

新加坡中醫雜誌

39

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

12月 / Dec 2015



中華醫院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



Singapore Chung Hwa Medical Institution

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友：

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

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

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

Dear Friends,

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

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

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

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

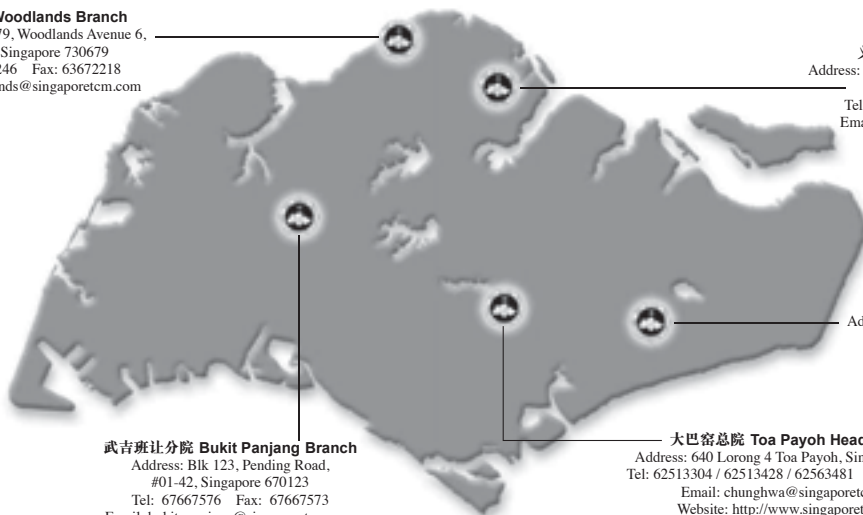
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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

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

武吉班让分院 Bukit Panjang Branch
Address: Blk 123, Pending Road,
#01-42, Singapore 670123
Tel: 67667576 Fax: 67667573
Email: bukit_panjang@singaporetcm.com

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



新加坡中医眼科史

1. 中医眼科在新加坡的发展 — 新加坡·林秋霞p02-04

综述

2. 脑卒中早期头针结合热休克介入治疗最为有效新途径 — 新加坡·佃仁森p05-08

临床

3. 许跃远象脉学学习心得 — 新加坡·李明妹p09-11
4. 类风湿性关节炎患者妊娠期的治疗省思 — 新加坡·蔡松均p12-14
5. 拮抗肌运动点电针治疗脑卒中后上肢痉挛的临床研究 — 中国·程亭秀p15-18
6. 加味左归丸治疗骨病临床应用举隅 — 新加坡·赵刚p19-20
7. 妙用“连皮老姜”医疗个案 — 新加坡·吴荣贵p21-23
8. 气功治疗阳痿病探讨 — 新加坡·李保卿p24-25
9. 针灸治疗胸痹症 — 新加坡·杨昌志p26-29
10. 临床引用“治风先治血”原则治疗皮肤病例探讨 — 新加坡·黄春祥p30-32
11. 曹田梅教授伤寒条文活用于临床验案探讨 — 新加坡·郑晓佳p33-39
12. 浅谈中医药治疗多梦证 — 新加坡·卓扶蓉p40-44
13. 痹症中医治疗法 — 新加坡·陈昆宁p45-47
14. 浅谈多囊卵巢综合征中医证治 — 新加坡·陈金凤p48-49
15. 惊恐中医证治 — 新加坡·罗爱月p50-52
16. 浅谈脂肪肝 — 新加坡·闫立群p53-56
17. 骨盆移位综合征的针灸治疗 — 新加坡·翁亚庆p57-58
18. 跳动穴——尺泽、曲池治疗肘关节疼痛 — 新加坡·赵宝芬p59-60
19. 浅谈前列腺增生 — 新加坡·蔡瑞和p61-62
20. 成人自闭症一例 — 新加坡·冯启发p63-66
21. 糖尿病湿热证的辨治研究/新加坡中华医院糖尿病研究组 — 黄欣杰p67-69

理论探讨

22. 胃病辨证论治外要略 — 中国·汪红p70-71
23. 论痰瘀 — 新加坡·曾玉珠p72-75
24. 《内经》气机学说在胃食管反流病辨证治疗中的应用 — 新加坡·何宇瑛 中国·沈洪p76-79

新加坡杏林人物志

25. 远图长虑、倡议成立医院及医校的黄南寿医师 — 新加坡·林英p80-81

学术交流

26. 中华医院主办中国深圳延续教育培训 — 新加坡·廖娇治p82-83
27. 2015国际中医药肿瘤联盟专家论坛 — 新加坡·林英p84-85
28. 第十二届世界中医药学术大会 — 新加坡·凌鹰p86-89

知识库

29. 分享栏目贺普仁临床常用对穴30组 — 新加坡·陈蓓琪p90-96

中医眼科在新加坡的发展

新加坡·林秋霞

前辈医师李金龙医师在2002年，经河北省人民医院中医部张彬教授的引荐，首先将庞赞襄的四穴八针眼科针刺法引入新加坡，为新加坡中医眼科奠定了基础，并让新加坡眼科病人第一次接触中医眼科针刺的疗效。李金龙医师在2008年逝世之后，其门下弟子及学生一直追随李金龙医师的意愿，继续往中医眼科发展而努力。2008年8月，为了宣扬中医眼科，专科中医研究院主办并邀请韦企平教授来新加坡主讲“眼科中医优势的临床治疗经验和进展”，这也是新加坡中医第一次有系统地接触有关中医眼科知识，开启了中医眼科发展之路。

李金龙的学生林秋霞医师，遵循恩师生前之理念，积极地往中医眼科发展，在2008-2010这3年里，时常赴京拜访韦企平教授，向他学习中医眼科精髓，并在2011年3月，被北京中医药大学中西医结合临床(眼科)统考录取，成为韦企平教授唯一的海外博士生。

2011年5月，林秋霞医师在新加坡中华医院设立中西医结合眼科部门，引进基本眼科仪器设备，成为新加坡第一间设立中医眼科部门，及具备眼科仪器的中医院，给予病人中西医结合的眼科治疗，广受病人欢迎。

2012年9月，韦企平教授指导林秋霞医师设立临床课题，并传授临床经验方“杞菊甘露饮”，在新加坡中华医院招收90位病人，进行“杞菊甘露饮配合针刺治疗肝肾阴虚干眼症的临床研究”。

方法：2012年10月—2013年8月在新加坡中华医院(Singapore Chung Hwa Medical Institution, SCHMI)眼科组就诊的干眼症

患者89例(178只眼)，年龄40~70岁，身体健康无其他眼疾，无吸烟史，无接触镜佩戴史。所有患者的标准干眼症测试量化评分(Standard Patient Evaluation of Eye Dryness Questionnaire, SPEED)为阳性，辨证为肺肾阴虚。随机分为组1(杞菊甘露饮组)44例和组2(杞菊甘露饮配合针刺组)45例。两组均口服杞菊甘露饮，组2加针刺治疗。疗程均为30d。在此临床实验中，采取右眼为主观察眼。结果(1)泪液分泌试验(Schirmer I test, SIt): 组1治疗前后有统计学差异($z = -2.050$, $p = 0.04$)。 (2)泪膜破裂时间(tear break-up time, TBUT): 组1治疗前后统计学有显著差异($z = -7.013$, $p = 0.000$)。 (3)总有效率: SPEED, 组1: 54.4% 组2: 53.3%。视觉模拟量化评分(Visual Analogue Scale Score, VAS)的总有效率是组1: 61%, 组2: 55.5%。中医肺肾阴虚积分的总有效率是组1: 68.18% 组2: 71.11% (4)临床疗效积分评估: SPEED, 组1疗效积分 3.58 ± 5.40 , 组2疗效积分 4.40 ± 7.82 。两组疗效积分上无统计学差异($t = -0.520$, $p = 0.604$)。视觉模拟量化评分(VAS)的疗效积分: 组1疗效积分 24.01 ± 23.99 , 组2疗效积分 22.70 ± 24.33 。两组疗效积分无统计学差异($t = -0.252$, $p = 0.802$)，中医肺肾阴虚症状的疗效积分: 组1疗效积分 3.76 ± 6.04 , 组2疗效积分 4.50 ± 5.81 ，两组疗效积分无统计学差异($t = -0.205$, $p = 0.838$) (5)短期巩固疗效评估: 在停止治疗后的第2, 第4个月的评分; SPEED, 组1治疗前 12.86 ± 4.59 , 2个月后 7.21 ± 4.15 , 4个月后 10.70 ± 5.96 , 治疗前与4个月后有统计学差异($t = 2.49$, $p = 0.017$) 组2 治疗前 14.32 ± 5.74 ,



2012年新加坡卫生部长颜金勇先生在“第10届亚细安中医药学术大会暨第3届亚洲针灸高层论坛”会上颁发荣誉奖牌给韦企平教授，感谢他为新加坡中医眼科发展所作的贡献

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

在韦企平教授的协助下，新加坡中华医院完成了以上有史以来第一次的临床科研课题，也是新加坡中医眼科展开第一次临床科研研究的记录。

2012年12月15-16日，新加坡中医师公会邀请韦企平教授来新加坡参加“第10届亚细安中医药学术大会暨第3届亚洲针灸高层论坛”当主宾及主讲人，发表“现代中医眼科名家暨韦氏中医眼科学术经验简介”，并由新加坡卫生部长颜金勇先生在会上颁发荣誉奖牌(见照片)，感谢他为新加坡中医眼科发展所作的贡献。颜金勇部长也在会上宣布卫生部会拨款300万坡币充当中医科研基金，以推动有关中医科研在

新加坡的发展及实践。

2012年12月19-21日，新加坡中医师公会属下的新加坡中医学院在大会后邀请韦企平教授主讲《中医眼科》课程，受到新加坡注册医师及新加坡中医学院的在籍学生的广泛欢迎及回响。

2014年1月2日，新加坡中华医院正式聘请韦企平教授为眼科组顾问，给予眼科组指导及培训。

2014年5月15日，林秋霞医师完成在新加坡中华医院的临床课题“杞菊甘露饮配合针刺治疗肺肾阴虚干眼症的临床研究”并通过北京中医药大学博士论文答辩，获颁中西医结合眼科医学博士学位，成为韦企平教授门下的唯一外国博士，并正式成为他的海外学术继承人及宣扬者。

2014年10月6日，林秋霞医师代表新加坡中华医院联合新加坡眼科研究中心申请新加坡卫生部中医科研基金，成功地在众多申请者中突围获颁新加坡卫生部给予的第一次中医课题研究基金，以中西医结合方式，对150位病人进行以滴眼液、滴眼液+杞菊甘露饮、滴眼液+针刺的临床课题研究。科研课题基金获新加坡卫生部拨款约坡币30万(150万人民币)进行三年的科研。

2015年3月20-26日，新加坡中华医院邀请



2015年3月，韦企平教授被新加坡中华医院邀请来新加坡，指导中华医院眼科组工作，诊后同部分眼科组组员及中华医院医务主任林英医师(站立右2)合影。

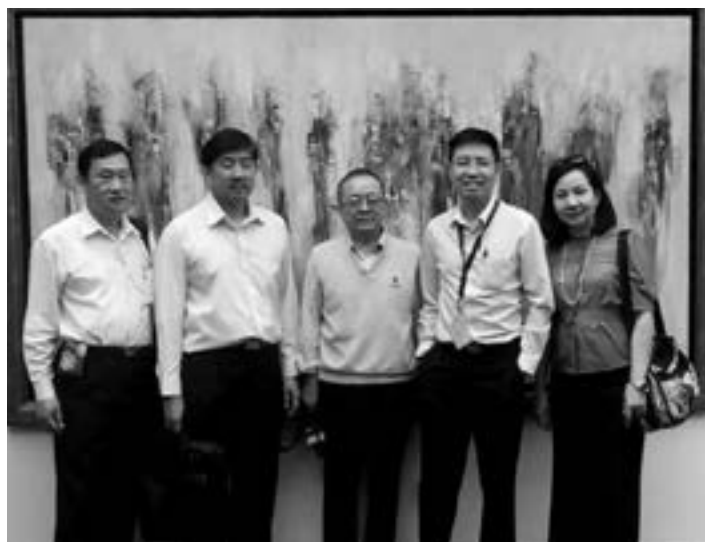
韦企平教授来访，主讲《中医眼科在临床的优势》、指导新加坡中华医院中医眼科临床、访问新加坡眼科研究中心(见照片)并在 新加坡中华医院举办具规模的中西医结合工作坊，指导中医师了解操作及应用临床基本眼科仪器的使用及检测值的解读，广受新加坡中医师欢迎。

2015年3月-7月，林秋霞医师继承韦企平教授师训，积极地向新加坡西医眼科界、视光学界宣扬韦氏中医眼科，期间除了远赴马来西亚槟城出席大会宣扬中医眼科，也成为新加坡视光学师管理委员会旗下的继续教育导师，向注册的西医眼科医生、视光学者、配镜师传达中医眼科知识，定期主办中医眼科讲座，迄今为止，已经进行了20场有关中医眼科的讲座。

新加坡中华医院眼科组在韦企平教授的指导下，也逐渐成为新加坡中医眼科的发展重点，病人日愈增多，平均3小时内看诊人次达50-60位。所看病种也逐渐复杂多样化，除干眼、飞蚊症、黄斑病变、青光眼等，近期也开始收录很多有关白塞病、巩膜炎、葡萄膜炎、视神经炎、视神经病变、及视神经萎缩等的成功病例。



2015年韦企平教授在新加坡中华医院培训医师有关中医眼科的继续教育课程



2015年3月，韦企平教授访新加坡眼科研究中心，由新加坡眼科研究中心首席研究员，高级顾问医生童学天教授接待。由右至左：林秋霞博士，童学天教授，韦企平教授，中华医院总监许文楷医师，中华医院医务主任林英医师



2015年3月，韦企平教授在新加坡举办眼科工作坊一景。在这工作坊里，新加坡中医师有机会接触及了解基本眼科仪器的操作及用途，包括裂隙灯、眼压器、视野扫描、OCT 扫描仪器等等



脑卒中早期头针结合热休克介入治疗最为有效新途径

新加坡·佃仁森

【摘要】缺血性脑卒中发病机理复杂，其中大脑中动脉是缺血性脑卒中中最常被累及的血管，具有发病率高、死亡率高、致残率高的特点，是目前严重危害人类健康的主要疾病之一。热休克蛋白(heat shock protein, HSP)广泛存在于人、动物、微生物和植物的细胞中，是一类在遗传上高度保守的分子，能保护细胞并促进细胞对各种刺激所造成的损伤进行自身修复，具有重要的生物学功能。本文将对脑卒中早期头针结合热休克介入治疗的机理，进一步更深一层的探讨为临床实践上提供最为有效新途径的理论依据，并可望对目前许多难治性疾病的治疗带来新的曙光。

【关键词】脑卒中；头针疗法；热休克；机理

脑卒中是由于脑血液循环障碍导致缺血性脑损伤，其中缺血性脑卒中为脑卒中最常见的类型，占脑卒中的87%，具有发病率高、死亡率高、致残率高的特点，是目前严重危害人类健康的主要疾病之一^[1]。缺血性脑卒中发病机理复杂，其中大脑中动脉是缺血性脑卒中中最常被累及的血管。当脑血流下降至15~20ml/100g(脑)·min⁻¹时，突触传递受阻，脑自发电和诱发电消失，脑功能出现障碍，当脑血流进一步下降至10~12ml/100g(脑)·min⁻¹时，脑组织出现形态改变，其中脑缺血后所致的炎症反应是脑组织受损的重要病理生理机制之一。就缺血性脑卒中而言脑组织表现为贫血性梗死，进而患者出现偏瘫、偏盲和偏身感觉障碍^[2]。

近年来，在神经生物学、分子生物学等基础学科的发展，以及临床实践的不断探索，无论实验研究还是临床观察方面，有越来越多证据使人们认识到，中风病即使在后遗症期，中枢神经系统仍具有在结构上或功能上重新组织的能力，证实了先驱学者学说理论的科学性即中枢神经系统存在着可塑性机制^[3]。本文将对脑卒中早期头针结合热休克介入治疗的机理，进一步更深一层的探讨为临床实践上提供最为有效新途径的理论依据。

1 头针的选穴及操作方法

1.1 头针的选穴

头针的选穴很重要，头为诸阳之会，手

足六阳经皆上循于头面，督脉“上至风府，入于脑”。选穴是在头部2个腧穴的基础上引出的4条治疗线。顶中线：百会向前至前顶；顶斜1与2线：百会外斜下45°，长1.5寸；顶旁1与2线：承灵与正营连线，距顶中线旁开2.25寸；顶旁斜1与2线：承灵前外斜下45°，长1.5寸。配合体针为双侧的风池，患侧的臂臑、曲池、外关、涌泉、足三里、四强(经外奇穴)。

1.2 操作方法

患者坐位或卧位，采用0.35mm×50mm一次性无菌针灸针。常规消毒后顶中线于百会穴采用快速针刺入到帽状腱膜下层，然后使针与头皮平行刺入向前进针；顶旁线、顶斜1线、顶旁斜1线分3针刺入，施快速进针手法，以豪针0.35mm×50mm直刺25mm。

2 头针结合热休克的方法及应用酒精灯的机制

2.1 头针结合热休克的方法

临床依据诊断标准选择主要治疗穴位，依照常规进行穴位的消毒后，以毫针0.35mm×50mm直刺穴位25mm，穴位外针身须留最少1寸左右。然后采用酒精灯在毫针针柄上烧，烧至通红温度(约800℃)，针身温度(约530℃)，离火留针，间隔5min再烧1次。一般烧后患者会感到有一股热气透入体内直达头顶，这时颅内感觉舒畅，身体感觉有轻快舒畅。一般针刺5至10次，初时每天针1次症状缓解后3天针1次，10次为1疗程。

2.2 应用酒精灯的机制

酒精灯是化学实验中经常使用的热源，它通过燃烧灯内的酒精为其它化学反应提供所需要的热量，加热温度可以达到400~5000℃。酒精灯的火焰可以分为3部分：焰心、内焰和外焰。焰心是比较暗的部分；内焰是最明亮的部分，呈黄色；外焰颜色比内焰淡，而且常飘

忽不定。一般认为酒精灯火焰温度在500℃左右，并且焰心、内焰和外焰的温度依次增高，其理论依据是：外焰燃烧充分，温度最高。因此在要用到酒精灯加热的实验中，都强调要用外焰加热，使用酒精灯给物质加热，受热物质的温度一般能达到4000℃左右。

3 讨论

3.1 头针治疗区的作用机理

头为诸阳之会，手足六阳经皆上循于头面，督脉“上至风府，入于脑”。六阴经中则有手少阴与足厥阴经直接循行于头面部，其余阴经的经别合入相表里的阳经之后均到达头面部。因此，人体的经气通过经脉、经别等联系集中于头面部，依此确定治疗原则为行气活血，调神通络，并采用针刺治疗。首先强调头针选穴的重要性，取头部四条治疗线(顶中线、顶旁线、顶斜1线、顶旁斜1线)均属督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经三阳经，百会位于巅顶，属督脉之要穴，又为手足三阳经与督脉之会，统领一身之阳，内系于脑，正营为足少阳与阳维之会，所以这几条治疗线所形成的穴位其经脉从头至足纵贯全身，具有统调一身阳气、开窍醒脑、调神通络的功能。阳主动，阴主静，中风肢体运动障碍，其病在阳，故在阳脉上透刺，施以热休克法催气，能鼓动头部经气的运行，通达全身经络系统，而起到行气活血、调神通络的治疗作用^[4]。

3.2 激发脑的可塑性和功能的重组

头针疗法是在头部特定的刺激区，运用针刺治疗疾病的一种方法，临床常用于脑源性疾病。顶中线、顶旁线、顶斜1线、顶旁斜1线是人体运动区在大脑皮层的功能定位区，刺激该区能改善肢体的运动功能及恢复，舌肌，咽喉肌的功能；顶旁1线，顶旁斜1线分别主治上、下肢的运动障碍。针对病情针刺头部相应刺激区，经CT检查证明能促

进病变早期的脑血肿吸收和脑水肿消退,激发脑的可塑性和功能重组(Brain Functional Reorganization, BFRO)^[5]。中风早期因为缺血半暗带的损伤、脑组织的水肿、出血和血压的改善,部分神经元功能的恢复,可出现早期脑功能快速恢复。

3.3 调节血流变纤溶系统

现代研究证明^[6],针刺治疗脑卒中具有扩张血管和加速血液运行,降低血液黏稠度和细胞聚集,改善微循环,增加脑血流量,改善脑组织的缺血、缺氧,促进脑血管侧枝循环的建立,减轻脑组织的损害。同时,针刺有促进纤溶系统活性增加,使纤维蛋白原含量减少的作用,有利于出血部位的血块溶解吸收。有报道^[7]头皮针可明显促使纤维蛋白降解,使血黏度明显改善,降低胆固醇及血脂,从而降低红细胞聚集性及血小板黏附而改善微循环,消除梗死后的占位效应。其机理,目前尚缺乏充足的论据,推测是否与头皮针刺刺激致使血管系统舒张,促进侧支循环的建立,改变了缺血缺氧状态,从而改善了红细胞的变能力,使血黏度随之下降有关。用针刺调节机体内源性的纤溶系统功能,可改善缺血灶的微循环状态,加速侧支循环,使缺血半暗带的神经细胞迅速恢复血供,也能使偏瘫、失语等功能障碍的症状尽早改善和恢复。

3.4 热休克的相关理论

1962年,遗传学家Ritossa^[8]发现果蝇的唾液腺多染色体在温度升高(热休克)时,会发生蓬松现象并有转录活性,推测这一现象是由于与氧化磷酸化的解偶联相关的某些化学修饰引起的,提示热休克时可能有某种蛋白合成的增加,并将这种现象称为“热休克反应”。

20世纪70年代,科学家进一步发现,细胞在遭受高于正常温度的刺激时,都会大量合成这种蛋白。当遭遇高温或外在的不良刺激时,其他很多蛋白合成都会受到抑制,而让开

道路优先合成热休克蛋白。它们在体内有很多重要的作用,最主要的是以“分子伴侣”的身份出现的,顾名思义,就是帮助稳定蛋白质和多肽,当蛋白质发生错误后使之恢复正常,还能降解严重损伤的蛋白质^[9]。

1982年Adams等^[10]用类似的方法也证实,一切生物细胞(包括原核细胞和真核细胞),温度增高时均可合成一类具有生物学活性及其多种生理功能的蛋白质。不仅如此,其他因素刺激,如氧化磷酸化解联剂、重金属(汞、铜)、氨基酸类似物(刀豆氨酸)、抗菌素(嘌呤霉素)、紫外线照射、饥饿、缺血或缺氧、创伤、感染、肿瘤等也同样可以诱导类似蛋白质的产生,故又称这类蛋白质为应激蛋白(stress protein, SP),确切地说,热休克反应不仅表现了它对物种的普遍性,而且对不同的应激条件也具有反应的相似性,广义而言,各种刺激因子引起的这种热休克反应现象称为应激反应(stress response, SR)。

3.5 热休克蛋白的特性

热休克蛋白(HSPs)是广泛存在于生物界从原核到真核细胞中的一类具有高度保守性的蛋白质,当细胞在受到某些不利因素(如高热、感染、缺血、缺氧及化学物质等)刺激时,会迅速短暂地大量合成,并通过与细胞内部分变性的蛋白质结合,协助其复性或将其运送至溶酶体降解而发挥细胞保护功能,因而可以认为应激时,HSPs在细胞内的出现标志着细胞自身保护机制的启动^[11]。

普遍性:热休克蛋白能对抗严重的应激损伤,这种现象称为热休克反应(heat shock response, HSR),热休克反应广泛存在于从原核到真核生物的生物界有机体内。

保守性:热休克反应是存在于生物系统不同层次结构中的普遍现象,产生的热休克蛋白从结构到功能都具有极端的保守性,其核酸序列在不同物种之间具有高度的同源性。

当细胞受到热休克刺激时,蛋白质发生热

变性使内部区域暴露, HSP家族可与这些区域发生可逆性结合, 促进这些异常蛋白质的正确再折叠或热损伤后蛋白质的重新装配^[12]。实验发现热休克后细胞核仁的形态发生改变, 核糖体前体成分变性、聚集、核糖体合成抑制。

3.6 热休克蛋白的功能

研究发现^[13], 正常情况下热休克蛋白(HSPs)从3个方面来维持和保护新合成蛋白质的伸展状态: (1)防止新合成蛋白质的错误折叠或聚集; (2)允许其穿过生物膜; (3)使蛋白质正确折叠并形成寡聚体。在应激状态下, HSPs可防止其它蛋白质发生变性或解聚, 使恢复活性, 一般将HSPs称为分子伴侣。细胞内的蛋白质为完成其生物学功能, 其肽链需经正确的折叠、加工、定位于细胞内的合适位置, 有时还须与其它多肽链形成复合体。蛋白质在穿过生物膜时, 需要伸展结构, 因此, 在细胞内需要一些具有“伴侣”活性的因子来维持蛋白质的伸展状态并阻止其错误结合^[14]。HSP作为一个应激反应蛋白不仅影响细胞的功能, 而且也能影响组织及整个器官的功能; 对于细胞而言, HSP作为一个细胞伴侣能减少细胞的凋亡坏死及加速细胞修复; 对于局部组织而言, HSP能使局部组织血管舒张, 减少局部组织的炎症浸润; 对于全身器官而言, HSP能减轻全身炎症反应及防止器官功能障碍^[15]。

4 结语

针灸疗法从本质上来说, 属于一种相对于人体的外刺激, 通过光、电、热、药等不同方式作用于腧穴, 达到疏通经络、协调阴阳、调和气血和抗病防病的目的。已有许多研究表明针灸在治疗脑血管病、消化系统疾病以及防病保健方面与热休克蛋白关系密切^[16]。

热休克蛋白(heat shock protein, HSP)广泛存在于人、动物、微生物和植物的细胞中, 是一类在遗传上高度保守的分子, 能保护细胞

并促进细胞对各种刺激所造成的损伤进行自身修复, 具有重要的生物学功能。除在细胞生长、发育、分化、基因转录、蛋白质合成、折叠、分解、细胞骨架功能等方面发挥重要生理作用外, 其他的多功能活性也逐渐引起人们广泛的关注, 已成为分子生物学的一大热点, 并逐渐变为临床多种疾病治疗的新途径, 并可望对目前许多难治性疾病的治疗带来新的曙光。

参考文献

- [1] Carry M, Bowie AG. Evaluating the role of Toll-like receptors in diseases of the central nervous system [J]. *Biochem Pharmacol*, 2011, 81(7): 825~837
- [2] Doyle KP, Simon RP, Stenzel PO, Poore MP. Mechanisms of ischemic brain damage [J]. *Neuropharmacology*, 2008, 55(3): 310~318
- [3] 乔治·阿得尔曼. 神经科学百科全书[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1992: 302
- [4] 陈立峰. 调和阴阳法治疗中枢性瘫痪临床观察[J]. *医学理论与实践*, 2005, 18(2): 284~285
- [5] 吴毅, 贾杰. 脑卒中后康复治疗与脑可塑性[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2008, 30(11): 721
- [6] 王萍, 左尚宝. 头针与体针透刺对384例中风偏瘫的早期治疗观察[J]. *针灸临床杂志*, 2002, 18(7): 11
- [7] 唐胜修. 头穴为主治疗缺血性中风后遗症活血与致瘀正相反效应的临床研究[J]. *中国针灸*, 2002, 22(2): 79~81
- [8] Ritossa F. A new puffing pattern induced by temperature shock and DNP in *Drosophila* [J]. *Experientia*, 1962, 18(12): 571~573
- [9] 孙秀玲, 孙同虎, 薄鹏飞, 等. 热激蛋白90在植物发育和疾病抗性中的作用[J]. *生命科学*, 2008, 20(1): 142
- [10] Adams C, et al. *Int Rev Cytol*, 1982, 79: 305
- [11] Welch WJ, Feramisco JR. Nuclear and nucleolar localization of the 72,000 dalton heat shock protein in heat shocked mammalian cells [J]. *J Biol Chem*, 1984, 259: 4501~4510
- [12] 王宇萍, 蒋建东. 热休克蛋白70的结构和功能[J]. *中国细胞生物学学报*, 2010, 32(2): 305~313
- [13] Burdon RH. Heat shock proteins in relation to medicine [J]. *Mol Asp Med*, 1993, 14: 83~165
- [14] Capon A, Souil E, Gauthier B, et al. Laser assisted skin closure (LASC) by using a 815-nm diode-laser system accelerates and improves wound healing [J]. *Lasers Surg Med*, 2001, 28(2): 168~175
- [15] Matsuda M, Hoshino T, Yamashita Y, et al. Prevention of UVB radiation-induced epidermal damage by expression of heat shock protein 70 [J]. *J Biol Chem*, 2010, 285(8): 5848~5858
- [16] 徐蕾, 王耀帅. 针灸与热休克蛋白相关性研究进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2011, 13(1): 204
- [17] (撰稿日期: 13-05-2015)

许跃远象脉学学习心得

新加坡·李明姝

2015年9月，我和另外5位新加坡中医一起远赴中国南京，去参加了由南京新中医学院等机构主办的中国国家级医学继续教育项目——全国第12届许跃远脉象脉诊研修班。其中，我和金竺瑛医师是第二次复训，其他四位医师是第一次参加。

这次学习，和以前一样，除了向许老师学习以外，也听到了不少新老学员的学习体会和心得分享，这些学员大都是中医界人士，很多都是当地有名的中医，或是医院里的大柱子，或是自己开立诊所。大家齐聚一堂，积极坦诚地学习、交流，使得我们这一次学习的收获很大。

许老师为人朴素谦卑，说话诚恳，所教授的脉诊内容经过大家的实践，真实可信。承蒙老师和同学们的信任，我当任了这一次研修班的班长，为大家服务。在晚上为大家做导引的过程中，我用心地留下了笔记，现简单整理如下，给已学者一个回忆的脉络和提醒，方便大家在临床中不断实践；同时，也希望给有兴趣的未学者一个大概的印象，了解部分象脉学的基本元素。

一、象脉学脉诊的基本方法

用许老师的话说，脉诊最大的秘密是：“指下寻形，心中成象。意守指下，等

待为要。”医家触摸寸口而获得脉中形的感知，是一种眼睛看不见的信息场。人体皮肤疾病的象信息，在寸口脉的皮肤上；肌肉、肌腱、筋膜的象信息在脉管壁上，人体内脏的象信息在脉流中，形成脉晕，并按人体固有的脏器位置规律排列在寸口部。

象脉学要求用左手候脉，布指时指下没有脉动，这样才能逐层感知人体脏器。候到一种脉气时，不是压迫它以求得感知，而是轻触脉气团，并保持其形态。一般来说，候“脏”可以等待在皮下组织的深度，候“腑”可以等待在皮肤表面。候脉时若医生精力高度集中，常常可以通过形的转换在心中“看到”所候脏腑的具体情况，从而比较准确地诊断病情。

这些基本方法在几天的学习过程中，我们反复练习，不少同学当场已经开始做到。现在，两个月过去了，通过微信群里的分享，看得出大家都在平时的工作中使用着，不断地有惊喜小故事被拿出来分享。

二、左寸口所候脏器的脉气落脏练习

1、心：心的象在左寸脉下1/3脉道内，轻下指，触及鸡心样脉晕，泄指力，等片刻，心影显现，酷似跳动的蛙心，不断地向上或者向前跳动（向上跳或向前跳有不同的意义）。

在心晕上若出现一树枝样的脉晕,则此人有冠状动脉硬化。

2、脾:脾的象在左关脉桡侧缘沉位,以中指下按至骨面,再慢慢抬起,在左关脉上有一酷似月亮形斜行的脉气冲动,晕内脉气涩(第一等的涩)。

3、胃:胃的象在左关脉中间较浮位,手指下按至骨面,轻回到皮肤表面,等待片刻,胃影出现,是一个柔和的脉气团,似触及一个于左关脉内的瓢。

4、胰尾:胰腺尾的象在左关下,是一个横向的小三角形样的脉气团,是凹陷的,不能饱满,此脉气团内有涩感(第二等的涩)。

三、右寸口所候脏器的脉气落脏练习

1、肺:肺的象在右寸脉下1/3脉道内,轻下指,然后泄指力,等待片刻,肺晕出现,好似触及倒扣的钟形。

2、乳房:乳房的象常常在右关脉浮位上稍偏大的区域,形似关脉浮位上的馒头。

3、胆:胆也在右关脉浮位,但较乳房晕要稍沉。以中指轻触关脉,等待片刻,有一小茄子样脉晕出现,随即应当了解胆囊壁的厚度、光滑度、胆囊的大小、胆汁的量、有否异物或结石等等。

4、肝:肝的象在右关脉沉位,手指横揉寻到肝的下界,然后手指外旋30度并上推,同时下按,待中指探及肝形脉晕后,轻泄指力,等待片刻,肝内的情况开始成象。

5、胰头:胰腺头的象在右关下,关尺交界处上方偏尺侧缘,是一个有涩感(第二等的涩)的横向脉气团,正常的是凹陷的。

右关下触及圆形包块,去除胰腺头横向脉气,是十二指肠。

6、肾脏:肾脏的象在尺脉上,中指下移半指,用中指下按至骨面,再泄指力,把脉气带到皮下组织的深度来,其脉晕呈椭圆形,似

大豆或豆芽瓣。

7、前列腺:前列腺的象在尺脉下1/3沉位,呈现为一个似小豆粒样的小涩结节,质地越清晰,则提示有病变;脉晕越大,则提示有增生。

睾丸的象在前列腺两旁,似伴着前列腺两侧的小球。

8、子宫:子宫颈和子宫都在尺下1/3中位,子宫颈酷似柿饼,是一个椭圆形的小硬结节。子宫酷似倒置的梨。用无名指在中位皮下组织的深度轻指等待,片刻即现。

在触及子宫后,于子宫的中间部稍等待,如隐约感到一条细线的存在,往往提示子宫内膜有病变。

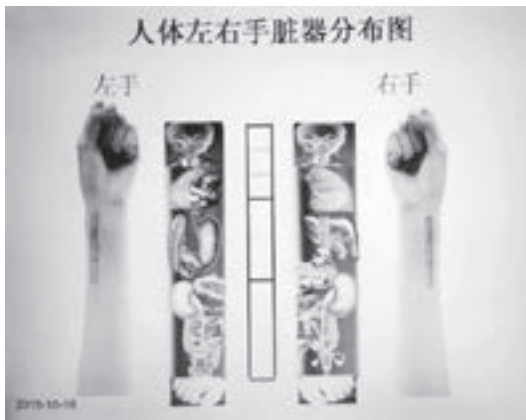
无名指在子宫的两侧部稍等待,如可清晰感应卵巢的存在,即隐约的柔性结节,则提示往往卵巢有病变。

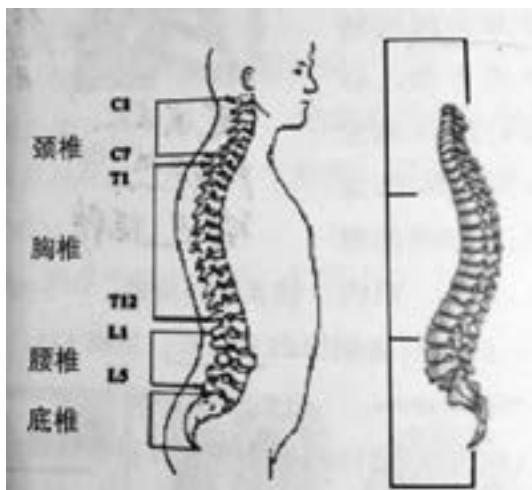
输卵管不通时可触及单线,在炎症时因为水肿多出现双边管形。

月经来潮时可在子宫内膜处感应到其滑动的湿气。

9、脊柱:脊柱的象在寸口脉桡侧缘,45度轻下指,有将脉管轻轻推开的意向。此时将桡侧缘的脉管当成人体的后背的软组织,脊柱可以清晰显现,似沉于桡侧缘的米饭粒。

寸中1/3为C1-C7;寸下1/3为C8-T4;寸关交界至关脉中为T5-T12;关脉中至关尺交界为L1-5;尺脉上1/3为S1-5;尾骨为尺中1/3。





以上只是主要脏器或者结构的落脏练习简介，病脉象就更加复杂，需要更长时间的学习和训练。许老师说，只要用心，把每一次候脉都当作一次修习的机会，我们就能最终激活自己的智能，打开“天眼”，去探索脉象里的乾坤世界。

笔者刚开始学习象脉学时，和大部分新学员一样，一片混沌，所幸平时有些静心训练，又吃常素，减少了一些无端信息的干扰，加上课上用心听讲，细心体会，反复练习，所以能对许老师所教的脉诊方法有所领会。下面给大家分享两个小例子，作为所学内容在临床上的验证：

1、有一次有一位男病人前来，述说自己右侧前额疼痛已经近两个月，经过了中西医的治疗，还是不能去除。在把脉的过程中，我发现其右脉鼻子部分的脉象出现弦边，就问他是鼻子有问题？他才说，因为时常潜水，所以鼻子的确是有慢性炎症的。但是之前看头痛时，从来没有医生问起过，所以这次他也没有主动向我说。我发现这条弦边一直向上延伸至其额部，即怀疑头痛是因为鼻炎造成，再问其他相关症状，得到确认。病因已知，此病人经过针灸吃药，此症2周得愈。

经验：用上了象脉学技术，在疾病诊断时就好像有一个影像诊断部门在协助，感觉有信心多了。但目前对我而言，这还只是个别案例

之一，希望随着自己脉诊水平的再提高，此类帮助会越来越来多，诊断越来越准确。

2、这是2015年10月11日我在微信群内分享的信息：

最近两天，比较好地找到糖尿病患者象脉学上的“涩”感了。昨天来了一位印度病人，右脚上有很大一片皮肤病，她说一年多了。我问她有没有糖尿病？她说西医反复查过，空腹血糖正常。可是把脉的时候，我的手指搭在她的皮肤上，感觉过电一样，麻得不行。抖抖手，再摸，还是麻。我说我感觉您的血糖有问题，我们验一下吧，她同意了。我马上用血糖仪一查：**9.8mmol/L**。她刚用完餐，这个血糖值还不是最高值呢！病人服了，我也更加佩服许老师了。今天又来了一位糖尿病人，说没吃早餐，空腹的。我摸脉，感觉麻手呀，一查他的血糖**8.9mmol/L**，我说您的血糖可真没控制好，他才说刚吃了一条香蕉。

经验：这种皮肤上的“涩”感，正如许老师所说，在寸口脉的尺部比较明显。但是我还不能分辨是不是我们手感越麻，病人血糖越高，好在有血糖仪，验一下即知。将来病例多了，经验自然就会形成的。

象脉学博大精深，我才仅窥得一斑而已。其他灵敏程度高的学长们，更有很多精彩的脉诊病例。有时甚至包括治疗部分，也可以按许老师的思路进行，取得快捷显著的疗效。经过这两次的学习，我发现了自己新的提升空间，但愿我能够有机会和大家一起，把象脉学学得系统，更深入，为更多的病人提供更好的医疗服务。

类风湿性关节炎患者 妊娠期的治疗省思

新加坡·蔡松均

【概说】 类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA), 是现代医学的病名, 为病因不明的慢性全身性自身免疫性疾病, 大致认为与遗传、感染、激素水平、环境因素相关。以关节滑膜慢性炎症、对称性多关节肿痛进行性破坏。临床以晨僵、关节滑膜的慢性炎症、增生, 形成血管翳, 侵犯关节软骨、软骨下骨, 韧带和肌腱等, 造成关节软骨, 骨和骨关节囊破坏, 最终导致关节畸形和功能丧失。

类风湿关节炎的诊断标准如下:

晨僵: 关节及其周围僵硬至少1小时, 病程6周或以上。

3个或3个区域以上关节区的关节炎: 病程6周或以上。

手关节炎: 腕、掌指或近端间关节中, 至少有1个关节肿胀, 病程6周或以上。

对称性关节炎: 两侧关节同时受累, 病程6周或以上。

类风湿结节: 骨突部位, 伸肌表面或关节周围有皮下结节。

RF 阳性: 血清RF含量异常。因子阳性 (效价大于1: 32)

放射学改变: 手或腕的典型性改变为骨质疏松或骨侵蚀改变。

以上7项中满足4项或以上, 即可诊断为类风湿

中医对类风湿关节炎的诊断, 不如现代

医学的明确, 通常都按照患者叙述病情及望诊, 或根据患者的检验报告作判断。其病因病机主要为素体亏虚, 风寒湿热之邪留滞于筋骨关节, 久之损伤肝肾阴血所致, 因其病情顽固、久延难愈、且疼痛遍历周身多个关节。类风湿关节炎有别于一般痹病, 是痹病中特殊类型。古籍中医学文献中描述类风湿关节炎及类似的病为“风湿”, “痹症”, “历节风”, “鹤膝风”, “历节风”等。自从焦树德教授首确立该病的名称为“尪痹”后, 中医界对类风湿关节炎便多沿用此病名, 或称为“顽痹”者。

用药规律

类风湿性关节炎(RA)是一种以关节滑膜炎为特征的自身免疫性疾病。现代医学在治疗RA的常用药物分四大类, 即非甾类抗炎药(NSAIDs), 改善病情的抗风湿药(DMARDs), 糖皮质激素(Glucocorticoids)和植物药; 如雷公藤多苷, 白芍总苷, 青藤碱。

中医对类风湿关节炎的治疗, 当针对其病因病机, 常用中草药主要为祛风、散寒、除湿化痰, 清热消肿, 活血化瘀, 通络走窜等功效的药。兹分类介绍如下:

(1) 疏散风邪: 独活、羌活、麻黄、防风等。

- (2) 温经散寒：附子、川乌、草乌、桂枝、细辛等。
- (3) 除湿蠲痹：薏苡仁、茯苓、猪苓、泽泻、苍术、萆薢、蚕沙、防己、木瓜、滑石等。
- (4) 化痰散结：半夏、制南星、贝母、白芥子等。
- (5) 清热宣痹：知母、黄柏、连翘、忍冬藤、银花、生地、赤芍、丹皮、石膏等。
- (6) 活血化瘀：桃仁、红花、当归、赤芍、乳香、没药、川芎、莪术等。
- (7) 通经活络：络石藤、忍冬藤、秦艽、伸筋草、透骨草、鸡血藤、穿山龙、姜黄、木瓜、千年健、徐长卿、海桐皮、松节等。
- (8) 搜风剔络：全蝎、蜈蚣、蜂房、僵蚕、地龙、地鳖虫、乌梢蛇、穿山甲等。
- (9) 益气养血：黄芪、党参、当归、白芍、熟地等。
- (10) 补肝肾强筋骨：熟地、骨碎补、仙灵脾、狗脊、杜仲、川断、桑寄生、牛膝、鹿角、山萸肉、女贞子、旱莲草、千年健等。

治疗方略

类风湿关节炎，特别强调早期诊断、早期治疗，可以明显改善关节的功能，避免手脚关节变成畸形。本病常被认为无法根治，通过积极治疗，可以改善症状和病情，如治疗上能够明显减少致残率，对患者是一个很大的好处。若延误到后期病人生活不能自理，这对病人来说是很可悲的。如患者怀上胎儿，必须明确照会医师，采取适当的药物治疗，避免对胎儿有任何不良的影响。一般在怀孕初期三个月，类风湿关节炎会有所改善，产后又将会复发者居多。

分析现代医学上常用于治疗类风湿关节炎药物如下列：

甲氨蝶呤(Methotrexate)是治疗类风湿最常用、有效和经济的药物。但大剂量甲氨蝶呤会有堕胎作用，所以怀孕时肯定

不能服该药。如女性患者有生育计划，则怀孕前至少4个月就该开始停药。来氟米特(Leflunomide)经动物实验证实，该药有胚胎毒性，怀孕便该停药。抗TNF生物制剂(Anti-TNF biologics)目前不确定这类药是否对胎儿有长期影响，所以，一旦怀孕就应立即停用。利妥昔单抗(Rituximab)计划妊娠前一年应停用。非甾体类抗炎药(NSAIDs)孕妇应慎用，尤其是在怀孕的头32周。双膦酸盐类药物(Bisphosphonate drugs)由于类风关本身及治疗所使用的激素均可导致骨质疏松，一旦怀孕应立即停用。植物药中的雷公藤多甙可导致卵巢功能减退和衰竭，卵巢分泌的雌激素随之减少，反馈到垂体引起FSH，LH这些促性腺激素分泌过高，以致产生闭经，最大的是雌激素减少引起的女性一系列的问题，一般在治疗年轻女性上都避免使用，对影响胎儿的健康是必然的。青藤碱具有肯定的镇痛镇静、镇咳局麻、降血压、抗炎作用，为植物中很强的组织胺释放剂，动物实验提示在休克和器官损害中有保护作用，临床上用于治疗风湿性关节炎和神经痛，脾胃虚寒者、孕妇或哺乳期妇女忌用。

中国古代医家将孕妇禁用和慎用的40种中草药，编成了一首歌诀，称《妊娠禁忌歌》；禁用药以毒性较强的药物，如巴豆、牵牛子；药性猛烈及堕胎作用较强的如三棱、莪术；慎用药有辛热药如附子、肉桂；行气破滞药如枳实；通经祛瘀药如桃仁、红花；滑利药如瞿麦、冬葵子。

妊娠禁忌用药的理由归纳起来主要有：对胎儿，母体，产程，小儿不利。分别有剔络走窜的虫类药，具毒性草药雷公藤，川、乌头，附子，麝香。温经散寒药如附子、川乌、草乌、桂枝、细辛等。活血药如桃仁、红花、当归、赤芍、乳香、没药、川芎、莪术等，这类药物均为痹病常用药，然而却是禁用药；其次如丹皮，姜黄，枳实，枳壳，肉桂，半夏，南星，薏苡仁等都是慎用药。可见在治疗RA痹

病上,用药时有诸多束缚,峻猛药类如活血化瘀药,破血消症,部分祛风化痰等药均为妊娠忌慎药物,正是用药如用兵,决不可大意。

一般认知上,中药在治疗各类病中,副作用较少,或能弥补西药的不足,然而中药在治疗年轻RA患者表明有生育计划及准备时,理当审慎辨证施治,避免可能的对孕妇及胎儿有不良的效应。从一开始就必须避免使用雌激素减少或性腺抑制的中药,如雷公藤,其它峻猛的活血通络化瘀等药,如桃仁、红花、三棱、莪术;剧毒药如附子,乌头,麝香等及虫类药,凉血解毒药、苦寒清热药均应慎用。处方上应考虑使用扶正益气养血及补肝肾为主。同时,可考虑中医药传统上对安胎有特殊妙方,在治疗类风湿关节炎孕妇时,吾人可探讨《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第十二》,对妊娠病的用药规律,作一分析及参考。其中消症用桂枝茯苓丸;恶阻用干姜人参半夏丸;腹痛用附子汤及当归芍药散;胞阻用芎归胶艾汤。此类方剂不乏妊娠禁忌或慎用药物,颇耐人深思,临证必须审慎使用这类药物,同时随证考虑采用药剂量而施治。

本病多见本虚标实,本虚包括肝肾不足,脾虚不固,气血亏损,或阴阳两虚,标实则常见风湿、寒湿、湿热、痰瘀等。审视气血双补的《古今医统大全》安胎名方泰山磐石散,药物中以四物汤为主,建议可采用四物汤作基础,加上强筋骨又能安胎的中药如:桑寄生,续断,杜仲等,同时考虑使用燥湿、清热、行气药如黄芩,砂仁,苎麻根,竹茹、黄芩,白术,石菖蒲等。养血用熟地、阿胶、芍药、归身。补肝肾药可用杜仲、续断、菟丝子、桑寄生、艾叶等。清热安胎用黄芩。健脾安胎用白术。和胃用糯米与砂仁等。

小结

审视治疗类风湿性关节炎较有效中西药物,大多是不适合用于孕妇,这便是对本病

治疗的难题。传统观念上,怀孕妇女必须尽量避免服药,因为“是药三分毒”,在治疗过程中,如何尽量减少药物毒性的风险,便需要医者的智慧慎重运用药。类风湿关节炎患者从优生优育的角度考虑有一定的影响,如果想继续妊娠,建议患者在孕15—20周做唐氏筛查看胎儿的智力发育情况,在孕22-26周内做超声波排畸检查,了解胎儿有无大体畸形及主要器官发育情况为好。同时怀孕期要避免流产,但在心理上要保持健康,不要产生压力。

据统计70%~80%患者在怀孕最初几周,RA病情可较为缓解,特别是在妊娠的头3个月,小部分在孕中晚期可缓解,不过仍有约1/4的患者在孕期RA病情保持活动状态。产后特别是分娩后的头3个月,RA活动可能增加。因此,对于病情不够稳定的妊娠妇女,妊娠期间需中医药调理及安胎,务必使产后复发危险性下降。类风湿性关节炎女性多次怀孕、生育,可损害骨盆韧带,并使全身营养状况和抵抗力下降,对控制病情不利,因此更应注意减少妊娠、分娩次数。分娩时如有骨盆关节强直,或髋关节不能充分外展,可行剖腹生产。

参考文献:

- [1] 梁健. 中西医结合临床内科学[M]. 第二军医大学出版社. 2013.4.
- [2] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南 西医疾病部分[M]. 中国中医药出版社. 2008.7.
- [3] 蔡辉. 新编风湿病学[M]. 人民军医出版社. 2007.7.
- [4] 王承德, 沈丕安, 胡萌奇. 实用中医风湿病学[M]. 人民卫生出版社. 2009.5
- [5] 陈奇. 中药药效研究思路与方法[M]. 人民卫生出版社. 2005.2.
- [6] 金实, 李春婷. 疑难病症中医疗研究[M]. 人民卫生出版社. 2006.9.
- [7] 汪悦. 风湿病中医治疗[M]. 江苏科学技术出版社. 2005.5.
- [8] 何国梁. 风湿病中西医诊疗与调养[M]. 天恒文化出版公司. 2001.1.

拮抗肌运动点电员针治疗脑卒中后上肢痉挛的临床研究

中国·程亭秀

【摘要】目的：观察拮抗肌运动点电员针治疗对脑卒中后上肢痉挛的临床疗效。方法：90例脑卒中后上肢痉挛患者分为对照组($n=45$)和治疗组($n=45$)，两组患者均进行基础治疗及康复训练，对照组采用拮抗肌运动点针刺疗法，治疗组采用拮抗肌运动点电员针疗法。在治疗前、治疗28d后，分别采用改良Ashworth量表(MAS)、Fugl-Meyer运动功能评定(FMA)、改良Barthel指数(BI)对患者进行评定。结果治疗后，两组MAS、FMA及BI评分均较治疗前明显改善($P<0.05$)，且治疗组优于对照组($P<0.05$)。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。结论：拮抗肌运动点电员针疗法可有效改善患者上肢痉挛程度，提高患者运动功能水平及日常生活活动能力；电员针运动疗法临床操作简单、无创、安全，成本低廉，易学，甚至家属简单培训后均可操作治疗，值得临床推广和进一步研究，尤其对于基层医疗有着更重要的临床意义。

【关键词】电员针；脑梗死；偏瘫；痉挛；拮抗肌运动点

脑卒中具有高发病率，高致残率的特点。我国每年新发脑卒中患者约200万人，其中70%—80%的脑卒中患者因为残疾不能独立生活^[1]。

卒中后肢体功能障碍严重地阻碍了病人肢体功能的恢复，80%以上的脑卒中患者偏瘫患者有不同程度的痉挛^[2]。文献报道应用针刺拮抗肌治疗痉挛性偏瘫有着良好的疗效^[3、4]。笔者近年来一直从事电员针临床应用研究，应用拮抗肌运动点电员针治疗脑卒中后上肢痉挛取得显著疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2011年11月—2014年11月黑龙江东宁第

一人民医院康复医学科符合纳入标准的患者90例。

诊断标准：①西医诊断标准参照《各类脑血管疾病诊断要点》，并经头颅CT或MRI确诊^[5]；②中医诊断标准参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[6]。

纳入标准：①首次发病，或既往有脑卒中病史但无后遗症者；②病程2周—3个月，年龄40—70岁；③临床表现为上肢痉挛性瘫痪，患者上肢Brunnstrom分期II—IV，改良Ashworth量表(Modified Ashworth Scale, MAS)评分I—III级；④病情稳定，意识清楚，无失语、智力障碍，能理解量表内容并配合检查和治疗；⑤2周内未服用过中西镇静药物及肌肉松弛剂；⑥知情同意，并签署知情同意书。

排除标准：①3个月内参加其他临床试验或研究中途接受其他相关治疗，可影响本研究的疗效判断；②并发严重心、肝、肺、肾、造血系统和内分泌系统等原发性疾病与精神病；③其他原因引起的肌张力障碍及既往有运动功能障碍；④妊娠及哺乳期妇女。

按随机数字法，以1:1随机分为对照组与治疗组，每组45例。2组患者性别构成、平均年龄、平均病程、脑卒中类型（缺血性、出血性）方面无显著性差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 治疗方法

两组患者均进行基础治疗及康复训练，对照组采用拮抗肌运动点针刺疗法，治疗组采用拮抗肌运动点电员针疗法。

1.2.1 基础治疗

入组患者的基础药物均参照《中国脑血管病防治指南》^[7]的方案控制血压和血糖、调节血脂、抗血小板聚集以及对症治疗、防治并发症、营养支持等。康复以抗痉挛治疗为主，包括良肢位摆放、关节活动度的保持、缓解身体运动控制点周围痉挛、肌肉痉挛的静态牵伸、被动运动与按摩。以上训练由康复治疗师进行一对一治疗，每次45分钟，每日1次，每周6天，共4周。

1.2.2 对照组（拮抗肌运动点针刺组）

上肢局部取穴：肩髃、臂臑、臑会、天井、四渎、外关、阳溪、偏历等。快速进针，深度达肌层。在上述穴位的基础上，增加针刺四个肌肉运动点，即肱三头肌、腕伸肌、指伸肌和拇长展肌等肌肉的肌腹最丰满处。进针后施予小幅度提插捻转，以平补平泻为法。华佗牌SDZ-II电针仪电极分别接于肱三头肌、腕伸肌、指伸肌和拇长展肌运动点，选择疏密波，频率2/100Hz，调节强度使局部拮抗肌收缩，留针20分钟，每日针刺1次，每周6天，共4周。

1.2.3 治疗组（拮抗肌运动点电员针组）

应用上海腾鹰实业有限公司生产的DYZ-1电员针，对偏瘫肢体的肱三头肌、腕伸肌、指伸肌和拇长展肌进行运动点定位；然后用电员针刺激引出腕背伸、手指伸展以及肘关节伸展等动作。每次20分钟，每日1次，每周6天，共4周。

1.3 疗效评定

治疗前后，采用MAS^[8]、上肢简化Fugl-Meyer运动功能评定(Fugl-Meyer Assessment, FMA)^[9]、改良Barthel指数(Barthel Index, BI)^[10]进行评定。疗效评价以MAS评分为基础^[11]，治愈：肌张力恢复到正常；显效：肌张力降低2级或以上；有效：肌张力降低1级；无效：肌张力无变化或增加。

1.4 统计学分析

采用SPSS15.0版软件进行统计学分析。计量资料采用t检验，计数资料采用X²检验，临床等级资料比较Ridit分析。计量治疗均值±标准差表示，采用X²检验比较各组治疗前后的疗效变化。采用显著性水平 $\alpha=0.05$ ； $P<0.05$ 为有显著性差异， $P<0.01$ 为有非常显著性差异。

2 结果

2.1 MAS

两组治疗前组间比较无显著性差异（ $P>0.05$ ）。两组治疗后均有显著改善（ $P<0.01$ ），治疗组优于对照组（ $P<0.01$ ）。见表1。

表1 两组治疗前后MAS分级比较

组别	n	时间	0	I	I ⁺	II	III
对照组	45	治疗前	0	5	10	20	10
		治疗后	2	10	10	18	5

治疗组	45	治疗前	0	5	11	19	10
		治疗后	8	15	15	5	2

注: Ridit分析, $P=0.0008(P<0.01)$, 两组治疗前后MAS分级比较有非常显著性差异。

2.2 BI

两组治疗前组间比较无显著性差异($P>0.05$)。两组治疗后均有明显改善($P<0.05$), 治疗组优于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 两组治疗前后BI评分比较

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	45	42.55±20.06	53.58±22.79	2.4371	0.0168
治疗组	45	41.85±19.89	65.44±23.15	5.1848	0.0000
t		0.1662	2.4491		
P		0.8684	0.0163		

2.3 FMA

两组治疗前组间比较无显著性差异($P>0.05$)。两组治疗后均有明显改善($P<0.01$), 治疗组优于对照组($P<0.01$)。见表3。

表3 两组治疗前后FMA评分比较

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	45	43.57±10.86	49.55±11.76	2.5060	0.0140
治疗组	45	43.23±11.09	56.18±10.68	5.6423	0.0000
t		0.1469	2.7997		
P		0.8835	0.0063		

2.4 临床疗效

两组总治疗率治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。见表4。

表4 两组总治疗率(%)比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	45	2	9	18	16	64.44
治疗组	45	8	19	12	6	86.67

注: χ^2 检验分析, $\chi^2=6.0160$,

$P=0.0142(P<0.05)$, 两组治疗总有效率比较有显著性差异。

3 讨论

上肢痉挛性瘫痪是脑卒中后临床常见并发症。痉挛的治疗应以协调肌群间肌张力平衡为重点, 既要拮抗上肢屈肌运动, 又要强化上肢伸肌运动, 促进共同运动向分离运动转化, 抑制与控制痉挛, 建立正常的运动模式^[2]。

电员针在古代员针的基础上增加脉冲电疗研制而成, 具有止痛、解痉、疏松痹结等作用, 具有无创无痛, 操作简单等优点。是张炳然教授经过多年临床实践发明的, 解放军总后勤部科研项目(98M025)^[3]。

肌肉“运动点”是指神经末梢集中的部位, 也是兴奋性最高的部位。针刺运动点刺激了皮内的触痛觉感受器, 产生各种冲动, 通过触痛觉传导束将冲动最后投射到大脑皮层中央后回, 经各级神经中枢整合后由椎体系或椎体外系的运动传导路传出, 支配相应的骨骼肌防止肌肉萎缩, 抑制痉挛。脉冲电流的持续刺激可加快局部血液循环, 更能有效防止肌肉萎缩^[4]。

脑卒中后上肢痉挛主要表现为上肢屈曲内收, 即肩关节内收内旋, 肘关节屈曲, 前臂内收, 腕关节屈曲, 掌指关节屈曲^[5]。以往文献研究以针刺刺激上肢伸肌, 从而拮抗上肢屈肌以抗痉挛。本研究根据脑卒中后上肢的痉挛模式治疗组与对照组均针对偏瘫肢体的肱三头肌、指伸肌和拇长展肌运动点进行针刺及电员针刺激; 引出腕背伸、手指伸展以及肘关节伸展等动作, 从而抑制偏瘫上肢的病理模式, 促进上肢功能的恢复。研究结果表明拮抗肌运动点电员针治疗在改善肢体肌肉痉挛、肢体运动功能以及日常生活能力等方面优于拮抗肌针刺疗法($P<0.05$); 推测拮抗肌运动点电员针治疗效果显著可能与电员针运动点定位准确、刺激强度较大有关。从而提示准确的运动点定位拮

抗肌针刺可能疗效会增加,值得临床进一步研究。本组研究结果表明拮抗肌运动点电员针疗法可有效改善患者上肢痉挛程度,提高患者运动功能水平及日常生活活动能力。

综上所述,电员针运动疗法临床操作简单、无创、安全,成本低廉,易学,甚至家属简单培训后均可操作治疗,值得临床推广和进一步研究,尤其对于基层医疗有着更重要的临床意义。

参考文献

- [1] 吴兆苏,姚崇华,赵东.我国人群脑卒中发病率、死亡率的流行病学研究[J].中华流行病学杂志,2003,24(3):236-239.
- [2] 李保国,张东淑.艾灸治疗中风痉挛性瘫痪选学对比研究[J].江苏中医药,2012,44(1):52-53.
- [3] 刘悦,苏美鉴,刘雅玲.针刺拮抗肌群对脑卒中后上肢痉挛的效果[J].中国康复理论与实践,2015,21(5):579-582.
- [4] 汪军,崔晓.针刺治疗痉挛研究进展[J].中国康复医学杂志,2012,27(2):191-193.
- [5] 中华医学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [6] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [7] 饶明利.中国脑血管病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007:1-145.
- [8] 南登崑.康复医学(第4版)[M].北京:人民卫生出版社,2008:44-73.
- [9] 中华人民共和国卫生部医政司.中国康复医学诊疗规范[M].北京:华夏出版社,1998:1-492.
- [10] 燕铁斌.临床痉挛指数:痉挛的综合临床评定[J].现代康复,2000,4(1):88-89.
- [11] 马云枝,王维杰,杨靖.体针结合运动疗法治疗脑卒中后痉挛性瘫痪36例[J].中医杂志,2010,51(12):1104-1105.
- [12] 杨翊,周光涛,刘经星.不同体位、不同针刺取穴治疗脑卒中痉挛性偏瘫疗效对比观察[J].中国康复医学杂志,2012,27(4):370-371.
- [13] 张炳然.电员针运动疗法(第2版)[M].北京:人民军医出版社,2007:1:236.
- [14] 王文春,宋庆军,王倩等.拮抗肌运动点电针治疗脑卒中后肢体偏瘫痉挛的研究[J].中国康复医学杂志,2011,26(5):438-442.
- [15] 刘悦,苏美鉴,刘雅玲.针刺拮抗肌对脑卒中后上肢痉挛的效果[J].中国康复理论与实践,2015,21(5):579-582.

加味左归丸治疗骨病 临床应用举隅

新加坡·赵刚

近年来,笔者运用加味左归丸治疗骨病,只要辨证准确,投之常常取效,举例如下:

1 胫骨近端骨坏死

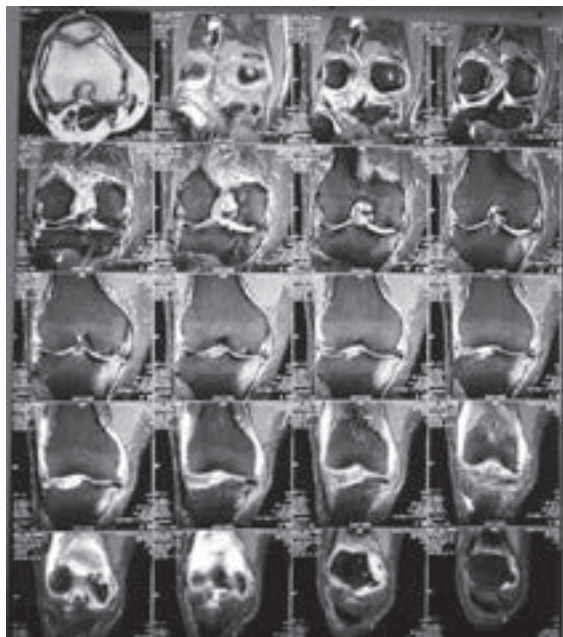
黄某,男,60岁,2009-09-08初诊。症见:右膝胫骨内侧髌处疼痛,走路多或负重痛甚,局部压痛(+),面积约2角钱大小,伴腰背无力酸痛,头晕耳鸣,口燥咽干,自汗盗汗,足跟痛,舌红少苔,脉细数。

MIR检查示:右侧胫骨内侧髌与胫骨粗隆之间骨皮质不连续,可见不规则骨化影与胫骨相连。

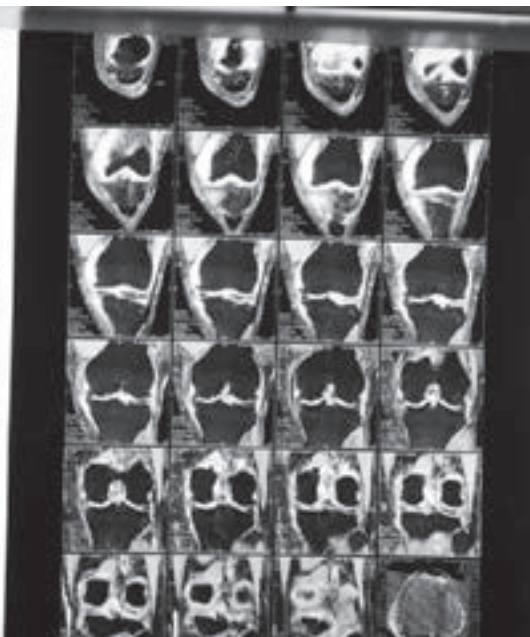
证属:肝肾精亏,瘀血阻络 治宜:滋阴益(温)阳,活血通络 左归丸改用汤剂加减,药用:生地15g、熟地黄15g、山药12g、枸杞子10g、川牛膝10g、茯苓10g、山茱萸12g、知母10g、龟版胶(烊冲)15g、鹿角胶(烊冲)8g、菟丝子(包煎)10g、丹参20g、牡丹皮15g、当归10g、川芎10g、生田七6g,每日1剂,水煎后早晚温服。20剂后伴随症状均有减轻,守方继服3月余痊愈。

2 绝经后骨质疏松

张某,女,55岁,2012-06-03 初诊,近半



治疗前MIR



治疗后MIR

年症见腰背酸痛,久坐久站后痛甚,头晕耳鸣,失眠多梦,健忘,五心烦热,自汗盗汗,舌红少苔,脉沉细。

化验报告:尺骨密度**0.623g/cm²** 挠骨密度**0.591g/cm²** 甲状旁腺素(PTH)**44.62 ng/dl** 降钙素(CT)**55.11 ng/dl** 骨钙素(BGP)**3.92 ng/dl** 碱性磷(AKP)**50.14 ng/dl**

证属肝肾精亏,治宜:滋阴益(温)阳,补肾填精 左归丸改用汤剂加减,

生地**20g** 熟地**10g** 山茱萸**10g** 山药**12g** 枸杞子**10g** 菟丝子**10g** 川牛膝**10g** 龟板胶(烊冲)**10g** 鹿角胶(烊冲)**8g** 知母**10g** 续断**10g** 骨碎补**10g** 丹参**20g** 牡丹皮**15g** 每日**1**剂,水煎后早晚温服。

服**7**剂后,自汗盗汗减少。上方随症加减**3**个月后痊愈。

治疗后化验报告:尺骨密度**0.698 g/cm²** 挠骨密度**0.664 g/cm²** 甲状旁腺素(PTH)**37.48 ng/dl** 降钙素(CT)**63.17 ng/dl** 骨钙素(BGP)**3.89 ng/dl** 碱性磷酸(AKP)**49.68 ng/dl**

5 讨论

骨坏死^[1],是指由于多种原因导致的骨滋养血管受损,进一步导致骨质的缺血、变性、坏死,是临床上常见的骨病。骨质疏松症在中医里并无这一病名^[2],根据两病其临床症状应归属于“骨痿”、“骨枯”、“骨痹”等范畴。骨坏死和骨质疏松症与肝肾精气亏损有密切关系,中医学认为,肝主筋、肾主骨,故肝肾精气亏虚,气血不能正常周行于全身,筋骨、关节失去气血滋养而缺血、变性,甚至坏死。若肾精亏虚,则必然筋骨失养,在小儿可出现五迟、五软、身高矮小,在成年人可表现出疲乏无力、筋骨酸软,甚至出现骨质脆弱易折或骨折后不易愈合。同时,气滞血瘀也是上述两病发病的关键因素,所以在治疗上,以滋阴益(温)阳,补肾填精、行气活血为治疗大法,宜选用

的方药为加味左归丸。左归丸为明代名医张景岳在《景岳全书》中所记载的名方,方中重用熟地滋阴补肾,益精填髓,为君药;以鹿角胶、龟板胶血肉有情之品,大补肾精,龟板胶善补肾阴,又能潜阳,鹿角胶益精补血中又能温补肾阳,与诸味补阴药配伍,有“阳中求阴”之效,共为臣药;山茱萸、菟丝子平补肝肾阴阳,涩精补虚,山药补益肺脾肾三脏之气阴,枸杞子补肾益精,养肝明目,牛膝补肝肾,强筋骨,俱为佐药。全方共奏滋阴补阳,益肾填精,强筋壮骨之功,对于骨坏死和绝经后骨质疏松症肾精亏损,筋骨痿弱的病情极为适合。现代药理研究证明^[3],这些药物能够增加血流量,改善局部缺血,改善外周血循环,提高痛阈,增加垂体细胞及甲状腺细胞,促进骨细胞生长和钙化,运用左归丸治疗上述骨病,有利于血运恢复、死骨吸收及新骨形成,有着显著的治疗效果。

参考文献

- [1] 周信、马勇.中医疗骨坏死的常用处方分析[J].中医药信息,2010(1):71-74
- [2] 马兆龙,贾文义,程克勤,顾洪辉.滋阴益精补肾法治疗原发性骨质疏松症临床研究[J].中华中医药学刊.2014(6):1437-1439
- [3] 熊辉.骨伤病名家医案·妙方解析[M].北京:人民军医出版社,2007:3.

妙用“连皮老姜” 医疗个案

——肩膀肌肉撕裂损伤手术后 遗症的医疗个案交流

新加坡·吴荣贵

肩膀肌肉撕裂损伤是不简单的临床疾病，当肩膀肌肉撕裂损伤发生后，出现肩膀失力，活动不利，一般需要进行手术，即肩膀肌肉撕裂损伤手术(shoulder muscle tear operation)以缝合肌肉组织。

病例个案介绍

本例个案是指患者，在2006年间，右肩膀区肌肉组织因为工作意外，发生肌肉撕裂损伤，出现肩膀活动不灵。患者在马来西亚吉隆坡的马来亚大学医学院接受专科医生医疗，经过马大医院专科医生确诊后，在2007年6月进行手术分解缝合肌肉组织。

据病人反映：肩肌肉撕裂损伤，除局部不舒适，有右手臂不能提高，还会突然失力，把在手里的东西掉落，并发肩膀背部，颈项肌肉出现酸痛。

患者在手术后，局部改善，但还有疼痛不舒，并发手指麻痹，当时专科医生配给，服用止痛剂，肌肉放松药剂至今，病史共有7年。

病案患者是菲律宾人，女子，已婚，46岁。就诊的临床症状：右颈项连肩膀酸痛，局部活动不灵，肩膀上举不利，午后或太阳开始下山，到晚上，病人肩膀肌肉经常抽疼，

冷痛，从2006年至今，已经七年多，每天她必须忍痛，或服食肌肉放松剂以减轻酸痛，最近几个月病情更加严重，常头痛，晚上不能安睡，夜尿频密，每小时起身一次，隔天精神不振，疲劳爱睡，便秘三天一行，腹胀不适，口淡纳差，舌胖苔白厚腻，脉滑。今年专家复诊时建议：再进行二次手术治疗，病人和家人考虑到第一次手术没有如期功效，不同意，延缓进行；在吉隆坡经过多次到首都的著名各中医诊室推拿，拔罐，针灸处理，服中药，效果不明显；当她听说我是从新加坡来的中医师，就要求我给以医疗。我这次来吉隆坡目的是进修智能气功，随身只携带少许针，有鉴于医者父母心，只好随机适当选用，目的在于帮助她减轻痛楚。

二、病例医疗经过

一诊（2014年8月25日）

A，主诉：右肩臂麻痹，酸痛，活动不适，病史已经7年余。刻诊整天局部和颈项牵连拉痛，傍晚开始疼痛，随夜幕色加重，白天麻痹，晚上睡冷气房，疼痛不能安眠，夜尿每小时一次，一夜多达4/5次，早上双腿麻痹，大便不畅，3/4天一行，眼睛视力模糊，

四诊观察体胖，提问平日多冷饮，舌体淡白胖，有齿印，苔厚白腻，脉滑。

B、辨证论治：从病史临床症状，结合舌苔脉象，诊断为气滞血瘀，寒湿阻络型。

C、治法：以温经散寒达到消散寒湿，以舒通三焦气化功能，达到活化气血滞淤，舒筋活络的效果。

D、针灸方药：

1，针灸取穴：采取手阳明大肠经曲池穴，手三焦经外关穴；

2，嘱咐：由于我随身没有准备药物，建议采用当地生产的老姜--文东姜100克，洗净后，连皮用榨水果机较碎，加水1公升，煮20/25分钟，分数次，在一天里当药剂温服。

3，采用台湾张钊汉医师倡导的《原始点医学》的头部原始点，在病人头上揉按耳朵下原始点，然后头部原始点四点揉按几分钟。

E、医疗反应：

1，病人在接受原始点揉按后，本来视力感觉模糊的眼睛，迅速发觉比较刚才明亮起来，肩胛部和颈项肌肉的酸痛开始有缓解的感觉。

2，当晚针灸过程，我要病人在针刺左曲池后，嘱咐她走动，轻轻活动右肩患处。不久，病人反映右手肩膀，颈项肌肉的酸痛，出现减轻，还感觉有象蚂蚁在胸腔，局部走动。我要病人留针20分钟观察。

3，出针后，据病人的感觉反映，病痛局部明显消失，比较舒服多。原本双脚酸麻也逐渐消除。右手臂能上举，后翻，手臂感觉比较温热。我让病人回房休息。

4，第二天下午病人报告，她昨晚是几年来第一次可以安睡，只起身一次。她上午到市场买了老姜，下午开始煮姜水，服用连皮老姜水。

二诊（2014年8月27日）

A、主诉：经过针灸后，白天右肩膀局部的酸痛和麻痹，已经明显地减少，服用老姜水后，胸部麻痹有像有热浪移动，麻痹的现象跟着减少，然后就消失了，这种改进是多年来从来都没有的，开始第一次的医疗，非常好的感觉！

她还说当天，肚子开始有很多的气，还放了很多次屁，本来便秘两三天，下午突然觉得要急上厕所，开始排出大便！从早上到晚上共上了三次厕所，排出很多又脏又臭的粪便！

B、四诊，辨证论治同上，医疗后，病人的反映局部功能改善，效果明显，令人鼓舞！

C、针灸方药：我继续给病人按揉原始点，针灸左曲池，左外关两个穴位，留针20分钟，继续嘱咐病人，白天服用老姜水，作为药物治疗。

D、医疗反应：病人在进针后，感觉胸部不舒服现象进一步改善，双手和右脚的麻痹继续减轻，头晕的现象也再改善，眼睛模糊的现象也再继续减轻了！今天的肚子不再胀了。

三诊（2014年8月28日）

A、主诉：病人经过三天的治疗，右侧身体的麻痹已经明显减轻随着消除，胸部闷紧消除，心烦消失，眼睛视力改进，看东西清楚。晚上没有不舒服的现象，睡眠安稳，没有起身夜尿，可以一觉到天亮！

B、四诊：舌苔厚腻白的情况明显减轻，脉滑。

C、针灸方药：我继续给病人按揉原始点，针灸左曲池，左外关两个穴位，也留针20分钟，嘱咐病人白天服用老姜水。

D、医疗反应：病人在进针后，感觉胸部不舒服现象更进一步改善，双手和右脚的麻痹继续减轻，头晕头痛的现象也再改善，眼睛模糊的现象也变得明亮！肚子不再有胀了。

四诊（2014年9月1日）

A、主诉：她以往很少出汗，不过自己从针灸后，几天来工作都会流汗，现在手脚不麻，三天来夜间能安睡，不必起身夜尿，多年来右侧头痛，肩背酸痛，腰腿的酸痛麻痹也减少，到今天都明显消除，消失了。舌质从厚腻减为薄白腻，脉象滑。

B、四诊，辨证论治同上。

C、针灸方药：同上。

D、医疗反应：留针20分钟后，本来的肢体关节的酸痛完全消失，右手的筋肉握力逐渐恢复中。肢体大小关节，灵活，行动正常！

五诊（2014年9月5日）

A、主诉：她总结：痛苦多年的右侧头痛，背痛，肩膀肌肉疼痛，胸痛，手脚麻痹的现象，至少90%消除消失；身体超重从69公斤减到65公斤，获得减肥；没有夜尿，失眠的烦恼。过去时常便秘，现在每天早上都自动通便！

B、四诊，辨证论治同上。

C、针灸方药：我在再给她同上的医疗。

D、医疗反应：检讨病人在12天的医疗过程，病人迅速好转，当我们离开前，要她比较症状，疼痛，动作，姿势，医疗前后的进展差异，据病人慎重表示，医疗效果做到90%以上，肯定这十二天的针灸和作为药物的老姜医疗的效果。

怕出汗，还有多饮冰冷，因为口感好！所以造成许多中焦脾胃寒湿的病例。临床大量应用老姜的应用，尤其是对于有寒湿病因的病例，效果突出！

人们都是说：姜是老的辣！这跟老姜具有温中散寒，舒筋活络有关！如果没有要病人天天坚持用连皮的老姜当药剂服用，相信患病长达7年的病人，症状不会有这么快得改善，肢体关节活动自然，这么快就见效！

肩膀肌肉撕裂损伤是临床不常见的疾病，而进行肩膀肌肉撕裂损伤手术（shoulder muscle tear operation）发生后遗症更是难治病，这次发表通过应用针灸和大量老姜做药剂，治好的病例经验，希望能对同道医疗上有所启发！

· 附 ·

老姜 - 姜

拉丁名：Zingiber officinale Roscoe

别名：生姜、干姜、姜皮。

科属：姜科 性味：辛，微温。

归经：入肺经、脾经、胃经。

功能：解表散寒、温中止呕、温肺止咳、化痰止咳，解毒，临床上常用于治疗外感风寒及胃寒呕逆等证。

用法用量：煎服，3~9克，或捣汁服。

主产地：中国各省区广为栽培，日本，印度，危地马拉，牙买加，印尼，马来西亚。

三、临床医疗病例总结

我在进行总结本病例的临床医疗心得，发现临床应用连皮老姜的功效突出，妙哉！妙哉！就象我们传统中医界有句名言：一味单方气煞名医！这也说明服用了连皮老姜水，在临床医疗治病，具有很好的特殊效果！为什么？

中医在辨证论治思维注意到天人合一的关系，新马两地环境潮湿，天气炎热，人们生活素质好，加上人们喜欢风扇，冷气机，

气功治疗阳痿病探讨

新加坡·李保卿

肾主骨藏精。肾虚则阳事不举。在中医理论中阳痿多由于肾虚，阳明气衰所引起的。

阳明主润宗筋。阳明气衰则宗筋不振。因而，临床上病患者多见阳茎无力不能勃起外，还常伴有腰背疼痛，神疲乏力，失眠健忘，精神颓丧，食欲减少等病状。这给予病患者带来很大的痛苦。

临床上采用气功疗法治疗，收效率高，效果好，治疗又安全，没有任何副作用。今把这功法介绍给大家以作参考：

(一) 练功前的准备

(1) 练功前，必须了解病患者的病情，了解其病因病机。

(2) 首先要向病患解释整个疗法的过程。使病患者消除顾虑。

(3) 在治疗期间，症状的反应及气功疗法的产生效果，必须让病者知道，以便增加对治疗的信心。

(4) 主嘱病患者事先排除大小便。

(5) 不宜空腹及过饱治疗。

(6) 先入坐，休息5-10分钟，使心情安静，放松下来。

(二) 练功的姿势

练功的姿势：坐在凳子或椅子上，两脚分开以能踏到地上为准。凳子或椅子不宜过高或过低，两手自然放在大腿上。

背部要直，不能靠椅子，两眼平视，下颚内含微收，目光回收，全身放松，以达到轻松舒适为度。

(三) 方法：可分三个部位

(1) 意守丹田：

安坐后，首先排除杂念，以达到放松。然后把注意力集中在“丹田”处。(即肚脐下1吋 $\frac{1}{2}$ 之部位)。两眼轻轻闭上。内视丹田，两耳的听力也移到丹田，意想呼气时丹田轻缓的向里吸；意想与腰部相贴。当吸气时再慢慢的将丹田部放回来。稍停，再反复作2-3次。就静静守着丹田。(守了一段时间，丹田部位会出现灼热感或肚脐会跳动的感觉。这是正常的)。

(2) 意守命门：

命门穴在第二腰椎下。(刚好与肚脐相对)。在守丹田有一定的基础后即可守命门。

方法：在守丹田时，当丹田有了热的感觉后，用意念把丹田的气引向命门。然后静

静的守着命门。

(3) 意守下丹田:

下丹田位于肝门与阴器之间的位置。这个部位称为“会阴穴”。当意守命门有了热感或跳动时,即刻用意念引向丹田的会阴穴。这样反复2-3次后。静守会阴部。

(4) 练功反应:

在意守上面之部位时,可能会出现举阳或射精的现象。尤其是意守会阴(下丹田)部位更易发生。

其方法可先意守丹田,然后用意由龟头向会阴吸,由会阴提过尾闾,闭口,舌贴上颚。缩紧肝门。同时用意由尾闾向上提,经夹脊,玉枕到上丹田(印堂穴),守住片刻。连同口中津液,送入中丹田,如此三次。一般阴茎可痿软,乃在中丹田收功。此动作可重复作数次。

以上在守丹田时,不一定要每一个患者均按着步骤去守。如在守下丹田时,有出现举阳的现象,即可应用上面的方法。使现象恢复正常。其它二窍可不必再守。个别病患在练习时或练功后遗精的现象,这属正常反应可不必介意。一两星期后即可恢复正常。

收功:

意想围绕中丹田。

先从小到大,从内向外,从左向右上方转36圈。

然后反过来,从大到小,从外向内;从右向左上方回转24圈。

最后搓搓手后扶在腹部及脸部即可。

病例(一):

姓名:林某某 男:36岁 2013年

主诉:一年来,每与太太房事时,感阳痿不举。曾多次到西医求诊,未见改善,后又转看中医,并服中药还是无效。

未诊时:体型消瘦,精神不振,腰背疼痛,时常失眠,食欲不佳。食后时常腹胀不舒。大便软,舌淡红苔白,边有齿印。

脉左:细缓 右:细缓

病名:阳痿

辩证:脾胃阳虚

治则:调理中气

教于练功疗法。每回3次,每次60分钟。20天后,病患即微举阳之象。30天后病患自述勃起有力。其他病状腰疼,失眠也都好转。食欲也正常。精神也好了。

主嘱:每天坚持练功。3个半月后,患者自诉勃起已经正常。随后复诊,一切都正常了,病情痊愈。

病例(二):

姓名:陈某某 男:45岁 2014年

主诉:时常失眠,睡不安稳,多梦,心神不宁,容易心悸烦恼。时常头重头痛,近日感觉阳痿不举,曾前往西医求诊。西医认为功能性退化,没有任何药物治疗。故前来求诊。左右脉稍炫。舌质红苔白。

刻诊时:查血压正常 BP120/80。饮食正常,二便尚调。由于患者不吃中药,故施于气功调理。

病名:阳痿

辩证:心肾不交

治疗原则:补益肾阳。安神调心。

治疗期间:教于病患以气功疗法调理。每日3次。每次约30分钟。这样调至2个月余。病状大有改善。主嘱继续练功,要持之以恒。这样调理至3个月后,阳痿告愈。其他失眠多梦,睡不安稳等病状也大大好转了。



针灸治疗胸痹症

新加坡·杨昌志

概说

胸痹是指心或心包络病损所导致的一种痛证，主要是指膻中及胸部疼痛或痛引肩背或腹部疼痛，兼有胸闷气短，心悸乏力，四肢厥逆或冷汗淋漓等。本病又称心痛、胸痛、厥心痛、卒心痛等，真心痛等，其发病率及病死率较高，又本病多卒然发生，反复发作，常因气候变化，劳倦过度，情志波动过激，饮食失节等因素而诱发。是中老年人常见病。

胸痹近似现代医学之冠状动脉粥样硬化性心脏病的心绞痛，心肌梗死或心包炎、心肌炎等。

病因病机

胸痹一症，首见于内经，对其病因病机，临床表现，针刺治疗及预后都有详细描述。

《素问·缪刺论》中称作“卒心痛”，“厥心痛”。

《灵枢》有肾心痛、胃心痛、脾心痛、肝心痛、肺心痛、真心痛之分，盖五脏之滞，皆为心痛。

《金匱要略》中称为“胸痹”有“胸痹心痛气短病”专篇，认为其病因病机为“阳微阴弦”，即上焦阳气不足，下焦阴寒气盛，乃本虚标实之证。

历代医家，如汉代之张仲景，隋朝巢元方、唐宋之名医家对本病之病因病机认识，可分为三种：

外因学说以《内经》，《诸病源候论》为代表，认为本病多为寒凝而致之血瘀有关。

内因学说，以《难经》、《伤寒论》为代表，如《难经·六十难》指出：“其五脏气相干，名厥心痛”

内外因相关学说，以《圣济总录》为代表，认为“心痛诸候，借由邪气客于手少阴心主之脉……或以于外风，中脏即虚，邪气客之，痞而不散，宜通而塞，故为痛也”。

由于本病部位属心，主要涉及手少阴心经

和手厥心包经:

综合以上历代各家之说,本病的病因病机可分述如下:

胸阳不振,寒暑侵袭:

清代王清任有“血受寒则凝结成块,血受热则熬煎成块之说,如针感寒邪,必伤阳气,其气收引,故脉急,而气血凝涩,导致心脉痹阻,如暑邪伤心,气阴两亏,营血运行不畅,心脉失濡养而致胸痹。

七情内伤,气结脉痹:

暴怒伤肝阴,暴喜损心阳,导致气滞血瘀,脉痹不通而发生胸痹。

饮食失调,痰浊内生:

因恣食肥腻,满餐无度,导致积湿伤脾,痰浊凝聚,胸阳不振,气机受阻,心脉痹塞,发为胸痹。

血瘀痹阻,心脉不通:

血瘀脉络,经气不通,心脉痹阻,发为胸痹。

心肾亏虚,阴阳失调:

心主血脉而藏神,肾主元气而藏精,精化气,气衡神,心肾相交,水火既济,气血充足,精神健旺,如心血虚损,伤及肾阴,下元虚惫,阴阳俱衰,可致阴阳气血匮乏,心阳虚则气乏失运,心阴虚则血少不需,导致心脉拘急,而发为胸痹。

临证论治

胸痹发病突然而疼痛剧烈,在临床上须辨明疼痛部位性质,诱发因素,发作时间持续久暂,从舌苔脉象,辨明本病虚实,治理原则应扶正祛邪。

胸痹与胃脘痛之鉴别。

胸痹:疼痛在膻中穴处,膈以上,其发病突然剧烈疼痛为主,如刀割般绞痛或如针刺,兼有呼吸困难,惶恐,心慌心悸为特点。

胃脘痛:疼痛在上腹部,膈以下,起病缓慢,渐渐加重,有反复发作史,而急性发作病者多为胃肠道患者。

胸痹临辨分型如下:

寒痹心脉型:

症状:症见胸部猝然疼痛,遇寒而发或加重,其痛如绞,形寒肢冷,心悸气短,舌淡苔白,脉紧或脉沉迟。

分析:寒邪入侵,其性收引,胸阳不振,宗气不足,肺气失宣,故形寒,阳气不达四肢,故肢冷,心脉拘急,气血凝涩,故胸痹而脉紧。

治则:通阳理中,行痹止痛。

处方:内关,心俞、膻中、郄门、大椎、至阳。

操作:内关、心俞、郄门用平补平泻法,膻中用泻法‘大椎,至阳可加温针灸法,留针30分钟,10分钟捻转一次。

方义:内关,心俞,膻中,郄门为俞穴,募穴,郄穴可调理,阴阳行气血,镇痛通脉,而大椎,至阳穴可散寒行痹之功效。

气滞血瘀型:

症状:症见心胸剧烈疼痛,走窜不定,心痛引肩背,胸闷气喘,口唇发紫,舌质紫暗有瘀斑,苔白腻,脉弦或结代。

分析:恼怒伤肝,气滞不畅,故心胸剧烈疼痛,而走窜不定,痛引肩背,胸闷气喘;气郁结滞,故口唇发紫,舌质紫暗有瘀斑,脉弦

治则:舒肝理气,活血化瘀。

处方:内关,太冲、期门、膻中、行间、心俞、膈俞、肝俞。

操作:以上各穴皆用泻法,留针30分钟,10分钟捻转一次。

方义:本证属于气滞,用心俞,内关、

肝俞、膻中等宽胸理气，活血泻瘀，加泻肝经之募穴期门，原穴太冲，以舒肝理气，止痛通脉。

痰浊内生型：

症状：证见胸中憋闷，心前区呈现阵发性隐痛，咳唾痰浊，白色粘痰较多，饱餐或劳倦后而诱发，脘腹胀满，纳差，心悸气短，倦怠，面黄淡白，舌淡胖，苔白厚，脉弦滑。

分析：嗜食肥腻厚味，痰浊内生，中焦痞塞，升降失司，导致上焦不通，心阳被遏，而至胸痹。

治则：豁痰泄浊，宽胸理气。

处方：丰隆、脾俞、膻中、心俞、内关、间使、尺泽、足三里。

操作：丰隆、脾俞用泻法，其余各穴用平补平泻法，留针30分钟，10分钟捻转一次。

方义：丰隆豁痰降浊，脾俞健脾化滞，其余各穴可宽胸理气，镇痛通脉，祛痰。

心肾阴虚型：

症状：心痛时作，心悸怔忡，五心烦热，舌红而瘦，苔少，脉细数。

分析：心肾阴虚，精血亏损，神失血养，心脉失濡。

治则：滋阴养血，宁心安神。

处方：心俞、膻中、神门、太溪、关元、三阴交、郄门、内关。

操作：补泻兼施，留针30分钟，每10分钟捻转一次。

方义：关元、太溪、三阴交用补法，以益肾培元补气，郄门、内关泻之可宁心安神止痛。心俞、膻中泻之可宽胸理气止痛之功效。

心肾阳虚型：

症状：心痛剧烈，气促气喘，心悸心慌，四肢厥冷，神疲怕冷，面色淡白，汗出或下利清谷，舌淡胖，脉沉细。

分析：心肾阳虚，气不健运，阴邪内盛，

心脉失煦，神失所御，胸痹而痛。

治则：温阳益气，强心安神。

处方：关元、气海、膻中、内关、足三里、神门、命门。

操作：补泻兼施，留针30分钟，10分钟捻转一次。

方义：补关元、气海、命门穴，温补肾阳，可加温针或艾灸，足三里补益气血，泻膻中、内关宽胸理气，泻神门穴，安神宁心，诸穴共用可充宗气，振胸阳而止心痛。

病案举例

病例一：郑XX，男性，39岁，于2014年12月下旬来诊。

主症：自述心前区剧烈疼痛，气虚乏力，心慌，胸痛拒按，面色淡白，身体疲惫，曾在西医院治疗二周，经各种检测，检测不出病因而出院，现今服用西药止痛片，病人从事冷气维修工作，终日劳累，工作繁忙，时常饮用大量冷冰水，舌红苔白有痰点，舌下静脉怒张脉弦细。

分析：因工作终日劳累，工作繁忙导致气机不畅，气滞血瘀于胸，病人饮用大量冷冰水，导致寒凝心脉于胸，导致胸痹而痛。

症型：气滞血瘀兼寒凝心脉型。

治则：舒肝理气，活血化瘀，通阳化气，行痹止痛。

处方：内关、间使、膻中、三阴交、太冲、合谷、至阳。

操作：补泻兼施，留针30分钟，10分钟捻转一次。

方义：泻内关，间使、膻中穴可宽胸理气，合谷、太冲、三阴交平补平泻可调理气血，补至阳穴可放寒行痹止痛之功效。

观察：第一诊针刺后半小时，胸痛已减轻一半，触摸胸部已不痛。

二天后再诊，病人述说针后胸痛已消除，只余下午五点至七点钟，感觉胸痛，即取足少

阴肾经之井穴涌泉泻之。

三诊后，病人述说胸痛已逾，但仍感疲惫乏力。

六诊后已基本痊愈。

病例二：陈先生，男性，75岁，于2015年7月来诊。

主症：病人述说心前区时常疼痛已多年，反复发作，最近疼痛剧烈，伴有心悸怔忡，体倦乏力，眼差头晕，怕冷，纳呆，面微肿，气促胸闷，面色淡白，曾于十年前动心脏扩张手术史，长期服食西药，二便尚可，脉细而数，两尺无力，舌绛苔卜。

分析：病人曾于十余年前有心脏扩张史，又长期服食西药，兼之年老体衰，气血亏损，导致心肾阴阳俱虚，阴虚则精血亏耗，神失血养，心脉失常。阳虚则气失健运，阴邪内盛，心脉失照，神失所御，胸痹而痛。

症型：心肾阴阳俱虚型。

治则：滋阴养血，温阳益气，安神止痛。

处方：关元、太溪、内关、神门、膻中、合谷、太冲、郄门。

操作：补泻兼施，留针30分钟，10分钟捻转一次。

方义：补关元、三阴交、太溪有益肾培元之功，泻郄门、内关，神门有宁心安神之效。合谷、太冲平补平泻可调补气血之功。补足三里可培益后天之本。泻膻中可宽胸理气，诸穴同用有标本同治之效。

观察：六诊后，病人心痛改善，但依旧心悸，体倦乏力，十诊后，胸痛改善明显，轻微心悸，仍有体倦神疲。十五诊后，胸痛已无，心悸明显改善，现今在调理中。

病案举例

胸痹的病理为本虚标实，所谓本虚是指心脏为主的气血不足，心肾阴虚，心肾阳虚，阴阳虚弱，所谓标实是指心脏为主的气滞血

瘀，痰湿阻滞，本虚标实都会导致气血运行障碍，促成心失濡养，发生本病，由于胸痹发病急骤，应当根据疼痛的部位，性质，发生时间，辨别标本缓急，急则治其标，缓则治其本的原则，标急应镇痛通脉，本虚应滋阴养血，温阳益气，阴阳双调，标实则通阳行痹，舒肝理气，豁痰泻浊，活血化瘀，总的原则是扶正祛邪，此外医师在治疗本病时应该注意，如病者大汗淋漓，四肢厥逆，干呕欲吐，神情躁动不安时，此乃阴阳离绝之危候，预后多不良，可嘱咐送往医院救治。

临床引用“治风先治血” 原则治疗皮肤病例探讨

新加坡·黄春祥

【摘要】血虚、血热、血瘀、血寒还是血燥，都容易导致机体风病风证的产生，阐述血与风的病理关系，结合临床病例证实，运用治风用血药的前人之训，使病人的症状明显改善，说明“治风先治血，血行风自灭”的理论原则对临床的实际意义。

【关键词】血虚生风；风病用血药；血热；Blood MORALS off

“治风先治血，血行风自灭”；这句话最早出自宋·陈自明《妇人大全良方·卷三贼风偏枯方论》：“夫偏枯者，其状半身不遂，肌肉枯瘦，骨间疼痛，神智如常，名曰偏枯。仆原疾之由，皆由阴阳偏亏，脏腑怯弱，经络空虚，血气不足，当风冲坐，风邪乘虚而入，疾从斯作”。以上条文明确阐述了临床上很多由于气血亏虚，风邪乘虚而入所致中风造成半身不遂的患者，其病因虽为风邪入中，但其病机存在血气不足，治疗应当养血补血为先，只有气血运行畅通，经脉通调，机体才得以康复，如此中风才能取得更好的治疗效果。“治风先治血，血行风自灭”也有人认为此语出见于明·李中梓《医宗必读·卷十·痹》：“治行痹者，散风为主，御寒利湿仍不可废，大抵参以补血之剂，盖治风先治血，血行风自灭也”。意思是说，风寒湿三气杂至合而为痹，其中对风性行痹的治疗，除了祛风辅佐散寒除湿外，应适当配合运用补血药，这样更有利于风邪的祛除，使痹症的治疗效果更好。

从以上古代医家记载说明；从古至今，血

在风证的发生、发展和转归整个病程中都起着至关重要的作用。临床上，无论是血虚、血热、血寒、血瘀、血燥皆可引起风证。由于其文字易诵上口，文意深刻悠远，指导临床切合实际，因而被我们现代医者广为重视、运用、充实和发展。“治风先治血，血行风自灭”这里重点突出了“风”和“血”两个病证。那什么是风病？不外乎有内风和外风之分。外风为外感六淫之气；常见的外风证有风寒、风热、风燥、风湿等。内风起于脏腑气血阴阳失调所致的病症；常见有；中风、头痛、眩晕、狂躁症等等。而由血致风病在临床上无论是血虚、血热、血寒、血瘀、血燥等均可致以上各种风病。因此，在治疗各种风病时均可考虑从血论治。

临床如何运用治血灭风？要搞清楚“治血”的含义，首先有必要搞清楚血病有哪些种类？血虚、血热、血瘀、血寒、血燥。其中血燥与血虚相近，大致可以归并为一类。那么既然是治血，就是治疗血的病证，理所当然地应该包括补血养血，凉血活血，止血和血。其中

和血通常是通过温和散寒的治则来体现，并没有直接可以温血和血的药物；通常是运用温和气血经脉的方法。内科出血通常又离不开清热凉血、补气摄血、活血祛瘀等等方法来进行治疗。因此，最常见的治血方法大致有：养血补血，清血凉血，活血化瘀三大类。李中梓说治血是“补血”，陈自明说治血是“养血”，说的都是同一回事，但都只是举例说明，并没有讲全。陈自明在《妇人大全良方·卷三贼风偏枯方论第八》中所引古人有云“医风先医血，血行风自灭”，古人用一个“医”字，医血可以包括以上种种治血的具体方法，确实是最为妥帖的提法。

“治风先治血，血行风自灭”的临床机理是什么？不言而喻，一定是风病导致了血病，或是血病招致了风病。也就是说，“治风先治血，血行风自灭”有两层含义：一是通过补血养血、清血凉血、活血化瘀等治血的方法，使机体原有的风邪被清除；二是通过治血以机体气血充盈、平和流畅，则内风不能生，外风不能入。盖风邪入侵，可导致气血不和；而气血不和，容易招致风邪入侵。诚如清·王清任所说：“治病要诀，在明白气血，无论外感内伤……所伤者无非气血”；不难理解，气血充足并运行流畅是机体免疫力和抗病力的基础，也是疾病康复的前提。也充分体现了“血行风灭”的重要性。

血行风灭的临床常见病症举例和历代医家的用方体验；

1. 血虚生风，气血不足；症见皮肤干燥，甚则迭起皮屑，瘙痒无度，遍身抓痕，轻者角化肥厚，重者干涸皲裂，毛发枯槁脱落，甲板干枯不泽，脆裂枯厚。可伴有心烦失眠，面色无华，口唇色淡，头晕目眩，舌淡脉细。现代医学见于，老年皮肤瘙痒病、鱼鳞病、静止期银屑病、慢性荨麻疹、玫瑰糠疹、脱发、脂溢性皮炎、甲剥离症、甲板营养不良、皲裂性湿疹、神经性皮炎等血虚生风，血燥生风等证。治宜养血润燥，消风止痒。方选滋燥养荣

汤《证治准绳》，消风散《外科正宗》，养血润肤饮《外科证治》等加减。常用生熟地黄、当归、赤芍、元参、首乌、沙参、麻仁等滋阴补血，秦艽、地骨皮祛风湿退虚热，荆芥、防风、白鲜皮、刺蒺藜祛风，故可有养血润燥祛风止痒之功效。

病例1：陈XX，女，78岁。患者皮肤干燥瘙痒反复8年余，瘙痒剧烈时抓挠至全身皮肤血痕累累，有些结痂粗糙，瘙痒夜间尤甚。伴头晕眼花，口干口渴，烦躁易怒，失眠多梦，大便干结，小便微黄，舌红苔薄，脉细弦。西医给予外用润肤药膏，止痒的口服药（具体药物不详）治疗，症状反复。中医治宜养血润燥，祛风止痒；方用四物汤合消风散加减。处方：黄芪20克 当归9克 生地30克 川芎9克 白芍10克 党参15克 丹参10克 阿胶5克（冲熔）防风9克 全蝎3克 地骨皮15克 牛蒡子15克 苦参15克 甘草6克 胡麻仁10克 酸枣仁12克（打碎）。上方7剂，水煎服，嘱病人随诊。

2. 血热生风，热血妄行；症见肤生红斑及风团，斑疹基底颜色鲜红，触之灼热，重者可见掀热潮红，层层脱屑，瘙痒剧烈，搔抓无度，抓后渗血渗水，或头发成片脱落，重者须眉俱落。可伴有心烦口渴，渴喜冷饮，大便干结，小溲短赤，舌质红赤，苔黄，脉象弦数等。现代医学见于进行期银屑病、玫瑰糠疹、多形性红斑、药疹、脂溢性皮炎、斑秃、白发及红皮病等血热生风证。治宜凉血清热，消风止痒。方用清营汤《温病条辨》、凉血五花汤《赵炳南临床经验集》等加减。常用生地黄、当归、赤芍、丹参凉血活血，黄芩、苦参清热解毒，蝉衣、薄荷、荆芥、防风、白鲜皮、地肤子祛风止痒，起到凉血消风之功效。

病例2：这是20年前跟随温病学老师临床实习时所见的一个病例，患者是从门诊收入住院部；吴XX，女，38岁，患者入院时脸部鲜红，脸颊尤甚，红斑呈蝶型，高热，T：38.6°，呼吸粗大，烦躁不安，口干口渴，记得当时天气寒冷，但患者仍然喜欢喝

冷水，大便数天未解，小便黄赤，舌红而降，苔黄腻，口气较重，脉弦数。西医给予患者镇静安神，及静脉点滴后叫我温病学教授会诊；老师当时的诊断是：蝴蝶疮：热毒炽盛，治宜清热凉血，化斑解毒；方用犀角地黄汤合黄连解毒汤加减。处方：水牛角3克(磨粉)生地30克 玄参30克 竹叶12克 金银花15克 连翘15克 黄连6克 丹参10克 麦冬20克 丹皮15克 赤芍15克 上方先3剂，水煎服，随诊。

3. 血瘀生风，瘀血阻滞；症见皮损基底色暗成瘀点、瘀斑，皮肤粗糙，肌肤甲错，皮损角化肥厚，苔癣样变，患处抓痕累累，瘙痒无度，夜间尤甚，或血虚血瘀，发失所养，而致斑秃、白发，重者可致全秃，以及血瘀生风，肤失濡养，而致色素脱失，肤生白斑。可伴有舌质紫暗，或有瘀斑，脉象涩滞。现代医学见于神经性皮炎、结节性痒疹、慢性荨麻疹、色素性紫癜性皮肤病、白癜风及斑秃等久病入络，血瘀阻络或气机失调，血运不畅，气血壅滞，而风从内生，肤失濡润。治疗当以活血化瘀、祛风润燥、消风止痒等法；方用通窍活血汤《医林改错》，血府逐瘀汤《医林改错》等加减。常用当归、赤芍、桃仁、红花、丹参、三棱、莪术等活血化瘀，乌梢蛇、全蝎、荆芥、白芷、刺蒺藜、羌活、独活等祛风止痒，共奏活血祛风之功。同时在治疗血瘀生风的皮肤疾患时还需注意其寒热虚实，当血瘀兼热时，多用凉血活血的药物，如生地黄、牡丹皮、赤芍等；当血瘀兼寒时多用温通活血之品，如桃仁、红花、川芎等；且血瘀生风常合并有气虚的症候，临床上应用益气活血之品，如黄芪、熟地，人参等。

病例3；黄XX，女48岁，皮肤瘙痒，周身疹出反复发作2年余，皮疹以四肢、身体内侧部位尤甚，疹出微红，有些疹出色白，晨起或遇冷水时发作加重，在冷气环境皮疹也发作明显，乏力倦怠，平素身体怕冷，月经近几个月来都延迟来潮，量少色暗，少量血块，睡眠欠佳，二便尚调，舌淡苔薄，脉细微紧。西医

给予抗过敏西药口服(具体药物不详)，症状反复。中医治宜：温阳补血，祛瘀止痒，益气活血。方用桃红四物汤合桂枝汤加减，处方：桃仁6克 红花3克 党参20克 桂枝10克 赤芍12克 黄芪15克 荆芥12克 防风10克 柴胡10克 蝉蜕6克 川芎9克 生地黄20克 当归9克 地龙10克 路路通20克 旱莲草15克 生姜3片 大枣6枚 甘草6克 上方7剂，嘱患者随诊。

以上病例只是风病血治临床证治的风毛麟角之一，门诊的医生在临床运用“治血灭风”的病例应该是举不胜举。古代治血灭风的的经方也众多；如治疗行痹的防风汤《宣明论方》、蠲痹汤《医学心悟》，治疗风邪初中经络致使口眼歪斜的大秦艽汤《素问病机气宜保命集》，治疗肝阳化风的羚角钩藤汤《通俗伤寒论》、镇肝熄风汤《医学衷中参西录》，治疗虚风内动的大定风珠、小定风珠《温病条辨》，治疗暗痹的地黄饮子《黄帝素问宣明论方》等等经方在治疗各种内外风证的方药中或多或少都配伍了治血的药物。给我们现代医生在临床治疗风病指引了明确的方向。

曹田梅教授伤寒条文 活用于临床验案探讨

深圳继续教育培训分享与感言

新加坡·郑晓佳

2015年5月20日至25日我参加了由中华医院副主席刘嘉扬博士带领的约20名团队的深圳继续教育培训。此次行程，可以结识到不同届毕业的前辈们并于他们交流与分享，是此次行程难能可贵的经历。

尤其在参观华润三九医药股份有限公司时，华润三九配方颗粒事业部市场 杨总监 在介绍中，让我看到中医药界已经有人在开始对中药饮片与颗粒的疗效作比较正规与系统化的科验时，我感到很兴奋和欣慰，希望今后他们能将其成果于中医界和大众分享，好让更多人受益。我们离开前，三九公司还将他们的精美药品礼盒赠送每位参加的成员，真的非常感激。

这次是我毕业后的第一回参加的培训课程，除了好吃好睡外，还受到当地主办局的热情款待，真有点受宠若惊。

尽管如此，我个人认为(相信整个团队也会认同)，最大的收获应该是能听到深圳市第二人民医院的中医科主任医师 曹田梅 主讲的个人分享病例：以经方应用的病案浅析。曹主任阐述她多年来如何将伤寒论的条文活用在临床的分享与经验，启发了我要好好的读伤寒论，尽我所能的背它和细细揣摩它的字里的含意，真的深感收获良多。

只可惜每个讲员的时间有限，在我们大家

都听出耳油时，她必须停止，好让下一位讲员分享他的讲稿…

以下为我个人将曹主任的讲稿所整理出来的一些病案分享，共大家参考，如有误，敬请原谅。

验案举例-1 漏汗案

20xx年x月x日

患者：x某，男，38岁

感冒，头晕，高烧。自服aspirin与1片黑姜后，烧没退，又吃2片。过后，大汗出如水龙头开后关不了，不断喝水到1万豪升。

头痛剧烈，深圳市第二人民医院诊为1型糖尿病，医院内分泌主任用中药把胰岛素降低，但血糖控制不好就没脱离胰岛素注射。

处方：挂枝10g，白芍10g，附子10g，生姜5片，大枣3枚，甘草10g。

浅析

1. 审证求因，方证对应。

曹主任引用伤寒大名家 胡希恕 常说的：“方证辨证是辨证尖端”先辨证，后选方，再遣药。只要方与病机吻合，直接辨方证就好，不在乎是用那种方辨证，可用八纲辨

证或者是卫气营血，其它的过程就可省略掉，因此可在他的书里见到柴胡汤证 / 桂枝汤证。

证可辨为	可用方很多如
1) 表虚证 2) 风寒感冒	1) 葱豉汤 2) 九味羌活汤 3) 荆防败毒散加减等

以验案-1为例：

此例子为发汗太多亡阴，糖尿病的基本病因以阴虚为本，燥热为标，于伤寒论的：…发汗，遂漏不止…桂枝加附子汤…最适合。

伤寒论原文：

太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之。(20)

桂枝汤证加附子

2. 中医重视防未病，提高正气

曹主任对西医与中医思路的见解：[曹主任是先学了西医后再去学中医]

3. 中医高名：以正气抗细菌或病毒

几年前曹主任的医院来了一名年轻护士，后得了肺结核，淋巴结核。门诊是不收传染病患者的，但当时误以为患者是患了上呼吸道感

染咳嗽而收入医院，后来查是结核就给他出院了。医院所有的工作人员都有与患者接触过，唯独那名护士感染上肺结核，淋巴结核。在深入探讨下，发现女护士患病的原因跟中医的病因病机很贴切。就在那段期间，那名女护士交了男朋友，她家人极度反对。这使得那名女护士很郁闷，食欲欠佳，免疫开始下降，所以就中招了。

女护士的患病过程：

郁闷，食欲欠佳免疫开始下降易患上细菌 / 病毒 (正气不足)(邪气所凑，其气必虚)

中医认识疾病的高名之处：不管有再多的细菌或是什么新的病毒，中医应对的方法是以我们的正气去对复它。

验案举例-2 尿闭案

初诊日期:2010年 11月 4日

患者：康某，男，91岁。

尿闭1月。于1月前(9月28日)体检时发现频发室早4万次。即住安医附院。当时予静滴等治疗(24小时连续)后于10月4日出现心衰，气急，休克。下病危通知，抢救成功后渐出现少尿，尿用。血肌肝800umol/l，血钾5.7mmol/l，行透析治疗。

	西医	中医
刚开始学中医时，曹主任认为在		
描述整个病的病因和过程中	非常清楚，一点都不含糊。 举例：上呼吸道感染可见咳嗽，结核感菌。感菌长什么样？通过什么渠道进入身体；在身体发生什么变化，西医非常清楚的描述。	粗略的带过，非常含糊。 中医不管什么病，病因都是跟六淫、起居、饮食、禀赋有关，总觉得中医非常粗略。
学了中医一段时日，觉悟到		
防病的角度	没多大意义 举例：坐在地铁上不知道几时有结核感菌，更不用说去防止它进入我们的身体。	非常好 中医教我们要起居有常、饮食有节，七情平合就能有足够的正气。所谓：正气存内，邪不可干；邪气所凑，其气必虚。

透析一周三次，透析后有一度有一天自行排尿2000ml，后又尿闭。透析后病情平稳。行膀胱镜检，镜检时膀胱镜不能进入输尿管，膀胱见较多量泡沫。

安医泌尿科专业副院长谓20年从未见过此种情况。不能解释，疑为肿瘤。北京肿瘤医院会诊医生不能确诊，肿瘤转移可能性小。考虑有厌氧菌感染。试行甲硝唑膀胱灌注6天，初排出血样物，洗肉水样物，第5天灌注液清亮，仍在尿。

现每天尿量不足50ml。B超示双肾积水，输尿管扩张，去年7月发现左肺癌，行手术治疗，术后无化疗。此次病后行PETCT示未见转移灶。9月29日查B超未见泌尿系占位。患者病前精神状态良好。病史无尿频、尿急、尿痛，无腹痛腹胀。无发热。一月来体重下降6kg。安医附院鉴于目前情况，治疗束手无策，建议转至北京肿瘤医院。家属要求中医治疗。深圳市保健办请曹主任去治疗。

患者昨日有腹泻3次似有中虚之象，但脉弦大，若黄厚腻，小便不通，应攻邪为主。考虑到患者年事已高，用小量，因患者血肌酐高，本易呕恶。可加护胃苍术1味，另用白茅根利水。

主方：黄连10g，黄芩10g，黄柏10g，苦参10g，苍术15g，2剂水煎服。

配方：白茅根500g，煎汤当茶饮。

2010年11月5日

昨日12点服药，服药后，今日凌晨4点排尿，尿湿一条睡裤，继之晨起又排出200ml，并排出约7mm长白色栓样物。今晨观其舌，黄苔退去。脉仍弦大有力。尺脉亦有力。白茅根水未服。嘱其停服促红素，马叮呤等药。仅服2种降压药。晚上9点半来电话述，食纳差。晚上又有一次小便约50ml。查尿RT示：蛋白+++，潜血++，白细胞265/ul。

2010年12月6日

今晨7点半看病人：左脉弦大象减弱，右脉仍弦。舌红无苔，感胃不适。今晨一小丸大便。精神稍差，双下肢无浮肿。予二陈汤加味，加大黄之攻下剂，2剂，返回深圳，嘱其上两方交替服用2天。

以后发邮件每日指导治疗。后又去合肥会诊2次。调整治疗方案。

从11月12日起尿量正常，每日1600-1900ml，已一周未透析，查血肌酐在280-332umol/l，尿蛋白在++-+++之间，潜血+，于11月15日出现肺部感染，高热，咯吐黄脓痰，患者拒绝抗菌素治疗。亦用中药治疗10天后肺部感染控制。

11月17日尿RT示：蛋白++，潜血+。血BUN12.8mmol/l，尿酸正常。于11月17日上午时拔除透析管。

后来深圳，经治疗血肌酐降至160-200umol/l，尿蛋白+，潜血消失。经善后调理恢复健康。

浅析

1. 中医要准确的判断需要把脉

当患者家属要求曹主任治疗时，曹主任先看之前中医开的方，后号脉，再辨证处方。此案如曹主任没号脉，患者年龄大，又刚心衰抢救回来，哪敢攻。曹主任反问：名医从张仲景，叶天士，孙思邈有那位是叫患者不做声，摸一下，什么都知道了?!

2. 中医一定要望闻问切，四诊合参。

患者应尽量述说他本身的问题，好让医生做辨断，决绝问题才是硬道理。不应故作玄虚，倡导迷信，让患者认为自己很神，只需号脉，便能知道患者的所有状况。

临床

其它中医处方	康先生症状	连想	曹主任评语 / 处方
苓桂术甘汤加味；有的加红参、附子	大便：泻了3次，清水样	看似虚证；脾虚证 康先生年龄>90 刚心衰抢救回来	从道理讲用温补处方是不错但效果不好。
	脉：非常弦大 苔：黄厚腻	此时应认真辨证，脉非常重要 弦大的脉决对是实证 加上苔又黄厚腻	因此用泻心汤加减
	易呕恶	要护胃药	加苍术
	尿闭	需利水	用白茅根煎汤当茶饮
	2010年11月5日12点服药，隔日凌晨4点排尿，尿湿一条睡裤。 晨起又排出200ml，并排出约7mm长白色栓样物。 黄苔退去 脉仍弦大有力，尺脉亦有	西医开药是按有其症开其药。 促红素用于肾衰、贫血； 马叮呤可见胃肠不好、拉肚子； 抗生素； 尿毒清等	嘱其停药促红素，马叮呤等药。仅服2种降压药。
	白茅根水喝后觉呕		嘱停药
	2010年12月6日 今晨7点半： 左脉弦大象减弱；右脉仍弦。 舌红无苔。		
	胃感不适	苦参药非常败胃，一定要饭后1/2小时吃，不超过10g	苦参：刺激胃，导致眩晕。有一名患皮肤病者吃了苦参后有如醉酒样。
	今晨一小丸大便。 精神稍差，双下肢无浮肿。	实邪已去	予二陈汤加味，加大黄之攻下剂。 嘱其上两方交替服用2天。 曹主任回深圳，以后发邮件每日指导治疗。 后又去合肥会诊2次，调整治疗方案。
	从11月12日起尿量正常，每日1600-1900ml，已一周未透析。 血肌酐：280-332umol/l 尿蛋白：++-+++ 潜血：+		
	11月15日：肺部感染，高热，咯吐黄脓痰，康先生与家属拒绝抗菌素治疗。		曹主任用中药治疗10天后肺部感染控制。
	11月17日 尿RT：蛋白++，潜血+ 血BUN12.8mmol/l 尿酸：正常		11月17日上午 拔除透析管
	过后康先生去深圳善后调理： 血肌酐：160-200umol/l 尿蛋白：+ 潜血：消失	虽血肌酐没能降到正常水平，但康先生没其他不适。	康先生回去后，去年2014年因终老过世，享年95岁。家属给曹主任捎一封很长的简讯告知康先生未过世前几年生活质量好，过得比较开心。家属十分感谢曹主任的帮助。

验案举例-3 感冒案

2013年5月6日

王某,女,39岁

头晕、头痛1天,全身不适,无力感。体温正常,微汗出,心烦,不欲饮食,头痛,双眼发胀。无法正常工作。舌红苔薄白,脉稍数。

方:柴胡桂枝汤加味(柴葛解肌汤)

柴胡20g,黄芩15g,党参15g,半夏15g,桂枝10g,白芍15g,葛根40g,羌活10g,川芎15g,甘草10g,生姜5片,大枣4枚,2剂水煎3小时服1次,第二天痊愈。

伤寒论原文:

伤寒六七日,发热微恶寒,支节烦疼,微呕,心下支结,外证未去者,柴胡桂枝汤主之。(146)

桂枝(一两半,去皮),芍药(一两半),生姜(一两半,切),大枣(六枚,擘),甘草(一两,炙)

柴胡(四两),黄芩(一两半),人参(一两半),半夏(二合半,洗)

浅析

1. 外感无发热柴胡桂枝汤加味很好用:头晕、头痛1天,全身不适,无力感:葛根40g,羌活10g,川芎15g

验案举例-4 发热案

2011年x月x日

x某,女,50岁。

电话述:发热3天。体质较弱,初畏寒,继之发热,无咳嗽咽痛,现已发热3天,静滴抗菌素效不佳,服退热药后,体温稍降,旋即

再升。今下午测体温38.6,全身不适。

方:柴胡桂枝汤

柴胡20g,黄芩15g,党参15g,半夏15g,桂枝10g,白芍10g,甘草10g,生姜5片,大枣6枚,水煎,3小时服1次,服1剂。

服后进热粥。2小时后微汗,当晚热退安睡,翌日病愈。

伤寒论原文:

伤寒六七日,发热微恶寒,支节烦疼,微呕,心下支结,外证未去者,柴胡桂枝汤主之。(146)

桂枝(一两半,去皮),芍药(一两半),生姜(一两半,切),大枣(六枚,擘),甘草(一两,炙)

柴胡(四两),黄芩(一两半),人参(一两半),半夏(二合半,洗)

上九味,以水七升,煮取三升,去滓,温服一升。本云人参汤,作如桂枝汤,加半夏、柴胡、黄芩,复如柴胡法。今用人参作半剂。

太阳中风,阳浮而阴弱,阳浮者,热自发,阴弱者,汗自出。啬啬恶寒,淅淅恶风,翕翕发热,鼻鸣干呕者,桂枝汤主之。(12)

桂枝(三两,去皮),芍药(三两),甘草(二两,炙),生姜(三两,切),大枣(十二枚,擘)

上五味,咬咀三味。以水七升,微火煮取三升,去滓。适寒温,服一升。

服已须臾,歔热稀粥,以药助力。温覆令一时许,遍身皦皦,微似有汗者益佳,不可令如水流漓,病必不除。若一服汗出病差,停后服,不必尽剂。若不汗,更服依前法。又不汗,后服小促其间。半日许,令三服尽,若病重者,一日一夜服,周时观之。服一剂尽,病证犹在者,更作服。若汗不出,乃服至二、三剂。禁生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。

浅析

1. 此案为太少合病。无论大人或小孩发烧,曹主任治疗一天见效,如打液体,退烧后还要托上几天,但服中药效果好。

2. 山西有一名医 门纯德 名言：用金方不要画蛇添足；他擅长治肠梗阻用大黄附子汤，常加上枳实、厚朴(宽胸下气药)效果非常好。换句话说：用金方要原汁原味。

3. 将息煎煮法非常重要：

如何服药的说明是非常重要的。2个小时吃，继续半夜连夜吃才能有效的退烧。在验案4，曹主任用了桂枝汤证的将息煎煮法使患者发汗以解热，疗效显著，跟随她不久的学徒一样用柴胡桂枝汤退热却忽略了将息煎煮法，根本没效。

验案举例-5 浮肿(肺心病重症)

初诊：2007年7月24日。

周某，男，82岁。

患者有慢支肺病史30余年，再发10天。于一周前住曹主任医院呼吸科被诊为重度肺部感染，肺心病，心衰，呼衰，已报病危。患者少尿、全身高度水肿，并胸腹水，睾丸肿如排球大小，扎针时液体从针孔流出。烦躁，气促、胸闷，面唇紫且绀，痰黄脓，难以咯出。经积极抗菌、强心、呼吸兴奋剂、利尿等治疗。病情无改观。家属已准备后事，其子欲邀曹主任会诊以尽人事。

患者手足不温，全身烂肿如泥似属阴证，但痰黄脓稠，舌红苔黄厚，且烦躁不安又似有阳热之象。待诊其脉，沉细数无力，尺脉空虚。其证已明。诊为肾阳衰微，参李可经验，予大剂温阳行水之剂，麻黄附子细辛汤合瓜蒌薤白桂枝汤加味

方：黄芪100g，麻黄10g，附子30g(先煎)，细辛10g，瓜蒌30g，薤白10g，桂枝10g，葶苈子30g(包煎)，丹参15g，砂仁10g，芦根30g，桃仁10g，杏仁10g，甘草10g，2剂。

伤寒论原文：

少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄细辛附子汤主之。(301)

麻黄(二两，去节)，细辛(二两)，附子(一枚，炮去皮，破八片)

上三味，以水一斗，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

服药一剂，尿量骤增，浮肿大减，气促胸闷缓解。服药2剂，浮肿悉退，4天后步行出院。出院后纳差，晨起轻咳痰多，又予六君子汤加味调理2周。诸症平复。

浅析

1. 此案西医与中医治疗方法对比：

西医	中医
西医开了4页的药，可谓“面面俱到”。有抗菌的，强心的，降压，降血糖的药物等等。	曹主任审证以抓阴阳，用4张方对应： 1)麻黄附子细辛汤(金方) 2)瓜蒌薤白桂枝汤 3)葶苈大枣泻肺汤 4)丹参饮
开到最后，一场大乱。	在此案相比之下中医在两方面好： 1)防治和调养好； 2)大病或者重病只要能抓住主要的毛病，便能以相对简单的方完全治好病。

2. 曹主任另叙述两个急诊病案：

病案1 顾护阳气非常重要：有阳则生，无阳则死。

有位在ICU的患者得了肝内胆管结石，并发严重感染。在曹主任未接手处理此案前，患者是继续服利胆退黄，清热解毒的药。但此时不能再用了，应赶紧温阳。

病案2 后天之本非常重要：有胃气则

生，无胃气则死。

院长朋友得脑瘀血。手术及时抢救过来但后出现肺感染。刚开始尿多，后又尿少，得了霉菌感染。症状可见：

- 1)昏迷
- 2)大便象果冻样，不停从肛门流出来
- 3)还发烧和有其它的病症

曹主任一看大便象果冻样就知道这代表胃气衰败，就用了一张简单的方：连理汤治好患者。

验案举例-6 呕吐案

初诊：2012年10月x日

高某，男，66岁

呕吐半年。7月份起出现呕吐，进食即吐。在广东省人民医院诊断心因性呕吐(因为医院查不出原因)，查胃镜示慢性胃炎，反复治疗不愈，后又在曹主任市其他医院住院8次，最短5日无呕吐。发病前1年发现肾结石，自服排石药数月。发病以来体重下降10余公斤，舌红少苔，脉沉弱。

方：旋覆代赭汤加味

旋覆花15g(包煎)，煅赭石30g，红参15g，法半夏30g，制陈皮10g，大枣15g，炮姜10g，生姜汁30ml，炙甘草5g，3剂。

伤寒论原文：

伤寒发汗，若吐若下，解后心下痞硬，噎气不除者，旋覆代赭汤主之。(161)

旋覆花(三两)，人参(二两)，姜(五两)，代赭(一两)，甘草(三两，炙)，半夏(半升，洗)，大枣(十二枚，擘)

上七味，以水一斗，煮取六升，去滓，再煎取三升。温服一升，日三服。

浅析：

1. 难辨寒热需从问诊着手：

是朝食暮吐属虚寒；吃了马上吐，一般有

热。曹主任无法得知患者为何一直吐，因为患者自己也不知情。直到曹主任问到他的病史，才恍然大悟，他是因自服大量排石药：金钱草150g、海金沙150g、滑石等寒凉药而伤了胃。

2. 要得到中医的精髓，需要想：“为什么要这样吃？”

许多医师也同样懂得用旋覆代赭汤治此病，但病重药轻，不能取得好的疗效。此案曹主任把法半夏从10g改为30g，去滓再煎已浓缩药至100毫升，再嘱患者一勺一勺的全天服用，疗效显著。

3. 要重视顾护胃气：

曹主任以前用白虎汤不用粳米，认为粳米没退烧作用，一点都不科学。但后来有一专家做了实验后，发现石膏退烧成份易挥发掉，要有石膏(淀粉)固住。张锡纯在《医学衷中参西录》也没用粳米，但他改用山药来取代。山药淀粉也很高，所以退烧疗效一样好。古人也许在科技上没现代发达，但他们知道顾护胃气的重要性。

白虎汤药物组成：石膏，知母，粳米

最后，曹主任以一位日本医师汤本求真在《皇汉医学》中说的一句话做为总结：

中医的理论看似空莫，实则井然(有序)。

中医的思维非常好，它是中国人花了几千年时间在上亿人身上得出来的药理和药论。

我个人非常认同，也很欣赏中医的哲理，并认为医学，不管是中医还是西医，都应该是救人为基础，在人生病后，运用所知和所拥有的有限资源，想方设法去治疗那病人，而不应打着“科学性”的旗号，把病毒注入无辜的动物，甚至人类来取得“科学性”的药理和药论。这可谓逆天而行，自取灭亡。

浅谈中医药治疗多梦证

新加坡·卓扶蓉



【摘要】临床上单纯以多梦证而求医就诊比较少见，主要是以失眠伴随多梦来就诊。现实中因多梦而影响睡眠质量，间接影响工作、生活与学习，因此，对多梦证的研究有很大的必要性。

【关键词】多梦 病因 梦境 治疗

多梦是临床上最常见的一种睡眠障碍，指睡眠的不实，睡卧不宁，梦幻纷纭，醒后往往出现头晕、困倦，白天精神不振、无精打采等病理表现。中医对梦的认识与研究，积累了较丰富的理论和实践经验。本文从病因、梦境、治疗方法等方面进行论述，以探讨多梦证在中医辨证论治中的意义。

1 睡眠与阴阳的关系

1.1 阴阳与昼夜阴阳消长

睡眠是休息的最佳方法，其具有恢复精力、解除疲劳的作用，是身心健康的重要保

证。中医学认为，睡眠属阴，谓之“寐”；觉醒属阳，谓之“寤”。寤寐的交替发生是人体阴阳交替消长的表现，也是人类适应自然界昼夜阴阳消长变化的结果。寤寐的节律使人有作有息，有劳有逸，有张有弛，是生命活动顺应天之阴阳变化的基本规律。

1.2 寤寐与卫气阴阳出入

阴主内、阳主外，阴阳出入即由内出外与由外入内。《灵枢·口问》谓：“卫气昼日行于阳，夜半则行于阴，阴者主夜，夜者主卧……阳气尽，阴气盛，则目瞑；阴气尽而阳气盛则寤矣。”此说明在正常情况下，卫气从阳入阴

则寐；卫气从阴出阳则寤。睡眠随着卫气运行的阴阳出入，形成了目瞑目张的寐寤规律。

1.3 寤寐与心神阴阳动静

阳主动，阴主静，心神安静是入睡的基本条件。《景岳全书·不寐》^[1]载：“盖寐本乎阴，神其主也；神安则寐，神不安则不寐。其所以不安者，一由邪气之扰，一由营气不足耳。有邪者多实证，无邪者皆虚证。”寐是心神处于阴静的状态，而寤则是心神处于阳动的状态。这里的“神”是指人的思维、情志等生命活动的体现，其由精、气、血生成而藏于五脏。神、魂、魄、意、志是人的五种高级精神意识活动，分属于五脏。心神是人体生命和精神活动的主司，而魂、魄、意、志等精神意识活动，又受心神所控制。“神安”则人体气血调和，脏腑等组织功能正常进行，精、气、血健旺，体力充沛，神采奕奕，夜间睡眠正常。“神不安”不仅睡眠不好，而且易产生梦幻。

2 梦的成因

2.1 外界因素

《灵枢·淫邪发梦》言：“正邪从外袭内，而未有定舍，反淫于脏，不得定处，与营卫俱行，而与魂魄发扬，使人卧不得安而喜梦。”此说明人在睡眠中发梦，是受某些外来因素侵袭内部，随同人体中营卫之气运行，扰乱阴阳之气不得相合，导致精神魂魄不外守而飞扬于外，从而使人睡卧不宁而发生梦幻。

魂魄为何飞扬不定？历代对梦因的认识，可归纳三个方面。一、心卧则梦。《荀子第二十一·解蔽》载：“心者，形之君也，神明之主也……心卧则梦”。指人在睡眠时，心神相对处于安静和松弛状态，心神对魂魄制约松懈，魂魄易于飞扬不定而成梦。二、魂魄飞扬与其所属的脏腑气血乃至全身精气盛衰有关。魂藏于肝，魄舍于肺，二者又由心神所统

帅。一旦肝血不足，肺气亏虚，则不能藏魂舍魄，导致魂魄不定而发梦。三、历代有“梦为心动”的观点。心为五脏六腑之大主，精神之所舍，心动则五脏六腑皆摇。心神的波动必然引起魂魄动摇不定而发梦。清·沈金鳌在《杂病源流犀烛》言：“若夫梦者，亦神不安之一验耳。”^[2]

2.2 内在因素

气虚致梦——《素问·方盛衰论》谓：“少气之厥，令人妄梦，其极至迷。三阳绝，三阴微，是为少气。”少气指气不足，气不足则阳不守阴，神失其守，故为多梦。

血虚致梦——多由于思虑过度，劳伤心脾、或久病、或失血而致血虚。阴血亏虚，不能滋养心神，潜涵肝魂，制约相火，而使神魂浮游，发为多梦。如《景岳全书·不寐》谓：“劳倦思虑太过者，必致血液耗亡，神魂无主，所以不眠。”

劳欲致梦——劳欲过度，肾阴耗伤，阴亏于下，不能上奉于心，水火不济，心火独亢，火盛神动，心肾不交，则心神不宁而致多梦。如《景岳全书·不寐》所言：“真阴精血不足，阴阳不交，而神有不安其室耳。”

情志致梦——情志所致的发梦在古籍中早有记载。《类经·梦列》言：“心帅乎神而梦者，因情有所着，系心之境也。”郑玄^[3]《周礼·春官·占梦》提出六梦：“一曰正梦，二曰噩梦，三曰思梦，四曰寤梦，五曰喜梦，六曰惧梦”。情志的变化多种多样，其表现不同，对梦的影响也不同。肝主疏泄，性喜条达。肝藏血，血舍魂。肝失疏泄，或肝血不足，或肝阴亏虚，肝阳上亢，皆可导致肝魂不宁，而成多梦诸症。暴怒伤肝，肝气郁结，肝郁化火，邪火扰动心神，神不安而不寐；或喜笑无度，心神激动，神魂不安而不寐；暴受惊恐，遇事易惊，出现心虚胆怯，神魂不安，夜不能寐，如《沈氏尊生书·不寐》载：“心胆俱怯，触事易惊，梦多不详，虚烦不眠。”

陈士元在《梦占遗旨·感变篇》中提出不同情志所伤,出现的梦境不同,“过喜则梦开,过怒则梦闭,过恐则梦匿,过忧则梦嗔,过衰则梦救,过忿则梦罽,过惊则梦狂。”^[4]

瘀血致梦——血是人体精神活动的基础,也是神、魂的潜藏之处。清代医家王清任^[5]认为:“气血凝滞脑气,与脏腑气不接。”气血凝滞之后,脑气与脏腑的连接通路受瘀血所阻断,脑气得不到脏腑气血的资助,故脑气虚,脑之“灵机”功能受到影响。王氏运用血府逐瘀汤治疗夜睡多梦,指出“夜睡多梦,是血瘀,此方一两付痊愈,外无良方。”喻言也在《医门法律·虚劳门》^[6]云:“瘀积不行,乃至血干经断……夜梦鬼交。”

饮食不节——暴饮暴食,损伤脾胃,酿生痰热,壅遏于中,痰热内扰肝胆,魂不得宁而出现多梦;饮食失节,使土虚木郁,神魂不安而致睡卧不宁,梦幻纷纭。

3 梦境属性

中医认为梦的形成是由脏腑受到某种淫邪侵袭,导致脏腑气血阴阳的变化皆可从梦境中反映出来。“气淫于府”和“气淫于脏”的不同,所产生梦境属性,有“十二之盛”和“十五不足”虚实之分。

3.1 阴阳气盛之梦境——《素问·脉要精微论》所谓:“阴盛则梦涉大水恐惧;阳盛则梦大火燔灼;阴阳俱盛则梦相杀毁伤。”

3.2 五脏气盛之梦境——《灵枢·淫邪发梦》言:“肝气盛,则梦怒;肺气盛,则梦恐惧、哭泣、飞扬;心气盛,则梦善笑、恐畏;脾气盛,则梦歌乐,身体重不举;肾气盛,则梦腰脊两解不属。”

3.3 上下部位及饥饿盛况之梦境——《素问·脉要精微论》载:“上盛则梦飞,下盛则梦堕;甚饥则梦取,甚饱则梦予。”

3.4 五脏气虚之梦境——《素问·方盛衰论》谓:“肺气虚则使人梦见白物;肾气虚则

使人梦见舟船溺人;肝气虚则梦见菌香生草;心气虚则梦救火阳物;脾气虚则梦饮食不足。此皆五脏气虚,阳气有余,阴气不足,合之五诊,调之阴阳。”

3.5 厥气客于脏腑器官之梦境

厥者,逆也。厥气,逆乱之气,即邪气。邪气客于人体脏腑及全身各部位之不同,所表现的梦境各异。邪气客于脏腑器官,正气损伤,故出现“十五不足”之梦境。如《灵枢·淫邪发梦》云:“厥气客于心,则梦见丘山烟火;客于肺,则梦飞扬,见金铁之奇物;客于肝,则梦见山林树木;客于脾,则梦见丘陵大泽,坏屋风雨;客于肾,则梦临渊,没居水中;客于膀胱,则梦游行;客于胃,则梦饮食;客于大肠,则梦田野;客于小肠,则梦聚邑冲衡;客于胆,则梦斗讼自刳;客于阴器,则梦接内;客于项,则梦斩首;客于胫,则梦行走而不能前,及居深地窞苑中;客于股肱,则梦礼节拜起;客于胞(月直),则梦溲便。”

4 治疗方面

治疗方面在《黄帝内经》中,只言其法,未言其方。梦属虚者,治法“补之立已”;梦属实者,治法“泻之立已”;梦属阴阳偏盛者,治法“调之阴阳。”补偏救弊。临床上常见的证型、治法、方药如下表:

小结

多梦证是由于外邪浸淫、情志损伤、阴血亏虚、痰热内扰、劳欲过度、饮食失节、瘀血阻脉等因素,而致魂魄不定,夜寐多梦。治疗用药应谨守病机,辨证论治,方能取得良好的治疗效果。

病案举例

梁xx,女,72岁,28/9/15初诊

失眠多噩梦半年,曾就诊于中西医仍睡不

临床

证型	证候	治法	处方	常用药物
心气不足	多梦易惊，失眠，神疲困倦，短气，善喜悲，精神恍惚，舌质淡，苔薄白，脉细弱	养心益气 宁心安神	参香散加减 《三因极一病证方论》	人参、黄芪、茯苓、白术、山药、莲子、砂仁、甘草、沉香、檀香、乌药、橘红、干姜、木香、丁香
心血不足	心悸怔忡，心烦失眠，多梦易惊，健忘头昏，面色无华，舌质淡，脉细	养血安神	四物汤加味	熟地、当归、白芍、川芎、炒酸枣仁、龙眼肉、柏子仁、炙党参、炙黄芪
心阴不足	心悸怔忡，失眠多梦，五心烦热，咽干舌燥，舌红少津，脉细数	清心火 养心阴 宁心神	益气安神汤加减 《血证论》	当归、茯神、生地黄、麦冬、酸枣仁、人参、黄芪、胆南星、远志、甘草、黄连、淡竹叶、莲子心、生姜、大枣
心肾不交	心烦失眠，多梦，遗精，腰酸腿软，潮热盗汗，舌红少苔，脉细数	交通心肾	黄连阿胶汤加减	黄连、黄芩、白芍、阿胶、鸡子黄、龙骨
心胆气虚	惊悸不宁，胆怯善恐，夜寐多梦，胸闷气短，舌质淡，苔薄白，脉细弦无力	养心益气 壮胆镇惊	平补镇心丹加减 《太平惠民和剂局方》	酸枣仁、车前子、茯神、五味子、肉桂、茯苓、麦冬、茯神、天冬、龙齿、熟地黄、山药、人参、远志、甘草、朱砂
心脾两虚	心悸健忘，少寐多梦，气短神疲，面色萎黄，食少倦怠，腹胀便溏，舌质淡，苔薄，脉细弱	补益心脾 养血安神	归脾汤加减	人参、远志、木香、黄芪、白术、当归、茯神、酸枣仁、龙眼肉、炙甘草、生龙骨、生牡蛎
痰火内扰	梦扰纷纭，头晕心悸，急躁易怒，痰多胸闷，舌质红，苔黄腻，脉滑数	清热化痰 安神宁胆 燥湿健脾	黄连温胆汤加减	黄连、半夏、陈皮、茯神、竹茹、枳实、甘草、生姜、大枣、珍珠母
肝气郁结	睡眠不安，夜梦悲哭，精神抑郁，胸胁胀满，食少，舌质红，苔薄白腻，脉弦	疏肝解郁	柴胡疏肝散	柴胡、枳壳、芍药、甘草、香附、川芎、珍珠母、龙骨
肝胆郁热	恶梦纷纭，惊恐多魔，情志抑郁，胸胁胀满，急躁易怒，口干口苦，头痛眩晕，尿黄便秘，舌质红，苔黄，脉弦	清泻肝胆 郁热	龙胆泻肝汤	龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、车前子、当归、生地、柴胡、甘草、生龙骨、生牡蛎、磁石
食滞胃脘	夜卧不宁，失眠多梦，脘闷暖气，腹胀不舒，舌苔厚腻，脉滑有力	消食滞 和胃气	保和丸加减	山楂、神曲、莱菔子、半夏、陈皮、茯苓、连翘、枳实、厚朴
瘀血内停	梦游，睡眠不宁，平时头痛头晕，胸闷刺痛，面色黯，舌暗红或有瘀斑瘀点，脉细涩	活血化瘀	血府逐瘀汤加减	桃仁、红花、当归、生地黄、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、炙甘草、酸枣仁、柏子仁、夜交藤、龙骨

安稳，每10分钟醒1次，体倦乏力，头汗多，晨起吐白色泡沫痰，知饿但不思饮食，唇暗，小便正常，大便量少质细软，舌质紫暗，苔白润，脉细缓。证属瘀血内阻夹脾胃虚弱证。治宜活血化瘀、健脾益气、镇重安神。予血府逐瘀汤5g合归脾汤5g、龙骨1g、牡蛎0.8g 4剂(颗粒)

2诊 2/10/15 不寐多梦但不恐怖，舌质浅灰暗色，余症如故。上方加茯苓0.5g、神曲1g、麦芽0.5g 4剂(颗粒)

3诊 6/10/15 睡醒醒仍多梦，头汗、痰减少，舌质浅灰暗色，余症如故。再予活血化瘀、健脾益气、芳香醒脾、重镇安神。上方去血府逐瘀汤，加桃仁2g、藿香1g、佩兰1g、山

楂1.5g 4剂(颗粒)

4诊 10/10/15 睡约2小时醒1次,梦、头汗、痰减少,胃口改善,双腿较有力,大便调。唇见浅灰暗色,舌质浅灰暗色,但左边舌露出少许红色。原方去茯苓加何首乌0.6g 7剂(颗粒)

5诊 17/10/15 入睡从晚间10至凌晨2点,醒后半小时又能入睡至清晨5点多,夜梦次数减少,晨起感觉精神明显好转,头汗、痰也逐渐减少,胃口进一步改善,双腿较有力,大便调。唇色、舌质淡暗微红,苔薄白质润,脉细缓。守原法再进7剂。目前病人还继续复诊。

按:患者虽以失眠多噩梦、唇暗,舌质紫暗就诊,此为瘀血内阻,血行不畅,脑窍失养。纳呆,周身乏力,白色泡沫痰,脉细缓均为脾胃虚弱,胃纳脾运失职。心藏神而主血,脾胃虚弱则气血生化乏源,营血不能奉养心神。此例血瘀与血虚证均不能养心神而出现失眠多梦的病变。初诊分别予血府逐瘀汤(方取四逆散理气舒肝,桃红四物汤活血化瘀,以桔梗引药上行,牛膝导血下行,一升一降以通阴

阳)及归脾汤加龙骨、牡蛎。数诊后症状逐渐改善,唇色及舌质屡见变化,终于以归脾汤为主方,方中以党参、黄芪、白术、炙甘草、大枣甘温补脾益气;当归养肝而生肝血;酸枣仁、茯神、龙眼肉甘平养心安神;远志交通心神而定志宁心;木香理气醒脾,以防方中益气补血滋腻滞气。配以龙骨、牡蛎重镇安神;桃仁、山楂活血散瘀;神曲、麦芽、藿香、佩兰健胃芳香醒脾;酌加养血之品何首乌以增强养血安神之功。诸药合用共奏健脾开胃,活血散瘀、养血安神之效。

参考文献

- [1] 张介宾.景岳全书[M].樊正伦.明清中国名著丛书.北京:中国中医药出版社,1996:35.
- [2] 赵百孝.中医对梦的认识[J].中国中医基础医学杂志,2004,10(4):4-7.
- [3] 郑玄.礼记正义[M].孔颖达,上海:上海古籍出版社,2008:132.
- [4] 陈士元.丛书集成初编[M].北京:商务印书馆,1939:354.
- [5] 温长路,刘玉玮.医林改错识要[M].北京:中国古籍出版社,2002:156.
- [6] 喻昌.医门法律[M].韩飞,杜寿龙,点校.太原:山西科学技术出版社,2006:250.

痹症中医治疗法

新加坡·陈昆宁

概述

临床治疗疾病里，以痹症为最多见，而痹症病人以中老年人多数。由于我国地属海岛国，空气湿度高，加上温度较高，一般平均在32℃，燥热的天气，导致人们喜饮冰冷，天气热就多冲凉，冲凉多习惯不擦干，久而久之，湿入侵肌表，困于经络气血瘀阻不通，所谓“不通则痛，通则不痛”导致肢体关节或肌肉出现酸痛，麻木，沉重等症状。

历代中医家认为痹症的产生主要是“风，寒，湿”三邪引致，中医经典的《素问·痹论》里就有说：“风，寒，湿三气杂至，合而为痹。”可见从古至今，痹症的产生离不开风寒湿三邪，风寒湿三邪入侵机体，导致机体关节肌肉及经络气血瘀阻不通，引发为“痹症”。

痹症的病因

引发痹症的病因并不单纯风寒湿三邪，也与机体的正气不足有关，当人体卫外不固，又平素多坐卧于潮湿之地或常涉水冒雨，皆能引风寒湿邪侵入，留恋于经络关节而导致气血瘀阻不通而发病。中医对痹症产生的病因解说有以下几点：

外感六淫邪气

外感六淫邪气是引发痹症的主因，而六淫指的是“风，寒，湿，燥，暑，火”，当六淫太过而入侵机体发病总称邪气。

而在六淫里以风寒湿三邪为最常见，当六淫之邪气入侵机体，导致机体肌肉经络及关节的气血瘀阻不通而发“痹症”。

正气虚弱

导致正气虚弱不足，有因禀赋不足，劳口过度或大病久病及产后失调。由于精，气，血，津液等不足及脏腑功能虚弱或失调等等皆是正气虚弱的主要因素。正气虚弱是引导邪气入侵，所谓“正气内存，邪不可干。”

痰浊瘀血

机体内的痰浊或瘀血也是导致痹症的产生因素之一，痰浊与瘀血是病理产物，它能令机体的脏腑功能失调，脏腑失调即易引外邪入侵而发“痹症”

脏腑阴阳失调

脏腑的阴阳失调亦为外邪入侵提供条件。肝脾肾三脏阴阳失调，则给风寒湿三邪提供入侵条件，因中医理论认为：“肝主筋，筋统司骨与关节；脾为后天之本，气血生化之源，主

四肢；而肾为先天之本，主藏精生髓。故肝脾肾阴阳失调，将易引邪入侵而发“痹症”。

痹症的分型与中药治疗

临床上对痹症的分型，基本上可分为三大类：即外邪入侵型，正气虚弱型，痰浊瘀血型。

1. 外邪入侵型：外邪包括风，寒，湿，燥，暑，火六邪，在这型里主要有四痹即：痛痹，着痹，行痹及热痹。

①痛痹：以寒邪盛为痛痹。

临床症状：全身酸痛甚或关节酸痛甚，局部冷感，痛处固定，遇冷痛加剧，得热则舒，怕冷，喜热饮，舌淡红苔薄白，脉弦紧。

治则：散寒通络止痛

处方：独活寄生汤随症加减

②着痹：以湿邪重为主。

临床症状：肌肤麻木酸痛，关节疼痛，酸痛处觉重感，阴天或冷天则酸痛加重，怕风怕寒，舌淡红，苔白腻。脉濡缓。

治则：祛湿通络止痛

处方：姜活胜湿汤随症加减

③行痹：以风邪盛为主。

临床症状：全身四肢关节酸痛，酸痛呈游走性，偶会怕冷或怕热，舌淡红苔微白腻，脉浮数。

治则：祛风通络止痛

处方：桑枝虎杖汤随症加减。

④热痹：平素属阳盛，外邪化热导致。

临床症状：机体关节红肿疼痛拒按，发热，烦躁，口干舌燥，舌红苔黄燥，脉滑数。

治则：清热通络止痛

处方：当归拈痛汤随症加减

2. 正气虚弱型：此型亦概括脏腑阴阳失调所致。

临床症状：机体酸痛久痹不愈，精神倦

怠无神，腰酸背痛，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉细。

治则：补气散寒，通络止痛。

处方：八珍汤随症加减

3. 痰浊瘀血型：此型也包括久伤未愈而化痹病。

临床症状：机体关节酸痛，关节肿大，严重者关节会畸形僵硬，舌暗有瘀点，苔微腻，脉涩。

治则：化痰祛瘀，通络止痛

处方：活络效灵合剂随症加减

痹症针灸治疗

痹症除了中药治疗外，针灸在对痹症的治疗，有其独特的疗效。所以临床上对于痹症病人大部分配合针灸治疗，都能起到不错的疗效。

对针灸取穴方面，可根据病人实际的痹症情况，包括痹症的部位，通过中医的辩证而选取相应穴位。

一般取穴部位有：

①手部：可取：肩髃，肩髃，曲池，外关，合谷。

②背部：可取：肩井，肩中俞，肩外俞，肺俞，肝俞，肾俞关元俞，秩边，环跳。

③前胸腹部：云门，檀中，上脘，中脘，关元，气海。

④足部：风市，膝阳关，血海，梁丘，足三里，阳陵泉，阴陵泉，三阴交，太溪，昆仑。

基本穴位应临床具体根据病人的病况，辩证用穴。一般除针灸外，在留针时可配合TPD神灯照射，必要时可再配合拔罐疗法，加强效果。

病例二则

1. 陈XX ,男性, 64岁

主诉：3个月前突觉左手臂关节酸痛，上举觉困难，无法全上举，后旋臂关节前部觉痛，夜睡不能左侧睡，半夜会痛致醒，早晨起身觉左手臂痛僵硬感，拿物觉痛且无力，之前工作须拿重，并常喝冰水，冲凉后常没把身体搽干，纳可，舌淡红，苔薄白，脉沉细。

辩证：痛痹，寒凝气滞致，属于现代称为五十肩。

治则：散寒通络止痛。

处方：当归四逆汤主方再加五藤汤。

以当归四逆汤来温经散寒，养血通脉，配合五藤汤的通经络，强筋骨及益肝肾作用，来达到最佳疗效再配合针灸治疗，取穴位：肩髃，肩髃，抬肩，肩贞，曲池，外关，合谷加用神灯照射30分钟。

经3次治疗后，症状基本消失，左手已能上举，夜睡也无再痛，病人做多3次巩固疗效后症痊愈。

2. 李XX，女性，70岁

主诉：腰酸痛已数年，于坐时觉酸痛，夜睡时转身觉酸痛，晨时起身腰痛甚，不能久站，不能行走久常觉头晕，倦怠，双足觉无力酸软，体瘦，睡眠不佳，胃纳不佳，舌淡，苔薄，脉沉细无力。

辩证：气血虚痹。症属老年肝肾阴虚型。

处方：六味地黄汤为主方加归脾汤

六味地黄汤有滋补肾阴功效，中医认为腰为肾之府，肾虚则腰必酸。同时它并有延缓衰老作用。

由于病人兼有气血虚弱，次方用归脾汤取其益气补血的作用，达到治疗心脾两虚之功能。

针灸配合，取穴位：三焦俞，肾俞，气海俞，关元俞，委中，足三里，阳陵泉，太溪。

再配合神灯照射腰部30分钟。

经治疗5次后，腰酸痛改善，胃纳也进展，再继续5次后，病情基本愈，嘱病人再巩固治疗多几次以彻底痊愈。

痹症的预防与锻炼

明了了痹症所产生的因素及其对机体所产生的伤害，那就应该在平时生活上要多注意如何去预防与锻炼，让我们的机体不易感受外邪的入侵，导致机体出现病症。这里提出3点预防与锻炼的要点：

1. 加强锻炼体质，适当的做运动，如跑步，气功，太极，瑜伽，游泳等等，让机体处在最佳状态，这就不易让外邪入侵。

2. 平素生活要注意，避免长期处在潮湿的环境，以及避免嗜饮冰冷饮料；另没于冲凉后，必须把身体搽干，避免水湿渗透入肌肤，引起湿阻经络。

3. 如有受寒或淋雨后，可根据情况适当用姜水来驱寒邪。

4. 如机体大病后，应找合格中医师给予正确的调理，忌乱自行购药服用。

结语

痹症在临床上是一个非常普遍的病症，尤其新加坡这样的海岛国，天气炎热潮湿，痹症是更加常见。

综合上诉所提，导致痹症的原因以感受六淫外邪为主，其次为气血虚弱及少数的痰浊瘀血所致，这些种种因素导致机体的气血，经络受到阻碍，进而引起肌肉，经络，关节及筋骨等产生酸痛，麻痹，肿胀，甚者关节出现变形等等的症状。所以在临床上我们应该要很清楚分析，辩证，才能达到正确的治疗方案，再佐以嘱病人配合预防与调理，加强运动来提高机体的正气，避免外邪的入侵及气血的虚损，从而达到让机体防御功能处在高峰，做到“正气内存，邪不可干”。

浅谈多囊卵巢综合征 中医证治

新加坡·陈金凤

概述

多囊卵巢综合征(PCOS)是一种发病多因性、临床表现呈多态性的内分泌紊乱综合征,以雄激素过多和持续无排卵为主要临床特征,是导致生育期妇女月经紊乱及不孕的最常见的原因之一。根据70~90年代研究报告,认为与肾上腺过度分泌雄激素有关;也有认为是遗传基因缺陷。最新资料提出可能与高胰岛素血症和胰岛素抵抗有关,但病因至今尚不明确。我们通过现代医学认识到,女性生殖系统是由下丘脑-垂体-卵巢轴调节的,即必须在这过程的协调运作,保证了女性生殖系统的正常功能。如果这一生物轴系统发生异常,内分泌紊乱,女性的生殖系统若有了病变,可能临床出现慢性无排卵、痛经、月经稀少或闭经、卵巢多囊性增大等综合症候群。部分患者兼有不同程度的肥胖、多痤疮、多毛发症状。长期的无排卵,子宫内膜缺乏应有的激素调节,子宫内膜呈现增生变化,甚至导致癌变。

中医证治

中医古籍没有多囊卵巢综合症这一病名,但根据其临床表现,可见于妇科医籍的月经后期、闭经、不孕、症瘕等记载。

根据中医理论,妇女月经、胎产必须仰赖肾气化生天癸,及冲任成熟、充盈,如《素问》云“...女子七岁,肾气盛,齿更发长,二

七而天癸至,任脉通,太冲脉闭经、痛经、不孕盛,月事以时下,故有子....”。中医强调肾气充盛则可化生天癸,天癸是化精血为经水的一种物质和条件。冲任之本在肾,冲为血海,任主胞胎,故若肾气充,天癸至,肾精足、冲任通畅,气血调和,女子就能依时排卵,月经来潮,方能摄精成孕。从这些论述我们也能了解期间某一个环节若出问题,即影响血海不能按时满溢,以致月经后期、量少、闭经甚至不孕,或气血涩滞,日久胶结而成症瘕。

从辨证结合辨病观点,有些中医研究者提出,根据多年临床经验,多囊卵巢综合症的病机以肾虚血瘀为主。并且提到补肾中药对下丘脑、垂体、卵巢功能有改善作用;活血药能改善卵巢局部的血液循环。不过,其他病机可有肾虚夹痰、阴虚夹痰、气滞痰湿、肝火痰实等;脏腑病理变化主要以肾、肝、脾脏功能失调为主。

因为肾气亏虚无力运血,或肾阳虚衰,血失温煦皆可致瘀。瘀则不通而痛,痰瘀互结可壅塞胞络而为病,形成多囊卵巢。素体阴虚,外加其他因素使虚火内炽,灼津炼液,为痰为瘀,留滞胞络。长期情志抑郁不调,气机不畅则脾运停滞,日久痰湿可与瘀血互结胞中。肝郁化火则伤津熬液,与痰湿互结,使血行瘀滞,壅闭胞络之中,瘀郁日久形成症瘕。

中医治法主要通过四诊八纲,辨证分型:

一、肾气不足

主症: 年满18岁,月经未至,或来潮后

复闭。或素体虚弱，月经周期紊乱，头晕耳鸣，腰腿酸软，婚后不孕，小便频数，舌淡红，脉细。

治法 补肾养肝调经。

方药 左归饮加味 菟丝子、杜仲、枸杞、山萸肉、当归、熟地、山药、茯苓、鸡血藤、制首乌。若兼寒象明显如畏寒肢凉，面色无华，舌淡苔薄，脉沉细，可以右归丸加味。

二、气血亏虚

主症：月经周期后延，经量偏少，继而闭经，面色不华，头目晕眩，心悸气短，神疲乏力，舌淡舌边有齿印，苔薄。脉细无力。

治法 补气养血调经。

方药 人参养营汤：党参、黄芪、煨白术、茯苓、远志、陈皮、五味子、当归、白芍、熟地、桂心、炙甘草。

三、阴虚内热

主症：月经先多后少，渐致闭经，五心烦热，颧红升火，潮热盗汗，口干舌燥，舌质红或有裂纹，脉细数。

治法 养阴清热调经。

方药 加减一阴煎：生地、熟地、白芍、麦冬、知母、地骨皮、黄精、丹参、枳壳、炙甘草。

四、气滞血瘀

主症：月经闭止，胸胁胀满，小腹胀痛，精神抑郁，舌质紫暗，边有瘀点，苔薄脉沉涩或沉弦。

治法 理气活血，祛瘀通经。

方药 血府逐瘀汤：桃仁、红花、当归、生地、川芎、赤芍、牛膝桔梗、柴胡、枳壳、甘草。

五、痰湿阻滞

主症：月经停闭，形体肥胖，胸胁满闷，呕恶痰多，神疲嗜睡，头晕目眩，或面浮足

肿，或带下量多色白，苔白腻，脉滑。

治法 豁痰除湿，调气活血通经。

方药 苍附导痰丸合佛手散：茯苓、法半夏、陈皮、苍术、香附、胆南星、枳壳、神曲、当归、生姜、甘草。

六、血寒凝滞

主症：经闭不行，小腹冷痛，得热痛减，四肢欠温，大便不实，苔白脉沉紧。

治法 温经散寒调经。

方药 温经汤加减：当归、川芎、小茴香、干姜、肉桂粉（冲服）、五灵脂、生蒲黄、川牛膝。

个人体会：以上证型只供参考，临床上由于个体差异，甚少表现为单一证型。兼肝郁气滞是我临床较为常见。

例如：有一女士，35岁，未婚，自13岁初潮后，月经2~3月才来、甚至半年一行。口干脉弦细，经前胸闷乳房胀，月经来腰酸下腹痛，须服西药止痛，经血瘀块。西医诊断为多囊卵巢综合症，长期西医药物治疗，疗效欠佳，患者拒绝手术，寻求中医治疗。我觉得是肝肾阴虚，肝郁血瘀，处方：颗粒剂六味地黄合丹栀逍遥，桂枝茯苓丸。六味地黄丸是从《金匱》肾气丸减去桂、附而成，熟地、山茱萸养肝肾不足，山药摄脾津，茯苓淡渗脾湿，泽泻泄浊，丹皮清肝泻热。丹栀逍遥散疏肝解郁，健脾和营，栀子清泄郁热除烦。出自《金匱要略》的桂枝茯苓丸功用化瘀消症，对妇女小腹症块，有缓消作用。若胸胁乳房胀痛明显加八月札、路路通；行经期间加香附、益母草、蒲黄、五灵脂。服药3个月后，腹痛症状逐渐减轻，月经慢慢来潮，由落后半月，减至过期6~7天而来。

个人觉得，近年来多囊卵巢综合征临床病例较为常见，患者尽早确诊，才能获得对症治疗，避免形成恶性病变。



惊恐

中医证治

新加坡·罗爱月

临床上经常也会遇见一些病人诉说他们心中总是惕惕然不安而且不能控制，病人临床表现为惊慌，易受惊吓。这在西医的精神分裂症，更年期精神病或反应性精神病及神经官能症等都可见到惊恐症状。

早在《素问 至真要大论》有提到“善惊”，《灵枢 百病始生篇》称为“喜惊”。后世医家对本症也多有论述。

如《甲乙经》有记录邪在心胆及诸脏腑发悲恐太息口苦不乐及惊。并指出“善惊悲不乐。。。行间主之。”

巢元方的《诸病源候论 风病诸侯》提出善惊与风有关；“风惊者，由体虚，心气不足，为风邪所乘也。心藏神而主血脉，心气不足则虚，虚则血乱，血乱则气并与血，气血相并，又被风邪所乘，故惊不安定，名曰风惊”。巢氏认为病位在心，病因是心气虚，风邪扰动。

宋代赵佶《圣济总录》也有类似记载：“

风惊邪之状，乍惊乍喜，恍惚不宁，举止失常是也。盖心者生之本而藏神，今心气虚则神不宁，风邪乘虚而干之，故谓之风惊邪也”。

金代刘完素《素问玄机原病式 热类》认为：“惊，心卒动而不宁也。火主于动，故心火热甚也。”主张惊恐病性乃属火的观点。

明代王肯堂《证治准绳 杂病 神志门》认为惊恐涉及的脏腑较多：“惊。。。由是观之，肝，胆，心，脾，胃皆有惊证明矣。”

清代张璐《张氏医通 神志门》认为：“夫惊虽主于心，而肝胆脾胃皆有之。惊是火热燥动其心，心动而神乱也。若因心气先虚，故触事易惊，或卒然闻响大声，目击异物，遇险临危，皆使人有惕惕之状也。惊则气乱，郁而生火生涎。。。宜温胆汤加熟枣仁。

总而言之，善惊是由于七情内伤损及心脾肝胆，致阴血不足，肾阴亏虚等原因所致。

病人的体质特点是谨慎小心，胆小怕事，

如果又遇到惊吓，恐怖等刺激的事情则导致惊恐病的产生。病位在心，肾，可波及于肝胆；病性是本虚标实，以心胆气虚为主。

临床上大多可见以下几数型：

心胆气虚：久病不愈，心气不足，神失所养，神不内守，则胆小怕事，心悸易惊。胆为中正之官，心虚则胆怯，胆气受损，决断无权，故触事易惊。

阴血不足：心主血脉，藏神，心血虚则心神失养，易发惊恐。心本于肾，精血互根，因此肾精心血不足均可使人善惊。

痰火扰心：素体如有痰邪内停，又因暴怒伤肝，气郁化火，灼津痰聚，上扰心神导致善惊，坐卧不安，夜寐易惊。

肝郁血虚：肝藏血舍魂，心主血藏神，肝郁不舒，气机不调，木郁克土，脾不运化，气血生化无源，血不养心，使神魂散乱，产生惊恐。

心火亢盛：情志内伤，五志化火，心火亢盛，扰乱心神。心神不安，则心中烦热易惊。

临证治疗须以养心安神，化痰通络，镇惊定志为主。

心胆气虚

主症是胆小怕事，心悸易惊，怕见生人，闻声则惊，舌淡苔白，脉细弱无力。治以益气养心，安神定志。方药可用安神定志丸加减。

人参10g 茯苓15g 远志9g 石菖蒲12g 生龙齿20g (先煎) 酸枣仁15g

夜寐不安者加夜交藤20g 合欢皮15g；也可服天王补心丹。

阴血不足

主症是虚烦不寐，寐时易惊，喜静独居，

潮热盗汗，手足心热，面色晄白，舌红，少苔，脉细。治以养血清热，安神定惊。方药用归芍地黄汤加减。

当归12g 生白芍15g 山萸肉10g 元参15g 地骨皮12g 牡丹皮12g 茯苓20g 柏子仁15g 盗汗者加五味子10g 煅牡蛎20g；闻声易惊者加朱砂1g(冲服)，也可

服杞菊地黄汤。

痰火扰心

主症是心烦意乱，突然暴惊，坐卧不安，夜寐易惊，口苦咽干，舌红苔

黄腻，脉滑数。治以豁痰降火。方药用黄连温胆汤加减。

黄连9g 陈皮15g 半夏12g 茯苓15g 生甘草10g 枳实6g 竹茹12g 礞石30g 琥珀1.5g (冲服)。

大便干燥者，加大黄10g (后下)；心烦者加生石决明30g；易于发怒者加钩藤9g，可配服清心滚痰丸，

如有动风的现象，加服羚羊角粉1-2g冲服，效果佳。

肝郁血虚

主症是情怀不畅，遇事易惊，面色苍白，爪甲无华，夜寐不佳，舌暗

脉细弦。治以疏肝解郁，养血安神。方药用逍遥散加减。

当归12g 生白芍15g 白术12g 柴胡12g 茯苓15g

薄荷9g (后下)，熟地24g

食欲不振者加炒麦芽20g 焦三仙15g；不寐者加炒枣仁20g

远志12g，也可服逍遥舒心丹。

心火亢盛

主症是心烦易惊，面红目赤，周身瘙痒，渴喜冷饮，口舌生疮，自语自笑，舌尖

红，脉数。治以清心泻火，安神定志。方药用导赤散加减

黄连12g 山栀子15g 生地黄20g 木通9g 生甘草3g 灯芯草 10g 炒枣仁20g 远志12g

小便混浊刺痛者加白茅根20g，滑石粉15g，渴喜冷饮者，加生石膏；口舌生疮者加金银花20g，连翘20g。也可配服羚羊角粉2g（冲服）

其他疗法

体针

方一：人中，百会，听宫，合谷，内关，三阴交，太冲，大椎，心俞。

每次选用3-4穴，留针30分钟。每日或隔日1次。

方二：肝俞，脾俞，丰隆，神门，心俞。

针刺用平补平泻法，留针30分钟，每日1次，10次为1个疗程。

方三：人中，少商，隐白，风府，大陵，曲池，丰隆。

针刺用泻法，留针20-30分钟，每日1次，10次为1个疗程。

电针

取穴头维，太阳，听宫，百会，本神。

每次取1-2穴，电针仪通电20-30分钟，每日1-2次。

头皮针

取穴取督脉穴后顶透百会。气到病所后留针1-3小时。每日1次，10次为1个疗程。

艾灸

取穴1. 大椎，心俞 2. 身柱，膏肓 3. 神道，肝俞 4. 筋缩，脾俞

化脓灸：先取前两组，间日灸1穴，每穴灸7壮，6次为1个疗程。

化脓期间每日换药，灸疮愈合后，休息1周，再取后两组穴。

麦粒灸：4组穴轮流使用，间日灸1组，每穴灸7壮，灸后用龙胆紫涂抹，5周后休息1周。

总之，惊恐与惊悸都是属于心脑血管病中常见的症状。但惊悸证较为轻浅，全身情况较好，一般多呈阵发性，偶因惊恐，恼怒而发作。

惊则气乱，心神不安，甚则神志错乱，语言举止失常。

恐则气下，肾伤失志，怵惕不安，常欲闭户独处，如恐人将捕之。

此外，如果惊恐属于伤心阳而见烦躁不安较严重者，可用桂枝甘草龙骨牡蛎汤治之。



浅谈脂肪肝

新加坡·闫立群

前言

脂肪肝(Fatty liver disease, 简写FLD)是指由于各种原因引起的肝细胞内脂肪堆积过多的病变,脂肪肝又称脂肪性肝病。脂肪量超过肝重的5%为轻度脂肪肝,超过10%为中度脂肪肝,超过25%为重度脂肪肝。其临床表现轻者无症状,重者病情凶猛。一般而言,脂肪肝属可逆性疾病,早期诊断并及时治疗常可恢复正常。

目前,脂肪肝正威胁着现代人的身体健康,成为仅次于病毒性肝炎的第二大肝病。近年来随着人们生活习惯、饮食结构的变化,工作紧张,压力大、运动减少,以及检测手段的提高,脂肪肝的诊断率不断提高,而且有明显年轻化的趋势。

一. 脂肪肝的分类(按发病原理)

(一) 肥胖性脂肪肝

肝内脂肪堆积的程度与体重成正比,重度

肥胖者脂肪肝性变率高达60%—90%;肥胖人体重得到控制后,其脂肪浸润亦减少或消失。

(二) 酒精性脂肪肝

如果每天饮酒超过80—160克,则乙醇性脂肪肝的发生率增长5—25倍。饮酒后乙醇取代脂肪酸,使脂肪酸积存,酮体在体内堆积,体内乳酸、丙酮酸比值增高。

(三) 营养不良性脂肪肝

营养不良、缺乏蛋白质是引起脂肪肝的重要原因。多见于摄取食物不足或消化障碍,不能合成载脂蛋白,以致甘油三酯积存肝内,形成脂肪肝。

(四) 糖尿病脂肪肝

糖尿病患者平均50%可发生脂肪肝,其中以成年病人为多。因为成年后患糖尿病人有50%以上是肥胖者,其血浆胰岛素水平与血浆脂肪酸增高,脂肪肝变既与肥胖程度,又与进食脂肪或糖过多有关。

(五) 妊娠脂肪肝

多数病人在第一胎妊娠34-40周时发病，病情严重，预后不佳，母婴死亡率可达70%以上。

(六) 药物性脂肪肝

某些药物或化学毒物通过抑制蛋白质的合成、肝脏摄取脂肪酸过多和利用障碍、肝脂质向外周组织运送障碍而致脂肪肝。

二. 脂肪肝的临床诊断

1. 血液生化检查:

肝功能检查: 是脂肪肝检查项目之一，一般来讲，轻度脂肪肝时肝功能检查无变化；只有中、重度脂肪肝时，肝功能才可出现明显的异常波动，其中以ALT、AST、ALP等呈中、轻度升高最为常见。

2. 超声扫描检查:

由于肝细胞内脂肪沉着，对超声波能量吸收明显，并产生散射作用，故声能主要为肝前场所吸收，而后场声能明显衰减，肝内管道结构变细不清。超声可检出肝脂肪含量30%以上的脂肪肝，其对肝脂肪含量达50%以上的脂肪肝的敏感性达100%。

3. CT检查:

弥漫性脂肪肝表现为肝内密度普遍低于脾脏，肾脏和肝内血管，增强后肝内血管影像显示的非常清楚。CT值的高低与肝脂肪沉积量呈明显的负相关。CT所以能显示出肝脏的脂肪浸润，其机制是脂肪对X线的吸收量减少，显示低密度区，肝内血管状结构因X线量吸收多，便显示出树枝状的高密度区。

4. 肝活检:

超声波引导下肝穿刺活检组织细胞学检查，是确诊脂肪肝的主要方法。在形态学检

查使做必要的特殊染色，免疫组化，组织生化测定及特殊细胞学检查等，可提高诊断的准确性。

三. 脂肪肝的临床表现

脂肪肝的临床表现多样，轻度脂肪肝多无临床症状，易被忽视。约25%以上的脂肪肝患者临床上可以无症状。有的仅有疲乏感，而多数脂肪肝患者较胖，故更难发现轻微的自觉症状。因此目前脂肪肝病人多于体检时偶然发现。

中重度脂肪肝有类似慢性肝炎的表现，可有食欲不振、疲倦乏力、恶心、呕吐、体重减轻、肝区或右上腹隐痛等。肝脏轻度肿大可有触痛，少数病人可有脾肿大和肝掌。当肝内脂肪沉积过多时，可使肝被膜膨胀、肝韧带牵拉，而引起右上腹疼痛或压痛。

四. 脂肪肝的治疗

(一). 目前西医对于本病的治疗，主要为降脂药物和保肝药两大类，短期效果不错，但停药后易反弹。

(二). 中医治疗脂肪肝: 中医药治疗脂肪肝具有多向调节作用，在改善肝功能、调降血脂、阻滞肝纤维化的演变方面，具有一定的优势。多数医家把脂肪肝大致分型、治疗如下:

1. 肝郁气滞

主要表现为胁肋胀痛，走窜不定，与情志变化相关，嗝气频作，善太息，妇女可见乳房胀痛，月经不调，痛经或经闭等，舌苔薄，脉弦。治以疏肝理气，方用：逍遥散、柴胡疏肝散加减。常用柴胡疏肝解郁；香附、陈皮、枳壳行气解郁；川芎、白芍活血行气，养阴通络止痛；胀痛明显者，酌加青皮、川楝子理气止痛；心烦、口苦、苔黄、脉数者，加丹皮、梔

子、黄芩清肝泻火。

2. 湿热内蕴

主要表现为胁痛口苦，脘腹痞闷，或恶心，或厌食油腻，口干口渴，小便黄赤，大便秘结，舌质红，苔黄腻，脉弦滑数。治以清利湿热，方用：茵陈蒿汤加减。常用茵陈清热利湿，栀子苦寒以泻三焦之热，大黄清热通下，使湿热从二便而去；另外还可加茯苓、猪苓、泽泻、车前草等增强利湿、清利小便的作用。

3. 脾失健运

主要表现为食少、腹胀、便溏，脘腹胀满，食后胀甚，或饥时饱胀，肢体倦怠，神疲乏力，少气懒言，形体消瘦或肥胖、浮肿，面色淡黄或萎黄，舌淡苔薄白，脉缓或弱。治以健脾助运，方用：香砂六君子汤、补中益气汤。香砂六君子汤中常用人参补脾胃益气，白术益气健脾，燥湿助运，茯苓健脾渗湿，砂仁理气健脾，炙甘草益气和中，调补脾胃；补中益气汤中常用黄芪、人参、白术、炙甘草补中益气，当归养血和营，陈皮理气和中，升麻、柴胡升清举阳。

4. 痰浊瘀阻

主要表现为两胁及胃脘部胀满或胀痛，食欲不振，欲吐，便溏，舌质淡或暗，苔白腻而浊，脉弦滑。治以温胆汤加丹参、山楂等。常用半夏降逆和胃，燥湿化痰；竹茹清热化痰，止呕除烦；枳实行气消痰，使痰随气下；陈皮理气燥湿，茯苓健脾渗湿，姜枣益脾和胃；丹参、山楂活血化痰并祛脂。

另外：部分病人从单纯的脂肪肝转变为脂肪性肝炎、肝纤维化、肝硬化。而中医认为肝纤维化、肝硬化者多有血瘀，在脂肪肝还未发展为肝纤维化之前，予以活血化痰的治疗。大部分活血化痰药具有改善血液循环及保肝的作用。主要药物：桃仁、红花、丹参、鸡血藤、川芎、赤芍等；还有山楂、茵陈、泽泻、草

决明、五灵脂、草薢、肉豆蔻、苦参、郁金等中药也具有化积，行气，健脾宽膈，活血化痰等作用。

五. 中医保健及食疗

脂肪肝病人只要注意坚持体育锻炼，增加活动量，适当运动，每天坚持锻炼，可视自己体质选择适宜的运动项目，如慢跑、快步走、有氧运动等；要从小运动量开始，循序渐进，逐步达到适当的运动量，以加强体内脂肪的消耗。

(一) 饮食原则

1. 控制热量摄入，脂肪肝患者的热量供应不宜过高，以防止发胖诱发脂肪肝，对于肥胖或者超重者，应该控制和减轻体重。

2. 适当增加优质蛋白质的摄入，如牛奶，鱼肉等，有利于肝细胞的修复与再生；并可纠正低蛋白血症，防止肝细胞进一步受损害。

3. 减少糖类和甜食，糖类主要由谷物供应，除蔬菜，水果中所含天然糖类外，少食甜食或甜点等，因为过多的糖类会转变为脂肪，导致肥胖，使脂肪肝加重。

4. 控制脂肪摄入量，对中度脂肪肝病病人，全日食物和烹调油所供给脂肪总量不宜超过40g，对含胆固醇高的食物宜严格控制。

5. 补充维生素、矿物质和食物纤维，补充对治疗肝病有益的各种维生素和矿物质，特别是富含叶酸、维生素E、维生素C、钾锌镁的食物，以促进和维持正常代谢，纠正或防止营养缺乏。肝脏功能明显障碍、伴有腹水或浮肿者应限制钠盐。

6. 摄入足够的食物纤维，膳食纤维可减缓胃排空时间，减少脂肪和糖的摄入和吸收。对脂肪肝有益的高纤维类的食物有粗麦粉、糙米、坚果、豆类、荞麦、香菇、海带、木耳等。摄入足够数量的食物纤维，有利于代谢废物的排泄，对调节血脂，血糖水平有良

好的作用。

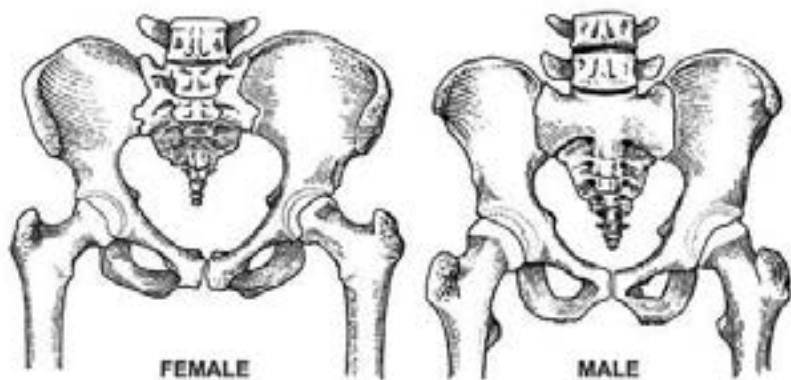
六. 预防方法

人们在步入中年后基础代谢率下降，腰部脂肪堆积加快，内脏里的脂肪往往堆积更严重，这是罹患脂肪肝的高风险人群。脂肪肝所带来的健康危机不容忽视。研究发现，五分之一的脂肪肝患者将转变成肝硬化，原因在于脂肪肝影响肝脏代谢功能并造成肝细胞发炎，如果持续恶化就演变成肝纤维化、肝硬化，甚至肝癌。想要降低体内脂肪，除了运动之外饮食上更须力求均衡，同时控制热量的摄取。少饮酒，少食油甘厚味，多吃蔬菜，多吃水果。

尽管目前肥胖症是脂肪肝最常见的原因，脂肪肝的发生与肥胖及其程度密切相关，但并非所有脂肪肝均由肥胖引起，消瘦者照样也可发生脂肪肝。营养不良、药物性肝损害、甲状腺功能亢进或减退、重症贫血和慢性心肺功能不全等都是消瘦者患脂肪肝的常见原因。所以，消瘦者发生脂肪肝更应该警惕，最好定期检查，以便查出潜在的疾病及早治疗。现在很多年轻人节食、素食减肥，这种因热量不足、缺乏营养而消瘦的，血液游离脂肪酸入肝合成脂肪增多，但又不能在肝脏内正常转化成脂蛋白运出肝，也容易发生肝内堆积导致脂肪肝。

七. 结语

目前脂肪肝的发病率呈逐年上升的趋势。脂肪肝的发生与不良生活方式直接相关；脂肪肝没有传染性，患病早期通过饮食和运动调理可以恢复。建立良好的生活饮食习惯是预防脂肪肝的首要条件，一旦发现患病应积极进行综合治疗，避免脂肪肝进一步发展为肝硬化等难以逆转的肝病。



骨盆移位综合征的 针灸治疗

新加坡·翁亚庆

骨盆是连接躯干与下肢的枢纽。骨盆由骶椎与两侧的髌骨，坐骨和耻骨组成。骨盆由骶椎与第5腰椎的椎间盘相连，是为腰骶关节。而骶椎与两侧髌骨间的关节，称为骶髌关节。骶髌关节是个半月形耳状面的滑膜关节。属人体微动关节，髌骨可沿骶髌关节面作上下滑移和轻度转动。骶髌关节前后，上下有强大的韧带相连，使骨盆成为一个坚固的整体。承担人体躯干的重载。

脊柱是人体的栋梁，而骨盆是脊柱的座基。由于受到体位、负荷、重力等因素的影响，极易产生错位。主要病变部位就在腰骶关节和骶髌关节。骨盆移位后，压迫骨盆内的血管、神经，使相应的肌肉、韧带发生张力及功能的改变。引起一系列的临床症状，这些结构的异常变化及功能的改变称之为骨盆移位综合征。

坐骨神经和股后皮神经的神经束，紧贴于骶髌关节的前侧。梨状肌附丽于骶骨中段外侧。坐骨神经在梨状肌下方通过，所以骨盆错

位症较重的病人，多有坐骨神经痛、腰臀痛或腰腿痛，易误诊为腰椎间盘突出症。此外骨盆的错位后还会导致全脊柱力学失衡，使脊柱(颈椎、胸椎和腰椎)发生多关节功能紊乱。或继发性的损害髋关节、膝关节与踝关节，发展为劳损性关节病。

骨盆盆腔内有泌尿、生殖器官和结肠，肛门，尿道。骶椎旁有植物神经丛，支配结肠、直肠、泌尿和生殖器官，是骨盆错位症引发盆腔内脏功能障碍的解剖学基础。

骨盆移位综合征的病因：男性成人以外伤为主，多因滑倒时某侧臀部着地使骨盆挫伤，或骨盆受到撞击伤。其次为慢性劳损，久病卧床，体质虚弱的状态下，长时间的姿势不良，或轻度外伤而发生本病。妇女比男性发病率高，主要是妇女在更年期与妊娠分娩后，骨盆韧带松弛，腰骶关节和骶髌关节处于失稳状态，常因轻度腰背部扭挫伤与踝部扭伤，诱发本症。也可因长时间的坐卧姿势不良，而引发本症。

儿童与青少年,因个性的活泼好动,除容易发生意外性创伤外。也常因参于田径或球类运动,而发生撞击性或跌挫性的运动损伤,导致急性腰骶部的病痛。要注意的是,运动损伤性的下肢扭挫伤,常同时扭伤腰骶椎部。如只治疗扭伤的下肢,而忽视腰骶部骨关节错位的诊治。亦易导致外伤后遗症,而反复发生腰腿痛。

骨盆移位症的诊断与检查: 1. 骨盆左右高低不对称: 腰骶部跌伤后,出现腰臀部疼痛,疼痛有时放射至会阴部,大腿后侧或前内侧。不能直立行走、或歪臀跛行。仰卧位双下肢伸直放松后呈阴阳腿。即俗称的长短腿。以左侧骨盆移位为例。骶髂关节旋前而将左侧股骨内旋,大腿的内收肌群痉挛,左足内旋明显,呈现腿短态,是为阴腿。而右足呈外旋态,相对为腿长态,是为阳腿。检查两侧髂棘,左右高低不对称。脊椎不左一条直线上。

盆腔脏器功能障碍: 主要是因脊椎病变导致植物神经功能紊乱,而引致内脏功能障碍。称为脊椎病因的相关病症。出现腰骶椎病因的相关病症。可有下腹部和会阴部疼痛不适,肛门坠胀感。排便习惯改变。便秘和腹泻交替出现。尿频,尿急,尿痛,甚至排尿困难。男性可能出现阳痿、早泄。女性可能出现痛经、月经不调及妇科炎症。

试验检查: a. **女坐立弯腰试验:** 若立位弯腰时,出现腰腿痛,坐位弯腰不痛,属骶髂关节错位体征。若坐立位弯腰均同样疼痛,病变多属腰椎部位。b. **节骨盆挤压试验:** 患者侧卧位,术者站背侧,用双手挤压髂棘前部,若骶髂关节出现疼痛即为阳性体征。c. **4字试验:** 患者仰卧位,健腿伸直,将患肢屈髋屈膝并外展,并将外踝置于健腿膝部,组成4字形。术者一手按住健侧髂骨以固定骨盆,另一手将患肢下压,若出现骶髂部疼痛则为阳性体征。

骨盆移位综合症的治疗: 本病主要以中医针灸治疗和结合中医正骨推拿手法的综合治疗。骨盆是人体足太阳膀胱经脉与督脉循行所

过之处,所以治骨盆移位症取膀胱经的腧穴为主穴。可用八髎穴 大肠俞 白环俞 小肠俞 秩边穴。可配合温灸和电针。目的是放松和解除骶髂关节周围痉挛的肌肉韧带。结合中医推拿的手法复位使移位的骶髂关节得到纠正。松解关节滑膜嵌顿的手法复位法有“俯卧摇腿揉腰法”,“侧卧按腰搬腿法”和“仰卧屈膝旋髋冲压法”。

此外治疗腰背部的扭挫伤,腰椎间盘突出症等筋伤症时。治疗当以腰背部为主。但若兼治解除腰骶部的痉挛。更能有利于腰背部疼痛的缓解和病情的恢复。

儿童和青少年有反复性的大腿内侧疼痛,或膝关节的疼痛。并有运动受伤或跌伤史。可同时检查骨盆骶髂关节有否错位。用针灸或推拿手法复位,纠正骶髂关节。能解除膝部与腿部的疼痛。曾治一杨姓10岁男性儿童。于2015年1月来医诊,主诉跑步运动时跌倒后,左大腿内侧与膝部疼痛已二个月。检查骶椎部微肿,骶髂关节处按压痛明显。诊断为骶髂关节错位引发的膝痛。针灸取次髎与小肠俞为主。配足三里,阴陵泉。针灸治疗4次后,膝部疼痛缓解,腰骶部关节功能活动增强。疗效满意。

针灸治疗腰骶椎病因的相关病症,取穴主要是足太阳膀胱经的八髎穴。八髎穴除能治疗腰骶部筋伤性的疼痛,也用于治疗便秘,尿频,尿急,妇科的月经不调,痛经。男科的阳痿,早泄,不育等内脏功能性紊乱疾病。治腹痛,肠痉挛,便秘可配合大肠俞,三焦俞。治男科疾患可配合肾俞,关元俞。治妇科疾患可配合白环俞,小肠俞。另外也可配合腹部强壮穴,如中脘 气海 关元和天枢穴。来增强患者体质。脊椎病因的相关病症,适当运用整脊的推拿复位手法。发挥标本同治的作用,常能得到立竿见影的理想疗效。

为巩固疗效和减缓脊椎退变,应嘱咐病患于日常工作,运动,生活中注意正确姿势。以避免腰背部的慢性劳损。重视保健,增强腰骶筋骨的功能锻炼。



跳动穴—— 尺泽、曲池治疗 肘关节疼痛

新加坡·赵宝芬

肘关节疼痛是指手肘外侧的肌腱发炎疼痛。肘痛最多见于肱骨外上髁炎和肘部外伤，并影响到伸腕和前臂旋转功能的急慢性、劳损性疾病，也称网球肘。

疼痛的产生是由于负责手腕及手指背向伸展的肌肉重复用力而引起的。患者会在用力抓握或提举物体时感到肘部外侧疼痛。肘痛好发于前臂劳动强度较大的人，如理发员、木匠、铁匠、厨师、折纸工；运动员中以网球、羽毛球、乒乓球运动员较多见。研究显示，手腕伸展肌，特别是桡侧腕短伸肌，在进行手腕伸直及向桡侧用力时，张力十分大，容易出现肌肉筋骨连接处的部分纤维过度拉伸，形成轻微撕裂。

其疼痛特点为肘关节外侧疼痛；疼痛呈持续性、逐渐加重；疼痛性质为酸痛或刺痛；部分患者疼痛可向前臂及腕部或上臂放射；在

提、拉、端重物或旋转用力(如拧毛巾)时疼痛加重；常因疼痛而致前臂无力、握力减弱，休息时疼痛明显减轻或消失。患肱骨外上髁炎的患者常感觉到拧毛巾、扫地时疼痛加重，握物无力。肘外侧可以找到压痛点。

治疗

跳动穴(尺泽、曲池)

指针刺得气后，在一定的手法的配合下，能使机体跳动或几人能抽动的穴位。跳动穴主要的刺激部位，就是某些特定的运动神经纤维。

针刺某些穴位产生肌肉跳动或抽动，以运动反应为针刺的标志，使之成为提高某些疾病疗效的特定方法。

病例

1. 涂XX, 女, SXXX351B

12/10/15: 右肘外侧酸、桡骨茎突周围痛一周, 局部无肿热, 眠纳二便一般, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦缓。

穴位: 曲池(右), 手三里(右, 神灯), 阳溪(右)

15/10/15: 复诊。改善, 因碗盘架松脱而掉下, 出力后今天局部疼痛显, 其他如常。穴位同上。

24/10/15: 复诊。活动时右肘外侧酸, 局部无热, 其他如常。

穴位: 尺泽(右), 曲池(右)

2. 周XX, 女, SXXX814D

17/10/15: 右肘外侧痛再发, 局部无热, 眠纳二便一般, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦缓

穴位: 曲池(右)

3. 温XX, 男, SXXX839H

3/7/15: 右肘外侧痛3-4个月, 局部热, 眠纳二便一般, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦

穴位: 尺泽(右), 合谷(右)

8/7/15: 复诊。痛减, 左桡骨茎突周围痛4日, 局部无热, 其他如常

穴位: 曲池(右), 手三里(双, 神灯), 阳溪(左)

24/7/15: 复诊。右肘痛再发, 局部无热, 其他如常

穴位: 尺泽(右), 曲池(右)

总结

在临床上发现跳动穴对治疗软组织损伤的效果佳, 尺泽对肘关节痛的部位偏向前臂及腕部放射的疗效较好, 而曲池对疼痛部位偏向上臂放射的好; 肘关节疼痛局部在肱骨外上髁则尺泽配曲池, 有热则可配合谷。

浅谈前列腺增生

新加坡·蔡瑞和

前列腺增生属中医学“癃闭”、“精癃”范畴。

前列腺增生亦称前列腺肥大，是男性常见病。

一般认为是由于性激素失去平衡和慢性前列腺炎增生性改变造成前列腺肥大的。

前列腺增生初期症状不明显，常被忽视。当出现尿频，尤其是夜尿增多，又逐渐出现排尿踌躇，无力，增加腹压排尿，尿流变细，淋漓不尽，以致导致发生急性尿潴留或尿失禁，与可发生不同程度的血尿。

中医认为本病多为久病或劳伤肾精，或感受外邪，或内外因素交织，以致三焦水液的运行及气化功能失常而发病。其虚因中气不足，或胃阴，肾阳亏虚而气化不利所致。其实为湿热，气结，瘀血阻碍气化所致的。

诊断要点

1) 起病初期尿频，夜尿次数增多，逐渐排尿困难，淋漓不尽，严重时尿闭或尿失禁。

2) 直肠指诊示前列腺肥大，中央沟变浅或消失。

3) B超检查提示前列腺增大，残余尿量大于60ml。

辨证论治

上窍闭而下窍亦塞，中焦枢纽不运，而下焦气化不利或失司，通利三焦是治疗本病

的基本方法。

1) **肺热失宣**- 常见于年老病患伴有吸烟史及有慢性支气管炎。症状见有排尿不畅或点滴不通，兼见咽干，胸闷，呼吸不畅，舌红，苔簿黄，脉滑数。

治法：清热宣肺，行气利水

处方：泻白散加减

2) **湿热下注**- 常见于年老病患伴有嗜食辛辣醇酒。症状见有尿少黄赤，点滴不畅，或闭塞不通，小腹胀满，渴不欲饮，大便干结，舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，通利膀胱

处方：八正散加减

3) **中气不足**- 见于年老体弱多病的患者。症状见有小腹坠胀，小便欲解不爽或失禁，精神不振，少气懒言，舌淡，苔簿白，脉沉细

治法：补中益气

处方：补中益气汤加减

4) **瘀血内停**- 常见于久坐及房劳的患者。症状见有小便淋漓不爽，有堵塞疼痛感，少腹急痛难忍，舌紫暗，或有瘀斑，脉弦涩

治法：活血化瘀，通利水道

处方：血府逐瘀汤加减

5) **肾阴亏虚**- 为患者的湿热下注，久治不去，耗伤肾阴。症状见有小便频数，淋漓不尽，伴头晕目眩，腰膝酸软，失眠多梦，

咽干，舌红，苔黄，脉细数

治法：滋阴养肾，清利水道

处方：知柏地黄丸加減

6) 肾阳虚损- 见于年老命门火衰的患者。症状见有排尿无力，失禁或遗尿，面色白，神倦畏寒，腰膝酸软无力，手足不温，舌淡，苔白，脉沉细

治法：温补肾阳，化气利水

处方：金匱肾气丸加減

诊断：前列腺肿大伴尿潴留。

辨证：痰热瘀结，膀胱气化不利

治法：清利痰热，降浊通便

方药：枳实15g、竹茹15g、陈皮6g、半夏12g、茯苓15g、泽泻15g、白术15g、木通15g、滑石15g(先煎)、车前草30g、炙牙皂15g、大黄10g、芒硝6g(冲服)、甘草3g

用法：水煎服，上方加減共服20余剂，小便基本通畅，余证消失。

病案

1) 耿某，男性，68岁。

患者平常好饮酒，2年前出现尿频，尤其夜间次数增多，夜尿5-6次。近3个月来，出现小便困难，尿少黄赤伴有小腹胀满，大便干结。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

直肠指诊：前列腺肥大，中央沟变浅。

前列腺彩超：前列腺肥大。

诊断：前列腺增生伴尿路感染。

辨证：湿热下注

治法：清热利湿，通利膀胱

方药：泽泻20g、白术10g、茯苓30g、王不留行10g、泽兰30g、瞿麦10g、篇蓄10g、竹叶10g、栀子10g、大黄6g、甘草6g

用法：水煎服，每日1剂，上方加減共服40余剂，小便畅通，堵塞感消失，夜尿每晚3次，尿量增多。前列腺彩超显示前列腺增大与初诊比较稍有缩小。

2) 段某，男性，78岁。

患者8年前初起夜尿频多，排尿困难，小便滴沥不畅。曾在某医院诊断为前列腺肿大。经中西医结合治疗，症状有改善，但不稳定。近5天症状加重，而来我院就治。症见患者小便点滴而下，小腹胀满疼，大便4日未解，伴有心烦不寐，气急而喘，呕吐清涎，舌质淡紫而晦，苔黄厚腻，脉弦细。

成人自闭症一例

新加坡·冯启发

多年前，针灸治疗自闭症(Autism)，相当热门。当年，许多自闭症家长，抱着尝试的心理，寻求针灸师为患自闭症的孩子治疗，希望能够出现奇迹，治好这个病症。

当时，也有不少自闭症孩子，前来给笔者针灸。这些患者一般上在十岁以下，病情有轻有重。大多数患者有语言障碍，只是程度有差别，有些能叫“爸爸”、“妈妈”，或说少许单词，例如“苹果”、“杯”、“水”、“饼干”等，有些则有严重语言障碍，完全没有说话，或只能发出含糊不清的声音；有的沉静，眼睛没有对焦，没有互动，不爱理人；有的兼有多动症，好像猴子一样，对你视若无物，乱跑乱跳，不受控制，不容易针灸。总之，他们表现各异，没有一个患者，有一模一样的表现。自闭症英文称为“Autistic Spectrum Disorder”，华文译为“泛自闭症障碍”，在在说明自闭症症候群的广泛性。

这些自闭症患者，大多数白天在特殊学校接受训练，笔者又只能在白天针灸，因此，针灸的次数不多，一般是一周一次。很多患者都很怕针，要亲属配合控制孩子。有少数不怕针的，还为你点算针刺的数目，少针刺一支都会向你讨。大家感到兴趣的，也许是这些孩子现在怎么样了。据我了解，他们现在都长大了，大多在20岁左右，他们之中，有些已经在理

工学院毕业，有的正在就读初级学院和理工学院。有的继续在特殊学校进行职能训练，或进行其他训练，例如运动训练。有者甚至在运动上名列前茅。有的则只能整天被关在家里，由家属照顾。由于笔者不是搞科研，而且这些患者都是既同时在特殊学校接受训练，课余才进行针灸的，孩子有没有进展，牵涉的层面很广，通过特殊学校和家长的训练，就可以取得相当的效果，所以很难得出是那种疗法的功效。

这些孩子现在都长大了，有的也已成年。随着时间的转移，青春期激素的刺激、家庭的努力、个人的境遇、所受的教育和训练，都深深影响着这些孩子成长，做出各种各样的转变。不过，无论这些孩子如何转变或改善，都有一个共同点，就是无法完全逾越自闭症的“金钟罩”，只能在自闭症的天罗地网内打转。有一部分甚至还出现忧郁症和焦虑症，需服用心理医生配给的药物治疗。

自闭症的“金钟罩”

自闭症有其共性，也有其特性。它的共性是在理解、表达和应用方面有障碍，造成沟通和社交方面有缺陷，这是一般自闭症患者与生俱来都有的表现。自闭症的特性是，随着每个

患者个人性格的不同，加上所受教育、训练、境遇、障碍的深浅影响，每个人都有各种各样的表现。例如，有的智商高，各方面表现较好的，可以到主流学校接受教育，有的智商低，只能接受特殊教育或整天关在家里；有些没有语言，或只能发出一些简单的声音；有些却爱找人讲话，不理你的反应，喋喋不休，让你不知所云；有的爱哭闹、发脾气，有的却性格沉静，雷打不动，不爱理人；有的虽然受教育不多，没有语言，但却能自理，一般的家务和烹饪，能做得井井有条。

什么是自闭症的“金钟罩”？指的就是不能完全摆脱自闭症的共性。也就是说，无论自闭症患者的表现如何多样化，五花八门，但都脱离不了最主要的症状：认知、理解和表达障碍、社交、沟通和运用障碍，这其中包括语言障碍、偏执和固执性。在认知和理解方面，正常人能观言察色，很直觉的了解别人的意思。聪明的甚至能触类旁通、举一反三。很容易和自然的溶入周围的环境，和朋友打成一片。但是，自闭症患者则没有这种能力，他们的认识多是主观、直接和表面的。他们很单纯，想法简单，很难理解抽象和隐喻的事物。他们认为黑就是黑，白就是白，很难分别事物有两面或多面，所以很难理解和接受周围的人的语言与适应环境的变化。由于认知、理解上的障碍，加上语言方面的缺陷，例如，发音含糊不清，词不达意，表达想法时就很困难。往往因为表达不出自己的想法而郁闷、烦躁、沮丧、生气、自伤。这种情况，即使有语言的自闭症患者，也同样会发生。由于认知、理解和表达上的障碍，所以很难和周围的人进行正常的交往和沟通。

自闭症孩子小的时候，大多数都有固执、重复的特性。例如，喜欢不要变换环境、坚持走同一条路、玩同一件玩具、穿同一件衣服等。这也许和安全感有关，保持熟悉的环境，走熟悉的路，重复同样的玩法，穿同样的衣服，心里应该感觉踏实、安全、平静得

多，不会那么紧张焦虑。这些孩子长大了，变成成人了，情况有没有改变？世界在变，孩子也在变。但万变不离其宗，这些孩子的固执性，旧有的固执行为也许消失了，但却以新的形式表现出来。而那种固执性，有时也真是固执到难以形容。关于这一点，大家读了有关病例就会明白。

病例

XXX, 男, 20余岁, 2岁半时被诊断为自闭症。当时，患者没有语言，不会说话。自闭症孩子的许多行为，例如，不爱拥抱，没有和人对视，喜欢摇手、踮脚，爱做重复的动作，坚持走老路，有时会发脾气、自伤（撞头、打头）等等，他都具有。

4岁时，经过特殊教育的介入和家属的耐心教导之后，很幸运的患者能开口讲话，学习单词和说简单的语言。同时，在一定程度上也纠正了一些不恰当的行为，使患者能顺利进入主流学校接受教育。从小学、中学、一直到理工学院毕业，这期间患者遇到了不少甜酸苦辣，包括无知者的冷眼、作弄、欺凌，排斥等，还好也得到不少好同学、好老师的帮助，加上家长的努力，困难才能迎刃而解，使他顺利完成学业。

如果是一般人，有了理工学院的文凭，至少应该不愁没有工作。然而，对这个自闭症年青人，事实并非如此。问题在于他对事物的想法、理解，他的重复性和运用障碍，往往影响了他与人交往和相处的能力。与普通人会思考一样，这类孩子长大了，也有自己的想法。普通的人一般知道，事物有多面性，看问题比较客观。这类患者不是，看问题黑白分明，对就是对，错就是错，他要求完美，也要别人完美，不能容忍错误，不知道错了能改，不知道事物还有中间地带。所以，看问题往往是主观片面的、错误的。他可以和普通人交谈，有英文书写能力。但对语言和文字的理解，经常

概念模糊、混乱，往往是断“句”或断“词”取义。一句话听在耳里，他往往只听到或记得其中的几个词，从而做出许多错误的推测和判断。由于害怕犯错，一旦犯错或对语言和事物的理解错误，他就会发脾气，大声喊叫、拳打额头，甚至流血。

他爱上互联网，网上各种意见都有。有一次，一位网友用“你”字，说了许多道理。他以为“你”指的就是他，烦恼不已，直到询问对方，对方说“你”并非指他，经过不断的解释才能接受。有人对他说“有些人利用签约做坏事”，他对签约很敏感，加上句子长，句子前面“有些人”他没有听进去，整个句子在他脑里的意思变成“我利用签约做坏事”，这下子事情马上变得不同了，他立刻的反应是，对讲这句话的人极端反感和气愤，发誓永远不要见她，不要做朋友，要经过多月的解释他才能理解和释怀。许多自闭症患者喜欢吃，特别是肉类。他也一样爱吃，一分正餐之后，往往还要加料。吩咐他吃少一点，就对他说道：“为你好，应该吃少一些”。他认为“为你好”，比较抽象，难以理解。如果能具体、明确、直接地说“为你的健康好”，随后才具体的列出应该吃和不应该多吃的餐单，他才容易理解和接受。有位朋友对他说“我们不应该把生命当成理所当然。”他除了不理解“理所当然”的含意，也看不到“我们”两字的一般性。他听后就生气，认为这句话的矛头指向他，除了要求对方“直接讲”，不要“间接讲”，还与对方断绝来往。对“零容忍”这句话，他不理解这句话的概念和用法，就拿来用在与朋友的来往上，对朋友的讲话和过错零容忍。总的来说，他对不理解的事物、句子，往往单方面先猜测对方的意思，不明白也不会去询问对方的意思，这样的猜疑大多数是错误的。他长大了，很想交朋友，但他的想法和错误的应用法，往往构成他与人沟通和交往方面，充满重重障碍和荆棘。

许多自闭症患者的记忆力很好，有些甚至

表现特出，能记住常人无法记住的事物。记忆力好有其优势，但也有其痛苦的一面。我们正常人，能在一段时间后，把愉快或不愉快的回忆忘掉。记忆力好的自闭症患者，多年前的愉快或不愉快的事，在他们脑海中挥之不去。累积太多的回忆，不能淡忘，对他们来说是痛苦的。这位患者的记忆力虽然不是特强，但也常受到回忆多年前的事物的干扰而感到痛苦。例如，某天，他突然提起五年前某位朋友的一句话，要求做出解释，不然他就要为五年前人们已经忘得一干二净的事生气、自伤。

生活千变万化，语言多姿多彩，每天都有新的事物发生，每天都有丰富的词语要学习和理解。对普通人来说，通过正常的沟通和学习，很容易理解和接受新的事物。自闭症患者则不然，他们有与常人不同的重复性、固执性，要让他理解和接受每天发生的新事物、听来的新词语、阅读到的文字，要每天都有人能为他耐心的不断重复的解释、辅导，让他完全明白和理解。这位患者也一样，他今天看似理解了，但并不是一劳永逸的理解和接受，明天同样的问题又再被提出来要你解释，直到他满意，不然就发脾气、喊叫和用拳头打额头。同样的问题，他可以在后天、大后天、一两个月后、几年后再重复提出，要你耐心细致、重复的解释和回答，直至他能真正明白和接受者为止。所以，对这类患者，无论在家里或工作场所，无论是白昼或夜晚，都要有人能随时的、耐心细致的、不厌其烦的，重复又重复的为他详细辅导，不然问题始终没有办法获得解决。

不少自闭症患者表现冲动，本患者也一样，有问题就要马上解决，不然就生气、自伤，加上他的想法负面、极端和猜疑心，在社交和沟通方面困难重重。除非他很信任的人，如家人、熟悉的辅导员、心理医生，很难有深交的朋友。

他有一定的思考能力，但是许多事却想不通。不能理解的问题，经年累月的在脑海里堆

积，久了会形成压力。压力累积多了，他解决不了，又不讲出来，慢慢的就会造成失眠，加上年龄增长了，知道自己和普通人不一样，而渐渐形成忧郁。

患者就是在这种长期无形压力下，二年来由浅入深、持续的失眠，至至二周完全无法入睡，对一切事物都不感兴趣，不愿意出门，整天焦虑不安，听到吵杂音，无论白天夜晚，大声喊叫，狂躁不安，搔手和自伤次数频繁，程度加重而最终患上忧郁症。这时只好寻求心理医生，服用药物治疗。

这些药是有效的，服了这些药，他的情绪、睡眠都得到改善。但也造成疲倦、慵懒、善食易饥，吃后就想躺着不动，最后是造成肥胖。如果不注意，会患上糖尿病。所以在这段期间，家属得按时每天陪他运动。运动除了可以减少这些药物的副作用外，也可以减少焦虑和忧郁的症状。

他连续服药约二年，为配合治疗他的失眠，在这段期间，笔者为他针刺百会，并用梅花针在他背后第二条膀胱经敲打至微潮红。数周后，他的情况开始稳定。问他对针灸的感觉如何？他虽然很怕针，但还是说针后比较好睡，要我继续为他针灸，特别是用梅花针敲打背部。这样持续的针了约一年，后来看他已经能安稳入睡，情绪稳定，就停止治疗。针刺百会穴，可由百会向前顶方向透刺，留针30分钟。《太平圣惠方》说此穴能治：“少心力，忘前失后，心神恍惚”。百会穴有宁心安神的作用，对治疗失眠，颇有疗效。至于用梅花针沿背后膀胱经第二条线轻轻敲打，是因为此线中的神堂、魂门等穴，有宽胸理气，疏肝解郁，宁心安神的功能，可以治疗心悸、失眠。

忧郁症发作二年后，已经完全好转，没有再听到吵杂音，可以在辅导下上班工作。这位患者在进步，也在家属和辅导员的协助下，继续不断的纠正自己的想法。他知道自己患有自闭症，有思考和应用方面的障碍，需要不断的辅导。有这些难摆脱的障碍对他

们也是痛苦的。像许多自闭症患者一样，他也曾经发问：“为什么不能按照我的想法生活？”“我结束我的生命好吗？”

小结

总之，自闭症患者有其独特的、与众不同的学习模式和思考逻辑。自闭症患者无论智商多高，情商方面的障碍是根本的。这影响了他们对人对事的态度，妨碍了他们的沟通、社交和工作能力。自闭症患者缺乏的是全面的思考能力，经常只能做出片面的猜疑和错误的推断；他们的分析、综合能力差，没办法在短时间内，把各种资料综合起来思考。据心理医生的看法，要解释和说服，让患者能够“开放思想”(Open Mind)，理解和接受多种意见，需要花上一千个小时耐心的详细的进行讲解。这是一个令人望而生惧、筋疲力尽的“工程”。由此可见，要改变一个自闭症患者的想法，有多么困难。要做好这个“工程”，辅导员和家属，尤其是家属，任重道远！

据统计，在世界上，约有70%的自闭症患者患上忧郁症，约有50%患上焦虑症。

由此可见，自闭症是复杂的，他们的问题不是三言两语所能解决的。目前世界性自闭症专业组织，也只能说世界上还没有一种疗法能治好自闭症。要解决这个问题，要各方面配合。社会 and 人群要更有包容心，不要歧视他们，不要把他们当成“怪人”。一般上世界公认，改善自闭症患者的最佳时机是幼儿期，但对成人自闭症患者来说，最重要的还是要有工作做。工作能提高他们生活素质，使他们变得更加有自尊和自信。自闭症症人口在逐年增加，新加坡也从20多年前的几百人，增加到3万人。而根据世界性统计，自闭症成人的就业率也只在20%以下，所以，要解决自闭症患者的问题，还需要患者的家庭、整个社会和整个世界的继续努力。

糖尿病湿热证的辨治研究

新加坡中华医院糖尿病研究组·黄欣杰

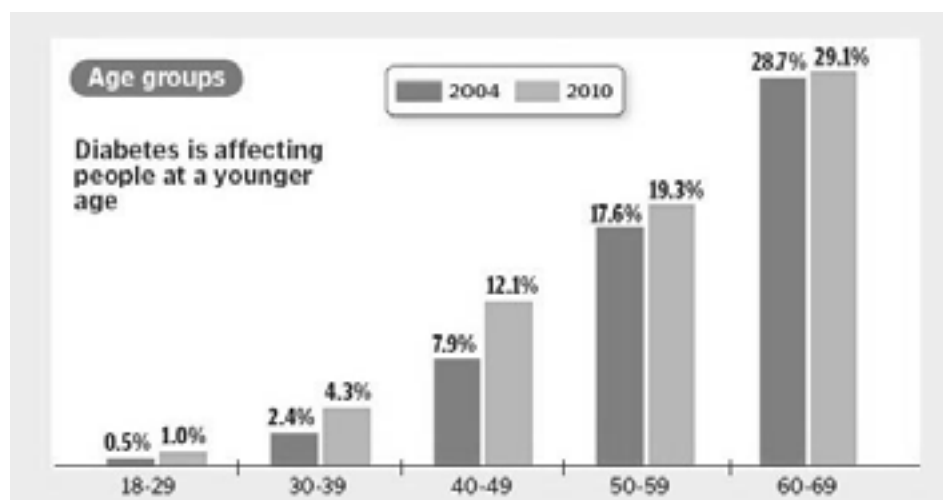
根据新加坡海峡时报在今年12月2日的报导,国际糖尿病协会的报告述,每10个年龄在20至79岁的新加坡人,就有一位是糖尿病患者,糖尿病患病率达到10.53%,位居全球第二高糖尿病发病率,仅次于美国!报告的内容与新加坡卫生部在2010年发布的内容类似。

新加坡糖尿病患年龄群分布图 2010

糖尿病(Diabetes Mellitus, DM)是一类由遗传因素、环境因素、体质因素、代谢因素、免疫功能紊乱、精神疾病因素等多因素及各种致病因子作用于机体而导致胰岛功能减退,胰岛素抵抗及 β 细胞功能障碍等引起的糖,蛋白质,水,脂肪和电解质等一系列代谢紊乱综合征。糖尿病可引起多种并发症,包括

高血压、中风、心脏病、肾衰和末梢神经损伤等,已是危害人们身体健康的多发且伴随一生的慢性疾病。现代医学认为糖尿病是血液中的胰岛素绝对或相对的缺乏,导致糖和蛋白质代谢紊乱,从而引起高血糖,糖尿病的发生。中医称糖尿病为消渴症,也称消瘴病。在古今医学史上都有详细的论述,消渴病之名最早见于《黄帝内经》。

根据国际糖尿病联盟(International Diabetes Federation, IDF)统计,全世界现在约有近3.5亿成年人罹患糖尿病,按目前的速度增长,到2030年全球患糖尿病病人将达到近5亿人。糖尿病已经成为全球关注的严重的医疗问题,并成为许多国家基础医疗开支普遍增高的主要原因。因此,每年11



月14日,已被国际卫生组织(World Health Organization, WHO)定为糖尿病日,希望通过一系列活动提醒全球人民加强对糖尿病病的了解,加强对糖尿病预防与治疗的相关研究。

自1980年以来,全球空腹血糖浓度平均每10年增加0.08 mmol/L,糖尿病的患病率也相应的增加了7%,估计糖尿病患者总数由1980年的1.5亿增至2008年的3.47亿。

近年来,随着新加坡经济蓬勃发展,国人生活方式及饮食结构改变,人口老龄化,体力活动相对减少,尤其是不合理饮食习惯(过剩与缺乏)、缺乏体育锻炼的影响,新加坡糖尿病患者也逐年增加,而且有继续增加和年轻化的趋势。

糖尿病病理生理改变是一个发展的动态过程,病情的复杂性决定了治疗方法的多种多样,这是中医治疗糖尿病的优势所在。根据糖尿病病人的体质,在疾病的不同阶段及类型,考虑到各种因素的诊断和治疗基础上,从不同切入点找到一种有效的治疗方式,为糖尿病患者达到更好的疗效、改善生活质量是中医治疗糖尿病的首要任务。辨证论治仍然是中医治疗糖尿病的基本原则。

近年临床研究提示,虽然在2型糖尿病证型中,气阴两虚证所占比例最高,湿热内蕴证居次,其后是肾阳不足证糖尿病,中医辨证属湿热者有逐渐增多之势,目前已有较多报道。这种变化出现的原因,一方面可能是由于生活水平提高,人们长期摄入过多高热量饮食,但体力活动却明显减少,肥胖者逐渐增多;另一方面可能因久居沿海或湿热地区,持续处于天热与地湿交蒸之中,易导致内外湿热合邪,氤氲不化之故。

由新加坡中华医院糖尿病组的临床病案分析研究所得,新加坡糖尿病湿热证多发,湿热内蕴证型约占了40%,而夹湿、夹热证候也普遍出现于糖尿病病患中,所占比例超过了50%。

新加坡糖尿病湿热证多发的原因主要有两

方面:一方面,新加坡的炎热和潮湿的气候地理特点,无论是直接或间接地影响到当地人的体质,进而形成气虚、阴虚或气阴两虚型的不同湿热类型,确定临床糖尿病湿热证的易感性和倾向性,是糖尿病湿热证最重要的外部因素。另一方面,新加坡人的饮食丰富,因其气候及社会关系,喜食生冷、凉饮、肥甘厚味之品,造成脾阳虚衰,失去健运而生痰湿,容易形成湿困脾胃的体质,影响胰岛的生理功能,易诱发糖尿病湿热证。这是当地糖尿病人群湿热证候形成的内部因素。在内外因素共同作用下,导致新加坡糖尿病湿热证高发。

调查新加坡糖尿病湿热证的发生率。收集187例新加坡中华医院自2003年01月至2013年09月电脑诊病系统内所收集的糖尿病门诊治疗资料,通过全面数据库的建立进行系统梳理,分析讨论糖尿病与湿热证相关性的临床表征、病位、病机、证型演变及用药规律情况,为临床糖尿病中医辨治提供参考。

1. 所收集之病案确诊为糖尿病,共187例。通过分析及统计、评定,符合纳入标准的178例,纳入研究率为95.19%。符合纳入标准的178例,其中男性有93人,占52.25%;女性有85人,占47.75%。

2. 近55%的糖尿病患可见湿浊表现(包括湿热及水停证),而近40%属湿热内蕴。湿热证证候遍布糖尿病不同年龄层,但近50%超过60岁的糖尿病患者及30%左右的中年人有明显湿热证症状,提示随着人口的老齡化,在糖尿病后期如不针对湿热证候给予明确的治疗将易引起一系列糖尿病并发症。

3. 糖尿病虽以多饮、多食、多尿等“三多”的三消症状为主症,但是在新加坡所收集的178例病例中,76.97%者缺乏典型三消症状。糖尿病病患同时夹湿、夹热证候超过50%,伴有阴虚症状占近50%,以女性患者居多。

4. 多数糖尿病患者兼有其他慢性病症,在纳入调查的病例中,89.89%的患者至少兼

夹一种慢性病症,以伴有高胆固醇者居多(88例),占49.44%。

5. 最常用的前8个复方为六味地黄丸、杞菊地黄汤、三消汤、消渴合剂、甘露消毒饮、参苓白术散、益气生津胶囊和生脉散。

6. 最常用的前8个单味药为黄芪、丹参、葛根、白术、玄参、苍术、茯苓、山药。

通过本论文研究所归纳,探讨糖尿病湿热证辨证要点、确认糖尿病糖尿病湿热证用药原则及药效特点及提出糖尿病湿热证饮食调护注意事项。

1. 临床辨治糖尿病湿热证,病位应立足于中焦(包括脾胃和肝胆等脏腑),明辨湿热主症。提示治疗糖尿病湿热证从中焦入手,关键在于调理脾胃气机升降之异常,针对湿与热孰轻孰重调整药物偏颇,治疗要点是清胃热、化脾湿、调畅气机。

2. 糖尿病湿热证患者体形多偏肥胖,同时伴有脘胁胀满、四肢倦怠、或口中粘腻、大便不爽,苔黄腻或浊腻,脉滑而数等。故临床辨证糖尿病湿热证时,应着眼患者形体,重视舌脉特征。

3. 对糖尿病湿热证的治疗,应谨守病机,抓住重点,既要看到湿热标实的一面,又认识到气阴本虚的一面;并须分清标本缓急,或先标后本,或标本同治;应分清湿热主次,多先给予清热化湿之法,待湿去后再议益气养阴润燥。临证若能知常达变,有湿热证候时即行清热祛湿之法,或可获湿去热清,津生有源,燥热不起之效。同时,尚应针对病人的具体病情需要,合理、及时地选用活血、化瘀、调肝、理气等治疗治法,必能更好的提高治疗效果。

4. 糖尿病湿热证用药原则为:(1)清化湿热、扶助正气以标本兼顾;(2)祛湿热须分湿热偏重及主要病位;(3)扶正气应别气血阴阳及主次病机;(4)病程迁延宜投治活血化瘀以通络;(5)久病气滞需施用疏肝理气以散郁。

5. 糖尿病湿热证的饮食调护,应注意以均衡饮食为基础,维持合理体重,并减少引发急

性或慢性并发症的可能性。调养原则为清热、化湿,饮食以清淡为主,强调辨病饮食以防治并举,及配合适当的运动及调节情志。

结论

通过本研究的结果分析,随着社会的进步,糖尿病湿热证已是糖尿病动态发展的必然兼夹证。特殊环境的影响、饮食习惯的改变、工作压力随着改革发展而加剧等对于机体的影响,在中医辨证观点上,可体现在不同脏腑的气机失调,这些都是造成糖尿病湿热证发生率提高的因素。中医的辨证论治思维,因人、因地治宜的方法,充分体现了中医药治疗糖尿病湿热证具有用药灵活,标本兼治的优点。

胃病辨证论治外要略

中国江苏省·汪红

胃病是临床常见病、多发病，也是中医药治疗效果比较满意的一类疾病。胃病临床多表现为：嗳气、泛酸、饱胀、疼痛、嘈杂、呕吐等；病理表现可有浅表性、糜烂性、萎缩性、溃疡性、增生性等性质不同；病程也有急性、慢性之分；病性则有寒、热、虚、实之别。及其证治已日臻成熟，但辨证之外仍应注意以下几点要略：

本体证治要略

所谓本体是指胃体自身。本体证治是指从胃的生理、病理的角度给予论治。临床辨证治疗中还须注意以下要点：

1. 调理气机：胃为阳腑，以下行通降为顺，此为生理常态。因此，胃之病必违生理，或胀、或痛、或逆、或塞，就气机而言，轻则动缓、甚则似停或逆。无论寒热虚实，顺其行必首当其冲。临证用药可酌添苏梗、枳壳（实）、大腹皮、青皮、陈皮、刀豆壳等。

2. 调适寒温：胃虽为阳腑，喜凉恶燥，然过凉亦当所忌。临床宜多择麦冬、玉竹、浙

贝、白芍、天花粉、芦根等凉润之品。尤应防止在胃镜报告“炎症”诱导下迭用黄连、黄芩、黄柏、山栀、连翘诸物。即使有胃热并炎症的前提下，也当适度而止，并注意使用一些佐药，以防损伤胃阳，使之动而乏力。如黄连配吴萸、山栀配豆豉等。

3. 调节燥润：胃喜润恶湿。然过湿亦易为病。过湿则痰湿易生，甚则水饮留聚，胃脘振之如囊裹水、漉漉有声，或呕吐清水、酸水、痰涎。临床善补阴者众，动辄熟地、阿胶等滋腻之品，不当用而用，抑或当用而过用均易导致痰湿内生。故尔，需用之时仍当以凉润为先，不用或少用滋腻之物。同时，宜酌加燥湿化痰之药为好，防患于未然。药如法半夏、橘红、川朴（花）、莱菔子等。

客体证治要略

所谓客体是指除胃体之外与胃关联密切的诸脏器，如肝、脾、肾、大肠等。客体证治是指从诸脏器对胃生理、病理影响、牵制的角度实施论治。临床治疗中须注意以下要点：

1. 从肝论治：肝对胃的影响主要表现为肝郁与肝热。郁者，气机郁滞，影响胃之升降，治从疏肝达胃，药征柴胡、青皮、枳壳、郁金等味；肝热则易致胃中灼热、嘈杂感、泛（吐）酸等，治本清肝泄胃，方遵金铃子散意，药择川楝子、黄连、夏枯草、浙贝等。

2. 从脾论治：脾对胃的影响主要表现在脾虚及脾湿两个方面。脾虚则运化不健，使胃纳受碍而胀滞不适。临床多选白术、山药、陈皮、焦三仙等药；而脾湿上泛易致胃阳受抑，并易生湿聚痰。处方可配合运用茯苓、苡仁、苍术等物。

3. 从肾论治：肾对胃的影响常体现在肾火不济，继而引起胃阳不振。肾为一身元阳，肾阳不足，胃失温煦，则易生寒水之变。临床在胃经干姜、高良姜等选择之外，可酌加乌药、肉桂、仙灵脾、羌活等一、二味以行少火生升之助。

4. 从大肠论治：大肠与胃相通，以魄门为端，同为腑用。若大肠不健，室塞不通则胃气不降或反上逆，引发胃胀、矢气少、便秘，甚至噎气、泛恶、呕吐等症。因此，辨在了解便秘与否。若便秘不显，则从行大肠之气入手，药用槟榔、大腹皮、小茴香之类，意在促进矢气，得下气通而胃气始降之功。若为便秘则视程度、性质不同，而从生大黄、制大黄、杏仁、桃仁、肉苁蓉、郁李仁、蜂蜜等中择一、二味相佐即可。

实际上对胃病患者来讲是要牢牢记住、贯彻始终的。食物营养要素虽有蛋白质、脂肪、碳水化合物、纤维素、维生素、微量元素等，在均衡摄入的前提下，要多食富含营养、质地柔软、容易消化类食物。冷、硬、炸、黏、腻等则均在禁忌和限制之类。

3. 保暖：胃为阳体，病则胃阳易伤，伤则运动不健，难任消化之职。胃气虚弱一则难愈，二易复发。胃气者，动气也，属阳。因此，胃病患者无论是病前、病中、病后均要注意适寒温，尤其要注意保暖，顾护胃气。不饮冰水，不当风受凉。

汪红，主任中医师，副教授，医学硕士。从医三十余年，一直专注消化类疾病诊疗工作。

生活起居要略

民间一直认为胃病是“三分治，七分养”。说明在治疗之外，生活起居、养生的重要性。简述有以下要点：

1. 慎饱：胃病无论轻重，胃体已经受损是不争事实。是让胃重装上阵还是轻装前行是显而易见的道理。因此，胃病患者不宜饱食，宜少食多餐。让胃在负担不重的前提下康复。

2. 挑食：挑食这个词看似一个贬义词，实

论痰瘀

新加坡·曾玉珠

1 概念

1.1 痰的定义

痰是人体内水液精津输布异常，停聚而成的病理产物，同时，又可成为新的致病因素，引起病理变化而出现多种症状和体征。痰有狭义和广义之分。狭义之痰是指从肺脏咳吐而出之分泌物，有人称之为有形之痰；广义之痰是指人体由于气机郁滞或阳气衰微，或情志不畅，不能正常运化输布津液，使其停蓄留湿，逐步胶固蕴结而成，有人称之为无形之痰，其生成所涉及的脏腑包括脾，肺，肾，肝及三焦。

在《证治汇补》中对痰证的临床表现有详细论述：“痰之为物，随气升，无处不到，为喘为嗽，为呕为泻，为眩晕心嘈，为怔忡惊悸，为寒热肿痛，或胸胁辘辘如雷鸣，或浑身习习如虫行，或身中结核，不红不肿，或颈项成块，或塞于咽喉，状若梅核，或出于咯吐，形若桃胶，或胸臆间如有二气交纽，或背心中常作一点冰冷，或皮间赤肿如火，或心下寒痛如冰，或一股肿硬麻木，或胁梢

癖积成形，或骨节刺痛无常，或腰腿酸刺无形，或吐冷涎绿水黑汁，或梦烟火剑戟丛生，或大小便脓，或关格不通，或走马喉痹，或齿痛耳鸣，以至劳瘵癫痫，失音瘫痪，妇人经闭带下，小儿惊风搐搦，甚或无端见鬼，似祟非祟，悉属痰候。”

1.2 瘀的定义

在《说文解字》里说：“瘀，积血也”。《辞海》说：“瘀，积血。即瘀血。指体内血液凝滞在固定的地方”。中医基础理论中“瘀”的含义有几个方面：血结不行为瘀；血行不畅为瘀；离经之血即为瘀。瘀血的形成，可因外感六淫、内伤七情、跌仆损伤等原因引起心、肺、肝、脾等脏腑功能失常，血液运行不畅，或致血离经脉而瘀积体内而成的病理产物。它又可以成为新的致病因素，导致新的病证。

在现代中医学研究过程中，人们对“瘀”有新的解释，如《血瘀证与活血化瘀研究》一书中指出：“瘀这一概念中，除包括血的‘瘀’或‘瘀血’之外，当包括气

的‘瘀’，即‘气瘀’或‘气滞’。在《气血论》一书中说：“淤，非专指血瘀而言。凡有形之邪，阻塞络脉所致的证候，可统称为淤证”。由此，瘀（或淤）的涵义更广，但总以运行滞而不畅为基本环节。

瘀血在机体内形成后可表现为刺痛，固定不移的肿块，肌肤甲错，面唇爪甲舌质紫暗等临床症状。

1.3 痰瘀同病的定义

《灵枢·痼疽》云：“津液和调，变化而赤为血”。《灵枢·邪客篇》说：“营气者，泌其津液，注之于脉，化为血……”。说明津血互化，同来源于水谷精微，同属人体的阴液。《医学入门》说：“痰乃津液所生”。津液输布失常，停蓄胶固则为痰。血行淤积不畅则为瘀，可知痰源于津，瘀本乎血。生理上“津血同源”，病理上痰和瘀均为阴邪，同气相求，二者相互影响，可因痰生瘀，亦可因瘀生痰，形成痰瘀同病。唐容川在《血证论》中就指出“血积既久，亦能化为痰水。”

痰瘀虽为不同的病理产物，症状却相似，临床上也常互结成病，如朱丹溪指出：“自气成积，自积成痰。痰挟瘀血，遂成窠囊”。痰瘀同病常见的证候特点有疼痛、症积肿块、肢体麻木偏废、精神症状、妇人崩漏，带下以及任何久病或难愈之怪病。

2 痰瘀同病的临床意义

痰瘀是中医辨证的一个重要项目，两者是人体功能失调的病理产物，在一定条件下可相互转化，且常同时出现。“痰瘀同病”反映了两之间不可分割的密切关系，也揭示了某些病证的内在联系，特别是为正确认识某些疑难久病或危急重症的病因病机提供了理论依据。古人早有“痰为百病之母”，“怪病属痰”，“怪病属瘀”等认识及治疗方剂。在《内经》中就记载了痰瘀相关的理论并有

四乌贼骨一芦茹方（痰瘀同治之方）。《内经》之后涉及痰瘀同治的方剂有医圣张仲景的鳖甲煎丸、近代外科所用的小活络丸、小金丹等。又如当今在治疗“慢性支气管炎”时，常加入丹参，取得很好效果，这与唐容川“须知痰水之壅，由壅血使然，但去瘀血，则痰水自消”的理论一致。故有“治痰要活血，血活则痰化；治瘀要化痰，痰化则瘀消”。同时，治疗中也要注重调理气机，使气行则血行，气顺则痰消”之说。

3 痰瘀同治的原则

“痰为瘀之渐、瘀为痰之至”，痰瘀同病过程中常有先后顺序与主次地位的不同。明·罗赤诚在朱丹溪之后将痰瘀同病分为痰挟瘀血和瘀血挟痰，并指出对于前者治宜“导痰破血”、后者则“先破其血，而后消痰”。所以在治法上有差异。

“痰瘀同治”^[1]包括“痰瘀并治”、“痰瘀互治”、“痰瘀分治”以及“通阳顺气”几方面。“痰瘀并治”即治痰同时要活血，治瘀同时要化痰；“痰瘀互治”是取其“血活则痰化、痰化则瘀消”之效；“痰瘀分治”指病情有缓急，化痰活血分先后。清代叶天士重视“阳气窒闭，浊阴凝痞”的病理机制，治疗上主张“欲驱阴浊，急急通阳”；《丹溪心法》中提出了“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣”，故“通阳顺气”要贯穿治疗的始终。朱丹溪也说：“使无瘀血，则痰气有消容之地”。后人总结为“善治痰者，必先治气，同时也要治血”的痰瘀治法。

4 痰瘀同病、同治的临床应用

在中医辨证分型里，痰瘀同病属痰瘀互结证，此证型常可见于胸痹心痛、心悸、眩晕、健忘、痴呆、痹证、肺胀、胁痛、鼓胀、

郁病、狂病、中风病、噎膈、症瘕、月经不调、带下病、不孕症、不育症等疾病中。在古人“怪病多痰”、“怪病多瘀”，“百病皆生于痰”，“百病皆生于瘀”，“久病入络、瘀闭痰结”的经验基础上，现代中医学对痰瘀同病、痰瘀同治的治疗范围已扩大。如：

4.1 脂肪肝

根据现代医学理论，脂肪肝是由于多种原因引起的肝脏对脂肪的代谢障碍，使肝内脂质蓄积过多的一种病理变化。而中医认为脂肪肝可归属胁痛、积证的范畴，是由多种原因导致肝、脾、肾三脏功能失调，气血津液运行失常，痰湿停聚，瘀血内生，停积于肝所致，治疗以祛痰活血为原则。

贾明珠^[2]从痰瘀论治2型糖尿病性脂肪肝，将62例患者随机分为2组，治疗组以中药治疗，对照组单用西药肌醇片治疗。结果从痰、瘀论治糖尿病性脂肪肝的疗效优于肌醇片。

4.2 肝纤维化

肝纤维化是指由各种原因导致肝内结缔组织异常增生，肝内弥漫性细胞外基质过度沉淀的病理过程，许多慢性肝脏疾病均可引起肝纤维化。中医把肝纤维化归属积证范畴，认为病机关键在于痰瘀互结，阻滞肝络，治疗以祛痰活血为原则。谢鸿昌等^[3]采用中成药鳖甲煎丸治疗血吸虫病肝纤维化并结合西药常规护肝，取得很好临床疗效。

4.3 心血管疾病

心血管疾病如冠心病，属中医胸痹心痛范畴。现代医学认为是血管阻塞引起，药物治疗方面，常给患者服用稀血通血药。中医则认为其病机为“本虚标实，痰瘀同病”。补虚尤其注重补心气之不足；治标注重祛痰活血。

刘永明等^[4]采用痰瘀并治中药治疗冠心病心绞痛患者54例，并与单纯应用西医常规疗法对照组54例进行比较。结果，治疗组在改善

中医症候疗效、心绞痛症状疗效及心电图疗效方面均优于对照组。并且可显著降低CRP。

4.4 恶性肿瘤

朱丹溪说：“诸病多因痰而生，凡人身上中下有块者多是痰。”清·高锦庭亦说：“痰瘤者，非阴阳正气所结肿，乃五脏瘀血浊气痰滞而成。”王丽等^[5]认为痰瘀是恶性肿瘤的主要病理因素，也是肿瘤相关的临床表现，指出化痰祛瘀法是治疗恶性肿瘤的基本大法，应贯穿整个治疗过程。

南新记等^[6]也主张从痰、瘀、虚论治癌痛。认为痰、瘀、虚即是癌痛形成的原因，又是癌痛的结果。因此，从痰、瘀、虚论治癌痛符合癌痛的病因病机，主要治疗方法是祛痰活血，补虚泻实。

4.5 类风湿性关节炎

类风湿性关节炎是一种由自身免疫障碍引起免疫系统攻击关节的长期慢性炎症。这种炎症会造成关节变形直至残废，并会因关节痛楚及磨损而失去部份的活动能力。亦会有系统地影响其他关节外的组织，包括皮肤、血管、心脏、肺部及肌肉等。

中医认为类风湿性关节炎属于痹证的范畴。《症因脉治》卷三说：“痹者闭也，经络闭塞，麻痹不仁，或攻注作痛，或凝结关节，或重著难移，手足偏废，故名曰痹。”《素问痹论》中指出：“风、寒、湿三气杂至，合而为痹”。此病正气亏虚为本，痰瘀痹阻为标，痰瘀是中晚期发病的重要病理因素。有学者就认为在疾病早期，痰瘀虽尚未形成，但是在临床治疗中也应注意预防，故祛痰化瘀法可贯穿整个疾病的发展过程。

许善霖^[7]在观察痰瘀论治为重点介入中晚期类风湿关节炎西药规范化治疗中的临床价值时，将87例类风湿关节炎患者随机分为对照组（西药规范化治疗）42例，治疗组（痰瘀论治为重点加西药规范化治疗）45例，观察2组临床疗

效、平均用非甾类抗炎药的天数、不良反应。
结果治疗组总有效率明显高于对照组。

5 总结

临床上以痰瘀同治的疾病范围很广,近3年报道的文献有慢性阻塞性肺疾病、乳腺增生、衰老、代谢综合征、老年眩晕、小儿哮喘、股骨头坏死、小儿肾病综合征、肥胖型多囊卵巢综合征、间质性肺炎、小儿慢性咳嗽、糖尿病周围神经病变、老年性痴呆、老年失眠、支气管哮喘、良性前列腺增生症、垂体生长激素腺瘤、三叉神经痛、高血压病、硬皮病、肾小球硬化、肝豆状核变性、毒性弥漫性甲状腺肿、梗阻性无精子症、非创伤性股骨头坏死、顽固性反流性食管炎、输卵管阻塞性不孕症、椎-基底动脉供血不足性眩晕证、颈动脉斑块、老年性便秘等等。

参考文献

- [1] 魏玉凤,张敏州,连新福.析议痰瘀同源、互结、同治.辽宁中医药大学学报,2012,14(7):133-134
- [2] 贾明珠.从痰瘀论治2型糖尿病性脂肪肝32例临床观察.山西中医,2011,15(2):30-31
- [3] 谢鸿昌,吴昊星,程建书.鳖甲煎丸治疗血吸虫病肝纤维化临床观察.湖北中医杂志,2012,10(9):39
- [4] 刘永明,蒋梅先,陈铁军等.从痰瘀论治冠心病的临床研究.辽宁中医杂志,2013,18(2):16-18
- [5] 王丽,王文萍.从痰瘀论治恶性肿瘤.实用中医内科杂志,2013,20(11):96-97
- [6] 南新记,汪成书.治疗癌痛从痰瘀虚论治浅析.中医临床研究,2012,15(6):45,47
- [7] 许善霖.痰瘀论治为重点介入中晚期类风湿关节炎西药规范化治疗中的价值.中国中医基础医学杂志,2012,28(2):113-114

《内经》气机学说在胃食管反流病辨证治疗中的应用

新加坡·何宇瑛

中国·沈洪^[1]

【关键词】《内经》；气机；胃食管反流病；辨证治疗

胃食管反流病(Gastroesophageal reflux disease, GERD)是由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^[2]。GERD的症状有食管综合征和食管外症状综合征。食管症状表现为烧心、反流、胃脘痛、胸骨后痛、嗝气、恶心等食管综合征，非典型症状可表现为慢性咳嗽、哮喘、慢性咽炎、慢性鼻窦炎、中耳炎等，一般为功能性的良性病变。如不及时治疗可导致食管破损，进一步发展可见食管狭窄，持续性的吞咽困难是食管结构或肿瘤病变的报警症状。笔者试以《内经》气机学为理论根据，对胃食管反流病进行病因病机探讨，用辨证论治方法治疗本病，浅谈心得如下。

1 胃食管反流病的现状

胃食管反流病是消化科的常见病，胃肠动力紊乱是主要的病理机制，西医治疗服用胃肠动力和抑制胃酸，大部分患者有效，但需要长时间服用，停药后容易复发，少部分非酸反流的患者对抑酸治疗无明显疗效，影响患者的身心健康和生活质量。

2 《内经》气机学说与胃食管反流病病机相关

胃食管反流病古代无此病名，根据临床症状烧心，胸骨后疼痛，吞咽困难，泛酸可归属与嘈杂，噎膈，吐酸等范畴。食管为“胃之系”(《难经集注》)，具有喜柔润，以通为用，以降为和的生理特点^[3]，所以，上逆者为病理，发病时与气机相关。

对于气机的认识早在《内经》已经有全面和经典的讨论。生理方面：《素问·六微旨大论》曰：“气之升降，天地之更用也”，“升已而降，降者谓天；降已而升，升者谓地，天气下降，气流于地；地气上升，气腾于天。故高下相召，升降相因，而变作矣”，天与地是一个整体，地气升极则下降，下降是天气的作用；天气降极则上升，上升是地气的作用，所以地气可以主宰上升，天气可以主宰下降，两者之间互为因果的关系。气的运动称为气机，气机的运动形式有多种形式，总结起来有升降出入。脾胃的生气降浊，就气流周身，升降出入的运动正常，人体的生理活动也是正常。否

则就发生疾病。病理方面：《素问·阴阳应象大论》曰：“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生月真胀”。这“月真胀”机理是饮食的重浊之气不能按时达胃肠之腑，浊气滞留，滞留则上逆，胃食管反流病患者就有胃酸上逆和嗝气频作，为“浊气在上”的临床表现。

3 胃食管反流病的病因病机

3.1 病因

3.1.1 饮食因素

《素问玄机原病式》：“饮食热则易于酸也”，《素问·痹论》曰：“饮食自倍，脾胃乃伤”，指出饮食辛辣之品，饮酒等厚味之助湿生痰，湿热内生，导致泛酸，饮食不节制，超过了胃肠运化的负荷，也损伤胃肠功能。

3.1.2 情志因素

《素问·举痛论》“怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气乱，劳则气耗，思则气结”九气的病变，情志因素导致的气病，气病往往化火，“气有余便是火”，影响脏腑气机升降失衡，火旺伤津耗气，元气耗伤，所以，脏腑功能的损伤，多先病于气。《素问·藏气法时论》曰：“肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒”。肝主疏泄，调畅气机，肝病也多为气病有关。

3.1.3 脾胃虚弱

《诸病源候论》：“噫醋者，…脾胃有素冷，故不能消谷，谷不消则胀满而气逆，所以好噫而吞酸”。脾胃功能虚弱，运化无力，脾虚生湿，湿浊内阻，气逆于上则发病。

3.2 胃食管反流病的病位和主要病机

3.2.1 古代医家对本病认识

《素问·六微旨大论》：“非出入则无一生长壮老已；非升降则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有”。提出了人体的各种功

能运动、生理活动都以气机升降出入表现出来，而脾与胃的升降运动也是属于气机运动的表现形式之一。李东垣论脾胃也认为人体精气的运动是以脾胃为枢纽。后在温病大家叶天士在《临证指南医案》提出“纳食主胃，运化主脾，脾宜升则健，胃宜降则和”，明确提出脾胃的功用和临床治疗思路。

古代医家认为本病的病位在脾胃，与肝胆关系密切。《诸病源候论·噫醋候》认为，“噫醋”是上焦有停痰，脾胃有宿冷，故不能消谷，谷不消则胀满而气逆，所以好噫而吞酸，气息醋臭”。肝与胃从生理上有“土得木而达”（《素问·宝命全形论》），肝胆的升降功能正常，为脾胃运化正常的重点因素。病理上有：“邪在胃，逆在胆”（《内经》），说明病变脏腑在脾胃，同时也与肝胆气机郁滞，胆气上逆息息相关。

3.2.2 现代医家对病变认识

脾胃失和，气机升降失常是主要病机，同时注重肺气宣降正常。谷某^[4]认为脾胃升降是中州气机运行的常态，脾胃升降失序是中州气机运行的病态，升脾降胃是治疗脾胃病的主要方法。有指出脾胃升降有序，升清降浊，阴阳平衡，平衡失常，会导致气机逆乱，产生病理现象。叶某认为^[5]“肺气肃降功能失常，肺气布散功能阻滞而气机不得升降，气机郁滞，可见肺气的调畅输布对人体气机的正常升降有十分重要的作用。如果肺气肃降正常，有助于脾胃化生水谷精微完成，肺气肃降利于胃气降浊之功能的实现。肺气不降，则脾气散精上归于肺的功能失调，水谷精微输布失常，除了肺气上逆一起咳嗽咳痰，还可见脾不升清导致的腹胀、反酸等不适。”翟某认为^[6]“脾胃升降失常导致中焦气机阻滞，滞于胸膈，“膈中积气”是胃食管反流病的主要病机，治疗时应透膈利气，通利胸阳，以达到调整脾胃升降平衡的目的。总结起来，本病因饮食失宜，情志不调，脾胃虚弱等导致气机不畅，木不疏

土，脾运功能低弱，脾之阳气难以生发，胃之浊气不得通降，形成了湿浊遏脾运，脾虚生湿浊的恶性循环，内生湿邪不但具有六淫湿邪的病理特征，也有邪从寒化和热化的可能，痰湿阻气机，因滞致瘀，为痰瘀互结的病理状况。痰湿成为常见的病因病机。临证经验中，沈洪教授总结本病的病机与治疗精辟提出^[3]：“胃系失于和降”，“生理特点重在‘降’，病理特点突出‘滞’，‘逆’，治疗用药着眼于‘通’。总的来说是强调气机恢复正常。

以上是《内经》的气机理论指导下，胃食管反流病的病理特点，以气机升降失调为经，脏腑功能失调为纬，产生的病理产物先有气滞，再有痰湿，后有血瘀，或痰、气、瘀参杂，从无形到有形，从游走不定位到痛有定处，这些病理产物对气机的升降影响并恶性循环，把疾病推前加重，因此，在辨证论治基础上，以恢复脾胃气机升降正常为目的，谈谈笔辨证施治的看法。

4 胃食管反流病的辨证论治

总体分虚实两大类，实证有气郁，痰湿和瘀血等的不同，虚证以脾胃虚弱为主。

4.1 痰湿(痰热)内阻，升降失调证

主要症状：咽喉不适如有痰，色白或黄；胸膈不适；烧心；泛酸；吞咽不利；胃脘痞满；食少纳呆；暖气；声音沙哑，半夜咳嗽或气喘；舌质淡红，苔腻或白厚，脉弦细或弦滑数。治以燥湿化痰，和胃降逆，痰湿者以二陈汤合四逆散加减，痰热者以温胆汤加减。

4.2 肝木不舒，气机不畅证

主要症状：反酸；胸骨后疼痛；牵引两胁；暖气频频；情志不畅加重，干呕，舌淡红苔薄白脉弦。治以疏肝理气，和胃降逆，基本方以柴胡疏肝汤加减，如肝郁化热，临床见胃脘灼热，嘈杂，口苦，舌边红苔薄黄，脉

弦数，治以清肝泻火，和胃降逆，以左金丸合化肝煎加减。

4.3 气机郁久，血行不畅证

胸脘胀闷；吞咽不畅；胸骨后的痞塞，或胸痛夜甚，刺痛，舌淡暗或有瘀斑，苔薄白。基本方以启膈散加减。血瘀证可以见于其他证型中，灵活配伍活血化痰之剂。

4.4 脾胃虚弱，浊气上泛证

主要症状：泛吐清水痰涎，暖气呃逆声低，胃脘隐痛；食少，进食则胀；大便稀溏，舌质淡苔薄白或白腻，脉细。治以健脾益气，升清降浊，基本方以六君子汤加减。

5 辨证分型治疗同时， 兼顾辨病治疗

西医根据内镜下粘膜病理表现有三种疾病形式^[7]：非糜烂性反流病、糜烂性食管炎和Barrett食管。根据粘膜损伤的不同病理表现，在辨证基础上，辨病用药。在《沈洪教授治疗胃食管反流病临证经验》总结了如何针对辨病用药的治疗思路。认为胃镜的检查是中医望诊就延伸，应该重视。临床表现见吞咽不畅、吞咽困难为瘀血顽痰或无形气逆之噎膈，可用启膈散加减治以活血润降化痰，常选威灵仙、急性子等。威灵仙走而不守，痛十二经络，急性子化痰软坚。胃镜下粘膜粗糙或息肉样增生选薏苡仁，取自古方有外用去疣的记载。粘膜糜烂以地榆、白芨护膜生肌。如病理示粘膜有异型增生多用白花蛇舌草、半枝莲、藤梨根等预防癌变。所以，西医的检查有助于临床治疗。

6 病案举例

一女患者LeongXX,42岁，15.7.2015来中华医院就诊，自诉2011年西医诊断为

胃食管反流病，服用西药：**omeprazole**，**domperidone**，连续服用半年以上，间断服用3年余。刻下胸骨后堵塞感，自觉胸骨后有痰声，噎气，时泛酸，口苦，夜咳，纳便可。舌淡红暗苔薄腻，脉细。中医辨证为：中虚气逆证，治以益气化痰，和胃降逆，药用：太子参，丹参，温胆汤，浙贝母，青皮，莱菔子，瓜蒌子，取药7天，1周后复诊时胸骨后堵塞感缓解，痰减少，泛酸1次，继续加减用药2月余，无明显胸骨不适，不咳，无痰，胃部症状平稳。

讨论

患者病程长，发作时以痰阻胸膈为主，伴有咳嗽，用浙贝母，温胆汤能理气化痰，莱菔子，瓜蒌子降气化痰，调畅胃气，白芍，青皮柔肝理气，治肝以安胃，太子参，丹参益气活血，全方共奏痰湿化除，气血和畅，气机畅达之效。无形之气或痰湿、有形的瘀血都是气机升降失调的病理产物，理气、化痰行瘀有助于恢复气机升降功能。

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] 杨旭，潘飞辰，李平.沈洪教授治疗胃食管反流病临床经验[J].河北中医，2015，37（5）：653-655.
- [4] 古宁，方玉秀，冯明清.浅议“脾宜升则健，胃宜降则和”[J].河南中医，2008,28（12）：10-11.
- [5] 叶斌，叶蔚.中医升降理论在反流性食管炎及其并发症中的应用[J].中国中医基础医学杂志，2012,18（3）：292-293.
- [6] 翟兴，赵荣莱.从“膈中积气”论治胃食管反流病[J].中国当代医药，2010,17（27）：100-101. [7]Vakil N,van Zanten SV,Kahrilas P,et al.The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease:a global evidence-based consensus[J].Am J Gastroenterol,2006,101(8):1900-1920.

远图长虑、倡议成立医院 及医校的黄南寿医师

新加坡·林 英



黄南寿医师，原籍福建，新加坡中医师公会金禧纪念特刊，已故有功元老简介中赞扬黄医师，赋性刚直，志气远大。平时会务，一经承诺，则全力以赴，务必促其实现而后已，为同侪所敬重。生平昭膺中医师公会副理事长及任总务要职，建树勋伟。

1951年创议公会寿办赠医施药机构，众因恐能力有限，踟躇不前，黄医师据理分析，力争举办，后经会议通过及众人出资出力，中华施诊所(后改名为中华医院)始宣告成立，黄医师独具远见由此可知。

黄医师在中医专门学校10周年纪念特刊中陈述了他的3个愿望及实现过程；当1946年中医师公会成立，吴瑞甫医师为主席，会员人数不多，暂借用上抗同乡会址，以联络中医同道，后租赁丝丝街130号3楼为会所，会员人数也逐渐增多；1948年10月27日，中医师公会成立二周年，当时还只是普通会员的黄南寿医师，多次投文中兴日报，提出三愿望，1

建立中医师公会会所，2创设中华医院，3主办中医学校，建议自建三层楼屋，公会、学校、医院各占一层。之后每到317中医节，都发文於星洲南洋各报章。

1949黄南寿医师获选为中医师公会监事，多次向主席吴瑞甫提出建议，只是吴老正在著书立说，未能从速实行。1952年吴老逝世，黄南寿先生于补选中受委为副总务，乃乘此时极力提倡公会自建三层楼屋，开办医院及中医学校，得着当时的理事长陈占伟医师，监事长应锡祺医师落力支持，假中山会馆设中华施诊所，赠医施药，当年10月第七届选举，游杏南医师为理事长，黄南寿为正总务，那时黄医师感到中华施诊所成立将近一年，而成立中医专校的愿望尚未实现，绝不可长期拖延，要待何时方能成立；幸当时谢斋孙医师、游杏南医师、吴秉璋医师、陈占伟医师、陈庆元医师及曾志远医师等同道，一致赞成创校，各尽所能分工合作，极力苦干筹备，乃於1953年1月成立中医专门学校。其之所以积极努力倡议成立中医专校，乃因当时华人社群，素赖中医药治病，而中医师南来受限，忧心于本地中医年老辞世，中医青黄不接，培养新血成当急之务，同时为求本地中医学划一，以期向科学之途迈进，不得不作百年树人之大计；多年心愿终于实现。

然而黄医师始终觉得会所系属租赁，中华施诊所场地是借用的，中医专校面积狭小，所

幸在公会领导的支持下，各会员及殷商民众的捐助下，于**1956**年购得直落亚逸街的一幢三层楼屋宇，作为公会的会所中医专校课室和中华施诊所。

黄医师主张，处方时药物贵宜专不宜多，他认为专则力胜，多则力散，诊断时心要细，胆要大，心细则谋虑周全，不致紊乱，胆大则决断有序，不失模稜。第一届高级班毕业刊中，黄医师劝勉毕业医师：悬壶行医应谨识，医为慈善事业，重在医德，决不可视作商场之营业性质，况济困扶危，乃医家之天职，为医者必有父母之慈心，方免自误误人是为切要。黄老言传身教，以身作则，**1958/4/6**芽笼三巷火灾，民间各界赈款，政府拨出救济金，当时身为中医师公会副理事长的黄南寿医师，在其珍珠街**32**号黄南寿医务所，以提炼药水，药片，医药奉赠，一概不另收费，免费为火灾难民医治疾患，为期一个月。黄老之仁风善举也对子女产生了潜移默化的影响，**2001**年**6**月**17**日，黄南寿医师之女黄玉波及夫婿陈建兴先生，为纪念黄老及救治贫病之遗愿，特将半生积蓄**10**万元献捐给中华医院，作为推广中华医院慈善基金；捐款由当年会长，梁世海医师亲自代表中华医院接收，中华医院以天台加盖后其中一室命名为“黄南寿纪念堂”以资表扬。

黄医师公尔忘私，担任义务医师十年，

兼掌中医专门学校讲师，教授药理学、儿科，兼任临床导师，**1961-1962**年任副校长。黄南寿医师于**1962**年，因心脏病剧发，入中央医院，急救罔效，**10月10**日逝世。享寿**66**岁，当时中医师公会同入等遵其生平遗训，扶柩经直落亚逸中医师公会会所，并设香案致祭，安葬於淡申律五条石光明山。

参考文献

- [1] 陈鸿能 《华人与新加坡中西医学》P.81
- [2] 《已故有功元老简介》新加坡中医师公会成立五十周年金禧纪念特刊P52
- [3] 黄南寿《回忆中医专校之由来》中医专门学校十周年纪念特刊 P8
- [4] 黄南寿《医道与医德》中医专门学校高级第一届毕业纪念刊 P29



中华医院主办中国深圳 延续教育培训

新加坡·廖娇治

2015年5月20日至25日，一行20位医师在新加坡庆丰私人有限公司的的安排下，由中华医院副主席刘嘉扬博士带领，前往中国深圳参与延续教育培训。

此次的培训班的重点培训包括了：

参观位于深圳市宝安区观澜高新技术产业园区内的“华润三九医药工业园”。华润三九的颗粒在新加坡的中医界，已被广泛的应用，故此次的参观对三九颗粒的临床应用意义重大。参观华润三九观澜基地，让我们实地了解中药颗粒的生产过程，检验，包装等；来到华人三九观澜基地的中心，可以感受到三九对药品每一步的质量把关的严格和细致，包括参观时所需的入场装备、员工的工作装备，质量的严格把握，每位工作人员，在我们的参观过程，都专注于自己眼前的工作，完全没有受到外界的影响，都体现了华润三九对于药品生产细节的把握，力求药品的高质量，以达到临床的最高疗效。



来到深圳，我们参观了几家中医院，这些中医院有些历史悠久，在中医临床治病各有专长和特色。到达深圳的当天，我们便参观了佛山市中医院。佛山市中医院是一所创建于1956年，集医、教、研及康复于一体的三级甲等中医医院，以中医骨伤科闻名国内外，为广州中医药大学附属医院（非直属）、广东省“创伤科研中心——中医骨伤基地”。骨伤科是医院的龙头科室，拥有十四个病区一千多张病床，是国内规模最大的专科之一，以“正骨十四法”及自行研制的多种骨伤科制剂为主要特色。可惜我们到达医院已近下午4时许，到我们参观医院操作部门时，多已到放工时间。

隔天，我们参观深圳市儿童医院。深圳市儿童医院是一所综合性儿科医院，担负着深圳经济特区及周边地区儿童的医疗保健任务，是深圳市儿科医学中心。医院位于深圳市福田区，



与风景如画的莲花山公园为邻，环境优美、设计新颖。深圳市儿童医院创建于1997年，中西医集合，是一所集医疗、教学、科研一体的综合性儿童医院，设有儿内、儿外、儿童保健、口腔、眼、耳鼻喉、中医、皮肤及青春期妇科等十二个临床科室，并设有小儿脑瘫治疗、心、肾、消化、新生儿、神经、呼吸、血液、内分泌、骨科、胸外、肛肠和泌尿等专科门诊或诊疗中心以及哮喘之家，从多层次方便病人就医。参观医院的第一个印象市院内门庭若市，到处都是妇幼。来到新完成的儿科住院区，室内窗明几净，窗外高山绿丛，令病者心广神怡。这都是因国家的经济的快速发展与发达，人民所得增加，中国医疗服务也走向质与量的同步发展结果。

同一天，我们也参观了深圳市医院，我们很荣幸地由周大桥教授医师带领，参观医院各区。周大桥医师为肝病专家，在我们行程最后的一项节目国医大会中，与参与者分享了他治疗肝病的专长与特色。

除了探访制药厂与医院，主办当局也安排了几位资深的中医师做讲坛与交流项目，增加我们的临床经验，分享应用颗粒的心得；几位名医家如曹田梅医师分享伤寒论与经方的理解与用药应用心得，及王清任医林改错方得应用。曹医师用她的临床实际病案，向我们解析和说明灵活用方的技巧；小儿推拿手法由万力生博士医师分享，他为我们分解中国推拿流派，手法的理论与实际临床应用。临场也示范了几种儿科保健操，实为未病先防。

在深圳的最后一个项目在华润三九观澜

基地举行，我们与中国各地的中医界人士，参与多场中医名家临床经验交流研讨会暨中国新加坡国际学术交流论坛，分享临床经验心得；当天的讲题与主讲者都是中医药界的佼佼者：



基地举行，我们与中国各地的中医界人士，参与多场中医名家临床经验交流研讨会暨中国新加坡国际学术交流论坛，分享临床经验心得；当天的讲题与主讲者都是中医药界的佼佼者：

- 1.《困扰并与当地交流中医研究的三个问题与出路》王琦教授，北京中医药大学；
- 2.《从中华文化源头论医院建设》钟森博士，成都中医药大学附属医院；
- 3.《中医临床路径与诊疗方案解析》崔咏梅主任，国家中医药管理局重点专科项目办公室；
- 4.《基于脾虚内环境湿浊转运和免疫识别障碍的亚健康防治策略探讨》张诗君教授，中山大学附属第一医院；
- 5.《常见肝病的中医治疗》周大桥教授，主任医师，深圳市中医院肝病科；
- 6.《肌筋膜触发点在针灸的应用》刘嘉扬博士医师，副院长，新加坡中华医院；
- 7.《新加坡中医药的发展和未来趋势》刘嘉扬博士医师，副院长，新加坡中华医院；
- 8.《中药配方颗粒生产工艺研究及进展》杨金兵总监，华润三九医药股份有限公司配方颗粒市场部。

此次的研讨会和论坛的内容，涉及中医药在新中两地的成就，发展和前景的分享，让参与培训的医师都觉得此行受益良多，满载而归，并都期待着下次的培训机会。并与当地交流。





新加坡·林英

由国际中医药肿瘤联盟筹备组主办，中国中医科学院广安门医院，中国中医科学院肿瘤研究所与美国国立癌症研究所补充与替代医学办公室承办的，“2015国际中医药肿瘤联盟专家论坛”于10月16-18日，在辽宁大连香格里拉大酒店举行。

新加坡10位从事中医肿瘤内科的医师受邀出席了会议，包括中医师公会的赵英杰博士、同济医院的张国强博士、陈巧凤博士，中华医院的蔡松均博士、曾玉珠副主任医师、林英主任医师、中华医学会的周启仕博士、余仁生的

唐跃博士及陈桂红医师、邝慧芳博士；另外中国、美国、澳大利亚、韩国等国近百名专家学者也出席了本次论坛会。

10月17日论坛开幕式由国家中医药管理局国际合作司司长王笑频主持，国家中医药管理局副局长于文明在致词时指出，在中美双方政府的大力支持下，中医药防治肿瘤的临床和基础研究以及人才培养取得了丰硕成果。国际中医药肿瘤联盟搭建了该领域跨国交流与合作的新平台。他强调要充分发挥中医药的理论优势，指导原始创新；紧密围绕临床需求，开展科学研究；促进国际交流合作，提高肿瘤防治水平。

中国中医科学院常务副院长黄璐琦，美国国立癌症研究所补充与替代医学办公室主任Jeffrey D.White也先后发言。接着进行首批中医药国际合作专项建设单位及国际中医药肿瘤联盟揭牌仪式。

拍全体照后，正式举行论坛，首先讨论了中医药及针灸在肿瘤领域国际合作现状，由哈佛大学癌症中心的Weidong Lu及中国中医科学院刘保延主持，中国中医科学院广安门医院肿瘤科，林洪生主任谈论“融合国际优势，





医疗中心, Shiuan Chen及韩国庆熙大学, Seong-Gyu Ko和中国中医科学院广安门医院, 李杰, 联合主持; 内容有“中医药调控肿瘤及其微环境的作用和机制研究”、“中医药肿瘤治疗-临床前的研究是否可促进中医药临床转化”、“TNF-TNFR2靶向治疗: 肿瘤免疫治疗的新策略-来自中药抗肿瘤研究的启示”等。

推动中医肿瘤的创新与发展; 其他的论题包括, “针灸个体化综合治疗改善癌症治疗预后的研究”、“精准医疗”中中西医结合治疗肿瘤的思路和方法、”中西肿瘤中心针灸治疗恶性肿瘤的国际合作概况、“针灸治疗癌症相关疾病的循证医学研究”、“中药调节信号通路, 而非肿瘤本身”; 下午的论坛围绕着二个主题, 首先讨论“中医药对癌症的防治及新药研发”, 由美国国立癌症研究所补充与替代医学办公室, Libin Jia及北京中医药大学基础医学院, 刘建平联合主持; 内容有, “大豆异黄酮对恶性肿瘤的预防、治疗及长期生存的研究”, “人参对癌症的化学预防作用以及新药研究”, “白钮蘑菇(WBM)干预复发性前列腺癌(BRPC)I期临床研究的重要启示”等。第二时段的主题是“中医肿瘤基础研究关键问题”, 由美国希望之城国家

肿瘤研究的启示”等。

十月十八日的论坛包含二个主题; 首先是由吉林省肿瘤医院中医科, 张越, 新加坡中医师公会, 赵英杰、中国中医科学院广安门医院, 林洪生, 共同主持的“中医药教方月、指南及政策”; 内容有“以患者为中心的结局评价模式在中医临床试验和实践的应用”、“结合医学教育: 视角和实践”、“医学教育在乳腺癌中医诊疗实践中的作用”等。第二个主题是“国际中医药肿瘤联盟建设(框架和工作设想)”, 由美国国立癌症研究所补充与替代医学办公室, Libin Jia和中国中医科学院广安门医院肿瘤科, 候炜共同主持。中午十二点, 大会由中国中医科学院广安门医院肿瘤科, 林洪生主任, 美国国立癌症研究所补充与替代医学办公室主任Jeffrey D.White, 主持大会圆满闭幕式。



第十二届世界中医药学术大会 (西班牙巴塞罗那)

新加坡·凌鹰

第12届世界中医药大会于2015年9月25—26日在西班牙巴塞罗那召开。

新加坡中医医师公会组团出席“第十二届世界中医药大会”。公会代表，偕同家属、职员共计27人，于9月23日晚上10时，在团长赵英杰会长的率领下，出发到西班牙巴塞罗那，团员包括林钥华院长、黄纪威副秘书长、陈雪辉副财政长、会员于文霞、潘广斋、黄春祥、叶膺舜、高圣洁、杨丽欣、陈裕国、郑雯、佃仁森、郑晓燕、林英、胡明珠，非会员马来西亚林文贤、陈秋沅、洪瑞镁、澳洲孙生医师以及公会秘书处代表许文楷。本届大会参会者来自35个国家和地区，约1000多名中医药临床医家，学者及研究人员。

大会由拥有65个国家和地区243个团体会员的国际性学术机构，世界中医药学会联合会主办，承办方是西班牙唯一一个完全致力于中医药事业，在西班牙国内外促进中医药发展，进行中医药教学，从事中医药研究的西班牙欧洲中医基金会。本次大会发表的论文，皆环绕着大会主题“让来自中国古老的传统医学体系，为现代社会的健康服务做出贡献”，古老的中医学，历久常新，为解决现代疾病，维护现代人的健康，做出了不容忽视的贡献。

本届大会于25日上午在巴塞罗那国际会展中心隆重召开，开幕仪式由世界中联副主席兼秘书长李振吉教授和世界中联副主席兼监事会主席拉蒙先生共同主持。巴塞罗那市长代表戴维·马尔穆西先生(David Mulmusi)、世界



中联主席余靖教授、监事会主席拉蒙先生、中国国家中医药管理局副局长马建中先生、世界卫生组织传统和补充医学项目官员张奇先生、中国驻巴塞罗那总领事汤恒先生、中国医药物资协会执行会长刘忠良先生、加泰罗尼亚卫生管理局博依·鲁伊斯(Boí Ruiz)先生等分别发表致辞。

世界中联余靖主席在致辞中指出，中医药是具有完整的理论体系和确切的临床疗效的医学科学，也是中国独具特色的健康服务资源。它几千年来经久不衰，为中华民族的繁衍昌盛做出了卓越的贡献，至今在中国与现代医学共同承担着中国民众的医疗卫生保健任务，并发挥着不可替代的重要作用。在历史的长河中，中医药被传播到世界，为促进人类的文明进步起了积极作用。当今世界，面对健康观念的更新，医学目的的新认识、人类疾病谱的变化，



新的医学模式的建立,各国不堪重负的医疗费用负担等新形势新问题,中医药天人合一的整体观念、未病先防的保健养生理念、个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向等优势特色受到了世界更多的关注,传播、使用逐步扩大。推进中医药走向世界,为现代社会的健康服务,是我们的神圣职责,也是这次世界中医药大会重要任务。世界中联经过12年的建设,已发展成为拥有65个国家和地区的243个团体会员、85个专业委员会的有一定影响力的国际中医药学术组织,已与世界卫生组织(WHO)建立了官方工作关系,是国际标准化组织中医药技术委员会(ISO/TC249)的A级联络机构,联合国教科文组织(UNESCO)认证的非物质文化遗产保护咨询机构。在加强和推动中医药学的国际学术交流、文化传播与发展,加快中医药现代化、国际化、标准化的进程,促进中医药进入各国医疗卫生保健体系等方面发挥着越来越重要的作用。让我们与全世界的中医药工作者、专家和学者携起手来,共同推进各国中医药团体之间和中医药学与世界各种医学之间的交流与合作,继承和发展中医药学,努力推进中医药走向世界,使中医药

能为人类健康做出新贡献!

中国驻巴塞罗那总领事汤恒应邀在第12届世界中医药大会开幕式致辞时表示,中医药是世界上生命力最强的古老医学之一,经过几千年的传承与发展,如今已不仅是一门有效的医学学科,更上升为一种优秀的文化,融汇在中华民族的文化脉络之中。对西班牙及世

界各国广大中医药工作者为中国传统医药事业不断发展付出的不懈努力和作出的积极贡献表示感谢。

在开幕式后,四位专家发表了大会主题演讲:国际规范化组织中医药技术委员会主席大卫·格雷厄姆博士主讲《规范化在中医国际化开展中的重要性》,他指出“中医药越来越广泛的应用表明了人们对它的尊重和信任,但中医药在缺少对从业者或产品的有效质量监督的国家中使用,可能对消费者造成危险,进而降低中医药的声誉,并使中药贸易受损”,他问“我们如何鼓励,协助那些国家,来保证其市场中的中医药质量呢?”,“这个问题,我们需要答案”;他接着说“我们如何围绕中医药的命名,编码,信息分类的一致性,科学依据,从业者的教育和培训等组成成分来创建一个质量监督机构?如何建立一个最有力的机制来获得对这些资源的认可?”,他认为“答案在于国际标准化组织(ISO),这是国际上最大的标准制定组织,ISO为很多行业都提供了一个结构,让它们开发自己的国际标准,这些标准在全球范围内都获得尊重。”。事实上,2009年ISO成立了ISO第249号技术委员会,为传统中医学,对来自中国古老医学的医

疗体系的主要领域应采用一个共同的标准，传统和现代医疗体系都包含在内。大卫·格雷厄姆博士说：“尽管ISO第249技术委员会的工作已经到位，但我们还是要确保持续改善我们的工作的方式…，我的总体意思是国际标准给各国提供一个根本和协调的资源来保证中药及其他相关医疗体系的产品和服务的质量控制”。

江西中医药大学附属医院陈日新教授的讲题是《热敏灸治疗膝关节骨性关节炎的大样本、多中心、中央随机对照实验研究》，此研究比较热敏穴与非热敏穴的疗效差异，旨在证实选择热敏穴位能够提高灸疗疗效的辨敏施灸新规律；热敏穴位的探查，患者仰卧位，用点燃的艾条在患者膝关节周围的阴陵泉、阳陵泉、梁丘、血海穴的区域内，距离皮肤3cm左右施行温和灸，当患者感受到艾热发生透热(艾热从施灸部位皮肤表面直接向深部组织穿透)、扩热(以施灸点为中心向周围扩散)、传热(灸热从施灸点开始循某一方向传导)和非热觉中的一种或一种以上感觉时，即为发生穴位热敏现象，该探查穴点为热敏穴位。重复上述步骤，直至所有的热敏穴被探查。热敏穴位悬灸治疗方法，选择上述热

敏化强度最强的穴位实施艾条温和灸，每日2次，每次施灸时间以热敏灸感消失为度，共治疗5天，第6天开始每日一次，连续治疗25次，共治疗35次(共30天)，结果表明热敏态穴位施灸治疗肿胀型膝关节骨性关节炎的疗效优于传统选穴施灸。

南京中医药大学浮针医学研讨所符仲华教授主讲《浮针疗法简要介绍》；及欧盟CHETCH项目调和人安迪里奥·穆奇里先生主讲：《从跨学科和国际项目角度对欧洲的全球竞争力进行理论与实务研究》。

大会分为7个分会场，共有178名专家学者分享了中医科研成果、中医临床研究、中医理论研究、中医针灸等理论、与临床实践、药材研究与贸易、各国中医教育与科研管理等论题。大会也举办了多个工作坊：1朱勉生《时空针灸飞腾八法》，围绕着“时间穴位的记忆能”和“空间穴位的同构功能”，这两个时空针灸的创新要点，结合临床病例，讲授时空针灸飞腾八法罗盘的临床运用。2陈日新《热敏灸》，热敏灸技术应用于治疗膝关节骨性关节炎、腰椎间盘突出症、支气管哮喘、功能性肠病、前列腺肥大等难治病症，疗效显著



提高。³符仲华《浮针治疗膝关节炎的方法》
浮针疗法是用一次性的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，适用于临床各科，特
别是疼痛的治疗⁴薄智云《薄氏“先天经络”
工作坊之“一招制胜颈腰椎病”》，⁵王守东
《五大“实用即效创新”疗法演示》，⁶任晓
艳《针灸埋线技术与肥胖症及美容》。除了
以上学术论文发表与医疗技术演示的工作坊，
大会期间也召开了大会期间还召开了中医养生
文化旅游国际研讨会、国际中西医结合高峰论
坛、中医诊断学专业委员会第二届学术年会、
第七届道地药材国际贸易论坛，中医药及针灸
器材服务贸易展览会。

9月25日晚上大会举行盛大的欢迎晚宴，
各地代表欢聚一堂，晚宴上包括颁发世界中
联高级职称证书和互赠纪念品仪式，中医师
公会会长、世界中联副主席赵英杰博士代表
新加坡中医师公会赠送纪念品给承办此次大
会的欧洲基金会。晚宴的表演节目富有娘惹风
情，是由新加坡的华星合唱团呈献，是中医师
公会会员钟耀文博士和他太太，李莉女士特别
安排的，主办机构颁发纪念品给合唱团代表表
示感谢与奖励。

26日下午大会举行闭幕仪式，由大会组
织委员会秘书长黄建银致闭幕词，并宣布第
十三届世界中医药大会将于2016年11月在新
西兰奥克兰举行，主题为“继往开来、新世
纪中医药更美好”。

分享栏目

新加坡·陈蓓琪

前言

贺普仁国医大师，河北省涞水县人。14岁从师于京城针灸名家牛泽华，深得老师真传。八年后，以精湛的医术独立应诊，解放后声名鹊起。1956年，调入北京中医医院，任针灸科主任任达26年之久。

贺普仁大师是中国科协全国委员、中国针灸协会高级顾问、北京针灸学会会长、北京针灸三通法研究会会长、原中国国际针灸考试中心副主任。首届国医大师、“人类非物质文化遗产代表作名录——中医针灸”代表性传承人、首都医科大学附属北京中医医院针灸中心教授。

在临床工作中，他总结了毫针、放血、火针疗法的应用，在针灸治疗高血压、白癜风、风湿性关节炎、发烧、儿童弱智、子宫肌瘤、外阴白斑、慢性小腿溃疡、下肢静脉曲张、静脉炎等病上均有显著疗效。

他根据中医理论中人体喜温热、厌寒邪的道理，挖掘了几近失传的火针疗法。他依照古籍中的记载自制针具，并在实践中不断摸索，终于使火针在临床上得到广泛应用和满意的疗效，特别是在治疗乳腺癌、帕金森氏综合征、运动神经元损伤等疑难病方面显示出较好的功效。为了让更多的人掌握火针疗法，造福于患者，他把自己的研究心得倾囊而出，培育后人，使火针疗法在全国得到广泛应用。

贺普仁大师对针灸医学最重要的贡献是他创立了“病多气滞，法用三通”的中医病机学

说和针灸治疗体系“贺氏针灸三通法”。他根据针灸调节气血运行治病的原理，对中国古人发明的9种针具针法进行了发掘和研究，根据不同的病症，先用毫针进行微通，再用火针进行温通，最后用锋针进行强通的“三通法”，创建了全新的针灸治疗学说，被命名为“贺氏针灸三通法”。

2015年8月22日，贺普仁教授因病医治无效，在北京不幸逝世，享年89岁。

新加坡的中医同行们也在临床上采用了贺普仁大师的学术思想，为临床治疗开阔了思路，我在网上找到一篇《贺普仁临床常用对穴30组》文章（此文章选自人民卫生出版社出版的《国医大师贺普仁教我学针方》一书，作者为王红伟等），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！

贺普仁临床常用对穴30组

对穴疗法又称双穴疗法，就是选用两个在治疗上互相配合，发挥协同作用的穴位进行治疗的方法。贺老在临证治疗中非常重视各个穴位的基本特性和主治性能。

劳宫配照海治疗口腔溃疡，在《景岳全书》中记载：“口疮者，下焦阴火也……”劳宫为心包经荥穴，五行属火，照海为肾经，五行属水，两穴相配既滋肾阴又清心火。

伏兔配养老治疗下肢痹痛，痹为闭阻不通的意思，以肢体关节活动障碍、疼痛为主要特征。本病关键在于痹而不通，治则以宣通为原则。伏兔为足阳明脉气所发，有强腰益肾，通经活络的作用。《类经图翼》中记载：“养老穴疗腰重痛，不可转侧，起坐艰难，及筋挛，脚痹不可屈伸。”太阳经贯通上下，达于四肢，与督脉、阳跷脉、阳维脉相交会，所以两穴相配，一上一下，组方独特，治痛显著。

贺老也常用到“老十针”。“老十针”是北京中医院金钟王乐亭教授从医多年治疗肠胃病实践总结的经验。即上中下脘、气海、天枢(双)、内关(双)、足三里(双)。它的作用是调中气，健脾，理气，和血，升清，降浊，调理肠胃。治疗一切肠胃病，虚则补之，实则泻之。对于气、血、痰、瘀、食、湿、虫所引起的实证胃痛都用泻法，治疗虚证加灸。

穴位配伍，应该本乎阴阳。下为阴，上为阳；右为阴，左为阳；腹为阴，背为阳；里为阴，表为阳。无论任何疾病，究其根源，不外阴阳失和；针灸治病，也总不离调和阴阳。

因此，临证配穴，除要考虑经脉的本经循行、相关脉象、所主病候、标本根结、别络所属、经筋皮部，及经脉之间的表里联系、同名联系、交接联系、生克联系、气街联系、奇正联系之外，充分注意到阴阳配伍的原则，对于提高临床疗效是很有帮助的。

临证拟取二穴，则最好按照一上一下，或一左一右，或一腹一背，或一表一里的原则去选取最恰当的穴位。这样可以充分发挥穴位局部、邻近、远端及全身的治疗作用，因而可以取得最好的临床疗效。医生对患者实施针灸，如果辨证已经明确，治法已经制定，配穴处方是关键，像中药方剂配伍的君、臣、佐、使。

贺老在长期临床中，对一些常用的对穴认

真总结，归纳出一套比较切合实际、综合性的配穴原则。兹将贺老临床上常用的对穴穴性与配方，以及取穴的经验分述如下。

1. 合谷—太冲

合谷、太冲名为四关。所谓“关”，乃精华之所聚，要害之处也。四关穴的应用由来已久，在古典医籍中就有不少记载，在《标幽赋》中记载：“寒热痹痛，开四关而已之”。合谷与太冲相配称四关穴，合谷为手阳明大肠经原穴，太冲为足厥阴肝经原穴。二原相合，四关充盛，则精血气营满盈。合谷属阳、主气。太冲属阴、主血。“气为血之帅，血为气之母”，气行血行，气血相合，阴阳调和。合谷能升能散，合谷调和气血，气调痛止。太冲疏浚开导，肝与胆相表里，太冲疏肝利胆，清利肝胆湿热，理气止痛，主治六郁、癥症昏仆、癫狂痫症及肝风、肝阳上亢等证。在《内经》记载，五脏有疾，当取之十二原。

合谷、太冲二穴相配称为开四关，具有搜风祛湿、通经行瘀、镇痛镇静、疏肝利胆、止痉的作用。

2. 合谷—内庭

合谷为手阳明大肠经的原穴，内庭为足阳明胃经的荥穴。合谷具有清热利咽，消炎止痛的作用。内庭具有清热泻火作用。手足阳明相配，上下相合，合谷散热于上，内庭清热于下，既能清泻胃肠二经之热，主治腹胀、纳呆、呕啰、腹气上攻、胃火牙痛、口疮、隐疹、咽痛、颌面肿痛等证；又能散风通络，疏经活血，主治口眼歪斜、四肢冷痛等证。如对胃火牙痛及口腔黏膜糜烂的病人，取本对穴，针用泻法，可起立竿见影的效果。用合谷、内庭二穴相配具有清泻胃火、降逆止呕、理气止痛的功效。

3. 足三里—三阴交

足三里为足阳明胃经的合穴，足三里穴有

升阳、益胃、和中的作用。三阴交为足太阴脾经穴位，又是足三阴经（足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经）的交会穴，有滋阴健脾助阳的作用。二者阴阳相合，表里相配，健脾温中，益气生血。主治脾胃虚寒、气血两虚及脾胃虚弱、食少纳呆、肠鸣、泄泻等证。又因足三里能升能降，两者相伍，补中兼行。若因正虚受风及下肢瘫痪、痿证的疾病，功用足三里、三阴交二穴相配有舒筋通痹、通经活络、行气止痛的功效。

4. 中脘—内关—足三里

中脘为胃的募穴，又是八会穴之一的腑会穴。手太阳、少阳、足阳明、任脉的交会穴。又称太仓、中管。有健脾和胃、消积化滞、理气止痛的功效。内关为心包经的络穴，其支脉走胸腹，别走手少阳三焦。补之，则能养心血，安心神，宁心定志，并且能通心阳，利水道，通瘀塞。泻之，则清心除烦，泻火清热，宽胸理气，疏通三焦之气。主治胸腹的疾病，所谓“心胸若有病，速与内关谋”。内关又为八脉交会穴，与阴维脉相通，心包为心之外围，代心受邪，代心行令。心主血脉，所以有通脉活血、宽胸理气、宁心安神的功效。而足三里为胃经之合穴，合治脏腑，疏通中焦气机，有健脾和胃、消积化滞、疏风化湿、通经活络、调理气血、扶正培元的功效。

中脘、内关、足三里三者相配，重点在于清心开郁，宁心安神、升清降浊、健脾和胃、消积导滞、行气止痛、疏理肝胃之气，合治脏腑疾病，主治郁证、脏躁、惊悸、失眠、胁痛、胃脘痞满、食少纳呆等证。

5. 中脘—足三里—三阴交

中脘位于胃脘中间，为手太阳、少阳、足阳明、任脉之会，又为六腑之会、胃之募穴。有调升降、和胃气、化湿滞、理中焦、消胀满的功效。由于上述四经之交会，所以能通达四经之经气。胃的经气汇聚于此，胃中蕴润的阳

气是消腐水谷的根源，胃气不足则水谷不化。太过则消谷善饥。金元四大医家之一的李东垣曾说：“气在肠胃者，取足太阴阳明，胃虚而致太阴无所禀者，于足阳明募穴中引导之。”足以说明中脘既能补中益气，又调和五脏，通理中焦，是治疗腹中一切疾病的要穴。足三里为足阳明胃经的合穴，有健脾和胃、消积导滞、调理肠胃、调气血、疏风化湿、通经活络、利水消肿、强壮健身的功效。

中脘与足三里配伍应用，在《杂病穴法歌》中记载：“水肿水分与复溜，胀满中脘三里揣。”和《行针指要歌》中记载：“或针痰，先针中脘、三里间。”其伍用机制在《内经》中记载：“阳明之上，燥气治之，燥者阳明之本也。”胃气本以下降为顺，中脘以升清为主，辅以足三里能引胃气下行，降浊导滞，以利胃气之运行、水谷之运化。二穴伍用，一上一下，一近一远，一升一降，相互促进，相互为用，健脾胃、促运化，理气机、和气血，消胀除满止痛之功益彰。再加上三阴交，滋阴健脾，阴阳相配。

中脘、足三里、三阴交相配合，能健脾和胃、调理气机、镇静安神、调补气血，专治脾胃虚寒、气血亏薄或一切脾胃疾病以及心神不安、心悸失眠等属于气血虚衰者。全方补中有行，补而不滞，阴阳协调，温而不燥。如果脾虚胃热，则可泻中脘，以导滞热。如果脾胃不和，清浊不分，上吐下泻，则可补中脘以升清气，泻足三里以降浊气，佐三阴交以调和阴阳，则中气得调畅，阴阳得以续接矣。

6. 膻中—内关

膻中为上气海，胸气之街，为手厥阴心包经的募穴，手太阳、手少阳、足太阴、足少阴、任脉之会。八会穴之一，调气之功较强，在《难经》中记载：“气会膻中”，其功能为调气降逆、宽胸利膈，是心之宫城，肺之气海，主胸中之气，所以凡是胸中的气病都可以治疗。内关为心包经的络穴，是八

脉交会穴之一，通于阴维脉，具有温通心阳的作用。膻中、内关二穴相配可理气开郁、宽胸利膈，宁心安神，清热活络，重在调气。主治胸痹、心痛、癫痫、脏躁、肝气郁滞、乳汁不通、瘀乳等证。

7. 命门—委中

命门又称精宫，为督脉上的要穴。有壮阳益肾，强筋壮骨的作用。委中为足太阳膀胱经的合穴。位于腘窝部，因本经多血，所以能用于放血而治疗各种疾病。命门是生命之门，有固精止带，强壮助阳的功效。属于全身补穴之一，命门、委中二穴相配，用泻法能清热达邪，祛除侵袭经络的风寒外邪，主治痹证、身痛、骨节肿痛。用补法能补肾益精，祛风通络，舒筋利节，活络止痛。主治气虚阳虚、腰腿疼痛，下肢痿痹、半身不遂等证。

8. 中脘—天枢

中脘位于胃脘中间，为手太阳、少阳、足阳明、任脉之会，又为六腑之会、胃之募穴。由于上述四经之交会，所以能通达四经之经气。胃的经气汇聚于此，胃中蕴润的阳气是消腐水谷的根源，有健脾和胃、消积化滞、理气止痛的作用。天枢又称谷门，是大肠经的募穴，有温通气机，调理肠腑的作用。中脘、天枢二穴相配，能调和胃肠、疏通腑气，使中焦气上通下达，胃肠功能和调，则能分理水谷及糟粕，疏导一切浊滞。

9. 天枢—阳陵泉

天枢为大肠经的募穴，有调理肠腑、温通气机，使中焦之气上通下达，胃肠功能和调，则能分理水谷及糟粕，疏导一切浊滞。阳陵泉为胆经的合穴，肝与胆相表里，胆又为中清之府，泻阳陵泉以肃清静之府，平肝气之横，降肝火之逆，协调肝胃，调理肠腑。天枢、阳陵泉二穴相配，能平肝和胃，调理胃肠，疏肝调经，清热解毒。主治肠鸣、呃逆、反胃、胁

痛、便秘、痛经、呕吐、腹泻等证。

10. 中脘—气海—三阴交

中脘位于胃脘中间，为手太阳、少阳、足阳明、任脉之会，又为六腑之会、胃之募穴。由于上述四经之交会，所以能通达四经之经气。胃的经气汇聚于此，胃中蕴润的阳气是消腐水谷的根源，有健脾和胃、消积化滞、理气止痛的作用。三阴交为足太阴脾经穴，又是足三阴经(足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经)的交会穴，有滋阴健脾助阳的作用。气海又称丹田，为气汇之处，故为气之海也，功能为蒸动气化，以助运化之机。并且，能调理冲脉、任脉，行气化浊、升阳补气、益肾固精。

中脘、气海、三阴交三者相配，其功能为补中气，益气血，使脾气得升，胃气得降，运化生机旺盛。主治脾胃虚弱、脏气下陷、消化不良、肌肤羸瘦、遗尿、失眠等证，以及阳痿、遗精、崩漏、闭经等生殖泌尿系统的病证。

11. 中脘—内关

中脘为胃之募穴。内关为心包之络穴，别走三焦，调理三焦气机，宁神和胃，宽胸利气，通调水道。饮入于胃，游溢精气，三焦气机条达则水谷精微四布，故中脘、内关相配，通调水道，主治水饮内停，水谷不化等证。在《内经》中记载：“胃不和则卧不安”，中脘功能为调胃，内关又可安神，两者相伍，则胃气得和而心神得安，故又能治疗脏躁、癫证、心悸、失眠等证。

12. 足三里—内关

足三里为足阳明胃经之合穴。足阳明胃经，为多气多血之经络。故足三里乃阳明经气，犹如百川汇合入海之势，经气充沛而功效卓著。因为胃属土，本经亦属土，故足三里为土中之真土。后天精华之根，能升能降，为疏导胃气之枢机。胃为五脏六腑之海，后天之

根本，五脏六腑皆赖以营养，故针足三里能壮元阳，补脏腑之虚损，且能升清降浊，导痰行滞，治疗范围比较广泛。人之先天肝肾，需要后天的脾胃来濡养。所以说：“百病莫忘足三里”，在《针灸大成》有记载：“若要安，三里常不干”。

内关为心包经之络，别走手少阳，能清心胸之热，行三焦之气，与足三里相配能辅助足三里升降气化之机，又能益气养血、宁心定志，主治气血不足、心神不安、惊悸、怔忡、失眠多梦等证。因其又能升清降浊，通利水道，清心除烦，导赤除湿，所以也可用于心胃灼热、胸闷、停痰宿饮、呕逆呛咳、不思饮食等证。

13. 足三里—内庭

足三里为胃经合穴。胃为水谷之海，主消纳水谷。胃气盛则消纳畅流，营养充沛；胃气虚则消纳呆滞，脏腑失荣。补之则益气健脾，升阳助胃；泻之则升清降浊，条达气机。内庭为胃经之荥穴。胃喜润而恶燥，燥则生内热，必须以水润之，水土交融则胃气和调。足三里与内庭相配，足三里升振胃阳于上，内庭荣水和阴润胃于下，使之阴平阳秘，胃气调和，则消纳之机得以畅利，蕴蓄之滞热得以清泻，故能主治胃火上逆、中焦蕴热、胃阴不足等病证。

14. 足三里—曲池

足三里为足阳明胃经合穴，曲池为手阳明大肠经合穴。二阳相配，二合相会；曲池走而不守，足三里能升能降、上下交融，故能协调胃肠气机，通达上下，功专善行。又因肺与大肠相表里，故曲池又能间接疏调肺气、清热散邪。与足三里相配合，又能疏理表邪、清解肺卫。故可用于表邪侵袭肺卫而不能宣达而见有恶寒、发热、咽干、头痛等症，以及外邪直中胃肠所致恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症。

15. 足三里—太冲

足三里又能补血、活血、凉血、清血，而太冲功能为泄肝胆、降气逆、通经、行气、止痛，也能凉血、活血。两者相配，平肝除逆，行血通经，凉血活血，疏通肝胃之气机，清理肝胆胃腑之蕴热，主治痛经、肝胆气逆、头晕头痛、烦躁善怒、呃呃、胃痛等属于气逆或气滞蕴热，以及胁痛、脏躁、癫狂、肝胃不和、胃中堵闷等证。

16. 足三里—阳陵泉

足三里为足阳明胃经之枢纽，疏通胃气，升清降浊。阳陵泉为足少阳胆经之合穴，有平肝和胃，降逆缓冲，疏木和土，调理肝胃的作用。两者相配，则能主治木郁侮土，见有中消停饮、口苦吞酸、反胃呃逆、泄泻呕吐等症。又因足三里能调气活血，阳陵泉为诸筋之会，二者相配，疏气通经，搜风祛湿，舒筋利节，故也可用于治疗风痹、膝肿、下肢麻木、半身不遂等属于经络痹阻者。

17. 足三里—百会—风府

足三里能升清降浊，调理气血。百会为手足三阳督脉之会。足三里、百会相配，益气升阳举陷，健脑益智，若加风府用泻法，又能清理脑海之气血。故足三里、百会、风府三者上下相配，调理逆乱之气血，祛风散邪，醒脑安神，主治内风、外风所致之头晕目眩、语言謇涩，半身不遂或肢体麻木等症。

18. 足三里—天突—膻中

足三里、天突、膻中相配，补之则益气补肺，宣肺止嗽，也有培土生金与母子相生之意；泻之则降逆化痰，开胸顺气。若为肺气虚而痰饮壅肺者，则可以补足三里、膻中，而泻天突，攻补兼施。脾为生痰之源，肺为贮痰之器。脾虚胃弱，痰湿内生，肺阻气，也可遣用足三里、天突、膻中而脾肺同治。

19. 气海—中极—关元

气海又名丹田。顾名思义，为气之海、元气之会，呼吸之根，且为下焦之要穴。故凡气化蒸动之机均由此所发，功能为补益真元，蕴振肾阳，有如釜底添薪，故能蕴脾胃、助运化，使水谷腐熟，又能蒸动膀胱气化，使之气化升腾，津液四布，浊阴得出。气海偏于蕴振阳气，关元重在滋补阴精，中极善利下焦而调经养血。故气海、中极、关元三者相配，能蕴肾助脾、疏调气机，又能通利膀胱、调经养血，主治脾肾不足、气虚小便不利以及男子肾虚精亏、妇女血亏月经不调等证。

20. 气海—三阴交

气海偏于温振阳气。三阴交偏于滋补阴精，并能健脾升阳，益气调气。气海、三阴交二者阴阳相配，气血双补，阴阳两调，以期阳中求阴，阴中求阳。补脾助运化而后天得养，助阳益气而先天得济，故能升阳举陷，主治虚劳、中气下陷、虚寒腹痛以及癃闭、带下、经闭或阳痿、滑精、水气不化、下肢水肿等证。

21. 气海—关元—三阴交

气海、关元益气温肾助阳。三阴交健脾之中又有补阳之功，益气升阳之中又能滋补肝肾之阴。气海、关元、三阴交三穴相配，益气助阳力卓，补阴滋肾效果显著。补中有调，阴阳兼顾，为治疗妇科病证以及下焦虚寒的常用配方。

22. 气海—阴陵泉

气海为生气之源，温振阳气，蒸动气化。阴陵泉为脾经之合穴，能健脾升阳。先贤云：“上焦如雾，中焦如沤，下焦如渌”。气海、阴陵泉相配，其功能为鼓动中焦、下焦气化之机，其势如沤如渌，水气得以通利，故能主治癃闭、下肢浮肿、脾虚纳呆、水湿困脾等证。

23. 气海—足三里

气海为气血之会，呼吸之根，藏精之府，生气之海。足三里为胃经之枢纽，后天水谷精微之根。两者相配，助胃气腐熟水谷，升阳气鼓舞中州，五脏六腑均能得以营养，壮人身之阳，补脏腑之虚，诸凡补益脾肾之配方中实不可缺，能主治脾肾不足、中焦虚寒、气血不足、食减纳呆、宿食停滞等证。

24. 气海—气冲—归来—三阴交

气海为元气之海。“气主熙之”，气足则经脉温通滑利。气冲又名气街，乃腹气之街，腹部之经气源源流过，又为宗筋之会，阳明经多气多血，故气冲能调气血，荣宗筋，活血行瘀。气海、气冲、三阴交三者相配，补养气血，濡养筋脉，通经活络，舒筋利节，主治下肢瘫痪、关节肿痛、痿软麻木、行走不利等属于气血虚亏，经脉阻滞者。归来为足阳明胃经穴，能补气升提，调经止痛，又能通利下焦，行气利水。

故气海、归来，气冲、三阴交相配，能调理气机，分利清浊，通调水道，主治癃闭、五淋、带下等证；又能行气活血，调理血分，主治气滞腹痛、月经不调等证。

25. 气海—关元—足三里

气海为气之海。关元为足三阴、任脉之会，小肠之募穴，男子藏精之所，女子贮血之处，通治男女精血虚亏诸证。关元之下即为子宫，子宫又为血室，因关元主藏血，所以称关元为“血海”，且莫与足太阴脾经之血海穴相混淆。关元能温肾兴阳，益气固脱，主人身之气；气壮人强，气虚人病，气脱人亡。针本穴不但可治病，而且有延年益寿之功。

气海、关元、足三里三者相配，大补元气，气足血充，阳生阴长，而且先天后天互济，补而不滞，补中有调，温中寓补，主治中焦虚寒、下焦痼冷之见有腹痛、经闭、便溏、腹泻、小便者。

26. 支沟—阳陵泉

支沟，又叫飞虎。为少阳三焦经腧穴，有调理三焦气机，助三焦气化，利三焦水道，通调腑气、降逆泄火之功；阳陵泉，又名筋会，为足少阳胆经脉气所入，属合土穴，有和解少阳、疏肝泄胆、清泻湿热、祛除风邪、舒筋活络、缓急止痛之效。支沟以清利三焦之气为主，阳陵泉以疏调肝胆为要，二穴伍用，一上一下，同经相应，同气相求，疏散郁结、和解少阳之力增强。用于治疗少阳病、胆囊炎、慢性肝炎症见胁肋疼痛者，或肋间神经痛、习惯性便秘、妇女妊娠大便秘结、妇人经期乳房胀满、经行不畅等。

27. 鱼际—太溪

鱼际，为手太阴肺经荥穴，具有清宣肺火、疏调肺气、清利咽喉、消肿止痛之功；太溪，又名吕细，为足少阴肾经腧穴，为输穴、原穴，具有滋肾阴、退虚热、壮元阳、利三焦、补命火、清理脑窍、补益肝肾、强腰膝之效。鱼际穴功用突出一个“清”字，太溪穴功用侧重一个“补”字，鱼际以泻火为主，太溪以滋阴为要。二穴伍用，一肺一肾，一补一清，滋阴润燥，清热退烧，止咳止血之功益彰。用于治疗虚劳，肺燥，咽喉肿痛证属阴虚火旺者。盖虚劳一证，多由脾肾两亏，阴液枯涸，不能上滋心肺，以致火炎肺痿，遂成虚损。

28. 大椎—肩髃

大椎，为督脉腧穴，是手、足三阳经与督脉之交会穴，为诸阳之会穴。具有宣通一身阳气之功，故可宣散寒邪、通经活络、理气降逆、肃肺调气、清心定志、镇静安神；肩髃为手阳明、手太阳、阳跷脉三脉之会，能疏风利节，是治风病之要穴。大椎与肩髃相配，祛风散寒，通经活络，主治肩背部风寒袭络，经络痹阻及气虚血亏、劳伤所致的肩臂疼痛、活动不利等症。

29. 涌泉—劳宫

涌泉穴为足少阴肾经之井穴，阴经井穴属木，木为肝经所属，肝主筋，滋肾水可以柔肝木，故涌泉能缓急解痉，又能滋阴降火，醒神开窍。劳宫属心包经穴，性善清降，能清痰舒气，化滞降逆，开七情之郁结，并能清胸膈积热，导热下行。涌泉与劳宫相配，水火交融，心肾相交，故能宁心安神，醒神开窍，清热息风，主治神昏、头眩、高热惊风或突然昏仆、中风不语等证。

30. 魄户—魂门

魄户、魂门为足太阳膀胱经之肝俞、肺俞两旁之络穴。肝藏魂，肺藏魄，肝藏血，肺主气。气血不和则魂魄不交。以致心烦不寐，神志不宁，梦乱纷纭，足太阳膀胱经主表，统一身之阳气，脏腑之气皆通于背部。并且与足太阳膀胱经相通，犹如阳光之温煦照耀，气化之功能得意协调，气血安和。所以魄户、魂门相配，能调气血安心神，镇魂定魄。又可配合神门以清心安神，醒神清窍。



《新加坡中医杂志》是新加坡中医医师公会主办、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、实用性的三性一体的新加坡品牌杂志。

《新加坡中医杂志》来稿要求：

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

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

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

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

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

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

本刊鼓励注册中医医师踊跃投稿，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12月31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
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) 032/06/2015

国际刊号 ISSN : 0219-1636

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

代 理 长河书局
书城音乐书局

定 价 5.00新元

版权所有 翻印必究



新加坡中医公会

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

