

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE



33 期

药圣李时珍

新加坡中医师公会



第十届亚细安中医药学术大会 暨第三届亚洲针灸高层论坛

邀请函 Invitation Letter

亚细安中医药学术大会的创办，为了促进各成员国中医药界的大团结，提升中医药学术研究水平，致力于中医药的安全与有效，统一质量规格与认证标准，确保广大群众的安全，以提高和加强使用中医药的信心。而亚洲针灸高层论坛的举办，为了加强亚洲针灸界的学术交流、科研和人才培养的合作，全面提高亚洲学术研究水平以及促进中医针灸的临床应用。

第十届亚细安中医药学术大会暨第三届亚洲针灸高层论坛，将于2012年12月15日至16日在新加坡的滨海湾金沙会展中心隆重召开，新加坡中医师公会暨属下机构：中华医院、新加坡中医学院、中华医药研究院、中华针灸研究院以及新加坡中医界均深感荣幸，此次两会的主题为：“发展中医事业，维护人类健康”，并藉此良机，庆祝中华医院和新加坡中医学院成立60周年钻禧纪念，我们热忱地期盼着在大家的关怀、支持与响应下，能够获得预期的圆满成功。

第十届亚细安中医药学术大会暨第三届亚洲针灸高层论坛开幕礼，敦请新加坡内阁要员、卫生部



新加坡中医师公会会长
黄进来医师PBM 敬邀

颜金勇部长莅临主持。国际著名中医学者专家如：陈可冀院士、项平教授、郝万山教授、李赛美教授、曹开镛教授、韦企平教授、韩冰教授、林洪生教授、刘保延教授、王玲玲教授、林昭庚教授、陈必诚教授、中山登稔教授、吴汉昇教授等将受邀光临作专题演讲，这不但可以共享国际中医药最新研究成果，更能够提供平台给大家交流，对于中医药学术的发扬，必有重大贡献。

新加坡是个多姿多采、变幻无穷的世界驰名美丽花园城市国家，也是著名的国际会议中心、购物与美食的活色生香殿堂。经济繁荣、社会稳定、治安良好、交通发达，每一个角落都会发掘不同的惊喜，让人流连忘返。

我们欢迎各国同道莅临新加坡做客，12月14日夜的欢迎晚宴（只限海外参会者），您会从心发现，新加坡是一个能让您燃起热情，再次拥有愉悦的悸动体验的城市国家。



第一轮通知



第二轮通知

综述

1. 糖尿病的中医分型和治疗 — 新加坡·冯启发p02-05
2. 白癜风的中医治疗 — 新加坡·刘立p06-09
3. 谈谈糖尿病的自我保健—饮食与运动疗法 — 新加坡·倪炜程p10-12
4. 中西医结合在肺癌临床诊治中的应用 — 新加坡·杨竣联p13-17
5. 浅谈水肿证治法 — 新加坡·胡明珠p18-21
6. 浅谈“治未病”思想及应用 — 新加坡·董菁菁p22-24
7. 多种针灸法综合治疗帕金森病的临床经验 — 新加坡·郭忠福p25-29
8. 小柴胡汤的浅探 — 新加坡·蔡松均p30-32
9. 解析古方—六味地黄丸 — 新加坡·蔡添发p33
10. 论类风湿中医中药治疗法 — 新加坡·陈昆宁p34-36

临床

11. 中医对胃食管反流病的证治 — 新加坡·何宇瑛p37-39
12. 针灸治疗坐骨神经痛症 — 新加坡·杨昌志p40-42
13. 行医感悟三则 — 新加坡·吴中山p43-45
14. 针刺治疗眼病的禁忌症 — 中国河北·张彬p46-47
15. 健脾益肾法用于肿瘤治疗 — 新加坡·曾玉珠p48-50
16. 重视调理肝肺二脏在中医治疗失眠中的作用 — 中国·陈明p51-53
17. 百合固金汤为主治疗呼吸系肿瘤放化疗后咯血 — 新加坡·林英p54-55
18. 脑损伤性昏迷的针灸治疗 — 新加坡·翁亚庆p56-57
19. 腰痛的中药治疗 — 新加坡·胡秋荣p58-59
20. 用少腹逐瘀汤治疗疑难症一例 — 新加坡·陈浩平p60
21. 八脉交会穴—后溪、申脉治疗眩晕 — 新加坡·赵宝芬p61-62
22. 中华眼针 — 中国辽宁·田维柱p63-78
23. 功能性消化不良的中医治疗 — 新加坡·闫立群p79-80
24. 《人参败毒散》之我见 — 新加坡·黄靖文p81-82

学术交流

25. 2012年世界中医男科学术大会侧记 — 新加坡·陈建生p83-85
26. 世界中联仲夏国际会议侧写 — 新加坡·林朝华p86-87
27. 风尘仆仆 三国造势行 — 新加坡·许文楷p88-91

知识库

28. 分享栏目 — 新加坡·陈蓓琪p92-95

糖尿病 的中医分型和治疗

新加坡·冯启发

古代医家治消渴

糖尿病是一个复杂的病，关于糖尿病的论述和研究，不胜其数，对笔者来说，也还是在沿着前辈医家开拓的道路，摸索着诊病，谈不上什么经验，因此，这里所谈的，也大多是别的医家的经验与看法。讲得不好，请大家多多包涵。

糖尿病属于中医“消渴病”范畴。古代中医把具有多饮、多食、多尿，久则身体消瘦的一系列症状的病症称为“消渴”，近代中医则将糖尿病归入“消渴病”。

中医对消渴病的认识，源远流长。中医典籍《内经》就有诸多论述，可以说消渴病起源于内经。到了汉、唐、宋明等朝代，消渴病的研究获得显著成长。汉代医圣张仲景对消渴病做了许多论述，他的许多治疗消渴病的药方，仍为世人称道和沿用。例如，玉女煎和金匮肾气丸等。

古代医家治疗消渴病，除了辨证论治外，也进行辨病论治。从《黄帝内经》到《千金要方》、《外台秘要》，虽有三消分法，但在治疗上，大多采用一方统治，这无意中蕴含辨病施治的思想。张仲景以肾气丸治消渴病尿多，

孙思邈的“口含酸枣仁丸治干燥内消方”，宋·《活人书》的通治三消主方，金·张从正以缣丝煮茧汤主治三消，等等，都是辨病治消的典型例子。

三消分型在《内经》虽然初步开始，但在宋金无时期才按三消分治。辨证论治是中医治疗消渴病的精髓。消渴病在宋代，分上、中、下三焦分型论治，产生了“三消”分治的辨证方法。此后的中医文献，也常以上、中、下三消对消渴病进行论治。三消的主症为：上消烦渴多饮、口干舌燥；中消多食易饥，形体消瘦；下消尿频量多，尿如脂膏。

临床实际有差异

近日临床遇到了一个女病人，40余岁，并没有消渴病“三多一少”的症状。她工作压力大，平日是来治疗忧郁症的。这次她带来一份检验报告，一看吃了一惊，她的空腹血糖升到8.5mmol/L，胆固醇290+mgdl/L，CK也明显升高。西医认为她的糖尿病已持续一个时候了。

其实在临床上，我们遇到很多类似的没有典型“三多一少”症状的糖尿病患者。按照现

综述

代医学的标准,只要空腹血糖在7 mmol/L或以上,无论有没有典型症状,都可以诊断为糖尿病。因此,许多来诊的糖尿病病人,血糖虽然升高,但却没有“三多一少”主要症状,精神状态也相当好。我们不能勉强的把病人归入“三消”论中任何一“消”。而在临床上,遇到有典型“三多一少”症状的患者并不多。据专家的研究,“三多一少”的典型症状,大多出现在病发的I型糖尿病病人身上,这是因为当时血糖升得太高,才会出现“三多一少”的典型症状。

因此,从现代的临床实践来看,“三消”论并不能完全涵盖所有糖尿病患者。它和当代的临床实践,的确有些差别。这里,并不是要否定前辈医家的理论。古今诊治糖尿病,会出现这些差别,也许是现代医疗技术发展的结果。由于科技的限制,古代中医无法检验血糖和其他相关数值,现代中医则能参考血糖值和其他数据。现代中医对消渴病的治疗和研究不断发展,对糖尿病的认识,越来越深入。“三消”分治的观点,已逐渐被脏腑辨证的理论所代替。使之更加符合临床实际。因此,现代中医诊治糖尿病,不能不做出某些调整,重新给予分期,以便更符合医疗实际。

分型期的研究

自上个世纪以来,中国中医对糖尿病的辨证分期,曾做了大量的研究,但各医家有各自的分法,至今还没有统一的标准。较具代表性的有:

(1) 根据临床主要症状分类

认为“三消”的分类法有些片面,因为临床上三多症状并不是截然分开,往往同时存在,仅表现程度上有轻重不同,故治疗宜三焦兼顾,三消同治。“治上消者宜润其肺,兼清其胃”、“治中消者宜清其胃、兼滋其肾”、“治下焦者宜滋其肾,兼补其肺”。

(《医学心悟·三消》)。

(2) 根据阴阳偏盛偏衰分型

分为阴虚型、阳虚型、阴阳两虚型。中国中医研究院广安门医院分为阴虚热盛型、气阴两虚型、阴阳两虚型。

(3) 阴阳辨证与脏腑辨证、气血津液辨证相结合分型

北京协和医院将之分为阴虚型、阴虚火旺型、气阴两虚型、气阴两虚火旺型、阴阳两虚型、阴阳两虚火旺型、血瘀型七型。

较具代表性的分型

1991年,中国全国中医糖尿病协会辨证标准协作组通过1504例糖尿病临床观察分为五期五型论治:

(一) 第一期: 糖尿病前期

特点: ①形体多超重或肥胖,食欲旺盛,貌似健壮,精力体力有所减退;②无典型的糖尿病症状;③空腹血糖正常或稍高,但餐后有高血糖和尿糖,口服葡萄糖耐量试验异常,血脂多数偏高;④可伴有I期高血压,无其他血管神经并发症。

病机特点: 阴虚为主。

(二) 第二期: 消渴病期

特点: ①典型的糖尿病症状,如多饮、多尿、多食、消瘦,乏力等;②血糖、尿糖、糖化血红蛋白均高,血脂多数偏高;③可伴有高血压,无其他神经血管症状。

病机特点: 阴虚化热。

(三) 第三期: 合并症早期

出现临床血管神经并发症,有下列一项即可: ①检验有早期神经病变。②检验有视网膜病变I-II期。③检验有早期糖尿病肾病。在

综述

排除泌尿系感染、酮症酸中毒、心力衰竭、原发性高血压、运动等情况下，尿微量白蛋白排泄率 $20\sim 200\mu\text{g}/\text{min}(30\sim 300\text{mg}/24\text{h})$ 。

④可伴有血管病变：如高血压、冠心病、下肢血管病等。

病机特点：气阴两虚，脉络瘀阻。

(四) 合并症中期

合并症加重至功能失代偿，具其中一项即可：①糖尿病视网膜病变III-V期；②临床糖尿病肾病(尿蛋白 $>0.5\text{g}/24\text{h}$)至肾功能失代偿。③糖尿病性心脏病至心功能失代偿；④典型的糖尿病神经病变表现，如肢体麻木疼痛、肌肉萎缩，顽固性腹泻，阳痿，神经源性膀胱炎等。

病机特点：阴损耗气及阳，致气阴两伤或阴阳两虚，脉络瘀阻，痰瘀互结。

(五) 合并症晚期

合并症严重，或脏器严重损害，或器官或肢体残废，具其中一项即可：①糖尿病视网膜病变导致失明；②糖尿病肾病肾衰进入尿毒症期；③糖尿病性心脏病出现急性心肌梗塞、严重心律失常、心力衰竭，甚至猝死；④糖尿病合并急性脑血管病；⑤严重的糖尿病性肢端坏死。

病机特点：气血阴阳俱虚，痰湿瘀郁互结。

糖尿病是一种病情复杂、病程缠绵、变证多端的慢性疾病。要分型概括所有的病人病证，谈何容易。但以上的分型，至少不是一叶知秋，根据一两个病例就质疑前辈医家的经验，而是比较具有代表性，以众多的病例为基础的分型。

进一步的阐述

根据上述分型，中医医家的诠释如下：

在第一期，即消渴病前期，消渴病尚未形

成，但有可能发展为消渴病。形成主要病机“阴虚”的基本原因是禀赋有亏、贪食甘美、过度安逸，表现为阴虚肝旺、阴虚阳亢、气阴两虚。但因尚未“化热”，所以往往没有消渴病“三多一少”的典型症状。

在第二期，即消渴病期。此期消渴病已形成，但还未进一步发展为并发症。病机特点是“阴虚化热”，即病人在第一期阴虚的基础上逐渐发展而成，加之情志不舒、肝气郁结，或因外邪侵袭，或因过食辛辣，或因劳累过伤，均可化热燥伤阴，持续耗气伤正，从而转化为阴虚燥热、肝郁化热、湿热困脾、热伤气阴等证候。

在第三期，即消渴病并发症期。此期的特征是：气血逆乱、血脉不活、经脉瘀阻，逐渐出现皮肤、肌肉、血脉、筋骨、神经、五脏六腑等各种急慢性病变。急性病变可分轻、中、重三度，慢性病变可分早、中、晚三期。可根据不同的临床表现辨证论治。

此期的慢性病期，往往伤及各组织器官，成为糖尿病致死的主要原因，因此早期防治特别重要。

糖尿病的中医治疗

消渴病虽然复杂多样，病机各有不同，但中医从整体观念出发，从复杂的临床症状中发现病因，紧扣病机，辨证论治，从整体上对病人进行调理。这与现代医学的对症治疗是完全不同的。因此，中医治疗糖尿病，多采用调整脏腑、补虚泻实、标本兼治、平衡阴阳等治疗法则，以药物治疗为主，同时辅于针灸、推拿、内服、外治等综合治疗方法，往往可收到较好的疗效。

由于辨证上和对病因病机认识上的差别，在中药治疗方面，又有许多不同的治法，主要的有：

1、滋阴清热法：

认为消渴病的基本病机，是阴津亏耗，燥

综述

热偏盛，阴虚为本，燥热为标。此法常用的方剂，如玉女煎、白虎加人参汤加减等。

2、补肾法：

认为下消肾阴不足，个体阴虚，则滋阴补肾。若阴虚虚火上炎，则在滋阴益肾的基础上，加入引火归元的药物，使上炎的虚火得以清解。若肾阳不足，则无需固守消渴病的基本病机，应进行辨证论治，运用温补肾阳治之。此法的代表方当推六味地黄丸和肾气丸。

3、健脾益气养阴法：

消渴病的基本病机是阴津亏耗，燥热偏盛，阴虚为本，燥热为标，日久阴损耗气，气阴两伤，故治宜益气养阴。古代医家就常以补中益气汤、归脾汤、竹叶黄芪汤等加减治之。

4、活血化瘀法：

《灵枢·五变篇》谓：“怒则气上逆，胸中蓄积，气血遂流……血脉不行，转而为热，热则消肌肤，故为消瘴。”为以活血化瘀法治疗消渴病，提供理论根据。清代医家唐容川说：“瘀血在里则口渴……内有瘀血，故气不得通，不能载水津上升，是以为渴，名曰血渴，瘀血祛则不渴矣。”(唐容川·血证论)。因此，活血化瘀法是治疗糖尿病及其并发症的常用方法。

5、其他方法：

消渴病的病因和病机错综复杂，是多系统多脏腑受损的病变，临床表现复杂多样，治疗方法也是千变万化。除了以上方法之外，尚有其他疗法。例如疏肝理气法、温脾散寒法、驱蛔(虫)治消渴法等。

总起来说，中医在治疗糖尿病时，应注意几点：

1、从脏腑病机论治

认为上焦宜润肺养阴，生津止渴，兼清其

胃；中焦宜清胃火或清胃润燥，以治消谷善饥，兼滋其肾；下焦宜滋补肝肾、育阴清热，使水火相济，阴平阳秘，同时要兼补其肺。

2、从标本虚实论治

认为消渴病以阴虚为本，燥热为标，正虚之中，以肾虚为本，痰湿、血瘀为标；肾虚之中，以阴虚为常，火衰为变。

3、从“三消”轻、中、重论治

认为标实证轻，本虚病重，消渴病出现并发症，病情更重。治疗常用滋阴补肾、益气健脾、化痰逐瘀、活血通络诸法并用。

总之，中医治疗糖尿病，应辨证论治或结合辨病论治。根据病情长短，实行个体化治疗。希望挟一方一法统治糖尿病，并不现实。



新加坡·刘立

白癜风是指大小不同、形态各异的皮肤变白为主要临床表现的局限性色素脱失性皮肤病，中西医病名相同。是皮肤科临床常见的一种疾病。西医认为白癜风^[1](vitiligo)是一种原发性的、局限性或泛发性的皮肤色素脱失症，是由于皮肤和毛囊的黑色素细胞内酪氨酸酶系统的功能减退、丧失而引起的。该病易诊难治。

白癜风中医病名有“白处”、“白毋奏”、“龙舐”、“白癜风”、“白癜痲”、“白驳”、“白驳风”、“白定”、“白点风”等。中医白癜风的病名基本涵盖了西医以白癜风为主的一系列色素脱失性皮肤病。“白癜”的病名最早见于隋朝的《诸病源候论》，有关“白癜风”的描述如下：“白癜候”，“白癜者，面及颈项身体肉色变白，与肉色不同，亦不痒痛，谓之白癜。”等^[2]。

一、白癜风的西医病因及机理^[3]

该病的发病原因至今还不十分清楚。致病的因素可能有以下几个方面：

(1)精神神经化学说

临床观察提示：精神神经因素和白癜风的

发生有密切关系。白癜风易于发生受摩擦及外伤处。有实验证明，在白斑附近及远隔部位的正常皮肤上给予搔抓刺激后，可以使该处皮肤变白，且在电镜下观察白变处有神经纤维退行性变化，其程度与病程长短有关。

(2)自身免疫学说

自身免疫性疾病与白癜风伴发及两者之间有关系。据研究：20~30%白癜风伴发全身免疫性疾病，常见的有甲状腺炎、甲状腺功能亢进或减退、类风湿性关节炎、红斑狼疮及硬皮病等。白癜风患者的家族成员中自身免疫性的发生率比正常人高。

(3)黑素细胞自毁学说

Lerner提出这一假说是在1971年，认为表皮黑色素细胞功能亢进，促使其耗损而早期衰退，细胞本身合成黑色素的中间物过度产生或积聚导致白癜风的发生。

(4)遗传因素

白癜风的发生与遗传有一定的关系，研究发现，白癜风可能是一种常染色体显性遗传，伴有不同的外显率。有资料显示，患者亲属中

综述

白癜风发生率在18.75~40%不等。

(5)酪氨酸、铜离子相对缺乏说

以及工业农业污染、微量元素缺乏等因素。有关白癜风的发病机制众说纷纭,每种说法有其一定的依据,但也有其一定的片面性,需进一步的研究。

二、中医的病因病机

古代医家认为白癜风涉及肺、心、脾、肝等脏,病位于皮肤与腠理。古代有关论述白癜风的发病原因多与风邪相关。风为百病之长,其性善行而数变。皮肤在人体最外层,外邪侵袭,首先累及皮肤,风邪首当其冲。风邪常与热、湿等合而为病。病机是气滞血瘀以及气血失和等。

现代中医对于白癜风的认识是在古代医家的医学理论基础发展而来的。白癜风的病因病机为风邪为患,皮肤失于阴血濡养。属于本虚标实之证。皮肤的生理活动等是通过经络与脏腑联系的,经络是运行气血的通路。经和络既有联系又有区别。经络系统由十二经脉、奇经八脉,十五络脉和十二经别、十二经筋、十二皮部及许多孙络、浮络等组成。白癜风的病因主要是因为内外多种因素导致孙络、浮络受损,以致阴血不足,皮肤失荣失养,所以出现白斑。因经脉及脏腑未被累及,所以全身症状不明显。因风性善变,故白斑常发无定处、形态大小不一。众多医家^[4]对于白癜风的病因病机认识虽各有不同,但主要为气血不和、气血瘀滞、气血两亏、风湿致病、肝肾不足、脾胃不足等。

三、白癜风的诊断标准^[5]

中国色素性皮肤病学组1994年制定的白癜风的临床分型标准,白癜风分为二型、二类、二期。

(一)二型 寻常型和节段型

1.寻常型:分为局限性、散发性、泛发性与肢端性。

- (1) **局限性**:局限于某一部位的单发或群集的大小不等的白斑。
- (2) **散发性**:散在多发性白斑,可发生在周身任何部位,总面积不超过体表面积的50%。
- (3) **泛发性**:白斑超过体表总面积的50%以上,多由久病发展而来。
- (4) **肢端性**:白斑初发时主要分布在手足指趾端及头面部等。

2.节段型:白斑沿着某一皮神经节段的皮肤区域走向,一般为单侧分布。

(二)二类 完全性白斑和不完全性白斑

1、**完全性白斑**:为纯白色或瓷白色,白斑区黑色素消失,无色素再生现象。

2、**不完全性白斑**:白斑区内黑色素细胞减少,因尚有部分黑色素细胞存在,白斑区内可见黑色素点。

(三)二期 进展期和稳定期

1、**进展期**:白斑逐渐增多,原有白斑逐渐向正常皮肤移行扩大,境界模糊不清。

2、**稳定期**:白斑停止发展,境界清楚,白斑边缘有黑色素加深现象。

四、白癜风的临床研究

白癜风的临床研究,近年主要有分型治疗和临床用药经验两方面。

(一)辨证论治

徐宜厚^[6]把白癜风分为五种证型。

风燥证:白斑光亮,多发于头面或者发于全身,起病快,蔓延快;患者以青壮年为主。治宜散风润燥,方用二至丸加减。

湿热证:白斑呈粉红色,多数发生在颜面

综述

七窍周围或项下，夏秋进展快，冬春不扩大的现象，日晒或遇热，肤痒尤重；患者多为中青年。治宜除湿清热，方用胡麻丸加减。

寒凝证：白斑晦暗，病变多在下半身和肢体，进展缓慢，常为多年以至终身不愈；患者以中、老年人居多。治宜散寒通络，方用神应消风散加减。

肝郁证：白斑淡红，多数局限于某一处或者泛发全身，其发病和进展，常与思虑过度、精神抑郁有关，患者以女性为主。治宜疏肝解郁，活血增色，方用逍遥散加减。

肾虚证：白斑如瓷器，分布无一定规律，病情的进展与劳累、房劳等密切相关；患者以男性为主，常伴有阳痿、头昏、肢倦等。治宜滋补肝肾，方用五子衍宗丸加减。

刘瓦利^[7]认为白癜风的证型当分为八种。

风湿蕴热证：皮损表现为白斑粉红，边界清楚，多见于面部及外露部位等。皮肤变白前常有瘙痒感。伴有头重、肢体困倦，口渴不欲饮。舌质红，苔白或黄腻，脉浮滑或滑数。治宜清热利湿，活血散风。常用药物有白蒺藜、浮萍、何首乌、防风、冬瓜皮、茯苓、苍耳子、龙胆草等。

肝气郁结证：皮损表现为白斑色泽明暗不一，无固定的好发部位等。发病可急可缓，但多随精神变化而加剧或减轻，较多见于女性。舌质偏红，苔薄黄，脉弦。治宜疏肝解郁，活血祛风。常用药物有当归、郁金、益母草、白蒺藜、香附、茯苓等。

肝肾不足证：皮损表现为明显性脱色白斑，边界截然，颜色纯白，或局限于一处，或泛发于各处，脱色斑内毛发变白，病程较长，发展缓慢，治疗效果不显著，多有家族史等。舌质淡，苔薄，脉细弱无力。治宜滋补肝肾，养血祛风。常用药物有首乌藤、黑芝麻、女贞子、熟地、枸杞子、仙茅等。

气滞血瘀证：皮损多为不对称性白斑，边界清楚，多发于外伤或其他皮肤损伤后，白斑

色偏暗，可有轻微疼痛感。斑内毛发变白，病情进展缓慢，疗效缓慢等。舌质紫暗或有瘀斑，苔薄，脉细涩。治宜活血化瘀，祛风通络。常用药物有红花、桃仁、刘寄奴、丹参、威灵仙、川芎、老葱、鲜姜等。

气血两虚证：皮损表现为白斑颜色较淡，边缘模糊不清，发展缓慢。舌质淡，苔薄，脉细无力。治宜补益气血，疏散风邪。常用药物有黄芪、当归、赤白芍、旱莲草、防风、白术、鸡血藤等。

血热风燥证：皮损表现为白斑色泽光亮，好发于头面部或身体的上半部。发病比较迅速，蔓延较快。舌质干红、苔少，脉细数。治宜养血润燥，消风祛斑。常用药物有生地、丹参、桑白皮、白僵蚕、防风等。

脾胃虚弱证：皮损表现为白斑颜色萎黄，好发于面部及口唇，小儿多见，病情发展比较缓慢。舌质淡，苔白，脉象虚弱。治宜调和脾胃，益气养血，润肤。常用药物有党参、黄芪、山药、当归、丹参、防风、砂仁、白附子等。

心肾不交证：皮损多发生于一侧肢端，常沿着一定的神经区域分布。好发于青壮年，常突然发病，病程短而发展较快，发病前常有一定的神经精神因素。舌质红，苔薄白，脉弦细。治宜交通心肾，滋阴养血。常用药物有熟地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、党参、白术、黄连、五味子等。

李曰庆^[8]将白癜风辨证分为三型。

肝郁气滞证：白斑散在渐起，数目不定；舌质正常或淡红，苔薄，脉弦。治宜疏肝理气，活血祛风，方用逍遥散加减。

肝肾不足证：多见于体虚或有家族史的患者。病史较长，白斑局限或泛发；舌红少苔，脉细弱。治宜滋补肝肾，养血祛风，方用六味地黄丸加减。

气血瘀滞证：多有外伤史，病史缠绵。白斑局限或泛发，边界清楚等；舌质紫暗或有瘀

斑、瘀点，脉涩。治宜活血化瘀，通经活络，方用通窍活血汤加减。

(二) 验方证治

袁绍文^[9]用“养阴活血汤”治疗白癜风60例，结果：痊愈46例，显效9例，有效3例，无效2例，总有效率为96.67%。

卢明义等^[10]用消癥汤治疗白癜风600例，总有效率98.5%。

邢继霞等^[11]用补肾活血祛风汤治疗白癜风36例，结果：显效3例，有效11例，好转13例，无效9例，总有效率75%。

宋业强^[12]应用消白饮治疗白癜风40例，结果：治愈率、总有效率分别为32.5%和80.0%。

另外配合外治法治疗该病，较能取得满意的疗效。

五、历代治疗白癜风常用的外用药物

解毒杀虫止痒药：硫黄、雌黄、雄黄、蛇床子、商陆、石黄、川槿皮等。

拔毒化腐生肌药：水银、砒霜、密陀僧、轻粉、铅粉等。

解表药：防风、羌活、生姜、藁本、大葱、浮萍等。

化痰止咳平喘药：南星、皂荚、杏仁、贝母、桑白皮等。

祛风湿药：天雄、川乌头、草乌、桑枝、防己等。

温里药：附子、肉桂、吴茱萸、丁香、干姜等。

白癜风虽然是一种常见的皮肤病，但无论是西医学，还是中医学，都认为白癜风的发病机理在于体内，单纯性的对外表的治疗很难达到治愈的目的。坚持治疗很重要，愈后需巩固一段时期，有助于防止疾病的复发。进行期慎用刺激性药物，勿损伤皮肤，衣服需宽大。注意劳逸结合、心情舒畅等。多进食豆类及其制

品。注意锻炼身体，适度接受日光浴，增强自身体质和免疫力等。

参考文献

- [1] 杨国亮. 皮肤病学. 第一版. 上海: 上海医科大学出版社, 1992.603.
- [2] 隋·巢元方著南京中医学院校释. 诸病源候论校释. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 1983, 7.
- [3] 王侠生, 廖康煌. 杨国亮皮肤病学. 第一版. 上海: 上海科学技术出版社, 2005.650.
- [4] 刘瓦利. 白癜风. 第一版. 北京: 科学技术文献出版社, 2001.11.
- [5] 中国中西医结合皮肤性病学会色素性皮肤病学组. 白癜风的临床分型及疗效标准. 中华皮肤科杂志, 1995.28.212.
- [6] 徐宜厚. 中医皮肤科诊疗学. 第一版. 湖北: 湖北科学技术出版社, 1986.269.
- [7] 刘瓦利. 白癜风的中医辨证与治疗. 中国临床医生杂志, 2005; 33(2): 50.
- [8] 李曰庆. 中医外科学. 第一版. 北京: 中国中医药出版社, 2002.173.
- [9] 袁绍文. “养阴活血汤”治疗白癜风60例. 江苏中医, 2001; 22(6): 27.
- [10] 卢明义, 卢俊芳. 消癥汤治疗白癜风600例. 河北中医, 2002; 24(4): 254.
- [11] 邢继霞, 邢继华. 补肾活血祛风汤治疗白癜风疗效观察. 辽宁中医杂志, 2003; 30(2): 126.
- [12] 宋业强. 消白饮治疗白癜风的临床与实验研究. 四川中医, 2004; 22(5): 75.



谈谈糖尿病的自我保健—— 饮食与运动疗法

新加坡·倪炜程

近几年来，糖尿病已成为全世界许多国家的常见病，多发病，其病死率已居肿瘤，心血管疾病之后的第三位。据估计，本地人口大约有10%的糖尿病患者，而有很多还没被发觉。随着社会的越加繁华和发达，食物的过度精细，加工和可以24小时不断的供应，血糖飙升和失控已不可避免。糖尿病及并发症是全球性严重的公共卫生问题，为了预防糖尿病及其并发症的发生，世界卫生组织提出了对糖尿病的治疗措施四大原则：1. 糖尿病教育 2. 合理饮食 3. 适当运动 4. 药物治疗。

在药物治疗方面，中西医都积累了丰富的临床经验，其中以中西结合类药有一定的优势，中药在功能上与西药有协同降糖作用，也发挥中药调理治本特点，减少了西药副作用。糖尿病能否有效控制好最重要是要糖尿病患者本人及其家属掌握糖尿病方面基本常识，才有可能自觉地配合治疗，自觉地执行饮食及各种

治疗方案。糖尿病良好控制和达到治疗目标，要求至少一个半医生来完成。一个医生为专业医师，半个医生意指糖尿病病人本人必须成为自我保健，自我护理的医生。

医学之父希波克拉底曾说过：“食物就是最好的药物”，中国古代食医常说：“病从口入”，显示出饮食的重要性，饮食疗法被普遍视为糖尿病的最基本治疗方法。中医辨证必先求因，饮食劳倦是糖尿病主因。目前物质丰富，生活富裕，膏粱厚味，辛辣煎炒，容易炼津耗液，加以工作劳形，肾精亏损，促使糖尿病形成。糖尿病饮食疗法的原则是“在规定的热量范围内，达到营养平衡的饮食。”为保证营养平衡，应鼓励吃“粗粮”即含高纤维，血糖指数低的碳水化合物，减少脂肪，胆固醇与盐的摄入，提倡使用含不饱和脂肪酸的植物油，而少用富含饱和脂肪酸的猪油，奶油和其他的动物油。糖类食物不能多吃亦不能少

吃,更不可不吃,要按规定的量吃,最好均匀地吃。可选木糖醇,山梨醇,甜叶菊,蜂蜜及含果糖多的食物来代替。食物多样化是获得全面营养的必要条件,应该主食粗细配搭,副食荤素均有,并避免进食高胆固醇的动物内脏、鱼籽、蛋黄等,一般主张每日胆固醇摄入量应低于**300mg**。均衡饮食中淀粉和糖类比例应介于**50%-60%**,可日常人们的摄取量却高达**80%-90%**。什么是淀粉和糖类呢?米粮,面包,面条,糕点,饼干,甜品,冰激凌,糖果,巧克力,炼奶,牛奶,水果(特别是甜的)。别以为只有成人会患上,小孩大量磕糖也会患上糖尿病。糖尿病患者饮食不易太咸,以偏淡为好,一般每日食盐用量在**10g**以下,约相当于**4g**钠,糖尿病合并肾病水肿时,钠盐摄入量要更低。机体主要需要**3**大营养元素来维持生命:碳水化合物,蛋白质,脂肪以及维生素和矿物质,在热量卡路里分配上,碳水化合物占**50%-60%**,蛋白质占**20%**,脂肪占**20%**,**10%**维生素。“高纤维少糖饮食法”由詹姆士安德森医生所提倡,这种饮食法主要鼓励病人大量摄取五谷杂粮,豆类,粗纤维,蔬菜,严格限制精制糖与油脂类摄取。最理想糖尿病饮食原则是摄取大量植物和蔬菜水果,低糖水果最好在两餐之间(跟正餐间隔**2-3**小时)或睡前吃,不宜饭后马上吃,避免餐后高血糖危害。病情尚未控制,血糖较高时,最好不要吃水果,在病情得到控制后,可选含糖量低的水果如李子,桃子,枇杷等,而不吃含糖高如香蕉,龙眼,荔枝,榴莲,甘蔗,葡萄,石榴等,而一些含糖量中等或偏低的水果,糖尿病患者可选择食用,如中等含糖的苹果,梨,柚子,橙子,橘子等,含糖量偏低的草莓,奇异果等,上述水果每天食用量应不超过**200g**,草莓可放宽到**300g**。西瓜口感很甜,但它的糖分含量并不高,糖尿病患者可食用,每次食用量应不超过**500g**(含西瓜皮重量)。所谓高纤维食物是指蔬菜水果,即玉米,白菜或者是绿豆,甚至麦片等。尽量多摄取鱼肝油,因鱼肝油属于好

的油脂,能有效保护心脏,鱼类可多吃,少吃鸡肉,牛肉,猪肉因肉类含有较高胆固醇。喝酒要适量,最好别喝,因酒精每克含**7**大卡热量,喝酒除伤肝外,还会发胖。老年糖尿病多属**2**型,体内尚存一定的胰岛素分泌功能,加之活动量减少,耐受低血糖的能力较年轻患者差,少量进食可避免饮食数量超过胰岛素的负担而使血糖升得过高,定时多餐又可预防出现低血糖,维持血糖稳定,减少各类并发症的发生。周氏用山药蒸熟去皮,每日适量食之或蚕蛹炒香随意食用,并可用猪胰,牛胰逐日做菜食之,亦可焙干研粉,日食**10-15g**,取其以脏补脏之意。猪胰据《本草经疏》:“猪胰盖是甘寒润泽之物,甘寒则津液生,润泽则垢腻去”,又《本草图经》指出猪胰“主肺气,干胀……润五脏”。具益肺润燥之功。冯氏鼓励多食南瓜,苦瓜等瓜类物质,其认为南瓜含大量果胶,在肠道形成胶状物,能延缓肠道对糖及脂肪的吸收。苦瓜里含有有胰岛素样物质,能有效降糖,对便秘者多食含纤维素多食物,如芹菜,韭菜等。饮茶者则提倡喝绞股蓝茶有利降糖,降脂,降压。肉类主菜以选海鲜或鸡肉等优质动物蛋白,植物蛋白如黄豆,绿豆对控制血糖,血脂有利。多食青菜,可补充大量维生素,疏通肠道,可充饥,减少糖尿病吃不饱感觉,可配合药膳应用在茶饮上,百合玉竹茶,可滋阴润燥,罗汉果茶甜而无糖成分,富含维生素**C**。

中医不但认识到饮食因素,环境条件,酒色过度及体质因素对糖尿病的影响,同时更加重视七情失调,精神因素与糖尿病发生,发展的内在联系,研究发现人在面临压力时会有肾上腺皮质激素分泌,血压,血糖升高。某些病人单纯用药物治疗往往效果不理想,配合以心理疗法,常能收到事半功倍或单纯药物达不到的效果。正如《儒门事亲》所云:“不减滋味,不戒嗜欲,不节喜怒,病已而复作”。谭氏用鳝鱼汤:黄鳝**250g**去内脏切块略加油煎(畏腥者可加少许姜汁),蚕茧**10**个,瘦猪肉

100g, 放在瓦煲中加水1000ml, 慢火煎至一碗, 用以佐膳, 每日一次, 连服四周为一疗程, 可连服三个疗程。对糖尿病患者需长期服药而心理压力帮助很大, 黄鳝中有“黄鳝鱼素A”与“黄鳝鱼素B”具有显著降血糖作用, 蚕茧甘温, 能泻膀胱相火, 引清气上潮于口, 止消渴, 以色黄已出娥者为佳。

法国思想家与哲学家伏尔泰有句名言: “生命在于运动。”运动不仅对正常人的健康有益, 而且也是治疗糖尿病的主要方法。因生活方式改变, 交通工具日益发达, 步行机会减少, 活动量减少, 能量消耗减少而导致肥胖。二型糖尿病该型患者多数肥胖, 其肥胖主要集中在腹部, 并与遗传密切相关, 肥胖患者机体对胰岛素敏感性降低, 对于年龄超过40岁, 而且逐步有体重增加趋势的应加强体育锻炼, 选择散步(快步走), 健身跑, 瑜伽, 短程游泳, 练太极拳, 气功等中等强度耐力性体育运动。糖尿病属虚证, 需以补法调整, 只要勤练气功, 应针对胰脏作强化, 活化气血循环或让胰脏火气排除。实验证明练气功后, 人体淋巴细胞转化率明显升高, 而淋巴细胞是免疫系统的主导者, 可提高人体免疫力。瑜伽, 太极, 气功这些东方流传下来的运动具有很好的养生作用, 这些运动讲究身心两方面的配合, 讲究呼吸, 气和动作的配合, 不仅锻炼了身体, 同时也锻炼了心理和精神。糖尿病患者理想的运动—有氧运动具有: 1. 可减轻体重。2. 降低血糖, 热量最直接的来源便是糖, 2型糖尿病患者可控制饮食, 并配合适当运动, 可减用药或胰岛素用量, 1型糖尿病患者可通过运动以改善身体对胰岛素的利用率。3. 预防并发症。4. 消除压力。有资料报道, 每周运动3次, 每次半小时, 可使胰岛素敏感性提高30%, 但运动要持之有恒, 如果运动间歇超过3-4天, 运动的效果及蓄积作用将减小, 难以产生疗效, 因此, 运动不应间断太长时间, 每周应安排3-4天, 每天运动两次共1小时。运动量过大或过小都不可取, 运动量大不但起不

到治疗糖尿病的作用, 反而会升高血糖, 加重病情, 运动量小就根本起不到对糖尿病的治疗作用, 如平时悠闲地散步, 因活动量太小, 达不到治疗量。

现代医学的观点认为, 患糖尿病的主因是饮食结构不合理, 吃了过多高热量, 高脂肪的食物, 使能量过剩, 导致肥胖, 从而加重了胰岛的负担。如何减轻胰岛负担? 医生会开给你一张特别的处方, 上面写着八个字: 控制饮食, 加强运动。这对于糖尿病前期和糖尿病期很重要, 国内外资料表明, 此时进行饮食和运动防治, 可使50%-60%糖尿病前期患者不发展为糖尿病, 免去终身之苦。可使糖尿病患者血糖控制在正常水平, 就有可能预防并发症或伴发病的发生。糖尿病是终生性疾病, 需长期坚持合理地治疗, 即使病情理想控制, 也要坚持饮食和运动治疗, 配合药物, 树立战胜疾病的决心和信心, 并定期到医院复查, 这样才可长期稳定地控制病情, 就可防止或延缓糖尿病并发症的发生和发展。

参考文献:

- [1] 章正如著 章正如临床经验辑要 中国医药科技出版社 2000, 4第一版。
- [2] 周仲瑛著 中国百年百名中医临床家丛书 中国中医药出版社 2004, 5第一版。
- [3] 熊曼琪, 邓兆智主编 内分泌科专病与风湿病中医临床诊治 2005, 2第二版。
- [4] 阎德文著 糖尿病保健新知识 海天出版社 2000, 5第一版。
- [5] 范冠杰主编 专科专病名医临床经验丛书 人民卫生出版社 2002, 2第一版。
- [6] 中西名医合著 糖尿病完全百科 吉林科学技术出版社 2008, 1第一版。
- [7] 武文慧主编 新世纪家庭食疗保健实用手册 营养治病 中央编译出版社 2001, 12第一版。
- [8] 李俊德总主编 任继学经验集 人民卫生出版社 2009, 5第一版。
- [9] 张钢钢总编 糖尿病独特秘方绝招 中国医药科技出版社 1996, 5第一版。
- [10] 高彦彬赵惠玲编著 百病百问沙龙丛书—糖尿病防治 345问 中国中医药出版社 1998, 9第一版。

中西医结合 在肺癌临床诊治中的应用

新加坡·杨竣联

【摘要】在中、西两大医学文明激烈碰撞、发展极不平衡的今天，“多元共生，多元互补”是可贵而确实必要的。在两相结合的过程中，它们之间的相互关系的正确处理是治疗成功与否的关键，当中涉及到平衡以及合理性的问题。在积极探索如何通过中、西医相结合，以成功防治肺癌的临床诊治上，掌握两者之间既有的共性与差异，进而扬长避短，存其各异；在统摄的理念上，集现代医学治疗水平的局部之精，结合传统医学整体治疗之全，应是中西医结合在肺癌临床诊治中的圆融之道。

【关键词】肺癌；中西医结合疗法；益气养阴

肺癌(Lung Cancer)为原发性支气管肺癌(Primary Bronchogenic Carcinoma)的简称。绝大多数肺癌是肺部恶性上皮细胞肿瘤，由上皮细胞病变而造成。肿瘤细胞源于支气管黏膜或腺体，常有区域性淋巴结转移和血行播散。早期常有刺激性咳嗽、痰中带血等呼吸道症状，病情进展速度与细胞生物学特征有关。肺癌是我国常见的恶性肿瘤之一，男女合计发病率居所有肿瘤的第三位。据新加坡癌症登记处所公布的数据显示，从2005年至2009年的五年间，平均每天即出现3个新病例，且有逐年增加的趋势。教人担心的是，本病预后差、死亡率高，痊愈率只有10%-15%。而且患者绝大多数是华人：男患者中，华人占了87.4%；女患者中，华人更高达89.1%之多。

在以往的中医学域中，肺癌大多数以所出现的症状、体征为主予以命名。根据其临床表现，中医古籍有关本病的论述散见于“肺积”、“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”等病证中。随着西医系统理论的引入，现代中医学开始比较系统地，从多角度、多层面去开展

对肺癌进行研究。时至1997年，中国国家技术监督局为更符合本病的规律性，实施中西医并轨，在《中西医病名对照目录》^[1]中，为本病统一命名为“肺癌”。同年，中国国家级规划教材《中医内科学》(第六版)^[2]，即将肺癌纳入“气血津液病证”之“癌病”范畴内，并较为具体而现代化地充实了肺癌的内容。

从中医学的角度而言，肺癌为肺之积聚，乃在脏腑气血失和、正气亏虚的前提下，有形之病理产物痰浊、瘀血、癌毒、病理邪气相侵等，交结聚集所致。尽管当前肺癌的中医辨证分型依旧多样性、标准不一，医家们往往根据各自的临床经验制定分型。但根据七版《中医内科学》，从痰、瘀、热、虚、毒等重点病机着陆，并以整体为纲进行辨证分型，已将其归类为四大证型。即：痰湿蕴肺证，治宜健脾燥湿、行气祛痰。临床常以二陈汤合栝蒌薤白半夏汤为基础方加减；瘀阻肺络证，治宜行气活血、散瘀消结。临床常以血府逐瘀汤加减；阴虚热毒证，治宜养阴清热、解毒散结。临床常以沙参麦冬汤合五味消毒饮为基础方加减；以

及气阴两虚证, 治宜益气养阴。临床常以生脉散百合固金汤加减^[3]。实际上, 肺癌的发病是一个复杂的动态变化过程, 由于肺脏本身的生理病理特点, 决定了肺癌发病过程中证候变化的多样性和病机变化的复杂性。故临床所见的病例多出现复合性证候, 同一患者可同时兼具多种中医证型。

大量的临床研究证明, 中医证型在西医分期的各期分布中, 有极显著差异肺癌因组织病理学类型的不同, 其生物学行为、预后亦有所异, 且与本病的中医证型有一定的共性。中国中西医结合学域总结30年间的研究发现, 虚证、痰证和瘀证皆为肺癌较特异性的中医证候。其中, 气阴两虚和阴虚内热证占全部病例绝大部分, 痰瘀互结是预后不良的一个重要指标。早、中期多出现痰湿蕴肺证及瘀阻肺络证, 而“气阴两虚、痰瘀互阻”是中、晚期非小细胞肺癌患者最常见的证型。

其次, 鳞状肺癌(Squamous cell carcinoma, SCC or SqCC)以痰湿阻滞型及气阴两虚型为主; 肺腺癌(或称腺瘤肺癌Lung Adenocarcinoma)以阴虚内热型为主; 大细胞未分化癌(简称大细胞癌Large-cell lung carcinoma, LCLC)多表现为气血瘀阻型为主; 肺泡细胞癌(或称支气管肺泡癌Pure Bronchioloalveolar carcinoma, BAC)则多为肺肾两虚和痰湿阻肺型。另外, 许多相关的免疫学指标已陆续被采用。研究发现, 肺癌患者外周血T淋巴细胞亚群、NK细胞与中医证型具有一定相关性, 如瘀阻肺络证及痰湿蕴肺证处于邪实正盛期, 细胞免疫功能表现为CD3⁺、CD4⁺的值, 明显高于虚证的病患; 气虚血瘀证的患者往往免疫功能低下, 并有血液高凝倾向等, 皆可作为反映肺癌患者不同证型的参考指标, 从而有利于判断病情并指导治疗。

另外, 肺癌中医证型与国际TNM肿瘤分期具有相关性。在TNM分期系统中: T即“Primary Tumor”的代号, 指肿瘤原

发灶的情况。原发肿瘤不能确定, 或痰细胞及支气管冲洗液发现癌细胞, 但支气管镜检查未见肿瘤淋巴结未受累时, 用TX表示。无原发肿瘤证据, 以T₀表示。随着肿瘤体积的增加和邻近组织受累范围的增加, 依次用T₁~T₄来表示; N为“Node”, 表示区域淋巴结(Regional Lymph Node)的受累情况。淋巴结转移情况无法判断时, 用N_x表示。淋巴结未受累时, 用N₀表示。随着淋巴结受累程度和范围的增加, 依次用N₁~N₃表示; M则为“Distant Metastasis”, 提示肿瘤转移(通常是血道转移), 无法评价有无远处转移时, 用M_x表示。没有远处转移者用M₀表示, 有远处转移者用M₁表示。其中, M_{1a}指对侧肺叶内转移结节并胸膜结节, 或恶性胸膜(或心包)积液; M_{1b}则指胸腔外的远方转移。在此基础上, 用TNM三个指标的组合(grouping)划出特定的分期(stage)。

美国癌症协会(AJCC)/国际抗癌联盟(UICC)于2009年10月公布的第七版癌症分期, 并已从2010年1月1日开始在全球性公布生效的新版TNM分期, 其更新要点为T分期: 首先, 广州医学院附属肿瘤医院胸外科薛兴阳将T₁期进一步划分为T_{1a}期(≤2cm)和T_{1b}期(>2cm, ≤3cm), 这是因为在没有淋巴结转移的患者中, T_{1a}和T_{1b}者的5年生存率有一定差异(51%对47%); 其次, T₂期进一步划分为T_{2a}(>3cm, ≤5cm)和T_{2b}(>5cm, ≤7cm), 其原因是在没有淋巴结转移的患者中, T_{2a}和T_{2b}者的5年生存率相差14%(45%对31%); 再者, 将以往分期中肿瘤>7cm的T₂期归为T₃期, 因为两者具有相似的中位生存期; 另外, 将以往T₄分期中原发肿瘤所在肺叶内出现转移结节归为T₃期, 这是因为此类患者的5年生存率(25%)明显优于T₄期患者(7%)。

目前, 西医治疗肺癌的常规方法主要为手术、放疗、化疗及分子靶向药物治疗等。

肺癌第一至第三期则分别依照治疗大小, 侵犯程度, 肺门及纵膈淋巴结转移情形分

之，第一期以外科手术治疗为主；第二期在手术后一般会进行化疗。目前治疗原则上较有争议的为第三A期，以往仍是以手术治疗为主；至於第三B及第四期，则不适合外科手术治疗。

临床上发现的首二期肺癌病例只占两成左右，第三和第四期各占约四成。肺癌迟被发现的原因，主要是因为初期症状不明显，多出现咳嗽、气喘或吐血，而这些症状也往往出现在其他肺部疾病如肺炎、肺结核等。有些患者是出现头痛或骨痛作检查，才发现罹患肺癌，病情往往已相当严重。有鉴于此，2010年美国发表的一项研究报告具有重要的临床意义。该报告显示，接受电脑断层扫描(CT Scan)与接受胸部X光人群作比较，前者死于肺癌的人数少两成。因此，在适当的情况下，医生可选择为疑似病患进行电脑断层扫描，以协助诊断。

归纳各种数据显示，肺癌TNM I期以痰浊之证为主；II期以气虚型及热毒之证为多；III期及N I期则主要为气阴两虚；阴虚及阴阳两虚则以IV期为多。总体而言，肺癌TNM I、II期多以实证为主，正虚表现不明显；III、IV期肺癌患者虚证渐多，实证渐少。可见，痰证、瘀证及虚证皆是肺癌病情预后的实用指标。由以上的临床观察阐明，随着TNM分期的增高，虚证发生率亦逐渐升高，属于气阴两虚型的可能性增大，具有统计学意义，可作为临床辨证论治及疗效评价的依据。^[4-10]

事实上，肺的生理特点，决定了气阴两虚是形成肺癌的基础。从中医学理论的观点而论，肺为娇脏，喜润恶燥，易受内外燥热毒邪侵袭而致病。临床常表现为气阴不足的证候，肺阴亏损，痰瘀胶结是发病基础。简而言之，本病乃气阴两虚，因虚致实，本虚标实，病位在肺，与肝、脾、肾密切相关，阴虚、痰凝、血瘀、痰瘀胶结于肺，日久而成肺部肿瘤。

无论是中医或是西医学界都必须承认，虽然各种肺癌的治法，包括手术、放疗、化疗、中医药治疗、靶向治疗、免疫治疗等，已日趋

先进，但截至目前为止，还没有任何一种治疗手段能单独地彻底治愈肺癌。越来越多的科研报告表明，选择以中西医结合治疗肺癌，较单纯的西医或中医治疗，能更充分地发挥各种治疗方法在肺癌各阶段中的作用。在治疗的选取上，手术治疗是早期肺癌的优先选择；淋巴转移显著者，于手术前可辅以化疗或放疗。术前、术后并用中医中药治疗，可望提高手术切除率，促进术后康复，甚至提高生存率。

传统中医学认为，手术耗伤气血。肺癌术后患者常有气血不足、脾胃虚弱的表现，故临床中常配用扶正中药，以改善或恢复肿瘤患者紊乱的免疫功能状态。故对于早期行手术切除的肺癌病人，辅以扶正中药，可提高术前之应激能力，利于手术顺利进行，并避免手术创伤对机体的免疫功能造成影响；还能保持机体内环境的稳定性，调整并提高机体免疫状况，促进和增强机体的网状内皮系统的吞噬功能，通过增强机体的细胞免疫功能，从而防治术后肿瘤的生长、转移。研究得较多的扶正单味中药有黄芪、玄参、西洋参、石斛、浙贝母、南北杏、百合、薏米、麦冬等。至于复方如百合固金丸、补中益气汤、沙参麦冬汤、生脉散等加减亦有报道。

此外，临床实践显示应根据病人的不同情况，配合活血化瘀、清热解毒等多种方法综合治疗。如在常规的扶正治疗原则上，若患者术后伤阴较重，虽无气滞血瘀证，但被检察出血液处于高凝状态，可谨慎地施用活血化瘀类药物，以防止血栓、瘤栓的形成和瘤细胞的黏附。其中，莪术、三棱、红花、赤芍等对肿瘤细胞具有抑制作用，而对正常细胞却不然，即具有特异性。由于肺癌患者正气多已受损，其治疗不耐一味猛烈攻伐，故应根据患者的体质状况和耐受性，把握用量、用法及用药时间，方能收到预期的效果。同时，不应单独全程使用猛烈峻伐之品于肺癌的诊治上，应在扶正培本的基础上适量佐予，或在肿瘤发展的某一阶段慎用此类药品。

晚期恶性肿瘤患者发热的原因除感染外,大多与迅速增长的癌肿发生坏死,肿瘤组织内炎性白细胞浸润及肿瘤细胞释放致热原有关。清热解毒法则被认为能直接或间接地抑制癌细胞。它并不等同于西医的抗菌退热功效,除祛邪解毒消炎外,部分药物有促进机体免疫功能。作为手术的辅助治疗,术前应用清热解毒中药可为手术创造条件,扩大手术适应症,降低术后并发症。另一方面,它对术后化疗有增效的作用,可改善患者生活质量,使带瘤生存期延长。常用的药品有:苦参、夏枯草、半枝莲、白花蛇舌草等。

现代医学研究证实,组织水肿是肿瘤转移的内在相关因素。瘤体组织水肿,瘤细胞间凝聚力下降,癌细胞易脱离母体而入转移途径。另一方面水肿又可使组织纤维成分疏散,间隙加宽,组织结构抵抗力减弱,又是瘤细胞侵袭和转移的有利因素。化湿健脾药即能通过改善组织水肿来抑制肿瘤的转移。常用的药品有:薏苡仁、猪苓、瓜蒌、泽漆、刺五加等。

肺癌放射治疗分为根治性放疗和姑息性放疗。对于Ⅰ及Ⅱ期非小细胞肺癌,因患者拒绝手术或因某些原因不能手术者,可给予根治性放疗;姑息性放疗主要适合于晚期肺癌患者局部照射,以减轻症状、提高生活质量及肺癌颅脑转移的预防性照射。放疗在抑制肿瘤的同时,易并发急性放射性食管炎、肺炎、骨髓移植、胃肠道反应等,对多发性甚至转移性的疗效欠佳。中医药配合放疗可加强治疗作用。

临床上,可根据不同的症状,灵活地进行中西医结合治疗:益气养阴或滋阴清热类中药,可减轻放疗的毒副反应;某些活血化痰药,能扩张毛细血管、改善微循环及局部缺氧状况,增强放疗敏感性;健脾益肾类中药则有放射防护作用,能减轻局部损伤和骨髓抑制、改善受损脏器之功能、增强免疫功能,提升白细胞及血小板,使放疗能顺利完成,甚至可防止转移,减少远期后遗症。

化疗可缩小肿瘤的病灶,是Ⅲ-Ⅳ期非小

细胞肺癌和小细胞肺癌的治疗首选,但也存在着肿瘤细胞对化疗药不敏感,以及化疗后毒副作用大,导致患者体质变差而不能耐受,而无法完成化疗周期等问题。特别是脾胃、肝肾的气血化生和通降失调,引发以骨髓造血机能抑制、倦乏、胃肠功能紊乱(恶心呕吐、腹痛腹泻等)为特征的病症。配合健脾和胃、补气养血、补肾填精等中药,能减轻和改善上述毒副反应。科研显示,益气补肺之品结合化疗,能提高患者的细胞免疫水平,使NK细胞活力上调,进而调节机体的自身抗肿瘤作用,对化疗的耐受性亦相对地提高。

分子靶向治疗(Molecular Targeted Therapy)是在细胞分子水平上,针对已经明确的致癌位点(该位点可以是肿瘤细胞内部的一个蛋白分子,也可以是一个基因片段),来设计相应的治疗药物,药物进入体内会特异地选择致癌位点来相结合发生作用,使肿瘤细胞特异性死亡,而不会波及肿瘤周围的正常组织细胞。特别是当患者的体质评估比较差,或者有一些合并症,不能继续化疗,这个阶段可改为靶向治疗。

目前肺癌分子靶向治疗口服药物,包括肿瘤上皮生长因子受(Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR)抑制剂,如吉非替尼(Gefitinib)、厄洛替尼(Erlotinib)等。但此类药对缩小瘤灶可能不明显,也存在着一些不良反应如痤疮样皮疹、皮肤干燥、腹泻、恶心呕吐等。而采用中药辨证论治和辨病论治相结合,如益气养阴、祛瘀化毒、补肾健脾方药的治疗,必能发挥协同抗癌的治疗效应和减少药物毒副作用。

必须强调的是,肺属喜润恶燥之脏,而现代医学的各种治疗措施,却难免会加剧肺的气阴损耗。如,肺癌手术切除后,因手术损伤,耗气伤津失血,多表现为气阴两虚证,气虚尤为明显;放射线为“火毒”之邪,伤津耗阴,放射治疗后,多呈现阴虚内热证;化疗损伤脏腑气血,出现骨髓抑制,白细胞、血小板

减少,其毒副反应主要属气血阴液亏虚。有鉴于气阴两虚贯穿肺癌的始终,因此,益气养阴是治疗肺癌的主要治法。

唯在肺癌的病理过程中,气滞、痰凝、血瘀、热毒胶结于肺络亦是不容忽视的致病因素,故应体现同病异治的中医个体化治疗特色,针对肺癌的不同病理阶段,侧重以调补气阴,益气养血之品,配合理气豁痰、活血化瘀、清热解毒等法,作为中西医结合诊治肺癌的临床主轴。与此同时,须注意患者是原发性肺癌,还是其他脏器癌症的肺部转移,才能对症下药。

由于肺癌的早、中、晚三期气虚或阴伤轻重程度不一,因此,在不同阶段的用药及膳食调理,亦各有所异。早期患者气虚阴伤的程度较轻,对消化系统功能影响亦不大,可及时通过中医营养与食疗作为辅助治疗,审因用膳。一般选用性质较为平和之品,如芦根、天花粉、党参、白术、百合、生地等;中期气虚阴伤相对较重,可选用天冬、麦冬、石斛等;病至后期气阴两虚较甚,可选用西洋参、冬虫夏草、炙鳖甲、炙龟板等,甚至可以应用阴阳互济法,在益气养阴的基础上加用少许温阳填精之品。^[11-16]

咳嗽是各期肺癌病患皆会出现的病症,应斟酌情况,对症选用缓解症状之品:多痰者宜适量食用荸荠(马蹄)、杏仁、枇杷、茯苓、陈皮等;咳嗽咯痰,痰黄而黏,痰中带血适用鱼腥草、赤小豆、薏苡仁等以清热解毒,利尿排痰;咳喘者,宜用杏仁、莲藕以润肺平喘;出现痰热蕴肺之证者以白萝卜、胡萝卜等以宽中消积,降气化痰。平时宜食清肺润肺的银耳、百合、白果、莲子、梨、枇杷、竹蔗、菱角、罗汉果等品。

值得一提,银耳滋阴润燥,对慢性支气管炎、肺热咳嗽或肺燥干咳,都有一定的缓解作用。另外,还能增强巨噬细胞的吞噬功能、促进机体对癌细胞的抵御能力、人体免疫球蛋白、促进造血功能,以及增强对辐射的防御

作用;百合鲜品含黏液质,具有润燥清热作用,中医常用以治疗肺燥或肺热咳嗽等症。本品含秋水仙碱等多种生物碱,能抑制癌细胞的增殖,对白细胞减少症有预防作用,能升高血细胞,对化疗及放射性治疗后细胞减少症有疗效。百合在体内还能促进和增强单核细胞系统的吞噬功能,提高机体的体液免疫力,因此对多种癌症均有不错的防治效果。

根据个别肺癌病患的体质辨证,通过中西医有机地协调、配合治疗,并巧妙地融和“药食同源”的传统中医学理念于日常膳食中,提高患者治疗的依从性和持久性,势必能取得更好的疗效,进而提高生存质量。

参考文献

- [1] 国家技术监督局 GB/T16751.1-1997
- [2] 王永炎主编,中内科学. [M]. 上海:上海科学技术出版社,1997:91
- [3] 周仲瑛主编,中内科学. [M]. 北京:中国中医药出版社,2003:466-475
- [4] 施志明.原发性肺癌中医辨证分型与西医分期及细胞类型关系[J].中医癌症杂志,1998,8(4):317-318
- [5] 常胜.中医对肺癌的认识与规范化治疗[J].实用中医内科杂志,2009,23(7):49-50
- [6] 郭慧如,郑培永.肺癌证型规范化研究进展[J].辽宁中医杂志,2008,35(9):1330-1331
- [7] 李际强,徐凯,罗翌,等.肺癌患者中医证候分型与T淋巴细胞亚群及NK细胞的相关性研究[J].江西中医学报,2007,19(4):36-39.
- [8] 姚仕翔,黄磊.肺癌的中医证候研究[J].中外健康文摘,2011,8(18):425.
- [9] 曾亮,奚肇庆,吴成玉.肺癌中医证候与TNM分期及病理分期相关性研究[J].四川中医,2009,27(4):20-21.
- [10] 谢长生,王东健,潘磊,等.561例肺癌中医证型与TNM分期及病理类型的相关性探索[J].浙江中医杂志,2010,45(6):398-399.
- [11] 杨竣联.中医药与现代医学疗法的相辅相成之道[J].福建中医药,2007,38(5):50-51
- [12] 钱彦方.中医药对肺癌临床干预的思考[J].现代中西医结合杂志,2011,20(33):4301-4309
- [13] 林晓虹.中医药辅助治疗肺癌研究进展[J].武警医学,2011,22(9):812-813
- [14] 邓屹琪,黄俊珍,江耀广.刘伟胜教授论治肺癌浅析[J].广州中医药大学学报,2011,28(4):444-448
- [15] 李明花,丁金芳,黄云胜.中医药对肺癌免疫作用的研究进展[J].辽宁中医杂志,2008,10(10):32-33.
- [16] 张淑香.中药辨证治疗加化疗治疗中晚期非小细胞肺癌疗效分析[J].辽宁中医杂志,2010,37(4):659-660.

浅谈水肿证治法

新加坡·胡明珠

一、概说

水肿是体内水液潴留，泛滥肌肤，表现以头面、眼睑、四肢、腹背，甚至全身浮肿为特征的一类病证。

重者也可伴有胸水、腹水。

二、文献

1. 对水肿病因病机及证候的认识：

《内经》称水肿为“水”，有风水、水胀、石水、涌水等不同称谓。《灵枢·水胀》：“水始起也，目窠上微肿，如新卧起之状，……，足胫肿，腹乃大，其水已成矣。”（症状描述）《内经》认为水肿的成因为外感风邪，并明确指出发病机理与肺、脾、肾有关。《素问·水热穴论》：“肾者胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。上下溢于皮肤，故为跗肿。”“勇而劳甚，则肾汗出，逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤……，传为跗肿。”“故其本在肾，其末在肺。”（病因病机）

《素问·至真要大论》：“诸湿肿满，皆属于脾。”（病因病机）

《医学入门·水肿》提出疮毒致水肿的病因说。

2. 水肿的分类：

《金匱要略·水气病脉证并治》把水肿分为风水、皮水、正水、石水、黄汗五种，并按五脏分为心水、肝水、肺水、脾水、肾水。

《丹溪心法》、《济生方·水肿门》将水肿分为阳水、阴水两大类，此分类法对后世水肿病的辩证论治奠定了基础并产生较大的影响，至今临床上仍普遍采用。

3. 水肿的治疗：

《素问·汤液醪醴论》：“平治于权衡，去菀陈……，开鬼门，洁净府。”根据轻重缓急不同，采取发汗、利尿、荡逐水积等方法。

《金匱要略·水气病脉证并治》提出发汗、利尿两大治疗原则。“诸有水者，腰以下肿，当利小便，腰以上肿，当发汗乃愈。”并拟定越婢汤、越婢加朮汤、防己黄芪汤、防己茯苓汤、甘草麻黄汤、麻黄附子汤等治疗水肿的有效方剂。

《济生方·水肿门》提出温脾暖肾法——补法。

《仁斋直指方·虚肿方论》活血利水法治疗瘀血水肿。

《血证论》：“瘀血化水，亦发水肿。”

三、病因病机

1. 病机重点：

水肿发病的基本病理机转为肺失通调，脾失转输，肾失开阖，三焦气化不利。

病位在肺脾肾三脏，与心、肝、膀胱有密切关系，而其关键在肾。

病变性质多属本虚标实。阳水属实，多由外感风邪、疮毒、水湿而成，病位在肺、脾；阴水属虚或虚实夹杂，多由饮食劳倦、禀赋不

足、久病体虚所致，病位在脾、肾。

2. 病机转化：

阳水迁延不愈，反复发作，正气渐衰，脾肾阳虚；或因失治、误治，损伤脾肾，可由实转虚，阳水转为阴水。而阴水复感外邪，或饮食不节，导致肿势加剧，呈现阳水之候，成为本虚标实之证。

风水相搏者，若风邪表证已解，而水湿不化，可转化为水湿浸渍证，病变脏腑由肺转脾；水湿浸渍，湿从寒化，寒湿伤脾则转化为脾阳虚证，脾阳虚可进一步发展为肾阳衰微；若湿从热化，可转化为湿热壅盛之证，湿热伤阴，日久则表现为肝肾阴虚。此外，肾阳衰微，阴损及阳，最终导致阴阳两虚。水肿各证，日久不退，水阻经隧，络脉不利，水停瘀阻，水肿每多迁延不愈。

3. 转归：(阳水易消、阴水难治)

① 初发年少，脏气未损，及时治疗，病可向愈。

② 因饮食不足所致水肿者，饮食条件改善后水肿可愈

③ 禀赋不足、久病失治，正气虚损、脾肾功能严重受损，后期波及心、肝诸脏，病情恶化，则难向愈。

诊断要点：

1. 水肿从眼睑或下肢开始，继则累及四肢全身。

2. 程度有轻有重，轻者仅眼睑或足胫浮肿，重者全身尽肿，甚则气喘不能平卧

辨证论治：

(一) 辨证要点

1. 辨阳水阴水

阳水特点：发病急，病程短，多表现为表、热证、实证。多因风、湿、热、毒诸邪导致水气内停所致，水肿多由上而下，先见眼睑、颜面浮肿，继则遍及全身，皮肤绷急光亮，按之凹陷易复，可伴烦热口渴，小便

短赤，大便干结等症。

阴水特点：发病缓，病程长，多表现为里、寒证、虚证或本虚标实证。多因脾肾虚弱，气不化水，久则可见瘀阻水停。水肿多由下而上，先见于足踝部浮肿，继而累及全身，水肿部位皮肤松弛，按之凹陷而不易恢复，可伴神疲气怯，小便少，大便溏薄等症。

2. 辨外感内伤

外感特点：发病急，病程短，以邪实为主，多兼有表证(恶寒发热、头身疼痛，脉浮等)。

内伤特点：发病缓，病程长，正虚为主，兼见气虚、阳虚或阴虚等证。

(二) 治疗原则

水肿治疗基本原则：**1、发汗 2、利尿 3、泻下逐水**

阳水—表、热、实证—祛邪为主—发汗利尿逐水，同时配合清热解毒、理气化湿等法。

阴水—里、寒、虚证—扶正为主—健脾温肾，同时配合利水、养阴、活血祛瘀等法。

(三) 证治分类

阳水

1. 风水相搏：

证见初起眼睑泛肿续见四肢及全身水肿，来势迅速，小便不利，伴恶寒发热，肢体酸痛，或见咳嗽气粗。

病机：风邪袭表，肺气闭塞，通调失职，风遏水阻。

治宜宣肺利水

方药：越婢加术汤加减

该方主要作用在于宣肺发汗、兼以健脾化湿，通过宣肺行水、开发腠理达到利水消肿的目的(肺脾同治)。

加减：

① 水肿较甚者，加浮萍、茯苓、泽泻以

疏风、清热、利湿。

② 风寒偏盛，去石膏、加苏叶、桂枝、防风祛风散寒。

③ 风热偏盛、咽喉红肿疼痛，加金银花、连翘、板蓝根、桔梗、牛蒡子、鲜芦根以疏风清热利咽。

④ 喘咳甚，加杏仁、前胡、桑白皮等以降气定喘

⑤ 卫表不固、汗出恶风，方用黄芪防己汤(汉防己、生黄芪、白术、甘草、生姜、大枣)或玉屏风散(黄芪、白术、防风)

2. 水湿浸淫证

证候是起病缓慢，病程较长，全身水肿，按之凹陷，小便少，胸闷腹胀，身重困倦，

病机：疮毒内归脾肺、三焦气化不利、水湿内停

治法：祛邪解毒、利湿消肿

方药：麻黄连翘赤小豆汤合五味消毒饮

前方功效：宣肺利水 主治风水在表之水肿

后方功效：清热解毒 主治疮毒内归之水肿

《诸病源候论》，“诸恶疮皆由风湿毒所生也”湿毒浸淫型水肿特点就是发生在皮肤疮毒之后。

3. 湿热壅盛证

证见遍体浮肿，皮肤绷紧光亮，腹大胀满，烦热口渴，小便短赤，大便干结。

治法：分利湿热

方药：疏凿饮子

功能主治：泻下逐水，疏风发表，主治水湿壅盛表里俱病的阳水证。

疏凿饮子通过疏散、破结、淡渗、利窍(内散外利)使上下表里之湿，分消走泄，散去湿热之结滞。

阴水

1. 脾肾阳虚证

证见水肿以腰下为甚，按之凹陷，不易恢复，脘腹胀满，面色浮黄或灰暗，纳少肢倦，尿少色清，便溏

证机概要：脾阳不振，运化无权，土不制水

治法：健脾温肾利水

方药：实脾饮加减

功能主治：健运脾阳以利水湿，适用于脾阳不足伴有湿困脾胃的水肿

常用药：

- 干姜、附子、草果仁、桂枝温阳散寒利水
- 白术、茯苓、炙甘草、生姜、大枣健脾补气
- 茯苓、泽泻、车前子、木瓜利水消肿
- 木香、厚朴、大腹皮理气行

加减：气虚甚可加人参、黄芪健脾益气；若小便短少，可加大桂枝、泽泻用量以助膀胱气化而行水。

类症鉴别：另有一型水肿，由于长期饮食失调，脾胃虚弱精微不化而见遍身浮肿，面色萎黄，晨起头面较甚，动则下肢肿胀，能食而疲倦乏力，大便如常或溏，小便反多，舌苔薄腻，脉软弱，与上述水肿不同。此由脾气虚弱，气机不利，不能运化水湿所致。治宜益气健脾，行气化湿，不宜分利伤气，可用参苓白术散加减。

2. 肾阳虚衰证

证见面浮，腰以下肿甚，腰酸重，尿少，四肢厥冷，畏寒，神倦，舌胖大。

证机概要：脾肾阳虚，水寒内聚

治法：温肾助阳，化气行水

方药：济生肾气丸合真武汤加减。

功能主治：济生肾气丸温补肾阳，真武汤温阳利水，二方合用适用于肾阳虚损，肾气化失司，影响膀胱的气化功能而导致的水肿。

常用药：附子，肉桂，巴戟肉，仙灵脾温补肾阳；白术，茯苓，泽泻，车前子通利小便；牛膝引药

水肿日久不退，肿势轻重不一，四肢或全身浮肿，以下肢为重。

3. 瘀水互结证

证见喉中痰粘，肢体久肿不愈，关节肿大，舌有淤斑，脉涩。

病机：水停湿阻，气滞血瘀，三焦气化不利。

治法：活血祛瘀，化气行水

方药：桃红四物汤合五苓散。

功能主治：桃红四物汤活血化瘀，五苓散通阳行水，适用于水肿兼血瘀者或水肿久病之患者。“久必兼瘀”，“久病入络”。

常用药：当归、赤芍、川芎、丹参养血活血；益母草、红花、凌霄花、路路通、桃仁活血通络；桂枝、附子通阳化气；茯苓、泽泻、车前子利水消肿。

加减：全身肿甚，气喘烦闷，小便不利，此为血瘀水盛，肺气上逆，可仿仲景葶苈大枣泻肺汤义，加葶苈子、川椒目、泽兰以泻肺行水，活血祛瘀；如见腰膝酸软，神疲乏力，乃为脾肾亏虚，可合用济生肾气丸以温补脾肾，利水消肿；阳气虚者，可配黄芪、附子益气温阳以助化瘀行水之功。对于久病水肿者，虽无明显瘀阻之象，根据中医学“久病入络”理论，临床上亦常合用益母草、泽兰、桃仁、红花等药，以加强活血通络，利尿消肿的效果，以防瘀水互结。

水肿的针灸治法

阳水

治则：疏风宣肺，健脾利水

处方：肺俞 列缺 三焦俞 水分 阴陵泉

方义：上部肿甚，治宜散发，肺俞乃肺经之气转输之处，配肺络列缺以宣肺，通调

水道；三焦俞调整气化功能；水分可分清浊为治水要穴；阴陵泉为脾经合穴，可健脾利湿行水。

阴水

治则：健脾温肾，利水消肿

处方：脾俞 肾俞 气海 水分 足三里 阴陵泉 三阴交

方义：下部肿甚，治宜分利，脾俞、肾俞，照海温补脾肾，以奏温阳利水之功；水分穴分清别浊以治水；三阴交调理脾肾，输布津液。

随证配穴 下肢肿甚—阴陵泉。

体会：水肿是各种致病因素使气化不利，津液输布失常，导致水液滞留，泛滥肌肤，以头面，眼睑，四肢及全身水肿为其临床特征，根据中医理论，此病与肺，脾，肾，三脏有着密切关系，以肾为本，以脾为标，而肺可利水，此三脏是水肿病机的关键所在，收及患者的特征，辨证施治，让患者早日康复。

另水肿从部位而言，水肿以头面为主，伴有恶风头痛者，多属风邪致病；水肿以下肢为主，伴纳呆身重者，多属湿邪为患；水肿而伴有咽痛溲赤者，多属热邪；因疮痍、猩红赤斑而致水肿者，多属疮毒致病。若水肿较甚，咳嗽较剧，不能平卧者，病变部位多在肺，为水邪上凌心肺，肺气不宣；水肿日久，纳食不佳，四肢无力，苔腻身重者，病变部位多在脾；水肿反复，腰膝酸软，耳鸣眼花者，病变部位多在肾；水肿以下肢明显。

另属患者劳逸结合，调节情志，避免过度疲劳，节制房事，免受不良的精神刺激。

浅谈“治未病”思想及应用

新加坡·董菁菁

【摘要】“治未病”的治病原则历史悠久，早在两千多年前的《内经》中就有“不治已病治未病”的预防思想。前人用“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱”来强调治未病的重要意义。这种医学理念在现代社会再次引起了人们的重视。

【关键词】治未病；理论；应用

一、治未病思想的渊源

“治未病”是指预先采取一些措施，防止疾病的发生、发展、传变及复发。是中医学的重要组成部分，是几千年来医疗实践的经验总结。“治未病”一词在中国古典医籍中首见于《黄帝内经》。《素问·四气调神大论》明确指出：“是故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！”体现了秦汉时代，医家就十分重视未病先防。

其实“治未病”的思想早在《黄帝内经》之前已萌芽。如《易经·既济·象》云：“水在火上，既济。君子以思患而豫防之。”反映了防患于未然的预防思想。《老子》第七十一章说：“圣人不病，以其病病。夫唯病病，是以不病。”这段话的意思是：圣人之所以不病，是因为他们把病当作病，正是因为把病当作病，才能够在平时注重养生保健，所以不病。春秋时代的管仲在《管子·牧民》中说：“惟有道者能备患于未形也，故祸不萌。”指出德行高尚的人能有所防备而避免祸患发生，也是推崇避祸防患的思想。《孙子兵法》也蕴涵着大量“治未病”思想的萌芽，如《孙子兵法·九变》指出：“用兵之法，无恃其不来，恃吾有以待也；无恃其不攻，恃吾有所不可攻也。”兵家这种“有备无患”的战

略指导思想，与后来《黄帝内经》“上工治未病”的指导原则有异曲同工之妙。这些思想影响到医学界，就被引申发展成为《黄帝内经》“治未病”的思想，对中医学理论体系的发展完善及指导中医临床具有重要意义。

二、治未病思想的含义

2.1 未病重养生

《素问·上古天真论》曰：“上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能与神俱，而尽终其天年”。又说“虚邪贼风，避之有时，恬愤虚无，真气从之，精神内守，病安从来”。指出了防御邪气和扶助正气的双重重要性。强调在未病之前就注意养生，防止疾病的发生。东汉华佗创五禽戏，晋代葛洪气功摄生法等，都是重视体育锻炼以健身养生，使血脉通畅，气机调达，体质增强，提高人体自身抵御疾病的能力。

欲病重预防

《素问·刺热篇》所述：“肝热病者，左颊先赤；心热病者，颜先赤……病虽未发，见赤色者刺之，名曰治未病。”《素问·八正神明论》曰：“正邪者，身形若用力汗出……上工救其萌芽……”及《灵枢·玉版》曰：“夫痼疽之生，脓血之成也，不从天下，不从地出，积微之所生也。故圣人自治于未有

形也，愚者遭其已成也。”都是指疾患刚发，但已出现某些先兆，或处于萌芽状态时，就应采取干预措施，防微杜渐，预防疾病的发生。这是治病的最高境界，也是衡量医术的重要标准：“上工救其萌芽……下工救其已成，救其已败。”《金匱要略》云：“若人能养慎，不令邪风干忤经络，禽兽灾伤，房室勿令竭乏，服食节其冷、热，病则无由入其腠理”。强调在疾病发作之先，把握时机，加以预防。

2.2 有病早诊治

《医学源流论》云：“病之始生浅，则易治；久而深入，则难治”，疾病初期，病位较浅，病情较轻，对正气的损害也不甚严重，故早期治疗可达到易治的目的。疾病在早期，就被治愈，那就不会发展恶化了。若等到病邪盛、病情深重时才治疗，就比较困难了。因为“邪气深入，则邪气与正气相乱，欲攻邪则碍正，欲扶正则助邪，即使邪渐去，而正气已不支矣”。

2.3 既病防发展

《素问·皮部论》曰：“是故百病之始生也，必先入于皮毛，邪中之则腠理开，开则入客于络脉，留而不去，传入于经，留而不去，传入于腑，廩于肠胃……邪客于皮则腠理开，开则邪入客于络脉，络脉满则注于经脉，经脉满则入舍于腑脏也。”指出了疾病传变的层次和步骤。而能否把握疾病的发展演变规律，及时截断疾病传变的途径，减少疾病对人体的损害同样也是衡量医术的重要标准。《素问·阴阳应象大论》提出：“故善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏，治五脏者，半死半生也。”后世医家进一步发展了《内经》既病防变的思想。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》曰：“夫治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”《伤寒论·辨太阳病脉证并治》曰：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证更是，不必悉具。”

此乃医圣张仲景的既病防变之法。叶天士《温病条辨》中的“先安未受邪之地”更是已病防传之典范。

2.4 病愈防复发

治未病还应包括病后调理，防止疾病的复发。疾病初愈，虽然症状消失，但此时邪气未尽，正气未复，气血未定，阴阳未平，必待调理方能渐趋康复。如《伤寒论》指出：伤寒新愈，若起居作劳，饮食不节，就会发生劳复、食复之变，从而示人疾病初愈，应慎起居、节饮食、勿作劳，做好疾病后期的善后治疗与调理，方能巩固疗效，防止疾病复发。

三、治未病思想的应用

3.1 治未病思想在中风防治中的应用

王晶心^[1]等在治未病思想的指导下，对中风开展二级预防，对降低中风的发病率、致死率、致残率、复发率有重要作用。

3.2 治未病思想在糖尿病防治中的应用

王婷婷^[2]等认为糖尿病周围神经病变可并发足部溃疡、坏疽及截肢等严重后果，目前尚无特效药物治疗，而各种药物的使用加重了患者的经济负担，且影响患者的生活质量。中医“治未病”思想的优势，在于通过早期了解并发现糖尿病周围神经病变的病因病机，延缓合并症的出现，可以从根本上纠正人体气血阴阳虚实失衡之体质；同时积极发挥在整体观念、辨证论治原则的指导下，应用中药个体化、多环节、多靶点调节的方式，从而改善患者的生活质量，降低社会用药成本，减轻患者经济负担，具有良好的社会效益。

孙云霞^[3]认为在与胰岛素抵抗相关的代谢综合征中，虽然没有出现血糖的升高，也可适当加入对胰岛素抵抗的药物。而对于糖尿病患者，佐用适当的滋阴药及活血化瘀药，对于减轻胰岛素抵抗有较好的作用。

逢雯丽^[4]等按照“见肝实脾”的治未病思想,及“土克水”的五行相克规律,在治疗糖尿病“脾”病的同时,提倡积极固护肾气,这对糖尿病的治疗更具意义。

3.3 治未病思想在乳腺疾病防治中的应用

冯艳^[5]等认为中医“治未病”思想可以体现在乳腺癌-围手术期、围放疗期、围化疗期、术后巩固期等各个时期。

裴晓华^[6]采用中医疗法调治患者情志,不仅可以防治乳腺增生病,还可以降低乳腺癌的发病率,这也是“治未病”思想的体现。

3.4 治未病思想在认知障碍中的应用

袁林^[7]等从“治未病”理论出发探讨轻度认知障碍(MCI)患者的中医护理方法,提出利用中医护理对MCI进行干预,可防治、防止或减缓老年痴呆(AD)的发生,进一步发挥中医促进身心健康和干预MCI的特色和优势。

3.5 治未病思想在肝病中的应用

刘士敬^[8]等以“治未病”理念为核心,“未病先防,既病早治,已病防变,愈后防复”为目标,通过运用先进的中医体质辨识方法以及西医检测手段,对肝病患者的健康状况进行个性化的综合评估,进而提供全面、动态反映个人健康状态、具有中医特色的辨识体检结论和报告,并为肝病患者提供全面、综合、规范的健康干预指导方案,以及持续的干预效果追踪评估,全面防范疾病的发生。

3.6 治未病思想在冠心病中的应用

名老中医蔡淦教授自拟的“健脾化痰方”在治疗冠心病的同时,又可应用于冠心病“治未病”领域,这对于减少本病的发病率,提高治愈率,减少复发率,有着重要的指导意义^[9]。

3.7 艾灸法治未病

唐云峰^[10]认为当今社会,竞争日益激烈,

人们的压力越来越大,越来越多的人处于亚健康状态。艾灸法能激活五脏功能,调节神经内分泌,促进人体新陈代谢,明显改善机体脏器功能的紊乱,提高机体的免疫力,增强机体抗病能力,因此,长期用艾灸法,可达到早期预防和治疗的目的是,提高人们的生活质量。

3.8 伏贴法治未病

谷慧敏^[11]认为伏贴疗法是古代医家根据祖国医学“冬病夏治”理论和脏腑经络理论和天人合一整体观念创制的科学高效特色疗法,有着深厚的理论基础和千百年的临床实践经验。无数的“冬病”通过“夏治”取得了良好的疗效,因此深受医家和广大患者的推崇。

综上所述,“治未病”是中医学先进和超前的医学思想,与现代预防医学本质相同。随着现代社会的高速发展,生活质量的不断提高,人们对健康水平的要求也不断提升。在这样的时代背景下,古老的“治未病”学说必将焕发新的生机与活力。

参考文献

- [1] 王晶心,陈新莲,洪军.“治未病”学术思想指导脑中风防治的探索[J].新疆中医药,2011,29(4):117
- [2] 王婷婷,张德宪,赵英英.“治未病”思想在指导糖尿病周围神经病变防治中的意义[J].山西中医,2011,27(10):60
- [3] 孙云霞.试论中医治未病思想在预防胰岛素抵抗综合征中的作用[J].甘肃中医,2006,19(10):5
- [4] 逢雯丽,张德宪,徐筱玮.既病防变在糖尿病并发症治疗中的临床意义简析[J].实用中医内科杂志,2008,22(9):37
- [5] 冯艳,刘添文.中医治未病思想在乳腺癌治疗中的应用[J].新中医,2008,40(10):104
- [6] 裴晓华.用“未病”的观点对待乳腺增生病[J].江苏中医药,2007,39(11):8
- [7] 袁林,向珊,袁德培.从“治未病”理论探讨老年人轻度认知障碍的中医护理[J].中国科技核心期刊,2011,24(7):93
- [8] 刘士敬,刘歆颖.中医肝病“治未病”的意义和设想[J].中国中医药,2011,9(15):1
- [9] 张晓天.健脾化痰方在冠心病防治中的治未病思想探讨[J].中医中药,2011,8(9):91
- [10] 唐云峰.艾灸法“治未病”干预亚健康初探[J].湖南中医杂志,2011,27(3):125
- [11] 谷慧敏.从伏贴疗法谈治未病[J].光明中医,2011,26(9):1863

多种针灸法 综合治疗帕金森病 的临床经验

新加坡·郭忠福

【摘要】作者根据针灸治疗帕金森病的临床体会，分析了该病的病机演变规律。总结了针灸处方选穴、针灸操作的一般规律，并介绍了针灸治疗帕金森病的疗效特点及影响疗效的因素。作者认为对帕金森病一类极为难治性疾病，应该根据“杂合以治”鸡尾酒疗法的原则，组合多种针灸方法，进行复合干预，才能改善症状，提高患者的生活品质。

帕金森病是以震颤、肌强直、运动减少、姿势异常为主要表现的锥体外系疾病。病变主要部位在大脑深部的神经核团，尤其因黑质及纹状体神经细胞变性，多巴胺制造减少，乙酰胆碱作用相对亢进，而产生临床诸多症状。作者曾在2003~2011年这段时间内，集中用多种针灸方法综合治疗过八十余名帕金森病患者，积累了一些临床经验和体会。

一、正虚邪实，病理复杂

分析帕金森病的主症，其病位在肝，并与脾、肾关系密切，病变性质十分复杂。主症之一为震颤，其病理基础是内风，而内风的形成主要在于正虚，首先由于阴血不足而产生内风。又因本病病程较长，患者多为中老

年，阴虚及阳，阴血不足日久也会导致阳气亏虚，因此本病的内风不仅可由阴血不足而致，更多患者则是由于阳气不足，使经筋约束与控制的能力下降所致。患者的本虚究竟在阴血，还是阳气，要根据临床症状的分析才能判断。

僵硬、少动的症状主要由正气不足所导致，阴血阳气不足以温养经筋，因此出现肌

肉强直、行动不便。

需要注意的是，上述主症与邪实也密切相关。由于本病的慢性进展，正虚与邪实互为因果，因此帕金森病的病理十分复杂。正气亏虚可生成瘀血或痰浊，瘀血、痰浊一旦生成，又成为新生的致病因素，加重正气的损害，造成病变的恶性循环，使证候出现本虚标实，即气血阴阳的虚损为本病之本；阳亢化风、气滞血瘀、痰浊阻滞等病理为本病之标。病久则虚实夹杂，寒热转化不定。

临床上分析具体病人的证候时，除了应考虑上述病变机理外，还应注意本病的临床表现还受到更多因素的影响。

1.1 诸病相兼

由于帕金森病多发生于中、老年人，这些人精气亏乏，阴血生化不足，常多病相兼，一病未愈，另一病又起。帕金森病人常同时兼有高血压、动脉粥样硬化、冠心病、糖尿病、骨骼退化性病变等，多病相兼，增加了全身病理状态的复杂性。

1.2 多向变化

本病证至今未有根治方法，病程长，多数病人可存活十几年或几十年。由于迄今尚无根治本病的手段，随着病证进行性加重，患者的病理状态可能向多种方向演变，使临床更多见到虚实相兼的复杂证型，因此患者某个阶段的证型，不等于另一阶段的证型。

1.3 药物干扰

由于西药的治疗原则有两条，一是应用抗胆碱能药物，以对抗胆碱能神经功能相对占优势，二是用拟多巴胺类药，以替代其分泌不足。遗憾的是这些药物都不能阻止病情的进展，相反，副作用却是明显而难以避免的。西药的效应及不良反应都可能改变原有的病理状态。例如，帕金森病患者所诉的便秘兼症，究竟是西药的副作用？还是病变本身引起的症

状，需要仔细分析。

兼于上述原因，本病证候演变复杂。就诊的患者很少有单纯证型。本虚方面有气血不足、肝肾亏损、脾肾阳虚。标实而言，有肝风内动、痰浊(痰热)阻滞、气滞血瘀等。

二、选穴范围遍及全身

至今临床尚未发现治疗帕金森病的特效穴位。与治疗很多病症一样，针灸对帕金森病主要属于非特异性的治疗方法。针灸增加多巴胺的生成或减少多巴胺的代谢的作用是十分有限的，最大量度只在生理范围之内。不可忽视的是，针灸可以通过影响机体非特异性的病理状态来改善内环境，如通过改善血液回圈、提高抗氧化能力、增强抗炎免疫能力、消除慢性炎症等途径，来激发机体的代偿、修复、再生功能。加之，本病症状众多，机理复杂，故用穴较为广泛，遍及头身和四肢，通过某个特效穴就能扭转病理的期望是不切实际的。

针灸治疗帕金森病，选穴首先要考虑针对本病的主症，其次要针对不同证候处方，即考虑整体的病理状态，此外还不能忽视针对病人的临时出现的症状，即根据兼症来选穴。

2.1 针对主症、熄风止颤

针对本病主要病理为肝风内动，临床表现震颤和僵直，故平熄内风、镇静止颤是针灸选穴着力考虑的问题。

常用的熄风穴位有四神聪、百会、风池、本神、太冲、合谷、大椎等。位于头部的穴位可直接起到镇静熄风作用。合谷与太冲同用，称为“开四关”，传统认为这组小型处方有熄风止颤、行气止痛、活血通络及提升自体免疫力等作用，两穴一阴一阳，位于手与足相应的位置，针刺通常有较明显得气感，并不因为病人手足颤抖而影响留针。本人经常在治疗抑郁症焦虑不安、睡眠障碍选用大椎穴，并有较好的镇静效果，因此认为大椎穴对于帕金

森病既可以敛阳以改善焦虑情绪，还能熄风以减轻肢颤。

2.2 根据体质、辨证选穴

本病病人多病相兼，本虚标实，证候演变复杂，临床治疗应区别证候选穴，从而从整体上改善病人机能状况，为主症的改善创造良好条件。

针对肝肾阴虚、虚风内动传统多选用肝俞、肾俞、阳陵泉；气血虚弱、虚风内动选用气海、足三里；气虚血瘀选用曲池、合谷、太冲；痰浊阻滞选用中脘、丰隆。针对病人普遍存在精气亏乏，阴血生化不足，可经常在处方中选用背俞穴或夹脊穴，从上而下轮番使用，起到扶正固本的作用。

2.3 针对兼症、临时变通

临床上各个病人所表现的症状或左或右，或上或下，即所谓“风无常处”，风邪也可挟痰、挟瘀、挟寒、挟热窜行不同部位，同时因多发于中老年，常兼有多种慢性病症。故患者除了典型症状外，还会有某些兼症，也会给病人带来许多痛苦。在选穴上临时给予考虑，将有益于减轻症状。

针对汗多可选肺俞、脾俞；皮脂溢出可选用内庭、曲池；胃脘腹部胀满选用梁门、中脘、气海；便秘用天枢、八髎；口干舌麻用承浆、廉泉、复溜。

三、综合治疗，改善症状

刺激穴位方法有上百种，由于帕金森病需要长时间的针灸治疗，由于毫针适用于身体各部位针刺，操作灵活，很少有损伤，因此是治疗帕金森病的基本方法。就毫针刺法而言，总的原则是根据证候虚实、患者的反应性来决定针刺刺激量大小。由于本病病程较长，患者多有本虚，故针刺应平稳轻柔，使病人感到舒适为度，若急于求成而片面强刺激反容易诱发患

肢兴奋，使震颤、僵直加重。由于本病较为顽固，临床上常用电针代替手工行针，以延长留针时间、提高疗效，本病的留针时间长达30~50分钟。隔天或隔两天治疗1次。

帕金森病曾经是日本国家指定的31种疑难病之一，目前还不可能单纯依赖某一种方法治疗，多种方法交替使用或两种以上的方法组合治疗常能较好地减轻病情。除了毫针外头针、刺血法、灸法等各有一定效果。

3.1 常用头针、调神健脑

脑为元神之府，神之所主，本病多发生于中年以后，病人脑髓渐耗，使肢体失去统摄而震颤不已，神不导气使肢体僵直而不用。30年前有学者总结的头针系统的十多个区中竟然发现了一个专门控制震颤的治疗区，二十多年来用于治疗某些锥体外系病症，这一现象很值得思考。针刺舞蹈震颤控制区、运动区、足运感区可以刺激到曲鬓、悬厘、悬颅、目窗、承光、前顶、四神聪、五处、本神、头临泣等穴，可见体针治疗本病选用头部穴和头皮针治疗本病有异曲同工之妙，其间的内在关系有待进一步探明，也从一个侧面表明用体针治疗本病时，选用头部穴位的必要性。

治疗帕金森病常用的头针选区是舞蹈震颤控制区，其次是运动区、足运感区。伴有心慌、气闷者可用胸腔区；伴有腕胀、食欲不振用胃区。

头针操作可用1.5~2寸毫针，进针时针身与头皮呈30度角，在帽状腱膜下将针身进到2/3后，快速平稳地捻针，达2~3次/秒，使局部有热、麻、重压感，每隔5~10分钟行针1次。或配合用电针，留针30~40分钟。

3.2 多种灸法、温通温补

灸法因有温通温补、调气调血的多重调整作用，故为慢性难治性疾病的常用方法。“陷下则灸之”，灸法尤其适用于阳气虚弱、阴邪内留而致脉象沉陷之证。《医学

入门》说：“凡药之不及，针之不到，必须灸之。”说明灸法具有药物或针刺所不能替代的独到效果。常用灸法为用艾条温和灸大包、期门，每穴10分钟，对改善僵直症状有较好效果。针对具体病人的体质，对于阳气虚损、痰瘀内阻的病人可温和灸神阙、足三里。

用精制艾绒搓捻麦粒型小艾炷，其炷虽小，但施灸局部可产生短暂的灼热、灼痛感，并有明显的穿透力，古人所说艾灸有拔山之力，正是指麦粒灸对顽症痼疾的特殊效应。对帕金森病，用于麦粒灸的穴位很多，可随症选用头部穴、背俞穴、腕腹部任脉穴、或四肢五输穴。

灸法以温热性刺激作用于腧穴，与口服温热性质的中药作用机制完全不同，灸法的温热只是一种外来的刺激，它通过启动人体的自我调节系统才能产生效应，因而与其它针灸方法一样，讲究的只是在适宜的部位，给予适宜的刺激，可以产生趋生理的、双向性的调整作用。在艾灸则表现为温通、温补的效果，达到行气活血、扶正祛邪、调整阴阳的良性调整目的。

3.3 刺络放血、治疗顽疾

中医有久病、难治病从瘀论治的经验。《灵枢》中总结“锋针”有治疗某些久病顽症的特长。帕金森病患者由于阳气或阴血虚均可导致瘀血内停，通过刺络放血可祛瘀生新，同时中医关于“治风先治血，血行风自灭”的经验，在治疗帕金森病中的价值，有待进一步研究。

治疗帕金森病常用的刺血部位有曲泽、委中、大椎、太阳等。可在上述穴位所在部位找到瘀血络脉，常规消毒后，用磨快的三棱针迅速刺入约1cm，任其自然出血，待血止后，再加拔火罐，进一步拔出瘀血。也可在背部督脉、膀胱经走罐后，在瘀血明显部位刺络出血，再加拔火罐，以去除瘀血。刺络放血的方法可在结合在针灸治疗过程中，

每隔2~4周刺血1次。

无论中西医都认为帕金森病极为难治，临床不仅要多种针灸方法结合，更要针药结合才能有效改善症状。如将体针与头针相结合，或将针法与灸法相结合，或在针法与灸法基础上再配合刺络放血法。对正在服用西药的患者，进入针灸治疗后，不要立即减少用量或停用西药，等针灸获效，且效果比较稳定后，可以尝试少量减药，以图“细水长流”。

四、针灸效果及起效方式

针灸治疗帕金森病的效果主要体现在以下五个方面，第一，改善症状；第二，减少西药用量；第三，延缓病程；第四，减轻西药副作用；第五，增强体质，提高抗病能力。

本病症属难治病证，至今无根治方法，运用手术治疗，虽有一定疗效，但远期效果尚难肯定，西药可以缓解症状，但不能停止病情发展，需要终生服药，多数患者常因其副作用而被迫停药。针灸对人体具有良性调整作用，没有副作用，可以长期使用，这一自然疗法可以使本病的终生治疗成为可能。目前，在治疗帕金森病尚无理想方法的情况下，如果苛求针灸、中药达到取代西药或根治本病症的目标是不现实的。如果针灸、中药这类无副作用的自然疗法，其运用能阻止病情发展，减少西药的用量，应该说就是一件值得研究的事了。

临床观察针灸治疗帕金森病的起效方式常有以下3种。

4.1 渐进式：

首次针刺治疗后，症状就有所缓解，以后每次治疗都有所进步，以过半年时间左右的治疗，症状可明显改善。

4.2 突发式：

经过10~20次治疗，症状未见改善，但未有加重，但偶有症状波动，而后在某一次治

疗中症状突然有明显好转，并以此为契机，继续治疗，则病情可明显向好的方向发展。

4.3 波动式：

病人治疗过程中，病情时好时坏，反复波动，甚至在某几天症状重于治疗之前，但从长时间(如1个月左右)的临床治疗前后对照，多数病人发展总趋势是向好的。这种现象多见于秋冬之交或冬春之交。

只有使病人了解针灸疗效的特点，才能增强信心，坚持治疗，不半途而废。医生只有掌握病情恢复规律，才能因势利导，抓住疾病治疗时机。

五、影响针灸疗效的因素

20世纪70至80年代初，针灸治疗帕金森病，多限于个案资料，其疗效具有偶然性，近10年来大宗病例组报导增多，相对说，具有统计学意义，而且开展了实验研究，设立西药对照组，比较客观地反映了针灸、中药的治疗效果，有助于摸索针灸治疗帕金森病的经验。

在针灸过程中除存在一些影响疗效的外在因素，如患者的情绪波动、气候变化、其他病症的影响等，就针灸治疗而言，一般认为影响疗效的主要因素是：

5.1 病程长短

本病证在早期有较长有代偿期，在发病早期，脑中黑质和纹状体虽有多巴胺能神经元的减少，但神经细胞的多巴胺合成尚能得到代偿性补充，多巴胺的减少还未达到影响功能的程度。对早期轻型病人，针灸疗效较好。当多巴胺能神经元的破坏达到一定程度，多巴胺含量降低80%，才会出现典型的帕金森病症状。特别是后期，出现肌肉挛缩或畸形，针灸则难以奏效，病程越长病情越重。从另一个角度讲，鉴于针灸为良性调整作用，可作用于多系统，

从总体上讲，针灸治疗可以广泛用于本病证的全过程。

5.2 穴位组合

在众多的针灸穴位中，一般讲，头部穴位的使用在治疗帕金森病中至关重要，针刺头部穴位不仅可以激发头部经气，调整头部阴阳，而且可因十四经脉直接或间接通向头部，针刺头部穴位还可调整全身气血和阴阳，作用于全身症状。针灸治疗一般20~30次为一个疗程，因此应避免穴位的疲劳。又因用穴较为广泛，因此可以考虑两组处方交替使用。

关于帕金森病的主症类型，因临床表现形式的不同分为震颤型、强直型与混合型。部分学者观察到针灸对僵直型效果好，但也有人观察到对震颤型效果好。我们的临床初步表明，针灸治疗效果与主症表现类型没有关系。

小柴胡汤的浅探

新加坡·蔡松均

概述

方剂中的《伤寒论》，只有七个方论述中附有加减运筹、广为临床应用；即小柴胡汤，小青龙汤，四逆散，通脉四逆汤，真武汤，枳实栀子汤，理中汤。本文仅就其中小柴胡汤的个人浅见、体会及理解，进行探讨。

小柴胡汤证是医圣张仲景子东汉末年所创，载于《伤寒论》，原为和解少阳而设。除了对是少阳胆经及脏腑所致的各种病证外，临床上只要见到小柴胡汤证即可加减应用，即按仲景“但见一证便是，不必悉具”的宗旨，充分体现了中医“辨证论治”的特点。

《伤寒论》谈及小柴胡汤的条文共有17条。本方不仅能治疗外感疾病，也能用于内伤杂病，且疗效确切。历代医家对其组方理论及其临床应用，都有很多研究和阐述。

近年来的大量资料报道，该方在临床上的应用范围更为广泛，充分体现中国医学辨证施治的原则，因此倍受中医药界的广泛关注。该方的应用范围不断扩大，涉及到内、外、妇、儿各科，用以治疗外感、内伤、杂病等，均取得了较好的疗效。

方药组成与用法

小柴胡汤证： 伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，

或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身《伤寒论》(条文96)

柴胡半斤 黄芩三两 人参三两 半夏半升(洗) 甘草(炙) 生姜各三两(切) 大枣十二枚(擘) 上七味，以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，日三服。

若胸中烦而不呕者，去半夏，人参，加栝蒌实一枚。若渴，去半夏，加人参合煎成四两半，栝蒌根四两。若腹中痛者，去黄芩，加芍药三两。若胁下痞硬，去大枣，加牡蛎四两。若心下悸，小便不利者，去黄芩，加茯苓四两。若不渴，外有微热者，去人参，加桂枝三两，温覆微汗愈。若咳者，去人参、大枣、生姜，加五味子半升、干姜二两。

方剂阐论

少阳经脉循胸布胁，位于太阳，阳明表里之间，伤寒邪犯少阳，病在半表半里，邪正相争，正胜欲拒邪出于表，邪胜欲入里并于阴，故往来寒热。足少阳之脉起于目锐眦，其支者，下胸中，贯膈，络肝，属胆，循胁里。邪在少阳，经气不利，郁而化热，胆火上炎，而致胸胁苦满，心烦，口苦，咽干，目眩，胆热犯胃，胃失和降，气逆于上，故嘿嘿不欲饮食而喜呕。方中柴胡苦平，入肝胆经，透泄与清解少阳之邪，并能疏泄气机之郁滞，使少阳之

邪得以疏散。黄芩苦寒，清泄少阳之热而和阴。柴胡之升散，得黄芩之清泄，两者相配伍可加强透邪之力，而达到和解少阳的目的。胆气犯胃，胃失和降，佐以半夏，生姜降逆和胃止呕；邪从太阳传入少阳，不敷出缘于正气本虚，故又佐以人参，大枣益气健脾，一者取其扶正以祛邪；一者取其甘温益气以御邪内传，俾正气旺盛，则邪无内向之机。

炙甘草助人参，大枣扶正，且能调和诸药。诸药合用以祛邪为主，兼顾正气；以和解少阳为主，兼和胃气，使邪气得解，枢机得利，脾胃调和，则诸证自除。

适应病证

1. 内科病

感冒(普通感冒、流行性感冒)，肺炎，慢性支气管炎，支气管哮喘，咽峡炎，扁桃腺炎，疟疾，结核性胸膜炎，肺结核，胃炎，消化性溃疡，胃肠神经官能症，肝炎，肝硬化，慢性胆囊炎，胆道功能紊乱，慢性胆囊炎，肾盂肾炎，激素依赖性肾病综合征，糖尿病，肾病，癫痫，系统性红斑性狼疮，心肌炎，慢性疲劳综合征，癌症及艾滋病等。

2. 妇产科

产褥热，妊娠恶阻，热入血室，急性乳腺炎。

3. 儿科病

体质虚弱(过敏性体质，增殖体肥性体质)。

辨证与辨病

本方以《伤寒论》第103条：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具”，是指柴胡四证，即往来寒热、胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食、心烦喜呕。“但见一

证”，就可投小柴胡汤。主要是寒热往来，为少阳病特有的热型，而且胸胁苦满比前者更重要，因前者不仅见于少阳病，也可见于诸种疾病。所以有医家将小柴胡汤证称之为胸证。具体辨证与辨病如下：

1. 内科病

用于疟疾，以寒热往来、胸胁苦满，作为投药指征。结核性胸膜炎(干性、湿性)、肺结核患者，具在胸痛、发热、咳嗽时，均可投小柴胡汤，颇有疗效。张志豪^[3]以小柴胡汤为主，随证加减治疗肺结核41例，有显著进步者6例，好转者31例，稍有进步者2例；治疗时间17-432天，平均148天。他指出；张仲景用小柴胡汤治疗少阳半表半里之证，如寒热往来、不欲食、胸胁苦满、心烦、口苦，耳聋或咳、脉弦数等，这些症候在肺结核病中常常出现。

同时，此方对浸润性肺结核、淋巴结核也有满意疗效。特别是当患者对第一线抗痨药产生耐药性或中毒时，具有特殊意义。对颈淋巴结核亦颇有疗效，尤以对疮口久久不能愈合者，具有卓著疗效。

此外，小柴胡汤与抗痨药并用，不但有相须、协同作用，而且直可减少抗痨药对第八对脑神经的中毒症状。对普通感冒，流感、肺炎等疾病，只要属少阳热型者，均可投小柴胡汤，或这些病的发热属微热者，也可投本方。慢性支气管炎患者，其咳嗽不甚、痰不多，但以胸闷为甚者，可投以小柴胡汤。

《伤寒论》中有微热的条文，均不是纯表证的微热，而是里证的微热，因此，《伤寒论》中的微热与西医病灶性微热有相同之处。凡由于病灶感染，其热型属微热的患者、如感冒、咽喉炎、扁桃腺炎、慢性胆囊炎、肾盂肾炎等，均应投小柴胡汤。对功能性微热或身有热感的患者，亦可投小柴胡汤。

在感染性发热、非感染性发热及功能性发热中，小柴胡汤为临床常用的有效的内服退热方。

凡具有胸痛或胸胁胀痛，胃脘痞，少食纳减、恶心呕吐，或有腹胀痛症状者，不论其是胃炎、胃贵药、十二指肠溃疡、胃肠神经官能症，还是肝炎、慢性胆囊炎、胆道功能紊乱等，均应投小柴胡汤。

慢性疲劳综合征在大多数情况下是控制血压的机能失调，引起病人感觉眩晕、恶心或头重脚轻。

2. 妇产科病

小柴胡汤对妊娠恶阻具有欲吐伴微热者有良效。热入血室是小柴胡汤的本证。

3. 儿科病

虚弱儿多与某些特殊体质有关，如渗出性体质，多见于2岁的小儿，其体白胖，触之皮肤肌肉松弛、柔软，最易感冒，每感冒则发喘鸣，常患湿疹。胸腺淋巴体质，多见于3-4岁至7-8岁的小儿，扁桃腺、胸腺肥大、淋巴腺肿大：这样的小儿，最易患病，常患咽扁桃腺肥大症，常常对药物过敏。这两种体质的患儿，常有胸胁苦满，因此，投小柴胡汤2-3个月，有改善体质的倾向，从而使疾病向痊愈转化。

小柴胡汤的适应病证如此广泛，溯其原因有三：

(1) 小柴胡汤是寒热并用的方剂，具有调和阴阳、疏利三焦、调达上下、宣通内外、畅达气机的作用，而以调和阴阳更显重要。《灵枢·根结第五》指出：“阴阳失调，何补何泻？”必投调和之剂而愈。《伤寒论》第58条文指出：“凡病若发汗，若吐，若下，若亡血，亡津液，阴阳自和者，必自愈”，也寓此意。

(2) 五脏六腑的病，往往因胆气不能正常升发而引起，所以要从小阳论治。《素问·六节脏象论篇第九》指出：“凡十一脏，皆取决于胆也”。李东垣说：“胆者，少阳春生之气，春气升则万化安；故胆气春升，则余

脏从之，所以十一脏取决于胆也”。小柴胡汤是少阳病的主剂，因此许多有关脏腑的疾病，均可投小柴胡汤。

(3) 小柴胡汤的君药是柴胡，柴胡有镇静、镇痛、降温、解热、镇咳、抗炎、减少毛细血管通透性、预防应激性溃疡、减少尿量、推进小肠内容物、降压等作用。

小结

小柴胡汤可谓是众多经方中最具魅力的一方剂，其构成简洁，用药似平淡无奇，然而千百年间为炎黄子孙之健康贡献殊多。

现代医家学者对小柴胡汤的应用和研究更加深入广泛，几乎遍及内、外、妇、儿、五官、神经等各科领域，应用病症亦日见其多，散载于诸书及期刊报道者，俯拾皆是。故本方在临床应用上，早已远远超出原著本方证治的范畴，值得吾人多加研读、理解、探讨、适当运用。然而，无论经方如何能够广泛应用，医者仍得靠本身锐利的观察力，敏捷的思路，本于仲景精神，依《伤寒论》第[16]条文的辨证论治原则：“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。

参考资料：

- [1]. 段富津《方剂学》第6版 上海科学技术出版社
- [2]. 刘渡舟《伤寒论通俗讲话》上海科学技术出版社
- [3]. 刘渡舟《伤寒论讲解》光明出版社
- [4]. 刘渡舟《伤寒论》临证指要 学苑出版社
- [5]. 陈亦人《伤寒论》求是 人民卫生出版社
- [6]. 顾武军《伤寒论》研究 南京中医药大学研究生部
- [7]. 门纯德《名方广用》科学技术文献出版社
- [8]. 陈宝田《经方临床应用》广东科技出版社
- [9]. 罗先涛《小柴胡汤临床应用经验》《四川中医》1999年第5期
- [10]. 刘敏《小柴胡汤治疗热病验案二则》《实用中医药杂志》2000年第6期
- [11]. 张保伟《刘渡舟教授对小柴胡汤的应用经验》《北京中医药大学学报》2002年第4期
- [12]. 张薛光《黄煌教授小柴胡汤治验三则》《南京中医药大学研究论文》(210029)
- [13]. 张志豪《小柴胡汤治疗肺结核41例临床疗效观察》《福建中医药》，1958，3(3)

解析古方

“六味地黄丸”



新加坡·蔡添发

古人用药执方，看似简单，其实方内大有学问，非常的严谨。古方内除了能体现出古医者对阴阳五行，脏腑经络等中医基础理论的掌握外，也能看出古医者对中华文化与艺术的情怀。一个方开得好，除了能治病外，还能反应出它的“美”，一种博大包融的“美”。让我们一起来学习古人是如何开出这么“美”的一张方剂。

“六味地黄丸”源于宋代太医钱乙的《小儿药证直诀》，由汉代张仲景《金匱要略》的八味“地黄丸”去桂枝，附子变化而来。本是儿科用药，用以治疗“肾怯失音，囟门不合，神不足，目中白睛多，面色眇白等症。”

“六味地黄丸”以六味药为用，六是水的成数，《河图》上“天一生水，地六成之”。生为用为阳，成为体为阴。六在易数上属阴，故调补阴体用六味药。以阴阳五行来说肾水药一对，肝木药一对，脾土药一对，一君伴二佐，三补三泻。在用量上，补多泻少，阴多阳少(广义)，体现出阴中有阳，阳中求阴的特点。参见下表：

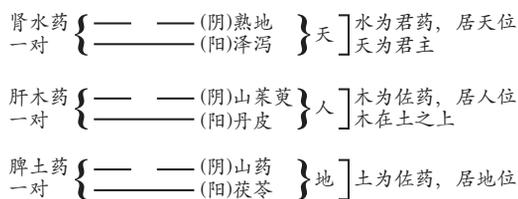
	阴体		阳用		五行	脏腑	经络	五行生克
君	熟地	八钱	泽泻	三钱	水	肾	足少阴	生
佐	山茱萸	四钱	丹皮	三钱	木	肝	足厥阴	泻
佐	山药	四钱	茯苓	三钱	土	脾	足太阴	克
	补		泻					

“六味地黄丸”在阴阳上(广义)有补泻，在五行上也有补泻和生克制化的作用。方中熟地，泽泻一对为君，调补肾水。木药一对以泻水，土药一对以克水。水之阴力(8钱-3

钱)为五分，木力(4钱-3钱)为二分以泻之，土力(4钱-3钱)为二分以克之，方中五行有生有克也有泻，在生克制化中起着平衡，故补而不滞，不碍脾胃。

在经络上，熟地，泽泻入足少阴肾经。山茱萸，丹皮入足厥阴肝经。山药，茯苓入足太阴脾经。六味药走足三阴经，入下焦阴脏。

若从医易同源的角度来分析“六味地黄丸”，六味地黄丸在五行中只用了三种对药“水”，“木”，“土”。符合了太极含三为一的爻卦思想。一卦有三爻，重卦为六爻，天地人三才而已。君药一对居天位，佐药两对居人位和地位。如果按阳药居阳位，阴药居阴位来说，六味药构成了“既济”卦，如下图：



“既”就是可以完成，“济”是补助。“既济”是已经完成滋补肾水的目的。“既济”上下爻阴阳交，上下卦水火交，这就是一种气化理论。六味地黄丸如果灵活运用，也可以交通阴阳，交通心肾。

可见“六味地黄丸”在用药和用量上考虑的非常周详，处理的非常严谨。方义内包涵了易数，哲理，阴阳，五行，脏腑，经络，三焦，气化等学说。从这张古方上，我们不仅能学习到中医基础理论的应用，也能学习到中医学博大包融的文化内涵。



新加坡·陈昆宁

在本地患关节炎的人数，日益增加，而女性患者比男性患者为多，年龄也逐渐年轻化。本地的关节炎患者以患骨关节炎，痛风及类风湿性关节炎为多。在临床看诊时关节炎患者几乎占80%，而类风湿性关节炎患者也有增加的趋势。类风湿性关节炎也简称类风湿病，病因至今还未明了，现代医学认为此病与感染，遗传，免疫，内分泌代谢，营养及物理等因素有关。尤其感染和免疫与类风湿性关节炎的关系更为密切。它属于慢性全身性关节炎病。以慢性，对称性，多滑膜关节炎和关节外病变为主要临床表现，属于自身免疫性关节炎疾病。本病多发生在手指，手腕及足趾等小关节，反复发作，呈对称性分布。

中医对类风湿性关节炎的最早记载为《内经》，在《素问·痹论》有说：“风寒湿三气杂至，合而为痹”，故类风湿属于中医的“顽痹”“历节风”“鹤膝风”“风痹”的范畴。“痹”意即闭阻不通的意思。中医认为因风寒湿邪的入侵，或因劳累损伤，年老正虚，肌肉骨骼失去精气血的濡养，经气阻络致成“痹”。

中医的病因病理

虽至今还不明确类风湿的起因，但中医根据其临床表现，其病因一般可分为内外两大因。

- 1. 内因：**因先天禀赋不足或后天失调，导致气血虚弱，风寒湿邪乘虚而入，阻遏营卫而滞留于筋骨血脉而致病。
- 2. 外因：**感受外感风寒湿邪，风寒湿邪入袭机体，阻于经络，导致经络气血运行不畅，凝滞关节，久而成痹。

中医病理方面：

病理变化方面，因风寒湿邪，乘虚入侵机体，阻于经络，滞于关节，导致气血痹阻不通，而成痹。日久不愈，导致损伤肝肾，肝主筋，肾主骨，肝肾两亏，则肌肉，关节及经络失去濡养，加上风寒湿等邪久恋，故致关节肿痛，强直畸形。

中医的辨证分型

中医在治疗风湿性关节炎方法一般是祛风除湿，益气养血，通络化痰祛瘀。如古人曾

说：“治风先治血，血行风自灭”。

中医对类风湿通过辨证分型，基本可分为：

1. 风寒湿痹型：

症见：肢体关节冷痛重感，痛呈游走性，局部肿胀，关节屈伸不利，甚者关节畸形，遇寒痛加剧，温则痛减轻，恶风怕寒，舌淡红，苔薄白，脉浮紧或弦缓。

治则：祛风散寒，温经通络，益气养血。

处方：当归四逆汤加減。

气虚甚者加黄芪，白术。

疼痛甚者加地龙，全蝎

2. 风热毒痹型：

症见：关节疼痛，痛处呈红肿热痛，疼痛剧烈，痛不可触，遇热痛加重，得冷则舒，关节筋脉拘急，屈伸不利，活动障碍，身热，烦躁，口干，尿黄，便秘，舌红苔黄，脉数。

治则：清热通络，和解止痛。

处方：白虎汤加減

便秘甚者加大黄，芒硝

口干甚者加麦冬，天花粉，芦根

热重者加金银花

3. 湿热痹型：

症见：关节红肿热痛甚，以四肢小关节肿势较为明显，并觉肢体重感，晨时起身觉关节僵硬感，身热不扬，口干，烦躁，排尿涩热痛，大便粘腻，舌红，苔黄腻，脉濡数或滑数。

治则：清热祛湿，通络止痛。

处方：甘露清热汤加減

湿甚者加苍术，薏苡仁

疼痛甚者加蜈蚣，全蝎

4. 痰瘀凝滞型：

症见：关节肿胀疼痛，或关节畸形肿痛，关节活动困难，肢体麻木感，头晕，痰多，胸闷欲呕，头重，纳呆，舌质微暗，舌质胖，苔白腻，脉弦滑。

治则：燥湿化痰，通络止痛。

处方：二陈汤加減热痰甚者加胆南星，瓜蒌

寒痰甚者加干姜，细辛

风痰甚者加天麻，僵蚕

5. 瘀血阻络型：

症见：肢体关节呈固定刺痛，按则痛甚，局部肿胀或有瘀块，关节活动不灵，晨时僵硬，口干，胃纳不佳，舌暗有瘀点，苔薄白或薄黄，脉沉细涩。

治则：活血化瘀，通络止痛。

处方：血府逐瘀汤加減

气虚甚者加黄芪，党参，黄精

疼痛剧烈者加三棱，地龙

6. 气血两亏型：

症见：肢体关节酸痛无力，甚觉麻木不仁，或关节变形，面黄肌瘦，心悸气短，自汗乏力，纳少便溏，舌淡苔白，脉沉细弱。

治则：补气益血，通络止痛。

处方：八珍汤加減关节酸痛甚者加桑寄生，续断，鸡血藤

7. 肝肾阳虚型：

症见：关节酸痛冷感，虚浮肿，关节屈伸不利，关节僵硬畸形，腰膝酸软无力，恶寒怕冷，面色苍白，自汗，口淡不渴，尿频便溏，男性阳痿，女性月经不调，舌淡质胖，苔白滑，脉沉弦无力。

治则：温补肝肾，祛寒通络。

处方：独活寄生汤加减关节痛甚者加制川乌，地龙，全蝎，木瓜
寒甚者加干姜，附子
湿重甚者加防己，苍术

8. 肝肾阴虚型：

症见：关节肿胀痛，或局部红肿灼热感，或畸形，屈伸困难，筋脉拘紧，腰膝酸软无力，消瘦，头晕耳鸣，五心烦热，失眠多梦，男性或遗精，女性经量少，舌红少苔或无苔，脉细数或弦细数。

治则：滋肝补肾，舒筋通络。

处方：六味地黄汤加减。
疼痛甚者加地龙，全蝎
气虚甚者加黄精，女贞子

类风湿的预防事项

类风湿至今未能明确其真正原因，而中西医也只能做到控制还未能治愈。类风湿对机体的健康产生严重的危害性，甚至牵引出其他疾病来，因此，我们应在平时生活上要注意预防，尤其对已是类风湿患者，所谓“预防胜于治疗”，要预防事项有：

1. 避免感受风寒湿邪：风寒湿邪是导致类风湿的主因之一，所以在生活上要预防淋雨，受寒，受潮等，尤其关节要注意保暖，避免长时间处在冷气室内。

2. 要加强身体的锻炼：平时要经常做运动，以提高身体的抵抗能力，《内经素问》有说“正气存内，邪不可干”故应多做些如气功，太极，慢跑，游泳等运动。

3. 劳逸要结合：生活起居要正常，饮食要正常，避免劳累过度，这才能提高身体的抗病能力。尤其对已是类风湿者而受到控制很重要，劳逸结合，这才能避免疾病复发。

4. 保存身心愉快：过度的精神波动，易

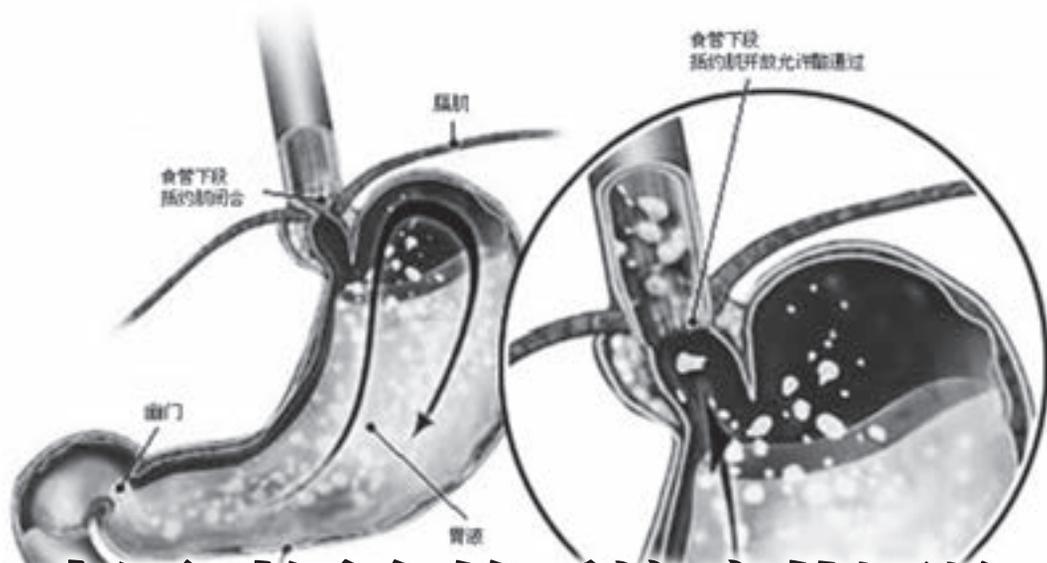
导致免疫功能失衡，这不利于机体的健康。

5. 早期诊断及治疗：由于类风湿的危害性高，应提早诊断，及时治疗，较能控制病情，减低对机体的危害。

6. 避免感染：某些疾病会导致类风湿的发生，尤其已是类风湿患者更应该注意预防，以防感染。如避免感染扁桃腺炎及咽喉炎。

结语

类风湿关节炎至今为止，仍还未有明确的治疗，仍属难治之症。给患者带来身体无比的痛苦，以及精神上巨大的压力，小部分患者会无法面对，而产生精神崩溃，甚至产生自残念头。基于此，做为一个中医医务者，更应该发挥中医中药的优点，来对类风湿患者加强机体的正气，达到扶正祛邪，让患者的脏腑不受到任何损害。如在《素问·刺法论》有说：“正气存内，邪不可干。”另《素问·评热病论》又说：“邪之所凑，其气必虚。”中医所说的正气并不等于现代医学的免疫功能，但免疫功能确实是正气的重要方面，意即抗病能力，所以现代医学认为，人的免疫功能如失调，则造成生理功能紊乱，导致各种组织损伤和病理损害，而出现如：全身性系统性红斑狼疮、肾小球肾炎、类风湿等都属自身免疫性疾病。而中医在治疗免疫疾病，主要是扶正来祛邪，所谓“扶正”包括了益卫气，补元气，养血气，来提高机体的抗病力，提高机体的免疫功能。而所谓“祛邪”包括了疏散风邪、清热解毒、活血化瘀，化痰化浊，软坚散结等治疗方法。这能调节免疫功能平衡的作用，从而提高机体的抗病能力，邪去则正安。这才能使中医在对治疗疾病方面有所发展，从而造福于患者。



中医对胃食管反流病的证治

新加坡·何宇瑛

胃食管反流病是由于胃、十二指肠内容物反流入食管引起烧心等反流症状及(或)造成食管黏膜组织的损害。临床以胸骨后或剑突下烧灼感、疼痛、反酸、吞咽困难为主要临床表现,可归于中医学的“胃痛”、“胸痹”、“吞酸”、“嘈杂”、“梅核气”等范畴。本病病位在于食管,主要与胃、肝、胆等脏腑关系密切。兹结合我们的临床体会,对本病的中医药治疗论述如下。

一、治法四要：清、润、通、降

该病初期多属实证、热证,随着病情的发展,常由实转虚,虚中夹实,治疗用药,颇为不易,若灵活运用清、润、通、降四法,进行辨证施治,则易收预期效果。

(1) 清

“诸呕吐酸,皆属于热”,“少阳之胜,热客于胃,烦心心痛……、欲吐,呕酸善饥”(《黄帝内经·至真要大论》),说明该

病与热关系密切。根据临床表现,约可分为肝胃郁热型和胆热上扰型。

肝胃郁热型症见反酸,胃中嘈杂,有烧心感,甚至胸骨后灼痛,口干喜冷饮,性情急躁易怒,舌红,苔黄,脉弦数。治以疏肝清胃,化郁泄热。方以化肝煎合左金丸之方意加减。药用栀子、青皮、陈皮、川楝子、白芍、丹皮、蒲公英、吴萸、象贝母、甘草等。

胆热上扰型以胸胁苦满,心烦而呕,口苦,咽干,脉弦为主症。宜小柴胡汤加减。常用药有柴胡、黄芩、法半夏、党参、生姜、陈皮、竹茹、甘草等。

(2) 润

食道之通降,有赖于津液之濡润,若阴虚体质,或病久不愈,或过投辛燥之品,常出现阴液亏虚,濡润失司。诚如林氏所说“若胃过燥,嘈杂似饥,得食暂止,治当以凉润养胃阴。”(林佩琴《类症治裁·嘈症论治》)。

若时作干呕,反酸,口燥咽干,反胃,舌红少苔,或有裂纹,脉细数。治宜滋阴养

胃，理气降逆。方取麦门冬汤加减。药用麦冬、南北沙参、石斛、竹茹、法半夏、太子参、甘草等。

若为口燥咽干，干咳少痰之肺胃阴伤。宜清养肺胃，甘寒生津。沙参麦冬汤加减。北沙参、麦冬、扁豆、玉竹、桑叶、地骨皮、天花粉、甘草。

(3) 通

“嘈杂……有因气郁者，脉沉而涩，宜开郁理气”（皇甫中《明医指掌·嘈杂证十》），调气使通；有因阴血虚挟瘀致阳明不降，大便秘结者，宜养血行瘀使通。如症见咽中不适，如有物梗阻，胸中空闷，或泛酸、或兼见胁痛，舌淡红，苔白或白而微腻，脉弦。宜行气解郁化痰，方取半夏厚朴汤加减，药用法半夏、厚朴、茯苓、苏梗、生姜、佛手、浙贝母、全瓜蒌、甘草。症见胸膈疼痛、吞咽不畅，大便坚，面色晦滞，形体消瘦，肌肤枯燥，舌红少津，或带青紫、脉细。宜滋阴养血，破血行瘀。方选通幽汤加减，常用生地、熟地、当归、桃仁、红花、玄参、浙贝母、丹参、炙甘草。

(4) 降

食管属胃气所主，胃宜降则和。东垣曰：“杂病醋心，浊气不降，欲为中满。”究其病机特点，总属胃气上逆所致，故和胃降逆，为本病的基本治法。

若胃脘痞满，暖气频频，泛酸，恶心欲吐，舌质红，苔薄白，脉滑。宜和胃降逆，化痰下气。方取旋复代赭汤加减。药用旋复花、代赭石、法半夏、党参、大枣、生姜、沉香（草药时宜后下）、炙甘草等。

若嘈杂，胸骨后或剑突下疼痛，反酸或吐清水，胃脘痛，食欲不振，舌淡，苔薄白，脉细。宜理气温胃降逆。方取丁香柿蒂汤加减。药用丁香、柿蒂、良姜、香附、神曲、吴茱萸、炙甘草等。

病案1

黄少隆 男 55岁，就诊时胃脘不适20余年，反复发作，泛酸嘈杂不舒，口粘，口气重，常打嗝，心烦易怒，咽中自觉有异物，大便不成形，日两次。舌质淡红，苔白厚罩黄。辨证：肝胃郁热，胃气不降。治法：清肝和胃降逆。处方：化肝煎合左金丸方意加减。两服药后症状明显改善，后以四逆散合六君子汤调理。

病案2

冯壮国，男，经常上腹部（胸骨后）堵塞感，晨起口苦明显，时烧心，甚至疼痛，痛连后背，胸闷，泛酸，嗝气，口淡无味，纳谷不香，大便不成形，睡觉易醒。舌质红苔薄黄，脉弦小滑。辨证：胆热犯胃，胃气上逆。治法：清利胆腑，理气和中。处方：小柴胡汤合丁香柿蒂散加减。3服药后明显改善，以参苓白术散调理。

临床常用的降气之品有代赭石、旋复花、丁香、柿蒂、莱菔子、莱菔叶、等。然降气非徒使用降逆之品，可根据不同的病机采用不同的配伍方法达到使气机通降的目的，如胃气不和者，取陈皮、竹茹和之使降；肝气犯胃，气机上逆者，取黄芩、吴萸、苏叶辛开苦降；气机郁滞，升降失调者，取枳壳、桔梗调气以降；阴虚失于润降，取麦冬、法半夏以润养使降；阳明积热，腑失通降，取大黄、甘草，或用决明子通阳明以降胃气。

胃食管反流病常反复发作，病程久延，较易形成痰阻瘀滞之证，故常法治疗乏效者，宜考虑从痰瘀论治。

1、从痰论治：若嘈杂伴胸闷痰多，易惊，多梦，泛酸或呕苦，舌淡红，苔白腻微黄，脉滑数。宜理气化痰，清胆和胃。用温胆汤加减。若见胸脘灼痛，胃脘痞满较著，按之则痛，恶心欲吐，偶有泛酸吐痰，舌淡红，苔黄腻，宜清热涤痰、行气降逆。宜小

陷胸加枳实汤。

2、从瘀论治：症见嘈杂、胸骨后压痛或心窝部刺痛，咽干口燥，但不欲饮，舌质淡暗，边有瘀点。病情轻者，宜活血化瘀，理气止痛。丹参饮加减；胸闷刺痛较明显，或有心悸者，宜活血化瘀，通络止痛，血府逐瘀汤加减。痛甚、胸闷明显，似有重物压其上，宜宽胸通络，取旋复花汤加减。

3、痰瘀合治：若痰瘀搏结，胸膈疼闷，吞咽不畅者，宜在活血化瘀的基础上，酌情选用槟榔、五灵脂、全瓜蒌、姜半夏、陈皮、茯苓等。

4、宜时兼顾制酸与护膜，并重视生活调摄。

结合现代医学的认识，本病多与胃酸反流有关，故治疗常针对性选用一些制酸止痛之品。一般而言，反酸兼瘀血者，宜选瓦楞子；胃痛吐酸明显者，选乌贼骨；挟热夹痰宜选浙贝母；阴虚泛酸者，宜选煅牡蛎；护膜常选白及、三七、藕粉一起调服。

此外，在药物治疗的同时，应注意生活的调摄。叶天士言“胃土久伤肝木愈横”，食管乃“胃之系(《难经集注》)”，说明情志不畅与该病关系密切，要鼓励病人保持乐观的情绪，努力做到“移情易性”。应采取卧位服用护膜药(三七、白及、藕粉)，即病人解衣卧床，左侧卧、右侧卧、平卧、仰卧过各咽药1-2汤匙，余下的药可以仰卧时吞服，半小时内不进水。这样，有利于药物直接作用于“病所”，提高药物疗效。



新加坡·杨昌志

一、引言

坐骨神经痛是指坐骨神经通道以及其所分布区的疼痛，表现为腰部，大腿后侧，小腿后外侧及足背外侧发生放射性，烧灼样或刀割样疼痛，在临床上可分为原发性和继发性两大类。原发性坐骨神经痛，主要是神经间质性炎症引起，常因受寒与感染因素有关；继发性坐骨神经痛为该神经通路的邻近组织病变所引起，又分为根性每与干性二种。历代中医文献中记载的，“痹症”，“腰腿痛”，“腰臀部伤筋”，“臀股风”等都包括在坐骨神经痛之范畴内；余自1998年起即应用针灸治疗坐骨神经痛，镇痛作用好，在临床上取得较好的疗效。

二、临床资料

1.1 一般资料:

十四年来，在临床上约有一百余病例中，本国女性发病例比男性多，本病多发于35岁至70岁不等，多以椎间盘脱位，椎间盘突出，椎间管狭窄，增生性骨椎病，腰部软组织劳损或梨状肌综合症等，病程长者有数年之久，最短者约有二天，多发生于单侧腰腿部，双侧的发病例少见，治愈后反复发作者约有三成。

1.2 症状与诊断:

a. 放射性疼痛：沿坐骨神经通路出现放射性钝痛，刺痛或灼痛，可自腰臀部直达股后，小腿后外侧及外踝部。

- b. 牵拉痛：体位改变或牵拉坐骨神经时都会诱发疼痛使之加剧，如患者采取健侧卧位并将患肢屈曲，直腿抬高，足背屈及弯腰检物等试验呈阳性。
- c. 压痛点：坐骨孔点，在坐骨孔的上缘。转身点，在坐骨结节和转子之间。腘点，在腘窝内。腓点，在腓骨小头之下。踝点及跖中央点，在足底中央。
- d. 其他症状：患者小腿外侧及足背外侧痛感过敏或减退，小腿皮温减低，少汗，肌群引力降低，跟腱，半腱及股二头肌腱反射减弱或消失等。
- e. X-线检查对查明坐骨神经痛有重要的意义。
- f. 鉴别诊断：本病应与臀上皮神经炎，股外侧皮神经炎，假性坐骨神经痛等相鉴别。

三、病因病机

由于患者腠里内虚，营卫不固，感受寒湿之邪，其邪凝滞，经脉受阻，气血运行不畅而导致寒湿痹症；或患者为阳盛之体，内有蕴热，感受风寒湿邪，易于化热，可形成湿热痹症；或因先天禀赋不足，后天调摄不周导致气血不足，气血二虚，如果劳作过度所形成或因腰部用力不当，弯腰负重，提举重物，或肩荷重担，挫伤腰部，都会导致腰部损伤，使之腰部气滞血瘀，经脉不通，形成瘀血阻络之症，如果迁延日久，病邪固着，病势缠绵不愈，久之气血亏虚，筋脉失养，会出现臀肌或腿部腓肠肌萎缩。

四、针灸治疗

(1) 寒湿痹症

主证：为寒湿阻络型，患者腰腿冷痛重着，其痛如锥如裂，遇寒则痛甚，患者活动不利，静卧时疼痛不减，其舌质淡，苔白腻，脉沉紧，或沉缓。

治则：散寒祛湿，温经止痛。

处方：主穴针刺肾俞(双)，小肠俞(双)，委中(双)，患侧秩边，环跳，殷门，阳陵泉，昆仑。

配穴如腰部疼痛剧烈可加小肠俞，次髎，白环俞。

痛在尻部沿臀至股后，向腘，腓外踝后放射者加承扶，附阳。

痛从腰尻经髌枢沿股外侧至小腿外侧向外踝处放散者，可加悬钟，丘墟，足临泣。

穴位解释：针补肾俞可补益肾气，能祛除腰部寒气；循经取大肠俞，秩边，殷门，委中，昆仑为膀胱经脉，以通调足太阳经经气；取环跳，阳陵泉，悬钟等以通调足少阳经经气。

操作方法：隔日一次，10次为一疗程，留针约30分钟，可用电针联接阳陵泉及环跳穴，可采用连续波，高频率电流，亦可用温针，神灯照射及拔罐等

(2) 湿热痹症

主证：为湿热阻络型，患者腰腿酸麻胀痛，痛如烧如灼，患侧肢体活动不利，或有心烦口渴，舌质红苔黄腻，脉数。

处方：主穴取膀胱俞(双)，委中(双)，患侧取秩边，环跳，风市，阳陵泉，飞扬等。

配穴如患者患肢灼热剧烈，可加大椎，曲池，

如疼痛剧烈者可加人中，神门穴。

穴位解释：取膀胱俞以疏通足太阳经之气，可化解湿热蕴结。泻阳陵泉以疏通

肝胆经气，可奏理气止痛之功。

针灸操作：可施提插或捻转泻法，留针30分钟左右，隔日一次，10次为一疗程。可用电针联接环跳穴而与阳陵泉穴，可拔罐。

(3) 瘀血内阻症

主证：腰部疼痛，痛处拒按，继而疼痛牵引至大腿后至足跟部，咳嗽，排便，行走等均可使之疼痛加剧，坐卧屈膝时疼痛则减，舌质紫暗或者有瘀斑，脉象涩或弦细。

治则：活血化瘀，通经活络。

处方：针刺夹脊穴，患侧秩边，次髎，环跳，殷门，委中，昆仑。

配穴如腰脊强痛可加腰阳光，阿是穴等。

穴位解释：委中合次髎穴可通利膀胱经经气，解除瘀血内阻之证；针刺环跳，秩边可以疏通下肢气血；针刺夹脊穴可以解除深邪远痹。

操作方法：施以提插或捻转泻法，可用电针联接环跳，委中，留针约30分钟，急性期可以每天针刺一次，缓解期可以隔天针刺一次，十次为一疗程。

五、病案举例

a. 病例一

王素华，女性，五十余岁，于31-08-2011来首诊，诉说右侧腰腿疼痛剧烈，痛联大腿至右侧外踝部，行走疼痛，久坐站立起身即痛弯腰及转身皆疼，反复发作已有六月余，经西医诊断为腰间盘狭窄，压迫腰椎神经所致，舌质暗，苔白，脉细。

病因：瘀血内阻，经络阻塞。

治则：活血化瘀，舒筋活络。

诊断：诊断为瘀血内阻证。

针灸治疗：针刺取肾俞(双)，大肠俞(双)，膈俞(双)，委中(双)，右侧取秩边，环跳，阳陵泉，悬钟，昆仑，电针联接环跳与阳陵泉，用连续波强刺激，神灯照射于腰臀

部，出针后加拔罐于腰臀部。隔日针灸一次，每次30分钟，经六次针灸后已愈。

b. 病例二

林亚妹，女性，63岁，于01-09-2011来初诊，患者诉说因工作劳累且夜间才冲凉，导致右大腿内侧腰腿疼痛，疼痛如针刺，夜间尤其痛，痛联大腿至小腿外侧，行走则痛，久坐起身痛甚，弯腰不能直，已有二月余，反复发作，近二日来较剧烈，患者舌质淡，苔白腻，脉弦缓。

病因：寒湿邪阻滞经络，气血运行不畅。

治则：散寒祛湿，温经止痛。

诊断：诊断为寒湿阻络型。

针灸治疗：针刺双侧肾俞，大肠俞，小肠俞，委中，患侧取环跳，阳陵泉，承山，昆仑，绝骨，承扶。电针联接环跳与委中，用断续波，神灯照射腰部，出针后加拔罐于腰臀及大腿部。针刺30分钟，针刺一次后，右下肢活动明显改善，隔二天再来诊时只余轻微疼痛，再经二次针灸治疗后已愈。

c. 病例三

冯雅莲，女性，59岁，于09-09-2011来诊，患者诉说左腰腿疼痛，痛联大腿外侧至小腿外侧踝部，久站会疼痛，晨起感觉酸痛，但行走后大腿至小腿疼痛会减轻，已有三周，曾有腰腿疼痛史，经西医证实为腰椎间盘突出病变，患者面色苍白，舌淡暗，苔白，脉细。

病因：气血两虚，经络阻滞。

诊断：禀赋不足，调摄不周，气血亏虚，劳伤筋骨。

针灸治疗：针刺双侧肾俞，大肠俞，关元俞，委中，命门，患侧环跳，风市，阳陵泉，昆仑，悬钟，电针联接环跳及阳陵泉，照射神灯于腰臀部，出针后于腰臀部及大腿处拔罐。

d. 病例四

严亚四，女性，68岁，于08-09-2011来初诊，患者诉说左侧腰腿疼痛剧烈，从左侧髋关节附近疼痛，沿左大腿至左外踝关节处，兼有拉紧感感觉，行走则痛甚，蹲下困难，已有数月，曾经经过数次针灸治疗，但病情依旧胶着，患者舌质暗淡，苔白，脉弦细。

病因：膝里空虚，寒湿外邪入侵，经脉受阻，气滞血瘀。

治则：散寒祛湿，温经通脉，活血化瘀。

针灸治疗：针刺双侧肾俞，大肠俞，关元俞，委中，患侧环跳，梁丘，阳陵泉，绝骨，昆仑，电针联接环跳与阳陵泉，用继续波，神灯照射于腰臀部，每次30分钟，隔日一次，经四次针灸后，患者已康复。

六、体会

坐骨神经痛是太阳膀胱经与少阳胆经所发病，经脉被寒，湿，热邪及瘀血阻塞所致，单纯利用针灸及拔罐以散寒活血，疏通经络治疗坐骨神经痛，显著优于其他疗法，而且安全兼经济，又能促进其功能恢复；针灸在临床上有即刻止痛的作用，多数病人在出针后都感觉疼痛减轻显著；余在临床上体会到针刺环跳的针感有无，强弱，直接关系到治疗效果的好坏，故环跳穴应强刺激使针感如电掣般传达到足部为佳；针后加电针治疗能增加疏通经络之功，但在临床上余亦发现对不同体质的病人疗效就有差异，如阴虚者效果较差，阳虚者效果较显著，故治疗坐骨神经痛症，应辨证正确，相应的治则，其次为选穴处方，施以不同手法，主穴与配穴，应根据病情变化而加减，其他疗法如中草药，中成药，推拿等都有一定疗效，在临床上可选用之，配合治疗。

行医感悟三则

新加坡·吴中山

(一) 不因事小而不为

当今社会生活节奏快、紧张，竞争激烈、压力加大，常感胃肠不适者甚为普遍，一般称之为文明病。今天就选择与胃肠保健有关的咀嚼因素与大家分享。

人类消化食物的第一步骤便是咀嚼食物成为细软的食糜，以便于下咽。咀嚼时结合了唇、齿、舌、唾液、肌肉、神经共同协作来完成。上、下牙咬碎和研磨；舌头搅拌和味蕾产生味觉。口腔内有三大唾液腺(腮腺，下颌下腺，舌下腺)分泌消化酶，与食物充分混合后可把食物中的淀粉先消化成单糖，以及将蛋白质和脂肪磨碎成小颗粒后进入胃部，它除了减轻胃肠的负担，营养更容易被吸收外，还可减少

过多的糟粕(大便)淤滞大肠，保持胃肠健全的生理功能，所以说食物的摄取、腐熟、消化始于口而完成于胃肠。

参与咀嚼的肌肉有表情肌(口轮匝肌，唇肌，颧肌，颊肌)与咀嚼肌(咬肌，颞肌)；神经有颜面神经、三叉神经、舌咽神经和舌下神经。中医认为咀嚼时会刺激在口腔上颚相接的任、督两脉而辗转强化了头部及全身的经络网路系统。而舌与心、肺、脾、胃、肝、胆、肾等脏腑经络有着密切的联系。经验丰富的医师认为，门齿与肾经及膀胱经相关，犬齿与肝胆经相关。咀嚼有助于牙齿健康，牵动脸颊肌肉运动，促进头部气血流通，使脸部肌肉皮肤富有弹性。

现代人时间总是不够用，三餐时间难免紧

缩，食物尚未充分咀嚼就把它囫圇吞进了肚，让胃去负责磨碎。而饭后又得很快工作，这时头部和四肢的血液无法调配到胃部提供消化所需的能源，这样不但加重胃部磨糜、消化食物的负荷，也会造成胃部的伤害。时日一久，咀嚼功能不但没有发挥出来，肠胃功能却下降、受损，导致消化吸收不完全，营养供应不充足，气血亏虚，元气不足，疲倦乏力，抵抗力和免疫力减退，影响健康。唐代名医孙思邈说：“安身之本，必资于食”，他提倡食养，强调用心细嚼慢咽，再经过脾胃的化生气血作用，营养身体，达到防病强身益寿延年。

建议吃饭时能细细地咀嚼，慢慢地品尝饭的香甜与菜肴的美味，紧张烦躁的心情自可趋于缓解放松，对胃肠的保健可说是第一站。再加上咀嚼可激活各脏腑的经络系统，藉着经气的传导，使机体展现活力，因此，咀嚼也可说是健康的起跑点。咀嚼的次数，没有一定，端着食物的性质，主要的是食物必须在口腔内就已被磨成细糜。

当然，影响肠胃功能和身体健康的因素很多，光靠细嚼慢咽是不足够的，只是，它简单易行，无副作用又有保健效益。如果肠胃会说话，它一定会很感谢您的细嚼慢咽。

(二) 天有好生之德

《礼记·孔子闲居》：“天无私覆，地无私载，日月无私照”。大好的天地，总是垂爱于每一片刻、遍施于每一个角落，养育着人类与万物，生生不息，而人人内心也时时刻刻存着敬畏与感恩。

上天赋予人类智慧、爱心、思想，来创造生活文明。物质科学源自十七世纪希腊的文艺复兴运动，开始重视人文思想，研究自然，到十八世纪英、法学者发表民主自由、富国论等思想，抱着“人定胜天”的理念，在物质简陋、欠缺的当儿，认定改善生活物质才是历史进化的原动力，于是成为产业革命之先河。

欧美资本主义也坚信发展经济、科技、创造财富，可解决民生问题，有利于社会的安定与繁荣，有助于民富国强。

藉着知识、科技的不断精进，当今绝大部分的人，生活所需不但无缺而且精緻；交通、医药卫生完善；网际网络资讯无限，无远弗届，检索信息只在一瞬间；而企业的联系管理、亲朋好友的联络等，也只在点触间。生活已全球化，真是秀才不出门能知天下事、天涯若比邻，这个年代的物质生活是多么的便捷与富裕。

或许因为没有前车之鉴；或许是忽略了地球资源的极限性；也或许对地球未更深入的探研，因而导致大自然的反扑，造成始料未及的生态破坏与人类的空前不安、不平。举出几个2011年地球变化的实貌：两极冰川加速融化；“非洲之角”大饥荒，多国严重干旱；日本311大地震，也破坏核能电厂；澳洲、土耳其大地震；美国大风雪、龙卷风袭击十几个州；泰国洪水久围；菲律宾豪雨成灾。此外，处于信息全球化时代，不平的民意常会瞬间汇聚成震撼政府的力量，如突尼西亚青年自焚抗议，拉响‘阿拉伯之春’的人民革命行动，致使该政府垮台，并形成骨牌效应，埃及穆巴拉、利比亚卡达菲相继被推翻；意大利总理、葡萄牙、爱尔兰、希腊和西班牙的领导人，也因欧债危机而下台等等。

看起来，今天面临着势态严峻的情境，所幸，国际间早有先知先觉者提出节能减碳、保护生态环境、加强环保意识教育等拯救地球的行动，也纷纷进行开创绿色能源，减少地球的耗损。个人以为无须过度惊恐，但要强调的前提是，人类的思想行为要随着地球的改变，而变、变、变，《易经》：“穷则变，变则通，通则久”。

《易经繁辞》：“天地之大德曰生”，天有好生之德：《管子·牧民》：“政之所兴在顺民心”；荀子曰：“水能载舟亦能覆舟”。天知道祸福相依、阴阳消长，一向是自然界的

循环规律。上天轻咳一声，是要给人类稍稍震慑一下，温馨的提醒以再用它赐给的智慧去冷静反思、自强改变。牢记在发展及享受经济、科技之际，必须加入精神文明元素，重视仁义道德；财富、科技本无罪，罪只与人心的自私、贪婪有关。

《老子·六十四章》：“千里之行，始于足下”。期盼人人积极投入节能减碳的行动，无论巨细，贵在当下脚下。这样才能够使人类与万物随着地球生生不息，人人也都会过得更安定和谐，快乐健康。

（三）“养生保健”操之在我

每天生活中的活动如吃饭、工作、运动等等完全是个人自己要做的事；又如头痛等病痛，虽可找医生治疗，但也得由自己承受疼痛和不舒服，别人无法代劳。所以，“养生保健”操之在我，是不容置疑的事。

人生的最大目标就是将自己的资质潜能完全发挥，来完成生命的传承和文明进化的使命，如《三字经》说：“扬名声，显父母，光于前，裕于后”，有了使命感和目标，才会积极规划和循序推进，来达到目标。而要能坚持不懈地向目标前进，身体健康是极为重要的因素。世界卫生组织(WHO)的报告中指出：健康与长寿取决于自我保健占60%，遗传占15%，社会因素占10%，医疗占8%，气候占7%；WHO也在“阿拉木图宣言”中提出：‘健康是自我的责任’，这说明了健康主要是靠自己努力来保持的，只依赖医药实在大大不足。

早在二千多年前中医经典名著《内经·素问·上古天真论》说：“上古真人，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……”其中所用的字如“法”，“和”，“有节”，“有常”、“不妄”莫不含有约束、克制、规范的意义。也就是身心的活动要在

安全合理、运行有序的范围内，才能够拥有健康。再进一步来说，身心的活动完全是在每个人心神明智的思维与实践之下所产生的作用。

科学的发达，带动了医药昌明，许多疾病都可以得到治疗，是众所周知的。生病看医师吃药收速效，所以当然是最优先的选择了。当今社会，工作竞争紧张，压力沉重，生活忙碌劳累，时间不够用，不但很难安排规律的生活作息，或注意饮食，更别说常运动促进健康了。俗话说：“生命在于运动”，运动确实可以增强自身的免疫力和提升自愈力，除平时可保健康；有病时，配合医药治疗更可早日恢复健康。还有一点要强调的是，中、西医家都肯定认为“病由心生”，对个人、家庭，甚至于社会，心理因素绝对会影响生理的健康状况，这种影响是无形的、无所不在的，而且不但影响了自己，还会伤及周遭的人，却只有少数人去注意到它。于是医家大力提倡“养生首在养心”、“养生保健”操之在我。笔者希望各位相信维持健康是需要靠自己有恒努力地经营来争取的，尽量用心安排有助于健康的生活吧！

针刺治疗眼病的禁忌症

中国河北·张彬

禁忌症是适应症的反义词。是指不适宜采用某种药物治疗或某种治疗方法的疾病或情况或特定的人群，或应用后反而会引起不良的后果，在具体给药上或针刺治疗上应予禁止或顾忌。

我们在临床实践中应用针刺治疗眼科疾病取得了一定的效果。我们体会是：在临床上选择针刺治疗眼科疾病的适应症尤为重要。如有些眼病可以应用中药、西药和针刺治疗；有些眼病需要应用中药、西药、针刺和外用眼药治疗；有些眼病需要用中药、针刺治疗；有些眼病需要用中药、外用眼药治疗；还有些眼病需要用单纯的针刺治疗。我们在治疗过程中，体会有些眼病是针刺治疗的禁忌症，以下是我们的管窥之见，仅供同行参考，不妥之处，请批评指正，现简介如下：

针刺治疗眼病的禁忌病症

- 1. 胞生痰核** — 类似于现代医学之霰粒肿。该病适合于门诊的小手术治疗，无需针刺治疗。
- 2. 椒疮** — 类似于现代医学之沙眼。该病目前比较少见，仅限于边缘牧区、山区老年人和野外作业的人。一般外用眼药治疗或小手术治疗。
- 3. 粟疮** — 类似于现代医学之结膜滤泡症、滤泡性结膜炎。可以用外用眼药和口服中药治疗。
- 4. 风赤疮痍** — 类似于现代医学之眼脸皮肤炎、眼睑湿疹。可以口服中药和外用眼药治疗。
- 5. 胞肿如桃** — 类似于现代医学之眼脸炎性水肿。口服清热解毒，利水消肿的中药治疗即可。
- 6. 胞虚如球** — 类似于现代医学之眼脸非炎性水肿。口服利水消肿，散结通络的中药治疗。
- 7. 睑内结石** — 类似于现代医学之眼脸结膜结石症。用针刺挑石，外点眼药即可。
- 8. 漏睛** — 类似于现代医学之慢性泪囊炎。由于泪囊炎属于感染性疾病，口服清热解毒，散结消肿的中药和外点眼药即可。
- 9. 漏睛疮** — 类似于现代医学之急性泪囊炎。本病起病急骤来势较猛，必须及时治疗。早期可服中药治疗，已成脓者，应切开排脓。
- 10. 赤脉传睛** — 类似于现代医学之两眦结膜炎。口服清热解毒，退翳明目的中药和外用眼药即可。
- 11. 胬肉攀睛** — 类似于现代医学之翼状胬肉。可口中药，如药无效，发展较速者，当采用手术治疗。
- 12. 金疳** — 类似于现代医学之泡性结膜炎。目前该病少见，可口服养阴清肺，散结消肿的中药及外用眼药。
- 13. 白睛溢血** — 类似于现代医学之结膜溢血。由于结膜溢血针刺治疗时容易加重出血，可以口服凉血止血、散瘀明目的中药。
- 14. 花翳白陷** — 类似于现代医学之角膜溃疡病。该病发病较急，变症及并病较多，病势发展迅猛，极易导致失明。需用散瞳药点眼，口服清热解毒、退翳明目、散风通络的中药治疗。
- 14. 黄液上冲** — 类似于现代医学之前房积脓。该病发病较急，变症及并病较多，病势发展迅猛，极易导致失明。需用散瞳药

- 点眼，口服清热解毒、通腑泻火、散风通络的中药治疗。
15. **蟹睛症** — 类似于现代医学之角膜穿孔、虹膜脱出。可用清热解毒、滋阴降火、利水消肿的中药治疗。
 16. **混睛障** — 类似于现代医学之角膜基质炎。该病目前少见，可用清热解毒，退翳明目的中药治疗。外治以消障退翳和扩瞳为要。
 17. **风轮赤豆** — 类似于现代医学之束状角膜炎。目前该病少见，可用清热解毒的中药配合外用眼药点眼治疗。
 18. **赤膜下垂 血翳包睛** — 类似于现代医学之沙眼性角膜血管翳。目前该病少见，仅见外伤后导致的角膜新生血管。可用养阴清热，活血退翳的中药治疗。
 19. **异物入目** — 类似于现代医学之结膜、角膜异物。可点表面麻醉眼药，取出异物，再点外用眼药，病情严重者，再口服清热解毒的中药治疗。
 20. **撞击伤目** — 类似于现代医学之机械性非穿透性眼外伤。可点散瞳眼药，口服清热解毒、活血化瘀、散风通络的中药治疗。有些还需结合必要的手术治疗。
 21. **真睛破损** — 类似于现代医学之机械性穿透性眼外伤。根据眼部创伤情况，选择手术治疗。配合口服清热解毒的中药治疗。
 22. **疳积上目** — 类似于现代医学之角膜软化症。该病罕见，应用维生素，营养药物治疗。
 23. **突起睛高** — 类似于现代医学化脓性突眼。可用利水消肿、清热解毒的中药，配合外用眼药治疗。
 24. **目痒** — 类似于现代医学之春季性卡他性结膜炎。可口服清热散风，止痒退翳的中药治疗。
 25. **目瘤** — 类似于现代医学之视网膜母细胞瘤。需手术治疗。
 26. **血灌瞳神** — 类似于现代医学之前房积血。可口服清热解毒、凉血止血、散瘀明目中药治疗，针刺治疗唯恐加剧出血，不利于眼病的恢复和治疗。
 27. **术后目疾** — 类似于现代医学之青光眼术后的高眼压症。可口服利水通络、活血化瘀的中药，配合点降眼压的药物治疗，针刺治疗易使眼压更高，并不是所有的青光眼都可以针刺治疗。
 28. **暴盲** — 类似于现代医学之视网膜静脉周围炎。应用清热解毒、凉血止血、散瘀明目的中药治疗。
 29. **暴盲** — 类似于现代医学之玻璃体积血。应用清热解毒、凉血止血、散瘀明目的中药治疗。
 30. **暴盲** — 类似于现代医学之视网膜中央静脉阻塞。应用疏肝解郁、育阴潜阳、散瘀明目的中药治疗。
 31. **暴盲** — 类似于现代医学之视网膜出血。应用疏肝解郁、散瘀明目、凉血止血的中药治疗。
 32. **视惑症** — 类似于现代医学之黄斑区出血。应用健脾燥湿、凉血止血的中药治疗。
 33. **化学性眼外伤** — 本病应以彻底清除化学物质，减轻眼部损伤，预防并发症，提高视力为原则。可口服清热解毒、散风通络的中药治疗，散瞳。
 34. **电光性眼炎** — 本病应以止痛为先，点母乳和红霉素眼药。可口服清热解毒，散风通络的中药治疗。
 35. **术后目疾(视网膜脱离术后)** — 应用口服利水消肿、活血化瘀、散风通络的中药治疗。
 36. **术后目疾(角膜移植术后)** — 口服养阴清热、退翳明目的中药和外点眼药治疗。针刺治疗对于角膜移植片的混浊、新生血管的植入无益改善。
 37. **先天性眼病** — 小角膜、小眼球、无晶状体、虹膜缺血、脉络膜缺血等。无需针刺治疗。



健脾益肾法 用于肿瘤治疗

新加坡·曾玉珠

1. 肿瘤的病因病机

肿瘤的发病原因仍并不十分明了，中医对其病因病机及证治方药的记载分散于历代各家医书之中。如《诸病源候论》：“积聚者，由阴阳不和，脏腑虚弱，受于风邪，搏于脏腑之气所为也”；《景岳全书》：“凡脾肾不足及虚弱失调之人，多有积聚之病”。

张代钊教授根据中医学理论和临证经验，认为肿瘤发生的病机主要为气血不和，痰湿不化，毒邪为患和脏腑虚损。

郁仁存教授通过长期的临床实践，在肿瘤的病因学方面提出了“内虚学说”，认为外邪，饮食，七情等均与肿瘤的发病密切相关，而脏腑亏损是肿瘤发生发展的根本原因，是疾病发生的关键。

孙桂芝教授认为肿瘤的病因不外乎外因，内因和不内外因。外因，主要是指外界特别是大自然中的一切致病因素，如四时不正之气，饮食不节等。内因主要指机体本身的因素，特别是不良精神因素，正气亏虚，脾肾不足及脏腑功能失调等。

综观上述，脏腑虚损，气血亏虚或先天禀赋不足是引起肿瘤的内在因素，其中尤以脾肾不足最为突出。

2. 肿瘤的治法

肿瘤属慢性消耗性疾病，发病时正气虚损和邪毒内积，本虚标实，虚实错杂。历代医家在治疗方面，皆以扶正祛邪为大纲，或以祛邪为主，扶正为辅，或以扶正与祛邪并重或扶正为主，祛邪为辅，视患者的身体状况而定。

扶正即扶正培本，能扶助正气，平衡阴阳，调补脏腑，改善机体的免疫功能，提高患者的抗病能力，有助于抑制肿瘤细胞的生长，正如中医所言“养正积自除”。扶正培本的方法包括益气养阴，健脾益肾，补益气血等。

祛邪就是抑制，排除和消灭致病因素。常用的方法有化痰利湿，软坚散结，活血化瘀，清热解毒等。

3. 中医脾肾论与肿瘤治疗

中医认为，肾为先天之本，脾为后天之本。先后天相互促进、滋养、补充。中医也认为久病及肾。李东垣在论及脾胃不足时，不但指出脾胃不足可致元气亏乏，而且认为脾胃不足之原因，亦由于元气亏乏。他提出人之脾胃原非不足，而因各种原因先伤元气，元气伤而后脾胃不振；脾胃不振，气血衰少，元气

更伤，如此形成以元气亏乏与脾胃不足为中心环节的整体病变。肿瘤患者在疾病的发展过程中，肿瘤毒素的作用和抗肿瘤治疗(手术，放疗，化疗及中药如苦寒药的治疗等)都可以给机体带来损伤，特别是脾胃功能。故在肿瘤的治疗中要注意保护好脾胃功能，所谓“有胃气则生，无胃气则死”。据现代医学研究，健脾益气法能增强消化道的内，外分泌和小肠的吸收功能，提高患者的抗病能力和对抗肿瘤损伤的耐受力，有利于提高疗效。

肿瘤的发病以正气亏虚为本，且是一个慢性、消耗性疾病，因此，日久多脾肾受损。现代医学也表明，补肾可以提高或调节内分泌功能，特别是垂体--肾上腺皮质和性腺功能，可以增强肿瘤患者的细胞免疫功能，并能防治放疗，化疗对骨髓造血机能的损伤。因此，顾护先后天，健脾益肾，是肿瘤治疗的重要原则之一。

健脾益肾，补益先后天的用药原则，在肿瘤治疗中的应用较为广泛。郁仁存教授治疗肿瘤，常以健脾益肾为基础。他在前人脾肾理论的基础上提出，肿瘤发病以脾肾虚损为主，治疗上应遵守扶正固本的原则。根据患者具体的情况，或健脾为主兼以补肾，或补肾为主兼以健脾，或健脾益肾并重。

林洪生教授应用扶正培本法时多从脾胃入手，特别重视健脾益气 and 温补肾阳，滋养肾阴等法。临床证明，许多晚期肿瘤患者采用这些治法后，不仅全身情况好转，而且有利于抗肿瘤药物发挥作用。

刘嘉湘教授论治肺癌时，认为肺癌证治“不离乎肺，然不止于肺”，尤其重视脾胃两脏。主张脾肾为先后天之本，先后天得调则五脏得养，肺本得固。对于晚期肺癌患者，尤强调正虚之本在肾，补虚不及肾似非其治。采用温肾健脾法不仅明显改善症状，恢复机体正气，而且有助于化痰软坚，清热解毒，从而提高生存质量，延长患者生命。

孙桂芝教授从正气亏虚是肿瘤发病的基本

因素，也是防治肿瘤的着眼点，强调健脾益肾，培补本源，提高先后天之本是抵御邪毒之根本，可调动和发挥机体抗病能力，能起到良好的防治肿瘤的效果。因此，孙教授在运用补益剂时，注意调动先后天之本，充分重视“胃气”的功能，将健脾益肾作为中晚期肿瘤治疗过程中的扶正大法，取得了较好疗效。

临床上，具体应用健脾益肾时有健脾理气、温肾利水、益气健脾、健脾益肾等。其在肿瘤防治中的疗效肯定，特点是在减轻放疗、化疗的毒副作用及提高其疗效方面更具特色和优势，为肿瘤防治所常用。其抗肿瘤的机理包括抗癌抑癌作用，提高机体免疫力，减轻放疗、化疗的毒副反应等。此外，大量文献也报道健脾益肾中药具有增强肿瘤患者，尤其是晚期患者的免疫功能，提高生活质量的作用。

4. 健脾益肾法在化疗中的应用

化疗常见的毒副反应有消化道反应，骨髓抑制，免疫抑制等。郁仁存教授运用健脾补肾法配合化疗，能减轻化疗引起的消化道反应，保护患者的免疫功能，增强巨噬细胞的吞噬功能和提高Th/Ts的比值，对患者NK细胞的结合和杀伤功能亦有增强作用。该法还能增强患者肾上腺皮质功能，改善小肠吸收功能，调节胃肠运动。对81例胃癌患者长期随访发现，健脾益肾法配合化疗者的平均生存期，3年和5年生存率均显著高于单纯化疗的患者。

潘明继教授在多年临床实践中总结出“益气补血健脾汤”，组成有：生黄芪15-30g，党参15-18g，白术12g，茯苓12g，甘草4.5g，熟地黄15g，枸杞子12g，何首乌12g，黄精10g，女贞子15g，北沙参10g，麦冬10g，鸡血藤24g，芡实12g，山药12g。此方具有调理脾胃，益气补血，滋养肝肾的功能，可与化疗药并用，也可在化疗间歇时服用，对各种化疗药引起的副作用都有一定的效果。现代实验研究表明，该方能调理胃肠功能，保护骨髓，

促进造血，保护心，肝，肾及各内分泌器官少受毒药的损害，同时能提高机体的免疫功能。临床应用此方时根据患者的情况随证加减。

5. 病案举例

吴姓，女，52岁，乳癌。

患者有左乳癌，于1999年切除肿块，2008年复发，后有肺肝转移。25/6/11来诊时告知已化疗3次。此次化疗，每周1次X3周后停1周，共28周。患者在此次化疗期间，配合健脾益肾的中药及针灸调理，身体状况良好，无明显不适的症状，只有疲倦，咽痒干咳的症状，化疗过程也很顺利，无须因血象过低而间断。患者在化疗期间的一些血象报告如下：

报告日期	HB (12.0-16.0)	WBC (4.0-10.0)	PLT (140-440)
23/6/11	10.4	5.1	518
7/7/11	10.6	8.3	491
21/7/11	11.0	6.2	397
4/8/11	11.5	8.7	339
29/9/11	11.3	8.0	268
24/10/11	11.5	6.9	282
5/11/11	11.8	6.1	287

应用的中药有：

补气药： 炙黄芪， 生黄芪， 党参， 北沙参。

养血药： 当归， 鸡血藤， 白芍， 阿胶， 熟地， 何首乌。

滋阴清热药： 麦冬， 知母。

健脾和胃药： 白术， 茯苓， 半夏， 陈皮， 竹茹。

滋补肝肾药： 女贞子， 枸杞子， 补骨脂， 菟丝子， 杜仲， 五味子。

活血药： 丹参， 牡丹皮。

针灸穴位：

双足三里加灸， 双血海， 双三阴交， 双太冲。

6. 体会

在这个病例中，笔者遵循健脾益肾为主的治疗法则，健脾以异功散或六君子汤加竹茹为主，益肾以滋补肝肾药，再加一些养血药，也有用当归补血汤来生血。此病例表明，运用健脾益肾法配合化疗，确能减轻化疗引起的消化道反应，保护患者的免疫功能，保护骨髓，促进造血。另外，患者每次针灸后告知觉较有精神和力气。这也让笔者体会到临床再加针灸，尤其是足三里穴，能进一步提高健脾益肾中药的疗效。

参考文献

- [1] 花宝金，侯炜，鲍艳举编著·《名中医经方时方治肿瘤》·北京·中国中医药出版社·2008年10月第一版。



重视调理肝肺二脏在中医治疗失眠中的作用

中国·陈明

概述

失眠，是一种常见的疾病，中医称为“不寐”，是以经常不能获得正常睡眠为特征的一种病征。轻者有入寐困难，寐而易醒，或醒后不能再寐，亦存在时寐时醒等，严重者甚至整夜不能入寐。

西医使用的安眠药等镇静剂，不仅效果不能持久，而且随着服用剂量的逐渐增大，会令人产生严重依赖安眠药(上瘾)的副作用。中医参与治疗能减少安眠药的服用剂量，也进一步改善了睡眠质量。但长久以来，中医治疗失眠的治则多为宁心安神，补养心血，很多时候效果不能尽如人意。

《黄帝内经·灵枢》云：“肝藏魂，肺藏魄，心藏神，脾藏意，肾藏精志”。失眠是由于“魂、魄、神”躁动不宁，没有归其位所致，提示我们治疗失眠除了重视心的脏腑功能，也同时应该重视调理肝肺二脏的功能。

治疗

一、肝主疏泄，调畅情志，喜条达

情志，心情，是属于人的精神、意识、思维活动的一个组成部分，与肝的疏泄功能密切相关。肝气郁结，则心情易于抑郁不乐，稍受刺激，即抑郁难解，悲忧善虑；肝疏泄太过，阳气升腾而上，则心情易急躁、发怒。

现代人学习工作压力大，竞争剧烈，生活上，学习上，工作上的不如意在所难免，精神受刺激的概率明显比过去的人多得多，睡不着觉，不想吃饭，发呆，坐长叹气，胸闷，肝区，肋肋部位胀痛，是典型的情志所伤，肝失条达，肝气郁结的表现。

辨证要点：精神抑郁，情绪不稳，喜欢叹气，失眠，常伴有胸肋胀痛，痛无定处；肝气犯胃，胃失和降，腹胀打嗝；肝气乘脾，脾失健运，腹胀、食欲减退、大便失常；舌苔薄腻，脉弦。

可在宁心安神方的基础上与有柴胡疏肝散或一贯煎合方，也可加入柴胡，郁金，香附，玫瑰花，青皮之类的疏肝理气药物。

此类失眠，与情志有明确的关系，除了服药，还要加强心理辅导，适当运动锻炼，参加社交活动，引导其分散注意力。

二、肝体阴用阳

生理上，肝藏血，血养肝，肝血充足，肝体得阴血之柔养，而后能发挥疏泄气血、调畅气机之“将军”阳刚之用；肝疏泄，血归肝，疏泄正常，则血行畅达，藏血充足，而后能发挥充筋、养目，滋养脏腑之“阴”柔之性。在病理上，肝体之症常以阴血不足为主，如久视、过思、劳倦、失血等，皆可伤及肝之阴血，致使“肝体不足”，体现了病理上就是肝气、肝阳常有余，肝血、肝阴常不足的肝病特点。治疗应时时顾护肝之阴血为大法。

现代人经常加班、熬夜过劳；电脑电视、阅读文件久视；制订计划、策划方案过思；势必导致肝脏阴血两亏，自然影响睡眠。

辨证要点：头晕眼花、失眠或多梦易惊、两目干涩、视物模糊、肢体麻木、手足蠕动感、经筋拘挛，妇女月经量少等症。此外，肝血虚者还有面白、舌淡，脉细等表现，肝阴虚还有五心烦热、潮热盗汗、午后颧红、舌红少苔、脉细而数等的阴虚内热表现。

滋养肝血代表方如归脾汤，也可加入当归、白芍、大枣之品。

肝阴虚严重者会发展成肝肾阴虚，可选用杞菊地黄丸来滋补肝肾之阴。

三、肺主宣发肃降(肺合皮毛, 司呼吸, 通调水道, 与大肠相表里)

肃原指肃杀，后世医家将它引申为清肃。清肃指肺具有清除废浊之物的作用。肺内如蜂巢，下无透窍，肺中痰浊异物何能清除呢？

肺的肃降功能与肺主气、司呼吸、通调水

道、外合皮毛，与大肠相表里等理论有着密切的联系。如肺合皮毛，皮肤上遍布的“气门”有散气、调节呼吸的呼浊吸清的作用；通过汗孔的出汗也可排除代谢产物；如肺与大肠相表里，水谷中的糟粕经大肠传导下行经魄门(肛门)排出体外。大肠中的废浊之气也可通过矢气排出。当然，皮肤、大肠等功能正常与否也会影响肺的清肃功能。肺的清肃功能也表现在自身洁净方面，肺轻清肃净，不容异物，如呼吸时空气中尘埃、细菌等异物经鼻毛、湿润的粘膜等阻挡，部分进入气管者则被气管分泌的粘液吸附，通过气管壁的纤毛运动及咳嗽一系列过程排出体外。打喷嚏也是排除肺系中邪气、异物的方法。肺中的痰液等物也可经咳嗽排出。肺通过呼吸运动，吐故纳新，呼气也即肃除了肺中的废浊之气。

肺喜清肃，一旦肺的洁净状态受到破坏，则会直接影响肺的生理功能，出现各种症状。

《医贯》曰：“肺为清虚之脏，一切不容，毫毛必咳。”如肺失清肃，影响了肺主气、司呼吸、通调水道等功能，则可见呼吸不利、咳嗽、气逆、水肿、痰饮内阻、小便不利等症；若影响大肠则可见便秘或矢气频繁等症。影响及气机则有咳嗽、痞满等症。如有以上表现，当然严重影响睡眠的质量。

肺失清肃，治当肃肺，肃肺是指清除肺中一切客邪、痰浊、异物以保持肺的洁净，使肺恢复正常生理功能。从临床来看，肃肺药物即祛痰、化痰之药。临床上常用的药物，如桔梗、半夏、二陈汤之属。

四、肺经当令之时: 寅时

寅时是指凌晨3点到5点，肺经当令。当令就是值班的意思。这个时间是人的气血从静变为动的开始，是转化的过程，这就需要有一个深度的睡眠。人睡得最死的时候就是3点到5点，如果肺经有疾，譬如咳嗽，就无法进入到深度睡眠。睡眠质量自然就差，调理肺经有时会产生意想不到的神奇效果。

案例

曾治一人，年50，公司总裁。喜烟酒应酬。夜不能眠，每晚服用安眠药20粒也仅能睡觉1-2小时。前医多用天王补心丹等方宁心安神，效果欠佳。观其电话忙碌，生意繁忙，心情急躁，坐立不安。舌淡苔少，脉弦。在前方基础上加用香附、郁金、柴胡疏肝解郁，白芍，当归养肝血，法夏、云苓、桔梗，肃肺化痰，五剂后睡眠大有改观，一月后安眠药减为每晚5粒，能睡5小时。

小结

睡眠是人体的一种主动过程，可以恢复精神和解除疲劳。人的一生约三分之一的时间在睡眠中度过，睡眠质量直接影响到人的生存质量和生活质量。随着经济的发展，现代人的生活节奏不断加快，生活方式发生明显变化。工作的紧张、交往的频繁、竞争的压力、精神的负担和人际间的摩擦等，使越来越多人的睡眠受到影响并导致失眠。失眠现象的增多，可以说是现代社会发展的产物。短期失眠已会对精神和大脑造成影响，长期失眠则会引起一系列临床症状，甚至诱发一些器质性病变。

相对于西医的单纯使用安眠药治疗而言，中医的整体辨证施治，调整脏腑，疏通气血，平衡阴阳，能达到减少安眠药服用剂量进而有望停用安眠药，效果更加持久。



百合固金汤

为主治疗呼吸系肿瘤 放化疗后咯血

新加坡·林英

呼吸系肿瘤包括了鼻咽癌、肺癌。由於放化疗过程中导致津枯阴伤，虚火炽盛以致灼伤脉络而咯血，肺肾仍金水相生之脏，金能生水肺为水之上源，肺肾二脏之阴液相互资生，肺伤则不能滋化肾水，肾中虚火上炎，肾脉挟咽，水亏火旺，火上熏肺，由于虚火灼伤肺络而见干咯血丝或咯血鲜红、津液干枯则咽干痛、少痰音哑、阴虚内热可有潮热颧红，舌红欠润，脉细数，日久及肾则见腰膝酸软等症；火灼津伤血络受损，可有咯吐痰血。

临床上以放疗更为常见，呼吸系统肿瘤放疗后，咽喉黏膜糜烂溃破出血，放射性肺炎咯

痰夹血。凡遇呼吸系肿瘤放化疗后咯血，我每以百合固金汤为主以治之，屡获良效。

病例举隅

1、肺癌放化疗后咯血：

姚某 男 69岁。

2011年10月确诊为右肺非小细胞肺癌第三期。

放化疗4次，因毒副反应而停止治疗。11月2日来诊，咳痰夹血丝，咽干，偶胸部微痛，疲倦，纳可，寐欠安，小便赤，大便硬

2, 3日一行, 舌淡红, 苔薄, 脉弦细数。表现为肺阴虚, 治以养阴润肺, 化痰止咳。予百合固金汤颗粒加味: 茯苓、白术、北沙参、瓜蒌仁、苦杏仁、三棱、川楝子、蒲公英、仙鹤草各一包。服7日, 仍有咳痰, 咯血减少, 续服二周咯血愈。

2、鼻咽癌放化疗后咯血:

汤某女 54岁。

鼻咽癌3期, 完成放化疗。6月18日来诊, 咳痰稠夹血丝, 口干, 味觉不敏, 腰酸痛, 寐尚可, 二便调, 舌红中裂痕, 脉弦细。诊为肺肾阴虚, 治以滋肾润肺、阴清热化痰。方用百合固金汤加味。连服7日。咳痰未平, 已无血丝, 咯血愈。

小结

呼吸道恶性肿瘤放化疗后咯血基本病机多为阴虚热盛, 肺络灼伤灼伤, 肺失滋润火灼肺金而致咯血。临床上遇放化疗后津伤阴损而咯血或痰夹血丝, 每以百合固金汤均随证加味调治, 百合固金汤源于《慎斋遗书》卷七, 《医方集解》曰方以二地助肾滋水, 退热为君药; 百合保肺安神, 麦冬润肺清热为辅药; 玄参助二地以生水, 滋阴降火利咽喉, 贝母散肺郁火而除痰, 归、芍养血兼以平肝火为佐药; 桔梗载药入肺而清金为使药。《慎斋遗书》云:肺募间热, 咳嗽咽痛, 咯血恶寒, 手大拇指循白肉际间上肩臂至胸前如火烙。肺阴亏虚, 肺叶失濡, 金干则鸣, 以养阴清热之剂祛肺燥, 育肺阴, 故曰“固金”。本方虽以二地为主药, 然其目的不在于补肾, 而在于清金保肺, 百合、麦冬为有力之辅药, 故名以百合固金汤。

概括百合固金汤在呼吸系肿瘤放化疗后咯血治疗的方义, 方中生地甘寒凉血止血、熟地微温味甘, 达到养阴补肾、凉血生津之效。天冬甘寒滋润、清热止渴, 麦冬、百合滋肺养

阴, 白芍、玄参养血润燥、凉血止血, 桑白皮、贝母润肺止咳, 甘草甘缓调和诸药, 共奏养阴润燥、清热止血之功。

咯血过程中会有瘀血产生和机体组织的损伤, 咯血较多者加白茅根、生藕节、仙鹤草、三七凉血祛瘀止血, 咽干喉痛者加天花粉、北沙参清热生津, 大便干结者加肉苁蓉、瓜蒌仁、桃仁润肠通便, 阴虚盗汗、潮热者加地骨皮、白薇养阴清热或其他兼证, 均随证用药。



脑损伤性昏迷的 针灸治疗

新加坡·翁亚庆

昏迷主要临床表现，是神志不清。对各种刺激无意识反应，不能被唤醒。脑损伤的病患，都出现昏迷的症状。而脑细胞死亡的程度。决定了昏迷的严重与否。

脑损伤，主要是脑血管意外，包括脑溢血、脑缺血性梗死、和脑震荡性出血。另一是其他颅外疾病，如肝性脑病，糖尿病性脑病，而心脏性脑病，主要是心力衰竭造成的。中医学中，昏迷属于中风病的危急证里，中脏腑闭证与脱证的内容范围中。

现在在樟宜医院，上病房作针灸治疗脑损

伤病患的一则病例。作病例报告，并述说针灸治疗昏迷和方法 and 个人的看法。

病例简报： 唐XX 48岁

初诊： 2011年11月22日，因心力衰竭发作，经抢救后，继发脑缺氧性梗死，而造成脑损伤性昏送，已四周。

主要症状： 神昏，大部份时间处昏睡，痰浊声重，有切管手术放抽痰装置和鼻饲导管，对声音

和疼痛的刺激，无反应。

诊断：脑损伤性昏迷。

取穴：醒脑开窍为原则，取人中

印堂 曲池 内关 合谷

足三里 三阴交 太冲

气海 关元 天枢

首10次针灸以每周4次，接下来的以每周2次，到2012年3月共作了24次针灸，每次配合电针作30分钟治疗。

在这次的针灸治疗过程，小结了一些治疗时碰到的问题和看法：

1. 首先要确认那个昏迷阶段适合作针灸治疗：

深昏迷阶段，除了具有生命体征存在外，对其他刺激反应消失，因此针灸治疗无效，处于浅昏迷阶段；基本的生理反应已存在，而且对强烈疼痛有反应，本病者处浅昏迷期，可作针灸治疗，以苏醒病者。

2. 确定脑损伤的性质：

脑损伤属脑梗死型，病情发展较稳定，虽处昏迷，神志不清，有意识障碍，可作针灸治疗，本病者昏迷4周，其主治医师同意家属让病患作针灸治疗。

而溢血性脑损伤初期，病情发展复杂，所以须要确定病情稳定之后，才适合作针灸治疗，而这也许要3个月以后的事。

3. 昏迷针灸取穴：

以人中穴和印堂穴为主要取穴，取人中穴时针向鼻中隔方向斜刺0.5-1寸，以雀啄法操作，刺激程度以病人眼球湿润为度。

印堂穴向鼻尖之间平刺0.5-1寸，许多医书记载的医案，也举出灸百会穴和神阙穴，也是治疗昏迷证的主要穴位，但限于病房不能用艾条灸法，无法配合运用。

临床可取天枢穴，关元穴和气海穴，培元

固本，通调脏腑之气机，有利病者的苏醒，也可配合十宣穴放血，刺激末鞘神经。

4. 安排时间到病房作针灸的问题：

为了达到一定的刺激量，应该每天为昏迷病患作针灸，但限于诊所的运作，一周最多只能安排4天上病房作治疗，而且也只能于下午5点之后，并且还要迁就病房护理人员的工作安排，所以针灸时间往往拖延与担误，为治疗带来不少干扰，

5. 针灸昏迷苏醒时间的问题：

对浅昏迷阶段的病患，西医只做辅助性治疗，如避免细菌感染，活动肢体的理疗，主张让患者自然苏醒，而患者家属的心理则是要患者早日苏醒过来，所以会通过各种刺激手段，针灸治疗也是他们寻求的途径之一，针灸医师应采取务实的态度，不急于求成，要认识到针灸治疗，是为了让病患取得良性刺激，增加苏醒的机率，同时医师与病患家的沟通也很重要，让他们知道，针灸不能使病患马上苏醒的奇迹效应。应让他们知道，要分几个疗程进行治疗。每个疗程后，观察进展。再决定是否继续治疗。以减少不必要的解释和误会。

本病例，于2个月时间，共作24次针灸治疗，虽仍处于昏迷阶段。但各症状逐渐改善，对痛觉的敏感度增强，昏睡时间减少，痰浊声减少，为苏醒提供有利的条件。



腰痛的 中药治疗

新加坡·胡秋荣

腰痛是指腰脊或脊旁部位疼痛为主的一种病证。《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》论述了寒湿腰痛的症状，曰：“肾著之病，其人身体重，腰中冷，入坐水中，腰以下冷痛，腹重如带五千钱。”腰痛属现代医学的急性腰损伤、腰椎骨质增生、腰椎间盘突出症、腰椎椎管狭窄、强直性脊柱炎、腰肌劳损，腰肌纤维炎症等范畴。在病因反面，腰痛可分为外感、内伤，与外伤三类。我国气候潮湿又炎热，人们喜到设有冷气的商场购物消闲娱乐，雨天衣薄易着凉，或热天劳作后汗出当风，致使风寒湿热之邪侵袭腰府，痹阻经脉，导致外感腰痛。《诸病源候论·腰背痛诸候》中指出腰痛是由于“肾经虚，风冷乘之”，“劳损于肾，动伤经络，又为风冷所侵，血气击搏，故腰痛也。”年老体衰、房劳太过或久病体虚，以致肾精虚亏，腰府失养，发为内伤腰痛。《素问·脉要精微论》曰：“腰者，肾之腑，转摇不能，肾将惫矣。”体位不正，弯

腰拿重物、劳役负重太过、运动扭伤、或闪挫跌仆腰部，致使腰部气血运行不畅，经脉闭阻，发为外伤腰痛。《丹溪心法·腰痛》曰：“腰痛主瘀血，挫闪”。

外感腰痛起病较急，腰痛明显，还常伴有其他外感的症状。我国常见的外感腰痛分为风湿型与寒湿型两类：

1. 风湿型：

腰背酸痛沉重，头痛项强，遇阴雨天加重，晴天时好转，恶寒发热，舌质淡，苔白腻，脉浮紧等。

治法：祛风除湿。

处方：羌活胜湿汤加减

常用药：羌活、独活、防风、藁本、麻黄、川芎、徐长青、两头尖、苍耳子、伸筋草。

2.寒湿型:

腰部冷痛,转侧不利,寒冷和阴雨天则加重,得热痛减,舌质淡,苔白腻,脉沉迟。

治法:散寒行湿,温经通络。

处方:当归四逆汤加减

常用药:当归、桂枝、干姜、麻黄、白芍、细辛、炙甘草。

若腰部冷痛,寒邪偏盛,可加制川乌、熟附片。

临床还有湿热型的腰痛,症见腰部疼痛灼热感,身热,口干不欲饮,舌质红、苔黄腻,脉滑数。治以清热燥湿。方用桑枝虎杖汤加减,常用药有桑枝、虎杖、薏苡仁、川牛膝、穿山龙、救必应、伸筋草、稀莩草、苍术、独活、防己。若腰痛甚,舌质紫暗,脉涩瘀血明显者,可加乳香、没药、地鳖虫、延胡索。若久病痰瘀交结,疼痛不已者,加白花蛇、全蝎、蜈蚣搜剔络道。

内伤腰痛多起病隐匿,腰部酸痛,病程缠绵较长,临床分为肾阴虚型、肾阳虚型二类:

1.肾阴虚型:

腰隐痛,膝酸软无力,咽干,盗汗,耳鸣,手足心热,舌质红少苔,脉弦细数。

治法:滋补肾阴·强壮腰脊

处方:六味地黄丸加减。

常用药:熟地黄、山萸肉、山药、牡丹皮、鳖甲、桑寄生、牛大力、独活、怀牛膝、白芍

2.肾阳虚:

腰隐隐冷痛,绵绵不休,神疲乏力,喜温喜按,肢冷畏寒,舌质淡,苔白,脉沉细。

治法:温肾益气,强筋壮骨

处方:右归饮加减。

常用药:杜仲、熟地黄、当归、鹿含草、肉桂、制附子、千年健、狗脊。

若肾气虚,腰膝酸软,乏力较著,加鹿角霜、续断。若气血亏虚,见面色苍白,少气懒言,自汗疲乏,头晕耳鸣,舌淡苔白,脉细弱,加人

参、白术、当归、川芎。

外伤腰痛:

腰部刺痛,痛处固定不移,按之痛甚,重则不能转侧,舌紫黯或瘀斑,脉弦涩。

治法:活血化瘀,舒筋止痛。

处方:消肿活血片加减。

常用药:续断、赤芍、红花、没药、川牛膝、当归、两面针、乳香。

若疼痛明显者,可加血竭、三七、延胡索。

病例:

黄某某,57岁,女

IC: S00374..

求诊日期:2011年9月8日

症状:左腰骶痛1年半,近1个月加重,左侧大腿疼痛明显,反射至小腿外侧痛,自诉遇冷或坐着时疼痛加重,颈项酸痛,第5-6颈椎右侧按压痛,舌质边紫暗,苔薄白,脉尺沉细。曾经针灸与服中药合剂未改善。

辨证:肾阳亏虚,风寒湿侵袭,血行不畅,经络痹阻。

治法:温补肾阳,祛风除寒湿,活血化瘀

药用:独活9克 杜仲9克 白芍15克 炙甘草5克 当归片6克 羌活9克 细辛3克 秦艽9克 徐长卿9克 葛根12克 红花4克 延胡索9克 鸡血藤12克 川牛膝12。三剂煎服。

2011年9月29日复诊,药后腰骶与左侧大腿疼痛明显改善。

腰痛应注意要保持正确的坐、卧体位。避免久坐,坐时尽量靠背椅上,坐姿保持屈髋屈膝90度左右。睡觉时,床垫不宜过软,选择适合自己的床垫,可避免腰痛的发生。抬重物时身体尽量靠近物体,屈膝下蹲,防止腰部的损伤。平时应注意防风寒,避免居暑湿之地。常做腰部运动与体育锻炼。腰痛发作时,应及时给予治疗。

用少腹逐瘀汤治疗 疑难症一例

新加坡·陈浩平

患者：纪某，男，41岁，销售员，平时喜爱运动，曾多次参加马拉松，自行车，游泳等竞赛，是个身体强壮的男士。

主诉

左侧下腹部有强烈牵拉感，已有两年，这两年来就诊于某西医诊所，西医怀疑是因工作紧张所致，因而给予镇定剂服用，从没换药，患者服用后症状虽未见改善，因为别无其他选择，只好继续复诊，由于经常服用镇定剂，所产生的副作用使到患者在工作时经常感到觉精神恍，昏昏欲睡。

近来左下腹牵拉感加剧，且疼痛的时间逐渐加长，从数分钟增加至数小时，一日之内可以发生2到3次，局部疼痛难以忍受，有时必须要用双手大力按住，方可暂时获得缓解，加上最近夜尿增多，约每晚3至4次，因此非常烦恼。

经友人的介绍，于2010年11月8日来诊，当时左下腹的疼痛已达到不能忍受的程度。患者自述5年前曾动过肛漏手术，术后一年内左下腹曾出现多次轻微的牵拉感，由于牵拉感很微弱，且为时很短暂，故没有引起他的重视。

病因病机分析

如果患者是女性，左下腹的疼痛可能与卵巢的疾病有关，患者是男性，考虑属大小肠的

病变，但患者大便无异常，粪便亦不见脓血或异味，故也排除大小肠的病变。左思右想，很有可能是5年前肛漏手术后引起的下腹腔感染而产生沾粘，造成下腹部的不适，初起可能只是轻微的牵拉感，但日子一久，沾粘程度逐渐加重，牵拉感也就相应加剧，终于造成严重的下腹疼痛，此病类似女性的盆腔炎症。

治疗方案

2010年11月8日：少腹逐瘀汤主治寒凝血瘀证，凡少腹瘀血积块疼痛等证，如女性盆腔炎症等，皆属本方的证治范畴，至于夜尿频烦，可能是受腹部牵拉影响所致，故暂时不考虑用药，因此开了6剂少腹逐瘀汤，照原方用量不予加减，吩咐病人暂停西药，一周后来复诊。

2010年11月15日复诊，患者自述服药后三天未见有任何改变，但第四天起左下腹牵拉疼痛感已大有改善，唯局部仍有不适，於是再照原方开了6剂，吩咐一周后再来复诊。

2010年11月23日复诊，病人自述牵拉与疼痛已经没有再发了，但是过去的疼痛仍然是一种难忘的恐惧，为了防止再度复发，患者要求继续服药一个时期，于是再给予两周少腹逐瘀汤服用。

一个月后电话联系，病人基本已经痊愈，不需再服药了，一年后再用电话联系，病人健康良好，相信少腹逐瘀汤已经彻底解结他的病患了！



新加坡·赵宝芬

此临床报告主要探讨运用八脉交会穴的疗效，现以其中常用的后溪申脉的配穴组合的报告，其他二对交会配穴有机会再探讨报告。于2011年1月至2012年3月运用后溪申脉二穴位治疗眩晕16例，治疗眩晕疗效显著。现报告如下：

八脉交会穴是指奇经八脉与十二经脉之气相交会的腧穴，它们分布于肘膝以下。八脉交会穴是金元时代窦汉卿得于山人宋子华之手，乃“少室隐者”之所传。因窦氏善用此法而声誉倍增，故又称“窦氏八穴”。由于奇经与正经的经气以八穴相会通，所以此八穴既能治奇经病，又能治正经病。

奇经八脉与十二经的八穴相互交会的关

系：后溪通过手太阳小肠经交肩会于大椎，与督脉相通；申脉通过足太阳膀胱经，与阳跷脉相通。

后溪配申脉治疗内眼角、耳、项、肩甲部位病及发热恶寒等表证。

眩是眼花，晕是头晕，二者常同时并见，故统称为“眩晕”。轻者闭目即止；重者如坐车船，旋转不定，不能站立，或伴有恶心、汗出，甚则昏倒等症状。本病的发生，属于虚者居多，如阴虚肝风内动、血少脑失所养、精亏髓海不足均易导致眩晕。其次由于痰浊壅遏，或化火上蒙，亦可形成眩晕。

病例1:

游XX, 男, 52岁, SXXX8159C

16/2/11: 初诊, 针灸。

2010年5月第一次中风, 右半身动弹不得入院诊治, 8月再次中风, 下肢不能活动再次入院, 给以降胆固醇西药。2011年1月西医院复诊, 遵西医指示停药降胆固醇西药。现诊: 头晕头重昏, 反应迟钝, 精神不能集中, 口淡, 夜尿2-3次, 胃纳二便一般, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦滑, BP135/99mmHg。针灸: 后溪(双), 申脉(双), 足三里(双), 神灯。

18/2/11: 复诊。针后无头晕头昏, 余症如上。针灸: 合谷(双), 曲池(双), 足三里(双), 神灯。

23/2/11: 复诊。头晕头昏已解。近日头痛, 口苦, 夜间下肢觉冷, 夜尿1次, 舌淡红, 苔白, 脉弦滑。针灸: 同18/2/11。

病例2:

方XX, 女, 69岁, SXXX0845I(高血压, 高胆固醇, 内耳不平衡, 子宫及附件摘除)

29/2/12: 近日眩晕, 告知昨天经西医处诊治, 心电图、血糖及红白血球值正常, 诊为内耳不平衡, 给以止晕西药。现有右项肩紧已3日, 舌暗, 苔薄白, 脉弦滑缓, BP130/70mmHg。针灸: 后溪(双), 申脉(双), 足三里(双), 太冲(双)

2/3/12: 复诊。昨天听闻朋友逝世后眩晕项酸再发, 胸闷腹胀, 二便一般, BP170/90mmHg, 舌暗, 苔薄白, 脉沉弦滑。由于患者情绪激动, 肝阳上亢血压飘升引起眩晕, 肝犯胃则胸闷腹胀, 故针灸: 合谷(双), 内关(双), 足三里(双), 神灯, 太冲(双)

体会

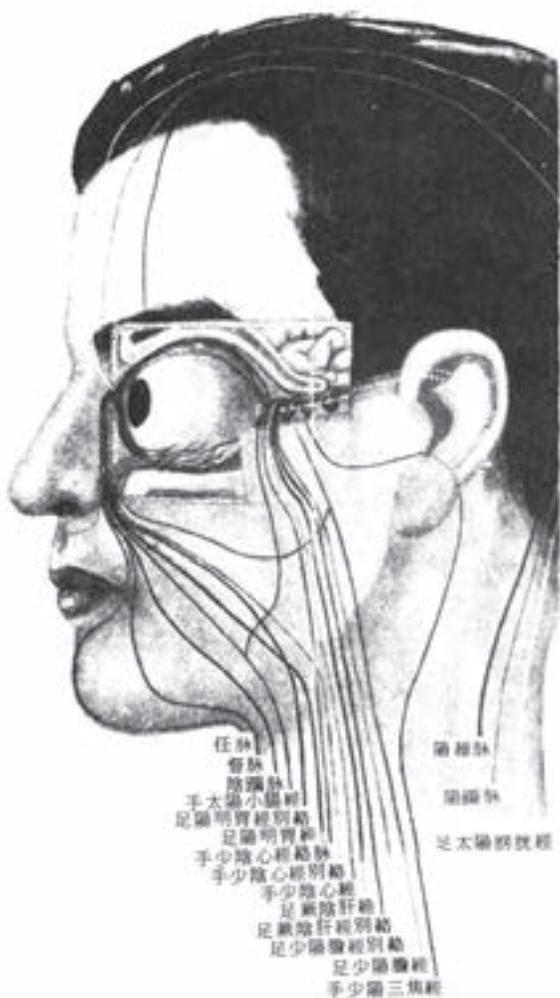
从此16针灸病例中, 证实了后溪配申脉对于治疗眩晕疗效立竿见影。此外, 依循此二经脉循行的走向, 在治疗耳鸣时配翳风、翳明; 头胀痛配太阳、印堂; 腹胀纳差者加内关、足三里; 痰湿中阻加丰隆、阴陵泉; 肾精亏损加百会、悬钟、太溪。

中华眼针

中国辽宁·田维柱

【作者简介】田维柱教授、主任医师，国家级名医、博士研究生导师。现任全国特种针法研究会副主任委员兼秘书长，辽宁省针灸学会高级顾问，第三、四批全国老中医药专家学术继承工作指导老师，《中华医学百科全书》(针灸卷)编委。

40年来一直从事中医、针灸的教学、医疗和科研工作，对针灸的绝活——眼针疗法有改进、充实、发扬和提高，使之日臻完善。以此为标准制定的“眼针技术操作规范国家标准”已通过国家鉴定。擅长于用针灸和中药治疗内、外、妇、儿等各种疾病，对眼针治疗更有专长，特别是对中风，疼痛、眩晕、不寐、郁证、癫痫等神经系统疾病有较深研究，疗效显著。



眼睛部位的经络分布解剖示意图

一. 眼针发展史

眼针疗法是在眼眶内外特定的穴区进行针刺等刺激，治疗全身疾病的一种方法，是针灸术的一部分，在古代医籍中未有记载，是辽宁中医药大学彭静山教授经过几十年的潜心研究而首创的。此后经过他的高徒田维柱教授进一步改进、充实、发扬和提高而使之完善，成为一种新的针刺方法，眼针疗法已

编入《中华医学百科全书》(针灸卷)。目前辽宁中医药大学附属医院组织制定的“眼针技术操作规范国家标准”已通过国家鉴定，用以规范眼针技术。

二. 眼针疗法的理论基础

眼针疗法以眼与脏腑经络的密切关系为依据，以华佗“观眼可验内之何脏腑受病”为指

导，它用针小、取穴少、针刺浅、手法轻、操作简、见效快、适应症广、容易掌握。全身各种疑难杂症都可选用眼针治疗，尤其对于中风偏瘫及各种疼痛证效果尤为突出。

眼针疗法是从整体观念出发的，虽然眼睛是一个局部器官，但它通过纵横交错网络全身的经络，与脏腑及其他器官保持着密切的联系，使全身构成一个有机的统一整体，维持着人体的正常生命活动和视觉功能，若脏腑经络功能失调，则可影响到眼睛，使眼睛发生各种变化。同样，眼睛的变化，也能反映出脏腑功能状态，因而通过对眼睛的观察，可以掌握疾病的发生、发展及预后，以指导临床治疗，所以，探讨眼针的理论依据，掌握其规律，对于指导辨证与临床治疗是非常必要的。

1. 眼与经络的关系

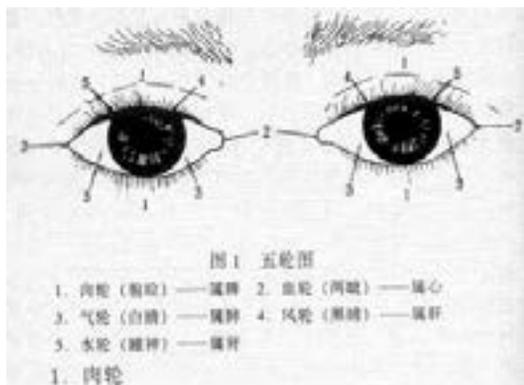
眼睛是十二经脉的集散地，十二经脉中有手阳明大肠经、足阳明胃经、手少阴心经、手太阳小肠经、足太阳膀胱经、手少阳三焦经、足少阳胆经、足厥阴肝经等八条经脉与眼睛直接相连，而手太阴肺经、足太阴脾经、足少阴肾经、手厥阴心包经等四条经脉通过表里关系与眼睛相连。

总之经络与眼的关系，缭绕纠缠，表里互通，至为密切。正如《灵枢·经别篇》：“夫十二经脉者，人之所以生，病之所以成，人之所以治，病之所以起，学之所始，工之所止也；粗之所易，上之所难也。”

此图摘自蔺云桂所著《经络图解》，图中所示之位置分布乃根据《黄帝内经》、《难经》、《针灸甲乙经》等书所言经脉与眼睛相关之经络绘制而成，其经脉分布与眼针八区十三穴之经脉分属极其相似，以供学习者参考。

2. 眼与脏腑的关系

眼睛是人的五官之一，而“五脏六腑之精皆上荣于目”才能发挥其视物、辩色、审长短等正常的生理功能。《灵枢·大惑



论》：“五脏六腑之精气皆上注于目而为之精，精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束，裹撷筋骨气血之精而与脉并为系，上属于脑后出于项中”。

3. 眼与五轮八廓学说

3.1 五轮学说

五轮学说，是将眼由外向内，分为肉轮、血轮、气轮、风轮、水轮等五个部位，并分别与五脏六腑相属，借以说明眼的解剖、生理、病理和五脏六腑的关系，指导临床诊断和治疗的一种基本理论。

五轮学说，明确了眼局部与整体的协调功用，通过轮脏之间的隶属关系，在临证中通过观察眼的不同部位的外在变化而推断相应内脏的生理、病理改变，极大地丰富了望诊内容，指导了临床的治疗。

3.2 八廓学说



1. 乾、肺、大肠 — 传导廓
2. 坎、肾、膀胱 — 津液廓
3. 艮、命门、上焦 — 会阳廓
4. 震、肝胆 — 清静廓
5. 巽、肝络中焦 — 养化廓
6. 离、心、小肠 — 抱阳廓
7. 坤、脾胃 — 水谷廓
8. 兑、肾络、下焦 — 关泉廓

八廓学说也是中医目诊的一种基本理论，它建立在脏腑学说基础上，逐渐发展起来的观眼诊病方法，它将外眼划分为八个方向，八廓分属不同脏腑，以此查视白睛血脉丝络的状况，为辨证论治提供依据。八廓学说首为眼科专著《银海精微》所提及，以后历代医家对此均有所阐述及发挥，但所涉及八廓的具体位置分属脏腑及临床意义等方面的描述及理解均不尽相同。

明·傅仁宇《审视瑶函》中指出：“夫八廓之经络，乃验病之要领，业斯道者，岂可忽哉，盖验廓之病，与轮不同。轮以通部形色为证，而廓惟以轮上血脉丝络为凭，或粗细连断，或乱直赤紫，起于何位，侵犯何位，以辨何脏何腑之受病，浅深轻重，血气虚实，衰旺邪正之不同，察其自病传病经络之生克顺逆而调治之耳。”

4. 现代医学对目诊的认识

4.1 分子细胞学认为

眼周布有丰富的神经和血管，同时瞳孔又受到交感神经和副交感神经的支配，因此分子细胞学认为：来自躯体周围分子信息，如病变或异常的细胞所分泌的毒素或新产物，这些信息分子在机体的血管内运行，并将有选择地在眼睛上刺激那些代表一定的器官或此器官功能相对应的区域，从而表现出眼的微细变化。

另外，神经系统的变动也必将导致发生一定幅度的眼部运动，此种运动就将诊断标志呈现在眼睛上，概括起来说，躯体可以通过体液

和神经，将躯体的病变信息反应在眼睛上，观察眼睛的微细变化，就可知道躯体的病变。

4.2 微循环理论认为

微循环是指微动脉与微静脉之间的微血管中的血液循环。近年来通过深入研究观察白睛上的微循环与疾病的关系，进行归纳分析，初步找出了两者之间的内在联系，认为疾病、病毒、体液与体内各种物质均能影响微循环而表露于眼睛上，并提出了以白睛微循环诊断内脏疾病的观点。

白睛微血管末稍有瘀点或屈曲怒张 — 瘀血。

白睛血丝浅淡 — 微循环充盈不足为虚寒。

白睛血丝赤红 — 微循环充血扩张为实热。

白睛血丝青紫 — 微循环瘀滞为气滞血瘀等。

都说明了观眼诊病的原理在于观察眼部微循环的变化。

4.3 生物全息论认为

生物体每一相对独立的部分在化学组成的结构上与整体是相同的，是整体成比例的缩小，故某些局部具有反映全身状态的信息作用，而眼睛就是能够反映全身信息的全息部分之一，观眼之所以能诊病就在于它具有以下特点：

① 眼睛虽小，从眼睛表面确实看不出任何成比例缩小的整体影像，然而其全息作用确实反映并影响着全身。

② 大的全息场中可能存在小的全息场，如白睛诊法相当于“五轮诊法”中的“气轮”。

③ 全息场在眼睛上分布彼此交错重叠，但不影响它们各自独立地发挥全息作用，如眼睛是一个较大的全息区，大到五轮八廓，小到气轮的一个个全息场。

④ 眼睛上各轮、廓、区域和全息场的作用相似，但又存在着差异，即使都以某种方法

反映和影响全息，也各有特点和侧重，如各轮表现疾病都有侧重，而气轮又可以反映全身病变。

三. 观眼诊病

1. 白睛诊法的确立

观眼诊病是历史悠久，独具特色的一种诊法，是祖国医学诊断学的重要组成部分。《内经》“因视目之五色，以知五脏而决生死”，“言上工知相五色于目”。明·王肯堂《证治准绳》中指出：华元化云“目形类丸，瞳神居中而前，如日月之丽东南而晚西北也，内有六络，谓心、肺、脾、肝、肾、命门各主其一；中络八，谓胆、胃、大小肠、三焦、膀胱各主其一；外有旁支细络莫知其数，皆悬贯于脑，下连脏腑，通畅气血往来以滋于目，故凡病发，则有形色丝络显现，而可验内之何脏腑受病也……”。

2. 观眼诊病的特点

2.1 诊断准确迅速：

自从观眼诊病运用于临床后，其诊断价值逐步提高，如中风的诊断符合率达96.3%，头痛达84%，眩晕达94.8%，痹证达90.5%，不孕达92.8%，郁证达97.1%，胃痛达84.8%，肝炎达90%。而且诊断迅速，只要用眼睛一看就知道患者得了什么病或即将患什么病。

2.2 操作简单易于掌握：

观眼诊病操作简单，不用特殊设备，也不受环境条件的限制，在室内外、火车、飞机上都可进行，只要医生洗净双手，扒开病人的眼睑，系统观察白睛的颜色及脉络变化就可做出诊断，无任何副作用，病人无任何痛苦，易于接受。观眼诊病定位简单、通俗易懂，用很短的时间就可以掌握，并可以运用，进行初步的诊断。

2.3 无副作用，经济安全：

随着科学技术的进步，临床诊断技术也越

来越先进，但普遍存在着设备造价高，检查费用贵，操作复杂等问题，不易于被基层医务工作者和病人所接受，更不适于广大基层作医疗普查。因此，观眼诊病就更显示出它的优点，仅用肉眼观察病人的白睛，就可获取诊断信息，再综合其他四诊资料，便可做出判断。所以，学好观眼诊病，能给医务工作者提供一个有效的辅助检查方法，也为这种方法的普及与推广，以及让观眼诊病进入家庭进行早期诊断的设想创造了有利条件。

2.4 司外揣内，见微知著：

观察事物外在表象，揣测分析其内在变化，通过事物局部的微细变化来推测事物整体变化的发生发展规律，即整体观念。因为人是内外统一的有机整体，内外阴阳之间相互影响，互为因果，可以从内见外，也可以从外见内。具体地说，对于观眼诊病来讲，司外揣内就是观察眼睛的变化或局部表现，了解机体内部脏腑器官的情况。见微知著就是通过观察眼睛的微细变化，掌握人体阴阳的失调及脏腑、气血津液、经脉等的病变。这些认识方法正体现出祖国医学的整体观念，说明了观眼诊病的科学性。

2.5 有助于广泛普查：

随着观眼诊病的发展，可诊断的疾病越来越多，并且一次即可体检全身健康状况及预测疾病。因为全身的病变，均可在眼睛上表现出来。因此，只要我们认真观察，综合分析，就完全可以知道全身的健康状况，且具有不用任何仪器就可以初步普查全身各脏腑功能的作用。这种初步普查，对于基层医务工作者无疑具有较大的现实意义。

2.6 预测未病，防患于未然：

中国医学素来强调对疾病的早期发现，早期诊断，早期治疗。《备急千金要方·诊候》曰：“夫欲望病，先察其源，候其病机，五脏未虚、六腑未竭，血脉未乱，精神未散，服药必治。若病已成，可得半愈。病势已过，命将难全”。“上医医未病之病，中医医欲病之

病，下医医已病之病”。指出了治未病，防未然的思想。观眼诊病的特殊意义，正在于“言上工知相五色于目”，即高明的医生应从观察眼睛来诊断和预测疾病，达到早期发现、早期治疗的目的。

3. 观眼诊病的局限性

3.1 眼病影响观察：

眼部本身的疾病。如外伤、结膜炎等，会给观眼带来干扰，甚至使白睛诊法无法进行。

3.2 病人不配合：

幼儿，癫狂及各种狂躁病人，不与医生配合，给观眼诊病带来困难。

3.3 只能做诊断参考：

观眼诊病只能做初步诊断，以供临床参考，若无丰富的临床知识及经验，难以得到高度准确的诊断报告。因为观眼也和舌诊、脉象一样，同一种病症在相应病区可有不同的表现，相反地，几种不同的疾病，可以有相同的改变。再者，由于眼睛的部位特殊，观察需要认真仔细，稍有疏漏，易造成漏诊、误诊。同时，医生对各种疾病信号的解释也会各异，主观意识较明显，经验性强。

3.4 属于功能性诊断：

观眼诊病属于功能性诊断，凡是脏腑功能失常都可以在白睛上出现异常的表现。比如心主血脉，又主神明。前者是指推动血液循环的功能而言，后者是指统管神志思维活动的功能而言。由于它在生理上具有主血脉和主宰神明的功能，所以当外感病邪或七情内伤而呈现血脉病变或神志病变时，都属于心病的范围，在白睛的心区都会有明显的脉络显现。在血脉病方面的症状，主要有吐血、衄血、斑疹以及血液运行的失调等。在神志方面的证状，主要有心悸、健忘、失眠、昏迷、谵语、癫狂等。因此，如果发现在白睛的心区有脉络显现，就要从以上的病种进行分析判断，以确定患某一种疾病，这就要求医生必须有坚实的中医理论基础，否则就会造成看到心区有脉络就说病人有

心脏病，看到肺区有脉络就说病人有肺病，这样，不仅会给病人带来不必要的心理负担，又会延误疾病的治疗。

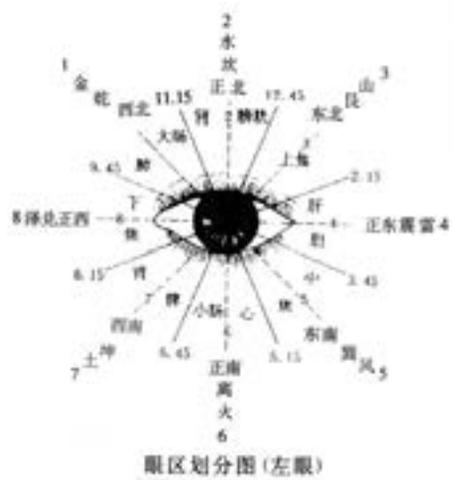
3.5 急病、突发病诊断价值不高：

急性的、意外的、突发的疾病或创伤，观眼诊病的诊断价值不高。因为眼睛上脉络的出现需要一定的时间，而这些疾病及损伤，在眼睛上还没出现反应。

3.6 不能代替必要的检查：

观眼诊病只能对疾病进行初步诊断，供临床参考，不能用观眼诊病代替必要的检查，以免延误病情，影响治疗。

4. 定位规律



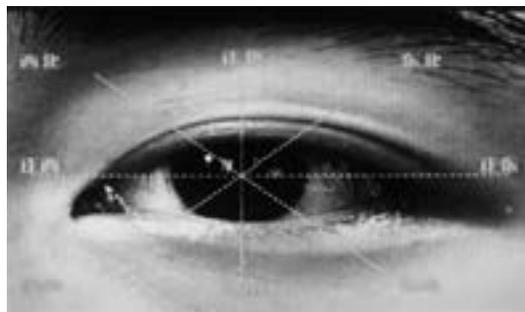
眼区划分图(左眼)

4.1 眼区的划分(划垂直的两条线)



人仰卧，头向北，脚向南，左为阳，先从左眼开始。两眼向前平视，经瞳孔中心划一条水平线，并延伸到内外眼眦，再经瞳孔中心划一条垂直线，并延伸过上下眼眶，于是就出现

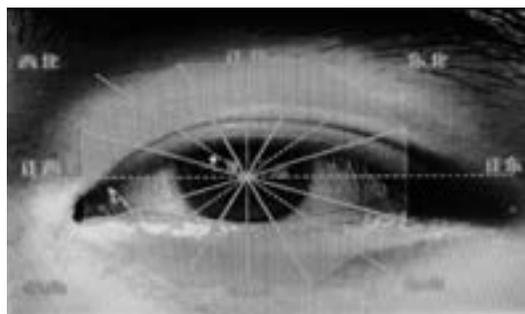
正北、正东、正南、正西四条线。



再经过瞳孔中心做这两条直线形成的四个直角的角分线，并延伸过眼眶，就又出现东北、东南、西南、西北四条线。这八条线代表八个方向，为八条方向线或分区定位线。

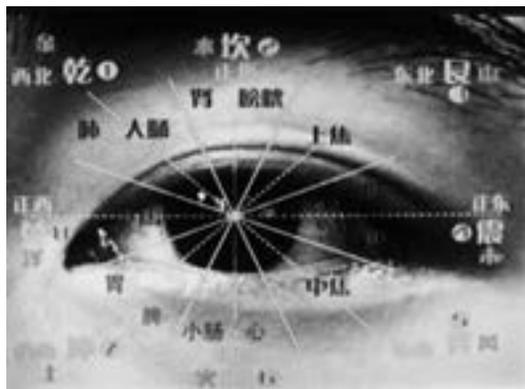


再将每两条方向线之间的夹角平分，就又出现八条角分线，并延伸过眼眶，这些线将眼睛分为16等份。



这八条线之间就形成了以八条方向线为中心的八个区。

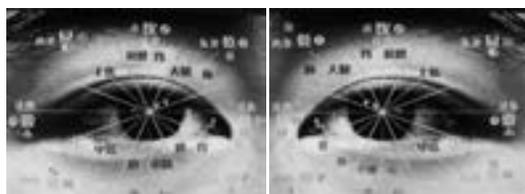
再根据八区的方位与八卦相配，西北方为乾卦，正北方为坎卦，东北方为艮卦，正东方为震卦，东南方为巽卦，正南方为离卦，西



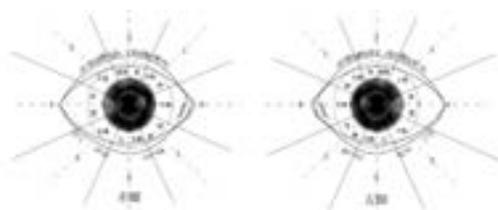
南方为坤卦，正西方为兑卦。乾属金，坎属水，艮属山，震属木，巽属风，离属火，坤属土，兑属泽。

在五脏六腑中，肺和大肠属金，故归入乾卦；肾和膀胱属水，归入坎卦；肝和胆属木，归入震卦；心和小肠属火，归入离卦；脾和胃属土，归入坤卦；山高于水平面，故将上焦归入艮卦；泽低于水平面，便将下焦归入兑卦；而风在地平面刮，就将中焦归入巽卦。

为方便起见，用1、2、3、4、5、6、7、8代替乾、坎、艮、震、巽、离、坤、兑八卦。

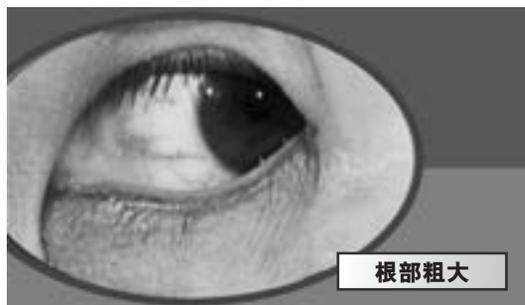


将左眼分区图向右水平翻转，即为右眼分区图，左右眼对称，不同的是左眼序列为顺时针方向，右眼为逆时针方向。



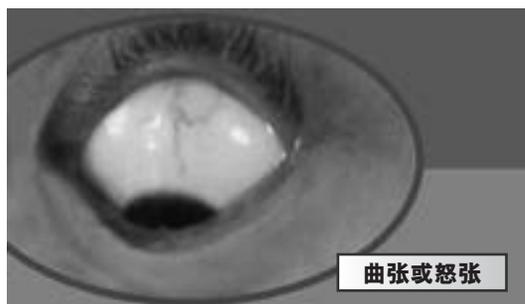
一区肺、大肠，二区肾、膀胱，三区属上焦，四区肝胆藏，五区中焦属，六区心、小肠，七区脾和胃，八区下焦乡。

4.2 眼区脉络的形态



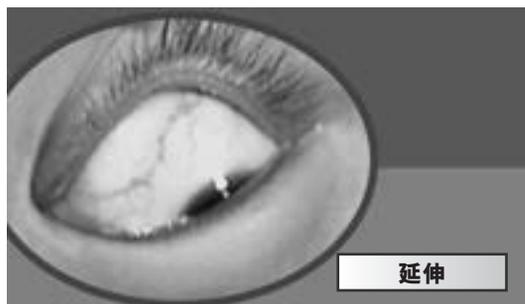
① 根部粗大：脉络从眼部发出就粗大，向外逐渐变细。

意义：出现此种形态为顽固性疾病，病程长，多有器官损害，如肾炎、心脏病等。



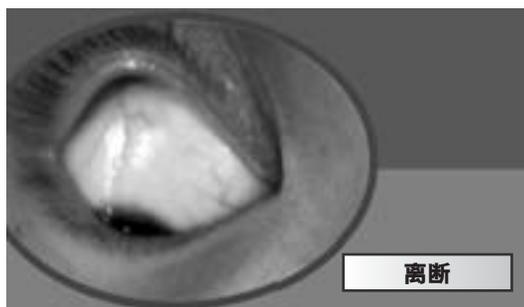
② 曲张或怒张：脉络发出后多有屈曲或充盈饱满，呈曲张或怒张状态。

意义：此种形态多为实证，病人身体壮而病情重或有淤血，属正气盛而邪气实，如急性肺炎等。



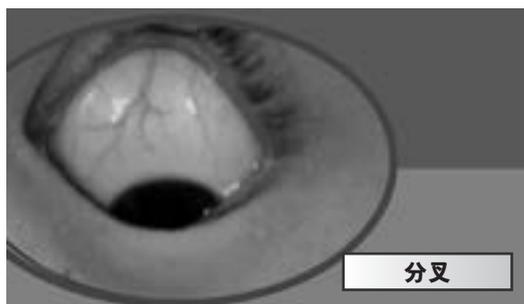
③ 延伸：脉络发出后纤细而长，从一个经区延伸到其他经区。

意义：此种形态表示病势发展方向和疾病的范围，说明一个部位疾病向另一个部位转变，如腰脱、痛经等。



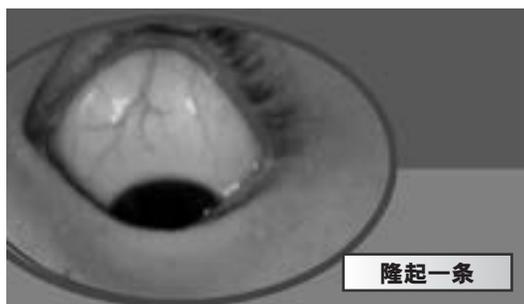
④ 离断：是延伸的脉络在中间或某一部位突然中断，也有的被黑色的瘀血点分开。

意义：此种形态标志该部位器官血液循环障碍，或狭窄，或阻塞，如血栓闭塞性脉管炎等。



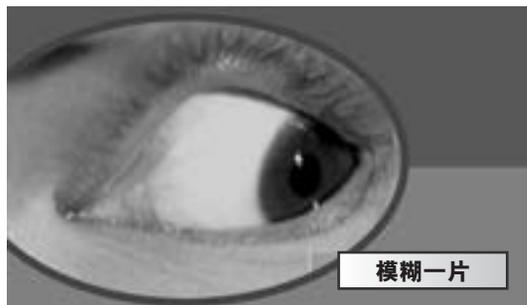
⑤ 分叉：白睛上的脉络象小树一样，从主干发出很多分支。

意义：此种形态表示病情不稳定，容易发生变化或向外扩散，如某些炎症的扩散等。



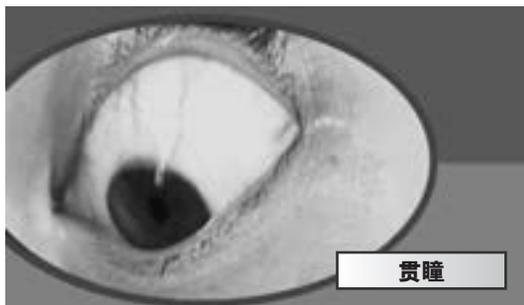
⑥ 隆起一条：发出的脉络表浅、明显，多在球结膜上，好象田地里的垅台一样高出于眼球表面。

意义：此种形态多见于六腑的疾病，在五脏病中，很难见到，如尿路感染，尿急、尿频、尿痛等。



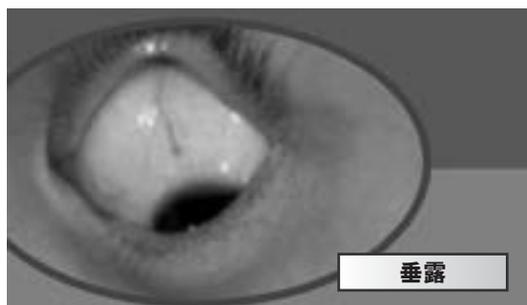
⑦ 模糊一片：脉络多而纤细，纵横交错形成模糊的一片。

意义：此种形态多见于肝胆区，为肝气郁滞的表现。



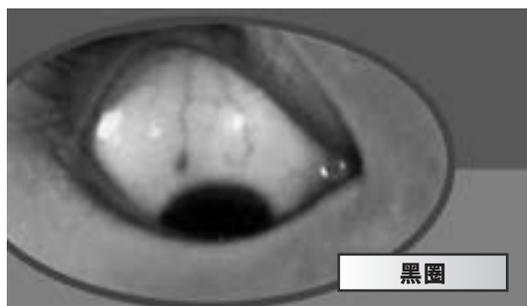
⑩ 贯瞳：是指脉络延伸进入黑睛或穿过黑睛，俗称赤脉贯瞳。

意义：其中有一条赤脉为病轻，二至三条赤脉为病重，脉络不穿过瞳神为病缓，穿过瞳神为病急，淋巴系统疾病可见此种现象。



⑧ 垂露：在脉络的末端有一黑点，好象草叶末端的露水珠一样。

意义：此种形态为淤血的表现，为脉络淤滞，循环不畅，若见于儿童，多为虫积，如蛔虫、蛲虫等。



⑨ 黑圈：在脉络上出现比垂露稍大的黑圈。

意义：此种形态标志此证比垂露重，不仅表示有瘀血、脉络不畅，而且提示有肿块存在，要予以重视，进一步检查。

4.3 眼区脉络的颜色

① 鲜红：脉络鲜红，多为急病、新病、热病、病势正在发展。

意义：表示热病初发，如感冒初期，病人恶寒、发热、头痛、身痛等。

② 紫红：脉络呈现紫红，说明热盛。

意义：表示热病逐渐发展，热势渐盛，脉络颜色从鲜红到紫红，病情也越来越重。

③ 深红：脉络深红，说明热病而病势加重。

意义：表示病情进一步发展，热势越来越盛，全身症状也越来越重，脉络颜色也越来越深。

④ 红中带黑：脉络红中带黑，说明热病入里，热炽血滞。

意义：此种颜色为热势之极，在瘟病中，则为邪热深入营血阶段，特别是逆传心包可见此种颜色。

⑤ 红中带黄：脉络红中带黄，说明胃气渐生，为病势减轻的现象。

意义：胃属土，土为黄色，脉络由红转黄，为疾病的热势逐渐减退，病情逐渐减轻。

⑥ 淡黄：脉络出现淡黄为疾病将愈。

意义：热病出现的基本颜色为红色，红色越浅，病情越轻，热势越低，变成淡黄，

不仅标志胃气得复，而且表示热势已退，为疾病将愈。

⑦ 浅淡：脉络颜色浅淡，为气血不足或气血凝滞，属于虚证或寒证。

意义：脉络主要颜色为红和淡两类，红者为热，淡者为寒，脉络充盈饱满为实，充盈不足为虚，浅淡多为虚寒。

⑧ 暗灰：脉络暗灰，属于陈旧性病灶。

意义：大病后，脉络在白睛上总要留下痕迹，迟迟不易消退。有如肺结核愈后在肺部留下的钙化点。

5. 白睛的观察方法

观察时，医生洗净双手，先看左眼，后看右眼，让病人眼皮放松，用拇、食两指分开眼皮，露出白睛，病人眼球转向鼻侧，则可由2区看到6区，病人眼球转向外侧，则可由6区看到2区，这样，从1区到8区都可看遍，哪一经区出现脉络，要仔细再看，必要时可用放大镜观看，只需很短时间，病人无任何痛苦，检查也很方便。

四. 眼针技术

1. 眼针的特点

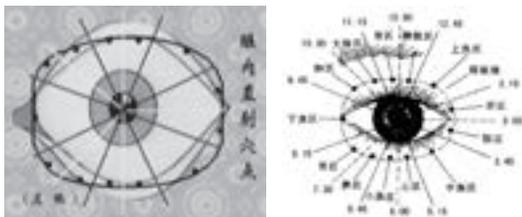
眼针具有一套较完整的中医理论，系统的取穴原则和独特的针刺方法。①用针小；②取穴少；③针刺浅；④手法轻；⑤操作简；⑥见效快。

2. 眼针的穴区

在观眼诊病中已经提到观眼时的眼睛分区，眼针治疗时的眼区穴与眼睛分区一致，不再重新命名，即1区肺、大肠，2区肾、膀胱，3区上焦，4区肝、胆，5区中焦，6区心、小肠，7区脾、胃，8区下焦。1、2、4、6、7区，每区2个穴，中心线前区为脏区，中心线后区为腑区，3、5、8区，每区1个穴，在每个脏腑名字后面加上区穴两个字，即为穴名，

如肺区穴、肾区穴、胆区穴、中焦区穴等等，共计13个穴。

3. 眼针的穴点



眼针的穴位都在眼眶缘内或距眶内缘2mm以内的眶缘上，取穴时，以瞳孔为中心，将眼睛视为一个表盘，内眦为9点整，外眦为3点整，这样每个眼区穴都有一定的范围，眶外平刺时，针体刺在该穴区所占范围的眶缘上，眶内直刺时，则刺在穴点上。

4. 眼针的取穴原则

4.1 循经取穴

眼针的循经取穴是根据经络所过疾病所主的原则，病属于哪一经或病在哪一条经络线上就取哪一经区穴。

4.2 脏腑取穴

眼针的脏腑取穴即病属于哪一脏腑就取哪一脏腑区穴。

4.3 三焦区穴

眼针的三焦取穴就是通过膈肌和脐划两条水平线，将人体分为上、中、下三部分，病在上就取上焦区穴，病在中就取中焦区穴，病在下就取下焦区穴。

4.4 观眼取穴

眼针的观眼取穴就是观察病人的白睛，看哪个经区脉络的形状、颜色最明显，就取哪一经区穴。

5. 眼针的针刺方法

5.1 眶内直刺法

在穴区的中心紧靠眼眶内缘垂直刺入，此法是眼针最基本的针刺方法之一，针刺无

临床

痛，效果好。

5.2 眶外平刺法

选好穴区，在距眼眶内缘2mm的眼眶上从穴区的一侧刺入斜向另一侧，刺入真皮到达皮下保持针体在穴区内，也是眼针最基本的针刺方法之一，应用较广。

5.3 双刺法

不论是采用眶内直刺法还是眶外横刺法刺入一针以后，紧贴针旁按同一方向再刺入一针，以加强刺激，提高疗效。

5.4 眶内外合刺法

在选好的穴区内，眶内眶外各刺一针，眶内外共同刺激，效果更好。

5.5 点刺法

选好穴区，一手按住眼睑，将眼皮绷紧，

用针在穴区的皮肤上轻轻点刺5-7次，以不出血为度。

5.6 压穴法

选好穴区，在穴区内用指尖、笔头、火柴杆、点眼棒等按压眼眶内缘，以局部有酸麻感为度，按压10-20分钟。

5.7 埋针法

选好穴区，用1号皮内针埋在距眼眶内缘2mm的眼眶部位，用胶布固定，留3-5天。

6. 眼针的治疗作用

眼针具有调和阴阳，扶正祛邪，止痛消肿，安神定志，理气和血，通经活络和治未病的作用。

五. 眼针治疗

病名	证型	取穴	配穴	
感冒	风寒束表	肺区、上焦区	风池、合谷、列缺	
	风热犯表	肺区、上焦区	曲池、大椎、尺泽	
	暑湿袭表	肺区、脾区、上焦区	孔最、合谷、足三里	
咳嗽	风寒袭肺	肺区、上焦区	肺俞、合谷、列缺	
	风热犯肺	肺区、上焦区	尺泽、曲池、大椎	
	燥邪伤肺	肺区、上焦区	肺俞、阴陵泉、三阴交	
	痰热壅肺	肺区、脾区、上焦区	脾俞、曲池、丰隆	
	肝火犯肺	肝区、肺区、上焦区	肝俞、肺俞、太冲	
	痰湿蕴肺	脾区、肺区、上焦区	脾俞、肺俞、丰隆	
	肺阴亏虚	肺区、上焦区	肺俞、肾俞、三阴交	
肺气亏虚	肺区、脾区、上焦区	肺俞、脾俞、足三里		
哮喘	发作期	冷哮	肺区、上焦区	肺俞、风门、列缺
		热哮	肺区、上焦区	合谷、大椎、丰隆
		虚哮	肺区、脾区、上焦区、肾区	肺俞、定喘、膏肓
	缓解期	肺气亏虚	肺区、上焦区	肺俞、膏肓、尺泽
		脾气亏虚	脾区、肺区、上焦区	脾俞、膏肓、足三里
		肾气亏虚	肾区、肺区、上焦区	肾俞、肺俞、膏肓
喘病	风寒束肺	肺区、上焦区	风池、合谷、列缺	
	风热犯肺	肺区、上焦区	曲池、大椎、尺泽	
	痰湿蕴肺	肺区、脾区、上焦区	脾俞、肺俞、丰隆	
	水气凌心	肾区、心区、上焦区、下焦区	肾俞、心俞、阴陵泉	
	肺脾两虚	肺区、脾区、上焦区	肺俞、脾俞、定喘	
	肺肾两虚	肺区、肾区、上焦区	肺俞、肾俞、定喘	

临床

病名	证型	取穴	配穴	
悬饮	邪郁少阳	肝区、肺区、上焦区	行间、期门、阴陵泉	
	饮停胸胁	肺区、上焦区	阳陵泉、日月、支沟	
	肺络不畅	肺区、上焦区	膈俞、行间、三阴交	
胸痹心痛	心血瘀阻	心区、上焦区	阴郄、巨阙、心俞	
	寒凝心脉	心区、上焦区	心俞、厥阴俞、内关	
	痰浊内阻	心区、脾区、上焦区	巨阙、郄门、丰隆	
	心气虚弱	心区、上焦区	心俞、膻中、通里	
	心肾阴虚	心区、肾区、上焦区	心俞、肾俞、太溪	
	心肾阳虚	心区、肾区、上焦区	心俞、肾俞、内关	
心悸	心虚胆怯	心区、胆区、上焦区	心俞、间使、神门	
	心脾两虚	心区、脾区、上焦区	心俞、脾俞、通里	
	阴虚火旺	心区、肾区、上焦区	太溪、神门、太冲	
	心血瘀阻	心区、上焦区	血海、气海、少海	
	水气凌心	心区、肾区、脾区、上焦区	阴陵泉、肾俞、心俞	
	心阳虚弱	心区、上焦区	心俞、巨阙、内关	
不寐	肝郁化火	肝区、心区	行间、足临泣、神门	
	痰热内扰	心区、脾区	中脘、丰隆、隐白	
	阴虚火旺	心区、肝区、肾区	大陵、太溪、太冲	
	心脾两虚	心区、脾区	心俞、脾俞、神门	
	心虚胆怯	心区、胆区	心俞、胆俞、神门	
中风	中经络	肝阳暴亢	肝区、肾区、上焦区、下焦区	太冲、阳陵泉、合谷及患肢局部腧穴
		风痰阻络	脾区、肝区、上焦区、下焦区	脾俞、太冲、丰隆及患肢局部腧穴
		痰热腑实	脾区、胃区、上焦区、下焦区	内庭、丰隆、合谷及患肢局部腧穴
		气虚血瘀	心区、脾区、上焦区、下焦区	气海、足三里、脾俞及患肢局部腧穴
		阴虚风动	肝区、肾区、上焦区、下焦区	肝俞、肾俞、太溪及患肢局部腧穴
	中脏腑	风火蔽窍	心区、肝区、上焦区、下焦区	人中、太冲、劳宫
		痰火闭窍	心区、脾区、上焦区、下焦区	人中、丰隆、劳宫
		痰湿蒙窍	脾区、上焦区、下焦区	人中、丰隆、阴陵泉
元气衰败	肾区、心区、脾区	灸神阙、气海、关元		
眩晕	风阳上扰	肝区、肾区、上焦区	行间、水泉、印堂	
	痰浊上蒙	脾区、上焦区	脾俞、足三里、丰隆	
	气血亏虚	心区、脾区、上焦区	心俞、脾俞、足三里	
	肝肾阴虚	肝区、肾区、上焦区	肝俞、肾俞、太溪	
头风	肝阳上亢	肝区、肾区、上焦区	太冲、太溪、悬颅	
	痰浊上扰	脾区、上焦区	太阳、丰隆、脾俞	
	瘀阻脑络	心区、上焦区	膈俞、合谷、列缺	
	气血亏虚	心区、脾区、上焦区	心俞、脾俞、足三里	
	肝肾阴虚	肝区、肾区、上焦区	太溪、三阴交、肾俞	

临床

病名	证型	取穴	配穴
郁病	肝气郁结	肝区、中焦区	太冲、膻中、合谷
	气郁化火	肝区、胆区、中焦区	太冲、合谷、曲池
	忧郁伤神	心区、肝区、中焦区	心俞、内关、三阴交
	心脾两虚	心区、脾区、中焦区	心俞、脾俞、内关
	阴虚火旺	肝区、肾区、心区	太溪、太冲、大陵
癫病	痰气郁结	肝区、脾区、上焦区	膻中、丰隆、太冲
	心脾两虚	心区、脾区、上焦区	心俞、脾俞、大陵
	气虚痰结	脾区、肝区、上焦区	脾俞、足三里、丰隆
	阴虚火旺	心区、肾区	大陵、太溪、太冲
狂病	痰火扰神	胃区、脾区、中焦区	太冲、大椎、丰隆
	火盛伤阴	肝区、胃区、心区	内庭、太溪、劳宫
	气血瘀滞	肝区、心区	膻中、膈俞、气海
痫病	痰火扰神	肝区、脾区、上焦区	太冲、丰隆、鸠尾
	血虚风动	心区、脾区、肝区	脾俞、三阴交、通里
	风痰闭窍	肝区、脾区、上焦区	太冲、丰隆、人中
	瘀阻脑络	心区、上焦区	人中、膈俞、筋缩
	心脾两虚	心区、脾区、上焦区	心俞、脾俞、阳陵泉
	肝肾阴虚	肝区、肾区、上焦区	肾俞、太溪、三阴交
胃脘痛	肝胃气滞	肝区、胃区、中焦区	太冲、阳陵泉、足三里
	寒邪犯胃	胃区、中焦区	中脘、足三里、内关。针后加灸
	胃热炽盛	胃区、中焦区	中脘、足三里、内庭
	食滞胃肠	胃区、脾区、中焦区	中脘、足三里、腹结
	瘀阻胃络	胃区、心区、中焦区	膈俞、三阴交、行间
	胃阴亏虚	胃区、中焦区	中脘、三阴交、太溪
	脾胃虚寒	脾区、胃区、中焦区	脾俞、胃俞、足三里
腹痛	寒邪内阻	中焦区、脾区、肾区	中脘、足三里、合谷
	湿热壅滞	中焦区、胃区、大肠区	内庭、曲池、腹结
	中虚脏寒	脾区、中焦区、小肠区	脾俞、下脘、关元
	饮食积滞	中焦区、脾区、胃区	下脘、天枢、足三里
	气滞血瘀	中焦区、肝区、心区	行间、膈俞、足三里
呃逆	胃中寒冷	胃区、中焦区	中脘、膈俞、梁门
	胃火上逆	胃区、中焦区	中脘、足三里、陷谷
	气机郁滞	肝区、胃区、中焦区	太冲、膈俞、内关
	脾胃阳虚	脾区、胃区、中焦区	脾俞、胃俞、膈俞
噎膈	胃阴不足	胃区、中焦区	太溪、内关、膈俞
	痰气阻隔	脾区、上焦区、肝区	太冲、膻中、丰隆
	瘀血阻隔	心区、上焦区	膈俞、行间、膻中
	津亏热结	胃区、脾区、上焦区	内庭、足三里、三阴交
气虚阳微	肾区、脾区、上焦区	脾俞、肾俞、上脘	

临床

病名	证型	取穴	配穴
呕吐	寒邪犯胃	肺区、胃区、中焦区	合谷、中脘、内关
	食滞胃肠	胃区、中焦区	下脘、足三里、腹结
	痰饮停胃	脾区、胃区、中焦区	中脘、丰隆、内关
	肝气犯胃	肝区、胃区、中焦区	太冲、阳陵泉、内关
	脾胃虚寒	脾区、胃区、中焦区	脾俞、胃俞、内关
	胃阴亏虚	胃区、中焦区	中脘、太溪、三阴交
泄泻	寒湿困脾	脾区、大肠区、小肠区	天枢、合谷、阴陵泉
	肠道湿热	脾区、大肠区、小肠区	内庭、天枢、上巨虚
	食滞胃肠	脾区、胃区、大肠区	脾俞、足三里、上巨虚
	肝气郁滞	肝区、脾区、大肠区	行间、肝俞、天枢
	脾气亏虚	脾区、大肠区	脾俞、足三里、天枢
	肾阳亏虚	肾区、脾区、大肠区	肾俞、命门、天枢
便秘	肠道实热	大肠区、下焦区	曲池、合谷、腹结
	肠道气滞	肝区、下焦区、大肠区	中脘、气海、行间
	脾虚气弱	脾区、大肠区、下焦区	脾俞、大肠俞、足三里
	脾肾阳虚	脾区、肾区、大肠区、下焦区	脾俞、肾俞、气海
	阴虚肠燥	肝区、肾区、大肠区、下焦区	太溪、三阴交、气海
痢疾	湿热痢	脾区、大肠区、下焦区	合谷、天枢、上巨虚
	寒湿痢	脾区、大肠区、下焦区	气海、天枢、阴陵泉
	虚寒痢	脾区、大肠区、下焦区、肾区	脾俞、肾俞、足三里
	疫毒痢	心区、肝区、大肠区、下焦区	曲池、大椎、天枢
	休息痢	脾区、大肠区	脾俞、肾俞、足三里
消渴	燥热伤肺	肺区、上焦区	肺俞、胰俞、太渊
	胃燥津伤	胃区、中焦区	胃俞、内庭、胰俞
	肾阴亏虚	肾区、下焦区	肾俞、胰俞、太溪
	阴阳两虚	肺区、肾区、上焦区、下焦区	肾俞、胰俞、三阴交
	阴虚阳浮	肺区、肾区、上焦区、下焦区	肾俞、肺俞、太溪
热淋	湿热下注	膀胱区、下焦区	膀胱俞、中极、合谷
	阴虚湿热	肾区、膀胱区、下焦区	肾俞、膀胱俞、阴陵泉
	脾肾两虚	肾区、脾区、下焦区	脾俞、肾俞、足三里
石淋	下焦湿热	肾区、膀胱区、下焦区	阴陵泉、三阴交、血海
	下焦瘀滞	肾区、下焦区、心区	气海、血海、膀胱俞
	肾气亏虚	肾区、下焦区	肾俞、命门、中极
	肾阴亏虚	肾区、下焦区	太溪、肾俞、三阴交
癃闭	湿热下注	肾区、膀胱区、下焦区	膀胱俞、中极、合谷
	肝郁气滞	肝区、膀胱区、下焦区	膻中、太冲、阴陵泉
	瘀浊阻塞	膀胱区、心区、下焦区	膈俞、气海、膀胱俞
	肾气亏虚	肾区、膀胱区、下焦区	肾俞、膀胱俞、气海
乳糜尿	湿热下注	肾区、膀胱区、下焦区	膀胱俞、中极、合谷
	脾虚气陷	脾区、下焦区	脾俞、百会、气海俞
	肾阴亏虚	肾区、下焦区	肾俞、太溪、三阴交
	肾阳亏虚	肾区、下焦区	肾俞、命门、中极

临床

病名	证型	取穴	配穴
遗精	阴虚火旺	肾区、心区、下焦区	肾俞、大陵、太溪
	湿热下注	脾区、肾区、下焦区	中极、肾俞、阴陵泉
	心脾两虚	心区、脾区、肾区、下焦区	心俞、脾俞、足三里
	肾虚不固	肾区、下焦区	肾阳虚可配肾俞、命门、关元 肾阴虚可配肾俞、太溪、三阴交
阳痿	命门火衰	肾区、下焦区	肾俞、命门、关元
	心脾两虚	心区、脾区、下焦区	心俞、脾俞、足三里
	湿热下注	脾区、肾区、下焦区	阴陵泉、八髎、中极
水肿	风水相搏	肺区、上焦区、中焦区、下焦区	肺俞、曲池、合谷
	水湿浸渍	脾区、肾区、下焦区	脾俞、水分、足三里
	湿热内蕴	脾区、胃区、中焦区	曲池、阴陵泉、足三里
	脾虚湿困	脾区、中焦区、下焦区	脾区、足三里、气海
	阳虚水泛	肾区、上焦区、中焦区、下焦区	肾俞、命门、足三里
腰痛	寒湿腰痛	肾区、下焦区	腰阳关、阳陵泉、委中
	湿热腰痛	肾区、下焦区	阴陵泉、三阴交、委中
	瘀血腰痛	肾区、下焦区	血海、膈俞、委中
	肾虚腰痛	肾区、下焦区	偏阳虚者可配肾俞、命门、阳陵泉 偏阴虚者可配肾俞、太溪、委中
胁痛	肝气郁结	肝区、胆区、中焦区	肝俞、期门、侠溪
	瘀血停着	肝区、心区、中焦区	膈俞、京门、大包
	肝胆湿热	肝区、胆区、中焦区	大椎、日月、阳陵泉
	肝阴不足	肝区、肾区、中焦区	阴郄、三阴交、血海
黄疸	肝胆湿热	肝区、胆区、膀胱区、下焦区	至阳、阳陵泉、太冲
	湿困脾胃	脾区、膀胱区、下焦区	脾俞、足三里、阳陵泉
	热毒炽盛	肝区、心区、膀胱区、下焦区	至阳、大椎、人中
	寒凝阳衰	脾区、肾区	脾俞、肾俞、足三里，可以加灸
水臌	气滞湿阻	肝区、脾区、中焦区	膻中、中脘、阴陵泉
	寒湿困脾	脾区、肾区、中焦区	脾俞、肾俞、足三里
	湿热蕴结	肝区、胆区、膀胱区、中焦区	曲池、大椎、阴陵泉
	肝脾血瘀	心区、肝区、脾区、中焦区	期门、章门、石门
	脾肾阳虚	脾区、肾区、膀胱区、下焦区	脾俞、肾俞、足三里
	肝肾阴虚	肝区、肾区、中焦区	肝俞、肾俞、太溪
吐血	胃热炽盛	胃区、中焦区	上脘、郄门、内庭
	肝火犯胃	肝区、胃区、中焦区	不容、梁丘、太冲
	瘀阻胃络	胃区、心区、中焦区	膈俞、血海、足三里
	脾不统血	脾区、胃区、中焦区	脾俞、足三里
	肝胃阴虚	肝区、胃区、中焦区	肝俞、胃俞、三阴交
咯血	肝火犯肺	肝区、肺区、上焦区	肺俞、劳宫、行间
	阴虚火旺	肺区、上焦区	尺泽、孔最、然谷
	痰热壅肺	脾区、肺区、上焦区	尺泽、合谷、丰隆
	气虚血瘀	肺区、心区、上焦区	血海、足三里、肺俞

临床

病名	证型	取穴	配穴	
痿病	肺热津伤	肺区、上焦区、下焦区	肺俞、尺泽、少商及患肢局部腧穴	
	湿热浸淫	脾区、胃区、下焦区	脾俞、阴陵泉、膀胱俞及患肢局部腧穴	
	脾胃虚弱	脾区、胃区、下焦区	脾俞、中脘、足三里及患肢局部腧穴	
	瘀阻脉络	心区、上焦区、下焦区	膈俞、血海及患肢局部腧穴	
	肝肾亏虚	肝区、肾区、下焦区	肾俞、肝俞、太溪及患肢局部腧穴	
风湿痹	行痹(风邪偏胜)	肺区、上焦区、下焦区	风池、风门、膈俞	
	痛痹(寒邪偏胜)	肾区、上焦区、下焦区	肾俞、命门、关元	
	着痹(湿邪偏胜)	脾区、上焦区、下焦区	脾俞、足三里、阴陵泉	
	热痹(热邪偏胜)	肺区、上焦区、下焦区	曲池、大椎、合谷	
	虚痹(气血两虚)	脾区、心区、上焦区、下焦区	脾俞、气海、足三里	
面瘫	风寒证	上焦区、肺区	阳白、四白、地仓、颊车、合谷	
	风热证	肺区、上焦区	阳白、四白、地仓、颊车、内庭	
面痛	风寒证	上焦区	合谷、风池；额部痛加攒竹、阳白 上颌痛加四白、颧髻；下颌痛加夹承浆	
	风热证	上焦区	曲池、大椎；额部痛加攒竹、阳白 上颌痛加四白，颧髻；下颌痛加夹承浆	
高热	风热犯肺	肺区、上焦区	大椎、曲池、合谷	
	温邪内陷	气分证	肺区、胃区、上焦区	大椎、曲池、内庭
		血分证	心区、上焦区	曲泽、曲池、中冲
	暑热蒙心	心区、上焦区	大椎、曲池、十二井穴	
	疫毒熏蒸	心区、肺区、上焦区	曲池、合谷、委中	
痉证	邪壅经络	肺区、肝区、上焦区	风府、曲池、合谷	
	热甚发痉	胃区、心区、中焦区	内庭、太冲、劳宫	
	阴血亏虚	心区、脾区、肾区	血海、三阴交、脾俞	
厥证	气厥	实证	肝区、上焦区	人中、内关、太冲
		虚证	肝区、上焦区	百会、气海、足三里
	血厥	实证	肝区、上焦区	人中、内关、涌泉
		虚证	心区、上焦区	百会、气海、关元
	痰厥	脾区、上焦区	巨阙、丰隆、内关	
食厥	胃区、中焦区	人中、足三里、丰隆		
脱证	亡阴证	心区、肾区	关元、太溪、足三里	
	亡阳证	心区、肾区	气海、关元、神阙	
痛经	气血瘀滞	双侧肝区、下焦区	太冲、血海、关元	
	寒湿凝滞	双侧肾区、下焦区	中极、水道、地机	
	肝郁湿热	肝区、肾区、下焦区	曲池、行间、阴陵泉	
	气血亏虚	心区、脾区、下焦区	心俞、脾俞、足三里	
	肝肾亏损	肝区、肾区、下焦区	肝俞、肾俞、关元	

临床

病名	证型	取穴	配穴
闭经	肾气不足	双肾区、下焦区	肾俞、命门、三阴交
	气血亏虚	心区、脾区、下焦区	心俞、脾俞、气海
	痰湿阻滞	脾区、下焦区	脾俞、丰隆、阴陵泉
	阴虚内热	心区、肾区、下焦区	肾俞、太溪、大陵
	血寒凝滞	心区、肾区、下焦区	心俞、肾俞、中极
	血瘀气滞	肝区、下焦区	太冲、膈俞、地机
崩漏	血热内扰	心区、肝区、下焦区	血海、大陵、三阴交
	气不摄血	脾区、下焦区	脾俞、气海、足三里
	肾阳亏虚	肾区、下焦区	肾俞、命门、关元
	肾阴亏虚	肾区、下焦区	肾俞、阴谷、然谷
	瘀滞胞宫	肾区、下焦区	气海、气冲、地机
带下病	脾虚湿困	脾区、下焦区	脾俞、足三里、阴陵泉
	肾阴亏虚	肾区、下焦区	肾俞、太溪、带脉
	肾阳亏虚	肾区、下焦区	肾俞、命门、带脉
	湿热下注	心区、肝区、下焦区	带脉、阴陵泉、下髎
妊娠恶阻	肝胃不和	肝区、胃区、中焦区	太冲、中脘、内关
	脾胃虚弱	脾区、胃区、中焦区	足三里、中脘、公孙
	痰湿阻滞	脾区、中焦区	中脘、足三里、丰隆
	气阴两虚	脾区、中焦区	脾俞、中脘、足三里

希望通过以上文章的发表，使新加坡的中医界同仁进一步认识“中华眼针”，也希望“中华眼针”能够在新加坡发扬光大。

功能性消化不良 的中医治疗



新加坡·闫立群

引言

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是一组常见的症候群,是指具有上腹痛、腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐,烧心,反胃等上腹不适症,经检查排除器质性病变的一组临床综合征。功能性消化不良属于中医的痞满、嗝气、纳呆、胃脘胀、郁证、反酸等病证范围。在临床诊病中,此证很常见。

一、中医病因病机

中医认为本病多由情志内伤、饮食伤胃、劳倦伤脾、脾胃气机受阻、升降失调所致。以肝郁气滞、脾运失职、胃失通降为其基本病机。病位在胃,而又涉及肝脾两脏。

二、西医病因病机

现代医学认为本病是:胃运动功能失调;主要是胃窦功能异常,胃排空减慢;幽门螺杆菌(HP)感染及由此引起的慢性胃炎有关;部分病人存在个性异常、焦虑、抑郁、生理性感觉过敏等症状。

三、临床表现

起病缓慢,反复发作,以胃部症状为主,病人常出现反酸,恶心,嗝气,食后胀满等症状。上腹部饱胀,早饱,饭后难消化等症。胃镜检查正常。

部分病人常伴有倦怠,失眠,注意力不集中,抑郁等精神症状等。

四、功能性消化不良的治疗

(一) 西医疗疗:

对于本病的治疗,西医主要是采取对症处理:包括促胃肠动力药、保护胃粘膜、抑制胃酸分泌药、抗幽门螺杆菌药、抗焦虑和抗抑郁等药。临床上有一定的疗效,但长期使用副作用较多。

(二) 中医对于功能性消化不良的治疗,可根据患者的病情,辨证论治,临床上的常见分型和治疗如下:

1. 饮食积滞:症见胸脘满闷,纳呆,嗝腐吞酸,恶心呕吐或吐出宿食,舌淡红,苔厚腻,脉弦滑。治疗:消食导滞,和胃降逆。代表方保和丸加减(山楂、神曲、莱菔子、陈皮、

半夏、茯苓、苍术、厚朴、枳实、连翘等)。

2. 痰湿内阻: 症见胸脘满闷, 恶心欲吐, 痰多, 咯出不爽, 头目眩晕, 身重倦怠, 舌淡, 苔浊腻, 脉滑。治疗: 治宜燥湿化痰、理气和中。代表方平胃散加减(苍术、半夏、厚朴、陈皮、茯苓、甘草等)。气逆, 噎气加旋复花, 胸膈满闷加瓜蒌、薤白等。

3. 肝郁气滞: 症见胸脘痞满, 两胁作胀, 或时叹息, 心烦易怒, 嗳气频作, 常因情志不遂而发病。舌淡, 苔薄白, 脉弦。治疗: 以疏肝解郁, 理气降逆。方选柴胡疏肝散、四逆散加减(甘草、白芍、枳实、柴胡、陈皮、川芎、郁金、香附、鸡内金、莱菔子等)。

4. 脾胃虚弱: 症见心下痞满, 腹胀, 喜热、喜按, 倦怠无力, 大便溏稀, 舌淡, 苔薄白, 脉沉细。治疗: 健脾益气。方选六君子汤加味(党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏、生姜、大枣、紫苏梗、砂仁、旋复花、麦芽等)。

另: 若外感时邪, 以寒湿为主: 用解表化湿, 理气和中的藿香正气散加减(藿香、紫苏叶、白芷、大腹皮、茯苓、白术、半夏、陈皮、厚朴、桔梗、甘草、山楂、神曲等)。

五、病案例举

在临床上, 我们经常遇到功能性消化不良的病人, 通过中医药治疗, 感觉疗效很明显, 下面就例举如下:

例1: 女, 55岁, 胃脘部痞满不舒反复发作3年余, 加重一月余。诉上腹部饱胀感, 伴嗳气, 纳呆, 反酸, 纳差, 乏力, 胃镜检查“正常”。舌淡红, 苔薄腻, 脉细。辨证: 脾虚气滞。治疗: 理气健脾。处方: 党参、黄芪、白术、炙甘草、陈皮、枳壳、砂仁、木香、煅瓦楞子等治疗, 一周后复诊, 诸症好转, 加减治疗2个月, 诸症基本消失。

例2: 女, 50岁, 胃肠胀气, 呃逆频, 反酸, 纳差数月余。近一年来常胆怯, 烦躁, 心

神不宁, 失眠, 月经周期紊乱, 服西药未见好转。舌淡, 苔薄白, 脉弦细。诊断: 胃肠胀气兼郁症。治疗给予: 旋复代赭汤加甘麦大枣汤及枳壳, 龙骨, 厚朴, 香附, 酸枣仁、郁金、柴胡等治疗8天后, 诸症减轻。接下来, 继续服药及配合针灸治疗(中脘、足三里、内关穴等)2个月, 症状明显好转。

例3: 男, 23岁, 诉: 胃脘胀痛2天。2天前患者与朋友饱餐及饮酒后, 出现胃脘痛, 未作治疗, 后胀痛加重, 呕吐大量未消化食物, 吐后胀痛稍减。就诊症见: 胃脘胀痛, 纳呆, 嗝腐吞酸, 恶心, 大便日行2次, 排出不爽。舌淡红, 苔厚腻, 脉弦滑。诊断: 胃脘痛(食滞)。治则: 消食导滞。方用保和丸加减: 山楂、麦芽、神曲、木香、莱菔子、陈皮、半夏、茯苓、苍术、厚朴、枳实、连翘。治疗3天, 第4天病人复诊, 症状明显减轻, 加减治疗3天巩固疗效。

六、小结

近年来, 关于中医药治疗功能性胃肠病的临床研究有很多, 中医治疗本病, 从整体出发, 辨证论治, 缓解症状明显, 对于改善病人的生活质量方面有肯定的疗效。在临床上, 此病症往往不是单独出现, 常常是几种证型混合出现。因此需要根据具体情况, 遵循个体化原则, 灵活变通。另外, 除采用适当药物治疗之外, 还要嘱咐患者消除多疑善虑的情绪, 纠正不良饮食习惯, 少食刺激性食物、生冷食物、酸性食物。少食多餐, 忌烟戒酒。通过中医、中西医结合药物治疗和综合调整, 达到治愈疾病的目的。



《人参败毒散》 之我见

新加坡·黄靖文

感冒为中医门诊最常见的病种，如果一个医生连感冒都不好，很难在门诊立足。实际上感冒最好治也最难治，我们所见的患者多是在先看了西医，经抗病毒、抗菌消炎治疗无效的情况下才找中医的，如果看中医没有在1-2剂治愈者，那么就不能算是你治好的。因为从一般情况看，感冒病毒自侵犯人体一般七日后病毒感染也随之解除，中医《伤寒论》亦有七日来复之说，一个感冒病人经诊治7、8天后才有起色，我认为不是医师治好的，因为“鸡叫天亮，鸡不叫天也亮”，感冒病毒七八天后不治也会自行消退，关键是一两剂就能治愈的才算是本事的医师。

纵观治感冒的方剂有二三十首之众，如治风寒感冒之麻黄汤、桂枝汤，治风热感冒的桑菊饮、银翘散，外感挟表湿之羌活胜湿汤，湿化热之九味羌活汤，挟里湿之藿香正气散，及

诸多加减正气散、不换金正气散等。还有根据个体差异之阳虚感冒之麻附细辛汤，表虚之玉屏风散，通用之葱豉汤，气虚之人参败毒散、参苏饮、荆防败毒散，血虚之柴芩四物汤，阴虚之加减葳蕤汤，还有夏天中暑感冒之六一散、香薷散、清暑益气汤，秋燥之桑杏汤、翘荷汤等。

初出学校临证，以为自己背了十分多的汤头歌诀，应是“熟读唐诗三百首，不会作诗也会吟”了，真如“读方三年自感天下万病可治”，到了临床才知“方到用时方恨少”。就感冒一症遍查课本上药方，照抄常用药量，竟多数没有效果，这才开始反思，认真研究所有治感冒药方及其处方用量，参考时医高手的独特用药，不断改进总结筛选，最后我选中人参败毒散，验证临床，对多数患者治疗感冒确有立竿见影之效，为此我就在此方基础上加减化

裁，统治所有感冒之症，均获良效。

经多年观察治感冒偏温的方剂比偏凉的方剂效果好。有人做过实验，将感冒病人收住病房，一组以辛凉解表的银翘散为主方治疗，一组以辛温之荆防败毒散加减治疗，结果发现辛温解表的一组比辛凉解表的一组疗程短见效快，主要是通过辛温解表加强了机体的新陈代谢，提高了抵抗力，病情亦恢复得快，为此我以人参败毒散为主方，如要辛凉可加银翘、桑菊之属，如有发热加黄芩、煮夏，即含小柴胡汤，亦可退热，如有合并咽痛、扁桃腺炎，又可加板蓝根、卤地菊之属，每每得心应手。

从临证看门诊感冒患者纯风热用辛凉，纯风寒用辛温的患者很少，多数寒热错杂，表邪未解，里热已成者多。如外有畏寒喷嚏流涕的表邪未解，当属辛温解表，但又见咽痛扁桃腺肿大，口干鼻鸣者重，选麻黄汤太温，选银翘散太凉，在这种情况下要辛温辛凉合用方可对症。近代名医施今墨，早就指出治外感病可辛温辛凉合用可奏效。这是对中医治疗外感病新的发展，中医也要在前人的基础上有所发展才能进步，所以古人提出的辛温辛凉也不是一成不变的，辛温辛凉合用就是目前中医治疗感冒的一个方法。实际上民间早有先例，福州民间药店抓药的，只要普通感冒一贴“荆防桑菊”便可治愈，所谓福州人讲“抓茶仔”，荆、防辛温，桑、菊辛凉，辛温辛凉并用疗效亦佳。上海方剂学课本亦有一方，称羌活汤，即羌活板蓝根两味药，羌活辛温解表，板蓝根清热解毒，亦是寒温并用，用以治疗感冒疗效确切，特别是流感效果更好，此方原是在“羌活薄荷汤”化裁而来的，作为治疗流感的首选方，并成为上海中医学院附属曙光、龙华医院药房的协定处方，经药理等实验研究，这两味药有很强的抗病毒、抗菌消炎作用，后来收入方剂学课本作为教科书应用，这是上海中医学院创造的新方。举以上例子无非说明辛温辛凉并用是科学的，治感冒要思路宽，大胆突破，临床实践疗效第一是检验真理的标准，治感冒

古人辛温辛凉的雷池半步是可越的。

本方为什么有效，我个人的看法是重在调气机。中医有“百病皆生于气”“气顺则一身津液顺矣”之说，方中羌活走表，独活走里，羌活走上半身，独活走下半身，柴胡升，前胡降，桔梗走上，枳壳走下，一升一降，一上一下，一表一里，升降出入有序，表里和，气机顺，则一身津液顺，感冒自解，荆、防以温散其表邪，党参、茯苓、甘草以扶其正气，即现在之所谓调节免疫，增加机体抵抗力。方有柴、前、桔梗、薄荷之辛凉，羌、独、荆、防之辛温，也是寒热并用之剂，随诊加减其效更著。

考人参败毒散本来就是治暑湿时行之方（方见《汤头歌诀白话解》，人民卫生出版社，1974年第二版第23页），并认为本方治疗四时感冒有非常好的功效，有时与消风散合用，效果也很好。特别是南方海边之地湿热之邪偏甚，本方乃首选，既解表邪又祛湿热。

附：人参败毒散原方

人参、羌活、独活、柴胡、前胡、川芎、枳壳、桔梗、茯苓各一两，甘草五钱，共十味组成，研成粗末，每服一两加生姜三片，薄荷少许同煎温服。能治体虚之人，感受时行风寒湿热之邪。恶寒发热，头痛项强，鼻塞声重，肢体酸痛，咳嗽有痰，无汗等症。

本人主方：党参、茯苓、川芎、羌活、独活、柴胡、前胡、枳壳、桔梗、荆芥、防风、板蓝根、薄荷、甘草。

2012年世界中医男科学学术大会侧记

新加坡·陈建生



学术大会胜利举行及新院落成，代表公会赠送纪念品于曹开镛教授祝贺

世界中医男科学大会暨第二届海峡两岸中医男科学学术论坛，于6月8日至10日在天津市召开。开幕典礼是在天津大礼堂举行，学术会议则在五星级之海河文华宾馆举行。中国卫生部副部长、国家中医药管理局局长王国强，世界中医药学会联合会副主席兼秘书长李振吉，两院院士郭应禄，天津市人大常委，天津副市长，天津市政协副主席等均出席会议或视察天津曹开镛中医医院。

首先是由合唱团演唱由曹开镛教授作词，加拿大作曲家马修·连恩(Mathew Lien)作曲的《男科医生之歌》，然后由世界中医药学会男科专业委员会会长、中华中医药学会男科专业委员会创会会长、国际中医男科学会

主席曹开镛致开幕词。最后由王国强副部长作重要讲话。

王国强副部长在致辞中指出，中国政府高度重视中医药工作，实行中西医并重的方针，大力扶持和促进中医药事业的发展，特别是近年来，要在医药卫生体制改革中充分发挥中医药的作用，并且专门出台的国务院和促进发展中医药发展的文件，来推动中医药在教育、医疗、保健、科研、改进





文化和对外文化交流的发展。与此同时，中医药走向世界的步伐也在不断加快，中医药得到了国际社会和越来越多国家和民众的政策和欢迎，中医药服务和中医药产品也在世界160多个国家和地区，中医针灸也被列为非物质文化遗产，代表作《黄帝内经》、《本草纲目》、两部中医古籍已被列入世界医名录。

中国特有的具有原创思维的医药卫生资源、科技资源、文化资源，中医药正越来越显示出广阔的发展前景和旺盛的生命力。

中医男科是近20年来发展起来的新兴学科。中医药对男科疾病的防治和保健有着十分丰富的内容和良好的临床疗效，尤其是对一些现代医学来说也是较为棘手的男科疾病，中医药显示出了它独特的疗效，受到医药界的认同和社会的广泛关注。中国大陆的中医男科正在建设成为一门独立的中医新学科，很多中医医院都设立了男科，有些中医院校设立了男科的专业，民营的男科医疗机构和科研机构更是呈现出了蓬勃发展的可喜局面。王副部长也特别提到曹开镛教授，正是因为他多年来坚持不懈的克服种种困难，努力的以中医男科的发展为己任，积极推动中医男科的学术发展，大力促进世界中医男科的学术交流，不断的增进海峡两岸中医药界同仁的合作，为此作出了积极贡献，他的精神令人敬佩值得弘扬。

这次大会由中国海峡两岸和世界多个国

家的专家学者，大家共同来进行学术交流。深入研讨中医男科学的发展方向，也是一次促进学术进步的大会。他必将为推动中医男科学的发展，培育中医男科人才队伍做出贡献。王副部长也借此机会对这次会议提四点希望供大家参考。

第一，中医男科学的发展，必须始终坚持以中医药的理论为指导。中医男科学的发展，要始终坚持以整体观、系统论、辨证论治的核心思想。并逐渐的形成中医男科学独特的理论体系。

第二、中医男科学的发展，必须始终坚持以提高临床疗效为核心。中医药的生命力在疗效，我们要始终以临床实践为基础，以男科中中医药有优势的病种为突破，融合健康观，生活行为方式，心理调适，养生保健的内容，实施综合治疗。我们中医男科学不仅仅是针对男性的不育症，其实男性的疾病，与生殖系统相关的疾病，都是应该我们中医男科所关注的，特别是要从中医的理论、整体观的理论、综合疗法的理论来分析男性疾病的发生、发展，形成的规律。

第三，我们中医男科学的发展，必须坚持积极的利用现代的科技和方法。在积极运用中医药传统与研究方法的同时，我们要大胆的引进适宜的现代的科技和方法，运用先进的仪器设备，要研究开发具有中医特色的体现突发多



靶点，辨证论治的中药的新药和院内制剂，要加强多学科联合攻关，我们中医人要学会包容，要学会上善若水，要学会与人共事，要学会和更多的学科，更多的专家学者共同的讨论研究问题，取人之长，补己之短，不断地推动我们中医男科学术的发展和不断创新，不断地结出具有现代科学技术的，引领中医男科之优势和精髓，能更好的提高临床疗效的学术成果和临床成果和科研成果。

第四，我们中医男科的发展，必须始终坚持传承和弘扬中医药的文化。中医药是中华文化最具有代表性的重要载体和组成部分。中医药蕴含着非常丰富的哲学思想和人文精神，也体现了以人为本，大医精诚的核心价值。特别是中医药倡导的上工治未病，强调防重于治，并在长期的实践中，逐步形成的未病先防、已病防重、愈后防复发的理论体系，中医药它所特有的养生文化和养生方法，在中医男科方面我们要积极地运用，在把握中医男科发生发展的治疗的规律基础上，不断的探索中医男科的预防保健技术和方法。最后，王副部长以《男科医生之歌》中所唱到的“维护我们大众男性的健康，健康每一位男人，幸福每一个家庭”来鼓励男科中医做出应有的贡献。

学术大会由世界中医药学会联合会男科专业委员会、中华中医药学会男科专业委员会和国际中医男科学会主办，天津曹开镛中医医院承办。来自中国大陆和台港澳地区以及美国、日本、泰国、新加坡、英国等10多个国

家近400名专家学者参会，与会代表重点就中医男科标准化发展、促进科研立项、加强人才培养、提高临床疗效、深入开展国际合作等问题进行研讨。

世界中医男科学术大会开幕式后，大家就集合在天津曹开镛中医医院拍团体照，过后卫生部和天津市领导同志视察了该医院。医院为一新建综合

医院，共十三层高，其面积为1.2万平方米，建院25年已发展成为目前全国规模最大、设备最齐全，集临床、科研、天津中医药大学临床教学基地、医药保健品开发为一体，以中医男科为特色的综合性全科中医门诊/留医院。医院开设男科、内科、外科、妇科、针灸理疗科及B超、化验、影像等辅助科室。

王国强等领导详细察看了医院的设备及日常运作等情况，并观看了中医男科文化展览。对医院新院舍落成使用表示祝贺，并为新医院落成使用揭幕。

在世界中医男科学术大会闭幕式上，曹开镛教授要求男科三大会的会员认真学习王国强副部长在大会开幕式上的重要讲话，并贯彻落实到今后的医疗、科研、教学工作中，促进中医男科事业健康发展。曹教授也在大会上介绍了今年十二月在新加坡举行的亚细安会议并鼓励会员组团前往。

出席这次学术大会的新加坡代表共有四位，即陈建生博士、汪国智博士、叶冠蓉及陈浩平医师，凡出席者均获赠一水晶稠塑之医院模型。在国际男科理事换届改选后，陈建生博士再度被推选为副主席，汪国智博士及陈浩平医师为常务理事，叶冠蓉医师为理事，各理事也获赠以水晶稠塑之理事会会员证。会后，主办单位也为各参加者安排一免费的天津市半日游，景点包括西班牙街区、天津市规划馆及天津文化街。晚餐后，大家才互道珍重，明年在澳门的男科会议再见。

世界中联仲夏 国际会议侧写

新加坡·林钊华

我会代表出席会议与论坛

由世界中医学会联合会（简称世界中联）主办，长春中医药大学承办的《世界中联第三届第二次理事会和第一次监事会会议》、《世界中联中医手法专业委员会成立大会》暨《首届中医手法与人类健康国际论坛》于2012年6月23日至24日在中国吉林省吉林市成功召开。我会代表世界中联副主席赵英杰副会长与主席团执行委员林钊华院长，出席了该项会议和论坛。



国卫生部副部长兼国家中医药管理局局长王国强教授。出席者还包括全国政协、省政府领导，以及来自多个国家的代表，约五百余人，别有一番盛况。会上，李振吉秘书长也作了世界中联中医手法专业委员会成立工作报告。

多项主题演讲各有特色



大会开幕典礼仪式

开幕仪式于2012年6月23日上午8时30分开始举行，由世界中联李振吉副主席兼秘书长主持。分别致词的有：吉林省王儒林省长、世界中联余靖主席、长春中医药大学王之虹校长、中



当天作主题演讲的专家学者有：中国石学敏的《针刺手法的操作与临床应用》、刘柏龄的《骨伤手法治疗的渊源发展及应用》、全小林的《中医外治法与代谢性疾病》和美国劳力行的《西方针灸手法研究进展》、加拿大吴滨江的《中医手法传承与发展的战略思考》及澳大利亚Chris Zaslsalawski《Issues of Acupuncture Research for controlled trials》等。主题演讲后，轮到36篇的专题学术报告和36篇的专题学术报告和36篇的专题学术报告和各种精湛手法演示，相互交流，颇具特色。



第二次理事会和第一次监事会会议



世界中联第三届第二次理事会和第一次监事会会议，分别在23日下午和24日

上午举行，世界中联副主席兼秘书长李振吉教授亲自主持。会议议题有九项：1、世界中联黄建银副秘书长作了《世界中联学术会议介绍及专业委员会建设报告》。2、世界中联徐春波副秘书长作了《中医药国际化进展报告》。3、世界中联国际联络部黄志高主任作了《关于与WHO世界卫生组织合作近况汇报》。4、审议通过《世界中医学专业核心课程草案》- 世界中联主席团执行委员冯学端教授提呈。5、审议通过《中医基本名词术语中意对照国际标准草案》- 世界中联理事郭建安提呈。6、申办《第十届世界中医药大会报告》- 全美华裔中医药总会、世界中联副主席屠英会长提呈。7、世界中联黄志高主任宣布新加入会成员名单。8、黄志高主任介绍世界卫生组织WHO建议的《中医药调查问卷》。9、参会代表介绍本国中医药发展状况，对提出的建议进行讨论。

我会代表提出建议

会议进行期间，就审议《世界中医学专业核心课程草案》时，由于整个课程缺少中医外科与骨伤科。我会代表赵英杰副会长，提出这两科为中医学骨干及圣手的学科，而且中医外科学为新加坡卫生部中医师注册统一考试的主要科目之一，可见它的重要性，因此这两个学科不可或缺，同时应避免影响中医学科组成的完整性。经过大家认真讨论后，决定在各国中医发展条件许可下，必须增设中医外科和骨伤科。

对于各科学时的规定，赵英杰副会长也提出应根据各国中医实际情况，灵活采用守底不封顶的原则，不要硬性规定。这项建议受到与会者的重视和赞同。

我会代表的介绍

在各国代表反映所在国中医药发展状况时，我会林钥华院长利用Powerpoint，图文并茂地作了以下几点简略介绍和作出呼吁。1、新加坡中医药发展形势越来越好。2、《第十届亚细安中医药学术大会》暨《第三届亚洲针灸高层论坛》，今年十二月在新加坡举行，吁请与会者组团前来参加我国此次的大会。3、新加坡中医继续教育即将执行。4、我会中华医院和中医学院创院60周年大庆。

世界中联国际会议结束后

会议结束后，一团百余人游团及参观了长春中医药大学，受到该校领导和师生的盛情款待，并于夜间观赏该校师生呈现的丰富多姿、精彩万分，富有中医韵味和文化精粹以及现代锐意进取精神的文艺晚会。

我会两位代表于25日早晨启程飞回新加坡。

《第十届世界中医药大会》

下一届《第十届世界中医药大会》将于2013年9月7日至8日在美国旧金山召开，由全美华裔中医药总会负责承办。



风尘仆仆 三国造势行

新加坡·许文楷

近期，新加坡中医师公会黄进来会长召开了数次筹备会议，听取了各组汇报最新进展与商讨两会的推动工作后，也于2012年2月19日在中华医院总院二楼会议室召开了亚细安秘书处碰头会议，出席者有：菲律宾代表谢成教授、印尼代表纪国彰总主席、马来西亚代表丁家骅会长和卢映辉秘书长以及泰国代表翁宗周常务主席等。会议基于友好团结、共同提携的亚细安五国宣言的精神，各成员国代表势必一起努力推动与促成两会的召开，并表示此次两会在新加坡举办，是亚太地区中医药领域的一件大事、盛事、喜事。

随着第十届亚细安中医药学术大会暨第三届亚洲针灸高层论坛在12月15日至16日，于新加坡滨海湾金沙会展中心召开的日期越来越逼近，黄进来会长决定组团礼访亚细安友好支持单位，为两会大力宣传与造势，首站选定马来西亚的吉隆坡。



摄于新加坡

第一站：马来西亚(8月11日)

马来西亚的吉隆坡，在1857年建立于鹅麦河与巴生河的交汇处。当年，雪兰莪州皇族拉查阿都拉把巴生谷开放于采锡矿者，因而吸引大量中国矿工前来采锡。其后，吉隆坡就从而渐渐发展起来。根据文献记载，1957年8月31日，吉隆坡成为刚从英国脱离独立的马来亚联邦的首都，第一任首相东姑·亚都拉曼在吉隆坡的独立体育馆(后称独立广场)宣读独立宣言。1974年吉隆坡从雪兰莪州割让出来，成为马来西亚三个联邦直辖区之一。

马来西亚华人医药总会就座落在吉隆坡，此次出访马来西亚华人医药总会的有：黄进来会长、赵英杰副会长、梁桂贤秘书长、黄种钦副秘书长和黄锦富副院长。马来西亚华人医药总会丁家骅会长，为此次礼访还特意安排在马华医药总会全国理事会议之日，各州代表聚集一堂，新马两大中医团体老朋友见面，场面热烈。丁家骅会长和黄进来会长一致决心把亚细安学术大会办好。黄进来会长介绍了大会的筹备情况和将出席主讲的专家学者，把一千份大会的宣传单分发给各州的代表，呼吁马来西亚的同道踊跃出席，亚细安团体的参加者都将获得报名费的优惠。

据悉，马来西亚今年11月份将在东马沙劳越的古晋举行第九届世界中医药学术大会，丁会长与卢映辉秘书长(2012年第九届世界中医

药大会筹委会主席) 希望我会访问印尼与泰国中医药团体时, 能并肩同行, 一起宣传与推动亚细安中医药团体的同道参与盛会。

第二站: 印度尼西亚 (8月30日~31日)

组委会主席黄进来会长, 联同冯增益副会长、林光明副会长、梁桂贤秘书长、和郭忠福院长于8月30日和31日到印尼雅加达拜访印尼中医协会, 与该会负责人商讨如何把大会办得更成功。抵达时, 受到陈永辉医师等一行人的热烈欢迎。到了酒店, 纪国璋中央理事会主席、曾大勇老会长也热情接待。

印尼首都雅加达, 位于爪哇岛西北部, 是印度尼西亚的政治、经济、文化中心, 人口有900万, 是东南亚最大的城市, 雅加达又称巴城, 在公元五世纪的这里只是一个小渔村, 如今的雅加达已经是一个国际化的大都市。雅加达也是印尼三大旅游城市之一, 市内绿树成荫, 街道两旁遍植常绿树种, 世界著名的波格尔植物园和茶园就坐落在此。

下午4时, 新加坡中医师公会、印尼中医协会中央理事

会、和马来西亚华人医药总会代表在雅加达分会会所举行联席会议。出席的印尼和马来西亚代表包括: 印尼的纪国璋总主席、张瑞星总财政、雅加达分会许晓雄副会长、宋泉盛秘书长、甘锦美财政、黄玉枝副财政、林秋波校长、西瓜万隆分会周华彦、杨元龙等理事; 马来西亚丁家骅会长、卢映辉秘书长、和黄美玲助理。会上一致通过全力支持今年12月份在新加坡举行的第十届亚细安中医药学术大会, 以及今年11月份在马来西亚古晋举行的第九届世界中医药学术大会。会上, 黄进来会长汇报了亚细安学术大会的筹备情况, 盛情邀请印尼同仁踊跃出席, 黄会长也报告了新加坡近期的中医发展概况, 包括将于2015年4月实施的中医继续教育课题等。纪国璋总主席和丁家骅会长也分别分享了本国的中医药最新发展情况, 大



家对如何提高中医医疗服务、中医教育、中医师收费等课题交流意见。新加坡和马来西亚已拥有中医高等院校，而印尼方面也正在向前发展，新加坡和马来西亚表示愿意合作为印尼提供师资和教材，印尼方表示欢迎。

晚上7时，享用了丰富自助晚餐后，应印尼中医协会的邀请，郭忠福院长贡献一学术课题——多种针灸法综合治疗帕金森病的临床经验。郭院长根据针灸治疗帕金森病的临床体会，分析了该病的病机演变规律。郭院长总结了针灸处方选穴、针灸操作的一般规律，并介绍了针灸治疗帕金森病的疗效特点及影响疗效的因素。他也谈强调组合多种针灸方法，进行复合干预，才能改善症状，提高患者的生活品质。郭院长也在会场为帕金森病患者施针示范，与印尼中医同道交流。

学术讲座过后，印尼同道盛情邀请我会与马华医药总会代表聚集在雅加达一当地著名餐馆，享用丰富的宵夜粥，宾主尽欢。

第三站：泰国(9月14日~16日)

泰国是微笑的天使之国，原名暹罗，受印度的文化和宗教的影响，公元一世纪开始有王

国的出现。1238年素可泰王国建立。现任泰国国王普密蓬·阿杜德很受老百姓的敬爱。旅游业是泰国主要经济收入来源，著名旅游景点曼谷，是泰国最具现代化的城市，在当地华人社区称作泰京，为泰国政治、经济、贸易、交通、文化、科技、教育等方面的重要中心点。

黄进来会长、赵英杰副会长、冯增益副会长、梁桂贤秘书长、黄种钦副秘书长、王木瑞副宣传与出版主任一行人于9月14日启程飞往泰国曼谷。马华医药总会卢映辉秘书长和助理黄美玲也从马来西亚到曼谷与我们会合，一起拜访泰国中医药团体。

9月14日晚上，泰国中医药联合总会翁宗周会长宴请新马中医代表一行人。该会王济达老会长也在场热情接待。出席的尚有孙振荣医师、和林乃湘总干事。翁宗周会长讲话时表示亚细安学术大会举办至今的第十届已经30年了，必须不断的与时俱进，翁会长欢迎我也会和其他泰国的中医药团体联络，加强中医药的合作与发展。黄进来会长在会上谈了筹备大会的进展，欢迎泰国同道组团前往参加3年一度的学术大会。新马泰代对各国的中医发展概况举行了广泛的交流。



摄于泰国



9月15日上午，中医师公会一行人应泰国中医药学会的邀请，出席“第五届国际中西医结合学术交流大会”。我会分发了《第十届亚细安中医药学术大会暨第三届亚洲针灸高层论坛》宣传单余参会者，邀请他们年底来新加坡参加大会。

9月15日晚上，泰国中医总会卢松盛理事长宴请新马中医代表一行人。卢松盛理事长也是泰国卫生部中医药委员会委员，在卢理事长的领导下，泰国中医总会取得巨大的发展，目前拥有**300**多位会员，参与会面的包括

陈国鑫副理事长和林逸飞医师。此次能与该会见面交流，也算是泰国之行的一个小突破。

作为随团职员，此次与公会长级从马来西亚、印尼、到泰国，我可以深深的感觉到星、马、泰三国的中医团体的领导们非常紧密愉快的合作关系，期待各国的中医同道能够踊跃出席来临的《亚细安中医药学术大会暨亚洲针灸高层论坛》，把这种延续了**30**年的亚细安团结一致、共创中医未来的精神充分的体现出来！



分享栏目

新加坡·陈蓓琪

怎样，看懂常规化验单？

在本期中将与大家分享关于血常规检验的内容，希望在临床上对大家有帮助。

血常规

血常规检查是临床上最基础的化验检查之一，它的意义在于及早发现和诊断许多全身性疾病的早期迹象，诊断是否贫血，是否有血液系统疾病，反应骨髓的造血功能等。

1. 检查结果分析目的：

① 判断是否有其他细菌感染。如果乙肝患者为外周血白细胞总数及中性粒细胞升高，

应注意是否合并细菌感染。

② 判断有无脾功能亢进。重度乙肝、肝硬化患者通常存在脾功能亢进症，如果HBV感染者外周血白细胞总数和血小板明显降低，应考虑存在脾功能亢进症，应注意检查是否存在肝硬化。

③ 判断是否需要抗病毒治疗。目前的抗病毒药物均存在不同程度的骨髓抑制作用，其中干扰素对骨髓的抑制作用尤为明显，因此在进行抗病毒治疗前及抗病毒治疗中，应定期检查血常规。

④ 判断是否存在再生障碍性贫血。乙肝病毒感染者如出现不明原因的全血象降低，应考虑是否存在再生障碍性贫血。

2. 血常规化验单项目及临床意义：

项目	英文缩写	单位	参考值	临床意义
红细胞计数	RBC	10 ¹² /L	男性 4.0~5.5 女性 3.5~5.0 新生儿 6.0~7.0	增高：多见于严重呕吐、腹泻、大面积烧伤及晚期消化道肿瘤患者，心肺疾病：先天性心脏病、慢性肺脏疾患及慢性一氧化碳中毒，真性红细胞增多症，高原地区适应不全，休克，某些恶性肿瘤等。 降低：多见于急性或慢性失血，红细胞遭受物理、化学或生物因素破坏，缺乏造血因素、造血障碍和造血组织损伤，各种原因的血管内或血管外溶血等。

知识库

项目	英文缩写	单位	参考值	临床意义
血红蛋白	HGB	g/L	男性 120~160 女性 110~150 新生儿 170~200 儿童 110~160	与红细胞计数类似，但血红蛋白测定更加精确。贫血时，两者均下降，但下降程度并不完全平行。一般而言，缺铁性贫血时血红蛋白减少比红细胞减少明显，而恶性贫血则红细胞比血红蛋白减少更多。 * 3个月的婴儿至15岁以前的儿童，因生长发育迅速而致血原料相对不足，红细胞和血红蛋白可较正常人低10%~20%，妊娠中、后期由于孕妇血容量增加使血液稀释，老年人由于骨髓造血功能逐渐减低，均可导致红细胞及血红蛋白含量减少
红细胞压积	HCT	%	男性 0.40~0.50L/L (40%~50%) 女性 0.37~0.45L/L (37%~45%)	增高：大面积烧伤，各种原因引起的红细胞与血红蛋白增多，脱水。 降低：与各种贫血有关，因红细胞体积大小的不同，红细胞压积的改变并不与红细胞数量平行，需同时测定红细胞数量和血红蛋白浓度，并用于计算红细胞各项平均值才有参考价值。
平均红细胞体积	MCV	f1	80.0~97.0	与平均红细胞血红蛋白含量MCH和平均红细胞血红蛋白浓度MCHC一起诊断才有意义。
平均红细胞血红蛋白含量	MCH	pg	26.5~33.5	增高：多见于大细胞性贫血，见于恶性贫血、叶酸缺乏性贫血、长期饥饿、网织红细胞增多症、甲状腺功能减退、再生障碍性贫血等。 降低：多见于单纯小细胞性贫血，小细胞低色素性贫血，也见于缺铁、慢性失血、口炎性腹泻、胃酸缺乏、妊娠、地中海性贫血、铁粒幼红细胞性贫血、巨幼红细胞性贫血等。
平均红细胞血红蛋白浓度	MCHC	g/L	315.0~360.0	与平均红细胞体积MCV和平均红细胞血红蛋白含量MCH一起诊断才有意义。
红细胞体积分布宽度变异系数	RDW-CV	%	10.0~15.0	增高：多见于营养不良、叶酸或维生素B12缺乏等。（易患心脑血管疾病者）
白细胞计数	WBC	10 ⁹ /L	成人 4.0~10.0 儿童5.0~12.0 新生儿 15.0~20.0	生理性增高：常见于新生儿，妊娠期，分娩期，月经期，紫外线照射，恐惧，恶心，呕吐等。 增高：多见于各种急性化脓性感染（脓肿、脑膜炎、肺炎、阑尾炎、扁桃体炎等），细菌感染引起的炎症，严重烧伤，急性大出血，尿毒症，恶性肿瘤，各种过敏等（明显升高时应除外白血病）。 降低：多见于某些传染病（伤寒、病毒性肝炎等），某些血液病（再生障碍性贫血等），自身免疫性疾病（系统性红斑狼疮、艾滋病等），脾功能亢进，感冒，多种药物（如抗生素、抗甲状腺药、抗结核药、抗肿瘤药、抗糖尿病药等），放射线照射，肿瘤化疗等。

知识库

项目	英文缩写	单位	参考值	临床意义
中性粒细胞百分比	%GRA	%	43.0~72.0	增高：多见于骨髓增殖综合症，细菌感染，某些寄生虫病，白血病及恶性肿瘤，急性中毒，急性失血，严重创伤，代谢性疾病（痛风危象、糖尿病酸中毒、肾功能不全等），炎症综合症等。
中性粒细胞绝对值	GRA#	10 ⁹ /L	1.2~6.97	降低：多见于骨髓发育不全，病毒性感染，骨髓病变，伤寒，副伤寒，甲状腺功能亢进，免疫性疾病，贫血（缺铁、缺叶酸、维生素B12缺乏）化学品、药物或放射性损伤，脾功能亢进等
淋巴细胞百分比	%LYM	%	17.5~48.0	增高：可见于感染性疾病，且主要为病毒感染（如：麻疹、水痘、百日咳、流行性腮腺炎、病毒性肝炎、流行性出血热、结核、梅毒等），肿瘤性疾病（白血病、淋巴瘤），急性传染病恢复期等。
淋巴细胞绝对值	LYM#	10 ⁹ /L	1.2~3.2	降低：可见于应用肾上腺皮质激素、烷化剂、抗淋巴瘤细胞球蛋白等治疗，以及放射线损伤，免疫缺陷病等。
血小板	PLT	10 ⁹ /L	100~350	血小板的数量、功能与止血、凝血机制有密切关系。 增高：可见于原发性血小板增多症，真性红细胞增多症，慢性白血病，骨髓纤维化，症状性血小板增多症，感染，炎症，恶性肿瘤，缺铁性贫血，急性大出血，脾切除后的脾静脉血栓形成，运动后等。 降低：可见于原发性血小板减少性紫癜，系统性红斑狼疮，药物过敏性血小板减少症，弥漫性血管内凝血，血小板破坏增多，血小板生成减少，再生障碍性贫血，骨髓造血机能障碍，药物引起的骨髓抑制，脾功能亢进等。
平均血小板体积	MPV	f1	6.5~12.5	增高：可见于骨髓纤维化，原发性血小板减少性紫癜，血栓性疾病及血栓前状态，脾切除等 降低：可见于脾亢，化疗后，再生障碍性贫血，巨幼细胞遗传性贫血等。
血小板容积分布宽度	PDW	f1	10.0~17.0	增高：表示血小板大小悬殊，多见于急性髓系白血病，巨幼细胞性贫血，慢性粒细胞性白血病，脾切除，血栓性疾病等。 降低：表示血小板均一性高。

3. 注意事项

① 将准备采血的部分清洗或消毒干净，通常在中指或无名指的指尖采血，等到采血的部位干燥后再进行采血。

② 血常规检查前应空腹，但空腹并非不吃早餐这么简单。检查前一天晚上，就应该避免吃油腻的食物，8点之后更是应该禁食，假如12点还在吃夜宵，到抽血时，就不能保证空腹。体检当天早上，除了白开水，包括果汁、牛奶在内的饮料一律不能喝。如果想要使检查结果更理想，最好从检查前三天开始就基本吃素。

③ 体检当天，最好穿袖子宽松的衣服，方便静脉抽血时捋袖子，衣服要干净，以防针孔感染。

④ 采血后应伸直前臂，用另一只手按紧止血棉球至少5分钟。不要屈肘止血，也不要捻动棉球以免皮下淤血。如果针眼周围青紫，24小时后可做热敷。为避免感染，24小时内不要让针孔沾水。

附：高血压患者十怕歌

- 一怕性子急，冲动发脾气；
- 二怕有苦衷，心情受压抑；
- 三怕事忙乱，烦扰多难题；
- 四怕灾祸至，精神强刺激；
- 五怕贪酒肉，体胖脉腔细；
- 六怕久失眠，熬夜不节欲；
- 七怕头猛震，抬举出过力；
- 八怕大便干，努争腹压急；
- 九怕烈日晒，风寒亦应避；
- 十怕病吓倒，又怕太大意。



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邮箱，处理快捷省时和方便。

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

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

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

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

《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。编委群旨在与时俱新，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。

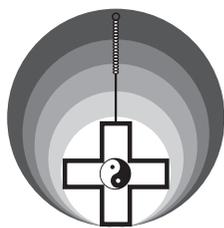
《新加坡中医杂志》来稿要求：

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

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



特邀专题主讲者名单 Invited Speakers' List



陈可冀院士 (北京)
中国科学院资深院士



项平教授 (南京)
新加坡中医学院院长



刘保延教授 (北京)
中国针灸学会会长



郝万山教授 (北京)
北京中医药大学博士生导师



曹开镛教授 (天津)
国际中医男科学会主席



韦企平教授 (北京)
韦氏眼科第四代学术继承人



林洪生教授 (北京)
中西医结合肿瘤专家



李赛美教授 (广州)
广州中医药大学博士生导师



王玲玲教授 (南京)
南京中医药大学博士生导师



韩冰教授 (天津)
天津中医药大学博士生导师



林昭庚教授 (台湾)
台湾中国医药大学教授



陈必诚教授 (台湾)
中华针灸医学会理事长



中山登稔教授 (日本)
明治国际医疗大学教授



吴汉昇教授 (新加坡)
新加坡大学医学研究院高级副校长

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2012年12月30日

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 王木瑞(宣传出版组副主任)

编委 陈蓓琪 王平 林英
李俊玉

封面摄影 翁东海

刊名题字 杨松年



1946年新加坡中国医学会成立(中医师公会前身)。1952年中华施诊所成立(中华医院前身)。1953年中医专门学校创立(中医学院前身)。为筹建大巴窑中华医院,中医师公会于1971年发动社会募捐运动。1959年成立中华医药研究院。1980年成立中华针灸研究院。

出版 新加坡中医师公会
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) 109/06/2012

国际刊号 ISSN : 0219-1636

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 长河书局
今古书店
书城音乐书局

定价 5.00新元

版权所有 翻印必究



新加坡中醫師公會 SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

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