



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12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



新加坡中医师公会

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

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



新加坡中醫雜誌

二〇一四年

总三十七期

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

新加坡中醫雜誌

新加坡中医师公会出版

37

12月 / December 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>

《新加坡中医杂志》稿约



《新加坡中医杂志》是新加坡中医师公会主办、国内外公开发行的专业性学术半年刊。编委群旨在与时俱进, 反映新世纪、新年代、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、非药物康复疗法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(加方据号置右上角)表示。

来稿刊出后, 稿酬为《新加坡中医杂志》两本, 以资感谢。

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

综述

1. 针灸治疗干眼症及干眼综合征的临床研究 — 新加坡·林秋霞p02-10
2. 针灸治疗中风失语症的研究概况 — 新加坡·刘嘉扬p11-14
3. 多囊卵巢综合征中医治疗概况 — 新加坡·曾玉珠p15-19
4. 中国单纯针刀治疗足跟痛的临床研究现状及机制 — 天津中医药大学硕士研究生·黄旭华p20-23

临床

5. 喉源性咳嗽中医证型分布规律及病机探讨 — 新加坡·卓扶蓉p24-28
6. 便秘并发尿闭证病例的临床经验交流 — 新加坡·吴荣贵p29-30
7. 筋膜松弛术治疗慢性紧张型头痛的临床研究 — 中国黑龙江·程亭秀p31-39
8. 慢性肾功能衰竭与营养治疗 — 新加坡·梁妹p40-41
9. 针灸穴位意外举例 — 新加坡·冯启发p42-47
10. 针灸治疗胃痛 — 新加坡·杨昌志p48-51
11. 治疗肩周炎的小体会 — 新加坡·陈昆宁p52-54
12. 美容火针疗法的体会 — 新加坡·蔡欣洁p55-58
13. 求子有方, 好“孕”自然来 — 新加坡·陈浩平p59-63

理论探讨

14. 从中风病治疗谈中西医结合的思维 — 中国广西·郭礼p64-66
15. 耳穴疗法及临床优势 — 新加坡·王美凤p67-71
16. 探讨何首乌等中药在治疗白发方面的作用 — 新加坡·刘立p72-74
17. 浅谈冠心病的介入性检查方法及其治疗 — 新加坡·闫立群p75-78

新加坡杏林人物志

18. 推动成立公会培育中医人才的曾志远 — 新加坡·林英p79-81

学术交流

19. 世界中联第十一届中医药大会概况 — 新加坡·林朝华p82-85
20. 第五届国际中医、中西医结合肿瘤学术交流大会 — 新加坡·林英p86-88

知识库

21. 分享栏目 浅谈平衡针灸疗法 — 新加坡·陈蓓琪p89-96



针灸治疗干眼症及干眼综合征的临床研究

新加坡·林秋霞

干眼症是一种由泪液分泌异常等多因素所致的眼部不适。视觉障碍、泪膜稳定性差、眼表面炎症及其潜在性损伤^[1]。主要症状有眼睛干涩、异物感、烧灼感、痒感、视物模糊等。病变持久可使角膜透明度下降、视力减退,从而影响工作、学习和生活,甚至影响生活质量^[2,3,4]。随着电脑的普及及生活方式、生活习惯的变化,干眼症的发病率有逐渐升高并呈现低龄化发展的趋势,其发病率高,影响全球人口约11-22%之间^[5,6]。如何有效治疗干眼症已经成为研究热点^[7]。目前,临床治疗干眼症常采用人工泪液替代和尽量维持泪液在眼内存留时间的方法。这些属于被动性增加泪液的方法。环孢霉素A、泪点栓塞、自体颌下腺体移植术等均有一定疗效,但也存在不足^[8]。由于中医针灸治疗能够调理全身机能,增加泪液分泌,从而在根本上提高泪液分泌、改善干眼症状,相比人工泪液和单纯对症治疗有较好效果^[9]。因此越来越多地被应用于临床治疗干眼症。近年来中国及外国研究者进行相当多针灸疗法治疗干眼症的临床研究,取得较好的临床疗效,现将研究发表的有关文献做一综述如下。

1、外国针刺治疗临床研究

1.1. Jeoh^[10]等在韩国东方医药医院观察针刺治疗减少干眼症症状的初步试验。他们纳入36名以泪膜破裂时间(TBUT)<10秒,泪液分泌试验(Schirmer's Test)<10mm/5min的干眼症病人,每星期给予3次针刺,共治疗4个星期。病人的TBUT、泪液分泌试验及眼表疾病症状积分(Ocular Surface Disease Index, OSDI)都做治疗疗效前后比较,以证实针刺的疗效。结果显示OSDI及干眼症症状在治疗后相对减少,统计学有明显差异($p<0.0001$)。虽然双眼泪液在治疗后较前湿润(左眼 $p<0.0001$,右眼 $p=0.0012$)但TBUT的数值在治疗前后并没有统计学上的差异。研究结果提示针刺治疗可以有效地改善干眼症症状及增加泪液分泌。

1.2. Kim TH^[11]等在韩国东方医药医院的针灸经络研究中心进行了一项针刺与滴眼液治疗干眼症临床比较研究。在此研究里,从韩国三家研究中心里随机将150位具有中度至严重程度的干眼症病人,分成一组

病人针刺,取穴采取双侧攒竹(BL2)、阳白(GB14)、丝竹空(TE23)、四神聪(Ex1)、承泣(ST1)、风池(GB20)、合谷(LI4)、曲池(LI11)及上星(GV23)。另一组病人则单纯使用滴眼液(羟甲基纤维素钠),一天点滴一次,共治疗4个星期。治疗疗效以OSDI、TBUT、泪液分泌试验(Schirmer 1 Test, SIt),视觉模拟量化积分(Visual Analogue Scale, VAS)、针灸师及病人对眼部症状,身体症状及生活质量(Quality Of Life, QOL)的评估积分(采用自我评估医药评分表格, Measure Yourself Medical Outcome Profile-2 MYMOP-2)治疗前后积分做比较。

统计分析结果显示治疗后,两组间的OSDI没有统计学上差异($p=0.419$)、VAS($p=0.530$)、QOL($p=0.42$)均未见统计学上差异。但治疗8个星期后统计处理却显示,针刺组同滴眼液组的OSDI存在统计学差异($p=0.030$),而VAS则有明显统计学差异($p=0.018$)。TBUT虽未显示统计学差异,但也提示在在针刺治疗后有显著延长。此研究提示较长时间的针刺治疗比滴眼液更能有效地改善干眼症状。

1.3. Shin MS^[12]等在韩国东方医药医院进行了另一项随机性、双盲性针刺对比假针刺治疗干眼症的研究。治疗中度至严重程度干眼症病人52例,针刺取穴共17个穴位:上星(GV23)、双侧攒竹(BL2)、阳白(GB14)、丝竹空(TE23)、四神聪(Ex1)、承泣(ST1)、风池(GB20)、及采取男左女右单侧的太白(SP3)、太渊(LU9)、鱼际(LU10)及少府(HT8),针刺得气为止。假针刺则以浅刺穴位为准,不行任何手法。一个星期针刺3次,共治疗21天。

治疗疗效以治疗期内两组治疗前后的OSDI、VAS、TBUT、泪液分泌试验II(Schirmer's Test II, 上麻痹药的泪液分泌试验)进行比较分析,且记录研究过程中的任何不良反应。

结果显示两组间在OSDI、VAS、

TBUT、泪液分泌试验II的比较没有统计学差异。但3个星期的治疗期后,针刺组的OSDI、VAS、TBUT显示进步。治疗过程中没有显示任何的不良反应。

研究提示针刺,无论是针刺或假针刺,都能有效地改善干眼症自觉症状及观察症状。针刺在此研究中并没有显示比假针刺有优势。针刺治疗并没有显示任何不良反应。

1.4. 瑞典哥德堡大学Grönlund MA等在临床神经科学学院的眼科部门做了一项有关针刺治疗干眼症的试验研究,治疗干眼症病例25例。其中女性20例,男性5例。针刺取穴采取双侧四白(ST2)、头维(ST8)、足三里(ST36)、瞳子髎(GB1)、阳白(GB14)、攒竹(BL2)及合谷(LI4)。每次针刺30分钟,在针刺的10、20、30分钟进行手法捻转刺激,每星期针刺1-2次,针刺10次为一个疗程。针刺后的第2、8个星期的治疗疗效以症状问卷积分、VAS、滴眼液次数及干眼症诊断检查的积分来做比较。治疗后的第2-3个星期及平均8个月后进行随访。

结果显示针刺治疗病人在治疗期间觉得干眼症症状情况改善($p=0.036$)。但治疗前后的变化包括自觉症状、滴眼液次数、干眼症诊断检查积分、泪液质量及眼表疾病症状积分等,却没有统计学上的差异。

结论是针刺治疗干眼症可以改善干眼症病人的自觉症状,考虑除了西医常规治疗外,针刺治疗或可以做为干眼症的一种辅助治疗方法。

1.5. 瑞典卡罗林斯卡医学院临床口腔生理学部门的Bloom M^[13]等以针刺治疗年龄介于32-82岁的口腔干燥症病人70例,治疗口腔干燥症或因干燥综合症(Sjögren Syndrome)引起的口腔干燥症及伴随的不适症。平均随访时间长达3年。

受试者总共进行24次针刺治疗,每周2次,为期4个月。面项取穴选择双侧巨髎(ST3)、大迎(ST5)、颊车(ST6)、夏管(ST7)、

天容(SI17)、扶突(LI18)、翳风(TE17)及百会(GV20),体位取穴选择双侧神门(H7)、内关(P6)、三间(LI3)、合谷(LI4)、曲池(LI11)、外关(TE5)、足三里(ST36)三阴交(SP6)、足临泣(GB41)、太冲(LR3)、太溪(K3)及水泉(K5)。每位受试者每次针刺12-15针,面项局部取4穴、体针部位2穴取手、4穴取脚。其他针位将因受试者的所需而取穴:有恶心反胃者取三阴交(SP6)、有关节炎者取外关(TE5)、足临泣(GB41)、眼差者取百会(GV20)、神门(H7)或内关(P6)、干眼症者去丝竹空(TE23)、四白(ST2)或攒竹(BL2)。针刺手法以捻转得气为止,每次留针20分钟。

其中67位病人治疗前后的促进性/非促进性唾液流动率(Salivary flow rates, SFR)在6个月后做了比较并进行双向方差分析。3年随访期后,停止针刺治疗的病人也同那些继续接受针刺治疗的病人相互比较。

试验结果显示治疗疗效在统计学上有明显差异($p<0.01$)。3年随访期后继续接受针刺治疗的病人,他们的平均促进性/非促进性的唾液流动率,都相对的比那些停止针刺治疗的病人来得高。($p<0.05$)

这项研究提示针刺能有效地提高口腔干燥病人的唾液流动率达6个月。而继续接受针刺治疗则能将这改善情况维持到3年之久。

1.6. 维也纳大学临床眼科及视光学医学院的Nepp J^[4]等进行了有关针刺治疗干眼症疗效的双盲性、随机性研究。

研究样本为干眼症病人102例。其中87例女性,15例男性。针刺治疗为每周一次,每次针刺30分钟,共进行10次针刺疗程。针刺采取局部穴位双侧:瞳子髎(GB1)、攒竹(UB2)、大迎(ST5)、印堂(Ex2),眼周及体针取穴双侧:合谷(LI4)、后溪(SI3)、三间(LI3)、照海(Kd6)、外关(TH5)及根据患者所需而采取的一些穴位。

观察数据包括外在因素如毒素、敏感、药物、眼表炎症感染、隐性眼镜及眼表不适

等;内在因素如荷尔蒙变化、免疫能力低下、心理卫生、维生素A缺乏症的分析。眼科诊断检查包括裂隙灯检查前节、泪液分泌试验II、TBUT及滴眼液用量等,在针刺治疗的前后一个星期记录并做比较。

研究结果显示泪液分泌试验II, TBUT及滴眼液用量均有显著统计学差异($p<0.001$)。但外在因素同内在因素比较没有统计学上差异,但因外在因素而致的干眼症疗效较佳。眼表炎症感染及自主神经系统不平衡的干眼症病人的疗效最好,干燥综合症病人的疗效最差。年龄轻的病人疗效也比年龄超过50岁的病人疗效来得好。

结论是针刺治疗对功能障碍性干眼症最佳。

1.7. 瑞典卡罗林斯卡医学院临床口腔生理学部门的Bloom M^[5]等以毛果芸香碱(Pilocarpine)检测针刺治疗口腔干燥征病人的长期疗效。

口腔干燥症可由多种因素包括干燥综合征及头颈部放射性治疗引起;很多研究指出针刺治疗对改善普通健康病人及口腔干燥征病人的唾液流动率有所帮助。研究以毛果芸香碱检测针刺治疗口腔干燥症病人的疗效。

此临床研究治疗口腔干燥症病人32例。21例为放射化疗患者,11例为干燥综合征。使用毛果芸香碱前后的非刺激性SFR及以石蜡刺激性的SFR作为观察指标。共进行24次针刺疗程,每周2次,为期3个月。随访则分别在治疗1个月及6个月后进行。

面项取穴选择双侧:巨髎(ST3)、大迎(ST5)、颊车(ST6)、下关(ST7)、天容(SI17)、扶突(LI18)、翳风(TE17)及百会(GV20),体位取穴选择双侧:神门(H7)、内关(P6)、三间(LI3)、合谷(LI4)、曲池(LI11)、外关(TE5)、足三里(ST36)三阴交(SP6)、足临泣(GB41)、太冲(LR3)、太溪(K3)及水泉(K5)。每次在头面部取穴5-8针,体针将因患者所需而取穴。针刺手法以捻转得气为止,每次留针20分钟。

在预计病人对毛果芸香碱的敏感性、耐药性、正面性及负面性因素后,结果显示接受针刺治疗的病人,其唾液流动率比其他病人高出约20%。在治疗1个月后的随访,72%对毛果芸香碱产生正面反应的病人,其唾液流动率明显地有变化。67%对毛果芸香碱产生负面反应的病人,其唾液变动率则没有变化。这期间,毛果芸香碱的敏感性为0.90,耐药性为0.36,预计的正面反应为0.72,负面反应为0.67。

在治疗6个月后的随访,74%对毛果芸香碱产生正面反应的病人,其唾液流动率明显地有变化。60%对毛果芸香碱产生负面反应的病人,其唾液流动率则没有变化。这期间,毛果芸香碱的敏感性为0.89,耐药性为0.33,预计的正面反应为0.74,负面反应为0.60。

结论是毛果芸香碱能正面及高敏感度地反应口腔干燥征病人的针刺疗效。

1.7. 瑞典List T^[6]等进行了一项以针刺治疗原发性干燥综合征的对照临床研究,将21例干燥综合症病人(其中20位女性,1位男性)随机分为针刺治疗组及无针刺组。针刺组以10个星期的针刺为一个疗程,每周进行2次针刺。

针刺穴位采取以靠近腮腺、颌下腺、唇腺的两侧:颊车(ST6)、下关(ST7)、丝竹空(TE23)、攒竹(BL2)、单侧廉泉(CV23)、承浆(CV24)、百会(GV20)、水沟(GV26)。非局部穴位则取双侧:足三里(ST36)、合谷(LI4)、太溪(KI3)或大钟(KI4)。针刺以低频电针(2Hz)及手法捻转刺激得气为止,留针30分钟。

在针刺治疗期间,大部分病人自觉情况改善。治疗后显示,除了石蜡刺激的唾液流动率有所改善,两组间在无刺激的唾液流动率及其他观察指标方面,并无统计学上的差异。此研究结论针刺治疗对原发性干燥综合症有着一定的局限。

1.8. 瑞典的Bloom M^[7]等研究针刺因干燥综合征引起的口腔干燥征病人,观察针刺刺激所引起的局部血流量改变。21个干燥综合症病例接受4种不同的针刺刺激,针刺穴位采用之

前治疗口腔干燥症的原穴位。穴位采取双侧地仓(ST4)、下关(ST7)、合谷(LI4)、神门(H7)、三阴交(SP6)或水泉(K5)及足三里(ST36),留针20分钟。腮腺的局部血流量在针刺治疗前后以激光多普勒血流测量仪测量。结果显示在针刺过程中及针刺治疗后,两种普通手法、一种低频电针(2 Hz)比浅刺手法的局部血流量,有所明显增高。结论是针刺刺激引起的局部血流量增加比之前针刺治疗口腔干燥征病人引起的唾液增加更能断言针刺治疗干燥症的疗效。

2、中国针刺治疗临床研究

龚岚等^[8]通过针刺治疗干眼症,针刺取穴:睛明、攒竹、阳白、丝竹空、太阳、四白、合谷、太冲、光明、三阴交、风池。睛明、攒竹、阳白、丝竹空、太阳及四白均为眼周穴位,针刺可疏通眼部经络,刺激泪液分泌。配合谷、太冲辅以风池,能清肝明目,通络止痛。治疗干眼症20例,每次20min,隔日1次,共治疗10次。并设人工泪液对照组22例,2组经过21日治疗,针刺组总有效率为45%,对照组为50%,两组间无统计学差异($P=0.758$)。治疗3周后再次评定疗效,针刺组总有效率为40%,对照组降为5%,表明针刺组的疗效显著于对照组。

刘慧莹等^[9]针刺睛明、攒竹、四白、丝竹空;远穴:养老、合谷、三阴交。睛明穴指切直刺缓慢进针,至患者眼部有明显酸胀感,不行任何手法,留针30min;其他穴位采用指切进针法,快速进针,行平补平泻法,留针30min。10日为1个疗程,共3个疗程,治疗干眼症15例(30只眼),有效率为96.7%。

高卫萍等^[20]采用单纯针刺法治疗干眼症72例,其中针刺治疗组24例,穴取睛明、攒竹、丝竹空、瞳子髎、太阳、合谷、采用平补平泻法,每日1次,并设口服增液剂及局部使用泪然滴眼液2个对照组。3组均以20日为1个疗程,结果针刺治疗组总有效率79.2%,

增液剂对照组总有效率75.0%，泪然滴眼液对照组总有效率64.6%，针刺组总有效率显著高于其他2组。

王中林等^[21]将45例干眼症患者随机分为整体辨证针刺组(1组)、局部取穴针刺组(2组)和人工泪液组(3组)，每组15例。将1组患者辨证分为热炽阴伤型和痰瘀互结型2型，热炽阴伤型取穴四白、迎香、曲池、合谷、三阴交，痰瘀互结型取穴四白、血海、阴陵泉、足三里、三阴交、照海，采用捻转和提插补泻手法，随证补泻；2组取攒竹、阳白、丝竹空、承泣，施捻转平补平泻法。1、2组隔日治疗1次，10次为1个疗程，共治疗3个疗程。3组采用泪然滴眼液，每日5次，连续治疗30日。结果显示，1组的总有效率为86.7%，显著高于2组(66.7%)和3组(33.3%)。

张成涛等^[22]将60例干眼症患者随机分为针刺组30例、泪然组30例，针刺组主穴取太冲、太溪，配穴取承泣、太溪用补法，余穴平补平泻，留针20min，每日1次，10次为1个疗程，2组均治疗3个月。结果显示针刺组总有效率为83%，泪然组为80%，2组比较无统计学意义($P>0.05$)。2组近期疗效相当，但针刺远期疗效较好，且避免了长期应用人工泪液的副作用。

庞雅菊等^[23]研究针刺对Sjögren综合征患者泪液的影响，对30例患者进行针刺治疗，并设人工泪液组30例。针刺组取穴：四白、攒竹、承泣、迎香、百会、少泽、后溪等。每日1次，每次行针30min。对照组予人工泪液，每日6次。2组均以10天为1个疗程，共3个疗程。针刺组治疗后Sit、TBUT及角膜荧光素染色结果显著优于对照组($P<0.05$)，且泪液量明显增加。

李金颖等^[24]通过针刺治疗干眼症患者34例，穴取承泣、四白、睛明、太阳、合谷，每日一次，留针20min，15日为1个疗程，治疗后总有效率为88.2%。

高卫萍等^[25]采用眼周针刺治疗干眼症疗

效观察56例，分为针刺组、西药组各28例。针刺组取穴睛明、攒竹、丝竹空、瞳子髎等眼周穴位针刺治疗；西药组给予外用人工泪液滴眼治疗，观察两组患者治疗前后角膜染色、TBUT、泪液流量计、眼部症状积分等指标的变化。结果显示针刺组延长了TBUT、增加了泪液流量、降低了眼部症状积分，与治疗前相比较，差异有统计学意义($P<0.01$)。针刺组在改善泪膜破裂时间、泪液流量、眼部症状积分方面优于西药组($P<0.01$)。结论是眼周针刺治疗干眼症有较好疗效。

石晶琳等^[26]以人工泪液泪然滴眼液为对照治疗药物，观察针刺对干眼症患者泪液中乳铁蛋白含量及泪液分泌的影响及效应持续时间，探讨针刺治疗干眼症的作用机制。采用随机对照试验的设计方法，收集干眼症患者65例，随机分为针刺治疗组及对照组，分别给予针刺治疗及人工泪液治疗3周。主要指标采用酶联免疫吸附法测定治疗前后干眼症患者泪液中乳铁蛋白含量，来评价针刺对干眼症治疗的有效性。结果显示与治疗前比较，治疗3周后针刺组泪液中乳铁蛋白浓度升高，TBUT延长，基础泪液分泌量增加，且均优于对照组；对照组的乳铁蛋白含量、TBUT与对照组比较，差异无统计学意义。治疗结束后1周，针刺治疗组患者的基础泪液分泌量、泪液中乳铁蛋白含量与治疗3周时比较差异无统计学意义，而TBUT缩短；针刺组泪液中乳铁蛋白含量、TBUT与对照组比较，差异亦无统计学意义，而基础泪液分泌量仍优于对照组。结论是针刺治疗可以增加干眼症患者泪液中的乳铁蛋白含量，促进干眼症患者泪液的分泌，延长其泪膜破裂时间。但针刺治疗对干眼症患者泪液分泌的改善及促进作用具有一定的时效性，随着治疗结束，治疗效应逐渐减弱。

3、中国针刺结合药物治疗临床研究

针药结合多为结合眼药水或是中药，以内

服外治提高疗效。彭清华等^[27]等研究针刺联合药物治疗干眼症,同时观察了对其性激素的调节作用。将30例60干眼症患者随机分为针刺药物组15例30眼和药物对照组15例30眼。针刺组患者对其使用药物滴眼液加针刺治疗,针刺取穴:近穴取睛明、攒竹、四白、丝竹空,远穴取养老、合谷、三阴交。除睛明穴指切直刺缓慢进针、不行任何手法外,其他穴位采用指切进针法,快速进针,行平补平泻法,留针30min。同时点潇莱威眼药水,2次/d,1d使用1支,10d为一个疗程。对照组药物组则单纯使用眼药水滴眼,2组均治疗3个疗程。治疗完成后对所有患者的雌二醇、睾酮以及疗效进行比较。结果显示,针刺联合药物组治疗干眼症总有效率显著高于单纯药物治疗($P<0.05$)针刺治疗前后雌二醇(E2)和睾酮(T)明显升高具有极其显著统计意义($P<0.01$)。针刺药物组的有效率为97.0%,药物对照组的有效率为90.0%,比较差异具有统计学差异($P<0.05$)。研究认为针刺配合药物治疗干眼症症状疗效优于单纯药物治疗,并能取向调节患者的性激素水平。

4、中国针灸治疗临床研究

张燕超等^[28]研究了针灸对干眼症患者泪膜的影响,对30例患者进行针灸治疗,主穴取百会、睛明、攒竹、太阳、四白、风池、合谷、足三里、三阴交、太溪、太冲。气阴两虚者加气海,湿热壅滞者加外关、丰隆。瘀血内阻者加血海、曲池、睛明穴指切直刺缓慢进针,至患者有明显酸胀感,不行任何手法,其他穴位采用指切进针法,快速进针,行平补平泻法,留针20min。针刺后再行雷火灸,1次/d,10次为1个疗程。治疗后患者泪液分泌量明显增加,泪膜稳定性提高。

魏立新等^[29]用针刺加无烟灸治疗干眼症患者40例作为治疗组。取穴:头面部取睛明、攒竹、太阳、四白、百会、神庭、风池。远端取曲池、外关、合谷、中脘、天枢、气海、

足三里、三阴交、太溪、太冲。除睛明浅刺外,余穴均为平补平泻,留针20min后用无烟雷火灸,隔日1次,10次为1个疗程,共治疗2个疗程。对照组40例点玻璃酸钠眼液,每日3次,10天为1个疗程,共治疗2个疗程。结果治疗组总有效率为73.1%,明显高于对照组37.2%。

5、中国针灸结合耳穴贴压治疗临床研究

杨威等^[30]将51例干眼症患者随机分为养血润目组(治疗组)和人工泪液组(对照组)。治疗组采用针刺、中药灸、耳穴贴压法治疗。取穴:百会、睛明、攒竹、太阳、四白、风池、合谷、足三里、三阴交、太溪、太冲。气阴两虚者加气海。湿热壅滞者加外关、丰隆。瘀血内阻者加血海、曲池。雷火灸:双眼闭目灸2min,交替灸双耳2-3min,再睁开双眼各灸1min,最后灸双侧合谷穴各1min。耳穴贴压:取神门、肝、脾、肾、心、眼、枕、目¹、目²、内分泌。两耳交替,2d更换1次。对照组点人工泪液。2组均治疗10d为1个疗程,2个疗程后统计结果。治疗组总有效率88.5%,明显优于对照组的52.0%。

6、中国雷火灸治疗临床研究

陈陆泉等^[31]观察单纯雷火灸治疗泪液缺乏性干眼症的临床疗效。将70例泪液缺乏性干眼症患者随机分成雷火灸组和人工泪液组。雷火灸组36例,对眼周穴位攒竹、鱼腰、瞳子髎、太阳、四白、睛明等给予雷火灸治疗,并配合眼周穴位及泪腺按摩。人工泪液组34例,局部点泪然滴眼液。结果显示两组患者眼部干涩感、异物感、视疲劳和整体症状较治疗前均有显著改善($P<0.01$),并且在干燥感、异物感及整体症状的改善上,雷火灸组优于人工泪液组($P<0.05$);雷火灸组泪液分泌试验较治

疗前有显著改善($P<0.05$), 优于人工泪液组($P<0.05$); 两组TBUT、角膜荧光素染色较治疗前均有显著改善($P<0.05$)。其中雷火灸组TBUT改善较人工泪液组显著($P<0.05$)。

宋立等^[32]用雷火灸治疗干眼症的临床观察。采用随机对照试验方法, 分为雷火灸并爱丽眼药水治疗组和爱丽眼药水对照组。每组各20例。治疗组采用雷火灸(双眼闭目灸、双目睁眼灸、闭目点眼穴、轮换灸双耳部等), 每次共灸疗20-30min, 每日1次, 配合0.1%爱丽眼药水点眼, 每次1滴, 每日4次。对照组单纯采用0.1%爱丽眼药水点眼。每日1滴, 每日4次。疗程4周。结果: 治疗后两组分别自身比较, 主观症状均较治疗前明显改善, 有显著统计学差异。($P<0.01$)治疗前后两组的各项主观症状进行比较, 治疗组均好于对照组。尤其在眼疲劳、干涩感、异物感的三项观察中治疗组有明显改善、与对照组相比分值下降、有统计学差异($P<0.05$, $P<0.01$)。治疗后治疗组的TBUT、SIt试验、角膜荧光素染色三项客观指标均较治疗前明显改善、有极显著统计学差异($P<0.01$)。

7、中国中药结合雷火灸治疗临床研究

金明等^[33]研究中药联合熏灸、点穴治疗干眼症的效果。先熏额头、再熏双眼和泪腺部位, 接着点印堂、鱼腰、瞳子髎、四白、睛明穴、然后熏双耳, 并点耳门、耳垂及翳风, 最后点双手合谷穴。灸疗30min, 每日1次, 14d为1个疗程, 共治疗2个疗程。同时服用中药养阴生津方(人参、麦冬、天冬、五味子、天花粉、薄荷、黄芪等), 每日1剂, 共14剂。结果表明, 经治疗有72.0%的患者眼部干涩感得到改善, 眼疲劳改善占27.8%, 异物感改善占54.5%, 泪液分泌有一定改善, TBUT较前延长, 角膜荧光染色有明显改善。

华东平等^[34]采用中药内服结合雷火灸法

治疗肝肾阴虚型干眼症患者100例。中药方药为四物五子丸加黄芪、黄精、麦冬、天花粉、鬼针草。1日1剂, 30d为1个疗程。同时行雷火灸治疗30min, 每日2次, 7d为1个疗程。中药治疗3个疗程后观察疗效, 治愈率为62%, 好转率为24%。

8、中国电针、温针治疗临床研究

刘志敏等^[35]采用电针治疗干眼症患者20例, 取穴: 攒竹、睛明、四白、太阳、合谷、足三里、三阴交、太冲(1组), 风池、翳风、太阳、合谷、肝俞、肾俞(2组)。采用频率1.0-1.5 Hz的连续波, 留针30min。2组穴位交替使用, 每日1次, 10次为1个疗程, 治疗3个疗程后总有效率达85.0%。

徐兴华等^[36]采用温通针法治疗干眼症患者30例, 比较以风池穴为主运用温通针法与常规针刺法治疗干眼症的疗效差异。30例患者随机分为温通针法组(15例)和常规针刺组(15例)。温通针法组采用风池穴运用温通针法, 并配合眼局部、远端取穴(攒竹下、内关、光明、太冲、复溜、三阴交)和头针(双侧枕上旁线、枕上正中中线)针刺, 运用捻转平补平泻法; 常规针刺组取穴与温通针法组相同, 均运用捻转平补平泻法。两组均隔日1次针刺, 10次为1个疗程, 治疗2个疗程后比较两组疗效、泪液分泌量与症状总评分。结果显示温通针法组的总有效率为86.7%, 优于常规针刺组的66.7%($P<0.05$)。两组治疗后基础泪液分泌量、症状总评分均明显改善(均 $P<0.05$), 其中温通针法组改善更明显(均 $P<0.05$)。结论是温通针法治疗干眼症疗效明显优于常规针刺。

9、结语

综上所述, 目前国内外以针灸治疗干眼症的临床研究呈现多样性, 主要有针刺、雷火灸、电针、针药结合、耳穴贴压等, 其临床疗

效肯定,患者自身的症状近期缓解较为明显。研究方法多少单一的治疗手段对比人工泪液,或是多种治疗手段对比单一治疗手段,结果表明,辩证选穴结合多种方法疗效明显优于局部选穴、单一方法和人工泪液,操作手法大多为平补平泻或随证补泻^[37]。

辩证论治依然是针灸治疗的特色。但是,本病的辩证缺乏规范性,在取穴上,多以眼周腧穴为主。本病的治疗除了增加泪液分泌量、缓解眼部的不适症状外,关键在于促进泪腺主动性分泌泪液,只有采取整体辩证配穴治疗,通过经络与眼的联系及其对脏腑的调节,整体治疗眼部疾病,促进泪腺主动性分泌泪液,提高分泌泪液的质和量,才能去除根本病因,从而提高治疗的有效率与治愈率,降低复发率。而且从近几年的文献资料来看,多以临床报道为主,鲜有针灸治疗本病机制的研究;临床资料多为小样本,即使没有对照组,大多未遵循盲法、随机性,且均未对随机步骤进行描述,并且设置的对照组多样,有以单纯人工泪液为对照的,有以口服增液剂为对照的,缺乏统一的标准。

今后,研究者也许应更加深入地研究本病的中医辩证思维方法,如五轮学说结合脏腑辩证等,辩证力求准确,取穴力求精当。并且多拓宽治疗思路,运用多种方法治疗以提高疗效。为使针灸治疗干眼症的疗效得到普遍认可、针灸疗法得到进一步推广,应多开展前瞻性、多中心、大样本的随机对照试验。这样才能探索出疗效更确切、可行性更强的针灸疗法,从而为临床实践提高可靠的指导依据。

参考文献

- [1] 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
- [2] 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
- [3] 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.
- [4] Brown MM, Brown GC. Utility assessment and dry eye disease. *Ophthalmology* 2004; 111(4):852-853; author reply 853
- [5] Schein OD, Munoz B, Tielsch JM et al. Prevalence of dry eye among the elderly. *Am J Ophthalmol* 1997; 124:723-6
- [6] Sullivan DA. Tearful relationships? Sex, hormones, the lacrimal gland, and aqueous-deficient dry eye. *Ocul Surf* 2004;2:92-123
- [7] 张春芳, 黄秀蓉, 曾娟, 等. 干眼症的中医药治疗. *北京中医药*, 2008,27 (1): 63-65.
- [8] 龚岚, 孙兴怀, 马晓苑, 等. 针刺对兔泪液分泌的影响及其泪腺形态学变化. *中华眼科杂志*, 2006,42(9): 835-837.
- [9] 龚岚, 孙兴怀, 马晓苑, 等. 针刺治疗干眼症临床疗效和安全性观察的初步研究. *中华眼科杂志*.2006,42(11): 1026-1028.
- [10] Jeon JH, Shin MS, Lee MS, Jeong SY, Kang KW, Kim YI, Choi SM. Acupuncture reduces symptoms of dry eye syndrome: a preliminary observational study. *J Altern Complement Med*. 2010 Dec;16(12):1291-4. doi:10.1089/acm.2009.0537
- [11] Kim TH, Kang JW, Kim KH, Kang KW, Shin MS, Jung SY, Kim AR, Jung HJ, Choi JB, Hong KE, Lee SD, Choi SM. Acupuncture for the treatment of dry eye: a multicenter randomised controlled trial with active comparison intervention (artificial teardrops). *PLoS One*. 2012;7(5):e36638. doi: 10.1371/journal.pone.0036638.
- [12] Shin MS, Kim JI, Lee MS, Kim KH, Choi JY, Kang KW, Jung SY, Kim AR, Kim TH. Acupuncture for treating dry eye: a randomized placebo-controlled trial. *Acta Ophthalmol*. 2010 Dec;88(8):e328-33. doi: 10.1111/j.1755-3768.2010.02027.x. Epub 2010 Nov
- [13] Bloom M, Lundeberg T. Long-term follow-up of patients treated with acupuncture for xerostomia and the influence of additional treatment. *Oral Dis*. 2000 Jan;6(1):15-24.
- [14] Nepp J, Derbolav A, Haslinger-Akramian J, Mudrich C, Schauersberger J, Wedrich A. Effect of acupuncture in keratoconjunctivitis sicca. *Klin Monbl Augenheilkd*. 1999 Oct;215(4):228-32.
- [15] Bloom M, Kopp S, Lundeberg T. Prognostic value of the pilocarpine test to identify patients who may obtain long-term relief from xerostomia by acupuncture treatment. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999 May;125(5):561-6.
- [16] List T, Lundeberg T, Lundström I, Lindström F, Raval N. The effect of acupuncture in the treatment of patients with primary Sjögren's syndrome. A controlled study. *Acta Odontol Scand*. 1998 Apr;56(2):95-9.
- [17] Bloom M, Lundeberg T, Dawidson I, Angmar-Månsson B. Effects on local blood flux of acupuncture stimulation used to treat xerostomia in patients suffering from Sjögren's syndrome. *J Oral Rehabil*. 1993 Sep;20(5):541-8.
- [18] 龚岚, 孙兴怀, 马晓苑, 等. 针刺治疗干眼症临床疗效和安全性贯彻的初步研究[J]. *中华眼科杂志*.2006,42(11): 1026-1028
- [19] 刘慧莹, 彭清华, 姚小磊, 等. 针刺治疗干眼症的临床研究[J]. *中国中医眼科杂志*, 2009,19(3):148-150.
- [20] 高卫萍, 孙化萍, 王育良, 等. 针刺治疗干眼症的临床研究[J]. *中国针灸*, 2004,24 (10): 685.
- [21] 王中林, 何慧琴, 黄东, 等. 整体辩证针刺为主对干眼症患者泪膜稳定性的影响[J]. *中国针灸*, 2005,25(7): 460

- [22] 张成涛, 张俊峰, 邓少颜. 针刺治疗干眼症30例[J]. 河南中医, 2009, 29(9): 895-896.
- [23] 庞雅莉, 贾桂芹, 冯金玲, 等. 针刺对Sjögren综合症患者泪液的影响[J]. 中国中医眼科杂志, 2003, 12(1): 18-20.
- [24] 李金颖, 刁慧杰, 孙萌. 针刺治疗干眼病34例[J]. 上海针灸, 2009, 28(10): 596
- [25] 高卫萍, 刘敏, 张义彪. 眼周针刺治疗干眼症疗效观察[J]. 中国针灸, 2010, 30(6): 478-480.
- [26] 石晶琳, 缪晚虹. 针刺对干眼患者泪液中乳铁蛋白及泪液分泌影响的随机对照试验[J]. 中西医结合学报, 2012, 10(9): 1003-1008
- [27] 彭清华, 刘慧莹, 姚小磊, 等. 针刺队干眼症患者性激素水平调节的影响[J]. 国际眼科杂志, 2009, 9(8): 1534-1536
- [28] 张燕超, 杨威. 针灸对干眼症患者泪膜的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2006, 13(3): 31.
- [29] 魏立新, 杨威, 王宏才, 等. 针灸治疗干眼症40例临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(5): 65.
- [30] 杨威, 张燕超, 刘冬全, 等. 养血润目法治疗干眼症的临床观察[J]. 中国针灸, 2006, 26(8): 571-573.
- [31] 陈陆泉. 雷火灸治疗泪腺缺乏性干眼症疗效观察[J]. 中国针灸, 2008, 28(8): 585-588.
- [32] 宋立, 张南, 矫红. 等. 雷火灸治疗干眼症的临床观察[J]. 中国中医药杂志, 2007, 22(10): 726-729.
- [33] 金明, 王晓娟, 宋海蛟, 等. 中药及熏灸治疗干眼症的临床观察[J]. 中国中医眼科杂志, 2006, 16(2): 71-73
- [34] 华东平, 张丽. 中药内服结合雷火灸法治疗干眼症100例[J]. 上海中医药杂志, 2007, 41(10): 57
- [35] 刘志敏. 电针治疗干眼症20例[J]. 中国针灸, 2007, 27(7): 516
- [36] 徐兴华, 方晓丽. 温通针法治疗干眼症疗效观察[J]. 中国针灸, 2012, 32(3): 233-236
- [37] 徐兴华, 黄春换. 针灸治疗干眼症的临床研究近况[J]. 甘肃中医学院学报, 2011, 28(6): 62-64

针灸治疗



中风失语症的研究概况

新加坡·刘嘉扬

【概说】 中风为祖国医学的学名。它包括了现代医学的脑出血，蛛网膜下腔出血，脑梗塞等脑血管的病变，是针灸临床上常见的疾病之一。由于此病所造成的器质性的变化，临床上除了出现一系列神经系统的病变之外，也造成了语言的表达和理解能力的丧失和受损，形成了临床上中风后遗症中较顽固的——失语症。

失语症除了语言训练和药物治疗之外，近年来运用中医针刺疗法也取得了新的进展。为了更深入的研究因中风所引起的失语症，提高本病的临床疗效，更有效的促进患者的康复，本文收集了近二十年公开发表的文献，综述如下：

【关键词】 针灸疗法；中风；失语

1、临床研究

1.1 体针：李氏^[1]治疗126例中风失语的病人，选用的穴位主要以风池，通里，金津玉液。配穴则随症加减，如神昏配百会；痰浊配丰隆；气虚配足三里等。操作手法以平补平泻，每日针一次，金津玉液以三棱针点刺出血，一周2次，平均治疗18天，基本治愈41例，占32.54%；显效54例，占40.47%；进步29例，占23.02%；无效5例，占3.9%；总有效率达96.03%。崔氏^[2]治疗63例中风失语的病人，选穴与李氏基本相同，每人平均治疗了23天，总有效率达88.89%。

1.2 头针：冯氏^[3]治疗50例中风失语的

病人，选穴主要是以语言I，II，III区，配合百会，四神聪，增音穴(在甲状软骨两侧凹陷处)。操作头针，头皮与针呈15度角的方向刺入头皮下3—4厘米，以大约240次/分的捻针速度，连续捻转变5分钟，然后休息五分钟，重复3次，隔日针一次，三个月为一个疗程。50例中，显效4例，占8%；有效35例，占70%；无效11例，占22%；总有效率达78%。周氏^[4]以头针治疗语言障碍207例，选穴以(标准头针穴位名)中的顶颞前斜线，顶颞后斜线，顶旁1线，顶旁2线，遵照办“虚则补之”，“盛则泻之”，“不虚不盛，以经取之”为原则，针后患者语言，舌瘫评分显著的改善。

1.3 眼针：黄氏^[6]以眼针治疗90例中风失语的病人，取穴以眼针的双上焦区，双下焦区，双肝区，双肾区。双上焦区，双肝区用外刺法，双下焦区用内刺法，进针得气后留针15-20分钟。不行针，留针期间嘱咐病人作语言锻炼。每日针一次，10次为一个疗程，并设立以体针组对照，总有效率达96.47%。

1.4 舌针：陈氏^[7]以舌三针治疗中风后遗症语言障碍12例，治疗方法，第一针舌伸出按住靠近舌尖正中直刺至舌根，第二针在舌尖左侧直刺达舌根，第三针在舌尖右侧直刺达舌根，以上三针均用泻法强刺激，不留针。每日针一次，7天为一个疗程，总有效率达100%。董氏^[8]用舌三针治疗中风后遗症语言障碍100例，取穴与操作都和陈氏相同，总有效率达98%。肖氏^[9]以舌尖梅花针治疗了99例中风失语的病人，治疗方法是以穴位取于舌尖部，局部用75%酒精棉球消毒，患者取仰卧位，张口伸舌，医生右手持梅花针，轻轻而均匀的叩刺在舌尖上，至微出血为度，隔日治疗一次，十次为一疗程。治疗结果吐字清，语言流畅为治愈有60例，语言尚流利为显效有27例，吐字尚可，语言涩滞为有进步占了10例；治疗无效占了2例，总有效率达97.98%。田氏^[10]针刺治疗了186例，治疗方法以泉穴，针尖向上刺入深达根部，轻度捻转不留针，总有效率达98.39%。

1.5 综合疗法：有些医者认为失语症是属于全身性的疾病，取穴也不只是以局部为主，应当配合其他方法和穴位来加强疗效。如张氏^[11]以局部穴位配合体针治疗失语症38例。穴位取哑门，廉泉为主穴，配合涌泉，肾俞，太冲，金津，玉液，天突。冯氏^[12]以电针配合超声波治疗失语症32例。取穴廉泉，百会，针刺后加电，以断续波，脉冲频率每分钟30次。同时剃光头发，取仰卧位，治疗部分涂上油脂油用T4型超声机，频率为800KH/S，声头紧贴头皮，以防头发或空气进入头颅内。投射时间为10-12分钟。每天一次，12次为一个疗

程。总有效率达90.70%。甘氏^[13]运用综合针刺疗法治疗失语症16例。采用体针加头针和舌针，交替进行，总有效率达93.74%。刘氏等^[15]以体针配合点刺出血疗法治疗失语症48例。主穴以风池，廉泉，金津，玉液，配以印堂，内关。操作取双侧风池穴，针尖向舌尖斜刺，金津，玉液用三棱针点刺出血，10天为一疗程，总有效率达95.80%。黄氏等^[16]用头针配合体针随症加减治疗脑瘫失语症33例，总有效率达81.80%。孟氏^[22]也用头针配合体针随症加减治疗失语症240例，总有效率达95.00%。杨氏^[19]以背俞针配合体针治疗中风失语症160例，背俞针取颈椎5，6，7椎(督脉)。及旁开1.5寸处(膀胱经)。督脉穴从椎尖隙进针0.3寸。下肢取腰椎2，3，4，5椎(督脉)。进针得气后以每分钟100次以上的频率捻针5分钟，休息5分钟，反复三次，每日治疗一次，7次为一疗程，总有效率达99.9%。

1.6 特殊疗法：董氏^[14]以点刺法治疗中风失语症130例，点刺法是通过将少量血液放出体外，使机体产生反应而达到治疗的效果。取穴以金津，玉液用三棱针点刺出血，两日针一次，总有效率达97.69%。刘氏^[20]以长针深刺廉泉治疗中风失语症，针尖对舌根方向，针刺2寸左右深，提插3-4次，针感达舌根，舌尖即可。谭氏^[21]以针刺廉泉，通里，照海治疗中风失语症100例，用1.5-2.0寸毫针向舌根方向刺入，得气后提插捻5-10秒钟后留针，通里，照海用1-1.5寸毫针向舌根方向刺入，得气后提插捻5-10秒钟后留针，上述穴位留针15-30分钟，中间行针一次，每日一次，30次为一疗程，总有效率达98.00%。张氏^[23]以针刺“语门”穴治疗中风失语症75例，操作以左手将舌尖牵出唇外，右手取针在距舌尖约1厘米处，沿瘫侧舌体肌层，顺舌静脉走行方向，由舌尖到舌根平刺2.5寸，行平补平泻，当患者出现气感并用力曳舌时起针。隔日针一次，6次为一疗程，总有效率达90.00%。

2、机理研究

李氏^[1]认为中风失语症是由于心、脑、肾及肾精的亏损,津液不能上承,痰血互结,蒙闭心脑,舌窍失灵,因此治疗当以醒脑清心,疏通气血,扶正开窍为原则。崔氏^[2]则认为人的语言能力和五脏六腑都有关系。特别是心、脑、肾的关系最为密切。心主神志而开窍于舌,手少阴之别系于舌本。脑为元神之府,脑充盈则语言正常。闻氏等^[3],冯氏等^[4]张氏等^[5]则认为中风失语症是因为气虚,痰浊,肝阳上亢等病因所导致的气血不通。陈氏^[7],董氏^[8],肖氏^[9]都认同造成语言不利是于心、肝、脾、肾有关。心藏神,主血脉,开窍于舌,而且心经别络上行与舌体相连。肝藏血,主筋,其经沿喉咙后方于督脉会合于巅顶,肝血若不够则筋脉失养,舌短失灵。脾开窍于口,经脉连舌根下,舌为脾之外候。肾藏精,若肾阴不足则舌质僵硬麻木而语言不清。田氏^[10]认为语言不利是因风,火,痰,瘀,阻滞了心肾之络,以针廉泉,通里等以达到通心营,消痰火的治疗效果。冯氏等^[12]认为中风失语症有脑组织局灶性和器质性的损坏,也有全脑功能性的障碍。因为大脑皮层和脑干网状结构神经兴奋介质丧失传导而关闭意识,因此用针刺可以提高神经细胞的兴奋,使抑制状态的脑细胞重新“苏醒”。甘氏^[13]认为中风失语症是因肝肾不足,阴虚阳亢,风火痰瘀,上蒙清窍,舌窍失灵,因此用化痰祛瘀,通开窍为法。孟氏^[22]将中风不语分为外风不语和内风不语,认为前者病情较轻,容易治疗,采用针刺,拔罐等方法,多可速愈。后者病情较重,需区分心经不语,脾虚不语,肾经不语,辨证分型,针药并用,才可取得疗效。

3、小结

从目前收集到的50余篇有关针灸治疗中

风后遗语言障碍的文献来看,总的法则已有规律可循。在病因上,多认为是因风,火,痰,瘀,阻滞了心肾之经络,上扰神明,阻闭舌窍,而导致舌强不语。病变多涉及心,肝,脾,肾等脏腑和脑。治疗上,多从整体出发兼顾语言的训练。或以语言障碍为重点,辨证论治。在选穴上,注重在局部,以头部,颈项部,舌体局部,以及心经,肾经等经络的穴位。尤其是重视局部的针刺为各种报道的共同点。在刺法上,强调了舌体局部的放血,深刺和放血,深刺和强刺激,这些都为以后研究针灸治疗中风后遗语言障碍提供了一条思路。

由于国内外在失语症的研究方面比较少,加上语言是人类独有的高级神经中枢活动,其功能常会因为生长环境,文化程度等的不同而有所差异。这也加深了研究失语症的困难。同时由于失语症的各种诊断标准,检查方法,疗效标准都不一致。使到研究失语症出现了混乱的局面。目前针刺治疗中风失语症的研究还有待进一步的发展,为了提高治疗的效果,以下有几个方面可以进一步的探讨:

3.1 诊断不明确,在大部分的文献中,只对失语症作表面的观察,甚至于将失语症和构音障碍混淆。因此应该多利用现代的医学技术,精确的诊断仪器如:CT, MRI, BCT等,能更精确度的,更早的作出诊断,并配合临床症状,才可以更有效的提高诊治水平。

3.2 病名不统一,有关失语症的病名很多,如中风暴哑,瘖瘖,中风不语,中风失语,语言不利等。多见的还是中风失语。由于现有的临床报道,观察的范围仅限于语言的部分,并没有对失写和失读等症状进行观察,因此有些报道用语言障碍来描述,是不正确的,因此对于中风失语症的中医病名的统一,也是当务之急。

3.3 疗效标准不一,国内对于失语症的研究,至今还没有一个统一的疗效标准,以目前的文献中对针刺治疗效果的判定,多各自拟定。这种疗效标准的不一致,是造成报道

治愈率过高的原因之一。

3.4 针灸治疗的规律尚待进一步的研究。

从报道的文献中可以看出,治疗中风失语症的方法可以说是千变万化,各有千秋,取穴也是各不相同,总的来说,构音障碍是和颈项部分的穴位疗效较好,而失语则是以头部的穴位,舌局部和心经的穴位配合治疗,效果较佳。单独的使用一部分的穴位对于治疗中风失语症的疗效不理想。此外,我认为可以借助于现在医学的科技,设计各种类型的动物实验,并从血液流变学的分析,动物神经中枢的传导,脂质指标中的TC, TG, LDL-C等改变的测试,有助于协助对于针刺治疗失语症的机理作出进一步的探讨。

参考文献

- [1] 李淑萍: 针刺治疗126例中风失语临床观察; 甘肃中医学院学报: 1994, 06, 01; 11(2): 38
- [2] 崔金才: 针刺治疗中风失语63例; 中国针灸, 1994, 04, 12; 14(2): 17-18
- [3] 冯秀娥等: 头针为主治疗脑血管失语症50例疗效观察; 中国针灸, 1996, 08, 12; 16(8): 53-54
- [4] 周建伟等: 头针治疗卒中性语言障碍207例; 陕西中医; 1996, 11, 05; 17(11): 510-511
- [5] 张临洪等: 头针治疗急性脑血管病失语症疗效的对照研究; 中国针灸; 1993; (3): 6-8
- [6] 黄晓洁等: 眼针治疗中风后遗失语症90例疗效观察; 中国针灸; 1996, 05, 12; 16(5): 7-8
- [7] 陈艳环: 舌三针治疗中风后遗症语言障碍12例临床体会; 针灸临床杂志; 1996, 01, 20; 12(10): 12
- [8] 董俊峰: 舌三针治疗中风后遗症语言障碍100例临床观察; 针灸临床杂志; 1996, 01, 20; 12(1): 18
- [9] 肖俊芳: 舌尖梅花针治疗99例中风失语; 中国针灸; 1996, 11, 12; 16(11): 43
- [10] 田成文: 针刺舌体治疗中风后遗症语言不利186例; 中国针灸; 1992, (5): 19-20
- [11] 张雷等: 针刺治疗中枢失语38例疗效观察; 针灸临床杂志; 1996, 01, 20, 12(1): 18
- [12] 冯桎英等: 电针配合超声波治疗脑外伤后遗症32例; 中国针灸; 1994, 02, 12; 14(1): 25-26
- [13] 甘君学: 综合针刺疗法治疗中风后遗失语症16例; 南京中医药大学学报; 1996, 11, 10; 12(6): 39-41
- [14] 董月萍: 点刺治疗中风失语症130例; 北京中医; 1994, 08, 25; (4): 58
- [15] 刘学歧等: 针刺治疗急性脑血管病失语症疗效观察; 中国针灸; 1996, 11, 12, 16(11): 6
- [16] 刘炳辉等: 针刺治疗脑瘫失语33例; 山东中医杂志; 1996, 02, 20; 15(2): 71
- [17] 李思斌等: 头针配体针治疗中枢性失语240例疗效观察; 中国针灸; 1996, 12, 20, 12(12): 15
- [18] 高和田等: 体针加放血治疗脑血管病后遗症280例疗

效观察; 中国针灸; 1992, (5): 7-8

- [19] 杨日和: 背腧针配体针与单纯体针治疗脑血管病后遗症160例疗效观察; 中国针灸; 1991; (1): 9-10
- [20] 刘岩红: 长针深刺廉泉穴治疗中风失语; 四川中医; 1994, 04, 15; 14(14): 54
- [21] 谭玉华: 针刺廉泉, 通里, 照海穴治疗脑血管病例引起的失语100例疗效观察; 针灸临床杂志; 1996, 03, 20; 12(3): 18
- [22] 孟宪坤: 中风不语针灸诊治心得; 杂志; 1992, (11): 21-23
- [23] 张战军: 针刺治疗中风后失语疗效观察; 中医杂志; 1988; (5): 33-34
- [24] 赖新生: 舌三针治疗语言障碍的临床应用; 针灸临床杂志; 1997; 13(4): 17

多囊卵巢综合征 中医治疗概况

新加坡·曾玉珠

多囊卵巢综合征(polycystic ovary syndrome, PCOS)是一种由下丘脑-垂体-卵巢轴功能失调造成的持续性无排卵引起的内分泌紊乱的疾病。临床表现为闭经、月经不调、不孕、多毛、痤疮、肥胖和黑棘皮症,B-超显示双侧卵巢多囊性改变,内分泌检查有黄体生成素水平升高和高雄激素血症或胰岛素抵抗为主要特征的内分泌紊乱。根据统计,PCOS在现今社会有增多的倾向,其病因尚不清楚,^[1]青春期PCOS的可疑患病率约为12.82%。育龄妇女中PCOS群体患病率为5.81%,其中20—25岁年龄发病率最高,约为11.06%。从临床表现,中医将其归属于“月经后期”、“月经过少”、“闭经”、“崩漏”、“不孕”“癥瘕”、等范畴。

PCOS诊断标准

^[2]临床上最常用的诊断标准是根据2003年鹿特丹会议(Roterdaln)标准:(1)稀发排卵或无排卵;(2)有高雄激素血症的临床和/或生化特征;(3)超声表现为多囊卵巢(一侧或双侧卵巢有12个以上直径为2-9mm的卵泡和/或卵巢体积大于10ml);排除其它原发性疾病(先天性肾上腺皮质增生分泌雄激素的肿瘤、柯兴氏综合征、甲状腺功能紊乱、促性腺激素低下和卵巢早衰,高泌乳素血症等)并符合以上三项

标准中的二项即可诊断为PCOS。

中医对PCOS的认识

中医学认为肾-天癸-冲任-胞宫功能失调是PCOS发病的主要环节,这相当于现代医学所谓下丘脑-垂体-卵巢轴功能失调。历代医家一致认为本病是由于肾、脾和肝脏功能失调,导致痰湿、瘀血等病理产物蕴结,使肾-天癸-冲任调节功能紊乱,血海不能按时满盈,冲任不能相资而成。本病本虚标实,虚实夹杂。杜宝俊教授^[3]认为肾虚是本病的基本病机,肝郁、痰湿、瘀血为其主要病机。病因方面,肝气郁结是PCOS的主要病因;脾虚痰湿是PCOS的发病关键;瘀血内阻是PCOS的常见诱因。王贵霞等^[4]在“补肾法治疗多囊卵巢综合征的中医临床研究现状”一文中指出杨雪萍等认为,肾虚(肾气虚、肾阳虚、肾阴虚)都可以致瘀。梁静等认为,瘀阻脉络,可阻碍肾气的生化,肾阳的鼓动,肾阴的滋养,加重肾虚。因肾虚致瘀,又因瘀加重肾虚,互为因果。根据中医基础理论,肥人多痰湿。肥胖是PCOS的主症之一。左婧等认为,在PCOS中痰浊的形成主要由脾肾功能失调导致,痰浊可能是构成PCOS卵巢排卵障碍的重要机制之一。根据中医妇科学“女子以肝为先天”。桂茹认为肝血不足,冲任血海的调节充盈可受影响,也可使

肝阳偏亢，郁结化热化火，从而引起痤疮、毛发浓密；肝气郁结，横逆犯胃，运化失司，痰湿脂膜积聚，就会体胖丰盛。丁启后教授^[1]则认为PCOS常因禀赋不足，素体亏虚，多孕多产，劳倦内伤，情志刺激等而导致。病变脏腑主要责之于肾、脾、肝。肾脾虚亏，阴阳失调，气血不和为本；痰湿壅滞，肝郁血瘀，痰瘀内阻为标。主要病机：一是肾脾阳虚，痰湿蕴结体内，痰湿脂膜阻滞冲任胞宫；二是肝肾阴亏，血海空虚；三是肝郁血瘀，血海不能按时满盈，冲任不能相资。以上导致月经稀发、闭经、不孕、肥胖；郁热内生，见痤疮、多毛等。杨鉴冰教授^[2]提出多囊卵巢综合征的病因复杂，包括禀赋遗传，素体不健，饮食劳倦，生活节奏不规，情志刺激等。病变脏器重在肾、脾，涉及于肝；病理重点肾气不足，肝气郁结，脾肾亏虚，阴阳失调，气血不和，瘀血阻滞，痰湿内停。肾虚是本病发生的主要机理，气滞痰瘀为标，涉及肝脾两脏功能失调。李瑾^[3]总结中医治疗多囊卵巢综合征经验，指出夏桂成教授认为本病之因在于肾阴虚，天癸乏，阴阳互根，阴虚日久及阳，阳虚蒸腾气化不利而致痰湿壅阻，且阴虚致心肝气郁，又易化火，故见多毛、痤疮、月经后期甚至闭止。

PCOS中医辨证分型

根据PCOS临床有闭经、月经不调、不孕、多毛、痤疮、肥胖等主要症状，以及其病因病机，一般学者都依此来辨证论治。如董笑克等^[2]指出江丹将PCOS辨证为脾肾气虚，水湿停聚、肾阴不足，湿聚痰凝、肝气郁结，瘀血停滞三型。赵义邦等对本病辨证论治分：肝经郁热型、脾肾两虚型和湿浊阻滞型三型。李祥云将其分为肾亏痰阻型、阴亏内热型、肾亏痰阻型和肝郁化火型四型。丁启后教授^[1]治疗PCOS辨证论治分为气虚痰湿型、肝郁血瘀型、阴虚肝郁型三型。张利梅等^[7]研究结果显示胡再萍等分四型辨证论治：肾阴虚型、肾阳

虚型、脾肾阳虚、湿浊内阻型。吕春英亦分四型辨证论治：肾阳虚夹痰湿型、肾阴虚夹湿热型、气滞血瘀型、肝郁脾虚型。代玉等治疗时分三型：肾虚夹瘀型、肝经郁热型及痰湿积聚型。傅萍教授^[8]认为PCOS中医辨证以痰湿阻滞型多见，其次为肝肾亏虚型、阴虚血燥型、气滞血瘀型。杜宝俊教授^[3]指出激素水平和中医分型有很大的相关性，黄体生成素(LH)能诱发排卵、促使黄体酮的合成与分泌，有类似“阳”的激发和温煦作用；催乳素(PRL)能影响下丘脑-垂体-卵巢轴，正常的PRL对卵泡发育非常重要，但过高则抑制卵泡发育和排卵，其生理作用不仅限于生殖系统，还包括代谢和水盐平衡作用，类似于中医“气”的推动和输布作用。睾酮(T)水平增高多见多囊卵巢综合征肾阴虚证；区分肾阴虚、肾阳虚的关键是黄体生成素/卵泡刺激素(LH/FSH)值，即LH/FSH高者，一般以肾阳虚为主，LH/FSH低者，以肾阴虚为主；血PRL升高是肝郁的特异性指标，且PRL与LH/FSH存在正相关，这跟“气”与“阳”的关系是相近的；空腹胰岛素水平(FINS)、胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)升高是痰湿阻滞的特异性指标。

各医家应用中医药治疗PCOS经验举例

PCOS临床表现有闭经、月经不调、不孕、多毛、痤疮、肥胖等。

对于形体肥胖，痰湿盛者

徐晓娟等^[9]认为属于肾虚痰湿型，治疗关键在于补肾，辅以燥湿化痰，以经验方五子衍宗丸合苍附导痰丸加减。傅萍教授^[8]治疗以化痰除湿温肾健脾调冲任法，常选用半夏、陈皮、石菖蒲、胆南星等化痰健脾燥湿以治标，茯苓、党参健脾，香附、郁金、枳壳理气以助去痰湿，当归、川芎养血活血通经，仙灵脾、

紫石英、巴戟天、鹿角片等温肾助阳。以苍附导痰丸以丸剂改汤剂加减结合何子淮老先生调冲十法中化湿调冲法经验方，加减官桂、椒目、生山楂、米仁、平地木、泽泻、泽兰等化痰利湿，活血化瘀之品，根据病情变化，灵活运用古方。丁启后教授^[4]常用苓桂术甘汤和苍附导痰丸常原方应用，灵活加味。如面浮肢肿，加胆南星、泽兰、益母草涤痰、活血、消水湿；腹胀纳呆，加神曲、砂仁开胃醒脾，助脾化湿；畏寒肢冷明显，白带量多，加制附子、淫羊藿、巴戟天以温化寒湿，温肾助阳；并常在方中加当归、川芎调经助孕。张利梅^[7]在“中医药治疗多囊卵巢综合征的研究进展”中指出对于此类患者，代玉等选用苍附导痰汤加桃仁、丹参、贝母和皂刺来化痰除湿，活血调经。吕春英对肾阳虚夹痰湿型患者用肾气丸合苍附导痰汤以温肾化痰。杨旭等也是选用苍附导痰汤合肾气丸加减治疗脾肾阳虚型患者。对脾肾阳虚，湿浊内阻型患者，胡再萍等则自拟健脾除湿汤(党参20g、茯苓10g、白术10g、熟地15g、枸杞15g、菟丝子15g、干姜6g、肉桂10g、陈皮10g、苡仁30g、黄芪10g和甘草3g)来温肾健脾，化痰除湿。

对于有肝失疏泄、气机不畅者

傅萍教授^[6]治疗用补肾疏肝理气活血化瘀调冲法，常选用紫石英、仙灵脾、巴戟天、鹿角片、仙茅、菟丝子温补肾阳，生地、熟地、山萸肉、枸杞滋肾养肝，山药、茯苓健脾和中，当归、川芎活血调经、郁金、路路通、香附、八月札疏肝理气，常以归肾丸以丸剂改汤剂，结合何子淮老先生调冲十法中疏理调冲法和化痰调冲法经验方加减。杨鉴冰教授^[5]治以滋肾养肝，调理冲任。自拟补肾逍遥化痰调经汤：熟地15g，山萸肉15g，山药15g，枸杞子10g，菟丝子20g，杜仲10g，柴胡10g，白芍10g，当归10g，党参15g，生白术30g，胆南星12g，清半夏10g，枳壳10g，焦三仙各15g，炙甘草6g。

根据张利梅^[7]的研究报告，吕春英对气滞血瘀型患者选择疏肝散合血府逐瘀汤加减以理气化瘀；肝郁脾虚型患者选择逍遥丸加减以疏肝健脾。代玉等对肝经郁热型患者给予疏肝理气，解郁清热，选择丹栀逍遥散方剂；杨旭等治疗气滞血瘀型治以疏肝理气，活血化瘀，选用少腹逐瘀汤加减。

对于肾虚者

肾阴虚者，丁启后教授^[4]选用古方“左归丸”，尊重原方重用熟地，全方采用。如阴虚生热，口干咽燥，常加天冬、麦冬、玉竹、地骨皮等养阴清热，生津止渴；面长痤疮，加北沙参、玄参、连翘、银花养阴清热，凉血解毒；如肾阴不足，至心肾不交，失眠多梦，心悸不宁，常加酸枣仁、柏子仁、五味子、莲子心、炙远志、百合等清心敛阴，养心安神，交通心肾。张利梅^[7]指出胡再萍等以滋阴养血生精为法治疗肾阴虚型，自拟育阴汤(熟地15g、山药15g、枣皮15g、丹皮10g、枸杞15g、大云15g、巴戟20g、菟丝子15g、女贞子15g、旱莲草15g、寄生15g和稀莪草15g)。对肾阳虚型患者以温肾壮阳，益气养血为法自拟暖宫汤(熟地15g、当归10g、川芎10g、党参20g、白术20g、杜仲20g、巴戟20g、丹参15g、香附10g、白芍15g、陈皮8g和甘草3g)吕春英对肾阴虚夹湿热型患者选用百合固金汤合桃仁四物汤加减以养阴化湿。代玉等给予肾虚夹瘀型补肾固冲，化瘀调经治疗方案，选择归肾丸合桃红四物汤加减。

调周法治疗PCOS

月经周期疗法是中医治疗妇科病的特色，也是中医辨证论治与女性特殊生理周期的结合，此法运用调节阴阳的手段，在月经周期的不同阶段，选用不同的治法方药，调整脏腑气血阴阳的动态平衡，以恢复肾-冲任-胞宫的功能，在临床上治疗PCOS取得了良好的效果。

如杜宝俊教授^[3]将经期分为5个阶段来调整。经后期(月经周期第5~11天)血海空虚,在肾气作用下阴血开始蓄积,为阴长期,治疗上应滋肾养血,宜合二至丸等滋阴养血方剂,并加入少量紫河车、菟丝子等补肾阳药,取阳中求阴之意;经间期/排卵期(月经周期第12~16天)阴经盛,精血充盈,冲任气血活动加剧,卵泡成熟并排出,为重阴转阳期,治疗多加刘寄奴、益母草等活血药,以疏通冲任、激发肾阳、排出卵泡;黄体前期(月经周期第17~23天)阴充阳长,肾气渐旺,维持阴阳相对平衡,以备宫暖待孕,为阳长期,治宜温肾滋阴,多合二仙汤等温肾补阳之剂,并加入少量山药、山茱萸等滋肾阴药,取阴中求阳之意;黄体后期/经前期(月经周期第24~28天)肾阳充盈到一定程度,重阳必阴,为转阳前期,该期分两种情况论治,暂无受孕安排或痛经者,多合少腹逐瘀汤,排卵期同房备孕者,多平补肾阴肾阳;月经期(月经周期第1~4天)重阳则开,血海充盈而溢,为重阳转阴期,治宜补肾活血并用,量多虚甚者,补肾为主,量少瘀甚者,活血为主,从而达到活血不伤正,补益不留瘀的目的。

而李瑾^[6]指出夏桂成教授的补肾调周法,分七期论治,①行经期活血调经,重在祛瘀,以五味调经散为基本方;②经后初期滋阴养血,以阴扶阴,以滋阴奠基汤为基本方;③经后中期滋阴养血,佐以助阳,方用滋肾生肝饮为基本方;④经后末期滋阴助阳,阴阳并调,方用补天五子种玉汤为基本方;⑤经间期补肾活血,重在促新,方用补肾促排卵汤为基本方;⑥经前期补肾助阳,扶阳助长,方用右归饮为基本方;⑦经前后半期助理气,补理兼施,方用毓麟珠加越鞠丸为基本方。因PCOS患者绝大多数伴有不同程度的痰湿病变,用药时适当加些化痰燥湿药物,如茯苓、苍术、陈皮等。如此序贯治疗,结合辨证加减用药,若肝郁气滞,如叹息、乳房胀者,加炒柴胡、荆芥、青皮以疏肝理气;若火热、心烦失眠者,

加钩藤、莲子心等清心安神。

张利梅^[7]列出陶剑飞等运用调周法治疗女大学生PCOS,基本方以金匱肾气丸加减,在月经后期选择基本方加枸杞子、何首乌以滋补肾阴,调养冲任;排卵前期选择基本方加丹参、泽兰和香附以达到理气活血的作用;排卵后期选择基本方酌加杜仲、续断、桑寄生和阿胶以补肾阳;经前期选择基本方酌加川牛膝、桃仁和红花等因势利导,促使经血通畅,总有效率达80%,疗效优于接受达英-35治疗的对照组。

PCOS中医治疗用药规律

宋亚南等^[10]收集1983年-2013年中医治疗PCOS文献作的频次分析结果显示,使用最多的前十位中药依次为菟丝子(60.98%)、当归(52.44%)、茯苓(45.12%)、仙灵脾(42.68%)、香附(37.8%)、熟地(36.59%)、川芎(32.93%)、陈皮(31.71%)、丹参(29.27%)、枸杞(28.05%)。依据《中药学》对中药的分类,在排序前十位的高频药物中,菟丝子、仙灵脾、熟地、枸杞明确归入肾经,为补肾要药,且位居其首;当归补血活血;茯苓可发挥利水渗湿、健脾化痰之功;川芎、丹参为活血化瘀要药;香附、陈皮同为理气要药。临床证型有规律,主要为肾虚血瘀,其次为肾虚痰湿,肾虚肝郁和脾肾两虚。共同的病机为肾虚血瘀,痰瘀互阻。常用的治法为补肾,活血化痰,化痰,祛湿,调肝等。共同的治法为补肾活血,化痰疏肝。

结论

^[4]近10年中医治疗PCOS的文献有97%认为补肾法是治疗PCOS的关键,说明运用补肾法治疗本病有独特的效果。本病本虚标实,虚实夹杂。涉及肾、脾、肝三脏功能失调,痰湿、瘀血等病理产物阻滞,使肾—天癸—冲任—胞宫轴功能失调。综观各医家中医药治

疗方法,总以补肾、健脾、调肝、化痰、祛湿、活血为法。化痰祛湿常用方是苍附导痰汤,而菟丝子是最常用的补肾药。

附:我的病案一例

王XX 女 28岁 月经先后无定期

初诊:28/2/2014

主诉:月经先后不定期已多年,周期20余天-2个月,每次行经4,5天,量少色红夹少量血块,行经第二天少腹隐痛,块下痛减,温饮后亦舒,结婚5年未孕,西诊:PCOS。LMP22/12/13。刻症:纳眠可,大便畅。上夜班。舌尖红,苔薄腻,脉弦细。辨证:肝郁气滞证

处方:柴胡疏肝散25cc + 温经汤35cc × 7天

丹梔逍遥片 每次3粒 × 每天3次 × 7天

调经补血丸 每次4粒 × 每天3次 × 7天

二诊:12/3/2014

主诉:服药后觉得舒服,白带量多质稀。舌尖红,苔薄腻,脉弦细。

辨证:肝郁气滞证

处方:同上方 × 7天

患者要求配合针灸。

三诊:25/3/14

主诉:月经第三天。色红量同前,无血块,第1天腰酸腹痛,温饮后舒。舌尖红,苔薄腻,14)

辨证:肝郁气滞证

处方:温经汤40cc + 少腹逐瘀汤 20cc × 3天

丹梔逍遥片 每次3粒 × 每天3次 × 3天

为期早日怀孕,患者从第四诊(29/3/14)至七诊(26/4/14)每周回来复诊。月经自23/3来潮后,到11/5才来。第八次(17/5/14)来诊时告知将回家乡长住。我开了一些促排卵的药给她带回去,建议她回国后可应用中西医结合方法,期提高怀孕机率。

感想:

临床上,PCOS治疗的时间长,效果也不理想。如杨鉴冰教授^[1]就说,PCOS的发病年龄逐渐减小,病程可由青春期开始持续至育龄期,其治疗难度大,治疗时间长,治疗效果差,疗效反反复复。我觉得若患者只是月经延后,治疗效果还好,只要患者耐心定期回来复诊,很快就可促月经来潮。如上述病例,患者吃了约两周的中药,月经就来潮了。但临床上,有很多患者已闭经,只是靠西药“促经”,这类患者治疗难度大,需时间长。而他们又往往没有耐性或忙碌,没有定期复诊,因此,治疗效果就更不显著。

参考文献

- [1] 丁丽仙.名老中医丁启后诊治多囊卵巢综合征的经验介绍.贵阳中医学院学报.2013,35(3):1-2
- [2] 董笑克,赵王文.多囊卵巢综合征中医病机与治疗进展研究,1994-2014 China Academic Journal Electronic Publishing House:351-355
- [3] 闫朋宣,胡淼波,杜宝俊教授治疗多囊卵巢综合征经验.新中医.2013,45(6):193-194
- [4] 王贵霞,潘文,王晓萍.补肾法治疗多囊卵巢综合征的中医临床研究现状.新中医.2013,45(2):123-125
- [5] 熊伟,杨鉴冰教授治疗多囊卵巢综合征的经验.陕西中医学院学报.2013,36(4):37-38
- [6] 李瑾.中医疗治多囊卵巢综合征经验.河南中医.2013,33(8):1272-1273
- [7] 张利梅.中医药治疗多囊卵巢综合征的研究进展.世界临床药物.2013,34(8):505-508
- [8] 姜萍,傅萍教授治疗多囊卵巢综合征经验.浙江中医药大学学报.2014,38(1):36-39
- [9] 徐晓娟,钟燕梅,黄立华等.“补肾化痰”论治肥胖型多囊卵巢综合征.中国中医基础医学杂志.2013,19(7):748-749
- [10] 宋亚南,邓艳芳,屈乐等.基于数据挖掘的多囊卵巢综合征现代临床用药规律探析.世界中西医结合杂志.2014,9(1):1-4
- [11] 金炫廷,马垫.补肾活血中药治疗多囊卵巢综合征导致排卵障碍性不孕的临床研究.1994-2014 China Academic Journal Electronic Publishing House:270-277
- [12] 金焱,李大剑,胡银侠.多囊卵巢综合征所致不孕症中西医结合治疗概况.实用中医药杂志.2014,30(1):73-75
- [13] 张珂.中西医结合治疗多囊卵巢综合征所致不孕的研究进展.云南中医中药杂志.2013,34(9):76-77
- [14] 梁卓,王昕.中医“治未病”思想在多囊卵巢综合征防治中的应用.光明中医.2013,28(10):2000-2002

中国单纯针刀治疗足跟痛的临床研究现状及机制

中国天津·黄旭华



【摘要】针刀治疗目前在新加坡国内未能使用，而其对足跟痛的疗效显著，能快速缓解患者痛苦，故进一步了解针刀治疗足跟痛的机制及其临床研究现状，可为日后的应用和推广奠定一个理论基础。针刀治疗足跟痛疗效确切肯定，机制清晰，但目前文献量较少，可以进一步提升研究水平，提高针刀治疗足跟痛的疗效，并推广针刀的临床应用国际化。

【关键词】足跟痛，针刀治疗

据宋一同主编的《实用软组织损伤学》，引起跟痛症的病因很多，包括跟骨滑囊炎、跟骨下脂肪垫炎、跖腱膜劳损、跟骨骨骺炎、跟骨骨刺、跟骨高压、和痹症性跟痛症等。故通过电子检索文献，以“足跟痛”和“针刀”为检索词，检索了中文及PubMed全文数据库，所有含有“针刀”和以上病因为关键词的临床文献皆纳入，并筛选出以单纯针刀疗法治疗足跟痛的研究，所有检索截止于2014年9月15日，无前限制。所纳入的文献共61篇(不包括重复篇)，以下所提到的年份均为研究发表年份。

在所检索数据库中，单纯针刀治疗足跟痛的临床研究最早发表于1994年，由郑仰林^[1]以小针刀经皮松解治疗顽固性足跟痛121例。当时认为足跟痛的主要原因有二：1、跟骨内压增高和跟骨内静脉瘀滞，2、慢性劳损使肌肉

韧带处于长期紧张状态，附丽于跟骨的跖长韧带、跖腱膜产生慢性炎症刺激引起疼痛；而针刀治疗之所以能改善症状，其机理有三：1、有意或无意切断被卡压的微小血管神经束，从而阻断了疼痛的传导，2、人为造成局部出血或充血，改善局部血供，促进新陈代谢，加速炎症吸收，3、将附丽于跟骨的紧张挛缩纤维筋膜松解，解除持续性牵拉，消除疼痛症状。

随后，不少研究较为深入的阐述以上观点，并有些研究提出了新观点。作者将在以下内容进行论述。

1、针刀分型论治

1.1 神经卡压性跟痛症

赵明先^[2]以针刀松解治疗神经卡压性跟痛症29例，认为足跟痛是由于局部软组织无菌性

炎症及修复反应,使足底外侧神经第一支卡压于踇展肌深筋膜与跖方肌内侧头下缘之间而引起,故以小针刀剥离松解该处的组织,使卡压的神经得以松解或切断(该神经切断了不会有足底感觉缺失或维持足弓肌肉瘫痪之患)。结果示29例患者中,23例痊愈,4例跟痛明显缓解,2例无效。

1.2 足底筋膜炎的跟痛症

赵正鹏等^[3]将77例跖腱膜炎患者分为小针刀组45例和局封组32例进行疗效对比,结果示小针刀组的总显效率为97.8%,疗程为 7.3 ± 2.8 天,而局封组的总显效率为56.2%,疗程为 26.7 ± 7.2 天;可见小针刀疗法治疗跖腱膜炎较传统局封疗法的疗程短,疗效好,手法简便,复发率低。

Shuming Li, et al.^[4]将54例患者随机分为针刀组29例和封闭组25例进行治疗后随访12月的疗效对比,治疗结果示:针刀组的足跟痛VAS评分在随访1、6、12月后与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.01$),而1、6、12月之间比较无明显差异($P > 0.05$);封闭组的足跟痛VAS评分在随访1月后与治疗前比有明显差异($P < 0.01$),但在随访6、12月后与治疗前无明显差异($P > 0.05$),提示针刀治疗的远期疗效优于封闭治疗。

1.3 跟骨骨刺跟痛症

张兆军等^[5]以针刀治疗跟骨骨刺276例,认为针刀治疗部位一定要在骨刺尖部,将尖锐的顶部磨平,消除骨刺与跖长韧带的部分接触即可,不必铲削过多骨刺。结果:总有效率97.5%,治愈率94.2%。

牛壮等^[6]以小针刀治疗106例跟骨骨刺,认为跟骨骨刺的形成是由于足底腱膜挛缩,引起其跟骨附着点处持续性的牵拉损伤,而人体为了加强此处的强度而发生钙化和骨化。故以针刀直接松解跖长韧带和跖腱膜,从而解除跖筋膜的紧张挛缩及骨化,达到根治作用,结

果:总有效率100%,治愈率90.6%。

赵伟儿等^[7]将70例患者随机分为透视下小针刀治疗组35例(A组)和理疗加封闭治疗组35例(B组)。以C型臂X线机透视下定位,在跟骨骨刺顶点为中心进针刀,结果说明A组疗效明显优于对照组。

1.4 足跟下滑囊炎

赵驰等^[8]对85例足跟下滑囊炎进行针刀治疗,共91足,以小针刀疗法通过直接进入跟下滑囊进行刮剥,阻断该处无菌性炎症对神经末梢的刺激作用,对滑囊壁的炎性细胞产生破坏,同时创伤诱导和加强了巨噬细胞的吞噬作用,促进毛细血管新生,从而达到去除疼痛目的。近期疗效治愈81足,好转10足,无效0足。远期疗效治愈76足,好转11足,无效4足。可见小针刀疗法是治疗跟下滑囊炎所致跟痛的有效方法。

1.5 其他分型

郭杰林^[9]对68例跟痛症进行分型论治,针对病变机理,选用小针刀切削法治疗跟骨骨刺型,封闭疗法治疗跟骨隆突周围炎型,和独角膏贴敷法治疗跟骨内压增高症型,治疗结果:跟骨内压增高症型42足,效优25足,良15足,差2足;跟骨隆突周围炎型26足,效优17足,良8足,差1足;跟骨骨刺型9足,效优7足,良2足。总优良率为96.1%。

陈登山^[10]对50例跟痛症患者进行分型论治,以不同针刀手法针对不同类型的足跟痛进行治疗:对跟后滑囊炎及跟下滑囊炎,以针刀使其滑囊破裂,液体吸收,而达到消肿止痛作用;对跖腱起点筋膜炎,以针刀使其慢性粘连处松解,以改善跖腱膜与跖长韧带的痉挛,而达到舒筋解痉、镇痛消炎之效;对跟骨下脂肪炎,以针刀剥离松解粘连与钙化的组织,以恢复患肢行走与负重功能。结果示50例当中,治愈率80%,显效20%,总有效率100%。

2、针刀与其他中医治疗的比较

常英等^[11]将136例足跟痛患者分为针刀组和针刺组各68例,治疗结果显示针刀组总有效率98.5%,针刺组总有效率88.2%,两组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),针刀疗效优于针刺。何华春等^[12]以针刀治疗足跟痛,与针刺、理疗及中药综合治疗作对照,结果显示针刀治疗组的痊愈率明显高于对照组($p<0.01$),说明针刀治疗对比针刺、理疗及中药组治疗足跟痛症近、远期效果确切可靠。

滕居赞等^[13]将120例跟骨骨刺患者分为治疗组和对照组各60例,治疗组采用扶阳化瘀法治疗(含针刺、灸、中药熏洗),对照组采用小针刀治疗。治疗组和对照组临床疗效,1、4、12、24周有效率分别为73.7%、90.0%、91.7%、93.7%和90.0%、93.7%、81.7%、75.0%。结论:扶阳化瘀法治疗足跟骨刺远期疗效优于单纯针刀组。

3、弓弦力学理论/网眼理论

裴久国^[14]根据网眼理论,认为跟痛症的病理基础病变关键点有2个,即足底腱膜中部和内侧部。对这两点进行松解后,可调节足底力学平衡,通过人体自我修复达到根治跟痛症的目的,治疗结果:优良率为93.3%。吴亚平^[15]提出跟骨结节是3个软组织(即足底跖腱膜、趾短屈肌,足底长韧带)的弓弦结合部,并以针刀对弓弦结合部和弦的行径路线进行整体松解,破坏病理构架,使之恢复到人体的代偿范围内,从而解除症状,治疗结果:63例当中,55例治愈,总有效率100%。

结论

“针刀疗法”由朱汉章发明,于1984年通过专家鉴定,正式诞生。针刀医学既有中

国传统医学针灸的针,又有现代医学手术的刀,经多次学术交流会的不断发展和完善,至今具有较为完整理论体系。针刀治疗足跟痛的临床研究从不同方面探讨其疗效,如分型论治以深入探讨其机理,以针刀疗效对本病中、西医疗效进行对比,还有不少新体会,如:跖腱膜的松解对跟痛症的远期疗效起着重要的作用^[16];针刀治疗足跟痛远期疗效优于局封治疗^[13,17,18];针刀的进针部位可改为足部内侧面进针,既利于软组织的松解,也便于创口的卫生保护^[19];等。

本综述以发表年份跟踪研究进展趋势,2010年之前以疗效观察居多,2010年之后有较多临床试验出现;2012年开始有中医疗效对比;近年来针刀结合其他理论及科技化,如以网眼理论指导针刀松解部位、透视下进行针刀治疗;2014年在外文数据库首次发表针刀治疗足跟痛的临床研究^[4]。对于针刀治疗足跟痛与其它中医疗效的比较尚有争论,以常英等^[11]和何华春等^[12]认为针刀疗效优于中医对照治疗,而滕居赞等^[13]认为中医扶阳化瘀法优于针刀治疗。目前有关研究只有这3篇,可进一步进行研究。

目前大多研究结果不报告针刀治疗足跟痛有副作用与否,且对于无效病例缺乏讨论,故建议研究结果中包括有副反应与否的报告^[4],供学者较全面了解针刀治疗的利与弊,并且探讨其预防措施;对于疗效不佳的病例,可提出其可能原因或机理的思考点^[17],供学者探讨研究。针刀治疗足跟痛机理的不断完善,及更多针刀与其他治疗疗效对比的临床研究报导,可以更好的指导其临床应用。针刀治疗跟痛症疗效确切肯定,值得推广其临床应用国际化。

*编者按:小针刀疗法尚未在新加坡推广开展,文章仅提供资讯,而非推展宣传小针刀文化。

参考文献

- [1] 郑仰林.小针刀经皮松解治疗顽固性跟痛症[J].实用骨科杂志, 1994(10):23-24.
- [2] 赵明先.小针刀松解术治疗神经卡压性跟痛症29例体会[J].中国骨伤,1995,8(6):43.
- [3] 赵正鹏,张小强.小针刀与局部封闭治疗足跖腱起点筋膜炎疗效对比[J].皖南医学院学报,2001,20(1):34.
- [4] ShumingLi,TongShen,YongshanLiang,etal.Miniscalpel-Needle versus Steroid Injection for Plantar Fasciitis: A Randomized Controlled Trial with a 12-Month Follow-Up.Evid Based Complement Alternat Med. 2014; 2014: 9pages.164714.
- [5] 张兆军,高居.针刀治疗跟骨骨刺276例[J].中国水电医学, 2002,6:356.
- [6] 牛壮,高培新.小针刀治疗跟骨骨刺106例临床体会[J].北华大学学报(自然科学版),2007(4),8(2):157-158.
- [7] 赵伟儿,季程,惠明大,等.透视下小针刀治疗跟骨骨刺的临床研究[J].中医正骨,2010(11),22(11):49-50.
- [8] 赵驰,杨米雄.针刀治疗足跟下滑囊炎85例临床观察[J].江西中医学院学报, 2012(10),24(5):40-41.
- [9] 郭杰林.跟痛症分型治疗68例[J].中国骨伤,1998(1),11(1):25-26.
- [10] 陈登山.跟痛症的诊断与针刀治疗(附50例临床报告)[J].世界骨伤杂志,2005:65-66.
- [11] 常英,刘亚彬,常红,等.小针刀治疗足跟痛68例临床观察[J].河北中医, 2012(12),34(12):1849-50.
- [12] 何华春,李莹珣,罗凯新,等.针刀治疗足跟痛症的临床疗效观察[J].中医临床研究,2013,5(24):47-48.
- [13] 滕居赞,苏波,王大伟.扶阳化瘀法治疗跟骨骨刺60例[J].四川中医,2013,31(3):93-94.
- [14] 裴久国.针刀治疗跟痛症30例[J].中国针灸2010年针刀专刊,2010,30:90.
- [15] 吴亚平.针刀钻孔松解治疗跟骨骨刺综合征63例[J].湖北中医志,2011(10),33(10):65-66.
- [16] 熊兴勇.小针刀松解跖腱膜治疗跟痛症临床观察[J].江西医药,2011(10),46(10):908-909.
- [17] 贡明东,熊娜,郭明阳,等.小针刀松解术治疗跟痛症104例临床观察[J].中国中医药信息杂志,2010(7),17(7):71-72.
- [18] 王新明.小针刀治疗跟痛症85例远期疗效观察[J].临床合理用药,2011(9),4(9B):22-23.
- [19] 杨根生,杨春生,杨建中,等.异形针刀治疗跟痛证及慢性软组织损伤-附240例疗效观察[J].中医外治杂志,1995,6:7-9.

喉源性咳嗽 中医证型分布规律 及病机探讨



新加坡·卓扶蓉

【摘要】目的 探讨喉源性咳嗽中医证型分布规律及病机特点。方法 从中国学术期刊全文数据库(CNKI)检索21年喉源性咳嗽文献,筛选整理文献并建立数据库,采用Excel软件进行频次分析,总结喉源性咳嗽证型分布规律并进行病机探讨。结果 喉源性咳嗽临床常见证型,包括风邪犯肺证、阴虚肺燥证、肝火犯肺证、风热犯肺证、风燥伤肺证。结论 喉源性咳嗽以“外感病邪,肺失宣肃”为主要病因病机,风邪为主要致病因素。

【关键词】喉源性咳嗽;证型分布规律;病机

Document research on the distribution rules of TCM syndrome and pathogenesis in Laryngeal Cough

Abstract: Objective To Discussion on TCM Laryngeal cough distribution and pathogenesis characteristics.

Methods: To screen and organize 21years (1991-2012) of literature related to laryngeal cough that was retrieved from the Chinese Academic Journal Full-text Database (CNKI). Then Microsoft Excel software was used for frequency analysis of the data. Lastly, a summary of the Laryngeal cough syndrome distribution and pathogenesis is presented.

Results: Common clinical syndromes of Laryngeal cough include Wind invading the lung, Lung-dryness due to deficiency of Yin, Liver-fire invading the lung, Wind-heat attacking the lung and Wind-dryness harming the lung.

Conclusion: The main cause and pathogen of Laryngeal cough is “Wai Gan Bing Xie, Fei Shi Xuan Su” and Wind invading the lung is the main root cause.

Keywords: Laryngeal cough; distribution rules of syndromes; pathogenesis

喉源性咳嗽(laryngeal cough)是指以咽喉长期干痒不适,引发咳嗽为主要表现的疾病。由著名中医耳鼻喉科专家干祖望教授于80年代所提出。临床特点为阵发性咳嗽或呛咳,咽痒似如蚁行或有异物阻塞咽喉之不适感,咳必咽痒,不痒不咳,或有异物感而出现频繁清嗓“咯”“咔”动作。此病病程漫长,每日反复发作数次,时轻时重,必痒息咳止。

近年来,随着社会经济的发展、物质生活的丰富、气候变迁,环境的污染日愈加重,异味气体的刺激,病毒细菌感染,各种变态反应性疾病日渐增多,喉源性咳嗽的发病率逐年增加,渐成为门诊常见疾病之一,并且严重影响人们的正常生活与工作。西医治疗本病多以抗生素联合中枢镇咳药为主,疗效不理想,且易产生耐药性。大量的报道表明,中医药治疗本病有其优势和特色,收效显著,能明显改善患者临床症状,提高生活质量,而且毒副作用小,因此,深入研究本病中医内涵具有重要的意义。笔者查阅1991-2012年文献,对喉源性咳嗽中医证型分布规律,进一步总结其病机特点,以供临床进一步研究。现将结果报道如下:

【1】资料与方法

1.1 资料

1.1.1 文献资料及检索标准 检索1991-2012年中国学术期刊全文数据库(CNKI),检索词为“喉源性咳嗽”。

1.1.2 纳入标准 具有明确喉源性咳嗽中医证候分型的文献。

1.1.3 剔除标准 排除西医、针灸、推拿、耳穴等方法治疗、综述类文章、一稿多投、发表文献没有期刊名称及出版日期者。

1.2 方法

1.2.1 证型名称规范 由于不同的医者对相同证候分型之间的描述有较大的差异,统计起来较为复杂。为了便于统计计算,对证型名称进行规范及整理。

1.2.2 统计方法 对合格治疗喉源性咳嗽的文献进行收集与整理,采用Microsoft Excel建立资料数据库,统计证型,按频次的高低进行排序。

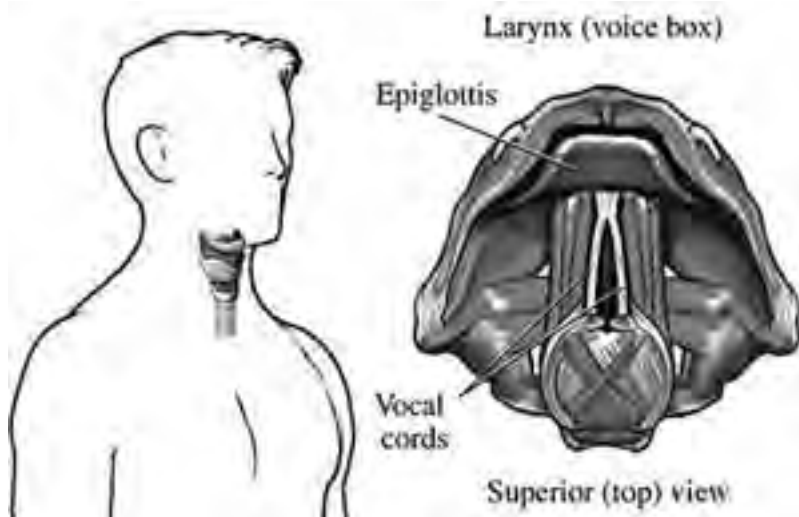


表1 喉源性咳嗽证型分布情况 (109篇)

证型	篇数	占总篇数的百分比%	证型	篇数	占总篇数的百分比%
风邪犯肺	25	22.94	脾气虚	1	0.92
阴虚肺燥	11	10.09	气血不足	1	0.92
肝火犯肺	10	9.17	气血瘀阻咽喉	1	0.92
风热犯肺	10	9.17	热伤血络, 瘀血阻络	1	0.92
风燥伤肺	10	9.17	痰阻血瘀	1	0.92
风寒袭肺	8	7.34	禀赋特异, 卫表不固	1	0.92
肺阴虚	6	5.50	肝郁气滞	1	0.92
燥热伤肺	5	4.59	肺肾气阴不足	1	0.92
阴虚火旺	5	4.59	肺胃气机上逆	1	0.92
外邪袭肺	4	3.67	肺胃湿热	1	0.92
痰湿蕴肺	4	3.67	肺脾气虚	1	0.92
肺肾阴虚	4	3.67	脾虚痰阻	1	0.92
邪困肺经	4	3.67	风寒郁热	1	0.92
痰热郁肺	2	1.83	风湿犯肺	1	0.92
肺热咳嗽	2	1.83	风热痰湿, 郁滞咽喉	1	0.92
肺胃阴虚	2	1.83	风热袭喉, 痰湿郁结	1	0.92
寒凝喉痹	1	0.92	风热郁喉, 肝火犯肺	1	0.92
心火旺	1	0.92	风痰燥化	1	0.92

【2】研究结果 根据上述研究方法, 共筛选出258篇符合标准的文献, 其中109篇具有明确证候分型。

2.1 辨证分型

在收集258篇文献中, 计109篇有明确证型, 涉及的证型名称达36种之多。本文统计了各证型的篇数, 并计算其占总篇数的百分比(每个证型使用篇数/总篇数 $\times 100\%$), 详见表1。

从上表的证型显示, 实证25种, 虚证9种, 虚实夹杂3种, 所用证型名称达36种之多。前五个证型分别为风邪犯肺证, 共25篇, 占总篇数22.94%、阴虚肺燥证, 共11篇, 占总篇数10.09%、肝火犯肺证、风热犯肺型、风燥伤肺型, 各10篇, 占总篇9.17%。

风邪犯肺: 风为百病之长, 六淫之首。《内经》中记载: “伤于风者, 上先受之。”肺又为诸脏之华盖, 而咽喉又在肺之上端, 故最易受风邪所侵袭。风邪犯肺, 势必影响肺的宣发肃降功能, 出现咽痒咳嗽。

阴虚肺燥: 喉为肺卫之门户, 气体通道最易受风邪侵袭。风热燥邪或风寒化热犯喉, 肺失宣发, 津液不得上承, 咽喉失去津液濡养而不利, 加之素体阴虚更易化燥伤阴, 阴伤则肺燥, 肺失宣肃, 咽喉不利, 表现出咽干、咽痒等阴虚肺燥之象。正如《景岳全书·咳嗽》载: “盖肺属燥金, 为水之母, 阴损于下, 则阳孤于上, 水涸金枯, 肺苦于燥, 肺燥则痒, 痒则咳不能已也。”

肝火犯肺: 肝主疏泄, 性喜条达, 才能咽

表2 风邪致病常见证型分析(总篇数59)

证型	篇数	总篇数	占总篇数的百分比%
风邪犯肺		25	42.37
风热侵袭	风热犯肺	10	13
	风热郁喉, 肝火犯肺	1	22.03
	风热袭喉, 痰湿郁结	1	
	风热痰湿, 郁滞咽喉	1	
风燥伤肺		10	16.95
风寒袭肺		8	13.58
风湿犯肺		1	1.69
风痰燥化		1	1.69
风寒郁热		1	1.69

表3 内虚致病情况统计(总篇数:109)

内虚病因	篇数	总篇数	占总篇数的百分比%
阴虚	阴虚肺燥	11	
	肺阴虚	6	
	阴虚火旺	5	28
	肺肾阴虚	4	25.69
	肺胃阴虚	2	
气虚	脾气虚	1	
	肺脾气虚	1	3
	脾虚湿阻	1	2.75
气血不足		1	0.92
肺肾气阴不足		1	0.92

表4 继发性病因致病情况统计(总篇数:109)

继发性病因	篇数	总篇数	占总篇数的百分比%
痰	痰湿蕴肺	4	
	痰热郁肺	2	
	风热袭喉, 痰湿郁结	1	10
	风热痰湿, 郁滞咽喉	1	9.17
	风痰燥化	1	
	脾虚痰阻	1	
瘀	热伤血络, 瘀血阻络	1	2
	气血瘀阻咽喉	1	1.83
痰阻血瘀		1	0.92

喉清利。若肝气郁结, 气机不畅, 则咽喉不利, 肝郁化火, 上攻咽喉, 引起液不养咽, 津不濡喉, 发为本病。

风热犯肺:《素问·太阴阳明论篇》记载:“喉主天气, 咽主地气。”咽喉上通天气, 下通地气, 为肺胃之门户, 外感风热之邪从口鼻而入, 常侵袭咽喉, 致门户闭郁、肺气失宣而咳。

风燥伤肺:风燥之邪客肺, 肺失清肃, 宣降失常, 上逆咽喉而致咽干痒、咳嗽不止。

2.1.1 从风邪析

由表1可知, 风邪是本病的主要致病因素。因风常兼挟它邪侵袭人体, 为进一步明确其致病性质, 将文献中提到风邪为患的证型(总篇数为59)进行如下统计分析(见表2)。结果, 在兼邪之中, 以风热致病居多, 风燥位列其次。

2.1.2 从内虚析

外感病邪久治不愈, 使病情迁延日久, 耗伤正气, 致脏腑虚损或素体禀赋不足, 易感外邪, 机体无力祛邪外出, 使邪滞肺经, 束闭咽喉或精微不能上承, 咽喉失于濡养而发病。为了解内虚对本病的影响, 将文献中提及阴虚、气虚、血虚进行统计(见表3)。结果, 阴虚、气虚与血虚分别有29篇、4篇及1篇。

2.1.3 从痰饮及瘀血析

痰饮和瘀血是常见的病理产物，这些病理产物一经形成，便可作为一种新的致病因素作用于人体，导致脏腑功能失调，引起多种病变。通常认为痰与咳嗽、咽中异物感关系甚为密切。为了解上述病理产物与本病发病的关系，特将文献中提及痰、瘀进行了统计(见表4)。结果，计11篇文献之病例与痰湿、痰热、或风痰致病有关，3篇文献之病例有瘀血存在。

[3] 讨论

临床上患有喉源性咳嗽的患者越来越多，由于本病在门诊上的发病率较高，往往给患者带来巨大的痛苦，严重影响生活质量。现代医学对喉源性咳嗽发病因素尚不明确，治疗上亦无明确的有效方案。而中医治疗本病，不但副作用小而且临床疗效显著，给患者带来曙光。

本研究根据所收集的109篇文献中的证型分布情况分析喉源性咳嗽的病因病机。主要从以下几方面来论述：

3.1 风邪是主要致病因素，常兼热邪，燥邪为患

风性轻扬，易袭上位，而咽喉居于机体上部，属阳位，且咽喉主司呼吸、饮食，为机体与外界交通的第一要道，因此极易受风邪所侵袭。喉痒是风邪致病的特点，因风性善动，动则痒，故曰“痒属风”，表现喉头作痒，旋即咳嗽，咳则痒止，俗谓“肤痒用手挠，喉痒以咳挠”。从表2可见，外感病邪中有风、热、燥、寒、湿邪，而又以风邪为主要致病因素。风为百邪之先，一年四季皆有风，故风邪致病，每挟他邪，而在兼邪之中，以风热致病居多，风燥位列其次。这外感风、热、燥之病邪客于咽喉，均可导致肺失宣肃，肺气上逆而咳。

3.2 内虚以阴虚为主

从表3显示，内虚有阴虚及气虚血弱，尤以阴虚为主。由于喉源性咳嗽多起于外感，余邪迁延不去，内邪袭肺客喉，日久邪易化热伤阴，出现液不养咽，津不濡喉，导致咽部干燥，燥生风，风生痒的病变，从而导致本病的发生。

3.3 病理产物为患

喉源性咳嗽常起于外感之后，若余邪未清，久治未愈，邪易热化灼津生痰，痰凝于咽喉，表现为咽痒且干，似有异物，痰少粘而不出，音哑，甚则干咳或气逆上冲。此外，根据“久病入络，久病必瘀”为宗。若邪热蕴结于咽喉，灼伤肺阴，肺阴亏虚，肺燥津枯，血络受伤，脉络失养，出现气血瘀阻咽喉。瘀致燥，燥生风，风致痒，痒作即咳。从表4显示，本病的病理产物主要以痰为主。

通过本项研究，对喉源性咳嗽这一疾病的证型的分析情况有了较为全面、客观的了解。研究揭示了喉源性咳嗽以“外感病邪，肺失宣肃”为主要病因病机，而风邪为主要致病因素。此外，阴虚、痰与本病关系密切。病位虽在咽喉，并涉及肺、脾胃、肾、心、肝，此结果与历代医家对喉源性咳嗽病因病机的观点相一致。

目前中医治疗喉源性咳嗽临床研究的文献数量众多，辨证分型多样，多建立在临床报道和个人经验基础上。由于不同医师思路不一，证型过于繁杂，不利于开展临床研究。因此完善和统一喉源性咳嗽辨证分型的标准是十分必要的，从而更好指导临床诊疗，减轻患者的痛苦。

便秘并发尿闭证 病例的临床 经验交流

新加坡·吴荣贵



“便秘”是临床常见的消化道疾病，一般是大便秘结，大便硬，干燥，排便困难，处理的方法都很简单，用通便露，多喝水，平日多吃蔬菜，多喝果子汁等。“尿闭”在临床也都多见，尿排不出，还是排尿不畅，根据不同情况，用药物来医疗也不复杂。

但是“便秘和尿闭”同时发生在同一个病人，的确不多见，两者在一起，大便不出，小便不排，病人的小腹--小肚子胀满不舒服，还有担心，的确是当事人所能体会。

便秘并发尿闭证的西医医疗

如果发生在深夜：当引起病人突发内心恐慌，认为会危害生命安全，于是他就会电招救

伤车，紧急送医院，紧急急救！

据了解，一般的患者马上接受插尿管手术，疏通癃闭的尿液，然后通过灌肥皂液进入肛门直肠，不久宿便就从肛门排出。这是我们已知的最简单的医疗方法。

病人在医院，以西医的急救处理，的确在极短的时间解决了眼前的急腹证，如果让中医同道处理，你会如何处理呢？

便秘并发尿闭证的中医医疗

中医擅长辨证论治，如何进行？中医如何进行紧急医疗呢？

我，之前的确面对这样一个急症，还完满的处理，这里提出，让同道参考，既要

明中医在急诊方面，的确也能发挥医疗功能，重点主要在于：通过中医技术灵活处理，发挥中医的特色！

(一)病例介绍

1，我是在2014年3月1日早上7点15分，接到这位病人的求救手机短讯：我昨晚就发生“便秘同时不能排尿”，小肚子很胀，很辛苦，我该叫救护车还是上西医院，应如何处理呢？您可以马上帮助吗？

2，我认为不必打电话叫救护车，惊动左邻右舍，同时我告诉对方，我有把握处理。于是，我叫病人马上来到我的诊所。

3，我提问查看颜女士的情况。

她说已经两天不能排便了。昨晚为了要排便，就喝了两杯果汁和一杯冷水，目的要通便，几个钟头后，还是大便不出，没有见效。于是，她想起过去喝生牛奶可以通便，于是她又喝了一杯生牛奶，还是不能排便。不久，她突然发现现在连小便也不能排出。糟了！二便不通，而肚子觉得非常胀，不舒服，她整晚翻来覆去，不能安睡，想叫救护车，又怕惊动邻居，所以就在天一亮，早上马上来电求助。

(二)辨证论治

1，我在问诊后，知道颜女士的小肚子肿胀不舒，观察她的舌头质暗红，苔白厚腻，按脉沉弱。于是，我倒了一杯又浓又热的老姜茶，要病人缓缓喝下，同时给予针灸，采用右侧曲池，外关两穴。

2，施针后，叫病人做几个深呼吸，查看肚子的情况。然后叫病人在诊室里，走动，感觉和活动身体。下针后，只在几分钟里，病人自述：肚子随着浓姜水进入口腔，温暖了食道，胃，然后就是肚子，小肠和大肠，觉得刚才的肿胀迅速消除，病人马上感觉舒服！

3，于是，我边指导病人，做蹲墙的下蹲上立的动作，十次蹲身立起后，颜女士身

体开始流汗，随着开始出现便意，上午8点，就排出了大量宿便，便一通，小便也自然排出，随着二便排出，颜女士的身体马上舒服，整个医疗介于半/一小时。

4，这么简单的医疗程序，用得就是我从事中医辨证论治的技术，你们明白吗？我在中华医院临床带教，最先向学院临床的学员分析分享这个病例。

(三)病例分析

1，从病人的舌头观察：舌质暗，苔白腻，是中焦脾胃寒湿，眼下病人大肠结肠蠕动不力，发生便秘，在喝入生牛奶，可谓寒上加冰，进一步还把尿道阻塞，结果二便不通，发生的原因于是形成了！

2，以浓温热的老姜汁让病人饮下，借姜汁温中散寒，温暖肠道，促进大肠蠕动，为排便推力铺路。针灸在于舒经活络，曲池是手阳明大肠经，针灸能促进胃和大肠消化功能，排便功能，外关是手三焦经，通调气化，使它通调三焦水道，大便小便就调畅，顺势排除。

3，下蹲上立---蹲墙功是智能气功的一个功法，动作简单，容易学，即学即会，作用疏通任督两脉，在极短的时间里，如五到十分钟里，就能增加阳气升发，温暖全身，迅速间增加能量活力，就使大肠蠕动和尿道活动恢复，解决便秘和闭尿的矛盾。

总结，本病例的医疗经验，在中医四诊中，以望闻问切和生活经验，人的生理功能，互相结合了，进行临床的辨证论治，医疗效果马上出现了，说起来就显得格外精彩有趣！对吗？

肌筋膜松弛术治疗慢性紧张型头痛的临床研究

中国黑龙江·程亭秀



【摘要】目的 观察肌筋膜松弛术(Myofascial release)治疗慢性紧张型头痛的临床疗效。方法 患者根据纳入标准入组100例,治疗组50例,对照组50例;采用随机对照试验,治疗组采用肌筋膜松弛术,对照组采用传统按摩手法;每次30min,每日一次,5次一疗程,间隔2天行下一疗程,共治疗8周;对两组的临床有效性、头痛指数、头痛发作次数、头痛影响测定-6变化进行分析,所得数据进行统计学处理,比较肌筋膜松弛术与传统按摩手法治疗慢性紧张型头痛的临床疗效。结果 肌筋膜松弛术治疗慢性紧张型头痛与对照组(传统按摩手法)的疗效比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论 肌筋膜松弛术治疗慢性紧张型头痛能够明显减低头痛指数,减少发作频率,降低头痛影响测定-6评分,明显提高患者的生活质量,简单易行,具有很好的临床应用价值。

【关键词】肌筋膜松弛术;紧张型头痛;临床研究

头痛是神经内科门诊最常见的主诉和疾病,每年有90%的男性和95%的女性发生头痛,仅10%的人可以终生幸免^[1]。世界卫生组织(WHO)已经把头痛列为十大最致残疾病之一。文献报道全球范围内,头痛的患病率为46%,而紧张型头痛为42%,偏头痛为11%^[2]。

慢性紧张型头痛是紧张型头痛(tension-type headache, TTH)的一类,是原发性头痛中最常见的一种^[3];主要表现为每日或每月中高频头痛;由于发作频率高,明显影响着病人的生活和工作,且可导致抑郁、焦虑、情绪低落等症状;给家庭及社会都带来了沉重的负担。国外研究表明慢性紧张型头痛会导致

大量的社会经济负担^[4]。随着经济、社会的发展,生活、工作压力加剧,发病呈现罹患率高、年轻化的趋势,目前药物治疗多采用对症治疗,药物治疗以非甾体止痛药为主,其他药物包括肌肉松弛剂,麻醉性止痛剂,抗抑郁、抗焦虑药物,镇静药物等;药物治疗有一定的疗效,临床症状可得到一定程度的缓解,但停药后容易复发,长期服药副作用增多,甚至形成药物过量性头痛;所以选择一种简单又行之有效的思路和方法是非常必要的。

参照北京中医药大学东直门医院按摩康复科头痛门诊的经验,结合我院实际情况于2011年康复医学科与神经内科共同成立头痛康复门诊,制定了头痛调查表,结合头痛日记、偏头

痛残疾程度评估问卷、头痛影响测定-6等量表进行评估,采用药物及中西医康复方法治疗慢性紧张型头痛,现已完成“基于筋膜理论下针刺治疗慢性每日头痛的临床研究”、“基于筋膜理论下刮痧治疗慢性紧张型头痛的临床研究”等相关研究,文章已经发表在针灸临床杂志及中华针灸电子版杂志上。

近两年来,我们康复医学科应用筋膜松驰术(Myofascial release)治疗慢性紧张型头痛,取得显著的疗效,给慢性紧张型头痛提供了一种新的思路和方法,具有一定的理论和实践意义;现报告如下。

一、一般资料

全部100例慢性紧张型头痛患者均来自2012年1月~2014年1月我院康复医学科头痛门诊,年龄最小20岁,最大60岁,采用随机数字表达法,按照1:1比例将病人分为治疗组与对照组各50例。两组患者性别、年龄、病程、头痛指数、发作次数、头痛影响测定-6等方面(见表1~6)均有均衡性,两组间均无显著性差异($P>0.05$),说明两组具有可比性。

表1 两组患者性别比较

组别	例数(n)	男性(n)	女性(n)
治疗组	50	19	31
对照组	50	17	33

两组患者性别分布经统计学分析($\chi^2=0.17$), $P>0.05$, 无显著性差异, 具有可比性。

表2 两组患者年龄比较

组别	例数(n)	年龄(岁)				平均年龄($\bar{x} \pm s$)
		20~30	31~40	41~50	51~60	
治疗组	50	10	22	14	4	38.86 ± 9.50
对照组	50	12	20	13	5	39.13 ± 8.92

两组患者年龄分布经统计学分析($t=0.1465$), $P>0.05$, 无显著性差异, 具有可比性。

表3 两组患者病程比较

组别	例数(n)	病程(年)					平均病程($\bar{x} \pm s$)
		<1	1~3	4~6	7~10	>10	
治疗组	50	4	20	17	6	3	4.78 ± 3.65
对照组	50	4	21	16	5	4	4.32 ± 4.18

两组患者年龄分布经统计学分析($t=0.5861$), $P>0.05$, 无显著性差异, 具有可比性。

表4 两组患者治疗前头痛指数比较

组别	例数(n)	平均头痛指数($\bar{x} \pm s$)
治疗组	50	38.65 ± 10.98
对照组	50	38.79 ± 10.57

两组患者年龄分布经统计学分析($t=0.0650$), $P>0.05$, 无显著性差异, 具有可比性。

表5 两组患者发作次数情况

组别	例数(n)	平均发作次数($\bar{x} \pm s$)
治疗组	50	18.98 ± 3.76
对照组	50	19.02 ± 4.08

两组患者年龄分布经统计学分析($t=0.051$), $P>0.05$, 无显著性差异, 具有可比性。

表6 两组患者头痛影响测定-6比较

组别	例数(n)	HIT-6分级系统				平均分 ($\bar{x} \pm s$)
		I级	II级	III级	IV级	
治疗组	50	5	19	21	5	54.84 $\pm$ 3.82
对照组	50	6	19	20	5	54.70 $\pm$ 3.76

两组患者年龄分布经统计学分析($t=0.1847$), $P>0.05$, 无显著性差异, 具有可比性。

二、诊断、纳入及排除标准

1. 诊断标准:

参照2004年国际头痛协会(IHS)发布的慢性紧张型头痛的诊断标准^[5]及《神经病学》(第7版)^[6]。

(1)符合(2)~(4)特征的至少10次发作; 平均每月发作 ≥ 15 天, 3个月以上; 每年发作 ≥ 180 天。(2)头痛持续数30分钟至7天。(3)至少有下列中的2项头痛特征: ①双侧头痛; ②性质为压迫感或紧箍样(非搏动样); ③轻度或中度头痛; ④日常活动(如步行或上楼梯)不会加重头痛。(4)符合下列2项: ①畏光、畏声、轻度恶心中不超过一项; ②无中~重度恶心也和呕吐。(5)不能归因于其他疾病^[3]。

2. 纳入标准:

(1)符合2004年国际头痛协会(IHS)发布的国际头痛疾病分类第二版(ICHD-II)及《神经病学》(第7版)中的慢性紧张型头痛的诊断标准^[5, 6]; (2)男女不限, 年龄20~60岁; (3)焦虑自评量表(SAS)和(或)抑郁自评量表(SDS)标准分轻患者; (4)自愿参与本研究并坚持治疗、随访等, 同时签署知情同意书。

3. 排除标准:

(1)年龄小于20岁或大于60岁; (2)脑动脉硬化症、高血压病、肿瘤、颈椎病等所致的继发性头痛者; (3)正在使用阿片类镇静剂, 抗神经病药物, 肌松药物或麦角胺者, 酗酒或滥用其他药物者; (4)合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病的; (5)焦虑自评量表(SAS)和(或)抑郁自评量表(SDS)标准分 ≥ 60 分的中重度

患者; (6)紧张型头痛的其他亚型、偏头痛、丛集性头痛、精神因素等原因所致的头痛; (7)不能接受推拿按摩治疗者, 拒绝加入研究者。

4. 病例剔除标准

(1)不符合纳入标准而被纳入者; (2)虽符合纳入标准而纳入后未按试验方案规定治疗者; (3)资料不全者。

治疗方法

一、治疗组

首先应用肌筋膜松弛术^[7](Myofascial release)松弛颈后肌群, 然后松弛胸锁乳突肌以及额、枕肌、颞肌等头部筋膜, 最后应用颅底部松弛法进行颅底肌筋膜松解; 每次30min, 每日一次, 5次一疗程, 间隔2天行下一疗程, 共治疗8周。具体方法如下:

(1)颈后肌群松弛法

①单手置于枕骨基部, 将头轻轻抬高(只要离开床面即可)。将整个头向头顶方向牵拉, 力度大小只要足够抗衡头的重量即可。到紧绷时保持住, 等候松弛感发生, 然后再根据回馈感进行牵引。重复操作直到感应到终末感为止。

②双手置于枕骨基部, 将头稍微抬高, 离开床面即可, 双手拇指可轻轻的按压胸锁乳突肌, 同时松弛之。力度不可过大以免抑制了头部的自发性动作与来自病患的回馈感。将整个头往头顶的方向牵拉, 力度要足够抗衡头的重量即可。到紧绷点时保持住, 等候松弛的发

生,然后根据回馈感进行牵拉。重复操作直到感应到终末感为止。

③一手置于枕骨基部,另一手置于颈椎与胸椎后方,位于枕骨基部再将头往头顶方向牵拉,力度的大小只要足够抗衡头的重量即可;另一手则同时往下牵拉;一上一下将整个颈后肌群拉开。到紧绷点时保持住,等候松弛的发生,然后根据回馈感进行牵拉。重复操作直到感应到终末感为止。

(2)胸锁乳突肌松弛法

①治疗师左手握住枕骨基部用以固定乳突端肌腱,并稍微向左侧弯与牵拉;右手置于锁骨与胸骨柄端往下牵引。到紧绷点时保持住,等候松弛的发生,然后根据回馈感进行牵拉。重复操作直到感应到终末感为止。完成后一定松弛另一侧。当感到终末感时,在头部保持在中立位的姿势下,将头颈旋转到对侧,并用食指和拇指夹起一小段肌肉,将肌肉垂直牵拉。到紧绷点时保持住,等候松弛的发生,然后根据回馈感进行牵拉。重复操作直到感应到终末感为止。

②以右侧胸锁乳突肌为例。左手固定住乳突处肌肉终点;右手拇指置于肌腹上,然后向下牵拉。过程中将头颈部推成侧弯的姿势。到紧绷点时保持住,等候松弛的发生,然后根据回馈感进行牵拉。重复操作直到感应到终末感为止。

(3)额、枕肌及颞肌松弛法

①一手指并拢置于前发际缘处;另一手指外缘按住眉毛上方;同时上、下方向牵拉。同法治疗枕肌。到绷紧点时保持住,等候松弛感的发生,然后再进行牵拉。重复操作直到感应到终末感为止。

②以一手食指、中指、环指按在耳上颞肌处,另一手拇指按住颞弓上缘颞肌处;双手同时用力,向两端拉伸颞肌。到绷紧点时保持住,等候松弛感的发生,然后再进行牵拉。

重复操作直到感应到终末感为止。

(4)颅底部松弛法

①开始操作时,双手置于患者枕骨基部,向患者头顶方向牵拉整个颈部,力度大小要足以抗衡颈部的重量,到紧绷点时保持住,等候松弛感的发生,然后再次牵拉。重复操作直到感受到终末感且患者头部已能轻松的由治疗师双手支撑为止。

②双手交替推扶颈后肌群,推扶的起点在颈胸椎交接处,止于枕骨基部。先以单手操作,再以双手交替或同时进行。结束动作时指尖止于枕骨基部,而手掌则滑至枕骨下方。

③操作垂直松弛法的手势,松弛过程中双手并拢不动,掌指关节弯曲并将指节朝患者脚侧推移,直到与手指与手掌垂直为止。

④以手指顶住枕骨基部,直接牵拉枕骨基部的软组织。开始时患者可能会自动将头抬起、好像要将头部从手指移开。此时治疗师可指示患者:请将你的头部轻松的放在我的手指上或让你的头沉沉的躺下。

⑤软组织松弛后,颈椎生理弯曲的角度会减少,患者的下巴也会因为整个头颈向上拉长而呈收下巴的姿势,同时治疗师的手指也会越陷越深。

⑥手指垂直定向天花板一段时间后。将近端指间关节微曲,把指尖向患者头部顶,将头往上方拖动。

⑦当治疗师的指尖整个围绕且置于枕骨下方时,仍持续向患者头顶部牵拉。治疗师身体微向后倾,利用身体重力增强牵拉枕骨基部的力度。过程中要利用适当的时机跟患者说:头放下来、继续放、继续放,直到感到患者的头轻松的落在治疗师的掌心为止。

⑧最后再稍微调整一下握法,让病人的头舒服的躺在双手中。就位后治疗师的身体后倾,将整个头颈部往上牵拉,直到感应到终末感为止。收手时要逐渐、缓慢的将手移开,不可一下就离开患者的头部。

二、对照组(常规按摩组)

以印堂、百会、太阳、头维、率谷、风池、风府、天柱、肩井、颈根穴为主穴,用于一指禅偏峰推、屈指推、大鱼际揉法、按法、揉法、拿法、抹法等方法治疗,放松范围包括斜方肌以上所有头颈部肌肉。每次30min,每日一次,5次一疗程,间隔2天行下一疗程,共治疗8周。

疗效评定

一、头痛指数计分标准

(1)疼痛的程度:采用目前国际上临床常用的视觉模拟标尺法(visual analogue scal, VAS)^[8]:该方法采用一条10cm长的直尺,面向医生标明0~10完整的数字刻度,面向患者的一面只在两端标明有0和10的字样,0端代表无痛,10端代表最剧烈的疼痛,直尺上有可移动的游标。让患者拉动游标,在直线或尺上标出自己疼痛的相应位置。医生可用尺子测量出疼痛强度的数值或评分(具体见下图1)。

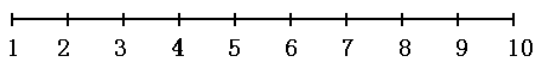


图 1

0 cm为没有疼痛,0~4 cm为轻度疼痛,4~7 cm为中度疼痛,7~10 cm为重度疼痛。计分方法为2 cm为1分; >2 cm而≤4 cm为2分; >4 cm而≤6 cm为3分; >6 cm而≤8 cm为4分; >8而≤10 cm为5分。

(2)疼痛持续时间计分法^[9]:数分钟到2小时(含2小时)计1分;2小时到6小时(含6小时)计2分;6小时到24小时(含24小时)计3分;24小时到72小时(含72小时)计4分;大于72小时计5分。

(3)头痛指数^[9]:等于每次发作的疼痛计分乘以每次疼痛持续时间计分之积相加。

治疗前回顾前1月头痛天数、头痛持续时间、VAS评分等,治疗后患者填写头痛日记,VAS评分2周进行一次评估,每月头痛天数4周进行一次评估,共治疗8周,治疗结束继续记录头痛日记,随访3个月进行最后评估。

二、头痛影响测定-6评分

采用中华医学会疼痛学分会头面痛学组2011年2月推荐的头痛影响测定-6评分表^[10],总分范围36~78分,从以下六个方面进行评分:剧烈疼痛的频率、日常生活受限的频率、头痛时希望躺下休息的频率、头痛时感到疲劳的频率、头痛时感到不安的频率、头痛时无法专注于工作或日常生活的频率。观察治疗前后这六方面的变化,分别对两组患者治疗前、治疗后进行评分并分级;分级标准为:≤49为Ⅰ级,提示没有或较小影响日常生活;50~55为Ⅱ级,提示中度影响日常生活;56~59为Ⅲ级,提示明显影响日常生活;≥60为Ⅳ级,提示严重影响日常生活。

三、疗效评定

疗效评定标准参考《头风诊断与疗效评定标准》^[11],计算疗效百分数。

疗效百分数=(治疗前头痛指数-治疗后头痛指数)÷治疗前头痛指数×100%。

(1)基本治愈:疗效百分数90%~100%(含90%);

(2)显效:疗效百分数55%~90%(含55%);

(3)有效:疗效百分数20%~55%(含20%);

(4)无效:疗效百分数为20%以下。

四、统计学方法

计量资料采用T检验,计数资料采用X²检验,临床等级资料比较采用Ridit分析,所有数据均采用SPSS(Statistica Package for Social Science)13.0统计软件包进行数据分析。确定P<0.05有显著性差异。

结 果

一、治疗组与对照组治疗后的总体疗效比较(见表7)

表7 两组总体临床疗效比较

组 别	基本治愈		显 效		有 效		无 效		总有效率%
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	
对照组	28	56	13	26	7	14	2	4	96 [#]
治疗组	15	30	12	24	11	22	12	24	76 [#]

如表7所示,经统计,治疗组基本治愈28例,占56%,显效13例,占26%,有效7例,占14%,总有效率96%,无效2例,占4%。对照组治疗组基本治愈15例,占30%,显效12例,占24%,有效11例,占22%,总有效率76%,无效12例,占24%。经Ridit分析,两组间总疗效存在显著性差异($\chi^2=4.76$, $P<0.05$),治疗组优于对照组。

二、两组病人主要症状及发作次数效果比较(见表8、9)

表8 两组患者治疗前后头痛指数比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	n	治疗前	治疗后
治疗组	50	38.65 ± 10.98	$11.11\pm 10.28^{\#}$
对照组	50	38.79 ± 10.57	$19.37\pm 10.56^{\#}$

如表8所示,经统计学分析($t=3.9632$, $P<0.05$),治疗后治疗组与对照组患者头痛指数存在显著性差异,治疗组优于对照组。

表9 两组患者发作次数情况比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	n	治疗前	4 周	8 周	随访3月
治疗组	50	$18.98\pm 3.76^{\star}$	$14.15\pm 5.76^{\# \star}$	$10.08\pm 7.85^{\star}$	$12.06\pm 5.86^{\Delta}$
对照组	50	$19.02\pm 4.08^{\star}$	$17.01\pm 5.96^{\#}$	$14.31\pm 6.89^{\star \star}$	$15.35\pm 6.02^{\Delta}$

治疗4、8周后,治疗组及对照组比较有显著性差异($t=2.4399$, $t=2.8673$, $P<0.05$);随访3月后治疗组及对照组比较仍有显著性差异($\Delta t=2.77$, $P<0.05$);治疗组4周时与治疗前比较呈现显著性差异($\star t=4.9651$, $P<0.05$),而对照组8周时与治疗前呈现显著性差异($\star \star t=4.1592$, $P<0.05$),提示治疗组见效明显比对照组快。

三、两组患者头痛影响测定治疗前后比较(见表10)

表10 两组患者头痛影响测定-6治疗前后比较

组 别	n	HIT-6分级系统								平均分($\bar{x}\pm s$)	
		I 级		II 级		III 级		IV 级		治疗前	治疗后
		前	后	前	后	前	后	前	后		
治疗组	50	5	33 [#]	19	10	21	7	5	0 [#]	64.84 ± 3.82	$44.58\pm 6.50^{\Delta}$
对照组	50	6	20 [#]	19	12	20	15	5	3	64.70 ± 3.76	$52.81\pm 8.02^{\Delta}$

如表10所示,经统计学分析,两组治疗后HIT-6分级系统评分I级比较有显著性差异($t=6.78$, $P<0.05$);治疗组与对照组平均分比较有显著性差异($\Delta t=5.64$, $P<0.05$)。治疗组明显优于对照组。

讨论

一、现代医学对紧张性头痛的认识

紧张型头痛(tension-type headache, TTH)以往称为紧张性头痛(tension headache)或肌收缩性头痛(muscle contraction headache), 约占头痛患者的40%, 是临床上最常见的慢性头痛^[6]。病理生理学机制尚不明确, 现在多数学者认为紧张型头痛多由长期焦虑、忧郁、紧张或疲劳等因素, 使头面部或颈部肌肉持续痉挛和(或)血管收缩缺血所致, 少数则由不良姿势或头颈部其他疾病引起。青壮年多见, 女性尤其多见, 呈非搏动性、长期性和经常性的头部压迫感、沉重感, 患者自述头部常有“金箍”感。

现代医学认为, 额、颞、枕、颈后、头顶和肩胛部等处肌肉由于各种原因, 如精神神经因素、职业、慢性炎症、外伤、劳损或邻近病变刺激而发生紧张痉挛、血管收缩, 发生持久的头颈部肌肉疼痛, 引起紧张型头痛。研究表明, 骨骼肌持续收缩2分钟, 肌肉即可出现自动的肌收缩; 当肌肉持续收缩一定时间后, 即使引起收缩的原因已消失, 但头痛-肌收缩-头痛程序而引起的过度防御反应仍在。自动的肌收缩可持续下去, 使头痛迁延不愈^[12]。这与筋膜功能障碍引起的头痛基本一致^[13]。

筋膜功能障碍中头颈部的肌肉筋膜障碍可引发头痛(具体见下图 2)^[14]; 额肌的激痛点所引起的疼痛, 会往上扩展至整个同侧的额部; 枕肌的激痛点会将疼痛向外、向前侧传到, 广泛地分布在头部后面且经过头颅, 在眼眶的深处产生剧烈的疼痛; 颞肌激痛点所引起的疼痛分布到整个颞部区域上; 枕下肌激痛点所引起的疼痛往前延伸至枕部、眼及前额, 但没有明确的界限; 头半棘肌激痛点所引起的疼痛往往产生向前的带状疼痛, 围绕头部半圈, 双侧时呈现“紧箍咒”样疼痛; 胸锁乳突肌肉激痛点会引导疼痛达到额部区域, 甚至超过中

线到对侧额部; 斜方肌激痛点所引起的疼痛可以向上沿着颈部后外侧到达乳突附近, 可以延伸至颞部及眼眶的后部^[14]。临床发现筋膜功能障碍时不会单独涉及一块肌肉, 而且是一组肌群; 尤其在慢性紧张型头痛患者查体时可发现多个激痛点和压痛点; 笔者从肉毒素治疗慢性头痛中得到启发, 肉毒素治疗慢性头痛一般注射额肌、颞肌、枕肌、斜方肌、胸锁乳突肌、头半棘肌、肩胛提肌等^[13、15]; 笔者基于筋膜理论下针刺及刮痧治疗慢性紧张性头痛等相关研究表明筋膜功能障碍与慢性紧张型头痛有着明确的关系^[16、17]。所以笔者提出了筋膜松驰术(Myofascial release)治疗慢性紧张型头痛的方案, 并实施。

二、筋膜松驰术

筋膜松驰术(Myofascial release)^[7]是一种骨病学派的软组织牵拉技术(osteopathic soft tissue stratching technique); 筋膜松驰术对软组织施以逐渐增强的牵拉或延展, 其力度取决于来自患者身上的回馈感, 当绷紧或受限的组织被松驰后, 肌肉纤维会有最大、最佳的延展度并减轻肌腱对骨头的持续拉力。Ward形容筋膜松驰术为“主动的拉伸使软组织及关节处反射性放松^[16]”。是通过按压的反馈调节以达到松驰筋膜的目的。筋膜松驰术操作手法有直接手法和间接手法; 直接手法适用于限制性障碍(紧张、束缚), 而间接手法适用于紧张度或运动程度不对称的松驰(松驰、游离)部位治疗生理或限制性障碍。筋膜松驰术可分为广泛松驰法和重点松驰法; 广泛松驰法(Gross Release)主要用来松驰整个患处或整组肌群。操作的目的在于先简单找到患处或病源, 再以其他手法集中处理小范围的损伤; 重点松驰法主要针对单一的肌肉内的一部分进行松驰。筋膜松驰术适应症包括①患者的疼痛未被传统的物理治疗所治愈; ②患者有复杂、广泛的疼痛或疼痛范围不符合皮节、肌节或内脏转移痛的分布模式; ③慢性疾病(如糖

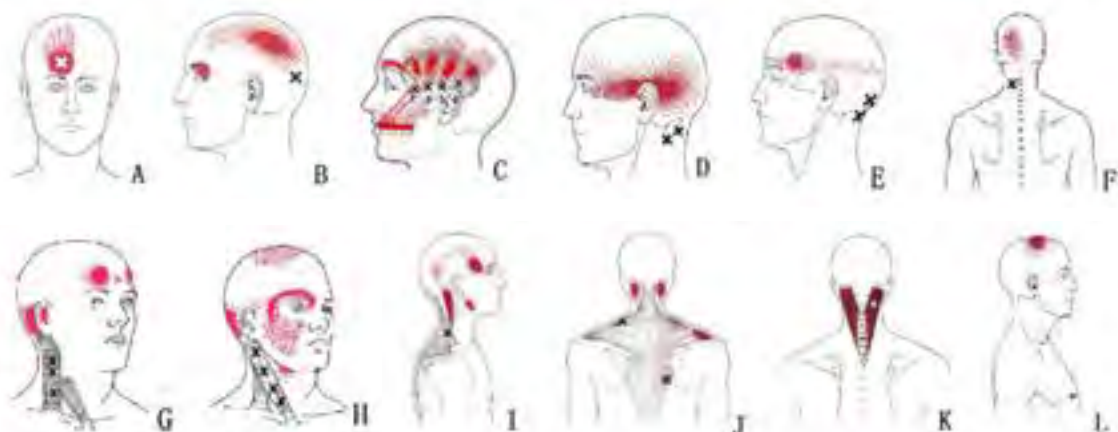


图2 肌筋膜功能障碍引起头痛示意图

A. 额肌 B. 枕肌 C. 颞肌 D. 枕下肌 E、F. 头半棘肌
G. H. 胸锁乳突肌 I、J. 斜方肌 K、L. 头夹肌

尿病、纤维肌痛综合征)所造成的软组织的僵硬或受限;④患有疼痛、复杂的姿势不对称的患者;⑤患者因急、慢性的周围或中枢神经病变所造成的不对称肌肉无力;⑥患者的呼吸功能受损或胸廓肋骨区过于僵紧;⑦患者常因某种刺激引发严重的头痛,这些刺激例如:肌筋膜扳机点综合征、颈后肌群僵紧、颞下颌关节功能障碍或不对称的肌肉僵紧;⑧患者张口、吞咽或发音问题者。这些问题来自(或造成)舌骨与咀嚼肌肉的紧绷;⑨患者因活性肌筋膜扳机点所引起的头晕。

三、临床疗效分析

本组研究应用肌筋膜松弛术(Myofascial release)治疗慢性紧张型头痛与常规推拿治疗相比较,各项观察结果进行统计学分析,结果如下

(1)两组患者治愈率、总有效率比较

本组研究表明治疗组基本治愈28例,占56%,显效13例,占26%,有效7例,占14%,总有效率96%,无效2例,占4%。对照组治疗组基本治愈15例,占30%,显效12例,占24%,有效11例,占22%,总有效率76%,无效12例,占22%。经Ridit分析,两组间总疗效存在显著

性差异($\chi^2=4.76$, $P<0.05$),治疗组优于对照组,说明肌筋膜松弛术(Myofascial release)治疗慢性紧张型头痛明显优于常规按摩。

(2)两组患者主要症状疗效比较

本组研究采用目前国际上临床较为常用的视觉模拟标尺法(VAS)来表示头痛程度,并参考以头痛持续时间及发作次数来计算头痛指数,作为衡量疗效的主要依据。经统计学处理发现:应用肌筋膜松弛术(Myofascial release)治疗慢性紧张型头痛后头痛指数明显降低,与对照组比较存在有显著差异($t=3.9632$, $P<0.05$),明显优于对照组(常规按摩组)。

(3)两组患者发作次数情况比较

本组研究结果表明,接受于肌筋膜松弛术(Myofascial release)治疗干预4周以上,患者疼痛发作次数治疗组较治疗前持续下降,前后比较有统计学意义($t=4.9651$, $P<0.05$),而对照组8周后疼痛发作次数较治疗前持续下降,前后比较有统计学意义($t=4.1592$, $P<0.05$);而且4周及8周发作次数治疗组与对照组比较有明显差异($t=2.4399$, $t=2.8673$, $P<0.05$);随访3个月后,头痛发作次数治疗组、对照组

与治疗前均有明显差异($P < 0.05$), 头痛发作次数治疗组与对照组有明显差异($\star t = 4.1592$, $P < 0.05$)。提示应用肌筋膜松弛术(Myofascial release)治疗慢性紧张型头痛后头痛明显优于常规按摩, 且显效快。

(4) 两组患者头痛影响测定-6治疗前后比较

本组研究表明, 接受肌筋膜松弛术治疗的慢性紧张型头痛患者头痛影响测定-6明显降低, 平均得分与对照组比较有显著性差异($\Delta t = 5.64$, $P < 0.05$); 两组治疗后HIT-6分级系统评分 I 级比较有显著性差异($\# t = 6.78$, $P < 0.05$); 本组研究表明肌筋膜松弛术治疗慢性紧张型头痛患者能明显降低头痛影响测定-6评分, 且明显优于常规按摩, 明显改善患者功能以及生活质量。

四、治疗机理探讨

肌筋膜松弛术可以恢复肌肉和筋膜的张力; 伸展及增加收缩、无弹力和(或)纤维变性的筋膜组织弹性, 从而增加局部和(或)节间的运动范围; 增加松弛部的紧张性及紧张部位的弹性调整松-紧不平衡^[18]。笔者研究表明肌筋膜功能障碍与慢性紧张型头痛有着明确的关系^[16、17]; 主要表现为局部肌筋膜紧张, 肌筋膜松-紧不平衡, 局部压痛, 有多处激痛点; 肌筋膜松弛术是一种主要针对筋膜功能障碍的方法, 从而对慢性紧张性头痛有显著的疗效。

结 论

肌筋膜松弛术(Myofascial release)治疗慢性紧张型头痛能够明显减低头痛指数, 减少发作频率, 降低头痛影响测定-6评分, 明显提高患者的生活质量, 见效快, 简单易行, 具有很好的临床应用价值; 为慢性紧张型头痛提供了新的思路和方法, 具有一定的理论和实践意义, 值得进一步研究和推广。

参考文献

- [1] Rasmussen, B.K.et al.Epidemiology of headache in a general population prevalence study [J]. J Clin Epidemiol, 1991, 44(11): 1147-1157.
- [2] Jensen, R. and L.J. Stovner. Epidemiology and comorbidity of headache [J]. Lancet Neurol, 2008, 7(4): 354-361.
- [3] 谢道珍, 孙怡. 神经内科手册 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 2001: 318.
- [4] Stovner L J, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide [J]. Cephalalgia, 2007, 27: 193-210.
- [5] Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 2nd edition [J]. Cephalalgia, 2004, 24 Suppl 1(9): 160.
- [6] 贾建平, 陈生弟. 神经病学(第7版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013, 11: 166.
- [7] Carol J. Manheim 著, 萧宏裕译. 肌筋膜松弛术 [M]. 台北: 易利图书有限公司, 2011, 4: 105-136.
- [8] 王玉龙. 康复功能评定学(第2版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013, 12: 416-417.
- [9] 金国英, 白丽. 针刺配合推拿治疗紧张型头痛疗效观察 [J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(5): 1112-1114.
- [10] 中华医学会疼痛分会头痛学组. 中国偏头痛诊断治疗指南 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2011, 17(2): 65-86.
- [11] 国家中医药管理局全国脑病急症协作组. 头风诊断与疗效标准 [J]. 北京中医学院学报, 1993, 16(3): 69.
- [12] 谭涛, 王金贵, 孙庆等. 通脉调气辩证推拿法治疗紧张性头痛 150 例临床研究 [J]. 中医杂志, 2007, 48(2): 143-146.
- [13] 李铁山译. 肉毒素注射指南 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2009, 11: 2-10.
- [14] David G. Simons M.D., Janet G. Travell M.D. 编著, 官大坤译. 肌筋膜疼痛与机能障碍: 激痛点手册(第1册) [M]. 台北: 合记图书出版社, 2004, 7: 485-860.
- [15] 万新华, 胡兴越, 靳令经. 肉毒素注射手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013, 5: 28-30.
- [16] 程亭秀. 基于肌筋膜理论下针刺治疗慢性每日头痛的临床观察 [J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(7): 30-31.
- [17] 程亭秀. 依据肌筋膜理论刮痧治疗慢性紧张性头痛临床研究 [J/CD]. 中华针灸电子杂志: 2014, 3(5): 36-38.
- [18] 亚历山大 S, 伊万编著, 王超, 章越等主译. 现代临床整骨疗法骨骼和软组织操作技法图谱 [M]. 天津: 天津科技翻译出版公司, 2012, 7: 107-118.



慢性肾功能衰竭与营养治疗

新加坡·梁妹

慢性肾功能衰竭(CRF)是各种病因引起肾脏功能进行性损害的结果,预后很差。

有人统计当血肌酐(SCR) $\geq 884 \mu\text{mol/L}$ (10mg/dl)时,未透析而能生存60天以上者仅占40%。因此,欲改善CRF的预后发挥中西医结合的优势和特色是必须的,即饮食及营养疗法是中西医结合非透析疗法的重要组成部分,它有助于减轻CRF的高滤过状态,延缓CRF进展。一般认为低蛋白饮食(LPD),在内生肌酐清除值(Ccr) $< 40 \text{ ml/min}$ 时便应开始,蛋白质摄入量宜根据Ccr调整,如Ccr $\geq 20 \text{ ml/min}$ 者蛋白质供给40g/d, 11~19ml/min者30g/d, $< 10 \text{ ml/min}$ 者20g/d左右。并应重视蛋白质的质量如蛋、奶、鱼、肉等属于血肉有情之品的优质蛋白,应占蛋白总投入量的50~70%,且保证足够的热量供给(35~40kd.d),不足时可补充碳水化合物及植物油。血磷高时加用碳酸钙或氢氧化钙等磷结合剂。

一、慢性肾功能衰竭营养治疗的目的:

1. 减轻体液中氮代谢产物的潴留以及肌体组织的分解。

2. 尽力纠正体内各种氨基酸比例失调现象。设法达到或接近正氮平衡,防止发生营养不良。
3. 针对症状纠正水和电解质的紊乱。
4. 维持患者的营养需要,提高生活质量,延缓病情发展。

二、关于蛋白质摄入的问题:

长期高蛋白质膳食摄入可能加重肾脏的高滤过状态,同时增加体内有毒的氮代谢产物的产生和潴留,从而导致肾功能的进一步损害。因此我们主张适量限制膳食中的蛋白质以减少肾脏损害。

误区,经常有患者认为饮食以素食为主或不吃肉类、奶制品、蛋类就是低蛋白饮食,但素食中植物蛋白含有的必需氨基酸较少,不能满足人体的需要,长期食用可能造成蛋白质营养不良,不利于肾功能的恢复。

三、如何限制蛋白质摄入:

限制蛋白质的总量,一般主张每日膳食中的蛋白质按照每千克标准体重0.6~0.8克给予,还要在限量范围内提高优质蛋白质的比例。掌握好每日蛋白质摄入的质和量,出入平衡就可能有利于肾脏的恢复。例如:身高170厘米,标准体重为65千克,尿微量白蛋

白80u g/min, 属于早期尿毒症患者, 每日膳食中总蛋白质量应为 $65 \times 0.6 - 65 \times 0.8 = 39$ 克 - 52克, 优质蛋白质应占25克以上, 当发展到终末尿毒症时, 蛋白质限制应更加严格。临床采用部分小麦淀粉饮食作为主要热能来源, 代替大米和面粉。因为大米和面粉等主食中含有较多量的非优质植物蛋白质(每50g约含4g), 而麦淀粉中植物蛋白含量甚微, 但因麦淀粉制作不易, 所以也可用玉米淀粉、红薯淀粉来代替, 这样可以节约植物蛋白量, 用动物蛋白加以补充, 从而更利于满足体内的生理需要。

1. 氨基酸的供给: 尽可能多摄入必需氨基酸, 可以口服 α -酮酸来代替部分必需氨基酸; 或用肾用氨基酸补充。
2. 热量: 在低蛋白膳食时, 热量供给必须充足维持正常的生理需要。每天应摄入每千克体重30~35千卡的热能。可以选择一些含热量高而蛋白质含量低的主食类食物, 像土豆、藕粉、粉丝、芋头、白薯、山药、南瓜、荸荠粉等, 使膳食总热量达到标准范围。但同时必须减去这些食物作为主食所含有的热量, 保证供需平衡。
3. 脂肪: 虽然终末尿毒症常合并脂代谢障碍, 但仍要坚持低脂肪的摄入。橄榄油、花生油中含有较丰富的单不饱和和脂肪酸, 也可以作为能量的来源。
4. 限盐: 终末尿毒症发展到一定阶段常可出现高血压, 表现为浮脚或尿量减少, 限制食盐可以有效防止并发症的进展。但是如果同时伴有呕吐、腹泻时, 则不应再过分限制钠盐, 甚至还需补充。

5. 水: 掌握患者液体出入平衡也很重要。终末尿毒症期可能出现少尿甚至无尿, 这时水的摄入量就非常重要了, 太多的水摄入会加重肾脏负担导致病情恶化。因此一般每日入液量为前一日的排尿量加上500毫升, 但当患者合并发热呕吐、腹泻等症状时就应再多补充液体。因此患者还需了解食物含水量, 量出而入。

6. 钾: 若每日尿量大于1000毫升和血钾量正常时不必限制钾的摄入, 一般可以随意选食蔬菜和水果。由于肾脏对钾的排泄功能降低, 若出现高血钾时, 常对抗体造成危害甚至危及生命, 因此应适当限制含钾高的食物, 每日应低于1500 ~ 2000毫克。一般像瓜果类蔬菜(南瓜、冬瓜、葫芦)苹果、梨、菠萝、西瓜、葡萄等含钾量都比较低可以食用, 而含钾高的食物像油菜、菠菜、韭菜、番茄、海带、香蕉、桃子等应该适当限制, 但是这并不意味着绝对不能吃, 而是应该在总量范围内有选择地吃。同时避免食用浓缩果汁、肉汁等。当出现低血钾时则应多食含钾高的食品。

7. 钙磷: 肾脏损害时对磷的排泄减少, 可导致血磷升高, 而且对维生素D3的合成能力减退, 影响钙的吸收。血中钙的浓度降低, 容易出现骨质疏松。





针灸穴位意外举例

新加坡·冯启发整理

针灸疗效好，使用方便，少有副作用，这是普遍认同的事实。不过这是相对于某些疗法说的，针灸运用不当，也会造成一定的损伤。针灸源远流长，针灸意外的历史，也如影随行，十分渊远。早在内经时期，就已有许多针灸的禁忌。

在内经《素问-禁刺篇》里，就有这方面的记载：

- 1、禁止刺伤内脏，以免造成死亡；
- 2、针刺委中、脑户、缺盆、乳中、鱼际、胸膺等穴或某些部位的穴位不当，会造成伤害。
- 3、提出不刺“大醉”、“大怒”、“大劳”、“新饱”、“大饥”、“大渴”与“在惊”之人。

例如，内经禁针乳中，否则会造成局部溃疡。对此穴位，晋代的《肘后备急方》载：治卒癫“可灸三壮”；《铜人针灸腧穴图经》提到：“可微刺三分”。表明亦非绝对禁忌。在现代，未见有灸刺的报道，仅作为定穴的一种标志使用。

再如脑户穴，《素问-禁刺篇》和《针灸甲乙经》皆禁针，认为针入脑会造成死亡。至清代禁灸此穴。据报道，现代已解除针刺禁忌。

其他如廉泉穴，《素问-禁刺篇》谓，若刺中舌根血脉，血流不止，会造成喉暗；人迎穴，则在《针灸甲乙经》中被称：“刺入四分，过深不幸杀人”。

当然，对内经时期的某些穴位的禁忌，不能照单全收。例如，对鱼际穴，《素问·刺禁篇》禁针：“刺手鱼腹，内陷为肿”；《医学入门》禁灸。现代本穴早已解禁。

现代针灸穴位意外

据研究报导，容易发生意外的针灸穴位计有：

（一）头面颈肩部：

睛明、承泣、攒竹、球后、下关、四白、水沟、哑门、风府、风池、安眠、翳风、天突、人迎、扶突、廉泉、缺盆、颈臂、肩井、肩中。

（二）胸腹腰背部

云门、中府、气户、俞府、库房、或中、周荣、神藏、胸乡、膺窗、灵墟、渊液、天溪、天池、神封、极泉、大

包、乳根、步廊、鸠尾、期门、不容、巨阙、日月、承满、上脘、梁门、中脘、腹哀、建里、京门、章门、下脘、水分、天枢、神阙、气海、石门、水道、关元、归来、中极、曲骨、气冲、大椎、陶道、大杼、风门、肺俞、厥阴俞、膏肓、心俞、督俞、隔俞、隔关、肝俞、胆俞、阳纲、脾俞、意舍、胃俞、胃仓、三焦俞、盲门、命门、肾俞、志室、长强。

(三) 四肢

列缺、合谷、神门、内关、曲池、环跳、阳陵泉、足三里、涌泉。

穴位的位置，与穴位意外的原因，有直接的关系。根据临床经验，穴位意外的发生，有以下原因：

- 1、穴位下有重要的内脏、血管、神经等组织结构，
- 2、多由医者刺灸不当导致，
- 3、最常见的意外多是针刺引起。

总的来说，针灸意外有主观的原因，也有客观的原因。有穴位本身的解剖因素，也有针灸工具、患者体质等等因素。从这个角度来说，每一个穴位都有可能出现针灸意外，所以要十分警惕。

随着时代的进步，针灸训练的严谨。对穴位下或周围有重要器官的穴位，一般上，大家都能熟练和小翼翼的针灸，避免意外发生。比较容易发生针灸意外的，就是针刺到遍布全身的神组织。针刺刺伤神经，会引起各种反应。其中，又以刺中迷走神经和周围神经最为常见。

(1) 迷走神经：

迷走神经是分布于颈、胸、腹部的内脏器官和体表，特别是分布在心、肺等重要脏器。迷走神经中，包含支配心脏活动的副交感神经

纤维。伤及迷走神经，能引起迷走神经反应。这一般是指各类刺激由迷走神经反射，引发内脏血管突然扩张和心跳减缓，进而造成血压降低、脑部缺氧甚至短暂昏迷等。轻则造成心悸、胸闷，出现面色苍白，重则导致心脏停搏。或因为刺激颈内动脉窦，引起颈动脉窦综合征(眩晕、虚脱、耳鸣)。

迷走神经疾病，通常是由于闷热引起，当疲劳过度时也会发作。同时，压力、极度兴奋和焦虑也是昏厥发作的诱因。该疾病发病迅速，但多数人都能完全治愈。

据统计，最容易导致迷走神经反应的穴位是扶突、人迎和翳风穴。

(2) 周围神经：

针刺损伤周围神经，包括颅神经和脊神经二类。颅神经损伤以面神经损伤多见，亦有引致动眼神经和三叉神经损伤的病例。脊神经损伤的范围涉及较广，包括坐骨神经、腓总神经、腓深神经、桡神经、正中神经、尺神经以及膈神经等，引起多种周围神经障碍。凡是穴位深部有周围神经干或主要分支经过，均有可能发生损伤。已出现过此类事故的穴位有：翳风、下关、环跳、足三里、阳陵泉、曲池、内关、神门、列缺等。

(3) 蛛网膜下腔出血

蛛网膜下腔指蛛网膜与软膜之间的腔隙，充满着不断循环的脑脊液和较大的血管。软膜也含有丰富的血管。刺伤此部位的血管时，会造成蛛网膜下腔出血。误伤颅内血管，血液亦会流入此部位。蛛网膜下腔出血，是神经系统中，最常见的针刺事故之一，发生率很高。易导致蛛网膜下腔出血的穴位：风府、风池、哑门、翳明、安眠等穴。

上述容易发生意外的穴位，好些穴位已少用或不用。不过，有好些穴位也相当常用。这里就一些常用穴，加以说明：

翳风

针刺过深，可刺中迷走神经。针尖向下，可刺中颈动脉窦，造成眩晕、虚脱、耳鸣等。一般上，不容易刺中迷走神经，只有超过2寸以上深度时才有刺中可能。提插捻转的手法过重，或通电量过大，频率过快等，都有可能引起迷走神经反应或颈动脉窦综合征。

中脘

针刺的安全深度约为0.4寸，过深可能刺进腹膜而刺中胃，引起腹膜炎。饱餐、饭后胃扩张，胃和十二指肠体积增大，胃壁变薄，内压增高，针刺不当易导致胃穿孔、破裂。在慢性胃炎、胃溃疡、肿瘤等情况下，组织结构发生病理改变，也易发生针灸意外。

针刺方向：不可向上方深刺，否则可刺伤肝前缘，引起出血。肝、脾肿大患者尤须慎重。

气海

深部为小肠，女性为子宫底部。不可深刺。如直刺超过1寸，可刺入腹膜腔，刺中空、回肠。女性则可刺中子宫底部。妇女经期针刺应慎重，孕期不可针刺。如超过2.5寸，可刺破腹部主动脉。

宜直刺。向下斜刺易刺破膀胱。

合谷

本穴穴区肌肉较娇嫩，特别是小儿，若针刺过深，提插、捻转幅度过大，电针电流强度过大，均可损伤该穴区肌肉，发生瘢痕、挛缩病变，造成手部功能障碍。轻者局部红肿、疼痛，1周左右消失。重者渐渐呈现拇指内收状，外展功能明显障碍，部分病人可合并掌指关节屈曲或指关节过伸畸形，亦有人伴食指桡侧畸形。大多数患者可在拇收肌附近摸到条索状硬结，病

程久者，大鱼际群可有不同程度萎缩。

足三里

针刺过深（深度2寸以上），可刺中胫神经。由于针刺不当造成的胫神经损伤，可出现足与足趾不能屈曲，足内收受限，跟腱反向及跖反向消失，行走时以足跟着地，不能以足尖站立。

针刺时以得气为度，不宜针刺过深和作大幅度提插、捻转；电针时电流强度不宜过大。

涌泉

本穴针感较为强烈，有一定的升高血压的作用，治疗血压不稳定的中风病人，特别是脑出血病人，不宜针刺过深，刺激过强，以免引起再度中风。

环跳

坐骨神经正当穴位处，刺中该神经，可产生强烈的向大腿、小腿直至足部放射的触电感，针尖偏向内侧，则可刺中股后皮神经，触电样感只放射到大腿后面和大腿上部。坐骨神经过敏损伤，可表现为沿坐骨神经通路及其分布区域出现疼痛、麻木及行走无力、肌肉弛软等症状。

本穴针刺时，以得气为度，不宜大幅度提插、捻转。

针灸意外举例

这里举一些过去中国发生的例子，与大家分享。

1、气胸

共有5例，均取胸背部穴位后发生。

例一：女，24岁。患慢性类风湿性关节炎。

取穴：身柱、膈俞、曲池、隔关。

针后反应：呼吸困难，起床不易，休息后行路气喘。

检查：左侧气胸，肺被压缩**90%**，紧急抽气治疗，住院**12**日出院。

例二：女，**47**岁。上腹不适求诊。取穴：左胸部。

针后反应：当夜气喘，呼吸困难，身出大汗。

检查：左胸上部皮下气肿，左胸壁（胸骨旁、锁骨下和乳旁）有多处针刺痕迹，左胸语颤及呼吸音减低，透视左胸气胸，胸被压缩**30%**，治疗**20**余日痊愈。

报告指出，针刺时，应注意针刺部位和针刺方向等问题，胸背部不宜深刺，最好是偏刺。

针刺胸背部穴位要十分小心，例如古书说：“云门穴，深刺可致气促”，“刺中肺三日死。”

摘自：《中医杂志》，阎林肯等，**1962**。

2、气胸、纵隔和皮下气肿

共有**2**例。**例一：**可能是针刺肺俞、天应穴时，毫针穿刺胸膜腔，刺入肺组织内，当患者呼吸时，肺上下移动，毫针将肺组织划破，肺内气体流入胸腔，引起气胸。经及时吸气，肺组织扩张，损伤处粘连愈合，气胸治愈。

例二：应该是针刺天突和两侧气户穴，用针粗长，刺入较深造成。刺天突穴时，针穿入气管中，引起剧烈咳嗽，气管振荡和移动，针将气管壁划破，破裂处未及闭合，患者又剧烈咳嗽，使气管内之气体，源源不断进入皮下、肌肉间或纵隔中，而致各处产生气肿，随时间增长和剧烈咳嗽，逐渐加剧。针刺气户穴过深，划破肺组织，也引起气胸。此例经手术抢救，终于痊愈。

摘自《上海中医药杂志》，许学铭，**1963**。

3、针胸部引起大出血

病例：XX，女，**26**岁。右乳红肿痛，发热三天，

治疗经过：中医未经消毒，用三棱针针刺痛点，刺后痛剧。出针时短时间内流出**200ml**鲜红血液，患者当即头晕、眼花、口渴、汗出、心慌并昏倒。经强力按压方止血。次日检查时复出血，疼痛更剧。第四日再度出血。先后三次出血约有**500ml**，始来医院救治。

检查：体温**37.8**度C，脉搏每分钟**90**次，血压**110/70mmHg**，神情，心肺正常。右乳房外上方有一**3mm x 4mm**硬块，红肿，压痛。其中心可见针孔，查体时约流血**5ml**，腋窝淋巴结不肿大。出血时间**1**分，凝血时间**2**分。入院后，经压迫已不再出血，次日因咳嗽又再出血**50ml**，进行急诊手术，切开皮后发现有一桃核大死腔，内为已凝固血块充满，取出血块时有鲜红色血液从第**3**肋骨下缘射出，喷射与心搏动一致。压迫于第**3**肋上可止血。检查证实为第**3**肋间动脉出血，出血部位与原针刺部位相应。经缝合结扎后未再出血。痊愈出院。

作者指出：本例刺破肋间动脉，刺入之深可想而知。

三棱针直刺炎症区域，是否禁忌，值得商榷。

摘自《中医杂志》，李严等，**1962**。

4、针刺导致肠穿孔

共有**4**例，经临床详细检查，确认有肠穿孔或腹膜炎，才进行剖腹查探。除**1**例外，均找到穿孔处，作了修补术。**1**例病情笃重，术后**36**小时死亡；余者痊愈出院。

报告对防止针灸事故发生，除了提出一般针灸时应该注意事项，同时提醒：针刺腹部后，若出现体温升高、腹痛剧烈、恶心呕

吐，局部压痛，腹肌紧张等，疑似消化道穿孔或腹膜炎症状时，应该及时送院检查和治疗。

摘自《陕西医药卫生杂志》，张逢吉等，1959

5、针刺引起腹绞痛

共有3例。患者因腹胀疼痛，消化不良和胃痛，腹有积块求诊。当时针天枢，配上脘、中脘、足三里等穴。

针时无特殊感觉，起针后2~4小时，出现剧烈腹痛，面色苍白，口唇紫绀，伴有全身寒战，精神焦躁，哼叫不停；或呈现四肢拘急，冷汗淋漓；或呈现呼吸浅表，气息奄奄。脉象微弱或微弱而数。腹部有强阳性压痛，血压未下降，白细胞总数和分类无明显改变。经注射强心镇静，缓解平滑肌痉挛之剂而愈。

作者认为此意外肇因，是针刺过深、手法过强，引起肠系膜神经和腹部神经高度痉挛所致。

摘自《天津医药杂志》，1964，4：324

6、电针扶突穴引起迷走神经反应

共有2例。第一例，患者以针麻手术治疗甲亢。

取穴：双侧扶突(进针约1寸)，右侧合谷和内关。

用上海G6805治疗仪通电，频率170/分。通电后患者面青、唇白、出冷汗、但神志尚清，脉搏从82次/分降到54次/分，血压从154/90降至124/76 mmHg。立即将扶突穴的针退出1cm，频率减至150次/分，病人情况即有好转，手术顺利进行。

第二例：病人以针麻进行结节囊肿性甲状腺肿手术。取穴与操作和上例相同。通电后立即发现病人两臂规律性抽搐，面青、唇白、冷汗淋漓、脉搏从96次/分降到56次/分，但神志清楚。立即将扶突穴的针退出1cm，频率减至150次/分，静注50%葡萄糖液60ml，情况即

见好转，手术经过良好。

摘自《新医学》，广西百色地区医院针麻协作组，1972，12：9

7、严重晕针

徐X，38岁，男，身体一向健康，无晕厥史，无心血管病史。来诊主诉是腰痛。检查一般情况良好，心肺无特殊发现，脊柱正常，两侧腰肌有压痛。诊断：腰扭伤。

治疗：在两侧腰骶部阿是穴针刺，两侧扎3针，中刺激，留针25分钟，病人感觉良好，无任何不适，出针后敷贴活血止痛膏2块。刚刚贴好，病人就说心内难过，立即让其平卧，继之脸色苍白，额部冷汗，脉搏细弱，神志不清。立即肌注可拉明1支，不见好转。很快呼吸、心跳完全停止，大汗淋漓，面色呈土灰色，唇指严重紫绀，一切反应消失，当即进行胸外心脏按摩，同时肌注1：1000肾上腺素1ml，非那根2ml，继续按摩3分钟后，患者突然一阵呕吐，心跳、呼吸开始恢复，神志慢慢转清，继续给予高渗葡萄糖液40ml静注，后用5%葡萄糖盐水500ml静滴。2小时后，患者起床吃干饭半碗，完全恢复健康。1小时后，即如常驾驶汽车。随访半年，无任何不适。

摘自《新医学》，安徽南陵县麻桥公社医院吴乃理：1972，10：28

此例晕针，引起心跳、呼吸突然停止，表现十分凶险。还好是在医院，直接及时进行中、西医抢救才得脱险。从报道看，根据患者的病史，情况良好，并无不适合针刺的病况，除了进针深度没有报导之外，不用电针，采用的也只是中刺激，然而意外还是发生了。此例虽然少见，但也值得我们深思、警惕，并做好准备。凡事不要只想好的一面，应该想一想，

万一意外发生在我们进行针灸时怎么办?在目前条件下,抢救不醒患者又怎么办?防范于未然,有备无患,将来会受益无穷。例如作者就提议,针治完毕后,应该让患者休息片刻才离去。在本地,要做好心脏按摩和进行心肺复苏法的准备,必要时加以抢救。

预防事项

- 1、皮肤受感染、有溃疡、瘢痕部位,不宜针刺。
- 2、进针时有触电感,疼痛明显或针尖触及坚硬组织时,应退针而不宜继续进针。
- 3、过度劳累、饥饿、精神紧张的患者,不宜立即针刺,需待其恢复后再治疗。
- 4、体质虚弱的患者,刺激不宜过强,并尽量采用卧位。
- 5、避开血管针刺,以防出血。有自发性出血倾向或因损伤后出血不止的患者,不宜针刺。
- 6、眼区、项部、胸背部、肋部等部位穴位,应掌握好针刺的角度、方向和深度。
- 7、孕妇3个月以内者,小腹及腰骶部穴位禁针;3个月以上者,上腹部及某些针感强烈的穴位,例如合谷、三阴交等,也应禁针,以免流产。

小结

从上述例子看,针刺意外的发生,因素很多,有主观的也有客观的。客观上,有些意外的发生,防不胜防。上述严重晕针,就是一个很好的例子。

总的来说,针灸治病如果不能按照正确的

操作要求进行,或是未能认真检查诊断,或是未能熟悉穴位的局部解剖学结构及其对全身的生理、病理的影响以及疾病所处的过程,在一定条件下,针灸是可能发生较为严重的事故的。因此,我们在执行针灸工作时,要以病人的利益为前提,关心病人,对疾病认真检查,防止针灸事故的发生。

作为医疗工作者,没有人会希望意外事故发生。作为针灸师,应该对技术精益求精。熟读针法的适应证和禁忌证;正确掌握穴位,注意禁针穴位;针具和穴位皮肤,要严密消毒;针刺深度、速度,应小心。捻针不宜过强,提插不应过于急促;熟练手法,正规操作,忌粗枝大叶,造成病人不必要的痛苦。

本篇所举例子,皆引用自四五十年前的中医杂志,年代久远。然而,中国的老话说,温故知新,前车可鉴。“它山之石可以攻玉”。内经《素问·禁刺篇》历史更久,但还是不失其参考和借鉴的价值。这些四五十年前的例子亦然,并不因为年代久远而被湮没,而是被收录进“现代著名老中医名著重刊丛书”第三辑(《针灸临床经验辑要》,焦国瑞编,2006年中国人民卫生出版社出版)里,旨在提醒大家注意,当作警惕。意外之所以称为意外,并不因为年代更换就不发生。不管你愿意不愿意,它往往可在任何时候,出其不意的、不知不觉的到来。这里摘录例子和大家分享,希望我们一道共勉,引以为戒。

针灸治疗胃痛

新加坡·杨昌志

(一)、前言

- 胃痛是指上腹胃脘近心窝处经常发生疼痛为主要症状的病症，又称胃脘痛，疼痛可突发性或慢性发病，疼痛多为胀痛，隐痛、刺痛、灼痛及绞痛等为主，兼症有胸脘痞闷、呕吐、嗝气、吐酸、嘈杂等；久病者可伤及胃络，出现吐血或大便黑等现象。
- 胃痛常见于现代医学之急、慢性胃炎，十二指肠溃疡、胃下垂、胃粘膜脱垂、胃痉挛、十二指肠炎及胃神经官能症等。
- 胃病在临床上易于误诊为他病，例如胃穿孔误诊为急性阑尾炎，有心绞痛误诊为胃痛病的，故在临床上应注意鉴别诊断辨证论治，小心观察，以防误诊误治。

(二)、中医病因病机

胃脘痛近于心窝处，古代医家称为心痛，胃心痛，心腹痛等，古典医书对本病论述如下：

- 如《灵枢·邪气脏腑病形》说：“胃病者，腹脘胀，胃脘当心而痛，”提出胃痛与肝脾有关。
- 如《素问·六元正纪大论》说：“木郁之发，民病胃脘当心而痛。”称胃痛为心痛

而相混称之。

- 《金匱要略》认为胃脘痛是脾胃阳虚，心下有痰饮寒邪，宿食仞聚，胃气郁遏所致。
- 唐代王焘在《外台秘要·心痛方》说：“胃阳明为胃之经，气虚逆虚而痛，其状腹胀，归于心而痛甚，谓之胃心痛也。”
- 明代《景岳全书》认为该病因外感病失治或误治而成，并指出胃脘痛有寒、热、虚、实之分。
- 《灵枢》曰：“饮食不下，隔塞不通，邪在胃脘也。”又曰：“胃中寒，则手鱼际之络脉多青，胃中热则手之络脉多赤。”又曰：“面热者足阳明病。”本病之病位在脾胃，亦可涉及肝。

综合以上所述，胃脘痛的病机可分为脾胃虚寒，食积仞滞，肝气犯胃，寒邪客胃，阴虚胃痛及肝胃郁热等如下述之：

1. 脾胃虚寒：为中焦阳虚，饥饱失常，劳倦过度，或久病脾胃，均可致使中焦虚寒或脾阳不足而胃痛，或久服过寒凉药物而致脾胃虚寒而痛者。
2. 食积仞聚：乃因暴饮暴食，过食肥甘，饥饱失调，嗜嗜烟酒，均可伐伤胃气，导致脾失健运，胃失升降，壅滞而痛。

3. 肝气犯胃：忧思恼怒，气郁伤肝，肝失疏泄，横逆犯胃，气机阻滞，导致胃脘疼痛。
4. 寒邪客胃：外感寒邪，内客于胃，或过食生冷，凝结不散，内外合邪；寒主收引，气机不畅，胃气不和而胃痛。
5. 阴虚胃痛：胃痛日久，郁热伤阴，胃火濡养，故胃脘隐隐作痛。
6. 肝胃郁热：肝气郁结，日久郁而化火，肝胃郁热，火邪犯胃，故见胃脘痛。

(三)、辨证论治：

1. 脾胃虚寒：

主证：胃痛隐隐，绵绵不休，疼痛喜按，喜温，食生冷食物则加剧，劳累受凉后加重，呕吐清水，食少神疲，手足不温，便溏，舌淡苔白，脉虚弱。

治则：温中健脾，和胃止痛。

取穴：内关、足三里、上、中、下脘、气海、天枢、公孙。

操作：常规消毒后，施以提插捻转进针，留针30分钟，每10分钟捻转一次，十天为一疗程，可照射神灯。

方义：以上诸穴，补泻并施，有健脾，理气，升清降浊，调理脾胃之气机。

2. 肝气犯胃：

主证：胃痛走窜疼痛，痛联双胁，时有胀痛，暖气和矢气后缓解，胸闷，暖气吞酸，大便不畅，烦恼郁怒则痛甚，舌红苔白。

治则：疏肝理气，降逆除呕，和胃止痛。

取穴：内关、足三里、中脘、太冲、阳陵泉、期门、胆俞、肝俞。

操作：常规穴位消毒后，施以提插捻转进针法，留针30分钟，10分钟捻转一次，十次为一疗程。

方义：内关、太冲、期门有疏肝理气，解郁止痛之功，肝俞，胆俞泻之可解木郁，足三里，中脘行气和胃，畅中止痛，加泻阳陵泉祛湿。

3. 食积行滞：

主证：胃脘闷胀疼痛，拒按，食后更甚，暖气吞酸，呕吐，不消化食物其味腐臭，吐后痛减，大便不爽，不思饮食或厌食，矢气后稍舒，舌苔厚腻，脉滑有力。

治则：消食导滞，理气除痞，和胃止痛。

取穴：上、中、下三脘、天枢、内关、内庭、足三里，上巨墟。

操作：常规穴位消毒后，施以提插捻转补泻法，留针30分钟，10分钟捻转一次，十次为一疗程。

方义：上、中、下三脘清理胃气，止痛，调理肠胃，天枢、内关、内庭，调畅气机，宽胸理气，足三里，上巨墟，消积导滞，行气调肠胃。

4. 阴虚胃痛：

主证：胃脘隐隐灼痛，似饥而不欲施食，口燥咽干，口渴思饥，大便干燥，消瘦乏力，舌红少津，或光剥，无苔，脉细数。

治则：养阴益胃，和中止痛。

取穴：内关、公孙、足三里、中脘、脾俞、胃俞。

操作：常规穴位消毒后，施以提插捻转进针法，留针30分钟，10分钟捻转一次，十次为一疗程，可照射神灯于腹部。

方义：胃俞，脾俞可滋养胃阴和健脾助运，中脘，足三里可调理脾胃，疏通经络止痛，内关，公孙调理气机，理气止痛。

5. 瘀血行滞:

主证: 胃脘痛, 痛有定处, 痛如针刺或刀割, 局部拒按, 食后痛甚, 或见呕吐, 便黑, 舌质紫暗, 脉涩或弦涩。

治则: 活血祛瘀, 理气止痛。

取穴: 膈俞、血海、三阴交、中脘、天枢、足三里、内关、公孙。

操作: 常规穴位消毒后, 施以提插捻转进针法, 留针30分钟, 10分钟捻转一次, 十次为一疗程, 可照射神灯。

方义: 膈俞, 血海、三阴交可活血化瘀, 理气止痛。公孙, 内关为八脉交会穴, 能宽胸解郁, 理气止痛。

中脘, 足三里、天枢可疏通胃气, 导滞止痛。

6. 寒邪犯胃:

主证: 胃脘疼痛, 发病暴作, 畏寒喜暖, 得暖痛减, 喜热饮, 舌淡苔白, 脉弦紧或细。

治则: 温中暖胃, 散寒止痛。

取穴: 上、中、下三脘, 足三里、内关、气海、天枢、神阙。

操作: 常规穴位消毒后, 施以提插捻转进针法, 留针30分钟, 10分钟捻转一次, 十次为一疗程, 可照射神灯, 重病者可隔姜灸神阙穴。

方义: 上、中、下三脘可调理肠胃, 理气止痛。内关、足三里、天枢可健脾理气, 益气宽胸。气海, 神阙(隔姜灸)止痛之功效, 可补气升阳, 温中暖胃散寒。

之痛减, 纳食减少, 吐酸, 呃逆, 矢气后胃脘胀减缓, 大便溏, 神疲乏力, 头晕, 消瘦, 面色苍白, 舌淡脉细。

辨证: 脾胃虚寒, 运化失常之胃痛。

治则: 益气健中, 散寒理气, 和胃止痛。

取穴: 内关、公孙、上、中、下脘、天枢、气海、足三里。

操作: 常规消毒后, 提插捻转进针, 留针30分钟, 10分钟捻转一次, 十次为一疗程。

方义: 上、中、下脘可温通腑气, 升清降浊, 调理脾胃, 气海有益气升阳之功。内关, 公孙为八脉交会穴, 可调理脾胃, 宽胸理气。

足三里可健脾和胃。

天枢为大肠之募穴, 可消导积滞, 利运化, 调脾胃。

治疗过程: 针灸治疗六诊后, 胃痛减少, 腹胀亦减轻, 十二诊后, 吐酸, 呃逆明显减轻, 面色好转, 经二个疗程后已痊愈。

病例2.

张先生, 49岁, 男性, 工程师。

主诉: 胃痛已有数年, 反复发作, 最近因工作劳累兼郁怒加重, 胃脘部胀痛, 痛联两胁, 时有窜痛, 呃逆欲吐, 嗝气, 烦恼后加重, 伴有气短心慌, 头晕, 体倦, 精神不振, 易怒, 纳差, 舌绛苔白, 脉弦。

辨证: 肝气犯胃, 兼有脾胃虚弱之胃脘痛。

治则: 疏肝理气, 降逆除呕, 益气和胃, 止痛。

取穴: 太冲、肝俞、胆俞、期门、中

(四)、病案举例

病例1.

苏女士, 62岁, 女性, 家庭主妇。

主诉: 胃痛已五年, 胃脘空痛, 喜按, 按

- 腕、天枢、足三里。
- 操作：常规消毒后，提插捻转进针，留针30分钟，10分钟捻转一次，十次为一疗程。
- 方义：太冲为肝之原穴，具有疏肝理气之功效。
- 胆俞、肝俞、期门可解肝郁气滞之头晕，胸胁胀痛。
- 内关可和胃健脾，宽胸降逆。
- 足三里可健脾和胃。
- 治疗过程：针灸一个疗程，胃痛明显减轻，呃逆，呕吐已减少，纳可，头晕已愈。
- 二个疗程后，胃痛已愈，精神好转。

(五)、小结

针灸治疗胃痛，有明显的镇痛疗效，但在临床时应当审证求因，结合胃痛的久暂，辨别胃痛的性质，特点，和兼症等，以虚实为纲，寒热为目，从痛，胀，吐，食，便等方面，确定病位，病势，病性，然后掌握主证，辨清寒，热，虚，实，分别证型，运用得当，才能取得疗效。

但在针灸治疗的同时，病者亦应注意饮食调养，饮食应适量，不能暴饮暴食，多食易于消化，富于营养的食物，同时保持精神乐观，戒烟酒，对减少复发和促进康复都有重要的功效。



治疗肩周炎的小体会

新加坡·陈昆宁

概述

肩周炎在临床治疗疾病上是常会遇到的病症之一，肩周炎是肩关节周围炎的简称。肩周炎多发生在中老年身上，为中老年人常见的疾病之一。肩周炎起病多缓慢，病程长。主要表现为单侧或双侧肩关节疼痛及关节僵直，手上举及后旋困难疼痛。疼痛可为阵发性或持续性，严重患者一触即痛甚，甚至半夜会痛致醒。有者会疼痛向颈部，耳部或手下肢放射，肩部有压痛点。由于肩部上下左右活动受到不同程度的限制，病情严重的病人，就连刷牙，洗脸，梳头及穿衣脱衣等都有一定困难。肩周炎中医学称之为“冻结肩，漏肩风”。由于肩周炎多发生在五十岁左右的中老年人，一般俗称“五十肩”。女性稍比男性为多，一般多以体力劳动者为甚。

现代医学的病因病理

现代医学对肩周炎的病因还不清楚，肩关节周围炎病变部位在肩关节周围肌肉，肌腱，韧带及筋膜等软组织的病变。

根据临床观察及研究，病因可能是：

1. 年老退化：由于本病多发生在50岁左右的中老年人，而此年龄时生理开始衰退，推测与老年性的退行性改变有关。

2. 风湿寒邪侵袭：部分患者发病前有明显风湿寒邪侵袭史，如居处潮湿，吹风冒雨，

睡卧露肩等，说明风湿寒侵袭为肩周炎的外在病因之一。

3. 外伤因素：慢性外伤和肩部软组织损伤并退行性病变也是引起肩周炎的原因。

4. 其他疾病引发：近年来现代医学研究发现，肩关节周围炎可能是其他疾病引发，如糖尿病，颈椎病，冠心病，肺癌等的特殊表现。

现代医学的病理：

1. 肩关节退化：肩部的组织，如关节软骨，滑囊，腱鞘及肱二头肌长头腱等出现不同程度的退化性病变。

2. 关节囊及周围软组织发生无菌性炎症：由于无菌性的炎症造成血液的改变及浆液性渗出，渗出物使肌腱与腱鞘及关节周围组织发生粘连，组织弹性降低，导致关节挛缩，造成肩凝。

中医学的病因病理

肩周炎中医学称为漏肩风，又名冻结肩，五十肩，是以肩部疼痛沉重，活动受限为主要特征。中医学认为造成肩周炎的病因病理有二个因素，一为外因，另一为内因。

外因：与风寒湿邪有关，在《素问·痹论》里就有骨痹，筋痹，脉痹及皮痹等的分类，认为肩周炎与风寒湿之邪气有关。而中医认为漏肩风即露肩当“风”的意思，“风”是指一种病邪。“风为百病之长”，常挟有寒，湿及热邪气侵袭人体，临床上则以风寒湿邪为多见。

另在《灵枢·贼风》篇中首次提出与外伤有关，认为外伤引致瘀血滞于肌肉筋骨之间，

造成气血运行不畅，加上感受风寒湿之邪侵袭，引发为痹证。

内因：中医学认为人到中老年后，体质开始出现虚弱，肝肾不足，气血亏虚，导致正气不足，则风寒之邪气易乘虚而入。风寒邪气侵入经络，则血脉凝滞，所谓“不通则痛”，所以漏肩风以疼痛为主。风寒邪气侵入筋脉关节，则关节活动受限，屈伸不利，上举就困难。

肩周炎的临床表现

肩周炎是以肩部疼痛和运动功能障碍为主要，在初期是以剧烈的疼痛为主，肩及手臂关节功能活动尚可，到后期则是以肩部功能障碍为主，疼痛反而减轻。

肩周炎发病可单侧或双侧，发病时以肩部及手臂关节酸痛，肩部觉僵硬，手臂上举，外旋及后伸疼痛及困难，疼痛并可向颈部和下肢放射，日轻夜重，患肢畏风寒，手指麻胀，提物困难。以外伤导致的肩周炎则疼痛较为激烈而拒按。如病情迁延日久或失治，久之则寒湿凝滞不解，气血严重痹阻导致肩部及手臂肌肉萎缩。

肩周炎的中医辨证分型及中药治疗

临床上中医根据导致肩周炎的内外病因来辨证，把肩周炎基本分为四大类型。

1. 风寒湿痹型：

症见：单侧或双侧肩部僵硬酸痛，手臂关节酸痛，手上举觉困难，不能后旋，夜间尤其疼痛明显，觉肩臂沉重感，怕冷，舌淡红，苔薄白或白腻，脉沉细。

治则：祛风散寒，除湿通络。

中药：肩痹汤加减

风寒湿较重者加苍术，威灵仙。

气血不足者加黄芪。

疼痛较甚者加红花，桃仁。

2. 肝肾不足型：

症见：单侧或双侧肩臂关节功能障碍，手上举无力，疼痛较不明显，兼有头晕目眩，耳鸣，精神不振，步履无力，腰酸背痛，舌偏红，脉细弱。

治则：滋补肝肾，通络止痛

中药：独活寄生汤加减以改善筋骨挛痛。

疼痛重者加制川乌，制草乌。

寒邪重者加干姜。

湿邪重者加防己，苡仁，苍术。

正虚重者加党参。

3. 气血虚弱型：

症见：单侧或双侧肩臂部酸痛，酸痛呈隐隐，劳累后加重，休息减轻，倦怠乏力，头晕，四肢不温发麻，气短，舌淡，苔薄白，脉细无力。

治则：益气养血，祛风通络。

中药：八珍汤加减

加姜黄，伸筋草，威灵仙来温筋散寒，通络止痛。

加红花，没药来活血通络止痛。

4. 气滞血瘀型：

症见：多由于外伤或劳损导致的气滞血瘀肩臂部，见肩臂呈胀痛或刺痛，痛势剧烈拒按，手臂上举困难，痛处不移，牵引上颈头部，舌质紫暗或有瘀暗或有瘀斑瘀点，脉细涩。

治则：活血祛瘀，通络止痛。

中药：活络效灵汤合桃红四物汤加减

加桂枝，桑枝，鸡血藤祛风通络。

肩周炎的针灸治疗及其他治疗法

中医对肩周炎认为越早治疗，疗效越佳。而中医在治疗的方法有很多，有中药内服法，针灸治疗法，拔罐疗法，推拿法，热敷法及中药膏敷法等等，这重重治疗法都能达到祛风通络，温经散寒，活血化瘀，最终达到止痛的作用。

笔者根据肩周炎治疗原则应：舒筋通络，行气活血，在临床上多采用针灸治疗，间中会配合拔罐（闪罐）或内服中药治疗，大体上临床效果都不错。

肩周炎笔者一般采用的针灸穴位有：凤池穴，肩井穴，肩髃穴，肩髃穴，抬肩穴，肩贞穴，臂臑穴，曲池穴，外关穴，合谷穴，阿是穴等。

根据辨证而采用相应的穴位，常规消毒，用平补平泻手法，得气后留针三十分钟，间中要行针约3-4次，同时采用TDP灯照射。

【病例二则】

1. 气血虚弱型。陈XX 女性 53岁。

28/4/2014：初诊，来诊诉：约9日来右肩及右手臂酸痛，酸痛下至手指部致手指麻痹感，右手上举可，劳作多时则酸痛甚，休息则舒。怕冷，觉倦怠无神，纳可，睡眠可，二便正常，舌淡红，苔薄，脉细。

辨证：气血虚弱，筋脉失养。

病名：痹症（五十肩）

治则：补益气血，舒筋活络。

处方：八珍汤加肩痹汤，配合中成药四藤片与骨松宝。

针灸：除内服药外，再结合针灸治疗以加快痊愈疗效。

穴位：凤池穴，肩井穴，肩髃穴，肩髃穴，抬肩穴，肩贞穴，曲池穴，外关穴，合谷穴。

下针得气后留针30分钟，约10分钟运针1次，再配合TDP灯照射，以皮肤觉温暖为适。

1星期复诊1次。

22/5/2014：第4诊。今来诊诉：症状改善佳，酸痛很轻微，手指已无麻痹，也无倦怠，纳眠正常，二便正常，舌淡红苔薄，脉细。

守方及配合针灸继续治疗。

2. 气滞血瘀型。马XX 女性 51岁

10/5/2014：初诊，来诊诉：2星期来右手

臂关节痛，上举困难痛，后旋痛困难，影响上至肩，下至手部致麻痹，拿物亦觉痛，夜间痛甚带麻痹，进而影响睡眠，其工作须用右手力。纳可，习惯性便秘。BP152/99，P82.

舌淡红，苔薄，脉细。

辨证：长期劳损导致气滞血瘀。

病名：痹症（五十肩）

治则：活血祛瘀，通络止痛。

处方：肩痹汤合活络效灵汤，配合中成药鸡血藤片及骨松宝

针灸：除内服药外，再配合针灸治疗以加快痊愈疗效。

穴位：凤池穴，肩井穴，肩髃穴，肩髃穴，抬肩穴，肩贞穴，曲池穴，外关穴，合谷穴。

下针得气后留针30分钟，约10分钟运针1次，再配合TDP灯照射，以皮肤觉温暖为适。

23/5/2014：第2诊，来诊诉，经针灸及服药治疗后症近愈，臂关节痛改善佳，上举已可，后旋也可，只右手仍有微麻痹，夜间的酸痛麻感也改善佳，纳可，舌淡红，苔薄。

守方及再配合针灸继续治疗。

小体会总结

临床上在治疗任何疾病，中医学的理论是指导老师，在治疗肩周炎前，要先明确肩周炎在中医学里属于“痹症”的范畴，其导致的因素是风寒湿邪气，肝肾不足，气血虚弱及外伤劳损等，这种种因素导致气滞血瘀，使经络气血运行不畅。

中医根据辨证分型，通过不同治疗方法，调其经脉，使其气血通畅运行，就达到止痛，所谓“通则不痛”，从而帮助患者解除痛苦。

临床上看诊须灵活，根据病人的体质，加上本地中医处在的客观条件及中药条件从而拟定切实的治疗方案，在很短时间里为别人消除痛苦。



美容火针 疗法的体验

新加坡·蔡欣洁

火针是针刺与艾灸相结合的一种方法。这种疗法借“火”之力取效，集毫针和艾灸之功效于一身。

火针古称其为燔针、焮刺、烧针、白针、燂针。

火针疗法是用特制的针具烧红后针刺人体经络穴位，以达到治疗和预防疾病的一种奇特的疗法。它是古人在长期与疾病抗争过程中不断总结完善而成一种奇特的疗法。

火针治疗法属于针灸疗法中最奇特的治疗方法，已经有千年历史。您别小瞧这一根小小的火针，它可以调节人体的五脏六腑，还能够治疗内外妇儿等各科疾病。

目前，火针针具已经发展到电火针、电热针，治疗范围则扩展至内科、外科、妇科、皮肤科、肿瘤科、耳鼻喉科、眼科、口腔科等各个方面。

然而，许多有关针灸学的教材没有论及火针或只有小篇幅的论述，有关毫火针疗法的专门著作也很少，这对火针的未来发展很不利，火针疗法还需要得到广大从事针灸研究的学者和临床医生的再次重视。

临床已证明，毫火针疗法对疾病有十大功效：

(一) 止痛：

祛寒除湿，行气活血，津液运行，温火

通经络，疼痛自止，这是毫火针治疗痛症的机理。

(二) 止痒：

疏通经络，使气机疏利，则祛风止痒。

(三) 止麻：

毫火针引阳达络，助阳化气，则麻木自解。

(四) 止挛：

运行气血，调整脉络，则痉解挛止。

(五) 止泻：

健脾利湿，协调肠胃，温中收敛，泄泻可止。毫火针擅治慢性肠炎致腹胀腹泻等疾病。

(六) 止咳定喘：

由寒冷引起的一切症状，如咳嗽、喘息都可以用毫火针温化肺脏之寒，疏通肺之经气。

(七) 泻火解毒：

引热外达，用于热症。如带状疱疹、丹毒、小儿腮腺炎，乳腺炎等各种红肿热痛的病症，用毫火针治疗也有疗效显著。

(八) 去瘀除腐、破溃排脓:

生肌敛疮, 促进气血运行, 加快肌肤更新。

(九) 除节散结:

助阳化气, 软坚散结, 活血化瘀, 消除瘰疬, 散化癥结。

(十) 壮阳补虚, 升阳举陷, 扶正助阳:

毫火针可治因中气不足, 体质虚寒引起的疾病, 如子宫下垂、腰膝酸软、阳痿遗精、痛经、月经不调等。或因脾胃虚弱引起的胃下垂等。用毫火针治疗也有很好的疗效。

毫火针疗法: 三大优势

(一) 毫火针是创新疗法

毫火针避火针与毫针二者之短(火针粗则痛甚, 毫针细则气弱), 取其二者之长(火针挟火气盛, 毫针纤细痛微), 兼有了火针与毫针的双向功能, 优化了针灸疗法, 提高了针灸疗效。

毫火针本质上打破了一般传统治法, 其功能通经活络: “强通”、“温通”、“微通”三通, 可松懈肌肉和筋膜, 具有如小针刀治疗的作用。

(二) 毫火针疗效立竿见影。

毫火针对穴位的刺激有物理的机械刺激、温热刺激及生理的无菌性灼伤刺激。三者合一。增强了刺激强度、作用时间。

毫火针疗法, 借“火”之力通经活络, 集针之法激发经气, 取灸之温阳驱散湿寒。毫火针点刺穴位即刻退出针, 其经气缠绵, 针感不绝, 疗效可立竿见影。

(三) 毫火针微微针刺痛、安全、快捷。

比较: 粗火针痛甚, 艾灸痛久, 毫火针在点刺时微痛且又瞬失。

安全: 毫火针针体短小, 点刺深浅可控, 烧针又是彻底消毒过程, 故治疗安全可靠。

快捷: 治疗一个病人, 常常只需三、五分钟, 其疗效立显。省时省事, 高效简捷。

毫火针疗法禁忌:

虽然毫火针疗法有祛腐排脓、清热解毒、软坚散结、生肌敛疮、解痉止挛等作用, 但专家提醒大家, 不是人人都适应于火针治疗的, 如银屑病急性皮肤病发作阶段, 不宜使用火针; 脸部三角区慎用火针; 年老体弱者和小儿及孕妇应慎用火针; 精神过于紧张以及醉者禁用火针; 危重症患者, 如心肝肾严重器质性损害者、严重及糖尿病患者等慎用火针。

现以图来描述: 毫火针点刺治疗脸上疣泡及黄褐斑之体验



图(1) 右侧脸上疣泡二粒。鬓发前后处。



图(2) 今年正月, 第一粒大疣泡, 开始用美容火针点刺治疗。上图是当日火针点刺后, 右侧脸上疣烧伤痕迹。



图(3) 用美容火针点刺, 第三日后, 其表皮结痂, 在冲凉时不小心擦破了结痂。开始有炎症!



图(4) 第四日, 开始化脓。这是我第一回用美容火针在脸颊上治疗。没有经验, 因防感染工作不足够, 所以引起发炎症。



图(5) 发炎后用消毒药水，一日清洗二回。慎用化妆品在患处。



图(6) 第五日刚好是周日，就贴上防染感通风胶布，无涂上任何药物。当日换三回。炎症就消。



图(7) 隔1周，继续用美容火针，再点刺脸上疣，都无明显炎症了。也小心照顾伤处。从经验中学习成长！第一粒大疣，共用美容火针，治疗5次即5周。每回四、五针。即在疣泡周围及其中部火针点刺四、五针不等。



图(8) 第一粒大疣泡连续用美容火针，点刺四回后，即是第4周后，才开始火针第二粒小疣泡。上图是火针后第2日，二粒面上疣泡的情况。又起炎了。小心防炎症恶化，洗面及冲凉时，都非常注意不抹破患处。



图(9) 在第5周继续火针，再小心防范患处感染，在第6周后二粒疣泡的情况。开始在火针处结痂了。

毫火针一般上可分为粗、中、细。火针有钨锰合金火针、钨合金火针、铁铬合金火针、钼金属火针，不锈钢火针、铜火针和特质金属火针等。

有钨锰合金火针、有钨合金火针、钼金属火针，这三种材质有一个共性，耐火烧，其温度可达800多度。高温之下坚挺不弯，硬度强、不蚀不剥，不退火、不易变形、不易折、经久耐用等特点，有利于临床使用。

按针具材质分类：

由于其导热能力强，其散热也快，容易散失热量。如果烧针后动作稍迟缓，针体就会丢失热量，不但造成受针者疼痛，影响临床效果，还容易造成人体伤害。

因不锈钢火针，经火烧易退火，变色，变软，且针体剥蚀易弯，不利临床的使用，所以不锈钢只能制粗长的火针。

特制金属材质的导热能力，不像钨锰金属那样迅速。因此这种火针储热好，散热慢，相对来讲，比钨锰材料制作的火针，热力不易丢失，且更为集中，治疗效果更好。

铜材火针因其质软不挺，现已废弃不用。

按加热形式分类：

用火加热的火针、用电加热的火针和激光火针。

不管是使用什么物质引发的火源，油也好，酒精也好，燃气也好，凡用火源形式加热的火针均为用火加热火针。

用电源加热，要注意把电火针与电热针加以区分。

电火针的特性是首先对针体加热至600度以上，然后进针。

电热针的特性是首先进针，然后对针体进行加热，温度一般在30—60度。



图(10) 大疣泡用火针点刺5周，即五回、小疣泡只用美容火针点刺一回。就是整个疗程共6、7周后，渐渐扁平结痂，终于成功除疣泡了。



图(11) 右侧二粒疣泡经美容火针点刺，第7周后恢复情况令人满意。

简述，火针点刺之后，通过局部刺激和经络的传导感应，能够调节人体的气血、津液、阴阳、使阴阳相对平衡。



图(A) 在二粒脸上疣泡除去后，过2周时再开始进行毫火针治疗颈背的黄褐斑。



图(B) 当天毫火针后，颈背部的情况。



图(C) 毫火针点刺，第1周后，颈背痕迹情况。皮肤干红结痂，无感染。



图(D) 颈背火针后，第2周左右，皮肤渐渐恢复情况。



图(E) 第3周后颈背皮肤黄褐斑除了。



这是一套美容火针。用来治疗我脸上的疣泡。那支三角形者是常用者。

这套特制金属材质的美容火针，耐火烧，温度可达800多度。中间黑色火针，是今年初在南京上继续教育高级针灸班时买的。品质差、散热快，针后效果差。



每周三，我都会麻烦同道余莲菁医师，帮我用毫火针点刺，足三里穴、阳陵泉穴、悬钟穴、复溜穴等。左图为体毫火针，有长、短毫火针之分。

她用来点刺我的左下肢，因腿易微水肿无力，是车祸后才出现。

每回毫火针点刺后，左下肢轻松有力。感觉真好！



左图这支火针，是余医师点刺脸上大疣泡中部时用的。

钨合金火针，耐火烧，温度可达800多度。

结论：

毫火针具有安全、微微烧痛、微创伤等特点，是针法的创新疗法。

用毫火针疗法，临床疗效好，已经得到了医师、医生的认可。从现代医学角度看，火针疗法能对人体多个系统，产生阴阳调整作用，增强机体免疫功能，促进新陈代谢与细胞修复。

毫火针与药物相比，毫火针疗法：成本低、见效快、疗程短、安全性高的特点与优势。

求子有方 好“孕”自然来

新加坡·陈浩平



新加坡是全世界生育率最低的国家之一，平均每名育龄女性只生育1.19个孩子，而占总人口比例超过七成的华人社群生育率更低，仅有1.06，按目前的生育率，到2070年，新加坡人口将会减少一半，政府想尽办法希望生育率能够提高到1.4或1.5的水平，因此，如果能从不孕不育人群中(约占育龄夫妇的15%)去解决他们的生育问题，这对于低生育率的新加坡，将是一个可很观的供献!

不孕不育的定义

根据世界卫生组织(WHO)的定义：一对育龄夫妇过正常的性生活满一年，未避孕而无生育者，便可纳入不孕与不育的范畴。一般上，把女性病因引起的不孕称为女性不孕症，而由男性病因导致配偶不孕者称为男性不育症，“不育”这个名词本来是指女性曾经有过妊娠，但后来因种种原因以堕胎，小产，早产，死胎而告终，但现在也把男性不能生育者称为“不育”。

在正常的情况下，未避孕的新婚夫妇中，65%在半年内怀孕，75%在9个月内怀孕，80~85%在一年内怀孕。根据不孕不育症的调查研究资料显示，全球约有15%的夫妻不能如愿生育，这些夫妻当中，妻子的原

因占55%~65%，丈夫原因占20%~25%，双方都有原因的占15%~20%，不明因素约占5%~10%，但经过适当合理的治疗后大多数是可以生育的，这说明不孕不育症虽然是常见的现象，所幸的是它并非不治之症，只要不轻易放弃，尽早求医，大多数的夫妻最终都能“好孕”降临，顺利得到龙子龙女。

我们大家所关心的是

1. 不孕不育有那些原因?
2. 不孕不育者，须要做什么检查?
3. 不孕不育者，有什么治疗手段?
4. 人工辅助生育技术是什么?在什么情况下须要求助于人工辅助生育技术?
5. 吃些什么能促进生育?

以下让我们来一一作答：

一些相关的数据：

1. 女婴出生时卵巢中大约有15~50万个原始卵细胞，称为卵母细胞。
2. 到了青春期，卵母细胞开始发育，到了生育期，大约有300~400个卵母细胞发育成熟，每个月排出一个成熟的卵子。
3. 男子精子成熟周期是64~72天，是一个连续不断的过程，没有明显的周期性。

4. 男性睾丸中所产生的精子是不能让卵子受精的，必须在附睾中经过一系列的成熟性变化，才能达到受精的要求。附睾是精子的成熟摇篮，也是精子的贮存仓库。
5. 精子在女性酸性的阴道中大概能存活8小时，一旦进入宫腔中则可存活2~3天。
6. 卵子排出后一般存活不足24小时。

不孕不育有那些原因？

要了解不孕不育的原因，让我们先来了解受孕的必备条件：

1. 男子精液必须正常。
2. 女子卵巢排出正常的卵子。
3. 精子与卵子在输卵管壶腹部相遇，结合成受精卵，然后顺利进入子宫腔。
4. 子宫腔内膜已做好充分准备，适合受精卵的着床。

以上任何一个环节出问题皆可造成不孕！

男性不育的原因主要有以下几点：

1. 男性性功能障碍，如阳痿，早泄，不射精等。
2. 精液质量异常，如少精症，无精症，弱精症，精子畸形，精量过少，精子存活力低及精液不液化（果冻精）等。
3. 生殖器病变，如隐睾症，睾丸发育不全，睾丸炎，睾丸结核，输精管阻塞，无输精管，生殖器畸形等。
4. 精索静脉曲张，影响睾丸的生精内环境。
5. 免疫因素，指男子血清或精液中存在有抗精子抗体，产生自身抗精子免疫反应，导致免疫性的不育。
6. 男性生殖道感染，生殖器异常及其他不明原因引起的不育。
7. 辐射，高温工作环境。
8. 性传染疾病。

女性不孕不育的原因：

1. 卵巢性不孕症：卵巢肿瘤，卵巢早衰，各

种因素引起的排卵障碍，如多囊卵巢综合征等。

2. 输卵管性不孕症：输卵管阻塞，如炎症阻塞，其他器官压迫等。
3. 子宫性不孕症：子宫内环境欠佳，不适合受精卵的成长，如子宫肌瘤，子宫畸形，子宫内膜炎，子宫内膜异位，内膜结核，子宫粘膜下肌瘤等。
4. 内分泌失调，即女性下丘脑—垂体—卵巢的功能失常，导致生育系统不协调，造成不孕，流产或不育症。
5. 女性生殖器官畸形，如处女膜闭锁或肥厚，无阴道，双子宫等。
6. 免疫因素，指女子血清或阴道中存在有抗精子抗体，导致精子的生存率大受威胁，导致不孕。
7. 慢性宫颈炎，宫颈息肉，宫颈肌瘤。
8. 性传染疾病。

不孕不育相关的检查：

在男性方面，一个非常重要的检查就是精液质量检验，患者须到某些医院的检验部门，一般通过手淫方式获取精液，由相关部门实验室检查精子的数量，活动力，形态与生命力。由于这是一件相对较简单的检查，所需的费用也不高，因此建议每位男性病人都必须去做这项检查。

在女性方面，一般上建议去医院做超声波检查卵巢与子宫的生理状况是否正常，但对于结婚多年而不孕的女性，则须考虑到做相关激素检查，输卵管通畅情况检查等，由于女性不孕原因可能是多方面引起的，因此对于相关的检查项目也比较多，费用较高，须看个别病情而决定检查的项目。

一般的情况下，我们会建议丈夫先去做精液检查，而妻子则做超声波检查，然后根据病情的进展再考虑做其他的检查，这样便可以让他们省下不少的费用和承受一些不必要的不适与麻烦。

中医在男性不育症的治疗:

中医治疗男性不育,首先必须通过辨证论治,找出引起不育的原因,然后针对病因治疗,才能达到预期的效果。

在中医理论上,男子的生育与肾脏有着极为密切的关系,即所谓的“肾主生殖”,故中医在治疗男性不育症上,主要还是从肾脏论治,男性生育以肾精为本,肾精亏虚为男性不育的主要原因,在临床上,有以下较常见的类型:

1. 阴虚:患者出现头晕耳鸣,腰膝酸软,手足心热等阴虚症状,治疗可滋阴。
2. 阳虚:患者表现为性欲减退,阳痿,早泄,怕冷,腰膝冷痛,疲倦等一派阳虚症状,治疗可以壮阳。
3. 郁抑:临床表现为性欲低下,阳痿不举,不能射精,情志抑郁,喜欢喘大气等症状,治疗以疏肝解郁为主。
4. 气血虚弱:临床表现为性欲减退,阳事不兴,神疲力倦,面色差等症状,治疗当以调补气血为主。

临床上,对于不育的男性患者,首先要求他到医院做精液质量检查,从检查报告得知精液质量的情况,再配与相关的中药服用,同时配合针灸治疗,3到6个月,再去做一次精液检查,与前一次的检查结果作比较,然后决定是否更改用药,如此重复治疗,直到妻子怀孕为止。

中医在女性不孕不育的治疗:

中医在治疗女性不孕不育,也必须通过辨证论治,找出引起不孕不育的原因,针对病因治疗,而达到预期的效果。

一般女性的不孕往往与月经有密切的关联,辨证要点在于妇女行经状况,所谓“种子先调经”,妇女调经,得子之道也,女子以血为主,血是月经的基础,若女性体质虚弱,阴血不足,则可导致不孕,另外,女性容易为情

志所伤,造成肝气郁结,气滞血淤,促使月事不调,难以受孕。

临床上不孕的女性,追问之下,大多数伴有月经失调,经期先期后期,或先后不定期,经量过多或过少,或闭经,或滴答不止,痛经等症状,根据症状的不同给予相应的调经药,有时,在调理月经的过程中,很多妇女都先后怀孕了。

著名妇科医家傅青主在他的著作:《傅青主女科·种子》篇中提出女性十不孕的原因,这里简单介绍其中几种常见的类型给大家认识:

1. 身瘦不孕:这是属于气血虚弱类型,过度消瘦的女性,卵巢中卵子的发育不良以及排卵障碍等,治疗可以气血双补。
2. 下部冰冷不孕:这就是一般被称为的“宫寒不孕”,治疗可以暖宫散寒,温补胞宫。
3. 嫉妒不孕:因嫉妒而生闷气,导致不思饮食,造成严重的消化道问题,影响身体营养的吸收,营养不足,自然难以受孕,治疗可以疏肝解郁。
4. 肥胖不孕:肥胖女人雌激素较高,影响卵巢排卵功能而较难受孕,治疗可以补中益气,改善身体代谢问题。
5. 腰酸腹胀不孕:较常见的是子宫生肌瘤,不易受孕,即使幸运能受孕,也难安胎顺利产下婴儿,治疗可以活血化淤散结。

以上是通过望闻问切,查出求诊者不孕的因素,再以相应的方剂治疗,往往能够达到观音送子之效,医患皆大欢喜。

此外,孕前女性应该具备良好的心理状态,医学专家指出,人的精神心理活动,受神经与内分泌系统调节,女性更为明显,如排卵功能,卵子的受精,着床,胚胎发育等都受女性精神心理因素的调节,医学上称为“神经—体液”调节机制,因此,想做妈妈的女性一定要调整好自己的情绪,保持愉快的心情才

有利于怀孕，这一点往往被一般女性忽略了。

在什么情况下须要求助于人工辅助生育技术？

一般经过中西医不孕不育的治疗无效，进一步的检查发现有以下情况者，都必须考虑求助于人工辅助生育技术来达到求子的目的：

1. 无精子症。（如先天性睾丸发育不良，双侧隐睾，梗阻性无精子症等）
2. 生精功能障碍，出现严重的少精症，弱精症和畸精症。
3. 输精管复通术后受孕失败者。
4. 射精障碍。
5. 免疫因素导致的不孕不育，即男方，女方或双方有抗精子抗体，导致精子的生存率大受威胁，导致不孕者。

目前辅助生殖技术主要有以下几种：

1. 人工授精（IUI）
AIH：夫精人工授精，即使用丈夫精液的人工授精
AID：供精人工授精，即使用精子库提供的精液的人工授精
 2. 体外受精与胚胎移植（IVF-ET）
 3. 单精子卵细胞浆内注射（ICSI）
- IUI成功率约为20%，IVF成功率为30%。

影响人工授精成功率的因素有以下几点：

1. 年龄：妇女的生育能力随年龄的增长而逐年下降，尤其在35岁以后，高龄妇女的受精率，妊娠率较年轻妇女明显降低，35岁女性的生育能力仅相当于25岁女性的50%，38岁时则降低到25%，超过40岁时则少于5%，部分女性在绝经前7—8年，已经丧失生育能力，因此，女性年龄绝对是影响ART结果的最重要因素！
2. 精神因素：有的妇女在接受人工辅助生育治疗前，出现精神紧张，情绪不稳，造成内分泌功能紊乱，最终导致治疗失败，

3. 女性慢性生殖系统炎症，如子宫内膜炎，输卵管炎，盆腔粘连等，
4. 子宫内环境欠佳，不适于种植受精卵。

这几年来辅助生殖技术临床应用蓬勃发展，但同时也暴露出诸多现实问题，即是人工辅助生育，难免存在人为的误差，在筛选精子过程，无法选出最佳精子，当然，孕育出来的宝宝也比不上自然生产的后代，另一个问题是出现在使用精库的精液，存在“血亲通婚”的可能性，因为供精者本身可能有多个子女，再加上供给他人使用所生下来的“子女”，这些血缘上关系密切的子女可能结为夫妇，最后产生悲剧，因此，除非在万不得已的情况下，才考虑通过人工辅助生育技术求子。

目前，体外授精的成功率在90%左右，但总的孕育成功率还是不高，能顺利产下健康宝宝的大约是30%左右，究其原因主要是卵巢反应功能低下，子宫内膜容受性差等，要如何才能突破这些屏障成为众多医学者未来的科研问题，但是有一点我们非常肯定的就是：在做人工辅助生育前，夫妻双方都能通过中医辨证论治，补肾调经，大大的改善子宫内膜容受性及卵巢的储备能力，从而逆转年龄因素导致的卵巢功能衰退，然后再配合促排卵药的应用，显着增加获卵数，也改善了卵子质量，便能提高种植率和临床妊娠率了。

吃些什么能促进生育？

促进女性生殖的饮食保健：

1. 女性在月经期应该多注意营养的补充，增加补血食品的摄入量，如猪肝，猪心，红枣，桂圆肉，胡萝卜，菠菜，红苋菜，蛋类，豆类及豆制品等，月经期间应忌酒和辛辣刺激食物，也忌生冷食物，冰冻饮料等。
2. 促进怀孕的谷类，蔬菜瓜果有小米，麦片，马铃薯，红薯，芋头，小白菜，芹菜，菠菜，西兰花，芦笋，胡萝卜，南

瓜, 番茄, 苦瓜, 荷兰豆, 四季豆等,

3. 促进怀孕的家禽水产有鲈鱼, 带鱼, 鲳鱼, 虾类, 牡蛎(蚝), 蛤蜊, 蛭子等,
4. 促进怀孕的动物肉类有瘦猪肉, 牛肉, 羊肉, 兔肉等优质肉类, 应该少吃含动物脂肪量多的肉类, 如三层肉, 肥肉等,
5. 促进怀孕的水果类有芒果, 橘子, 葡萄, 猕猴桃, 橙子, 苹果, 鸭梨, 草莓, 核桃, 西瓜等。

促进男性生殖与性功能的饮食保健:

1. 温肾壮阳的食物有鹿茸, 鹿鞭, 鹿肉, 海马, 羊肉, 牛肉, 虾类, 鲍鱼, 韭菜, 胡桃肉等。
2. 温肾补精的食物有蛤蚧, 淡菜, 海参, 鱼肚, 鸽肉等。
3. 滋补肾精的食物有龟肉, 鳖肉, 鹿角胶, 阿胶, 牡蛎, 比目鱼等。
4. 益气养血的食物有桂圆肉, 荔枝肉, 燕窝, 鲳鱼等。
5. 固肾射精的食物有莲子肉, 芡实, 银杏, 核桃等。

此外, 不孕不育的夫妇平素应该忌食高温油炸食品, 如炸薯条, 炸油条, 炸香蕉, 炸番薯片等。有关资料指出: 这些高温油炸食品含高量的丙烯酰胺, 对人体健康危害大, 对生殖功能影响也很大, 可影响男性精子的生成数量与质量, 对女性则可影响卵子的成熟与排卵, 降底了怀孕的机率, 不能不引起不孕不育者的关注

最后, 我要补充的是: 治疗不孕不育, 须要辨证与辨病同时应用, 中西结合, 应用西医先进的检查技术, 找出男女双方不孕不育的因素, 再用中医的基础理论, 辨证论治, 才会收到最好的疗效, 让患者早生贵子。临床上治疗不孕不育, 必须要求夫妇同治, 因为不孕不育是两个人的事, 有可能是男方出了问题, 也可能是女方出了问题, 或者双方都有问题, 单

独治疗一方往往费时费事, 得不到效果, 还耽误了许多宝贵的时间。但是, 临床上偶而也曾遇到男女双方都没有问题, 婚后一年多还没怀孕, 急了便来求医, 追问之下, 原来男方经常出差, 回家没几天又再出差了, 要知道, 女性排卵一个月只一次, 排卵后卵子的寿命不足24小时, 而精子在酸性的阴道中只能生存8小时, 进入宫腔后才可维持2至3天, 所以在每月排卵前2至3天, 或排卵后24小时内进行房事, 才能大大提高受孕的机会, 而这对夫妻, 丈夫经常不在家, 在家时房事时间错过了排卵期, 所以不孕, 过后他们自己做了适当的调整, 不久后便如愿以偿了。

从中风病治疗 谈中西医结合的思维

中国广西·郭礼

中医学源远流长,博大精深,但在清末随着西方文化的传入,现代医学在中华大地也得到了迅速发展。中西医结合成为中国特有的治疗方式,取得了很多突破和成绩,但同样也存在着中医西医化(指标热)、中药西药化(中药针剂)等问题,在临床工作中西医怎么结合成为我们需要思考的问题,中西医结合目标应该是将现代科学微观化的优势结合中医学整体化的理念,通过辨病与辨证有机地统一起来,以下根据临床治疗中风病的经验浅谈关于中西医结合思维方法:

1、中风病的诊断

关于中风病的论述最早见于《素问·生气通天论》中曰:“阳气者,大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥”^[1]。《素问·调经论》又云:“血之与气并走于上,则为大厥,厥则暴死,气复反则生,不反则死”^[1]。说明了中风最根本的病机为气机逆上。

而根据中国中药新药研究标准关于中风病的证类诊断标准分为了7型^[2],分别为①风痰火亢;②风火上扰;③痰热腑实;④风痰瘀阻;⑤痰湿蒙神;⑥气虚血瘀;⑦阴虚风动。

但在实际临床中,中风病症状多样,各证型无明确分界,各证型之间是否会转化或有着关联的规律,尤其关于急性期的病因病机不同医家各有不同见解,总的认为有风、火、痰、瘀、气虚、阴虚阳亢六个证候因素。

2、现代医学中对中风的研究

现代医学认为脑血管病(包括颅脑外伤)导致神经元受损所引起的相应脑神经相关症状、肢体活动障碍,同时感觉路径受破坏引起的偏身感觉障碍。在超早期常见症状——昏迷(脑细胞水肿、缺氧、炎症反应、颅内压增高)、发热、便秘、偏瘫、失语。左侧大脑言语中枢受损的将导致语言能力受损,额叶损伤多见性格改变或痴呆,而偏瘫均为上运动神经元不能支配肢体的运动或感觉而引起的,偏瘫本身的病理机制及康复进展等并无差别,至于合并失语、痴呆等其他症状则应另行治疗。偏瘫康复Brunnstrom提出了6阶段恢复理论^[3]: Brunnstrom I~II期又称为软瘫期,此时患者偏瘫侧肌体表现为弛缓性麻痹,即没有随意的肌肉收缩,也不出现联合运动,主要表现为肌张力减退或丧失, Brunnstrom

Ⅲ~Ⅳ称为痉挛期, 偏瘫后痉挛系由于上运动神经元(锥体束)的损害, 使脊髓水平的低级中枢的原始反射从受抑制的状态解放出来, 而形成以速度依赖性的牵张反射增强为特征性的肌张力亢进, 表现出上肢的屈肌和下肢伸肌的协同运动, 出现上肢的屈肌过屈, 下肢的伸肌过伸的痉挛状态。Brunnstrom V~Ⅵ期又称为恢复期, 此期患者分离运动出现, 肢体活动趋向于正常, 功能的恢复趋于静止。由此可见, 现代医学认为中风病发病及其恢复有着其固有特点。

从现代医学对偏瘫发病、病程进展、康复治疗机理表明, 可用Brunnstrom提出的6阶段恢复理论进行病-症-证结合指导中医辨证论治。

3、传统中医疗法与现代康复治疗结合

传统中医对中风病的治疗方法多样, 包括中药汤剂、针刺、中药熏洗、推拿按摩、导引等, 传统中医方法缺失功能评定, 我们通过对古代关于“中风”、“偏瘫”等443则医案进行数据挖掘分析, 发现各期症状对应不同的证型, 有着其自身规律^[4]。

3.1、急性期的中医治疗

中风病起病急骤, 证见多端, 变化迅速, 总因气血逆乱于脑, 不省人事、高热、便秘、偏瘫、失语。急性期以风、火、痰实邪为主, 为本虚标实, 上盛下虚之证, 辨证多属风痰上扰证或痰热腑实证。当治以平肝熄风、化痰通络、清热通腑之法速去其邪。代表方: 涤痰汤加减、星蒌承气汤加减。亦常用安宫牛黄丸、针刺放血急救。

3.2、软瘫为气虚血瘀

在发病的1~3周内, 患者意识清楚或有轻度意识障碍, 生命体征稳定, 但患肢肌力、

肌张力均很低, 即相当于Brunnstrom I~Ⅱ期。中医学对偏瘫恢复过程软瘫阶段中医学称为“痿缓”, 脑为神明之府, 脑络受损, 神失所用, 四肢经络无主, 血气不至, 营卫之气不能为肢体所用, 故见肌肉弛缓而瘫, 身不能动乃因为无气, 不能动, 由此可知, “脉道气血不通”之气虚血瘀证为中风软瘫期的主要表现。治法当以益气活血为主, 可选方: 补阳还五汤加减, 同时可使用针刺、推拿强刺激手法促进肌张力增高。

3.3、痉挛期以肝肾阴虚为主

痉挛期相当于Brunnstrom Ⅲ~Ⅳ期。此阶段的特点是以痉挛为主, 尤其是上肢的屈肌和下肢的伸肌更明显。痉挛及联带运动阶段中医多称为“拘挛”或“不得屈伸”等。此时浊正气已虚而未充, 呈虚实夹杂之态。肾主骨, 为“作强之官, 伎巧出焉”, 肾精不足, 伎巧不出, 则肢体动而欠准、欠灵活, 与“运动模式损伤”的认识有很多相通之处。肝主筋, 肝之精血不足, 筋脉失于濡养则拘急痉挛, 故肝肾精津不足, 是中风病肢体痉挛的发病之本。痉挛系在肝肾不足的基础上, 或气血亏虚, 或痰浊阻滞, 或瘀阻经络而见偏瘫痉挛, 故肝肾精津不足, 是肢体痉挛的发病之本。治法当以滋阴通络, 选方: 大定风珠加减; 同时针刺、推拿手法应避免刺激优势肌群, 避免肌张力增高。

4、讨论

现代中医应借鉴现代医学的诊疗的优势, 来提高中医对疾病认识准确性, 因此中西医结合的思维应从辨病与辨证结合探讨。辨证论治是传统中医学诊疗疾病的最重要特点之一, 但难免有失全面, 由于疾病始终处于一个变化发展的过程中, 其症状往往表现复杂多样, 在临床上常可见到患者的症状分属不同的证型, 甚至是互相矛盾的两个证型。辨病论治为对一类

有相对固定疾病的发生、发展、变化和预后转归,发生、发展及转归的病理演变过程,疾病发展不同时期的特点,通过宏观和微观相结合,正确判断疾病的分期,并借此以判断疾病的发展预后,揭示疾病的演变规律。

现代医学对疾病病因、病理的发展认识已经比较深刻,同时各系统疾病有着其自身的发病规律和特点,比如胃炎的论治,属于中医包括了胃脘痛、痞证的范畴,但过于笼统,从病情发展及内镜病理微观所见,胃炎的发展有着其固有过程及特点:浅表性胃炎改变,糜烂、溃疡的出现,皱壁增生、水肿逐渐变为萎缩,日久更会癌变。从症状亦为对应,浅表性胃炎以胃脘部痞胀不适,上腹部饱胀、隐痛、食欲减退、嗝气、恶心为主要表现,属中医脾虚气滞证。消化性溃疡则主要表现为中上腹部节律性疼痛,隐痛、刺痛、反酸、灼热痛等属中医肝郁瘀滞证;萎缩性胃炎则多见贫血、隐痛、消瘦、脆甲,舌炎或舌乳头萎缩属中医阴虚血瘀证。我们再看冠心病的发展,早期,高脂血症、糖尿病等代谢综合征导致血管的粥样硬化,病位肝脾,肝郁脾虚,精微输布失调,聚集成痰,瘀阻血脉;中期则为乏力、胸闷,病位心脾,心脾相关,气虚生痰,因痰致瘀贯穿冠心病整个病程。后期,病位心肺,其与现代医学心肺功能衰竭相似,心的血脉瘀阻,心失所养,从而导致心主血脉功能异常,影响肺朝百脉、司呼吸之功能,出现动则气短、活动耐量下降等左心功能下降的表现,而脾脏继续受累。晚期,心病日久,肝脾心肺诸脏皆损,心肾相关,肾主水功能失调,从而水湿内停,出现心悸、气促、水肿的全心衰的表现。

目前大家普遍认为中西医思维方式上的差异是传统中医与现代医学之间的鸿沟,但事物的本质是唯一的,随着时代的发展,中医与现代医学必需有一个沟通的桥梁,能够对话,那么辨病与辨证结合是其中的捷径之一,中医辨证随着疾病发展特点进行辨证及选方用药,相对而言才能更全面的、深入、准确把握病情。

也只有进一步深入挖掘、发展中医,才能使中医在今天更好地为人类健康做出贡献。

参考文献:

- [1] 唐·王冰注,宋·林亿等校.黄帝内经素问[M]人民卫生出版社,2005,4-6;116-121
- [2] 国家中医药管理局脑病急症协作组,中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56
- [3] Brunnstrom. Movement Therapy in Hemiplegia · A Neurophysiological Approach[M] New York: Evanston and London · Harper and Row Publishers, 1970
- [4] 郭礼中风偏枯的证治规律研究[D] 中国湖南 湖南中医药大学 2011

耳穴疗法及临床优势

新加坡·王美凤

今年2014年2月20—22，到南京参加“新加坡针灸临床继续教育高级研修班”，聆听了江苏省人民医院王茵萍教授主讲的“耳穴疗法及临床优势”，对耳针配合体针，用在治疗一些日常的疾病，有深一层的认识，特整理一些要点与同道分享。

耳穴的分布

耳针起源于中国，很早就有使用耳穴治病的记录。

耳穴在耳廓的分布，就像在子宫倒置的胎儿。1958年法国P.Nogier医生也提起耳穴胚胎倒影图，对耳穴的发展起到重要的作用。1992年中国形成耳穴国家标准化方案，并向全世界推广。

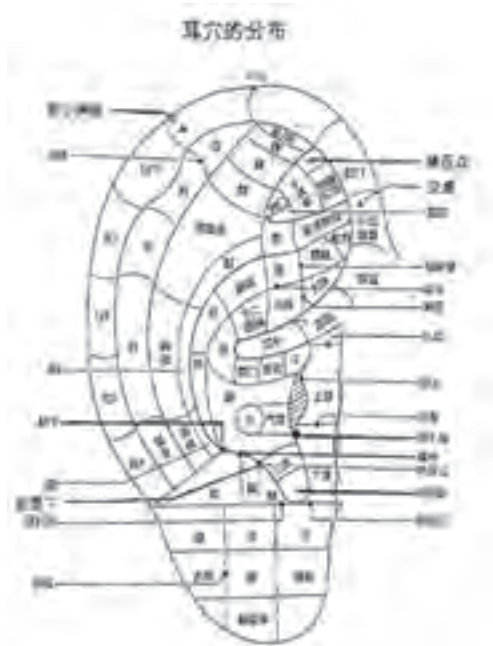
具体来说，与人体相应的耳穴是：

- ✧头面部——耳垂和对耳屏
- ✧上肢——耳舟
- ✧躯干——耳轮体
- ✧下肢——对耳轮上下脚
- ✧盆腔——三角窝
- ✧腹腔——耳甲艇
- ✧胸腔——耳甲腔
- ✧耳鼻喉——耳屏
- ✧消化道——耳轮脚

西医名称的耳穴

- | | |
|---------|-------|
| ✧肾上腺 | ✧内分泌 |
| ✧交感 | ✧坐骨神经 |
| ✧枕小神经 | ✧脑干 |
| ✧缘中(脑点) | ✧皮质下 |





选穴与配伍思路

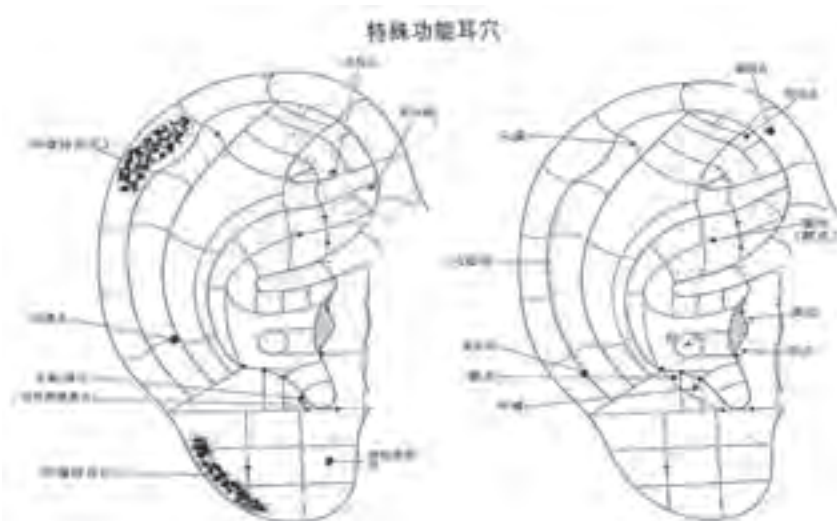
- (1) 相应部位选穴
如胃痛选胃区；头晕选晕点。
- (2) 按中医脏腑或经络选穴。
皮肤病选肺区。风疹可选肺区，风溪；
- (3) 按现代理论选穴
月经不调，选内分泌。植物神经功能混乱，可选交感穴。
- (4) 以痛点反应选穴，即在耳上寻找压痛敏感点选穴。

耳穴临床实践方法

- (1) 毫针
此法最为普遍，但要注意：
针宜短不宜长，约0.5寸—1寸。
针宜细不宜粗，直径约0.30mm / 0.25mm / 0.22mm。
进针和起针后要用0.5%碘伏进行消毒，以免引发软骨膜炎。
留针时间不少于半小时。
- (2) 埋针
*可治疗某些疾病和巩固疗效。

特殊功能耳穴

- | | |
|------------|----------|
| ★降压点 | ★渴点 |
| ★饥点 | ★痔核点 |
| ★醉点 | ★平喘 |
| ★晕点 | ★肾炎点 |
| ★风溪 | ★便秘 |
| ★风湿线 | ★聪明点 |
| ★肿瘤特异区1, 2 | ★降压沟(耳背) |



*慢性病,体虚弱和不能每天接受治疗者。

*消毒后才用掀钉埋于耳穴或压痛点,后用胶布固定。

*自行按压2—3次,留针3天左右。

(3) 贴压

*用完不留籽/磁珠贴压物,刺激面会比毫针大,适合年老幼者,惧针和不能每日就诊者。

*但贴后不按压,效果不佳。每日按3—5次。

*贴耳时间是2—3天,以免造成感染,而且最好是左右耳交替压贴。

(4) 放血

*按摩耳廓充血后,放3—5滴。

*可用于退烧,消炎止痛,抗过敏和降压等。

(5) 其他:耳夹法,磁疗,敷药,注射,电针,耳灸法等等。

耳穴临床疗效

王茵萍教授说,江苏人民医院在试管婴儿胚胎移植前取卵镇痛法上,就有分耳针组和度冷丁两组来比较麻醉效果。结果,通过神门,内生殖器等耳穴,耳针组的麻醉和获卵量与度冷丁两组无明显差别。

至于其他的疾病的治疗效果,江苏人民医院针灸科也曾耳穴和体穴所治疗常见的疾病,效果比较好的疾病有:

(1) 高血压

耳尖和耳背放血

针耳穴:心/肝/高血压点

配体穴:风池/合谷/曲池/足三里/太冲

(2) 哮喘

针耳穴:平喘穴/肺/肾上腺/气管/肾

配体穴:定喘/肺俞

(3) 慢性支气管炎(咳嗽)

针耳穴:肾/大肠/平喘/气管/耳中/脾/肺

配体穴:坛中/尺泽/丰隆/足三里/列缺/定喘/肺俞/脾俞/肾俞

(4) 呃逆

针耳穴:交感/肝/脾/胃

配体穴:内关/中脘/足三里/膈俞/肝俞/胃俞

(5) 便秘

针耳穴:便秘点/大肠/直肠/三焦/脾俞/肺俞

配体穴:天枢/足三里/合谷/大肠俞/上巨虚/支沟

(6) 头痛

针耳穴:脑点/皮质下/聂/额/肝/肾

配体穴:合谷/外关/后溪/太冲

(7) 失眠/神经衰弱

针耳穴:神门/心/皮质下/神经衰弱点/肾/肝

配体穴:四神聪/百会/神门/神庭/三阴交/太冲/太溪

(8) 颈椎病

针耳穴:颈椎/皮质下/神门

配体穴:风池/后溪/申脉/大抒(针灸拔罐)

(9) 痛经

针耳穴:内分泌/缘中/神门/内生殖器/腹

配体穴:关元透中级/三阴交/血海/地机/肾俞/第17椎

(10) 面神经炎

针耳穴：面颊 / 额 / 气管 / 额

配体穴：风池 / 合谷 / 太冲 / 足三里 / 内关（沿皮刺）

(11) 青光眼

针耳穴：眼 / 脾 / 肝 / 肾 / 心 / 皮质下

配体穴：太阳 / 睛明 / 攒竹 / 风池 / 大椎 / 合谷 / 行间

(12) 晕动症

针耳穴：晕点 / 神门 / 心 / 缘中 / 脾 / 肝 / 肾

配体穴：风池 / 百会 / 神庭 / 足三里 / 太溪 / 太冲

(13) 降血糖

针耳穴：内分泌 / 三焦 / 缘中 / 渴点 / 皮质下 / 脾 / 胰胆

配体穴：曲池 / 外关 / 足三里 / 三阴交 / 天枢 / 关元 / 肝俞 / 脾俞 / 肺俞 / 三焦俞

(14) 抗过敏

针耳穴：肾上腺 / 风溪 / 内分泌 / 耳尖 / 肺 / 肝

配体穴：风池 / 曲池 / 血海 / 风市 / 肺俞 / 膈俞 / 足三里 / 神阙(灸)

状等，常见心血管疾病，或脑血管病。

- 脱屑反应常见于皮肤病，吸收功能低下，内分泌混乱等。
- 耳红色反应常见急性病，淡或暗红色常见于病史较长和慢性疾病。暗灰，灰色，淡灰色，多见陈旧疾病和部分肿瘤。

耳穴养生法

《内经》中的“养性”一书中，就有提到按摩耳廓的方法以健身防老——“以手摩耳轮，不拘数遍，所谓修其城廓，以补肾气，以防聋聩也。”

*现代实验研究和临床

观察表明，衰老与功能低下有关，刺激耳穴可以调整细胞内环境的平衡与稳定，达到缓解衰老的现象。包括，

- 促进细胞的各种酶代谢恢复平衡，
- 促进细胞的合成和代谢。

*现代电脑描记

也证明针刺可以加强健康皮层的活动能力。在病理情况下，针刺则能调整和增强大脑皮层的兴奋性与抑制过程的力量和灵活性，使之恢复到正常的生理平衡。

刺激耳穴能提高垂体——肾上腺皮质系统的功能，不但能纠正内分泌混乱，还能防止内分泌腺体功能衰退。

耳廓诊断法

这是依据耳廓与耳穴的表面特征与相关测试，如望耳，望色，望形，来判断耳廓与疾病关系，是简单，便捷，无创的诊断法，如：

- 耳廓有结节状，条索状，凹陷，皱褶等变形反应，一般是慢性器质性疾病。
- 丘疹反应常见急性或慢性器质性疾病，过敏性疾病，皮肤病等。
- 血管变化如血管充盈，扩张或网状，条索

耳穴按摩日常保健法

(1) 全耳腹面按摩法

以双手擦热，以掌心按摩耳廓腹和背两面，每面约5—6次，使耳发热，发红。

作用：防治经络，脏腑疾病。

(2) 手摩耳轮法

双手握空拳，以拇食指上下来回推摩耳

轮，直到发热。

作用：有健脑，聪耳，明目，补肾，健身。

(3) 提拉耳垂法

以双手拇指对捏耳垂，向下再向外揪拉，摩擦耳垂，每次10—20下。作用：防治头痛，头昏，耳鸣，神经衰弱。

(4) 提拉耳尖法

以双手拇指夹捏耳廓，向上揪，揉，捏，摩擦，使局部发热。

作用：可防治头晕，头痛，失眠，高血压。

(5) 降压沟按摩法

用双手食指指腹在耳背的降压沟作上下摩擦至发热。

作用：可防治高血压，降压和清脑等功效。

(6) 黄蜂入洞法

用双手中指插入耳道，手指旋转至耳屏发热。

作用：可防治感冒，咽喉炎，气管炎，鼻炎，支气管炎。

总结

总的来说，可以发现许多病变，通过耳廓来预防和治疗许多病变有它的优势，希望同道能配合用在临床或日常生活中实践，日后共同切磋，以扩大或辅助传统医学治病，防病的范畴。

探讨何首乌等中药在治疗白发方面的作用

新加坡·刘立

头发是人体皮肤的附属器官，有保护头部的作用。能避免外来损伤，缓冲对头部的伤害。具有阻止或减轻紫外线对头皮和头皮内组织器官的损伤，保湿和防冻等生理功能。华人的头发以乌黑为美，满头浓密润泽又乌黑的秀发，给人以朝气蓬勃的感觉。白发是衰老的象征，而少白头则是未老先衰或身染疾病的信号。现代社会的人们生活节奏快，工作和生活压力大，饮食不规律等种种原因，常引起毛发的异常，过早出现白发、脱发等毛发性疾病。

少白发的原因主要是由于精神压力过大，忧愁焦虑过度或营养失调、微量元素缺乏等导致毛发失养而变白。另外，有的少年白发还有一定的先天因素。中年须发早白的常见病因有：精神紧张，情绪压抑，工作劳累，睡眠不足及思虑过度等。老年头发变白则是一种生理现象。

现代医学认为，一个人之所以出现白发主要是因毛球中黑素细胞形成黑色素的功能减退、酪氨酸酶的活性减低或丧失、毛干中缺乏黑色素而引起的^[1]。酪氨酸酶为黑素合成的关

键酶。美国哈佛大学医学院研究所的西村荣美在动物实验中发现：形成白发的原因是色素干细胞的丧失。人到一定年龄后，色素干细胞会呈现出减少倾向。毛发着色是毛根部新生的毛发吸收色素细胞产生的黑色素，如果色素的供给停止就会出现白发，但目前停止供给色素的原因尚不清楚^[2]。

传统医学认为“发为血之余”，“肾其华在发”，毛发的营养根源于血，肾气的盛衰直接影响头发的生长和代谢。中医认为白发的形成与肝肾不足、血气虚弱等有关。七情内伤、情志抑郁、劳心伤脾等影响气血运行不畅而导致气滞毛发失去营养。这与现代医学研究的机体内分泌与免疫紊乱失调、精神过度紧张、血管及血液循环障碍等因素，导致毛发营养障碍而脱发、白发的观点相同。中医多从养血活血，补肝益肾方面进行治疗。中药的补血、补气能促进头皮血液循环，让头皮、头发和毛囊得到充足的营养，促进头发黑色素细胞的再生和黑素的生成，从而使白发从根部变黑，起到乌发的疗效。

中药的历史源远流长, 历代本草文献中有关美容美发的中药品种很多, 有几种已被传统医学证实确有很好的功效。如《本草纲目》对何首乌的记载为: “此物气温, 味苦涩, 能养血益肝、固精益肾、健筋骨、乌鬓发, 为滋补良药”。《本草纲目》称服黑芝麻至百日, 能除一切瘤疾; 一年面光泽不饥, 二年白发返黑, 三年齿落更生。何首乌和黑芝麻在乌发方剂中频繁出现, 说明它们具有很好的促黑色素生成的效果。另外典籍还记载: 当归、菟丝子等养血益精; 侧柏叶、旱莲草等凉血乌须而黑发。

何首乌, 为蓼科蓼属植物何首乌的块根。又名地精、红内消、首乌、何相公等。制首乌则为补肝肾, 益精血, 乌须发, 强筋骨。主治血虚萎黄, 须发早白, 腰膝酸软, 崩漏带下等。何首乌的主要化学成分为二苯乙烯萘、蒽酮和磷脂。各成分的含量及其与产地和炮制之间的关系都已经研究的比较清楚。何首乌的现代药理研究主要集中在抗衰老、降血脂和保肝等作用上。对于《本草纲目》所记载的“健筋骨, 乌鬓发”的功效, 有待于开展进一步的研究^[3]。

黑芝麻为胡麻科脂麻的黑色种子, 具有补血生津、润泽皮肤、养发之功效, 为滋肝肾、养五脏的理想强壮剂。它是美容美发配方中常用药物之一。《本草纲目》中对黑芝麻的功效有描述: 补肝、益胃、精血、润肠、生津、明目、乌发、降压, 适用于头发早白、贫血萎黄等症。现代药理研究显示: 黑芝麻水提物可以促进B16细胞中黑色素的生成, 其生成量和酪氨酸酶的活性呈正相关。另外在分子生物学水平上也显示出一致性结果, 近年来有研究表明黑芝麻对酪氨酸酶的激活及促黑色素生成方面均具有较强的作用。黑芝麻水提物可以剂量依赖性地促进B16细胞中黑色素的生成, 其生成量和酪氨酸酶的活性呈正相关。在分子生物学水平上, 黑芝麻水提物处理48小时后, 小眼相关转录因子(Microphthalmia-Associated Transcription Factor - MITF)和酪氨酸酶的

基因和蛋白表达量显著提高, 说明黑芝麻水提物是通过提高MITF和酪氨酸酶的基因表达和蛋白合成水平来激活酪氨酸酶, 进而促黑色素生成量增加^[4]。

当归是伞形科当归属的一种多年生草本植物。是我国一味常用的中药材, 药用历史悠久, 历代本草均有记载, 始记于《神农本草经》, 被列为中品。有补血、和血、调经止血、润肠滑肠之功效, 为医家常用, 素有“十方九归”之称。当归使气血各有所归, 故名。《景岳全书·本草正》记载: 当归, 其味甘而重, 故专能补血; 其气轻而辛, 故又能行血。补中有动, 行中有补, 诚血中之气药, 亦血中之圣药也。其主要成分为为萆本内酯类及其异构物、香豆素类、黄酮类以及有机酸类物质^[5], 证明当归及其有效成分对神经系统、免疫系统、循环系统、血液系统、呼吸系统等均有作用。当归能改善外周循环, 减少血管阻力, 增加股动脉血流量, 增加外周血流量, 改善局部微循环, 扩张皮肤血管^[6]。

菟丝子别名黄藤子、豆寄生等, 为旋花科植物菟丝子的种子, 有滋补肝肾、固精缩尿、安胎、明目、止泻的功效。用于治疗阳痿遗精、遗尿尿频、腰膝酸软、目昏耳鸣、脾肾虚泻等, 外治白癜风。现代医学研究显示: 菟丝子有促鼠黑色素瘤细胞B16F10细胞黑色素形成的作用^[7]。

侧柏叶为柏科植物侧柏的干燥枝梢及叶。侧柏叶始载于《神农本草经》, 列为上品, 其性寒、味苦涩, 具有凉血、止血、生发乌发之功效。《本草纲目》谓侧柏叶主治头发不生, 《名医别录》谓其能“(治)火灼烂疮, 长毛发”, 李士材《本草通玄》言其: “崩痢, 除风冷湿痒, 乌鬓黑发”。侧柏叶属凉血、止血药, 其性味苦涩、性寒, 具有凉血止血的功效, 可用于血热妄行引起的各种出血症。血热引起的头发早白、脱发、头皮痒或脱屑, 经常用侧柏叶30~50克煎汤洗头能起到疏风清热、凉血止痒、乌发的作用。侧柏叶主要成分为鞣

质、黄酮及挥发油等^[9]。

墨旱莲，别名旱莲草，其味酸、甘，性凉，入肝、肾、胃经，具有滋补肝肾、凉血、止血的功能。墨旱莲乙醇提取物具有促进黑色素合成及上调酪氨酸酶基因表达的作用^[9]。有实验证实旱莲草的水提液及醇提液均有明显的激活酪氨酸酶活性的作用^[10]。

另外骨碎补补肾强骨，续伤止痛。用于肾虚腰痛，筋骨折伤；外治斑秃，白癜风。有学者对川芎、独活、北沙参等中药物以90%乙醇提取或水提时，发现上述中药对酪氨酸酶均有激活作用^[11]。

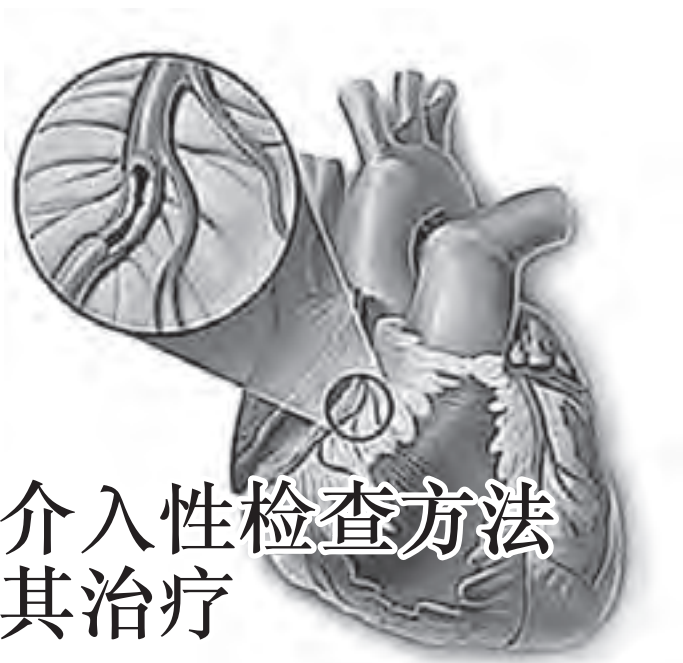
黑色素形成的过程中，酪氨酸酶起了关键的作用。中药对黑色素细胞的生成机理并不仅仅是对酪氨酸酶的激活，它对黑色素代谢作用可贯穿于黑色素细胞增殖、酪氨酸酶合成、活化黑色素体向角质形成细胞转运和降解和作用于黑素的细胞信号因子的表达等整个皮肤色素化过程。有研究发现首乌、川芎、黄芪等中药混合煎剂对猪毛囊毛发生长有一定的促进作用^[12]。黑色素生成是一个复杂的代谢过程，单味中药或中药复方含有多种化学成分，可能作用于黑色素合成的不同信号途径，因此对于中药的黑色素合成和代谢作用研究，应从黑色素合成的多个环节入手，从而筛选出更多的具有促进黑色素生成的中药。

参考文献：

- [1] 陈思宏, 黄屏. 白癰风制剂配合生发制剂治疗少年白发36例 [J]. 陕西中医, 2007, 28(4):450.
- [2] 迟宁译. 白发原因——色素干细胞减少 [J]. 日本医学介绍, 2005, 26(7):307.
- [3] 管淑玉, 苏薇薇. 何首乌的化学成分和药理作用研究进展 [J]. 中南药学, 2008, 6(4):454-455.
- [4] 姜泽群, 徐继敏, 等. 黑芝麻提取物促B16黑色素瘤细胞黑色素合成及其机制的研究 [J]. 时珍国医国药, 2009, 20(9):2143-2145.
- [5] 黄伟晖, 宋纯清. 当归化学成分研究 [J]. 药理学报, 2003;38(9):680-683.
- [6] 张翠兰, 文德鉴. 当归对血液及造血系统药理作用研究进展 [J]. 湖北民族学院学报, 医学版, 2002, 19(4):34-36.
- [7] 张美华, 朱文元. 48味中药对体外培养黑色素瘤细胞黑色素形成的影响 [J]. 江苏中医, 1999, 20(5):44-46
- [8] 徐振文, 鲍世兰, 赵娟娟, 等. 侧柏叶止血成分的研究 [J]. 中药通报, 1983, 8(2):30
- [9] 涂彩霞, 张荣鑫, 马景昕, 等. 墨旱莲乙醇提取物对动物致色素作用和对小鼠B16黑色素瘤细胞黑色素生成的影响 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2006, 5(1):1.
- [10] 徐秋, 吴可克. 旱莲草对酪氨酸酶激活作用的动力学研究 [J]. 大连轻工业学院学报, 2000, 19(1):25-27.
- [11] 雷铁池, 朱文元, 等. 中药对黑色素生物合成影响研究 - 82味中药乙醇提取物对酪氨酸酶活性的抑制作用 [J]. 中草药, 1999, 30(5):336-339.
- [12] 张兴洪, 范卫新. 何首乌、女贞子等中药煎剂对体外培养的猪毛囊毛发生长的影响 [J]. 中华皮肤科杂志, 2005, 38(2):102-104.

浅谈

冠心病

的介入性检查方法
及其治疗

新加坡·闫立群

前言

冠心病是一种最常见的心血管疾病，目前已成为人类健康的第一杀手。在世界范围内，冠心病的发病率呈现明显上升趋势。近年来，随着科技的进步，冠心病的检查和介入治疗技术进展迅速，使病人的愈后生存质量明显提高。下面就简单介绍冠心病的检查方法和介入治疗。

一、什么是冠心病：

冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary atherosclerotic heart disease)是指冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄或阻塞，造成心肌缺血、缺氧或坏死而导致的心脏病，它和冠状动脉功能性改变(痉挛)一起，统称冠状动脉性心脏病，简称为冠心病。

世界卫生组织将冠心病分为5大类：无症状性心肌缺血(隐匿性冠心病)、心绞痛、心肌梗死、缺血性心力衰竭(缺血性心脏病)和猝死5种临床类型。下面就临床上常见的两种类型及相关检查介绍如下：

(一) 心绞痛(angina pectoris):

心绞痛是冠状动脉供血不足，心肌急剧的暂时性的缺血与缺氧所引起的临床综合症。

1. 临床表现：

症状：

(1) 部位

疼痛主要是胸骨后部，可放射至心前区和左上肢，或至颈、咽或下颌部。

(2) 性质

阵发性的前胸压榨性、发闷或紧缩性疼痛，偶有濒死感觉。

(3) 诱因

体力劳动、情绪激动(愤怒、焦急、过度

兴奋)、饱食、寒冷、心动过速等。

(4) 持续时间

疼痛出现后逐渐加重,然后在3-5分钟消失,休息及服硝酸酯制剂后症状可缓解或消失。

(二) 心肌梗死(myocardial infarction):

心肌缺血性坏死,在冠状动脉病变的基础上,发生冠状动脉血供急剧性减少或中断,使相应的心肌严重而持久地急性缺血所致。

1. 临床表现:

持续的胸骨后剧烈疼痛、发热、白细胞计数和血清酶增高以及心电图进行性改变;可发生心律失常、休克、心力衰竭,此属冠心病的严重类型。

2. 症状:

(1) 疼痛

多无明显诱因,可达数小时或数天,含硝酸甘油不能缓解。患者常烦躁不安、出汗、恐惧。

(2) 胃肠道症状

剧烈疼痛伴有恶心呕吐和上腹胀痛。

(3) 心律失常

见于75-95%的患者,可伴乏力、头晕、晕厥等症状。

(4) 低血压和休克

疼痛期间常见血压下降,病人常出现烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷、大汗淋漓、尿量减少、神志迟钝、甚至休克。

(5) 心力衰竭

主要是左心衰竭,呼吸困难、咳嗽、水肿、右心衰竭、伴低血压。

3. 冠状动脉粥样硬化的病因和发病情况:

a. 高血压:高血压患者动脉粥样硬化发病率明显增高,冠心病病人60-70%有高血压

b. 高血脂症:动脉粥样硬化常见于高胆固醇血症病人

c. 吸烟:发病率和死亡率增高2-6倍

d. 糖尿病:发病率增高2倍

e. 年龄:一般是40岁以上的中、老年人

f. 性别:男性多见,男女比例约为2:1

二、冠心病的介入性检查方法及相关治疗

(一) 冠状动脉造影

冠状动脉造影是诊断冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)的一种常用而且有效的方法。选择性冠状动脉造影就是利用血管造影机,通过特制的心导管经皮穿刺入下肢股动脉,沿降主动脉逆行至升主动脉根部,然后探寻左或右冠状动脉口插入,注入造影剂,使冠状动脉显影。这样就可清楚地将整个左或右冠状动脉的主干及其分支的血管腔显示出来,可以了解血管有无狭窄病灶存在,对病变部位、范围、严重程度、血管壁的情况等作出明确诊断,决定治疗方案(介入、手术或内科治疗),这是一种较为安全可靠的有创诊断技术。目前冠状动脉造影采取经皮穿刺桡动脉最常用。

1. 检查适应症:

- 1) 不明原因的胸痛,临床疑似冠心病。
- 2) 不明原因的心律失常,如顽固的室性心律失常或传导阻滞。
- 3) 不明原因的左心功能不全,主要见于扩张型心肌病或缺血性心肌病。
- 4) 经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或冠状动脉旁路移植术后复发心绞痛。
- 5) 先天性心脏病和瓣膜病等重大手术前,年龄>50岁,其易合并有冠状动脉畸形或动脉粥样硬化。

2. 检查的禁忌证:

- 1) 对碘或造影剂过敏。



冠状动脉狭窄球囊扩张及冠脉内支架植入术示意图

- 2) 有严重的心肺功能不全，不能耐受手术者。
- 3) 未控制的严重心律失常，如室性心律失常。
- 4) 电解质紊乱。

(二) 经皮冠状动脉介入治疗

经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention; PCI), 是指所有采用经皮穿刺方法, 减轻冠状动脉狭窄的各种心导管技术的总称。既往称为经皮冠状动脉血管成形术(percutaneous transluminal coronary angioplasty; PTCA)。目前, PCI还包括: 冠脉旋磨术、冠脉内支架植入术及其它所有能治疗冠状动脉粥样硬化的导管技术。

PTCA是采用经皮穿刺方法, 它经导管通过穿刺股动脉或桡动脉将导管、导丝、球囊沿动脉送至冠状动脉相应的狭窄部位, 进行扩张数秒钟至数分钟, 消除冠脉狭窄, 扩张冠状动脉内径, 改善心肌血供的治疗方法。但PTCA术后的再狭窄率仍有30%~35%。

(三) 冠状动脉内支架植入术:

冠状动脉内支架是一种可被球囊扩张开

的、多孔不锈钢(或钴合金)的、起支撑作用的管状物, 它附着在球囊的表面, 由输送系统送至血管病变处释放。它基本解决了PTCA术后血管弹性回缩、负性重构所引起的再狭窄, 使术后再狭窄率明显降低约13%~18%。随着冠脉介入治疗的进展, 药物涂层支架的出现, 使支架术后的再狭窄率再次降低到10%以内。

冠心病诊断明确, 冠状动脉造影为进一步明确冠状动脉病变的范围、程度, 来选择治疗方案; 急性心肌梗塞的主要治疗措施是闭塞血管的再灌注治疗, PCI(经皮冠状动脉介入治疗)技术以其成功率高, 效果确实可靠已作为急性心肌梗塞再灌注治疗的首选方法。有条件的医院对急性心肌梗塞患者应首选直接冠状动脉造影, 进行PCI技术, 包括冠状动脉的球囊扩张及支架术、静脉溶栓术。

1. 冠状动脉内支架植入术适应症:

- a. 主要适用于各型冠心病, 如: 稳定型心绞痛、不稳定型心绞痛、心肌梗死等患者, 经进行冠状动脉造影证实, 冠脉存在管腔狭窄程度在50—70%以上、长度在15mm以内的一处或数处病变的患者。
- b. PTCA中发生较大的血管内膜撕裂及急

性血管闭塞或冠脉口撕裂并发症

- c. 预防和降低PTCA后再狭窄。
- d. 外科搭桥手术后桥血管病变等。
- e. 严重的肝、肾功能不全者

2. 冠状动脉内支架植入术的优势:

通过心脏导管送入球囊或带有支架的球囊,在狭窄的冠状动脉病变处进行球囊扩张或放置带有支撑血管作用的支架,使血管狭窄处的血流恢复正常。有效保证心肌的血液供应,缓解病人的临床症状,提高病人的生活质量。

(四) 核素心肌灌注显像(MPI):

核素心肌灌注显像(Myocardial Perfusion Image; MPI)是一种影像学的诊断方法,它具有简单、无创伤、安全、诊断准确性高等优点。通过核素心肌灌注显像可以观察到心肌的血流灌注情况及心肌细胞的功能状态,也就是说可以直接看到心肌是否有缺血存在。

对于已诊断为冠心病的患者,核素心肌灌注显像可以帮助评估冠心病愈后状况及估测危险度。如果心肌灌注显像正常,预示心脏出现心肌梗死、心脏猝死等的几率小于1%左右,说明愈后良好。

核素心肌显像还可以确定治疗方案。如果心肌灌注显像正常,首选内科药物治疗;如果有心肌缺血,就应进行冠脉支架术或冠脉搭桥术。对于放过支架或做过搭桥手术的患者,MPI可以评价疗效及有无新的心肌缺血出现。

MPI可以帮助冠心病患者确定“病变血管”。冠状动脉粥样硬化病变是一个广泛的病变,一旦引起心肌缺血,就要尽早行冠脉血管重建术治疗,以防心梗的发生。在进行冠脉血管重建术之前,医生要找到引起心肌缺血的“病变血管”,才能有针对性地放置冠脉支架和进行搭桥手术。因此,在行冠脉血管重建术前,确定MPI“病变血管”也是一项很重要的检查。

结语

冠状动脉造影、核素心肌灌注显像(MPI)、经皮冠状动脉介入治疗(PCI)、冠状动脉内支架术等是目前心血管疾病检查、治疗的最有效方法及治疗手段。随着医学科学的进步,检查及治疗心血管技术的不断发展,必将造福于广大心血管疾病的患者,对于提高他们的生活质量、延长他们生命起到至关重要的作用。我们中医师掌握心血管疾病的发病特点、相关知识、就能更好的帮助病人排忧解难。

推动成立公会 培育中医人才的曾志远

新加坡·林英

曾志远(1910-1961)福建南安县西埔乡人，天资聪颖，勤奋好学自小随父亲曾和生习医，抗战期间，11岁的曾志远与父亲曾和生南渡新加坡，寓居于同安会馆，先后在华桥中学及英华学校就读，成绩优越，为帮忙家庭17岁时已执起教鞭。

考取同济医院历届医席，1946年8月23日同济医院第15届，即新加坡光复后第一届考取住院医师成绩揭榜，曾志远名列榜首；谢斋孙在《医粹》集下集“本会大事纪”中提到同年8月18日因“曾君志远，游君杏南痛星洲中医界之少联络多意见，且以百万人口之星洲，而无一中医团体之组织，是以发动组织一纯学术研究团体供发扬中医药及连络同人研究医药学，经曾游二君发动，获吴师瑞甫、曾君和生、陈君占伟、陈君瑞堂、方君展纶、黄君少瑜等协力进行，故遂於同年8月18日下午假座南洋上杭同乡会召集星洲中医同人第一次座谈会商议创立“新加坡中国医学会”。



《福建中医药》1986年第04期59页，《吴瑞甫学术研究会》资料组题为《新加坡中医师公会成立经过记述》一文有段记载：

“曾志远(原籍福建泉州)及游杏南(原籍福建上杭)，在抗日战争之前，即同事研究针灸学，遂成莫逆之交，每有疑难，互相切磋，盖十余年如一日。抗战胜利后，翌年八月，曾志远手持华文报一份给游杏南见示，谓今日之事，即因此而来，游杏南细读华文报后，深觉同道素乏联络，致诸多意见，身为中医，应负起中医使命，以医为业，自应力求精粹，苟仅成立一纯粹医学机构，从事研究历代圣哲，继续发挥光大，破除从前私意陋习。游杏南的提议，得曾志远极力赞成，并商定具体日期，分途工作，征求发起人，是时，幸得吴瑞甫、曾和生、陈占伟、陈瑞堂、方展纶、黄少瑜等中医界人士策励下，约一星期之奔走，1946年8月18日下午7时，假座星州南洋上杭同乡会，召集中医同人第一次座谈会，此即为本会组织上之曙光，亦是同业中讲求学术之曙光。”这段报导显示，曾志远的远见与中医师公会的成立密切相关。

1946年10月29日新加坡中国医学会召开的第一届第一次各股联席会议上，曾志远医师受委向南洋商报与星洲日报商借副刊版位增辟《医粹》和《医统先声》园地，12月10日及28日分别开始两个双周刊，以宣扬中医药学术及促进中医药的发展。此为新加坡中

国医学会(即新加坡中医师公会的前身)创办医刊的缘起,1954年公会出版月刊《医药与卫生》,推选曾志远为督印。

1953年1月3日,新加坡中医师公会主办新加坡中医专门学校成立(即新加坡中医学院的前身)曾志远出任副校长,兼任伤寒论讲师,曾老以平日研究伤寒论所得编为讲义,曾志远对《伤寒论》最为潜心研究,也最具研究心得,由于多年来勤于伤寒理论的钻研,对于伤寒条文有精辟的见解。他也是针灸科第一任针灸导师之一。曾任第二、三届校长,历任公会理事长,中华施诊所主任,中华医院实龙岗第一分院院长。

2011-12-22新加坡《联合早报》报道:曾志远的女儿,曾琳琳医师与兄弟姐妹决定出版曾志远50年前遗作《伤寒论新诠》;一方面是希望完成父亲的心愿,将他毕生的心血公诸于世,以告慰他在天之灵,另一方面也希望借着父亲的这本著作,能在本地中医药界起着抛砖引玉的作用,或是作为中医师的参考,曾志远遗留下的医药论作不多,散见于医刊中,如“柴胡汤症治之通变法”、五泻心汤释义“、“革新(中医)运动的我见-献给全马诸同志”等,也参校了吴瑞甫撰述的《伤寒纲要讲义》。

1955年6月21日为方便病人,中华施诊所改用中国提炼中药药水与成药,1956年7月19日新加坡中医师公会第十届第6次理事会通过发动会员集资组织公司,代理中国提炼药水,以保障中医权益,并推举曾志远为召集人,7月30日第十届第3次理监联席会通过由会员联合投资成立公司,定名为“中国提炼药业有限公司”,推举曾志远为主席,1957年1月18日由中医师公会推动成立的“中国提炼药业有限公司”获公司注册官批准,曾志远任董事长。

1959/3/11曾志远任公会名誉理事长时,市议会讨论聘请中医师在诊疗所服务,卫生部部长指出,聘请未经注册的医师,将会违反法令;曾志远对市议会诊所最终决定不附设



中医部门事,不感惊讶,但希望当局将未对医药法令应加以修改,俾中医师得向当局申请注册;2000年11月14日酝酿已久的针灸师、中医师注册法令终于在国会通过了。

曾志远医师医学造诣精湛,曾琳琳医师提起父亲,总不会忘曾志远治愈新加坡先贤李光前弟弟李玉荣的“奇疾”而使曾志远备受中医界注目,一度成为新闻人物,声名大噪。今举一曾志远医师针药并用,治疗大肠癌的医案一例:

按黄君此医案,为远最得意医案中之一,其间所有处方,皆出家君之意,盖远於斯时,方醉心针灸,汤液之治法,不似今日之进步,得忝任同济医院首席之医师,况此奇症之大肠癌,若稍一不慎,危殆立见。

病者:黄双溪,荷属苏门答腊望加丽政府税务司翻译员,时间,民国二十七年(公元1938年)六月十五日就诊,系由谢庵君介绍。

原因:津液不足,木失水涵,以致神经衰弱,热伤元气,玄府被逼,真阴不藏而成。

病状:口渴舌干,饮食无味,面色痿黄,四肢乏力,自汗盗汗,夜不能寐,腹部左边肿大,状如覆盆,天枢穴隐隐微痛。

疗法:化痰去湿理气血。

主治:刺天枢、委中、带脉、章门,并於肿处之中央点灸之。

处方:清肠饮加减,金银花、当归、地榆、麦冬、薏仁、黄芩、人参。

再诊:口渴舌干如故,饮食无味,夜间吐

痰一小痰盂，汗出如浆，肿稍差。

治疗：服药及施针，既已见效，宜用前法再细心斟酌之。

主治：刺天枢、期门、足三里、委中，仍於肿外之中央点灸。

处方：人参、地榆、槐花、金银花、当归、麦冬、薏仁。

效果：如是以前方加减及针灸，凡21天全愈，愈后为余登报一个月。

1961/12/16曾志远先生与世长辞，新加坡中医师公会联合佛教总会及其他社团在佛教居士林举行公祭，记念这位对新加坡中医药教育与发展做出不凡贡献的名医。

世界中联第十一届 中医药大会概况

新加坡·林钥华

我会在赵英杰会长率领下，包括家眷亲属，一行40多人前往俄罗斯圣彼得堡，其中30位医师参加了10月1日至2日在圣彼得堡波罗的海大酒店召开的《第十一届世界中医药大会》。本届大会主题为“东方西方文化融合，共创未来医学模式”。由世界中医药学会联合会主办，俄罗斯李维斯特公司承办。

大会开幕仪式于10月1日上午隆重举行，出席参会的有来自30多个国家的医师、学者、专家和各企业机构代表一千一百多人，场面宽大，灯饰亮丽，情况热烈，秩序井然。

开幕仪式由世界中联副主席兼秘书长李振吉教授和世界中联副主席李维斯特公司总裁卢加宁先生负责主持。

首先由世界中联主席余靖教授致开幕词。她在讲话中指出，当代医学模式已由生物医学模式转变为生物-心理-社会医学模式，新的医学模式让医学的中心职责由治病救人转向防患于未然。

中医药学天人合一的整体观念、未病先防的保健养生理念、个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向等，与新医学模式的相互吻合，使其发展获得了新的契机。

她告诉说，2013年世界卫生组织颁布了《世卫组织2013-2023传统医学战略》。今年世界卫生组织第67届世界卫生大会审议通过

了传统医学决议，敦促各成员国根据本国的实际情况，调整、采纳和实施《世卫组织2014—2023年传统医学战略》，以发展传统医学。

她又说，世界中联成立至今11个年头，取得了多项成就，目前拥有65个国家和地区的239个的团体会员，73个属于国际性的学术组织的专业委员会，又与世界卫生组织建立了工作关系，为国际标准化组织中医技术委员会的A级联络单位，并被联合国教科文组织认证为非物质文化遗产的咨询机构。

她衷心希望在理事会领导和全体会员发挥作用下，经过5至10年的努力将世界中联建设成为国际上学术地位最高、规模最大、最具影响力的中医药国际学术组织，为人类的健康作出新的贡献。

出席开幕式并致词的还有俄罗斯联邦国家杜马委员会科学和高技术主席切列涅夫·瓦列里先生，俄罗斯联邦科学院院士、新西伯利亚国立医科大学临床免疫学学科带头人、世界中联教育指导委员会副会长弗拉基米尔·科兹洛夫先生，圣彼得堡卫生部代表、卫生保健署负责人卡布什娜·雅娜·斯坦尼拉沃芙娜女士，世界中联主席团执委、韩国正统针灸学会会长金南洙先生，中国医药物资协会副会长兼秘书长刘忠良先生，德国传统针灸中医学会柯立德先生等。此时发来贺信的有世界卫生组织传统和补充医学项目部张奇先生。

在本届大会上发表主题演讲的有4位负有名望且具有高度学术成就的学者专家。他们是俄罗斯联邦国际高等教育科学院院士希林斯基·瓦列里·斯捷潘诺维奇教授的《西医和中医从互补到结合》、中国工程院院士，中国中医科学院院长，天津中医药大学校长、教授、博士生导师，中医内科学科带头人，世界中医药学会联合会教育指导委员会会长张伯礼教授的《中医药防治心血管疾病优势与评价》、北京中医药大学博士生导师，中医体质与生殖医学研究中心主任，享受国务院特殊津贴的有突出贡献专家王琦教授的《实践用“中国式办法”缓解医改的世界难题——中医体质学能做什么？》以及世界中联副主席、俄罗斯李维斯特公司总裁卢加宁先生的《中医药在俄罗斯的发展》等。

在致词和演讲中，有对世界中联推动中医药事业世界传播所作的努力和贡献大加赞许；有对中医药的优势与发展、开拓与创新提出看法；有认为中医药在世界上受到认可，疗效与安全是重要因素之一；有提出中西医互补有利于疾病的治疗；中医药的简、便、验、廉，对医疗体制改革和缓解看病难、看病贵起着一定的作用，中医体质学研究有助于人们自主自助维护健康。

本届大会收到的论文共300多篇，汇编成论文集的有200多篇，于会场发表的论文有100多篇，内容丰富广泛，其中包括科研成果、临床研究、理论探讨、实践与应用、中医教育、针灸推拿、儿科、皮肤科、肾病、中西医结合、医学模式、道地药材保护、中医药服务贸易、中医药产品与应用、中医药国际化、信息化等，共分为6个分会场进行研讨交流，同时也开设了《时空针灸》、《现代针灸埋线疗法》、《岭南陈氏针法》和《无极保养灸临床应用与演示》等4个工作坊，以及举办了中医药贸易展览会和俄罗斯名画家画展。

我会此次所提呈的论文有4篇，获得于会上发表的有2篇，一篇是新加坡中医学院教务

主任宋起副教授的《加强师资建设·提升教学水平》，另一篇是潘广斋博士的《颈肩综合征拔罐出血治疗120例临床观察》。名誉理事许杏莲博士与本人也受邀为分会场之主持人。

世界中联第三届第六次理事会与第五次监事会会议于10月2日上午召开。

会议由副主席兼秘书长李振吉教授主持，余靖主席作了以下各点的会务报告，并得到理事会审议通过。

- 一、总结建会10年经验认真规划未来
- 二、加强组织体系建设
- 三、积极开展国际学术交流活动
- 四、推动中医药国际标准化建设
- 五、提高国际中医药从业员的学术水平
- 六、加强门户网站和学术刊物建设
- 七、加强与国际组织的沟通与联系

最后她总结说，相信在本届理事会的领导下，一定能将更好地团结全体会员，共同实践增强世界各国和区域中医药团体之间的了解与合作，加强世界各国和区域的学术交流，提高中医药从业员业务水平，保护和发展中医药，促进中医进入各国的卫生保健体系，推动中医药学与世界各种医药学的交流与合作。为人类的健康做出更大贡献的宗旨，只要我们坚持不懈，团结奋斗，就一定能实现我们的目标。

理事会听取秘书处工作报告后，经审议通过以下各项议题：

- 1、《中医基本名词术语中俄对照国际标准》，力求俄译信、达、雅，词义与中文学术内涵相对应，并体现其简洁性、同一性及约定俗成。
- 2、《国际中医药学科体系类目》为国际统一的中医药学科体系与标准，为中医药学科体系的建设和中医药人才的培养以及科研提供指导和依据。
- 3、《国际中医医师测试与评审规范》旨在制定适用于许多国家和地区的中医师测评内容、方法与程序，为各国中医师能力评估、各中医院校年度考核、师资水平等

相关测评提供参考。

4、《世界中联关于贯彻落实世界卫生组织2014-2023传统医学战略的决定》

此战略刚于2014年5月在日内瓦第六十七届世界卫生组织大会上通过，为了推动传统医学在世界各国健康有序发展。世界中联号召团体个会员贯彻落实有关战略，并已作出数项决定以支持和配合相关战略的推行。

5、第三届理事会成员增补名单

6、世界中联2014年新增会员和热心会员通告

议题通过之后，作专题报告的有：

- 1、世界中联副主席、监事会主席西班牙拉蒙先生：《促进拉丁美洲国家的法规建设并提高其中医与针灸的质量》
- 2、世界中联 副主席意大利乔万纳尔第先生：《中医药在西方国家传播的问题与建议》
- 3、世界中联主席团执委法国朱勉生女士：《中医在西方社会及西方医学领域中的地位》
- 4、世界主席团执委新西兰崔鹏德先生：《如何与会员所在国的卫生部门建立联系，推动中医药的发展》

上述报告反映出中医药和针灸在拉丁美洲和西方国家的发展、传播及其在社会中的地位 and 所面对的一些问题。在西方国家由于中医药和针灸的独特疗效、中医多种治疗手段、中医学的整体观和养身保健的社会效应等优势及华人社区的兴起，使之得以广泛发展与传播，并取得一定的社会地位，但也受到一些人的质疑和片面的看法与批评，他们认为草药不安全或危险，会妨碍西医疗法；中医治疗不科学，使用语言无法让人理解；针灸是安慰剂，只对疼痛有效；中医学是补充医学等。在做法上，有将单味药变为化学分子结构而使用，或可能威胁到中医理法方药严谨的完整性结构；有将中医肢解，或可能脱离原创基础，不被作为一个整体认识和接受；难在如何受到世界主流医学

的承认和接受。

对于这些问题，报告中提出在监管方面，最重要的是其专业性、严格性和行业的教学水平；中医药研究应该成为高等研究或大学学位；用研究来证明中医效验，而又价廉；中西医交融，倍增效应；设立一个“全球中医日”，使得世界所有的人了解中医，认识中医。

上述所列的问题，其实也是目前全世界中医多少所面对的问题，因此作为世界中医药领导核心的世界中联任重道远，责无旁贷，亟需努力做好相关工作，令人有所期盼。

接着在理事交流讨论中，我会赵英杰会长反映我会对每年317这一天特别重视，将它列为《中医节》，属下机构休假一天，并举行庆祝活动。他也建议今后加入世界中联的团体会员或个人都应该具有一定的中医药学术背景；获选为理事会成员的代表应积极地参与理事会议等，引起理事们的重视与关注。

最后原则上通过由意大利乔万纳尔第副主席的建议，以设立“全球中医日”，而进一步推广和传播中医药。

理事会结束前，由西班牙拉蒙副主席报告决定于2015年在西班牙巴塞罗那举行的筹备工作和情况。

大会闭幕礼于10月2日下午举行，由世界中联黄建银副秘书长和常务理事李桂林先生主持。我会赵英杰会长受邀代表世界中联致闭幕词，他感谢组委会和俄罗斯李维斯特公司的辛勤工作，使大会的召开圆满成功，并盛赞大会学术气氛热烈，是一次盛大的学术盛会。同时指出世界中医药大会已发展为全球顶尖的中医药学术会议，衷心祝愿世界中医药大会越办越好，取得更大的成功。

在闭幕礼上发表讲话的还有俄罗斯卢加宁副主席、中国和国际参会代表，都表示世界中医药大会的召开，对促进各国中医药学术交流和发 展，意义重大，并对它抱有充分的希望和 良好的祝愿。

《第十二届世界中医药》大会将于**2015年9月25-26日**在西班牙巴塞罗那举行，因此西班牙拉蒙副主席介绍了巴塞罗那诱人的情景和筹备工作的情况。之后为会旗交接仪式，当拉蒙副主席从俄罗斯卢加宁副主席手中接过会旗后，立刻响起一阵热烈祝贺的掌声。

闭幕仪式最后由李振吉秘书长作总结致词，他除了衷心感谢，也列举了本届大会和世界中联所取得的成果，其中包括大会圆满成功、论文的收集与发表、参会的国家和地区与人数、研讨内容与吸收、理事会和监事会的召开，审议通过余靖主席的会务工作报告和其它议题，以及世界中联中医药大会共召开了**11**届，促进了世界中医药学术交流与发展，世界的影响力日益扩大等。他希望国际中医药事业，在未来能取得更大的进步，为国际中医药发展作出新的贡献，使世界中医药大会成为最具有影响的国际盛会。

2015年《第十二届中医药大会》将在西班牙巴塞罗那召开，他吁请大家明年在巴塞罗那相会，并宣布大会顺利闭幕。



新加坡·林英

第五届国际中医、中西医结合肿瘤学术交流大会暨第十四届全国中西医结合肿瘤学术大会于7月18日-20日在广州市广东大厦召开的。新加坡参会者包括赵英杰、张国强、陈巧凤、曾玉珠、邝慧芳、陈桂红、周启仕、林英共8名医师。

大会由中国中西医结合学会肿瘤专业委员会、中国抗癌协会传统医学委员会、世界中医药学会联合会肿瘤专业委员会联合主办，承办单位广州中医药大学第一附属医院在肿瘤中心主任林丽珠教授领导下筹办了本届大会。



新加坡代表团与朴炳奎教授、林洪生教授合影



新加坡代表团与林丽珠教授合影

受邀参会的还有美国、韩国、马来西亚美国、澳洲、韩国、香港、澳门、台湾、马来西亚、新加坡等国家和地区的专家学者共500多人。本次大会主题是“规范治疗与科学评价；根据中医、中西医结合肿瘤防治的特点，展示中西医结合肿瘤治疗最新研究成果，运用现代科学阐明中医、中西医结合在肿瘤防治中的作用，集中多学科资源与优势，探讨建立更加完善的肿瘤防治体系，通过各学者，临床专家们的特邀报告，学术报告，全面准确地反映当今中西医临床肿瘤学领域的新观念、新知识和新技术和取得的成绩，以及存在的问题。

7月19日上午开幕式后，中国中西医结合学会肿瘤专业委员会主任委员林洪生教授是首位发表特邀报告的专家，林教授指出，中医药防治肿瘤在近50年循证发展之路上取得了一定成绩，借助现代循证医学研究方法，用客观数据阐释了中医药“扶正培本”，“未病先防”等诊疗理念的科科学内涵，通过循证建立指引，践行指验证了一系列安全有效的治疗策略和方法。

本次大会上发表专题论文的专家学者约有20余位，论文内容涉及肿瘤个体化治疗与中医辨证论治、中药抗癌研究的新策略—诱导癌细胞自体吞噬和纠正癌细胞代谢、美国规范化临床试验解读及中医药在美国进行临床试验的现状、中医肿瘤外治法的应用与研究、肝癌、肺癌、胰腺癌中西医结合诊疗指南解读与思考等中外最新的肿瘤治疗现状和趋势，中西医结合治疗肿瘤和临床研究课题。

附：广州中医药大学第一附属医院 一肿瘤科观摩学习小记

2014/7/21-22与曾玉珠、邝慧芳、周启仕到广州中医药大学第一附属医院肿瘤科随广州中医药大学第一附属医院肿瘤科主任林丽珠教授观摩学习。

广州中医药大学第一附属医院一肿瘤科，

成立于1987年，也是国家中医药管理局中医肿瘤重点专科。

采用中西医结合手段治疗恶性肿瘤，中医药治疗肿瘤包括内服、外用中药、静脉滴注抗肿瘤中成药、中药直肠滴注、针灸。西医治疗方法包括化疗；微创治疗；分子靶向治疗；免疫治疗和基因治疗；内分泌治疗等。

虽然林教授的处方中常用上又称为紫杉、赤柏松的红豆杉，从其植株中提取的紫杉醇、紫杉酚是世界公认的广谱、低毒、高效的抗癌药物；林教授指出红豆杉成分复杂，不但含有紫杉醇，还含有紫杉酚、紫杉碱、双萜类化合物等，中医则认为红豆杉性平味淡、有毒，温肾通经、利尿消肿、驱虫、消积食、祛邪散结，的茎、枝、叶、根可入药，对于属于的中晚期肿瘤具有一定的疗效。非医师处方，长期自行大量用红豆杉泡茶、煲汤喝可导致中毒。

林教授还是强调，肿瘤是正气不足、气滞、痰凝、血瘀日久而引起的，治疗肿瘤不能一味攻邪，还要顾护正气，要辨证论治。

· 虫类药的使用：

林教授在临床上也常用虫类药，其中有地鳖虫、全蝎、蜈蚣、盐蛇干、蜂房等以攻毒散结、搜痰逐瘀；地鳖虫破一切血积、全蝎专善解毒、蜈蚣走窜之力最速，蜂房治恶疽诸毒。临症选用一、二味以去痰开结、解毒消肿。用量一般：盐蛇干6g、全蝎10g、蜈蚣3条、地鳖虫6g、地龙15g、蜂房15g、水蛭6g

· 常用四逆散

在二日的观摩中发现，林教授喜用四逆散（柴胡、枳实、芍药、炙甘草-疏肝解郁、调和肝脾）认为妇科癌瘤及肝癌，多因肝郁不疏，气机不畅所致，每易侮脾犯胃，故在肝癌的治疗上主张以疏肝健脾为主，根据肝癌传变规律辅以清肝泻火、疏利三焦、滋肾养阴之法，临床中多以小柴胡汤、四逆散化裁治疗。概括妇科癌瘤的病机总由冲任失调、气血失和所致，

其发病与肝、脾、肾三脏密切相关，故其临床表现，也有相同的证型。

· 主张治肝胃必先调理气机

林教授重视疏肝以和胃，所谓治肝可安胃，土得木而达，只有胃气和降才能腑气通畅，胃能受纳，气血才有生化之源，糟粕始能下行，邪毒才能随糟粕而清除。

所以多以四逆散酌情选用佛手、八月札、郁金等性平和缓品。暖气不舒者：配木香、枳壳，食后胀甚或食滞者配莱菔子、焦山楂，胸膈痞满者：桔梗、瓜蒌皮，胀甚不解：厚朴、槟榔。

林教授也认为“脾非先天之气不能化，肾非后天之气不能生”二者相互滋生以维持生命。故临床上治疗肿瘤病注重脾肾并重，除了健脾益气外，常从桑寄生、桑椹子、泽泻、何首乌、怀牛七、菟丝子、熟地中选用一、二味兼以补肾。

随林教授临床观摩虽然只是二个半天，却深切感受到林教授治疗肿瘤病，突出中医特色，内服外洗，也结合现代医学的最新治疗方法，多方位综合治疗得到良好治疗效果，得到病患及家属的敬仰和感激。

分享栏目

浅谈平衡针灸疗法

新加坡·陈蓓琪

前言

平衡针灸学是北京军区总医院专家组平衡针灸专家王文远教授经过40余年潜心研究，上万次针感体验，成功创立的一门现代针灸学。平衡针灸学突破了几千年传统经络模式，提出了区域性、特异性、交叉性的取穴原则。发明了位于外周神经上的靶点(如降压穴、降脂穴、降糖穴、肩痛穴、颈痛穴、腰痛穴、心痛穴、肝病穴等)，在大脑中枢靶位的作用下，依靠病人自己来调节修复治疗自己的疾病。在平衡针灸的基础上又推出了平衡心理学、平衡保健学、平衡推拿学、平衡火罐学、平衡药物学、平衡膳食学等平衡医学系列。突出心理平衡，突出中枢调控，不论功能性器质性疾病均定位于病人的大脑高级中枢去治疗，突出单穴疗法，快速针刺，快速见效，突出安全简便的针灸疗法。近几年来，本人在临床上也经常借用平衡针灸疗法来治疗一些病例，并取得了快速、有效的疗效，所以在本期中总结了平衡针灸学方面的相关资料以及本人在临床上常用的平衡针灸穴位与大家分享。

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、平衡针灸学的定义

平衡针灸学是在继承传统医学的基础上，吸收现代科学理论而发展起来的一门现代针灸学。是以中医的心神调控学说和西医的神经调控学说为理论基础，形成的针灸与心理—生理—社会—自然相适应的整体医学调控模式。其特点突出人体自身平衡系统—大脑高级指挥系统，通过针刺机体的信息高速公路—神经，实施对能量物质的再分配、再调整，间接地依靠病人自身来治疗自己的疾病。

二、平衡针灸学的特点

1. 突出人体自身平衡：平衡针灸学的理论核心就是突出人体自身平衡。这种自身平衡系统的实质就是人体内的自我调控功能，这种平衡机制就是大脑高级调控中枢。平衡针灸充分地发挥了机体自身调节平衡的独立性，同时产生异向思维，将过去头痛医头，脚痛医脚，

改为头痛医脚，脚痛医手的平衡取穴方法。

2. 突出人体信息系统：平衡针灸学充分利用了人体的信息系统。通过直接针刺神经干或神经支，将针刺神经的信息通过人体信息高速公路，反馈到大脑高级中枢，通过神经信息高速公路来完成对机体各系统的调控支配作用。

3. 突出单穴疗法：单穴疗法原则上是一病一穴，一症一穴，80%以上的病症均可采用一个穴位。

4. 快速针刺：亦称三快针法，即进针快、找针感快、出针快，整个针刺过程控制在3秒钟之内。

5. 突出即时效应：即时效应亦称一针见效。80%以上的病人3秒钟即可见效。

6. 突出针感效应：针感是反映平衡针灸疗效的重要标志。平衡针灸在针刺手法中不过于强调针刺手法，也不要求采用补法、泻法、平补平泻，只强调一个提插手法，通过提插手法将不同的针感扎出来即可。

7. 突出离穴不离经：平衡针灸不过于强调穴位的定位，而是要求针刺到相应的穴位即神经相应的节段上而出现针感即可。如肩痛穴针刺的腓浅神经上下10厘米内均可。

8. 突出穴名通俗化：平衡针灸学的穴位名称通俗易懂，易于普及。其主要特点是以部位、功能、主治来命名，一听就懂，一看就会，一用就灵。如治疗头部病变的平衡穴位叫头痛穴，治疗腰部病变的平衡穴位叫腰痛穴，治疗胸部病变的平衡穴位叫胸痛穴，治疗糖尿病的平衡穴位叫降糖穴，治疗半身不遂的平衡穴位叫偏瘫穴。

9. 突出安全无副作用：安全无副作用是平衡针灸学最根本的要求。在针刺患者时最为常见的副作用是晕针，而采用平衡针灸治疗，最长时间不超过3秒钟，所以患者来不及晕针，针体就迅速退出，针体出来以后患者立即解除了紧张害怕心理。针刺过程中常见的医疗事故是刺伤脏器，而平衡穴位均分布于四肢

安全部位。

三、平衡针灸学的作用原理

平衡针灸学的作用原理，主要是通过针刺神经干或神经支，给予患者一种适当的良性刺激信号，这种刺激信号既不针对病原体，也不直接针刺病变部位的组织器官，而是把医生的指令性信息通过针刺神经直接输给信息高速公路，以最快速度、最佳路线输送到高级中枢系统。这种来自人为的超强刺激信号，迅速传递于大脑中枢调控系统，大脑中枢调控指挥中心积极接收了医生给予的指令性信息，迅速对高级中枢指挥系统进行应激性调整，调动体内贮存的中枢递质，再通过神经指挥系统对失调与病变部位的子系统进行对症性调控，释放大量的能量物质，提高机体免疫功能，提高机体的镇痛效应，增强机体消炎和代谢作用等。对原来失调的病理状态和物质代谢紊乱过程，进行间接干预，通过自我修复达到一个新的平衡状态。这种平衡状态的形成是利用针灸外因刺激手段激发调动患者机体的平衡调控系统的功能来实现的。

四、平衡针灸学取穴原则

传统针灸以循经取穴、辨证取穴为基本原则。平衡针灸主要采用定位取穴、交叉取穴、对应取穴为基本原则。临床中也配合男左女右取穴、左右交叉取穴、双侧同时取穴等取穴原则。

1. 定位取穴原则：主要是指针对某一病变的部位来选取特定穴位。如腰痛穴、升提穴、精裂穴、痛经穴等。也就是说通过针刺特定部位的特定穴位达到治疗另一部位疾病，同时又不能用交叉、对应来解释的取穴原则。

2. 交叉取穴原则：主要是指左右上下交叉取穴。如臀痛穴、升提穴、膝痛穴、踝痛穴、肩痛穴、肘痛穴等穴位主要分布于上下

肢，上肢的病变取下肢的相应穴位治疗，下肢的病变取上肢的相应穴位治疗。

3. 对应取穴原则：主要是指前后、左右、上下对应的取穴原则。如乳腺穴为前后对应取穴，偏瘫穴、鼻炎穴为左右对应取穴。

4. 男左女右取穴原则：主要是指在人体上治疗疾病的穴位有两个，男性取左侧穴，女性取右侧穴，而且一次性治疗可以治愈疾病的取穴原则。如感冒穴、头痛穴、腹痛穴。

5. 左右交替取穴原则：主要是指未定性疾病，又不能一次治愈，而且是人体有两个穴位的情况下采取的取穴原则。如痔疮穴、癫痫穴。

6. 双侧同时取穴原则：主要是指急症，又是人体有两个穴位的情况下采取的取穴原则。如降压穴、精裂穴。

此外，对非炎症性、渗出性、外伤性、疼痛性疾病，以麻木为主的病症可采取局部取穴原则。如指麻穴、耳聋穴以局部取穴为主。

五、临床常用平衡穴位

临床常用的平衡穴位共38个。其中头颈部平衡穴位9个，上肢部平衡穴位11个，胸腹部平衡穴位3个，脊背部平衡穴位3个，下肢部平衡穴位12个。以下为大家介绍15个在临床上较常用的有效穴位：

1. 升提穴

定位：此穴位于头顶正中，前发际正中10cm(5寸)，后发际直上16cm(8寸)出，双耳尖cm(1寸)处。



平衡针灸后面图



平衡针灸侧面图

局部解剖：布有帽状腱膜和左右颞浅动脉静脉，及左右枕动脉静脉吻合网，分布有枕大神经分支。

取穴原则：定位取穴

针刺特点：以针刺枕大神经分支或额神经分支出现的针感为宜。

针刺方法：针尖沿皮下骨膜外向前平刺4cm(2寸)左右，一只手向前进针，另一只手可摸着针尖不要露出体外。

针刺手法：采用滞针手法，待针体达到一定深度时，采用顺时针捻转6圈，然后再按逆时针捻转6-10圈后即可将针退出。

针感：以局部强化性针感出现麻胀紧沉为主。(30分钟左右自动解除)

功能：升阳固托，益气固本，助阳止泻，补肾健脾，调节内脏，抗衰老，增加机体免疫功能。

主治：脱肛、子宫脱垂、胃下垂等中气下陷性疾病为主。临床还用于治疗阳痿、早泄、遗精、遗尿、前列腺炎、前列腺肥大、肠炎、慢性肠炎、低血压、宫颈炎、阴道炎、过敏性哮喘、慢性支气管炎、体质过敏和偏瘫等。

按语：升提穴是以主要部位功能命名的一个特定穴位。临床主要用于治疗内脏下垂，中气下陷性疾病为主。均有补气穴，壮阳穴之称。同时对生殖泌尿系统，呼吸系统，神经系统，内分泌系统，运动系统都具有一定调节作用。是中医用于益气壮阳的首选穴位。亦可作为中老年人的保健穴位。还可作为一切慢性病的辅助穴位。对滞针后留下的针感一般30分钟自行解除。歌诀中提到的肠风相当于现代医学的肠炎。

2. 腰痛穴

定位：此穴位于前额正中，在印堂穴与神庭穴连线的1/2处。

局部解剖：此穴位于前额内侧动静脉分支和三叉神经的滑车上神经，前额两侧均有眶上神经分布。

取穴原则：定位取穴，交叉取穴原则

针刺特点：其刺以滑车上神经或左右刺以眶上神经出现的正为宜。

针刺手法：针刺手法采用上下提插法，达到要求针感时，即可出针。单侧腰痛为平刺手法，不提插，对重症腰痛病人疼痛未完全控制，但在不发生晕针的情况下，可以留针。

针感：以局限性，强化性针感出现的酸麻胀为主。

功能：活血化愈，调节神经，止痛消炎。

主治：腰部软组织损伤，腰间盘脱出，强直性脊柱炎，急性腰扭伤，腰肌劳损，坐骨神经痛，不明原因的各种腰痛。

按语：腰痛穴是以部位功能定名的一个特定穴位，临床主要用于治疗腰部急性炎症及慢性炎症引起的病变为主。特别对腰部软组织损伤，腰间盘突出。因炎症引起的坐骨神经痛还需配针刺相关穴位，臀痛穴，膝痛穴，踝痛穴。一般在炎症期，水肿期需要卧床3-4周。待临床治愈后，两个月内还要减少环境诱发因素，以巩固临床疗效。

3. 偏瘫穴

定位：此穴位于耳尖上3厘米

局部解剖：布有颞肌和颞浅动静脉额支，耳颞神经分支，枕大神经吻合支。

取穴原则：交叉取穴

针刺特点：针刺耳颞神经分支或枕大神经吻合支

针刺手法：滞针或到位针刺手法

1、滞针手法：待针体刺入要求深度时，按顺时针方向捻转发生滞针，然后再按逆时针方向捻转退回针体，此种针感一般30分钟左右自行解除。

2、到位针刺手法：对惧针，不愿留针的病人采用的针刺手法。

针感：以强化性针感出现的酸麻胀为主。

功能：益气壮骨，化痰却风，醒脑开窍，调节内脏，调节神经，调节平衡，扩张血管，

解除痉挛，消炎止痛，降压降脂。

主治：脑血管意外引起的中风昏迷、中风后遗症——偏瘫、偏头痛、面神经麻痹、面瘫后遗症、面肌痉挛、三叉神经痛。

按语：是治疗中风后遗症——偏瘫的特定穴位之一，临床也采用偏三针，(偏瘫穴，肩痛穴，膝痛穴)，重病人可采用“偏五针”，在偏五针的基础上加臀痛穴，踝痛穴。原则上不留针，但对个别病人要求留针时，首先在病人不惧针，不晕针的前提下。一般可以留针4-8小时，最长可留12小时，针体一般自行可退出体外，但对后遗症恢复期机体出现肌肉萎缩，偏瘫性粘连的病人可以配合患侧肩痛穴。膝痛穴，然后再针刺健侧相应穴位来收针。

4. 明目穴

定位：此穴位于耳垂后耳根部，左下颌角与乳突中间之凹陷处。

局部解剖：皮下有腮腺，颞下窝翼静脉丛。耳后有动静脉及颈外浅静脉，布有耳大神经深部有面神经干于颅骨穿出。

取穴原则：交叉取穴

针刺特点：以针刺耳大神经或面神经干出现的针感为宜。

针刺手法：采用一步到位针刺手法。

功能：通窍开目，消炎止痛，调节视神经。

主治：近视、白内障、青光眼、花眼、沙眼、电光性眼炎、急性结膜炎、急性角膜炎、面神经麻痹、面瘫后遗症、面肌痉挛、流行性腮腺炎、下颌关节炎、三叉神经痛、神经性耳鸣、耳聋。

按语：是治疗眼疾的特效穴位之一。主要治疗指青少年的假性近视。且恢复或好转后还需3个月的平衡巩固期。白内障是纸早期浑浊型白内障，坚持治疗可稳定或延迟晶体进一步浑浊，提高患者视力。对晚期白内障患者，针刺效果差，对糖尿病引发的白内障还必须结

合治疗糖尿病的相关穴位，效果更为理想。

5. 臀痛穴

定位：此穴位于肩关节腋外线的中点，即肩峰至腋皱壁连线的1/2处。

局部解剖：布有旋肩胛动静脉，臂外侧皮神经和第一，二肋间神经，深层为桡神经。

取穴原则：以针刺桡神经或上臂外侧皮神经出现的针感为宜。三寸毫针针尖向腋窝中心方向呈45度角斜刺4-5CM。

针刺手法：上下提插手法；针感达不到要求可采用滞针手法。

针感：以局限性针感出现的酸麻胀为主或向肘关节，腕关节放射。

功能：活血化瘀，理气散结，消炎止痛，调节神经。

主治：臀部软组织损伤、腰椎疾患引起的坐骨神经痛、梨状肌损伤综合症、原发性坐骨神经痛、腰椎间盘突出、急性腰扭伤、腰积劳损。临床还可用于治疗同侧网球肘、对侧颈肩综合症、偏瘫。

按语：臀痛穴是以部位功能命名的一个特定穴位。临床主要用于治疗臀部软组织损伤，臀部病变为主。此穴还是治疗坐骨神经痛的经验穴位。临床还需配合膝痛穴，踝痛穴效果更加。此外临床还可用于治疗同侧网球肘。

6. 胸痛穴

定位：此穴位于前臂背侧，尺挠骨之间，腕关节与肘关节连线的下1/3处。

局部解剖：挠侧为指伸肌，尺侧为小指肌，深层布有前臂骨间背侧动静脉和前臂骨间掌侧动静脉，及前臂背侧皮神经和骨间背侧神经骨后神经。

取穴原则：交叉取穴。

针刺特点：以针刺前臂背侧皮神经或骨间背侧神经出现的针感为宜。

针刺手法：采用上下提插法。对重病人可滞针。

功能：扩张冠状动脉，消炎止痛，调节神经，调节内脏，调节心神，血糖，血脂，血压，调节内分泌。

主治：胸部软组织损伤、肋间神经痛、非化脓性肋间软组织炎、胸膜炎、心绞痛状动脉供血不足、心率不齐。临床还可用于治疗急性腰扭伤、肾病综合征、经前期紧张综合症、带状疱疹、急性胃炎、急性疱疹后遗症(即疱疹性神经痛)、慢性胃炎、膈肌痉挛。

按语：胸痛穴是以部位功能命名的特定穴位。临床主要用于治疗胸部疾患为主，特别于胸部急症、痛症，效果更佳。也可作为临床急救穴之一。

7. 降糖穴

定位：此穴位于前臂掌侧，腕关节至肘关节的下1/3处。

局部解剖：指浅屈肌，深层有指身屈肌，前臂正中动静脉，深层为前臂掌侧骨间动静脉，布有前臂内侧皮神经，下正中神经，深层有前臂掌侧骨间神经。

取穴原则：左右交替。

针刺特点：以针刺正中神经，前臂内侧皮神经，或前臂掌侧骨间神经后出现的针感为宜。

针刺手法：上下提插。对于久病体虚重症病可采滞针

功能：益气提神，健脾和胃，舒肝理气，降糖，降脂，降压，降酶，消炎，镇痛，镇静。扩张冠状动脉，增强机体免疫力。

主治：糖尿病、高血压、高血脂、血糖。临床还可用于治疗冠心病、心绞痛、肋间神经痛、非化脓性肋间软骨炎、急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化、胃炎、胃痛、胃癌、胃溃疡、膈肌痉挛、神经衰弱、低血压、失眠等。

按语：从中医心理学观点认为糖尿病属于心理性疾病范畴。此穴从中医角度讲具有理气，益气，活血，却瘀之功效。临床多以平衡针灸为主配合平衡火罐，平衡推拿，综合

治疗糖尿病。要求合理调节饮食，减少病人并发症发生。此外还可以用于其他疾病的康复治疗。对糖尿病合并的脑血管、冠心病、白内障、颈肩腰腿通、痛风，还必须配合相应穴位综合治疗。

8. 踝痛穴

定位：此穴位于前臂掌侧，腕横纹正中，即桡侧腕屈肌腱与掌长肌腱之间。

局部解剖：布有腕掌侧动静脉网，及前臂内侧皮神经双重分布，正中神经掌皮支，深层为正中神经干。

取穴原则：交叉取穴。失眠男左女右，顽固性失眠左右交替取穴或双侧同时取穴。

针刺特点：以针刺正中神经产生的针感为宜。

针刺手法：上下提插。

针感：以放射性针感出现的针感出现的中指或食指麻木感为主。

功能：镇静安神，消炎止痛，调节内脏，调节心律。

主治：踝关节软组织损伤、踝关节扭伤、跟骨骨刺、足跟痛。临床还可用于治疗心率不齐、心动过速、心动过缓、顽固性失眠，治疗腕管综合征。

按语：主要以部位功能定名的一个特定穴位。临床主要用于治疗踝关节病变，具有取穴少，方法简便，疗效迅速。也称失眠穴心率不齐穴。

9. 颈痛穴

定位：此穴位于手背部，握拳第四掌骨与第五掌骨之间，及指掌关节前凹陷中。

局部解剖：在第四掌骨间背侧集中，布有第四掌背动脉，皮下有手臂静脉网，和尺神经手背支(指背神经)，和指掌侧固有神经。

取穴原则：交叉取穴

针刺特点：针刺指背神经或掌侧固有神经出现的针感为宜。

针刺手法：上下提插法。

针感：以局部出现酸麻胀感为宜。

功能：疏筋活血，清咽利喉，消炎止痛退热，调节神经。

主治：颈部软组织损伤、落枕、颈肩综合症、颈肩肌腱炎、颈性头痛、颈性眩晕，临床还可以治疗肋间神经痛、眶上神经痛、三叉神经痛、坐骨神经痛、肩周炎、足底痛。

按语：是以穴位功能命名的一个特定穴位，以治疗颈椎病为主，其以中老年为多发病，病因主要为生理性衰老。因此为巩固疗效，减少环境诱发因素，避免局部受凉。

10. 指麻穴

定位：此穴位于手部，半握拳第五掌骨中点处。

局部解剖：在小指斥册第五掌骨小头后方，当小指掌肌腱起点处，有指背动静脉，手背静脉网，布有尺神经手背支。

取穴原则：同侧取穴。

针刺特点：针刺尺神经手背支出现的针感为宜。

针刺手法：直刺手法或滞针手法。

针感：以局部出现的酸麻为宜。

功能：醒脑开窍，调节神经，止痛消炎止麻。

主治：末梢神经炎引起的手指麻木，还可用来治疗中毒昏迷休克、糖尿病、神经衰弱、精神分裂症、落枕、急性腰扭伤。

按语：是以功能主治定名的特定穴位。主治各种原因引起的末梢神经炎，对手指抹抹的病人为巩固其疗效，治疗的同时必须减少冷水刺激。对糖尿病引起的末梢神经炎，还需配合治疗糖尿病的相关穴位，进行综合治疗，才能从根本上缓解症状。

11. 痤疮穴

定位：此穴位于第七颈颈椎棘突下。

局部解剖：布有棘间韧带和颈横动脉分

支，棘突间皮下静脉丛及第八颈神经后支内侧支，的以胸神经后支内侧支。

针刺特点：以针刺局部肌肉血管末梢神经为主。

针刺方法：点刺放血疗法。局部常规消毒，采用三棱针快速点刺，挤出3至5滴血后，消毒绵球压迫即可。

针刺手法：1)中心点刺法，即在相对的中心点进行快速针刺或用拇指食指将部肌肉捏起，再点刺放血。

2)一线三点点刺法，即在中心点两侧1厘米处各点刺一针。

针感：局部针感

功能：调和阴阳，解毒消热，消炎抑菌，增加机体免疫力，和机体代谢机能。

主治：痤疮、脂溢性皮炎、面部疥肿、面部色素沉着、毛囊炎、湿疹、寻麻疹、急性结膜炎、口腔炎、副鼻窦炎、扁桃体炎、急性淋巴结炎、上呼吸道感染。

按语：是以局部功能命名的特定穴位。治疗面部疾病为主。除点刺放血疗法外，亦可采用针罐结合治疗，留罐3至5分钟，以拔出数滴血为宜，亦可作为实证热证的辅助中医治疗。

12. 肩痛穴

定位：此穴位于肺骨小头与外踝连线的上1/3处。

局部解剖：在腓骨长肌与趾纵伸肌之间，深层为腓骨短肌，布有胫前动静脉肌支和腓浅神经。

取穴原则：交叉取穴。

针刺特点：以针刺腓浅神经或。腓深神经除显得针感为宜。针感：以触电似针感向足背，足趾和踝关节传导出现的麻胀感为宜。

针刺手法：上下提插针刺手法。

功能：消炎止痛，降压，醒脑，扩张血管，调节内脏，调节胃肠，内分泌。

主治：肩关节软组织损伤、肩周炎、根型颈佳并、颈间肌筋膜炎、落枕、以及偏头痛、

高血压、胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、带状疱疹、肋间神经痛、急性腰扭伤、癔症性昏厥、上肢瘫痪、中暑、休克、昏迷、癫、精神分裂症。

按语：肩痛穴是以部位功能命名的一个特定穴位，临床主要用于间关节，内脏病变为主。特别对于冠心病，心绞痛，急腹证疗效更为显著。该穴是平衡穴位的代表穴位，也是开始研究的第一个穴位。研究时间最长，治疗病人穴位最多，用途最广泛，疗效更为理想，治愈率98%，一针治愈率11%，穴位的名称先后经历了肩周穴，中平穴，肩痛穴三个阶段。

13. 腕痛穴

定位：此穴位于足背踝关节的横纹的中央，旁开1寸处。

局部解剖：在拇长伸肌和趾长伸肌腱之间，布有胫前动静脉和浅层的腓浅神经，深层腓深神经。

取穴原则：交叉取穴

针刺特点：以针刺腓浅神经和腓深神经出现的针感为宜。

针感：局限性针感或向足背足趾放射。

针刺手法：滞针手法

功能：消炎退热、镇静镇痛、调节神经、疏通经络、清肝明目，滋肾壮阳。

主治：腕关节软组织损伤、腕关节扭伤、腕关节腱鞘炎，临床还用于治疗近视、花眼、砂眼、白内障、青光眼、急性结膜炎、电光性眼炎、眼睑下垂、眼肌瘫痪、眼肌痉挛。

按语：又称光明穴。是以部位功能命名的一个特定穴位，主要用于治疗腕关节病变和眼科疾病为主。对白内障的治疗，主要是用于早期混合性白内障。近视主要指青少年假性近视。

14. 头痛穴

定位：此穴位于足背第一第二趾骨结合之前凹陷中。(太冲与行间之间)

局部解剖：在拇长伸肌腱外缘，第一骨间背侧肌，布有木趾短伸肌，足背动脉网，为腓深神经布有趾背神经。

取穴原则：交叉取穴。发病时间短用男左女右取穴。发病时间常采用左右交替取穴。

针刺特点：以针刺趾背神经后出现的针感为宜。

针刺手法：上下提插，可滞针。

针感：以局限性针感出现的酸麻胀为主。

功能：消炎止痛解痉，降压，缓解胆道括约肌痉挛，活血化瘀，疏肝理气，健脾和胃，醒脑开窍。

主治：偏头疼、神经性痛疼、血管性头疼、颈性头痛、高血压性头痛、低血压性头痛、副鼻窦炎头痛、外感头痛。临床还可用于治疗近视、青光眼、手指震颤、血小板减少、急性肝炎、神经衰弱、胆囊炎。

按语：临床用于治疗头部病变为主，该项研究获科技进步奖，针刺此穴还可缓解胆道括约肌痉挛，作用大于足三里，阳陵泉。

15. 降压穴

定位：此穴位于足弓，划一个十字，交点即为此穴。

局部解剖：布有趾长屈肌腱，足底内侧动静脉，足底内侧神经。

取穴原则：交替取穴

针刺特点：以针刺足底内侧神经之后出现的针感为宜。

针刺手法：上下提插，对急性病人可以留针。

针感：局部酸麻胀

功能：调节神经，降低血压，兴奋镇静。

主治：高血压、临床还可用于治疗休克、昏迷、高热、精神分裂症、癫痫、癔症性瘫痪、神经性头痛、偏瘫。