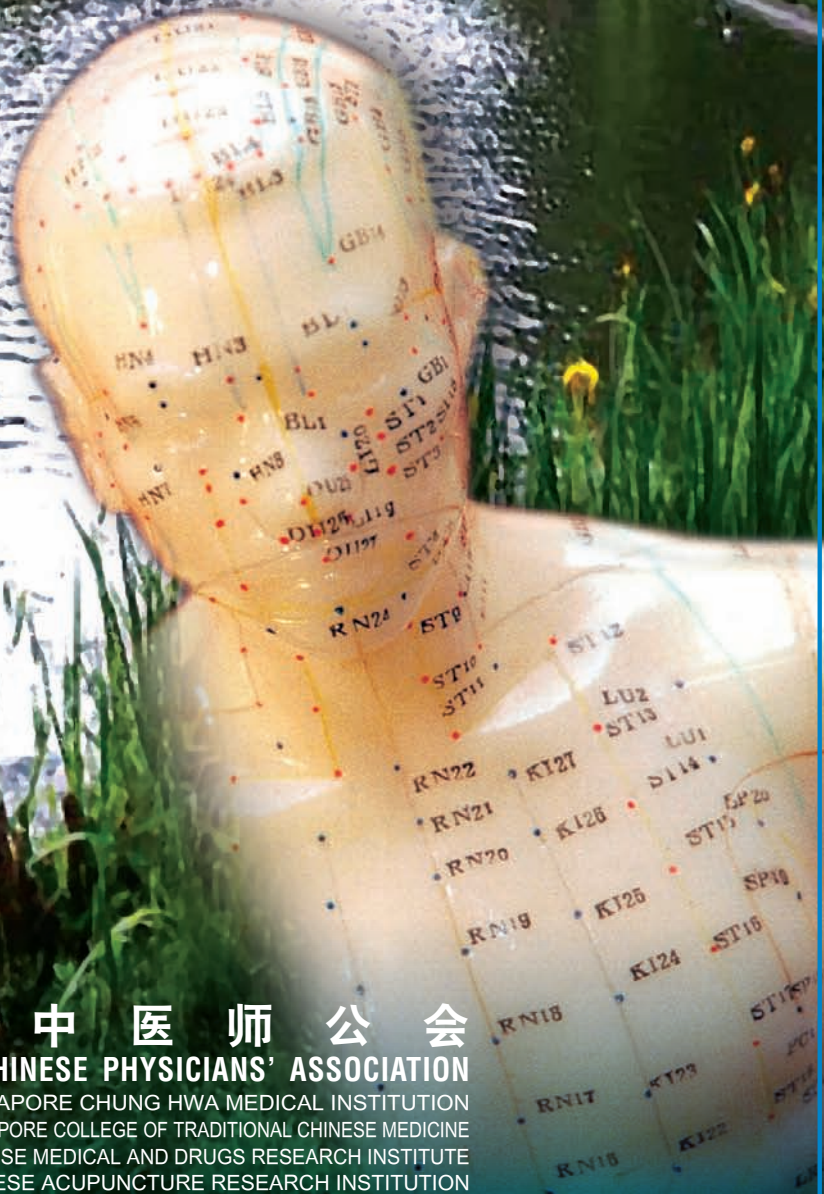


SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

新加坡中醫雜誌

2011年12月

总31期



新加坡中医师公会
THE SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

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

中華醫院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



Singapore Chung Hwa Medical Institution

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友：

中华医院是本地最大的中医慈善医疗机构，也是在卫生部注册的公益机构，目前除了大巴窑总院以外，在全岛还有四间分院：义顺分院、兀兰分院、中医专科门诊中心（即樟宜分院，设于樟宜综合医院内）和诺维娜分院（设于仁慈医院内）。中华医院不分种族、宗教和国籍，以低廉的收费为社会大众提供高质量的中医医疗服务。

中华医院总院及各分院每天诊治的病人超过1,000人。我们有20位驻院医师，300多位义务医师，医院每年的营运开销高达六百万，来自登记券的收入无法应付庞大的营运开支。

我们热切希望得到社会各界善心人士的慷慨捐赠，您的无私奉献，是中华医院病人的福祉。您的捐款可以获得双倍扣税。

Dear Friends,

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

Currently, other than the Headquarters in Toa Payoh, there are 4 other branches, namely Yishun Branch, Woodlands Branch, Changi Branch (located within Changi General Hospital) and Novena Branch (located with Ren Ci Community Hospital) situated all over the island. The Medical Institution offers its high quality medical services at low rates to the general public, regardless of race, religion and nationality, etc.

The Headquarters and the 4 branches provide consultation to more than 1,000 patients daily. With physician strength of 20 Station Physicians and more than 300 Volunteer Physicians, the operating expenses of the Institution amounts up to 6 million annually, where solely collections from the registration fees is unable to cover.

We sincerely hope that the public from all walks of life will donate generously to us as your generosity is our patients' blessings. You will also be able to enjoy double tax deduction for your donations.

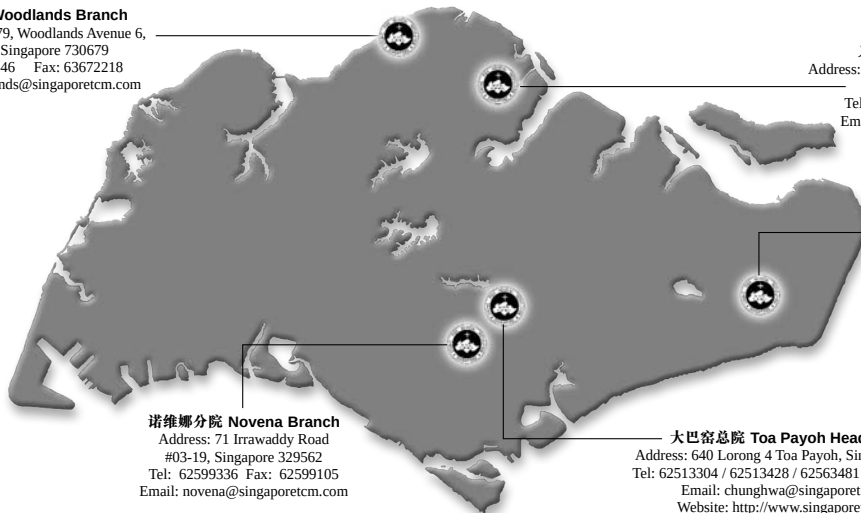
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporectm.com

义顺分院 Yishun Branch
Address: Blk 215, Yishun Street 21, #01-301,
Singapore 760215
Tel: 67567830 Fax: 67563973
Email: yishun@singaporectm.com

**中医专科门诊中心 (设于樟宜综合医院)
Changi Branch**
(at Changi General Hospital)
Address: No 2 Simei Street 3 #L1-01,
Singapore 529889
Tel: 67873845 / 6782 2062 Fax: 67873758
Email: changi@singaporectm.com

诺维娜分院 Novena Branch
Address: 71 Irrawaddy Road
#03-19, Singapore 329562
Tel: 62599336 Fax: 62599105
Email: novena@singaporectm.com

大巴窑总院 Toa Payoh Headquarter
Address: 640 Lorong 4 Toa Payoh, Singapore 319522
Tel: 62513304 / 62513428 / 62563481 Fax: 62540037
Email: chunghwa@singaporectm.com
Website: <http://www.singaporectm.com>



有关黄连的 科学研究

82

头痛

40
的临床表现和中医治疗

针灸与运动 系统疾病

36

颈性 眩晕

79

论坛

- 02 中新南安籍中医药界名士
李成利
- 07 海外中医药事业如何发展:
教育是根本 王平
- 09 联合国将针灸列为世界文
化财产 张永贤

理论探讨

- 10 试对物理学—中医—周易
之比较与反思 张力 杨文彩
- 15 中医的理论基础是属性数
学 周清良
- 17 中医学肝脾说的现代化与
湿可滞气和伤气机理探析
李志刚
- 22 心脑同治学说临床应用
李义春
- 25 治未病思想在防治神经性
耳聋的策略 达瑞
- 28 脉理求证
林恒毅

病症论治

- 30 浅谈针药治疗类风湿性关
节炎 杨昌志

36

针灸与运动系统疾病
谢淇盛

38

中风后遗症、面瘫
及其他头部疾病之
针灸治疗 钟秉生

40

头痛的临床表现和中医
治疗 闫立群

44

老人糖尿病
冯启发

49

髌下脂肪垫损伤初探与其
中医治疗 倪炜程

51

耳鸣的中医治法
陈昆宁

54

浅谈中医药治疗帕金森病
罗爱月

56

中医谈肾虚
梁桂贤

临床经验

58

急性腰扭伤、腰肌劳损、
踝关节扭伤的新针灸疗法
临床体验交流 吴荣贵

62

育阴通腑法治疗中风之体
会 董菁菁

65

外伤性视神经病变
林秋霞

内 页

谈方论药

69

补中益气汤在临床活用
蔡松均

71

半夏
黄靖文

综述

73

针灸治疗眼底病
唐跃

79

颈性眩晕
刘立

临床研究

82

有关黄连的科学研究
郑心锦

学术交流

87

赴华中医学习观摩记
林英

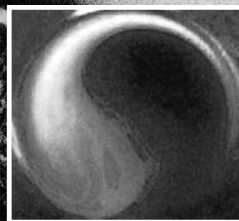
92

团结同道、凝聚业者
刘嘉扬

94

出席《第八届世界中医
药大会》
林铜华

试对 物理学—中医—周易



之比较与反思

中国宁夏·张力 杨文彩

【内容提要】现代科学是以牛顿力学的宇宙模型而确立的从物质的有序性去认识世界的观念，以及其还原论和实验研究的方法，还有那描述自然的思想，统治了近现代自然科学达三百年之久，被认为是千古不变的科学准绳！相对论的出现，驱散了关于绝对空间和绝对时间的幻觉。量子论的创立，惊醒了对可控测量的迷梦，因而从根本上改变了人们对世界的看法，於是当代科学的先锋主流学科—物理学便成为自然科学的基础，其影响已还超出技术领域，而扩展到思想和文化领域，导致了人们的宇宙观及其有关观念的重大变革。随著相对论等现代自然科学理论的相继出现，人们惊奇地发现，因这些成就而逐渐明朗化的科学背景与中国古代特别是中医学、周易的科学哲学思想有著异乎寻常的相似之处。原来当现代物理学的基础首先同经典的科学基础分离时，它的前沿便向东方移动，与中国古代特别是中医与周易的思维方式靠近，这一奇妙的历史现象更是说明任何学科在高层次是互通的，是以鼓舞笔者对物理学—中医—周易进行了比较和反思研究，况且现代科学研究原子、亚原子世界已超越了感觉世界，超越了形象和语言。随著科学研究不断深入到物质内容，因此必须放弃越多的日常语言和固有的习惯概念。可想而知，生命世界包括并远远超越了原子世界，对生命过程的描述，显然不是有用一种现代医学语言所能完成的，况且孰也不曾给科学以绝对的一次成形的永久不变的定论，中医作为一门过程的科学，演化的科学，同时中医文化提及了世界上任何文化无法企及的东西，本身就是一门独特的科学，拙文之所以进行物理学—中医—周易之比较与反思旨在于斯！

【关键词】物理学 中医 周易 比较 反思

《周易》是中国古代一部集政治、军事、社会、自然于一体的百学科之大成，堪称中国文化之源。它的主要内容是对宇宙万事万物共同遵从的基本过程的探讨。这必然涉及宇宙的

各个方面的层次，当然也就涉及到当代科学的先锋主流学科—物理学。

中医与周易同源，其以防治疾病为目的。然“死生反掌，千里毫釐”，“人命至

重，贵于千金”，要做到“察隐、回天、通便、万全”就必须“穷理尽性，格物致知”，“上极天文，下穷地理”方能“中悉人事”。故有“不知易，不足以言大医”、“医易相通，理无二致”之谓。中医认为：人与自然息息相关，人包含于宇宙之中，她就必然遵从宇宙变化的根本规律，中医合理地应用了周易理论，并为之提供了一个广阔实验阵地，促进了周易学理论的发展。同时使中医理论更富有全息统一，整体协同思想。其中在中医学典籍、周易学典籍中不乏深刻地物理学见解：玻尔是在太极中发现了作为量子力学基础的并协性原理，惠勒从姜子牙手中指挥一切的“无”字旗中看到近来年致力宣导的质朴性原理，哈肯认为他所创立的协同学兴中国古代思想在整体性观念上很深的联系，并表示很想学习中医，了解中医是怎样处理各个部分之间的相互联系的，霍恩与吴忠超完成了第一个“有生于无”的宇宙自足解，大卫发现当下降的阶梯10-34cm时“整个世界是一个整体”。普利高津指出：“我们正站在新的起点上，我们不应忽视物理的、乐观的科学思维与中国思维很相似”，“……这一切表明，中医、周易中的物理与近代物理学有极为相似之处，然而，又具有与现行物理学理论迥异的特徵。这是由其研究对象，产生背景、思维模式等因素决定的”。

《周易》是关于“道”的经典著作，“道”是指宇宙间万物发展变化的过程。而《周易》中的“易”有三义：曰简易、曰不易、曰变易。有人也认为《周易》中之易可以理解为关于事物简单的变化过程的理论。“易学”是关于万事万物简单的本身因有的变化过程，它的研究对象是物质世界，课题是探讨物质世界统一的最根本的变化过程：坚信宇宙（包括人体生命科学）来自同一根源，遵从著统一的过程并对之进行不懈的探讨并用以认识世界。

中医研究的对象是人，研究课题是防治疾病，强身健体，这似乎与物理学无关，但由于

受易学的影响，使中医从来都认为人既是大自然中的人，又是社会中的人，因此，中医不是孤立地去研究人体，而是把人作为大自然及社会中的一个有机组成部分去考虑。

物理学的研究对象是物质世界，其课题是：关于物质世界最简单、最普遍、最一般、最基本的固有变化过程的探求及其应用。虽然自牛顿以来，物理学采取一种分科式研究方法，形成了一个庞大的学科体系：经典力学、电学、磁学、光学、量子力学等，然而作为物理学家最根本的追求和目标，却一直未变，那就是对自然过程的寻求。

虽然，易学和物理学都面对物质世界，都有著对宇宙统一性的追求和描述，都认为这统一性寓于简单性之中。然而，两者对“物质”“宇宙”的意义和范畴都有不同的理解。

从物理学对统一过程的研究的主线中不难看出这一点，这个统一中缺少了“人”！自牛顿以来直至上世纪六十年代，物理学的研究对象从未跨过生命界限，因此，在物理学家看来，物质世界是一个非生命的物质范畴，自上世纪七十年代以来，随著对复杂体的研究，普利高津、哈肯等打开了跨过生命与非生命的鸿沟，将生命体也纳入了物理学研究的范畴。然而，目前物理学的主流派仍认为：物质世界是一个“独立于人之外的物质世界”。物理学家也只寻求那个独立于人之外的宇宙和谐而又统一的过程。在对宇宙统一性的寻求中将人斥之於外！牛顿孤立式的分析盘距著最后的一隅！当然也有为数不少的非主流派物理学家认识到物质的范畴应当包括人，大卫·玻姆指出：“有必要把世界看成未被分割的整体，宇宙的所有部分包括观察者及其使用工具融合统一在一个整体中。”在西方科学界和哲学界物质观正在发生著深刻的变化，对“生命是非物质的”及“心物二元论”的批判使现代哲学日臻完善……一种将生命神（神奇的变化），文化纳入物质范围的新物质观正在全球范围兴起。并将形成一种科学的新生……

而易学产生于两千多年前的中国，究其渊源，可以追溯到上古时代。当时社会分工尚未完全形成，人们对事物的认识主要是从整体著眼。以后逐步发展成为现在所说的“整体性思维”，其基本特征是“认为万事万物来源于同一本源是一个相互联系的变化著的整体，遵从著统一的规律。它以简单、形象的符号和质朴的原理来描述自然界。因此其中所蕴含的物理学思想也就有一种质朴的“美”。在中医理论中这种“整体观”体现在：(1)宇宙是一个整体，人是宇宙的一个有机的组成部分；(2)人是一个整体，组成人体的各部分要素是有机地联系的。(3)人与宇宙自然遵从著共同的基本规律。既不存在独立於“宇宙”之外的人，也不存在独立於人之外的“宇宙”，整个世界浑然一体，息息相关，运动变化不息，这就是中国的“整体恒动观”的文化之源“易”学的写照。

两种不同的思维方式，一种著眼于分析，顾“小”而失其“大”，另一种纵观整体，求“全”却存其“粗”。

只有既是整体的恒动的，又分解分析地去观察事物，才能对事物有更完整、更深入的认识，两种方式互为补充，均不可偏废。同时，应当看到：当我们用整体恒动的方法去考察事物时，就不能同时应用分解分析的方法；当我们将事物进行分解分析时又难以顾及到整体。我们认为这是一种广义的测不准观念，同时又是一种广义的并协关系。

目前，西方科学思潮正向整体论回归，而东方的整体性研究也正吸收著西方的科学技术，两者的“交感”、“和合”必将导致新的思潮，也必然影响著未来的物理学，导致整个科学的革命。

在不同的思维模式下，东西方对事物的考察方法也有显著的差异。

西方物理学家也承认“领悟”的作用。但必竟是以观察为主的。在经典物理实验中，人是作为“观察者”而独立於实践之外的。

因此，可以建立于一系列独立而实践者的客观“指标”。强调实际的可复性：采取先进的技术设备(放大感观作用)使之精细化、使观察“客观化”，也很“科学”。但在量子力学实验中，观察者已不可避免地影响著“被观察的对象”而成为“参预者”。于是，“科学”中出现了与“合理的实在论思想”相悖的问题。这引起爱因斯坦与玻尔长达二十八年之久的争论……

如果承认宇宙是一个整体，承认宇宙万事万物是相互联系的，那为什么从本质上来说就没有绝对地独立于实验之外的观察者，在某些实验中观察者对实验对象很弱而忽略其影响，只是一种合理的近似处理和特例，但若“观察者”对实验的干预和影响确实不能忽略时，那么，一定要强调和去设计排除这种影响的“客观”指标是否“太主观”了呢？

在这里“客观”中隐含著“主观”的因素，而“主观”中却又有著“客观”的背景。其实，既然是“观”就必有“主”，而要“观”成立就必须有“客”，两者之间并没有明显的分界线。这也许又是一对测不准观念吧！

“外求”和“内求”，过分地强调某一方面都是不对的，将两者协调起来才更有利於对问题的探讨。因此，利用现代科学技术手段，对“医一易”中的科学思想进行探讨是必要的；而尝试参加一些东方科学实践开拓西方物理学的考察之道也不是需要的吗？

基於思维模式的不同，考察方法的差异，在建立理论“规范”和“基本”描述方法时，医一易、物理就大相径庭了。

三百年前，牛顿的经典力学就奠定了物理的基本研究模式和规范，这就是所谓的牛顿风格：“第一步对自然现象简单化、理想化，建立一个与物理世界某些特点相一致的数学构筑，利用数学技巧可推演出某些结论，然后把这些结论应用於到可观察到的物理世界。在第二步中，是在经验资料和根据经验得到的定

规、法则之间进行比较和对照原来的数学构筑得到修正，或者说形成新的一步，并依次导致新的第二步……形成一种与自然界的复杂性非常接近的数学构筑，第三步，是利用前两步得到的结果，以数学的精确性来演示自然界的运行过程，构建牛顿“宇宙体系”。

三百年来，尽管牛顿所建立的经典力学的理论框架一次又一次的被突破，而这种基本研究模式和规范却基本保留下来，并推广应用于其他学科。因此，不少人认为违反了“科学”，就是“不科学，伪科学”或者“反科学”。然而，当我们为建立一些理想模型而削去一些“细节”和“枝叶”时，是否也削掉一些主要的甚至是基本的东西？西方科学家编织著精细的科学之网，但是只要是网，就有鱼从网中漏掉。自然规律存在著互补性。因此也就存在著一种与牛顿规范互补的“科学规范”和“模式”。“阴阳、五行、八卦”就是整体性思维模式下的一种“科学规范”。

因此，孰也不曾给科学下一个绝对的、永久不变的、一次成形的定论！

基于整体性思维，中医和周易不是认为去寻求描述各种不同事物、不同过程、不同层次、不同性质的各自的量集及其相互关系的根本的。而是认为：既然宇宙是一个整体，宇宙间的万事万物从同一本源化生而来，因此，它们就不可避免地挟带著一些统一的也是根本的信息，遵从著统一的也是根本的过程。因此，它们没有去寻求描述不同事物、不同过程的各自的特征量集，及其作品自身的过程，而是寻求对宇宙（包括人身）万事万物及其各个层次、各种过程所遵从的共同过程，及描述这些不同事物，不同过程的统一的量及其变化过程。这对量就是“阴”、“阳”。“阴”、“阳”及其关系决定著事物的性状，其变化过程（或规律）决定了万物的变化过程。宇宙间所有事物的一切过程，都是“阴”“阳”变化的具体体现。

宇宙间的万事万物无一不是“阴”、

“阳”、分、合、交感的的结果。因此事物“阴”、“阳”的运动、变化、转换过程决定著事物的过程。因此，无论是宇宙各个层次，还是其他方方面面无一不可用阴阳运动的过程来描述。“智者察同，愚者察异”。这种用统一的量来对不同事物、不同过程进行统一描述的“规范”，也是整体性思维的必然结果。它以“太极、阴阳、五行、八卦……”的模式出现。

古老的阴阳学说给出阴阳变化的一般过程，而并未去寻求其在各个具体事物具体过程中体现出的具体量集的量化关系。因此揭示“阴”、“阳”的物理实质并寻求一些具体做法过程中的可测性，“阴”、“阳”标志量是东西方科学结合的一种有效方法。既是说，我们“既要察同，也要勘异”。

实验是物理学的基础，目前出于物理学主流派的研究对象是以人为外物的物理世界，因此实验基本属於物—物（狭义的，以下同）相互作用的范畴，在实验室中，简化模拟自然界的某些过程，使用先进的仪器，进行量化分析是这类实验的特点，这对深入认识事物某方面的性质无疑是有用的。目前这类实验基本体系基本形成，随著仪器精度的提高，日益精细化，并有很高的可复性。虽然在量子力学实验中，人已不可避免地干预著实验而成为“参预者”，但实验对象和手段基本上仍属于物—物相互作用范畴。

而周易的研究对象是包括人在内的物质世界，所以它的实验类型就不仅有物—物相互作用的实验。还有：(1)人—物相互作用实验；(2)人—人相互作用实验；(3)相互作用实验等。

这些都突破物—物相互作用范畴，打破了人是观察者，最多只是“参预者”的规范，在这里人本身就是实验的参预者，甚至是主导者。而自相互作用则是集观察者和实验对象於一身的特有实验。

近年来的生命科学为中医学（中医学的内涵已超出生命科学范围）和周易学开辟了

精细研究某些现象的领地。而生命科学实验是一个古老而又崭新的领域，其实验对象又涉及人，特别是人的超常状态，有些实验信息现代科学仪器还不能反映，又受环境条件的影响。因此，这类实验的可测性，条件和可复性条件较之物—物相互作用要苛刻得多，用后者的条件来要求前者是值得商榷的。

另外，值得指出的是：中国古代道、释、儒、医……各家重视对宇宙的观察。在宇宙的这个天然的大实验室中，一切过程自然地而不是模拟的出现，和谐而优美。而这些过程所蕴含的物理学内容远非任何物理实验室的类比实验可比。因此，对真实过程的考察构成了东方物理学的重要“实验”基础。在这些真实过程中寻求宇宙和谐而统一的过程是中医和易学的重要侧面。

基本思维方式的不同，对基本概念和基本关系理解的差异，采取相异的考察方式、建立不同的规范和模式，也就形成了不同的科学体系，繁衍出不同的科学内容。这正是东、西方主客分野所在。

物理学从来都是以带头学科的面目出现的，而当物理学的基本研究对象发生变化时，物理学在观念上就有一个突破。回想一下物理学由宏观层次进入微观层次，因观察者随著介入实验而引起的轩然大波和观念性变革，就不难理解当前生命科学实验所引起的论战。既然物理学的研究对象从非生命体走向生命体是历史的必然，那么，将“人作为被研究的客体”也是历史的必然。既然，在物理学实验中，人从孤立的“观察者”走向“参预者”，那为什么又不可以走向实验的“参加者”，进一步走向“集观察者和实验者於一身的实验合一者呢”？这样物理学才能真正做到从“一无所有到应有尽有”。才可以建立真正的统一理论。这由东西方科学“交感”、“和合”而产生的前景不是很诱人吗？何况这影响的远远不止於物理学……

参考文献

- [1] (英) 李约瑟《中国科学技术史》科学出版社，1978年7月。
- [2] (明) 张景岳《类经》人民卫生出版社。1965年8月。
- [3] 王雨田《控制论、信息理论、系统科学与哲学》中国人民大学出版社，1988年3月。
- [4] 陈亦人《伤寒论译释》上海科学技术出版社，1992年8月。
- [5] 王琦《王琦医学论文集》中国大百科全书出版社，1993年1月。
- [6] 任继愈《中国哲学史》人民出版社，1963年。
- [7] (美) 詹姆斯·格莱克《混沌：开创新科学》上海译文出版社。
- [8] (俄) 弗·伊·列宁《哲学笔记》中共中央马克思、恩格斯、列宁、史达林著作译局译，1956年9月。
- [9] (美) M·克来因《数学：确定性的丧失》湖南科学技术出版社，1997年6月。
- [10] (英) 史蒂芬·霍金《时间简史——从大爆炸到黑洞》湖南科学技术出版社，1997年6月。
- [11] (美) 阿·热《可怕的对称——现代物理学中美的探索》湖南科学技术出版社，1997年1月。
- [12] (英) 史蒂芬·霍金等《时空本性》湖南科学技术出版社，1997年1月。
- [13] 黄欣荣《复杂性科学与哲学》中央编译出版社，2007年8月。
- [14] 傅景华《捍卫中医》中国协和医科大学出版社，2007年3月。
- [15] 曲黎敏《中医与传统文化》人民卫生出版社，2005年1月。
- [16] 张其成《易学与中医》广西科学技术出版社，2007年7月。
- [17] (日) 池田知久《马王堆汉墓帛书五行研究》中国社会科学出版社线装书局，2005年4月。
- [18] (英) W·C·丹皮尔《科学史及其与哲学和宗教的关系》广西师范大学出版社，2003年4月出版。
- [19] (法) 阿尔贝·维卡尔著《科学的灾难？一个遗传学家的困惑》广西师范大学出版社，2004年5月。
- [20] (清)《御纂周易折中》五原书院藏本 同治十年湖北崇文书局开印。

中医的理论基础是属性数学

——兼谈中西医壁垒的实质问题

中国河北·周清良

现代哲学提出的两个基本问题：思维与存在，精神与物质的关系如何？引发了：世界结构形式？存在状态？可否认识？本原？等四个问题探索与研究。并且把这四个问题，分为三个领域：自然科学、社会科学、思维科学的总结与概括。

而中国属性数学认为：思维与存在，精神与物质，是人类生命范畴内的两个不同属性构成的关联关系。人类的生命科学，是天地人属性结构体系中的一个生命范畴中的具体问题。属于人类的生命范畴。生命结构形式，生命存在状态，生命的可认识性，生命的本原的探索，才是思维与存在，精神与物质的存在状态与结构框架。思维与生命结构，生命存在状态与生命的精神性与物质性不可能超越生命存在之外存在。所以，回答思维与存在，精神与物质的关系问题。必需在生命科学的发展过程中，在生命科学揭示生命奥秘之后。而不能在对生命认识尚且迷茫的时候，由圣人，贤仕，名人，理论家，思想家们先知先觉。

存在是客观的，物质是可认识的。但是，思维是什么，精神是什么？人类对这些问题的认识基本上还是未知的。这如同计算一道算术题目一样：两个已知数之间我们可以对其加减乘除。而且可以得到一个准确并且精确的计算结果。相反，一个已知数与一个未知数之间，如何能对其加减乘除呢？怎么样会得到一个准确的计算结果呢？显而易见，大家都知道：已知加已知才能得到一个新的已知，而无法从一个已知与一个未知的相加中得到一个新的已知。这是最简单的数学道理了，哲学连这样

一个简单的数学规则都不能遵守。把思维与精神的未知性与人类对存在与物质的已知性关联在一起要求人们作出回答。会有一个准确的统一答案吗？

脱离生命体系来研究精神与物质的关系，就如同研究我们每天需要多少水与大海的关联一样，用茶壶中的水与人的关系，来解决大海与人的关系你说能讲明白吗？物质如大海，精神却只在生命的茶壶里，二者之间是两个体系。虽然都是水，一个可以选择的喝，喝了会得到生命的滋润，一个是进入大海后会被淹没，喝多了会淹死。哪个能代表水与人的关系？把古代属性科学说成朴素唯物主义，纯粹是为西方哲学拍马屁。精神与思维只能属于生命，而物质则不仅仅可以属于生命，现时还属于天地之造化。生命与天地造化有本质与本源的关系，但是，他们并不是一个结构体系。所以，笼统的去讲精神与物质，思维与存在，是一个小大属性不分的逻辑问题。

思维与精神，离不开生命的存在。没有生命就没有思维与精神。一个生命结束了，一个人的思维与精神也就结束了，但是，它的尸体仍然存在，构成尸体的物质仍然存在。但是，思维与存在，精神与物质的关联已经不复存在了。当然，我们把一个人扩展到全人类，但是，仍然无法改变思维与精神与人类只能同时存在的属性。

因此，思维与存在，精神与物质，哲学两个基本问题的回答，并不是世界本原范畴的研究，而是生命本原问题的范围。以人的生命本原来替代宇宙世界本原的探索，显而易见是一

种错误的范畴混淆。是人类具体科学分科目前还没有完全认识清楚的未知范围。用这样一个未知问题的回答作为世界观认识论与方法论的划分原则，显而易见是违背基本数学因果关系的已知与未知关联关系原则的。而这些内容，恰恰在中医科学理论的探索范畴内。所以，西方科学家与西方医学家们，都说中医是哲学医学。

中医的基础理论是哲学吗？前面的文章中其实已经回答了这个问题。说明了中医的形性数一理化，理法术一体化的科学性。因为在中医理论中，并没有古今圣人的先知先觉，也没有帝王百姓对哲学问题的回答，只有格物致知，博物辨识形成的类聚，类分，群分，群合。才能对物以类聚，人以群分进行或然认识与或然率计算。也就是说，它根本不是一个哲学汇集的先知先觉问题，而是一个形性数理法术一体化的一个体系的认识问题。

所以，我们应该说，中医是一个属性数学问题。而哲学只是人类没有进入属性数学认识之前的一种圣人或者帝王统一人们认识世界众多观念的先知先觉。所以，无论这些先知先觉是帝王或者是权贵统一他属下臣民的信仰理论，还是知识权威为统一自己科学门类的预言或者是定义。它们都是一种权威确定的信仰之学。它只能说是一种个人的看法与对哲学基本问题的回答。这些看法与回答的共性是：对世界认识看法的总结，而不具有数学对世界认识的方法性与程序性。

所以，哲学在不断的创新，不断的进步，但是哲学始终无法摆脱二元论的对立性。无法作到整体认识的统一。仍然是你信仰唯物主义，就必然要反对唯心主义；仍然是你信仰唯心主义，就必然要反对唯物主义。

西医的健康与疾病理论，正是建立在这样一个基础上的一个理论体系。健康就要消灭疾病。消灭了疾病就可以健康，得了疾病就是不健康，就会死亡。西医把健康与生命混淆一谈，认为健康了，生命就可以存在，疾病了就

要走向死亡，把健康与生，疾病与死，构成了一个绝对化的关联关系。如果没有中医对健康与疾病认识的比对。这种认识在西方哲学的世界观下，却是非常理由充分的。

但是，在中医把健康与疾病同时认为是人类生命过程中的两个相对，相反，相变，相通的一体性事物的比对下，人们才发现，人的生命结束之后，健康与疾病都不复存在了。健康和疾病与生命的生死并不是一个相同的概念。

那么，生命的概念与健康，疾病应该用什么样的一个知识体系来认识呢？中医认为，人类的生命是属性的。没有性就没有人类的繁衍与生育。有了雌雄两性的共同存在，人类的生命才能延续。而作为人类的最大疾病并不是发生在生命的个体人的身上，而是人类的繁衍生育能力的健康与疾病之间的相对，相反，相变，相通。因为一个人的生命只是一个生命个体，而全人类的生存，才是生命存在的本源。

这是一个个体生命程序，与整体生命程序之间的一种属性链接效应。而属性链接效应的科学理论产生，则来源于属性数学的自然方程。所以，我们有理由说，中医的基础理论是属性数学，而不是哲学。

中国的理学核心，同样也是属性数学。所以，它具有数千年理论的不变性。它只有理论内容上的运动抑扬，更相动薄认识。却没有理论上的定律与公式概念上的不断更新与进步。谁是谁非，站在不同的世界观意境中，同样是不会得到相同认识结果的。就才是东西方文化壁垒的根本，这才是中西医壁垒现象的实质问题。

中医学肝脾说的现代化与湿可滞气和伤气机理探析

中国陕西·李志刚

【摘要】(1) 肝脾说的现代化表明, 肝脏是一主要由血肉之肝(肝器官)和神经之肝(神经系统的调节功能)所构成的抽象之体, 它具有善疏调之性(表现为性喜条达恶抑郁)和调节呼吸、循环、消化、吸收与情绪, 以及舒调肌肉和降压等功能, 其性状和活动状态常可反映于爪甲部和眼处; 而脾脏则是一主要由消化吸收功能, 特别是吸收功能和部分血液循环系统之功能所构成的抽象之体, 它具有宜升(善吸收)不宜降(恶泻)之性和吸收、消化、运行水液、濡养四肢肌肉和防止消化道出血等功能, 其性状和活动状态常可反映于口唇处。(2) 湿热气候等原因可导致水分的蒸发减少, 进而导致体液在体内积聚和有效循环血量增加、最后因负荷过重而导致骨骼肌、心肌和呼吸肌的收缩力减弱, 从而出现肢体沉重、肚腹胀满等气滞表现和气短、乏力和消化力减弱等气虚表现。这就是本文探析出的湿可滞气和伤气的机理。

【关键词】 肝说 脾说 现代化 湿 滞气 伤气 机理 探析

1. 肝说的现代化

1.1 肝脏的本质和特性

中医学中的肝脏实质上是一, 主要由血肉之肝(肝器官的部分功能)和植物之肝或神经之肝(即植物神经系统的调节功能或神经系统的调节功能)所构成的抽象之体。

血肉之肝位于膈后, 在传统中医学中被归属于下焦。

传统中医学认为, 由于肝动则使人气炎上逆、躁烦、阳气亢奋(植物之肝兴奋时的表现), 并且具有解除抑郁, 升散消沉之气(植物之肝的调节活动表现, 注意, 抑郁时, 可使人有全身之气下沉之感觉, 此时, 主动的吸气过程受到抑制, 被动的呼气过程基本不受影响)和宜柔宜畅达, 恶抑郁等特点, 故被称为刚脏或将军之官。

1.2 肝脏的功能

1.2.1 主疏泄

此功能实质上是指神经之肝或植物之肝

具有调节呼吸(气)、血液循环(血)、消化吸收(脾胃)和情绪等活动, 从而具有解除胃肠功能活动紊乱和情志紊乱等植物神经系统功能失调之症的作用。

由于人们不知道情志紊乱和胃肠功能活动紊乱等变化主要是因大脑及其调控下的植物神经系统功能失调所致, 而只知道, 它们会(因伴有肝血进出活动和胆汁排泄活动的异常或障碍)伴有不同程度的肝区感觉异常(如胀、痛等), 且用安神药、开窍药、止吐药、止泻药等治疗心神和胃肠功能紊乱的药疗效不佳, 宜用所谓的舒(疏)肝药来治疗。故, 传统中医学家们就认为, 情志紊乱和胃肠功能紊乱等变化都是肝主疏泄功能失调所致, 肝具有主疏泄功能。

此处所提到情志是指情感和意志。所谓的情感, 是指个体对客观事物的态度和因之而产生的相应内心体验^[1], 即, 实质上是一种, 在特定感觉或认知的支配下, 针对特定情况下的特定对象的, 具有倾向性的心理活动和行为表现。具体包括倾向性语言、倾向性肢体行为、及其对应的器官活动等。例如, 喜欢某人时的

情感表现为：心理上赏爱，语言上赞美，肢体行动上亲近，相处时气血(心肺血管等的活动)舒畅。显然，表现出的行为都主要是在特定的神经活动(即神经之肝或植物之肝)调控下的肌性器官之行为。所谓的意志，是指人们自觉地确定目标，并克服困难和用自己的行动去实现目标的心理活动^[1]，显然，它也主要是一种神经性活动。

此外，冬天时人们会感觉到肌肤紧缩(皮肤紧缩可减少散热，肌肉紧缩可增加产热)和气的内聚于体内或肝区(肌肤紧缩可压迫血管中的部分血液回血肉之肝或血库之中)；春天时却又感觉到肌肤开散(使热易于散出)、内聚于体内或肝区的气开泄。显然，在这些感觉中，人们似乎只感觉到有肝的活动参与其中，感觉不到有其它器官的活动参与其中，更不可能知道整个感觉到的活动变化实质上是在神经系统的调控下进行的，这也使传统中医学家们认为肝具有主疏泄的功能。

需要顺便提及的是，从前边的解释和分析可以判定“春天宜进食(血肉之)肝”的认知和说法是荒唐和可笑的。然而，今天仍有教授专家在中央电视台上做“春天宜进食(血肉之)肝”这样的知识讲座。实叫人感到遗憾！

肝主疏泄功能的临床表现有：正常时，机体出现气机调畅，气血和调，经络通利，脾胃升降运化协调，精神正常；失常时，则出现胸腹胀痛，目赤躁扰，甚或因气火升发上逆(血上壅)过甚而出现血从上溢或卒然昏厥倒地，也会出现症积肿块、性欲和生殖功能障碍、停乳、乳房结块(肝气郁滞时，可导致乳房血流不畅或凝滞以及乳导管平滑肌僵直性收缩，而造成停乳或结块，故在传统中医中有肝主乳头之说，认为停乳或结块是乳头闭塞和乳汁排泄不畅所致)、腋惑、痰核形成、痛泻、呕吐、倒气、纳食不化，甚或出现黄疸、急躁及暴怒等。有生理学和病理学知识的人都应该知道这些表现或症状确都是反映植物神经系统功能状况的表现和症状。

1.2.2 藏血潜阳

此功能应该是指，血肉之肝具有贮藏血液的作用，以及血肉之肝所藏之血，对植物神经功能失调引起的烦躁易怒、气火上炎和气血上壅等活动(即肝阳上亢)有牵制或负反馈作用。

从西医学知识可知，肝血充足，体血也就充足，就不会出现心跳加快、呼吸急促(这些都是引起烦躁感的生理基础)、易兴奋或易激怒以及体血上壅等表现；反之，肝血不足，体血也就不足，血压也就低，有效血液循环量和脑部供血就不足，机体就会因脑部氧供给不足和二氧化碳积聚等原因而易兴奋或易被激怒，并会通过植物神经活动引起心率加快、呼吸急促、甚至血向上壅^[2]。故肝藏血潜阳这一功能认知也基本上是客观和科学的。说，肝阳升动太过(如兴奋过度或暴怒时)可致气血上逆(脑充血)甚或出血(脑出血)；肝阴充足或肝血充足，则可制约肝阳上亢，也是对的。

1.2.3 主筋，其华在爪

(1) 主筋

筋即筋膜或肌腱，是联结关节和肌肉的组织。传统中医学认为，肢体和关节的屈伸或转侧运动必然依赖于筋和肌肉的收缩与弛张，而筋的活动又依赖于肝血的滋养和肝气的升发(即植物神经解除气血郁滞活动之功能的发挥和体躯神经解除骨骼肌挛缩功能的发挥^[3])。如果肝血不足，肝气不舒(即植物神经失调)，就会筋失所养，以致筋力不健，运动不利，甚或四肢震颤、麻木不仁、屈伸不利。故有肝主筋之说。

(2) 其华在爪

爪即爪甲，为肢体的末端部分。传统中医学认为，爪甲也依赖肝血的滋养，肝血充足，则爪甲坚韧；如果肝血不足，则爪甲薄软色枯，或变形易脆。

可见，主筋，其华在爪是指肝血可养筋和保其健运，肝血的足和不足可从爪的表现看出。显然，此功能之说基本上是客观和科学的，且有一定的临床指导意义。

1.2.4 开窍于目

传统中医学认为,五脏六腑的精气皆上注于视觉器官目,但是,目同肝的关系最为密切,肝的功能活动状况,常常可从目的变化反映出来,因为肝的经脉上络于目。

由于中医学中的五脏不等同于西医学中的五个具有相同称谓的器官,故当我们搞清楚五脏的本质之后,我们会发现开窍之说确有一定道理但不一定科学。

以肝为例,血肉之肝(肝器官)能合成正常视力功能活动所需的物质,植物之肝则可以调控视力活动。

但是,肝与目的关系并不一定是通过肝的经脉上络于目来实现的。因为,肝的经脉只有一条,而植物之肝到处都在(植物神经分布于整个内脏器官),一条经脉可把血肉之肝与目络属起来,但难把植物之肝与目络属起来。五脏或肝与目的关系多可能是功能相关性关系。

2. 脾说的现代化

2.1 脾脏的本质和特性

中医学中的脾脏,实质上是一由胃肠的消化吸收功能和部分血液循环系统的功能(即运输营养物质和水液的功能),所构成的抽象之体,是一十足的功能体。脾只是个挂名。

脾脏位于中焦,具有喜燥恶湿、其气宜升不宜降之习性。显然,这是一有一定科学道理的表象性认知或功能特点性认知。它表明脾脏的正常功能是吸收(升)而不是泄(降)。升和燥则脾健运;降和湿则脾失健运。

由于人体气血津液的化生和生命活动的维持,都依赖于脾运化的水谷精微,故脾脏有“后天之本、一家之主”之称。

2.2 脾脏的主要功能

2.2.1 主运化

此功能是指脾脏具有消化、吸收和转输作用,即能把小肠分别出的清物(即水谷精微)和

喝入消化道中的水液,化生、吸收并转输到胸部(心肺),之后再营润全身。其具体表现为:

(1) 运化谷物精微和水液

传统中医学认为,五谷被摄入胃腑之后,经过腐熟而下移至小肠,腐熟后的产物又经小肠泌别清浊后,其中清的部分经由脾化生吸收并转输到胸中,与吸入之清气汇合并生成宗气(一种虚拟之气,可被看成是水谷精微之气和清气的合称,也可被看成是胸中的营养物质),宗气则贯心脉走息道灌四旁,以滋养其他脏腑或全身各组织。还认为,脾脏将其吸收的水液的一部分通过水道散布并濡润全身,把多余的部分及时地转输到肺和肾,通过肺和肾的气化作用,变成汗液和尿液排出体外。

显然,当把脾脏看成是由吸收功能和运送营养物及水液功能等所构成的抽象之脾(一功能体)时,上述认知是客观和科学的,下列说法也是客观的。

脾运化谷物和水液的功能旺盛,机体的消化吸收功能就健全,水液的代谢就能维持正常,精、气、血和津液等物质的化生也会旺盛,为全身各组织提供的营养物也会充盛,水湿才不致于停滞。如果脾失健运,机体的消化、吸收和营养功能就会失常,水液就会停滞,从而出现腹胀、粪溏、纳呆,以至出现倦怠、消瘦和气血不足,甚或出现痰软(湿聚而成,故有脾为生痰之器,肺为贮痰之罐一说)、水肿(水溢肌肤而成)、泻泄等。

然而,在脾主运化功能之认知方面存在的问题是,为什么传统中医学一直把消化系统的消化吸收功能和血液循环系统的运送营养物和水液的功能错归于脾器官呢?

本人认为错归的根本原因在于传统中医学的直观性分析和直观性思维方式。

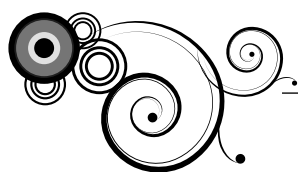
进行解剖观察和分析时,人的肉眼所能看到的情况是,食物到达小肠的起始部位后,就开始变成粪便(即开始所谓的分别清浊),并且在整个消化道的管壁上,只在小肠的起始部位可见到有两个开口,显然,一个开口是排泄胆汁的胆管开口,而另一个开口,由于认知条件

中新南安籍



中医药界名士

新加坡·李成利



中医学，是发祥于古代中国的研究人体生命、健康、疾病的一门科学，有着数千年的悠久历史，是中华民族在长期的生产与生活实践中认识生命、维护健康、战胜疾病的宝贵经验总结，是中国传统文化的结晶。中医，是中华民族健康祛病之本，也是中国文化的瑰宝与脊梁。中医的理论，是享有盛誉的，涵盖了气、气化、经络、脏象、营卫、气血、精气神、阴阳、五行、五运六气、子午流注和中药四气、五味、归经等，可说是蕴藏着极其丰富的科学内容，是人类生命科学的重大学原理。中医，在中华民族族人的心目中有着非常重要的地位，是海外华人的民族情感的促发剂。当今，中医在国际舞台的影响力是渐渐增大加强，在好多国家社会以及人民中开始接纳并茁壮成长。文化需赖承先方能启后，中医也不例外。中医具有悠久的历史，独特的理论，丰富的经验和突出的优势，没对中医学加以完整而系统性的继承，犹如无源之水、无本之木。

故乡南安依山傍水，地灵人杰，素有礼仪之乡、海滨邹鲁之称。历代人文荟萃，英贤辈出，或参与治国安邦，施展雄才；或著书立说，教育后裔；或济世行医，救死扶危等等大有人在。他们在不同的历史时期、不同的历史条件、不同的国邦异域和不同的行业岗位，分别为人类进步与国家民族振兴，作出了卓越的贡献，赢得了广大群众的爱戴与仰慕，因而名垂青史，功盖千秋。在中国福建南安中医药史上，促进中医药发展有贡献的南安邑人颇多，最为主要的有以下数位：

杨肃，号礁，生活于唐末至宋初，南安水头人，后迁居官桥，为塘上五堡杨氏始祖。青年时代见世事混浊，战乱频仍，故无心求取功名，潜心研究易经并时常上山采药。杨肃为人至诚纯孝，常以医术济困救危，其所制丹膏特有奇效。宋初，杨肃无疾而终，葬水头高田山，因后唐皇室曾宣封杨肃为太乙真人，故称其墓为仙公墓。

和认知能力的缘故,易被误认为是吸入水谷精微和水液进入脾器官的开口(在传统中医学中胰器官和脾器官是一家之器),自然,进入脾器官中的水谷精微和水液也易被猜认为是通过脾的转输作用而被散布于全身的。

此外,虽从本质上说,湿热等证是由于血液循环系统的运输水液功能和排泄器官的排泄水液功能减弱或障碍所致,然而,它的临床表现却往往是纳呆、肚腹饱满、乏困等消化障碍性症状,未明显表现出血液循环功能障碍或排泄水液功能障碍方面的症状,故,也为错归制造了例证。

下边的例子是反映脾主运化功能本质的有力佐证。

例1:中医学认为全身性水肿与脾、肺、肾关系密切,而西医学则认为与心、肾关系密切。显然,中医学与西医学在全身性水肿与内脏的关系方面存在着认知矛盾,矛盾的根源在于,中医学中的脾脏不等同于脾器官,以及西医学还不知道呼吸性循环的存在。

例2:慢性腹泻在西医学中被认为是由于胃肠的分泌、渗出、蠕动增强(即植物神经功能紊乱)而致吸收功能减弱所造成,治疗采取对因加对症(止泻)法;然而,在中医学中却被认为是由于脾虚所致,治疗采取健脾渗湿治法,方用参苓白术散等。

由于胃肠的吸收功能状况不仅与胃肠粘膜的状况密切相关,而且还与胃肠的血液循环状况密切相关。而参苓白术散等却具有增强全身气力(包括胃肠收缩力在内)、加强血液循环和利尿等作用,其中的加强血液循环作用,不仅能显著增强胃肠的吸收功能,而且还能加强胃肠的新陈代谢,进而增强胃肠粘膜的修复能力,从而能从根本上解除慢性腹泻。故,中医用参苓白术散等方药治疗慢性腹泻时,疗效显著。

(2) 升清

此功能应该是指脾的运化功能,能产生吸收水谷精微和固定内脏的功效。也就是说,运化功能强,吸收水谷精微的能力就强,肌肉的

紧缩力就强,固定内脏的效果就好。

清,在传统中医学中是指水谷精微。升清作用,在传统中医学中是指脾的运化作用,它既可将水谷精微吸收并上输于心肺,再通过心肺将水谷精微散布于全身并营养全身;又可使机体的内脏相对地固定在一定的位置上,而不致于下垂和脱出。故说,脾气不能升举时,可出现神疲乏力,腹胀泄泻;脾气不升反而下陷时,则见久泻、脱肛、甚或内脏下垂等,是客观的。

2.2.2 统血

此功能应该是指,脾的升清功效又具有统摄血液在血脉中正常运行而不易逸出脉外作用。

由于脾脏具有升举中气的功效(即增强胃肠、子宫、尿道等处平滑肌紧缩力的功效),故说脾有统血的作用也基本上是科学的。说脾不统血时多会出现便血、尿血和子宫出血也是对的。

但要明确,引起出血的原因可有内因和外因两种,且脾不统血并不是引起出血的唯一内因。

2.2.3 主肌肉四肢

(1) 主身之肌肉

由于认为,脾胃为气血生化之源,全身肌肉需要得到脾运化的水谷精微之气的营养才能丰满健壮,需要借助气血的推运才能健运,如果脾失健运,就会气血生成不足,肌肉瘦削和软弱无力,甚至痿废不用。故传统中医学说脾主身之肌肉。

(2) 清阳实四肢

四肢相对于躯干而言,是畜体之末,故四肢在传统中医学中又被称为四末。传统中医学认为,脾气健旺,向四末输送的水谷精微充足,四肢就会肌肉丰满、轻劲有力。如果脾失健运,清阳不布,就会肌肉痿弱,四肢倦怠乏力。清阳是水谷精微之中具有生长、动力作用的营养物质。故有清阳实四肢之说。

可见,主肌肉四肢是指脾主肌肉四肢的营养和健壮。

2.2.4 开窍于口，其华在唇

(1) 开窍于口

是指脾胃运化功能的好坏，可从食欲、口气、牙龈表现等得到反映。传统中医学认为，脾胃功能健旺，食欲就会旺盛；如果脾失健运，则可见食欲不振、甚或废绝；胃有食滞，可见口臭；胃有食火，则可见口臭、牙龈肿痛。

(2) 其华在唇

是指口唇的色泽和形态可反映脾脏化生气血的状况。传统中医学认为：脾气健旺，气血充足，可见口唇红润光活；脾失健运，气血衰少，则唇淡而不华、甚至萎黄；脾有湿热，则口唇红肿；脾经热毒上攻，则口唇生疮糜烂。

由于脾胃与口相通，即其气上通于口，并且脾脏能运化水湿和能生成气血，故说脾开窍于口，其华在唇的说法也基本上是客观的。此外，说脾胃与口唇之间有脾经联系则也可能是真的，因为，各消化器官(包括唾液腺在内)之间确互有神经活动联系。

2.3 湿可滞气和伤气机理探析

以全身湿热证为例。在对其本质和表现进行客观分析之后，本作者认为湿可滞气和伤气的机理可表述为：气候湿热等原因→导致蒸发、辐射等方式的散热机能活动减弱→从而导致水液(湿)和热积留于体内→进而引起血液循环机能活动的负荷增加→即导致心肌、骨骼肌(呼吸肌等)和平滑肌的收缩活动负荷增加(可以说，三种肌性器官都程度不同和方式不同地参与着推动血液或水液的运行)→结果出现肢体沉重、肚腹饱满、纳呆、烦热、舌苔黄腻、脉濡缓等表现(都是气滞即肌肉收缩机能活动障碍时的表现)→甚至出现肢体乏困、肚腹胀满、食欲减退、脉濡弱等表现(都是伤气即肌肉收缩机能活动减弱时的表现)。

在临床上，中医把具有肚腹饱满、肢体困重、纳呆、舌苔黄腻、脉濡缓等表现的机体称为湿热体质，它是一种西医学中所说的亚健康态体质。

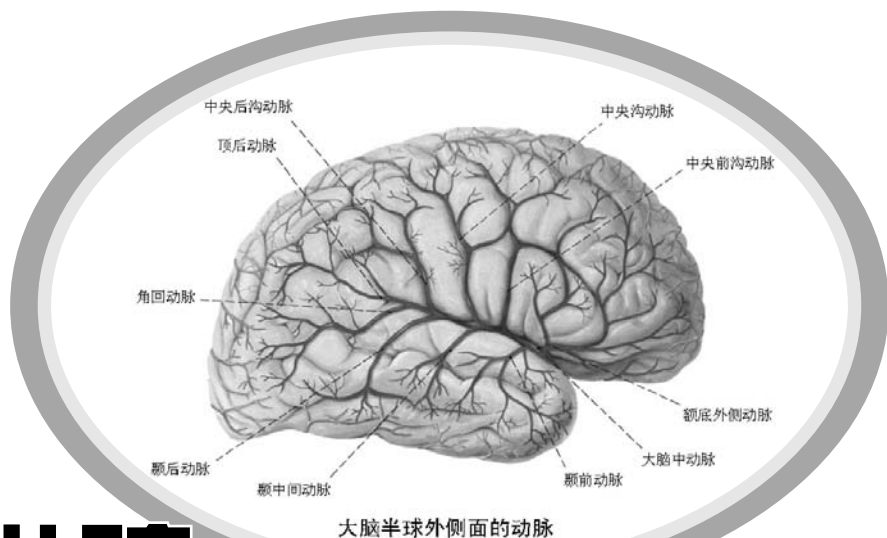
研究表明，湿热体质易引发风湿、二型糖尿病、高血压和中风等病。

3. 讨论

中医学肝脾说的现代化进一步表明，虽然中医学中的脏腑不等同于西医学中的器官，然而脏腑说的内涵与器官说的内涵是相通的，不同在于中医学与西医学有着不同的认知方法或不同层次的认知依据，相通在于中医学和西医学都是有客观依据的学问。还表明，由于方法或依据的原因，传统中医学中的学说具有笼统性和概括性之特点，故想要在生物化学或分子学、基因学水平搞清楚脏腑学说的想法是不客观和不实际的想法。人们都知道，阴阳学说是关于对立统一体或现象的普遍性学说，是一方法论或思维观，然而，就有学者们想要把阴阳说狭隘地与cAMP--cGMP说等同起来，结果，花费了不少的研究经费，进行了不少的研究，最后却没有得到任何成果。笔者认为，或许能在生物化学或分子学、基因学水平发展和提高现代化后的中医学，但难在此水平将传统中医学现代化。还认为，既然西医学已达分子学或基因学水平，而传统中医学之内涵的水平却达不到，更不可能超越此水平；那么传统中医学就基本上可被西医学现有的知识所解释或解密，只要人们善于开创性的思维。

参考文献

- [1] 郝伟.精神病学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2009:22-23.
- [2] 朱大年.生理学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2009:78.
- [3] 金惠铭,王建枝.病理生理学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2009:71-72、78.



心脑血管同治学说临床应用

中国湖南·李义春

心 脑同治学说理论是在对脑血管病和冠心病病理生理学和病因病机的充分研究基础上，结合临床实践而提出的。在一理论指导下选方用药，已取得了令人满意的治疗效果，是治疗缺血性心脑血管病的重要治则。

心脑血管同治学说涵义

心脑血管同治学说包括两种涵义。第一，心脑血管疾病同时治疗。对合并出现心、脑血管疾病的个体在立法方药的选择用药上应根据中风病和冠心病的病理生理学特点，相兼治疗，以同时减轻心、脑的病理损害；另一方面，必须充分认识到动脉粥样硬化是心脑血管病共同的病理基础，是一个全身性疾病，只是由于累及的部位不同、发病先后不一，出现了不同的临床症状，而最终常在同一个体并存是本病程发展的必然结局。因此在治疗上，必须见心病而兼治脑，见脑病同时兼顾心。

第二，心脑血管病同法治疗。心脑血管病

的病位在于心脑血管之络脉，其络脉失养，络脉瘀阻及毒损络脉的病理改变是一致的。基础研究与临床治疗可针对相同的病机特点、病变部位，着眼于络脉、毒邪，采用相同的治法方药必将取得整体的治疗效果。

心脑血管同治学说意味着应对既往治疗中风病、冠心病的治法方药有机的组合调整，相互渗透补充，从而从整体角度治疗心脑血管病。

既往对中风病的治疗多重视从整体上平熄风火，祛瘀化痰，调理气血，在这些治则指导下的组方用药不可不谓精良，但临床疗效差强人意，中风病的致残率居高不下。心脑血管观念的提出，提示我们可以借鉴心血管疾病的治疗手段治疗中风病。

同样，冠心病绞痛从风病论治，从热毒论治，也是在一定程度上借鉴了中风病的治疗手段和思路，并取得了理想的治疗效果。心脑血管理论的提出及应用，必将对提高临床效大有裨益。

心脑血管治学说的临床应用

心脑血管病病位在心脑之络脉，属于络病的范畴，其治疗宜遵循络病的治疗原则。历代医家总结络病的治法方药，诸如益气活血、化痰通络、理气活络、化痰通络等法，至今作为心脑血管病的常用治法广泛应用。我们认为，以心脑血管治法治疗心脑血管病，除了采用络病的常用治法外，还应同时兼顾心脑的生理病理特性，以“毒”邪为切入点，杜绝其来源，清除其既成，方可获效。

培补元气，调畅气血

中风病和冠心病多发生于中老年人，元气亏虚为发病的根本病因。王清任在《医林改错》明确指了中风病的发生“殒损元气是其根本。”当代名医任应秋先生认心的功首先是主阳气，其次是主血脉，因而发生病变首先是阳气的亏损，其次是血脉的病变，心气不足是导致胸痹、心痛病证出现的根本原因。

培补元气是中风病和冠心病的基本治法，当选用黄芪、人参、党参等甘温益气之品以扶正培本，温壮元气。特别是黄芪，能益气而托毒外出，既壮元气之本源，又通元之路径，当为首选之要药。

辛香宣透，引经通络

《素问·阴阳应象大论》：“气味辛甘发散为阳，酸苦涌泄为阴。”“味厚则泻，薄则通”。辛香者宣，横贯穿透，壅塞不通之弊，皆可宣而散之。选药可用桂枝、降香、麝香、郁金、菖蒲之属。辛香之品不但本身可以走窜通络，还兼具引经作用，可引诸药达于病所。

叶天士创辛味通络大法，其通络每以辛味为主，并强调“络以辛为泄”，“久病在络，气血皆窒，当辛香缓通”，“酸苦甘腻不能入络”等等。这提示我们在药理学上应重视药物的“引经通络”和“药达脑络的作用”。现代药理学研究证实，芳香开窍药如麝香、冰片、菖蒲等能通过血脑屏障，起到引入脑的作用；同时又能扩张冠状动脉、解除冠状动脉痉挛，增加冠脉流量，起到快速缓解心绞痛的作用，是治疗心脑血管病不可缺少的引经报使药。

清热泻火，解毒通络

热、火、毒三者，异名而同类，火为热之极，火烈之极尽是毒，故每每热毒(火毒)并论。所谓“壮火食气”、“火与元气不两立”，热毒是导致元气衰缓的重要因素；欲补元气，必须清解火热之毒。心脑皆具纯阳之性，感邪则邪多从阳热化，因而在心脑血管病急性期，热毒的致病作用极为明显，原因是“火性速故也”，故清热解毒成为重要的治疗方法之一。黄连、黄芩、山梔、玄参、虎杖、连翘、双花等清热解毒药物在临床广泛应用，以直折病势，去除病原，邪去正安。

虫类走窜，剔邪搜络

《素问·调经论》指出“病在血，调之络”；《临证指南医案》也强调“经主气，络主血”，“初为气结在经，久则血伤入络”《医林改错》尝言：“久病入络为瘀”，均强调了络病是与瘀血相关的病证。络病瘀结病欠位深，初病尚可用草木类药理气活血，久则瘀痰胶痼，非破血逐瘀之重剂难以奏效。虫蚁之类，无血者走气，有血者走血，飞者升，走者降，灵动迅速，使血无凝著，气可宣通，可根松透邪，追拔沉混血之邪。药如水蛭、虻虫、地龙、全蝎、土鳖虫、蜈蚣、僵蚕之品在络病中常用。对心脑血管疾病这类病程长、病情缠

绵、易于反复发作的络病，选用虫类药物深入隧络，攻剔痼结之瘀痰，旋转阳动之气，往往可获奇效。

取类比象，藤类入络

《本草便读》：“凡藤类之属，皆可通经入络。”盖藤类缠绕蔓延，犹如网络，纵横交错，无所不至，其形如络脉。根据取类比象原则，对于久病不愈，邪气入络，络脉瘀阻者，可加以藤类药物以理气活血，散结通络。常用的有鸡血藤、大血藤、络石藤、海风藤、忍冬藤等。藤类药物善走而不守，心脑血管病本虚标实，宜选补血活血的之品，避免攻逐太过，徒伤正气。

心脑血管同治法应注意的问题

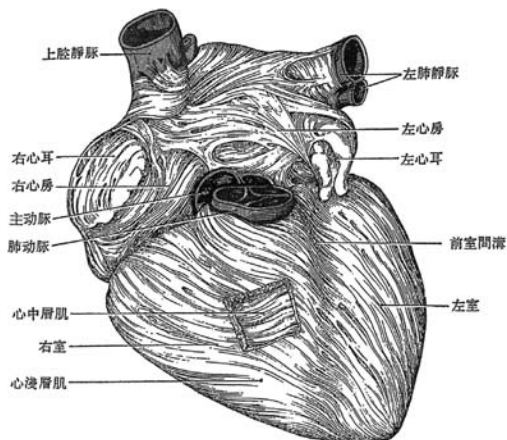
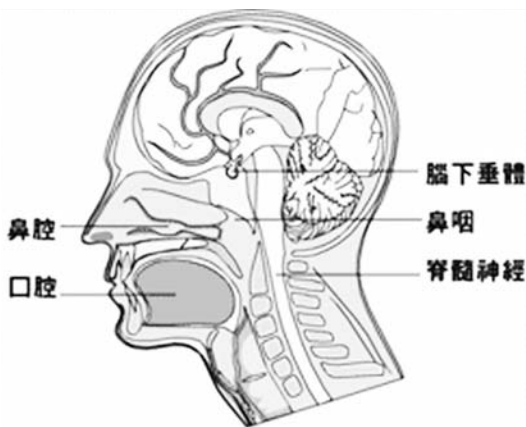
药物的归经问题

中药的归经理论是中药药性理论的重要组成部分。传统归经理论主要以临床疗效为归经依据。但是受历史条件及文化背景的限制和影响，传统中医理论将脑的功能归属于心，是五脏生理功能的反映，且以心为主宰，因此，历代中医文献皆没有“归根入脑”的药物，而是将对脑有作用的药物归经于心、肾、肝或其它脏腑经络，并且作为临床选方用药的依据一直沿用至今。

现代药理已证明很多中药如冰片、菖蒲、麝香、银杏叶制剂、三七、红花等具有维护血脑屏障的结构完整，改善其功能，或扩张脑血管，增加脑血流量，降低血黏度的功能，对脑有直接作用；对脑有间接作用的中药，如大黄、何首乌、灯盏花素等可以通过清除自由基、阻止神经细胞凋亡等。我们认为，在临床运用心脑血管同治法选方用药时，应结合现代药理学研究，不拘泥于中药学现有的归经理论，有目的、有针对性地选用脑部用药，保证临床疗效。

清热解毒药的层次性选择

清热泻火解毒是心脑血管同治法，热、火、毒的轻重层次决定药物的选择也有层次分别。临证选药当分三个层：其一，已成之热，当以清热兼具解毒之品治之，如黄连、黄芩、连翘、蚤休、半边莲、野菊花之类，母子皆治，以避免热势蔓延，毒邪趁机四蹄为患；其二，热邪已盛，且用上燎化火之势，当以苦寒直折其势、并引其下行，如夏枯草、山梔、生军之属；其三，疏通经络，行气活血，适当选用大黄、茵陈、枳实、玄参之辈，使火热之邪顺势自二便而出，火热即清即泻，其毒势自当减轻。总之，我们认为，清热解毒药必须根据病情、病势、病时应用，不可一概而论；且应随时调整药物、药量，以免苦寒伤中之弊。



治未病思想在 防治神经性耳聋 的策略



中国甘肃·达瑞

【摘要】“治未病”思想是中国传统医学的重要思想之一，在治疗和预防疾病的发生和发展中都具有重要意义。神经性耳聋是临床常见的多发病和难治病，运用“治未病”理论治疗和预防神经性耳聋对患者的康复有积极作用。

【关键词】治未病 神经性 耳聋 预防

“治未病”学说是祖国医学的重要内容之一，该学说是中医对治病防病领域的独特认识，更是目前预防医学的研究热点。“治未病”思想是中医学预防医学的精髓与核心，经过历代医家的不断实践与研究，其理论思想日臻完善和成熟，发展到今天，为保障人民群众的健康做出了卓越的贡献。神经性耳聋是临床的常见病、多发病，是一个累及内耳听觉神经、大脑的听觉中枢而引起听力减退，甚至听力消失的疾病，该病见于各年龄段，男女之比为1:3~4，40~50岁发病率较高。据统计，我国有800~1000万的神经性耳聋患者^[1]。由于其高发病率、高致残率，严重危害到患者生命质量，成为一个重要的社会问题和卫生健康问

题。本文以中医“治未病”思想为指导，从多方面探讨神经性耳聋的防治策略。

“治未病”思想的历史渊源

“治未病”即“治其未生、治其未成、治其未发”，是中医学学术思想的基本内容之一^[2]。“治未病”学说源于战国时期《黄帝内经》、《难经》，发展于东汉《伤寒杂病论》，成熟于清代《温病论》。它是采取预防或治疗手段，防止疾病发生、发展、传变、复发、后遗的方法。《素问·四气调神大论》曰：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱。此之谓也。夫病已成而后药之。乱已成

而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎！”^[2]此论从正反两方面强调治未病的重要性，已成为预防医学的座右铭。东汉医圣张仲景指出：“若人能慎养，不令邪风乾忤筋络，……不遗形体有衰，病则无由入其腠理。”“适中经络，未流传脏腑，即医治之。四肢才觉重滞，而导引、吐纳、针灸、膏摩、勿令九窍闭塞。”及“夫治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”也就是未病先防、既病防变的思想。明末清初医家喻嘉言深谙仲景治未病之义，他在《医门法律》中就是以治未病的精神贯穿始终。纵观历代医家所论，以“治未病”思想应用于临床常见病、多发病的防治中，具有重要的价值。

“治未病”思想防治 神经性耳聋策略

1. 未病先防 注重养生

未病之前，应采取措施，防范于未然，针对神经性耳聋可能的影响因素，如环境因素、感染因素、遗传因素、个体因素、精神刺激等，及时予以调理，将发病控制在萌芽阶段。其主要措施有：一是避寒保暖，以防外邪内侵，减少环境因素对疾病的不良影响。二是舒畅情志，避免精神刺激。人的精神状态与神经性耳聋的发生、发展有密切的关系，尤其处于更年期的女性是神经性耳聋的高发阶段，更需注意情志的调理，避免因精神刺激而诱发或加重本病，保持良好的心态，对维持机体正常的免疫功能极为重要。三是调节饮食，加强营养。日常饮食的摄取也是提高免疫功能的重要环节，可多食富含脂肪酸的鱼类而少食辛辣刺激之品，鱼类中富含的脂肪酸可调节人体的代谢水平、抑制炎症介质的产生、减缓神经性耳聋的进展；过酸、过咸、过辣类食物摄入过多会使体内钠离子增多，均能诱发或加重神经性耳聋的发生。四是适度运动，增强身体素质。神经性耳聋的发病与机体免疫功能亦密切相关，

所谓“正气内存，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”，适当适度锻炼身体，有利于全身气血流畅，调节体内阴阳平衡，增强机体抗病能力。

2. 有病早治 重视整体

切实贯彻疾病诊治之“四早”理念，即早发现、早诊断、早治疗、早康复，以期提高疾病治愈率。根据神经性耳聋的病情变化的不同，临床将其分为急性期、亚急性期和慢性期三个阶段，且根据每期的症情特点不同，其治疗目的也不同，如急性期以减轻疾病症状和改善患者的全身健康状况为治疗目的；亚急性期以维持全身健康状况、防止疾病加剧及提高听力为治疗目的；慢性期的治疗重点则应采用营养神经治疗来促进内耳神经功能恢复，并改善周围组织的血液与淋巴循环。目前国际公认的神经性耳聋治疗窗口期为1个月，即发病后1个月内是神经性耳聋治疗的关键时期，故以治未病的理念做到早期发现、早期正确的治疗，可使大多数患者病情得到控制和缓解。神经性耳聋的西医治疗包括一般治疗、药物治疗和心理康复治疗等。药物干预作为重要的治疗手段，分为五大类，即糖皮质激素、血管扩张剂、抗凝溶栓药、改善局部代谢药物、镁制剂等。而中医药治疗在神经性耳聋的诊疗过程中亦有其独特的疗效，已深得患者信赖与认可。中医认为，耳为肾之窍，为十二经脉所灌注，内通於脑。神经性耳聋多与六淫侵袭、肝火上逆、气滞血虚、心脾两虚、阴精亏虚有关，内因为肝肾气血不足，卫外不固，而以肾虚为本；外因为风寒湿热邪气侵袭关节、肌肉、筋骨、阻滞经络，气血运行不畅而致血停为瘀，湿凝为痰，痰瘀互结，而以标实为主。^[3]根据中医的证候诊察特点可予以辨证施治，如风寒湿阻型可选用麻桂温经汤，以散寒除湿、祛风通络；风湿热郁型可选用白虎桂枝汤，以清热通络、祛风除湿；痰瘀互结型可选用桃红四物汤合二陈汤或桃红饮，以祛瘀化痰、通络止痛；肾

虚寒凝型可选用右归丸，以温补肾阳、散寒通络；肝肾阴虚型用六味地黄丸合健步虎潜丸，以补肝益肾、通络止痛；气血亏虚型选用人参养荣汤补益气血、通痹止痛等。^[4]另外，亦可选用中成药如正清风痛宁、白芍总苷胶囊等口服。除了口服中药外，中医还有一些其他疗法，如中药熏洗、针灸、外贴膏药、运动疗法、气功疗法等。^[5]针对神经性耳聋病因病理特点，贯彻病症合治，进行科学合理的规范治疗，最大限度的发挥中西医结合疗法的长处。

3. 既病防变 全面调理

既病防变，提高机体免疫力，避免并发症或合并症出现。神经性耳聋的并发症主要有永久性听力下降、眩晕、心理障碍、沟通障碍等，针对可能出现的并发症及早预防应贯穿治疗的始终，通过贯彻中医学整体观念、治病求本等以达到未雨绸缪、杜渐防微的目的。加强健康宣教，解除患者因精神与经济压力而产生的心理负担，树立战胜疾病的信心，是获得最好疗效、稳定病情的重要保证。通过保证患者足够的睡眠时间、避免噪声的干扰调理生活。在患其他病时，要合理的使用抗生素，避免使用耳毒性药物。重症的耳聋患者，出门应陪伴并注意交通安全。

4. 愈后防复 寓养于治

神经性耳聋经过合理规范系统的中西医结合治疗，病情会明显缓解甚至消失，但医患双方要深知，近期的有效不等于远期有效，症状的缓解不等于疾病的治愈，故应监测病情的活动性，防止复发。因此，神经性耳聋患者的愈后调养和护理同样是非常必要和必须的，针对该病的发病诱因及病因病理特点进行重点调护，在日常生活中注重饮食调理、生活起居、情志调摄等，尤其在季节更替之时，须加强自我保护，避免风寒湿邪侵袭。在取得患者的充分信任和合作的基础上，巩固性的选用中西药物，提高治疗的依从性^[6]。

综上所述，“治未病”思想在治愈神经性耳聋方面所发挥的作用不容忽视，将中医耳鼻喉科学与“治未病”思想密切结合，才能更好地为我国乃至全世界的耳聋的治疗与预防工作贡献力量。在神经性耳聋的诊治中贯穿“治未病”思想，不仅能有效的控制疾病的发生，更可以减少复发和并发症，对于丰富中医学“治未病”的内涵，维护和提升人民群众的健康状态具有重要的意义。

参考文献

- [1] 黄选兆，汪吉宝. 实用耳鼻喉科学. 北京：人民卫生出版社，1998：1011-1014.
- [2] 庞国明. “治未病”理论的基本内涵. 环球中医药，2008，1(4)：5-6.
- [3] 刘进，李国信，李丹. 治未病学术思想探源及研究展望. 中华中医药学刊，2008，26(6)：1309-1311.
- [4] 王世贞. 中医耳鼻喉科学. 北京：中国中医药出版社，2007：104.
- [5] 孔喆，李云英. 中西医结合治疗突发性耳聋临床路径的应用研究. 新中医，2008；40(8)：42-43.
- [6] 颜剑光. 心理因素与突发性耳聋的护理. 广州医学院学报，2002，30(3)：71-73.

脉理求证



新加坡 · 林桓毅

《难经》十一难曰：“经言脉不满五十动而一止。”今医者，率以五十动无一止，为五藏之脉平，其如见一至十动一止，则元肺藏气衰；十动一止，则元心藏气衰；二十动一止，则元脾藏气衰；三十动一止，则元肝藏气衰；四十动一止，则元肾藏气衰矣。惟吕曰：“经言一藏五十动；五藏二百五十动，谓之平脉。不满五十动者，无有五十动也，是以一藏无气也。”古医者岂以切乃四诊末，而仓促收指，遽言已切之审且全了然于胸臆者哉！

吴承玉主编《内科诊断治疗学》有言正常脉象，三部有脉，不浮不沉，不迟不数，不大不小，不长不短，从容和缓，节律均匀。有胃、有神、有根。有胃、有神是脉象从容和缓、柔和有力；有根是尺脉沉取有力。

一仁刘氏著《中医捷径》一书，以左寸口主心小肠，脉应浮大洪盛。

左关主肝胆，脉宜弦长。左尺主肾膀胱，脉可沉濡或沉细。

右寸口主肺大肠，脉须浮短涩。右关主脾胃，脉惟缓大，右尺主命门三焦，脉以沉细；上均为其所述之平脉。

倘左寸浮而有力，是心经热起阳升。征可见于口舌生疮，甚至舌破；或下焦有热，致小便疼痛，导赤散证也。

如得伤寒表实无汗之麻黄汤证，则左寸脉浮弦且紧。外感恶寒发热，主症头痛时，可见浮数之脉。若心悸或胸痹心痛，见惊悸甚至怔忡之症。左寸因气血虚，可得沉细弱之脉象。一有热蓄上焦，如阳明气分热盛证，则心之脉象可洪大而有力。

肝脉以肝弦胆长为平。而《难经·四难》云牢乃肝之平脉。左关忽脉象浮而大，乃风邪为患。症或痢疾时，可见紧且洪之脉。微而涩脉得之于左关部，元以阴血不足也。七情以怒最可伤肝，证之以肝脉之数。

一仁刘氏以左尺为肾脉部位，肾以脉沉为平。而难经以左手尺部，乃肾与膀胱动脉出处；心包络与三焦之动脉，则出于右手尺部。经言十二经皆有动脉，即在两手三部，各有会动之脉也。《难经》二难，丁曰：“……，尺中者，命门、三焦脉之所出也。……”人之阴精亏，阴火一升，则肾脉即现洪大。微脉可见于男子下元不足，女子妊娠三月或百日，胞宫血气盛以养胎，故可见滑利之肾脉。脉弦紧见于肾部，主病虚或不及。池氏曰：弦紧而数劲，为太过、弦紧而细，为不及。如乳脉多为赤淋、红痢、漏崩之下血。濒湖乳脉主病诗：“……，尺部见之多下血，赤淋、红痢、漏崩中。”苟腰胁痛觉相连，则脉微沉。微脉主病诗：“气血微兮脉亦微，……，尺部见之精血弱，恶寒消痺痛呻吟。”五心烦热由于阴虚，则尺脉洪大而按之无力。房帙过劳，当见肾脉之数且不宁；夫清。汪昂于《医方集解》补养之剂·六味地黄丸篇中，引王节斋之言曰：“凡酒色过度，损伤肺肾真阴者，不可过服参芪，服多者死。盖恐阳旺而阴消(或以温热药性伤其已亏之阴精)也。自此说行而世之治“阴虚咳嗽”者，视参芪如砒(砒霜)鸩(一种有毒之鸟羽)；以知、蘘为灵丹，使患此证者，百无一生，良可悲也。盖病起房劳，真阴亏损，阴虚火(炎)上故咳。当先以六味之类补其真阴，使水生

火降，随以参芪救肺之品、补肾之母，使金水相生，则病易愈矣。世之用寒凉者(误投寒凉如连芩类之苦燥以清热，而益伤其已虚之真阴)，固不足齿，间有知用参芪者，不知先壮水以制火，而遽投参芪以补阳，反使阳火旺而金益受伤，此不知后先之芪者也。”汪氏有鉴于斯，遂为之纲张目要曰：“本方(指六味地黄丸)加黄蘗、知母各二两(今各用二钱，盐炒)，名知蘗(或知柏)八味丸，治阴虚火动，骨痿髓枯。王冰所谓壮水之主，以制阳光也。尺旺(阴虚羸弱，反见旺之假象。)者宜之。”

六味地黄丸证之脉象沉细数，而左归丸证之脉象则细，至于大补阴丸证之尺脉数而有力，可证其病机之阴虚火旺。前两证虽为肾阴虚或真阴不足，然皆属低热。《脉经》曰：“细为血少气衰。”今阴精亏虚以肾脉细；而见沉数，当以数之有力无力辨其火之虚实。

惟肾阳不足之肾气丸证，以脉虚弱、尺部沉细；而命门火衰之右归丸证，则见脉沉而迟。斯两证之尺脉均无数象，皆偏阳虚而无阳火。

右寸肺之平脉为浮短涩。胡安邦于《百病诊断门径》谓以右寸弦，肺受寒咳嗽；胸中有寒痰云。一仁刘氏《诊脉六法》肺脉条有句曰：“弦紧必然咽燥破。”惟濒湖言：“诸紧，为寒为痛。”洪脉主阳盛有火，血虚或阴虚等均有此脉象。热邪咳嗽，可见寸脉之洪，久咳恐成阴虚之证。濒湖洪脉主病诗曰：“寸洪心火上焦炎，肺脉洪时金不堪；……，肾虚阴火尺中看。”以右寸口脉之数，证胸府有热而难安。至于五心烦热之阴虚证，咸得洪而无力之脉象也。肺乃肾母，肾精亏损由于房劳，火上炎以刑其金母，则寸口肺部数而不宁矣。

脾喜燥，以脉之迟缓为平。濒湖以滑为阴气有余，故脉来流利如水，且言滑主痰饮、浮滑风痰、沉滑食痰，滑数痰火、滑短宿食。经言：“关滑胃热、尺滑蓄血或妇人经病。”一仁刘氏曰：“倘逢滑数知伤食。”

《难经》十难，吕注曰：“小肠，心之府，脉当浮大而洪，……”复言：“心脉虽洪大，当以胃气为本。今无胃气，故其脉大甚也。”反观一仁刘氏之言：“洪大元来胃火炙。”倘非有胃气，焉得胃火，或其为小肠洪大来干之火乎？此乃右关脉见洪大之辨火从心或小肠来干也。

右关如脉弦紧，证主疟疾。《灵枢·岁露论》：“夫风之与疟也，相与同类；而风常在，而疟特以时休，何也？岐伯曰：风气留其处，疟气随经络，沉以内搏，故卫气应，乃作也。帝曰：善。”濒湖言：“弦脉在卦为震、在时为春、在人为肝。木于五行属肝，而风从木生，故疟疾之脉除劳疟与疟母，多见弦脉，弦紧俱举，或为寒疟乎？”

劳疟脉象细而无力，是人气血元虚，复遇劳而致寒热时作之疟疾。至于疟母脉见细涩，为疟病已久而有胁下结块，气滞血瘀之证候，如《金匱要略·疟病脉证并治》：“结为疟瘕，名曰疟母，……”刘宗厚以疟乃四时之伤寒。而汪昂言：“脾虚恶寒，胃虚恶热。寒热间作，脾亦有之；不独少阳也。虽十二经藏皆能为疟；而脾胃受伤者实多。故仲景小柴胡汤人参甘草半夏姜枣，皆脾胃药，其治少阳，独柴胡一味而已……”复认为严用和之立清脾饮以治疟，是明从脾胃论治，乃化裁自小柴胡汤方矣。

证见腹膨胀而泄泻，右关可得虚浮之脉，一得数脉，或证之于嗳气吞酸之胃病。

右关为中土，倘遇沉细而微之肾脉来干，可见于土不制水之肢体浮肿证候。

一仁刘氏于《诊脉六法》有述命门脉象曰：

命门相火只宜静，虽然沈细未为病。
若逢盛旺反成殃，阴虚盗汗肌消甚。
浮洪呕血梦遗精，滑数昏花耳聋症。
迟缓多元下部寒，女子旺时应有孕。

沈佺期(1608-1682年),字云祐,号复斋,南安水头人。当过塾师,明崇祯十五年乡试中举,第二年登进士,授吏部郎中,明亡弃官南归。隆武元年,郑芝龙拥立唐王朱聿键于福州,擢沈佺期为都察院右副都御史兼福建巡按使。1647年,郑成功领兵进攻泉州,泉南一带民众纷起响应,沈佺期率九溪十八坝数千乡民响应,于桃花山同郑成功义师会合。沈佺期从此成为郑成功的得力幕僚。郑成功收复台湾初,将土水土不服,沈佺期便以救死扶伤为己任,凭其医术详察病理,上山采药施送救治,拯救了无数病危军民的生命,受台胞尊为台湾医祖。

盛国荣,南安码头人。福建中医学院副院长,教授、硕士研究生导师,厦门大学海外函授学院名誉院长,香港新华中医药促进会顾问,新加坡同济医院属下研究院客座教授,中国全国政协第五、六届委员,省市人大代表、政协委员,福建省中医学会副会长等。1958年以来,多次获得中央卫生部、省卫生厅、省高教厅的奖状和奖励,并列入《当代福建科技名人》、《中国当代自然科学人物总传》。主要专著有:《内经要略》、《伤寒论浅释》、《中医基础学》、《中医诊断学》、《盛国荣医案选》、《温病条辨表解》、《薛生白湿热病篇类释》、《茶叶与健康》、《盛国荣论医集》等。

吴光烈,南安码头人,出身中医世家。曾任南安县中医医院院长,主任医师,享有国家级待遇。担任过南安中医学会理事长、泉州市中医学会顾问。长期从事中医临床工作,24次受到省市县级表彰,1982年研制“乌龙减肥茶”获市科研三等奖,1985年获福建省五一劳动奖章,1988年获省卫生战线先进工作者称号,1990年被福建省卫生厅、人事局定为国家级老中医药专家、学术经验继承指导老师,列入《中国当代中医名人志》、《中国高级医师咨询辞典》。主要论文有《加味当归芍药散治疗胎位不正217例》等篇,曾获中

国全国基层医学卫生论文大奖赛二等奖。著作有《吴光烈医案选集》。

黄建章,南安水头人。1960年毕业于北京中医学院教学研究班。南安市医院主任医师。担任福建针灸学会副会长、华侨大学中医系兼职教授。黄建章从医五十余载,擅长医治中风后遗症等,精通“子午流注针法”、“八卦针法”、“弹指进针法”等,设制“子午流注指示仪”和“子午流注推查盘”,在中国北京第一次针灸仪器器械展览馆展出。主要论文《针灸与力学》刊登在新加坡中医学院纪念特刊、《周易与针灸》在国际中医学术会议发表。其事迹和名字,被载入《中国当代针灸名家》、《中国当代中医名人志》。著作有《黄建章针灸医案》、《膨胀证治》等。

陈泗传,南安梅山人。1955年保送西安第四军医大学军医系深造,主任医师。历任第二军医大学长海医院科研部、长江科技发展中心、长泰中成药研究所主任、所长等职,兼任中华当代医学家协会副会长、上海泉州侨乡开发协会南安分会副会长和秘书长。陈泗传教授主要著作有《癌症家庭防治大全》、《脑心血管家庭防治》、《果蔬疗法大全》等书。陈泗传多次获军队科技进步及优秀论文奖。其传略已录入《中国当代高级技术人才辞典》、《中华名医大辞典》。

黄侨生,南安罗东人。岐黄半个世纪有余,早年毕业于福建中医学院,成绩优秀而留校任教,是福建省中医学资深讲导师。由於医理深博,受调任厦门中医研究所担任所长,兼任厦门大学中医系教授。1978年移居香港,活跃於东南亚一带,为人仁厚深受各地业界敬重与爱戴。黄侨生教授,现任国际药膳食疗学会副会长、世界中医药学会联合会药膳食疗研究专业委员会常务理事、香港注册中医学会永远名誉会长。黄侨生教授,热爱钻研药膳食疗的学术研究,他认为中医药膳是传统医学遗产宝库中极为光



浅谈针药治疗 类风湿性关节炎

新加坡·杨昌志

一. 概述

类风湿性关节炎(Rheumatoid Arthritis RA), 为现代医学病名, 是一种以慢性多关节炎为主要表现的全身性自身免疫性疾病, 病变多侵犯小关节和脊椎, 以疼痛、肿胀、晨僵为特点, 致残率高, 伴有反复发作的慢性全身性疾病, 呈现多发性和对称性关节炎, 同时机体非关节器官或组织亦可受累, 发病年龄介于25-55岁之间, 女性比男性多, 其比例为2:1; 在临床上为多发病及常见病, 其病机复杂多端, 病情轻重不一, 症状变化多样, 在医学上为难治性疾病之一。

类风湿性关节炎属于中医“痹症”范畴, 因本病病程长, 常损伤正气, 致使寒湿痰浊停滞关节而痹阻气血, 引起关节肿痛; 久病入络, 气滞血瘀, 则正虚邪恋, 致使畸形挛紧功能丧失, 古代医家称为“白虎历节”、“痛风”、“痹”等。

二. 病因病理

类风湿性关节炎是一种以关节病变为主, 病程起伏不定, 发病原因至今未完全了解的全

身性病变, 开始以关节滑膜病变为主, 逐渐侵袭肌腱, 韧带等结缔组织, 后期发生软骨和骨的破坏, 病程长, 其特点是多发性, 对称性关节炎疼痛、肿胀、晨僵、急性发作和自行缓解, 反复交替出现, 到晚期会出现关节强直畸形, 最后病变会趋于自行静止。

类风湿性关节炎之病因不十分清楚, 目前认为有三个较大可能如下:

1. 由自身免疫引起:

其学说是根据多数病人的血内含有抗体(类风湿因子), 即先有感染原(如细菌、病毒、支原体等), 以病原体作为抗原刺激滑膜或局部引流淋巴结中的浆细胞, 可以产生特异性免疫球蛋白G抗体; 抗原抗体外复合物形成后, 抗体即转变为异物, 再刺激浆细胞就会产生新的抗体, 这就是类风湿因子。类风湿因子和免疫球蛋白结合形成免疫复合物, 这种物质能激活身体内的另一部门, 即补体系统, 释放出炎症介质组织胺, 引起关节滑膜和关节腔内炎症, 从而促使中性粒细胞, 巨噬细胞和滑膜细胞的吞噬作用, 这些吞噬免疫复合物的细胞称为类风湿细胞, 为了消除这种免疫复合物, 类风湿细胞自我破裂, 释放出大量的酶, 这些酶称为溶酶酶, 其中就有多种酸性水解酶, 它们专门

破坏滑膜，关节囊，软骨和软骨下骨的基质，造成关节的局部破坏。

2. 感染引起：

感染的依据是病情发展的一些特征与病毒感染相符；本病的发热、白细胞增多、局部淋巴肿大等炎症现象，都与感染所引起的炎症十分相似；医学报告提到过的病原体种类甚多，如类白喉杆菌，梭状芽孢杆菌，支源体和风疹病毒等，尤其是猪支原体感染后所发生的关节炎与人的类风湿性关节炎极为相似，被认为是本病之起因，但目前仍不能完全肯定。

3. 遗传引发：

因为类风湿性关节炎在某些家族中发病率较高之故，故认为可能与遗传有关。

三. 临床表现

1. 部位：本病约75%累及多关节，以手足部小关节最常受累，其次为大关节，以膝关节较多见，亦可发生于肩，腕及髋关节，少见於踝关节及肘关节，病变最后为双侧性及对称性。

2. 症状：病变多以关节肿胀及疼痛为本病的主要表现。

(a) 肿胀是由于关节内液的增加，滑膜的肿胀肥厚以及周围软组织增厚，导致关节呈梭形肿胀。

(b) 疼痛的发生是由于组织肿胀，从而刺激富于神经末梢的关节囊及肌腱终末端有关。

(c) 症状多为短暂性发作，经过一段缓解期后又可复发，严重者症状呈持续性，关节活动受限或关节变形，强直，受累关节周围肌肉往往呈废用性萎缩。

(d) 病变可累及关节外其他组织或脏器，从而引起有关相应的症状，可发生骨关节和其他部位骨无菌(缺血)性坏死，严重时可致残废。

3. 化验检查：

患者常有中度，低色或正色性贫血，周围血白细胞数升高，血沉加快，与病变的活动程度有正比关系，血清类风湿因子的滴定度较高，受累关节液白细胞数明显增高，可为正常的十倍以上。

4. X-线所见：

(a) 早期：病变仅表现为关节软组织的梭形肿胀与骨端部位的骨质疏松。

(b) 中期：在关节囊或肌腱附着处的骨端边缘出现边界比较清楚的小圆形骨质缺损，这是肌腱，关节滑膜病变继发性侵犯骨骼的结果。

(c) 稍晚期：由于俱有丰富毛细血管的纤维组织的侵入并覆盖关节软骨，形成了关节翳，进而引起了节软骨的变性，破坏，关节间隙随之变窄，骨性关节炎面和关节软骨下骨质破坏相继出现，骨质疏松更趋明显。

(d) 晚期：骨质破坏更明显，出现关节畸形和关节强直，常表现为纤维性强直，偶而见骨性强直。

四. 诊断标准

类风湿性关节炎的诊断主要靠临床表现，化验报告，及X-线所见为标准，典型的类风湿性关节炎须俱备以下诸项为标准。

1. 晨僵。
2. 至少一个关节活动时疼痛或触痛。
3. 至少一个关节有肿胀(软组织肥厚或积液而非骨质增生)。
4. 至少另一个关节有肿胀(为医生所见)，两个关节受累所间隔的时间应不超过三个月。

5. 相同的关节两侧同时有对称性关节肿胀,例如双侧近端指关节,掌指关节和足趾关节受累,则不要绝对对称,末端指间关节受累者不计。
 6. 骨骼突起部位,伸肌表面或关节的皮下结节(为医生所看到)。
 7. X-线照片上有典型的类风湿性关节炎改变,至少具有受累关节局部或其邻近的骨质有明显脱钙,而不是进行性改变,(除骨质增生外,必须有受累关节附近的骨质疏松存在)。
- 明确的类风湿性关节炎要求具备上述标准中的(1)–(5)条的关节体征或症状至少持续六周,可能的类风湿性关节炎须具备上述标准中的3条,即小(1)–(5)条的关节体征或症状至少持续六周。可疑的类风湿性关节炎须具备以上2条且关节症状的总时间至少有三个月。
- 晚期类风湿性关节炎病人已出现关节病变及典型畸形,故诊断较明确。

五. 临床分期

根据临床表现,将类风湿性关节炎分为五期,以有利于类风湿性关节炎的综合治疗。

1. 急性期(类风湿性关节炎早期):

关节明显肿痛,伴有关节周围组织轻度水肿,局部温度升高压痛,可有关节积液征象,关节活动受限或完全不能行动。晨僵不超过一小时或因疼痛而不表现晨僵,病程在2-6个月至1年之内。

2. 中急性期(类风湿性关节炎中期):

多关节肿痛,缓解每与恶化呈波浪式反复发作和交替进行。

晨僵1-6小时。

病程在1-3年之内。

3. 慢性期(类风湿性关节炎晚期):

由亚急性期转变而来,多关节肿痛相续发生,没有缓解现象,关节肿痛程度比较轻,逐

渐发生关节脱位,变形和强直,形成典型的类风湿性关节炎,关节周围肌肉萎缩,全身情况不良,多有消瘦,贫血或严重内脏损害及肝,脾和淋巴结肿大等。

晨僵在6小时以上。

病情在3年以上,可持续十多年或数十年。

4. 缓解期:

急性,亚急性和慢性期病人经过合理的治疗,多能进入缓解期,此期病人的关节肿胀消退,疼痛显著减轻,可有轻微压痛,肌肉萎缩与关节活动受限好转。

晨僵少于30分钟。

此期病情呈静止或缓解进展状态,仍须间断性治疗。

5. 稳定期:

急性和亚急性期的病人,经过有效而合理的治疗,病变可稳定3个月至3年不等,部份病人可痊愈,此期病人关节肿痛完全消失,关节活动受限及肌肉萎缩显著好转或消失。

晨僵偶而有之或无。

此期病变呈现静止状态或正常,临床上一概不须要特殊治疗。

另外,根据类风湿性关节炎的X-线表现,亦可将其临床表现分为三期,比较简单,易掌握具体内容,分期如下:

早期(属于急性期):绝大多数受累关节虽有肿痛及活动受限,但X-线仅显示软组织肿胀和骨质疏松。

中期(属于亚急性期):部份受累关节活动明显受限,X-线显示关节间隙变窄,及不同程度骨腐蚀。

晚期(属于慢性期):多数受累关节出现各种畸形,纤维强直,活动困难,X-线显示关节严重破坏,脱位或融合。

六. 中医病因病机

类风湿性关节炎属于中医“痹症”范

疝，究其病因，《素问·痹论》篇有，“风、寒、湿三气杂至，合而为痹也，其风胜者为着痹”的论述，又按春夏秋冬四季分为“以冬遇此病者为骨痹，以春季遇此者为筋痹，以夏季遇此病者为脉痹，以至阴遇此病者为肌痹，以秋遇此病者为皮痹”等数类。

《金匱要略》认为肝肾亏损或气血不足，感受风寒湿邪，邪阻经坠，留滞关节所致，其发病后期，湿聚为痰，痰阻生瘀，痰瘀互结，胶着难解，且正虚邪实，治疗难以速效，临床以寒湿症为多，表现为关节肿痛变形，肤色不变，伸屈困难，晨僵，痛处畏寒，得热痛减，每因天气变化而病情加重，形体消瘦，舌质暗淡，苔白腻，脉沉无力等。

张景岳云：“痹者，闭也”即“闭塞不通”，《素问·痹论》，篇云：“痹在于骨则重，在于脉则不流，在于筋则伸不利，在于肉则不仁，在于皮则寒……。凡痹之类，逢寒则虫，《针灸甲乙经》云：“虫”作“急”即挛急之意，逢热则纵”，患者正气亏虚，外邪则乘虚而入，正虚邪实，无力驱邪外出，迁延日久，病情渐趋恶化，日久生痰成瘀，瘀久化热，痰热互结，则变化多端，如肌肤麻木，关节肿胀疼痛，屈伸不利，甚至骨与关节变形等，故类风湿性关节炎的发生与先天禀赋不足，内脏亏虚，外感湿热毒邪，久病血瘀，痰瘀互结等密切相关。

七. 中医分型与针药治疗

1. 风寒湿型:

- (a) 主证：症见关节疼痛肿胀，局部喜温怕冷，遇冷加剧，阴天雨天加重，得温或活动后症状减轻；晨僵，伸屈不利，手足苍白逆冷，面色少华，风偏胜者关节多窜痛，寒偏胜者多疼痛剧烈，湿偏重者肿胀明显，酸楚明显，舌淡苔薄，脉紧弦滑，此类型多见于类风湿性关节炎之早期、中期，此期为邪正相搏，正气未伤阶段。

(b) 治则：温经散寒，祛风除湿，通络。

(c) 方药：方用《金匱要略》之乌头汤合麻黄加术汤加减。

制川乌6克、麻黄9克、桂枝6克、细辛6克、黄芪9克、白术12克、全蝎9克、土鳖虫9克、白芥子6克、淫羊藿9克、白芍9克、甘草3克。

方中乌头汤治寒湿历节病，“不可屈伸，疼痛”，麻黄加术汤治疗寒湿在表之风湿病，身烦痛，二方合用，随证加减，可治类风湿性关节炎。若寒甚者加附子；湿重者可加薏苡仁、防己；风盛者加乌梢蛇；病位偏上者加威灵仙、姜黄；病位偏下者加牛膝、木瓜；肢体麻木者加当归、鸡血藤。

(d) 针灸治疗：

处方一：大杼、委中、肝俞、阳陵泉、筋缩、足三里。

处方二：大椎、肾俞、膈俞、命门、至阳、血海。

以上二方可交替应用。

配穴：如患于上肢者可加天宗、曲池、合谷、肩贞、肩髃、肩前、手三里、曲泽、尺泽等加减。

如患于腕关节处可加阳池、阳溪、腕骨、八邪、后溪等加减，视患处而配穴。

如患下肢者加阳陵泉、秩边、三阴交、承扶、环跳、委中、委阳、曲泉等，视患者部位而配之。

(e) 拔罐疗法：

可用75%酒精消毒后，用梅花针刺患处出血后才拔罐。

如上肢区，手三阴或手三阳所经之经穴患处拔罐。

或下肢区，足三阴或足三阳经穴所经之处拔罐。

或于胃、脾、肾、膀胱及肝经所经之处而拔罐。

(f) 灸法治疗:

各种类型可应用之,但治疗风湿湿型较佳,可用蒜绒敷于脊椎处大约二寸宽左右,由大椎穴至腰骶椎部,再加上一薄层艾绒灸之即可。

2. 风湿热型:

(a) 主证:症见关节红肿疼痛,僵硬,晨起明显,触之加剧,得热痛剧,得冷痛减,身热,活动不利,反复发作,缠绵难愈,以致关节畸形,近端指关节呈梭形改变,伴有发热,口渴,烦躁,多汗,便干溲赤,舌红苔黄腻,脉滑数或濡数,多见于初发之早期类风湿性关节炎的急性期。

(b) 治则:清热解毒,活血化瘀,除湿止痛。

(c) 方药:四妙散和犀角汤加减(或用白虎加桂枝汤或用桂枝芍药知母汤)。犀角9克(可用水牛角15-30克代替)、栀子9克、黄芩9克、黄柏9克、苍术9克、薏苡仁15克、大黄6克、金银花15克、海桐皮15克、威灵仙15克、忍冬藤15克、甘草6克。瘀血者加红花、桃仁、赤芍。发热者加蒲公英、黄芩、生地黄。壮热者可加生石膏、知母。关节肿急者可加防己、猪苓。偏上肢患者可加桑枝、姜黄。偏下肢患者可加牛膝、木瓜。

(d) 针灸治疗:

处方:大椎(可灸)、膈俞、血海、阴陵泉、足三里、合谷、曲池、三阴交、外关。

配穴:(可参考风寒湿型)。

(e) 拔罐疗法:(可参考风寒湿型)。

(f) 灸法:(可参考风寒湿型)。

3. 虚实夹杂型:

中医认为类风湿性关节炎,其基本因素为

先天禀赋不足所引起发病,早期以邪实为主,但同时亦存在着本虚的内因,虚实夹杂,为临床所常见,多因久痹邪恋,正气已虚,病情迁延不愈,导致虚实夹杂本虚标实,多见于慢性期,缓解期或中晚期,临床所见可分为以下二型:

(a) 肝肾亏虚型:

(1) 主证:症见肢体关节疼痛,屈伸不利,麻木,腰膝酸软隐痛,头晕目眩,耳鸣,疲乏无力。偏阳虚者,则见畏寒肢冷,遇寒加剧,得热痛减,尿频清长,舌淡苔薄,脉沉细;偏阴虚者,则见化热,心烦不寐,咽干唇燥,舌红少苔,脉细数。

(2) 治则:肾阳虚者,应温补肾阳,壮骨强筋,蠲痹止痛;肾阴虚者,宜滋补肝肾,强筋健骨,逐瘀通络。

(3) 方药:

(a) 偏肾阳虚者,可用二仙汤加减。

仙茅12克、仙灵脾12克、当归10克、巴戟天10克、黄柏12克、知母12克、淫羊藿12克、续断12克、狗脊12克。

(b) 偏肝肾阴虚者可用左归丸加减。

熟地黄24克、山药12克、山茱萸12克、沙苑子10克、菟丝子12克、枸杞子12克、川牛膝9克、狗脊12克、鹿角霜12克、续断12克。

上肢痹甚者加羌活、桑枝。

下肢痹甚者加牛膝、木瓜。

(4) 针灸处方:盲膏、肝俞、命门、肾俞、三阴交、后溪、绝骨、太冲等。

偏阳虚者可加中脘、关元、血海并加灸。

偏阴虚者可加阴陵泉、照海、太溪等。

(5) 拔罐治疗(可参考风寒湿型)。

(6) 灸法治疗(可参考风寒湿型)。

(b) 气血亏虚型(属于中晚期)。

(1) 主证：症见肢体关节脚肿胀畸形，疼痛绵绵，关节僵硬强直，肢体倦怠，腕胀纳少，肤色不变，面色无华，遇寒天疼痛加剧，得热则舒，手足麻木，舌质淡苔白，脉沉涩。

(2) 治则：益气健脾，调养气血，通络。

(3) 方药：当归补血汤和玉屏风散。

赤芍10克、秦艽10克、黄芪30克、当归6克、肉桂10克、山萸肉10克、淮山10克、茯苓10克、防风6克、白术20克、仙灵脾10克、鸡血藤10克。

偏上肢者加桑枝、姜黄。

偏下肢者加牛膝、木瓜。

(4) 针灸治疗：

处方：膈俞、脾俞、气海、足三里、阳陵泉、三阴交等。

配穴：头晕加百会、太冲、盲膏。

纳呆加中脘、天枢。

(5) 拔罐治疗(可参考风寒湿型)。

(6) 灸法治疗(可参考风害湿型)。

内外结合，对类风湿性关节炎有较明显的治疗效果；东汉医圣张仲景在《伤寒杂病论》中，就主张“药物攻其内，针灸治其外”的记载。针灸治疗有明显的镇痛作用和调节整体免疫作用，针灸局部取穴，于急性期可减少滑膜炎渗出，于缓解期可促进受损软骨和骨质复原，防止关节破坏，针灸治疗类风湿性关节炎是以扶正驱邪为主，能调动和激发人体抗病能力，促使疾病早日康复；中药对于急性期类风湿性关节炎有很好的疗效，退热而不耗伤阴津；散寒除湿通络的中药对关节肿痛有较好的镇痛作用；对体虚患者，可用补肝肾，强筋壮骨之品，攻补兼施以权平衡；豁痰化瘀药及虫类中药可用于病情较重，病情较长者。

类风湿性关节炎是一个涉及脏腑而表现于经络筋骨关节的多发性病变，病程漫长，经久难愈，甚至骨与关节变形致残，临床除辨清寒、热、虚、实、痰、瘀互结等不同病因外，还要根据脏腑与经络的相互关系，患者体质的强弱，病程的长短等各种不同因素，标本兼治，内外结合治之，方能有效，而针药合治的方法，即是取其内外联合治法，对类风湿性关节炎有较好的临床疗效。

八. 小结

随着生活水准的改善，老化人口增加，饮食结构改变，过多摄入海鲜、肉类、饮酒、易酿湿生热，类风湿性关节炎病率随之增加，现代医学尚无理想的疗法，而中医用针灸与中药



针灸与运动系统疾病

新加坡·谢淇盛

现今社会，越来越多人明白中医学博大精深，需要社会各界人士给予发扬光大。《内经》衍生出来的《难经》就指出，能由“望”诊看出病来，谓为神；由“闻”诊看出病来是为圣；由“问”看出病来乃医；由“切”看出病来则是技巧。故此，中医与西医有其不同点，中医以功能性失调为第一性、个性化、宏观、整体观、相对性，倾向多元论，以经验为基础，以外识内，以主观精神世界为主，中医研究的对象是人。反观西医，以结构性改变为第一性、标准化、微观、个体观、绝对性，倾向一元论，以证据为基础，以内识外，以客观物质世界为主，西医研究的对象是病。

举世文明的中国刺激疗法(针灸)已有几千年的悠久历史，通过现代针刺穴位的发展和各方面的科学考证认为，中国的针灸疗法来源于劳动人民的日常生活经验之中。远古时期，人类患上某些疾病时，在无意中遇到了某种刺激，而这种刺激对所患的疾病产生了好的感受，就这样，刺激疗法也就在这种巧合、巧遇中慢慢产生起来。起初，人类为了记忆，不断地用线条在人体的简图上将病痛点

与刺激处连接起来，时间一久线条和刺点也就多了，在文字发明之后，人类就将这些线条命名为“经络”，刺点命名为“穴点”。在阴阳学说出现以后，又将这些线条和刺点提升到理论中，并将之划分为同脏腑有联系的“三阴”和“三阳”之分的关系互动等等。“针灸学”的来由可能因此形成了！

养身在动、养心在静

中医对《健康与养生》自有一套说法，根据古书经典记载：养身在动、养心在静。饮食有节、起居有时。物熟始食、水沸始饮。多食果菜、少食肉类。头部宜冷、足部宜暖。知足常乐、无求常安。四大文明古国之一的中国，拥有近五六千年的文明史。伟大的中华民族在中医药历史的发展过程中，创造了博大精深的医术，至今仍然影响着整个世纪、整个世界。很多古早典籍名著，已受世人倍加推崇，远远超越了国界。拿破仑·希尔坦言：播下一个行为，你将收获一种习惯；播下一种习惯，你将收获一种性格；播下一种性格，你将收获一种命运。

运动，是一种涉及体力和技巧的由一套规

则或习惯所约束的活动，通常具有竞争性。人在运动的过程当中，身体的结构会随着人的运动而变化，因此加强了自身的体质，所以运动是人类离不开的一种活动方式之一，而且随后也带来了一些运动系统疾病，比如：落枕、腰扭伤、足跟痛、踝关节扭伤、肩关节周围炎等等疾病。目前，运动系统疾病经已成了一种常见的病痛，一直折磨着许多病患，有的甚至丧失了劳作、工作的能力与机会。

运动系统疾病的归类

就运动系统疾病而言，有好多的临床分类和治法，故在针灸医疗中，一定得诊断明确，那样，才能够达到事半功倍的效果。

(1) 落枕病因：受风、外伤或睡觉时头部姿势不当所致颈项肌肉痉挛。诊断：晨起颈项部位强直、疼痛不堪，头部不能自如转动，甚至牵引到肩背部位。针灸治疗取落枕穴和后溪：落枕穴在手背第二、三掌骨间掌指关节后约0.5寸的地方，后溪穴在第5掌指关节后远侧掌纹头赤白肉际。

(2) 肩关节周围炎病因：受风、寒、湿、邪气、外伤等因素，日久造成气血不畅所致或过度劳损等所引起的退行性炎症。诊断：表现为慢性肩部弥散性疼痛，晨轻暮重，稍事活动后反而感觉轻微减痛。针灸治疗取曲池和中渚：曲池在肘横纹外侧端，屈肘时尺泽和肱骨外上髁连线中点，中渚在第4、5掌骨间凹陷处。

(3) 腰扭伤病因：多在负荷过重的情况下姿势不正，用力不当或闪仆而使腰部组织突然损伤引起的。诊断：腰部活动受限，休息时轻微疼痛，活动或咳嗽时疼痛加剧。针灸治疗取委中和阳陵泉：委中在腠横纹中点，股二头肌腱与半腱肌腱的中间；阳陵泉在小腿外侧，腓骨头前下方凹陷之处。

(4) 踝关节扭伤病因：踝关节部位软组织受过度牵拉或扭转而引起的损伤。诊断：足部突然间过度内翻时引起，受伤后一般仍能勉

强跛行，局部有明显的肿胀、疼痛及瘀斑等现象。针灸治疗取解溪和丘墟：解溪在足背和小腿交界处的横纹中央凹陷中，丘墟在足外踝前下方之凹陷处。

(5) 足跟痛病因：跟骨骨质增生引起。诊断：行动或站立时，足跟疼痛，不便行走。针灸治疗取大陵穴和太溪穴：大陵在腕关节横纹中央处，两筋两骨之间。太溪穴在足内踝内踝后方，为当内踝尖与跟腱之间的凹陷处。

培养自我保健的习惯

除了针灸治疗之外，平时的保养功夫仍然十分重要，最好能够抱着防患于未然的心态面对未来，除了注意一般的科学营养新鲜，还要时常注意热食，以减少运动系统疾病的发病机会。对于自我保健的食疗方法，建议往三方面着手：(一)健脾胃、(二)补气、(三)补血。健脾胃食疗方有：莲子肉、薏米、芡实、山药。补气食物多吃红薯、蜂蜜、香菇、山药。补血食物多吃红枣、红萝卜、桂圆肉、黑豆等。谢淇盛医师希望这些健脾胃、补血、补气的自然食物，被广泛的用来当着日常食用的自然保健食品，帮助人们悠然自得、身康体健、益寿延年，倘若能够做到，的确也是一件好事。

中风后遗症、面瘫及其他头部疾病之针灸治疗

新加坡·钟秉生

现代医学和中医学对中风的理解

中风是一种急性非外伤性脑局部血供障碍引起的局部性神经损害的病症，主要临床表现为平素头晕、头痛、耳鸣、目眩、面赤升火。多见于中年和以下高风险群如：高血压或高血脂、冠状动脉疾病(心血管病)、心跳不规则、糖尿病、抽烟、高胆固醇和甘油三酯超标、短暂性脑缺血(TIA)、饮酒过量以及家族遗传等等。现代医学，把中风分为出血性和缺血性三大类：1. 出血性中风包括脑出血和蛛网膜下腔出血。2. 缺血性中风包括脑血栓形成和脑栓塞，而脑血栓形成是中风最常见。3. 短暂性脑缺血意外(TIA)。

中风的症状有：1. 突然昏仆、2. 不省人事、3. 半身不遂、4. 偏体麻木、5. 嘴巴与眼皮歪斜、6. 言语蹇涩或不语等特定的临床表现、7. 轻微者仅见眩晕、偏身麻木、口眼喎斜、半身不遂等而无神志障碍。中风后遗症的症状：中风急性期过后，病患仍然会留有偏瘫、口眼喎斜、语言障碍、吞咽困难、颜面麻木、手脚麻木沉重、手指震颤、疼痛等皆属后遗症，需要中医针灸以尽快恢复原貌。

在中医理论上，认为中风不仅是一种脑部疾病。它影响经络，其他器官和血管的正常运作。中风病发病后两周以内者为急性期，中脏腑可长至整个月，这时期以现代医学和手术为

主。发病后1个月至半年以内者多为恢复期，发病半年以上者系后遗症期。这期间应以中医为主，且越早治疗越好。

中医临床，把中风分为两大类：1. 中经络：一般患者无神志改变，而病情较轻。2. 中脏腑：病患者常有神志不清的现象而且病情较严重。由于中风后，病患者气虚血瘀、脉络瘀阻、风痰阻络或肝肾二亏、精血不足、筋骨失养所致，谓之中风后遗症。中风，针灸提取穴位，常用的有：1. 上肢：肩髃、曲池、手三里、外关、合谷。2. 下肢：环跳、阳陵泉、足三里、解溪、昆仑。

面瘫的原因和中医治疗

面瘫的原因，从中医的角度来解释，是和风邪有关，风是属于阳邪，而头面部，是属于阳位。有句话说：风邪，阳邪，易袭阳位，所以头面部被风吹了以后，就极有可能发生面瘫。很多人会认为面瘫就是中风，其实是把病因跟病名混淆，中风是脑血管疾病，而面瘫是面部发生的瘫痪(眼难以闭合、嘴歪及面部麻木)，四肢是正常的，及时医治是关键。

面瘫病案分析：(1)蔡某某，性别：女，年龄：30岁。

病况：年初睡醒，突见右侧颜面麻木，口

歪流涎，眼斜不合，流泪。额纹消失，鼻唇沟消失。针灸治法：针治四次，出国旅游一周，回来后基本已愈，继续针治。(2) 陈某某，性别：女，年龄：36岁。病况：年底因回中国探亲，工作压力所致，晨起则见右侧面瘫，经西医诊治为神经发炎所致。针灸治法：经针治六次，因已定回国日期，故停二周末针；回来后立即来知会已痊愈。面瘫，针灸提取穴位，常用的有：攒竹、鱼腰、阳白、四白、颧髎、颊车、地仓。

高血压的处理方法

高血压乃血液和血管所引发的两大因素：一、血液容量增多，食入过多的食盐、疾病(如肾功能不全)等会导致进入人体的水份多，排出少，血容量增加，血液对血管的压力增高。二、随着年龄的增加、肥胖、糖尿病、高血脂，引起动脉硬化，都会使血管弹性变差，而引起血压升高。除此之外，长期精神紧张、酗酒、大量抽烟，疾病(如甲亢、肾炎)及遗传等都会导致血管收缩，血压升高。

在中医学里没有“高血压”一词，高血压病患者有头晕、乏力、头痛等症状，中医归为眩晕症，大体上分成虚、实两大类：虚者，常见为阴虚阳亢型。症状：头晕头痛、耳鸣健忘、心悸失眠。治法：以滋阴降火为主，药物可用知柏地黄丸、杞菊地黄丸。食疗方：以养阴清热为佳，如甲鱼(山瑞)、马蹄、百合、枸杞子等。实者，常见为肝阳上亢型。症状：头晕头胀、心烦易怒。治法：应清肝泻火，适用天麻钩藤饮、夏枯草。食疗方：常吃清淡、泻火泻热的食物，如芹菜、西洋菜、苦瓜以及青色蔬菜等。

高血压患者，千万不要自行停药西药，必须适量饮水，宜多吃黑木耳、薏米、番茄、海带、洋葱、大蒜和茄子等食物，此类食物有疏通和软化血管的作用。少吃高盐分食物以及控制体重，适当运动如：慢跑、耍太极、跳舞、

骑脚车、游泳及爬楼梯。运动要持之以恒，每周至少三四天，每次至少30分钟以上。另外，亦可自制减压茶饮之，制法：罗布麻叶6克、山楂15克、枸杞子15克、五味子5克、冰糖适量。

药王孙思邈养生保健法

最后，笔者提供一套易学且保健的孙思邈养生术，促使人人天天精神奕奕、体力充沛，减轻压力和舒缓焦虑的情绪。常做体力活动，常保身心健康，以减少患上心血管病(心脏与血管疾病)与中风的危险：

发常梳：将手常互搓36下令掌心发热，然后由前额开始往上扫，经后脑扫回颈部，早晚做10次，可明目祛风、防止头痛、耳鸣、白发与脱发。

齿常叩：口微合上，上下排牙齿互叩，发出声响，毋需用力，轻松而慢做36下，可帮助保持头脑清醒，加强肠胃吸收，防止蛀牙及牙骹骨退化。

让孙思邈养生术融入每个人的生活，使生活过得更精彩、更情趣、更健康。

辉煌灿烂的一颗明珠，在当代高度文明发达社会中，越来越凸显出其特有的价值。中华药膳既有悠久历史，又具有养生保健、防病治病、病后调理的有效功能。总括而言，药膳食疗是中医学的一个组成部分，既所谓《医食同源》、《药食同源》之说，更有所谓的《食医》一职在朝廷内，即现今社会所提及的营养师、药膳师、烹调师。黄侨生教授堪称香港中医药膳耆宿。

陈聪敏，女医，南安金淘人。1947年中央大学医学系毕业。现任上海第一医学院微生物学教授，从事医学微生物研究与教学。1986年首创大型厌氧菌培养箱获得上海市优秀产品二等奖，其名字和事迹已载入《当代自然科学人物总传》第一卷。专著有《厌氧菌及感染》等。

吕联煌，南安水头人。1957年毕业于福建医学院医疗系。现任福建省血液病研究所所长，福建省医学院教授，血液学博士研究生导师，国家级专家。受国家科委、教委、人事部、卫生部、侨务办及省人民政府等分别授予《国家级有突出贡献的中青年专家》、《全国卫生先进工作者》等称号，主要著作有《诊断学》、《内科学》等。

洪庚辛，南安英都人。1961年毕业于南京药学院，现为广西壮族自治区中医药研究所副所长、药理副教授。从事药物学研究，完成科研课题十余项，曾获全国和广西医药卫生科学大奖及优秀优质产品奖等。主要著译有《药理实验方法学》、《中成药与名方-药理及临床应用》、《中药药理实验方法》等。

1840年中国鸦片战争爆发后，中国大陆就逐步走向一个半殖民地的时代。根据外国史实记载，1927年美国的洛克菲勒药品集团，以学术基金会的名义，捐款支援中国医药界，美其名为协助中国实现中药现代化、科学化及国际化，但是真正的目的在于要中国人民自我的对中医药学术的根源与体系产生质疑，以至于厌

弃。然后，打出拯救中医中药的美名，以达到彻底操纵、控制中国的中医药和其庞大市场为最终目的，这才是美国洛克菲勒家族真正所要看到的战略预谋成果。1929年2月，中华民国政府召开中央卫生委员会会议，会上讨论有关废止中医药的提案，其中留学日本的会长余云岫(余岩)，更在其提案中对中医理论加以全盘否定，认为中医理论的阴阳、五行、元气、脏腑、经脉，皆凭空捏造，全非事实。由中国江苏省上海市发动抗议请愿，掀起了全中国为中医药争取生存之抗议风波，侨居千里之外的新加坡同道，受大义所感动，乃以梁少山等老前辈四处奔走，召集同道举行大会呼吁力促团结，为真理与正义奋斗，并决定组织中医药联合总机构，以新加坡中医中药界的名义，向中国南京政府进行抗议。

梁少山，福建南安人。梁少山是名华侨医师，他坐堂于芽笼40巷门牌694号，当时为在新加坡筹设中医药业之联合机构，创立了中医中药联合会，梁少山为筹委会主席，克日通电国民党政府，反对取缔中医药的议决案。同时向海内外有关团体呼吁，共藉群策群力之效，并倡议通过3月17日为中医药大团结纪念日的提案，此乃317国医节(后称中医节)诞生的由来。在战前，梁少山亦任南安会馆主席和第三、四届以及第八届中医中药联合会常务主席等社团要职。同乡曾和生(曾志远之父)在首届中医中药联合会职员会议中，联合梁少山等共同提议附设赠医部，并规定赠医细则以轮流诊视，仁声所播，社会周知。

曾志远，福建南安人。1946年曾志远和游杏南考取同济医院首二名住院医师。中国名中医吴瑞甫，因在中国抗日战争中，避难南来寓居于同安会馆，曾志远和游杏南有幸结识吴瑞甫，三人希望在有百万人口的新加坡，推动成立一个联络中医界人士与从事发扬、研究及革新中医学术的团体。经过多个月的商讨与筹备，终于1946年10月27日成立了“新加坡中国

头痛

的临床表现和中医治疗

新加坡·闫立群

概述

头痛是临床常见的症状,随着生活节奏的加快,社会竞争力及生活压力的增加,经统计调查显示,头痛的发病率呈逐渐上升趋势。在日常看诊中,有此症状的病人日见增多。头痛的发病机制十分复杂,原因也颇多,涉及各种颅内病变(如脑肿瘤、脑出血、脑膜炎等)。功能性或精神性疾病(如偏头痛、紧张性头痛等)。全身性疾病(如发热、鼻窦炎、眼屈光不正)等等。由于头痛的种类较多,下面就重点谈一下临床常见的两种头痛类型:

偏头痛

一. 偏头痛主要临床表现

偏头疼是反复发作的一侧或两侧搏动性头

疼,70%以上的偏头痛为女性,大多数患者有家族史。发作前数小时至数日常伴恶心,呕吐,畏光,畏声,肢体麻木,抑郁及倦怠等前驱症状。约数分钟至1小时左右出现一侧头部的跳痛,并逐渐加剧,直到出现恶心、呕吐后,感觉才会有所好转。在安静、黑暗环境内或睡眠后头疼缓解。在头痛发生前或发作时可伴有神经、精神功能障碍。同时它是一种可逐步恶化的疾病,发病频率通常越来越高。

二. 根据国际头痛协会(1988)分类,偏头痛的主要类型及临床表现是:

(一) 无先兆偏头痛(普通型偏头痛)

是临床最常见的类型,约占偏头痛病人的80%。无典型的先兆,常为双侧颞部及眶周围疼痛,可为搏动性,疼痛持续时伴颈部

肌肉收缩等。发作时可有头皮触痛，呕吐偶可使头痛终止。

(二) 有先兆偏头痛(典型)

临床典型病例可分为三期：

1. **先兆期：**典型偏头痛发作前出现短暂的神经症状。
2. **头痛期：**伴先兆症状同时或随后出现一侧颞部或眶后搏动性头痛，常伴恶心、呕吐，畏光及疲劳感等。大多数患者头痛出现2小时至1天，超过一半患者每周发作不超过一次。女性患者在妊娠或绝经后发作缓慢。
3. **头痛后期：**头痛症状消退后常有疲劳，倦怠和食欲减退等，1-2日可好转。

(三) 偏头痛急性发作的处理方法和治疗

先兆症状出现时就应尽早治疗。轻度的偏头痛西医一般给予普通的镇痛药物治疗，并安排患者在避光的房间里好好休息，选择在凉爽、安静、遮光的房间内让患者进行治疗。不要喝咖啡、茶，或者橙汁。休息为主，避免活动过多。不要读书报或者看电视。有些病人仅仅通过睡觉、好好休息就可以缓解偏头痛。严重的偏头痛发作需用疗效强药物和针剂注射治疗。

紧张型头痛

紧张型头痛，是双侧枕部或全头部紧缩性或压迫性头痛。约占头痛病人的40%，是临床最常见的慢性头痛。

一. 紧张性头痛主要临床表现

1. 多在20岁左右起病，随年龄增长患病率亦增加，两性均可患病。女性多见。
2. 大约有90%以上的紧张性头痛患者为两侧头痛，多为双颞侧、后枕部、头顶部或全头部疼痛。呈轻-中度发作性或持续性疼

痛，病程数日或数年不等，疼痛期间的日常生活不受影响，不伴有恶心呕吐，畏光或畏声等症状。检查时发现后颈部、肩部肌肉有压痛点，有时可以摸到硬结，有时牵拉头发也有疼痛，头颈肩背部肌肉有僵硬感，按压该部位肌肉有轻松和舒适感觉。

3. 头痛性质呈轻、中度发作性或持续性钝痛、胀痛、压迫感、麻木感或束带样紧箍感。
4. 头痛强度严重时，很多人因头痛而卧床不起或影响日常生活。有的病人可有长年累月的持续性头痛，但一天内可以有逐渐增强和逐渐减轻的波动感。因为激动生气、失眠、焦虑或忧郁等因素常使头痛加剧。

二. 治疗

本病西医一般治疗药物与偏头痛用药相同。急性发作期用止痛镇静药物。失眠者给予一些镇静、安神药物。同时也可对一些病人选择性应用心理疗法、物理疗法和松弛术更有益处。

中医治疗头痛

中医理论认为人是一个有机的整体，在治疗头痛上不能简单地如西医那样一概用止痛药及解痉药。而应辨证施治，整体治疗，实证泻其实，虚证补其虚，如益气、活血、祛邪、养阴等。从整体上用药遣方，充分利用药物配伍后所产生的协同增效作用，达到治愈头痛的目的。西医学所分的各种头痛，只要符合头痛的症候特征，均可用中医药方法治疗。中医学的治疗手段也有很多种方法，如中药内服与针刺治疗等等。

一. 头痛的病因病机

头痛在中医理论上认为其属于“头痛”、

“头风”、“厥头痛”等范畴,隋代巢元方的《诸病源候论·头面风候》首先提出“头风”的病证。仲景《伤寒论》六经条文中有关太阳病、阳明病、少阳病、厥阴病头痛。李东垣《东垣十书·内外伤辨》把头痛分为外感头痛与内伤头痛,并明确地指出偏头痛的病名:“如头半边痛者……此偏头痛也”。头为精明之府,内藏脑髓,机体诸精,上聚于头,头痛的病位在头,涉及肝脾肾等脏腑。从古至今,各个医家对头痛的发病原因皆认为主要在感受外邪,情志内伤,饮食不节,久病致瘀的基础上造成肝、脾、肾等脏腑功能失调。在经络辨证上,认为主要是六淫之邪伤及三阳经;内伤头痛是由于肝郁肝火伤及经络,肾阴肾精亏虚导致脑海失养,脉络失荣而成。脾失健运致痰浊内生,致使清阳不升,浊阴不降,阻于经络而致病。

二. 头痛的中药治疗

临床上多将头痛分为外感和内伤两类诊治

(一) 外感头痛: 临床上常分为风寒头痛, 风热头痛, 湿邪头痛三种。

1. 风寒头痛: 感冒风寒引起的头痛, 初起形寒头胀, 其痛较剧, 连及项背, 恶风畏寒, 舌苔薄白, 脉浮紧。治法: 疏风散寒。药有: 川芎、白芷、羌活、防风、细辛、薄荷、僵蚕、炙甘草等。
2. 风热头痛: 头痛头胀, 严重时头痛如裂, 发热, 口干, 面红目赤, 溲黄便秘等, 舌红苔黄, 脉浮数。治法: 祛风清热。药有: 桑叶、菊花、白芷、石膏、连翘、桔梗、薄荷、黄芩等。
3. 湿邪头痛: 头痛如裹, 头昏沉重, 肢体困重, 胸闷纳呆, 小便不利, 舌苔白腻, 脉象濡滑。治法: 祛风胜湿。药有: 白芷、羌活、防风、苍术、细辛、生地、黄芩、甘草、藁本、蔓荆子、川芎等。若有恶心呕吐者, 可加生姜、半夏、藿香等芳香化湿药物。

(二) 内伤头痛: 临床上常分为气血两虚, 肾虚, 痰浊, 瘀血, 肝火头痛等。

1. 气血两虚: 头痛而晕, 时发时止, 遇劳加重, 乏力, 心悸, 纳呆, 自汗, 面色苍白, 舌淡苔白, 脉细无力。方用: 八珍汤加减: 党参、白术、茯苓、当归、川芎、白芍、熟地、炙甘草等。
2. 肾精亏损: 头痛而空, 眩晕耳鸣, 腰酸膝软, 遗精滑泄, 舌淡红, 苔白, 脉沉无力。方用: 六味地黄汤加减: 熟地、山茱萸、山药、枸杞子、当归、杜仲。
3. 痰浊头痛: 头痛昏蒙, 胸脘满闷, 呕恶痰涎, 舌苔白厚粘腻, 脉象濡滑。治法: 健脾化湿。方用: 半夏白术天麻汤加减: 半夏、陈皮、茯苓、干姜、泽泻、白术、天麻等。
4. 瘀血头痛: 头痛痛有定处, 牵连两侧, 经久不愈, 或头部有外伤史, 苔薄黄, 舌紫有瘀点, 脉象细而涩。治以活血化瘀, 通络止痛。方用: 血府逐瘀汤合川芎茶调散加减。当归、桃仁、红花、赤芍、全蝎、党参、荆芥、防风、川芎、白芷、当归、生甘草等。
5. 肝火头痛: 头胀痛, 面红, 心烦易怒, 夜寐不宁, 口干口苦, 舌红苔薄黄, 脉弦有力。治法: 清肝泻火。方用: 龙胆泻肝汤加减: 龙胆草、柴胡、栀子、黄芩、木通、车前子、生地、当归等。

(三) 临床上有学者自拟方药及用传统方剂治疗

1. 偏头痛: 如用偏正汤, 药有: 川芎、白芷、白芥子、白芍、郁李仁、柴胡、细辛、香附、全蝎、蜈蚣、炙甘草, 全方起到祛风散寒、通络祛瘀、利窍作用。芎芷柴胡汤: 川芎、柴胡、丹参、延胡索、白芷等, 临床疗效很好。偏头痛属“久痛入络”, 用补阳还五汤加减治疗偏头痛, 组方中桃仁、红花、川芎、丹参等具有扩张

血管，降低血液黏稠度的药理作用，从而达到活血化瘀的功效。

2. 针对紧张性头痛治疗的方药：如头痛有定处，牵连两侧，伴有胸闷，情绪波动不定，善叹息，时有干呕，苔薄黄，舌上有瘀点，脉象弦细而涩。治以疏肝解郁、活血化瘀。方用小柴胡汤合川芎茶调散加减。柴胡、枳实、姜半夏、黄芩、党参、荆芥穗、防风、川芎、白芷、当归、生甘草等。另如：头痛如劈，口苦心烦，午后烘热，时有心悸，多梦失眠，小便短赤，大便秘结，舌尖红苔薄，脉细数。治以清心降火，宁神开窍，方用泻心汤加减：大黄、白芍、延胡索、法半夏、山栀、川芎、葛根、酸枣仁、生地、玄参、石菖蒲、甘草等。

三. 针灸治疗

针灸用于治疗头痛在临床上很常见，疗效满意，常用穴位如百会、四神针、率谷、头维、风池、太阳、阿是穴等；按临床表现常将头痛分成6种证型进行配穴治疗：

1. 肝阳上亢型：四神针加风池、太冲、太溪、阳陵泉、行间、内庭。
2. 痰浊上扰型：四神针加印堂、丰隆、太阳、中脘，有热象加外关、曲池。
3. 肝肾阴虚型：肾俞、三阴交、太溪、合谷、气海、关元。
4. 气滞血瘀型：四神针加血海、太冲、膈俞、合谷。
5. 外感风寒型：四神针加太阳、印堂、风池、外关。
6. 外感风热型：四神针加印堂、曲池、外关、合谷。

四. 病案举例

例1：女，51岁，就诊症见：左侧头痛牵连枕部一周余，疼痛呈抽痛性，阵发性，

与紧张、劳累、寒冷及生气有关。首次发作因生气及头敷冰块而引发。X-线检查颈椎正常。中医诊断：头痛，症属风寒痹阻，气滞血瘀。治法：疏风，活血，通络止痛。给予方药：川芎、防风、白芷、全蝎、天麻、荆芥、羌活、细辛、薄荷、当归、桂枝、白芍、炙甘草等。4天后病人复诊，头痛明显减轻，继续巩固治疗，8天后头痛基本消失。一年后因其他病就诊，诉头痛未复发。

例2：女，35岁，就诊症见：头痛，眉棱骨时有疼痛，眠差，恶心，工作紧张，舌红苔欠润，脉浮数。方药：防风、菊花、钩藤、白芍、白芷、葛根、川芎、酸枣仁、法半夏、生地等。并配合针灸治疗，3天后病人复诊，头痛已止，其他症状减轻大半，继续药物和针灸治疗，诸状基本控制。

小结

近年来，随着社会竞争力及生活压力的增加，头痛在临床上的发病率呈逐年上升趋势。头痛的发病机理较为复杂，目前仍不能完全阐明。西药治疗头痛只能暂时缓解症状，难以去除病根。中医药治疗本病，从整体出发，辨证治疗，与西药相比，副作用更少，临床疗效更确切及持久，治愈率高，目前正成为越来越多患者治疗头痛的主要选择。



老人糖尿病

新加坡·冯启发

随着生活水平的提高和医疗保健事业的进步，人类的寿命得以延长，糖尿病患者也更加长寿，因此，60岁以上的老年糖尿病患者的患病率与日俱增。据统计，老年糖尿病患者，绝大多数患的是II型糖尿病(即非胰岛素依赖型糖尿病)。

老年性糖尿病是临床中的常见多发病、疑难病症，病程较长，不易根治，且可引起全身多个系统如心血管、脑血管、周围神经、肾及眼底等慢性病变，严重威胁着病人的生命。

病因机制

老年糖尿病有其特点，其病因和发病机理与儿童青少年的有所不同，主要因为：

1. **基础代谢功能衰退：**随着人体内器官的逐渐衰老萎缩，各种功能日趋减退，基础代谢亦日渐衰退，参与人体活动的代谢率下降，导致脂肪堆积形成肥胖，肥胖又加重胰岛素抵抗，使机体对葡萄糖的利用能力下降，血糖因此升高，故老人易患糖尿病。
2. **胰岛功能的衰老：**按照常理，人体衰老胰岛功能亦随之衰退，胰岛素的分泌亦应随之减少。不过，这会因人和病程而异。初诊、病程短者，胰岛素分泌水平往往接近正常；病久者，机体对胰岛素作用的敏感性降低，加以胰岛β细胞功能逐渐减退，胰岛β细胞对血糖值反应迟钝(感知性

差)，胰岛素分泌水平降低，血糖持续居高不下，故容易患糖尿病。因此，有些患者需要补充胰岛素。

3. **胰岛素原增加：**人体胰岛素总分泌量，等于胰岛素与胰岛素原的总和。胰岛素原抑制肝葡萄糖生产作用的活性只有胰岛素的十分之一，但在有葡萄糖负荷后，老年人的胰岛素原为22%，年轻人只有15%。可见，老人胰岛素原增多，可能性也是老人易患糖尿病的原因之一。
4. **体力活动减少：**体力活动有助于提高胰岛素的敏感性与对葡萄糖的代谢和利用。老人的社会活动相对减少，少运动，吃得好，休息多。长期处于“收入多、支出少”的状态，胰岛素的敏感性与葡萄糖的代谢和利用随之减少，最终导致营养、热量过剩，血糖上升，患上糖尿病。

临床特点

老年糖尿病的特点是：随着年龄增加发病率也增高，尤其是女性；又以体型肥胖者居多，且多为非胰岛素依赖型；发病多隐匿，症状不典型，以多饮多尿较多，有的患者表面上非常健壮，脸色红润，精力充沛，似为常人；并发症较常见，往往以此为首诊症状；发生酮症酸中毒较少，而发生高渗性昏迷较少见；大多患者仅需控制饮食，适当体育锻炼及口服降糖药治疗，血糖则能得到良好控制。

糖尿病的典型的症状是“三多一少”，即多食、多饮、多尿，消瘦。这也是老年糖尿病的典型的症状。但有些患者在体检时，发现得了糖尿病。可是并没有“三多一少”的症状。这主要是“三多一少”的典型症状，在1型糖尿病(即胰岛素依赖型)比较多见，患病者又多是青壮年人。老年糖尿病人多数是Ⅱ型糖尿病，饮食正常，精力和体力与正常人差不多，等到病人出现典型的多尿、多食、与体重下降时，病情已相当严重。大多数老年糖尿病患者超过标准体重，但无症状出现。许多是在经过相当长的一段时间拖延后，由于患上心脏病、高脂血症、肾功能不全和白内障，双下肢感觉异常、反复尿路感染、反复发作疔疮、外阴瘙痒等病况，体检时才发现患有糖尿病。

为什么这一类型患者会没有症状呢？这和糖的代谢紊乱有关。糖是人体能量的最主要来源，可转化为蛋白质、脂肪、合成核糖核酸等其他物质。糖代谢紊乱，就会引起一系列的病症。临床上，糖尿病早期不一定有症状和尿糖，只有在持续性血液中葡萄糖浓度升高，进而糖大量从尿中排出时，才呈现多饮、多尿、多食、消瘦、头晕、乏力等症状。这一类型无症状的、带潜伏性的糖尿病有其危险性，往往会被人们忽略进行治疗，等到偶尔检验发现时，有的并发症已经冒出来，病人体内许多系统，例如血管和神经系统已经受损，出现了心血管、肾脏、眼睛、神经等广泛的病变。最严重的是发生糖尿病昏迷，因病情险恶，常可危及生命。

治疗与注意事项

老年糖尿病患者要遵守三项治疗原则：

- ① 严格控制饮食：除了限制主食量，在各方面控制总热量的摄入，根据自己的具体情况，听从中西医或营养师的指导，制定出适合自己的最佳饮食方案。
- ② 每天参加适量的体育活动。

- ③ 若饮食控制、体育锻炼，血糖仍居高不下，就需寻医治疗。

有的老年人已经长期适应了高血糖，如果骤然降低，会很不适应。例如，血糖在5 mmol/L是正常，但病人如果血糖长期维持在10 mmol/L或以上，突然降到5 mmol/L以下，就可能会出现心慌、出汗、手抖等症状，严重的也会晕厥。因此，老人降糖忌“坐电梯”。

一般上，血糖下降到一定程度，一般人会有交感神经反应，例如心悸、冷汗、头晕等症状。但老人的神经反应比较迟缓，发生低血糖而不易察觉。等到出现大脑皮层反应时，患者已经直接出现精神神经症状，如昏迷等。这种情况往往会抢救不及时而危及生命。此外，老年糖尿病病人容易并发动脉硬化及心血管病变。一旦发生低血糖，可诱发脑血管意外和心肌梗死等病症。2008年，国际上多个临床试验结果表明，有糖尿病并发症的老年患者，如果降糖过于严格，会增加死亡率。由此可见，低血糖比血糖稍高的危险性大得多。所以，老年人降糖，切忌过低。

因此，老年人降糖目标应该比中青年宽松一些，一般人糖化血红蛋白要降到6.5%，老人降到7%就可以（近年来，也有国际研究认为，糖化血红蛋白对老年糖尿病的诊断无任何意义，因年龄与糖化血红蛋白之间呈正相关，可以出现假阳性，影响对老年糖尿病的诊断）。一般人空腹血糖要控制在3.9—6.1 mmol/L以内，老年人可以放宽到7 mmol/L以下；餐后血糖，年轻人要在7—8 mmol/L以下，老年人在10 mmol/L以下就可以。

与其他类型的患者一样，老年人糖尿病患者也必须具有健康的生活方式和良好的饮食习惯。饮食宜清淡，少吃糖和盐；多吃蔬菜；少吃动物脂肪和蛋白质，多吃豆类蛋白质；进食应少量多餐，宜七分饱，切忌暴饮暴食；每天锻炼不少于半小时；少喝酒，不抽烟；随时调整自己的情绪，笑口常开。这样才能让病魔却步，健康、长寿。

中医对老年糖尿病的认识

中医认为老人机体脏腑功能衰退，阴阳失调，气血亏虚等生理、病理变化，表现如下：

（一）阴阳失调

糖尿病者体质多阴虚，而老人生理功能衰退，脏腑功能减弱，气血精微损耗，会加重阴阳失调。阴虚则阳不能固护于外，阴损则阳不能营守于内。因此，阴阳失调是老年糖尿病的主要内因。

（二）脏腑功能衰退

老年人随着年龄的增长，精血耗损，脏腑功能逐渐减退。《灵枢·天年》说“五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始灭，目始不明。六十岁，心气始衰，若忧悲，气血懈惰，故好卧。七十岁，脾气虚，皮肤枯。八十岁，肺气衰，魄离，故言善误。九十岁，肾气焦，四脏经脉空虚。百岁，五脏皆虚，神气皆去，形骸独居而终矣。”指出老年五脏衰退和病理变化的规律。因此老年糖尿病多为虚证，但也虚实夹杂。临床表现则按照病变的脏腑部位，有不同的病理变化：

① 心：心的病理变化，主要表现为心的气血阴阳虚损。

- (1) 心气不足，心阳虚衰：表现为自汗出，面色无华；甚或心胸憋气，胸痹心痛，或见四肢厥冷，大汗淋漓，甚至昏迷。
- (2) 心血虚亏，心阴不足：表现为失眠健忘；或虚火内扰，五心烦热，盗汗，口干咽燥；心失所养心悸怔忡等。
- (3) 心火亢盛，虚火上炎：表现为心烦失眠，心悸怔忡，健忘多梦；舌尖红，口舌生疮；心火扰乱心神则谵妄昏迷，不省人事等。
- (4) 痰迷清窍，神志昏迷：表现为气结痰凝，蒙蔽心窍而神志昏迷，不省人事等；或神情痴呆、意识昏蒙等。

② 肺：消渴日久，肺气亏虚，多为气阴两虚。主要表现有：

- (1) 肺气不足，宣降失司：症见倦怠乏力，少气懒言，声音低微；肌表不固则自汗不止；或肺气阻遏，毛窍郁闭，症见肤干无汗；易受外邪侵袭，或恶寒发热，咳嗽鼻塞，或干咳无痰，或咳吐稠痰。
- (2) 肺阴不足，燥失清肃：表现为口干咽燥，皮毛憔悴枯槁；不通调水道，小便不利，水肿尿少；肺失清肃，肺气上逆而干咳无痰，胸闷蔽气；阴虚内热，则潮热盗汗，五心烦热；肺燥肠枯，则大便秘结。

③ 脾：常见证候有：

- (1) 脾胃气虚，中阳不振：年老脾胃不足，运化水谷和水湿功能减退，气血生化不足，则少气懒言，肢倦乏力，面色萎黄等；或见脘腹胀满，纳呆便溏；或四肢软弱乏力不温。
- (2) 脾虚不健，中气下陷：表现为大便泄泻，甚则五更泄泻；或食纳不香，胃脘胀满，恶心呕吐；或气化乏源，气不上荣，面色无华，头晕头昏。
- (3) 脾肾阳虚，运化失健：表现为脾失健运，肢体失于濡养而肢倦乏力；老年脾肾阳虚，表现为胃脘胀满，纳呆泛恶；或肢体重着，头蒙如裹，四肢欠温；或水湿泛溢而面目肢体浮肿。

④ 肝：常见证候为：

- (1) 肝郁气滞，气失调达：气机不调，胸胁胀痛；肝郁化热，头晕头痛、失眠多梦、急躁易怒；肝血郁滞不荣目，目干目涩、视物昏花；肝经风热，目赤痒痛；肝血亏不荣筋，手足麻木，筋脉拘急；肝气犯胃，胃失和降，呕恶暖气；肝脾不和，脾气不升，腹胀腹泻；
- (2) 肝阴不足，肝阳偏亢：肝阴虚，阴不

制阳，或肝阳上亢，则面红目赤，急躁易怒，口干口苦；或阴虚水不涵木，肝风内动，则见头晕目眩，筋惕肉瞤，甚则四肢抽搐等。

⑤ 肾：消渴久病及肾，肾精亏损和肾气虚衰，阴精不能生化肾气；肾气虚阴损及阳，肾阳不足，肾不气化，终致肾阴阳两虚。表现为：

(1) 肾阴不足，精髓亏虚：证见眩晕健忘，耳鸣耳聋，腰膝酸软；或津不上乘，阴不制阳，虚内动，水火不济，心肾不交，火扰精室而见口燥咽干，五心烦热，颧红盗汗，失眠多梦，遗精早泄等证候；或肝肾阴虚，肝阳偏亢，头晕急躁易怒等。

(2) 肾阳虚衰，肾气不固：证见小便频数，淋漓不尽，夜尿频多；或见精关不固而遗精，肾不纳气而气短喘息；或形寒肢冷，尿少浮肿等。

总之，消渴病长期耗伤阴精，导致脏腑精气亏虚，是老年糖尿病的生理特点。其中，又以肾精亏虚，脏腑功能减退为甚。

中医对老年糖尿病的治疗

2006年在上海参加第三次国际中医糖尿病大会，听取山东省名老中医李玉林教授医治老人糖尿病的经验，得益不浅。李教授曾师从已故名医祝谌予，在治疗老人糖尿病方面有丰富的经验。这里给予介绍，供大家参考。

李玉林老教授将老年糖尿病，概括为七型论治，即：肾阴虚、阴虚火旺、气阴两虚、气阴两虚火旺、阴阳两虚、阴阳两虚火旺和瘀血型。

1. 肾阴虚型：咽干口燥，五心烦热，手足心热，骨蒸潮热，盗汗，舌红无苔，少津或苔薄白，脉细或细数。

治以滋阴生津，兼予活血。主方加减：

北沙参、麦冬、枸杞子、当归、川楝子

各10g，丹参30g、生熟地各15g，葛根30g。肾阴虚遗精加知母10g；足后跟痛加木瓜10g、青黛5g；尿淋漓不尽加生白果10g；肝阴虚眼睛干涩，视物模糊加枸杞子、菊花、青箱子各10g，草决明15g；胁肋疼痛加茜草根、泽兰各10g；痛甚加延胡、郁金各10g；肺阴虚渴饮无度加天花粉、蛤粉各30g；胃阴虚口中少津加玉竹15g，石斛10g；不思食加乌梅、鸡内金各10g；心阴虚失眠，加酸枣仁20g，首乌藤30g；多梦加白薇10g；心悸加菖蒲、柏子仁、远志各10g。

2. 阴虚火旺型：有上述阴虚症状兼有口苦、口渴多饮，舌干少津，大便干结。

治以滋阴降火，兼予活血。主方加减：主方同上，心火旺加川连6g，黄芩10g，连翘10g；口疮加生蒲黄10g，升麻5g，蒲公英30g；肝火旺加柴胡10g，龙胆草6g；肺热盛加桑白皮15g，蛤粉30g，黄芩10g；胃火旺加生石膏30g，知母10g；牙龈肿痛出血加大小蓟、生蒲黄各10g；消谷善饥加玉竹15g、生熟地黄各30g。

3. 气阴两虚证：阴虚症状兼见气乏力，自汗，舌淡或胖嫩，舌边有齿痕，脉弱或细弱。

治以益气养阴，兼予活血。主方加减：生黄芪、玄参、丹参，葛根、生牡蛎各30g，山药、人参、先煎五味子各10g，苍术、生熟地、茯苓各15g。心气虚，脉结代者加桂枝10g；肺气虚，黄芪加至60g；脾气虚便溏加炒白术10g，生苡仁30g。

4. 气阴两虚火旺证：上述气阴两虚症状兼有口苦、口渴多饮，舌干少津，大便干结。

治以益气养阴降火，兼予活血。主方加减：同上方，心火旺加川连10g；口舌生疮加生蒲黄10g；肝火旺加龙胆草10g；肺热盛加桑白皮15g，黄芩12g；胃火旺加生石膏30g，知母10g。

5. 阴阳两虚证：咽干口燥，手足心热，五心

燥热，骨蒸潮热，盗汗自汗，乏力气短，畏寒肢冷，舌淡胖，脉细数或沉弱。

治以温阳育阴，兼予活血。主方加减：桂枝、山药、山萸肉、丹皮、泽泻各10g；生熟地、茯苓、葛根各15g；制附片6g。加减用药参照阴虚证。肾阳虚、阳萎，加仙灵脾30g，阳起石30g；腰冷加肉桂6g；尿淋漓不尽、夜尿多加生白果、补骨脂各10g，桑螵蛸10g；脾阳虚，便溏，便频，便中有不消化食物加赤石脂、禹余粮各15g，鸡内金12g；心阳虚，心悸，脉结代者加桂枝20g，三七粉6g(分冲)。

6. **阴阳两虚火旺型**：阴阳两虚证兼见口苦、口渴多饮，舌干少津，大便干结。治以温阳育阴降火，兼以活血。上方加知母、黄柏各10g。

7. **瘀血证**：面有瘀斑，上肢痛，心前区痛，肢体麻木，半身不遂，月经血块多，舌黯，舌有瘀斑，舌下静脉青紫或怒张。治以活血行气为主，兼以治本。主方：木香、当归、川芎各10g，益母草、葛根、丹参各30g，赤芍、生熟地各15g，丹皮、红花、生茜草各12g。

老年糖尿病常伴有各种并发症，例如：合并肝炎、脑血管意外、冠心病、肾病、尿道感染、末梢神经炎、脉管炎、视网膜病变、皮肤感染等，李老前辈则予以辨证加减治疗，此不赘述。

但由于老人生理功能衰退，用药时应注意以下原则：

1. **扶正宜缓**：老年五脏俱虚，加之脾胃虚寒，不宜峻补。
2. **阴贵涵养**：消渴本系肝肾阴虚，肝失涵养，虚阳上越，见头晕目眩等证候，治拟养肝育肾，育阴潜阳，宜多用甘寒滋阴之品，常用生地、白芍、黄精、首乌、枸杞、玉竹、女贞子、麦冬、沙参、旱莲草等药，可适当配以理气之品。
3. **阳贵潜纳**：老年糖尿病患者，后期常肾

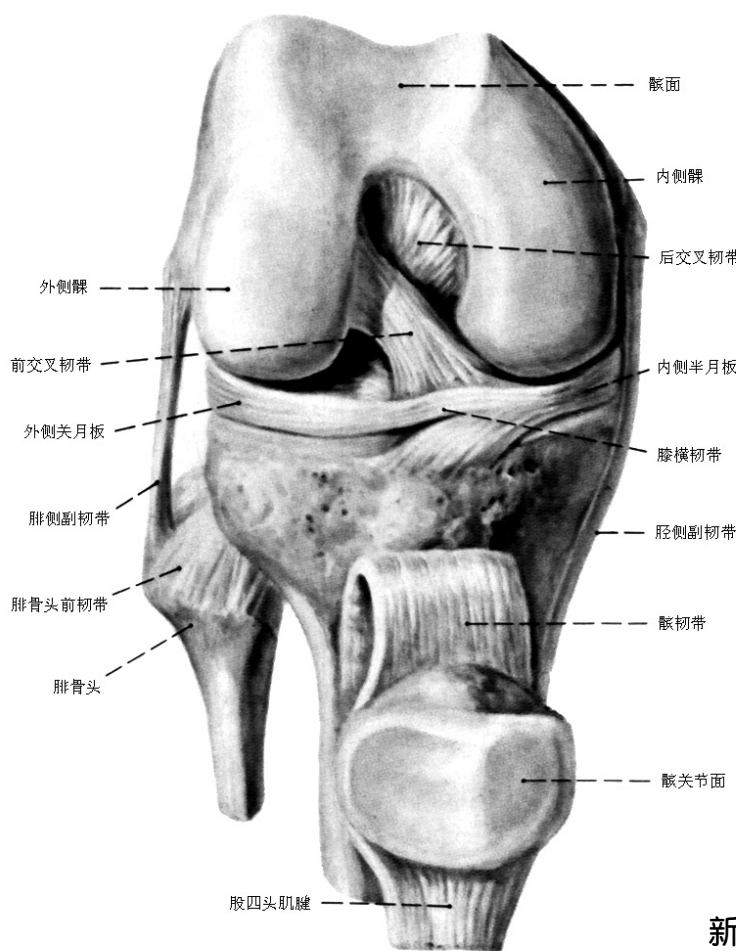
气虚衰，阳气不足，临床多见肝肾阴虚，虚阳上越，头晕目眩，目赤口苦，急躁易怒等。治宜镇肝潜阳，常用石决明、生龙骨、生牡蛎、珍珠母等重镇潜阳之品，配合生地、白芍、龟板、鳖甲养阴潜阳。

4. **脾贵健运**：老年糖尿病患者常脾失健运，湿浊中阻。宜用平胃散先燥湿化浊，并在湿浊渐消之时，用四君子汤、参苓白术散健脾益气。健脾益气常佐以行气、理气之品，如木香、砂仁、陈皮等，使补而勿滞。若出现气虚下陷等证候，治宜益气升提，可选用黄芪、西洋参、白术、葛根、升麻、柴胡等，但升、柴等升发之品最易耗阴，应该慎用；甘味补脾，过则易壅滞，宜配以和胃理气之品。
5. **清不伤阳**：老年糖尿病常肝肾阴虚，虚火上炎，口苦咽干，牙龈肿痛，治宜养阴清热，但不可恣用大剂寒凉损伤脾胃之阳，应于养阴中佐以清热之品。
6. **攻不伤正**：老年糖尿病多虚，时有挟实，出现虚实夹杂之证，治宜根据病情，扶正祛邪，标本兼顾，攻伐之品慎用，中病即止，用量勿重，以免攻伐太过而伤正。
7. **汗勿过泄**：老年糖尿病多肺津不足，肺气亦虚，卫外不固，易感外邪。用发汗解表时不宜太过。过汗则耗伤阴津，又伤卫阳，甚者有亡阴亡阳之虞。

参考资料

1. 中国糖尿病网 www.Zgtnw.com
2. 东方糖尿病网 www.Cndm.net
3. 李玉林，老年糖尿病，《第三次国际中医糖尿病学术交流会论文集》2006.8
4. 李玉林，老年糖尿病，《李玉林医学医学文集》，中国古籍出版社，2003.12
5. 林兰，老年糖尿病，《现代中医糖尿病学》，人民卫生出版社，2008.4

髌下脂肪垫损伤 初探与其中医治疗



新加坡·倪炜程

膝关节是人体关节中负重多且运动量大的关节，是人体最完善最复杂的关节，在众多结构中，膝关节发病率最高，种类繁多，临床诊断较困难，而髌下脂肪垫损伤在临床中发病率也并不少见。

髌下脂肪垫损伤又称髌下脂肪垫炎，是指膝关节损伤和退行性改变引起脂肪垫纤维与髌

韧带粘连而发生膝关节隐痛和屈伸不利的病症。此病多见于登山运动员或经常下蹲和步行者，女性多于男性。髌下脂肪垫呈钝性三角形，位于股骨、胫骨和髌腱（髌韧带把胫骨结节与髌骨连在一起）之间的锥形空间，由滑膜覆盖，突向关节腔并随关节运动而调整形状。其滑膜衬覆发出三角形皱褶，形成粘液韧带，

医学会”，后于1947年易名为“新加坡中医师公会”，新加坡中医药学大业，从此奠定了基石。过后，在曾志远等中医师公会领导人的推动下，于1952年成立为各种族贫病服务的中华施诊所(现称为中华医院)，以及于1953年创办中医专门学校(现称为新加坡中医学院)，曾任第二、三届院长职位，培育中医人才。

梁亭侯，字光南，南安后浦人。梁光南为梁世海的祖父，曾于武吉班让设立梁光南中医药局，为武吉班让福建公会发起人之一。祖辈移居南安洪濂，世业农商，代为积善之家，丁少但多达人，堪称邑中望族。梁光南皈依佛陀，潜心钻研中医，特爱唐代孙思邈的《千金要方》及《千金翼方》两部巨著。战后，梁光南再度南来新加坡后，继续行医，广受病黎誉为生佛。

吕德火，南安旧门乡人。1911年出生于新加坡，自幼随父学医，并从事新加坡天然生草药之研究，成为新加坡本地兼以生草药物治病的中医之一，主理内外科，以治疗热疡称著。自四十年代初，吕德火接管药行直到1994年为止。吕德火为人宅心仁厚，济世为怀，遇上贫困病患，只收象征诊费或义诊。故悬壶之余，热心社会服务，曾任吕氏公会会长暨发起人，中医中药联合会会长及名誉主席，同济医院医务主任及南安会馆名誉主席等职。资料记载，1945年8月15日日军投降，第二次世界大战结束后，新马等地光复，吕德火少壮热心，众望所归，当选1947年第14届中医中药联合会常务主席，领导复兴会务工作。在任期间，继续加强中医药同仁的联系与合作，共谋保健工作，以期改进中医药的功能与中药行业的社会地位，同时对国家社会赠医施药的慈善事业作出贡献，以尽国民职责。从1947年至1983年，吕德火连续担任35届的中医中药联合会的会长，从1984年始，才告老荣休而转任荣誉会长职。所谓创业难，守业更难，中医中药联合会会务活动能够维持到现在，吕德火实应记一功。

梁世海，1926年出生，南安后浦人。自上世纪六十年代起，就参与新加坡中医师公会会务活动，1970年担任公会秘书长，1971年担任副会长，自1974年转任会长至2005年，从第40届理事会起任会务顾问至今。梁世海参与领导会务长达三十余年，为中医在新加坡的发扬光大作出了不懈的努力，见证了中医师公会从一个小规模的学术组织，发展壮大成跨国界的集中医医疗、教育和科研于一体的中医学术与慈善机构，推动政府与官方单位认同中医药的功效，确认中医在新加坡医疗体系中占有一定的地位。梁世海，从1994年12月起，就担任新加坡中医团体协调委员会主席至2008年止。1983年发动组织第一届亚细安中医药学术大会，成功奠定了亚细安各国中医药学术发展基础。梁世海由于毕生致力中医药发展与社区服务，且功绩昭然若赫，于1970年获新加坡总统颁赐公共服务星章BBM以资表扬，复于1981年再次受封赐公共服务星章勋条BBM(L)。著作有：《梁世海中医工作文集》。

赵英杰，1953年出生，南安福建人。考获中医专业文凭，先后两次负笈中国深造，主修中医肿瘤学，并主攻老年医学，师从陈可冀院士，1997年获博士学位。毕业后就自立诊所行医至今，对各种肿瘤病的治疗，有其独到之处。自1990年起，担任新加坡中华医院肿瘤专科主任，长期进行肿瘤病的科研工作，以及致力于中医教育培训，原任新加坡中医学院院长，经常负责理论课与临床带教，其教学论述常与临床经验相互结合，颇有新的阐发。著作有：《妇科肿瘤中医调治集粹》和《中西医结合急难重症诊治》。自2002年开始，先后受邀出任马来西亚华人医药总会中医师资格鉴定统一考试顾问、马来西亚柔佛州中医学院客卿教授与顾问。2004年，受推举为世界中医药学会联合会副主席。2006年，担任世界中联肿瘤专业委员会副会长和世界中联教育指导委员会副会长、中国广州中医药大学客座教授。2007年，出任《世界中医药》杂志

该韧带具有固定脂肪垫，限制其前移的作用。髌下脂肪垫具有衬垫（增加关节稳定）和润滑作用，并能防止关节面的摩擦。

病因病机：当膝关节伸直时，髌骨被股四头肌牵拉向上，髌下脂肪垫也随之向上移动，以免嵌入髌股关节间，如脂肪垫脂肪沉积过多或股四头肌张力减退或膝反张脂肪垫可能被反复地嵌夹在股胫之间，以致引起疼痛，肿胀，渗出等症状。

造成脂肪垫增大的主要原因：

1. 创伤：如摔倒时直接损伤。
2. 劳损：随膝屈伸活动，对局部造成反复牵拉和挤压等。
3. 水肿：最常见的原因是妇女经前水潴留。
4. 髌下间隙内的占位性病变：最常见的是内侧半月板纵行提篮样破裂，多伴有不同程度的滑膜改变。
5. 膝反张畸形：滑膜及脂肪垫易受嵌挤而导致纤维变性。

髌下脂肪垫急性损伤或慢性劳损，均可产生无菌性炎症，造成出血、水肿、渗出、增生肥大、硬化、纤维变性或粘连，刺激皮神经而引起疼痛。

临床表现

一、症状：患者站立或运动时膝关节过伸，发生酸疼无力，髌韧带及其两膝眼的部位肿胀，膨隆，有压痛。

二、过伸试验阳性：患者平卧位，膝关节伸直平放，术者一手拿伤肢踝部，一手按压膝部，使膝关节过伸，如在髌下脂肪处疼痛则为阳性。

三、理化检查：x线检查一般阴性，细查有时可见髌下脂肪垫三角阴影模糊或密度增高或形态增大。

四、鉴别诊断：一般与髌骨软化病比较，髌骨软化病过伸有疼痛感，对髌骨挤压时疼痛加剧，膝关节半屈曲位时有酸痛感或打软腿，

而脂肪垫损伤在膝关节伸直或过伸时症状最明显，过伸试验阳性。

中医治疗

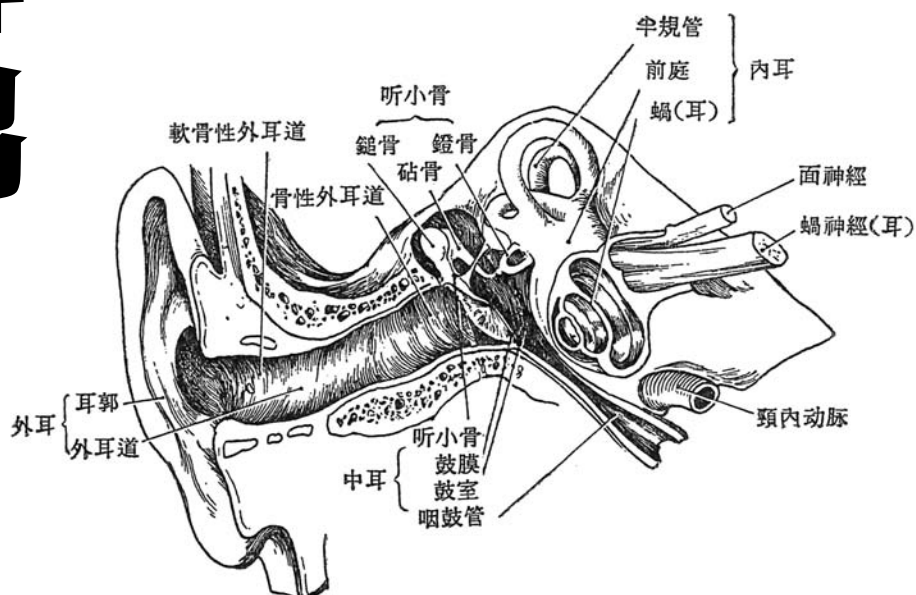
1. 推拿：点压梁丘、血海、内外膝眼、鹤顶、阳陵泉可疏经通络，活血化瘀。用单拇，双拇或掌根揉按脂肪垫可舒筋活血，消肿止痛。弹拨髌韧带两侧疼痛敏感区可缓解韧带痉挛。用小鱼际擦脂肪垫至透热可温经通络，散瘀止痛。
2. 针灸：膝周取穴，内外膝眼透刺，针刺髌尖区髌韧带两侧直至髌骨处(如阳陵泉，足三里，委中穴等)，以上穴位可用电针治疗。
3. 理疗：以热敷为好。
4. 药物：用活血散加醋或消瘀止痛膏外敷患处，具有活血散结，止痛作用。
5. 封闭：以脂肪垫压痛最明显处进针，注药不可注入腱内。
6. 练功：① 增强股四头肌力量练习。
② 穿半高跟鞋以防膝反张，可减轻和预防本病。
③ 每日作伸屈膝动作20-30次，和在立位微屈膝姿势下作膝关节旋转活动，左右各20次。

保守治疗无效者，可行髌下脂肪垫松解术。

参考书籍

- [1] 膝痛 吴林生，金嫣莉主编 人民卫生出版社 1997，4第一版。
- [2] 中医骨伤科学 张安桢，武春发主编 人民卫生出版社 1988，2
- [3] 中医推拿学-正骨与伤筋学 吴文豹 香港中医药学出版社。
- [4] 软组织损伤学 张万福 天津科技出版社 1993，5。
- [5] 中华推拿大成 王云凯主编 河北科学技术出版社 1995，1。
- [5] 颈肩腰腿病防治500问。胡慧主编 中国中医药出版社1998，9。

耳鸣的中医治法



新加坡·陈昆宁

概述

临床诊病，耳鸣可说是最常见的耳疾之一，尤其在60岁老年人群里，约有50%有耳鸣的症状。耳鸣只是一种症状，是指患者自觉耳内发出如蝉鸣叫声，轻重程度不一，但不论鸣声大小，这都是令人心烦不安的症状。耳鸣早在中医古籍里就有很好的记载，如《外科证治全书》里就有写到：“耳鸣者，耳中有声，或若蝉鸣，或若钟鸣，或若火熛熛然，或若流水声，或若簸米声，或睡着如打战鼓，如风入耳……”其实至今，耳鸣在医学领域里，还没有一个很有疗效的治疗方案。

病因

耳鸣在临床上非常普遍，尤其在中老年年龄层里更为普遍，而为什么会在中老年年龄层里占多数呢？这在中医学古籍《灵枢·五阅五使》里就有这么说：“耳者，肾之官也”，说明中老年人在这阶段里肾精开始衰退，影响到耳朵得不到足够的滋养，就产生听觉衰退，进而出现耳鸣。虽然中医认为肾开窍于耳，肾气亏虚会出现耳鸣，但造成耳鸣的原因却很多，也较复杂，并不是所有的耳鸣都是肾虚所致。根据中医的理论指导，耳鸣基本可分为两大类：一为实证(或称外因)，另一为虚症(或称内因)。

早在明代著名医家《张景岳》所著的《景岳全书》里就有指出：“凡暴鸣而声大者多实，渐鸣而声细者多虚；少壮热盛者多实，质清脉细，素多劳倦者多虚。”这已是很具体点出造成耳鸣的病因。

外因：

实证耳鸣多由于：

- (1) 风热外袭：耳在头部，而风热之邪先犯上焦，侵犯耳窍，耳窍受蒙蔽，导致耳鸣。
- (2) 肝火上炎：因情绪不佳，抑郁恼怒，导致肝气不畅而化火，肝火上达于耳，扰乱清窍，则引发耳鸣。
- (3) 痰浊阻塞：平素饮食不节，过食肥甘美味，嗜抽烟喝酒，或劳倦过度，则易导致脾胃运化失常，清气不升，浊气不降，进而生痰浊，痰浊停聚，郁久化火，上蒙清窍，导致耳鸣。

内因：

虚症耳鸣则有：

- (1) 肾精亏虚：人老则肾精亏虚，则导致耳鸣，就如《灵枢·脉度》里有说：“肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣……”明显的告诉我们耳是听觉的重要器官，人老肾精逐渐衰退，耳朵就得不到充足的濡养，听力就会下降，进而出现耳鸣的现象。
- (2) 脾胃虚弱：胃主受纳，脾主运化，如脾胃虚弱则不能运化水谷精微，不能濡养耳窍，则引耳鸣。

辨证治疗

耳鸣在临床上只是一种症状，主要是因听觉机能出现紊乱所导致，也并不是单一疾病，而常伴有其他疾病，因此在治疗上要很小心去

辨证，去分辨，这样才能真正对症下药。而中医在治疗耳鸣方面，多采取针药合用，其疗效会较好。

- (1) 风热型：起病快，见一般外感发热症状，有头痛，流涕，鼻塞，口干，耳内觉胀痛，耳鸣声响大，舌淡红，苔薄白，脉浮数。

治则：疏风清热通窍法。

方药：银翘汤加减。

如鼻塞甚加辛夷及苍耳子。

小便短赤加黄芩及知母。

口干甚加生地及天花粉。

- (2) 肝火型：起病突然，并有头痛，口干，口苦，口臭，烦躁易怒，耳鸣声大，甚者耳痛，舌红，苔黄，脉弦数。

治则：清肝泻火通窍法。

方药：龙胆泻肝汤。

配合用菊花与薏苡仁煮水喝。

- (3) 痰浊型：一般病程已一段时日，出现耳鸣，头昏重感，胸闷不舒，暖气欲呕，纳差，舌淡质胖，舌边有齿印，苔白腻，脉滑数。

治则：化痰去浊，和胃开窍法。

方药：二陈汤加减。

见有热加黄芩。

胃纳很差加用六君子片。

- (4) 肝肾虚型：一般多见于中老年人，症见耳鸣但声细，夜间则鸣声较响，听觉下降，头昏眼花，倦怠无神，面色无华，腰酸腿软，男性可有遗精或阳痿，女性则带下增加，舌淡，苔薄，脉沉细无力。

治则：滋补肝肾法。

方药：六味地黄汤加用耳鸣丸。

遗精及阳痿者加菟丝子、芡实及金樱子。

白带多者加覆盆子及桑螵蛸。

面色无华者加枸杞子及何首乌。

- (5) 脾胃虚型：症见耳鸣声细小，神疲力倦，头晕，昏沉，脘胀不舒，呃气，恶寒怕冷，四肢不温，尿频数，便溏，舌淡，苔薄白，脉沉弱。

治则：健脾益气。

方药：四君子加減。

气虚重者加黄芪或补中益气汤；

血虚较重者加当归及何首乌；

恶寒甚者加桂枝。

针灸治疗

耳鸣在治疗上还可采取在针灸治疗，来达到更佳疗效，基本上还须根据辨证分型。

- (1) 实证：耳朵在头部，属上窍，在《素问》之《阴阳应象大论》里有说：“清阳出上窍，浊阴出下窍”。因此在实证里采用的穴应以阳经为本，因此用手足少阳经穴为主，而手足少阳经均上行入于双耳内。

治法：疏风清热，泻肝火通窍法。

取穴：

翳风及中渚(手少阳)，

听会及侠溪(足少阳)。

肝火甚者加用太冲及丘墟；

外感风热甚者加曲池及合谷；

头痛者加太阳；

痰浊多者加丰隆。

手法：

此型因属实症，故手法上可采取泻法，即强刺激后不留针也。

- (2) 虚症：耳是听觉重要器官，而人体脏腑经络都和耳有关，就如《灵枢·口问》有说：“耳者，宗脉之所聚也”。《内经》也有说：“肾开窍于耳，耳为心之客窍，耳者宗脉之所聚”，就很清楚说明听觉受脏腑之功能所影响。而在中医理论里说肾

主骨生髓，耳受骨髓濡养，而髓为肾之精气所化生，肾精充足则髓海充盈，肾精虚亏则髓海空虚，那听觉必受影响，故《灵枢·海论》就清楚指出：“髓海不足，则脑转耳鸣”。

治法：补益滋养通窍法。

取穴：

耳门，听宫，听会，翳风，肝俞，肾俞，太溪。

心血虚甚者加通里，内关；

脾虚者加足三里，三阴交，丰隆；

尿频者加关元(针上灸更佳)；

遗精阳痿者加关元，中极(针上灸)；

头晕倦怠加印堂，神庭，风池。

手法：

一般采用平补平泻，小刺激，留针30分钟，亦可适当加针上灸。

结论

耳鸣虽不是什么大病，但一般人很难忍受耳内的鸣声，轻则烦躁不安，重则引精神状况。所以不论耳鸣是属实症或虚症，都应及时耐心的就医，同时也应在生活上做出调节，如少食油炸或煎炸食物，情绪要放松，定期做身体检查等等，这才能身体的平衡，就如中医理论有说：“阴平阳秘，精神乃治”。

浅谈中医药治疗帕金森病

新加坡·罗爱月

我在临床上偶尔会见到一些帕金森的病人，多是中老年人，症状表现为静止时手，头或嘴不自主地震颤，肌肉僵直，运动缓慢以及姿势平衡障碍等。

帕金森病是一种常见的神经功能障碍疾病，可导致病人生活不能自理。病变的部位在人脑的中脑部位，该处有一群神经细胞叫黑质神经元，它们通过合成一种多巴胺的神经递质，对大脑的运动功能进行调控。当这些黑质神经元变性死亡达八十巴仙以上时，就会出现帕金森病的症状。

临床上可分为原发性和继发性两种。原发性是慢性神经系统退行性病变的结果，迄今为止，原发性帕金森病的病因尚不清楚，一般认为与年龄老化，遗传和环境等综合因素有关。临床表现起病缓慢，逐渐加重。

继发性多由脑炎，脑动脉硬化或锰，一氧化碳中毒等所致。某些药物如利血平等也可引起帕金森病症状，但停药后即可消失。继发性者症状发展较快。

帕金森病是当前世界性的疑难病症，发病机理不明，尚无好的治疗方法。临床疗效的瓶颈是中脑多巴胺能神经元变性的真正原因尚不清楚。

六十年代发现多巴制剂可以治疗本病，四十年来，陆续出现抗自由基治疗，神经保护治疗，手术治疗及基因治疗等，但因各种原因，无法发展成为主流的治疗方法。目前的多巴替代疗法尚没有新的疗法可以取代之。然而此疗法虽能在短时间内改善症状，但也不能控制病程的进展，而且还存在疗效递减的问题。不少病人难以忍受其严重的副作用，实现真正的终生治疗。对本病的早期发现与控制进展，一直是西医的难点，因此，不少人就寄望于中医的治疗。

帕金森病属于中医风颤、痉证、颤振、振掉，以及肝风的范畴。其实中医对振颤性病证的治疗已有很久的历史。近年来，总结一些临床经验，初步肯定了中医对本病的疗效。

近二十多年来，临床观察表明，针灸可以使八十巴仙的病例的临床症状得到一定程度的改善，而且可以同时针对多巴类药物的副作用进行治疗，缓解病人的痛苦。虽然针灸疗法不能像服用多巴类药物那样能迅速控制症状，但它无副作用，而且具有全身调整作用的优点。

中医学的风颤、痉证，大概有下列数型：

1. 肝肾阴虚引起者、肢体震颤、僵硬拘急、头项强直、急躁易怒、眩晕耳鸣、失眠多梦、潮热汗出、舌红舌颤、脉细数。治宜补肝益肾、熄风止颤。
2. 气滞血瘀所致者、肢体震颤、屈伸不利、动作迟缓、步态不稳、表情呆滞、情志抑郁、舌紫暗、脉细涩。治宜行气活血、通络止颤。
3. 气血亏虚所致者、肢体震颤、头昏目眩、自汗、神疲短气、舌质淡红、脉细弦。治宜气血并补。
4. 痰火扰神引起者、颜面和肢体肌肉抽动、性情急躁、喉中痰鸣、心烦失眠、喜食肥甘、舌红苔黄腻、脉弦滑数。治宜清热化痰。

针灸疗法是神奇而有效的疗法

体针：

主穴：百会、风府、风池、印堂、合谷、太冲、太溪、三阴交、阳陵泉。

配穴：肝肾阴虚加肝俞、肾俞、照海、悬钟；气滞血瘀者加膻中、血海、地机；上肢震

颤者加曲池、手三里、后溪；下肢震颤、步态不稳者加足三里、飞扬、悬钟。每日或隔日治疗一次。

体针的局部穴位对局部症状具有很好的治疗效果。临床可根据不同的病人选用不同的针灸处方。

电针：

取穴：曲池、合谷、太冲、阳陵泉。用电针仪密波刺激二十到三十分钟，每日一次。

耳针：

取穴：皮质下、缘中、神门、指、腕、肘、膝、踝、颈。每次选二到三穴，强刺激后，留针二十分钟，每日一次。或采用压丸法刺激。

头针：

取穴：顶颞前斜线，顶旁一线，颞前线。强刺激，头项强直者选取顶颞前斜线的下五分之一部，留针三十分钟，隔日一次。或用电针仪密波刺激三十分钟。

头部穴位对本病具有明显的治疗作用。百会、四神聪、头皮舞蹈震颤区、足运感区、平衡区等对本病具有不同程度的治疗作用。

药物治疗

药物治疗须在医师的辨证论治下加以处方用药，才能产生好的效果。

一般常用平肝潜阳的方法，代表方如羚角钩藤汤、镇肝熄风汤；还有人应用调补气血的方法治疗，如十全大补汤、补中益气汤等；也有人应用汗、吐、下法配合，攻伐痰热，如定振丸或防风通圣散方。

目前发现川朴、枳壳对僵直有一定的疗效，珍珠母、羚羊角、牡蛎对震颤有一定的作用。具有麻醉作用的洋金花也起到症状改善作用。

醒脑复聪汤可治老年性痴呆、帕金森病综合征，主要是能滋补肝肾、填精健脑治本；平肝活血、醒脑开窍治标。药方如下：

当归10g、何首乌20g、肉苁蓉30g、桑

椹子10g、充蔚子10g、天麻10g、钩藤10g、白蒺藜15g、枣仁20g、川芎10g、菊花10g、远志10g、珍珠母30g、瓜蒌仁30g、石菖蒲10g。

定振丸可治手颤，手颤常与头摇并见，皆由筋脉不能约束，属于风象。多见于中老年人，由于阴血不足，不能制止风火所致者，主要是能养血除风气。药方组成是当归、川芎、白芍、生熟地、黄芪、白术、荆芥、防风、细辛、秦艽、威灵仙、天麻、全蝎。

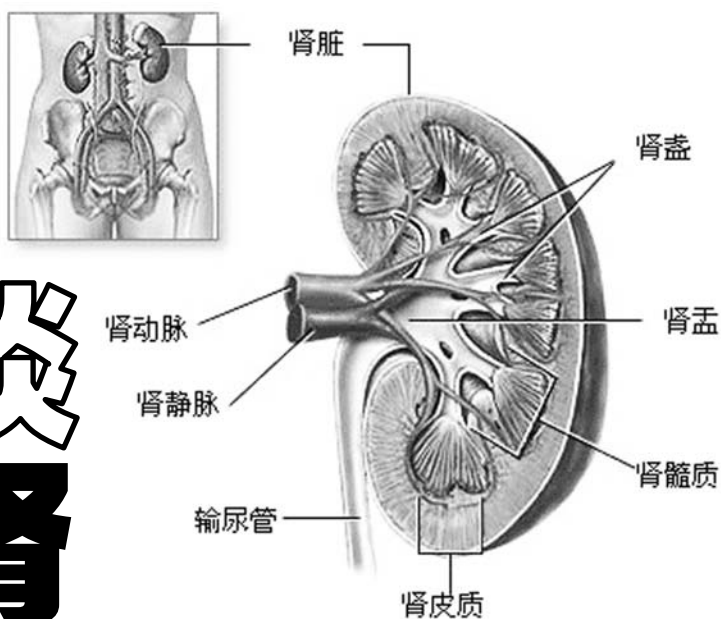
此外，自然疗法也给患者带来希望。

它是一种不施任何化学药物，致出现伤害性刺激的治疗方法。针灸、按摩、饮食、娱乐、心理调节以及运动等多种方法相结合的自然疗法，虽然它不能根治本病，但使不少病人走出阴郁的心境，提高了生活的质量。

帕金森病目前尚无根治方法，属于慢性进展性疾病，如不及时治疗，患者生存期明显缩短，晚期因长期卧床易出现肺炎、尿路感染等并发症，有些因过分担心疾病而伴有抑郁症状。但继发性者症状发展相对较快，主要预防措施如下：

1. 防治动脉硬化，临床上要认真治疗高血压、糖尿病、高脂血症。
2. 避免或减少接触对人体神经系统有毒的物质，如一氧化碳、二氧化碳、锰、汞等。
3. 避免或减少应用奋乃静、利血平、录丙嗪等诱发震颤麻痹的药物。
4. 加强体育运动及脑力活动，延缓脑神经组织衰老。
5. 发现老年人有上肢震颤、手抖、动作迟缓等帕金森病先期征兆时，应及时到医院就诊，早诊断，早治疗。
6. 适当进行面部肌肉，四肢肌肉功能和语音语调的锻炼。
7. 晚期卧床患者应加强护理。

中医谈肾虚



新加坡·梁桂贤

肾虚乃属所谓的亚健康，随着社会的不断发展，人们承受来自学习、生活、工作等各方面的压力越来越大，长期处于这种生活状态，就会导致身心疲惫与精力衰退，从而显现失眠、食欲减退、乏力、烦躁、神经衰弱等肾虚症状。古人如何认识肾脏，根据古经典《素问》一书记载，《素问·脉要精微论》：腰者，肾之府也。《素问·六节藏象论》：肾者，主蛰，封藏之本。《素问·上古天真论》：肾者主水，受五脏六腑之精而藏之。《素问·逆调论》：肾者水脏，主津液。中医对肾的认识如下：主藏精、主骨生髓。主水液，与膀胱互为表里；主纳气：气不归元，则呼多吸少；其华在发：从头发看肾精充不充足；开窍于耳：肾阴虚会造成耳鸣；开窍于二阴：就是主治前后二阴的疾病；在志为惊恐：恐伤肾。

肾为先天之本，是人体生殖发育的根源，脏腑机能活动的原动力。肾的作用可分为肾阴、肾阳两方面。肾阴与肾阳相互依存、相

互制约，维持人体的动态平衡。当平衡受到破坏后，就会出现肾阴、肾阳偏衰或偏盛的病理变化。

中医所讲述的肾虚，又称肾气虚或肾亏，指的是肾的生理功能低下。一般人常说的“肾虚”如遗精、阳痿、早泄、性冷感、不育不孕等，实际上是狭义的说法，广义上的肾虚包括一系列的全身症状。这一点，中医所说的肾虚和西医认可的亚健康状态颇为相似。

肾虚的表现，可归纳为肾精不足、肾气虚、肾阴虚、肾阳虚这四类别。肾精不足，指的是智力减退、健忘、失眠、动作迟钝、腰膝酸软、未老先衰以及阳萎等；肾气虚，指的是精力不足、二目无神、腰膝酸软、容易感冒、遗精、滑精、遗尿、尿频、排尿无力等；肾阴虚，指的是形体消瘦、五心烦热、咽干、骨蒸潮热、颧红、盗汗、耳鸣、腰酸等；肾阳虚，指的是怕冷、肢凉、易受风寒、食欲不振、阳萎、不育、五更泄泻、水肿、腰冷酸

痛等。男性肾虚的八大症状，明显的症状有畏寒肢冷、哮喘、早泄阳痿、腰酸骨痛、头晕耳鸣、便秘、难眠多梦以及夜间多尿。女性肾虚的七大症状，明显的症状有不孕、怕冷、肥胖、更年期早现、眼肿圈黑、浑身燥热难眠以及血压升高。

常言道：虚则补之。补肾阴不一定要补肾阳，但补肾阳必须补肾阴。因为肾阴虚了，物质匮乏了，需要补充物质的东西。但是，在补肾阳时，一定要补肾阴，以物质作为基础。中医治疗肾虚可从三方面入手，(1)中药：金匮肾气丸、六味地黄丸、大补阴丸、左归丸、右归丸等。(2)食疗：枸杞子、山药、杜仲、核桃仁、栗子、芝麻、猪肾、干贝。(3)针灸：涌泉、太溪、照海、复溜、阴谷、关元、气海、神阙。

预防肾虚的方法有以下几种：(1)注意休息，劳逸结合。(2)饮食均衡，生活有规律。(3)强身健体，多多运动。(4)学习太极。(5)自我按摩腰部。(6)搓脚心。(7)做提肛运动。

《素问·四气调冲大论》曰：是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。后世医家将“治未病”理解为三个层面：(一)未病先防。(二)既病防变。(三)已病早治。“未病先防”即是在没有疾病的时候，要预防疾病的发生。“既病防变”是指对已经发病要防止疾病进一步地发展与恶化。“已病早治”是指已经发病了，要及时医治。中医经典文献，曾经记载魏文王问扁鹊的一段对话。魏文王对扁鹊说：“子昆弟三人其孰最善为医？”，扁鹊回应：“长兄最善，中兄次之，扁鹊最为下”。魏文王曰：“可得闻邪？”。扁鹊曰：“长兄于病视神，未有形而除之，故名不出于家。中兄治病，其在毫毛，故名不出闾。若扁鹊者，镵血脉，投毒药，副肌肤，闲而名出闻于诸侯”。“上工治未病”乃要求重视疾病的预防，强调在“未病”时，在疾病发生之前采取积极的措施。中医学，除了使用中药或中成药保健预防之外，更注重通

过养性来调畅情志，规律而适度运动，辨体质施膳食，辅以针灸、沐足、推拿、导引等方法内外综合调理身心。《内经》：其知道者，法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。

总的来说，用最经济的成本，最短的时间，最少的精神，提升大家的肾功能是有必要的。中医治疗法，在于进一步解说中医学是门应用医学，并非中医没有效果而是没有掌握好中医的精粹。可以这么说：中医学是老百姓的医学，理应广为宣扬，中医学循序渐进地加强精气神，让人类心灵更具有自信，致使人人得以健康长寿。





急性腰扭伤、腰肌劳损、踝关节扭伤的

新针灸疗法临床体验交流

新加坡·吴荣贵

一. 前言

急性腰部扭伤、腰肌劳损和踝关节扭伤是针灸临床三种极常见的关节软组织损伤的疾病。

二. 病因

一般是由运动损伤和意外扭伤造成，如：弯腰提重、跑步、跳舞、跳跃、踢球受伤、意外扭伤、跌伤等，临床以局部肿痛、肢体活动障碍、功能受限、起床疼痛、姿势转动困难、弯腰疼痛、不能正常提东西、不能正常走路等为主要症状。

三. 病理现象

当机体扭伤、损伤后，疼痛是一种保护

反应。而神经末梢周围组织产生充血水肿等反应时，就会产生致痛的物质，如K⁺、5-HT、BK等。致痛物质作用于游离神经末梢，则出现疼痛冲动。由于神经的放射作用，就引起血管壁渗透性增加，渗透压的平衡失调而影响了血管壁内外组织液的平衡，使大量的组织液集积于组织间隙中，形成组织肿胀。结果，肢体组织的肿胀疼痛就发生肢体功能障碍。

四. 一般临床医疗

目前，在治疗急性腰扭伤、腰肌劳损和踝关节扭伤的方法很多，有推拿、外敷药物、内服汤剂、理疗、针灸、拔罐、功能锻炼等。其中，以推拿手法、外敷药物和针灸疗法最为常用。

临床根据中医基础理论实施“通则不痛”、“松则不痛”、“正则不痛”，通过

手法、药物和针灸疏通经络，消除了软组织损伤的症状表现。

五. 一般针灸医疗

一般在临床医疗急性腰扭伤、腰肌劳损和踝关节损伤的取穴法：

1. **急性腰扭伤**：以动气取穴法取督脉人中穴，进针约1寸。一面操作，一面吩咐病人运动腰部。或取双肾俞、双承扶穴，进针1—1.5寸。
2. **腰肌劳损三针**：腰阳关穴、肾俞穴(左右共2穴)、委中穴。
针法：进针1—2寸。主治：腰肌劳损、腰扭伤或腰部背部疾病。
3. **踝三针**：太溪穴、昆仑穴、解溪穴。或丘虚透照海、太溪穴透昆仑穴、解溪穴。
针法：各进1—1.5寸。主治：踝关节炎、踝关节扭伤。

六. 我在临床医疗腰肌劳损扭伤和踝关节扭伤的新针疗法体验

1. 在临床治疗急性腰扭伤、腰肌劳损和踝关节扭伤方面，我采用《健侧曲池穴针灸法》，临床针灸发现效果相当突出。
这是我在应用于肩痹证和膝关节疾病后，进一步发展体会到曲池穴在医疗急性腰扭伤、腰部劳损和踝关节扭伤和关节肌肉劳损有明显的疗效。
2. 我所谓的《健侧曲池穴针灸法》指的是，以病人扭伤的踝关节对侧定为健侧，取曲池穴下针；而腰部劳损或扭伤是根据腰部的痛侧、或以它引起、连同其他部位、关节比较酸痛部位的对侧为健侧，以1.5—2寸的毫针取曲池穴下针。
3. 针灸方法：
 - a. 踝关节扭伤是在健侧的曲池穴针灸，

得气后，叫病人轻轻松动踝关节和周围的小腿关节肌肉，轻步活动小腿，走动。很快就感觉踝关节的扭伤疼痛消减，关节活动正常了。

- b. 腰部劳损或扭伤是在健侧曲池穴下针，得气后，叫病人轻松活动腰部，做前后左右转动腰部的动作，配合活动其他酸痛的部位关节，病人也在极短的时间里，见到明显的疗效，疼痛迅速消失，活动正常。

这项针灸法是我在众弘医药中心、牛车水中医诊所和众弘爱心裕廊中医卫星诊所统计了一年，在广泛针灸临床统计，作出的结论，提出跟同道交流分享。

七. 采用《健侧曲池穴针灸法》的理论根据

1. 根据《黄帝内经—灵枢》经筋第十三章中，论述十二经筋循行。以四肢末端为起始，内为阴，外为阳，层层相连，上接到达头身，明显是一个力学结构。
从肌束(肌肉束)的分布看，任何一个关节活动，都必须有两组不同功能的拮抗肌群—屈肌和伸肌。人体的活动和相对的稳定，是由多个关节和肌群在“平衡机制”的共同协作所达致的。局部和整体(全身)的关系密切，可以说“牵一发而动全身”。人类以两脚支撑，脊柱为中轴的直立特性，左右两侧的对称性就显得重视，在医疗上可以作为调整肌肉紧张，化解筋肉痉挛的途径。
2. 经筋疗法的病理理论：是以《黄帝内经—灵枢》篇中的经络学说为根据；把网络全身的筋肉系统的十二经筋植入人体，用整个身体大环境去思考局部的病变，调整结构平衡、疏导组织内压，让动脉气血畅通和免疫功能自然修复机体，去除病灶。

理事会副理事长。现任新加坡南安会馆医药顾问、新加坡中医师公会副会长、新加坡中医学院董事副主席及中华医院肿瘤组顾问、主任医师。

王邦炮，翔云金安村人，出生于新加坡。毕业于新加坡工艺学院工程系，从事消防工程工作。**1989**年机缘巧合，代理根据中医针灸原理创制成的近视眼治疗仪。**1991**年**5**月创办全连保健品公司，专门推广近视眼治疗仪，由因产品优质，业务发展迅速，取得了斐然的成绩。之后为了调整步伐加快，不断扩大业务扎实推进，代理系列中药与保健养生品，直至**2001**年公司再度扩充，增设中药制造厂，开发近百种中医药品和养生保健品，在本地数百间中药行及中医诊所销售，并将商号更名为全连医药保健有限公司。王邦炮积极参与中医中药活动，发扬中医药精粹，并努力在学术上交流研究，特修读四年半的中药专业课程。历任新加坡中国医药保健品商会医药主任，**2002**年响应卫生部的号召，联合新加坡中药团体联委会创办成立新加坡中药学院，并同首届毕业生同学发起组织新加坡中药院校友会。在筹备阶段，王邦炮被推举为校友会主席，捍卫中医中药权益而共同团结奋斗。

谢宪安，祖籍泉州南安。谢宪安本身为名西医，因工作的关系，曾任中医管理委员会注册官，现为卫生部传统与辅助医药副主任、中医管理委员会委员。曾参与“沙斯”肆虐与甲型H1N1流感的防疫工作经验，尤其是甲型H1N1流感疫情紧速蔓延期间，谢宪安身为中医管理委员会的注册官，第一时间通过中医管理委员会，将有关甲型H1N1流感的最新发展讯息，电邮至中医团体协调委员会、所有注册中医执业者和所有中医诊所的经理/店主，并紧急向协委会下各中医团体代表以及各中医慈善机构代表，介绍了甲型H1N1流感疫情和卫生部对防范措施的指导原则，先后主持了四场甲型H1N1流感讲解会，包括了防

范措施的示范，有效部署防疫网络，充分发挥了防治效能。

周世耀，二战时期英勇抗战斗士周献瑞后裔，南安美林人。**2009**年，创办微草轩药行和中医诊所，现为新加坡针灸学会会长、新加坡针灸施诊中心主席、新加坡中医中药联合会英文书以及中国国际华夏医学会会员。为了弘扬中医药学术，积极推动新加坡中医药事业的发展，曾在新加坡英文报章发表多篇中医药的文章、接受亚洲新闻台访问发表中医药专题讲话以及新传媒第**8**频道纵横中医节目作专题访问等。且经常受邀出席官方机构与民间组织的中医药讲座担任演讲嘉宾，例如：公务员学院、教育部、民众俱乐部、社区图书馆、全国癌症中心以及多间跨国公司属下的员工保健俱乐部等等。

另外据悉，南安邑人陈清来特制的针标皮肤丸和吕良时特制的追风拳头油，对中医药在民间广泛的推广也起着一定的作用。

总而言之，中医药是中华民族文化的重要组成部分，中医药文化悠悠上千年历史，博大精深，它不仅仅是海内外华人共同的宝贵财富，也是全人类珍贵文化遗产的一部分。根据近期一些非正式的统计资料显示，世界上已有成千上万的非华族人士，惊叹于中医药文化的瑰丽、丰富多采而深深的痴恋学习，并充分发挥了关怀大众、造福人群的仁爱精神。

3. 曲池穴位于屈肌和伸肌的交界处。因此，针刺曲池穴位，有利于对抗肌痉挛(抽筋)扭伤，调整屈肌和伸肌间的矛盾，对于肩关节、手肘关节、腕关节、腰部和下肢而言，现代康复理论认为扭伤和劳损会引起的经筋痉挛，在痉挛期主要表现在伸肌痉挛，包括：伸肌腰肌群痉挛、伸肌髋肌群痉挛、股内收肌群痉挛、伸膝骨肌群肌痉挛、踝屈肌群痉挛和踝内翻肌群痉挛。

八. 临床病例观察

我根据从2010年7月到2011年8月25日服务于众弘医药中心、牛车水中医诊所和裕廊中爱心众弘卫星中医诊所三间诊所，做过针灸临床超过4000病例，整理出典型病例，跟大家交流分享。

1. 急性腰扭伤和腰部劳损典型病例

- (1) 周桂春 女 48岁

2010年12月17日到众弘医药中心求诊，为体育教师，在指导做体操运动时腰扭伤，经过几个月的推拿、针灸、刮痧、理疗尚未治愈，腰局部偏左疼痛，起着坐立等姿势改变尤其疼痛，通过辨证，针灸曲池，几分钟里，腰局部疼痛消失，感觉正常了。

- (2) 陈桂美 女 60岁

2011年8月10日到众弘医药中心求诊，主诉昨天扭伤腰，局部疼痛，活动障碍，辨证后，针灸左曲池，留针20分钟，疼痛症状消失，感觉活动正常。

- (3) 傅思佳 女 24岁

2010年10月21日到牛车水诊所求诊，腰扭伤劳损5年，不能侧睡，以左侧疼痛明显，辨证后，选针灸右曲池，活动腰部，局部疼痛明显减轻，可以弯向侧边。

- (4) 吴艾燧 男 70岁

2011年7月1日到众弘医药中心求诊，主诉两天前闪腰，局部疼痛，辨证选右曲池，针灸后加上病人活动腰部，疼痛迅速缓解，局部障碍消除，转腰动作几乎正常了。

- (5) 陈发水 男 67岁

2011年3月22日到众弘医药中心求诊，主诉腰扭伤一周，弯腰难，走路左侧辛苦，辨证选针健侧右曲池，显效，疼痛消失，症状消除。

- (6) 黄天成 男 70岁

2011年6月14日到众弘医药中心求诊，腰扭伤两个月，左腿酸痛，选右曲池，明显效果，局部疼痛消除。

- (7) 陈益荣 男 49岁

2010年12月24日到牛车水诊所求诊，主诉几天前从2米高处跌下，伤及左踝关节，还伤到左腰部，针灸右曲池，腰部和踝关节的疼痛明显改善，可以正常走动。

- (8) 周美君 女 23岁

2011年3月1日到众弘医药中心求诊，她是军人，主诉在舰艇上工作闪到腰，跌伤脚，扭伤左踝关节已经几天，针灸右曲池，疗效明显，腰部疼痛消除，踝关节扭伤的疼痛也消除，踝关节可以正常活动。

- (9) 黄必豪 男 50岁

2011年8月25日到裕廊中众弘爱心卫星中医诊所求诊，主诉他是巴士司机，患有腰部肌肉劳损2-3年，常常感到身体疲劳，腰部酸痛，针灸右曲池，活动腰部，约10分钟后，疗效显著，疼痛消

失,觉得疲累消除,身体有劲。

2. 踝关节扭伤临床典型病例分享

(1) 李亚英 女 63岁

2010年12月28日到牛车水诊所求诊,主诉右踝关节扭伤,局部疼痛,不能正常走路,针灸左曲池,疼痛迅速减轻,踝关节可以正常活动,慢步走路。

(2) 陈志成 男 51岁

2010年10月22日到牛车水诊所求诊,主诉右踝关节扭伤一周,局部肿痛,走动障碍,针灸健侧左曲池穴,踝关节消肿,疼痛消除,可以走动。

(3) 郭顺杰 男 16岁

2010年10月22日到牛车水诊所求诊,主诉昨天因为踢足球扭伤了左踝关节,局部肿痛,走路要跳步,不能正常走路,针灸健侧右曲池,感觉左踝关节疼痛明显减轻,可以正常走动了。

(3) 王秀甜 女 16岁

2010年11月2日到众弘医药中心求诊,主诉几天前运动时扭伤右踝关节,推拿后没有好转,针灸左曲池,局部关节疼痛减轻,活动障碍消除。

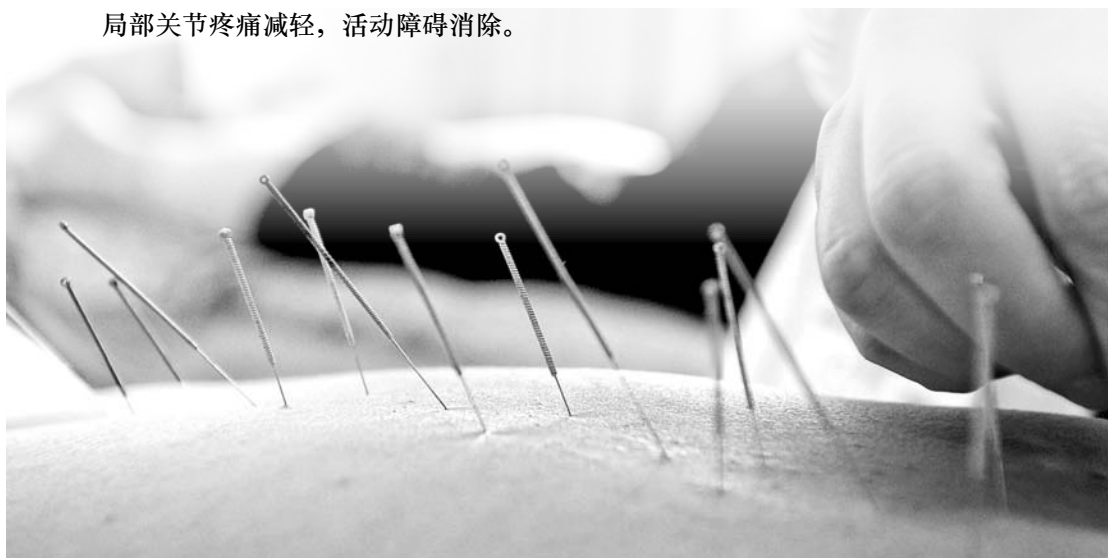
(5) 张慧玲 女 13岁

2010年10月29日到裕廊中爱心众弘卫星中医诊所求诊,主诉在运动时扭伤左踝关节,同时被篮球伤及左食指,食指扭伤,非常疼痛,针灸右曲池,踝关节扭伤的疼痛消除,食指的疼痛也消除,关节活动改善。

九、总结

从临床病例观察,采用《健侧曲池穴针灸法》在医疗急性腰扭伤、腰部劳损和踝关节扭伤的确有效,在医疗这几种肌肉扭伤和劳损的疾病具有立竿见影的功效,从临床病人的反映,他们当中,有很多位都是先经过不同的推拿、针灸、刮痧、却没有取得应有的疗效,才来求诊,《健侧曲池穴针灸法》让他们在短时间里减轻疼痛,消除关节活动障碍,使他们非常喜悦!

我想在这里提出跟同道们分享,适合同道们在临床参考,甚至考虑应用!





育阴通腑法 治疗中风之体会

新加坡·董菁菁

【摘要】便秘是中风后常见的病症之一，又往往是导致中风复发的原因，所以便秘与中风可以相互影响，易形成恶性循环。临床中本着六腑以通为用的原则，对中风后便秘的患者采用育阴通腑法，以自拟育阴通腑方加减来治疗。

【关键词】中风 便秘 育阴通腑法

概述

中风是以猝然昏仆，不省人事，伴口眼歪斜不利，半身不遂，或不经昏仆，而以喎僻不遂为主症的一类疾病。

“中风”一词首见于《内经》，其临床表现与现代医学所称的脑血管病相似。脑血管疾病是目前威胁人类健康的三大疾病之一。随着现代诊疗技术的提高，其死亡率已明显降低，但患者多数遗留后遗症，对患者日后的正常生活带来了一定的影响，因此，对中风后遗症患者积极治疗，提高其生存质量有十分重要的意义。

中风的病因病机

中风的病因以气血阴精渐衰，内伤积损为主，以忧思恼怒、饮食不节、房劳过度、大喜大悲、风邪入中等为诱因，在一定条件下互相影响。

其致病机理较为复杂，主要因素在于阴阳脏腑功能失调。历代医家将其病机总括为风、火、痰、瘀、虚、气、血。临床常见本虚标实，虚为肝肾阴虚、气血不足，实为风邪挟火挟痰、络脉损伤、气滞血瘀。

《素问·脉要精微论》曰：“头者精明之府。”明代李时珍又称脑为“元神之府”，又

头为“诸阳之会”，五脏之精血，六腑之精气皆上注于脑。若正气不足，内外之邪相干，清气不升，浊气不降，则出现中风。

中风的病位在脑，与心、肝、脾、肾及经络、血脉关系密切。多见于老年人。有发病率高、致残率高、病死率高的特点。

中风后便秘的病因病机

老年人全身脏腑机能减退，胃肠蠕动减弱，加之中风急性期应用脱水剂，使肠液减少，又由于肢体功能障碍，久卧多静少动，进食少、精细少渣，缺乏食物纤维，使肠道失濡，结肠运动、排便反射受影响，容易发生秘结。

中医认为，便秘的基本病机是大肠传导功能失常。肝为起病之源，胃为传病之所，木横土衰，必碍脾胃升降之气，使中州运化传导无力，糟粕内停，而致大便秘结；或阳亢火盛，火热内炽既可炼液成痰，助阳化风，又可消烁津液，致使胃肠燥结，也可致大便秘结；或气机郁滞，血运不畅，瘀阻肠络，而致便秘；或脾胃虚弱，津血虚少，肠道失润，传导无力，燥粪久留，便秘乃作；等等。正如王清任云：“既得半身不遂之后，无力使足动……，如何有气到下部推大恭下行？大恭在大肠，日久不行，白干燥也。”又如吴鞠通所说：“津液不足，无水舟停。”因此，腑气不通是中风后便秘的关键因素。

便秘对复中的影响

大便秘结，腑气不通，糟粕壅滞于肠道，中焦气机受阻，有碍气血输布流通，延缓了功能的恢复。久之耗津灼液，阴液受损，阴亏于下，肝阳失制，偏亢于上，阳化动风，气血上逆，上蒙神窍，则易再次突发中风。

另外，中风病患者，由于大便秘结而过分用力排便，使腹腔压力增高，心脏收缩加

强，血压升高，就更容易诱发再中或加重原有病情，进一步影响原发病的治疗，成为恶性循环。

可见，从大便的见症可以了解胃气之盛衰，而胃气之盛衰决定着疾病的转归和预后。正如《灵枢·五味》云：“五脏六腑皆禀气于胃”。又如张景岳说：“二便为胃气之关锁，而系一身之气之安危”。所以，对于中风后便秘的情况应该积极防治。

治疗原则

六腑是指胆、胃、小肠、大肠、膀胱、三焦，其生理功能主受纳和腐熟水谷、传化和排泄糟粕。故《素问·五藏别论》云：“五脏者，藏精气而不泻也，故满而不能实；六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也。所以然者，水谷入口，则胃实而肠虚；食下，则肠实而胃虚也。故曰：实而不满，满而不实也”。说明脏腑藏泻是一种互相依赖、协同作用的关系。并明确指出六腑气化宜动不宜滞，腑以通为用，以降为顺，功在走而不守。若壅阻上逆则为病。

腑气不通在中风病变过程中占有重要地位，可作为判断病情、推测预后、决定治则的指标之一。且中风后病人多体虚，所以养血增液润肠，即育阴通腑乃是治疗之本。

临床中本着六腑以通为用的原则，对中风后便秘的患者采用育阴通腑法，以自拟育阴通腑方加减来治疗。

典型病例

冯某，男60岁。有高血压、高脂病史。10天前突然昏倒，不省人事，身体僵直，口噤不语。入院抢救后苏醒，诊为中风。10天后出院，遂来诊。刻下：左侧肢体偏瘫，纳可，眠差，小便一般，大便秘结，3-5日一行，舌红，少苔，左脉沉细，右脉弦细。处

方：自拟育阴通腑方加减。药用：鳖甲24g、龟甲24g、牡蛎30g、火麻仁12g、郁李仁12g、柏子仁12g、桃仁9g、玄参15g、生地15g、麦冬12g、陈皮6g、炙甘草6g。七剂水煎服，并配合针灸治疗。一周后，大便有所改善，上方加减。一个月后，左侧肢体可以活动，大便恢复正常。

讨论

对于虚损引起的便秘，古人强调不可妄用攻下之品，张景岳在《景岳全书》中言：“凡病涉虚损而大便闭而不通者，则硝黄攻击等剂必不可用，若势有不得通者，寓通于补之剂也。”

鳖甲滋阴潜阳，退热除蒸，软坚散结。龟甲滋阴潜阳，益肾健骨，养血补心，朱丹溪认为龟甲“能补阴、主阴血不足，去瘀血……续筋骨，治劳倦，四肢无力。”牡蛎重镇安神，潜阳补阴，软坚散结。火麻仁润肠通便，《本草述》曰本药“非血药而有化血之液，不益气有行气之用”，《内经》认为本药有“补中益气”之效。郁李仁润肠通便，利水消肿。柏子

仁养心安神，润肠通便。桃仁活血祛瘀，润肠通便。玄参清热凉血，泻火解毒，滋阴。生地清热凉血，养阴生津。麦冬养阴生津，润肺清心。陈皮理气健脾，燥湿化痰。炙甘草调和诸药。

本病还可以结合针灸、推拿按摩、功能锻炼等方法综合治疗。针对中风后患者的实际情况，施以适宜的治疗措施，标本兼治，从而达到满意的治疗效果。

另外，本病和精神因素、饮食、生活习惯也有关系。平素或治疗期间最好保持精神愉快，心情舒畅；饮食以清淡为主，切忌膏粱厚味和酒，多饮水，进食纤维素含量高的食物等；嘱咐患者在病情稳定的情况下增加腹部活动，养成每天定时排便的习惯。

中风一病重在预防，一旦发病，应及时治疗，多可康复。但反复中风者，难于治疗，预后不佳。中风患者大便得通后，病情立见好转。可见，将育阴通腑法融入中风的治疗有其重要意义，可泄内热，存阴液，缓肝阳，防复中，使患者缩短了病程，解除了痛苦，生活质量得到了提高。



外伤性 视神经病变

(TON, Traumatic Optic Neuropathy)

新加坡·林秋霞



郑某，6岁华族女孩，2010年3月不慎自床上跌下遭受外伤而入住新加坡KK妇幼医院。CT扫描显示右眼眶外侧壁及下壁断裂。右眼眶内积气瘀血。无颅内出血或骨折。西医眼科诊断：右眶壁骨折，外伤性视神经病变。经大剂量激素治疗无效。由于患者年幼，未行视神经管减压术，一直用药物保守疗法。后因治疗无效而出院。继则在父母陪伴下到北京中医药大学东方医院求医。在该眼科住院治疗69天，右眼视力复明并提高到6/60 (0.1)，视野亦有部分恢复。

2010年6月韦企平教授推荐该患儿回新加坡继续让我接手治疗。迄今2011年6月，小女孩已经随诊了将近一年，在中医治疗下，病情取得突破进展。

在治疗方面，西医主要是早期采用视神经管减压术，大剂量激素冲击治疗，视神经营养药物的应用等手段。但患者伤及眼部同时，常合并有头颅、胸腹部、四肢、口腔、耳鼻喉等多部位的损伤，多数患者为挽救生命，往往错过早期的有效治疗时机，患者就诊时已经进入晚期，出现不同程度的视神经萎缩，需要进行合理的中西医结合治疗，来挽救患者残余视功能。

中医眼科根据本病视力受损速度和程度，以及临床体征，分别称其为“物损真睛”，“撞伤击目”及“撞击青盲”等。中医辨证主要根据外伤损络，从气血方面论治，根据病程及眼部具体情况，分别归为气滞血瘀，气虚血瘀，气血两亏等证型。

关于外伤性视神经病变

外伤性视神经病变 (TON) 是指因各种外伤及眼眶区或眼部受伤后发生的视神经损伤。损伤可以发生在从视神经眼内段到颅内段的任何部分。根据发病机理可分为直接视神经损伤及间接视神经损伤。病人视功能损伤程度不同，60%的案例可有视力明显下降，甚至无光感。

病例报告

郑某，6岁华族女孩，初诊日期：2010年6月30日。

主诉：右眼外伤后视线模糊已有两个月。

病史：患者在2010年3月28号不慎从床上约1.5米处跌下，右眼高度肿胀，不能睁眼，无头痛、头晕、恶心，或任何地方出血等迹象。无昏迷、无耳部出血。患者后被送入新加

坡KK妇幼医院做详细检查。CT扫描显示右眼眶壁外侧下侧及上颌窦断裂。右眼眶内有颅腔积气及瘀血。无脑腔出血或穹窿骨折迹象。西医眼科医生诊断小孩有外伤性视神经病变。由于患者年幼，医生排除了动用视神经管减压术的可能性，而采取了保守的高激素冲击治疗及神经营养药物治疗但毫不见效。后患者出院并在父母陪伴下往北京东方医院求治。

患者在北京东方医院留医了两个多月。由2010年4月22号入院到2010年6月26号出院。她在东方医院入院时做的检查简报如下：

- (1) 视力 OD 0.1 OS 1.0 右眼视力无法以验光纠正。眼部运转动作无异常。
- (2) 裂隙灯检查：OD 轻微结膜炎及球结膜下片状出血，角膜清。KP（-）前房无异常 Tyn（-）OD 瞳孔 4mm，对光反应迟缓 RAPD（+），OS 瞳孔3mm，对光反应正常，PERRLA。晶体及玻璃体无异常发现。
- (3) 眼底检查 — 右眼显示视盘色淡白，视盘缘清，视盘周围有轻微视网膜出血迹象，CD比值0.4，动脉/静脉比值2/3，动静脉走向无异常。黄斑部色素紊乱，反射中心点消失。左眼眼底无异常征象。
- (4) 其他检测：眼压右13mmHg，OS-Tn，眼电生理检查：右眼 F - V E P：P100峰潜时延迟，振幅降低。RNFL（视网膜神经纤维断层扫描）检查显示右眼视网膜厚度有异常表现。

中医治疗

北京东方医院韦企平教授记录的患者档案显示：

舌脉：舌质淡红，苔薄白，脉弦。

诊断：右眼外伤性视神经损伤。

辨证：气滞血瘀。

治法：益气活血，解郁开窍。

方药：聪明益损汤加减（韦企平教授经验方）。

处方：全当归6g，党参15g，生炙黄芪各10g，阿胶6g，大枣6g，龙眼肉6g，炙甘草6g，百合10g，鸡内金6g，焦三仙6g。（每日一剂）

针灸穴位：

眼周穴位：印堂、鱼腰、上明、攒竹、太阳、球后、翳明、承泣、睛明、丝竹空、瞳子髎。

头部穴位：百会、四神聪、曲差、上星、头临泣、头维、目窗、风池。

身体穴位：合谷、足三里、三阴交、阴陵泉、阳陵泉、行间、光明、地五会、血海、太冲。

每组取1-2个穴位，隔天一次针灸，留针30分钟。

中医治疗之后的进展

患者在北京东方医院驻留两个月接受中医治疗，出院时，她的右眼检查报告显示如下：

- VA - 6/60。
- 动眼神经 — 无异常。
- 视野 — 在右眼颞侧及鼻侧开始有光感。
- RAPD（+）。
- 黄斑反射中心点不明显。

回返新加坡的继程治疗

随诊后的第一次检查（7月-8月，2010年）

患者回新加坡后，在韦企平教授推荐下，由我接手治疗。中药针灸维持原处方，继续治疗两个月。

- VA- 6/60。
- 动眼神经 — 无异常。
- 视野 — 全面方向恢复。
- RAPD（+）。
- 黄斑反射中心点隐见。
- 视盘边缘显示些许粉红色。
- 视盘水肿稍浅。

随诊后的第二次检查（2010年，12月）

- VA - 6/60。
- 动眼神经 - 无异常。
- 视野 - 全面恢复。
- RAPD (+)。
- 黄斑反射中心点恢复。
- 视盘边缘显示粉红色。
- 黄斑水肿消失。
- 色感 - OD 5/7 OS 7/7。

此时的中药方在韦企平教授建议下，原方去阿胶珠、焦三仙、大枣，加女贞子6g、枸杞子6g、炒白术6g，每日一剂。

继续针灸治疗一个星期三次。

随诊后的第三次检查（在新加坡KK妇幼医院复诊时进行）（2011年，5月）

- VA 6/60 +3 OD。
- 视野 - 全面恢复。
- 色感 - 右眼 9/15 左眼 15/15。
- 视乳头盘缘显示粉红色，颞侧稍呈淡白色。
- RAPD (+) - 2期。
- 黄斑色素没有紊乱。
- 黄斑反射中心点可见。

中药药方经韦企平教授查询后，改方如下：

党参6g、当归6g、枳壳6g、五味子6g、女贞子6g、枸杞子6g、菊花6g、炙甘草6g、百合10g、鸡内金6g，服药改为隔日一剂。针灸改为一个星期两次。

讨论事项

近日很多西方科学研究文献显示激素能带给视网膜神经节细胞极大的破坏，尤其是大剂量的激素使用之后，会造成其对内源性神经保护通路的截阻抑制，对神经的修复非常不利。

面对日愈更新的新理论，外伤性视神经损伤后的激素治疗是否恰当一直是个争论点。当激素治疗被认为是第一考虑因素之后，又有学者提出不适合用于有脑损伤或8小时以

后的损伤。即使激素被考虑，其用量也一直是争论点。

NASCIS (National Acute Spinal Cord Injury Study - 美国急性脊髓神经创伤研究中心) 同意大剂量激素用法可以帮忙外伤性视神经损伤的修复，但是CRASH (Corticosteroid Randomization After Significant Head Injury - 头颅损伤后随意应用激素研究中心) 却指出外伤应用激素会带来一些复杂的并发症。动物实验研究也指出了过量激素的应用于外伤会造成视网膜神经节细胞的死亡。

而关于视神经管减压术能造成视神经间接的损伤也是另外一种说法。目前并没有一项随意调查研究可以证实视神经管减压术的完全安全性及可靠性。IONTS (The International Optic Nerve Trauma Study - 国际外伤性视神经病变研究中心) 在大量发表的研究报告中，并没有办法证明视神经管减压术会比用激素来得优势。最重要的一点是，在采用视神经管减压术来减轻碎骨或裂骨对神经造成的压力时，这些碎裂骨片之前已经对神经元的传递造成不可逆转的破坏，视力的严重受损几乎是不可避免的事。

单从发表的视神经减压术的成功病例报告来断定视神经减压术的可行性是非常不恰当的，因为研究报告针对的病人群大小，视力的损伤程度，接受手术的时间，及随意抽样调查的病人，他们是否视力严重受损或激素施用无效都可以造成截然不同的结果。动手术的恰当时间及手术过程也是一个争论点。

在采取保守治疗方法的立场上来看，以大剂量激素冲击似乎是外伤性神经病变唯一可行的方法。由于病患年幼，在新加坡几乎没有医生提议视神经管减压术的可行性。当高剂量的激素冲击失效之后，新加坡眼科医生则提议病患前往北京寻求中医治疗。

韦企平教授是治疗视神经病变的翘楚，他的观点是治疗外伤性视神经病变当以气血理论

入手，此案辨证属气虚血瘀，治疗以益气活血为主。重用黄芪、党参等益气之品，佐以百合安心开窍。在视力稳定后，韦教授也借助其丰富的临床经验，发现突发外伤造成的精神刺激，引发患者肝气郁滞，气机疏泄不利，玄府闭塞，造成心因性视力下降，可以百合、枳壳疏肝理气解郁，畅通玄府，达到良好疗效。

韦企平教授认为在治疗外伤性视神经病变的时候，中医治疗当根据患者各自的病情，辨证施治。目以血为本，伤则易伤血。肝开窍于目，肝受血而能视。而气为血帅，气有生血，行血，摄血之功；血为气母，血能载气，气也依赖于血的供养。气虚则血行无力，脉络瘀阻，气无所行，目无所养而不明。《黄帝内经》中有“气脱者目不明，目得血而能视。”的论述。因此气血辨证是治疗外伤性视神经病变的根本。

韦企平教授根据临床经验，明确提出，玄府闭塞，脉络不通造成目窍失充失养是本病病机的关键。中医辨证论治，益气活血是根本大法。方药中调理气机，畅通玄府之剂应贯彻始终。外伤性视神经病变患者通常没有全身症状，舌脉也常无特异性改变，因此临证时主要根据眼底辨证。伤后初期眼底正常，常为气滞血瘀型，应以血府逐瘀汤加减活血化瘀，利湿消肿，同时适当应用祛风药物。中期视盘颜色变淡，常为气虚血瘀型，可以补阳还五汤加减益气活血，开窍明目。晚期视盘苍白，动脉变细，常归入气血两虚型，可用八珍汤加减补气养血，滋阴明目。

结论

今年4月当我造访美国费省眼科视光学研究中心，向研究学者提呈此报告时，引起了他们浓厚的兴趣。他们很想以西医的思维，来了解中医的针药治疗如何能改善外伤性视神经病变的损伤情况。我以中医的治疗方式来解释西

医所要求的治疗效果：

- 加速气血的运行，能增加视神经细部的血液循环；
- 减轻组织的水肿或细胞积液情况；
- 减轻患者的精神压力、消除精神紧张、提高睡眠质量；
- 促进病患胃口、补脾及胃，以让她在短期内增补营养、修复细胞的新生能力；
- 活血，就能化瘀；
- 促进新血的生成，以消除旧血的淤滞；
- 促进细胞自我的修复能力。

西医科学一向以神经细胞死亡不能修复为金规玉律。但此说法已经被近期的多项研究成果不攻而破。现在已经有愈来愈多的科学研究发现神经元细胞的可修复性，虽然在细节上如何修复，修复到什么程度，创伤程度与修复成果的对比还存在着很多空白，但一般神经科的研究者已经承认损伤的神经细胞是可以修复的。

中医治疗在外伤性视神经病变的修复在中国已经取得相当稳定的成功率，但在外国还是处于一块有待以发掘的治疗领域。有感于此病例的特殊及其成功性，在短期内可以扭转及帮助一个非常可爱的小女孩恢复一点视力，对很多外国医者来说，绝对是一项值得鼓舞的消息。

补中益气汤在临床活用

新加坡·蔡松均

概说

金代著名医学家李杲，晚年自号东垣老人，从师于张元素，是医学史上“金元四大家”之一，属易水派，中医“脾胃学说”的创始人。李杲十分强调脾胃在人身的重要作用，因为在五行当中，脾胃属于中央土，因此他的学说也被称作“补土派”。主要著作有《脾胃论》、《内外伤辨惑论》、《用药法象》、《医学发明》、《兰室秘藏》、《活法机要》等。补中益气汤方源出李杲的《脾胃论·卷中》^[1]及《内外伤辨惑论·饮食劳伤论》^[2]；李氏根据《内经·经脉别论》：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。……”及《内经·至真要大论》：“损者益之，劳者温之”，盖温能除大热，大忌苦寒之药泻胃土的思维，而订立的补中益气汤。主治饮食劳倦，损伤脾胃，导至脾胃气虚，清阳下陷者。药物组成为：黄芪、炙甘草、人参、升麻、柴胡、橘皮、当归身、白术。上药咬咀，都作一服，水二盏，煎至一盏，去渣，早晚饭后温服，如伤之重者，不过二服而愈，量轻重治之。

补中益气汤为补气升阳，甘温除热之代表方。本方对胃肠运动具有双向调节作用，能促进小肠吸收功能^[3]。主要功效为补中益气、升阳举陷，常用于中气下陷、脾胃虚弱、气虚发热、体倦乏力、食少腹胀、久泻脱肛、子宫脱垂等症状。

临床案例

此方虽为治疗脾胃虚弱、中气下陷，尚可在此辨证的原则下灵活加减广泛运用。

医界在近年的研究上，补中益气汤的运用，已超出当年立方者的治疗范畴，下列几个案例为患者在西医治疗无效后，前来寻求中医治疗，经笔者治疗后，效果明显，兹简述如下：

1. 直肠癌手术后，肛门失禁。

张姓，女，63岁，大肠癌手术切除病灶后，大便失禁多月，日间包成人尿布，夜间嫌难耐不作包裹，却造成床上一塌糊涂，原西医治疗毫无改善。

治以补中益气汤加木香、砂仁、茯苓，服药后两周患者表示已痊愈。患者嗣后继续来院、治疗痹病。

2. 老年性便秘。

李姓，女，75岁，自江苏来此地探亲，习惯性便秘多年，常年使用大黄片及不明西药帮助排便，因自备的药物用罄，此地寻医治疗罔效，只能使用浣肠剂通便。前来中华医院治疗，表现神疲乏力，气短，纳呆，脉沉细。

辨证为气虚肠燥，治以补中益气丸加槐角、首乌。患者3周后痊愈，嘱患者不再服药，劝导患者多吃蔬菜水果，喝蜂蜜水，及零食黑芝麻、核桃仁等食疗。3月后患者返中国前，来院告辞，抄下笔者的处方备用。

3. 重症肌无力，眼睑下垂。

苏姓，男，62岁，左眼睑下垂、掩目过半，倦怠，情绪低落，脉细缓。患者曾经西医院胸腺切除治疗，确实疗程患者无法详述。

海外中医药事业如何发展： 教育是根本

新加坡·王平

传统中医药当今已走向世界，并为全人类健康保健服务；对中医药进行研究的机构遍布全球，中医药学的影响力越过发源地国界，辐射到五大洲的各个角落。新加坡中医学院校从2006年起就和母校广州中医药大学联办七年制夜间本科学士学位课程，这是新加坡中医教育53年来，应新加坡卫生部中医管理委员会的规定，从专科课程提升为本科学士学位课程；另有关的中医药团体近年来亦举办中医药延续教育等课程。但如何办好中医传承教育，如何使海外中医药界同道继续钻研中医理论与传承中医临床实践，这是海外中医药界的迫切任务。广州中医药大学邓铁涛教授是中国当代著名中医临床家、理论家和教育家，对中医药传承教育与临床实践的论述颇多卓见，兹摘录邓教授有关的“中医教育医论”供大家参考与学习。

1. 知识来源于实践，实践是检验真理的唯一标准，没有实践，要深入认识中医药是困难的。
2. 一个没有临床体会的理论家，容易对中医药之精华视而不见，甚至把精华当糟粕。
3. 我认为科学的哲学——辩证唯物主义与历史唯物主义，是进行实践的正确指导思想，离开这个思想武器，容易误入歧途。作为中医，学好自然辨证法，是很必要的。
4. 现在有些人被一个“新”字障了眼，好高骛远，脱离实际，但想求“新”，以

为“新”等于好。

5. 典籍是旧的，旧的就应丢掉？其实典籍中不少看来是旧的，在世界上却是最新的。
6. 大柴胡汤是千多年前的方子，但用大柴胡汤治疗急性胰腺炎疗效高就是世界上最新的，而该方来自《伤寒论》。
7. 麻痹性肠梗阻，西医认为是比较棘手的，但《金匱要略》之大建中汤却有奇效。
8. 甘温除大热的治法出自几百年前李东垣的著作，有人认为是骗人的，只有抗菌消炎才能退热，但不少病例告诉我们，李东垣的理论与经验是极宝贵的。
9. 我们正需要用实践去检验典籍，而不能主观臆测去否定古籍。
10. 有人认为中医学若不以西医学的方法来整理，难图发展；有人认为，应按中医原有的路子发展；有人认为，应在努力继承的基础之上与现代自然科学相结合而发展。我想，要解决好这个问题，必须先向历史请教。
11. 有朴素唯物论的阴阳五行学说以及当时自然科学如天文、历法、数学、地理、农学等学术成就与医学实践的成就结合起来，从而尊定中医理论体系的基础。
12. 《内经》的精髓在于有辨证法思想的内涵，是有辩证唯物思想的医学理论。
13. 有些中医有识之士，在改良主义的思想影响下，提出中西汇通之主张，但由于没有以辩证唯物主义作思想武器，虽然

治以补中益气丸，三周后复诊时，患者已谈笑风生，表现眉飞色舞，颇有自信。

4. 耳鸣。

黄姓，男，60岁。左耳鸣蝉声，时轻时重，西医治疗未见改善，嘱其逆来顺受，并谓习惯便成自然。患者倦怠乏力，脉沉细。治以补中益气丸合六味地黄丸味。治疗4周后患者表示鸣声减弱、疲累时偶复发，已能忍受的程度。

5. 崩漏。

印族妇，41岁，体胖、胳膊袖臂粗大、血压计袖气带不足长度以测量。崩漏约6月，妇科西医院治疗未见改善。包成人尿布，精神紧张，纳呆，脉沉缓。

治以补中益气汤加益母草、当归、香附。治疗两周后回诊时表示，其症已愈，并准备介绍丈夫前来治疗皮肤病。

现代临证验案举隅

近年临床报道，补中益气汤应用范围颇为广泛，如慢性低热、神经衰弱、癫痫、耳源性眩晕、慢性支气管炎；内脏器官下垂，如胃下垂、脱肛、疝气、子宫脱垂、眼睑下垂、崩漏；乳糜尿、慢性肝炎、慢性肾炎、低血压、高血压；脾胃气虚之久泻、久痢，消化性溃疡、肠易激综合征；再生障碍性贫血、白细胞减少等均可加减运用。兹列举近代医者对于补中益气汤的研究，体会及临床应用数案例如下，仅作参考：

张氏^[5]运用补中益气汤治疗多种杂病，如白细胞减少症，口腔溃疡，过敏性鼻炎均奏奇效。

冯氏等^[6]运用补中益气汤治疗60例卒中后疲劳患者，连续4周，结果显效47例(78.33%)；有效10例(16.67%)；无效3例(5%)；总有效率95%。证明该方药有利于卒中康复治疗。

任氏^[7]以补中益气汤治疗九窍疾病，如顽

固性耳鸣、眼睑下垂，复发性口疮，遗尿，习惯性便秘等，均有显著疗效。

李氏^[11]以补中益气汤治疗耳鸣36例，结果：治愈20例(55.56%)；好转12例(33.33%)；无效4例(11.11%)；总有效率为88.9%。

谭氏^[12]使用补中益气汤加减治疗慢性习惯性便秘71例，结果：治愈40例(56.3%)；显效15例(21.1%)；有效10例(14.1%)；无效6例(8.5%)；总有效率为91.5%

钱氏^[13]运用加味补中益气汤治疗肛门失禁8例，显效6例，有效2例，总有效率100%。

何氏^[14]以加味补中益气汤治疗前列腺增生60例，痊愈15例(25.0%)；显效28例(46.7%)；好转9例(15.0%)；无效8例(13.3%)；总有效率为86.7%。

赵氏等^[15]运用补中益气汤在妇科疑难杂病，如交合出血、顽固腹痛、转胞、胎漏等，均取得良好疗效。

参考文献

- [1] 李杲.脾胃论, [M]. 上海人民出版社, 2005
- [2] 李杲. 内外伤寒辨惑论, [M]. 上海人民出版社, 2005
- [3] 徐树楠. 李东垣医方精要[M]. 河北科学技术出版社, 2005
- [4] 高红勤. 《内经》“中气不足，溲便为之变”的临床应用 [J]. 现代中西医结合杂志. 2011(16), 2007-2008
- [5] 张春梅. 补中益气汤临床活用[J]. 光明中医. 2011, 26(4), 813
- [6] 冯玲. 等. 补中益气汤对卒中后疲劳的疗效观察 [J]. 中国康复理论与实践. 2011, 17(4), 375-376
- [7] 任辉. 补中益气汤治疗九窍疾病验案 [J]. 内蒙古中医药. 2010, 23, 44-45
- [8] 邱德林. 补中益气汤在临床运用中的体会 [J]. 中国民族民间医药. 2011, 98
- [9] 张武. 补中益气汤在肛肠疾病中的运用[J]. 中医临床研究. 2011, 3(10), 64-65
- [10] 邱昌龙, 齐峰. 补中益气汤治疗耳鸣举隅[J]. 山东中医杂志. 2009, 28(4), 275-276
- [11] 李豫. 补中益气汤临床加减治疗耳鸣36例[J]. 2011, 32(6), 51
- [12] 谭红英. 补中益气汤加减治疗慢性习惯性便秘71例 [J]. 2011, 32(6), 61
- [13] 钱江涛. 加味补中益气汤治疗肛门失禁8例[J]. 中国肛肠杂志. 2003, 23(4), 41
- [14] 何政远. 加味补中益气汤治疗前列腺增生60例[J]. 成都中医药大学学报. 2006, 29(4), 32
- [15] 赵继红. 等. 补中益气汤治疗疑难杂病验案举隅[J]. 四川中医. 2009, 27(3): 121-122

半夏

新加坡·黄靖文

半夏属天南星科植物，入药很早。《神农本草经》列为下品。《礼记·月令》云：“五月半夏生，盖当夏之半，故名。”湖北荆州产为最。半夏又有守田、水玉、和姑的雅号，山东民间又称天落星。

现药房半夏的品种：

半夏是中医最常用的化痰药和止吐药，主要作用燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结。生半夏有毒，其中毒症状为：食少量可使口舌麻木，服多量则致喉舌烧痛肿胀，呼吸迟缓、痉挛，最后会麻痹而死亡，所以生半夏须经炮制方可内服。现今药房中常用的有如下几种品种：清半夏(煮半夏)、姜半夏、法半夏、生半夏。

清半夏(煮半夏)：清半夏是用清水浸漂数日，加明矾缓煮制成，其功长于化痰。

姜半夏：姜半夏是半夏和生姜共煮制成，擅于止呕。

法半夏：法半夏是将半夏在甘草、石灰水浸泡而得，作用偏于寒痰。

生半夏：一般均作外用。国家列为毒剧麻药品管理范围，起用还要专门手续。现今也有人用于治疗内科疾病，且认为作用优于制半



夏，其用量可在3-15克，可从小剂量开始，逐渐增多，特别是治疗噎膈(包括胃癌、食道癌)。江苏中医院张泽生教授认为噎膈以痰气交阻为多，张氏每加用生半夏9克，先煎一小时，服后堵塞感及吐痰现象可得缓解。

自制半夏：清末张锡纯用半夏治呕自成一法，有其绝招，曾治一呕吐病人，使同为会诊的英国、美国、日本医生叹服，用的是张氏自制的半夏加茯苓、生姜。张氏运用半夏，确有绝招，他认为药物往往因半夏有毒，皆用白矾水煮，相制太过毫无辛味，徒增矾味，结果适得其反，令人呕吐，所以每用半夏，爱用自制半夏。制法：每于仲春季秋之季，用生半夏数斤，浸以热汤，日换一次，至旬日，将半夏剖为两瓣，再入锅中，多添凉水煮一沸，速连汤汲出，盛盆中，候水凉，晒干备用。这种自制半夏无论呕吐如何之剧，未有不止者，是降胃安冲之主药。

半夏动胎，妊娠期慎用：

半夏动胎，自古有争议。仲景《金匱·妇人妊娠病脉病证治第二十》：“妊娠呕吐不止，干姜人参半夏丸主之。”唐·孙思邈的《千金要方》治恶阻的半夏茯苓汤、茯苓丸、青竹茹汤，都用半夏。宋《局方》的半夏汤，《圣惠方》的陈橘皮散，都用半夏治恶阻。明清的《大生要旨》竹茹汤；《医宗金鉴》六君子加味方、加减温胆汤；《医学衷中参西录》的安胃汤，等等都用半夏作间接安胎作用。

认为半夏动胎者如《名医别录》指出“半夏堕胎”。历代妊娠禁忌歌35首，都有忌半夏；14部本草方书的妊娠禁忌中都忌半夏。

中国中医研究院中医研究所对半夏妊娠禁忌进行了系统研究，得出四点意见：

1. 从南宋时期起，半夏已正式列为妊娠禁忌药，但从本草、方书、医案来看，半夏从来不是绝对的妊娠禁忌药，不少情况下实际上是作为慎用药来对待。
2. 生半夏对妊娠不利的可能性最大，但由于半夏的止吐作用明显，临床采用炮制，或由人参、白术、生姜、黄芩等配伍使用，可能会减少不利作用。
3. 堕胎是半夏妊娠禁忌最初的也是主要的理由，文献还提到碍胎、动胎、犯胎、乃至损血、耗气等作用，可能不利于胎儿和母体。
4. 该所采用现代毒理学方法，结合中医传统制剂和口服给药途径，对半夏的妊娠禁忌作用进行了常规毒理、生殖毒理和遗传毒理学进行系统的实验研究。动物实验表明：半夏具有显著的胚胎毒性，半夏引起完全流产的少，多半是部分流产或出现一些先兆流产。半夏的毒性多发生在妊娠早期和前中期，后期影响甚少，半夏无遗传毒性，生半夏汤和制半夏汤剂胚胎毒性一致。

这一研究成果初步解决了数百年来半夏妊娠禁忌问题的争论，为临床用药提供了实

验依据，为保护胎儿、孕妇，半夏在妊娠期宜慎用。

半夏治不寐：

《内经》有半夏秫术汤治不寐；《小晟方》有流水汤；《千金》有温胆汤；《外台》有半夏茯苓汤；《古今医鉴》有高枕无忧散；《冷庐医话》有一治不睡方案：“余尝治一个患不睡，……，诊其脉知为阴阳违和、二气不交，以半夏三钱，夏枯草三钱，浓煎服之，即得安睡，仍投补心药而愈。”盖半夏得至阴之气而生，夏枯草得至阳之气而长，二药配伍，和调脾胃，平衡阴阳而治失眠”。明·徐树丞《唐小录》又载“半夏一名守田，一名水玉，能治夜不寐。姑苏张濂水，名康忠，常治董尚书不眠，用半夏一两，百部一两，董即得美睡，酬之百金。半夏配百部，方书不载，理亦奇奥，张君能得百金之酬，其效当不诬美。

中医认为，人能瞑目安睡，是由于阳气潜藏而下交于阴分，其难以成寐者，多因阳气之浮越。半夏交阴阳通里和表，使阳入于阴而气安眠。“因半夏生当夏半，乃阴阳交换之时，实为由阴入阴之候，因能通阴阳和表里，使心中的阳渐潜藏于阴，而入睡乡也”（张锡纯语），实际上现代药理研究半夏中的生物碱有很强的镇静中枢神经作用，故其安眠镇呕之理也明。

针灸治疗眼底病



新加坡·唐跃

针灸治疗眼科疾病历史悠久，并积累了宝贵的经验。最早见于《素问·缪刺论》“邪客于足阳跷脉，令人目痛从内眦始，刺外踝之下半寸所各二痛，左刺右，右刺左，如行十里倾而已。”我在临床实践中，也体会到针灸治疗各种眼病确实有较好疗效。我也查阅了各种文献资料，从中学到了许多有用的临床经验和科研知识。文献资料显示，针灸治疗眼病的病种多种多样，有：青光眼、视神经萎缩、视神经炎、白内障、黄斑变性、视网膜色素变性、中心性浆液性脉络膜视网膜病变、视网膜静脉阻塞、视网膜动脉阻塞、眼睑下垂、眼睑痉挛、麻痹性斜视、屈光不正、眶上神经痛等二十多种。针灸的方法也包括了：体针、头针、耳针、电针、穴位注射、耳穴贴压等十多种。

青光眼、视神经萎缩、黄斑变性、视网膜色素变性、中心性浆液性脉络膜视网膜病变、糖尿病视网膜病变都属于眼底病的范畴，也都

是难治性的眼病。目前西医对这些眼病尚无安全有效的治疗方法，但针灸疗法却有一定的效果。现就近十年的文献从临床研究和实验研究两方面综述如下。

1. 临床研究

1.1 青光眼

周仲瑜等针刺治疗原发性慢性单纯性青光眼41例。根据中医辨证将患者分为肝气郁结、肝胆实热、肝肾亏虚、心脾两虚四型。取穴主穴：风池、睛明、目窗、光明、行间；配穴：肝气郁结配肝俞、期门、合谷、太冲；肝胆实热配大敦、侠溪；肝肾亏虚配肝俞、肾俞、太溪、三阴交；心脾两虚配心俞、脾俞、神门。治愈13例，占31.7%；显效16例，占39.0%；好转7例，占17.1%；无效2例，占12.2%。总有效率为87.8%。

康凤珍等总结张应泰针刺配合中药治疗青光眼的经验。取穴：太阳、鱼腰、百会、耳尖、攒竹、风池。除风池外，余穴均点刺出血，并配合中药五苓散利水渗湿，通阳化气，治愈3例急性青光眼患者。笔者认为青光眼急性发作期既有肝胆风火上扰，又有脾阳不振，不能运化水湿。

石集贤等对5例青光眼患者针刺耳廓痛点、皮质下区、心区30分钟，然后观察眼压变化，与普鲁卡因耳廓痛点皮下注射比较，发现前者有效率60%，后者有效率40%。认为针刺耳廓痛点对降眼压有一定的疗效。

周峻等用川芎嗪穴位注射观察青光眼患者术后视功能的保护作用。轮流选穴太阳、球后、承泣、风池、合谷、肝俞、肾俞、脾俞、足三里、三阴交、光明，每日选3个穴位双侧注射，球后穴5天选1次，川芎嗪注射液40mg/2ml，每穴注射1ml，每日1次，10次一疗程，休息5天，共治疗2个月。治疗后视力好转率83.3%，视野的平均光敏度(MS)提高，平均缺损(MD)降低，($P<0.05$)提示本治疗确实能起到保护视神经的作用。

1.2 视神经萎缩

陈泽秦针灸治疗视神经萎缩74例134只眼。取穴：睛明、攒竹、瞳子髎、丝竹空、太阳、视区、球后、风池，并根据辨证分型配穴：肝肾不足者配太溪、三阴交；脾肾不足者配足三里、肾俞、脾俞；肝郁气滞者配太冲、合谷等。显效果30只眼，好转36只眼，有效41只眼，无效27只眼，总有效率79.9%。

刘岩等针刺治疗视神经萎缩38例54只眼。采用局部取穴及全身辨证取穴相结合的方法，穴取睛明、攒竹、风池为主，并观察治疗前后患者视力、视野、视觉诱发电位等指标的变化。结果治疗后总有效率为83.3%。视力、视敏度及P100波的振幅较治疗前均明显提高($P<0.05$)。针刺可提高视神经萎缩患者的视功能。

谭清等针刺加中药治疗58例96只眼视神经萎缩患者。取穴：风池、百会、太阳、上睛明、球后、承泣、合谷；中药益视明目胶囊(枸杞子60克、菟丝子60克、桑椹子60克、覆盆子60克、益智仁60克、楮实子60克、蒺藜子50克、茺蔚子50克、车前子50克、石菖蒲30克、熟地黄50克、白术50克)结果视力提高率为75.76%。治疗后视觉诱发电位(VEP)之P100波潜时延长及波峰均有明显改善。

罗平等也是针刺配合中药治疗视神经萎缩36例68只眼。主穴：睛明、阳白、球后、瞳子髎、风池、内关；辅穴：肝俞、肾俞、光明、三阴交、四关穴等；配合中药石斛夜光丸加减。总有效率为91.2%。

白鹏等针刺与中西医结合疗法治疗视神经萎缩疗效对比分析203例292只眼。提示中西医结合疗法效果优于单纯针刺。中西医结合疗法包括针刺、根据辨证分析口服中药汤剂、静脉点滴活血化瘀中药(三七制剂、葛根制剂或银杏叶制剂)，并应用西药神经营养剂等综合治疗，总有效率为75.15%。

王淑玲针药并施配合注射脑活素治疗视神经萎缩39例48只眼。取穴：风池、翳风、太阳、睛明、攒竹、承泣、球后、百会、合谷；中药辨证用药；局部患眼球后注射脑活素1ml加普鲁卡因0.5ml。总有效率为76.92%。

1.3 黄斑变性

王彤云等以中药配合针刺治疗老年性黄斑变性。采用补肾健脾、益气活血法，以中药单味颗粒组成复方口服(枸杞子、首乌、菟丝子、山萸肉、黄芪、白术、山药、茯苓、苡仁、浙贝、石决明、僵蚕、山楂、赤芍)，同时配合针刺，眼周穴：球后、攒竹、四白、丝竹空、太阳；远端穴：太冲、光明、太溪、养老。治疗10例17只眼，有效8例14只眼。中药针刺相辅相成，可能终止或延缓老年性黄斑变性的进一步发展。

1.4 视网膜色素变性(RP)

1.4.1 针刺

周胜红对视网膜色素变性患者进行针刺辨证治疗。肝肾阴虚型：承泣、睛明、球后、肝俞、肾俞、光明、太溪、照海、行间；脾肾阳虚型：承泣、睛明、球后、脾俞、肾俞、命门、足三里；气滞血瘀型：睛明、球后、心俞、膈俞、足三里、风池。经过对视力、视野及闪光视网膜电图治疗前后的观察比较，总有效率为**76.6%**。

倪云采用针刺治疗视网膜色素变性患者。取穴：球后、攒竹、太阳、风池、合谷。治疗前后进行视力、视敏度、闪光视网膜电图观察。结果显示：**42**只眼中有**33**只眼(**78.6%**)的视功能得到改善，**66**只眼中有**53**只眼的视敏度得到改善，闪光视网膜电图为熄灭型的**20**只眼中治疗后有**14**只眼出现微型b波。结论为针刺对视网膜色素变性患者视功能有改善作用。

1.4.2 电针

刘坚用电针治疗视网膜色素变性患者**65**例。主穴取新明Ⅰ、球后、上睛明、新明Ⅱ；配穴取风池、翳明。每次主穴均选，配穴轮选一个，针后新明Ⅰ和新明Ⅱ为一对，接通G-6805电针仪，连续波。总有效率达**70.8%**。

白鹏等比较了电针与单纯针刺治疗视网膜色素变性的疗效差异。结论为电针能明显改善视网膜色素变性患者的视力、视野，增强视网膜神经纤维层的电活动，对视网膜光感受器层损伤的修复有明显促进作用。

1.4.3 穴位注射

郝小波等用麝香注射液注射肝俞、肾俞观察治疗视网膜色素变性患者的疗效，并与服用明目地黄丸组进行同期对照。结果观察组总有效率为**93.3%**。观察发现麝香注射液可有效地改善视细胞的功能及代谢，促进视网膜内层循环，提高视敏度，保护中心视力。

罗明采用针刺加穴位注射观察治疗**31**例视网膜色素变性患者。选穴：风池、翳明、

球后、攒竹、四白、养老、合谷、三阴交、太冲；肝肾不足型加肝俞、肾俞、太溪；气血不足型加膈俞、脾俞、足三里。穴位注射选用黄芪和当归混合注射液，穴位选用风池或翳明，足三里、肝俞、脾俞，隔日一次，与针刺交替进行。治疗后视力总有效率**69.4%**，视野总有效率**75.8%**。

1.4.4 针药联合

孙河等针药并用治疗视网膜色素变性视神经萎缩**62**例**124**只眼。自拟中药汤剂通窍明目汤（石菖蒲、葛根、当归、肉桂等），并针刺取穴：球后、太阳、风池、百会、四神聪、角孙、头维、行间、三阴交。视力总有效率**78.26%**；并提高视野平均光敏度，减少视野的平均缺损。

王静等用针刺法及复发樟柳碱注射液**2ml**做双侧颞浅动脉旁皮下注射，配合中药制剂葛根素静脉滴注，治疗本病**28**例，获得良效，总有效率**87.50%**。

李种泰采用针刺，后眼周穴悬灸，配合穴位注射复发麝香注射液，中药明目地黄丸加減治疗视网膜色素变性**29**例，结果视力有效率**86.2%**，视野**89.7%**。认为温针可以通过温热的刺激改善视网膜微循环，促进受损的视网膜光感受器和色素上皮功能的恢复；配合药物一起达到了改善视网膜营养和代谢功能，利于视力的恢复和视野的扩大。

陈俊军等采用针灸辨证分型治疗视网膜色素变性。针刺主穴取睛明、球后、上明、合谷、养老、光明，随症加減方穴，并取风池、足三里交替注射当归注射液或丹参注射液，配合耳穴贴压，辅助药物口服，观察结果表明视力视野均有极明显改善。

1.5 中心性浆液性视网膜脉络膜炎

庄仪针刺治疗中心性浆液性视网膜脉络膜炎**42**例**54**只眼。取穴：风池，肝胆湿热型配合谷、光明；肝肾阴虚型配复溜、太冲；疗程长或病情反复配肝俞、肾俞。总有效率**92.59%**。

朱新民针刺治疗中心性浆液性视网膜脉络膜炎32例33只眼。局部取穴：睛明、球后、攒竹、翳明、太阳、头临泣；辨证取穴：浊邪上犯取外丘、阴陵泉、蠡沟、支沟、曲池；气滞血瘀取太冲、行间、足三里、血海、合谷；肝肾不足取肝俞、肾俞、三阴交、太溪、光明；心脾两虚取心俞、脾俞、内关、足三里。总有效率93.7%。提示中心性浆液性视网膜脉络膜炎宜早诊断、早治疗，针刺能降低复发率，以便能更好地保存或提高视力。

1.6 糖尿病视网膜病变

刘学敏针药并用治疗糖尿病视网膜病变760例。自拟镇柎汤（生地黄、白茅根、大蓟、茜草、天冬、麦冬）并随症加减，针刺取双侧睛明、太阳、神庭、曲池、足三里、血海、阴陵泉、太冲、太溪。总有效率达90.0%。

2. 实验研究

时洁等应用彩色多普勒观察针刺治疗对低眼压性青光眼患者球后血流动力学的影响。发现低眼压性青光眼组的睫状后短动脉及视网膜中央动脉血流速度低于正常人组。支持低眼压性青光眼视乳头损害的血管学说。针刺治疗能改善低眼压性青光眼患者球后的血流状况。

邵浩清取60只新西兰白兔，其中30只兔左眼复制高眼压模型，作为针刺组；右眼不造模，作为正常组；另30只兔双眼均复制造模，作为病理组。针刺组取穴：患侧睛明、行间、三阴交，然后在睛明、行间加电针仪20分钟，疏密波，隔日一次，连续治疗15次为一疗程。分别观察造模及针刺前后的眼压，检测视网膜SDH酶及ATP酶活性，发现疗法能显著降低高眼压，而对正常眼压无明显影响，并且疗效持久；针刺疗法同时能显著增强视网膜SDH酶及ATP酶的活性，加速受损视网膜的修复，从而达到治疗青光眼的目的。

李志勇等用1% a-糜蛋白酶溶液注入家兔

眼后房，建立慢性家兔高眼压模型，均以右眼造模。将40只健康白色家兔以随机数字法分成4组：正常对照组、针刺组、噻吗心安组和实验对照组。针刺组取穴：造模眼侧睛明、风池及双侧行间，每日2次，间隔12小时，共6天；噻吗心安组以0.5%噻吗心安滴眼液滴造模眼，1次2滴，每日2次，共6天；实验对照组造模后不予任何治疗，只按时测眼压及眼压描记；正常对照组不做处理。4组每天均以早晚两次眼压均值代表当天眼压值。观察每组家兔眼压变化和视网膜超微结构的变化。结果针刺组在第三天的眼压明显低于实验对照组；第六天眼压则继续呈下降趋势；针刺组与噻吗心安组的眼压变化差异无显著性；而视网膜超微结构的损害在针刺组较实验对照组明显减轻。

王民集等观察耳尖穴点刺放血对青光眼房水流畅系数的影响。将70例患者分别于点刺前、点刺后1小时、2小时各测量点刺同侧眼房水流畅系数(C值)一次，取点刺后1小时、2小时的房水流畅系数平均值与点刺前比较。结果有显著性差异。提示耳尖穴点刺放血对青光眼房水流畅系数有改善，从而降低眼压。

孙河等对32例48只眼视神经萎缩患者进行针刺风池(双)、球后(患眼)、百会穴，比较针刺前、中(针刺15分钟)、后(起针后10分钟)，视觉诱发电位的变化。结果认为针刺可增强视觉中枢生物电。

朱惠安等通过针刺正常人27例52只眼及视神经萎缩患者27例48只眼的太冲穴和太渊穴，比较针刺前、中(针刺30分钟)、后(起针后30分钟)图像视觉诱发电位P100潜时的变化。结果提示针刺两穴有改善视神经传导功能的作用。

凌洪峰等认为穴位注射治疗视网膜色素变性可能通过调控感光细胞凋亡而产生疗效，使睫状体动脉系统发生扩张，增加脉络膜的血液供应，使视网膜的视细胞层血流供给增加，促进视网膜内层循环，促进未完全死亡的视细胞功能恢复。

马瑞玲等观察针刺对N-甲基-N-亚硝脲诱

导的大鼠视网膜变性视网膜的保护作用。针刺新明 I、睛明穴7天后检查,发现针刺能抑制N-甲基-N-亚硝脲诱导的大鼠视网膜光感受器细胞的病理损伤。

王德全等观察针刺对四氧嘧啶性糖尿病大鼠糖尿病的预防和治疗作用。针刺取双侧肝俞、肾俞、脾俞、合谷、三阴交、睛明,针刺后血流变改善,血小板聚集率降低,SOD活性增高,电镜光镜显示视网膜的病理损害减轻。提示针刺对糖尿病视网膜病变有良好的治疗和防止病变发展的作用。

3. 小结和展望

综上所述,针灸治疗眼底病有较好的疗效,在降低眼压、提高视力、改善视野、延缓病变等方面疗效确切。而且早期发现、早期诊断、早期治疗是治疗这些疾病的首要条件,长期不间断的针灸治疗有望提高疗效。

但是,目前也存在一些问题:

- 有关青光眼的研究,降低眼压已经不再是治疗青光眼的唯一要素了,而是要重视对视功能的保护;
- 有关黄斑病变、糖尿病视网膜病变的针灸治疗报道非常少,无论是临床或实验研究方面;
- 目前的报道多来源于临床研究,而缺乏实验研究的有力佐证;
- 目前的实验研究的科学性和先进性还显得不足。

因此,在今后的研究中,需要引进现代医学的研究方法和成果,运用视功能检查、眼底血管造影、眼底形态学测量、眼底血流动力学检查等客观指标来验证临床针灸治疗的效果;应该更多地结合分子生物学、免疫学、电生理、遗传学等现代科学技术,或能从细胞、分子水平来研究,揭示针灸治疗的作用机理;同时探索运用更多样化的针灸方法,以挖掘针灸治疗的巨大潜力,以利于针灸这一传统方法

的继承和发展,并与循征医学密切结合起来,提高研究成果的报道质量,与国际接轨,让针灸走向世界。

病案举例

一、Mdm Lai, 70岁

2006年6月初诊,主诉:右眼视物模糊几个月余。

2006年初,偶然发现眼压高,西医检查后诊断为“青光眼”,并做了右眼青光眼手术。术后用二种滴眼液,双侧眼压在18mmHg。自诉眼睛易疲劳,视物模糊,右眼更差,西医检查视力右眼0.2,左眼0.6,平时睡眠不好,凌晨醒后不能睡,情绪低落,紧张焦虑,惧怕失明,口干苦,饮食一般,大便秘结,自服决明子茶。苔黄腻,舌质紫瘀,脉弦细。有高血压病史五年多,胆固醇高,服用西药。

诊断:青风内障

治疗:针刺局部加远端取穴

取穴:攒竹、太阳、球后、鱼腰、阳白合谷、三阴交、行间

眼周穴不做提插捻转手法,行间行强刺激泻法,三阴交穴平补平泻,在鱼腰与阳白一组,三阴交与行间一组接电针,连续波,均留针30分钟,隔日一次,十二次为一疗程。

一个疗程治疗后,西医检查左眼眼压降到15mmHg,右眼仍18mmHg;二个疗程后,左眼眼压同前,右眼眼压降到16mmHg。之后针灸改为每周二次。到年底检查,眼压稳定,视力也有提高,右眼0.5,左眼0.8,视野右眼有进步。从07年开始,针灸每二周做一次,直到08年初停止。但到10年3月,眼压又再次升高,右眼19mmHg,左眼21mmHg,再给于针刺治疗,每周二次,一个月后眼压下降,右眼18mmHg,左眼17mmHg,针刺改为每周一次或二周一次,坚持治疗至今。

按语:青光眼在祖国医学称为“青风内障”或“绿风内障”。多因真阴耗伤,肝风

挟火上扰，经气失调所致；或脏腑内损，气滞血瘀而致目失濡养。既有实，又有虚。本例患者属肝气郁结化火上扰清空，治拟清肝熄风明目。针刺局部穴以疏通经络，调和气血；行间为足厥阴肝经之荥穴，能清肝明目；三阴交为足三阴经之交会穴，能统调三阴经之经气，健脾补肾养肝明目。

二、罗女士，53岁

2008年11月初诊。主诉：右眼视物直线变弯曲六月余。

患者偶然单独用右眼视物时发现物体会变形，直线变弯曲，并伴有轻微的头晕，眼睛疲劳，视力模糊，视物较暗，口干，纳可，二便调，苔薄，舌质红，脉细。西医眼科检查，诊断为“高度近视黄斑病变”。患者有近视700多度。

诊断：

治疗：针刺配合中药

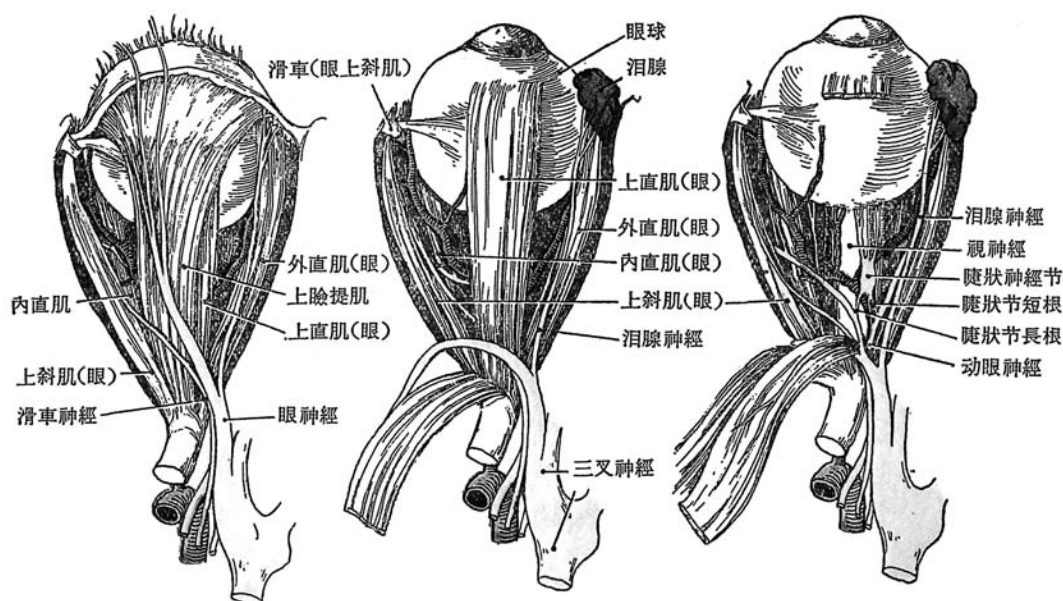
取穴：攒竹、太阳、头光明、新明Ⅰ、新明Ⅱ、球后、三阴交、太溪

眼周穴直刺，不提插捻转，三阴交、太溪补法，新明Ⅰ与新明Ⅱ一组接电针仪，连续波，留针30分钟，每周二次。

杞菊地黄丸合参苓白术散加味。每日一剂。

六次治疗后患者自觉视物较明亮，疲劳感消失，弯曲已明显减轻，亦无头晕，八次治疗后视物弯曲已恢复正常。仍坚持针刺治疗，每二周一次，到2009年9月做OCT检查与前比较有好转。

按语：黄斑病变的发生主要与肝、脾、肾功能失调有关。肝开窍于目，瞳神属肾，肝肾同源，黄斑位于眼底中央又属脾土。肝肾亏虚，精血不能上荣于目，可致视物模糊不清；脾气不足，统血不能，气虚血瘀，可致黄斑区出血、渗出、水肿等种种变证，导致视物弯曲变形。因此在针刺治疗的同时，配合中药内服，对治疗本病非常必要。





颈性眩晕

新加坡·刘立

颈性眩晕是由于颈部椎间盘变形、髓核突出、慢性劳损、外伤和炎症等因素刺激和压迫周围的神经和血管,引起大脑供血不足而出现头晕、恶心、呕吐及颈部不适为主症的一类病证。其主要特点是当头突然转动或处于一定位置时即出现短暂的眩晕,持续数秒至数分钟不等,眩晕常为旋转型,有时可伴有耳鸣,一般无听力下降。

临床表现:为多种形式的眩晕,可为运动错觉性眩晕,也可头昏、晃动、站立不稳、浮沉感等多种感觉,也可有两种以上的眩晕感。眩晕可反复发作,发作时间较短。另外还有头痛、复视、一过性视野缺损等及不形成幻视。晨起时可发生颈和(或)枕痛。当颈椎增生的骨刺、退变的椎间盘以及其他如组织的炎症等刺激到颈神经根时,可出现手、臂发麻、无力,致使持物不自主坠落,久之可出现上肢的肌力减退等症状;颈交感神经受到刺激时还可以出现心慌、胸闷、多汗或少汗等症状。颈椎由于解剖结构上的特殊性,故颈椎需较大的活动性,因此颈椎易劳损。颈椎劳损为产生颈椎综合征的主要诱发因素。颈椎病

的发生和发展是颈性眩晕的主要原因之一。椎动脉型颈椎病的形成是由于颈椎间盘和颈椎的退变,以及因颈椎退变和软组织劳损导致颈椎失稳,在此基础上患椎的有关结构发生移位,压迫刺激椎动脉,而引起椎动脉迂曲变形和狭窄。颈交感神经受到刺激引起椎动脉一过性痉挛导致颈动脉供血不足,而对侧椎动脉代偿不足,也会造成眩晕。

随着社会的老齡化,该病的患病率有增加的趋势,已成为一种较为常见的中老年病。近年来人们生活方式改变,使用电脑、驾驶汽车等工作的增加,颈部相对活动时间减少,所以颈椎病朝年轻化、严重化和复杂化发展。由颈椎病导致的椎一基底动脉缺血所引起的眩晕尤为多见。

现代医学认为,其形成的主要原因如下:

1. 椎动脉受压:主要表现为椎动脉受压、变形、迂曲等;
2. 椎动脉硬化:表现为椎动脉狭窄,串珠样改变等;
3. 椎动脉畸形:两侧椎动脉相差很大,数量不对称,一侧可有两支椎动脉环行迂曲;

做了些尝试，仍然没有找到出路，有些人还陷入废医存药的歧途去了！

14. 我们既然名为中医，必须不断提高自己中医的水平而不是西医的水平，也不是中西医结合的水平。
15. 发展中医辨证论治，运用中医的综合治疗方法，参考西医的诊断方法。
16. 西医的一些检查手段，大多借助于生化、物理学之成就，这些成就也可以为中医之辨证论治服务，我们不可拒而不用，应该看到采用现代科学技术，能帮助发展中医学。
17. 中医医院的仪器设备越新越好，但必须说明的是借用西医的诊断仪器和方法，其目的在于发展中医的技术与理论，使我们的经验总结更易于为人们所接受。
18. 继承与发扬二者是辨证的关系，没有继承，发扬便成为无源之水，无本之木，发扬只是一句空话；只顾继承而不去发扬，中医学的生命便会停止。
19. 中医药事业如何发展：人才是根本、医院是关键、中医特色是方向。
20. 百年树人，必须把中医教育搞好。
21. 我们的责任不是和仲景比长短，而是仲景的精髓已吸收溶化发展了没有。
22. 有位青年人对点校古医书有意见，认为医学研究的对象是人而不是“书”，他不知道点校古书就是系统整理研究中医学的一项奠基工作。
23. 学中医不在乎课堂讲得多，而在早实践、多实践，给予较宽裕的实践时间和严格的实践要求，不要培养只能应付考试的“人”，要培养能独立思考的实践能力强的人才。
24. 用西医理论指导中医用药的倾向，这是最为危险。往往用机械唯物论取代中医的辨证唯物论，这样将逐步丢弃中医理论体系之精华！
25. 我历来主张尽可能使用中西医双重诊

断，尽可能用实验方法去研究中医，但更重要的是“勿忘我”。

26. 要想达到中医学的飞跃发展，在战略上——必须以“我”为主，即以中医理论体系为主体，发展中医，是用中医理论体系去推动新技术革命而不是改造中医。

从上述邓教授的医论中，我们深刻认识到：

第一：中医经典著作学习的重要性。它们记录了中医学数千年来的丰富理论与临床经验，其独特的中医基础理论及众多的经方，至今依然能有效的指导我们的临床实践及需要我们进一步继承和发扬。

第二：传承教育一定要结合临床，才会有所发现、有所创新，并最终取得成效。这是由于中医理论源于实践，是在不断总结实践经验、不断升华的过程中形成的……因此，学习中医不能单从理论到理论，要重视临床验证。

第三：中医事业如何发展——教育是根本。

附：

上述医论摘录自人民卫生出版社2001年11月第1版《邓铁涛医学文集》：

1~3条：自序

4~9条：正确对待古籍整理（196页）

10~20条：中医学发展战略探讨（180页）

21~26条：中医发展的现状与问题——在全国中医战略会议上的发言（186页）

4. 椎基底动脉供血血流速度异常, 血流双侧不对称, 部分病人血流不稳定, 表现为血流时快时慢。另外, 血液粘稠度升高也是诱发和加重该病的重要因素。

现代医学的治疗: 治疗该病主要是针对性的治疗颈椎病和动脉粥样硬化。目前的治疗手段, 不能彻底消除颈椎病和动脉粥样硬化的病因, 或经手术治疗而愈。所以现代医学的治疗只能阻止其症状的发展或缓解症状。常用的治疗方法有:

- 1) 颈椎牵引, 包括间歇牵引和持续牵引。
- 2) 使用颈托以限制颈椎活动范围, 减轻症状。
- 3) 加强运动和控制饮食, 预防动脉粥样硬化的发展。
- 4) 理疗按摩等手段缓解症状。
- 5) 药物的应用: 应用止晕类的药, 如晕痛定、地巴唑等减轻眩晕等症状。

中医对颈项眩晕的认识: 颈性眩晕属于中医学“眩晕”、“痹症”范畴。《内经》称眩晕为“眩冒”, 病因多虚实夹杂。外邪所中, 邪害空窍, 内犯于脑; 肝胆失调, 肝病气逆, 气血不足, 脑海空虚, 精血不能上承空窍而头眩目晕。历代医家有“无虚不作眩”、“无风不作眩”之论。中医学认为, 眩晕可由风、痰、虚所引起。眩晕的发生多与肝关系密切。中医学还认为, 肾生髓、髓养骨, 若肾精亏损、则髓不足、骨失所养, 就会发生颈椎的病变。髓海不足会引起眩晕、耳鸣等, 此为颈椎病眩晕之“本”; 而血流变得缓慢, 中医称为血滞、血瘀, 此为颈椎病眩晕之“标”。

中医的治疗手段主要有针灸、推拿、内服或外用中药等手段。其中针灸对本病有很好的控制和治疗作用, 能有效地改善患者的生活素质。

中医针灸的临床研究: 庄垂加等^[1]分别以针刺夹脊穴和风池、天柱、大椎的经穴组

对颈性眩晕椎基底动脉血流速度的影响进行临床观察研究, 结果表明两种不同经穴的针刺方法均能改善紊乱的椎基底血流动力学, 使有效血流量增加, 从而改善临床症状。徐福、霍文憬^[2]针刺大椎穴治疗颈性眩晕患者42例, 痊愈15例, 有效23例, 无效4例, 总有效率为90.5%。郭氏^[3]针刺风池穴治疗颈性眩晕116例, 有效率95.55%。坑忠训^[4]针刺四关、风池治疗颈性眩晕36例的即时疗效, 总有效率94.15%。曹奕^[5]针刺取穴风府、风池、颈5—7夹脊、百会针刺治疗颈性眩晕56例临床观察, 总有效率96.43%, 3个月复发率为6.98%。李氏等^[6]将91例患者分为风池、玉枕组、夹脊穴组和百会、合谷组等不同组合的穴位并对其进行针刺, 结果显示, 玉枕、风池穴能显著改善颈性眩晕。邵氏等^[7]以手法加针刺治疗颈性眩晕, 60例颈性眩晕患者随机分为2组, 治疗组以手法加针刺治疗, 对照组口服颈复康颗粒, 每10天为1个疗程, 共治疗3个疗程, 随访6个月。结果, 治疗组临床痊愈率70%, 总有效率100%。诸氏^[8]以推拿结合针刺治疗颈性眩晕78例, 总有效率97.4%。马氏等^[9]以按摩配合针灸治疗颈性头痛眩晕200例, 结果治愈142例, 好转44例, 无效14例, 治疗最长者18天, 最短者5天。张忠明^[10]以针灸结合整脊治疗颈性眩晕48例, 总有效率达94%。熊卫荣^[11]以针灸加中药内服外熨治疗颈性眩晕54例, 治疗组采用针灸加中药内服外熨治疗, 对照I组针灸治疗, 对照II组予中药内服外熨治疗。结果: 治疗组、对照I组和对照II组的总有效率分别为100%、91.22%、93.32%。马天安^[12]以针刺风池、太阳穴加颈椎牵引治疗颈性眩晕并观察其临床效果。结果: 有效率95%。潘氏等^[13]用针灸与穴位注射对照治疗眩晕证51例, 治疗组采用毫针加灸法治疗, 对照组采用穴位注射法治疗。结果: 治疗组愈显率为88.4%, 对照组愈显率为88%, 两组相比差异无显著性意义($P>0.05$)。周庆^[14]以针灸与牵

引治疗颈椎病,并观察其改善眩晕、肢体麻木等症状的临床疗效。通过对近3年收集的58例颈椎病患者进行疗效分析,认为在颈项肩背僵痛、眩晕等症状的改善方面,电针疗法的总体疗效显著优于牵引治疗。灸法:庄礼兴、童娟^[15]以压灸百会穴为主治疗颈性眩晕。患者坐位,连灸5壮,并取颈夹脊穴2~3对,得气后加脉冲电;对照组:不加灸,取双侧风池穴及颈夹脊穴2~3对,加电针仪,治疗组愈显率85.7%,对照组愈显率57.8%, $P<0.01$ 。治疗组、对照组治疗后椎动脉及基底动脉的收缩期峰值、舒张末流速及平均流速均较治疗前上升($P<0.05$)。

临床上我治疗颈性眩晕常采用针灸颈部夹脊穴为主。颈椎为督脉所主,夹脊穴位于督脉两旁,根据病变部位和“以痛为腧”的原则,针刺夹脊穴可调整督脉气血,振奋阳气,直接针刺病位,使经脉疏通,气血运行正常。另外取风池穴:风池为足少阳、阳维脉之会,针刺该穴疏通少阳与阳维脉经气,风平眩晕止。还有百会:属督脉,为督脉与阳维、足太阳脉之交会穴,诸经皆行于头部入络脑,百会是治疗头晕、头痛常用穴。以及取丰隆穴:依据“上病下取”的原则。丰隆为足阳明经之络穴,行气化痰,痰去则经脉气血通畅,脑络得养,眩晕自除。辨证加减:肝阳型泻太冲等;痰湿型取丰隆、中院等;气血亏虚型,补足三里等;肝肾不足加肝俞、太溪等,针刺治疗颈性眩晕,操作简便、安全、无任何毒副作用,且临床疗效肯定,值得推广应用。

中医推拿手法治疗该病可缓解颈部肌肉紧张,改善颈脊髓压迫情况,恢复颈部脊髓血液供应。但在整个操作过程中要注意根据患者的病情变化、身体状态来调整操作方法及力度。中药外敷属于中医外治法的范畴,选用温经散寒、活血通络的中药敷于大椎穴处,或敷贴于相关的病变部位等,通过药物的不断刺激,疏通头部及颈项部的经气来缓解病情。

内服中药有:羌活、川芎、葛根、丹参、白芍、红花、鸡血藤、黄芪等。治法为活血通络,散风止痛。主治风湿痹阻所致的颈性眩晕、颈项僵硬、肩背酸痛、手臂麻木等,疗效肯定。如有肝阳上亢等症状,可在方中加减天麻、钩藤、牛膝等平肝息风镇痉之药;或有痰湿内阻的症状,方药中加入温胆汤方进行加减,常能取得好的疗效。在临床工作中我们要注重辨证论治,同病异治,就能取得最好的疗效。

参考文献

- [1] 庄垂加等.针刺颈部不同经穴对颈性眩晕椎2基底动脉血流速度的影响.中国康复医学杂志,2002,17(4):243-244
- [2] 徐福,霍文憬.针刺大椎穴治疗颈性眩晕疗效观察.湖北中医杂志,2003,25(3):47
- [3] 郭之文.针刺风池穴治疗颈性眩晕116例.河南中医,2001,21(5):18
- [4] 坑忠训.针刺四关、风池治疗颈性眩晕36例的即时疗效观察.天津中医,2001,18(1):31-32
- [5] 曹奕等.针刺治疗颈性眩晕56例临床观察.上海针灸杂志,2002,21(6):8-9
- [6] 李鹤,沈惠风,阎亮等.针刺不同穴位组合治疗颈性眩晕的临床观察.上海中医药杂志,2005,39(5):35-36
- [7] 邵志广,付国兵等.手法加针刺治疗颈性眩晕的临床研究.北京中医药大学学报,2005,12(4):34-36
- [8] 诸灵军等.推拿结合针刺治疗颈性眩晕87例.陕西中医,2002,23(6):545-547
- [9] 马生莲,田雨海.按摩配合针灸治疗颈性头痛眩晕200例疗效观察.《按摩与导引》,2004,20(3):28
- [10] 张忠明.针灸结合整脊治疗颈性眩晕48例.江苏中医,2000,2(3):32
- [11] 熊卫荣.针灸加中药内服外熨治疗颈性眩晕54例总结.湖南中医杂志,2005,21(5):20-21
- [12] 马天安,徐增坤.针刺加牵引治疗颈性眩晕疗效观察.河南中医学院学报,2005,20(12):65
- [13] 潘怡静,王霁平等.针灸与穴位注射对照治疗眩晕证51例.陕西中医,2006,27(2):220-222
- [14] 周庆.针灸与牵引治疗颈椎病改善眩晕,肢体麻木症状的比较.中国临床康复2004,8(29):6498
- [15] 庄礼兴,童娟.压灸百会穴为主治疗颈性眩晕的临床研究[J].针刺研究,2000,25(2):124-126

有关黄连的 科学研究

新加坡·郑心锦

1 1978年10月6日。新加坡卫生部，宣布禁用黄连。禁令的根据是：黄连中的小檗碱能使G6PD缺乏者，尤其是新生婴儿，产生溶血性黄疸，或脑核黄疸。黄连毒性的议题经过医学界近30年的不断探索研究，出现许多不同的结果。笔者谨将所收集的研究资料与读者共享。资料共分两大类：一类认为黄连有害，会引起缺乏G6PD的新生婴儿产生溶血性黄疸或脑核黄疸而致死。另一类则持相反意见。

黄连有害论

(1) 1964年，新加坡大学儿科系主任黄学文教授^[1]指出：在新加坡，有43.7%的新生婴儿核黄疸与G6PD缺乏症有关。当时205个新生婴儿中，1.9%患有G6PD缺乏症。由于不是所有的G6PD缺乏症者都患上核黄疸，因此认为必须要有‘激发’因素的存在，G6PD缺乏婴儿才会产生核黄疸。这‘激发’因素很可能是药物。他又发现华人孕妇多看中医和在胎前

产后服中药。因此认为‘激发’因素可能是中药。他在同一篇文章中没有提供进一步的说明中药的名称，分量和给药的方式等资料。

(2) 1965年，黄学文教授^[2]首先指出华人有给新生婴儿服食川连的习惯。本地母亲也常给婴儿穿戴樟脑熏过的衣物。樟脑也有可能引起G6PD缺乏症婴儿发生溶血。他观察到在100个穿戴樟脑熏过衣物的G6PD缺乏症婴儿中，有29个发生严重黄疸。在另外113个没有穿戴樟脑熏过衣物的G6PD缺乏症婴儿中，有20个发生严重黄疸。他根据此数据，认为樟脑对引起严重黄疸没有影响。因此推断川连或其他传统中药很可能是激发引起严重黄疸的药物因素。同文没有提供进一步对黄连或其他中药研究的说明。对妊娠或新生婴儿服食中药的药量和给药的方式也没有说明。

(3) 1966年，黄学文教授^[3]首次公布有关G6PD缺乏症婴儿患上严重黄疸与中药关系的研究。他观察了136个缺乏G6PD的新生婴儿。其中102个与服食中药有关。(文中没有说

明是母亲在胎前产后服食中药还是给婴儿服食中药。也没有提供所服食中药的名称,药量,天数及服食方式等资料)。这102个婴儿中,有22个患上严重黄疸病。在其他34个没有与服食中药有关的婴儿中,有2个发生严重黄疸病。黄教授由此推断:中药能引起G6PD缺乏的新生婴儿患上严重黄疸病。

(4) 1975年黄学文教授于发表的一篇文章^[4]中重复上述有关中药研究的数据和看法。他也在同文中引述他的1965年文章中有关樟脑的研究数据。但他在本文中改变了结论:认为樟脑亦为激发严重黄疸的因素之一。

黄学文教授有关中药与黄疸关系的研究数据:

G6PD缺乏症婴儿	没有用樟脑熏衣的婴儿	用樟脑熏衣的婴儿	与中药无关的婴儿	怀疑与中药有关系的婴儿
总人数	113	100	34	102
发生严重黄疸人数	20	22	2	22
没发生严重黄疸人数	93	78	32	80
发生严重黄疸的百分比	17.6%	22%	5%	21.5%

以上是笔者所搜集到,1975年之前发表的有关黄连引起新生儿严重黄疸的研究论文。笔者还未搜集到1978年之前发表的直接用黄连或小檗硷来做黄疸病研究的报告。

1978年10月6日,新加坡卫生部根据当时是新加坡卫生部药物咨询委员会主席黄学文教授的建议,宣布黄连或川连作为毒物管制。

(5) 1980年,黄学文教授发表了名为“新加坡脑核黄疸病”的文章^[5]。文中重复引述上述有关中药与黄疸的数据,重申中药和樟脑皆能引发缺乏G6PD的新生婴儿产生严重黄疸甚至发展至脑核黄疸。

(6) 1988年,香港学者杨执庸^[6]认为中国脑核黄疸婴儿中,57.7%在24小时内曾用草药治疗。中药可能使胆红素进入脑中而造成核黄疸。川连也可能与白蛋白结合而使胆红素游离。因此推测,川连可以增加血中游离胆红素

含量而造成脑核黄疸。^[6]

(7) 1993年,新加坡国大药剂系学者Chen E.^[7]在离体实验中发现小檗硷能替换结合胆红素中的蛋白质而释放出游离胆红素。给小鼠腹膜注射小檗硷能使血中的游离胆红素和总胆红素增加。

(8) 1996年,新加坡儿科医生NK Ho^[7a](Traditional Chinese Medicine and Treatment of Neonatal Jaundice. Singapore Medical Journal 1996; Vol: 645-651)引述其他论文,指出小檗硷可以引起缺乏G6PD的新生婴儿发生急性溶血而产生脑核黄疸。小檗硷也会升高血中的游离胆红素。

上述论文中,只有新加坡国大药剂系学者Chen E.直接用小檗硷做动物实验。其他论文没有提供直接用黄连或小檗硷做的临床或动物实验的数据。

黄连无害论

黄连无害论的论文共有四类:(一)动物实验、(二)临床观察、(三)临床实验、(四)社会调查。

一、动物实验

(1) 1996年,中国中医研究院中药研究所的杨守业,冯卫红^[8]等发表了有关黄连和小檗硷对小鼠胚胎毒性的研究报告(黄连和小檗硷对小鼠胚胎毒性的研究。中国学术期刊文摘(科技快报)1996; 2(12): 12)研究方法:给随机分配的各妊娠小鼠,分别用不同剂量的黄连,小檗硷和敌枯双(一种具有胚胎毒性的药物)灌胃,连续10天。结果发现:所给黄连和小檗硷各剂量组未见引起小鼠胎儿血清胆红素和GPT显著增高,血红蛋白量也与对照组无统计学上的明显差异。因此认为小鼠孕期服食黄连或小檗硷未见引起胎儿黄疸和其他毒性。(本研究为中国国家自然科学基金会的资助项目)

(2) 1998年,杨守业,王来苏^[9]用大鼠来

重复类似的研究(黄连和小檗碱对大鼠胚胎毒性的研究。中国学术期刊文摘(科技快报)1998; 4(3): 363-364)研究显示: 给妊娠大鼠灌胃黄连和小檗碱, 并不引起胚胎死亡率增加和流产。活胎体重, 血清总胆红素, 肝功能(GPT)和对照组无显著差别。研究显示在孕期服用黄连和小檗碱一定量不会引起新生儿黄疸, 也未见显著胚胎毒性。

(3) 1998年, 中国中医研究院中药研究所的杨守业, 冯卫红^[9a]等得到中国国家自然科学基金会的资助, 研究了哺乳母鼠服用黄连和小檗碱对小鼠仔的影响(中国学术期刊文摘(科技快报)1998; 2(12): 12)研究发现小鼠哺乳母鼠服用黄连和小檗碱均不能引起新生鼠仔发生黄疸。

(4) 1998年, 中国中医研究院中药研究所的林娜, 高晓山等^[10]针对黄连和小檗碱是否会导致G6PD缺乏者发生溶血性黄疸的课题做了动物实验。(黄连和小檗碱对实验性G6PD缺陷大鼠红细胞渗透性的影响。中国中药杂志1998; 23(9): 562-564)实验结果显示: 正常剂量黄连对G6PD缺陷大鼠的血红细胞渗透脆性没有影响, 不会引起药物性溶血。小檗碱对血红细胞的影响更小。

(5) 2008年, 中国中医研究院中药研究所的Yang S, Wang X.^[11](Journal of

Traditional Chinese Medicine. 2008 Sept; 28(3): 234-240)研究发现黄连和小檗碱不影响妊娠小鼠和新生小鼠的G6PD活性。

二、临床观察

(1) 2001年, 香港中文大学的Fok TF^[12]研究了1008对母亲和婴儿, 发现妊娠妇女服食黄连不会引起缺乏G6PD的新生婴儿产生严重黄疸。

(2) 2007年中国中医研究院中药研究所的林秀兰, 林娜等^[13]在广西贵港市(中国的G6PD高发区), 对患有黄疸的122名G6PD缺乏新生儿进行研究。其中有62名婴儿在黄疸还没出现前有服食黄连(称为黄连组), 60名则没有服食黄连(称为无黄连组)。他们发现: 黄连组比无黄连组迟出现黄疸, 而且出现黄疸的持续时间也较短。与无黄连组现比, 黄连组的血色素较高, 结合胆红素和总胆红素较低。黄连组也没有发生脑核黄疸病。本研究不但完全推翻了黄连会导致缺乏G6PD新生儿发生溶血性黄疸, 引起严重黄疸或脑核黄疸的论点, 而且还提示黄连对防治新生儿黄疸有积极作用。(国家自然科学基金项目 30371785)

三、临床实验

1982年, 台湾学者廖昌立等报告^[14]给包

动物实验列表(中国中医研究院中药研究所)

实验年度	动物	实验药物	试验方法	研究要素	数据显示	结论
1996	正常小鼠	黄连和小檗碱	给妊娠鼠灌胃10天	血清胆红素 GPT 血红蛋白	没有影响	不会引起胎儿黄疸或其他毒性 ^[8]
1998	正常大鼠	黄连和小檗碱	给妊娠鼠灌胃10天	血清胆红素 GPT 血红蛋白	没有影响	不会引起新生鼠黄疸或其他毒性 ^[9]
1998	哺乳母鼠和新生小鼠	黄连和小檗碱	给哺乳母鼠和小鼠服用黄连和小檗碱	血清胆红素	没有影响	均不能引起新生鼠仔发生黄疸 ^[9a]
1998	缺乏G6PD大鼠	黄连和小檗碱	给缺乏G6PD大鼠灌胃	血红细胞渗透脆性	没有影响 小檗碱的影响力更小	一般剂量不会引起药物性溶血 ^[10]
2008	妊娠小鼠和新生小鼠	黄连和小檗碱	给哺乳母鼠和小鼠服用黄连和小檗碱	G6PD的活性	没有影响	^[11]

括3个G6PD缺乏者在内的22个新生婴儿为黄连实验组, 生后20小时起口服黄连煎液, 每日两次, 每次相当生药0.78g, 连续三天。另新生儿23人(含4名G6PD缺乏者)为对照组, 给试验组等量的开水。实验结果显示: 黄连组未见溶血现象, 黄连未使新生儿黄疸恶化, 给与不给黄连婴儿的末梢血象, 血清转氨酶(肝功能指标之一)都未见明显差异。提示黄连没有破坏肝功能。

四、社会调查

(1) 浙江调查

1998年, 中国中医研究院中药研究所的高晓山和浙江省丽水市药品检所的叶爱莲共同对浙江省丽水地区作了回顾性调查。(中国中药杂志 1998; 23(9): 564-567)^[16]丽水地区民间有给予新生儿黄连或含黄连的制剂作为开口药的传统。调查发现1979年至1994年间, 丽水地区没有发现新生儿服用黄连会使新生儿提早发生或持续期延长, 或黄疸发生率增加, 或黄疸加重, 或发生脑核黄疸的证据。

(2) 江西调查

1994年, 高晓山和江西省德兴市卫生局的汪长生对德兴市100例新生儿产后服用黄连作了回顾性调查。(中国中药杂志 2000; 25(5): 315-317)^[15]本调查没有发现新生儿服用黄连对健康, 生长, 发育不利影响的证据。出生后服用黄连, 对新生儿黄疸的发病率, 黄疸发生迟早, 黄疸持续时间也未见影响。

(3) 湖南调查

2000年, 高晓山和湖南中医学院第一附属医院的刘克利对湖南长沙地区276例新生儿作了回顾性调查。(中国中药杂志2000; 25(11): 698-699)^[17]其中176例产后曾黄连或黄连复方。结果发现全部被调查的新生儿均未发现脑核黄疸病例和智力, 体格发育障碍病例。调查结果未能证明黄连能促使新生儿溶血或诱发脑核黄疸。

(4) 福建调查

中国福建省的G6PD缺乏发生率约4.56%。高晓山前后在该省作了两次调查。

(a) 1995年, 高晓山和福建省邵武市中医医院的姜国峰对邵武地区201例于1978年至1995年出生的小儿进行了回顾性调查。(中国中药杂志2001; 26(3): 208-209)^[18]51例新生儿期未服用黄连或含黄连方剂作为对照, 另150例曾在新生儿期服用黄连或含黄连方剂。结果: 全部病例没有一例发现脑核黄疸或可以脑核黄疸后遗症。服黄连组和未服黄连组小儿的新生黄疸发病率, 发现早晚, 黄疸持续时间, 两组没有显著的不同。同期血液检查: 血胆红素, 红细胞, 血色素含量也不存在差异, 没有黄连促进新生儿溶血的证据。

(b) 1995年, 高晓山和福建省永定县中医医院的黄佛生等对该地区作了回顾性调查。(中国中药杂志2001; 26(8): 572-573)^[19]他们调查了163例1967至1995年间出生的新生儿。其中128例均在产后服用单味黄连或含黄连方

社会调查的结果归纳如下:

调查年度	地区	服用黄连情况	婴儿人数	结果
1994	江西德兴	新生儿服用黄连或含黄连制剂	100例	对新生儿黄疸, 黄疸发生迟早, 黄疸持续时间也未见影响。 ^[15]
1998	浙江丽水	新生儿服用黄连或含黄连制剂	1979至1994年间出生者	没有发现对婴儿的健康生长, 发育不利的影响。对新生儿黄疸, 黄疸发生迟早, 黄疸持续时间也未见影响。 ^[16]
2000	湖南长沙	新生儿服用黄连或含黄连制剂	276例	未发现脑核黄疸。不能证明黄连能促使新生儿溶血或诱发脑核黄疸。 ^[17]
1995	福建邵武	新生儿服用黄连或含黄连制剂	201例1978至1995年间出生者	150例服用婴儿无一例发现脑核黄疸或可疑后遗症。 ^[18]
1995	福建永定	新生儿服用黄连或含黄连制剂	163例1967至1995年间出生者	128例服用婴儿无一例发现脑核黄疸或加重黄疸。 ^[19]

剂。35例味服用黄连作为对照。调查结果128例新生儿期曾应用，服用黄连或含黄连制剂没有发现新生儿黄疸加重或脑核黄疸的证据。

结束语

科学研究的真谛是实事求是，现代的循证医学讲究的是事实。了解事实将有助于判断黄连是否有害。以上是笔者目前所掌握的研究论文，希望有助于读者能从中比较这些研究的方法，数据的精确度和涵盖面。由于个人能力有限，资料也许还有遗漏不足的地方，希望专家学者们能加以补充和指教。本文仅代表个人观点。

参考文献

- [1] (Wong Hock Boon. Hyperbilirinemia & Kernicterus in Singapore. The Journal of Singapore Paediatric Society. Vol 6, No 1 April, 1964: 1-6)
- [2] (Wong Hock Boon. Singapore Kernicterus—The Position in 1965. The Journal of Singapore Paediatric Society. Vol 7, No 2 October 1965: 35-43)
- [3] (Wong Hock Boon. Singapore Kernicterus: A Review and the Present Position. The Bulletin of Kandang Kerbau Hospital, Singapore: Vol 5 No 2, October 1966)
- [4] (Wong Hock Boon. A Surveillance System to Prevent Kernicterus in Singapore. The Journal of Singapore Paediatric Society. Vol 17, No 1 April 1975: 1-9)
- [5] (Wong Hock Boon. Singapore Kernicterus. Singapore Medical Journal: 1980: vol21(3): 556-567)
- [6] Yeung CY et al. Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi. 1988 Dec; 29 Suppl B: 33B-38B.
- [7] Chan E. Displacement of bilirubin from albumin by berberine. Biol Neonate 1993; 63: 201-8
- [7a] N K Ho Traditional Chinese Medicine and Treatment of Neonatal Jaundice. Singapore Medical Journal 1996; Vol: 645-651
- [8] (杨守业, 冯卫红等。黄连和小檗碱对小鼠胚胎毒性的研究。中国学术期刊文摘(科技快报)1996; 2(12): 12)
- [9] (杨守业, 王来苏。黄连和小檗碱对大鼠胚胎毒性的研究。中国学术期刊文摘(科技快报)1998; 4(3): 363-364)
- [9a] (杨守业, 冯卫红哺乳母鼠服用黄连和小檗碱对小鼠仔的影响研究。中国学术期刊文摘(科技快报)1998; 2(12): 12)
- [10] (林娜, 高晓山等。黄连和小檗碱对实验性G6PD缺陷大鼠红细胞渗透性的影响。中国中药杂志1998; 23(9): 562-564)
- [11] (Yang S, Wang X. Journal of Traditional Chinese Medicine. 2008 Sept; 28(3): 234-240)

- [12] (Fok TF. Journal of Perinatology. 2001Dec; 21Suppl: S98-100; discussion S104-7)
- [13] (林秀兰, 林娜等中国中医药杂志。2007 Dec; 32(23): 2543-6)在广西贵港市(中国的G6PD高发区)
- [14] (廖昌立等茵陈蒿汤与单味黄连对中国新生儿生理性黄疸(胎黄, 胎疸)之初步观察。中国医药学院研究年报(台湾), 1982, (13): 1-21)
- [15] (高晓山, 叶爱莲, 中国中药杂志1998; 23(9): 564-567)
- [16] (高晓山, 汪长生, 中国中药杂志2000; 25(5): 315-317)
- [17] (高晓山, 刘克丽, 中国中药杂志2000; 25(11): 698-699)
- [18] (高晓山, 美国峰, 中国中药杂志2001; 26(3): 208-209)
- [19] (高晓山, 黄佛生, 中国中药杂志2001; 26(8): 572-573)

赴华中医学习观摩记

新加坡·林英

宁波中西医结合肿瘤治疗新进展

由中国浙江省宁波市中医院主办的国家级中医药继续教育项目，中西医结合肿瘤治疗新进展学习班，于2011年5月27日至5月29日在宁波饭店会议中心举行，11位知名的肿瘤专家受邀主讲，其中包括李佩文教授、林洪生教授、贾立群教授、周荣耀教授、侯炜教授等。

我与中华医院肿瘤科的曾玉珠医师及义务医师唐跃医师於5月26日晚上抵达宁波饭店，5月27日注册报到。

5月28日早晨八点十五分开幕式由宁波市中医院副院长崔云教授致欢迎词，宁波市政协副主席、省级名中医王建康及杨荣臣处长讲话。杨处长在讲话中呼吁，中医院要把中医做好，中医院西化的厉害，应保持发展中医的原汁原叶，临床巡房单是把西医的病因病理及治疗讲得透澈是不够的，中医的内容也不容忽视，一样要讲得清楚。杨处长也指出，科技用到中医临床，开发中医诊疗技术的必要，谈到药物时，杨处长说，未经炮制就使用或制成成药的所谓中药，并非中药，那是植物药。

首位授课的李佩文教授谈“中西医结合治疗肿瘤概述”，他引用了孙燕教授的观点，对中国特色肿瘤学的思考是：中西医结合，循证医学，扶正祛邪，重视宿主，治未病，以人为本，重视生活质量和远期结果。当中李教授提出数则个人体会：

1. 中医舌诊对输液的指导，红舌少苔的“阴虚舌”及“苔燥者”示体内阴液不足，应多补糖盐水或林格氏液以补充电解质，而少加“高糖”，防止利尿会加重阴虚症状。
2. 茵陈蒿汤治疗湿热黄疸，对严重梗阻者难



以奏效，对肝细胞性黄疸疗效较好。

3. 中药外敷可促进胃肠术后的蠕动，基本方：厚朴、大腹皮、苏子、半夏、焦槟榔、绿萼梅炒黄，打粗末加冰片少许装布袋外敷腹部。(参：《中国中西医结合外科杂志》2007.13(4):393)。
4. “阴虚内热”的病人下午四点至五点体温最高；喉返神经损伤患者润肺鸣金方加发音锻炼可治疗喑哑。(参：《中国中西医结合杂志》2002.22(4))，或用养阴清肺汤《重楼玉钥》：麦冬、生地、元参、浙贝母、丹皮、白芍、枇杷叶、重用蝉蜕、桑叶，《中国中西医结合杂志》2002.9(22)。
5. 不把白细胞下降统称“血虚”，治疗中应注重益气。

林洪生教授主讲“治疗肿瘤中成药的临床应用”时指出，中医药在恶性肿瘤治疗中的主要作用在于改善患者症状和体征，改善机体的机能状态；对放化疗起减毒增效的效应；加快外科治疗后的康复；预防和减少复发、转移，在一定程度上有延缓肿瘤生长的作用，提高生

活质量，提高生存率。

中医药治疗肿瘤的疗效评价重点分为三个层次，这基本上符合中医药临床的优势与特点。抗肿瘤中药和放化疗增效药的评价：以瘤体变化为主要疗效指标。放化疗减毒药：以放化疗对人体造成的损伤为主要疗效指标评价。晚期肿瘤患者用药：强调综合评价，主要依靠结局性指标，如生存质量、生存期、生存率等。讲到肿瘤中成药临床应用原则，林教授表示，应采取扶正与祛邪相结合的治疗方式；扶正即是调动机体的抗病能力，提高机体的免疫功能。祛邪就是抑制、排除、消灭致病因素，临床上应据病情，或以扶正为主，或以祛邪为主，或先攻后补，或先补后攻，或攻补兼施，把扶正与祛邪辨证地结合起来正确使用。

癌症患者证候错综复杂，变化多端，使用中成药要认真辨证，合理配伍。如：化疗的患者，临床上往往多见脾胃损伤、气血亏损的证候学特征，应将健脾和胃药物与补气养血药物配合使用；放疗的患者，临床上往往多见热毒内阻的证候学特征，应将养阴生津药物与清热解毒药物配合使用。最后，林教授指出，治疗以患者受益为唯一标准。辨证为主，辨证与辨病相结合。中西巧妙用药，最大限度的完美合璧。

除了以上两位专家的授课，还有其他治疗肿瘤经验丰富的学者分享了他们的经验和成就，包括了：

- 卫生部中日友好医院贾立群教授授课：《中医肿瘤经方新解》。
- 上海中医药大学附属曙光医院肿瘤科主任周荣耀教授授课：《中医药治疗恶性肿瘤常用中成药解析》。
- 中国中医科学院广安门医院中西医结合肿瘤科副主任侯炜教授授课：《胃癌中医药治疗体会》。
- 上海解放军85医院伽马刀治疗中心主任高宏伟教授授课：《腹部肿瘤的伽马刀治疗》。

- 浙江省中医院中西医结合肿瘤科主任郭勇教授授课：《肺癌中医治疗体会》。
- 浙江省人民医院放射科主任俞文强教授授课：《恶性肿瘤的介入治疗》。
- 宁波市中医院原院长洪善贻教授授课：《谈谈中医外治法在肿瘤治疗中的运用》。
- 武警浙江省总队杭州医院肿瘤科主任张霍副主任医师教授授课：《中医肿瘤的证候学研究进展》。
- 宁波市中医院肿瘤科主任山广志教授授课：《老年肺癌治疗的思考》。

接着大会主持山广志教授简单的总结了学习班的全程概要，大会圆满完成。全体与会者聚集宁波饭店对面的海员俱乐部共进晚餐，欣赏歌舞，桌上交流甚欢。本次在宁波举行的中西医结合肿瘤治疗新进展学习班，涉及肿瘤治疗面广，质量高，反映了近年来中西医结合治疗肿瘤的新动态及中医药治疗肿瘤的研究成果和进展。



宁波市中医院肿瘤科门诊观摩

乘到中国浙江省宁波市参加于2011年5月27日到5月29日,由宁波市中医院主办的“中西医结合肿瘤治疗新进展学习班”之便,于学习班之后,到宁波市中医院肿瘤科随该院肿瘤科主任山广志主任医师门诊临床学习和观摩。

5月30日早晨7点半抵达医院,肿瘤科凌仕良医师接待我们参观了肿瘤科住院病楼及免疫治疗,大约8点到肿瘤科专家门诊室,山教授与3位研究生已经在看诊,当日上午大约看了一百几十个病号,下午也看了整百号。

主张审时度势、不可强攻

山主任认为,治疗癌症应该以中医辨证为主导,才能取效,见癌攻癌局限了中医药的疗效,且损伤正气,若病患原属本虚,脏腑功能失衡,又经清热攻毒,破血化瘀的攻伐,非但起不了消除癌肿的功效,反倒促使病情的恶化,加速转移和复发。山主任临症遵循中国

中医、中西医结合治疗肿瘤的著名医学家,李佩文老师以扶正为主的学术思想,主张治疗癌症应审时度势、不可强攻。虽然清热解毒的苦寒药,破血攻毒之剂在癌症的治疗上有其作用,但这些药物会耗伤正气,有损胃气,山主任强调,应用这类药物宜慎重,在辨证之后,确认内有邪毒,而正气尚足时才可适当的应用,过于或不及时的攻伐,非但邪不去反而伤胃气,促其更衰,甚至不治。在临床中,山教授用药精简,每张处方很少超过12味药,且多以健脾胃化痰湿,调肝肾益气阴为主,用药以太子参、黄芪、党参、茯苓、白术、苡仁、沙参、麦冬、谷芽、麦芽等调养药为主,用药以平凡中见不平凡。

不主张长期的化学治疗

山教授认为,化疗在肿瘤治疗上,能起一定的作用,但要掌握好用量,适时、适量地进行,过用化疗,未必有好疗效,山主任有一肺



林英、山广志教授、唐跃、曾玉珠

联合国将针灸列为世界文化财产

中国北京 · 张永贤

联合国教育科学及文化组织(United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)(UNESCO)自2003年开始评选非物质文化遗产(World Intangible Cultural Heritage of Humanity),用意是在全球化的风潮下保存艺术形式和其他风格。申报列入此名录的文化财产,必须证明官方已制订保护措施,确保其健康发展。

2010年11月16日在肯尼亚首都奈洛比(Nairobi)举行会议,将针灸、京剧、法国传统美食及西班牙佛朗明歌舞等,列入「世界非物质文化遗产」。

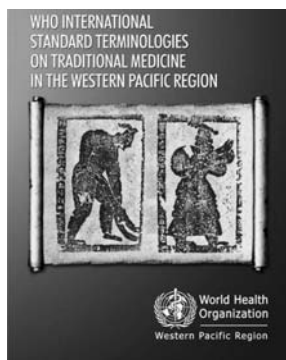
针灸入选的理由,针灸以天人合一的整体观和经络穴道等理论,运用针具与艾叶等主要工具和材料,通过刺入或熏灼身体特定部位,调节人体平衡状态而达到保健和治疗作用的知识系统,这些知识与传承凝聚中华民族智慧和创造力的独特文化表现形成,并成为重要的文化认同符号。针灸简单易操作,安全有效,在针灸理论基础及临床,使针灸走向世界的里程碑。

目前国际使用针灸医学有160个国家,世界卫生组织(WHO)积极推展针灸医学,在1997年建议针灸可治疗43种疾病。1989年公告《国际标准针灸穴名方案》(Standard Acupuncture Nomenclature)将针灸医学推广至国际应用,促进国际针灸学术共同语言拓展交流大道。1995年发表《针灸临床研究规范》(Guidelines for Clinical Research on Acupuncture)。1999年发表《针灸基本训练及安全规范》(Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture)。2000年发表《传统医学研究和评估方法的规范》(General

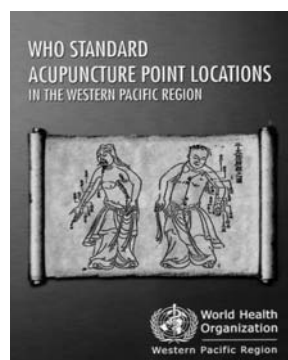
Guidelines Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine)。

2002年第55届世界卫生大会(WHA)发表《2002-2005世界卫生组织传统医学全球策略》(WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005)。2007年发表《WHO传统医学国际标准术语》(WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine),共有3,543个传统医学术语定义及解释。2008年又公布《WHO国际针灸标准穴位》(WHO Standardization of Acupuncture Points Locations)。

美国国家卫生研究院(NIH)在1992年成立「另类医学办公室」(OAM),1998年扩大为「国家互补与另类医学中心」(NCCAM),如今是「整合医学中心」联盟(Integrative Medicine Centers),目前有45所医学院及医学中心加入联盟。美国现有针灸师2万名,其中5千位为医师。日本现有80所医学院,自2003年列「东洋医学」为必修课程,甚至列为国家医师考试必考的科目,因为人民喜好东洋医学。德国将针灸医学列为健保给付项目,有5万名医师执行针灸,并有多项针灸医学研究计划在执行。



《WHO传统医学国际标准术语》2007



《WHO国际针灸标准穴位》2008



临床门诊

癌病例，在中药的治疗上，以养阴润肺，益气生津为主，取其“阴得阳助生化无穷”这样可取得事半功倍之效，然而单以中药治疗，对内环境是起了调节作用，但对癌灶的治疗不太确切，难以达到消灭癌肿，在治疗中选用了放疗，以达到对肿瘤的直接治疗作用，山主任的观点是，全身化疗对治疗肿瘤所起的作用有限，而全身的毒副反应不轻，结果弊多利少，放疗与中药的配合疗效较好，但强力的放疗也会造成不良后果。放化疗虽然是治疗肿瘤的重要武器，却也是对人体造成损伤的利器，应用时也应关注人的整体免疫功能，以免过度治疗。

在各种肿瘤用药上，据所见临床辨证的基础上，山主任对个别肿瘤用药如下：

脑癌：鸦胆子、蔓荆子、白芷等。

肺癌术后或化疗后：以益气养阴为主，药用百合、沙参、麦冬、杏仁、麦芽、谷芽等。

膀胱癌：土茯苓、萆薢等。

淋巴瘤：牡蛎、制南星、夏枯草等。

白细胞低下：重用补气药。

推崇《医学衷中参西录》

山教授鼓励我们阅读民国期间著名医家张锡纯的《医学衷中参西录》。

当年具远见的张锡纯已提出：“夫医学以活人为宗旨，原不宜有中西医之界限存于胸中。在中医不妨取西医之所长，以补中医之所短”。又说：“斯编于西法，们非仅采其医理，互有余采其化学之理，运用于方药者，斯乃合中西医而融贯为一。”

临症上，山主任常活用《医学衷中参西录》中的方药，每收良效。如有一例食管癌纵隔、肺转移，病者进食梗噎，置入食管支架，进食通畅；但咳嗽、喘促，痰鸣未见改善，加用抗生素多日，反复以各种治痰喘的方法治疗均未好转。山主任辨证分析后认为，病患虽见痰凝血瘀，更重要的是肾虚痰泛，因虚而喘，即想到张锡纯在《医学衷中参西录》中所论山萸肉的论述“山萸肉味酸，性温，大能收敛元气，振作精神，固涩滑脱。”及用山萸肉的经验：“一人年四十余，外感痰喘。愚为治愈。但脉浮力微，按之即无。愚曰：脉象无根，当服峻补之剂，以防意外之变。病家谓

病人从来不受补药，服之则发狂疾，峻补之药实不敢用。愚日，既畏补药如是，急用也可。病家依愚言，迟半日，忽发喘逆，又似无气以息，汗出遍体，四肢逆冷，身体后挺，危在顷刻。急用净萸肉四两，爆火煎一沸即饮下，汗与喘皆微止，又添水再煎数沸，饮下病又见愈，复添水将原渣煎透饮下，遂汗止喘定，四肢之厥逆已回。”上列病患，山教授用了山萸肉50g、川贝母10g、龙骨、牡蛎各50g、茯苓50g。煎服。服药后第二天痰喘好转，后原方稍加减连续服用十天，肺痰鸣音与咳嗽明显好转，再以原方调理，病情好转出院。

重视癌患饮食忌宜

山教授相当重视癌症病患的忌口，常嘱咐病人要忌油腻、腌制、腥辣，多食新鲜蔬菜、水果，宜清淡，鼓励素食。认为凡肿瘤病人应高度重视、调整自己的饮食习惯，以清淡素食为主，方有利于康复；此外，生活作息的规律化，选择适合患者的运动，也是山主任所重视的。

病例举隅

当天下午来了一个子宫癌术后两肺转移的女病人。

患者从2002年因咳痰带血，胸部X光片与肺部CT显示两肺转移性肺癌，转移病灶较多，属癌症晚期了。七年以来患者都坚持门诊中西医结合治疗，山教授以中药辨证施治，主要以润肺益气、滋阴解毒为主。当日我们见到该陈姓患者，精力充沛，面色红润，完全无喘促之象，目前生活完全自理、且进行家务劳动。当日山教授开的调理方药为：沙参20g、麦冬15g、知母15g、杏仁10g、半夏10g、黄芩12g、谷麦芽各30g、款冬花20g。

小结

此次一天的门诊观摩学习，时间极短，所能看到、学到的自然非常之有限，所幸虽然门诊量大，山教授还是不厌其烦的为我们讲解，因而临床时间虽短促，获益良多。



唐跃、凌仕良肿瘤科医生、林英、曾玉珠

团结同道·凝聚业者



新加坡·刘嘉扬

中国安徽省亳州市简介:

亳州市位于安徽省西北部，南襟江淮，北望黄河，总面积8274平方公里。亳州是中国国家级历史文化名城。中华民族最古老的历史文化发祥地之一。人杰地灵，人才辈出，包括了一代枭雄曹操、神医华佗、一代谋士张良、道教开山鼻祖老子、庄子、代父从军花木兰等历史人物的故居。

亳州是中国最大的中药材集散地，中国四大药都之首。根据去年人口普查，亳州市人口年龄超过100岁的有一千多人，人口年龄超过80岁的有三万多人。又被誉为“长寿之乡”。

为了进一步加强中医药信息化研究与建设工作，积极开展中医药信息化相关的学术研讨与相关的国际学术团体的联系和合作，加强卫生与中医药信息领域的国际学术交流，推进中医药信息标准研讨工作，总结中医药信息研究

的方法和工作经验，世界中药学会联合会信息专业委员会于二零一一年九月八日至十一日假安徽亳州召开世界中药学会联合会信息专业委员会暨中医药国际信息化发展论坛。我代表中医师公会出席该会议。这次的学术会议的主办单位是由世界中医药学会联合会与亳州市政府联办。

中医药信息化学术会议的参与概况:

1. 世界中药学会联合会信息专业委员会第一届选举大会。
2. 世界中药学会联合会信息专业委员会成立大会。
3. 中医药学国际信息化发展论坛。

这一次的会议是国内中医药临床、教育及科研的专家学者，医学信息学机构，计算机等信息专业机构与院校的专家学者，为中医药及



传统医药信息研究做深入的讨论。主要对信息的获取和处理，信息化平台和服务网络，信息标准与建设标准等。参加这次会议的人数多达成120人，国家包括中国、香港、加拿大、美国、新加坡等22个国家的代表。

九月九日早上八点正，在苏南饭店举行了世界中药学会联合会信息专业委员会第一届选举大会，是由世界中药学会联合会秘书处副秘书长常文左先生主持。通过了公开选举的方式推选出了第一届的世界中药学会联合会信息专业委员会名单。我当选为常务理事。接着乘专车赶往亳州宾馆出席全国知名中医院院长论坛。午宴是亳州市政府款待，下午安排参观景点花戏楼和曹操地下运兵道。晚餐后有专车送往亳州市露天体育场出席药博会开幕式暨歌唱晚会。多位著名的歌唱家参加了晚会的演出，包括了那英、萧亚轩、韩庚等。

九月十日早上八点正，首先召开世界中药学会联合会信息专业委员会成立大会暨中医药学国际信息化发展论坛。出席贵宾有亳州市副市长兼公安局局长刘海石，国家中医药管理局桑滨生司长，世界中药学会联合会副秘书长常文左教授等。首先由世界中药学会联合会学术部李文杰秘书宣读“世界中药学会联合会信息专业委员会组织管理规定”。接着由世界中药学会联合会信息专业委员会当选秘书长张相勇教授汇报筹备工作情况，宣读当选理事名单并颁发证书。接着致辞的还包括了世界中药学会

联合会副秘书长常文左教授，亳州市副市长兼公安局局长刘海石，国家中医药管理局桑滨生司长。最后是崔蒙会长作第一届理事会未来4年的工作计划报告。

开幕仪式过后，即开始了国际中医药信息发展论坛，总共发表了13篇的论文，内容精彩纷呈，极具深度，水平极高，令我大开眼界，获益不浅。论坛在五点结束后，专车送往协和成药有限公司的中药种植基地和加工场参观，并在加工场的员工饭堂品尝由协和成药有限公司的总裁为我们设的土产药膳。

九月十一日早上七点半，主办单位安排了车子将与会者分别送往机场或火车站。我也乘车子经过四个小时车程送往合肥机场。我拖着疲乏的身躯，但带着愉快的心情，满足的微笑，虽然在机场苦等五个小时余，才乘机回国，心中总感到不枉此行，获益非浅。





出席《第八届世界中医药大会》 暨《世界中医药学会联合会第三次会员大会报告》

新加坡·林钊华

由世界中医学会联合会（简称世界中联）主办，英国中医药学会承办《第八届世界中医药大会》及《世界中医学会联合会第三次会员大会》于9月2日至3日在英国伦敦威斯敏斯特中央大厅举行，我会代表赵英杰教授（世界中联副主席、大会执行副主席）和我本身（常务理事、大会组织委员）出席了大会。同时出席大会并参与世界中联《第三届儿科国际学术交流大会》的还有世界中联理事洪两博士、许杏连博士和陈裕国医师夫妇。



大会开幕典礼于9月2日上午9时30分开始举行，由世界中联李振吉副主席兼秘书长主持，世界中联余靖主席致开幕词，英国中医药学会名誉主席罗鼎辉教授致欢迎词。出席开幕典礼并发表演讲，主要的有英国国会上议院议员由Lord Cotter爵士、中国驻英国大使馆参赞李辉先生、英国国会下议院议员David Tredinnick先生、中国中医管理局人教司洪净司长、世界卫生组织(WHO)传统医学部主任张奇教授和英国药品管理草药政策部主任Richard Woodfield 先生等。

本届大会主题为《中医药有利于人类健康》，作主题演讲有牛津大学Denis Noble教授的《系统生物学与中医》、剑桥大学樊台平博士的《受中医药启发的新药理学》、成都中医药大学梁繁荣教授的《经穴特异性中国研究进展》、广东省中医院陈达灿教授的《清心培土法治疗特应性皮炎的心脾病机理论与实践》、广州中医药大学郭姣教授的《中医药防治高血脂症及其相关疾病系列研究》等属于中医科研性的论文。



出席大会的有**800**多人，他们来自**35**个国家与区域。编入论文集的论文与摘要，共有**274**篇，在主会场和四个分会场宣读包括儿科专题的论文共有**143**篇。

闭幕礼于**9月3日**下午**5**时举行，由世界中联黄建银副秘书长主持，除致谢词、代表讲话，马来西亚代表卢映辉顾问介绍承办《第九届世界中医药大会》概况，并号召大家届时热烈参加。过后举行授旗仪式，马来西亚代表卢映辉顾问、丁家骅会长和林文贤医师，毅然接受从英国中医学会沈惠军会长手中移交的大会旗帜，负责承办将于**2012年11月**在古晋召开的《第九届世界中医药大会》的重大任务。最后由世界中联副主席兼秘书长作总结致词，赞扬大会成功召开，并宣布大会闭幕。夜间则在泰晤士河游艇上举行欢送酒会。

《世界中联第三次会员大会》

与大会同时举行的《世界中联第三次会员大会》**9月3日**上午**9**时开始举行，参加的各国团体代表有**130**多人。大会由世界中联李振吉副主席兼秘书长主持。

大会议程：

1、世界中联余靖主席作的《世界中联第二届理事会工作报告》

2、世界中联黄建银副秘书长

《世界中联<章程>修改说明》

3、世界中联徐春波副秘书长《关于世界中联第三届理事会成员候选人名单产生的说明》

4、代表投票

5、计票

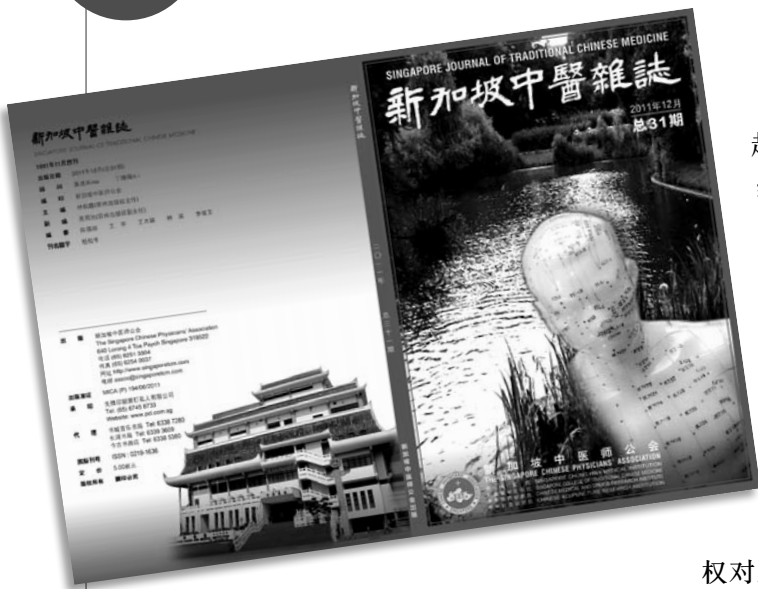
6、公布选举结果，当选主席讲话

此次选举顺利地选出了第三届世界联主席团执行委员会、理事会、监事会、高级专家顾问委员会、工作咨询委员会等各个组织成员。

我会梁世海顾问蝉联高级专家顾问委员会副主席，赵英杰副会长蝉联理事会副主席，中选的有林钥华财政长为主席团执行委员，黄进来会长为理事会常务理事，洪两名誉理事、丁珊瑚秘书长和孙勇平副秘书长为理事会理事。

我会两位代表于**9月4日**当地清晨回国。





《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。

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。(打印与书写之文稿不宜接受)

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(加方据号置右上角)表示。

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本以资表扬。

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

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2011年12月(总31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
The Singapore Chinese Physicians' Association
640 Lorong 4 Toa Payoh Singapore 319522
电话 (65) 6251 3304
传真 (65) 6254 0037
网址 <http://www.singaporetcm.com>
电邮 assoc@singaporetcm.com

出版准证 MICA (P) 194/06/2011

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

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

国际刊号 ISSN : 0219-1636

定价 5.00新元

版权所有 翻印必究





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



您怕老吗？

未老筹谋，中医课程，怡情养生



增加跑道吗？

中医课程，终生职业



你怕钱不够用吗？

通货膨胀，药费上涨
中医课程，终生受用

2012年中医课程招生

新

加坡中医学院是由新加坡中医师公会于1953年创办，是第一所专门培养与提升中医师的专业院校，经新加坡私立教育理事会注册及新加坡中医管理委员会认可，以独特及有系统的教学方式传承中医，为成年人提供进修机会，造福社会。



中医学士学位课程

Bachelor Degree in TCM
(与广州中医药大学联办)

学制：日间制 - 5年 夜间制 - 7年 (中文授课)

- 新加坡剑桥普通教育证书 (高级水准)
[2 "A" 和 2 "AO" 及格] 或同等学历或更高学历
- 由广州中医药大学颁发的中医本科毕业证书与学士学位证书
- 由新加坡中医学院颁发的中医专业高级文凭
- 本课程不适用于中国籍(包括港、澳、台)申请者



中医专业高级文凭

Advanced Diploma in TCM

学制：日间制 - 5年 夜间制 - 7年 (中文授课)

- 新加坡剑桥普通教育证书 (高级水准)
[2 "A" 和 2 "AO" 及格] 或同等学历或更高学历
- 由新加坡中医学院颁发的中医专业高级文凭

课程特色：

具有价值及意义的课程选择

- 结合专业与养生的课程，一生受用
- 凝聚五千年丰富的中华文化
- 强大的师资队伍负责传授课程与临床指导
- 课程受新加坡卫生部中医管理委员会认可，毕业学员可申请参加《新加坡中医师注册资格考试》，成为合格的执业注册中医师

报名地址：

640 Lorong 4 Toa Payoh,
Chung Hua Medical Institution

#03-00 Singapore 319522

电话：6250 3088

传真：6356 9901

电邮：admin@singaporetcm.edu.sg

Course Enquiry: Mon to Sat 9am to 9pm only.



中医护理证书课程

学制：2年 中文授课

报读资格

- 能理解华文，年龄不限

课程目的

- 执业：能从事与中医药事业相关的工作如中医护理员、医师助理、配药员、诊所管理人员等，或成为称职的保健推拿师
- 养生：掌握中医药及养生食疗知识，达到自我健康与疾病护理，为家人及社会服务



中医硕士学位课程

Master Program in TCM

(与南京中医药大学联办)

学制：3年 中文授课

- 具有大学学士学位或同等学历(指获得中医大专学历，从事相关工作两年以上)



中医博士学位课程

Doctor Program in TCM

(与南京中医药大学联办)

学制：3年 中文授课

- 中医博士学位：具有大学硕士学位或同等学历(指获得中医学士学位，从事相关工作六年以上)

中医·不朽之业

