

新加坡中醫雜誌

40

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

6月 / Jun 2016



中華醫院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



Singapore Chung Hwa Medical Institution

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友：

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

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

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

Dear Friends,

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

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

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

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

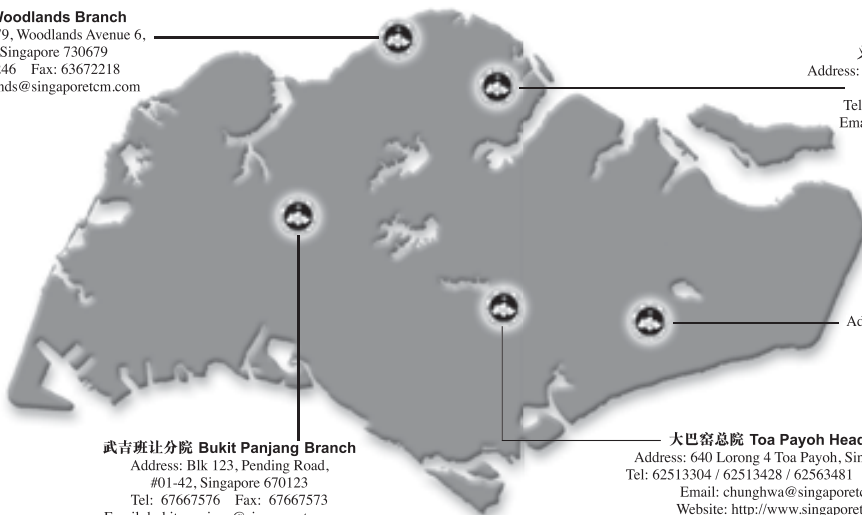
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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

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

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

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



新加坡中医杂志目录

40 期
JUN 2016 六月份

综述

1. 理中汤之期刊发表文献计量学研究 — 蔡伟聪 宋俊生 杨早p02-06
2. 难治性胃食管反流病治疗概况 — 新加坡·何宇瑛/ 南京·沈洪p07-10
3. “脾主运化、统血”的理论源流与现代研究概况 — 新加坡·傅瑜敏p11-14
4. 头针治疗失眠症的临床运用及现状 — 成都中医药大学 谢凯玲·新加坡p15-18
5. 中医药治疗功能性消化不良的临床研究概况 — 新加坡·闫立群p19-21
6. 研究中医药治疗喉源性咳嗽方剂的组方配伍规律 — 新加坡·卓扶蓉p22-29
7. 腰椎间盘突出后重吸收的研究现状 — 新加坡·刘立p30-33

临床

8. 中医外治法 - 刮痧疗法临床应用 — 新加坡·谢嘉培p34-41
9. 《伤寒论》方在肿瘤治疗中的应用 — 新加坡·曾玉珠p42-45
10. 脑萎缩中医治疗 — 新加坡·陈昆宁p46-49
11. 脱发与“鬼剃头”的临床医疗个案经验交流 — 新加坡·吴荣贵p50-51
12. 浅谈伤寒论与气机相关的方证及临床应用 — 新加坡·何宇瑛/ 南京·沈洪p52-55
13. 针灸治疗胸痹症 — 新加坡·杨昌志p56-59
14. 浅谈中医与日本汉方医学对痔病诊治的异同 — 新加坡·梁桂贤p60-63
15. 针灸治疗面瘫 — 新加坡·冯启发p64-65
16. 简谈便秘 — 新加坡·蔡瑞和p66-67

中药研究

17. 常见有毒中药的用法用量、使用注意和中毒防治 — 新加坡·吴忠辉p68-74

新加坡杏林人物志

18. 为创设中华施诊所积极献策出力的陈树歧 — 新加坡·林英p75

学术交流

19. 世中联肿瘤康复专业委员会筹备会议 — 新加坡·林英p76
20. 世界中医药学会联合会癌症姑息治疗研究专业委员会成立大会 — 新加坡·凌鹰p77-78
21. 扁鹊脉法之谢氏心诀 — 中国·谢麦棉p79-84
22. 南京行“一个穴、一则哲理” — 新加坡·蔡欣洁p85-86

知识库

23. 分享栏目 邓老处方拾穗 — 新加坡·陈蓓琪p87-96

理中汤之期刊发表文献计量学研究

蔡伟聪¹、宋俊生²、杨早¹

¹拉曼大学中医系, ²天津中医药大学

【摘要】目的：通过循证医学的回顾性研究，系统整理1979年以前中国发表的《伤寒论》理中汤方的临床防治性文献，分析文献概况并进行文献质量评价。方法：电子检索中国知网CNKI，全面收集1949~1978年《伤寒论》理中汤方的相关文献，辅以手工检索。基于循证医学的原则和方法对文献进行分类，统计。依据循证医学证据等级标准和《〈伤寒论〉医案文献发表质量评分表》分别对纳入文献质量进行分析评价。结果：纳入86篇，其中个案经验文献59篇(66则)；临床研究文献27篇。临床研究文献27篇，全部均为对照试验，其余均为医案文献。结论：临床经验文献，年代分布较为集中，属初级阶段，大部分为对照实验，未见多中心随机对照试验。

【关键词】理中汤 循证医学 文献计量学 质量评价

理中汤是仲景名方之一，首见于《伤寒论》与《金匱要略》，原方组成：人参3两、干姜3两、甘草3两、白术3两，水煎服。四味相合，治疗脾胃虚寒病证，功效温中祛寒，补气健脾。由于其组方严谨、用药精简、应用广泛、疗效显著，故为历代医家所推崇，论述颇多；同时由于诸多因素的存在，以致于对理中汤方证的认识至今仍存在着不同的看法。因此，本研究拟从文献研究出发，检索1949年至1978年的中国有关本方的现代文献，进行回顾性研究。通过系统整理分析该时段的发表文献，客观反映理中汤的治疗状况，探索现代中医运用理中汤的用方规律，给临床医生和科研工作者提供参考。

1 资料与方法

1.1 数据来源

文献数据库来源于中国知网-中国期刊全文数据库(CNKI)，检索范围为1949年1月-1978年12月。

1.2 检索策略

以“理中汤”或“理中丸”方名为检索词，全文检索，同时兼顾同方异名情况。电子检索；不能获取的全文，则辅以手工检索天津中医药大学图书馆馆藏图书。

1.3 纳入文献的确定

1.3.1 纳入标准 以《伤寒论》理中汤或理中丸方及其加减方为研究对象的临床防治性文献；单一病症；加减方的运用不能超过原方的1/2；剂型不限。

1.3.2 排除标准 重复发表的文献；理论研究、实验研究、综述述评、兽医兽药经验等文献；仅有论文摘要，而无全文者；多个病症构成的研究对象；79年及以后发表的文献。

1.3.3 质量控制 两位评价者独立阅读文题和摘要，在排除明显不符合纳入标准的文献后，对可能纳入的阅读全文以确定是否纳入。两位评价者交叉核对纳入结果，对有分歧的通过讨论或由第三者决定。采用Noteexpress 2.0实现文献管理。

1.3.4 文献筛选 按照检索策略实施检索，下载题录，继而导入到文献管理器中。整理题录，删除不符合纳入标准的文献题录；然后下载纳入文献的全文。若文献根据题录不能辨识，则阅读全文进行筛选；若有不同类型的文献重复，以公开发表的期刊文献为最终纳入对象。临床研究与医案这两类文献的区别以病例观察数10例为准。

1.4 统计学方法

计量分析统计。

1.5 数据分析

用Excel2003进行数据分析。分析内容包括相关文献的体例、发表年代分布、期刊分布以及临床、个案文献质量评价。

1.6 文献评价

临床研究文献，根据循证医学证据等级标准进行评级；个案经验文献，逐则对照《〈伤寒论〉医案文献发表质量评分

表》^[1]进行评分，Excel自动根据其权重统计分值。[注：>60分为高质量，30~60为中等质量，<30为低质量]。

2 文献概况

仅中国知网-中国期刊全文数据库提供1979年以前文献资料。电子检索CNKI，设置关键词为“理中汤”，时间段为“1949-1979”全文检索。共检出497篇相关文献，剔除1979年发表的95篇文献，在检索范围内文献得到402篇，经阅读文题、摘要、全文后，剔除250篇理论文献、27篇综述和39篇其他研究文献，最终纳入86篇，其中临床研究文献27篇；个案经验文献59篇，其中有4篇文章分别载入了4则、3则、2则、2则个案，故分而算之，共计66则个案。具体文献检索及筛查流程见图1。

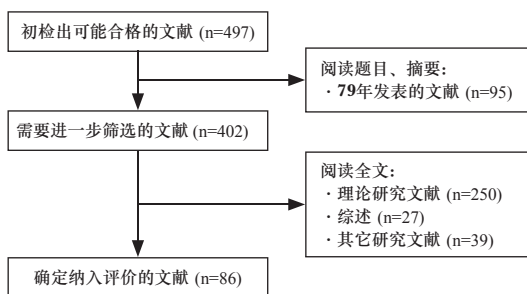


图1 文献检索流程图

图1 文献检索流程图

初步分类：理论研究250篇(62.19%)、临床研究27篇(6.72%)、综述27篇(6.72%)、个案经验59篇(14.68%)、其他39篇(9.7%)。理论研究在检索文献中占有较大比例，个案经验文献亦相对较多，而临床文献和综述较少。见表1。归为其它的文献体例较多，包括：非主方使用、虽提及未使用、阴性病例、目录、重复发表、综述，用于相关专业（影像学、病理学、药理学、畜牧）及不可归于他出的文献。

表1 理中汤方纳入文献概况

文献分类	数量 (篇)	构成比
临床研究	27	672%
个案经验	59	1468%
理论	250	6219%
综述	27	672%
其它*	39	97%
总计	0	0%

3 文献发表情况

3.1 年度分布

此纳入的93篇文献年度分布趋势,见图2。理中汤方的纳入文献发表年份范围在1957—1978年。在检索范围内最早关于理中汤方研究的论文可以追溯到1957年,比较有代表性的有《黄文东老师治疗脾胃疾病的经验》^[2],有关理中汤方治疗慢性结肠炎。

个案经验文献(59篇)发表始于1957年,整体上医案报道数量在1974年之前一直零星出现,其中1967-1971年更连续五年没有相关文献发表,其后连续且呈逐年上升,于1975-1978年达到高位,数量上分别有7篇、6篇、8篇、16篇。

临床研究文献(27篇)发表始于1957年。其中1967-1973年更连续七年没有相关文献发表。而文献大部分集中于1959年、1974

年、1977年,数量上分别有4篇、4篇、5篇。

3.2 期刊分布

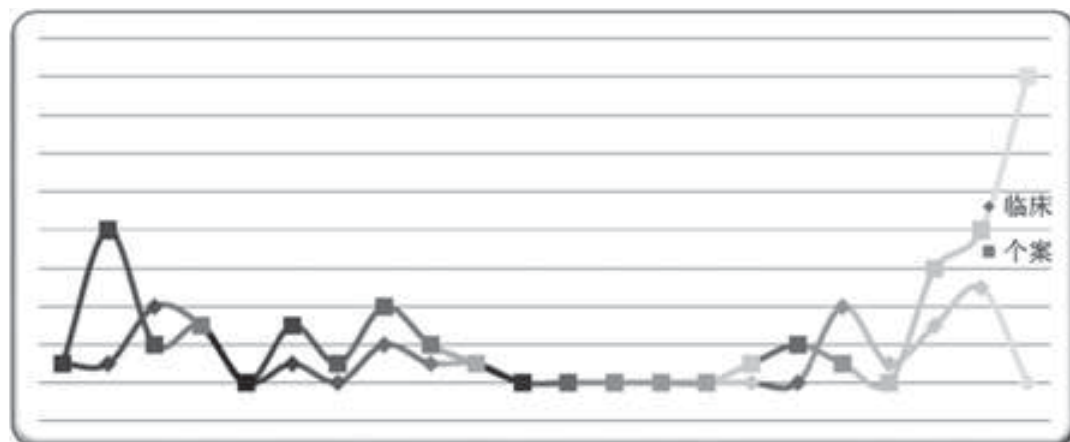
3.2.1 个案经验文献 纳入的66篇医案文献共分布在21种期刊上,载文量在3篇以上的有8种期刊,载文量为1篇的有8种期刊。前5名中,排名第1的是《中医杂志》,载文量为8篇;排名第2则是《福建中医药》,随后排名并列,载文量均为6篇,分别是《新中医》、《江苏中医药》、《云南中医学院学报》。详见表2。

表2 1949-1978年理中汤方纳入个案经验文献载文量3篇以上期刊

排名	期刊名称	载文量
1	中医杂志	8
2	福建中医	7
3	新中医	6
4	江苏中医药	6
5	云南中医学院学报	6
6	新医学	5
7	河南中医学院学报	4
8	陕西医学杂志	4

3.2.1 临床研究文献 纳入的27篇临床文献共分布在18种期刊上,载文量在3篇以上的有2种期刊,载文量为1篇的有14种期刊。其中,排名第1的是《中医杂志》和《江苏中医

图2 理中汤方纳入文献年度分布趋势图



药》，载文量均为4篇；第3的是《上海中医药杂志》为3篇。详见表3。

表3 1949-1978年理中汤方纳入临床研究文献载文量3篇以上期刊

排名	期刊名称	载文量
1	中医杂志	4
2	江苏中医药	3
3	上海中医药杂志	3

3.3 质量评价

3.3.1 个案经验文献

3.3.1.1 医案评分表 对医案的研究方案中采用高频病症中高分文献作为研究对象。为了展现中医个体化治疗优势，课题组自拟了医案文献的评价标准，采用德尔菲法进行专家问卷，现已形成最终方案。对照《〈伤寒论〉医案文献发表质量评分表》进行评分。

3.3.1.2 高频病症医案质量 个案经验文献均属于E级证据，其中医案数量大于3例，排名居前三名的病症是：消化系统疾病包括腹泻、痢疾、慢性肠炎，分别为19篇、4篇、4篇。其余如腹胀、腹痛、崩漏、腹水、鼓胀、水肿等个系统杂病则临散出现。详见表4。

3.3.2 临床研究文献

3.3.2.1 临床研究文献证据 根据循证医学证据等级标准，截至目前，纳入的理中汤及其加减方的临床防治性文献均属D级证据：D级证据27篇。

纳入评价的27篇临床研究文献和59篇个案经验文献均为国内、期刊论文。临床研究文献和个案经验文献均始于1957年。临床研究文献数量上集中于1959、1974、1977年。个案经验文献则集中于1875-1978年。临床研究文献和个案经验文献载文量第一的均是《中医杂志》。

4.2 79年之前文献的研究意义

本文是在《伤寒论》方循证医学研究的基础上，仅研究了理中汤49-79年间发表的论文，通过研究得出的结论是多数为临床个案经验。个体化治疗是中医的优势，而传统医案则可较好的体现了这一点，是中医学实践的宝贵证据。自79年始，临床中开展了对照实验，虽为初级研究阶段，但对以后开展随机对照实验提供了方向。

4.3 文献特点

4.3.1 个案经验文献

中医医案、病例报道占发表文献的比例较高，有数量上的优势，尚无高质量的文献，大部分属于中、低质量文献。在期刊分布方面，以《中医杂志》发表的文献最多，一共8篇。在59篇个案经验当中，主要以理中汤治疗腹泻的报导最多，达19篇。其余的一些诸如黄水疮、过敏性紫癜、肾病综合征等病症散在分布。

4.3.2 临床研究文献

临床研究文献相对于个案文献报道较少，仅27篇。其中在1967-1973年间更没有相关的报导。而报导最多的1977年也仅有5篇。而在

4 讨论

4.1 文献概况

表4 纳入个案经验文献质量评分一览

评价疾病	高质量	中等质量	低质量	总篇数
腹泻	0	12	7	19
痢疾	0	4	0	4
慢性肠炎	0	4	0	4

疾病谱方面，主要以应用理中汤治疗消化系统疾病为主，其中以消化性溃疡、血吸虫病报道最多。但值得一提的是，有3篇报导应用理中汤治疗消化系统以外系统的疾病，如中心性视网膜脉络膜炎、慢性肾功能衰和血栓闭塞性脉管炎等。

4.4 前景与展望

综上所述，本研究通过对理中汤方1949-1978年间期刊发表文献的研究，进行了有关理中汤疾病谱的系统整理。通过此研究，从理中汤疾病谱中找出历代医家应用理中汤治疗的优势病症，从而挖掘各位医家应用理中汤治疗优势病症的规律性，使讲究个体化的中医治疗上找到一定的用药规律是笔者下一步的工作，使千变万化的用药方法中找到一定规律可循。

参考文献

- [1] 高岑,宋俊生,熊俊等.基于德尔菲法的《伤寒论》医案文献发表质量标准研究[J].中华中医药杂志,2012,27(02):296-298.
- [2] 胡建华 ,程焕章 ,马贵同.《黄文东老师治疗脾胃疾病的经验》[J].新中医,1978,(05):5-7.
- [3] 第一作者: Choy Wai Chong (choywc@utar.edu.my), Department of Chinese Medicine, Faculty of Medicine and Health Sciences, UTAR, Malaysia,

难治性胃食管反流病治疗概况

新加坡·何宇瑛
中国·沈洪^[1]

【关键词】难治性胃食管反流病，中医治疗，西医治疗

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指^[2]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，以烧心、反流为典型症状，其他不典型症状有胸痛、嗝气、上腹痛、咽部异物感、吞咽困难等，也有食管外症状如慢性咳嗽、哮喘、声音沙哑等。根据内镜下粘膜的病理表现分为3类^[3]：非糜烂性胃食管反流病(NERD)、糜烂性食管炎(EE)、Barrett食管(BE)，是三种相对独立的类型，机制各异，以PPI治疗疗效也不同。据研究显示^[4]：亚洲国家占有GERD总患者2/3是NERD，而PPI治疗NERD的有效缓解症状为30-60%，对PPI治疗不敏感者为难治性胃食管反流病(rGERD)，正式在2013年胃食管反流病诊疗指南^[5]：提出了诊疗流程。本病机制复杂，临床治疗不同医家有各自方法，总结如下。

1 危险因素研究

最新指南指出^[5]：难治性病因很多，包括病人依从性，用药时间点，胃和十二指肠弱酸反流，食管粘膜完整性持续性破坏和对酸、弱酸或气体反流的食管高敏性。

1.1 食管动力障碍

杨佳^[6]根据烧心、泛酸等典型症状病人且PPI治疗8周无效者，44人进行连续喝水和固体吞咽等不同吞咽试验，根据患者症状、胃镜检查 and 24hpH-阻抗联合检测结果，分为反流性食管炎组(EE)、非糜烂性反流病(NERD)、和症状-反流无关联组，应用高分辨率食管测压常规方法、连续饮水、固体吞咽行食管测压，分析不同亚组的患者的食管动力，结果RE组位酸反流23次，显著高于NERD组(11次)和症状-反流无关联组(7次)。RE组中位酸暴露时间为33.5分钟，显著高于NERD组(5分钟)和症状-反流无关联组(4分钟)($p < 0.05$)。无效食管动力11例，占动力障碍52.4%，片段蠕动8例(38.1%)，完全失去蠕动的1例，三组食管蠕动障碍比较靠近，结论认为，难治性胃食管反流病患者中食管动力障碍较为常见，无效食管动力为最常见。

1.2 弱酸反流和非酸反流

研究者Mainie I^[7]认为，针对PPI治疗失败的患者中多数来源于NERD，进行食管24h阻抗-Ph监测显示，酸反流者占11%，非酸反流引起的症状指数阳性者占31%，可见，非酸反流远远多于酸反流者。近年来，美国一项rGERD报道说^[8]，39个患者(50-24岁)行食管pH-阻抗监测，发现食管酸碱度少于4的有25

个(64%), 28个(72%)有弱酸和弱碱反流, 93%患者有弱酸反流, 所以认为弱酸和弱碱反流是rGERD的原因。在非酸反流患者中, 原发性胆汁反流对胃粘膜的损伤很重要, 左国文^[9]对原发性胆汁反流性胃炎胃粘膜损伤的研究中认为, 反流物如胆汁、胰腺分泌物、胃分泌物都会对食管造成不同程度损伤, 其中以胆汁损伤中重要。根据近年来对弱酸反流与难治性胃食管反流研究认为弱酸反流被认为是难治性胃食管反流病症状形成的重要机制之一^[10]

1.3 精神因素

屈亚威等^[11]探讨精神心理因素与难治性胃食管反流病发病的关系, 认为在rGERD病人伴有焦虑、抑郁患者发病时的反流症状明显高于一般rGERD患者, 在刘春芳^[12]对101难治性胃食管反流病缓解研究中, 也显示此类患者容易合并心理疾患。治疗上应该不能忽略对精神因素方面, Nojkow^[13]提出PPI治疗失败患者, 需要进行心理评估, 有需要时配合心理治疗介入。

难治性胃食管反流病机制复杂, 据研究显示^[14], 主要临床表现多表现为胃痛、嗝气、咽喉梗阻感、呛咳和气郁痰阻证, 本病目前尚未有规范的治疗方案, 但临床医家在治疗上也取得良好疗效。

2 治疗对策

2.1 西医治疗对策

针对夜里泛酸, 于海波^[14]根据对难治性胃食管反流病药物分析认为, 适当的PPI用量下, 早晚两次服药, 以进一步控制夜里泛酸, 如PPI治疗失败, 是否加用促动力药以加强胃排空尚未明确, 但是对于功能性烧心患者建议在PPI基础上或单独使用疼痛调节药物, 此为无效患者新方法。

针对有反流症状伴有焦虑患者, 给予抗忧郁药治疗。据新近研究, rGERD患者容易有

焦虑的心理因素, 治疗时配合抗忧郁药和抗焦虑药物治疗是合理的^[15,16], 王亚雷等^[17]提出抑酸药与抗忧郁药同用可以提高疗效。具体用埃索美拉唑联合氟哌塞吨美利辛治疗, 病例189患者先以埃索美拉唑治疗4周, 70患者症状明显缓解, 119患者症状缓解未达到标准, 加用氟哌塞吨美利辛治疗后, 91患者症状达到缓解标准, 只有27未达到标准, 结果认为难治性胃食管反流病患者多伴有焦虑抑郁症状, 应配合抗忧郁药同用。陈晓峰^[18]以此治疗方案治疗60例难治性胃食管反流病, 有效率达93.3%, 疗效高。马彩虹^[19]认为在PPI常规治疗基础上联合黛力新(抗忧郁药)治疗更有效。

对于服药不理想的患者, 近几年来推出新的微创疗法, 刘海峰^[20]运用微量射频技术治疗GERD, 五年随访的疗效理想, 术后70.1%可以不必服药, 为服药疗效不理想患者提供新的治疗方法。

PPI治疗RE有很好疗效, 但对于NERD患者的治疗, 症状缓解率只有30%-60%^[4], 也有报道是30%-50%^[21]为了更好地控制胃食管反流, 需要长期服用PPI治疗, 但长期抑酸治疗引起消化不良, 有研究显示PPI长期服用导致肠嗜铬样细胞(ECL)增生^[22]对于要求长期服药患者, 建议手术治疗^[23]。中医药治疗为此敞开一扇大门。

2.2 中医药治疗对策

本病属中医学的“嘈杂”、“吐酸”“噎膈”、“胸痹”等范畴, 病位在食管和胃, 赵献可《医贯》说“咽系柔空, 下接胃本”。发病多因情志因素、饮食因素和脾胃虚弱等导致脾升胃降功能失调, 气机失常^[24]。主要症状以吐酸、嗝气、胃脘胀痛等反复发作, 病程日久, 缠绵难愈, 演变为难治性胃食管反流病。根据病机对本病分为虚、实两大类, 着眼于“降”、“滞”、“逆”、“通”4字, 生理特点重在“降”, 病理特点突出“滞”、“逆”,

而治疗着眼于“通”。特别提出食管、胃喜柔润的生理特点。辨证分型论治兼顾辨病论治^[25]。在临床治疗有多种,有各自的方法,并取得良好疗效。

2.2.1 针对气机升降以治

朱凌云^[26]经验:认为本病以气机失调为要,病位在胃与食管,与肺脾关系密切。病机主要是脾失健运,肺胃不将。临证强调选用降气的枇杷叶配升提的桔梗为主要药对,以平调气机,调整中焦逆乱之气机,并强调预防和调护尤为关键。

朱生樑^[27]经验:因中焦气机升降失常,兼有痰、瘀,治疗注重疏肝降逆,化痰祛瘀,临床多采用疏肝和胃方化裁,基本药物有旋覆梗、代赭石、黄连、吴茱萸、生姜、煅瓦楞、柴胡、延胡索、香附、枳壳、太子参、陈皮、甘草。方中柴胡、代赭石为君药,疏肝理气,降胃升脾。旋覆梗、枳壳、延胡索、香附为臣药,其中旋覆梗、枳壳归胃经而下行,能消痰理气宽胸。延胡索疏通气血之气而止痛,行血中气滞,香附乃厥阴、少阳三焦气分主药,兼通十二经气分,二药助柴胡疏肝理气。太子参性平而甘,功在益气健脾,《本草再新》言:“有治气虚肺燥,补脾土,消水肿,化痰止咳”之能。陈皮能理中焦之气,燥湿化痰。甘草归肺、脾、胃经,性平而甘,善补脾益气。太子参、甘草、陈皮三药益气健脾,化痰祛湿为佐药。黄连、吴茱萸一热一寒,清热行气,引热下行,功能制酸,煅瓦楞止酸,三药亦为佐药。上药同用共奏疏肝理气,降胃升脾,化痰除湿之功,又兼有化痰之能,疏肝气,降胃气,升脾气,则痰、湿、瘀无以生。

总之,针对气机的升降和脏腑的生理特点,医家们从本脏之胃治,表里为用之脾治以及土木相乘之关系以治,沈洪教^[25]授又补充了“善用肺经之药以助胃降”的治疗思路,提示了rGERD治疗用药重视恢复肺脏生理功能也有助于胃腑和降之功,对临床治疗

有指导意义。

2.2.2 针对病机演变规律以治

姚乃礼^[28]经验:认为rGERD多由GERD演变而来,呈现出“由气及血、深入血分”的病机演变规律,最终痰、热、瘀诸邪共同蕴结于食管脉络而发病。治疗时注重清除痰、热、瘀诸邪,多选用“启陷汤”加减化裁。基本药物由北沙参、丹参、茯苓、浙贝母、郁金、枳壳、厚朴、砂仁、荷梗、瓜蒌、黄连、法半夏等组成。其中沙参、黄连清热滋阴,浙贝母、法半夏、瓜蒌开郁化痰,枳壳、厚朴理气降逆,郁金、丹参活血化痰,茯苓健脾,砂仁、荷梗醒脾和胃。总之,治疗用药宜辛热药和苦寒药相互配伍为用,辛开苦降以平调气机,恢复脾胃升降功能。

此外,以经方治疗,方证相应,辨证施治也是很好的治疗方法,但临证注意不要固守经方,当随证加减,徐婷婷^[29]在归纳总结《金匱要略》方治疗本病时认为,治疗时根据因人制宜的原则,注重患者体质,病情演变及转归变换用药,提出制定中医独特的辨证分型或从微观辨证着手制定临床研究方案 尤为重要。

2.2.3 中西医结合治疗

肖高建^[30]以中西药同用治疗难治性胃食管反流病,方法:选取PPI治疗8周症状未获得改善患者,增加中药自拟方(黄连10克,吴茱萸6克,柴胡10克,白芍12克,枳实10克,甘草10克,陈皮10克,半夏10克)治疗8周为1疗程,治疗前后行胃镜检查,最后以症状疗效和胃镜疗效评估,有效率达96%,值得推广。

总结:中医和西医治疗具有一定疗效,为了取得更好的治疗效果,^[31]把rGERD病人按照病理生理分型为酸反流、弱酸反流、弱碱反流和非反流相关为功能性烧心,根据不同分型可以加倍PPI治疗、加用H₂RA药,使用促动力药,或配合抗忧郁药治疗等,这是很好的治疗思路,在规范治疗基础上灵活使用个

体化治疗方案。^[32]中医药作为一种综合治疗手段,基于中医传统理论,通过辨证、辨病相结合的方式对该病进行对因对症治疗,具有一定优势。中西医治疗具有效果明显、维持时间长、复发率低等优势。同时认为,中西医结合治疗,可弥补症状重叠的治疗方案的不足,减少西药长期服用对机体带来的不良反应,所以中西医联合治疗较单纯西医治疗拥有一定的优势,临床值得推广。

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] Fass R, Ofman JJ. Gastroesophageal reflux disease should we adopt a new conceptual framework?[J]. Am J Gastroenterol, 2002, 97(8): 1901-1909.
- [4] Fass R, Shapiro M, Dekel R, et al. Systematic review: proton-pump inhibitor failure in gastro-oesophageal reflux disease-where next?[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2005, 22(2): 79-94.
- [5] 2014年中国胃食管反流病专家共识意见[J]. 胃肠病学, 2015, 20(3): 155-164.
- [6] 杨佳. 难治性胃食管反流病患者食管动力分析及不同吞咽试验在食管测压中的价值[D]. 浙江大学2015.
- [7] Mainie I, Tutuian R, Shay S, et al. Acid and non-acid reflux in patients with persistent symptoms despite acid suppressive therapy: a multicentre study using combined ambulatory impedance-pH monitoring. Gut, 2006, 55: 1398-1402.
- [8] Pritchett JM, Aslam M, Slaughter JC, et al. Efficacy of esophageal impedance/pH monitoring inpatients with refractory gastroesophageal reflux disease, on and off therapy[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2009, 7(7): 743-748.
- [9] 左国文, 梁列新, 农兵, 等. 胃内胆汁反流检测对原发性胆汁反流性胃炎胃粘膜损伤的诊断意义[J]. 临床荟萃, 2006, 21(24): 1762-1764.
- [10] 虞阳, 于晓峰. 弱酸反流与难治性胃食管反流病[J]. 国际消化病杂志, 2011, 31(6): 317-320.
- [11] 屈亚威, 王伟岸, 张晓, 等. 精神心理因素与难治性胃食管反流病发病关系的研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2015, 24(12): 1445-1447.
- [12] 刘春芳, 程艳梅, 曹会杰, 等. 103例难治性胃食管反流病临床特征分析[J]. 中医杂志, 2016, 57(6): 504-526.
- [13] Nojkov B, Rubenstein JH, Adlis SA, et al. The influence of comorbid IBS and psychological distress on outcomes and quality of life following PPI therapy in patients with gastro-oesophageal reflux disease [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2008, 27(6): 473-482.
- [14] 于海波. 难治性胃食管反流病的药物治疗分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(12): 114-115.
- [15] Weijenborg PW, de Schepper HS, Smout AJ, et al. Effects of antide-pressants in patients with functional esophageal disorders or gastro-sophageal reflux disease: a systematic review[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2015, 13(2): 251-259.
- [16] Viazis N, Keyoglou A, Kanellopoulos AK, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of esophagus: a randomized, double-blind, placebo-controlled study[J]. Am J Gastroenterol, 2012, 107(11): 1662-1667.
- [17] 王亚雷, 王伟伟, 许建明, 等. 埃索美拉唑联合氟哌塞吨美利曲辛治疗难治性胃食管反流病的多中心临床观察[J]. 安徽医药, 2015, 19(10): 2009-2011.
- [18] 陈晓峰, 吴育龙, 李秋元. 氟哌塞吨美利曲辛联合埃索美拉唑治疗难治性胃食管反流病的临床治疗观察[J]. 中国当代医药, 2016, 23(4): 38-43.
- [19] 马彩虹. 黛力新在难治性胃食管反流病治疗中的临床价值[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(5): 371-373.
- [20] 刘海峰, 屈亚威, 陈晓光, 等. 微量射频技术治疗胃食管反流病5年随访研究[J]. 武警医学, 2015, 26 (12): 1193-1198.
- [21] Bate CM, Green JR, Axon AT, et al. Omeprazole is more effective than cimetidine for the relief of all grades of gastro-oesophageal reflux disease associated heartburn, irrespective of the presence or absence of endoscopic oesophagitis. Aliment Pharmacol Ther, 1997, 11: 755-763.
- [22] Hassall E, Owen D, Kerr W, et al. Gastric histology in children treated with proton pump inhibitors long term, with emphasis on enterochromaffin cell-like hyperplasia[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2011, 33(7): 829-836.
- [23] 片田夏也, 等. GERD的外科治疗进展[J]. 日本医学介绍, 2007, 28(10): 456-458.
- [24] 何宇琰, 沈洪. 《内经》气机学说在胃食管反流病辨证治疗中的应用[J]. 新加坡中医杂志, 2015, (39): 76-79.
- [25] 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.
- [26] 杨云峰, 朱凌云. 朱凌云治疗难治性胃食管反流病[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(5): 828.
- [27] 王高峰, 程艳梅, 曹慧杰, 等. 朱生樑治疗难治性胃食管反流病经验[J]. 上海中医杂志, 2013, 47(12): 19-21.
- [28] 冯晴, 马继征, 燕东. 姚乃礼教授治疗难治性胃食管反流病经验[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(6): 656-658.
- [29] 徐婷婷, 沈洪. 《金匱要略》方治疗胃食管反流病研究进展[J]. 江苏中医, 2015, 47(7): 86-89.
- [30] 肖高建. 中西医结合治疗难治性胃食管反流病50例疗效观察[J]. 中国实用医药, 2013, 8(27): 186-187.
- [31] 刘海峰, 张晓, 王伟岸, 等. 基于病理生理分型的难治性胃食管反流病个体化治疗研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2015, 24(12): 1457-1460.
- [32] 杨旭, 沈洪, 潘飞辰, 等. 中西医结合治疗胃食管反流病优势探讨[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(5): 1204-1206.

“脾主运化、统血” 的理论源流与现代研究概况

新加坡·傅瑜敏

脏象理论是中医理论体系的核心，五脏生理功能及其调控机制是脏象理论研究的关键问题。“脾主运化、统血”是中医脏象理论的重要组成部分，揭示其科学本质是继承创新脏象理论的关键。本文主要通过“脾主运化”、“脾主统血”的理论源流及现代研究概况两个方面进行古代医学文献的整理和现代研究文献的整理，以探讨“脾主运化、统血”理论的科学内涵。

1 脾主运化的理论源流

脾主运化是指脾有消化食物，并将食物中的精微物质吸收转输至全身内外，以濡养全身的作用。《素问·灵兰秘典论》曰：“脾胃者，仓廪之官，五味出焉”。《素问·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布。”脾气的气化作用、升清功能以及脾阳的温煦作用决定了脾运化功能的正常与否。脾主运化包含了运化水谷和水液两个主要内容。

李东垣创立了脾胃学说，认为造成脾胃病的原因主要有饮食失节，劳逸过度，七情所伤。《脾胃论·卷上·脾胃盛衰论》曰：“饮食不节则胃病，胃病则气短精神少，

而生大热”，又曰：“形体劳役则脾病，脾病则倦怠嗜卧，四肢不收”。《脾胃论·卷上·脾胃虚实传变论》中说：“此因喜怒忧恐，损耗元气，资助心火，火与元气不两立，火胜则乘其土位，此所以病也”。在治疗上，提出升发脾阳的治疗原则，在治疗上着重对脾胃升阳益气药物的运用，并且创制补中益气汤、升阳散火汤、补脾胃泻阴火升阳汤等有效新方，重视对脾主运化的调理。

张景岳明确提出了“脾主运化”的概念。

《类经·三卷·藏象类》指出：“脾主运化，胃司受纳，通主水谷，故皆为仓廪之官”。脾化水谷，生成精微，并运到周身各处，明确了脾的运化功能。

2 脾主运化的现代研究进展

脾主运化的现代研究方法，主要是在中医理论指导下，采用传统的与现代的研究方法相结合，从临床研究、临床研究与实验研究相结合、动物模型等途径进行。在研究思路上，多从脾虚证入手，选用一定的指标，观察脾虚患者与正常人有何不同，脾虚患者与非脾虚患者有何不同，治疗前后有何不同，从而评价此指标的价值，并由此指标深入探讨脾主运化的本质。

2.1 脾运化功能与胰外分泌功能密切联系

金容辰从西方医学和东方医学角度,对脾生理功能进行比较,发现“脾主运化”与西医中胰腺外分泌功能所起的消化功能类似,“脾主统血”与西方医学中脾脏储存循环血液中三分之一以上的血小板,并参与止血机制,作用相似。^[1]

金敬善等实验表明,脾虚患者胰功肽试验低于正常,尿淀粉酶活性亦降低,提示脾虚患者胰腺功能下降。^[2]

陈继业等认为中医藏象理论关于脾主运化功能,实质上就是现代生物化学所指的酶,提出脾不主运化、酶主运化的观点。在血液中葡萄糖等流过组织时进入胞液中,再经过多种酶的作用变为丙酮酸,最后在氧存在下在线粒体内,同样通过酶的作用生成ATP、H₂O、CO₂;其他参加能量转换的脂肪酸及氨基酸进入三羧酸循环亦依靠酶,转变为丙酮酸亦依靠酶进行能量转化。而己知微量元素锌与人体80多种酶的合成和代谢有关,铜是生物体内40多种酶的活性成分,所以铜对糖类、脂类、蛋白质和核酸的代谢过程都具有重要的影响,也与脾主运化的功能密切相关。脾虚纳化失职所出现的食欲不振、神疲懒言、面色不华、大便溏泄等症状与人体缺铜引起的皮肤色素减少、厌食、腹泻、精神发育迟缓等症状及缺锌出现的食欲减退、营养不良所呈现的一些临床症状十分类似。^[3]

2.2 胰岛素抵抗与脾运化水谷精微失调有关

张海庆等认为胰岛素抵抗的主要原因是由脾运化水谷精微失调所致,其基本病机为脾精亏虚、脾运化失常、脾功能不足,造成其人体吸收利用水谷精微功能障碍,正常水谷精微不能被人体吸收利用所致。^[4]

2.3 脾运化与线粒体、细胞色素氧化酶有关

周俊亮通过动物实验研究,运用现代实验手段观察分析大鼠模型脾虚、自然复健组、健

脾组、正常组模型,研究结果显示,脾主运化与线粒体细胞色素氧化酶具有相关性,明确了脾主运化与线粒体、细胞色素氧化酶二者之间的密切关系。^[5]

2.4 脾主运化与脾调控药物代谢有关

周丽等通过“时空观”以及“脾为气机之枢”的理论,认为“脾主运化”

与药物代谢动力学在时空角度以及转运药物方面具有相通性,并提出“脾调控药物代谢”的假说,并由此认为临床用药应注意固护脾胃,同时推测健脾类中药或复方通过影响药物体内代谢过程发挥增效减毒的作用,充实了“脾主运化”的理论内涵和应用价值。^[6]

2.5 脾运化与血脂有关

贾连群等从脾主运化来探讨膏脂运输异常与胆固醇逆向转运的关系,认为脾运化水谷精微,血脂也由脾运化水谷生成,其胆固醇从外周细胞逆向转运到肝脏的过程依赖于脾运化,其脾气虚会带来胆固醇逆向转运至肝脏途径受阻。^[7]

2.6 脾主运化与水通道蛋白有关

周正等认为,“脾主运化”与水通道蛋白密切相关,水通道蛋白是一族广泛存在于人类各种组织细胞中,可使水通过生物膜的膜蛋白,对机体的细胞、器官、全身的水平衡起着决定性作用,且水通道蛋白在肾、肺、消化系统等器官广泛存在,而脾运化水液,故水通道蛋白的表达与“脾主运化”密切相关。^[8]

3 脾主统血的理论源流

脾统血包括脾通过生血而使脉道充盈而间接统血和脾气对脉管的固摄作用而统摄血液两个方面。《难经·五十九难》云:“脾肿二斤三两,扁广三寸,长五寸,有散膏半斤,主裹血,温五藏,主藏意”。该理论视为脾主统血

理论的雏形,说文解字中:裹即缠也,有包含和束缚之义,提示脾具有包裹血液,防止外溢的功能,使血液正常运行于经脉中,这对出血性疾病从脾论治提供了理论依据。

明清时期温补学派盛行,其十分强调脾的重要性,其认为脾统血是因为脾运化水谷精微,水谷精微化生血液,脾才统帅血液。武之望于《济明纲目·卷之一·调经门·论心脾为经血主统》里说:“大抵血生于脾土,故云脾统血”。^[9]

《薛氏医案·女科撮要·经漏不止》曰:“经漏之所以不止者,其为患因脾胃虚损,不能摄血归源”^[10]。《景岳全书·卷之三十贯集·杂证谟·血证·便血论治》曰:“盖脾统血,脾气虚则不能收摄,脾化血,脾气虚则不能运化,是皆血无所主。因而脱陷妄行”,又曰:“虽血之妄行,由火者多,然未必尽由于火也。故于火证之处,则有脾胃阳虚而不能统血者”,明确指出脾统血的生理机制与脾气和脾阳有关。^[11]

唐容川在《血证论·脏腑病机论》说“经云脾统血,血之营运上下,全赖乎脾。脾阳虚,则不能统血,脾阴虚又不能滋生血脉”^[12],明显指出脾统血的意义,血液的运行,除依赖于心脏的推动、肝脏的调节之外,还必须有脾脏的统摄。而脾统血又在乎于脾阳、脾阴;脾的阳气虚弱不能统摄血液,脾阴虚又不能滋生血脉,脾阴不足,血脉化生不足,从而不能统血,从两个方面解释了脾统血的实质。

4 脾统血的现代研究进展

4.1 脾统血与微循环密切相关

人们认为,脾不统血会引发多种出血证,在西医学的角度即是说所有的全身性的各种原因引起的出血、咯血、发斑、便血、尿血、崩漏等,中医所描述的脾脏与现代医学的毛细血

管通透性,血小板的数量与质量,凝血机制等微循环功能障碍有密不可分的联系^[13]。这些功能的异常,会导致上述出血性疾病。

瞿德等综合文献报道发现:脾气虚患者和脾不统血患者与正常人和实证患者之间的各种血液实验结果进行比较,发现脾气虚和脾不统血的患者较正常人和实证患者普遍存在红细胞压积减低、血沉增快现象、血液呈低黏性和低压积状态,且脾不统血组较脾气虚组改变更为明显。^[14]

4.2 脾统血与凝血因子

在出血的病因方面,现代医学对血液的凝血因子的结构和活性做了很多研究工作,沈迪等通过血小板计正常、凝血像无明显异常的患者,通过检测,得出脾不统血证慢性反复出血,其发病机制可能与血小板功能缺陷有关。^[15]

徐重明等对脾虚、脾不统血患者进行了血小板功能及超微结构形态的观察,发现这类病人的血小板数量基本正常,但由于机体能源物质不足与利用障碍,特别是蛋白质代谢障碍,使血小板的膜糖蛋白I、II、III及骨架收缩蛋白中的d-辅肌动蛋白和肌动蛋白结合蛋白生成减少,结构变异,造成血小板黏附、聚集、收缩功能下降,血小板对毛细血管的支持、营养作用降低,毛细血管脆性增加,导致出血。^[16]

张朝阳等对97例ITP患者(包括脾不统血、血热妄行、脾气虚弱型)进行了PAIgG、PAIgM、PAIgA 3项免疫学指标的测定。结果显示,同为ITP,脾不统血组PAIgG、PAIgM 2项指标明显高于脾气虚弱组,说明脾不统血致脾气虚弱的发展和加重,从免疫学角度验证了脾统血的生理功能是通过气摄血来实现的。^[17]

李兴华等用党参、炒白术、熟地黄、山萸肉等药物组成的补肾健脾方来治疗青春期功能性子宫出血模型大鼠,发现补肾健脾方止血作用机理可能与激活内源性和外源性凝

血系统凝血因子,促进凝血酶原和凝血活酶生成有关。^[18]

5 小结

中医脾作为后天之本,其“脾主运化、统血”脏象理论经历代医家、学者不断发展,日益完善。然而,当今“脾主运化、统血”理论的现代研究存在着一些问题如现代医家多注重对“脾主运化”的研究,而对“脾主统血”的研究相对较少。另外,在研究中未能充分体现中医整体观,应当对脾与形体官窍志液及四时的关系进行多方位的研究。在日后的研究工作中,多应用现代科学技术,使它更好的服务于中医研究工作,进一步探讨中医脾脏象理论的科学内涵,完善脾的脏象学理论,为指导临床实践提供坚实的理论依据。

参考文献:

- [1] 金容辰,李龙植.对脾生理功能的东医学比较研究[J].天津中医药,2006,23(1):76-78
- [2] 金敬善,王丽华,陈桂君等.老年人和脾虚患者消化系统功能的观察[J].中西医结合杂志,1994,4(3):164-165
- [3] 陈继业,张萍.脾主运化,抑酶主运化?——论中医藏象理论脾的功能[J].现代中西医结合杂志,2006,15(15):2029-2030
- [4] 张海庆.胰岛素抵抗的中医病机探讨[J].中医研究,2013,26(6):14-16
- [5] 周俊亮.脾主运化与细胞色素氧化酶相关性理论的临床与实验研究[D].广州中医药大学,2005
- [6] 周丽,纪立金,贺龙刚.基于“脾主运化”探讨脾调控药物代谢[J].中华中医药杂志,2015,(4):1225-1227
- [7] 贾连群,杨关林,张哲,等.从“脾主运化”理论探讨膏脂转输与胆固醇逆向转运[J].中医杂志,2013,54(20):1793-1795
- [8] 周正,黄志新.脾主运化水液与水通道蛋白内在关系的研究[J].中医药学刊,2003,21(6):864-865
- [9] 明·武之望著,清·汪淇笺释,张黎临等校注.济阴纲目.北京:中国中医药出版社,1998:12
- [10] 明·薛己.薛氏医案.北京:人民卫生出版社,1983:83
- [11] 明·张介宾著.夏之秋等校注.景岳全书.北京:中国中医药出版社,1994:350
- [12] 清·唐容川.血证论.上海:上海人民出版社,1977:21,86
- [13] 徐春梅.脾与微循环探析[J].河北中医,2006,28(7):551-552
- [14] 瞿德,陈家旭.脾不统血证的现代研究概况[J].河北中医,2001,23(8):639-640
- [15] 沈迪,沈霜,王爱莲等.脾不统血血小板聚集功能的研究[J].中国中西医结合杂志,2001,9(1):5-7
- [16] 徐重明,汪自源,聂天.脾虚证与血循环关系研究[J].河北

中医,1997,19(3):2-3

- [17] 张朝阳,郭勃,杨明均等.紫斑脾不统血患者血小板相关抗体的实验研究[J].中国中医急症,1996,5(3):129-131
- [18] 李兴华,刘方洲,王希浩,葛翠莲.补肾健脾方止血作用研究[J].中医研究,2010,23(2):28-30

头针治疗失眠症的临床运用及现状



新加坡·谢凯玲

【摘要】通过采用头部穴位针刺治疗失眠症的文献进行分析考察，探讨头部选穴的基本法则及针刺手法与操作运用，达到阴阳平衡，脏腑协调，安神定志的作用，并且希望对针灸临床选用头针治疗失眠症提供可靠依据。

【关键词】头针、失眠症、综述

1 前言

失眠主要是指在平常生活中不能获得正常睡眠为特征的临床常见病，包括不易入睡或维持睡眠状态发生障碍的一种临床表现，导致睡眠时间不足，睡眠质量差^[1]。中医又称“不寐”、“不得眠”、“不得卧”、“目不瞑”。失眠的主要临床症状表现为入睡困难，或时寐时醒，醒后不能再入睡，或甚则彻夜不寐。其病的主要病机为阴阳逆乱，阳不入阴，阴不敛阳，神不守舍。现代医学认为导致失眠的原因颇多，主要分为易感因素、诱发因素及持续因素等三方面。易感因素是引起失眠症的内在基础条件，包括个人生理、心理素质及遗传因素；诱发因素包括睡眠习惯不良，轮班工作时间颠倒，时差，药物影响等，倘若坚持培养良好睡眠卫生习惯，排除外源干扰因素便可恢复正常睡眠，属于一过性失眠，持续时间在3周以下。持续因素是指长

时间无法去除诱发因素、滥用安眠药导致依赖性、躯体疾病或年龄相关的睡眠结构改变如阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、周期性腿动与不宁腿综合征、脑血管病等疾病导致持续性失眠，持续时间在3周以上。

本文将综述近年来采取头针治疗失眠症的临床运用及现状进行简要归纳比较，供临床参考。

2 头针疗法

黄琳娜等^[2]采取随机数字表将60例分组。治疗组30例采用陕西头皮针均选伏像头、伏脏上焦、思维、信号、记忆等穴，使用飞针法(快速针刺)进针直刺至颅骨骨膜，用重压、震颤行针手法，得气后留针30min。治疗组总有效率为96.7%，优于口服西药对照组的66.7%，差异具有统计学意义($P<0.01$)。吴九伟等^[3]按随机分组将98例分组。治疗组51例采用林氏头

皮针之额五针，定位位于前发际后2寸处，为一前后径1寸，左右宽5寸的横向带状区域，两边稍后，中间稍前，呈扇形排列，与前发际平行，相当于大脑皮层额前区在头皮上的投影。沿前后正中线，前发际上2寸处快速直刺进针，触及颅骨后，稍退后，将针卧倒，紧贴颅骨向前平刺，为第一针，在第一针的左右两侧间隔1寸，约直对瞳孔，平行向前各刺1针，然后再旁开1寸，各刺1针，共刺5针，5针的间隔距离基本相等。传统体针对照组取印堂、百会、神门、安眠穴，印堂、百会均沿皮平刺，神门直刺0.5寸，安眠穴直刺1.2寸。治疗组总有效率92.15%，优于对照组的76.7%。

沈红强等^[4]采用简单随机将60例分组，治疗组30例，予针刺额顶区九针，取额、顶区的上星、前顶及两者连线中点3针，以上三针旁开1.5寸两边各取三针共九针，快速进针，得气后留针30min。治疗组与口服西药对照组总有效率均为86.67%，无显著性差异($P>0.05$)，表明两组疗效相当。

梁树艺^[5]用电针头部腧穴治疗失眠40例，取百会、印堂为主穴，曲鬓透率谷为配穴。百会穴向前平刺8分，印堂穴向上平刺5分。曲鬓穴平刺，将针尖透刺至率谷穴。电针选择连续波，频率150次/分，刺激量以患者能耐受为度，治疗30min，总有效率为92.5%。

董建萍等^[6]采用完全随机数字表方法将71受试者分组。治疗组36例使用头部透穴法，取神庭透前神聪、后神聪透强间、双侧头临泣透左右神聪，呈15°夹角斜刺入帽状腱膜快速小幅度捻转，留针1h；常规针刺对照组取百会、四神聪、印堂、内关、神门、合谷、三阴交、太冲，进针得气后行平补平泻法，留针1h。治疗组总有效率为91.7%，优于常规针刺对照组的77.1%($P<0.05$)。

周章玲等^[7]采用完全随机数字表方法将70例(最终脱落4例)分组。治疗组32例使用头穴透刺法，取后神聪透前神聪、囟会透神庭、络却透通天、承光透曲差，呈30°夹角斜刺行快速左右捻转手法得气，留针30min；常规针刺对照组取

百会、安眠、神门、内关、合谷、足三里、三阴交、太冲，行平补平泻法，得气后留针30min。治疗组总有效率为90.63%，优于常规针刺对照组的73.53%。

张治强^[8]采用完全随机法将56例分组。治疗组28例使用头穴透刺法，取百会透前神聪、左右临泣透左右神聪、后神聪透强间、神庭透上星等，呈15°刺入帽状腱膜快速小幅度捻转，留针1小时；常规针刺对照组取百会、四神聪、内关、神门、合谷、三阴交、太冲，进针得气后行平补平泻法，留针1h。治疗组总有效率为89.3%，优于常规针刺对照组的71.4%，疗效差异具有统计学意义($P<0.05$)，表示头穴透刺法在改善睡眠质量、睡眠时间及睡眠效率等方面优于常规针刺法。头穴透刺治疗失眠症疗效比选取常规穴位有一定的优势。

3 头穴针刺结合体针疗法

罗平等^[9]运用头七针穴为主治疗失眠78例，取上星、囟会、前顶、本神(双)、正营(双)，施捻转手法平补平泻，捻转次数在200次/min，配合辨证后取体穴，总有效率达96.2%。

戴奇斌^[10]应用颞三针为主治疗失眠92例，取耳尖直上、发际上2寸为第1针，在第1针水平向前后各旁开1寸为第2针、第3针，沿头皮呈15°角刺入帽状腱膜下，进针0.8-1寸，快速捻转强刺激，配合体穴神门、照海、三阴交，总有效率94.57%。

李滋平将155例患者随机分为两组，治疗组110例采用针刺百会、神庭为主配合辨证后取体穴治疗。治疗组总有效率为91.8%优于口服西药对照组的57.78%，两组疗效差异有显著统计学意义($P<0.01$)。

曾伶^[11]采用头针为主治疗少寐48例，取额中线(头正中线额部入发际5分，自神庭穴向下1寸，属督脉)以及额旁一线(额中线外侧，直对目内眦，直上入发际5分，自眉冲穴沿经向下1寸，属足太阳膀胱经)，针身约30°角沿皮下进针，进针得气后快速捻转，持

续20-30s,留针至次晨自行取针并且配合辨证后取体穴,总有效率为97.91%。廖潇薇^[12]将80例随机分组,治疗组40例取四神聪、百会,配体针神门、通里、三阴交、足三里、太冲、行间、丰隆,快速平刺百会、前之神聪,进入皮下后向百会穴方向经帽状腱膜慢慢推进1寸,施捻转平补平泻手法用同法依次针刺百会后、左、右之四神聪穴,针尖均朝向外,留针40min。治疗组总有效率为97.5%明显优于口服西药对照组的77.5% ($P<0.01$)。郑锋等^[13]观察头针加体针治疗顽固性失眠317例,选用头部腧穴上星、囟会、前顶、本神(双)、正营(双),针身以30°角向后方沿头皮与颅骨骨膜间进针斜刺,施捻转手法平补平泻,总有效率为95.9%。龚玉林等^[14]采用头针结合体针治疗失眠56例,头针取额中线,逆经脉循向下刺1寸,颞后线,平补平泻,体针取风池、三阴交、神门、内关,平补平泻,左申脉用泻法,右照海用补法,总有效率为89.29%。廖钰^[15]运用泻阳补阴法治疗失眠54例,取头部阳经的印堂、百会、风池、角孙穴位,用电针疏密波泻阳;取足部阴经的三阴交、太冲、太溪,用轻微捻转手法补阴,总有效率96.3%。张静^[16]按就诊顺序将80例随机分组。头体针治疗组40例,头针取双侧顶颞后斜线,针身呈30°夹角快速平行刺入帽状腱膜下层,电针采用疏密波,频率20Hz;体针取内关、神门、三阴交、足三里、太溪、太冲。单纯体针对照组仅采用体针治疗。治疗结果显示头体针组PSQI总积分低于单纯体针组,差异有显著性意义($P<0.01$),头体针组疗效优于单纯体针组。

4 头穴针刺结合特殊疗法治疗

冯有亮等^[17]采用随机数字表法将112例分组。治疗组60例,采用八卦头针配合火龙药灸法治疗,以百会为中心,在其左、右、前、后、左上、左下、右上、右下方向旁开3寸取穴,呈百会大八卦形向中心透刺1寸,留

针20min,单日配合大椎、命门,双日配合天突、关元,均不留针。对照组采用口服舒乐安定和维生素B1治疗,结果显示总有效率分别为95.0%和76.9%,显示八卦头针配合火龙药灸治疗原发性失眠具有良好疗效。冯嘉等^[18]采用随机数字表将62例(其中脱落2例)分为头针兴趣区推拿组和常规推拿组。头针组取运动区、感觉区、安神区、精神情感兴趣区,运动区:上点在前正中中线中点往后0.5cm处,下点在眉枕线和鬓角发际前缘相交处,上下两点之间的连线即为运动区;感觉区:在运动区向后移1.5cm的平行线;安神区:前头部治疗区眉间(即印堂)向上引2cm连线;精神情感区:(焦氏)胸腔区向上4cm;安眠穴:翳风穴与风池穴连线的中点。结果两组患者睡眠质量均有提高,但头针兴趣区推拿组患者PSQI总积分及睡眠质量、入睡时间、日间功能障碍改善均优于对照组。巴正兵等^[19]将70例随机分组,治疗组35例采用头穴透刺配合耳穴贴压治疗,头穴透刺取穴为神庭透上星、后神聪透前神聪、左右头临泣透左右神聪,针身呈30°夹角快速刺入帽状腱膜下层,得气后留针30min;耳穴贴压:主穴选取心、肾、神门、枕、垂前、皮质下。对照组口服艾司唑仑。治疗组总有效率为91.4%优于对照组的82.9%。梁永瑛等^[20]将60例随机表法以单数为治疗组,双数为对照组。治疗组30例采用头针配合梅花针叩刺,头针取百会、四神聪、神庭,快速以15°角紧贴颅骨平刺0.5-0.8寸,四神聪四穴,针尖指向百会穴,得气留针30min;梅花针叩刺取取肺俞到膀胱俞两侧膀胱经背腧穴。对照组给予西药治疗。治疗组总有效率为93.33%疗效优于对照组的73.3%。

5 总结与展望

头针也称为头皮针,是根据传统脏腑经络理论的基础或结合人体头部与大脑皮质功能定位在头皮投影的对应关系为基础理论,在头部

特定的穴线进行针刺防治疾病的一种方法。

《医宗金鉴》提出：“头为诸阳之会，内涵脑髓，脑为元神之府”，认为脑为髓之海，主管神志活动，是精髓和神明汇聚之所。依据传统脏腑经络理论，足太阳从巅顶入络于脑，督脉入属于脑，手足六阳经皆上循于头面，多数头部针刺属于足少阳胆经、足太阳膀胱经、足阳明胃经、督脉循经区域，通过激发督脉和足太阳经气上荣脑窍，协调阴阳，调整脏腑，宣发经气，疏通经络，沟通气血以达到阴平阳秘，镇静安神的作用。此外，头部穴位位于元神之府，根据大脑皮层功能定位在头皮的投影，神庭、百会、四神聪、头临泣等穴位均位于在主管睡眠的额顶区体表投影上^[21]，针刺此区域能改善局部气血循环，调节中枢神经功能，恢复大脑皮质兴奋与抑制之间的平衡，起到镇静安神之效。在针刺手法上也十分讲究，针身与头皮呈 15° - 30° ，快速刺入帽状腱膜下后需要达到一定的刺激量后才留针，许多文献研究逐渐介绍头部穴位使用透刺法，通过一针透刺两穴或数穴，增加刺激量与作用面积。综上所述，针刺头部穴位可以改善额顶颞区的血液循环，予以头部充足的营养物质，达到治疗失眠的目的。

临床选取头穴针刺操作简单易于掌握，在治疗过程中患者无需固定姿势，可以自由活动。关于头部选穴原则主要按照传统脏腑经络以及结合人体头部与大脑皮层功能对应关系为基础理论。头针治疗失眠症在针灸临床运用上具有一定的价值与意义，希望在今后研究中可以进行系统性归纳与评价，为临床提供头针治疗方案的依据。

参考文献：

- [1] 失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组. 失眠定义、诊断及药物治疗专家共识(草案)[J]. 中华神经科杂志, 2006, 39(2): 141-143.
- [2] 黄琳娜, 安军明, 董虹凌, 等. 头针治疗原发性失眠症疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2011, 30(9): 596-597.
- [3] 吴九伟, 王海丽, 林学俭. 额五针治疗失眠症的临床观察[J]. 中医文献杂志, 2005, 23(3): 48-49.
- [4] 沈红强, 赖道鹏. 额顶区九针治疗失眠疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2015(7): 666-667.
- [5] 梁树艺. 电针治疗失眠症40例[J]. 中国针灸, 2002, 22(9): 666-667.
- [6] 董建萍, 王顺, 孙伟义, 等. 头部透穴法治疗失眠症随机对照观察[J]. 中国针灸, 2008, 28(3): 159-162.
- [7] 周章玲, 石现, 李绍旦, 等. 头穴透刺法治疗失眠症的随机对照研究[J]. Journal of Integrative Medicine, 2010, 8(2): 126-130.
- [8] 张治强. 头穴透刺法治疗失眠的临床观察[J]. 光明中医, 2010, 25(9): 1658-1660.
- [9] 罗平, 张淑忆. 头七针治疗顽固性失眠临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2004, 20(1): 29-30.
- [10] 戴奇斌. 额三针为主治疗失眠92例[J]. 江苏中医药, 2010, 42(12): 59-59.
- [11] 曾伶. 头针为主治疗少寐48例[J]. Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion, 2005, 21(8): 17-17.
- [12] 廖满荷. 头针配合体针治疗失眠40例的疗效观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2012, 02(6): 225-226.
- [13] 郑锋, 马超. 头针加体针治疗顽固性失眠317例[J]. 人民军医, 2010(8): 610-610.
- [14] 龚玉林, 马志毅. 体针配合头针治疗失眠临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2006, 28(6): 49-49.
- [15] 廖钰. 泻阳补阴法治疗失眠症54例临床观察[J]. 中国针灸, 2000, 20(11): 665-666.
- [16] 张静. 体针与头体针联合治疗失眠症疗效比较[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(1): 13-15.
- [17] 冯有亮, 王欢欢, 胡煜, 等. 八卦头针配合火龙灸治疗原发性失眠60例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(8): 100-102.
- [18] 冯嘉, 刘建, 陆萍, 等. 头针兴趣区推拿治疗失眠的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2015(3): 588-590.
- [19] 巴正兵, 陈丽, 吴群, 等. 头穴透刺配合耳穴贴压治疗失眠疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2015(6): 66-66.
- [20] 梁永瑛, 郭艳明, 冯辉, 等. 头针配合梅花针叩刺治疗失眠症的临床研究[J]. 中医药学报, 2015(1): 70-72.
- [21] Scalp Acupuncture Manipulations (WFAS STANDARD-004: 2012): Issued by World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies (WFAS), May 2013

中医药治疗功能性消化不良的临床研究概况

新加坡·闫立群

【摘要】功能性消化不良 (functional dyspepsia, FD) 是一组常见的症候群,是指具有上腹痛、腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐,烧心,反胃等上腹不适症,经检查排除器质性病变的一组临床综合征。功能性消化不良属于中医的“痞满”、“胃脘痛”,嗝气、嘈杂、郁证、反酸等病证范围。在临床诊病中,此证很常见。近年来运用中医药治疗 FD 的研究逐年增多,本文总结了中医药治疗该病的临床进展情况,以期能够为功能性消化不良的有效治疗提供参考依据,下面就其临床研究概况做一下综述。

【关键词】功能性消化不良 中医药治疗

1 病因病机

中医认为本病多由情志内伤、饮食伤胃、劳倦伤脾、脾胃气机受阻、升降失调所致。以肝郁气滞、脾运失职、胃失通降为其基本病机。病位在胃,而又涉及肝脾两脏。现代医学认为本病是:胃运动功能失调;主要是胃窦功能异常,胃排空减慢;幽门螺杆菌(HP)感染及有此引起的慢性胃炎有关;部分病人存在个性异常、焦虑、抑郁、生理性感觉过敏等症状。陈氏^[1]认为情志不遂,或邪犯脾胃,或饮食劳倦等导致脾胃气机失常是FD发病的中心环节。许氏^[2]在现代消化病学中认为FD病因迄今不明确,可能与下列因素有关:(1)胃酸分泌及胃十二指肠对酸敏感性的改变;(2)胃运动和排空功能异常,包括胃肠动力学改变、胃肠壁本身肠神经系统(ENS)异常、中枢神经系统(CNS)异常、胃肠激素的分泌异常、精神、心理和应

激因素的影响;(3)腹腔感觉敏感性改变;(4)其他幽门螺杆菌(HP)感染。中医认为脾主运化而升清,脾气升,胃气降,共同完成对食物的消化吸收。脾胃气机失常从整体上包括了现代医学的胃酸分泌异常及胃运动和排空功能异常。

2 临床治疗

2.1 辨证分型论治

辨证论治是中医的精华,中医对于FD辨证治疗积累了丰富的经验。目前依据《功能性消化不良中医诊疗规范(草案)》,一般将FD分为5型:肝郁气滞证、肝郁脾虚证、脾虚痰湿证、饮食积滞证、寒热错杂证。但是各医家依据自己的临床经验亦有不同的分型和治疗。雷利民等^[3]将本病分2型,参照罗马II标准,将动力障碍型FD归属于肝郁脾虚证,溃疡型消化不良归属于脾胃虚寒证,治疗总有

效率分别达到83.6%和80%。华震雷等^[4]将本病辨证分为脾胃气滞证、肝胃不和证、湿热蕴结证,辨证治疗FD患者45例结果治疗组45例中,显效32例,好转10例,无效3例,总有效率93.3%。赵鲁卿等^[5]将本病分为脾虚气滞、脾胃湿热、脾胃虚弱(寒)、寒热错杂4证型,分别以自拟脾虚气滞方、自拟脾胃虚寒方、自拟脾胃湿热方、自拟寒热错杂方加减治疗。龚路等^[6]亦将本病辨证为湿浊内蕴、肝郁气滞、饮食积滞、脾胃虚弱4证型,分别予平胃散、柴胡疏肝散、保和丸、香砂六君子汤加减,疗效显著,组间比较优于西药对照组。王建荣^[7]将本病辨证分为肝胃不和、肝郁脾虚、湿热内蕴、脾胃虚弱、寒热错杂、饮食停滞6证型,分别予柴平汤、逍遥散、苓连温胆汤、香砂六君子汤、半夏泻心汤、保和丸加减,治疗110例,总有效率88%。车秉刚^[8]将FD分为虚实两大类,实证5型:实热内蕴证,治宜:清热破结;寒热内结证,治宜辛开苦降、散寒清热、升清降浊;饮食积滞证,治宜消导和胃;肝郁气滞证,治宜疏肝解郁、理气消滞;痰湿内阻证,治宜祛湿化痰、理气宽中。虚证2型:脾胃虚寒证,治宜补气健脾、升清降浊;脾胃阴虚证,治宜养阴益胃为主。共治疗120例,治愈18例,显效52例,有效40例,无效10例,总有效率91.6%。

2.2 专方专药

郑亮等^[9]用加味抑肝散(柴胡6g,炒白芍5g,生甘草8g,炒枳壳10g,炒白术10g,茯苓15g,川芎10g,当归10g,钩藤15g,佛手5g,合欢皮10g,酸枣仁10g)治疗FD40例,对照组口服西药吗丁啉,结果治疗组总有效率82.5%,对照组为52.5%,两组比较差异有统计学意义。龚莉等^[10]用疏肝健脾散(柴胡10g,白芍10g,枳壳15g,党参10g,法半夏10g,厚朴10g,生姜2片、鸡内金10g,炙甘草3g)治疗FD60例,对照组口服吗丁啉,结果总有效率治疗组(86.7%)明显高于对照组

(71.7%);在提高胃排空率方面,治疗组疗效明显优于对照组。刘海振^[11]用自拟除湿开胃汤(草豆蔻、半夏、广木香、茯苓、陈皮、厚朴、炒莱菔子、谷芽、麦芽、连翘等)治疗脾虚痰湿证FD30例,对照组予西药吗丁啉,结果治疗组总有效率93.3%,对照组为76.7%,两组比较有统计学意义。杨振斌等^[12]采用健脾理气为主的中药方剂(炙黄芪30g,莱菔15g,党参、白术、茯苓、枳壳、姜半夏、陈皮、白芍、生甘草、木香各10g)治疗脾虚气滞证FD30例,对照组予吗丁啉,结果治疗组总有效率93.3%,对照组为86.7%。慕洁^[13]用温脾健胃颗粒(党参、炒白术、砂仁、炮姜、木香、茯苓、炙甘草、制半夏、枳壳、桂枝、白芍、白及、延胡索、蒲公英、煅瓦楞、黄芪)治疗脾胃虚弱证FD30例,对照组用多潘立酮治疗。结果治疗组总有效率96.67%,高于对照组之70.0%。丁泳^[14]用疏肝和胃汤(柴胡10g,延胡索12g,香附12g,厚朴15g,枳壳15g,白芍12g,白术12g,茯苓12g,砂仁6g,半夏12g,炙甘草6g,大枣5枚,党参15g)治疗FD50例,对照组予西沙必利片,结果治疗组总有效率86%,对照组为60%,两组比较差异有统计学意义。

2.3 中西医结合治疗

廖艳林等^[15]用半夏泻心汤联合西药(西沙必利)治疗FD患者与单纯西药组(西沙必利)比较,治疗组总有效率94.2%,对照组为77.5%,两组比较差异有统计学意义。林琼等^[16]用参苓白术散配合西药多潘立酮治疗FD患者与单纯西药组(多潘立酮)比较,治疗组总有效率90.00%,对照组为74.00%,两组疗效有明显差异。孔令彪等^[17]将86例FD患者分为中药组(香砂六君子汤)、西药组(多潘立酮)、中西医结合组(香砂六君子汤、多潘立酮)3组,结果中西医结合组临床总有效率为96.77%,中药组为93.10%,均明显优于西药组(84.61)。

3 其他治疗

李振根等^[18]采用指针治疗FD患者40例,取中脘、内关、足三里为主穴,上脘、下脘、关元、幽门、承满为配穴,用拇指指腹按压穴位,其余4指自然张开贴在腹壁上。结果治疗后患者胃电频率、血浆胃动素、B超胃排空与治疗前比较,均有明显改善。张党升等^[19]运用腹部推拿治疗FD34例,对照组38例选用吗丁啉、雷尼替丁口服。结果两组治疗后主要症状计分及积分都得到明显改善,两组总有效率及疗效指数比较,差异无统计学意义。农志新^[20]用针药结合治疗FD患者80例,治疗组用枳实消痞汤加减结合针刺(足三里、阳陵泉、太冲)治疗,对照组口服西沙必利,结果治疗组与对照组临床治愈率分别为46.5%与18.9%,两组比较有明显差异。

4 结语

近年来,中医药对功能性消化不良的治疗则取得了明显成果,中医治疗本病,从整体出发,辨证论治,缓解症状明显,对于改善病人的生活质量方面有肯定的疗效。无论是分型治疗与专方专药,还是非药物疗法,在临床上均取得了较好的疗效。中西医结合治疗FD的研究也取得了一定的进展,研究表明疗效优于单纯中药或西药。在临床上,此病症往往不是单独出现,常常是几种证型混合出现。因此需要根据具体情况,遵循个体化原则,灵活变通。另外,除采用适当药物治疗之外,还要嘱咐患者消除多疑善虑的情绪,纠正不良饮食习惯,少食刺激性食物、生冷食物、酸性食物。少食多餐,忌烟戒酒。通过中医药、中西医结合治疗和综合调整,以期待达到治愈疾病的目的。

参考文献:

- [1] 陈多,王长洪,吴春福.消化道动力药物研究进展.中国中西医结合脾胃杂志,1996;4(2):120
- [2] 许国铭,李石.现代消化病学.人民军医出版社,1999;8(1):682.
- [3] 雷利民,田玉玲,曾云.中医药辨证治疗功能性消化不良的生存质量研究[J].中医药学刊,2005,23(8):1432-1434.
- [4] 华震雷,蔡杭琴.辨证治疗功能性消化不良45例疗效观察[J].山东中医杂志,2010,29(9):670-671.
- [5] 赵鲁卿,张声生.中医治疗功能性消化不良经验与思路[J].北京中医药,2011,30(1):32-34.
- [6] 龚路,柳文.辨证论治功能性消化不良68例[J].上海中医药杂志,2003,37(7):14-15.
- [7] 奚道杰.辨证论治功能性消化不良52例临床观察[J].国医论坛,2007,22(5):22-23.
- [8] 王建荣.中医辨证论治功能性消化不良[J].甘肃中医,2010,23(5):45-46.
- [9] 车秉刚.辨证分型治疗功能性消化不良120例临床观察[J].甘肃中医,2007,20(1):22-23.
- [10] 郑亮,王媛媛.加味抑肝散治疗功能性消化不良40例临床观察[J].江苏中医药,2010,48(12):28-29.
- [11] 龚莉,周娟妮,周文博等.疏肝健脾散满方治疗肝郁脾虚型功能性不良疗效观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(6):29-30.
- [12] 刘海振.除湿开胃汤治疗功能性消化不良临床观察[J].山西中医,2010,26(5):16-17.
- [13] 杨振斌,方晓华,殷鸿等.健脾理气法治疗脾虚气滞型功能性消化不良30例[J].陕西中医,2010,31(9):1136-1137.
- [14] 慕洁.温脾健胃颗粒治疗功能性消化不良30例观察[J].实用中医药杂志,2009,25(2):75.
- [15] 丁泳.疏肝和胃汤治疗功能性消化不良50例临床观察[J].中国中医药科技,2008,15(5):356.
- [16] 廖艳林,常城.中西医结合治疗功能性消化不良52例[J].江西中医药,2010,41(7):35-36.
- [17] 林琼,陈朝元,林瑜等.中西医结合治疗功能性消化不良50例[J].长春中医药大学学报,2010,26(2):227-228.
- [18] 孔令彪,陈阳,李颖等.中西医结合治疗功能性消化不良动力障碍型临床研究[J].北京中医,2007,26(11):713-714.
- [19] 李振根,吕慎从.指针治疗脾胃气虚型功能性消化不良疗效观察[J].上海针灸杂志,2010,29(3):165-167.
- [20] 张党升,薛卫国,李建辉.腹部推拿治疗功能性消化不良的临床观察[J].北京中医药,2010,29(8):619-620.
- [21] 农志新.枳实消痞汤加减结合针刺治疗功能性消化不良43例[J].长春中医药大学学报,2010,26(3):385-386.



研究中医药治疗喉源性咳嗽方剂的组方配伍规律

新加坡·卓扶蓉

【摘要】本研究通过对24年治疗喉源性咳嗽的临床文献资料做回顾性的分析，对中医药治疗喉源性咳嗽方剂的配伍规律进行初步探讨，以期阐明此类方剂的主要配伍方法及其用药特点，为临床遣药提供有益借鉴。

【关键词】喉源性咳嗽；文献研究；频次统计；配伍规律

“喉源性咳嗽”是一种特殊类型的咳嗽，由中医耳鼻喉科专家干祖望教授首次提出^[1]，本病是临床上呼吸内科与耳鼻喉科的一种常见和多发疾病，虽属平常多发，但治疗却实不易。其临床特点以干咳无痰或少痰，呈阵发性喉头奇痒作咳，不痒不咳为主症；常伴咽干或咽部异物感而出现频繁清嗓动作。目前西医治疗本病仍以抗生素为主，疗效并不理想，且极易导致患者产生耐药性。大量的报道表明，采用中医药治疗此病收效显著，且毒副作用小，已经越来越受到医学界的重视。本研究旨在总结治疗本病的组方配伍方法及其用药特点，为临床组方用药提供借鉴。

1、资料与方法

1.1 资料

1.1.1 资料来源及收录标准

检索1991 - 2015年中国学术期刊全文数据库(CNKI)，检索词为“喉源性咳嗽”。收集整理有关本病的临床报道，共计506篇。

1.1.2 纳入标准

治疗措施为中医中药，有明确的诊断、处方药物及疗效。

1.1.3 剔除标准

排除西医、针灸、推拿、耳穴等方法治疗、综述类文献、无完整的药物组成及用量、一稿多投、发表的文献没有期刊名称及出版日期者。

1.2 方法

1.2.1 文献数据规范化

① 药物名称规范

由于同一种中药有不同的名称,造成各个文献中同一种中药名称各不相同,在此统一为一种药物名称,如沙参包括南沙参、北沙参;贝母包括浙贝母、川贝母;甘草包括炙甘草、生甘草;瓜蒌包括全瓜蒌、瓜蒌皮、瓜蒌仁。对于同一种药物用不同的炮制方法,也统一为一个药物名称,如半夏包括姜半夏、清半夏、法半夏。

② 药物名称及药物分类规范

参考普通高等教育“十一五”国家级规划教材《中药学》^[2]。

1.2.2 统计方法

对合格文献治疗喉源性咳嗽方剂的收集与整理,采用Microsoft Excel建立资料数据库,统计药物使用频次、药物类别,按频次的高低进行排序。

2、研究结果

根据上述研究方法,共筛选出符合标准的305篇文献,涉及23760病例,共用185种药物。本研究不统计文献中的个案及随证的加减用药。

表1 喉源性咳嗽药物运用情况 (总病例数23760)

药物	频次	占总病例数%	药物	频次	占总病例数%	药物	频次	占总病例数%
甘草	20326	8555	诃子	2789	1174	大枣	639	269
桔梗	18747	7890	生地黄	2519	1060	莱菔子	635	267
蝉蜕	12729	5357	地龙	2144	902	厚朴	592	249
苦杏仁	11121	4681	枇杷叶	2134	898	地骨皮	578	243
僵蚕	10288	4330	五味子	1761	741	石膏	551	232
玄参	8777	3694	芦根	1642	691	丹参	539	227
百部	7204	3032	胖大海	1513	637	熟地黄	533	224
薄荷	7169	3017	白芍	1479	622	桃仁	475	200
紫菀	6983	2939	乌梅	1436	604	钩藤	465	196
牛蒡子	6978	2937	紫苏子	1413	595	桂枝	431	181
麦冬	6702	2821	菊花	1290	543	柴胡	427	180
荆芥	6646	2797	茯苓	1231	518	青果	405	170
贝母	6437	2709	百合	1155	486	岗梅根	403	170
射干	6000	2525	板蓝根	1116	470	梨皮	400	168
金银花	5010	2109	瓜蒌	1098	462	枳实	392	165
连翘	4944	2081	枳壳	1060	446	天花粉	375	158
黄芩	4741	1995	鱼腥草	1019	429	黄连	365	154
桑白皮	4564	1921	牡丹皮	928	391	山茱萸	361	152
防风	4314	1816	橘红	906	381	天冬	328	138
陈皮	3973	1672	当归	887	373	仙鹤草	316	133
麻黄	3952	1663	细辛	825	347	矮地茶	309	130

药物	频次	占总病例数%	药物	频次	占总病例数%	药物	频次	占总病例数%
半夏	3729	1569	紫苏叶	803	338	旋覆花	308	130
沙参	3693	1554	栀子	778	327	玉竹	307	129
桑叶	3601	1516	赤芍	759	319	天竺黄	293	123
款冬花	3535	1488	生姜	732	308	山药	289	122
白前	3449	1452	黄芪	717	302	黄精	276	116
木蝴蝶	3378	1422	知母	698	294	蒲公英	257	108
山豆根	3312	1394	青黛	665	208	大黄	248	104
前胡	3207	1350	威灵仙	664	279	石菖蒲	246	104
马勃	3084	1298	海蛤壳	651	274	罗汉果	239	101

2.1 常用单味药

为了解喉源性咳嗽方剂组方用药规律,本文选取占总病例数百分比 $\geq 1\%$ 的药物,统计其使用频次及占总病例数百分比(每味药物使用频次/总病例数 $\times 100\%$),结果见表1。

2.1.1 甘草使用情况

从表1可见,甘草的使用频次最高,为20326次,其占总病例数85.55%。为了解甘草在不同炮制方法的使用情况,将305篇文献中提及生甘草及炙甘草的病例分别进行统计,见表2。

表2 甘草使用情况 (20326例)

药物	频次	占总病例数的百分比%	占使用甘草总例数的百分比%
甘草	20326	8555	
生甘草	19608	8253	9647
炙甘草	718	302	353

2.2 药物分类

从表2显示,甘草使用频次最高,根据十一五版《中药学》教材将其归为补虚类,但文献中多使用生甘草,在诸多方剂中将其作为调和诸药的使药,并取其清热等其他作用,因此计算药物分类未将甘草列入补虚类中。

将185味药物进行分类,统计各类药物的药类。

3、药物应用分析

喉源性咳嗽用药广泛,主要涉及9类中药,反映了遣药组方的多样性。使用最多的药物为化痰止咳平喘药、解表药和清热药,其次为平肝息风药、补虚药。另外还有收涩药、理气药、利水渗湿药和活血化瘀药。下面就喉源性咳嗽的组方配伍规律加以初步探讨。

3.1 以甘草、桔梗为组成核心

从表1可知,甘草及桔梗的使用频次最高,其频次及占总病例数的百分比分别为20326, 85.55%、18747, 78.90%。从表2显示,23760病例中主要使用生甘草,计19608次,占总病例数82.53%,其占使用甘草总例数96.47%。此说明治疗喉源性咳嗽以甘草、桔梗作为方剂的组成核心。

生甘草 味甘、平,性微寒,入肺、心、脾、胃经。具有清热解毒,清火利咽,缓急止痛又能调和诸药的功效。其味甘平而润,有润肺止咳之功。桔梗 味苦、辛,性平,入肺经。其功效为宣肺、祛痰、利咽,排脓。《雷公炮制性赋解》^[9]载:“其用有四:止咽痛,兼除鼻塞;利膈气,仍治肺病;一为诸药之舟楫;一为肺部之引药。”

本病以“喉源”命名,咳嗽的根源和病变部位发生在咽喉,故桔梗与甘草伍用,即是

综述

表3 喉源性咳嗽常用药物分类 (总病例数23760)

药物类别 频次	所涉及 病例数	占总 病例数 %	次及药物 类别频次	常用药物 (频次、频率%)
化痰止咳平喘 77897	22784	9589	止咳平喘 37654	苦杏仁(11121, 29.53) 桑白皮(4564, 12.12) 紫苏子(1413, 3.75)
			清化热痰 32425	桔梗(18747, 57.82) 胖大海(1513, 4.67)
			温化寒痰 7818	半夏(3729, 47.70)
解表 50331	20579	8661	发散热风 32580	蝉蜕(12729, 39.07) 桑叶(3601, 11.05)
			发散热寒 17751	荆芥(6646, 37.44)
清热 54364	19245	8100	清热解毒 30367	射干(6000, 19.76) 木蝴蝶(3378, 11.12) 板蓝根(1116, 3.68)
			清热凉血 12983	玄参(8777, 67.60)
			清热燥湿 5536	黄芩(4741, 85.64)
			清热泻火 4800	芦根(1642, 34.21)
			清虚热 678	地骨皮(578, 85.25)
平肝息风 13565	12113	5098	息风止痉 13119	僵蚕(10288, 78.42)
			平抑肝阳 446	刺蒺藜(226, 50.67)
补虚 18537	10953	4610	补阴 12709	麦冬(6702, 52.73) 天冬(328, 2.58)
			补气 2783	黄芪(717, 25.76) 太子参(223, 8.01)
			补血 2987	白芍(1479, 49.51)
收涩 6505	5949	2504	敛肺涩肠 6144	诃子(2789, 45.39)
			固精缩尿 361	山茱萸(361, 100.00)
理气 6896	5851	2463		陈皮(3973, 57.61)
利水渗湿 2415	2124	894	利水消肿 1345	茯苓(1231, 91.52)
活血化痰 2084	2026	853	活血调经 1233	丹参(539, 43.71)
			活血止痛 799	白腊(220, 27.53)
祛风湿 905	905	381	祛风寒湿 905	威灵仙(664, 73.37)
化湿 783	783	303		厚朴(592, 75.61)
消食 756	756	318		莱菔子(635, 83.99)

药物类别 频次	所涉及 病例数	占总 病例数 %	次及药物 类别频次	常用药物 (频次、频率%)
止血 571	525	221	收敛止血 316 化瘀止血 141	仙鹤草(316、100.00) 茜草(95、67.38)
泻下 248	248	104		大黄(248、100.00)
开窍 246	246	104		石菖朴(246、100.00)
温里 275	232	098		干姜(232、84.36)
安神 181	181	076	养心安神 131	远志(82、62.60)
攻毒杀虫 止痒 92	92	039		露峰房(92、100.00)

《伤寒论》著名之桔梗汤。二者能利咽祛痰，宣肺止咳，且桔梗入肺经，作为引经报使药上行直达病所。

3.2 以止咳、祛风药为基本要素

3.2.1 配伍止咳平喘药，常用苦杏仁、百部、紫菀等

由表3所示、本研究的185种药物中，使用率最高的是化痰止咳平喘药，达77897次，占总病例数95.89%，位居第一。在化痰止咳平喘药中，止咳平喘药又为重中之重，使用最多的药物为苦杏仁、百部、紫菀等。

喉源性咳嗽以咳为主，或干咳无痰或少痰，故组方配伍重视理肺止咳，常用止咳平喘药以宣降肺气，平定咳嗽。临床最常用的苦杏仁、百部、紫菀均为温润之品，性质皆较平和。苦杏仁味苦，性微温，有小毒，入肺、大肠经。其苦温润降，上能降肺气以止咳喘，下能润燥以通便。《医学启源》^[4]言：“除肺中燥，治风燥在于胸膈。其用有三：润肺气、消(宿)食、升滞气。”百部味甘、苦，性微温，入肺经。其功效为润肺止咳，杀虫灭虱。凡外感内伤、久嗽、暴咳，均可用之。《本草备要》^[5]谓：“能润肺，治肺热咳嗽。”紫菀味苦、辛、甘，性微温，入肺经。本品甘润苦泄，其性温而不热，质润而不燥，长于润肺下气，开肺郁，化痰浊而止咳。紫菀其性润

能通，味辛则能行，苦可泻火，故用于肺气不宜，二便之滞塞有效。

在化痰止咳平喘药中，位列第二的是清化热痰药，其中桔梗使用率最高，其在本病的方剂中主要取其利咽之功。除桔梗外，寒凉质润而具有清热润肺作用的贝母、胖大海及兼有疏散风热作用的前胡亦较为常用。至于温化寒痰药的使用远远少于前两类药，仅半夏及白前较为常用。

3.2.2 配伍解表药和息风止痉药，常用蝉蜕、薄荷、牛蒡子、僵蚕等

喉源性咳嗽的主要发病部位在喉，其病脏在肺。喉为肺之门户，位居肺之上，最易受外邪所侵犯而易发咳嗽。风者，春之主气，终岁常在。风性轻扬上浮，在《素问·太阴阳明篇》^[6]曰：“伤于风者，上先受之。”风又为百病之长，常挟时邪为患，循经入络，结聚咽喉，表现为喉痒即咳，时发时止，符合风邪“风性善行数变”、“其性轻扬”、“风盛则挛急”及“风邪为患可致瘙痒”的特点。可见，风邪在喉源性咳嗽的发病中占重要地位，治疗以宣通肺气、疏散外邪为要。遵《内经》^[7]谓：“风淫于内，治以辛凉，佐以苦，以甘缓之，以辛散之”之旨，采用风药取其风性轻扬、质地轻薄，气味辛香，主升主浮，同时具备升、散、行、透、窜、动等特点，以疏散风邪，使肺窍通利，肺气宣降功能正常

而咳自止。

解表药及平肝息风药中的息风止痉药均有祛除风邪之功。从表3可见,解表药达50331次,占总病例数86.61%,位列第二。在解表药中主选发散风热药,使用较高的药物是蝉蜕、薄荷、牛蒡子等。平肝息风药位列第四,达13565次,占总病例数50.98%。平肝息风药中常选用息风止痉药,主选入肺经具有疏散外风、止痒之功的僵蚕。喉属上焦,既是肺之门户,居于肺之上源。对咽喉、肺病疾患,遵“治上焦如羽,非轻不举”之旨,故临床极少选用平抑肝阳药尤其质地沉降重浊之介类或矿石类药物如牡蛎。

蝉蜕味甘,性寒,入肺、肝经。杨以阶老中医^[8]认为:“蝉蜕性味甘寒能润肺,既不伤津液,又不助湿生痰,其质轻扬,热郁于上,又堪当其任,协同养阴润肺,利咽化痰诸药以启音开痹。蝉蜕擅长祛风止痉,内风外风兼散并止。”僵蚕味咸、辛,性平,入肝、肺、胃经。其功能为息风止痉,祛风止痛,化痰散结。本品辛散,入肝、肺二经,具有祛外风、散风热、止痛、止痒之功。顾氏^[9]提出:“因蚕生性食桑叶、蜕皮而具“轻、宣、散风热,蜕透邪毒”之功,常配伍蝉蜕相须为用治疗风热、疫毒侵袭肺卫等病症有效。”薄荷味辛,性凉,入肺、肝经。《药品化义》^[10]谓:“薄荷,味辛能散,性凉能清,通利六阳之会首,祛除诸热之风邪。取其性悦而轻清,善行头面,用于治失音,疗口齿,清咽喉。”牛蒡子味辛、苦,性寒,入肺、胃经。疏散风热,宣肺祛痰,利咽透疹,解毒消肿为其功效。《本草备要》^[11]载:“润肺解热,散结除风,利咽喉,理痰嗽。”

临床上除选用发散风热药,也选用辛味微温,温而不燥,长于发表散风的发散风寒药如荆芥、防风。荆芥质轻透散,发汗之力较防风为强,反之,防风质松而润,祛风之力较强,为“风药之润剂”、“治风之通用药”。两药配伍,相使为用,辛散之力并走于上,尤宜散

寒解表、祛风止痒。

3.3 以清热、补虚为主要配伍药物

3.3.1 清热解毒利咽,常用玄参、射干、金银花、连翘等

从表3显示,清热药共计54364,占总病例数81.00%,位列第三位。清热解毒药位居清热药之首,其次是清热凉血药。喉为肺之门户,也是风、热、燥等诸邪侵袭肺卫必经之路。外邪从口、鼻而入侵咽喉,即出现咽痒作咳,咽痛,咽喉部充血,滤泡增生。依“热者寒之”,选用清热药以清其邪热,使咽喉得以清利,病源得解,咳嗽症状亦会随之缓解而消失。

在清热药的选择方面,功擅入肺经具清热解毒利咽者最为常用,其中使用率颇高的药物是玄参、射干、金银花、连翘等。玄参味甘、苦、咸,性微寒,入肺、胃、肾经。其兼具清热养阴、生津润燥之功而为临床所喜用。张元素谓之:“玄参,乃枢机之剂,管领诸气上下,肃清而不浊,风药中多用。”^[12]射干味苦,性寒,入肺经。具有清肺泻火,利咽消肿之功,尤善清肺火,降气消痰,以平喘止咳。”金银花味甘,性寒,入肺、心、胃经。其功效为清热解毒,疏散风热。本品甘寒,芳香疏散,善散肺经热邪,透热达表,常与薄荷、连翘、牛蒡子等同用,主治外感风热或温病初起之症。连翘味苦,性微寒,入肺、心、小肠经。《药品化义》言:“连翘气味轻清。体浮性凉,浮可去实,凉可胜热,总治三焦诸经之火”^[13]。金银花与连翘,均具有清热解毒作用,既能透热达表,又能清里热而解毒。

3.3.2 补虚偏重养阴生津,常用麦冬、沙参等

由表3可见,补虚药使用达18537次,占总病例数46.10%,位居第五位。补虚药中常选用养阴药,几乎均入肺经,药性寒凉,滋而不膩之品如麦冬、沙参等。

燥热灼津,则液不养咽,津不濡喉或久咳

不已，耗气伤阴，阴不制阳，虚火上炎于咽喉，导致咽喉干燥。一则干生燥，燥生火，火生痒；二则干生燥，燥生风，风生痒的病变，而致本病的发生。按“阴津耗伤”，当用滋养阴液药，以复其受损之阴。在治疗燥热伤阴或阴虚内热证，常配伍清热药，以利阴液的固护或阴虚内热得以消除。

麦冬 味甘、微苦，性寒，入胃、肺、心经。本品味甘柔润，性偏苦寒，长于滋养胃阴，生津止渴，兼清胃热；其又善养肺阴，清肺热；尚可养心阴，清心热，并略具除烦安神作用。《临证指南医案》^[14]言：“咽需液养、喉赖津濡。配伍玄参与麦冬，肺肾兼养，金水相生，正是通过滋养津液以达祛风、利咽喉之效”。沙参 有南沙参、北沙参两种。北沙参 味甘、微苦，性微寒，入肺、胃经。具有养阴清肺，益胃生津之效。《本草从新》言：“专补肺阴，清肺火，治久咳肺痿，金受火刑者宜之。”^[15]南沙参 味甘，性微寒，入肺、胃经。本品甘润而微寒，能补肺阴、润肺燥及清肺热，并有一定的祛痰作用，略能补脾肺之气，可气阴双补，又能养胃阴，生津止渴，并清胃热。施今墨老中医认为：“南沙参养阴生津，润肺止咳力弱；北沙参养阴生津，润肺止咳力强。二药伍用，互相促进，养阴生津、清热止渴、润肺止咳的力量增强。”^[16]

在补虚药中，除主选补阴药外，补气药和补血药亦有所配伍，而补阳药则几乎未见使用。喉源性咳嗽的临床表现为咽喉干痒，咳嗽无痰或少痰，甚则咯痰难出，应用温热之补阳药如黄芪、大枣易助火伤津，可导致咽喉干燥加剧，使病情难愈，故此类药临床上应用甚少。补血药中白芍性微寒，但其味苦易化燥伤阴，同时其酸味易敛邪，易使邪气留连难出，因此临床医师也较少选用此药。

3.4 随证配伍收涩、理气、利水渗湿、活血化瘀药

喉源性咳嗽的病因病机复杂，临床表现多

种多样，使用的中药种类亦较多，除上述主要配伍外，还常随证配伍敛肺药、理气药、利水渗湿药、活血化瘀药等。

3.4.1 收敛肺气以止咳，选用诃子等

久咳不愈，必耗伤肺脏之气阴，随证配伍敛肺止咳药如诃子其能收敛耗散之气阴，使肺气得敛而咳可止。诃子味酸涩而苦，其既能收且降，能敛肺下气止咳，又能清肺利咽开音，为治失音之要药。

3.4.2 理气、渗湿以化痰，选用陈皮、茯苓等

痰是人体的一种病理产物，亦是一种致病物质。《丹溪心法》曰：“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣^[17]。”临证配伍理气药如陈皮，其能燥湿化痰，又能温化寒痰，且辛行苦泄而能宣肺止咳，为治痰之要药。

湿为痰之渐，痰为湿之盛。痰气蕴结于肺，肺气壅滞，治疗除了选用化痰药外，尚须配伍利湿药如茯苓。其利湿既能杜绝痰从湿生，又有利于使痰从下而去，同时利于肺气的通调水道。

3.4.3 活血化瘀以调血，选用丹参等

叶天士认为，咳嗽“初病在经，久病在络”。唐容川在《血证论》中言：“盖人身气道，不可有塞滞，内有瘀血，则阻碍气道，不得升降，是以壅而为咳。”^[18]喉源性咳嗽经久不已，或失治误治，无不由气及血，由经入络。气滞不解可致血脉瘀滞、寒凉药频投致脉络凝涩、痰浊壅盛而痹阻经脉、阴虚血少而气血艰涩难行等，皆可导致咽痒痛，或有痹阻之异物感，或呛咳少痰，咽部黏膜呈慢性充血状态。因此，临证酌情配伍活血化瘀药如丹参，其能改善咽喉部的血液循环，消除咽部充血水肿情况，使增生的滤泡缩小，局部炎症消除。

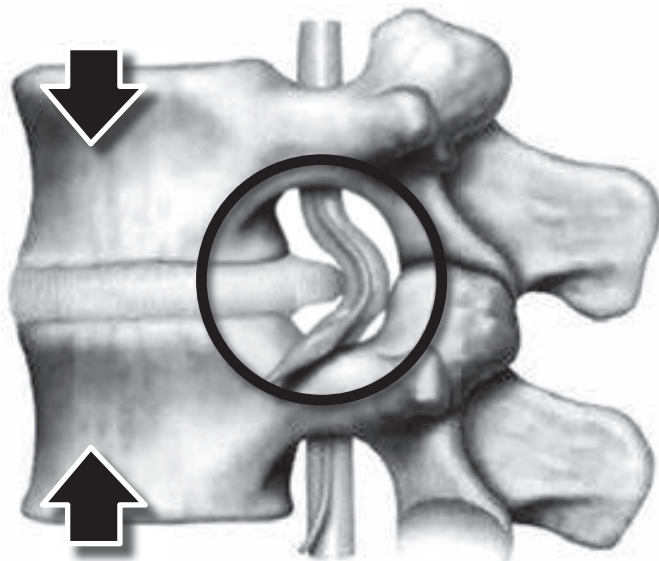
4、研究结论

中医药治疗喉源性咳嗽的组方用药具有一

个鲜明的特点,即用药注重顺应肺的喜恶。咽喉与肺位居上焦,又肺为娇脏,属清虚之体,喜宣通而恶壅塞,又喜润恶燥的特性。肺主气,味宜辛。《素问·脏气法时论》谓:“肺苦气上逆,急食苦以泄之”、“肺欲收,急食酸以收之,用酸补之,辛泻之。^[19]”提示肺病用药之宜忌。因此,治疗邪犯上焦肺病,选方用药应以轻清宣透为原则,忌用味厚滋腻或质地沉降重浊之品。“辛”味之品能宣发、宣散、宣透在肺之邪,如桔梗、牛蒡子、薄荷、荆芥、防风、麻黄等。“苦”味之品能降上逆之肺气,如苦杏仁、百部、紫菀、射干、贝母、连翘、枇杷叶等。除运用上述植物类药物,还选用质地轻扬入肺经的虫类祛风药物,如蝉蜕、僵蚕,二者相配能搜风消除痒感,共奏利咽止痒之效。这些轻清宣透入肺经药,皆顺应肺之性,体现:“轻可去实”、“非轻不举”的治疗原则。喉源性咳嗽久治不愈,出现阴虚津伤,治宜甘、寒、质润养阴,滋而不腻之品,如麦冬、沙参、百合等使阴气复而咳自愈。

参考文献

- [1] 千祖望. 王氏耳鼻喉科学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1999: 24
- [2] 高学敏主编. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007. 51-503
- [3] 李杲辑, 王子接重订. 雷公炮制药性赋解[M]. 商务印书馆出版, 1961. 22
- [4] 金·张元素, 任应秋点校. 医学启源[M]. 人民卫生出版社, 1978. 192
- [5] 清·汪昂. 谢观, 董丰培评校. 本草备要[M]. 重庆大学出版社, 1996. 67
- [6] 黄帝内经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963.180
- [7] 黄帝内经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963.510
- [8] 程久多. 杨以阶儿科应用蝉蜕的经验[J]. 新中医, 1996, 28(2): 4
- [9] 顾继昌. 僵蚕治疗风疹、带状疱疹有效[J]. 中医杂志, 2007, 48(1): 61
- [10] 明·贾所学撰, 李延昱订. 药品化义[M]. 中医古籍出版社, 2012. 130
- [11] 清·汪昂著. 谢观, 董丰培评校. 本草备要[M]. 重庆大学出版社, 1996. 131
- [12] 张树生. 百要效用奇观[M]. 中医古籍出版社, 1987.100
- [13] 明·贾所学撰, 李延昱订. 药品化义[M]. 中医古籍出版社, 2012. 114
- [14] 朱佳, 陈昌华, 洪建军. 滋阴祛风法对阴虚风燥型喉源性咳嗽气道阻力的影响评价及止咳疗效的研究[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(12): 2527-2528
- [15] 清·吴仪洛撰. 本草从新[M]. 上海科学技术出版社, 1958.6
- [16] 吕景山著. 施金墨对药[M]. 人民军医出版社, 1996.21
- [17] 朱丹溪. 医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006.115
- [18] 清·唐容川著. 血证论[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1966.102
- [19] 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963.142, 145



腰椎间盘突出后重吸收的研究现状

新加坡·刘立

腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)是骨科临床的常见病、多发病。因腰椎间盘突出,中心的髓核组织从外周的纤维环破裂口向外突出后,压迫刺激硬膜囊、神经根等,出现了腰部疼痛,下肢麻木疼痛等神经功能障碍为主要表现的一系列临床症状。1932年美国青年医生Barr发现了腰椎间盘突出症,并于1934年和Mixer共同在新英格兰医学杂志上发表了《累及椎管的椎间盘破裂》的论文,第一次阐述了腰椎间盘突出实质。随着对本病深入的研究,人们越来越认识到,手术治疗并非是本病最佳治疗的唯一方法。相对于手术而言,多数患者更倾向于选择非手术治疗该病。

随着影像学的发展,腰椎间盘突出后在影像学上可发生缩小甚至消失的报道不断增多。腰椎间盘突出后未经化学融核、手术治疗等外

科干预的情况下发生的突出髓核自发变小或者消失的现象被称为腰椎间盘突出后的重吸收。Guinto^[1]1984年最早发现,报道了1例腰椎间盘突出患者,在经18周的保守治疗后,首次观察到椎间盘突出组织的重吸收现象,突出的椎间盘组织可以缩小或者消失,并称之为“自发性消退”。自从Guinto发现突出腰椎间盘的重吸收现象后,相关的病例报道越来越多。Gezici等^[2]对1例拒绝手术的巨大型LDH患者进行保守治疗15个月,突出的椎间盘完全吸收。Tarukado等^[3]对破裂型LDH患者采用非手术保守治疗,发现腰椎突出物出现重吸收情况。姜宏等^[4]在1998年《中华骨科杂志》发表了《腰椎间盘突出后的自然吸收及其临床意义》一文,引起了中国国内学者对椎间盘突出组织发生重吸收的重视。近年来随着影像学(MRI/CT)的发展进步,关于腰椎间盘突出

出症(LDH)重吸收现象的病例报道越来越多,其机制及临床特点的研究也越来越引起大家的重视。虽然部分腰椎间盘突出症患者的突出组织确实存在缩小或消失的改变,但毕竟是“少见现象”。但对此进行深入探讨研究,可为今后临床非手术治疗椎间盘突出症提供更具针对性的科学依据。

腰椎间盘突出物发生重吸收的临床特点

重吸收与时间的关系

2014年Macki等^[5]用MRI观察发现53例破裂型腰椎间盘突出重吸收患者经保守治疗后在 (9.27 ± 13.32) 个月突出物变小或消失。2004年Autio等^[6]用MRI观察发现保守治疗的160例患者中的42.5%患者在首次发病2个月后突出物出现不同程度的减小。Martinez等^[7]根据MRI和临床症状发现,858名腰椎间盘突出症患者保守治疗后中,1年内有37例发生了不同程度重吸收现象,其中17例完全消退,20例部分消退。研究显示LDH的2-12个月是重吸收发生的关键期,是椎间盘突出组织发生重吸收的活跃期。突出组织重吸收的程度与临床症状及其体征的改善有一定关联性^[8]。

重吸收的发生与腰椎间盘突出类型的关系

多数学者认为LDH能否重吸收的关键因素之一为后纵韧带是否破裂。Benoist^[9]人为完全暴露于硬膜外的游离型和破裂型椎间盘突出组织较膨隆型和突起型吸收明显。Takada等^[10]观察发现,9个月后游离型突出患者全部发生重吸收,12个月后破裂型也出现重吸收,而突出型无发现重吸收情况。中国的姜宏等^[11]也认为LDH后重吸收的情况多见于破裂型患者,其中突出的髓核大小,游离的远近与重吸收关系密切。突出的髓核越大或游离越远,越易发生吸收或缩小。

腰椎间盘突出后重吸收的机制

自身免疫反应

人体的椎间盘髓核被纤维环包裹,是人体最大的无血管组织。隔绝于血液循环之外,具有自身抗原性。Murai等^[12]指出LDH后破出韧带的髓核与硬膜外腔血管环境接触引发自身免疫反应,同时认为人体的NK细胞和巨噬细胞参与了早期的自身免疫反应。姜宏等^[13]通过实验研究证实突出的髓核组织引发自身免疫反应,吸引活性T细胞和B细胞,说明自身免疫反应在LDH重吸收过程中可能发挥重要的作用。

血管化作用

人体的椎间盘无血管组织,所以无法直接血供,其营养来源于软骨终板和纤维环的渗透作用来获取营养。Koike等^[14]研究认为,椎间盘突出组织血管化程度越高,自发吸收越明显。新生血管的有无与突出物吸收缩小的程度和预后有很大关系。Kobayashi^[15]等在手术切除的破裂型LDH患者的椎间盘中发现新生微血管组织,并有大量巨噬细胞浸润,突出组织可被巨噬细胞吞噬而逐渐缩小或吸收。俞海明等^[16]研究发现椎间盘突出组织通过表达VEGF诱导新生血管由椎间盘边缘长入,诱发巨噬细胞浸润,激活MMPs,促进突出椎间盘的重吸收。Koike等^[14]研究认为,椎间盘突出组织血管化程度越高,自发吸收越明显。因此LDH后发生重吸收的一个重要指标即是血管化。Rätsep等^[17]也发现破裂型与新生血管化关系比未破裂型更密切,并认为新生血管化LDH后重吸收的重要因素。

炎症反应

破裂型的LDH与未破裂型相比较,更容易激活人体自身免疫反应,诱发单核巨噬细胞等炎性细胞浸润,突出的程度越重,炎性细胞浸润也相对越高。而突出组织的重吸收与单

核巨噬细胞的吞噬作用有关。Yoshida等^[18]发现TNF- α 在椎间盘髓核突出的第一天就可由椎间盘细胞产生,三天后大量以巨细胞为主的炎症细胞增殖,产生强大的吞噬活性并释放大量的白介素,引起椎间盘突出组织逐步吸收。椎间盘突出后产生的化学性炎症反应及炎症细胞的吞噬作用,导致突出椎间盘组织的重吸收。

基质金属蛋白酶

正常的椎间盘内存在调节基质代谢为主的基质金属蛋白酶(MMPs)和金属蛋白酶组织抑制剂(TIMPs)酶系统。基质金属蛋白酶家族(MMPs)是细胞外基质(ECM)重要的降解酶类。MMPs可对细胞外基质的水分、蛋白多糖及胶原等多种成分进行降解。杨圣等^[19]在实验研究中发现不同类型的突出组织MMP-3分泌不同,游离型较突出型分泌增多,提示MMP-3可促进椎间盘突出组织发生重吸收。

血肿消退与组织脱水

椎间盘组织自身具有高渗透性,髓核中70%~90%部分为水组成。突破后纵韧带后接触硬膜外组织吸水膨胀,使突出的椎间盘组织体积增大,其后一段时间组织脱水,影像学观察到突出组织出现体积缩小,即出现重吸收。Kenneth等^[20]观察发现,破裂型椎间盘突出早期,由于突出的椎间盘组织撕裂了外周的纤维环和硬膜外静脉丛,形成血肿,随后血肿可因吸收而体积变小。但李晶等^[21]将风干后基本脱水的椎间盘组织植入大鼠肌肉组织中,3个月后发现椎间盘突出组织的缩小,植入物质量有明显减轻,说明组织脱水与血肿吸收不能完全解释突出物完全吸收的原因。认为脱水 and 血肿机制对突出组织重吸收的影响仍需进一步研究。

临床已表明自身免疫作用,炎细胞吞噬作用,新生血管化作用和基质代谢作用等在重吸收的机制中发挥重要作用。

腰椎间盘突出症属于中医学的“骨痹”、“腰痛”范畴,认为腰椎间盘突出症主要是经络损伤、气滞血瘀、筋骨错缝、气血阻于腰部,气血凝滞,脉络不通不通则痛。

中医治疗本病的机理主要是通过手法缓解腰椎关节及周围软组织粘连导致的腰部僵硬,使凸出之椎间盘复位,解除对神经根的机械性刺激。针灸药物等疏通经络、缓解痉挛改善微循环,抑制局部炎症因子和调节免疫等途径来实现的。

随着重吸收现象临床报道不断增多,相关的研究不断的深入,重吸收的机理逐渐明朗,人们逐渐认识到手术并非腰椎间盘突出症最终的更不是唯一的治疗手段,在没有出现严重神经损伤时,重吸收现象的发现为保守治疗LDH提供了更多的可能性。但重吸收的发生并非常见的现象,即使已经证实破裂型突出更易于发生重吸收,但也不是必然的。目前手术治疗仍然是解决患者严重症状的一个重要选择。

参考文献

- [1] Guinto F. CT demonstration of disk regression after conservative therapy. JJA. JRJ. 1984; (2):832-834.
- [2] Gezici AR, Ergün R. Spontaneous regression of a huge subligamentous extruded disc herniation: short report of an illustrative case [J]. Acta Neurochir, 2009, 151(10): 1299-1300
- [3] Tarukado K, Ikuta K, Fukutoku Y, et al. Spontaneous regression of posterior epidural migrated lumbar disc fragments: case series, J. Acta Neurochir. 2015, 15(6): 57-62
- [4] 姜宏, 施杞, 郑清波. 腰椎间盘突出后的自然吸收及其临床意义. [J]. 中华骨科杂志. 1998.18(2): 755-757
- [5] Macki M, Hernandez-Hermann M, Bydon M, et al. Spontaneous regression of sequestered lumbar disc herniations: Literature Review [J]. Clin Neurol Neurosurg 2014; 20(5):136-141
- [6] Autio RA, Karppinen J, Kurunlahti M, et al. Effect of periradicular methylprednisolone on spontaneous resorption of intervertebral disc herniations [J]. Spine, 2004, 29: 1601-1607
- [7] Martinez JV, Aso J, Consolin R, et al. Spontaneous regression from intervertebral disc herniation. Proposal of a series of 37 cases. Neurocirugia, 2010, 21 (2): 108-117
- [8] Komori H, Shinomiya K, Nakai O, et al. The natural history of herniated nucleus pulposus with radiculopathy [J]. Spine 1996; 21(2):225-229
- [9] Benoist M. The natural history of lumbar disc herniation and radiculopathy [J]. Joint Bone Spine, 2002, 69(2):

- 155-160
- [10] Takada E, Takahashi M, Shimada K. Natural history of lumbar disc hernia with radicular leg pain: Spontaneous MRI changes of the herniated mass and correlation with clinical outcome [J]. J Orthop Surg (Hong Kong), 2001, 9(1):1 -7
 - [11] 陶帅, 姜宏, 李晓春, 等. 腰椎间盘突出后重吸收的机制研究进展 [J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(01): 103-105
 - [12] Murai K, Sakai D, Nakamura Y, et al. Primary immune system responders to nucleus pulposus cells: evidence for immune response in disc herniation [J]. Eur Cells Mater 2010; 9:13-21.
 - [13] 姜宏, 刘锦涛, 惠华, 等. 破裂型椎间盘突出动物模型重吸收过程中自身免疫反应的研究 [J]. 颈腰痛杂志. 2009. 30(1): 21-23
 - [14] Koike Y, Uzuki M, Kokubun S, et al. Angiogenesis and inflammatory cell infiltration in lumbar disc herniation [J]. Spine 2003; 28(17):1928-1933
 - [15] Kobayashi S, Meir A, Kokubo Y, et al. Ultrastructural analysis on lumbar disc herniation using surgical specimens: role of neovascularization and macrophages in disc hernias [J]. Spine 2009; 34(7):655-662
 - [16] 俞海明, 李毅中, 林金矿, 等. 环氧化酶2与血管内皮生长因子在突出腰椎间盘中的表达及意义 [J]. 中国脊柱脊髓杂志. 2007. 17(10): 777-780
 - [17] Rätsep T, Minajeva A, Asser T. Relationship between neovascularization and degenerative changes in herniated lumbar intervertebral discs [J]. Spine, 2013, 22(11):2474-2480
 - [18] Yoshida M, Nakamura T, Sei A, et al. Intervertebral disc cells produce tumor necrosis factor alpha, interleukin-1beta, and monocyte chemoattractant protein-1 immediately after herniation: an experimental study using a new hernia model. [J], Spine, 2005, 30(1): 55-61
 - [19] 杨圣, 史可中, 安荣泽, 等. 基质金属蛋白酶-3在突出椎间盘中的表达及其意义 [J]. 中国矫形外科杂志, 2000, 7(11): 1102-1104
 - [20] Kenneth BH, MD Point O. View: regression of cervical disc herniation observed on magnetic resonance images [J]. Spine 1998; 23(9):996-997
 - [21] 李晶, 周江南, 李康华, 雷光华. 突出腰椎间盘组织再吸收现象的机制研究 [J]. 中华骨科杂志, 2002, (06): 343-346



新加坡·谢斋培

简介

中医学是一门自然科学，是通过中华哲学文化而认识自己的医学。在保留传统理念中又要学习突破创新，从而要坚定自己的思想，从理论到实践，从想法到成果，通过肯定自己的医学思路来实现医疗价值。本人认为中药治病，病好即止，不可久服。所谓“是药三分毒”，久服药物会使人产生耐药性，机体免疫力受影响，则正气损伤，人体衰落。特别是现代药物应用中并存的毒副作用太多，如“药源性疾病”等。现今社会化学药品使用泛滥，百病丛生。知识水准提升、网络科技发达、生活品质要求，是故多数群众也意识到非药物治疗之物理疗法的重要性。

中医针灸、推拿、刮痧、拔罐等是一门自然综合疗法。秉持着中医基础理论的指导，通过临床实践而建构出一套井然有序的治疗

手段。临床上，针对各类型的疼痛症候群也有立竿见影的奇效。可谓简便安全速效的最佳疗法。

刮痧疗法是指应用光滑的硬物器具如牛角板、瓷匙、硬币或医者手指及关节在患者皮肤表面特定部位有规律地单向或双向反复刮动、摩擦，使皮肤局部出现红色粟粒状，或红色出血点等“出痧”变化，从而达到活血透痧的作用。

刮、挤、撮、捻刺激皮肤造成皮肤表面瘀血点、瘀血斑或点状出血。通过刺激皮肤传导反射，改善气血流通状态而达到扶正祛邪，排泄体毒，具有解热镇痛、舒筋活络、开窍醒神等的效果。

二、刮痧的起源与概念

旧石器时代，人们患病时往往会本能地用手或石片抚摩、捶击体表某一部位，有时竟使

疾病获得缓解。通过长期的发展与经验积累,逐步形成了砭石治病的方法。砭石是针刺术、刮痧法的萌芽阶段,刮痧疗法可以说是砭石疗法的延续、发展或另一种存在形式。

什么是“痧”?痧是皮肤表面出红点如沙粒,是一种病理产物。因此痧又称“瘴气”。它包含两方面的含义,从广义来讲,一方面是指“痧”疹征象,即痧象;另一方面是指痧疹的形态外貌,即皮肤小现红点如粟,它以指循皮肤,稍有阻碍的疹点。

古人认为痧证是由风、湿、火之气相搏而为痧病。天有八风之邪,地有湿热之气,人有饥饱劳逸。风湿热三气盛,又若劳逸失度,则外邪侵袭肌肤,病气不得通泄透而常发痧。劳动劳累跌扑损伤造成气滞血瘀也是形成痧证原因。临床多见软伤、疼痛证。内脏功能紊乱引起痧病如中暑、肠胃紊乱、急症称绞肠痧、暑痧等。证见昏倒不醒人事,口噤不语发高热或腹痛吐泻等症。在急救中,刮痧之外配合针灸推拿(开锁法)。刮痧疗法具有解表祛邪,调和气血,清热解毒,开窍醒脑,活血化瘀,行气止痛,运脾和胃,化浊去湿等作用。

《五十二病方》是迄今为止中国最古老的医方书籍。书中介绍了砭法的运用,即用砭石直接在皮表刮或用砭石热熨,使皮肤潮红,甚或出现红紫斑块,以治疗疾病。这种砭石治疗方法,可认作刮痧疗法的萌芽。刮痧最初适应证仅为痧证,痧证的记载较早见于宋代王荣《指述方瘴论》称之为“挑草子”。

元代医学家危亦林的《世医得效方》对痧证的描述:“乙腹绞痛、冷汗出,胀闷欲绝,俗谓搅肠沙”。

明代医学家张凤逵的《伤暑全书》中提到毒邪由皮毛而入的话,就可以阻塞人体的脉络,阻塞气血,使气血流通不畅。毒邪由口鼻吸入的时候,就阻塞络脉,使络脉的气血不通。

毒邪越深,郁积的越厉害,痧急象发如燎原之势,可采取急救措施,刮痧放血治疗。

现代医学认为痧是皮肤或皮下毛细血管破裂,是一种自然溶血现象,易出现在经络不畅通,血液循环较差的部位,它不同于外伤淤血、肿胀。反之,刮痧可使经络通畅,淤血肿胀吸收加快,疼痛减轻或消失,所以刮痧可以促进疾病的早日康复。

三、刮痧作用机理

(一) 信息调整

人体之所以能够成为一个有机的整体,是有赖于自控调节系统。(一般称为正气)刮痧是在自控调节系统中重要组成部位,皮部(内有经络之气,穴位内神气与卫气功能)。对外接受信息,对内传达命令,内外相通发生效应。激发人体内部器官之间相互协调,使气血流畅,阴阳达到相对平衡,最后达到扶正祛邪治愈疾病。这就是通过信息调整治疗机理。从现代医学角度,信息调整有赖神经系统、与内分泌功能有密切关系。

刮痧是刺激体表的感应点对通过末梢神经浅筋膜等传导信息,激动脊髓内的感觉神经运动神经,迷走神经以及大脑皮层的抑制兴奋神经,在自我调节系统功能中,使内分泌与干细胞免疫系统增加自我调节功能,去调整有关病理现象恢复正常。病痛自然消失,恢复健康。一般外治法都是根据此理。

(二) 活血祛瘀

刮痧可调节肌肉的收缩和舒张,使组织间压力得到调节。使组织流量增加,起到舒筋活络、放松扩张的效果。当气血流畅,疼痛自然消失。若局部出现瘀血,可直接用放痧法,直接起到祛瘀活血作用。

(三) 调整阴阳

脏腑阴阳偏差出现虚实症状,需要用补泻法。补泻作用的概念应是如何使脏腑功能亢进或衰弱得到抑制与兴奋的,不是以形式上机械

化手法强调补泻。须灵活且科学性来看补泻作用。例如肠胃蠕动亢进证，症见腹痛，此时可在背部有关募穴刮痧。此法可使亢进者受到抑制而止痛，症状也消失；反之，当肠胃蠕动功能减退，出现消化不良，隐隐作痛，同样在背部或腹部刺激，促进其蠕动，使功能兴奋，恢复正常，这样才是调和阴阳实质补泻作用。

(四) 舒筋通络

当软组织损伤时，如腰肌扭伤，自身机体有关组织，因其自我保护机制，呈现警觉状态，自然肌肉紧张或痉挛，出现局部疼痛、活动困难的症候。然而若不及时缓解肌肉紧张痉挛状态，久不放松肌肉之间就形成不同程度粘连、纤维化或疤痕使新陈代谢障碍，加重局部气滞血瘀，形成慢性劳损。所以一般软组织损伤，在治疗上要及时放松，就可以消除疼痛病灶，并且有利于病灶修复。刮痧还能提高局部组织的疼痛阈，使紧张痉挛的肌肉放松，消除疼痛达到舒筋活络的作用。

(五) 排除毒素

刮痧出现瘀血斑时是毛细血管破裂，血流外溢皮肤现象。这种血凝块不久既能溃散，而引起自体溶血作用，并生成一种新的刺激素，能加强局部的新陈代谢，有消炎止痛作用，还可以调节大脑的兴奋与抑制过程和内分泌系统平衡。

四、刮痧临床应用

(一) 刮痧器具：

最常用是特制水牛角制成刮痧板，有清热解毒作用。本人多惯用瓷汤匙，有柄紧握，抓力稳定牢固，方向掌握应用自如。刮痧时，使内劲力容易发出，既缓而有力，刮面尽量拉长，不宜用推削之势，也不可忽轻忽重，发力均匀适中，以患者耐受为度。刮板角度方向保持45度，以自然方便为上，尽量采取单

向刮动，不要双向来回摩擦。

(二) 刮痧介质：

可避免皮肤擦伤，也可以发挥治疗作用。先用75%酒精常规消毒，然后选用适当之润滑剂。一般外感病宜选用薄荷膏，软组织初期可用痛肿灵或筋骨膏，寒性病应用青龙膏。

五、不同痧象的临床意义

出痧，是指刮痧后皮肤表面会出现红、紫、黑斑或黑疱的现象，亦即指“痧痕”。皮肤的这些变化可持续1天至数天。“痧”的颜色的深浅通常是病症轻重的反映。较重的病，“痧”就出得多，颜色也深。如果病情较轻，“痧”出得少些，颜色也较浅。

不同痧象，主要是指痧疹出现的部位不同及痧疹本身的形态不同，对疾病的诊断、治疗、病程、预后判断上有一定的临床指导意义。

痧色鲜红，呈点状，多为表证，病程短，病情轻，预后好；痧色暗红，呈片状或瘀块，多为里证，病程长，病情重，预后差。

为了比较确定经脉瘀滞的程度，将痧象划分为轻、中、重三种类型。

第一种：轻度痧象。痧象颜色鲜红、光泽度好，提示血脉瘀滞的时间短，也提示热证、炎症。有痧点痧斑，部位与皮肤其他部位高度基本持平，为轻度痧象。

第二种：中度痧象。痧斑部位与皮肤持平，或略高于其他部位，为中度痧象。痧象颜色紫红色提示经脉瘀滞时间相对较长的郁证。

第三种：重度痧象。紫黑色或青黑色提示经脉瘀滞时间长，疼痛反应越明显，指机体亚健康状态，或某些疾病的时候越长，程度越重。青黑色的一个或多个包块状或青筋样痧斑部位明显于其他部位，或面积较大的乌青色斑片状痧为重度痧象。

六、刮痧技术类型

刮痧方法的类型：刮痧法、撮痧法、拍痧法和放痧法(挑痧法)等。

(一) 刮痧法

刮痧法是选用相应的刮具，在人体相应体表进行刮动，使皮肤出现“痧痕”的一种操作，要顺序刮治。刮动时，用力均匀，一般采用腕力，同时根据病人的反应随时调整刮动的力量，以达到预期的治疗效果。根据患者年龄、体质差异，又可选用直接刮法或间接刮法：

-直接刮法：即施术者持刮痧器具在涂抹了刮痧介质的皮肤表面直接刮拭的一种方法。此法以受力重、见效快为特点。

-间接刮法：即施术者在刮痧部位铺上薄布或薄纱，持刮痧工具在布上刮动，刮痧器具不直接接触患者皮肤的一种刮痧方法。此法以受力轻、动作柔为特点。适用于年龄小、体质虚弱、不耐直接刮者。

(二) 撮痧法

撮痧法指施术者在患者体表的一定部位，用手指扯、挟、挤、抓，至出现红紫痕为止的一种方法。临床多用于急症如急性头风、休克昏迷等。根据不同的指法和力度又可分为：

-扯法：施术者以拇、食指合力提扯撮痧部位，用力较重，以扯出痧痕为止。

-挟法：俗称“钳痧”。施术者五指屈曲，用食、中两指的第二指节对准撮痧部位，把皮肤与肌肉挟起，然后松开，一挟一放，反复进行，发出“巴巴”响，用力较重，至被挟部位出现痧痕为止。

-挤法：施术者以两手拇、食指同时放在撮痧部位，围出约1~2cm面积的表皮做对抗挤压，至出现痧痕为止，一般用于头额部位。

-抓法：施术者以拇、食、中三指对合用

力，交替、反复、持续均匀地提起撮痧部位或穴位，并在体表游走，至出现痧痕为止。

(三) 拍痧法

拍痧法指施术者在涂有刮痧介质的部位，以双掌有节奏地轮流拍打，至皮下出现红点或皮肤由红变紫色的一种方法。此法多用于肘、腕、膝、踝小腿关节处。

(四) 放痧法(挑痧法)

施术者常规消毒治疗部位或穴位，左手捏起皮肉，右手持针，轻轻地刺入并挑起，然后用双手挤出紫暗色瘀血，反复4至5次，最后消毒棉球擦净。

(技巧为弹刺，亦称挑刺，一点即止，提针迅速，切忌压刺)多用于痛证急症，如人中、十宣、金津玉液、委中、百会、太阳及明显压痛点或结节。放痧法具有清泻瘀毒，通脉开窍功效。

七、刮痧临床治疗

(一) 适应症

刮痧法的适应范围十分广泛，凡针灸、按摩疗法适用之疾病均可用本疗法治疗。临床经验证明，刮痧疗法不仅适用于痧证，凡内科、儿科、妇科、皮肤科、眼科和耳鼻咽喉科等临床多种常见病和部分疑难病证均可治疗。

病有轻重，证有虚实，在刮痧的所有适应证中有可单独使用，疗效较好；有些可以刮痧为主，配合其他疗法治疗；有些病症，刮痧仅起辅助治疗作用。

(二) 禁忌症

A、禁忌疾病

对于以下几种疾病，应列为本法禁忌证：①破伤风；②狂犬病；③精神失常及精神病发作期；④血小板减少症；⑤活动性出血性疾病、血友病、白血病以及有凝血障碍

的患者；⑥恶性肿瘤中晚期；⑦有心肾或肺衰竭者；⑧对刮痧恐惧或过敏者；⑨身体极度消耗，或出现恶病质的患者等，均不宜使用刮痧疗法治疗。

B、禁忌部位

凡传染性皮肤病、疖肿、痈疽、癰疽、溃烂及性传染性皮肤病、不明原因之皮肤疱块等，均不宜直接在病烂部位刮。妊娠妇女的腹部及双侧乳房部也不宜刮拭。

(三) 注意事项

(1) 刮前做好解释工作，消除患者恐惧心理。(2) 注意清洁消毒。刮治前，施术者的双手，患者的刮拭部位均应清洗干净或常规消毒，刮痧用具必须常规消毒，严防感染。(3) 刮前必须检查刮痧用具，不可使用有缺口、欠光滑者，以免损伤患者皮肤。(4) 手法不可忽重忽轻，或强力牵拉，避免损伤皮肉筋脉。(5) 治疗中出现晕刮，症见面色苍白、出冷汗、头晕目眩、心慌、恶心呕吐、四肢发冷或神昏仆倒等，应立刻停止刮痧，让患者平卧，饮以温开水或热茶，稍倾多能好转。晕刮严重者，可刮刺百会、人中、内关、涌泉、足三里等穴，必要时应配合其他急救措施。(6) 刮痧后2小时内不能用冷水洗脸及手足。同时刮痧病人适当休息片刻，可适当饮用温开水或姜汤或清凉茶，以帮助新陈代谢，不能急躁和动怒及忧思忧郁，并禁食生冷、酸辣、油腻或难消化食物。有汗者，应及时擦汗，切忌当风受凉。(7) 刮痧用于保健强身，手法宜轻，用力均匀适中，不超过20次为宜，但刮拭部位不宜出现“痧痕”。

(四) 操作方向与顺序

A、刮拭方向

均直接(或间接)在人体体表、经络线上反复朝一个方向刮拭，至皮肤出现痧痕为止，切不可来回刮。一般要求由上到下，由内到外，

由左到右地刮拭。

-头部由上到下直刮，或从内到外横刮；

-肩胛部由上到下横刮；

-背腰部、胸腹部由上到下，从内到外；

-上下肢由上而下；曲部、胸胁部由内而外斜刮。

B、刮拭顺序

一般为自上而下，先头部、颈肩、背、腰部或腹部，后四肢。每个部位一般先刮阳经，再刮阴经。刮痧虽然有序，但操作时应视具体病情、病性而灵活运用；如为急性胃肠炎、高热、中暑等则不拘泥上述顺序，急则治标，可先选止吐、止泻、退热穴位刮痧。

(五) 常用刮痧、撮痧部位

1. 头部：头为诸阳之会，脑为元神之府，神经系统总部，对五脏六腑疾病以及感觉运动神经疾病都可与头部有关。例如中风后遗症刮运动神经感觉神经。头痛头晕刮百会风池太阳，刮额部天门是额叶所在，有安神镇惊之效。

2.1 颈部(刮痧)：包括颈两侧、肩颈部及第七椎上下左右四处喉骨两旁。临床常用颈项强痛、外感咽痛及肩背痛，刮时要清楚明白有关肌肉的起止点及其作用（胸锁乳突肌、斜方肌、肩胛提肌）。

2.2 颈部(撮痧)：颈部两侧及中间三个痧痕点，及C5至T1旁开1寸，可治颈项酸痛，僵强无力。

3.1 腰背部(刮痧)：背部正中为阳脉之海--督脉，两侧为膀胱经及华佗夹脊。(夹脊穴，是五脏六腑俞穴所注部位，所以要对症刮穴，需明白脊椎相关疾病内容)

-背部穴位大椎可以退热，肺俞可以止嗽，也可美容治暗疮症；

-颈椎病取颈部背穴，胸锁乳突肌、斜方肌、肩胛提肌；

-肩周炎取肩袖部位，是肩关节活动肌肉，是改善肩关节活动要点。肩袖(冈上肌、冈下肌、大圆肌、小圆肌等)

3.2 腰背部(撮痧)：T3至T12椎旁开各一痧痕点。L3椎旁开各一个痧痕点，对腰背部的刺激，对腰背疼痛有止痛效果。痧痕点适用于较松弛的皮肤部位。

4.1 胸部(刮痧)：是任脉阴经所在，刮胸部中央，膻中至中脘；胸肌背宽胸利膈，解闷止痛作用，对外伤有效。

4.2 胸部(撮痧)：华盖穴左右近第三肋间以及腋前纹头上2寸有痧痕点可治胸痛、昏迷不醒、肩周炎等症。

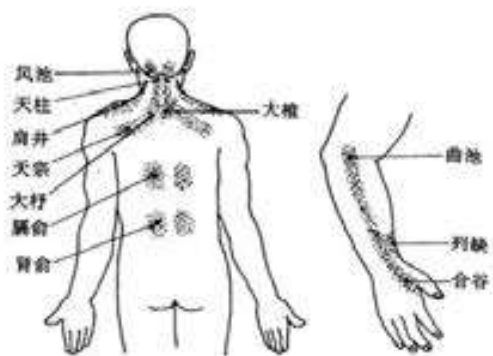
5.1 腹部(刮痧)：主要腹直肌所在，那是消化系统有关器官，刮直线、斜旁线可改善消化吸收功能，增强体质。

5.2 腹部(撮痧)：肚脐旁开1寸及气海左右旁开1寸的痧痕点对治疗肠痧腹痛有效。

6. 四肢：是运动肌肉所在，对肌肉酸痛、外伤、功能衰退，刮有关肌肉有止痛、消炎、增强四肢活动力，在肘窝腘窝踝有关节及止痛清热有效。

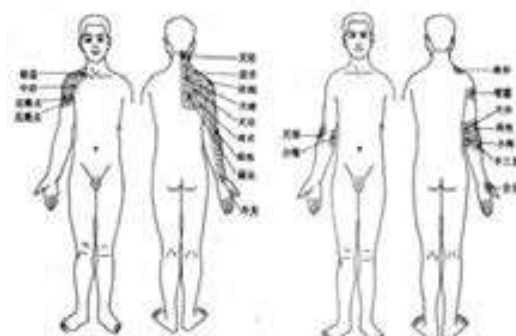
(六) 常用放痧部位

- 颈椎病刮治部位



颈椎病刮治部位

- 肩周炎、肱骨外上髁炎



肩周炎(五十肩)刮治部位

肱骨外上髁炎(网球肘)刮治部位

- 慢性腰痛、腰椎间盘突出、踝关节扭伤



慢性腰痛(腰肌劳损)刮治部位

腰椎间盘突出症刮治部位

踝关节扭伤刮治部位

八、病例分享

病例一

印度同胞，男57岁，初诊。主诉右上眼睑有粟疮，绿豆大小，按之痛硬，西医诊断建议：手术割除。经中医辨证诊断考虑予以耳尖放血治疗。操作步骤：按摩搓揉耳廓使其充血、发红有热感，75%医用酒精常规消毒。一手食指顶住耳尖内底部，固定穴位也预防穿透，持采血针针刺，刺入1-3毫米出血（以不穿透骨膜为度）。接着用一挤一放的手法刺激出血（若出血不畅或可同时用95%酒精擦拭点刺处以便于血液顺利流出），约莫放出7、8滴血，继用碘酒消毒。该患者经此疗程，三次治疗后粟疮消失。

注：耳尖位于耳廓最高点，独居阳位，外来之邪多先犯阳经阳位。故在耳尖穴放血可促进血液循环，改善组织供血供氧，调节脏腑功能，具有抗炎症、抗过敏、抗风湿、退烧、镇静、止痛、降压、清脑、明目的作用。



病例二

印尼华裔，男64岁，初诊。中风半年，可自主活动，然步态不稳，伴左侧口眼歪斜麻痹，眼结膜充血。以本人经验综合判断，实属难愈，唯医者良心，不忍患者为疾病所苦，尽其责任。考虑一般疗法恐难见效，检查口腔腮部发现一粒乌豆大的肿块，按之无痛，此类瘀



肿古人多用放痧法治疗，不妨一试。用三棱针挑破肿块，当即流出大量瘀血，该患者共放血两次，疗效显著，不仅口眼歪斜症状改善，原先面部麻痹情况开始恢复知觉，眼部充血亦渐消退。当时跟诊学生见此为难得病例，经患者同意予以摄像保存，如图。放血本对多种痛症疗效明显，如外伤炎症都可用采用，若能配合拔罐效果更佳。

九、本人刮痧临床经验总结

以下几点乃本人对于刮痧临床应用经验的总结：

刮痧数量与疗程。一般刮痧部位不超过20次，因为过少不够量，过多恐伤皮肤。本次刮痧的时间需间隔三到六天，以皮肤上痧斑完全消失为佳。一般来说，以痧斑完全消失为准，3-5此为一疗程，加强刺激俩可配合拔罐或放痧法。刮痧应可用手掌在刮部位进行按摩使流血？

虚者补之，实者泻之。目的是调节阴阳，增强人体的正气。刮痧是在体表一定部位进行刺激，起到促进机体功能抑制或兴奋，这也就是补泻本质。例如发热全身酸痛是亢进现象，刮痧在大椎肺俞及膀胱经刺激，很快便能退热止痛；又例如慢性腰痛是机能衰弱，刮痧在肾俞关元俞或八髎穴刺激后起兴奋作用，腰痛很快止痛。所以一般补泻手法，凡刺激时间短作用浅，对皮肤肌肉细胞有兴奋作用的手法称为补法。凡刺激时间长，作用较深，对皮肤肌肉

组织有抑制作用的手法称为泻法。

痧晕。刮痧过程中患者若出现头晕目眩心慌出冷汗，面色苍白四肢发冷，恶心呕吐或神昏扑倒之症状处理：让患者平卧，取头低脚高位，若昏迷不醒，灸百会或针人中内关足三里涌泉穴。清醒后应用温水并注意保温。医者在刮痧过程中要精神专注，随时注意病人的神色，询问病人的感受，一旦有不妥情况应及时纠正，或及早采取处理措施防患未然。

速效放痧穴位。中暑可在曲池、委中放血清热；中风危症取十宣穴；对外伤及痛症明显部位都可以放血，有消肿止痛作用。针刺放血攻邪最捷，止痛最快！

刮痧疗法虽起源于民间，但其治疗效果不亚于登堂入室的正统医学。医者只须根据中医基础理论、经络穴位，就地取材，即可治病也。刮痧等其他自然疗法，已达到简、便、廉、效的特点，所谓大道至简，刮痧因而更是值得人们重视及发扬推广的中医特色疗法。

《伤寒论》方在 肿瘤治疗中的应用

新加坡·曾玉珠

《伤寒论》是一部阐述外感病治疗规律的专著，全书10卷，为东汉后期医学家张仲景的伟大著作。《伤寒论》确立了六经辨证体系，为诊治外感疾病提出了辨证纲领和治疗方法，奠定了辨证论治的基础，且对中医方剂学贡献重大，其记载方剂特点是方简力宏，在相辅相成、相反相须、随症加减中，皆君臣佐使分明。临床应用，不只外感病，内科疾病若出现病机病证与六经病相符的情况，根据“有是证用是方”和“异病同治”原则，只要方证相应，也可应用，且效如桴鼓，被后世誉为“众方之祖”，尊为“经方”。

一、《伤寒论》方治疗肿瘤依据

在诸疾病中，肿瘤，尤其是恶性肿瘤，是难治的疑难杂病，临床实践中往往虚实夹杂，寒热错杂。如李可^[1]老中医就认为肿瘤患者多阴盛阳虚。张代钊^[2]老中医指出肿瘤患者在疾病的发展及治疗全过程中，都存在正气亏虚，阴阳失调的问题。历代有不少肿瘤专家用经方治疗肿瘤，取其组方严谨，疗效卓著的特点。专家们在遣方用药时经常依循“有是证用是方”的原则而取得满意疗效。如潘宗奇^[1]等发现晚期肿瘤病机病证表现与三阴病证有很多吻合之处，因而投相应方药而取得不错疗效。杨宏丽^[3]应用小柴胡汤治肿瘤，无论是在

患者的外感病或内伤症，皆根据“但见一证”独特的辨证方法，获得较好的临床效果。周岱翰^[4]教授灵活选用《伤寒论》方治疗肿瘤，疗效显著。

二、《伤寒论》方治疗肿瘤经验介绍

2.1 小柴胡汤

在《伤寒论》中，小柴胡汤主治邪在少阳，症见往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，口苦，咽干，目眩；也主妇人伤寒，热入血室，经水适断，寒热发作有时。

现今，小柴胡汤已不止应用于治疗外感病，它也被扩大应用在内伤杂病的治疗中。如周岱翰^[4]教授主张小柴胡汤适用于恶性肿瘤伴发热、恶心、呕吐等症。杨宏丽^[3]治疗恶性肿瘤患者化疗后的消化道反应，凡是患者对化疗反应有恐惧而出现情志不畅、烦躁不安，加上化疗药物之毒气损伤中焦脾胃之气发生恶心、呕吐、纳差等症状，认为与小柴胡汤证的“心烦喜呕、不欲饮食”相似，便选用此方来治疗。

由于恶性肿瘤患者癌性发热，有“往来寒热，发作有时”，多伴有“口苦、咽干”的特点，证与小柴胡汤证类似，杨宏丽^[3]选用小柴胡汤治疗，取得良效。申洁婷等^[5]通过辨

证论治,对癌性发热患者有往来寒热一症者,应用小柴胡汤治疗,效果满意。他们根据《伤寒论》第101条“伤寒中风,有柴胡证,但见一证便是,不必悉具……”提出癌性发热患者,有往来寒热一症者,可应用小柴胡汤进行退热。国医张步桃^[6]应用小柴胡汤治疗肿瘤,也主张“但见一证便是,不必悉具”。如他用白虎加参汤合小柴胡汤治一女白血病患者反复高热,认为反复地发烧退烧,又发烧又退烧,就是“往来寒热”,故首选小柴胡汤。此外,他也用小柴胡汤治疗很多不明原因或很多年的发热,颇有疗效。张连科^[7]应用小柴胡汤加減治疗晚期癌性发热12例,总有效率83.3%,提示小柴胡汤具有和解退热、补益正气的作用。

恶性肿瘤患者在得知病情后大多出现抑郁,情绪低落,不思饮食,有些甚至抗拒治疗。杨宏丽^[3]认为这与小柴胡汤证“默默不欲饮食”类似,故用小柴胡汤治疗。

对于恶性肿瘤术后胃轻瘫,出现恶心、呕吐,口苦,胸胁及腹部胀满不适。杨宏丽^[3]辨证是中焦郁热,认为与小柴胡汤的“胸胁苦满”类似,须先用小柴胡汤清热后才能用健脾消导的方剂以脾胃同治。

国医张步桃^[6]认为人体两侧属少阳,所以对于耳后或颌下因热邪引起的淋巴结,在小柴胡汤的基础上加牡蛎软坚,天花粉、浙贝母散结,再加连翘抗病毒,使结节软化消掉。

2.2 苓桂剂

苓桂剂是指以茯苓及桂枝为主的方剂,如苓桂术甘汤、苓桂姜甘汤、五苓散等,为治疗水饮的方剂。黄金昶^[8]临证体会各部位肿瘤皆可见苓桂剂证,应用苓桂剂治疗多能使症状消失,瘤体缩小甚或消失。

2.2.1 苓桂术甘汤

苓桂术甘汤主治心脾阳虚,下焦水邪上逆,症见心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧。头眩一症可见于各种肿瘤,只要证属阳

虚水泛者,可用此方治疗。

黄金昶^[8]常应用此方加味治疗各种恶性肿瘤见阳虚水泛者,如胃癌(半夏泻心汤合四君子汤合苓桂术甘汤加鸡内金、壁虎等)、食管癌(小陷胸汤合丹参饮合旋覆代赭汤合苓桂术甘汤合生脉饮加壁虎、黄药子等)、脑瘤(苓桂术甘汤合半夏白术天麻汤加泽泻、苍术、吴茱萸、壁虎等)、鼻咽癌(苓桂术甘汤合麻黄附子细辛汤加露蜂房、海藻、菊花、浙贝母等)、肝癌(苓桂术甘汤加养血温阳理气健脾抗癌之品)、肠癌(苓桂术甘汤合六君子汤加蟾皮、壁虎等)、肾癌(金匱肾气丸合苓桂术甘汤加土茯苓、蜈蚣等)、妇科肿瘤(苓桂术甘汤合桂枝茯苓丸合四物汤加蟾皮、墓头回等)等,取得满意疗效。

龙鑫等^[9]以口服苓桂术甘汤为基础方随证加減,并加用胸腔内灌注鸦胆子油乳剂治疗恶性胸腔积液患者48例,有效率为87.5%。

笔者曾用苓桂术甘汤加养阴清肺汤加三七、郁金、枳实、瓜蒌、鱼腥草、半枝莲、白花蛇舌草治疗一来诊时自述肺部有占位性病变患者,服药后患者咳嗽减轻,痰量减少,睡眠改善,一年余的口甜感亦减。

2.2.2 五苓散

五苓散是由苓桂术甘汤加猪苓组成,此方加猪苓增强利尿之功,使温阳化气、利水渗湿的功效更强。所治病证,医圣张仲景称为水逆证,即渴欲饮水,水入即吐或泄泻。在治疗肿瘤方面,多用于兼见小便不利、腹泻、浮肿或腹水者。如肾癌、膀胱癌、前列腺癌等多见小便不利,辨证属膀胱气化不行者即可应用。消化道肿瘤、肿瘤放疗后胃肠道反应等见呕吐属水饮上逆者;也可用五苓散治疗。

阳国彬等^[10]认为宫颈癌术后尿潴留乃因脾肾受损、气血虚弱、膀胱气化功能失常,故选用五苓散加味治疗,疗效明显。

杨志新^[11]应用五苓散合己椒苈黄丸治疗胃癌腹水23例,对照22例用常规抽放腹水后,

腹腔注入白细胞介素-2及榄香烯注射液。结果证明治疗组在腹水改善总有效率、生存期、生活质量Karnofsky评分、症状积分等方面均优于对照组。

黄丹云^[12]观察30例应用五苓散加FORFIRI化疗方案的结(直)肠癌患者,对照30例单纯应用FORFIRI化疗方案者的消化道副反应症状。得出中药五苓散加减在防治结(直)肠癌FORFIRI方案所致化疗相关性腹泻具有明显的作用;可减少患者腹胀腹痛、食欲减退、恶心呕吐、疲倦乏力的发生;但短时间内不能改善患者的KPS评分。

国医张步桃^[6]用平胃散合茵陈五苓散加肉豆寇、补骨脂、山药、五味子治直肠癌术后大便次数多;用茵陈五苓散合加味逍遥散加天花粉、浙贝母、郁金、香附、神曲治肝肿瘤,获得满意疗效。

笔者用五苓散合平胃散加白花蛇舌草等抗癌中草药治疗一直肠癌术后大便失禁者,药后大便较成形并较可控制,疗效不错。

2.3 猪苓汤

猪苓汤是由猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石组成,具有利水,养阴,清热的功效。主治阴虚水热互结下焦,见有小便不利,发热,口渴欲饮,或心烦不寐,或兼咳嗽、呕恶、下利等症状。在治疗肿瘤方面,常用于肾癌、膀胱癌、前列腺癌属阴虚水热互结证的小便不利。而各种肿瘤出现不寐,属阴虚有热致水气不利影响睡眠者也可应用。

陈曦等^[13]临床观察到多数肝癌患者均属肝肾阴虚、余毒未清型,一部分患者出现癌症相关腹泻,乃水热互结于下焦,形成阴虚水气证,当水气偏渗大肠则腹泻,故应用猪苓汤加减治疗而获得佳效。

国医张步桃^[14]应用猪苓汤合越婢加术汤加味治疗一72岁,见有脚水肿、眼胞肿、视力不清、两腿无力、皮肤过敏痒甚的前列腺癌患者,取得不错疗效。他也应用猪苓汤合桃

核承气汤加车前子、怀牛膝、冬葵子、乌药、延胡、木香等治疗一有前列腺肿大,排尿困难的患者,虽没有治好其前列腺癌,但却使患者能正常排尿。

2.4 其它

临床实践中,被应用于治疗恶性肿瘤的伤寒论方还有很多。如周岱翰教授^[4]应用芍药甘草汤治疗肿瘤引起的各类痛证;用大柴胡汤治疗肝、胆、胰腺肿瘤热象明显者;用四逆散治疗肝癌、胆囊癌等因肝郁气滞引起的胁痛、乳腺癌因肝郁气滞引起的胸胁胀痛等;用桃核承气汤治疗腹部肿瘤所致的粘连性肠梗阻、盆腔肿瘤属瘀热互结者。除以上方剂外,他也随证应用当归四逆汤、半夏泻心汤、调胃承气汤、吴茱萸汤等等。储水鑫^[15]应用理中汤加味调理直肠癌术后患者。叶锡鲁等^[16]随证选用十枣汤合大陷胸丸治疗癌性胸腔积液,常效如桴鼓,使患者转危为安。阳国彬等^[10]用厚朴生姜半夏人参甘草汤治疗胃癌术后倾倒综合症。冯丽丽^[17]等分析近十年的文献,总结了半夏泻心汤不仅可防治胃癌前期病变,还可抑制胃癌细胞增殖,促进其凋亡。王海威^[18]的临床研究也显示加味半夏泻心汤能在一定程度上减轻迟发性化疗相关性呕吐的临床症状。唐静雯等^[19]从临床试验中得出大黄黄连泻心汤加味治疗胃癌癌前病变能提高近、远期疗效,降低患者血清肿瘤标志物水平。于雯娟^[20]推荐对盆腔肿瘤放疗后并放射性直肠炎患者应用加味葛根芩连汤灌肠联合抗生素激素治疗。佟玲等^[21]也从临床试验中证明中药内服加葛根芩连汤和白头翁汤灌肠可明显减少肿瘤患者急性放射性肠炎的发生率,有效地提高患者的生存质量。此外,附子理中汤、小建中汤、附子汤等方也经常被肿瘤专家选用来治疗晚期肿瘤。

三、结论

《伤寒论》方方简力宏,临床应用得当,

常效如桴鼓，因此，得到不少肿瘤专家推崇应用。

文献参考：

- [1] 潘宗奇, 蔡陈浩, 邓宏. 《伤寒论》三阴病篇对肿瘤治疗的启发[J]. 新中医, 2012, 44(8): 198-199.
- [2] 花宝金, 侯炜, 鲍艳举编著. 《名中医经方时方治肿瘤》. 北京: 中国中医药出版社, 2008. 10第一版: 30.
- [3] 杨宏丽. 经方小柴胡汤在恶性肿瘤治疗中的应[J]. 1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House: 224-226.
- [4] 吴蕙婷. 周岱翰教授灵活选用伤寒论方治疗肿瘤经验介绍[J]. 新中医, 2014, 46(12): 21-22.
- [5] 申洁婷, 吴煜, 袁菊花等. 小柴胡汤临床治疗癌性发热点滴体会[J]. 中医杂志, 2011, 52: 47-48.
- [6] 张书陆, 李赛美. 国医张步桃运用经方辨治肿瘤学术经验整理与研究. 广州中医药大学博士学位论文, 2013: 49, 54.
- [7] 张连科. 小柴胡汤加减治疗癌性发热12例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 23(11): 116-117.
- [8] 黄金昶. 肿瘤患者证属苓桂剂者辨治之要[J]. 中国临床医生, 2008, 36(9): 69-70.
- [9] 龙鑫, 王恩. 苓桂术甘汤加减并胸腔内灌注鸦胆子油乳剂治疗恶性胸腔积液48例疗效观察[J]. 中华现代中医学杂志, 2010, 6(4):
- [10] 阳国彬, 刘玉芳. 经方治疗恶性肿瘤术后并发症体会[J]. 中医药通报, 2013, 12(5): 15-16.
- [11] 杨志新. 己椒藜黄丸合五苓散治疗胃癌腹水23例临床观察[J]. 新中医, 2012, 5(4): 86-88.
- [12] 黄丹云. 五苓散加减防治结(直)肠癌FOLFIRI方案化疗相关性腹泻的临床研究. 广州中医药大学硕士学位论文, 2014.
- [13] 陈曦, 高蕾, 赵和. 猪苓汤治疗肝癌癌性腹泻[J]. 中国实用医药, 2012, 32(7): 176-177.
- [14] 张步桃. 《病案推理 张步桃治百病第二辑》. 台北: 知音出版社, 1997. 3第一版: 215-216.
- [15] 储水鑫. 经方治疗消化道肿瘤经验[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(2): 305-307.
- [16] 叶锡鲁, 王琛琛, 齐文升. 经方治疗肿瘤危重症辨析[J]. 北京中医药, 2014, 33(8): 636-637.
- [17] 冯丽丽; 张爱平; 董银平. 半夏泻心汤在胃癌防治中的应用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 20(02): 268-269.
- [18] 王海威. 加味半夏泻心汤治疗迟发性化疗相关性呕吐的临床研究. 北京中医药大学硕士论, 2014.
- [19] 唐静雯, 田同德, 裴俊文等. 大黄黄连泻心汤加味治疗胃癌癌前病变30例[J]. 中医研究, 2014, 10(6): 20-22
- [20] 于雯娟. 加味葛根芩连汤灌肠治疗盆腔肿瘤放疗后并放射性直肠炎的临床研究. 湖北中医药大学硕士论文, 2014.
- [21] 佟玲, 李超, 许昌韶. 中药内服加灌肠防治放射性直肠炎47例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 11(2): 42-44.

脑萎缩 中医治疗

新加坡·陈昆宁

引言

近年来在临床诊治中陆续治疗好几位脑萎缩病人，目前对脑萎缩疾病的治疗还处于摸索阶段，鉴于此病症有增加趋势及年轻化，希望同道们来共同探讨，为脑萎缩者有着生存之希望。

脑萎缩是脑组织细胞减少而引起脑神经功能失调的疾病，临床上属于慢性进展性疾病，患病年龄多以中老年人以上为主，且以男性为多见，由于病情缓慢进展，病程很长，所以常会误了黄金期治疗，有些患者可长达十余年才病情恶化。

脑萎缩这病名属现代医学的病名，现代医学通过科技CT或MRI检查出脑组织细胞减少，脑室扩大而得出此病名。而造成脑萎缩的原因是复杂性的，由于脑萎缩多在中老年人，而且病情的进展很缓慢，容易让人忽略，以为是年纪大衰退关系，一般人就忽略了及早检查与治疗，等到病情恶化严重后才惊觉，此时脑已萎缩到很小，治疗已很困难，甚至不可能痊愈。

现代医学的病因及症状

脑萎缩的病因相当复杂，还未能确定真正导致的原因，经现代医学专家的长期研究



结果，导致脑萎缩的病因与下列因素有关：

“遗传因素，出生时脑缺氧，脑感染，脑血栓，脑硬化，脑肿瘤，颅脑外伤，长期酗酒导致酒精中毒，化学药品中毒，高度营养不良及滥用西药(如激素，安眠药等)等等”。

以上这些因素都是能导致脑萎缩，由于脑萎缩是缓慢发展，病程很长，所以不易被发现，当被发现有以下症状时都难以估计病情已多久了，所出现的症状有：

- 1，精神不佳：早期先出现头晕，睡眠不佳，多梦，情绪不佳，易怒易情绪低落等等。
- 2，记忆力减退：常忘记要做的事，严重的话连回家路都不认得，亲朋好友也不认得。
- 3，行动功能缓慢：行走缓慢，手足会抖动，手足无力，慢慢的手足反应迟钝，严重失去行走能力。

中医学的病因病理

脑萎缩在中医学里列属“痴呆”，“眩晕”，“健忘”，“震颤”，“失眠”，“痿症”，“癡症”，“郁症”“虚劳”等范畴。由于此病形成过程相当复杂，而且病变部位在脑，以中医学的理论，脑又名髓海，头髓；脑是深藏于头部，位于人体最上部，其外为头面，内为脑髓，是精髓和神明高度汇集之处，为元神之府。在《素问·五脏生成》说：“诸髓者，

皆属于脑”。故因脑为元神之府，只有脑髓得到滋养，脑髓充足，才能神气清灵；反之如髓海不足，则神情呆滞，失却清灵。所以在中医学的理论里，认为脑萎缩的主要原因是髓海空虚，气血亏损，痰蒙脑窍，瘀阻脑络所致。以中医学的特点是针对根本，辨证论治，具体分析，抓住主要矛盾，从根本下手，才能找到真正的原因，才能对症下药。因此在中医里的病因病机有：

(1) 髓海空虚：中医学理论指出，肾主骨生髓，脑为髓海，精生髓，而肾藏精，故肾精充盛则脑髓充盈，肾精亏虚则髓海不足而致此。而中老年人，肾阴肾精开始衰退，导致肾精不能上营于脑，故脑髓海失濡养而空虚，元神失养，而神明无所主，致髓海消缩。所以，补肾填精益髓是为治疗脑病的重要方法。

(2) 气血亏虚：脾为后天之本，气血生化之源，先天不足加后天气血生化不足，或过服温燥伤阴之品，伤及肝肾之阴，或脾胃虚弱，气血生化不足，或久病难愈，或失血过度等等，皆能导致清阳不升，脑髓海失充营，脑髓失养，导致脑髓痿弱而致脑萎缩。

(3) 痰湿中阻上蒙脑窍：脾气主升清，脾胃健旺，熏蒸腐熟五谷，化源充足，五脏安和，九窍通利，则清阳出上窍而上达于脑。若由于恣食肥甘美味，或饥饱无度，伤及脾胃致健运失司，致生痰浊，痰浊阻九窍则九窍不通，而清阳之气不能上行达于脑而致脑失所养发为眩晕。

(4) 瘀血阻于脑络：肝主疏泄，调畅气机，又主藏血，气机调畅，则气血和调，所以就脑清神聪。若肝疏泄失常，或情志失调，气机郁滞，久之则血行失畅，则致清窍闭塞，脑络血瘀滞于脑，就如《素问·调经论》曰：“血之与气并走于上而为大厥”。引发本病。

在中医的脏象学说里，把脑的生理与病理统归属于五脏，脑萎缩与五脏功能失调息息相关，而五脏受气，血，痰，郁，瘀等所

影响，五脏受虚损，则导致气血失调，进而导致痰浊，瘀血阻窍，清窍受阻则髓海空虚致出现脑萎缩。

中医症型症状与治疗

中医学认为脑萎缩其病位在虽脑，但与各脏腑功能密切相关，病理机制属本虚标实。中医学理论说，人体是个整体观念，通过准确的辨证才能谈到治疗，在脑萎缩病症上所牵涉的脏腑为脾，肝及肾。脾为生化之源，肝主血主筋，肾主骨生髓，而脑为髓海，气血不足，造成筋失养，髓海空虚，脑则失养，外加一些外在因素干扰因而导致脑萎缩。

脑萎缩在中医学里属“痴呆”，“健忘”，“眩晕”，“痿证”，“震颤”，“失眠”，“痿症”，“癔症”，“郁症”，“虚劳”等范畴。所以在临床治疗上，基本把脑萎缩分成五大型症：

(1) 肾精不足脑髓空虚型：

症状：眩晕，精神倦怠，易健忘，腰酸腿软，遗精，耳鸣。四肢不温，怕热怕冷，睡眠不佳，多梦，胃纳不佳，尿频清长，便质软，舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。

治则：滋补肝肾，填精健脑。

处方：六味地黄汤加减

肾阴虚为主加左归丸。

肾阳虚为主加右归丸。

(2) 气血不足型：

症状：眩晕，倦怠无神，面色苍白，唇甲不华，发色不泽，心悸懒言，四肢无力，气短怕冷，胃纳不佳，便溏，舌质淡，脉沉细弱。

治则：补气养血，益智健脑。

处方：补中益气汤加减

配合加用归脾丸或八珍丸。

(3) 痰浊中阻型：

症状：眩晕，头重如蒙，胸闷不舒，觉喉

有痰梗，脘胀恶心，夜睡不宁，倦怠乏力，胃纳不佳，便溏粘，舌淡红，苔白腻，脉弦滑。

治则：燥湿化痰，健脾和胃。

处方：半夏白术天麻汤加减

加用二陈丸或六君子丸

(4) 瘀血内阻型：

症状：眩晕伴头痛，痛有定处，心神不宁，胸闷烦燥，心悸健忘，四肢无力震颤，疲倦乏力，神识不清，舌质暗，舌边有瘀点，脉弦涩或细涩。

治则：活血祛瘀，安神醒脑。

处方：桃红四物汤加减

可加用川芎茶调丸

针灸治疗

中医学在治疗脑萎缩除用中药外，还可配合针灸治疗，以加强治疗脑萎缩的疗效。针灸治疗在临床上更具安全性及无药物般的副作用，在利用针灸治疗脑萎缩所选定的穴位，还是须根据中医理论的辨证来选穴位，并以准确的手法来达到调整病患者的机体，调和阴阳，疏通经络，醒脑开窍，让脑萎缩患者康复。

在针灸治疗时，通过辨证，依据中医对脑萎缩分型来采取相对的穴位：

(1) 肾精不足脑髓空虚型：

穴位：百会穴，四神聪穴，肾腧穴，关元腧穴，命门穴，阳陵泉穴，太溪穴。

手法：以轻提重按补法为主，可配合艾灸或用TDP神灯照射，留针30分钟。

(2) 气血不足型：

穴位：印堂穴，神庭穴，四神聪穴，中脘穴，血海穴，足三里穴，阴陵泉穴，三阴交穴，胃腧穴，脾腧穴。

手法：以补法手法，配合艾条温灸足三里穴，留针30分钟。

(3) 痰浊中阻型：

穴位：印堂穴，神庭穴，百会穴，曲池穴，血海穴，足三里穴，阴陵泉穴，丰隆穴，胃腧穴，脾腧穴。

手法：以泻法手法，留针30分钟。

(4) 瘀血内阻型：

穴位：百会穴，风池穴，曲池穴，血海穴，足三里穴，三阴交穴，太冲穴。

手法：以泻法手法，留针30分钟。

针灸穴位要求，穴位要准确，手法要正确，以患者的实际临床表现，灵活选取相应穴位，才能达到疗效。

病例一

此病例属于典型的长期酗酒导致酒精中毒而致脑萎缩。

王XX 男 53岁

14/4/2016. 第一诊由患者妻子诉：多年来患者有酗酒的习惯，常醉酒到不知人事，曾一度酗酒过度而失智，后经治疗后愈，但过后仍常酗酒，近来复酗酒过度而失智，经进医院检查脑部，诊断脑部受损，医院列入精神病，提供西药，由于患者服后觉更不舒服，就停止服西药。

今来诊时双手足不自主抖动，神智虽清醒但溃散，左足尤其抖动到无法控制，胃纳还可，睡眠亦可，排尿慢无力，排便还可，舌淡红，苔薄，脉沉细。

BP158/107mmHg. PUL82.

辨证：气阴两虚。

治则：调气和阴，醒脑开窍。

穴位：治疗以针刺，取印堂穴，神庭穴，上星穴，头维穴来安定神智及醒脑开窍。曲池穴，外关穴，合谷穴，血海穴，足三里穴，阳陵穴，阴陵穴及太溪穴来和解手足的抖动及达到强筋壮骨功效。

手法：平补平泻，留针30分钟，间每10

分钟运针1次。

25/4/2016. 第三诊, 经2次针刺治疗后手足抖动明显改善, 尤其左足原抖动到不能控制已能控制且抖动程度减轻, 患者精神恢复也出现笑容。

血压也恢复在正常 - BP128/91mmHg, PUL66.

此次针刺穴位在原基础加四神聪穴, 以加强脑部功能恢复。

10/5/2016. 第6诊, 症状基本恢复80%, 患者神清气爽, 手足已无再抖动, 胃纳正常, 睡眠正常, 二便正常, 舌淡红, 苔薄脉细缓。

BP108/75mmHg, PUL69.

治疗穴位照旧。

患者自认已痊愈, 要求回工作岗位, 嘱患者应继续治疗多几次才停止, 并要求患者今后不能再酗酒。

病例二

肾精不足脑髓空虚型脑萎缩

李XX 男 72岁

5/4/2016. 第1诊, 患者不能行走, 须靠轮椅, 患者女儿代诉: 患者在数年由医院诊断为脑萎缩及多系统功能萎缩, 数年来行动不便, 只能靠轮椅, 有体位性低血压, 但无头晕, 记忆力正常, 骨易裂, 双手足无力, 坐立起困难, 无力站立, 回答反应还可, 精神一般, 吞咽困难, 不能吃固体食物, 以流质食物为主, 睡眠可但多梦, 排尿正常, 排便则困难, 舌淡红, 苔薄, 脉沉细。

BP109/77mmHg, PUL93.

辨证: 肝肾阴虚症。

治则: 滋补肝肾, 填精健脑。

穴位: 治疗以针刺, 取印堂穴, 神庭穴, 四神聪穴, 头维穴来安定神智, 填精健脑达到醒脑开窍。

曲池穴, 外关穴, 合谷穴, 血海穴, 足三里穴, 阳陵穴, 阴陵穴及太溪穴来强筋壮骨补

益肝肾之功效。

手法: 补法, 留针30分钟, 间每10分钟运针1次。

4/5/2016, 第5诊, 经过4次针刺治疗, 今患者精神较清爽, 患者自诉觉症情有轻微改善, 说话反应较敏捷, 舌淡红, 苔薄, 脉沉细。

BP97/66mmHg, PUL92.

治疗穴位及手法仍旧。

目前此位患者仍继续在治疗中。

结语

脑萎缩是因年高体虚, 身体机能衰退, 导致脑细胞功能退化而引起, 其他因素如遗传、出生时脑缺氧、脑感染、脑血栓、脑硬化、脑肿瘤、颅脑外伤、长期酗酒导致酒精中毒等等也可引发脑萎缩。笔者在治疗脑萎缩还是处于起步, 对于治疗脑萎缩存在多方面因素及客观因素, 鉴于个人医历浅短, 希望前辈们及同道们能多指教, 望能为脑萎缩患者做微小贡献。

脱发与“鬼剃头” 的临床医疗个案经验交流

新加坡·吴荣贵

我们都曾经拥有一头美丽乌黑的头发，但是随着年龄的增长，工作职场体力精力的付出，最终出现个体衰老退化的结果，而头发随之出现老化，质和量变化，要不脱发，要不苍老变银白！

当头发出现脱发，又不按正常的生长补充，连续多天出现大量脱发，这样的事实表现：除了反映个人健康体质出现了问题，人体提醒当事人需要寻求西医还是中医师调理和医疗。

脱发和“鬼剃头”发生的历史回顾

当病人因清晨早上，发现毛发大量掉落，或是成片脱落，在过去，脱发数量多和非常明显，又是白天突然发生，人们不明原因，以为是夜间的小鬼做乱，中国民间俗称“鬼剃头”。本病在中医传统的文献都有记载，最早在《内经》有“发脱”、“发坠”等病名，《难经》称之为“毛落”。

历代医家在脱发病因证候及临床治疗方面，又进行了补充和发展。如隋朝巢元方称为“鬼砥头”，曰：“人有风邪在头，有偏虚处，则发秃落，或如钱大，或如指大，发不生，亦不痒。”

明代社会中医首创“油风”之名，认为是“血虚不能随气营养肌肤，故毛发根空，脱落成片，皮肤光亮，痒如虫行。”

我对脱发和“鬼剃头”的医疗观点

笔者认为，对于脱发和“鬼剃头”病的发生，除了是血虚不能营养肌肤以为，还与病人头部的关系最为密切。

根据中医理论认为：头居人体最高的部位，脏腑清阳之气上于头，手足三阳经脉会于头，主一身之阳的督脉也在巅顶，所以成为诸阳之会。因头位高而属阳，在内外因里，以风邪和火气最易引起头部病证，所谓火性炎上，巅顶之上惟风可到。另一方面，又因内脏虚弱，清气不升，或风冷侵袭，阳气郁阻，出现虚和寒的证候。临床必须分辨内外原因，寒热虚实，结合脏腑经络，进行治疗。

再根据传统中医理论认为“发为血之余”，在出现头发脱发严重时辨证论治时，我认为必须从气血入手，认识本病的根本，给予益气补血的方剂药物。

临床病例实践说明

现在根据我在临床医疗好的三个病例加以说明：

(一)产后气血虚出现脱发

病人：吴女士 36岁 律师

病史：产后六个月，发现脱发明显，前来求诊。

刻诊：两周来，早上头发多达数十根，身体疲劳，每天都有用人奶哺育婴儿，头有时痛，怕冷，舌淡苔白腻，脉弱。

病因：气血亏虚，风寒上扰

辨证论治：益气补血，舒风散寒止痛，

处方：八珍汤+ 川芎茶调散加味

药物：当归，黄芪，川芎，地黄，党参，白芷，白术，桂枝，生姜，芍药，甘草，茯苓，何首乌，柴胡，益母草，另加逍遥丸。

疗效：一周后，脱发的情况控制，减少脱发，一个月后，不再脱发。

病例分析：中医认为“发为血之余”，妇女怀孕到生产过程，大量耗损气血，产后脱发的情况是因为气血不足，运用八珍汤补益气血补充生发之源，加上舒风寒止头痛，补益肝肾功能，就能制止脱发。（2015年我家的病例）

(二)中风后遗症气血虚引起脱发一鬼剃头

病人：黄女士 63岁 退休人士

病史：五年前右中风，两周来间断几天早上起身，发现部分头发脱落，出现局部秃头，大约5分/一角钱辅币大小。

刻诊：22/7/2014年初诊---中风5年，两周来突发大量脱发，体质消瘦，面色苍白，怕冷，舌暗苔腻白，脉滑。

病因：风寒上扰，阳虚，气血亏损

辨证论治：舒风散寒，温阳益气补血，

处方：川芎茶调散+八珍汤加味

药物：当归，黄芪，川芎，地黄，党参，白芷，白术，桂枝，生姜，芍药，甘草，茯苓，柴胡，天麻，钩藤，绿茶。另加天麻蜜环片。

疗效：服用一周后，旧发脱，新发生，比较新发多过脱的旧发，鼓励病人饮服老姜榨汁温煮服，以温阳除寒。第二周报告显效，新发生多，减少脱发。第三周/四周，继续改进。第五/六周报告，停止脱发，完全康复！

(22/8/14)

病例分析：病人之前有右中风，头部经络

阻塞，容易受风寒上扰致病，气血阻塞，头发失荣，结果突发“鬼剃头”的病种。形体消瘦，面色苍白，舌苔白腻，是寒湿阻络的现象，因此加入川芎茶调散，加上老姜茶温中散寒祛风湿，阳气通达到头部，使得头部阳气足，气血通畅，不再落发！（2014年众弘医药中心的病例）

(三)月经失调风寒湿阻，气血虚引起长期脱发

病人：杨女士 34岁 文员

病史：脱发已经8年，平日都戴假发，每月的月经都迟3/4天。

刻诊：5/10/15初诊，脱发已经8年，平日月经不准，迟3/4天，经量不多，兼见头痛，嗜冷饮，舌淡苔白腻，脉滑。

病因：风寒阻络，气血虚弱

辨证论治：舒风散寒，温经活络，益气补血

处方：川芎茶调散+桂枝汤+八珍汤加味

药物：当归，黄芪，川芎，地黄，党参，白芷，白术，桂枝，生姜，芍药，甘草，茯苓，柴胡，何首乌，绿茶。另加中成药何首乌滋发片。

疗效：服用一周后，病人反映本周精神好，身体比较不僵硬，还有落发。第二周后精神更好，头发少落了。第三周复诊，病人主动不喝冷饮了。第四周复诊，病人主诉告诉我感觉头发开始停止脱发了！！第八诊时，病人告诉我她不再戴假发了！

病例分析：病人脱发8年，是慢性病，从开始到现在，累积形成了，由于身体得不到适当的医疗，造成身体虚弱，气血不足营养头发，以至不断脱发，在过程里，虽然有多位专科医生不断医疗，却不见效，真正的原因可能就是病人喜欢冷饮，医疗过程没有减少冷饮，引起身体持续阳虚，影响了气血的形成。病人长期月经迟，血量少，就是气血寒湿阻络的表现结果。（2015年兀兰中华医院的病例）

浅谈伤寒论与气机相关的方证及临床应用

新加坡·何宇瑛
中国·沈洪*

【关键词】《伤寒论》；气机；临床治疗

中医治病，目的是恢复脏腑的气化功能，脏腑的气化一定在气机畅通无阻的基础上才能达成，所以，脏腑的正常气化，就要气机的调畅才可以实现，可见，气机的升降出入正常是脏腑正常的生理活动的基础。《素问·六微旨大论》曰“气之升降，天地之更用也”，认为自然界食物发展是通过气机升降运表现出来，是有规律的，循环无止的。天人相应，人的机体生理活动以五脏为中心，在气机和畅基础上，产生各脏腑的气化，同样也是有规律，永无休止。所以气机调畅很重要，“气机和畅则机体健康”，“气机不利则变生百病”^[1]。

脏腑的生理特点不同，气机的运动也各异，脏腑的病理特点不同，治疗也有异。在此，笔者根据《伤寒论》与气机相关的方证，浅谈临床治疗的思路。

1. 桂枝汤证

桂枝汤向称群方之首，因其具有调和营卫，疏通表里气机的作用。太阳主营卫，“营行脉中，卫行脉外”是指人体无病时的正常状态，病理状态下，^[2]“营和卫一

方受邪或不足，则会导致营卫不和谐，节奏不一致。不是营阴不正常，就是卫阳不正常，这两者一方有变化，都称营卫不和”。营卫不和就有气机不畅。有学者总结刘景源教授对桂枝汤临床治疗的心得提出^[3]“和解法”的“和”是调和气机，临床治疗时通过发汗达邪，调营卫则调畅气机，桂枝汤证的治法也属和法，所以桂枝汤证是通过畅通气机达到调和营卫的效果。桂枝汤证病案回忆：

一女小学生前来求诊，诉近几年来无明显诱因反复间作四肢皮肤风团，一个月前去台湾旅游后加重，风团色淡红或白，散在手足四肢、腹部、背部，时发时止，位置不定。现在白天偶发，夜里多发，下雨天必发，纳谷可，二便畅，舌质偏淡红苔薄，脉略浮。曾西医治疗，诊断为：荨麻疹。中医治以祛风散寒，调和营卫。方药以桂枝汤加减：桂枝汤加紫苏、防风、当归等，2-3周后症状消失。

讨论：患者从台湾回来，天气比新加坡冷，寒邪外侵，寒主收引，腠理闭塞，体表阳气被郁，卫气不能达外，营卫气机不畅，内不能疏泄，外不能透达，气血失和，郁久生微热，“微热者痒”可见皮肤发痒。《内经》

曰：“其在皮者，汗而发之”，所以以桂枝、紫苏辛温发汗，通过发汗，寒邪随汗出，表邪走，气机就通畅，白芍、当归敛阴和营，共凑调和营卫之效。此外，桂枝汤条文还提到有鼻鸣、干呕、下利的症状，也是气机失调，升降失司表现。此患者病位在肌表，脉浮，发汗能因势利导，通过汗出达邪，“其在皮者，汗而发之”，目的调畅在表的营卫气机。

2. 小柴胡汤证

小柴胡汤是和解少阳的祖方，见《伤寒论》第96条：“伤寒五六日中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，……小柴胡汤主之”。当邪在少阳，即半表里，邪正相争，经气不畅，枢机不利，滞而不通，胆气上逆，可有口苦，干呕，目眩等症。是邪郁少阳，枢机不利或化热、化火所致。柴胡辛凉入肝胆经，清透少阳半表风邪、疏利气机，黄芩苦寒，清热苦降半里之郁热，两药发表清里。因木郁土乘，胃气上逆表现为干呕，用半夏、生姜和胃降逆止呕，姜、枣、草以扶正气。有表里同解，调畅少阳气机之效。所以服小柴胡汤后“津液得下，胃气则和。小柴胡汤证病例：

患者：女，28岁，文员

一诊：主诉：右上腹隐痛1周伴干呕。现病史：进食芝士蛋糕后右上腹隐痛，时有阵痛，放射至后腰部，暖气，干呕，大便软，纳谷香。月经调。体检：腹软，无反跳痛，墨菲氏征(-)，腰部叩击痛(-)，舌红苔薄白脉弦小数有力。诊断：胁痛(肝经气滞证)，治法：疏肝利胆，理气止痛。方药(颗粒剂)：小柴胡汤加减：小柴胡汤，枳实，香附，木香，鸡内金，蒲公英，金钱草，路路通，赤芍，五灵脂。取药4天。

二诊：右上腹隐痛缓解，刻下剑突下不适，嘈杂，暖气，厌油，大便日2次，软，黏。舌红苔薄脉弦。原方加减拟出：小柴胡

汤，香附，枳实，木香，砂仁，白豆蔻，陈皮，法半夏，赤芍，鸡内金，蒲公英。取药7天。三诊：右上腹隐痛消失，无腰痛，刻下进食后上腹饱胀，无明显暖气，大便时软时硬，纳谷转振。舌红苔薄脉弦。治以疏利肝胆，健脾和胃，上方加减拟出：小柴胡汤，香附，六君子汤，白芍，鸡内金。取药7天。1个月后因腰痛前来复诊，无胁痛，腹痛等症状。

讨论：患者病位在右上腹，少阳胆经所过，因过食肥甘，湿热内生，郁与少阳，少阳经气不利，发为胁痛。肝胆气机不畅，胆热逼迫胆汁上逆发为口苦，胆气上逆引起胃气上逆，可见暖气频频，干呕。为“邪在胆，逆在胃”。在总结周仲瑛教授学术理念时提出少阳病基本病理^[3]：邪入少阳，胆、三焦少火郁化，枢机不利。刘景源教授认为^[4]，足少阳胆经属半表半里，为气机表里出入之枢，手少阳三焦经纵行上下，为气机上下升降之枢。足少阳胆经病变会波及手少阳三焦经的气机郁滞不畅，升降失常，所以也见暖气，干呕。方中以小柴胡汤透少阳之邪，和枢机，香附、枳实、金钱草、路路通能利胆气，利湿以导邪外出，赤芍、五灵脂和络止痛，砂仁、白豆蔻、陈皮、半夏能理脾胃之气，恢复上下气机的升降功能。总之，通过透邪理气使肝胆脾胃的升降出入气机正常，脏腑功能得以恢复，气化则旺。

3. 柴胡桂枝汤证

桂枝汤证和小柴胡汤证同有气机不畅的病理特点，调和营卫、和解少阳能畅通内外表里气机，归属于和解法的范畴^[4]。由此可见，柴胡桂枝汤同样也有畅通三焦，和解表里，调节脾胃升降的作用。现代医家认为^[5]，脾胃为病与营卫出入之有密切关系，同时也提出“调营卫出入可使枢转于外无所阻碍”，出入畅通，升降自复。调少阳枢机出入以利脾升胃降，柴胡桂枝汤为调出入治胃病良方。学者总结名老

中医姜良铎教授治疗脾胃病经验总结认为^[6]：恢复脾升胃降的正常气机运动是治疗脾胃病的关键，以通为补为基本思路，疑难脾胃病的重要方法是梳理三焦法，常以柴胡桂枝汤加减有良好疗效，具体以上焦宜宣透(炒栀子、柴胡)，中焦宜和降(半夏、陈皮)，下焦宜通利(苏子、大腹皮)。曲艳津用此方治疗郁证认为^[7]：郁证临床表现为情绪低落，郁郁寡欢，畏寒，易疲劳、消化不良等症状，发病与阳气亏虚证有关，胆阳不振，少阳为小阳，应春气，不宜伐，以柴胡、桂枝温升肝阳，补木以生火，半夏降胃浊，黄芩清少阳郁热，党参、甘草补脾气，有温胆疏肝，健脾降胃之效，恢复少阳枢机、脾胃升降气机，郁证自除。柴胡桂枝汤病例：

一女患者，49岁，已婚，一诊：主诉：不寐多梦5月余。现病史：5个月来入睡后恶梦连连，经常惊恐而醒，夜里多次醒来，入睡再醒，辗转反侧约4-5小时，醒后头重头胀，上腹胀满，暖气，大便3天1行，便质干，纳谷香，情绪郁闷，面色少华，怕冷，月经调。体检：舌淡红苔薄腻，脉左右弦滑略细。西医诊断为忧郁症(轻度)，服用西药：clonazepam 0.5mg，每天睡前服1次。中医诊断：不寐：胆气不足，气机失调证，方药(颗粒剂)：柴胡桂枝汤加减：桂枝汤、小柴胡汤、陈皮、枳壳、龙骨、牡蛎、丹参。取药7天。二诊：恶梦减少，无夜里惊醒，仍然多梦，胃脘胀不著，畏寒，所服用西药减一半，隔天服用，舌淡红苔薄脉弦细。上方加干姜，取药14天。三诊，夜里醒来2-3次，无明显恶梦惊醒，神疲乏力改善，暖气，进食后腹胀，纳谷可，大便2天1行，质干，西药1周服用2次。随后反复复诊约3月，以柴胡桂枝汤随症加减，病情疾病稳定，情绪郁闷明显缓解，精神状态良好，嘱适当运动，调畅情志，避免不良精神刺激，以维持脏腑气机调达，目前病情稳定。

讨论：郁证病人病位在肝胆，该患者以寐

不安、恶梦、惊恐为主症，并有畏寒怕冷，神疲乏力等，是胆阳不足，阳气能兴奋、活跃，能激发机体活动能力，而郁证病人淡漠、抑制情绪的表现为主，因阳虚而无法表达情志与活动。治疗以温阳、通阳、畅三焦气机为主要治法，用小柴胡汤通利胆腑，畅三焦，桂枝汤在表可通太阳经气，通阳达表，在里可调和营卫，即调和气血，气血旺则阳气盛，胆之阳气得以振奋，干姜温脾阳，以旺盛阳明经气，以防木不疏土导致脾运失司，可见，三阳经气旺盛，三焦气机无阻，郁证自除。

4. 旋覆代赈汤汤证

旋覆代赈汤是《伤寒论》治疗为虚气逆的方，原文：“伤寒发汗，若吐若下，解后，心下痞硬，噎气不除者，旋覆代赈汤主之”。有降逆肝胃气机，化痰下气的功效。原来病机以胃气已伤，胃浊上逆为主，现代有学者认为^[8]。如去除补益的参、草、枣三药，用以一切气逆证如眩晕、呕吐、咯血、郁证、呃逆、咳喘等症，不论寒热虚实，投之有效。也有学者用此方进行现代药理研究，总结反流性食管炎(RE)的课题结果认为^[9]旋覆代赈汤证的病机与现代医学RE发病机理相吻合，中西医学的结合点为脾胃气机升降与胃肠道动力的关联。并具体提出①旋覆代赈汤对食管廓清功能具有调节改善作用，②《经》云：“水谷入口，则胃实而肠虚，食下，则肠实而胃虚”，这种满而不实的状态，与现代医学的消化道正常节律性运动相吻合，即胃主降的体现。胃主降的前提是脾主升。故有③现代医学认为消化道的节律运动是由各个平滑肌协调动作完成的，其舒缩所需的能量，即脾气升清的过程中产生，故消化道节律运动的动力来源于脾。结论认为旋覆代赈汤有效治疗RE的关键是对脾胃气机的调节。临床可见，脾胃气机失调，气滞湿阻痰停，“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，故有咯痰。对于肺胃气机互相影响的观点，有学

总结

者认为^[10]：“肺主肃降，胃主通降，‘降’为肺气、胃气运动形式和方向的共同性，参与维持人体气机升降出入相对平衡的状态。…其肃降为胃之通降之基础，而胃之通降也是肺之肃降的必要条件。”对肺胃气机的调畅也不能忽略。病案举例：

一男患者24岁，主诉：咳嗽咯痰2月余，伴有泛酸。2月来咳嗽咽痒反复发作，经常咯吐白粘痰，每进食后咳嗽阵作，饱餐后泛酸，咳嗽加重，上腹胀满，纳谷香，大便日一次，偏软，喜吃咖喱。体检：咽周暗红，两侧扁桃体不肿大，两肺听诊呼吸音清晰。舌质红苔薄腻，脉弦数。胃内窥镜检查(4.6.2013)示：慢性浅表性胃炎，食管裂孔疝。中医诊断：胃咳·肺胃同病，治法：肺胃同治，肃肺降胃，方药(颗粒剂)：旋覆代赭汤加减：旋覆代赭汤、桔梗、枳壳、浙贝母、法半夏、茯苓、桑白皮、党参、甘草。取药7天，1周后复诊，咳嗽咯痰明显减轻，后来连续复诊3次，泛酸以消失，仍然腹胀，以半夏泻心汤加减，胃部症状稳定，咳嗽偶然发作，无明显咯痰。

讨论：新加坡湿热气候，经常下雨，空气湿度大，湿热邪气应运而生，中医认为“湿性重浊，下先受之。”但地处热带的新加坡，国民喜冷饮，冷饮为寒邪，易伤阳气，导致脾气虚，脾虚之体，内湿自生，内湿应外湿，同气相求，容易发病，患者是“中先受之”，湿邪阻滞中焦气机，气机不畅，当用温药，半夏、茯苓化痰燥湿，健脾化湿降胃浊；脾虚不能散精于肺，肺失肃降则咳嗽咯痰，以桑白皮肃降肺气，桔梗、枳壳升清降浊，旋覆花、代赭石降逆疏理肝气，共奏泻肺健脾，降逆化痰之效。泻肺化痰以恢复肺的宣降功能，健脾燥湿有助胃的通降，肺胃同治。在临床应用根据不同脏腑各有的生理特点选择用药才能有好的疗效。

临床治疗时，应调注重调和少阳枢机，通调三焦气机，升降脾胃枢纽，以使五脏气机平衡，脏腑气化则旺，使正常生理功能得以恢复。

*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

参考文献

- [1] 王大鹏. 中医行气法及其临床应用[M]. 南开大学出版社, 1989.
- [2] 李长乐. 桂枝汤“调和营卫”机理初探[J]. 内蒙古中医药, 2012, (1)82-83.
- [3] 董筠, 沈洪. 试析周仲瑛教授辨治少阳病发热的学术理念[J]. 内蒙古中医药, 2012, 17(6): 72-73.
- [4] 刘宁. 论桂枝汤与小柴胡汤均属和解法[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 24(12): 8-9.K
- [5] 孔祥亮. 柴胡桂枝汤与调出入治胃病[J]. 山东中医药大学学报, 2004, 28(4): 297-299.
- [6] 邱新红, 张数振, 李彦生. 国家级名老中医姜良铎教授治疗脾胃病临床经验总结[J]. 中医临床研究, 2014, 6(27): 10-11.
- [7] 李怀阔, 曲艳津. 曲艳津运用柴胡桂枝汤治疗郁证经验[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(2): 221-222.
- [8] 王晓棣. 旋覆代赭汤治疗内科杂病拾零[J]. 光明中医, 2008, 23(1): 90-91.
- [9] 姜璇, 袁红霞, 丁沛, 等. 从“脾胃气机”角度浅探旋覆代赭汤治疗反流性食管炎作用机理[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(12): 2460-2462.
- [10] 李东. 从肺胃论治胃食管反流病[J]. 中医杂志, 2005, 46(11): 813-814.

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，而急性发病者多为胃肠道患者。

胸痹临床分型如下：

1、寒痹心脉型：

症状：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。

2、气滞血瘀型：

症状：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，苔卜腻，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。

3、痰浊内生型：

症状：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。

4、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。

5、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，心脉失照，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，舌绛苔白。

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。

浅谈中医与日本汉方医学对痔病诊治的异同

新加坡·梁桂贤

俗语说“十男九痔，十女十痔”，虽然不一定有科学根据或统计调查做后盾，这说法却很形象地说明痔疮是一种常见病、多发病。男女患上痔疮的原因有异亦有同。同样的是：生活紧张忙碌，久坐不动、饮食不规律，饮食西化及蔬果摄取少，以及房事过度等。不同的是：女性在怀孕期由于腹压增加而容易引起痔疮，而导致所有妇女都会患上痔疮。

而今日普遍的治疗方法多是采取西医的疗法，如手术、药物注射、结扎、激光、射频、冷冻等。由于上述疗法存在一定的不足，如痛苦大、费用高、易复发，容易造成后遗症。更甚者，现在治疗的一个误区，就是不管病情轻重都一律通过手术治疗。

其实，中医在治疗痔病方面，已经累积了近两千年的经验，包含了药物、食疗、针灸各种手段。针对痔病的内治法主要以汤剂为主，常以清热凉血、祛风、除湿等药物为主，常见

的7味中药材为地榆(炭)、槐花(米)、大黄、黄芩、当归、槐角、枳壳。

痔病不止是大中华圈人民的疾病，日本人也长期受其所困扰。日本医家一直使用的都是汉方；所谓汉方，即汉朝大家张仲景的《伤寒杂病论》里所记载的方剂。然而，在治疗痔病方面，日本便有医家在汉方的基础上开发了新方剂，如原南阳的乙字汤和片仓元周的紫根牡蛎汤。这两张方都没有出现在中医的教科书里。

日本汉方有官方指定的20首方剂以及医家矢数道明的11首经验方剂，而常见的首7味药材为甘草、大黄、当归、黄芩、升麻、芍药、柴胡。只有3味，即大黄、当归与黄芩跟中医是相同的。

因此，通过比较研究中医和汉方的异同，就能找出一些方便、简易的治疗方法，以造福人群。

中医对痔病的认识

痔是一个古老的病名，它最早出现于《山海经》。《山海经·南山经》曰：“南流注于海，其中有虎蛟，其壮鱼身而蛇尾，其音如鸳鸯，食者不肿，可以已痔”。在《山海经·西山经》中也记载有：“西三百五十里曰天帝之山，有鸟焉，其壮如鹑，黑文而赤翁，名曰栢，食之已痔”。这是世界上最早的关于“痔”的文字记载。

中医在治疗痔病方面，已经累积了近两千年的经验，包含了药物、食疗、针灸各种手段。早在雍正四年(1726年)，《古今图书集成》【医部全录】中就记载了500余种治疗痔病的方法。中医药物治疗可分为内治法和外治法：内治法的剂型主要以汤剂为主，常以清热凉血、祛风、除湿等药物为主。外治法，是用中草药捣烂或以散、膏、洗、熨、熏、敷、贴等皮肤疗法，通过药物的发散走窜，借助输穴和经络的作用，使药气直达病所，达到治疗目的。治法主要有熏洗法、坐浴法、敷药法、塞药法等。根据清代医家吴尚先云：“外治之理，即内治之理，外治之药，亦即内治之药，所异者，法耳。”内治法的剂型主要以汤剂为主，常以清热凉血、祛风、除湿等药物为主。无论外治或内治，其目的均为消炎、镇痛、止血及收敛等。

有学者^[1]对中国中医药市场上的常用的中药材使用频度作了统计和分析，以处方组成相同的只统计1次，共统计了口服药处方22种，外用药处方20种，将使用频度较高的药材列入表1。

表1 常用痔病治疗药物中药材的使用频度统计

药材名称	药材在处方中的使用次数和频度			
	内服药处方(22种)		外用药处方(20种)	
地榆(炭)	14	6360%	2	1000%
槐花(米)	11	5000%	1	500%
大黄	9	4090%	6	3000%
黄芩	9	4090%	0	000%
当归	8	3640%	0	000%
槐角	8	3640%	0	000%
枳壳	7	3180%	0	000%
五倍子	2	910%	3	1500%
牛黄或动物胆汁	1	450%	6	3000%
冰片	1	450%	14	7000%

统计分析的结论是：内服药中地榆和槐花的使用频度在50%以上，大黄、黄芩、当归、槐角、枳壳等药材的使用频度在30%以上；外用药中冰片的使用频度最高，达到了70%，而其他药材只有大黄和牛黄或动物胆汁类药材的使用频度达到了30%；在内服药和外用药处方中使用频度均达到30%的药材只有大黄这一味药。因此，大黄在内服药和外用药当中，可能是以不同的机制起作用的。

综观这7味中药材，功能还是以清热泻火，凉血止血为主，说明了现代医师在治疗痔病的辨证分型时，多以实证来看待。

日本汉方医学对痔病的认识

日本在治疗痔病以手术为主要手段，而汉方药也广为一般国民所接受。所谓汉方，即汉朝大家张仲景的《伤寒杂病论》里所记载的方剂。

根据日本医家矢数道明于1965年的著作《临床应用汉方处方解说》^[2]记载，治疗痔病有十一张方之多，如乙字汤(治痔核、痔

出血、脱肛、皮肤病内攻之神经症),甘草汤(又称独胜散、忘忧汤)(治胃痉挛、痔痛、痉挛性咳嗽、诸中毒),黄芪建中汤(治盗汗、痔瘕、骨疽、慢性溃疡),千金内托散(治痈疽、痔瘕、骨疽、多发性肌炎),大黄牡丹皮汤(治阑尾炎、痔核、肛门周围脓疡、赤利),桃花汤(治赤利、结肠炎、直肠溃疡、直肠癌、痔瘕),伯州散(治痈、蜂窝织炎、乳房炎、痔瘕、中耳炎、骨疽),麻杏甘石汤(治支气管炎、喘息、百日咳、痔核、睾丸炎),秦艽羌活汤(治痔瘕、痔核、脱肛),清脏汤(治痔出血)和当归连翘汤(治痔瘕)。

另,根据日本厚生劳动省医药食品局于2011年4月15日所公布的《一般用汉方制剂承认基准》记载,治疗痔病的非处方汉方药共有二十种之多,包括乙字汤,乙字汤去大黄,加味解毒汤,甘草汤(外用),芎归胶艾汤,五虎汤(即麻杏石甘汤加桑白皮),三黄散,三黄泻心汤,紫云膏(外用),紫根牡蛎汤,秦艽羌活汤,秦艽防风汤,千金内托散,大黄甘草汤,大黄牡丹皮汤,调胃承气汤,桃核承气汤,当归建中汤,麻杏甘石汤,麻子仁丸等。

在屏除外用的甘草汤与紫云膏和扣除重复以后,我们得出常用汉方处方24首,中药68种。在利用软件对中药进行频次分析,按照被使用的频次,由多到少的顺序将前20味中药做统计(见表2)。

表2 痔病汉方内服方剂高频药物统计

序号	药物	频次	序号	药物	频次
1	甘草	18	11	防风	4
2	大黄	13	12	黄连	4
3	当归	10	13	地黄	3
4	黄芩	8	14	大枣	3
5	升麻	7	15	山梔	3
6	芍药	7	16	杏仁	3
7	柴胡	6	17	桃仁	3
8	黄芪	5	18	芒硝	3
9	川芎	4	19	阿胶	3
10	桂皮	4	20	麻黄	3

有别于中医针对痔病的内治法常以清热凉血、祛风、除湿等药物为主,日本汉方有官方指定的20首方剂以及医家矢数道明的11首经验方剂,而常见的首7味药材为甘草、大黄、当归、黄芩、升麻、芍药、柴胡。只有3味,即大黄、当归与黄芩跟中医是相同的。中医最常用的是止血药:地榆、槐花、槐角,则没有出现于日本官方所指定方剂里。

再者,日本汉方医家还运用了麻杏甘石汤及其类方五虎汤(即麻杏石甘汤加桑白皮)来治疗痔病。中医一直都在使用麻杏甘石汤及五虎汤来治疗肺系疾病(因它们有辛凉宣泄,清肺平喘之功用),却没有想过要用它来治疗与肺相表里的大肠系疾病。

日本汉方医家原南阳和片仓元周还分别自创出乙字汤(《丛桂亭藏方》),紫根牡蛎汤和伯州散(《霉疔新书》)来治疗痔病。

当代中医使用日本汉方药的经验

从查询文献得知,中医师使用日本汉方药治疗痔病的方剂,主要还是乙字汤及其类方痔疮乙麻汤等。

有研究^[3]以乙字汤治疗痔疮324例取得满意疗效。该文献指出,“乙字汤治疗痔疮具有独特的临床效果。乙字汤对痔疮病中最常见的出血、疼痛、脱出等症状均有明显的效果,能有效地解决目前服药物治疗脾虚气陷型疗效较差的缺陷,经大量的临床病例使用,证实该方是治疗痔疮的较为理想的方剂。”

痔疮乙麻汤为乙字汤合麻杏石甘汤化裁而成,其组成为当归、麻黄、柴胡、黄芩、杏仁、升麻、石膏、大黄、甘草。根据北京医科大学中国协和医科大学联合出版社出版的《新编外科学秘方大全》^[4]记载,用痔疮乙麻汤对106例患者,男77例,女29例;青年33例,壮年65例,老年8例;初期内痔嵌顿15例,二期内痔、静曲混合痔75例,三期内痔、静曲混合痔16例;单发性嵌顿58例,多发性嵌顿48例。

加减变化：实热重用大黄，加生地、天花粉；瘀血加桃仁、红花、赤芍、乳香、没药；水肿、糜烂、分泌物多加苍术、苦参、黄柏、木通；因绞窄缺血缺氧、感染坏死，加银花、连翘、蒲公英、地丁、败酱草，并配合抗菌素；脾虚中气下陷、肛门下坠不适、便溏便频，加服补中益气丸；血虚肠燥或妊娠患者大便秘结，去大黄加当归、地黄、肉苁蓉、蜂蜜。结果：治愈90例占84.9%，显效16例占15.1%。

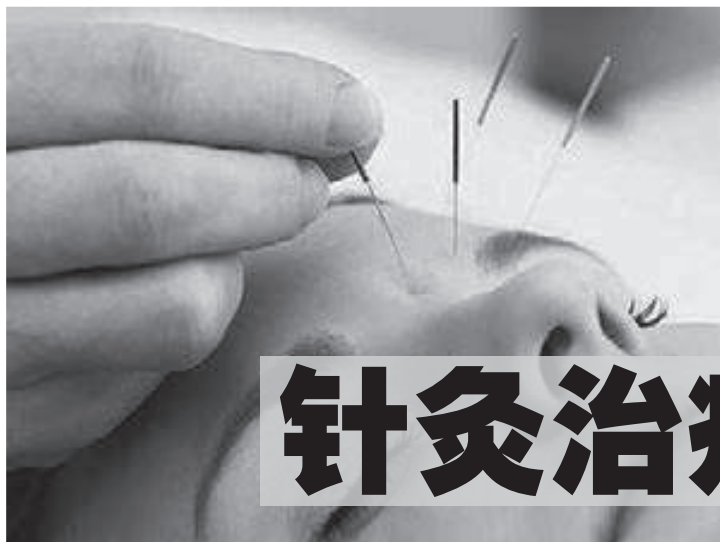
讨论

中医在治疗痔病方面的口服剂固然不少，然而，如上所述，近年使用的方药多包含了以下7种药材，即地榆(炭)、槐花(米)、大黄、黄芩、当归、槐角、枳壳。当中，又以地榆和槐花的使用频度为最高，在50%以上。在使用日本汉方乙字汤时也不例外，叶玲等的文献指出，在使用乙字汤治疗痔疮时，若患者有内痔、混合痔出血，则加地榆、槐花。

这也许跟现代中医的辨证分型、随意加减有关，这导致现代中医在不理解方义之前便见血止血。另一方面，日本汉方医师在用方的指导思想，则是贴近仲景精神：“病皆与方相应者，乃服之”，坚守经方，不随意加减。

参考文献

- [1] 王健：痔病治疗药物. 中国现代应用药学杂志2009 (07) 第26卷第7期
- [2] 矢数道明：《临床应用汉方处方解说》
- [3] 叶玲, 郑鸣霄：乙字汤治疗痔疮324例_叶玲 [J]. 福建中医学院学报2001年8月第11卷第3期
- [4] 柯新桥：新编外科秘方大全 [M]. 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社.1996



新加坡·冯启发

针灸治疗面瘫

面瘫是常见的疾病，又名面神经麻痹。五年来笔者曾治疗过五六十例面瘫患者，绝大多数都能恢复健康。中医称面瘫为“口眼歪斜”。

面瘫基本上分为两型，即原发型和继发型。原发型较常见于非化脓性周围面神经炎，发病也多与病毒感染有关。一般上是受寒和感冒所诱发。继发型面瘫，则多为周围组织、器官的炎症，以及肿瘤、颅脑病变或创伤等所造成。

中医学认为，“邪之所凑，其气必虚”。面瘫发病多因患者体弱或劳累，正气不足，风、寒之邪乘虚而入，痹气停滞经络，气血运行失调所致。但也有因为血瘀阻滞经络而发病。

基本上，面瘫的中医分型如下：

风寒阻滞经络：突然发病，无全身症状，证见患侧脸纹消失，不能皱眉，眼睑闭合不全，鼻唇沟变浅，口角下垂，歪向健侧。不能做吹哨活动。食物滞留颊内，饮水流液，舌淡或淡红，苔薄白，脉浮或细数。

治则：祛风散寒通络。用补法。

主穴：合谷、颊车、足三里、翳风。

补刺合谷、足三里，能旺盛阳明经气血而祛风寒；刺颊车、翳风，能疏通脸部经络。

血瘀阻滞经络：多伴有全身或局部症状，起病较缓慢，例如因脑炎或脑血管意外引起的，只出现脸下部瘫痪，脸上部皱眉和闭目正常，但鼻唇沟变浅，口角下垂歪向健侧。如为其他病患或手术所致，则有既往病史可查。

治则：活血祛瘀通络。用平补平泻法。

主穴：风池、曲池、合谷、足三里、太冲。

平刺曲池以活血；刺风池、太冲能调和肝胆经气血。

两型可酌情选用配穴：眼睑闭合不全配太阳、鱼腰、四白，露睛流泪者加攒竹透睛明，面肌松弛配下关、颧髎、迎香，口角下垂加地仓、承浆，可辨证运用温灸风门、肝俞、脾俞、膈俞、大椎等背后穴位和足三里等穴位，以补益气血。

病例两则

黄XX，女，50余岁。家庭主妇。

数日前，患者右脸突然面瘫。来诊时右眼睑闭合不全，迎风流泪，右口角下垂歪向左侧，喝水流液。伴有怕冷，右头痛，右侧耳后痛。曾经西医检查，诊为枕后神经炎，服西药后未见疗效才来针灸。

辨证为风寒阻滞经络，气血运行不畅，不能营养脸肌，致脸肌松弛，口眼歪斜。寒邪阻滞，亦造成头痛、耳后疼痛。

治宜：祛风散寒，通络止痛。

取穴：取攒竹、太阳、下关、颊车、地仓、翳风。再配合谷、足三里、风池、率谷，以达补气血、祛风散寒止痛的目的。

操作：

笔者吩咐病人每天或隔天来针灸，十次一个疗程。并告诉患者，如果勤劳来针灸，疗效会较明显。一般上，病人来诊时，要做好解释工作，说明这是什么病，能不能治好，要怎样治疗，大约需要几次才能看到疗效，还要交待患者少吹风受寒。面瘫造成口眼歪斜，对病人的工作和社交都有影响，病人多数有心理负担。只有耐心消除患者的心理紧张和焦虑，病人才能坚持治疗。

针刺时，笔者常用透针法和配合电疗仪。透针时，用1.5寸针以15度角平刺，快速进针，可减少病人疼痛。透针的刺激范围大，一针两穴，气至病所，既能加速松弛肌肉的恢复，又不增加病人的痛苦。例如，笔者常以攒竹透睛明，太阳透丝竹空，丝竹空透鱼腰，下关透颧髻，地仓透人中或承浆。一般上对初患者，轻刺激，采用补法，或平补平泻。然后辅以电疗仪轻刺激。

(三) 出针后可挟着干棉球，轻柔穴位周围。亦可吩咐患者，每天二次，梳洗、揩干脸和手后，搓热双手，轻轻的上下按摩脸孔两侧，以促进脸肌的气血运行，增加疗效

(四) 翳风穴是治疗面瘫的常用穴位，如果翳风穴压痛明显，说明病情仍在进展。针刺时笔者一般用1寸针针入8分，朝鼻尖方向进针，轻捻得气便收手，避免刺中迷走神经，造成意外。

上述患者几乎每天来治疗，针刺10次之后，面瘫基本痊愈。吩咐患者停止治疗，休息一周，如果仍有面瘫症状，再回来继续接受治疗。但过后她并没有再回来治疗。

陆XX，男，50余岁。

患者是德士司机，车内整天吹冷气。四个月前他左脸口眼歪斜，西医治疗未愈。再经过多位医师每周3次的轮流针灸治疗三个月，亦未能治愈。患者与例1是亲戚，见例1治疗10次后能完全康复而转给笔者治疗。来诊时左脸面瘫相当严重，左跟闭合不全，左口角下垂甚，喝水流液。左侧耳后痛。寐宁，纳可，二便正常。舌淡红，苔白，脉浮缓。血压130/85 mmHg。

患者是属面瘫第一型，故辨证、治法和操作与上例相同，此不复述。经针刺治疗约十余次后，患者面瘫基本恢复。再经数次继续调理针灸，患者脸部已完全正常。

之前患者曾经针灸三个月，除了治疗时没有接电疗仪外，取穴基本上大同小异，但未有疗效。究其原因，笔者认为，这并不是医师手法不高明，而可能是患者走马灯式的换医师针灸，每个医师的手法不同，疗效没法巩固，才没取效。

针灸治疗原发型面瘫的疗效是显著的。但以早治疗、勤治疗，效果较好。若拖延日久，一年或数年后才来针灸，疗效就没有那么理想了。对于继发型面瘫，针灸疗效较差，要结合其他疗法，去除原发病的病因，治疗才能奏效。

简谈便秘

新加坡·蔡瑞和

便秘是指大便秘结干燥难下，常常数日才能排便，而且排便时间延长，或虽有便意但排出困难。经常依赖服用泻药才能排出粪便。由于肠道干燥便硬结，临厕努挣排便，可导致肛裂及生痔疮，或有高血压患者，太出力努挣排便易发生脑出血之危象。

《素问·举痛论》云：“热气留于小肠，肠中痛，瘴热焦渴，则坚干不得出，故病而闭不通矣。”

《读医随笔》曰：“燥屎为津液耗虚，肠胃枯结，而屎不得下，是阳之有余，阴之不足也。”

胃为水谷之海，水谷精华化为荣卫，其糟粕行之于大肠而出也。五脏三焦气机不调和导致冷热壅塞，结在肠胃之间，又为邪气所结聚不宣，则令大便秘结也。正常排泄有赖于气机的通降和津液的濡润，但大肠传导功能失常而致便秘。其病位在大肠，但与脾胃肝及肾的关系密切。

诊断要点

大便次数减少，经常3-5天一次，大便干燥硬难解出。

病重者，大便艰难，便干燥如栗，可伴少腹胀痛，胃纳减退。

肠胃X线检查，可根据钡餐在肠胃运进的情况，来了解其运动功能状态，是否有痉

挛性结肠便秘，对肠道器质性病变的诊断尤为重要。

病因病机

津液耗损 - 过食辛辣厚味，致使火热内结，或高热疾病，致使发汗过多，或风邪燥血。

血少肠燥 - 产妇失血过多，或年老体弱，气血衰少，或素体常血虚不足，导致肠道血少而失去滋润，使糟粕干燥不下。

瘀血阻滞 - 腹部受到撞击致使产生瘀血，瘀血内停致使气血行流不畅而失去滋润肠道。

寒邪凝塞 - 中下二焦寒邪太甚，寒气壅塞于肠胃，阳气不能布化，津液不能运行。

气滞郁结 - 情志不遂，忧思过度，致使气行不畅，津液不得布化，中焦气化升降失常。

辨证论治

肠道实热 - 大便干结，腹部胀满不适，按之作痛，口干口臭，舌红苔黄，脉滑实。

治法：清热润肠

方药：麻子仁丸加减

肠道气滞 - 大便不畅，欲解不得，少腹胀满，嗳气，舌红苔白，脉弦细

治法：顺气行滞

方药：柴胡疏肝散加減

脾虛气短 - 大便干结如栗，临厕无力努挣，汗出气短，面色苍白，神疲，舌淡苔薄白，脉细弱。

治法：益气润肠

方药：补中益气汤加減

脾腎阳虛 - 大便燥结，面色萎黄无华，眩晕心悸，少腹冷痛，小便清长，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细。

治法：温阳通便

方药：益肾通幽汤加減

(麦冬、沙参、生地、熟地、玉竹、当归、桃仁、甘草、升麻、瓜蒌、熟大黄、槟榔)

阴虛肠燥 - 大便干结，状如羊屎，口干，神疲，纳呆，舌红苔少，脉细数

治法：养血润燥

方药：《尊生》润肠丸加減

病案

牛某，女，47岁。患习惯性便秘20年，由于大便干结致痔疮经常出血。就诊时大便秘结，腹胀伴两胁胀闷，时时太息，烦躁汗出，口干，腰酸膝软，下肢水肿，舌淡黯，脉弦。

辨证：肝郁气滞，肝腎阴虛，血不润肠

方药：逍遥散加制首乌、女贞子、火麻仁、郁李仁、肉苁蓉、黑芝麻

共服3剂，大便通畅，腹胸闷减，再服10余剂，大便每日一解，痔疮未发，唯仍燥热汗出。守方加生地榆，槐角配制蜜丸常服，随访1年，未再反复。

包某，女，26岁。产后4月，一直大便干燥如球，4-5天一解，伴食后脘腹胀闷，纳差

厌油，矢气不爽。自服麻仁丸、通便灵等，服则排便，停药则便秘。舌红，脉弦滑。

辨证：津血不足，肠枯失润，气机郁滞

方药：四物汤加制首乌、女贞子、火麻仁、郁李仁、肉苁蓉、黑芝麻

服数剂大便通畅，再服14剂告愈。

孙某，女，68岁。反复性便秘1年，加重5天。患者有胃下垂病史5年。1年前出现便秘，多食蔬菜、水果则缓解。近5天来，大便干结如栗，临厕无力努挣，面白神疲，舌淡苔薄白，脉弱。

辨证：脾虛气弱，大肠传导无力

方药：当归30g、桃仁10g、杏仁10g、厚朴10g、火麻仁10g、郁李仁10g、柏子仁10g、陈皮10g、黄芪30g、党参10g、升麻10g

用法：水煎服，每日1剂，共5剂。

5天后，复诊，自述大便已通。为善其后，上方连服15剂。1月后随访，大便一直通畅。

体会

其病位在大肠，有虚实之分。实则气滞、热结。虚则气虛，阴虛，阳虛。

治疗便秘，有寒、温、补、泻诸法之不同。不可以专以攻下法，也不可发汗，利尿，及过用祛风药。

老年人或久病体虛便秘，应注意补气养血。

常见有毒中药的用法用量、使用注意和中毒防治

新加坡·吴忠辉

随着生活条件提高，人们常服含中药的保健品，这些保健品只是说明每次的分量和每日的次数；在使用过程中，也没有向中医师咨询，因此常常出现因过量而导致中毒现象甚至肝肾功能衰竭，严重时还会死亡，让中医中药蒙上黑锅。

在中医里，“毒”性指药物的偏性，用药物的偏性来纠正人体的偏性。治疗疾病的实质是祛除致病因素，调整人体机能。根据药性的峻猛程度，亦即大毒、常毒、小毒、无毒之分，决定方药的轻重、大小。特别是作用猛烈的药物，使用时更宜恰到好处，以除病而不伤身为度，最大限度地保存正气，消除病邪，达到良好的疗效。

有毒中药的毒副作用，通过炮制或配伍来减轻或消除。辨证用药既能提高疗效，又能减轻毒性。如不辨证用药，无毒中药也会产生毒副反应。

中药临床使用，一般有3种方法来减毒增效：一是炮制减毒。通过特殊的炮制工艺，降低或消除中药的毒性；二是中药配伍减毒。在中医临床上，不是单用其中一味药，而是多种药物联合作用，实现减毒增效；三是有毒中药按处方药管理。凡有毒的中药，在遴选过程中都不会划入到非处方药物中，此类药物一定要在合格中医师的指导下使用。

有毒中药的毒副作用，可通过恰当的配伍来减轻或消除。中药方由多味中药组成，配伍讲究“君、臣、佐、使，生克制化”，或增强药效，或制约毒性，实现疗效最好、最安全。

合理久煎、减毒存效，是诸多医家应用有毒中药的可靠经验。经较长时间煎煮，有毒成分被挥发或水解而减低，有效成分仍可保留发挥治疗效用。例如细辛有毒成分为挥发油中所含的黄樟醚，有效成分为挥发油中所含的甲基丁香酚。实验表明，细辛经煎30分钟后，煎汁中还保存一定量的有效成分甲基丁香酚，而有毒成分黄樟醚的含量则大大下降，不足以引起毒害。

有毒中药的应用要从小剂量开始，逐渐加大剂量，并且中病即止，不可过服。如朱砂用量从0.2克开始，之后逐渐加量，但最大剂量不应超过1克，而且不能过久或持续服用。

药的急性毒性，古人已有所认识，记载有些中药多服伤人，即认识到用药剂量过大或误用等均可引起中毒，如《神农本草经》“麻黄多食令人见鬼狂走”、清·张璐《本经逢原》“莨菪多食服令人狂走”等。

1. 使用毒性中药注意事项

1. 使用毒性中药，须经注册中医师处方才可购买；并要遵从中医师指示的煎煮和使用方法。
2. 如发现有中药中毒情况，应尽快求医。

2. 中药中毒症状

I、急性中药中毒

1. 消化系统：主要表现为恶心、呕吐、

食欲不振、腹胀、腹痛、腹泻、便秘、消化道出血、黄疸、肝肿大、肝功能损害、中毒性肝炎，甚致死亡。可见上述反应的中药有瓜蒂、苦杏仁、川乌、草乌、附子、蜈蚣、雷公藤、山豆根、艾叶、斑蝥、关木通、益母草、沉香粉、山慈姑等。

2. 心血管系统：主要表现为心悸胸闷、发绀、心动过速、心动过缓、心律失常、传导阻滞、血压升高或下降、循环衰竭死亡等。可见上述反应的中药有川乌、草乌、附子、乌头、万年青、夹竹桃、北五加皮、罗布麻叶、莨菪、洋金花、垂盆草、黄丹、铅粉、山豆根、蟾蜍、麻黄等。

3. 呼吸系统：主要表现为气紧、咳嗽、咯血、哮喘、呼吸困难、急性肺水肿、呼吸肌麻痹或呼吸衰竭等。可见上述反应的中药有杏仁、桃仁、白果、川芎、草乌、肉桂、商陆、雄黄、全蝎等。

4. 神经系统：主要表现为唇舌和肢体发麻、眩晕、头痛、烦躁不安、牙关紧闭、抽搐、惊厥、意识模糊、昏迷、瞳孔缩小或散大，甚致死亡等。可见上述反应的中药有马钱子、乌头、川乌、草乌、附子、蟾蜍、雷公藤、山豆根、苦参、天仙子、麻黄、细辛、厚

朴、朱砂、艾叶、天南星、火麻仁等。

5. 泌尿系统：主要表现为腰痛、浮肿、尿频、尿少甚致尿闭、尿毒症、急性肾功能衰竭，甚致死亡。可见上述反应的中药有含马兜铃酸中药关木通、马兜铃、青木香、雷公藤等；另外还有蜈蚣、甘草、千年健、斑蝥、苦楝皮等。

6. 造血系统：主要表现为白细胞减少、粒细胞缺乏、溶血性贫血、再生障碍性贫血、紫癜，甚致死亡等。可见上述反应的中药有洋金花、芫花、斑蝥、狼毒等。

II、慢性中药中毒

含马兜铃酸成分中药

中药种类：包括单味药马兜铃、青木香、木防己(广防己)、汉中防己(异叶马兜铃根)、关木通、细辛、威灵仙、追风藤等。这些以利尿、祛风湿、止咳为主的单味药及复方，有可能引起“中草药肾病”(或称为“中草药肾损害”)。可能引致贫血、肝脏或肾脏损伤等。

3. 有鉴于此，本文列举一些常见有毒中药，将其用法用量、使用注意和中毒防治列表于下，避免发生事故。

1. 抗癌药：蟾蜍、喜树、长春花、山慈姑

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
蟾蜍	1. 内服：0.015~0.3g，宜入丸、散剂。 2. 外用适量	孕妇慎用。	1. 口服牛奶、蛋清、浓茶。 2. 口服新鲜芦根150g榨取汁液。
喜树	内服：煎服：3~9g	1. 孕妇及肾功能不良者禁用。 2. 喜树全株含喜树碱，果实含量约为根的2.5倍。	绿豆、甘草煎水服。
长春花	内服：煎服：10~15g(干品)	白细胞过低、身体虚弱的患者慎用。	严格控制服用量，不能随意加大剂量。
山慈姑	1. 内服：3~6g，多入丸、散剂。 2. 外用适量：研粉或醋磨涂患处。	身体虚弱者慎用	1. 严格控制服用量，不能随意加大剂量。 2. 认真辨别真伪，防止服用假劣品种

2. 止痛药：延胡索、马钱子

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
延胡索	内服：煎服：3~10g。研粉吞服，每次1~3g。	孕妇及体虚忌服	绿豆、甘草煎水服。
马钱子	1. 内服：宜制用，多入丸散服0.3~0.6克 2. 外用适量：研末调涂。	1. 孕妇及体虚忌 2. 服内服必须炮制	轻者可用蜂蜜、绿豆、甘草煎水服。

3. 麻醉药：洋金花

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
洋金花	1. 内服：0.3-0.6g，宜入丸散，亦可作卷烟燃吸(分次用，每日最多不超过1.5g)。 2. 外用适量	青光眼、外感及痰热喘咳、心动过速及高血压患者禁用。	绿豆、甘草煎水服。

4. 解表药：麻黄、细辛、白芷、苍耳子

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
麻黄	常用量为1.5~10g，宜先煎去沫，解表生用，平喘炙用。	一般用量不超过15g，热天、暑天更要注意。	蜂蜜、绿豆、甘草煎水服。
细辛	1. 内服：常用入汤剂为1~3g，服散剂不能超过3g。 2. 外用：研末敷或吹鼻。	注意与伪品“杜衡”混用。	绿豆、甘草煎水服。
白芷	1. 内服：煎服：常用量为3~9g。 2. 外用适量。	1. 控制用量，不可超过30g。 2. 阴虚血热者忌用。	绿豆、甘草煎水服。

5. 清热药：

5.1 清热解毒药：鱼腥草、山豆根

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
鱼腥草	1. 内服：煎服：常用量15~30g。 2. 外用适量。	有过敏史或特异体质的人要慎用。	甘草、绿豆水煎服。
山豆根	常用量煎服或磨汁服3~6g。	注意品种鉴别：必须以豆科植物越南槐，不能以北豆根、土豆根替代。	茶叶、甘草水煎服。

5.2 清热燥湿药：苦参、鸦胆子

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
苦参	1. 内服：煎服：3~10g。 2. 外用适量。	避免与藜芦同时服用，因二药相反。 尿多者不可服用。	茶叶、甘草水煎服。
鸦胆子	内服：0.5~2g，以干龙眼肉包裹或胶囊装。	孕妇及小儿慎用。	甘草煎服频饮。

5.3 清热泻火药：芦荟

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
芦荟	1. 内服：入丸散服，每次1~2g。 2. 外用适量。	孕妇、脾胃虚弱者忌用。	1. 大量饮浓茶。 2. 或服用蛋清、牛奶。

5.4 清热止痢药：白头翁

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
白头翁	1. 内服：煎服：9~15g 2. 外用适量。	1. 一般宜用干品或煎服使用。 2. 虚寒泻痢者慎服。 3. 毛茛科白头翁的茎叶与根作用不同，具有强心作用，有一定毒性，使用时必须注意。	甘草、绿豆水煎服。

6. 滋阴清热药：天花粉

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
天花粉	内服：煎服：10~15g。	1. 不宜与乌头类同用。 2. 孕妇慎用	立即停药。

7. 祛风湿药：雷公藤、金钱白花蛇

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
雷公藤	1. 煎服：10~25g文火煎1~2小时。 2. 研粉：每日1.5~4.5g。 3. 外用适量。	1. 孕妇忌用。 2. 内脏有器质性病变及白细胞减少者慎用。	甘草、绿豆水煎服。
金钱白花蛇	1. 内服：煎服：9~12g；研末：每次2~3g。或入丸剂、酒浸服。 2. 外用：适量。	1. 使用按规定服用。 2. 阴虚血虚者慎用。	甘草、绿豆水煎服。

8. 泻下药：大黄、巴豆、大戟

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
大黄	1. 内服：煎服：5~15g。 2. 外用适量。	1. 孕妇、哺乳期应慎用或忌用。 2. 小量久煮具有健胃坚肠的功能，但长期服用大黄泻下后，可致继发性便秘。	内服蛋清、牛奶保护胃黏膜。
巴豆	1. 内服：入丸散，每次0.1~0.3克，制成霜。 2. 外用适量	1. 服药严格掌握剂量。 2. 孕妇、老弱及肝肾功能不全者禁用。	内服蛋清、牛奶保护胃黏膜。
大戟	内服：煎服：1.5~3g；入丸散每次1g。	1. 孕妇及虚弱者禁用。 2. 不宜与甘草同用。	内服蛋清、牛奶保护胃黏膜。

9. 渗湿利尿药：关木通

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
关木通	内服：煎服：3~6g。	1. 孕妇、肾功能不全者禁用。 2. 控制剂量，不可多用、久服。	由于其对肝肾的毒性较大，目前，关木通在市场上已经停售。

10. 催吐药：瓜蒂、胆矾

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
瓜蒂	1. 内服：煎服：2.5~5g；入丸散：每次0.3~1g。 2. 外用：研末吹鼻：适量。	孕妇及虚弱者禁用。	甘草、绿豆水煎服。
胆矾	1. 内服：温水化服，0.3~0.6g。 2. 外用适量，研末撒或调敷，或以水溶化外洗。	体虚者忌用。	内服蛋清、牛奶保护胃黏膜。

11. 抗疟药：常山

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
常山	内服：煎服5~10g。 涌吐可生用，截疟宜酒炒用。	孕妇及虚弱者禁用。	内服蛋清、牛奶保护胃黏膜。

12. 理气药：川楝子、青木香

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
川楝子	煎服5~10g。	宜炒用减低寒性	内服蛋清、牛奶保护胃黏膜。
青木香	内服：煎服3~10g。散剂每次1.5~2g。	不宜多服。	内服蛋清、牛奶保护胃黏膜。

13. 活血祛瘀药：水蛭、虻虫

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
水蛭	内服：煎服：1.5~3克，研末服，0.3~0.5克。以入丸散研末为宜。	孕妇、月经过多者忌用。	根据病情需要，剂量渐加，且应中病即止。
虻虫	内服：煎服：1~1.5克，研末服：0.3~0.5克。以入丸散研末为宜。	孕妇、月经过多者忌用。	根据病情需要，剂量渐加，且应中病即止。

14. 止血药：马勃

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
马勃	1. 内服：煎服：1.5~6g。或入丸散。 2. 外用适量，研末散，或调敷患处，或作吹药。	由于特殊体质，本品作为致敏原可以引发过敏反应。	根据病情需要，剂量渐加，且应中病即止。

15. 温里药：附子、川乌头、草乌头

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
附子	内服：煎服：3~15克。宜先煎0.5~1小时，至口尝无麻辣感，	1. 严格控制用量，不可过量服用。 2. 孕妇及阴虚阳亢者禁用。	甘草、绿豆水煎服。
川乌头	1. 内服：煎服：3~9克。宜先煎，久煎至入口无麻味。 2. 外用适量	1. 严格控制用量，不可过量服用。 2. 孕妇及阴虚阳亢者禁用。	甘草、绿豆水煎服。
草乌头	1. 内服：煎服：3~9g。宜先煎，久煎至入口无麻味。 2. 外用适量	1. 严格控制用量，不可过量服用。 2. 孕妇及阴虚阳亢者禁用。	甘草、绿豆水煎服。

16. 平肝熄风药：全蝎、蜈蚣

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
全蝎	1. 煎服：3~6g，研末服：每次0.6~1g。 2. 外用适量	1. 严格控制用量，不可过量服用。 2. 孕妇慎用。	甘草、绿豆水煎服。
蜈蚣	1. 内服：煎服：3~6g，研末服：每次0.6~1g。 2. 外用适量	1. 严格控制用量，不可过量服用。 2. 孕妇慎用。	甘草、绿豆水煎服。

17. 开窍药：皂荚

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
皂荚	内服：煎服：1.5~5g。 研末服：1~1.5g。	1. 严格控制用量，不可过量服用。 2. 孕妇及气虚阴亏者禁用。	稀粥、米汤送服。

18. 安神药：朱砂

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
朱砂	1. 内服：只宜入丸散服，每次0.1~0.5g。不宜入煎剂。 2. 外用适量。	1. 孕妇肝功能不全者禁用。 2. 入药只宜生用，忌火煅。	甘草、绿豆水煎服。

19. 化痰止咳平喘药：苦杏仁、半夏、天南星

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
苦杏仁	内服：煎服：3~10g。宜打碎入煎。	1. 不可过量服用。 2. 婴儿慎用。	生萝卜汁内服。
半夏	内服：煎服：3~10g。一般宜制过用。	1. 慎用生半夏，必要时遵医嘱。 2. 不与乌头、附子配伍，二者反半夏。 3. 阴虚燥咳、血症、热痰禁用。	生姜水煎服。
天南星	内服：煎服：3~10g。一般宜制过用。	孕妇及阴虚燥痰忌用。	生姜水煎服。

20. 补益药：人参、雪莲花

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
人参	内服：煎服：5~10g。研末服：每次1~2g。 挽救虚脱：15~30g。煎汁分数次灌服。	1. 非“肺脾心肾气虚证”忌用。 2. 不可长期服用。	生萝卜汁内服。
雪莲花	1. 内服：煎服：6~12g。 2. 外用适量。	孕妇忌用。	立即停服。

21. 收涩药：五倍子

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
五倍子	1. 内服：煎服：3~9g。入丸散：每次1~1.5g。 2. 外用适量：研末外敷或煎汤熏洗。	湿热证者忌用。	甘草、绿豆水煎服。

22. 消导药：槟榔

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
槟榔	内服：煎服：3~10g。驱绦虫、姜片虫30~60g。	孕妇忌用。	绿豆水煎服。

23. 驱虫药：使君子、苦楝皮、雷丸

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
使君子	内服：煎服：9~12g，捣碎；6~9g取仁炒香嚼服。小儿每岁1~1.5粒，1日总量不能超过20粒空腹服用，每日1次，连用3天。	忌与茶同服。	甘草、绿豆水煎服。
苦楝皮	内服：煎服：4.5~9g。	不宜过量或持续久服。	甘草、绿豆水煎服。
雷丸	内服：入丸散，12~21g，每次5~7g，饭后用温水调服，1日3次，连服3天。	不宜入煎剂。	甘草、绿豆水煎服。

24. 强心药：万年青、夹竹桃

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
万年青	内服：煎服：3~9g。	不宜大量久服。	甘草、绿豆水煎服。
夹竹桃	内服：久服：0.3~1g；研末，0.1~0.5g。外用适量：捣敷。	1.孕妇忌服。 2.不宜多服久服。	甘草、绿豆水煎服。

25. 续筋接骨药：独一味

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
独一味	1. 内服：3~6g，浸酒或入散剂。 2. 外用适量：鲜品捣烂敷患处。	1. 孕妇慎用 2. 用后如胃有不适请停药。	甘草、绿豆水煎服。

26. 外用药：斑蝥、露蜂房

药名	用法用量	使用注意	中毒防治
斑蝥	1. 内服：0.03~0.06g，炮制后多入丸散用。 2. 外用适量：研末或浸酒醋，或制油膏涂敷患处，不宜大面积用。	体弱及孕妇忌服。	甘草、绿豆水煎服。
露蜂房	1. 内服：煎服：5~10g；研末服：2~5g。 2. 外用适量：煎水洗、研末掺或调敷。	气虚弱及肾功能不全者慎服。	甘草、绿豆水煎服。

结语

综上所述，似乎所有中药都是有毒的。但这些中药在中医临床一直沿用至今。尤其是在一些疑难病症的治疗上更有独到之处，引起国际医药界的广泛关注。所以，中药毒性研发不应受西医思维束缚，不能一谈起中药有毒就一概否定中药的作用。难道西药就没有毒吗？为什么普罗大众明知西药对人体的毒副作用更大，但不去排斥西药呢？甚至服中西药出问题一定是中药导致的。总之，科学性、合理性的使用中药，包括有毒中药，只要在运用时在中医理论指导下，通过辨证论治，注意中药的炮制法、用量及使用注意，是可以避免出现中毒现象的。

参考文献：

- [1] 中药学.普通高等教育“十五”国家规范教材[M]北京.中国中医药出版社.2002
- [2] 中药毒副作用及其处理.梁华龙、郭芳[M]河南.河南科学技术出版社.1994
- [3] 上海市中医文献馆编.肿瘤防治康复全书[M]上海.上海人民出版社.1996:752-772
- [4] 常用有毒中药真论.高广胜、范奉友、周玉田[M]山东.山东科学技术出版社.1999



为创设中华施诊所 积极献策出力的陈树歧

新加坡·林 英

回顾中华医院的创设，不得不提二位先贤，一位是1951年倡议中医师公会设立赠医施药诊所的黄南寿医师，当时公会理事们，因恐能力不足，踟躇不前，1952年黄南寿医师为当届副总务，在中医师公会第六届第一次监事联席会议上列出讨论创办“中华施诊所”，当时大部份理监事认为设立施医赠药诊所，费用浩大，公会无力负担，这设想太大胆且不切实际，经黄医师一番分析，理监事们虽然感受到成立中华施诊所是公会职责所在，但对经费问题依然心有疑虑。此时本期要介绍的另一位对中华医院的设立贡献勋伟的先贤陈树歧医师指出，“举办慈善诊所，不需要有堂皇的地方和齐全的设备，只要筹得一笔基金，借用一个适当的地方，摆几张桌子及一些必需用具，加上几位医术精湛的中医师，虽简陋仍然可以达到治病助人的目的。”

陈树歧医师原籍广东省潮安县龙阁乡人，壮年南渡到新加坡悬壶济世，并赞襄修德善堂

大巴窑分堂，在修德堂设赠医施药部时，陈医师多方策划，且兼任义务医师，对中医赠医施药有实际经验，大家很重视他的看法，经他一说，各监理事对成立中华施诊所的信心增强，且认为应由中医师公会会员成立基金，会议成立了“中华施诊所”筹备委员会负责进行一切事宜，陈树歧医师又将修德善堂义诊的方式与经验全部献述，中医师公会诸多模仿，正式进行筹办；1952年2月间的第二次理监联席会议，中华施诊所筹委会已筹足医药基金，借用中山会馆，也聘定了义务医师，即定1952年3月17日“中医节”开幕应诊。陈医师任第一届中华施诊事务组组长兼义务医师，陈医师常以其办慈善诊所的经验多方关怀热心协助，使得中华施诊所开诊应付裕如。

自1948年第二届事理会，陈树歧医师历任理事、顾问、名誉顾问、中华医院院长等中医师公会各要职，贡献良多；1974年7月12日陈树歧医师于仙逝，享寿69岁。

世中联肿瘤康复专业委员会筹备会议

新加坡·林英

2016年4月16日(星期六)上午9点，

世界中医药学会联合会肿瘤康复专业委员会筹备会于新加坡金沙酒店召开。参会的人员包括新加坡中医师公会会长兼世界中联副主席赵英杰博士、世界中联副秘书长徐春波教授、学术部主任邹建华教授、中国中医科学院广安门医院林洪生教授、北京大学肿瘤医院李萍萍教授及辽宁中医药大学一附院殷东风教授等肿瘤科、中药学、营养学、运动医学、芳疗等医家学者共21位。出席筹备会议的新加坡代表还有同济医院的张国强博士、陈巧风博士，中华医院的林英医师。

在会议主持董倩博士介绍出席筹备会领导、专家和工作人员之后，世中联副秘书长徐春波介绍世中联学会联合会概况，寄望肿瘤康复专业委员会给肿瘤康复患者提供多元化的治疗，为患者重建希望；邹建华主任介绍专业委员会的组织与管理。

筹备组组长林洪生教授报告了世中联肿瘤康复专业委员会的筹备工作，指出了人民对肿瘤康复医学的需求日益迫切，为了更好地发挥中医药在肿瘤康复治疗中的特色，促进世界各



地区在癌症康复学术领域的交流合作，加强广大医务人员癌症康复治疗的培训，提高癌症康复在临床及民众中的推广应用而成立世中联肿瘤康复专业委员会。

茶歇之后，筹备会成员自我介绍，讨论肿瘤康复专业委员会工作内容，人员构成，会员招募工作的分工，成立大会的会议议程及安排，未来工作规划等相关事宜；最后筹备组组长林洪生教授总结各参会各专家对肿瘤康复专业委员会发展与工作方向的献议，包括开展对肿瘤医师，营养师，康复治疗师等的培训，制定康复指南及教材；在世中联副秘书长徐春波教授做总结讲话后，全体合影留念，会议圆满落幕。



世界中医药学会联合会肿瘤康复专业委员会筹备会议

世界中医药学会联合会癌症姑息治疗研究专业委员会成立大会

新加坡·凌鹰

2016年6月3日~5日世界中医药学会联合会“癌症姑息治疗研究专业委员会成立大会”在广州市广东大厦召开，同时也是“第十三届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会暨第二届中国民族医药学会肿瘤分会学术年会”，大会由广东省中西医结合学会肿瘤专业委员会、广东抗癌协会传统医学专业委员会、广州抗癌协会中西医结合专业委员会共同承办。大会主题：“姑息治疗与科学评价”。

出席成立大会的代表超过500人，包括中国、香港、澳门、美国、澳洲、巴西、泰国、马来西亚等10多个国家和地区；新加坡参会的

有新加坡中医师公会赵英杰会长、同济医院张国强博士、胡添娣医师、翁淑珠医师，康得美诊所陈桂红医师，新加坡中华医学会周启仕医师，KONG'S TCM邝慧芳博士，莱佛士中医蔡慧姿医师，新加坡中华医院唐跃博士、蔡松均博士、林英医师。

6月3日晚上8点，在广东大厦三楼多功能会议厅举行成立大会并选出林丽珠教授为会长，副会长多位，包括新加坡的赵英杰博士，同济医院的张国强博士及中华医院的林英主任医师获选为常务理事；担任理事职务的新加坡代表有胡添娣医师、周启仕医师、邝慧芳博士、唐



新加坡代表与大会主席林丽珠教授合影

跃博士、蔡松均博士。

6月4日上午8点30分由林丽珠教授主持开幕式，多位领导发表讲话，对中医药在治疗恶性肿瘤方面的作用给予充分地肯定和很高的评价，并勉励各研究机构团结起来，一起为中医药、中西医结合治疗恶性肿瘤方面做出更深入地研究，为造福肿瘤患者做出更大的贡献。

开幕式后特邀报告的专家有李大鹏院士、周岱翰教授、林洪生教授、林丽珠教授、伍祥林教授、朱小苏教授等；讲题包括“中国梦—中药梦”、“中医肿瘤的规范化治疗”、“中医药治癌特色优势的表观遗传学基础”、“梅奥的高通量测序与精准医疗”、“益气除痰法治疗肺癌的临床与基础系列研究”、“如何判



新加坡代表乘参会之便，拜访广州肿瘤名医周岱翰首席教授



赵英杰博士在成立大会暨理事选举上，受邀发言

断中医临床科研报道的质量就Cochrane有关中医系统评价为例”。

午餐时间，会议仍然继续，各代表在座位上一面享用饭盒，一面听讲；主讲者有林超雄教授、曹洋教授、蔡莉教授；午餐后张翼教授、林超岱教授、吴伟康教授、徐振晔教授、贾立群教授、华海清教授、许玲教授、刘巍教授、罗荣城教授、周清教授、邓艳红教授、熊磊教授等在大会做精彩专题报告。

6月5日癌症姑息治疗研究专业委员会成立暨学术大会圆满落幕；在林丽珠教授团队的群策群力，积极筹划准备下，及在世界中医药学会联合会、广州中医药大学、医院的支持下，使大会无论是会议安排以致学术上都达到高水平，期望今后在中医治疗肿瘤上取得更好的成绩，有所创新，有所突破。



癌症姑息治疗研究专业委员会副会们领取证书



中国·谢麦棉

【内容提要】作者祖籍浙江省余姚市泗门镇，系浙江省绍兴市上虞区“东山”后裔。文中讲述了谢氏家族与中华传统文化，特别是“扁鹊脉法”的缘分及历史渊源，从历史学和专业技术学等多角度介绍了由扁鹊脉法基础上发展而来的谢氏心诀，在实际临床工作中的应用之特点。以扁鹊谢氏，缘源流长；扁鹊脉法，谢氏心诀；扁鹊开创，精准医学；揣古研今，中西合璧；四诊合参，精益求精五个方面分述之。

【关键词】扁鹊脉法、谢氏心诀、古代精准医学、中西医结合

(一) 扁鹊谢氏 缘源流长

扁鹊为天下名医。扁鹊(渤海秦越人)是我国先秦时期最为著名的医学家，擅长桑君秘术，洞明医道，首创人体寸口“三部九候”脉法。正如西汉昭帝时的《盐铁论·轻重》中所记载着：“扁鹊抚息脉而知疾所由生……”，西汉·司马迁在《史记·扁鹊仓公列

传》中谓：“至今天下言脉者，由扁鹊也”。

扁鹊和弟子们负笈行医，周游列国，随俗为变，足迹遍及齐、赵、周、秦、晋、宋、卫、虢(今山东、河南、河北、山西、陕西等省)等国，成为中国古代的“巡回医疗队”，把优秀的医术传播给了许多地方的老百姓，救人无数，誉为天下之良医，治医之圣严。

炎帝中华人文初祖。谢氏先祖炎帝，号神农氏，生于烈山石室，长于姜水(今陕西省宝鸡

市的渭水河畔),有圣德,以火为王,首用火焰烤煮食物,结束了茹毛饮血的习惯,开创了新的文明时代。还制耒耜,以兴农事;立市肆,以兴商业;尝百草,以疗民疾,为农商医学之祖。同时还治麻为布,民着衣裳;制作陶器,改善生活;作五弦琴,以乐百姓;削木为弓,以威天下。

申伯为谢氏始祖。炎帝第63世孙申伯,受西周·周宣王封往谢邑(今地处陕西、山西之间)。从此,申伯子孙“以封邑为姓”。

谢纘与名医王叔和同时同朝为官。三国时期,魏、蜀、吴分争天下,战争连绵,灾难不断,社会动荡,疾病丛生,曹魏丞相善用谢纘、王叔和两位才人,使国人健康,国力强盛。

谢纘(申伯的第35世孙),陈郡阳夏(今河南省太康县)人,出生于东汉·建安19年(公元214年),任三国魏典农中郎将,掌管农业生产、民政和田租(总管着农业、民政、财政要务)。实行屯田制,安抚逃荒流民,使人民安居乐业,丰衣足食,到处积谷仓廩皆满,为曹魏赢得战争胜利,巩固政权提供了充足的粮草,从而打败了吴、蜀两国,三分归于一统,谢纘功不可灭。

王叔和出生于东汉·建安15年(公元210年),任三国曹魏太医令,与谢纘朝夕相处,同时同朝为官。王叔和“穷研方脉,精意诊切……深晓疗病之说”(唐·甘伯宗《名医录》),不仅为皇室百官,为军人百姓的健康作出贡献,还搜集了流传于民间的由于连年战争致书简落佚失或残缺不全的扁鹊、张仲景等医术,加入验证、编修,写下了具有24种脉象的我国现存最早的脉学专著—《脉经》,以及整理出版了汉代张仲景《伤寒杂病论》一书,使优秀的医学知识得到保存和发扬,在中医学发展史上,做出了巨大贡献。

谢氏力挽狂澜,保护华夏文明。谢纘之子谢衡,学问渊博,才识过人,历任西晋国子博士(国立大学校长)、国子祭酒(教育部长)、散骑

常待(皇宫常务秘书)。谢衡生有:长子谢鲲任豫章太守;次子谢裒任吏部尚书。

公元290年,晋武帝司马炎去世,皇宫与诸王争权,相互残杀,内战连连,酿成“八王之乱”,16年内共有54位王爷被杀,晋室分裂,国力空虚,民生凋敝,匈奴趁虚联盟鲜卑、羯、羌、氏共五个胡人游牧部落,入侵中原,与中华中统政权对持,史称“五胡乱华”,出现了五胡十六国现象。

永康元年(公元300年),谢衡一病不起,弥留之际,再三叮嘱谢鲲、谢裒两个儿子一定要完成他避居江南的愿望,使谢氏家族躲过这一劫难。

永嘉五年(公元311年)匈奴联军攻下洛阳,晋怀帝被掳被杀,百官士庶死者三万余人,史称:“永嘉之乱”。谢氏家族随王导扶晋皇室司马睿等流亡大潮,背井离乡,迁移江南,成立东晋王朝。谢鲲、谢裒带领族人从河南转辗来到会稽始宁东山(今属浙江省绍兴市上虞区上浦镇东山村)定居,从此浙东曹娥江畔的“东山”成了谢氏家族再次发祥之地。

太元八年(公元383年)八月,北方战火越烧越烈并大举南下,东晋王朝危在旦夕,汉族文化危在旦夕。在这国家民族存亡的紧急关头,文武兼备、赤胆忠心者,挺身而出。

谢安(谢裒之子,宰相、太傅)率领弟弟谢石(尚书仆射、征讨大都督)、侄儿谢玄(建武将军、兖州刺史、前锋都督)、儿子谢琰(散骑常待、待中、辅国将军)等8万“谢家军”出征,打败了前秦百万大军(80万正规军和20万后备军),收复了中原等北方大片失地。这场以少胜多的大捷,史称:“淝水之战”。它不仅收复了失地,使晋室转危为安,还奠定了南北朝的政治,经济和文化等格局,使南朝成了隋唐文明的核心基础,保护了华人华语,保存了汉文汉字、汉医汉方等,使华夏文明得以传承和发展,改写了中国历史,影响深远。

谢氏历来是名门望族,对中华非物质文化遗产的贡献巨大,不仅体现在文化的抢救、保

存和传承方面,还在不断地进行着补充和发扬之,留下了诸多诗词、成语、掌故史迹、趣事佳话。例如:东山再起、草木皆兵、草行露宿、风声鹤唳、入幕之宾、咏絮之才、凤毛麟角、功败垂成、雅人深致、芝兰玉树、一往情深等等早已深入人心,脍炙人口、妇孺皆知的成语均出自谢家。

谢士泰承扁鹊等医术,启迪后学。在中国历史上文化传承从未中断,“扁鹊言医,为方者宗,守数精明,后世修序,弗能易也。”(西汉·司马迁在《史记·太史公自序》中记载着)。到了南北朝时期的谢士泰继承了扁鹊、张仲景、华佗等医术,博采众方,独抒妙理,写下了医著《删繁方》十三卷。他为隋唐时期的中医药学的繁盛作出了承前启后的贡献,特别是为隋朝《诸病源候论》《四海类聚方》及唐代的《备急千金要方》《千金翼方》《外台秘要》《新修本草》等成书打下了基础。

谢迁崇尚扁鹊文化。到了明代·成化十一年(公元1475年)浙江余姚西门的谢迁(谢安第39代孙)中殿试一甲第一名(状元),后官至少傅兼太子太傅、户部尚书、谨身殿大学士等,曾任四朝宰相,在朝为官六十年,是为江山社稷兢兢业业的忠臣良相。

宪宗帝时,成化二十三年(公元1487年)前后,谢迁曾为提高国民素质主持过全国意识形态的“拔乱反正”,开展“整顿社会不良习俗,树立文明风尚”的运动。在这次运动中,严厉打击和封杀了一些“邪教”社团及其活动场所。谢迁说:“明正天下,以正祀典,凡山川神祇,谬正之号,率加厘革”(相关内容在明代《顺德府志》中有详细记载)。然而谢迁对全国多地每年三月初一和十月初一为纪念扁鹊所举行的“鹊山传统庙会”却大加赞赏,并明确指出:“考之传记所载,求其神妙,巧精真是,以济民生,为扁鹊亦几何人哉?宜乎人之思之,愈之,而不忘也……”。扁鹊之事是真实的,他医术高明、医德高尚,为不致于后人遗忘扁鹊,所以我们应当常常纪念他,感念他的

恩德,传承他的医术,宏扬他的精神。

在这次“整风”运动中,谢迁不仅打击了“邪教”、保护了民间纪念扁鹊的传统活动,还对河北省顺德府内丘县(今河北省邢台地区内丘县)的鹊王庙进行修缮时出钱出力的官民作了表彰。谢迁在传统文化的继承上取其精华,去其糟粕等方面有一整套严格认真公正科学的抉择标准,还为其在前行中不致迷失方向指明了道路。例如,谢迁既提倡扁鹊文化的传承,又反对个别人在崇拜扁鹊的同时出现的患病时就住在鹊王庙内,以求梦见扁鹊获得神药或掘得庙周围的泥土带回家中当做仙药等迷信行为。

对此,谢迁说:“……或兆梦降饵,率能愈人奇疾则巫矣。岂其人信向之笃,故归功之,至有不知其然而然者矣”。

谢迁作为一个扁鹊的信仰和崇拜者,却反对着“扁鹊去世后仍能给人治病愈疾”之说,这种科学的态度是极为难能可贵的,也为当今在非物质文化遗产传承方面提供了值得借鉴的史料。

谢迁忧天惜才,爱憎分明。

孝宗帝时,弘治元年(公元1488年)后,谢迁向孝宗帝谏言提倡减轻百姓税赋:“先朝因为南方的赋税重所以用银折的办法解决……”;提倡基层民生信访直送朝廷:“虚言禁止无益,应该命官署收集弊端,详细地奏报朝廷……”等等制订了大量利国利民的章程。

武宗帝时,正德元年(公元1506年)谢迁因为国家兴亡,决心“触危机而罔恤,当逆峰而直犯”向十五岁年幼的武宗帝请诛终日与圣相伴的刘瑾等八位太监在结党弄权、扰乱朝纲之事未果,被迫请辞还乡,遂致包括其弟谢迪(弘治十二年与余姚同乡王阳明<知行合一学说倡导者>同科进士)、次子谢丕(弘治十八年探花)及刘健、戴铣、王阳明、周礼等675人受到迫害。武宗帝长大懂事,分清忠奸。正德五年(公元1510年)刘瑾被诛,宦官被清,朝廷慢慢恢复正气。

世宗帝时，嘉靖六年(公元1527年)皇上派人带着手诏到余姚泗门谢迁家中相请，因国家需要，79岁高龄的谢迁只得受命赴京入阁，以“光禄大夫”、“左柱国”、“《明伦大典》总裁官”之“镇国之宝”的身份再度主持朝政。

嘉靖七年(公元1528年)当80岁的谢迁得知为国前去平定叛乱的王阳明英年早逝的恶噩后，深感悲痛，含泪挥毫写下了：“呜呼！阳明而止于斯乎？天生异才……，九原茫茫，其亦知予之悲乎！”之痛别异才的祭文。

谢迁一生忠于皇上，然而晚年的他特别是经历了“请诛太监刘瑾案”之后非常痛恨封建制度，由此触动了谢迁萌生出了世界首创的当时最为先进的“皇权应当与朝政有所区分”的极其难能可贵的“治国良策”。

谢迁的这套先进的治国理念，在160年之后的英国得以实现。即英国于公元1688年实现了“君主统而不治，议会成为中心的国家制度”的君主立宪制，从此英国走上了飞速发展的强国之路，这比中国清朝末年(1898年6月11日至9月21日)反封建制的康有为、梁启超为主的维新派通过光绪帝进行倡导学习西方的政治改良运动(戊戌变法，又称百日维新)足足提前了370年。

风烛残年的谢迁深知自己虽有“改变国运的良策”，但终究改变不了封建制度的现实。嘉靖十年(公元1531年)83岁的谢迁在余姚泗门家中去世前留下了“改变家运的遗训”，此与诸葛亮遗训相似而实有差异。

“躬耕”、“勤读”，进则为官，安邦治国，平天下；退则行医，救死扶伤，造福黎民。相医并论，可进可退，今后子孙以“医”为重，不为良相治国济世，当为良医治病济民！

家庭教育着重点之改变，意义深远。从此，谢氏后人秉承遗训，走仕途者减少，专心研读扁鹊、歧黄之术者增多。谢氏家族少了做官的，多了医生、教师、诗人、画家、书法

家、新闻记者，电影导演等人士。

朝代更迭，风云变幻，传承非物质文化遗产的意志，永不动摇。扁鹊脉法等优秀的中华传统文化早已溶入到了血液，激扬去浊，世代相传。

(二) 扁鹊脉法 谢氏心诀

笔者祖籍余姚泗门系绍兴市上虞区“东山”后裔，祖上自明末以来世代行医，治疗内妇儿及疳喉等疑难杂症见长，传承有多项中医秘笈，“扁鹊脉法”是其中之一。数千年博大精深的“扁鹊脉法”，在谢氏家族的传承中，又不断地融入了历代传承人各自的临床心得，渐渐形成了较为独特的“谢氏心诀”。扁鹊脉法之谢氏心诀，涉及范围广泛，实用性强，内容丰富，鲜为人知，是值得整理研究、继承发扬的非物质文化遗产之一。

谢氏心诀之浮脉特征。现从成人寸口脉象中的“浮脉”述之，意在与同道相互学习，共同提高！

浮脉在《难经》、《内经》、《脉经》、《诊宗三昧》、《频湖脉学》等原籍中均有记载，为临床常见脉象之一，其特征是：轻按即得，重按反减，举之有余，按之不足。这正是：“浮脉泛溢浮在皮，按之不足举有余，如水漂木循榆莢，微风吹鸟背毛衣”。

临床意义上有生理性浮脉和病理性浮脉之分。

生理性浮脉。亦为平脉之一，与季节、形体、诊脉部位等有关。例如：秋季之毛浮，瘦人之浮，寸口之浮的脉象一般不属病脉。因浮脉法天，有轻清在上之象，在卦为乾，在时为秋，在人为肺……。“左寸心脉浮大散，右寸肺脉浮短涩”。

病理性浮脉。主表证，亦见虚阳外越。

医者诊脉，在“寸、关、尺”三部上，进行“举、寻、按”(为扁鹊所首创，现在中医药大学教材中所推崇)的“三部九候脉法”；笔者

认为在此基础上还可以再运用“拍、豁、捻”等手法(为《黄帝内经》及当前中医药大学教材均没有被记载的民间尚存的扁鹊另一种诊脉手法),以更全面地了解到病人的主脉、相类脉、相兼脉……,探得更正确的病理变化,分清主病、兼症、转归、预后等等情况。

浮脉及相兼脉。“浮而盛大为洪,浮而软大为虚,浮而柔细为濡,……”,“浮缓为伤风,浮紧为伤寒,浮虚为伤暑,浮迟为风湿,浮洪为虚热,浮数为风热,浮滑为痰食,浮濡为气败,浮涩为血伤,浮芤为血失,浮细为气小,浮散为虚极……”。

临证脉象,千变万化,“脉中义理极微玄”,要掌握好主脉及大量相类脉、相兼脉等特征,才能做到“一诊传心即了然”。

(三) 扁鹊开创 精准医学

精准医学。古人谓:“治病先明脉证,脉证不明,取方无法”。西汉·司马迁在《史记》中讲到:“言脉者始于扁鹊,论脉莫精于难经”。“脉有三部九候,有阴阳,有轻重……”(《难经·十六难》),扁鹊在《难经·十八难》中则记载有:“三部者,寸关尺也,九候者,浮中沉也。上部法天,主胸以上至头之有疾也;中部法人,主膈以下至脐之有疾也;下部法地,主脐以下至足之有疾也”。三部九候,阴阳表里,寒热虚实,脏腑经络,部部分明,层层了然。

例如:“寸脉浮大头脑痛,尺部浮大女应时,……左关浮缓为风运,右关浮缓见腹膨……”,“左关浮者风在中焦,右关浮者风疾在膈……”,医者列具于胸,得心应指,因脉知证,缘证明治。

生动形脉(阴阳脉法)。这是扁鹊脉法的又一大特点,扁鹊曰:太阳“洪大以长,其来浮于筋上,动摇九分……”、阳明“浮大以短,动摇三分,大前后小,状如蝌蚪,其至跳……”。此内容亦未被《黄帝内经》所记载。

扁鹊从脉象的细微变化中能精准地测得内脏病情,“简便快速的精准诊断”是扁鹊“神术”的体现,实乃扁鹊首创的“古代精准医学”。

(四) 揣古研今 中西合璧

中西医融合。笔者在近四十年的临床工作中,渐渐地欲探索出一整套将中医与西医两个完全不同学术体系的各自最精华部分,即“古代精准医学”与“现代精准医学”从理论到实践完整地融合在一起的方法。此核心概念是将两个庞大的完全不同的医药学科知识不断地得以自身完善后致相互交叉、重叠、融合而成。它不同于个别人所提倡的中药和西药同时服用后的中、西药配合治疗层面上的“中西医结合”。

这套“中西医融合”的理法方药的探索,同时也充实了扁鹊脉法谢氏心诀的内容。例如:尽可能地找到扁鹊脉法与现代医学辅助检查结果相吻合的契合点。

切得中医脉象,知道西医诊断。“左寸脉浮弦急为心脑血管梗塞,右寸脉浮弦急为急性咽喉肺疾;左关脉浮弦急为胆囊结石症急性发作,右关脉浮弦急为胃痉挛或胰腺炎症;左尺脉浮弦急为泌尿系结石,右尺脉浮弦急为疝气或阑尾炎……”。

“寸脉浮芤为鼻腔出血,关脉浮芤为部分消化系器官曾被切除,尺脉浮而微芤尿常规检查示尿潜血弱阳性;尺脉浮芤为尿潜血阳性;尺脉浮芤而缓者尿潜血强阳性……”。

尊古习古,不泥于古,定性定量,指下已明,心中瞭然,扁鹊神术,永不终结,融入现代,至善至美。

(五) 四诊合参 精益求精

扁鹊倡导脉学,仍不忘四诊合参。《淮南子·泰族训》中讲:“所以贵扁鹊者,非

贵其随病而调药，贵其摩息脉知病之所从生也”。人们在学习和应用扁鹊脉诊时，往往会忽略了扁鹊治病时“四诊合参”的原则。扁鹊在《扁鹊阴阳脉法》中讲到望诊与脉诊相结合的内容：“……若闭目不欲见人者，脉当得肝脉强急而长，而反得肺脉浮短而涩者死也。病人若开目而渴，心下牢者，脉当得坚实而数，反得沉细而微者死……”。

正如明代·张景岳说：“凡治病之法，有当舍症从脉者，有当舍脉从症者……”。清代·曾伯渊《医学篇》则说：“古之治病，以望闻问切为主。望以辨色，闻以审声，问而知受病之由，切以定脉知病之虚实寒热，轻重浅深，知斯四端，虚心诊细，按经切脉，定证立方，斟酌尽善，方可言医”。

所以任何只强调某一诊法而忽视其他诊法的做法是不够全面了解病情的，易致贻误病人，须谨防止。

谢氏心诀，“四不准”。掌握了“谢氏心

诀”还必须遵守“四不准”原则：一不准片面，不准临床仅凭“脉诊之长”而为之；二不准误导，不准顺应他人喜欢或诱引他人进行单一的脉诊断病；三不准错误，不准在同行或病友中炫耀脉学之能事；四不准犯罪，不准以此故弄玄虚，迷惑或欺骗病人。

非物质文化遗产，从个人做起。笔者撰写此文，没有违背“四不准”家训，旨在与同道交流、互相学习、共同提高。

数千年光辉灿烂的传统文化必须代代相传，由官方组织或得到官方资助进行的传承形式当然更好；家族的、家庭的传承形式虽然更为辛苦，但只要不轻言放弃，同样可以做到。

钢强的骨气是民族的脊梁，优秀的文化是民族的灵魂，这些都是全人类进步的瑰宝。传承非物质文化遗产不分官方与民间、不分南方与北方、不分海内与海外，承接前方与后方，华夏文明将永远辉煌！

南京行

“一个穴、一则哲理”

新加坡·蔡欣洁

今年四月十三日至十六日,我参加在南京“第四届新加坡针灸临床继续教育高级研修班”。

在南京中医药大学邵浩清教授指导下,学习围绕“针灸穴位解剖”上。我们用真人的尸体、骨骼、肌肉、在其身上找穴位、定位来学习。

13/4/16 A 头面部的骨、肌肉结构及体表标志。

14/4/16 B 头面部穴位的针刺操作。

C 操作后的体会讨论。

15/4/16 头面部常用穴位的针刺操作。

背腰骶部的骨、肌肉结构及体表标志(包括针刺底下的结构)。

16/4/16 背腰骶部常用穴位的针刺操作。

针刺操作后的体会讨论。

一个穴

单穴治病的取穴原则:

单穴与多穴处方相比较,如单穴要取得与多穴同等或更好疗效的情况下,需要掌握更多的针灸临床知识、技能及理论知识。

首先应掌握穴位的特性及其主治功能;其次要依据经络、腧穴理论:“循经取穴”、“经脉所过,主治所及”。再结合临床具实践、现代解剖、生理学等相关知识,进行合理选穴。

这课程目的是给学者,对人体形态结构比较深入,理解和掌握,才能准确定位及选穴。

邵教授说,针灸师常会谈及选穴、其理论依据、怎么样定准所选穴位,操作时安全及穴位的效果,等等。

其实,这些问题,会影响针灸疗效及将来发展。

此行我注重关键性,面的一穴,就是下关穴。

下关取穴;面部耳前方,颧弓与颌切迹所形成的凹陷中,张口时下颌骨髁状突前移,凹陷即消失处。

患者取坐位或健侧卧位。选用 $0.30 \times 50\text{mm}$,从颧弓下缘,下颌骨髁状突前缘之凹陷处进针,与皮肤呈 45° 角向对侧目内眦方向缓慢刺入。当刺进4-5厘米时,患者该侧面颊,鼻部及上唇有电麻感,有的患者描述如“爆炸感”。

凡是有上述针感,说明针尖已刺到蝶腭神经节。如果针尖抵到骨板,患者感上齿根疼痛,则需将针提出一些,稍改方向再刺入。直到针尖滑入一骨缝,即翼腭窝(蝶腭神经节位于其上部),并出现上述针感。若几次进针均未刺中蝶腭神经节,则不要强求,以免造成明显的针后不适感。若几次进针均未刺中蝶腭神经节,则不要强求,以免造成明显的针后不适感。《来源》中国针灸,增刊:239,1994。

下关穴属阳明胃经,位于面部,阳明为多



a 我感慨，人生最终是“空”。物质生不带来，死也不带去。人在人事间，只不过是暂时性，大家该要惜亲情，友情。追求快乐及健康！

b 为了要降低，各人情绪波动大，如惊或怒等等……最好方法是看“对方的脚或下肢”可帮忙气愤降低。

结论

回国后，我把在南京继续教育课学习中的一穴位“下关”在临床运用及人生哲理与病人分享。

特别是人生哲理，加强我与病人、其家属建立了良好关系。

我告诉病人、其家属说，当自己生气或与人吵架时，避免看对方的面部表情，尽量看对方自脚或下肢。

自己的怒气，不平衡心态就会自然平和下来了。

这方法很实际、很管用。病人、其家属们都开心笑起来了。

医者、患者、家属们之间，默契建立起来了！

参考文献:

- [1] 精编人体解剖彩色图谱。主编刘执玉、田铎。科学出版社。2015
- [2] 常用穴位解剖与针灸指南, 邵浩清主编。2009年

气多血之经，刺之以清泻热邪，疏通经脉，调畅气血。

在临床实践中，下关位置所涵盖特殊结构（翼腭窝以及翼腭神经节）。结合现代医学理论，发现刺激下关穴能够调整支配五官功能活动的内脏神经功能。原因，面部的翼腭窝是由上颌骨、蝶骨和腭骨围成的凹陷，位面颊深部，是联系脑中枢和面部五官通路，其向后经圆孔到颅腔，向前经眶下裂到眶窝，向内经蝶腭孔到鼻腔，向下经腭大孔到口腔。由于面部结构表浅，一些重要的神经节深藏其中，如有效地刺激、调整这下关穴，能治疗五官疾病如过敏性鼻炎。（可参考，备注插图）

一则哲理

在南京学习日子中，邵教授安排我们去看真人尸体(称之为阴体)解剖部位。

我们看了一具女尸，卧在台桌上，布盖着她。我们从女尸阴体的脚部，打开起盖着的布至她胸前，未见女尸的面部，减少我们的惊及不舒服感。

从这小动作上“从脚部打开布去观女尸”，也给予我领悟哲理：

分享栏目

新加坡·陈蓓琪

前言

邓铁涛国医大师，广东省开平市人。广州中医药大学首席终身教授、全国名老中医、中华全国中医学会常务理事。70多年来，精心研究中医理论，极力主张“伤寒”“温病”统一辨证论治。临床以内科见长，擅长诊治心血管疾病如冠心病、高血压病，神经肌肉疾病如重症肌无力、多发性肌炎、肌萎缩侧索硬化症，消化系统疾病如胃炎、慢性肝炎、肝硬化，以及其他疑难病症如硬皮病、红斑狼疮、肾病等。学术上融古贯今，提出“五脏相关”理论，开展一系列对现代中医学发展有影响的研究，包括脾胃学说继承与发扬、痰瘀相关学说应用、寒温病融合中医热病理论、中医诊法与教材建设，以及岭南地域性医学研究开拓、近代中医史研究等。

前段时间我在网上看到一篇《国医大师—邓铁涛62个经验方》内容，经验证此篇内容出自中国医药科学出版社出版的《邓铁涛临床经验辑要》一书，作者邓老，在此与大家分享，希望对大家能够发扬邓老的学术思想，为临床治疗开阔了思路。

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！

邓老处方拾穗

一、治胃、十二指肠溃疡方

〔组成〕党参18克、白术12克、云苓15克、柴胡9克佛手片5克、乌贼骨(或瓦楞子(煅))15克、甘草5克。

〔功效〕健脾益气，舒肝和胃。

〔主治〕胃、十二指肠溃疡，慢性胃炎，胃肠神经官能症。

〔加减法〕嗝气反酸者加砂仁、元胡或合用乌贝散(乌贼骨85%，浙贝母15%研为极细末)，每服2~3克。肝气郁结者加白芍、枳壳、郁金，或左金丸。肝郁化火或胃热过盛者合用三黄泻心汤。脾胃虚寒者加黄芪、桂枝、法夏或附桂理中汤。兼吐血便血者加侧柏叶、白及、阿胶、田七末(炒)。胃阴亏虚者加麦冬、石斛、玉竹等。

〔另一法〕临睡前麦芽糖一汤匙，吞服。

二、治萎缩性胃炎方

〔组成〕太子参30克、云苓12克、淮山药12克、石斛12克、小环钗12克、麦芽30克、丹参12克、鳖甲30克(先煎)，甘草5克、田七末3克(冲服)。

〔功效〕健脾养胃，益阴活络。

〔主治〕萎缩性胃炎，慢性浅表性胃炎。

〔加减法〕脾胃气虚较甚者加黄芪或参须(另炖)；湿浊偏重者加扁豆、鸡蛋花、苡仁等；肝郁者加素馨花、合欢皮、郁金等。

三、治胆汁返流性胃炎方

〔组成〕吴茱萸1~3克、川连3~5克、太子参30克、白术15克、云苓15克、甘草5克、威灵仙15克、桔梗10克、枳壳5克。

〔功效〕健脾疏肝，降逆止呕。

〔主治〕胆汁返流性胃炎，反流性食管炎、胃溃疡、胃窦炎。

四、治食管贲门失弛缓症方

〔组成〕太子参30克、白术15克、云苓15克、甘草5克、白芍15克、台乌12克、威灵仙15克。

〔功效〕健脾益气，缓急进食。

〔主治〕食管贲门失弛缓症。

五、治慢性结肠炎方

〔组成〕木香(后下)5克、川连5克、柴胡10克、白芍15克、枳壳6克、甘草5克、太子参30克、白术15克、云苓15克。

〔功效〕健脾舒肝，行气止痛。

〔主治〕慢性结肠炎。

〔加减法〕腹痛明显者加砂仁、元胡、救必应；泄泻较甚者加番石榴叶15~30克；纳差者加麦芽、鸡内金、布渣叶；久泻不止者加赤石脂30克、补骨脂10克。

六、治泄泻方

〔组成〕新鲜番石榴叶30片(干品15~30克)

〔功效〕消炎止泻。

〔主治〕肠炎泄泻，细菌性痢疾。

七、治肠套叠方

〔组成〕旋覆花5克、代赭石15克(先煎)，党参9克、炙甘草5克、生姜2片，大枣3枚，法夏9克。

〔用法〕上药慢煎，服后半小时，继用下法。另外，用蜂蜜100毫升，加开水200毫升，待温度为37℃时，灌肠，与此同时，用梅花针

扣击腹部肿块。

〔功效〕降逆理肠，调畅气机。

〔主治〕小儿肠套叠。

八、治急性阑尾炎方

〔组成〕生大黄15克(后下)，蒲公英15克、冬瓜仁30克、桃仁12克、丹皮9克、皂角刺12克、芒硝6克(冲服)。

〔功效〕清热泻下。

〔主治〕急性阑尾炎；阑尾脓肿(药物组成中去芒硝)。

〔针灸疗法〕针刺阑尾穴(双侧)，用泻法深刺之，运针一二十分钟，接电针机半小时，再留针1小时。每天1次，连刺3天。

〔外敷法〕三黄散外敷。用蜂蜜适量加水调匀，敷患处，药干即换。

九、治慢性阑尾炎方

〔组成〕生大黄9克、丹皮9克、冬瓜仁30克、桃仁9克、芒硝6克。

〔功效〕清热泻下。

〔主治〕慢性阑尾炎。

〔加减法〕痛甚加蒲公英或田七末；热甚加地丁、银花、连翘；出现包块(阑尾脓肿)加皂角刺；虚人于后期酌加党参或花旗参以扶正。

〔注〕此方即大黄牡丹皮汤，可每月服三四剂，持续3个月。

十、治慢性肝炎方

〔组成〕党参或太子参15~30克、云苓15克、白术12克、甘草5克、川萆薢10克、珍珠草30克。

〔功效〕健脾化湿浊，扶土抑肝木。

〔主治〕慢性肝炎。

〔加减法〕湿重者加法夏10克、砂仁3克、苡仁15克。肝郁者加素馨花10克、郁金10克。肝阴不足而见眩晕、失眠、梦多者加桑寄生30克、桑椹子15克、旱莲草12克、女贞子

12克。肾阴虚而见腰膝酸痛、舌嫩红苔少、脉细数者加首乌30克、山萸肉12克、熟地20克、淮山药易白术、太子参易党参。黄疸者加田基黄30克、溪黄草30克、或金钱草25克、土茵陈25克。血瘀者加丹参15克、茜草根12克、桃仁10克、廬虫6克。

十一、治早期肝硬化方

〔组成〕太子参30克、白术15克、楮实子12克、川草薺10克、云苓15克、菟丝子12克、土鳖虫10克、甘草6克、丹参18克、鳖甲(醋炙)30克。

〔功效〕健脾护肝，化癥软坚。

〔主治〕早期肝硬化。

〔加减法〕酒精中毒性肝硬化，加葛花12克；肝炎后肝硬化，加珍珠草30克；门脉性肝硬化，若硬化较甚，加炒山甲10克；牙龈出血者，加紫珠草30克；阴虚者去川草薺，加淮山药15克、石斛12克。黄疸者加田基黄30克。

十二、治腹水方

〔组成〕甘草、甘遂等量。

〔用法〕用等量之甘草煎浓汁浸泡已打碎之甘遂，共泡3天3夜，去甘草汁，将甘遂晒干为细末，每服1~2克、用肠溶胶囊装吞，于清晨用米粥送服。

〔功效〕攻逐污水。

〔主治〕肝硬化腹水。

〔注〕此方为民间验方，攻逐力强，不宜重用多用，仍须与辨证论治相结合。

十三、治低白蛋白症方

〔组成〕淮山30克、苡米15克、鳖或龟约斤许。

〔用法〕煲汤或炖服。每周1~2次。

〔功效〕健脾填精。

〔主治〕低白蛋白症或A/G比值倒置者。

十四、治肝吸虫方

〔组成〕①党参(或太子参)12克、云苓12克、白术10克、扁豆12克、山药15克、郁金10克、枣子槟榔25克(切)，使君子10克、甘草5克。

②郁金10克、苦楝根白皮15克、榧子肉25克、枣子槟榔25克(切)。

〔用法〕先服①方，每日1剂，复煎当日服，连服3~4天；后服②方，服法同上，连服5~7天为1疗程。若体质壮实者，则先服②方，后服①方，剂次不变。感染轻者，一般服1~2疗程可愈；感染重者，一般服3疗程可愈，最多可服至4疗程。

〔功效〕健脾驱虫疏肝。

〔主治〕肝吸虫病。

十五、治胆道蛔虫症方(胆蛔汤)

〔组成〕炒榧子肉15克、使君子(打)12克、枣子槟榔(切)12克、乌梅10克、苦楝根白皮15克。

〔功效〕驱虫，安蛔，止痛。

〔主治〕胆道蛔虫，肠道蛔虫，亦可治蛔虫性肠梗阻。

〔加减法〕腹痛甚者加木香、枳壳、砂仁；热象明显者加黄连、黄柏；大便秘结者加枳实、玄明粉、大黄；脾虚者加四君子汤或参苓白术散；蛔虫性肠梗阻亦可配合针刺四逢穴，或加服生油50毫升，口服或胃管给药。

十六、治胆囊炎与胆石症方

〔组成〕柴胡10克、太子参15克、金钱草30克、郁金12克、白芍15克、蒲黄6克、五灵脂6克、甘草3克。

〔功效〕舒肝利胆排石，健脾活血。

〔主治〕胆囊炎，胆石症。

〔加减法〕热盛者去太子参加黄芩、梔子；湿盛者去太子参加茵陈、木通；大便秘结者去太子参加元明粉、枳壳或大黄；脾虚较甚者加云苓、白术。

十七、治阿米巴痢疾方

〔组成〕鸦胆子肉**20**粒。

〔用法〕以滑石粉为衣，空腹吞服。

〔功效〕清热解毒，杀虫止痢。

〔主治〕阿米巴痢疾。

〔注〕此方出于张锡纯。

十八、治高血压方

方一：石决牡蛎汤

〔组成〕石决明**30**克(先煎)，生牡蛎**30**克(先煎)，白芍**15**克、牛膝**15**克、钩藤**12**克(后下)，莲子心**3**克、莲须**10**克。

〔功效〕平肝潜阳。

〔主治〕肝阳上亢之高血压病。

〔加减法〕苔黄、脉数有力者加黄芩；兼阳明实热便秘者加大黄；苔厚腻者去莲须加茯苓、泽泻；头痛甚者加菊花或龙胆草；头晕甚者加天麻；失眠加夜交藤或酸枣仁。

方二：莲椹汤

〔组成〕莲须**10**克、桑椹子**12**克、女贞子**12**克、旱莲草**12**克、淮山**30**克、龟板**30**克(先煎)，牛膝**15**克。

〔功效〕滋肾养肝。

〔主治〕肝肾阴虚之高血压病。

〔加减法〕气虚者加太子参；舌光无苔加麦冬、生地；失眠者加酸枣仁、柏子仁。血虚者加首乌、黄精。

方三：肝肾双补汤

〔组成〕桑寄生**30**克、首乌**30**克、川芎**10**克、淫羊藿**10**克、玉米须**30**克、杜仲**10**克、磁石**30**克(先煎)，生龙骨**30**克(先煎)。

〔功效〕双补肝肾，兼予潜阳。

〔主治〕阴阳两虚之高血压病。

〔加减法〕气虚者加黄芪**30**克；肾阳虚为主者，可用附桂十味汤(肉桂、熟附子、黄精、桑椹子、丹皮、云苓、泽泻、莲须、玉米须、牛膝)；肾阳虚甚兼浮肿者，用真武汤加杜仲、黄芪。

方四：赭决九味汤

〔组成〕黄芪**30**克、党参**15**克、陈皮**3**

克、法夏**10**克、云苓**15**克、代赭石**30**克(先煎)，草决明**30**克、白术**15**克、甘草**3**克。

〔功效〕益气祛痰。

〔主治〕气虚痰浊之高血压病。

〔加减法〕兼肝肾阴虚者，加首乌、桑椹子、女贞子；兼肾阳虚者加肉桂心、仙茅、淫羊藿；兼血瘀者加川芎、丹参、田七末等。

十九、治冠心病方

〔组成〕党参(或太子参)**18**克、竹茹**10**克、法夏**10**克、云苓**15**克、橘红**10**克、枳壳**6**克、甘草**5**克、丹参**18**克。

〔功效〕益气祛痰以通心阳。

〔主治〕冠心病。

〔加减法〕气阴两虚者合生脉散；血瘀胸痛甚者加田七末、豨莶草或失笑散；气虚甚者合用四君子汤或重用黄芪；血压高加草决明、代赭石、钩藤、牛膝；血脂高加山楂、布渣叶、草决明，首乌。

二十、治风湿性心脏病方

〔组成〕太子参**30**克、白术**15**克、云苓**15**克、甘草**5**克、桃仁**10**克、红花**5**克、五爪龙**30**克、鸡血藤**24**克、桑寄生**30**克。

〔功效〕益气活血。

〔主治〕风湿性心脏病。

二十一、治慢性心衰方

〔组成〕花旗参**10**克(另炖)，麦冬**10**克、炙甘草**6**克、大枣**4**枚，太子参**30**克。

〔功效〕益气生脉。

〔主治〕慢性心功能衰竭。

〔加减法〕心阳虚者用暖心方(红参、熟附子、薏苡仁、橘红等)，心阴虚者用养心方(生晒参、麦冬、法夏、云苓、田三七等)，除二方外，阳虚亦可用四君子汤合桂枝甘草汤或参附汤，加五爪龙、北芪、酸枣仁、柏子仁等；阴虚用生脉散加沙参、玉竹、女贞子、旱莲草、桑椹子等。血瘀加用桃红饮(桃仁、红

花、当归尾、川芎、威灵仙)或失笑散;水肿甚者加用五苓散、五皮饮;兼外感咳嗽者加豨莶草、北杏、紫菀、百部;喘咳痰多者加苏子、白芥子、胆星、浮海石;湿重苔厚者加苡米、扁豆衣;喘咳欲脱之危症则用高丽参合真武汤浓煎频服,配合静脉注射丽参针、参附针,或参麦针以补气固脱。

〔注〕此方出于黄省三加以化裁。

二十二、治偏瘫截瘫方

〔组成〕黄芪120~240克、赤芍15克、归尾10克、川芎10克、桃仁10克、红花5克、地龙10克、丹参24克、水蛭10克。

〔功效〕益气活血。

〔主治〕中风后遗症,外伤性截瘫。

〔注〕此方为补阳还五汤加味。

二十三、治咳嗽方

〔组成〕百部10克、紫菀10克、橘络10克、浮海石10克、冬瓜仁10克、北杏10克、五爪龙20克、苏子10克、莱菔子10克、甘草5克。

〔功效〕降气化痰,宣肺止咳。

〔主治〕咳嗽。

〔加减法〕外感咳嗽加豨莶草15克、桑叶10克、薄荷6克(后下)。食滞咳嗽加布渣叶15克、芒果核10克。脾虚咳嗽合四君子汤培土生金。暑热咳嗽加莲叶10克、扁豆花10克、西瓜皮15克。秋燥咳嗽加雪梨皮15克、沙参15克。过食生冷之咳嗽加藿香10克、生姜3片、苏叶6克。痰热咳嗽加黄芩12克、瓜蒌15克、竺黄10克。

二十四、治肺气肿方

〔组成〕五爪龙30克、太子参30克、白术15克、云苓15克、甘草5克、苏子10克、莱菔子10克、白芥子10克、鹅管石30克。

〔功效〕培土生金,降气除痰。

〔主治〕肺气肿,哮喘之缓解期,慢性

支气管炎。

〔加减法〕咳嗽甚者加百部10克、紫菀10克、橘络10克。喘甚者加麻黄6克、地龙10克。兼食滞者加木芒果核10克、布渣叶15克。

二十五、治支气管扩张症方

〔组成〕百合30克、百部15克、海蛤壳30克、白芨30克。

〔功效〕固肺敛肺,止咳止血。

〔主治〕支气管扩张症,肺结核,百日咳,久咳,咳唾痰血。

〔注〕上海验方。

二十六、治肺结核方

〔组成〕党参15克、黄芪15克、淮山药15克、知母15克、玄参15克、生龙骨15克、生牡蛎15克、丹参9克、三棱10克、莪术10克。

〔功效〕补气养阴,活血化痰。

〔主治〕肺结核。

二十七、治神经官能症方

〔组成〕甘草10克、大枣5枚,面粉一汤匙(冲熟服)。

〔功效〕养心安神,甘缓和中。

〔主治〕神经官能症,失眠。

〔注〕此方即甘麦大枣汤,小麦改为麦面粉效果更好。

二十八、治头痛方(加味选奇汤)

〔组成〕防风9克、羌活9克、黄芩9克、甘草6克、白芍12克、白蒺藜12克、菊花9克。

〔功效〕祛风,清热,止痛。

〔主治〕头痛,偏头痛,眉棱骨痛,三叉神经痛。

〔加减法〕阴虚明显者生地易黄芩,或以磁石朱丸与六味地黄丸以治之。日服磁朱丸以镇摄其亢阳,晚服六味地黄丸以滋其肾阴。血瘀者加茺蔚子10克、牛膝15克、豨莶草15克、

或用血府逐瘀汤。

〔注〕磁朱丸本眼科用药，又名神曲丸，出自《备急千金要方》，用120克神曲以配60克之磁石及30克之朱砂，磁石滋肾潜阳，重镇安神，朱砂清心安神，妙在用120克神曲以健运脾气，使石药不致有碍胃气，又能升清降浊。

二十九、治癫痫方

〔组成〕荆芥8克、全蝎10克、僵蚕10克、浙贝10克、橘络10克、白芍15克、甘草6克、云苓15克、白术12克、丹参15克、黄芪15克、蜈蚣2条。

〔用法〕共研极细末，每次3克、每日2次，温开水送服。小儿减半量。

〔功效〕益气祛痰，镇痫安神。

〔主治〕癫痫。

〔附〕治癫痫民间验方

〔组成〕未开眼黑狗仔全只。

〔用法〕放瓦筒包黄泥糊，炭火烤至小黑狗干炭，研细末，放瓶中打地气，分几次用黄精酒送服，一般壮者不服此方。

〔另方〕黄豆2500克、地龙干30克、白胡椒30克、水5000克、慢火煲至干水，每天3次，食黄豆一握。

〔功效〕镇痫安神。

〔主治〕癫痫。

三十、治甲亢方

〔组成〕太子参30克、麦冬10克、五味子6克、浙贝10克、玄参15克、生牡蛎30克、山慈姑10克、甘草5克。

〔功效〕益气养阴，化痰散结。

〔主治〕弥漫性甲状腺肿伴甲亢。

〔加减法〕肝郁者加柴胡、枳壳、白芍；心悸失眠者加夜交藤、熟枣仁、柏子仁；烦躁惊惕者加麦芽、大枣；汗多加浮小麦、糯稻根；手颤者加钩藤、首乌、白芍、鸡血藤；突眼加木贼、白蒺藜；气虚者加黄芪、白术、云苓、五爪龙；肾虚加旱莲草、女贞子、菟丝

子、楮实子；血瘀者加丹参、丹皮。

三十一、治皮炎方

〔组成〕青蒿10克、鳖甲30克(先煎)，地骨皮30克、知母10克、丹皮10克、红条紫草10克。

〔功效〕滋阴清热。

〔主治〕皮炎，红斑性狼疮。

三十二、治硬皮病方

〔组成〕熟地24克、淮山药30克、云苓15克、山萸肉12克、泽泻10克、丹皮10克、阿胶10克(烔化)，百合30克、太子参30克。

〔功效〕补肾健脾养肺，活血散结以治皮。

〔主治〕硬皮病。

〔加减法〕心血不足者加熟枣仁、鸡血藤；胃阴虚者加石斛、金钗；痰湿壅肺者加橘络、百部、紫菀、五爪龙；兼血瘀者加丹参、牛膝；肾虚甚者加鹿角胶、鳖甲等；气虚者加黄芪；舌淡者加少许桂枝。

三十三、治糖尿病方

〔组成〕淮山药90克、泽泻10克、云苓15克、山萸肉12克、生地12克、熟地12克、丹皮10克、玉米须30克、仙鹤草30克、黄芪30克。

〔功效〕益气养阴，降糖止渴。

〔主治〕糖尿病。

三十四、治地中海贫血方

〔组成〕方一：吉林参6克、鹿茸片3克、炖服。方二：党参18克、白术12克、云苓15克、炙甘草6克、归头12克、熟地24克、川芎10克、花生衣10克、白芍12克、淫羊藿6克、补骨脂10克、杞子10克。

〔功效〕大补气血。

〔主治〕地中海贫血(再生障碍性贫血亦可用)。

三十五、治血小板减少症方

〔组成〕黄芪15克、党参15克、白术12克、柴胡9克、升麻5克、陈皮3克、炙甘草5克、黄精12克、仙鹤草30克、首乌15克。

〔功效〕益气养血。

〔主治〕血小板减少症。

三十六、治重症肌无力方

〔组成〕黄芪60克、党参18克、白术15克、甘草3克、归头10克、陈皮3克、柴胡10克、升麻10克、五爪龙30克、首乌20克、杞子10克。

〔功效〕补脾益损。

〔主治〕重症肌无力。

〔加减法〕肾阳虚加巴戟、肉苁蓉、淫羊藿；肾阴虚者加山萸肉、旱莲草，或加服六味地黄丸；心血不足者加熟枣仁、夜交藤；胃阴虚者党参易太子参，加石斛、金钗；兼湿者加苡仁、云苓；兼痰者加浙贝、橘络；有外感者用轻剂之补中益气汤原方，酌加豨签草、千层纸、桑叶等。

三十七、治血尿方

〔组成〕三叶人字草30克。

〔功效〕止血尿。

〔主治〕血尿。

〔加减法〕泌尿系结石者加海金沙5克、金钱草30克、砂牛末3克(冲)；慢性肾盂肾炎者合自拟珍珠汤(珍珠草、小叶凤尾草、太子参各15克、云苓12克、白术、百部各9克、桑寄生30克、小甘草5克)；慢性肾炎者加淡豆豉30克、田七末3克(冲)。

三十八、治血崩方

〔组成〕血余炭末3~9克(冲服)。

〔功效〕收敛止血。

〔主治〕妇女崩漏。

〔加减法〕月经过多或月经时间过长可合用胶艾四物汤(阿胶、艾叶、当归头、熟地、

川芎、白芍)。

〔另一法〕直接灸隐白，大敦穴，1~3壮。

三十九、治上消化道出血方

〔组成〕阿胶10克(烊化)，田七末(炒黄)3~5克(冲服)。

〔用法〕三七末炒至深黄色，放置冰箱24小时即可用。

〔功效〕养血止血。

〔主治〕消化道出血。

四十、治吐血咯血方

〔组成〕用5岁以下之健康男孩之中段尿，送服止血散(血余炭，煅花蕊石，白及末，炒三七末，等份共为极细末)1~3克。

〔功效〕引火归原，血归其位。

〔主治〕肺病大咯血或胃病大吐血。

〔加减法〕血得止辨证用药以治其本。

〔另一法〕用梅花针叩击人迎穴，以人迎穴为中心，叩击圆周直径1寸至寸半(同身寸许)，从中心开始圆周扩大。左右各叩击1~3分钟，每天1~3次。

四十一、治腰腿痛方

〔组成〕当归15克、丹参15克、乳香5克、没药5克、生地25克、赤芍15克、白芍15克、甘草5克。

〔功效〕活血化瘀，通络止痛。

〔主治〕腰腿痛，坐骨神经痛。

四十二、治风湿性关节炎方

〔组成〕豨签草15克、老桑枝30克、宣木瓜12克、晚蚕砂10克、威灵仙15克、赤芍15克、甘草5克、宽筋藤24克、络石藤24克、银花藤24克。

〔功效〕祛风清热，通络止痛。

〔主治〕热痹，风湿性关节炎。

四十三、肢节疼痛外洗方

〔组成〕海桐皮12克、细辛3克、柝艾12克、荆芥9克、吴茱萸15克、红花9克、桂枝9克、川断9克、归尾6克、羌活9克、防风9克、生川乌12克、生姜12克、生葱连须5条。

〔用法〕煎水加米酒30克、米醋30克、热洗患处，每日2次。

〔功效〕祛风活血，通络止痛。

〔主治〕肢节疼痛，风寒湿痹，瘀痹。

〔注〕此方为家传方。

四十四、治脱发方

〔组成〕首乌30克、黑豆30克、大枣4枚、甘草5克、黄精15克、熟地24克、桑椹子12克、五爪龙30克、鸡血藤24克。

〔功效〕养血生发。

〔主治〕斑秃，脱发，白发。

〔外治法〕①每天晨起用白兰地酒擦全头发脚，脱发处多擦；②脱发处配合运用毫针平压挑刺患部。其针法是：先用一寸毫针向后斜刺百会穴，并留针至结束；继而选用一寸毫针3~5枚，并排摄在拇、食指间，然后平压在患部皮肤上，再一齐平提起，此时患部的皮肤则被轻轻挑起，如此往返操作，把整个患部的皮肤平压挑刺一遍，每天或隔天1次。

四十五、治慢性咽喉炎方

〔组成〕五爪龙30克、玄参15克、千层纸6克、桔梗10克、乌梅6克、甘草6克。

〔功效〕益气养阴，利咽止痛。

〔主治〕慢性咽喉炎。

〔注〕如无五爪龙，可用太子参15克代。

四十六、治过敏性鼻炎方

〔组成〕五爪龙30克、木贼12克、菊花10克、玄参15克、白芍15克、白蒺藜12克、桔梗10克、甘草6克、辛夷花10克、太子参15克、大枣4枚。

〔功效〕益气固表，疏风通窍。

〔主治〕过敏性鼻炎。

〔注〕如无五爪龙，可用黄芪15克代。

四十七、治牙痛方

〔组成〕早莲草15克、侧柏叶15克、细辛6克、海桐皮30克。

〔功效〕滋阴降火，消肿止痛。

〔主治〕牙龈肿痛，牙痛，牙周炎。

四十八、治泌尿系感染方

〔组成〕珍珠草(鲜用)30克、小叶凤尾草(鲜)30克。

〔功效〕清热利尿。

〔主治〕急性泌尿系感染。

四十九、治慢性肾盂肾炎方(珍凤汤)

〔组成〕太子参15克、白术12克、云苓12克、小甘草5克、百部9克、桑寄生18克、珍珠草15克、小叶凤尾草15克。

〔功效〕健脾利湿，扶正祛邪。

〔主治〕慢性肾盂肾炎。

五十、治泌尿系结石方

〔组成〕金钱草30克、生地15克、广木香5克、鸡内金10克、海金砂3克(冲服)，(或琥珀末或砂牛末与海金砂交替使用)，小甘草3克、木通9克。

〔功效〕利水通淋，化石排石。

〔主治〕泌尿系结石。

〔加减法〕小便涩痛者加小叶凤尾草24克、珍珠草24克。血尿者加白茅根30克、淡豆豉10克、三叶人字草30克。气虚明显者加黄芪30克。肾阳虚者加附桂或附桂八味丸加金钱草、琥珀末之类治之。肾绞痛或腹痛甚者可当即用拔火罐疗法。此法不仅能止痛，而且能使结石下移，以利排出。

〔拔火罐疗法〕痛在上腹或腰背者罐口放在腰背部痛点处(罐口余部偏于下方)，痛在下腹部者，罐放腹部痛点处。

五十一、治尿毒症方

〔组成〕熟附子10克、肉桂心2克(焗服)(或桂枝10克)、白芍15克、云苓15克、白术15克、生姜10克、猪苓30克、云苓皮30克、益母草30克。

〔功效〕温阳利水。

〔主治〕尿毒症。

〔注〕宜与灌肠方同用。

五十二、灌肠方

〔组成〕大黄30克、槐花30克、崩大碗30克、苏叶10克、益母草30克。

〔用法〕煎至200毫升，紫金錠3片，熔化，保留灌肠。

〔功效〕清热解毒。

〔主治〕尿毒症，昏迷，脓毒血症。

五十三、消尿蛋白方

〔组成〕黄芪30克、龟板30克、淮山药15克、苡仁15克、玉米须30克。

〔功效〕健脾固肾，利湿化浊。

〔主治〕蛋白尿。

五十四、治乳糜尿方

〔组成〕太子参15克、白术15克、云苓15克、甘草6克、川萆薢30克、百部12克、台乌15克、广木香3克(后下)、丹参15克、珍珠草15克、桑寄生30克、石菖蒲10克。

〔功效〕健脾祛湿。

〔主治〕乳糜尿。

五十五、治前列腺肥大方

〔组成〕黄芪30克、荔枝核10克、橘核10克、王不留行12克、滑石20克、木通10克、云苓15克、炒山甲15克、甘草5克、两头尖10克、玉米须30克。

〔功效〕益气行气，通利水道。

〔主治〕前列腺肥大。

〔加减法〕尿频、尿急、尿涩痛者加珍珠

草15克、小叶凤尾草15克；血淋加白茅根30克、三叶人字草30克、淡豆豉10克。

五十六、治睾丸炎方

〔组成〕生大黄10克、熟附子10克、黄皮核10克、荔枝核10克、柑核10克、芒果核10克、橘核10克、王不留行15克。

〔功效〕寒温并用，行气止痛。

〔主治〕慢性睾丸炎，附睾炎，睾丸痛。

〔加减法〕腰膝酸痛者加狗脊30克。气虚者加五爪龙30克、黄芪30克。血瘀者加炒山甲15克、丹皮15克。热象明显者加生地24克、玄参15克、龙胆草10克、车前子20克。

五十七、治闭经方

〔组成〕晚蚕砂10克、王不留行15克、益母草30克、牛膝15克、海螵蛸18克、茜草根15克。

〔功效〕行血通经。

〔主治〕闭经，月经愆期未至，月经不调。

〔加减法〕气虚脾虚者加四君子汤；血虚血瘀者合用桃红四物汤；肝气郁结者合用四逆散；气滞血瘀者合用血府逐瘀汤。

五十八、治子宫脱垂方

〔组成〕黄芪30克、党参18克、白术15克、柴胡10克、升麻10克、当归10克、枳实5克、首乌30克、甘草5克。

〔功效〕补气固脱。

〔主治〕子宫脱垂。

五十九、治子宫肌瘤方

〔组成〕桂枝12克、云苓12克、赤芍12克、桃仁10克、丹皮12克、三棱10克、莪术10克、炒山甲12克。

〔功效〕活血化瘀，削坚散结。

〔主治〕子宫肌瘤。

〔加减法〕月经过多或经期延长可先服

胶艾四物汤以止血。腹痛甚可加服失笑散或五灵止痛散。

〔附〕宫肌瘤丸：桂枝、茯苓、赤芍、桃仁、丹皮、蒲黄、五灵脂，各等份为末，炼蜜为丸，每丸6克、每晚服3丸。

六十、治皲裂方

〔组成〕猪肤(鲜)60克、百合30克、黄芪15克、淮山药15克。

〔功效〕益气润肺，生肌养皮。

〔主治〕手足皲裂。

六十一、治肛裂方

〔组成〕煅炉甘石研末3份，珍珠层粉1份，和匀，凡士林适量，搽。

〔功效〕收敛生肌。

〔主治〕肛裂。

六十二、治外痔方

〔组成〕榕树须60~100克、苏木20~30克。

〔功效〕活血，软坚，消肿。

〔主治〕外痔。

〔用法〕煎水熏洗患处。



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

《新加坡中医杂志》来稿要求：

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

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

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

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

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

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

本刊鼓励注册中医医师踊跃投稿，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(中医师公会前身)。1952年中华施诊所成立(中华医院前身)。1953年中医专门学校创立(中医学院前身)。为筹建大巴窑中华医院，中医师公会于1971年发动社会募捐运动。1959年成立中华医药研究院。1980年成立中华针灸研究院。

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2016年6月30日

顾 问 赵英杰 林秋霞

编 印 新加坡中医师公会

主 编 郑爱珠(宣传出版组主任)

副 编 王美凤(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 新加坡中医师公会
Singapore Chinese Physicians' Association
640 Lorong 4 Toa Payoh Singapore 319522
电话 (65) 6251 3304
传真 (65) 6254 0037
网址 <http://www.singaporetcm.com>
电邮 assoc@singaporetcm.com

出版准证 MCI (P) 074/06/2016

国际刊号 ISSN : 0219-1636

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

代 理 长河书局
书城音乐书局

定 价 5.00新元

版权所有 翻印必究

ISSN 0219-1636



新加坡中医师公会

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

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

