升。研究显示,针刺加药物能较快地改善早中期DN患者脂代谢紊乱,具有保护肾脏功能的作用。^[11]

曹红文等将80例糖尿病胃轻瘫患者,分为药物、强针、中针和弱针4组。药物组口服降糖药;针刺组均固定取足三里、中脘、三阴交,分另采用强、中、弱三种针刺强度治疗。针刺各组总有效率分别为85.0%、95.0%、85.0%,药物组为65.0%。针刺各组胃电图胃窦、胃体的主频率和振幅均得到了明显改善,显示针刺对本病疗效显著,不同针刺强度与其疗效间存在量效关系,与胃电参数的调节存在一定关联。^[12]

吴立雄等针灸治疗糖尿病胃轻瘫35例,取任脉穴:膻中、上脘、中脘、下脘、神阙、气海、关元,总有效率为94.3%。^[13]

何乐中以电针配合艾灸治疗糖尿病神经源性膀胱28例,轮流针灸二组穴位:①肾俞、气海俞、次髎、秩边、委阳;②气海、中极、横骨、大赫、阴陵泉、三阴交。总有效率92.8%。^[14]

牟淑敏等将糖尿病神经源性膀胱患者,分为针药组和药物组各30例,两组的基础治疗相同,针药组加针刺肾俞、关元、气海、膀胱俞、水道、中极、阴陵泉、三阴交。关元、气海艾条灸30分钟。配合中药益肾汤:生黄芪30g,熟附子3g,桂枝9g,茯苓30g,泽泻9g,山药15g,车前子30g,生地9g,丹参30g、水蛭3g、泽兰15g。尿急、尿痛、尿混浊等膀胱湿热,加蒲公英、地丁、黄柏、白花蛇舌草等,血尿加三七粉、小蓟、仙鹤草,下腹胀痛加柴胡、香附、沉香。药物则在基础治疗的基础上,加肌注西药弥可保。总疗效:针药组90.0%,药物组66.7%。膀胱残存尿量明显减少,针药组明显优于药物组。^[15]

宋霞针灸治疗糖尿病胃功能紊乱46例,主穴取足三里(双)、内关(双)、中脘。寒湿过盛者加脾俞、三阴交,用补法,隔姜重灸中脘穴。肝气犯胃者加阴陵泉、太冲,用泻法。脾胃虚弱者加脾俞、胃俞,用补法。治疗结果,显效30例,好转16例,总有效率100%。^[16]

高辉等以针药治疗糖尿病胃轻瘫28例,总有效率85.7%。取穴:上脘、中脘、下脘、肺俞、脾俞、膈俞、足三里、三阴交、阳陵泉等。药用:柴胡12g、枳壳12g、陈皮10g、党参20g、白术12g、麦冬12g、白芍12g、茯苓15g、丹参20g、香附12g、砂仁6g。^[17]

侯雅慧针灸治疗糖尿病性上眼睑下垂12例,主穴:阳白透鱼腰、攒竹透鱼腰、头维、头临泣;配穴:合谷、足三里、血海、太溪,再配合按摩。痊愈8例,有效2例,无效2例。^[18]

宋广军以电针、耳穴贴压并用,治疗糖尿病皮肤搔痒症20例,完全痊愈,半年无复发者占65%,总有效率95%。电针取穴:曲池、合谷、血海、足三里、三阴交、太溪、太冲。耳穴贴压:肺大肠、肾上腺、内分泌、神门,病久加心、脾。^[19]

曹奕等针刺治疗50例糖尿病中风后假性延髓麻痹患者,对照组50例,静注脑血管扩

张剂丹香注射液。治疗组有效率为**88%**，对照组为**54%**，两组比较，总有效率有非常显著的差异。针灸主穴：哑门、风池、完骨、廉泉、金津、玉液；配穴：肝阳上亢者配百会、太冲；痰浊壅盛者配丰隆、三阴交；气虚血瘀者配足三里、血海；肝肾阴虚者配太溪、太冲。^[20]

田凤胜等将**72例糖尿病麻痹性斜视**患者，随机分成药物、针刺和针药三组对照研究。针刺组总有效率**87.5%**，针药组为**95.7%**，均明显高于药物组的**54.5%**。研究结果显示，针刺治疗糖尿病麻痹性斜视疗效确切，优于常规药物治疗。针刺穴位：上直肌麻痹取睛明、丝竹空透攒竹；外直肌麻痹取丝竹空透瞳子髁、球后；内直肌麻痹取睛明、攒竹；上斜肌麻痹取阳白、丝竹空、睛明；下斜肌麻痹取承泣、球后、下睛明；动眼神经麻痹取攒竹、上睛明、阳白；随证配取合谷、外关、光明、太冲、三阴交等穴。^[21]

伊洪涛等针灸**I例糖尿病性眼肌麻痹**。在营养神经等对症治疗的基础上，予以针刺。取穴：丝竹空、太阳、攒竹、四白、睛明、阳白、合谷、足三里。针刺**10次**后症状明显缓解，**15次**后基本消失，**30次**后复视消失，临床治愈。^[22]

刘靖等以电针治疗糖尿病动眼神经麻痹**33例**，取得显著疗效。取穴：主穴取视区、风池、阳白、鱼腰、丝竹空、太阳。脾气不足型配足三里、三阴交、血海、脾俞；肝肾亏损型配太溪、太冲、光明、照海、肝俞、肾俞；外感风邪型配风池、四白、合谷、阳谷、外关。^[23]

曹锐在患者服西药维持血糖水平基础上，针药结合，治疗糖尿病周围神经炎**38例**。主穴：脾俞、膈俞、胰俞、足三里、三阴交。配穴：多饮烦渴加肺俞、意舍、承浆；多食易饥、便秘加胃俞、丰隆；多尿、腰疼、耳鸣加肾俞、关元、复溜；神疲乏力、少气懒言、腹泻加胃俞、三阴交、阴陵泉。耳穴主穴：胰、

胆、肝、肾、缘中、屏间、交感、下屏尖；配穴：三焦、渴点、饥点。口服中药化痰通脉汤剂。总有效率为**94.7%**。^[24]

袁慧等分**2组治疗2型糖尿病周围性面瘫**患者，治疗组**31例**采用针刺配合口服中药方剂治疗，对照组**30例**采用TDP照射配合西药治疗。局部取穴(患侧)：翳风、风池、下关、地仓、颊车、阳白、攒竹、迎香、太阳；远端取穴(双侧)：合谷、足三里、三阴交。中药治疗：以玉屏风散为主，早期加清热解毒药板蓝根、银花等，中后期加入行气活血通络药郁金、川芎、赤芍、制全虫等。总有效率：治疗组**93.55%**，远优于对照组的**60%**。^[25]

强宝全在采用药物、饮食等基础治疗的情况下，针灸治疗糖尿病周围神经病变，治疗组和对照组各**40例**，分别给予针刺和弥可保肌注。总有效率各为**92.5%**和**75%**。证明针刺可以明显改善糖尿病周围神经病变患者神经系统症状和体征。治疗组取穴：肝俞、脾俞、膈俞、曲池、手三里、外关、合谷、血海、阳陵泉、足三里、三阴交、太冲、太溪。^[26]

袁鹤庭亦以针刺治疗非洲的糖尿病周围神经病变手足麻木疼痛患者**126例**，总有效率为**89.68%**。针刺偏于取四肢五输穴和井穴：少商、商阳、中冲、少冲、关冲，隔日轮流点刺放血**4~6滴**，继则针刺下肢涌泉、然谷、太溪、阴谷、行间、太冲、中封、曲泉、内庭、解溪。双上肢二间、三间、阳溪、曲池、液门、中渚、前谷、后溪、鱼际、大陵。^[27]

针刺穴法的研究

吉学群等将张大宁教授的补肾化痰法运用于针灸治疗糖尿病肾病(DN)中，认为肾虚血瘀是DN之本，浊毒内蕴为DN之标，治疗当以补肾活血治其本，分利湿毒治其标，临床取得满意的疗效。取穴：中脘、足三里、血海、地机、天枢、支沟、太溪、白环俞、肾俞、膏肓俞、阴陵泉、中极等。其中太溪、肾俞补

益肾之阴阳，中脘、足三里、阴陵泉调理脾胃，补后天以养先天，血海、地机养血活血而化瘀，七穴为君补肾活血治其本；天枢、支沟、白环俞、膏肓、中极等穴为臣，使毒由大便而出，湿由小便而去，使湿毒分利、引邪外出治其标。扶正而无闭门留寇之嫌，活化祛瘀而不伤血，分利湿毒而不伤正，达到扶正祛邪，标本兼治的目的。^[28]

张智龙等用调理脾胃针法研究下列DM并发症：①DM继发早期肾病：研究分观察组和对照组各65例，在常规糖尿病治疗的基础上，观察组取曲池、支沟、合谷、血海、足三里、阴陵泉、丰隆、地机、三阴交、太冲、天枢、膏肓、肾俞、白环俞及中脘、中极穴针刺；对照组按《针灸学》取穴：肾俞、太溪、三阴交、阴陵泉、悬钟、关无、手三里、外关、阳溪、梁丘、上巨虚、内庭、滑肉门、大肠俞。结果显示：此针法能改善患者的症状体征，而且对患者的糖、脂代谢和肾小球滤过率、肾血流、尿白蛋白水平都有良性的调节作用，改善肾功能，延缓肾损害，是治疗早期肾病的有效针法^[29]。②II型糖尿病合并冠心病120例：观察组取曲池、合谷、血海、足三里、阴陵泉、丰隆、地机、三阴交、太冲、大陵、内关、至阳、中脘；对照组按《针灸学》取胃脘下俞、肺俞、脾俞、肾俞、阳陵泉、三阴交、太溪、太渊、内关、筋缩、上脘。结果显示，本针法能改善糖、脂异常造成的心血管损害，降低尿蛋白水平，抑制MCP-1过度表达，并能减轻心肌负荷，提高心搏出量^[30]。③糖尿病视网膜病变120例：观察组取穴：中脘、曲池、合谷、阴陵泉、足三里、三阴交、太冲、血海、地机，加用风池、瞳子髎、四白。对照组按《针灸学》取穴。临床结果显示，本针法可明显改善DR患者的眼底状况，使病情逆转，是治疗DR的有效方法。本针法能有效地调节2型糖尿病患者的糖、脂代谢，对糖尿病微血管并发症的治疗起到积极的影响。^[31]

谷建林等探讨董氏奇穴治疗糖尿病的临床

疗效和作用机理。治疗组21例II型糖尿病患者施予董氏奇穴针灸治疗，取双侧穴位：地皇穴、肾关穴、人皇穴、通肾穴、通胃穴。对照组20例口服盐酸二甲双胍片。治疗后：治疗组有61.9%患者，空腹和餐后血糖从 9.72 ± 3.4 和 14.41 ± 5.62 ，下降至 5.82 ± 1.56 和 8.04 ± 1.70 ，另有33.3%患者，血糖下降超过20%；对照组只有20%患者，空腹和餐后血糖从 9.89 ± 3.71 和 14.76 ± 5.04 ，下降至 6.78 ± 1.91 和 9.32 ± 3.07 ，另有40%患者，血糖下降超过20%，无效40%。治疗组的显效率显著优于对照组，说明董氏奇穴针灸具有较好的治疗作用。^[32]

宋灵仙等将糖尿病92例分三组，前二组用三焦经穴论治，取穴：主穴均取三焦经阳池、外关，再根据肺、脾、肾虚损情况，分别配以肺俞、脾俞、肾俞等穴；后一组单纯服用药物。3组都有服用美吡达，每次5mg；第1组日1次，第2、3组各日2次。总有效率：第1组，90%；第2组，93.7%；第3组60%。研究显示，针刺组无论在降低血糖、降低血脂和改善症状方面，疗效都明显优于对照组。宋氏认为三焦的循行应属于胰。历代医家对消渴病多从肺、脾、肾功能失调立论，究其根本，是三焦“如雾”、“如沍”、“如瀆”功能失调所致。因此，以三焦经阳池、外关为主穴，配以肺俞、脾俞、肾俞等穴，达到益气、健脾、补肾功效，使三焦“雾”、“沍”、“瀆”的功能正常，胰的功能恢复，糖尿病可得到缓解。^[33]

申鹏飞等以调神针法，治疗II型糖尿病患者抑郁、焦虑情绪及糖代谢紊乱。研究分药物组(服二甲双胍)和针药组(服上药加针刺百会、风府)各50例。治疗后二组情绪障碍均获得改善，空腹血糖、餐后二小时血糖、糖化血红蛋白水平均下降。针药组优于药物组($P < 0.05$)。显示针刺可以改善2型糖尿病患者负性心理状态及紊乱的糖代谢，有助于

患者血糖的控制。基础研究证明,调神针法能促进情绪障碍患者体内低下的相关单胺类神经递质含量,促进神经原的合成与分泌,并可有效地调整下丘脑、垂体系统,可以从整体上调节机体的神经内分泌系统,改善糖代谢。^[34]

对DM发病机理的研究

胰岛素抵抗(IR),是指胰岛素在促进葡萄糖摄取和利用方面受损,IR与多种疾病的高发生率和预后密切相关,II型糖尿病即是其一。因此,对IR的研究络绎不绝。

刘志诚等针刺II型糖尿病大鼠足三里、胰俞、内庭后,发现空腹血糖明显回降,胰岛素敏感指数显著上升。胰岛素拮抗剂和脂质均出现良性改变。^[35]

湛剑飞等针刺研究II型糖尿病,发现针刺能增强胰岛素对靶细胞的敏感性减少胰岛素抵抗,从而促进机体内环境的稳定与康复。湛氏等亦发现,针灸具有双向调节的作用,能使高胰岛素分泌型胰岛素水平降低,胰岛素分泌相对不足型胰岛素水平升高,但胰岛素敏感指数均升高。说明针刺能从胰岛素的分泌环节,加强胰岛素β细胞的功能和提高胰岛素敏感性来逆转胰岛素抵抗。^[36]

魏群利等以针刺配合耳穴贴压,治疗二型糖尿病患者,结果空腹血糖、空腹血清胰岛素下降,胰岛素敏感性指数升高,均有显著性差异,说明针刺能增加胰岛素的敏感性、改善胰岛素抵抗的作用。^[37]

白震民等通过针灸模型大鼠,观察针灸对胰岛素抵抗模型大鼠胰岛素敏感性的影响。针刺组分头针丛刺(百会及左右各4mm)、背俞穴(胰俞、脾俞、肾俞)电针及足三里、三阴交三组针刺治疗。针刺治疗后,各针刺组大鼠血清胰岛素明显降低,而胰岛素敏感性指数则上升,不同针刺组之间无显著性差异。研究显示,针灸具有改善胰岛素抵抗的

作用。^[38]

许多研究显示,糖尿病大鼠持续高血糖可导致体内各种组织非酶性糖基化异常升高,进一步可形成大分子糖基化终产物(AGEs),其积聚和沉积,一般认为是糖尿病诸多并发症的重要病因之一。朱丽霞等通过针刺大鼠进行研究,取穴:双侧脾俞、肾俞、足三里、三阴交。针刺治疗后,AGEs接近正常水平,说明针刺治疗基本上能促进胰岛素的分泌,从而降低血糖,防止高血糖引起的AGEs水平异常升高。^[39]

孙志等针灸II型糖尿病大鼠,观察针灸的降糖作用。取穴:“后三里”(相当于足三里)、内庭和胰俞穴,下肢二穴加电针治疗。针刺后血糖和血脂都有明显下降,显示针灸具有很好降低血糖作用,效果不逊于西药,应在临床中大力推广应用。^[40]

张业辉等,以电针治疗细胞被选择性地破坏的糖尿病大鼠,然后检测血糖、胰岛细胞和VEC。电针取穴:双侧肺俞、胰、脾俞、肾俞。结果:电针治疗后血糖显著下降、胰岛细胞修复再生显著增强,能更好的保护VEC的形态结构。糖尿病大鼠持续高血糖,可引起VEC形态功能异常。针刺能降低血糖、修复胰岛细胞,有效地保护VEC,从而防治糖尿病及血管并发症。^[41]

华晓寅以针灸配合电针仪治疗40例糖尿病伴有甘油三脂升高的病人,结合配以低脂饮食。病人甘油三脂水平,在治疗前后有明显的下降。总有效率为72.5%。主穴:胰俞、足三里、丰隆。配穴:三阴交、内关、太冲。认为针灸对本病的临床机制有:1、针足三里、丰隆可以使血管扩张,血流加快,血脂不易沉积于血管内壁;增强免疫力,促进对脂质吸收。2、电针能抑制小肠对脂肪的吸收,促进排泄,促使体内血脂水平的下降。3、加电针刺刺激,能加快血液循环,促进脂肪细胞对脂质的代谢以及肌肉组织对血脂的氧化,使血脂下降。^[42]

小结

综上所述,糖尿病患者虽易于感染,但只要注意无菌操作,杜绝针口感染发生。糖尿病患者还是可进行针灸治疗的。

近年来,针灸治疗糖尿病及其并发症,和相关研究正在迅速发展。针灸治疗糖尿病和相关研究是世界性的,并不局限于中国。欧美国家就常以三阴交等脾经穴位降血糖,罗马尼亚学者就研究出三阴交对许多内分泌腺都起作用,日本学者发现,针刺曲池、地机等穴,能促进胰岛素分泌,降低血糖。

针灸能调和阴阳,滋阴活血,活血不伤正,从而达到调整代谢,促进血液流通,使得血糖下降;同时也能调节机体,提高胰岛素的敏感性,改善胰岛素的分泌,减少胰岛素抵抗的作用,从而改善糖尿病及延缓并发症。

上述研究说明,针灸对治疗II型糖尿病,降低血糖、改善症状、减缓并发症,疗效尤为明显;有见效快、费用低、无毒副作用的优点。因此,针灸治疗糖尿病有着美好的前景。(29/06/2009)

参考文献

- [1] 杨丹, 针刺治疗II型糖尿病100例, 上海针灸杂志, 2003,22(12):3。
- [2] 赵雪梅, 针刺治疗糖尿病38例, 中国针灸, 2005,25(2):133。
- [3] 夏秋, 电针加灸神阙治疗糖耐量减低30例, 中国针灸, 2006,26(1):63。
- [4] 张瑞华等, 针灸治疗非胰岛素依赖型糖尿病75例疗效观察, 上海针灸杂志, 2007,26(1):8。
- [5] 朱秀锋, 针灸治疗糖尿病396例, 上海针灸杂志, 2004,23(10):29。
- [6] 沈中秋, 针灸加TDP治疗II型糖尿病87例, 上海针灸杂志, 2004,23(2):17。
- [7] 韩彩云等, 针刺治疗II型糖尿病31例, 上海针灸杂志, 2008,27(2):25。
- [8] 张艳红, 针刺治疗2型糖尿病35例, 上海针灸杂志, 2009,28(1):51。
- [9] 张瑞杰等, 针药治疗糖尿病50例疗效观察, 针灸临床杂志, 2007,23(8):34。
- [10] 梁军等, 针灸治疗糖尿病40例临床观察, 针灸临床杂志, 2007,22(3):18。
- [11] 褚芹等, 针药并用治疗糖尿病肾病疗效观察, 中国针灸, 2007, 27(7):488
- [12] 曹红文等, 不同针刺强度对糖尿病胃轻瘫疗效及胃电的影响, 中国针灸, 2006, 26(9):644
- [13] 吴立雄等, 针灸任脉穴治疗糖尿病胃轻瘫35例临床观察, 针灸临床杂志, 2008, 24(6):40
- [14] 何乐中, 电针配合艾灸治疗糖尿病神经源性膀胱28例, 针灸临床杂志, 2007,23(5):26
- [15] 牟淑敏等, 针灸加中药治疗糖尿病神经源性膀胱疗效观察, 上海针灸杂志, 2008,27(9):25
- [16] 宋霞, 针灸治疗糖尿病胃功能紊乱46例, 上海针灸杂志, 2003,22(12):24
- [17] 高辉等, 针药治疗糖尿病胃轻瘫28例, 针灸临床杂志, 2006,22(7):24
- [18] 侯雅慧, 针刺按摩治疗糖尿病性上眼睑下垂12例, 针灸临床杂志, 2007,23(6):12
- [19] 宋广军等, 电针、耳穴贴压并用治疗糖尿病皮肤搔痒20例, 针灸临床杂志, 2007,23(7):35
- [20] 曹奕等, 针刺治疗糖尿病人中风后假性延髓麻痹50例临床观察, 针灸临床杂志, 2005,21(3):9
- [21] 田凤胜等, 针刺治疗糖尿病麻痹性斜视: 随机对照研究, 中国针灸, 2008,28(2):84
- [22] 伊洪涛等, 针刺治疗糖尿病性眼肌麻痹案, 针灸临床杂志, 2005,21(9):25
- [23] 刘靖等, 电针治疗糖尿病性动眼神经麻痹33例, 中国针灸, 2007,27(6):470
- [24] 曹锐, 针药结合治疗糖尿病周围神经炎38例临床观察, 针灸临床杂志, 2005,21(10):24
- [25] 袁慧等, 针药结合治疗2型糖尿病周围性面瘫31例观察, 针灸临床杂志, 2004,20(2):22
- [26] 强宝全, 针刺治疗糖尿病周围神经病变40例, 针灸临床杂志, 2009,25(1):25
- [27] 袁鹤庭, 针刺治疗糖尿病周围神经病变致手足麻木疼痛, 中国针灸, 2006,26(3):225
- [28] 吉学群等, 补肾活血针刺法在糖尿病肾病中的应用, 针灸临床杂志, 2005,21(1):43
- [29] 张智龙等, 调理脾胃针法对糖尿病肾病早期干预及对肾脏保护机制: 随机对照研究, 中国针灸, 2007,27(12):875
- [30] 张智龙等, 调理脾胃针法治疗2型糖尿病合并冠心病: 随机对照研究, 中国针灸, 2008,28(9):629
- [31] 张智龙等, 调理脾胃针法治疗糖尿病视网膜病变对照研究, 中国针灸, 2006,26(12):839
- [32] 谷建林等, 董氏奇穴针灸降血糖作用初步观察, 针灸临床杂志, 2007,23(5):16
- [33] 宋灵仙等, 从三焦经穴论治糖尿病92例, 针灸临床杂志, 2005,21(4):4
- [34] 申鹏飞等, 针刺对2型糖尿病患者情绪障碍及糖代谢的干预作用, 中国针灸, 2007,27(10):741
- [35] 刘志成等, 针刺对非胰岛素依赖型糖尿病胰岛素抵抗的影响, 上海针灸杂志, 2000,19(1):5
- [36] 湛剑飞等, 针刺糖尿病的抗凝与逆转胰岛素抵抗作用, 上海针灸杂志, 2001,20(4):5
- [37] 魏群利等, 针刺配合耳穴压籽治疗2型糖尿病(肥胖型)67例, 安徽中医学院学报, 2002,21(3):34
- [38] 白震民等, 针刺对IR型大鼠胰岛素敏感性的影响, 针灸临床杂志, 2007,23(8):64
- [39] 朱丽霞等, 针刺对糖尿病大鼠坐骨神经过度非酶性糖基化的调节, 上海针灸杂志, 2003,22(5):23
- [40] 孙志等, 针刺对2型糖尿病大鼠降糖作用的实验研究, 针灸临床杂志, 2008,24(8):48
- [41] 张业辉等, 电针对糖尿病大鼠的影响, 针灸临床杂志, 2007,23(9):61
- [42] 华晓寅, 针刺对糖尿病人甘油三酯变化的观察, 针灸临床杂志, 2004,20(12):11

震颤的中医治疗

新加坡·陈昆宁

现今文明社会的高度迅速发展，使人们承受更加大的生活压力，在这无形的文明压力下，人的机体日益的被破坏，疾病也越来越千变万化。从最普遍的高血压，糖尿病，心脏病，癌症等到震颤麻痹症，都是无时无刻在腐蚀人们的精神与肉体。

震颤麻痹症是中医术语，亦称为癱病、肝风、震掉，在现代医学里称为帕金森氏症，现代医学认为导致此病主要是脑内黑质与黑质纹状体通路起了变化，与年龄的老化，遗传因素及环境因素有关。所以帕金森氏症多出现在中老年人层，而以男性居多。

中医对于震颤麻痹症的致病因素认为是与肝肾，气血有关。中医的理论说，因人到了中老年时，其肝肾及气血已开始出现亏虚。而中医脏腑学说里有说：肝藏血主筋，肾藏精主骨，肝肾精血日逐亏虚，使到肝木得不到肾水的滋养，致筋骨失去濡养，引动风阳的扰动，而致人体出现震颤，关节肌肉出现僵硬；也由于气血亏虚，不能濡养全身经脉，导致筋脉的拘挛，引而活动出现缓慢。震颤麻痹症的发病就是缓慢，逐渐进展的，因此，在早期常会被忽略或误以为是正常性老年退化。

震颤麻痹症由于发病初期很缓慢，而且是逐渐进展的疾病，所以在初期的症状表现多于单侧的手部，尤其是手指部出现轻微的震颤，慢慢的进展，病情进一步扩展到双侧手部，头部及下肢部。其震颤是呈无自主性，静止时或睡眠时则震颤停止，情绪紧张或不安时，则震颤较激烈。如是的发展下去，则开始出现行动缓慢，肌张力高，步伐呈慌张，头往前如欲冲前感，导致在行走时易失去平衡，到

后期则出现面无表情之面具脸，无法自理生活点滴，严重者甚至兼有精神障碍症状。

中医认为人体的气血充盛，才能营养五脏六腑，否则就如张景岳说的：“阴虚血少之辈，不能营养筋脉，以致抽挛僵仆者。”所以要维持人体的正常生理健康，气血充盛可说是占主导，而随着人的年龄增加，气血也随着虚弱，而五脏六腑随之出现营养不足，此时人体就易出现病变。如《内经》有云：“阳气者，精则养神，柔则养筋。”《难经》亦曰：“气主响之，血主濡之。”故可见若气血不足，筋脉便会失去濡养，因而就出现震颤症。

中医是依据阴阳学说，脏腑学说等来辨证论治的，在对震颤麻痹症的治疗方面，可基本分成三大类型来以中药及配合针刺的综合治疗，以理论做为依据，再根据临床病况不同加以治疗，能取得不错的效果。

(1) 肝肾阴虚型：

症见：双手震颤已久，行动迟缓，站立不稳，头晕目眩，倦怠无神，耳鸣，记忆减退，睡眠不宁，腰酸腿软，胃纳欠佳，舌红无苔，脉弦细数。

治则：滋肝补肾，育阴熄风

处方：独活寄生汤加减

酌情加育阴熄风药如：钩藤，鳖甲，麦冬，龟板若眩晕耳鸣者加：杞子，石决明，天麻。

若失眠者加：百合，酸枣仁，远志。

(2) 气血亏虚型:

症见：双手震颤麻痹，面色苍白，神疲气短，筋脉拘紧，四肢无力，头晕目眩，懒言嗜睡，睡不安宁，心悸怔忡，舌淡苔薄，脉沉细弱。

治则：补气养血，通络熄风

处方：八珍汤加减酌情加通络熄风药如：天麻，钩藤，全蝎，姜蚕。

大便干燥者加：肉苁蓉，生首乌。

眩晕者加：杞子，天麻，石菖蒲。

气虚甚者加：黄芪。

(3) 瘀血阻络型:

症见：机体僵直震颤，行动困难，关节疼痛，面色不华而带晦暗，烦躁不安，纳呆，舌暗红有瘀点，脉沉细涩。

治则：活血化瘀，通络熄风

处方：桃红四物汤加减酌情加通络熄风药如：全蝎，钩藤，远志，三七，毛冬青。

纳呆者加：党参，淮山。

关节疼痛者加：桑寄生，鸡血藤。

针刺对震颤麻痹症具有一定的疗效，但所须的治疗时间较长，还得配合中药一起治疗，才能取得较快的效果。因为通过针刺特定的穴位来疏通经络，加强调气活血的作用，使人体的气机运行更加顺畅，调和阴阳平衡，促进血液的循环，让五脏六腑得到充足的气血营养，达到营养脏腑，强筋壮骨，扶正祛邪之作用。在做针刺治疗时，一般是以体针为主，可佐以头针治疗。

穴位：可取：百会，四神聪，神庭，头维，风池，曲池，外关，内关，合谷，血海，足三里，阳陵泉，丰隆，太溪，太冲，

脾俞，胃俞，三焦俞，肾俞，气海俞，关元俞，命门等。

一般在临床治疗时每次可选8-10个穴位来进行治疗用中刺激量手法，留针20-30分钟，亦可配合神灯照射腰部之腧穴处。

头针方面，可取：舞蹈震颤区，运动区及足运感区。

手法可用较强刺激，使病人感觉到针刺部位有热麻胀感，留针20-30分钟。

震颤麻痹症至今在治疗上还是比较棘手，但最重要的是要做好预防与调理，才能让中老年人活的更健康更开心，对于如何去预防与调理？其实也很简单，要注意以下几点：

(1) **积极的运动**：中老年人应积极的运动，来锻炼身体，以防肌肉僵直及行动缓慢。但由于年龄关系，应不宜做那些激烈的运动，而应做些如：慢步走，太极拳，八段锦，养生气功等运动来加强气血及筋骨的充裕。

(2) **营养健康的饮食**：对于饮食方面应注重营养，而不应吃油腻辛辣及煎炸食物。应多吃新鲜的蔬菜及水果，食物以营养而清淡为主，同时也应戒掉烟酒。

(3) **规律性的生活**：生活要有规律性，养成早睡早起的良好习惯有句话说：药补不如食补，食补不如睡补。另避免过度操劳，心情要保持愉快，凡事要看开多与他人来往，加强视野，多进行语言及思维的锻炼。

现代人的生活步伐太快，压力大，导致机体百病丛生，但只要根据以上3大点积极的去做，就能得到身心健康了，最后送上一句话：活的老不如活的好，活的好不如活的老和好，希望每个中老年人都能健康长寿，远离震颤麻痹症。



浅谈功能性胃肠病的 中医药治疗

新加坡·阎立群

功能性胃肠病(中医称脾胃病)也叫胃肠道功能紊乱,是一组胃肠综合征的总称。多伴有精神因素的背景,以胃肠道运动功能紊乱为主,而经检查排除器质性疾病。临床表现主要是胃肠道的有关症状,因症状不同而有不同命名。常伴有失眠,抑郁,焦虑等其他功能性症状。脾胃疾病是临床上的常见病与多发病,影响人们的健康,生活和工作。中医认为脾胃为后天之本,“脾胃内伤,百病由生”,故对脾胃病的治疗和研究一直为历代医家所重视,并在临床上积累了丰富的治疗经验,中医药治疗脾胃病的疗效独特,也取得了有目共睹的成就。

一. 中医药治疗功能性脾胃病

中医药治疗脾胃病的疗效显著,治疗的范围包括消化系统的多种病症。而具代表性的疾病包括:功能性消化不良、肠易激综合征、功

能性便秘、溃疡性结肠炎等等。下面就浅谈一下功能性消化不良和肠易激综合征这两种病的中医药治疗:

(一) 功能性消化不良

功能性消化不良 (functional dyspepsia, FD)是指具有上腹痛、腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等上腹不适症,经检查排除器质性病变的一组临床综合征。近年来该病已成为临床诊治研究的重点。

1. 西药治疗本病没有疗效确切的治疗方案,主要是对症治疗,包括促胃肠动力药、保护胃粘膜、抑制胃酸分泌药、抗幽门螺杆菌药、抗焦虑和抗抑郁药等。临床上有一定的疗效,但长期使用副作用多。
2. 中医认为本病多由情志内伤、饮食伤胃、劳倦伤脾、脾胃气机受阻、升降失调所致。以肝郁气滞、脾运失职、胃失通降为其基本病机。病位在胃,而又涉及肝脾两脏,治疗以疏肝理气、温中健脾、

和胃消胀、养阴益胃为主。常用方剂有四逆散、柴胡疏肝散、香砂六君子汤、平胃散、沙参麦冬汤、丹参饮等。

(二) 肠易激综合征

肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 是最常见的胃肠道功能紊乱性疾病,它具有腹痛、腹胀、排便习惯改变和大便性状异常、粘液便等表现的临床征候群。持续存在或反复发作,经检查排除器质性疾病。现在研究显示,症状的产生与小肠及结肠的运动障碍有关。肠运动性的改变可引起疼痛、胀气、肠转运功能的异常、便秘及腹泻。肠易激综合征也与肠道的高敏感性、病人情绪、精神紧张以及胃肠感染与抗生素治疗等有一定关系。本病是一种常见的功能性肠道疾病。它缺乏明显形态学和生化异常的改变,其特征是肠道功能的激惹性,是一种综合症而非单一性疾病。

1. 西医目前尚缺乏特异性治疗,主要是对症处理,包括胃肠解痉药、止泻药、泻药、抗抑郁药(对腹痛、腹泻症状重而上述治疗无效,有精神症状明显者可试用)、心理疗法等。
2. 中医针对本病的病因病机,采用辨证论治的方法进行治疗。中医认为本病是由于内伤情志、外感六淫、调养不当或禀赋不足等原因,导致肝气郁滞、疏泄不利、肝脾不和、升降失调、肠道气机不畅、传导失司而发病。病位在肠,与脾、胃、肝、肾关系密切。主要治法有疏肝健脾、润肠通便、清热化湿、健脾益气、温补脾肾等。中医对于本病的治疗积累了丰富的经验,常用方剂有:(1)肝郁脾虚证,方用痛泻要方,四逆散加减,逍遥丸;(2)脾虚湿盛,方用参苓白术散加减;(3)寒热错杂证,方用半夏泻心汤加减;(4)脾肾阳虚证,方用附子理中汤合四神丸加减;(5)气机郁结证,方用四逆散合五磨

饮子加减;(6)血虚阴亏证,方用四物汤合增液汤加减;另外还有针灸、推拿及情志调节等疗法,疗效显著。

二. 病案举例

例 1:女,46岁,就诊症见:上腹痛、腹胀、早饱、嗝气、恶心2月余,数年前出现类似症状,经治疗症状已多年未复发。近月有劳累,紧张,饮食不定,前述症状又有出现并加重。胃镜检查正常,考虑为功能性消化不良。中医认为本病多由情志内伤、饮食伤胃、劳倦伤脾所致,而且病人诉病情时,愈紧张,嗝气愈明显频作。舌淡红,苔薄腻,脉细弦。辨证:肝气郁滞,治法:疏肝解郁,益气和胃。处方:四逆散、柴胡疏肝散加减,香砂六君子汤加减治疗3次后,诸症俱缓。加减治疗一个月,症状消失。

例 2:女,45岁,就诊症见:左下腹反复疼痛数月余,加重2周,便秘与腹泻交替出现,精神紧张,敏感,月经不调,舌淡,苔薄,脉细弦。考虑为肠易激综合征。辨证:脾胃虚弱,肝气郁滞。治法:健脾益气,疏肝解郁,处方:参苓白术散加减,逍遥丸,并配合针灸治疗,2次后腹痛症状明显减轻,继续加减治疗并给以甘麦大枣汤等养心安神药物,症状明显改善。

三. 小结

近年来,关于中医药治疗功能性胃肠病的临床研究有很多,中医治疗本病,从整体出发,辨证论治,缓解症状明显,对于改善病人的生活质量方面有肯定的疗效。与西药相比,中药治疗更具有副作用少、复发率低等优势。因此,中医药治疗脾胃病目前正成为越来越多患者的首选。

头痛 头晕 耳鸣 失眠 中风 痔疮
 便秘 高血脂 高血压 高血糖 关节炎
 动脉硬化 骨质增生 胸闷气短
 腰酸背痛 胃肠疾病 四肢发麻
 前列腺疾病

中医论治亚健康

新加坡·陈蓓琪

亚健康状态是世界卫生组织提出的一组临床症状，是指机体虽无明确疾病，却呈现活力降低、适应能力不同程度减退，介于健康与疾病之间的一种中间状态，可表现为生理功能低下的状态，不耐疲劳、腰酸背痛、失眠多梦、健忘、头晕、耳鸣、脱发、黄褐斑……故又称“第三状态”、“次健康状态”、“灰色状态”或“病前状态”。

造成身体出现亚健康状态的原因有：精



神负担过重、体力或脑力劳动过于繁重、心理失衡、生活无规律、饮食不平衡、吸烟酗酒、长久的不良情绪等。随着社会各行各业竞争的激烈，中青年人群承担着家庭、社会巨大压力，他们往往全身心投入到工作上，没时间关注自己的身体，也有



很多人对自己的健康状况盲目自信，总是根据自己经验作不科学的自我判断。由于缺乏基本的健康知识，身体出现了早期病症信号，总以为是小毛病，不重视，硬顶着，等到一定地步，也到了疾病成真的时候。在现代社会，亚健康人群在30岁到45岁这一年龄段里非常普遍，在城市人口中大约占到70%，而且近些年来一些青少年由于课业负担重，也有加入的趋

势。从有症状的人群来看，女性多于男性，职业特征以从事办公室工作的“白领”为主。

在2009年12月出版的第27期《新加坡中医杂志》中，何立成医师在他的文章《亚健康与身心调整》里，已经为大家详细介绍了亚健康的症状和身心调治。在此，将再进一步深入研究一下关于亚健康的中医论治。

中医治病的特点在于可以不依赖西方医学的一系列检测，只根据患者症状来治疗。亚健康状态的人群，需要从中医方面来诊断调理。中医诊断在这方面作为对西医检查手段不足的一种重要补充。中医以“整体观念，辨证施治”为基本理念，通过人的“精、气、神”



和“望、闻、问、切”诊断方法，根据患者的年龄、性别、症状等的不同，再结合季节、气候、情绪等因素，采用不同的治疗方法。而且强调把人当做一个整体，而不是“头痛医头，脚痛医脚”。而亚健康状态本身就是一种整体功能失调的表现，所以中医治疗有着独到之处。

传统的中医理论认为，健康人应该是一个平衡协调的有机体，《素问·生气通天论》曰：“阴平阳秘，精神乃治。阴阳离决，精气乃绝。”以阴阳为纲指出平衡是身心健康的根本。在《素问·调经论》中也对平人进行定义：“阴阳匀平，以充其形，九候若一，命曰平人。”指出正常机体在一定限度内通过自我调节，维持人体阴阳气血、升降出入的相对平衡，若出现一定限度内的偏失，还未成为显著疾病的状态的话，即为亚健康。中医理论中“阴阳平衡即健康”的理念，为亚健康状态的调治明确了方向。在临证时，只要做到“谨察阴阳之所在而调之，以平为期”（《素问·至真要大论》），就应该会达到较好的疗效。

在辨证论治方面，中医认为人体的脏腑是以阴阳为代表的，只有精、气、血、津液的充

盈和功能协调才能使人体保持最佳的状态，也就是所谓的“阴平阳秘”，即完全健康。一旦阴阳之间的平衡状态出现了偏离，就可出现阴虚、阳虚、气虚、痰湿等诸证，人体也就会出现各种趋向病理的亚健康状态。而病理体质的证型也成为了中医论治亚健康的依据。中医的调治是从整体平衡观出发，达到阴阳平衡，使脏腑气血失调恢复到正常。虽然亚健康证候表现错综复杂，也决定了其治疗方法的多样性。无论何种方法，只要秉承“辨证论治”的原则，以“平衡”为宗旨，就是合理的方法。传统中医理论对此类疾病的病因病机有明确认识，并具有丰富的防治经验。

在中医治疗方面，采用中医药传统的治疗和调理手段，如采用中药、针灸、推拿、药膳食疗、中药外治、气功、穴位按摩、导引吐纳、太极拳等行之有效的方法，可以达到摆脱亚健康状态的目的。在用药上，可利用药物的“温、热、寒、凉”之气，“升、降、沉、浮”之性，可单味，也可复方，逆其病势，“寒者热之，热者寒之，虚则补之，实则泻之”，以期平衡。

在针灸治疗方面，可根据不同的病情，随证取穴。还可经常按摩一些常用的保健穴，如少阴肾经上的要穴涌泉穴。涌泉穴是人体长寿大穴，经常按摩此穴，则肾精充足，耳聪目明，发育正常，精力充沛，性功能强盛，腰膝壮实不软，行走有力。并能治疗多种疾病，如头痛、耳鸣等。还可常按摩足阳明胃经上的要穴足三里。足三里也是个保健穴，经常用不同的方法刺激它，可健脾壮胃，扩张血管，降低血液凝聚，促进饮食的尽快消化吸收，扶正祛邪，提高人体的免疫力，消除疲劳，恢复体力。此穴可主治胃病、腰痛、腹泻、便秘等疾患。还有督脉上的要穴命门穴。此穴为人体的长寿大穴。命门的功能包括肾阴和肾阳两个方面的作用。现代医学研究表明，命门之火就是人体阳气，从临床上看，命门火衰的病与肾阳不足证多属一致。经常擦命门穴可强肾固本，



慢性肾小球肾炎的 中医治疗 研究现状概况

新加坡·唐 跃

慢性肾小球肾炎是临床常见病，多发病，但又是迁延难愈的顽疾。近年来关于慢性肾小球肾炎的临床与实验研究报道甚多。现查阅近十年来的有关文献，综述如下：

一. 中医对慢性肾小球肾炎 病因病机的认识

杨氏^[1]报道：慢性肾小球肾炎发病多为本虚标实。慢性肾小球肾炎病程长，久病不愈，导致正气虚弱，其中以肺脾肾三脏亏虚为主。肺主一身之气，肺虚不能通调水道，水液内停；脾为后天之本，气血生化之源，主运化，脾虚则运化失司，湿浊内生；肾为先天之本，主水液，肾虚则气化功能失常，内生水湿，最终导致气血运行不畅，血行迟滞而成瘀。因此，慢性肾小球肾炎中医辨证以气虚血瘀最为常见。

晏氏^[2]说：其病程长，多因久病体弱，脾肝肾俱虚，阴阳气血失调引起。气虚不能行血，血滞久而成瘀，瘀血不去，新血不生；血

虚则气无所附而耗散，形成阴阳气血俱虚，瘀血内生，虚实夹杂之证。

刘元喜^[3]报道：认为本病的病因病机为本虚标实。本虚以肺脾肾三脏亏损为主，以及阴阳气血诸虚；标实为许多诱发因素及病理产物，诸如风邪，湿浊，热毒，瘀血，水毒等。病机特点是以肝肾阴虚为主，以及肺脾等脏腑阴阳气血虚损为本，瘀血贯穿病程始终，风邪，水湿，热毒，湿浊等外邪及病理产物为标。

刘继东^[4]：脾不摄精，精气下陷和肾不藏精，精气下泄是慢性肾小球肾炎的基本病机，湿热，瘀血是致病的主要因素，湿热贯穿于慢性肾小球肾炎的始终。

刘小菊^[5]：慢性肾小球肾炎病程长，久病入络，故总以气阴两虚为本，挟瘀多见。亦有风湿内扰，风为阳邪，善行数变，其性开泄，因其善行而无处不到，数变而证非一端，尤其于湿邪粘腻难清相结合，内扰于肾，肾失封藏，精气下泄，尿泡沫明显增多。

张伯科^[6]：慢性肾小球肾炎主要病机特点

是虚实夹杂，表现为“脾肾气虚，肝阴不足，虚阳上亢而夹有湿浊”。

朱安龙^[7]认为其病机多为脾肾亏损，精微泄漏，水浊滞留，水病及血，久病入络，瘀阻肾窍。风邪外袭肌表，客于肾经，从而使脾肾气化失司，导致浊气不能下行，精微反而渗漏。

彭建国等^[8]：慢性肾小球肾炎多为本虚标实证。本虚为脾肾气虚，标实为湿，热，瘀错综交织，湿热贯穿于疾病的各个阶段，为病情反复或加重的重要因素。病情迁延，水停气滞，湿热煎熬，久必停滞为瘀，久病入络，肾络阻滞。其病位在肾，其实质为血瘀。

王礼彬^[9]认为慢性肾小球肾炎由于肺脾肾三脏功能障碍，三焦决渎无权，膀胱气化不利而成。慢性肾小球肾炎患者往往由于水湿内侵，劳倦太过，饥饱不调，伤及脾胃，使脾胃不能正常运化水谷，输布津液，伤及肾脏则开阖不利，气化失司，同时，病情缠绵，久病致瘀，使津，气，血运行不畅。

赵秀丽^[10]：慢性肾小球肾炎的外因主要责之于风，寒，湿，热(毒)之邪侵袭，使脏腑功能发生变化，导致湿热痰浊等病理产物积于肾脏，损伤肾络；内因则为先天禀赋不足，脾肾虚亏，致肝失疏泄，肾失分清泌浊，气机升降失常，气，水，血等体液代谢障碍，滞留不去损伤肾脏而发病。可见本病是正气先虚，外邪侵袭而发病。病位在肾，与脾，肺，肝密切相关。气阴两虚是本病的基本病机。本病的病机基本按照脾肾气虚或肝肾阴虚—气阴两虚—阴阳两虚的规律变化，尚兼夹湿热，瘀血，痰浊，水湿等标证，使病机错综复杂。

朱杰^[11]报道：病变的中心环节为本虚标实。本虚表现为肺脾肾三脏存在着不同程度的功能损伤，标实主要为邪毒，水湿，瘀血。临床多表现气血不足，阴阳失调，脏腑亏虚，兼有阴虚者亦多见，久病多兼瘀。但慢性肾小球肾炎自始至终都存在气虚的病理变化，气虚是其关键。气虚日久津液失布，阴液不足，而成

气阴两虚之候。综观本病，于正虚，水湿，瘀血三者关系最为密切。

二. 中医对慢性肾小球肾炎的治则治法

耿氏^[12]报道：扶正祛邪是治疗慢性肾小球肾炎的基本方法。一般采取标本同治之法。详查标实为主还是本虚为主，或是有所侧重，权衡扶正与祛邪的比例，既不可一味祛邪，耗伤正气，也不可单纯补益，使病邪胶结难解，加重肾损害。邪实为主者，当以祛邪为主，稍佐扶正；正虚为主者，应扶正为主，稍佐祛邪，待邪实已去随即固本。

刘继东^[4]：补肾，健脾，活血，清热，利湿为大法。

孙虎生^[13]用祛风胜湿法。慢性肾小球肾炎病机错综复杂，但不外风，湿，瘀，虚等方面。其中风起主导作用。因为风为百病之长，其它病邪多依附于风而侵犯人体。风邪外袭，内舍于肺，使肺失宣降，上不能宣发水液，下不能通调水道输于膀胱，风水相搏，内犯脏腑经络，外溢四肢肌肤，发为水肿；湿邪内困，影响脾的升清，运化，使脾失健运，清阳不升，水谷精微下陷，影响肾的封藏，精微下泄，出现蛋白尿；湿浊内阻，血液运行不畅，则瘀血内停，“血不利则病水”，血瘀水阻，瘀水互结，使病情痼顽。湿邪郁而化热，湿热壅盛，使病情缠绵难愈，反复发作。因此风邪在慢性肾小球肾炎蛋白尿发生发展过程中起着极为重要的作用；湿邪是慢性肾小球肾炎久治不愈的主要因素之一。慢性肾小球肾炎的治疗应以祛风胜湿为先导。

朱瑞增等^[14]报道：用益气活血消肿法治慢性肾小球肾炎。根据中医学“久病伤络(脉)”，“络(脉)伤血瘀”的传统理论，制定此法。

朱安龙^[7]：治疗慢性肾小球肾炎除补脾益肾外，重用清热利湿解毒，活血化瘀之法，主

要是注意“湿”，“瘀”这两个病理特点。

王钢等^[15]报道：从风论治慢性肾小球肾炎。早在《内经》中就提出“肾风”病名，说明风邪伤肾致病的重要性。风为百病之长，寒，热，湿，毒等邪常依附于风侵入人体，损伤肾脏，导致肾病发生，发展。

徐明^[16]报道：用活血利水法治疗慢性肾小球肾炎。血和水常相互为因，交互为病。在生理上，津血同源，在脉内为血，在脉外流注于组织间为津，越出腠理即为汗，流于膀胱为溺，说明它们同源异流，故夺血者无汗，尿少，反之，过汗多尿则上血。显然，水与血之间相互转化，相互影响。在病理上，互为病因，血能病水，水能病血，因为瘀血存在于慢性肾小球肾炎全过程，血水之间又密切相关，因此治疗以活血化瘀，利水渗湿为主。

黄玉娇等^[17]报道：用滋阴清热利水法治疗慢性肾小球肾炎阴虚湿热型，取得满意疗效。以《伤寒论》猪苓汤为基本方加减，具有消除水肿，尿蛋白及尿中红细胞的作用。

朱杰^[11]报道：补气活血法治疗慢性肾小球肾炎。自拟方：黄芪，党参，丹参，黄精，覆盆子，益母草，蝉蜕，女贞子，茯苓，白术等水煎服。结果对主要症状，体征，尿量，血压均有改善，尿素氮明显下降，总有效率96.67%。

何小萍^[18]报道：清利湿热法是治疗慢性肾小球肾炎的重要法则。清热利湿治法方药能够降低，消除蛋白尿，改善肾功能。

候永茂^[19]报道：调补开合法治疗慢性肾小球肾炎。指出补肾元，益肾体，以扶藏合，活血化瘀，利水排毒以助其开泄，是调补开合的具体实施。

三. 中医辨证论治慢性肾小球肾炎

耿丽芬^[21]报道：辨证论治慢性肾小球肾炎，正虚为纲，邪实为目。本证分4型：

1. 肺肾气虚型：补肺固卫，益肾补气。药

用黄芪20克，白术10克，防风10克，杜仲12克，桑寄生15克，山药20克，甘草6克。

2. 脾肾阳虚型：补气健脾益肾。药用生晒参6克，黄芪15，白术12克，茯苓12克，山药25克，陈皮10克，桑寄生15克，杜仲12克，仙茅10，淫羊藿10克，甘草6克。

3. 肝肾阴虚型：滋养肝肾。药用熟地15克，山药20克，山茱萸12克，丹皮9克，泽泻15克，菊花10克，生龙骨20克，生牡蛎20克，钩藤10克，夜交藤15克，桑寄生15克。

4. 气阴两虚型：益气养阴。药用党参12克，黄芪20克，山药25克，山茱萸15克，沙参25克，女贞子15克，墨旱莲15克。

标证分5类：

1. 外感：风寒：桂枝汤；风热：银翘散或麻黄连翘赤小豆汤。

2. 水湿：茯苓10克，泽泻20克，猪苓10克，大腹皮20克，冬瓜皮15克，菟丝子15克。

3. 湿热：清热利湿。甘露消毒丹，黄连解毒汤。

4. 血瘀：活血化瘀。大黄蛰虫丸。

5. 湿浊：化湿降浊。苏叶黄连汤，温胆汤。

康永^[20]报道：分3型：

1. 脾肾气虚型：健脾补肾利水。实脾饮合济生肾气丸加减。茯苓，制白术，木瓜，甘草，木香，大腹皮，木通，草果，炮附子，生姜，川朴，山萸肉，山药，生地，丹皮，泽泻，车前子，淮牛膝，槟榔，泽兰，当归，黄芪，大黄。

2. 肝肾阴虚型：滋养肝肾。麦味地黄丸合杞菊地黄丸加减。麦冬，五味子，山药，山萸肉，生地，熟地，丹皮，泽泻，云苓，枸杞子，菊花，炙龟板，炙鳖甲，冬虫夏草。

子12, 淫羊藿10, 杜仲10, 车前子30, 淮牛膝15。

7. 水瘀互结型: 活血化瘀, 利水消肿。桃红四物汤合五苓散加减。当归10, 川芎10, 赤芍10, 生地12, 桃仁10, 红花10, 丹参20, 白花蛇舌草12, 白茅根30, 猪苓30, 茯苓皮30。

丁德络^[24]报道: 余永惠辨证论治分6型:

1. 气阴两虚型: 补气养阴。太子参, 黄芪, 淮山, 女贞子, 白术, 山萸肉, 玉竹, 茯苓, 麦冬。
2. 脾肾阳虚型: 温肾暖脾。白术, 干姜, 桂枝, 杜仲, 仙灵脾, 补骨脂, 益智仁。
3. 肝肾阴虚型: 滋水涵木。钩藤, 菊花, 夏枯草, 生龙骨, 生牡蛎, 石决明, 山萸肉, 白芍, 枸杞子。
4. 气血亏虚型: 补气养血。黄芪, 党参, 生地, 当归, 芍药, 制首乌。
5. 湿毒雍盛型: 清热利湿解毒。雷公藤, 龙葵, 墓回头, 鱼腥草, 蛇毒, 山慈菇。
6. 水湿浸淫型: 利水消肿。猪苓, 茯苓, 大腹皮, 泽泻, 冬瓜皮, 桑白皮, 苏叶, 葶苈子, 椒目。

四. 复方治疗慢性肾小球肾炎

朱丹^[25]报道: 益肾清解汤治疗慢性肾小球肾炎。组方: 黄芪30, 太子参30, 白术10, 山药30, 苡仁30, 桑寄生20, 熟地20, 丹参20, 鬼箭羽20, 白僵蚕10, 黄毛耳草20, 爵床20, 车前草20。

随证加减:

水肿: 泽泻, 猪苓; 血压高: 牛膝, 钩藤, 地龙; 肾阳虚: 淫羊藿, 巴戟天

大量血尿: 荠菜, 琥珀, 小蓟; 肝肾阴虚: 山萸肉, 何首乌, 墨旱莲。

晏晚秋^[2]报道: 活肾汤治疗慢性肾小球肾炎。组方: 生黄芪40, 桃仁10, 红花10, 牛膝10, 白茅根15, 益母草10, 当归15,

川芎10, 十大功劳10。随证加减: 阳虚水肿盛: 桂枝, 猪苓, 茯苓; 肝肾阴虚: 六味地黄丸; 血尿: 生蒲黄; 肌酐, 尿素氮增高: 蒲公英, 金银花。

刘元喜^[3]报道: 保肾延衰汤治疗慢性肾小球肾炎。处方: 熟地20, 淮山15, 山茱萸10, 枸杞子15, 首乌20, 黄精20, 黄芪20, 丹参20, 田七5, 大黄20, 鱼腥草20, 茯苓20, 炙甘草6。随证加减: 肺肾气虚: 仙茅, 仙灵脾; 气阴两虚: 太子参, 麦冬; 水湿: 泽泻, 茯苓; 湿热盛: 白茅根, 黄柏; 瘀血重: 川芎, 益母草, 湿浊: 藿香, 法夏。

刘小菊^[4]报道: 益气活血除湿汤治疗慢性肾小球肾炎: 养阴益气, 活血化瘀, 祛风除湿。方: 生黄芪30, 太子参30, 白花蛇舌草30, 白茅根30, 川芎15, 生地20, 半枝莲15, 麦冬10, 当归10, 赤芍10, 徐长卿10。伴风热: 银花, 蝉衣, 菊花湿热重: 黄柏, 车前子; 阳虚: 淫羊藿, 菟丝子。

段北野^[26]报道: 清化培元汤。方: 生黄芪20, 党参25, 陈皮15, 半夏10, 炙水蛭6, 苏木10, 白花蛇舌草15, 金荞麦15, 生地15, 山茱萸20, 山药15, 丹皮15, 泽泻15, 茯苓15, 龙葵10。湿热重: 茵陈15, 石韦20; 水肿: 车前子15, 浮萍15; 蛋白尿不降: 蝉蜕15, 苏梗15; 持续血尿: 仙鹤草15, 茜草20; 腰痛: 杜仲15, 续断15; 纳呆: 鸡内金20, 焦三仙15; 便秘: 生大黄10; 肾阳虚: 淫羊藿15, 巴戟天15; 高血压: 石决明30, 莱菔子25。

徐泽光^[27]报道: 活血化瘀汤。方: 益母草20, 丹参30, 牛膝12, 泽兰30, 生山楂30, 半边莲20, 白茅根30, 丹皮30。

张伯科等^[6]报道: 三子三草汤。方: 菟丝子20, 女贞子20, 金樱子20, 生黄芪60, 益母草20, 夏枯草30, 仙鹤草30, 桑螵蛸15, 泽兰15。随证加减: 肌酐, 尿素氮增高: 大黄6, 砂仁6, 生牡蛎20; 尿红细胞过多: 白茅根30, 生地榆12, 旱莲草12; 血压高: 怀牛膝12, 天麻12, 钩藤12, 生牡蛎20, 泽泻20;

贫血：当归15，太子参15，枸杞子12。

朱瑞增等^[14]报道：益气活血消肿方。方：黄芪30，茯苓15，白术15，赤芍15，丹皮15，党参20，丹参20。

朱安龙^[7]报道：益肾汤。方：黄芪15-30，山药15-30，芡实15-30，石韦20-30，蝉蜕10-15，丹参15-30，茯苓10-15，泽泻10-15，鹿含草20-30，桑寄生10-15，仙灵脾6-10，白花蛇舌草20-30，煅牡蛎30。偏阴虚：生地，女贞子，旱莲草。偏阳虚：巴戟天，菟丝子，制附子；气虚甚：太子参，白术，重用黄芪；湿毒壅盛：忍冬藤，土茯苓，炒黄柏；血压偏高：钩藤，川牛膝；水肿明显：猪苓，车前子；血尿：白茅根，小蓟，仙鹤草；外感病情反复：苏叶，防风。

王礼彬^[9]报道：补肾排毒汤治疗慢性肾小球肾炎。方：白花蛇舌草30，土茯苓15，虎杖15，生黄芪30，党参20，黄精20，茯苓15，山药15，山茱萸12，白术12，丹参15，泽泻20，牛膝10，厚朴9。

郑培林^[20]报道：益肾清化汤治疗慢性肾小球肾炎。方：黄芪30，党参30，陈皮15，清半夏10，水蛭6，苏木10，白花蛇舌草60，马鞭草60，生地30，山萸肉20，山药15，丹皮15，泽泻15，茯苓15，龙葵10。

周婷^[29]报道：健脾益肾利湿活血汤。方：党参15，白术15，茯苓15，丹参15，墓回头15，菟丝子10，仙灵脾10，水蛭10，炙黄芪30，淮山药30，益母草30，六月雪30。

李济民^[30]报道：益肾秘真汤。方：熟地15，山萸肉15，茯苓15，前仁15，牛膝15，杜仲15，山药15，桑螵蛸15，丹参25，甘草25，生黄芪50。高血压型：天麻10，菊花10，钩藤15，罗布麻叶20；水肿甚：肉桂10，制附子15，泽泻30，茯苓50；尿蛋白多：金樱子20，芡实20；血尿：丹皮10，茅根20，熟地改生地。

武志宏等^[31]报道：慢肾康合剂。方：

黄芪20，山茱萸15，生地黄15，鳖甲20，蟾皮干5，重楼15，白花蛇舌草15，石韦15，僵蚕10，参三七10，水蛭10，益母草30，丹参20。浮肿明显：泽兰叶10，车前子15；血尿：白茅根20，琥珀粉5；尿蛋白不降：蜈蚣2条，鹿衔草15；肾衰竭：全蝎粉3，冬虫夏草粉1。

李明英^[32]报道：益补祛化汤。方：生黄芪30，太子参15，白术15，云苓30，生地15，泽泻15，山药30，山萸肉15，当归15，益母草15，苡仁30。水肿明显：陈皮，大腹皮，冬瓜皮，制附片，干姜；血压偏高：钩藤，石决明，生杜仲，川牛膝；运用激素：知母，黄柏，丹皮；肾功能不全：川军。

张淑君^[33]用中药汤剂治疗慢性肾小球肾炎。方：黄芪30，杜仲20，牛膝15，党参30，白术15，山药30，茯苓20，附子5，枸杞子20，当归10，苡仁15，白芍15。

蒋叶军等^[34]报道：养肾活血汤治疗慢性肾小球肾炎。方：熟地15，山茱萸18，山药12，丹皮12，当归12，桃仁8，丹参15，黄柏10，杜仲15，生黄芪30，鳖甲15，荠菜花20，白豆蔻12，桔梗10。随证加减：尿蛋白长期不消：金樱子12，玉米须20，莲须15；血尿长期不消：旱莲草12；水肿明显：车前子15；头晕：钩藤15，天麻15；热毒甚：萹蓄10，白花蛇舌草15；肾阴虚：龟板12，首乌12；肾阳虚：仙灵脾12，巴戟天15。

郭荣华等^[35]用中药治疗慢性肾小球肾炎。有效率97.5%。方：桑寄生15，川断6，牛膝15，黄芪10，党参10，白术6，夏枯草10，茯苓15，泽泻10，滑石10，当归10，甘草10。随证加减：尿潜血：生地炭15，茜草炭10，三七粉6；尿白，脓细胞：双花15，败酱草10；怕冷：肉桂6；贫血：当归改30；阴虚：知母10，麦冬15。

陈勇^[36]报道：益肾康治疗慢性肾小球肾炎

脾肾两虚挟有瘀滞。方：黄芪30，白术15，丹参15，益母草25，补骨脂20，仙灵脾15，车前仁20，女贞子15，当归10，雷公藤5，云茯苓20。随证加减：血尿：小蓟20，茜草20。

周自祥^[37]报道：真武汤加味治疗慢性肾小球肾炎脾肾阳虚型。有效率73.17%。方：制附子8(先煎)，白术15，茯苓15，白芍9，炙甘草6，黄芪20，丹参15，益母草20。恶心呕吐：姜半夏15；浮肿严重：车前子12。

张晓红等^[38]报道：肾炎II号方治疗慢性肾小球肾炎气虚血瘀型。方：黄芪30，西洋参10，当归10，川芎20，山药15，山萸肉15，茯苓20，猪苓20，白花蛇舌草30。血压高：草决明，石决明，钩藤，天麻，牛膝；血尿：白茅根，大小蓟，女贞子，旱莲草；大量蛋白尿：金樱子，芡实，山萸肉，桑螵蛸，地龙；感染：鱼腥草，蒲公英，白花蛇舌草；水肿：车前子，牛膝，茯苓，泽泻。

李永新等^[39]报道：补阳还五汤治疗慢性肾小球肾炎，有效率91.4%。方：黄芪30-60，当归10，红花10，赤芍10，川芎10，山药30，白术12，茯苓12，金樱子15，菟丝子15，甘草6。

晏桂华^[40]报道：益肾排毒口服液治疗慢性肾小球肾炎。方：西洋参20，黄芪25，丹参15，三七10，大黄10，蒲公英30，何首乌12肉桂5，牵牛子5，草果5。

古凤江等^[41]报道：肾宁冲剂治疗慢性肾小球肾炎。方：党参，黄芪，黄芩，地骨皮，麦冬，莲子，茯苓，车前子，益母草，白花蛇舌草等制成颗粒冲剂。

五. 丸剂治疗慢性肾小球肾炎

刘继东^[4]报道：肾炎丹治疗慢性肾小球肾炎。方：黄芪40，白术20，茯苓30，熟地20，川芎10，菟丝子10，杜仲10，金樱子10，丹参20，赤芍10，益母草20，大黄6，茵陈20，石韦30，车前子20，生甘草10，芡实10。急

性发作合并上感，严重蛋白尿：连翘15，金银花10，鱼腥草30，白花蛇舌草30，蝉蜕5，漏芦18；肾功能低下：冬虫草4，炮山甲7.5；阳虚：肉桂10，鹿角霜10，巴戟天10，淫羊藿10；肾阴虚：生地15，龟板15，杞子12，女贞子12，旱莲草12；脾虚：党参15，山药20，苡仁30；尿蛋白增高：益智仁12；水肿明显：猪苓20；血压高：桑寄生30，广地龙15，钩藤30；血尿：琥珀粉3，白茅根30，蒲黄15；血胆固醇高：泽泻15，生山楂20，决明子15；贫血：何首乌20，当归15。

朱辟疆等^[42]报道：肾炎康片治疗慢性肾小球肾炎。清热解毒，活血化瘀。方：黄芪2，丹参1，当归1，赤芍1，红花1，半枝莲1，白花蛇舌草1，雷公藤1，甘草0.5。

武箴等^[43]报道：复肾康丸治疗慢性肾小球肾炎。方：黄芪60，益母草60，淫羊藿30，菟丝子30，山药30，丹参30，白花蛇舌草30，土茯苓30，车前子30，杜仲15，水蛭15，苦参15，大黄15，甘草6。

徐锡兰等^[44]报道：虫草参芪胶囊治疗慢性肾小球肾炎。每粒0.45克。其具有益气补肾，活血化瘀之功。临床观察能利水消肿，降低尿蛋白，血脂，提高血浆蛋白，免疫功能及肾功能。运用于慢性肾炎肺肾气虚兼瘀血症。

六. 中药注射液治疗慢性肾小球肾炎

杨氏^[45]报道：用黄芪注射液治疗慢性肾小球肾炎气虚血瘀证。黄芪注射液是从黄芪中提取而成，富含多种氨基酸和微量元素等。有益气健脾，利水消肿的作用。动物实验表明，具有扩张血管，降低血压，抗血小板凝集，增加肾血流量，改善肾脏微循环和清除过氧化脂质的作用。黄芪还可抗氧化自由基，降低自由基生长，从而保护肾细胞。本研究结果表明，黄芪有降尿蛋白，降低血尿素氮及血肌酐，提高免疫能力，降低尿FDP作用。临床上有改善饮食，减轻腰膝酸软，减少感冒次数，清除面浮

肢肿，增强体力的作用。

郑为超等^[46]报道：用刺五加注射液及丹参粉治疗慢性肾小球肾炎。刺五加，辛，微苦而温，有益气健脾补肾的作用。丹参苦而微寒，入血分，可苦泄血滞，为活血化瘀之要药，且凉血而不留瘀，散瘀而不致血液妄行。两者提取物精制后，通过静脉点滴，能迅速发挥益气健脾，补肾活血利水之效。

方美善等^[47]报道：用川芎嗪注射液治疗慢性肾小球肾炎。川芎嗪是中药川芎的主要成分之一，具有扩张血管，抗血小板聚集，抗血栓形成作用。不仅降低血浆内皮素水平，还可抑制内皮细胞产生内皮素，从而抑制血管紧张素Ⅰ向血管紧张素Ⅱ的转换，抑制肾小球入球和出球小动脉的收缩及系膜细胞的增生，具有明显的抗纤维化作用，最终改善肾血流动力学，减少免疫复合物沉积，延缓肾组织的病理进程。

蓝寿梅等^[48]报道：灯盏花注射液治疗慢性肾小球肾炎。灯盏花又名灯盏细辛，性寒，味甘温，具有活血化瘀，舒筋散寒等功效。灯盏花注射液为其提取物，含总黄酮。动物实验及临床使用证明：灯盏花注射液具有以下功能：

1. 扩张微细动脉，降低外周阻力，改善微循环。
2. 降血粘度，抗血小板及红细胞聚集，抗凝血和血栓形成，改善血液流变性。
3. 增加组织血液灌注，促进组织代谢。
4. 清除有害自由基。

本文结果显示灯盏花注射液的明显降低血粘度，纤维蛋白原及血小板凝集率，提高肾血流量，增加尿量，减少尿蛋白排出，从而达到缓解高粘血症时肾组织的损伤，改善肾功能的目的是。

七. 慢性肾小球肾炎蛋白尿的治疗

陈权^[49]报道：化浊固肾汤治疗慢性肾小球

肾炎顽固性蛋白尿。方：龙葵30，白花蛇舌草30，黄柏10，石韦30，黄芪30，茯苓30，菟丝子12，山药30，白术30，泽泻12，益母草30，车前子30，茅根30，竹叶12。

周恩庆等^[50]报道：辨治慢性肾小球肾炎蛋白尿，分4种：

1. 健脾益气，补肾固涩法。黄芪，红参，益智仁，茯苓，复盆子，白术，枣皮，芡实，砂仁
2. 益气祛风固表法。玉屏风散加味：黄芪，白术，防风，桑白皮，银花，连翘，白茅根，茯苓，大小蓟。
3. 清利湿热，分清泌浊法。三仁汤，八正散，黄芩滑石汤等。
4. 活血化瘀利水法。当归芍药散和五苓散，五皮饮等。

张丽霞^[51]报道：升阳益气，固肾化瘀中药治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿。方：黄芪30，党参15，芡实15，当归15，丹参15，金樱子15，益母草10，白术10，益智仁10，莲子芯10，天麻6，柴胡6。血尿多：白茅根20，小蓟15；热毒甚：白花蛇舌草20，金银花15，连翘15；浮肿：车前子10，金钱草20；腰痛：杜仲12，桑寄生15，菟丝子15。

孙氏^[52]治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿7法：

1. 祛风法：荆防败毒散加减——祛风散寒。苏叶，荆芥，防风，细辛，苍耳子。银翘散——祛风清热。银花，连翘，牛蒡子，鱼腥草，板兰根，地丁，蝉蜕，土牛膝，浮萍。玉屏风散——益气祛风。黄芪，白术，防风
2. 清热解毒法：五味消毒饮：紫花地丁，蒲公英，玄参，大青叶，红条紫草，七叶一枝花，苦参，土茯苓，白藓皮，川萆，地肤子，徐长卿，白花蛇舌草，半枝莲。
3. 利水祛湿法：胃苓汤，防己黄芪汤，清利方加减：防己，玉米须，白茅根，苡仁，

苍术, 石韦, 白花蛇舌草, 金钱草, 葫芦茶, 荠菜, 小蓟, 猪苓, 泽泻。

4. 活血祛瘀法: 益肾汤: 益母草, 丹参, 丹皮, 红花, 赤芍, 桃仁, 山楂。
5. 平肝熄风法: 地龙, 僵蚕, 钩藤, 白蒺藜, 夏枯草, 蜈蚣, 全蝎, 稀签草。
6. 健脾益气法: 参苓白术散加减: 黄芪, 参, 淮山药, 干葛, 升麻, 人参。
7. 补肾涩精法: 金锁固精丸或五子衍宗丸加减: 山萸肉, 枸杞子, 女贞子, 菟丝子, 金樱子, 紫河车, 芡实, 冬虫夏草, 黄精, 首乌, 龟板, 莲须, 复盆子, 乌梅, 白果, 五味子, 煅龙骨, 煅牡蛎等。

武艳英^[53]报道: 辨证论治慢性肾小球肾炎蛋白尿5型。总有效率86.65%。

1. 外感风寒, 内扰及肾: 祛风散寒, 宣肺利水。越婢加术汤。兼气虚: 党参, 黄芪。
2. 湿热下注, 热毒犯胃: 清热解毒, 消肿利咽。利咽汤或五味消毒饮加减。
3. 脾胃虚弱, 运化不利: 健脾和胃, 分清化浊。参苓白术散或六君子汤加减。
4. 肾气虚弱, 固摄无权: 滋阴补肾, 益气固涩。济生肾气汤加减。
5. 瘀血内阻, 脉络不通: 活血化瘀, 疏通血脉。桃红四物汤加减。

八. 慢性肾小球肾炎血尿的治疗

鲁明^[54]报道: 茅苓汤治疗慢性肾小球肾炎血尿。方: 白茅根30, 土茯苓30, 生地黄20, 玄参10, 金银花10, 炒栀子10, 蒲黄10, 益母草10, 泽泻10, 生甘草3。偏气虚: 黄芪30, 炒白术10; 兼有热邪: 连翘15, 黑皮三叶青30; 兼水湿: 猪苓10, 车前子10。

欧阳龙^[55]报道: 辨证分型论治慢性肾小球肾炎血尿。

1. 风邪袭肺: 疏风清热, 凉血止血。银翘散加减。金银花, 黄芩, 连翘, 丹皮,

丹参, 荆芥, 白芍, 小蓟, 白茅根, 板兰根, 菊花, 甘草。

2. 湿热内蕴: 清热利湿, 凉血止血。四妙散加减。黄柏, 苍术, 苡仁, 牛膝, 丹皮, 赤芍, 篇蓄, 瞿麦, 滑石, 生大黄, 甘草。
3. 阴虚火旺: 滋阴降火, 凉血止血。猪苓汤加减。猪苓, 茯苓, 泽泻, 阿胶, 滑石, 生地, 知母, 丹皮, 赤芍, 甘草。
4. 气阴两虚: 益气养阴。参芪地黄汤合二至丸。人参, 黄芪, 生地, 山药, 山萸肉, 丹皮, 茯苓, 泽泻, 女贞子, 旱莲草, 茜草, 丹参, 甘草。
5. 脾不统血: 健脾益气摄血。补中益气汤合归脾汤加减。黄芪, 人参, 当归, 白术, 山药, 茯苓, 升麻, 丹参, 龙眼肉, 木香, 仙鹤草, 甘草。
6. 肾气不固: 补肾益气, 固摄止血。无比山药丸加减。熟地, 山药, 山茱萸, 牛膝, 肉苁蓉, 菟丝子, 杜仲, 巴戟天, 芡实, 金樱子, 仙鹤草, 丹参, 甘草。
7. 瘀血内阻: 活血化瘀止血。茜草根散合失笑散加减。茜草根, 当归, 川芎, 侧柏叶, 丹参, 三七参, 藕节, 赤芍, 蒲黄, 灵脂, 益母草, 地龙, 甘草。

胡永东等^[56]报道: 治疗慢性肾小球肾炎血尿体会。治法为:

1. 清热解毒, 祛除诱因。
2. 见血止血, 务求于本。
3. 辨证辨病, 补泻兼施。
4. 病程缠绵, 贵在坚持。

骆家富^[57]报道: 从肺论治慢性肾小球肾炎血尿。《丁甘仁医案·溲血》: “……肺者, 膀胱水道之上源也, 治肝脾不应, 治膀胱不应, 今拟清宣肺气, 去瘀生新, 下病上取也。”又《血证论·尿血》云: “又有肺虚, 不能制节其下, 以致尿后渗血, 审系肺阴虚, 则兼气逆, 痰咳, 口渴等证, 人参清肺汤主之……”

九. 慢性肾小球肾炎水肿的治疗

刘海红^[58]报道：自拟水肿 I 号方。方：附子20，桂枝10，白术20，白芍20，茯苓15，巴戟天15，干姜15，木瓜15，黄芪30，车前子20，炙草梢20，苡仁15。腹水明显：大腹皮，木香，陈皮。

十. 中药药理研究

黄芪、当归^[59]合用，能促进蛋白质的合成，具有明显促进中性粒细胞趋化运动，减少T抑制细胞，增加L-2等免疫调节因子生成，从而提高机体免疫力。

黄芪^[60]与当归配伍，不仅有抗凝和促纤溶作用，而且对多种炎性因子有抑制作用，抑制细胞外基质积聚，减轻肾小管间质损害及纤维化。

黄芪的主要有效成分是黄芪皂苷，黄芪多糖和黄芪黄酮等黄芪可通过提高血浆白蛋白水平，调节脂质代谢，改善高凝状态，促进水钠排泄，调整机体免疫力及减轻肾组织损伤。

动物实验表明，黄芪^[61]具有扩张血管、降低血压、抗血小板凝集、增加肾血流量、改善肾脏微循环和清除过氧化脂质的作用。

临床药理报道：水蛭^[62]能改善血液流变学，降低血脂，对肾缺血有明显保护作用，能明显降低血清尿素氮，肌酐水平。

三七^[63]具有多种生物学活性。药理研究表明，三七总苷(PNS)不仅可抑制尿毒血清诱导的肾小管上皮细胞增殖及总胶原的分泌，而且能够抑制转化生长因子- β 1和结缔组织生长因子的表达，还能抑制白细胞介素-1 α 诱导的肾小管上皮细胞 α -平滑肌肌动蛋白的表达，同时又能抑制纤连蛋白的分泌。另一研究发现，三七总苷一方面可促进肾小管上皮细胞的增生修复，同时阻断其向肌纤维母

细胞的转化，另一方面又可抑制间质细胞的增殖，减少细胞外基质的沉积。促进肾成纤维细胞凋亡是三七防治肾间质纤维化的另一途径。三七总苷可通过降低整合素 β 1的表达水平进而抑制肾成纤维细胞的增殖及I型胶原的分泌。三七具有免疫调节作用，能使紊乱的免疫反应恢复正常，从而有利于肾小球疾病的治疗。三七总苷可以通过抑制肿瘤坏死因子，白细胞介素-6，白细胞介素-8的释放，从而减轻有机磷中毒对心，肝，肾的损伤。三七能保护超氧化物歧化酶，谷胱甘肽过氧化酶及过氧化氢酶的活力，加强对氧自由基的消除，减轻脂质过氧化损伤，同时降低肾中的钙含量。

黄蜀葵花^[64]具有良好的降低蛋白尿、减轻肾小球系膜增殖的作用。其机制可能与该药提高红细胞免疫粘附力，促进CIC转运和清除，从而减轻CIC介导性肾损伤有关。

丹参^[65]可抑制系膜细胞分泌L-6及Col-IV，丹参中的水溶性成分之一丹酚酸A可抑制成纤维细胞增殖，降低成纤维细胞内胶原合成率，可降低肾脏TGF- β 1mRNA和蛋白水平，下调 α -SMA的表达，减少I型胶原的沉积，延缓肾间质纤维化的发生，抑制肾组织CAM-1的表达。丹参素可增强纤溶酶活性，降低PA的活性，促使酶原型MMPs转变为活化MMPs而发挥降解ECM的作用，可抑制内源性胆固醇合成及抗脂蛋白氧化，从而减少因脂蛋白氧化诱导的多种细胞因子如PDGF和TGF- β 等的释放。丹参抗炎，增强机体免疫力。

白茅根^[66]对凝血酶生成有促进作用，并缓解肾小球血管痉挛，从而使肾血流量及肾滤过率增加而产生利尿效果，同时肾缺血改善，肾素产生减少，使血压恢复正常。

川芎嗪^[47]从伞形科植物川芎中提取的生物碱，是中药川芎的主要成分之一，化学结构为四甲基吡嗪，具有扩张血管、抗血小板聚集、抗血栓形成作用，不仅降低血浆内

皮素水平，还可抑制内皮细胞产生内皮素，从而抑制血管紧张素Ⅰ向血管紧张素Ⅱ的转换，抑制肾小球入球及出球小动脉的收缩及系膜细胞的增生，具有明显的抗纤维化作用，最终改善肾血流动力学，减少免疫复合物沉积，延缓肾组织的病理进程。

动物试验及临床使用证实：灯盏花^[67]提取物具有扩张微细动脉，降低外周阻力，改善微循环；降血粘度，抗血小板及红细胞聚集，抗凝血及血栓形成，改善血液流变性；增加组织血液灌注，促进组织代谢；清除有害自由基等作用。

十一. 慢性肾小球肾炎的实验研究

马天舒等^[68]报道：益气化瘀汤对大鼠慢性肾小球肾炎的实验研究。益气化瘀汤为水蛭，僵蚕，蝉蜕，益母草，党参，黄精，太子参，墨旱莲组成的中药制剂。以大鼠阿霉素肾炎，血清白蛋白肾炎，急性血瘀为实验模型。结论：显著降低尿蛋白的含量，降低血清肌酐和尿素氮的浓度，增加血清TP及ALB的含量，提高ALB/GLB的比值。说明可明显改善慢性肾小球肾炎的各项生化指标，具有良好的保护肾功能的作用。

姜德训等^[69]报道：肾炎3号方对肾小球系膜细胞增殖及产生白细胞介素-6作用的实验研究。肾炎3号方：柴胡，黄芩，山茱萸，益母草，白花蛇舌草等组成的口服液。结论：可抑制正常肾小球系膜细胞增殖，抑制促肾因子诱发的肾小球系膜细胞增殖；抑制正常肾小球系膜细胞分泌IL-6，抑制促肾因子诱发的肾小球系膜细胞分泌IL-6。肾炎3号方抑制肾小球系膜细胞增殖及其分泌IL-6的作用机制为：提高抑制因素水平，降低刺激因素水平；刺激IL-6膜受体脱落，增加可溶性受体数目，中和游离IL-6；抑制系膜细胞胞浆内酶的活化及蛋白质的磷酸化，抑制核内转录因子活化及信号放大。

十二. 慢性肾小球肾炎的针灸推拿治疗

陈继良^[70]报道：针刺治疗慢性肾小球肾炎。主穴：关元，气海，中脘，百会，足三里，三阴交，肾俞。配穴：内关，复溜，照海，阳陵泉，列缺，中极。临床时随症加减。采用相应补泻手法。留针30分钟，每日一次，一月为一疗程。

张氏^[71]等采用推拿法治疗慢性肾小球肾炎10例。运用捏，拿，滚，抖等法。推拿肩井穴，足三里，气海，天枢等穴及督脉，膀胱经。结果蛋白尿消失4例，蛋白尿减少2例；肾功能恢复正常者4例；血压降至正常3例。治疗主要针对任督二脉与膀胱经，督脉为阳脉之海，对全身阳经具有统领，督促和调整作用。通过对任督二脉的推拿，可以有效地影响全身的阴阳平衡，改善脏腑的生理功能。推拿膀胱经可以通全身之经脉，调整全身之气血，利脏腑之调和，有利于本病的治疗。

卢氏^[72]用按摩推拿的方法治疗慢性肾小球肾炎。主要按摩推拿百会穴，涌泉穴，配合按摩双侧肾腧及腰部经脉，加速血液循环和代谢，促进机体修复。百会穴居人体之巅，阳气旺盛之处；涌泉穴，足少阴肾经之“井”穴，精气汇聚之所，二穴合用，共同调节人体之阴阳。

十三. 慢性肾小球肾炎的食疗法

彭春^[73]等：岳美中创立的黄芪粥治疗慢性肾小球肾炎。组方：生黄芪30，陈皮5，鸡内金9，生薏以仁30，赤小豆30，糯米30，先以水800~1000ml，煎煮黄芪，陈皮，鸡内金45分钟，过滤去渣，加入薏以仁，赤小豆，糯米，再用文火煮熬成粥，分3~4次食用。一天一剂。取其谷气养人，补而不滞。

窦国祥^[74]认为饮食治疗是慢性肾炎重要的综合治疗措施之一。辩证中药食疗对肾阳虚水肿型可服用玉米赤豆茶,车前草粥等。水肿消退期可予黄芪粥(黄芪,粳米,红糖),高血压型可予菊花茶,双耳汤等服用,隐匿型可予黄芪炖乌骨鸡,归参炖母鸡,红茶鲫鱼等。

十四. 中医证型与现代病理分类的关系与治疗

王钢^[15]等:风邪标证与病理类型相关性。风邪标证在系膜增生性非IgA肾病及微小病变中比例较大,其次,IgA肾病,膜性肾病及FSGS。

朱辟疆^[42]等报道:通过测定尿中白细胞介素-6(IL-6)转化生长因子- β 1(TGF- β 1)及内皮素-1(ET-1)探讨与中医证型的关系。结论是水湿证与湿热证尿IL-6, TGF- β 1, ET-1均显著高于3型虚证,说明水湿证与湿热证肾内细胞增殖及炎症病变明显,病变处于活动期,阳虚型尿TGF- β 1, ET-1升高,但IL-6不增高,说明阳虚型肾内以纤维化及肾小球硬化为主,细胞增殖不明显。气虚型尿IL-6, TGF- β 1均增高。说明气虚型肾内从增殖性改变为主。但伴有不通程度的肾内纤维化病变。阴虚型仅尿中IL-6显著增高,说明阴虚型肾内病变以细胞增殖为主。这指导临床在辨证施治的基本方中加入清热解毒中药以抑制炎症及细胞增殖,尿中TGF- β 1, ET-1显著增高者加入活血化瘀中药以抗纤维化及改善肾内微循环,抑制肾小球硬化及间质纤维化。

李氏^[22]报道:中医诊治方药与现代病理分类法有机结合治疗慢性肾小球肾炎。系膜增生型:加用鳖甲,蜀羊泉,龙葵,玉米须;膜性肾病:加用紫丹参,益母草,蝉蜕;局灶性节段性肾小球硬化:加用紫丹参,鳖甲,炮山甲;系膜毛细血管型:加用

蝉衣,刘寄奴,茜草,山药;增生性硬化:加用炮山甲,鳖甲,莪术;病理显示可用强的松治疗者:加用菟丝子,旱莲草,大生地,黄精。

参考文献

- [1] 杨巧芳. 朱宗元教授治疗慢性肾炎经验撷拾. 实用中医内科杂志, 2004, 18(6):492
- [2] 晏晚秋, 肖建华. 活肾汤治疗慢性肾小球肾炎38例小结. 中医药导报, 2005, 11(10):16-17
- [3] 刘元喜. 保肾延衰汤治疗慢性肾小球肾炎31例临床观察. 中医药导报, 2005, 11(3):15-17
- [4] 刘继东, 黄洪波, 赵军旗. 肾炎丹治疗慢性肾小球肾炎72例临床观察. 河北中医, 2005, 3(27):175-176
- [5] 刘小菊, 余丽华. 益气活血除湿汤合三联疗法治疗慢性肾小球肾炎38例. 浙江中医杂志, 2006, 12(41):706-707
- [6] 张伯科, 鹿玲. “三子三草汤”合西药治疗慢性肾小球肾炎51例. 上海中医药杂志, 2001, 2:23-25
- [7] 朱安龙. 中西医结合治疗慢性肾小球肾炎37例. 实用中医内科杂志, 2002, 16(3):151
- [8] 彭建国. 益气活血法治疗慢性肾小球肾炎60例. 陕西中医2002, 23(4): 298
- [9] 王礼彬. 补肾排毒汤治疗慢性肾小球肾炎及慢性肾功能衰竭100例临床观察. 福建中医药, 2002, 33(1):8-9
- [10] 赵秀丽. 中医辨证治疗慢性肾小球肾炎47例临床观察. 中国中医药信息杂志, 1999, 6(12):53-54
- [11] 朱杰. 补气活血法治疗慢性肾炎30例. 吉林中医药, 2005, 25(12):7-8
- [12] 耿丽芬. 辨证治疗慢性肾小球肾炎53例临床观察. 河北中医, 2004, 26(1):22-23
- [13] 孙虎生. 祛风胜湿法合西药治疗慢性肾小球肾炎50例临床观察. 江苏中医药, 2006, 27(3):37-38
- [14] 朱瑞增. 益气活血消肿法治疗慢性肾小球肾炎30例. 中医药信息, 2001, 18(6):39
- [15] 王钢. 从风论治慢性肾小球肾炎73例临床分析. 江苏中医药, 2003, 24(5):12-14
- [16] 徐明. 活血利水法治疗慢性肾炎临床体会. 时珍国医国药, 2003, 14(12):769-770
- [17] 黄玉娇, 莫健平, 龙艳. 滋阴清热利水法治疗慢性肾炎阴虚湿热型疗效探讨. 河北医药, 2006, 34(7):626-627
- [18] 何小萍. 论清利湿热法是原发性肾小球疾病的重要治法. 河南中医药学刊, 2002, 17(3):77-78
- [19] 侯永茂, 刘俊河, 侯翠. 调补开合法治慢性肾炎. 中国中西医结合肾病杂志, 2000, 1(4):230
- [20] 康永. 中西医结合治疗慢性肾小球肾炎. 中国中医基础医学杂志, 2006, 12(12):951-952
- [21] 戴小欣. 中医药辨证治疗慢性肾炎50例疗效观察. 中药材, 2004, 27(7):543-544
- [22] 李砚民. 慢性肾小球肾炎的辨证论治. 医药论坛杂志, 2006, 27(21):115-116
- [23] 吕允涛, 李青, 刘晶. 李碧辨治慢性肾炎经验. 山东中医杂志, 2006, 25(12):845-846
- [24] 丁德络. 清热利湿法为主辨病辨证治疗慢性肾小球肾炎. 北京中医, 2006, 25(2):81-83
- [25] 朱丹. 益肾清解汤治疗慢性肾小球肾炎56例. 福建中医药, 2003, 34(4):18

- [26] 段北野, 周正国. 自拟清化培元汤治疗慢性肾小球肾炎78例. 吉林中医药, 2006, (26):4-5
- [27] 徐泽光, 莫顶峰. 活血化痰汤结合氯沙坦治疗慢性肾小球肾炎33例临床观察. 中医药导报, 2006, 12(2):26-27
- [28] 郑培林. 自拟益肾清化汤治疗慢性肾小球肾炎68例. 辽宁中医杂志, 2003, 30(11):905
- [29] 周婷. 中西医结合治疗慢性肾小球肾炎31例. 中国中医药信息杂志, 1999, 6(5):60
- [30] 李济民. 益肾秘真汤治疗慢性肾小球肾炎172例. 陕西中医, 1999, 20(10):445
- [31] 武志宏, 智日进. 中西医结合治疗慢性肾小球肾炎42例. 山东中医杂志, 2000, 19(5):290-291
- [32] 李明英. 益补祛化汤治疗慢性肾小球肾炎52例. 四川中医, 2001, 19(10):47
- [33] 张淑君. 中医治疗慢性肾炎35例. 实用中西医结合临床, 2007, 7(3):47-48
- [34] 蒋叶军, 罗姣利, 张绪生. 养肾活血汤治疗慢性肾小球肾炎40例临床观察. 中医药导报, 2007, 13(5):29-30
- [35] 郭荣华. 慢性肾炎中药疗法40例观察总结. 中国社区医师, 2005, (14):54-55
- [36] 陈勇. 益肾康治疗慢性肾炎60例临床观察. 四川中医, 2006, 24(6):53-54
- [37] 周自祥. 真武汤加味治疗脾肾阳虚型慢性肾小球肾炎41例. 广西中医学院学报, 2006, 9(3):34-35
- [38] 张晓红, 吴改红, 肖洋, 马居里. 肾炎II号方治疗气虚血瘀型慢性肾小球肾炎的疗效观察. 陕西中医学院学报, 2007, 30(1):20-22
- [39] 李永新, 张参军. 补阳还五汤治疗慢性肾炎35例. 江西中医药, 2005, 36(12):21
- [40] 晏桂华. 益肾排毒口服液治疗慢性肾小球肾炎尿毒症侯118例疗效观察. 中医药导报, 2005, 11(5):20-22
- [41] 古凤江. 肾宁冲剂治疗慢性肾小球肾炎153例. 陕西中医, 1997, 18(1):15-16
- [42] 朱辟疆. 肾炎康治疗慢性肾小球肾炎的疗效观察. 辽宁中医杂志, 2001, 28(11):666-667
- [43] 武箴. 中西医结合治疗慢性肾小球肾炎97例. 山东中医杂志, 2002, 21(10):609-612
- [44] 徐锡兰. 虫草芪参胶囊治疗慢性肾炎60例临床研究. 山东中医药大学学报, 2005, 29(6):446-448
- [45] 杨倩春, 杨宛芝, 陈伯钧. 黄芪注射液治疗慢性肾小球肾炎气虚血瘀证临床观察. 中国中医药信息杂志, 2004, 11(3):253-254
- [46] 郑为超. 刺五加注射液及丹参粉治疗慢性肾炎疗效观察. 中医药临床杂志, 2006, 18(6):567-568
- [47] 方美善, 杜雪荣, 郭建功. 川芎嗪注射液治疗慢性肾小球肾炎58例临床观察. 中国社区医师, 2005, 21(7):29-30
- [48] 蓝寿梅. 灯盏花注射液治疗肾小球疾病的临床观察. 甘肃中医, 1999, 12(3):28-29
- [49] 陈权. 化浊固肾汤为主治疗慢性肾小球肾炎顽固性蛋白尿57例. 山东中医杂志, 2002, 21(11):674-675
- [50] 周恩庆, 陈忠跃. 中医辨证治疗慢性肾炎蛋白尿探析. 实用中医药杂志, 2004, 20(8):443-444
- [51] 张丽霞. 升阳益气固肾化痰治疗慢性肾炎蛋白尿疗效观察. 中医药学刊, 2006, 24(5):965-967
- [52] 孙雪松. 慢性肾炎蛋白尿的中医疗法. 健康生活, 2006, 10:20
- [53] 武艳英. 肾炎蛋白尿中医辨证论治. 陕西中医学院学报, 2002, 25(2):32-33
- [54] 鲁明. 茅苓汤治疗慢性肾小球肾炎血尿38例. 河北中医, 2002, 24(8):579
- [55] 欧阳龙. 中医辨证治疗慢性肾炎血尿100例. 中国科技信息, 2005, (12):161
- [56] 胡永东, 高红, 王慧英. 慢性肾炎血尿治疗体会. 吉林中医药, 2006, 26(10):9
- [57] 骆家富. 慢性肾炎血尿辨治举隅. 中医药临床杂志, 2005, 17(6):565
- [58] 刘海虹. 中医辨证治疗肾炎水肿37例. 中国实用乡村医生杂志, 2005, 12(4):46-47
- [59] 余凌, 黄芪、当归在肾脏疾病中的应用及其机制研究进展. 中国中西医结合杂志, 2001, 21(5):396-398
- [60] 陈莉芬. 黄芪对慢性肾炎患者血及L-6影响的研究. 中国中西医结合肾病杂志, 2002, 3(1):38-39
- [61] 刘爱珍, 陈荣鸾. 黄芪注射液治疗慢性肾衰竭的临床观察. 中国中西医结合肾病杂志, 2002, 3(3):172
- [62] 莫可元, 张桂英, 莫志红. 水蛭的药理研究进展. 中成药, 2003, 25(5):408
- [63] 张恒远, 金建生. 三七治疗肾脏病的药理与临床研究进展. 医学综述, 2006, 23(12):1466-1467
- [64] 何小萍. 论清利湿热法是原发性肾小球疾病的重要治法. 河南中医药学刊, 2002, 17(3):77-78
- [65] 伊玲慧. 活血化瘀法在慢性肾炎中的应用辨析. 中医药学刊, 2006, 24(11):2079-2080
- [66] 李焕宇. 慢性肾小球肾炎的中医药治疗研究进展. 国际医药卫生导报, 2004, 14(10):175-177
- [67] 蓝寿梅. 灯盏花注射液治疗肾小球疾病的临床观察. 甘肃中医, 1999, 12(3):28-29
- [68] 马天舒, 任慧君, 葛迎春, 贾玉红. 益气化痰汤对大鼠慢性肾炎的实验研究. 辽宁中医学院学报, 2005, 7(6):631-632
- [69] 姜德训. 肾炎3号方对肾小球系膜细胞增殖及其产生白细胞介素-6作用的实验研究. 中国中西医结合杂志, 2000, (7):58-60
- [70] 陈继良. 针刺治疗慢性肾小球肾炎疗效观察. 中国针灸, 2000, 2:89-90
- [71] 张国忠, 任士章. 推拿治疗慢性肾小球肾炎临床分析. 实用新医学, 2002, 4(6):508
- [72] 卢立新. 慢性肾小球肾炎的防治思路. 辽宁中医药大学学报, 2006, 8(6):44-45
- [73] 彭春, 陈德磊. 黄芪粥治疗慢性肾小球肾炎112例临床观察. 河南中医, 2003, 23(4):29-30
- [74] 窦国祥. 慢性肾炎食疗心得. 东方食疗与保健, 2004, (7):28-30



老人重听的 认识及其应对处理

新加坡·蔡欣洁

前言

耳鸣、重听是耳部常见病症。耳鸣是指外界无声源而患者自觉耳中有响声；重听是听觉功能障碍的表现。一般是伴随种种疾患所产生的一种症状。症状轻者为重听，严重可致耳聋。

耳鸣、重听的开始，个体差异明显

听力减退是人体老化过程中在听觉器官中的体现，属生理性改变。

人体衰老的表现各异，有的人刚年过四十，就老态显现，腰酸背痛，头晕脑胀，精神萎靡，查身体血压高，血脂高，血糖高了，可谓未老先衰。有的人已过七十，照样腰板笔挺，精神中气十足，雄风不减当年，查身体基本正常。同样耳鸣及重听而听力减退的发生，在发病年龄与发病速度上存在着明显的个体差异，有的五十岁就出现听力障碍，而有的八十岁还听觉敏锐，故不可一概而论，通常认为听力的老化与遗传及人的整个生命历程中所遭受到的各种有害因素的影响有关。如：年轻时曾在噪声环境中工作、生活过一段时间，或者是生过大病、工作过于劳累、精神压力较大、生

活没有规律，而损伤气血，肾精亏损，衰老提前到来，重听也出现得早；中医经典著作《黄帝内经》中说：人活到五十岁身体肥重，耳目开始不聪明。但作为现代老年人，人们丰衣足食，精神上丰富多彩，衰老可延后。因此，可说人的衰老是因时因地因人的个体差异显著有别。

重听的原因

现代医学把重听按病变部位不同分三类：

1. 由于听觉分析器的传音部分发生病变，使声音的传导发生障碍而造成的重听，称为传导性重听。
传导性重听一般多指由外耳阻塞，中耳鼓膜及听骨病变，和内耳淋巴压力的改变，所形成音波不能畅达鼓膜所致的重听。
2. 由于听觉分析器的感音部分发生病变而产生的重听，称为感音性重听，或称为神经性重听。
感音性重听是由于内耳迷路、克蹄氏器、听神经及听觉中枢疾患引起的重听，其原因较复杂。
3. 听觉病变涉及传音和感音二个部分，称之为混合性重听。

出现重听应对处理

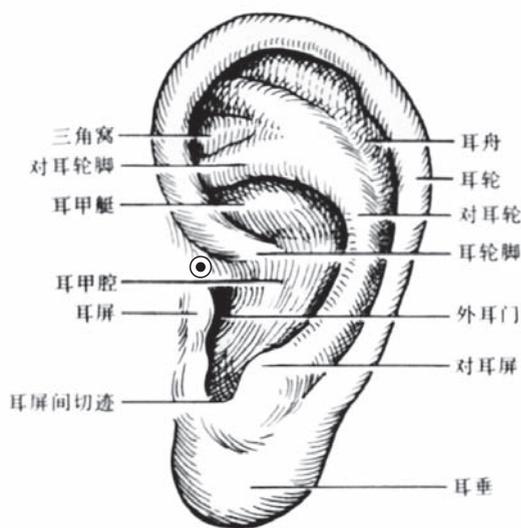
耳鸣、重听病因复杂，要耐心查出其发病情况及原因，是否伴有耳部及周身其他症状。

当发现自己听力下降时，应及时到医院五官科就诊，除了进行听力专科检查外，还要注意整个身体状态的了解。如检查被确诊为重听或耳聋时，不必害怕或担忧，毕竟本病属听觉系统老年性不可逆的退行性改变，是正常的生理衰退现象，应当从容应对，有序生活。

一般要注意以下四点：

1. 乐观面对现实：知道自己出现重听，千万不要精神紧张，应乐观地面对现实，保持积极向上的精神状态，心情舒畅，尽量避免不良的精神刺激和过度的情绪波动。要在心理上克服因听力下降后不与别人交流而产生的孤独感、压抑感，多到大自然中去走走，多交朋友，扩大视野，陶冶心情，将耳鸣及重听集中力分散，使重听症状减轻；作为重听老年人的家人，更要关心老年人，多给老年人讲几句，多听老年人说几句，与老年人多交流多沟通，在生活起居上给予体贴照顾，帮助老年人树立起乐观平和的心态。
2. 生活起居有序化：平时多注意锻炼身体，如散步、慢跑、做早操、跳舞、打拳打太极等，以增强体质，改善全身血液循环，延缓衰老进程。老年人应合理安排饮食结构，在保证身体基本蛋白质代谢和热量需求的前提下，采用低脂肪、低糖、低盐和高纤维、高维生素的食物，忌食辛辣、油炸及粘腻厚味。在生活起居中，尤要注意避免接触噪声性环境。
3. 积极治疗(中西医)及试戴助听器。如诊断为老年性耳聋，患者应在专科医生及医师的指导下积极治疗：

- a) 西药主要是营养神经、扩张内耳血管的药物，超声波治疗等。如果听力下降已影响到老年人正常的交往，则就要考虑戴上助听器。
 - b) 中医对耳鸣、耳聋的看法，既有局部性的，又是全身性疾病的综合证之一。中医是用整体观念来认识它，采用辨证论治的方法给予针灸、用中药辨证处方。中医用补肾精、益气血、通络脉等治法，通清窍。针药治疗虽不能完全逆转病情，但可改善听力障碍，延缓听力下降的速度。
4. 自我按摩头耳部：帮助耳部气血循环达到通耳窍。共分5步骤为一套功，每天可作一、二套。现分述如下：
- a) 按耳屏上切迹前的耳门穴：用两手食指端按摩耳门穴当张口时凹陷显(下耳图粗点处)为50次。手法用力适中。局部有轻度温热感，两耳内随按揉有塞与通感。



- b) 按揉平耳垂后下缘凹陷中：用两手拇指端按于耳垂后下缘凹陷中的翳风穴位上揉50次，余四指可扶于头部按揉，手法用力适中。局部有明显酸胀感，可放射至耳内。

按揉翳风穴 (平耳垂后下缘凹陷中)



方法：用两手拇指端同时按揉100次(图示)。

- c) 指入耳孔内按揉：两食指(指甲不宜长)分别插入双耳孔内进行按摩25次后，把食指抽出。再重复作这动作，把两食指别插入双耳孔内进行按摩25次，再把食指抽出。共二回为五十次。手法宜轻柔。耳内有阻塞感。



- d) 牵拉耳垂：用拇指罗纹面与食指中节部捏住耳垂牵拉，边牵拉边按揉30次，手法宜轻柔。耳内有轻度塞与通感觉，耳垂部有温热感。

牵拉耳垂



方法：用两手的拇指、食指捏住两侧耳垂，牵拉耳垂30次(图示)。

- e) 鸣天鼓：分别用两手掌心捂住耳孔，要捂实，手指均置于脑后，作食指从中指背滑下动作敲击脑后部30次，手法不宜过重。两耳内有明显震动感。

鸣天鼓



方法：分别用两手掌心捂住耳孔，两手指置于脑后部，用食、中指敲击脑后部30次(图示)。

无论是老化性耳鸣、重听或其他耳疾引起耳鸣、重听均可采用上述按摩手法来保健，能延缓听力减退，同时，有聪耳健脑作用，其效果佳。(注意：饱食后45分钟内不要作上述按摩)

参考文献：

- [1] 王永钦主编. 中医耳鼻咽喉科临床手册. 人民卫生出版社.
- [2] 罗云坚、刘茂才主编. 耳鼻咽喉科专病中医临床诊治. 人民卫生出版社.
- [3] 葛英华. 浅谈耳聋证治九法. 北京中医药大学学报. 1994.17(5):53
- [4] 陈顺云. 重听的诊断与处理. 中级医刊. 1965.
- [5] 韩德宽、佟绛馨著耳鼻咽喉知识科学普及出版社

浅论小儿汗证诊治



新加坡·廖凤燕

小儿之病，古人称为哑科。事因其言语不能通，病情不易测，故曰：“宁治十男子，莫治一妇人；宁治十妇人，莫治一小儿。”张景岳则认为此言过甚并曰：“小儿之难也。然以余较之，则三者之中又为小儿为最易。何以见之？盖小儿之病，非外感风寒，则内伤饮食，以至惊风、吐泻及寒热、疳痢之类，不过数种；且其脏气清灵，随拨随应。但能确得其本而撮取之，则一药可愈。”不能与成人内科、损伤、积疔、癡顽之证相比。其所谓易，谓其易治也，仍不过辨其表里寒热虚实？故他说：“辨之之法，亦不过辨其表里寒热虚实，六者洞然，又何难治之有？”凡外感者必有表证，而无里证，如发热，头痛，拘急无汗，或因风搐搦之类是也。内伤者，指有里证，而无表证，如吐泻、腹痛、胀满、惊疳、积聚之类是也。热者必有热证，如热渴、躁烦、秘结、痲痲之类是也。寒者，必有寒证，如清冷、吐泻、无热、无烦、恶心、喜热者是也。凡此四者，即表里寒热之证，极易辨也。临床上却不是如此简单，话说虚实之证：如体

质强弱与柔弱者有异也，形色红赤与青白者亦有异也，声音雄壮与短怯者有异也，脉息滑实与虚细者有异也。小儿以柔嫩之体，气血未坚，脏腑甚脆，略受伤残，萎谢极易。故切记凡证必察其指纹、脉息，外观其形气，中审其病情，细心参察精辨之，方可治法用药。

自汗证者，汗无时而自出也。经曰：饮食饱甚，汗出于胃。惊而夺精，汗出于心。持重远行，汗出于肾。疾走恐惧，汗出于肝。摇体劳苦，汗出于脾。又云：阴虚而阳必痿，则发热而自汗。阳虚而阴必乘，则发厥而自汗。东垣云：表虚自汗，秋冬用桂，春夏用黄芪。丹溪云：汗者心之液也。自汗之症，未有不因心肾俱虚而得之者。巢氏云：虚劳病若阳气偏虚，则津液发泄而为汗。天自心为主，阳之藏，火也。阳主气，人身津液，随其阳气所在之处而生，亦随其火所扰之处而泄，则为自汗矣；治法当用参、芪甘温益气之药，使阳气外固，而津液内藏则汗止矣。若元气虚者，夏月用六君子汤加山药、山茱萸，冬月用加减八味丸、十全大补汤。血虚者，四物加参、芪。

有热者，当归六黄汤。气血俱虚者，十全大补汤。心肾虚热者，六味丸。虚寒者，八味丸。心经血虚者，团参汤。胃经气虚者，六君子汤。饮食劳倦者，补中益气汤。嗜卧倦怠者，升阳益胃汤。热伤元气者，清燥汤。暑干心胞络者，清暑益气汤。外伤风邪者，惺惺散。虚劳羸瘦者，人参养荣汤。思虑伤脾者，归脾汤。怒动肝火者，小柴胡汤。肝经虚热者，加味逍遥散。肝经湿热者，龙胆泻肝汤。泄泻脉微者，人参理中汤。手汗者，补中益气汤。胸腹汗者，四君子汤。当心一片有汗者，茯苓补中汤。黄汗者，茵陈五苓散。血汗者，血余散敷之。此皆云汗之大法也，仍推五脏相胜主之。若汗出如油，喘而不休，此为命绝；柔汗发黄，此为脾绝；汗出不流，如贯珠者，为绝汗；数者并不治。若六阳虚则汗出上至头、下至项，亦多主难治。但小儿易虚易实，虚则补之，实则泻之，药必对证，中病勿过剂也。病有可攻者急攻之，不可喜补恶攻，以夭儿命。虽有可攻者，犹不可犯其胃气也。小儿用药，贵用和平，偏热、偏寒之剂，不可多服。

钱乙在《小儿药证直诀·诸方》治汗用：黄芪散～治虚热盗汗。

牡蛎(煅)、黄芪、生地黄各等份。上为末，煎服，无时。

虎杖散～治实热盗汗。

上用虎杖锉，水煎服，量多少与之，无时。

升麻汤～治小儿肌热盗汗。

升麻 黄芪 人参(各一两) 熟地(五钱) 天竺黄 牡蛎(各五钱) 每末五分至一钱。竹叶汤调下。

明·万全《万氏秘传片玉心书·诸汗门》曰：“如伤风作热自汗者，宜救表解肌，此柴葛解肌汤主之。如无时冷汗出，发根如头珠，面颜上濺濺然，此为惊风，宜抱龙丸、四君子汤加麻黄根治之。凡小儿自汗，上至头，下至项，谓之六阳虚汗，不须治之自愈。凡小儿伤寒汗出，至颈而止者，此欲发黄，茵陈汤主

之。凡诸汗症，服前药不止者，俱加牡蛎、蛤粉，或止汗散调之。如有实热在内，烦躁汗出不止，三黄丸下之。”

明·薛铠、薛己《保婴撮要·卷十·盗汗》曰：“治小儿虚汗盗汗，或心血液盛，亦发为汗，此药收敛心气。”其中治表虚自汗方如下：

团参汤～新罗人参 川当归 上铤散，用猪心一个，切三片，每服二钱，猪心一片，水一盞，煎六分，食前两次服。

百解散～治感冒风邪，发热自汗者。

荆芥 白芷 麻黄(去节) 陈皮 苍术 甘草，姜三片，葱白三根，水煎服。

清燥汤～治小儿自汗，或因热伤元气，大小便秘涩。

黄芪 苍术 白术 陈皮 泽泻 人参 白茯苓 升麻 麦门冬 当归身 生地黄 神曲 猪苓 黄柏(酒拌炒。各三分) 五味子 黄连(炒) 炙甘草；上姜一片，水煎服。

薛己也说：“自汗属阳虚。盗汗属阴虚。盖阳为卫气。阴为营血。血之所主。心也。所藏。肝也。热搏于心。故液不能内敛。而外泄于皮肤。人卧则静而为阴。觉则动而为阳。故曰自汗属阳。盗汗属阴也。多因心肾不交。水火不能既济。肾虚则闭藏之令失守。故有是症。因血虚内热，归六黄汤。心经有热，导赤散。肝经虚热，六味丸。血脱盗汗，当归补血汤。肝胆风热，柴胡清肝汤。”

清·陈复正《幼幼集成·卷四·诸汗证治·入方》则以：

益黄散～治食积盗汗。

正广皮 杭青皮 诃子肉 粉甘草 丁香，共为末，大儿二钱，小者一钱。如感冒吐泻，加姜、枣同煎服。

另一位清代学者，吴谦等在《医宗金鉴·幼科心法要诀·汗证门·汗证总括》中则曰：“自汗属阳有虚实，或因胃热或表虚，睡中盗汗为阴弱，心虚血热随证医。”他也说“盗汗有二，虚实两分。心虚者，阴气不敛

也，睡则多惊，以酸枣仁汤主之；心热者，火伤于阴也，身多烦热，以当归六黄汤主之。

酸枣仁汤～见《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀·汗证门》

当归、白芍(炒)、生地、茯苓、酸枣仁(炒)、知母(炒)、黄柏(炒)、五味子、人参、黄芪(炙)。水煎服。

当归六黄汤～见元·朱震亨原著《丹溪心法·盗汗》

治盗汗之神剂。当归、生地黄、熟地黄、黄连、黄芩、黄柏、黄芪(加倍)。上用5钱，水煎服。或加甘草、麻黄根，炒黄根、炒梔子，去归。

此外，自汗盗汗，五脏虚也，六味丸料加五味子。食少体倦，脾气虚也，补中益气加茯苓、半夏。喘促咳嗽，脾肺虚也，前汤加麦门、五味。欲呕少食，脾胃虚也，人参理中汤。腹痛泄泻，脾胃虚寒也，附子理中汤。小腹痞，足胫肿，脾肾虚也，十全大补汤加山茱、山药、肉桂。泄泻足冷，脾肾虚寒也，前药加桂附。热渴淋秘，肾虚阴火也，加减八味丸。喘嗽淋秘，肺肾虚火也，补中益气汤、加减八味丸。

除了内治法，古代医家也用外治法治汗，例如：

孙思邈在《备急千金要方·卷五上少小婴孺方上·伤寒第五》用：

二物茯苓粉散～治少小头汗。

茯苓、牡蛎各4两。上药下筛，以粉8两，合捣为散，有热辄以粉，汗即自止。

三物黄连粉散～治少小盗汗方。

黄连 牡蛎 贝母(各十八铢)

上以粉一升，合捣下筛，取粉儿身，佳。

宋·王怀隐等，在《太平圣惠方·治小儿盗汗诸方》则用：

粉身牡蛎散～治小儿盗汗不止。

牡蛎粉、麻黄根、赤石脂各1两。拌令匀成散，每日及夜间常扑之。

赵学敏在《串雅内编·单方内治门》中治盗汗，其中以：五倍子去蛀末，炙干研末，男用女唾，女用男唾，调糊填脐中，外用旧膏药贴之，勿令泄气，两次即愈。血汗，发灰扑。又郁李仁研生梨汁调敷。治一切虚汗、盗汗、自汗、漏汗等汗泄不止。诸药不效者，麻黄根、白术、藁本、牡蛎、龙骨各5钱，糯米粉2两，冰片5分，共研细末扑之。

总的来说，学龄前儿童患上感或反复呼吸道感染病例很多，患病率约30%左右，此属中医的“虚人感冒”，其病机关键为肺卫不固，营卫失和，这与小儿脏腑娇嫩，藩篱疏松，阴阳气均较稚弱，又与小儿肺、脾、肾三脏常不足有关，故常稍愈又作，往复不已。其症状特点尚见多汗，面白少华，体弱纳少等。笔者亦认为小儿或因肺为娇脏，喜润恶燥，易受外邪侵袭为外感，或素体禀赋不足，久病体质虚弱；加上新加坡天气多炎热，人们多贪凉恶热，常避暑于低温空调室内，小儿更因好动，或发育不良影响个体汗液调节控制中枢交感神经失调，造成自汗、多汗或复加功课压力、劳倦太过，脾气耗伤，心气虚、肾阴亏虚等因耗气伤阴，可能发为少或无汗之证，进一步影响小儿精气神、正常生长发育与免疫能力，造成肺气更不足而易复感染生病。

要避免不正常汗出过多而伤正，应及早寻医调理，从根本辨证论治施药，可给予：桂枝黄芪汤、桂枝龙牡汤、玉屏风散、六君子汤或补中益气汤等，加减配伍应用又有治汗疗效的中药，如：麻黄根(散寒、发表、止汗)；白术(健脾益气、止汗)；黄芪(升阳益气、固表止汗)；浮小麦(养心、止汗)；五味子(敛肺止泻、敛汗)；五味子(敛肺滋肾、生津敛汗)；龙骨、煅牡蛎(固摄、敛汗)等。所谓治病不如防病，平时父母亲属应多教育保持小儿个人的清洁卫生，养成多洗手等良好生活习惯；维持居室的自然空气清新，流通。小儿宜多锻炼身体、适度安静、多休息与足够睡眠。随气候变化，及时增减衣服，防止过量活动或感受风寒。

針灸

在治疗妇科疾病中的运用

新加坡·夏融 邹玉敏 中国成都·廖佳

针灸治疗妇科疾病，在古代针灸典籍中有广泛的记载，比如《针灸大成》中有妇人病篇，《针灸甲乙经》叙述了五十三种妇科疾病的针灸治疗方法等等。我们在中医妇科临床实践中，经常使用针灸疗法，或与中药处方药并用，收到较好的疗效。现将常见病种的临床体会做总结，与各位同道交流。

一. 针灸治疗妇科病的取穴原则和手法

针灸治疗妇科病与治疗其他疾病一样，要坚持辨证取穴和辨证施以手法，才能更好

地收到疗效。根据妇女生理病理和妇科疾病的特点，治疗妇科疾病有一些与其它科疾病不同的特殊选穴和运用手法。首先中医认为女性以血为主，一生要经历经，带，胎，产，乳各阶段的生理变化，气血易受损伤。肝藏血，脾统血，脾胃为气血生化之源；肾藏精，精化血，肾主生殖，所以妇科疾病与肝脾肾三脏功能失调关系密切。针灸治疗妇科病常取肝脾肾三经的穴位如大敦、行间、太冲、大赫、太溪、隐白、公孙、三阴交、阴陵泉、血海、天枢、足三里以及与足少阴肾经相表里的足太阳膀胱经的肝俞、脾俞、肾俞、上髎、中髎、次髎、下髎等。其次冲任督三脉同起于胞宫，一源三歧，皆络于带脉，与妇女的生殖器官关系密切，故冲任督带奇经损伤是妇科疾病

的基本病理机制，调养冲任是治疗妇科疾病的主要原则。常取的冲任督带经穴和交会穴有中极、关元、气穴、气海、水道、膻中、百会等。第三，中医针灸治疗疾病常局部取穴，多数穴位都有用来治疗局部病变的功用，即治疗穴位所在部位和附近器官组织的病变。妇科病症所牵涉的卵巢子宫输卵管等女性生殖器官多位于盆腔，其部位在体表即是下腹部、腰骶部，局部取穴可以起到直达病所，疏通气血，直接调节器官功能的作用。常用的穴位有关元、气海、中极、归来、大赫、气门、上髎、中髎、次髎、下髎、和经外奇穴子宫等。

治疗手法和器具：我们主要运用提插补泻手法，虚者补，实者泻。用0.20-0.25mm×40-50mm一次性毫针，施手法后留针20-30min，并联接电针仪连续刺激，用连续波，频率为1Hz。常在下腹部合并使用电磁波谱治疗仪(TDP灯)照射，时间为20-30min，以改善盆腔内卵巢子宫等器官局部血液循环，加强效果。特别对寒性病变，起到温运作用。对寒性痛经等疾病，也可用艾灸或温针下腹部穴位，如关元，中极，气海等。

二. 针刺治疗妇科疾病的病种举例

1. 月经失调

月经失调是月经的周期、经量、经色、经质等发生异常。有经行先期、经行后期、经行先后无定期、经期延长、经期缩短、经崩、经漏、经量减少等等不同表现。月经与肾、肝、脾功能和冲任两脉功能有密切关系，肾气旺盛，肝脾调和，冲脉盛任脉通，则经血按时来潮，量色质正常。饮食劳倦，情志神伤，病邪侵袭，环境变故等等，都可导致月经失调。现代医学认为，月经受下丘

脑--垂体--卵巢性腺轴有规律激素分泌变化的调节，呈现出有规律的月经来潮。而性腺轴的动态关系失去平衡，则功能异常而月经失调。月经失调的病机常有：阳盛或阴虚致热扰血海冲任，见月经先期，崩漏；寒邪伤或脾肾阳虚，致血为寒凝，月经后期，经量减少；脾虚气血亏，致化源不足或统摄无权，月经后期量少，或崩或漏；肝气不疏，血为气滞，或肾气亏虚，失却封藏，致血海溢蓄失常，月经先后无定期，崩漏等。

临床上，我们在辨证分析，处方遣药的基础上，常配以针刺治疗，根据辨证类型，采取调理肝脾肾和冲任两脉的治疗原则，补益气血，理气活血，祛寒清热等作用的不同穴位和手法。针药合用，加强疗效。

主穴：关元、气海、中极、三阴交、足三里、脾俞、肾俞、上髎。

关元、气海、中极为任脉经穴，其中关元、中极与足三阴经交会，是通调冲任两脉要穴；气海益气固本，调补冲任；三阴交为足太阴脾经经穴，与肝经、肾经交会，健脾司统血，补肝肾和血调经。足三里为足阳明经穴，多气多血为补益气血之要穴；脾俞、肾俞、上髎则起健脾补肾之作用。

辨证配穴：根据月经失调寒热虚实的不同类型，选取不同的穴位。

- (1) 热盛或阴虚内热：常表现为月经先期，崩漏，月经量过多，经血深红而粘稠，伴胸闷烦躁，尿赤，舌红苔黄，脉数有力。血海调理血分，实热泻太冲，虚热补太溪，烦躁配神门，月经过多泻隐白。
- (2) 寒盛或阳虚：表现为月经后期，经量减少，色淡或色黯，淋漓不净，腰骶酸痛，头晕耳鸣，小腹冷，舌淡苔白，脉沉弱。经量少补血海，小腹冷补归来，灸关元，腰骶酸痛，头晕耳鸣加太溪，次髎。
- (3) 肝气不舒气滞血瘀：表现为月经先后无

妇科病 针灸治疗 病例

定期，经量或多或少，色紫黯有块，经行不畅，胸胁乳房作胀，少腹胀痛或刺痛，暖气不舒，盆腔有症痕，苔薄白，脉弦或涩。主穴用平补平泻法，配泻太冲、肝俞、期门，少腹胀痛或刺痛泻天枢、气穴、子宫，胸乳胀加膻中穴；情志抑郁加神门。

病例1：杨某某30岁会计新加坡人

初诊日期：2008年10月11日

主诉：月经淋漓近一月未停，量少。

患者月经不调多年，月经初潮起即经常落后，经量少。近年常常经期延长，经血淋漓不尽，有时一月余不净。西医诊断为“多囊卵巢综合症”。末次月经9月13日，至今仍量少未停，精神尚可，胃纳欠馨，舌苔薄腻，舌体胖，脉细尺弱。

辨证分析：多囊卵巢综合症中医常辨为痰浊。患者脾肾不足，脾气虚则生痰，见舌苔薄腻，舌体胖。初潮即有月经后期经量少，为肾气不足，天癸不充，见脉细尺弱。治疗拟补肾益气健脾化痰调经。

中药处方：平时服健脾补肾化痰治本的处方，经期服补气摄血调经治标的处方。

针刺辨证取穴：三阴交、足三里、脾俞、肾俞、次髎、关元、气海、中极，施补法，健脾补肾调理冲任，子宫穴平补平泻法调理月经，电针仪连续刺激，电磁波谱治疗仪下腹部照射，每周2次。

2009年3月14日复诊：经以上治疗5个月，月经30-32天来潮一次，7天可净，量少，但基础体温无双相表现。夜寐欠安，胃脘常胀，舌苔薄，脉细尺弱。继续以上中药处方加减及针灸每周2次治疗。

2009年6月13日复诊：经继续治疗3个月，末次月经5月23日，7天净，量增加至正常。舌脉同前，治疗同前。

2009年7月31日复诊：月经到期未来，因基础体温持续高相20天，尿妊娠检测阳性，证实已经怀孕。

病例2：G.K.Tan36岁办公室文员

新加坡人

初诊日期：2009年10月6日

主诉：月经淋漓2周余未净，月经紊乱8月。

末次月经9月22日，至今已淋漓未停2周余，量不多，色暗，伴下腹阵发性疼痛。患者以往月经尚规则，今年初开始紊乱，2-3周即来潮一次，经期延长达2周余。胃肠胀气，大便次数增多，便不成形，面色少华，四肢乏力。舌苔薄根腻，舌质暗，脉细。

去年曾有月经过多史，西医诊断为“功能性子宫出血”。素有痛经，疼痛剧烈，坠痛伴尾骶部痛，曾3次腹腔镜手术，先后“摘除巧克力囊肿”，“巧克力囊肿破裂”和今年1月最后一次手术“切除腺肌瘤突出部分”。

辨证分析：瘀阻胞宫胞脉，不通则痛；久病脾肾损伤，又数经手术，屡伤气血。肾虚冲任受损，月经失调，脾虚失统，气虚摄血无力，经血淋漓不止。治拟益肾调补冲任，健脾摄血止血，兼祛瘀止痛。

中药处方：健脾补肾兼祛瘀止血摄血的中药方10剂

针刺辨证取穴：三阴交、足三里、脾俞、肾俞施补法，健脾补肾；关元、气海、中极施补法，调补冲任。配子宫、天枢平补平泻法，改善局部血液循环。电针仪连续刺激，电磁波谱治疗仪下腹部照射。隔日治疗一次。

2009年10月10日复诊：服药及针灸2次后月经量逐渐减少，今已停止，下腹及背部牵引疼痛也改善。嘱继续针灸治疗，每周一次。

2009年10月26日复诊：月经10月23日来潮，量较多，略有腹痛。继续治疗，取穴及方法同上。

以后每月经期服用调经中药3-5天，每周一次针刺治疗，经期前后增加治疗次数。

治疗3个月后，月经周期逐渐延长，经期缩短。

2010年1月5日复诊：月经周期恢复至28天，量中。6-7天净，偶有排卵期出血。月经疼痛也大为减轻。继续治疗维持疗效。

2. 痛经

痛经分为原发性和继发性，原发性指未发现病理变化的痛经。继发性则是生殖器官器质性病变导致的痛经，如生殖系肿瘤、盆腔炎症，子宫内膜增厚、子宫内膜异位症等。中医认为痛经有虚实之分，因情志不调肝气郁结，胞宫胞脉症瘕积聚，或寒湿血热等邪客于胞宫，致经期前后气血不和，冲任二脉及胞宫脉络气血运行不畅，“不通则痛”为实性痛经；而肝肾亏虚，气血不足所致胞宫失于濡养，“不荣则痛”，则引起虚性痛经。

(1) 实证痛经：痛经较剧，或进行性加重，腹部拒按，经血量少，或经色紫红，夹有血块，盆腔或有症瘕积聚，伴肋肋小腹胀痛，情绪烦躁或抑郁，舌黯或舌边有瘀点，脉弦涩或沉涩。

针刺治疗主穴：三阴交、中极、次髎、地机、子宫，用泻或平补平泻法。

三阴交为足三阴经交会穴，可通经脉而止痛。中极通调冲任之气，行气止痛。次髎为治疗痛经的经验穴，痛经伴腰骶痛选此穴。地机为足太阴经郄穴，足太阴经循于少腹部，郄穴治血证，故可调血通经止痛。子宫穴属经外奇穴，位近胞宫，近取以通下焦。

配穴：腹胀者，加天枢、气海。血热者，泻血海。湿热者，泻阴陵泉。寒凝者，灸中极加归来，肝郁气滞者，泻太冲。

(2) 虚证痛经：痛经绵绵或隐痛，腹部喜温喜按，经血色淡，经质清稀，面色苍白或萎黄，腰膝酸痛而软，头晕耳鸣，面

色萎黄，疲倦乏力，舌质淡，脉细弱。

主穴：三阴交、足三里、气海、关元、中极、脾俞、肾俞，用补法。子宫、次髎平补平泻。

三阴交、足三里、脾俞、肾俞施补法以健脾益肾，气海、关元、中极均为任脉经穴以调理冲任，子宫、次髎近盆腔，局部取穴调经止痛，共取治疗虚性痛经。

配穴：气血虚经血少者，加血海、胃俞。肝肾不足腰膝酸软者，加太溪、肝俞。头晕耳鸣者，加悬钟。

病例1：Cheong S.Y. 30岁未婚新加坡人
初诊时间：2007年7月7日

主诉：月经来潮下腹疼痛剧烈2天。

有痛经史10余年。初潮后即发作，疼痛剧烈，影响学习和工作，以往服西药止痛剂略减轻，但仍须卧床休息2天，有时排卵期也有明显腹痛。近半年服止痛剂效差，遂寻中医治疗。腹痛遇寒加重，得暖减轻。平素畏寒怕冷，形体偏瘦，面色少华，月经量少色淡，精神疲倦，容易感冒。15年前及5年前曾两次腹腔镜手术，诊断为子宫内膜异位症，两次都摘除卵巢巧克力囊肿。

辨证分析：瘀血阻滞，且久病致气血不足，寒凝加重瘀阻。治拟活血祛瘀温经止痛。

中药处方：补气血活血温经止痛中药7剂。

针刺辨证取穴：三阴交、足三里、气海、关元、中极用补法，子宫、地机、血海平补平泻。电针仪连续刺激，和电磁波谱治疗仪下腹部照射，祛寒温经止痛，隔天一次共2次。治疗后当天痛经即明显减轻，可回公司工作。嘱下月月经前开始针灸治疗。

2007年8月7日复诊：月经将近，针刺治疗取穴及方法同上。并嘱隔日再治疗一次。服补气血活血温经止痛中药7剂。

2007年8月15日复诊：月经8月8日至今日，疼痛明显好转，不用请假，坚持工作。

再治疗一次同上。

2007年9月14日复诊：经半年治疗后痛经基本不发。但排卵期有时腹痛，嘱排卵期针刺一次。

2008年12月患者结婚，2009年2月怀孕。

病例2：刘某某32岁中国成都人

初诊时间：2008年12月24日

主诉：月经痛，进行性加重6年。

经行腹痛6年余，呈进行性加重。06年怀孕生产后缓解，近3年又作。经期腹部剧痛，疼痛牵扯至大腿内侧，伴肛门坠胀，经期便溏，畏寒，遇热痛减。月经周期28-30天，月经量多，经色暗，带血块，同房时亦疼痛明显，舌苔薄，舌暗，脉细滑。03年曾腹腔镜检查，发现子宫直肠窝内膜异位结节。

辨证分析：瘀血阻于胞络，气血运行不畅，久之症聚，遇寒则更凝，不通则痛。

针刺辨证取穴：气海、关元、中极、三阴交、足三里并加艾灸治疗3个月，第一个月每周3次，第二个月每周2次，后每周一次，疼痛均逐渐缓解。三个月后仅于经期伴轻微腹部不适。

3. 不孕症

引起不孕的原因很多，很多妇科疾病都可能引起不孕，如多囊卵巢综合征，子宫内膜异位征，盆腔生殖器官的炎症导致的盆腔粘连，输卵管不通等。中医认为，以上这些疾病，是痰阻、血瘀或热瘀互结于胞宫胞脉，须先祛邪治疗。但是生殖内分泌系统功能的不足和失调，或者各种疾病日久伤及生殖功能也是不孕的常见原因。肾主封藏，主生殖，主冲任，肾精与生殖功能关系密切；肝为女性之先天，是藏血之脏，肝郁肝火影响肝之藏血功能；以及脾虚运化失职致气血虚弱等。以上脾肝肾三脏不足，导致冲任失调，难以摄精成孕。而痰浊中阻、气滞血瘀、热瘀互结、症瘕积聚等病邪侵淫胞宫胞

脉，不仅无法受孕，久之更伤肝脾肾。

临床治疗不孕症，我们根据辨证和辨病结合，用理气疏肝，健脾化痰，活血化瘀，祛邪消症，调补肝肾，补益气血，暖宫助孕等中药方剂治疗妨碍怀孕的疾病和改善生殖系统功能的基础上，配以健脾补益肝肾，调补气血为主穴的针刺治疗。根据一些病例的针刺治疗前后超声波卵泡监测对比，发现针刺治疗确实可以帮助卵泡的生长发育，促进卵子的排出，改善子宫内膜环境，提高患者的受孕率。

主穴：关元、气海、中极、三阴交、足三里、脾俞、肾俞、次髎、子宫。提插补法，月经规律者，每月排卵前连续针刺3天；月经不规则者，月经第7天起，每周针刺2次或隔日一次，至排卵(基础体温升高)后。

配穴：血虚月经量少，面色少华者补膈俞、血海；肝郁乳胀胁痛者泻太冲、阴廉；痰湿形体偏胖，舌苔腻者泻四满、丰隆、阴陵泉；血瘀月经色黯，痛经有症瘕者，泻气冲、气穴、地机。

病例1：曾某，42岁家庭主妇马来西亚新山人

初诊时间：2004年11月16日

结婚7年继发不孕，患者有痛经史多年，6年前超声波检查发现右侧附件囊肿，腹腔镜下摘除巧克力囊肿，检查发现子宫内膜异位症。同年左输卵管异位妊娠，手术切除左输卵管。来诊时月经周期较前缩短，月经期腹痛明显，经期感身热，经量减少，经血色深，平时口干喜饮，腰酸神疲，脉细尺弱，舌偏红苔薄。

辨证分析：证属热瘀互结肝肾不足。患者瘀血夹热，阻滞下焦胞脉，故月经痛，腹部包块形成；久病肝肾受损，肝血损伤则月经量减少，肾气不足则腰酸神疲，脉细尺弱。

中药处方：清热活血，祛瘀消结，补益肝肾的中药连续服用。

针刺辨证取穴：补肝肾，益气血；兼活血祛瘀。关元、气海、中极、三阴交、足三里、脾俞、肾俞、次髎，施补法为主，子宫、血海、合谷，施泻法。电针仪连续刺激，和电磁波谱治疗仪下腹部照射。每月月经第11，12，13天治疗一次。

经2月以上治疗，患者痛经明显好转，月经量也略增加，精神好转。

继续治疗2个月。2005年3月，患者成功怀孕，同年12月，产下一健康男婴。

病例2：陈某，26岁护士中国成都人
初诊时间2009年4月2日

结婚2年，未避孕未怀孕2年，患者2001年始月经稀发，常2-3月来潮一次，经量少，经期短，常仅1-2天。西医诊断为多囊卵巢综合征，服西药Diane-35，Mafulong8年，2009年1月起服Clomid连续3月。仍未怀孕，遂停药所有西药，求中医治疗。末次月经3月30日，是服西药后的撤退性子宫出血。面色少华，形体偏瘦，平时阴道透明白带不明显，舌淡红，有齿痕，脉细尺弱。

辨证分析：患者脾肝肾三脏均显不足；肾虚排卵障碍，肝虚血海不满，故月经稀发，量少；脾虚痰湿内盛，运化失职则气血两虚，面少华色。

中药处方：健脾化痰湿，补益肝肾中药连续服用。

针刺辨证取穴：补肝肾，益气血。关元、气海、中极、三阴交、足三里、脾俞、肾俞、次髎、子宫，施补法为主。电针仪连续刺激，和电磁波谱治疗仪下腹部照射。每周一次，连续针刺及中药服用近3月。

2009年6月29日复诊：月经3月未来潮，但近日阴道发现透明白带，精神好转，面色渐华。继续以上治疗。

2009年7月1日复诊：B超显示右卵巢卵泡1.6cm×1.7cm。

2009年7月23日复诊：基础体温连续20

天高相，尿检HCG阳性，证实怀孕。

4. 针刺在辅助生殖技术中的应用

近年来，试管婴儿(IVF)等辅助生殖技术(ART)广泛应用于治疗不孕不育临床，造福了许多难治的不孕患者，孕育成功率也在不断上升。但是如何进一步提高人工助孕技术的成功率仍然是患者和医务工作者共同的希望。在人工辅助生殖技术的同时辅以针灸治疗，发现有较好的增加受孕成功率机会，并且没有副作用，许多国家已经在这一领域开展了工作。根据许多临床观察报告，ART辅以针灸治疗的作用可能有：调节性腺轴，改善生殖内分泌；改善卵巢功能，提高卵子质量；促进卵泡成熟；改善子宫内膜容受性，帮助着床。多年来我们的临床实践，发现在一些患者IVF治疗周期用针刺治疗前和后的比较中，针刺对卵泡发育的数量质量和子宫内膜的厚度都有正面的影响，同时有助于患者的精神放松，疲劳恢复，睡眠改善等全身情况。

主穴：关元、气海、中极、三阴交、足三里、脾俞、肾俞、次髎、子宫。提插补法。

配穴：夜寐不安，精神紧张者配神门；有痰湿水肿泻丰隆、阴陵泉。

一般在准备IVF治疗前的1-2月开始，每周2次，直至胚胎移植的前一天。

病例1：Diana Lim 41岁 公司经理
新加坡人

初诊时间：2009年3月10日

患者生育两胎后，未避孕5年，一直尝试怀孕未成功，最近半年月经周期缩短，月经量较前减少，常感腰酸，畏寒，精神疲倦。因求再育心切，寻IVF治疗。9天前开始IVF周期，每天注射Gonal-f等西药促卵泡生长，已第9天，超声波检测卵泡发育尚正常，但子宫内膜仅3mm。因子宫内膜过薄，妇科医生告知患者，本周期可以取卵，但恐无法移植

胚胎。在妇科医生建议下，遂寻针刺治疗。舌苔薄舌质淡红，脉细尺弱。

辨证分析：患者年过40岁，月经周期缩短经量减少，及腰酸神疲等症状显示肾脾两虚气血不足之象。虽使用外源激素可刺激卵泡生长发育，但全身情况欠佳，不能支持子宫内膜良好增长。

针刺辨证取穴：补脾肾，益气血。关元、气海、中极、三阴交、足三里、血海、脾俞、肾俞、次髎、子宫，补法。电针仪连续刺激，和电磁波谱治疗仪下腹部照射。

3月12日复诊：子宫内膜增加至6mm，继续上述治疗。

3月14日复诊：子宫内膜增至9mm，继续上述治疗。下午取卵。

3月16日复诊：继续上述治疗。下午移植胚胎3枚。

病例2：宋某某31岁中国成都人

初诊时间：2009年7月24日

未避孕未怀孕7年，因儿时急性阑尾炎腹膜穿孔，造成盆腔粘连，并发现双侧输卵管积液。2006年因右侧卵巢囊肿行囊液穿刺术，后囊肿复发，2008年又行腹腔镜下囊肿剥离术。平素月经周期提前，经血偏少，经期腰酸，形寒畏冷，口干喜饮，超声波监测卵泡发育不良，基础体温双相不明显，2009年曾做IVF治疗，未获成功。遂寻求中医调理，再行IVF。舌淡红苔薄，脉细尺弱。

辨证分析：患者瘀阻下焦多年，病久及数次手术，肝肾已受损伤，经久不孕。

中药处方：调补肝肾兼祛瘀活血膏滋方服用一月。

针刺辨证取穴：补脾肾，益气血。关元、气海、中极、三阴交、足三里、血海、脾俞、肾俞，补法。次髎、子宫平补平泻。电针仪连续刺激，和电磁波谱治疗仪下腹部照射，每周2次，从IVF治疗周期前一个月开始，至胚胎移植。

患者于2009年12月喜获怀孕。

参考文献：

- [1] 杨丹红：妇科针灸治疗学古代文献的研究《中医文献杂志》1996年4期
- [2] 兰凤利：妇科针灸适应病症的临床及实验研究现状《上海针灸杂志》2000年第3期
- [3] PaulusWetal.: Influenceofacupunctureonthepregnancy rateinpatientswhoundergoassistedreproductiontherapy.《FertilityandSterility》April2002;77(4):721-4.
- [4] 方红燕：针灸治疗痛经的研究进展《针灸临床杂志》2004年7期崔壹：温针灸治疗无排卵性功能失调性子宫出血的临床研究《中国妇幼保健》2006年21卷4期
- [5] ManheimerE,ZhangG,UdoflL,etal: Effectofacupunctureon ratesofpregnancyandlivebirthamongwomenundergoing in vitro fertilization: systematic review and meta-analysis.《BritishMedicalJournal》February2008.
- [6] SoEW,NgEH,WongYY,LauEY,YeungWS,HoPC: Arandomi zeddoubleblindcomparisonofrealandplaceboacupuncturein IVFtreatment.《HumReprod》2009Feb;
- [7] 张宁：针刺疗法在辅助生殖技术中的应用《上海针灸杂志》2009年28卷6期



黄治品老中医 治疗心脑血管疾病方药



中国 浙江杭州·张流秀

黄治品老中医是重庆市资深中医专家，其对心脑血管疾病的治疗效果堪称国内一流。笔者以其助手身份侍诊半年，深感其施药的炉火纯青。兹完整总结，以飨同道及广大心脑血管疾病患者。

一. 心脑血管疾病的主要病因病机

黄师认为，“风、暑、湿、燥、寒”实为风寒风热，而旧社会民众饥寒交迫，致病致死大多只是因为外感风寒。现在国强民富，讲吃好耍好，病因变复杂了，简化为四大致病根源：

- 1、乱吃：烟酒辣肉，饱食终日——“吃喝”出来的；
- 2、好耍：贪图享受，淫乐安逸——“耍玩”出来的；
- 3、多忧：急气恨怕，怨怒无奈——“忧急”出来的；

- 4、久拖：讳疾忌医，任随发展——“拖延”出来的；

此等不良习惯，最可造成各种心脑血管疾病。其病机不外瘀、积、郁：

- 1、瘀：即心脑血管的瘀滞梗阻。瘀造成血管痉挛、硬化、栓塞、梗阻、破裂、脑溢血、心脏猝死等。
- 2、积：即痰凝气滞。积导致包块、癌、瘤和症瘕积聚增生或占位性病变的形成。
- 3、郁：即情志忧郁。郁导致气、血、痰、食、湿、火郁滞不畅，形成痞闷、胀痛、失眠、精神失常等病变。

二. 心脑血管疾病的核心治疗方药

黄师认为，对心脑血管疾病的治疗以三通为要：一是血管通——血管病是第一杀手；二是气管通——气行则血行，积去得安宁，疾病成山即为癌；三是肠管通——残渣毒素尽除

之。为此，黄师傅采古今名方之精髓，经长期实践化裁提炼，形成了专治心脑血管疾病的凭舌下脉络确定三级的固定药方及其非常成熟的加减方药。

黄师傅认为，舌头上、下两面，为人体疾病之全息缩影，舌上诊断寒热虚实湿，舌下诊断血管病。中医诊断心脑血管疾病为“气滞血瘀”，其严重程度凭舌下脉络膨胀之大小分为三级，脉络大一倍为一级，粗大两倍为二级，粗大三倍为三级。

1. 心脑血管疾病气滞血瘀一级：

三七10g 丹参10g 桃仁10g 红花10g 天麻10g 川芎10g 赤芍10g 血通10g 山楂10g 肉苁蓉10g 杜仲10g 大黄5g

服法：一日量，煎汤分3-6次服，白天2-4小时一次，饭前一小时或饭后2小时服。忌烟酒辣，限油盐糖。对经济困难的低收入人群，可打粉服，一次15g兑葡萄糖开水服用。

2. 心脑血管疾病气滞血瘀二级：

在一级处方基础上酌加：地龙10g 杜仲10g 毛五加10g 土鳖虫5g 巴戟10g 降香20g 制延胡索20g 龟甲粉10g 黄芪20g 炙甘草10g，服法同前方。

3. 心脑血管疾病气滞血瘀三级：

在二级处方基础上酌加：西洋参2g 大三七2g 海马2g 藏红花0.5g 藏虫草丝(子座尾部)0.5g 龙脑(上等冰片)0.1g 麝香0.1g。

打细粉装入胶囊或包成6包，2小时一次，加入糖水兑服，亦可同汤药一并服用。注意事项同一级处方。

并发病状，黄师傅认为必须“知犯何逆，随证治之”。其对伴随症状或疾病的方药加味最为精彩。

1. 高血压加草决明20g、罗布麻20g、天麻20g、杜仲20g、钩藤20g。

2. 高血脂加川芎10g、草决明20g、制首乌30g、绞股蓝30g、山楂20g。

3. 高血糖加南瓜子30g、苦瓜干30g、山茱萸30g、葛根30g、西洋参10g。

4. 夜尿多加金樱子30g、桑螵蛸30g、益智仁30g、芡实30g、覆盆子20g。

5. 胃炎(胃不定时胀痛)加广藿香10g、厚朴20g、制半夏片20g、鸡内金20g、槟榔20g、鸡矢藤20g、制延胡索30g。

6. 胃溃疡(胃空腹痛)加法罗海20g、羌活鱼20g、白芨20g、海螵蛸30g、滑石30g、甘草30g。

7. 小腹胀痛(湿热重、尿不畅)加石苇30g、滑石30g、扁蓄30g、石菖蒲10g、木通10g、车前草10g。

8. 大便难加大黄5-10g、芦荟3-5克、火麻仁30g、芝麻30g、核桃仁30g。

9. 虚热重加生地30g、黄芩20g、玉竹30g、莲米30g、黄柏20g、知母20g、白芍20g、地骨皮30g。

10. 虚寒重加桂枝5-10g、附子制粉10-30g、干姜3-10g、羌活粉10-30g、藁本10-20g、川芎10-30g、陈皮10-20g，酌加生地10-30g以抑制燥性。

三. 心脑血管疾病各病症方药加味

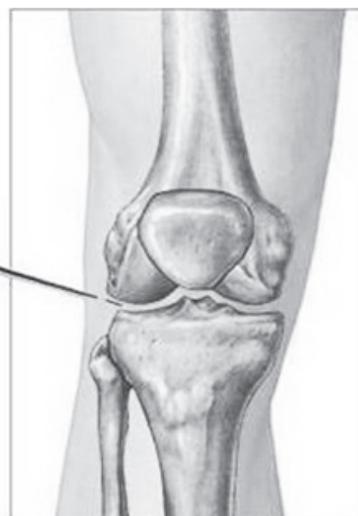
心脑血管疾病往往凸显各种并发疾病或

11. 全身关节痛加木瓜20g、灵仙根20g；上半身痛加羌活10-30g、葛根20-30g；下半身痛加防己20g、独活10-30g、薏苡仁30-50g。
12. 胸胁痛加独一味20g、制延胡索30g、降香30g、沉香10g、青皮20g、川芎20g、郁金20g、制鳖甲30g、土鳖虫10g、西洋参10g。
13. 皮肤瘙痒加苦参10-30g、黄柏10-30g、刺蒺藜10-30g、蒲公英10-30g、蝉蜕10-30g、龙衣10-30g、蜂房10-30g、白鲜皮10-30g、滑石30g、大黄5-10g、莲米30-50g、薏苡仁30-50g。
14. 汗多加鹿含草20-30g、麻黄根5-15g、龙骨30-50g、牡蛎30-50g、糯稻根30-50g、浮小麦30-50g、龟甲粉20-50g、黄芪30-60g。
15. 白带多加棕碳20-30g、萸碳20-30g、地榆碳20-30g、苦参20-30g、黄柏10-30g。
16. 头痛、额痛加川芎20-30g、白芷10-30g；头晕加天麻10-30g、蔓荆子10-30g；头顶冷痛加北细辛3-6g、藁本10-30g；后颈枕骨痛加藏红花1g、丹参20g、大三七10g、制延胡索30g、葛根30g。
17. 肝热眼红加密蒙花10g、龙胆草10g、桑叶10g、黄芩10g、车前草10g、菊花10g；眼花泪多加密蒙花10-30g、菊花10-30g、夜明砂10-30g、车前子10-30g、青箱子10-30g、枸杞子10-30g、蝉花10-30g。
眼病包括近视，黄师同时提倡患者按摩七个穴位——耳垂穴、睛明穴、上眼眶、下眼眶、太阳穴、头维穴、风池穴，每天1-2次，每次各按摩100次。另外随时进行眼珠旋转、眼睛看远。
18. 失眠加酸枣仁30g、夜交藤30g、合欢花20g、琥珀20g、延胡索20g。
黄师要求失眠患者必须熟记：舒适——不饱不饿、不冷不热、不痛不痒、无忧无虑。安静——不想任何问题，从头到脚，从内到外放松。疲劳——睡前走疲劳，做事累疲劳，自我按摩疲劳，吃不言、寝不语。
上述方药视病情轻重缓急，或单方、小方，或大方、多方运用。

黄师认为，经如此彻底疏通、软化血管，恢复血管弹力，心脑血管疾病不论病程长短，都可达到32字的中医健康标准——气血通畅、思维敏捷、耳聪目明、肤窍正常、关节灵活、能吃能睡、能跑能累、精气神旺，让心脑血管疾病患者迅速康复，健康快乐多活20年。

参考文献

- [1] 黄治品.试述舌下络脉变化在心脑血管疾病诊治中的意义 [J].实用中医药杂志.2008(23)8: 535;
- [2] 张流秀.黄治品望舌下络脉治疗心脑血管疾病经验 [J].世界中医药.2009(4)1: 37-38.



循经扬刺治疗 膝骨性关节炎疼痛的疗效观察

新加坡·仲伟梁

【摘要】循经以痛为腧扬刺加电针神灯治疗膝骨性关节炎与对照组传统取穴(膝眼, 血海, 梁丘, 阳陵泉, 阴陵泉)加电针神灯比较, 结论循经扬刺消肿止痛效果好。

【目的】观察扬刺针灸治疗膝骨性关节炎的疗效。

【方法】循经以痛为腧扬刺加电针神灯治疗膝骨性关节炎30例, 并与对照组30传统取穴(膝眼, 血海, 梁丘, 阳陵泉, 阴陵泉)加电针神灯比较。结果观察组总有效率100%, 与对照组62.5%, 结论循经扬刺消肿止痛效果好。

膝骨性关节炎是一种慢性、退化性关节疾病, 以关节疼痛、变形和活动受限为特点。本病的患病率随年龄增长而增高, 治疗上较难获得满意疗效。笔者采用循经扬刺治疗膝骨性关节炎60例, 获得较满意疗效, 现报告如下。

1. 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均为门诊病人, 按随机化原则分为观察组和对照组。观察组30

例, 男14例, 女16例, 年龄42~62岁, 病程1~15年, 对照组30例, 男12例, 女18例, 年龄40~68岁, 病程2~21年, 两组病例在性别、年龄、病程以及在关节疼痛、压痛、肿胀、功能受限程度等方面均具有可比性。

1.2 诊断标准 全部西医转诊, 参照x ray, 骨科常规检查。

1.3 观察指标 观察治疗前后关节疼痛、压痛。

2. 治疗方法

- 2.1 观察组 采用循经取穴以痛为俞，扬刺，针后加电针神灯，治疗时间20分钟，每周3次。
- 2.2 对照组 采用针灸：取膝眼、梁丘、阳陵泉、膝阳关、足三里等穴，用平补平泻法，针后加电针，治疗时间20分钟，每周3次。2组均以30次为1个疗程，治疗前后进行各观察指标的检查及复查，并进行记录。

3. 疗效观察

- 3.1 (1)临床痊愈：疼痛完全消失；(2)显效：疼痛基本恢复；(3)有效：疼痛改善；(4)无效：与治疗前相比无改善。
- 3.2 治疗结果
- 观察组：临床痊愈6人，显效14人，有效10人，无效0人
- 对照组：临床痊愈2人，显效6人，有效13人，无效12人

4. 讨论

4.1 膝骨性关节炎成因

膝骨性关节炎与衰老、创伤、炎症、肥胖、代谢障碍和遗传等因素有关，病理表现以软骨发生磨损或软骨细胞出现代谢异常，损伤的软骨细胞释放溶酶体酶和胶原蛋白酶等蛋白溶解酶类，使软骨基质降解，从而影响了软骨的生物学稳定性和对生物力学的适应性，导致了膝骨性关节炎的发生。

膝骨性关节炎属于中医“痹症—骨痹和筋痹”范畴，骨痹与筋痹的发生，多见中老年人，随着年龄的增长，肝肾渐虚，不能充养骨髓，髓减则骨枯，而致关节变形；筋失润养则关节不利。另外，年老体者气血不足，风寒湿

之邪外侵，痹阻经络骨节筋脉，而为痹症。痹症，初以疼痛僵硬为主，病在经筋，晚期关节变形，肿大，活动受到障碍。病在骨节。

4.2 以痛为腧，直刺病穴

《灵枢·经筋》“治在燔针劫刺，以知为数，以痛为输”。杨上善：“输，谓孔穴也”，临床则将“输”引申为天应穴、阿是穴乃至压痛点。据笔者临床观察，天应穴，阿是穴，乃至压痛点，多出现在经络上，循经可得，大多距正常穴附近，故笔者认为压痛点其实为病穴，经络是人体动态的气血流动的通道，正常时，循规蹈矩，如江河湖海，异常时，改道行之，顺势也，万事如焉(西医称之为代偿功能)。当邪气侵犯经络，正气(经络之气)，抵御外邪，正邪胜负，使常穴发生位移，成为病穴。故临证时，不可死守经穴，不知变通，错失病机。膝骨性关节炎的疼多见膝内侧韧带和腓骨下韧带。环绕于足三阴经，如曲泉，阴陵泉，血海，内膝眼，地机等。循经取穴，以痛为输，直刺病穴方能奏效。

4.3 施予扬刺，加用电针

《灵枢·官针篇》：扬刺者，正内一，傍内四，而浮之，以治寒气之搏大者也。因膝骨性关节炎的疼多见膝内侧韧带，故笔者循经取穴，多足三阴经为主，循经取穴，以痛为腧，为主穴。痛穴刺针，四周围刺。任意两组加以电针。

5. 结论

观察组病人治疗后，关节疼痛、压痛、肿胀、功能受限等临床症状明显减轻或消失，疗效优于对照组，提示循经扬刺消肿止痛效果好。而对照组采用针灸：取膝眼、梁丘、阳陵泉、膝阳关、足三里等穴，用平补平泻法，针后加电针，未能针至病所，故疗效差。



凉血疏瘀治疗

慢性肾功能衰竭试点报告

新加坡·介俊东

慢性肾功能衰竭中医又称“虚劳”、“关格”，意指患者极度衰竭，食入即吐。历代医家倾注大量心血，大多无功而返，视为顽症。已故温病学大家赵绍琴赵老以温病解读肾病，认为肾病乃温热毒瘀湿伏于血分，伺机发病，属伏邪温病，首创凉血疏瘀治疗肾病，开创了肾病治疗新天地。他的学术继承人，北京中医药大学彭建中教授，承前启后，从大量临床实践中，筛选最优良的配方和用药，创立了完善的、风格鲜明的肾病诊疗系统，通过大量的、反复的病例验证，确立了不可动摇的疗效地位，给大量肾病患者带来了福祉。

近一年来，我秉承彭建中教授肾病诊疗体系，将这套系统试验性首先引入新加坡。按照彭教授肾病思路分为尿毒清，清肾饮等系列配方。由于地域，体质的差异及缺药的影响，尚未取得全面优良的疗效，但在慢性肾功能衰竭

的控制上疗效理想，治疗慢性肾功能不全患者20余例，基本达到缓解一般症状，降低肌酐，已经洗肾者能够达到减少洗肾次数，提高生活质量的目的。

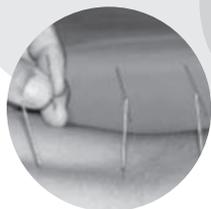
病例：

李XX，男性，58岁，糖尿病伴肾功能不全5年，就诊时 Cr 430mg/dl，Hb9.8g/l，全身瘙痒胸闷气喘，已通知适度洗肾，在接受中药治疗后二月，肌酐下降至280mg/dl，Hb 10.1g/l，全身症状明显改善，维持至今没有洗肾。

黄XX，女性，36岁，高血压肾功能衰竭，洗肾1年，曾多次自行停止洗肾，症状加重，再次复洗。08年10月来诊，服用尿毒清，后洗肾次减，透析次数3/w→2/w 至Cr 914→847→524→667，K.Bun维持正常，减少洗肾次数并能维持良好状况，患者满意。

针灸治疗中风心得篇(2007-2009)

— 60例临床资料分析 —



新加坡·郭忠福

一. 概述

中风记述始见于《内经》，但“中风”一词最早见于华佗《中藏经》之“…病人中风偏枯…”。

《内经》以外风致病立论，如《灵枢·九宫八风》“虚邪偏客于身半，其入深内居营卫；…邪气独留，发为偏枯”。《伤寒论》中风病位分为中络，中经，中脏，中腑。金，元，明，清时期开创内风致病；多从风，火，痰，气立论，认为病位主要在肝，而与心，脾，肾密切相关。

近代张锡纯在《医学衷中参西录·治内外中风方》明确指出“其人薄厥，言脑中所菀之血，激薄其脑部，以至昏厥者”。现代医家根据“脑为元神之府”，临床上观察，提出中风之肢体运动障碍和神智变化，均为脑府功能受损所致。有人认为中风病位在脑之血脉，邪气上犯，营津失常，产生痰淤而为出血性中风；或有人认为气血逆乱，清浊升降失常是气血逆乱的本源。

总之，目前对中风病因病机的认识更加完善，认为：脏腑功能失调或多种原因造成风，火，痰，瘀，虚，气六种病理产物或病理因素，在一定外因作用下，互相转化，交互为患而成为中风的发病基础，而脑府功能的损伤，甚至闭阻清窍是中风发生的关键环节。

中风首先应辨病性，根据发病年龄，起病形式，临床特点结合现代影像学检查结果，以明确是缺血性或出血性中风。

缺血性中风起病相对较缓，多无意识障碍以中经络者为主。出血性中风多发病急骤，重者起病急见神昏，直中脏腑。可分闭证为邪气内闭清窍，属实证。脱证为五脏阳气外脱，属危证。

临证还应辨病势顺逆，注意观察患者神志及瞳神的变化，如起病时神清，而逐渐神识昏蒙者，则病势为逆；如发病即神昏，治疗后意识逐渐转清，则病势为顺；或虽见神昏，而正气未衰，瞳神正常，呼吸均匀，脉象实而有力，则尚有转机之势；若昏聩不知，瞳神异常，出现恶逆，呕血，抽搐，高热等变证，则病势凶险，难以救治。

二. 古代治疗中风经验

选穴特点：

1. 循经分部选穴—选头部穴(病位在脑)

手足部末端穴(神经末梢感觉强烈)；选任脉胸腹部穴(补益气血)。本证病位在脑，当取与脑相关的督脉和膀胱经穴，但统计结果显示，古人首选任脉以补虚固脱。而中风后遗症，古人以足少阳经穴最多，阳明经穴其次，膀胱经穴再次。

2. 对症选穴

闭证—痰，热，风，瘀导致的闭证，选取驱逐邪气之穴。如《针灸大成》载：“凡出中风跌倒，……急以三菱针刺手十指十二井穴当去恶血。”

脱证—伤气，失血，亡阴，亡阳的虚脱证，当取腹部任脉穴，以求补虚固脱之效。如《针灸聚英》载：“朱丹溪治疗阴虚阳暴绝的昏仆，灸气海渐苏，服人参膏数斤愈”。

脉络瘀阻—在肢体末端大关节部的穴位针灸刺激，以求活血祛瘀之效。或采用放血疗法治疗血瘀瘫痪。

阴阳偏盛—多选躯体及四肢末端穴。如元代《卫生宝鉴》载“云歧子大接经法”，即“从阳引阴”，依次针至阴，涌泉，中冲，关冲，窍阴，大敦，少商，商阳，历兑，隐白，少冲，少泽。“从阴引阳”，依次针少商，商阳，隐白，少冲，少泽，至阴，涌泉，中冲，关冲，历兑，窍阴，大敦。

风邪壅盛—古人认为发汗可以疏解内外之风，在十二井穴百会，囟会，风府，风门，曲池，合谷，列缺，委中，三脘等阳经穴上，艾灸发汗来祛风解表，治疗瘫痪。

元气亏虚—当灸神阙关元肾俞等腹背之穴如《针灸资生经》云：治疗虚损导致“久冷伤惫脏腑，泄利不止，中风不省人事等疾，宜灸神阙。”

针灸方法：

1. 急性期

采用强刺激—本证为大脑意识丧失，故要加强刺激以求醒脑开窍，除了多取敏感度高的末端穴位，还得运用重刺激手法和直接烧灼法。

施于火熨法—古人常用火熨法，选穴多在胁下和脐下。如《奇效良方》“用食盐同茱萸炒，装绢袋内，熨儿脐腹上下。”

闭者急开之—本证常因痰浊，邪热，风阳，淤血的内闭，导致经络闭塞，血脉不通，固治疗当急开血脉，驱逐瘀阻。

脱者久灼之—本证亦可因气血阴阳的亡脱而致，艾草治疗本证的技术关键是要大剂量的持续灸治，方能取效。如《针灸资生经》云“有一亲卒中风，医者为灸五百状而苏。”

2. 后遗症期

针刺—除了常规针刺之外，古人还倡导十

二经井穴的接经法，如元代《卫生宝鉴》载“云歧子大接经法”。本证还常用缪刺法，即取健侧穴位进行治疗，如《济生拔粹》：“治中风手足不随”，针刺“左治右，右治左”。还采用补泻法，如《盘石金直刺秘传》明确指出，补健侧，泻患侧观点：“先于无病手足针，宜补不宜泻；次针其有病手足，宜泻不宜补”。

化脓灸—《太平圣惠方》载“忽中此风，言语塞涩，半身不遂，宜于七处一起下火，灸三壮”，此七穴为百会，耳前发际，肩井，风市，三里，绝骨，曲池，以“有灸疮为妙”，可见强调化脓灸的重要性。

刺血—本证常由脉络瘀阻，风邪壅塞所致，而放血可以祛瘀逐邪。如《医学纲目》载郭巨洛偏枯案云，“以长针刺委中”，“出血一二升，其色如墨”，即是此例。

三. 现代针灸治疗中风方法

1. 体针：

中经络

神志尚清，半身不遂，肢体麻木，口歪，舌强语蹇，舌红，苔黄腻，脉弦劲或缓滑。

基本处方：风池、百会、肩髃、颈臂、曲池、手三里、外关、合谷、中渚、环跳、风市、伏兔、足三里、阳陵泉、丰隆、三阴交、解溪、太冲。

辨证配穴：

阴虚阳亢：太溪、照海、复溜、肾俞、肝俞

脾虚痰盛：内关、中脘、气海。

瘀血阻络：太阳、血海、膈俞、曲泽、委中

对症配穴：吞咽困难加廉泉、扶突；失语加廉泉、哑门、通里；浮肿明显者局部刺络出血。

中经络者，如反复发作，病情则会由轻转重，亦可变为中脏腑。

中脏腑

闭证

闭证采用熄风、豁痰、清火，治则选穴以醒脑开窍，多用毫针刺法或刺络法。

基本处方：水沟、十宣、涌泉、内关、合谷、太冲、丰隆。

对症配穴：身热加曲池、大椎；便秘加支沟、上巨虚、天枢；舌蹇加廉泉；牙关紧闭加颊车、下关。

脱证

脱证多选用任脉穴，大艾炷灸以扶正固脱。

基本处方：素髻、涌泉、神阙、关元。

对症配穴：虚汗出加阴郛；鼾睡不醒加申脉；二便自遗加水道、三阴交、足三里。

2. 特种针灸法：

头针 - 针刺对侧顶颞前斜线，顶旁一线及顶旁二线。行针后鼓励患者活动肢体，适用于中风后遗症半身不遂者。(快捻2~3分钟，留30分钟)

耳针 - 针刺肾，肝，心，皮质下，脑干，枕，额。(40分钟)

电针 - 在头，上肢，下肢瘫痪部位各选两个穴位。用疏密波，以病人肌肉微颤为度。(20分钟)

拔罐 - 选择病变肢体三阳经，脏腑背俞穴闪罐。

刺络 - 三菱针刺尺泽，曲泽，委中，曲泉，丰隆等处瘀滞络脉；神智不清，手指麻木者可选十二井穴或十宣穴。(急7~10天，复1~3月，100~200cc)

穴位注射 - 选患肢之曲池，外关，肩贞，足三里，三阴交，用当归注射液2ml，维生素B12500mg，苯甲醇注射液2ml，每穴注射1~2ml隔日一次。

四. 个人针灸治疗中风方法

常用方案：

1. 治疗中风初起或偏瘫轻型者

处方：

曲池 - 大肠经合穴，疏经活络，调和气

血。

内关 - 心包经络穴，安心降逆，别走三焦。

合谷 - 大肠经原穴，疏风醒神，开关通窍。

阳陵泉 - 胆经合穴，筋之会，舒筋，利关节。

足三里 - 胃经合穴，调运气血，通达经络。

三阴交 - 肝脾肾三脏交会穴，补脾胃，补肝肾。

功用：通经络，调营卫，养血益气，祛风止痛。

刺法：左右皆刺，先健侧，留针30分钟。

加减：头晕目眩：加百会、风府。语言不利：加廉泉、金津、玉液。口角流涎：加承浆、通里。吞咽发呛：加风池、翳风。神疲嗜睡：加人中、隐白。阴虚肝旺：加太冲。中气不足：加中脘、气海。

2. 治疗中风半身不遂之恢复期-(发病半年之后)

处方：

百会 - 平肝息风，清脑安神。

风池 - 疏散风邪，清心宁神。

极泉 - 行气活血，清热醒神。

尺泽 - 调理肺热，止痛和中。

合谷 - 疏风醒神，开关通窍。

环跳 - 驱风散寒，强腰益肾。

阳陵泉 - 清利肝胆，舒筋活络。

委中 - 强腰壮膝，舒筋活络。

中风 针灸治疗 临床分析

悬钟 - 清髓通络,祛风化湿。
 太冲 - 泄肝化湿,调行气血。
 功用: 疏导经气,活血通脉,舒筋利节。
 刺法: 刺患侧,上下肢必须各有二穴强针感,留针30分钟。
 加减: 阴虚阳亢:加曲池、太冲。口眼歪斜:加地仓、四渎。睡眠不实:加神门、三阴交。大便秘结:加支沟、足三里。

本法着重于针刺感传,所谓“气至病所”,加强针感促进瘫痪的肢体改善,是使用率较多的一组针法。

3. 治疗中风后期或顽固性半身不遂-(发病一年或以上,恢复较慢者)

处方:
 肩髃(大肠)透极泉(心) - 行气活血化瘀(上)
 腋缝(奇)透肘缝(奇) - 疏筋利节通络(上)
 曲池(大肠)透少海(心) - 通经气畅血脉(上)
 外关(三焦)透内关(心包)- 清热平肝息风(上)
 阳池(三焦)透大陵(心包)- 调气机疏壅滞(上)
 合谷(大肠)透劳宫(心包)- 通清窍养筋脉(上)
 (阳)环跳(胆)透风市(胆) - 活络除湿散寒(下)
 膝阳关(胆)透曲泉(肝) - 除寒湿通经脉(下)
 阳陵泉(胆)透阴陵泉(脾)- 强筋温阳健脾(下)
 悬钟(胆)透三阴交(脾) - 滋阴补肾营卫(下)
 昆仑(膀胱)透太溪(肾) - 滋补肝肾通脉(下)
 (阴)太冲(肝)透涌泉(肾) - 泻肝育阴潜阳(下)
 功用: 疏通经络,活血化瘀,调和营卫,强筋健步。
 刺法: 刺患侧,进针稍慢,以防刺伤造成内出血。留针30分钟。
 加减: 肢体酸痛:加火罐,肢体发凉:加火针,手脚麻木:加放血。

本法为透刺针法,《灵枢·终始》曰:“久病者邪气入深,刺此病者,深内而久留之”。中风偏瘫日久,肢体对针感反应迟钝,且痰瘀互结,血脉闭阻,营卫气血偏颇,只有长针透穴深刺才能见效。本法采过梁针法,

凡沉痾固疾,病位可在筋骨之间,或外邪客于经络,病延日久者均可用此法直中病所,以达治疗目的。

4. 治疗中风后遗症或瘫痪性肢体者-(发病二年或以上)

处方: 以上三种针法,根据病情,病程选择使用。再配合以下二种针法调养。

督脉治瘫法 - 百会、风府、大椎(C7)、陶道(T1)、身柱(T3)、神道(T5)、至阳(T7)、筋缩(T9)、脊中(T11)、悬枢(L1)、命门(L2)、腰阳关(L4)、长强。

功用: 疏通督脉,补脑健髓,调和阴阳,镇惊安神。

加减: 心气不足:加神门,肝气郁结:加内关,肾气不足:加太溪涌泉,膀胱气弱:加八髎。

督脉者总督一身之阳,针刺督脉振奋诸阳,调整全身机能,促进脑与脊髓的改善,有治瘫“首选督脉”之说。

脾胃固本法 - 上脘、中脘、下脘、气海、天枢、内关、足三里。

功用: 调气疏肝,健脾和胃,消导运化,解郁宽中。

加减: 肝郁气滞:加行间,呕逆且吐:加中缝。

本方主要调理脾胃,脾胃为后天之本,胃为水谷之海,生化之源,胃气充足则气血旺盛,促进瘫痪肢体的康复。

五. 60例中风资料分析

男性	年龄	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-
35例	例数	1	2	5	14	8	3	2
58.3%	百分比	2.8%	5.7%	14.3%	40%	22.9%	8.6%	5.7%
女性	年龄	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-
25例	例数	0	1	5	9	7	2	1
41.7%	百分比	0	4%	20%	36%	28%	8%	4%

1. 性别, 年龄

男性35例, 占58.3%, 女性25例, 占41.7%。男女比例为1.4:1, 男多于女。发病年龄最大88岁, 最小26岁, 平均发病年龄男性53.3岁, 女性52.2岁。41~70岁发病年龄占总数, 男性77.2%, 女性84%。其中51~60岁为高发期, 男性40%, 女性36%。

2. 发病性质

缺血性(脑血栓形成, 脑栓塞)48例, 占总数80%, 男性29例(60.4%), 女性19例(39.6%)。

出血性(脑溢血, 蛛网膜下腔出血)12例, 占20%, 男性8例(66.7%), 女性4例(33.3%)。

两者比例为4:1, 缺血性较多。

3. 中风偏瘫部位

左侧偏瘫39例, 占总数65%, 男性24例(61.5%), 女性15例(38.5%)。

右侧偏瘫21例, 占35%, 男性14例(66.7%), 女性7例(33.3%)。

两者比例为1.9:1, 左侧偏瘫较多。

4. 中风病程

中风病程最长者3年, 最短者3天。一般以病程1个月至1年者居多。临床证明, 早治疗者(1~6月内)疗效较好, 病程长者(1年以上)疗效差。

5. 肢体瘫痪轻重比较

上肢重, 下肢轻(大脑中动脉病变)占78%

上肢轻, 下肢重(大脑前动脉病变)占12%

上肢, 下肢轻重相同(大脑后动脉病变)占10%

6. 针灸疗效评估

痊愈: 思维正常, 言语清楚, 口眼歪斜, 流涎消失, 肢体功能恢复正常, 肌力达5级, 生活能自理, 能参加轻工作。

显效: 思维正常, 言语艰涩, 瘫痪肢体, 口眼歪斜流涎等症状

明显改善, 肌力达4级, 日常生活能自理。

好转: 上下肢瘫痪有一项恢复不完全, 另一项能活动, 肌力达3级, 失语, 流涎, 面瘫有好转。

无效: 治疗前后无明显变化。

疗效	痊愈	显效	好转	无效	合计
例数	12	23	18	7	60例
百分比	20%	38.3%	30%	11.7%	88.3%

治疗以针灸为主。一般连续治疗3个月为一个疗程, 每周治疗3次共36次。第一疗程治疗后, 根据病情再制定新的阶段。本文病例统计对象都经过1~3个疗程, 而不足1个疗程治疗者不列入统计。总有效率为88.3%

六. 针灸治疗中风心得

1. 中风前病理特点

发病前1个月: 虚瘀为主, 肝肾阴虚, 表现为头晕、耳鸣如蝉叫, 血压飙高, 便秘多日, 双目因肝肾阴血失养而视一为二, 阴虚阳亢而急躁; 体胖臃肿乃痰瘀之源, 久蓄多生病端。

发病前1周: 气阴两伤, 头晕头痛并发昏沉, 四肢无力, 痰阻气损而食后困顿, 阴虚不制亢阳而变生热, 急躁易怒不减, 口苦口干或口臭。

发病前72小时~1周期间: 虚瘀, 痰壅日盛, 日夜失眠, 神疲乏力, 呵欠频频, 头晕头痛仍继续, 单侧手或足部发麻感; 若任其发展, 发病前24~72小时: 虚瘀, 痰结更盛而滋生火热, 外见口臭口苦, 头痛难熬, 面红耳赤, 肢体拘急, 四肢麻木不仁已至危险境地。

发病前24小时: 风火相煽、气阴两伤, 导致全身麻木, 使人卒然舌强, 躁扰不宁, 可见血压失控, 恶心呕吐, 呼吸喘急等危急重症状。

2. 针灸治疗中风切入点

针刺治疗中风要早期介入,但在急性期由于病情危重,生命体征不稳,必须以中西医综合治疗为主,如降颅压,调血压,溶栓等。急性期针灸介入的意义在于促进脑血液循环,改善脑代谢,脑复苏,辅助西医在应用扩张血管造成的“颅内盗血现象”,这对于减轻后遗症有一定的意义。

恢复期是针灸发挥主导治疗作用的重要时机,患者神经功能出现缺损表现,针灸可通过中枢和外周神经的调节,发挥整体的治疗作用,可增强肌力,协调肌张力,促进肢体运动的康复。也可以刺激存活低功能的脑细胞代谢活动增强,激发其代偿功能;刺激舌咽部肌肉,使吞咽困难恢复协调运动。针灸对于并发症如肩手综合征,中枢性面舌瘫,认知功能障碍,中风后抑郁等具有很好的治疗作用。

3. 针灸治疗思路

中风是针灸临床上最重要的适宜病症之一,居针灸治疗病种之首位。急性期,针灸作为辅助治疗,采用综合疗法以醒脑开窍为主;恢复期和后遗症期,以醒脑调神,疏通经络为治疗原则。选穴上以督脉穴为主调理脑神,结合肢体穴位疏通经络,再根据具体证型和兼证进行灵活选穴。另外,头针是常选用的治疗方法,可取顶颞前斜线,顶颞后斜线(瘫对侧)等。

中风治疗是一个漫长的过程,需要多种疗法配合治疗,如综合针灸治疗,体针和头针结合,肢体穴位可采用电针,穴位注射,艾灸,梅花针扣刺,三菱针点刺出血及拔罐法。同时,配合康复训练非是非常重要的,应鼓励患者尽早下床,主动运动,这对于肢体功能恢复是不可缺少的环节。

4. 针灸治疗中风疗效特点

针灸治疗中风在急性期过后,即恢复期开始时疗效最为明显,原来不能运动的肢体可出现活动功能,给患者康复增强了信心。在恢复期中段疗效比较缓慢,需要多次针灸治疗效果

的累积,而在后遗症期疗效非常有限。

中风后脑损伤的严重程度是影响针灸疗效的最关键因素,患者脑损伤越严重,则渡过危险期后的康复也较差,针刺疗效也就受限制。

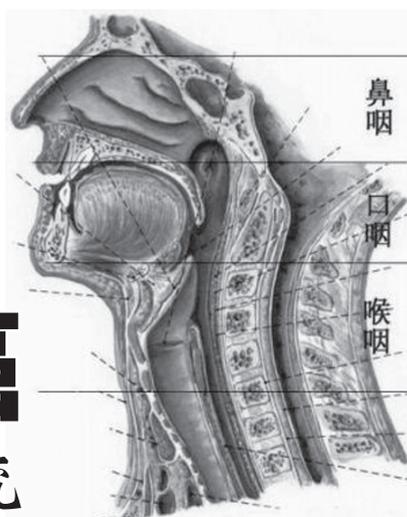
局灶性脑梗死的针灸疗效优于大面积或多发性的脑梗死,病灶位于脑表浅部(如皮层),比深部(如基底核)疗效好。表浅病灶,如出现单瘫者,针灸疗效最好;初次发病比再次发病疗效好。

年龄越大,疗效越差。较为灵活的上肢比下肢的功能恢复为慢,上肢中又以手运动的恢复最难。

针灸配合康复训练是目前较为有效的治疗方法,目的是预防和矫治各类功能障碍,提高和加强躯体控制功能,改善和增进日常生活能力。

针灸治疗中风现代临床累积了丰富的经验,并总结了针灸治疗和选穴规律,已成为现代医学治疗中风偏瘫重要医疗手法。然而,目前针灸治疗中风病并未广泛推广,尤其是在西医院,对针灸治疗中风了解甚少,使一定数量的中风患者没有能过接受针灸治疗。因此,我们必须加大推广,使更多患者能尽早接受针灸治疗。

针灸治疗中风临床上仍存在一些难点,如针对肢体痉挛性瘫痪的治疗缺乏有效的方案;对中风合并症没有形成系列的规范方案;在康复训练上缺乏将中医经络理论与现代整体康复模式有机地结合等。因此,我们必须有效的规范针灸治疗难点,临床上建立以针灸为特色的“卒中单元”,要合理化和程序化进行中风的中西医结合治疗,制定个体化的中西医结合综合治疗方案,充分发挥针灸的特色。



疑难病中鼻咽癌的 临床医疗经验交流

新加坡·吴荣贵

一. 癌症是当今人类的最大杀手， 要小心防治

癌症是当今的难治病，也是当今世界经济大国，十大死亡病种之首。根据统计数据显示，每十个人当中，约有两个人有患癌症的可能性。

目前，通过西医学的手术、化疗和电疗来治疗癌症，5年的存活率约50%，其过程需要付出巨额的金钱。癌症病人的身体和心理承受痛苦和精神压力，也无法估量；甚至周围的亲人，也要承担不同程度的忧虑。这说明防止患癌，以及抗癌的工作，都是非常需要，值得重视。而正确的选择保健预防的途径，也是非常重要的。

我根据过去在医疗难治病的精神和经验，尝试应用在医疗癌症的病人身上，希望在这方面的实践，能够提供多一些讯息，使病人早日康复，让同道在防治和对抗癌症时，增进信心，促进效果！

二. 通过气功治疗鼻咽癌 开始于1986年

我最早认识鼻咽癌是在1986年，当时7月6日，我开始在植物园(每个星期天早上7-9点)指导大众练智能气功，作为保健医疗运动。当时有两位学员一位叫卢XX，一位叫林XX的中年人，参加我们的练功队伍。

几个月后的一天，在交流练功的体会上，他们发表说，自己都患上了鼻咽癌，在医院接受过化疗和电疗后，身体非常的衰弱，饮食不振，心情非常茫然。看到报章介绍毕业医师协会主办智能气功班，就个别报名参加。他们都毅然相信：智能气功会使自身的免疫力提高，加强抗癌的作用。于是，他们努力练功，积极不间断。如今经过医院检查，癌细胞已经消除消散，身体健康了。(《新加坡中医药报》第3/4期第2页)

我初步确定：练智能气功对抗癌有一定的效果！

三、从中医药结合气功和 西医治疗癌症是有效的途径

1989年一位40多岁，叫黎XX的商人，发现自己患了肝癌，朋友介绍他到北京，给肝病专家关幼波教授医疗。一个月后，他从北京返回新加坡，再到医院检查，西医诊断他患的肝癌，只能够存活最多一年。

黎XX不能接受这个事实，他在我们的气功练功点，积极练习智能气功，还采用中西结合的治疗。几个月后，体力恢复，食欲增进，也恢复正常工作。

他从不间断练功四年，经过实验室检查，证实以前切除的肝组织，已经重新长出，血液检查正常。

这份气功抗癌的实践报告，说明了采用中医结合智能气功，来医疗癌症的技术，提供了一个可行的方案。

四. 鼻咽癌通过中医药 和气功医疗的实践

2009年4月12日，我在仁爱慈善中心主持《练智能气功使你健康》讲座，在提问过程中，一位叫伍XX(45岁)的男士，提出要参加学习智能气功，用气功医疗他的鼻咽癌的想法。

我于是约他在隔天4月13日(星期一)晚上，到兀兰中华医院门诊部看诊。

*第一诊2009年4月13日(星期一)

门诊记录：伍XX男45岁

生日：(18/08/60) 病卡：S145377XC

(一) 病历：7个月前，被诊断患上鼻咽癌，08年9月25日，在中国中医科学院广安门医院检查，MRI诊断报告证实患上鼻咽癌，肿瘤在枕骨斜坡、蝶窦受侵，两侧上颌窦、筛窦、蝶窦、额窦及乳突发炎，并

蝶窦积液。

08年12月19日，二度到中国中医科学院广安门医院检查，MRI诊断报告证实：对比9月25日，鼻咽癌较前进展。枕骨斜坡、蝶窦受侵，两侧上颌窦、筛窦、蝶窦、额窦及乳突发炎，并蝶窦积液，大致跟同前片。肿瘤大小约38X31X67MM，肿瘤明显向下延伸。

在我国国家肿瘤中心医疗，根据肿瘤专科诊断：鼻咽癌，第四期。肿瘤贴紧神经线，不适合手术、电疗，危险性超高，只能用化疗，三次化疗后，身体太衰弱，不能化疗，是故前来就诊。

来诊4月13日，上病历和检查资料如上。

(二) 症状群：第四期鼻咽癌，颈项强硬、转动不舒服，鼻塞、流涕、微怕冷、胃口差、大便不通、舌暗紫、体胖、苔少、苔腻，脉弦。

(三) 病理分析：鼻咽在上，鼻窦和皮表与肺同为表里关系，属性上焦、肺脏娇弱，风邪和吸烟邪气危害鼻窦，加上环境和不良情绪，日久演变成致癌病因，气滞血凝，成为肿瘤：鼻咽癌。

(四) 诊断：

1. 病位：鼻咽。
2. 病因：风热毒壅肺、气滞血凝。
3. 证型：热毒壅肺型。
4. 治法：清热宣肺解毒、活血化瘀抗癌。
5. 方剂：银翘解毒汤、辛夷汤加味。药物：银花、连翘、荆芥、防风、辛夷、白芷、藁本、紫苏、黄芩、葛根、生草、丹参、桃仁、山豆根、白花蛇舌草、苦参。
6. 气功抗癌：我们讨论如何通过结合锻炼智能气功治疗。
伍XX同意要通过气功抗癌，参加锻炼智

能气功抗癌。

我指导抗癌功法包括：捧气贯顶法、三心并站庄、蹲墙功、开合拉气法、贯气法。规定每天都要练功至少2到3小时。每周回来复诊。

*第二诊：2009年4月20日，证情同上，头痛稍减。

*第三诊：5月4日，病人证情比较明显改善：颈项转动困难减轻，精神改善。

*第四诊5月11日：比较症状改善，显示疾病受控制，鼻塞和鼻涕也逐渐减少，显示肿瘤的炎症有改善的现象。守方。

*第五诊5月18日，证情改善，随证加减药物。

*第六诊5月25日证情同上。

*第七诊6月1日伍XX说，他到肿瘤中心复诊，并做了检查。根据肿瘤中心的实验室检查报告：5月19日，伍XX到新加坡癌症中心接受CT检查，检查报告显示：

1. 治疗鼻咽癌有效，体积减少。
2. 局部显示肿瘤缩小20%—30%以上。

从实验室的CT报告显示，以上用中药结合智能气功锻炼，有显著抗癌的实践效果。

病人的精神和体力都有明显改善，信心也增强了。

*第八诊6月8日，复诊的证情同上。

*第九诊6月15日，复诊时，病人表示在9月要到中国公干，要求配给一个月的药物。

*第十诊6月22日、*第十一诊6月29日、

*第十二诊7月20日、*第十三诊8月17日证情同上，随证做加减。药物粉剂有金银花、连翘、柴胡、黄芩、辛夷、白芷、细辛、鸡血藤、山豆根、桂枝、半支莲、女贞子、白花蛇舌草、伍XX带了药物，到中国北京公干。

*第十四诊10月12日，伍XX出国公干回来，复诊时，带来了09年9月16日，第

三度到中国中医科学院广安门医院检查的MRI诊断报告。根据报告显示，肿瘤比较08年12月19日片，临床提示原鼻咽癌软组织肿块影，现已大部分消失。枕骨斜坡形态自然、蝶窦受侵，两侧上颌窦、筛窦、蝶窦、额窦检查印象：鼻咽癌侵及枕骨斜坡、蝶窦受侵较前明显减少、好转。两侧上颌窦炎、双侧中耳乳突炎。

五. 总结

从MRI的报告，显示中医药结合了智能气功锻炼来治疗鼻咽癌，对于治疗鼻咽癌确实有效！

至今(2010年5月31日)，病人继续来看病，从临床四诊观察，形声气色都非常健康，正准备做全身检查，以确定抗癌的最终效果。

我相信继续努力，伍XX是有机会，可以把鼻咽癌治愈。

这次的抗癌实践，可以作为同道们在医疗鼻咽癌方面的参考，中医气功结合中医辨证中药医疗，在本病例鼻咽癌症的治病，确实有效。考虑到目前临床对鼻咽癌的正规治疗后，这可能是提供多一种的医疗方法，重点在主动引导病人，发挥自身免疫系统的免疫功能来抗癌，气功锻炼结合了中医药，可以也是可能是往后同道们应用在临床对抗癌证一条可行有效的途径！



新加坡 中医药发展概况

新加坡 苏成吉

新加坡位于东南亚地区的中心，面积约707.1平方公里，人口约500万，华裔约占80%；地处太平洋与印度洋的航运要冲，马六甲海峡的出入口，地理位置优越。公元1819年，英人莱佛士开埠新加坡后，中国和东南亚各地的华裔同胞陆续移居到新加坡，中国传统医学也随着华人定居而传入，并成为重要的医疗体系，有着独特的发展轨迹。

1. 战前时期的中医药

- 1.1 开创中医药发展的先河：公元1867年，新加坡总人口有10万人以上，华人占总人口62%，且有不断增加的趋势；南下移民以闽粤二省之单身男性居多，由于生活困苦，遇有病痛，更是贫病交加，苦不堪言。当时在新加坡的闽粤二省的侨领和富商，有鉴于救济苦难同胞的侧隐之心，逐创办以中医中药为主的同济医院，为贫困者赠医施药，至今乃保存这种罕见的医疗体系。公元1901年更有一些仁人善士在小坡创办新加坡善济医社，为贫苦民众服务。
- 1.2 发扬中医学术为前提：公元1928年成立

“中医药研究会”，它是新加坡第一间中医药学术机构，共有90多位中医师参与。公元1929年，成立“新加坡中医中药联合会”，以维持和促进新加坡中医中药之发展，先后举办近百次的中医中药座谈会；出版24期《医药月刊；10期《医航》。

- 1.3 中药团体的成立：公元1940年与1941年，先后成立新加坡中药公会、新加坡中药进出口公会。

2. 战后时期的中医药

- 2.1 奠定三大发展基础：公元1946年，一群资深中医师宣布成立新加坡中医师公会(原称新加坡中国医学会)并于1952年与1953年之间创办中华医院、新加坡中医学院、着重发扬中医学术，先后通过报刊、讲座及交流会等，成为发扬新加坡中医药的学术中心。
- 2.2 中医药成为全民所信赖的医药：在60年代及70年代，除了上述三大基础目标继续发展之外，其他中医中药团体和中医慈善机构也相继成立。新加坡中医药促

进会所创办中医药研究院，及其他中医慈善机构先后成立**20**多所，遍布全岛。

3. 80年代时期的中医药

- 3.1 新加坡与中国中医药界加强联系：**公元**1978**年，新加坡中医师公会第一次组团访问中国；从中吸取中医药发展的宝贵经验，大大提高了中医药水平。
- 3.2 造就更多中医人才：****1983~1988**年，同济医院成立同济医药研究学院，培养**43**名毕业生。**1957~1989**年新加坡中医学院共培养了**1035**名中医，对新加坡的中医事业发展贡献最大。**1972~1989**年新加坡中医药促进会，也培养了**300**多名中医。

4. 新加坡的中医药现状

- 4.1 中医师注册制度的确立：****1994**年，卫生部成立「传统中医药委员会」。**1995**年，中医药组织成立「中医团体协调委员会」，以加强中医药的自我规范。**2000**年通过传统中医法案，承认中医的合法地位；随后成立「中医管理委员会」，确立中医师注册制度。
- 4.2 对中药严格管制：****1995**年，卫生部药物行政处和药品部开始对进口中成药进行查验。**1998**年加强了对进口中成药的监控，采取注册登记制度，确保进口中药的质量及使用的安全性、可靠性。
- 4.3 中医药学术组织：**中医师公会、中医药促进会等学术团体在中医药医疗、教学和科研工作中发挥着主导作用。国内学术交流形式以学术研讨会、专题学习班、国际交流以对中国中医界的互访、考察、学习和共同召开学术会议为主。同时也参加世界范围内的其他学术交流活动；东南亚地区以**3**年一度的亚细安中医药学术大会最具影响力。

4.4 中医迈向专科的领域：中华医学会成立于**2000**年，是由一群新加坡留学中国并先后考获硕士学位和博士学位者组成，以弘扬中医为宗旨，为新加坡引进专科中医的概念，于**2003**年创立“专科中医院”。

4.5 中医教育

4.5.1 新加坡中医师公会属下中医学院：成立于**1953**年，分别与南京中医药大学联办五年全日制中医学士学位、中医硕士研究生课程；与广州中医药大学联办七年制中医学士学位、中医博士研究生课程；及供西医修读的针灸专业文凭课程。

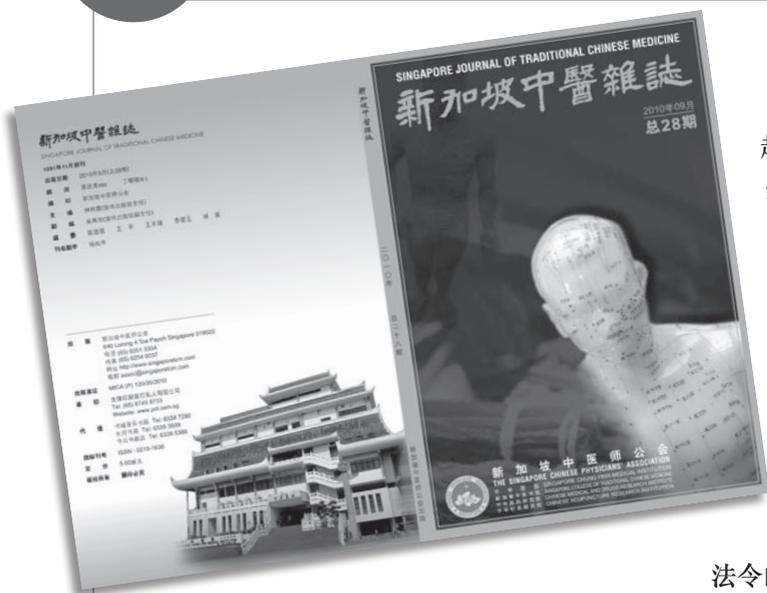
4.5.2 新加坡中医药促进会属下中医学研究院：成立于**1972**年，与北京中医药大学合作举办七年制中医学士学位、硕士研究生教育。

4.5.3 新加坡中华医学会属下专科中医研究院：成立于**2004**年，分别与广西中医学院、中国中医科学院、福建中医学院、成都中医药大学等协办硕士、博士研究生课程。

4.5.4 新加坡中药学院”：成立于**2002**年，与北京中医药大学合作举办中药学专科教育。

4.5.5 新加坡南洋理工大学：**2004**年与北京中医药大学经过充分协商后决定，合作在南洋理工大学开办**5**年制中医-生物双学位本科教育。新加坡是活跃的中药转口贸易中心，而中国是主要供应国之一，近年来，中药市场稳定。现有中药店千余家；中医医疗机构**30**多所；中医师**2000**人以上；近年中医界与西医界、科学界的合作日渐增多，以便促进相关学科的相互渗透与补充，寻求新的发展；其中不乏对中医从业人员素质的要求；自**1989**年至今，已有逾**3**百名新加坡中医师取得中国中医药大学或学院医学硕士或医学博士学位，这将有助于提高中医中药学术及临床医疗水平，进一步促进新加坡中医药的发展。

《新加坡中医杂志》稿约



《新加坡中医杂志》是新加坡中医师公会主办、国内外公开发行的专业性学术半年刊。编委群旨在与时俱进，反映新世纪、新生代、新潮流的中医中药的发展史轨迹，举凡中医药、中西医结合的最新科研成果、先进技术探讨、临床经验与医药动态以及中医中药新的解决办法、中医药最新的理论研究、骨伤推拿及其他理疗方法在各科临床的应用、非药物康复治疗经验汇总以及复方制剂的开发与探讨等，《新加坡中医杂志》是会尽心尽力促进中医药，在世界范围内有着更好地发展，为全球人类的生命健康发挥出更大的作用。俾让《新加坡中医杂志》在新加坡这个多元文化的社会环境中，更显其风格的独特。所以《新加坡中医杂志》的内容必须是论点明确、论据充分、结构严密、层次分明、文字精炼，使之成为具科学性、创新性、实用性的三性一体的新加坡品牌杂志。

《新加坡中医杂志》来稿要求：

文稿一般为综述、活动报导勿超过5000字，论著不超过4000字，其它文稿不超过3000字(包括摘要、图表和参考文献)，文题力求简明扼要，突出文章主题，中文一般不

超过20个字，文题中不能使用非公用的缩略语。

文稿以打印为宜，敬请随稿付上光盘及说明所应用的中文软件名称，编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

文稿可以附上中文摘要和关键词(英文部分则省略)，摘要一般在200字左右，内容及格式必须包括论文的目的、方法、结果及结论四部分。而重点是结果和结论，结果中要有主要数据。文稿可标引2至6个关键词，标引关键词应针对文稿所研究和讨论的重点内容。

参考文献，仅限于作者亲自阅读过的近期重要文献，尤以近2年的文献为宜，并由作者对照原文核定。机关内部刊物及资料等请勿作文献引用。参考文献的编号，按照国际GB7714-87采用在正文中首次出现的先后顺序连续排列于文后，正文中一律用阿拉伯数字(加方括号置右上角)表示。

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本。

来稿请注明《新加坡中医杂志》寄至：

新加坡中医师公会宣传出版组
640 Lorong 4 Toa Payoh,
Singapore 319522

或电邮至 assoc@singaporetcm.com