

# 新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

新加坡中醫雜誌

二〇一三年

总三十五期

新加坡中医师公会出版

## 新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF  
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2013年12月30日  
顾问 黄进来PBM  
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  
刊名题字 杨松年



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](mailto:assoc@singaporetcm.com)

出版准证 MICA (P) 054/06/2013

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](http://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

ISSN 0219-1636



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。



## 新加坡中医师公会

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

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



POSTAGE  
PAID

35期

孙思邈

新加坡中医师公会

# 中華醫院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



**Singapore Chung Hwa Medical Institution**

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

## 亲爱的朋友：

中华医院是本地最大的中医慈善医疗机构，也是在卫生部注册的公益机构，目前除了大巴窑总院以外，在全岛还有四间分院：义顺分院、兀兰分院、武吉班让分院、如切分院。中华医院不分种族、宗教和国籍，以低廉的收费为社会大众提供高质量的中医医疗服务。

中华医院总院及各分院每天诊治的病人超过1,000人。我们有22位驻院医师，400多位义务医师。医院每年的营运开销高达七百万，来自登记券的收入无法应付庞大的营运开支。

我们热切希望得到社会各界善心人士的慷慨捐赠，您的无私奉献，是中华医院病人的福祉。您的捐款可以获得2.5倍扣税。

## Dear Friends,

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

Currently, other than the Headquarters in Toa Payoh, there are 4 other branches, namely Yishun Branch, Woodlands Branch, Bukit Panjang Branch, Joo Chiat Branch situated all over the island. The Medical Institution offers its high quality medical services at low rates to the general public, regardless of race, religion and nationality, etc.

The Headquarters and the 4 branches provide consultation to more than 1,000 patients daily. With physician strength of 22 Station Physicians and more than 400 Volunteer Physicians, the operating expenses of the Institution amounts up to 7 million annually, where collections from the registration fees solely is unable to cover.

We sincerely hope that the public from all walks of life will donate to us generously as your generosity is our patients' blessings. You will also be able to enjoy 2.5 times deduction for your donations.

### 兀兰分院 Woodlands Branch

Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,  
#01-710, Singapore 730679  
Tel: 63663246 Fax: 63672218  
Email: woodlands@singaporetcm.com

### 义顺分院 Yishun Branch

Address: Blk 215, Yishun Street 21, #01-301,  
Singapore 760215  
Tel: 67567830 Fax: 67563973  
Email: yishun@singaporetcm.com

### 如切分院 Joo Chiat Branch

Address: No. 291, Joo Chiat Road JK Centre,  
#02-01, Singapore 427543  
Tel: 64448727 Fax: 64444167

### 武吉班让分院 Bukit Panjang Branch

Address: Blk 123, Pending Road,  
#01-42, Singapore 670123  
Tel: 67667576 Fax: 67667573  
Email: bukit\_panjang@singaporetcm.com

### 大巴窑总院 Toa Payoh Headquarter

Address: 640 Lorong 4 Toa Payoh, Singapore 319522  
Tel: 62513304 / 62513428 / 62563481 Fax: 62540037  
Email: chunghwa@singaporetcm.com  
Website: <http://www.singaporetcm.com>

## 《新加坡中医杂志》稿约



超过20个字，文题中不能使用非公用的缩略语。

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

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

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

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

**本刊鼓励注册中医师踊跃投稿，来稿一经刊登，作者可向中医管理委员会申请继续教育学分。**

来稿请注明《新加坡中医杂志》寄至：

**新加坡中医师公会宣传出版组**  
640 Lorong 4 Toa Payoh,  
Singapore 319522  
或电邮至 [assoc@singaporetcm.com](mailto:assoc@singaporetcm.com)

## 《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

## 临床研究

1. 杞菊甘露饮配合针刺治疗肝肾阴虚型干眼症的临床研究 — 新加坡·林秋霞 / 北京·韦企平.....p02-09

## 综述

2. 中医学对脾胃的认识 — 新加坡·杨永新 蔡松均 .....p10-14  
3. 新马两地男性不育疾病分析与展望 — 新加坡·陈建生.....p15-17  
4. 浅谈男子阳痿 — 新加坡·陈浩平 .....p18-22  
5. 胃食管反流病中医病因病机的研究概况 — 新加坡·何宇瑛 / 南京·沈洪.....p23-26  
6. 浅谈膝骨性关节炎证治法 — 新加坡·胡明珠 .....p27-29  
7. 针灸治疗小腿周围神经麻痹 — 新加坡·翁亚庆.....p30-31  
8. 中医经常调理的糖尿病病人 — 新加坡·冯启发.....p32-35  
9. 多囊卵巢综合征引起的闭经 — 新加坡·刘立.....p36-38  
10. 喉源性咳嗽的中医研究概况 — 新加坡·卓秩蓉.....p39-43  
11. 谈古论今说枸杞 — 新加坡·倪炜程.....p44-46

## 临床

12. 眼病误诊误治4例分析 — 新加坡·林秋霞 韦企平 .....p47-49  
13. 谈静脉曲张(Varicose Vein)病例的中医临床疗法 — 新加坡·吴荣贵.....p50-52  
14. 心律失常的分类、治疗及相关的心电图诊断 — 新加坡·闫立群 .....p53-57  
15. 肾性蛋白尿的中医治疗 — 新加坡·梁妹.....p58-60  
16. 肝肾阴虚型帕金森症针灸治疗探讨 — 新加坡·陈昆宁.....p61-65  
17. 针灸治疗膝关节疼痛 — 新加坡·杨昌志 .....p66-69  
18. 麻杏石甘汤治疗鼻咽癌初探 — 新加坡·曾玉珠.....p70-71

## 理论探讨

19. 黄斑水肿从痰瘀论治浅谈 — 北京·韦企平 .....p72-74  
20. 医师的正心念、正语言对病人也是一种治疗 — 新加坡·李明姝 .....p75-77  
21. 《伤寒论》第十九条逗点的争议 — 新加坡·何和松 .....p78  
22. 铍针治疗皮神经卡压综合征的机理探讨 — 新加坡·刁吉亭.....p79-82

## 学术交流

23. 北京中医眼科学术经验传承研讨会报告 — 新加坡·林秋霞.....p83  
23. 出席世中联会议 — 新加坡·林铜华.....p84-85  
24. 2013年美国参会日志 — 新加坡·廖凤燕.....p86-88  
25. 2013年国际中医药肿瘤学术研讨会侧记 — 新加坡·林英.....p89-91

## 知识库

26. 分享栏目 — 新加坡·陈蓓琪 .....p92-96



# 杞菊甘露饮 配合针刺治疗 肺肾阴虚型干眼症 的临床研究

林秋霞<sup>1,2</sup> 韦企平<sup>1,2</sup>

(<sup>1</sup>新加坡中华医院眼科组, 新加坡 319522)

(<sup>2</sup>北京中医药大学东方医院眼科, 北京 100078)

**【摘要】目的：**探讨杞菊甘露饮配合针刺治疗肺肾阴虚型干眼症的效果。

**方法：**2012年10月—2013年9月在新加坡中华医院(Singapore Chung Hwa Medical Institution, SCHMI), 眼科组就诊的干眼症患者89例(178只眼), 年龄40~70岁, 身体健康无其他眼疾, 无吸烟史, 无接触镜佩戴史。所有患者的标准干眼症测试量化评分(Standard Patient Evaluation of Eye Dryness Questionnaire, SPEED)为阳性, 辨证为肺肾阴虚。随机分为组1(杞菊甘露饮组)44例和组2(杞菊甘露饮配合针刺组)45例。两组均口服杞菊甘露饮, 组2加针刺治疗。疗程均为30d。在此临床实验中, 将采取右眼为主要的观察眼。

**结果：**①泪液分泌试验(Schirmer I test, SIt): 组1治疗前后有统计学差异( $z=-2.050$   $p=0.04$ )。②泪膜破裂时间(tear break-up time, TBUT): 组1治疗前后统计学有显著差异( $z=-7.013$   $p=0.000$ )。③总有效率: SPEED, 组1: 54.4% 组2: 53.3%。视觉模拟量化评分(Visual Analogue Scale Score, VAS)的总有效率是组1: 61%, 组2: 55.5%。中医肺肾阴虚积分的总有效率是组1: 68.18%, 组2: 71.11%。④临床疗效积分评估: SPEED, 组1疗效积分 $3.58 \pm 5.40$ , 组2疗效积分 $4.40 \pm 7.82$ 。两组疗效积分上无统计学差异( $t=-0.520$ ,  $p=0.604$ )。视觉模拟量化评分(VAS)的疗效积分: 组1疗效积分 $24.01 \pm 23.99$ , 组2疗效积分 $22.70 \pm 24.33$ 。两组疗效积分无统计学差异( $t=-0.252$   $p=0.802$ )。中医肺肾阴虚症状的疗效积分: 组1疗效积分 $3.76 \pm 6.04$ , 组2疗效积分 $4.50 \pm 5.81$ , 两组疗效积分无统计学差异( $t=-0.205$   $p=0.838$ )。⑤短期巩固疗效评估: 在停止治疗后的第2, 第4个月的评分; SPEED, 组1治疗前 $12.86 \pm 4.59$ , 2个月 $7.21 \pm 4.15$ , 4个月 $10.70 \pm 5.96$ , 治疗前与4个月后有统计学差异

( $t=2.49$   $p=0.017$ )。组2治疗前 $14.32 \pm 5.74$ , 2个月后 $6.84 \pm 4.75$ , 4个月后 $10.68 \pm 6.27$ , 治疗前与4个月后有统计学差异( $t=3.816$   $p=0.000$ )。在中医肺肾阴虚症状的疗效积分: 组1治疗前 $15.16 \pm 4.46$ , 2个月后 $9.21 \pm 4.46$ , 4个月后 $12.12 \pm 5.35$ , 治疗前与4个月后有统计学差异( $t=3.104$ ,  $p=0.003$ )。组2治疗前 $17.65 \pm 6.00$ , 2个月后 $10.43 \pm 4.89$ , 4个月后 $13.84 \pm 5.46$ , 治疗前与4个月后有统计学差异( $t=5.318$ ,  $p=0.000$ )。

结论: 单用杞菊甘露饮或杞菊甘露饮配合针刺治疗肺肾阴虚型干眼症均有效, 两者在疗效上无统计学差异, 中医针刺在 SIt, TBUT, SPEED, VAS 等指标皆无明显改善, 但在中医证型积分方面的总有效率评估却有所改善, 可见针刺在一定程度上改善病人的自觉症状。本研究提示了治疗干眼症除了西医常规治疗外, 也可以考虑使用相关的中医方法治疗干眼症。在此科研中, 中药治疗及中药配合针刺治疗皆能显示治疗疗效, 而且数据证明了中医的短期巩固疗效, 在停止治疗后的第4个月, 依然比治疗前佳。这个临床科研数据提示了新加坡卫生部或可考虑除西医常规治疗外, 也可让不同规格的各级医院根据其自身条件, 技术设备以及病人的依从性选择中药治疗或中药配合针刺治疗干眼症。

【关键词】杞菊甘露饮; 针刺治疗; 干眼症; 肺肾阴虚型

中医治疗多种疾病虽然在新加坡已较普遍, 但中医治疗干眼症一直被新加坡眼科界视为“另类治疗”而并不认可<sup>[1]</sup>。本研究主要评价中老年干眼症患者行中医治疗的临床疗效。凡辨证属肺肾阴虚型的中老年干眼症患者均随机分入两个不同治疗组并采用不同的中医治疗方法。终止治疗后, 以及停止治疗后第2个月, 第4个月分别随访观察, 统计比较相关疗效数据, 并进行评价。现将该临床研究结果报告如下。

## 1、资料与方法

### 1.1 研究对象

研究对象来自2012年10月—2013年9月在中华医院眼科组就诊的干眼症患者, 共纳入患者90例(180只眼), 随机分组为: 组1(杞菊甘露饮组)45例(90只眼); 组2(杞菊甘露饮+针刺组)45例(90只眼)。最终治疗结束, 组1脱落1例, 实际获得有效数据44例(88只眼)。其中组1男性8例, 女性36例, 组2男性8例, 女性37例; 年龄最大70岁, 最小40岁, 组1平均年龄 $55.70 \pm 8.76$ 岁, 组2平均年龄 $55.51 \pm 9.03$

岁。两组患者年龄、性别、病程及病情比较无统计学差异( $P>0.05$ )。

### 1.2 诊断标准

按照国际干眼症研究所工作小组(International Dry Eye Work Shop) 的研究报告<sup>[2]</sup>, 诊断标准如下。

1.2.1 症状: SPEED(Standard Patient Evaluation of Eye Dryness)标准干眼症测量评分<sup>[3]</sup>将做为治疗前后观察指标之一。SPEED共测试4项关于干眼症主要症状的频率(Frequency)及严重程度(Severity)。有关干眼症症状如眼干涩, 摩擦感, 异物感, 灼热感, 流泪感, 眼睛疲劳感等。有关症状出现频率的每个问题积分为0到3。0为无, 1为偶尔, 2为时常, 3为随时。有关症状出现的严重程度积分为0到4。0为无不适, 1为轻度不适可耐受, 2为中度不适但未影响日常生活, 3为明显不适, 影响日常生活。4为重度不适, 无法坚持日常工作。次要的观察指标则采取国际新提的VAS(Visual Analogue Scale Score, 视觉模拟量化表评分<sup>[4]</sup>)作为干眼症状测试的一个量化计算表。每个病人都会被要求在治疗前对

干眼症状的频率性及干扰性作出量化的指标。治疗后也将要求病人在另份表格中做出治疗后比较的量化计算表。<sup>[5]</sup>

**1.2.2 客观检查:** ①泪液分泌试验(Schirmer I test, SIt): <10mm/5min。由于新加坡卫生部不允许中医院使用眼部表面麻醉剂,在无眼部表面麻痹的情况下,这里测试的是主泪腺的分泌功能。<sup>[6]</sup> ②泪膜破裂时间(tear break-up time, TBUT): <10 s。③角膜荧光素染色(fluorescent test, FL): 阳性。④睑板腺功能障碍 (Meibomian Gland Dysfunction, MGD)

**1.2.3 证型标准:** 参照《中药新药临床研究指导原则〈试行〉》<sup>[7]</sup>, 肺肾阴虚干眼症中医主证有目睛干涩, 视物疲劳, 口咽干燥, 腰膝酸软, 头晕耳鸣, 舌红少苔, 脉细数。次症则有视物昏花, 失眠健忘等表现。

SPEED及VAS 测量评分为阳性, 且客观检查4项中有两项呈阳性者(其中一项必须是SIt或TBUT)即诊断为干眼症。

### 1.3 纳入和排除标准

**1.3.1 纳入标准:** ①符合诊断标准。②年龄40-70岁。③辨证为肺肾阴虚证。

**1.3.2 排除标准:** 干燥综合症患者; 隐形眼镜佩戴者; 眼表疾病及身体疾病会影响治疗前后观察指标的患者; 妇女经期综合症者; 有眼科手术史者; 干眼症病史超过5年者; 使用抗炎类的滴眼液及怀孕妇女或正计划怀孕妇女者等。

### 1.4 试验方法

**1.4.1 随机对照设计:** 采用随机分组和并行对照的临床试验。随机法采用的是SPSS16.0 COMPUTE RANDOM程序, 分为杞菊甘露饮组45例, 杞菊甘露饮配合针刺组45例。

**1.4.2 治疗方法:** ①杞菊甘露饮组: 予口服杞菊甘露饮组颗粒冲剂(由导师韦企平提供临床经验方, 新加坡中华医院监制, 新加坡药商

庆丰公司生产), 1包/次, 2次/d。②杞菊甘露饮配合针刺组: 给予杞菊甘露饮组颗粒冲剂, 1包/次, 2次/d, 并配合针刺, 20min/次, 2次/w。以上2组均以10d为1个疗程, 共治疗3个疗程(30d)。

### 1.5 疗效评价

治疗结束后, 分别按照西医和中医证候标准进行评分, 依据西医标准评价疗效。

**1.5.1 西医临床积分:** 包括主要项目SPEED(标准干眼症测试量化评分Standard Patient Evaluation of Eyes Dryness)和次要项目VAS(视觉模拟量化评分Visual Analogue Scale Score)。主要项目SPEED在干眼症发作频率(Frequency)的分值依次为0、1、2、3分, 在干眼症发作干扰性(Severity)分值为0、1、2、3、4分。次要项目则以国际上新提的VAS(Visual Analogue Scale Score视觉模拟量化评分)来计算病人主诉症状包括干眼症发作频率(Frequency)及干眼症发作干扰性(Severity)的疗效前后自我评估。其余积分则采用诊断观察之SIt, TBUT, 角膜染色程度及睑板腺功能障碍, 各项检查前后疗效评分评估即为受检患者的西医临床积分评估。

**1.5.2 中医症状积分**<sup>[8]</sup>包括主症和次症, 均分为正常、轻、中、重4级, 主症的分值依次为0、2、4、6分, 次症的分值为0、1、2、3分。各项评分之和即为受检患者的证候积分。

**1.5.3 疗效指数:** 疗效指数=[(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分] × 100%。

**1.5.4 疗效评价:** 按照西医标准评价疗效。①显效: 西医疗效指数>70%。②有效好转: 上述4项客观检查结果较治疗前改善, 西医疗效指数30%~69%。③无效: 上述4项客观检查无改善, 西医疗效指数<30%。

### 1.6 统计学方法

采用SPSS 16.0对数据进行统计学处理。

先进行探索性分析(Exploratory Statistical Analysis), 并进行正态性检验。计数资料采用Mann-Whitney秩和检验, 计量资料采用秩和检验、独立样本t检验、Mann-Whitney秩和检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2、结果

杞菊甘露饮及杞菊甘露饮加针灸组的SPEED, VAS, SIt、TBUT数值, 中医肺肾阴虚积分值, 以及总有效率皆显示治疗疗效, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 但两组间疗效比较则没有统计学意义( $P > 0.05$ ), 唯TBUT数值在两组间治疗疗效显示统计学差异, 杞菊甘露饮组高于杞菊甘露饮配合针刺组(表1~

表11)。该结果表明杞菊甘露饮及杞菊甘露饮配合针刺, 都可以改善肺肾阴虚型干眼症, 可以有效地增强泪膜稳定性, 在泪液的质量方面(Tear Quality)有很明显地提高。但在泪液的数量方面(Tear Quantity), 如SIt, 由于新加坡卫生部法规不允许中医院使用任何西药(包括麻药), 所以两组间的治疗疗效除了杞菊甘露饮组右眼SIt显示泪液的数量(Tear Quantity)治疗前后存在统计学差异( $P = 0.04$ )之外, 左眼的SIt无论在杞菊甘露饮组或杞菊甘露饮配合针刺组都没有治疗疗效。随访数据显示在停止治疗后的第2, 4个月, 杞菊甘露饮及杞菊甘露饮加针灸组的SPEED及中医肺肾阴虚积分值, 停止治疗后同治疗前有统计学差异, 证明这两组的短期巩固疗效。(表12-15)

表1 2组干眼症患者西医临床积分治疗疗效比较

| 组别       | 例数 | SPEED问卷治疗疗效比较 |             |
|----------|----|---------------|-------------|
|          |    | 治疗前           | 治疗后         |
| 杞菊甘露饮组   | 44 | 12.93 ± 4.55  | 9.27 ± 5.91 |
| 杞菊甘露饮针刺组 | 45 | 14.31 ± 5.67  | 9.91 ± 6.76 |

注: 组1  $t = -4.47$ ,  $P = 0.000$ , 组2  $t = 3.774$ ,  $P = 0.000$  (两独立样本t检验)  
 两组积分治疗前无统计学差异  $t = -1.262$ ,  $P = 0.210$   
 两组积分疗效无统计学差异  $t = -0.520$ ,  $P = 0.604$

表2 2组干眼症患者西医临床问卷积分治疗疗效比较

| 组别       | 例数 | VAS问卷积分治疗疗效比较 |               |
|----------|----|---------------|---------------|
|          |    | 治疗前           | 治疗后           |
| 杞菊甘露饮组   | 44 | 66.41 ± 16.46 | 42.41 ± 28.45 |
| 杞菊甘露饮针刺组 | 45 | 69.49 ± 20.47 | 46.79 ± 26.70 |

注: 组1  $t = 6.559$ ,  $P = 0.000$ , 组2  $t = 6.26$ ,  $P = 0.000$  (两独立样本t检验)  
 两组积分治疗前无统计学差异  $t = -0.781$ ,  $P = 0.437$   
 两组积分疗效无统计学差异  $t = -0.252$ ,  $P = 0.802$

表3 2组干眼症患者SIt两组疗效比较

| 组别       | 例数 | 泪液分泌试验结果 / (mm/5min) |                 |        |       |
|----------|----|----------------------|-----------------|--------|-------|
|          |    | 治疗前                  | 治疗后             | Z      | P     |
| 杞菊甘露饮    | 44 | 4.5 (1.0, 16.5)      | 4.0 (0, 8.0)*   | -2.050 | 0.04  |
| 杞菊甘露饮针刺组 | 45 | 8.0 (2.0, 13, 0)     | 6.0 (5.0, 11.0) | -0.429 | 0.668 |

注: Z = Wilcoxon符号秩和检验

\*组1治疗前后有统计学差异; 两组间治疗疗效无统计学差异

## 临床研究

**表4 2组干眼症患者TBUT两组治疗疗效比较**

| 组别       | 例数 | 泪膜破裂时间 / s     |                  |        |       |
|----------|----|----------------|------------------|--------|-------|
|          |    | 治疗前            | 治疗后              | Z      | P     |
| 杞菊甘露饮    | 44 | 4.0 (2.0, 5.0) | 5.0 (3.0, 7.0)** | -1.763 | 0.000 |
| 杞菊甘露饮针刺组 | 45 | 3.0 (2.0, 4.0) | 4.0 (3.0, 5.0)   | -4.290 | 0.099 |

注: Z= Wilcoxon符号秩和检验

\*\*组1治疗前后有统计学差异;

组2治疗前后无统计学差异;

两组TBUT疗效存在统计学差异, 组1疗效比组2疗效佳 P=0.000。

**表5 2组干眼症患者中医临床积分治疗疗效比较**

| 组别       | 例数 | 肺肾阴虚证型问卷治疗疗效比较 |             |
|----------|----|----------------|-------------|
|          |    | 治疗前            | 治疗后         |
| 杞菊甘露饮    | 44 | 16.96±5.43     | 13.079±5.95 |
| 杞菊甘露饮针刺组 | 45 | 15.50±5.24     | 11.36±5.30  |

注: 组1  $t=4.184$ ,  $P=0.0000$ , 组2  $t=4.881$ ,  $P=0.0000$  (两独立样本t检验)

两组积分治疗前无统计学差异  $t=1.285$ ,  $P=0.202$

两组积分疗效无统计学差异  $t=-0.205$ ,  $P=0.838$

**表6 2组干眼症患者SPEED治疗疗效比较**

| 组别       | 例数 | 显效    | 有效    | 总有效率%  |
|----------|----|-------|-------|--------|
| 杞菊甘露饮    | 44 | 15.9% | 38.6% | 54.50% |
| 杞菊甘露饮针刺组 | 45 | 11.1% | 42.2% | 53.30% |

**表7 2组干眼症患者VAS治疗疗效比较**

| 组别      | 例数 | 显效    | 有效    | 总有效率%  |
|---------|----|-------|-------|--------|
| 杞菊甘露饮组  | 44 | 22.5% | 38.6% | 61.10% |
| 杞菊甘露针刺组 | 45 | 11.1% | 44.4% | 55.50% |

**表8 2组干眼症患者中医肺肾阴虚治疗疗效比较**

| 组别      | 例数 | 显效    | 有效     | 总有效率%  |
|---------|----|-------|--------|--------|
| 杞菊甘露饮组  | 44 | 9.09% | 59.09% | 68.18% |
| 杞菊甘露针刺组 | 45 | 8.89% | 62.22% | 71.11% |

**表9 2组干眼症患者西医临床积分治疗疗效比较**

| 组别      | 例数 | SPEED问卷治疗疗效进展比较 |
|---------|----|-----------------|
| 杞菊甘露饮组  | 44 | 3.58±5.40       |
| 杞菊甘露针刺组 | 45 | 4.40±7.82       |

两组积分疗效无统计学差异  $t=-0.520$ ,  $P=0.604$

**表10 2组干眼症患者西医临床积分治疗疗效比较**

| 组别      | 例数 | VAS问卷治疗疗效进展比较 |
|---------|----|---------------|
| 杞菊甘露饮组  | 44 | 24.01±23.99   |
| 杞菊甘露针刺组 | 45 | 22.70±24.33   |

两组积分疗效无统计学差异  $t=-0.252$ ,  $P=0.802$

表11 2组干眼症患者中医临床积分治疗疗效比较

| 组别      | 例数 | 中医肺肾阴虚证型治疗疗效进展比较 |
|---------|----|------------------|
| 杞菊甘露饮组  | 44 | 3.76±6.04        |
| 杞菊甘露针刺组 | 45 | 4.50±5.81        |

两组积分疗效无统计学差异  $t=-0.205$ ,  $p=0.838$

停止治疗2, 4个月后的随访数据 (表12-15)

表12 2组干眼症患者SPEED随访治疗疗效比较

| 组别      | 例数 | 治疗前        | 2个月后      | 4个月后       |
|---------|----|------------|-----------|------------|
| 杞菊甘露饮组  | 43 | 12.86±4.59 | 7.21±4.15 | 10.70±5.96 |
| 杞菊甘露针刺组 | 44 | 14.32±5.74 | 6.84±4.75 | 10.68±6.27 |

组1 治疗前与4个月后有统计学差异( $t=2.49$   $p=0.017$ )2,4月后有统计学差异( $t=-4.243$   $p=0.000$ )  
组2 治疗前与4个月后有统计学差异( $t=3.816$   $p=0.000$ )2,4月后有统计学差异( $t=-5.117$   $p=0.000$ )

表13 2组干眼症患者SPEED随访治疗差异比较

| 组别      | 例数 | 2个月后      | 4个月后      |
|---------|----|-----------|-----------|
| 杞菊甘露饮组  | 43 | 5.65±5.19 | 2.16±5.69 |
| 杞菊甘露针刺组 | 44 | 7.48±6.87 | 3.64±6.32 |

停止治疗后2个月, 组1, 组2两组治疗差异无明显统计学差异 ( $t=-1.397$   $p=0.166$ )  
停止治疗后4个月, 组1, 组2量组治疗差异无明显统计学差异 ( $t=-1.142$   $p=0.257$ )

表14 2组干眼症患者中医临床积分随访数据比较

| 组别      | 例数 | 治疗前        | 2个月后       | 4个月后       |
|---------|----|------------|------------|------------|
| 杞菊甘露饮组  | 43 | 15.16±4.46 | 9.21±4.46  | 12.12±5.35 |
| 杞菊甘露针刺组 | 44 | 17.65±6.00 | 10.43±4.89 | 13.84±5.46 |

组1 治疗前与4个月后有统计学差异( $t=3.104$   $p=0.003$ )2,4月后有统计学差异 ( $t=-3.795$   $p=0.000$ )  
组2 治疗前与4个月后有统计学差异( $t=5.318$   $p=0.000$ )2,4月后有统计学差异 ( $t=-4.230$   $p=0.000$ )

表15 2组干眼症患者中医临床积分随访治疗差异比较

| 组别      | 例数 | 2个月后      | 4个月后       |
|---------|----|-----------|------------|
| 杞菊甘露饮组  | 43 | 5.95±5.21 | 3.05±6.44  |
| 杞菊甘露针刺组 | 44 | 7.22±5.67 | 3.814±4.75 |

停止治疗后2个月, 组1, 组2两组治疗差异无明显统计学差异 ( $t=-1.080$   $p=0.283$ )  
停止治疗后4个月, 组1, 组2量组治疗差异无明显统计学差异 ( $t=-0.628$   $p=0.532$ )

### 3、讨论

在新加坡常规是用西医治疗干眼症, 中医治疗本病则一直被视为另类治疗或非正规治疗。新加坡眼科中心(Singapore National Eye Centre, SNEC)在2012年发表论文报告了有关

本国中医师治疗干眼症的认知和方法。其中参访的75%中医师都曾经以中医治疗过干眼症(8)。中药或针刺治疗是最常采用的治疗方式, 但有关中医治疗干眼症的科研却仍是空白。新加坡眼科中心在报告中提出, 采用西医常规治疗对部分干眼症患者疗效不理想, 常促使患者

寻求其他治疗方式，而中医治疗干眼症在临床上虽然有较好疗效，但其确切疗效及被接受程度却一直没有被确认。在此报告中特别指出，如果中医治疗干眼症申请纳入国家保健系统，必须以临床科研证明中医治疗干眼症有效。新加坡中华医院身为新加坡民间最大中医治疗体系，在新加坡眼科中心的建议和支持下，于**2012年10月至2013年9月**，在中华医院眼科进行了本国首次中医治疗干眼症科研试验，以一组中医药物，对比另一组中医药物配合针刺，在治疗**30**天后分别观察各组治疗前后的疗效结果，并对比两组间的疗效差异。此科研证明了无论是中药或中药配合针刺，治疗**30**天后，在西医用于诊断和评价干眼症疗效而制定的相关标准如 **SIIt**, **TBUT**, **SPEED**, **VAS**等；以及中医肺肾阴虚临床积分方面，经统计学计算和分析，都显示了明显疗效。但两组疗效在中西医临床积分各方面(见前面表格**9-11**所列)均无差异。唯一显示疗效差异的是在**TBUT**(泪膜破裂时间)，组**1**中医药物药治疗的效果比组**2**中医药物治疗配合针刺效果佳。(P < 0.05)。至于观察到的角膜染色、睑板腺功能障碍，虽然个别组别在角膜染色积分及睑板腺功能障碍(如睑板腺斑块数量积分，睑板腺数量变化)方面，均显示了有一定疗效。但由于病例很少，不能确切显示其有效性，有待以后进一步积累病例观察。随访在停止治疗后的第**2**，**4**个月个别进行，在**SPEED**及中医积分的表现，两组同样展示了短期巩固疗效，虽然在停止治疗后的第**4**个月比第**2**个月成绩后退，但停止治疗后的第**4**个月随访积分与治疗前比较依然有统计学差异，显示停止治疗**4**个月后，成绩依然比治疗前好，确定了其短期巩固疗效。随访成绩也说明，停止治疗后**2**，**4**个月的治疗差异，无论在**SPEED**或中医积分，两组间无明显统计学差异，即两组的随访成绩并没有显示那一组较有优势。

本研究结果，提示无论中药或中药加针刺治疗肺肾阴虚型干眼症均有较好疗效。特别

是单用中药治疗在提高泪液质量方面起的作用，这引起了新加坡眼科中心对中药药物治疗干眼症的重视。至于中药药物加针刺治疗同单用中药药物治疗比较并无明显优效，分析原因可能是针刺治疗一个星期仅两次的缘故；但若增加针刺次数病人可能就不愿意配合，或针刺方法不当，或针刺穴位不恰当有关，这也提供了在往后干眼症科研中，如何开展关于针刺治疗干眼症的治疗方向。无论是中药药物组或中药药物配合针刺组大部分患者在用药后无人投诉身体不适或出现抗药性，或对针刺产生任何补良反应，药物组仅一人因服药后因有失眠而掉组，此极低的副作用及掉组率对于长期从事西药研究的研究者来说也难以置信。

由于此项科研涉及时间只有一年，整个实验的样本量比较小，只有**90**个病例，且主要以中老年患者为主，因此无法了解杞菊甘露饮对干眼症年轻患者的效果。

另一个需要深入研究的地方是有关科研**SIIt**(干眼症测试纸片检验)在此科研中所引起的一些数据讨论。由于在新加坡采取中西医为分开治疗方向，在中医院进行的科研领域中，无法给病人上角膜麻痹药，所以在进行有关**SIIt**试验中，很多病人显示了治疗前的刺激反应式泪水(**Reflex Tears**)以致显示了两组的左眼**SIIt**在治疗前已经有统计学差异，治疗后则无统计学差异。但在个别组的治疗疗效比较中，组**1**中药药物组在右眼**SIIt**的治疗前后疗效存在着统计学差异，这证明了中药药物杞菊甘露饮在延长泪膜破裂时间、增加泪液分泌，以及促进角膜病变修复，睑板腺功能障碍等作用，都能有效改善的机理。这可以为中医药物治疗干眼症提供有力的理论依据，既有利于将来把中药药物纳入干眼症治疗规范，也会对中医眼科在世界上的发展起到重要的推动作用。

## 参考文献

- [1] Grosvenor TP. Primary Care Optometry[M]. 2nd ed. Boston: Butterworth-Heinemann, 1989.
- [2] Design and conduct of clinical trials: report of the Clinical Trials Subcommittee of the International Dry Eye Workshop (2007)[J]. The Ocular Surface/April 2007, 5(2): 153-162
- [3] Caroline Blackie, Questionnaire assists in dry eye disease diagnosis, Ocular Surgery News/November 2012[J]
- [4][5] Methodologies to diagnose and monitor dry eye disease: report of the Diagnostic Methodology Subcommittee of The International Dry eye Workshop (2007)[J]. The Ocular Surface, 2007,5(2):108-152
- [6] 眼科学第7版, 人民卫生出版社, 2008,6, p.78
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002
- [8] Louis Tong: Knowledge, attitude and practice of Singapore Traditional Chinese Medicine Practitioners on dry eye treatment[J] Nov, 2012; 2012:923059

## 参与干眼症科研的组员名单

### 科研指导/设计:

韦企平教授 (北京中医药大学)

### 电脑设计:

黄金辉

### 统筹 / 计划 / 管理:

许文楷 刘莹 林英

### 材料采购:

翁书明

### 医师:

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 林秋霞  | 张玉玲 | 陈春满 | 陈秀凤 |
| 罗淑心  | 余玉贤 | 何美赓 | 潘雁莲 |
| 王超怀  | 颜韵懋 | 金竺瑛 | 杨蕊  |
| 笠川八生 | 黄坤华 |     |     |

### 药物 / 针具赞助:

庆丰私人有限公司  
297, Kaki Bukit Avenue 1,  
Shun Li Industrial Park,  
Singapore 416083

### 视光学师:

|                |              |
|----------------|--------------|
| Foo Tiang Tang | Angeline Lee |
| Sng Quee Choo  | Lim Kee Teck |
| Zheng Yijin    | Xie Xiao Wei |
| Chua Zhi Peng  |              |

### 礼品赞助联系:

谢福华

### 知情同意书撰写:

梁振科 王超怀

### 记录 / 随访:

陈秋燕 陈玉婵

### 科研资金:

中华医院科研基金  
(由丁珊瑚医师捐款成立)

### 统计数据审核:

夏燕婷 (北京中医药大学)

谨以此文感激中华医院董事委员会, 医务委员会及参与此科研的每位工作人员, 给予此科研的协助。没有大家的共识及努力, 此科研将没有办法如此顺利及提早完成。



# 中西医对脾胃的认识

新加坡·杨永新 蔡松均

## 概说

中医认为肾为先天之本，脾胃为后天之本。脾的重要性仅次于肾，许多奇难杂症，都常要在肾脾中寻求治疗。脾与胃在经络上互相沟通，功能属性相反相成，彼此依赖、相互制约，共同完成消化吸收功能，脾胃通常一起感恙，形影不离，无论劳倦伤脾而及于胃，或饮食不节伤胃而及脾，都是脾胃虚的病理反应，有虚实传变，均应以调理脾胃为主。脾胃为人体重要脏腑，是供应全身脏腑组织器官物质营养的源泉。其病理表现主要是受纳、运化、升降、统摄等功能的异常。正因为病从脾胃生，“有胃气则生，无胃气则死”，固护脾胃是中医学的重要原则，若调理好脾胃，当可提高人体免疫力，提振健康，故生活上需摒弃不良饮食、养好生活习惯，便可养护阳气，脾胃健则阳气足。

## 生理学

### 中医在脾胃生理学的功能：

脾与胃相互络属而成表里关系，胃为水谷之海，受纳腐熟水谷，以降为顺，喜润恶燥。脾位居中焦，喜燥恶湿，主运化，主统血，主升清，在体合肉，主四肢，开窍于口，其华在唇，在液为涎，在志为思。脾为胃行其津液，共同完成食物的消化吸收及精微的输布，从而滋养全身。

脾的功能则较为复杂，中医的脾较为广义、包括现代医学的脾与胰。

中医脾的生理功能为主运化；将胃和小肠内的食物进一步消化，同时吸收其中营养物质，运化至全身，营养全身各器官及维持生命所需能量。主肌肉；人体的肌肉、四肢依靠气血津液等物质来营养，而这些营养物质的来源又有赖于脾的运化。脾气健运，营养充足，则

肌肉丰满壮实，四肢活动有力。主统血；血液在脉道正常运行，除依赖心脏的推动、肝脏的调节，亦有赖于脾气的统摄控制，使之循经运行不至溢于脉外。

现代医学对脾胃的生理功能和中医学基本一致，脾脏主要的两个功能是造血和免疫。脾的实质功能如下列：

1. 脾窦是一个血库，负责储存和调整全身血量。中医所称“脾统血”。
2. 脾的淋巴组织具有造血功能，可产生淋巴细胞，参与人体免疫机能。
3. 脾的网状细胞和窦内皮细胞具有吞噬功能，以及过滤血液的作用；可吞噬血中异物、细菌、衰老红细胞。

#### 脾虚时出现以下现象：

1. 胃酸减少
2. 血清胃泌素降低
3. 胰淀粉酶减少
4. 尿胃蛋白酶减少
5. 血清蛋白减少
6. 血免疫蛋白减少
7. 血红蛋白减少

#### 中医的胃生理功能

1. 胃主受纳、腐熟水谷。受纳，即接受和容纳。腐熟，即饮食物经过胃的初步消化，变成食糜。
2. 胃气主降。饮食入胃，经胃的腐熟后，下输入小肠，进一步消化吸收，所以胃主通降，以降为和，以下行为顺，保证水谷的不断下输和消化吸收。胃的通降是降浊，降浊才能继续受纳。
3. 胃喜润恶燥。胃的津液充足，受纳腐熟功能就正常，饮食水谷方能经过分解而有节制地润降于肠中。

#### 现代医学和中医学相对胃的功能理解：

| 现代医学         | 中医学   |
|--------------|-------|
| 胃为暂时性存储食物器官  | 胃主受纳  |
| 胃先开始蛋白质消化    | 胃腐熟食物 |
| 胃酸能杀菌        | 胃防邪入里 |
| 胃将食物导入十二指肠   | 胃主通降  |
| 饥饿时胃感不舒、需要进食 | 胃喜润   |

#### 现代医学认为胃分泌以下物质

1. 胃酸：杀菌，中和唾液，激活胃蛋白酶，增加胃泌素， $\text{pH} < 2$ 时，胃泌素分泌减少。
2. 胃蛋白酶：开始在胃中消化蛋白质，也消化有害蛋白质和病菌。
3. 胃泌素：增加胃酸，增加胃蛋白酶，增加胃的蠕动，将胃中食物导入十二指肠。
4. 胃内部因子：帮助维生素B12吸收。

对于影响胃泌素(Gastrin)的不明因素复杂，一般认为主要是小肠中的肠内分泌荷尔蒙对胃泌素有拮抗作用所引起。

1. 胰泌素(Secretin)：由十二指肠S细胞分泌，增加胰的 $\text{HCO}_3^-$ 碱生液体分泌，减少胃幽门蠕动。
2. 缩胆囊素(Cholecystokinin; CCK)：由十二指肠I细胞分泌，增加胆囊收缩，排出胆汁进入十二指肠帮助消化，影响幽门蠕动。
3. 胃泌素抑制蛋白(Gastric Inhibitory Polypeptide; GIP)：由十二指肠K细胞分泌，促进胃泌素的分泌。
4. 胰生长抑制素荷尔蒙(Somatostatin)：由胰脏D细胞分泌，阻止胃泌素的功能，其分泌量多。
5. 其他还有胃动素(motilin)，血管活性肠多肽抑胃素(Vasoactive intestinal peptide; VIP)。由肠细胞分泌，太多有抑制胃分泌素的作用。

其中以胰泌素，胰生长抑制素和缩胆囊素三者最为重要，在这三者与胃泌素适当的拮抗

作用胃才有正常的下降功能,适当速度的使食物完全被消化。

## 病理学

胃病基本有以下几种,现代医学的胃病相关或接近于中医证型

| 现代医学证型       | 中医学证型        |
|--------------|--------------|
| 浅表性胃炎        | 食滞,肝胃不和,脾胃气虚 |
| 胃溃疡          | 胃火炽盛,脾胃湿热    |
| 十二指肠溃疡       | 脾胃气虚,脾胃虚寒    |
| 萎缩性胃炎        | 胃阴不足         |
| 胃出血          | 气滞血瘀         |
| 幽门梗阻         | 胃寒停饮         |
| 胃穿孔          | 结胸,实心痛       |
| 胃食管反流病(GERD) | 肝、脾胃不和       |

其中以胃溃疡和十二指肠溃疡为两种不同的溃疡病不可混为一谈;

两者相同之处为;都有胃胀满、胃疼。都可能为幽门杆菌感染。

两者不同之处为;

1. 胃溃疡;胃酸减少,胃泌素增加,胃的表面保护层受损,引起胃炎和溃疡,可发展为胃癌,胃胀满,餐后胃疼,拒按。
2. 十二指肠溃疡;胃酸增加,胃泌素减少,十二指肠表层受损,引起十二指肠炎和溃疡,不会发展为十二指肠癌,胃疼,餐后好转,喜按。

胃溃疡是胃酸减少或正常,胃泌素增加。但是胃溃疡时,食物延后进入十二指肠,引起胃胀满,胃酸损伤了胃的保护层引起溃疡。从生理学而言,胃泌素增加时胃蠕动也增加,因此食物应更快进入十二指肠。病理学上,食物很明显延后进入十二指肠,结果是生理学和病理学功能相反。

十二指肠溃疡则是胃酸过多。食物和胃酸大量涌入十二指肠引起十二指肠炎和溃疡,同

样在生理学上,胃泌素减少,食物应延后进入十二指肠,因为胃蠕动减少。病理学上的结果也相反,食物反而快速进入十二指肠。结果是生理学和病理学功能相反。两者结果相反,很明显有现代医学未考虑的因素存在。其中因素是胰泌素,胰生长抑制素和缩胆囊素三者与胃泌素的拮抗作用不正常,胃才有不正常的下降功能,引起胃炎和十二指肠溃疡两者不同胃病。

现在以G/SSC的比例来表示胃降功能;胃泌素(G; Gastrin),胰生长抑制素(S; Somatostatin),胰泌素(S; Secretin),缩胆囊素(C; Cholecystokinin; CCK);

(a) 若G/SSC功能>正常;显示胃泌素的下降功能大于SCE的拮抗能力使胃排空加快,胃酸增加,肠排泄增多,出现十二指肠溃疡,慢性肠炎;或脾虚,脾胃虚寒的症状。

(b) 若G/SSC功能<正常,胃泌素功能不足,胃延后排空形成胃胀。幽门分泌更多胃泌素,因此胃胀和高胃泌素造成胃溃疡,浅表性胃炎,萎缩性胃炎;或脾实,胃湿热,肝胃不和,胃阴不足的症状。

测量G/SSC功能的比例不容易,简单的测量G和SSC的量是不足够的,希望将来能研究出更好的比例。

## 药理学

现代医学治疗胃病的药物主要有三大类:

1. 控制胃酸药;抗组织胺和抗氢离子泵(Proton pump inhibitor PPI)及中和胃酸药,这三种制酸药的疗效约占九成。
2. 控制胃痛的药抗胆碱剂(抗痉挛药),其效果较佳疗效迅速。
3. 控制胃降药则药效较差,约只有六成,此类药品不多。

治疗胃溃疡主要赖PPI和组织胺。

脾胃病常用中草药;

针对脾胃虚寒证常用药物可选用中药;黄

芪，党参，茯苓，白术，山药，白扁豆，蜂蜜，大枣，饴糖等。脾气虚证常用药则有；人参，党参，黄芪，白术，茯苓，山药，黄精，扁豆，莲子肉，芡实，龙眼肉，薏苡仁等。寒邪袭胃的胃痛常用中药可选；生姜，干姜，高良姜，吴茱萸，小茴香，丁香，胡椒，砂仁，白豆蔻，荜拨，荜澄茄等。肝胃气滞所引起的胃痛可选用；木香，香附，香橼，佛手，吴茱萸，半夏，乌药等。

中医治疗胃病主要是辨证论治，方药甚多，升者有茯苓，白术等，降者有半夏，厚朴等。运用四君子汤和二陈汤，对升降便能有效掌握。如与现代医学的制酸能力结合胃降的中药治疗消化系统的脾胃病，可收显著的疗效。

### 脾胃的常见病及中医治疗方药

#### 证治分类

**实证：**分寒湿困脾证，湿热蕴脾证及胃热、胃寒、胃实证。其相关常用方剂如下；

1. **胃苓汤：**寒湿困脾证。用于急、慢性胃肠炎。治以燥湿运脾。
2. **茵陈蒿汤合四苓散：**湿热蕴脾证。适用于急性传染性黄疸型肝炎、胆囊炎。治以清利湿热，健脾和胃，温化寒湿。
3. **清胃汤：**胃热证。适用慢性萎缩性胃炎。治以清胃散。
4. **温胃饮：**胃寒证。适用消化道溃疡。治以温胃散寒。
5. **保和丸：**胃实证、食积症。用于消化不良、急慢性胃炎、慢性胆囊炎、肠炎等消化不良溏泄者。治以消食导滞。

**虚证：**脾阳亏虚证，脾气不足证；胃气虚寒证，胃阴不足证等证，常用方剂如下列；

1. **理中汤：**适用于脾阳亏虚证，如急、慢性胃肠炎，胃窦炎、胃及十二指肠溃疡、胃扩张、胃下垂等属脾胃虚寒者。治以温中健脾。

2. **补中益气汤：**脾气不足证：胃肝脾肾等内脏下垂、胃粘膜脱垂等属中气不足者。治以补中益气、升阳举陷。
3. **黄芪建中汤：**适用于胃气虚寒证，如胃及十二指肠溃疡等。治以温中补气，和里缓急。
4. **沙参麦冬汤：**适用于胃阴不足证，如慢性萎缩性胃炎。治以清养肺胃，生津润燥。

其它脾胃兼证(脾肾阳虚证，肝脾不和证，脾胃不和证)常用方剂；

1. **附子理中汤：**脾肾阳虚证；如十二指肠炎、呃逆、胃痛。治以温中散寒。
2. **逍遥散：**肝脾不和证；如慢性胃炎、胃酸倒流、胃十二指肠溃疡、胃肠神经官能症等。治以疏肝健脾。
3. **香砂六君子汤：**脾胃不和证；如慢性胃肠炎、胃反流胃炎、胃粘膜瘀血、水肿等。治以健脾和胃。
4. **理中丸：**中焦虚寒证；如急、慢性胃肠炎、胃窦炎、胃及十二指肠溃疡、胃扩张、胃下垂等属脾胃虚寒者。治以温中祛寒，补气健脾。
5. **六君子汤：**脾胃气虚兼痰湿证；如慢性胃炎、胃及十二指肠球部溃疡等消化系统疾病。治以益气健脾，燥湿化痰。
6. **参苓白术散：**脾胃气虚夹湿证；如慢性胃肠炎等。治以益气健脾，渗湿止泻。
7. **归脾汤：**心脾气血两虚证；如胃及十二指肠溃疡出血等。治以益气补血，健脾养心。

#### 其它治疗脾胃专病专方中成药

1. **半夏泻心汤：**寒热互结之痞证；运用于急慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、慢性神经性呕吐、消化不良、肠胃不和等。
2. **异功散：**脾胃气虚兼气滞证。用于治疗慢性胃炎、胃及十二指肠球部溃疡等消化系统病属脾胃气虚证者。

3. **黄芪建中汤**：脾胃虚寒、中气不足证。用于浅表性胃炎、萎缩性胃炎、十二指肠溃疡、胃溃疡、胃炎等引起的胃脘部疼痛属于脾胃虚寒者疗效。
4. **益胃汤合芍药甘草汤**：胃阴亏虚证。用于消化系统疾病，如胃及十二指肠溃疡、胃扭转胃痉挛、慢性胃炎、胆汁返流性胃炎等。
5. **丹参汤合金铃子散**：肝郁化火、气滞血瘀证。用于胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎及慢性肝炎、胆囊炎及胆石症等。
6. **健脾丸**：脾胃虚弱，食积内停证。适用于慢性胃炎、慢性肠炎、肠功能紊乱、消化不良、过敏性结肠炎等属脾虚食积者。

### 参考文献：

- [1] 梁健. 中西医结合临床内科学[M]. 第二军医大学出版社, 2013, 4.
- [2] 沈自尹. 中医理论现代研究[M]. 启业书局, 1988, 6.
- [3] 魏氏. 病理学[M]. 上海科学技术出版社, 1995, 6.
- [4] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南、西医疾病部分[M]. 中国中医药出版社, 2008, 7.
- [5] 谢鸣. 方剂学[M]. 人民卫生出版社2002, 9.
- [6] 贾成文. 脾胃论白话解[M]. 三秦出版社, 2002, 6.
- [7] 汤泰元. 中医精髓[M]. 科学出版社, 2002, 11.
- [8] 薛博瑜. 中医内科学[M]. 中国中医药出版社, 2004, 1.

### 小结

中医学对脾胃的认知为“后天之本，气血生化之源”，长期而且大量的医籍论述脾胃病，顾护胃气是中医学的重要治疗原则。现代医学运用各种仪器设备、包括电子、电脑、电机、机械等，加上病理、生物分析等微观及分工检查出人体病灶所在，才用化学合成药物治疗。中西医学理论体系概念回异，治疗病症各有所长，中医除辨证论治外，对某些典型病症，亦可考虑使用专病专方。现在以G/SSC的比表示胃降功能，探索关于中西医学脾胃功能障碍的病因病机，互参中西医用药机制，利用中医有效治疗胃病升降，现代医学有效治疗胃病的控制胃酸药，藉中西医彼此优势或长处为患者治疗，是中西医结合的基础观念。

# 新马两地男性不育疾病分析与展望

新加坡·陈建生

以下为本文作者受邀在2013年十月在澳门举行的‘世界中联男科专业委员会换届大会暨第六届学术年会、国际中医男科第八届学术大会、第三届海峡两岸中医男科学术论坛’所做的学术演讲。

讲题是“新马两地男性不育疾病的分析与展望”，汇报新马两地一些常见的男性不育症与生活作息的关系。

## 一. 前言

新加坡与马来西亚属于两个不同的国家，马来西亚分为东马(沙巴和砂劳越)与西马(马来半岛、檳城)，新加坡与西马只靠约一公里宽的柔佛海峡分隔开，每天通过关卡来往新加坡与柔佛州的工作人士及学生有数万人之众。

两国地理位置均靠近赤道，属于热带气候，其气候特点可用“终年都是夏，一雨便成秋”来形容，夏天气温可高达摄氏35度，秋天则雷电暴雨频繁，大树倒塌、雨水泛滥

成灾是常有之事。饮食则喜辛辣煎炸之物、饮冷食冰之品。虽然外头的气温可高达至三十多摄氏度，但室内有冷气(空调)的调控，温度通常保持在摄氏20 - 25度间。

## 二. 两年之统计数字

以下的统计是根据两年来，在新加坡中华医院及中医健保医药针灸诊所第一次来求诊的病患共292人，分类主要是以精子的检查结果为依据，一些无法提供精子检验报告的病人，则不包括在内。兹将其统计结果列表如下：

其他症状则包括：精液量少，存活力低，阳痿，早泄，不射精，无精症等等。

## 三. 症状分析

从精子检查报告中，可以看出少数的病号仅只有一项症状，绝大多数是至少有两项以上的问题。

| 病类   | 人数  | 百分比   | 药物    | 药物组成                           |
|------|-----|-------|-------|--------------------------------|
| 精子少  | 78  | 26.71 | 健保生精丸 | 枸杞子、五味子、菟丝子、复盆子、韭菜子等           |
| 活动力低 | 33  | 11.30 | 健保活精丸 | 党参、黄芪、熟地、鹿角胶、肉苁蓉、菟丝子、车前子、复盆子等。 |
| 形态差  | 159 | 54.45 | 健保益精丸 | 熟地、山茱萸、山药、麦冬、茯苓、五味子、知母等。       |
| 其他   | 22  | 7.54  |       |                                |

最多病号的是形态差的问题，有超过了一半的病号，约**54.45%**，饱受这问题苦恼。西医将这问题与精索静脉曲张挂勾，治疗方法，多数采取手术治疗，而手术也非百分之百有效。中医则通过针灸与服用健保益精丸，可将形态从**0%**提升至**4%**或更高。[注：按照WHO标准正常精子形态须要**4%**以上方为正常，而Kruger's标准则要**14%**方合格。]

其次是少精子症，[注：五十年前，男性每次射精，其精子数要求达到五千万只，方为正常，约五年前，做人工辅助受孕只须两千万只，今年，又降至一千五百万只]。这种病的患者，绝大多数是属于肾阳虚、肾气不足型患者。新马两地虽同处热带气候，但商业大厦及办公室均装有空调。特别是在新加坡，职员在太阳尚未升起便出门搭有空调巴士(大巴)去上班，或转搭空调地铁去上班，到了办公室，更非无空调不可，午餐时间，出门怕热，就到有空调的餐厅用膳，叫了一些香喷喷的煎炸、烧烤鸡肉、猪肉及一些辛辣的‘加厘’食物，再加一杯冰冷鲜果汁。午餐后继续开工，至到太阳下山了，才再搭有空调交通工具回家。到了家，怕热、怕闷，又开空调。一天算起来，约有二十小时是在室温**20-25℃**度过，长久下去，阳气逐渐耗损，肾阳虚在所难免。

由于长时间伏案工作，或打电脑，没有时间运动，长久下去，身体体质逐渐转弱，慢慢造成精子活动力及存活率低等肾气不足等现象。

新加坡是一个不夜城，夜间生活多姿多彩，由于治安好，年青人在外头逗留到三更半夜是极普通的事。回到家后，来一个热水浴，再上网与朋友联络，或玩电脑游戏至凌晨两、三点，方甘愿上床休息。若碰上世界杯足球赛，那更是日夜颠倒。这样的生活作息，易造成精液量少及形态差等问题。

精液量少占相当大的比例，约**27.05%**。在做人工辅助生育(IUI或IVF)，精液量要多过**1.5ml**，若要自然受孕，则精液量须要更多。

存活率低对受孕影响也颇大，若精子在子宫内超过六小时的存活率少于**65%**，则受孕的机会将降低。

初期的阳痿与早泄相对较少，这可能与他们找西医服蓝色的‘伟哥’有关。相当多病人是在服了‘伟哥’一段时间后，知悉长期服食的副作用，或在每次服食两颗后，还是垂头丧气，无法立竿见影，才想起中医来帮忙解决问题。这也是中医大展身手，发扬中医的机会。

不射精的病例也较少，造成不射精的原因多数为行房时无快感等，这些病通过针灸及中药来治疗，可以达到一定疗效，有些则须要心理辅导等。

无精症是另一个棘手的问题，其成因可能是年幼时受到腮腺炎病毒感染、睾丸发育差、稳睾、输精管阻塞、天生无输精管、卵泡刺激素(FSH)过高、男性荷尔蒙(T)太低、染色体(DNA)异常问题等等，这些病有些可通过针灸及中药治愈，但疗程漫长。

血精症非常少，一般上我们会先推荐病人到西医院检查原因。检查血精是否由肾结石、输尿管结石、剧烈运动后出血、肿瘤等等所造成。

## 四. 治疗方法

各位来宾均是男科的专家、学者，好多位还是我的老师教授。我只略略说明，不作详细论述。

中医治疗男子不育症的方法很多，主要的有针灸及中药。针灸包括推拿、刮痧、理疗等，中药则为饮片、颗粒、粉剂、药片、胶囊、合剂等，生活习惯则包括饮食起居、气功、心理疗法等。

西医则着重在药物、保健品、药物注射等，在病情严重时，则只有手术处理。

### 形态差的治疗

中医治疗方法中的针灸治疗，可采用穴位

如关元、中极、归来、肾俞、三阴交及一些随症加减的穴位。中药方面可考虑用知柏地黄丸及健保益精丸等。在生活习惯方面则禁止蒸汽浴、温泉浴、热水浴、高温工作场所等等。

### 活动力低的治疗

针灸治疗方面，可取穴位如气海、关元、中极、三阴交、肾俞及一些随症加减的穴位。中药方面可考虑用补肾益精汤及健保活精丸等。生活方面则须要多多运动。

### 精子少的治疗

针灸治疗方面，可取穴位如关元、中极、三阴交、肾俞、命门、志室及一些随症加减的穴位。中药方面可考虑用右归丸及健保生精丸等。生活方面则须要适中，多食一些含锌元素高的食物。

## 五. 展望

### 中医教育

在2003年以前，新加坡只有两间培训中医师的学府，即中医师公会属下的新加坡中医学院及中医药促进会之中医研究院，所颁发的文凭为专业证书，这两间学府，每年为新马两地培训了近百位中医师。中医师若要再深造，考取更高的学位，就必须到中国的中医药大学就读，如广州中医药大学、上海中医药大学、福建中医药大学、黑龙江中医药大学、北京中医药大学等等。在2004年以后，两间学院就先后与南京中医药大学、广州中医药大学及北京中医药大学联办学士、硕士及博士课程，每年为新加坡中医界培养近二三十位具高学位的中医师。在2010年，南洋理工大学与北京中医药大学联办具双学位的中医师，目前已有三届毕业生，共168位中医师。到2011年底为止，新加坡共有2444位中医师。

马来西亚的中医学院总共有十所，即柔佛州中医学院、马来西亚南方大学中医系、马来

拉曼大学医学保健科学院、国际医药大学医学及保健系、霹雳中医学院、槟榔屿中医学院、檳城中医研究学院、马来西亚北马中医药学院、吉隆坡中医学院、马来西亚中医学院等，每年为马来西亚培养出百多位中医师，一些学院也与中国的中医药大学合作，颁发学士、硕士及博士文凭等。

### 西医认同

新马的医疗体制是西医为主，中医为辅的情况，早期的西医对中医的疗法，认为是不科学的。近数年来，由于中西医师界交往频繁，再加上WHO列出了针灸疗法对百多种病痛有治疗效果后，西医界也逐渐改变对中医的看法。有些西医学生也到中医学院学习了解中医治病的机制，更有的在考取了西医执照后，再到中医学院继续中医教育。一些西医认为棘手的无精症、形态差的病人，他们也会推荐到中医师处寻求治疗，这是以前所没有的。

### 公众认同

1993年，李金龙教授在新加坡中华医院设立男子不育症专科组，为中医开展有系统性专科治疗男子不育症的开始，当时求诊病人众多，一个晚上两个多小时要看五、六十个病号，求诊病人主要是华人。今天，来中华医院及中医健保诊所求诊的病号，约70%是新加坡人(包括华裔、马来裔、印度裔及欧亚裔等)外，其他病号有马来西亚人、印度人、印尼人、泰国人、菲律宾人、越南人、缅甸人、北美洲人、欧洲人及大洋洲人等等。可见中医治疗男子不育症的效果已得到本区域及全世界的认同。



# 浅谈男子阳痿

新加坡·陈浩平

本来这篇文章题目是“浅谈阳痿与早泄”，但是在写作的过程中，发现其所概括的范围太过广阔，非一言两语所能表白，若只是轻描淡写，恐怕反而误导读者，因此将范围局限于“阳痿”，将来有机会的话，我们再来谈谈“早泄”吧！

## 阳痿的定义：

阳痿(ED)是男人常见的性功能疾病，它是指男人性欲低下，出现阴茎不能勃起，或勃起不坚，或坚而不能持久等现象，使到房事进行力不从心，或者不能顺利进行，即便能进行也不能维持足够的硬度以完成性交，达到最后射精的性高潮，像这样时间达3个月以上者，便可归纳为阳痿范畴。

本文所要讨论的阳痿，是针对于青壮年男士、或中年男士出现性功能障碍而言，以

30-60岁男性为多见，病程可达10年以上，属于功能性的阳痿者，对于年迈的老年人，由于身体各脏器功能退化，性功能自然也大不如前，出现阳痿及性欲低下可属正常现象，不在讨论范围；另外，属于先天性器官畸形或其他生理因素造成的器质性阳痿，也不在讨论范围之内。

## 阳痿诊断标准：

阳痿的诊断标准至今还未能达到一致，如世界性学：凡企图性交时阴茎勃起失败率达75%以上者；国际阳痿学会：性交时阴茎不能有效的勃起以致性交不满意者；中国学者：阳痿是指一般在多数情况下阴茎不能勃起，或虽能勃起，但不能维持勃起并进行性交者。

比较有数据为基础的诊断标准是：

男性年龄为20-60岁，有性交的欲望，性

交时阴茎不能勃起；勃起不充分或历时短暂，以至阴茎不能插入阴道，病程至少3个月，不是由器质性或躯体疾病引起，也没有遗精或药物滥用病史者。

### 男人为什么会阳痿？

阳痿是一种非常复杂的男性性功能障碍问题，它与年龄，身体的健康状况，心理状态，情志失调，疲劳，性激素分泌等有关，还有，不规律的生活起居，抽烟，酗酒，夫妻关系紧张等都会引起阳痿，此外，有少数人在宗教背景影响下，从小被灌输“性肮脏，性为万恶之源”的观念，长大后产生了对性生活的排斥或厌恶，使性功能中枢的兴奋性降低，导致性欲低下而出现阳痿，另外，房事过于频繁、房事过大劳累，也会出现暂时性的阳痿。

根据调查，40-70岁男性有52%存在不同程度的阳痿，而40岁以下的男性出现阳痿，有80%是心理状态造成，而40岁以上的男人出现阳痿，则有70%是病理上的问题。如果一个男人的阳痿是和时间，地点与对象有关的话，一般多数属于心理状态所致，而非病理上的问题。

阳痿给患者带来的是难以启齿的痛苦，即不能言，也不敢治，只有苦苦的受着疾病的折磨，接踵而来的是精神痛苦和思想负担，对于夫妻性生活的满意度也大大的降低，并且影响彼此之间的和睦、“性福”和家庭的稳定，根据推算，到了2025年，全世界大约会有3.22亿人患上勃起功能障碍，这是一个不容忽视的大问题，是非常值得我们医学同仁去探讨和研究的。

此外，由于疾病所导致的阳痿也是不可忽视的，例如：

神经系统病变，如肌肉萎缩症，重症肌无力，帕金森病等都可能不同程度地引起阳痿，血管病变，如动脉粥样硬化，动脉瘤，动脉炎等，会出现血液运输方面的故障，影响阴茎的血供，导致不同程度的阳痿，内分泌障碍，如

脑垂体功能减退症，肾上腺皮质功能不足，糖尿病，甲亢或甲减等都是引起阳痿的常见疾病，泌尿生殖系统疾病，如泌尿生殖系统炎症(前列腺炎，尿道炎)，先天性器官畸形，隐睾症，睾丸发育不全，阴茎海绵体硬结症，包茎，慢性肾功能不全等，都可引起不同程度的阳痿，消化系统疾病，如肝硬化，肝功能衰竭，代谢性的肥胖症等都会导致阳痿。

临床上，不少的阳痿病例是因为长期服用药物而导致的，多数患者并不知晓自己的阳痿是因为服用了某些药物所引起的副作用，因此，如果是因某种病而须长期在服某种药物，请务必询问医生该药是否会导致阳痿，如果答案是肯定的，则必须要求医生改用其他药物，除非是要把自己的“性福”抛开一边。

### 从生理学分析阳痿

要了解阳痿的原因，首先我们要知道阴茎是怎样勃起的，阴茎是由皮肤，筋膜和三个海绵体构成的圆柱形性器官，分阴茎根、阴茎体和阴茎头(龟头)三个部份，简单的说，阴茎的勃起是阴茎海绵体内充血反应，正常年轻人只需5秒钟便可勃起，而年长者可能需要6-7分钟之久。

阴茎的勃起有赖于以下四个环节：

健全的神经反射通路，

正常内分泌功能，

充分的动脉血输入，

有力的静脉血液阻断流出。

以上四个环节相互协调配合，才能使阴茎有力的勃起，任何一个环节出问题都能导致勃起无力，举而不坚或坚而不能持久，这便是阳痿。

### 从传统中医学分析阳痿

从传统中医学来分析，阳痿的发生，主要与心肝脾肾四脏有关，而与肝肾的关系最为密

切，这些脏腑出现亚健康的状态，彼此之间功能失调，最后都能造成阳痿，出现勃起功能障碍，临事不举，或举而不坚，或坚而不持久，现在传统中医在治疗阳痿方法非常多，市场上治疗阳痿的中成药不胜枚举，很多患者都自行买药治疗，结果症状不但没有改善，反而适得其反，阳痿进一步恶化，使到疗程更长，治疗起来更加困难。

一般上患了阳痿，病人第一个想法便是认为自己一定是阳虚，阳虚便要壮阳，就去药店买了壮阳药品回家服用，几个月后，不但阳痿症状没有改善，有可能反而加重了，因为阳痿的证型很多，阳虚只是其中之一罢了，因此，辨证论治是中医治疗阳痿的重要手段，临床上，阳痿可分为8型：

### 肾阴不足：

病因：由于素体阴虚，阴虚则火旺，往往肝火偏盛，加上过于纵欲，房事频繁，导致肾阴进一步亏虚，宗筋失养，则勃而不坚，或一触即痿。

症状：临床上可见勃起不坚，腰膝酸软，头晕健忘，耳鸣，失眠多梦，遗精，小便赤黄，五心烦热，舌红少津，苔白，脉细数。

治疗：可采取补肾填精法，首选方剂“滋肾填精汤”，药用：熟地黄，黄精，枸杞子，山茱萸以滋补肾阴；菟丝子，肉苁蓉阴阳双补；淮山药，茯苓健脾；人参，黄芪大补元气；当归活血养血，五味子滋肾固精，诸药配伍可补肾填精，滋养宗筋。若肝火旺者可加知母，黄精，龟甲；有瘀血者可加赤芍，丹参，红花，川牛膝等，亦可选用“二地鳖甲煎”加减。此外，中成药可选用“六味地黄丸”加减，“左归丸”加减，“大补阴丸”加减等。

### 肾阳不足(命门火衰)：

病因：此型多发生于年长者，多因年老体虚，加上房事不节，肾精日渐亏损，终致命门

火衰，精虚气冷，阳事渐弱，形成阳痿，但临床上此型也见于年轻者，由于素体禀赋不足，元阳虚弱，命门火衰而致阳痿不举。

症状：临床上可见阳痿不举，或举而不坚，性欲冷淡，精神不振，畏寒肢冷，腰膝酸冷，大便溏稀，小便清长，夜尿频繁，舌质淡胖，苔白，脉沉细无力。

治疗：温肾助阳，方剂可选“龙桂实根汤”，药用黄精，覆盆子可养阴精，肉桂，益智仁可温肾阳，暖肾祛寒以固先天之本；茯苓，紫苏能暖脾，可培根之源；小茴香，牡蛎可引药下行；芡实可引火归元；睡眠欠佳者可加龙眼肉以补益心脾，养血安神；脾虚泻泄者可加薏苡仁以健脾胜湿。中成药可选用“肾气丸”加减，“右归丸”加减，“五子衍宗丸，赞育丹”等。

### 阴阳两虚：

病因：阴虚病久必伤于阳，而阳虚病久必伤于阴，最终造成阴阳两虚，命门火衰，阴精亏虚而阳事不举。

症状：患者多阳痿日久，腰膝酸软，畏寒肢冷，精神不振，耳鸣眩晕，五心烦热，口干不欲饮，形寒体瘦，舌质淡苔少，脉细弱。

治疗：滋阴温阳，若见阴虚偏重者，可用补肾益精方佐以温肾助阳药物治疗；若见阳虚偏重者，当选用温肾助阳方佐以补肾填精药物治疗，方剂与中成药可参考以上两个证型。

### 肝郁气滞：

病因：多因情志困扰，抑郁忧闷，日久伤肝，而肝主筋，阴器为宗筋之汇，肝失疏泄则肝脉不畅，终导致宗筋失养，阳事不举。

症状：此证多见于功能性阳痿，病人长期处于心理压力下，或曾有过精神创伤史，精神抑郁，临床可见阴茎临事不能勃起，或勃起不坚，性欲一般处于低下状态，胸闷不畅，善太息，胸胁窜痛，暴躁易怒，口苦咽干，舌质暗红，苔薄白，脉弦。

治疗：疏肝解郁，理气兴阳，方剂可选“逍遥散”，“四逆散”，“柴胡疏肝汤”，“达郁汤”等加减。中成药可选用具有疏肝理气养血功效的“逍遥丸”，若见热证者，可用“丹栀逍遥丸”，亦可采用“柴胡疏肝丸”以疏肝理气，养血柔肝。

### 心脾两虚：

病因：平素思虑过度，损伤心脾，心主血脉，而脾为气血生化之源，心脾受损，则气血生化无源，不能充实阳器而致阳痿。或因久病体虚，或病后失养以致心脾不足，气血两虚，渐而性欲衰退，终致阳痿。

症状：此证多见于久病体虚者，或长久从事脑力活动，暗耗阴精，终成气血亏虚，阴茎痿弱，举而不坚，平素性欲减退，神疲倦怠，面色苍白，心悸乏力，失眠健忘，食少便溏，舌淡苔白，脉弱无力。

治疗：健脾养心，益气补血，首选方剂为“归脾汤”加减，本方为四君子汤与当归补血汤组成，能调理心脾，气血双补，此外，尚可适当的用八珍汤，补中益气汤等方加减。中成药可选用“归脾丸，四物丸，阿胶补血膏，天王补心丹，人参养荣丸”等。

### 气滞血瘀：

病因：多因下腹或阴部外伤，或外阴手术创伤，以致局部气血瘀阻，脉络不畅，或因病久生疔，导致宗筋失于充养，终成阳痿。

症状：临床可见勃起困难，或勃起不坚，旋即痿软，房事无法进行，少数病患有阴部外伤史或手术史，外阴及下腹胀痛时作，痛处固定，舌质紫暗，或舌有瘀斑瘀点，脉弦沉涩。

治疗：活血化瘀，行气充阳，方剂可用“血府逐瘀汤”加减，“少腹逐瘀汤”加减以行气活血，祛瘀充阳。中成药可选用“大黄䗪虫丸”（慎用），“血府逐瘀颗粒”及“少腹逐瘀颗粒”。

### 肝胆湿热：

病因：多因过食肥甘厚腻，酿湿生热，或因外感湿邪，内因中焦，犯及肝胆，肝失疏泄以致津液失布而成痰湿，久蕴生热，湿热下注于下焦，困阻经脉而伤及宗筋，宗筋松弛不收，发而成痿。

症状：临床可见勃起不坚或完全不举，时有心烦口苦，急躁易怒，阴囊潮湿瘙痒，有坠胀牵引感，四肢困倦，小便短赤，大便溏，舌红，苔黄腻，脉弦数或滑数。

治疗：清热利湿，方剂可选用“龙胆泻肝汤”加减，“三仁汤”，“萆薢分清饮”加减。中成药可用“龙胆泻肝丸，当归龙荟丸”等。

### 脾肾阳虚：

病因：多因先天禀赋不足，后天失养，体质虚弱，加上房劳过度，气精两伤，或因年老体衰，脾肾皆虚，而致宗筋失固，日久则成阳痿。

症状：房事阴茎痿软，勃起不坚，或不能勃起，性欲冷漠，神疲乏力，少气懒言，伴有腰膝冷痛，畏寒肢冷，久泄久沥，五更泻，全身浮肿，小便清长等症状。

治疗：温肾健脾，补气振阳，方剂可选用“补中益气汤”，“右归饮”。中成药可选用“鹿角胶丸，右归丸，肾气丸”等。

### 阳痿应该吃些什么呢？

蜂蜜：蜂蜜能增加生殖腺内分泌激素，容易被人体吸收，它含有生殖器官细胞所需要的各种营养物质。

海藻：海藻类食物如海带，紫菜，裙带菜等，有助于男性的性功能衰退，以及性欲低下，对于壮阳，补阴强身意义重大。

韭菜：又名起阳草，能温补肝肾，助阳固精，是天然的伟哥，韭菜与韭菜籽是一种性激素，可用以治疗男性的房事不举，遗精和滑精等。

水产：水产品如海参，鲍鱼，淡菜，泥鳅等都是很好的强精食物，还有鱼，虾，贝壳类等都含丰富的锌，可以提高性欲，有助于阳痿不振。

内脏：动物的肾脏，如猪，牛，羊之肾均能养肾气，益精髓，增强性功能，有些动物的睾丸可治阳痿，遗精与滑精。

果仁：松子，芝麻，葵花仁，南瓜子，桃仁，花生等此，皆具有激发性欲，引起性冲动的功效。

驴肉：驴肉味道鲜美，是一种高蛋白质，低脂肪，低胆固醇肉类，可治疗阳痿不举，腰膝酸软等症，但此肉在新加坡较难找到。

牡蛎：又称蚝子，含有丰富的锌，铁，磷与钙元素，还有优质蛋白质，糖类等多种维生素，男子常吃可提高性功能及精子的质量，对于阳痿有很好的效果。

鹌鹑：鹌鹑的肉和蛋都是很好的补品，有补益强壮的功效，男子常食用可增强性功能，并能增气力，壮筋骨。

## 总论

阳痿的发生，与肝脾肾三脏功能失调的关系最为密切：

脾统血，主运化一身水谷精微，使中州得健，气血运行顺畅，宗筋得养，阳事强健。

肝主情志，喜条达，若情志失调，肝失疏泄，可致宗筋弛缓不用，肝藏血，若肝血失藏或肝郁血疔，则阴茎失充不坚，导致阳痿。

肾为先天之本，主藏精，主水，主纳气，主生殖……，为人体生命之本原，在人生中的生殖能力，都取决于肾精与肾气的盛衰，阳痿与肾精肾气的盛衰有非常密切的关系。

从现在的生理学来分析，中医所谓的肾阴，就是肾的自体，肾阴主管人体的水液代谢，有过滤与重新吸收的功能，它把人体产生的废物通过尿液排出体外，在过滤的过程中，肾阴也回收了人体所需的矿物质，氨基酸，微

量元素如铁，镁，钾，钠，钙，锌等，还有回收了其他能够被人体重新利用的物质，以维持人体正常的生命活动；

中医所谓的肾阳(命门之火)，指的就是肾上腺，它在肾的上端，符合了古人对肾脏所形容的“抱阴负阳”，是维持人体生命所必需的器官，如果肾上腺被切除，如同阴阳离绝，人将很快死亡。肾上腺分泌大部份的激素，包括肾上腺糖皮质激素，性激素，促红细胞生成素，睾酮，雄稀二酮，促精子生成素……等等，这些激素与生殖都有直接的关系，所以说肾主生殖，一点也不过份！明白了这个关系，也就不难理解肾阴亏虚与肾阳不足为什么会造成阳痿的道理了。

年长的男士对性没有兴趣，千万不要以为自己已经老了，没有这方面的需求，也就不采取任何治疗去纠正自己的阳痿，这是非常错误的想法，很有可能是自己的肝，脾，肾处于亚健康状况所造成，是绝对有必要去调理的，当肝，脾，肾功能一切恢复正常的时候，“性趣”也自然起来了，而且，性趣和性能力一般都能够维持到70岁，80岁，甚至90岁！可见良好的身体素质与健壮的身体对于维持良好的性功能是非常重要的。根据研究，年长的男士如有适度的性生活是能够“延年益寿”的。

最后，我想告诉大家，阳痿是可以治疗的，只要通过辨证论治，找出阳痿的病因病机，分型治疗，必然恢复雄风，从新赢得另一半的“性”心。

# 胃食管反流病 中医病因病机的研究概况

新加坡·何宇瑛 沈洪<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>江苏省中医院消化科, 江苏 南京 210029)

**【摘要】**从病名、病因病机等方面总结论述了古今医家对胃食管反流病(GERD)的认识, 归纳了该疾病病理发展的特点, 为临床治疗提供了理论依据。

**【关键词】**胃食管反流病, 病因病机, 综述

**胃**食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是由胃内容物反流引起不适症状和(或)并发症的一种疾病<sup>[1]</sup>。临床包括食管内和食管外两类综合征。以烧心、反流等的典型症状为食管症状; 食管外症状有咳嗽, 咽炎, 哮喘, 口腔溃疡等。西医认为发病机制导致胃酸、胆汁返流入食管, 治疗以抑酸药与胃动力药为主。现代文明社会生活步伐紧张, 饮食结构与饮食习惯的改变, 发病率与日俱增。近年来在亚洲地区呈上升趋势, 我国的发病率是约10.5%<sup>[2]</sup>。因此病涉及到食管内、外、精神心理等多方面困扰, 影响生活素质, 也是一种心身的疾病。中医对本病是如何认识呢? 针对病因病机总结如下:

## 1、病名的研究

胃食管反流病是西医病名, 中医学无这一病名, 据临床特征、主要症状的表现不

一, 历代医家根据其临床表现, 可归属于中医吐酸、嘈杂、噎证、梅核气等疾病范畴。谭万初<sup>[3]</sup>引用陈无铎《三因极一病证方论·胸痞证治》中“胸痞证者, 胃中不和, 心下坚硬, 干呕, 恶寒, 汗出, 暖气不除, 亦有寒伤身冷, 医方下之, 逐成胸痞”的论述为证据, 提出“胸痞”作为反流性食管炎的中医学病名, 与本病临床表现特征相吻合。周秉舵<sup>[4]</sup>在论述关于朱生樑教授认为脾胃病宜遵叶天士“脾宜升则健, 胃宜降则和”的原则, 禀孟河医派“平正轻灵”之用药法度, 对胃食管反流病针对“热”是主要病机之一而倡“食管瘁”之名。1997年中国国家标准《中医病证治法术语》将本病命名为“食管瘁”, 1977年3月4日国家技术监督局发布的国家标准《中医临床诊疗术语·疾病部》也将本病称为“食管瘁”, “食管瘁”与有粘膜破损的胃食管反流病的症状相近, 但对没有粘膜破损的反流性食管炎的症状不确切, 但对GERD患者的症

状不确切，自从病名发布以来未被普遍应用。

## 2、病因病机研究

### 2.1 古代医家对病因的认识

食管通于咽，下连胃腑，是肌性管道。属于脾胃。《难经集注》称之为“胃之系”，《医贯》谓“咽系柔空，下接胃本，为饮食之路。”“柔空”是生理特点，“空”指中空无阻，可通；“柔”强调食管具有弹性、张力，能收缩与舒张，当食管平滑肌收缩与舒张交替运动形成食管的蠕动，并有往下推动的生理特点。

饮食不节 《素问玄机病原式》云：“饮食热则易于酸矣”认为饮食不当，肠胃功能升降失常，可发为吐酸。

七情致病 《内经》云“百病皆生于气”。宋代严用和《济生方·五噎五膈论治》有比较详细分析：“逸则气神安，劳则气神耗。尚或寒温适宜，食欲乖度，七情伤感，气神俱耗，使阳气先结，阴气后乱，阴阳不和，脏腑生病，结于胸膈则成膈，气留于咽则成五噎。提示了“五噎”病因是劳逸失调，饮食，情志因素，寒温不宜等。

内生痰湿 巢元方《诸病源候论·噎醋候》云：“噎醋者，由上焦有停痰，脾胃有素冷，故不能消谷，谷不消则胀满而气逆，所以好噎吞酸，气息醋臭。”提出此病因痰停和寒气客于脾胃，不能运化水谷所产生的病理产物表现为吞酸。

脏腑功能不足 《诸病源候论》又认为“此脏气冷而不理，津液涩少而不能传行饮食，故饮食则噎塞不通也。”又可以因脏气的虚寒和津亏脏腑失养而致病。也有《医学传心录·咽酸尽为乎食停》云：咽酸者、吐酸者“俱脾虚不能运化饮食，郁积已久，湿中生热，湿热相蒸，逐作酸也”。指出素有脾气不足，因虚致实，生湿而化热，湿热内生的病理改变。

### 2.2 古代医家对病机的认识

《素问·至真要大论》曰：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”与热有关；

《灵枢·四时气篇》认为其本为胆病及胃，所谓：“邪在胆，逆在胃，胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦。”刘完素认为：“酸者肝木之味也……如饮食热则易于酸矣，或言吐酸为寒者误也”。认为从湿热治，从肝(胆)治；

《程杏轩医述·吞酸》引李东垣语：“酸水收气，西方金旺也，寒水乃金之子，子令母实，故用热剂泻其子，以泻肺之实。若以病机之法，作热功之，误也。”从寒治，从肺治；

《内经》有云：“酸者，肝木之味也，由火盛制金，不能平木，则肝木自甚，故为酸也。”其意是木火刑金，但肺金失肃影响胃之和降；

清代高鼓峰《四明心法·吞酸》云：“凡为吞酸尽属肝木，曲直作酸也。指出吞酸是“木气所致”；

以上有寒热不同的观点，并且肝气郁结、脾气不运是关键因素。

又有沈金鳌《杂病源流犀烛》云：“吞酸者，郁滞日久，伏于脾胃间，不能自出，又咽不下。倘肌表复遇风寒，则内热愈郁，而酸味刺心”，认识到寒邪内侵可为其诱因，且与脾胃有关。

《证治汇补·吞酸》云：“吞酸，小疾也，然可暂不可久，久而不愈，为噎膈反胃之渐也。”指出此病预后不良的转归。也与Barrett食管可发展为食管癌相吻合。

徐陆周等<sup>[9]</sup>通过总结古代文献认为胃食管反流病的病因有感受外邪、饮食不节、食管不利，其病位在胃与食管，涉及肝脾，病理性质有寒热虚实之分。

### 2.3 现代医家对病机的认识

现代医家谢胜<sup>[9]</sup>等认为病性以实证、热证为主，病机为胃失和降、浊气上逆。气机上逆与肝、脾关系密切，涉及肺、肾诸脏，同时认

为脏腑功能失衡可以造成痰、热、(火)、瘀等病理产物郁滞而发病,存在病机虚实转化。

王凤云等<sup>[7]</sup>等认为GERD的临床表现的形式来看,病机特点一为逆,二为热;初期为实证,以肝气犯胃或肝胃郁热为多,中期以阴津损伤、痰(湿)热阻滞为主,后期以胃阴亏损或痰瘀互结为主。病邪主要为湿、痰、热、气、瘀。胃失和降,胃气上逆是基本病机,情志失调,肝气犯胃是其病理特点,痰阻血瘀,胃阴亏损为其最后的病理转归。

赵荣莱<sup>[8]</sup>教授创先提出“膈中积气”是本病的主要病机,认为“食管为咽喉至胃之通道,处膈肺之分野,其为病多由胸阳失展,膈中积气。…”治以透膈利气,翰旋气机。翟兴红<sup>[9]</sup>等根据“膈中积气”的病机提出主要表现为痰气互结、胸阳不展、气滞血瘀、胸阳痹阻、脾虚气滞证5个证型,治疗以舒展胸阳,通利膈气,用药以调节脾胃升降为本。丰富了“膈中积气”的内容。

田耀洲<sup>[10]</sup>等通过整理分析孟河医派费、马、丁、巢四家医案GERD的相类病症医案,总结出此类病症的主要病机是肝胃不和、痰湿阻胃,胃气上逆,具体辨证需要从脏腑气机失常,寒热失调,阴阳失衡,痰湿多方面综合考虑。肝气郁结横逆犯脾胃,肝火旺升而灼胃,胃阴虚而濡降不能,胃气虚寒,寒凝气滞等,这些病机规律与叶天士提出的“肝为起病之源,胃为受病之所”的理论一致,也与现代中医对GERD的病机认识也一致。

李东<sup>[11]</sup>认为肺胃息息相关,应从肺胃论治。从气机升降角度看,肺主肃降,胃主通降,“降”为肺气、胃气运行形式和方向共同性,从经络走向则表现为肺胃一脉贯通。

沈洪教授等<sup>[12]</sup>对国医大师徐景藩治疗脾胃病的经验总结中指出,胃食管反流病病位在食管,与脾胃密切相关,涉及肝肺。多由胃气上逆,或胃腑本经之病,或由肝气犯胃所致。总之以气病为主。

综上所述,主要病因不外饮食、情志因素

两大方面,胃失通降,胃气上逆是基本病机。先有脏腑功能失衡,继有痰、湿、瘀等病理产物的产生。病位在食管,属脾胃所主,与肝、胆、肺密切相关,与瘀血、痰浊互为因果。对于本病的病因和发病机制虽然还没形成一套完整的理论,但已经有深刻的认识和共识。

有研究显示<sup>[13]</sup>,中医治疗根据治“中焦如衡,非平不安”的理论,以平调气机法,药用枇杷叶、桔梗、白术为基础方,根据兼症随症加减,临床症状与胃镜情况上的改善与奥美拉唑效果相似,对胸骨后的灼痛改善优于奥美拉唑,无不良反应。采用非抑酸中药治疗GERD,效果相当西药。可见,只要恢复中焦气机的升降功能,不必抑酸中药也有很好的疗效,这与西医的治疗思路不同。

## 小结

中医对本病的治疗累积了丰富经验,总结起来,主要病因有饮食因素、情志因素、体质因素、生活起居习惯因素、久病体虚等。病位在食管,为胃气所主,《难经集注》:“胃之系”。根据五行的相生相克理论与脏腑表里互用的关系,与肝(胆)、脾有关,涉及肺,久病及肾,以胃失和降,胃气上逆为主要病机,病理演变方面,初病多以热证、实证为主,多夹痰(湿),久病则有气病及血,多有血瘀,表现为痰瘀互结,虚证为主,所以辨证治疗上注意衡量虚实的轻重。虚证则表现为某脏腑功能的亏损及阴阳气血虚衰的不同,实证有痰、热、瘀的不同。不管虚证或实证,总以气机失调贯穿始终,故治疗以恢复气机升降功能为中心。脾胃为升之枢,恢复脾升胃降功能是治疗的重点;肝主疏泄,能调畅气机;肺主肃降,与大肠表里为用,肺气上逆也会导致胃气上逆;肠腑不通,胃腑之气难以通降,脏腑相连,互相影响。所以治疗胃食管反流病要注重恢复脾升胃降的功能以外,还与肝气的升发,肺气的肃降,以及肠腑之气的通降都有密切关系。

通信作者：沈洪，男，南京中医药大学教授，博士研究生导师，南京中医药大学附属医院消化科主任

E-mail:shenhong999@163.com

### 参考文献：

- [1] Vakli N, van Zanten SV, Kanhrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(8):1900-1920.
- [2] 刘汶, 韩偃偃. 胃食管反流病反流证候的中医治疗[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2007, 15(3): 187-189.
- [3] 谭万初, 张磊. 中医对胃食管反流病的认识[J]. 成都中医药大学学报, 1998, 21(3): 11-12.
- [4] 周秉舵, 马淑颖, 汤瑾. 朱生樑运用藿苏散辨治脾胃病验案举隅[J]. 2010, 44(10): 7-10.
- [5] 徐陆周, 单兆伟, 沈洪. 胃食管反流病古典文献研究[J]. 中医文献杂志, 2009(6): 25-27.
- [6] 谢胜, 张越, 周晓玲. 胃食管反流病中医病机研究近况[J]. 环球中医药, 2011, 4(1): 7-10.
- [7] 王风云, 唐旭东, 刘果等. 胃食管反流病食管外症状表现特点及中医药治疗[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(5): 716-719.
- [8] 翟兴红, 赵荣莱. 诊治反流性食管炎经验撷菁[J]. 中华中医药杂志, 2008, (增刊): 239-240.
- [9] 翟兴红, 赵荣莱. 从“膈中积气”论治胃食管反流病[J]. 中国当代医药, 2010, 17(9): 100-101.
- [10] 田耀洲, 张红陶, 顾铮. 孟河医派四大家临证胃食管反流病相类病症的证治规律研究[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 55-59.
- [11] 李东. 从肺胃论治胃食管反流[J]. 中医杂志, 2005, 46(11): 813-814.
- [12] 沈洪, 顾培青, 叶柏等. 国医大师徐景藩教授治疗脾胃病经验撷菁[C]. 中华中医药学会脾胃病分会第二十四次全国脾胃病学术交流会论文汇编, 2012. [34] 朱凌云, 朱远熔, 刘宴等. 平调气机法治疗胃食管反流病的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(4): 673-675.
- [13] 朱凌云, 朱远熔, 刘宴等. 平调气机法治疗胃食管反流病的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(4): 673-675.



# 浅谈膝骨性 关节炎证治法

新加坡·胡明珠

**膝**骨性关节炎病在临床上较为常见的老年性多发病，是一种常见的退行性关节软骨疾病，由于该病发病缓慢，病程长，多呈进行性加重，临床上以关节疼痛，强硬，活动受限，活动时可有摩擦响声为特征。属中医痹证骨比的范畴。

膝关节是人体最大且较复杂的关节，具有负重功能，活动较多，容易发生损伤和劳损，因而严重影响病人生活质量，一般都以慢性劳损，老化有关，临床上治疗的疗效都不理想。

膝关节是一个复杂又负重的关节，通常进展缓慢，早期症状不太严重，晚期是以关节软骨进行性磨损，肿胀，变形和退行性改变，尽管膝骨性关节炎的发病尚未完全明了但以下的许多因素可以造成关节软骨的破坏。

**1) 年龄因素：**从中年到老年，随着年龄的增长，常发生关节软骨退行性改变，关节多年累积慢性的劳损，此种因素导致中老年人的软

骨基质中的粘多糖含量减少，基质丧失硫酸软骨素，纤维成分增加，软骨的韧性减低，因而容易退行性改变，故可说关节软骨本身的改变是发病的重要因素之一。

**2) 性别因素：**男女均可受累，但以女性较为多见，尤其是闭经前后的妇女，这可能是妇女与内分泌激素变化有关。

**3) 体重因素：**肥胖和粗壮型的人中发病率较高，由于体重超重势必增加关节负重，促成本病的发生。

**4) 饮食因素：**营养不良也是致病因素之一，由于关节软骨内没有血管，其营养是依靠关节液中吸取，而关节液中软骨细胞分裂繁殖和软骨细胞分泌基质来完成，由于营养不良而影响软骨细胞的增殖时，因而导致软骨基质减少，从而软骨新生不足而变弱，容易在负重部位发生磨损，并且病变随年龄的增长而日趋加重。

5) 气候因素: 常居潮湿的人多有此病, 可能因湿度低而引起的血运障碍有关, 而血运障碍可使骨内血液循环不畅而造成疼痛, 肿胀等症状。

由于慢性劳损, 软骨基质减少, 软骨退变, 磨损, 骨质硬化, 骨赘形成, 关节肿大, 变形, 临床上多见膝内翻, 膝外翻等症状。对本病目前尚缺乏有效的治疗手段, 而中国的医家们采用中药内服, 针灸, 推拿及外敷, 薰洗等方法治疗, 疗效尚满意, 故说中医在治疗本病上有着一定的独特优势。

### 中国医家们对于治疗本病的论述如下:

吴际生医师用电针治疗膝关节炎36例, 疗效显著, 治疗方法: 取穴如下:

仰卧位取穴: 内外膝眼, 血海, 梁丘, 阳陵泉, 阴陵泉

俯卧位取穴: 委中, 委阳, 承山,

治疗效果, 1-3的疗程后, 36例患者中, 显效18例, 有效15例, 无效3例, 总有效率95%。

根据中医“不通则痛”, “通则不痛”的原理, 其治疗重点在通经活络, 行气活血, 针灸治疗重在疏通经络止痛, 利关而达到治疗效果。

损建平医师自拟膝痛方治疗膝关节炎疗效满意, 临床上以疼痛或酸软, 麻木, 肿胀, 活动受限为依据, 治疗时内服膝痛汤, 组成是桂枝15克, 白芍15克, 当归20克, 细辛5克, 大枣15克, 独活25克, 威灵仙15克, 川芎10克, 桑寄生20克, 地龙15克, 甘草10克, 续断15克, 杜仲20克, 以上诸药煎服, 并且随症加减, (1)寒湿重, 痛甚加黑附子或川芎。(2)湿邪偏盛, 麻木重者合麻杏苡甘汤。(3)湿邪郁久化热, 关节红肿, 口苦, 咽干, 小便黄, 可合四妙散。苦化燥伤阴者, 可加知母, 生地, 气虚加黄芪, 血虚者加熟地, 阳虚者加附子, 肉踪蓉, 阴虚者加淮山药, 山茱萸, 熟地, 以上诸药煎服。临床上治愈率为94%。

按膝关节骨关节疾病属中医内科“骨痹”范畴, 本病主要病机是由于肝肾不足, 气血亏虚并受风寒湿性闭阻, 筋骨失荣, 日久而发病, 随着年龄的增长, 肝肾渐虚, 肝主筋, 肾主骨, 肝肾不足, 筋骨失养, 则酸软无力, 风寒湿邪乘虚侵犯, 经络闭阻于膝部以致经脉不利, 血脉不畅则麻木, 血脉不通则气滞血瘀导致局部疼痛, 肿胀, 日久则关节强硬, 活动不利, 而膝痹汤就是以养血通脉的当归四逆汤为基础方, 加上补肝肾, 强筋骨的桑寄生, 川断, 杜仲和祛风除湿舒筋通络之独活, 威灵仙, 以及行气活血的川芎, 地龙等。

本方以补肝益肾, 养血通脉为基础方以治其本, 祛风除湿, 活血化瘀以治其标, 这是标本兼治的方子,

王爱民医师运用威龙独活汤治疗本病89例, 取得了满意的疗效。

治疗方法: 威龙独活汤是由威灵仙, 地龙合独活寄生汤组成的, 药用威灵仙12克, 地龙9克, 独活9克, 桑寄生15克, 当归9克, 防风9克, 秦艽9克, 川芎9克, 人参9克, 茯苓9克, 细辛6克, 甘草3克, 每日一剂, 每剂煎2次, 共煎600毫升, 早晚各服300毫升。剩余药陈醋50毫升, 白酒50毫升, 水1000毫升, 加热熏洗患膝, 同时尽量不使患膝负重, 7天为一疗程。

治疗结果显效57例, 有效28例, 无效3例, 总有效率97%。

中医学认为本病时“筋痹”, “骨痹”。

《张氏医通》云: 膝为筋之腑-----, 膝痛无有不因肝肾虚者, 肝肾亏虚是本病的发病基础, 风寒湿邪侵袭及跌扑损伤为发病的诱因。本病为本虚标实之证, 故治疗时当标本兼治。王爱民医师用威龙独活汤治疗本病, 疗效满意。方用威灵仙辛咸温, 地龙咸寒皆入肝肾经, 前者功效祛风除湿, 后者通络疗痹独活寄生汤是治疗风寒湿痹, 肝肾两亏, 关节疼痛, 腰膝酸软的主方, 诸药合用共奏祛风散寒除湿, 活血通络, 补益肝肾气血之功。加之

药渣加酒加热熏洗，屈伸的功能活动患膝，有助于舒筋活血止痛，改善血液循环的流畅。根据现代药理研究发现方中的当归，川芎，牛膝，地龙等活血化瘀类的药物能改善血液流动的状态，血液的流变性及微循环以达到改善膝关节以利关节的活动。

周就荣医师运用自拟膝痹汤治疗增生性膝关节炎115例，都取得较好的疗效，在115例中，男性47例，女性68例。临床上证见膝关节疼痛，以上下楼梯及蹲下站立时痛甚，局部肿胀，压痛，膝关节活动受限，严重者膝关节肿痛明显，步行困难，全部病例经X光线检查提示：膝关节骨质增生。

治疗方法：膝痹汤药物组成有黄芪15克，泽兰10克，草解15克，当归6克，元胡索10克，郁金10克，桑枝15克，车前子10克，威灵仙10克，杜仲15克，牛膝10克，甘草10克。湿热明显者加苍术12克，黄柏10克，薏仁15克，忍冬藤30克，偏寒盛加川乌10克或熟附子10克，痛甚加细辛2克，三七10克(先煎)，肿胀明显加泽泻15克，滑石30克(先煎)。

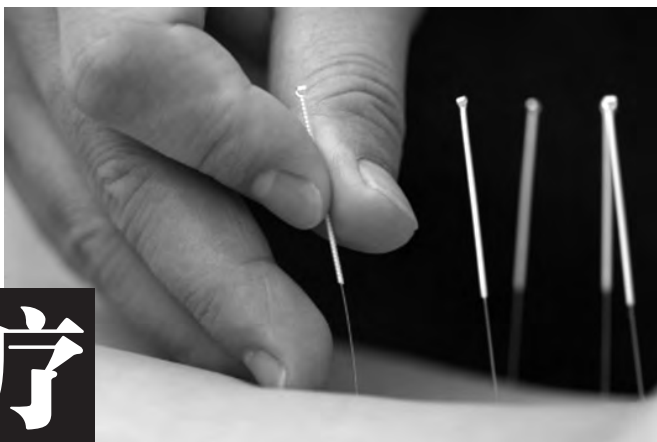
方法：以上诸药用清水500毫升煎取150毫升左右药液，温服，每日3剂，后将所剩药渣在加水1000毫升煎15分钟，待药液温度适中则外洗患处。

结果：治愈61例，显效45例，有效8例，无效1例。

按：本病是一种无菌性炎症，属中医“痹症”“骨痹”范畴，多见于中老年人，主要是肝肾亏虚，气血不足，正气亏虚，卫外不固，风寒湿邪乘虚而入，闭阻经络，淤滞经络，不通则痛。而膝痹汤方中的药物共奏补肝肾，强筋骨，益气养血，活血祛瘀祛风除湿。散寒止痛之效。标本兼治，同时用药渣复煎外洗，药物直达病所，更加强舒筋活血，温经止痛之效，内外合治二取得满意的疗效。

综上所述，近年来膝骨性关节炎的中医中药的治疗实验中，取得了很大的进展，在中国的医家们都有很多的临床经验的总结或个案报

道，为中医药临床治疗本病提供了大量的理论依据。从有关临床治疗的经验当中，中医药治疗疾病的精髓在于辩证论治和治病求本，在膝骨性关节炎的研究中，则应加强有效中药治疗关节软骨退变的前瞻性，中医的治疗方法如针灸，内服药或外洗药都占有强大的优势。



# 针灸治疗 小腿周围神经麻痹

新加坡·翁亚庆

下肢周围神经来源于腰骶部，由腰1至骶3脊神经丛组成。造成神经麻痹，可因刀枪创伤，手术损伤。脊柱或骨盆，股骨骨折，髋关节脱臼及感染。中毒，肿瘤，糖尿病等原因引起。下肢周围神经麻痹主要包括：股神经麻痹，闭孔神经麻痹，胫神经麻，腓总神经麻痹等，下肢周围神经受损后，其所支配的肌肉立即瘫痪，日久则肌肉痿缩。

中医学上把由刀枪创伤，骨折脱臼等外伤引起者，属于“伤筋”范围，由感染，中毒，肿瘤，糖尿病等引起者，则属于“痿证”的范畴。中医认为其致病原因，多因跌仆金疮引起内外出血，瘀血阻络，气血不畅。或外邪溜滞经络，经脉瘀阻，筋肉失养。或因肝肾亏损，脾胃虚弱，而致气血不足，宗筋失润，引致肌肉麻木，痿废不用。

小腿周围神经麻痹诊断要点：人体的小腿周围神经主要是胫神经和腓总神经。临床上可以通过辨病，和辨证的原则来作诊治的依据。

首先腓总神经麻痹的临床表现特征。腓总神经损伤引起腓骨肌，及胫骨前肌群的瘫痪和萎缩，患者不能伸足，扬趾及伸足外翻，足下垂呈马蹄内翻足。感觉障碍分布于小腿前外侧和足背。跟腱反射不受影响。

胫神经麻痹的临床表现特征。胫神经支配腓肠肌，比目鱼肌，腓肌，胫骨后肌等。胫神经受损时，足和足趾不能屈曲，足的内收受限。骨间肌的瘫痪引起足趾的爪状姿势。行走时以足跟着地，不能以足尖站立。跟腱反射，跖反射均消失。感觉障碍区在足底和足外缘。

本病的中医的辨证主要有：1) 瘀血阻络，经筋失养跌仆金疮或强力压迫后，经脉受损，下肢痿软无力，不能久立。肌肉松弛，萎废不用。舌质暗红，或有瘀斑。苔薄白，脉弦细。

2) 肝肾不足，筋骨失养

痿躄日久，患肢枯细，废弱无力，麻木不仁，兼见头昏耳鸣，腰膝酸痛。舌红少苔，脉细数。

现以针灸治疗过的一侧病例，来说明针刺下肢周围神经麻痹病证的一些问题。

### 病例介绍

郑XX 70岁 男性

2012年9月12日 初诊

**主诉：**右下肢小腿瘫软无力已1年余。需靠轮椅作日常活动。足背浮肿。足下垂。踝关节背屈不能。

**检查与诊断：**膝部髌腱反射减弱。腓骨小头后侧区域有按压痛。踝关节背屈肌力加压试验阴性。跟腱反射正常。小腿外侧与足背感觉正常。

**诊断：**腓总神经麻痹。中医则为筋络瘀阻型之痿病。

**针刺治疗手段：**选穴，取患侧 大肠俞 关元俞 秩边 阳陵泉 委阳 上巨虚 解溪 昆仑。

电针各取腰背俞穴的一组和下肢俞穴的一组。用艾柱灸或TDP神灯照于膝后部位。取针后腰部与膝后再施于拔火罐。每次针灸时间25分钟。

针灸10次为1个疗程。每周1，2次。已作了近8个月治疗。疗治只有取得轻度进展。触痛的感觉增加。肌肉有轻微抽动。肌力仍未恢复。

治疗过程中总结了以下的想法与看法。

1) 神经所过之处都应取相近之经络俞穴；神经系统的传导方式极其复杂。每个细小环节的失调，都影响病情的疗效和康复。下肢周围神经的走向，和中医经络循行相近。本着宁失其穴，勿失其经，和经络的整体性的原则。治胫神经麻痹，主要取穴为太阳膀胱经之俞穴，可取 大肠俞 关元俞 次髎 委中 承筋 承山 阴陵泉 太溪。治腓总神经麻痹，主要取少阳胆经之俞穴，可取 关元俞 次髎 环跳 委阳 上巨虚 解溪 昆仑。

2) 如何解除粘连和被压迫的神经根；本病例中，患者通过了西医多次检查，包括了

作腰椎段MRI检查，神经化学元素血检，仍未找出造成神经麻痹的病因，也不肯定要作手术的神经被卡压的部位。故病情被拖延了。腓总神经在腓骨上部，位置表浅易受撞击，挤夹，压迫，冷冻各种外界因素的伤害。本例通过针刺，温灸和拔罐等治疗手段，来解除在腓骨小头周围粘连物和增生赘体对神经压迫。缓解神经的压迫，才能有利于损伤神经的复元。

3) 神经麻痹的预后和康复；本病例，从初诊到目前仍接受治疗，前后已8月余。疗效轻微，患者失望之心难免。医者有必要解释，和提示患者，解除神经麻痹的治疗要时间，而麻痹解除后神经细胞的复元更要长时间。也应鼓励病患在接受治疗同时，本身也要在家里主动作复健理疗。医患配合，才能更好的见到疗效。



# 中医经常调理的糖尿病病人

新加坡·冯启发

**临**床时，经常有患者或家属询问，哪些类型的糖尿病病人适合服用中药？适合中医调理和治疗？

从现代医学的角度，糖尿病是一种由于胰岛素分泌缺陷和/或胰岛素作用障碍所致的以高血糖为特征的代谢性疾病。持续高血糖与长期代谢紊乱等可导致全身组织器官，特别是眼、肾、心血管及神经系统的损害及其功能障碍和衰竭。严重者可引起失水，电解质紊乱和酸碱平衡失调等急性并发症酮症酸中毒和高渗昏迷。

## 综合治疗

糖尿病是一种复杂的病症，目前世界上还没有“根治”的方法。但是通过适当的的治疗和调理，能够得到很好的控制和保持相对健康的生活和预防并发症的发生。

在治疗上，许多患者往往采用单一的治疗方式，但是效果不佳，如果能采用综合治疗的方法，效果会更好。综合治疗糖尿病的目的是控制患者的血压、血脂和血糖。综合治疗是针对糖尿病的切实有效的治疗方法，

综合治疗包含的项目很多，包括教育、饮食治疗、运动治疗、中西药物治疗和相关检测。糖尿病患者应学习糖尿病相关知识，经常参加糖尿病健康讲座，劳逸结合，控制饮食，适当运动，坚持用药，定期检测。很多病人对糖尿病的认知率低，导致治疗率和达标率低。糖尿病患者对糖尿病的认识不足，不知道糖尿病的发病原因、危害及防治方法，得了糖尿病不知道应该如何正确治疗；治疗过程中，没有坚持治疗达标，导致糖尿病及并发症的发生。

## 两种主要类型

1999年世界卫生组织，将糖尿病分为四型：1型糖尿病、2型糖尿病、妊娠期糖尿病和其他特殊类型糖尿病。不过，常见的是第1型和第2型，其中又以第2型占绝大多数。因此，这里简单的谈谈这两型。

1型糖尿病，又分为免疫介导的糖尿病、特发性糖尿病和脆性糖尿病。它们的致病因素虽各有不同，但基本上都因为胰腺受损，胰岛素分泌绝对不足，引起糖代谢紊乱有关。有“三多一少”（即多饮、多尿、多食及体重减

轻)的特征,甚至发生酮症酸中毒性昏迷。脆性糖尿病人的血糖波动性大,在生活中可以不间断地受到低血糖和高血糖交替性作用的威胁。

临床上,第1型糖尿病,目前只能以注射胰岛素进行治疗,至今尚无其他药物可以替代胰岛素。但对于脆性糖尿病,注射胰岛素时要格外小心谨慎,预防血糖突然过高或过低。

1型糖尿病病人,前来向中医求诊者,为数甚少。

2型糖尿病约占糖尿病病人的90%,此型患者虽然胰岛素分泌有缺陷,但仍能分泌一定量的胰岛素。不过,所分泌的胰岛素数量不足以维持正常的代谢需要,或是胰岛素受体及受体后的缺陷产生胰岛素抵抗,胰岛素在靶器官不能发挥正常的生理作用。这二种缺陷,常在2型糖尿病患者中并存。

此型常见于成年人。体重可正常、偏瘦或超重肥胖。因高血糖为逐渐发生,不容易察觉,往往多年才被诊断出来。大多没有“三多一少”的典型症状。少有酮症酸中毒自然发生。常易同时伴有高血压、脂代谢紊乱、高尿酸血症等并发症。部分患者采用饮食治疗,将体重控制在标准范围内或口服降糖药物治疗,可使血糖恢复正常。部分患者体重低于标准者,需用胰岛素治疗。

临床上,前来寻求中医调理的糖尿病病人,基本可分五种:

## 1. 糖尿病前期

一般上,糖尿病的发展阶段,可分为糖尿病前期、糖尿病期、以及糖尿病兼有并发症期。

糖尿病前期有糖耐量异常的现象,是值得注意和调理的一个阶段。

人体全天血糖含量随进食、活动等情况时有波动,一般空腹时的血糖水平较为稳定。体内胰岛素的分泌与血糖多少有密切关系。血糖增高,胰岛素分泌增多;血糖下降,胰岛素分泌减少。胰岛素分泌多少,随着机体的生理需

要而进行自动调节,使体内葡萄糖水平维持在正常范围。可见,人体对葡萄糖有着很强的耐受能力,称为人体正常糖耐量。

根据WHO的诊断标准,正常人的空腹血糖值是3.9mmol/L至6.1mmol/L。空腹血糖若是7或超过7mmol/L,则属于糖尿病范围。因此,空腹血糖值在6.2mmol/L至7mmol/L之间,(或餐后2小时血糖,超过正常的7.8mmol/L,但仍未达到11.1mmol/L)称糖耐量异常(或空腹葡萄糖受损)。血糖在这个范围内的患者,若不注意调理和预防,血糖值可以逐渐上升,进入糖尿病范围。因此,在这个阶段的患者,有发展成2型糖尿病的危险性。但若保养和调理得当,一部分会长期保持糖耐量异常状态,更有一部分会逐渐恢复正常的血糖;反之,如果不注意保养和调理,血糖值进一步升高,则成为糖尿病的后备军。

糖耐量异常的阶段,称为“糖尿病前期”,虽然还未正式称为糖尿病,但同样存在高血糖损害和慢性并发症逐渐发生的可能性。对这部分人群,在认真进行饮食管理与运动治疗的基础上,使用中药调理,可以对血糖和血脂进行有效干预,预防发展成为糖尿病。

要预防糖尿病,从糖尿病前期就注意调理和保养,避免糖耐量进一步受损,是最理想的做法。中医中药在糖尿病调理方面,有它的优势,对预防和发展成为糖尿病有所帮助。

在这个阶段的病人,为数不少,而且正在逐渐增加。根据日前本地报章报导,本地患上糖耐量异常的年青人与日俱增,如果发展趋势不受遏制,50年后,一半的新加坡年轻人,会患上糖耐量异常。所以,这一部分患者,注意进行适当的调理和保养,预防发展成为糖尿病,是十分必要的。

## 2. 轻中度2型糖尿病

临床上,经常来求诊的糖尿病病人,大多数是属于第2型的,这也许是因为第2型病人数目众多。即使同是第2型病人,也因为病程长

短、病情轻重、年龄差别、有无服药、节制饮食和规划生活,致使治疗效果各有不同。不过糖尿病第2型患者,也是最经常能够用中药进行调理的患者。

其中,经常有轻中度的2型糖尿病患者,尤其是血糖不太高的患者,在控制饮食和进行运动的基础上,用西药配合中药、或单纯应用中医药治疗,就可以将血糖控制在满意的范围。

### 3. 协助调理和缓解症状

在临床上,常常可以见到经过综合治疗后,血糖控制良好的患者,仍然存在某些症状。例如口干又不想喝水,疲乏无力,体弱多汗等气阴两虚的表现,这时可以充分发挥中医的优势,采用益气养阴、填补肝肾、清热利湿等对症治疗的方法取得良好疗效。兼有皮肤瘙痒,可辨证酌加中药清热利湿、祛风止痒;失眠、心动过速,可辨证加入宁心安神药物等,协助患者消除有关症状。

### 4. 协助降低血糖减少西药的剂量

据《海峡时报》日前报道说,在新加坡,只有三分之一的糖尿病患者把血糖控制在7%以内,因此,对血糖的调控,还不是很理想。临床上,来求诊的糖尿病病人,大多目的是希望能通过中药控制血糖。他们有的还没有服西药;有的长期服用西药,或服用西药配合注射胰岛素,都无法把血糖降下。西药在降血糖的效果立竿见影,速度快速,是不争的事实。因此,在临床上,如果病程已长或已经服用西药的患者,我们都采取综合治疗,嘱咐患者继续服用西药降血糖,然后,再用中药进行调理。在西药的“降”和中药的“调”的作用下,好些患者的血糖,都得到良好的控制,而体质也在中医药的调理下保持稳定和健康。

西药降糖的疗效肯定,但存在不同程度的不良反应。有些患者为了将血糖控制在合理的范围内,不断加强西药剂量,而长期大剂量的

使用西药必然给身体带来一定的损害。这时如果辨证配合中药治疗,在方药合理的情况下,可以逐渐减少西药的使用剂量,协助平稳降糖。在临床上,长期服用西药不能降血糖,但配合服用中药后则将血糖降下,西医同意减低西药用量的例子,并不鲜见。

虽然中医在降低血糖方面表现不如西医出色,但中医治疗疾病具有许多明显的长处,例如改善症状明显,方便易行,无明显毒副作用等,甚至在西医一筹莫展的情况下也可能发挥良好的作用。需要注意的是,每种治疗方法都有其局限性,不论病情以轻重,单纯甚至盲目地追求一种治疗方法经常难以收到最佳的效果,有时还会延误治疗,带来不良后果。因此,专家认为,中西医联手,“降”、“调”结合才能优势互补。

临床上,二年前笔者曾遇到一位女患者,约五十岁,在控制饮食和运动的基础上,长期服西药而血糖仍居高不下,空腹血糖常在12mmol/L以上,西医加药也无济于事。西医给她一个月时间,如果血糖再不下降,就要她注射胰岛素。这下可令她慌张了,事急马行田,本来她不大相信中医,但在朋友介绍下,前来寻求中医治疗。笔者嘱咐她继续服西药、控制饮食和运动,同时吩咐她几乎每日前来针灸,期间配合中药调理。患者因为担心要注射胰岛素,所以非常配合治疗。一个月后,西医检验出炉了,她的空腹血糖已降至7 mmol/L左右,也就不再坚持要她注射胰岛素了。可见,中医的配合治疗,有它一定的效果。

### 5. 预防和治疗早期慢性并发症

临床上,有些患者长期服用西药,或许由于耐药性(据报导约占10%),血糖依旧逐渐上升,并发症也出现了,接着就只好加多加重西药的种类和药量,或配合注射胰岛素,希望能把血糖压下和控制并发症。所以,血糖正常或血糖居高不下,兼有一两种并发症(如高血压、高胆固醇等)的患者,往往要服用多种西药。有

些病人一天可服五六种西药或更多，长此下去势必加重肝肾负担，预后不良。

西药治疗糖尿病虽有它的优势，降血糖快速，但对于某些糖尿病患者的并发症的预防和治疗，似乎用处不大。一般上，人们也许错觉，以为只要把血糖控制到正常范围，就能有效的预防糖尿病并发症的发生，但是临床上，好多血糖控制好的糖尿病患者，并发症反倒发生了。

糖尿病慢性并发症常见有肾病、眼底疾病和神经系统疾病等，发病机制尚未完全明了。目前还缺乏切实有效的防治措施，在综合治疗血糖控制良好的基础上配合中医辨证论治，可取得良好效果。

据中国实验证实，西药加中药可以明显降低糖尿病并发症的发生率。例如，治疗糖尿病出现蛋白的症状，可配合采用中医补肾固摄等方法治疗，可以使患者尿蛋白排出减少，保护肾功能，减少和降低糖尿病肾病的发生率；在糖尿病视网膜病变早期，采用补益肝肾、活血通脉等方法治疗，可以促进眼底出血渗出的吸收，提高患者的视力，延缓其发展；此外，中医采用补益肝肾、舒筋通脉的方法治疗，能够明显缓解肢体凉、麻、痛的神经病变症状。

总之，任何类型的糖尿病，都适合中医按照病情进行调理和治疗。1型糖尿病目前绝对依赖胰岛素的治疗，中医只能配合进行调理；其他类型则可以根据病情的轻重缓急，病程的长短，中西医结合治疗，或单纯以中医药进行治疗和调理。其中，又以上述五种情况，更适合前来寻求中医的调理，疗效也较为显著。  
(2013年6月26日完稿)

# 多囊卵巢综合征 引起的闭经

新加坡·刘立

**闭**经是妇科中常见的疾病，通常按闭经出现的时间分为原发性和继发性两类。

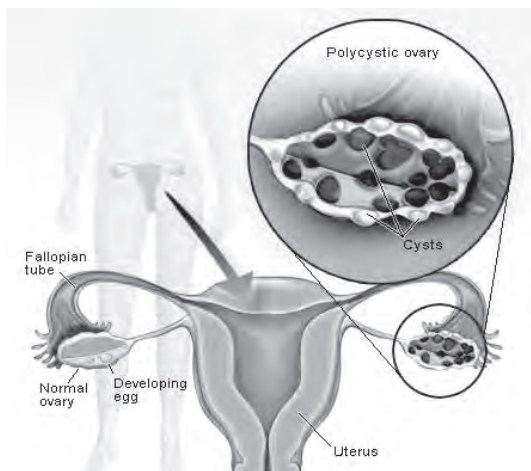
年逾18周岁而月经尚未来潮者，称为原发性闭经；而在月经周期建立以后，非生理性停经达到或超过三个月者，称为继发性闭经。

闭经在新加坡为年轻女性的常见病。闭经的病因涉及范围广而复杂，主要与下丘脑-垂体-卵巢轴的功能失常有关。社会环境因素的改变、食品污染、社会竞争、工作压力的不断加剧，以及避孕节育措施使用不当，均可引起生殖内分泌调节轴的功能失常，致使闭经的发生率明显上升<sup>[1]</sup>。内分泌疾病如多囊卵巢综合征、卵巢早衰、席汉综合征以及因术后所致的创伤等都会引起闭经。

新加坡35岁以下的未婚女性的闭经中，以多囊卵巢综合征(Polycystic Ovary Syndrome, PCOS)引起的闭经多见，属继发性闭经的范畴。但患者对该病并未引起重视，认为闭经不一定是坏事，常在看诊其他疾病(如肥胖，脱发，痤疮等)中发现患者有闭经的现象。西医检查的病因常见的是多囊卵巢综合征。

## 一、现代医学的认识

PCOS最早是在公元1905年由Stein and Leventhal提出的。PCOS包括无月经、多毛症、肥胖、痤疮、不排卵合并卵巢呈现多发性囊状肿大等症状。多囊卵巢形成的原因不明，但我们可用一个简单的概念加以诠释它，每个月经周期，卵巢在月经初期开始会有滤泡逐渐长大，待其成熟之后，会将卵子释放出来，这个过程称之为“排卵”。若在滤泡生长的过程中，发生雄激素上升，就会



影响滤泡的生长速度,并使其无法排卵,这个没有释放卵子的滤泡就会逐渐堆积于卵巢之中,同时也会逐渐影响日后的排卵,长此以往而形成所谓的“多囊卵巢”。发生率占生育年龄妇女5%-10%<sup>[2]</sup>今天讨论的是多囊卵巢综合征引起的闭经。

多囊卵巢综合征是育龄期妇女最常见的生殖内分泌紊乱性疾病,被视为代谢综合征的早期表现。多数PCOS患者在就诊之前的一年左右的时间出现了月经失调的问题,如月经量稀少色淡,周期越来越长,甚至停经3个月以上,油性皮肤,面部生痤疮等现象。PCOS患者月经失调,绝大多数表现为闭经。现代医学认为引起PCOS的原因有:①遗传因素,②肥胖,③环境因素,④药物影响等因素。PCOS患者卵巢局部和循环中雄激素过高一方面抑制卵泡成熟,引起发育中的卵泡闭锁不能形成优势卵泡,导致稀发排卵或无排卵,表现为月经失调和不孕;另一方面引起多毛、痤疮、油脂性皮肤、脱发等临床症状。PCOS病因复杂,涉及多个脏器。目前,比较一致的观点认为,PCOS是由多个关键基因导致的、为遗传因素与环境因素相互作用的疾病。PCOS除上述提及的危险因素外,精神心理因素对PCOS发病的影响也逐渐引起重视。身心紧张,工作繁忙,已成为月经失调、无排卵月经、高雄激素血症、闭经等疾病的重要致病因素<sup>[3]</sup>。

全球PCOS的诊断标准是:2003年欧洲人类生殖和胚胎与美国生殖医学学会的(ESHRE/ASRM)鹿特丹一专家会议推荐的标准<sup>[4]</sup>:①稀发排卵或无排卵;②高雄激素的临床表现和/或高雄激素血症;③超声表现为多囊卵巢(一侧或双侧卵巢有12个以上直径为2-9mm的卵泡,和/或卵巢容积增大 $L>10\text{ml}$ )。同时具备上述异常表现中2项并排除其他高雄激素病因(先天性肾上腺皮质增生、柯兴氏综合征、分泌雄激素肿瘤等)者可诊断为PCOS。

现代医学的治疗主要集中在四个方面:即治疗胰岛素抵抗、治疗高雄激素血症、促

进生育、预防代谢综合症。PCOS的治疗目的:①达到正常体重;②降低雄激素水平;③对渴望生育者诱发排卵;④降低心血管疾病发生风险;⑤避免高胰岛素血症引起严重后果;⑥保护子宫内膜。在PCOS的治疗上主张对症治疗。

## 二、中医学对PCOS的认识

PCOS在中医古籍中并无记载,散见于“闭经”、“不孕”、“崩漏”、“症瘕”等篇章中。PCOS的病因病机的研究,各家有不同的看法。其发病机理较复杂,现代医家以中医基础理论为指导,结合现代医学和临床经验,对PCOS的病因病机进行深入的探讨,认为与肾、肝、脾三脏功能失调及痰湿、血瘀关系密切。PCOS病因病机的研究大多趋向于以下两大方面:

### 1. 肾虚脾弱为本,痰瘀为标

主要从脾肾两虚,因虚致瘀致痰角度分析。肾主藏精,主生殖,在肾、冲任、天癸、胞宫之间功能的控制和调节有重要的位置,这与现代医学中的中枢神经系统通过下丘脑和垂体、卵巢间生殖功能调节有相应之处。若先天肾气不足,天癸不充,或后天失养,致脾肾不足,精血亏虚,冲任空虚,血海不充,致月经稀少、闭经、不孕。脾主运化水湿,肾主水。肾阳虚衰,脾失温煦,水湿失运,聚而成痰,痰浊阻滞胞宫;或寒湿外袭,脾肾之阳被困,气化失司,水湿停滞,积而成痰,阻滞胞宫,冲任不通,月事不调等。肾虚是多囊卵巢综合征情志不遂致病之基础。多囊卵巢综合征患者的闭经其根源源自肾中精气不足。

### 2. 肝郁为本,痰湿郁火为标

女子以肝为先天,肝主疏泄,体阴而用阳,血为阴,气为阳。若内外因素导致肝血不足,肝失疏泄,影响冲任血海充盈调节,

则出现月经失调。若情志内伤,肝气郁结,疏泄失常,郁热化火,则见面部痤疮、毛发浓密、皮肤粗糙等阳实体征。肝木克土,脾失健运,聚湿生痰,痰湿脂膜积聚,则形体肥胖,卵巢多囊样改变。PCOS临床特点都与肝气郁结、肝经郁火有关。医家很早也认识到情志因素与脏腑生理病理密切相关,情志不遂是多囊卵巢综合征的重要病因病机。女性经历怀孕产乳,常忧思劳碌,耗伤气血,一生多虚、多瘀、多郁。因此肝郁气滞是女性月经失调最常见的病因病机。

临床观察到:新加坡日趋激烈的竞争环境和快节奏的生活方式使许多年轻患者在发病之前半年到一年都有情绪容易紧张,生活压力大,一些既有全职的工作还在兼顾繁重的学习。情志不遂已成了现代年轻女性患多囊卵巢综合征重要的发病因素之一。所以在临床上的证型以肾虚肝郁为多见,辨治方法多从肝肾着手,调补肝肾加以健脾是治疗多囊卵巢综合征闭经的主要原则,坚持治疗一段时间后患者的情况都能改善。

如一病人34岁,未婚,脱发4个月,头顶头发开始稀疏,油性发质,容易生头皮屑,近一年多月经稀少,闭经半年左右,肥胖明显,容易心烦,情绪低落,工作学习兼顾,每天睡眠时间5-6小时,有时头晕头痛,神疲乏力,腰酸,舌淡红,脉弦细,BP100/60mmHg,纳可便调。治则:调肝补肾,健脾化痰。药物主要的组成:柴胡、白芍、白术、山桅、当归、菟丝子、补骨脂、丹参、陈皮、何首乌等。

方中柴胡疏肝气,开郁散结。白芍、当归养肝血,补肝体,缓肝急,畅血行。菟丝子益肾填精,平补阴阳。补骨脂:补肾壮阳暖脾阳,补骨脂酚有雌激素样作用。丹参活血祛瘀,凉血消痈,宁心安神。陈皮:理气、调中、祛湿。白术:健脾燥湿,补气血生化之源,安未受邪之脏。诸药合用,补肾益精,疏肝健脾,养血活血。山桅清肝热、泻火。制首乌补肝肾,益精血,乌须发,强筋骨。治疗3

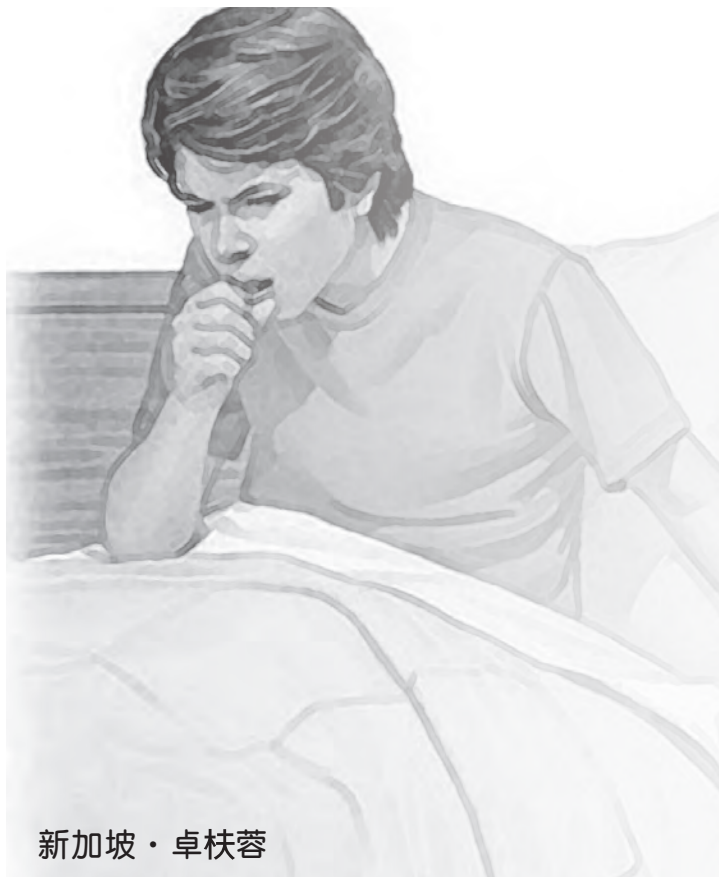
个月,患者月经至,但量少色黑。继续随症加减药物调理后,月经周期明显缩短,月经量增加;上述其它症状都有所明显改善。说明患者肾中精气由匮乏渐至充盛。

现代中医治疗PCOS的闭经除了药物以外,还可用针灸疗法。针灸治疗原则多以补肾、健脾、疏肝,调理冲任为总则。通过补肾精、调冲任、养胞宫,调整机体阴阳气血平衡,使肾(天癸)一冲任一胞宫轴功能正常运行,从而恢复正常的月经周期。

对于PCOS的闭经,中医药治疗有一定的优势和特色,只要排除内科疾病和器质性病变所引起的闭经后,坚持治疗就能取得不错的疗效。

### 参考文献:

- [1] 曹泽毅 中华妇产科学[M].北京人民卫生出版社, 2007:2401-2436
- [2] Dunaif A. Hyperandrogenic anovulation (PCOS): A unique disorder of insulin action associated with an increased risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus. The American Journal of Medicine 1995. Vol 98, Issue 1, Supplement 1, Pages S33-S39
- [3] 王建红,王敏璋,伍庆华,等.心理应激大鼠卵巢内分泌功能降低模型的实验研究.中国实验动物学杂志, 2002, 12(4):205-206
- [4] Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. Human Reproduction (Oxford, England) 2004, 19(1):41-47



新加坡·卓扶蓉

# 喉源性咳嗽的 中医研究概况

**喉**源性咳嗽 (laryngeal cough) 是中医门诊最常见的疾病之一。不论男女老少，一年四季皆可发病。此病是由著名中医耳鼻喉科专家干祖望教授于上世纪80年代首次提出了咽喉疾病也可引起咳嗽，称之为喉源性咳嗽，其是一种特殊类型的咳嗽。本病的临床特点是以咽痒作咳，呈阵发性咳嗽或呛咳，咽痒似如蚁行及异物阻塞咽喉之不适感，或有异物感而出现频繁清嗓“咯”“咔”动作。此病病程漫长，每日反复发作数次，时轻时重，必待痒止则咳方罢。

喉源性咳嗽的病灶在咽喉，咳点在声门以上，肺部X线透视或摄片无异常，咽部检查可见慢性充血或咽后壁淋巴滤泡增生，相当于西医的“慢性咽炎即慢性过敏性咽炎”<sup>[1]</sup>。属中医学“咽痒”、“风热喉痹”、“慢喉痹”范畴<sup>[2]</sup>。

## 一、现代医学对喉源性咳嗽的认识

有学者认为本病的病因为上呼吸道感染和变态反应。王春堂<sup>[3]</sup>对220例的“喉源性咳嗽”患者进行病因学研究，发现大部分患者都具有慢性咽炎史和上呼吸道感染史，疾病的诊断上能排除肺部及气管病变，咽喉部检查能发现阳性体征。因此王氏推测咽喉部炎症可能是本病发生的病理基础，上呼吸道感染是本病的诱因，此外，鼻后部漏液者炎性分泌物、食物返流者胃内酸性物，以及烟酒均对咽喉具有刺激作用而产生炎症反应而引起咳嗽。王氏同时对病例进行了纤维喉镜检查，发现炎症病灶部位在咽部、声门上区、声门下区，而气管内病变不明显。韦子章<sup>[4]</sup>对300例喉源性咳嗽患者进行变应原测试，结果有267例呈阳性反应，

进一步证实“变态反应”是喉源性咳嗽的重要病因之一。西医对本病主要使用抗生素、维生素、抗过敏剂、咽喉部吹药、注射超声雾化吸入、中枢镇咳药等，其疗程较长，久服副作用大；使用激光、射频等外治法，疗效不确切；使用烧灼法破坏了正常粘膜的腺体分泌引起疤痕收缩，往往可导致咽干、咽痛加重。

## 二、古代中医对喉源性咳嗽的认识

古代文献中有“干咳”、“郁咳”之说，如《丹溪心法·咳嗽十六》所述：“干咳嗽，难治，此系火郁之证，乃痰郁其中，邪在中”。《证治汇补》中也谈到“外感风寒，概应温散，不知久则传里，变为郁咳”“火郁咳者，有声无痰，咳必连声”。《诸病源喉论》中言：“状或痒或痛，如甘疮之妇同候”；《备急千金要方》曰：“短气咳唾引痛，咽喉不利，习习如痒，喉中干燥，时欲呕吐，烦闷。”《医编·咳嗽》曰：“木火刑金而肺叶干皱则痒，痒则咳，此不必有痰，故名干咳。《千金要方·胃腑·喉咙论》记载：“……喉则耿耿如物，常欲室、痒、痹、涎、唾”，其描述均与现代喉源性咳嗽的症候相类似。而“喉痹”最早见于《素问·阴阳别论》，文中提到“一阴一阳结，谓之喉痹”，有“阴虚喉痹”、“阳虚喉痹”、“帘珠喉痹”之分，其中以“虚火喉痹”居多。“虚火喉痹”是指因脏腑阴虚，虚火上炎，伤津耗液，咽喉失于濡养而见咽干，咽喉不适而致咳。

喉源性咳嗽的一大特点是痒，古代中医认为痒自风来。《素问·风论》谓：“风者，百病之长也。”；《外科正宗》曰：“痒自风来，止痒必先疏风。”、“痒者为风”、“无风不作痒。”咽喉为肺气之通道，主气息之出入，风邪影响肺的宣肃功能故咳嗽，风善行而数变，则咳嗽阵作、呛咳。

《景岳全书·咳嗽篇》曰：“咳证虽多，无非肺病”“肺苦干燥，肺燥则痒，痒则咳不能已也。”《素问·宣明五气论篇》云：“五气所病，肺为咳”。《素问·咳论篇》云：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”，此之谓咳嗽的病变可由五脏六腑诱发，影响到肺的清肃功能而引起咳嗽。正如清代医学家陈修园所言：“咳不离肺，亦不止于肺也”，不论外邪犯肺，亦或内邪干肺，均可致肺失宣降，肺气上逆而见咳嗽。

近年来随着气候变迁，空气干燥，工业对环境的污染日愈加重，空气粉尘，异味气体的刺激和病毒细菌感染等各种变态反应性疾病日渐增多，喉源性咳嗽的发病率有逐年增加的趋势。西医至今尚无有效的治疗方法，对于喉源性咳嗽患者，常用抗生素、强力镇咳药或激素治疗，疗效不甚理想，服用者容易产生嗜睡，口干等不适症状，若长期服用出现耐药现象，这对身体有害，影响患者的学习、工作及生活质量。有鉴于此，许多中医临床工作者从病因病机、辨证分型、治法、方药等多方面对喉源性咳嗽进行了研究。大量的报道表明，在中医理论的指导下对该病进行辨证施治，收效显著，能明显改善患者临床症状，提高生活质量，而且毒副作用小，在降低医疗费用方面也具有潜在优势而备受青睐，运用中医中药治疗喉源性咳嗽值得进一步推广与研究。笔者查阅了相关文献，对喉源性咳嗽的中医研究进展概况综述如下：

### 1. 病因病机

诸多医家针对喉源性咳嗽的病因病机提出不同见解。干祖望教授<sup>[1]</sup>认为喉源性咳嗽患者多有慢性咽炎病史及上呼吸道感染史。其病因有内、外之分。外因多由于伤风感冒治疗失当，过度服用甜味的止咳糖浆，致使外邪不能宣泄而郁于咽喉所致。内因多责于慢性咽喉炎久治未愈，反复发作而诱发。干老认为“痒证之作，可源于津枯，更有发自郁火。”津枯可

由于脾土失健而致气血生化之源匮乏,无以上承濡养咽喉或五脏有病则气机失调,郁久化火或嗜食辛、辣、烟、酒等品,便发五志之火。由于火性上炎,上熏咽喉,导致咽部干燥,燥生风,火生痒而致病。其门人汇集本病的主要病因病机为:①风寒犯肺,肺气失宣,渍于咽喉,咽痒干咳;②心火偏亢,循经犯喉,燥灼津液,干痒咳嗽;③脾气虚弱,运化无力,不能生津液而生痰,痰气交阻于咽喉;④肺阴亏虚,燥火上冲,熏灼咽喉,作痒而咳;⑤肾阴不足,相火浮越,燥津灼液,咽干即咳;⑥瘀血阻滞,津不上承,咽喉失养,干燥而咳;⑦禀质过敏或体虚,每于风邪入侵,异气刺激咽喉,引动肺气上逆,肺失清肃,而致咽干喉痒作咳<sup>[6]</sup>。林国清等<sup>[7]</sup>认为慢性咽喉炎久治不愈,易成木火刑金之变,喉源性咳嗽其病位在肺,与肝脏的关系密切。项楠<sup>[8]</sup>认为除了风邪犯肺,脾气虚弱外,尚有肺肾阴亏,阴液不足以润养咽喉而作咳。蒋耀毅<sup>[9]</sup>认为喉源性咳嗽为正气不足,多见于肺胃阴虚,火邪长期熏蒸肺门,导致咽喉干燥。宾炜<sup>[10]</sup>总结吴弥漫教授的经验,认为本病的病机是外有邪毒如环境污染、吸入烟雾秽浊或化学性气体刺激等伤及咽喉,壅遏血络而化热;内有湿热、痰浊、食积滞于肺胃,致咽喉气机不利,肺失宣肃。其病位在咽喉(肺系),故吴教授提出“咳嗽从咽论治”。方小忠<sup>[11]</sup>认为喉源性咳嗽的病因病机多为风燥伤肺,肺失清润,燥热灼津,肺络受损,肺气上逆与痰结于咽喉。

## 2. 辨证施治

### 2.1 经方加减治疗

丁明桥等<sup>[12]</sup>将本病分为四型。对于①邪滞肺经型:多见于感冒之后,咽干,咽中有异物感,喉头痒甚,多呈阵发性,痰少色白,咯之不爽,对冷风异气刺激敏感,可伴鼻塞,打喷嚏,流涕等。舌质淡红,苔薄白或薄黄,脉浮。查:咽部充血不明显或呈晦暗型充血,咽后壁可见淋巴滤泡增生。治当祛风利咽,宣肺

止咳。方用三拗汤加味。临床上可依据风寒、风热和风燥之不同证型进行适当加减。②肺胃津伤型:证见喉痒不舒,痒即作咳,咳声短促,饮水得解,痰少或无痰,或痰中带血丝,口干咽燥,咽中有异物感,口渴喜冷饮,伴鼻干目涩,或有潮热盗汗,大便干结。舌红,苔薄,脉细。查:咽部轻度充血,咽后壁淋巴滤泡轻度散在增生,黏膜表面干燥少津。治当养阴清热,润喉止咳。方用沙参麦冬汤。③肝火犯肺型:证见咳嗽阵发,常为呛咳,咳声频急,咳甚则面红耳赤,涕泪俱出,咳出黏痰方舒,痰少质黏,口苦咽干,咽痛,咽痒,伴烦躁易怒,胸胁胀痛。舌红,苔薄黄,脉弦数。查:咽部充血明显,咽后壁淋巴滤泡轻度散在增生。治当清肝降火,利咽止咳。方用黛蛤散合黄芩泻白散。④肾阴亏虚型:咳嗽日久,咳声短促,尤以夜间为甚,痰少或无痰,声音嘶哑,咽干稍痛,口鼻干燥,伴有神疲消瘦,五心烦热,腰酸腿软。舌红,苔薄,脉细数。查:咽部轻度充血。治当滋阴润燥,养阴止咳。方用六味地黄丸或知柏地黄汤加味。

张亚力等<sup>[13]</sup>治疗老年人喉源性咳嗽针对①肺阴不足型:证见咽喉痒,干咳,甚则咳引胸痛,无痰或偶有黏痰,舌质偏红,苔薄,脉细。查:咽喉黏膜慢性充血,或萎缩变薄。治当滋养肺阴、润燥止咳。方用养阴清肺汤加减。②气血瘀滞型:证见咽喉干燥痒咳,舌质紫黯,苔薄,脉细涩。查:咽喉黏膜慢性充血,黯红色,咽后壁淋巴滤泡增生明显,咽侧索肥厚。治当行气活血、利咽止咳。方用桃红四物汤加减。药用赤芍、牡丹皮、当归、紫苏梗、合欢花、鸡血藤,酌情加蝉蜕、地龙、知母、浙贝母、桔梗、甘草等。③过敏因素致咳:外界因素刺激咽喉引起肺气上逆,咽喉作痒而咳,咳甚而呕,咳呈痉挛性,阵发性。查:咽喉部黏膜检查未见明显异常。治当脱敏敛肺、利咽止咳。药用柴胡、炒黄芩、紫草、墨旱莲、蝉蜕、钩藤、白蒺藜、防风、桑白皮、乌梅、诃子、甘草等。④痰湿上犯型:

证见咽痒而咳，咳甚呕恶，痰多，纳呆，胃脘胀满，舌质偏淡，舌体胖，苔白腻，脉滑或濡。查：咽喉黏膜无特异性表现。治当健脾化湿、利咽止咳。方用半夏厚朴汤加减。⑤肺脾气虚，卫外不固：咳嗽，咽干，咽痒，反复发作或缠绵难愈，痰多清稀，自汗，恶风，气短，胸闷，纳呆腹胀，舌质淡胖、边有齿痕，苔白腻，脉细或濡滑。查：咽部黏膜充血不明显。治当益气健脾、补虚止咳。方用补中益气汤加减或玉屏风散加减。

万文蓉<sup>[14]</sup>根据多年临症观察，对于①心火独盛型：喉痒作咳，无痰，咽喉干燥，疼痛，局部有烧灼感，饮水则舒。伴心烦或心悸，夜寐不安，舌尖红，苔薄，脉细数。查：咽后壁淋巴滤泡散在性增生，局部呈红艳型充血。治当清心泻火，利咽止咳。方用导赤散加味。②脾衰土弱型：喉痒作咳，咽干多饮求润，自觉咽喉部有痰附着，频频清嗓，咯痰得爽。伴时感胸闷脘痞，神疲乏力，便溏或干而不爽，舌质淡胖，苔白腻，脉濡细。查：咽后壁淋巴滤泡呈团块状增生，局部呈晦暗型充血。治当健脾补中，培土生金。方用参苓白术散或补中益气汤加减。

牟元丽等<sup>[15]</sup>治疗肺肾阴虚型：咽痒，频繁咳嗽，以夜间为甚，无痰或痰少不易咯，盗汗或午后潮热，舌质黯红，少苔或无苔，脉沉细，重按无力。查：咽喉部黏膜慢性充血，咽后壁淋巴滤泡增生。治当滋阴润肺，补肾利咽。方用百合固金汤。对于血虚津亏型：咽喉干痒，咳嗽，有时因咳嗽甚出现遗尿，觉咽喉部有痰，咯出白色黏稠痰，量少，神疲乏力，或失眠，心悸，纳差，便溏或干，舌边齿印，舌质淡，苔薄欠润，脉沉细无力。查：咽喉部黏膜色淡、干。治当益气养血，健脾利咽。方用归脾汤加减。

除此之外，临床中亦有采用喉科六味汤、桑菊饮、加味桔梗汤、麦门冬汤、射干黄麻汤、止嗽散等加减治疗本病的研究，均取得一定的临床疗效。

## 2.2 自拟方治疗

陈小宁<sup>[16]</sup>教授通过多年的临床经验，针对木火刑金型的喉源性咳嗽，治宜清肝润肺止咳，处以清肝润肺方(夏枯草10g，菊花10g，生地10g，牡丹皮10g，桑白皮10g，麦冬10g，天花粉10g，当归10g，桔梗6g，甘草3g)。

吴奕珊<sup>[17]</sup>等自拟清咽止咳汤(桔梗10g，甘草6g，桃仁15g，威灵仙15g，车前子15g，前胡10g，苏子15g，炒莱菔子15g，僵蚕10g)治疗喉源性咳嗽65例，结果：治愈39例，有效20例，无效6例，总有效率90.7%。

蒋耀毅<sup>[9]</sup>用牛射玄参汤(牛蒡子、射干、玄参、桔梗、前胡、防风、胖大海各12g，金银花15g，生甘草6g)治疗喉源性咳嗽92例，结果：治愈88例，有效2例，无效2例，总有效率97.87%。

范予劼等<sup>[18]</sup>以龙牡六味汤(生龙骨、生牡蛎各30g先煎、荆芥、桔梗、防风各15g、薄荷9g、僵蚕12g、生甘草6g)治疗急性喉源性咳嗽50例，结果：治愈37例，有效11例，无效2例，总有效率96.0%。

张东海<sup>[19]</sup>自拟参鱼枣草汤(生晒参3g、鱼腥草10g、大枣5枚、甘草1g)治疗喉源性咳嗽84例，结果：治愈73例，有效11例，总有效率100.0%。

李晓静<sup>[20]</sup>运用麦僵桔梗汤(麦门冬15g、白僵蚕10g、桔梗7g、百部15g、蝉蜕10g、杏仁15g、甘草7g)治疗喉源性咳嗽67例，结果：治愈61例，有效3例，无效3例，总有效率95.52%。

## 2.3 其它治疗法

临床上治疗喉源性咳嗽的方案中除了中药汤剂外，尚有中药配合拔罐治疗、中药内服加外贴药膏于穴位治疗、中药配合穴位贴磁治疗、耳穴贴压配合中药治疗、微波热凝配合中药治疗、西药超声雾化吸入配合中药治疗、微波配合中药治疗、咽部穴位封闭治疗、中药外

敷、手针治疗、针刺配合中药治疗、中西医结合治疗等，均取得满意疗效。但这些治法种类繁多，而每一种治法的相关文献报道较少，故其治疗效果有待进一步研究。

综上所述，现代医家对喉源性咳嗽的研究，涉及病因病机、辨证分型、治法、方药等多方面，并积累了许多独特而有效的临床经验。从病因角度来看，中医认为风邪是发病的主要原因，而燥、热、痰、瘀、虚、禀质过敏也是其常见之病因，强调了内外因相结合才会导致本病。中医治疗从疏风、宣肺、清热、滋阴、活血、补虚、调理脾胃着手。采用各种治疗方法从经方化裁、自拟方及综合治疗，皆可取得满意疗效。但仍存在一些尚待解决的问题：①各医家主要根据自身的临床经验，对本病的病因病机、进行辨证分型、治法及处方用药出现复杂多样，虽然体现了中医辨证论治、随证加减的优势，但也制约了中医的交流及科研水平的提高；②目前尚无规范的诊断与疗效评定标准；③有关喉源性咳嗽方剂的组方配伍研究亦未见有报道。因此，完善和统一喉源性咳嗽的中医辨证分型和疗效评定标准，揭示喉源性咳嗽方剂的配伍规律，以利进一步提高诊疗效果，是今后努力的方向。

## 参考文献：

- [1] 韩德民·耳鼻咽喉科学[M]·北京：北京大学医学出版社，2004：285。
- [2] 刘景·喉源性咳嗽的中医病因病机及辨证分型的研究概况[J]·广西中医药，2007，30(1)：5~7。
- [3] 王春堂·喉源性咳嗽病因病机探讨[J]·山东中医药大学学报，2000，24(3)：204~205。
- [4] 韦子章·变态反应是喉源性咳嗽的重要病因[J]·内蒙古中医药，2008，27(7)：62~63。
- [5] 万文蓉·干祖望辨治喉源性咳嗽经验探要[J]·北京中医，2000，(5)：6~7。
- [6] 徐轩，陈国丰·干祖望教授治疗喉源性咳嗽经验[J]·江苏中医，1993，14(3)：5。
- [7] 林国清，刘振杰·疏风利咽止痉法治疗喉源性咳嗽125例[J]·四川中医，2007，25(1)：89。
- [8] 项楠·喉源性咳嗽证治[J]·中国民族民间医药杂志，2001，52(5)：257~258。
- [9] 蒋耀毅·牛射玄参治疗喉源性咳嗽92例[J]·陕西中医，2008，29(12)：1655。
- [10] 宾炜，吴弥漫·吴弥漫治疗喉源性咳嗽的经验[J]·中医药临床杂志，2011，23(3)：217。

- [11] 方小忠·桑桔二花汤治疗喉源性咳嗽58例[J]·浙江中医杂志，2009，44(2)：123。
- [12] 丁明桥，李晓红·喉源性咳嗽辨证论治[J]·山西中医，2007，23(2)：79。
- [13] 张亚力，李询·老年人喉源性咳嗽辨治探讨[J]·中国中医信息杂志，2010，17(8)：87~88。
- [14] 万文蓉·论“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”的临床体会—喉源性咳嗽临床辨治经验[J]·光明中医，2008，23(10)：1585~1586。
- [15] 牟元丽，章如新·喉源性咳嗽病名释义和辨证论治[J]·河北中医，2009，31(11)：1656~1658。
- [16] 王璟，陈小宁·陈小宁教授治疗喉源性咳嗽经验[J]·四川中医，2012，30(2)：4~5。
- [17] 吴奕珊，关开道，谢翡翠·清咽止咳汤治疗喉源性咳嗽58例[J]·中医研究，2010，23(6)：35~36。
- [18] 范予劼，王晓蓉·龙牡六味汤治疗急性喉源性咳嗽50例[J]·实用中医药杂志，2005，21(8)：466。
- [19] 张东海·参鱼枣草汤治疗喉源性咳嗽84例[J]·实用中医药杂志，2003，19(6)：6。
- [20] 李晓静·麦僵桔梗汤治疗喉源性咳嗽67例[J]·河北中医，2001，23(8)：584。



新加坡·倪炜程

### 枸杞史诗：

**枸**杞子自古就被称为“生命之树”。始载于中国秦汉时期的《神农本草经》将其列为上品，谓其“久服，坚筋骨，轻身不老，耐寒暑。”又有“劫老”之雅名。唐代诗人刘禹锡的《枸杞井》诗云：“上品功能甘露味，还知一勺可延龄。”据古代文献记载而言，枸杞子最早见于殷商时期的甲骨文，当时被称为“杞”，人们以“杞”树作为植物图腾，予以崇拜，“杞”树种植年代必在甲骨文前，由此推断，枸杞子的种植，采摘，食用至少有4000多年辉煌的历史。西周初期至春秋中期的《诗经》把枸杞子与贤惠的君子，忠贞的爱情，情感的家园，力量的源泉，尊贵的地位等精神向往紧密联系起来，任意比兴，纵情歌咏。《诗经·小雅》：“南山有杞，南山有枸”，枸和杞原是两种树名，因本品棘如枸之刺，茎如杞之条，故兼名之曰：“枸杞”。明

代药物学家李时珍在《本草纲目》第三十六卷枸杞篇中记载：“春采叶，名天精草，夏采花，名长生草，秋采子，名枸杞子，冬采根，名地骨皮。”论述了枸杞子全身是宝，它集菜蔬，药疗，养生，观赏于一体。备受历代文人，医家，农家，养生家，道家，园艺家所喜爱。宋代诗人陆游一生忧国忧民，却成为中国历史上的一位寿星，他的养生秘诀是“雪霁茆堂钟馨清，晨斋枸杞一杯羹”。鲜嫩枸杞苗做菜，爽而不涩，清香可口，风味独特。枸杞茎秆造型奇特，虬枝天成，木质坚硬，纹理美观，是极好的根雕材料。难怪宋代大文豪苏东坡在他的《小圃枸杞》中赞道：“根茎与花实，收拾无弃物。”枸杞苗可作羹来吃，其他还有凉拌，炒吃做汤等。吃枸杞苗有经验的提示枸杞苗做菜勿放味精和酱油为好。传说枸杞的茎乃是神仙的拐杖，故名“仙人杖”道书中所：“千年枸杞，其根形如犬状者，方土称西王母杖。”唐代诗人白居易有“不知灵药

根成狗，怪得时间夜吠声”诗句。宋徽宗时，曾有人挖到象狗一样形状的枸杞根，据说已有千年以上。

### 枸杞之乡

枸杞商品有西枸杞，津枸杞(血枸杞)，土枸杞等。习惯认为宁夏回族自治区，甘肃及青海等地栽培品质最佳，河北，天津地区产者次之，河南野生之土枸杞质量最次。许多老中医在处方中把枸杞写作甘枸杞，不是因为枸杞子甘甜而作甘，而是因为甘肃省古称甘州的产品为最佳品种，故称甘枸杞。李时珍称“以甘州者为绝品”，以红润少核为佳。宁夏的中宁中卫人称西枸杞，宁夏为中国“枸杞之乡”，而中宁县位于宁夏中部，这里独特的自然环境有利于枸杞的生长发育和果实营养物质的积累，使其枸杞“甘美异于他乡”，从而使中宁枸杞在明朝成化年间被朝廷列为“国朝岁贡”。清乾隆年间成书的《银川小志》记载：“枸杞宁安堡产者极佳，红大肉厚，家家种植，各省入药甘枸杞皆宁产也。”中宁枸杞以其悠久的栽培历史，优良的产品品质，独特的药食价值，位居宁夏“五宝”之首，素有“天下枸杞出宁夏，中宁枸杞甲天下”之美誉，从而奠定中宁为中国枸杞之乡的地位。

### 枸杞的药用价值

1. 免疫调节作用：枸杞多糖(LBP)对处于不同功能状态的巨噬细胞有明显的促进作用，且具有双向调节作用。枸杞多糖通过多种细胞内信息传递机制发挥对免疫活性细胞功能的调节作用。

2. 抗衰老作用：枸杞多糖可明显提高吞噬细胞的吞噬功能，提高T淋巴细胞的增值能力，增加血清IgC含量和补体活性，逆转衰老时T细胞过度凋亡的趋势，有助于衰老时免疫状态的恢复和重建。

3. 抗肿瘤：枸杞多糖不仅是一种调节免疫反应的生物反应调节剂，而且可能通过神经—内分泌—免疫调节网络(NIM)发挥抗癌作用。

4. 抗疲劳作用：枸杞多糖对提高负荷运动的适应能力。抗疲劳和加速消除疲劳具有十分明显的作用。

5. 抗辐射损伤作用：枸杞多糖是一种较理想的防止电离辐射损伤机体细胞免疫功能的保护剂。

6. 降血脂作用：枸杞多糖一方面通过降低血脂含量来减轻过氧化作用，另一方面可有效提高细胞内SOD水平，清除自由基，降低脂褐素和LPO含量，进而提高机体拮抗氧化损伤的能力。

7. 降血糖作用：枸杞多糖明显增强受损胰岛细胞内SOD的活性，提高胰岛细胞的抗氧化能力，减轻过氧化物对细胞的损伤，降低丙二醛生成量。

### 临床运用

1. 治疗肝血不足，肾阴亏虚引起的视物昏花和夜盲症：《本草易读》云：本品性滋补而润，既能滋肾润肺，又能益精血养肝而明目。唐孙思邈所著《银海精微》中眼疾三方—补腎丸，驻景补腎丸和通明补腎丸中均有枸杞。枸杞子在民间有称之为“明眼草子”，“明目子”。《本草汇言》：“枸杞善能治目，非治目也，能壮精益神，神满精足，故治目有效。”枸杞煨对加强儿童视力有效。用上乘枸杞250-500g，烘干研末，每日早晚空服12-20g对眼疾，玻璃体浑浊有一定帮助。

2. 治疗肾虚腰膝酸软，遗精阳痿，夜多小便：《本草新编》：“添精固髓，健骨强筋。滋阴不致阳衰，兴阳常使阳举。”枸杞能使阳事强健，故陶弘景有“去家千里，勿吃枸杞”名言。用羊腰一对，羊肉100g，枸杞子10g，大米少许适用于老年人体弱，腰膝

酸软，足膝无力等症。《医学入门》五子衍宗汤有益肾固精治早泄阳痿，小便频繁，须发早白等症，方中枸杞子有补精养血之功。赵锡武老中医用加味天雄散—附子，当归，巴戟天各12g，白术，生龙骨，生牡蛎，肉苁蓉，淫羊藿各18g，韭菜子15g，枸杞9g，党参30g，肉桂，冬虫夏草各6g。适用于阳痿早泄，精子不足之男性不育，兼有头晕乏力，腰痛怕冷，舌苔薄，脉沉细。

3. 中气虚弱，体倦乏力，表虚自汗：《药性本草》谓其：“补精气诸不足，易颜色变白……”北芪30g，枸杞子30g，乳鸽一只，隔水炖熟，饮汤吃肉。蒲辅周老中医立益中气汤，用白人参，枸杞葡萄干各2g，莲子肉，山药各9g，肉苁蓉，火麻仁各12g，橘红3g，大枣对肝肾阴虚脱肛，伴见纳少形瘦，精神欠佳。睡眠较差，舌红无苔，脉弦缓有良效。

4. 治肝病齿衄，阴虚胃痛：朱良春教授常谓：“血症病因，千头万绪，约言之，缘阴阳不相维系，若阴虚阳搏，宜损阳和阴，若阳离阴走，宜扶阳固阴。但肝肾精血交损所致之失血，非偏寒偏热所宜，枸杞子则为当选之佳品。”枸杞子滋养肝肾，且有止血之功，对慢性肝病牙龈出血朱老常配伍旱莲草。王好古说它：“主心病嗌干，心痛。”此处心痛多指胃痛，朱良春教授对溃疡病及慢性萎缩性胃炎而口干苔少舌红脉细者均加重枸杞子用量，恒收佳效。

### 参考文献：

- [1] 亚健康与中医养生方药 吴深涛编 人民军医出版社 2006年11月第一版。
- [2] 中药药理学 沈映君主编 上海科学技术出版社 1997年12月第一版。
- [3] 读经典 学中药 欧阳思清等编 人民军医出版社 2010年6月第一版。
- [4] 求药先求老中医 曹敏儿编著 辽宁科学技术出版社 2008年10月第一版。
- [5] 朱良春医集 朱良春编著 中南大学出版社 2006年9月第一版。



# 眼病误诊误治

## 4例分析

新加坡·林秋霞 韦企平

儿童视力下降可由多种原因引起，由于小儿有限的语言表达和思维使其不能及时准确提供病史，而视神经炎或黄斑病变在发病初期常无明确的眼底征像，故小儿视力下降后误诊误治的屡见不鲜；成年人并发性后囊下的白内障若不散大瞳孔细查，常易漏诊或误诊为其他眼病。现报告4例如下：

**例1：**功能性视力障碍误诊为视神经炎。患者张某某，女，7岁，2011年9月21日初诊。家长代诉：患儿双眼视力突然下降两个月余，病初3天伴有眼球转动痛。发病前3个月曾持续发烧4天。在外院先后诊断球后视神经炎，屈光不正，远视性弱视，黄斑病变

及视力下降待查等。曾用激素口服，神经生长因子肌肉注射和弱视训练，均无疗效。检查视力右眼0.12，左眼0.1，矫正视力右眼+1.25S=0.2；左眼+1.50S=0.2，色觉检查无异常。双眼瞳孔等大，对光反应灵敏，眼压右眼12.1mmHg，左眼13.7mmHg。双眼底视乳头色泽红，边缘清，黄斑中心凹反光清晰，余未见异常。两次颅脑(外院1个月前查)MRI未见病灶，Octopus双眼中心30度视野均为不规则向心性缩小，FFA检查未见异常荧光像，F-ERG(国际五项)检测双眼暗适应b波潜伏期轻度延迟，双眼P-VEP-P100波潜伏期正常，波幅轻度降低。全身常规血、尿生

化检查正常。诊断：双眼屈光不正，心因性视功能障碍待诊。治疗：在维生素药物和中药明目地黄汤治疗同时，通过和患儿母亲交谈并详细了解孩子的性格、爱好及在学校的表现等，获得重要信息，即该患儿同桌的同学因近视在两个多月前刚配了眼镜，该患儿感到同学戴眼镜即好看，又神奇，连续几天缠着母亲要戴同样的眼镜，并诉自己看不清东西，但母亲未满足其愿望，也未做耐心的解释。几天后孩子自诉看不清黑板并眼痛，进一步明确了孩子视力下降的心理因素后，笔者请主治医师带孩子到配镜部自选了一付色彩鲜艳的平光眼镜，患儿戴后视力马上提高到双眼1.0到1.2，且面部充满喜悦。自此，该例所谓视神经炎“治疗”结束。为防止该患儿心因性视力障碍再复发，我们又嘱咐其母亲应耐心疏导，逐渐使孩子不戴无助于视力的眼镜。近日电话随访，孩子仍保持正常视力。

误诊原因的剖析和防范：该例属心因性视力障碍，又不同于一般心因性疾病，其内又有当前多见的独生子女的任性。其误诊误治原因为(1)家长和初诊医师都被孩子突发性视力明显下降所迷惑，其发病特点虽象视神经炎，但忽略了瞳孔对光反应正常，色觉检查无异常及黄斑中心凹反光清晰等征象，其视野不规则向心性缩小也不像视神经炎常见的中心和旁中心暗点，更似心因性或癔病性视野改变。(2)未全面了解患儿发病情况，故遗漏了患儿发病前强烈渴望戴漂亮眼镜的重要细节。(3)小儿视神经炎，双眼发病的约70%，且多属视盘有轻度水肿的视乳头炎型，病情若不能控制，多在4到8周内视盘色泽变淡，尤其视盘颞侧变白更明显。该例发病至到我院就诊时，眼底视盘色泽仍红润亦不支持视神经炎诊断。鉴于视神经炎，尤其是球后视神经炎，病人几天内可视力失明，医生又看不到眼底有阳性体征，在观察瞳孔对光反应，选择电生理P-VEP或F-VEP等检查外，全面了解病史也很重要，如本例就是从病史中获得患儿发病的关键信息。

例2和例3：两例遗传性黄斑病变按视神经炎误诊误治。例1，解某某，女，10岁，双视力下降13月，不伴眼痛。视野为中心暗点，在多所医院诊断视神经炎，曾用甲强龙冲击治疗无效，又行MRI鼻腔及颅脑检查未见病变。2007年7月26日到我院会诊。检查：双视力0.1，矫正0.3(-1.50SD)，近视力0.5，瞳孔对光反射灵敏，眼底视盘正常，黄斑中心凹反光消失，色素不均，呈蜗牛粘滞物样外观。多焦ERG：双眼中央区P1波振幅及密度中度降低。Amsler方格表：无线条变形。FFA检查，动脉前期即可见黄斑部窗缺样透见荧光，晚期呈对称性椭圆形色素上皮萎缩样高荧光区，且高荧光区形态、大小基本不变。最后诊断：Stargardt病。例3，钟某，男，9岁，2007年3月2日在我院初诊，主双眼视力下降2个月余，无明确原因，不伴有眼痛和头痛。在当地医院未明确诊断，介绍到北京某医院，颅脑MRI\CT等均正常。该院诊断球后视神经炎，经250mg甲强龙冲击治疗5天并口服强的松30mg，25mg，20mg，15mg，10mg，5mg，无效。检查：视力右0.12，左0.1，均不能矫正。双眼瞳孔对光反射灵敏，眼底视盘颜色正常，黄斑部色泽不均，呈轻度斑驳状色素改变，中心凹反光不清，余无异常。FFA检查，双眼黄斑部呈典型对称性视网膜色素上皮萎缩性、“牛眼样”高荧光区。最终诊断：Stargardt病。

误诊原因的剖析和防范：该两例误诊误治的剖析和防范：误诊原因主要是(1)对儿童视神经炎的临床发病特点了解不够。儿童视神经炎多双眼发病，且主要以视乳头炎的眼底征象出现，视野可有中心或旁中心暗点，对激素治疗敏感。该两例均无前述特点，(2)Stargardt病初发期黄斑部色素改变很轻微或仅有中心凹反光消失，易使临床漏诊，故未能尽早做FFA检查，而FFA下黄斑区的特征性表现是诊断该病，排除视神经炎的重要证据。因此，防范黄斑疾病误诊为视神经炎的关键点

是熟悉和掌握该两类眼病的发病特点，眼底表现，首选的必要检查，如视野、电生理(ERG或VEP等)、FFA、OCT，一些简单易行的检查如瞳孔对光反应、色觉图检查都可能提供有价值的诊断线索。

**例4：**范某，男，43岁，公务员，2011年4月9日首诊于笔者门诊。主诉右眼视力模糊已8个月，近一个月更明显，无疼痛感，否认外伤，感染等病史。全身体健，无烟酒嗜好。从自述病史和原病历记录中获知，患者8个月前偶尔遮眼发现右视力明显低于左眼，随到某大医院眼科就诊，当时右眼视力0.3，矫正视力0.5；左眼1.5。先后看过普通和专家门诊数位医师，分别诊断为右眼屈光不正，弱视，陈旧黄斑病变，黄斑变性，球后视神经炎及早期年龄相关性白内障等；曾做过视野、电生理、OCT、FFA、ICGA及脑部MRI等，均未见视力明显下降的阳性证据。近半年来长期服用改善循环药和神经营养药，间断用过复明片等中成药和白内障滴眼剂，视力反而进一步下降。检查：视力右眼0.1，矫正不提高，左眼1.0；眼压右眼14.57，左眼15.0。双眼前节正常，右眼KP(-)，Tyndall(-)，瞳孔直接和间接对光反应正常。因小瞳孔下右眼底欠清，左眼底视盘、视网膜均正常，双眼散瞳在裂隙灯下可见右晶状体后囊弥漫淡黄混浊，尤其中央轴心部混浊密度高。眼底在双目间接镜下可见视盘色泽红，视网膜、黄斑未见病变。笔者还注意到患者散瞳后右眼周围视野清晰些，但中心视力仅0.12；左眼视力轻度模糊。故笔者认为，该患者右眼视力明显低下，主要是右眼后囊下晶体混浊所致，其原因可能是曾患有轻度中间型葡萄膜炎，病情轻无自觉症状，自限后残留并发性白内障。该例患者转到白内障组进一步检查并行超声乳化白内障摘除加人工晶体植入术。术后两周患者专程到笔者处表示感谢，检查其右眼视力达1.0。

误诊原因的剖析和防范：该例提示我们在忙碌的临床中对客观检查不能合理解释的视力

下降，应全面了解病史、重复必要的常规检查，尤其有单眼后囊下白内障者，在小瞳孔下难以看清其后囊混浊程度，必须充分散瞳在裂隙灯下评估该晶体混浊密度、部位对中心视力的影响程度，以避免长期误诊误治。

# 谈静脉曲张(Varicose Vein)

## 病例的中医临床疗法

新加坡·吴荣贵

人的双腿的静脉，由于个人长期长时间站立工作，或因为遗传因素等，影响静脉里的血液回流不良，血流缓慢，而在腿部很容易出现青筋，局部浮肿，成为静脉曲张，也称为下肢静脉曲张。

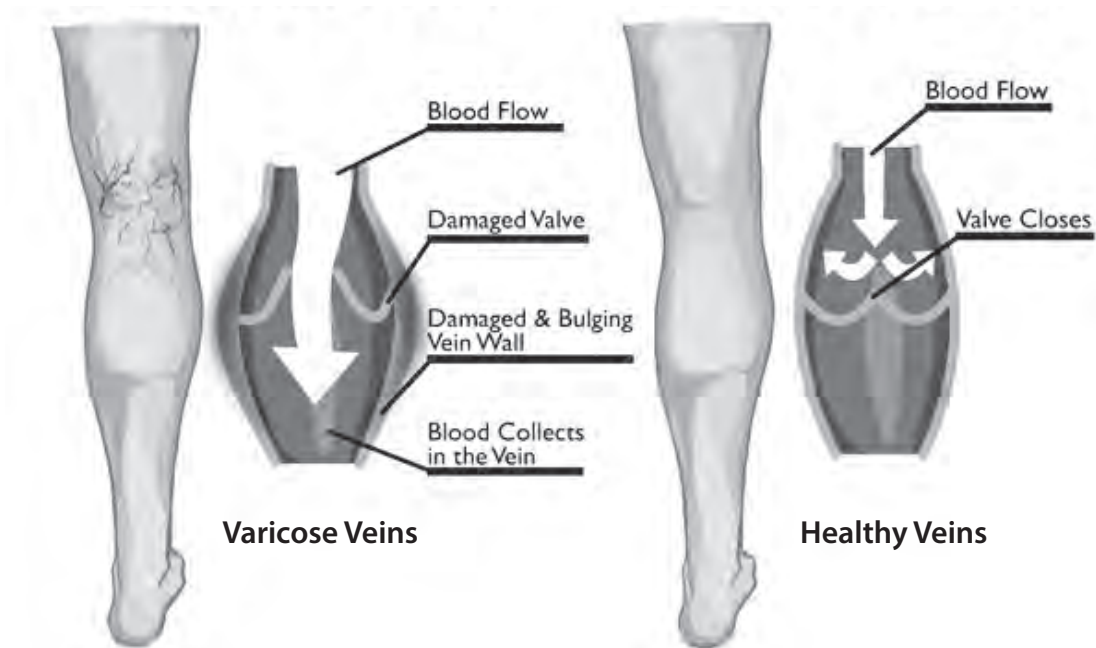
根据调查，静脉曲张的病黎在新加坡(我国)目前的社会相当普遍，一般发生在30岁以上人士，尤其以女性居多。其中60岁以上的女性乐龄人士，在过去长期服务后，很多的老人都有这样的病例。可能因为医疗需要长期，费

用高，都很少去医疗。

在目前适龄工作的人，超过20岁以上的女性，有35%面对这个问题，男性则有20%

### 一、西医治疗

1、传统西医治疗是采用“静脉剥脱术”，就是让病人全身麻醉，然后手术把坏死的静脉取出，手术需要2个小时。手术后，留下5公分的伤口缝合。



2、最新治疗静脉曲张是应用“静脉内镭射治疗法”，无需全身麻醉，只要在局部麻醉进行，病人在清醒的情况下，由医生利用长形针孔，把导管置入静脉。然后利用镭射热能进行治疗，把坏死的静脉破坏，不让静脉血积蓄。

## 二、中医治疗

从中医的医疗角度来看静脉曲张病，静脉和动脉是中医的脉络，总称血脉，静脉曲张是慢性血脉病，也称脉管炎。静脉曲张病因是静脉血流不通，是气滞血淤的结果。

(一) 中国现代脉管病泰斗奚九一教授经六十年临床实践创立的脉管病治疗体系—奚氏清法。其“因虚受邪、因邪致淤、祛邪为先、扶阳为本”的学术观点被现代中医治疗脉管病奉为经典，因为各种脉管病都是由于人体阳气不足引起的，因此脉管病的治疗“扶阳为本”，治标的方法则根据风、热、湿、痰等不同的诱发原因，采取不同的治疗方法。

(二) 记得几年前，我跟已故李金龙教授在一起义诊，曾经看见李教授在西马柔佛四弯岛义诊时，以局部放血来治疗静脉曲张病例，李金龙教授示范医疗的方法是应用针灸三菱针，选择刺破下肢严重曲张的静脉，放出局部坏堵的静脉淤血。

(三) 中国北京中日友好医院专家教授，焦树德教授运用他自拟的“足行消肿汤”，治愈了数例顽固性难愈的脚及小腿严重浮肿的病人。他们当中都经西医诊断，有的下肢淋巴回流障碍，有的下肢静脉回流受阻，治疗无效，又需要做手术，因而来请中医专家教授来治疗。

1、病人经用“足行消肿汤”，随证加减后，病人疗效好，好些病黎还获得治愈。

2、本方的药物是：焦槟榔12/15克，茯苓20/25克，木瓜10克，苍术6克，紫苏梗9克，紫苏叶9克，生薏米30克，防己10克，桔梗5克，吴茱萸6克，黄柏10克，牛膝12克。

3、本方适用范围在于风寒湿流注于下肢，小腿、足踝浮肿胀疼、沉重、麻木，筋脉挛急，行走障碍，引起的下肢各处肿胀疼痛。

(四) 我在临床医疗时，根据焦树德老师的“足行消肿汤”的精神，做了一些变化。因为我发现在新加坡的临床病人都是乐龄人士，对静脉曲张病的辨证论治我除了根据焦树德老师的经验，个人认为，患者体质弱，以中气不足为多，久站气机闭固，气血运转不畅，造成损筋伤骨，肾气不足，形成下肢血脉气滞血淤为主因。

1、对于静脉曲张的治法是以补中益气，结合活血化淤调补肾气为基础。通过方药使静脉管壁组织血脉获得供养，保持生命力，帮助血脉恢复正常的功能。应用方药的调养加强下肢气血回流功能，使气血顺畅，延缓肿胀组织症状恶化，促进血脉趋向健康，恢复下肢的正常功能。

2、选方用补中益气汤加血府逐瘀汤。肾虚选用金匱肾气丸、六味地黄丸加减应用。

3、方药是：黄芪、党参、白术、甘草、当归、陈皮、升麻、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍、柴胡、桔梗、川芎、牛膝。

(五) 病例介绍：

1、余X喜 男 54岁 管理员

左侧小腿静脉曲张，已经多年，近来脚酸乏力，不能久站，2013年2月14日到裕廊中爱心众弘中医诊所求诊。

从第一诊到4月21日，共10次的一个疗程，局部症状明显改善，脚力增强。

2、王X金 女 72岁 退休 家庭主妇  
双腿静脉曲张已经多年，双腿乏力，双手

脚底酸麻，2013年2月日开始来友诺士弯的众弘医药中心求诊，主诉双腿酸痛，不能久站，据说他年轻长期间挑重物讨生活，早七年已经出现静脉曲张。在完成10次一个疗程后，明显改善静脉曲张的症状，双腿的功能改善，酸痛明显减轻。

### (六) 静脉曲张病种的预后和气功医疗

1、虽然静脉曲张预后不佳，病黎不容易治愈，但是根据我应用中医药和针灸在处理静脉曲张病，在针灸配合中医药服用10次后，获得满意的效果。病人的双腿酸痛明显改善，不须用手术割除损坏的静脉。

2、如果病人愿意，除了应用针灸和中医药来治病，我认为通过锻炼气功也是一个很好的保健养生医疗途径。

3、从气功的运用效验角度来看，练功可以增强体内的正气，改善气血运行，肯定对医疗静脉曲张的修补有益效，也能加快静脉功能恢复正常！

4、因为我曾在过去27年教导智能气功过程里，其中确实是有不少患有静脉曲张的中老年学员。他们都有双腿酸痛、乏力软软、静脉曲张的症状，他们在锻炼气功三到六个月后，除了全身气色改善，下肢的疼痛减轻甚至明显消除，下肢的静脉曲张的现象好转，双腿恢复气力，身体也恢复了健康的活力，值得推荐普及！



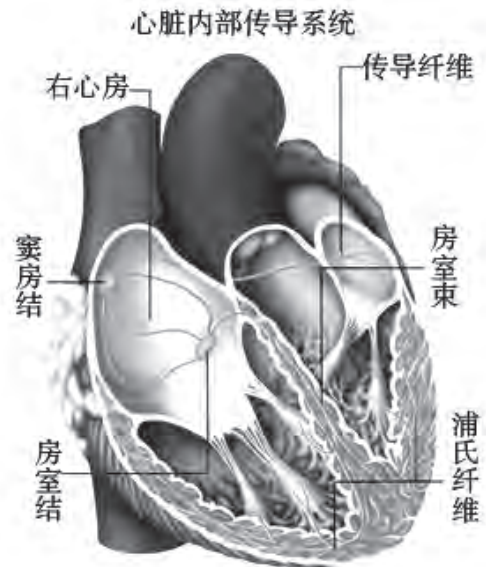
# 心律失常

## 的分类、治疗及相关的心电图诊断

新加坡· 闫立群

### 概述

**心**律失常在临床上十分常见，不但见于心血管病，也见于其他的患者及少数正常人。心律失常的种类繁多，轻重不一。轻者对健康无害，重者产生血流动力学影响，出现症状，甚至危及生命，引起猝死(突然死亡)；或造成严重血流动力学障碍、心力衰竭、休克的发生。因此，正确和深入认识心律失常，并运用正确的治疗方案十分重要。心律失常属于中医“心悸”、“怔忡”、“胸痹”、“心痛”等范畴，多由于脏腑气血阴阳虚损、内伤七情、气滞血瘀交互作用致心失所养、心脉失畅而引起。中医治疗心律失常及心血管疾病源



远流长,大量的临床实验证实了中医药对心律失常的临床疗效,特别是近20多年现代医学技术和中药学的有机结合研究,揭示了不少中药对心律失常的作用原理,也显示了中医药对心律失常治疗的广泛前景。

## 一、什么是正常心律:

窦房结是心脏正常窦性心律的起搏点,位于上腔静脉入口与右心房后壁的交界处。心脏的传导系统由窦房结,结间束,左、右束支以及浦肯野氏纤维等几部分组成。正常心脏以窦房结自律性最高,因此,窦房结发出冲动经心脏传导系统传导并激动整个心脏,称之为窦性心律;正常心律是窦性心律。

## 二、什么是心律失常

心律失常(cardiac arrhythmia)是指心脏冲动的频率、节律、起源部位、传导速度或激动次序的异常。按其发生原理,区分为冲动形成异常和冲动传导异常两大类。

### (一) 心律失常的基本分类

#### 1. 冲动形成异常

##### (1) 窦性心律失常:

- ① 窦性心动过速; ② 窦性心动过缓;
- ③ 窦性心律不齐; ④ 窦性停搏。

##### (2) 异位心律:

A. 被动性异位心律: ① 逸搏(房性、房室交界区性、室性); ② 逸搏心律(房性、房室交界区性、室性心律失常);

B. 主动性异位心律: ① 期前收缩(房性、房室交界区性、室性); ② 阵发性心动过速(房性、房室交界区性、房室折返性、室性); ③ 扑动、颤动(心房、心室颤动)。

#### 2. 冲动传导异常

##### (1) 生理性干扰及房室分离。

##### (2) 病理性: ① 窦房传导阻滞; ② 房内

传导阻滞; ③ 房室传导阻滞; ④ 束支或分支阻滞(左、右束支及左束支分支传导阻滞)或室内阻滞。

房室间传导途径异常: 预激综合征。

### (二) 心律失常的形成机制

心律失常的电生理机制一般分为冲动形成异常和/或冲动传导异常。正常心脏以窦房结自律性最高,因此,窦房结发出冲动经心脏传导系统传导并激动整个心脏,称之为窦性心律;如冲动发自窦房结以外的心肌组织,称之为异位节律。在某些情况下,异位节律的出现和传导异常或窦性节律的传导异常,导致如房性早搏、室性早搏等心律失常的发生。

### (三) 心律失常的临床表现

自觉心跳不规则,有心跳增强感和间歇感,频发或持续时间较长时可有心悸、胸闷、胸痛、乏力、眩晕、视蒙等。严重的心律失常可导致昏厥、抽搐、呼吸停顿甚至死亡。心脏听诊有心率,节律变化等。

### (四) 发病特点

突然发作,时作时止,也可持续存在。

### (五) 诱发因素

#### 1. 生理性因素

如运动、情绪激动、进食、睡眠、吸烟、饮酒或咖啡、冷热刺激等,使交感神经兴奋,心率加快。

#### 2. 病理性因素

(1) 心血管疾病: 包括各种功能性或器质性心血管疾病。

(2) 内分泌疾病: 如甲状腺功能亢进症或

减退症、垂体功能减退症等。

(3) **代谢异常**：如发热、低血糖、恶病质等。

(4) **药物影响**：如洋地黄类、拟交感或副交感神经药物、抗心律失常药物等。

(5) **毒物或药物中毒**：如重金属(铅、汞)中毒、食物中毒等。

(6) **电解质紊乱**：如低血钾、高血钾等。

(7) **麻醉、手术或某些检查**。

(8) **物理因素**：如电击、淹溺、冷冻、中暑等。

按照心律失常发生时心率的快慢，可将其分为：快速性心律失常与缓慢性心律失常两大类，本文重点介绍快速性心律失常。

### 三、快速性心律失常

快速性心律失常是临床常见的心血管病之一，是心律失常中最为常见的一大类型，它包括各种原因引起的过早搏动，心动过速，扑动和颤动。其种类繁多，病因各异，并容易反复发作。临床表现为心慌，乏力，头晕等症状，属中医的心悸，怔忡等范畴。近年来不断开展的科技创新使临床医师对心律失常的诊断和治疗观念有了更深入的了解和提高。世界卫生组织调查显示，心血管疾病是当今世界死亡率最高的疾病，约占总死亡率的40%左右。目前临床上对于心律失常的治疗，西药方面虽然抗心律失常的药物不断问世，但多有较大的毒副作用，复发率高。中医药在防治心律失常方面具有整体调节，毒副作用小等特点，从而更显示出中医药治疗快速心律失常的优势。

#### 西医诊断标准：

心电图是诊断心律失常的基本手段和方法，绝大多数快速性心律失常可以通过心电图及24小时动态心电图明确诊断。常见的快速性心律失常包括：窦性心动过速、房性早搏、房性心动过速、房室交界性早搏、心房纤颤、室性早搏等。

**1.1 窦性心动过速**：符合窦性心律表现，

即P波在I、II、aVF导联直立，在aVR导联倒置，PR间期0.12—0.20s；成人心率超过100次/min。

**1.2 房性早搏**：P波提前发生，与窦性P波形态不同，若发生较早，可产生传导中断或缓慢传导，有时可重叠于前面的T波之上，有不完全性代偿间歇，下传的QRS波群形态通常正常，偶尔可出现完全性代偿间歇及室内差异性传导。

**1.3 房性心动过速**：最常见的是自律性房性心动过速，心房率通常在150—200次/min，P波形态与窦性者不同，在II、III、aVF导联直立，P波之间等电位线存在，发作开始时心率逐渐加速，常出现二度I型或II型房室传导阻滞。折返性房性心动过速PR间期通常延长，心动过速开始前必先发生房内传导延迟。紊乱性房性心动过速表现为3种或更多形态各异的P波，PR间期各不相同，心房率在100—130次/min，少数P波因发生过早而受阻，使心率不规则。

**1.4 房室交界性早搏**：QRS波群提前发生，可见逆行P波位于QRS波群之前(PR间期<0.12s)、之中、之后(RP间期<0.20s)，QRS波群形态正常或有变化。

**1.5 心房纤颤**：P波消失，代之以一系列大小不同，形状各异，间隔不等的心房纤颤波。其频率约为350—600次/min，R-R间隔不等。

**1.6 室性早搏**：QRS波群提前发生，通常时限超过0.12s，宽阔畸形，ST段与T波的方向与QRS波群主波方向相反，配对间期恒定，有完全性代偿间歇。等等常见类型。

#### 西医治疗：

**严重性心律失常**：临床上采用心导管消融治疗：通过心导管将电能，激光、冷冻或射频电流引入心脏内，以消融特定部位的心肌细胞，融断折返环路或消除病灶以治疗心律失常的方法。主要用于一些对药物治疗反应不佳

的顽固性心律失常。西药治疗心律失常方面，主要是终止心律失常的发作，减少心动过速的发生及复发。但抗心律失常的药物也有很多副作用如：恶心、呕吐、腹泻、意识模糊甚至加重心律失常。

#### 中医诊断标准：

参照《中药新药临床研究指导原则》中关于心悸的诊断标准。主证：自觉心中急剧跳动、惊慌不安、不能自主；兼证：气短乏力、神倦懒言等；脉象：促、结、代、数、疾。本症以虚证为多，亦由虚致实，虚实夹杂。

### 四、临床主要分型及中医治疗：

#### 1. 心阳不振证

主症：心悸胸闷，面色苍白，形寒肢冷。

兼症：遇寒加重，体倦懒言。舌脉：舌淡苔白，脉虚无力。

治法：温补心阳，安神定悸

主方：桂枝甘草龙骨牡蛎汤加減

药物：桂枝、党参、黄芪、制附片、生龙骨、牡蛎、炙甘草等。

本类病证多由劳倦过度，久病体虚，耗伤气血阴阳，心神失养或者肾阴不足，不能上济心火，肾阳亏虚，心阳失于温煦所致。以“桂枝甘草龙骨牡蛎汤”为主方加減治疗心悸，方中桂枝、黄芪、附片温煦心阳，龙骨、牡蛎镇静安神。现代药理研究显示：桂枝、黄芪等具有正性肌力作用，黄芪注射液在动物实验中对心律失常有明显对抗作用。

#### 2. 气阴两虚证

主症：心悸不宁，气短懒言，胸闷乏力。

兼症：心烦少寐，手足心热，自汗，口干少津。

舌脉：舌红、少苔，脉弦细无力或结代。

治法：益气养阴，宁心安神

主方：生脉散合人参养营汤加減

药物：太子参、黄芪、炒白术、茯苓、生地、麦冬、当归、白芍、远志、五味子、

炙甘草等。

本类病证多由劳欲过度，久病失养，或禀赋不足，素体虚弱，而致脏腑虚损，气血阴阳不足，心失所养，心神不藏所致。针对“气阴两虚”的病机，选用“生脉散合人参养营汤加減”治疗因气阴两虚而致的心悸。方中黄芪、党参、白术、茯苓健脾益气；生地、麦冬、白芍、五味子等滋阴清火、宁心安神；现代药理研究显示：方中黄芪、麦冬、甘草等具有一定的抗心律失常作用，还能有效对抗冠状动脉堵塞造成心肌缺血、缺氧引发的室性心律失常有良好的治疗作用。

#### 3. 心血瘀阻证

主症：心悸不宁，胸痛时作，面晦唇青。

兼症：爪甲色暗，肌肤甲错。

舌脉：舌质紫暗或有瘀斑，舌下脉络迂曲，脉涩或结代。

治法：活血化瘀，理气通络

主方：血府逐瘀汤加減

药物：桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、丹参、郁金、枳壳、延胡索等。

本类病证多由风寒湿等外邪侵袭，合而为痹，痹证日久，内舍于心，痹阻心脉，心血运行受阻，发为心悸。选用“血府逐瘀汤”治疗因心血瘀阻心脉而致的心悸。方中赤芍、桃仁、红花、丹参、川芎、三七活血化瘀；郁金、延胡索、香附行气止痛；现代药理研究显示：方中川芎对心血管的药理和电生理作用与某些治疗心律失常的西药相似，具有抗心律失常作用；另外，动物实验表明，郁金对诱发室性早搏的因素有明显抑制作用。

#### 4. 痰火扰心证

主症：心悸而烦，胸闷呕恶，口苦痰多。

兼症：失眠多梦，脘痞纳呆，头身困重。

舌脉：舌质红，苔黄腻，脉滑数。

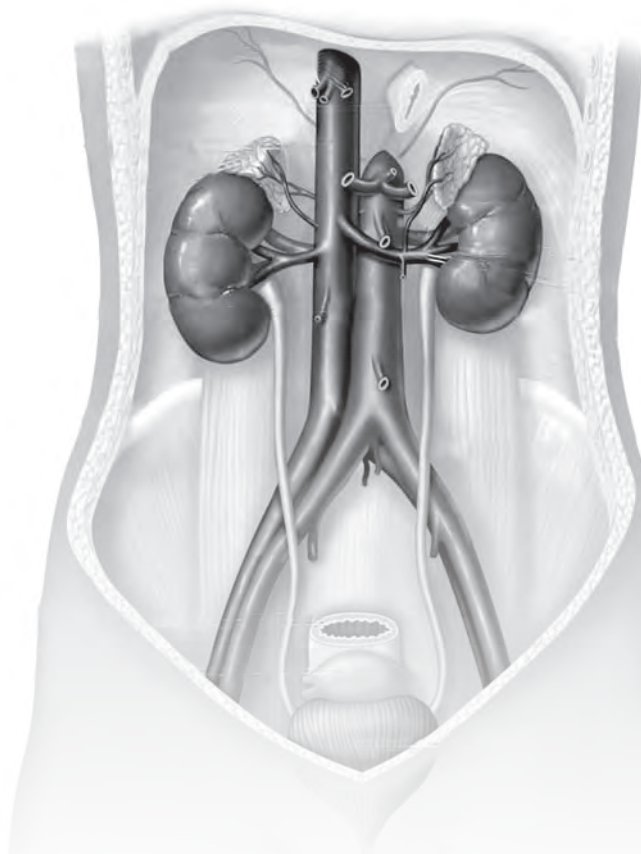
治法：清热化痰，宁心定悸

主方：黄连温胆汤加減

药物：陈皮、半夏、茯苓、竹茹、枳壳、菖蒲、远志、黄连等。

本类病症多由嗜食膏粱厚味，煎炸炙烤，蕴热化火生痰，或伤脾而滋生痰浊，或忧思不解，心气郁结，化火生痰，痰火扰心，心神不宁而致。选用“黄连温胆汤加减”治疗此类病症，方中黄连、黄芩苦寒泻火，清心除烦；半夏和胃降逆，燥湿化痰；陈皮理气和胃，化湿祛痰；竹茹涤痰开郁，清热化痰；枳实下气行痰；甘草和中。现代药理研究表明：方中黄连、半夏、甘草等具有减慢心率，抗心律失常的作用。

综上所述，中医药治疗心律失常有明显优势，其不但在控制症状，改善患者生活质量方面有肯定的疗效，而且对其发病原因也有治疗作用。中医药以其疗效肯定、副作用少、作用持久等特点，在临床治疗中发挥愈来愈大的作用。



# 肾性蛋白尿的 中医治疗

新加坡·梁妹

**蛋**白尿是肾脏疾病最常见的表现，是慢性肾脏病的重要临床表现，也是衡量病情轻重、明确治疗方案及判断预后的重要依据。在正常情况下，只有低分子物质能进入肾小球囊腔，大分子蛋白质内完整的肾小球基底膜屏障将之保留于肾小球毛细血管腔内。当基底膜屏障破坏时，大分子蛋白质进入系膜区以及肾小管液中，系膜细胞及肾小管上皮细胞，反复与被异常滤出的大分子蛋白接触，并相互反应，导致肾小球以及肾小管间质的进一步损害，加速肾功能恶化的进程。因此，减少尿蛋白的排泄，降低肾小球内压和滤过，对延缓肾功能衰竭的进程就显得十分重要。目前，西医尚无满意疗法，单纯运用西药如皮质类固醇、免疫抑制剂等，虽能暂时缓解症状，但副

作用较大，停药后易反复。近年来，随着中医药研究的不断发展，其在治疗慢性肾性蛋白尿中有较大优势。

## 病因病机

### 中医学对蛋白尿病因病机的认识

中医学虽然没有蛋白尿的称谓，但根据蛋白尿的临床表现，尿中有泡沫，归为“尿浊”、“精气下泄”或“虚劳”等范畴。综观蛋白尿的发生原因，总体为人体精微物质的外泄，其原因主要有两个方面：

人体脏腑功能失调是其原因之一。中医学认为精气是构成人体的原始物质，精是人体生命之本源，气为人体生命之维持。蛋白尿的发

生与人的脏腑功能失调、精微物质外泄有关。在经典医著中有诸多对精气的形成、作用及对生命影响的论述。《素问·六节藏象论》云：“肾者，主蛰封藏之本，精之处也。”

《素问·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾。脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。水精四布，五经并行。”论述了精气在体内的转运和传化过程，包括与肺、脾、肾、膀胱等多个脏腑相关，其中某一脏腑的功能失调，如肺失宣降、脾失健运、肾失封藏、膀胱气化不利都会造成精微物质在人体内的代谢异常进而影响其功能，造成精微物质外泄，形成蛋白尿。

风、湿、瘀等因素的影响是其原因之二。中医学认为，风、湿、瘀等均是蛋白尿发生和加重的诱发因素。风邪袭表，易致太阳气化不利，累及至肾；亦可因风邪循经入里，直接伤及肾脏，肾脏气化失常，致水湿泛溢，使得精微不能固藏，随即产生蛋白尿。正如《伤寒杂病论》中提到：“风为百病之长……中于项，则下太阳，甚则入肾”，就是对于风邪影响肾之功能的论述。湿邪所生，一为感受外湿，二为聚生内湿。蛋白尿的形成，主要与体内水液代谢异常所生的内湿关系密切。人体内水液的运行，均赖于肺、脾、肾三脏功能正常，若肺、脾、肾三脏功能失职，则体内水液运行发生障碍，水湿停聚，阻遏气机，阳气不宣，久之则阳虚寒盛、寒湿凝滞、壅滞三焦，导致气机升降失常，清气不升，精微下泄而为蛋白尿。在蛋白尿的病程中，往往会出现病程迁延、缠绵难愈，此即与瘀血有关。久病则虚，久病则瘀，形成恶性循环，导致蛋白尿反复不愈。此点也符合现代医学的病理研究，免疫复合物在肾小球动脉壁上的沉积是肾脏病的基本病理之一，也是导致某些顽固性蛋白尿的原因和肾脏疾病存在高凝状态的一个重要因素。

### 现代医学对蛋白尿发生机制的探讨

正常情况下，正常人尿蛋白小于150mg/d。

当肾患病时，肾小球滤过膜通透性增高，使大量蛋白质滤过到肾小球滤液中，远远超过肾小管的重吸收能力，蛋白质进入终尿中即形成蛋白尿。现代医学对蛋白尿的产生机制进行过很多探讨，目前主要有以下几方面的因素。

### 足细胞与内皮细胞的相互作用

足细胞产生的VEGF和Angt物质对内皮细胞的结构和功能的维持起着非常重要的作用。任何原因引起的足细胞功能受损，若导致VEGF和Angt通路的障碍，都会影响内皮细胞结构与功能，最终产生蛋白尿。

### 肾小球基底膜与蛋白尿

肾小球基底膜本身与蛋白尿形成密切相关。它由IV型胶原、层黏蛋白、硫酸类肝素蛋白聚糖等物质组成。GBM结构分子异常是导致蛋白的主要原因。当其编码基因发生突变时，不能形成三聚体，此时就会出现蛋白尿。

### 肾小管结构异常与蛋白尿

近曲小管在生理状态下几乎100%重吸收经肾小球漏出的血浆蛋白。若近曲小管重吸收功能受损，则出现肾小管性蛋白尿。

从上面的论述可以看出，现代医学对蛋白尿的产生机制的研究共识主要集中在足细胞与内皮细胞的作用、肾小球基底膜的结构变化以及肾小管的结构异常3个方面。

## 辨证论治

### 2.1 脾气亏虚

症状：尿中泡沫增多，面色萎黄，倦怠乏力，脘闷纳呆，纳减便溏，下肢浮肿，舌淡体胖边有齿痕，苔薄白脉细弱或沉缓。治则：益气健脾。方药：四君子汤、参苓白术散等，常用药物是黄芪、党参、茯苓、薏苡仁、砂仁、陈皮、扁豆、白术等，现代医学研究表明：黄

芪有调节免疫功能的作用，能改善微循环，降低血液黏度，增加肾动脉流量，从而促进肾组织的修复，有降低尿蛋白的作用。

## 2.2 肾失固涩

症状：尿中泡沫增多，腰部酸痛，小便清长，夜尿频多，舌体胖嫩，脉沉细无力。治则：补肾固涩。方药：桑螵蛸散、金锁固精丸、缩泉丸等，常用药物是金樱子、芡实、桑螵蛸、益智仁、补骨脂、覆盆子等；偏于阳虚者，可见水肿，腰以下尤甚，畏寒肢冷，可酌加温补肾阳药物如：附子、肉桂、巴戟天、淫羊藿等；偏于阴虚者，可见五心烦热，咽干口燥，面色潮红，夜寐不安，小便黄赤，舌红少苔脉细数，可用知柏地黄丸加减；若出现下肢浮肿较甚者，可加车前子、泽泻、冬瓜皮等利水消肿的药物。

## 2.3 肝气郁结

症状：尿中泡沫增多，且随情绪波动而明显，胸胁胀痛，善太息，脘胀纳差，舌淡苔薄白，脉弦。治则：疏肝理气。方药：柴胡疏肝散加减，常用药物有：柴胡、香附、陈皮、白芍、郁金等。肝郁气滞日久，水液代谢失常，泛滥肌肤而发生水肿者可用柴苓汤。

## 2.4 感受外邪

症状：患者多于感受风热或风寒数日后，出现尿中泡沫增多，伴有全身浮肿，面部尤甚。治则：风热用辛凉解表，风寒用辛温解表。方药：风热用银翘散；风寒用荆防败毒散。若声音低怯，面色少华，畏风形寒，或有自汗，舌淡苔薄白，脉虚弱等肺气亏虚之象，可用玉屏风散加减。

## 2.5 湿热壅盛

症状：尿中泡沫增多，胸脘痞闷，纳呆，烦热口渴，小便黄赤，大便干结，舌红苔黄腻，脉濡数。治则：清热利湿。方药：四妙

丸、三仁汤加减，常用药物如：金银花、野菊花、白花蛇舌草、蒲公英、土茯苓、泽泻、茯苓、车前子等。现代医学认为，感染可导致急性肾炎或慢性肾炎的复发，导致尿蛋白增多，而药理研究表明：清热利湿解毒药不但有抗菌、抗病毒作用，也可以通过激发非特异性的免疫功能，抑制过度的炎症反应，改善炎症和组织损伤。徐灵胎云：“有湿则有热，虽未必尽然，但湿邪每易化热。”因此如何有效地祛除湿邪，以使湿热分离，是治疗肾脏病湿热证的关键。

## 3.6 瘀血阻络

症状：尿中有泡沫，伴有面色晦暗，皮肤瘀斑，肌肤甲错，腰痛固定不移，痛如针刺，夜间加重，舌质紫黯或有瘀斑，脉涩。治则：活血化瘀。方药：桃红四物汤、血府逐瘀汤加减，常用药物如当归、桃仁、红花、丹参、益母草、泽兰、蒲黄、牛膝、大蓟、小蓟、茜草、赤芍等。现代药理研究活血化瘀药能提高肾脏血流，改善慢性肾小球肾炎患者的微循环，减少免疫复合物的沉积。正如清代医家唐容川《血证论·阴阳水火气血》中云“瘀血化水，亦发水肿。”故治疗上应配以利水消肿，行气活血之药物如：陈皮、大腹皮、砂仁、车前子、冬瓜皮、泽泻等。

## 小结

综上所述，慢性肾性蛋白尿的发病机制为本虚标实，以本虚为主，兼有外感风邪、湿热及瘀血阻滞兼毒邪，且可相互影响。中医治疗慢性肾性蛋白尿应以整体出发，以固肾健脾以治本。治标则祛风除湿，清热解毒，兼活血化瘀。根据“急则治标，缓则治本”的原则，抓住主次，分型论治，控制尿中蛋白的丢失。肾病日久，“久病入络”、“久病必瘀”，而瘀血既成之后，又常使蛋白尿顽固难消，故不可忽视活血化瘀法的应用。



# 肝肾阴虚型帕金森症 针灸治疗探讨

新加坡·陈昆宁

## 前言

从1997年开始，每年的4月11日为“世界帕金森病日”，这天也是帕金森病的发现者--英国内科医生詹姆斯帕金森博士的生日，为了纪念他而定下这帕金森病纪念日。帕金森症目前已是中老年人第三号杀手，我负责治疗帕金森症专病已近2年，病人由开始的几个到目前约二十余个。随着我国人口老化的迅速，根据调查本地每1千人里就有1-2个人患上帕金森病，帕金森症患者在本地产有增加的趋势，一般以50岁以上者为居多，而男性比女性多，但也有少数在30岁以下的年轻患者。根据全球对帕金森症的统计，全球有超过四百万人患上帕金森症，可见帕金森症对人类健康产

生了威胁。有鉴于此，我以针灸来治疗，希望能突破此难关给病人一线希望。由于患帕金森症病人以中老年以上为主，而从中医角度上辨证，此时的病患多以肝肾阴虚型为主，所以本文纯在此型探讨。

## 帕金森症现代医学病因

根据现代医学的研究，帕金森症的病变部位在脑的中脑，在那有一群神经细胞称为《黑质神经元》，是透过合成一种《多巴胺》的神经递质，而多巴胺是把神经系统发出的信息传送到肌肉，指挥肌肉工作，而帕金森症的产生也就是因为产生多巴胺的脑细胞退化所引起。

帕金森症属于慢性进展性疾病，至今其真

正导致脑神经细胞受到破坏的原因仍不明，也无根治的良方。依医学专家认为，导致帕金森症原因可能与年龄老化，家族遗传，环境毒素(如工农业污染，室内装修污染，手机及电脑辐射)等等因素有关。而据医学专家研究，约有20%的帕金森病患者受到环境污染及化学毒素的侵蚀；而少数年轻患者可能与家族遗传有关，近年来的流行病学调查指出，知识分子患上帕金森症的比其他人高。

### 帕金森症前兆的症状

任何疾病发生都有前兆，帕金森症也不例外，只是到目前人们对帕金森症还不很了解，对出现帕金森症前兆的症状忽略，一般有以下几点应症状应多加以注意，必要时应到医院做详细检查。

**1. 动作变缓慢：**帕金森症早期的一个信息是动作变的缓慢，如扣纽扣，穿衣，穿鞋及行走都比之前来的缓慢；同时当写字时，所写的字体会越来越小，这些改变可能是帕金森症的先兆。

**2. 肢体或手足的颤震：**颤震可以说是帕金森症的主要表现，一般多在手足，可出现单侧，颤震是不自主的抖动，尤其在静止时或紧张时特别明显。

**3. 嗅觉退化及睡眠不佳：**嗅觉退化在帕金森症患者里一般比颤震来的早，而半数以上的患者都会出现睡眠不佳问题，在日间就嗜睡，夜间则难入眠，或者入睡后自言自语，甚至喊叫的现象。

**4. 情绪压抑：**约有半数患者会出现情绪压抑，对自己没信心，情绪不稳定，倦怠，胃纳减退，严重者可能会有自杀的倾向。

### 帕金森症中医学的病因

帕金森症在中医学里属于“内风”“颤震”“颤证”“震证”“痉病”的范畴主要

牵涉到三个脏，即脾，肝及肾，病体以本虚为主。

帕金森症在中医的病因比较多，但以年老体衰为主，正如《证治准绳杂病颤震》里就这么明显的写出：“壮年鲜有，中年以后乃有之，老年尤多”。

而帕金森症中医病因的认识起源于《内经》，《内经》曰：“诸暴强直，皆属于风”“诸风掉眩，皆属于肝”认为病因为风，病位在肝。到《医宗必读》说：“然木即无虚，言补肝者，肝气不可犯，肝血自养，血不足者濡之，水之属也，壮水之源，木赖以荣。”说明了本病属“肝肾同源”。

肾主骨生髓，上荣于脑，肾虚则脑髓不足，就反应迟钝，动作就缓慢；脾主肌肉，为气血生化之源，脾虚则气血亏虚，肌肉失濡养，运化失调则水湿停蓄，浸渍腠理，导致肌肉拘挛，脾虚亦致痰湿内生，就出现流涎，痰多等；肾精不足，气血亏虚，不能濡养肝木，导致虚风内动，颤震因而发生。

直到近代医家认为本病病因病机为本虚标实，确认本病的病变部位在脑，而以肾虚为主，本虚为肝肾阴虚，气血亏虚；标实为肝风，痰火及瘀血。

### 帕金森症中医分型

中医根据其独特的辨证，在临床上大致把帕金森症分为四大类型：

**1. 肝肾阴虚型：**多见于中老年人，症见手足或肢体不自主颤动，觉僵硬感，行动缓慢，双足无力，头昏目眩，耳鸣，健忘，睡眠不佳，多梦，尿频或不能控制，排便一般或困难，舌淡苔薄，脉沉细。

**2. 气血不足型：**症见手足或肢体不自主颤震，面色不华，倦怠无力，头晕眼花，胃纳不佳，健忘，难眠多梦，舌淡，苔薄白，脉沉细无力。

**3. 痰热动风型：**症见手足颤震，时轻时

重，胸闷不舒，心烦易怒，，头晕，口干，觉身热感，腹胀不舒，纳差，睡眠不佳，便秘，舌质微红，苔薄白或薄黄，脉弦滑。

4. 气滞血瘀型：此型多见于肝郁久，致脏腑失调，导致气血运行不畅而瘀阻经络。症见手足或肢体不自主颤震，肢体觉僵硬感或觉麻木，头晕，烦躁不安，行走缓慢无力不稳，口干，睡眠不佳，纳差，舌紫暗，边有瘀点，苔薄腻，脉细涩。

### 针刺治疗肝肾不足型的帕金森症探讨

帕金森症是中老年人常见的脑神经系统退化性的疾病，主要的表现症状是颤震，肌肉僵硬，动作缓慢，平衡障碍等。至今中西医仍无法在药物上来根治此病，所以我希望通过针刺治疗，来给患者另一个治疗希望。

根据许多中医家在临床为帕金森症患者做针刺治疗，发现针刺治疗可以在一定程度上缓解帕金森病病情，并能提高患者的生存质量；但由于各医家在临床上对此病有不同的见解，这形成了没有一个比较客观，比较可靠及可行性的治疗方案。综合参考各医家的针刺治疗，我大胆结合本地的天气，生活饮食习惯来探讨肝肾阴虚型的帕金森病针刺治疗，我组合了固定一组穴位，对临床上此型之帕金森病患者进行针刺治疗，此探讨治疗已进行约年余，共有此型 14人进行治疗探讨。

### 探讨组针刺治疗方案

帕金森症之肝肾阴虚型探讨组：14人(男性10人。女性4人)

帕金森症之肝肾阴虚型探讨组：年龄由52岁到82岁。

帕金森症之肝肾阴虚型探讨组：医院确定后病程由1年到8年。

帕金森症之肝肾阴虚型治疗方法：纯针

刺治疗。

帕金森症之肝肾阴虚型探讨组：针刺穴位固定有印堂，神庭，头维，四神聪，曲池，外关，合谷，血海，足三里，阴陵泉，太溪，太冲。

针刺法：采取卧位，皮肤常规消毒后，于进针得气后，采取平补平泻手法，留针30分钟，间中隔10分钟行针1次，并在太溪穴处用TDP灯照射。

### 用穴含义

肝肾阴虚型之帕金森症所牵涉到的是：脾，肝，肾三脏。从中医理论来说，脾主运化，气血生化之源；肝主筋，主血；肾主骨，生髓，而脑为髓海。确定了这理论后，在用穴方面，尽量做到全面而不复杂。

通过有：开窍醒脑，舒筋活络止痉，补益肝肾等穴位来达到一定程度上提高脑部抗氧化酶的活性，调节中脑黑质神经元，减轻脑组织的损伤，改善大脑的血流情况，从而缓解帕金森病的病情，这便是我用这组穴位的意愿。

### 穴位分析

每个人都有其优点与特点，而穴位也一样，善用其优点与特点是我选择的原则。

印堂：印堂穴为经外奇穴之一，它有调和阴阳气畅达之功效，由于穴位处于督脉，督脉与任脉相通，所以印堂穴就有通调十二经脉之气，对全身起着调整作用。故本穴有醒脑开窍，安神定惊，宁心益智及通经活络之功效；根据现代医学对本穴的研究，证明印堂穴有调整内分泌，改善心脑血管功能，增加脑部的反应敏锐，增强记忆力，改善视力的减退及明显的调整和改善嗅觉。

神庭穴：神庭穴属督脉，足太阳，阳明之会。其功用有平肝熄风，宁神醒脑的作用；它调控脑神经系统，中医有云：“脑为元

神之府”，古人亦说：“神者，智之渊也”这说明人的精神，智慧都是从脑发出，因此，神庭穴对脑部有着保护作用。因此对治疗神智方面的疾病，非它莫属。

**头维穴：**顾名思义本穴有维持头部的气血精微物质的正常运行；头维穴为足阳明胃经与足少阳胆经，阳维脉之交会穴。其功能为向头各部输送胃经阳气及精微物质。

**四神聪穴：**处于百会穴前后左右旁开1寸，共有4个穴，属于经外奇穴。而上下神聪穴位于督脉，左右神聪穴靠近太阳膀胱经，而膀胱经络肾，与阴阳脉关系密切，而本穴中心点为百会穴，百会穴是手足三阳经与督脉之交会穴，故四神聪穴有促进头部血液循环，增加大脑的供血，达到镇静安神，醒脑开窍的功效。

**曲池穴：**曲池穴为手阳明大肠经的合穴，为大肠经的湿浊之气聚集之处。本穴有清胃肠热，通络活血之作用。能协调阴阳气血的运行和平衡，对气血不通，有疏通经络的雍滞，调整脏腑的功能紊乱，使气滞血瘀的病理恢复正常，达到治疗的效果。据现代医学研究，曲池穴有调整血液循环系统，内分泌系统的作用，可使脑血液流量增加，并有明显的降低体温的作用。

**外关穴：**外关穴为手少阳三焦经的络穴，八脉交会穴，通阳维脉。三焦经气血在此胀散外行。本穴功能为联络气血，补阳益气，有清热解毒，解痉止痛，通经活络的功效。

**合谷穴：**合谷穴为手阳明大肠经的原穴，是大肠经气血全聚于此并形成强盛的水湿风气场，故有宣泄气中之热，升清降浊，疏风解表，宣通气血之功，达到调理气血，化瘀通络，镇静止痛，清热解毒之效果。

根据现代医学研究发现，针刺合谷穴有改善冠状动脉的血液循环，降低脑血管的紧张性，改善动脉的弹性，提高搏动性及血液供应量，改善脑供血量。

**血海穴：**血海穴为足太阴脾经的腧穴；脾

主统血，温五脏，而脾经所生之气聚集于此气血归聚如海般，因此，本穴有化血为气，运化脾血之功能，能理血活血，健脾化湿，治疗一切与血有关的疾病。

**足三里穴：**属于足阳明胃经的合穴。有调节机体的免疫力，增强抗病能力，调理脾胃，达到补中益气，通经活络的作用，中医确认足三里穴是人体的强壮穴。

中医认为脾胃为后天之本，气血生化之源，五脏六腑赖之充养，所以针刺足三里穴有促进机体的血液顺畅，情绪稳定，消除疲劳，现代医学研究也认为针刺足三里穴能促进脑细胞机能的恢复，提高大脑皮层细胞的工作能力，对血管系统，神经系统等其他各种疾病都有疗效。

**阴陵泉穴：**属足太阴脾经之合穴，脾经的气血在此会合。

针刺本穴有清利湿热，健脾理气，益肾调经及通经活络的功效；现代医学研究针刺本穴对大脑皮层功能有调节作用。

**太溪穴：**为足少阴肾经之原穴，肾经的元气汇聚于此。有滋阴益肾，壮阳强腰之功效。

中医理论说：肾为先天之本，肾阴和肾阳是生长发育的根本，五脏六腑，四肢百骸皆根植于肾，所以太溪穴不但是肾经的大补穴，也是全身的大补穴。

**太冲穴：**为足厥阴肝经之俞穴，有平肝泻热，舒肝养血及清利下焦的作用。

古人认为本穴是“消气穴”所以针刺本穴能消气作用，能舒解人因情绪引起的疾病。

现代研究，针刺太冲穴常用来治疗脑血管病，高血压及青光眼等疾病。研究也发现针刺太冲穴可给心脏供血，同时能舒解肝郁，对情绪易波动者尤佳。

### 针刺探讨组成绩

对针刺治疗帕金森症其实没抱着很大信心，最主要的因素是患者的家属，大多来求诊

的是抱着对你的期望很高，而对帕金森病不了解，与我的配合上还较不顺畅。

从这14人组的探讨中，总结了：

有10%的在针刺治疗约10次后，行动及精神上有改进。

有30%的在针刺治疗约6个月后，症状才稍有改进。

其余的进展相当缓慢，约有5%的完全没进展。

这是我个人的对帕金森症治疗的一个小阶段的小总结，成绩不理想，希望下来能多有突破。

### 病例2则

我从14探讨病例中挑出2例不同疗效作为介绍：

病例1 - 疗效缓慢

陈XX 男 75岁

16/3/12初诊：医院确定帕金森症已3年。来诊诉，记忆差，双手不自主抖动，头重头昏，气短，全身酸痛，僵硬感，双足酸软无力，行走不稳乏力，睡眠不佳，纳可，夜尿2-3次，排便正常，舌微暗红，边微齿印，脉细微弦。BP121/66，P78

辨证：肝肾阴虚。

穴位：印堂，神庭，头维，四神聪，曲池，外关，合谷，血海，足三里，阴陵泉，太溪，太冲。

手法：采用平补平泻，进针得气后，留针30分钟，间中10分钟行针1次，再配合TDP灯照射双太溪穴部位。

效果：疗效缓慢，受天气及情绪干扰较大。

病例2 - 疗效进展较佳

陈XX 女 62岁

5/1/13初诊：医院确定帕金森症已5年，有服西药控制。来诊诉，双手不自主抖动，

右侧为甚，行走缓慢，睡眠时双足易抽筋，身僵硬感，记忆还可，睡眠可，纳可，二便正常，舌淡红，质微花裂，苔薄白，脉细。BP148/79，P102

辨证：肝肾阴虚。

穴位：印堂，神庭，头维，四神聪，曲池，外关，合谷，血海，足三里，阴陵泉，太溪，太冲。

手法：采用平补平泻，进针得气后，留针30分钟，间中10分钟行针1次，再配合TDP灯照射双太溪穴部位。

效果：效果还算较满意，至09/2013止，除了右手较会颤抖外，行走已可较快，精神方面也改善。

### 结论

帕金森症至今病因仍不详，现代医学认为是中脑黑质变性，导致多巴胺量不足，影响神经系统的传递功能，除用西药来加强多巴胺外，并没有一个根治的方案。而采用针刺治疗，或许是一个行之有效的治疗方法。

对于这么多年来中医界在用针刺治疗帕金森症的报道很多，但从多方面看，还是比较缺乏让大家能信服的临床报道。我们难以评价这些报道，最主要的是在本地的中医师根本无法用所谓科学技术(检测仪器)来证明针刺后的成绩，这就无法让大家信服。所以我个人希望本地中医师能在这方面多探讨，多研究，或许有一日，我们能够真正用让人信服的技术呈现给帕金森症患者。



# 针灸治疗 膝关节疼痛

新加坡·杨昌志

## 一、概论

**膝**关节是人身最大的关节，也是负重较大的关节，人除了膝关节本身的病变，如膝关节软骨变性，髌骨前滑囊炎，膝关节囊积液，骨赘形成，髌骨软化，髌下脂肪垫损伤，膝关节半月骨损伤，髌腱鞘炎，膝关节功能紊乱，膝关节腔内韧带损伤，劳损与外伤等都能导致膝关节酸痛，疼痛，肿胀重着，膝关节屈伸不利，严重者出现不同程度的膝内外翻畸形。

膝关节疼痛，已成为中老年人之常见和多发病，随着人口的老化，膝关节疼痛已严重危害健康，并影响生活质量的病变，发病率已成为痹症之首，近年来有年轻化之趋势。

## 二、一般资料

例，女性多于男性，年龄由五十至八十岁不等，病情短者约有一周，最长者有十余年，有者反复发作，患者多为女性，其比例为二比一。

## 三、西医病因

以下各种因素可导致膝关节疼痛。

### 1. 年龄因素：

随年龄增长，到中老年时常发生关节软骨退化性变，兼之滑膜细胞分泌功能降低，影响了膝关节软骨的润滑是发病的内在因素。

### 2. 性别因素：

男女均可受累，但以女性居多，尤其闭经前后之妇女，该病可能与体内激素变化有关。

### 3. 遗传因素：

如家族中常患同样者，可推测本病与遗传因素有关。

### 4. 体重因素：

体重超重者，势必增加膝关节负重，促使本病发生。

### 5. 饮食因素：

营养不良会影响软骨细胞的增殖，会导致软骨基质减少，软骨新生不良而变软弱，易于负重部位发生磨损而导致病变。

### 6. 气候因素：

常居潮湿，寒冷环境的人多有此症，乃因

温度低引起血运障碍有关，血液循环不畅，骨内压及关节内压增高造成疼痛，肿胀等症状。

#### 7. 外伤因素：

如膝关节创伤，关节骨折或脱位，慢性劳损，膝内外翻，膝关节手术后疼痛等。

### 四、西医分型

#### 1. 髌前滑囊炎：

包括位于皮下与筋膜之间的髌前皮下囊及筋膜与股四头肌腱之间的髌前筋膜下滑囊和股四头肌腱与髌骨质之间的髌腱下滑囊，乃因膝关节扭伤及慢性劳损所致，髌骨肿胀高起，疼痛或不适，发病快病程短。X-线检查无质增生。

#### 2. 膝关节囊积液：

多由各种外伤，过度劳损及退行性骨关节损伤及退行性骨关节炎刺激滑膜引起膝关节滑膜的炎症反应，血管扩张，滑膜细胞活跃，产生粘液素，渗出增多，出现膝关节肿胀，形成膝关节积液，导致膝关节肿胀不适疼痛，活动受限，浮髌实验阳性，发病缓慢病程较长，X-线检查可见骨质增生。

3. 髌骨软化症：(多见于运动员及中老年人)是多种原因引起的软骨退行性病变，表现为膝关节酸痛无力，活动或劳累后加重，休息后减轻，曲膝位伸膝过程中疼痛明显，伸膝时用掌按压髌骨可感到掌下有摩擦感，同时疼痛加剧，髌骨两侧关节面边缘压痛，下蹲与上下楼梯疼痛明显，尤其下楼梯比上楼梯更痛为特点，X-线检查早期无异常，病久者可见髌骨软骨下骨不光滑或边缘骨质增生。

#### 4. 髌下脂肪垫损伤：

髌下脂肪垫位于髌韧带的深面，充填于髌骨，股骨髁下部，胫骨髁前上缘及髌韧带之间，起衬垫，润滑和缓冲作用，由于扭伤了，劳损及风寒湿邪的侵袭使脂肪垫局部血行不畅，失于濡养而出现无菌性炎症发生疼痛，自觉膝部酸痛乏力，伸直膝关节时疼痛加剧，

髌韧带两侧肿胀压痛，X-线检查无骨质异常改变，可见有髌下脂肪混浊现象。

#### 5. 膝关节半月板损伤：

病患者由于突然转身做膝关节急剧旋转等不协调运动，使半月板未能跟随滑动或超过其活动范围，在股骨髁及胫骨髁的关节面之间被挤住压碎或嵌顿，易产生慢性损伤，发生破裂和脱位，使膝关节疼痛，活动受限，局部肿胀或积血或压痛点不稳。

X-线检查：可排除膝关节病变及其他损伤。

#### 6. 髌腱腱鞘炎

髌腱是指髌骨下至胫骨结节的一段四头肌肌腱，在伸膝时发挥作用，多由频繁急促的半屈膝动作导致腱鞘水肿，发病后髌腱局部疼痛及压痛，上楼梯时疼痛明显，下楼梯时稍好。

#### 7. 良性膝关节炎：

膝关节感受风寒湿邪入侵或长期劳损，局部气血失和，经脉气血运行不畅，膝关节失于温煦濡养，导致膝关节疼痛，上下楼梯疼痛，剧烈运动时疼痛明显，X-线检查，无异常发现。

### 五、中医病因病机

#### 1. 年龄因素：

膝关节疼痛属于“痹症”范畴，中医认为“诸筋皆属于节”，“膝乃筋之府”，“肝主筋肾主骨”，“食气入胃散精于肝，淫气于筋”，说明膝与筋，肝肾胃及气血有密切关系，但其发生和发展有一定的规律性。

膝关节疼痛之病因是年老肝肾亏虚。因肾藏精，主生长，生殖，肝藏血主筋，人到中老年天葵耗竭，肾气由充盛而逐渐衰弱，气血亏虚，肾精肝血不足，脏腑气血生化无源，气虚而无以运血，血行缓慢，滞而成瘀，血亏脉细液少，经血不布，血络不能输渗津液，濡润筋骨，膝关节失养作痛而发骨痹。

## 2. 气候因素:

因气候变化, 风寒湿三邪外袭, 血络受寒了, 阴寒凝聚, 血络收缩, 气血稽迟, 闭塞不通, 不通而疼痛。正如《素问·举痛论》所云: “寒气入经而稽迟, 泣而不行, 客于脉外则血少, 客于脉中则气不通, 故卒然而痛”。

寒气客于脉外则脉寒, 脉寒则缩倦, 缩倦则脉拙急, 则外引小络, 故卒然而痛。

3. 劳损因素: 《灵枢·营卫生会篇》曰: “老者之气血衰, 其肌肉枯, 气道涩”。“行走负重过多, 劳则伤气, 气虚而动力不足, 使原本流通不畅的络脉更加瘀滞, 关节及其周围软组织缺氧, 代谢产物瘀滞所致疼痛重。

## 中医分型与辨证论治

临床根据病邪偏胜和症状特点分为风湿湿阻型, 风热湿蕴滞型, 痰瘀痹阻型, 肝肾亏虚型, 气血虚衰型等五大类, 又风, 寒, 湿, 热, 痰, 瘀, 气血各种因素虽有偏胜, 但又相互结合, 互为因果, 必须在辨证的基础上分清主次, 进行治疗, 对于新病和久病, 均应全面分析, 辨证取穴。

### 1. 风寒湿阻型

主证: 膝关节疼痛酸胀, 不红不热, 局部畏寒, 遇寒加剧, 得温则减, 形寒怕冷, 口不渴, 舌淡有齿印, 苔白或白腻, 脉细或濡细。

治则: 温经散寒, 佐以祛风除湿。

取穴: 膝眼, 鹤顶, 血海, 梁丘, 阴陵泉, 阳陵泉, 足三里。如阳气不足, 阴寒内盛患者可加补关元穴。

操作: 用直径0.3mm长度40mm毫针刺入穴位, 行提插捻转手法, 留针30分钟, 10分钟捻转一次, 可加神灯照射或加艾炷于针柄燃之, 十次为一疗程。

### 2. 风热湿蕴型

主证: 膝关节红肿疼痛, 局部按之热, 喜凉恶热, 皮肤红或伴有发热, 多汗, 心烦口

渴, 尿黄, 便干, 舌红苔黄或黄腻, 脉滑数。

治则: 清热利湿, 祛风通络。

取穴: 侠鼻, 梁丘, 阴陵泉, 阳陵泉, 偏于热盛者可针泻曲池, 内庭或解溪。

操作: 用直径0.3mm长度40mm毫针刺入穴位, 行提插捻转手法, 留针30分钟, 10分钟捻转一次, 十次为一疗程。

### 3. 痰瘀痹阻型

主证: 膝关节疼痛日久, 固定不移, 入夜尤甚, 呈肿胀或呈鹤膝状, 屈伸不利, 膝关节僵硬, 皮肤色紫暗, 按压疼痛甚, 皮下可有硬结, 舌暗红或有瘀斑或瘀点, 苔白腻或厚腻, 脉细涩。

治则: 化痰祛瘀, 活血通络。

取穴: 血海, 梁丘, 膝眼, 阴陵泉, 阳陵泉, 委中, 曲泉加丰隆, 三阴交, 化痰祛瘀(用泻法)。

操作: 用0.3mm(直径)长度40mm毫针刺入穴位, 行提插捻转手法, 留针30分钟, 10分钟捻转一次, 十次为一疗程。

### 4. 肝肾亏虚型

主证: 症见膝痛无力, 膝关节不稳, 关节变形, 如膝内翻或髌骨外移, 关节肿大, 步态摇摆, 行动不便, 舌淡苔少, 脉沉细。

治则: 补肝肾, 强筋骨, 佐以疏经通络。

取穴: 膝眼, 足三里, 阴陵泉, 三阴交, 鹤顶, 曲泉加补肾俞与太溪穴。

操作: 用0.3mm直径, 长度40mm毫针刺入穴位, 行提插捻转手法, 留针30分钟, 10分钟捻转一次, 十次为一疗程。

### 5. 气血虚衰型:

主证: 因气血不足, 导致肌肉萎弱, 膝软无力, 行走不稳为主, 疼痛缠绵不休, 劳累加重, 休息减轻, 久站久行及上下楼梯疼痛加重, 不负重则疼痛减轻, 面色苍白, 心悸眩晕, 气短乏力, 舌淡苔白, 脉弦细。

治则: 益气养血, 滋阴生津, 强筋健膝。

取穴: 取内膝眼, 阴陵泉, 阳陵泉, 血海, 梁丘, 膝阳光, 加合谷, 三阴交, 足三

里以补益气血。

操作：取0.3mm直径，40mm长度毫针，提插捻转进针，留针30分钟，10分钟捻转一次，十次为一疗程。

### 病案举例

#### 病例1

林xx男性，60岁

主诉：病人二年来，两膝关节酸软乏力，疼痛，夜间尤其严重，影响睡眠，行走无力不稳，膝关节凉困沉重，久站久立，上下楼梯疼痛加重，面色苍白，眩晕，精神不振，气短，舌淡苔白，脉细。

主证：气血素虚，寒邪入侵，痹阻膝关节。

治则：补益气血，温经散寒，强筋健膝。

取穴：针取膝眼，血海，梁丘，阴陵泉，阳陵泉，针补三阴交，足三里，可照射神灯于膝部。

效果：五诊后双膝已明显好转，但膝仍乏力，十二诊后，膝关节乏力及疼痛已愈，其余各项亦有减轻。

#### 病例2

陈女士：68岁 女性

主证：双膝关节疼痛三年，反复发作，加重二月，病人双膝关节肿胀，左膝较严重，膝关节活动时摩擦响声，行动缓慢不方便，屈伸疼痛，X线片显示膝关节间隙变窄，骨端有骨赘形成，舌质紫暗，舌苔白，脉沉涩。

辨证：患病日久，痰瘀停滞，经络气血阻滞。

治则：化痰祛瘀，驱邪通络。

取穴：针膝眼，鹤顶，三阴交，丰隆，阴陵泉，阳陵泉。

可照射神灯于膝部。

效果：十诊后，膝关节肿胀消失，膝关节活动增强，二十诊后，摩擦响声减轻，行

动方便。

#### 病例3

李女士：女性，60岁

主证：双膝酸困已数月，近日加剧，双膝酸痛无力，劳累后加重，下楼时有酸痛发软的现象，曾服西药止痛但无效，停药后加剧，髌骨两侧关节面压痛，伴有腰痛，肢寒怕冷，舌淡苔白，脉沉弦。

辨证：肾阳不足，寒邪侵袭，停滞关节之肾虚寒型。

治则：补肾助阳，温经散寒。

取穴：针刺委中，膝阳光，阳陵泉，梁丘，血海，膝眼，可加取太溪，肾俞以补益肾精以治其本，可照射神灯于膝部。

效果：十诊后双膝酸痛明显减轻，二十二诊后，酸痛发软现象已愈。

### 小结

膝关节疼痛是属于中医之“痹”证，是由于经脉气血在膝关节处痹阻不通的病理现象，中医认为人体经气血经脉痹阻不通则痛，通则不痛，气血肝肾内虚和真阳不足是致痹的内因，风寒湿热外袭及劳损是致痹的外因，经络气血痹阻是膝关节疼痛的基本病变，治疗时应以近部与有关脏腑穴位，辨证选穴，标本结合治疗。如委中穴治膝关节酸软，膝阳光，阳陵泉治膝肿痛，梁丘属足阳明胃经的郄穴，多气多血，故有行气活血之功，血海属足太阴脾经，有行气活血之功效，鹤顶，膝眼能疏通局部气血。膝关节患病日久，经络失畅，气血痹阻，津液结聚成痰，气血不畅成瘀，故应泻三阴交以行血化瘀，如肾气亏虚，寒痹膝关节应针补元穴以扶正固本为主才能达到治疗的目的，良好的疗效。

# 麻杏石甘汤 治疗鼻咽癌初探

鼻腔

鼻咽部

新加坡·曾玉珠

**鼻**咽癌是指发生于鼻咽腔顶部和侧壁的恶性肿瘤。世界卫生组织调查报道，全球有80%的鼻咽癌患者在中国，发病年龄由20多岁开始，逐渐上升，45至60岁为最高峰。鼻咽癌有明显种族差异，好发于黄种人(中国、印度尼西亚、马来西亚、泰国、越南、菲律宾)，白种人少见。常见临床症状为鼻塞、涕中带血、耳闷堵感、听力下降、复视及头痛等。鼻咽癌大多对放射治疗具有中度敏感性，放射治疗是鼻咽癌的首选治疗方法。但是对较高分化癌，病程较晚以及放疗后复发的病例，手术切除和化学药物治疗亦属于不可缺少的手段。统计数字表明鼻咽癌治疗后5年生存率I~II期在60%以上，III~IV期则只有20%~40%。鼻咽癌不经任何治疗，自然生存期因人而异，平均为18.7月，IV期者自然生存时间为7~9个月。鼻咽癌放疗后的综合治疗五年生存率为50%，预后与性别、年龄、肿瘤细胞的病理类型、临床分期、临床分型及放疗方式有关。而放疗后的局部复发和远处转移，是病人死亡的主要原因。

临床上有很多鼻咽癌患者经过放疗后，除了常见的唾液腺受破坏影响唾液的分泌出现口干舌燥外，有不少患者也被鼻涕，多为黄浓稠涕所困扰，因此，他们必须早晚用西医所给的外洗药清洗鼻孔。尽管如此，鼻涕仍然很多。而中药方面，单纯应用疏通鼻窍，清热解毒，化痰利水的药物，在颗粒复方方面如鼻渊汤之类再加味的药物，效果不显。

在一次偶然下，看到黄新发方<sup>[1]</sup>(保和丸合

麻杏石甘汤)治疗食积化热生风，上扰肺窍的鼻子过敏，当中提到麻杏石甘汤宣肺清热，通窍止涕，以宣肺通窍为长。心想鼻咽癌患者鼻塞的这种应该归类在鼻炎的范畴，就取黄教授所言“麻杏石甘汤宣肺清热，通窍止涕”中“通窍止涕”的功效试试看吧！果然我在几位病人的方中加了麻杏石甘汤后，他们都反应鼻涕减少，有的还反应是明显减少，色也较淡，口干也有改善。

病例1：女，56岁，患者得鼻咽癌，于12/2011-1/3/12行放疗33次，达完全缓解。自6/6/12初诊自述鼻塞青黄涕多，给通鼻窍，清热解毒，化痰利水的药，再加用西外洗药，虽鼻涕有减但并不明显。后来，我在方子里加了麻杏石甘汤，复诊时说鼻涕明显减少，颜色也较淡了。由于患者不经常回来复诊，故每当她来复诊，我比较放心守方(因怕麻杏石甘汤服多会伤胃)，共用了连续3诊X8天的药。在最近的复诊，为了判断不用麻杏石甘汤的效果而暂停使用，而其结果亦有待患者复诊时才能知道。以下是患者10/4/13来诊时应用麻杏石甘汤加味，辨证是气阴两伤的颗粒处方，以供参考：

麻杏石甘汤合剂1包 + 西洋参1包 + 白术1包 + 茯苓1包 + 天花粉1包 + 车前子1包 + 半枝莲2包 + 胆南星1包 + 莪术1包 + 陈皮1包

病例2：女，41岁，患者于10/2010诊断患有鼻咽癌，在4/2011完成15次放疗，达完全缓解，之后在他处中医调理。经朋友介绍，20/2/13转来看我，每周复诊至今。22/5/13

复诊时，患者鼻音很重，告知已停西医喷鼻剂，现鼻塞涕青/白，咽中有痰粘白带咸味，口干，余无不适。患者舌淡红紫胖苔薄腻脉细弦数，辨证气阴两虚。我应用麻杏石甘汤加味治疗，处方如下：

麻黄9g 苦杏仁10g 生石膏25g 甘草5g 车前子12g 胆南星10g 浙贝母12g 桔梗10g 党参25g 白术15g 茯苓12g 苍耳子10g 白花蛇舌草25g 陈皮10g 土茯苓20g X7天

患者29/5/13复诊时鼻音明显减轻，咽中已无痰。由于觉得麻杏石甘汤加味治疗效果还不错，因此在此基础上加减应用，至12/6/13患者来诊，虽反应鼻音、鼻涕量及口干都有改善，但由于正逢月经期，我改了方子，没有用麻杏石甘汤。

麻杏石甘汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治》：“发汗后，不可更行桂枝汤。汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤。”用于治疗太阳病变证，即太阳病经发汗或下后，“汗出而喘，无大热者”，为外邪入里化热，邪热壅肺，肺失宣降之证。方中麻黄宣肺平喘、解表，石膏清泄肺热，共为君药，石膏用量大于麻黄，两药合用，有宣泄肺热的作用。杏仁降气平喘为臣，甘草益气和缓、调和诸药，为佐使。全方具有宣肺清热，止咳平喘之功效。依现代医学术语则能治疗急性支气管炎、大叶性肺炎、百日咳、小儿痉挛性喉炎、荨麻疹、鼻炎等病症。李秋贵教授<sup>[2]</sup>临证应用麻杏石甘汤加味治疗外感咳嗽、病毒性肺炎、鼻炎、咽炎等病证取得满意疗效；刘巧平、刘建华<sup>[3]</sup>应用麻杏石甘汤治疗鼻科疾病，张步桃<sup>[4]</sup>与张启明<sup>[5]</sup>教授应用它治疗过敏性鼻炎，取得较好效果。

麻黄<sup>[6][7][8]</sup>辛、微苦，温，体虚自汗、盗汗、虚喘及阴虚阳亢者禁服。它发汗力较强，故表虚自汗及阴虚盗汗，喘咳由于肾不纳气的虚喘者均应慎用。本品能兴奋中枢神经，多汗、失眠患者慎用。麻黄碱可兴奋心脏、收缩血管、升高血压，兴奋中枢神经作用。有研究

显示，麻黄副作用的风险和不利的影晌似乎是在加强与先前存在的疾病，如心脏病，高血压条件；心率失常，甲状腺疾病，低血糖，青光眼，焦虑；嗜铬细胞瘤，糖尿病，肾脏疾病或肾石头，精神疾病或精神疾病史，前列腺肥大，脑供血不足和癫痫发作，中风或短暂性脑缺血发作史。有这些问题的人士，应避免麻黄。

石膏<sup>[9][10]</sup>辛、甘，大寒。归肺、胃经。有清热泻火，除烦止渴，收敛生肌的作用。它属大寒之品，易伤阳气。用量过大，服后会出现疲倦乏力、精神不振、胃口欠佳等情况。脾胃虚寒及血虚、阴虚发热者忌服。

鼻咽癌患者被鼻涕，多为黄浓稠涕所困扰，临床可规纳在鼻炎范畴，因此应用麻杏石甘汤加味治疗是可行的。但患者经过放射治疗后，热毒伤阴，局部焦枯、纤维化，有些患者则因为素体脾胃虚弱，加上放射线导致脾胃更伤，应用此方时要格外注意麻黄的温热之性，以免火上加油，同时也要考虑患者是否有心功能不全的问题，更要注意石膏的寒凉之性，以免胃气更伤，并且也不可忽略放疗后益气、养阴液、活血、清热解毒的重要。

目前，我应用麻杏石甘汤的数个病例都是完成放疗已有一段时间，同时也刚尝试应用。对于麻杏石甘汤可以什么时候开始用，能连续应用多久，麻黄与石膏的适当用量是什么，其远期疗效如何等等问题，还有待进一步探讨。

## 参考资料

- [1] 网络:张步桃—360Doc个人图书馆
- [2] 常婧舒, 石杨. 李秋贵应用麻杏石甘汤验案. 世界中西医结合杂志. 2013, 2(8):116-117
- [3] 刘巧平, 刘建华. 麻杏石甘汤在鼻科的应用体会. 北京中医药大学学报(中医临床版). 2012, 19(4):55-56
- [4] 网络:麻杏石甘汤(气喘、头皮疹、鼻炎、遗尿与尿闭)作者: 张步桃
- [5] 网络:麻杏石甘汤化痰治疗过敏性鼻炎张启明中医工作站
- [6] 网络:麻黄的副作用-中药网
- [7] 网络:麻黄\_互动百科
- [8] 网络:麻黄\_中药材\_中医世家
- [9] 网络:石膏\_互动百科
- [10] 网络:石膏\_医学百科

# 黄斑水肿 从痰瘀论治浅谈



北 京·韦企平

**黄**斑水肿是多种眼病的共同眼底征象，不仅常见的黄斑本身疾病如中心性浆液性脉络膜视网膜病变，中心性渗出性脉络膜视网膜病变及年龄相关性黄斑变性可有明显的黄斑水肿；葡萄膜炎，部分视神经疾病，眼外伤，内眼手术后，炎性或特发性黄斑前膜，甚至药物中毒后均可出现黄斑水肿；尤其是临床上日渐增多的视网膜血管性病变如糖尿病视网膜病变，视网膜静脉阻塞，视网膜血管炎等，其导致视力严重下降的最常见并发症是黄斑水肿。对待黄斑水肿除针对其促发水肿的原发眼病积极防治外，如何减轻和尽早消除黄斑水肿是当前眼科界普遍关注并研究的热点。近年国际上流行的主要针对眼底血管性疾病并发的黄斑水肿用药，如抗血管内皮生长因子(VEGF)贝伐单抗(Avastin)及兰尼单抗(Lucentis)等相对有效的药物在国内短期内仍无法推广应用。激光光凝，经瞳孔温热疗法(TTT)、光动力疗法(PDT)，曲安奈德(IVTA)玻璃体内注射及依据不同病情上述几种治疗的优选联合应用等均有治疗成功的大量文献报告，但不同疗法

各受其适应症及患者条件所限，且大多治疗仅能短期减轻黄斑水肿，缓解病情，需重复治疗。近年接诊数例因视网膜血管病变导致黄斑水肿的患者，均在不同医院多次重复眼内或眼周注射VEGF或IVTA，治疗不久后黄斑水肿又加重。近些年，笔者根据中医理论和辨证论治，借助现代仪器OCT等延伸眼底望诊的客观评价，对黄斑水肿试从痰瘀理论治疗，辅助理气，燥湿利湿中药，取得较好疗效。现和同道探讨如下。

## 1. 中医有关水肿的基本认识

中医认为水肿是由于脏腑对水液宣化输布功能失调，导致体内水湿停留，泛滥肌肤，引起头面、四肢、腹部，甚至全身的浮肿。多与肺(通调水道)，脾(运化水湿)，肾(气化蒸腾)三脏功能失常，三焦水道不利有关。水湿停滞主要表现为痰、饮、水肿等，临床常将痰饮相提并论，痰饮合称作为病名始见于《金匮要略》，是指脏腑津液代谢失常，水液流走停蓄

于体内某一局部所导致的病症。广义的痰饮可分痰饮(水饮走胃肠)、悬饮(水饮留胁下)、溢饮(水饮归四肢)及支饮(水饮聚胸膈);从形质上稀薄和稠粘来分,又有所谓“水聚为饮,饮凝为痰”,之说。

## 2. 中医对黄斑水肿的认识

作为水液代谢障碍引起的局部病理产物同样可能停蓄于黄斑区。现代医学已认识到,黄斑水肿是许多疾病导致血-视网膜屏障破坏后的共同病理结果和临床征像,即液体在视网膜细胞间积聚,可起因于代谢的改变、缺血、局部流体力学或机械力的改变、炎症、药物毒性或以上因素的联合作用<sup>[1]</sup>。因此,黄斑水肿作为有形之液体渗漏积聚可以等同于痰饮之患。鉴于临床所见黄斑水肿大多由糖尿病视网膜病变或视网膜静脉阻塞引起,前者是终生为患;后者自然病程要半年(分支静脉阻塞)或1年(中央静脉阻塞),如无任何干预治疗,黄斑水肿可随自然病程长期并存,通常要1~3年后才自然缓解。而临床观察,黄斑水肿持续3个月后即可对中心凹区的光感受器产生不可逆性损伤,从而丧失中心视力。说明黄斑水肿是个病程长,病情顽固,又需早治,坚持治的难治性病症,笔者所见许多视网膜静脉阻塞疾病经适宜的综合用药和激光治疗,甚或多次抗VEGF眼区用药,虽眼底出血完全吸收,亦未发生新生血管性青光眼类更危重的并发症,但终因黄斑水肿导致黄斑变性使视力丧失,实属遗憾。

## 3. 黄斑水肿从痰瘀论治的中医理论

叶桂在《临证指南医案》中将痹证、积聚、症瘕及痛证等疑难、幽深、久耽之疾称为络病,其中又以“痰凝血瘀”者居多,论治多从化痰祛瘀通络着手。东汉张仲景首先在《伤寒杂病论》中将痰瘀同治之法运用于临床,书中所载治疗胸痹心痛的瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌

薤白半夏汤及枳实薤白桂枝汤等无不体现其化痰祛瘀,温通血脉同治顽症的立法。“久病多瘀”,“顽病多痰”,痰瘀互结,相兼为患的病症多病程缠绵,顽固疑难,难有速效,更难以治愈。黄斑水肿即属于该类顽固难愈之患。通过眼底望诊,尤其是经OCT证实的黄斑水肿是水液积聚留蓄于黄斑区视网膜神经上皮或/和色素上皮下,可理解为眼底狭义的痰饮。近代名中医陈达夫先生在其《内眼组织与脏腑经络相属》中指出:视网膜黄斑区属足太阴脾经,同时应兼顾视网膜所属的足厥阴肝经。内经《素问·病机十九条》有“诸湿肿满,皆属于脾”之言。迄今临床上大多医家治疗黄斑水肿也多从健脾利湿着手。笔者认为,在借助必要的西药或激光治疗引起黄斑水肿的原发病时,中医治疗应着重调理脾肺肾三脏和气血两途,而祛痰化瘀消肿法应贯穿始终。“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,脾气虚或脾阳不足,则水谷不化,不能升清降浊,聚湿生痰成饮。肺主宣发、肃降、通调水道,若“肺气虚,则不能水精四布,而浊瘀凝聚”。肾主水液,作为水火之宅,肾的阴阳协调,开阖适度,能确保水液的正常代谢和平衡,反之则水液输布排泄紊乱,出现痰饮、水肿。朱震亨在《丹溪心法·痰》中首次提出“痰挟瘀血,遂成窠囊”,其治病多以气、血、痰为重。因气滞可致痰瘀,气虚亦可造成血瘀和水停,故该书指出:“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身津液亦随之而顺矣”。气能行津,鉴于气、血、津液间相互生成和转化的关系,自古有“气行水亦行”(《血证论》),“气行乃血流”(《素问·五脏生成论》)之言。此外,痰饮病因虽主要涉及脾肺肾三脏,但无论是脾阳不振,肾阳不足,还是肺气失宣,其阳虚不运为病之本。张仲景在《金匮要略》中提出:“病痰饮者,当以温药和之”,以此作为广义痰饮的治疗原则,但痰饮有寒化,热化两途,又可因气滞、血瘀、寒凝、湿聚或火热煎熬所致或促发,故该书中仅言“当以温药和

之”，不谈“当以温药主之”，足见其审因辩病泾水分明，理至义晰。

### 4. 黄斑水肿的治法和方剂

从前述中医理论，结合自己多年临床实践和借助OCT、FFA等现代眼底望诊微观化的疗效观察，笔者提出无论哪种病因所致黄斑水肿，祛痰化瘀消肿为其基本治则，可首选加味苓桂术甘汤(陈皮15g，泽兰12g、茯苓各12g，桂枝9g，白术、炙甘草各6g)，临证再据症化裁方药。笔者在临床上凡遇血管性眼病所致黄斑水肿患者，在眼底辩病基础上结合全身辨证，大多以该方为基础化裁加减，服药2~4周后，经眼底和OCT检查黄斑水肿多有减轻，中心视力亦有提高或不再下降。该方中的苓桂术甘汤是《金匱要略》所载温阳化饮的代表方。方中重用茯苓健脾渗湿，祛痰化饮为主药；桂枝既可温阳化饮，化气以利水，又能调和营卫，温经通脉，还兼平冲降逆，与茯苓相配，作为辅药既有温化渗利消黄斑水肿之功，又作为佐药有助于泽兰活血化瘀通络；再佐以白术健脾燥湿，脾运健旺，水湿易除；泽兰活血化瘀有利痰消，又兼行水消肿；陈皮虽属佐药，但重用15g，辛开苦降，温通脾肺两经，意在理气通降，使气顺痰消；炙甘草补脾益气，润肺和中，兼可调和诸药，虽为使药，但不可或缺。全方功在温化痰饮，利湿消肿，仅六味常用中药，且药性平和，对顽固难消的黄斑水肿可长期服用。若黄斑水肿隆起明显，可重用茯苓和白术25~30g，并再加生黄芪补气升阳，利水消肿；薏苡仁淡渗利湿消肿。如黄斑区出血，渗出多，应加白茅根凉血止血，利尿消肿；三七粉止血散瘀又消肿。如已有黄斑囊样水肿或水肿虽减轻，但视力低下或反降，说明已有黄斑感光细胞的损害变性，应在该方中加用女贞子、枸杞子、决明子类补肾清肝明目药。当然，在中药调治中，针对西医病因或可能出现严重危害视力的并发症如黄斑牵拉性

前膜，黄斑新生血管时，应中西医协同配合治疗，争取最好的视力预后。

### 参考文献

陈有信主译. 视网膜血管性疾病. 北京: 科学出版社(第一版), 2011, 321.

# 医师的正心念、正语言 对病人也是一种治疗

新加坡·李明姝

在我还没有正式成为中医师之前，有一位前辈非常认真地问我：“你觉得语言对疾病的治疗有影响吗？”当时的我，略为思索后回答：“语言在一定的条件下，对人的心理与生理都会产生重要的影响。我们听到好消息，就感到喜悦，身体也会感到有精神；听到坏消息，心情抑郁，面色苍白，甚至血压上升，脉搏加快，引起疾病。更不用说心理或者精神方面的疾病，心理医生更是用语言当作药物对病人进行治疗。”那位前辈对我笑笑说：“方向是对的，不过还不全面也不深入，以后继续观察吧。”

带着这个问题，我在这些年的临床工作中，有心地学习、观察着我们医师的语言对病人疾病的疗效。下面，我把我的心得总结出来，分享给大家。

## 一、正语言对疾病的治疗有效

几年前，我有幸知道了一本享誉世界的书——《水知道答案》，在这本书里，来自日本的

江本胜博士，带领他的研究团队，通过10多年的精心研究，在几百万次的试验之后，取得了震惊世界的研究成果。江本胜博士还被邀请到联合国进行专题报告，主题就是世间万物都是可以沟通的，人类的想法决定着周围的环境，人类心里的念头，说出来的话，对水都有着非常明显的影响。

例如，当研究员在实验水两边放上音箱，让水“听”音乐时，虽然是来自同一源头的水，但听了贝多芬《田园交响曲》的水，结晶美丽工整；而听了莫扎特《第40号交响曲》的水，结晶则展现出一种华丽的美；另一方面，听了激烈杂乱的摇滚乐后，水结晶就显得丑陋。研究员进而在装水的瓶壁上贴上不同的字或照片让水“看”，结果不管是哪种语言，看到“谢谢”，“我爱你”的水，结晶非常清晰地呈现出美丽的六角形；看到“混蛋”或者“烦死了”等恶意语言的水，结晶则破碎而零散。

我本人上个月，也就是2013年8月在泰国做义工时，也亲自参加了一项类似的试验。我

们把三碗从同一个锅里盛出来的米饭放在教室里，一个碗上写着“谢谢你，我爱你。”另一个写着：“讨厌你，恨死你。”另一个碗上什么也没写，5天以来，就在我们所有参与者的面前，这三碗米饭逐渐地显现了不同的结果：写着“谢谢你，我爱你。”的那碗米饭5天以后生了一点黄色的霉；写着：“讨厌你，恨死你。”的那碗米饭生满了各种颜色的霉，简直让人恶心；第三碗什么也没写的也霉得比较厉害，以黑色为主。

这个实验我们请工作组拍照并摄影了，几百位同学同时见证了语言对米饭的影响，这些米饭是煮熟了的，含有很多的水份。正如江博士的研究所指出，水在感受到了美好与善良的感情时，结晶就显得十分美丽；当感受到丑恶与负面的情感时，水结晶就显得不规则甚至是丑陋。

人体，超过70%的成份是水，这些水，知道健康与疾病的答案，所以人类疾病中70%以上的是心因性疾病，是“七情致病”，这一点，在现代社会表现得尤其明显。现代人类普遍的情绪急躁、缺乏耐心、容易激动、竞争性强等都可以导致肉体上的疾病。所以，当这类病人来求诊时，他们身体里的水结晶都是扭曲的，变态的，甚至是丑陋的。而我们医师的职责，就是要用好的信息，帮助他们的水结晶恢复原本健康的六角形态。

针灸和药物都是有能量的，对调整病人身体有很大的帮助，所以我们要不断地提高自己的医术，以准确的诊断，到位的针灸和用药来帮助病人。另外，可以加强疗效的，是我们的语言。例如，与“抗生素”、“灭菌”、“杀死病变细胞”等“科学”提法不同的是，中医是很少用到“杀”字的，也不提“抗”，我们可以祛风散寒，可以发汗解表，可以和解少阳，还有清热解毒，疏肝理气，活血化瘀，扶正祛邪等等，来看去看，大都没有要与大自然对抗的意思。中医自古讲求“和谐”，顺应、和解、调养是中医治法的精华，我们的祖先在

为中医治法命名时都是有大智慧的。

中医的古圣先贤早就认识到，只有良好的心念才能更快地改变病人的病气场。大家常说：“心病还须心药医。”《备急千金要方·养性序》中说到：“性既自善，内外百病，皆悉不生。”《大医精诚》中也强调：“夫大医治病，必当安神定志，无欲无求，先发大慈侧隐之心，誓愿普救含灵之苦。”“夫为医之法，不得多语调笑，谈谑喧哗，道说是非，议论人物，炫耀声名，訾毁诸医，自矜己德。”在临床中，大家都可以见证，热情、慈祥、积极的医师，容易建立良好的医患关系，取得良好的综合疗效；而用语比较冷漠，面部表情严肃的医师，病人的数量其实可以更多。

综上所述，立身中正的大医、良医，要救治病人，除了医术精湛外，语言也必须充满正能量。语言是一种特殊的力，一种波，一种能量，水知道答案，正语言对病人有疗效。

## 二、正心念对疾病的治疗有效

思维是我们身体内部的语言，是看不见的语言。根据目前风行全球的‘吸引力法则’（就是正思维吸引正信息、正能量、正事件；负思维吸引负信息、负能量、负事件。），思维是有能量的，心念可以改变自己和别人身上的磁场。

我的确观察到，古往今来，但凡能够称得上良医、神医之医师，无一不是为人正直、待人真诚的；而那些“混碗饭吃”、或走偏门的医师，即使用着与大家相同的药物或者昂贵而高级的药物，病人的普遍疗效总是还有可以提升的大幅空间。说到我自己，在有的诊所里，同事间关系融洽，整天有说有笑，医风也很正，我们的病人不仅数量多，而且疗效好。隔天换到另一间诊所，气氛令人不快，我的杂念和抱怨很多，使用同样的药物，病人的疗效却落差很大。我自己也很奇怪，同一个医师，同样的药物，只是我的心情不同，为什么治疗同

样的病症会得到不同的结果？这不一个人两个人或者一天两天的现象，是多年来的真实体会，不知大家也有同感吗？

除了医术，医师的心情和心念也会影响疾病的治疗效果吗？

西方的科学家研究了三百年，想找出物质的本质，当他们探索得愈深，就愈感到迷惑——因为，他们简直无法相信，在物质的里面竟然什么都没有。现代量子物理学有一个最伟大的发现，那就是“物质就是能量”。它向我们揭示，物质只是能量的一种形式，这世界上万事万物都是由能量所形成的，不管是石头、木头、桌椅，还是人体的各个部分。我们的身体看起来好像是由固体物质所构成，而这些固体物质又可以分解成分子和原子，然后随着科技手段的发展，发现原子还有更小的粒子。而每一个粒子的内部有99%是空的，其间是以闪电般的速度穿梭在这些空间中的次原子，这些其实是一束束振动的能量。因此物质的本质并非物质，而是能量。

所以，随着西方科学的进步，西方的学者们发现他们越来越靠近东方古老的哲学和宇宙观，他们的研究更像是为“东方玄学”找到了各种现实依据。

江本胜博士还在联合国的大会上，放映了一个试验，几百个人在几千公里外一起向一瓶东京的自来水发出爱与祝福的信息，结果这瓶本来结晶很可怕的水在接受了这些良好的信息后，结晶变得清晰而美丽。另外，也有用祝福来成功清洁了日本第一大湖泊——琵琶湖的例子。这些足以证明，人类爱心的力量，不但可以超越时间，还可以超越空间，可以让已经生病了的水变回清洁。

那么，我们有爱心的医师们，也就应该，也就可以，用我们充满爱心和智慧的语言去影响病人身上的细胞，通过我们在问诊中，在谈话中，在医嘱中，有意识地引导病人的思想走向积极、有信心、康复、感恩、珍惜、关爱等正面的思维，给他们身上那超过70%

的水注入新的生命力量，从而帮助他们更快地康复。

同时，当我们用善的语言，用正思维的正能量来帮助病人的时候，我们自己身上的那70%的水也受到了清洁，我们自己也接受到了温暖的祝福。

从今年5月开始，中国内蒙古科右中旗济困人民医院开展了“善心工程”，宗旨是“善思、善意、善行、善心、善身、善命、善家、善国、善世界。”在医院，从天花板到墙壁，都贴着很多激励大家、祝福大家、启示大家或关爱大家的话语，所有医务人员，也都自发地用积极的语言和行动来救助病人，取得了很好的效果。这在将来，也很可能会成为中医院可以考虑的一种救助环境。

敝帚自珍，以上的分享敬供大家参考，用以抛砖引玉。

最后希望大家坚定对中医文化和技术的信心，科学越发达，人类就会越发现我们传统医学的惊人价值。祝福大家健康快乐，灿烂成功！

# 《伤寒论》

## 第十九条逗点的争议

### 仲景学术研究组资料

新加坡·何和松

《伤寒论》第十九条条“喘家，作桂枝加厚朴、杏子佳”。一句简短的条文，引来千多年的争论不休，为的是一个逗点的标定。

《伤寒论》好多条文，都存在同样的标点的争论，读《伤寒论》就是存在这样一个伤脑筋而有趣的争议处，给予伤寒论带来了广大的思维空间，行成种不同学派的论说，各持己见，以致争论不休，各说各话，版本有别。古代文章，没有严格的标点，以致后人随心所欲，按自己的认知而标定，这就产生了争论根源，可说是古中华文化中的存在的特色。第十九条条文也就是在这样的历史背景下的产物。

这条文的标点定位就出现两个版本，一个是如文首所见的“喘家，作……”，另一是“喘家作，桂枝加厚朴、杏子佳”。两者都可读得通。可是，一个小小的逗点，整个条文的理解出就出现了分歧。如何去理解这个条文的含义？“家”，是张仲景经常对于某一类病号的特定分类法，如淋家、亡血家、衄家、汗家、湿家、失精家、冒家……等等，喘家是指宿有喘或哮喘的患者。再回来看第一个断句法，很清楚地指出了，宿有喘的病号，发作或出现桂枝证的病况，加上厚朴和杏子(杏仁)是最佳的配伍。也就是说，桂枝汤配伍了厚朴和杏仁，对于喘家，在患上了外感风寒同时，不

只有治疗同时起作预防的作用。第二个断句法理解，“喘家作”，喘家发病的时候，桂枝汤加厚朴和杏仁是最佳的配伍，这样的解析，存在了很大的争议性。

按第二个断句法所存在很大的争议在于，《伤寒论》病篇中对喘的处理喘有很好的论述，太阳病篇中就有四见，麻黄汤证与小青龙汤证的喘咳，是无汗而喘或喘咳；麻杏石甘汤证有“汗出而喘”，并伴有口渴，痰粘，苔白干，舌质红；葛根汤证则有“喘而汗出”，必伴下利，口渴。此外，少阳病喘而咳；阳明病有喘无咳；少阴病则有咳有喘，这说明了喘在不同的病况都有不同的处理法则，不可一概而论。以此类推，第二个断句法显然不符合张仲景的理论和治疗法则。因为，喘家发病，不可能只是以桂枝汤加厚朴和杏仁一方就可以解决的。

各个医家有其见解与观点，从作学问的角度来看，是无可厚非的，我们应该以宽广的角度，求同存异。但是，读《伤寒论》，最好还是理解仲师张仲景的原意。他最强调的是“观其脉证，知犯何逆，依法治之”，治病原则是不变的。只要符合仲师的观点与要求，则可省去不必要的笔墨之争。

# 铍针治疗皮神经卡压综合征的机理探讨

新加坡·刁吉亭

**【摘要】**皮神经卡压综合征(cutaneous nerve entrapment syndrome)是董福慧先生于2000年提出的一个新的病名。皮神经在走行过程中,由于某些原因受到慢性卡压而引起神经功能障碍,并出现一系列神经分布区不同程度的感觉障碍、植物神经功能障碍、营养障碍甚至运动功能障碍,统称为皮神经卡压综合征。铍针,为古代中医“九针”之一,现代铍针,取法于古代铍针的治疗原理,能够通过降低局部软组织的过高张力而有效地解除肌筋膜的痉挛,达到解除压迫缓解疼痛的目的。

**【关键词】**铍针;皮神经;卡压综合征;治疗学

皮神经卡压综合征(cutaneous nerve entrapment syndrome)是董福慧先生在针对颈肩腰腿痛患者进行了长期的临床观察,反复比较,分析总结后,于2000年提出的一个新的病名。本病其实是一个早已存在但未引起重视的临床常见病,常被诊断为“慢性软组织损伤”,“肌筋膜炎”,“软组织风湿”等进行治疗,因而可导致病势缠绵,反复发作,甚至久治不愈。为此,董师在综合中西医治疗技术的基础上提出了新概念的铍针疗法,并取得较好的临床效果。目前铍针疗法已

于2005年通过了中国国家中医药管理局的验收和鉴定,正在进行推广应用。本文通过回顾相关的内容和研究,对铍针治疗皮神经卡压综合征的机理进行分析探讨。

## 1. 皮神经卡压综合征

### 1.1 皮神经卡压综合征的定义

皮神经在走行过程中,由于某些原因受到慢性卡压而引起神经功能障碍,并出现一系列神经分布区不同程度的感觉障碍、植物神经功

能障碍、营养障碍甚至运动功能障碍，统称为皮神经卡压综合征<sup>[1]</sup>。

### 1.2 皮神经卡压综合征的病因

本病临床常见，但因其常无明显诱因，起病缓慢，容易忽略而转成慢性疾病，甚至造成难以解除的临床顽症。传统医学对皮神经卡压综合征的认识，在病因上认为是风寒湿热以及病理产物痰瘀为患，在病机上为正气内虚而外感风寒湿热致使经络气血阻滞。现代医学认为，皮神经特别是四肢的神经干，走行较长，当其途经某些解剖部位，如骨孔、骨性隆起、筋膜、腱性肌缘和纤维骨性管道时，易遭遇反复摩擦刺激或受压产生病理改变。这种受到慢性病理性刺激的皮神经即为卡压性神经。

### 1.3 皮神经卡压综合征的病机

皮神经卡压综合征，根据其主要临床表现，如感觉过敏、感觉减退、感觉缺失、感觉过度、疼痛等常见症状，在祖国医学中属于“麻木”、“不仁”、“痹症”、“痛症”等范畴。其发病机理主要包括：风寒湿三气杂至合而为痹；气滞血瘀络脉不畅；和痰湿为患等三个方面。

现代医学认为，当各种不良的刺激导致筋膜的表面张力增高时，通过其间的感觉神经末梢也要承受相应的张力。当这种刺激足够大时，受到激惹的感觉神经通过神经通路将引起局部肌肉的紧张和痉挛，从而导致局部筋膜的张力进一步增高，形成一个恶性循环。此时局部表现为酸胀刺痛，痛有定处，指下按之常有痛性结节或条索状物，为皮神经卡压综合征的中晚期。

## 2. 铍针疗法

### 2.1 铍针

铍针，为古代中医“九针”之一。《灵枢·九针十二原》篇中记载：“五曰铍针，

长四寸，广二分半……铍针者，末如剑锋，以取大脓”；《灵枢·官针》篇中记载：“病为大脓者，取以铍针……六曰大泻刺，大泻刺者，刺大脓以铍针也”；《灵枢·终始》篇中记载：“重舌，刺舌柱以铍针也”；《灵枢·刺真邪》篇中记载：“刺痈者，用铍针”；《灵枢·九针论》篇中记载：“五曰铍针，取法于剑锋，广二分半，长四寸，主大痈脓，两热争者也”。可见，古代铍针是一种双面带刃，形似宝剑，用于排泄痈脓的外科针具。

现代铍针，是针对皮神经卡压综合征的治疗，取法于古代铍针的治疗原理，综合过去各种疗法的优缺点，结合中西医疗法采取非手术入路，而专门设计制作的一种针具。其规格为：直径0.15~0.175 mm，全长5~8 cm，针头长1 cm，针体长4~7 cm，末端扁平带刃，刀口为斜口，刀口线为0.15~0.175 mm。针柄是用钢丝缠绕的普通针柄，长约3~5 cm。治疗时要使刀口线和手柄的平面标记在同一平面上，以辨别刀口线在体内的方向。

### 2.2 铍针疗法的临床应用

铍针疗法的临床应用包括以下程序：定位，消毒，进针，松解，出针。

定位：触诊找到体表压痛点后，用指端垂直向下做十字压痕，注意十字压痕的交叉点对准压痛点的中心。

消毒：用碘伏或酒精常规消毒皮肤，其范围略大于治疗的操作范围2倍。

进针：有点刺法和弹刺法两种：①点刺法：术者一手拇指捏住针柄，另手拇指指用无菌棉球或无菌纱布块捏住针体，针尖对准皮肤十字压痕的中心，双手骤然向下，使铍针快速穿过皮肤，当铍针穿过皮下时，针尖的阻力较小，进针的手下有种空虚感，当针尖刺到深筋膜时，会遇到较大的阻力，持针的手下会有种抵抗感。根据不同的病情，进行松解针；②弹刺法：术者一手捏住套有塑料套管针

的针体, 针尖对准十字压痕的中点, 垂直下压套管, 另手的拇中指端相对, 中指指甲对准针尾, 用力弹击露在套管外的针尾, 使其瞬间穿过皮肤, 然后取下套管, 再逐层进针。

**松解:** 松解是整个治疗的关键步骤。松解的目的是减低皮神经通过的周围筋膜张力和筋膜间室内压力。所以针刺的深度以铍针穿透筋膜即可, 不必深达肌层, 这样可以避免出血及减少术后反应。根据治疗需要, 对筋膜层的松解可以采用以下几种方式: ①一点式松解: 适用于痛点局限, 定位准确的病例。铍针的尖端穿过深筋膜即可, 患者的局部疼痛常随之消失; ②多点式松解: 适用于痛点局限但定位较模糊的病例, 当铍针的尖端穿过深筋膜后, 轻轻上提, 将针退出筋膜至皮下, 稍微改变进针角度, 再穿过筋膜层, 可如此重复3~5次; ③线式松解: 适用于疼痛范围较大, 病程较长, 筋膜肥厚且肌肉张力较高的病例。线式松解其实就是沿一个方向的反复连续点刺, 形成一条0.15~0.17 cm的筋膜裂隙。

**出针:** 完成松解以后, 用持针的棉球或纱布块压住进针点, 迅速将针拔出, 持续按压进针点1~2min, 同时讯问患者的局部感觉, 一般患者原有的疼痛都减轻或消失。无菌敷料敷盖进针点, 24h内保持敷料干燥清洁即可。

## 2.2 铍针治疗的常用手法

### 2.2.1 疾刺法

主要用于针刺躯干、腰背、四肢的皮神经卡压点。医者左手拇指按压在诊断明确的皮神经卡压点的旁边, 右手用腕力将铍针按预定好的尺度直接垂直刺入卡压点, 不捻转, 不留针, 疾刺速拔的一种方法。进针深度要视病人的胖瘦及病变部位, 以及轻、中、重的不同压痛点, 因人而异, 灵活应用, 一般进针深度约为3~5 cm。

### 2.2.2 点刺法

主要用于卡压处肌肉组织较薄的头部及四肢末梢。医者左手拇指按压在诊断明确的皮神

经卡压点旁, 右手持铍针垂直在卡压点上将针尖点刺, 不留针, 轻点后即迅速出针的一种方法。一般进针较浅(不超过0.15 cm)。

### 2.2.3 刺割法

主要适用于卡压后有条索形成的皮神经卡压综合征。医者持针刺入预先选定的部位(部位一定要准确)达一定深度后, 用针头的刀刃来回划割一下, 通常划动度在1 cm左右, 以划破条索为目的, 动作要轻巧灵活, 不可粗暴。

### 2.2.4 复式手法

主要适用于卡压后有条索形成且卡压部位较深的情况。这种进针方法分为三步。第一步是采用疾刺法, 右手迅速将针刺入诊断明确的卡压部位并一次到位。第二步是采用手法辅助, 即用左手拇指在按压疾刺后, 继而更换捏拿收放弹拨等手法, 使局部组织放松, 以减少阻力, 并且初步让铍针与卡压的条索接触, 确保铍针刺入的准确性。第三步即在前两步的基础上采用刺割法, 同上。

## 3. 铍针治疗皮神经卡压综合征的机理探讨

### 3.1 皮神经卡压综合征中的软组织张力学说

皮神经广泛分布于人体周身的皮肤及筋膜中, 分布于周身的感觉神经由浅部进入深部必须穿过筋膜。当各种不良的刺激最终导致筋膜腔内压力增高时, 筋膜的表面张力必然随之增高, 通过其间的感觉神经末梢也要承受相应的张力。当肌肉紧张或痉挛时, 不但要牵动筋膜, 而且和筋膜间还要发生相对位移, 另外筋膜和皮下组织之间也要发生相对的位移。如果筋膜和肌肉、筋膜和皮下组织之间因损伤或炎症而存在着粘连和瘢痕化, 或筋膜本身和感觉神经粘连, 则这种相对的位移就可以刺激或压迫感觉神经, 从而引起疼痛。这些疼痛部位还可以有压痛、痛性结节或条索状包块, 其位置多在深筋膜层, 与周围组织界限清楚。这些组织为增生肥厚的筋膜与其下方紧张痉挛的肌肉

复合体,其软组织张力比较高<sup>[2]</sup>。铍针疗法正是基于这样一种软组织张力学说而设计的。

### 3.2 铍针治疗皮神经卡压综合征的机理

现代铍针是根据皮神经卡压综合征的特点设计研制而成的。铍针的治疗方法,与其说是松解,还不如说是减压、减张。铍针疗法相当于一种创伤较小的神经外松解术,形如气球放气而减压。通过这样一种假设来解释软组织张力造成的皮神经卡压:致密的深筋膜表面形成了一个封闭的系统,好像是充满了水或空气的气球,各种感觉神经纤维的末梢分布在这个气球的表面,当气球内的气体或液体增多,压力加大时,气球的体积增大表面张力也随之增大,分布在其表面的神经纤维末梢也被动受拉,产生了各种疼痛及感觉异常。如果应用某种方法戳破这个气球的表面,这个封闭系统的边界条件被打破,其表面张力也就降了下来。

铍针疗法就是依据这样的机制,通过其末端的锋刃,在肌筋膜皮神经卡压的部位通过各种刺、割,或复合法对其进行减张减压的。不但临床症状得到缓解,其治疗机理也可得到解释。孔捷等<sup>[3]</sup>在临床实验研究中已证实,单纯的神经外松解术可使受压皮神经的组织学和电生理学得到较好的改善,从而为铍针治疗神经卡压综合征提供了实验依据。

### 3.3 总结

松解皮神经卡压时,将铍针在压迫点做局部松解或减压使得症状明显改善,用铍针做松解时要注意保护神经和神经束的血管,有助于神经功能的康复。因此与其它疗法相比具有不需麻醉、创口小、无痛感、术中对神经周围组织的损伤少、术后神经周围形成的疤痕小、症状改善明显等优势。且铍针是用钛合金所制成,与其它金属材料相比,它具有硬度高、中温性能良好、耐腐蚀、经久耐用四个显著的优点。铍针在皮神经卡压综合征的应用,综合

了其它疗法的优点,取其长而去其短,它不但适合国内基层医疗单位的推广应用,而且作为一种针灸疗法,在海外的应用也减少了许多不必要的麻烦<sup>[4]</sup>。

### 参考文献

- [1] 董福慧. 皮神经卡压综合征的病因病机. 中国骨伤. 2003,16(2):117-119.
- [2] 赵勇,郭振芳,董福慧. 经筋痹痛与软组织张力的相关性探讨. 北京中医药大学学报. 2003,26(6):85-86.
- [3] 孙捷,陈旭辉,何建军等. 铍针治疗皮神经卡压综合征的临床研究. 中国中医骨伤科杂志. 2004,12(1):17-22.
- [4] 董福慧. 皮神经卡压综合征的治疗. 中国骨伤. 2003,16(5):308-312.

# 北京中医眼科学术经验传承研讨会报告

新加坡·林秋霞

北京中医药大学东方医院主办的“全国中医眼科经验传承研讨会”已经在2013年9月19日—9月25日在北京圆满举行完毕。

为了充分发掘重要眼科名老中医临证经验，继承和发扬名老中医的学术精华，会议邀请了国内多位眼科名老中医学术继承人进行了学术传承心得和老中医经验介绍，还特邀请了多位中国著名眼科西医和中医眼科名家作专题讲座。

中华医院眼科组林秋霞医师也被邀请在会上发表了有关中医治疗干眼症的专题讲演，将中华医院眼科组完成的干眼症科研数据做第一次的正式发布，让中国眼科界对我国中西医结合眼科的发展有进一步的认识。

这次的眼科学术会议，共吸引了马来西亚、新加坡及中华医院眼科组医师共27名医师前往北京参加会议，会议结束后留在东方医院眼科部门临床四天，度过了学习经验非常丰富的一周。



中华医院眼科组林秋霞医师发表干眼症科研数据图表



中华医院眼科组同中国眼科界国家级名老中医，中国中医眼科界韦氏眼科第四代传人韦企平教授合影。

# 出席世中联会议

新加坡·林钊华



我会代表赵英杰教授(右图右二)和林钊华医师(左图右二)出席世界中联理事会会议。

**世**界中医药学会联合会第三届第四次与第三次监视会议于2013年5月11至12日在沈阳辽宁大厦召开。会议由辽宁中医药大学负责筹办。出席会议的有来自世界19个国家的代表共70多位数，远至来自南美洲巴西。

会议由副主席兼秘书长李振吉教授主持，余靖主席致欢迎词，并阐述了世界中联为推动中医药国际化发展所付出的努力，并取得了显著的成绩，进而为世界人类的健康作出贡献。会上发表讲话的还有辽宁中医药大学党委书记贺伟先生，他热烈欢迎来自各国的代表，并祝会议成功召开。

## 本次会议主要有以下四个议题

### 审议通过第2版《中医基本名词术语中英对照国际标准》

为了适应21世纪中医学学术发展和中外学术交流的需要，此套标准是在中国全国名老中医李德新教授领导下，对2007年发布2008年由人民卫生出版社出版的第1版《中医基本名词

术语中英对照国际标准》进行一次全面系统地修订。所修订的各中医学学科等名称术语共5447条，各条目内容包括术语中英文名称、汉语拼音、英文对应词、中英文定义。可说是一项既艰巨又辛苦的工作任务。

### 讨论《世界中联十年发展规划》草案

世界中联已历经了十个年头，阵容日益壮大，对世界中医药发展影响颇具深远，目前正在热烈开展庆祝十周年纪念活动。面对未来的另一个十年的挑战，“为了进一步贯彻落实世界中医药学会联合会章程，促进中医药的国际传播，推动中医药尽早进入各国医疗服务和医疗保险体系，保障中医药在世界各国健康有序发展，维护人类生命健康”而制定了有关的规划。它对当前中医药国际化发展形势作了充分地分析总结，并指出中医药越来越受到国际医学界的关注和认可，正处于快速走向世界大好时期。但也面临着许多的难题，中医药要在国际传播还有很长的路要走。

规划以世界中医药学会联合会章程为指

导。以继承创新，持续发展；服务国际，满足需求；广泛参与，诚信自律；交流合作，共享成果等为基本原则。以“到2022年会员国数目将发展到80个国家和地区，专业委员会将扩大到80个左右，各会员单位的中医药服务能力明显改善，初步形成中医药医疗专科服务机构；中医药医疗服务被更多国家和地区纳入主流医疗服务体系和医疗保险体系；世界中联中医药国际标准被更多国家认可；中医药科学和中医药文化在世界各国得到更广泛的传播。世界中联将发展成为最具影响力、最有信誉、最有权威性的中医国际组织”为发展目标。

以巩固与加强同国际组织的联系与合作；全面提升国际中医药服务能力；积极推动中医药国际化；大力加强国际中医药教育；积极推进中医药国际学术交流；深入开展高水平中医药国际科技合作；积极促进中医药服务贸易；大力推动中医药文化国际标准；巩固和加强与各国政府的交流合作等为发展目标。以加强秘书处建设；建立理事会成员绩效评价制度；加强会员管理与服务；创新发展，合作双赢等为保障措施。整个规划客观务实，可行性高，为未来十年世界中医药的发展作出了规范，制定了措施，指明了方向。

### 讨论《世界中联国际中医药服务能力提升工程规划纲要》草案

本纲要是《世界中联十年发展规划》中的一项主要任务。它的必要性，主要基于国际中医药从业员自身的发展；满足医患者中医药医疗保健需求；保障中医药服务规范与安全，以及加强和促进中医药国际影响与传播。纲要除了以提升中医药服务能力和所欲达致的数项具体数量要求为目标，也制定多项措施，如完善标准化体系；创建示范基地；强化技术人才交流；推进继续教育及职称考评；加强网络信息服务和促进技术产品推广。至于所欲实施的项目，有《国际中医药优秀临床人才培

养计划》、《国际中医药服务示范基地》、《国际中医药不间断治疗计划》、《国际中医药临床技术培训》和《国际中医药产品推广》等。总的来说，世界中联国际中医药服务能力提升工程，对中医药受到国际社会广泛认可和法定地位的建立，将起着极为重要的积极作用。

### 《国际名师带高徒项目实施方案》

此方案为十年发展规划中有关中医药服务能力提升工程的项目之一。其主要的目的在于传承名、老中医学术思想和临床经验；培养国际优秀中医临床人才，根本上不同于攻读硕士研究生和博士生课程。学员遴选有一定规定，如符合规定者，优先考虑具有正规医学院校学历、硕士、博士学位者或世界中联团体会员中的业务骨干。其指导老师为年龄70岁以上，具有丰富临床经验、深厚学术造诣者；或中国国家管理局1-5批《全国老中医药专家学术经验继承项目》的指导老师；或世界中联特聘指导专家。

学员在名师指导下，要研读中医经典著作和跟师临床实践，以及进行学术交流与推广。整个学习过程不少于1440学时，共180天。除了撰写论文、心得体会，还得提交临床病历300份和典型议案30份。

学员学习至一定的时间后，还要进行考核。考核分为年度考核和结业考核。年度考核及格方能进入下一阶段的学习和参加结业考核，否则须终止学习。

结业考试分二个阶段，第一阶段为考评学员的“跟师心得体会”、“中医临床医案”和“结业论文”；第二阶段为“经典理论考试”和“结业论文答辩”。若第一阶段考核不合格者，就不能参加第二阶段的考核，也不能获得“国际优秀中医临床人才”之称号。

看来“名师带高徒”是世界中联创新的一种高层次的中医培训方法，所要培养却是能看病、看好病的“国际优秀中医临床人才”。

# 2013年美国参会日志

新加坡·廖凤燕

由世界中医药学会联合会主办，全美华裔中医药总会承办，多个协办与支持单位的合作下，今年9月21-23日，第十届世界中医药大会在美国旧金山圆满举行，与此同时第五届中医儿科国际学术交流大会暨儿科专业委员会换届改选会也同时在此举行。

话说今年3月接到相关的来函通知后，觉得机不可失，这可是一次不可多得的东、西方；中医、西医药行内外交流大会；于是立即电邮过去报名。但是由于种种原因，身边的亲友反应冷淡，毫不支持；想想也是啦十多二十多个小时的长途飞行，这么遥远、那么重本、又要把工作放下；其间自己也有点动摇了，一拖再拖的；幸好遇上悉日的硕士进修班的学友黄凤君医师，也有意去见识一下，于是我们俩结伴而行，在新加坡中医医师公会的号召下，毅然缴费参加了这次在圣塔克拉拉市举办的第十届国际性中医药大会。

经过漫长十八、九个小时飞行，9月20日中午终于抵达三藩市国际飞机场。这天阳光普照，风和日丽，但是一出机场，我虽身穿厚衣毛裤，心理上也有准备，迎面吹来秋末刺骨寒风，双腿还是有力不从心之感；幸好有关当局及时安排马伟恩(Mr Wayne Matecki)来接机；这位曾在中国学习针灸热情的美国人，载我们往会场途中，还顺道游访了闻名遐迩的史丹福大学。我们参观了这历史悠久的古老校园及巍峨的塔式建筑物；参观园内教堂时，刚好遇上里面举办婚礼的新人，喜气洋洋；又适逢

周末，到来参观的游人很多，人气旺盛，顿觉豁然开朗，于是我们也不错过这良辰美景，随处取景，摄影纪念。闲谈中，据说这先进科研大学的前身，是1876年Ledland Stanford家族，从原来只有650 acres而发展到8000 acres的农场；为了纪念患病早逝儿子而在1891年10月1日建设成为当时培养555名男女学生及15个院系的贵族大学。不幸的是，在1906年经过一场严重大地震，校内华丽建筑物倒塌，后来又因世界大战的洗礼荒芜，1934年才在各界人士与许多校友支持下重修，再次辗转发展成今日在环境、医药、人文、科技，教育等各领域都有成就，今日时值4.3 billion规模与声名显赫的大学学府。由于靠近硅谷小镇(Silicon Valley)，经过苹果手机专卖店时，亦见门庭若市，人头涌涌，似乎在抢购刚出炉的型号手机或产品。由于交通方便、幽美良好的生活



部分新加坡代表于大会欢迎晚会上合影(左起：林文贤、潘广斋、赵英杰、陈裕国、林钊华、廖凤燕与许珍育)



第十届世界中医药大会会后与工作人员等合影

环境，这大学校外周围附近的居屋、别墅屋产价格，也因人气旺盛而水涨船高。

我们抵达酒店入住后，稍作休息后，即赶往会场报到注册，途中遇上许多参会的同道，新加坡的潘广斋夫妇，北京王素梅教授，杭州的俞景茂教授，河南的丁樱教授，南京中医药大学汪受传教授等及随行许多来自五湖四海的同道。已是黄昏日落时分；在附近的餐馆享用晚餐后，很快我们就各自进入梦乡。凌晨1-2点时，忽然被一阵刺耳火警报铃声惊醒，要求所有住宿者为安全起见，必须立刻快速下楼集合，我们俩犹疑一会，只能锁好门，彼了风衣，拿了重要文件包包，随着同楼众人，摸黑走下楼，绕了一大圈到正门集合，一辆救护车已停在正门前，约过了二十分钟查检后，才发现虚惊一场，但也影响了我们的睡意，再难熟睡，隔天倍觉疲累。

9月21号早上8.30am参会同道们集体照过后，主办当局介绍出席大会贵宾，联合会主席余靖女士、副主席屠英女士；中国驻三藩市总领事袁南先生，圣塔克拉拉市Jamine L. Mathe市长等人致词后，大会主题演讲才正式掀开序幕，其中有以下内容：

(i) Colin M Feeney - 最新突破：利用传统医学创建美国首家公立医院中西医结合专科

(ii) 刘焯京 - 大医至简的中医体系 - 脉象、脐针和凭脉用药

(iii) Richard C Niemtzow - 首次两军针灸学术交流

(iv) 齐向华 - 脉诊功能与现代脉法流派发展

其中澳大利亚的刘焯京，图文并茂介绍了一套脉、针、药一体的中医思维、诊断与治疗的方法，从而达到“简”和“效”的目的。最后还作了不孕症，牙龈炎，眩晕，心律不齐，便血腹泻等临床病例介绍。

午餐后于9月22日的大会现场，改为各分6个会场进行：会议；报道中西医科研成果；中医理论研究；儿科学术交流会；道地药材论坛；针灸疗法示范及其他工作坊。

我下午到4号会场，参加了世界中医药学会联合会儿科专业委员会举办的第五届中医儿科国际学术交流大会，参加者有来自中国、马来西亚、新加坡、越南、伊朗、澳大利亚、美国、加拿大、英国、法国、葡萄牙、加蓬和台湾、香港等十几个国家、地区的中医儿科同道。世界中医药学会联合会副主席李振吉、王超群也出席了此次大会。而儿科专业委员会第二届理事会换届改选，也在这次美国交流会产生，同时出席当选的会长、副会长、理事会成员也在会上颁发了证书。

接下来时间，交流会分别由世界中联儿科专业委员会副会长：王素梅、乔木林、俞景茂、张东迪、丁樱、许云秋、李新民、林文贤等轮流主持。本次大会的主题是：推广中医儿科学术，服务全球儿童健康。来自中国的如：韩新民、王素梅、刘涛、马丙祥、徐荣谦、丁樱、俞景茂、赵霞等作了中医儿科理论



中医儿科国际学术交流大会后合影

研究、学术进展、临床经验、临证总结、实验报告等；葡萄牙戴安娜介绍了中医药在葡萄牙的现状，加蓬郭末提出了中医药在非洲的地位现状及展望，伊朗Amir Firouzjaei介绍了针灸在伊朗的发展，加拿大王超群介绍了针灸疗法在新生儿疾病中的应用，台湾张东迪介绍了《伤寒论》于小儿复杂性疾病中的应用，新加坡廖凤燕介绍了小儿汗证的治疗经验，越南武海南报告了推拿疗法的儿科新用，马来西亚林文贤报告了小儿哮喘临床研究成果，澳大利亚乔木林报告中药和针灸配合治疗阑尾脓肿穿孔的体会；在短短一天半时间，跑了几场，也只能在现场聆听了一些教授、学者，浓缩精采的PPT演讲，当中温故知新，获益不少。

时间一瞬即过，9月22日下午四点半，在副主席兼秘书长李振吉总结后并宣布大会正式闭幕，2014年第十一届世界中医药大会将在俄罗斯举办。

晚上我们有幸与几位刚认识、来自纽约或台中的朱、张医师等人，盛情被邀到了一家由新加坡人开业的美食餐馆，馆内、外屹立洁白雄伟的狮子鱼标志，在整洁、亲切的环境下，共享叻沙、海南鸡饭、马来式豆干、海鲜面汤，炒粿条、辣椒螃蟹等美食。

9月23日，我们与公会同仁与友人们，一行九人参加了市区一日游，参观了闻名的世界第一名桥~金门大桥；为吊唁纪念大地震与煤气管爆裂引发火灾的法式艺术馆。停加州

最早的渔人码头休息一会，饱览停泊在39号码头外的豪华游轮与太平洋海岸线美景；旅游车又继往停在当地一小山丘(Russia Hill)下咖啡店前，让我们自由走上并观看了依山而建，单行道上九曲花街两旁独特民宅与花圃；接下来当地一位牙医，自愿在工余时带领我们成群结队，徒步走过繁华的联合广场，中国城，金融商业区，并向我们介绍了当地华人的社区风貌，之后在一购物中心，自由选用当地美食餐饮。午后，参观了市区其他如：市政厅等景点；晚上我们夜宿于酒店HOWARD JOHNSON EXPRESS、当晚赵英杰教授还在附近一间华人餐馆，宴请同行会员同道们一顿丰富美味的海鲜晚餐。

隔天我们俩与其他人分道扬镳，续程自费参加了当地幽山美地国家公园四日游。第二日经过似无止境，一路上时而经过茫茫黄沙的哈米大沙漠；而是直立高嵩一排排整齐巨型风车发电厂；或见一望无际的绿意又带秋色的草地；或有着几匹马或牲畜的农家小村，午后才抵达幽山美地国家公园，参观几个景点。后来在看到特别迷人的黄昏夕阳时，才进入建于科罗拉多河畔繁华的拉斯维加斯赌城。隔日是游览了千百年来经大自然风吹、日晒、雨淋的腐蚀下形成的世界七大奇景，大峡谷国家公园(Grand Canyon)的壮丽磅礴、其特雄伟地貌。最难忘的是9月26日，我选择了与另外四位陌生的外国人，一齐搭乘直升机从三、四千米以上俯瞰大峡谷周围的奇观伟景；在科罗拉多河上游艇上，仰望观赏四周绝丽宁静、安祥的无限山景水色；也赞叹人们历尽艰险、耗时数十年才建成的雄伟胡佛水坝(Hoover Dam)工程；在享受这诗情画意、美好风光时，我除了对大自然鬼斧神工的杰作叹为观止，感悟到自己的渺小、生命的脆弱与宝贵，得失的无奈，但同时也感恩这次所遇到义工与工作人员、共同参加这次大会同道们与同游者的无私贡献、热情与关爱，再次画下这次美国秋行完美的句号。



会后于美国艺术馆合影

# 2013年国际中医药肿瘤 学术研讨会侧记

新加坡·林英

由中国国家中医药管理局和美国卫生与公众服务部联合主办，中国中医科学院肿瘤研究所、中国中医科学院广安门医院和美国国立癌症研究所补充与替代医学办公室承办的2013年国际中医药肿瘤学术研讨於2013年9月21-22日在北京金霖酒店举行，会议采用中英文互译。研讨会主题是“中西汇通、科学评价”。受邀参会的有中国、美国、澳洲、韩国及新加坡等国的中西医肿瘤专家学者。新加坡参会者包括张国强、陈桂红、周启仕、唐跃、邝慧芳、蔡松均、曾玉珠、林英、胡添娣、黄金菊等人。

21日上午9时举行的开幕式由国家中医药管理局国际合作司司长王笑频主持，中国中医科学院广安门医院书记殷海波、美国国立癌症研究所补充替代医学办公室主任Jeffrey D.White，山西振东集团董事长，北京大学客座教授李安平、中国中医科学院副院长刘保廷分别致欢迎辞。国家卫生和计划生育委员会副主任、国家中医药管理局局长王国强致开幕辞。

王国强局长表示，中医药是在几千年生产生活实践和与疾病做斗争中逐步形成的医学科学，为中华民族乃至世界文明进步产生了积极影响，作为防治疾病的有效手段，其对疾病

的认知方法和治疗理念越来越受到国际社会的认可。中国政府历来十分重视与美国及其他国家在卫生和中医药领域的交流与合作，并已取得了一定的成绩。他强调本次会议对搭建中医药防治肿瘤领域国际交流与合作的新平台具有重要意义。

王局长在致词中就中医药防治肿瘤工作提出了三点建议：第一，坚持中医药理论指导，充分发挥中医药特色优势，与现代医学有机融合；促进防治肿瘤临床与科研相结



新加坡中医代表团献花篮祝贺大会圆满成功举行



新加坡代表团与林洪生教授合影

合，推动中医药治疗肿瘤使其得到更广泛认可。第二，临床与基础相结合，在系统总结前期研究的基础上，凝练出具有原始创新潜力的关键科技问题，应用现代医学的理念和方法，将防治肿瘤的基础研究与临床研究相结合，组织多学科的研究力量，利用现代科技手段，诠释中医药治疗肿瘤疗效，并对其效应机制进行深入研究。抓住中医药防治肿瘤临床资源丰富的优势，充分利用循证医学的理念和方法，对临床治疗效果进行评价，诠释中医药治疗肿瘤疗效和机制，满足国际民众日益增长的健康需求。并开展国际的多中心临床研究，研究结果争取得到国际学术界的公认。

第三，加强中医药治疗肿瘤的国际交流与合作，推动中医药治疗肿瘤的国际化。中医药肿瘤国际合作存在巨大的空间和潜力，应当发挥各国的优势资源，不断探索创新合作机制与模式，实现资源共享，以本次学术研讨会为新起点，针对影响中医药肿瘤发展的关键问题，如中医肿瘤治疗的国际评价体系、中药治疗肿瘤新药研发及疗效评价标准、体系的建立等方面进行深入合作。

开幕式之后，来自美国、韩国、澳大利亚等国传统医药研究领域专家，分别就本国的传统医药与肿瘤研究的现状以及成果进行了报告，上午的会议主题是《国际中医药肿瘤研究进展与展望》。

中国中医科学院广安门医院肿瘤科林洪生教授发表了《中医药治疗肿瘤的模式和科学评价》林教授指出：本次学术研讨会是以中美专家为引领，推动中医药治疗肿瘤国际化研究的又一次高水平学术会议，希望通过本次学术研讨会可以充分整合国际中医药肿瘤研究方面的成果，初步形成中医药治疗肿瘤疗效科学评价体系一致性意见，筹备建立国际中医药肿瘤协作组，设立中医药肿瘤国际研究基金及专家审核小组促进中医药临床与基础研究的规范化及成果转化。

美国国立癌症研究所补充与替代医学办公室肿瘤科主任顾问Jeffrey D. White报告了《中医药与肿瘤：美国国立癌症研究所研究概况》，澳大利亚西悉尼大学补充替代医学办公室，中医药课程项目主任 Xiaoshu Zhu发表了《澳大利亚补充与替代医学研究，韩国庆熙



主题讨论会—新加坡张国强是主持人之一

大学韩医学院，Dr. Seong-gyu Ko报告了《基于循证医学依据的韩医学多中心临床研究》。

当日下午研讨会的主题论坛是《中医药治疗肿瘤疗效评价》。中国中医科学院的刘保延主任医师报告《真实世界临床研究范式的思考和实践》；美国国立癌症研究所补充与替代医学办公室Libin Jia发表《美国国立癌症研究所资助的中医药研究的结局评价》；《中医药治疗肿瘤疗效评价现状的思考》是由中国中医科学院广安门医院的李杰(林洪生)所发表；接下来两位美国专家以视频的方式向大会报告，他们是美国国家癌症研究所癌症控制和人口科学部Sandra Mitchell发表《基于患者结局报告对治疗作用及不良反应的评价》和美国国立卫生研究院补充替代医学中心的Laura Lee Johnson发表《基于患者为中心的研究对新的治疗方法的评价》，另外，美国梅奥医学研究中心的Debra Barton及美国安德森癌症研究中心的

Xin Shelley Wang 分别发表《临床实践中试验研究动态变化需要考虑的问题》和《来自肿瘤患者的症状结局报告与炎症反应》。

下午5点，所有的参会者以圆桌的形式进行主题讨论，讨论会由美国国立癌症研究所补充与替代医学办公室的Dr.Libin Jia；北京大学肿瘤医院中西医结合科，李萍萍；美国安德森癌症研究中心Dr. Xin Shelley Wang及新加坡同济医院，张国强博士联合主持。讨论会也与在美国的学者进行远程讨论。

9月22日上午的主题论坛是：《治疗恶性肿瘤的中药新药的研发及创新》。发表报告的学者来自中国、美国、香港、澳洲等地，论文包括《中药新药治疗恶性肿瘤临床研究相关要求》、《美国药品审批的疗效终点指标》、《肿瘤治疗药物蟾酥研究进展》、《转化医学驱动的中药研究与开发》、《中医药肿瘤治疗药物多靶点和多成分的探索》、《瑞香狼毒抗肿瘤活性鉴定及药理机制研究》、《中草药和多药耐药》、《从复方苦参注射液探讨中药新药研发的评价方法》、《人参皂苷Rg3改善肺癌化疗后疲乏的研究》等9篇。接着所有参会者进入主题讨论。讨论侧重在《中药治疗肿瘤国际化研究及创新》，下午1点左右，中国中医科学院副院长范吉平主持大会闭幕，林洪生教授及美国Jeffrey D. White总结发言。

两天的会议中，各国学者围绕中医药防治肿瘤的系列议题展开了讨论，对于国际中医药肿瘤研究与展望、中医药治疗肿瘤临床研究模式及客观疗效评价体系，治疗恶性肿瘤的中药新药研发与创新等进行了广泛的探讨，促进了中医药治疗肿瘤的发展，研究方法及国际交流。

大会主办当局，从开会之前的紧密连系，妥善的机场接送安排，提供高素质的膳宿等深为感谢。



新加坡代表团

# 分享栏目

新加坡·陈蓓琪

## 前言

本期的内容是总结了香港名医朱增祥医师所著《筋长一寸，寿延十年》一书中的主要内容，近年来我们在新加坡对“拉筋治疗”可能都有所耳闻，在阅读了此书后，我也在临床上指导患者进行拉筋治疗，均取得了不错的疗效，在此与大家分享。

本栏目中的大部分内容是从网上转载的，希望通过此栏目，与大家分享一些可能对大家有用的信息，如有错误的地方还请大家多多指教。也希望通过本专栏与大家进行交流，如果大家对本栏目有任何建议，或者也想要分享一些心得和资料的话，欢迎大家踊跃来信和投稿，谢谢！

## 香港名医朱增祥 —— 错缩谈 筋长一寸，寿延十年

《错缩谈》即将以《筋长一寸，寿延十年》为名在内地出版该书对人体痛症的病因有了一种全新的解释：长时间不变的姿势不仅导致筋腱萎缩，而且形成骨头错位，这种细小的筋缩和错位用CT扫描等仪器看不见，却造成了各种莫名的病症，而其中最显而易见的头晕、胸闷、颈椎痛、腰痛、手腕痛等等。

## 缩筋导致病症

1. 各类痛症：腰椎间盘突出、颈椎、肩周、腰、胯、膝、腿等等；
2. 情志类疾病：失眠、头痛、头晕、烦躁、抑郁症等等；
3. 心脑血管病：高血压、脑动脉硬化、头痛、头晕、脑出血、脑梗塞、脑血栓、脑瘤、脑积水、美尼尔氏综合症等等；
4. 妇科疾病：痛经、月经不调、乳腺增生、子宫肌瘤、色斑、更年期综合症等等；
5. 其它疾病：脾胃病、肝肾病、肥胖症、甲亢、肝胆病等等。

## “地毯式轰炸”和“精确轰炸”

一般的身体痛症，先用拉筋最灵，辅之以正骨，尤其是腰、胯、腿、膝、肩等有活动关节之痛；如果是心脑血管方面的病，如高血压、脑动脉硬化、头痛、失眠等症，则主要用点穴，辅之以其它疗法，也有部分头痛症状能用拉筋法解决。因为点穴较复杂，我以后会用单独详细介绍。拉筋和正骨二法，吾称之为“地毯式轰炸”，因为能大面积清除身体内已出现和尚未出现的痛苦，它不像点穴那样直接涉及经络，所以简便易学；其诊断过程也是治疗过程，凡拉筋的痛处说明筋缩，但筋痛时也在被拉柔，凡骨节有异响证明有错位，但响声也说

明错位已被复位。许多久治不愈的痛疾可能在几分钟内就解除。如果拉筋、正骨实施完毕患者还有某部位疼痛，就可以用针灸。

现代人的流行病，是二十几年前不可想象的：老年人的颈椎痛、腰腿痛、高血压居然在年轻人中流行，而且疼痛的部位更多。老人的痛症是年轻时积累诸病的显现与人体功能自然退化的综合结果；年轻人的痛症则多是高科技的副产品，电脑、电视、游戏机和汽车的出现导致人体以同一姿势长时间不动而气血瘀堵；其次是因为空调，在夏季人们穿衣最少的时候它像个无形杀手，将寒湿不断灌入人体，堵塞气血的运行，形成痛症。

对治痛症的办法，除了常规的针灸、推拿之外，最有效的新手法当首推朱医师发明的拉筋法和正骨法。其中拉筋法可以由病人自己在家或在办公室操作。很多人的痛症经过1-2次治疗以后，勿需再花钱和时间反复治疗，就在家遵医嘱拉筋即可康复。

筋缩的症状有哪些？筋缩可导致五花八门的症状，归纳起来如下：

1. 颈紧痛
2. 腰强直痛
3. 不能弯腰
4. 背紧痛
5. 腿痛及麻痹
6. 不能蹲下
7. 长短脚
8. 脚跟的筋有放射性的牵引痛
9. 步法开展不大，密步行走
10. 髋关节的韧带有关拉紧的感觉
11. 大腿既不能抬举亦不能横展
12. 转身不灵活
13. 肌肉收缩/萎缩
14. 手不能伸屈（手筋缩短）
15. 手、脚、肘、膝时有胀、麻、痛感，活动不顺

## 拉筋复位法

### 拉筋 —— 一分钟就学会的疗法

朱医师经过五十年临床经验，创出一套拉筋法，让患者在专家指导后自行拉筋治疗，效果显著。中医虽然没有专门针对筋缩的疗法，但各种撑拉的方法在习武、气功、瑜加锻炼中一直存在。道家有一种说法：筋长一寸，寿延十年。所以长寿者通常都有一副柔软的筋骨。目前西医还没有筋缩的概念，所以很多病人被治疗了很久还不知病因何在，比如腰椎间盘突出就是如此。拉筋过程中，一般医师认为当患者感觉到筋被拉紧疼痛时便要停止，以免拉伤筋肌。其实正是因为筋缩了，不易拉开，所以愈紧愈要拉开，不然它就愈缩愈紧了，它被拉过痛点后就会松多了。但也不是不顾一切拼命拉！很多病人经拉筋后，步履轻快了、腰背酸痛亦减轻、纾缓，甚至消失。没病痛的人想避免筋缩就可每天拉筋。只要平日坚持拉筋，人也会觉得轻松多了。

### 方法一：卧位拉筋法

将两张安全稳妥、平坦的椅子摆放近墙边或门框处；



坐在靠墙或门框的椅边上，臀部尽量移至椅边；

躺下仰卧，右脚伸直倚在墙柱或门框上，左脚屈膝落地，尽量触及地面，双手举起平放在椅上，做十分钟。期间左脚亦可作踏单车姿势摆动，此有利放松髋部的关节；

移动椅子至另一面，再依上述方法，左、右脚转换，再做十分钟。

### 拉筋的疗效——祛痛、排毒、强身

拉筋的直接疗效是祛痛、排毒、增强性功能，间接疗效则数不胜数。其原理何在？

首先，十二筋经的走向与十二经络相同，故筋缩处经络也不通，不通则痛。拉筋过程中，胯部、大腿内侧、腘窝等处会有疼痛感，说明这些部位筋缩，则相应的经络不畅。拉筋使筋变柔，令脊椎上的错位得以复位，于是“骨正筋柔，气血自流”，腰膝、四肢及全身各处的痛、麻、胀等病症因此消除、减缓；

其次，拉筋可打通背部的督脉和膀胱经，这对健康具有重大意义，因为督脉是诸阳之会，元气的通道，此脉通则肾功加强，而肾乃先天之本，精气源泉，人的精力、性能力旺盛都仰赖于肾功能的强大。督脉就在脊椎上，而脊髓直通脑髓，故脊椎与脑部疾病有千丝万缕的联系。任督二脉在人体上是个循环的圈，各种功法要打通的任督二脉即是此意。膀胱经是人体最大的排毒系统，也是抵御风寒的重要屏障，膀胱经通畅，则风寒难以入侵，内毒随时排出，肥胖、便秘、粉刺、色斑等症状自然消除、减缓。膀胱经又是脏腑的俞穴所在，即脊椎两旁膀胱经上每一个与脏腑同名的穴位，疏通膀胱经自然有利于所有的脏腑。按西医理论解释，连接大脑和脏腑的主要神经、血管都依附在脊椎及其两旁的骨头上。疏通脊椎上下，自然就扫清了很多看得见的堡垒、障碍和看不见的地雷、陷阱。

第三，拉筋拉软并改善了大腿内侧的肝脾肾三条经。许多医书都介绍，此三条经通畅则

人的性功能强悍。因此有的书鼓励人练习劈叉，但这对普通人毕竟难度太大，还是拉筋最方便。这三条经的不畅也是生殖、泌尿系统病的原因，比如男人的阳痿、早泻、前列腺炎，女人的痛经、月经不调、色斑、子宫肌瘤、乳腺增生等等，皆因此而生。所以男人要想增强性能力，女人要想治愈各种妇科病，最简便有效的办法之一就是拉筋。此法简单有效，在家和办公室皆可实施，不受天气、场地限制。

### 拉筋既是治疗，也是诊断

拉筋除了治疗，也是诊断。比如凡拉筋时膝痛而不直，则定有筋缩症，筋缩则首先说明肝经不畅，因为肝主筋，而肝经不畅脾胃也不会好，因肝属木，脾属土，木克土。如胯部、腘窝(膝盖反面)痛说明膀胱经堵塞，腰有问题。膀胱与肾互为表里，共同主水，凡膀胱不畅者肾经也不会通畅，浮肿、肥胖、尿频、糖尿病等皆与此相关。躺下后后举的手臂不能贴到凳面，则表明有肩周炎。有的人在拉筋凳上一躺，上举的腿不能伸直，下落的腿悬在空中不能落地，表明筋缩严重，不仅有腰腿痛症，可能内脏也有诸多问题。人从生到死的过程，就是个由软变硬的过程。婴儿气血最畅，故最柔，老子因此用婴儿形容柔，人长大后气血逐渐不畅，身体也因此逐渐变硬，人死则彻底成为僵尸。

### 方法二：立位拉筋法

1、找到一个门框，双手上举扶两边门框，尽量伸展开双臂；

2、一脚在前，站弓步，另一脚在后，腿尽量伸直；

3、身体正好在与门框平行，头直立，双目向前平视；

4、以此姿势站立三分钟，再换一条腿站弓步，也站立三分钟。

此法可拉肩胛部、肩周围、背部及其相应部分的筋腱、韧带。大家可以用此法自己在家

治疗肩颈痛、肩周炎、背痛等症。

### 特别注意：

1、凡有高血压、心脏病、骨质疏松症、长期体弱的患者等，一定要先请示医生是否适合做这类拉筋法，因为有筋缩的人在拉筋时一定会很痛的，忍受疼痛时心跳会加快、血压会升高；有骨质疏松的患者慎防伤及骨而造成骨折、骨裂；体弱者或因疼痛而晕厥；千万不要“好心做坏事！”凡老人、病人都不宜操之过急，可放一小枕头将头稍稍抬高，以避免血冲脑部。只要长期坚持，就会日久见功夫。

2、如在拉筋时发现患者手脚发麻、冰凉、脸色变青、出冷汗，西医称之为过度呼吸综合症。处理办法是，用纸袋或者塑料袋罩住口鼻，形成封闭系统，约5分钟后症状会消失，恢复正常。

## 无数痛症的真实原因 —— 错位

### 什么是错位、复位？

错位就是骨头位置不正，有的只是一线之差，所以也称为错线。虽然上下椎骨相对的位置只差一线，但在身体内造成的变化就可能“失之毫厘，差之千里”。骨与骨之间只要有轻微的错移、不正，就会引起周围正常软组织紧张、紊乱，患者会出现肢体的痛、麻、冷等不适症状，但不知道发生了什么问题，医生只好做全面检查。只要发现有异常，他们就一口断定这就是病源，并加以药物治疗、物理治疗，看脊椎神经科，或是开刀。

尽管世界各地对错位用的病名不同，其主要症状都是手、腕、肩、臂、背出现痛、麻，甚至失去活动功能。据新华社布鲁塞尔二零零四年十一月十三日的报导指出，这种现代职业病的病发率有严重上升的趋势。单在欧盟国家发病人数已超过六千万人，每年给欧盟造成的经济损失，约占欧盟国内生产总值的0.5%至2%。美国的《新闻周刊》亦有报导，美国约

有六千五百万人有腰背痛病，而腰背痛患者的医疗费，连同因腰背痛而降低的生产力，每年导致一千多亿美元经济损失。按此比例计算，中国腰背痛的人数一定超过一亿。

一次拿重物、抱小孩、搬东西、滑跌一下等等都可引起腰、背、腿、手臂疼痛，但这些并不是病因，只是诱发原因。病人的主诉、症状，加上医生的诊断、X光检查、核磁共振的结果，都不一定能找出真正的病源。要细心聆听、追问、记录和分析，从诱因及症状中找出病源，知道疾病关键所在，才可真正把问题连根拔起。

复位就是用手法对骨头的错位微调，以达到筋、腱、骨、肉之间的平衡，解除、减缓患者的紧张、疼痛。目前，因使用电脑时姿势不正而引起的错位病人愈来愈多，明白这是什么病的人却不多。即使是医疗技术先进的美国，目前亦不能简单地解决这个疾病。

有一位病人驾车时呕吐、头痛，便立即入院检查，住院两天，做了各项检查后，医生通知他可以出院了，并说他什么问题也没有，但他仍觉不适，后来便找朱医师诊治。朱医师详细查问后发觉他使用电脑时姿势不正确，所以令颈椎及胸椎错位而得此症，替他复位后，他就不痛了，坐车也没呕吐，全身也觉轻松了，一切就是这样简单。

### 近视、弱视的学生几乎都有错位

除了以上表格中罗列的病症，我在临床实践中发现，很多七八岁到十几岁左右的中小学生也有骨头错位，除了患各种痛症的儿童外，凡患有近视、弱视等眼疾的学生也都有错位，且错位分布很广，从颈椎、胸椎到腰椎、骶椎全有，这是个庞大的错位群体。少年儿童为何错位？原来他们都是游戏机、电脑和电视的常客。有些地方的重点中学晚上九点甚至更晚才放学，如此长时间的伏案学习，必然导致大量学生患上错位、筋缩、近视眼和失眠等病症。因此用正骨的方法治疗近视眼很有效。

## 颈椎错位的症状

颈椎错位属于颈椎综合症的一种。长期不正确的姿势会导致颈椎劳损、错位、变形。颈椎错位者除感觉颈部不适、疼痛外，有时亦感觉面部、舌部、手部麻痹。错位时间久了，还会引起肌肉僵硬、肩背酸痛、手不能用力，工作时容易疲劳，感觉头痛、眩晕等，若用手复位后，一切不适症状便会消失。颈部肌肉过度疲劳、颈部受寒、睡眠体位不正、睡觉的枕头过高或过低都容易引起此病症。

经常使用电脑的人、伏案工作的白领人士、侧颈夹着电话记事的秘书、背大袋信件邮差的等，因姿势体位不正，颈椎易错位。平日宜多做颈部运动，工作约四十五分钟便起来活动一下；使用电脑者须注意台、椅的高度；秘书应多电话免提装置，避免长期侧颈的不正确姿势，都有助减低颈椎错位发生的机会。

## 筋、骨、内脏之间的关系

通常拉筋过后，会加强正骨之效，而正骨也会加强拉筋的疗效，这两者又与五脏六腑息息相关。从头到尾的各节骨头都与十二筋经盘根错节，由筋支撑，所以筋缩容易造成骨头错位。骨头就如同百叶窗上的叶，筋就象支撑、连接这些叶的绳，绳动则叶动。病重之人，一定有筋缩，筋缩会导致错位，错位和筋缩又瘀堵了经络、血管和神经，导致内脏病变。反之，这些病变也会造成筋缩、错位。所以很多胃、肝、肋肋的疼痛及不适症状，用拉筋、正骨即可消除，筋、骨与脏腑的病变就这样互相影响、关联。

从解剖图上看，五脏六腑都挂在脊椎骨上，所以骨头错位造成内脏的病变很自然，通过拉筋、正骨让错位的骨头复位也顺理成章。脏腑、筋、骨这三者的病变就这样互为因果，一者病变就会引起其它两者的病变，其根本原因是任何一种病变都会形成经络不通，而经络是气的通道和枢纽，气是血行的动力。

## 胸椎错位的症状

胸椎错位可以引起胸背痛、背颈肌肉绷紧，不能提取重物，严重者可能造成头痛，甚至恶心、呕吐，胸闷透不过气，手臂就像患“五十肩”一样不能抬高，所以时有医生将其误诊为肩周炎，施治手法复位后，这些症状便减轻或消失，但长期肌肉和筋腱的绷紧和不适，不能一次解决。搬重物、抱小孩、不小心跌倒、身躯突然扭动、长时间坐姿不正确等等，皆可能引致胸椎错位。使用电脑时，若经常侧着身躯，即使侧身的角度只有区区五度十度，日子久了也会胸椎错位。

上半部的胸椎错位，可以弯腰，但弯度会受阻，若下半部胸椎错位则弯腰的度数更小。胸椎错位还会引起腰痛、髋关节痛、膝肿痛、踝关节痛、髋关节和臀部外侧肌肉疼痛，下蹲时两膝会有高低之别、背部不适、手部麻痹无力。胸椎错位还可能令患者的内脏感不适，比如胃痛、心脏不适、心律不正、心跳急速、胸肋、眩晕、恶心等症。

搬运工、建筑工、邮差、医护人员、用电脑的人、餐厅服务员、牙医等都易患胸椎错位。患者被医治复位后工作时姿势不当，便会再次引致错位。平时注意自己工作、活动时的姿势，多做拉筋，有助加强腰背颈部肌肉的弹性，减少错位的发生。

## 腰椎错位的症状

腰椎是人体中较容易受伤的部位，损伤可分为急性损伤和慢性劳损。

急性腰扭伤的患者会感觉腰部持续性剧痛、两脚乏力，不能正常上下楼梯，双腿麻痹、疼痛，严重者不能活动，咳嗽或深呼吸时疼痛增加。慢性腰肌劳损则多因急性腰扭伤治疗不当，或平日姿势不正，日积月累而成。上述病症的主因就是腰椎错位，只要放松腰背肌肉，再用手复位，痛苦自能减轻。但是很多腰椎错位被当作腰椎间盘突出治疗，有的甚至被施手术，造成不必要的痛苦和费用。