



SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

新加坡中醫雜誌

36

6月 / June 2014

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.

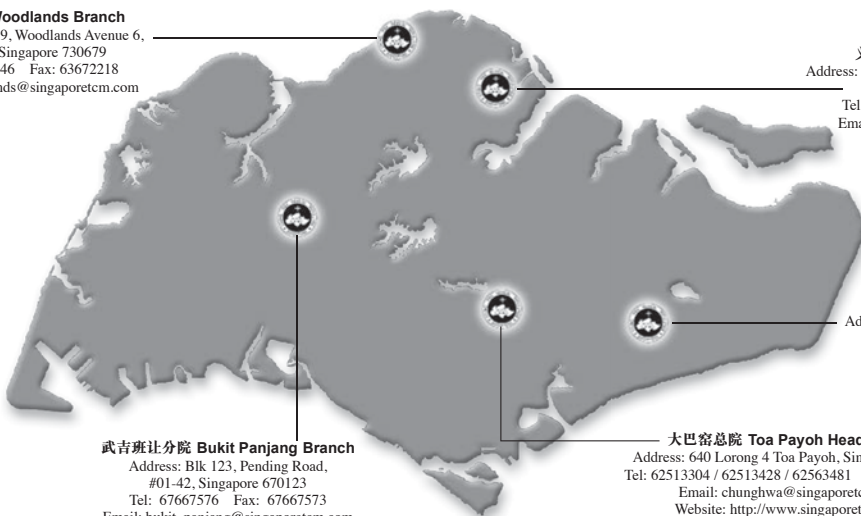
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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>



综述

1. 新加坡对于眼症的研究进展 — 新加坡·林秋霞.....p02-11
2. 话说药中黄金-石斛 — 新加坡·倪炜程.....p12-14
3. 浅析自闭症 的中医认识与综述 — 新加坡·邓秀华.....p15-19

临床

4. 补中四物汤治疗化疗白细胞减少症147例疗效观察 — 新加坡·仲伟梁.....p20-21
5. 针外关穴治疗急性踝扭伤的观察 — 新加坡·冯启发.....p22-23
6. 浅谈耳鸣的中医治疗 — 新加坡·蔡瑞和.....p24-26
7. 针灸治疗眩晕症 — 新加坡·杨昌志.....p27-29
8. 重脾胃以治肿瘤 — 新加坡·曾玉珠.....p30-32
9. 顽固型呃逆的临床辨证论治分享 — 新加坡·吴荣贵.....p33-35
10. 五苓散在肿瘤病的临床应用 — 新加坡·林 英.....p36-37

理论探讨

11. 从脾胃论治儿童麦粒肿眨眼症 — 中国河北·张 彬.....p38-40
12. 〈伤寒论〉对于“烦躁”证的诊治意义 — 新加坡·刘嘉扬.....p41-43
13. 读“《伤寒论》第十九条逗点的争议” — 新加坡·李郁珍.....p44
14. 浅论温病伤阴的防治 — 新加坡·卓扶蓉.....p45-48
15. 治疗斑秃之我见 — 新加坡·刘立.....p49-51
16. 功能性消化不良的中西医治疗浅谈 — 新加坡·闫立群.....p52-54
17. 中风的治疗与预防 — 新加坡·陈昆宁.....p55-59
18. 中医怎么看待神经性贪食症 — 新加坡·洪缓均.....p60-63
19. 从中医脾胃治慢性单纯性咽炎 — 新加坡·蔡欣洁.....p64-66
20. 化湿法的临床应用 — 新加坡·胡明珠.....p67-69
21. 中医古籍论厌食 — 新加坡·董菁菁.....p70-73

新加坡杏林人物志

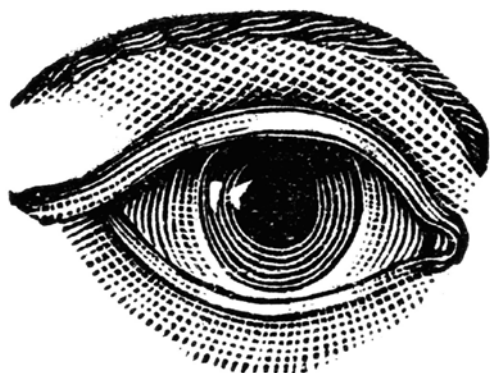
22. 倡导成立新加坡中医师公会的吴瑞甫先生 — 新加坡·林英.....p74-76

学术交流

23. 继续教育在南京中医药大学 — 新加坡·陈昆宁.....p77-80
24. 世界针联2013澳大利亚悉尼大会 — 新加坡·郭忠福.....p81-83

知识库

25. 分享栏目 浅探脊椎相关疾病 — 新加坡·陈蓓琪.....p84-88



新加坡对干眼症的研究进展

新加坡·林秋霞

干眼症(Dry Eye Disease)是指任何原因引起的泪液质或量及动力学的异常,导致泪膜不稳定和(或)眼表面的异常,常伴有眼部不适症状的一类疾病^[1]。国际干眼工作组(International Dry Eye Work Shop, DEWS)于2007年给干眼症定义为多种因素所致的一种泪液和眼表疾病:包括眼表不适症状,视力变化和泪膜不稳定并且有潜在眼表损害,伴随泪液渗透压升高和眼表炎症反应^[2]。近年来新加坡眼科中心(Singapore National Eye Centre)对干眼症进行了大量的临床及实验研究。为提高对本病的认识,本文就近5年来新加坡眼科中心在干眼症的临床及实验研究做一综述。

1、干眼症的定义

干眼症是指以泪液的量或质的异常,泪液缺乏或泪液过度蒸发^[3]引起的泪膜不稳定和眼表面损害,从而导致眼部不适症状的一类疾病,为常见的眼表疾病。其发病率高,影响全球人口约11-22%。^{[4][5]}

2、病因

虽然干眼症的发病有多种因素,甚至包括生活习惯及工作环境在内^[3],但根据最近的研究发现,干眼症与以下的因素直接相关:

2.1 睑板腺功能障碍(Meibomian Gland Disease, MGD)

2010年2月24日新加坡眼科中心发表了睑板腺功能障碍同泪膜破裂时间(TBUT)的关联性^[6];睑板腺功能障碍也同阅读困难,及自觉视力模糊症状有关联性。对照比较有显著统计学差异($P<0.01$)。

虽然睑板腺功能障碍不属于干眼症的定义^[7],但它却同泪液过度蒸发有关^[8]。曾有中国及台湾学者发表研究指出睑板腺功能障碍同干眼症没有直接关系^{[9][10]};但英国索尔兹伯里眼科研究(The Salisbury Eye Study)却显示睑板腺功能障碍同干眼症自觉症状有关联性^[4]。

新加坡眼科中心在此研究以新提的马克思线(Marx's line)^[11],即荧光素在内眼脸形

成的染色线条作为睑板腺功能标记,对200位干眼症病人进行观察,分析了泪液缺乏型干眼症,泪液过度蒸发性干眼症及混合型干眼症,其自觉症状及观察症状同睑板腺功能障碍的相关性。结果显示了在这群病人中,泪液过度蒸发型病最为常见,约占研究病人总数的58%,泪液缺乏型病人居其次,占病人总数量的30.5%。研究也显示混合型病人的角膜染色程度最为严重。

此研究显示马克思线同TBUT与阅读困难或视力模糊的关联性,这提供研究者在进行以后的干眼症研究设计时,除了传统观察指标外,或可加入马克思线作为观察指标;这在干眼症发病的多发因素以外,提示了睑板腺功能障碍也是一个主要的发病因素。

同年10月28日,新加坡眼科中心发表了泪蛋白同睑板腺功能及干眼症关联性的研究^[12]。泪液蛋白质能维持眼表的生理功能,其成分的改变将造成炎症反应,包括睑板腺功能障碍。但泪蛋白同睑板腺功能障碍的关联性甚少研究提及。此研究则显示了泪蛋白同睑板腺功能障碍的关联性。

此研究以24位干眼症病人的泪蛋白同18位健康者对照比较,在对不同性质的泪蛋白进行分析之后,发现泪蛋白同睑板腺功能障碍的严重性,干眼症的自觉症状如摩擦感,红眼,视力模糊,流泪等都有相关性。因此,此研究确定了泪蛋白同睑板腺功能障碍及干眼症自觉症状的相关性,且提示了睑板腺功能障碍或可作为干眼症病因的一个独立因素。

2011年10月,新加坡眼科中心为了证实高发干眼症亚裔人士同睑板腺的关联性,进一步探索了睑板腺脂质与干眼症的关系^[13]。在此实验研究中,采集了27个泪液功能障碍(Dysfunctional Tear Syndrome, DTS)及10个对照组病人共12种类型的256脂质成分包括胆固醇酯(CE),蜡酯(WE),甘油三酯(TAG),O-酰酯,w-羟基脂肪酸(OAHFA),甘油磷脂和鞘酯等等。

泪液功能障碍病人依照眼表疾病指标问卷积分(Ocular Surface Disease Index, OSDI)分为轻度,中度,严重性干眼症病人。研究结果分析显示,中度干眼症病人的TAG成分明显地比轻度干眼症病人减少($p<0.05$),OAHFA-A类型的脂质成分也依据干眼症的严重程度而有所递减。睑板腺某些脂质成分在泪液功能障碍病人中则比对照组病人有所显示,某些不饱和脂质如TAG和PC的成分在泪液功能障碍病人中就明显比对照组病人有所增加。($p<0.05$)

这是新加坡第一次发表有关亚裔人士睑板腺脂质成分的研究,提供予研究者有关泪液功能障碍病人的睑板腺脂质详细成分的分析,在将来或可作为泪液异常的另一种观察指标。

2012年,新加坡眼科中心对介于40-80岁的3280名马来族国民进行了一项临床研究,提示了睑板腺功能障碍同眼表疾病及其他身体疾病的关联性^[14]。在这项以问卷积分及裂隙灯检查眼睑为主的研究中,男性患者的睑板腺功能障碍发病率较女性患者高,在各年龄层约占56.3%。绝经期妇女,翼状胬肉患者,高血压患者,眼表疾病患者譬如红眼症等,则显示了同睑板腺功能障碍的直接关联性 & 正相关性,统计学上有显著差异。($p<0.05$)。

2.2 全身疾病, 抽烟及隐形眼镜

眼科界一直认为全身疾病、抽烟、眼科手术及隐形眼镜都同干眼症有关联性,但这些因素同干眼症严重程度是否相关却是未知的。有鉴于此,新加坡眼科中心在2012年10月发表了一篇关于亚洲病人干眼症严重程度同全身疾病、抽烟及隐形眼镜的关联性^[15]的研究报告。

此研究以新加坡眼科中心新纳入的干眼症病人做为研究对象,对他们做了有关健康病史,干眼症自觉症状的问卷调查及干眼症症状的详细检查,后将全部数据做常规统计分析。

在这510位病人的统计数据中,(25%是男性,75%是女性),平均年龄 53.0 ± 14.1 岁,其中25人有类风湿关节炎病史,30人有糖尿病病

史, 41人有甲亢疾病, 33人有吸烟史, 23人进行过准分子激光手术, 41人进行过白内障手术, 90人为隐形眼镜佩戴者。

此研究提示了类风湿关节炎患者同干眼症严重程度之间的关联性, 他们的上半部角膜染色程度在全部患者中最为明显。也即是说, 类风湿关节炎患者的干眼症程度最严重, 其眼表损伤程度最大。其他疾病患者在此研究中并没有表现同干眼症严重程度的相关。

2.3 准分子激光手术

准分子激光手术(Laser in situ keratomileusis 简称 LASIK)是目前为纠正近视而进行的常见手术^[19], 虽然技术已经趋近成熟, 但依然存在着一些问题, 譬如泪液功能的递减及角膜染色的递增, 显示着角膜上皮细胞完整性被破坏^{[17][18]}。泪液功能同角膜触觉紧密相关, 而准分子激光手术造成的角膜神经受损^[19]可以造成角膜知觉减退。

2013年7月, 新加坡眼科中心针对以上课题, 发表了一个进行两种不同的飞秒准分子激光近视手术后, 角膜敏感度, 泪液功能及角膜染色比较的研究报告^[20]。

在一个随机抽样样本中, 新加坡眼科中心选择了45位进行德国VisuMax或美国IntraLase 飞秒准分子激光近视手术的患者, 在动手术之前、及动手术后的一个星期、一个月、及三个月, 做了TBUT, 泪液分泌试验(Schirmer's test), 角膜荧光素染色(Corneal fluorescein staining)的检查及比较。

临床数据显示, 虽然德国的VisuMax 飞秒准分子激光近视手术患者显现了较低的TBUT及角膜敏感度, 两种不同的飞秒准分子激光手术在统计学上并无明显差异($p>0.05$)。全面观察显示, 角膜敏感度在飞秒准分子激光近视手术后都明显降低, 一个星期的统计学差异性为 $p<0.05$, 一个月的统计学差异性为 $p<0.001$, 三个月的统计学差异性为 $p<0.001$ 。

术前近视度数介于-6.00度至-11.25度的患者角膜敏感度, 较术前近视度数少于-6.00度的患者角膜敏感度来得低, 统计学上有很明显的差异性($p<0.001$)。泪膜破裂时间和泪液分泌试验时间则没有显示同近视度数高低有关, 统计学上没有明显差异性($p>0.05$)。

泪膜破裂时间和泪液分泌试验在术后一个星期已经显示统计学差异, ($p<0.04$)角膜荧光素染色则在术后一个星期有非常显著的统计学差异($p<0.001$)。

这个研究提示了在两种常用的飞秒准分子激光近视手术后, 角膜敏感度, 泪液功能, 角膜荧光素染色上的变化。报告显示无论是那种飞秒准分子激光手术, 在统计学上它们都显示了术前术后的明显差异性, 提示了角膜上皮细胞的完整性被破坏, 角膜上皮有所损伤, 造成泪液功能失常, 术后干眼症。

2.4 青光眼

青光眼是全球除白内障外, 第二致盲眼科疾病^{[21][22]}。目前全球估计有0.8-7.0% 的青光眼患者, 到了2020年, 此数值将增长50%, 届时将有1120万因青光眼而致双眼失明的盲人^[22]。青光眼治疗首要以滴眼液降低眼压为主^[23]。不幸的是, 眼表疾病(Ocular Surface Disease, OSD) 同长期使用青光眼滴眼液有关^[24]。而造成眼表疾病的原因, 主要来自滴眼液防腐剂的使用。这些防腐剂造成的眼表不适, 甚至影响了生活质量^{[25][26]}。

2013年新加坡眼科中心发表了有关泪液渗透压(Tear Film Osmolality, TFO)同长期青光眼患者眼表疾病的自觉症状, 观察症状, 及青光眼小梁体切除术后后的关联性研究。

在针对130位病人的这个研究方案中, 平均年龄 ≥ 45 岁。其中49位病人为普通对照病人, 50位青光眼病人长期使用控制眼压的滴眼液 ≥ 6 个月, 31位动过小梁体切除术的青光眼病人 ≥ 6 个月。他们的泪液渗透压, 泪膜破裂时间(TBUT), 泪液分泌试验1(Schirmer's

test 1, 不使用表面麻痹的泪液分泌试验, 检测的是反射性泪液分泌情况)及干眼症症状, 包括自觉症状及检查症状都被检测。

结果显示同对照组的普通病人相比较下, 两组的青光眼病人的泪液渗透压都相对的较高。此外, 两组青光眼的病人的干眼症症状也较严重。泪膜破裂时间及泪液分泌试验在三组病人中则没有统计学上差异。

此研究结果提示了长期青光眼病人, 无论是使用滴眼液者或动过小梁体切除术者, 即使泪膜破裂时间或泪液分泌试验正常, 但其泪液渗透压的升高及干眼症症状的增加提示了眼表疾病的存在, 即长期青光眼病人同眼表疾病的直接关联性。

3、西医常规治疗

3.1 人工泪液

人工泪液治疗是任何类型干眼症的基础治疗措施^{[27][28]}。但是很多干眼症病人并不充分使用着人工泪液, 或是效果不理想, 或人工泪液的不同性质造成各种程度的不适, 多种因素让医者考虑寻找更好的治疗方式以代替人工泪液^[29]。但在更好的治疗方式出现之前, 人工泪液治疗依然是目前庞大干眼症病人使用最为广泛熟悉的治疗方式。

目前市面上可供选择的人工泪液种类很多, 包括甲基纤维素, 聚乙烯醇, 波兰酸钠, 卡波姆, 右旋糖酐, 聚乙烯吡咯酮等。其商品名如爱丽, 倍然, 泪然, 新泪然, 瑞新, 立宝舒, 萧莱威, 润尔乐, 思然, 优乐沛凝胶, 利奎芬, 瑞珠等。2012年10月, 新加坡眼科中心针对市面上的人工泪液做了个统一比较分析^[30], 发表了一篇报告以指导眼科医生、普通医生、视光师等如何为他们的干眼症病人, 选择更恰当的人工泪液。在这篇报告中, 新加坡眼科中心对人工泪液的机制作用, 组成, 黏性, 防腐剂, 渗透度, 酸碱度等等做了详细划分比较, 让医者充分了解不同人工泪液的成

分, 让他们更好地为病人做出选择。

虽然目前市面供应的人工泪液种类繁多, 但研究报告也指出没有一种人工泪液可以代替真正的泪液^[31]。况且对很多干眼症患者来说, 人工泪液很多时候都是无效的^[32]。目前的基本概念是, 严重的干眼症, 就应选择黏性较高的人工泪液, 且必须频繁点滴, 以保持角膜的湿润。实际上最后选择都来自病人的亲身体验, 靠点滴不同人工泪液的临床经验, 得出最适合他们的产品, 很多时候甚至使用超过一种产品, 譬如日间用黏性较低的人工泪液, 夜间则用黏性较高的人工泪液, 若没有其他因素的考量, 低渗透度人工泪液当为首选。结论提议医生用药应因以病人的需求及症状为首要条件, 来决定何种人工泪液更加适合他们及让他们点滴的频率。如果病人需要长期进行电脑工作或驾驶活动, 那么点滴人工泪液的频率就必须相对的增加。

3.2 凝胶剂滴眼液

有些人工泪液产品直接针对泪层的粘质层障碍^{[33][34][35][36]}而设计。其中最新产品为美国爱尔康推出的思然滴眼液(Systane Ultra, by Alcon Laboratories, Fort Worth, TX)具有羟丙基甲基纤维素瓜尔胶(Hydroxypropyl-guar, HP-guar)一种凝胶剂(gelling agent)成分, 产品说明说可以制造一层更具粘质层的泪液, 能够更好地保护泪层。思然滴眼液曾经在兔眼实验研究中证明其凝胶剂成分的卓越^[37], 并在另一临床实验中有效地延长干眼症病人眼表泪层的蒸发达一小时^[38]。据说它也可以有效地改善病人干眼症症状, 与那些不含凝胶剂成分的滴眼液譬如美国眼力健生产的瑞新, (Refresh Tears, by Allergan, Irvine, CA)羟甲基纤维素钠滴眼液相比较来说, 能更好地保护泪膜^[33]。但这些临床研究都没有设立对照组^[39], 也没有常规使用纯净水来做对照^[36], 相互比较指标主要是泪脂厚度^[40]。TBUT及眼表的保护指数也只在点滴滴眼液一个小时后采纳

数据。此外,以上研究也没有指出凝胶剂的使用是否能改善亚裔人士的干眼症。

新加坡眼科中心在2012年11月针对以上状况,将华裔干眼症人士分成两组进行了一项随机双盲对照的临床研究,将具凝胶剂成分的思然滴眼液,同不具凝胶成分的瑞新滴眼液相互做个比较^[41]。两组各15个病人用不同的滴眼液每天点滴4次,每次1滴,为期6周。他们的干眼症治疗疗效在治疗期的第一周,第三周,及第六周里,以视觉模拟量表积分(Visual Analogue Scale Score),TBUT及泪液分泌试验1治疗前后的数值做为比较指标。

结果显示两组的干眼症症状皆有明显改善($p<0.001$)。两组间的干眼症疗效在治疗期间的第一,三,六周里没有统计学差异。具凝胶成分的思然滴眼液组的角膜染色情况虽然较为明显,表现在左眼鼻侧($p=0.023$)及左眼下半侧($p=0.046$),但两组间的角膜染色,整体上来说在治疗期间的第一,三,六周里,也没有统计学上的差异。同样的,两组病人的TBUT及泪液分泌试验也没有统计学上的差异。($p>0.05$)

这份研究报告提示两种滴眼液,无论是否具有凝胶剂成分,都能有效地改善干眼症症状。临床研究并没有显示具凝胶剂成分的滴眼液的表现更为有效。

3.3 自体血清治疗

自体血清(Autologous Serum AS)20-50%曾被作为滴眼液用于治疗严重性干眼症患者。其提取程序的草案虽然已经列出^{[42][43][44]}但国际上似乎没有一个执行标准,以致造成临床推广的困难。新加坡眼科中心在2013年发表一份报告,提议采用血清去除法来提取100%的血清以避免污染。在这种严控试验中,提取的血清被分配成不同数量做一次式用途,而不是被置入任何试管内保存备用。

这项经新加坡卫生部伦理道德委员会批准的研究,针对10位严重性干眼症病人,6位女性,4位男性,平均年龄 57.4 ± 10.5 岁,经

血液检查排除乙肝、爱滋、梅毒后开始进行血清去除法。一袋110ml的血清需时30分钟提取,血清被导入静脉注射套管后再以1-2寸分段以吉诺斯多头型微针紮紧。病人将各自余下的血清冷藏在4℃的冰箱里,并在应用时解冻。每个病人除提取自体血清治疗外,都给予滴眼液,每天点滴3-4次,治疗期为六周。

研究显示角膜染色明显改善($p<0.01$),有50%病人的视觉模拟量表积分(Visual Analogue Scale Score, VAS)显示干眼症症状的严重性及频发性有所改善,30%病人治疗疗效前后一样,20%病人则显示干眼加重。总体上干眼症症状改善没有统计学差异($p=0.35$)。用自体血清治疗的三个病人都没有任何细菌或霉菌感染。使用血清及滴眼液的病人在治疗期间明显地感觉干眼症症状频发性的递减($p<0.01$)。有两个病人即使停止环孢菌素治疗后,干眼症症状也无复发现象。

新加坡眼科中心以此研究结果,做出一次式的血清去除法,可以有效地降低感染及改善严重性干眼症的结论^{[45][46]},认为自体血清治疗可以考虑做为严重性干眼症病人的治疗方案,在成本容许的范围内,可以广泛提倡。

4、中医治疗

目前西医常规治疗泪液过度蒸发型干眼症的方法是人工泪液包括普通滴眼液,刺激泪液生产的滴眼液,抗炎剂及口服保健品。保存泪液渠道的方法则有泪小点闭塞术,带有滋润作用的眼镜/眼罩、隐形眼镜及睑缝术等^[47]。干眼症虽然不影响视力,但它却影响了生活质量^[48]。长时间阅读造成注视率增加及眨眼频率的减少,过度使用空调也能造成泪膜的不稳定^[49]。对轻度至中度的干眼症患者,应该有个比常规滴眼液更好的治疗方案。如前所述,实际上只有少数的干眼症患者长期配合使用滴眼液。这些发现都认同了一个综合整体观的干眼症治疗方案对病人更为适合。

中医治疗干眼症在新加坡虽然普遍且疗效确切,但其疗效程度及被接受程度却因为中医眼科临床及实验研究的空白而一直未被肯定。基于这个原因,新加坡眼科中心在2012年发表了一份调查报告,探讨新加坡中医师对中医治疗干眼症的认知、看法及他们的治疗取向^[50]。

在此研究中,一份调查问卷寄往新加坡中医管理委员会注册的每位中医师,在564份锁定对象的调查问卷中,377份问卷完整回收,并以此做了统计分析。

研究结果显示少于50%的参访中医师知道异物感,灼热感,眼睑粘连,及畏光都是干眼症症状。75%的参访中医师认为干眼症不致严重至造成国家保健负担。大多数参访中医师都认可中医治疗干眼症的疗效;75%的参访中医师都曾经以中医治疗干眼症。中药药物治疗及针刺治疗是最普遍被采用的治疗方式。一个单项治疗收费介于新币20-50之间。三分之一的参访中医师表达了以中医治疗干眼症的兴趣及治疗取向。

新加坡眼科中心对此做出的结论是大部分的新加坡中医师都认为中医治疗干眼症是值得肯定的相关治疗,而同西医收费相比较,多数中医师都采取相对较低廉的收费,而治疗干眼症的疗程同西医比较也相对的比较短,只需时1-6个月。但眼科中心也从参访的数据中指出,虽然很多中医师对中医治疗干眼症有很大的兴趣,但中医师对于干眼症症状的认识显然不足,虽然可从出于两种不同医学体系方面做点诠释,但临床的疗效及研究起点是有差别的。而普通群众对中医治疗干眼症的认识,仍然有待进一步提升。

5、检查方法

关于干眼症诊断,至目前为止并没有划一的金标准。医者必须进行一连串的相关检查以确诊。譬如检查泪液的不稳定及泪质可由泪液蒸发器来测定。

新加坡眼科中心在2013年4月为了显示泪液蒸发器在设定环境内可以检测眼表温度(Ocular Surface Temperature OST)及泪液蒸发频率(Tear Evaporation Rates, TERs),发表了一项相关研究^[51]。

26位健康病人参与这项研究。16位病人被安排在普通环境,10位病人被安排在一个特定环境(controlled adverse environmental, CAE)温度30°,湿气介于45-65%之间的环境里接受试验。病人在实验环境内呆上20分钟后,眨眼频率,眼表温度都会被连续记录20秒,结膜及眼表情况将被红外线照相机记录,泪液蒸发频率(TERs)被计算出来。泪膜破裂时间则只对处在特定环境里的病人测试。

结果显示眼表温度(OST)及泪液蒸发频率(TERs)在两个不同的环境内相当接近。重复的检测显示0.4℃的眼表温度差异,及6.0Wm⁻²的泪液蒸发频率差异。在特定的环境内将湿气从45%增加至65%的时候,眼表温度(OST)相对的提高($p < 0.05$)。但泪液蒸发频率(TERs)则没有改变($p > 0.05$)。泪膜破裂时间及眨眼频率也没有什么明显改变。

这个实验提示了泪液蒸发器在特定环境内,当湿气偏差超过20%以上的时候,可以有效地记录病人泪液蒸发的改变情况。

6、治疗成本

干眼症是一个多因素引起的眼科疾病,受影响的病人群体庞大,既造成明显经济负担包括药物、随访、复查等费用,也造成生活不便,工作效率降低及生活质量受影响^[40]。

随着干眼症被普遍认知,治疗方法与手段也不断推陈出新,不再限制于人工泪液或滴眼液。近20年来,治疗范围扩大包括口服免疫抑制剂、人工合成化合物、抗炎治疗和免疫抑制剂滴眼液,保健品等,医疗成本亦徒然增加,给社会及患者增加了经济负担^[52]。

估计干眼症治疗成本相当有挑战性。在

美国估计成本是每百万个干眼症病人每年耗
费约70万美元^[53]。而在欧洲大陆的成本估
算也大同小异^[54]。而干眼症的总体治疗成
本在亚洲区域肯定超越其他国家,因为亚洲
区域的干眼症人口是30%,而白人区域只占
15%^[53]。

但有关亚洲区域干眼症治疗花费的资料
却很缺乏,新加坡眼科中心针对这点在2012
年6月发表了一篇有关新加坡干眼症治疗成本
的估计^[55]。

在这项研究里,新加坡眼科中心将2008-
2009这两年到访的干眼症病人按治疗区别划
分为7组,依次为睑板腺障碍(MGD)治疗,不
含防腐剂的滴眼液治疗、含防腐剂滴眼液治
疗、滋润软膏及凝胶、免疫抑制剂滴眼液、口
服保健品,及非药物治疗。每一份数据输入病
人的治疗史。记录后用统计学分析比较各组数
据,查看治疗花费多少。

新加坡眼科中心总共对54,052位病人
做了统计分析。记录数据来自132,758位
病人的治疗史。干眼症总治疗成本在2008
年是1,509,372.20美元,在2009年则是
1,520,797.80美元。个人的治疗成本在2008
年是22.11美元,在2009则是23.59美元。2008
年的递增成本是0.8%,2009年则是6.69%。药
物治疗占了总成本的99.2%,其中滴眼液则占
了79.3%。使用不带防腐剂的人工泪液、免疫
抑制剂人工泪液,及睑板腺障碍治疗有明显
增加的趋势($p<0.001$)而使用带防腐剂的人工
泪液,滋润软膏及凝胶的病人则有减少的趋
势。($p<0.001$)。

结论指出,尽管非直接成本未被计算在
内,但是干眼症治疗成本在新加坡已对国家
保健体系形成明显负担。而直接成本也在与
时递增。在社会经济资料缺乏的情况下,可
以肯定的是,真正经济体系下的干眼症治疗
耗费成本肯定比目前估计的干眼症治疗成本
还高的多。

7、生活质量

干眼症的症状包括烧灼感、干涩感、泪溢
感、异物感、畏光、及视力模糊^{[56][57][58]}。泪膜
及光学折射面的变化都能影响视力质量^{[59][60]}。
有些研究甚至指出严重的干眼症可以降低一个
人的日常生活活动能力,生活质量受到影响
^{[61][62][63]}。但是这些研究通常都局限于临床研
究,相对的样本量较小而病人也经过挑选而
成^{[64][65]}。但干眼症对普通群体日常生活能力
的影响却不是十分清楚,针对这点,新加坡
眼科中心在2010年5月进行了一项有关新加
坡马来群体干眼症症状对他们日常生活能力
影响的报告^[66]。

在这项调查报告中,3280名年龄 ≥ 40 岁
居住在新加坡西南部的马来人接受了有关干
眼症症状问卷调查,其中有一份问卷中有6道
干眼症症状问题,一份问卷则是与视力有关的
生活能力问题。每位被调查者都被要求进行详
细体检及眼科检查。数据经过统计学逻辑回归
分析后,得出干眼症症状及生活能力受影响的
关联性结论。

在年龄、性别、视力数据被调整之后,
干眼症症状明显地同生活质量有直接关系譬
如攀爬阶梯($OR=1.96$, 95%CI:1.28-3.00),确
认朋友($OR=1.99$, 95%CI:1.45-2.73),辨识
路标($OR=1.87$, 95%CI:1.36-2.57),阅读报
纸 ($OR=1.50$, 95%CI:1.11-2.04),观看电视
($OR=1.90$, 95%CI:1.26-2.87),厨房烹煮
($OR=1.94$, 95%CI:1.02-3.71)及夜间驾驶
($OR=2.06$, 95%CI:1.32-3.21)。

新加坡眼科中心以此做出结论,在撇除
视力及其他因素后,干眼症症状同生活质量
有密切关系。这份报告对指导公共卫生课题
有很大的意义,对于干眼症带来的生活影响必
须进一步探讨。

同年10月,新加坡眼科中心进一步探讨
了高量视力活动同干眼症症状的关系。研究病

人对他们的日常视力活动做了详细记录。病人采取一天活动，一天休息的方式详细纪录用眼活动包括空调环境、刮风环境、驾驶、观看电视、使用电脑、阅读，在戏院里看电影及佩戴隐性眼镜，并将每天的平均用眼活动同干眼症症状的数据被输入电脑做统计分析。

在35份回收的纪录报告中，观看电视时间同视力模糊成正比($p<0.01$)。使用电脑时间则同视力模糊成反比($p<0.05$)。其余如刮风环境，驾驶，阅读也同某些干眼症症状成反比($p<0.05$)。阅读同角膜荧光染色及泪液分泌实验成正比($p<0.03$)。空调环境同偶尔的视力模糊成反比，但却同连续的视力模糊成正比，且能以滴眼液改善($p=0.02$)。

这是探讨用眼活动同干眼症症状关联的第一份报告，成反比值的联系提示病人下意识的修正自己的生活方式以缓解干眼症症状。

8、结语

随着对于干眼症病因及发病机制研究的不断深入，西医对于干眼的治疗有不断的进展。本文对近5年来新加坡眼科中心对于干眼症在病因病机、检查手段、治疗方法、成本计算、生活质量、临床研究、实验研究等方面研究情况进行了总结。目前新加坡治疗干眼症的常规治疗包括滴眼液、手术、血清治疗、激素治疗等，局限在局部治疗上，增加泪液分泌，在改善干眼症症状取得了一定的疗效。

但目前新加坡眼科中心的研究还存在以下一些问题：一是临床研究病人分型标准不统一，也缺乏更科学的疗效评定标准；二是临床研究中有时候可能将干眼及其他常见眼表疾病如慢性结膜炎、过敏性等相混淆，造成误差；三是治疗方法不规范，往往联合试验抗感染药物、抗过敏药物、生长因子类药物等，不仅未起到治疗作用，且诱发某些药物性眼表疾病；四是眼科疾病最有效的局部用药，关于滴眼液的研究却很少；五是关于中医药防治干眼症的

研究，即除了一项调查报告外，临床研究及实验研究都是一片空白。

随着科学技术的不断发展，今后对于干眼症治疗的研究，应在整体观念的中医理论指导下，结合现代医学理论、从发病机制、病理生理及对症治疗方面着想，加强中医临床科研设计，重视随机双盲对照，进行多中心大样本的临床观察，提高中医科学研究水平，避免低水平重复。应统一本病的中医证型，增加临床观察指标的客观性，以增强疗效判定的可信性，加强中医药防治干眼症的临床研究和实验研究和中药滴眼剂的研究，联合多种方法综合治疗干眼症的研究，以取得更好的疗效研究。随着新加坡卫生部在2014年初颁发的以中医治疗方向为主的中医科研基金，相信不久的将来，新加坡眼科中心必能落实中西医结合治疗干眼症的研究。

参考文献

- [1] 李凤鸣, 中华眼科学[M]北京: 人民卫生出版社, 2005:1153-1160.
- [2] Lemp WA, Baudouin C, Baum J, et al. The definition and classification of Dry Eye Disease. Report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye Work Shop (2007)[J]. Ocul Surf, 2007;5:75-92
- [3] Anon. The epidemiology of dry eye disease report of the Epidemiology Subcommittee of the International Dry Eye Work Shop (2007). Ocul Surf, 2007;5:93-107
- [4] Schein OD, Munoz B, Tielsch JM et al. Prevalence of dry eye among the elderly. Am J Ophthalmol 1997; 124:723-6
- [5] Sullivan DA. Tearful relationships? Sex, hormones, the lacrimal gland, and aqueous-deficient dry eye. Ocul Surf 2004;2:92-123
- [6] Tong L, Chaurasia SS, Mehta JS, Beuerman RW. Screening for Meibomian Gland Disease: Its relation to dry eye subtypes and symptoms in a tertiary referral clinic in Singapore. IOVS February 24, 2010 iovs. 09-4445
- [7] Methodologies to diagnose and monitor dry eye disease: report of the Diagnostic Methodology Subcommittee of the International Dry Eye Workshop (2007). Ocul Surf 2007;5:108-152.
- [8] Bron A, Tiffany JM. Contribution of Meibomian gland disease to dry eye. Ocul Surf 2004;2:149-164
- [9] Jie Y, Xu L, Wu YY, Jonas JB. Prevalence of dry eye among adult Chinese in the Beijing Eye Study. Eye 2008.
- [10] Lin PY, Cheng CY, Hsu WM, et al. Association between symptoms and signs of dry eye among an elderly Chinese population in Taiwan: the Shihpai Eye Study. Invest Ophthalmol Vis Sci 2005;46:1593-1598

- [11] Yamaguchi M, Kutsuna M, Uno T, Zheng X, Kodama T, Ohashi Y. Marx line: Fluorescein staining line on the inner lid as indicator of meibomian gland function. *Am J Ophthalmol* 2006;141:669-675
- [12] Tong L, Zhou L, Beuerman RW, et al. Association of tear proteins with Meibomian Gland Disease and dry eye symptoms *BJO* (October, 2010) 10.1136/bjo.2010.18525
- [13] Lam SM, Tong L, Yong SS, Li B, Chaurasia SS, Shui G, Wenk MR. Meibum Lipid Composition in Asians with Dry Eye Disease. *PLoS ONE* October 2011, Volume 6, Issue 10; e24339
- [14] Siak JK, Tong L, Wong WL, Cajucom-Uy, Rosman M, Saw SM, Wong TY. Prevalence and risk factors of Meibomian Gland Dysfunction: The Singapore Malay Eye Study *Cornea* 2012;0:1-6
- [15] Lee SY, Petznick A, Tong L. Associations of systemic diseases, smoking and contact lens wear with severity of dry eye. *Ophthalmic & Physiological Optics* 32 (2012) 518-525
- [16] Duffley RJ, Leanming D, US trend in refractive surgery: 2004 ISRS/AAO Survey. *J Refract. Surg.* 2005;21(6):742-748
- [17] Kalyvianaki MI, Katsanevaki VJ, Kavroulaki DS, Kounis GA, Detorakis ET, Pallikaris IG. Comparison of corneal sensitivity and tear function following Epi-LASIK or laser in situ keratomileusis for myopia. *Am J Ophthalmol.* 2006;142(4): 669-671
- [18] Wilson SE. Laser in situ keratomileusis-induced (presumed) neurotrophic epitheliopathy. *Ophthalmology*, 2001; 108(6): 1082-1087.
- [19] Lee BH, McLaren JW, Eric JC, Hodge DO, Bourne WM. Reinnervation in the cornea after LASIK. *Invest Ophthalmol Vis. Sci.* 2002;43(12):3660-3664.
- [20] Petznick A, Chew A, Hall RC, Chan CM, Rosman M, Tan D, Tong L, Mehta JS. Comparison of corneal sensitivity, tear function and corneal staining following laser in situ keratomileusis with two femtosecond laser platforms. *Clinical Ophthalmology* 2013;7:591-598
- [21] Quigley HA. Number of people with glaucoma worldwide. *Br J Ophthalmol* 1996; 80(5):389-393.
- [22] Quigley HA, Broman AT. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br J Ophthalmol* 2006;90(3):262-267.
- [23] Lee DA, Hugginbotham EJ. Glaucoma and its treatment: a review. *Am J Health Syst Pharm* 2005;62(7):691-699.
- [24] Baudouin C, Renaud JP, Nordmann JP, Denis P, Lachkar Y, Sellem et al. Prevalence and risk factors for ocular surface disease among patients treated over the long term for glaucoma or ocular hypertension. *Eur J Ophthalmol* 2013;23(1):47-54
- [25] Skalkicky SE, Goldberg I, McCluskey P. Ocular surface disease and quality of life in patients with glaucoma. *Am J Ophthalmol* 2012; 153(1):1-9 e2.
- [26] Paletta Guedes RA, Paletta Guedes VM, Freitas SM, Chaoubah A. Quality of life of medically versus surgically treated glaucoma patients. *J Glaucoma* 2012; 22:369-373
- [27] Clegg JP, Guest JF, Lehman A, Smith AF. The annual cost of dry eye syndrome in France, Germany, Italy, Spain, Sweden and the United Kingdom among patients managed by ophthalmologists. *Ophthalmic Epidemiol* 2006;13:263-74
- [28] Springs CL. Novel hydroxypropyl-guar gellable lubricant eye drops for treatment of dry eye. *Adv Ther*:2010;27:681-90.
- [29] Sheppard JD. Dry eye moves beyond palliative therapy. *Manag Care* 2003;12:6-8
- [30] Tong L, Petznick A, Lee SY, Tan J. Choice of artificial tear formulation for patients with dry eye: where do we start? *Cornea*, Volume 31, Number 10, Suppl.1, October 2012
- [31] DEWS. Research in dry eye report of the Research Subcommittee of the International Dry eye Workshop (2007). *Ocul Surf*; 2007;5:179-193.
- [32] Yu J, Asche CV, Fairchild CJ. The economic burden of dry eye disease in the United States: a decision tree analysis. *Cornea*. 2011;30: 379-387.
- [33] Ousler GW, Michaelson C, Christensen MT. An evaluation of tear film breakup time extension and ocular protection index scores among three marketed lubricant eye drops. *Cornea* 2007;26: 949-52.
- [34] Gifford P, Evans BJ, Morris J. A clinical evaluation of Systane. *Cont Lens Anterior Eye* 2006;29:31-40.
- [35] Versura P, Profazio V, Campus EC. One month use of Systane improves ocular surface parameters in subjects with moderate symptoms of ocular dryness. *Clin Ophthalmol* 2008; 6:29-35.
- [36] Stefan C, Dumirrica DM. Systane and cataract surgery. *Ophthalmologia* 2007;51:100-4
- [37] Ubels JL, Clousing DP, Van Haitsma TA, Hong BS, Stauffer P, Asgharian B, Meadows D. Pre-clinical investigation of the efficacy of an artificial tear solution containing hydroxypropyl-guar as a gelling agent. *Curr Eye Res.* 2004;28:437-44
- [38] Uchiyama E, Di Pascuale MA, Butovich LA, McCulley JP. Impact on ocular surface evaporation of an artificial tear solution containing hydroxypropyl guar. *Eye Contact Lens* 2008;34:331-4.
- [39] Rolando M, Autori S, Badino F, Burabino S. Protecting the ocular surface and improving the quality of life of dry eye patients: a study of the efficacy of HP-guar containing ocular lubricant in a population of dry eye patients. *J Ocul Pharmacol Ther* 2009;25: 271-8
- [40] Korb DR, Scaffidi RC, Greiner JV, Kenyon KR, Herman JP, Blackie CA, Glonek T, Case CL, Finnemore VM, Douglass T. The effect of two novel lubricant eye drops on tear film lipid layer thickness to subjects with dry eye symptoms. *Optom Vis Sci* 2006;82:594-601.
- [41] Waduthantri S, Yong SS, Tan CH, Htoon HM, Tong L. Lubricant with gelling agent in treating dry eye in adult Chinese patients. *Optometry and Vision Science*, Vol 89, No 11, November 2012.
- [42] Geerling G, MacLennan S, Hartwig D. Autologous serum eye drops for ocular surface disorders. *Br J Ophthalmol* 2004;88(11): 1467-1474.
- [43] Lagnado R, King AJ, Donald F et al. A protocol for low contamination risk of autologous serum drops in the management of ocular surface disorders. *Br J Ophthalmol* 2004;88(4):464-465
- [44] Liu L, Hartwig D, Harloff S et al. An optimized protocol for the production of autologous serum eyedrops. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2005;243(7):706-714.
- [45] Cho YK, Huang W, Kim GY et al. Comparison of autologous serum eye drops with different diluents. *Current Eye Research* 2012;38:9-17
- [46] Yoon KC, Heo H, Im SK et al. Comparison of autologous serum and umbilical cord serum eye drops for dry eye syndrome. *Am J Ophthalmol* 2007;144(1): 86-92.

- [47] Report of the Management and Therapy Subcommittee of the International Dry Eye Work Shop (2007). Management and therapy of dry eye disease. *Ocul Surf* 2:163-178.
- [48] Pflugfelder SC (2008): Prevalence, burden, and pharmacoconomics of dry eye disease. *Am J Manag Case* 3 Suppl: S102-106.
- [49] Report of the Epidemiology Subcommittee of the International Dry Eye Workshop (2007). The epidemiology of dry eye disease. *Ocul Surf* 2:93-107.
- [50] Lan WW, Lee SY, Lee MX, Tong L. Knowledge, attitude, and practice of dry eye treatment by institutional Chinese Physicians in Singapore. *The Scientific World Journal*, Volume 2012, Article ID 923059, doi:10.1100/2012/923059
- [51] Petznick A, Tan JH, Boo SK, Lee SY, Acharya R, Tong L. Repeatability of a new method for measuring tear evaporation rates. *Optometry and Vision Science* 2013 Vol., 90 No. 4, PP 366-371
- [52] Brown MM, Brown GC, Brown HC, Peet J, Roth Z (2009) Value based medicine, comparative effectiveness, and cost-effectiveness analysis of topical cyclosporine for the treatment of dry eye syndrome. *Arch Ophthalmol* 127(2):146-52
- [53] Asbell PA, Lemp MA (2007) Dry eye disease. *The Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment*. New York:Thieme Medical Publishers 1p.
- [54] Clegg JP, Guest JF, Lehman A, Smith AF (2006) The annual cost of dry eye syndrome in France, Germany, Italy, Spain, Sweden and the United Kingdom among patients managed by ophthalmologists. *Ophthalmic Epidemiol* 13:263-74.
- [55] Waduthantri S, Yong SS, Tan CH, Shen L, Lee MX, Nagarajan S, Hia MH, Tong L. Cost of dry eye treatment in an Asian clinic setting. *PLoS ONE* June 2012, Volume 7, Issue 6; e37711
- [56] Miljanovic B, Dana R, Sullivan DA, Schaumberg DA. Impact of dry eye syndrome on vision - related quality of life. *Am J Ophthalmol* 2007;143(3): 409-415
- [57] Sullivan RM, Cermak JM, Papas AS, Dana MR, Sullivan DA. Economic and quality of life impact of dry eye symptoms in women with Sjogren's syndrome. *Adv Exp Med Biol* 2002;506(Pt B):1183-1188
- [58] Begley CG, Caffery B, Chalmers RL, Mitchell GL. Dry Eye Investigation (DREI) Study Group. Use of the dry eye questionnaire to measure symptoms of ocular irritation in patients with aqueous tear deficient dry eye. *Cornea* 2002;21:664-670
- [59] Gato E, Ishida R, Kaido M, Dogru M, Matsumoto Y, Kojima T et al. Optical aberrations and visual disturbances associated with dry eye. *Ocul Surf* 2006;4(4): 207-213.
- [60] Goto E, Yagi Y, Matsumoto Y, tsubota K. Impaired functional visual acuity of dry eye patients. *Am J Ophthalmol* 2002;133(2): 181-186
- [61] Schiffman RM, Walt JG, Jacobsen G, Doyle JJ, Lebovics G, Sumner W. Utility assessment among patients with dry eye disease. *Ophthalmology* 2003; 110(7):1412-1419
- [62] Buchholz P, Steeds CS, Stern LS, Wiederkehr DP, Doyle JJ, Katz LM et al. Utility assessment to measure the impact of dry eye disease. *Ocul Surf* 2006;4(3): 155-161.
- [63] Brown MM, Brown GC. Utility assessment and dry eye disease. *Ophthalmology* 2004; 111(4):852-853; author reply 853
- [64] Jabbur NS, Sakatani K, O'Brien TP. Survey of complications and recommendations for management in dissatisfied patients seeking a consultation after refractive surgery. *J Cataract Refract Surg* 2004;30(9):1867-1874.
- [65] Vitale S, Goodman LA, Reed GF, Janine AS. Comparison of the NEI-VFQ and OSDI questionnaires in patients with Sjogren's syndrome-related dry eye. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:44
- [66] Tong L, Waduthantri S, Wong TY, Saw SM, Wang JJ, Rosman M, Lamoureux EL. Impact of symptomatic dry eye on vision-related daily activities: The Singapore Malay Eye Study. *Eye* (2010) 24, 1486-1491

话说药中黄金—石斛

新加坡·倪炜程

石斛为兰科植物，又名石斛兰，属名 *Dendrobium* 为希腊语 *Dendron*(树木)与 *Bios*(生活)二字结合而成。石斛兰是兰科植物中最大一个属，其别名有“禁生”，“吊兰花”，“万丈须”等。《本草纲目》载有“石斛恒用砂石栽于盆中，或以物盛之挂屋下，频浇以水，经年不死，俗称〈万年润〉”。

石斛专家张明教授说：“石斛多附生于大的树干或山石上，不能生长于普通土壤中，开花多，结果少，其繁殖系数低，生长慢。”生于树干者为木斛，其药用价值低，而长于山石者为顾名思义的石斛，其药用价值较高。《本草纲目》有云：“木斛长而中虚，石斛短而中实，其易分别。”石斛全球有1500多个品种，而真正能够入药只有十多种，其药用部位在其茎，而非全草。石斛药用种类：1. 铁皮石斛(黑节草)：其茎是圆的，是植物中经济价值最高。2. 金钗石斛：其茎是扁的，是中国药书中记载和研究应用最早种类。还有其它诸如美花，束花，密花和马鞭等石斛种类。

《本经》列石斛为上品，明朝之前少用，

明清温病学派形成后，石斛才声名雀起。在中国现存最早的药物专著成书于东汉的《神农本草经》载有“石斛一味甘平，主伤中，除痹下气，补五脏虚劳。羸瘦，强阴，久服厚肠胃，轻身延年。”历史上均以霍山石斛与金钗石斛为优，“色黄如金，茎状如钗者为贵。”霍山石斛(米斛)产生安徽省霍山县内是石斛中的极品，其胶质饱满，久嚼无渣，个头沉实，药效最佳，只有质量最好的霍山石斛才称为“铁皮枫斗”，其价格多在每克10-20块以上甚至更贵。焦树德老中医认为金钗石斛偏养胃阴，补肾精，霍山石斛常用于老人，虚人阴液不足者。以铁皮石斛其嫩茎烘干并搓成卷加工的“枫斗”或“耳环”，被称为“金枫斗”或“金耳环”。在国际市场上铁皮石斛加工成一种“龙头凤尾”的中药，每克售价在3-4美元左右。《名医别录》言石斛出自六安“其形甚细，而色作黄金，望之润泽，嚼之味厚者，斯为上品。”六安即今安徽省六安市。李时珍曾到过六安，对所产的石斛有较高评价“霍斛珍如玉石，但少若晨星。”可见其珍贵之处。

唐朝开元年间道家经典《道藏》称铁皮

石斛为“九大仙草之首”，民间有“救命仙草”，“药中黄金”之美誉。铁皮石斛最补血，精，津，令人精，气，神充足，提高人体免疫力，抗衰老，降三高，防治糖尿病方面有显著功效。现京沪杭某些高端会所最流行喝鲜榨铁皮石斛汁，一大壶可卖4,5百元人民币，其实最多用50g新鲜石斛做原料。由于石斛在烘干过程会破坏营养而且烘干后真伪难辨，所以铁皮石斛鲜品是最佳选择。

石斛药用功效：

1. 抗衰老，提高免疫力：石斛能显著提高超氧化物歧化酶(SOD)水平，降低过氧化脂质(LOP),调节脑单胺类神经介质水平，抑制类似单胺氧化酶(MAO),石斛含多量黏液质，对人体皮肤有滋润营养作用，从而起到延缓衰老作用。武则天是中国历史上唯一女皇，享年81岁，据典籍记载其养颜秘方重在养血滋阴并重，该方由唐朝著名养生大师六朝御医叶法善献给，该方以藏红花为君药，铁皮石斛，灵芝二味为臣药，她服用该方达50年之久，容貌依然光彩照人，成就了她的不老传说，专家称其方为古代养颜第一方。

2. 活血化瘀，提高心脑血管功能：石斛含酯类成分，具活血化瘀，扩张血管及抗血小板凝结，对治疗血栓闭塞性脉管炎，动脉硬化性闭塞有作用。由石斛，金银花等药材提取加工的脉络宁注射液，有清热养阴，活血化瘀功能。

3. 抗肿瘤作用：石斛中提取菲类和联苕类物质，有抗肺癌，卵巢腺癌和前髓细胞白血病作用，能促进T细胞生长和淋巴细胞产生，抑制因子，起增强免疫作用。

4. 治疗消化系统疾病：石斛对肠管有兴奋作用，可使收缩幅度增加，其对慢性萎缩性胃炎有独特满意效果，民间称其为“肠胃药”。消化道专家魏长春在用铁皮石斛时就只用鲜品，故有“非鲜石斛不用”的美名，因鲜石斛清热生津，解渴之力较佳，胃阴虚多有饥不欲食及隐隐作痛等特点，北京“四大名医”

施今墨先生喜用鲜地黄，鲜石斛对药治疗胃病阴液不足，胃口不开者或温热病伤阴，阴虚内热，低热不退者。叶天士首创的“甘寒养胃”方用药中有石斛，配沙参，麦冬，生地，玉竹，天花粉等。焦树德教授谓石斛能除胃中虚热而止烦渴，清中有补，补中有清。近贤章次公先生总结自己使用石斛三条经验“热性病退后，津液未复，此可用也。”“阴虚之喉症，可用也。”“病人脏无他病而口干，所谓胃液不足者可用也。”

5. 治疗眼科疾病：石斛对半乳糖白内障不仅有抑制作用，还有一定治疗作用，其保持晶状体百分率为36.8%。中药中“清睛粉”用石斛，麦冬等组成，有滋阴散热，疏风清热，通络散结，退翳明目之功，用于联合翼状胬肉切除，角膜移植手术效佳。传统名方“石斛夜光丸”由石斛，人参等25味中药组成，对治疗白内障，青光眼，视神经炎有效。

6. 强筋壮骨作用：朱丹溪谓“人到中年，阴气自半。”石斛阴液润滑关节，从而达到强筋壮骨，流利关节增强抗风湿作用。名医朱良春先生用药经验中谓石斛除痹奏效佳，以痹症久延，肝肾阴伤，呈现筋脉拘挛作痛，形体消瘦阴虚之症，鲜石斛用量在15-30g，少则效差，方以石斛配首乌，白芍，地黄，鸡血藤滋养肝肾阴液，以桃仁，红花活血定痛，配合豨莶草，桑寄生，木瓜等祛风通络，朱氏谓守方常服，多可获益。清乾隆帝25岁登基，在位六十年，是中国历史上执政时间最长，年寿最高皇帝(享年89岁)，乾隆独爱铁皮石斛，炖汤，喝酒，喝茶，大宴群臣，必用它，其行走稳健有力。

7. 滋养阴津，生津润喉：《中国药学大字典》谓其：“专滋肺胃之气液，气液中旺，肾水自生。”《本草纲目拾遗》有云：“以石斛代茶，能清胃火，除虚热，生津液，利咽喉。”中国著名京剧表演艺术家梅兰芳独树一帜的“梅腔”至今仍令人记忆犹新，梅先生除饮食清淡外，用中药石斛护嗓可以说是

公开的“秘密”。唱京剧的人讲究开音和清理咽喉，开音就是让嗓子发出声音，一般人会选择胖大海，玉蝴蝶，蝉蜕等，这些对开音有很好促进作用，当一场戏唱完后，演员咽喉部血管会充血，如何保护嗓子，这时石斛就派上大用场，加些麦冬，菊花润喉护嗓，效果就更加明显。中国著名播音员宋世雄的嗓音能长期保持良好，有赖于每日饮用石斛茶，其保嗓的妙方是中国著名老中医刘渡舟教授介绍的，他对宋说：“清利咽喉，保护嗓子，用胖大海不如耳环石斛效果好。”刘老对石斛茶应用很有讲究，具体应用如下：取干燥耳环石斛**10g**，水煎约半小时，倒入保温杯中，慢慢饮服，这里值得提醒大家注意的是，干石斛很难溶出来，非经久煮气味莫出，泡后再煮**30-40**分钟，始有效力，刘老独用石斛一味，是颇有道理及学习品味的。

8. 护肝利胆作用：石斛具滋养肝阴作用，现代研究石斛有抑制葡萄球菌作用，可治疗肝炎，胆囊炎，胆结石等，有迅速退热作用。

9. 治疗慢性咽炎：据报道(辽宁中医杂志)以石斛，玄参，天花粉，蚤休各**10g**，将其煎液经蒸馏提纯，用超声雾化器使患者吸入咽部，治疗慢性咽炎**172**例。显效**62**例，好转**87**例。

石斛副作用：本品能敛邪，使邪不外达，所以温热病不宜早用，湿温尚未化燥者忌用。

由于保护资源不力，野生的霍石斛已濒临绝灭，市场上只有少数像福临门或同仁堂这样老品牌能买到真正的霍山石斛。目前中国大规模种植铁皮石斛，主要分布在浙江，云南，广西，湖南。贵州等地，其中浙江种植大，多柔软，味甘，具黏性，有效成分含量最高，效果最佳。浙江临安天目山种植的石斛生长周期在**3，4**年，常年受天地灵气，吸日月之精华，质量好。而云南种植的石斛产量多，但生长周期只**1，2**年，质量较差。四川合江县采用人工新法栽培石斛获成功，他们选用接近石斛生活条件的普通锯木面代替土壤，为中国无土栽培中

药材开创了先例，石斛药用价值和经济价值同样前程似锦。

参考书籍：

- [1] 《章次公医术经验集》朱良春主编 湖南科技出版社 2004年10月第一版第五次。
- [2] 《施今墨对药》吕景山著 人民军医出版社 2007年10月第三版第五次。
- [3] 《本草纲目》李时珍 中国言实出版社 2012年7月第二版。
- [4] 《用药心得十讲》焦树德 人民卫生出版社 2007年4月第三版。
- [5] 《朱良春用药经验》朱步先，何绍奇等整理 上海中医学院出版社 1989年11月第一次。
- [6] 《中药学》高学敏主编 中国中医药出版社 2012年7月第二版。
- [7] 倪炜程 中医师公会会员(会员证号码1823) 03-03-2014



浅析自闭症 的中医认识与综述

新加坡·邓秀华

【摘要】新加坡中医对自闭症的研究非常缺乏，因此，本文希望从中医病名、病因病机、治疗等方面对自闭症的研究作进一步认识与综述。

【关键词】痴呆，语言表达障碍，泛自闭症障碍。

自闭症(Autism spectrum disorder ASD)又称为孤独症，儿童自闭症是一种由大脑、神经病变引起的终生性神经发育障碍疾病；其主要为缺乏社交沟通能力，语言与智力障碍，单一兴趣，刻板重复行为等一系列精神异常表现。国际公认的首篇报道见诸于1943年美国约翰·霍布金斯大学的里敦·堪纳(Leo Kanner)发表的论文《情感接触中的自闭性障碍》是世界学术界首次做出的经典性描述。^[1]

根据世界卫生组织2013年对泛自闭

症障碍的审查，估计全球患病率中位数为62/10,000，即每160个儿童中有1位患有泛自闭症障碍及其继发残疾。新加坡卫生部的报告显示，每1万名儿童中就约有15至20名儿童患有自闭症。^[2]

临床表现特征

根据世界卫生组织提到泛自闭症障碍的特征：其表现语言和社交技能发育推迟或倒退，

出现重复性刻板行为模式。害怕或恐惧、睡眠和饮食障碍、爱发脾气和侵略性。自我伤害(如咬手指)也相当常见,特别是伴随智力发育障碍的患儿^[3]。自闭患者最常表现为缺乏与他人的沟通技巧,语言表达障碍,表情淡漠,孤僻封闭,抑郁,容易表现出急躁易怒,情绪不宁、自残自伤;有的伴有癫痫、高喊尖叫,甚至一些会出现攻击、幻听等,自闭症的发病原因和机制至今并不完全清楚,也并没有特效的方法能治疗。

中医病名

自古以来,中医虽未见“自闭症”或“孤独症”之病名,相关的症状也少述有之。在古代较能表达此含义史书·国语·卷十·晋语四:【……瞽不可使视,聵不可使言,聋不可使听,童昏不可使谋。……】童昏指小儿智力低下,这里“童昏不可使谋”就是形容孩童成长思维异常无法正常智力思考障碍,这符合了自闭症儿童所描述的神智形态。

宋·钱乙《小儿药证直诀》。卷上。杂病证:“长大不行,行则脚细。齿久不生,生则不固。发久不生,生则不黑。”宋·阎孝忠《阎氏小儿方论》论“心气不足,五六岁不能言”。宋代《太平圣惠方》提出小儿心气不足,舌本无力,令儿语迟,芍药方。

清·陈复正(飞霞)《幼幼集成》卷四·五软五硬证治:“小儿生后,有五软五硬之证,乃胎元怯弱,禀受先天阳气不足,不耐寒暑,少为六淫所犯,便尔五软见焉。”肾为先天之本,肾精不足,脑海不充则神志不聪,容易出现五软五硬之证。

病因病机

《素问·脉要精微论篇》:“头者,精明之府”。若此部位发生异常病变,则出现中医里所属于“五迟”、“解颅”“痴呆”等疾病

范畴。刘刚,袁立霞认为此病的病位主要在脑,与心、肝、肾有关^[4];在古代文献综述里则有描述与先天素质有关,故此应该包括先天命门;自闭症乃幼婴出世先天不足,命门禀赋衰弱,则会导致后续智力发展不全;本文将综述从无形之命门内寓真火,为人体阳气之根本解释以及与后天各脏腑关系;“命门者,先天之火也……心得命门而神明有主,肝得命门而谋虑才,肾得命门而作强,无不借命门之火而温养也”《石室秘录》。

1. 心主血脉,主神志——心得命门而神明有主

《素问·灵兰秘典论》云:“心者,君主之官,神明出焉。”

中医认为,心者,君主之官,君主者,主宰人的神明智慧、精神意识思维活动。

《六节藏象论》则说:帝曰:【藏象何如。歧伯曰:心者,生之本,神之变也,其华在面,其充在血脉,为阳中之太阳,通于夏气……】。心为阳脏而主阳气,阳中之太阳,统领及主宰人体精神、思维活动的功能,这说明了心在人体犹如太阳微中心主宰,血脉充足脉络满盈则面容红润光彩,故曰其华在面,其充在血脉,神志精神振奋,思考反应灵活。

明·鲁伯嗣《婴童百问》·卷之五·语迟第四十一问:“巢氏云:小儿四五岁不能言,盖人之五脏、以心之声为言,不能言者,由在胎时,其母卒有惊怖,内动于儿脏,邪气乘于心,故令心气不足,而不能言也。宜服钱氏菖蒲丸以意加减。”由此可知,初生儿先天禀赋命门不足,后天失养则即易阴阳偏颇,出现心神不宁,心神失养,则易舌强失语,多动不安,反应迟缓等;若心火炽盛,神明被扰,神识昏昧,胡言谵语,痰郁内扰则出现狂躁不安,亢奋等举止失常。

2. 肝主疏泄藏血,调节精神情志——肝得命门而谋虑

《素问·灵兰秘典论》云：肝者，将军之官，谋虑出焉。

马月香，张珍玉等认为，一个国家的将军带兵出战，其指挥、协调作用决定着战争的成败，也就决定着一个国家的兴旺与存亡。既然《黄帝内经》把肝在体内所起的作用比喻为“将军”，也喻含了肝对人体的生命活动具有重要的协调作用，其对内能够疏导和协调全身各脏腑组织的生理功能；对外能够抗御外邪，防止疾病的发生，以维持生命活动的正常进行。^[5]

《六节藏象论》肝者，罢极之本，魂之居也，其华在爪，其充在筋，以生血气，其味酸，其色苍，此为阳中之少阳，通于春气。血液源于水谷精微，生化于脾而藏受于肝；《读医随笔·卷四》“凡脏腑十二经之气化，皆必藉肝胆之气化以鼓舞之，始能调畅而不病”。《新编黄帝内经纲目》说：“肝属风木，藏血主动，性动恶怒，故喻为将军。肝藏魂，有协助心神之用，故出谋虑^[6]。《黄帝内经素问·注证发微·卷一》曰：“肝属木，木主生发，故为将军之官，而谋虑所出，犹运筹帷幄之中也”。因此，肝的疏泄功能正常与否，就如同将军带兵出战，指挥、协调作用决定着战争的成败；肝的疏泄与气机调畅、气血和调、经络通利，脏腑组织有着主要的活动协调。若肝疏泄无法正常发展，精神情志无法正常调节，肝气郁滞则易性情急躁，或行为情绪波动或趋向孤独自闭。

3. 肾藏精，主一身阴阳——肾得命门而作强。

《素问·灵兰秘典论》云：肾者，作强之官，伎巧出焉。

《六节藏象论》：帝曰：肾者，主蛰封藏之本，精之处也，其华在发，其充在骨，为阴中之少阴，通于冬气。

张鹏，施杞，王拥军等认为，“作强之官，伎巧出焉”的含义。“强”字在上外包含

了肾的体力、脑力活动与能力以及生殖行为和功能；‘脑为髓之海’之故，肾气盛则精神健旺，筋骨强劲，动作敏捷，同时生殖能力也正常，胎孕从而化生。”，“肾者，作强之官，伎巧出焉”是对肾的脑力、体力活动和生殖活动及能力的精练概括^[7]。精藏于肾，气纳于肾，胎儿的孕育有赖于肾精的强盛有度，若母孕肾精不足，胎儿往往受累，如(元)曹世荣·活幼心书：“戴氏论五软证，名曰胎怯。良由父精不足，母血素衰而得，诚哉是言。……由是论之，婴孩怯弱，不耐寒暑，纵使成人，亦多有疾。爰自降生之后，精髓不充，筋骨痿弱，肌肉虚瘦，神色昏慢，才为六淫所侵，便致头项手足身软，是名五软”。(清)张氏医通张璐撰·卷十一婴儿门上：“小儿无补肾。……禀之不足。则无可补。禀之原足。又何待补。……或父母多欲而所禀水亏。亦肾虚也。阴既不足。而不知补之。阴绝则孤阳亦绝矣。何谓无可补耶。殊不知钱氏六味地黄丸。专治小儿肾虚解颅……”。《婴童百问》卷之四·齿迟第三十九问，聂氏云：“禀受肾气不足者，即髓不强，盖骨之所络而为髓，髓不足，故不能充于齿，所以齿生迟也。宜用芎、干地黄、山药、当归、芍药、甘草各等分研末，用熟水调服。或时以药末擦齿龈，齿即生也”。由此可知，古代各医家均了解先天肾精藏生髓，脑居颅内，髓汇而成；肾精充盈则聪慧记忆佳，骨骼强，若肾精衰弱，禀赋低下则精亏髓少，肾精无法濡养元神，则出现脑虚失聪，反应迟缓，表情淡漠，口角流涎痴呆，筋骨痿弱等。

中医治疗

袁青等认为自闭症的中医学辨证分型有：(1)肝郁气滞型：以抑郁不乐、孤僻行为为主要特征。(2)心肝火旺型：以急躁易怒，胡言乱语，夜不成寐为主要特征。(3)痰迷心窍型：以表情淡漠，神志痴呆，喃喃自语，口角流涎

为主要特征。(4)肾精亏虚型：以发育迟缓，身材矮小，囟门迟闭，骨骼肌肉痿软，智力低下为主要特征。^[8]

吴晖等总结其临床经验，针对不同患儿的表现，有针对性地施以方药。1)肝肾亏虚型，治法：滋养肝肾，填精补髓。方药：六味地黄丸合左归丸化裁。2)心脾两虚型。治法：养心健脾安神。方药：归脾汤与养心汤。3)阴虚火旺型。治法：滋阴润燥。方药：多选用黄连阿胶汤。^[9]

叶剑飞，于海波等采用抗闭1号，用于治疗自闭症取得一定疗效的一个经验方，该方是在传统中药方剂地黄饮子、开心散以及通窍活血汤三方基础上加減而成的。随意选取2005年1月1日-2011年1月1日治疗患小儿自闭症患者48例，其中男36例，女12例；年龄0-3岁17例，3-5岁21例，5岁-9岁10例，平均年龄5.51岁；病程6个月-6年，“平均3.78年。48例均行服用抗闭1号治疗，药物组方：结合儿童自闭症成因，抗闭药物尤为强调祛痰化疲、补益气血、安神定志等，故抗闭1号取含有熟地黄、五味子、茯苓等组成的地黄饮子；取融入赤芍、红花、麝香等构成的通窍活血汤及包括人参、石菖蒲、茯苓在内的开心散作为药物配置而成。年龄分层后两组疗效对比，各年龄组实验组有效率均高于组，“0-3岁”实验组疗效明显好于其他两组($p<0.05$)。说明抗闭1号最佳适应年龄在0-3岁年龄段。结果：0-3岁，显效88.2%，有效11.7，无效0.1。3-5岁：显效75.0%，有效23，无效2%，5-9岁：显效69.0%，有效24%，无效7%。^[10]

严榆芬等^[11]使用加味温胆汤配合教学训练矫治孤独症儿童异常行为25例，对照组采用ABA行为训练法和引导式教育，每周各5次，每次45分钟。治疗组在对照组康复训练基础上加服加味温胆汤治疗：橘红5g，制半夏6g，茯苓6g，甘草2g，竹茹1g，枳实4g，党参6g，石菖蒲5g，益智仁5g，生姜2片。每天1剂，水煎服，每口服2次，并随症加減。治

疗效果：治疗组25例，显效5例，有效16例，无效4例，总有效率为84；对照组12例，显效1例，有效4例，无效7例，总有效率41.7，两组比较，治疗有效率显高于对照组($P<0.05$)。

针灸治疗

袁青等认为靳三针疗法创始人靳瑞教授创立了以头部穴组为主的治疗儿童自闭症的独特方法。头部穴组如“四神针”、“智三针”、“脑三针”、“颞三针”。“醒神针”及“舌三针”。“醒神针”由人中、少商、隐白三穴组成，属于孙思邈的“十三鬼穴”，主心、神、脑，在人体的上、中、下部。“舌三针”位于舌根部，为任脉脉气所发，是任脉与阴维脉交会之处，临床多用于治疗各种原因引起的语言障碍。^[12]

刘振寰等应用头针治疗38例小儿孤独症，治疗方法：应用小儿头针疗法，即封刺四神聪、神庭穴、左右本神穴及左右情感障碍区。(3个月)为一疗程，针刺后给以电刺激30分钟。疗效结果：显效14例(占36.8%)，有效16例(占42.1%)，无效8例(占21.1%)。随访1~2年，结果有效的30例中，有14例患儿在逐渐恢复，其中9例能跟班就读。10例患儿进展不显著，有6例患儿病情退化、加重。近期有效率78.9%，远期随访有效率36.8%。在治疗过程中未发现任何不良反应。^[13]

唐强，张春艳等采用头穴丛刺结合康复训练治疗中度儿童自闭症的临床观察方法：56例患儿分为针康组(20例)，即于氏头穴丛刺同时进行康复训练；常规头针结合康复组(18例)，即常规头针后再进行康复训练；康复组(18例)，单纯康复训练。运用儿童自闭症评估量表对12周、24周后的疗效进行评价。结果：12周后针康组前后有显著差异($P<0.05$)。24周后针康组在疗效等级上明显优于其他两组($P<0.005$)。结论：针康法对中度儿童自闭症起效快、疗效显著，是一种更为有

效的治疗方法。^[14]

小结

自闭症在新加坡的中医界并没有完善的资料，初步研究和较广泛治疗，在治疗自闭症上是不被鼓励和支持，尤其是以西医为主流的新加坡，甚至强调不鼓励以针灸治疗，在卫生部临床实践指南“泛儿童自闭症障碍”一文中指出，“**Acupuncture is not recommended for children with ASD because of insufficient evidence for efficacy**”在文中虽有提到针灸疗法如靳三针、七星针等治疗儿童自闭症，但却指出针灸治疗并没有足够的证据显示其有效疗法，不鼓励以针灸治疗儿童自闭症。^[15]

以目前新加坡中医对自闭症的治疗和认识是非常贫乏匮乏，不像在中国，中医治疗自闭症辩证施治、针灸等有了初步研究和一定的模式，虽然还未有统一分型施治，但是毕竟对自闭症的中医疗治机制进行探讨和研究，甚至结合了中西医进行综合疗法，提高有效治疗，这是我们新加坡中医匮乏不足之处。

参考文献

- [1] 熊絮茸. 儿童自闭症及其综合干预; 医学与哲学 2013年4月第34卷第4B期总第475期, *Medicine and Philosophy*, Apr 2013, Vol.34, No.4B, Total No.475, Pg76-78
- [2] Ministry of Health Singapore [Internet]. Autistic-Spectrum-Disorder-Child-SGH. Available from: <http://www.moh.gov.sg>
- [3] 世界卫生组织, 执行委员会EB133/4, 第一三三届会议 2013年4月8日, 临时议程项目 6.1。泛自闭症障碍管理的综合性协调工作, 秘书处的报告。
- [4] 刘刚, 袁立霞. 儿童孤独症中医病因病机及辨证分型浅析 [J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(9): 1226-1227.
- [5] (“肝者, 将军之官”新释-天津中医药, 山东中医药大学, 济南 250014; 2006年02月第23卷第1期)。
- [6] (李今庸) 新编黄帝内经纲目[M]上海: 上海科学技术出版社, 1988: 62
- [7] (“肾者, 作强之官, 伎巧出焉”刍议, 张鹏, 施杞; 王拥军, 中医杂志, 2011-02-02)
- [8/12] 袁青, 靳三针治疗儿童自闭症技术, 国家中医药管理局农村中医适宜技术推广专栏(66), 2012年8月第19卷第9期 中国乡村医药杂志, Pg85-86
- [9] “(吴晖, 吴忠. 义三位一体”中医疗法治疗孤独症, 上海南亚医院儿童孤独症中医治疗康复中心, 上海, 中医中药, 2006; 4(3): 11
- [10] (叶剑飞, 于海波, 阮俊, 董跃珍, 扰闭1号治疗小儿自闭症30例临床分析, *Clinical Journal of Chinese Medicine* 2012 Vol.(41) No.7, Pg38)
- [11] 严榆芬, 雷法清. 加味温胆汤配合教学训练矫治孤独症儿童异常行为25例. [J]. 中医杂志, 2007; 48(3): 244
- [13] (刘振寰, 李诺, 张春涛, 张宏雁, 头针治疗小儿孤独症的临床研究, 世界中西医结合杂志2009年增刊, *World Journal of Integrated Traditional and western Medicine*, 2009, suppl, Pg102)
- [14] 唐强, 张春艳, 王艳, 项栋良, 张洋, 采用头穴丛刺结合康复训练治疗中度儿童自闭症的临床观察, 中国康复医学杂志, 临床研究, 2013年, 第28卷, 第3期, Pg251-253. *Chinese Journal of Rehabilitation Medicine*, Mar. 2013, Vol. 28, No.3
- [15] (Autism Spectrum Disorders in Pre-School Children, AMS-MOH Clinical Practice Guidelines 1/201012.3.1 Acupuncture, pg80)

补中四物汤治疗 化疗白细胞减少症 147例疗效观察

新加坡·仲伟梁

1、一般资料

147例均为门诊患者，男70例，女77例；年龄44~79岁；病程6~12个月；肿瘤类型：胃癌48例，食管癌25例，肝癌15例，大肠癌16例，肺癌43例；

药物组成：黄芪，白术，白芍，党参，当归，生地，陈皮，茯苓，柴胡，女贞子，甘草等。

2、方法

化疗中服药，7日为1个疗程，1个疗程后统计疗效，观察用药后白细胞计数的变化情况，凭西医化疗前血液化验单为准。

3、疗效标准

白细胞计数以 $(4.9 \sim 10.0) \times 10^9/L$ 为正常。有效：白细胞计数升到正常值；无效：白细胞计数低于正常值。

4、结果

治疗组147例，有效143例，无效4例，有效率99%；

5、讨论

白细胞减少是肿瘤患者放化疗过程中常见的毒副反应之一，常常使患者中断放、化疗的进行，既影响肿瘤的治疗效果，又影响患者的生存质量。临床表现为面黄肌瘦、心悸、气短、咳嗽、食少、四肢无力、抵抗力低下等。当化疗使白细胞降低 $3.0 \times 10^9/L$ ，以下，患者而不能按疗程如期进行，并面临感染死亡的风险，目前，西药治疗效果欠佳，研究中药治疗白细胞减少症会给化疗患者带来治疗希望。

补中益气丸为金元时期著名医家李东垣在其《脾胃论》中创制的“补中益气汤”方，数百年来，经历代医家的效法和使用而成为经久不衰的传统名方。目前，此方已广泛用于内、外、皮、妇、儿、五官科的数十种病症，诸如营养不良、贫血、慢性胃炎、慢性肝炎、感

冒、发烧、支气管炎、肺炎、肺心病、冠心病、心律失常、高血压、低血压、白细胞减少症、慢性结肠炎、慢性痢疾、脱肛、便血、慢性胆囊炎、胃下垂、泌尿系结石、失眠、重症肌无力、眼睑下垂、月经不调、男性不孕症、顽固性头痛等等。现代药理学研究表明，补中益气丸对免疫系统、消化系统、泌尿系统等均有良好的调节作用，并能增强机体非特异性抵抗力、抗菌、抗病毒等。并有调节胃肠运动，抗胃溃疡和抗胃粘膜损伤，兴奋子宫，增强心肌收缩力，影响消化液分泌，促进代谢，抗肿瘤，抗突变等。补中益气汤可显著提高环磷酰胺抗癌活性，可大大降低其毒性作用，临床研究表明本方能改善恶性肿瘤患者的食欲不振和全身倦怠症状，对肿瘤患者腹水中存在的毒激素脂肪分解活性有显著的抑制作用^[1]。根据中医基础理论以及李杲《脾胃论》脾胃与元气的关系，脾胃是元气之本，脾胃伤则元气衰，元气衰则疾病由此而生，脾胃气盛则上述症状会自然而愈。本方能减轻化疗、放疗及手术等联合治疗癌肿时所出现的食欲不振体力下降、白细胞减少及贫血等副作用。有人观察补中益气汤对癌症患者疲劳状况的影响，补中益气丸+常规治疗(治疗组)23例；常规治疗组(对照组)22例。研究结果，两组治疗有效率比较，治疗组有效率为78.2%，对照组有效率为50%，具有统计学差异。^[2]

四物汤，原出自唐·道人《仙授理伤续断秘方》，主治跌打损伤、肠肚中瘀血，认为凡是重伤、肠内有瘀血者都可用该方；清·张秉成认为其他补血方都是从四物汤演化而来；其用于治疗妇科疾病则首见于宋代《太平惠民和剂局方》，主治妇人月经不调、崩中漏下、胎动不安、产后恶露不下等症四物汤，由当归、川芎、白芍、熟地组成。方中熟地甘温，滋阴养血为君药，当归、白芍补血养肝、和血调经为臣药，佐以川芎，活血行滞，使熟地、白芍补血而不滞血。四药合用，补血养肝，和血调经，具有滋养强壮等功效，现代药理学研究

表明，四物汤可增强细胞免疫功能，使骨髓干细胞增殖能力恢复正常^[3]，可抗贫血，使骨髓的造血机能改善，促进贫血恢复，抗缺氧，抗吗啡对胸腺细胞亚群DNA含量和增殖指数的影响，使胸腺细胞DNA复制受阻导致功能细胞减少，促进免疫细胞DNA合成细胞增殖分化^[4]

补中四物汤改良于补中益气汤和四物汤，药物组成为黄芪，白术，白芍，党参，当归，生地，陈皮，茯苓，柴胡，女贞子，甘草等，化疗病人多见气血双亏型和气阴两虚型，同时夹杂痰浊，然用八珍汤或十全大补汤每嫌太过滋腻，况且患者多胃肠失调，容易令患者燥热内生，故改用补中益气汤和四物汤化裁，气血双补，和胃宽中，补而不腻，笔者通过147病例观察，其可以改善化疗骨髓抑制和胃肠功能。

参考文献：

- [1] 季宇彬，补中益气汤对环磷酰胺抗癌活性和毒性的影响《中国中药杂志》1989年第3期
- [2] 李军，补中益气丸对乳腺癌患者癌症相关性疲劳的影响，2009，硕士论文广州中医药大学
- [3] 张荣桃，四物汤的现代研究《北京中医药》，2012.1期，31卷，1月
- [4] 孔增科等，常用方剂药理与临床应用 [J].呼和浩特：内蒙古科学技术出版社，2005:159，220



针外关穴治疗 急性踝扭伤的观察

新加坡·冯启发

急性踝关节扭伤十分常见，多年来笔者以针灸外关穴治疗此症，应该不下百例，疗效明显。兹就对近三年针刺外关穴，治疗急性踝关节扭伤30例的观察，总结如下。

在30例中，女18例，男12例，年龄介于4岁至65岁。病情最短的一天，最长的二周，内外踝扭伤都有。

踝部包括踝关节和距骨下关节，是下肢承重关节。在过度的强力内翻或外翻活动时，如行走在不平坦的路面，高处跌下或跑跳时落地不稳，均可引起外侧或内侧韧带损伤，部分撕裂或完全断裂或撕脱骨折。

临床表现

临床上，踝关节扭伤，无论是内踝或外踝，都可能出现局部疼痛、肿胀、压痛、甚至皮下瘀血、跛行的症状。

外侧韧带损伤较为常见，因为外踝较内踝长，外侧韧带也比较薄弱，若遇足部强力内翻，而内翻的幅度比较大，会造成外侧韧带部分撕裂。临床表现为踝外侧出现上述疼痛、肿胀、皮下瘀血、走路跛行等症状；扭伤部位有压痛感，若将足内翻，外侧韧带部位疼痛将加剧。外侧韧带完全断裂时，上述症状更明显，

但出现外侧韧带断裂的情况较少见。由于失去外侧韧带的控制，可出现足部异常内翻的活动幅度。外踝内翻严重，会造成撕脱性骨折，疼痛和瘀肿加剧。

内侧韧带扭伤较少发生，因为它是由足部强力外翻造成。临床表现与外侧韧带损伤相似，但位置和方向相反。表现为内侧韧带部位疼痛、肿胀、压痛、足外翻时，引起内侧韧带部位疼痛，也可有撕脱性骨折。

踝关节扭伤，若不尽早治疗或治疗不当，容易演变成慢性踝扭伤。这时，由于韧带过度松弛，肌力不足，造成踝关节不稳，运动能力下降，行走感到不稳，容易出现习惯性踝部损伤。甚至造成关节软骨损伤，发生创伤性关节炎，踝部长期出现原因不明的疼痛和肿胀，严重影响行走功能。

治疗

病名：踝部伤筋

辨证：气血瘀阻经络，不通则痛。

取穴：取患肢对侧外关穴。取穴时嘱患者伸臂俯掌，在腕背横纹中点直上2寸，阳池与肘尖的连线上，在桡骨与尺骨之间取穴。

操作方法：吩咐患者仰卧，在患肢下放置

一个小枕头，将患肢垫高。按常规消毒穴位局部皮肤后，取1.5寸毫针，快速刺入穴位，捻转插入约1寸余深度，得气后，反复捻转提插加强刺激，刺激强度以患者能忍受为度。在行针过程中，嘱病人配合不徐不速转动患肢踝关节，病人配合运动后，可问病人的感觉，一般上，病人会回答：“患肢疼痛减轻”，继续留针10-15分钟后才取出。留针期间，可反复运针2-3次，并嘱咐病人继续转动患肢踝关节，若疲倦则可以暂停。

疗效标准：痊愈：踝部肿痛消失，行动自如；显效：踝部肿痛约有80-90%减轻，行走较自然。有效：踝部肿痛约有50-80%减轻，能行走但微跛行，需复诊3-4次方基本治愈。无效：针后完全不能消肿止痛，跛行，复诊超过5次以上。

结果：有效4例，占13.33%；显效8例，占26.67%；有效15例，占50%；无效3例，占10%。总有效率为90%。

讨论

外关穴是手少阳三焦经的络穴，也是八脉交会穴，可通阳维脉。三焦之络别走心包经，能和解少阳枢机。故外关穴能和解少阳，舒泻少阳风热实火、清头目、利官窍，同时还具有祛风湿、通经络、止痹痛之功，对痛症的治疗功效明显。三焦为运行气血的通道，因此外关穴能调节气机的运行，有理气活血止痛之功，适合用于治疗手足少阳经体表循行路线上的病症，临床上常用于治疗手、足、肩臂疼痛、挛急和颈项强痛等病症。

外关穴能治疗急性踝关节扭伤，即是因为它是手少阳三焦经的络穴，通于心包经。三焦为阳气之父，心包为阴血之母，取外关穴有通调全身气血的作用，可加强舒筋活络、理气止痛的功效。又因为它可通阳维脉，阳维脉诸阳经，相会于督脉，和太阳、少阳经依附得更为密切，而且又同起于足外踝下的金门穴。所以

用外关穴，疏通少阳经气，并通过阳维脉直达足踝部，发挥舒筋活络止痛的作用。

此处用缪刺法，取患肢对侧外关。此法出自《素问-缪刺论》，说的是左病右取，右病左取治疗有关病痛。从某个角度说，这既可避免直接碰触瘀血肿痛的部分，又能达到治疗效果，何乐而不为。

除了少数急性踝关节扭伤的患者，针外关穴、经过行针和病人配合运动后，大部分患者的疼痛都能减轻，所以病人往往会感叹：“针灸真神奇！”一般上，刚扭伤不到一天的患者，由于病情正在发展，皮下出血持续，瘀肿正在加重，这类病人要马上消肿止痛，比较困难。病情较轻，瘀肿不甚的病人，预后较好。有些病患在局部热敷或马上推拿，局部肿痛加剧，针灸也难马上止痛，治疗“手尾”多，预后不良。治疗时让患者患肢垫高，目的在于方便患肢血液回流，消肿化瘀止痛。

治疗急性踝关节扭伤时，要注意检查扭伤局部的症状。若瘀肿快速形成，肿痛厉害和剧烈，要留意是否有踝韧带撕裂严重、断裂或骨裂。遇到这种情况，应该吩咐患者，先做X光查，再予处理。

预后

踝关节扭伤后应及时处理，原则是制动和消肿散瘀，使损伤的组织得到良好的修复。一般上，针灸后应该嘱咐病人少走动多休息。局部瘀肿者，提醒病人给予冷敷消肿，有些病人没有这方面的知识，对局部热敷，会加重肿势，延长治愈的时间。关节积血较多者，应鼓励病人到中医骨伤科敷药诊治，或寻求西医治疗，在无菌技术下及时抽出积液，以免后遗关节内粘连。韧带断裂或撕脱性骨折而影响关节稳定者，需至西医进行手术复位修补，以免引起反复扭伤、关节软骨损伤和创伤性关节炎。

(2013/11/27完稿)

浅谈耳鸣的中医治疗

新加坡·蔡瑞和

耳鸣在现代医学的症状:

耳鸣是指患者自觉单侧或双侧耳内鸣响,其声如蝉噪,或为水声,或为钟声,或为风声,其声与周围环境并无相应的声源,都属患者自觉症状。

低音调耳鸣多发生在有外耳道,中耳疾患者,会随听力好转而消失。高音调或混和性耳鸣通常发生在药物中毒,老年性,梅尼埃病患者,比较顽固,疗效缓慢。其它疾病如高血压,肾病,糖尿病,慢性支气管炎,头部撞伤,颈部疾病,听神经瘤手术后,缺乏维生素B12,神经衰弱等因素可引起耳鸣。

患者精神状态,注意力分散,用药情况及睡眠不良,疲劳,烦躁,焦虑抑郁,噪音,饮酒和精神压力大,情绪紧张等感受的因素会加重耳鸣的症状。

耳鸣在中医的分型:

本病可分为虚实两种

虚证多责之于肾和脾胃。肾藏精主髓,为先天之本,上通于脑,开窍于耳。脾主传输,胃主受纳,为后天之本,饮食水谷精微在脾气升清的作用下转输之头面。肾的封藏和脾的升清功能正常,耳窍得到先天和后天之精的滋养,则听觉正常。若年老体弱,或劳倦纵欲,以致肾精不足,髓海空虚,或思虑过度,饮食不节,导致脾胃虚衰,中气内陷,均可致气血精气不能上奉于耳,耳内蝉鸣,日久渐至重听。

实证多责之于外邪侵袭,肝火上扰,痰

火郁结,气滞血淤等原因引起的耳鸣。患者的共同特点是起病较急,耳鸣声音较大,音调较为低沉,患者的形体一般也比较壮实,讲话的声音洪亮。

一般来说,许多耳鸣患者常常伴有不同程度的听力减退,有些听力减退患者自己在一般日常生活中还觉察不到,只是在做专科听力检查时才被发现,因此,耳鸣患者应特别留意自己的听力,必要时应到耳鼻喉科用专业仪器进行听力测试,这对于确定有无听力下降以及分析耳鸣的原因都是非常必要的。

1、风热之邪

病因病机:风热外袭,或风寒化热,侵及耳窍,清空之窍受损,失去清能感应,空可纳音的功能,终至耳鸣。

辨证论治:

症状:风热之邪,虽大多从口鼻而入首先犯肺,但因七窍内通,相互影响,故也会表现于耳窍,患者表现为起病较急,自感耳中憋气作胀,有阻塞感,耳鸣,听力下降。常伴有头痛,恶寒,发热,口干等症状。

辨证:疏风清热散邪

处方:银翘散加味

2、肝胆火盛

病因病机:情绪不畅,郁闷日久,或性情易暴怒,郁怒而伤肝,肝郁化火,气火循

经行上所致。

辨证论治：

症状：耳内突鸣响，鸣声高而不止，或兼头痛面红，性情烦扰易发怒，目赤口干苦，大便不畅或秘结，小便黄或有灼热感，舌红苔黄，脉弦数。

辨证：清肝泄火

处方：

1) 聪耳芦荟丸(大黄，芦荟，青黛，柴胡，龙胆草，当归，青皮，栀子，黄芩，木香，南星，麝香，神曲)

2) 龙胆泻肝汤合普济消毒饮加减

3、脾胃痰火

病因病机：饮食不节，过食厚味或嗜酒过度，损伤脾胃，湿浊化热，酒生痰火，痰随火升，阻滞清窍。

辨证论治：

症状：两耳鸣响，脘脘痞闷，痰涎黄粘，舌红，苔黄腻，脉象滑数。

辨证：清热化痰

处方：

1) 礞石滚痰丸(大黄，黄芩，礞石，沉香)合二陈汤

2) 清气化痰丸加减

4、肾阴亏损

病因病机：素体阴亏，气血虚少，或久病伤阴，或纵欲过度，肾阴耗损，耳窍失养。

辨证论治：

症状：午后或夜间耳内鸣响，头晕目眩，腰膝酸软腿困无力，遗精盗汗，五心烦热，舌红脉细

辨证：养阴补肾

处方：滋肾通耳丸(生地，当归，白芍，川芎，知母，黄柏，黄芩，香附，白芷，柴胡)

5、气滞血瘀型

病因病机：气滞血瘀，经脉不畅，耳窍功能失利，或风邪相乘，与气相击，以致耳鸣；病因以血瘀阻络为主，故全身无明显证候可见；心主血脉，舌属内脏，为心之苗，故血瘀之证多见征于舌、脉有瘀点或暗滞。

辨证论治：

症状：此型耳鸣病程可长可短，持续不已，或因外伤所致，除耳鸣外，

全身其他症状多不明显，部分患者可见到舌质暗红或有淤斑淤点，脉弦涩。

辨证：行气活血，化淤通窍

处方：

1) 通窍活血汤加减

2) 桃红四物汤加减

可加地龙、丹参、水蛭之类以助化瘀通络；耳部胀闷感者，酌加木香、檀香、青皮、枳实之类以助行气活血。

针灸方面的治疗

主穴：取耳门、听宫、听会、翳风，完骨。

配穴：外感风邪配风池、合谷；肝胆火盛配太冲、外关、中渚；痰火上壅配丰隆；脾胃虚弱配胃俞、足三里；肾虚配肾俞、太溪；肾阳亏虚配百会。

治法：针刺，实证用泻法，虚证用补法；

可加用电针，实证一般用连续波，虚证可用疏密波

推拿方面的治疗

1. 鸣天鼓法：两掌搓热，用两掌心分别贴住左右两耳，手指托住后脑部，食指压在中指上，使食指从中指上重重地滑落，以此弹击后颈发际处，可听到“咚咚”之声，如击天鼓，共击108次。每日1次。

2. 穴位按摩：耳门、翳风、听宫、听会；

每穴点、按、揉、摩替使用3分钟。每日早、中、晚各1次，15天为1个疗程。

耳朵保养

1. 以两手盖住两耳，开开关关百次。
2. 以两手食指按住两耳，上下按摩百次。
3. 以食指插入耳孔，旋转百次。

名医经验

干祖望(南京中医药大学教授，全国名老中医)：强调辨证论治

例1，唐某，男，63岁，教授。初诊1990年12月19日。4月份右耳突感失听，当时医院诊断为“突发性耳聋”，住院治疗二十余日，经静脉滴注低分子右旋糖苷、ATP，高压氧等，听力有所提高，电测听提示：纯音听力提高约20分贝，后因出国而中辍治疗，加之疲劳，致已升之听力再度下降，几经治疗，听力仍无明显改善，刻下伴耳鸣、呈持续性，音量较大。检查：双耳鼓膜(-)，舌淡苔少，脉平。

突聋8月余，情如古井无波，纵然石药有灵，亦难以求效，兹拟重用升提药。处方：升麻3g，柴胡3g，葛根6g，蔓荆子6g，菖蒲3g，路路通10g，红花6g，桃仁10g，落得打10g，5剂。

二诊：12月24日。5剂后，右耳稍有不适，嘱其续服原方。

三诊：12月30日。药进8剂后，右耳鸣响更甚，听力反而下降，头部作胀，舌淡苔薄，质偏胖偏嫩，脉细。

古井投石，总算已起波澜，今可藉机，取益气健脾法。处方：升麻3g，葛根6g，黄芪10g，党参10g，紫河车10g，淮山药10g，熟地10g，当归10g，肉苁蓉10g。

四诊：91年1月13日。耳鸣已失，听力明显提高，一向失听的手表声，刻下已能倾聆而得，舌淡苔薄，脉平。

习惯用药，非六味莫属，但要知耳为宗气所聚之处，徒求益肾终不及培土之直接耳，看来效果已现，务宜坚持。原方加蒲黄炒阿胶珠10g。

按：此方中黄芪、党参、升麻、葛根益气健脾，升举清阳，且葛根有扩张血管的作用，熟地、当归虽为补血之药，但要知气为血帅、血为气母，血液充足则所补之气亦有所依附。肉苁蓉一味，看似温肾阳之药，而实际上，肾阳亦即元阳，《景岳全书》云：“五脏之阳气非此不能发”，元阳一振，则脾阳亦随之而振，脾阳振奋，则脾的运化水谷精微功能旺盛，耳窍得精微而聪慧。另用蒲黄炒阿胶珠，则更具匠心，因此药乃补肺气之药，《温热经纬》云：“肺经之结穴，在耳中，名曰笼葱”。补肺亦即聪耳，总观全方，仍是以益气健脾力主。

例2，陆某，男，15岁，学生。初诊1990年5月3日。两耳听力下降三年余，始于大量鼻血之后，曾先后到上海五官科医院、华山医院、石化总厂医院，给予吹服药治疗，均无效果，刻下两耳听力不济，头昏头痛。检查：双耳鼓膜(-)，舌淡苔薄边有齿印。

失听三年，似成痼疾，暂用升提。处方：升麻3g，柴胡3g，葛根6g，蔓荆子10g，党参10g，黄芪10g，菖蒲3g，路路通10g，白术6g，生草3g，5剂。

二诊：5月8日。5剂后，头痛加重，但听力依然如故，嘱其续服原方5剂。

三诊：5月13日。头痛减轻，自觉听力略有上升。

重用升提药已初见端倪，益气健脾之投，有所藉机而用，唯以非旦夕之功，以丸药缓图最合法规。补中益气丸，每次5g，1日2次。后来函告之，此丸药服用二月，听力完全恢复，教师讲课内容完全能听到，学习成绩也有所提高。

针灸治疗眩晕症

新加坡·杨昌志

(一) 概述

眩晕在临床上为常见病，是一种自身或外界物体的运动性幻觉，是自觉的平衡感觉障碍，或空间位象觉的自我体会错误，病人主观感，感觉自身或外物呈旋转摆动，直线运动，倾斜，升降或头重脚轻等不稳感觉，轻者闭目即止，重者如坐车船，转旋不定，不能站立，或伴有恶心呕吐，汗出耳鸣，甚至昏倒等症状。

现代医学中的脑动脉硬化，高血压、贫血、内耳性眩晕、脑神经官能症以及某些脑部疾患等均出现眩晕。

针灸对本病有一定疗效，不论是真眩晕或一般性眩晕，应用针灸治疗，都能治愈或不同程度的改善，但有些器具性病变者，疗效比较短暂，必须除去致病原因后，疗效才能巩固。

(二) 中医病因病机

- 眩晕发生的原因，历代医书论述颇多。
- 如《素问·至真要大论》记载：“诸风掉眩，皆属于肝。”

- 《灵枢·海论》篇则记载：“髓海不足”。
- 《灵枢·口问》篇记载“上气不足”。
- 汉代《金匱要略》认为本症因“痰饮上泛”而致。
- 金元时期的朱丹溪从痰立论，提出“无痰不作眩”的理论。

明代张介宾在《景岳全书》中指出“眩晕一证，虚者居八九，而兼火兼痰者，不过十中一二耳”，强调了“无虚不作痰”的观点。

金代《素问玄机原病式五运立论》有“风火皆属于阳，多为兼化，阳主动，两者相搏，则为旋转”的论述，认为本病发于火。

综合历代各家文学说及经验之谈，归纳起来不外乎风、痰、火、虚四种病因。

(三) 鉴别

- 眩晕症以头晕旋转，眼花缭乱为特点，应与以下各症鉴别之：
- 神昏：以厥倒不省人事，瞬时不能苏醒，醒后有原发证在特点。
- 颈椎性眩晕：是指椎内动脉供血不足所

致之眩晕，其眩晕与头部活动的姿势有关，多是一时性的眩晕或猝倒，每呈间歇性发作。

- 厥证：突然昏倒，不省人事，四肢厥冷，稍时即醒，醒后无口喎，偏瘫等后遗症状。
- 中风：以神志昏迷，醒后遗留，舌强不语，口角喎斜及半身不遂等症状。
- 痫证：以突然嚎叫，肢体抽搐，两目上吊，口流涎沫，醒后疲惫，休息后一如常态为特点。

辨证治疗：

眩晕一证多为水不涵木，肝阳上亢所致，或因湿痰内停上蒙清窍，或气血两虚，髓海不足等所致，可分为以下四型：

1、肝阳上亢：

症状：头晕目赤，眼花耳鸣、头胀痛、心烦易怒、少寐多梦、面红、口干、口苦、恼怒则头晕加剧，舌质红，苔卜黄，脉弦数。

治则：滋阴涵水，平肝潜阳。

处方：肾俞(补)，太溪(补)，肝俞(补)，太冲(泻)，合谷俞(泻)，风池(泻)，百会(泻)，四神聪(泻)，印堂(泻)，三阴交(补)。

方义：肾俞，太溪可以滋水涵木

三阴交为三阴之会，调补三阴力大增

太冲，肝俞可平肝潜阳止晕

印堂可清头目而止晕

百会，四神聪，泻之可降低阳气上亢，眩晕自止。

2、气血两虚：

症状：头晕眼花，视物昏黑，动则加剧，劳则即发，心悸少寐，严重者甚至昏倒，神疲懒言，四肢乏力，面色苍白，舌质淡，脉细弱。

治则：益气补血，健脾养心。

处方：百会，四神聪、中脘、气海、关元、足三里及三阴交，以上诸穴皆用补法。

方义：百会，四神聪针之可以提升阳气止晕
关元，气海可以补益气血
中脘，足三里，三阴交可以健脾胃而加强气血生化之源

3、痰浊中阻：

症状：眩晕沉重如蒙，呕吐痰多，胸脘满闷，食欲不振，思卧嗜睡，舌淡胖，苔白腻，脉濡滑。

治则：燥湿化痰，健脾和胃。

处方：百会(泻)，四神聪(泻)、中脘(补)、足三里(补)，内关(泻)，丰隆(泻)，阴陵泉(泻)。

方义：泻百会与四神聪可熄风醒脑

中脘为胃之募穴可健脾养胃

内关可宽中豁痰，和胃降逆止呕

足三里可健脾胃而加强气血生化之源

丰隆可以涤痰降浊

阴陵泉具有利水除痰之功

4、肾精不足：

症状：头晕目眩，耳聋耳鸣，健忘，痴呆，腰膝酸软，心悸烦热，四肢不温，舌质红苔卜，脉弦细为阴虚，舌淡苔白，脉沉细为阳虚

治则：阴虚者宜补肾滋阴，阳虚者宜补肾助阳。

处方：百会，四神聪(平补平泻)、肾俞(补)、太溪(补)，足三里(补)，三阴交(补)，脾俞(补)，胃俞(补)。

配穴如：肾阳虚，形寒肢冷者加涌泉穴(灸)，如肾阴虚者加补复溜穴。

方义：太溪补肾填精，可行阳化气助肾气

三阴交调补三阴，益精补髓

足三里，脾俞，胃俞可健脾胃补后天之本

百会，四神聪，调督升髓，可止晕定眩

涌泉穴灸之可激发肾气，温阳补肾
复溜具有滋肾阴，降虚火之功

病例一

蔡绍坡，男性，75岁

症状：病人于2012年九月初早晨起床后感觉头晕目眩，视物旋转，似坐舟车，恶心欲吐，前往西医院诊治，检测脑部有血管瘤导致眩晕，经西医治疗后症状未见好转，且耳鸣不已，舌红苔卜，脉细(病人有高血压，高胆固醇，糖尿病等)。

辨证：肝阳上亢，水不涵木，肝风上扰清窍。

治则：平肝潜阳，清火熄风，止晕。

处方：百会(泻)，四神聪(泻)、风池(泻)、印堂(泻)、合谷(泻)、太冲(泻)、太溪(补)、三阴交(补)。

疗效：三诊后，眩晕减轻，六诊后眩晕已愈，数日前来诊治腹胀，诉之眩晕一年来未复发。

病例二

李亚妹，女性，60岁

症状：病者患有高血压，眩晕时常出现，近日眩晕加重，躺下起身或转动身子则眩晕加剧，健忘，耳鸣身倦乏力，苔淡苔白，脉细弦。

辨证：肾精亏虚，气血二虚

治则：补肾益精，补益气血

处方：百会(补)，四神聪(补)、复溜(补)、合谷(泻)、太冲(泻)、足三里(补)、三阴交(补)。

疗效：二诊后，眩晕已改善，六诊后已痊愈。

小结：

针灸对眩晕症有一定疗效，不论是真眩晕或一般性眩晕，经过针灸治疗后，都有不同程度的治愈或改善。

针灸治疗眩晕症，应分辨标本缓急，眩晕急重者，应先治其标，待眩晕较轻不发作后才

求因治本，在临床上以本虚标实为多见，本虚以气血两虚，肾精不足为主，标实以肝阳上亢，痰浊中阻为主，以上证型及病因，可以单独出现，亦可相互并见；在临床上应观察病情，辨证取穴，急者多偏实，可选用熄风清阳，清火，化痰以治其标为主，缓者多偏虚，当用补益气血，补肾养肝，健脾胃以治其本为主。

眩晕症愈后，应以清淡食物为主，忌食肥腻甘味及辛辣食物，平时应加强体格锻炼，增强体质，注意生活规律，劳逸结合，戒烟酒等。

重脾胃以治肿瘤

新加坡·曾玉珠

健脾，亦称补脾、益脾。是用于治疗脾胃虚弱、运化功能减弱的一种补法。脾胃虚弱的原因有素体脾虚或饮食不节、情志因素、劳逸失调或久病体虚等原因引起脾的功能虚衰、不足的病证。

古人对脾胃的认识

《内经》认为“平人之常气稟于胃，胃者，平人之常气，人无胃气曰逆，逆者死”。“人以水谷为本，故人绝水谷则死，脉无胃气亦死。”

李东垣在《脾胃论》中也提到：“百病皆由脾胃盛衰而生也。”“脾胃弱则百病即生，脾胃足则外邪皆息。”“元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气，若胃气之本虚弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之由生也。”

《医方考》亦言：“脾胃者，土也。土为万物之母，诸脏腑百骸受气于脾胃而后能强。若脾胃一亏，则众体皆无以受气，日见羸弱矣。若治重症者，宜以脾胃为主。”可见调理脾胃可以调整五脏六腑功能，是扶正的根本。

脾胃与肿瘤的关系

李中梓在《医宗必读》中指出“积之成

也，正气不足而后邪居之”。正气不足是肿瘤产生的重要内因。

周岱翰教授^[1]认为，诸虚之中，脾虚至为关键，脾虚证在恶性肿瘤中最多见。

张融碧教授^[2]也认为脾失健运，机体开阖失常，是肿瘤发病的关键。

张成铭教授^[3]指出肿瘤的发病与脾胃亏虚密切相关。同时，过用寒凉抗癌解毒药及放、化疗等均可引起病人脾胃受损。认为大凡治病，必以胃药收功，肿瘤疾病也不例外。主张“祛邪务尽”的思想不可取。治疗时当从调理脾胃入手，使病人胃气充实，正气恢复，从而防止肿瘤复发。因此，遣方用药常依循王道之法为主调理脾胃，霸道之峻药为辅对抗癌瘤为基本原则。

花宝金教授^[4]论治肿瘤，尤重脾胃。认为由于虚的存在，六邪及癌毒乘虚而入，导致机体脏腑气血阴阳失调，出现气滞血瘀、痰湿结聚、热毒内蕴等病理变化，日久而成肿瘤；而在“内虚”的诸多因素中，脾胃虚弱引起的气虚血亏是重要的病理基础。因此临证以脾胃为肿瘤治疗的核心，认为“得脾胃者得中央，得中央者得天下”。

贾英杰教授^[5]认为调理脾胃在癌症治疗中具有相当重要的作用，所谓“脾为肺使，生金尤当补土；脾为心使，养心亦当健脾；脾为肝使，肝虚当先实脾；脾为肾使，治先天应重调

后天；脾为元气之使，除热可从甘温治；脾为夭寿之使，养生谨和五味。”“内伤脾胃，百病由生”，“有胃气则生，无胃气则死。”强调调理脾胃可明显改善肿瘤患者的生活质量，提高生存率，改善放化疗及手术的毒副作用。

徐经世教授^[6]治疗消化系统肿瘤常从脾论治。认为肿瘤的发生及发展与正气的强弱密不可分，扶正培本是治疗肿瘤的根本大法之一。消化系统恶性肿瘤病变部位多涉及脾胃，亦与肝胆相关，病久及肾，更易因进食量的减少、消化吸收的障碍，导致人体的消瘦与虚弱，所以，益气健脾、顾护正气尤显重要。

邵梦扬教授^[7]在中西医结合治疗肿瘤的临床研究中，依据《脾胃论》之学术思想治疗肿瘤取得了较好的疗效。他治疗肝癌重视脾胃，认为肝癌与脾的关系最为密切。主张在治疗肝癌的全过程中必须始终把脾胃放在首位，通过疏肝理气，健脾和胃，化瘀散结，促进气血生化，顾护后天之本，不仅改善了患者胁肋胀痛、腹胀、纳差、腹水等症状，减轻患者痛苦，而且能延长生存期、增强免疫力和提高生活质量。

健脾以辅助西医治疗

张代钊教授^[7]主张手术前以健脾益气，气血双补为主，酌加抗癌来增强患者的免疫力及抑制癌细胞。使患者能更好的耐受手术，这样，对术前控制病情及术后恢复均有益处。由于麻醉、出血及手术创伤，特别是消化道术后禁食及胃肠减压等常使胃肠功能紊乱。此时根据中医辨证宜健运脾胃。

多数患者在放疗1-2周后出现消化道症状、骨髓抑制及口咽干燥等症状。主要是由于放射治疗造成患者热毒过盛、津液受损、气血不和、脾胃失调、气血损伤以及肝肾亏损等，此时，根据中医辨证，适当调理脾胃功能，有助于减轻放疗的毒副作用。

肿瘤患者化疗时，健运其脾胃功能更是必

须贯穿整个过程。杨宇飞教授^[9]主张对化疗的副反应分阶段治疗。消化道反应在化疗的第一周是最主要的副反应。此时多表现为中医辨证当属脾胃虚弱，胃气上逆。治疗以健脾和胃，降逆止呕为主。化疗第二周至下周起化疗前主要为骨髓抑制的表现，而此期胃纳渐复，中医辨证属脾肾两虚。治疗以健脾益肾为法。

现代医学研究

健脾法有健脾理气、健脾益气、健脾益肾等方法。根据现代医学研究，许多健脾益气药有提高人体免疫功能和自然修复能力的作用，有利于抑制肿瘤的生长，改善患者的体质，促进康复，延长生存期。

常见用于治疗肿瘤的健脾益气的中药有：黄芪，人参，党参，茯苓，山药，白术，扁豆，薏仁等。

以黄芪为例。黄芪^[8]中含有较丰富的微量元素——硒，同时黄芪还能调整人体细胞内CAMP与CGMP的含量，以及增强网状内皮系统的吞噬功能，从而有利于抑制肿瘤的发生和发展。药理实验也证明，黄芪能促进小白鼠周围血中的白细胞增加，能对抗化学物质、放射线和其他原因而引起的人类白细胞减少。

白术^[9]在抗肿瘤方面，它对瘤细胞有细胞毒作用，能降低瘤细胞的增殖率，减低瘤组织的侵袭性，提高机体抗肿瘤反应的能力。白术挥发油对小鼠艾氏腹水癌、淋巴肉瘤腹水型、食管癌(Eca109)、肉瘤180等有抑制作用。白术内酯B腹腔注射对小鼠肉瘤，也有显著抑制作用。

病案举例

女 70岁 胃恶性肿瘤

患者有胃窦癌 III-IV期。于2/8/12手术切除，肿块6cm。20/2/13完成静脉滴注化疗；6/3/13完成口服化疗药。从11/3/13开始来中

华医院寻求中药调理至今，每日服食一包草药。初来时，患者脸色及口唇苍白，气短，易疲倦，纳可，时食后有胃胀，吃酸性食物可缓解。口干，口淡，眠可，大便可。舌淡红胖，苔薄，脉细弦滑。中医辨证为气血两亏证。以健脾理气，益气养血，解毒祛瘀的治则为患者进行调理。现在，患者脸色及口唇已稍有血色，气短疲倦已明显改善，胃胀情况也减少。以下是某些应用过的处方以供参考：

初诊：11/3/2013 症状：纳可，微气短，口干，口淡，眠可，大便可，昨日胃胀。舌淡红胖，苔薄，脉细弦滑。中医辨证：气血两亏证。

处方：黄芪20克 柴胡10克 白芍12克 党参20克 白术15克 茯苓12克 甘草6克 陈皮10克 阿胶12克(烔化) 枸杞子15克 鸡血藤15克 蜂房6克 蒲公英15克 白花蛇舌草25克 麦冬12克 法半夏10克

20/5/2013 症状：气短，半夜口微干，不苦，下肢下楼乏力减，膝微痛，手指麻，时脚板麻，余症减。舌淡红胖，稍有瘀，苔薄，脉细弦。中医辨证：气血两亏证。

处方：黄芪30克 党参20克 白术15克 茯苓12克 甘草6克 神曲10克 山楂10克 陈皮10克 阿胶12克(烔化) 红枣10克 枸杞子15克 桂枝10克 白芍10克 鸡血藤20克 石见穿15克 白花蛇舌草25克 山慈菇10克

26/8/13症状：早晨流涕，皮肤痒甚，舌淡红胖，稍有瘀，苔薄，脉细弦。中医辨证：气血两亏证。

处方：黄芪30克 防风10克 白术15克 茯苓12克 甘草6克 炒谷芽15克 陈皮10克 黑大枣12克 山茱萸10克 羊藿叶10克 鸡血藤25克 白花蛇舌草25克 徐长卿15克 土茯苓20克 半枝莲25克

18/11/13 症状：右肩关节及膝酸痛减，遇冷皮肤痒，咽中粘痰减，舌淡红胖，稍有瘀，苔薄，脉细弦。中医辨证：气血两亏证。

处方：黄芪30克 防风10克 白术15克 茯

苓12克 甘草6克 神曲15克 佛手10克 法半夏10克 黑大枣15克 桂枝10克 白芍10克 徐长卿15克 半枝莲30克 石见穿15克 仙鹤草20克 莪术12克

分析：胃癌患者临床多有脾胃虚损之表现，故治疗强调扶正宜先顾护胃气，攻邪需顾护胃气。因此，笔者以四君子汤来健脾益气，酌加消食导滞之品如山楂、神曲、谷芽等来消食和胃。由于气机失调是诱发胃癌的一个重要因素，因此，用陈皮、佛手、柴胡等药来调理气机。患者因为患胃癌失血，又经过手术及化疗的损伤而导致气血双亏，笔者除了替她补脾胃外，也注意用阿胶、枣类、鸡血藤等替她养血。由于久病及肾，因此，笔者也用枸杞子、山茱萸、羊藿叶等药来补肾。癌的本质是痰、瘀、毒，因此治疗胃癌时，在顾护胃气、理气和胃的同时，笔者也将化痰祛瘀、解毒抗癌作为重要的法则，因此用法半夏化痰；鸡血藤、石见穿、莪术等来化瘀；白花蛇舌草、土茯苓、半枝莲、蒲公英等来解毒抗癌。

参考资料

- [1] 刘展华,肖彬.浅谈周岱翰教授从脾胃学说论治肿瘤的临床经验.中医药信息,2011,28(3):30-32
- [2] 叶丽红,刘喜德.张融碧运用健脾开胃学说论治肿瘤经验.中医杂志,2010,51(5):401
- [3] 周一民,叶丽红.张成铭诊治恶性肿瘤学术经验.吉林中医药,2011,31(11):1064-1065
- [4] 陈赐慧.花宝金“重脾胃”治疗肿瘤经验浅析.北京中医药,2012,31(6):418-420
- [5] 花宝金,侯伟,鲍艳举编著.《名中医经方时方治肿瘤》第二辑.北京.中国中医药出版社.2013.9 第一版
- [6] 凡巧云,单红梅,宇明慧等.徐经世从脾论治消化系统肿瘤经验.辽宁中医杂志,2010,37(3):411-412
- [7] 花宝金,侯伟,鲍艳举编著.《名中医经方时方治肿瘤》.北京.中国中医药出版社.2008.10第一版
- [8] 钱伯文_一、黄芪，是一味临床常用的补气药物。钱老用于治疗肿瘤的经验：www.zysj.com.cn
- [9] 白术 - A+医学百科: cht.a-hospital.com > A+医学百科 > 药品百科

顽固型呃逆 的临床辨证论治分享

(临床带教分享日记——2013年8月16日大巴窑中华医院临床)

新加坡·吴荣贵

今晚是6年级夜班的H组同学何仕良、谢丽娟、林桂萍、车梦惠等四位进行内科临床带教，我们接见了一位老病人张文，他今年70岁。这位先生，在8月16日晚上来求诊。根据张文老先生说，他在八年前就患上呃逆毛病，从早起始就出现呃逆现象，反复出现，一直到晚上睡觉才停止。

我们通过呃逆病症进行了辨证论治，现场治疗了呃逆的症状。

一、呃逆的中医辨证论治

中医认为胃功能以通降为顺常。当胃功能异常，呃逆是出现以胃气不降，上冲咽喉而致喉间呃呃连声，声短而频不能自制，有声无物为主要表现的病证，又名哕、发呃。病位主要在中焦，由于胃气上逆动膈而成。可由于饮食不节，胃失和降；或情志不和，肝气犯胃，或

正气亏虚。耗伤中气等引起。

呃逆的辨证施治，须先辨虚实寒热。常见证型有：

① 胃中寒滞型呃逆：证见呃声沉缓，连续不已，胃脘不舒，得热则减，舌苔白，脉迟缓。治宜温中祛寒止呃。方用丁香散。

② 胃火上逆型呃逆：证见呃声洪亮，烦渴便难，口臭喜冷饮，舌红苔黄，脉滑数。治宜泄热通腑止呃，方用小承气汤加味。

③ 气逆痰阻型呃逆：证见痰涎壅盛，呃有痰声，胸胁胀闷，或恶心纳呆，舌苔腻，脉弦滑。治宜降气化痰，和胃止呃，方用旋覆代赭石汤。

④ 脾胃阳虚型呃逆：证见呃声低沉，气不接续，面白肢冷，舌淡脉细弱。治宜温中止呃，方用理中汤加味。

⑤ 胃阴不足型呃逆：证见呃声短促而不连续，舌干烦渴，纳少便干，舌红少苔，脉细

数。治宜养阴和胃止呃，方用益胃汤加味。

⑥ 肝胃不和型呃逆。本型病例是笔者根据临床观察整理的，从现代生活的日益紧张繁忙，笔者近来发现，病人呃逆发生，以肝气郁结型常见，兼有脾虚，多出现脉弦，呃逆现象随运动、情绪波动加剧。因为肝克脾，只要是肝相对于脾来说比较旺，就会出现呃逆的现象，列入肝胃不和，因此我建议这一类的病例，尽量放松心情，避免吃生冷、油腻煎炸食物。药物以痛泻药方为主方，配合旋复代赭石汤和逍遥散治疗，吃药的时间在饭前，可以调理脾胃，使她强壮。

二、呃逆的针灸治疗临床观察

一般中医认为，呃逆的病机是胃气上逆，治疗以和胃降逆为主。

但笔者在临床中通过病例观察，并参考文献古籍，如《内经》《灵枢口问第二十八》说：黄帝曰：人之噯者，何气使然，岐伯曰：谷入于胃，胃气上注于肺，今有故寒气与新谷气，俱还人于胃，新故相乱，正邪相攻，气并相逆，复出于胃，故为噯。

结合现代医学理论。认为呃逆的病位在膈。膈是上焦和中焦的分界线，许多经脉都通过膈，故不论上焦心、肺。中焦脾、胃，下焦肾、膀胱、大小肠，其气机逆乱都可上逆动膈而出现呃逆。呃逆可以这样说五脏六腑皆令人噯，非独胃也。呃逆的病机是气逆动膈。故凡因气机逆乱动膈者。均会出现呃逆。因胃居膈下，胃气上逆容易动膈，故临床所见的呃逆以胃气上逆为多见。但非全部。笔者在临床中，抓住动膈这一病机，采用调理气机这一基本治法，具体分型论治。医疗呃逆按三焦五脏论治。

因此，在针灸临床呃逆的证型表现有多种，治疗以和胃降逆为主，有的可通过调理三焦气机来治理，也可以通过疏肝理气来治疗，还可以通过降肺气来治疗。

三、典型严重呃逆病例临床医疗介绍

(一)8月16日大巴窑中华医院临床病例

—张文

1. 病人：张文 男 70岁 病种：顽固性呃逆

2. 病历：八年前开始有呃逆，先经过西医门诊多次，呃逆初期减轻，过后反复发作，从发病开始，他到处找西医医疗，然后到各大医院高明医生、专科医生检查医疗，还是没有治好，内心非常懊恼，最后对西医医疗失去信心，听朋友说中医药医疗呃逆比较有效，就决定到中医诊所求医。

2013年就辗转来到大巴窑中华医院求诊，从1月12日至今8月16日共有八个月，呃逆情况虽然有比较好，但是每天还是反复呃逆，没有停止，今天来诊已经开始觉得失望怨倦，所以今晚(8月16日)要求登记处给他介绍另一位新医师，登记处于是把他派到我的诊室。

3. 病情：当天，根据张文老先生说：他目前每天起身后，从早起始就出现间断或连续性呃逆现象，发生时有痰液，开始时间短，逐渐反复出现，使他情绪逐渐急躁，有时反复呃逆，一直到晚上，睡觉才停止。

4. 医疗记录：我从电脑记录查看，八个月来一共有六位医师曾先后为他诊治，包括内科和各专科病医师。通过病历记录，我分析告诉随同临床的学员，这个病例不简单，要医疗见效，必须谨慎，仔细参阅各医师辨证论治，医疗效果，在审思后才进入我个人的辨证论治。

5. 辨证思路：我的初步论点是本病例不是以上五个典型证型，需要注意有脏腑兼证处理。

6. 辨证论治：张文每天不停的呃逆，经过八年，精力耗伤，既伤元气，后天之本是脾胃。脾胃虚弱，功能不足，失去通降功能，终日呃逆是具有胃神经官能症的特点，病人自称脾气急躁，反复有胃胀，纳可，常有痰湿，舌

暗边红，苔白腻，双脉弦数有力，在中医病理是肝脾不和的现象，病灶在肝气横逆，脾胃虚弱，胃不顺，胃虚气逆。

我辨张文的呃逆病种病在肝脾，是肝胃不和型，治法以疏肝和胃，健脾益气，兼降逆止呕。

处方选用痛泻药方为主，加旋复代赭石汤，另加逍遥散丸。同时嘱咐他汤剂在饭前服用，逍遥丸在饭后两小时服用。

药物：炒白芍，炒白术，防风，炒陈皮一补脾泻肝；旋覆花，党参，代赭石，生姜，大枣，炙甘草一降逆化痰，益气和胃；柴胡，茯苓，当归，白术，薄荷一舒肝解郁，健脾养血。

7. 针灸医疗：我发现张文在八个月医疗过程中，只接受内科医疗，疗效不佳，所以决定在他同意下，配合针灸医疗。

8. 从参考文献古籍，结合现代医学理论。认为呃逆的病位在膈。呃逆的病机是气逆动膈。故凡因气机逆乱动膈者，均会出现呃逆。

9. 故我认为呃逆应按三焦五脏论治。从三焦气化功能来看，膈居中焦连接胃，邻肝胆，受肝胆气机影响大，因此在针灸医疗时，既疏导肝气，健脾和胃，也要疏导三焦之气化功能，三管齐下。

10. 因此针灸：选手阳明大肠经左曲池穴以2寸针透小海，手少阳三焦经外关穴以1寸针针灸透内关，再取手阳明大肠经右曲池穴也以2寸针针灸透小海，以达到健脾和胃、疏肝解郁、疏通三焦、降逆止逆的效果。

11. 临床观察：留针15分钟后，张文呃逆的现象出现明显的缓解，再留针30分钟后，呃逆的现象就停止发作。

然后，我吩咐临床一位同学，陪他下楼去领药，在取得药剂后，嘱咐他马上服药，才回家，同时嘱咐病人在饭前先服汤剂，两小时后服逍遥丸，一天服药4次，每天晚上晚饭后，临睡前再服药。

(二)8月23日大巴窑中华医院临床病例复诊——张文

1. 病人反馈：根据病人在8月23日的汇报，他在连续服药两天八次药水，呃逆从第三天起，完全不再发生呃逆了，至今复诊没有呃逆。

2. 张文在复诊时非常激动感激，因为顽固性的呃逆折磨了他八年又八个月，竟然在8月16日的一次医疗中，神奇般地治愈。他再三不断地道谢，还要求一起留影纪念。

3. 当天，我察看四诊后，再开上方，要他继续服药，巩固疗效。

4. 同组的四位临床学生非常喜悦，因为他们说在过去临床实习中，从来都不曾亲眼看到中医药和针灸配合，一诊就医好患上八年又八个月的顽固性呃逆。

5. 于是同学们想更深入了解，要我详细分析病案，我答应临床同学，把整理好的论述，给同学参阅明了，希望对大家有益。

你现在明白笔者为什么能治好张文8年又8个月的顽固性呃逆吗？

五苓散

在肿瘤病的临床应用

新加坡·林英

[关键词] 五苓散 水肿 肿瘤病

五苓散首见于《伤寒论》太阳病脉证并治篇,是利水渗湿的方剂。原治伤寒太阳表邪未解,内传太阳之腑,膀胱气化不利,经腑同病之蓄水证,以及水湿内停水逆证。由茯苓、泽泻、猪苓、桂枝、白术组成。

《医方考》指出,茯苓、猪苓、泽泻、白术,虽有或润或燥之殊,然其为淡则一也,故均足以利水。桂性辛热,辛热则能化气。经曰:膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣。此用桂之意也。桂有化气之功,故并称五苓。

方中以甘淡性平的茯苓,猪苓,入肺而通膀胱,以桂枝温阳化饮助命门之火,以健脾燥湿之白术温脾阳祛湿邪;而后以泽泻、运湿利水,通过调节肾气机之升降,健脾渗湿,共奏通阳化气,通三焦之闭塞,利水消积之效。

癌症患者常有水饮停滞的病况,如乳腺癌术后上肢水肿,肿瘤晚期积水症状,如肺癌胸

水,肝胰癌腹水,卵巢癌腹水,胃肠癌腹水等,水饮潴留发为水肿,仍肺失通调,脾失转输,肾失开阖,以至三焦失利,机体气化功能失调,五苓散善于通肾之气化,健脾燥湿利水,肺清而通调水道,缓解癌症患者各种积水引发的肿胀。

笔者临床上用于肿瘤病及手术后引起水肿病症临证隅举如下:

乳腺癌术后上肢水肿

乳腺癌手术切除区域淋巴结后,以至上肢的淋巴及血液回流受障碍,易引起上肢的水肿。五苓散对于缓解乳腺癌术后上肢水肿有较好的缓解作用,可维持和改善淋巴循环,缓解回流障碍,有助水肿消退。

病例: 林X,女,50岁。2013/6/15就诊。

左乳腺癌3期,根治手术,左手臂至手掌

背浮肿，双手足趾麻，左手臂沉重，纳可，寐安，口疮，大便畅。舌淡暗红，苔薄白，脉细滑数。辨证：水饮，气滞血瘀。以五苓散颗粒剂为主方治疗。药用五苓散、党参、桃仁、赤芍、车前子、连翘、土茯苓、白花蛇舌草。服七剂后手掌背及手臂水肿减退。

胰癌手足水肿

肺癌胸水。五苓片中的茯苓，泽泻，猪苓等都是利水渗湿的良药，能将肝癌，肺癌等引发的腹水，胸水等代谢出去，缓解积水引发的肿胀。临床上五苓片能发挥温阳化气的效果，既能将寒邪驱逐出体外，又能将水湿代谢出去。

病例：朱X，女，71岁。2013/7/25就诊。

胰脏癌IV期。腹胀一周余，溏泻日7-8次，纳差，气短，双手背及足背水肿，自觉体内热。舌淡边暗瘀，苔薄，脉细弦滑。辨证：脾肾阳虚，水饮血瘀。以五苓散为基础处方如下：黄芪18g 茯苓18g 白芍12g 山药12g 赤小豆15g 山茱萸12g 泽泻15g 猪苓15g 车前子15g 川牛膝12g 焙附片6g 薏苡仁30g 牡丹皮6g 白豆蔻10g。此乃久病及肾，不能化气行水，水湿内停，服三剂后溏泻改善，双手背及足背水肿减退，原方加神曲10g以消食除胀。

慢性肾功衰引发的水肿

五苓片不仅能治疗癌性水肿，对于慢性肾炎引发的下肢肿胀也有很好的效果特别是对于寒邪侵袭肾脏引发的肾性水肿，五苓片能发挥温阳化气的效果，既能将寒邪驱逐出体外，又能将水湿代谢出去。

病例：王X，男，80岁。2013/8/10就诊。

肾功慢衰洗肾。2013/6/14上海龙华医院检验：胸腔积液，心影大，动脉硬化，左心室舒张功能降低，腹水，肝血管瘤可能，肝囊肿，胆壁水肿，双肾囊肿，肌酐658。龙

华医院处方车前子30g 葶苈子30g 桑白皮30g 茯苓30g 冬瓜皮30g 附子15g 肉桂12g 仙灵脾15g 杜仲15g 黄芪30g 白术15g 山药15g 苡仁15g 泽兰15g 益母草15g 马鞭草15g 石斛15g 白芍15g 炙甘草9g 谷麦芽各9g 毛冬青30g 莲子15g；患者自觉未效而来诊。

刻诊：腹胀，双小腿水肿，纳尚可，稍怕冷，寐欠安，打嗝，矢气，小便少，大便溏或硬。舌淡红，苔薄，脉弦细。辨证：脾肾两虚、水湿内停。

以五苓散为基础，开颗粒剂：黄芪 白术 茯苓 桂枝 玉米须 虎杖 薏苡仁 山茱萸 酸枣仁 猪苓 泽泻 车前子 牛膝 肉桂 枳壳 赤芍。服上药7天每天一剂后，腹胀及双小腿水肿减。

讨论

从上述病例可见，五苓散不单化气行水之功较强，消水肿的功效确切，且对伴腹泻者有止泻之效；五苓散改善脾肾功能作用显著。肿瘤患者气机升降失调，气化功能低下，水湿内停，多表现脾肾阳虚。应用五苓散化气行水的功效，改善和调节机体水液代谢的功能，有效的改善脾肾阳虚，缓解水肿。

临症上不同肿瘤，个别体质各有特点，故必须依实际情况，辨病与辨证相结合，患者既有水湿内停之症，又有癌毒内蕴，正气虚损，故宜随证加减治疗，以扶正祛邪，益气养阴、通利三焦，结合抗肿瘤药物与之配伍，如食道癌配石见穿、威灵仙、急性子；肺癌配鱼腥草、木蝴蝶、露蜂房；胃癌配白英、藤梨根、白花蛇舌草；肝癌配八月札、凌霄花、地鳖虫；大肠癌配苦参、重楼、薏苡仁等以提高疗效。

从脾胃论治 儿童麦粒肿眨眼症

中国·张彬
河北省人民医院中医眼科



眼与脾胃的关系十分密切，眼之上睑属脾，下睑属胃，眼的约束、眼带等均由脾之精气升腾结聚而成，脾胃具有升清降浊之功，升降得宜，九窍通利。《脾胃论》及先贤均有论述眼与脾胃的关系，提出了“诸脉皆属于目论”、“脾胃虚弱则九窍不通”等观点，指出“内伤脾胃，百病由生”，治疗宜健脾益气，升阳通络。尤其是儿童，脾禀未充，胃气未动，运化力弱，除了正常生理活动之外，还要不断生长发育，因对脾胃运化输布水谷精微之气的要求则更为迫切，故脾常不足。脾胃为后天之本，主运化水谷精微，营血精气皆赖于化生，故为生化之源，若脾运健旺，目得所养，则目光有神。如脾虚不运，目失所养而视物昏暗。若升降失调，浊气上犯，易患眼疾。由于脾胃积食，久积生热，热极生风，脾胃失调，运化失职，可以导致儿童的全身及眼部疾病。

我们在临床上观察到儿童的全身症状有：胃纳欠佳呆滞，偏食偏嗜，头发稀少发黄、干枯而无光泽或脱发；面色发黄晃白或面部有小的白色斑点；口干、口臭、口中或有异味、牙齿发育迟缓或牙齿不齐、有小白点，咬牙，或患有牙病。晚间睡觉时不能安稳，来回的翻动蹬被子、甚至不盖被子(夜不近被)；经常的出虚汗，睡觉时头部出汗更多。有的儿童经常咳嗽、发热、咽喉疼痛；有的儿童嗜睡，头晕；体重超胖或身体瘦弱，超胖者体虚无力；瘦弱者弱不禁风，周身无力；经常患有感冒，发热，流涕，咳嗽，大便秘结；烦躁不安，注意力不能够集中，上课不能够注意听讲，记忆力较差，学习成绩逐渐的下降。

眼部的症状有：

1. 儿童单眼或双眼有麦粒肿，单个或多个，反复发作生长麦粒肿，局部发红发肿，疼痛。

2. 儿童不停的眨眼(挤眉弄眼), 下眼睑内翻倒睫, 双眼干涩酸胀, 视物不能持久等。

目前, 随着人们生活水平的不断提高, 儿童身体的健康水平也在不断提高。但是, 有些家长由于在饮食习惯上的问题, 儿童在偏食和偏嗜方面有所严重, 许多儿童过度的在吃各种类型的火腿肠、鸡腿、泡泡糖、果冻、爆米花以及各种各样的膨化食品、碳酸饮料和保健食品, 尤其是突出的是鸡肉、方便面、麦当劳、肯得基、比萨饼、面包和饼干等垃圾食品。更为严重的是: 儿童长期的不吃新鲜的蔬菜、不吃水果、不喝小米粥和不喝水或喝水比较少。

一、麦粒肿:

儿童饮食过多, 尤其是吃一些高热量的食品, 以致脾胃长期积食, 天长日久, 脾胃积食生热, 热积不消, 热极成腐, 发生麦粒肿。由于治疗不当, 或儿童脾胃再次、多次积食, 导致多发性麦粒肿。

辨证: 脾胃积食, 热极成腐。

治疗: 调理脾胃, 清热散结。

方药: 归芍八味汤

处方: 当归、白芍、枳壳、槟榔、莱菔子、车前子甘草各3克, 金银花12克。水煎服, 早中晚饭后各服30~50毫升, 用小勺喂, 分数次口服, 加入少量白砂糖。

本病以调理脾胃为主, 以清热散结, 健胃消食, 导滞化积为辅。脾胃为气血生化之源。脾主运化, 胃主受纳, 脾胃虚弱。方中枳壳、槟榔、莱菔子和胃消食; 车前子、甘草健脾燥湿; 当归、白芍养血柔肝; 金银花清热解毒散结。通过健脾以达到消食导滞, 化积开胃。重在调理脾胃, 既不补之, 也不攻之。本方既不过寒, 也不过热, 药性和平, 配方得当, 用之方便, 故取效颇捷。

二、眨眼症:

儿童长期脾胃积食, 积食生热, 热无从解, 热极生风, 以致眼睛眨眼频繁, 不能自

控, 更有甚者伴有面部痉挛, 口眼鼻歪斜。兼见儿童偏食, 面色萎黄无华, 消瘦, 食欲不振。面色晄白。多因脾胃积食, 运化不畅。

辨证: 脾胃积食, 热极生风。

治疗: 健脾消食, 化积开胃, 清热散风。

方药: 健脾消食化积汤(张氏家传方)

处方: 焦三仙各10克, 陈皮、山药、白术、炒莱菔子、炒谷芽、槟榔、钩藤、荆芥、防风、路路通、丝瓜络、通草、枳壳各5克, 水煎服, 早晚饭后各服30~50毫升, 放少许白砂糖。

综上所述: 脾主升清, 胃主降浊, 脾胃密切配合, 完成气血的生化, 脾胃居于中焦, 既是清阳之气生发之所, 又是清阳之气升降之枢。可见脾胃功能正常与否直接关系到眼的功能状态。尤其是在临床上治疗儿童眼病, 更应该注重调理脾胃, 消食导滞, 化积开胃, 区分虚实, 实当清则清, 当泻则泻; 虚当补则补, 当健则健, 当温则温, 当消则消。脾胃虚弱, 须与补益, 饮食难化, 宜予消导, 令两者为一也, 则脾运健而食滞化。诚如《东垣十书》所云: “凡医者不理脾胃及养血安神……治标不治本, 是不明正理也”。

预防: 必须保证给予儿童充足的绿色蔬菜和新鲜的水果。在门诊可见许多儿童不吃蔬菜和水果, 这就是大错特错了。绿色环保必须从小开始, 尤其是眼睛需要大量的绿色蔬菜和水果的营养。绿色蔬菜含有大量的叶绿素、纤维素、维生素, 水果中含有丰富的维生素, 是眼睛明亮的保证。如同土地一样, 没有绿色植物、树木, 土地就要沙漠化。人的眼睛缺乏绿色的蔬菜和水果的营养, 视力就会下降, 就容易发生眼病以及发生全身的疾病。所以小孩不吃蔬菜是错误的, 必须及时迅速的纠正, 不能听之任之, 随其自由的发展。日常生活中如菠菜、白菜、豆角、芹菜、黄瓜、卷心白菜、西葫芦、茴香、豆芽、西红柿、胡萝卜、冬瓜、茄子、莲藕等。每日吃两次, 另外, 经常吃苹果、梨、葡萄、桃、杏, 香蕉等水果。

必须保证给予儿童充足的水喝。我们经常看到不少孩子咳嗽、发热，究其原因是不喝水和喝的水太少。有些爸爸妈妈工作紧张顾不上管孩子，让孩子吃些方便面，火腿肠，膨化食品和肉类食品过日子。殊不知长期的“食积”造成了孩子的好多疾病。有时给孩子上学带上1瓶水，孩子背到学校后听课学习，忘记喝水，下学后又背了回来。类似这样的情况是屡见不鲜的。所以孩子不喝水是不妥的。

人体的90%多是由水分组成的，可见水分对人体的重要性。一般而言，保持身体健康的重要一点，就是要每日多喝水，尤其是上学和旅游之时，只要保持身体足够的水分，就会使孩子在上学和旅游之中不至于太劳累，并且能够保持身体的抵抗力，一些病菌也不会容易入侵。所以一般每日给孩子500~800毫升的水喝，就能防止咳嗽、发热等疾病的发生和困扰。尤其是吃完肉类食品和饺子、包子之后，必须要让孩子喝水或喝点醋，喝点汤，所谓“原汤化原食”。

必须保证给予儿童充足的小米粥：小米里含有丰富的谷维素和维生素B族、对人体具有非常丰富的营养，有明目的功效。尤其是眼睛更加需要小米粥的营养。在小米粥里放一些黑豆、黑芝麻、黄豆、绿豆、花生、核桃仁、红枣、红小豆、瓜子仁、松子仁等，每日早晚两餐。以帮助孩子消化吸收，正常的饮食调养，使儿童少得病，保证儿童健康的成长。所以为了孩子的健康，请让孩子们多喝小米粥吧！

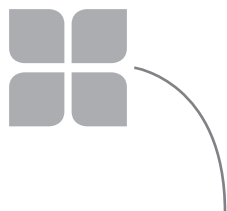
必须保证定时给予儿童吃一些消食导滞的中成药。现在的儿童通常是过食肥甘之品，所以中医眼科认为：脾胃食积生热，热积成腐，热邪积存肠胃，热极成风，以致运化失常，消化不良，吸收较差，导致眼病以及全身的疾病。所以1~3岁的儿童，每周服1~2次七珍丹，每次6粒，每日1~2次。或口服脾可欣冲剂，3岁以上6岁以下的儿童，每周可以口服鸡内金片，每次3片，每日3次，或口服化积口服液，每次3支，每日3次。7岁以

上，12岁以下的儿童，每周口服1~2次健脾消食片，每次3片，每日3次。大山楂丸，每次1丸，每日2次。

每周让孩子吃2次新鲜的牛肉或活鱼，每日适当少喝些醋，或吃完肉后喝水，让孩子做到不偏食、不挑食，经常给孩子吃一些山楂糖葫芦，以帮助孩子消化吸收，使孩子健康成长。

〈伤寒论〉对于“烦躁”证的诊治意义

新加坡·刘嘉扬



【概说】〈伤寒论〉是一部阐述多种外感疾病及杂病的辨证论治。理法方药比较完善，理论联系临床的重要古典医学著作。是东汉末期张仲景所著。

张仲景是一位很伟大的医学大师。后人尊他为“医圣”。张仲景根据〈素问·热论〉六经分证的基本理论，开创性地把外感疾病的错综复杂的证候及演变，加以总结。提出了较完整的六经辨证体系。同时也初步的体现了三焦辨证体系。还把自〈内经〉以来的脏腑，经络等学说，以及诊断，治疗等方面的知识有机地联系在一起。还运用了汗，吐，下，和，温，清，消，补的治疗方法及各各个方剂和具体药物的选择使用。充分体现了辩“量”的研究与临床的指导意义。

本文就是以“烦躁”这一个症状，总结分析研究张仲景对于疾病的传变与预后，揭示病证的病因病机，以及作为鉴别症候提示方药的选用等方面的独到之处。“烦躁”症状，在〈伤寒论〉中同时出现在三阳证，亦出现于三阴证。〈伤寒论〉所列的397条原文中出现有关“烦躁”症状的论述就有59条。从这里可看出张仲景充分的认识了量变的意义，认为量变是有阈值，量变也会引出证的变异。

【关键词】 烦躁 诊治意义

1、辨疾病的传变

〈伤寒论〉第4条“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传。频欲吐，若烦躁，脉急数者，为传也”。此条文阐述了患者的脉象和其它症状与太阳病相符，当属于太阳病。但是其脉象平静，反映其病位还在表，疾病还没传变。后段条文则反映了邪已入里，发生传变。〈伤寒论〉第289条“伤寒六，七日，无火热，其人烦躁者，此为阳去入阴故也。”此条文就反映了伤寒表病入里之象。〈伤寒论〉第110条“太阳病二日，反躁，凡熨其背

而大汗出，大热入胃……”。阐述了太阳病发病初期，病邪在表，不应有发躁的现象，但若出现烦躁现象，表示热邪已传入里。〈伤寒论〉第24条“太阳病，初服桂枝汤，反烦不解者，先刺风池风府，却与桂枝汤则愈。”此条文阐述了病症中虽有烦躁症出现，但不表示病已传变，乃是因为药物不足战胜病邪原因，导致病邪阻塞经络，正邪相争所致，因此主张先针刺风池风府，然后再服药则可以取得疗效。

〈伤寒论〉第48条“二阳并病……其人烦躁，不知痛处，乍在腹中，乍在四肢，按之不可得……”此条文阐述了在此病例中之所以出现烦躁，是由于太阳病经发汗后，因发汗不透，邪

郁在表所致，还是应当发汗解表，不能用下法。由此可见太阳病经发汗后，可能发生发生的两种转归，一个是形成了二阳并病，另一个是病证仍然在太阳。

2、辨疾病的预后

《伤寒论》第133条“结胸证悉具，烦躁者死。”此条文阐述了若烦躁症出现在结胸证的基础上，则为正不胜邪，邪胜正衰，真气散乱，故预后不良。《伤寒论》第278条“伤寒，脉浮而缓……至七八日，虽暴烦下利，日十余行，必自止。以脾家实，腐秽当去故也。”此条文阐述了患者出现下痢十多天，好象太阴病证开始出现了，病情也加重了，但张仲景提出说这并不是这样的，因为在下痢的同时，又出现有暴烦现象，这就可以认为是阳回的吉象，而不是病情加重。《伤寒论》的其他条文包括了287，289，298，300，343，344条。都有“烦躁”症的论述。从而体现了病情的进退与预后。

3、揭示疾病的病因病机

《伤寒论》第76条“发汗吐下后，虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊侬，栀子豉汤主之”。此条文论述了虚烦是因热邪所导致，当热邪干扰了心神，则导致了心烦。明显的阐明了病因病机。《伤寒论》第61条“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，干姜附子汤主之。”此条文阐述了患者阳虚明显而不能于阴相斗争。《伤寒论》第69条“发汗若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之。”此条文阐述了由于汗出不得法，而伤阳。导致引起烦躁的症状。误下又伤阴，造成阴阳两伤，水火失济之象。《伤寒论》第398条“病人脉已解，日暮微烦，以病新瘥，人强与谷，脾胃气尚弱，不能消谷，故令微烦，损谷则愈。”此条文阐述了患者大病初愈，脉搏

平和之时，也会出现日暮微烦的现象，其病机是关键在脾胃的功能尚弱，食物不容易消化，食积而产生里热而造成烦躁，因此强调病愈之后，应多注意饮食的调节。《伤寒论》第296条“少阴病，吐，利，烦躁，四逆者，死”此条文阐述了少阴病，吐利为阴盛阳虚，烦躁的行成是衰微的阳气于阴邪抗争的表现。今见吐利不止，而且四逆更甚，为正不胜邪，阳气已绝，故为死候。

4、提示方药的选用

《伤寒论》第38条“太阳中风，脉浮紧……不汗出而烦躁者，大青龙汤主之……”此条文阐述了“烦躁”症用太阳伤寒证来分晓，于理不通。张仲景在解表方剂中加入了石膏，说明了“烦躁”症的行成是由于体内有邪热，而外无宣泄之路所致。《伤寒论》第207条“阳明病不吐不下心烦者，可与调胃承气汤。”阳明病在没有用吐下的方法的时候，会出现心烦，这是因体内有实热。属于阳明证的实热，治疗就当用调胃承气汤以泄热和胃。《伤寒论》第338条“伤寒脉微而厥……其人躁无暂安时者，此为藏厥……蛔厥者……今病者静而复时烦者，此为藏寒，蛔上入其膈，故烦……”此条文论述了脏厥和蛔厥的鉴别的不同。两症均有出现了“烦躁”的症状，但各有其特点。脏厥所引起的“烦躁”是无一刻得于安静，这是由于真阳大虚，脏气欲绝，治疗应该使用破阴回阳，救逆固脱，选用的方剂是通脉四逆汤；而蛔厥脏厥所引起的“烦躁”症的特点却是时静时烦，得食则呕又烦，这是因为脏寒蛔不安，向上窜扰所致。其病机当属于上热下寒，是一钟寒热夹杂之证，因此张仲景认为治疗当以寒温并用，扶正安蛔，处方选用了乌梅丸。

《伤寒论》第309条“少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之……”此条文阐述了少阴病，吐利为阴盛阳虚，烦

躁的行成是衰微的阳气于阴邪抗争的表现。症状表现酷似四逆汤证，何以会用吴茱萸汤，关键所在就是“烦躁欲死者”，张仲景认为，阴邪虽盛，但阳气尚可与阴邪斗争，而不是阴盛阳亡，因此巧妙的应用了吴茱萸汤以温降肝胃，泄浊通阳。

5、结语

本文是通过对《伤寒论》有关的条文进行总结分析研究，浅析了张仲景在伤寒病的诊治过程中对“烦躁”症的一些认识和对于此症进行的辩证论治的独到之处。只是“烦躁”的一个症状，就可以出现在三阳证，亦可以出现在三阴证。从《伤寒论》的诊治法的角度观察，仅仅的一个症状，对于临床上疾病的诊治就起着很大的意义。张仲景正是充分的认识到这一点，从而洞悉了疾病的演变，以致能采取相应而有效的治疗方法。

在运用经络辩证时，精巧的通过“烦躁”症的出现来判断病邪是否已经传经。在运用八纲辩证时，则有助于辨明病邪是否由表入里，或是在半表半里，还是已经由里透表等。也清楚的应用“烦躁”症来阐明了疾病的病因病机。以及误诊或误治后可能出现的变症。同时对于症状精确的判断，并提示了方药选用。从以上的简单论述，可以看出《伤寒论》在临床上起着重大贡献。同时让我们认识到要正确地应用《伤寒论》的理论体系来指导临床，必须重视以下几点：

5.1 改变传统上认识《伤寒论》的观念

研究和应用《伤寒论》在临床上只引用条文那只是非常的表面。前人常说“读仲景书当从无字求之”意思就是应当学习的是《伤寒论》内提出的思维体系。《伤寒论》内提出了两个重要的观点，就是“辩证论治”及辩“量”的思维体系。这两种思维体系对我们在临床上起《伤寒论》着非常重要的贡献。

5.2 掌握指导临床实践的正确途径和方法

张仲景在《伤寒论》中很重视辩“量”的思维体系，认为“量变是有阈值”，“量变证变异”，“量变”。这些思维体系都可以在一个“烦躁”症中体现出来。当此症“量”出现改变时，临床上便会出现症状的差异，从而可以协助疾病的预后，疾病的预后，疾病的病因病机，当此“量”的改变还是在一定的范围内，还能用同方，当此“量”的改变已是超出一定的范围内，就会导致证也产生变化，可能处方须加以改变，若“量变”导致“质”的变化，则临床上须要应用不同的方。明确的提示方药的选用，从而增强了对于疾病治疗的针对性，同时也对于临床上用药的方式和方法也起着重要的影响。通过上文简单的论述，可体现出张仲景在《伤寒论》中以辩“量”的思维体系来协助提高对于疾病的诊断和预见性。

5.3 《伤寒论》只论伤寒

前人常认为《伤寒论》只是一本论述外感病的书籍，这个认识只是在一个很浅的层面。它真正的内涵是提出了“辩证论治”及辩“量”的思维体系，在临床上起着重大贡献，通过条文的论述，巧妙的体现出来。

5.4 《伤寒论》为“方中之祖”

《伤寒论》中总共记载了不112张方子，所用的药非常精确，疗效明显，但是若与“千金要方”及“类方”等比较而言，则显得有些距离。因此应学习张仲景用方的精细而不是太推崇。

综上所述，研究和应用《伤寒论》在临床上引用条文配合临床之余，须同时了解病机的变化，根据质和量的改变，了解《伤寒论》中所提出的“辩证论治”的思维体系，合理的吸收前人的研究成果和经验，才能更有效的应用在临床，并提高疗效。

读“《伤寒论》第十九条逗点的争议”

新加坡·李郁珍

拜读何和松医师“《伤寒论》第十九条逗点的争议”一文后(新加坡中医杂志2013年·总35期),本人不揣浅陋,略抒管见。

何医师文中所论《伤寒论》第十九条文,经查阅各个教学课本,当属第十八条为是;原文:“喘家作桂枝汤加厚朴杏子佳”《伤寒论·辨太阳病脉证并治》。近现代对本条文的标点定位基本有两个版本:即“喘家,作桂枝汤,加厚朴杏子佳。”(中国中医药出版社2012年7月第3版,王庆国主编《伤寒论选读》第24页)与“喘家作,桂枝汤加厚朴、杏子佳。”(上海科学技术出版社1985年5月第1版,李培生主编《伤寒论讲义》第22页)。

何医师对“喘家,作桂枝汤,加厚朴、杏子佳。”(文中所指的“第一个断句法”)的解读是“……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。……”并指出“喘家作,桂枝汤加厚朴杏子佳。”(文中所指的“第二个断句法”)的断句法“……显然不符合张仲景的理论和治疗法则。……”理由是《伤寒论》病篇中对喘的处理各有不同的证治,如麻黄汤证、小青龙汤证、麻杏甘石汤证与葛根汤证等;因此,“……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。”

个人的看法是:

1. 何医师对第一个断句法的解读恰好正是第二个断句法“喘家作,桂枝汤加厚朴杏子佳。”的意思,即“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。……”
2. 何医师认为第二个断句法不合理之处,其实同样可用于第一个断句法,即本条文“喘家,作桂枝汤,加厚朴、杏子佳。”里的“喘家”病发时也可以是其它汤证者,“不可能只是以桂枝汤加厚朴和杏仁一方就可以解决的。”
3. 古文多以单音词为主,具一词多义性特点,上述条文中的“作”字,将之置于当下的语境中,皆可个别理解为“制作”或“发作”,逗号位置虽异,意思基本一样。
4. “喘家作桂枝汤加厚朴杏子佳”是《伤寒论·辨太阳病脉证并治》篇里的条文,把它置于当下的语境理解,句读于“作”之前或之后,皆可理解为素患喘疾者病证发作时,喘息属外感风寒太阳中风证时,用桂枝汤为主治疗,再加厚朴、杏子宣降肺气,标本兼顾,效果更好。这样解读,医理上应该说得过去。管窥之见,还请同道斧正。

浅论温病伤阴的防治

新加坡·卓扶蓉

【摘要】温病发展后果为伤津劫液。因热性病自始至终均为热邪所缠，伤津灼液在所难免，津液愈伤热毒愈甚，病势益重。故在治疗温病过程中应重视养阴保液，注重排除耗损阴液的因素。在邪热炽盛之际片面滋阴是舍本求末，只有撤热才是保护阴液的积极有效措施。如《温病条辨》谓：“留得一分津液，便多一分生机。”。本文就温病伤阴的预防及治疗作用综合分析。

温病是感受四时温热病邪所引起的多种急性热病的总称，可分为很多类型，如风温、湿温、春温、暑温、秋燥等。各类型的温病，虽各具特点，但存有共性，即是温热之邪属阳邪，必从火化，易化燥伤阴。

造成阴液耗伤的原因最主要有三个方面：一是热邪伤津，如叶天士所说：“热邪不燥胃津，必耗肾液。”二是失治误治，如吴鞠通所说：“温病误表，津液被劫，……热邪久羁，吸烁真阴；或因误表，或因妄攻。”三是素体阴虚，如叶天士所说：“初病即舌干。”

预防伤阴的基本原则

温病的基本病理变化之一是伤阴。阴液耗伤程度的轻重，直接影响温病的转归和预后。因此，防止阴液损伤，对伤阴进行正确治疗，是提高温病疗效的重要环节。在治疗中常用的几种主要方法可概括为祛邪撤热和养阴增液两大原则。祛邪撤热是为了祛邪；养阴增液是为了固本，二者有密切关系，祛邪撤热可起到间

接保护津液，养阴增液在一定程度上可加强清热解毒的功能。

祛邪撤热：祛邪撤热是针对伤阴的病因病机而设。温病无论病邪在卫在气，入营入血，或在上、中、下三焦的不同脏腑，多以发热为主症。热势的高低久暂，直接影响阴液耗伤的轻重。如能顿挫邪热，就可避免伤阴的发生，或减轻伤阴的严重程度。欲撤其热，必须祛邪。祛邪即所以撤热，撤热即所以保津。祛邪撤热可以预防和终止阴液损伤，已伤的阴液通过养阴治疗和人体自我阴阳调节而得到恢复。

养阴增液：养阴增液是对伤阴的治疗。它是按照虚者补之的原则，运用甘润多液或滋阴重浊的药物和方剂，补充耗伤的阴液，增强人体抗御邪气和自我阴阳调节能力，改善和纠正伤阴引起的病理变化，使阴阳重归于平衡。在邪盛阶段，可防止病情恶化，有助于祛邪撤热方药更好地发挥保津作用，避免苦寒药物化燥伤津。对阴液亏损，邪少虚多者，可托邪外出。在病邪已退的恢复期，可加速脏腑功能的恢复，促使早日痊愈。

保津的主要方法和措施

祛邪撤热的防治伤阴作用叫做“保津”。保津除按卫气营血论治外，主要是通过解毒清热、通腑泄热等方法和措施来实现的。

解毒清热：是运用具有解毒作用的药物和方剂，以清解邪热。解毒之所以能清热，是因为它能消除致热的因素，同时还能减轻邪毒对人体正气和脏腑组织的直接损害，避免津血渗于脉外等阴液内耗，有利于正气和脏腑组织功能的恢复，为正气战胜温邪创造了条件。清热解毒药宜在发热期及早应用，可以避免或减少阴液的耗伤，收到缩短热程，阻断病情发展，从而达到撤热保津的效果。

通腑泄热：即用泻下的方药以泄热，将邪毒直接排出体外，从而使由它们引起或加重的病理变化也随之得以改善。这便是通腑能够泄热保津的机理所在。通腑作为泄热保津的目的应用，宜遵吴又可“客邪贵乎早逐”，“逐邪勿拘结粪”和“勿拘于下不厌迟”（《温疫论·上卷》）的主张，不必只限于阳明腑实证。用通里攻下药，能起到迅速退热作用。

卫气营血理论是建立在邪正相互作用所发生的病理变化的基础上，按卫气营血治疗不是直接对病因的温热邪毒，而是一种因势利导的顺应性调节，通过改善温邪引起的病理变化，帮助机体自稳调节能力的恢复。在实际应用时，往往与解毒清热、通腑泄热等并用，很难截然分开，所以，它的透热保津机理是综合性的。由于本法是对体内即将发生的或刚发生的病理变化在未显露于外之前就予以治疗，防微杜渐，因而能起到更好的撤热保津作用。

养阴法在温病治疗中的作用

阴液存亡，对温病预后有决定意义，所谓“存得一分津液，便有一分生津。”因此，温病以护液为亟，在温病初期就应该时刻顾护

阴液，若后期阴液耗伤明显，便要以救阴为务。养阴法在温病治疗中能起到两种作用：一是预防，一是治疗。

一、预防作用

温病的病情发展，以发病急，病势重，传变快为特点，一般规律按卫气营血传变，但也有不按此传变的。如暑温是起病直入阳明气分阶段，并可迅速传入营分，逆传心包，且最易伤津耗气。因此做到既病防变是十分重要的。叶天士《外感温热篇》言：“……或其人肾水素亏，虽未及下焦，先自彷徨矣，必验之于舌，如甘寒之中加入咸寒，务在先安未受邪之地，恐其陷入易易耳”这段原文，充分体现了预防为主，既病防变的精神。因素有肾水不足者，患温病后，邪热最易乘机入下焦，损伤肝肾之阴。为预防肝肾之阴受损，在用甘寒养阴药物中加入咸寒之品，滋养肾阴，使肾水充足，则邪热无传入机，病情不致恶化，起到了控制病情发展的积极作用。

在温病初期，即是无明显阴伤者，治疗中也采取祛邪护阴，这也是预防精神的体现。如温邪在表，不用辛温的麻桂之类，因其助长热势，而用辛凉解表的桑菊饮，银翘散之类。此类方剂皆是辛凉解表邪的药物中加入芦根以甘寒清热生津，此类方剂组成是解表之中寓有护阴之意。又如邪在气分里热炽盛，高热汗出，口渴洪大者，用辛凉重剂白虎汤，石膏甘寒清泄里热；知母苦寒清肺胃之热而助石膏清热润燥；甘草粳米益胃护津，四药合用，做到既清热又保护了津液。又如湿温病，湿热里结胃肠，气机不畅，腑气不通者，腹胀满大便闭舌苔黄燥，可用泻下剂如承气汤之类，将邪毒直接排出体外，通腑泄热，急下存阴。以上例举，虽因温病种类不同及发病阶段不同，但在治疗中都贯穿着既祛邪，又要固护津液，不致使邪去阴伤，起到了对疾病既治疗又防变的作用。

二、治疗作用

对温病治疗使用养阴法的机会甚多，其目的不在于滋养阴血，而在生津养液。温病采取养阴法，可归纳为以下几方面：

1. 养阴补不足

针对阴液耗伤这一病理变化，就必须采用“实其阴以补其不足”（《灵枢·热病》）的养阴生津法来补充阴液的不足。如银翘散中的芦根，清营汤中的生地黄、玄参、麦冬，犀角地黄汤中的生地黄以及加减小续命汤中的生地黄、阿胶、麦冬、白芍等，都是养阴生津之品，都起到补充阴液不足的作用。

2. 补水以制火

津液属阴，温邪属阳。无论是在温病的初期、中期，还是末期，都存在着阴阳之间的相互制约、相互斗争。热邪亢盛最易灼烁阴液，造成阴液的亏虚，阴虚阳更旺，更助热势，而使邪毒更盛，形成恶性循环，甚至导致“亡阴”，这是“阳盛则阴病”的病理变化，过亢之阳必然导致阴液的亏虚。吴鞠通说：“热病有余于火，不足于水，惟以滋水泻火为急务”，而养阴生津就是以补不足之水，来制过亢之阳。临床上广为运用的甘寒生津之沙参麦冬汤、益胃汤，咸寒滋液的加减小续命汤，以及甘咸合用的增液汤都具有滋阴降火的作用，正如吴鞠通所说“以补阴之品为退热之用”。

3. 养阴以透邪

伏气温病初起因阴液不足而内伏之热不能透达。叶天士在《三时伏气外感篇》中说：“春温一证，由冬令收藏未固，昔人以冬寒内伏，藏于少阴。”其“冬令收藏未固”说明肾精先虚，不能托邪外达，同时在病变过程中，里热炽盛，阴液更易耗损，采用养阴生津法，有助于里热外透。所以在春温病的辨证治疗中，以玄参、生地黄、麦冬、芦根、天花粉等为主的养阴透邪药贯穿始终。

4. 养阴以润下

本法主要用于阴液素虚而兼阳明腑实，大便燥结之虚实夹杂之证，吴氏创立增液汤、增液承气汤。其中增液汤主治“阳明温病，无上焦症，数日不大便，当下之；若其人阴素虚，不可行承气汤，增液汤主之”。这是由于其症虽属阳明腑实燥结，但由于其人阴液素亏，难任其峻猛攻下之法，或虽予攻下而邪热未尽，津液已伤，此时若单纯用承气汤攻下，则恐误下伤阴，势必导致阴液愈伤，燥结更甚之局面，故吴氏在增液汤中重用玄参清热泻火而护阴，助以麦冬润燥生津而增液滑肠通便，生地养阴增液而退余热，由于三药均系质润滋阴之品，故吴氏谓此方“妙在寓泻于补，以补药之体，作泻药之用，既可攻实，又可防虚。”吴氏立增液承气汤，主治阳明气热烁津而大便闭结难下，症属虚实夹杂者，方中以大黄荡涤积热，芒硝咸寒软坚以泻热通便，二药合用有泻热存津之意，合增液汤以养阴增液，濡润肠道而导热散结，诸药共用，泄热通下而不伤阴，滋养阴液而不恋邪。

5. 补阴以敛阳

根据阴阳互根的理论，阴和阳两者是相互依存的，阴阳两方各以对方为自己存在的前提条件，任何一方均不能脱离对立着的另一方而单独存在。“阴在内，阳之守也，阳在外，阴之使也”，“孤阴不生，独阳不长”（《素问·阴阳应象大论》）。温病脱证是由于邪盛正虚，或因汗、下太过，引起阴液骤损导致亡阳气脱的危候。阴液的骤损是最初的病理变化，随着此病理变化，而产生元气的耗损，导致“气随液脱”。津气的暴脱，使得阳无以依存，形成了亡阳气脱证。针对阴液耗竭，吴鞠通说：“耗之尽则阳无以恋，必气绝而死矣”。

针对脱证的病理变化，采用养阴生津，补阴以敛阳，使得“阴复则阳留”。临床见到，汗出不止，烦躁不安，面色潮红，喘喝欲脱，

脉象细数甚或散大，舌干红者，为阴液耗竭之象。临床运用的生脉散，益气敛阴固脱，可防止由阴竭而引起“亡阳”。

6. 养阴以祛瘀

伤阴还可导致血流瘀滞。阴液作为血液的重要组成部分，为阳气之所依，有助于血液的流畅，水津充沛，血始能行，一旦血中津液亏乏，血液遂变粘稠，流速减缓，进而造成瘀血内停。当此之时，如深入血分之热邪与新形成之瘀血相互搏结，即可在一定的部位出现相应的瘀热互结见证。邪热伤阴是导致温病热瘀的主要因素，阴伤导致脉道涸涩则是温病热瘀的重要病理。

根据“津血同源”的理论，生理上津与血相互资生，相互为用，病理上又相互影响。所以治疗上有“养血可生津，保津即保血”的说法，在清营凉血活血方加入生地、麦冬等养阴之品，其能对热瘀之证，发挥增水行血，消散凝聚达到养阴以消除热瘀的治疗效果。

7. 养阴以息风

温病后期，热消久留，深入下焦，劫烁肝肾阴液，虚风内动，筋脉失养而出现手足蠕动或瘈瘲等证，其病机正如何秀山所说：“实因血不养筋，筋脉拘挛，伸缩不能自如，故手足瘈瘲，类如风动，故名内虚暗风”。吴氏针对阴虚风动之病机，创立二甲复脉汤，方中以地黄、阿胶味厚质润滋阴养血，取其治风先治血”之意，麦冬、火麻仁生津润燥以清虚热，白芍甘草酸甘化阴而舒筋缓急，加入牡蛎、鳖甲潜阴镇肝阳而平息内风以止痉，全方配合，共奏滋阴养血，潜阳息风之效。

综上所述养阴法与其它治法配合运用的机会也较多，如养阴解表、养阴清热、养阴固涩、养阴祛湿等。一般养阴药物中往往加入甘草，甘甜养阴，令其甘守津还。

养阴法运用要点：

1. 温病阴液虽伤而邪热亢盛实者，不可纯用本法，以免留邪为患。
2. 阴伤而有湿邪未化者，应慎用，须注意化湿而不伤阴，养阴而不碍湿。
3. 养阴法的运用须时时注意保持气机通畅，避免滋腻之弊。可在养阴药中加入少量理气药，如砂仁等。
4. 温病后期往往由于阴伤可损阳，不仅护阴还要顾阳，因此在养阴药中须加入补气药。

结语

温热病邪的盛衰进退和伤阴的发生时间及其程度的轻重，往往与病程、病位有一定关系，是指导应用撤热与养阴先后主次的重要参考。如吴鞠通《温病条辨·下焦篇》说：“在上焦以清邪为主，清邪之后，必继以存阴。在下焦以存阴为主，存阴之先，若邪尚有余，必先以搜邪。”就温病的全程而言，邪在卫分或初入气分，应全力祛邪撤热；邪在气分或邪入营血阶段，应以祛邪撤热为主，辅以养阴；后期恢复阶段，则应着重于养阴。

参考文献：

- [1] 项琪.对温病保津养阴法的探讨.山西中医.1985.1(1):3
- [2] 马有度.保津养阴在温病学中的重要作用.新中医.1981(4):24
- [3] 郭铭信.温病伤阴的防治及其机理研讨.中医杂志.1982(4):7

治疗斑秃之我见

新加坡·刘立

斑秃(Alopecia Areata, AA)是一种头发突然呈片状脱落的慢性皮肤病,也称圆形脱发症,为一种局限性斑状脱发。斑秃可发于任何年龄,男女都可发病。临床表现为突发性,局限于头部的大小不一的斑片状脱发。脱发区的边缘,发根松动,容易拔出,被拔出的头发,在显微镜下显示,毛干近端萎缩,呈典型的上粗下细状。脱发区皮肤变薄,但是感觉正常,没有自觉症状。初起多是一个或者数个边界清楚的圆形、椭圆形及不规则形的脱发区,若经久不愈,且不断加重者,继续进展可致全秃和普秃。

1、中医的认识

中医学在对斑秃的认识和治疗上有着丰富的经验。中医学中,斑秃属油风范畴,俗称“鬼剃头”。病因可概括为血热生风,或瘀阻血络(如脂溢性脱发)或气血两虚等。少数斑秃是由于使用新型洗发剂、染发或烫发等因素,造成微循环障碍,导致局部毛囊缺血,以致于脱发。

本病与气血双虚、肝肾不足、血瘀毛窍等

有关。发为血之余,气虚则血难生,毛根不得濡养,故发落成片;肝藏血,肾藏精,精血不足则发无生长之源;阻塞血路,新血不能养发,故发脱落。辨证分为:心脾气虚、肝郁血瘀、气血两虚、肝肾不足等。

2、针灸治疗

在中华医院脱发科,斑秃的求诊病患很多。总结我个人看诊斑秃疾病的经验和治疗效果来看,针灸治疗斑秃的效果好。斑秃部位虽有各异,面积大小也不相同,但通常在坚持治疗3个月左右后都能看到成效,6个月左右的时间都能痊愈。但也有顽固性、严重性的斑秃,需治疗一年以上,方能痊愈。

现举一症状严重的斑秃病历为例。

病患黄某,年龄50多岁,男性。癌症已5年,已完成化疗和骨髓移植3年左右,西医检查病人情况稳定,不需服西药,一直吃中药调理身体。从2012年4月开始病人出现脱发现象,脱发量增加,接着头部出现局限性椭圆形斑状脱发,头皮光亮,边界清楚,毛囊清晰可见。经人介绍来我院治疗。病人面色无华,偶

尔头晕，左耳耳鸣，寐可，夜尿1-2次。脉沉细，舌淡白，有齿印，苔白。

病史：高血压，高胆固醇。过敏史：无。

辨证：肝肾亏虚。

根据孙传兴主编《临床疾病诊断依据治愈好转标准》(北京：人民军医出版社，1998)中的诊断标准，诊断为：斑秃。

检查：斑秃部位在头后侧(枕部)，面积约为2/3的成人手掌面积大，上窄，下宽。(如图)。

选穴标准：阿是穴即斑秃部位和百会穴。

具体操作如下：

针灸时，选用环球牌0.25x13mm毫针。

皮肤常规消毒后，在相距病变的边缘处四周进行围针，每2cm左右处针刺一针，行速刺刺入。具体为：右手拇、食、中三指指腹握持针柄，进针时拇指内收，食中指同时相应外展，针体便迅速转动，当针处于快速旋转并抵达穴位时，通过腕、指力将旋转的针刺入穴位，做小幅度的捻转后才松手。接着喷洒中药的生发水在头皮上(之前病人已做过该药水的敏感测试)。最后照射TDP神灯。每次针灸和照射神灯TDP在斑秃区约30分钟左右，热度以病人耐受为度。每周坚持治疗一次。

治疗结果：经过一年多的针灸治疗后，斑秃部位面积逐渐缩小以至消失，头发重新生长回来，病人自觉经过针灸治疗后脱发明显减少。斑秃部位的头发长到与其它部位头发长度一致后停止治疗。3个月后跟踪其结果：斑秃部位头发生长正常，无复发迹象。如图。



3、总结与讨论

现代医学对斑秃的病因尚不完全清楚。但目前认为斑秃是一种T细胞介导的毛囊的自身免疫性疾病，常与其它自身免疫性疾病如自身免疫性甲状腺病、白癜风、异位性皮炎等伴发^[1]，可能因高级神经中枢功能障碍，引起皮质下中枢神经及植物神经功能失调，使毛囊头血管痉挛，毛皮营养障碍而致脱发。如遭受强烈的精神刺激、过度疲劳等可突然发病或加重病情。另外，自身和遗传因素也可能是本病的病因之一。

该病人为癌症患者，斑秃面积大，症状严重，虽已停了西药，但还间断性在中医肿瘤科看诊，吃中药调理身体。所以患者来治疗时，只给予针灸治疗。病人持之以恒，经过一年多的治疗，最终达到了治愈的目的。

4、体会

治疗斑秃选用头穴的原因：头针的作用途径同体针是一样的。头穴针刺疗法是指利用针刺方法刺激头部输穴(或刺激区)治疗疾病的一种方法。头穴针刺治疗中风病的有效性早就被人们所肯定和记载，如《针灸大成·玉龙歌》中载有“中风不语最难医，发际顶门穴要知，更向百会明补泻，实时苏醒免灾危”。头部与经络的联系是十分密切的。《素问·皮部论》说：“凡十二经脉者，皮之部也，是故

百病之始生也，必先于皮毛”。十二皮部与经络、脏腑联系密切。《灵枢·邪气藏府病形》曰：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。”在十二经脉中直接循行分布于头部有头发部位的经脉有手少阳三焦经、足阳明胃经、足太阳膀胱经、足少阳胆经和足厥阴肝经；奇经八脉中有督脉、阳维脉和阳跷脉；十五络脉中督脉之络循行于头部；十二经别中有足阳明经别、足厥阴经别、足太阳经别、手少阳经别及手厥阴经别；十二经筋中有手阳明之筋、手太阳之筋、手少阳之筋、足太阳之筋、足少阳之筋、足少阴之筋；十二皮部中有，足阳明胃经皮部，足太阳膀胱经皮部，足少阳胆经皮部及手少阳三焦经皮部。其它没有直接循行分布于头部的经络通过表里经及相互络属关系间接与头部联系，如所有阴经的经别合于相表里的阳经经别后均到达头部。根据脑功能与血流的关系，选择头针治疗区能激活大脑皮层各区域血流量，加速局部循环和代谢。实验研究也证明，运用梅花针叩打，可激发脏腑、经络功能^[2]，可使毛囊周围小血管数目增加，促进微循环，使毛球细胞分裂活动增强^[3]。

百会又称三阳五会。督脉总督一身之阳气，外运气血，内联脑髓，针之可行气血，通经络，益脑醒神，有助延缓毛发衰老之作用。张翠屏^[4]用单纯针刺治疗脱发300例，并测定治疗前后脱发患者头皮温度与厚度，证明针刺具有增高脱发患者头皮温度及增加其厚度的作用，并进一步阐述了针刺可改善脱发患者全身的神体液及内分泌的机能失调，其中包括支配血管收缩和舒张的植物神经系统功能的改善及皮脂腺功能紊乱的纠正。针刺还可使局部血液循环改善^[5]。

针灸时配用TDP“神灯”辅助治疗，通过其磁及热效应，其温热效应透皮吸收会更强，并可加速促进血液循环。灯下的皮肤组织广泛受热，血管扩张，血流加速，血量增多，代谢旺盛，对头发的生长恢复起着有利的

作用。如无生发水，针灸时只选用头部穴位配用TDP“神灯”，治疗斑秃同样是有有效的。

参考文献

- [1] Cetin, E.D., Savk, E., Uslu, M., Eskin, M., and Karul, A. Investigation of the inflammatory mechanisms in alopecia areata.[J] Am. J. Dermatopathol., 2009; 31(1): 53-60.
- [2] 邱茂良主编.针灸学.上海:上海科技出版社,1986.177
- [3] 张仁.难病针灸.北京:人民卫生出版社,1991.252
- [4] 张翠屏.针刺治疗脱发症300例临床观察[J].吉林医学,1980,1(3):6-9.
- [5] 龚东方.电梅花针治疗斑秃的临床与实验研究[J].中国针灸,1998,(6):3-5.

功能性消化不良 的中西医治疗浅谈

新加坡·闫立群

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是一组常见的症候群,是指具有上腹痛、餐后腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、上腹部烧灼感等症状,诊断前后至少6个月出现症状,经过内窥镜、影像、生化等检查,排除前述症状的器质性病变。是目前最为常见的慢性消化系统疾病。研究认为FD的发生主要涉及幽门螺旋菌感染、内脏感觉异常、消化道运动异常等多方面因素。同时精神因素、反应敏感、社会及心理因素等方面的影响,也与本病有关。功能性消化不良属于中医“痞满”、“胃脘痛”、“反酸”等病证范围,是临床上常见的以胃肠道功能紊乱为主的症候群。

一、中医病因病机

中医认为本病多由情志内伤、饮食伤胃、劳倦伤脾、脾胃气机受阻、升降失调所致。病机为本虚标实,以脾虚为本,气滞、血瘀、食滞、痰湿等邪实为标,病位在胃,而又涉及肝脾两脏。

二、西医病因病机

现代医学认为本病是:幽门螺杆菌(HP)感染、胃运动功能失调、主要是胃窦功能异常、胃排空减慢、胃的感觉容量明显低于正常人及

胃感觉过敏。部分病人存在个性异常、焦虑、抑郁、生理性感觉过敏等症状。

什么是幽门螺杆菌？1983年由澳大利亚学者马歇尔发现的寄生于胃粘膜表面与胃粘液深层的一种弧形弯曲的微需氧菌，因其主要寄生于胃窦幽门部，现简称为HP。自从马歇尔发现HP，业已证实HP是消化性溃疡(胃溃疡，十二指肠溃疡)、慢性活动性胃炎、功能性消化不良的元凶。研究表明，超过90%的十二指肠溃疡和80%左右的胃溃疡，都是由幽门螺杆菌感染所导致的，50%以上的FD患者存在HP感染。HP感染慢性浅表性胃炎、萎缩性胃炎、肠化生或不典型增生、胃癌，这一发展途径已得到临床验证。因此世界卫生组织已认定HP是胃癌的第一类致癌因子。

三、临床表现

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

2. 部分病人常伴有倦怠，失眠，注意力不集中，抑郁等精神症状等。

四、病案例举

功能性消化不良的病人在临床门诊中很常见，但临床医学检查(体液化验、钡餐、胃镜、吹气检查幽门螺旋菌、CT)等多方面的资料齐全，并能长期能追踪到的病人，在目前的医疗体制下(中医没有自己的检查设备)实属艰难。笔者将近期在临床中遇到的一个完整病例，从发病开始，到做完一整套的现代医学检查及经过中西医治疗过程的病例介绍如下，供同道参考。

患者男，56岁，间断性胃脘不舒，感觉消化差10余年，既往钡餐检查正常。近3月来餐后腹胀、乏力、消瘦、纳呆，就诊前自

服一些中成药治疗，但症状反复。因此建议病人做全身检查。病人在今年8月中旬进行了血、尿、便常规检查、X-线、超声波扫描检查。结果：肝脏，肺部，肾脏、肠道等项均正常。9月上旬进行胃镜检查，除有幽门螺旋杆菌外，胃和十二指肠均正常，符合功能性消化不良的诊断标准。

(一) 治疗过程

1. 西药治疗

西医给予病人三联疗法(阿莫西林、克拉霉素，奥美拉唑)治疗幽门螺旋杆菌半个月。下面简介一下目前西医治疗HP的三种常见药物。

1) Amoxycillin (阿莫西林)

抗生素阿莫西林适用于治疗敏感菌所致的下列感染，如：幽门螺杆菌、溶血链球菌、肺炎链球菌、葡萄球菌或流感嗜血杆菌所致中耳炎、鼻窦炎、咽炎、扁桃体炎等上呼吸道感染。大肠埃希菌、奇异变形杆菌或粪肠球菌所致的泌尿生殖道感染。皮肤软组织感染。急性支气管炎、肺炎等下呼吸道感染。急性单纯性淋病。阿莫西林亦可与克拉霉素、兰索拉唑三联用药可根除胃、十二指肠幽门螺杆菌，降低消化道溃疡复发率。

2) Clarithromycin (克拉霉素)

克拉霉素也是一种抗生素，临床上多用于治疗敏感微生物(常为细菌或真菌)、肺炎链球菌、化脓链球菌、幽门螺旋菌、衣原体肺炎等所致的感染。

3) Omeprazole (奥美拉唑)

是近年来研究的全新抗消化性溃疡药。它适用于：短期治疗消化性溃疡、幽门螺旋杆菌、功能性消化不良；与克拉霉素和阿莫西林组合，治疗幽门螺旋杆菌感染和十二指肠溃疡以根除幽门螺旋杆菌；短期治疗活动性

良性胃溃疡；与胃食道反流病关联的烧心和
其它症状。

病人接受抗生素等治疗后一个月，进行了
吹气检查(14C-呼气试验，此检查因其无创，
特异性，敏感性高，操作简单已成为检查HP
的主要方法)，结果幽门螺旋杆菌未完全杀
死，又继续服两种抗生素及胃得乐等治疗半
个月。鉴于病人有消瘦，纳呆等症状，同时
又做了CT扫描检查，结果腹腔器官均正常。

2. 中药治疗

患者吃完第一疗程的西药后，症状较前减
轻，但仍有胃脘胀，纳呆。查：舌淡红，苔薄
白，脉弦细。由于工作压力大，时有焦虑，紧
张，烦躁。根据患者的病情，辨证论治，以疏
肝解郁，理气健脾为原则，给予逍遥散等加减
治疗：柴胡、枳壳、白芍、郁金、香附、白
术、茯苓、当归、神曲、木香、陈皮、玫瑰
花等治疗，方中：柴胡配枳壳一升一降，疏
肝行气除满；郁金、玫瑰花、香附理气、疏
肝解郁；白芍缓急止痛；白术、茯苓、川芎
健脾和胃止痛。同时给予病人抗幽门螺杆菌
比较有效的中药如：蒲公英，黄芩，黄连等
再治疗2周后，症状明显减轻。在服完第二疗
程西药后，复查(14C-呼气试验)幽门螺杆菌
已被杀灭。在原方的基础上，辨证加减治疗
一个月，诸症基本消失。

中采用中西医结合的方法治疗功能性消化不
良，中西医的优势可以互补，事半功倍。中
医治疗本病，从整体出发，辨证论治，缓解症
状明显。遵循个体化原则，灵活变通。另外，
除采用适当药物治疗之外，还要嘱咐患者消除
多疑善虑的情绪，纠正不良饮食习惯，少食多
餐。通过中、西药物的治疗和综合调整，达到
治愈疾病的目的。

五、讨论

在临床治疗中观察到，功能性消化不良患
者存在胃敏感性增高，胃耐受值下降及胃动力
障碍等方面的情况的比例很高。例如：有些病
人只要压力增大，饮食稍多，喝牛奶和茶，
咖啡后，马上出现腹胀，胃脘不舒，胃痛等
症状。中药通过疏肝解郁，理气和胃，行气
止痛的作用，可提高FD病人的胃耐受性，降
低胃的高敏感性，从而改善功能性消化不良
患者的临床症状，以达到治疗目的。在临床

中风的治疗与预防

新加坡·陈昆宁

概述

社会越进步，人们的生活就越紧张，压力就越大，饮食习惯也就慢慢变的对人的身体健康产生不良影响，这就造就许多疾病的发生。在临床看诊里，中风病人可说是：有增无减，年龄也越来越年轻。从一些早期的统计数字看：新加坡由1980年到2000年，在这20年里中风病人人数比例竟高达278%。中风已不是老年人专有，年轻中风者也日益增加，我在治疗中风病人中，虽年老者占大部分，但也出现有2位是16岁的病人。

新加坡的人口老化速度快，在全世界排名第二，这也是造成中风病人越来越多的主要原因。最新统计也显示，中风已成为新加坡的第三号杀手。

何谓中风

《现代医学》说：当大脑的某个部位因缺乏血液供应而受损，或是因血管爆裂导致脑积

血或脑充血，都会影响身体的运动神经或感觉神经的正常操作，这就是《中风》。

《中医学》：中医称中风为《卒中》《偏枯》《扑击》。一直到汉代的《金匱要略》才定名《中风》。在古籍《灵枢·刺节真邪》里曰：“虚邪偏客于身半，其人深，内居营卫，营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯。”

中医认为中风是由于正气亏虚，饮食、情志、劳倦内伤等引起气血逆乱，产生风火，痰瘀，瘀阻脑脉导致突然出现昏仆，半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木的临床表现。而中风常发生在中老年人，为发病率高，病死率高，致残率高，严重危害人的健康的疾病。

中风的先兆

由于中风大都在中年以上，所以对中年以上者而有动脉粥样硬化，高血压，糖尿病，高胆固醇者，更为中风的高危险的人群。所以应

对中风先兆有所了解，那中风先兆会有哪些？

1. 头晕：突然头晕目眩，周围物件都在旋转，几秒钟后便恢复常态，可能是短暂性脑缺血发作，俗称“小中风”，应及早送去医院，防止中风发生。

2. 头痛：与平时头痛有所不同，其疼痛部位多集中在太阳穴处，头痛突然发作，持续数秒或数分钟，发作时常伴有胸闷，心悸，视力模糊，精神恍惚等。

3. 肢体麻木：麻木部位在面部，嘴唇，舌头，手足或上下肢，发生局部或全部，范围逐渐扩大的间歇性麻木，甚至短时间内失去痛觉或冷热感觉。或突然感到一侧脸部或手脚麻木。

4. 半侧肢体瘫痪：突然单侧肢体短暂无力，活动肢体时感觉力不从心，行走不稳如醉酒般；或突然失去控制瘫痪数分钟。

5. 暂时性失语：突说话含糊不清，说话不灵活，或声音嘶哑，同时伴有吞咽困难。

6. 出现猝然倒地：突然出现原因不明的跌倒或晕倒，但无意识障碍，神志清醒，可立即自行站立起来。

7. 精神改变：突然发生逆行性遗忘，或短暂性的意识丧失，个性的突然改变，如平时不爱说话突然很爱说话或平时很爱说话变的不爱说话。

8. 出现嗜睡状态：即整天的昏昏欲睡。

9. 定向丧失：短暂的定向不清，对时间，地点，人不能正常辨认，有者则对字或简单的计算丧失。

10. 恶心呕吐：突然出现恶心或呃逆，或血压波动并伴有头晕眼花，耳鸣等在中风发生前常会出现一些典型或不典型的症状，上述所说的中风前兆，或许不完全出现，但希望中老年人能重视，以防止中风的发生。

主要是因为血管阻塞及血管爆裂。而有四分之一的中风病人是因为血管阻塞而中风的。血管阻塞主要是老化问题，高血压，高胆固醇，肥胖，心脏病，抽烟及糖尿病亦能引起。

所以现代医学认为导致中风发生的因素有：

1. 高血压：高血压会使血管的张力增大，长时间则损伤血管壁，形成动脉硬化，动脉变硬，变脆，管腔变窄。当病人的血压突然升高，就很容易引起中风。据调查，有40%至70%的中风病人患有高血压病，所以有高血压者应通过药物来控制血压在安全水平，防止中风的发生。

2. 高胆固醇：胆固醇类的油脂很容易沉淀血管壁内，造成血管内阻塞，所以要减少脂肪食物的摄取，防止胆固醇的累积。

3. 肥胖者：在临床上发现，肥胖者比一般人发生中风的机会要高40%。因为肥胖者的内分泌和代谢功能紊乱，血中胆固醇，甘油三酯较高，高密度脂蛋白降低，而肥胖者还常伴有糖尿病，高血压，冠心病等，这都是导致中风的危险因素。

4. 心脏病：心脏病导致中风的危险性也很大，因此他们必须遵照医生指示，除定时服药外，仍须注意饮食健康。

5. 糖尿病：糖尿病病人的中风机率更大，糖尿病患者动脉硬化的发生率比正常人要高5倍，尤其那些血压也偏高的糖尿病病人，更应加倍注意保持健康的血糖水平。

6. 抽烟：抽烟也是造成脑缺血的一个高危因素。香烟所含的大量尼古丁，可使人的体重下降，食欲减退，同时又有胰岛素抵抗和皮质醇增加，这能导致血管痉挛，心跳加快，这些都是导致血糖和血压升高的因素，最终导致中风的发生。

中风的病因病机

现代医学：现代医学认为导致中风的原因

中医学：早在2千多年前中医学《内经》中对中风就有这样的记载：“血之与气，病走于上，则为大厥，厥则暴死，气复返则生，不

反则死”。可见中风来病之急，而且病变部位主要在头部。其发生的病因病机比较复杂，归纳起来也只有4点：

1. 正衰积损：由于年老体衰，或思虑过度或久病气血亏损，元气耗损，导致脑脉失养。气虚则运血无力，血流不畅，而致脑脉瘀滞不通；阴血亏虚则阴不制阳，内风上扰清窍，突发中风。如《景岳全书》说：“卒倒多由昏愤，本皆内伤积损颓败然”。

2. 饮食不节：平素嗜食油腻食物及嗜饮酒，饥饱失控，并由于安逸过度，缺乏锻炼，日久形盛气弱，湿重体丰。由于损伤脾胃功能，导致痰浊内生，郁久化热，痰热互结，阻塞经脉，清窍(脑)受阻，就发作中风。在元末明初古医书《丹溪心法·中风》就有说“土(胃)生痰，痰生热，热生风也。”在《临证指南医案》中有说：“风阳上僭，痰火阻窍，神识不清”。都说明脾失健运，内生痰浊，瘀阻经络，蒙蔽清窍，导致中风的发生。

3. 情志所伤；易发脾气，凡事看不开，肝火旺，导致肝气郁结，影响肝血运行，血运行不畅，上瘀结脑脉，而发为中风。有很多中风都因为常暴怒引发。如金元时期的著名医家《刘完素》对于中风认为是“五志过极皆为热甚”，在这理论指导下，在《内经》“诸暴强直，皆属于风”的病机启示下，提出中风一病乃由内而生，其病因多是情志失和、五志化火所致。

4. 气虚血瘀：由于平素机体失养，致阳气日衰，无力推动血液运行，血运日渐不利，不能上达于脑，致使脑脉阻滞，髓海少气缺血，神机失运，四肢百骸失荣，轻则肢麻语謇，重则偏枯失语。如清代医学家《王清任》说：“中风半身不遂，偏身麻木，属气虚血瘀所致”。因此气血不足，痹阻脉络而导致中风。

中风的发生虽较突然，但其形成却有一个较长的渐进的过程，因此中医医家将其病因主

要归纳为虚，火，风，痰，气，血六样。所以中医认为中风涉及到心，肝，脾，肾以及经络，血脉。中风病人多见于年迈之人，人过四十以后，气血逐渐衰落，一旦有外邪侵袭或内部气血阻滞，就容易发生中风。而现在的年轻人患此病者却有增多不减之势，临床发现因饮食不节，情志所伤为居多。

中风的中医辨证分型

人一旦中风，经过医院抢救治疗后就会留下半身不遂，说话不清晰，有者还会嘴歪一边，行动困难，生活上大小事都不能自理，须要依靠他人协助，这些等等的症状总称为《中风后遗症》中医认为中风是由于身体虚弱，阴阳失去平衡，气血逆乱，痰瘀阻塞经络等所造成，所以中医在通过辨证，把中风分成2大个型：

1. 中经络型：中经络型相当于现代医学的血管阻塞及轻微脑出血所引起的中风。症见半身不遂，肢体麻木，说话不清晰，口眼歪斜等，病位较浅，多无神志意识的改变。在这中经络中医共分成3大型。

2. 中脏腑型：中脏腑型相当于现代医学的蛛网膜下腔出血。症见突然昏仆，不省人事，病位较深，病情危急。中医属于真阳外越的危症，中医一般没机会接触到这类病人。

中经络辨证分型

在中经络型里，中医根据临床的辨证一般分成3大型：

1. 肝阳上亢型：素有高血压史，经常头痛或眩晕，脾气暴躁，心烦易怒，口苦口干，失眠多梦，中风后血压持续升高，单侧手足不能活动，口眼歪斜，说话不清晰，舌红，苔薄黄或黄腻，脉弦滑或弦数。

治疗原则：平肝熄风，育阴潜阳。

方选：镇肝熄风汤加减：(生赭石、生白

芍、生龙骨、生牡蛎、丹参、玄参、生地、夏枯草、生麦芽、黄芩、栀子、川芎、生甘草。热象明显者加龙胆草、生石膏。头痛眩晕甚者加钩藤、菊花、白蒺藜。

说话不清晰者加石菖蒲、郁金、天竺黄。

肢体麻木，活动不利者加蜈蚣、全蝎、白花蛇。

大便秘结者加大黄。

2. 心肾阳虚型：症见意识朦胧或痴呆，健忘，说话不清晰，半身不遂，怕冷，心悸气短，眩晕耳鸣，血压偏低，舌红干苔白，脉沉细。

治疗原则：滋阴补阳，熄风开窍。

方选：地黄饮子加减：(生地、黄芪，山萸肉、巴戟天、肉苁蓉、石斛，远志、石菖蒲、麦冬、牛膝各，五味子、制附子、全蝎。)

肾阴虚，骨蒸潮热者加桑枝、鳖甲、地骨皮。

肾阳虚者加淫羊藿、仙茅。

气虚甚者加党参。

3. 气虚血瘀型：症见半身不遂，口眼歪斜，说话不清晰，神疲乏力，面色不华，头晕心悸，血压偏高或不高，舌质淡或有瘀点，苔薄白，脉沉细或弦细。

治疗原则：益气活血，祛瘀通络。

方选：补阳还五汤加减：(黄芪、丹参、鸡血藤，当归、赤芍、桃仁，川芎、桂枝、红花，地龙、牛膝，甘草)。

气虚较重者，可重用黄芪或太子参。

血瘀偏重加三棱、莪术、田七。

口眼歪斜加合牵正散。(白附子，僵蚕(各5-9g)全蝎去毒，各等分(3-5g))

肢体麻木，伸屈不利者加桑枝、蜈蚣。

说话不清晰者加远志、石菖蒲、郁金。

素体阳虚，手足不温者加附子、肉桂。

脾胃虚弱，大便稀溏者加党参、白术、茯苓。

大便秘结者加大黄。

小便失禁者加熟地、山茱萸、益智仁、

桑螵蛸。

针灸治疗

中医在治疗中风后遗症，除了用中药治疗外，一定再加针灸治疗，因为针灸在治疗《中风后遗症》有着很好的疗效。中医师运用针灸，作为通调经脉，凉血祛痰为大法。通过“以血行气”“行气活血”的作用，使其经脉通畅，气血调和，达到治疗疾病的效果。

一般中风的1个月内为急性期，1个月至半年为恢复期，半年以后为后遗症期。一般急性期和恢复期结合针灸治疗，疗效较为显著，而后遗症期则疗效较差。因此中风后接受针灸治疗越早则治愈率越高，致残率越低。所以发生中风后的6个小时内是关键时刻，病人及时获得医院抢救治疗后，就能控制着病情，避免病情恶化，那症状很快会缓解，后遗症也相对少一点、轻一点，甚至可以不留明显的后遗症。而中风后遗症的治疗黄金期是在中风后6个月内。在6个月内结合针灸治疗，效果最好，超过6个月以上，效果就比较差。而一般医师在临床治疗中风后遗症者，多是过了黄金期了。

中风后遗症针灸的穴位

在中风发生后的早期，即急性期阶段，目前这类病人都会先送入医院抢救治疗。所以这类病人中医师不可能接触到，就谈不上针灸治疗。中医师主要治疗的是恢复期与后遗症期的病人。

通过针灸可以疏通经络，使瘀阻的经络通畅，发挥患者的正常生理功能，达到快速治疗疾病的目的。

在中风后初期可单用针灸患侧，恢复期及后遗症期则刺灸双侧，初病宜泻，久病宜补。

在临床上，多采用针刺配合电针治疗，用电针的电流来刺激周围神经、兴奋中枢神经，使患肢产生酸麻感，来达到效果。一般在治疗

时应让患者平躺在床上以策安全。

常用的穴位

1. 头面颈项部：百会、四神聪、太阳、颊车、地仓、迎香、风池、风府等穴。

2. 背部：背俞、督脉诸穴。

3. 上肢部：肩髃、肩髃、曲池、合谷、外关等穴。

4. 下肢部：环跳、髀关、伏兔、血海、风市、承扶、殷门、委中、承山、昆仑、解溪、太冲等穴。

医师还可配合用舌针治疗(取神根穴，佐泉穴，液旁穴，支肢穴。)

一般针灸治疗在25-35分钟间。

中风病人应注意事项

1. 情绪要稳定，不能急躁，发脾气。

2. 要戒掉烟和酒等刺激性食品，不吃高脂肪油腻食品，不吃动物内脏。

3. 生活要有规律，劳逸结合，并保持大便通畅。

4. 要对生活有信心，坚持治疗和自主的功能锻炼。

5. 平时外出时应须家人陪伴，行走时要多加小心，防止跌倒，起床动作要缓慢，冲凉时间不宜过长等等。

对较严重者，须长期卧床者，要防止泌尿道炎症和褥疮的发生

预防中风应注意的事项

1. 应及时治疗可能引起中风的一些疾病，如动脉硬化、糖尿病、冠心病、高脂血症、肥胖病、颈椎病等。

而高血压是发生中风最危险的因素，也是预防中风的一个重要环节，应有效地控制血压，定期检查血压，坚持服药。

2. 须注意可能出现的中风先兆征象，如头晕、头痛、肢体麻木、昏沉嗜睡、性格反常。一旦出现中风先兆，应及时到医院诊治。

3. 避免中风的诱发因素，如情绪波动、过度疲劳、用力过猛等。所以应该保持精神愉快，放开胸怀，情绪平和，不熬夜，生活有规律。

4. 饮食要节制，以低盐、低脂肪、低胆固醇为主，适当多吃豆制品、蔬菜和水果，戒掉抽烟、酗酒等不良习惯。

5. 适当的运动，比如：放慢步行走，气功18式，游泳或打打太极等。但应注意的是，避免在大热天下运动。

《预防胜于治疗，健康生活要从今天就开始。温馨提醒：每年的5月25日为世界预防中风日。》

中医怎么看待 神经性贪食症



新加坡·洪缓均

神经性贪食症(Bulimia Nervosa, BN)属于进食障碍的一种。英文原意为：像公牛一样的吞进食物，所谓的“狼吞虎咽”。BN最大的特点就是周期性、反复性的暴食，进食时患者对食物失去控制力，能吃下大量的食物，暴食后跟着就是补偿性的自我催吐、滥用泻药、增加活动量、禁食绝食等来摆脱热量，以至于形成暴食—恐肥—催吐—暴食……，这样恶性循环的结合就使得患者的体重不明显。在1979年Russell将这些短暂的行为紊乱与时断时续的饥饿、补偿性的行为、强烈的苗条欲望、控制

体重及对饮食需求的强烈渴望结合起来，形成了一种新的综合症，即BN。

病因

BN的病因及发病机制目前尚不清楚，但多数研究认为，BN的发病与生理、心理、人格因素和社会文化因素有关，患者有显著焦虑、抑郁，也可以是对于不相关事件的一种处理方式：如完美主义、自我认同被损害、情感不稳定、易急躁，发育到成熟期过程中适应

能力较差,包括对青春期、婚姻、妊娠以及和父母与家庭成员的关系问题、生活的压力或遇到性的烦恼或问题、儿童时期不愉快的性经历等,既而以BN的方式来应对、宣泄或逃避。据报导,该症女性患病率约为3%~6%,男性患病率约为女性的1/10,世界各地患病率相似,该症常在青少年后期或成年早期起病,平均起病年龄通常在16~18岁,可持续与反复数年,多为慢性或周期性病程,女性的终身患病率为2%~4%。30%~80%的BN患者有神经性厌食(Anorexia Nervosa, AN)史,可有肥胖史。在发达国家,BN的患病率较AN高,BN患者较AN患者更善于交际、更浮躁和更冲动,缺少和AN患者相当自我控制和强迫。

社会文化因素在BN发病过程中起着重要作用,工业化导致社会能够生产充足的食物,并处理成快餐、简便的包装,又易保存及取得,这种诱惑与女性“苗条”的审美观之间发生了矛盾。社会的发展也导致了男女社会地位和角色的变化,女性更关注对自己体型与个人的自尊、自我价值感,某些社会观点,如越苗条的女性就越有魅力及优势,节食、苗条促进成功,使得女性对于自己的外表体型异常敏感和自我意识。

症状

1. 发病初时,患者对进食行为控制能力变弱,疾病后期自控能力完全被损坏。
2. 有暴食史,进食量远远超过正常,患者往往是吃到难受为止。患者对自己的暴食行为感到羞愧,常是秘密进行。
3. 暴食行为可为以下因素引发:情绪烦躁,人际关系不良,节食后感到饥饿,或对体重、身材不满等。暴食可暂缓烦躁情绪,随后不久患者便对自己行为不满而情绪低落。
4. 患者过分重视自己的身体外形,常感到不满意,呈现病理性的怕胖。可伴有抑

郁或焦虑症状,症状程度与体重或身体外形有关。

5. 暴食后马上采取不恰当补偿措施以防止体重增加,发生次数平均1周至少2次,且持续3个月以上。
6. 控制体重的方法,至少用下列一种方法抵消大量食物的发胖作用:①自我诱发呕吐,可用手或其它器械刺激咽喉部;也有服用催吐剂致吐,一段时间后不需要催发,患者欲吐则会吐,尽管仅进食少量食物亦能呕出;②滥用泻药,有1/3左右患者使用导泻剂以减轻体重,少数患者甚至使用灌肠法;③间歇禁食;④滥用厌食剂、减肥药物、甲状腺素类制剂或利尿剂。
7. 有些患者不采用直接清除食物的方法,而是增加体能消耗,如快速活动,增加体育锻炼等,活动量超过正常,且影响生活正常进行和社交活动。
8. 病情严重者,可出现水电解代谢紊乱导致K⁺、Cl⁻、H⁺,表现为低血钾、低血钠等。呕吐导致胃酸减少而出现代谢性碱中毒、食道炎。导泻则可导致代谢性酸中毒,继发性代谢紊乱还可表现为疲乏无力、抽搐和癫痫发作等。
9. 疾病后期,因有频繁呕吐导致胃酸反流导致牙齿腐蚀或溃疡、食道与咽部损害、胃肠道及心脏等并发症而有致命危险。
10. 女性患者或有月经失调症状。

因此综合BN的症状特征,主要为:一,心理和行为障碍:暴食——清除行为反复循环,清除行为的秘密性常不被家人和朋友发觉,和其他精神、人格障碍关系密切,主要表现为边缘性、反社会性、表演性和自恋性。此外,还可能具有偷窃食物及物质滥用特别是酒精和兴奋剂滥用、自残、自杀等冲动行为。二,躯体障碍:开始轻微症状如疲乏,发展到慢性的胃肠道症状,可引起一系列严

重躯体不适或躯体疾病，甚至威胁生命心、肾脏功能损害。

西医目前的治疗

1. 多数病人要住院治疗，严重者需强制入院。药物治疗方面，一般采用两类药物，抗精神病药物(多用舒必利)和抗抑郁剂(视患者躯体承受情况，尽量选择不良反应少的药物，如氟西汀、氯米帕明。)
2. 心理治疗：最多采用的是行为治疗中的厌恶疗法或阳性强化法，制定与控制也含有联系厌恶刺激(如被约束、电针刺激等)或奖励方法(精神或药物奖励、与家人来往、自由活动 etc)，根据患者临床症状变化程度逐级治疗。
3. 躯体支持治疗：规定患者进食量，减少或制止呕吐行为，禁用导泻药。水电解质代谢紊乱者予以对症处理。营养不良者给以营养支持治疗，必要时可用鼻饲。
4. 个别难治病例，可应用胰岛素治疗。

中医对神经性贪食症的认识

由于BN是近代西方自创的一种综合症，中医史上自然无详细记载，但对病因病机的阐述和机理却有独特见解。《素问·宝命全角集》已指出：“土得木而达”，肝胆属木而主疏泄，脾胃属土而主受纳运化，肝与脾为木土相克之脏。

正常的相克作用，主要表现在肝之疏泄条达对脾胃消化吸收功能的影响。唐容川在《血证论》中对此作了更为具体的明确阐述：“木之性主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化。”肝之疏泄条达正常，既可助脾运化，使清阳之气升发，水谷精微转输上归于肺，又可助胃受纳腐熟，使浊阴之气下降，使食糜不断下达于肠。同时，胆附于肝，肝之余气化为“精汁”溢入于胆，变为胆汁，

胆汁排泄到肠腔内可帮助食物的消化吸收，正与现代科技仪器的观测的现象一样。《医原》亦云：“凡入食后，小肠饱满，肠头上逼胆囊，胆汁渍入肠内，利传渣滓。”而胆汁的排泄亦有赖于肝之疏泄，因此这也是肝之疏泄条达促进脾胃消化吸收功能的一个具体表现。

过度的相克作用形成病理情况下，肝的病变也最容易影响脾胃。汉·张仲景《金匮要略》开宗明义第一条便指出：“见肝之病，知肝传脾。”《类证治裁》亦指出“诸病多自肝来，以其犯中焦之脾，刚性难驯。”肝木之疏泄产生病变不外乎：太过与不及，二者皆能影响脾胃而发生不同的病症，疏泄不及则“肝气郁结”，木郁土壅，而为胸胁闷胀、脘痞不食；疏泄太过，则“肝气横逆”，乘克脾胃，或为腹痛泄泻、或呕吐泛酸，而成“肝脾失调”或“肝胃不和”。

另一方面，脾胃对肝在生理上与病理上也均有着重要影响。肝木需脾胃水谷之精微来濡养，故《内经》云：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋”；肝藏血、主筋、开窍于目，脾胃化源旺盛，则肝血足，使目受血而能视，指受血而能握……；肝的疏泄条达，亦必赖脾胃气机之升降方遂其升发条达之性。故脾胃有病常影响到肝，如脾胃虚弱，血之生化不足，可使肝血亦亏；脾胃升降气机窒塞，可致肝气郁结，称作“土壅木郁”；甚则湿热蕴结于中焦脾胃，熏蒸肝胆，可致胆汁疏泄不利，反溢肌肤发为黄疸等等。况且脾胃一虚，木失濡养，刚性难驯为病尤甚。如肝木乘克脾土症，不仅可由肝气横逆而发，而且常因脾虚而招致肝木来乘，正如前人所言：“实则乘其所胜或反侮其所不胜，虚则所胜乘之或所不胜反侮之。”

中医治疗神经性贪食症

神经性贪食症在临床上一一定的程度与中医的“肝木乘脾土”证状有密切关系。在中西医结合，两个不同称谓，视为同一病症。

严格来说,不是只有女性才会得到BN,但女性患病率大于男性的10倍,除了情绪这与女性生理结构亦有相关,《医宗金鉴》妇科总括:“男妇两科同一治,所异调经崩带症,嗣育胎前并产后,前阴乳疾不相同。”一句话就将女性的所有异于男性特点:调经、经闭、带浊、崩漏、症瘕、生育、胎前、产后诸病、乳疾及前阴各种证状都与男性大不相同,可知中医早就对于情志、性别的重视,所以特别立妇人一科,以分门而详细讨论治法。

中医认为人的情志与肝有密切联系,肝主疏泄,调畅气机,可使血行畅通,对保持心情开朗舒畅起着重要作用。因此,外界因素使得情志异常,尤其是情绪过激、情绪过度压抑或大怒等,也使肝疏泄功能失常,引起肝的病变,肝气疏泄太过,横逆犯脾胃,影响脾胃的消化功能,称为肝木乘脾土。肝木亢盛和脾土虚弱,肝气犯胃,过于疏泄影响胃的受纳、消化机能紊乱。即紊乱(失调)不仅引起食不下,亦可以导致亢进的状态,不停的寻找与摄取过量的食物,即“饮食自倍,肠胃乃伤”,胃的受纳感受有限,饱食伤及胃又影响脾的运化功能。暴食后又担心发胖,感到焦虑和抑郁,再度影响肝的疏泄,使用催吐或滥服用泻药方法,以导泻而再次伤及脾胃,脾胃渐渐虚弱,又加上食量不能自控,肝木又乘脾土,形成了一种恶性循环。

“见肝之病,知肝传脾,当先实脾,四季脾旺不受邪……,”因此中医主要治则为健脾和胃,疏肝解郁。选用方药为《医宗金鉴》的香砂平胃散合加味道遥散加减。

香砂平胃散由《太平惠民和剂局方》的平胃散为基础单加香附和砂仁二味,香附具有理气解郁,有调节神经系统作用,和砂仁有芳香理气,具温而不燥、行气而不破气、调中而不伤中的特性。加味道遥散能舒肝解郁,清热散结,可使肝气条达。两个药方共奏健脾和胃,疏肝解郁之功,再依症状轻重,酌加太子参,益气健脾;百合,宁心安神。

预防调护

除了中西医的治疗,面对现今的多元社会,更要防患未然。

1. 自小就要学习养成适当良好的进食习惯。
2. 自我调护良好的生活习惯,起居作息有常。
3. 自我舒解精神压力。
4. 自我调护心理素质,转移忧郁焦点,培养个人兴趣与嗜好,增强自信心,从事有益的学习活动。

文献参考

- [1] <http://www.psychspace.com/psych/viewnews-1764>
- [2] <http://baike.baidu.com/view/735678.htm>
- [3] Russell GFM, Szukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 1047C56.
- [4] <http://baike.baidu.com/view/613921.htm>
- [5] <http://www.jibingnet.com/jiankang/zydq/31874.asp>
- [6] <http://bkso.baidu.com/view/613921.htm>
- [7] 赵景蕻, 抑郁症的防治与食疗

从中医脾胃治 慢性单纯性咽炎

新加坡·蔡欣洁

【核心提示】：慢性单纯性咽炎(simple chronic pharyngitis)为慢性咽炎的一种常见疾病。为慢性、反复感染所引起的弥漫性咽部病变，其主要的病变特征是，咽部的黏膜发炎、咽干、咽痒、“喀”清嗓动作、异物感。可能有上述其中一个症状，也可能两个或两个以上症状并存，但不影响进食。此病多发生于成年人，因其病程长，症状顽固，短期治疗难以见效，因此不容易治愈。

(一) 中、西医对咽喉解剖 及生理功能认识

历来中医文献，总是咽喉放在一起谈，到临床上既也无明辨。

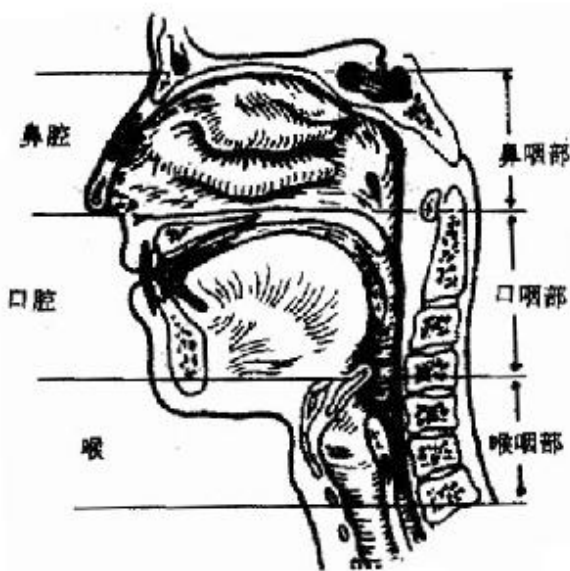
中医把咽喉认识呈是“屏风型”。为咽喉拼立，各有一管，把气管上端为喉，食管上端为咽。如此则口咽、喉咽两个部位，为呼吸、纳食共同占有的领域，就没法分开了。

反观现代医学，咽、喉的解剖、生理、疾病和治疗一直分明。现代医学认识咽喉呈“梯型”，从上到下，级级分清。如下图所示：

1. 鼻咽部：口腔软腭水平线向后也是软腭水平线以上的部分。

2. 口咽部：中间软腭水平线以下，会厌软骨上缘水平以上的部分。

3. 喉咽部：会厌软骨上缘水平以下的部分。



中医所指咽，不一定是现代医学所指的咽；喉也不一定是现代医学所指的喉。

(二) 咽部生理功能

A. 咽对吸入的空气有调节其温度，湿度及清洁作用。

B. 咽对言语的形成与发声清晰具有重要的作用，是一个共鸣器。咽部对声带发挥调节作用称为阻抗作用。当声带打开时，下咽腔的空气及时回流到声门上方，对关闭的声门加压，拉紧声带。当声带开放时，空气经过声门时产生的动力，可发出音质好，清晰声音，有如一个有生命力的“琴”。

C. 咽在进食时，物进入口咽时，咽部肌群收缩，使咽腔提高将食物送入食道。

D. 咽有防御保护功能：主要是通过咽肌运动，对机体起保护作用。咽部分布有淋巴组织，协调敏感的保护性反射。

E. 咽是调节中耳腔内的气压平衡，声波正常传导，维持正常听力。

(三) 慢性单纯性咽炎的类型

慢性单纯性咽炎为慢性咽炎的一种常见疾病，为慢性、常有反复发作。它一般可分三：

一、慢性单纯性咽炎，表现为咽部黏膜慢性充血、咽喉。

二、肥厚性咽炎，表现为咽部黏膜充血肥厚，黏膜下有广泛的结缔组织及淋巴组织增生。

三、慢性萎缩性咽炎，表现为黏膜层及黏膜下层萎缩变薄，咽后壁有痂皮附着，分泌物减少。

(四) 慢性单纯性咽炎病因

为咽黏膜、黏膜下及淋巴组织的慢性炎症。咽黏膜的慢性炎症，多因急性咽炎反复发

作或治疗不彻底，以及邻近器官病灶刺激如鼻窦炎、扁桃体炎，鼻咽炎、气管炎等引起。

或烟酒过度、嗜吃辛辣品、嗅吸化学性气体、粉尘等的空气污染物，均可损伤咽部黏膜上皮和腺体引起。

或职业因素，因长期用嗓讲话和演唱等。过多刺激咽部，引起慢性充血亦为常见病因。

(五) 慢性单纯性咽炎的症状

咽部不适，有异物感，痰黏滞感，总感到咽部不舒服，偶尔刺激性咳嗽，咽部干燥、发痒、咽部不爽或有堵塞感等，咽干思饮。但较少有咽痛。咽后壁可见有淋巴滤泡等为主要临床表现。

属中医“喉痹”范畴。

(六) 从中医脾胃治疗慢性单纯性咽炎

在临床上慢性单纯性咽炎，多见于脾土衰弱居多。

古“经”记载：

《素问·阳明类论篇》：“咽喉干燥，病在土脾”

《素问·太阴阳明篇》：“咽主地气。”张志聪注：“咽乃阳明水谷之道路，属胃而主地气。”

足太阴脾经，从颊车，下走颈，经咽喉至缺盆。

足阳明胃经，从上齿中，……沿咽喉。

中医认为脾是后天之本，主运化，为气血生化之源。如果咽喉得不到水谷精微来濡养，咽喉就会干或异物感。

运化水谷，输布精微，是脾主要生理功能。脾将经胃腐熟(即初步消化)的食物进一步消化和吸收，并将富有营养物质的水谷精微转输至肺及其它内脏和全身各处。

故《素问·太阴阳明论》中说，脾“为胃行其津液”，又在《素问·经脉别论》中

说,“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”。

脾虚精微难化,则津液无处而来。造成这种脾虚,不化精微的原因有下:

脾胃蕴热、脾虚湿困、痰湿中阻、多言伤津、情郁伤脾、烟酒伤阴、劳累伤脾、久病土衰等,皆能使脾胃失调。

脾失健运,不化精微,肺金失养,难以生水;或肾精失充,水源枯竭引起慢性单纯性咽炎。

同时影响胃之受纳及精微转输不利,引起清阳不升,胃火上犯于咽喉可致咽干、咽部异物感引起慢性单纯性咽炎。

总之,《素问·阴阳类论》“咽喉干燥,病在脾土”,确有其临床指导意义。

若根据中医分型辨证候,选用适合的中药方,就能取得良好效果。

临床上常用有:参苓白术散加减、杞菊地黄汤加减、七味白术散加减、苓桂术甘汤加减、补中益气汤加减、四君子汤加减等、配二陈汤加减、增液汤加减、铁笛合剂加减、增液汤加减、珍珠喉头片、银翘片、复方穿心莲、丹参片加减、甘露清热片等。

临床实例:男,42岁。是一名电脑教师,每日常讲课7、8个小时,又少喝水及中餐吃不时。近六年来,常感咽干、咽痒易干咳或有‘喀’声。偶尔皮肤也有干燥感及痒感。体倦,腹常会不舒服感,小便微黄,大便溏。

脉细数:舌苔白,舌边有齿痕

检查:咽后壁淋巴滤泡增生

证属:肺脾虚弱,咽喉失养

治则:培土生金,水源充咽干缓

选方:参苓白术散加减(加麦冬,生地,丹参)配加复方穿心莲片

嘱患者少吃油腻、炸干食品,多休息。

一周后复诊,患者反应病情平稳效果佳。再复诊,随辨证的改变,应用补中益气加减调

方。再嘱患者平日,可喝一些洋参须加麦冬、石斛当茶水。补气生津。

(七) 总结

慢性单纯性咽炎多见于虚证或本虚标实多,而非实热证,避免久用强力清热泻火解毒药的中药。

慢性单纯性咽炎病程长,见效慢,用药应坚持,服药时宜在两周以上,或一个月左右。

医师是可帮忙,慢性单纯性咽炎症患者控制症状,但要防止慢性单纯性咽炎反复发作或彻底摆脱咽炎困扰,还得靠慢性单纯性咽炎患者本身。

保健预防是抵御慢性单纯性咽炎的关键,需要从作息、饮食、环境、情绪等多方面入手。

参考文献

- [1] 于祖望、千千、徐轩、陈国丰主编《干氏耳鼻咽喉、口腔科学》江苏科学技术出版社1999
- [2] 徐鸿庆编《实用中医耳鼻喉科学》人民卫生出版社1979
- [3] 邓德光、李首青、副安红、严若华等主编《耳鼻咽喉疾病防治问答》湖北江苏科学技术出版社2005

化湿法的临床应用

新加坡·胡明珠

化湿法的临床应用

化湿法的形成历史悠久，应用广泛，为众多医家所重视。探讨应用化湿法治疗湿病的理论依据，并根据湿病的3个重要病理环节及不同兼挟证，深入研究化湿法的具体运用。新的化湿法有效指导临床，提高化湿法临床应用水平。

中医治法是祖国医学辨证论治体系中，对证、方、药具有重要作用。它既属于中医基础理论的范畴，又直接指导临床。治法概念应定位于根据病证所确立的治疗方法上，即治法是临床辨证候之后，在治疗原则的指导下，针对病因病机提出的治疗方法。化湿法是针对湿病证治要求，以芳香、淡渗或燥湿之品等祛除体内湿邪的一种治法。化湿法是广义上的化湿大法，凡是祛除体内湿邪的治法皆属本文讨论范畴。

化湿法的意义

湿病是中医临床的一类常见病、多发病，尤其现今随着生产力的发展，人们生活节奏加快，身心压力增大，饮食无规律等诸多因素导

致脾胃受损，湿邪内生。湿邪致病的广泛性、潜隐性、迁延性、兼挟性使湿病几乎存在于各系统的疾病中，既有外感病，又有内伤病。另外，现代的病毒性感染、免疫性疾病、内分泌疾病等都因机体不同程度的受到湿邪的侵袭或有湿邪为患的存在。不同的湿病在临床表现、治法、方药上虽然有差别，却存在一定的共性。因此，归纳总结化湿法治疗湿病的特点、规律，对缩短病程，提高治愈率有重要的现实意义。

化湿法的历史沿革

在中医辨证论治体系中，治法是病证和方药的中介，化湿法的形成历史悠久，应用广泛，为众多医家所重视。因此，研究化湿法的形成与发展，对中医临床及科研都具有重要的传承和促进作用。

张仲景所著《伤寒杂病论》是我国第一部理法方药比较完善，理论联系实际的重要医学著作。张氏从上中下各个层次讨论湿病的治法、方药，即湿在上焦宜发表宣散，湿阻中焦宜健脾化湿，湿停下焦宜温肾通阳。对佐治法也有较详论述，因湿为浊邪，宜佐以芳

香化湿；湿性凝滞，宜辅以理气化湿；湿性寒凉，宜助以温阳化湿。仲景论化湿，其要义源自《黄帝内经》，而具体运用又灵活多变，对后世医家应用化湿法启发很大。

中医论籍《时病论》，将湿病分为伤湿、中湿、暑湿、湿热、寒湿、湿温6个类型，创立了独特的9种化湿法。如伤湿在表选择辛散太阳法，在里用通利州都法；治中湿以增损胃苓法；冒湿初期以宣疏表湿法；湿热为病者，亦选通利州都法；而寒湿为病，选用辛热燥湿法；对于湿温者，常以清宣温化法。另有宣透膜原法、宣阳透伏法、祛热宣窍法、润下救津法，则根据证候的不同，临证选用。

近代化湿法的运用与发展

近代医家在继承传统中医药精髓的基础上，对化湿法的论述，从理论到证治，重视气化、渗湿之法，并衍化出20多个化湿方剂，拓宽了湿病辨治的思路；《中医湿病学》，从三焦辨证和脏腑辨证有机结合的角度，阐述了湿病的治疗原则；《中医湿病证治学》对化湿法从祛邪、扶正、祛邪扶正法三方面进行分类论述，可谓对化湿法的系统总结。

祖国医学对化湿法的研究具有悠久的历史，深入研究化湿法在各个历史阶段下的应用，有助于我们在继承传统的基础上，结合现代科学技术，进一步恰当运用化湿法。

临床常用的化湿法

肺、脾、肾是湿病的3个重要病理环节，张景岳在《景岳全书肿胀》中亦有：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。再根据这个环节及不同致病途径导致兼挟证的不同，制定具体的化湿法，概述如下。

中医化湿法有关问题的初步探讨：

根据湿病肺脾肾3个病理环节有以下3种化湿法

宣肺化湿法《素问》说：“开鬼门，洁净府”，即“提壶揭盖”法，旨在调理上焦气机，通过宣通肺气，开通津液运化的源头，使全身气机和水液的运行上下通畅。宣肺法适用于不同病位各型湿病。常用方剂有藿朴夏苓汤、三仁汤等。

健脾化湿法健脾化湿法适用于脾虚中阳不运，水湿内停证。症见胸胁胀满，目眩短气，兼见面色萎黄，肢倦乏力，纳差便溏，脉细弱。治法当除湿利小便也。脾属湿土，喜燥恶湿，今脾虚失运，土不制水而生湿，湿性黏滞，阻遏气机，影响膀胱气化则小便不利；湿性下趋，注于肠道则大便反快。代表方剂是防己黄芪汤。

温肾化湿法因肾阳虚衰，命门之火不能温煦脾土，运化失常，阳虚水泛，水肿，小便不利，心悸等。以温肾阳药和化湿药合用，以加强肾的温煦运化功能，命门火旺，则体内水湿易于排出。代表方有济生肾气丸、真武汤等。

湿之为病，甚为广泛，症状也较复杂。病因有外湿和内湿之分；部位有在上、在中、在下之别；证候性质有寒化和热化之异；且常与其他病邪相兼为病，如与风相兼为风湿，与暑相兼为暑湿，所以，治疗方法不尽相同。又人体五脏唯脾主运化水湿，“喜燥恶湿”，如外湿束表，脾运被阻，或脾运不健，水湿滞留，湿从内生，故湿之为病，与脾脏关系最为密切。但湿邪具有流动之性，常可累及他脏而产生多种病证，又当随证施治。可归纳为以下6种治法。

芳香化湿法

脾胃为脏腑气化升降之枢纽，脾气旺盛，运化正常，则湿无以生；若脾气不足，运化失司，则湿浊内盛而证见脘腹痞满、嗳气吞酸、食少体倦、呕吐泄泻、胸闷、口淡、苔腻等，

常用芳香化湿之剂，以驱除秽恶湿邪，达到苏醒脾胃、振奋气化的目的。常用平胃散、不换金正气散、藿香正气散等。

甘淡渗湿法

本法适用于水湿壅盛所致的水肿、呕吐、泄泻、癃闭、淋浊等。湿为阴邪，来源于水，通利小便可使湿邪外泄，故有“治湿不利小便，非其治也”的说法，古人比诸为“犹如开沟渠以泄之”，常用五苓散调畅膀胱气化、利水渗湿。

1. 清热燥湿祛

湿为有形之阴邪、重浊腻滞、不易骤化；热为无形之阳邪，传变最速，若“湿热合邪”犹如“油入面”胶结难解，结果形成“湿遏热伏”的病理特点。因此，在治疗时，就不能单纯化湿或清热，必须兼而治之。在湿热初起时，用药常以化湿为主，使湿去热无所依附，同时佐以清热之品，务使湿热分解。用药常以三仁汤、甘露消毒丹等。

2. 益气除湿法

脾属湿土，喜燥恶湿，如脾失健运，气不化水，易致湿邪停留，可见脘腹胀满，大便不实，眩晕，心悸或浮肿，带下等。常用黄芪、党参、白术、茯苓等益气健脾化湿。由于风能胜湿，在益气药中又常配伍防风、升麻等，代表方剂有六君子汤、参苓白术散，如带下量多的可用完带汤治之。

3. 温阳利湿法

湿阻中焦，既可热化，又可寒化，主要取决于中气的盛衰，若素体中气虚弱、阳气不足，则湿从寒化，临床常见脘腹胀满、胸闷不舒、身重乏力、呕吐、肠鸣、便溏等症，在治疗上忌用寒凉渗利之品，应着重于温阳利湿，方用实脾饮等。

4. 解毒祛湿法

湿热酿毒，郁蒸三焦，或风湿夹毒郁于肌肤，证见小便混浊，短赤作痛，或带下粘稠腥臭，阴户痒痛，或皮肤起疱疹，渗液瘙痒等。常选用苦寒燥湿和清热解毒药，如苦参、苍术、黄柏、土茯苓、白鲜皮、地肤子等治疗，并配合蛇床子、明矾、苦参、百部等煎汤外洗或熏蒸患部以燥湿解毒、祛风杀虫，这比单纯用内服药效果更好。

小结：以上6法虽各有不同，但由于病情有兼夹，有时也可合并使用，如芳香和淡渗并用治疗中下焦湿邪病，疗效颇佳。兼风则宜祛风胜湿；夹痰则宜化痰燥湿，均可随证选用。

化湿法在临床上应用非常广泛，湿邪侵犯人体缠绵难愈，且病程长，对于祛湿邪首为辨明内湿或外湿或内外相兼，辨证施治才能收到疗效。

中医古籍论厌食



新加坡·董菁菁

【摘要】在中医古籍中没有“厌食”这一病名的明确记载，但有些疾病的症状及病因病机等与本病相类似。本文收集整理了中医古典医籍中与厌食相关的记载，描述了厌食的症状表现，分析了厌食的病位、病因、病机，总结了厌食的治法方药。历代中医古籍对厌食的探讨提示我们，对于小儿厌食的辨证，应从病机着手，抓住主证，分清虚实，辨清脏腑，分清其病因及兼证之别，并根据小儿禀赋的强弱、脾胃损伤的不同，施以不同的治法，处以不同的化裁，方能取得满意的疗效。古代医家对厌食的认识已经非常深刻，为后人系统探讨小儿厌食的基本理论奠定了基础，也为后世医家的临床实践、实验研究提供了理论依据。

【关键词】中医古籍；小儿；厌食

在中医古籍中没有“厌食”这一病名的明确记载，只有关于“不思纳谷”、“不思食”、“不欲食”、“不能食”、“不嗜食”、“不乳食”、“恶食”、“少食”等的记载，其症状及病因病机等与本病相类似。在现代，由于生活水平的不断提高，小儿厌食逐渐成为了儿科常见疾病之一，故“厌食”为现代确立的病名。

《灵枢·脉度》记载：“脾气通于口，脾和，则口能知五味矣。不思纳谷，食而无味，其病在脾胃当属无疑。”指出脾胃受纳运化水谷，且脾开窍于口。若脾胃受纳运化功能正常，则进食正常并能辨识五味；若脾胃受纳运化功能异常，则不思饮食并食而无味。同时指出“不思纳谷”的病位在脾胃。为后世研究厌食奠定了生理病理基础。

1. 《黄帝内经》论厌食

对于本病相关的记载，最早当始见于《黄帝内经》。其中《素问·灵兰秘典论》记载：“脾胃者，仓廪之官，五味出焉。”

2. 《伤寒杂病论》论厌食

东汉·张仲景在《伤寒杂病论》中将厌食作为一个临床兼症表现来论述。分别在少阳病、太阳病、阳明病、太阴病、厥阴病及

百合病中有所阐述。

少阳病：第九十六条：“伤寒五六日中风，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食……”；第九十七条：“正邪纷争，往来寒热，休作有时，默默不欲饮食……”由于表邪未尽，所以出现不欲饮食的表现；第九十八条：“得病六七日，脉迟浮弱，恶风寒，手足温，医二三下之，不能食……”由于中焦阳虚，所以出现不能进食的表现；第二百六十六条：“本太阳病不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食……”由于上下之气不和，所以出现干呕不能食的表现。

太阳病：第一百二十条：“太阳病，……一二日吐之者，腹中饥，口不能食……”由于阳气已伤，胃中虚冷，所以出现口不能食的表现。

阳明病：第一百八十五条下：“伤寒发热无汗，呕不能食，而反汗出濇然者，是转属阳明也。”由于胃家素实，所以出现呕不能食的表现；第一百九十条：“阳明病，若能食，名中风；不能食，名中寒。”；第一百九十一条：“阳明病，若中寒者，不能食……”；第一百九十四条：“阳明病，不能食，攻其热必哕……”；第二百二十六条：“若胃中虚冷，不能食者，饮水则哕。”由于胃中虚冷，阴邪不能消谷，所以出现不能食的表现；第二百二十八条：“阳明病下之，其外有热，……心中懊憹，饥不能食……”由于邪热造成水谷不消，所以出现饥不能食的表现。

太阴病：第二百七十三条：“太阴之为病，腹满而吐，食不下……”由于脾阳虚，所以出现食不下的表现。

厥阴病：第三百二十六条：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥不欲食……”由于邪热造成水谷不消，所以出现饥不能食的表现；第三百五十五条：“病人手足厥冷，脉乍紧者，邪结在胸中，心下满而烦，饥不能食者……”由于邪在胸中，所以出现饥不能食的表现。

《金匱要略·辨百合狐惑阴阳毒病脉证并治》：“百合病者，百脉一宗，悉致其病也，意欲食，复不能食……”

可见，厌食可以作为兼症在外感病和内伤杂病中出现。

张仲景的理论对后世研究厌食的辨证论治产生了重要的影响。

3. 《诸病源候论》论厌食

隋·巢元方《诸病源候论·脾胃病诸候》曰：“脾者，脏也；胃者，腑也。脾胃二气，相为表里。胃为水谷之海，主受盛饮食者也；脾气磨而消之，则能食。今脾胃二气俱虚弱，故不能饮食也。”指出脾胃的关系和功能，并阐明脾胃之气虚弱，是罹患厌食的病机之一。“……胃受谷而脾磨之，二气平调，则谷化而能食。若虚实不等，水谷不消，故令腹内虚胀，或泄，不能饮食，所以谓之脾胃气不和不能饮食也。”指出脾胃之气不和，是罹患厌食的病机之二。《太平圣惠方》以及南宋·刘昉的《幼幼新书·乳食不下第十》均引用此段话，将脾胃失和作为小儿厌食的病机。

《诸病源候论·时气病后不嗜食面青候》曰：“热歇之后，不嗜食而面青者，是胃内余热未尽，气满，故不嗜食也。”指出在时气病的恢复期，会出现不思饮食的症状。

《诸病源候论·难乳候》曰：“凡小儿初生，看产人见儿出，急以手料拭儿口……若料拭不及时，则恶血秽露儿咽入腹，令心腹痞满短气，儿不能饮乳，谓之难乳。”《幼幼新书·初生不吃奶第四》亦引用此段话，指出恶血秽露咽入腹是初生儿不能饮乳的病因。

《诸病源候论·哺露候》曰：“小儿乳哺不调，伤于脾胃，脾胃衰弱，不能饮食，血气减损，不荣肌肉，而柴癯羸露，其腑脏之不宜，则吸吸苦热，谓之不露也。”指出小儿乳哺不调是不能饮食的病因。

《诸病源候论·羸瘦候》曰：“夫羸瘦不

生肌肤，皆为脾胃不和，不能饮食，故血气衰弱，不能荣于肌肤。凡小儿在胎而遇寒冷，或生而挟伏热，皆令儿不能饮食，故羸瘦也。”

《幼幼新书·肌肤羸瘦第十三》亦引用此段话，指出小儿胎寒或胎热是不能饮食的病因，且导致小儿形体羸瘦。

巢元方的理论对后世研究厌食的病因病机及证候产生了重要的影响。

4.《备急千金要方》论厌食

唐·孙思邈《备急千金要方·少小婴孺方下》曰：“治少小胃气不调，不嗜食，生肌肉，地黄丸方。”又曰“治小儿羸瘦憊憊，宜常服不妨乳方”提出了胃气不调所致的小儿厌食可用地黄丸治疗，小儿羸瘦可服不妨乳方。孙思邈在治法方药方面为小儿厌食的研究提供了思路。

5.《小儿药证直诀》论厌食

宋·钱乙对中医儿科的发展有杰出的贡献，被后人誉为“儿科之圣”。他在《小儿药证直诀》中分别从病因病机和治法方面论述了小儿不思乳食。

《小儿药证直诀·五藏病》曰：“脾病，困睡泄泻，不思饮食。”《小儿药证直诀·虚羸》曰：“脾胃不和，不能食乳，致肌瘦，亦因大病，或吐泻后脾胃尚弱，不能传化谷气也。有冷者，时时下利，唇口青白，有热者，温壮身热，肌肉微黄，此冷热虚羸也。”指出小儿不思乳食的病因病机与脾胃不和有关，且是导致虚羸的原因。

《小儿药证直诀·胃气不和》曰：“面觥白无精光，口中冷气，不思食，吐水，当补脾，益黄散主之。”《小儿药证直诀·胃冷虚》曰：“面觥白色弱，腹痛不思食，当补脾，益黄散主之。若下利者，调中圆主之。”

《小儿药证直诀·诸方》曰：“异功散温中和

气，治吐泻，不思乳食，凡小儿虚冷病，先与数服，以助其气。”提出了小儿不思乳食的治法方药。

钱乙的理论对后世厌食理论体系的形成作出了突出贡献。

6.《赤水玄珠全集》论厌食

明·孙一奎《赤水玄珠全集·伤饮伤食》曰：“不能食者，由脾胃痿弱，或病后而脾胃之气未复，或痰客中焦，以故不思食，非心下痞满而恶食也。治当补益以开豁之，丹溪导痰运脾之法皆是也。”指出不能食的病因病机分虚实两方面，是由于脾胃虚弱或痰客中焦所致。

7.《保婴撮要》论厌食

明·薛铠、薛己《保婴撮要·胃气虚寒》曰：“胃为水谷之海，六腑之大源也。人身气血脏腑，俱由胃气而生，在小儿虽得乳食，水谷之气未全，尤仗胃气。胃气一虚，则四脏俱失所养矣。”指出胃气生气血脏腑，养四脏，运化乳食的生理特点。

《保婴撮要·胃气虚寒》曰：“喜冷便秘，胃实热也，用泻黄散凉之。命门火衰，不能生土者，用八味丸补之。”提出了胃实热与胃虚寒的不同治法。

8.《育婴家秘》论厌食

明·万全《育婴家秘·五脏证治总论》曰：“大抵婴儿脾病多，只因乳食欠调和，知他脏病须调胃，若到成疳受折磨。”指出饮食失和，导致脾病，可致疳证；“幼科方中脾病多，只因乳食致沉疴，失饥失饱皆成疾，寒热交侵气不和。……儿之初生，脾薄而弱，乳食易伤，故曰脾常不足也。”指出小儿脾常不足，易为饮食所伤；“脾与胃异同论。盖胃

受谷，脾消谷也。调其脾胃者，当适其寒温，节其饮食也。故饱则伤胃，饥则伤脾；热则伤胃，寒则伤脾。”指出饮食饥饱与脾胃关系密切。以上均从病因病机方面论述了小儿饮食与脾胃的关系。

9. 《幼科发挥》论厌食

明·万全《幼科发挥·脾经兼证》曰：“诸困睡，不嗜食，吐泻，皆脾脏之本病也。”指出不嗜食属于脾脏病，病位在脾。

《幼科发挥·调理脾胃》中曰：“儿有少食而易饱者，此胃之不受、脾之不消也。宜益胃之阳，养脾之阴。宜钱氏异功散和小建中汤主之。”提出了小儿少食的治法方药。

10. 《临证指南医案》论厌食

清·叶天士在《临证指南医案·脾胃》中曰：“太阴湿土，得阳始运；阳明燥土，得阴自安，此脾喜刚燥，胃喜柔润也。”指出了脾胃之特性，遣方用药时当注意润燥不悖，刚柔相济，调和脾胃。叶天士的学术观点和临床经验，均丰富了厌食的学术内容。

综上所述，历代医家认为，小儿厌食的病变脏腑部位主要在脾胃两脏，脾胃是后天之本，气血生化之源，胃主受纳腐熟，脾主运化输布。脾胃调和，升降有序，口能知五谷饮食之味，则纳食正常。脾胃不和，纳运失司，口不辨五谷饮食之味，则造成厌食。又因小儿的生理特点是“稚阳未充，稚阴未长”，常表现为脾常不足，运化力弱，所以更易被饮食所伤。

历代中医古籍对厌食的探讨提示我们，对于小儿厌食的辨证，应从病机着手，抓住主证，分清虚实，辨清脏腑，分清其病因及兼证之别，并根据小儿禀赋的强弱、脾胃损伤的不同，施以不同的治法，处以不同的化裁，方能取得满意的疗效。古代医家对厌食的认识已经

非常深刻，为后人系统探讨小儿厌食的基本理论奠定了基础，也为后世医家的临床实践、实验研究提供了理论依据。

倡导成立新加坡中医师公会的 吴瑞甫先生

新加坡·林英

吴瑞甫(1872~1952年)，中国福建同安县同禾乡石浔村人，名锡璜，字瑞甫，号黼堂，家庭七代以行医闻名，吴老精研岐黄，内、外、妇、儿、喉诸科，尤擅治外感热病，足迹遍及闽南、上海、新加坡，远赴星洲之前已是中国福建省著名医家，后来更是蜚声海内外的中医学家，著书立说，作育人材，毕生心血全部贡献给中医事业的吴瑞甫先生于1952年1月13日，在新加坡逝世，享年81岁。

吴瑞甫自14岁时在父亲的督导下，勤奋苦读，精研岐黄，继承先业，吴瑞甫长期在厦门同安县家中行医，1920正式设医寓“退补斋”位于开元路；寓名：“退补斋”，取《尚书》：“进思尽忠，退思补过”之义。1903年31岁的吴瑞甫在福建省乡试中，考取举人，也是同安最后一届科举举人，获得广西候补知县的资格，但他无心从政，决意继续悬壶济世。他在给友人的信中曾自述道：“先君子以医为吾家世业，自明迄清，相沿已久，不宜中断，训研习医……奉命以来……日惟兢兢，恐不称职。是稍有获利，即广置医籍，所批阅医书，达千余本。”

1929年，吴瑞甫在思明东路创办厦门中医传习所，设两年制的研究班(1929—1932)。1932年，吴瑞甫报请中央国医馆备案，创立厦门国医专门学校，设4年制的本科班(1932—1938)，培养中医后继人才，



当时，中医教育未被列入中华民国政府的教育系列，各地的中医教育机构不能称为“学校”吴瑞甫就此事在法庭上据理力争，以致厦门国医专门学校成为当时福建省惟一被准许采用“学校”称谓的中医教育机构，为中医教育争取取得应有的地位。

吴瑞甫自编厦门国医专门学校讲义《伤寒纲要》、《四时感症》、《中医生理学》、《中医病理学》、《传染杂病学》等16种，在讲义中容入了当时西方医术中检查、测量、诊断、细菌说、解剖学等内容；他自称：“锡璜才浅愿宏，每欲熔铸中西学说，冶为一炉。三

十年来，手不释卷，评选诸书，动则盈尺”。

1924年，正值西医逐渐传入中国。而中医又处于“废医存药”的逆境之中，吴瑞甫基于当时的局势，提出：“迩来西学盛行，我国人之习外国医者，咸谓西医骏骏然，有凌驾中医之势。不知论其手术，中国人实难比伦，因我国习惯保护身体，医无剖割，权不得不让彼国以专美也。而究之开国最早，经验最繁富。往往有用草木质及兽类药。足愈沉痾大病者，如虫样垂炎症(阑尾炎)，彼国必用切刀术，而我以没药止痛，且用五香丸以去肠垂中之积秽，可以立即痊愈。……屡试屡验，并不须切刀术之危险，非中法之逊于西法也。”

吴瑞甫认为中医疏于脏腑形体之解剖，而长于脏象气化之功能：西医注重局部形质之解剖，而忽略于人身整体之观念。均有不足之处，二者可融会贯通。他“每评论一证，必互勘中、西所言之病理，参互考证以究其精”(苏万灵序)。

1934年7月5日，厦门吴瑞甫主编《国医旬刊》，是厦门第一份中医期刊，吴瑞甫亲自撰写发刊词，提出该刊的宗旨是“发扬国医学术，普及医药常识，宣传国医文化，增进健康教育，荟萃国医精华，指示习医门径，沟通国医声气，融贯中西学说”。又于1937年1月创办《厦门医药月刊》；民国12年(1923年)，吴瑞甫应同安县长之聘，主编《同安县志》，该志为研究同安、厦门历史的重要参考文献。在吴瑞甫的带动下，1934年至1935年，厦门地区出现了多种中医期刊，有梁长荣主办的《晨光国医杂志》、孙慕真主办的《醒亚医报》、孙崧樵主编《鹭声医药杂志》、林志生主编的《神州国医月报》等，他们对整理中国医学，弘扬中医文化，活跃中医学术交流作出了一定的贡献。

吴瑞甫重视医疗经验总结，一生著述颇丰，著有《校正圣济总录》、《评注陈无择三因方》、《中西温热串解》、《四时感证》、《伤寒纲要》等几十部，凡数百卷。



吴瑞甫与门人

他撰著“中西汇通”的医书有：《中西脉学讲义》、《中西内科学》、《脑髓病讲义》、《删补中风论》、《中西温热串解》、《卫生学》、《诊断学》等，另著有《身体学讲义》、《八大传染病讲义》、《卒病学讲义》、《儿科学讲义》、《四时感证》、《奇验喉症明辨》、《伤寒纲要》、《十三科医学全书》等书。

1938年厦门沦陷，他大义凛然，不从日寇要他出任厦门市伪市长的安排，前往南洋，取道香港，避难新加坡，在新加坡同安会馆行医，因其屡愈危症，名震一时，远近病人纷纷上门求医。同时还积极参与新加坡厦门公会活动。在星洲继续传授中医学术，培育中医人才，为新加坡的中医事业作出积极的贡献。1945年日本投降后，新加坡尚无中医药团体的存在。1938年吴氏徙迁新加坡后，除致力于中医学之研究外，倡导当时医界名家，曾志远、游杏南、陈占伟、饶师泉、方展纶、陈庆元、许颖之等，于1946年8月18日，下午7时，假座南洋上杭同乡会为临时会所组建中国医学会(即中医师公会的前身)。

于1946年新加坡中国医学会成立，被推举

为主席。次年改为中医师公会，膺选为首任会长。前后6载。同时兼任厦门公会义务医师，并以古稀之年主编刊物《医粹》、《医统》、《医经先声》，积极筹建新加坡国医专门学校（即新加坡中医学院前身）。

吴瑞甫先生临床治验丰富，医术精熟，二十余岁时曾治一孕妇腑实危症，尝治邑诸生黄昂之妇，妊娠六月，忽身微热，目中不了了，睛不和，大便秘结，已下四、五次矣。邀吴瑞甫诊，吴曰：“此伤寒三急下证之一也，不速下则母子俱亡。”诊毕，处小承气汤。正买药，其夫又来，谓已两目不见人，而精神尚明昧。吴曰：“速煎服，否则变症”。急服之，再下大便二次，两眼遂和，微热亦退，胎亦不坠。《内经》“有故无限”之言，乃至理也。此先生取经方峻剂，以治孕妇阳明腑实危症之典型病例也。

吴瑞甫临证殚精熟虑，辨析入微，审证用方，殊多奇效。如神户华侨李某六十八岁患中风，偏瘫发热，昏不知人，英、日、美诸医断为不治之症，吴老投以玉女煎重加牛膝、服之而愈。又黄某患偏瘫昏冒，投以四逆汤重加白术、黄芪，三十余剂而复。安溪叶某，素鄙中医，患肋膜炎，以一万八千元延德医，锯肋骨，其膜一痛，则疮口咽喉俱出血，被断为死症，吴瑞甫用止痛护膜法，痛止血止，再以西洋参、青蛙、猪肉炖服以生肌，15天告愈。

1982年三月下旬厦门、晋江地区贯彻福建省中医文献整理研究讨论会、关于整理名老中医文献的精神，成立厦门、晋江地区近代名老中医吴瑞甫学术研究筹备小组，共同整理吴瑞甫的学术著作。吴氏编著有《校订圣济总录》、《伤寒纲要》、《中西温热串解》、《删补中风论》、《奇验喉症明辨》等近二十种。

1984年6月14~16日在福建厦门隆重举行“纪念近代中医学家吴瑞甫先生及学术交流会”，省卫生厅余育元、健康报社谢量海、省中医学会王宜万等有关领导同志出席了会议。

卫生部中医司发来贺电、兄弟地区学会及省内外中医专家、教授，姜春华、李聪甫、黄星垣、俞长荣等遥寄贺信。厦门市王金水副市长在会上时对吴瑞甫先生献身医学精神给予高度评价。参加纪念会代表有福建省、市、县各级中医代表，省外、海外来宾近200人。其中有上海第一医学院陈泽霖副教授，福建中医学院赵荣、盛国荣教授，厦门市中医院院长陈应龙，市医科所所长吴尚义，吴老的学生翁迈恭、廖碧谿、朱清禄等名老中医，吴先生家属，以及远道从新加坡来的贵宾等。

参考文献：

- [1] 陈玉鹏 吴瑞甫《奇验喉证明辨》评介《福建中医药大学学报》(J) 2009 (01)
- [2] 沈青 柯联才《厦门举行近代中医学家吴瑞甫先生纪念会》《福建中医药》(J) 1984(04)
- [3] 沈青《厦门、晋江成立近代名老中医吴瑞甫学术研究小组》《福建中医药》(J) 1982 (03)
- [4] 朱清禄《吴瑞甫先生医案浅析》《福建中医药》(J) 1985(05)
- [5] 康良石:廖碧谿:涂福音:杜锦海:廖雅彬《神州留桔井海外树杏林——纪念近代名中医吴瑞甫先生》《福建中医药》1984 (05)
- [6] 《厦门筴筴湖》日志 厦门医药轶事 2009-01-05
- [7] 海峡名医网 厦门名医故事(五)——吴瑞甫

继续教育在南京中医药大学

新加坡·陈昆宁

【前序】新加坡中医师公会属下中华针灸研究院与南京中医药大学联办的“新加坡针灸临床继续教育高级研修班”第一站在2014年2月20日到22日于南京中医药大学内举行。这次的研修班吸引了60余位公会会员及非会员报名，但由于场地局限，只能接受41位最先报名者，这次的工作安排由公会的执行秘书陈庆负责，以中华针灸研究院院长郭忠福医师领导，副院长吴忠辉医师协助，顺利的安排，由于2月南京的天气还非常冷，郭院长特在2月16日出发前召集所有医师讲解这次的继续教育的行程及大家应准备的事项，真可说做到面面俱圆。

【此次特点】这次的针灸临床继续教育高级研修班是获得新加坡中医管理委员会学分审批，所有参加的医师圆满结束后将得到18分学分，其中核心学分12分，非核心学分6分。

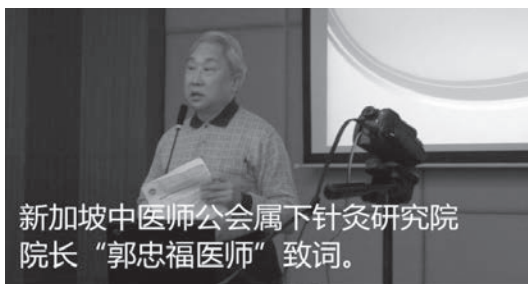
而这次的邀请负责主讲的教授是南京中医药大学及中国针灸学会临床分会知名及临床经验丰富的教授。教授在研修班将以新形式采用讲课兼现场示范，让学员们更加深入学习并有机会亲身体会教授的针灸手法。

抵达南京·温度 -2℃

这次41位医师分不同航班及日期抵达南京，我们一批有25位同时乘一航班在19日飞抵南京，当天下午约3点多抵达时，南京气温在零下2度，而且还下雨夹雪，还好大家都有准备寒衣，南京中医药大学的负责人派车来接我们；这次大部分的学员都安排住在中医药大学内的银杏楼宾馆，由于天气都在零下1度到3度间，大学方面把上课地点安排在宾馆有热气的讲堂里，让大家能在很舒服的环境听课。

20日早上9点第一节课·温度0℃

今天是我们第一堂课，大家都很早来到讲堂里，9点到先由郭忠福院长致词，并告诉大家一个好消息，就是在第一堂课后，特地邀请到王玲玲教授义务主讲一个课题，接着郭院长简要介绍第一堂课的负责教授，第一堂课负责



新加坡中医师公会属下针灸研究院院长“郭忠福医师”致词。

主讲的是徐斌教授。徐斌教授是医学博士，南京中医药大学研究员，博士生导师，兼任中国针灸学会临床分会主任委员，国家中医药管理局针灸学重点学科带头人。主要从事针灸治疗神经、内分泌代谢疾病的研究工作，发表的专业研究论文152篇。

徐斌教授的讲题是：实验针灸表面解剖学(取穴研究新进展)

徐斌教授深入的讲解，说明实验针灸表面解剖学是研究与针灸相关的人体解剖标志体表定位的方法、技巧及其理论基础的一门学科(包括了影像学、人体测量技术、解剖学)。并很

详细的解说有关典型的取穴，穴位的研究，骨度分寸与骨度分寸法的比较，取穴方法的变化。这些理论的确是对我们在临床做针灸时帮助很大。

徐斌教授结束讲课后，郭院长介绍特为我们加讲的王玲玲教授。

王玲玲教授是南京中医药大学教授博士生导师，是南京中医药大学针药结合国家重点实验室培育建设点主任。兼任中国针灸学会理事、中国针灸学会临床分会主任、江苏省针灸学会副会长、南京市针灸学会副会长。王玲玲教授撰写发表了70余篇专业论文，出版学术著作10部。

王玲玲教授的讲题是：在治疗盆底疾病实践中重新认识八髎穴

王玲玲教授先讲解什么是盆底疾病，并提出针灸治疗功能性便秘的新思路，针灸在现代临床上对此病的经验，针灸在治疗混合型便秘的临床思路，重点的介绍八髎穴对治疗盆底疾病的疗效，深刺八髎穴关键的技术，八髎穴的定位，拓展八髎穴的主治，提出对八髎穴的深浅不同，主治有别。

时间在二位教授精彩的讲课下溜走，来到中午十二点半，第一节课就此结束，大家各自或几人到校外餐馆用午餐，下午第二节课在二点开始。

20日下午2点第二节课 · 温度2℃

在二点前大家都准时来到讲堂，二点到郭院长介绍这节课的教授：陈梅教授。

陈梅教授是南京中医药大学医学博士、副教授、副主任医师、中华针刀医师学会副主任委员、《中国针刀医学》编审、《中国临床康复》执行编委、南京晓阳针刀医学研究所所长、南京汇康针刀专科门诊主任。

陈梅教授的讲题是：针灸临床治疗痛症的新方法-针刀医学。

陈梅教授开始先介绍针刀医学的发展概况，针刀医学的社会意义，并讲解何为针刀及针刀疗法，针刀医学的原理及其治疗疼痛性疾病的规律，技术方案，最后示范针刀的操作。由学员上来当病人，陈梅教授一面示范，一面加以讲解，让大家在对针刀疗法有更进一步了解。

下午五点半陈梅教授才结束今天的讲解与示范，第一天的课就在大家收获丰富下结束了，晚上各自活动。

21日早上9点第一节课 · 温度1℃

今天是我们第二天的继续教育课，9点未到，学员们都已来到讲堂，同样由郭院长介绍今天负责主讲的倪光夏教授。

倪光夏教授是博士生导师，主任中医师，南京中医药大学第二附属医院副院长，中国针灸学会临床分会秘书长，江苏省针灸学会急症专业委员会主任委员，发表学术论文三十余篇。

倪光夏教授的讲题是：针灸治疗中风病的临床新发展。

倪光夏教授首先讲解对中风病的认识，对中风病现今的治疗概况，提出对中风病的预防，针灸的治疗法，那些穴位治疗中风病最有效，还介绍其他的治疗中风病的方法，如头针疗法，颞三针疗法，腹针疗法，刺络放血疗法，针药结合疗法，眼针法，耳针疗法，火罐法，CT定位围针法，按时取穴法，电针疗法，灸法等等，让大家真的得益不浅。结束理论的讲解后，倪光夏教授开始为我们做针灸的示范，由释宝宁法师做病人，倪光夏教授示范了头针疗法，针刺内关穴，三阴交穴及廉泉穴的准确位置与手法，看学员们学的不亦乐乎，大家应该是收获不错吧！

午餐时间又到了，各自去享用午餐，休息片刻，准备好精神，迎接下午的课。

21日下午2点第二节课 · 温度2℃

2点到学员们已在讲堂里，开始上今天的第二堂课，郭院长介绍主讲的符仲华教授。符仲华教授是南京大学生理与疼痛医学博士，浮针疗法发明创始人，浮针医学研究所所长，再灌注活动首创人，南京军区总院博士后，香港·中华浮针学会会长，原第一军区大学中医系副教授，美国Complementary Therapies in Medicine杂志的reviewer。发明的浮针疗法为第一军区大学“九五”科技成果，获2001年度解放军医疗成果二等奖。

符仲华教授的讲题是：特效疗法——浮针疗法。

符仲华教授先介绍他发明浮针疗法，并把浮针针具带来让大家看，并讲解浮针对痛症的适应症，同时也解说浮针的操作方法，接着谈浮针临床的一般规律，符教授在讲课时非常风趣与生动，使整个讲堂充满喜悦，最后符教授总结浮针疗法的特点，就是操作简单，设备少，携带方便，所费比手术费便宜，效果快捷，灵验。适应症广泛，安全无毒，无副作用。结束讲解后，开始浮针现场示范，同样有学员自告奋勇上来做病人，符教授详细再讲解浮针的操作，大家都非常专注的在看，在听，整个示范气氛可说是充满喜气。下课时间到了，可大家还舍不得走，还围绕符教授尽量多吸取经验。

22日早上9点第一节课 · 温度2℃

今天是在南京中医药大学上最后二节课，同样大家都准时来到讲堂。郭院长介绍今天第一节的主讲教授：姜劲峰教授。姜劲峰博士，为南京中医药大学副教授，硕士生导师，原南京军区海军414医院针灸科主任，发表学术论文32篇。

姜劲峰教授的讲题是：眼针理论体系与临

床应用分析。

姜教授首先介绍眼针理论体系的形成、发展与变化；眼针疗法是在1960年代有位著名针灸临床家“彭静山”因受迫害而失去听力，此后临床听诊受挫，他克服重重困难，突破望诊极限，根据《内经》“观眼察病”和《政治准绳》对眼的脏腑划分理论，在1970年代开创眼针疗法。

接着讲解眼针疗法的理论基础，详细介绍眼与五脏六腑的关系；眼与经络的关系，并详讲把眼划分五区，称五轮；让医师在临床上通过观察各轮外显症状去推断相应脏腑的内蕴病变。由于随时代的进展，历代医家对眼五轮部位都有不同的见解，致眼针疗法发展形成有三套变迁。续谈眼针临床应用的诊断，说明眼针疗法是要观察：目色，血络，瞳孔等方面来识别疾病的寒热虚实，病的预后，病位等等。最后介绍眼针治疗各种病症。

理论课结束后，接下来就开始眼针疗法示范，同样有学员上来当病人，姜教授一面讲解一面下针，学员们都很专注看与学习。

22日下午2点第二节课 · 温度3℃

用完午餐后，大家都提早来到讲堂，因为这是最后一节课，结束后大家都要分开，回去各自岗位，很多医师都是在这短短的3天里认识的，大家3天的相聚建立起友谊就要分开，这时心总有点落寞感。郭院长来了，最后一位负责主讲的王茵萍教授也来到。王茵萍教授是主任医师，针灸科副主任，南京中医药大学针灸学博士，广州中医药大学中医内科学博士后。南京医科大学中医针灸教研室副主任，硕士生导师。任中国耳针专业委员会及临床专业委员会理事，江苏省耳针专业委员会副主任委员兼秘书长。曾多次赴日本学术交流。擅长采用中西医结合，耳、体针与解剖针刺法治疗各种顽固性疼痛。

王茵萍教授的讲题是：耳针疗法及其临

床优势。

王教授先介绍耳穴的分布，讲述临床应用耳穴的思路，如何探查耳穴的反应点，如何用肉眼观察耳朵颜色而找出疾病来；王茵萍教授讲课面总带着笑容，让人感觉非常亲切与温馨，也让这冰冷的天气带来温暖。

王教授详细介绍耳穴毫针法，耳针针刺手法，针刺的深度、方向；留针及起针的要点，并介绍其他耳穴法，如：耳穴贴压法、耳穴埋针法、耳穴放血法、耳灸法、耳穴按摩法。最后讲解耳穴治疗的适应症及其禁忌症，就结束理论课，由于时间上的关系，耳穴疗法就不能进行现场示范，虽然没有一个临床学习的机会，但王茵萍教授在整个讲座里，耳穴疗法的资料准备的十分齐全与全面，让大家弥补了临床示范的遗憾，由于王茵萍教授没有出席“谢师宴”，在完课前，由郭院长颁发纪念盘，感谢王茵萍教授的主讲。

谢师宴

原本谢师宴是在整个研修班结束后才由全体学员合资宴请感谢教授们，后因安排之故，我们的“谢师宴”在第二天，即21日晚上7点在宾馆的餐馆内举行。费用原是学员合资感谢老师的，后徐斌教授宣布“谢师宴”的费用由大学方面负责。

近7点大家都到餐馆，共宴开5席，4桌荤食，1桌素食，除了王茵萍教授有事没出席外，其他教授都来到，大家放松心情闲聊，人齐了，先由南京中医药大学的徐斌教授致欢迎

词，徐斌教授欢迎大家来到南京中医药大学学习，希望以后能再合作。

接着由郭忠福院长致词，感谢南京中医药大学院方的合作，各教授尽心的负责主讲，以及新加坡的41位医师合群合作，完成这次跨国界的针灸研修班，虽然天气非常冷，但大家都准备的很好，并没有发生任何意外。

双方致词结束后，郭忠福院长颁发纪念盘给每位教授。

纪念盘颁发后，宴会的高潮来了，学员们到教授桌分别向每位教授敬酒，感谢教授们无私的精神，尽心尽力把中医学的理论及临床经验传授给我们，大家兴致高昂，直大声喊：饮胜……

教授们也随我们新加坡的风俗，和我们也高喊：饮胜……

除感谢教授外，学员们也向郭忠福院长敬酒，感谢郭院长的安排，让大家顺利的来到南京中医药大学完成针灸临床研修班。

在期间我们分别每一桌大家都留下合影，让我们留下永远的美丽回忆。晚宴在9点多结束。

全体学员与教授合影

这次是新加坡中医师公会属下中华针灸研究院与南京中医药大学联合跨国界的“新加坡针灸临床继续教育高级研修班”，在学习的第二天傍晚全体学员与教授们来个合照，让这第一次的跨国界合作留下永不磨灭的合影。



世界针联2013 澳大利亚悉尼大会

31/10 ~ 4/11

新加坡·郭忠福

工作报告:

1. 世界针联团体会员的发展和执委会工作:

2009~2013全球共有33个学会及学术机构被批准为正式会员,目前世界针联共有162个团体会员,分布五大洲的53个国家,在世界卫生组织指导下成立13个工作委员会。2009~2013年执委会共召开五次工作会议,讨论中通过了34项提议和建议。也通过2010~2013年与世界卫生组织的合作计划以及2007~2016年十年发展计划。

2. 组织了世界针灸学术会议:

2010~2013如期成功举办3次国际针灸专题学术研讨会,1次大型国际针灸学术大会,9次针灸风采全球型活动,如2010年美国旧金山专题学术研讨会,2011年巴西圣保罗专题学术研讨会,2012年印度尼西亚万隆学术研讨会,2013年澳大利亚悉尼世界针灸学术大会暨第八届世界针联会员大会。而2010年起世界针联“中医针灸风采全球行”第一站新加坡,接着俄罗斯,巴西,马来西亚,中国北京,中国河南,中国山东,中国澳门,中国香港,澳大利亚悉尼陆续举行。此活动充分发挥世界针联国际交流平台的自身优势,重点选取国内外临床疗效突出的适宜技术,通过现场

演示向针灸从业人员推广介绍诊疗技术,提高从业人员的临床水平。此形式比传统的学术报告形式影响更大,效果更直接。

3. 圆满完成了与世界卫生组织的三年合作计划,实施世界卫生组织传统医学战略:

本届大会完成了〈2010~2012世界针灸学会联合会与世界卫生组织合作计划〉和〈2013~2015世界针灸学会联合会与世界卫生组织合作计划〉重点如下:

- I. 进一步落实世界卫生组织第62届世界卫生大会第13项关于传统医学决议的要求,推动与世界卫生组织传统医学的全球战略计划,实施与世界卫生组织合作开展针灸立法,针灸标准制定,针灸教育与科研等方面的合作。
- II. 信息方面的合作:包括学术信息交流,工作信息交流,政策信息交流。
- III. 就两组织共同感兴趣的内容,共同举办专题国际针灸学术研讨会:
- IV. 应邀参加世界卫生组织第64,65,66届三年的世界卫生大会,出席了第129,130,131,132四次执委会会议以及欧洲区第63次西太区64次区域会议,就针灸发展策略和措施等有关问题提供咨询和建议。2013年10月28~30日,世界针联官员应邀参加澳

门举行的**2014~2023年传统医学战略实施高层会议**，并介绍世界针联在国家传统医药政策上的立场。

4. 宣传和推广针灸医学，争取各国针灸合法地位：

巴西，澳大利亚已把针灸纳入正规管理，美国许多州把针灸纳入医疗保险，新加坡，泰国，马来西亚，加拿大等国都取得喜人的进展。

5. 发展针灸教育，提高从业人员水平：

遵照世界卫生组织的要求与指南，在各会员国与执委的支持下，再开展国际培训，国际针灸师水平考试等方面做了大量卓有成效的实际工作。世界针联出版了《国际针灸学教程》，在北京安排了上百期针灸初级班，高级班及各种类型短期技能培训班，在推动和推广针灸医学的普及和应用方面发挥了巨大作用。

6. 出版针灸学术刊物，提供针灸信息服务：

加强了世界针联网络建设，开设网站俄文版，改进了英文版的编辑，提高了《世界针灸》杂志的质量，与《中国针灸》杂志合作控制稿件水平。**2013年**巴西葡萄牙文版出版发行，**1998年**世界针灸杂志意大利文版出版发行至今。

7. 制定和推广有关针灸的国际标准：

2010年6月参加ISO/TC249，并在第一次全体会议上被吸收为A级联络组织，世界针联作为中医药走向国际的特殊窗口，在国际标准化舞台上扮演重要角色。**2010年5月**在世界针联总部召开了世界针灸学会联合会行业标准制定国际研讨会和3个标准的工作组会议，世界针联4项标准制定正式启动。**2010年5月18日**，针灸针，艾灸操作规范以及耳穴名称及定位工作

组会议在北京举行。**2010年6月10日**，世界针联头针行业标准制定国际研讨会在长春举行。**2010年9月**在苏州又一次召开针灸针标准工作组会议。**2010年11月6日**，第七届执委会第二次会议通过《导则》。历时4年，世界针联四项标准终于制定完成，于**2013年5月14日**在总部北京召开针灸国际标准新闻发布会，发布《针灸针》，《耳穴名称与定位》，《艾灸操作规范》和《头针操作规范》等四项行业标准。

8. 贯彻实施《世界针灸学会联合会2007~2016发展战略规划》：

总体思路是：在与世界卫生组织的合作框架下，实施传统医学发展战略。根据各国对传统医学的不同管理和会员需求，支持本会会员有针对性地展开各项工作；大力发展针灸医学，促进针灸在各国合法化，推动针灸进入各国卫生医疗保健体系。

世界针联第八届会员代表大会选举结果

1. 第八届候选人：前主席1名，主席1名，副主席21名，秘书长1名，司库1名，执行委员51名。
2. 本会代表郭忠福当选副主席，冯增益当选执行委员。
3. 本会刘嘉扬被受委为名誉副主席。
4. 本会郭忠福受委为财务监督工作委员会主任委员，冯增益为委员。刘嘉扬为针灸标准工作委员会副主任，郭忠福为委员。
5. 大会通过：
2014年10月31日~11月2日(美国 休斯顿)
2015年9月25~27日(加拿大 多伦多)
2016年11月4~6日(日本 东京)
2017年6月(南韩 大邱)
2017年11月(中国 北京)**30周年**庆暨第九届会员大会

第八届执委会讨论通过的事项

1. 世界针联与世界卫生组织2013年~2015年合作计划:

内容如工作报告第三项

2. 世界针联秘书处关于提高会费基数标准的提案:

I. 原: “成员为200人以下者交一个基本单位” 修改为二个基本单位。

II. “成员为201~400人者交三个基本单位” 修改为五个基本单位。

III. “成员为401~600人者交六个基本单位” 修改为八个基本单位。

IV. 成员为601~800人者交十个基本单位。

V. 成员为801~1000人者交十五个基本单位。

VI. 成员为1001人以上者交二十个基本单位。

3. 关于“国际针灸临床病例注册登记研究”的提案:

国际针灸注册登记研究将以更为符合针灸临床治疗特点, 更为贴近临床实际的方法, 以科学的结论来说明针灸临床治疗的效果。同时, 针灸治疗注册登记数据库将成为巨大的资源, 可为全世界的针灸医师提供丰富的临床诊疗数据, 他们可以在获得有关专家委员会的批准后利用数据库资源, 就具体临床问题进行总结, 分析, 利用, 从而提高临床治疗效果。

4. 关于世界针联联合举办国际会议的提案:

I. 世界针联团体会员申请申办世界针联每年召开的国际学术年会, 世界针联作为主办单位, 当地团体会员为承办单位;

II. 世界针联团体会员或针灸研究机构, 申办针灸风采全球行活动, 世界针联作为主办单位, 当地团体会员为承办

单位;

III. 世界针联申办世界卫生组织WHO, ISO/TC249等国际组织主办会议或者国际知名学术大会, 世界针联作为承办单位或协办单位;

IV. 对于世界针联团体会员或针灸研究机构在本国或本地区主办的大型学术活动或者国际有影响的会议, 世界针联可考虑作为支持单位。

5. 世界针联关于将“世界针灸日”修改为“世界针灸周”的提议:

1987年11月22日为世界针联成立日, 故订为“世界针灸日”。2010年11月16日, “中医针灸”正式通过联合国教科文组织保护非物质文化遗产政府间委员会第五次会议审议, 被列入“人类非物质文化遗产代表作名录”。大会通过将每年11月16~22日列为世界针灸周, 在此期间, 各团体会员, 针灸组织可以组织有纪念意义的与中医针灸相关的一系列纪念活动。

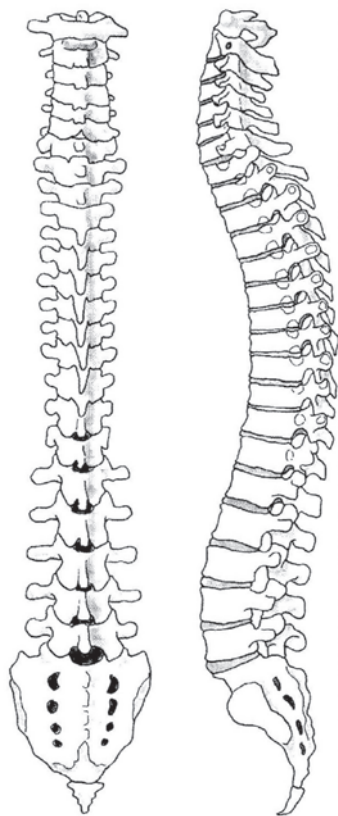
分享栏目

浅探脊椎相关疾病

新加坡·陈蓓琪

【前言】最近在临床上遇到一些病例是由于脊椎问题引起的内科及妇科等疾病，由于这些疾病都很容易被误以为只是一般的各科疾病来进行治疗，但是治疗后的疗效往往均不佳，所以在本期中总结了一些由于脊柱及周围软组织力学失衡引起的疾病方面的内容，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！



一、概念：

《难经正义》曰：“五脏之俞皆在背，肺俞在第三椎下，心俞在第五椎下，肝俞在第九椎下，脾俞在第十一椎下，肾俞在十四椎下，又有膈俞者，在七椎下，皆夹脊两旁，各同身寸之一寸五分，总属足太阳经也。”又注曰：“胃俞在十二椎间，大肠俞在十六椎间，小肠俞在十八椎之间，胆俞在十椎之间，膀胱俞在十九椎之间，三焦俞在十三椎之间。又有心包俞在四椎之间，亦俱夹脊两旁，各同身寸之一寸五分总属足太阳经也。”因此中医学中许多治疗内脏疾病的疗法都常规的在背部进行。其实这就是最早脊柱相关疾病的诊断与治疗。

西方医学关于脊柱相关疾病的学说，是在一百多年前(1885年)，美国医生D.D.Palmer首先提出了“脊柱与疾病相关理论”。现代医学认为脊柱相关疾病广义的概念是指：由于脊柱及周围软组织力学失衡引起的疾病。是指颈、胸、腰椎的骨、关节、椎间盘及椎周软组织遭受损伤或退行性改变在一定诱因条件下，发生脊椎关节错位，椎间盘突出，韧带钙化或骨质增生，直接或间接的对神经根，椎动静脉，脊椎或/和交感神经等产生刺激或压迫，而引起临床多种综合症。且常由此发展而致植物神经功能紊乱，从而引起所知配的脏器及系统出现病症。它不仅涉及大家所熟悉的颈、肩、腰、腿痛，如：落枕、颈椎病，肩周炎、腰间盘突出症、膝关节痛等，还涉及循环、呼

吸、消化、神经、内分泌、免疫等系统的70多种病症，如：头痛、头晕、耳鸣、椎动脉供血不足、头昏、视力障碍、咽部异物感、脑震荡后遗症、血压波动、心律失常、胸闷气短、胸背痛、哮喘、“心绞痛”、类冠心病、慢性腹痛、胃痛、慢性消化不良、慢性胆囊炎、结肠功能紊乱(腹痛、腹泻、便秘)、一侧上肢或下肢凉麻木、痛经、月经失调、痔疮……等。狭义的脊柱相关疾病主要指后者。

二、机理：

研究提示：脊柱相关疾病是由于脊柱及周围软组织应力异常而引起，是通过以下三个途径引发疾病的：(1)、刺激或压迫了附近的植物神经(神经根、交通支)，从而影响所支配脏器的功能(增强或减弱)；(2)、刺激或压迫附近血管，引起该血管供血区缺血症状；(3)、刺激或压迫脊柱附近的脊神经及感受器，反射性影响了内脏功能。通过以上三个途径对所支配器官功能的影响，可以由量变发展到质变，即由功能性疾病发展到器质性疾病。

三、脊柱相关疾病表(仅供参考)：

枕骨： 头痛、头晕、视力及语言障碍等。
第1颈椎： 脑供血不足、头痛、眩晕、眼疾、斜视、咽喉炎、口腔溃疡、落枕、颈强直、嗜睡、摇头、健忘、失眠、记忆减退、早搏等。
第2颈椎： 头痛、头昏、视物模糊、斜视、眼眶痛、耳鸣、慢性中耳炎、鼻窦炎、复发性口炎、声带嘶哑、失声、扁桃腺炎、腮腺炎、落枕、颈强直、失眠、心动过速、早搏等。
第3颈椎： 眩晕头昏、偏头痛、视力障碍、眼皮跳、慢性中耳炎、吞咽不适、咽喉炎、口腔溃疡、小儿流涎、颈肩

酸痛、三叉神经痛、面神经麻痹、面部痤疮、湿疹、早搏等。

第4颈椎： 偏头痛、斜视、弱视、慢性中耳炎、耳聋、耳鸣、鼻炎、咽喉炎、扁挑体炎、牙痛、口腔溃疡、三叉神经痛、落枕、颈强直、肩臂酸痛、网球肘、高血压、呃逆、恶心、发汗障碍、早搏、窦性心律不齐等。

第5颈椎： 偏头痛、耳聋、耳鸣、晕车、咽喉炎、口臭、气管炎、哮喘、手臂酸痛、落枕、颈强直、肩周炎、网球肘、发汗障碍、早搏、窦性心律不齐、心动过缓、呃逆、胸痛、心绞痛、血压波动等。

第6颈椎： 偏头疼、耳聋、耳鸣、扁挑体肿大、咽喉痛、咳嗽、肩周炎、手腕痛、大拇指酸麻痛、落枕、颈强直、网球肘、发汗障碍、早搏、心律不齐、血压波动等。

第7颈椎： 咽喉痛、哮喘、气短胸闷、甲状腺病、肩周炎、手臂外侧及中指/无名指酸麻痛、落枕、网球肘、手肿、高血压、发汗障碍、早搏、心律不齐等。

第1胸椎： 手腕痛、肩膀疼痛、手臂内侧酸麻痛、胸痛、气管炎、气喘、咳嗽、房颤、早搏等。

第2胸椎： 手臂内侧酸麻痛、手麻痹、气短胸闷、胸痛、食道炎(胃酸反流)、心脏功能紊乱、心律失常、冠心病(心绞痛)等。

第3胸椎： 肩膀硬化、手无力、支气管炎、肺炎、胸痛、食道炎(胃酸反流)、心脏功能紊乱、呼吸困难等。

第4胸椎： 胸痛、胸闷、冠心病(心绞痛)、肝胆病、乳腺炎、乳腺增生、慢性胃炎等。

第5胸椎： 心律失常、冠心病(心绞痛)、肝胆

- 病、低血压、贫血、肝炎、胆囊炎、低血压、胃炎、胸痛等。
- 第6胸椎：消化不良、胃炎、胃痛、胃胀、胃部灼热、胃痉挛、食欲不振、胆囊炎、背痛等。
- 第7胸椎：扁桃腺炎、口臭、消化不良、胃溃疡、胃下垂、慢性胃炎、十二指肠肠炎、糖尿病等。
- 第8胸椎：胃消化不良、胃溃疡、慢性胃炎、胃下垂、便秘、肝胆病、糖尿病、免疫力差、风湿等。
- 第9胸椎：胃消化不良、胃溃疡、慢性胃炎、胆囊炎、胆结石、慢性胰腺炎、糖尿病、肾亏、浮肿、小便白浊、尿不畅、隆闭、过敏症、手脚冷等。
- 第10胸椎：胆囊炎、胆结石、慢性胰腺炎、糖尿病、肾亏、肾炎、水肿、性功能改变、过敏症、痛风等。
- 第11胸椎：胆囊炎、胆结石、慢性胰腺炎、糖尿病、大肠炎、肾亏、水肿、肾盂肾炎、输尿管炎、皮肤病、性功能障碍等。
- 第12胸椎：慢性胰腺炎、糖尿病、肾盂肾炎、下腹痛凉、不孕症、生殖器官表面痛痒、风湿关节炎等。
- 第1腰椎：便秘、结肠炎、腹泻、尿床、疝气、下腹痛凉、慢性阑尾炎、大腿前侧痛等。
- 第2腰椎：便秘、下腹痛凉、慢性阑尾炎、子宫卵巢病、月经不调、子宫卵巢炎、大腿中段酸麻痛、下肢静脉曲张等。
- 第3腰椎：慢性阑尾炎、月经不调、痛经、生殖器官疾病、宫颈糜烂、盆腔炎、膝内侧痛无力、坐骨神经痛、髌骨软化症、痔疮、血压不稳定等。
- 第4腰椎：便秘、慢性腹泻、月经不调、痛经、子宫颈炎、盆腔炎、功能性不孕症、前列腺炎、坐骨神经痛、小

腿痛、髌骨软化症、痔疮等。

- 第5腰椎：妇科炎症、膀胱炎症、遗尿、坐骨神经痛、下肢血液循环不良、髌骨软化症、小腿至足踝酸麻痛、痔疮等。
- 骶骨三角区：盆腔炎、痛经、闭经、月经不调、不孕、遗精、早泄、阳痿等。
- 尾骨错位：男性阳痿、性欲低下、前列腺炎、女性不孕症、月经不调、产后各种疑难杂症等。

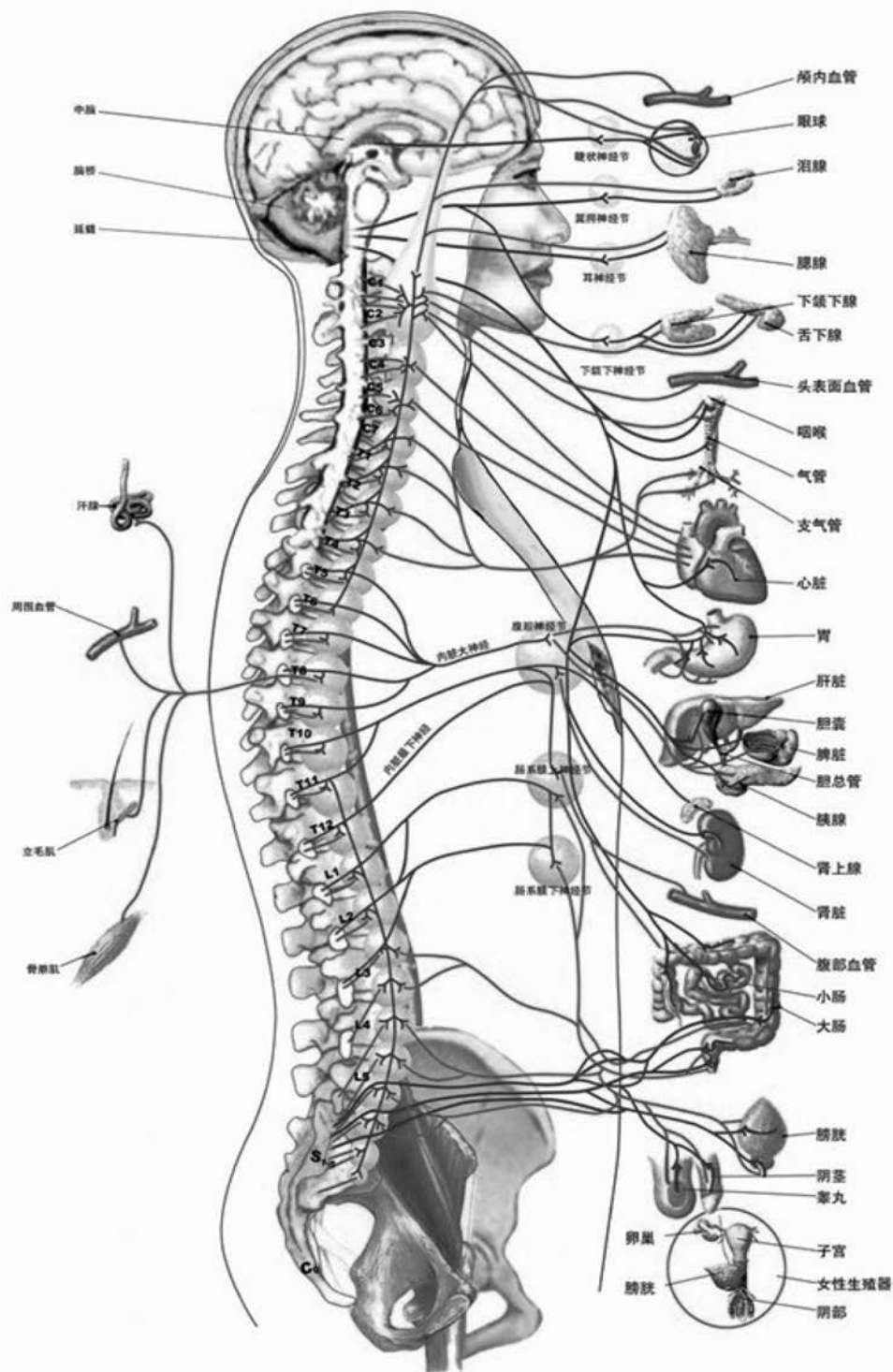
四、脊柱定位歌诀(仅供参考):

脊柱结构妙难言，上细下粗尾骨尖。
上下弯屈成龙形，承受压力紧关连。
环无棘突乳突下，枢椎下颌相平行。
四甲六环七隆突，肩胛上角胸二平。
胸三岗脊水平线，胸四胸角遥相应。
肩胛下角平7肋，胸九前与剑突平。
十一棘下十二根，十二尖端腰二平。
腰三肚脐水平线，髂脊相连腰四行。
骶骨胛旁四对孔，骶后上棘骶二平。
骶骨骶角骶寻孔，骨突定位记分明。

五、脊柱相关疾病研究的意义:

脊柱相关疾病学作为一门新兴的学科，越来越受到医学界的重视。但还没有引起医学界人士足够的重视，脊柱相关疾病被误诊为其他系统疾病的事情经常发生。临床上大量出现的头晕、头痛、胸闷心慌、耳鸣耳聋、视物不清、恶心呕吐等本应视为脊柱相关疾病的症状表现，患者却经常到脑神经科、心血管科、五官科或者消化科等专业科室求治。患者经长期药物治疗后，临床症状仍然存在。而同是脊柱源性疾病的头颈肩腿痛疾病由于经过多年研究，周围神经的支配定位已十分明确，通过临床的三步神经定位诊断方法已能做到准确的神经定位，这对指导治疗是十分有意义的。而脊

脊柱节段神经与脏器相关关系示意图



柱相关疾病的许多疾病从传统意义上讲, 归属内科或各个专科的范畴, 很少有医生对神经系统及其所支配的血管、脏器是十分清晰明了。所以加强各学科医生间的合作, 弄清每一个脏器及其支配血管的交感、副交感神经支配详情, 并予以总结和规范化, 将会对脊柱相关疾病这门新兴学科的临床研究起到巨大的指导和推动作用。

因此, 加大对脊柱相关疾病知识的宣传普及, 加强对脊柱相关疾病的研究, 必将开辟出治疗传统意义上的慢性病和疑难病的新方法、新途径。

六、脊椎相关疾病的治疗:

目前在脊椎相关疾病的治疗方面, 有采用手法调整复位、推拿、牵引、水针刀微创针法配合呼吸动静整脊手法等各种治疗方法, 整脊疗法是治疗脊椎相关疾病的最温和、最有效的方法。整脊疗法是根据人体脊椎关节错位的位置, 采用不同的坐、卧姿, 通过各种手法的运用, 在数分钟内能达成止痛和治疗效果。也就是通过手法矫正脊椎, 使神经不再受到侵犯, 而恢复原有功能。脊椎矫正疗法非常注重解剖学和X线影像学, 为脊椎的手法矫正, 奠定了坚实的基础, 使之有效而且安全。整脊疗法是一种医疗技术方法, 而非属一般按摩, 所以施行者必需是经过训练的医师, 整脊医师施行手法之前必须有一个判断分析脊柱病变节段的过程, 包括问诊、触诊、X线等影像学分析、神经定位等等, 施治时的手法必需是正规的, 这样可防止并发症的发生, 效果亦会非常显著。

整脊疗法的作用机理:

1. 纠正解剖位置的失常

急性或慢性损伤均可造成脊柱“骨错缝, 筋出槽”, 均可通过手法加以纠正, 进行整复治疗。

2. 恢复动态平衡机制

脊柱与内脏有着复杂的联系, 脊柱自身也

靠椎间盘、椎间韧带和周围附着的肌肉保持动态平衡, 这种平衡又直接影响着脊柱与周围脏器间的联系。脊柱任一稳定结构失去动态平衡, 均会导致相应症状出现。通过各种治疗手法, 恢复脊柱的动态平衡, 使脊柱达到一个新水平的稳定, 就可以使一些被破坏和阻断了的联系再恢复起来, 达到治愈相关疾病的目的。例如点按背部夹脊穴治疗相关脏器的疾病, 就是利用这种调节达到治病之目的。

3. 改变紊乱的信息通道

人体的各个脏器都有特定的生物信息, 当脊柱发生病变时, 就会使它的生物信息发生变化, 从而造成有关组织器官的病变。如第8、9胸椎后关节紊乱, 可造成第8、9交感神经支配的扩约肌痉挛, 引起胆囊炎或胆绞痛。用手法纠正了第8、9胸椎后关节紊乱, 就可以消除因解剖位置失常而引起的病变信息, 使症状消除。

中医经络理论是支持脊柱病因学的经验学说。因为脊柱病因学与我国传统医学经络理论中的足太阳膀胱经穴位分布有许多不谋而合之处(如: 心俞、肺俞、胆俞、胃俞、肾俞……), 这并非偶然。传统的推拿、按摩等治疗方法, 有数千年的历史, 有坚实的临床实践基础和经验。



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

《新加坡中医杂志》来稿要求：

文稿一般为综述、活动报导勿超过5000字，论著不超过4000字，其它文稿不超过3000字(包括摘要、图表和参考文献)，文题力

求简明扼要，突出文章主题，中文一般不超过20个字，文题中不能使用非公用的缩略语。

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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



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。

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2014年6月30日

顾问 赵英杰

编 印 新加坡中医师公会

主 编 林秋霞(宣传出版组主任)

副 编 郑爱珠(宣传出版组副主任)

编 委 梁桂贤 王木瑞 陈蓓琪
王 平 林 英 蒋艳萍

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

出版准证 MCI (P) 035/06/2014

国际刊号 ISSN : 0219-1636

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

代 理 长河书局
书城音乐书局

定 价 5.00新元

版权所有 翻印必究



新加坡中醫師公會

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

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

