

新加坡中醫雜誌

38

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

6月 / Jun 2015



中華醫院

仁風義舉 澤及病黎 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.

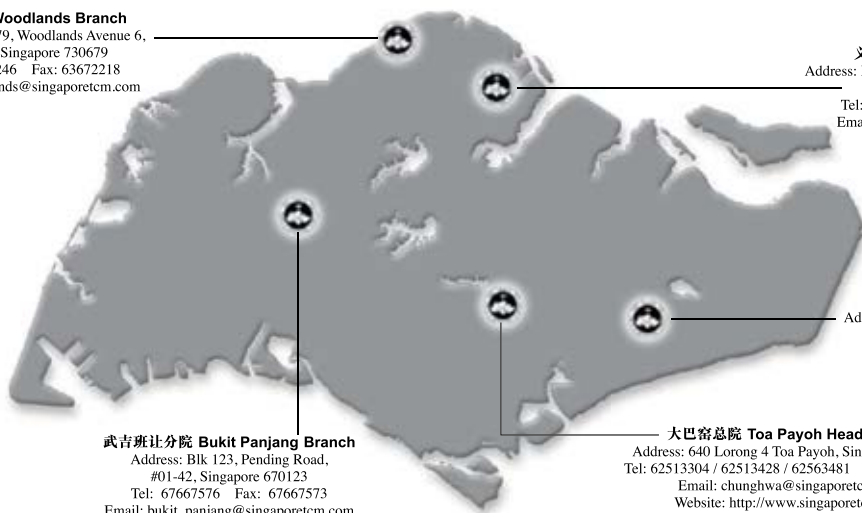
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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>



新加坡中医杂志目录

38 期
JUN 2015 六月份

中医

1. 新加坡中医50年的变迁 — 新加坡中医杂志编委整理p02-05

综述

1. 阿是穴治疗软组织损伤疾病的现代研究 — 新加坡·谢凯玲、中国·方玉雅 胡晓娟 李应昆p06-10
2. 针灸在辅助生殖技术中的应用 — 新加坡·傅思佳 中国·吴节p11-13
3. 关于中医内外治多汗症的探讨 — 新加坡·倪炜程p14-16

临床

4. 辨证治疗胃食管反流病在新加坡临床应用研究 — 新加坡·何宇瑛、中国·沈洪p17-21
5. 马勇教授学术思想及治伤经验总结 — 新加坡·赵刚p22-23
6. 防风通圣散的运用 — 新加坡·翁亚庆p24-25
7. 六味地黄丸临床上治疗肾阴虚的疗效 — 新加坡·陈昆宁p26-27
8. 漫谈眩晕 — 新加坡·罗爱月p28-30
9. 浅谈郁病的证治法 — 新加坡·胡明珠p31-34
10. 糖尿病的饮食治疗 — 新加坡·冯启发p35-38
11. 针灸治疗水肿 — 新加坡·杨昌志p39-41
12. 中医治疗功能性消化不良小结 — 新加坡·闫立群p42-43
13. 阴阳扳拉筋操 — 新加坡·蔡欣洁p44-46
14. 中医治疗慢性肾功能不全尿毒症期 — 新加坡·梁妹p47
15. 浅谈更年期综合征临床体会 — 新加坡·陈金凤p48-49
16. 甲状腺机能失调在医疗饮食预防和气功调理 — 新加坡·胡荣贵p50-52
17. 我对筋膜触发点诊断与治疗的浅识 — 新加坡·刘嘉扬p53-58

理论探讨

18. 从中医的角度分析功能性胃肠病 (FGIDs) 的基础病机 — 中国·李音洁 王崇飞 梁超p59-62
19. 张景岳中医遗传学思想的探讨 — 新加坡·郭俊绸p63-67
20. 《素问·阴阳应象大论篇》选读 — 新加坡·曾玉珠p68-70
21. 益气养血通络治疗化疗后麻痹的探讨 — 新加坡·林英p71

新加坡杏林人物志

22. 治事勤慎、积极推展慈善医疗的游杏南 — 新加坡·林英p72-73

学术交流

23. 一场写意又精彩的针灸研习盛会台中新加坡针灸临床高级研修班纪行 — 新加坡·王美凤p74-76

知识库

24. 分享栏目 董氏奇穴五言歌 — 新加坡·陈蓓琪p77-80



新加坡中医50年的变迁

(五十年喜见中医药茁壮成长, 从自行发展到立法注册)

新加坡中医杂志编委整理

概况

随着中国移民南来, 也将中医药带到了新加坡。当时生活困苦, 多数华人还是有赖中医药治病疗伤。在新加坡的中医发展历程里, 多间中医慈善团体的义疗施药工作是一个主要的特色, 这些机构有些是由中医师所组织, 有些是由宗教团体所成立, 有些是宗乡组成, 也有由商人所组成的, 目的是为贫病者提供低廉, 甚至于免费的中医服务。这形式的中医医疗, 以1867成立的同济医社(现在的同济医院)为新加坡的第一间慈善中医院, 接着1901年善济医社开诊, 1910年广惠肇留医院成立, 至1949年还有普救善堂、世界红十字会、修德善堂等。1946年新加坡中医师公会于1952年3月17日成立“中华施诊所”(即今日的中华医院), 借用中山会馆的场地作为暂时施医赠药之

所正式开诊, 并设立了新加坡中医学院, 为新加坡中医药的发展, 教育及科研奠定了基础。

1965年我国独立后, 中医慈善机构继续增加, 如佛教施诊所(1969年)、大众医院(1974年)、观音救苦会流动医疗所(1975年)。同济医院新大厦及大巴窑中华医院大厦先后落成和启用。

新加坡医疗体系以西医学为主流, 中医一向是靠民间力量的支持与努力。但随着时代的演进, 局势的改变, 中医逐渐受到国家的重视。从90年代开始在国立医院设立针灸研究所, 纯粹以研究为主, 至设立针灸诊疗所, 扩大治疗对象。接着在2004年在社区医院增设针灸推拿科, 2005年在综合医院设立中医医疗中心。私立医院与私人机构也纷纷设立中医部门。这对我国中医界来说是一项大突破。在西医院内开设中医诊所是中医被我国医疗体系接

纳所走出的关键性一步。这也提高了中医与西医的合作机会。中西医的相辅相成将为病黎提供更完善的医药服务。

近年来，慈善中医诊所如雨后春笋般纷纷设立，2010年大众医院设立金文泰分院；2011年11月同济医院公布将在邻里组屋区建立五个社区免费诊所，首批位于盛港民众俱乐部大楼内及宏茂桥3道组屋地面层。2012年和2013年中华医院设立武吉班让分院和如切分院；2012年8月大众医院设立裕廊分院；2014年10月佛教方施诊所开设第7家三巴旺分所；2014年10月，目前已有5家分社的善济医社公布未来五年将开设20间分社为居民提供医疗服务。

根据各机构目前公布的求诊人数，中华医院每年35万人，大众医院每月超过1万人，佛教方施诊所25万名，同济医院已突破每天1,200人次，善济医社4万人次。从这几家慈善中医诊所的求诊人数看来，每年有超过一百万人看中医，可见慈善中医药事业是受到广大人民欢迎的。这也减轻国家在医疗保健工作方面的一些负担。

根据中药公会70周年特刊，1964年新加坡有五六百家中药店。(如果当时医师多在中药店坐堂服务，人数估计500人左右)，1965年新加坡建国初期中医师公会会员人数202人，举国欢庆SG50的今天，2015年中医师公会会员人数达1,562人。

中医的立法与注册

建国初期的60-70年代，中医师仍处在民间自行发展，尚未有法定的地位，任何人都可以自由以中医师自居，以商业注册开业。这期间也发生了一件令国际关注的事：1978年10月卫生部宣布黄连含有小檗碱，对新生儿与胎儿会引起黄疸的副作用而下令禁用，中医团体共同呈函卫生部要求取消禁令，最终黄连在新加坡被禁用了34年，直到2012年9月22日新加坡

卫生部长颜金勇宣布，2013年1月1日起经卫生科学局登记，含“小檗碱”成分的中成药将被允许使用，这包括胶囊、水剂、及由中医师配方使用的粉剂、颗粒剂等。含“小檗碱”的原药材如中药黄连在2015年也被解禁。

80-90年代，政府加强对中医药的管制。

1994年7月卫生部成立“传统中医药委员会”，探讨中医药的状况及管理，1994年12月成立了包括中医师公会、中医药促进会、中医中药联合会、同济医院、中医学院毕业医师协会、新华中医药协会的“新加坡中医团体协调委员会”以加强全国中医药团体的协调与合作，制订了“新加坡中医师名册”，“新加坡中医团体协调委员会”也与卫生部合作制订针灸师、中医师注册纲要，落实中医法定注册。

1995年“传统中医药委员会”发布了《传统中医中药白皮书》，对我国中医药行业的现状和监管进行了阐述。

1998年加强了对进口中成药的监控，采取注册登记制度，确保进口中药的质量及使用的安全性、可靠性。

1999年我国卫生部与中国国家中医药管理局在北京签署了中新谅解备忘录和医药合作计划书。

2000年11月14日，国会通过中医师法案，承认中医的合法地位，成立中医管理委员会，确立中医师注册制度。这标志着政府开始将中医纳入国家医疗体系的规划，着手将这一辅助和替代医学的管制列入议事日程，新加坡中医管理委员会于2001年开始为针灸师注册，2002年开始为中医师注册，这一过程历时三年。根据这一法案，卫生部成立了中医管理委员会，负责针灸师、中医师的注册和管理工作，以及管制中医师的行为与操守，监督中医师专业道德。

根据2012年中医管理委员会年报披露，至2012年12月31日止，注册中医师的人数是2538人，比2004年的1772增加了766人。其中全职执业者占48.5%，主要(48%)执业地点

在私人中医诊所，在慈善诊所的有25.5%。注册针灸师的人数是1426人，比2004年1378人增加了48人，在1426位注册针灸师中，有1191人也同时注册为中医医师。其中全职执业者占52.3%，主要执业地点在私人中医诊所占26%，西医诊所的占24.6%。

2004年注册者的类别	正式注册	过渡性注册	有条件注册	总数
针灸师	1,377	1	0	1,378
中医医师	1,498	260	14	1,772
中医执业者总数	1,635	261	14	1,910

中医的教育状况

新加坡中医医师公会属下机构新加坡中医学院创办六十年来在中医教育和培养中医医师方面作出了巨大的贡献。它设置本科课程，培养中医专业人才，目前共有100多名全职和兼职讲师，在籍学员近千名。新加坡中医学院积极拓展与海外中医药大学的合作和学术交流。

1980年起新加坡中医学院规定入学资格必须具有高中程度或以上资历。

2000年新加坡中医学院与南京中医药大学联合开办三年全日制文凭课程和五年全日制学士学位课程。

2003年新加坡中医学院与南京中医药大学签署联办中医硕士研究生课程，目前分别与南京中医药大学联办五年全日制中医学士学位、中医硕士、博士研究生课程之外；与广州中医药大学联办七年制中医学士学位；及供西医修读的针灸专业文凭课程。

新加坡中医学院历届毕业生人数如下：

1989年至今，已有逾3百名新加坡中医医师取得中国中医药大学或学院医学硕士或医学博士学位，有助于提高中医中药学术及临床医疗水平，进一步促进新加坡中医药的发展。

随着中医立法后，中医学逐渐受到主流医学领域的重视，为培养更多中医药科研人才，2004年新加坡南洋理工大学与北京中医药大学经过充分协商后决定，合作在南洋理工大学开办5年制双学位中医本科。目前已有5届共约250位学生毕业。他们也参加了在新加坡中医学院由卫生部举办的全国中医医师注册考试，成为合格中医医师。

为确保中医医师能配合中医药的发展，从2013年开始，卫生部与中医管理委员会施行中医自愿继续教育课程。中医管理委员会通过中医继续教育项目框架，鼓励中医执业者继续学习，以获得最新的中医知识和讯息，与时俱进。

年度	届数	中医护理证书	针灸专业文凭	专业文凭	高级专业文凭	学士学位	硕士学位	博士学位
1957-2005	1-37			1620				
2006	38			100		43	16	
2007	39		49	103	1	4	16	
2008	40		22	132	1	8	5	10
2009	41		12	39		18	13	12
2010	42			94	5	17		6
2011	43	82	21	71	14	14	7	1
2012	44	73		18	9	15		12
2013	45	37	12	11	14	51		
共计		192	116	2188	44	170	57	41

中医的学术发展

对于中医学术方面的交流，新加坡中医师公会与其属下机构中华医院、中医学院等扮演了重要的角色。**1978年**，新加坡中医师公会第一次组团访问中国，开启了新加坡与中国中医药机构及大学的联系，为接下来的合作起着相当大的作用。

在区域方面，**1983年**新加坡中医师公会发起组织《亚细安中医药学术大会》，秘书处设于新加坡中医师公会至今，负责亚细安各国中医药界的联系和学术交流，并于**1983年**、**1992年**、及**2012年**在新加坡主办3届会议。在国际上，新加坡中医师公会历任世界中联和世界针联重要职位，目前分别担任这两个国际中医药组织的副主席，在国际舞台上积极为相关机构提供咨询，协助推动世界中医药的发展。

我们和中国几所中医药大学相继建立了姐妹关系，定期邀请中国中医专家学者到来给予讲学与指导。我们也派代表出席在中国举行的学术会议等，并派医师前往进修学习，藉以吸取中国最新的科研成果经验，积极提升本地的中医水准及专业形象。

2010年初，中新自由贸易的签定更促长中新中医学术交流的扩大。

2012年12月，新加坡中医师公会主办第十届亚细安中医药学术大会暨第三届亚洲针灸高层论坛，继续推动本区域中医药学术的交流与发展。在开幕礼上，新加坡卫生部长颜金勇透露，新加坡政府未来五年将拨款**300万元**，设立中医药研究基金，给有兴趣跟中医团体合作的科研人员，进行如慢性病等跟我国病人有关的中医药研究。政府希望通过中西医专家携手钻研，提高中医的先进性、科学性和实用性，同时促进中西医之间的交流和认识，使中医学术进入另一个里程碑的发展。

阿是穴治疗软组织损伤疾病的现代研究

新加坡·谢凯玲
中国·方玉雅 胡晓娟 李应昆

软组织损伤是指皮下浅深筋膜、肌肉、肌腱、韧带、关节囊、滑膜囊、椎间盘、周围神经血管等组织的病理损伤，多由突发的跌打扭挫等急性外伤或感受风寒湿邪或慢性劳损所引起，属于中医“伤筋”范畴。软组织损伤患者经常感觉明显疼痛不适并伴有一定的活动受限甚则影响日常生活。病情常常迁延日久，难以彻底治愈。其病主要病机为经筋不利、血脉不通，不通则痛。针刺可以达到疏通瘀滞，调理气血，经络气血通畅，通则不痛之疗效，起到镇痛作用并且能改善软组织功能。

《内经》首次提出阿是穴的含义，如在《灵枢·经筋》篇中指出，“治在燔针劫刺，以知为数，以痛为输”显示了治疗经筋病时应采用“以痛为输”的取穴方法^[1]。但是，明确阿是穴的名称并详细阐述其临床应用则见于孙思邈《千金方·卷二十九·灸例》篇中“有阿是之法，言人有病痛，即令捏其上，若里当其处，不问孔穴，即得便快或痛处，即云阿是，

灸刺皆验，故曰阿是穴也”。

阿是穴属于腧穴(亦称输穴)之一，在《医学纲目》称为“天应穴”，《玉龙歌》名为“不定穴”。《针灸学辞典》“阿是穴，指按压痛点取穴”，宋代王执中著《针灸资生经》云：“须按其穴酸痛处灸之”方效，“按其骨突处酸痛方灸之，不痛不灸也；如元代王国瑞撰写的《扁鹊神应针灸玉龙经》云：“不定穴又名天应穴，但疼痛处便针”；明代吴昆撰写的《针方六集》中也载为“不定穴”；明代楼英撰写的《医学纲目》云：“浑身疼痛，但于痛处针，不怕经穴，须避筋骨，穴名天应穴”；杨继洲著《针灸大成》云：“不定穴即是痛处”；当代李经纬等主编《中医大辞典》载：“凡以压痛点或其他病理反应点，做穴治病者，名阿是穴”；张晔主编《实用临床针灸学》载有：“选取病变部位，按之有快感或痛者谓之阿是穴”。阿是穴常被视为“以痛为”的现象，无固定位置，不属于任何经脉。

因此,寻找阿是穴时应该“揣穴”和“摸穴”如《素问·离合真邪论篇》明确了寻穴方式“必先扪而循之,切而散之,推而按之,弹而怒之,抓而下之,通而取之,外引其门,以闭其神”。此其取穴方法应按压痛点,医者必须注意手下的感觉并且病人在此处感到酸、麻、胀、痛,针刺时应该达到在《标幽赋》中的“气之至也,如鱼吞钩饵之浮沉”即可。

近年来的临床研究显示阿是穴的运用在局部软组织劳损能取得缓解疼痛作用。如踝关节软组织扭伤出现局部疼痛,按摩周围阿是穴,疼痛减轻,软组织扭伤缓解。腰椎关节病在腰部和下肢部出现疼痛,选择局部阿是穴按摩,疼痛消失,并且患者疼痛局部有舒适感。此篇将对阿是穴治疗软组织损伤疾病进行归纳与比较,希望对针灸综合选用阿是穴治疗软组织损伤疾病提供依据。

1. 针灸综合治疗方法

1.1 针刺阿是穴结合腕踝针治疗肌肉拉伤

周本成等^[2]将肌肉拉伤患者180例随机分组。治疗组100例取损伤部位寻找最痛的阿是穴直刺,然后进行腕踝针治疗;对照组80例单纯体针治疗。留针30分钟,每天治疗1次,3天为1个疗程。经治疗3-15天后,治疗组和对照组总有效率分别为99%和95%,无显著性差异($P>0.05$),表明两组疗效相当。治疗组痊愈80例,占80%,对照组痊愈49例,占61.3%,两组比较有显著性差异($P<0.05$)。结果表明腕踝针结合针刺阿是穴有治疗优势,疗效优于单纯针刺治疗。

1.2 针刺阿是穴治疗急性软组织损伤

周建伟等^[3]采取随机分组将213合格受试者分为治疗组105例与对照组108例。治疗组取阿是穴,寻按损伤局部以疼痛明显最著处为穴。取毫针在阿是穴同一穴点依次进4针,每针沿正对侧方向以45°角倾斜刺入

25~40mm,使外露之针柄呈四花状。留针30分钟。每天治疗1次,共治疗10天。对照组采用常规针刺法治疗。经疗效统计显示,治疗组痊愈显效率79.0%,优于对照组的65.7%($P<0.05$)治疗后治疗组患者疼痛、功能障碍、总积分的改善程度较对照组更显著($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。周本成等^[4]将290例急性软组织损伤患者随机分为治疗组和对照组进行临床观察,治疗组采用针刺“阿是穴”与体针,并结合腕踝针,对照组常规针刺“阿是穴”及体针。治疗结果显示治疗组治愈80.72%,显效12.05%,总有效率100.0%;对照组治愈51.61%,显效20.11%,总有效率88.71%。经统计学处理及总有效率角度分析,治疗组与对照组差异有非常显著意义($P<0.05$)。治疗结论显示针刺“阿是穴”结合腕踝针与体针治疗急性软组织损伤,明显优于单纯针刺“阿是穴”与体针。

1.3 针刺阿是穴治疗慢性软组织损伤

马登尚^[5]收集54例患者,其中男17例,女37例。腰扭伤占24例,踝扭伤占30例。治疗方法采取针刺阿是穴,在扭伤的腰部或踝关节摸出明显压痛点或条索状、结节状反应点2穴。压痛点用直刺的方法,条索状、结节状反应点用斜刺的方法,刺入0.8-1.3寸。以捻转手法,平补平泻,得气后外加电针仪,选用一组电极连在所选两穴上,用密波频率100Hz,电流强度以患者能忍受为度,留针20分钟,出针时摇大针孔。每周治疗2次,10次为1个疗程。治疗结果为治愈35例(64.5%),显效10例(18.5%),好转9例(16.7%),有效率为100%。杨永杰^[6]收集158例患者,男67例,女91例针刺阿是穴治疗慢性软组织损伤病例。治疗方法必须找出损伤的软组织部即阿是穴处,垂直进针,使用提插手法,留针20-30分钟,出针后拔火罐5分钟。治疗结果显示治愈126例,有效32例,无效0例。

1.4 针刺阿是穴配合郄穴治疗急性闭合性软组织损伤

张保国等^[7]对29例急性软组织损伤患者进行郄穴配合阿是穴针刺治疗。其中包括腓绳肌拉伤12例,小腿三头肌拉伤7例,距腓前韧带损伤5例,膝内侧副韧带损伤2例,急性腰扭伤3例。先取患侧郄穴,得气后行捻转泻法。其次取局部阿是穴,采用捻转提插平补平泻,以局部酸胀为度。留针30分钟。每日1次,连治4次后进行疗效统计。统计结果为治愈20例,显效7例,无效2例,总有效率93.10%。

1.5 针刺阿是穴治疗闭合性软组织损伤

田玲^[8]对200例患者患有闭合性软组织损伤进行随机分组为针刺组与对照组。针刺组取阿是穴为主,阿是穴位于患者损伤局部的压痛点,辅以损伤部位附近的腧穴;对照组采用中药外敷或辅以TDP理疗。针刺组有效率97%,对照组有效率76%,经统计学处理, $X^2=17.13$, $P<0.005$ 。

1.6 针刺阿是穴治疗落枕

余仕仲^[9]将126例落枕患者,男86例,女40例分为三型,I型,病程不超过1天(24小时内);II型,病程不超过2天(短于48小时);III型,病程长于2天(48小时以上)。3组患者均采用毫针阿是穴探刺治疗法,不作其他任何治疗,用拇指指腹轻压颈部寻找压痛点,每次取穴1~2个,常规消毒后,毫针快速刺入皮下由浅入深,针感明显后沿肌肉或经脉走行方向捻转毫针1~3分钟,将针提至皮下嘱患者尽量活动颈部,当颈部活动到一定体位患者疼痛明显时,让患者保持疼痛体位,再将针体由浅入深刺入,操作方法同前,如此一个穴位反复操作3~4次,下一个穴位治疗操作同前。每天1次,5次为1个疗程治疗。治疗结果显示I型:83例,3次治愈83例(占100%);II型:27例,5次治愈25例,好转2例;III型:16例,5次治愈12

例,好转4例。

1.7 针刺阿是穴配合刮痧治疗肩关节周围炎

樊虹彦^[10]对57例肩周炎患者采用阿是穴针刺配合刮痧法进行治疗。取穴根据肩关节周围炎活动受限情况、疼痛部位及压痛点解剖,在肩峰下、喙突下、大小圆肌、冈上肌、冈下肌、三角肌腱的止点和肱二头肌长头肌腱处压痛点,每1个压痛点为1个阿是穴。用排刺法,3~5根针排刺,以局部酸胀沉为主,行平补平泻法,留针30分钟。之后采用面刮法,至出痧为止。每日治疗1次,10天为1个疗程。治疗结果显示治愈39例,好转16例,无效2例,总有效率为96.5%。

1.8 针刺阿是穴配悬钟治疗骨术后疼痛

在针刺悬钟配阿是穴治疗骨科术后疼痛的临床研究中,孙朝辉,冯彩霞^[11]针将60例患者随机分组分为针刺组与药物组。针刺组以针刺双侧悬钟穴为主,辅以选术区附近疼痛或敏感度的阿是穴,加用电针,留针20分钟。药物组以肌肉注射平痛新(奈福泮)注射液20mg,每8小时1次,每日3次。两组治疗后观察48小时。针刺组在24小时与48小时优良率各自取得89.2%及100%有效治疗结果,药物组仅取得81.4%及96.3%有效结果,显示了针刺悬钟、阿是穴疼痛效果比肌肉注射平痛新注射液更优异

1.9 针刺阿是穴治疗梨状肌综合征

陈仁年^[12]将80例患者随机分为抑制法针刺组和常规针刺组。抑制法针刺组采用抑制II型手法针刺阿是穴(梨状肌体表投影区深层明显压痛点)为主穴加上髂和委中为配穴治疗,阿是穴刺入深度约60-65mm,留针20分钟,每日1次,10次为1疗程,疗程间休息2天,共治疗2个疗程;常规针刺组穴取环跳、秩边、阴陵泉、上髂、委中、昆仑,采用传统方法针

刺治疗。抑制法针刺组有效率92.5%，常规针刺组有效率82.5%，抑制法针刺组临床疗效优于常规针刺组($P<0.05$)。

1.10 恢刺阿是穴治疗急性踝关节扭伤

邹云滨^[3]采用简单随机化进行分组，将90例患者分为3组。试验组A使用恢刺阿是穴，沿着肌腱纵轴方向将针刺入穴位0.5-1寸，将针提至皮下，不出针，微换角度再行刺入，反复几次，然后左右提插捻转，扩大针孔。其余配穴有悬钟、足三里、丘墟、昆仑、三阴交常规操作，留针20分钟，留针期间TDP照射，1次/天，7天为1个疗程。对照组B采用常规RICE治疗，即休息制动、冰敷、加压包扎、抬高患肢、绷带加压包扎固定。对照组C采用常规针刺治疗，即取阿是穴、申脉、丘墟、解溪、照海、昆仑、太溪，常规刺入2寸毫针，留针20分钟，留针期间TDP照射，1次/天，7天为1个疗程。经过7天治疗，试验组A治愈15例，显效9例，有效5例，无效1例；对照组B治愈18例，显效8例，有效4例，无效8例；对照组C治愈10例，显效3例，有效2例，无效5例，统计量 $u=8.122$ ， $P=0.031$ ， $P<0.05$ ，试验组A与对照组B和对照组C相比具有统计学意义($P<0.05$)

1.11 针刺阿是穴治疗跟腱慢性损伤

李凤素^[4]在临床收集跟腱慢性损伤126例，通过针刺阿是穴为主，采用平刺与围刺法进行治疗已达到活血化瘀、祛风湿寒、散结止痛的疗效。阿是穴位于跟腱两侧，取上下共4个穴。阿是穴为主，辅以足太阳膀胱经循经穴位之处取昆仑(透太溪)，承山、飞扬等穴。隔日1次，6~10次为1个疗程。经临床分析统计得出126列中，临床治愈者91列，占72.2%，显效35例，占27.8%，二者合计显效率为100%。

2. 其他治疗方法

2.1 穴位注射阿是穴治疗腰肌劳损

王坤^[5]将70例腰肌劳损患者进行随机分组为治疗组与对照组。治疗组采用生理盐水注射液注射阿是穴，即以触及患者腰部压痛点或条索状结构，选择两个最为明显的阿是穴并配合干扰电治疗肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、秩边(均双侧)，对照组采用干扰电治疗上穴位。两组隔天治疗1次，共治疗12次。统计学有显著意义 $P<0.05$ ，说明穴位注射刺激阿是穴能有效缓解腰肌劳损患者的疼痛。

总结与展望

在针灸治疗软组织损伤如比如腱鞘炎、滑囊炎、肌肉筋膜炎、落枕、颈椎病、肩周炎、急慢性腰扭伤、腰肌劳损、椎间盘突出症、第三腰椎综合症；常选用阿是穴，但是阿是穴在临床研究及运用治疗软组织疾病的报道尚不多见。

经过系统评价后发现临床针刺阿是穴治疗软组织损伤疾病能有效达到镇痛作用。在软组织损伤疾病中，取阿是穴的方法应该以病人感受显著压痛点即病理反应点如病人感觉疼痛、酸胀、胀麻等；或在医者手下以循、扪、切、按之法在受损的筋膜、肌肉、肌腱、腱鞘、韧带等处体察肌肉、肌腱、骨骼的缝隙、凹陷的虚满并且明显摸到条索样或结节病变即可^[17,18]。针刺阿是穴时必须注意针尖应行于分肉、骨缝间，不可中骨，以免损伤骨膜，故《素问·长刺节论》：“病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹，刺筋上为故，刺分肉间，不可中骨也，病起筋炅病已止。其病主要病机为经筋不利、血脉不通，不通则痛。阿是穴即病症近部反应点，因此依据“邻近取穴”原则，刺激病变部位局部的阿是穴能达到活血祛瘀，行气止

痛,疏通经络,止痛消肿的疗效,改善局部软组织功能。

有学者认为针刺阿是穴快速镇痛原理主要与神经生物学机制相关,通过针刺机体一定的腧穴能以最快速度把指令性信息直接输给大脑高级中枢系统,大脑中枢调控指挥系统接到信息后迅速进行应激性调整,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进行对症性调控,激发下丘脑分泌释放大量的能量物质一种类似吗啡样的镇痛物质——脑啡肽,提高机体免疫系统功能,增强机体消炎和代谢作用,并通过神经介质、体液等传递于痛处从而达到快速高效的镇痛效应。综上所述,针刺阿是穴治疗软组织损伤疾病在针灸临床上具有一定价值及意义。

参考文献

- [1] 石学敏·针灸学普通高等教育“十一五”国家级规划教材·中国中医药出版社2007年
- [2] 周本成,沈坚·腕踝针结合针刺阿是穴治疗肌肉拉伤临床疗效观察[J]·中国运动医学杂志2012年9月第31卷第9期
- [3] 周建伟·阿是穴四花刺法治疗急性软组织损伤临床观察[J]·中国针灸2005年11月第25卷第11期
- [4] 周本成,沈坚·腕踝针结合针刺“阿是穴”与体针治疗急性软组织损伤166例[J]·浙江中医杂志2008年8月第43卷第8期
- [5] 马登尚·针刺阿是穴治疗慢性软组织损伤疗效观察[J]·针灸临床杂志2008年第24卷第12期
- [6] 杨永杰·针刺阿是穴治疗慢性软组织损伤158例临床观察[J]·贵阳中医学院学报2000年6月第22卷第2期
- [7] 张保国,王小迪,戴瑞美·针刺郄穴配合阿是穴治疗急性闭合性软组织损伤29例疗效观察[J]·中国运动医学杂志2010年9月第29卷第5期
- [8] 田玲·用阿是穴配以近部取穴法治疗闭合性软组织损伤疗效分析[J]·华西医学2000年第15卷第4期
- [9] 余仕仲,李树恒·毫针探刺阿是穴治疗落枕126例临床观察[J]·云南中医中药杂志·2010年第31卷第11期
- [10] 樊虹彦·阿是穴针刺配合刮痧治疗肩关节周围炎57例[J]·上海针灸杂志2010年7月第29卷第7期
- [11] 孙朝辉,冯彩霞·针刺悬钟配阿是穴治疗骨科术后疼痛[J]·中国针灸2007年12月第27卷第12期
- [12] 陈仁年,陈永斌·抑制法针刺阿是穴为主治疗梨状肌综合征即时止痛及疗效观察[J]·中国针灸2009年7月第29卷第7期
- [13] 邹云滨·恢刺阿是穴为主治疗急性踝关节扭伤随机对照研究·广州中医药大学博士学位论文·2013年4月
- [14] 李凤素·以阿是穴为主,采用平刺与围刺法治疗跟腱慢性损伤126例临床分析[J]·中国运动医学杂志2005年3月第24卷第2期
- [15] 王坤·穴注阿是穴配合干扰电治疗腰肌劳损的临床疗效

- 观察·广州中医药大学硕士学位论文2013年4月
- [16] 邵晓丹,王巍·阿是穴主治病证及镇痛作用概述[J]·山东中医杂志2011年8月第30卷第8期
- [17] 郭建,李岩·浅述阿是穴的源流及临床应用[J]·针灸临床杂志2011年第27卷第5期
- [18] 陈波,赵雪,李明月,何文莉,郭义·阿是穴发展历程考[J]·四川中医2014年第32卷第2期

针灸在辅助生殖技术中的应用

成都中医药大学·傅思佳 吴节

【关键词】辅助生殖技术；针灸；不孕

Keywords: assisted reproductive technology; acupuncture; infertility

人类辅助生殖技术(assisted reproductive technology, ART)是20世纪70年代兴起的一种治疗不孕不育症的新方法,是运用医学技术和方法,对配子、合子、胚胎进行人工操作,以达到受孕目的的技术,也就是用人工方法辅助自然过程的某一或全部环节来完成生育的方法。其中主体为体外受精、胚胎移植(IVF-ET)及其衍生技术^[1]。ART的方法日新月异,但成功率仍维持在30%-40%的较低的水平。传统医学中针灸治疗不孕症的历史悠久,疗效确切。因此,将针灸与ART技术相结合,是一个非常具有发展前景的研究方向。现就将近年针灸在ART的应用综述如下:

针灸疗法在ART中对卵泡的作用

排卵是生殖过程的关键环节之一,受到下丘脑-垂体-卵巢轴系统功能活动的调节,并受神经中枢及其他内分泌腺功能活动的影响^[2]。现代医学认为,针刺对下丘脑-垂体-卵巢轴的分泌功能具有良好的调整作用,可使

促卵泡刺激素、黄体生成素、雌二醇、孕酮等的分泌趋于正常,从而改善了患者的排卵功能^[3]。

高天旻等^[4]观察针灸治疗多囊卵巢综合症所治不孕的临床疗效时,采用的研究方法是在于月经周期第12日或卵泡达到10mm开始,以关元、中极、卵巢、子宫、双侧三阴交等穴,每日1次直至排卵。第2阶段于行IUI前30min开始,以内关、地机、太冲、百会、归来为主穴。第3阶段于行IUI术后10min开始,以足三里、三阴交、血海、合谷为主穴。研究发现针灸组的周期排卵率及妊娠率均明显高于对照组($P < 0.05$),而针灸组患者黄素化未破裂卵泡(LUF)周期发生率、周期取消率明显低于对照组($P < 0.05$)。针灸可能对影响排卵的大脑中枢起作用,稳定内分泌系统,并有镇静、减轻压力的作用。针灸辅助促排卵的优点在于它并不代替体内的激素作用,不干扰体内的内分泌平衡,对促排卵药物起到协同作用。Farnoosh Bidoue^[5]观察针灸辅助治疗经胞浆内单精子注

射人工受精的120名不孕症患者后,发现针灸后患者的卵泡数、卵母细胞数和一、二级胚胎数明显增多。有学者认为干细胞因子(SCF)是卵巢微环境中重要的细胞因子,能反映卵细胞质量,可作为评价卵泡发育的指标^[6, 7]。针刺可通过节段和中枢水平的神经反射,改善卵巢局部微环境,参与了SCF的诱导、促进卵泡发育的调节过程,刺激了卵泡甾体激素产生,提高卵细胞质量,从而提高IVF-ET的妊娠率。

针灸疗法在ART中对卵巢的作用

在IVF助孕过程中,促排卵后的卵泡生长是决定试管成功与否的最关键的因素之一,而卵泡的生长则依赖卵巢动脉的血供。卵巢动脉血流动力学指数(PI, RI, S/D)的降低反应了血管阻抗的降低和血流速的增高。这些指数的值越低,说明有越多的血流供应优势卵泡,卵泡的质量就越好^[8]。

研究显示^[9, 10]在观察针刺对接受IVF/ICSI患者的卵巢血供时,针刺关元,中极,子宫(双),归来(双),三阴交(双),血海(双),针刺组病人的卵巢血供较好,卵巢动脉血流动力学指数PI, RI, S/D均明显低于安慰针刺组和空白对照组。这说明针刺能改善卵巢和子宫的血供,使气血通畅,降低子宫内膜的血流阻力,从而改善血供,促进卵泡的生长发育。其机理可能是因针刺的同时刺激了下丘脑-垂体-卵巢轴的分泌功能,对其起到改善作用,从而促使性激素的分泌变得正常,使不孕患者恢复排卵功能。

针灸疗法在ART中对子宫内膜容受性的作用

子宫内膜容受性是指子宫内膜接受胚胎植入的能力。子宫内膜容受性与着床成功与否有关,而胚胎着床的成功是妊娠的关键。许多疾病可以影响子宫内膜容受性的建立,如黄体功能不全、内异症、多囊卵巢综合征(PCOS)、子宫内膜损伤性疾病等。而评价子宫内膜容受

性的指标有其形态学、子宫内膜厚度、类型、容积和子宫动脉血流情况^[11]。

张维怡等^[12]发现针刺中极,关元,三阴交,子宫能提高血清E2水平、雌孕激素受体、子宫内膜容受性的标志分子蛋白HOXA10及mRNA表达,能显著改善克罗米芬促排卵治疗导致的子宫内膜容受性不良状态,促进胚胎着床。

针灸疗法在ART中的止痛作用

临床生殖中心在取卵手术过程中,由于药物或者手术本身的牵拉刺激以及患者紧张焦虑的情绪,容易造成患者术中和术后的不适感觉比较多。针刺麻醉具有疗效确切、生理干扰少的优势,更符合IVF-ET要求在最符合自然状态下实施的要求。国内外已有将针刺作为麻醉辅助手段用于辅助生殖技术的报道。

有学者针刺百会、子宫(右耳)、疼痛穴(右)、三阳络(右)、足三里(右),得气后在疼痛穴和三阳络行电针至取卵手术结束后起针。他们发现电针对术中和术后不良反应均有明显的改善作用,而且电针改善不适症状的有效性是持续性的^[13, 14]。孟平等观察针刺复合麻醉对不同痛阈患者的镇痛效果^[15]。他们发现针刺复合麻醉对于痛阈处于中间段的患者镇痛效果优良,这可能与针刺的双相调节作用有关。在痛阈方面,针刺既可以提高痛阈过低患者的痛阈,又可以降低痛阈过高患者的痛阈。针刺镇痛重在生理范围内的调整,同时能减轻患者的焦虑、紧张情绪,减少对术中镇痛效果的影响。王晓华^[16]探讨针刺在经阴道超声穿刺取卵术中的镇痛机理,针刺双侧合谷穴,并记录患者取卵术中术后的疼痛分级指数(PRI)、目测类比定级法(VAS)、现有疼痛强度(PPI),观察术中的不良反应等。研究显示针刺双侧合谷穴能通过阿片受体或Y1受体刺激IVF-ET患者卵泡液中的卵泡液中神经肽Y(NPY)浓度升高,从而起到镇痛的作用。

针灸疗法在ART中对女性情绪的作用

情感反应被认为是女性在接受IVF-ET时的重要组成部分。一般而言，不孕症患者常见的心理表现为沮丧、内疚和孤独，而焦虑和抑郁^[17,18]最为常见。这些不良情绪可能来源于高昂的治疗费用、频繁的抽血、检测、肌肉注射、各种并发症的副反应以及受孕方式的特殊性等。多项研究^[18,19]表明在注射促性腺激素当日开始，隔天1次针刺治疗，取穴中极、太冲、子宫、三阴交直至“HCG日”，能降低交感神经系统兴奋性，有效地缓解了焦虑、抑郁等不良情绪，进而提高了临床妊娠率。

综上所述，针灸对于ART能有效地减轻取卵术中的疼痛，改善卵巢和子宫的血供，促进卵泡的生长发育，提高卵细胞质量，降低交感神经系统兴奋性，缓解焦虑、抑郁等不良情绪，从而提高了临床妊娠率。虽然针灸在ART中有一定的疗效，可是缺乏一个统一而有效的研究方案和评价标准。关于针灸对行IVF的不孕患者治疗的作用机制，对生殖系统的生理学影响的研究也有待于进一步深入。目前，缺乏大规模临床随机对照试验的验证，在一定程度上限制了针灸治疗生殖医学领域的进一步推广应用。所以，逐步规范化设计的临床随机对照试验是针灸疗法在辅助生殖领域中治疗不孕症今后的研究方向。

参考文献

- [1] 乔杰, 人类辅助生殖技术的新进展. 中国实用妇科与产科杂志, 2008(1): p. 33-34.
- [2] 李露 and 周惠芳, 针药结合促排卵在辅助生育技术中的优势. 辽宁中医药大学学报, 2011. 13(3): p. 216-218.
- [3] 郭建芳, 刘涓, and 石萍, 针灸调经法治疗排卵障碍性不孕症临床观察. 中国中医药信息杂志, 2012. 1: p. 031.
- [4] 高天暘, et al., 针灸联合宫内人工授精 (IUI) 治疗多囊卵巢综合征所致不孕——65 例疗效观察. 生殖与避孕, 2009(10): p. 680-682.
- [5] Bidoue, F., 针灸辅助胞浆内单精子注射人工受精的临床疗效观察. 2010. 北京中医药大学.
- [6] 陈军, et al., 电针干预对卵巢低反应患者体外受精胚胎移植的影响. 中国针灸, 2009(10): p. 775-779.
- [7] Wei, C., et al., Effect of electroacupuncture on oocyte quality and pregnancy of patients with PCOS undergoing in vitro fertilization and embryo transfer. World Journal of Acupuncture-Moxibustion, 2012. 22(1): p. 23-29.
- [8] 陈芊, 郝翠芳, 针灸对IVF-ET 反复种植失败患者子宫内膜血流及胞饮突表达的影响. 生殖与避孕, 2015. 35(3): p. 159-164.
- [9] 徐铮铮, 针刺对接受 IVF/ICSI 患者的卵巢血供及妊娠结局的影响 [D]. 2010. 华中科技大学硕士论文集.
- [10] 陈雪梅 and 高颖, 针刺疗法运用于辅助生殖技术对提高子宫内膜容受性的研究. 成都医学院学报, 2013. 7(02Z): p. 106-106.
- [11] 王铁枫, et al., 中医药对子宫内膜容受性作用的研究进展. 北京中医药大学学报: 中医临床版, 2010(4): p. 34-36.
- [12] 张维怡, et al., 针刺对促排卵治疗的多囊卵巢综合征大鼠子宫内膜容受性的影响. 世界针灸杂志: 英文版, 2009. 19(2): p. 30-37.
- [13] 陈前琼, et al., 电针改善取卵术中术后不适症状的研究. 上海针灸杂志, 2014. 33(8): p. 730-733.
- [14] 徐静艳, 电针介入多次实施体外受精-胚胎移植患者取卵过程镇痛效应的研究. 2008. 南京中医药大学.
- [15] 孟平 and 王玲玲, 针刺复合麻醉对不同痛阈患者的镇痛效果. 中国针灸, 2009(1): p. 29-31.
- [16] 王晓华, 针刺镇痛在体外受精-胚胎移植经阴道超声穿刺取卵术中的应用. 2011. 山东中医药大学.
- [17] 杨小玉, et al., 进入 IVF-ET 治疗周期后妇女焦虑情绪的探讨. 天津医科大学学报, 2006. 12(1): p. 118-120.
- [18] Smith, C.A., et al., The effect of acupuncture on psychosocial outcomes for women experiencing infertility: a pilot randomized controlled trial. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2011. 17(10): p. 923-930.
- [19] 孙振高, et al., 补肾疏肝中药联合针刺对体外受精-胚胎移植患者焦虑抑郁情绪及手术结局的影响. 中国中西医结合杂志, 2012. 32(8): p. 1023-1027.



关于中医内外治多汗症的探讨

新加坡·倪炜程

多汗症是指不因其他疾病(如发热等)影响,而以全身或某一局部皮肤出汗量异常增多为主要表现的症状。因部位不同,有头汗,手足汗,阴汗,腋汗,半身汗等。生理之汗作用有二: 1.清除体内废料。2.清除人体内外邪毒。关于自汗,盗汗,额汗,手足汗,半身汗,黄汗等皆为病理之汗。西医认为汗出分器质性和功能性二种1.器质性:内分泌失调,糖尿病,甲亢与遗传体质有关。2.功能性:多汗紧张,植物神经功能失调,食用辛辣食物刺激等。临床上以自汗和盗汗居多。

汗为五液之一,《素问·阴阳别论》:“阳加于阴谓之汗。”汗的生成来源于津液所化,《灵枢·决气》:“腠理发泄,汗出溱溱,是谓津。”而汗的排出则靠阳气蒸化,靠阳中之卫气司汗孔之开阖,对汗液既起蒸化作用又起固摄作用,如阳气亢盛,内热熏蒸。可致汗液蒸化过多,卫阳虚不能固摄汗液,也可导致多汗。《东恒十书》:“汗出于心,热之所致;汗出于脾,湿热上腾;汗泄于肤,卫气不固。”《素问·经脉

别论》论及五脏病理之汗有云:“饮食饱甚,汗出于胃;惊而夺精,汗出于心;持重远行,汗出于肾;疾走恐惧,汗出于肝;摇体劳苦,汗出于脾。”所以汗出之本,乃是脏腑。对汗病论述精辟而全面者当推元代医家朱震亨所著《丹溪心法·自汗》:“自汗属气虚,血虚,湿,阳虚,痰;盗汗属血虚,阴虚。”朱氏进一步总结:“阴虚阳必凑,发热而自汗;阳虚阴必乘,发厥而自汗。”《张氏医通·杂门》手足多汗记载:“脾胃湿蒸,停于四肢,则手足多汗。”王清任在《医林改错。血府逐瘀汤所治之症目》中说:“竟有用补气,固表,滋阴,降火,服之不效而反加重者,不知血瘀亦令人自汗,盗汗,用血府逐瘀汤。”近年来运用活血化瘀治疗汗病效果明显。明代方隅《医林绳墨》:“汗由血化,血由气生,在内为血,在外为汗也,又汗乃心之液。”清代何梦瑶《医编·汗》:“汗者,水也,肾之所主也。内藏则为液,上升则为津,下降则为尿,外泄则为汗。”综观诸家所论,任继学^[1]总结说汗之源渊是以精,血,水,津,液五者为原,自汗病机核心阳虚,气不固津护液者,亦有阴虚火扰津液,不得安内者,更有湿热蒸发造成腠理失密,玄府功能弛缓,津液外溢而自汗者。余国俊^[2]认为不论夜晚或白天只要入睡汗出,醒来汗止,就是盗汗。外感病盗汗多属邪恋少阳,而内伤杂病盗汗多属阴虚,属气虚或阳虚或湿热者临床比较少见。

临床上路志正^[3]认为汗症首应别虚实,实

者有邪，以祛邪为主，祛邪则汗出自止。属实者或风中于卫，营卫失和，宜桂枝汤；或热淫于内，便结脉洪大或数，宜白虎汤；或属湿热者，湿热于上则头汗出，湿热下注肝肾则见阴汗，入夜湿热助阳耗阴则为盗汗，用清热化湿可用茵陈五苓散，三妙丸等加减。施今墨^[4]在治自，盗汗时，在治标同时，不忘益阴强心以治其本，常与党参，麦冬合用。戴裕光^[5]认为自汗多而尿少，膀胱失气化之机，肾失蛰藏之职，水液不循常道所致也，用五苓散加白芍，车前子和阴以配阳，考虑自汗多属植物神经功能紊乱，拟从阴阳失调，调理阴阳着手，先用柴胡龙牡汤合桂枝汤化裁主治，后用甘麦大枣汤以养心合玉屏风散以卫外。胡天雄^[6]在治一例在暑天大汗不止三天患者时，认为若有亡阳之变必恶寒，汗必不粘手，亡阳必舌淡苔薄脉弱或虚大，但观患者口苦作渴，心中灼热，满舌黄白苔，脉有力，不恶寒，汗出粘手，其为暑症所常有，《内经》每以暑汗称谓。以大剂鲜芦根60g大清暑热，蚕沙15g祛除风湿，麦冬15g，五味子6g滋液敛汗，连进两贴而大汗顿止。陈华章^[7]治疗一例诸法无效的汗出如油自汗患者，每日需换衣5，6次已病十余日，西医认为植物神经紊乱选用血府逐瘀汤加味收效满意。盗汗以阴虚为主因者多见，亦有由阳虚所致者。钟新山^[7]认为阴盛于内，阳浮于外，迫津外泄的盗汗，用附子为主引火归源效果满意。江克明^[7]用芪附汤，桂枝龙牡汤，牡蛎散三方加减，并用补肾之品，治疗一例夜卧则下半身出汗5年的患者，疗效良好。黄汗以汗出色黄而命名，主要症状是“汗出沾衣，色正黄如柏汁。”即正气不足于表，水湿郁蒸所致。《金匮要略·水气病》有云：“黄汗，其脉沉迟……桂枝加黄芪汤主之。”胡希恕^[8]以桂枝汤调和营卫加黄芪益气扶正固表，使正气足于内，气行则水行则湿自去，治疗黄汗效佳。赵怀德^[9]在治疗一例感受外邪后恶风发冷汗不止患者时，认为此属太阳表虚漏汗，治以扶阳解表。据仲景云：“太阳病，发汗，遂漏

不止……桂枝加附子汤主之。”在回阳同时加生地20g养其阴津，使阴平阳秘服三剂而愈。任继学^[10]认为临床止汗药中，麻黄根治肺虚卫外不固之汗，远志，龙骨，酸枣仁，人参，莲子心治汗出于心，当归，枸杞子，山茱萸肉，白芍，青龙齿治汗出于肝，龙眼肉，白术，荷叶梗，鸡内金，乌梅治汗出于脾，生山药，山茱萸，熟地，鹿角胶，龟板胶用治汗出于肾。久治不痊者，用生牡蛎(君)，五味子(臣)，麻黄(佐)治疗常收效，辩证用药时，可据症状加入知母，生地榆，诃子肉等亦可增效。诚如明张介宾在《景岳全书·汗证》：“收汗止汗之剂，如麻黄根，浮小麦，乌梅，北五味，小黑豆，龙骨，牡蛎之属，皆可随宜择用。”朱良春^[11]治汗多用浮小麦，即干瘪之小麦淘之浮于水面者，浮麦有皮无肉，故其性甘凉，尤擅敛虚汗。朱师喜以浮小麦与玉米茎心(即玉米茎剥去粗皮)配合治虚汗烦热极有功效。汗为心之液，心气虚则汗外越，故小麦有补心气，敛汗之功。何任^[12]认为治汗之临诊指导思想往往从汗为心液，肾主五液立足，认识汗出之病，皆多从心肾着眼。一般阳证自汗或盗汗者，但察其脉证，有火之候；或夜热；或烦渴；或喜冷三类，皆可视作阳盛阴虚，常宜用当归六黄汤(当归，生地，熟地，黄芩，黄连，黄柏，黄芪)和保阴煎(生地，熟地，黄芩，黄柏，芍药，生甘草，山药，续断)。阴证自汗或盗汗者，但察其内无火邪，又无火候，可视为气虚，宜用三阴煎(当归，熟地，炙甘草，芍药，枣仁，人参)或参苓散(人参，茯苓，枣仁)之类。张介宾曾有黄芪得防风而力愈大，官桂最能实表之说。何氏在治“食则汗出”特殊一病例中，用二甘汤(生甘草，炙甘草，五味子，乌梅，生姜，红枣)加煅牡蛎，白术，防风服10余剂而见效，但未能根除。据此患者胃纳健旺“胃火旺而非肾火余”原方加玄参，天冬，麦冬，酸枣仁等续服若干剂而获痊愈。叶景华^[13]临床治疗实证盗汗以驱邪为主，一般邪去盗汗

自止，叶氏认为若见盗汗而不辨虚实，专用收敛固涩之剂，对实证盗汗多无效。虚证盗汗则以补为主，并宜收敛固表，如虚中夹实，必须兼顾，气虚用参芪，气阴两虚者，参芪配白芍，黄精，阴虚用生地，麦冬，石斛之属。

多汗症中医在内治的同时，还很重视外治法。一) 针刺外治法：手部多汗取双手“合谷穴”用1.5寸长针，进针5-7分深度，留针15-30分钟，留针期间轻轻捻转提插毫针3-4次。足部多汗，取双足“三阴交穴”针刺，进针深度约1寸许。

二) 药物外治法：1. 全身多汗时，用麻黄根，牡蛎各20g，龙骨，赤石脂各15g研细末布袋装之，外扑患处。手足多汗时选用干葛20g，明矾15g煎水温洗患处日数次，或用5%明矾溶液外涂，日2次。2. 陆氏^[3]认为麻黄根，糯米为粉，装纱袋之中扑身治自汗，以五倍子焙研极细末，用凉开水调成糊状敷脐，治盗汗如神。任氏^[10]用郁金，何首乌共为细面，用患者唾液调和，填入肚脐内用纱布封固，再贴敷乳根穴收效好。

在进行中医内外治多汗的同时，还应注意饮食与护理。

1. 保持通风良好，不宜让风直吹患者。

2. 饮食方面以清淡并易于消化富含营养为原则。气虚自汗者，常服羊肚饮(北黄芪15g，黑豆30g，羊肚1具炖汤)。阴虚血自汗者，可用黑豆50g，桂圆肉15g，大枣10枚煎汤服用。盗汗用地骨皮10g，水鱼肉250g加水炖之服用。

3. 单验方

1) 冬桑叶末6g温米饮调空腹服用，治汗出较多者。

2) 麦冬，乌梅，五味子各10-15g，大枣10-20枚，日1-2剂用于阴虚多汗。

3) 仙鹤草30g，红枣15g用治盗汗。

参考书籍

- [1] 《任继学经验集》李俊德主编 人民卫生出版社 2009,5: P119-120.
- [2] 《中医师承实录》余国俊编著 中国中医药出版社 2006,10: P253.
- [3] 《路志正医林集腋》路志正编著 人民卫生出版社 1990,3: P142-144.
- [4] 《施今墨医案解读》吕景山主编 人民军医出版社 2004,12: P372-373.
- [5] 《戴裕光医案医话集》戴裕光编著 学苑出版社 2006,1: P84-90.
- [6] 《临床中医家·胡天雄》胡天雄编著 中国中医药出版社 2001,5: P19-21.
- [7] 《中医内科学》王永炎主编 人民卫生出版社 2001,5: P789-794.
- [8] 《中医临床家·胡希恕》冯世伦主编 中国中医药出版社 2001,1: P58-62.
- [9] 《中医世家·赵怀德》赵凤林主编 陕西科技出版社 2002,1: P194.
- [10] 《任继学经验集》任继学主编 人民卫生出版社 2000,7: P223-227.
- [11] 《朱良春用药经验》朱步先等整理 上海中医学院出版社 1989,11: P46.
- [12] 《何任临床经验辑要》何任主编 中国医药科技出版社 1998,1: P46-47.
- [13] 《叶景华医技精选》叶进等编写 上海中医药大学 1997,1: P64-65.

辨证治疗胃食管反流病 在新加坡临床应用研究

新加坡·何宇瑛·沈洪¹

【摘要】胃食管反流病是胃肠动力异常的功能性胃肠病，病机复杂，停药后易复发。新加坡胃食管反流病的常规治疗是西医药治疗，中医治疗本病的临床科研是空白。本文针对中医辨证治疗前后自身对比的疗效评估和远期疗效观察，制定适用于新加坡病人群的个体化、规范化治疗方案，总结了新加坡的治疗本病用药特点。

【关键词】胃食管反流病；中医治疗；辨证治疗；临床疗效

Exploring Pattern Differentiation of GERD Patients in Singapore

Abstract: GERD is a form of functional dyspepsia where there is abnormality of gastrointestinal motility. The pathomechanism is complicated and frequency of recurrence is high after stopping medication. In Singapore, the typical treatment is through the use of pharmaceutical drugs. Research about the use of Chinese medicines in its treatment is a rare. The paper explores the treatment of GERD in Singapore before and after using the pattern differentiation method of Chinese medicine, especially with regard to long term prognosis of using a standardized method. The finding is uniquely conclusive regarding the such treatment of the GERD patients in Singapore.

Keywords: GERD, Chinese Medicine, Syndrome differentiation; Clinical efficacy

胃食管反流病(Gastroesophageal reflux disease, GERD)^[1]胃内容物反流入食管、口腔(包括喉部)或肺所致的症状和并发症。症状包括烧心、反酸/胸骨后疼痛等典型的食管症状和咳嗽、哮喘等食管外症状，以及吞咽困难、出血、食管狭窄等并发症。大部分患者还接受过西医药的治疗，因停药后反复发作或疗效不显著等原因转而请中医诊治，所以中医药的治疗为新加坡患者提供多一个治疗选择，多一个安全的治疗途径。

临床资料

1. 治疗依据：本病的治疗参考中华医学会脾胃病分会《胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009，深圳)》^[2]，中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2010)》^[3]制定。根据因人、因时、因地制宜的原则，以及中医辨证治疗的思路，结合新加坡的中医药背景、本土气

候和环境所拟定。以反流性疾病问卷(Reflux Diagnostic Questionnaire, RDQ,又称耐信量表)进行评估,根据中医辨证分型标准,用中医症状评分,初步评价胃食管反流病中医辨证治疗的临床疗效。

2. 目的: 制定适用于新加坡病人的个体化、规范化的中医治疗方案。

3. 资料及方法: 选取2011年3月-2014年1月因反酸、烧心、胸骨后疼痛等胃食管反流病症状来新加坡宜康养生中心中医部门就诊患者45例,男:16例,女:29例。入选患者都曾经西医的诊治并服用抑酸药治疗但无明显疗效或症状反复发作。服用中药前经过RDQ问卷评分、中医证候评分,然后口服中药颗粒(台湾庄松荣公司),每天量14-16克,平分2次服,服药期间停其他药物,忌烟酒刺激食物、床头抬高10-20cm等生活方式调整,治疗8周,即分2周、4周、6周、8周为观察点,经8周疗程后,知情同意后作治疗前后自身比较,对照统计以评价疗效。其结果采用SPSS17.0统计学软件进行处理,经过t检验, $P < 0.01$ 表示差异有统计学意义。

4. 治疗方案: (剂型:颗粒,单位:克)

(1) 肝胃不和证(包括肝胃郁热证)

暖气、胃脘疼痛、胁胀、嘈杂、口苦、食欲减退、便秘、情志不畅等舌质红苔薄白,脉弦或弦数。治法:疏肝理气,和胃降逆。方药:戊己丸加减。

(2) 痰湿内阻证(包括气郁痰阻证)

胸膈不适或上腹胀满、暖气、吞咽不畅、夜间咳嗽、食欲减退、身体困重、声音沙哑,舌淡红苔白腻,脉弦滑。治法:化痰祛湿,和胃降逆。方药:温胆汤加减。

(3) 中虚逆气证

腹胀、吐清涎、痞满、食欲减退、便溏、神疲乏力,舌质淡红苔薄,脉细。治法:健脾益气,和胃降逆。方药:六君子汤加减。

(4) 寒热错杂证

胃脘胀满、胃脘隐痛、胸骨后堵塞感、食

欲减退口干神疲怕冷、便溏,舌淡红苔黄腻,脉弦滑。治法:辛开苦降,和胃降气。方药:半夏泻心汤加减。

在临床治疗中可见有2个以上的证型同时出现,应根据主要病机,分清主证和次症灵活处理,辨虚实,虚者辨气血阴阳的不足,实者分清痰、湿、瘀、气滞的不同;结合辨病,病理检查示鳞状上皮被柱状上皮取代时加莪术、黄芪、白花蛇舌草、薏苡仁等。

结果

1. 疗效评定标准

1.1 临床疗效评定标准: 临床痊愈:中医临床症状消失,疗效指数 $>95\%$;显效:中医临床症状基本消失,虽偶有症状但很快消失,疗效指数 $\geq 70\%$,但 $<95\%$;有效:中医临床症状未消失,但较以前减轻,疗效指数 $\geq 30\%$,但 $<70\%$;无效:中医临床症状未消失,程度未减轻,疗效指数 $<30\%$ 。

1.2 复发: 1、2、3月的总有效率为远期疗效。对症状积分较治疗前降低不到50%者,评定为复发,而对症状积分较治疗前降低超过50%者,定为无复发。

2. RDQ问卷积分分析

2.1 比较烧心症状发作频率和程度

①频率的比较:治疗前与治疗后烧心症状发作频率比较, $t=8.00$, $P < 0.01$,具有显著的统计学差异,治疗后烧心频率减少,提示疗效显著。见表1-1

表1-1 治疗前后烧心频率积分改善情况($\bar{x} \pm s$)

症状	例数	治疗前	治疗后	差值
烧心频率	40	2.82 ± 1.85	1.04 ± 0.88	1.8 ± 0.97

②程度的比较:治疗前与治疗后烧心发作程度比较, $t=8.00$, $P < 0.01$,具有显著的统计学差异,治疗后烧心程度减少,提示疗效显著。见表1-2

表1-2 治疗前后烧心程度积分改善情况($\bar{x} \pm s$)

症状	例数	治疗前	治疗后	差值
烧心程度	40	2.78±1.81	1.13±0.95	1.64±0.94

2.2 比较胸痛发作频率和程度

①频率的比较: 治疗前与治疗后胸痛发作频率比较, $t=7.4$, $P<0.01$, 具有显著的统计学差异, 治疗后胸痛发作频率减少, 提示疗效显著。见表1-3。

表1-3 治疗前后胸痛频率积分改善情况($\bar{x} \pm s$)

症状	例数	治疗前	治疗后	差值
胸痛频率	33	2.22±1.73	0.42±0.66	1.80±1.07

②程度的比较: 治疗前与治疗后胸痛比较, $t=7.31$, $P<0.01$, 具有显著的统计学差异, 治疗后胸痛程度减少, 提示疗效显著。见表1-4。

表1-4 治疗前后胸痛程度积分改善情况($\bar{x} \pm s$)

症状	例数	治疗前	治疗后	差值
胸痛	33	2.04±1.56	0.40±0.70	1.60±0.86

2.3 较反酸症状发作频率和程度

①频率的比较: 治疗前与治疗后反酸症状比较, $t=7.5$, $P<0.01$, 具有显著的统计学差异, 治疗后反酸频率减少, 提示疗效显著。见表1-5。

表1-5 治疗前后反酸频率积分改善情况($\bar{x} \pm s$)

症状	例数	治疗前	治疗后	差值
反酸频率	43	3.40±1.41	1.87±0.87	1.53±0.54

②程度的比较: 治疗前与治疗后反酸症状比较 $t=7.9$, $P<0.01$, 具有显著的统计学差异, 治疗后反酸程度减少, 提示疗效显著。见表1-6。

表1-6 治疗前后反酸程度积分改善情况($\bar{x} \pm s$)

症状	例数	治疗前	治疗后	差值
反酸	43	3.47±1.35	1.84±0.91	1.63±0.44

2.4 反胃症状发作频率和程度

①频率的比较: 治疗前与治疗后反胃症状比较, $t=5.89$, $P<0.01$, 具有显著的统计学差异, 治疗后反胃症状减少, 提示疗效显著。见表1-7。

表1-7 治疗前后反胃频率积分改善情况($\bar{x} \pm s$)

症状	例数	治疗前	治疗后	差值
反胃	34	1.98±1.59	0.73±0.87	1.24±0.72

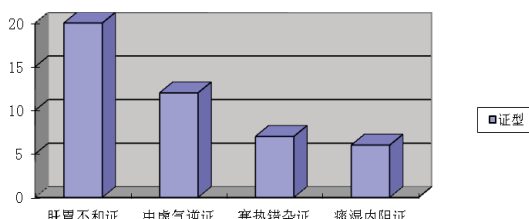
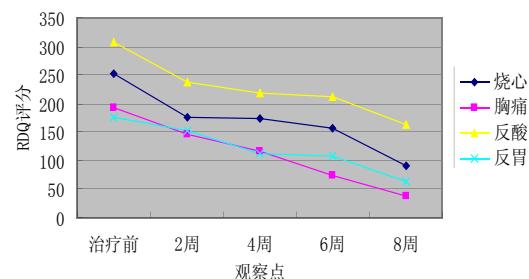
②程度的比较: 治疗前与治疗后比较, $t=5.29$, $P<0.01$, 具有显著的统计学差异, 治疗反胃症状减少, 提示疗效显著。见表1-8。

表1-8 治疗前后反胃程度积分改善情况($\bar{x} \pm s$)

症状	例数	治疗前	治疗后	差值
反胃	34	1.76±1.50	0.67±0.80	1.09±0.70

2.3 各证型比例, 如下图1-1

肝胃不和证20例, 占44%; 中虚气逆证12例, 占27%; 寒热错杂证7例, 占16%; 痰湿内阻证6例, 占11%。

**图1-1 各证型比例图****图1-2 4个观察点RDQ评估**

2.4 四大主症RDQ积分评估分别在2周、4周、6周、8周的改变, 如上图(1-2)

在45例中, 最典型的症状是反酸, 其次是烧心, 胸痛与反胃的积分最低并两者相当。在治疗2周时, 烧心、反酸积分下降明显, 分别为31%、23%, 烧心、反酸是肝胃不和证表现为肝胃郁热的主要症状, 所以, 肝胃不和证在临床治疗时疗效相对好。

总体疗效: 临床治愈者0例, 显效者6例, 有效者39例, 无效者0例, 即治愈率0%, 显效率13%, 有效率87%, 无效率0%; 总有效率为100%。RDQ问卷评分, 针对烧心、胸骨后疼痛、反酸、胃内容物上涌四大主症评分, 治疗后明显下降, 次要症状则以中医证候评分, 治疗后也明显下降, 差异有统计学意义($P<0.01$), 治疗前为 $P>0.05$, 其差异则无统计学意义。停药后也进行远程疗效的观察, 数据分析呈现出复发者为27%, 无复发者为63%, 其结果显示远程疗效显著。

结论: 中医辨证治疗胃食管反流病安全有效, 远期疗效显著, 是适合新加坡人群的治疗方案。

讨论

胃食管反流病是消化科的慢性病, 疗程长, 易复发。西医治疗以抑酸药、胃肠动力药及粘膜保护药等为主, 大部分病人收到良好的疗效, 初发病一般接受西医治疗。对于服用抑酸药后反复发作的病人希望能接受中医药治疗, 以下是中医治疗的体会:

1. 新加坡治疗胃食管反流病的理论依据

在辨证基础上, 理法与方药一致, 四诊合参为依据。本研究通过总结、分析45例病例, 大体将本病分为肝胃不和证、痰湿内阻证、中虚气逆证、寒热错杂证四个证型, 不同证型有相应的方药, 方证相应。

2. 研究结果探讨

2.1 纳入实验的45病例分成4个证型, 治

疗有效率, 最高有效率是肝胃不和证, 最低是中虚气逆证, 各证型的有效率比较接近, 在55%-62%之间, 无明显不良反应, 说明中药治疗有效安全可靠, 平均有效率为59%, 但存在很大的改善空间。

2.2 在复发病例中, 复发率最高是中虚气逆证, 为41%, 其次是寒热错杂证, 为29%。中虚气逆证因饮食伤胃或久病体虚, 脏腑功能低弱, 气虚推动无力, 阴虚濡养不足, 或中虚脏寒而至的胃腑不能通降, 胃气上逆的病理特点; 寒热错杂证为脾胃虚弱, 湿邪瘀阻气机日久, 化热, 湿与热互结与中焦的寒热错杂、虚中夹实为病机。两证皆为虚证, 治疗宜补虚去实。虚证的疗程相对比较长, 在治疗的8周中, 未能很好调补脏腑功能, 故停药后易复发。在以后的治疗方案中应延长治疗时间, 提高远期疗效。

2.3 肝胃不和证的复发率为20%, 发病多为女患者, 与情绪不畅、工作压力有关, 尤其有更年期综合征症状出现更容易诱发, 可能与植物神经功能紊乱有关, 有待以后大样本研究证实。

在45病例中, 复发率为26.7%, 其中因饮食失调引起的占50%, 因进食咖喱、酸辣之品诱发, 所以调整饮食结构、改善饮食习惯, 有助于预防复发。

3. 新加坡治疗GERD病因病机分析

3.1 新加坡的致病因素

3.1.1 里湿应外湿, 同气相求

新加坡是东南亚的一个岛国, 四周环海, 空气湿度大, 外湿是客观因素, 脾虚之体易感湿邪, 里湿应外湿, 同气相求, 导致湿困脾, 脾不能转输的病理表现, 但以脾气虚为先。经文: “邪之所凑, 其气必虚”。

3.1.2 热带的气候的国家, 国民多有脾气虚或脾阳不足, 体现在以下几点:

饮食文化因素: 新加坡是多元种族的国家, 各族有不同的饮食文化, 美食各有特色,

印度族、马来族的美食比比皆是，如咖喱羊肉、咖喱鸡，酸辣汤、串烧沙爹，椰浆饭等都是具有南洋特色美食，这些美食是滋腻碍胃之品，易使脾胃运化减慢。国民的饮食误区：因天气炎热，容易汗出偏多，口渴欲饮，多数国民都有餐前冷饮的习惯。“热则冷之”，口感好，自觉爽快。明朝御医龚廷贤《寿世保元》提出“大渴不大饮，大饥不大食”。

气候特点因素：因新加坡常年如夏，夏季阳气散发于外，体内阳气相对不足，长夏无冬，冬主收藏，是累积阳气的季节，但是，热带气候，人体阳气易耗难存。《寿世保元》：夏月伏阴在内，暖食为宜。“伏阴”是指潜伏在人体内的寒凉之气。所以夏天喝啤酒、冰淇淋等冷饮，冷饮为寒邪，与体内原有的寒气交织一起，阳气易伤，容易导致脾胃阳气亏损。

3.2 病机特点

3.2.1 多有病于湿

《证治补汇》所说：“若客寒犯胃，本无郁热，因寒所化者，酸之寒也。”说明因饮食不当，受寒邪后产生反酸症状。滋腻之品易生痰湿，形成湿阻中焦，病情缠绵并反复发作，所以起病多先有湿。在本研究的四个证型中，有三个证型都有湿的病理，分别体现于中虚气逆证、寒热错杂证、痰湿内阻证三个证型，有所不同的是寒热、虚实的差异，但皆包含了“湿”这个病理因素。

3.2.2 湿邪致病，病情缠绵，易复发

湿性粘滞，湿阻气机，气郁则痰阻；痰湿也导致气机郁滞，两者互为因果，恶性循环。如气机郁久则化热，形成痰热，痰热犯肺、犯胃可有嘈杂、泛酸或咳喘，痰热扰心，可有心烦不寐；如体质虚寒，中焦内有痰热则形成寒热错杂、虚证夹实的胃脘疼痛、痞满等之症候。本研究中3个月随访显示，中虚气逆的复发率最高，为41%，其次是寒热错杂证，复发率是29%。所以，以湿邪为病理基础的证型，病情缠绵，容易再发。

4. 用药特点

4.1 “热因热用”，常用辛温苦温的药
新加坡平均气温约在27°-32°之间，常年如夏，临床用药经常使用辛温、苦温之品，如紫苏叶(梗)、苍术、白术、厚朴、香附、木香、砂仁、姜、藿香、佩兰等，湿热气候，尤以暑湿气候明显，因致病因素以湿邪为首，湿郁阻气机则发热，湿从热化，形成了湿热互结，蕴于脾胃，治疗时以治湿为先，湿不去，热难出。根据上、中、下焦的不同治法，如芳香化湿、苦温燥湿、辛开苦降等治疗，选方用药多以辛温、苦温为主。属于热因热用的治法。

4.2 寒者热之

湿邪困脾，脾阳不足，易从寒化，治疗宜寒者热之，药用辛温芳化之药，“病痰饮者，以温药和之。”如进食过量的冷饮，导致打嗝、暖气频频，暖气时伴有食物上涌，腹中冷，大便不成形等，为“寒伤阳”，寒邪直中，脾阳受损，脾胃的转输功能失司，胃气不降反上逆发为打嗝暖气、食物上涌；脾气不升反降故有大便不成形或腹泻，治疗宜温中散寒为主，药如干姜、高良姜等。

参考文献

- [1] 通信作者：沈洪，男，南京中医药大学教授，博士研究生导师，南京中医药大学附属医院消化科主任 E-mail: shenhong999@163.com
- [2] Philip O,Lauren B,Marcelo F.Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease[J]. Am J Gastroenterol,2013,108:308-328.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会.胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009.深圳)[J].中医杂志, 2010,51(9): 844-847.
- [4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2010)[J].中国中西医结合杂志, 2011,31(11): 1550-1553.

马勇教授学术思想及治伤经验总结

新加坡中医学院·赵刚

【摘要】 分析总结中医骨伤专家马勇教授的临床经验，探究其学术思想，介绍其运用中医药治疗骨与关节疾病的辨证论治经验，对指导中医骨伤临床治疗与学科发展有一定的意义。

【关键词】 中医骨伤；马勇；学术思想；经验总结

我师马勇教授，从事中医骨伤临床、教学及科研工作多年，擅长运用中医中药及中西医结合的方法治疗各种骨伤科常见病及疑难病症，对骨伤科疾病的诊治具有许多独特的见解，现将恩师的学术思想做简单介绍如下。

1. 强调“活血利水”理论

血与津液无论在生理上还是病理上都是相互影响的，祖国医学早有“血水相关”之说，《灵枢·百病始生》：“凝血蕴裹而不散，津液涩渗，着而不去，而积皆成矣。”《金匱要略·水气篇》：“经为血，血不利为水。”《血证论》云：“水病不离乎血，血病不离乎水。”说明了血与津液的相互关系。马勇教授指出，血液淤阻，津液输布困难，水道不通引起水停；而水湿停滞，血脉不畅，淤血不行亦可引起淤血，血与水的相互影响，导致了伤科疾病尤其是急性损伤的进一步发展。

在治疗上，唐容川曾提出：“凡调血，必先治水”、“治水即以治血，治血即以治水”，提出了血证治水，水证治血的治疗思想。马勇教授在先人理论指导下，结合丰富的临床实践，提出了“活血利水法”，认为伤科疾病，尤其是急性损伤，局部肿胀疼痛，不仅与瘀滞有关，且有水阻的一面。治伤贵在疏通，在活血化瘀的同时，伍以性猛量大的利水渗湿药，如猪苓、泽泻、车前子等，更能有效

的发挥活血化瘀药的作用，同时还能阻止“瘀久化热”之变，两者配合，相得益彰^[1]。

马勇教授指出，我们不能把活血利水看成是治瘀时兼顾了“水”，而使之从属于活血化瘀法，也不能把它看成是治水时照顾到瘀，而使之代替活血化瘀法。所以，临证中不能把活血利水法的应用仅仅理解为血瘀水停相兼之证，活血利水法应该成为一种较活血化瘀法更为全面的有普遍意义的治法，通过深入研究，能丰富淤血学说和治疗学说的内容，挖掘其哲学含义，促进辨病和辩证的有机结合^[2]。我们在临床上将此法广泛运用到急性腰扭伤、腰肌劳损、梨状肌综合症及增生性脊柱炎等伤科疾病中，取得了良好的临床效果。

2. 重视“内外并用”思想

人体的局部与整体是辩证的统一。骨伤疾病虽是局部的损伤，但局部损伤可引起人体气血受损，致使正常生理发生病理变化，即所谓“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和”^[3]。在伤科疾病的治疗过程中，马勇教授强调要兼顾局部与整体，既要注意损伤局部，又要从整体论治，将局部的病理变化同整体的病理反映结合起来，这一点在筋伤及骨痹的治疗中尤为重要。

马教授在治疗各类痹症中，如肩周炎、颈椎病、腰痛等疾病，首先应用独特的理筋手

法,先用一指禅推法及滚法在局部治疗,使紧张的肌肉逐渐放松,然后局部运用按压、弹拨、拿法,再找出疼痛结节或条索,用拇指作连续性滑动按压、弹拨;最后用擦法,以透热为度^[4]。此手法有调顺气血的功能,同时可促进新陈代谢,改善局部营养,有利于炎症吸收和组织修复,同时还可以剥离软组织的粘连,有利于疼痛的消除。

其次针对病症,审证求因,辨证施治。马勇教授认为痹症的内因主要是肾阳虚衰,卫外不固,而感受外邪是其外在条件。因此,在治疗时强调温补肾气治内因,苦辛宣散治外因。马勇教授应用其验方扶阳宣痹汤辩证加减治疗各类风寒湿痹等证,在临床上取得了明显疗效。扶阳宣痹汤由炙黄芪、淡附片、川桂枝、明天麻、细辛、补骨脂、淫羊藿、鹿角胶、鸡血藤、生薏苡仁、甘草组成,方中以温肾助阳药物为主,温补肾阳,舒筋通脉,以治其本;又加入大量健脾渗湿之剂,健脾渗湿,除痹止痛,以增其效。全方扶助肾阳、温经通脉,宣痹止痛,现已广泛用于肾阳虚弱,风寒湿痹等证。

3. 突出“中医特色”优势

马勇教授在中医理论的指导下,独创了一系列具有中医特色的治疗方法,广泛应用于临床,使众多患者免于手术,告别病痛。马勇教授应用其独特的手法,利用按揉、拨络、理筋,配合膝关节的功能锻炼,治疗髌上滑囊血肿,使患者的血肿吸收,膝关节功能也得到了恢复,马勇教授指出,手法能够解除肌肉血管痉挛,调整肌体内部平衡,促进囊内积血的吸收,消肿止痛,恢复关节功能。此法不分虚实,无须辨证,均可采用同样手法,方法简便,易于掌握,对于提高和巩固疗效具有重要意义。

马教授创立的“弹性过正”综合疗法,应用于踝创伤性关节炎,疗效满意。弹性过正位固定是在与受损机制相反的方向上,尽量减轻

已损伤软骨表面的受力状况,同时在踝关节的屈伸活动中保持软骨表面的滑液流动与压应力差异,不影响它的营养供应,有利于局部炎性代谢产物的吸收。在绑扎松解后立即给予中药熏洗(处方:伸筋草30g,透骨草30g,海桐皮30g,松节15g,艾叶10g,桑皮15g,公丁香10g,路路通10g,丝瓜络10g),能有效促进血液循环,中草药饮片中含有的相应成分通过透皮作用进入局部组织,对该处组织内存在的无菌性炎症快速缓解极为有利。

对于退行性腰椎滑脱症的治疗,马勇教授提出“屈髋抱膝”法,首先行常规腰椎牵引,然后施行特色手法:患者取仰卧位,屈膝屈髋,收腹,屈脊团身,双手抱膝,头部尽量靠近膝部。术者一手扶患者踝部,一手托扶患者颈背部,嘱患者自行发力作前后往返翻滚动作,术者双手前后协调控制,通过治疗,大部分患者的临床症状得到了缓解。马教授在治疗各类伤科疾病中,充分发挥中医的特点,如应用垫枕练功疗法治疗胸腰椎压缩性骨折,将“患部垫枕法”进一步完善;运用自制可调节式悬吊治疗器治疗中老年急性胸腰段椎体压缩性骨折等等,具有简便安全、效果可靠、恢复较快、合并症少,充分发挥患者的主观能动性等优点,值得进一步推广应用。

马勇教授长期从事中医骨伤科学的临床、教学及科研工作,对骨伤科多种疾病的诊治见解独到而精辟,其学术思想是通过长期临床实践的积累和不断的继承创新而总结出的宝贵经验,充分体现了中医骨伤科学的优势,值得我们进一步探讨和总结。

参考文献

- [1] 马勇.活血利水法在伤科急性损伤中的应用体会[J].江苏中医药,1988(4):26.
- [2] 马勇.从活血化痰到活血利水[J].陕西中医,1988,9(12):549-550.
- [3] 李多,董英,杨忠程,等.中医骨伤内治经验浅析[J].西部医学,2007,19(4):609-610.
- [4] 马勇,夏建龙.针推综合治疗纤维肌痛症的体会[J].中医外治杂志,2004,13(1):47.

防风通圣散

防风通圣散的运用

新加坡·翁亚庆

防风通圣散，原方出自：金 刘完素。《宣明论方》。是针对外有表邪，内有实热而创制的一首表里双解的著名方剂。

原书主治：凡属表里三焦俱实，风火壅盛。及气血怫郁，气机壅滞，形成的筋脉拘倦，肢体焦痿等诸证。皆可应用本方。主治内有蕴热，外感风邪，症见恶寒发热。头目昏眩，腰脊强痛，耳鸣鼻塞，口苦舌干，咽喉不利，胸膈痞闷。咳嗽上气，唾涕黏稠，肠胃燥热，大便秘结，小便赤涩等。

近代常根据辨证论治的原则，对本方随证加减，应用于流行性感冒，急性扁桃体炎，疖痈，败血症，胆囊炎，胰腺炎，阑尾炎，荨麻疹，过敏性紫癜等病而出现前述证候者，对于难治性头痛，偏头痛，属于实证者，均有效果。所以本方在临床上是应用较广泛，而且有一定效果的方剂之一。

组方介绍：防风通圣散的药物组成有：防风 川芎 当归 白芍 大黄 薄荷 麻黄 连翘 芒硝 生石膏 黄芩 桔梗 滑石 甘草 荆芥 白术 栀子 上药共为末，每服6-15克，加生姜3片。近代多按原方比例斟酌用量，作为汤剂服用。或水泛为丸剂服用。

本方药味繁多，似偏杂乱，其实组方之意非常合乎经旨。方中取防风，荆芥，薄荷，麻黄，轻浮发散以解表，使表邪从汗出，而散之于上。大黄，芒硝破结通腑；栀子，滑石降火利水，使热邪从大小便出，而泄之于下。风淫于风，肺胃受邪，故以桔梗，石膏清肺泻胃。风邪为患，肝木受之，以芍，归，芍和血益

肝。再用黄芩清中上二焦之火；连翘散气聚血凝而解全身毒热。重用甘草缓峻而和中，配滑石又有六一散利水泻热之意。白术健脾而燥湿，使上下分消，表里交治，而于散泻之中又寓有温养之意。是一个“汗不伤表，下不伤里”的有效良方。

临床运用本方时，有大便秘结者，去芒硝，大黄；自汗者，去麻黄，加桂枝；咳嗽痰涎多，加姜半夏；头痛目昏，加桑叶，菊花；两太阳穴处痛者，可加蔓荆子；体胖痰盛者，可加制半夏，化橘红，茯苓，适减当归，白术。

临床运用体会：防风通圣散是针对外有表邪，内有实热而创制的一首表里双解的方剂，其适应的主治范围是广泛的。但总病机可概括为风热壅盛，表里三焦俱实，法取表里上下同时分消。所以许多医家应用本方为基础，治疗各种皮肤疾病，如顽固性湿疹，荨麻疹，带状疱疹，多发性疖肿等病，而颇有疗效。这里也记录一例用防风通圣散治疗顽固性湿疹的病案。

何 X X 男 70岁

2014年2月15日就诊，全身有散在性红斑分布。痒甚而有渗透液。自述患湿疹多年，反复出现。夜间瘙痒尤甚。影响睡眠，而十分苦恼。舌象红，苔白厚而干。脉象数。诊断为湿热蕴结，气血郁滞证之湿疹。

治法：清热去湿。疏风理气；药用：防风通圣颗粒5g 消风散颗粒5g 黄芩颗粒2g 枳

壳颗粒1g 桂枝颗粒1g。6天剂量。每天1剂。

1周后复诊，湿疹分布缩小到手足部位。而渗透液已干。此病患至今时有来复诊。均以防风通圣散作主方，随证调整配药。湿疹基本已受控制。

焦树德老医师认为本方“汗不伤表，下不伤里”可以放心应用，且可常服。并记录了长时间配合用防风通圣丸，治愈一例原来面部皮肤发黑黯而微浮肿。治疗后皮肤浮肿消退，皮肤变白，面现润泽。而作为颗粒剂型，防风通圣散应可长时期服用。剂量不宜过大，一天量在10g内，而且应配伍扶正之药。

防风通圣散中取桔梗，川芎，引诸药浮达于上，故本方尤善治头面之疾也。本方加人参补气，熟地黄益血，黄柏，黄连除热，羌活，独活，天麻，细辛，全蝎。名祛风至宝丹。可用于防治中风，已病能治，未病能防。可作治中风之专方。临床上，遇中风属体实，正气不伤的患者，我也以防风通圣散为主方，体胖痰盛者，加制半夏，化橘红，枳实，竹茹。属肝阳亢，头痛头晕重者，加钩藤，菊花，天麻，石决明。能取得治疗与预防的作用。

日本人医师矢数道明在《汉方后世要方解说》中说本方用于发汗治太阳，攻下治阳明，清热和解治少阳，三焦表里皆实者。对于食毒，水毒，风毒等一切自家中毒物郁滞盛实者，通过皮肤，泌尿器，消化器，有排出解毒作用。临床上治疗肥胖瘦身的病患，除了针灸治疗，也常配以防风通圣散颗粒。有体实大便秘结者佐以枳实，与大黄。有痰湿重，体虚者，佐以茯苓，枳实，黄芪。或嘱病人自行购买防风通圣片，长期服用。要求求医者有每天1至2次的通便，这才有利于瘦身的目的。

以上是个人临床诊治时，运用防风通圣散的一些体会与看法。具体和如何更有效的运用本方，还有待进一步探索。

六味地黄丸临床上治疗肾阴虚的疗效

新加坡·陈昆宁

概述

在临床诊病中，中老年人占大部份，在这年龄阶段，一般机体都会处于肝肾阴虚，故肾阴虚病人也占主要。在中医学说里称肾为“先天之本”，“肾主骨生髓，脑为髓海”由于肾主藏精，藏先天之精和后天之精，主发育，生长和生殖(前阴及后阴)，因此人的成长离不开肾精与肾气，同时肾也是五脏之母，肾的精气滋养着人的五脏六腑，因而使人体能健康成长。在古籍里都有对肾很明确的形容。如《素问·六节脏象论》：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也。”而肾位于腰部，之故《黄帝内经》有说“腰为肾之府”。由于肾藏精，精则能化气生血；肾又为人体真阴及真阳之本，故肾与精，气，血，阴及阳有着密切的关系。而肾精禀受于父母，源自先天，为人体及养育新生命体的最原始物质，所以中医学说肾是“先天之本”。

由于人到中年后，肾开始慢慢的衰退，因而开始出现肾虚的体征，比如，全身觉无力感，双足于行走时觉酸，心悸气喘，健忘失眠，腰部觉酸软，男性则阳痿早泄，女性则性欲减退，尿频，余沥不尽等等。这种种都具体说明肾在衰退中，当然在中医学里肾有阴阳之分，而本文只谈肾阴虚。

病因

中医学说里把肾虚分为四种，有肾阴虚，肾阳虚，肾气虚，肾阴阳两虚。然本文只阐述肾阴虚，而造成肾阴虚的病因一般有

以下四点：

1. 先天禀赋不足，导致肾阴不足：在中医学里说：“肾为先天之本”，说明肾是人体阴阳的主宰者，肾有着元阴与元阳这两种精微物质，而这精微物质是先天秉承父母，所以先天之本强与弱，取决于父母。

2. 由于现今社会神速进展，导致人的生活压力大，从而使肾负荷过大，加上身心在高压生活下受损，导致百病丛生，久病未愈，进而使肾阴耗损。

3. 现今都市人在生活上常无法节制，如过度劳累，熬夜，暴饮暴食，纵欲，抽烟及酗酒等等，这些都是导致肾精的损伤。

4. 过度服食温燥伤阴之药，现今很流行吃所谓的保健品，而人们一般都无法分辨这些保健品，认为是健康食品，对身体有益。而所食之保健品常属温燥之品，耗损阴精，导致肾阴亏损。

肾阴虚的症状

临床上肾阴虚的症状一般会有：形体消瘦，觉身热感，头晕，头昏，耳鸣，腰酸，双足酸软，手足心热感，胸闷烦热、睡眠不理想，多梦，男性性功能减退，或遗精，或早泄，女性则性欲减退，经量减少或经闭，纳差，舌红无苔或苔薄，脉细数。

肾阴虚辩证与治则

医师在临床上对肾阴虚要很明确的辩证，要明了肾阴虚是肾虚的其中一种类型，肾阴虚

是指由于肾阴亏损，失去滋养，导致虚热内生所表现的临床证候。故中医临床上对肾阴虚是以肾阴亏虚兼有虚热之象为辨证要点。

临床上肾阴虚的治疗原则是：滋补肾阴。

主方是：六味地黄丸

六味地黄丸分析

六味地黄丸是滋补肾阴的代表方。

六味地黄丸是北宋太医钱乙由张仲景的著作《金匱要略》里的八味丸去附子和桂枝演化而来，用于治疗小儿先天不足，发育迟缓等病症的方。

六味地黄丸已有千余年的治疗历史，在中医界里属平补平泄剂，其组方特点是三补三泄。组成由三补的熟地黄、山茱萸、怀山和三泄的丹皮、泽泻和茯苓。

方中君药为熟地黄，有滋阴补肾及填精生髓的作用。臣药为山茱萸及山药，山茱萸有补养肝肾及涩精的作用；而山药则有补益脾阴作用，并有固肾功能。这三补药合用能起着调补脾肝肾三脏之阴。

方中另三泄药为泽泻，茯苓及丹皮，三味皆为方的佐药。泽泻有利湿而泄肾浊的作用，同时泽泻又能防止山茱萸的温涩作用。茯苓有淡渗脾湿的作用，并能协助山药健脾的功效，同时和泽泻合用有泄肾浊，帮助肾之真阴恢复。丹皮有清虚热之功，也能制止山茱萸的温涩作用。

六味地黄丸就在三补三泄六味药物的互相协助下，扶正兼攻邪，发挥其滋补肾阴虚的功效。

而在近代的临床研究也发现六味地黄丸除了是滋补肾阴外，它还有很多方面的治疗疗效，它有增强免疫功能，具有抗衰老，有降低血脂，血压及血糖的功能，对某些皮肤病有疗效，并能促进身体的新陈代谢及对肾功能有强有力的改进功能。

病例一则

临床上肾阴虚病者非常常见，我在治疗上用六味地黄丸治疗一般都取的满意的疗效。

陈XX 男性 60岁

病史：2012年10月常规血液检查，西医诊断肾功能受损，当时肌酸酐高1.5mg/dL(0.68-1.48mg/dL)，尿素高50.4mg/dL(18-55mg/dL)。

临床症状：无特别表现，形体一般，无腰酸症状，精神佳，纳可，睡眠正常，二便正常，舌淡红，苔薄白，脉细。(病人希望用中药治疗)

辩证诊断：肾阴虚。

处方：六味地黄丸(浓缩)，服药期间无任何不舒，维持治疗，坚持服。

经过近1年六味地黄丸治疗，于2013年6月做血液检查：肌酸酐恢复正常1.25mg/dL(0.68-1.48mg/dL)，尿素高45mg/dL(18-55mg/dL)

西医诊断其肾功能已恢复正常。再坚持服药。

于2014年10月再次做血液检查：肌酸酐完全正常1.11mg/dL(0.68-1.48mg/dL)，尿素正常44mg/dL(18-55mg/dL)

体会

六味地黄丸虽是中医在治疗肾阴虚的代表方，而一般人们也常自拿来当保健品服用，一般人错误的观念，认为是中药多服没问题，但六味地黄丸药性属甘温性，主要用于治疗肾阴虚，由于本分药性多为阴柔药，对于脾胃虚弱者会影响其消化功能，因此对脾虚者要慎用。任何一种中药都必须经过中医师的辩证才服用。六味地黄丸也一样，必须由正规中医师辩证，确定属肾阴虚才能服用。

漫谈眩晕

新加坡·罗爱月

我在临床上经常会看到一些眩晕的病人。大多是中老年人，以女性居多。眩晕的病情是有轻重之分的。眩晕时自觉头晕眼花，视物旋转动摇。轻者闭目可止，重者如坐车船，旋转不定，不能站立。伴有恶心，呕吐，汗出，面色苍白，甚至昏倒等症状。

眩晕的辨证要点主要有三：

1. 辨脏腑眩晕虽病位在清窍，但与肝脾肾三脏功能失常关系密切。

肝阴不足，肝郁化火，可导致肝阳上亢，眩晕，头胀痛，面潮红等症状。

脾虚气血两亏，导致眩晕，纳呆，呕恶，头重，神疲乏力，遇劳则发。

肾精不足的眩晕，大多兼有腰酸腿软，耳鸣如蝉等。

2. 辨虚实老年眩晕者，以虚者居多，但也有挟痰挟瘀。一般上，久病者，体弱，倦怠，乏力，面色苍白，耳鸣如蝉等，多为虚。新病者，体壮，呕恶，面赤，头胀痛等，多为实。但病久常虚中有实，虚实夹杂。如面白体胖者多为气虚多痰，面黑而体瘦者多为血虚有火。

3. 辨标本眩晕以肝肾阴虚，气血不足为

本，风，火，痰，瘀为标。临床上须加辨识。阴虚多见舌红少苔，脉弦细数；气血不足，大多舌淡嫩，脉细弱。标实者，多见风动火上炎，痰性粘滞，瘀性留着。

眩晕的病因病机大概有如下几种情况：

素体阳盛，肾阴亏虚，肝失所养，导致肝阴不足，肝阳上亢，发为眩晕。或忧郁恼怒，气郁化火，使肝阴暗耗，风阳升动，上扰清窍，发为眩晕。老人眩晕以虚者居多，如肝阴不足，易肝风内动，血少精亏，脑失所养。或脾胃虚弱，化源不足，气血两亏，气虚则清阳不展，血虚则脑失所养，可发生眩晕。或老年肾亏，或久病伤肾，或房劳过度，导致肾精亏耗，髓海不足，上下俱虚，发生眩晕。或膏粱厚味，嗜酒肥甘，饥饱劳倦，伤于脾胃，聚湿生痰，痰湿中阻，清阳不升，浊阴不降。或跌仆坠损，头脑外伤，瘀血停留，须急由伤科治疗，大多遗留后遗症阻滞经脉，气血不能荣于头目，引起眩晕，不易根治。或瘀停胸中，迷闭心窍，致心神不定，可发生眩晕。

总之，眩晕的病位在清窍，由于脑髓空虚，清窍失养，或痰火上逆，扰动清窍，可导致眩晕。又与肝脾肾的关系非常密切。

尤其是老年患者，各种病因互相影响，相互转化，易致肝风痰火上蒙清窍，阻滞经络，容易引起中风。尤其是肥胖人经常眩晕，须防猝然仆倒，引起中风。

常见的疾病中的眩晕可参考中医辨证论治。

1. 耳性眩晕，包括梅尼埃病，迷路炎，内耳药物中毒，前庭神经元炎，位置性眩晕，

晕动病等。

2. 脑性眩晕，包括脑动脉粥样硬化，高血压脑病，椎基底动脉供血不足，小脑后动脉阻塞等颅内血管性疾病，某些颅内占位性疾病，感染性疾病，变态反应性疾病，癫痫等。

3. 其他，如低血压，阵发性心动过速，房室传导阻滞，贫血，眼源性眩晕，神经官能症，头部外伤后眩晕等。

中医对于眩晕的分证论治大约六型。

1. 肝阳上亢证

[主证] 眩晕耳鸣，头胀痛，操劳与恼怒则眩晕加重，肢麻震颤，面色潮红，少寐多梦，口苦，尿黄赤，大便干结，舌红苔黄，脉弦细数。

[治法] 平肝潜阳，滋养肝肾。

[处方] 天麻钩藤汤加减。

天麻10g(另煎) 钩藤10g 石决明20g(先煎) 黄芩10g 栀子10g 杜仲10g 怀牛膝15g 桑寄生10g 茯苓10g 益母草10g 夜交藤10g 甘草6g

2. 肝火上升证

[主证] 头晕痛，目赤口苦，胸胁胀满，烦躁易怒，寐少多梦，舌红苔黄腻，脉弦数。

[治法] 清肝泻火，清利湿热。

[处方] 龙胆泻肝汤加减。

龙胆草10g 栀子10g 黄芩10g 柴胡10g 木通10g 泽泻10g 车前子10g 生地15g 当归10g 甘草6g

3. 痰浊上蒙证

[主证] 头重如蒙，视物旋转，胸闷恶心，呕吐痰涎，苔白腻，脉弦滑。

[治法] 燥湿祛痰，健脾和胃。

[处方] 半夏白术天麻汤加减。

半夏10g 白术10g 茯苓10g 陈皮6g 天麻10g(另煎) 蔓荆子10g

苍术6g 生姜10g 制南星6g 石菖蒲10g 甘草6g

可用枳壳，竹茹，陈皮等和胃，不虚降逆，治疗中虚的患者所引起的呕恶。

4. 气血亏虚证

[主证] 头晕目眩，动则尤甚，遇劳则发，面色晃白，神疲乏力，心悸少寐，舌淡苔薄白，脉细弱。

[治法] 补养气血，健运脾胃。

[处方] 归脾汤加减。

党参10g(另煎) 黄芪15g 白术10g 茯苓10g 当归10g 龙眼肉10g 远志6g 酸枣仁15g 山药10g 木香3g 炙甘草10g

5. 肾精不足证

[主证] 眩晕，精神萎靡，少寐多梦，健忘，腰膝酸软，遗精滑泻，耳鸣，发落齿摇，神疲乏力，舌淡，脉沉细。

[治法] 补益肾精，充养脑髓。

[处方] 河车大造丸加减。

人参10g(另煎) 熟地15g 天冬15g 麦冬15g 紫河车10g 龟板15g(先煎) 杜仲10g 怀牛膝10g 黄柏10g 鹿角胶10g(烊化) 山萸肉10g 女贞子15g

可酌加滋阴熄风的鳖甲，阿胶，玳瑁，黑芝麻，羚羊角。

6. 瘀血阻窍证

[主证] 眩晕头痛，健忘，失眠，心悸，精神不振，耳鸣，耳聋，面唇紫暗，舌有瘀点或瘀斑，脉弦涩或细涩。

[治法] 活血化瘀通络。

[处方] 血府逐瘀汤加减。

当归10g 生地15g 桃仁10g 红花10g 赤芍10g 川芎6g 枳壳10g 柴胡10g 桔梗6g 川牛膝10g 全蝎3g 蜈蚣1条

其他疗法：-

单方验方

干菊花30g，水煎代茶饮，适用于肝风眩晕。

白矾，绿豆粉研末，用饭和丸如梧桐子大，每日早晚各服5丸，常服。或白矾7粒(如米粒大小)，晨起空腹开水送服，适用于痰饮眩晕。

桑椹子15g黑大豆15g水煎，每日1剂，分2次服，适用于肝肾阴虚眩晕。

大黄30g，酒炒3遍，研末，茶调，每次3g，每日2次，适用于瘀血阻窍眩晕。

化，多吃蔬菜水果。

- 忌酒，油腻，辛辣之品，少吃海腥发物。
- 虚证眩晕者应适当增加营养。

针灸推拿

(1) 艾灸百会穴。治疗各种虚证眩晕急性发作。

针刺太冲穴，泻法，治疗肝阳眩晕急性发作。

针刺脾俞，肾俞，关元，足三里等穴，补法或灸之，治疗气血亏虚眩晕。

针刺风池，行间，侠溪，泻法，治疗肝阳上亢眩晕。加刺肝俞，肾俞，补法，治疗肝肾亏虚者。

针刺内关，丰隆，解溪，泻法，治疗痰浊上蒙。

(2) 患者仰卧于床，以一指禅推或揉法在前额和百会，瞳子髎，曲池，合谷等穴，各操作1分钟。

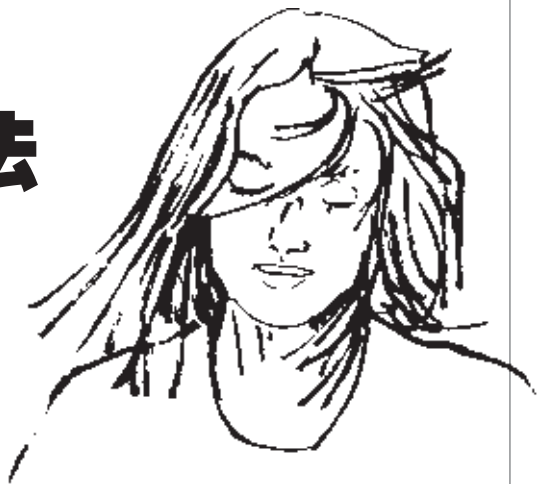
(3) 单独以拇指，自上而下，抹挤各穴，左右各10次，手法柔和，一手操作毕，再操作另一侧，但不要摇动头部。

预防与调养

- 眩晕发作时，应卧床休息，闭目养神，少做或不做旋转，弯腰等动作。
- 对重症病人要密切观察血压，呼吸，神志，脉搏情况，有无中风的表现等。
- 病室要保持安静，舒适，避免噪声，室内光线柔和。因有些病人头晕，头重，头胀畏光，喜静怕烦。
- 患者要保持心情愉快，饮食宜清淡易消

浅谈郁病的证治法

新加坡·胡明珠



郁病是由于情志不舒、气机郁滞所致，以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胁肋胀痛，或易怒易哭，或咽中如有异物梗塞等症为主要临床表现的一类病证。

郁有积、滞、结等含义。郁病由精神因素所引起，以气机郁滞为基本病变，是内科病证中最为常见的一种。据医院抽样统计，内科病例中，有肝郁证表现者。郁病的中医药疗效良好，尤其是结合精神治疗，更能收到显著的疗效。属于郁病范围的病证，求治于中医者甚多。

“郁有广义狭义之分。广义的郁，包括外邪、情志等因素所致的郁在内。狭义的郁，即单指情志不舒为病因的郁。顾代的医籍中记载的郁病，多单指情志之郁而言。医“郁”的含义有二：一是指病机，表达疾病过程中人体气血、脏腑功能郁滞不中能畅通的病理状态；二是特指郁病，即由情志怫郁导致气机郁滞为主要病机的一类病证。由于历代医家，甚至同时代的医家对于“郁”的病因属性、病机等观点不尽一致，“郁”的概念涉及面较广，常令后学茫然无从，有鉴于此，本文对历代“郁”概念的源流进行了整理分析医‘学教育

根据郁病的临床表现及其以情志内伤为致病原因的特点，主要见于西医学的神经衰弱、癔病及焦虑症等。另外，也见于更年期综合征

及反应性精神病。当这些疾病出现郁病的临床表现时，当辨证论治。

病因病机

1. 愤懑郁怒，肝气郁结厌恶憎恨、愤懑恼怒等精神因素，均可使肝失条达，气机不畅，以致肝气郁结而成气郁，这是郁证主要的病机。

2. 忧愁思虑，脾失健运由于忧愁思虑，精神紧张，或长期伏案思索，使脾气郁结，或肝气郁结之后横逆侮脾，均可导致脾失健运，使脾的消磨水谷及运化水湿的功能受到影响。最终可导致心脾两虚。

3. 情志过极，心失所养由于所愿不遂，精神紧张，家庭不睦，遭遇不幸，忧愁悲哀等精神因素，损伤心脾，使心失所养而发生一系列病变。心的病变还可进一步影响到其他脏腑。

情志内伤是郁病的致病原因。但情志因素是否造成郁病，除与精神刺激的强度及持续时间的短有关之外，也与机体本身的状况有极为密切的关系。故说“脏气弱”也是郁病发病的内在因素。

总之郁病的病因是情志内伤。其病机主要为肝失疏泄，脾失健运，心失所养及脏腑阴阳

气血失调。郁病初起，病变以气滞为主，常兼血瘀、化火、痰结、食滞等，多属实证。病久则易由实转虚，随其影响的脏腑及损耗气血阴阳的不同，而形成心、脾、肝、肾亏虚的不同病变。

临床表现

绝大多数郁病患者的发病缓慢，发病前均有一个情志不舒或思虑过度的过程。气机郁滞所引起的气郁症状，如精神抑郁、情绪不宁、胸胁胀满疼痛等，为郁病的各种证型所共有，是郁病的证候特征。郁病所表现的胸胁胀满疼痛，一般多以胸部为主；以满闷发胀为多见，或有疼痛也较轻，胀满的感觉持续存在。郁病表现的各种症状，其程度每随情绪的变化而增减。

脏躁发作时出现的精神恍惚，悲哀哭泣，哭笑无常，以及梅核气所表现的咽中如有炙脔，吞之不下，吐之不出等症，是郁病中具有特征性的证候。郁病日久，则会出现心、脾、肝、肾亏损的虚证。

脏躁多发于青中年妇女，在精神因素的刺激下呈间歇性发作，发作时症状轻重常受暗示影响，在不发作时可如常人。

辨证论治

治疗原则

理气开郁、调畅气机、怡情易性是治疗郁病的基本原则。对于实证，首当理气开郁，并根据是否兼有血瘀、痰结、湿滞、食积等而分别采用活血、降火、祛痰、化湿、消食等法。虚证则应根据损及的脏腑及气血阴精亏虚的不同情况而补之，或养心安神，或补益心脾，或滋养肝肾。对于虚实夹杂者，则又当视虚实的偏重而虚实兼顾。

郁病一般病程较长，用药不宜峻猛。在实证的治疗中，应注意理气而不耗气，活血而不

破血，清热而不败胃，祛痰而不伤正；在虚证的治疗中，应注意补益心脾而不过燥，滋养肝肾而不过腻。治疗郁证“不重在攻补，而在乎用苦泄热而不损胃，用辛理气而不破气，用滑润濡燥涩而不滋腻气机，用宜通而不握苗助长”。

除药物治疗外，精神治疗对郁病有极为重要的作用。解除致病原因，使病人正确认识和对待自己的疾病，增强治愈疾病的信心，可以促进郁病好转、痊愈。

辨证论治

• 肝气郁结

症状：精神抑郁，情绪不宁，胸部满闷，胁肋胀痛，痛无定处，脘闷暖气，不思饮食，大便不调，苔薄腻，脉弦。

治法：疏肝解郁，理气畅中。

方药：柴胡疏肝散。

胁肋胀满疼痛较甚者，可加郁金、青皮、佛手疏肝理气。肝气犯胃，胃失和降，而见暖气频作，脘闷不舒者，可加旋覆花、代赭石、苏梗、法半夏和胃降逆。兼有食滞腹胀者，可加神曲、麦芽、山楂、鸡内金消食化滞。肝气乘脾而见腹胀、腹痛、腹泻者，可加苍术、茯苓、乌药、白豆蔻健脾除湿，温经止痛。兼有血瘀而见胸胁刺痛，舌质有瘀点、瘀斑，可加当归、丹参、郁金、红花活血化瘀。

• 气郁化火

症状：性情急躁易怒，胸胁胀满，口苦而干，或头痛、目赤、耳鸣，或嘈杂吞酸，大便秘结，舌质红，苔黄，脉弦数。

治法：疏肝解郁，清肝泻火。

方药：丹栀逍遥散。

热势较甚，口苦、大便秘结者，可加龙胆草、大黄泻热通腑。肝火犯胃而见胁肋疼痛、口苦、嘈杂吞酸、暖气、呕吐者，可加黄连、吴茱萸，可清肝泻火，降逆止呕。肝火上炎而见头痛、目赤、耳鸣者，加菊花、钩藤、刺蒺

藜清热平肝。热盛伤阴，而见舌红少苔、脉细数者，可去原方中当归、白术、生姜之温燥，酌加生地、麦冬、山药滋阴健脾。

• 血行郁滞

症状：精神抑郁，性情急躁，头痛，失眠，健忘，或胸胁疼痛，或身体某部有发冷或发热感，舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。

治法：活血化瘀，理气解郁。

方药：血府逐瘀汤。

本方由四逆散合桃红四物汤加味而成。四逆散疏肝解郁，桃红四物汤活血化瘀而兼有养血作用，配伍桔梗、牛膝理气活血，调和升降。

• 痰气郁结

症状：精神抑郁，胸部闷塞，胁肋胀满，咽中如有物梗塞，吞之不下，咯之不出，苔白腻，脉弦滑。

治法：行气开郁，化痰散结。

方药：半夏厚朴汤。

本方用厚朴、紫苏理气宽胸，开郁畅中；半夏、茯苓、生姜化痰散结，和胃降逆，合用有辛香散结、行气开郁、降逆化痰的作用。湿郁气滞而兼胸痞闷、噎气、苔腻者，加香附、佛手片、苍术理气除湿；痰郁化热而见烦躁、舌红、苔黄者，加竹茹、瓜蒌、黄芩、黄连清化痰热；病久入络而有瘀血征象，胸胁刺痛，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，脉涩者，加郁金、丹参、降香、姜黄活血化瘀。

• 心神惑乱

症状：精神恍惚，心神不宁，多疑易惊，悲忧善哭，喜怒无常，或时时欠伸，或手舞足蹈，骂詈喊叫，舌质淡，脉弦。多见于女性，常因精神刺激而诱发。临床表现多种多样，但同一患者每次发作为多同样几种症状的重复。一般多为更

年期的妇女的表现，故称为“脏躁”。

治法：甘润缓急，养心安神。

方药：甘麦大枣汤。

心神惑乱可出现多种多样的临床表现。在发作时，可根据具体病情选用适当的穴位进行针刺治疗，并结合语言暗示、诱导，对控制发作，解除症状，常能收到良好效果。一般病例可针刺内关、神门、后溪、三阴交等穴位；伴上肢病变者，配曲池、合谷；伴下肢病变者，配阳陵泉、昆仑；伴喘促气急者，配膻中。

• 心脾两虚

症状：多思善疑，头晕神疲，心悸胆怯，失眠，健忘，纳差，面色不华，舌质淡，苔薄白，脉细。

治法：健脾养心，补益气血。

方药：归脾汤。

心胸郁闷，情志不舒者，加郁金、佛手片理气开郁；头痛加川芎、白芷活血祛风而止痛。

• 心阴亏虚

症状：情绪不宁，心悸，健忘，失眠，多梦，五心烦热，盗汗，口咽干燥，舌红少津，脉细数。

治法：滋阴养血，补心安神。

方药：天王补心丹。

伴心肾不交而见心烦失眠，多梦遗精者，可合交泰丸（黄连、肉桂）交通心肾；遗精较频者，可加芡实、莲须、金樱子补肾固涩。

• 肝阴亏虚

症状：情绪不宁，急躁易怒，眩晕，耳鸣，目干畏光，视物不明，或头痛且胀，面红目赤，舌干红，脉弦细或数。

治法：滋养阴精，补益肝肾。

方药：滋水清肝饮。

伴肝阴不足而肝阳偏亢，肝风上扰，以致头痛、眩晕、面时潮红，或筋惕肉响者，加

白蒺藜、草决明、钩藤、石决明平肝潜阳，柔润熄风；虚火较甚，表现低热，手足心热者，可加银柴胡、白薇、麦冬以清虚热；月经不调者，可加香附、泽兰、益母草理气开郁，活血调经。

转归预后

郁病的各种证候之间，属于实证的肝气郁结、病久之后，则可转化为心脾两虚或心阴亏虚；若损及肝肾，阴精亏虚，则转化为肝肾阴虚的证候。实证中的气郁化火一证，由于火热伤阴而多转化为阴虚火旺。郁证中的虚证，可以由实证病久转化而来，也可以由于忧思郁怒，情志过极等精神因素耗伤脏腑的气血阴精，而但发病初期即出现比较明显的虚证。久病则会成为虚实夹杂之证。

郁病的预后一般良好。针对具体情况，解除情志致病的原因，对本病的预后有重要的作用。而在受到刺激后，病情常有反复或波动，易使病情延长。病程较短，而情志致病的原因又是可以解除的，通常都可以治愈；病程较长，而情志致病的原因未能解除者，往往需要较长时间的治疗，才能收到比较满意的效果。

结语

严重的郁病是精神障碍的隐形杀手，在不自觉的情况下侵犯身心，对人类伤害极大。解决此病的方法只有面对它，战胜它，患者要勇敢求助，积极治疗，提早防范，如果逃避会使病情加重越难治疗。患者眷属者以乐观的心态与患者共同面对此病，坚持相信“只要治疗，就能痊愈。”

当今的社会，人人都必须修持心境平和，情绪稳定，生活积极乐观，有如古人大德说的一句话“密护根门，正知而行，饮食知量，好寝瑜伽。”这正是减少郁病发生的基本根源。

临证时本病的最大特点是患者诉说的症状

诸多，而且多见虚实夹杂，阴阳并行，故在辨证时需结合舌脉症辨清主要证候。通过药物，再配合心理治疗，可以帮助病人稳定情绪，恢复正常生活。由于郁病病人情况比较复杂，部分病人抑郁病与高涨的情绪有可能同时或交替出现，在不同时间又可能有不同的病徵，因此医生可能会同时处方多种药物，并不时调校份量，病人应耐心地遵照指示服药，并将情绪的转变及服药后的反应记录下来，复诊时告诉医生，将有助他调配最合适的药物份

又有因病致郁或因郁致病的病机分析，郁的病机重点还是以气郁为中心，再由此导致火、痰总之，中医历代“郁”的概念以《内经》五郁理论为纲领，自然界有五运之变，五郁之发；人体有五脏之病，五郁之生。五脏气机郁滞不畅，则可致气郁、湿郁、水郁、痰郁、热郁、血郁、食郁等。其因情志不遂所病者有虚实之辨，然情志内伤首先及气，故总属气郁范畴。近现代以来，中医对郁的论证和认识，一方面继承了和发扬了前人对其病因病机及证候的认识，另一方面对于郁证的范围和肝郁气滞证的现代研究做了大量的工作。从目前来看，郁病这一独立的中、血、津液、食等郁，病位上涉及五脏六腑，而以肝心脾三脏最为突出。

糖尿病的饮食治疗



新加坡·冯启发整理

俗语说“祸从口出”，警惕人们言多必失的后果。对大多数糖尿病患者来说，很多时候却是“病从口入”。虽然糖尿病的病因复杂，多带有遗传性，但一般上，只要饮食有节制，不暴饮暴食，不偏爱高梁厚味，糖尿病基本上不会发生，发生了也较容易控制。所以无论在患糖尿病前期或在患糖尿病之后，饮食对本病的发生、发展、预后，有举足轻重的作用。

在临床上，也常常看到有些糖尿病患者，单靠控制饮食和运动，血糖就可以维持得很正常，不必服中西药或注射胰岛素。有些则在服药一段时间后，饮食和运动控制得很好，血糖数年来一直维持在6mmol/L左右，连西医也同意他们不必再继续服用西药，仅进行饮食控制和运动就可以，而血糖在数年后仍然没有升高。近日(2014年11月初)本地报章报导，根据新加坡某些西医医院的研究，近年来本地许多年青人，因为饮食不当，而患上II型糖尿病的数目，有日益增加的趋势，值得人们关注。这一切都足以证明，注意控制饮食对预防和治疗糖尿病的重要性。

总而言之，饮食治疗是糖尿病的基础治疗，是治疗糖尿病的“五驾马车”(即教育、药物、饮食、运动和血糖监测)之一。不论糖尿病的证型，病情的轻重，有无并发症，有无应用中西药物或胰岛素治疗，都要长期坚持饮食治疗。

正常人进餐之后，血糖很快就开始升高，但由于胰岛功能正常，这时胰岛受到升高的葡萄糖等因素的刺激，能及时释放足量的胰

岛素，将葡萄糖利用掉或转化成糖原或脂肪等，所以血糖总是维持在一定的范围之内，不会升得过高。但患糖尿病时，进食后胰岛不能分泌足够的胰岛素，或者胰岛素不敏感，饭后血糖就会明显升高，进食越多，血糖越高。血糖过多，会导致体内的营养素无法正常的被身体的组织所吸收，只能从尿液中排出，使人体有异常口渴、饥饿感，大吃大喝的欲望会非常强烈，这样的问题如果控制不当，血糖含量会越来越高，就会加重排尿次数和数量，出现越吃越多，越吃越瘦的恶性循环，也就是出现“喝得多，吃得多，尿得多，体重下降”的“三多一少”的典型症状。

饮食不仅影响糖尿病的病情，也影响其治疗和预后，在应用药物治疗的糖尿病患者，过多的食物必然要抵消药物的作用，进食越多所需降糖药物必然随之增加。临床上，常见一些注射胰岛素的患者，饮食控制不佳，吃得多，吃得“好”，血糖不断增加，为了控制血糖，只好提高胰岛素的注射量，从当初每天注射一次5个单位，到了后来提升到每天注射2次各62个单位，血糖还是突高突低，控制不理想。增加胰岛素也会引起肥胖，肥胖又使胰岛素不敏感，血糖升高，形成恶性循环。要打破这种恶性循环只能加强饮食治疗。口服降糖药的患者，过量进食会使药量增加，最终可以导致继发药物失效。

饮食治疗的目的

饮食治疗目的，在于维持人体的健康发育、生长、正常的工作和生活。通过对饮食的

调整,可以维持正常体重,让肥胖者减少热量摄入使体重下降,改善胰岛素的敏感性和胰岛素抵抗,降低血糖;也可以让消瘦者提高热量摄入使体重增加,增强对疾病的抵抗力。在运动和药物的治疗的同时,配合适当的饮食治疗,可以减轻胰脏负担,纠正代谢紊乱,使血糖、尿糖、血脂达到或接近正常值,预防或延缓各种并发症的发生和发展。

要达到上述目的,不同类型的患者应有不同的重点要求,对肥胖的II型糖尿病患者的重点要求,是降低饮食中的热量摄入,减轻体重。II型糖尿病的发病早期常常是肥胖或超重的,这主要是由于进食过多,营养过剩而体力活动较少造成的。这种患者经过适当的限制饮食,在数周内即可使血糖下降,症状改善。坚持长期的合理饮食可使体重逐渐降低,趋向正常,减少胰岛素抵抗和胰岛的负担,有利于血糖长期维持在正常范围,避免糖尿病的恶化。同时对高血压病和高脂血症的治疗,也有有利的影响。

对I型糖尿病的患者要求,是除了饮食要定时、定量和定餐次外,还要掌握好胰岛素(西医会处理)、饮食和活动量三者之间的平衡关系,避免发生低血糖。对以往病情控制不好、生长、发育受到影响及营养不良的青少年,要给予足够的热量以保证其正常的营养和体重、生长和发育。应用胰岛素治疗的非肥胖的II型糖尿病患者,也应该采取类似I型糖尿病患者的饮食措施。对一些特殊情况如糖尿病合并妊娠、糖尿病肾病等,应该根据情况,采取特殊的饮食措施。

常见的饮食偏差

1. 不控制或少控制饮食:有些糖尿病病人误解,只要我有打针吃药(中药或西药),就会恢复健康,不用戒口了。其实,对糖尿病来说,打针吃药只能暂时抵消血糖的升高,长远来说,还要配合饮食控制和运动,才能达到稳定血糖和病情,取得相对健康。饮食

控制的重要性,很多病人都清楚,但是却为了满足口腹之欲或其他许多理由,没有控制饮食或控制得不好。常见的是在外工作、出国公干或旅行的患者,自称不能自行烹煮食物,无法很好的控制饮食。临床上,有个病人,五十余岁,他虽然服用中西药,但从不忌口。他最爱吃榴梿,常到邻国新山,整篓的买回来享用。几年前来诊,我就劝他少吃或不吃榴梿,但他总是笑着说没事。去年来复诊,只见他已神情憔悴、瘦骨如柴,只能站不能坐。原来他长期血糖居高不下,臀部生了脓疮,西医虽然已将脓疮切除,但数月来创口疼痛流水不收口,坐立不安。他后悔当初不听劝告。这就是一个只想依赖药物,没有忌口的典型例子。

常见一些在外面饮食的患者,吃的是煎炒或油炸的油腻食物,二个小时后来验血糖,通常都在13~14mmol/L或以上。煎炒或油炸的食物,热量高,多余的热量,会进一步转化成脂肪和血糖,更何况为了加强口味,这些食物多数加了动物脂肪和糖(蔗糖或冰糖),使食物的热量更高,血糖随之升高不足为奇。因此,最好少吃或不吃煎炒或油炸的油腻食物,多吃些烹煮的食物,但需要预防烹煮时加糖,避免喝太多含糖的菜汁或汤水。

至于出外公干或旅行,也要多少带些食物,尽量戒口,不能抱着一生只有一次到此一游,不吃山珍海味就枉此一行的心态。不然,血糖一定控制不了。有一个糖尿病老病患,平日饮食就控制不佳,血糖已升到25mmol/L左右。不久前他和朋友结伴到滨城旅行,朋友说已经五六十岁了,难得出门旅行,有好料应该尽量吃,不然就没有机会了。朋友的话他都乐意接受,滨城好吃的食物,例如榴梿、咖啡、叻沙、炒粿条等他都不放过。回来后来诊,一测血糖已飚升到31.90mmol/L,差一点就“爆机”。为预防他出现酮证酸中毒或其他并发症,我们只好推荐他到医院治疗。另一位调理由多年的糖尿病病人,就处理得很好。他七十余岁,从事采矿业,经常进出邻近国家,上

山下乡都难不倒他。主治西医也觉得奇怪，为什么他能在这个年龄，血糖稳定，体力充沛，精神饱满，这么健康？他对西医说，他除了服西药，也服用中药调理，而在出国时，饮食也以清澹为主，加上爬山就是很好的运动，能促进血液循环，所以能保持健康，精神奕奕了。

2. 不吃早餐：临床上，有些糖尿病病人就认为，既然饮食多寡会影响血糖的高低，我少吃一餐即早餐，不是更好吗？其实，糖尿病患者的理想餐次，还是“少吃多餐”。少吃多餐可以帮助减少糖尿病患者“饥饿”感。不吃早餐，并不能让血糖降低。有人就曾做了实验，让一个人饿了三天，血糖也依旧升高。这是因为即使滴水不入，滴水不沾，机体为了维持活动，会自动分解肝脏的糖原或机体的脂肪成血糖供使用，所以检验时血糖依然升高，所以，少吃一餐，并不能上血糖下降。

吃早餐对糖尿病患者是有好处的，它既能维持机体的生理状态和活动，也可以预防低血糖、减轻胰岛素抵抗、控制总热量和体重。研究发现，吃早餐发生胰岛素抵抗的机率降低35%-50%，对控制血糖和降低心脏病的发病率有帮助。

吃早餐也可以帮助患者控制饥饿感，避免午餐时因为饥饿而多食。临床上，曾见到有些患者，不吃早餐，午餐时饥不择食，饱餐一顿，结果血糖仍居高不下。可见，不吃早餐，对降低血糖，并没有帮助。研究显示，与偶尔吃早餐或不吃早餐的人相比，每天坚持吃早餐，患肥胖症和糖尿病的几率降低一半。

不吃早餐的坏处：1、影响热量供应：清晨血糖已降到最低水平，如果要维持人体在新一天的正常活动，不进餐或进低质量的早餐，血糖供应不足，会感到疲倦、暴躁、易怒、反应迟钝、注意力不集中，影响工作和生活。2、容易引起发胖：不吃早餐，饥饿感觉更明显，促使其余两餐吃得更多，增加热量的摄入，多余的热量会变成脂肪而造成肥胖。3、影响血糖控制：糖尿病是糖代谢紊

乱，不吃早餐，容易发生低血糖反应，低血糖之后又可能发生高血糖反应，使血糖失控，忽高忽低，影响胰岛素的调节，也是血糖不易控制的原因之一。如果只吃午餐和晚餐，使血糖在一天中出现再次高峰，不利于血糖的控制。所以，要避免血糖大幅度波动，患者应该一日多餐，将一天所需热量，分散摄取。4、营养不均衡：早餐提供的热量和营养素，占有重要的地位。不吃早餐或早餐的质量不好，可能造成营养缺乏或贫血，如果不在早餐补充足够的夜间消耗的水价和营养，会造成血液粘度和胆固醇浓度增高，增加中风、心肌梗死和患胆结石等病症的机会。

糖尿病患者不宜吃的食物

1. 高糖食品：白糖、红糖、蜜糖、蜜饯、巧克力、榴梿、芒果、黄梨、香蕉、红枣、桂圆、荔枝、西红柿、甘蔗、果脯、甜酱、XO酱、沙爹酱、甜果汁、甜果酱、水果罐头、甜饼干、甜点心、甜面包、蛋糕、甜饮料、冰淇淋等等，以上食物容易使血糖升高。
2. 高胆固醇和动物脂肪食品：牛油、羊油、猪油、肥肉、蛋黄、蟹黄、鱼卵、动物的内脏和脑等等，易提升血脂，造成动脉硬化，引发各种并发症。
3. 淀粉多、热量高的食物：炒粿条、炒粉条、炒面条、干面、油煎炸食物、番薯等薯类、芋头等等，因为淀粉会转化成葡萄糖，使血糖升高。如果吃了淀粉高的食物，要减少其他主食。

另外，少吃高热量、高脂肪、高蛋白的快餐，以免发胖，降低胰岛素的敏感性；慎食比萨，据报导食用后4-5小时血糖会升高；少吃粽子，糯米的淀粉含量高，加上其他配料，脂肪、糖分和热量更高，易升高血糖和食滞；不宜吃月饼，月饼糖分高，加上蛋黄，胆固醇更高，会造成血糖剧增，加重病情。有些患者

拿水果当主食，其实不适合。因为水果一般上糖分高，当主食会吃进过多的糖。吃水果的时间最好在餐后一、二小时，别在餐后马上吃水果，以免吃得过饱，糖分过高。

糖尿病患者忌酒，饮酒对血糖的影响高低不一。酗酒过多血糖过低，会造成死亡。酒能伤肝，酒精会加重肝病，如脂肪肝，严重可导致肝硬化。酒会影响降糖药的效果，如果服磺脲类药物时饮酒，病人可能出现心慌、气短、面红等不良反应，注射胰岛素的病人，空腹喝酒极易引起低血压，胰岛素能增强酒精的毒性，容易引起酒精中毒，危及生命。不过，餐后服少量酒精偏低的葡萄酒，则有一定的营养保健效用。药酒多用酒精浓度较高的白酒浸泡，不宜服用。糖尿病阴虚热盛者，更不宜饮用补肾温阳的药酒。

糖尿病患者宜吃的食物

1. 主食类：五谷杂粮、如糙米、荞麦面、黄豆面、黑豆面、玉米面等等，含有大量纤维素、维生素、微量元素。作为主食，每天不超过300克，长期食用，可降低血糖、血脂。
2. 豆制品：如豆类饮料、豆腐、豆干、豆浆、豆粥、豆腐皮、腐竹、豌豆、白扁豆、豇豆角(长豆)、赤小豆、绿豆汤等等，含有丰富的蛋白质、无机盐，而且豆油含不饱和脂肪酸，能降血脂，是糖尿病病人的理想食品。
3. 水果蔬菜类：如苦瓜、南瓜、黄瓜、丝瓜、西瓜皮、大蒜、山药、玉米须、薏米仁、魔芋、洋葱、芹菜、番薯叶、芦笋、竹笋、花椰菜、空心菜、韭菜、萝卜、胡萝卜、紫菜、海带、羊角豆、黑芝麻、银耳和木耳、蘑菇类、番茄、辣椒、桃子、番石榴、酸苹果、浅色龙珠果、草莓、奇异果、柚子、罗汉果等等。这些食品含有丰富的纤维素、维生素，可以降低血脂、血糖。

4. 蛋白质类：瘦肉、猪胰、牛奶、鸡蛋、鱼类(特别是黄鳝、泥鳅)、海参、蚌肉、蚕蛹等等，含有丰富的人体必需的动物性蛋白质，营养丰富，不可缺少。要做到各类食品合理搭配，多样化，少量化，营养要全面，但不过剩，以免造成肥胖。

上文提到不宜喝蜜糖，不过，蜂王浆则可服用。蜂王浆含糖量低，仅14%，富蛋白质、维生素和微量元素，又含活性不饱和脂肪酸和多肽类胰岛素，既可调节人体的内分泌，增强免疫力，又可降低血糖。

天下的食物成千上万，那些宜吃，那些不宜吃，无法一一罗列。最好的方法是买血糖仪自己做监测。只要能定时检验空腹血糖和餐后二小时血糖二周，并记录下每餐的食物，基本上会发现什么食物会造成血糖升高，就可以调整，尽量少吃或不吃。饮食、运动、睡眠、药物等等都会影响到血糖，通过监测，会慢慢的掌握自己的规律，然后调整自己的睡眠、饮食、运动和药物，就可以控制住糖尿病。比如常吃的水果木瓜和西瓜等，有些的确是很甜，宜不宜吃，就看血糖的高低。若服药后，空腹血糖仍然在7mmol/L以上，居高不下，最好避免进吃有关水果，以免血糖继续升高。当然若恰当分配，也可适量吃一些，但必须减少主食，以免吃进过多糖分。

除了注意食物之外，也要注意饮食习惯。一般上，饮食要有规律，最好能定时、定餐次和定量。不要吃得太饱，暴饮暴食，也不要太饥饿，每餐七分饱就好。少吃多餐，三餐可变成四、五餐，但总餐量不能超过三餐的总份量。可先喝些汤水才吃正餐，这样可避免吃入过多食物。进餐时慢慢咀嚼，切忌狼吞虎咽，不然，会把过多的食物不自觉的吃进去，造成血糖上升。进餐后一小时半至二小时后才做运动，不要在饥饿时运动，避免因为低血糖而晕倒，危及生命。

(26/11/2014)

针灸治疗水肿

新加坡·杨昌志

1. 概说

水肿又名水气，是指人体脏腑功能失调，水液代谢失常，导致水液潴留，泛溢于肌肤，或脏腑组织之间所产生的病证；可分为全身性水肿或局限性浮肿。全身性水肿常见于心、肝、脾、肺、肾各脏疾患，如充血性心力衰竭、肾炎、肝硬化、肾病综合症等；局限性浮肿常见于静脉梗阻，内分泌失调，淋巴液回流梗阻，变态反应，妊娠期水肿及营养性水肿等。

水肿在临床上颇为多见，根据临床表现可分为“阳水”与“阴水”两大类；阳水多属实证，阴水多数虚证，处阳水迁延日久，正气虚衰亦可转为阴水，反之阴水复感外邪，肿势加剧，亦可出现阳水，水肿重症，可能出现水毒凌心犯肺之危象。

2. 病因病机

水肿病在中医古典医书中早有记载，阐述与分析。

- 《金匱要略》认为五脏病变皆能导致水肿，并按心、肝、脾、肺、肾分为五水，对水肿又称为水气，分为风水、皮水、正水、石水、黄汗五种。
- 《灵枢·水胀》篇：“水始起也，目窠上微肿，如新卧起之状，其颈脉动时咳，阴股间寒，足胫肿，腹乃大，其水已成矣。以手按其腹，随手而起，如裹水之状，此其候也”。

- 《诸病源候论·水肿候》指出：“肾者主水，脾胃俱主土，土性克水，脾性克水，脾与胃合，相为表里，胃为水谷之海，今胃虚不能转化水气，使水气渗溢经络，浸渍脏腑……故水溢于皮肤而今肿也”。
- 《丹溪心法·水肿》将水肿分为阴水，阳水两大类，指出“若遍身肿，烦渴，小便赤涩，大便闭，此属阳水。”“若遍身肿，不烦渴，大便溏，小便少，不赤涩，此属阴水”。
- 《素问·痹论》曰：“脉痹不已，复感于阴，内舍于心”。是为心水也。
- 《诸病源候论·脚气病诸候》说：“风湿毒气，从脚上入于内，与脏气相转，结聚不散，故心腹胀急也”。亦指心水。
- 《景岳全书·肿胀》篇说明：“风水肿等症乃肺，脾，肾三脏相干之病，盖水为阴，其本在肾，水化于气，其标在肺；水唯畏土，故其制在脾，今肺虚则气不化精而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行”。

综观历代医籍及各家之说，可将本病之病因病机归纳如下：

(1). 风邪外袭：肺主皮毛，主一身之气，如风邪侵袭，则肺气失宣，不能通调水道，下输膀胱，以致风邪遏阻水道，风水相搏，溢于肌肤，发为阳性水肿。

(2). 风湿相搏：风湿伤人，导致痹症，痹症迁延不愈，复受外邪，与脏气相转，则脏气受损，不能化气行水，可发为阴性水肿。

(3). 饥谨劳倦：生活饥谨，饮食不足，或脾虚失运，摄取精微物质的功能障碍，兼之劳倦伤脾胃，亦可发为阴性水肿。

(4). 疮毒内犯：诸痛痒疮皆属心火，疮毒内攻，津液气化失常，亦可形成阳性水肿。

阳水多属实证，阴水多为虚证，如阳水迁延日久不愈，正气渐伤，亦可转为阴水；如阴水反复感受外邪，肿势增剧，亦可发为阳水，如水肿严重，可出现水毒凌心，犯肺之危象。

3. 辨证要点

(1). 辨外感内伤：

外感有恶风，发热、头痛、身痛、脉浮等。内伤多因内脏亏虚，正气不足，或因反复外感，日久不愈，损伤正气，导致内伤；故外感多为实证为阳水，内伤多虚为阴水。

(2). 辨病性：

阳水多为外因所致，如风邪、水湿、疮疡、热毒，多为实证，病势危速，先肿头面，尿赤，腹满，胸闷，喘不得卧，多属风水及皮水。

阴水多因内因所致，如饥谨劳倦，房劳所致，多为虚证，先肿下肢，从跗开始，病势缓慢，尿清，便溏，身疲乏力，形寒肢冷，以正水，石水为主；在临床上除实证和虚证外，往往虚实夹杂，如年老体衰或久病患者，多正气虚衰，水液潴留，故以正虚为本，邪实为标。

(3). 辨病位：

心肝脾肺肾分为五水；心水多见心悸，怔忡，肝水多见胸胁胀满，脾水多见脘腹满闷而食少，肺水多见咳逆，肾水多见腰膝酸软，或肢冷烦热，在临床时应结合分析，以辨明病位。

(4). 辨兼证：

水肿病人常见多种兼证，如臌胀，癃闭，痰饮，哮喘等同时出现，故临证时应分清孰重孰轻，以便正确处理，标本缓危。

4. 辨证论治

(1). 阳水：

主证：先肿于眼睑及颜面，腹部以上肿甚，延后肿及全身，皮肤光泽，伴有发热，恶风，咳喘，咽喉红肿疼痛，便秘，尿黄赤等。

病机：风邪袭表，肺失宣降，脾失健运，枢机不利，气化失司。

治则：疏风解表，宣肺发汗，清热利湿，疏通三焦。

取穴：肺俞，三焦俞，偏历，合谷，阴陵泉，外关配穴少商，水沟（以上诸穴用泻法）。

方义：肺俞，偏历可宣肺解表，外关，合谷可清热发汗，三焦俞可通调水道，阴陵泉可健脾利水，如颜面肿者可刺水沟穴，咽喉肿痛者可刺少商穴。

(2). 阴水：

主证：足跗先肿，逐渐肿及周身，尤其腰以下肿甚，按之凹陷不起，或有腹部肿胀，脐凸，纳差，便溏，神疲肢冷，面色㿔白，舌淡胖，舌边有齿印，苔白腻，脉濡缓或沉细。

病机：中阳不振，脾失健运，气不化水，水湿内聚。

治则：补肾扶阳，温补脾阳，健脾利水，调理三焦枢机。

取穴：脾俞，肾俞，水分，气海，太溪，复溜，足三里，中脘，天枢，阴陵泉，配穴委阳，三阴交。

方义：针刺脾俞，肾俞补之可温扶脾肾之阳，以祛水湿，针补气海，水分

以行水补元气，太溪，复溜可温补肾阳行水消肿，腕痞加中脘，天枢可治便溏，配委阳，三阴交可通调水道，足三里有兴奋脾胃之功，补土渗湿。

5. 病例

(1). 钟：男性，74岁

主证：近数月来，全身逐渐浮肿，腰酸腿软，尿少，怕冷，神疲体弱，面色胱白，颜面浮肿，尤其腰以下水肿明显，按之陷下，曾经西医治疗，诊断为慢性肾炎，纳差，舌淡胖，苔白腻，脉沉细。

病机：中阳不振，脾肾阳虚，脾失健运，三焦气化失司，气不化水，水湿内停。

治则：温肾扶阳，健脾利水，调理三焦，化气利水。

取穴：组1：脾俞，肾俞，三焦俞，足三里，委阳。

组2：关元，气海，三阴交，天枢，中脘，水分，复溜，太溪。

以上二组穴位可交替使用，每二天一次，均用泻法，留针三十分钟，可照射神灯。

疗效：经十次针灸后，水肿基本消退，但仍感疲倦，腰酸，纳差，再经四次针灸后已康复。

6. 小结

- 针灸治疗水肿，以利水，温阳和疏通三焦为基础，其治疗原则有“开鬼门”，“洁净府”，“去菀陈莖”三大法则，也和方药治疗治则一样。
- “开鬼门”即宣肺发汗，常用穴为合谷，偏历，肺俞等。

- “洁净府”即是利小便，常用穴有肾俞，阴陵泉，气海等。
- “去菀陈莖”即是通大便以排除胃肠积滞，常用穴有胃俞，中脘，天枢，足三里等。
- 纵观历代医家多以肺、脾、肾三脏加以阐述分析，以肾为本，肺为标，脾为制，其实水肿的延继发展与心，肝有一定失系，凡水之起也未不源自心肾，而肝脏血主疏泄，如肝气郁结导致血瘀，水行，亦可发展为水肿。
- 水肿只要及时，合理治疗，均能治愈，反之治疗失当，病情反复发作，可能发展成水邪上犯，导致浊邪蒙蔽心包之危象。

中医治疗功能性消化不良小结

新加坡·闫立群

引言

近年来在临床就诊的病人中，脾胃病所占比例愈来愈高。尤其是在排除器质性病变的基础上，通过药物，针灸等手段对病人施治后，病情都能得到较好的缓解或治愈，效果满意。脾胃病属于临床上的常见病和多发病，由于现代人工作紧张、压力大等特点，部分病人还常伴有失眠、抑郁等精神症状。

自中华医院兀兰分院开设脾胃专病门诊以来，我部分时间看脾胃专病。在看诊中，以功能性胃肠病占大多数，而其中又以功能性消化不良的病人比例最高。功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是指具有胃和十二指肠功能紊乱引起的症状，经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临床综合征，主要症状包括：上腹痛、上腹灼热感、餐后饱胀和早饱、恶心、呕吐、反酸、嗝气等症状，且持续4周以上。本病常以某一个或一组症状为主，在病程中症状也可发生变化。起病多缓慢，病程经年累月，呈持续性或反复发作。本病属于中医学“痞满”、“胃脘痛”、“积滞”等范畴。

鉴于现阶段新加坡中医机构没有设置医疗检查部门的情况下，在收集病例方面受到很大的局限。现将我搜集的20个功能性消化不良病人(每个病人都做过胃镜检查、及西医诊断排除器质性病变)的统计资料汇总如下：

1. 临床资料：

1.1 病人资料

20例病人均为本院门诊病人，男8例；女12例；年龄介于20-65岁，其中40-50岁占多数。病程6个月-15年。

1.2 诊断依据

参考中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会2003年重庆会议制定的：功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)：临床表现胃脘部疼痛、腹胀、早饱、嗝气、纳呆、恶心、呕吐、反酸等上腹不适症，经消化道内镜等检查排除器质性病变，确认为功能性消化不良病人。

2. 治疗方法：

2.1 以上病人均采用我院的药粉、药水和药丸治疗。每天用药2-3次，饭后口服，4次(6天药量/次)为一个疗程。

2.2 中医临床分型：在看诊中，根据患者的病情，分型为：饮食积滞、脾胃湿热、肝郁气滞、脾胃虚弱型。

2.2.1 饮食积滞型：症见胸脘满闷，纳呆，噎腐吞酸，恶心呕吐或吐出宿食，舌淡红，苔厚腻，脉弦滑。治则：消食导滞，和胃降逆。方选保和汤加减(山楂、神曲、莱菔子、陈皮、半夏、茯苓、连翘、苍术、

厚朴、枳实等)。

2.22 脾胃湿热型：症见脘灼热疼痛，闷胀不舒；嘈杂泛酸；口干口苦；渴不欲饮，或口甜黏浊；头身困重；纳呆恶心，身重肢倦；大便不爽而滞；舌质红，舌苔黄腻，脉滑数或细数。治则：清热化湿，理气和中。方选清中汤加减(黄连、栀子、半夏、茯苓、苍术、陈皮、甘草；热盛便秘者，加蒲公英、大黄、枳实；气滞腹胀者，加厚朴、大腹皮；反酸明显者，加黄连、黄芩，煅瓦楞子、海螵蛸等)。

2.23 肝郁气滞型：症见胸脘痞满，两胁作胀，或时叹息，心烦易怒，嗳气频作，常因情志不遂而发病。舌淡，苔薄白，脉弦。治则：以疏肝解郁，理气降逆。方选柴胡疏肝散加减(甘草、白芍、枳实、柴胡、陈皮、川芎、郁金、香附、神曲、苍术、枳壳、栀子、旋复花、代赭石等)。

2.24 脾胃虚弱型：症见脘腹痞满隐痛，劳累后加重或饥饿时疼痛；纳差、易饱、早饱；泛吐清水；嗳气不爽；口淡不渴；头晕乏力；大便时有溏稀。舌质淡，体胖有齿痕，苔薄白或白腻，脉细弱。治则：健脾益气。方选香砂六君子汤加旋复代赭汤加减(党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏、生姜、大枣、紫苏梗、砂仁、旋复花、代赭石、藿香、厚朴、神曲等)。

另外，针灸治疗对胃肠蠕动具有良好的双向调节作用。治疗中实证常取：足三里、天枢、中脘、内关、阳陵泉等。虚证常取：脾俞、胃俞、中脘、内关、足三里、气海等。在治疗中体会到，药物加针灸显效更明显。

3. 疗效观察

3.1 疗效标准：各症状分无、轻、中、重四个档次，依次分为0、2、4、6分。并按治疗前、后的主要症状积分计算疗效标准，根据积分法判定中医症候疗效：疗效指数 = (疗前积分 - 疗后积分) / 疗前积分 × 100%。《参照功能性消化不良的中西医结合诊治方案》(草案)，临床治愈：临床症状、体征基本消失，疗效指标 > 90%。显效：治疗后主要临床症状、体征明显减少，疗效指标 ≥ 70%。有效：主要症状、体征减轻，疗效指标 ≥ 30% < 70%。无效：治疗后主要症状、体征未减轻，疗效指标 < 30%。

3.2 治疗结果：临床治愈：1人；显效：13人；有效：6人。

4. 讨论

近年来，由于生活节奏加快，压力增大，功能性消化不良的发病率也呈不断上升的趋势。中医治疗本病，从整体出发，辨证论治，缓解症状明显。在临床上，这些病症往往不是单独出现，常常是几种证型混合存在，而且多数病人有胃酸返流症状。因此，需要根据具体情况，遵循个性化治疗原则，灵活变通。在治疗中体会到：病程短、按时服药、病人年龄在30-50岁及药物加针灸治疗的病人，临床上显效快。

另外，除采用适当药物治疗之外，还要嘱咐患者消除多疑善虑的情绪，纠正不良饮食习惯，少食刺激性、生冷、酸性食物、少食多餐，忌烟戒酒。通过中医、中药物治疗和综合调整，达到减轻和治愈本病的目的。

小动作, 大建设 “阴阳扳” 操

新加坡·蔡欣洁

自从车祸脚趾骨折后, 足跟部及腓肠肌常有紧迫感, 曾用尽各法来缓解足背的紧迫感。如针灸、铍针、火针、按摩穴位、伸拉筋骨等。最终自创出一套“阴阳扳”拉筋操即(图A1)双足板交错做自然踩踏动作, 当左足板及左足指向下拉压时, 右足板及右足指向上竖直蹠。这套操, 其动作方便又简单, 适合下肢及足蹠的伸展运动, 可以柔化过紧的肌肉筋腱和关节, 使其保持灵活状态, 减轻关节所承受的压力和损伤。

现与大家分享如下:

A) 热身运动——手足双动

基本姿势要求: 身体仰卧于床上, 双腿伸直, 两臂自然放在身体两侧, 手心向上, 与身体成35度角。(图A2示)

热身运动: 将手腕和足踝分别顺时、逆时钟方向转9次。再将双手的掌面、双足的足趾朝上, 然后用力分张手指和足趾, 再将手和足蜷曲……如此交替重复9次。这个动作可促四肢血液循环, 达到热身功效。(下两图示)



图A1



图A2

注意: 若锻炼拉筋前不热身, 则易引起肌肉、韧带拉伤或扭伤。

B) “阴阳扳” 操拉筋:

练习最理想的时间是在晚间睡前或晨起。

a. 开始拉筋时, 呼吸自然, 心情放轻松。

图1&图2示: 双足互相上下按摩, 取热促进血液循环。如果这姿势难做, 不勉强。



图1

图2

初练习者可从最基本的放轻摆动手掌及足背压腿开始, 再分速压和缓压足背。轻柔地拉伸肌肉, 感到轻微紧即可。图3 &图4 示



图3



图4

下例3张图片(图5、6、7): “阴阳扳” 操拉筋开始



图5



图6



图7

身体依然仰卧, 将双腿伸直, 两手自然放在身体两侧大约与体成35度角处, “手掌掌指开合”。同时双足板自然交错作踩踏运动: 左足板及足指朝上(也就是脚尖绷上蹠), 另一肢右足板及足指朝下压(也就是脚尖绷下压), 至紧绷紧有紧感, 持30秒, 再反复上下踏之, 共18次。

最高境界是手与足动作的互相阴阳配合。

当左手掌握拳，右足板、右足指上跷；反之，当右手掌打开握拳，右足板及足指下压。如果不能“阴阳”配合，那手自然张开，只要注意足部拉筋运动就可。

(动作要领：足跟紧贴床面、双膝部不能曲起，尽量贴床面)



图8



图9

上图最高境界，注意手与足互相“阴阳”配合。



图10



图11



图12

图9、10、11、12示是基本功：“阴阳扳”操的步骤。注意足跟及膝底部要贴床面

C) 进一步提升“阴阳扳”操：

足姆指尖绷上跷，治疗颈强，可松颈部肌腱。

身体仰卧，将双腿伸直，两手自打开放在身体两侧(图8、9示)，双足板交替着自然做踩踏“阴阳扳”操：左足背的足指蜷曲，只有足姆指朝上就是姆指尖绷紧上跷，另一肢右足背的足趾朝下，但右足姆指尖笔直下压，至有绷紧感后保持30秒，再左右上下重复，共9次。

这二个动作能增强足部的肌腱与小腿关节周围韧带、肌肉灵活。同时，那右姆指尖笔直下压、左足姆指尖绷上跷，其一上一下跷姆指运动有助缓解慢性颈部的紧感。(见图13&图14)



图13



图14

图14a运动要领：双足姆指互联合，双足板向下拉压，足跟需要贴床面。



D) 再进一步提升“阴阳扳”操的难度——足底按摩，适合改善失眠等。



保持自然轻松卧式



继续做“阴阳扳”操



图15竖足姆按摩足底

足姆指按摩涌泉穴图15及足底部横行按摩(图15b)。双足跟要贴床不能离床面!



图15b

双足指互交叉足指按压按摩，增加足底血液循环，见图16示（此节操请量力而为！）



图16

另附：上肢“聚气合一”操及下肢“髋髂部伸筋”操

I · 上肢“聚气合一”操

卧式或坐式转动双手指——活动双手三阴三阳六条经气：

基本姿势要求：双手指尖相触，做“聚气合一”如图b、d示。

操作步骤：坐式或卧式皆可。图a、b、c、d示

1. 从手拇指或小指开始转圆圈。先按顺时针方向转动10圈。

2. 当双手拇指互相交替做顺时针转10圈，其他手指要保持相触姿势。

3. 依次从手食指至手小指。

4. 之后再由手小指或手拇指，按逆时针方向转手指10圈。

（要领是当一手手指转圈时，其余没有在转圈的手指要保持相触。）

“聚气合一”操：适合郁病、失眠症、焦虑情绪、它能调节手指灵活性，调和大脑阴阳，减轻心情所承受的压力。



图a

图b



图c

图d

II · 下肢卧式“髋髂部伸筋”操

身体仰卧，将左腿慢慢抬起，膝盖绷直，左腿向右拉伸(右腿向左拉伸)，臀部与大腿肌肉绷紧，直到大腿与身体呈45度角后停止拉伸，之后换腿做同样动作。

如下图示：做两次深呼，慢慢恢复为起始动作。在锻炼的时候，可以脚部姿势用绳子或毛巾来辅助练习(图17&17a&17c)

“髋髂部伸筋”操，只要尽力就好，不勉强！



图17



图17a



图17c

图17、17a、17b、17C髋髂和大腿肌肉拉伸

“髋髂部伸筋”操：可以柔化过紧的肌肉筋腱和关节。

结论：

一般人的韧带在16岁之前和之后是有区别的。16岁后，骨骼发育基本定型，建议16岁以上，不要做急烈拉伸的极限姿势。否则可能会造肌肉受伤。这套基本的“阴阳扳”拉筋操会在相对长的时间内保持韧带的稳定柔韧性。

这套基本“阴阳扳”拉筋操也是紧张运动后一种很好的放松运动。肌肉会由于这些简单的拉伸练习而变得更富有弹性。

“阴阳扳”拉筋操，重在坚持，需要有毅力坚持做之，成效加倍！

在临床上，病人锻炼“阴阳扳”拉筋操后，不仅减缓了他们的病痛还提高了他们的身体机能品质，效果非常好！

锻炼“阴阳扳”拉筋操需恒心，考毅力！

中医治疗慢性肾功能不全尿毒症期

新加坡·梁妹

慢性肾功能不全尿毒症期《诊断标质：

($\text{Ccr} < 10 - 15 \text{ml/min Scr} > 707 \mu\text{mol/L}$)是肾脏病中并发症最多，死亡率最高的疾病，必须采取透析治疗或肾移植的治疗手段，但是尚有众多的病人由于医疗费的问题而放弃或推迟这些治疗手段，而盼望以中医药为主的药物保守治疗，但治疗效果与原发病。各系统尿毒症期症状的多寡、日常生活活动能力等存在着一定的相关性。

中医学虽无慢性肾功能不全，尿毒症之名，但根据其临床表现，大抵属于“水肿”、“关格”的范畴。

慢性肾炎发展到尿毒症阶段时，多肾虚为本，且常由肾及脾，肾主水与膀胱互为表里，肾之气化正常，则开阖有度，清者上归于肺而布散周身，浊者下输膀胱而排出体外，肾失开阖，水中废物不能排出，滞留体内，循于血中，所以肾气虚衰，湿浊内停是尿毒症最根本病机，对慢性肾炎发展到尿毒症病期的治疗，应坚持扶正祛邪，本病正虚是本，邪实是标，本自然重要，但邪实又是阻碍正气伸展，造成疾病恶性循环的关键，应不容忽视；根据标本缓急的治疗原则，扶正祛邪兼顾，在缓则治本时，照顾到防治病邪的侵入或留著为患，在急则治标时，往往邪去六七，便应注意到扶助正气以祛邪，而且在平时坚持补益脾肾的基础上，稍微增入行瘀药，同时间歇使用大黄以排除湿浊邪毒。在慢性肾衰早期应用黄花、仙灵脾、桑枝能益肾气，固卫气，进而预防外邪的侵入，有利于减少感冒发生，进而加重病情。

肾脏是人体的主要排泄器官，多数药物必

须经过肾脏排出，因此，不论应用中药或西药，都应掌握少而精的原则，切忌杂药乱投。尤其是肾毒性药物，如木通、抗生素、造影剂等，都是应该充分注意的。对存在高钾血症的患者，还须注意中药的钾含量，避免使用保钾利尿剂，防止杂药乱投导致病情恶化。

临床常以参苓白术散、五子衍宗丸之类化裁。此类方药乍一看来，似乎与本病治疗关系不切，其实不然，参苓白术散健脾兼益肾，补气兼养阴，向为历代医家如王肯堂、繆仲醇、岳美中推崇。五子衍宗丸虽为育嗣而设，不育责之精亏，而尿蛋白丢失，也可看作肾精耗伤，皆宜补肾填精；同时重视健脾以黄芪、焦术、党参、配广木香、陈皮、茯苓皮配伍，有补有行，补中兼和，补肾以桑椹子、山茱萸、补骨脂、配泽泻、车前子、茅根，补中有利，利中有补，相反相成。另外以大黄贯穿用药始终，是因大黄善通腑导滞，又能通利血脉，可治尿毒症的标，也能治尿毒症的本。浊为阴邪，最易伤阳，浊不去，则阳不复，浊邪瘀久成毒，所以要尽快祛瘀，大黄口服峻猛，效果快(但体虚不任服者慎用)可配牡蛎、苍术收敛固涩大小肠，可防其攻伐太过。

临床观察经过中医药治疗，加上患者坚持低蛋白饮食(优质低量)的配合，病人的血清BUN, Creatinine水平下降，症状得到明显改善。中医治疗是整体治疗，中药不仅化解了部份包括中分子物质在内的尿毒素，而且还有改善消化功能，调节免疫能力，改善血液循环，清除自由基，延缓脏器衰老等多方面治疗作用。

浅谈更年期综合征 临床体会



新加坡·陈金凤

更年期综合征是现代医学病名，是男女到一定年龄都可能出现的系列临床表现。但因男性更年期来得迟些，症状也较不明显，所以较少讨论。

女性更年期综合征的特点：临床以月经紊乱及自主神经功能失调为主，突出表现为潮热、潮红、烦躁伴易汗出等症状。是由于体内性激素分泌减少所导致的植物神经功能失调引起的一系列症状，用性激素替代疗法治疗，效果肯定，但会产生副作用。女性更年期一般在45-55岁之间，是妇女由中年向老年过度的一段重要时期，在此阶段由于卵巢功能减退，垂体功能亢进，分泌过多的促性腺激素，引起植物神经功能紊乱，从而出现一系列程度不同的症状，如月经不规则或闭经，潮热、汗出、心悸、抑郁、失眠、情绪不稳定、注意力难集中、皮肤干燥等。

男性更年期综合征的特点：发病年龄一般在55-65岁之间。由于性腺功能由盛而衰的转变过程，男性睾丸的退化萎缩是缓慢渐进的，更年期来得较晚，由于个体的体质及心理素质不同，临床表现轻重因人而异。若症状较重的，主要出现在三方面：1.精神与神经症状如：神经过敏、情绪不稳，易激动，急躁或压抑感、记忆力减退，食欲体力也不如前。皮肤感觉有麻木或刺痛感。2.血管调节性失常，如烦热不安、头痛，心悸，头晕，高血压等。3.性功能减退，可出现阳痿、遗精尿频等。临床要注意排除器质性病变及其他心里精神病变引起的类似症候群，不宜轻率判断，若有所怀疑，可建议患者去医院进行全面的鉴别诊断。

在中医学医籍虽没有更年期综合征这一病名，对于妇女在绝经前后出现诸类症状，于1964年修订全国高等教材在《中医妇科学》列为“经断前后诸证。早在两千年前的经典《内经》记载：“丈夫二八，肾气盛，天癸至，精气溢泻……三八，肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极……四八，筋骨隆盛，肌肉满壮……七八，肝气衰，筋不能动；八八，天癸竭精少，肾藏衰，形体皆极……。女子二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下……三七，肾气平均。故真牙生而长极；四七，筋骨坚，……六七，三阳脉衰于上，……七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，……”。

所以早期中医学虽无更年期综合征这病名，但对其症状表现，认为是肾气渐衰，肾精不足，冲任二脉虚衰，天癸将竭，阴阳平衡失调所造成。而在临床辨证时，除了注意肾之阴阳盛衰，也不忽视肾其他脏腑间的相互关系。

临床所见女性更年期综合征，若是一般症状较轻的患者，1-2年或病程持续轻重反复2-5年，期间经中医药辨证治疗之后，症状可获得明显改善，患者也逐渐适应了这段过渡期，减少到医院求诊。但对于严重的患者症状，有些可长达10年，不仅影响自身身心健康，也影响到家庭生活，以及影响工作。临床上碰到一些妇女对更年期抱有消极性心态，心情抑郁寡欢，害怕更年期到来，这些不利的心理因素则使临床表现更为复杂。由于社会结构的改变加重妇女的负担；价值观的改变，使人更易遭受到挫折感，抗压精神较弱的妇女，难免出现因病致郁，因郁致病的恶性循环。作为

医者，应该给予病人适当的疏导，以及指示患者掌握必要的更年期保健知识，以达到身心同治的目的。此外，对于这一年龄层的患者，临床要警觉某些疾病，如高脂血症、糖尿病、高血压、心血管病、骨质疏松、女性乳腺癌、子宫肿瘤等病变。

以下病例介绍：

例一，女 55 岁

23-9-14初诊：停经一年多，时常感觉脸部痒、面红热痛，夜里尤甚。伴烦躁、潮热汗出。近日兼失眠、口舌干、腰酸，夜尿3次、溺时涩。饮食一般，大便行。舌红，苔薄；脉细滑。辨证：肝肾阴虚，胆热上扰。

颗粒剂方药：十味温胆汤3g合六味地黄汤5g，加：知母0.5g、黄柏0.5g、旱莲草1g、女贞子1g、鳖甲1g、地骨皮1g、仙灵脾0.5g、柴胡1g、薄荷0.5g、白鲜皮1.5g、珍珠母0.8g 每日总剂量18g，服药八天。

07/10/14二诊：各症状改善，面痒红热明显减轻，小便略黄涩。要求继续方药。

按：本例有阴虚化火伤精现象，故以知柏地黄滋阴泻火，加旱莲草、女贞子、鳖甲，保精养肝肾。仙灵脾使阴阳相制约。十味温胆汤加珍珠母，清胆化痰，宁心安神；加柴胡、薄荷、白鲜皮，疏散面部郁火及风痒。

本例患者自诉若症状减轻，会延缓复诊日期。

例二，女 61 岁

02-01-14初诊：于57岁出现月经紊乱，停经复来。刻下：收经8个月，失眠、头晕、口干、易气促、不安。尿略黄。有膝关节退化现象。饮食尚可，大便行。舌略红，苔薄白。左脉细滑，右细弦。(BP140/80mmHg，服西药)

旧病史：失眠10多年，西医诊断为焦虑症，服镇定药15年。

经带胎产史：12岁初潮，周期可，顺产2胎、第3胎因婴儿心脏缺陷，4个月夭折，打击沉重。

辨证：肝肾亏虚，肝风上扰。心虚胆怯，心神失养。

颗粒剂方药：甘麦大枣汤、杞菊地黄、温胆汤加：天麻、钩藤、珍珠母、远志、酸枣仁、柏子仁、淡竹叶。每日总剂量约17g，服药7天。

09-01-14二诊：头晕缓解，失眠改善。偶尔膝关节酸痛。要求继续服药8天量

按：患者自诉自丧失孩子，悲伤度日，心神不宁，面对周围异样目光，好像是自己做错什么。

本例患者因情志受创，压抑所致成脏躁症。情志内伤，暗耗心血，致血不养心，心神不宁。心营过耗，也损伤到肝藏血及疏泄功能，虽然更年期来临，天癸渐竭，月经却停又复来。

甘麦大枣汤出自《金匱要略》，用于情志不舒，肝气郁结所致的脏躁症。方中三味药配伍，养心安神、甘润缓急。温胆汤加珍珠母、酸枣仁、柏子仁、远志、淡竹叶、防止胆热痰扰，清心除烦、安眠。杞菊地黄丸加天麻、钩藤，滋补肝肾兼平肝风。

患者有持续复诊，近期旅行回来表示各症状都改善很多，停服镇定剂，夜寐4-5小时，偶尔能一觉到天明。保持绝经状态。

我个人觉得，患者病情能不断减轻，除了药物，是她的心结已经自我打开。尤其是兼夹郁症、脏躁的更年期综合征，免不了要多付出一些时间，聆听患者讲述病情，才能较贴切的辨证论治。

甲状腺机能失调在 医疗饮食预防和气功调理

新加坡·吴荣贵

一、甲状腺机能失调病概述

1. 临床上甲状腺机能亢进症(Hyperthyroidism)简称甲亢;甲状腺机能减退症(Hypothyroidism),两种都是甲状腺功能失调,属于免疫系统出问题的疾病,在本地很常见。

甲状腺是人类的内分泌腺之一,位于颈部中央,形状如蝴蝶,分泌甲状腺激素,作用于人体,发挥日常的生理功用。当甲状腺分泌过多还是过少时,病人的颈项甲状腺的地方,就出现一个肿块,叫做甲状腺结节(Nodules)。

2. 甲状腺机能亢进者是指甲状腺激素分泌太多,一般女性患者比较男性患者为多。当病人出现甲亢,就有症状出现:脾气容易暴躁,心情焦虑,烦躁,常常手抖,过量排汗,觉得天气炎热难忍,心跳加快,食量增加但体重下降,排便次数增加,甚至眼球突出,像金鱼眼等。

3. 相反地,当出现甲状腺分泌过少时,则出现甲状腺机能减退症(Hypothyroidism),由于甲状腺激素分泌不足,影响身体的代谢功能。因此病人觉得容易疲倦,乏力,短气,体重增加,怕冷,便秘,不能做剧烈的运动等。

二、甲状腺机能失调病在西医医疗

甲状腺失调的病人的治疗,是根据病人的情况和病因来决定。在新加坡,一般上,西医对甲状腺机能减退的病人,给以服用甲状腺激素,补充体内的甲状腺。至于甲亢的病例可分为三类来治疗:一药物治疗,服用药物,纠正甲状腺内分泌。二放射性碘疗法,调整甲

状腺激素分泌。三手术疗法,切除部分或全部的甲状腺组织,从此每天都要服用适量的甲状腺激素。

严重的甲状腺机能衰退的病人会面对身体的代谢功能慢下来的现象。病人可能出现粘液性水肿性昏迷(Myxedema coma)致死。甲状腺机能亢进的病人则出现甲状腺危象(Thyroid storm)出现昏迷,痉挛,心脏病,中风,心脏衰歇,患上骨质疏松症等。

三、甲状腺机能失调病的中医临床医疗

1. 中医临床学中无甲亢的病名,根据其发病原因、临床症状及体征,本病与中医学中的“瘰病”很类似。但中医学瘰病的概念很广,在《吕氏春秋》、《三国志》、《诸病源候论》、《肘后方》、《千金要方》、《三因方》等古代文献中先后沿用了血瘰、气瘰、息肉瘰、石瘰、劳瘰、土瘰、忧瘰、筋瘰等众多名称,这些可以概括现代医学的单纯性甲状腺肿大、甲状腺机能亢进、甲状腺肿瘤、甲状腺炎等多种疾病,但与甲亢比较接近的当属忧瘰与气瘰。

2. 甲亢以怕热多汗、心悸易怒、多食消瘦、指舌颤抖、甲状腺肿大为中心证候,病位在颈部纓脉(即甲状腺),病变脏器波及肝、肾、心、脾、肺,而以肝肾为主。病因上既有先天禀赋不足,又有后天调理失度,更有外邪侵袭而发病。

总之,本病是以内伤虚损为基础,复加外邪侵袭,形成气、痰、瘀、火共同为患的本虚标实之证。

3. 临床上治疗上常通过疏肝理气、清肝泻火、健脾化痰、滋阴降火、滋补肝肾、宁心安神、涤痰散结、活血通络、驱除邪毒等多种方法、多个环节，借以达到调整人体内环境失调的病理状态。

4. 有人综合有关资料，结合现代科技总结出中医治疗甲亢的机制为：

- (1) 调整机体的免疫功能。
- (2) 调节神经与体液系统的功能活动。
- (3) 抑制能量代谢。
- (4) 抑制甲状腺素的分泌。

1. 甲亢的中医基本证治

对本病的辨证分型，有气郁痰凝、心肝火旺、心肝阴虚、气阴两虚、肝肾阴虚、胃火旺盛、阳亢风动、胃强脾弱等证型。

本病早期多以火旺为主(实火)，阴虚次之。病程较长、年龄较大者，多以阴虚为主，火旺次之(偏虚火)。不典型甲亢、淡漠型甲亢及病程较长且年老体弱者，多以气虚、脾虚为主，阴虚次之。良性突眼为痰气交结，恶性突眼多为肝阳上亢，弥漫性甲状腺肿大或甲状腺腺瘤多有气滞血瘀。

四、甲状腺机能失调病人的饮食调理

甲亢病人突出的表现为高代谢症候群和精神亢奋。其病多因气、火、痰、瘀交织为患，其中“火”最为突出，临床上火有实火如心肝胃火旺证，有虚火如阴虚火旺证。实火也称壮火，“壮火食气”，在病变的一定阶段可出现伤阴耗气证，久则可致气阴两虚、肝肾阴虚，甚则可致阴虚阳亢、阳亢化风之证，故出现怕热、汗出、心悸、食欲亢进、形体消瘦、手指及舌体颤动等症状。

总的饮食原则是宜进清淡含维生素高的蔬菜、水果及营养丰富的瘦肉、鸡肉、鸡蛋、淡水鱼等，同时应予以养阴生津之物，如银耳、香菇、淡菜、燕窝等。此外，饮食有节、避免暴饮暴食、注意饮食卫生，对甲亢病人来说也

是十分重要的。

①肝胃热盛者，宜食寒凉性食品为主，粮食如小麦、小米、绿豆；肉类如猪肉、猪脑、鸭肉、田鸡肉；蔬菜类如菠菜、芹菜、萝卜、茄子、冬瓜、黄瓜、西红柿、冬笋；水果如西瓜、甜瓜、香蕉、梨、柿、橙、柑。其他如鸭蛋、鸭蛋、牛乳、薏仁米、淡水鱼等。

②阴虚阳亢者，宜食平性食物为主，粮食如粳米、赤小豆、玉米、黑豆、红薯、豌豆；肉类如猪心、猪肉、鸭肉、鲤鱼、甲鱼；蔬菜如西红柿、南瓜、藕、山药、豆腐、木耳；水果如葡萄、菠萝、无花果、大枣、桑椹。其他如鸡蛋、莲子、蜂蜜等。

③气阴两虚者，宜食温性食品为主，粮食如糯米、黄豆；肉类如牛肉、羊肉、猪肝、猪肚、鸡肉、鸽肉、鳝鱼；蔬菜如葱、韭菜、姜、蒜、胡萝卜、香菜；水果如桃、杏、李子、山楂、荔枝。其他如核桃、板栗、红糖等。

此外对痰凝血结者宜食发菜粥，方法是先将发菜15克洗净切细，与粳米50克同煮粥，空腹食之，有软坚散结、益精养血之功。

五、甲状腺机能失调的预防

目前已经肯定甲亢是一种自身免疫性疾病，但其发病机理尚未完全阐明。近年研究认为本病是在遗传的基础上，有应激因素的参与而发病，但遗传的方式尚不能肯定。目前尚未找到预防本病的有效药物或其他方法。虽然对本病的发病机理了解的还不十分清楚，但对能诱发本病的各种应激因素则认识比较一致，因此，预防本病的发生，在现阶段主要应从避免应激因素着手，以期预防本病的发生。

常见的应激因素主要有：

(1)感染：包括细菌感染与病毒感染所致的某些疾病。

(2)长期的精神创伤或强烈的精神刺激，如忧虑、悲哀、惊恐、紧张等。

(3)少数病人的发病与过度疲劳、外伤、

妊娠、摄入过多的含碘食物如：海带、海鱼、海蜇皮及含碘药物如胺碘酮、复方碘液、碘化锌、含碘中药等有关。

人生活在大自然界之中，四时岁序的变迁，寒暑往来，工作环境、生活环境中的不良刺激因子时刻对人体都会带来一定的影响，由于人的自我调控机能的不断调控，因此大多数人是能够健生活的。但当人的调控机能失常，加之不良因素的刺激，将会导致本病的发生。

客观地讲，不良刺激因素是难以预料的，预防甲亢的发生难度也是很大的。但只要做到饮食有节、起居有常、不妄作劳、恬淡虚无(无私寡欲、心情舒畅、精神愉快)、顺应自然规律，加之适当的体育锻炼，不仅能增强机体的免疫功能，而且对预防甲亢的发生也有一定的积极意义。

六、甲状腺机能失调的气功调理

甲亢的病人可以通过气功锻炼调理，经过一段时间和过程获得改善，最终取得治愈的医疗效果。

以我个人的经验，从1986年开始推广智能气功，向公众介绍普及气功，通过气功来自我医疗疾病。由于在锻炼中，学员通过气功的肢体运动，放松心情，减轻工作心里压力，促进身体气血正常运行，改善脏腑功能，使内分泌恢复正常，达到治病强身的效果。

《病例一》王女 60，电讯局营业员，回述她的病历说，我从年轻开始，就有情绪的问题，每逢临场考试或上台演讲，我的心就会不自主的，加速的跳动，那时我还以为是正常的心理反应。

十多年前，就觉得颈部有点不得劲，慢慢得肿大而且变硬，她情绪紧张，精神反复不安。从西医检查诊断为甲状腺功能亢进(甲亢)，就开始服用西药几年，服用西药期间，不但情绪没有改善，身体感觉很累，容易疲倦，整天无精打采，提不起劲。于是，西医提议动手术切除部分的甲状腺。但是王珍拒绝，

她决定从学习中医学，来寻求医疗。在一次临床学习中，认识了我。我从中医理论，分析王珍的身体气机不调积久就引起甲亢，于是她决定到植物园音乐厅向我学习智能气功来医疗。

经过气功锻炼，情绪逐渐稳定，精神逐渐恢复正常，血液检查甲状腺素分泌逐渐正常，最终消除了甲亢的症状，恢复健康。前后经过了三年，通过气功锻炼，甲状腺机能失调的病就好到无影无踪，好到自己都不知道！

从气功的锻炼，目的是改变之前的不良的生活作息，使身体内环境气血运行通畅，大脑功能对身体的内分泌功能获得调整，导致甲状腺素分泌正常化，纠正习性，治好了甲亢。

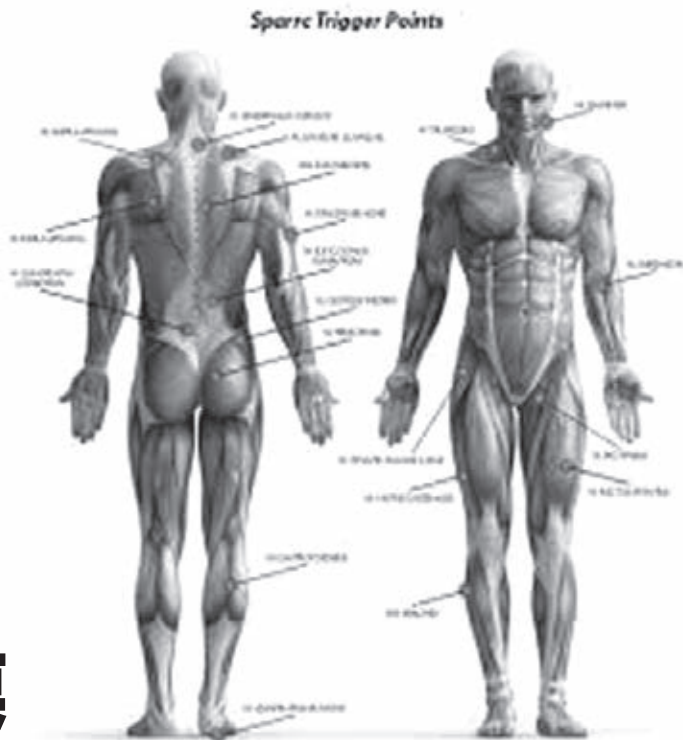
据王珍观察，现代的许多的人90%以上都有气机不调的毛病，那是当前药物都无法根治的，而智能气功的锻炼是调整正常化的最佳方法。

《病例二》在蔡厝港民众俱乐部智能气功班里，十多年前，也有一位姓鄧40多岁的男男友参加智能气功学习。他是一位工程师。

他在两年前，被专科医生诊断患有甲亢，并在不久服用药物抑制甲状腺分泌，每天改用甲状腺素药丸，已经服用了两年。由于服用西药，会抑制男子精虫的发育，影响生育，就来求医。我通过临床药物医疗，同时建议增加每周智能气功锻炼，在医疗六个月过程，逐渐减少服用甲状腺素药片的剂量，九个月里，血液检查其甲状腺素分泌量，完全恢复正常，身体也健康了，不必一辈子服用药物，成功摆脱两年多的甲亢疾病，他因为这次见证中医和气功结合的医疗效果，在后来决心学习中医学，也成为了一位合格的中医师！。

从这两个典型智能气功医疗好了甲状腺功能亢进的实践，也说明了甲状腺机能失调的病人，不一定要通过目前的西医医疗。

我想：如果人们认真对待自己的健康，调整自己生活作息习惯，通过中医药和气功锻炼，在防治甲亢疾病还是非常有效！



我对肌筋膜 触发点诊断与治疗的浅识

新加坡·刘嘉扬

【摘要】 本文论述了根据黄强民教授所提供有关肌筋膜触发点近年来的研究, 病因病理, 诊断和
治疗的方法。并加入了本人对于肌筋膜触发点的认识 and 如何应用在中医的临床诊治。

【关键词】 触发点 疼痛诊断和治疗 肌筋膜疼痛

1、发展状况

近几十年来对肌筋膜触发点的临床观察和基础研究不断深入,肌筋膜触发点的存在已被广泛的接受。现代医学应用较广,中医方面应用相对来说较缺乏。近年来我结合引用在针灸上治疗痛症,有很好的收效。特此汇报以供参考。凡来自非器质性的神经肌纤维的疼痛综合征多是因所肌筋膜触发点造成。这种肌筋膜触发点是因为某些原因引起骨骼肌张力带的形成,造成肌内长期的肌力不平衡,而导致的疼

痛综合征。一个触发点区域可以存在许多个活化的触发点。而一个触发点则由两部分组成：敏感小点(有局部抽搐反应：**LTR locus**)和活化部位(终板噪音：**EPN locus**)。基础研究表明，敏感小点是致敏的神经末梢，而活化部位是功能失调的终板，并伴有过渡的乙酰胆碱的释放。乙酰胆碱的过渡释放导致终板区域的肌纤维局灶性收缩，渐而渐之局部形成肌筋膜疼痛特点之一的紧张带。几乎在每一块正常的骨骼肌我们能够发现触痛点，即潜在的触发点。这个潜在的触发点在出现一些病理损害时被激

活变为活化的触发点。当这病理损害得到恰当的治疗后,活化的触发点能被抑制失活。而这个触发点不会消失,只是从一种形式转化成另一形式。肌筋膜疼痛综合症就是一种因潜在触发点受一些病理条件的作用后被激活,从而引起疼痛。所以触发点疼痛治疗的基础也就是对这个基础病理的治疗。

几乎每一个人都经历过肌肉疼痛,有时还会引起严重的临床问题。急型损伤可以直接引起肌肉疼痛,例如:挫伤、贯穿伤、撕裂伤、牵拉伤、过用伤、等。如果这些急性疼痛得不到良好的治疗和彻底治疗,就可以发展为慢性骨骼肌疼痛。更常见是,这种慢性骨骼肌疼痛以后不需要有肌肉本身的损伤,只要对机体无论任何组织和结构有损伤,都可以被引发。在临床上,这种情况被称为慢性肌肉疼痛综合征或肌筋膜疼痛综合征(MPS);而这种疼痛综合征都是由肌筋膜触发点(Myofascial Trigger Points: MTrP)所引起的。

当用肌筋膜触发点诊断和治疗时,须注意几个重要的问题:

- 1.1 病人感到疼痛部位不常是病灶所在部位,如,病人感到关节疼痛常不是真实的关节疼痛,而是因关节周围肌的慢性疼痛所引发的关节部位的牵涉痛。
- 1.2 治疗时,要考虑综合治疗,特别是较重的病人,不能以单一方式。
- 1.3 针刺治疗时要注意以下交待的几个安全要点:
 - 1.3.1 明确的酸痛点,
 - 1.3.2 疼痛的识别程度,
 - 1.3.3 拉紧带。

如果能够准确的诊断,治疗效果也相当有效。

2、病因学

此病的发病率很高,可以发生于各个年龄段,但多发于成年和老年人,病因较多,常

见发生在慢性损伤之后。调查资料表明,因疼痛前来就诊的患者中,慢性疼痛患者占68.9%,其中确诊是因肌筋膜触发点疼痛者占了47.7%,几乎占了疼痛就诊患者总数的一半。常引起腰背痛、颈肩痛、腰腿痛以及关节周围痛的一个常见的慢性疼痛病。

骨骼肌肌筋膜触发点疼痛的基本发病原理是因软组织的伤害是活化潜伏MTrP。主要的原因可以是炎性变化,也可以是退行性变,或是两者同时即存。炎性变化最初可以是由损伤引起的。如果急性损伤不能够完全地被治愈或治疗方法不当和不彻底,就会转化为慢性的骨骼肌疼痛。慢性炎性伤害也同样能够因为慢性反复性的细小创伤造成,也可以因为已存在退行性变的基础上被细小的损伤而引起。可是,这种细小的损伤在正常情况下一般不会对正常组织造成伤害,但如果有退行性变就可以造成对正常组织的伤害,肌肉也是如此。退行性变可以因为局部循环障碍以血管数量减少而造成;这种血循环贫瘠的状况可见随年龄增长的变化、急性损伤后的组织水肿、以及慢性损伤后的疤痕组织。因此,无论是炎症还是退行性变都可以促进潜伏或隐形的MTrP向活动的MTrP转化。

3、病理生理学

肌筋膜触发点的研究基于两方面:电生理和组织学,肌筋膜触发点疼痛是因为梭外肌纤维上运动终板的功能异常所致的一种神经骨骼肌疾病。例如针刺引起的局部抽搐反应(local twitch response)与拉紧的张力带密切相关,还是治疗的关键。这种慢性持续肌节缩短将大大地增加局部能量的消耗和局部血循环的减少,局部缺血和低氧可刺激神经血管反应物质的释放,这些物质使传入神经致敏而引起触发点疼痛。这些物质又可以刺激异常的乙酰胆碱释放,形成了一个正反馈环的恶性刺激。如果长期短缩肌节,还会产生受累骨骼肌周围筋

膜的挛缩,而妨碍肌肉牵张治疗。当伤害性感受器被致敏时,由传入神经将疼痛信号传入脊髓,产生了中枢疼痛,再扩散到邻近的脊髓节段或者是通路引起牵涉痛。长期的中枢疼痛致敏可以增高感觉神经元的兴奋性和神经元受体池的扩大,造成顽固性牵涉痛。当触发点区域的伤害性感受器受到刺激时,神经冲动就会通过这个触发点通路传导致大脑皮层,引起局部疼痛。用力按压刺激可引起的强烈神经冲动,这个强烈的神经冲动也可以通过相应的触发点通路传导至另外一个触发点的触发点通路而引起牵涉痛,或者通过脊髓的多突触反射引发局部抽搐反应。而这个触发点通路可以通过外周的刺激(深压按摩或针刺)来改变使它减少致敏,这样可以阻断任何疼痛冲动至中枢。这可能也是肌筋膜疼痛治疗的一个基本原理。

4、临床特点

肌筋膜疼痛触发点(trigger point)是一个受累骨骼肌上能够激惹疼痛的位置,通常可在这个位置上摸到一个拉紧的带和条索样结节,挤和触压时疼痛:并且能引起远处的牵涉痛、压痛和交感现象,包括临床上所涉及到的许多头颈、躯干和四肢的疼痛。一块受累的肌肉常有几个不同的固定疼痛点,每一个疼痛点都有自己固定的触发牵涉同区域。一个原发疼痛点可触发另一个邻近疼痛点,第二个疼痛点又可触发更远处的疼痛点,从而造成远距离牵涉痛。牵涉性的头痛可造成失眠和精神焦虑。各个触发点引起的临床症候群都有各自的特征。

正常人体的每一块肌肉都可以因某些慢性损伤而引起一个或多个潜在的触发点,这些潜在的触发点仅有局部的疼痛,被某些原因至痛后变为活动触发点而患病,然后触发远处的牵涉痛和局部的其他病症。潜在的触发点常处于休眠状态,还可引起受累的肌无力、骨骼肌的牵张范围减小和关节运动受限,并持续多年和被某些原因激活,例如创伤、急性过

牵、超用疲劳、劳累、受凉、抵抗力下降和反复感冒等等。

5、诊断条件

首先要排除疼痛是否来自器质性和其他病变,像非肌筋膜的疼痛(皮肤和疤痕痛、骨膜痛、针灸穴位痛和运动神经终板痛)、肌骨骼系统疾病、神经疾病、内脏疾病、感染性疾病、新生物和精神性疼痛。触发点的诊断常根据下列标准。

- 5.1 病史:突然发作的肌肉过用或跟随发作的短暂时期后的疼痛;反复和慢性过用受累肌肉而引起的肌痛;无明显原因的肌痛。
- 5.2 肌痛触痛点(酸痛)和痛点处周围常可触及到痛性拉紧的带状或条索状结构。
- 5.3 每个肌的痛点(触发点)伴有它特征性的远处牵涉痛。
- 5.4 受累肌肉的运动和牵张范围受限和肌力稍变弱。
- 5.5 快速触诊和针刺痛点(触发点)可引发局部颤搐。
- 5.6 压力和针刺痛点(触发点)可引发疼痛和牵涉痛。
- 5.7 睡眠不足时加重,但对于运动员来说不明显。而运动员的特征是运动性疼痛,不能发力,发力时疼痛。

6、治疗方法

为了能有效治疗活化的触发点,建议治疗之前严格执行以下一些原则。

- 6.1 确定关键触发点:首先必须明确即将给予治疗的那些触发点就是导致病人主诉的那些疼痛的原因。当一个触发点变得异常活跃时,在该区域内的其他潜在触发点的也会激活,这些活化的触发点叫做卫星触发点,他们不是引起疼痛的关

键触发点。可以通过让患者指出疼痛最明显的触发点来确定,关键触发点引发的疼痛远大于那些卫星触发点所致的疼痛。另外,这个关键触发点受压时,会诱发或加重卫星触发点的牵涉痛。而如果受压的是卫星触发点,则不会引发关键触发点的牵涉性疼痛。

6.2 保守治疗与有创治疗:触发点的治疗应该首先选择保守治疗(例如理疗等非侵入性治疗),而非有创治疗(例如注射及外科手术等侵入性治疗)。这个原则同样适用于治疗基础病理损伤。

6.3 肌筋膜触发点的急性与慢性期:在急性期,触发点的活化有防御一些急性外伤损害的作用(主要是因为疼痛而回避了一些可能干扰康复的过度活动),这时在急性期这个触发点不应予以灭活,除非疼痛无法忍受。应该首先对基础病理损伤进行相应的治疗,当这个损伤得到充分的治疗后,相应活化的触发点通常不需要治疗而消失。

6.4 浅表与深部的触发点:控制触发点疼痛最有效的方法之一是深压按摩治疗。这个方法很容易用于浅表的触发点,而深部的则不能。深部的触发点可通过牵张法或其他如超声、激光、针灸、局部注射来治疗。

6.5 维持因素:维持因素是指那些可能导致活化的触发点持续存在或者这个触发点的疼痛加重。为了获得满意的治疗效果,在治疗触发点时,这些因素应该予以纠正或去除。

6.6 宣教:在治疗之前,应该将向患者解释这个疾患的原因、病理生理、治疗和预防的原则特别是治疗可能带来的并发症。直到患者或家属回家后的自我康复治疗入肌肉牵张、局部按摩、热敷等。

当对上例的注意事项已经有了充分的考

虑,那么就可以选择不同的治疗方法对受累肌肉或肌群牵张、破坏触发点或抑制中枢性的疼痛和松弛张力带或解除肌束痉挛、改善局部血循环和全身营养状况、是主要的治疗方法。由于对受累肌肉或肌群牵张会造成肌肉的痉挛性疼痛,导致患者难以忍受和病情加重,因此必须用有效的方法阻断肌肉痉挛和其他产生疼痛的感觉,使之有利于肌肉被牵张开。常用的方法有:肌疗法、肌肉牵张加冷喷雾疗法、肌肉封闭、针刺、牵张法。还有超声法、激光、低中频电、冲击波等治疗方法,但必须在牵张疗法的支持下才能使触发点呢感统得到有效的治疗。本文所强调,触发点疼痛治疗根本是对受累肌肉的牵张,其次是设法破坏触发点。根据不同肌纤维的方向,不同部位的肌肉有不同的牵张法;治疗后让患者在家中做医师所教的手来肌肉的牵张锻炼和肌肉的局部按摩。

6.7 肌疗法(Myotherapy):对触发点压榨后再对肌肉进行牵张和按摩。因为,触发点被压榨后可以起到镇痛的作用,从而避免了对受累肌肉的牵张时的疼痛^[2]。压榨本身可以破坏触发点。

6.8 肌肉牵张和冷喷雾疗法(Stretch and Spray):这种方法又称为“牵张和喷雾”^[2,11]。牵张是指对有触发点疼痛的肌肉进行持续性牵张。由于关节存在,不同的位置的肌有不同的牵张方法。冷喷雾是指快速对表面皮肤冷却的方法来达到神经反馈性镇痛,这种方法是用氯乙烷、氟甲烷或其他冷喷雾剂,顺一定的方向(从触发点到牵涉痛处)反复地喷在症砸毁被牵张肌肉的皮肤表面上。必须记住的是牵张肌肉的状态下进行冷喷雾。其原理是应用冷来抑制疼痛向中枢的传入,然而可使触发点处的张力带能被更大程度上拉松。疗程中或后辅以局部按摩。

6.9 针刺和肌肉牵张法(Needling and Stretch)针刺是反复在不同的方向上穿

刺来破坏或刺激触发点和张力带，从而灭活感觉神经元的疼痛感觉；一般有干针和湿针两种方法，干针是用银针(较一般针灸针粗)和注射针头，而湿针仅用注射针头。用湿针是为了避免反复穿刺和牵张时的疼痛和酸胀感，可以滴注镇痛药。其方法是在穿刺碰到疼痛时即刻注射一到两滴镇痛药。结束穿刺后，马上对肌肉进行逐渐的和缓慢的牵张疗法。镇痛药常用的是**0.5% Procaine**和**1% Lidocaine**，非常严重才加用可的松类药物。**0.5% Procaine**据说还可扩张注射局部的血管，帮助带走致痛因子，促进损伤处的修复。长期肌肉的短缩造成肌周围筋膜挛缩，可用小针刀方法与牵张方法同用。小针刀可以扎断挛缩纤维再牵张锻炼，能起到更好的治疗效果。笔者临床上应用浮针疗法，这是用一次性使用浮针等针具在局限性病痛的周围皮下浅筋膜进行扫散等针刺活动的针刺疗法，能舒筋解痉。是指针入皮下后到针刺完毕之间的一段操作过程。进针完毕后，即行扫散动作。手法是应用明代针灸家徐凤的“针灸大成”中〈梓歧风谷飞经走气撮要金针赋〉所记载的飞经走气四大法中的“青龙摆尾”手法：以右手拇指支点，手握针座，使针尖作扇形运动。效果明显。

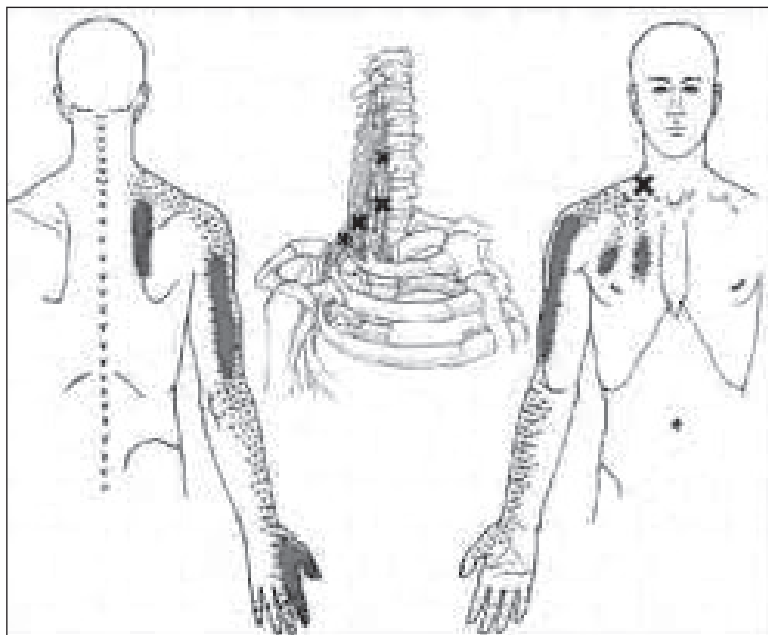
6.10 肉毒素注射加肌肉牵张法：肉毒素可以阻断乙酰胆碱在神经肌间隙的释放，是活动过度的肌肉放松，从而使局部缺血状况得以缓解；同时也阻止乙酰胆碱的摄入，使进入脊髓的通路被阻断。厂用电肉毒素有**A**和**B**两型，多用**A**型，如果**A**型失效可以改用**B**型。但仍需要对受累肌的牵张锻炼来巩固肉毒素的疗效。这种方法因为麻烦不适用于骨科医师，但不妨可试。但对运动员应用时要小心，可能会造成肌肉力量减小。

6.11 治疗的同时要补充各种维生素，同时给予改善周围循环的药物，这种药物配用需要一个长期疗程。维生素是机体酶学的必要成份，与各种蛋白质和组织合成有关。因为，机体每天都需要维生素来完成自我新陈代谢：在损伤修复期，维生素的利用率成倍增加，如果维生素在机体缺乏就可以引起多发性肌触发点的产生。特别是水溶性维生素的缺乏更容易引起肌触发点疼痛。西盟等认为大多数触发点疼痛患者都有机体内的维生素缺乏和正常低线的维生素含量。酗酒可以造成维生素缺乏，不同的饮食习惯均可以引起不同程度和不同种类的维生素体内不足。因此，长期恰当的补给多种维生素，象**21金维它**或者善存，有利于对治疗的巩固和减少复发，由于补给维生素的剂量是药典量，对身体无害，停药时间可由患者自便。如果，患者经济有困难，可以仅一些水溶性维生素，象**B1、B6、复合B、C**和多种维生素等。

7、典型病案

陈某，男性，32岁，网球教练。

初诊：主述右手的以肘部疼痛多年病史。近三个月疼痛加重。疼痛牵引上臂和肱二头肌颤搐，疼痛明显时见取物困难无力，曾看过中，西医，做过物理治疗，针灸推拿包扎，诊断为网球肘。治疗多次，病情反复发作，运动后发作明显。转来就诊初时也诊断为网球肘，治法：舒筋通络、活血止痛。以局部取穴为主应用常规针灸疗法，选穴：曲池、肘髁、手三里、合谷。手法：泻法，加灸。用此法连续治疗三次，没有进展。建议X光检查肘关节，没有发现任何炎症，局部肿胀不明显，没有明确的压痛点，肘关节活动不受限。当检查上臂部位，在肱二头肌前侧触及一个拉紧的带和条索样结节，挤和触压时疼痛。于是采用肌筋膜



疼痛触发点的原理，在条索样结节应用浮针疗法。针刺后条索样结节消失，患者也感觉疼痛改善80%。连续治疗三次症状基本恢复正常。

8、讨论

肘关节的疼痛多数因为上臂多块肌肉的肌筋膜触发点疼痛所引起的疼痛，特别是肱二头肌。这种疼痛是一种中枢神经整合后的牵涉性疼痛^[1]，而肘关节本身的没有结构性改变。此类病人常常没有感到主要病灶位置的疼痛，因此，患者只能主诉主观上的感觉。这一点常迷惑许多没有这方面认识的医务人员，而造成误诊。其实，对于这类病症，只要诊断准确，只需要康复和肌筋膜疼痛的治疗，均能缓解疼。但在临床工作中由于对局部病变考虑较多，常在局部进行多种治疗，加重了局部部位的疼痛和诊断的复杂性。因此，明确诊断和治疗的正确性是减低治疗成本和缩短治疗时间的根本。

骨骼肌肌筋膜触发点疼痛的存在，已被证实是一种肌肉运动终板处的病变。其病理生理变化和组织结构的变化显示骨骼肌运动终板处

结构性改变，肌肉张力带形成使受累肌处于长期部分痉挛状态，肌肉伤害性感受器可感受到局部生物应力和化学成份的改变而表现为周围疼痛的感受。进一步的长期病变，可以引起周围能量危机而加重疼痛和交感现象。一旦原发病灶的疼痛被控制，远处牵涉痛也消失；如果仅治疗局部疼痛，那么止痛仅是临时的局部镇痛，因此，对治疗医师而言，准确的诊断和治疗位置是治疗的关键。

目前，肌筋膜触发点的诊断依据仅靠医师的主观指标，决定于医师的经验；客观指标费用较高，不适宜国情。检验诊断的准确性是针刺时引起受累肌局部的多发抽搐。作为我们的经验来说，抽搐引出越多，病人治疗后的疼痛缓解越多。受累肌的牵张是不可忽视的肌筋膜触发点的治疗手段，也使防止复发的关键。初期牵张锻炼可以由治疗师指导下进行，当病人已熟悉应该牵张那些肌肉之后，可教病人做自我牵张锻炼；同时，为病人找出不良生活和工作姿势，教其避免；以及避免过度肌肉疲劳和找到运动后帮助运动员放松肌肉方法，是预防此类病症发生的关键。

治疗疼痛，必需有全局观。只有准确度诊断，才能有的放矢，才能真正达到治疗目的。对田径运动员跟腱疼痛的诊断不能仅跟腱局部考虑，不要考虑与跟腱联系的肌肉。跟腱痛只是一个牵涉痛的假相，而真正的病变部位在小腿部后部肌肉。利用针刺牵张疗法治疗小腿后群肌的肌筋膜触发点疼痛有效地减轻跟腱痛。

在此我非常感谢黄强民教授所提供的教导和资料。

从中医的角度分析功能性胃肠病(FGIDs)的基础病机

中国成都·李音洁 王崇飞 梁超

【摘要】功能性胃肠病(Functional Gastrointestinal Disorders, FGIDs)是消化系统常见的疾病,经过检查,无器质性病变,病因不明确,生理结构上也无异常。即使接受治疗后,病情好转,也容易复发。FGIDs并不是单纯的生物医学问题,而是生物-心理-社会因素综合引起的疾病。本文主要从中医的角度探讨FGIDs的基础病机,进而结合导师梁超所提出的五脏四诊评估法以取得更完整的病机,并简述中医治疗FGIDs的优势。

【关键词】功能性胃肠病; 中医; 脾胃; 精神心理因素

1) 功能性胃肠病的定义

功能性胃肠病(Functional Gastrointestinal Disorders, FGIDs)是消化系统常见的疾病^[1], 呈现为从口到肛门整个消化道不同阶段的发病, 患者一般表现为上腹饱胀、上腹烧灼感、胸腹痛、恶心、呕吐、排便不正常(或者便秘或者腹泻)等一系列的消化道症状, 但经过检查, 无器质性病变, 病因不明确, 生理结构上也无异常。即使接受治疗后, 病情好转, 也容易复发。

早在1978年以前, 人们对FGIDs患者不理解也不重视, 认为这群病人并没有器质性病变, 而那些所谓的胃肠道症候群也只是他们心理在作祟, 属心理性疾病。因为这样, 病人除了得不到社会的理解, 也要独自忍受胃肠道的不适感, 还要支付并不低廉的检查及药物费。但是自1978年后, 人们开始注意这

类疾病, 不同的标准也陆续出现, 如Manning标准, Kruis标准以及罗马标准来协助诊断功能性胃肠病。

到目前为止, 人们意识到FGIDs不是单纯的生物医学问题, 而是生物-心理-社会因素综合引起的疾病。这说明虽然有一部分人群可能具有遗传基因, 但若是没有心理-社会因素综合作用, 也不一定会引起疾病的发作。FGIDs的发病机制主要为肠神经系统、自主神经系统和中枢神经系统失调^[2]而引起的胃肠运动功能及感觉功能障碍。FGIDs发病的病因很多^[3], 比如遗传、环境、社会心理、饮食、炎症等, 所以不容易找出病因, 因此医生在治疗时要更费心, 要与病人建立良好的关系, 仔细观察及聆听病人的情况, 然后从病人的谈吐举止了解病人的心理状态, 从中获取较全面的病情, 以提高疗效。

按照最新的罗马III标准, FGIDs可分为8

大类型，其中有6大类是用来诊断成年人的。这6大类为：功能性食管病，功能性胃十二指肠病，功能性肠病，功能性腹痛综合征，胆囊和Oddi括约肌功能障碍，功能性肛门直肠病，剩下的2大类是用来诊断儿童的，为：儿童功能性胃肠病：新生儿/婴幼儿，儿童功能性胃肠病：儿童/青少年。在治疗方面，一般以改善胃肠道动力及减少内脏高敏状态和抗抑郁、抗焦虑药物和心理治疗为主，但是疗效并不理想，病情容易反复。

2) 中医对于功能性胃肠病的认识

FGIDs在中医无病名，但是其症状可以归属于中医“胃痛”“腹痛”“吐酸”“嘈杂”“噎膈”“痞满”“呕吐”“泄泻”“便秘”等范畴。^[4]

2.1 病位主要在脾胃

FGIDs主要病变部位在整个消化肠道，而发病是分阶段的，按照罗马III的诊断标准，可以看到FGIDs(成人)分为6大类，也就是把整个消化肠道分为6个阶段来看。但是中医把人看作为一个整体，而西医的消化肠道在中医的脏腑辨证属于脾胃的范畴，在六经辨证属手阳明大肠经、足阳明胃经与足太阴脾经的范畴。

2.1.1 脾胃生理功能

如《素问·灵兰秘典论》^[5]云：“脾胃者，仓廪之官，五味出焉。”脾胃在受纳饮食水谷后，经过脾的运化而化生精微之气，这五味是指饮食化生的精微之气。精微之气从脾化生后，布散到全身各处。又如《素问·太阴阳明论》：“四肢皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀也。”说明虽然胃主受纳，胃中有精微之气，但是还得经过脾气的运化才能到达四肢。又云：“脾脏者，常著胃土之精也。”更补充了胃土的气血津液、水谷精微，需靠脾的运化，布散至全身，才能从外观很显

著地表现出来。在这里虽然只用了四肢有力与否作为一个例子，但是实际上我们能够理解为所有脏腑都得靠脾的运化功能将精微之气、气血津液布散至全身，让五脏六腑得到滋养，维持人体的生命活动。《素问·玉机真脏论》：“五脏者，皆禀气于胃，胃者，五脏之本”，也是此意，说明胃为水谷之海，五脏六腑之源，有后天之本之意。因此从功能上西医的胃和中医的胃很相似、而西医的肠和中医的脾也很相似，所以临床上FGIDs所引起的消化道症状，都和中医的脾胃脱离不了关系。

另外，脾位于中焦，是气机升降之枢纽，脾主升清，胃主降浊，如《脾胃论·天地阴阳生杀之理在升降浮沉之间论》里说：“盖胃为水谷之海，饮食入胃，而精气先输脾归肺，上行春夏之令，以滋养周身，乃清气为天者也。升已而下输膀胱，行秋冬之令，为传化糟粕转味而出，乃浊阴为地者也。”《素问·经脉别论》也提到：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”同样也体现了气机的升降，在脾的运化后，将水谷精微之气，上输于肺，然后靠肺的宣发功能，将水精四布于周身皮毛，通灌五脏经脉，然后经过代谢成为清中之浊回流到肺，再靠肺的肃降功能下输于膀胱，经肾的气化蒸腾，将浊中之浊的尿液排出体外。

2.1.2 脾胃虚与损的概念

脾为后天之本虽然重要，但是先天禀赋也很重要。先天的不足是引起后天失养的理由之一。正所谓“先天生后天，后天养先天”，以及《灵枢·天年》：“骨高肉满，百岁乃得终”，由于骨为肾所主，肉为脾所主，而肾为先天之本，脾为后天之本，这意味着肌肉丰满，骨骼高起是先后天精气皆旺盛，而在先后天协调的基础下，人能长寿。所以，先天不足之人，正气亏虚，五脏亦虚弱。而在虚弱的基础下，如果平时不懂得养生，后天得不到调

摄滋养, 五脏更容易受到损伤。因此, 若脾胃先天虚弱, 加上后天失养受损, 则形成“虚”与“损”的恶性循环。

2.1.3 脾胃病理表现

当脾胃升降功能失调, 如《素问·阴阳应象大论》: “清气在下, 则生飧泄; 浊气在上, 则生(月真)胀。”则会出现一系列的消化肠道的症状—当脾气不升, 清阳之气下陷, 则作泄泻, 反之, 当胃气不降, 浊阴之气上逆则发为胸腹胀满。但是在临床上所看到的病人, 他们的症状却没那么简单, 如《素问·阴阳应象大论》: “清阳出上窍, 浊阴出下窍”, 所以当清阳不升, 则七窍不利, 可表现为头昏沉、耳失聪、眼不明、嗅觉及味觉减退、言语不利等, 充分地体现了脾虚则诸窍不利的思想。而当浊阴不降, 除了可以见到消化道症状如上腹饱胀、纳差厌食、痞闷、腹胀痛、便秘等, 也可以表现为头晕头痛、口干口苦口臭、口腔溃疡、舌头和咽喉不适感、胸背胀痛等症。若浊阴不降反而上逆则可见恶心、呕吐、呃逆、反酸、打嗝等症。由于脾虚不运, 水湿停聚, 胃不能腐熟水谷, 形成了食积, 则可见舌体胖大, 舌苔厚腻。

2.2 五脏之间的关系

中医以人体为一个整体, 所以五脏关系密切, 既可以从五行相生相克关系论述, 也能从五行圆运动解释。虽然FGIDs主要病变部位在脾胃, 但是仍然与其他脏腑密切相连, 所以脾胃中焦枢纽功能失常, 也能影响其他脏腑, 相同的, 其他脏腑功能失调也能影响脾胃。笔者的导师梁超提出了五脏四诊评估法, 主要是通过五脏的生理功能特点把症状解读并进行五脏系统的分类, 以消化肠道症状为主症, 属脾胃系统, 而其他的兼证分类归属于剩下的四脏系统(即肝心肺肾系统)。

举例说明脏腑之间的关系

心脾肺三个系统: 男, 20岁, 舌淡苔

薄白, 脉沉细, 平时容易感冒, 鼻塞, 打喷嚏, 伴有皮肤痒, 腹胀, 夜间为主, 影响睡眠, 难入眠, 大便溏, 白天疲倦, 经常打瞌睡, 情绪时低落, 偶手臂麻。体检发现有胆结石, 脂肪肝。

分析: 脾虚不运, 气机阻滞而为腹胀, 脾气不升反下陷而为泄泻。脾虚不能运化水湿, 水湿内停, 聚湿生痰, 日久形成结石与脂肪等代谢产物。土不生金, 肺气虚, 肺失宣降, 则表现为鼻塞, 喷嚏, 而肺主皮毛, 皮毛为一身之表, 故肺气虚, 宣发卫气和输精于皮毛功能减退, 卫表不固, 抵御外邪侵袭能力下降, 则易感冒, 皮肤失养。脾虚失于运化, 气血不足, 则心神失养, 故难入眠。心气不足则情绪低落。

病机: 心脾肺虚, 气滞, 气血不足。

心脾肝三个系统: 女, 33岁, 舌淡苔薄白腻, 脉细无力, 饭后腹胀, 纳不香, 打嗝, 无胃酸, 眠差, 多梦, 白天疲倦, 易发怒, 手脚心凉, 月经量少。

分析: 脾气不升, 胃气不降, 气滞则纳不香, 饭后饱胀。脾失运化, 气血生化乏源, 故血不足则心神失养, 表现为失眠多梦。血不足, 肝不能藏血, 肝阳升发疏泄太过, 而易发怒; 肝失于调节血量, 则表现为月经量少。气不足则疲倦, 手脚心冷。

病机: 心脾两虚, 肝旺, 气血不足。

2.3 精神因素

FGIDs的发病与社会-心理因素密切相关, 这包括急性和慢性应激。而在中医的理论当中, 心与神的关系密切^[6], 因为心藏神, 如《灵枢·天年》云: “血气已和, 营卫已通, 五藏已成, 神气舍心, 魂魄毕具, 乃成为人”, 指血气营卫是人体生命活动和精神意识思维活动的物质基础, 当人体的气血调和, 营卫运行通畅, 五藏能正常地发挥自己生理功能, 神才能藏于心, 魂魄才能皆具, 人才能有正常的精神意识思维活动, 这才能称之为“人”。

《灵枢·平人绝谷》也说：“血脉和利，精神乃居，故神者，水谷之精气也。”与《灵枢·本神》：“血，脉，营，气，精，神，此五藏之所藏也。至其淫佚离脏则精失，魂魄飞扬，志意恍乱，智虑去身。”再次强调生命机能的神不能离开生命物质基础，这包括先天禀赋之精气与后天水谷之精气。当先后天精气充盛，五藏精气充盈，则机体生命活动旺盛，精神意识思维活动不乱。

《灵枢·本神》：“所以任物者谓之心，心有所忆谓之意，意之所存谓之志，因志而存变谓之思，因思而远慕谓之虑，因虑而处物谓之智。”是思维活动发展的整个过程，说明当五藏精气充盛，机体生命活动正常，心能藏神，从而发挥其对外界事物的认识，然后进行思考，推断以及做出决定的心理活动，使人具有自我调节，自我控制能力，能在外来不良刺激下不受影响，仍然能保持思想集中，精神专一。

因此，当人的先天禀赋之精气不足或后天失养，导致五脏精气耗散而不藏，人体生命活动和精神思维活动功能也受影响，则会出现精神变化如魂不守舍，意志恍乱，记忆力及思考能力下降等症。神与精也是相辅相成的关系，神既以精气血为物质基础，又是精气血的主宰。所以在治疗上，病人的精神心理活动很重要，如果自我调节能力强，则能在急性或慢性应激下，了解自己病情，仍然积极地接受治疗，这能帮助提高疗效和缩短疗程。《素问·汤液醪醴论》：“精神不进，志意不治，故病不可愈”，所以志意健全，自我控制情绪与行为能力强，有利于疾病的痊愈。

2.4 FGIDs基础病机

综上所述，功能性胃肠病的主要病变部位在脾胃，基础病机为先天不足或后天失养引起的脾胃阳气虚，脾胃运化功能及升降功能失调，气血精气化生不足，心神失养。临床上再以五脏四诊评估法，对所见其他兼症进行解读

分析，最终取得一个完整的病机。当然病机在整个治疗过程中不是一成不变的，因此医生在治疗病人时要很细心地观察病人病情的转变，保持疗效，如《伤寒论》说的：“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。

3) 中医治疗FGIDs的优势

中医讲究辨证论治，以病机论治，治病必求于本。所谓“异病同治”，“同病异治”这两个观点，核心思想是一致的，即不管疾病的症候表现有多么多样化，或病理变化有多复杂，治疗时必须善于从复杂的疾病现象中，抓到病变的本质，进行相应的治疗。所以即使FGIDs患者的表现错综复杂，但是只要核心病机是相同的，仍然可以采取相同的治疗原则。此外，中医在治疗上也很重视因时、因地、因人制宜，在治疗时应根据季节、地区、体质、性别、年龄等因素的不同制定适合患者的治疗方法。这充分体现中医治病整体观，以及辨证论治的原则性与灵活性。

参考文献

- [1] 柯美云,方秀才.《罗马III: 功能性胃肠病》解读[M].北京:科学出版社,2012.1-5,7-25,36-45
- [2] 林媚,唐旭东.功能性胃肠病患者胃动力和内脏感觉异常与心理因素的关系及其中医认识[C].//第二十一届全国脾胃病学术交流会论文集.北京:中华中医药学会,2009.113-117
- [3] 崔立红,彭丽华,杨云生.功能性胃肠病发病机制的研究进展[J].胃肠病学和肝病学杂志,2013.5.22(5).488-491
- [4] 魏艳,徐晓明,梁超.中医整体观下的功能性胃肠病-谈临床医师如何看待功能性胃肠病[J].中医临床研究,2010.2(5).1-4
- [5] 王洪图.王洪图内经讲稿[M].北京:人民卫生出版社,2008.1.86-96.135-142
- [6] 光明中医函授大学.黄帝内经讲解(上)[M].北京:光明日报出版社,1986.241-249

张景岳中医遗传学思想的探讨

新加坡·郭俊邨



张景岳，名介宾，字会卿、别号通一子，会稽(今浙江省绍兴市)人。生于嘉靖四十二年(公元1563年)，卒于崇祯十三年(公元1640年)。他的主要著作有《类经》和《景岳全书》。其对中医学术之研究精深广博，在理论和临床上都有自己精辟的见解，并有着非常丰富的遗传学思想。

中医遗学思想有如下几方面

先天后天，禀赋遗传

张景岳对人体先天肾气与后天脾胃有深刻的见解，其在《命门余文》中说：“先天真一之气，藏坎中，此气致下而上，与后天胃气相接而化生，此实之本也。是以花萼之荣在根柢，灶釜之用在柴薪。脾运化赖肾气之鼓动，胃的腐熟赖肾阳的温化，肾主二便与胃之降浊相关，后天必本先天为主宰，先天必赖后天为滋养。”

先天肾气与后天脾胃有互相资生与促进作用，然先天这精必赖于后天之精的充养，才能不断发挥其生命力的作用。故张志聪言：“受五脏六腑之精而藏之者，受后天水谷之精也。”

肾为先天之本属水，乃生命之源、化精气、主藏精、通脑髓、为骨之余。脾为后天之本，属土，能腐熟水谷、主运化，敷布、络胃统血，为龈之络。《上古天真论》曰：“男子二八，肾气盛，天葵至，精气溢泻，阴阳和故

能有子。而“女子二七，天葵至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子”。

先天者是形成生命的基础物质，是先身而存在于胚胎之中，是由男女两精相搏所构成，而其成长过程是由父精母血养育成形，而后在母体中接受母气的滋养而逐渐成长，是故母体的健康是婴儿禀赋的关键。同时母亲的言行举止、情绪、心理活动、智商等均能影响婴儿出生后的智力、学习与行为、而后天的饮食起居、社会环境，亦能影响孩童的身心发展，此均为先后天互相滋生的相互关系。

张氏在其初生儿看病法中言：“初生儿肥胖色嫩日觉好看者，此其根本不坚，甚非佳兆”。“其根本不坚”乃指先天肾气失充脾阳虚衰，而致水泛肌肤，气化无力所致，且最容易感受外邪，而致邪入脏腑，故言非佳兆。又言：“听声为先，察色为次，凡声音清亮者生，有回音生，……脐带中无血者生，脐带银白色者生，额皮宽厚者寿，卵逢通达色黑者寿，阳物不起者死，阴囊不收者死，白者死，赤者死。”

盖声由气发，故气坚者其声音清亮，此为先天元气足，若先天气虚则甚怯，故《内经》诸篇曾言：“言而微终日乃复者，此夺气也。有曰：气海有余者，气满胸中，惋息而赤；气

海不足，则气少不足以言。有曰：心虚则悲，实则笑不休。有曰：手少阴虚则不能言。有曰：内夺而厥，则为瘖痺，此肾虚也。”从以上诸言，可知声音之发，乃因肾气实，故实则声亮清脆，此先天父母禀赋壮盛也。婴儿出世从其皮色、脐带、阴囊、声音中可辨其先天之体质足否，而察色则可辨其凶吉之兆。此皆中医望闻之妙也。

其在小儿诊治大法中言：“诊察小儿之病，必从其源下手，故曰：“必须察父母先天之气，而母气为尤切，如母多火者，子必火病，母多寒者，子必有寒病；母之脾肾不足者，子亦如之。凡骨软行迟，齿迟、语迟、囟门开大、疳热脾泄之类，多有由母气者，虽父母之气俱所亲，但母气之应在近，父气之应在远，或以一强一弱而偏得一人之气者，是皆不可以察。至若稍长而纵欲，或调摄适宜而身为病者，此又当察其所由，辨而治之。如果先天不足，而培以后天，亦可致寿。虽曰先天俱盛，而或父母多欲，抚气失宜，则病变百端，虽强亦夭，此中几圆理致，贵知常知变也。”从张氏之所言可知先天若禀赋有所不足，后天调之亦可享天年之寿；若先禀赋旺盛，而后天失于调摄，饮食不节，起居无常，房事频仍，纵欲过度亦能由强转弱而致早衰，诸如古代帝王将相，近代豪门贵族，多患此食慾之戒，故能享天年而终其寿者屈指可数矣！

天年寿限，节欲养精

人的寿限100~120。《内经》称为“天年”。个体禀赋遗传亦不同，决定了个体最大年限，但个体保养、养生好坏，决定个体寿命，“景岳全书”作了专章讨论《天年》他论言：“至若人之大数，则犹有先后天之体用，而兴亡之应变，则来培来复，亦莫匪人之自为耳，何谓先天”？张氏引述《素问·天年》“人生十岁，血气始通，其气在下，故好走。二十，气血方盛，肌肉方长，故好趋。三十，

五脏大定，血脉盛满，故好步。四十、脏腑经脉其盛已定，腠理始疏，故好坐。五十，肝气衰，故目不明。六十、心气衰，故好卧。七十，脾气虚，皮肤枯。八十，肺气衰，魄离，故善悞。九十，肾气竭，四藏经脉空虚。百岁，五脏六腑皆虚，神气去，故形骸独居而终矣，是即谓天年也。”，

宇宙无极，人之天年有限，故其叹曰：“奈今时之人自有知觉以来，恃其少壮，何所不为，人生之常度有限，而情欲无穷，精气生息有限，而耗损无穷……”。可见少壮虽为精旺盛，然情欲过度，肾气有限，耗气伤精则元气必伤。故其又叹曰：“常见今人之病，亦惟元气有伤，而后邪气得以犯之，邪之所凑，其气必虚，此容之相持之理，从可知矣。凡虚邪之辨，如情志之消索，神主于心也。治节之不行，气主于肺也。筋力之疲困，血主于肝也，精髓之耗减，骨主于肾也。四肢软弱肌肉主脾也”。一个人当失之保养，元气耗损，邪气乘虚而入，可致五脏六腑皆摇，则百病生矣，可致缩其应享之“天年”而自减其寿命。

张景岳在其著作《天年论》尤其批判“有因于色者，但图娇艳可爱，而不知倾国之说为何，伐命之说为何。故有因色而病者，或劳损……在论中其引述广成子之言：毋劳尔形，毋摇尔精，乃可长生。盖形言其外，精言其内，内外俱全，尽乎道矣。“从其言中可知肾乃先天之本，它来自先天之父母，故父母禀赋壮盛，其后代必身健体壮，聪明智睿。所以人若因于美色娇艳可爱，而淫溺于女色之中，戕伐肾精无度，则可因色而致病，终致房劳伤精而殒命于精亏，所以人若要获得保命上寿，不可不知先天肾精之贵，与后天养生之道。

肾主元气，心主神明，心肾相交则形神俱全。张氏认为：“气为阳，阳主神也，血为阴，阴主形也，血气若衰，则形神俱败。此营卫之毫釐当惜也”。其间阴阳之养，乃肾精气化而成，故肾气衰微，命门火衰，形与神如何能全，诸如今人肾脏病日渐增加，想必与

肾精之失，先天之伐及后天失养关系密切，(后天者起居无常，饮食常不节皆为病源之因)。

三和优生，宜麟上策

张景岳的优生思想，高水平地提出“宜麟策”《景岳全书·子嗣类，宜麟》的响亮命题。对男女优生育子，详细分论天时、地利、人和。

因为元气之始生乃来源于父精母血，配以后天饮食起居，劳作、及修身，则可达上寿之年，而享天年而终。戕伐肾精古有明训。古代帝王，后宫佳丽三千，夜夜笙歌为乐，淫溺于女色之中，故能至上寿者屈指可数矣！回顾历史，除了清朝康熙拥有孩子六十多位之外，其他帝王何以人丁稀少想必肾精戕伐过度致子嗣繁衍无力，同时历朝战乱频频发生，而致劳心伤神，劳力伤形，此亦关系密切。故在张氏的《子嗣类，宜麟策》里提出：三和优生论，对男女优生育子和天时、地利、人和的密切关系。(1)时气(天时，阴阳)。(2)地利(地利，基址)。(3)十机(人事一、二)。《景岳全书·宜麟策》言：“天地絪縕，万物化醇，男女构精万物化生。此造化自然之理也，故有人道即夫妇，有夫妇即有子嗣，又何有乏嗣之说？”其意即天地阴阳，二气之聚合，及男女行房，精子与卵子的结合，是天下万物生长之源，这是天地间的一种自然现象，所以男女结为夫妻就自然会有孩子，但为什么一些人又会有不育的问题。这就是关系到先天的禀赋，而非为人力所能主宰和做到，这期间的问题关键在于：(1)“天时。(2)地利。(3)人事”。

(1)时气：(一)天时，书中言：“凡交会下种之时，古云宜择吉日良时，天德月德，及干支旺相，当丙丁之说……此虽不足为凭。其然惟天日清明，光风霁月，时和气爽，及情思清宁，精神闲裕之况，则随行随止，不待而人人可办，于斯得子，非惟少疾，而必见聪贤明慧，胎元禀赋，实基于此。”张氏言：

“故气盈则盈，乘之则多寿，气缩则缩，犯之则多夭。”此即天时能影响人之情绪、心理，故又言：基址者如农田耕种之地，必土松地沃方能种出粒饱香滑之大米或长出硕壮肥美的果瓜蔬菜。而求嗣之道亦然。《景岳全书》基址言：“欲绵瓜瓞，当求基址，盖种植者，必先择地，砂砾之场，安望稻黍；求子者必先求母，薄福之妇，安望熊熊？倘欲为子嗣之谋，而不先谋基址，计非得也”。致于如何得悉薄福之妇，此其列出十余条。故其言：“如大都妇人之质，贵静而贱动，贵重而贱轻，贵厚而贱薄，贵苍而贱嫩。故凡唇短嘴小者不堪，此子处之部位也。耳小轮薄者不堪。此肾之外候也。声细而不振者不堪者，此丹田之气本也，形体薄弱者不堪，此藏蓄之宫城也。饮食纤细者不堪，此仓禀血海之源也。发焦齿豁者不堪，肝亏血而肾亏精也。睛露肾削者不堪，藏之藏而后无后也。颜色娇艳者不堪，与其华者去其实也。肉肥胜骨者不堪，子宫隘而肾气浊也。孀娜柔脆，筋不束骨者不堪，肝肾亏而根干不坚也。山根唇多青气者不堪，阳不胜阴，必多肝脾之滞逆也。脉见紧数弦涩者不堪，必真阴亏弱，经候不调，而生气杳然者也。”从以上张氏之言：地利、基址，其对子嗣之谋的见解确有其独识之息，右知其对相学、风水之学亦有研究。对于多结善缘，多积阴德对后代确有着其一定的影响，此为迷信乎，是耶，非耶，见仁见智；然人能行善积德必竟是一种良好的行为，而值得去鼓励和推行。因为人能行一善必觉心胸宽达；若行一恶，心胸必觉大石积压，而终日不安，此必致气乱，经乱，子嗣何以能得。

十机：机者、时机、机会是也，盖阴阳构精，乃应合时机，方能卵精结合，而胚胎始成，故为何有者合聚多年不孕，这除了以上之时气，阴阳、地利、基址之外，时机亦关系密切。故张氏言：“阴阳之道合则聚，不合则离，合则成，不合则败，天道人事莫不由之，而尤于斯道为最。合与不合，机有十焉，使能

得之，权在我矣。”

“一曰阖辟，乃妇人之动机也。气静则阖，气动则辟，动缘气至，如长鲸之饮川，觥之无滴。……故未有辟而不受，未有受而不孕者”。“二曰迟速，乃男女之合机也。迟宜得迟，速宜得速，但阴阳情质未有不齐，固者迟，不固者速。……疾遇迟，宜静以自持，挑而后战，能反其机，适逢其会矣。”

“三曰强弱，乃男女之畏机也。阳强阴弱则如蜂蛰，避如戈矛；阳弱阴强，则闻风而靡，望壑而北，强弱相凌，而道同意合者鲜矣。……必居仁由义，务得其心；克强固难，非聚精会神，安套其魄？”

“四曰远近，乃男女之机会也。……敛迹在形，致远在气，敛迹在一时，养气非顷刻，使不有教养之夙谋，恐终无刚劲之锐气，又安能直透重围，而使鸠居鹊巢也。”

“五曰盈虚，乃男女之生机也。胃有盈虚，饱则盈而饥则虚也，肾有盈虚，蓄则盈而泄利则虚也”。

“六曰劳逸，乃男女之气机也。劳者气散则怯，逸者气聚而坚，既可为破敌之兵机，亦可为种植之农具，动得其宜胜者多矣。”

“七曰怀抱，乃男女之情机也。情投则合，情悖则离，喜乐从阳，故多阳者多喜，郁怒从阴，故多阴者多怒。多阳者多生气，多阴者多杀气，生杀之气，即多孕育贤愚之机也。”

“八曰暗产，乃男子之失机也。勿谓我强，何虞子嗣；勿谓壮年，纵变冷可妨，不知过者失佳期，强者无酸味，而且得随失，犹所莫知，自一而再，自再而三，则亦如期而已矣。”

“九曰童稚，乃女子之时机也。方苞方萼，生气未舒，甫童甫笄，天葵未裕，曾见有未实之粒可为种否？未足之蚕可为繭否，强费心力而年衰者能待乎？其亦不知机也矣。”

“十曰二火，乃男女之阳气也。夫君火在心，心其君主也；相火在肾，肾其根本也。然

二火相因，无声不应，故心宜静，不静则火由欲动，而心自挑肾。先心后肾者，以阳爰阴，也乎勉强，勉强则气从乎降，而丹田失守，已失元阳之本色。肾宜足，肾足则阳从地起，而由肾及心。先肾后心者，以水济火，本乎自然，自然气主乎升，而百脉齐到，斯诚化育之真机。”

从以上十机观之，男女欲得之嗣，必先创造时机，方能顺机而有所获，常言道：机会难逢，机不可失，乘机行事，时机成熟，勿失良机，机缘巧合，此皆机之种种。事故之成败，盖乎能否掌握机之要诀，故欲得子嗣者，需视是否能合乎“动机”、“畏机”、“会机”、“生机”、“气机”、“情机”、“失机”、“时机”、“阳机”。此乃人类繁衍之机要也。

男精肇元、决定性别

张景岳《述古·种子法》中针对《道德经》言“乾道成男，坤道成女”，认为“总未必然”。褚事遗书“男女之会，二情交畅，若阴血先至，阳精后冲，阴血后参，精开裹血，血入为本而女形成矣。”其认为“大有不然何知先后，似穿凿矣。”对东垣言：“精胜其血，感者成男，四五日后，血脉已旺，精不胜血，感者成女。”认为“此论亦非确论”。对丹溪言：

“阴阳交构，胎孕乃凝，所藏之处名曰子宫……一达于左，一达于右。精胜其血则阴为之主，受气于右而女形成”。认为此“左射右射”，似非合情理”终无益”。其对主男生女之批评，认为都不合逻辑。并根据其实践观察和中医学理论进行辨析，具体地说明因男女“各有其精”，(精卵细胞)，虽皆可以称“天葵”，(有认为天葵乃现代医学之荷尔蒙，但尚未有方面的学术报告)但是它是有差异的。这种差异就在于“男精肇元(起始性、决定性、先成性、原发性)，而女血成体(即受

孕性、顺从性、营养性、完成性)”这就较接近现代医学的男子精中x、y染色体决定女，男性别的寓意了。当然古人在当时的条件是不可能有这么深入和有这样的认识，这只是以现代的医理，去推测古人在这一方向的认识。然而古人只用推理的方法下，能深入的去认识“成男、成女”这卵精结合所产生的差异，确实是非常了不起的一件事。

结 语

纵观张介宾“景岳全书”和“类经”有遗传学思想专题命名讨论专章，如《先天后天论》、《天年论》、：《宜麟策》、《种子》等篇，虽然在其为文中未有“遗传”术语之出现，然其论述元气、肾精、先天禀赋、宜麟、子嗣、胎始、天年、寿限、种子等都有广义的遗传学思想，在古代众多医家中，张景岳的中医遗传学思想，对后世确有一定影响，并给予这一方面作了某些的定位，故其在中医遗传学思想史中应是一位有突出贡献的医家。

参考文献

- [1] 王米渠著、中医遗传学，青海人民出版社 1997 82.83
- [2] 张介宾著、景岳全书 人民卫生出版社 1991 875、876、877、878、879、880、884、901、902、903、905

《素问·阴阳应象大论篇》选读

新加坡·曾玉珠

一、饮食药物气味阴阳

“水为阴，火为阳，阳为气，阴为味。味归形，形归气，气归精，精归化，精食气，形食味。化生精，气生形，味伤形，气伤精，精化为气，气伤于味。阴味出下窍，阳气出上窍。味厚者为阴，薄为阴之阳。气厚者为阳，薄为阳之阴。味厚则泄，薄则通。气薄则发泄，厚则发热。壮火之气衰，少火之气壮。壮火食气，气食少火；壮火散气，少火生气。气味辛甘发散为阳，酸苦涌泄为阴。”

这一段主要是用阴阳理论来阐述饮食药物气味的阴阳属性划分与作用，以及饮食药物进入人体后的转化过程，可作为指导临床应用药理学的基本理论。

首先，《内经》以自然界的物质，水与火，的特性来阐述阴阳的概念。以水性寒凉、主静、向下行来代表阴。以火性热、主动、向上升来代表阳。接着，把阴阳的概念应用到饮食药物，指出饮食药物的四气(寒热温凉)属阳，五味(辛甘酸苦咸)属阴，并进一步说明饮食药物气味分阴阳，但阴阳里又可分阴阳，而由于这阴阳属性的不同，其运动趋向(升降浮沉)及作用就对人体起不同效应。同时，《内经》强调热性大的饮食药物(壮火)可以消耗人体的正气；温性的饮食药物(少火)可以滋养人体的正气。热性大的药物有乌头、附子等；温性的药物如人参、党参等。



《内经》也讲述了气味形精的阴阳属性及生化关系。指出在正常情况下，阴阳之间，形气，气味，精气之间互相转化，互相依赖，但是在失调的情况下，又可互相有损伤。

这段节选，在指导我们临床使用中药时的意义很大。金元医家张元素就指出了医圣张仲景遣方用的理论可以说基本上出自《阴阳应象大论》。如桂枝汤就体现了辛甘发散的功效，而在阴阳互根、阴阳转化的理论上，他在桂枝汤中也用了酸甘化阴的药物使桂枝汤的散收功效不会太过。承气汤的药物组成就体现了味厚则泄的作用；乌头汤是气厚则发热的作用；猪苓汤是味薄则通等。《内经》也强调饮食药物就如一把双面刀，摄取得当，可滋养身体，但选择不当，摄取量过大或时间过长了，可损伤人体的形体、正气。从中启发我们循中庸之道，在日常饮食中，选择适合我们体质的饮食，不应过食辛辣温热之品或生冷寒凉的食物。在临床用药方面，更要注意辨证及中病即止。

节选中“阴味出下窍，阳气出上窍”对湿温病的治疗有重要意义。湿温病的病机是内外合邪，病居脾胃，病理是湿与热交杂，导致升降失调，表里不和。此时以“阴味出下窍，阳气出上窍”(即生发人体清阳之气，沉降人体的浊阴)的治疗原则，可收较好疗效。如治疗湿重于热的三仁汤就以杏仁、薏仁及苡仁来生清阳，降浊阴，使湿热之邪得以化解。

二、阴阳互根

“……阳生阴长，阳杀阴藏。阳化气，阴成形……故清阳为天，浊阴为地。地气上为云，天气下为雨；雨出地气，云出天气。故清阳出上窍，浊阴出下窍……。”

这一段节选讲述了阴阳的升降规律，更强调阴阳之间的互为根本、相互作用的关系。以自然界中的天地云雨为例，认为“清阳为天，浊阴为地。地气上为云，天气下为雨。”而天、云在上属于阳；地、雨在下属于阴。但是天气(阳)之所以能下雨(阴)，是地气(阴)被逐渐上蒸的结果，而蒸发地气又要靠天阳之气的作用；地气又是天降之雨积聚而成。从中阐明了阴阳之间的互根关系，即阳气可以化生阴津，阴津可以滋养阳气，也就是“阳化气，阴成形”。

对于阴阳互根的理论，《内经》还有不少论述，如“阴在内，阳之守也，阳在外，阴之使也”。而历代医家也有很多补充，如《景岳全书·补略》说：“以精气分阴阳，则阴阳不可离；以寒热分阴阳，则阴阳不可混。”“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳生而泉源不竭”。《医贯砭·阴阳论》说：“阴阳又各互为其根，阳根于阴，阴根于阳；无阳则阴无以生，无阴则阳无以化。《幼学琼林·夫妇》：“孤阴则不生，独阳则不长，故天地配以阴阳。”

这些理论，在临床指导用药上非常重要，

它指导中医应该如何去补阴、补阳。指出欲补阳气一定要加养阴的药，欲滋阴也要用一点补阳药，这样阴气、阳气才能得到更好的恢复。

如医圣张仲景的白虎加人参汤，组成有石膏、知母、粳米、甘草、人参，是治疗阳明经热盛阴津受损，口烦渴，饮水不解，不但有阴伤，而且有气虚的病症。方中用石膏清热，知母、粳米滋阴，再用人参、甘草补气。组方是根据阴阳互根的理论，有气虚津伤者以气能生津之理，在清热滋阴中加入补气药，以增加机体化生阴津的动力，从根本上解决问题。

张仲景的另一名方金匱肾气丸，就是六味地黄丸加附子、肉桂。后世把它作为补肾阳的代表方剂，治疗肾阳虚有畏寒、小便频数、腰膝酸痛、阳痿、早泄等症状，疗效很好。在这方中，张仲景补肾阳时不全是使用温补阳气的药物，而是运用了《内经》阴阳互根的理论，加了地黄、山茱萸、山药等具有滋养肝肾之阴的药，这就是在补阳时加入补阴之药，阳气就会得到更好地滋养而壮大。如果纯用补阳之药，不但阳气补不起来，而且气有余便是火，容易伤阴津，出现口干舌燥、大便干结、面生痤疮，甚至流鼻血等症状。

清代医家张锡纯对阴阳互根理论的应用也很出神入化。他创制的补大气名方“升陷汤”，治疗大气下陷证，表现为乏力，整日非常的困倦，动则心慌气短，胸闷，没有食欲，精神萎靡不振之症。这张方由黄芪，知母，桔梗，升麻，柴胡组成。方中重用黄芪来补气，轻用桔梗、升麻、柴胡等提气的药，再配伍了一味滋阴药知母，就是起滋阴以养阳气的作用。他在治疗治阴虚发热证时，也常常在滋阴清热的知母、生地配温补阳气的黄芪。

中医有一张治疗血虚的名方，由当归和黄芪两味药物组成的当归补血汤。这张方补血，但用量并不是以补血的当归大，而是以补气的黄芪用量大，且大于当归四倍，这就是取其阳能够生阴，气能够生血，阴阳互根之理。

三、《内经》理论在肿瘤治疗的应用

扶正培本在肿瘤的治疗中是一个非常重要的基本法则，不管是患者在西医治疗的任何阶段，中医都能配合应用此法。我的硕士生林洪生主任就非常注重此法，同时，她也强调临床应用时，必须辨别气、血、阴、阳孰盛孰衰，以阴阳互根，气血同源理论为导，注意保持机体的阴阳平衡。有血虚时当补血，同时也辅以补气之品以助生化；气虚时当补气，同时加补血之品以使气有所附。阳虚补阳时当加滋阴之品使阳得阴助而生化无穷，阴虚补阴时当加补阳之药使阴得阳生而泉源不竭。笔者秉承导师教诲，循气能生血之理，应用当归、阿胶这些补血药的同时，一定用黄芪、党参等补气药以调动人体自身的生化动力，间接生血。对有肾虚的患者，尤其是化疗中的病人，经常会选用女贞子、枸杞子及补骨脂这三味药。这三味药就是属于补肾阴及补肾阳的药，也就在于取阴阳互根之理。对患者平日的调理，我效仿山广志主任之法，常在应用黄芪来补气的同时，用玄参来滋阴以养阳气。有时，我会改用知母或效仿导师林主任应用麦冬或天麦冬。记得有一位脾胃专家，他是用大量的黄芪(至少二两)配伍熟地，用熟地来制约黄芪的温性，有时，我也会效仿他的用法。

在平日调理患者的方中，我喜欢加用一、二味理气药，主要是根据气行则血行之理，防止寒凉药或滋阴补血药滞胃，妨碍气血的运行。

四、读后感

第三次上《内经》课(博士研究生必修课，第一次是读专业文凭时，第二次是硕士研究生时)，让我感触良多，感叹自己从没有认真地重视《内经》这本宝典。教授要求每个研究生讲解一段《内经》，经过认真准备

分配给我的那段文后(即本文章的第一段)，才惊觉原来《内经》对饮食药物气味的阴阳属性及作用有很详细的论述。虽然在遣方用药时，笔者对导师的教诲有注意，但从没有认真思考药物的气味厚薄及药方所产生的运动趋向，只是肤浅地考虑药物的寒温之性及有时有考虑药物归经。因此，开方时总未能做到精简有效。对《内经》的理论，自己必须认真地研读，才能真正获益。

益气养血通络治疗化疗后麻痹的探讨

新加坡·林 英



肿瘤病化疗药物如铂类(顺铂、卡铂、奥沙利铂),紫杉类(紫杉醇、脂质体紫杉醇、多西他赛),长春碱类(长春新碱、长春花碱、长春瑞滨)等经用于治疗后,对周围神经产生破坏导致手脚麻痹的副反应,由于运动神经纤维周边的微细血管被闭塞,神经纤维缺乏养分,致使神经元、神经纤维受损,神经的传导能力和传导下降,导致手脚麻痹,主要以手指掌多、足趾及足底为多见,手足趾麻木、刺痛酸胀不适感往往造成生活上的诸多不便,如拿笔、扣纽扣动作不利,甚至手足趾刺痛烧灼感,足底如踩在海棉上或踩到沙粒感;大多可在数月或一年后逐渐减轻,但也有多年未能痊愈者

肿瘤病的治疗是场漫长的正邪之战,久病多虚多瘀,致气血脉络阻滞不通手足麻木不仁,外邪易乘虚侵袭;《素问·痹论篇》云:“营气虚,则不仁。”《灵枢》云:“卫气不行,则为麻木。”朱丹溪《丹溪心法·厥》附手足十指麻木,文中明确提到麻是气虚,木是湿痰死血;明代张介宾云:“痹症大抵因虚者多、因寒者多,唯气不足,故风寒得以入之;唯阴邪留滞,故筋脉为之不利,此痹之大端也”。

经络百骸,赖气以煦之,血以濡之,化疗后气血亏虚,气血生化不足,血虚不能养筋,肢体失于濡养,经络闭阻,手足发麻,面色苍白无华,口唇色淡,怕冷乏力,舌质淡,脉沉

细无力等症。中医药在治疗化疗后手脚麻痹起着相当大的疗效,能有效的促进气血生化,温通经络,从而缓解麻痹现象。

综上所述,化疗后手脚麻痹治宜益气养血通络;选药用黄芪益气温阳,鸡血藤养血行血、桂枝温通经脉;白芍养血柔筋,当归活血养血,与白芍合用,补血虚和营;赤芍、丹参养血活血通络;上肢麻木者,加桑枝、威灵仙、姜黄;下肢麻木者,加川牛膝、木瓜、狗脊。

金元时期李东垣《兰室秘藏》载神效黄芪汤“治浑身麻木不仁,或头面手足肘背,或腿脚麻木不仁,并皆治之”;《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》“夫尊荣人……但以脉自微涩,在寸口、关上小紧,宜针引阳气,令脉和紧去则愈。血痹阴阳俱微……外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之”。方剂的临症上还可选用当归四逆汤、补阳还五汤、独活寄生汤等随症加减。

由化疗药物所致神经毒性肢端麻痹现代医学尚未能有效的治疗,营养神经的药物,维生素B类等效果不理想;肿瘤病患正气已虚,经放化疗后气血耗损,以正虚调和营卫为本,若以化瘀祛湿通络为主多无显效,因而治疗化疗后手脚麻痹,必须重视调养气血,扶正固本,佐以化瘀通络,祛邪通痹,随症化裁,充分体现中医药治疗的特色,达到标本同治,解除麻痹之患。

治事勤慎、积极推展 慈善医疗的游杏南

新加坡·林 英



游杏南医师，出生于清光绪二十九年（1903—1975），福建省上杭县稔田乡化厚村人。随父游国煥习医，兼学易理。

1936年随兄南来星洲，悬壶济世；1946/1949年（光复后第一及第二届）考取同济医院医席，嗣后被聘为该院考选医师的主考官。游先生亦是新加坡中医师公会发起人之一，谢斋孙先生在《游校长杏南先生六十初度酬和集》序文中指，中医师公会创立之时，游杏南先生以总务身份挑起会务重担，一方面努力寻觅会所，一方面发动募捐工作，尤其努力为会员向祖国政府办理申请中医执照，填写百余份申请表格，常工作到午夜，以致过劳，感染肺病，还继续极力为会员服务，甚至年届古稀，不论大小会议，不论晴天或雨夜也扶杖出席，先生治事勤慎，具责任感，富正义心，对公会的会务领导，从不偏私，且宽宏大量，对事不对人，游先生历任中医师公会理事长。

中华医院与中医专门学校筹办阶段，面对

殊多困难，虽然积极参与的会员极为少数，游先生仍坚持推动，起草细则，在游先生的坚决推展下，并借助陈树歧医师将设立修德善堂义诊的经验，先于珍珠街中山会馆成立中华施诊所；中医专门学校筹划之时，也有好些问题，最终，在先贤的决心努力下，成立了“中医专校务委员会”游杏南先生负责教材编纂，且蝉联多届中医专门学校校长兼讲师及临床导师，尽心竭力，扶掖后进，现今中华医院及中医学院的成就，游先生居功不小。

在其他社团活动上，游先生参与南洋上杭同乡会的筹办，任首届及多届主席，历任客属总会，华群俱乐部，崇侨互助社等社团要职，星洲书店东主，星洲中国提炼药业公司董事经理。

09/3/1975游老息了世间的劳务，与世长辞，於3月14日在漳宜自度庵举行火葬，游老虽然已逝世，但其社会服务精神却使后人更积极努力发扬中医慈善医疗事业，提升服务素质。

先生公子九洲、竹洲、德洲、沧洲、冠洲都学有所长，贡献社会，其女公子爱莲、通莲、菊莲、水莲、锦莲、惠莲、凤莲、淑莲、红莲一门俊秀，内外儿孙满堂。

附 游杏南医案三则：

1. 陈X 约80岁 男

病史：西医诊断心力衰弱数年。

诊治：症见神情疲乏，承稍答一二语后，阖目如入睡然，夜不能入寐，身发奇痒，血压高涨，头晕痛甚，纳不进，便闭结，性急

躁，时发怒，舌干燥，苔腻浊，脉极弱，间时无脉然。

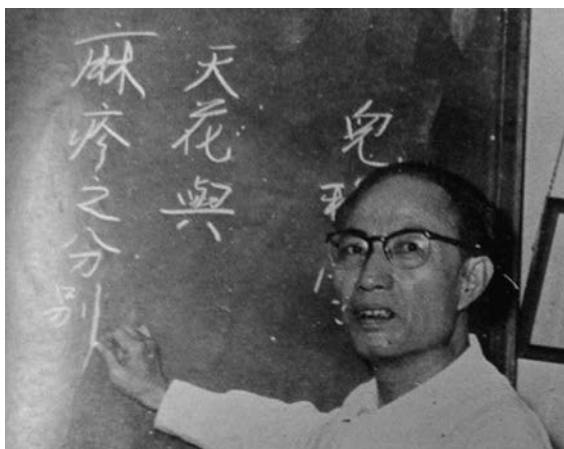
游老认为非急救心脏，无可挽救，即仿炙甘草汤法，加西洋参、鲜石斛、柏子仁、硃茯神、酸枣仁等强心安神之品。幸初诊方服二剂后，至第三日次诊时，即觉有转机，可以起床行动，夜能安眠，胃能纳食，嘱照原方再服三剂。第六日三诊时，其神疲力乏之情形，一扫而空，欣喜之情、溢于言表。嘱服生脉散合归脾汤长久调服，以竟全功。

游老认为，其致心脏衰弱之原因，总不离一个“虚”字，所谓“营卫俱衰”，“阴阳失调”之故。此即伤寒论所谓：“脉结代，心动悸；炙甘草汤主之”之证，但脉结，心动悸，杂病有见之，不专属于伤寒，然亦有并发之者。心动悸，即心悸亢进。脉结代，依旧说迟脉有间歇者曰结；歇止有定数者曰代。在新说，统称之曰不调脉。脉动根于心动，故心病与脉搏，有直接之关系。故医治心力衰弱病时，30年来在临床处方上都以“炙甘草汤”加减主之，无不应效。

2. 刘X 40余岁 男

诊治：患热利下重，已有二月余，曾经中西治疗无效，反而日见加重。口渴欲饮，腹候有热，里急后重，大便稠粘有血，下利一日夜间约有二、三十次，小溺黄，精神疲倦，舌紫而干，脉沉数。脉证合参，确系大论中所谓：热利下重，白头翁汤主之，加香连丸一钱送服，另煎马齿苋二两，煎汤代茶饮，嘱服二剂，至第三日复诊时，患者笑对余曰：先生之术，真神乎其技。今已存一日夜仅下利四、五次，小便清长，口亦不渴。再将前方去香连丸加阿胶二钱，炙甘草一钱，嘱服三剂，马齿苋仍照常作茶饮。第六日三诊时，病已痊愈。

游老认为：有人认积滞不消化为痢疾之重大原因。有无积不成痢之口号；故治痢之方，无有不用大队消导药者。殊不知消化作用，在胃与小肠；果有积滞，其病当在消化管之上



部，决不及直肠。痢疾以里急后重为主证，病位在直肠，如用消导之品，则攻伐无过而已。白头翁汤无一消导药，但与清热排毒，恰合赤痢及直肠炎之病理。

3. 刘X 女

诊治：下利不止，便脓血，小便不利，少腹微痛，手足微冷，胸腹有白色小水泡，细视始见，俗所谓白痞也。已有月余，舌苔非常垢腻，脉非常沉细。治以温中固脱之桃花汤加附子一钱，阿胶二钱，仙鹤草四钱，增干姜至三钱，两服而血止，下痢减，调治十余日，照原方加减，竟获痊愈。

游老认为：此等症候；即钱潢氏所谓：“见少阴证而下利，为阴寒之邪在里，又兼湿滞下焦，大肠受伤；故皮折血滞，变为脓血，滑脱下利等”。方中赤石脂，温固敛涩，具吸著之特性，干姜温散下焦之阴寒，粳米具滋养和缓之作用，更增石脂吸着固摄之效。

参考文献

- [1] 陈鸿能 《新加坡中医学院已故院长评介》新加坡中医学院40周年纪念刊 P70
- [2] 游杏南 《医案三则》中医专门学校第七、八届高级班毕业刊 P51
- [3] 谢斋孙 《谢斋孙医学文集》P251-252 新加坡中医学院毕业医师协会出版 1998
- [4] 新加坡中医公会成立五十周年金禧纪念特刊 《已故有功元老简介》P52

一场写意又精彩的 针灸研习盛会 台中新加坡针灸 临床高级研修班纪行

新加坡·王美凤

踏入2015年一月中，60位医师“兵分几路”，带上一颗欢乐心，从新加坡直飞到台湾台中参加三天的新加坡针灸临床高级研修班。

一出台北机场，就受到中国医药大学负责人的迎接，还安排大家就地拍张团体照留念，再把大伙送上了豪华大巴，一路南下，送到台中，入住台中仁美饭店。

由于午时已过，大家把行李给送入客房后，就迫不及待往外跑，找吃填饱肚子。

哇塞，酒店的地点够棒，离开要上课的中国医药大学很近，沿商店街步行，约需步行10—15分钟。沿途景色精彩纷呈，有大小食肆，也有大百货公司、诚品书店、星巴克咖啡座、泡泡茶座、7-eleven、蛋糕店等，四周又有小巷贯穿，而且“路路通”，好“料”就隐

藏其中；你可在这些小巷子找到道地的四神汤、豆浆早餐、素食卷等街边小食和台中鲜美非常的蚝粥等，也可加入人龙，排队买百年老字号的猪肉包。

另外还有书店、医疗用品店、老招牌药店、水果店、太阳饼店...，真时一路吃不尽，买不完，晚上又可到两三个夜市去溜达，够写意。

写意之余，白天重点“节目”——研习课，安排可也不错。

三天来，大家会先到酒店用早餐后，再三三两两结伴，迎着微冷的凉风，步行到中国医药大学。

中国医药大学，屹立在繁忙大路口，巍峨壮观，楼前车来车往，人群熙熙攘攘，楼后则是幽宁的天地，广阔的雕塑园地，草药园区，并与解剖室，医院连接。参加研习班的医师们，就在庞大的讲堂，或又在挤挤一堂的大会议室，聆听教授，主任医师的讲解和示范，午餐又一起吃饭盒，喝养乐多，学习饭后环保，当下很有当学生的幸福感！



部分参加研修班的医师在中国医药大学门前留影。

放血 改变经络气血运行不畅的病理变化

说到研修课，通过不同的讲题，各有收获。

中国中医药大学中医系教授和主治医师，台湾针刀学会理事长高宗桂开首炮，在“古代铃医刺络放血法的现代临床应用”课题下，从“病在脉，调之血；病在血，调之络”理论开展，说明放出恶血，辟浊气，通经脉，调血气，改变经络中气血运行不畅的病理变化，从而达到调整脏腑、经络、气血的功能，提醒大家放血不限疔疮，痈等外科病。而且不只可应用在痛症、实证、热症，就是一些虚症和局部有气血瘀阻征象也可用之。

至于放血取穴，他建议应选用多气多血经络或奇经八脉，比如腰痛，从委中穴放血。

下午，中国中医药大学附设的医药中医妇科主任苏珊玉中医师则主讲“针灸与埋线在肥胖病的应用”，并现场示范穴位埋线，让不少医师开了眼界。

针灸治癌症肿瘤的临床运用 根据经络与脏腑在病理上相互影响原理

第二天，中国中医药大学中医学院兼任教授张世良医师主讲“针灸于癌症及肿瘤病患的临床运用”。他先解释针灸治疗肿瘤，是根据经络与脏腑在病理上相互影响的原理，在穴位部位进行针刺和艾灸，运用补泻手法“通其经脉，调其血气”，达到以下的作用：

(1)提升机体的免疫功能：针刺能提升恶性肿瘤患者T淋巴细胞及其亚群的百分率，而近年更发现针刺提升LAK细胞的活性，为针刺治癌症的有效性提供充分有力的肿瘤免疫学证据。

(2)镇痛：针刺就是促进细胞“开闸门”，向上传导信号中枢神经，以减痛。

(3)减轻药物的反应：针刺和药物一样，可以调节细胞组织的生理生化功能，维持人体机体脏腑处与良好状态，使肿瘤患者能坚持完成放疗和化疗。

当天，张教授除了列明癌症常见症状的整体取穴和对症取穴外，现场还以火针、点



刺、围刺、手法治疗良性的脂肪瘤，吸引大家的围观。

跳动穴 提高某些疗效的特定方法

中国中医药大学附设医院副院长，中医学系系主任孙茂峰医师则主讲治疗软组织疼痛的特殊手法——“跳动穴在运动伤害(筋出槽)的临床运用”。他指出，跳动穴是指针得气后，在一定手法的配合下，使肢体跳动或肌肉抽动的穴位，目的是刺激部位(即穴位)的运动神经纤维(神经末梢)，产生肌肉跳动或抽动(这也是针灸得气的标志)，使之成为提高某些疗效的特定方法。

但并非每个穴位周围都有神经末梢，一般有神经纤维集中容易产生跳动，这些穴位有尺泽、曲池、合谷、三阴交、阴陵泉、血海、承扶、阴门、委中、次边、环跳、阳陵泉、光明、照海、太溪。

消除激痛点 缓解肌膜痛症候

孙医师也给大家指出：肌膜痛症候群是由激痛点所引起，而这激痛点则又与中枢神经系统交互作用，所以治疗时，可通过伸展，牵拉，矫正手法，消除激痛点，缓解疼痛。

此外，他也示范阿是穴斜刺治疗肌肉损伤，如颈六针，腰八针，使条索状软化，缓解疼痛。

中国中医药大学中医学系兼附设医院针灸科李育臣医师主讲的“针灸对脑中风急性期之治疗”，是从西医学的角度分析中风后遗症和其他并发症的症状的取穴，同时也提倡药物，穴道指压，推拿的整体治疗。

八卦五行阴阳针法 治疗四肢常见运动伤害

前长庚医院和前高雄义大医院中医骨伤科、针伤科主治医师罗明江在最后一课给大家讲解“针伤并用治疗四肢常见运动伤害”。他表示除了通过伤科的各类手法，用药，还可配合八卦五行阴阳针法的针灸手法调经络气血来改善疾病。

所谓的八卦五行阴阳针法，只见罗医师示范，即从外而内，先以八卦围刺，再进行五行斜刺，最后45度角阴阳刺，这样的针法，引起大家一阵骚动。

美好的时间总过得很快，短短的三天课，让大家建立珍贵的情谊。谢师宴上，大家除了举杯向主办研修班的教授、讲师、郭院长，委员们干杯致谢外，我们这群平时难得一聚的医师，纷纷你敬我，我敬你，饮胜之声，欢乐笑声不绝于耳。

以来自海外的大团队 出席第四届亚洲针灸高峰论坛

这次参加的研细班的医师们，也顺道在研习班结束后参加2015第四届亚洲针灸高峰论坛——“二十一世纪针灸医学再认识”。

这场高峰论坛，由中华针灸医学会主办，在台中裕元花园酒店举行，共有来自中国南京、北京、台湾、美国旧金山的中医参与，我们团队由针灸学院院长郭忠福率领，是会场上来自海外的最大团队。

这次共有中医界著名的教授和专家发表的17篇论文，大家相互交流各过针灸临床与研究进展，比如来自南京的中国针灸学会临床分会主任委员的徐彬提出“双向雕节：临床不确定性的针灸认识？”；北京世界针灸学会联合会主席刘延保主讲“提高针灸临床疗效的体会与思考”；台湾中国中医药大学中西医结合研究所所长“针灸抗癫痫基础研究与临床观察”。

新加坡方面，共有四位医师发表研究心得，他们是：中医师公会秘书长梁桂贤主讲“《易经》与现代针灸学；中华针灸研究院副院长谢淇盛主讲“以十二筋经位主针刺治疗漏肩风的临床体验”；中华针灸研究院秘书陈蓓琪主讲“体针治疗单纯性肥胖病临床文献品质评价及施治规律探讨；中华针灸研究院委员王丽

玲主讲“针灸结合治疗新加坡类风湿关节炎的临床探讨”。

由于这次发表的论文，有不少是从西医科学研究出发来探讨中医，故有短兵交接的提问，激发不少精彩的讨论火花。

这次的台中研修班，惬意又精彩，感觉不枉此行。



谢师宴上主宾济济一堂，同欢共乐。

分享栏目

董氏奇穴五言歌

新加坡·陈蓓琪

前言

董氏奇穴针灸学是董氏先祖创立的独具特色的针灸体系，内容博大精深，包含针法甚广，诸如耳针、头皮针、手针、倒马针、放血疗法等，内容不但丰富异于传统，且治法简便而疗效显著，盛行于台湾和海外的一种特殊的针刺方法。董氏奇穴非一方一法，一穴一术，乃是自成体系的针灸流派。它以《黄帝内经》为理论基础发展而来。形成至今已有数百年的历史。

董氏奇穴内容计有七百四十余穴，分别散布在手，臂，足，腿，耳及头面等处，虽不若十二经络之循环不断，相接无端，但亦有一定的脉络可寻，规律而简单，主要可分为十二部分。指部【一一部位】，手掌部【二二部位】，

小臂【三三部位】，大臂【四四部位】，足趾【五五部位】，足掌【六六部位】，小腿【七七部位】，大腿【八八部位】，耳朵【九九部位】，头面【十十部位】，【前胸部位】，【后背部】。

近来中华针灸研究院举办了“董氏针法小组”来进一步探讨和交流董氏奇穴针法的内容及临床经验，我在网上找到一篇《董氏奇穴五言歌》，在此与大家分享，希望对大家有帮助。

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！

董氏奇穴五言歌

尿急频频袭，海豹木妇松。或是取肾关，乃叹指下宏。
 隐恙生殖器，下三黄为通。妇科与还巢，堪笑子宫痛。
 兼开输卵管，祛瘤在子宫。何惧赤白带，持针治阴肿。
 久年不见孕，金针二穴耸。细细查经痛，特效门金中。
 半身有不遂，灵骨大白用。或针九里穴，倒马妙无穷。
 昏迷不得语，二会灵骨雄。舌强不能语，商丘正会通。
 四肢见颤抖，肾关复溜从。取穴兼明黄，何曾见平庸。
 对侧重子仙，中风手挛泷。血压高昂时，何不点委中。

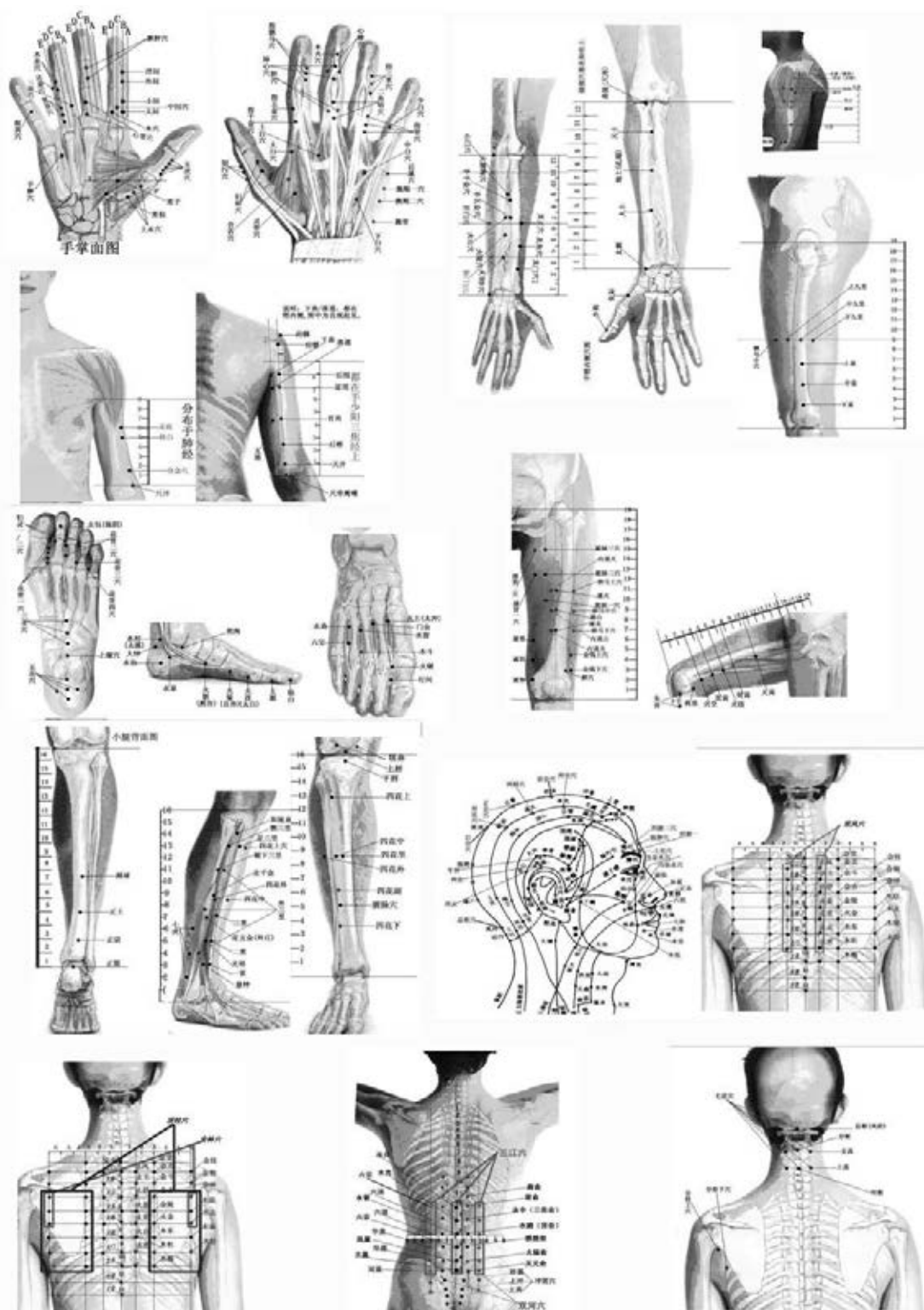
下三黄通天，四肢何浮肿。黄疸上三黄，医症若雕虫。
风疹耳背血，驷马九里功。失眠下三黄，镇静二穴封。
高热针大白，五岭亦可充。酒醉耳环血，正本莫飞彤。
癫痫金吉陵，疗症自勿容。鼻塞侧三里，一针气息通。
上下静脉血，静脉瘤开壅。血管有硬化，委中血自涌。
四花中与外，亦可称上工。激增白血球，三黄业绩丰。
睡中听咬牙，四花下针洪。精神疲倦久，鼻翼指下逢。
两手见拘挛，泻曲针肾关。坐骨神经痛，灵骨大白兼。
若是大腿痛，金林血针连。脚部常抽筋，正筋指下看。
足跟疼痛症，且将委中拦。亦疗难行处，患者言腿酸。
复治踝扭伤，功效不等闲。腿软兼心跳，肩中与通天。
脚麻外驷马，对侧肩中添。膝盖疼痛久，三金结善缘。
或可针肩中，拂云见欢颜。脚痛不履地，对侧九里玄。
大腿风湿痛，同在一针间。脚痛背心血，双凤尤关连。
小腿胀痛酸，次白抱针眠。精枝如放血，何惧疾恙顽。
背面倘出血，笑指两腿酸。脚掌脚背痛，五虎四与三。
或是单背痛，重子与重仙。常遇双背痛，正士搏球先。
背连下腿痛，马快水应验。脊椎有疼痛，委中成方圆。
问症心绞痛，火包黑血灵。心跳如过速，心门为俊英。
肝炎针肝门，明黄症应停。尤言添肠门，其效医者惊。
胆石疼痛症，木枝堪安宁。四花中外血，肺部胀闷轻。
肺部有结核，四花外与中。尔后针驷马，青囊成遵经。
咳嗽与气喘，水金水通名。胃痛花外中，通关通山清。
呕吐总枢穴，脾大针三重。三通肾胃背，肾炎情独衷。
兼疗水湿盛，堪笑周身肿。膀胱肾结石，马快水中松。
通天一针效，证候名水肿。肠炎门金穴，盲肠四花功。
内踝三阴交，肠疝去无踪。大小中外浮，五间亦奇功。
侧三侧下三，取穴并肾关。留针三刻钟，头痛应会痊。
五岭若点刺，即可立时缓。耳痛偏头痛，四花外三重。
点刺出积血，豁然病无踪。前头火菊用，顷刻见轻松。
头晕血压高，五岭血针通。尔后针火硬，竖子去匆匆。

灵骨偷针眼，交刺效如仙。双目瞑瞑闭，肾关火菊牵。
 视物若模糊，明黄舞翩翩。眉棱骨处痛，火菊指下捻。
 夜盲医夜盲，其效不堪言。见风如流泪，木穴见中天。
 鼻部各处症，驷马皆流连。若医酒糟鼻，正本血出痊。
 外踝四周血，堪疗中耳炎。耳鸣泻驷马，尔后补肾关。
 梅核劳宫后，咽痛血耳先。鱼骨倘刺喉，足下千金添。
 颈痈从何治，三重并六完。亦可三重血，承扶与秩边。
 项痛与项强，正筋正宗兼。疔腮耳背血，落枕重子前。
 再针承浆穴，金针名下传。手指有麻木，复溜与肾关。
 若然食指痛，四花中穴添。或取五虎一，亦见医名玄。
 侧三侧下三，医者疗手酸，并治腕关节，疼痛复无言。
 症见中指(趾)麻，通山与通关。
 手指关节痛，五虎一堪选。特效诚如是，兼疗腱鞘炎。
 手臂不得举，对侧针肾关。同侧四花中，疾恙去豁然。
 手痛难握物，列缺功效罕。亦可重子穴，倒马针重仙。
 曾言左臂痛，特效在膝眼。肘部关节痛，灵骨必有验。
 或取四花中，济世将壶悬。曾闻手抽筋，对侧针火山。
 皮肤诸多症，驷马一针同。

董氏奇穴针灸取穴少，见效快，治疗范围广，对各种痛症、面瘫、鼻炎、哮喘、胆囊炎、慢性胰腺炎、结肠炎、耳鸣、耳聋、带状疱疹、丹毒、不孕症、妇科病等等，均有意想不到的疗效。如重子穴治久年背痛立竿见影，十四经穴无出其右者；又如肾关穴治尿频；木穴治鹅掌风；妇科穴治不孕症；驷马穴治过敏性鼻炎及多种皮肤病；正脊穴及上三黄治各种骨刺；通关、通山、通天配合刺血针法治疗病毒性心肌炎；下三皇治糖尿病；制污穴治久年恶疮不收口；叉三穴配足三重治暴聋；侧三里、侧下三里治三叉神经痛均有特效，屡验不爽，不一而足。

运用董氏奇穴有两个层次：第一层次，掌握一些特效的招式，形成一系列疑难专科病的标准化治疗方案。董氏先祖为我们留下了非常丰富的卓有成效的治疗经验，必须首先掌握。第二层次，由董氏奇穴完整的实践及理论体系切入，参透针道原理，把握一身阴阳规律，形成以静制动、以不变应万变的整体思维模式，这样，才能在面对复杂的临床问题时，游刃有余，从容不迫，找到最佳治疗对策。

可以说，董氏奇穴将中国传统针灸之精粹发挥得淋漓尽致。为学者须沉潜入微，真积力久，方可慧然独悟。



董氏（奇穴）針灸彩色穴位圖譜



《新加坡中医杂志》是新加坡中医师公会主办、国内外公开发行的专业性学术半年刊。编委群旨在与时俱新，反映新世纪、新年代、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、创新性及实用性的三性一体的新加坡品牌杂志。

《新加坡中医杂志》来稿要求：

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

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

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

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

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

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

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

来稿请注明《新加坡中医杂志》寄至：

新加坡中医师公会宣传出版组
640 Lorong 4 Toa Payoh,
Singapore 319522

或电邮至 assoc@singaporetcm.com



1946年新加坡中国医学会成立(中医公会前身)。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 2015年6月30日

顾问 赵英杰

编印 新加坡中医公会

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

ISSN 0219-1636



新加坡中医公会

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

