

# 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12月(总29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 林英 李俊玉

刊名题字 杨松年

**出版** 新加坡中医师公会  
640 Lorong 4 Toa Payoh Singapore 319522  
电话 (65) 6251 3304  
传真 (65) 6254 0037  
网址 <http://www.singaporetcm.com>  
电邮 [assoc@singaporetcm.com](mailto: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](http://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

总二十九期

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12月  
总29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



## 新加坡华人 功能性消化不良 中医体质类型研究



# 87

### 针刺治疗

## 青光眼

研究进展

17



## 一针见效

— 针灸医疗肩痹症临床交流

33



## 颅内肿瘤

的中医治疗

63



- 02 易经与中医  
沈树圭
- 05 体针治疗单纯性肥胖病施  
治规律探讨 陈蓓琪
- 09 温针灸疗法与射频热凝靶  
点治疗术作用机理的探析  
冯凤珍
- 11 “四穴八针”在眼科临床  
上的应用介绍 张彬
- 13 中医常见眼病的防治  
苏成吉
- 17 针刺治疗青光眼研究进展  
霍双 董尚朴
- 21 中医治疗CSR的优势  
林秋霞
- 23 中医对于眼症的认识  
刘立
- 25 中风从脑络脉病论治  
翁亚庆
- 28 五十肩的一针疗法 冯启发

- 33 一针见效— 针灸  
医疗肩痹症临床  
交流 吴荣贵
- 36 功能食品— 灵芝  
及灵芝孢子粉  
梁普照
- 39 孙伟老师治疗慢性肾小  
球肾炎之经验 唐跃
- 48 浅谈夜尿频数症  
蔡松均
- 50 小儿积滞临床治验  
董菁菁
- 52 肿瘤病之中医防治探讨  
赵英杰
- 59 战前新加坡中医药组织  
特征 王平
- 61 中医防治癌症新观点  
陈剑
- 63 颅内肿瘤的中医治疗  
林英

## 内 页

- 66 湿疹的中医治疗  
周微宏
- 71 痛风证治  
梁妹
- 73 《脉理求证》之四五六  
林桓毅
- 76 论特殊的中医自然疗  
法— 刮痧疗法  
倪炜程
- 79 中医理论本源问题初探  
周青良 赵致生
- 87 新加坡华人功能性消化  
不良中医体质类型研究  
苗萌
- 89 能否让中医药知识进入  
新加坡的中小学教材?  
邓秀华
- 91 2010年国际慈济人医年  
会侧写 郭忠福
- 94 第七届世界中医药大会  
暨世界中联会议侧写  
林朝华



# 易经与中医

新加坡·沈树圭

被誉为“六经之首”“三玄之一”的【周易】。博大精深，是一部溶聚祖先智慧的宝库。

几千多年来，易学的发展，推动了多领域，多学科的进步，发展与应用，它渗透在中医、天文历法、文化艺术之中，尤其是对中医学的发展产生十分深刻的影响。

【周易】不但是中华民族传统文化的主根，也是世界人民的智慧宝库。中国历代著名医学家都非常重视对易学的研究工作。汉代张仲景在【伤寒杂病论】说：“冬至之后，一阳爻升，一阴爻降也；夏至之后，一阳爻下，一阴爻上也”。从间接和直接的角度，阐述易学在医理之中的应用。唐朝孙思邈说：“不知易，便不足以言太医”。从而指出易学对中医学的指导作用。明朝张景岳更提出：“天地之道，以阴阳二气而造化万物；人生之理，以阴阳二气而长养百骸。易者，易也，具阴阳动静之妙；医者，意也，合阴阳消长之机。虽阴阳已备于内经，而变化莫大乎周易。故曰天人一理者，一此阴阳也；医易同源者，同此变化也。岂非医易相通，理无二致。可以医而不知易乎”。

【周易】以天地人三才立言，故周适万物。【周易】说：“一阴一阳之谓道，夫易开物成务，冒天下之道，乾称父，坤称母”。

【内经】说：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也”。【易经】与【内经】两者关系密切，互为体用，同出一辙。

【周易】的卦象首将人体配卦，以乾为首，坤为腹，震为足，巽为股，坎为耳，离为目，艮为手，兑为口。而且爻象中直接采用医学术语来表达卦的吉凶程度。例如：泣血涟如、血去惕出、贞疾、恒不死、噬腊肉遇毒、无妄之疾、勿药有喜、损其疾、使遄有喜、臂勿肤，其行次且、妇三岁不孕，妇孕不育、得疑疾、介疾有喜，涣其血等。从另外一个角度说明易学的产生，中医学在其中发挥了一定的作用。

【易传】说：“夫易，彰往而察来，显微而阐幽，正言断辞，则备矣”。即以八卦之名，而辨别天下之物。乾为天、坤为地、震为雷、巽为风、艮为山、兑为泽、坎为水、离为火。【易传】也说：“天地定位，雷风相

薄，山泽通气，水火不相射，数往者顺，知来者逆，是故易逆数也。”“雷以动之，风以散之，雨以润之，日以烜之，艮以止之，兑以说之，乾以君之，坤以藏之。”都说明八卦的时空与运动的结构及内在性质，推而广之，便可说明世界上的万事万物。

八卦中的阴阳划分：坎卦为隆冬，至阴之极，一阳初生；震卦东方春也，阴消阳长，阳气渐盛；离卦五月夏至，阳之极也，阳极阴短；兑卦七月秋也，阳消阴长，阴气渐盛；坎卦重阴必阳，阳又复初生。其天地、雷风、山泽，水火四个阴阳对立面，代表万事万物的变化发展，无不由于阴阳对立面的相互转化而形成新的对立而统一；因此，八卦符号，“--”的画线，性刚属阳，“—”的画线，性柔属阴，代表阴阳二气是演变“八卦”的基础，而“八卦”又是演变六十四卦的根基，故八卦是阴阳气化的征象，也是宇宙气化的最高标志。

【周易】以八种自然物质构成宇宙运动变化的观点，从而象天地雷风水火山泽，其中水火是万物之源，万物之基，风雷为之鼓动，山泽终于成形。

【周易】重视乾元，认为乾元是自然界万物赖以资始的动力，此元一动，则天地日月皆动，而且是永恒的运动，同时自始至终，影响着事物的发生和发展。

【周易】重视坤，坤六爻皆为“—”，故为纯阴之卦，宇宙万物“孤阴不生，独阳不长”。万物资生除阳刚之外，必须有阴柔之体，即天地必须阴阳气交，始能生化万物。

【周易】强调坎离在化生万物的重要性，如【易·说卦】曰：“【坎】者，水也，正北方之卦也。”说明水为至阴，有水才有生命。

【易·说卦】曰：“【离】也者，明也，万物皆相见，南方之卦也。”离为火卦，火生土，土为万物之母，故有水火才能生万物。也认为震巽在宇宙界起着重要的鼓动作用，如【易·说卦】曰：“万物皆出乎【震】，【震】，东

方也”。“齐乎【巽】，【巽】，东南也；齐也者，万物之契齐也。”同时也注意到艮兑山泽在自然界万物形成中的作用。如【易·说卦】曰：“山泽通气，然后能变化既成万物也”，“【艮】，东北之卦也，万物之所终而所成始也”；【兑】：正秋也，万物之说也。

八卦象征金、木、水、火、土五行，对阴阳的相互作用。【易·坤·文言】曰：“阴凝于阳，必战。为其嫌于无阳也”。【易·咸·彖】：“二气感应以相与”，【易传】已把太极气化作为化生万物的本源，还以柔刚健顺来表达了阴阳的相互作用，如【易·否·彖】曰：“内阴而外阳，内柔而外刚”。

【内经】在【周易】的影响下，也极为重视天地水火金土造化万物之作用，如【素问·天元纪大论】说：“神在天为风，在地为木；在天为热，在地为火；在天为湿，在地为土；在天为燥，在地为金；在天为寒，在地为水，故在天为气，在地成形，形气相感而化生万物”。

太极图的曲线，蕴含着事物变化发展的规律，象征着事物的量变，质变规律。太极图的阴阳各半由小而大，由大而小，说明事物不是静止的，是发展着的，转化着的和运动着的；同时阴阳不是绝对平均，而是互相消长，互相制约，白眼和黑眼表示阳中有阴，阴中有阳之意。其至阴至阳，表示事物物极必反，重阴必阳，重阳必阴的道理。【内经】：“寒极生热，热极生寒”之理义相同。太极图阴阳二图合抱，体现了阴阳互存的关系，即“阴以阳为基，阳以阴为用”，“孤阴不生，独阳不长”。【内经】：“阴在内，阳之守也，阳在外，阴之使也”与之同义。

五行衍源于阴阳，阴阳合抱于太极，故五行与太极关系密切。【太极图说】蕴含：太极一气产阴阳，阴阳化合五行，五行萌生万物。水为至阴，故居于下，值阴之极位；火为至阳，则居于上，处阳之盛位；木主升发故居于左，方位在东；金主收降，则居于右；土为成

数之母，故居于中。

气化运行，阴阳升降。故肾水上济，心火下降；肝火左升，肺金右降，此即太极阴阳五行化生五行，五行化生五脏之原理。

八卦分先天八卦和后天八卦二种，先天八卦相传为伏羲氏发明，故又叫“伏羲八卦”。后天八卦相传为周文王所创，故又叫“文王八卦”。先天八卦和后天八卦其卦形，卦象皆相同，区别仅在于排列方位和顺序不一，先天八卦以乾南坤北，离东坎北，后天八卦以离坎定南北，震兑定东西，故以震离兑坎划分东南西北，代表春温、夏热、秋凉、冬寒，而纪万物生长转化收藏的八个阶段。

张景岳说：“伏羲王天下，龙马负图之河。其数一六局下，二七居上；三八居左，四九局右，五十居中。伏羲则之以画八卦”。说明河图与八卦的形成具有相关意义。河图数奇偶对立，阴阳互抱。奇数为一、三、五、七、九。偶数为二、四、六、八、十。一和六、二和七、三和八、四和九、五和十。是奇偶对

立。奇为阳，偶为阴。阳数如果在内里，阴数则必抱于外面。如果阴数在内里，阳数必抱于外面。这是阴阳互抱。阴阳分为奇偶，五行分居四方，奇偶四方，共居一图，可见阴阳分属五行，五行分为阴阳，两这浑为一体，不可分离。

张景岳说：“洛书之数，则阳为君而阴为臣。君居正而臣居侧。故戴九履一，左三右七，二四为肩，六八为足，五居于中，而纵横之数皆十五。一居正北，得中为六，而合南方之九为十五；三居正东，得中为八，而合西方之七为十五；二居西南，得中为七，而合东北之八为十五；四居东南，得中为九，而合西北之六为十五，故大禹则之以叙九畴”，洛书与八卦相合，为络书八卦。

河图洛书对于中医理论的形成和发展产生了极为深远的影响，河图与洛书之间互相转换的机制成为人体科学研究的重要内容，可见医易是一脉相承，医理源于易理，又发展了易理。



# 体针治疗 单纯性肥胖病 施治规律探讨

新加坡·陈蓓琪



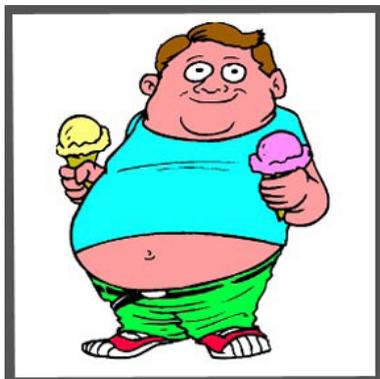
**单**纯性肥胖是指除外由遗传性疾病、代谢性疾病、外伤或其他疾病所引起的继发性、病理性肥胖，而单纯由于营养过度所造成的全身性脂肪过量积累者。

随着社会经济的发展，人民生活水平不断提高，生活现代化膳食结构发生改变和体力活动日渐减少，使肥胖患病率无论在发达国家或发展中国家，在成年人和儿童中，都以惊人的速度增长，经济增长迅速的国家，患病率增长

更为突出。单纯性肥胖病常见于经济比较发达国家和逐渐走向富裕的发展中国家；在欧美国家，尤其是美国，肥胖已经成为了继艾滋病、酒精中毒、吸毒之后的第四大医学社会问题。在许多发达国家里，肥胖病的发病率高达20%~30%。在中国，随着经济的发展，人民生活水平的不断提高，饮食结构也有了很大的变化，患单纯性肥胖病的人群也呈逐年上升的趋势，已成为当今中国医学界普遍关心的社会问题。

在新加坡有16%的新加坡人过于肥胖，超重的有30%（整体46%）。新加坡的不同族群中，华族的体脂最低，最高的是印度人，其次是马来人。低密度胆固醇的含量，华族也是最低的。这或许跟族群基因相关，不一定全是饮食的问题。但是新加坡人吃得好，却吃得很不健康。而且仅有五分之一的新加坡人有定期运动的习惯。

肥胖不但影响美观和体力，还人们的行





泻手法。张氏<sup>[2]</sup>则将单纯性肥胖患者分为脾虚湿阻型、胃热湿阻型、肝郁气滞型、脾肾两虚型和阴虚内热型。在周氏<sup>[3]</sup>主编的《中医内科学》教材中则将肥胖的分型归纳为胃热滞脾、痰湿内盛、脾虚不运和脾肾阳虚 4 型。

1997 年在北京召开的中国第五届肥胖病研究学术会议<sup>[4]</sup>所制定的单纯性肥胖症中医辨证分型为：脾虚湿阻型、胃热湿阻型、肝瘀气滞型、脾肾两虚型（肾脾阳虚）、阴虚内热型 5 型。在所收集的有辨证分型的随机对照临床研究文献中，出现频次最多的 5 个证型依次为：脾虚湿阻型、胃肠腑热型、肝气郁结型、脾肾阳虚型和阴虚内热型。经过统计，出现频次最多的这 5 个证型基本与中国第五届肥胖病研究学术会议上指定的分型基本上相类似。所得出的统计结果也与单纯性肥胖病的病因病机事项符合的。如最为常见的脾虚湿阻型，临床上可表现为形体肥胖，肢体困重，食欲不振，食后腹胀，神疲乏力，心悸气短，嗜睡懒言，大便稀溏，小便正常或尿少浮肿，舌淡边有齿印，苔薄白，脉沉迟或细缓无力。此症候主要是因为脾胃虚弱，运化无权，水湿内停而致。脾胃功能失调是肥胖形成关键，脾胃为后天之本，主受纳，腐熟水谷；主运化，输布水谷精微。若脾胃功能异常，则可致气血失衡，阴阳失调，水谷精微异常布化，进而导致肥胖的发生。

尽管肥胖辨证分型还有许多问题有待进一步研究，但辨证取穴是针灸治疗单纯性肥胖病的取效关键。在临床上首先要明确肥胖的辨证分型，然后根据不同的证型，结合各经穴的治疗特点来进行治疗，只有这样针刺减肥的临床方案的制定就会更具科学性和实用性，临床疗效就能得到提高。

### 2. 选穴处方规律

在所选取的随机对照临床试验文献中，十四经脉的穴位均有选择，从穴位的使用频次

统计所属经脉的使用频次结果来看，依所占比率排序为：足阳明胃经占 29.96%；任脉占 18.98%；足太阴脾经占 15.98%；足太阳膀胱经占 11.36%；手阳明大肠经占 5.99%；足厥阴肝经占 4.25%；足少阴肾经占 3.00%；足少阳胆经占 2.37%；督脉占 2.25%；手少阳三焦经占 1.87%；手厥阴心包经占 1.13%；手太阳小肠经占 0.75%；经外奇穴占 0.62%；手太阴肺经占 0.25%；手少阴心经占 0.12%。共涉及腧穴 89 个，其中十四经穴 86 个，经外奇穴 3 个。此外，局部肥胖部位取穴的使用频次占总频次数的 1.12%。

从每个穴位的使用频次统计结果来看，足阳明胃经的天枢穴和足三里穴的使用频次最高，均占 86.54%；其次是足太阴脾经的三阴交穴，占 84.62%；任脉上的中脘穴位居第三，占 76.92%；排列第四的是足阳明胃经的丰隆穴，占 73.08%；第五是任脉的气海穴，占 71.15%；第六是足太阴脾经的阴陵泉穴，占 65.38%；第七是任脉的关元穴，占 61.54%；第八是手阳明大肠经的曲池穴，占 57.69%；第九是足阳明胃经的内庭穴，占 55.77%；第十是足阳明胃经的上巨虚穴，占 53.85%。

肥胖病的基本治法以祛湿化痰、通经活络为主，治疗以取手足阳明经、足太阴经穴为主<sup>[12]</sup>。从治疗选穴方面的统计结果来看也是以足阳明胃经、任脉和足太阴脾经的穴位最为多用。特别是足阳明胃经的天枢穴和足三里穴的使用频次最高，丰隆穴、内庭穴、上巨虚穴的使用频次也较高；任脉穴位中使用频次较高的有中脘穴、气海穴和关元穴；足太阴脾经的三阴交穴和阴陵泉穴也较为常用；还有手阳明大肠经的曲池穴的也使用频次也较高。其中，足三里穴为足阳明胃经的合穴，在《灵枢·邪气脏腑病形》中有“合治内腑”的论说，《素问·咳论》中也有“治腑者治其合”之说，《灵枢·顺气一日分为四时》中也指出“病在胃及饮食不节得病者，取之合”，所以足三



# 温针灸疗法与射频热凝靶点 治疗术作用机理的探析

新加坡·冯凤珍

## （一）温针灸疗法：

始见于东汉时张仲景的《伤寒论》。明代杨继洲的《针灸大成》，对此法叙述较详：“其法针穴上，以香白芷作圆饼，套针上，以艾灸之，多以取效……此法行于山野贫贱之人，经络受风寒致病者，或有效，只是温针通气而已。”称烧针灸、传热灸、针柄灸。

### 【操作方法】

温针灸的主要刺激区为体穴、阿是穴。先取长度在 1.5 寸以上的毫针，刺入穴位得气后，在留针过程中，于针柄上或裹以纯艾绒的艾团，或取约 2cm 长之艾条一段，套在针柄之上，无论艾团、艾条段，均应距皮肤 2~3cm，再从其下端点燃施灸。在燃烧过程中，如患者觉灼烫难忍，可在该穴区置一硬纸片，以稍减火力。每次如用艾团可灸 3~4 壮，艾条段则只须 1~2 壮。近年，还采用帽状艾炷行温针灸。帽状艾炷的主要成分为艾叶炭，类似无烟灸条，但其长度为 2cm，直径 1cm，一端有小孔，点燃后可插于针柄上，燃烧时间为 30min。因其外形象小帽，可戴于毫针上，故又称帽炷灸。帽炷温针灸，既无烟，不会污染空气；同时，它的作用时间又长，是一种较为理想的温针灸法。治疗时间：10-20 次，1 周 2-3 次，依病情轻重而定。费用：1 千元左右。

## 【温针灸法的机理】

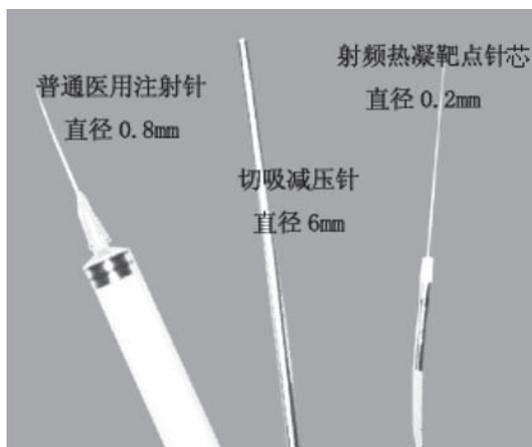
温针灸法是借艾灸火的热力给人体以温热性刺激，通过经络腧穴的作用，以达到治病的功能；即具有祛风寒、化瘀滞、消炎止痛，促进细胞再生之功效。它是针与灸的双重作用，适用于既需留针，又需艾灸之寒凝经脉、气血痹阻的各种寒证、虚证、痛症；如风湿湿痹、腰椎间盘突出症、腰椎退行性变、坐骨神经痛、肩凝症、胃腹冷痛、痛经等。《医学入门》载“药之不及，针之不到，必须灸之”。温针灸集针刺、艾灸药物渗透、物理疗法于一体，即有针刺及艾灸调和气血、舒筋通络、解郁止痛等作用；通过经络、腧穴直达病所，消除肿胀，松解神经根的粘连，软化瘢痕，解除或减轻疼痛。因此温针灸疗法进一步提高了针灸的效果，正具备及符合中医针灸药三合一治疗诸痛症的原则。

## （二）射频热凝靶点治疗术 (Radiofrequency Thermocoagulation And Target Ablation):

目前最先进的治疗椎间盘突出症的方法，射频热凝靶点治疗术，是 2003 年由洪强医疗集团董事长刘洪强先生国内首创的一种应用于脊柱外科的先进技术。

### 【操作方法】

射频热凝靶点治疗是利用射频仪的功能特点，设计一种靶点穿刺技术，选择性治疗致病的髓核组织来治疗椎间盘突出症。方法是根据病人的临床表现，X光、CT片，找出压迫神经的靶点，计算出靶点在X光正侧位片的位置，进针深度和穿刺途径。手术时，在X线机的引导下找出穿刺点，将一根直径0.7毫米的套针管准确的插入病人的腰间隙，然后将射频消融针插入套管针，最后用40-80度的“低温”射频，对突出的椎间隙组织进行溶解并重新构造椎间盘纤维环，进而减轻神经根的压迫，从而达到彻底治疗的目的。手术时间：1小时。入院3-4天。费用：1万元左右。



### 【射频热凝靶点治疗的机理】

在导航系统的精确引导下直接把突出部位的髓核变性、凝固；收缩减小体积，解除压迫。不伤及正常的髓核组织，同时修补了纤维环的破裂、灭活了盘内新生病变超敏的神经末梢，直接阻断了髓核液中糖蛋白和 $\beta$ 蛋白的释放；温热效应对损伤的纤维环、水肿的神经根、椎管内的炎性反应起到良好的治疗作用，治疗后症状立即消失或减轻。神经系统专用射频的治疗电极只有0.7mm，如同一根针灸针，整个治疗不用麻药、镇痛药、抗生素、激素，只是一个物理变化过程，对人体无任何副作用，是一种安全、有效的治疗方法。

### 小结：

综上所述，我们可以推测射频热凝靶点治疗术是以传统温针灸疗法的基础理论为依据，其实它们的作用机理是相同的。近10年来(1998-2008)国内外温针疗法作用机理的研究作一般综述及分析。结果证实，温针灸确能缓解病患的疼痛程度及临证症状，降低神经末梢的兴奋性，促进肌肉放松，缓解肌肉痉挛，使局部的血液循环改善，加快消除神经的炎症反应、影响镇痛的神经通道及脊椎的生物力学等。

中医治疗痛症具有方法简便、安全、费用低、疗效高的特点。温针灸这一传统的手法，只要正确操作，确保室内空气流通，针灸前询问患者有无过敏史，特别对艾灸有无过敏史；基本上它没有毒副作用。温针灸器械简单，无需电源，价格低廉，方法简便，不仅能作为医生的一种预防与治疗手段，而且温灸也可供一般群众自行操作，用以保健。因此它较之其他方法，更适应现代需要。当然，如腰椎间盘突出症，CT显示髓核钙化；有严重椎管狭窄，硬膜囊受压，并有下肢肌力减退、运动功能障碍严重的情况，就应考虑用射频热凝靶点治疗术或手术治疗。手术后再配合温针灸疗法加速康复，巩固疗效、预防保健。此外，饮食习惯及生活方式也必需调节，方能取得事半功倍的疗效。

唐朝孙思邈在《千金方》上说过：“针而不灸，灸而不针，皆非良医也。”中西医结合已成为近代医学发展的趋势，传统中医学更可以藉此跃升及发扬光大；因此，传统温灸法应当获得重视，不应只针不灸；所谓针灸，是“针”和“灸”的合称，即针灸并重；才能更好地应用于临床，造福于人类的健康保健事业。

# “四穴八针”

## 在眼科临床上的应用介绍

中国河北·张彬



**我**们在临床上应用著名的中医眼科学家，河北省人民医院原副院长、中医眼科主任，先师庞赞襄教授提出的“四穴八针”针刺治疗眼病取得较好的效果。现介绍如下：

我们在眼科临床上，一般根据检查明确诊断以后，适合针刺治疗者，一般应用四个主穴，应用与两侧故名“四穴八针”。应用针刺穴位的目的，一般旨在提高视力，扩大视野，恢复视功能，现简介如下：

### 1. 主穴：

(一) 承泣ChengQi(ST1)(足阳明胃经穴)。

**穴名简释：**承，承受；泣，泪水。穴在目下，如承受泪水之部位。

**部位：**在面部眼下方，正坐直视时，适当瞳孔直下，也即下眼睑与颧部的移行处。

**局部解剖：**①针刺通过的组织层有：皮肤，皮下组织，眼轮匝肌。②神经、血管有：三叉神经第2支分支，面神经之颧支；眶下动脉和内眦动脉。

**临床一般主治：**眼睛赤肿疼痛，夜盲症，溢泪症，口眼歪斜，近视，散光，青光眼，以及眼底病等。

**针法：**一般针0.2~0.3寸，如果深刺时，可以针刺1~1.3寸，缓慢直刺，不宜捻转和捣针，以免针刺破眼眶腔内血管而引起出血，如果起针有出血时，要用消毒干棉球压迫3~5分钟；禁灸。

**穴意与配伍：**本穴取意于承接眼泪的部位，系足阳明胃经、阳跷脉与任脉之会穴。有疏风活络、开窍明目的作用。配风池、太阳、睛明、合谷治疗视神经萎缩，配风池、太阳、曲池、治疗青光眼。

(二) 太阳Taiyang(EX-HN5)(足少阳胆经穴)。

**穴名简释：**太，高、大、极、最之意；阳，阴阳之阳。头颞部之微凹处，俗称太阳穴，穴在其上，故名。

**部位：**在颞部，当眉梢与目外眦之间，向后约1横指的凹陷处。

**局部解剖：**①针刺通过之组织层：皮肤，皮下组织，颞肌。②神经、血管：三叉神经第2、3支分支，面神经颧支，颞浅动脉分支。

**临床一般主治：**眼红肿疼痛，视网膜出血，视神经萎缩，头痛，偏头痛，头晕，牙痛，三叉神经痛，神经衰弱，面神经麻痹等。

**针法：**针0.2~0.3寸，斜刺可以针刺0.5~1寸，或以三棱针刺该处皮下静脉，出血少许。

**穴意与配伍：**有疏风散热、清头明目的作用。配风池、合谷等穴治疗视神经萎缩、视网膜出血，配风池、头维、合谷治疗头痛，偏头痛，配下关、地仓、迎香、人中治疗面神经麻痹等。刺此穴的浅静脉出血治疗因高热或颅内压增高所致的剧烈头痛。

(三) 攒竹CuanZhu(BL2)(足太阳膀胱经穴)。

**穴名简释：**攒，簇聚；竹，竹子。穴在眉头，眉毛丛生，犹如竹子簇聚。

**部位：**在面部，当眉头陷中，眶上切迹处。

**局部解剖：**①针刺通过之组织层：皮肤，皮下组织，眼轮匝肌。②神经、血管：三叉神经第一支(眼神经)之额神经，面神经之颧支；额外侧动脉。

**临床一般主治：**目赤肿痛，目翳，夜盲症，迎风流泪，视网膜出血，视神经萎缩等。

**针法：**一般针0.1~0.2寸，沿皮向下透睛明，或沿皮向外侧之丝竹空方向横刺，一法以细三棱针速刺出血；禁灸。

**穴意与配伍：**有宣泄太阳热气、活络明目的作用，配风池、太阳、睛明、丝竹空、合谷治疗急性结膜炎、电光性眼炎，配风池、太阳、光明治疗视网膜出血、视神经萎缩等。

(四) 风池Fengchi(GB20)(足少阳胆经穴)。

**穴名简释：**风，风邪；池，池塘。穴在枕骨下，局部凹陷如池，常为祛风之要穴。

**部位：**在项部，枕骨之下，胸锁乳突肌与斜方肌上端之间的凹陷处，风府穴的外侧，重按时鼻腔有酸胀感。

**局部解剖：**①针刺通过之组织层：皮肤、皮下组织，胸锁乳突肌。②神经、血管：枕大神经，枕小神经；枕动脉。

**临床一般主治：**目泪出，目内眦赤痛，目不明，夜盲症，迎风流泪，电光性眼炎，视网膜出血，视神经萎缩，以及洒淅寒热，伤寒，热病汗不出，头痛眩晕，伤风，暑病，鼻衄，鼻塞，鼻渊，耳聋，耳鸣，牙痛，颈强不得回顾，落枕，痹症，荨麻疹，丹毒，无脉症，神经衰弱，中风不语，昏迷，甲状腺肿大等。是治疗头痛、脑疾患、眼病、耳病、口鼻病、精神病和神经系统病症的常用要穴。

**针法：**针0.5~1寸，针尖向对侧眼球方向刺入；灸3~7壮，或5~10分钟。针感以胀、麻为主，并可向上放散至头顶，或同侧额部或眼球。

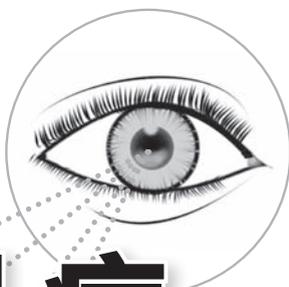
**穴意与配伍：**系手少阳三焦经，足少阳胆经与阳维脉之会穴，有通经活络、调和气血、疏风解热、清头开窍、明目益聪的作用。配大椎、合谷、外关、太阳治疗感冒发热、头痛，配肝俞、肾俞、角孙、太阳、丝竹空、攒竹、合谷治疗视神经萎缩、视网膜出血，配曲池、内关、足三里、太冲治疗高血压。

2. 适应症及加减穴位法：

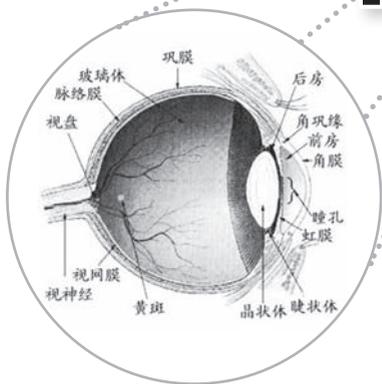
内眼病一般成年人球后视神经炎、视神经乳头炎、视神经网膜炎、缺血性视神经乳头病变、视神经萎缩、可以针刺四穴八针。早期白内障：四穴八针加上星（前额上正中入发际5分）、百会（头顶中央旋毛中）。青光眼：凡用药物或手术后眼压不高者，可以针刺四穴八针，以维持视功能不再减退或有所提高。视网膜色素变性：四穴八针加手三里（曲池下2寸，拱手取之针1寸半深）。癔病性目盲：（即双眼突然失明，眼底无变化，四穴八针加通里穴（手腕侧后1寸陷中），此穴可以用重刺激手法，不留针。高度近视性眼底改变，玻璃体混浊：四穴八针加上星、百会。外眼病：急性结膜炎：羞明、眼睛疼痛甚者，四穴八针去承泣。各种角膜炎：羞明、眼睛疼痛甚者，四穴八针去承泣，加上星、百会。其它眼病：麻痹性斜视或兼有上睑下垂者，四穴八针去攒竹，加透眉穴（即丝竹空透攒竹）穿皮刺1寸半深。眼疲劳（即双眼不能久视，久则视昏头痛眼胀）及干眼证：四穴八针加上星、百会、头临泣（目瞳子正中直上入发际5分）。弱视：四穴八针加透眉穴。眉棱骨痛：四穴八针去承泣，加上星、百会，头临泣。迎风流泪：四穴八针加上星、百会。远视眼、近视眼：针刺以后可以增加视力，但是远期疗效多数不能巩固。

3. 针刺手法及留针时间注意事项：

我们采用平补平泻的手法进针，无特殊情况下一般不提插，留针时间不再捻转。一般承泣针刺5分至1寸，太阳针刺3至5分，攒竹由眉端自上向下穿皮针刺3至5分，风池针刺5分至1寸。每次留针30~45分钟。12次为1个疗程。在针刺过程中，有些穴位拔针后可以有轻微的出血，以棉球拭之即可，但是对承泣一穴，有时刺破血管之后，拔针以后出血比较多，红肿高起，此时以手按其穴位之处，防止再度出血，而后以手揉之，令其肿消，一般1周左右，皮色可以恢复正常。



# 中医常见眼病的防治



新加坡·苏成吉

## (一) 前言

21世纪是讯息的世纪，人类80%的讯息都是通过眼的采集而传入大脑的；人们对眼睛的爱护程度应该更高；眼病关键在于早发现，早治疗。

视力的衰退与眼的行为习惯、人体机能衰老、家族遗传、饮食调理有着密切关系。造成视力减退的原因有屈光不正、晶状体浑浊、角膜浑浊、玻璃体浑浊及出血、视神经疾患、循环性盲、脉络膜或视网膜的肿瘤及视网膜脱离、急性青光眼、急性虹膜炎、眼球内出血等。

世界卫生组织估计，到了2010年，60岁以上的人口将达12亿，其中5400万人将失明；失明的主要原因是白内障和青光眼。

新加坡第一名积极推广针灸治眼病的资深中医师是李金龙老师。他曾指出：人们只知针灸在治疗疼痛和慢性疾病方面有显著的效果，却很少人知道针灸也可用来医治眼睛病

症，他强调中医治疗眼病应借助西医检查，明确现代病因、病名、病情程度，发挥中医的治病优势。

## (二) 几种常见眼疾的防治

### 1. 斜视

斜视是由于眼肌松弛，导致两眼不能同时对着同一方向。斜视病因，可能是神经系统病、先天发育不良、眼周疾病导致眼肌受压等所致。如果成人后才出现斜眼，则有可能是脑部疾病或全身性疾病引起的。

· 针灸治疗：取得良效。

内斜：丝竹空、瞳子缪

外斜：攒竹、睛明

下斜：阳白、眉中

上斜：承泣、四百

## 2. 近视

新加坡是全世界近视问题最严重的国家，约有**40%**的儿童患近视。每**10**个人中，就有**1**人患有超过**800**度的严重近视！近视眼是指眼球在调节放松状态下，平行光线(一般认为来自**5m**以外)经眼球屈光系统后聚焦在视网膜之前，产生远距视物模糊，远视力表检查达不到**1.0**的。

- 近视的原因：睫状肌痉挛和集合过度。
  - 针灸效果好无副作用，可缓解睫状肌痉挛。
- 轻度近视(低于**3.00D**): 正光**1**、正光**2**  
中度近视(**3.00D-6.00D**): 光明  
高度近视(高于**6.00D**): 新明**1**、新明**2**

## 3. 老花眼

老花是水晶体变硬而失去弹性，调节力减弱，眼睛无法调整焦距，使得近距离的影像落在视网膜之后，形成影像模糊且不舒适。人**40**岁开始老花，老花的度数会随着年龄而增加，六十五岁以后老花趋于稳定。

- 预防老花眼：冷水洗眼、定时远眺、经常眨眼、旋转眼球、热敷护眼、护眼疲劳。
- 饮食方面注意各种维生素的补给。
- 中成药：明目地黄丸以补肾填精。可用生地**25**克、山萸肉**15**克、山药**15**克、泽泻**15**克、丹皮**15**克、茯苓**15**克、菟丝子**15**克、枸杞子**15**克以滋阴补肾。
- 针灸：眉上**3**针、配养老。

## 4. 干眼症

干眼症是指泪膜的病理性改变，使结膜和角膜得不到正常的湿润，而出现的一系列眼部症状。日本有研

究报告指出：感到眼睛疲劳的电脑族中，有高达三分之一的人，其泪水干涩程度已达干眼症的诊断标准。

- 维生素**A**与干眼症目前已知能够补救的方法就是多喝茶。
- **8**大症状：目朦、目累、目痒、目胀、目涩、目痛、畏风、畏光。
- 针灸治疗：上目通穴、下目通穴、泪衷穴
- 附“益气聪明汤”中国成都中医院眼科专家龚玉春老中医治疗专症的经验方：青箱子**5**钱、党参**3**钱、黄芪**3**钱、蔓荆子**5**钱、赤芍**3**钱、升麻**2**钱、炙甘草**1**钱、陈皮**3**钱、葛根**8**钱、牛蒡子**3**钱、杭菊**3**钱、枸杞**3**钱。

## 5. 目溢症

新加坡有大约两成人口，患上“泪眼症”。主要原因是泪腔导管阻塞，导致眼泪无法正常地通过泪腔流入鼻子后方，再排下喉咙。

- 原因：生理性、白内障手术后，无晶状体故异常。
- 泪腔长期阻塞，不能掉以轻心，将有可能引发眼部、脸部、眼眶、鼻窦道，甚至是大脑发炎积脓。
- 诊断依据：眼无红赤、无眵。无黑睛翳膜，冲洗泪道时，泪道畅通或狭窄、阻塞。
- 中药可防目溢症：枸杞、菊花、草决明、青箱子、蜜蒙花、蝉蜕、谷精草等。
- 针灸治疗：目通穴、泪衷穴、太阳穴，严重者加上迎香、睛明。

## 6. 白内障

白内障是晶状体混浊并使视力减退，是一种不能完全被根治的眼疾，对

视力的损害是不可逆的，患者一旦失明就不可能再复明。早期的白内障，是不会有征兆的，眼睛不会产生疼痛或发红，视力亦未必会受到太大的影响。

- 白内障的种类：老年性白内障、先天性白内障、其他白内障(外伤性、药物性、代谢性、继发性)。
- 老年性白内障的分期：初发期、膨胀期、成熟期、过熟期。
- 白内障的预防与年龄、青光眼、高度近视、放射线、紫外线、类固醇制剂相关。
- 饮食调理：维他命C和E、乙型胡萝卜素、锌。
- 中药预防：谷精草、石决明、杭菊、密蒙花、女贞子、枸杞子等有清肝明目的作用。
- 针刺疗法：初发期、膨胀期针刺有效，可延缓白内障进入成熟期。  
初发期：眉上3针  
膨胀期：眉上3针加太阳  
成熟期或过熟期：大椎八卦针(北京协和医院)

### 7. 青光眼

青光眼是眼内压力异常升高，而引起视力下降，视神经乳头萎缩及视野缺损等症状的统称。急性青光眼常见，慢性青光眼亦有遗传因素。任何年龄段的人都可以患上青光眼。40岁以上、家族史、长期服用类固醇激素、患有近视、高血压、糖尿病，是属于患上青光眼的高风险群。若有以下症状，应尽快做进一步检查：视力模糊、眼睛发红疼痛、伴有头痛、视力模糊、头疼或眼疼、恶心或呕吐、灯光周围出现彩虹晕及突然失去视力。

- 诱发青光眼的因素：精神刺激、眼睛疲劳、领带过紧、天寒地冻时。
- 青光眼的防治：每年定期量眼压；规律性的适量运动。
- 青光眼的分型：急性开角型青光眼、急性闭角型青光眼、慢性闭角型青光眼。
- 中药预防：芦根、夏枯草、桔梗、车前子、充蔚子、香附等以利水通络。  
针刺疗法：太阳、风池、行间etc
- 青光眼是一种不能完全被根治的眼疾，对视力的损害是不可逆的，但可以通过针刺疗法来降低眼压，以长期保健终身康复。

### 8. 飞蚊症

飞蚊症指眼外观端好，自觉眼前似有蚊蝇或云雾样黑影飞舞飘移，甚至视物昏朦的眼病。如果患者两眼都有飞蚊现象，若经过一段时间，这些现象并没有加重或产生变化，飞蚊位置也固定的话，多为良性。飞蚊现象若突然发生，而且限于一眼。蚊子飞舞的方向又不定，黑影遮住视野，视力变差、视野缺损，这都是必须注意的恶兆。

- 症状：患者眼前会出现黑点，并且会随着眼球的转动而飞来飞去，好像飞蚊一般，其形状有圆形、椭圆形、点状、线状等。
- 原因：高度近视眼患者、动过白内障手术者、视网膜血管病变、玻璃体的退变。
- 不可对异常视力变化掉以轻心：一旦有飞蚊症，应尽快做一次完整的散瞳视网膜检查，之后每年要定期检查一次。
- 多摄取保护眼睛的维他命及营养，定

期检测视力，一旦发现异常现象，  
尽速就医。

- 针灸治疗：正光明、目明等。

### 9. 夜盲症

夜盲症是以夜盲和视野日渐缩窄为主症的眼病。乃遗传相关性、进行性、慢性之眼病，早期有夜盲，眼外观无异常，即在白天可以看见东西，一到夜晚看东西便不清楚。晚期形成管状视野只看见前中央部分的东西(仅见眼前事物)，看不见周边的东西，因而行动极为困难，最终可失明。

- 补充含叶黄素的蔬菜：黄瓜、豌豆、芦笋、生菜、芹菜、菠菜、卷心菜，可提高患者的视力。
- 中医辨证论治：肾阳不足：右归丸±/肝肾阴虚：明目地黄丸±/脾气虚弱：补中益气汤±。
- 针灸疗法：目眦、视区
- 巩固疗效：目眦透目明、正光明

### 10. 老年性黄斑部病变

老年性黄斑部退化，又称为年龄相关性黄斑变性(AMD)。它是一种会使中心视力快速减退的一种疾病。在中医学里属“视瞻昏渺”、“暴盲”范畴；该病名始见于《证治准绳》：“若人年五十以外而昏者，虽治不复光明，其时犹月之过望，天真日衰，自然目渐光谢。”黄斑变性的病理机制，主要为黄斑区结构的衰老性改变。表现为视网膜色素上皮细胞对视细胞外界盘膜吞噬消化功能下降，使未被消化的盘膜残余小体滞留于基底细胞原浆中，并向细胞外排出，形成玻璃膜疣，因此继发病理改变

后，导致黄斑变性发生，总之主要与黄斑区长期慢性光损伤，脉络膜血管硬化，视网膜色素上皮细胞老化有关。

《证治准绳·杂病·七窍门》提到本病的病因“有神劳、有血少、有元气弱、有元精亏而昏渺者”。因年老体弱，脏气虚衰或先天禀赋不足，脾肾两虚以及肝郁火旺，痰湿化热为发病的主要因素。

中医在治疗黄斑变性有四种症型：痰湿蕴结型、瘀血阻络型、肝肾阴虚型、气血亏虚型。不同的病型，用不同的药方治疗。中药有抗衰老及改善循环的作用，活血化瘀，渗湿利水，消除眼底渗出与水肿的作用尤为特长。总的治疗目的是控制延缓病情发展，消散眼底瘀滞，改善或提高视力。针灸治疗有效：常用穴位有正光明、太阳、攒竹、丝竹空、通血灵、目眦、视区、人迎、大椎、风府、百会等穴位分组交替应用，每3天针1次，10次为1个疗程。

兹附：邢台眼科医院《眼科良方》以滋补肝肾、益精明目治疗本病，中药如下：熟地15g、山萸肉10g、河淮山10g、泽泻10g、茯苓10g、丹皮10g、丹参12g、枸杞子12g、赤芍10g、杭菊花10g

### (三) 结语

中医文献记录显示，使用针灸与中药治眼病其实是相当普遍的，人体上有115个穴位可治疗各种眼病；有316种中药，505种中药药方可治疗各种眼病。保健好自己的眼睛，才能使下半辈子一路光明……。

# 针刺治疗 青光眼

## 研究进展

中国河北·霍双 董尚朴



**青** 光眼(Glaucoma)是一种具有病理性高眼压或正常眼压合并视神经乳头、视网膜神经纤维层损害及青光眼性视野改变的可以致盲的眼病<sup>[1]</sup>, 是全球排名第二的致盲眼疾。世界卫生组织(WHO)公布, 全球因青光眼引起双眼失明者占全球盲人总数的50%。其中我国青光眼发病率在一般人群中是0.68%, 随着年龄的增长发病率越高, 65岁以后可达4%至7%。中医针刺在治疗青光眼方面已取得良好的效果, 本文将近年来针刺治疗青光眼病变的研究综述如下。

### 1. 病因病机

祖国医学对绿风内障的病因病机早有论述, 唐代王焘在《外台秘要》中对其病理提出了独到见解, 认为“此疾之源, 皆从内肝管缺, 眼孔不通所致。”《秘传眼科龙木论》叙述本病时提到“皆因五脏虚劳所作, 致令然也。”金元四大家之一的李杲对患者的瞳孔散大论述颇详: “瞳子散大者, 少阴心之脉挟目系, 厥阴肝之脉连目系, 心主火, 肝主目, 此木火之势盛也。”说明瞳孔散大属肝火过盛, 与情绪波动有关。元代倪维德则认为是“气为怒伤, 散而不聚之病。”明代王肯堂的《证治准绳》认为绿风内障之发起多与愤怒过甚、心

思忧郁及肝肾血衰、竭劳有关。清代黄庭镜的《目经大成》中述“此症乃火、风、痰疾烈攻击, 头目痛急, 金井先散, 然后神水随某脏而现某色。”清代吴谦等编著的《医宗金鉴》中有歌谓“……瞳黄风发脾经, 钱绿如白肺经发, 黑色黑风肾经名, 乌带浑红心经病, 青是青风属肝经。外因头风痛目, 脑脂热注忽失明内因精伤不上注, 左右相传渐渐盲。或兼外因皆赤痛, 内因不足补其精。”现将当代中医眼科医家对青光眼的病因病机认识介绍如下。

**庞赞襄<sup>[2]</sup>**认为: 由于精神过度受刺激, 精神紧张, 或思虑过度, 肝胆之火上扰, 或外感风热, 诱动内风等导致气血不和, 脉络受阻, 终至房水瘀滞, 水道不利, 脉络失畅, 玄府郁闭, 眼压增高, 瞳孔散大而成本病。

**陈达夫<sup>[3]</sup>**认为: 本病多由忧思忿怒, 情志内伤, 肝胆风火上扰; 或劳神过度, 真阴暗耗, 虚阳浮越, 脏腑失调, 气血失和, 造成深水瘀滞, 玄府闭塞所发。

**姚和清<sup>[4]</sup>**认为: 本病在临床上主要以风、火、寒、湿四者较为常见。在于风, 由于肝阳亢盛, 邪气郁结, 血虚内燥, 或者阴虚火旺; 在于火, 由于阴虚阳亢或阴虚火旺; 在于寒, 由于卫气不足, 气虚火衰, 阴寒弥漫, 干于清

道；在于湿，则责之脾虚土衰，水湿停留，凝聚为痰，随气之升降而阻于脉道；亦由于痰生热，热生风，所以出现风象。

张皆春<sup>[1]</sup>认为：本病多由于七情太伤，木旺克土，湿热上攻，蒸逼神水、神膏而成；或劳神过度，真阴暗耗，阴虚阳亢，脏腑失调，气血失和，终至神水滞塞，瞳神散大，形成本病。

《中医眼科学》<sup>[6]</sup>认为：青风内障病因病机的认识主要有以下几个方面：①肝郁气滞化火；②脾湿生痰，痰郁化火，痰火升扰；③阴虚风动；④肝肾两亏。同时也指出绿风内障的病因病机可分为：①肝胆火炽；②肝郁气滞，气火上逆；③脾湿生痰，痰郁化热生风，痰火动风，上阻清窍；④阴虚阳亢，风阳上扰；⑤肝胃虚寒，饮邪上犯。以上因素皆可导致气血失和，脉络不利，神水瘀滞，酿成青光眼。由此可见青光眼的病机变化主要涉及肝、脾、肾三脏，早期以实证多见，与肝有关；晚期以虚证为主，与肝肾相关。主要是由于风、火、痰、郁及肝之阴阳失调等导致气血失和，气机阻滞，目中玄府闭塞，神水滞积而致。

### 2. 针刺治疗现状

针刺疗法是用针刺、艾灸，通过刺激人体穴位达到治疗疾病的一种方法。针刺治疗眼病早在《内经》中就有记载，《灵枢·邪气脏腑病形》篇中有“十二经脉，三百六十五络，其气血皆上行于目而为睛”，《素问·五脏生成篇》曰“诸脉者皆属于目”，都阐明了眼与经络关系密切，与十二经脉及奇经八脉均有直接或间接联系。因此，针刺某一特定穴位，可以通过经络的联系治疗某一特定眼病。针刺治疗眼病，主要是通过其发挥经穴的功能和作用。通过对经穴的刺激，一方面直接调节、改善经穴的功能状态，发挥经穴的自身作用，包括平衡阴阳、疏通经络、扶正祛邪等从而达到治疗眼病之目的，另一方面间接地、反射地调节脏腑来发挥脏腑的功能作用。

### 3. 临床治疗

#### 3.1 辨证施治

周仲瑜<sup>[7]</sup>等选用睛明、目窗、风池、光明、行间为主穴，再根据不同的分型辨证选穴治疗。肝胆实热者配大敦、侠溪；肝肾阴虚者加肝俞、肾俞、太溪、三阴交；肝气郁结者配肝俞、期门、合谷、太冲；心脾两虚者配心俞、脾俞、神门。经过治疗，患者的临床症状和眼压都有不同程度的改善，有效率为87.8%，疗效显著，临床表明针刺治疗慢性单纯性青光眼的作用是肯定的。

陈陆泉<sup>[8]</sup>以行气活血清热法治疗新生血管性青光眼1例，此病例辨证属气滞血瘀，郁火上炎。处方：先耳尖穴放血，后针刺风池(右侧)、百会、四神聪、睛明、阳白(透鱼腰)、太阳、四白、合谷、三阴交、太冲，留针30min以后目痛、头痛减轻。继而背部心、肝、胆俞拔罐，并于耳穴神门、肝胆、肝阳、心、肾上腺、枕及皮质下穴埋豆。每日针刺1次，针刺取穴同前。经过15次针刺以后，眼压降为13mmHg。2个月后眼压基本控制在10mmHg左右，随访1年未见复发。

高莉<sup>[9]</sup>介绍刘世琼教授运用针刺治疗青光眼性夜盲病例时，将此病例归属为慢性单纯性青光眼合并夜盲，属于肝肾阴亏型，取穴：睛明(双)、太阳(双)、头临泣(双)、四白(双)、外关、合谷、太冲、太溪。太冲、太溪用补法，其余平补平泻，留针30min，隔日1针。四肢穴左右交叉，轮换取穴。3个疗程之后，患者头痛、目干涩好转，晚上视力逐渐恢复，行动亦渐趋自如。眼底检查：视神经乳头为淡红色，凹陷改善。1年以后随访，病未再发。

#### 3.2 量化针刺

张海翔等<sup>[10]</sup>通过探讨量化针刺手法对急性闭角型青光眼的眼房水动力学的影响，分析量化针刺与房水动态变化的关系及演变规律。研究对198例(204只眼)患者采用随机数字表法进行随机化分组，分为观察组111只眼、对照

组93只眼。观察组采用针刺量学手法,对照组采用传统针刺方法,观察针刺前及针刺后3、6、12个月的眼房水流量(F值)、眼房水流畅系数(C值)及压畅比的动态变化。并对家兔眼房水进行针刺后的实验室生物分析,进行统计学处理。通过对3个时段的观察之进行统计学分析,结果显示:在每个时段观察组效果都明显优于对照组( $P<0.05$ ),从组间不同时段于治疗前相比,3个时段均显示出显著性差异( $P<0.05$ )。从动物实验中发现房水中离子浓度和渗透压均有明显改变。说明量化针刺手法较传统针刺手法对眼房水动力学影响显著,有效地维持了眼房水的动态平衡,是临床防治青光眼有效的方法之一。

### 3.3 毫针穿刺放液

郑晓丽<sup>[11]</sup>对27例27只眼急性闭角型青光眼急性发作患者(术前眼压均在60mmHg以上,1kPa=7.5mmHg)在应用常规降眼压药物治疗未能有效降低眼压之后,采用毫针进行前房穿刺,放出房水。结果显示所有患者经毫针放液后高眼压及眼痛迅速缓解,视力有不同程度的提高,其中有5只眼达0.1以上,15只眼为0.02~0.08,7只眼为眼前指数。术后眼压平均为23mmHg。5例患者发生视盘周围视网膜小片状出血,可能与眼压快速下降有关。1例穿刺后约5~8h眼压再次升高,遂再次放液。说明毫针穿刺放液较传统的注射针头穿刺放液损伤小、反应轻,是治疗急性闭角型青光眼发作期的辅助措施,可以缩短降低眼压的时间,以期减轻患者的痛苦,减轻因高眼压造成的视功能损害,避免了长时间大量应用常规降眼压药物可能引起的副作用,为青光眼的进一步治疗创造了有利的条件。

### 3.4 穴位按摩治疗

杨爱玲<sup>[12]</sup>对34例青光眼小梁切除术后早期滤过不良、滤过泡形成不良、高眼压的病例,采用眼球按摩配合眼周五穴按揉的方法治疗,

经术前、术后不同时期眼压、视力、前房与滤过泡形成情况对比,结果34例患者均见滤过泡形成良好。指出青光眼患者每日坚持按揉眼周五穴(睛明、攒竹、瞳子髎、四白、太阳),可以起到疏通眼部经络,宣泄眼部邪气,调节眼部气血的作用。临床观察刺激局部穴位可以使微循环的调节发生改变,表现在毛细血管通透性增加,紧张度降低,血流量增加。通过刺激穴位也可减少视网膜的自由基损伤和溶解性改变,并有促进视神经递质增加、增强视觉信息传递、保护视功能作用。

### 3.5 穴位注射治疗

李冬梅<sup>[13]</sup>选取睛明、太阳、合谷、球后、风池、太冲穴,用1%普鲁卡因注射液4ml+维生素B12500 $\mu$ g/ml $\times$ 2支,对两组穴交替进行,每穴注射混合注射液2ml,观察注射普鲁卡因和维生素B12之混合液能改善房水循环,促使眼压降低。

周峻<sup>[14]</sup>对22例青光眼患者轮流选择太阳、球后、承泣、风池、合谷、肝俞、肾俞、脾俞、足三里、三阴交、光明穴位,每日选3个穴位双侧注射(球后穴5日选1次),单眼者根据辨证情况另取1穴;采用川芎嗪注射液穴位注射,共治疗2个月,结果好转率83.3%。

### 3.6 针药合治

刘薇莉<sup>[15]</sup>对246例行青光眼手术治疗后眼压不能有效控制者,采用局部降眼压药物加中药和针刺治疗。结果术后仍需降眼压辅助治疗198例231只眼采用局部降眼压药物加中药治疗,有效率93.93%;术后眼压未能有效控制48例57只眼,采用局部降眼压药加针刺治疗,有效率70.83%。说明青光眼目前以手术治疗为主,对手术效果欠佳的部分病例采用局部降眼压药物加中药和针刺治疗,疗效可靠,副作用比较少。

### 4. 动物实验研究

张慧<sup>[6]</sup>将50只大耳白兔随机分为正常组10只和实验组40只,实验组通过前房注射复方卡波姆溶液造成实验性青光眼模型,高眼压持续28天后,过滤过性手术使眼压恢复正常,根据1个月平均眼压分层随机分为模型、针刺、电针、神经营养剂4组,分别给予相应处理1个月后,测定兔视网膜一氧化氮(NO)、谷氨酸(Glu)含量。结果显示实验结束时各组动物视网膜NO、Glu含量出现显著差异,针刺组视网膜NO、Glu含量明显低于模型组( $P<0.05$ ,  $P<0.01$ )。电针组、神经营养剂组NO含量较模型组为低,但差异无统计学意义( $P>0.05$ )。电针组Glu含量明显低于模型组( $P<0.05$ )。说明针刺能明显降低高眼压状态后兔视网膜NO、Glu含量,可能是针刺视神经保护作用的机制之一。

Henry H. L.<sup>[7]</sup>等人对15只小鼠进行右眼激光建模,分为非电针治疗组、2Hz电针治疗组和100Hz电针治疗组。电针组的小鼠双眼接受电针治疗每周3次,共4周,并在4周以后应用多点视网膜电图对视网膜功能进行测试。结果显示非电针组和100Hz电针组的青光眼波形均变形,而2Hz电针组的波形仍保持原样。通过实验得出结论,对实验性青光眼小鼠应用2Hz电针治疗,可以通过维持视网膜功能发挥神经保护的作用,低频电针可以作为青光眼的治疗方法之一。

### 5. 小结与展望

青光眼致盲的主要原因是病理性高眼压引起的视神经萎缩、视功能渐进性损害,因此降低眼压,减轻对视神经损害,保护视功能是青光眼治疗的最终目的。针刺在降低高眼压、保护视神经方面确实有肯定的效果。祖国医学认为眼与脏腑关系密切,其中与肝的关系尤为突出。青光眼患者大多出现有眼痛、头胀,主要是由于眼部气血壅滞,因而针对青光眼“肝经

阴阳失调,气郁化火,气血失和,经脉不利,目中玄府闭塞,气滞血瘀,神水瘀积”的病机理论,针刺治疗以清泄肝火、平肝熄风、理气通络、活血利水为主。

目前,在临床上针刺及中药治疗青光眼的独立研究已经日渐丰富,而两种方法的联合应用或与其它治疗途径的结合为数不多,故应加强多种治疗手段的沟通合作,为青光眼患者缓解症状,保护视功能提供多重的保障。如何应用针刺治疗尽快的降低眼压,提高视力,扩大视野,恢复视功能,是我们应该进一步深入研究和探讨的主要问题和努力的方向。

### 参考文献

- [1] 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996.
- [2] 庞赞襄. 中医眼科临床实践[M]. 2版. 石家庄: 河北人民出版社, 1979: 1.
- [3] 罗国芬, 陈达夫. 中医眼科临床经验[M]. 1版. 成都: 四川科学技术出版社, 1985: 3.
- [4] 姚和清. 眼科证治经验[M]. 1版. 上海: 上海科学技术出版社, 1979: 11.
- [5] 周奉建整理. 张皆春眼科证治[M]. 1版. 济南: 山东科学技术出版社, 1983: 2.
- [6] 曾庆华. 中医眼科学[M]. 1版. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 1.
- [7] 周仲瑜, 何伟. 针刺治疗原发性慢性单纯性青光眼41例[J]. 中医药学刊, 2004, 22(7): 1350.
- [8] 陈陆泉. 针刺治疗新生血管性青光眼1例[J]. 北京中医, 2006, 25(8): 470.
- [9] 高莉. 刘世琼教授针刺治疗眼科疑难病验案五则[J]. 甘肃中医学院学报, 2008, 25(5): 1-3.
- [10] 张海翔, 杜元灏, 杨光, 等. 量化针刺法对青光眼房水动力学影响的研究[J]. 天津中医药, 2006, 23(4): 274.
- [11] 郑晓丽, 郑秀丽. 毫针前房穿刺处理急性闭角型青光眼急性发作[J]. 眼科新进展, 2007, 27(1): 60-61.
- [12] 杨爱玲, 于铭, 车秀平, 等. 眼球按摩配合眼周五穴按揉解除青光眼小梁切除术后早期滤过不良的研究[J]. 中国全科医学, 2007, 11: 904-906.
- [13] 李冬梅. 穴位注射治疗原发性青光眼38例[J]. 中国老年保健医学, 2005, 3(2): 31.
- [14] 周峻, 钱爱华. 川芎嗪穴位注射对青光眼术后视功能保护的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2007, 29(7): 33-34.
- [15] 刘薇莉, 孟雕, 范红艳. 246例青光眼手术后中西医结合治疗体会. 陕西中医学院学报, 2006, 29(4): 38-39.
- [16] 张慧, 孙河. 针刺对慢性高血压兔视网膜NO和Glu含量的影响. 针刺临床杂志, 2006, 2(10): 47-49.
- [17] Henry H. L. Chan, Mason C. P. Leung, Kwok-Fai So. The Journal of Alternative and Complementary Medicine[J]. April 1, 2005, 11(2): 315-322.



# 中医治疗CSR的优势

Central Serous  
Chorioretinopathy

新加坡·林秋霞

在眼科临床上，近期冒出了一些新病名，其中一个叫做CSR的病名，是西医列为“迄今发病原因未明”，也基本上不采取任何治疗的一种新进眼科疾病。

说到CSR，由于病名发音同美国病理谋杀侦探连续剧CSI相似，所以乍听病名的时候，有些西医眼科医生还会开玩笑说，应该是CSI吧，同样来去无踪，不知缘由，千头万绪好像也说不太清楚。

到底什么是CSR呢，CSR是 Central Serous Chorioretinopathy 的简称，中文病名是中心性浆液性脉络膜视网膜病变，简称为中浆。病人患病后通常申述视力下降，视物模糊，视物变形，变小。相当于中医的视直为曲，视瞻有色。有的还伴有中心或旁中心相对或绝对暗点等。

病人的主诉同临床检测的结果很容易让医者误认此病为黄斑病变。但眼底镜及视网膜照相的检测将会很清楚地让医者区分这两种疾病的区别。

黄斑病变主要是黄斑区视网膜色素上皮细胞层RPE的病变，也既是说视网膜的细胞发生了变化。但是CSR的发病位置虽然也是影响视力的中央黄斑区，却并不牵扯到任何细胞层的细胞变化。它主要是负责供应给视网膜细胞层营养及代谢水液的脉络膜细胞层发生了变化，造成水液储存在脉络膜及视网膜之间，造成视网膜上皮形成了一个中心型的鼓胀形状，形成视网膜上皮细胞层浆液性脱离。在眼底镜或视网膜照相机的观察下，可见黄斑区有一圆形反光轮，中心呈暗红，光反射消失。荧光血管造

影(FA, Fluorescent Angiography)在静脉期于黄斑部有一个或数个荧光素渗漏点，逐渐呈喷射状或墨迹样，扩大为强烈的荧光素斑块。这也是诊断CSR的一个最重要依据。

虽然诊断不难，但基本上这种疾病在西医上却无治疗之方，因为此病来了又去，去了又来，病发之后多数可以自限性地痊愈，视力虽然下降，但很少降低至6/36(0.6)之下，病人虽然视线模糊，但生活可以正常自理。而根据发病者的统计资料显示，发病者多为男性，年龄为年轻人多25-45岁，多为白领阶级，高压工作者或长期应用电脑工作者，最有趣的一点是，研究显示百份之九十为A型血型者。

很多研究结果报告说A型血型人工作非常认真投入，事无巨细都要参与，对细节的认真近于挑剔及龟毛的阶段，很多事情都放不下，放不开，这也解释了为什么CSR在都市社会里，发病得如此频繁的原因。而西医对治疗这种眼科疾病的态度便是“以不治为治”为主。劝导病人放松心情，不要紧张，注意饮食运动，去巴厘岛或普吉岛放个长假，十之八九回来眼睛就应该没事了。

这么样的思路就很符合了中医内经说的，“邪之所凑，其气必虚”。当人体脏腑功能低下或亢进，正气相对虚弱，或人体阴阳失调的情况下，病邪就很容易乘虚侵入人体，导致人体脏腑组织经络官窍等功能紊乱，进而发生各种疾病。

从“中浆”的诱因上看，常在劳累，熬夜，过量饮酒，精神压力过大，或情绪激动之后发生，这些不良因素长期作用于人体，

消耗正气，御邪之力减退，风邪等乘虚而入，内外合邪，肺脾肾功能受阻，水湿内停，上泛于目，眼底水肿，渗出，神经上皮层浆液性脱离形成。在整个发病过程中和肺的宣发肃降，通调水道功能；脾主运化水湿功能以及肾主水等功能有关。因此“中浆”的病机应以内虚为本，邪犯为标。

中国眼科国医唐由之老师在训练其眼科医生曾经建议此病应采用局部辨证为主，兼顾全身的方法来进行治疗，并取得突破成效。

若患者全身症状不明显，则以局部辨证为主。如：眼底以黄斑部神经上皮层或色素上皮层浆液性脱离、水肿为主要表现者，应考虑为水湿储留，多从脾肺论治，采用宣肺化饮、健脾利水的方法治疗；眼底水肿基本消失，以渗出为主者，则在健脾利水的基础上增加活血药及化痰散结药，以促进渗出吸收；对于病情迁延眼底症状不明显，但视物变形，变色症状犹存的患者，则考虑病久必虚。根据肝开窍于目，瞳神属肾水的五轮理论等，重在补肝肾明目。若患者全身症状明显，或有明显诱因者，则在局部辨证的基础上兼顾全身。如：患者失眠较重有纳差者，考虑为心脾两虚，选用归脾汤加减；由于工作压力过大，劳累后引起者，有神疲乏力等症状者，则要考虑气血不足，重用黄芪等补气药。

唐老师认为用药如用兵，正所谓是“兵无长势，水无常形”，关键在于一个“活”字，应根据疾病的不同诱因，所处的不同阶段，参照全身和眼部情况，辨证治疗。

根据CSR所处的不同阶段，以及眼部及全身表现唐老师将该病分为脾虚水泛，风邪侵袭；脾虚水泛，气血瘀滞；肝肾亏虚，气血不足三个基本证型。

对于初发患者，眼底常以黄斑部盘状水肿脱离为主要表现，根据《内经》中“诸湿肿满，皆属于脾”（《素问·至真要大论》），“风者百病之长”（《素问·风论》），“伤于风者上先受之”《素问·太阴阳明论》的论

断，辨证为脾虚水泛，风邪侵袭。采用健脾利水，疏风清热的治疗方法，健脾胃固护正气，疏风清热利水，祛内外之邪。选用生黄芪、炒白术、猪茯苓、泽泻、车前子、栀子、连翘、荆芥、防风、葶苈子等治疗。

当眼底水肿基本消失，残留少量渗出时则减少疏风清热药物的用量，过渡到活血化瘀阶段，选用在健脾利湿，化瘀软坚的方法，在健脾利湿药的基础上选用蒲黄、姜黄、丹参、赤芍等。

病至晚期，眼底渗出水肿已消，但患者眼前暗影仍在，视物变形尚存，则辨证为肝肾亏虚，气血不足，治疗上以补肝肾明目为主，适当选用活血利水，重用菟丝子、枸杞子、楮实子、金樱子等以巩固疗效，促进视功能的恢复。

对于反复发作或陈旧性“中浆”患者，根据虚实辨证理论“新病多实，久病多虚”特点，多从虚论治选用六味地黄丸加减治疗。中医的精髓是辨证论治，若患者全身症状明显，则要是辨病辨证相结合，结合诱因观察主要矛盾和次要矛盾，灵活运用，不可拘泥于一证、一方。

对于“中浆”而言，由于其发病有一定的自限性，3-6个月内不用任何治疗大部分可自愈。恢复后大多数患者中心视力可恢复正常。但是多次复发，病程长的病例可能有轻-中度视力减退甚至视物变形不消退，视功能有可能不能完全恢复正常。因此唐老师认为预防是关键，要以固护正气为要，养成良好的生活习惯；正确的对待工作中的压力和挫折，学会放松自己的心情，避免情绪的过分波动；保证充足的睡眠。一旦发生该病要积极治疗，以缩短病程，防止复发。

在临床上看到多例的CSR患者，我们多遵循唐老师的思路来治疗，在短期内都可以让患者恢复视力。但是由于此病容易复发，因此患者的长期保健工作是重要关键，医者同患者的交流沟通至为重要，以免旧病复发。

# 中医对干眼症的认识

新加坡·刘立

干眼症是指泪液的质和量异常或动力学异常，导致泪膜稳定性下降，并伴有眼部不适，引起眼表病变为特征的多种疾病的总称。西医学认为：干眼是由于泪液的质或量的异常引起泪膜不稳定和眼表面损害，从而导致眼部不适症状的一类疾病。它是最近几年引起人们重视的一种疾病。

干眼症最常见的症状：眼疲劳、异物感、眼干涩、有的还有烧灼感、眼胀痛、眼红、畏光等。症状时轻时重，早期症状为异物感，病情发展则有灼热感。眼部干燥感是最明显的症状。

## 一. 中医文献记载

中医文献中大多数将其归属于“神水将枯”的范畴，也有将其归为“白涩症”、“干涩昏花”、“神气枯瘁”、“燥症”等范畴。明代王肯堂《证治准绳·神水将枯》就有对干眼的症状描述：“视珠外神水干涩而不澄润，最不好识，虽形于言，不能妙其状，……虽有淫泪盈珠，亦不润泽，视病气色干涩，如蜒蚰垂涎之光。”《证治准绳·干涩昏花》：“目自觉干涩不爽利，而视物昏花也，……目上必有如

细细赤脉，及不润泽等病在焉，合眼养光，良久则得泪，略润开则明爽。”《审视瑶函·白涩症》：“不肿不赤，爽快不得，沙涩昏朦，名曰白涩。”

## 二. 中医的病因病机

中医学认为眼的正常功能的发挥，赖于五脏六腑之精气的濡养。“泪为肝之液”，泪液主要由肝中津液升运于上化生，在肝气的约束下，渗润于目；肾主津液，润目珠，参与泪液的化生，成为目外润泽之水，使眼珠润滑舒适。目失濡养，又因津血同源，热灼津亏，而致瘀血内生，加重病情。本病的发生与肺、肝、肾等脏精血津液不足有关。本病以阴虚为本，病变脏腑累及肺、肝、肾、脾胃等。

## 三. 中医的治疗

### 1. 分型论治：

张彩霞<sup>[1]</sup>报道了郝小波教授将干眼症分为肺阴不足、阴虚夹湿和肝肾阴虚3型，分别予百合固金汤、三仁汤合二妙散、六味地黄丸或

杞菊地黄丸合二至丸加减而获效。华平东<sup>[2]</sup>将干眼症分为肺阴不足型和肝肾阴虚型,前者养阴清燥汤为主加黄精、天花粉、鬼针草,后者以四物五子丸为主加黄芪、麦门冬、鬼针草,均随证加减,总有效率分别为70%和68.27%。李社莉等<sup>[3]</sup>将眼干燥综合征分为阴血不足、脾胃虚弱、湿热壅滞、气滞血瘀4型,分别以滋阴养血、补脾益胃、清利湿热、活血化瘀行气之法治疗,结果总有效率80.00%。

### 2. 专方论治:

刘莹等<sup>[4]</sup>将60例患者分为治疗组和对照组各30例,分别用四物汤合驻景丸加减方和羟丙基甲基纤维素滴眼液治疗,总有效率分别为96.7%和70%。李点<sup>[5]</sup>将70例患者分为治疗组和对照组,分别用自制滋阴润目方和润舒眼液,总有效率分别为77.0%和58.6%。

### 3. 针灸治疗:

杨威等<sup>[6]</sup>以养血润目法治疗干眼症51例,总有效率88.5%,针刺取穴:百会、睛明、攒竹、太阳、四白、风池、合谷、足三里、三阴交、太溪、太冲等。高卫萍等<sup>[7]</sup>将57例患者分为两组,针刺组31例采用针刺治疗,对照组26例用泪然眼液治疗,前者有效率为72.58%,后者有效率为59.62%。

### 4. 外治法:

(1)熏眼:郭继援<sup>[8]</sup>观察干眼症患者60例用中药内服联合熏蒸外治,将菊花、枸杞子、麦门冬、玄参、生地黄等适量开水冲泡,热度适宜以能耐受为准,熏蒸双眼和泪腺部位,2次/天,20-30分钟/次,14天为1个疗程,同时服用滋阴生津润目汤药,主要组成有人参、麦门冬、天门冬、五味子、天花粉、薄荷、

黄芪、生地黄、玄参等,1剂/天,共14剂,治疗2个疗程,治疗后有76%的患者眼干涩感得到改善。

(2)眼药:珍珠明目滴眼液、熊胆滴眼液、鱼腥草滴眼液、黄连西瓜霜滴眼液、紫草滴眼液等,4-6次/日点眼睛。

## 总结

中医通过辨证施治、中药雾化、针刺、按摩等治疗调理全身机能,增加泪液分泌,改善干眼症的证状取得了一定的疗效,但是仍存在着一些问题。以后我们应发挥中医整体的调节优势,结合现代医学理论,联合多种方法综合治疗干眼症,为干眼症治疗拓展更广阔的空间。

另外,干眼症不是看一次医生就能治愈的,而且治疗期间病情可能会反复,是需要长期治疗的。

## 参考文献:

- [1] 张彩霞.郝小波教授辨证治疗干眼症经验介绍[J].新中医, 2005, 37(4):23-24.
- [2] 华平东.白涩症的辨证论治[J].中国中医眼科杂志, 2004, 14(3):166-167.
- [3] 李社莉,周秦.辨证治疗眼干燥综合征31例[J].陕西中医, 2004, 25(12):1105.
- [4] 刘莹,顿瑞萍.补益肝肾法治疗干眼症30例疗效观察[J].甘肃中医学院学报, 2006, 23(5):38-39.
- [5] 李点.滋阴润燥法治疗干眼症临床观察[J].中国中医药信息杂志, 2007, 14(3):48.
- [6] 杨威,张燕超,刘冬全,等.养血润目法治疗干眼症的临床观察[J].中国针灸, 2006, 26(8):571.
- [7] 高卫萍,王健,张燕.针刺治疗缺血性干眼症31例疗效观察[J].新中医, 2007;39(6):41-42.
- [8] 郭继援.中药内服及熏蒸治疗干眼症60例[J].甘肃中医, 2009;22(2):44.



# 中风

## 从脑络脉病论治

新加坡·翁亚庆

**络**脉病学是探讨络病发生与发展的规律，及辨证治疗的理论。络脉病是广泛存在于多种内伤疑难杂病和外感重症中的病机状态，是疾病发展过程中不同致病因素，伤及络脉，导致络脉功能障碍及结构损伤的自身病变。

络脉是从经脉支横别出，逐层细分，纵横交错，遍布全身，广泛分布于脏腑组织间的网络系统，是维持生命活动和保持人体内环境稳定的网络结构。

运行于经络中的气血在络脉中，实现其温煦濡养。供血供气，津血互换，营养代谢的生理功能。而循行于脏腑的络脉除了能维持脏腑本身生理功能，也有实现与其他脏腑和外界的联系。

### 1. 络脉气血运行特点：

- (1) **气血行缓**，在经脉主干快速运行的气血，贯注到络脉后，随着络脉分支越趋末端，气流流速愈缓，这也决定了病久入深，易入难出，易滞易瘀的病机特点。
- (2) **面性弥散**，气血在络脉的循行是以网络状态，遍布全身，呈面性，弥散性，发挥温煦和濡养全身的作用。此外，络脉其最末端孙络之间，更有缠绊，将从不同络脉逐层细分的网络组

织广泛联系在一起，使人体五脏六腑，四肢百骸形成协调一致的整体。

- (3) **络有分阴阳**，循行于皮肤和体表黏膜的络脉为阳络，十二经之气血通过阳络，温煦，濡养，护卫皮肤体表。循行于体内，布散于脏腑区域的络脉为阴络；各脏腑有所属的络脉。十二经的气血，通过阴络的络属系统来濡养五脏六腑。调整脏腑阴阳的平衡。

### 2. 络病病机特点：

络脉是气血运行的通道，也是病邪侵入的通路。由于络脉具有支横别出。逐级细分，络体细窄，网状分布等特性，所以络脉致病，有其特点是为：易滞易瘀，易入难出，易积成形。

- (1) **易滞易瘀**：络脉结构细小，末端直接与脏腑组织相连，络中气血运行渐趋缓慢。因此邪客络脉，易致络脉瘀滞状态。“久病入络”，“久痛入络”之说，正是反映了络病易滞易瘀的发病特点。
- (2) **易入难出**：病邪由经入络，偏聚某一脏腑之络，络气郁滞即该脏腑之气郁滞，久则气滞血凝痰结，络脉瘀阻甚则瘀塞不通。这是络病病邪易入难出，胶痼难愈的特点。

- (3) **易积成形**：络脉为气血津液渗灌的场所，久病络气郁滞，气化失常，影响气血津液正常运作，津凝为痰，血滞为瘀，痰瘀混处络中，导致络脉瘀阻，或结聚成形而为癥积。

### 3. 络病用药特点：

络脉是气血运行的通路，络病治疗的根本目的在于保持络脉通畅，故“络以通为用”。是络病治疗原则。前人总结归纳出具有直接通络治疗效果的药物，主要有：

- (1) **辛味通络**：辛味药辛香走窜，不但可以走窜通络，还可引其他药物达于络中。常用药物有降香，檀香，薤白，乳香，冰片等。
- (2) **虫药通络**：虫类通络药性走窜，剔邪搜络。用于久痛络脉瘀阻之络病，以化痰通络为主。常用药有，水蛭，土鳖虫，虻虫，鼠妇等。另一类为搜风通络药；常用药物有全蝎，蜈蚣，地龙，蝉蜕，露蜂房，乌梢蛇，白花蛇等。
- (3) **藤药通络**：藤类药物常用于风湿痹证，邪入络脉，所致的疼痛，关节不利，常用有雷公藤，络石藤，忍冬藤，鸡血藤等。四。络虚通补；络病日久，营卫失常，气血阴阳不足。常与益气补血，养阴填精，营养络脉之品，以补药之体作通药之用。

### 4. 中风的脑络病论治：

- (1) **脉络——血管系统病**：〈内经〉把输布血液的脉与络脉系统，看作一个独立的脏器。“奇恒之府”。在生理功能上能保持血液量与质的相对恒定，而功能特点则为运行血液至周身。供应各个脏腑组织所须的气血。而中风是为偏枯或半身不遂”脉络——血管系统”络病中脑络的病变之一。历代

医家大多认为中风为中经络，病在肢体。直至清末名医张伯龙提及中风病是，肝风内动，血乘其而上升。冲击脑筋。且认为脑筋朽坏，而成偏枯之症。提出了中风病位在脑之络脉。

- (2) **中风络病的辨证论治**：中风(缺血性脑血管病)。发病的原因，首先是脑络虚滞，并进而引起脑络瘀阻与脑动脉硬化，脑络绌急与脑血管痉挛的病理变化。

一、 **脑络络气虚滞**：表现的证候有，头晕耳鸣，神疲困顿，气短懒言等症，是脑络髓海失养，而见头晕耳鸣，神疲困顿，气短懒言等症。

治法：益气健脑；方用益气聪明汤加减。人参，黄芪，升麻，葛根，桔梗益气升提。蔓荆子清利头目。黄柏，白芍平肝滋肾。

二、 **脑络瘀阻**：主要证状有头痛，眩晕，记忆力减退，语言减少，反应迟钝，情感淡漠，行动迟缓，四肢麻木。或伴不同程度痴呆。是元气亏虚，血运无力，脑络血脉涩滞，加上痰脂内聚，阻滞络道，痰瘀互结。阻滞脑络。使脑神失用，而出现上症。

治法：肾虚络阻者，补肾通络；方用补肾健脑通络汤。用药有桑寄生，杜仲，菟丝子，肉苁蓉，怀牛膝，赤芍，制首乌。葛根，天麻，全蝎，水蛭，地龙。气虚络阻者，益气通络。方用益气健脑通络汤。药用人参，黄芪，当归，升麻，柴胡，川芎，鸡血藤，葛根，山楂，陈皮，水蛭。

## 中风 络脉 治疗

痰浊阻络者祛痰通络，方用涤痰汤。药用半夏，胆南星，橘红，枳实，茯苓，人参，菖蒲，竹茹，甘草。

三、**脑络绌急**：主要表现发作性的眩晕。偏身麻木，视物昏花，一过性半身不遂，言语謇涩：是脑络绌急，气血一过性闭塞不通，脑之气络失于濡养而出现之症状。

治法：搜风通络；方用搜风通络汤。用药有川芎，赤、白芍，甘草，全蝎，蜈蚣，葛根，天麻，钩藤。

四、**脑络瘀塞**：主要症状有半身不遂，口眼歪斜，语言謇涩，肢软无力，面色萎黄或黯淡无华。是脑之脉络堵塞不通，脑络失于气血濡养，出现脑神受损的症状。

治法：益气通络，搜风解痉；方用补阳还五汤加味。用药有黄芪，赤芍，当归，桃仁，红花，地龙，水蛭，全蝎。

### 5. 小结：

通过络病学说的学习。了解“脉络——血管系统病”的概念。中医经络系统的脉属于奇恒之府的统一的脏器，所以“脉络——血管系统病”必然具有共性的发病规律与病理机制。因其所处部位不同而分别表现为心，脑，周围血管等不同疾病，中医均称之为络病。本文论述的中风偏枯即是脑部的络病。和其他络病一样，有共同的发病机制。先是络气郁滞(或虚滞)。引起络脉功能失常。然后产生络脉瘀阻，络脉绌急，络脉瘀塞的共性病理改变。

治疗络脉病，除了要对络病常见的疼痛，痹证，麻木，瘫痪，癥积，等临床表现，的辨络论治，也要结合脏腑辨证，气血津液辨证，才能有效的运用于病证的治疗。





# 五十肩的一针疗法

新加坡·冯启发

**五**十肩又称为肩凝症、漏肩风，现代医学称肩周炎。临床表现是以单侧或双侧肩关节酸重疼痛，或向前臂放射，手臂上举、外展、内收运动受限为主症。特点是昼轻夜重。迁延日久，常寒湿凝滞、筋脉痹阻、筋肉失养而致肌肉萎缩、患肢废用。

为何中医将肩周炎称为“五十肩”？为什么一般上五十肩的发病年龄，通常在五十岁左右？甚少在二三十岁发作呢？

这要从人的衰老期说起。《素问·阴阳应象大论篇》说：“年四十，而阴气自半也。”说明人在四十岁之后，阴气会大量减少。这个阴气指的是“阴精”和“阳气”。男女衰老的过程有所分别，《素问·上古天真论篇》说，女子的衰老过程是：“五七，阳明脉衰……六七，三阳脉衰于上……七七，任脉虚，太冲脉衰少……”男子的衰老过程是“五八，肾气衰……六八，阳气衰竭于上……”。总的来说，根据《素问》的论述，人体在四十八岁

之后，50岁左右，“阴精”和“阳气”都逐渐虚衰，人也开始步入衰老阶段。

在经脉中，三阳经的阳气较多；三阳经中又数阳明经的阳气最多，故阳明经被称为多气多血之经；阳明经中，又以足阳明胃经的阳气最盛。《素问·生气通天论篇》说：“阳气者，精则养神，柔则养筋。”“阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，宗筋主束骨而利关节也。”肝肾阴虚脉失所养，阳明气虚筋失温煦，都会出现肩部的不荣则痛和活动障碍。这是五十肩发病的内在病机。这多少可以说明“五十肩”的病名的由来。

治疗五十肩，除了一般的辨证组方用穴，亦有不少医家用单穴进行治疗，并取得显著的疗效。有关单穴包括：阳陵泉、条口、肩髃、中渚、肾关、中平、重仙、重子、鱼肩、三间、后溪、束骨、液门、合谷、支正、伏兔、天鼎、康肩等。

兹将部分穴位介绍如下：

### (一) 阳陵泉

根据报导，阳陵泉常用来治疗五十肩。阳陵泉属足少阳胆经穴，是八脉交会穴的筋会，针之可达疏筋利节、驱风导浊之功，故可以统治筋病。五十肩其病就在筋，用阳陵泉来治疗五十肩并不难理解。《灵枢·终始第九》说：“手屈而不伸者，其病在筋；伸而不屈者，其病在骨。”临床上，笔者也常用此穴治五十肩，疗效不错，许多患者针后疼痛显著减退，活动也较灵活舒适。

针刺阳陵泉需配合运动肩臂，故宜取坐位进针。若患者易晕针或惧针刺，采用卧位或侧卧位进针亦无不可，只是运动时会有限制，但针灸后还是蛮舒服的。

针时取患侧阳陵泉，可直针穴位1.5~2.5寸，得气后持续提插捻转强刺激1分钟，但以病人能忍受为度。随后留针20~30分钟，留针期间，嘱患者以适当的速度配合做肩臂运动。例如，前屈高举、外展上举、内收搭肩、耸肩垂肩等。

临床上，如果患者无法明确指出肩关节疼痛的部位，针灸时笔者一般都只取阳陵泉。且多取患侧，有时为加强疗效，两侧都取。若疼痛有明确部位，侧按“经脉所过，主治所及”，循经取穴治疗。

### (二) 条口

关于条口穴治疗五十肩的报导，为数不少，且多认为它的止痛效果好，对肩功能的恢复，一般都能取得满意疗效。为什么条口穴能治疗肩周炎？研究显示，条口穴局部集中大量的深层压力感受体，并与胫骨前肌运动点有联系，针刺时活动肩部加以配合，就可使气血流通，减轻疼痛，所以条口穴适用于治疗五十肩。

五十肩的病因病机，除了一般认为是肩部受风寒侵袭、寒凝血瘀，属于实证之外，其实它还包含本虚标实的一面，有肝肾阴虚和阳明脉虚的一面。手阳明大肠经和足阳明胃经，是

多气多血之脉，是调理因本虚标实、阳气虚引起的五十肩的首选。

条口穴属于足阳明经，足阳明经虽无经过肩部，但手足阳明经属同名经，经气相通，仍可起着治疗的作用。同理，有些医家就证实，除了条口穴外，同是足阳明胃经的解溪和陷谷等穴，都可治疗五十肩。

针刺条口穴时取坐位，快速直针约1.5寸，用提插捻转手法，强刺激，但以患者能忍受为度，针时属病人配合活动肩部。亦有用3~4寸毫针，针时直透承山穴皮下，手法与上同，逆时针强力捻转，同时嘱患者活动肩部，每5分钟捻转1次，留针10-20分钟。

### (三) 肩髃

肩髃穴是治疗肩臂顽麻之要穴，它位于三角肌上部的中点，肩峰与肱骨大结节之间，肩平举时，肩前呈现凹陷处。肩髃穴治疗五十肩的记载，古已有之：

- ① 《玉龙歌》：“肩端红肿痛难当，寒湿相争气血旺。若向肩髃明补泻，管君多炙自安康。”
- ② 晚清吴亦鼎《神灸经论》：“凡人肩臂冷痛者，每遇风寒，肩上多冷，或日须热于抚摩，夜须多被抑盖，庶可支持。以此阳气不足，气血衰弱亦然，若不予为之治，恐中风不遂等症，由此而成也。须灸肩髃二穴方免此患。”

针法：

- ① 透针：坐位，臂外展至水平位与肩同高，可垂直深刺3~4寸，在腋窝能触及针尖为宜。先用捻转提插泻法行针，继用捻转补法。留针15~20分钟。
- ② 针刺疗法：坐位，毫针垂直快速刺入穴位约一寸，中强刺激，得气后留针30分钟。
- ③ 刺络拔罐：坐位，消毒后以出血针快

## 五十肩 针灸治疗

速点刺穴位数次，然后用闪火法拔罐放血2~5 cc。二三日一次，5次为一个疗程。

### (四) 重子穴

重子穴位于手掌内侧：虎口下约一寸，即大指掌骨与食指掌骨之间。

根据《董氏奇穴针灸学》，重子穴主治背痛、肺炎、感冒、咳嗽、气喘。笔者用于治疗五十肩疼痛部位偏于肩背部，效果不错。进针时手心向上，在大指掌骨与食指掌骨之间，虎口下约一寸处取穴。强刺激。留针期间嘱患者配合做肩部运动。

### (五) 重仙穴

重仙穴位于手掌内侧：在大指掌骨与食指掌骨夹缝间，离虎口二寸。

根据《董氏奇穴针灸学》，重仙穴主治背痛、落枕、书痉、肺炎、退烧、心跳、膝盖痛。治疗五十肩效果与重子穴相同。笔者用于治疗五十肩，疗效明显。其中有一病例，针一次后2个月才复诊，复诊时说在此期间肩痛并没有发作，其疗效实令笔者感到意外。

针重仙穴时手心向上，在大指掌骨与食指掌骨之间，虎口下约二寸处取穴。针深1寸，强刺激。留针期间嘱患者配合做肩部运动。

据《董氏奇穴针灸学》：“重子、重仙两穴同时下针，为治背痛之特效针。治疗肩痛亦极有效，治疗颈痛亦有效。”两穴并用，效果更为速捷。

### (六) 肾关穴

根据《董氏奇穴针灸学》，肾关穴主治胃酸过多、倒食症、眼球歪斜、散光、贫血、癫痫、神经病、眉棱骨痛、鼻骨痛。肾关穴为补肾要穴，对肾亏引起的坐骨神经痛、背痛、头痛、腰酸有显效。另外可治疗两手发麻或疼痛、肩臂痛及肩臂不举(五十肩)，尤为特效。笔者曾用于治疗五十肩，疗效明显。

肾关穴位于阴陵泉穴直下一寸五分处，胫骨之内侧。进针一寸至二寸，进针后嘱患者做肩部运动。

### (七) 陵下穴

陵下穴是经外奇穴，位于阳陵泉直下2寸凹陷处之压痛点处，在足少阳胆经循行线上，少阳经之经络上行经过肩部，“经脉所过，主治所及”，针刺该穴能通经活络、舒筋利骨、祛风散寒，故能治疗本病。

针刺时取患侧，进针1.5~2.5寸。进针后要寻找最佳得气点，促使针感走窜致患侧肩部与上肢末端，然后用震颤法或努法运针5~10分钟。同时嘱患者配合做舒松患肩的肩部运动。

### (八) 肩痛穴

肩痛穴亦称中平穴，是平衡针法的穴位之一，也是颇为常用以治疗五十肩的穴位，疗效也相当显著。肩痛穴是经外奇穴，根据《中国平衡针灸》，此穴位于足三里下2寸，距胫骨外1.5寸处。另一说法，指此穴位于小腿腓侧，足三里穴下1寸。按经络分布应属足阳明胃经。阳明经多气多血，因此，针刺肩痛穴，可以通调阳明经经气，疏通经络，使元气充沛，经气流畅，气血调和，则风寒湿邪无所依附，肩痛得解。

针刺时，一般取坐位，体弱和畏针者可用卧位。多取对侧穴位，双肩痛侧取双侧。针刺时注重针感的传导，治疗肩痛，针尖可略偏向上，运针强刺激，但以患者能承受为度。

### (九) 中渚

据报导，中渚是常用以治疗五十肩，取得疗效的穴位。中渚是手少阳三焦的输穴。“输主体重节痛”。中渚穴五行中属木，木气通肝，肝主筋，故针刺能舒筋止痛。

针刺中渚时，取坐位，针患侧，针尖向肩部方向快速刺入0.5~0.8寸，得气后持续运

针，强刺激。体弱者针感宜先弱后强，疗效才较佳。留针10~15分钟。期间嘱患者配合做肩部运动。

### (十) 鱼肩穴

鱼肩穴是山东高树中教授发现并命名的新穴位。笔者第一次试用此穴位，针刺一位患五十肩约二周的病人时，也是将信将疑，不知其疗效如何。那晓得一针下此穴，患者竟大喊一声，说针下酸痛有触电感。嘱其活动患肩时，肩部疼痛已显著缓解，活动也较前灵活。复诊再针同穴2次，患肩已恢复如常。此后，笔者曾多次运用本穴治疗五十肩，都取得很好的疗效。

《灵枢·经脉第十》说：“肺手太阴之脉……横出腋下……，下循膈内……是主肺所生病者……膈臂内前廉痛厥……”《灵枢·经筋第十三》谓：“手太阴之筋……结肩前髃……其病当所过者支转筋痛……”可见，五十肩疼痛在肩前者，是属于手太阴经经脉和经筋的病变。

鱼肩穴就处在手太阴肺经的循行线上，手太阴肺经循行上肩，经过肩前部，经脉所过，主治所及，因此本穴能疏通经气，治疗患肩前部的疼痛。

鱼肩穴位在第一掌骨桡侧，鱼际向下（拇指方向）约0.5寸赤白肉际处。针刺时一般取坐位，针刺患侧穴位，强刺激但以患者能承受为度，期间嘱患者配合做肩部运动。

### (十一) 三间

《灵枢·经脉第十》说：“大肠手阳明之脉……上肩，出髃骨之前廉……是主津液所生病者……肩前臑痛”。《灵枢·经筋第十三》谓：“手阳明之筋……结于髃；其支者，绕肩胛……直者，从肩髃上颈……其病当所过者支痛或转筋，肩不举”。由此可见，手阳明经可以治疗五十肩，除了因阳明经多气多血，可以调理五十肩阳气虚衰之外，也和经脉循行

部位，有着密切关系。

三间穴位在食指本节（第二掌指关节处）后桡侧凹陷处，为手阳明经输穴，“输主体重节痛”，也是三间穴治疗五十肩的理论依据。由于阳明经经脉循行的关系，临床上，五十肩疼痛部位在肩关节肩髃穴附近和上臂三角肌周围疼痛，针三间穴疗效较佳。取穴时采用坐位，针患侧，强刺激但需视病人的忍受度，针刺得气后，嘱患者带针活动肩部。留针20~30分钟。

### (十二) 后溪

后溪穴是手太阳小肠经的输穴，亦是八脉交会穴之一，具有疏经通络止痛的功效。手太阳小肠经的经脉和经筋循行过肩后部，因此，后溪能治疗肩后疼痛，或牵引至肩胛的疼痛。正如《灵枢·经脉第十》说：“小肠手太阳之脉……出肩解，绕肩胛，交肩上……是动则病……肩似拔，臑似折。是主液所生病者……肩臑肘臂外后廉痛”。《灵枢·经筋第十三》谓：“手太阳之筋……上绕肩胛……其病……绕肩胛引颈而痛。”

针后溪穴时取坐位或侧卧位，轻握拳，在第五指掌关节后外侧，横纹尽头处取穴，进针0.5~1寸。强刺激，但以患者能承受为度。同时，嘱患者配合做肩部运动

### (十三) 束骨

束骨属足太阳膀胱经穴位。足太阳膀胱经“是主筋所生病”（《灵枢·经脉篇》），而五十肩与筋的病变，关系密切。因此，临床上就有医家，用束骨穴治疗五十肩肩后部疼痛牵及腋下拘急疼痛者。笔者亦曾用此穴治疗具有上述症状患者多位，疗效颇佳。

束骨穴位于足跗外侧，第五跖骨小头后方，赤白肉际处。针刺时，坐或卧位皆可，取同侧穴位，可直刺0.3~0.5寸。强刺激，以患者能承受为度，期间嘱患者配合活动肩关节。可留针20~30分钟。

### 小结

以一针疗法治疗五十肩，有其适应性，一般上应注意以下几点情况：

- (1) 初患五十肩，病变部位表浅，肩关节粘连不严重，牵涉的经脉不多，疗效就越好。
- (2) 若疼痛范围很大，例如牵涉到多条经脉，整个肩膀前后俱痛者，可以选择疼痛最甚的经脉先针。但一次不宜超过二穴。
- (3) 准确选穴、强刺激和嘱患者配合做肩部运动，举足轻重。在针灸动气疗法中，患者配合运动十分重要。若患者怕痛，只轻描淡写的转动手臂，活动的幅度小、速度慢，或只转肘关节不转肩关节，就很难有显效。针灸配合活动肩部的目的，在于缓解疼痛和肩关节粘连，在针灸临床上，能突破疼痛这一关，很好的配合运动的患者，疗效也往往最显著。但做肩部活动时不宜太激烈，速度也不宜太快，以免进一步损伤肌腱。
- (4) 若要循经取穴，则需注意穴位所属经脉的循行部位。例如，鱼肩、三间、后溪和束骨穴四穴，对五十肩的治疗范围各有所侧重，按经脉循行路线，鱼肩穴偏于治疗肩前部，三间穴则偏重于肩中部和外侧，后溪穴则偏于后肩和肩胛部。束骨穴主要是针对腋下拘紧疼痛。取穴时，宜区别对待。
- (5) 若针刺主穴不能完全缓解疼痛时，可

针疼痛处天应穴，并以电疗仪和主穴通电。治疗完毕时可先在天应穴起针，再在主穴捻转行针，嘱患者配合运动患肩方起针，以加强疗效。

- (6) 为转移患者对针刺和疼痛的注意力，可以“随咳进针”，即进针时嘱患者配合咳嗽几声。此法出自古代医家窦杰的《针经指南》，作用有二，其一为转移病人对针刺的恐惧和减轻疼痛，其二则是藉咳嗽宣散气血，提高疗效。
- (7) 若患肩局部疼痛较甚，最初几次，针毕可配合拔火罐或刮痧。

### 参考文献：

- [1] 高树中著《一针疗法》，济南出版社，2007年4月修订版。
- [2] 伦新、赖新生主编《疑难杂症针灸验方精选》，广东科技出版社，2000年1月1版。
- [3] 刘炎编著《中华奇穴大成》，上海科学技术出版社，2001年7月第1版。
- [4] 王文远编著《中国平衡针灸》，北京科学技术出版社，1998年2月第1版。
- [5] 陈楷华《肩关节周围炎分类与诊治》，新加坡中医杂志2001年第8卷第1期。
- [6] 杨维杰著《董氏奇穴针灸学》，中国古籍出版社，1995年12月第1版。
- [7] 赵京生主编《针灸学基础》，上海中医药大学出版社。
- [8] 刘昭、朱晨华、著译《独穴针灸疗法》，人民卫生出版社，2005年1月第1版。
- [9] 陈楚云等《单穴在运动系统疾病中的运用》，中医药信息，2005年第22卷第2期。
- [10] 刘炳权、余惠霞编著《痛症针灸治疗》，广东科技出版社，2003年第1版。

# 一针见效

## ——针灸医疗肩痹症临床交流

新加坡·吴荣贵



### 一、定义：

- 1 肩痹症是中医临床常见的肩膀疾病，病人肩膀患侧出现酸麻肿痛，肩关节痛，活动不利的现象，属于“肩周炎”、“肩凝”、“五十肩”、“漏肩风”“冻结肩”。
- 2 临床特点：病人女性多于男性，以40—60岁以上为多，起病时可能有轻度的扭伤和局部受寒，但大多是自发的。常见的症状是肩膀弥散性疼痛，可向颈项和臂部放散，并伴有压痛点，肿胀、动作如：伸手、举高、屈肘、弯背、摸头、梳头发、摸背、搥腰等，活动不利。

### 二、西医学病理：

- 1 这是肩关节周围组织退行性病变，引起冈上肌腱炎、弘骨二头肌肌腱炎、肩峰下滑囊炎、关节囊炎和肌腱损伤等，引起肩关节囊和周围的软组织慢性炎症和粘连，甚至冻结。
- 2 一般病人在西医治疗：1 服用镇痛剂、休息、功能锻炼。2 注射疗法医疗。3 快速推板疗法。4 微波、频波理疗。5 手术疗法。

### 三、中医学病理：

- 1 中医临床认为是外感风寒湿邪或外伤劳损，导致筋脉闭阻，气血运行不畅，或肝肾不足、正气亏虚，而导致肩膀筋脉和肌肉失于气血的滋养，发生姿势改变，功能失常等病变！
- 2 治疗以内服中药、外敷药膏、针灸穴位、局部拔罐、肩膀推拿等。常规针灸以局部和循经取穴为主，还有阿是穴，虽有疗效，但是常常需要一定疗程，经年累月，不少病黎，都要经过不少岁月才能治愈，那些较不幸的，几十年都要别人代劳，梳发更衣！确实是常见疑难，多发病！
- 3 从中医临床医疗，针灸治疗被认为在消肿止痛，功能改进方面是比较有效的途径。针灸取穴有以下常用而有效的方法：
  - A 远端透穴——用3/4.5寸28号毫针，取条口透承山、阳陵泉透阴陵泉，强刺激2/3分。
  - B 局部透穴——用4.5寸28号毫针，取肩髃透极泉、肩髃透臂路、肩贞透臑俞，在得气后，行雀啄法2/3分钟，不留针，期间病人活动肩关节。
  - C 局部围针刺，沿着三角肌呈倒三角形围刺，以1.5寸30号毫针，刺入0.5 / 1

寸，不行针，但留针20分钟。

- D 局部取穴：取肩三针（肩髃、肩前、肩后），三肩穴（肩髃、肩髃、肩贞），肩三阳穴（肩髃—手阳明大肠经，肩髃—手少阳小肠经，臑俞—手太阳膀胱经）。

### 四、针灸健侧单穴治疗患侧医疗临床体会，经验交流

- 1 健侧是指病人没有肩痛、活动比较自然的一侧，或疼痛比较轻的一边。单穴是少针针灸疗法，根据辨证的精神下，选择最合适的一个或较少的穴位在临床施针。
- 2 我曾经跟多位同道，在众弘医药中心举办的临床经验交流会，发表了《针灸刺激健侧单穴治疗中风》，这种针灸疗法应用在中风后遗症具有特异功效，见效迅速，可以大大缩短了患侧肢体功能恢复的过程，减少了病人针刺的痛苦。
- 3 关于针灸健侧单穴治疗患侧医疗临床体会：林秀莲医师提出，在过去常用针刺健侧单穴治疗扭伤病例，如肩关节痛，效果突出。
- 4 孙克龙医师补充：从神经学说看，脑神经走对侧，针刺健侧刺激患者患侧的神经，在脑里起调整的作用，是有根据，确实是可能和有效的治疗途径。
- 5 我最近采用这个针法尝试在治疗肩膀疾病。我在9月23日，应用于众弘爱心（裕廊中）中医诊所，替廖XX经理针灸，他患了数个月的肩痛症，当天我取穴曲池，强刺激，同时叫病人活动患侧，短短的3分钟内，廖XX患侧的肩膀正常举起了，前后伸展和曲背，恢复到正常。两周后，我再遇见廖经理，他对治好肩关节病，再三地道谢！
- 6 我又在9月24日下午，应用于众弘医药中心（友诺士）的女病人，翁X媛（63岁）

多年的肩痹症，同样取健侧的曲池，得气后，再以强刺激，同时叫病人活动患侧，5分钟内现场患侧的肩就正常举起了，前后伸曲到头背，初步证明了这个针灸取穴的治疗方法很有效！！

### 五、针灸健侧单穴治疗患侧医疗临床统计疗效体会，经验交流

从8月20日到10月17日，我根据在众弘爱心（裕廊中）中医诊所、牛车水中医诊所、众弘医药中心（友诺士）三间诊所统计50位肩痹症病人做《针灸健侧单穴治疗肩痹症临床疗效统计》分析，报告如下。

#### A. 实验过程：

- 1 选择穴位：以曲池单穴进行实验，确定它的医疗功效。
- 2 操作手法：以1.5/2寸筒针，在穴位上快速进针，得气后，一边捻转，一边叫病人活动患侧的手臂，走动。
- 3 病人的感觉：病人先感觉肩膀有比较松、舒服的感觉，然后尝试做各种动作。病人很快再在3—5分钟里就发现肩膀的活动正常了！

#### B. 疗效标准：

- 1 治愈：现场病人肩膀的活动跟正常人相同，或像他正常时的状况。
- 2 显效：现场病人肩膀的活动比较治疗前明显的轻松，或接近正常。
- 3 有效：现场病人肩膀的活动比较治疗前舒服，或感觉动作比较轻松。
- 4 无效：现场病人肩膀的活动没有改进，也没有感觉轻松。

#### C. 实验时期：

我从8月20日到10月16日，在三间门诊单位，以针灸治疗超过150人次，把其中有50

## 针灸 肩痹症

位是患肩痹症病人，进行统计分析。

### D. 统计报告:

《针灸健侧曲池穴治疗肩痹症临床疗效统计》

岁数	40/50	50/60	60/70	70/80	80/90	总数	巴仙	统计
男	5	1	4	5	4	19	38%	女多于男
女	2	8	8	9	4	31	62%	
疗效治愈								疗效
	2	2	3	3	2	12	24%	100%
显效	3	4	5	6	4	22	44%	
有效	2	3	4	5	2	16	32%	

从统计分析发现:

- 1 健侧单穴疗法像其他针灸手法一样，都有一定的疗效，
- 2 比较少用针，即节约针器，不须电针，减少电流，具有环保意识。
- 3 更特别的是，它能使病人配合医师，活动手臂，身体走动，唤起病人主动去治疗自己疾病的思想，这是其他针灸疗法所忽略的地方。

### B. 治疗后病人的谈话

- 1 黄宝慧 女 56岁: 太奇妙! 我以为针灸肩膀一定要用很多针。一支针竟然医好我几个月右肩不能举高后转的摸背的毛病!
- 2 吕瑞蓉 女 73岁 我右手十多年不能举高，想不到，今天好了这么快!
- 3 林宝珠 女 54岁 我右肩膀痛苦了半年多，这一针最少好了50%，谢谢医师!
- 4 郑维藩 男 70岁 我的朋友ALBERT介绍我来看你，现在我的右肩膀真的能正常活动了!
- 5 白本 男 68岁 我想不到好几年的左肩膀疼痛，明显好了! 连颈项的酸疼也不见了，太好了!
- 6 卓桂华 女 77岁 我的肩膀酸疼超过十年，不能举高，洗头一向要靠女儿帮忙。

想不到才几分钟后，我竟然能摸到头。她摸了又摸，这一针，好神奇啊! 连医药中心的书记刘小姐看了，都替她高兴呀!

7 陈凤玲 女 75岁 多年患了肩痹症，肩膀不能举高，后屈摸背，双膝关节难屈。

她常常从宏茂桥来牛车水诊所看病。在针灸数分钟后，她开始觉得手、肩膀、比较轻松，跟着比较有力，脚也松了，越来越有力。然后，她的手、肩膀能屈、能伸，渐渐恢复正常。她继续活动手脚、身体，没多久，连膝关节也能屈，能上下蹲! 她刚进来诊所时是弯曲着身姿，在医师的鼓励下，也尝试挺起胸膛，最后真的直立起来，真是奇迹! 她说，来了牛车水诊所很多次看病，这次最好!

## 六、体会和愿景:

我体会到——采用“健侧单穴—曲池针灸医疗法”，在针灸医疗肩膀疾病，肩痹症效果明显。在临床现场的确治好了好些病人，在这里发表交流，希望能抛砖引玉，更多同道们会响应，发表自己的临床心得，或尝试应用在临床上。就以陈元章医师，他在众弘福利协会属下牛车水中医诊所里，目睹了我医疗好多个成功病例后，自己尝试在诊所临床医疗上，也成功治疗好了几个肩膀疾病的病人。我想如果更多同道采用交流，将造福更多病人!

# 功能食品——灵芝(FUNCTIONAL FOOD-LINGZHI) 及灵芝孢子粉



新加坡·梁普照

## 引言

笔者早年曾经研究过十余种食用菇类、真菌类的栽培。利用自然界资源，如稻草(Straw)，木屑(Sawdust)，废棉(Cotton Waste)等纤维物质成功培养出十多种美味可口的食用菌类，如草菇(*Volvariella volvaceae*)，鲍鱼菇(*Pleurotus systidiosus*)，蘑菇(*Agarius bisporus*)，香菇(*Lentinus edodes*)，金针菇，珍珠菇，黑木耳，白木耳及灵芝(赤芝 *Ganoderma lucidum*)等。2001年有幸能参加在纽西兰举行的国际灵芝科学研究研讨会(International Symposium on Ganoderma Science)。出席者多为世界各地的灵芝研究专家，从他们的研究成果和心得让我对灵芝的研究和应用有更深一层的认识。在中药学院课堂上也向鉴定学老师卢颖博士请教了有关灵芝的应用和鉴定，获益良多。以下愿与同学们分享一些我个人对灵芝的一些认知并与大家共勉。

灵芝自古以来就被认为是吉祥、富贵、长寿的象征，有“仙草”、“瑞草”之称，中华传统医学一直将其视为滋补强壮、固本扶正的珍贵中药。《神农本草经》中将灵芝列为上品，认为“久食，轻身不老，延年神仙”。明朝李时珍编著的《本草纲目》中记载：“灵芝味苦、平，无毒，益心气，活血，人心充血，助心充脉，安神，益肺气，补肝气，补中，增智慧，好颜色，利关节，坚筋骨，祛痰，健胃。”

现代研究证明：灵芝子实体提取物含有多种生理活性物质，如灵芝多糖(Polysaccharides)、灵芝醌肽(Polysaccharide peptides)、三萜类(Triterpenoids)、腺苷(Adenosine)、氨基酸(Amino acids，其中含有七种人体必需氨基酸)、蛋白质、甾类、甘露醇、香豆精苷、生物碱、有机酸(主含延胡索酸)，以及微量元素(Trace elements)Ge(有机锗)、Se(硒)、P、Fe、Ca、Mn、Zn等，其功效能够调节、增强人体免疫力，对神经衰

## 灵芝孢子粉 简介

弱、风湿性关节炎、冠心病、高血压、肝炎、糖尿病、肿瘤有良好的协同治疗作用。最新研究表明：灵芝还具有抗疲劳，美容养颜，延缓衰老，防治爱滋病等功效。灵芝作为药物已正式被中国药典收载，同时它又是中国国家批准的新资源食品，无毒副作用，可以药食两用，故亦称功能食品。

根据颜色，灵芝可划分为“六芝”，即青芝、赤芝、黄芝、白芝、黑芝、紫芝。对其功效《神农本草经》记载为：青芝“酸，平，无毒”，可“明目”，“补肝气，安惊魂，仁恕”；赤芝“苦，平，无毒”，主治“胸中结”，“益心气，补中，增智慧，不忘”；黄芝“甘，平，无毒”，主治“心腹五邪”，“益脾气，安神，忠信和乐”；白芝“辛，平，无毒”，主治“咳逆上气”，“益肺气，通利口鼻，强志意，勇捍，安魄”；黑芝“咸，平，无毒”，主治“癰”，“利水道，益肾气，通九窍，聪察”；紫芝“甘，温(平)，无毒”，主治“耳聋”，“利关节，保神，益精气，坚筋骨，好颜色”。《神农本草经》中对灵芝的这些论述，被其后的历代医药学家尊为经典并引证，沿用至今。

以上是根据灵芝子实体的颜色将灵芝分为“六芝”，迄今为止，相对能确定的及研究最多的只有赤芝，也是我们常能见到的灵芝。

赤芝，最为常见的一种灵芝。为多孔菌科真菌赤芝 *Ganoderma lucidum* (Leys. ex Fr.) Karst. 干燥子实体。外形呈伞状，菌盖肾形、半圆形或近圆形，直径10~18cm，厚1~2cm。皮壳坚硬，黄褐色至红褐色，有光泽，具环状棱纹和辐射状皱纹，边缘薄而平截，常稍内卷。菌肉白色至淡棕色。菌柄圆柱形，侧生，少偏生，长7~15cm，直径1~3.5cm，红褐色至紫褐色，光亮。孢子(担孢子)细小，卵圆形，黄褐色。气微香，味苦涩。

赤芝现多为人工培植品。赤芝是一种腐生

性真菌(Fungi)，适宜在死亡的木材上生长。人工培植时一般采用段木栽培、锯木栽培、废棉花栽培、稻草栽培或其它代料栽培，室内室外都能栽培。栽培时间根据自然温度决定，一般4~9月适宜。段木栽培适宜性很广，因为它能生长几年，随时都可栽培。从栽培到子实体长出只需20天左右，40天左右就能完成一个生长周期。

灵芝孢子粉是灵芝的精华部分。野生灵芝在采摘时，一般只能采摘到子实体(Fruiting body)，孢子粉几乎收集不到。有实验证明孢子粉与灵芝子实体配伍合用能极大地提高灵芝的生理活性。但野生灵芝的生长周期长(野生赤芝8~9个月)，成分积累高，野生灵芝的灵芝多糖、灵芝酸、有机锗、硒等有效成分含量都高于人工栽培灵芝。灵芝的质量，栽培与野生孰优，目前还没有一个科学的定论。

### 灵芝孢子粉 (Lingzhi spores powder)

灵芝孢子粉是灵芝发育后期弹射释放出来的“种子”，生物学上称担孢子(Basidium)，集中起来后呈粉末状，通称灵芝孢子粉，它的利用和研究是近几年来新发现的。灵芝孢子粉在自然环境下收集非常困难，大约出产100公斤原木灵芝才能收集1公斤孢子粉，每个孢子直径只有5~8微米，孢子内含有比灵芝更丰富的多肽、腺嘌呤核苷、蛋白质、酶类、硒元素等特殊成分，灵芝孢子粉在增强免疫，抑制肿瘤的药效方面远远超过其母体灵芝。

由于灵芝孢子有双层坚硬的壁壳，所以，一般认为孢子必须破壁后才方便人体吸收利用。

实验证明：破壁后的灵芝孢子粉有效成分更容易提取，且其成分不会有所损失。有学者对灵芝破壁孢子(Lingzhi cracked-wall spore)与不破壁孢子进行了初步的比较研究。显微镜下观察，破壁孢子粉与不破壁孢子粉的形态明

## 灵芝孢子粉 简介

显不同,采取水提、酸提、水煮3种不同的提取方式,破壁孢子粉提取液中还原糖与多醣含量都明显高于不破壁孢子粉,说明经过破壁处理后,灵芝孢子中的化学成分更容易被提取出来。根据研究,破壁的孢子粉(破壁率大于95%)的粗蛋白、总糖及锌、铜、铬、硒等微量元素的含量变化不大;此外,包括牛磺酸在内的多种游离氨基酸含量也没有明显的变化;破壁的孢子粉的粗脂肪及水溶性多糖的含量分别比未破壁的提高了许多。更为重要的是,破壁孢子粉醇提液比不破壁孢子粉具有更强的体外毒杀癌细胞的活性。

目前应用于灵芝孢子破壁的技术有生物酶解法、化学法、物理法等,以及效果较好的不破坏孢子有效成分的超低温物理破壁技术。

值得注意的是孢子粉破壁后相对不容易保存,一般须在无菌、绝氧、干燥条件下保存,否则容易造成有效成分挥发、氧化变质、结块而失效。若有效物质一旦氧化变质,变质孢子粉结块,服用时口感异常,有时可引起腹泻,对人体有害。

孢子粉破壁后成分容易提取吸收,但不易保存;不破壁易保存但有效成分又不容易被吸收,两者的利弊权衡还有待于比较研究。

### 灵芝孢子粉的功效:

#### 一. 防癌、抗癌作用

灵芝孢子粉可有效地预防癌症的发生,同时还能广泛杀灭、抑制癌细胞的生长,消灭小癌灶,其中对消化系统肿瘤(食道癌、胃癌、肝癌、结肠癌、胰腺癌),生殖泌尿系统肿瘤(卵巢癌、前列腺癌、膀胱癌、子宫癌、子宫肌瘤),肺癌、白血病、淋巴瘤、肌肉瘤、鼻咽癌较为明显。癌症病人术后康复使用,还可防止复发、转移、扩散。

#### 二. 提高机体免疫力功能

灵芝孢子粉可调节内分泌及新陈代谢,能

促进机体吸收氨基酸、核苷类等,在体内可加速合成急需的酶、蛋白质及核酸等。

#### 三. 有助心脑血管作用

灵芝孢子粉具有降血压、降血糖、降血脂、降血粘度、抗血栓、增加冠状动脉血流量和心肌营养性流量、增强耐缺氧能力、抗心律失常、促进微循环的作用。

#### 四. 有助于神经系统的作用

灵芝孢子粉具有较为明显的镇痛、镇静、抗惊厥、抗过敏作用。

#### 五. 有促进气管粘膜上皮修复和再生的作用

有明显的镇咳、祛痰、平喘作用,可治愈支气管炎,并多在1~2周内显效。

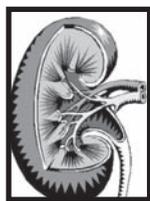
#### 六. 养颜、美容、抗衰老

灵芝孢子粉能增强消除体内自由基的能力,增加脾脏DNA聚合酶a的数量和活性,明显增加机体组织培养细胞的传代次数等。

### 鉴别:

- (1) 灵芝子实体提取物(粉末)与磨粉子实体粉末的鉴别:灵芝子实体提取物可溶于水,无纤维及杂质;而磨粉子实体粉末不溶于水,且有纤维杂质。
- (2) 灵芝破壁孢子粉与未破壁孢子粉的鉴别:可用显微鉴别。在光或电子显微镜下,破壁的孢子粉成团块状、粉状,可见破裂的孢子壁;未破壁孢子粉为完整的卵形孢子。





## 孙伟老师治疗

# 慢性肾小球肾炎之经验

新加坡·唐 跃

**慢**性肾小球肾炎属中医“水肿”，“虚劳”，“腰痛”，“淋证”，“血证”等范畴。导师孙伟教授认为，本病的发生原因主要是内因肾气亏虚，先有肾虚，复因感染等而发为本病。并指出本病的发生发展错综复杂。总属本虚标实，肾虚为本，湿，瘀为标，肾虚是本病发生发展的内在基础，湿瘀既是病理产物，又是致病因素。湿瘀互结是本病进展的中心环节，它在病变的某个阶段或在整个疾病过程中同时并存或相继出现，且相互影响。孙教授认为虚，湿，瘀乃慢性肾小球肾炎病因病机之肯綮，遂创制益肾清利活血之治疗大法。

益肾即补益肾气。慢性肾小球肾炎本虚表现为肺、脾、肝、肾等脏器不同程度的虚损，但主要以脾肾气虚为本。其产生与素体虚弱，劳欲不节，药物损伤，失治误治等多种因素有关。

脾肾气虚是导致水肿、蛋白尿、血尿等证候的根本原因。脾气虚则运化输布水液功能下降，水邪浸溢肌肤；肾气虚则水无所主，膀胱开合失司而水湿泛溢而成水肿。正如巢元方《诸病源候论》曰：“水病者，由脾肾俱虚故也。肾虚不能宣通水气，脾虚不能制水，故水气盈溢，渗液皮肤，流遍四肢，所以通身肿也。”张景岳曰：“凡水肿等病，乃其标在肺，水唯畏土，故其制在脾，……则总由阴脏之害而病本皆归于肾。”肾为先天之本，脾为后天之本，两者相辅相成，共同完成精微物质的生化及封藏。脾虚不能升清，谷气下流，精微下注；肾虚则封藏失司，肾气失固，精微下泄则形成蛋白尿。脾虚则统血无权，肾虚则下元不固，以致血溢脉外而成血尿。正如章虚谷《医门棒喝》曰：“脾胃之能生化者，实由肾

中元阳之鼓舞，而元阳以固密为贵，其所以能固密者，又赖脾胃生化阴精以涵育耳。”

《医宗金鉴》云：“虚者，阴阳气血营卫精神骨髓津液不足是也。”从肾虚的本质来说，乃是精气之不足。肾虚形成的原因，可归纳为两个方面：

### 1. 先天因素

首先是禀赋薄弱。由于父母体弱多病，精血亏虚；或年过四十精气力量大减之时生育；或生育过多，精血过度耗损；或妊娠期中失于调养，胎气不足，都可导致肾的精气亏虚。

### 2. 后天因素

**2.1 肾精自衰。**人体肾精自衰，是生长壮老已的自然规律，但自衰的早迟、程度快慢，又取决于素体的强弱和平时调摄是否得当。

**2.2 房劳伤肾。**是引起肾虚的常见原因。房室太过则耗损肾精，伐伤肾气。肾藏精，精化气，气生神。肾精劫夺，精伤导致气与神俱损，无疑精气虚成为肾虚的病理学基础。

**2.3 邪毒犯肾。**邪毒者，指湿热疫毒、瘀血湿浊之类。邪毒壅积于肾，治不及时，或治未得法，久则必损伤肾体，耗损肾气，肾精失藏而致肾虚。

**2.4 他病及肾。**《难经》曰：“七传者，传其所胜也，间脏者，传其子也。”明确提到“脾病传肾”、“肺病传肾”的问题。

**2.5 情绪影响。**异常的情志变化造成肾虚也是不容忽视。《医学真传》曰：“……恐通肾，……七情内伤则有所亏损。”说明恐能伤肾，而且指出恐伤肾的病理是耗气损精。

孙教授指出<sup>[4]</sup>，补肾不宜用温热燥烈之品，宜用甘平缓和之剂，并重健脾益气，补后天以养先天。因为慢性肾小球肾炎患者在肾气不足的同时也兼有水湿，血瘀，如果用温燥中药太过，则会损伤阴液，而且水湿，瘀血容易滞留体内，使病情加重。中医理论认为，慢性肾小球肾炎的形成具有正虚邪实两个方面，正虚是脏腑亏损，以脾肾亏损为主。著名中医肾病专家邹云翔教授<sup>[5]</sup>确立了肾气不足乃发病之因的论点。邹燕勤教授<sup>[6]</sup>认为“肾气不足”不仅包括肾的气化功能，也包括了人体的正气，体质和免疫功能等内在因素的紊乱。孙教授临床上注重脾肾同补，药用党参，黄芪，白术。党参甘平略温，健脾补气，用于脾气虚弱之证。脾虚则易生湿。如有口干，舌质红等偏阴虚表现，则改用太子参，其甘苦微温，在补气的同时，又有生津的作用。黄芪味甘，性微温，归脾肺经。具有益气固表，利水消肿的功效。李杲云：“黄芪既补三焦，实卫气，与桂同功，特比桂甘平不辛热为异耳”。《本草正》曰：“黄芪生者微凉”。《别录》：“黄芪，益气利阴气”。又：“补丈夫虚损，五劳羸瘦，止渴，腹痛，泻痢，益气……”。白术苦甘温，生白术除湿，利水，炒白术补气生津。《本草逢原》载：“白术，生用除湿益燥，消痰利水……制熟则和中补气，止渴生津”。因此孙教授临床对于气虚兼湿重者多用生白术，气虚湿不重者，则多用炒白术。总体上以参，术，芪配合共奏益气补脾肾之功。如兼有腰膝酸软，易感疲倦，神疲乏力，则加用桑寄生，怀牛膝，杜仲等补肾强腰之药；如有畏寒肢冷，则用菟丝子，淫羊藿以温肾助阳。淫羊藿，味辛甘性温，归肝肾经。具有补肾壮

阳，祛风除湿之功效。《本草备要》：“淫羊藿，补命门，益精气，坚筋骨，利小便”。

清利即清热利湿。清利水湿、湿热、湿浊。湿热一词，含义有三：一是指病邪；二是指病名；三是指证型。因此湿热既是病因，也是证型，又是疾病的名称。

慢性肾小球肾炎患者临床上表现有水肿，面目虚浮胀满，双下肢酸胀重着，溲中多沫，此都体现了体内多湿。湿邪致病缠绵难愈，重着阻遏阳气。在慢性肾小球肾炎的整个病程中，都与湿邪密切相关。湿既是病理产物，又是致病因素。湿分为外湿和内湿。外湿多由于久居潮湿之地，或冒雨涉水，水湿之气内侵；内湿主要是脾肾两虚，脾失健运，湿从内生，或肾不主水，水湿泛滥。

#### 湿热形成的原因，有三方面：

1. 水湿是慢性肾小球肾炎主要的病理表现。水湿属阴，最能伤人阳气。叶天士《温热论》云：“湿甚则阳微。”阴湿过甚，影响脏腑功能，使脏腑阳气虚弱，难以温化水湿，水湿蕴蓄不化，日久化热，热与湿合而成湿热。
2. 在慢性肾小球肾炎发生发展过程中，外来湿热毒邪侵犯人，内有脾虚不运，水湿停留的基础，内外相合为害而成湿热。
3. 药源性的损害是湿热形成的另一重要原因。由于长期大量应用类固醇药物而继发医源性皮质酮过多症或继发感染，又用药后耗津损液，而形成湿热。

孙教授<sup>[7]</sup>强调在补益的同时，应兼以化湿，渗湿，祛湿，利湿，胜湿等法。

#### 清利之法包括了五个方面：

1. **利水渗湿：**慢性肾小球肾炎患者，脾虚失于运化，湿由内生。宜治以甘淡渗湿

之法，常用茯苓，猪苓，泽泻，薏苡仁，车前子，石韦等。茯苓，味甘淡性平，归心，肺，脾，肾经。功效利水渗湿，健脾化痰。茯苓淡而能渗，甘而能补，能泻能补，两得其宜之药也。药性平和，无伤正气之弊，以其既能扶正，又能祛邪，故脾虚湿盛，正虚邪盛之症尤为适宜。

《本草纲目》：“茯苓气味淡而渗，其性上行，生津液，开腠理，滋水源而下降，利小便，故张洁古谓其属阳，浮而升，言其性也；东垣谓其为阳中之阴，降而下，言其功也。”石韦味苦甘，性微寒。归肺，膀胱经。功效清热利水通淋。《本草从新》：“石韦，苦甘微寒，通膀胱而利水道。”

- 2. 祛风胜湿：**因外感风寒湿，风湿热等导致慢性肾小球肾炎发作或加重者，喜于健脾渗湿剂中加用祛风胜湿药，如羌活，荆芥，防风，秦艽等。
- 3. 温阳化湿：**在慢性肾小球肾炎患者中，常有浮肿难消，舌苔腻滞不化的现象，虽屡用健脾渗湿剂而无效。孙教授认为此似有湿热内生之象，实为阳不化阴之因。因此在补肾清利的同时，加入少量温阳之品，如桂枝，淡干姜等以达温化湿邪之功。
- 4. 清热祛湿：**慢性肾小球肾炎患者表现有浮肿，肢体困重，舌苔腻滞之机体之湿。同时又存在炎症因子，细胞因子浸润，辨证为湿热之邪。孙教授经辨证与辨病相结合，宏观与微观辨证相结合，常用凤尾草，荔枝草等。如病理提示炎细胞浸润明显者又加入青风藤以增强清热祛湿之功。
- 5. 芳香化湿：**对于脘腹胀满，不思饮食，恶心呕吐，肢体沉重等湿浊内蕴之症候。常用苍术。正如《临证指南医案》

所载：“若脾阳不足，湿滞中焦者，犹低洼湿处，必得烈日晒之，或以刚燥之土培之，或开沟渠以泄之耳。”孙教授临床喜用制苍术，减少其辛燥之性。

活血法即活血化瘀通络。慢性肾小球肾炎患者存在病程长，病情易反复，迁延难愈，进行性加重的特点。久病必虚，久病入络。

慢性肾小球肾炎临床表现水肿，腰痛，血尿，蛋白尿，肾功能减退等。腰痛，血尿是瘀阻肾络之明症。腰为肾之府，瘀阻肾络，血行不畅，不通则痛。肾主水，司二阴，瘀阻肾络，血失常道，离经之血成瘀，而见血尿。水肿是慢性肾小球肾炎的主要症状，因“水能病血”，“血能病水”。水肿日久必然影响三焦的气化功能，导致气滞血瘀。瘀血既是慢性肾小球肾炎病程中逐渐形成的病理产物，同时又是一个致病因素，长期作用于机体，使病机复杂化，迁延难愈。因此，孙教授治疗慢性肾小球肾炎在益肾清利的同时，并用活血化瘀药物。

现代医学认为免疫反应是引起慢性肾小球肾炎的关键。由免疫反应介导的凝血启动是病变持续发展和肾功能进行性减退的重要因素。慢性肾小球肾炎存在外周血流减慢，血液粘度增加，血小板凝集等高凝状态。肾脏病理可出现肾小球系膜细胞系膜基质增生，血小板凝集，血栓形成，纤维素沉积，肾小球硬化。这些病理改变与中医学“瘀血”甚为吻合，为本病存在瘀血阻络提供了强有力的客观依据。

现代药理学显示<sup>①</sup>：活血化瘀药能改善微循环，降低血粘度，解聚积聚的血小板，激活纤溶系统，调节免疫功能，促进受损坏的肾小球细胞和基膜的修复，有效地阻断慢性肾小球肾炎的发病机制。

慢性肾小球肾炎中瘀血的形成是由许多因素导致的，反过来瘀血阻络又是其重要的致病因素。并且贯穿疾病发生与发展过程的始终，是慢性肾小球肾炎反复，迁延不愈及逐渐加重

的主要因素之一。

### 瘀血形成的原因：

#### 1. 本虚致瘀

慢性肾小球肾炎病程绵长，久病多虚，久病入络，瘀血的产生是必然的。

**1.1 气血不足致瘀。**脾为气血生化之源，后天之本。肾为先天之本，肺主一身之气。三脏亏虚，功能失调，终致气血不足。气为血之帅，气行则血行，气虚使血运无力，阻滞而成瘀。正如周学海说：“气虚不足以推血，则血必有瘀”《诸病源候论》说：“水病无不由脾肾所为。脾肾虚则水妄行，盈溢肌肤而全周身肿满。”脾肾两虚日久，脾肾及肝，肝主疏泄，调畅气机，肝失疏泄，气滞血脉瘀阻。气虚则推动血行无力，可致瘀血内停。王清任谓：“气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”张景岳在《景岳全书》中说：“凡人之气血犹如源泉也，盛则流畅，少则壅滞，故气血不虚不滞，虚则无有不滞者。”

**1.2 阴阳亏虚致瘀。**《内经》云：“气血者，喜温而恶寒，寒则气不能流，温则消而去之。”慢性肾小球肾炎病程绵长，缠绵难愈，久病阴阳俱虚。阳虚则阴寒内生，血液遇寒则凝滞成瘀。阴虚则阴津不足，无以载血，血脉不充，血行不畅而致瘀。阴虚则火旺，血液受灼变粘稠，血行不利而成瘀。《景岳全书》中说：“若阳气虚则气不能行，阴虚则血不能行。”故阴阳虚损皆可致瘀。

#### 2. 邪实致瘀

慢性肾小球肾炎在发病过程中常兼夹水湿热邪

毒，外邪侵袭或内生之邪均可致血行不利，日久终致血瘀。

**2.1 水与血。**《血证论》云：“血与水本不相离”。“瘀血者，未尝不病水；病水者，未尝不病血”；《金匱要略》云：“血不利则为水”；《素问·调经论》亦云：“孙络水溢则经有留血”。

**2.2 湿热与血。**王清任说：“血受热则煎熬成块”。朱丹溪亦说：“血受湿热，久必瘀浊”。又：“湿热熏蒸而为瘀”。湿邪入里，蕴结化热，湿热相搏，壅塞气机，气机不畅，血行受阻，产生瘀血。湿热日久，脉络不利，积而为瘀。

**2.3 毒浊与血。**水湿热留滞机体，使脾胃升降失司，清浊难分，肾不主水，膀胱气化失司，日久郁结成毒，毒浊交阻，积于肾络。络脉受阻，而成瘀，毒瘀互结是慢性肾小球肾炎病情迁延不愈，持续进展的重要因素。临床上可见氮质潴留。

孙教授临床上常用活血药：当归，川芎，广郁金等。当归，味辛甘性温，归心，肝，脾经。具有补血，活血，调经止痛，润肠之功效。为治血之要药。《本草正》：“当归，味甘而重，故专能补血，其气轻而辛，故又能行血，补中有动，行中有补，诚血中之气药，亦血中之圣药也。”川芎，味辛性温，归肝胆心包经。具有活血行气，祛风止痛之功效。上行头巅，下达血海，外御皮毛，旁通四肢。前人称之为血中气药，实具通达气血的功效。《本草纲目》：“川芎，血中气药，肝苦急以辛补之，辛以散之，故气郁者宜之。”

如兼有水肿甚者，加益母草活血利水；瘀血甚者，加用莪术；兼有邪毒者，见恶心呕吐，口有尿臭味，皮肤瘙痒等，加清热解毒

药：白花蛇舌草，石韦，冬葵子，猫爪草；冬葵子，味甘性寒，归大肠，小肠经。功效清热利水通淋。《神农本草经》：“主五脏六腑寒热羸瘦，五癰，利小便。”如临床出现肾功能不全，氮质血症，则属毒瘀互结于内，孙教授喜加用六月雪，土茯苓，并同时加用大黄，泄毒邪，破积滞，行瘀血，导邪外出，与六月雪，土茯苓共达活血泄浊排毒之效。六月雪，又名满天星。味苦辛性凉。有利尿泄浊，消除蛋白尿的作用。土茯苓，甘，淡，凉，归肝，胃经。《本草正义》：“土茯苓，利湿去热，能入络，搜剔湿热之蕴毒。”大黄，味苦性寒，归脾，胃，大肠，肝，心经。具有泻下攻积，清热泻火解毒，活血化瘀之功效。《神农本草经》：“大黄，下瘀血，血闭，寒热，破癥瘕积聚，留饮宿食，荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏”。《汤液本草》：“大黄，推陈致新，去陈垢而安五脏，谓如戡定祸乱以致太平无异，所以有将军之名”。

### 孙师用药经验

#### 近似药物选用

**别直参、红参：**同属五加科人参根，性平，味甘，微苦，同具大补元气、补脾益肺、回阳固脱功能。《本经》言其能“补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，明目，开心益智”；《本草经疏》云：“人参能回阳气于垂绝，却虚邪于俄顷。”别直参作用强，多用于肾衰危重抢救之际，红参略逊于别直参，慢性肾炎、肾衰以肾元亏虚者用之。现代研究认为二者均能保护心肌，增强心肌收缩功能，升压，抗休克，增强造血功能，调节免疫功能。

**潞党参、太子参：**均有补益脾胃气阴作用。潞党参性平，味甘，微苦，偏温补，侧重于培补脾肾之气，并兼有养血作用，用于

慢性肾炎肺脾肾三脏气虚、血虚者。《本草从新》云党参“主补中益气，和脾胃，除烦渴”，现代研究认为：党参能增加红血球及血色素，促进小肠局部血液循环，增加营养物质的吸收，并能增强机体抗寒能力及抗衰老作用。太子参性平，味甘，微苦，有补气生津、健脾养胃作用，用于肾炎具有气阴两虚症状或兼有心气亏虚者。《饮片新参》称其能“补脾肺元气，止汗生津，定虚惊”。现代研究认为太子参具强壮、生津、升白、促淋巴细胞增殖作用。白炒参、生晒参 为人参不同的加工，采集后直接洗净晒干或烘干者称“生晒参”，经沸水浸烫后，浸入糖汁中，取出晒干者，称“白炒参”，又名“糖参”。二者均有补气生津、养阴清热功能，用于慢性肾炎、肾衰早期肺脾肾三脏气阴两虚较重者，其力弱于西洋参，强于太子参。

**南沙参、北沙参：**两药均有养阴清肺益胃生津功能。南沙参尚有止咳祛痰作用，用于急、慢性肾炎、肾衰合并上呼吸道感染余邪未清除、肺气已虚、咳嗽痰黄者。北沙参养阴生津功能强于南沙参，故肺肾阴虚、咽干口燥者尤佳，临床常用于代西洋参。《本草从新》认为二者“专补肺阴，清肺火”，《本草汇言》则更认为南、北沙参能治“一切阴虚火炎”。现代研究认为南、北沙参具有提高免疫功能，前者还有强心、祛痰之功，后者还具解热镇痛之效。

**生黄芪、炙黄芪：**生黄芪达表固表，炙黄芪甘温补气、用于表虚自汗。《本草求真》云：“黄耆，入肺补气，入表实卫，为补气诸药之最，是以有耆之称。”水肿用生黄芪或黄芪皮，配防风、白术固卫实表，常为预防感冒的主要方剂；配防己、茯苓、泽泻益气利水，是治疗水肿的常用方。炙黄芪补气升阳是脾胃肾之要药。故肾病兼有脾胃气虚或以蛋白尿为主者均以此为君药，常与潞党参同用，治

疗各类肾病具有气虚者。现代研究认为黄芪能增强机体免疫功能,延缓细胞衰老,具保肾利尿之功,并有类激素样作用,对肾炎蛋白尿有较好的治疗作用。黄芪注射液静脉注射能使大鼠微小病变肾病模型的血清白蛋白明显升高,对家兔系膜增殖性肾炎可明显减少肾小球系膜区IgG和C3的沉积,黄芪还能显著减少尿中蛋白的量,减轻肾脏病变程度。黄芪治疗肾病综合征的机制为促进患体的蛋白质合成,提高血清白蛋白浓度,从而改善其临床表现。

**苍术、白术:** 两药性能相同,均具有祛湿健脾作用。苍术辛苦温燥,既能内化湿浊,又能外祛风湿,为治湿要药。《珍珠囊》云:“能健胃安脾,诸湿肿非此不能除。”白术甘苦,性温,重在益气健脾、补益脾胃,并有化湿利水作用。张元素对白术有较高评价:“白术除湿益燥,和中补气,…凡中焦不受湿,不能下利,必须白术以逐水益脾,非白术不能祛湿也。”用于肾炎水肿以生苍术为宜,苔厚腻脾运不健者宜选制苍术,苔薄腻则用炒白术。现代研究认为苍术虽无明显利尿作用,但可显著增加钠钾的排泄,同时苍术醇有促进肠胃蠕动作用,苍术丙酮亦能抑制“脾虚”动物小肠推进活动,对抗泄泻。白术能促进细胞免疫功能,明显增加IgG的含量,其煎剂和流浸膏对大鼠、兔和狗均有显著持久的利尿作用,并能促进电解质、特别是钠的排泄。白术水煎剂可使腹膜孔径明显增大,开放密度也明显增加,有较强的腹膜孔调控作用,是治疗腹水的有效药物。

**生苡薏仁、炒薏仁:** 薏苡仁甘、淡,微苦,功能利湿、健脾、舒筋、排脓、而利湿健脾尤其是其长。其性微寒而不伤胃,益脾而不滋腻,是一味清补利湿之品。《本草纲目》云:“薏苡仁,阳明药也,能健脾益胃,…土能胜水湿,故泄泻、水肿用之。”生薏仁渗湿利水,用于肾炎水肿。炒薏仁健脾止泻,用于

肾炎脾虚、大便不实或溏泄者。现代研究认为薏苡仁浸出物具有抗炎作用,并能增强体液免疫,使巨噬细胞产生并分泌白介素-1。

**茯苓、茯苓皮、猪苓:** 三者性味甘、淡、性平,同具有利水渗湿功能。茯苓为利水渗湿常用药,其药性平和,利水而不伤正,其健脾之功,亦是其利湿之结果。故《本草求真》云:“茯苓,最为利水除湿要药,书曰健脾,即水去而脾自健之谓也。”茯苓皮为茯苓菌核的外皮,性味同茯苓,其利水消肿优于茯苓,而茯苓健脾胜于茯苓皮,猪苓渗利者作用较茯苓强,但无健脾、补脾功能。故《本草纲目》云:“猪苓淡渗,…利小便与茯苓同功,但入补药不如茯苓也。”《本草衍义》亦云:“猪苓,行水之功多,久服必损正气,昏人目。”现代研究认为茯苓、茯苓皮、猪苓均有明显的利尿作用,他们的作用机理主要是抑制肾小管对水、电解质的重吸收。为治疗肾炎水肿要药,临床可以辩证运用。

**川桂枝、肉桂:** 二者为同一植物的不同部分,肉桂用树皮,桂枝用嫩枝,均为辛甘温热之品。桂枝走表,温通经脉、发汗利水,用于风寒引起的肾炎水肿、尿少者,常与麻黄、浮萍、防风及四苓配伍,加强发汗解肌利水作用,《本草疏证》言桂枝“其用之道有六:曰和营,曰通阳,曰利水,曰下气,曰行瘀,曰补中。”而动物研究证明,五苓散的利尿作用以其中的桂枝作用最强。肉桂温补肾阳,以肾病阳虚水肿为宜,常与附子同用,以加强温阳利水功能,但不宜久用。现代研究认为肉桂可以扩张外周血管,降压,并有抗补体作用,肉桂水提物A、C类给大鼠口服,可防止肾炎所致的尿中蛋白含量增加。

**鲜生地、生地黄、熟地黄:** 地黄一物,由于加工方法不同,有三种之别:新鲜者称鲜生地:烘干则叫生地黄,又叫干地黄,又叫干

地黄，简称生地：生地黄蒸熟后称熟地黄，简称熟地。鲜生地长于清热凉血生津，由于条件所限，临床较少运用；干地黄长于凉血滋阴；熟地则性由凉转温，质更粘腻，长于补血滋阴。《珍珠囊》云其“主补血气，滋肾水，益真阴。”鲜生地、生地黄甘寒清热、养阴生津，用于急慢性肾炎肺肾阴虚，虚火内盛而有血尿、咽痛者。熟地黄微温，以养血补肾益精为主，多用于慢性肾炎肾精亏虚者。现代研究二者均有滋补作用，而生地还有利尿、止血免疫抑制、对抗激素对垂体—肾上腺皮质系统的抑制作用；熟地则在抗氧化、延缓衰老、耐缺氧、保护肝肾，降血压等方面有优势。

**生大黄、制大黄：**大黄苦寒，具清热泻火，泻下活血功能，用于急性尿路感染、泌尿系结石、肾功能不全表现为湿热、热毒、血瘀为主者。《本经》云：“(大黄)下瘀血，血闭寒热，破症瘕积聚，留饮宿食，荡涤肠腑，推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏。”大黄因其制法不同，有生、制、酒、炭之分。生大黄清热泻火、泻下力强，以大便干结为宜；酒大黄，取酒上行之性，多用于火邪上炎之症；制大黄泻下力减弱，活血作用较好，若热毒深蕴营血、齿鼻衄血者则用制大黄或大黄炭清热解毒、凉血止血。故《景岳全书·本草经》云：“大黄欲速者生用，泡汤便吞；欲缓者熟用，和药煎服。”现代研究认为，大黄的主要成分蒽醌甙，能致泻下，大黄对数十种阳性、阴性菌均有较强的杀灭作用；服用大黄还能出现类似输液的血液稀释作用，其生药、大黄素、大黄酸均有利尿作用，长期服用能降低血中尿素氮、肌酐含量及静脉中氨基酸含量，大黄的提取物可使大鼠和人慢性肾衰病程进展得到缓解，炮制大黄对血清尿素氮、肌酐等尿毒症物质也有降低作用，且因炮制后降低了大黄的泻下作用，故对慢性肾衰患者更能起到治疗尿毒症的作用。

**车前子、车前草：**两者为车前或平车前的成熟种子、全草，性味甘寒，均有利水通淋功能，《本经》言其能“主气癃，利水道小便，除湿痹”，临床常用于尿路感染、肾炎水肿、尿少不畅者。车前草清热解毒作用强，尿少灼热淋痛者多用。现代研究认为二者均有抗炎、利尿作用，临床还常用于肾性高血压患者。

### 常用药物配伍

**黄芪、淮山药：**黄芪味甘，性微温，益气补肺，利水消肿，《珍珠囊》言其“甘温纯阳”，能“补诸虚不足，益元气，壮脾胃”，山药性味甘平，补脾胃，益肺肾，《本经》云：“(山药)主伤中，补虚羸…补中益气力，长肌肉，久服耳目聪明。”两者相伍，补脾益肾，为肾病治疗的常用药物，用于肾炎蛋白尿及糖尿病，有降血糖、尿糖作用。实验证明，黄芪含多糖，能增强网状内皮系统的吞噬功能，对体液及细胞免疫有促进或增强作用，其多糖能对抗强的松龙等引起的免疫抑制，有强心、利尿、扩张外周血管及降压作用。大白鼠口服大量黄芪粉，对血清性肾炎的发病有抑制作用，其蛋白尿定量显著低于对照组，并能双向调节血糖。

**杜仲、川断、狗脊：**三味均为补肾要药，性味甘温，具补肝肾，强筋骨之效，用于肾病以肾虚腰痛为主者，多同时配伍温补肾阳和滋养肾阴药。《本经》对三者均有论述：“(杜仲)主腰痛，补中，益精气，坚筋紧…”；“(川断)主伤寒，补不足，续筋骨”；“(狗脊)主腰背强，关机缓急，周痹寒湿膝痛，颇利老人。”现代研究认为三者提高免疫功能，抗菌止血，杜仲还有利尿作用。

**巴戟天、肉苁蓉：**巴戟天辛、甘、温，功补肾壮阳，强筋骨，《本经》言其“主大风邪气，阳痿不起，强筋骨，安五脏，补中，增志

益气”；肉苁蓉甘温，补肾壮阳，《本草汇言》云：“肉苁蓉，养命门，滋肾气，补精血之药也。”二者合用，温补肾阳，润而不燥，常用于慢性肾炎、肾衰属肾阳虚者。但肉苁蓉有润肠通便功能，以大便干结为宜。现代研究认为，巴戟天具有促肾上腺皮质激素作用，能提高机体免疫功能，可使小鼠体重增加，游泳时间延长；肉苁蓉增强免疫功能，调整内分泌，可增加阳虚动物的肝脾脱氧核糖核酸的含量。

**仙茅、仙灵脾：**二者均具补肾壮阳，强筋骨作用。仙茅辛、热，有小毒，还可祛寒湿，《本草正义》云：“仙茅乃补阳温肾之专药，故亦兼能祛寒湿，与巴戟天、仙灵脾相类，而猛烈又过之。”仙灵脾辛、甘、温。尚有祛风湿之功，《日华子本草》言其能治“一切治风劳气，筋骨挛急，四肢不仁，补腰膝。”二者只可用于慢性肾炎肾阳不振、命门火衰而致腰酸冷酸、足膝无力、阳痿遗精及伴有阳虚见证的高血压病，若无虚则不用。因为《本草纲目》明确其“性热，补三焦命门之药也，惟阳弱精寒，禀赋虚怯者宜之。若体壮阳火炽盛者，服之反能动火。”现代研究认为二者能增强免疫功能，抗衰老，并是协助撤除激素的要药。

**蒲公英、紫花地丁：**均具有清热解毒之功。蒲公英还有清利湿热的作用，《本草备要》称其为“通淋妙品”，对于湿热黄疸、淋证有较好的功效；紫花地丁尚有凉血功能，二者合用，常用于急慢性肾炎热毒偏盛，有咽痛、肌肤疮疡湿疹者。现代研究认为二者都能抗病原微生物，增加吞噬细胞的吞噬功能，促进免疫复合物的清除。其中蒲公英还有利尿作用。

**苦参、土茯苓：**苦参苦寒，清热燥湿、利水杀虫，常用于湿热之症，是皮肤病常用药。

土茯苓甘淡，具有解毒、除湿之功，二者合用，常用于因皮肤感染而引起的急慢性肾炎，以皮肤搔痒、化脓为主症，亦用于治疗急性尿路感染、小便热涩刺痛者。然苦参性寒，沈括《梦溪笔谈》载久服苦参可致腰重，乃苦寒利湿太过伤肾所致。《本草汇言》云：“苦参祛风泻火，燥湿去虫之药也…盖此药味苦气腥，阴燥之物，秽恶难服，惟肾气实而湿火胜者宜之；若火衰精冷，元阳不足，乃年高之人，胃气虚弱，非所宜也。”现代研究二者均具有抑制细胞免疫反应作用，苦参还能抗病原微生物，并有利尿作用；而土茯苓则有 $\beta$ -受体阻滞作用，其醋酸乙酯提取物能预防肾上腺素引起的兔心律失常。

**昆布、海藻：**二者均咸寒，有消痰软坚、利水消肿功效。用于痰湿引起肾炎水肿以头部肿胀为甚者，多与祛风降气利水剂同用。《本草纲目》认为其“咸能润下，寒能泄热引水…而除浮肿、脚气、留饮、痰气之湿热，使邪气自小便出也。”现代研究认为二者都有提高增强免疫功能、抗凝、降压的作用，海藻还有止血作用，并能充当血浆代用品，较大剂量海藻有比较明显而持久的降压作用。

**荠菜花、白茅根：**荠菜花性平，味甘，具清热利水止血作用；白茅根性寒，味苦，具凉血止血、清热利尿之功。《本草正义》云：“白茅根，寒凉而味甚甘，能清血分之热，而不伤于燥，又不粘腻，故凉血而不虑其积瘀…欧通利小水，泄热结之水肿，导瘀热之黄疸，皆甘寒通泄之实效。”常用于肾炎热甚而以血尿为主者。荠菜花入肝，有降压作用。白茅根入肺，有清肺止咳功能，故肾性高血压者选用荠菜花，兼有肺热者选用白茅根。二者还有利尿、止血、降压功能。

**知母、黄柏：**知母性寒，味甘、苦，具清热泻火，滋阴生津润燥之功，《本草纲目》言

其能“下则润肾燥而滋阴，上则清肺金而泻火。”黄柏苦寒，清热泻火，燥湿解毒。二者合用，滋阴降火，用于泌尿系统感染、肾结核之尿频灼痛、血尿者，也可用于阴虚阳亢头昏痛、潮红、盗汗等症。是故《景岳全书·本草正》云：“古书言知母佐黄柏滋阴降火，有金水相生之义。盖谓黄柏能制膀胱、命门阴中之火，知母能清肺金，制肾水化源之火，去火可以保阴，是即所谓滋阴也。”现代研究认为二者均能抗炎杀菌，对多种细菌有较强的杀灭作用，并且能降血糖。知母还有较强的抗皮质激素作用，对于肾炎、肾病综合征等病人激素的撤减有很大的帮助。黄柏还有一定的降压作用。

**玄参、麦冬：**玄参性寒，味苦、甘、咸，《景岳全书·本草正》云：“玄参，此物味苦而甘，苦能泻火，甘能滋阴…能退无根浮游之火，散周身痰结热痲。”故具清热凉血，解毒滋阴，利咽作用；麦冬性寒，味甘、微苦，具养阴清火，生津之功，《本草汇言》言其为“清心润肺之药也”。二者合用，清热解毒、滋养肺肾，治肾炎属肺肾阴虚者，症见咽喉燥红痛、皮肤疮疡等。现代研究证明玄参、麦冬均有较强的抗菌消炎作用。

**荔枝草、白花蛇舌草：**荔枝草性寒，味甘、涩，具清热利水之功；白花蛇舌草性寒，味苦、甘，有清热解毒利湿的作用。常配合用于治疗尿路感染及肾病兼有湿热、皮肤疮疖者。现代研究证明二者均具有抗菌抗炎作用，能刺激正常和人工阑尾炎兔网状内皮系统增生，并增强其白细胞在体内外的吞噬活力，从而发挥抗炎作用。

**六月雪、玉米须：**两药均具有利尿消肿降压作用。多用于肾炎水肿或尿少，肾性高血压。六月雪尚有泄浊健脾止泻功能。故用于肾功能不全氮质血症。玉米须除利尿外，尚有消

蛋白作用，多与黄芪、菟丝子配伍。

**益母草、泽兰、路路通：**益母草性微寒，味苦而辛，入心肝二经血分，是妇科经产诸证常用之品。《本经》言其“功专行血”，且有“行血而不伤新血”之特点，故有“益母”之称。利水消肿是其又一功效，早在《本草拾遗》中就有记载：“捣苗绞汁服，主浮肿下水，兼恶毒肿。”近代用其治疗急慢性肾炎，尤其对急性肾炎，利水消肿作用较著。现代研究认为其对犬缺血型初发性急性肾功能衰竭具有显著治疗作用，并且具有抗菌利尿降压作用。泽兰微温，味苦辛，归肝脾经，具活血化痰，利水消肿作用，常用于治疗浮肿、腹水，又因其活血之功，常配伍茯苓皮、桑白皮、冬瓜皮用于治疗水肿小便不利。三者常配伍用于肾炎水肿、蛋白尿，具有血瘀或病延日久者。

**茅根、芦根：**白茅根甘寒，有凉血止血，清热利尿之功。其凉血止血之功早在《本草纲目》中就有论述：“白茅根，甘能除伏热，利小便，故能止诸血。”《本草正义》亦对其功能有详细论述：“白茅根，寒凉而味甚甘，能清血分之热，而不伤于燥，又不粘腻，故凉血而不虑其积瘀，以主吐衄呕血…又通利小水，泄热结之水肿，导瘀热之黄疸，皆甘寒通泄之实效。”现代研究证明白茅根水浸剂对正常动物有明显的利尿作用，并可加速凝血过程的第二阶段，促进凝血酶原的形成。芦根甘寒，有清热生津止呕之功。二者常合用于急慢性肾炎热具肺胃之证，症见口渴舌红、尿少而热者。白茅根凉血止血力强，血尿者每多用之；芦根清热生津力量尤甚，还常与石膏、麦冬、天花粉等配伍用于消渴病证。《本草经疏》有云：“芦根，味甘气寒而无毒…甘能益胃和中，寒能除热降火，热解胃和，则津液流通而渴止矣。”现代研究认为芦根能使血压短暂下降，并能降低血糖。



# 浅谈夜尿频数症

新加坡·蔡松均

## 概 说

有关夜尿频数 (frequent urination at night) 的医学报道甚少, 临床时却面对老年病患申诉夜尿问题甚众, 笔者仅就本病作初步探讨。夜尿频数是指夜间睡眠时, 因膀胱压力而必须醒来排尿3次或3次以上者, 或夜间尿量增加, 超过全日尿量1/4的表现。正常成年人每24小时排尿量在1000~2000毫升, 日间每次尿量约300~400毫升。而尿量次数多寡常与饮水和其它途径的排出液体量有关, 生理性多尿可见于大量饮水或进食有利尿作用的食物。病理性多尿则见于糖尿病、尿崩症、有浓缩功能障碍的慢性肾炎, 或精神性多尿等。如夜间排尿增多, 虽然单次排尿量不多, 如排尿次数4次以上者视为重度夜尿增多, 严重者可达6-7次以上者, 可认为是夜尿频数。排尿次数计算不包括临睡前及早上醒后的小解。夜尿增多常造成睡眠质与量的不足、日间精神萎靡不振, 繁衍其它心理及生理上的困扰。

夜尿频数症以老年人居多, 虽然晚饭后避免喝水, 仍会夜间排尿频数。也常因睡眠不深易醒, 醒后若不如厕排尿, 则心里不安而难以

再入睡, 造成习惯性的夜尿。必须采取有效的治疗, 始可改善睡眠质量, 又能预防老者半夜视线不良、与精神恍惚、起床小解站立不稳时所引起的跌倒伤害。

## 病因病机

病理性夜尿频数, 乃泌尿系统疾病, 如膀胱炎, 尿道炎, 肾炎, 肾盂炎, 肾脏供血不足等, 以致肾脏稀释浓缩功能减弱, 造成夜尿增多。也可见于男性良性前列腺肥大, 及膀胱贮尿能力薄弱、尿潴留。或有因为高血压, 动脉硬化, 糖尿病等及利尿药物影响, 导致尿量增多。夜间平卧、回流心脏血量增加, 肾脏血流量增多, 也可导致夜尿增多。神经性夜尿频数者, 可由于失眠或精神因素导致, 或因机体其它疾病造成心理压力、情绪不宁, 及居处环境寒凉等因素, 亦加重夜尿增多。

中医认为本病与肾, 脾, 肺三脏有关, 尤以肾气亏虚为主。肾藏精, 主纳气, 主水, 开窍于耳及前后二阴, 与膀胱共同调节水液代谢, 是人的重要排泄系统, 多余的水液

## 夜尿频数 综述

和人体内的异物，主要通过肾脏排出，肾气不固，膀胱失约，则小便次数增加，夜尿频数主要是肾虚所致。同时夜间阴气盛，阳气虚，肾阳虚者，阳气则更虚，因而不能约束小便，导致夜尿频多。生活习惯上、尤其是晚餐多进寒凉及食用水份较多的食物，均增加夜间的排尿量。

间睡眠良好亦可减少夜半醒来，从而减少习惯性的夜尿。

除方药治疗，同时也可兼以针灸结合、双管齐下治疗，辨证论治选取适当穴位，如关元，中极，气海，膻中，三阴交，肾俞，脾俞，肺俞，膀胱俞，足三里等。同时，宜加上心理辅导，协助患者减轻心理及精神压力，始能达到有效治疗效果。

### 中医调治

夜尿频数症主要应针对其病因，可涉及单一的夜尿和包括多因素的复杂病情，进行治疗。老年人患有夜尿频数者，常自认为是衰老的必然现象，甚少单为此病而求医，或因其它疾病求医者，亦很少主动告诉医生夜尿频数的问题。在处方上可考虑选用适当的方剂；如肾气不足，肾阳亏虚，导致夜尿频数者，一般使用《金匱要略》肾气丸。若膀胱虚寒，不能约束水液、以致夜尿频数者可采用《妇人良方》缩泉丸。气阴不足，阴虚内热者可用《太平惠民和剂局方》清心莲子饮。湿热蕴结，尿频涩痛者可用《太平惠民和剂局方》八正散。常用中药可选用桑螵蛸，金樱子，益智仁，覆盆子，菟丝子，仙茅，仙灵脾，枸杞子，芡实，山药，茯苓，熟地，黄芪，莲子，山萸肉，肉苁蓉，小茴香等。此外在调理上，可考虑加上宁心安神药物，改善患者睡眠，夜

### 居家调理

平时有尿意时，及时排尿，不可憋尿，防止尿液满留，如遇有尿频尿急的状况，应及早求医治疗。居家宜养成良好的生活作息习惯，保持睡眠时间的规律，及舒适的睡眠环境，每晚临睡前，应排空膀胱。生命在于运动，患者应做适当运动，气功锻炼，增强体质。

在饮食上宜控制食盐摄取量，以利于肾脏保持水份。多吃含钾丰富食物，如核桃，黑芝麻，黑豆，香蕉等。肾阳虚者可考虑食用腰花，羊肉，韭菜等。肾阴虚者则可选用海参，甲鱼等。晚餐和睡前避免食用寒凉蔬果如冬瓜，黄瓜，白菜，雪梨，西瓜等。可选用香菇，红枣，豇豆，莲子，海参，干贝等。前列腺肥大性夜尿增多者，可多食用蜂花粉，南瓜子，葡萄，栗子，荸荠等。夜间饭后少喝水，不喝浓茶、咖啡和酒。





# 小儿积滞临床治验

新加坡·董菁菁

**【摘要】** 小儿积滞有虚有实，根据小儿的生理特点，所患积滞初起多为实证，日久多为虚实夹杂之证。本文概述了小儿发生积滞的病因病机；列举了脾虚夹积型积滞的典型病例，及对此病例给予治疗的过程；并浅谈心得。

**【关键词】** 小儿；积滞；脾虚夹积

## 1、概念

积滞，是指小儿内伤乳食，停聚中焦，积而不化，气滞不行所形成的一种胃肠疾患。以不思乳食，食而不化，脘腹胀满，暖气酸腐，大便溏薄或秘结酸臭为特征。以暑湿当令之时多发。以婴幼儿为多见<sup>〔1〕</sup>。类似于现代医学的消化不良症。

积滞的直接后果是各种营养物质包括微量元素及维生素的缺乏或失衡。营养不良儿可有不同程度的脑萎缩，智力发育受到严重影响，尤其是语言的发育受影响最大，营养改善后恢复慢。缺锌可有精神差、嗜睡、暗适应差等。缺铁小儿注意力涣散、嗜睡、学习成绩下降，对小儿认识功能和行为发育具有较长时间的不良影响。缺锌、缺铁均可出现异食现象。铅中毒可以引起患儿注意力涣散、记忆力减退、理解力降低和学习困难。另外，缺乏维生素A也

可使智能发育落后，缺乏维生素B6可致抽搐，动作发育迟缓等<sup>〔2〕</sup>。所以积滞日久最终转化为疳证，可致严重的营养不良，体重减轻，生长发育迟缓，免疫能力下降，抗病力弱，反复感染，神经精神异常等，严重影响儿童的身心健康和生存质量。

《婴童百问·第四十九问》曰：“小儿有积滞，面目黄肿，肚热胀痛，复睡多困，酷嗜不食，或大便闭涩，小便如油，或便利无禁，粪白酸臭，此皆积滞也。”不仅首次提出积滞的病名，而且描述了积滞的临床表现。

## 2、病因病机

小儿积滞有虚有实，根据小儿的生理特点，所患积滞初起多为实证，日久多为虚实夹杂之证。多因乳食不节或脾胃虚弱引起。

小儿的生理特点是“脏腑娇嫩，形气未充”、“脾常不足”。脾胃为后天之本，气血生化之源，脾司运化，胃主受纳。小儿的生长发育，全赖脾胃的生化滋养。《幼幼新书·乳食不下第十》说：“脾脏也，胃腑也，脾胃二气合为表里，胃受谷而脾磨之，二气互调，则谷化而能食。”小儿素体气血虚弱，脏腑娇嫩，脾常不足，故喂养不当、饮食不节、过饥过饱、过寒过热皆易损伤脾胃。脾胃功能失调，则会影响水谷的运化和受纳，脾失健运、胃不腐熟而产生积滞。正如《幼幼集成·食积证治》所说：“脾虚不运则气不流行，气不流行则停滞而为积，或作泻痢，或成癥痞，以致饮食减少，五脏无所资禀，血气日愈虚衰，因致危困者多矣。”

### 3、病案举例

魏某，男，6岁。母代诉：食则饱胀1年余，加重2周。刻下：饮食减少，食则饱胀，腹满喜按，不欲饮水，口腻乏味，时有便溏，近一年来体重不增，形体消瘦，面色萎黄，疲乏懒动，舌淡红，苔白腻，脉细滑。西医治疗效果不显。证属脾虚夹积。治以健脾助运，化湿行滞。处方：苍术9g，白术6g，白扁豆9g，茯苓9g，焦山楂9g，焦神曲9g，焦麦芽9g，鸡内金6g，藿香9g，佩兰9g，陈皮6g，砂仁3g。7剂，水煎服，日1剂，分两次服。二诊：患儿腹满减轻，饮食稍增多，大便有改善。上方加减，煎服14剂，诸症基本好转，续改服健脾丸调理。后随访，患儿体质明显增强，体重明显增加。

### 4、讨论

小儿疾患，多是表里同病，寒热兼挟，虚实并见。这是由“小儿易虚易实，易寒易热”

的特点形成的。本病的病理属性有虚实两方面，多为虚实夹杂的证候。清·吴鞠通在《解儿难》中云：“其用药也，稍呆则滞，稍重则伤，稍不对证，则莫知其乡，捉风捕影，转救转剧，转去转远。”《幼幼集成》提出此证治疗要“消补并行”，“不可妄攻”。因此，在辨证用药方面采用健脾助运，化湿行滞是其关键。而脾运复健，食积得消，则胃纳得开，饮食自香。

方中苍术性味微苦，芳香悦胃，具有运脾燥湿，开郁宽中的功效，故为君药。白术、白扁豆、茯苓健脾益气，以资脾的运化；焦山楂、焦神曲、焦麦芽、鸡内金运脾和胃，消积而不伤正，是为臣药。藿香、佩兰气味芳香，醒脾化湿；陈皮、砂仁理气助运，共为佐药。

对于积滞患儿，除药物治疗外，需注意饮食调护：纠正偏食、吃零食、饭前吃糖果喝饮料等不良饮食习惯。乳食定时、定量。注意合理安排膳食，按照不同年龄给予营养丰富、容易消化的食物。荤素搭配，鼓励患儿多食蔬菜和五谷杂粮，少食肥甘厚味、生冷坚硬等不易消化食物。养成良好的饮食习惯。

还要适当增加小儿户外活动的时间，参加体育锻炼，提高机体免疫力，使“正气存内，邪不可干”，达到扶正祛邪的目的。

### 参考文献

- [1] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002.
- [2] 王红, 吴涛. 儿童厌食症的诊断与治疗[J]. 前卫医药杂志, 1999, 16(2): 126.

# 肿瘤病之中医防治探讨

新加坡·赵英杰

癌症的早期发现、早期诊断及早期治疗是十分重要的策略。

放疗、化疗同时接受中医疗法，可以减轻放、化疗的不良反应，能提高疗效。

末期癌患失去手术，化疗机会，通过中医药辨证论治，可减轻病痛，延长生命，提高病人的生存质量。

## 1. 肿瘤的中医药预防

积极防治癌前病变，减低癌变的可能性。

- (1) 中国中医研究院用六味地黄丸阻断食管粘膜上皮重度增生研究。3年中观察221例，结果：服用六味地黄丸的患者癌变率为1.9%，对照组则为8.3%。二组相比差异显著。
- (2) 丹东中药厂研制复方木鸡冲剂治疗近百例甲胎旦白持续低度阳性者。结果：用药组仅1例发生肝癌，对照组发生6例。

## 2. 肿瘤的中医药治疗

可贯穿肿瘤治疗过程的始终。

手术后患者接受中医治疗可尽快恢复元气，增强抗病能力，减少术后复发转移。

## 3. 中医药辅助化疗治疗的作用

中医药用于接受化疗的患者，可起减毒、增效的作用，有助患者顺利完成治疗过程。防止复发和转移，提高生存率。

### 一、完成化疗情况观察

近年研究证实，治疗过程中加服中药有助患者顺利完成治疗过程。

- (1) 中日友好医院肿瘤科报导

治疗用药	各类肿瘤例数	疗程完成率
化疗+中药	59	88.1%
单纯化疗	56	55.4%
总例数	115	

(2) 中国中医研究院广安门医院胃癌研究协作组报导

996例胃癌 III期者451例, IV期者218例。

结果:

治疗组: 94.44% 能顺利完成化疗过程

对照组: 73.73% 能顺利完成化疗过程

## 二、减毒作用观察

中医研究院广安门医院肿瘤科

健脾益肾方配合化疗治晚期胃癌患者326例。

结果: 白细胞 > 4000/ml 者 87%

对照组仅 46%

## 三、增效作用观察

上海肿瘤医院以健脾理气方药配合化疗治疗肝癌结果:

化疗 + 中药组: 1年生存率36.3%, 5年生存率16.7%

对照组: 1年生存率9.7%, 5年生存率 0

## 4. 放疗配合中医药治疗研究

增敏、增效作用观察

(1) 谷铎之等用益气化痰法, 并用放射治疗鼻咽癌对照试验观察197例。

结果:

中药+放疗组: 1、3、5年生存率为91.3%, 67.4%, 52.5%

对照组: 1、3、5年生存率为80%, 53.3%, 24%

(2) 中山医科大学肿瘤医院在放疗期间采用凉补气血药及养阴清热药治疗鼻咽癌。

结果: 5年生存率提高到69.8%~80.59%。

## 5. 肿瘤的中医治疗原则

中医的治疗原则是在整体观念和辨证(病)论治精神指导下制定的。

1. 扶正祛邪
2. 调整阴阳
3. 因人因地因时制宜

## 6. 癌症中医常用治法

1. 扶正培本法
2. 理气活血法
3. 清热解毒法
4. 软坚散结法
5. 化痰祛湿法
6. 以毒攻毒法
7. 对症疗法

### 扶正祛邪

扶正培本治疗癌肿法则较多, 常用的有以下4法:

#### 1. 益气健脾法

常用药物: 党参、人参、太子参、黄芪、白术、淮山药、炒扁豆、茯苓、生苡仁、陈皮、炙甘草等。

#### 2. 温肾壮阳法

常用药物: 熟附子、仙灵脾、仙茅、巴戟天、补骨脂、肉苁蓉、冬虫夏草、杜仲、川续断等。

#### 3. 滋阴养血法

常用药物: 熟地、当归、白芍、制首乌、女贞子、龙眼肉、红枣、鸡血藤、紫河车、枸杞子、龟板胶、玄参、沙参等。

#### 4. 养阴生津法

常用药物: 北沙参、天冬、麦冬、生地、

玉竹、石斛、淮山药、枸杞子、天花粉、知母、鳖甲、乌梅、五味子等。

肿瘤的祛邪也以如下四法为常用：

**1. 清热解毒法**

常用药物：白英、龙葵、蛇莓、青黛、大青叶、板蓝根、半枝莲、半边莲、垂盆草、白花蛇舌草、七叶一枝花、鱼腥草、金银花、野菊花、凤尾草、鬼针草、土茯苓、红藤、马齿苋、猪殃殃、石上柏、黄芩、黄连、黄柏、白头翁、苦参、栀子、猫爪草、蒲公英、牛黄等。

**2. 以毒攻毒法**

常用药物：砒、硃砂、牙硝、青矾、雄黄、斑蝥、蜈蚣、蜣螂、蟾酥、蜂房、蛇莓、毛茛、商陆、乌头等。

**3. 化痰软坚法**

常用药物：半夏、南星、昆布、黄药子、海藻、山慈菇、泽漆、皂角刺、瓜蒌、夏枯草、龟板、鳖甲、穿山甲、蛤壳、蟹壳、海龟、天葵、荸荠、瓦楞等。

**4. 活血化瘀法**

常用药物：川芎、丹参、地龙、红花、桃仁、当归、血竭、五灵脂、生蒲黄、薜荔、马鞭草、虎杖、三七、乳香、没药、铁树叶、三棱、莪术、肿节风、喜树、地别虫、石见穿、刘寄奴、鬼箭羽、水蛭、螫螂等。

**预防或减轻化疗的毒副反应**

1. **全身反应**：头晕、疲乏无力、精神不振、四肢酸楚、骨节酸痛、发热、失眠、多梦、口苦、口干等。
2. **消化道反应**：口腔粘膜糜烂、恶心呕吐等。
3. **骨髓抑制**：白细胞、血小板降低等。
4. **脏器受损**：肝细胞中毒、肾炎等。
5. **皮肤反应**：皮炎、脱发等。

**6. 免疫抑制**：细胞免疫与体液免疫指数下降

**7. 防治化疗不良反应的中药常用方介绍**

尽管化疗副反应多种多样，但有一个共同的特点是正常细胞受到毒性的破坏，机体内部平衡失调。

治疗的办法是辨证与辨病相结合，具体的用药是扶其正气解其毒性、修补耗损、纠正偏差。

**代表方**：益气养血滋阴汤

**适应证**：治疗各种化疗引起的不同系统的副反应

**处方**：生芪15-30g 党参15-18g  
 白术12g 茯苓12g 甘草4-5g  
 熟地15g 枸杞12g 首乌12g  
 黄精10g 女贞子15g 沙参10g  
 麦冬10g 鸡血藤24g  
 芡实12g 淮山12g

**本方可随症加减**

1. **食欲不振**：选加鸡内金、麦谷芽、山楂、神曲、芡实、莲肉；
2. **口干舌燥**：选加石斛、知母、玉竹、藕片、元参、茅根、生地、天冬、太子参；  
 酌减：生芪、党参、熟地、首乌、芡实、淮山；
3. **恶心呕吐**：选加吴茱萸、姜半夏、竹茹、柿蒂、丁香；  
 酌减：鸡血藤、首乌；
4. **水肿**：选加车前子、泽泻、茯苓皮、木通、黑白丑；  
 酌减：麦冬、沙参、女贞子；
5. **贫血**：选加当归、紫河车、生芪、加重鸡血藤；
6. **发热**：选加青蒿、银花、牛黄解热散。

- 7. 肺纤维化: 选加人参、丹参、川芎、银花。
- 8. 骨髓抑制: 选加人参、紫河车、鹿茸、重用黄芪。

**8. 防治放疗不良反应的  
中药常用方介绍**

**扶正养阴清热汤**

处方: 党参12g 茯苓12g 白术10g  
 甘草3g 生地10g 茅根12g  
 玉竹9g 麦冬12g 元参9g  
 白花蛇舌草15-30个 金银花9g  
 知母10g 丹参12-15g  
 上方可随证或随病加减

**临证思路探讨**

肿瘤病的诊治模式

辨证论治?

辨病论治?

辨病辨证结合论治?

**一、以辨病论治结合辨证论治  
的诊疗模式**

**(一) 病证结合**

辨证论治是中医药学的特色之一, 中医治病向来强调辨证而后确立治疗方法, 临床上只要有证可辨, 即可法随证立并依法处方, 这种诊治思维与方法在临床上广为运用。但根据个人实践体会, 治疗恶性肿瘤若仅依辨证施治往往未能达到预期的治疗效果。究其原因, 认为与以下几点有关:

**辨证的局限**

**1. 病是整体, 证是局部**

“病”与“证”的概念不同, : “病”是反映某一种疾病全过程的总体属性、特征和规律。例如: 肺癌(肺积)。“证”即证候, 是疾病过程中某一阶段或某一类型的病理概括。例如: 脾肺气虚、气滞血瘀等, 病、证既有区别又有联系。二者都是对疾病本质的认识。

但病的重点是全过程, 而证的重点在现阶段。证候(证)反映了疾病某一阶段或某一类型的病变本质。而各阶段或类型的证候贯穿并叠合起来, 便是疾病(病)的全过程。

“证”只能反映疾病过程中全部病机的一部分, 因而也就不是病机实体的全部信息。

**例如: 肺癌(肺积)**

辨病:

从中医辨病的角度看, 其总的病因病机为:

正虚邪实

正虚: 主要为脾肺气虚。

邪实: 主要为热毒、痰、瘀。

辨证:

从辨证的角度看, 本病在各阶段的发病过程中经常出现的证候类型为:

脾肺气虚、热毒雍肺、痰浊凝滞、气滞血瘀等。

临床上, 各类证型的出现或迟或早, 或已出现, 或未出现, 但从肺癌的发病机理来说, 此类证型的出现有其必然性, 而证候的出现或转变往往有一个由量变到质变, 由隐性到显现的过程。

因此肺癌的诊断, 除了要重视当前阶段的证候表现特点, 也应充分考虑其他证型存在或即将出现的可能性。

由此可见, 临床上明确肿瘤“病”的诊断, 便可根据该病的一般规律把握全局, 有利于对该病本质的了解掌握和更全面的进行辨证论治。

## 2. 无证可辨

从病与证的关系看,病的发生必然导致证的出现,然而有了病并不一定即刻出现证候,比如许多肿瘤病的早期或复发案例,往往已有癌指标异常或器质性病变,

但由于病情的发展还没影响到组织器官功能,可能完全不表现出证候,由于无证可辨,失去了早期治疗的机会。

“病”“证”结合,可以依病立法处方

医者只要掌握了辨病,即使是证候不显或无证可辨的情况下亦可进行辨病论治。

### (二) 病证结合的治疗模式

病决定证,证从属于病,所以辨病有助于抓住贯穿于整个疾病发展过程中的基本病理变化规律,而辨证则是侧重于疾病某阶段状态的整体认识。正因为如此,治疗上可以从:“辨病论治”下手,并与“辨证论治”结合,其结果也就必然产生了所谓的专病专方专药的治疗模式。

此种论治观点,曾为许多名家所重视和提倡

如徐灵胎在《医书全集·兰台轨范序》中说:“欲治病者,必先识病之名,能识病之名而后求其病之所由生,知其所由生,又当辨其所生之因各不同,而病状所由异,然后考虑其治之法,一病必有主方,一病必有主药。”

已故名医岳美中曾说:“余谓中医治疗,必须辨证论治与专方专药相结合,对于确实疗效的专方必须引起高度重视”,

姜春华教授也曾指出了“古人有专病、专方、专药,不要有唯证论观点。”

依个人治疗肿瘤病的实践体会,认为以辨病结合辨证论治是可行且不失为一行之有效的办法。具体运用情况叙述如下:

### 以肺癌为例

#### 病因病机:

为正虚邪实,正虚主要为脾肺气虚,邪实主要为热毒、痰、瘀。

#### 证候类型:

以脾肺气虚、热毒雍肺、痰浊凝滞、气滞血瘀等四类证型为主。

#### 选药组方:

掌握了肺癌的本质和发病特点,临床上即可以益气健脾、清热解毒、化痰散结、活血祛瘀为主要治法,依法选药组方。

#### 立法、选药组方:

##### 1、各法兼备,依法选用药物

根据有关治法,每个治法可以选取一至三味相关药物组方,方中药物不宜过多过杂,一般以十至十五味为宜

2、每一种药物的选择其功用必须与治法相一致

在此前提下,可以重点选用一些经现代药理证明具有相关抗癌作用的药物;这方面,大量文献资料以及古今医家在肿瘤病的治疗和用药经验都可借助参考。

#### 肺癌基本方

健脾益气:太子参、黄芪、白术。

清热解毒:半支莲、白花蛇舌草、龙葵。

理气化痰:半夏、茯苓、南星。

活血祛瘀:三棱、莪术。

#### 辨病施治,随证酌情加减用药

临证治疗肺癌,从辨病论治的角度来说,以上药物基本上皆可全程贯彻使用,但亦须结合临床证候表现,酌情加减用药,具体运用方法如下:

##### 1、掌握辨证用药时机

## 二、病证结合治疗模式的具体运用

临床上,选药用量,必须零活调度,具体做法是,针对已经显现的证候类型,用药宜重,药味相对较多,反之,用药宜轻,药味相对宜少。例如:脾肺气虚证明显者宜重用益气健脾药,肺热雍盛明显者宜重用清热解毒药等。

### 2、了解药物的毒副作用,斟酌用药

临证时,慎用峻烈有毒之药,此类药物不宜久用,用量亦需巧为揆度,若病情需要,须下重剂时,单一用药引致的负面问题较多,可以考虑:

1. 数种功用类似的药物同用
  2. 以同类功用的药物轮换交替使用
- 一来可以减少药物引致的毒副反应,亦可增强治疗效果。

### 病案举例:

杨某,女,63岁初诊日期:05-06-06

患者自诉:五年前患右侧肺癌经手术治疗。2005年12月间因反复咳嗽,气促数月而就诊,经胸部X-线摄片及CT扫描,发现双侧肺部有占位性病变,诊断为非小细胞肺癌。经三个多月化疗未见明显效果而停止化疗。于2006年6月间寻求中医诊治。

### 诊治情况:

治疗期间,患者主要的临床症候表现有:咳嗽、咳痰带血、胸闷气短、胸痛、疲乏、胃纳差、舌质暗红、脉沉细而数等。

辨病立法处方:肺积

以益气健脾、清热解毒、化痰散结、活血祛瘀为主要治法,选用肺癌方,结合临床主要证候表现,病证结合论治,处方如下:

药用: 黄芪24-45g 太子参12-15g  
白术12-15g 半支莲15-150g  
白花蛇舌草15-120g  
龙葵15-30g 茯苓10-15g  
半夏10-15g 三棱10-15g

莪术 10-24g 光莪菇10-24g  
麦芽10-24g 鸡内金10-15g

本病即以肺癌方为主结合主证表现加减治疗。

此后多次复诊,仍以病证结合论治原则,酌情加减用药,至今该患者病情稳定,生活如常。

### 结肠癌病例报告

#### 病例简介

郭XX,女,70岁,家庭主妇,2001年9月18日初诊。患者自诉:于2000年期间经常大便带血及粘液半年余。2001年初出现排便习惯改变,每日排便3~4次并伴有里急后重感。

于2001年8月27日入院诊治,经肠镜及CT检查后拟诊为直肠癌伴肝转移,隔日行直肠乙状结肠切除术(Rectosigmoid Colectomy)。

术后病检示中度分化腺癌,侵及肌固有层并有淋巴结转移。Moderately differentiated adenocarcinoma, invading muscularis propria(T2) and with nodal metastasis.(1/11)

病理分期: T2N1M1。因属晚期病变,拟于术后配合化疗。

患者于术后表现为体质虚弱,胃纳欠佳,面白神疲乏力,于2001年10月3日行直肠吻合术后三周,大便次数频繁,日如厕10余次甚至20~30次,故暂缓化疗而寻求中医调治。

期间,患者主要的临床见证有:面色萎黄,胃纳欠佳,大便次数频(日十余次或更多)里急后重,或大便硬难,便后擦血肛灼热自觉身体冷热无常,偶觉腹部胀满不适,神疲、体倦乏力,舌淡暗或暗红,苔白或薄腻,脉多沉细或细数。

治以健脾益气,清热去湿为主要大法结合临床兼证进行辨证论治,选用肠癌方随证加减用药,患者一般状况明显好转,实验室检查

CEA指标下降，肝肿块有缩小趋势。

**辨证施治：**

**一. 脾气虚弱治以健脾益气**

药物选用：

北芪、人参、白术、茯苓、太子参、  
山楂、鸡内金、谷麦芽等

**二. 热毒内蕴治以清热解毒**

药物选用：

半枝莲、蛇舌草、白头翁、龙葵、  
白英等

**三. 脾虚泄泻治以温健脾胃涩肠止泻**

药物选用：

肉豆寇、补骨脂、薏苡仁、诃子、  
赤石脂、茯苓

**四. 气滞便秘治以通腑导滞**

药物选用：

大黄、厚朴、枳实、便血加地榆、  
槐花、槐角

至30/04/02检查肝癌灶消失，患者坚持服  
中药至今，CEA指标正常。身体健康生活如  
常。(各检验报告附后)

**Carcinoembryonic Antigen (CEA)**

Before operation in August 2001	182
24/09/2001	163
21/11/2001	100
21/12/2001	25.8
04/01/2002	12.5
01/03/2002	0.9
30/04/2002	0.5
30/07/2002	0.5
18/10/2002	0.5

**电脑断层扫描报告显示：**

- 27-08-2001：肝肿大，肝内显示一 $2 \times 1.6\text{cm}$   
转移性低密度占位病变。
- 21-11-2001：肝肿瘤病灶缩小至 $1.5 \times 1.2\text{cm}$
- 30-04-2002：肝肿瘤病灶消失。
- 08-10-2002：肝内未见新病灶。



# 战前新加坡中医药组织特征

新加坡·王平



**研**究新加坡中医药的历史，不能不研究新加坡的华族社会史：要研究新加坡的华族的社会史，便不能不先谈新加坡华族社会传统组织的发展史。

新加坡的华族传统组织，大抵是建立在地缘(会馆)、血缘(宗祠)与业缘(公所)的基础上。早期，华人背井离乡，远居异域，既无本国政府作后盾，亦无当地政府为扶掖，只得和衷共济，自力更生，于是便有会馆、宗祠和行业公所的设立，以收互助合作之效，如收容初到同乡同宗，互助推荐职业，救济病黎，资助老者回乡，以及调解同乡人士纷争等等。我们可以说，新加坡华族社会的人口、经济，甚至文化教育、社会公益等事业的发展，都是从这三大类传统组织所茁长而发扬光大的。

战前，新加坡中医药组织，计有地缘性的茶阳回春医社，广惠肇方便留医院及乐善居医社；业缘性的中医中药联合会，中药进出口商公会及中药公会；善堂与宗教性的普救善堂与世界红卍字会以及超畛域、超帮派的同济医院和善济医社等。

## 所谓地缘性组织

所谓地缘性的组织，是指各以省、府、县、乡或村为单位的组织，这类组织多数称为会馆，也有称同乡会。

地缘性会馆组织，最初的动机乃在为邑籍人士之个别共同利益，比如救济失业，协助病贫者，资助无资归乡者，或帮助调解纠纷的事务；继而购置义山，兴办教育，举办慈善公益事业等。地缘性组织，乃以宁阳会馆为最早，创立于1822年。

地缘性中医药组织是以茶阳会馆(1857年建)主办的茶阳回春医社为先，它创立于1890年。其目的是使邑籍病者有所医，死者有所归。

1910年建立的广惠肇方便留医院，是由广、惠、肇三属侨领与慈善家创办的，以收留邑侨病人，并以中医药为病人治疗。

乐善居医社，是琼州会馆的天后宫于1902年附设成立。天后宫为琼籍人士的慈善福利机构。

地缘性中医药组织，具有地方性与帮派色彩：各属会馆主办的医社只收留该属之侨籍人士。如茶阳回春医社1919年的章程第一条就明文规定：回春医社系茶阳旅星同乡作为救济贫苦之邑人，利便邑人商店而设：非埔邑人，则不得进社。

## 所谓业缘性组织

所谓业缘性的组织是指从事各行业人士所组织的工商行会。可分为商人组织的行业商会和工友们成立的行业公会。中医药业缘性组织多指商人基于商业上的利益而组织的行业商会。中医药组织在业缘性的组织中，较其他组织为迟。以粤帮建筑工友组织的业缘性团体——北城行早于1868年就已创立，但是，最早的业缘性中医药组织——新加坡中医中药联合会则于1929年才成立。

新加坡中医中药联合会的成立，乃因当时南京中央卫生部委员余岩辈假政治之压力，

## 战前 中医药 组织特征

宣布废除中医药之铜令，新马诸同道同业莫不哗然，为了团结中医药界的力量，乃发起组织公会。

中药的商店在战前据统计约有二百家之多，同业间竞争颇剧烈。缺乏团结，有识同业，有鉴及亟须组织公会以团结同业，共谋利益，新加坡中药公会乃在1941年成立。

新加坡中药进出口商公会亦成立于1941年。在1940年，经营中药进出口商同业鉴及政府宣布物质统制，举凡进出口货物，概须事先申请方得进口：咸认为：团结互助乃当务之急，故而讨论筹组同业公会事宜。

上述业缘性组织除了新加坡中医中药联合会是为了捍卫中医药在海内外不被消灭而激起敌气同仇，共同组成的一个中医药界最早的总团结，其组织动机是捍卫中医药的生存，反对政治压迫。而后两者，是基于该行业上切身利益而成立的。

善堂与宗教性组织的普救善堂和世界红十字学会，分别成立于1930年和1931年。前者是潮帮人士创办，属于蓝十字会(蓝十字会是发起组织新加坡各善堂的总机构)。该堂专办施医赠药及救济等工作。世界红十字学会(星洲分会)，是融合各宗教之教义，以“促进世界和平，救济灾患，讲求道德修养”为宗旨，为世界性组织，成立于1922年，总会设在中国。上述组织在医药服务是不分宗教信仰、种族和帮派的。

同济医院和善济医社分别成立于1885年(一说1867年)及1901年。两者都是以照顾当年流寓星岛侨民的健康福利为首要职责，它们从部落思想，畛域观念中解放出来，在服务上突破了方言帮派的界线而创立。这两个组织的成立是新加坡华族社会发展史的一个里程碑，也是团结全体华族侨民的划时代产物，特别是同济医院。同济医院的设立可以说是一个社会运动，得到各阶层人士的鼎力合作。高悬于正院内的“善与人同”一匾，立于1892年，为创院发起人及商号联合赠送的。这批发起人阵容

包括了当时各帮首领和各行业人士，突破了地缘、血缘、业缘以及方言缘和阶级的界限，为创立一间惠及全体侨民的最早慈善团体而共同努力，确是新加坡华族史上的盛事。同济医院除了医疗慈善服务外，它也是当年新加坡华族社会活动中心。1901年，光绪帝御弟醇亲王过境，侨民就在同济医院内向醇亲王迁呈颂词。而在1905年，钦差大臣张弼士莅星时，即以同济医院为其行辕，在此召集侨民，提倡办学，设立商会，奠定了教育和经济的活动基础，把华族史翻过了新的一页。由此可见，同济医院对新加坡华族社会的贡献，不仅仅是诊病施药而已。

### 中医药组织特征

综上所述，战前中医药组织的特征有二：(一)业缘性的组织单位是由中医药同业基于商业上的利益而组织成立，且较其他行业组织为迟：其中的中医药进出口商公会与中药公会，可说是属于同业间的联谊会组织；而中医中药联合会是基于反抗政治压迫及为捍卫中医药的存亡而组织的。初时该会办有医疗服务，为了团结中医同业，发扬中医药学术以及提高中医界的社会政治认识，翌年还出版“医药月刊”以广宣传：除此之外，在1939年芦沟桥事变时，事关国家民族存亡，该会即倡组筹账会以支持中国的爱国抗日运动。(二)由华族传统组织及各帮首领、社会贤达筹组的医社、善堂等医疗单位，却是基于推运社会公益慈善事业，以救济当时背井离乡的同胞而成立。这些传统互助性的医社与善堂，除了积极发扬华族传统互助的美德外，亦推动与促进了早期新加坡中医药事业的发展。



# 中医防治 癌症 新观点

中国珠海·陈剑



**据**有关资料统计，在20年来我国癌症发病人数仍然呈上升趋势。现在我国每年癌症发病人数已超过了200万人，因患癌症而死亡的人数每年约有160万人，大部分癌症患者在患了癌症后在1—5年内死亡。癌症严重危害人们的健康，并由此给个人家庭和国家带来了严重的人才和经济损失。它不但是个人和家庭的问题，而且是社会公共卫生问题，为此防治癌症仍然任重而道远。下面我根据自己在20多年来在中医领域方面创新防治癌症的经验与大家一起分享。

从而达到比较理想的治疗效果。比如，有一名晚期肝癌患者原来曾经广东省某省级大医院介入治疗3次和口服中成药治疗9个月后复发转移，出现黄疸，食欲不振，身体消瘦，贫血，全身乏力，生命垂危，专家们认为该患者最多还能生存2个月，已放弃治疗了，并嘱咐其家人准备后事。后来，该患者经本人为其治疗一个月黄疸消退了，食欲恢复正常了，体质也明显好转了，并开始工作了。再继续治疗，该患者前后共治疗80天就康复了，至今已生存了15年，一直以来生活与工作都正常。

## 一、实则祛其邪，虚则扶其正； 中药治为主，针按疗为辅

在《黄帝内经》一书中就比较详细地说到了虚实，如“邪气盛则实，精气夺则虚”。邪是指引发疾病的因素；正是指人体本身的正气或者说是体质。

在癌症发生和发展过程中是正气与邪气双方斗争的过程。在发现癌症时往往已到了中晚期，邪气旺盛，正气虚弱，单纯使用中草药治疗往往难以达到理想的治疗效果。为此，本人采用以中草药内外治疗为主；再以针灸和按摩为辅，以扶正祛邪之法进行中医药综合治疗，

## 二、阴阳求平衡，五行不可缺； 经穴要重视，活动不能废

癌症的发生与发展，从根本上说即是阴阳的相对平衡受到了破坏，出现了偏盛偏衰的结果。尤其是出现“癌性热”和癌症复发转移后，阴阳不平衡就非常明显。因此，本人在治疗癌症时非常重视阴阳平衡的调理，快速消除“癌性热”；对出现癌症复发转移和扩散，也要采用中医药综合治疗，力争让患者长期生存下去。如在18年前，澳门一居民患鼻咽癌症已到了晚期，癌细胞已转移到了颈部淋巴结(最大的肿块有5.3cm)、脊椎和肺，曾经多个名医

用中药、西药治疗多个月无效。随后，该患者经本人采用中草药、针灸、穴位按摩等治疗6个月就康复了，至今年初生存了18年，生活与工作都正常。

人体中的心、肺、肝、脾、肾，代表五行中的火、金、木、土、水。现在有人患了肺癌、肾癌后，动不动就把一侧的整个肺或肾切除，或将患了肝癌的肝脏部分切除，似乎不切除就没有办法治疗了。可当切除了一侧的整个肺、肾，或将患了肝癌的肝脏部分切除之后，肺、肝、肾的功能就明显不足了。肺、肝、肾功能其中有一个不足，都会有不同程度的影响患者的长期生存。本人认为患者患了肺癌、肝癌、肾癌等之后，尽量不要开刀，用中草药、针灸、穴位按摩、练功等慢慢调理，尽量保存完整的器官。要相信肿瘤在一定条件下能生长，也能在一定条件下消失的自然规律。

现在治疗癌症，人们忽视了经络穴位的重要性。其实《黄帝内经》早有论述：“黄帝曰：经脉者，所以能决生死、处百病、调虚实，不可不通。”如患有胃癌的病人其腹部的巨厥、中脘、下脘等穴位会有肿胀、压痛等，说明了这些穴位已明显阻塞了。因此治疗胃癌必须针灸、按摩这些穴位，使其通畅，方可增加食欲，提高抗病能力，促进癌细胞的自然凋亡。

有的癌症与缺乏活动、内生干扰素缺乏等有一定关系的，如直肠癌、子宫内膜癌、卵巢癌等。因此，癌症患者要加强活动，最好练功，比如《自然健身功》、《太极拳》等，以促进癌细胞的自然凋亡。

### 三、治癌要寻根，不可瞎治疗； 心疗勿轻视，饮食需节制

目前在国内外治疗癌症普遍采用手术、化疗等治疗，多数没有针对致癌因素去治疗的，因此癌症在手术和化疗不久又复发了或者说转

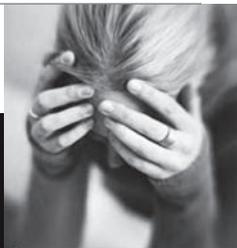
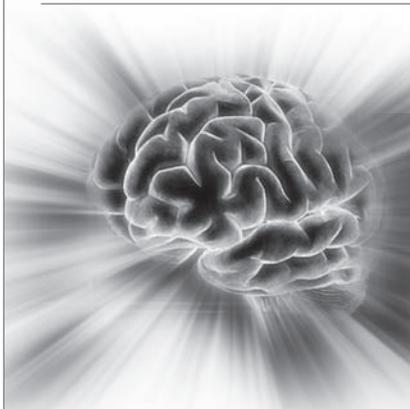
移、扩散了。患者经手术和化疗等后，又经口服了中草药之后5年生存率才约为35%；10年生存率才约为13%，太过令人失望了。

其实致癌的因素是多种多样的，比如肝癌的致癌因素就有乙肝病毒、经穴阻塞、胸椎病变、免疫力下降、内分泌失调、神经功能紊乱、饮食失衡、工作疲劳、缺乏活动等。因此，本人在治疗肝癌时，除了要使用中草药治疗之外，还给患者针灸、按摩，教患者练功等进行全面的调理。这样通过几月的认真的调理，就会收到神奇的疗效。一般在癌症治愈后10年以上不复发、不转移、不扩散。至今有的癌症患者生存了21、18、15年。有一名卵巢癌患者经广东省中山市博爱医院手术和化疗1次后，再经本人为其治疗3个月，至今不但生存了7年，而且还结了婚，生下了健康可爱的小宝宝。她的女孩至今也有3岁了，真是奇迹啊！

现在患者患了癌症后，其本人和其家人都非常恐慌，不知所措，而且是过于相信手术和化疗，因此往往给中医药治疗带来难度。为此呼吁广大癌症患者和其家人不要恐慌、不要放弃治疗，更不要完全依赖手术、化疗、放疗，要及时寻找中医药治疗，要积极配合中医药的治疗。我相信，只要中草药、针灸、按摩、练功、食疗、心疗等治疗方法一起用上了，就会在短期内收到神奇的疗效。

当然，使用中草药、针灸、按摩、练功、食疗、心疗方法也是很讲究的，也是不能随随便便的。

比如，在饮食方面需要节制，不可偏食。尽量不吃或者说少吃世界卫生组织提出的垃圾食品；不吃发霉变质的食物；多吃干净卫生的蔬菜、水果等。



# 颅内肿瘤 的中医治疗

新加坡·林 英

**【摘要】** 本文探讨了中医药治疗良恶性脑瘤的病因与治法。治疗以辨证结合辨病，扶正祛邪为治疗原则，并随临症病情表现用药。

**【关键词】** 脑瘤 颅内肿瘤 中医治疗

**自** 2009年1月至10月间，在中华医院，单是笔者所治理过的颅内良恶性肿瘤就有15例。其中男性5例，女性10例。其中9例为恶性脑瘤，男性3例，女性6例，都经手术、放疗，多有不同程度的眩晕、头痛、肢瘫、神疲、言语不清等。颅内肿瘤亦脑瘤，包括胶质瘤、垂体瘤、髓母细胞瘤、蝶窦肿瘤等十余种，颅底肿瘤常位于颅底，颅腔、有丰富的神经和血管穿行其间，颅内肿瘤可发生于任何年龄，多见以20至50岁，分为良性脑瘤和恶性两类，有原发肿瘤和转移性肿瘤。

现代医学对脑瘤的病因还不太明了，可能与遗传因素，化学因素，物理因素有关。外科手术具有致残的可能，因而不能澈底切除。

## 1. 中医脑瘤病因病机的认识

中医学无“脑瘤”的记载，但在典籍中有脑瘤的类似症状的描述如“真头痛，头痛甚，脑尽痛，手足寒至节，死不治”《灵枢·厥病篇》。“头目久痛，卒视不明者，死”《中藏经》。本病属于中医学“头风”、“头痛”、“真头痛”、“呕吐”等范畴。其病因病机包括脾肾不足，脾虚酿生痰湿，乘虚上窜脑海，占据清阳之位；先天禀赋不足，后天房

劳伤肾、惊恐伤肾导致肾精不足，肾虚不生髓，脑髓失养，肝肾阴亏，水不涵木，肝风易动，阴阳气血失衡，风、火、痰、瘀乘虚而入，痰瘀互结于脑，形成积块。《灵枢·百病始生篇》“凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成也”。临床上与脾肝肾三脏有关，多属虚实夹杂之证。

## 2. 辨证论治

在临床上中医辨证分型每按个体病况，因时、因地、因人而异，一般较难统一分型。

- 2.1. 肝肾不足、脑髓失养：头晕，头隐隐作痛，耳鸣，视物不清，肢麻，腰膝酸软，舌淡红，苔薄，脉细弦。治宜滋肝补肾，益脑生髓。以六味地黄汤或杞菊地黄汤加减。
- 2.2 痰湿上扰、蒙蔽清空：昏蒙头痛，痰哽咽中，咯之不畅，呕吐痰涎，或伴有恶心呕吐，头晕头重，身重疲乏，舌苔厚腻，脉滑。治宜健脾化痰、利湿开窍。以温胆汤或涤痰汤加减。
- 2.3 气虚血瘀、痰瘀阻窍：头晕，头痛有定处，肢体活动不利或偏瘫，或言语蹇涩，舌体歪斜，舌紫暗或舌淡暗边有

瘀斑，脉弦涩。治宜补气化痰、通络祛瘀。以补阳还五汤加减。

- 2.4** 肝阳亢盛、肝风上扰：头痛，视觉不清，恶心呕吐，肢体抽搐，烦躁易怒，口干尿黄，大便干结，舌红苔薄黄或黄腻干，脉弘数或滑数。治宜镇肝熄风、潜阳止痉。以天麻钩藤汤、镇肝熄风汤加减，肝经热毒盛者，以龙胆泻肝汤加减。
- 2.5** 阳虚水泛、气机不利；身倦神疲，面色胱白，头晕头重，记忆减退，眩晕耳鸣，恶心呕吐涎沫，畏寒肢冷，腰酸膝软，喘咳心悸、下肢肿，舌淡胖边有齿痕，苔白或白腻水滑，脉沉。治以温肾化气、壮阳行水。以真武汤、济生肾气丸加减。

### 3. 参合辨病

辨证论治是中医治病的基本，而脑瘤病因病机具有其独有的特点，主要为髓海受损，邪实多为痰瘀凝聚，闭阻脉络，正虚多表现于脾气虚损，或肝肾阴亏，引动肝风。因此单纯以辨证论治抗癌抑瘤的疗效不佳，故此颅内肿瘤的治方当以按辨证论治为基础，参合辨病治疗，在辨证治疗的基础上，参照选用各医家治疗脑肿瘤的用药经验，选用具有一定抗脑瘤作用的药物以“辨病”治疗。

本人临床治疗颅内肿瘤，在辨证的基础上常以僵蚕、蜈蚣、全蝎、石决明，天麻、钩藤等为主要辨病用药，取其善搜剔逐瘀，化痰散结、熄风止痉之功，另加入引经药以载药上行，以川芎、石菖蒲、天麻等较为常用，现代药理证实三药均能透过血脑屏障。

### 4. 结合针疗

针灸治疗脑瘤的报导不多，对于良性脑瘤本人采用已故李金龙老师的脑瘤三针。具

体穴位：

州圆穴(百会穴各旁开一寸三分)  
州昆穴(州圆穴向后一寸)  
州仑穴(州圆穴向前一寸)

**针法：**沿皮进针1寸。

**病例：**右脑血管瘤/脑膜瘤 李xx 女，35岁2007年9月19日初诊。

零七年六月因后颈项剧烈拉痛，莱佛士医院诊断为血管瘤/脑膜瘤，由于脑瘤4.5cm，手术切除风险大，医院只手术除脑积水，从颈部置入导管引流，八月间完成28次放疗，脑瘤未缩小。

**来诊时主诉：**右侧视物双影，右面颊麻，时眩晕，胸闷，项肩紧，舌根偶麻，纳尚可，怕冷易累，便溏，舌淡暗红，脉细。辨证：脾虚、痰瘀互结

**处方：**黄芪 18g 白术9g 茯苓12g法半夏9g 陈皮6g 炒扁豆6g 山药12g 莲子12g 薏苡仁30g 香附9g 葛根12g 柴胡9g 僵蚕9g 胆南星9g 全蝎6g 车前子18g

针灸四神聪穴或脑瘤三针，中药治疗则按临床表现辨证处方。

经中药与脑瘤三针一年的治疗，零八年十月八日扫描，脑瘤从4.5cm缩小至2.49 x 2.09cm；脾胃已能健运，视物已正常，舌麻愈，项肩仍常紧痛，继续治疗中。

### 5. 临症用药

头痛甚者加蔓荆子、藁本、白芷、川芎、菊花；恶心呕吐者，加陈皮、姜半夏、姜竹茹；视力模糊者加青箱子、密蒙花、石决明；便秘者加瓜蒌仁、火麻仁、生大黄；肢体抽搐者，加全蝎、蜈蚣、天麻、钩藤；癫痫发作者加枳实、半夏、地龙、僵蚕；半身不遂加黄芪、川芎；听力障碍者加菟丝子、泽泻、磁石、菖蒲；吞咽困难者加威灵仙、僵蚕；咯吐黄稠痰者，加黄芩、冬瓜仁、苇茎、瓜

萎仁、浙贝母、胆南星；口干咽燥者加天花粉、石斛、玉竹；失眠烦躁者加酸枣仁、五味子、珍珠母、龙骨、牡蛎；气虚乏力或白细胞减少者加黄芪、黄精、鹿角霜、枸杞子、紫河车等；淋巴结肿大者加黄药子、胆南星、猫爪草、夏枯草；放疗后导致热毒炽盛者选加五味消毒饮；放疗后导致气阴两伤者选加具有补益脾肾、益气养阴、清热生津之功效的中药如黄芪、沙参、麦冬、天冬、生地、生首乌、枸杞子、石斛、芦根、旱莲草、女贞子等。

### 6 病案举例

患者邱x敏，女，48岁。零三年患上右乳腺癌，切除肿瘤，零六年乳腺癌复发，切除右乳房。2008年4月因头晕、视物重叠，中央医院确诊为颅内肿瘤，转入癌症中心(NCC)，09年6月12日完成12次放疗后，脑瘤1.6x1.4cm/1.7x1.2cm。

初诊：22/6/09双眼视物，物体模糊，掩盖一眼，视觉较清，行走不稳，头痛，时恶心欲呕，纳差，易喘，舌淡紫，苔薄白，脉细。诊为气虚血瘀、脾虚痰凝，治以治宜补气健脾化痰祛瘀，处方以六君子汤加味，药用：黄芪15g 茯苓12g 白术9g 半夏9g 陈皮9g 炒谷芽12g 炒麦芽12g 石菖蒲9g 僵蚕9g 白芷9g 天麻9g 泽泻9g 薏苡仁12g 三棱9g 海藻12g 山慈菇9g。

二诊：6/7/09头痛止。纳差欲呕，味觉异常，食物入口皆甜味，易喘，腹胀，舌淡苔薄白，脉细。处方：黄芪18g 茯苓12g 白术9g 羌半夏9g 陈皮9g 炒麦芽12g 炒谷芽12g 神曲9g 木香6g 海藻12g 山慈菇9g 三棱9g 蜈蚣二条。

三诊：13/7/09味觉改善，已能分辨甜咸等味道。仍纳差欲呕，干咳，腹时胀，寐安，二便畅。舌淡红苔薄白。

处方：党参15g 茯苓12g 白术9g 陈皮6g 羌半夏9g 麦冬12g 玄参12g 五味子9g 杏仁9g 百部9g 前胡9g 僵蚕6g 木香6g 炒谷芽15g 炒麦芽15g

四诊：20/7/09仍干咳无痰，纳差欲呕，腹偶胀，夜间小腿抽筋，便秘，舌淡紫苔薄白，脉细数。

处方：黄芪15g 麦冬12g 五味子9g 款冬花6g 前胡9g 杏仁9g 陈皮6g 神曲12g 炒麦芽15g 炒谷芽9g 僵蚕6g 白芍12g 甘草3g。

五诊：27/7/09小腿已无抽筋，已不呕恶，纳差，痰难咯出，舌淡紫，苔薄白，脉细数。

处方：北芪15g 茯苓12g 白术9g 陈皮9g 法半夏9g 胆南星9g 鸡内金9g 山楂9g 石菖蒲9g 前胡9g 紫宛9g 僵蚕6g 天麻9g 薏苡仁24g 蜈蚣二条。

六诊：10/8/09双眼已能同时清楚视物，不必遮着一点看物。

咳嗽，痰难咯出，气喘，纳稍改善，寐安，二便畅。舌淡红，苔薄白，脉细。  
处方：黄芪15g 茯苓12g 白术9g 陈皮9g 法半夏9g 胆南星9g 土茯苓9g 浙贝母9g 石决明12g 僵蚕6g 五味子9g 天麻9g 麻黄6g 蜈蚣二条。

七诊：17/8/09至十二诊21/9/09患者行走已稳，不必扶持，双眼视物清楚。

十三诊：28/9/09中央医院颅内MRI显示脑肿瘤已缩小。

目前继续治疗当中。



# 湿疹 的中医治疗



新加坡 · 周微宏

**湿**疹是一种常见的表皮炎症，根据临床症状按发病缓急分为急性、亚急性和慢性三期。病因比较复杂，一般认为与变态反应有较密切的关系。湿疹的主要特点是剧烈的瘙痒，以小丘疹为主的多种形态的皮损，有渗出倾向，反复发作，容易慢性化。湿疹的病人可有多种过敏因素，如对鱼、虾、牛羊肉等过敏，吸入花粉、尘螨、羊毛和羽毛等也会发生过敏。患有慢性胆囊炎、扁桃体炎、齿龈炎、肠寄生虫病等，寒冷、湿热以及搔抓刺激等均可能成为发病因素。祖国医学治疗湿疹，在长期的临床实践中以中医理论为指导，运用辨证论治，整体治疗，注重饮食调节、情志调摄对疾病的影响，取得了较好的临床效果<sup>[1]</sup>。

## 湿疹的病因病机及论治思路

中医认为本病主因先天禀赋不足，脾失健运，湿热内生，复感风湿热邪，郁于腠理而发病。亦可因饮食失节，嗜酒或过食辛辣刺激腥发动风之品，伤及脾胃，脾失健运，致湿热内蕴而发本病。反复发作缠绵不愈，招致脾虚血燥，阴虚血瘀，肌肤失养生风。另外情志因素和病情发作发展可互为恶性循环，成为发病的重要一环。

### 1、 根据病期的分型论治：

#### 1.1 急性湿疹论治：

1.1.1 湿热浸淫型：皮损以大片红斑，触之灼热，其间水疱迭起，瘙痒无休，抓破脂水频流，状如松脂为主要表现，同时可伴心烦口渴，口苦咽干，大便秘结，小溲短赤，舌红苔薄白或黄腻，脉滑数等。治宜清热凉血，利湿止痒。魏跃钢教授<sup>[2]</sup>常用：苦参、黄芩、黄柏、萹蓄、地肤子、赤芍药、金银花。魏教授认为此证多为湿热阻遏，营血不得通利所致，正如叶桂所谓“湿热遏阻营血”，“是以四末如烙，肌肤瘙痒，治以苦辛”。故方中苦参、黄柏、黄芩、金银花清热燥湿，解毒除湿；萹蓄、地肤子利湿止痒；赤芍药一味，用意殊深，叶桂谓“寒凉清火解毒，必佐活血通畅”，用赤芍药以制苦参、黄柏等，“恐气血凝滞”，“凉血以清热”，“活血以败毒”，“活血则气动”，湿热随之而泄。诸药合用，使湿热以去，营血通畅。

1.1.2 肝胆湿热型：有些病人皮疹的发生和加重特别与当今生活节奏较快，工作紧张有关，从中医来讲七情失调，与肝经密切相关有关。因此瞿幸等<sup>[3]</sup>又在上述基础上

将湿疹分为肝胆湿热型和肝风湿热型。肝胆湿热型以皮肤局限性潮红或暗红肥厚，表面有结痂脱屑，周围散在丘疹、水疱、搔痒难忍为主，伴口苦急躁易怒，小便黄赤。肝风湿热型以全身红色丘疹、搔痒剧烈，日轻夜重，血瘀点点为主，伴烦躁、失眠。并认为某些特殊部位的湿疹如耳廓、乳房、外阴、手部湿疹并不都是血燥失润，只要颜色较正常肤色红，表面有痂屑，仍当辨湿热，结合循经，为肝胆湿热。

### 1.2 慢性湿疹论治：

1.2.1 禔国维教授<sup>[4]</sup>认为，慢性湿疹迁延日久，风邪化燥伤阴，瘀阻经络，血不濡肤，或脾虚湿困，阴虚血瘀。临床辨证论治，分血虚风燥证、脾虚湿困证、阴虚血燥证，但又不拘泥于祛风、清热、利湿等治法，应分清虚实，分辨急缓，审证求因。治疗时注意虫类药、引经药的应用，注重内外、整体与局部结合。

1.2.2 陈国勤<sup>[5]</sup>以皮损辨证，皮损肥厚浸润明显，并见丘疱疹、糜烂，反复发作，多为脾虚湿困型；发于下肢，伴静脉曲张，皮损肥厚苔藓样变，呈紫黑或乌黑色，缠绵数十年不愈者，多为湿瘀互结型；皮损粗糙肥厚，鳞屑多，呈苔藓样变，多为血虚风燥型；皮损肥厚、干燥似皮革，暗红，发于肘窝、膝窝、阴囊、外阴等，多为肝肾阴虚型。因“久病必瘀”，风湿毒邪日久入络，邪瘀阻滞，故可从瘀论治。湿疹的临床特点是搔痒，“风胜则痒”，或外感风邪，或血燥生风，或肝肾阴虚，风从内生，故祛风止痒贯穿始终。另陈国勤还将湿疹按脏腑辨证论治慢性湿疹，将湿疹分为5型，脾虚生湿型多见于儿童，治以健脾除湿，方选健脾除湿汤化裁；肝肾阴虚型、肝风内生型选用钩藤、夜交藤、石决明、生龙骨、生牡蛎、珍珠母等平

肝熄风药；肾阴虚型多见阴囊、外阴湿疹，治以补虚固肾，选用六味地黄汤；肾阳虚型多由脾虚湿困型转化，可用真武汤化裁。

## 2、 其他治疗思路：

2.1 王玉玺<sup>[6]</sup>认为本病总由禀赋不足，饮食失节伤及脾胃，脾失健运，湿热内生，兼外受风邪，内外两邪相搏，浸淫肌肤所致。心为君火，肝肾皆寄相火，故发病原因多责之于心火，肝火，脾湿。并提出“风伤于上，湿伤于下，中为气郁、火郁”的观点。

2.2 陈妙善<sup>[7]</sup>等认为有脾肾两亏型，治疗健脾、益肾，固表卫肤，说明肾虚型在本病特别是慢性期不容忽视。

2.3 马秀丽<sup>[8]</sup>则重视宣肺法在治疗湿疹中的应用，并把宣肺法贯穿在治疗湿疹的始终。比如：宣肺散风，清热利湿法治疗急性湿疹，方用麻黄连翘赤小豆汤加减；健脾利湿佐以清热宣肺法治疗亚急性湿疹，方用越婢加术汤合除湿胃苓汤加减；益气养血，宣肺祛风，清热利湿法治疗慢性湿疹，方用三三饮合四物汤、萹藓渗湿汤治疗。

2.4 周鸣歧<sup>[9]</sup>在湿疹的诊疗过程中，既重视湿热内蕴的临床表现，又刻于脾失健运的根本原因将湿疹辨证为风湿热毒、风燥血瘀两大证型，治疗中化瘀解毒利湿之法贯串始终。因湿毒是湿疹的病根，而搔痒又是湿疹的突出症状，所以彻底清利湿毒，改变患者内在环境及体质，湿疹才有望治愈。化瘀一可开气血之闭，有利于湿毒的化解；二可活血止痒，取其血行风自灭之意；三可改善肌肤通透性，恢复脉络皮肤的功能。

### 2.5 引经药的使用：

2.5.1 禔国维教授<sup>[4]</sup>善用引经药治疗慢性湿疹，因慢性湿疹多较局限，可位于身体的各

个部位，在辨证论治时根据发病部位酌加引经药物。如发于太阳经可加羌活、蔓荆子、川芎；阳明经可加白芷、葛根、知母；少阳经可加川芎、柴胡；厥阴经可加龙胆草、桅子；发于下肢可加牛膝；发于上部可加桔梗；三焦湿热可加黄芩等。

2.5.2 宋坪等<sup>[10]</sup>选用不同的引经药物或方剂治疗湿疹。如阳明主面，发于面部的湿疹多与胃火亢盛、大肠燥热有关，治疗时加用白虎汤或沙参、麦冬等品；发于耳周、乳房周围者多与肝胆湿热有关，常用龙胆泻肝汤化裁；脾主四肢，发于肘窝、胭窝者多从脾胃论治，最常用化湿汤；阴囊部位是肝肾经循行，治疗多加用黄柏、知母以清相火；下肢为下焦所属，下肢部位皮损多加用二妙丸。

2.5.3 马兰<sup>[11]</sup>治疗湿疹重视引经药的运用，头面部皮损加黄芩、野菊花；上肢皮损加片姜黄；腰背皮损加川续断、杜仲；耳周、口周皮损加黄连、桅子、龙胆草；肛周、外阴皮损加黄柏、防己；下肢皮损加木瓜、牛膝等。

## 二、湿疹的外治法：

### 1、 外用药的使用：

中医辨证是指导中医遣方用药的基础，也是外治法应用的依据，正如《理渝骈文》中曰“外治之理即内治之理，外治之药即内治之药，所异者，法尔。”中药外治运用辨证论治的方法，确定治疗原则，选择治疗部位、治疗方法和选方用药。湿疹外治药物的选择与内治原则相同，但还要考虑剂型的选择。因此，临床多采用辨证分型治疗，针对疾病发展过程中不同阶段的病机特点，来确定治法方药。

1.1 急性、亚急性期渗液较多时，外用药多以洗剂、湿敷剂为原则，常用药物有：三

黄洗剂、马齿苋煎剂、10%黄柏溶液、炉甘石洗剂、硼酸洗剂。渗出不多时，多选用散剂外扑或麻油调敷，如青黛散、金黄散直接撒扑或以香油或凡士林调敷。洗剂在临床中应用尤多。慢性湿疹，皮肤肥厚苔藓样变，则选用熏洗剂或软膏、乳剂。李小莎<sup>[12]</sup>对文献报道的30个外洗方作出统计：急性、亚急性湿疹多用大黄、黄柏、荆芥、黄连、防风、苦参、苍术、白藓皮；慢性湿疹多用地肤子、蛇床子、苍耳子、五倍子、土茯苓、当归尾、川椒。痒甚者加蝉蜕、乌梢蛇、刺蒺藜、皂角刺、全虫；并感染者加连翘、银花、蛇舌草、地丁、蒲公英、马齿苋等。徐明德<sup>[13]</sup>在辨证论治的基础上提出皮疹发于上部加桑叶、菊花、牛蒡子；发于中者加柴胡、郁金、川楝子；发于下部加土茯苓、川牛膝。

1.2 田静、冯常青等<sup>[14]</sup>善用中药溶液外用治疗湿疹，对急性湿疹，常用中药：银花、连翘、马齿苋、地榆、黄连、苦参、黄柏等。使用方法：多用中药溶液冷湿敷，取煎煮好的中药溶液（10℃左右），用5层~6层纱布浸透药液，拧至不滴水为度，湿敷患处，每次15min，1天3次~5次；亚急性湿疹，临床以小丘疹、鳞屑、结痂为主，仅有少量丘疱疹、水疱、渗出，伴瘙痒。常用中药：荆芥、防风、白藓皮、紫草、茯苓、丹皮。使用方法：①如有渗出，用中药溶液冷湿敷，方法同上；②如无渗出，多用中药溶液外洗。取煎煮好的中药溶液（25℃左右），用药液冲洗或用消毒纱布蘸药液轻轻擦洗患处，每次15min，1天2次；慢性湿疹，常由急性、亚急性湿疹反复发作转变而来，也可发病即为慢性。表现为局限性皮肤粗糙、肥厚，抓痕，苔藓样变，色素沉着，伴瘙痒。常用中药：苍术、苍耳子、蛇床子、地肤子、苦参、五倍

子、桃仁、枯矾、芒硝。使用方法:①药浴:适用于面积较大的皮损。用煎煮好的中药溶液加水稀释到一定浓度(约为25%),温度在36℃左右,洗浴患者的局部或全身,每次20min,1天2次。②浸泡:适用于局限性皮损肥厚明显者。用温热的中药溶液浸泡患处,药物浓度大于30%,每次30min,1天2次。

### 2、其他外治法:

广东省中医院禩国维教授<sup>[4]</sup>善用下列外治法:

- 2.1 穴位注射:慢性湿疹局部癬滯明显者用丹参注射液;久病气虚用高丽参注射液;慢性湿疹急性发作时用苦参碱、鱼腥草注射液。取穴:足三里、三阴交、血海、内关等。
- 2.2 划痕疗法:用手术刀片在病变部位划破表皮,使局部气血流通,毒血宣泄,具有活血化瘀、解毒止痒作用。操作方法:常规消毒患处,用手术刀尖端部由上而下,从左至右轻划,以稍渗血为度,视病变大小决定划痕次数,拭干血迹后,外敷枯矾粉,以消毒纱块覆盖,胶布固定,5—7天1次,2次为1疗程。
- 2.3 吹烘疗法:患处外涂青黛膏或10%硫磺膏,然后用电吹风烘20分钟,每天1次,5次为1疗程。
- 2.4 照神灯加药疗法:患处涂10%硫磺膏,再用神灯(高效电磁波治疗机)照射15~20分钟,每天1次,7天为1疗程。
- 2.5 梅花针疗法:用5—7根针联合叩打病变部位,促进气血流畅,止痒、软坚散结。操作方法:将病变部位常规消毒,用弹刺法,以手腕弹力上下叩打,每次5—10分钟,每天1次。

### 三、湿疹的心理疗法:

袁茵等<sup>[5]</sup>曾对慢性湿疹换真的心理健康水平做了相关测查分析,发现慢性湿疹患者的抑郁、焦虑、精神病性等项目的均分明显高于正常对照组,而明显高于神经症组,表明慢性湿疹患者的心理健康水平介于正常人与神经症患者之间。故慢性湿疹患者有较低的心理康水平,此研究对于提示在治疗慢性湿疹时重视心理治疗具有重要意义。

张磊等<sup>[6]</sup>针对慢性湿疹发病的心理—社会因素,进行整合式心理疗法:包括①行为干预治疗:介绍慢性湿疹特点、诱发原因、病程转归、治疗要点等,纠正不良习惯,戒烟、戒酒;合理膳食、平衡营养;定时定量的进行体育运动,发放治疗须知。②放松训练:在心理医生的指导下,让病人安静舒适地半躺或仰卧在病床上,在特制音乐磁带的指导下进行深呼吸训练及全身分段肌肉放松训练;同时做肌电反馈治疗(J-PW5型高级电脑肌电生物反馈仪,北京博达技术研究所生产)。③支持性心理治疗:耐心听取病人的倾诉,启发、鼓励、疏导病人,树立战胜疾病的信心,减轻其负性情绪对疾病的影响。

### 四、生活饮食调理:

湿疹患者应避免喝酒、咖啡、辛辣刺激与油炸的食品,饮食应清淡,多吃水果蔬菜。榴莲、芒果、龙眼、荔枝等属热性水果少吃,以免病情“火上加油”。湿热型体质的患者可多吃绿豆、冬瓜、莲子、苦瓜等清热利湿食品。湿疹的发生受遗传、免疫、饮食、环境等多种复杂因素影响,特别是慢性湿疹反复发作,饮食、环境以及接触因素往往起很大作用。因此,在药物治疗同时,应嘱患者注意可以引起病情加重或者反复的因素,如注意避免食人

性的变应原(如鲤鱼、酸鱼、虾、蟹、鹅、鸭、牛肉、榴莲、菠萝、竹笋等);避免经常搔抓皮损部位,以免引起苔鲜样变加重;避免热水或刺激性药物用于皮损部分,引起急性病变。并嘱患者注意休息,避免过劳、紧张,对瘙痒明显、影响睡眠者可选用珍珠母、牡砺、龙齿等重镇安神之品。

### 参考文献

- [1] 臧绥平. 浅谈湿疹的中医辨证治疗. 中医中药, 2009, 09:91
- [2] 代昌波, 魏跃钢教授治疗湿疹经验. 河北中医, 2009, 31(9):1286-1287
- [3] 瞿幸. 中医辨证治疗湿疹85例. 中医杂志, 1995; (10):615
- [4] 王欣. 禩国维教授治疗慢性湿疹经验介绍. 新中医, 2005, 37(2):9-10.
- [5] 陈国勤. 慢性湿疹辨治杂谈[J]. 中国中医药信息杂志, 2003, 10(8): 74.
- [6] 陈书悦, 宋为民. 湿疹的中医辨证论治进展. 浙江中医药大学学报, 2007, 31(4): 528-532
- [7] 白彦平, 杨顶权, 刘艳. 湿疹的中医治疗与研究现状. 北京中医, 1999, (6), 50-52
- [8] 马秀丽. 宣肺法治疗湿疹. 中华中医药杂志, 2005, 20(11):703
- [9] 周升平, 董玉, 郭昕, 栾馥. 周鸣歧老中医湿疹散的临床运用体会. 辽宁中医杂志, 2000, 27(6): 271.
- [10] 宋坪, 李博鉴. 慢性湿疹的中医辨证治疗. 中国全科医学, 2004, 7(12): 857.
- [11] 马兰. 湿疹的中医治疗体会. 河南中医, 2006, 26(5):36.
- [12] 李小莎. 湿疹的中医药外治概况. 湖南中医学院学报, 2004, 24(1), 60-61
- [13] 徐明德. 湿疹治疗之我见. 山东中医杂志, 1995, 15(4):150.
- [14] 冯常青, 田静. 中药溶液在湿疹外治中的应用体会. 中医外治杂志, 2007, 16(1)
- [15] 袁茵, 郑苏蓉, 张炜. 慢性湿疹患者的心理健康水平调查分析. 健康心理学杂志, 2004, 12(1), 22-23
- [16] 张磊, 王微, 楚瑞琦等. 整合式心理治疗对慢性湿疹患者生活质量的影响. 中国皮肤性病学期刊, 2007, 21(7), 407-408





# 痛风 证治

新加坡·梁妹

**痛**风(Gout)是由嘌呤代谢紊乱所致的一组慢性疾病,其临床特点为高尿酸血症(Hyperuricemic)及由此而引起的反复发作性痛风性关节炎、痛风石沉积、痛风石性慢性关节炎和关节畸形,常累及肾脏引起慢性间质性肾炎和尿酸肾结石形成。

高尿酸血症是导致痛风发作的根本原因。正常人每100cc血中含尿酸标准值在男性为3.5-8.2 mg,女性为3-7mg,如血中尿酸长时间持续,超过此值,则称为高尿酸血症。根据血液中尿酸增高的原因,可分为原发性和继发性两大类。原发性痛风是由于先天性嘌呤代谢紊乱所致;继发性痛风是由于其他疾病、药物等引起尿酸生成增多或排出减少,形成高尿酸血症而致。原发性痛风以中年人为最多见,40-50岁是发病的高峰。60岁以上发病率占全部病例的11.6%,女性相对升高占29%。在儿童和老年痛风中,继发性痛风的发生率较高。本病发病男与女的比例是20:1。

临床上痛风的症状以单个关节或多个关节发作性红、肿、热、痛以及功能障碍的急性关节炎、慢性关节炎、肾绞痛、血尿、肾功能损害为特征。

本病属于中医学“痹证”“白虎历节风”等的范畴。

## 尿酸过高的原因:

- (1) 从富含嘌呤或核蛋白的食物中核苷酸分解而来的属外源性,约占体内尿酸的20%。
- (2) 由体内氨基酸磷酸核糖及其他小分子化合

物合成和核酸分解而来的属内源性,约占体内总尿酸的80%。

- (3) 肠道排除尿酸受阻。
- (4) 肾脏排除尿酸受阻。

## 痛风现代病理:

痛风是一种尿酸代谢失调疾病,主要是尿酸盐尿酸过量产生或尿酸排泄不充分引起的尿酸堆积造成的。尿酸结晶堆积在关节软骨、滑膜、肌腱及肾脏。由于嘌呤代谢产物尿酸在血液和组织中堆积,特别是在关节及其周围的软组织沉积,引起过敏性炎症所致。在急性期,晶体沉着在滑膜和关节软骨上。在慢性期,囊肿或痛风石内的尿酸盐晶体在腐蚀的软骨基质内,骨内有囊状腐蚀,最终发生纤维或骨性强直。痛风石是尿酸盐结晶聚集物。由于尿液PH呈酸性,尿酸易形成晶体,并聚集成结石,可导致阻塞性泌尿系统疾病。严重时可沉积在中央大关节及实质器官如肝肾。

## 中医学病因病机:

**1. 病因:** 痛风的病因有内因、外因两个方面。内因多因禀赋不足,腑脏失调,或甘肥酒热,湿热内生,或年老久病,脾肾失调所致;外因多为诱发或加重因素,主要是外感风寒湿热之邪。

**外因:** 主要是感受风、寒、湿热之邪。患者或居处环境阴寒潮湿,或因饮酒当风,或汗出入水,或贪凉卧露,均可招致风、寒、湿、热之邪入侵,邪气留着于肢体、筋骨、关节之间,闭阻不通,发为本病。此外,风寒湿邪所

## 痛风 辨证论治

致的痹证久痹不愈，郁久化热，亦可转化为风湿热痹或湿热痹证。

**内因：**主要是先天禀赋不足和正气亏虚。如因先天禀赋不足，或房室不节，或饮食不节，酗酒厚味，损伤脾胃，痰浊愈甚；或复因病后失调等等，皆可使肝肾精气亏损，肝肾亏损，一方面可致营卫气血涩滞不行，壅遏于骨节周围，闭阻经脉，均可形成本病；另一方面，又因卫外不固，易于感受外邪，风寒湿热之邪乘虚袭入，阻遏营卫，壅滞经络，深入筋骨，使病情加剧。

### 2. 病机：

(1) 本病的主要病机是先天不足，正气亏虚，经脉失养；或湿浊排泄缓少，流滞经脉；或脾运失司，痰浊凝滞关节；或感受外邪，邪痹经脉，气血运行不畅。均致关节、筋骨、肌肉疼痛、肿胀、红热、麻木、重着、屈伸不利而形成本病。

(2) 病理性质有虚有实而以实证为主。

本病病理性质多属本虚标实，以肝肾亏虚，脾运失调为本；以寒湿热、痰浊、瘀血闭阻经脉为标。本病急性期多为湿热蕴结，恢复期则多为寒湿阻络。久病不愈则血脉瘀阻，津液凝滞，痰浊瘀血闭阻经络而关节肿大、畸形、僵硬、关节周围瘀斑、结节。后期可内损腑脏，可并发有关腑脏病证，尤以肾气受损多见。肾元受损，气化失司，则水湿内停，外溢肌肤，而成水肿，湿浊内停，郁久化热，湿热煎熬，可成石淋。若肾气衰竭，水毒潴留，可为肾劳之证。

### 辨证论治：

痛风的辨证论治应注意辨别其不同阶段。急性期应从清热通络祛风除湿着眼，以阻止病情发展。若已发展到慢性期阶段，又需针对兼夹痰浊、血瘀、寒凝者，随证参用化痰泄浊，祛瘀通络，温经散寒之法。同时根据阴阳气血的虚衰，注意培

本，补养气血，培补肝肾。

### 急性期：

起病急，多在夜间突然关节剧痛，主要见下肢关节，而第一跖趾关节最易受侵犯。局部红肿灼热，可以同时伴有发热，头痛畏寒的全身症状。此外还可见口干烦燥，舌红苔薄黄或黄腻，脉数，此期以清热通络；祛风除湿为大法，常用白虎加桂枝汤加减。药如石膏知母、桂枝、赤芍药、银花藤、防己、木通、甘草、海桐皮。若湿热流注，络脉瘀阻，以膝踝趾关节肿痛为著者，选四妙散加味，药如：苍术、黄柏、苡仁、防己、银花藤、牛膝，亦可用泄浊化痰法(朱良春经验方)：土茯苓、萆薢、生苡仁、威灵仙、全当归、桃红、红花、泽兰、车前子、银花藤、晚蚕沙、虎杖根等。

### 慢性期：

常由急性期发展而来，多关节疼痛较剧，持续时间长，间歇期缩短。关节肿大畸形，屈伸不利，耳廓，关节周围有痛风石，溃破后排出尿酸盐结晶。治疗上以泄浊化痰，蠲痹通络为大法，如关节剧痛，或伴麻木，皮肤紫黑或暗滞，形寒畏冷得暖则舒，脉沉弦，舌淡苔薄者为寒湿瘀滞，常用方药如：制川乌、制草乌、细辛、全当归、赤芍、威灵仙、鹿含草、土茯苓、萆薢、桃仁、生薏苡仁、川桂枝、木通等。

如关节漫肿疼痛、畸形、或僵硬、脉缓滑，舌苔白腻者为痰浊瘀滞，常用方药如：炒白芥子、炙僵蚕、陈胆星、威灵仙、土茯苓、萆薢、炮山甲、皂角刺、全当归、豨莶草、海桐皮等。

慢性期关节僵硬畸形，结节质硬，可加炮山甲、蛻螂虫；疼痛剧烈者加全蝎、蜈蚣、炒元胡、六轴子；肝肾阳虚加熟地、补骨脂、肉苁蓉、骨碎补以补肾健骨，蠲痹定痛；气血不足者加黄芪、当归。如痛风伴尿路结石痛风性肾病，可参照肾炎篇有关的治疗原则和手法。

发作期饮食宜素，半流为宜，忌食肥脂油腻(肉类、鱼类)、辛辣、动物内脏、海味发物及豆类制品；严格戒酒、水杨酸、利尿酸类等诱发因素；多饮水、促使尿酸排出，适当进行体育活动和肢体功能锻炼。

# 《脉理求证》之四

新加坡·林桓毅

**滑**脉，阳中阴脉也。濒湖述之以往来，前却流利，展转替替然如珠之应指。漉漉如欲脱，以状其流势之不尽也。

濒湖云：滑为阴气有余，故脉来流利如水。脉者血之府也。血盛则脉滑。故肾脉宜之；气盛则脉濡，故肺脉宜之。

崔嘉彦认为滑脉迟而有力，滑而流利。

濒湖体状相类诗曰：滑脉如珠替替然，往来流利却还前；莫将滑数为同类，数脉惟看至数间。注：滑则如珠，数则六至。

而濒湖述弦脉以端直以长。按之不移，绰绰如按琴瑟弦。状若筝弦。从中直过，挺然指下；弦为阳中阴脉也，一仁刘氏于诊脉传心诀篇有云：数而有力为紧弦；而濒湖言滑主痰饮，浮滑风痰；沉滑食痰；滑数痰火；滑短宿食。于述弦脉条中，并无一字状其为数而有力；惟滑可兼见数脉；然此说却与崔氏嘉彦所谓滑脉之迟而有力相左，深感莫衷一是。矧濒湖言滑之兼数可诊之于痰火证，只状滑之脉来六至耳，何尝言其有力。今之诊者，或已将属阳之紧脉；即如濒湖言紧脉来往有力，左右弹人手(应为指之义)之紧脉，每误为弦脉矣。元以弦脉之病机为气滞。气滞日久可见血瘀或痹病之证。濒湖言紧脉主寒主痛，其主病诗：紧为诸痛主于寒；而弦脉之相类诗则示以：脉来端直似丝弦，紧则如绳左右弹；紧言其力弦言象，牢脉弦长沉伏间。倘论滑与弦脉之形象。滑来流利如水，因血府充盈，应见其长而满部或三部皆有。一仁刘氏以弦又长为肝之平脉；

而濒湖以端直以长，按之不移，如按琴瑟弦；或状若筝弦，从中直过，挺然指下诸语之。从中直过一语，或言其脉象应在指下三部之中，以挺然之势直过，必不同滑脉有往来流利而不绝之流势；惟滑与弦之脉象极易混淆难辨，其易明者或此两种近似之脉象，并无紧脉之来往有力，左右弹人手耳。

今列濒湖滑脉之主病诗于后：

滑脉为阳元气衰，痰生百病食生灾；  
上为吐逆下蓄血，女脉调时定有胎。

又：

寸滑膈痰生呕吐，吞酸舌强或咳嗽；  
当关宿食肝脾热，渴痢颓淋看尺部。

复将弦脉主病诗一并列出，俾可共参之：

弦应东方肝胆经，饮痰寒热症缠身；  
浮沉迟数须分别，大小单双有重轻。

又：

寸弦头痛膈多痰，寒热症瘕察左关；  
关右胃寒心腹痛，尺中阴疝脚拘挛。

更随之以紧脉主病诗，藉可互相考证此三脉之异同：

紧为诸痛主于寒，喘咳风痛吐冷痰；  
浮紧表寒须发越，紧沉温散自然安。

又：

寸紧人迎气口分，当关心腹痛沉沉；  
尺中有紧为阴冷，定是奔豚与疝痛；

## 《脉理求证》之五

濡或涩脉，阴脉也。其脉之来细而迟，往来难；短且散。或一止复来，或可致结代之先兆。参伍不调；如轻刀刮竹；如雨沾沙；如病蚕食叶。

濒湖指涩为阳气有余，气盛则血少，故脉来蹇滞而肺宜之。

濡脉如上所述，应见其脉之细之迟之短之散；且可一止复来之五或六种脉象。

依濒湖对细迟短散或一止复来之结代诸脉，皆有扼要纲目，兹敬录于后，以见濡脉复杂之结构和形成：

- 一 细，阴脉也。小(濒湖于微脉之体状诗，句有细比于微略较粗)于微而常有，细直而爽，若丝线之应指。
- 二 迟，阴脉也。一息三至，去来极慢。
- 三 短，阴脉也。不及本位，应指而回，不能满部。
- 四 散，阴脉也。脉大而散，有表无里。涣漫不收。无统纪，无拘束；至数不齐；或来多去少、或去多来少，涣散不收，如杨花散漫之象。
- 五 结，阴脉也。脉往来缓，时一止复来。
- 六 代，阴脉也。动而中止，不能自还，因而复动。脉至还入尺，良久方来。

今将濡脉之必兼细迟短散结或代各种皆属阴脉之脉象，合而观之。遂知其脉之涩而往来

艰且难。主因是血少、伤精或伤津、下红等阴亏而致之。濒湖以细迟短散时一止曰濡，并列述诸近似之脉类如后以比较其异同：

- 一 极细而爽，重按若绝曰微脉。
- 二 浮而柔细曰濡。
- 三 沉而柔细曰弱。

濒湖濡脉主病诗：

濡元血少或伤精，反胃亡阳汗雨淋；  
寒湿入营为血痹，女人非孕(为胎病)即无经  
(即败血)。

又：

寸濡心虚痛对胸，胃虚肋胀察关中；  
尺为精血俱伤候，肠结溲淋或下红。

杜光庭云：濡脉独见于尺中，兼得代为死脉。

其他精血或伤或弱之脉象，尚可见之于虚、微、芤、革、牢、濡、动等脉象。惟牢主寒实之病，其脉似沉似伏，实大而长微弦。失血者脉宜沉细，反浮大而牢者死；为虚病见实脉也。实属阴中之阳脉也。以上皆依照濒湖而整理之。

## 《脉理求证》之六

虚、濡、微、弱及细，此五种脉象，皆可按之冥，惟其部位或浮或沉；其形或细或大，各不相同。虚脉来也迟，微脉则按之如欲绝而若有若无，亦各独具其特征也。

濒湖脉学对以上五种脉象，有如下述：

1. 虚脉，迟大而冥，按之无力，隐指豁然空。
2. 濡脉，极冥而浮细，如帛在水中，轻手相得，按之无有；如水上浮沤。
3. 微脉，极细而冥，按之如欲绝，若有若无；注：以上脉经言。戴氏以为细而长；素问谓之小，气血微则脉微。
4. 弱脉，极冥而沉细，按之乃得，举之无有。脉经
5. 细脉，细脉小于微而常有；细直而冥，若丝线之应指。脉经虚、濡、微、弱、细诸脉均为阴脉也。

经曰：血虚脉虚。濒湖言濡主血虚之病；又主伤湿。而微主久虚血弱之病，阳微恶寒，阴微发热。弱则主气虚之病。仲景曰阳陷入阴，故恶寒发热。又云：弱主筋、沉主骨，阳浮阴弱，血虚筋急。柳氏曰：血虚则脉弱，寸弱阳虚，关弱胃虚。至于细脉，脉经曰：细为血少气衰，有此证（即脉证相符）则吉，否则逆；故吐衄得沉细者生，忧劳过度者脉亦细。

故浮而无力谓之虚；其脉无力虚大，迟而且柔。沉而无力谓之弱。弱甚则细，如蛛丝然。而虚甚则散，涣漫不收。至于浮小为濡；濡甚则微，不任寻按。

微脉应见之于上部；而细脉如濒湖体状诗中所咏：“应指沉沉无绝期”，则必从下部诊得。



# 论特殊的中医自然疗法 ——刮痧疗法



新加坡·倪炜程

迈入21世纪，自然疗法已成为当今世界健康发展的新趋势。俗话说：“是药三分毒”，世卫近年来不断呼吁慎用某些药物，要求在保健治病时，追求“回归自然”，“返璞归真”。刮痧作为中国传统医学中极为简易实效的一种自然疗法备受青睐，它不打针，不吃药，只在体表皮肤刮拭治疗，以其简便，廉，效的特点成为诸多民间疗法中独特的外治法。它属《内经》砭石疗法或刺络疗法中的一种。

刮痧最初始于扭痧，扭痧无需工具，用双手食、中指在体表某一部位反复地扭，即能产生紫红色痕迹，借此促使血液顺畅，肌肤充血以缓解身体的不适或疼痛，据推考，它是人类最早最原始的自身防治疾病的一种简便方法。

刮痧起源于神农，黄帝，历史悠久，源远流长，其后历代虽有发展，但较为缓慢，迨至清代才大为盛行。其奠基人清代郭志邃在《痧胀玉衡》中明确指出：“刮痧法，背脊颈骨上

下及胸前肋背肩臂痧，用铜钱蘸香油刮之，或用刮舌刷子脚蘸香油刮之……”可见郭氏之时，对刮痧所用工具随其所适应治疗范围，部位已有多种总结与要求。到了20世纪70年代，台湾中医学家吕季儒先生在前人基础上改进发展了刮痧疗法，做了三件大事。(一)改进创用水牛角特适于人体各部位使用之刮痧板，水牛角味辛，咸，寒。辛味具发散行气，活血润养作用，咸味软坚泻下，寒味清热解毒。水牛角不导电，不传热，在古代以至现代南方少数民族地区均视为避邪祛灾之吉祥物，实为理想强身祛病之佳品。(二)创造循经走穴刮痧健康法，他认为“刮痧健康法”是藉着调治活血行气，使病变之细胞活化，全身血脉畅通，使其恢复自然治愈力的一种物理疗法。(三)向全世界推广刮痧疗法，为实现世卫组织提出的“2000年人人享有卫生保健”做出巨大贡献，同时在中医学发展史上创造了前无古人的功绩。

刮痧疗法是指医者用特殊的刮痧工具在患

者体表经脉穴，区，带朝一个方向反复进行刮拭，以出痧的形式来防治疾病的一种民间方法。痧是指皮肤表面出现的疹子，也含有病毒邪之意义。《杂病源流犀烛》中描述：“若痧人气分而毒壅，宜刮痧”。痧另一种意义：经用器物刮拭经脉，穴位后局部皮肤出现改变，红色粟粒状，片状潮红，紫红色或暗紫色血斑，血疱统称出痧。据北京中国中医研究院王敬，杨金生两位教授著《中国刮痧健康法大全》载，此术可防治400余种疾病。

刮痧治病机制可归纳为“调”，“通”，调即调其阴阳，“通”者畅也，顺也。刮痧疗法以经络学说为指导，以辩证施刮为核心，从整体调节观出发，施以补泻手法和医者娴熟的运板技巧，辅以刮痧活血剂，使皮肤局部出现痧点，痧块，使含有体内毒素血液从通透性紊乱的毛细血管渗透出来，停留在皮肤和肌肉之间，人体本身就有个“大药库”能产生治疗各种疾病的“药物”，这就是遍布全身的经络系统，经络系统功能正常人就健康，反之就会出现亚健康甚至患病，通过刮痧可增强经络系统调控功能。

### 刮痧疗法操作规程：

1. **刮具准备：**工欲善其事，必先利其器。刮痧板厚薄相宜，棱角突出，光滑无暇。
2. **板的运用：**治疗刮选用薄面，需加刮痧活血剂，活血剂由多种中药配植物油精炼而成，有时可用水，香油代替。但最好不要用红花油，因其含有辣椒素可刺激皮肤，引起过敏或黑斑。保健刮选用厚面，不需要刮痧活血剂，亦可隔单衣刮。当行按，点，挑，揉等手法时用厚角刮拭手指，足趾，部分凸起处（如脊柱）用缺口处刮。
3. **运板要求：**
  - 1) 角度：其角度小于90°但大于45°，刮痧疗法要求有一定刺激强度方可奏效。

- 2) 运板要领：轻灵勿滞，均匀柔和，持久有力，渗透有知，状如抽丝，一气呵成。即刮板应贴着肌肤，轻巧灵活，不呆板，状如抽丝样，有节奏地朝一个方向进行刮拭，要求板力渗透有知。“有知”主要是被刮者施术部位有酸，胀，痛之感，而不是表皮之疼痛，其次是指医者板下有时可感知有阻碍感（多发生于华佗夹脊和背俞穴上）。

- 3) 医者运板体姿：沉肩，垂肘，运腕，用指，运板要求轻而不浮，轻柔不等于无力，重而不滞，看似用力，但不是削或压拖，而是一气呵成，要呈现出一个“刮”字。

4. **刮痧顺序：**刮痧时要从上到下，从里到外，朝一个方向刮拭，切不可来回刮，痧现紫色即止，但也“不强求出痧”，“法虽有定，变通在人”，务求我们灵活，“师古法而不泥古法”，再有不强求立时见效。

5. **刮痧次数：**每个部位（穴，区，带）一般刮30次，强调刮拭面尽量拉长，是穴，区，带的效应。

6. **循经刮：**“穴位是点，经脉是线”，刮痧优势就在于以面代线，以面找点，刮痧跟针灸，经络按摩本身一样要遵循“宁失其穴，不失其经”这一古训，12皮部本身就是沿12经脉线分布的一个宽条带。

### 7. 刮痧补泻：

- 1) 板压：轻柔为补，重刮为泻。
- 2) 板速：板速慢，刮拭频率低为补，板速快，刮拭频率高为泻。
- 3) 出痧：出痧少而浅为补，出痧多，呈紫黑疱状者为泻法。
- 4) 按针灸理论顺经为补，逆经为泻。
- 5) 附加施术，刮后在要穴处施以温针灸为补，于痧痕处施以拔罐或刺络拔罐则为泻。

### 刮痧注意事项:

1. 下一次刮痧应在5-7天后,如已是7天但痧未净,不可刮,不要带痧刮痧。
2. 刮痧后洗浴要在3小时后并要用热水,痧未退禁用冷水浴。
3. 刮痧后请患者喝一杯温开水可补充体液,以利代谢物从尿中排出。
4. 给乙肝病人或乙肝表面抗原阳性携带者刮痧时,由于皮下渗血,肝炎病毒可能污染刮板,施术后痧器具均需消毒,以防血源传播。

### 刮痧禁忌症:

1. 心脏病患者,急性传染病,严重肝肾功能不全者。
2. 水肿病人。
3. 血友病或有出血倾向者。
4. 小儿及年老体弱者。
5. 糖尿病严重者,皮肤耐受力差者。
6. 大血管分布处,特别是颈总动脉,心尖搏动处。
7. 孕妇及月经期妇女腹部腰骶部。
8. 中晚期恶性肿瘤患者。

通过刮痧将体内代谢产物“痧”这种毒废物经过一系列复杂生化过程排出体外,这种过程又增强人体“自我免疫”,这种疗法被专家们称为“不用针的针灸术,不流出皮肤的放血术,不用手的按摩术。”从现代医学观点来看,刮痧治病离不开神经,体液的综合调节。刮痧主要通过手法来刺激皮下毛细血管和神经末梢,使冲动传入中枢神经系统而产生兴奋,发挥其正常调节功能,亦可刺激局部毛细血管,淋巴管,加强局部和全身的血液和淋巴循环,促进全身的新陈代谢,增强免疫功能。

刮痧有“一看就懂,一学就会,一用就灵”特点,但要正确熟练掌握它,除熟练中医基础理论外,还需两关,一苦练运板技巧,

不断在自己身上找板感。二通过长时间临床实践,摸索,不断总结,虚心听取病人反应,常言道“病人是医生的老师”,其义深刻。“一块刮板随身带,一有时间刮起来”,小小一块刮痧板,能调节脏腑之虚实,疏通经络之瘀阻,从而平复不正常之病态,延年益寿。中国中医研究院侯志新老师在中央电视台《夕阳红》专栏介绍保健刮痧中有一段打油诗,特摘录如下:常刮头—眼不花来,耳不聋。常刮颈—保你不生颈椎病。常刮胸—气管畅通,咳嗽宁。常刮背—骨质不增生,腰不疼。

常刮四肢—全身轻,老年走路快如风。常刮面—皱纹不生,更年轻。

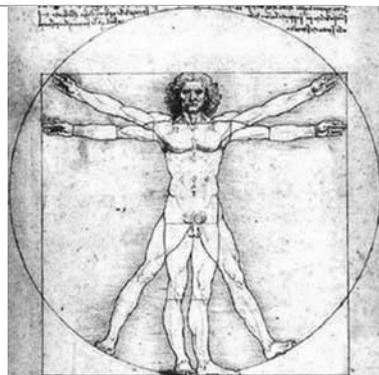
世卫在一篇报告中提出二十一世纪医学不能只把疾病作为研究对象,而应将增进人类健康作为它研究方向,就是说追求健康,要发展人体自身的,自我的健康能力,而恰是中医特有的优势和底蕴,而刮痧拔罐等疗法恰恰是完全的自然疗法,完全是靠刺激调节人类自身抗病能力的一种最方便最有效的手段。据世界医学发展趋势,这种疗法不但不会走下坡路,必将被大众所接受,而大放异彩。如何更进一步对刮痧进行系统发掘继承,整理提高,并将保持传统特色,努力拓展理论体系和更广泛的临床应用范围和疗法,深化刮痧学科,使刮痧这一古树新花立足于科学发展之林。

### 参考文献:

- [1] 特种刮痧疗法.李湘授,齐丽珍著.上海科技教育出版社,2002
- [2] 吕教授健康法400种病临床医典.吕季儒,吕芳宜著.陕西科技出版社,1997
- [3] 经络微针穴区刮痧疗法.侯志新,陆文琴著.国际文化出版公司,1999.
- [4] 中国刮痧健康法大全.王敬,杨金生著.北京科技出版社,1997.
- [5] 吕教授刮痧健康法—76种临床教材.吕季儒著.陕西科技出版社,1990.
- [6] 张秀勤极筒刮痧.张秀勤著.北京出版社,2006.
- [7] 刮痧养生保健法.吴长新,涂淑芳著.台北联经出版事业公司.
- [8] 实用刮痧疗法.王德生,管晓梅著.人民体育出版社,1997.
- [9] 中华传统疗法大全.范正祥著.中国人口出版社,2003.

# 中医理论本源问题初探

中国河北·周青良 赵致生



中医学是中国属性科学体系中的一门具体适用学科。在中国属性文化的历史长河中，经历过钟鼎文化时代的史前文明繁荣，也深受商周文化断档的后的天子神文化与封建社会的宗教影响。

在中国属性文化进入易学，道学，儒学三学鼎立的数千年文化传承过程中，中医基础理论中掺杂了更多的易法社会理论，把人体的脏腑器官，封建衙门化，官员职能化。掺杂了更多的道法自然宗教思想，把精神与神经虚无化，神魂魄宗教化。以及儒法中庸的处事哲学。过分的强调了阴阳平衡。在易学、道学与儒学遇到发展危机时，都会用中医说事，称自己是中医的源头。所以，中医在中国也有易医，道医，儒医的三医之说。

商周文化断档之后的数千年间，中医又兴起了伤寒派，温病派，补土派，滋肾派……。使中医变成了一个典型的杂家文化。我们首先应该认识到，中医是在中国属性文化的发展里程中经了不同的历史时代变迁后。有幸被流传到现在的。它的理论源泉与知识来源应该比易经更早，比道学更长，比儒学更远古。我们从钟鼎文化时代出土的甲乙铜人经可以看到，经络学说的理论体系完成应该在夏商时代，甚至更早。那么，741个穴位被辐射场摄影术验证后，其精确度，竟达到了一个不少，其位置的准确度，竟然分毫不差。除了让人类震惊之外，更让人感觉中国古代属性文化的神秘。那么，中国的属性文化基石又是如何产生的呢？我们通过垒石结绳，河图洛书，

天圆地方，周天历度，太极阴阳五个不同的文化时代的文化遗址中可以发现。由这五个发展链接的属性科学发展过程，不仅仅造就了神秘的经络学说，同样神奇的属性文化成果还有黄道历法。

应该说，易学、道学、儒学都是中国属性文化中的一部分。但是，他们与中医学，并不是一个学科。他们并无法解释黄道历法、也无法解释经络学说。用句最普通的话来说吧，易学，道学，儒学都不是属性文化的原理论说。三学之间尚且鼎立，怎么样能解释中医，怎么样能解释经络？不是文化源头，不可能触类旁通。

那么，中医的知识源头在那里？原理论说又是什么呢？我们用什么方法来对它的源头科学进行探索呢？现代中国，对中医的研究方式有三种：

- 1、以经解经，以典论典。躺在古经，古典，古书，古籍中闭关修行。
- 2、用现代科学解经，解典创新中国的中医理论体系。
- 3、挖掘中国属性科学的源头，建立属性科学的基础理论体系，重新认识中医。

在这三条路中，每一条都是要付出艰辛的。但是，古为今用，需要剔除封建文化糟粕，不能把洗澡水与婴儿一起倒掉，同样，也不能把垃圾与珍宝一起放进保险柜。所以，鉴别什么是垃圾，什么是珍宝，则是第一条路的

关键问题。那么，洋为中用呢？因为东西方文化的壁垒，哪些知识能为中医所用，那么知识不能为中医所用，也是一个重要是课题了。

那么，如何解决这两个问题中的关键问题呢？

挖掘中国属性科学的源头，建立属性科学的基础理论体系。重新认识中医，剔除糟粕，使其精华古为今用。消除壁垒，使其数学基础科学的属性化道路洋为中用。才是发展中医科学的最基本方向。

我们的思路是，任何失传的知识，我们都可以重复它的产生过程而重新认识的。任何知识的基础知识来源与文化的源头都是可以通过数学与几何的逻辑与原理来表达的。所以，属性科学也不例外。

所以，我们以属性科学思维方法从以下四个方面来重新探索和思考中医理论的本源问题，以期正本清源。

### 从史前文明的属性科学发展阶段 看中医理论本源

中国考古在挖掘七千年前的古形意墓时，在墓中发现了河图洛书，还发现了两万年前前的星空图。及青龙，白虎，朱雀，玄武等图案。当时有一个疑惑不解的问题是，通过碳同位素鉴定古墓的年代应该是在七千年前，但是，经过天文学家鉴定，墓中的星象图却是两万年前前的古星空图。这是什么问题呢？

我们站在属性数学起源与五个发展过程研究的角度上再来认识这个问题。显而易见，中国古代先人在两万年前就开始通过垒石结绳之法，来记录天上的星星与形状，研究星星之间的运动变化规律了。一张两万年前前的星空图，能流传一万三千多年，而被完整的保存在七千年前的古形意墓中，也可以说是中国文化史上的奇迹。它表达了中国先人们用垒石结绳之法研究宇宙的持之以恒与坚忍不拔代代相传的精神，表达了中华民族坚信通过垒石结绳之法可

以探索到宇宙奥秘的坚定信念与不动摇的科学探索精神。

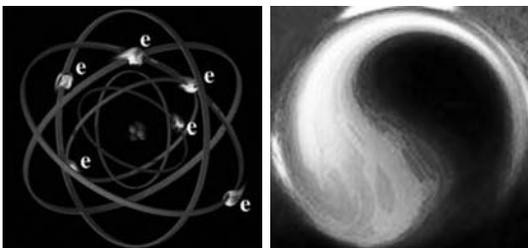
天上的星星，有静，有动，天上的星星有暗有明，天上的星星有限落与有运行的永恒。我们生存的环境也有夜有昼，有夏有冬，我们赖以生存的食物也在春生夏长，秋收冬藏。显而易见，人类的生命不可以没有阳光，不可以没有温暖，不可以没有粮食。那么，粮食，温暖，阳光与天上的星星运动之间是一个什么样的关联关系呢？

众所周知，太阳从东方升起，人类就进入光明的白天，太阳从西方落下，人类就进入黑暗的夜晚。白天比夜晚时间长，就是夏天，白天比夜晚时间短，就是冬天，春天万物就萌发生长，秋天万物就结果收藏。我们生存空间的变化与天上星星的周天变化的大空间中存在变化的一体性，那么，我们可以感悟到的风、湿、燥、暑、寒天气变化与天上的星星运行，有什么关联关系呢？

于是，诞生了垒石结绳的记事法。但是，中国的垒石结绳记事法，并没有用在去研究有几个苹果掉下来的小事小境，而是在记录天上的所有星星之间的运动与变化。

七千年前的形意文化古墓挖掘出来的考古内容，恰恰可以说明中国古代先人，从两万年之前，就开始使用垒石结绳的方法在记录天上星星的运动变化形貌了。

七千年前的形意文化古墓挖掘出来的考古内容，证实了在七千年前，人类就已经由垒石结绳时代，进入了河图洛书的数字化认识星星的格物识务的条块属性层面。并且把东方的星星运动体系形象化的描绘成青龙的变化图案，把西方的星星运动体系形象化的描绘成白虎的变化图案，南面星星的运动体系形象化的描绘成朱雀的变化图案，北方的星星运动体系形象化的描绘成玄武的变化图案。为中国的属性文化由垒石结绳，河图洛书发展阶段，进入天圆地方的时空形几何认识理论的诞生，奠定了过渡的理论基础。



如果我们说河图洛书只是在数字理论上的格物识务的认识方法，那么，天圆地方则是从几何角度，辩证的认识自厝异同的一个飞跃认识过程。形成了完善的几何认识观，也就是说，在这个知识层面上，中国则应该是完整的产生了向，相，象的形体几何认识。产生了勾股抑扬与勾股抑扬的动静辩证观。从而，使中国的属性文化，产生了赤道，白道，黄道的三道可互通计算的周天历度量天大法。

黄道历法的产生，是一个赤道，白道，黄道厝时，厝空的综合辩证厝异同，厝同异过程。伏羲把这种厝术，再升华认识，进入了太极与阴阳的太极八卦理论体系。也就是说，太极八卦理论体系的产生，是在天圆地方层面，周天历度量天大法进化为历法之学之后而产生的一种认识论。它的属性层面发展里程是在一个数万年的，垒石结绳，河图洛书，天圆地方，周天历度的一次次知识层面升华与飞跃的过程中产生的。它的产生，把人类的世界观，简化为固体，液体，气体，腐蚀，燃烧，爆炸为天地间运气六气的一个整体容易认识的结构。并用卦爻之间的变化规律，来说明他们之间的轮回，翻转，震荡关联关系。并且可以用这个框架来认识世间万物的运行规律。

但是，卦爻只是一个理论上的属性逻辑符号，它所表达的固体，液体，气体，腐蚀，燃烧，爆炸的六气变化过程与轮回，翻转，震荡的运动规律，则必需通过算术中的厝术进入异同，同异的天圆地方的几何理论，河图洛书的数学理论在周天历度量天大法的一体时空观下来计算与分析之后才能得到完整的表达与说明。中国属性文化把它们归纳为数理，形理，

像理，物理四个范畴。

正是中国属性文化经过垒石结绳数万的科学实践，河图洛书的数理归纳，天圆地方的几何逻辑认识，周天历度量天大法的计算科学高度发展。才造就了中国独特的时空认识体系。太极阴阳八卦之学，是这个学科的最高发展巅峰。正是属性科学的巅峰出现，科学技术展示出了强大的生产力促进作用。才有钟鼎文化时代的史前文明与科技昌盛，生活丰足，人际关系和谐。

也就是说，太极阴阳学说是研究规律与规律之间关联关系的科学。它可以把不同的规律之间的不同，归纳为相同，在相同的规律中再寻找到新的不同。新的不同，又必然与产生它的规律存在相同。所以，阴阳虽然不同，但是必然在太极中表现出一体化的太极相同。使所有科学规律都进入了一个统一的认识理论体系。所以，在中国除了数理，形理，像理，物理之外，并没有其它的具体学科分科，而只有不同领域中的计算方法与形式认识方法。

这就是中国属性文化与现代西方文化的本质不同。而这种方法，恰恰是在当前知识大爆炸的多学科，多规律之间相互之间不能共溶，不能共通的局面下，解决空间储空理论与时间断续理论不能溶合的根本方法。

所以，现代科学的继续发展需要中国的属性文化，中国远古文明的复兴需要属性文化的



大踏步进步。那么，我们如何来实现这样一个宏伟的目的呢？

中医是一块远古文化发展到现在的活化石。尽管它经过了风风雨雨，但是，我们用中医教育形式的探索，与中医基础理论的挖掘为导火索引爆这场中国远古文明的文化复兴的变革，是最恰如其分的了。

### 中医理论挖掘与史前文明的复兴

商周文化断档，已经是一个不争的历史事实。也就是说，易经并不是中国文化的源头。中国的史前文明应该是更源远流长。而中医科学则是中国文化精华的一种综合应用学科。挖掘中医基础理论的自然科学原理，探索中医理论体系的基础知识来源，是我们复兴中国远古钟鼎文化时代的高度科技文明的一把不可多得的钥匙。

那么，中国的文化长河是从哪里发源？是由哪些知识涓涓细流汇成博大精深的知识海洋？这些涓涓细流又是通过什么样的溶汇贯通渠道集聚成钟鼎文化时代浩瀚的知识大爆炸海洋的呢？中医科学与黄道历法科学不失为两块中国远古文化的活化石。我们坚信在它们的基础理论体系中必然存在史前文明的智慧闪光点。

坚信中医学科是一门科学，坚信中医学是一门综合应用中国属性自然科学体系理论的生命科学学科。是我们在西方科学理论体系占据人类自然科学发展主流观念时代的一个关键性认识环节。

摆脱现代量值数学的储空理论认识观，走进中国属性文化的源头探索。为中医科学与中国历法科学这两块属性科学的远古活化石追根溯源，刨根问底。是中国人复兴史前文明，再造钟鼎文化时代的昌盛的必由之路。

任何知识，都可以通过实践来反复验证，任何规律都可以在实践中重复发现。一个规律被发现，并被大众应用，就是知识。通过知识

的实践，规律会得到反复的验证。于是乎，就变成了大多数人承认的公理。但是，知识与规律之间，却存在相同与不同。相同的是知识是人人可以学会，人人可以使用。规律则并不是人人可以发现，它需要一个认识层面一个认识层面的逐级认识飞跃。也就是说，应用知识的人可以只掌握本层面的知识就可以使用，而发现规律的人，必须有层面知识与层面知识之间的衔接与认识飞跃。

一个规律被发现之后，就会成为了知识，当这种知识被使用久了，大家已经把它当成了一种常识来使用的时候，也许会逐渐淡忘了它是怎么样被发现的，怎么样产生的。如数字的起源，文字、语言的起源，这些大家天天都在用的知识却说不清楚它是如何产生的，如何发展到现在的全过程了。也就是说，我们在前面的文章中详细的讲过了，结构等于方法加程序。当我们只把结构作为一种知识传播下去的时候，很容易就会遗忘产生这个结构认识的认识程序与认识方法。这样，人类的知识就变成了一种结构的积累。知识也变成了一个结构层面与更高一个等级层面结构链接的体系。

中国属性文化，可以说是一个被淡忘了认识程序与认识方法的知识体系。它虽然有太极，阴阳，四象，五行，八卦的属性结构性。并且也很好用。但是，产生它的知识层面与认识程序与认识方法，现代已经没有多少人能讲清楚了。在西学东渐之后，因为这些知识结构，与西方现代科学理论的逻辑与自然科学定律又表现出了不能相通，相变的相对性与相反性。所以，在五四运动后的一百年间，中医的兴废，传统文化的科学性等问题，就成了自然科学科学中的发展悬案。因为，现代自然科学理论的规律化认识层面，不具有说明中国传统文化的认识论与方法论的知识层面衔接。中国传统文化除了结构之外又失传了产生它的认识程序知识与认识方法知识。使中国属性文化僵化在一个发展不能发展，继承更是艰难的一个特殊的境界之中。

在黄道历法与中医这两块中国属性文化的古活化石之中，因为黄道历法的准确与精确的完整体系性，虽然现代科学无法进入它的结构等于程序加方法的认识程序与认识方法。但是，因为它的准确性与精确性都是现代科学规律化科学所不能达到的。所以一直仍然在用，甚至在美国已经编写进入了中小学教材。但是，仍旧没有办法找到与其链接的可认识关联关系知识层面。

而中医科学则与中国历法科学则不同，因为中医需要每个医生与每个患者之间的个体沟通。所以，它的应用精确效果与准确效果，都需要每个医生的自厝异同功力的具有来完成。而中医医生与医生之间的自厝异同功力又不尽相同，良莠不一。加之，中医教育是完全建立在先学西医，后学中医的模式之中，中医医学找不到可以产生认识飞跃的衔接认识层面。使这座知识孤岛，越教育越孤。

那么，我们如何来认识中医科学产生的知识体系呢？如何重新来探索产生中医理论体系的相关关联科学知识体系呢？

探索史前文明的知识产生途径与方法，坚信任何规律与知识都可以在重复探索中重复被发现的知识与发现规律之间的相对关联关系。我们可以把史前文明，数千年前直至上万年前远古文明知识体系发展过程划分为不同的五个知识层面的认识飞跃阶段。即垒石结绳阶段，河图洛书阶段，天圆地方阶段，周天历度阶段，太极阴阳阶段。我们在草根网文化传承专栏中，已经系统的分别介绍了这五个知识层面上认识飞跃所产生的知识链接与现代基础科学理论体系之间的相关关联关系。深刻的说明了中国的属性科学理论体系不是产生在苹果掉下来简单、局限空间内的运动现象中发现的科学理论体系，而是研究天上星星为什么不掉下来的另外一个科学理论体系。所以，它的认识程序与研究方法都与苹果掉下来为主体研究对象的科学体系之间存在发现规律起源环境的不同。它与现代科学理论的认识程序与认识方法

都是各异的。我们如何来重新认识这门与现代自然科学另类起源的科学体系。确确实实需要一个与整体远古文化具有同步发展关联关系的学科来引爆它。中医学就是最好的首选。

### 中医理论在商周文化断档前后的变迁

中医在商周文化断档时代，也同样经历了用自然科学的隐学秘学语境表达医学基础理论问题，还是用社会科学的形意见来表达医学基础理论的显学化与隐学化的过程变迁。

中医显学化，是指钟鼎文化时代形成的中医自然科学体系中的基础理论，被封建社会结构化的形意天子神文化显学理论所替代后形成的易医理论体系。也就是说，商周两代形成的显学与隐学的文化变迁不可能再让中医的原始基础理论在自然科学的理论框架上自由的发展。因为中医学说是中国属性自然科学的最原始载体。它汇集了钟鼎文化时代之前的所有自然科学先进的理论认识与应用。也可以说，中医是与钟鼎文化时代的所有自然科学研究成果都是息息相关的，它是一个综合所有科学的研究成果应用于人类生命科学认识上的一个拯黎元于仁寿的综合学科。也就是说，它与西医学一样，具有自己的自然科学理论体系。

但是，中医科学产生的自然科学理论体系，在商周形成的显学与隐学变迁过程中，受到了显隐取舍的激烈动荡过程影响。必然的要产生一个与商周文化断档同步的变化过程。我们把这个变化过程可以称为钟鼎文化时代与易经文化时代的文化变迁。

钟鼎文化时代，古天文，古算术，古历法，古阴阳，古占候等学科，都是公开的、都是属于显学范畴内的、是人人皆可以自由学习的，是人人皆可以自由研究的。所以，这个时代的科学非常发达与繁荣。这些学问除了被应用在中医范畴之外。还被广泛的应用在青铜等金属的冶炼，陶瓷器的生产，农耕、养殖，食

品的烹调与制作，食品的酿造与贮存等所有与人类生存密切相关的各行各业上。所以，钟鼎文化时代的科学技术发展，应该说是中国科学发展文化发展的一个巅峰时代。

商周所产生的文化变迁。是一次帝王统治制度的一次变革。所以，我们也可以把它看成是尧、舜、禹为代表的帝王制度，与商纣王、周武王为代表的帝王制度之间的王权与文化之间的变迁关联关系。也就是说，这种变迁，可以称得上是一种社会制度的变革。社会制度的变迁引发文化与科技科学的变革，是人类进入社会化生存环境之后，社会科学与自然科学之间所产生的一个必然规律。也就是说，人类从原始的文明，进入帝王统治的奴隶社会的代价，是陨落了人类繁荣的远古文明。古中国如此，古埃及、古希腊、古巴比伦……无一不是如此。

于是，人类的文化形成了社会科学与自然科学两个不同的科学理论体系。一类是研究人与自然界万物之间的关联关系的科学知识体系，一类是研究人类社会化生存形式中的制度与人与人关联关系的知识体系。

社会科学相对自然科学来说，在中国，应该是一个与中国属性文化共生的两个知识体系。但是，他们又是同宗同源。所以，中国的属性科学可以说在自然科学与社会科学的两个体系中，有其共用的基础理论原理。这也正是中国的远古文明没有象古巴比伦远古文明那样成为千古之谜的根本原因。

但是，在自然科学的原始自由发展时期，仍然是人类在大自然中生存下去的主要课题研究。自然科学的知识是人人可以学习与研究的。所以，我们说这个时期的文化主流是人人具有学习与研究自然科学的自由。自然科学也可以说是当时人类的常识。因为只有人类认识了自然才能更好的顺应自然而生存，人类才能获得繁衍生息的生存可能，为了生存，自然科学的学习与研究就是人类生存第一重要的学习内容。这样，自然科学就处在一个极其迅速的

发展时期。从中国的远古文化发展的进程：垒石结绳，河图洛书，天圆地方，周天历度，太极阴阳五个发展过程来看。自然科学已经形成了完整的知识体系与创造了一个繁荣的属性科学技术的应用盛世。也可以说在这个时代，自然科学是文化的主流，我们用显学与隐学来认识这个时代时，可以得出一个结论，就是在这个时代的显学是自然科学。而人类生存的社会化认识，还是一个萌芽的发展时期。如果说这个时期的社会科学也是显学中的一部分的话，那么，也只能说是一个弱势的萌芽发展阶段。显学的主流仍然是自然科学：古天文，古算术，古历法，古阴阳，古占候等学科。而其边缘学科的发展则出现了爆炸之式，除了农耕与中医科学之外，金属冶炼，陶瓷生产，佳肴的烹调，美味的酿造，居所建筑……几乎无所不有。

社会科学系统理念的产生，是在商纣王昏庸无道，奢侈无度，荒淫无度的暴政之后。周公在普天民意皆希望有一个安定的社会生存环境的希望中，顺应民意，在先天八卦学说的自然科学基础理论的发展逻辑思维中，构思了一个水火不相容的后天八卦理论体系，并且用六十四卦的属性相对结构性，形成了一个完整的社会科学理论的人与人之间关联关系的属性理论体系。并以有道伐无道，替天行道的仁政理论体系，以周代商。建立了世界上有社会科学理论体系的封建王朝。

周王朝为了巩固自己的王朝统治，把社会科学理论作为新王朝的显学，而废弃自然科学的显学地位，天下独传易经八百年，使钟鼎文化中的自然科学丰硕成果，成为了隐学与秘学。这也是社会科学理论必需在一个国家中占据统治地位的需要一致的。所以，农耕学，中医学，算术……这些与人类日常生存息息相关的重要学科，都依据易经的属性结构原则进行了修正与变迁。而古天文，古算术，古历法，古阴阳，古占候则成为了隐学或者秘学。

这次社会变革引发了断档式的自然科学理

论体系的中止传播。因为周天子易经之后的文化主流显学中，不再包括原始自然科学中的天文，算术，历法……等内容了。

商周时代形成的文化断档现象，原因是易经是封建天子文化确立了显学的源头地位。所有的应用科技学说，必需要在符合易经的社会制度构建原则下进行修改与重新认识。加之易经八百年的封建文化封锁，能通过秘学与隐学传授下来的史前文化已经非常稀少了。五千年的习惯认识之后，易经就自然而然的变成了中国文化的源头。

所以，认识中医的本源，需要有一个挖掘属性科学的自然科学体系的大问题。从易经的显学中领悟与研究封建文化的隐学与秘学。正本清源。再溯中国远古钟鼎文化时代的文化文明与科技文明。

### 东西方公理科学的理念上的不同

挖掘中国属性文化的精髓，首先要在数理与形理的基础逻辑与数学与几何的关联关系的挖掘中入手。用西方公理科学的发展方式来讲，就是要在寻求公理的体系化表达上下功夫。

东西方在公理科学的理念与表达上存在本质与形式上的相同与不同。这就是现代科学没有诞生在东方，而未来科学不可能再在西方量值线性科学系统中诞生的根本原因。说明西方储空科学系统已经走到无法与时空体系形成关联关系的尽头。使空间的无限无良与时间的无始无终无法进入人类认识的一个完整的一体化表达体系。

人类对无良无限的空间认识是无止境的，同样人类对无始无终的时间认识也是无源头与无终结的。如何在无良无限的空间与无始无终的时间构成的时空体系中找到一个人类可以认识的起点。这个起点就是数学科学与几何科学对数字一认识的起源。

数字一的产生，东西方文化的认识是不相

同的。西方的数字一产生于对物质的客观存在形式的高度抽象。所以，数字一首先是量。而东方的数字一产生于无极与太极的态势变化规律。所以，数字一首先是一种态势变化规律的极限存在。无极生有极谓道。道生一。

由于中国的属性文化源远流长，在漫长的远古时代经历了垒石结绳，河图洛书，天圆地方，周天历度，先天八卦与后天八卦理论体系的重大变迁。形成了显学，隐学，秘学三大流传形式，形成了易学，道学，儒学……等多个学术派别。浅而析之，易有易理，道有道理，儒有儒理……，大系虽然相同，但是其理彼有不同。对数理，形理，像理，物理的认识各不相同。经常出现儒学认为有为而有不为是正确的，道学则认为无为而无不为是正确的。两种思想背道而驰，如此的相对思维现象在中国的属性科学体系中并不少见。先天八卦以天地为根，后天八卦则以水火不相容为本。也就是说，在不同的历史时代，显学，隐学，秘学的内容与范畴都是不相雷同的。这就是说，在中国的古代文化中，各个时代，各个学科之间都存在着相同与不同变化过程与发展过程。那么，如何来认识这些相同与不同的学术内容之间的关联关系呢？我们在前面的文章中介绍了一种数学方法，称为定已动已与定已动己的自厝之法。后继的文章中又讲了自厝同异与自厝异同的两种公理观。

讲到这里，我们再换个角度来认识中国属性文化，天子神文化中的秘学内容有：古天文学，古算术学，古历法学，古阴阳学，古占候学，这些学科从业就没有产生过不同的流派纷争。我们可以举出很多例子来说明他，其中尤其是中国的黄道历法流传到现在，最少也有七八千年，甚至上万年的历史，不仅仅没有不同流派的争议，而且至今仍然保持着精确与准确的一致性。那么，我们不仅要问，为什么在显学的范畴中，会出现这样多的派别不同，属性认识理念不同呢？而在隐学与秘学中却没有这种文化现象呢？这与中国的封建社会制度与天

子神文化的愚民政策是分不开的。也就是说，显学，是为封建统治阶级服务的文化，充其量，它只能说属于社会科学理论体系，或者更精确的说是属于封建社会文化体系。所以，显学的学术内容上来说，它并不需要自然科学的严谨与周密逻辑性。只是谁的观点与理论适宜了封建统治者所需要，封建统治者就用了谁的东西，把它列为显学。而真正涉及到秘学的科学内容，不是被焚书坑儒，就是被禁学，也就是说，自然科学根本不会在一个愚民政策盛行的国家中放任其自由发展的。这也是中国封建文化的显学范畴内为什么并不包括自然学科的根本原因。

现代科学没有诞生在中国，我们可以这样来认识这个问题。现代科学的主要学科的发展是在自然科学上取得的大爆炸式的发展。而中国的国学与封建社会的显学，并不包括自然科学的教育内容。也就是说，西周之后国家学堂只以显学教育为主，只以显学教育的内容通过科举制度来选拔人才。不仅仅没有开设过自然科学方面的学习内容，而且学而优则仕之优的择优标准从来就没有把自然科学为会考核的标准。这是五千年中国封建社会酿成的悲剧。是封建社会以显学为主体文化而废弃与阻止了自然科学的创新与发展的根本原因。也是商周文化断档的根本原因。也就是说，形意文化在商周之前的研究内容是以自然科学为研究主体的科学体系。古天文，古算术，古历法，古阴阳，古占候等自然科学的分科科学都已经达到了相当高的发展水平。那么，为什么商周之后的形意文化就变成了单一的封建社会制度的结构学与封建思想道德的伦理学了呢，自然科学的诸多研究成果竟然全部从人间蒸发了一样，变成了老百姓不可以再学习的隐学与秘学。形成了天下独传易经一书的八百年特殊的文化断档奇观。

商周的文化断档现象，我们可以用先天八卦与后天八卦之变来划分它。可以用阴阳学，占候学的原始可以用算术科学来计算的本质内

涵被易经的礼仪仪式的隆重与繁琐所取代来认识它，可以用几何科学的逻辑对阴阳与占候的推理方法被周天子拔著草取数的随机性取代等历史现象来分析它。

显而易见，礼仪的隆重与仪式上的繁琐，并不能与拔著草取数定卦来判断吉凶的方法灵验与否产生任何因果关联关系。其实，周天子在通过豪华礼仪的隆重仪式，并不是说明拔著草可以判断吉凶的科学性，而是在说，我拔就灵，你拔就不灵的障眼法。民间老百姓随机拔著草产生的取卦结果判断吉凶的不准确性，是人人可以实践的。当然实践的结果并不是百分之百的准确。本来这种不准确的或然率是可以通过算术计算的。但是周公则把自己用算术计算的结果，用一种礼仪形式的隆重性相关联系在一起。其目的就是在说明民间拔著草取卦的随机性为什么失灵。也就是说，他在欺骗老百姓说他们拔著草之所以不准确是因为礼仪隆重的程度，供奉神灵的虔诚程度不同，是因为地点不是在拔著草专用的祭坛上等风马牛不相及的奇谈怪论。

阴阳，占候等算术可计算，几何可推理的自然科学领域的知识。在中国是禁学。在中国五千年的文明历史中，这种算术计算与几何推理的方法并不是没有人破译过。只是并没有一个破译了过的人敢于向封建天子的神文化作出挑战的勇气。他仍然需要也用一种新的占卜形式来对它作出掩饰。如刘伯温的推背图，诸葛亮的马前课，都在用一种概率的产生形式来说明态势计算的准确性。但是，却不能用算术计算的方法与几何推理的方法来说明它，因为这些方法都是在封建社会中被禁止的。所以，他们只能在著草取数的原则下，去发明各种各样的占卜术。也就是说，中国的占卜预测之术，真的是浩如烟海，但是，它们的根仍然不可以摆脱拔著草概率的取卦方法源头。而过去，现在，未来的算术可计算性的研究则在封建天子神权文化的统治下，是一件性命悠关的大事情，谁敢越雷霆一步？

# 新加坡华人 功能性消化不良 中医体质类型研究

新加坡·苗萌

【关键词】 功能性消化不良 临床研究 中医体质类型

## 概述：

消化不良在全球范围内发病广泛，亚洲、澳洲、非洲、欧洲、美洲均有关于此病的发病报道，功能性消化不良及消化不良待查的发病比例介于7%-45%之间；其中，功能性消化不良发病率为11%-29.2%<sup>[1]</sup>。功能性消化不良是临床上最常见的一种功能性胃肠疾病，有上腹痛、上腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等上腹不适症状，并且经检查，排除了器质性疾病的一组临床综合征。

体质因素与疾病的发生是当今中医学界备受关注的课题。“中医体质学说”的理论构架是20世纪70年代末提出的，历经多年研究与探讨，2009年4月，中国卫生部出台了“中医体质分类与判定”标准，这标志着“中医体质学”的正式确立。本课题即是参照此标准为研究手段，旨在通过对227例功能性消化不良患者的中医体质类型的研究，探讨此病的体质类型分布特点，总结功能性消化不良的发病人群的体质特征，为该病的临床治疗和预防提供参考。

### 研究目的:

本课题是在中医理论指导下,从体质调查入手,通过对功能性消化不良患者体质类型的研究,来探讨病人的体质特点、发病因素与体质类型构成关系,为功能性消化不良的预防和临床治疗提供新的思路和方法。

### 研究方法:

筛选门诊就诊的新加坡华人,功能性消化不良患者227例,采用问卷调查方法,统一标准,客观填写患者体质及一般情况调查表格,观察其年龄、病程、饮食喜好、发病诱因、体质类型积分等,采用统计学方法,将调查所得数据建立数据库。分析功能性消化不良的年龄、工作性质、生活习惯、体质类型等的分布特点,及其中医体质类型分布的规律、体质类型分布与各种因素的关系。

### 研究结果:

1. 患者的性别、年龄在功能性消化不良发病比例上,差别无统计学意义( $P>0.05$ );不同性别患者,在病程差别上无统计学意义( $P>0.05$ )。
2. 功能性消化不良以脑力劳动者最多(52%)。
3. 功能性消化不良体质类型中气虚质(15.4%)、气郁质(15.0%)、平和质(13.2%)占前三位。
4. 18-35岁年龄组平和质最多;35-59岁及60-75岁年龄组气虚质最多。气虚质、气郁质、平和质在不同年龄组所占比例差别有统计学意义( $P<0.05$ )。
5. 男性患者中,阴虚质、平和质、湿热质较

多;女性患者中,气虚质、气郁质、平和质较多。不同性别,体质类型构成差别有统计学意义( $P<0.05$ )。

6. 饮食不当、情绪因素、过度劳累三种发病诱因在不同体质类型起作用,差别有统计学意义( $P<0.05$ )。
7. 经常运动锻炼患者中平和质所占比例最多(27.7%);没有运动锻炼患者中气郁质者所占比例最高(19.4%);有时运动者中气虚质所占比例最高(17.4%)。体质类型与运动锻炼与否差别有统计学意义( $P<0.05$ )。

### 结论:

1. 年龄、性别与功能性消化不良发病无关。
2. 功能性消化不良中医体制类型分布以气虚质、气郁质、平和质最多见。
3. 功能性消化不良患者中医体制类型与性别、年龄、工作性质、发病诱因、饮食习惯、运动与否有关。

### 参考书籍:

- [1] Sanjiv Mahadeva Khean-Lee Goh. Epidemiology of Functional dyspepsia: A global Persective World J Gastroenterol 2006 May 7, 12 (17) : 2661-2666.

# 能否让中医药知识进入新加坡的中小学教材?

中医药知识  
中小学教材

中医药知识  
中小学教材

新加坡·邓秀华

看了数篇有关中医药的文章，其中一篇是关于：“是由海南省全国政协委员史贻云向全国政协十一届三次会议提交提案建议：让中医药知识进入中小学教材的新闻。史贻云认为，中医药文化是中国传统文化的组成部分，具有丰富的人文精神和哲学思想。开展中医药知识进中小学教材工作，是弘扬民族文化的一个重要方面，对培养青少年的民族自信心和自豪感很有意义……”。

## 我们新加坡是否也适合这一种教材?

这不禁的让我好奇的要问，新加坡的教育政策是否能够像中国的政协委员说的？把中医药知识进入中小学教材？新加坡是否也适合这一种方式？让中草药也成为中小学的教材之一？

在许多人的心目中，中草药或中医始终是老年人或者是慢性病的最佳治疗依靠；中医，从早期的贫穷救济形象，卖膏药的江湖术士，发展直今各中医团体已具有相当规模，似乎跨进不少，从苦苦求存到现今这个里程碑所付出的辛劳是中医前辈留下的功劳。

最近几年已出现一些学校带领学生参观中医机构，比如就有小学生曾到中华医院认识中医药，义安中学到科艺中医药学院参观等，这其实是一个相当不错的景象；毕竟，在还不是很远的年代，中医的形象等同于贫穷环境、救济苦难、落后、和江湖术挂上等号。曾几何时，这些现象已经被中医教育、深造、保健、和医疗服务所取代？现在已出现有学校带领学生参观中医院，但是此项目并不能够达到普及化，只有零星数间学校有这方面的意识，在数百多间中小学校当中，又有多少的学校有这一方面的认知？

## 积极栽培

随着人类对医疗保健日益需求和具高度的医药市场增长，各先进国家纷纷投入发展生物高科技和研发新药这领域，形成了各国面对研制新药物理论和新技术的竞争，促使医药这领域不断的研发和革新，这市场将会不断的拓大发展。中药产业并没有因此萎缩，反而因为中国内需市场的增长以及积极想要拓展海外的医药市场，中草药产业制成品成为最具有发展空间的高增值产业之一。

我们虽具备了完善良好的基础设施，以及广纳优秀人才来发展，这却是不够的，因为在这一方面发展我们并没有足够的自我人才栽培，相对于中国的中草药培育人才、甚至是台湾和香港在这方面的培育，也比我们占尽优势，我们虽然有南大的中草药系，但起步毕竟比别人迟，我们又如何能在这方面突破？

### 综合辅助教育

正所谓因材施教、有教无类。世界上大多数的国家都采用普及教育和因材施教的方针，来培育自己的未来栋梁；新加坡的普及教育已经达到了全面性的涵盖水平；在中小学的课本里必定有科学这一课本，若在科学植物学的课文这一章环节里，加入一些有关中草药知识的辅助课本以及课外活动的项目，引用较熟悉的中草药将之带入在实践中探索和研究，让学生了解到在熟悉的生活环境里，中草药不仅仅是植物，它除了可以美化环境、治疗疾病、甚至也是未来能结合生物医药科技的一项学问，某一程度上中草药其实也是陪伴人类健康生存的一门科学。

我们不需要强调如同中国政委所说的“……是弘扬民族文化的一个重要方面，对培养青少年的民族自信心和自豪感很有意义。”而是加强中草药是植物的一环，是医药治疗研究的一门学问，使其更科学化；让学生培养起对中草药的兴趣，而不是停留在江湖术挂上等号的假药材以及伤害人体的毒物；如

此多的潜能，是否能让教育部和有关学校的教师意识到这门学问的重要性？

学习氛围的变化取决于学生学习对象而改变；毕竟这是一种很好的培育方法，让中小学对中草药产生兴趣，潜移默化之下，当他们日后走上生物科技、医学的领域发展的同时，对于中草药的研究和发展也比较不会陌生。

当然中草药在现阶段很难进入各学校的辅助教材里，若真正要推广此课，就是将之融入科学课程学习中的一个小环节当着辅助教材。或在几间有此兴趣的学校着重栽培，配合南洋理工大学中药系，让学生更有出路；教育的发展需要教学方法、教学目标上积极调整和改革，才会随着时代不停的转变做出调整而培育出更好的人才；毕竟这是一项长远的计划，其中尤以中学科学教育更是各级科学教育综合素质栽培之枢纽，若在中学实行这一门学科，启发学生对中草药的兴趣，绝对是一个开拓未来的新道路。

身为中医界的我们是否应该更积极的态度来看待推行各中小学对于中草药的认识和兴趣？努力的让他们产生兴趣更为重要；南大中草药系、以及各中医界的中华医院、同济医院、大众医院等等有关组织和机构，谁能做这个领头羊？积极的到各学校推广？让中医药知识进入新加坡的中小学教材，而不是零碎点滴式的参观、欣赏草药，走马式的理解；正所谓百年树人，在短期内也许并不能够看到什么成效，若坚持走的是这一种路线，其实是一种长远的成效，也是一种未来的投资。



# 2010年国际慈济人医年会侧写

新加坡·郭忠福

一年一度的“国际慈济人医会年会”在风雨中展开，两百多位人医会成员於台北车站完成报到手续后，分批搭乘自强号列车前往心灵故乡—花莲。以医学议题进行研讨，并分享各地区会务及国际赈灾的经验。就在所有的学员将分成两批，顺利从台北搭乘火车於晚间九点五分抵达花莲静思堂时，台湾铁路局也宣布晚间八点以后，因颱风台北到花莲的火车停驶。

远远地，看见载著学员的游览驶进慈济医院，“欢迎歌”愉悦地响亮著，学员刚下车，便见到这壮观的欢迎场，有的点头，有的合掌，一路热热闹闹地被慈济志工簇拥著到达感恩堂报到处；寮房组的志工一一双手递上鞋袋，队辅高举牌子开心地挥手，报到处也一丝不乱地进行名单核对，翻译组的年轻志工也早已在寮房等待，随时支援翻译工作。

“2010国际慈济人医会年会”9月19日上

午在“凡那比”颱风风雨中开幕，来自全球23国家与地区、329位会员，人人戒慎虔诚为台湾祈祷。慈济医疗志业执行长林俊龙期许大家以清净无染的大爱，温暖受伤的心灵，散播慈济大爱。

成立於1998年的“国际慈济人医会”(Tzu Chi International Medical Association, TIMA)，秉持著“以人为本，肤慰病苦”、“以病为师，满怀感恩”的情怀。12年来，已汇聚美洲、亚洲、大洋洲近9000名医护、医技、药剂与志工，在各地提供义诊、紧急医疗等服务，服务人数超过170万人次。在每年中秋节，各国医疗专业人士回台团聚，参加一年一度的国际慈济人医年会，精进研习，交换经验，切磋学习。

19日的开幕式正逢“凡那比”颱风登陆花莲，会场一度停电，但在备用电力及手电筒的协助下顺利举行。人医会总召集人暨慈济医疗

志业执行长林俊龙引领人医会各国代表、人医志工，同唱〈慈悲的心路〉，共同发心立愿承担推动TIMA的使命，将人医的大爱精神带回各个侨居地，发挥良能，发光发热。林俊龙指出，今年(2010)国际慈济人医年会，以“净身心，护大地，育良才，传大爱”为主题。因为近年来全球温室效应，各地的灾难频传，源於人心的贪瞋痴；“净身心、护大地”是照顾好自己身心，从“清净在源头”做起，力行“心灵环保”、“大地环保”，才能守护地球。“育良才、传大爱”，就是培育年轻一代成为良医良护，再将大爱传播到世界各地，永远传承下去。他更期许医疗志工秉持慈济医疗人文，以病人为中心，“感恩、尊重、爱”为内涵，发挥医护知识良能，解除病患病痛之苦，更致力协助医疗资源贫乏地区的患者，发挥人医之爱。

年会课程包括，专题研讨分科座谈、各国人医义诊纪实，大爱台新闻气象主播彭启明分享“与地球共生息”、澳洲莫拉什(Monash)大学荣誉教授 Mark Wahlqvist, MD分享“素食与癌症预防”。中秋节当天举办【将生命化作永恒——向无语良师致敬感恩音乐会】，邀请大体老师家属，与慈大师长、医学系毕业生等人来见证，感恩大体老师带给解剖医学的人文教育意涵，舍身育才的风范中培养医德仁术。

新加坡中医师公会属下中华针灸研究院郭



忠福院长，在《人医义诊纪实》专题研讨座谈会上，发表针灸治疗中风专题讲座。郭忠福院长认为，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报告结果，以明确是缺血性或出血性中风。接着，郭忠福院长以古代治疗中风经验和现代针灸治疗中风方法来作比较，并详细解析个中有同异点。最后，谈及中风前病理特点、针灸治疗中风切入点、针灸治疗过程的思路以及针灸治疗中风疗效特点，来论析郭忠福院长针灸治疗中风心得。郭忠福院长强调，临床上应建立以针灸为特色的“卒中单元”，并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的综合治疗方案，绝对可以充分发挥针灸的特色。

证严上人今日在志工早上会上开示，良医不仅是随病授药，重要的是要能以病为师，要用心对症下药，用自己的生命走入病人的生命。这一群追随上人悲心的良医们，在往后数天中精进研习，不仅成长义诊的经验，也成长自我的慧命资粮。

在2010国际慈济人医会年会第三天(9月21日)的〔医疗与媒体〕课程中，应邀前来主讲的台湾《联合报》总编辑罗国俊先生提出三项特点，说明医疗与媒体的从业人员，都为了促进社会进步，改善人生品质而努力。

### 因为有了我们世界变得不同

“因为有慈济，台湾变得不同。”罗国俊表示：“现场来自23个国家地区的医护人员，都是因为慈济的带动，在各地从事医疗服务，这是多了不起的成就。”

### 对公众服务提升工作价值

罗国俊认为两者的工作价值都来自於“对公众的服务”。他说：“我们都有‘两个口袋’，一个装的是工作报偿的薪资；另一个，装的是对社会的贡献。”

### 社会中有“善的存摺”，大家都要把“善”存进去

只有一天的成功没有成功的一天怀抱让明天更美好的期待，媒体面对瞬息万变的社会潮流，大医王面对差池细微却影响巨大的医疗个案，罗国俊指出一项医界与媒体共通的特点：“我们只有一天的成功，没有成功的一天。”“这是不断前进的过程，而人生重要的，也是在这过程中创造社会有益的价值。”

心如明月映照四方，来自全球二十三个国家地区的国际慈济人医会年会学员，今日持续在花莲静思堂进行第四日的课程，证严上人在今日的志工早上会上，感恩人医们不远千里而来，虽然国家不同、种族不同、语言不同且宗教信仰也不尽相同，不过人人能齐聚一堂即是怀抱著共同的心念。

上人说，“世间上的医生很多，西医、中医，每一种的医疗系统分的很清楚，各科别都不一样，可是人人都有共同一念心，这一念心就是佛心、大慈悲心……学医就是要医人，不只是医人的病痛，打开人人之心门，引导病患远离忧郁，所以大医王就是医身体的病，同时也是医心灵的病。”上人提到，现代人疾病的肇因往往不只是因身体有病，天地环境的变化也息息相关，而兼顾环境健康与身体健康的方法就是素食，“日本人称生病为‘病气’，空气中也有病了，当然对大地的损伤也很大，所以人医啊！大医王已经关怀到天气和大地，鼓励人人戒慎虔诚，鼓励人人多多素食，非素不可，对人体的健康、对大地的保护、对天气的净化。”

上人开示，人医情怀就是悲悯众生、不舍众生受苦难，哪怕需要渡海盘山，能以清净的心发挥大爱就是人医的胸怀。“我们现在在静思堂里的二十三个国家地区每一位都是大医王，不是吗？真正来到人间所要尽的使命就是要救人，有钱的人生病没有困难，那苦难人呢？那就更苦啊！人生本来即苦，加上病苦和穷苦，大医王们这一份悲悯之心，让贫病人

和富有人的生命都是平等、尊重与爱……哪里有灾难，我们人医会都是随时准备启动，真的很感恩！”《无量义经》中言“医王、大医王，分别病相，晓了药性，随病授药，令众乐服”，上人说，这一段佛法里，很重视众生的生命，所以需要有大医王治疗众生的病苦。

“大医王就如活佛一样，人最尊贵的就是生命，生命健康才是幸福。偏偏人间有四相，生老病死，有的人生来贫病、有的人五官不全、五根不具，这深俱来的缠，有福的人可以遇到贵人——良医、好医师；但是人间真正的名医很多，良医却不够多，现在慈济人这样的良医，都云集在这个时候，来到静思堂，我们能不感恩吗？能不尊重吗？真的感恩所有的良医菩萨，尊重生命。”

今日正逢农历八月十五日，上人再次祝福人人，秋月清爽明亮，期待人人心中的一轮明月也能分秒都在发亮，圆而无缺。上人开示，“但愿人人心中有明月，我们可以‘反观自性’，观赏自己的月亮，让心境更美。总之，还是要把握时间，祝福人人中秋节快乐，但愿人人家庭都如中秋圆满明亮，祝福大家。”

经过四天的课程，9月23日人医会年会在花莲静思堂进行最后一天的活动，证严上人一一为学员挂上慈济佛珠，并且在开示中提醒大家人生的宗旨，就是“感恩、尊重、爱”。

上人开示：“所以‘宗教’两字就是人生的宗旨，还有我们生活中的观念要不断地修正，不要人与人之间这样的对立、这样的互相分别。只要对人类有奉献的，我们都要感恩；只要能为人类服务的，我们都要很尊重，同样都是一个字，那就是‘爱’。”“要借重你们的双手，更要借重你们的爱，把这一念心化为行动去付出，能这样爱的传承，不断爱的循环，希望我们未来的人世间会比现在更好。”

来自全球各地的人医会医师与志工相聚一堂，交织出法亲浓郁的扶持情感。学员们在为期四天的课程中感动满满，分享的时候也下定决心，把这股感动带回去。

# 第七届世界中医药大会暨 世界中联会议侧写

新加坡·林钥华

由世界中联主办，荷兰中医药学会等中医药与针灸团体共同承办，主题为《中医药的临床实践与科学研究和产品开发》的第七届世界中医药大会于10月1日至2日在荷兰海牙市国际会议中心举行。我会代表赵英杰教授和林钥华医师9月30日抵达会场报到注册。这次大会受到荷兰政府大力的支持，以及主承办者的不懈努力下取得圆满成功，受到与会者的赞许。

参加大会的中医药界同仁共有850多名，他们来自于世界43个国家，汇集论文有200多篇，于大会发表的论文共有80多篇，参展单位有20多个，并举办了多场工作坊。整个大会盛况热烈，洋溢着浓厚的学术气氛。

大会于10月1日上午9时30分开始举行开幕仪式，接着为3个主题演讲，和4个分会场会议，我会赵英杰教授受邀分别主持主题演讲和分会会议各一场。

开幕仪式由世界中联李振吉副主席兼秘书长负责主持并宣布开幕。出席并发表讲话的有世界中联余靖主席、海牙市副市长鲍德信、寇汉克先生、中国驻荷兰使馆张晋雄参赞、中国中医管理局于文明副局长。他们除了称赞大会的举行，也对中医药国际发展提出了许多宝贵的意见，并鼓励大家继续努力，为中医药的未来，作出更大的贡献。

会议期间，荷兰卫生、福利和体育部长柯林克先生也亲临会场与会者会面，并祝贺大会圆满召开。可见荷兰中医界的声望，和受到政



府的重视。

世界中联第二届第七次理事会与第六次监事会会议于10月2日上午9时开始举行。由李振吉副主席兼秘书长主持。余靖主席致开会词。会议议程：

- 1、世界中联2009-2010度工作报告。
- 2、世界中联会员管理与服务系统情况介绍。
- 3、世界中联理事会与监事会换届选举及《世界中联章程》修改方案。
- 4、讨论换届选举及《章程》修改相关事宜。
- 5、审议《中医基本名词术语中葡对照国际标



准》的情况说明。

- 6、审议通过《中医基本名词术语中葡对照国际标准》。
- 7、审议《国际中医医师技术职称分级标准》的情况说明。
- 8、审议通过《国际中医医师技术职称分级标准》。
- 9、世界中联主席会。

会议讨论结果：

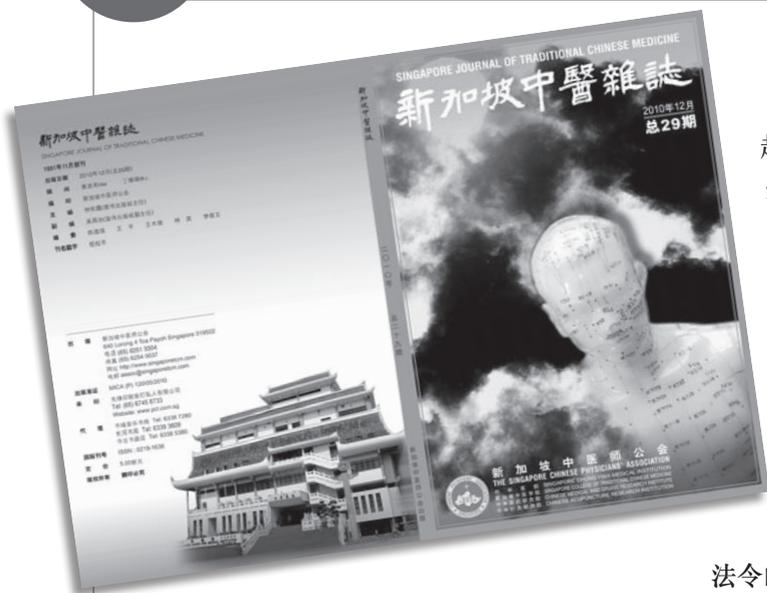
- 1、换届选举及修改《章程》事宜：  
在多位理事提出意见后，交回秘书处再做修正后，再讨论。会中我会赵英杰教授提出有关副主席一职由所属区域中医团体会员推选有欠妥善，并列举了理由加以说明，受到理事会的重视。
- 2、原则通过了《中医基本名词术语中葡对照国际标准》：  
审议通过之前，我会赵英

杰教授指出，《中医基本名词术语对照国际标准》首先中医基本名词术语须先有个标准。受到大家一致认同。

- 3、原则通过了《国际中医医师技术职称分级标准》：  
闭幕仪式于10月2日下午6点举行，由大会执行主席董志林医师将大会会旗交予下一届承办者英国中医学会会长沈惠军医师。下一届大会(第八届中医药学术大会)将于2011年9月2-3日(星期五、星期六)在伦敦召开。



## 《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](mailto:assoc@singaporetcm.com)