

新加坡中醫雜誌

41

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

12月 / Dec 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.

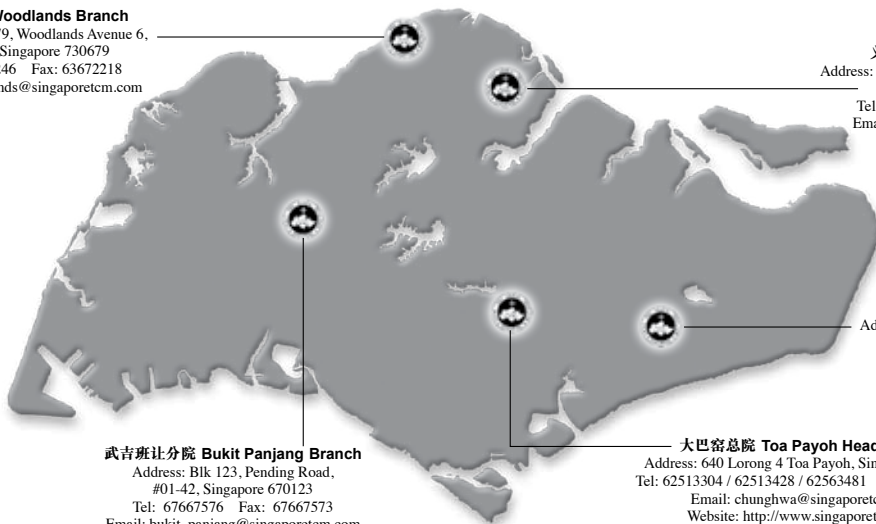
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporectm.com

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

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



弘扬岐黄七十载，橘井流芳泽狮城

1. 记新加坡中医师公会70周年庆 — 新加坡·林英p02-03

临床

2. 软组织平衡技术保守治疗膝骨性关节炎的临床研究 — 中国黑龙江·程亭秀/程广耀/刘树强p04-07
3. 非药物治疗老年失眠症的进展 — 四川成都·林汶源p08-10
4. 康复期乳腺癌患者的调养 — 新加坡·曾玉珠p11-13
5. 金实教授经方治痹证经验探析 — 新加坡·杜以梅p14-23
6. 八年脱发是怎样医疗好? — 新加坡·吴荣贵p24-25
7. 浅谈唇风的中医证治 — 新加坡·卓扶蓉p26-29
8. 针灸治疗荨麻疹 — 新加坡·杨昌志p30-33
9. 恶性肿瘤病中医诊断治疗 — 新加坡·白伟良p34-41
10. 汗证 — 新加坡·梁妹p42-43
11. 慢性胃炎中医治疗 — 新加坡·蔡瑞和p44-45
12. 浅谈老年痴呆症的针灸治疗体验 — 新加坡·赵宝芬p46-47

理论探讨

13. 八脉交会穴配穴的临床应用 — 新加坡·蔡欣洁p48-49
14. 运用健脾益胃法——糖尿病临床体会 — 新加坡·陈金凤p50-53
15. 针刺配神灯治疗膝关节骨性关节炎的机理探讨 — 新加坡·刘立p54-56
16. 血瘀与恶性肿瘤的关系 — 新加坡·邓凯文p57-63
17. 古代文献对脂肪肝的认识 — 新加坡·黄靖文p64-70
18. 从《内经》认识‘糖尿病’ — 新加坡·冯启发p71-76

新加坡杏林人物志

19. 力主易“中华施诊所”为“中华医院”的应锡祺 — 新加坡·林英p77

学术交流

20. 第六届国际经方班(台北)兼国医张步桃纪念研讨会 — 新加坡·陈昆宁p78-85
21. 第十一届亚细安中医药学术大会 — 新加坡·林英p86
22. 世界中联肿瘤专业委员会换届大会暨第四届学术年会 — 新加坡·凌鹰p87-88

知识库

23. 分享栏目 皮肤病的预防与保健 — 新加坡·陈蓓琪p89-96

记新加坡中医师公会70周年庆

新加坡·林英

新加坡中医师公会于2016年12月4日(星期日)在史丹福瑞士酒店莱佛士会议中心四楼隆重举行新加坡中医师公会庆祝70周年纪念庆典，此次纪念庆典主题为【弘扬岐黄七十载，橘井流芳泽狮城】，由新加坡中医学院、中华医院承办，中华医药研究院、中华针灸研究院协办。上午9时30分至下午5时是开幕礼及新加坡国际中医药高层论坛，傍晚七时30分至10时30分是70周年庆典晚宴。特邀嘉宾世界卫生组织传统医学与补充医学部主任张奇博士，世界中医药学会联合会主席余靖女士；会场外陈列着各友好中医团体，

商家及各界人士送来精致高雅的祝贺花篮，飘逸着喜庆的气氛。

中医药高层论坛参会者除了新加坡本地中医药界人士，还有来自中国、马来西亚、泰国、印尼等地的嘉宾约700余人，场面热烈，首开序幕的是由南京中医药大学浮针医学研究所所长，符仲华教授主讲浮针疗法，上午11时新加坡国际高层论坛开幕仪式主宾是卫生部政务部长蓝彬明医生莅临会场，国际中医药高层论坛正式开始，主宾卫生部政务部长蓝彬明及各位论坛主讲者上台，由新加坡中医师公会会长赵英杰博士致开幕词。



卫生部政务部长蓝彬明医生致辞



副总理兼国家安全统筹部长张志贤老生主持切蛋糕仪式

接着由世界中医药学会联合会余靖主席，世界卫生组织传统医学及补充医学部张奇主任及新加坡卫生部政务部长蓝彬明医生分别向大会致献辞，新加坡中医师公会会长赵英杰教授和世界中医药学会联合会主席余靖教授在会上签署合作协议书。

在丰盛的荤素食自助午餐后，下午一点国际高层论坛第一位主讲者是世界卫生组织传统医学及补充医学部主任张奇博士，讲题：世界卫生组织传统医学战略的实施。第二位主讲者是：国医大师陈可冀院士，讲题：当代中医药临床实践。第三位主讲者是韦企平教授，韦教授是韦氏中医眼科第四代学术继承人。讲题：韦氏中医眼科学术思想和临证特长。下午国际高层中医药论坛最后一位主讲者是中华中医药肿瘤学会名誉主任委员周宜强教授，讲题：中西医结合防治肿瘤纵谈。

70周年庆典晚宴席开100余桌，主宾是副总理兼国家安全统筹部长张志贤先生；卫生部政务部长蓝彬明医生、徐芳达政务部长，卫生部中医管委会各官员中华人民共和国驻新加坡特命全权大使陈晓东先生，亚细安各

中医团体代表，国内外中医界代表等济济一堂，佳肴美酒共庆公会70周岁。

晚宴上赵英杰会长特别指出，“中医界有必要重新审视中医在国民医疗保健体系的定位。把慈善投入真正需要的群体，加大力度帮助贫困病人，确保社会资源合理运用。与此同时，应为大多数人士提供可负担得起的中医医疗服务。”副总理兼国家安全统筹部长张志贤先生，在发言时，表扬中医师公会在多个社区开办诊疗所，每天为至少1200名国人提供慈善医疗服务，并通过公会的中医学院，培养出了许多中医人才。

在庆典晚宴上南京丰盛集团捐赠给新加坡中医师公会一百万新币，同时颁发长期服务奖，表扬长期为公会做出贡献的理事，并追颁特别荣誉奖给已故前会长梁世海教授，由其公子梁肇庆医师代领。

软组织平衡技术保守治疗膝骨性关节炎的临床研究

中国黑龙江·程亭秀 程广耀 刘树强

【摘要】 目的 观察软组织平衡技术保守治疗膝骨性关节炎的临床疗效。方法 将120例膝骨性关节炎患者随机分为治疗组和对照组,每组60例。治疗组采用软组织平衡技术治疗,对照组采用传统推拿方法治疗,治疗四周。比较两组康复介入治疗前后评定Mayo肘关节功能评分并评定疗效。结果 治疗组治愈率、总有效率明显优于对照组(Ridit分析, $u=5.0818$, $P<0.01$, 两组比较差异具有统计学意义);治疗组患侧膝关节功能及疼痛改善程度优于对照组(HSS评分与对照组比较: $t=22.287$, $P<0.01$; VAS评分与对照组比较: $t=6.242$, $P<0.01$)。结论 软组织平衡技术保守治疗膝骨性关节炎简单、实用、效果显著,适合临床推广。

【关键词】 软组织平衡; 膝骨性关节炎; 临床研究

膝骨性关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是一种慢性的骨关节疾病,是骨科临床中的常见病及多发病,好发于中老年,女性居多。严重者导致关节功能障碍甚至残疾,是引起老年人疼痛和伤残的主要原因之一,严重影响患者的生活质量。膝骨性关节炎病情复杂,病程较长,难治愈,对于早、中期患者保守治疗取得一定的效果,但对于早期膝骨性关节炎的防治目前仍缺乏高效的方法,晚期则趋于人工关节置换术。近年来软组织平衡技术在膝关节置换术中广泛应用^[1, 2],对术后患者膝关节康复有着重要的意义。笔者近年来应用软组织平衡技术保守治疗膝骨性关节炎,取得显著疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2014年1月—2016年1月东宁市人民医院康复医学科门诊就诊膝骨性关节炎患者120例。随机分为治疗组及对照组。2组患者性别、年龄、病程、治疗前后HSS评分及VAS评分等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

采用《骨关节炎诊治指南(2007年版)》^[3]诊断标准:①近一个月内反复膝关节疼痛;②X线片(站立或负重位)示关节间

隙变窄、软骨下骨硬化和(或)囊性变、关节缘骨赘形成；③关节液(至少2次)清亮、粘稠，WBC<2000个/ml；④中老年患者(≥40岁)；⑤晨僵≤30min；⑥活动时有关节摩擦音(感)。综合临床、实验室及X线检查，符合1+2条或1+3+5+6条或1+4+5+6条，可诊断为膝骨性关节炎。

1.3 纳入标准

符合上述诊断的患者，单膝，依从性好。

1.4 排除标准

①伴有严重心、肝、肺、肾等重要脏器疾患的患者；②治疗1周内应用其他镇痛剂或关节腔内注射药物的患者；③膝关节程度严重，需要手术治疗者；④双膝骨关节炎患者；⑤继发性膝骨关节炎；⑥不愿或无法配合完成治疗方案的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组

采用传统推拿方法完全参照《中医骨伤科治疗手法图解》(第二版)^[4]中关于膝骨性关节炎的推拿处方。每个膝关节手法治疗时间均30分钟。

手法要点：(1)点血海：患者取卧位，稍屈膝，医者一手扶膝上，另一手用拇指点血海穴，以理气活血；(2)点膝眼：体位同前，医者双手点患者双侧膝眼穴；(3)压推法：患者平卧屈膝，医者双手拇指交叉，压住髌下韧带，热爱后用力向上推，反复数次；(4)揉推法：实际上是揉推髌骨，以带动整个膝部的气血流通，使关节的活动和功能得以改善。患者伸膝，双手拇指压住髌骨的下缘，向上推揉，然后再按住髌骨的上缘，向下推揉，反复数次；(5)扣提法：医者用单手扣住髌骨，用力向上扣提髌骨，顺髌骨边线反复扣提数次；(6)圈晃法：患者半蹲位，医者半蹲位，一手扶踝部，逆时针

方向或顺时针方向反复晃数次，可解除关节交锁、缓解疼痛。

2.2 治疗组

根据软组织平衡技术^[5]设计治疗方案，首先应用推、拿、按、揉等方法放松膝关节周围肌肉，患者取卧位根据放松位置改变患者体位为俯卧、仰卧及侧卧；具体治疗包括股四头肌、腘绳肌、臀大肌、阔筋膜张肌、髂胫束、内收肌群、小腿三头肌以及胫骨前肌等肌肉，每个部位按摩2min，治疗时间20分钟；然后针对股四头肌、腘绳肌进行多点等长等张收缩训练^[6, 7]，治疗时间10分钟。

每日一次，6日为一疗程；间隔一日行下一疗程；均治疗4个疗程后观察患者主要临床症状、体征以及生活能力的变化。

3 结果

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]中的相关标准制定。治愈：临床症状消失，功能活动恢复正常。显效：全部症状消除或主要症状消除，关节基本恢复，能参加正常的工作和劳动。有效：主要症状基本消除，关节功能基本恢复或有明显进步，生活不能自理转为能够自理；或者失去工作或劳动能力转为工作和劳动能力有所恢复。无效：与治疗前相比较个方面均无进步。

关节功能评定 采用美国特种外科医院(The Hospital for Special Surgery, HSS)膝关节评分标准^[9]，治疗前后评定患侧膝关节功能。

关节疼痛程度评定 采用视觉模拟评分法(Visual Analogous Scale, VAS)，治疗前后进行疼痛程度评定。

3.2 统计学方法

用SPSS13.0进行统计学处理，计量资料

采用t检验, 等级资料采用Ridit分析, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 两组临床疗效比较(见表1)

表1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	60	41 (68.33)	18 (30.00)	1 (1.67)	0 (0.00)	100.00
对照组	60	20 (33.33)	11 (18.33)	14 (23.33)	15 (25.00)	75.00

注: 与对照组比较经Ridit分析, $u=5.0818$, $P < 0.01$ 。

由表1可见, 治疗组总有效率为100%, 对照组为75%, 两组比较差异具有统计学意义($P < 0.01$)。

3.3.2 两组患者治疗前后HSS评分及VAS评分比较(见表2)

表2 两组患者治疗前后HSS评分及VAS评分比较(分)

组别	n	时间	HSS评分	VAS评分
治疗组	60	治疗前	50.01±9.65	8.41±1.58
		治疗后	90.18±7.59 ¹⁾	1.98±0.65 ²⁾
对照组	60	治疗前	49.98±9.78	8.46±1.49
		治疗后	60.55±6.96	3.79±2.13

注: HSS评分与对照组比较 $t=22.287$, 1) $P < 0.01$; VAS评分与对照组比较 $t=6.242$, 2) $P < 0.01$ 。

由表2可见, 两组治疗前HSS评分及VAS评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗后HSS评分及VAS评分比较, 差异均具有统计学意义($P < 0.01$)。

4 讨论

膝骨性关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是一种常见的慢性关节疾病, 据世界卫生组织(WHO)统计, 骨关节炎在女性患病率中占第4位, 在男性患病率中占第8位, 40岁以上人群中膝骨性关节炎总患病率为28.7%^[10]。我国已经步入老龄化社会, 截止2009年底, 全国65岁及以上老年人口超过1.13亿人, 并逐年增加

^[11]; 在我国60岁以上的人群中, 50%人群在X线上有骨性关节炎表现, 其中35%—50%有临床症状^[12]。近年来, 膝骨性关节炎引起了社会的高度关注, 膝骨性关节炎治疗也成为了医学界关注的问题^[13]。

膝骨性关节炎是膝关节退行性疾病, 由于退变及负重力线的改变而导致膝关节扣锁机制障碍, 使膝关节的稳定性被破坏^[14]。关节的稳定性依赖于关节面的几何形状、关节面的有限限制、关节囊、韧带以及周围的肌肉组织; 总体而言, 关节面越平, 关节的固有限制性越小, 关节的稳定性依赖于周围的软组织及其平衡^[15、16]。正常膝关节的关节面和周围肌肉、韧带确保了膝关节的生理活动范围。周围肌肉作为动力装置, 维持着下肢活动的平衡。关节的正常活动依赖于关节周围各肌群共同协调又相互拮抗的结果, 维持关节稳定性的主要因素是各肌群间力量的平衡^[17]。肌力产生的动力性稳定是膝关节稳定的最重要因素。在中枢的调制下, 伸膝肌群和屈膝肌群协调作用, 完成复杂的伸屈膝关节运动并维持关节稳定。软组织平衡问题是由于病变导致膝关节周围的软组织张力分布不均, 以及部分软组织发生不同程度的松弛和挛缩等病变引起。

软组织平衡技术主要是松解关节周围挛缩的软组织。对软组织力学平衡的调整, 可有效调整膝关节应力状态, 恢复膝关节功能, 改善膝关节稳定性。既往软组织平衡技术应用于膝关节置换术中, 笔者将这一技术引入保守治疗膝骨性关节炎临床研究中, 该方法首先放松膝关节周围所有肌群, 使短缩及拉长僵硬的肌肉松弛, 然后对股四头肌、腘绳肌进行多点等长等张收缩训练, 多点训练分别训练股四头肌四块肌肉, 使股四头肌、腘绳肌肌力(Q/H)重新平衡, 恢复软组织平衡; 从而达到治疗的作用。研究表明根据软组织平衡技术设计治疗方案治疗膝骨性关节炎治愈率、总有效率明显优于传统推拿组(经Ridit分析, $u=5.0818$, $P < 0.01$ 两组比较差异具有统计学

意义);根据软组织平衡技术设计治疗方案治疗膝骨性关节炎患者患侧膝关节功能及疼痛改善程度优于传统推拿组(HSS评分与对照组比较 $t=22.287$, $P<0.01$;VAS评分与对照组比较 $t=6.242$, $P<0.01$)。

综上所述,软组织平衡技术不仅适用于膝关节置换术,在保守治疗膝骨性关节炎中有着重要的作用,通过软组织平衡达到良好的对线和稳定,使膝关节恢复到无痛、稳定、活动功能良好的状态;该方法简单、实用、效果显著,适合临床推广。

参考文献

- [1] 安雪军,魏杰,苏云星.软组织平衡在全膝关节置换术中的应用研究[J].山西医药杂志,2014,43(17):2070-2071.
- [2] 庄澄宇,刘志宏.全膝关节置换术中软组织平衡问题[J].2002.23(3):134-135.
- [3] 中华医学会骨科分会.骨关节炎诊治指南(2007年版)[J].中华骨科杂志,2007,27(10):793-795.
- [4] 韦贵康,石印玉主编.中医骨伤科治疗手法图解(第二版)[M].上海:上海科学技术出版社,2008,12:192-193.
- [5] 刘福英,何大新,刘兴利,赵亮.全膝关节置换术中软组织平衡[J].临床外科杂志,2005,13(8):524-525.
- [6] 刘卫华.股四头肌等长等张收缩锻炼在治疗膝骨性关节炎中的作用[J].中国医药科学,2013,3(15):40-42.
- [7] 黄岚峰,赵劲松,张延松.等长性肌肉收缩股四头肌功能练习治疗膝骨性关节炎[J].中华临床医师杂志(电子版),2012,6(17):5030-5032.
- [8] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:349-353.
- [9] 刘云鹏,刘沂.骨与关节损伤和疾病的诊断分类及功能评定标准[M].北京:清华大学出版社,2002:232-233.
- [10] 李宁华,薛庆云,张毅,等.中国六城市中老年人群X线膝骨性关节炎流行病学分析[J].实用医学杂志,2008,24(16):2887-2888.
- [11] 黄毅,佟晓光.中国人口老龄化现状分析[J].中国老年学杂志,2012,32(21):4853-4855.
- [12] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎,等.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,2006:1337-1343.
- [13] 潘化平,冯慧,曹月龙,等.手法治疗结合运动疗法治疗膝骨性关节炎进展[J].中华中医药杂志,2011,26(12):2934-2938.
- [14] 吴剑.膝关节置换术中软组织平衡测量技术的发展[J].生物医学工程杂志,2007,24(4):937-940.
- [15] 喻长纯,王战朝,尚延春.膝关节内翻屈曲畸形全膝关节置换的软组织平衡[J].中国修复重建外科杂志,2007,21(10):1062-1067.
- [16] 胡俊勇,徐栋梁,余世明等.严重膝关节骨性关节炎行全膝关节置换术的软组织平衡[J].广东医学,2006,27(2):151-152.
- [17] 党宏胜,王平年,陈文.软组织平衡在全髋置换中的意义[J].中国骨与关节损伤杂志,2006,21(5):344-346.

老年失眠症的进展

非药物治疗

四川成都·林汶源

【摘要】 介绍了有关老年人失眠的特征，阐述了五项非药物治疗老年失眠的相关文献，探析非药物治疗老年性失眠的具有安全、有效、无毒副作用的特点。本文综述了老年失眠症的非药物进展展开综述。

【关键词】 老年人；失眠症；非药物治疗

失眠症是困扰老年人最常见的睡眠障碍。随着老龄化社会的到来，老年失眠患者人数呈明显增多趋势^[1]。失眠往往影响老年人身体及心理方面，同时老年人一旦失眠且会诱发情志病证、焦虑、忧郁、焦躁心态等，这对老年患者疾病的治疗康复往往产生极为不利的影响^[2]。长期失眠导致老年人对社会孤立、功能下降、跌倒风险、认知功能受损等，并导致发病率、死亡率和医疗成本的增加。因此，老年失眠症对老年人的健康和生活质量具有重要影响^[3]。

有关研究显示，失眠的非药物治疗可行而且有效，是治疗老年失眠病人的主要方法之一^[4]。

1. 中医治疗

失眠属于中医的“不寐”范畴，在《内经》中称为“不得卧”。认为邪气侵淫脏腑，卫气行于阳，不能入阴。明·戴元礼《政治要诀·虚损门》有“年高人阳衰不寐”之论，清代《冯氏锦囊·卷十二》提出“壮年人肾阴强盛，则睡沉熟而长，老年人阴气衰弱，则睡轻微易知”。说明不寐的病因与肾阴盛衰及阳虚有关。中医治疗手段多样，包括针刺治疗、艾灸治疗等及多法联合治疗。以下疗法是以传统中医理论及经络理论为基础。

1.1 针灸：针灸是以经络穴位为针刺，人体经

络穴位能调和五脏六腑功能和机体阴阳平衡从而达到改善机体失眠症状之效。近年来研究发现,针灸治疗失眠的疗效越来越突出,针灸疗法可以调和全身气血,调理脏腑阴阳,补益肝肾,达到阴阳平衡,从而改善失眠^[5]。同时,针灸治疗可以预防老年人继发性病变,能提高老年人的身体质量,改善失眠所产生的相关症候群。

1.2 推拿按摩:现代医学研究表明,人体内脏阴阳失调是导致失眠的主要原因之一,推拿按摩疗法是促进人体的经络穴位,但穴位受到推拿按摩手法刺激时,是具备生物电磁的特征,而穴位是人体电磁场的聚焦点,而经络是实现生物电磁效应的传导通道。生物电磁就通过穴位传到脏腑以调节阴阳平衡,调整神经系统状态,改善睡眠。^[6]

1.3 艾灸:灸法治疗失眠且安全经济、无不良反应。艾灸作用于经络腧穴,进而疏通经络、调整脏腑功能,扶正祛邪、调和气血,使人体阴阳恢复平衡^[7]。通过解剖研究发现,当艾灸刺激华佗夹脊穴后,可以引起经络传导,再通过机体的神经及体液调节,促使交感神经末梢释放化学介质,从而达到调节脏腑功能的目的^[8]。艾灸华佗夹脊还可以通过调节植物神经来改善睡眠,有引阳入阴、宁心安神的作用。

1.4 耳穴:耳与脏腑经络的生理、病理有着密切的联系。耳穴贴压,是指使用王不留行籽代替针刺来刺激耳穴,以诊治疾病的一种方法。耳穴在耳廓上的分布有一定的规律,一般与头脑、面部相应的耳穴多分布在耳垂和对耳屏;通过对穴位的刺激可调节神经系统兴奋性,微量改善内分泌以达到镇静的目的,同时提高睡眠质量,达到改善失眠的效果^[9]。

1.5 中药足疗疗法:中药足浴治疗失眠是通过中药的作用,刺激足部穴位,达到活血通络、温通经络、畅流气血、宁心安神的作用。足浴药方中可加减,如中药(磁石)具有镇惊安神的作用,用于心肝失养之心神不安、心

悸、失眠等;如(菊花)具有镇静、解热;(黄芩)具有镇静作用;(首乌藤)养心安神。而且中药足浴价格低廉,副作用小,患者容易接受,护理操作简便易掌握,非常值得在保健中推广应用^[10]。

2. 行为疗法

目前失眠治疗中应用最为广泛的治疗方式,是运用行为学原理和技术纠正病人的睡眠不良适应和行为,通过建立良好的睡眠卫生习惯、掌握松弛方法、限制和认知等疗法阻断失眠与卧床之间形成的条件反射、控制睡眠时间、提高睡眠有效率、恢复并维持正常的睡眠-觉醒节律^[11]。

3. 心理疗法

运用专业的理论和技术向病人解释失眠的发生机制,传授有关睡眠的正确知识,矫正病人关于睡眠的错误认知,激发和调动患者改善现状的动机和潜能,以消除或缓解失眠心理问题与障碍,促进其人格的成熟和发展。^[12]

4. 瑜伽疗法

瑜伽是一种放松心、神、灵的方法,也是治疗失眠有效的手段,是一种通过姿势(调身)、呼吸(调息)、意念(调心)来有意识地控制自体心理生理活动、降低唤醒水平、改善机体功能紊乱的训练,使精神得到放松,人体达到松、静、自然的放松状态,是一种深度放松的身体状态。瑜伽还是助于培养一种冷静客观、顺其自然、刚柔并济的性格^[13]。当通过瑜伽、冥想或其他方法产生了放松反应,血压、心率、呼吸频率、肾上腺素、去甲肾上腺素水平将会降低,肌肉放松并感到困倦,从而来改善睡眠。老年人根据自身条件,指导和观察下,只需掌握基本要领,侧重于身体的感觉及呼吸

的调整,由易到难,由少到多,循序渐进的进行训练来辅助治疗失眠,有效率达96.6%。

5. 太极拳疗法

太极拳把阴阳的道理运用到人体养生。失眠,主要是因为生活节律过于紧张而导致精神紧张,而太极拳要求动静结合,在练习过程中,要思想集中,处于平静状态。通过太极拳活动,不论体力劳动还是脑力劳动都能达到体内平衡。平衡是太极拳的精髓,太极拳具有强身健体、舒筋活血的作用,它能使体内经络疏通,促进血液循环和新陈代谢等,还能养气、安神、减压、调心、这些将极有利于改善睡眠质量^[14]。

6. 音乐疗法

是以音乐活动为媒介,通过音乐的特质对人体产生影响,协助患者在治疗过程中达到生理、心理及情志的整合,从而消除心理障碍,恢复或增进身心健康的治疗方法。近年研究发现,选择和声简单、音乐和谐、旋律变化跳跃小,慢板的独奏曲或抒情小品音乐作为(催眠音乐)可有效改善失眠患者的临床症状,如选择曲调低吟、可达到宁心、安神之目的^[15]。

综上所述,非药物疗法在治疗失眠方面,具安全及无毒副作用等优点,更加深受老年患者的欢迎。为了老年人医疗成本的负担,有必要深入探讨非药物疗法在老年失眠症中的应用研究,从而为非药物疗法推广临床应用,采取最经济的治疗模式,才会取得老年失眠良好的治疗效果。非药物治疗老年人失眠症具有高度实用价值,失眠治疗的远期疗效尚需进一步深入研究。

参考文献

- [1] 梁小利,张先庆.高静老年失眠的中医研究进展[J].中国疗养医学2012,21:11
- [2] 费敏华,林健功.社区老年失眠患者综合治疗效果观察[R].浙江省临海市台州医院.72
- [3] 张沅,梁冰.老年慢性失眠的治疗进展[J].中华全科医学2016,3:14-3
- [4] 刘腊梅,周兰姝.老年人失眠的评估工具及非药物治疗的研究进展护理[J].2006,12,20:12
- [5] 李衡,黄雅莲,石杭科,唐平.针灸治疗老年失眠的Meta分析[J].中国健康心理学.2016,24:3
- [6] 朱鼎成.一指禅推拿“引阳入阴”法治老年失眠症40例[J].老年医学与保健2014,6,10:2
- [7] 赵非一,赵英侠,段怡汝,刘红菊,燕海霞,许红.艾灸治疗失眠的临床研究进展[J].中华中医药杂志2016,10,34:10
- [8] 吴月,艾灸夹脊穴治疗失眠的疗效观察[J].中国中医药现代远程教育12,24:200
- [9] 杨媛媛,王燕,李文文,马丽.耳穴贴压治疗失眠疗效的meta分析[J].护理学16
- [10] 王保中,付菊花,宁心安神汤配合中药足疗治疗失眠60例临床观察[J].中医临床研究2012,4:17
- [11] 郭宏田.译.老年失眠的行为和药物治疗[J].美国医学杂志1999,281:991-999
- [12] 徐森,潘霄.老年失眠症心理治疗疗效的系统评价[J].中国老年学杂志2012,1:32
- [13] 贝迎九.瑜伽运动处方对治疗失眠症的疗效研究[R].安徽师范大学学报(自然科学版)2008,11,31:6
- [14] 徐磊.太极拳运动对失眠患者的作用探析[R].四师专科学校学报2010,29:63
- [15] 张丽萍,张曼,张伯礼.音乐疗法机理浅析及其在失眠治疗中的应用.[J]2010,37:3

康复期乳腺癌患者的调养

新加坡·曾玉珠

【摘要】 通过近年所学以及治疗乳腺癌的浅薄经验,从中医药的治疗、饮食、生活、情绪、运动方面论述康复期患者的调养,同时介绍预防或改善手臂肿的有效运动。

【关键词】 乳腺癌; 康复期; 辨病; 辨证; 调养

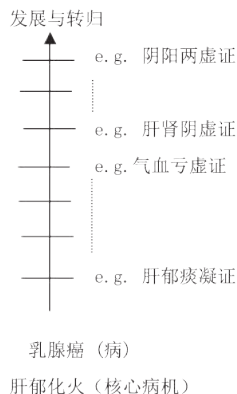
乳腺癌是当今妇女恶性肿瘤发病率中排行第一的杀手。根据2011年St.Gallen 共识,以雌激素受体(ER)、孕激素受体(PR)、人类表皮生长因子受体2(Her2)和细胞增殖标志Ki-67将乳腺癌分为四种分子亚型:即Luminal A型、Luminal B型、Her-2扩增型及三阴型。除了常规的手术、放化疗,在康复期时,Luminal A及Luminal B型还可予内分泌治疗5-10年;Her-2有扩增者仍有后续的靶向治疗;但三阴型就没有其它治疗手段了。而中医药治疗的参与,无论在任何治疗阶段,对各分子亚型皆适合,尤其对三阴型患者的康复期可说提供了一针安心剂。

在康复期中的乳腺癌患者,除了可寻求中医药的治疗,在饮食、生活、情绪、运动方面也要加以关注。现笔者将近年所学以及治疗乳腺癌的浅薄经验从以下几方面论述:

一、中医药治疗

1、治疗思路

中医治病,从整体观出发,因此,乳腺癌是全身性疾病的一个局部表现,在每个不同时间点可表现出不同的中医辨证分型,而乳腺癌这个病本身有其核心病因病机及表现特点与转归,如何更精准地把病与证相结合以便收到最佳疗效是我不断在探讨与追求的目标。



《女科撮要》提出“乳岩属肝脾二脏郁怒,气血耗损。”乳腺癌的病位在肝、脾、肾;正虚邪实,虚实夹杂为其病机特点;而情志内伤,忧思郁怒是其发生发展的重要因素。笔者在临床中遇到的乳腺癌患者,至少八成容易发怒与抑郁,符合乳腺癌的核心病机。

治疗乳腺癌时,专家一般皆辨病与辨证相结合。在遣方用药方面,根据笔者的理解,硕士生导师林洪生主任更加重视并针对乳腺癌这个病当前发生发展所处的阶段与其转归来用药,然后再处理相应的症状。博士生导师徐力主任在辨病时,很强调应用免疫指标,特别是Ki-67,再参考肿瘤标志物、中性粒细胞计数与淋巴细胞计数的比值(NLR)等化验指数来判断病的恶性程度与预后,从而决定扶正与祛邪药的用量。新加坡中医师公会会长赵英杰博士结合病位、病因病机、发展与转归及所有可能出现的中医证型自拟出基本方,临证再随症加减。北京广安门医院及江苏省中医院肿瘤科的一些主任也应用基本方随症加减。他们都很重视调养后天之本,除了应用补气健脾药,也应用消食药来消导积滞,健运脾胃。

2、对症处理

笔者临床观察中发现,超过一半的康复期乳腺癌患者有潮热盗汗、腰膝等关节酸或疼痛等肝肾阴虚、冲任失调的表现;约一半的患者也有疲倦、乏力、活动后甚等气虚的表现。对于这些症状,我们在调治中必须加以关注。

针对汗多的症状,南方专家喜用瘪桃干、浮小麦、糯稻米根、牡蛎等药来治疗。其中,瘪桃干是最常用且疗效显著的药。

瘪桃干^[1]是蔷薇科植物桃或山桃的未成熟果实,有敛汗,止血,止痛的功效,主治盗汗、遗精、吐血、妊娠下血、心腹痛。

《饮片新参》说:“甘酸、平。生津、止汗。治劳咳,养胃除烦。”《纲目》曰:“苦,微温,有小毒。治小儿虚汗,妇人妊娠下血,破伏梁结气,止邪虐,烧烟熏痔疮,烧黑油调敷

小儿头上肥疮软疖。”《别录》谓:“味苦,疗中恶腹痛。”《分类草药性》录:“治膀胱疝气,遗精,妇女月经闭塞。”汪颖《食物本草》“主吐血,烧存性,研末,米汤调服。”

仙鹤草^[2]性味苦、涩、平。有补虚,收敛止血,截虐,止痢,解毒的作用。它有另一个名字叫脱力草,顾名思义,其补虚作用适用于经常感到疲倦、乏力、活动后甚等有气虚表现的患者。仙鹤草在肿瘤治疗方面应用广泛,只要适当配伍,几乎可用于各种肿瘤。现代药理研究显示,仙鹤草有细胞毒作用、诱导癌细胞凋亡、防止正常细胞癌变、抗肿瘤转移、调节人体免疫功能、影响癌基因表达、抗肿瘤血管生成等抗癌药理作用。

二、饮食调养

乳腺癌是激素依赖性肿瘤,雌激素增高是重要的刺激因素。肥胖、营养过剩、脂肪饮食过多可增强或延长雌激素对乳腺上皮细胞的刺激,增加发病率。因此,主张乳腺癌患者宜粗茶淡饭,多蔬菜瓜果、五谷杂粮;少肉、高脂肪、高糖分、高蛋白质及辛辣刺激之品。忌吃饲养的家禽与海产物(因一般饲料中的添加剂可增高雌激素)、蜂王浆、雪蛤等含雌激素高的食品;忌烧烤、加工食品;忌烟酒等。江苏省肿瘤医院乳腺外科的胡亦钦主任就常劝告患者吃长工吃的食物,同时不可吃任何的保健产品。

三、生活、情绪

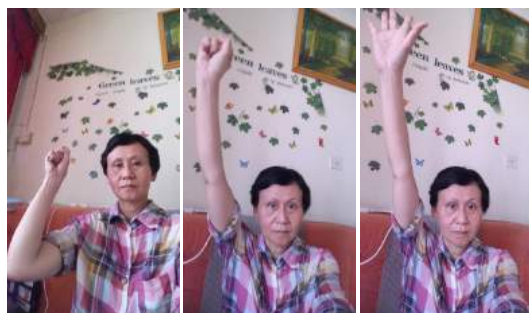
有研究显示,经常上夜班或熬夜的人由于褪黑色素分泌受干扰,容易得乳腺癌,因此,乳腺癌患者更应该早睡,最迟的入睡时间是晚上11点。根据子午流注,晚上11点到凌晨3点是肝胆经循行的时段,此段时间若休息充足,肝脏就可得到充分的濡养,从而避免或减少与肝有关疾病的发生。

中医认为情志内伤，忧思郁怒是乳腺癌发生与发展的重要因素，因此，乳腺癌患者宜保持心情愉悦。胡亦钦主任常告诫患者要做一个没心、没肺的人。

四、运动

研究表明，腹部脂肪越厚，患乳腺癌的机率就越高；对已患病者，可增加复发转移的机会。因此，适当的运动对康复期的患者是必要的。由于很多患者有腰膝疼痛的问题，不适合太激烈的运动，因此建议在平地快步走(要能出汗)或游泳之类较不伤害关节的运动。

临床上，有不少患者觉得病侧手臂肿胀或无力或手臂明显肿胀，对于这些患者，我们除了中医药治疗，更重要的是嘱咐患者做手臂的运动。胡亦钦主任从经验中体会到“呼口号”的运动对预防或改善手臂肿胀效果最显。请见下图：



此运动一天做三次，每次**100**下。手上举时，用力往上冲，放下时不用力。另外，要告诫患者不能做甩手运动，尽量不要垂手做事，要记得经常把手臂往上提。

五、总结

先辨病，后辨证，辨病与辨证相结合治疗疾病的概念早在医圣张仲景的《伤寒论》等著作中有记载。乳腺癌是一个疑难的慢性病，治疗上更应该强调病证结合。笔者认为如何能使

康复期患者的生存率更高、复发转移率更低取决于病证结合的精准性。

康复期患者除了中医药治疗，也要关注自己的饮食、生活、情绪的健康，同时，必须适当运动以增强免疫力。

参考文献

- [1] 中药学/瘪桃干 - www.a-hospital.com > A+医学百科> 中药学.
- [2] 徐力,鹿竞文主编.《抗癌中药100种》.北京.人民卫生出版社.2014.8第一版:13-15.

金实教授经方治痹证经验探析

新加坡·杜以梅

金实教授熟读经书，勤于实践，业岐黄术五十载，应用经方，经验颇多，兹探析如下。

(一) 微微汗出，风湿俱去

《金匱要略·痉湿·病脉证并治》：“风湿相搏，一身尽疼痛，法当汗出而解，……若治风湿者，发其汗，但微微似欲汗出者，风湿俱去也。”《金匱要略·水气病脉证并治》：“风气相击，身体洪肿，汗出乃愈。”

《伤寒论》50条“脉浮紧者，法当身疼痛，宜以汗解之”。湿邪是致痹的主要外因之一。湿邪有外湿和内湿之分，外湿常与风邪兼夹，而成风湿之邪。《金匱要略》提出“若治风湿者，发其汗，但微微似欲汗出者，风湿俱去也”，仲景明确指出，治外湿之发汗法，必须遵循微汗法的原则。因为风为阳邪，其性轻扬，易于表散；湿为阴邪，其性濡滞，难以速去。如果发大汗，则风气虽去，而湿邪仍在，不仅病未愈，还易伤卫阳及阴津。故取微汗，使阳气内蒸而不骤泄，在肌肉、关节之间充满流行，营卫通畅，可使风湿之邪一并宣泄而俱去。因病人素有内湿，又招致外湿，形成内外合邪，且内湿重于外湿，表现为“小便不利，大便反快”。必须治以利小便法，小便得利，则里湿去，阳气通，湿痹自除。可见，湿病治法虽有发汗和利小便之不同，但除湿必须

通阳，阳气宣畅，湿邪方可尽除。禁忌大汗、火攻和下法。风湿宜微汗，不宜大汗，以防伤阳。金师善用微汗法以发汗解表祛邪，常用方剂越婢饮、越婢加术汤、麻黄加白术汤、麻杏石甘汤、麻黄附子甘草汤等，认为风湿痹证早期以汗法为主，必须使之微汗出。

金师认为痹证初期、急性期多为外邪侵袭、风湿相搏之证，需因势利导，开腠发汗，驱邪外出，“散邪为急”，如李中梓曰：治痹“在外者祛之犹易”，“治外者散邪为急”。开腠发汗，首推麻黄，金师临床常以麻黄作为发汗主药，对风湿性关节炎、类风湿性关节炎多收良效，痛风性关节炎、骨关节炎，临床上都可相机应用。用于风寒表湿证，常与桂枝同用以加强发汗解表作用；用于素体阳虚，常与附子、细辛等配伍，以助阳解表，如麻黄细辛附子汤；若外感寒湿，可加白术祛湿，散寒解表，如麻黄加术汤；若风湿在表，有化热之势者，可配伍清热除湿之薏苡仁等，如麻杏苡甘汤；若寒伤经络，血滞不和，肢体疼痛者，可配桂枝、细辛、白芷等，以温经散寒，通络止痛，如麻桂温经汤。金师又指出，临症中发汗药若量过小，则汗难出，邪不去；若用量过大，则汗过多，徒伤正。应如何处理？金师效法仲景“煮取三升，分温三服，微取汗”之法，主张：①发表药用量宜偏大(如麻黄常用8~12克，防风常用12~15克，

荆芥常用20~30克);②一剂药兼煮二次,二次药液混合后分三次服,微微取汗,得汗即止,勿使太过。

病案举例

狄某,女,21岁,江宁县邮电局职工。双手指关节疼痛三年,双手近端指关节及掌指关节对称性疼痛、肿胀,关节活动轻度受限,伴有晨僵两小时左右,诉关节冷痛,畏寒喜温。查血沉28,抗“O”<500U,类风湿因子弱阳性。舌苔薄白,脉沉。询知平素汗少,此系风寒湿三气杂至,凝于经脉,阳气闭郁,不通则痛。治以发汗通痹。麻黄8g,桂枝10g,防风15g,威灵仙30g,制川草乌各8g,白芍30g,炙甘草6g,苍术10g,全蝎5g,生姜三片。药后诉浑身微微出汗,疼痛大减,关节肿胀略缓,前方加防己10g,生苡仁30g,肿胀亦消,后以本方去麻黄、苍术,加全当归10g,川芎10g,黄芪15g,连续服用月余,病情稳定,疼痛未作。病情得以缓解。

按语:《金匱要略心典》:“寒湿之邪,非麻黄不能去。”《药性论》云:“麻黄可治身上毒风顽痹”,故金师对痹证常用麻黄以开腠发汗祛邪。本案先以麻黄加白术汤、乌头汤意化裁,体现了痹证首当发汗的原则,后仿黄芪桂枝五物汤以补益气血,通痹活络,遵循了先攻后补,补泻结合的法则。

(二) 极寒伤经, 抵当乌头桂枝汤类

《金匱要略,腹满寒疝宿食病脉证治》云:“若身疼痛,灸刺诸药不能治,抵当乌头桂枝汤主之”,此处“抵当”应理解为“只当”,“应当”。也就是说严重的寒邪伤人,经脉痹阻,身体病甚,一般治疗效果不佳,当用乌头桂枝类温经逐寒。《素问,痹证论》云:“痛者,寒气多也,有寒故痛也”。《素问,举痛论》云:“寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故

卒然而痛”,“阳虚则寒”,“寒有外寒内寒之别”。外寒可以致瘀,血遇寒则凝,凝则成瘀,寒易伤阳、遏阳,阳气不通,则血脉泣而不通而血凝成瘀。阳虚则生内寒,寒则血泣故成瘀,即“阳虚血必滞”,寒为阴邪,其性清冷,易伤阳气,“阴胜则寒”,大寒大冷极易损伤人体阳气,阻碍经脉气血运行,血为之运行不周,渗透不通,“不通则痛”,即仲景所谓“极寒伤经”;寒性凝滞,又主收引,故痛处固定,疼痛剧烈,遇寒则剧,得温则减。寒邪易犯厥阴经、少阴经,肝藏血,以血为本,肾主一身之阳气,肝主筋,肾主骨,寒凝血脉,血凝不通,血不能濡养五脏六腑四肢百骸,筋骨失养则痹证由生。《伤寒杂病论》仲景许多篇章中论述阴寒痼冷导致“风湿、历节、厥证、寒疝、腹痛……”等证,确立了温经散寒的原则,并善于运用大剂乌头、附子,创立了许多温经散寒通脉的著名方剂。

金师认为沉寒痼冷非一般温药可除,非乌附之类不可。乌附性辛热刚烈,走而不守,助阳补火,散寒除湿,凡阴寒痼冷结于脏腑,着于筋骨,痹于经络血脉者,用之皆能开、通、温、散,使阴寒散,阳气复,经脉通,痼结开,痹痛自止。金师遵仲景之意,用乌附姜桂等温热逐寒,与当归、桃仁、地鳖虫等活血化瘀药配伍,创立了痹证汤、寒湿痹痛汤等经验方,复阳气,去寒邪,化瘀血,通经脉,“气通血活,何患不除”。

乌附有毒,使用宜慎,金师曾在四川工作十余载,使用乌附胆大心细,匠心独具。关于乌附类方药的煎煮服用方法,金师推崇仲景之法。《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》乌头桂枝汤下载:“乌头右一味,以蜜二斤,煎减半,去滓,以桂枝汤五合解之,得一升后,初服二合;不知,即服三合;又不知,复加至五合。其知者,如醉状,得吐者,为中病。”金师结合现实状况,取仲景意而化之,提出乌附类药临床使用五法:①少用生,多用制;(少剂量一般用生的川乌、草乌,多剂量一般采用

炮制的川、草乌，生的川、草乌药性峻烈，逐寒温经止痛力大，但毒性大，宜小心) ②先小量，渐递增；(根据病人的个体差异，从患者自身疗效对比，量由小到大，不知再服，逐渐增量；同时，对新病、轻病用量较小，对久病、重病用量较大) ③用量大，宜久煎；(大剂量的川草乌、附子毒性大，宜久煎两个小时以上，以减少毒性) ④两煎合并，少量分服(一剂药煎煮二次，二次药液混合后，少量多次分服) ⑤配合蜂蜜、甘草减少毒性。若药后出现唇舌发麻、头晕、心悸、脉迟有歇止者，皆为毒性反应，应即停药，并即时处理。

病案举例

王某，男，52岁，2005年5月10初诊。主诉：双手关节肿痛三月余。病史：三月前出现双手小关节疼痛、肿胀，屈伸不利，在徐州当地医院予炎痛喜康、双氯灭痛等治疗，病情无明显好转，近期又出现双踝关节肿痛，今来江苏省中医院求诊。刻诊：多个近指、掌指关节疼痛、肿胀、僵硬、屈伸不利，左腕、双踝关节肿痛，遇风寒痛增，晨僵5小时以上，身体困重，无汗，纳寐尚可，二便正常，舌质淡红，边有齿印，苔薄白稍腻，脉弦。理化检查：ESR28mm/h，CRP10，RF82，IgM1.49，IgA2.03血常规正常，握力左50mmhg、右10mmhg。辨证：风寒湿痹阻筋脉关节。治法：温经散寒、祛风除湿、通络止痛。处方：寒湿痹痛汤加味。麻黄10g 桂枝10g制川草乌6g、防风15g白芷10g、威灵仙20g、白术10g、苡仁20g、蜈蚣3条、白芍12g、青风藤40g、生甘草5g，7剂。二诊，上方服一周，双手关节疼痛、肿胀明显好转、晨僵30分钟左右，握力正常，双踝关节肿痛减轻不明显，上方加川牛膝10g继服一周。三诊，右手肿痛不明显，晨僵基本消失，右手食指掌指关节、中指指间关节、腕关节仍肿，有压痛，双踝关节肿痛较前减轻，晨僵约半小时，汗较多，一诊方去麻黄加黄芪

15g，七剂。后以上方加减治疗三个月，复查相关指标均明显下降，ESR18mm/h，CRP正常，RF25，IgG12.6，IgM40，IgA2.02，握力正常，关节肿痛基本消失，前方去川草乌、青风藤、麻黄加黄芪、当归等益气养血之品巩固治疗，病情一直较稳定。

按语：本案属风寒湿痹阻筋脉关节，方用金实经验方寒湿痹痛汤加味，方中制川草乌味辛性热，有温经通阳、散寒祛湿止痛之功，其温通之力强，为君药；灵仙辛散温通，祛风除湿止痛；桂枝辛甘温煦能达四肢，温通经络，又能入营血，通血脉；防风、白芷祛风散寒除湿，通经止痛；蜈蚣搜剔经络中风湿痰瘀之邪；以上诸药有散邪通络之功，为臣药；白术、苡仁益气健脾，祛湿舒筋，且助运中焦以断水湿之源；白芍养血舒经，缓急止痛，共为佐药；甘草调和诸药，为使药。全方合用共奏温经散寒、祛风除湿、舒筋活络的作用。

(三) 骨节疼烦，热痹当清

《金匱要略·症病脉证并治》云：“身无寒但热，骨节疼烦，时呕，白虎加桂枝汤主之。”本条文的白虎桂枝汤，仲景虽用于治疗温症，未明言治痹证，然后人遵其垂训，异病同治，且热痹宜清，可用白虎加桂枝汤之明训已昭千古。白虎加桂枝汤临床常用于风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛风性关节炎、骨关节炎的急性期或活动期。

痹证临床辨证大体分为寒热两大类，清代温病学家吴鞠通提出“痹之因于寒者固多，痹之兼乎热者亦复不少”。热痹在临床非常常见，多见于痹证的初期、急性期、活动期、发作期，是疾病的一个阶段。热痹的发病主要取决于患者体质和感受外邪两大因素。素体阴虚阳盛者感受风寒湿邪，容易发为热痹；以感受外邪而论，风湿热邪相兼侵袭人体，湿热蕴蒸，亦能产生热痹，此外，风寒湿痹经久不愈，邪留经络，郁而化热，又可转化热痹，即

河间所谓“六气皆从火化”是也。

由此可知，热痹实乃风湿与热血相搏，流注关节，阻于经络，气血流行不畅所致。热痹的治疗总的原则是清热利湿，疏风通络，如东垣之当归拈痛汤，吴鞠通之宣痹汤，叶天士之木防己汤。叶天士推崇“经热则痹，络热则痿”的论点，认为久痹可成痿，久痿也可成痹，常用仲景木防己汤治疗热痹，清热药擅用石膏、羚羊角、寒水石、滑石、花粉、黄柏等。若病久关节疼痛红肿，僵直畸形难以屈伸，此为毒热之邪着于关节，与痰浊瘀血相结，互阻于络道，最为难治，于清热通络外，当加豁痰破瘀，并以虫类药搜剔络道，方可取效。

金师通过长期的临床实践发现痹证的初期、急性发作期、活动期，尤其是风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛风以及部分骨关节炎病例，常有关节疼痛、肿胀，局部有灼热感，或伴有发热等，此系风湿热邪痹着经脉，并指出痹证在急性活动期“无寒即是热”，如无明显热象可暂作热证论治，应以清热通络为法。治疗热痹金师临床上常用的清热解肌、通络除痹方剂有白虎加桂枝汤、麻黄连翘赤小豆汤、桂枝芍药知母汤、木防己汤等；常用的药物，常分四类，一类是清气泄热之石膏、寒水石、知母；二类是燥湿清热之黄连、黄柏、苦参；三类是解毒清热之银花、连翘、山慈菇、蛇舌草；四类是凉血清热之生地、丹皮、赤芍、紫草、鬼箭羽、虎杖。

金师师仲景，善于应用生石膏治疗热痹。仲景用石膏的方剂《伤寒论》计7方，《金匱要略》计9方(与《伤寒论》重复者未计)石膏辛甘大寒，甘能养阴，寒能清热，生石膏不仅是清解气分之要药，且具有明显凉血消肿作用，张锡纯谓生石膏“凉而能散，有透发解肌之力，外感有实热者，放胆用之，直胜金丹。”临床上金师常将该药用于类风湿性关节炎急性活动期，关节红肿热痛伴有全身汗出、烦渴等热证，尤其血沉快，血细胞偏

高者，用之效佳。但热痹是疾病发展的一个阶段，治疗时一旦热邪解除，石膏的用量就当及时减少或停用。

病案举例

严某，女，32岁，1996年3月18日初诊。患者全身关节游走性疼痛10年。诊见：全身关节疼痛，以双膝关节疼痛为甚，伴见心烦，口渴，汗出，大便干结，小便黄赤，舌红、脉洪数。体查：面红唇干，双膝关节红肿拒按，X线检查未见明显异常，ESR 40mm/1h，类风湿因子阴性。中医诊为痹证（热痹、西医诊为骨关节炎。治宜抑阳扶阴，清热止痛，方用白虎加桂枝汤加味。处方：石膏(先煎)30克，知母10克，制甘草5克，桂枝、川牛膝、威灵仙各15克，虎杖15克，丹皮10克，赤芍15克，鬼箭羽30克，粳米12克，连服14剂后，患者诸症皆除，ESR降为正常。

按语：本案为热痹，治当清热除痹。白虎桂枝汤虽言治“温疟”，但证为里热，白虎汤，清解里热，以桂枝汤疏风通络，此为异病同治，牛膝、威灵仙祛风通络，丹皮、赤芍、鬼箭羽、虎杖凉血清热，全方共奏清热解肌、疏风通络、除痹止痛之功。

(四) 湿流关节，重视祛湿泄浊

痹证病因，湿邪最为紧要，《金匱要略·痉湿喝病脉证治》篇有“湿痹”、“湿家”之病名，《脏腑经络先后病脉证治》篇有“湿流关节”之说。痹证外因，无非风寒或风热与湿邪相合为病；痹证内因，无非劳欲过度，情志不和，饮食不节，脏腑失调，气血受损，湿邪内生，与风寒热瘀搏结，流注关节，痹阻经络致病。

金师认为湿邪在痹证的发病中起重要作用，并贯穿病程始终。无论内湿或外湿伤人，均可流入关节，湿邪痹阻，营卫不行，卫气郁滞，卫外不固，风寒热等外邪乘虚侵入而

发病。湿痹卫阳，筋脉失其温养；或郁而化热；或湿阻营气，筋脉失其濡养而挛急，引起内寒、内热、内风等而致病；湿聚日久可生痰，也可痹阻气血而生瘀。故金师认为除湿之法不外以下五法：

1 发汗除湿法

使湿邪从汗而解。《金匱要略·痉湿喝病脉证治》云：“风湿相搏，一身尽疼痛，法当汗出而解。”临床可选用麻黄加术汤及后世羌活胜湿汤。

2 运脾化湿法

通过健运脾胃，使湿邪化除，如《金匱要略》越婢加术汤，越婢加半夏汤中用白术、半夏、生姜、甘草、大枣，后世方如六君子汤，平胃散等。

3 利水渗湿法

使水湿之邪从小便而解。方如《伤寒杂病论》防己黄芪汤、苓桂术甘汤、泽泻汤、五苓散等均是。

4 化痰祛湿法

通过化痰祛湿，达到祛除湿邪。痹证日久，风寒湿热久留，湿邪可能聚成湿痰、湿浊。临床表现为关节肿胀而局限，关节僵肿不利，皮下结节内生，或肢体关节肿胀疼痛，忽作忽止，悠悠往来。常用药如南星、半夏、白芥子、皂角、白附子、僵蚕、全蝎等，常用方如三子养亲汤，导痰汤，牵正散等。

5 祛湿泄浊法

临床上多用于风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛风性关节炎、湿邪寒湿痹阻的病证。此外，金师认为尿酸代谢紊乱所致的痛风性关节炎，祛湿泄浊最为重要，《丹溪心法》认为痛风乃“湿痰浊血流注经络”，金师常用经验方痛风饮加减(萆薢、泽泻、胆星、车前草、

通草、灵仙、丹皮、赤芍、石膏、黄柏、白芷、蜈蚣、甘草)初期加丹皮、生石膏，以清热凉血，后期症状稳定加泽兰、全当归，化瘀和络。其方中萆薢、泽泻、胆星、车前草、通草、灵仙利湿泄浊；丹皮、赤芍凉血活血；生石膏、黄柏凉血清热；白芷、蜈蚣搜风通络。

病案举例

黄某，男，53岁，因双足第一跖趾关节红肿热痛，反复发作一个月，于2005年9月3日就诊，每因饮酒或饮食肥甘厚味即发，甚可累及足、踝、足背及其它趾间关节。纳可，二便调，舌质红，苔黄腻，脉濡滑，检查血尿酸 $787\mu\text{mol/L}$ ，诊断为痛风性关节炎，辨证为湿流关节，湿热瘀毒，阻痹络脉，治以祛湿泄浊，清热解毒，方选金师经验方痛风饮加减，萆薢15g，生石膏30g，黄柏12g，赤芍20g，胆星6g，通草6g，车前草15g，灵仙15g，泽泻10g，白芷10g蜈蚣3条，甘草6g，丹皮6g，日服1剂，7剂。二诊：患者前述关节症状明显减轻，但有时某些趾间关节显游走性疼痛，舌质略红，苔薄黄，脉弦，守上方加泽兰15g，当归9g，以化瘀和络，服药14剂，无明显关节不适，继服14剂，查血尿酸恢复正常。随访半年未复发。

按语：本案湿浊流注关节，邪盛为主，治当祛邪为先，祛湿泄浊，清热解毒，佐以化瘀和络，方中萆薢、泽泻、胆星、车前草、通草、灵仙利湿泄浊，丹皮、赤芍、生石膏、黄柏活血、凉血、清热，白芷、蜈蚣搜风通络，全方清热化湿，祛风通络，能驱除蕴于体内风湿热之邪，使关节筋脉通畅，气血流通，达到病愈目的。

(五) 风血相搏，治风当先治血

《金匱要略·中风历节病脉证并治》云：“少阴脉浮而弱，弱则血不足，浮则为风，风血相搏，即疼痛如掣。”本条论述血

虚历节的病机证候。少阴为心、肾之脉。少阴脉弱为阴血不足的表现；脉浮为风邪外袭的反应。由于阴血不足，风邪乘虚侵袭，导致经脉痹阻，筋骨失养，所以关节掣痛，不能屈伸。

《金鉴》李彭曰：“风在血中，则慄悍劲切，无所不至，为风血相搏，盖血主营养筋骨者也，若风以燥之，则血愈耗而筋骨失其所养，故疼痛如掣。昔人曰：治风先养血，血生风自灭，此其治也。”条文下虽未列出治法与方药，但证属血虚历节，治疗当以在养血之中可以加祛风的药物，经方中当归散、胶艾汤、黄芪建中汤、黄芪桂枝五物汤皆可用。“治风先治血，血行风自灭”语出宋，陈自明之《妇人大全良方》，为血虚生风之证而设，《证治汇补》意为“补血养血”，李东垣又认为“养血活血”，沈金鳌《杂病源流犀浊》指出：“痛风多属血虚，血虚然后寒热，得以侵入，多用芍、归佐以桃仁、红花、薄桂、灵仙，或用趁痛散。”叶天士《临证指南医案》云：“有血虚络涩及营虚而为痹者，以养营养血为主。又有周痹、行痹、肢痹、筋痹，及风寒湿三气杂合之痹，亦不外乎流畅气血，祛邪养正，宜通脉络诸法。”指出由经入络之痹证，切忌以通套风药频投，否则血虚络涩，客邪更无外驱之望。由此可见，风血相搏，血虚风寒湿邪乘虚而入之痹证，治以养血熄风、通络止痛为宜，正是前人所言“治风先治血，血行风自灭”。

养血熄风、通络止痛，临床上常用于各类型的风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛风性关节炎、骨关节炎。金师遵古法并结合自己的临床经验，提出了养血活血，通络止痛之治痹大法，认为养血活血，通络止痛，能通行经脉，调和阴阳。无论病程之短，正气虚衰之轻重都要注意养血和络，使经络畅通，邪易驱除，也符合“治风先治血，血行风自灭”之意。因为痹证存在不同程度的气血痹阻，特别寒邪更易气血凝滞，部分病人病久不愈，痰瘀互结，又会加重痹阻，往往虚实夹杂，因此治疗过程中应用养血和络，非常必要，只要结合

虚实之不同，适当配伍养血活血和络的药，就会使疗效大增，止痛作用显着，副作用减少，达到治愈的目的。若营阴亏虚，风邪内伏，必以大剂活血养营之品，方克有济，如生地、熟地、枸杞、首乌、阿胶等；通络祛风之剂则应择具养血入血、性味辛平不烈之藤类为宜，如鸡血藤、夜交藤；如寒湿热之邪者，也应择相应药味相辅佐，方可收阴充血行、络通风灭之效；如血虚络滞，金师则用仲景木防己地黄汤，或宗该方重用生地之义，配方以养血熄风，收效颇着；若血瘀阻络则化瘀清热，用仲景的下瘀血汤加以活血通络与养阴补血同步；若寒邪阻滞经络则温经活血以通络，选用温经汤、当归四逆汤及当归生姜羊肉汤；若痹入经络、骨节，则活血化瘀加虫类搜风剔络，以仲景大黄蟅虫丸、僵蚕、地龙、当归、红花、白芍化瘀通络，祛风止痛。养血活血，黄芪桂枝五物汤，温经活血，当归四逆汤，温经汤，当归生姜羊肉汤，化瘀清热，下瘀血汤，逐瘀破结一抵当汤。

病案举例

苏某，男，54岁，2005年10月20日初诊。患者于2月前开始出现双上肢麻痹，每以劳累时加重，曾到某院诊治，诊断为末梢神经炎，经治疗症状无明显缓解。诊见：双上肢麻痹，畏寒肢冷，喜暖，时伴心悸，舌淡红、苔白，脉沉细。体查：面色无华，双上肢手套样浅感觉减弱。中医诊为痹证(血痹)，西医诊为末梢神经炎。治宜益气养血，调和营卫，方用黄芪桂枝五物汤。处方：黄芪60g，桂枝、白芍各12g，大枣10枚，生姜5片。守上方共服25剂，诸症皆除，随访一年未见复发。

按语：经方活用重在辨证，而不必拘于某方治某病，仲景云：“知犯何逆，随证治之”。本属营血不足之血痹，黄芪桂枝五物汤，在风痹可治，在血痹亦可治也。”本方以黄芪为主，固表补中，佐以大枣；以桂枝治卫升阳，佐以干姜；以芍药入荣理血，共

奏养血通络之功。

(六) 血络瘀阻, 当用虫类搜风剔络

张仲景是善于应用活血药与虫类药的祖师与高手, 在《金匱要略》多个病脉证中应用虫类方剂以破结消症, 通络化瘀, 如大黄蟅虫丸、鳖甲煎丸、下瘀血汤、抵当汤等。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》云: “五劳虚极羸弱, 腹满不能食, 食伤、忧伤、饮伤、房室伤、饥伤、劳伤, 经络营卫气伤, 内有干血, 肌肤甲错, 两目黯黑。缓中补虚, 大黄蟅虫丸主之。” 痹证久不愈, 久病入络, 经络气血的运行受到影响, 从而产生瘀血, 停留于体内, 此所谓“干血”, 即瘀血内停, 妨碍新血的生成, 因此瘀血入络是痹证久治不愈的主要病理因素。大黄蟅虫丸方用的虫类药蟅虫、虻虫、水蛭、蛭螭具有良好活血逐瘀剔络的功效。再如《金匱要略·疟病脉证并治》: “此结为症瘕, 名曰疟母, 急治之, 宜鳖甲煎丸。” 又如《金匱要略·妇人产后病脉证并治篇》: “产后腹痛, 法当以枳实芍药散, 假令不愈者, 此为腹中有干血者脐下, 宜下瘀血汤主之。” 再如《金匱要略·妇人杂病脉证并治篇》: “妇人经水不利下, 抵当汤主之。” 《伤寒论》第124条文: “太阳病, 六七日表证仍在, 脉微而沉, 反不结胸, 其人发狂, 以热在下焦, 少腹当鞭满, 小便自利者, 下血乃愈。所以然者, 以太阳随经, 瘀热在里故也, 抵当汤主之。” 仲景的抵当汤虽用在瘀热互结的蓄血证, 但水蛭、虻虫是逐瘀剔络的良药, 为后世医家提供虫类药的经验与理论依据。如后世医家叶天士在《临床指南医案》中说: “风湿客邪留于经络……且数十年之久, 岂区区汤散可效”, “经以风寒湿三气合而为痹, 然经年累月, 外邪留着, 气血皆伤, 其它为败瘀凝痰, 混处经络, 盖有诸矣”, “邪留经络, 须以搜剔动药”, “若非迅疾飞走不能效”。叶天士临床上善用虫类药, 就是在张仲景的启发下而

发展起来的。

痹证中晚期, 关节肿胀畸形, 疼痛剧烈, 此乃久病入络之故。对痹证的中晚期, 金师十分推崇叶天士的学术观点, 以及仲景应用虫类治疗瘀血、蓄血之逐瘀破血之例, 根据“初病在经, 久则入络”, 以及“新邪宜急散, 宿邪宜缓攻”的原则, 对宿痹和痹伏筋骨, 其风痰瘀阻者, 采用虫类药搜风剔络, 以缓攻祛邪。虫类药擅长搜风逐瘀, 驱寒蠲痹, 对于痹阻凝滞不去、迁延日久者, 坚持长期缓攻, 往往有效, 常配伍养血活血、化痰畅络、藤类入络的药物以增强疗效, 相得益彰, 常用的虫类药如全蝎、地龙、山甲、地鳖虫、蜂房、蚕砂、蜈蚣、蕲蛇、僵蚕、水蛭, 常用的养血活血药如桃仁、红花、泽兰、没药、川芎、当归、白芍, 常用的化痰畅络药如白芥子、胆星、半夏, 常用的藤类入络药如青风藤、络石藤、鸡血藤、雷公藤、石楠藤等。其中全蝎、蜈蚣走窜迅速, 搜风逐瘀通络止痛, 为顽痹要药; 地龙、僵蚕性味偏寒, 有通经活络、清热利水、化痰散结、解痉止痛之功, 对风湿热痹和下肢痹痛者最宜; 山甲、地鳖虫通瘀定痛力强, 对于痹痛剧烈尤为适用; 水蛭有破瘀散结作用; 蕲蛇、地龙味咸性寒能清热止痉, 祛风通络, 常用于治疗热痹、行痹和顽痹; 蚕砂甘辛微温, 能祛风湿, 通络止痛, 可用于湿热顽痹; 蜂房性温, 走窜散结通阳, 对关节僵肿和屈伸不利者甚合。由于虫类药有燥血动血之弊, 应配合和血养血之品, 如归、芍、芎、地等才能相得益彰; 胆星、半夏、白芥子、白附子为豁痰之要药, 胆星、半夏化瘀破结, 止痛功强, 白芥子利湿化痰力强, 白附子偏于祛风化痰通络; 藤能入络, 络能通脉, 藤络能够通经活络, 青风藤、海风藤善于通行活络, 疏利关节, 有舒筋通络又善止痛之功, 青风藤配防己治疗热痹, 具有镇痛消炎消肿作用; 络石藤通络祛风, 善通络中之滞, 肝肾虚之风湿痛痹者宜; 鸡血藤养血行血, 通络舒筋, 舒挛缓痛, 专通络中血; 天仙藤祛风湿, 通经络,

化水湿，消肿止痛；丝瓜络，通络祛湿，专祛络中湿，舒经活血，清热解毒，利尿消肿，多用风湿痹痛偏属热痹者，常配以桑枝、防己、苡仁；忍冬藤清热解毒，祛风通络，用风湿痹病热证配络石藤、稀莩草，偏寒配麻黄、防风，湿重配苍术、苡仁，血虚者鸡血藤；桑枝祛风湿，通经络，利关节，行水气，本品善达四肢、经络，通利关节，治疗风湿痹痛，四肢拘挛，屈伸不利，或肢体麻木，无论久病、新病均可适应，偏热配络石藤、忍冬藤。金师常用的虫类方剂有痹证汤，寒湿痹痛汤，大黄蜈蚣丸，抵当汤，下抵当汤等。

病案举例

黄某，男，33岁。2002年8月13初诊。2001年3月经鼓楼医院诊断为类风湿性关节炎。刻诊：手指、掌关节疼痛肿胀，屈伸不利，晨僵2小时，易疲劳，纳、寐尚可，大便溏，每日1次，苔薄腻，脉濡。此乃风寒湿邪痹阻筋脉关节，致关节肿胀疼痛，治以祛风湿，通经络，止痹痛。用痹痛方加味：防风、白芷、威灵仙、全蝎、蜈蚣、生甘草加青风藤40g、桂枝10g、制附片12g、白芍30g、伸筋草20g。连服两个月后患者关节疼痛、肿胀、晨僵均基本消失，握力增强，疲劳感减轻。病已中病，故将上方去制附片、桂枝，加苡仁、苍术、白术、茯苓等健脾化湿之品，巩固治疗半年，病情稳定。

按语：类风湿性关节炎证属顽痹，多疼痛不愈，反复发作。对久痛为病，叶天士以“久痛入络，气血不行”，“积伤入络，气血皆瘀，则流行失司，所谓痛则不通也”为主要病理，认为用辛润通络或辛温、辛咸的草本类药不效之时，应选用虫类药，盖虫类药其药味多辛咸，因辛能散、能行，咸能软坚，故能治疗气、血、水等多种结聚病证。本案例证属风寒湿邪痹阻筋脉关节，致关节肿胀疼痛。金师十分推崇叶天士理论，设痹痛方（防风、白芷、灵仙、全蝎、蜈蚣）以虫类药为主，以开关通窍，

搜风剔痰，通经活络，祛风除痹。

(七) 骨虚筋弱，当养肝补肾

肾主骨，肝主筋，乙癸同源，肾气虚则肝气亦虚，肾气虚则脾运化水湿之功亦弱，难免痰湿瘀浊痹阻于关节。《素问·痹论》曰：“久痹不已，复感于邪，内舍于脏。”《素问·痿论》云：“肝气热则胆泄口苦，筋膜干。筋膜干则筋急而挛发为筋痿。肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减。”《金匱要略·中风历节病脉证并治》云：“寸口脉沉而弱，沉即主骨，弱即主筋，沉即为肾，弱即为肝。汗出入水中，如水伤心，历节黄汗，故曰历节。”沉为病在里，主肾气不足，肾主骨，故曰“沉即主骨”，“沉即太肾”，弱为肝血不足，肝主筋，故曰“弱即主筋”，“弱即为肝”。同时又指出“少阴脉浮而弱，弱则血不足，浮则为风，风血相搏，即疼痛如掣。”少阴脉候心肾，其脉弱者指肾阴不足，心血亏虚，脉浮为风邪所袭，即体内阴血亏虚，不能充养经络筋骨，风邪乘虚外袭，正邪交争，导致经脉痹阻，故关节疼痛如掣，屈伸困难。张仲景明确指出肝肾气血不足为历节病之本，寒湿外侵为病之标，对于肝肾不足、气血亏虚之证，张仲景又明确地指出了治疗方药，如《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》云：“虚劳里急，诸不足，黄芪建中汤主之”；“虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者，八味肾气丸主之”；“虚劳诸不足，风气百疾，薯蓣丸主之”。肾气丸，薯蓣丸，黄芪建中汤虽为虚劳、肝肾不足、气血阴阳诸不足所设，但肾为先天之本，气虚生百病，风气百疾，阴阳失调是疾病发生的根本原因，根据异病同治，同病异治的法则，后世医家已广泛应用于临床各学科，并取得显著的疗效。

叶天士云：“痹证久治不愈必伤及下焦肝肾。”肝肾亏虚，气血不足乃痹证之内因，中后期痹证患者因病程缠绵，久治不愈，久病必

虚，久病伤骨，久病伤肾，故痹证后期，非但气血亏虚，且已耗蚀下元，累及肝肾而有损骨伤筋之变，且所见之症，大多形体羸瘦，腰脊酸痛，头昏目眩，小肢关节僵直畸形，功能受限，生活难以自理，或形寒畏冷，溲频便溏，舌淡脉迟弱，或潮热面红，口干、盗汗，舌淡红，脉细数，该证至此，求愈者百难得一，但缓解症状、恢复部分功能尚有希望，其病机主要是肝肾亏虚，筋骨失荣，主客交混之邪，又痹结蚀伤失荣之筋，其一也；在经入络阶段，过于祛风利湿散寒之剂用之失当，耗伤气血，暗损阴精血累及肝肾，促其早入损骨之途，及其二也；滥用激素频投有损肝肾功能药，也不失为其分另一因也；至此之患，非元阳亏虚即元阴不足，治非大剂填精补髓，峻补肝肾之剂不为功，草木无情难以滋填，血肉有情当随证加入。

对于痹证治疗，《类证治裁》曰：“总以补助真元，宣通脉络，使气血畅通，则痹自己。”金师十分重视调肝肾，补气血，并贯穿于痹证的全过程，认为痹证初期病浅在表，先祛风解毒散邪，后期病在筋骨，方补益肝肾，养营扶正，固然是常法，多有效但乏远功，指出当痹证病变累及骨或骨损后复议治骨、补肝肾，多是难治，为时已晚，应先安“未受邪之地”的“截断”疗法同样适用于痹证的治疗。肾主骨，藏精生髓，荣养筋骨，濡利关节，故金师主张治疗痹证可以根据临床的实际情况，早期选择性地应用补肾药，以阻断病情发展，防止骨侵蚀。补肾药物多选平调阴阳，辛润平淡之品，如补骨脂、桑寄生、枸杞、苁蓉、杜仲、鹿角胶、龟板胶、女贞子、牛膝、龟板、阿胶、狗脊、川断、仙灵脾等。初期病浅邪盛，以川牛膝、川断补肾祛邪；后期骨损筋软则选鹿角胶、龟板胶、阿胶、肉苁蓉等血肉有情之品配以蕲蛇、全蝎、蜈蚣走窜之物；温养元阳以熟地、山萸、巴戟天、补骨脂、紫河车、鹿角胶等为主；填补真阴以阿胶、生地、杞子、沙苑子、怀牛膝、龟板胶、鳖甲胶等为

主；舒筋壮骨之羊脍骨、猪脊髓、狗胫骨等也可选入；补肾同时强调活血，常配当归、丹参、赤芍等；并认为若肾气虚挟顽痰阻络者，可于补肝肾剂中加豁痰祛风通络之品。金师常用的滋肝肾、补气血的方剂一般有肾气丸、薯蓣丸、黄芪桂枝五物汤、黄芪建中汤等以补肾气，调气血，和营卫，通血脉，除痹痛。

病案举例

崔某，女，35岁，农民，2005年10月12初诊。诉去年10月始觉双膝关节疼痛，逐渐累及肩、肘、腕踝关节及双手无名指掌指关节疼痛，局部肿胀，触之觉热，晨僵明显(约持续1h)双足皮肤有红斑，瘙痒，遇阴雨天加重，纳谷不馨，口干，大便干结，舌质淡红苔薄，脉小弦滑。查血沉80mm/h，类风湿因子297IU/mL；免疫球蛋白测定：IGG27.30g/L，C40.16g/L，IGA、IGM、C3在正常范围。X线摄片显示：双膝退变，双手骨质略稀疏，双手无名指软组织肿胀明显。西医诊断为类风湿性关节炎。中医辨证为肝肾不足，湿热阻络。治以滋补肝肾，和络通痹。处方：生地20g，枸杞10g女贞子15g丹皮10g泽泻10g，茯苓15g山萸肉10g青风藤30g，雷公藤12g桑寄生25g，凌霄花12g，络石藤15g，防风10g，赤白芍各10g。日1剂，水煎服。7剂后，疼痛已减轻，红斑、瘙痒退，再服7剂，1个月后，关节肿痛基本缓解，晨僵时间缩短，效不更方，又连服3个月，患者关节肿胀消失，疼痛不显，关节功能明显改善，复查血沉正常，类风湿因子转阴。经随访病情稳定。

按语：肾主骨，且为寒水之经，若寒湿之邪与之同气相感，深袭入骨，痹阻经络，则关节闭塞而变形，筋骨失养而不得屈伸，因此临证时补肾之品亦需斟酌加用。张景岳论治痹证亦提出：“宜峻补真阴，使血气流行，则寒邪随去。”金师一般用熟地黄30g，若有发热症则改以生地黄。因地黄能滋肾水而补真阴，《本草纲目》谓其“逐血痹……通血

脉，’。近代医家姜春华亦指出：大剂量的生地黄对改善痹证发热症状收效甚佳。因此，金师在痹证的中晚期，肝肾不足，气血亏虚之证多采取以六味地黄汤为基础加祛风湿、通经络的药而收到显效。

参考资料

- [1] 杨晋翔、高菁主编，现代名中医疼痛诊治绝技，北京，科学技术文献出版社，2005年10月第1版
- [2] 单书健、陈子华编着，古今名医临证金鉴痹证卷（上、下）北京，中国中医药出版社，2000年11月第1版
- [3] 刘方洲、侯勇谋、王希浩、罗伟主编，张作景方剂现代临床应用，北京，中国中医药科技出版社，2005年2月第1版
- [4] 路志正、焦树德主编，实用中医风湿病学，北京，人民卫生出版社，1998年5月第1版。
- [5] 侯宗德、郝宜俊、金维良主编，中西医结合方法与疑难病治疗，北京，人民卫生出版社，2002年第1版。
- [6] 沈舒文主编，内科难治病辨证思路，北京，人民卫生出版社，2002年9月第1版。
- [7] 时德廷等主编，风湿病的中西医诊治，北京，中国中医出版社，1996年9月第1版。
- [8] 吴启富、叶志中主编，风湿病中医特色治疗，沈阳，辽宁科学技术出版社，2002年3月。
- [9] 叶天士，临床指南医案，北京，华夏出版社，1995年10月第1版。
- [10] 吴翰通，温病条辨，北京，人民卫生出版社，1979年10月第1版。
- [11] 张仲景，金匱要略，北京，人民卫生出版社，1979年10月第1版。
- [12] 张景岳，景岳全书，北京，人民卫生出版社1979年10月第1版。
- [13] 林佩琴，类证治裁，上海，上海中医药大学出版社，1979年10月第1版。
- [14] 蒋明、David Yu、林孝义、朱立平等主编，中华风湿病学，华夏出版社，2004年8月第1版。
- [15] 吕爱平，中国痹症大全，北京，中国科学技术出版社，1993年5月第1版。
- [16] 刘湘源，风湿病分册，北京，中国医药科技出版社2001年第1版。
- [17] 张乃峥，临床风湿学，上海，上海科技出版社，2001年第1版
- [18] 孟繁洁，虫类药运用源流谈，中华医学史杂志，1998，28(4)：216-218
- [19] 谢万隆：虫类药在顽痹治疗中的探讨，江西中医药，1997，28（1）：26-27
- [20] 朱建华，虫类药在风湿性关节炎中的应用，中医临床医生，2000，28（4）：12-14
- [21] 刘健，类风湿性关节炎中医证候学研究，中国中医基础医学杂志，1999,5(11):35-37
- [22] 刘健、韩明向，治疗历节病学术经验，安徽中医学院学报，1999，18（5）：45-47
- [23] 金实，类风湿性关节炎证治体会，实用中医内科杂志，1993，7（40）：19-20
- [24] 王开峰，辨证分型治疗类风湿性关节炎62例，广西中医药，2000，25(3):15-16
- [25] 潘元芝，中药辨治类风湿性关节炎72例，辽宁中医杂志，1995，22（7）：306

- [26] 高芦珍，辨证治疗类风湿性关节炎125例，河北中医，1998，20（5）：265
- [27] 刘孟渊，类风湿性关节炎的证治体会，中医杂志，2001，42（8）：465
- [28] 周全、金实，试论肝在类风湿性关节炎发病机制中的作用，吉林中医药，2004，（3）：4
- [29] 梁幼雅，类风湿性关节炎与中医瘀血证关系探讨，中医研究，1997，8(4)：1-2
- [30] 刘喜德等，金实教授治疗类风湿性关节炎经验，中医药研究，2000，16(5): 36-37.
- [31] 金实、汪悦，类风湿性关节炎证治体会，实用中医内科杂志，1993，7(40)：19-20.
- [32] 姚华、金实，虫类药在痹证中的应用，光明中医，2000，15(91)：34-35.
- [33] 黄烽等，类风湿性关节炎的治疗新发展，中华内科杂志，1991，30（10）：616.
- [34] 谢立群，痹证分期用药探析，时珍国医国药，2000，11(5)：481.
- [35] 刘健，健脾化湿通络法治疗历节病45例临床研究，安徽中医临床杂志，1999，11(6): 380-381，
- [36] 刘征堂、金实等，浅析张仲景对类风湿性关节炎的辨治方法，国医论坛，2004，19(3):2-3
- [37] 钱三旗、金实等，动物药治疗痹证临床应用探讨，湖南中医杂志，2003,19(4):18
- [38] 潘元芝，中药辨治类风湿性关节炎72例，辽宁中医杂志，1995，22（7）：306
- [39] 杨利等，浅议《金匱》方在类风湿性关节炎中的应用，江苏中医杂志，1998，19(1): 37-38
- [40] 谢立群，痹证分期用药分析，时珍国医国药，2000，11(5): 481
- [41] 宋艾云，活血化痰在类风湿性关节炎治疗中的应用，中医药临床杂志，2004,16（2）：159
- [42] 侯宗德等主编，中西医结合方法与疑难病治疗，人民卫生出版社，2000年

八年脱发是怎样医疗好?

新加坡·吴荣贵

一、长期脱发的病人

2015年10月，我在兀兰中华医院临床实习带教，在这时间会见了个脱发已经八年的年轻杨女士求诊。

据说是母亲介绍来看，原来她脱发已经八年，从开始到今天一直由西医转介，从家庭医生、妇科、内分泌科、脱发科，各科专家都轮流看过，八年来，长期在治疗，情况时好时坏，不稳定。

这次来求诊，是受到母亲激励的推荐，抱着很大的希望！

二、病例介绍

1. 病人：杨女士 34岁 文员

2. 病史：脱发已经8年，平日都戴假发，每月的月经都迟3/4天。

3. 刻诊：5/10/15初诊，从14岁初次来月经开始，病人每月的月经都延迟3/4天。平日爱多吃生菜，蔬果，喝泡泡茶或冷饮，头发一向疏少，最近脱发已经8年，她平日月经不准，迟3/4天，经量不多，月经来兼见头痛，吃止痛片。舌淡苔白腻，脉滑。

4. 诊断为：月经失调，风寒湿阻，气血虚引起长期脱发。

5. 病因：风寒阻络，气血虚弱，肝气郁结。

6. 辨证论治：舒风散寒，温经活络，益气补血。

7. 处方：川芎茶调散+桂枝汤+逍遥散+八珍汤加味。

8. 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。

9. 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！

三、病例分析

病人脱发8年，是慢性病，疑难病，从开始到现在，累积形成了，月经初潮表现禀赋不足，冲任不和，气血不足，由于身体得不到适当的医疗，长期造成身体虚弱，气血不足营养头发，头发稀疏。

自从出来工作以来，多嗜生冷，劳心劳力，肝气郁结，以至气血不足营养头发，就不断脱发。

在医疗过程里，虽然有多位专科医生，从不同的角度，不断通过实验室检查，诊断给药医疗，却不见效。

我认为：真正的原因就是病人喜欢冷饮，医疗过程没有及时提出，告诫病人，减少冷饮，引起身体持续不断出现阳虚，肢体容易怕冷，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。

所以，当我以医师立场严肃分析病情因给病人和临床实习学员听时，获得病人真正的响应，她已经了解到：经历困扰八年的脱发痛苦，得不到治疗的真正原因——就是跟自己的长期喜欢冷饮的关系！

她为了要解决她脱发的问题，毅然跟我配合，减少喝冷饮，最终改去自己喜好冷饮的习惯，出现了突破性的医疗进展！

就在10次的复诊里，三到四个月里，解决了困扰了她八年的脱发问题，这一天，她毅然拿下了假发，当着我和临床实习同学的面前说，她现在敢于——勇敢地以真发见人！！(2015年兀兰中华医院的病例)

四、我对八年脱发医疗临床体会

中医临床看病，的确要有丰富的医疗经验和体会，临床上必须活用既有的中医理论和生活经验，更需要不断的结合，环境和地域气象，以至日常生活，社会习惯。

因为这一些，这一切都会一直影响病人，出现千变万化的病例临床表现。人们每天在社会上活动，人们会因为周围物质社会，个人作息习惯，就出现了不同的新疾病。

在生活中，我们不是发现现在的环境，作为医疗于相应的疾病，就出现相应的专科医疗事业，开始出现“头疼找医头的专科医生，脚痛找医脚的专科医生”，目前的中医为了搞经济，迎合潮流，也有这样的趋势，长期以后，令我担忧的是中医会逐渐失去了整体观，辨证论治的优点！

我希望通过这个病例交流，让临床同学学习到：传统具有中医治病经验的同道，在诊病应该学习知道掌握实际病情，而不会看不清楚刻诊的病人，这次的病例舌诊是最主要的诊断的依据，才没有延误医疗病人的真正疾病的原因！

困扰八年的脱发，获得真正的医疗，让秀发重新正常长出！

传统中医师应该认真努力把传统理论继承，不断深入灵活运用，就像非典疫情迅速被传统中医抑制，才能适当医疗各种变化中的疑难时代疾病！

浅谈唇风的中医证治

新加坡·卓扶蓉

【关键词】唇风，中医药治疗

唇风是中医病名，临床表现以唇部肿胀瘙痒疼痛、干燥皲裂、溃烂流水、反复脱屑为其特征。本病可发于各个年龄层，不分男女老少。病多起于下唇，逐渐扩展至上唇，经久难愈，可持续数月或更久。根据历代文献中记载，唇风，又称“紧唇”、“沈唇”、“驴嘴风”、“鱼口风”等名，相当与现代医学的慢性唇炎(包括干燥脱屑性唇炎、湿疹糜烂性唇炎)。

1、古代医家对唇风的认识

有关唇风的描述最早记载于隋《诸病源候论·卷之三十·唇口病诸侯》^[1]紧唇候，其曰：“脾与胃合，胃为足阳明，其经脉起于鼻，环于唇，其支脉入络于脾。脾胃有热，气发于唇，则唇生疮。而重被风邪寒湿之气搏于疮，则微肿湿烂，或冷或热，乍瘥乍发，积月累年，谓之紧唇，亦名沈唇”。

《外科正宗·杂疮毒门·唇风》载：“唇风，阳明胃火上攻，其患下唇发痒作肿，破裂流水，不疼难愈。”^[2]

《疡医大全·卷十四·唇口部·唇风主

论》言：“凡下唇肿或生疮，名驴嘴风，上唇肿痛生疮，名鱼口风。”《折衷》谓：“脾脏应肾，通口气，脾胃为合，足阳明胃之经，其脉挟口环唇，故脾胃受邪，则唇为之病。风则动，寒则紧，燥则干，热则裂，气郁则生疮，血少则涩而无血色。然六腑之华，亦在唇。经云：脾胃、大肠、小肠、三焦、膀胱者，仓廩之本，营之居也，其华在唇。且肝脉、督脉、冲脉、任脉皆络于唇，一有受邪，则唇为病。”^[3]

口唇通过经脉与人体诸多脏器连属，尤其与脾的关系最为密切。《灵枢·五阅五使第三十七》说：“口唇者，脾之官也。”^[4]《证治准绳·杂病·唇》曰：“思虑伤脾，血耗唇皴。”^[5]《外科证治全书·唇部证治》认为唇风“脾经血燥。”^[6]

2、当代中医对唇风的研究

2.1 病因病机

周继刚^[7]认为心开窍于舌，心之气血上通于舌；脾开窍于口，其华在唇，胃经环挟口，因此，心脾与口唇疾病的关系最为密切。

唇风发病多与风热之邪侵扰、心火上炎及脾胃蕴热有关。火热循经上炎则唇发红肿，久病伤津耗液，肌膜失润则干燥脱屑，燥热熏灼故疮如火燎，状似无皮。

史正刚教授^[9]根据多年临床经验治疗小儿唇风，认为本病多为脾胃经素蕴积热或外感风寒湿热之邪所致。病初起在胃经，多为风火凝聚；中期为脾胃受损，湿邪内生，复感风热外邪，风火相搏，引动湿热循经上熏蒸唇部而发病；后期病在脾经，因过食辛辣温燥之品，导致脾经积热，或湿热久蕴不去，则易耗气伤阴，或素体阴虚，加之脾湿不运，湿浊久积蕴热伤阴，脾经阴虚血燥不能濡润嘴唇肌肤而表现为唇裂之状。

杨美凤^[9]从脾虚治疗唇风，认为本病的病机以脾胃气血不足、阴阳亏虚是其病之本。脾在体合肉，在窍为口，其华在唇，脾气的运化功能与肌肉及唇的关系密切。口唇为肉，脾气健旺，气血充足，则口唇红润光泽，运动灵活。若脾失健运，脾不升清，水反为湿，谷反为滞，导致精、气、血、津液化生乏源则口唇失营养滋润出现淡白无泽，甚至干燥皲裂、肿胀痒疼等现象。杨氏认为本病中痒并非风邪导致，而是气血不畅则痒。其病痒、肿、疼、烂、皲裂、脱屑均为局部气血亏虚、运行不畅，失却营养滋润，且有病理产物停聚唇部而成。

李红兵等^[10]治疗剥脱性唇炎，认为本病实属燥证，初期除了脾胃积热循经向上熏灼口唇外，主要是因脾胃积热郁久化火，灼阴化燥；同时胃土为肺金之母，子病则母虚，因此，作为“水之上源”的肺金亦为燥气所束，不得宣发，使津液不布。可见，上、中二焦为其病变部位，当属“上、中之燥”，“燥在上者，多责之于肺；燥在中者，多责之于胃”。故本病总由肺胃阴伤，兼挟风燥，导致津耗液亏，不能上承，唇失濡养而发此疾。

2.2 证治

临床上唇风主要可分为干燥剥脱性及湿疹糜烂性两种，常见的证型如下：

孙丽平教授^[11]根据多年治疗小儿唇风的经验，临床所见有实有虚之分。实证为心脾积热，此乃由外邪侵袭，引动内热而发。症见唇红，唇痒，唇痛，口干，口臭，小便黄，大便秘结，舌质红，苔黄厚，脉数。治当清心泻脾，选用泻黄散合导赤散加减为主。虚证为阴虚火旺，由于热盛伤阴。症见唇干，脱皮，手足心热，舌质红，少苔，脉细数。治当养阴清热，选用沙参麦冬汤加味治疗。

王丽^[12]将唇风分为四型。①风火上乘：多见于急性发病期，发病迅速。症见唇部红肿疼痛，破裂流水，甚如无皮之状，发痒，不时瞤动，口臭，溲黄，大便干，舌质红，苔黄或黄腻，脉滑数或洪数。治宜清热凉血，疏散风邪，方用防风通圣散加减。药用：生石膏30g(先煎)，当归、连翘、栀子、黄芩各15g，荆芥、防风、白芍、炒白术各12g、大黄、川芎、甘草各10g、薄荷(后下)、桔梗、麻黄各6g。水煎服，每日1剂，分2次服。②脾胃湿热：症见唇部肿胀色红，发热瘙痒，有小水疱及渗液，甚则糜烂、渗血，环唇皮肤潮红，常伴咽干、口苦而不欲饮，心烦，纳差，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉濡数。治宜清泻胃热，化湿降浊，方用清胃散加减。药用：黄芩、当归、生地、牡丹皮各12g，炒苍术、佩兰、泽泻各10g，黄连、僵蚕各9g，升麻、甘草各6g。水煎服，每日1剂，分2次服。③津亏血燥：唇部干燥、脱屑，常反复痂壳，甚则皲裂、渗血，嘴唇粗糙，皱褶加深，常伴全身皮肤干燥，口干欲饮，大便干燥，舌质淡红或红，少苔，脉细。治宜滋阴生津，养血润燥，方用增液汤合沙参麦冬汤加减。药用：鸡血藤30g，制首乌20g，生地、玄参、麦冬、天冬、北沙参、玉竹、荆芥、桑叶各15g、赤芍12g、薄荷6g(后下)、甘草5g。水煎服，每日1剂，分2次服。④阴血不足，脾

湿不运：此型发病缓慢，唇部肿胀，干燥，焮热疼痛，频频以舌舔而润之，患处脱屑，燥痒或燥裂渗液或渗血，缠绵难愈，遇冷加重，口干或舌干粘浊，常伴失眠多梦，腰酸，五心烦热，舌质红，苔白腻，脉细。治宜滋阴补肾，健脾除湿，方用三才封髓丹加减。药用：薏苡仁30g，百合20g，党参、天冬、玉竹各15g，熟地黄、荆芥、防风、赤芍各12g，黄柏、佩兰、蝉蜕、知母各10g，砂仁9g(后下)。水煎服，每日1剂，分2次服。

刘可普等^[13]将剥脱性唇炎分为：①风火外袭：症见唇部色红肿胀，干燥，广泛灰白色枇糠样鳞屑，或有皲裂，干痒灼痛，舌质淡红，苔黄，脉浮数。治宜疏风散邪，泻火解毒，处方以双解通圣散加减。②心脾积热：症见唇肿坚硬，或皲裂溃烂，伴口渴尿赤，舌质红，苔黄，脉数。治宜清火解毒，养阴生津，处方以清凉甘露饮加减。③脾胃实热：症见口唇肿胀突起，皲裂、脱屑，灼热疼痛，伴有口渴面赤，尿黄，便秘，舌红，苔黄腻，脉滑数。治宜通腑泻热，化痰解毒，处方以凉膈散加减。④阴虚血燥：症见口唇皲裂，干燥，脱屑，痛如火燎，犹如无皮之状，舌紫黯，时流血水，伴有两颧发红，手足心热，舌干少津，无苔，脉细数。治宜滋阴降火，养血润燥，处方以知柏地黄汤合四物汤加减。

2.3 外用药方

内服药主要的作用在于改善和调节整体脏腑功能及气血津液的分布，而外用药的药方可直达患处，简便易用，这可起到标本兼治，扶正祛邪之效。经临床使用均获效的外用药可选唇风膏外洗(白鲜皮15g、蛇床子、川槿皮各10g、地肤子、苦参各30g)^[14]或玉蝴蝶一味外敷^[15]。尚有外用药如《医宗金鉴》记载治疗唇风的黄连膏(黄连、生地、当归、黄柏、姜黄、麻油)和《外科证治》的紫归油(紫草、当归、麻油)。

2.4 预防与调护

避免使用劣质唇部化妆品，同时必须纠正不良的生活习惯及刺激，如减少烟酒、辛辣厚味油腻的刺激，戒舔唇咬唇、揭剥唇口鳞屑等，这样将可促进炎症愈合并减少复发，对治疗和预防唇风均有积极的作用。

3、验案

翟xx，女，19岁，2016年8月31日初诊

主诉：口唇上下部干燥，脱屑反复2年，曾服西药及外用激素类软膏，病情暂时好转，停药后又复发。自述喜食辛辣。

刻顷：上下唇皮肤干燥，脱屑，疼痛瘙痒，不时伸舌舔唇，眠纳、二便如常，舌质红，苔白腻，脉滑数

证属：脾胃湿热，熏蒸于口唇，伤阴化燥

治法：健脾利湿，清热养阴

处方：甘露饮加减

药物：生地2g、麦冬3g、茵陈1g、枇杷叶1g、黄芩1.5g、防风1g、山药1g、白及1g、甘草0.5g 4剂(颗粒) 1d 1剂，2次分服

二诊(2016年9月5日)：唇部黏膜渐润泽，干裂痒、脱屑减轻，舌质淡红，苔薄白腻，脉略滑数。遂以上方减麦冬、茵陈、黄芩，再服4剂

三诊(2016年9月9日)：上下唇黏膜已无干裂、脱屑，反见光亮润滑，再给予上方4剂以巩固疗效。建议病愈不必复诊，至今未见病人来就诊。

按：患者过食辛辣、刺激性食物，致使脾胃湿热内生，湿热循经上蒸，客于唇部，化腐生疮，久则伤阴，唇失濡养加之发病期间因唇部干燥不舒频用舌头舔唇以滋润唇部，反使唇部炎症难愈。处以(《太平惠民和剂局方》卷六)甘露饮加减治疗。方中生地、麦冬清热养阴；以甘平，能补脾益气，滋养脾阴之山药；黄芩、茵陈之苦寒，折热而去湿；防风为治风通用之品可祛风止痒，又可升散脾中伏火，

即“火郁发之”之旨；火热上行为患，以枇杷叶抑而降之；白及能敛疮生肌，促唇炎消失而愈；甘草和中调和诸药。全方共奏健脾利湿，清热养阴，药证相附，故疗效显著。

嘱患者在治疗过程中保持口腔卫生，避免舔唇及忌食辛辣刺激食品。

参考文献

- [1] 巢元方.诸病源候论[M].北京:中国医药技术出版社, 2011: 164
- [2] 陈实功.外科正宗[M].北京:中国医药技术出版社, 2011: 267
- [3] 顾世澄.病医大全[M].北京:中国医药技术出版社, 1994: 290—291
- [4] 灵枢经校释[M].上册.北京:人民卫生出版社, 1998: 539
- [5] 王肯堂.证治准绳[M].北京:中国医药技术出版社, 1997: 276
- [6] 许克昌, 毕法.外科证治全书[M].北京:人民卫生出版社, 1983: 53
- [7] 舒盼, 穆怡, 周继刚.周继刚治疗唇风病经验[J].湖北中医杂志, 2012, 34(2): 28-29
- [8] 张加权.史正刚教授治疗小儿唇炎经验拾萃[J].中医儿科杂志, 2013, 9(1): 15-17
- [9] 杨美凤.从脾虚论治唇风[J].中医研究, 2012, 25(3): 44-46
- [10] 李红, 闵仲生, 陈力.沙参麦冬汤加减治疗剥脱性唇炎54例[J].福建中医药, 2005, 36(3): 23-24
- [11] 从欣.孙丽平教授治疗小儿唇风经验[J].中医儿科杂志, 2013, 9(2): 8-10
- [12] 王丽.唇炎中医辨证治疗[J].Chin J Dermatol Venerol Integ Trad W Med, 2010, 9(4): 232-233
- [13] 刘可普, 马华安, 陈国丰.剥脱性唇炎的中医证治[J].湖北中医, 2014, 36(3): 439-47
- [14] 许姜泽.中医中药治疗慢性唇炎[J].中医杂志, 1980, (6): 32
- [15] 刘荣星.中医药治疗慢性唇炎简介[J].中医杂志, 1983, (6): 66

针灸治疗荨麻疹

新加坡·杨昌志

(一) 前言

荨麻疹是一种常见的过敏性皮肤病，可发生于任何年龄，男女皆可患病，约15~20%的人一生至少发生过一次，它既是一种独立性疾病，又是许多病的一种症状，所以比较复杂，病源常查不明尤其是慢性荨麻疹。本病发病时是一种以皮肤出鲜红色或苍白色风团为主要特征的皮肤病，因其小则如麻如豆，大则成块成片，故又称为“风疹块”，又因皮疹时隐时现，故又称为“瘾疹”，其发病时特点为骤然发生，迅速消退，瘙痒剧烈，愈后又不留任何痕迹，如发生在眼睑，口唇等组织疏松部位，水肿特别明显者，则称为“游风”，此外尚有称为“蓐藪”，“风疹”，“赤白游风”，“鬼风疙瘩”等名称。

(二) 中医病因病机

本病在中医古典文献中早有记载，阐述与分析，

- 《素问·四时刺逆从病》说：“少阳有余，病皮痹隐疹”。
- 隋《诸病源候论·风病诸侯下·风骚身体隐疹候》说：“邪气客于皮肤，每逢风寒相抑，则起风疹隐疹”。
- 《风蓐藪候》中说：“夫人阳气外虚则多汗汗出当风，风气搏于肌肉与热气并，则生蓐藪，状如麻豆，甚者渐大”。

- 清·《医宗金鉴·外科心法要诀·蓐藪》说：“由汗出当风，或露卧乘凉，风邪多中表虚之人”，说明了瘾疹的病因。
- 《金匱要略·中风历节》篇中说：“邪气中经，则身痒而瘾疹”。
- 《诊治准绳》谓：“烦痒极者，重抓疹起……亦有白疹……亦有赤疹……”。
- 《外科真铨》说：“初起皮肤作痒，次发扁疙瘩，形如豆瓣，堆累成片……”。
- 《病医大全》中指出：“疏风·散热·托病”为治则。

《圣济总录》云：“盖身体风瘙而痒，瘙之隐之而起是也”，说明它是一种常见的过敏性皮肤疾病。

综观历代医籍及各家之说，对本病早已认识，可将本病之病因病机归纳如下：

1. 禀赋不耐，风邪侵袭：

风蓐藪具有风候之特征，如来去迅速，瘙痒剧烈。由于禀赋不耐，营卫虚疏，卫外不固，风邪与寒或热相合，搏于肌肤，淫气外发于皮表而发病。

2. 食欲不当，湿热内生：

食入虾、蟹等海味，膏粱厚味，辛辣酒酪，湿热内蕴，化热动风，内不能疏泄，外不得透达，拂郁于皮毛腠理之间，遂发为本病。

亦有服用某些药物，药毒浸淫，燔于营血，外发于皮肤。或饮食不洁，湿热内生虫，

虫积伤脾诱发病。

3. 气血两虚，虚风内生：

素体虚弱，气血不足，气虚则卫外不固，虚邪贼风乘虚而入，血不足则虚风内生，肌肤失养，发为本病。

(三) 中医辨证施治

本病主要从病因，皮疹颜色和伴有证候群未辨别证型，大致归纳为下列类型：

1. 风热型：

a. 临床表现：

风团色红，遇热则加剧，得冷则减，有剧烈瘙痒及灼热感，烦躁，伴有口渴、口干、头痛、发热、大便干，小便黄赤等，舌质红，苔薄黄或黄，脉浮数或弦滑。

b. 证候分析：

风团色红，烦躁、口渴、舌质红、苔黄等为热邪表现；剧烈瘙痒为风邪盛炽于肌表。

c. 治则：凉血清热，祛风止痒。

d. 针灸处方：针泻、曲池、大椎，配穴取血海、三阴交、委中(刺络出血)。

e. 方义：针泻曲池、大椎、合谷可疏散风热，配透天凉法，针泻三阴交、血海、若血分热盛下肢尤甚者，可针刺委中血络出血。

f. 方剂处方：麻杏石甘汤和白藓饮加减。

2. 风寒型：

a. 临床表现：

风团色淡微红或苍白，遇冷则加重或易发，得暖则缓解瘙痒剧烈，自觉畏寒，恶风，口不渴，舌淡，苔薄白，脉迟缓，浮缓或紧。

b. 证候分析：

风团色淡微红或苍白，遇冷易发，得暖则减，为寒邪表现；瘙痒剧烈为风邪盛炽之

表现。

c. 治则：疏风散寒，调和营卫。

d. 针灸处方：针泻、曲池、合谷、大椎，针上可加灸。针泻血海，三阴交，合谷。

e. 方剂处方：荆防败毒散和麻桂各半汤加减。

3. 肠胃湿热型：

a. 临床表现：

红色风团，剧烈瘙痒，伴有脘腹疼痛或恶心呕吐，大便秘结或溏泄，纳呆、口渴，舌燥，舌质红苔黄腻，脉滑数有力，常见于急性风团伴有消化不良症状者。

b. 证候分析：

红色风团，剧烈，瘙痒为风热之邪郁于肌表脘腹疼痛或恶心，呕吐，大便秘结或溏泄等为湿热伤及肠胃，传化失常的表现，苔黄腻，脉滑数为湿热内盛之象。

c. 治则：清热祛风，表里双解。

d. 针灸处方：针泻曲池、天枢、足三里、阴陵泉、内庭。

e. 方剂处方：防风通圣散和藿香正气散加减。

4. 气血两虚型：

a. 临床表现：

平素体虚或久病，风团伴瘙痒反复发作，劳累及受凉后加重，神疲乏力，面色无华，肢软，兼见头晕，头重，腰酸，失眠多梦等症，舌淡苔白，脉沉细或濡细。

b. 证候分析：

久病，风团伴瘙痒，反复发作作为气血耗伤，正气不足，卫外失固，驱邪无力，风邪不解的表现，平素体虚，神疲乏力，面色无华，舌淡苔白，脉沉细均为气血两虚之象。

c. 治则：养血祛风，益气固表。

d. 针灸处方：针补三阴交、里三里、合谷、大椎、针泻曲池。

- e. 方剂处方：当归饮子合玉屏风散加减。

5. 冲任不调型：

a. 临床表现：

常在月经前数天发疹，腹痛，月经净后逐渐减轻或消失，下次月经来前又发作，以少腹腰骶大腿内侧为多，舌紫苔卜，脉弦细(伴有痛经或月经不调)。

b. 证候分析：

经前数天发疹，经净后消失，舌紫苔卜，脉弦细，乃因营卫失和，生风生燥所致。

c. 治则：调摄冲任。

d. 针灸处方：针三阴交、血海，先少泻后多补，针泻归来或阿是穴。

e. 方剂处方：四物汤合二仙汤加减。

6. 血热型：

a. 临床表现：

晚间发作较重，先是皮肤有灼热刺痒，搔后即随手起风团或条痕隆起，越搔越多，发作时心烦不宁，便秘口干思饮，舌红苔剥，脉弦滑数。

b. 证候分析：

皮肤有灼热刺痒，越搔越多，心烦，口干，舌红苔剥，脉弦等，乃因心经有火，血分蕴热，血热生风所致。

c. 治则：养血清热，消风止痒。

d. 针灸处方：针泻中脘、天枢、曲池、三阴交、血海。

e. 方剂处方：消风散加减。

(四) 外治法

- 止痒粉外扑并揉擦患处，每日数次。
- 皮疹局限者：用1%卜荷炉甘石洗剂外擦。
- 三黄洗剂外擦。
- 剧痒者：可用高锰酸钾沐浴之。
- 皮肤损广泛者：可用止痒洗汤煎水洗浴，每日一至二次，如樟木、紫苏叶、晚蚕

砂、明矾等。

- 用清热解毒祛风药薰洗，如马齿苋、地丁草、蛇麻子、苦参、白蓟皮、金银花各30克，防风15克，蝉衣8克煎水先薰后洗。

- 外涂止痒酊，每日数次。

(五) 预防与护理

- 患病期间，忌食虾、螃蟹、辛辣、酒类、笋类等食物。
- 避免剧烈搔抓或热水烫洗。
- 忌用肥皂洗涤。
- 不滥用刺激性外用药。
- 限制过量蛋白质食物，如牛奶、鸡蛋、糖果、糕点等。
- 详细询问诱发原因，并予去除；如因某种食物引起必须忌食相关食物，如由风寒外感所致，应该避免风寒刺激，由肠寄生虫引起，应驱除出虫体外。
- 本病多因禀赋不足，腠理不密，故皮疹消退后，宜加强身体锻炼，以增强患者的身体素质。

(六) 病例

病例(1)

陈女士，女性，32岁，今年十月初初诊。

主诉：于二月前，突然出现全身瘙痒，皮肤潮红，疹块成片或成云朵状，上下肢较多，脖子部尤其明显，汗出时瘙痒剧烈，难忍，影响工作与睡眠，曾经看西医服抗过敏药治疗，但反复发作，口渴，小便黄，大便硬结，舌红苔白，脉浮数。

辨证：风热挟湿，郁于肌肤之血分，故皮肤潮红，湿热之邪注于肌肤，故疹块成片或如云朵状，瘙痒难忍，汗出当风尤甚，口渴，小便黄，大便硬结，脉浮数等乃内热外风，风热之征。

治则：疏风清热，除湿止痒。

小结

取穴：针泻合谷、曲池、阴陵泉、三阴交、血海。

配穴：驷马穴

方解：针泻曲池，祛风热，抗过敏。

三阴交：理脾活血，有血行风自灭之功。

阴陵泉：有祛湿之能。

血海：血海为治痒要穴，抗过敏，活血治痒。

合谷：有清热解表，调营卫之功效。

驷马穴：为董氏奇穴，治疗皮肤病有良效（位于风市穴向前横开三寸，共三穴）。

二诊后已康复。

病例(2)

王先生，男性，40岁。

主诉：患荨麻疹已数年，常反复发作，复发时全身皮肤出风疹块，色红，奇痒灼热，每因感受风邪而加剧，时常口干，口渴，大便秘结，常有腹痛，有时食欲不振，眠差，曾经中西医药治疗，但反复发作，时轻时无效，舌红，苔卜黄，脉浮数。

辨证：患者胃肠有热，复外感风邪，风邪束表，不得疏泄透达，郁之于皮毛腠理和胃肠之间，数年来口干，口渴，大便秘结，常有腹痛，故疹块色红，奇痒灼热，舌红苔卜黄，脉浮数，乃里热和风热之表证。

治则：疏风解表，通腑泄热。

取穴：针泻天枢、中脘、曲池、三里、大椎、驷马穴、百虫窝。

配穴：驷马穴

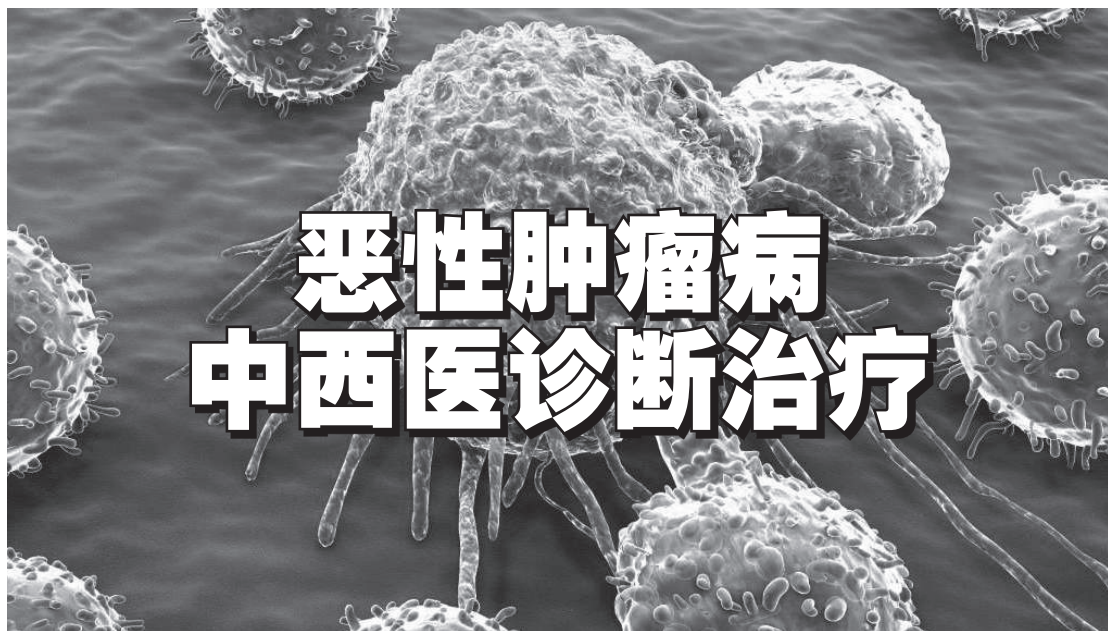
方解：针泻天枢可通肠胃泄热。中脘可散邪和胃。

曲池可祛风热，解表邪。大椎可清热解表。

足三里可和胃泄热。百虫窝和驷马穴治疗皮肤瘙痒有良效。

经针灸治疗五次后，已基本康复。

荨麻疹为一种以风团时隐时现为主的瘙痒性过敏性皮肤病，致病原因难以确定，常因人而异，常与食物过敏的关系十分密切，如服食虾、蟹等海鲜所引起的，虽然不会对人的生命构成威胁，但其剧烈瘙痒程度及风团反复发作，常使患者烦恼忧虑，导致精神紧张，情绪抑郁，进而加重了病情，现代医学治疗虽然服用各种组织胺类或其他脱敏止痒药，可以控制病情，但有嗜睡等副作用；中医方面，本着治病求本，审因论治的原则下，时代医家多从风入手，“以风为百病之首，善行数变”的基础上参以各种治疗法则，能收到较好的疗效，如果结合中西医疗法，内外兼施，相辅相成，当能提高疗效，使病患者早日恢复健康。



恶性肿瘤病 中西医诊断治疗

新加坡·白伟良

恶性肿瘤疾病有3个定义：

1 - 恶性肿瘤是以细胞分化异常、增殖异常、生长失去控制为特征的一类疾病。

2 - 癌细胞直接侵袭周围组织或经淋巴和血液循环形成远处转移，累及正常器官，影响其功能，导致器官功能衰竭。

3 - 癌细胞引起空腔脏器如胃肠道、泌尿生殖道梗阻或因恶病质而致机体死亡。

肿瘤的西医诊断有许多技术方法，如核医学造影、肿瘤标志物、病理学等。

恶性肿瘤的西医诊断方法

X-线诊断通过透视、拍片和体层摄影技术是最基本的常规检查，主要用于呼吸系统和肌肉骨骼系统。在骨骼肿瘤的诊断中具有定性，方便与快捷。在胃肠、泌尿系统，可以用造影明确肿瘤的大小、部位、形态。乳房也可以通过X光造影检查使用BI-RADS [乳房影像报告暨资料分析系统] 诊断分为七类乳腺癌的性质。

CT造影(X-ray computed tomography)

有平扫、增强和碘油三种。平扫指静脉内不注射造影剂的扫描，主要用于肺脏、骨骼、尿路结石、胆结石和增强扫描前。增强扫描是在静脉注射造影剂后的一定时间里扫描，有利于鉴别血管性和非血管性病变，以显示肿瘤的病理特征及定位、定性。碘油CT是在动脉介入栓塞后30天左右的CT检查，特别是在肝脏肿瘤的诊断和治疗中有重要作用。

MRI磁共振成像(Magnetic Resonance Imaging)可以明确肿瘤的有无、数目、范围，肿瘤与非肿瘤组织的鉴别，内部结构，肿瘤与水肿的区别，肿瘤与大血管的关系，术后的随访等。

MRA磁共振血管造影(Magnetic Resonance Angiography)类似于DSA(Digital Subtraction Angiography)的一种血管造影技术，主要用于肿瘤的供血、静脉引流、邻近血管的压迫、侵犯、包裹及血管内瘤栓等的诊治。

超声(Ultrasound)技术能显示肿瘤的部

位、大小、周围组织和器官之间的关系，以及血管、胆管等的内径、形态、走向等。彩色超声能显示血流速度、走向和肿瘤的关系，根据血流的有无和分布、类型等，对肿瘤的良恶性做出判断。介入超声在肿瘤诊治中有较好的价值，包括超声介入细针穿刺、超声介入胆管造影、超声引导经阴道卵巢及盆腔肿块穿刺术、肝脏肿瘤无水酒精注射、超声配合胃镜、放射性核素植入等。

核医学检查包含了放射性药物显像、放射免疫显像(RII Radio immune imaging)以及正电子发射计算机体层扫描(PET/CT Positron emission tomography - computed tomography)。放射性药物显像，是在人体内注入放射性药物，并在一定时间内药物选择性地浓聚于某些肿瘤和器官，用 γ -照相机或发射型计算机断层等显像设备显示放射性分布情况，判断有无病变，也常用于骨骼扫描，脑、肝、肾上腺、肾脏、心脏等肿瘤和脏器的功能扫描。放射免疫显像(RII Radio immune imaging)常用于肿瘤定位、心肌梗死诊断、血栓定位和炎症定位等。

凡是能反映细胞恶性演变的各个阶段中表型和基因型的特性和特征的，都可以成为肿瘤标志物(Tumour markers)，多使用于辅助诊断。根据生物特性均分为三大类：生物学标志、遗传学标志、生物化学标志。以下列出常见的肿瘤标记物在患各种癌症时，超过血清基准值的概率为50%~80%，为明显增高的现象。

甲胎蛋白(AFP Alpha-Feto Protein): 对原发性肝细胞癌有较好的临床意义，正常值20 μ g/L。肝内肿块且AFP>400 μ g/L时可临床诊断。癌胚抗原(CEA Carcinoembryonic Antigen): 正常值0~5ng/ml。CEA在许多癌症中都有升高，特别是在结肠癌、乳腺癌及肺癌的诊断上发挥了作用。对复发转移的监测有重要价值。卵巢癌: CA125。小细胞肺癌: NSE。绒癌: HCG。前列腺

癌: PSA。骨髓瘤: M蛋白。胰腺癌及胆囊癌患者: CA19-9。骨髓瘤: (尿中)本斯-琼斯蛋白(Bence Jones protein)。

肿瘤的临床分期的目的为准确估计病情，判断预后，决定治疗方案，评价疗效，比较不同的治疗方法并且有利于国际间交流。国际抗癌联盟(UICC)自1958年起都发表并每隔几年修订恶性肿瘤的不同分期。实体瘤根据肿瘤累及的解剖部位采用TNM分期法。

T (Tumour): 表示原发肿瘤的大小

N (Lymph Nodes): 表示淋巴结转移情况

M (Metastasis): 表示有无远处转移

根据不同的TNM情况，可以把不同的肿瘤分成I、II、III、IV期。临床分期可标以CTNM(clinical)，病理分期则标以PTNM(pathologic)，病程中再分期标以r-TNM(restage)等。

西医在对病人进行临分期的同时对病人的全身状况进行评价，还包括患者的心肺功能、肝肾功能和造血功能等。一般状态(Performance Status, PS)的评价直接影响肿瘤科医生治疗方案，如化疗药的性质、频率与量的使用。医院病房一般使用较仔细的卡诺夫斯基(KPS)全身状况评价方法(0 [死亡] - 100 [完全正常] 分)。门诊则一般使用较简单的Zubrod-ECOG-WHO (ZPS)全身状况评价方法(0 [完全正常] - 5 [死亡] 分)。

恶性肿瘤的西医治疗方法

恶性肿瘤患者确诊时大多属中晚期。在确诊时无临床转移证据的病人，在经单纯局部治疗后50%仍会发生远处转移，因此大部分病人需要综合治疗(Integrated and holistic treatment)。由于手术、放疗和化疗等综合治疗的进展，乳腺癌、骨肉瘤、上颌窦癌、肾母细胞瘤、恶性淋巴瘤等疾病的5年生存率已有明显提高。肺癌、消化道肿瘤、泌尿生殖系统肿瘤的生存情况现较有改善。许多专家也

意识到对于肿瘤的治疗，应由多学科对病人的各种全身和局部因素、肿瘤生物学行为及病理病期作全面分析后，制定合理的近期和远期治疗计划。

目前外科手术(Surgical Operation)仍是治疗某些恶性肿瘤的主要方法。外科手术也包括了较先进的微创绿色疗法“亚肽刀”(Cryogenic operation)或激光手术(Laser operation)等。手术能治愈早期局限性恶性肿瘤如早期口唇癌、甲状腺癌、唾液腺癌、乳腺癌、宫颈癌等。

外科治疗具有七大目的。

1. 早期病变作为根治治疗，如乳腺癌。
2. 作为综合治疗的组成部分与放疗、化疗联合应用，如食管癌、肺癌(特别是小细胞肺癌)。
3. 减负荷手术：切除大部分肿瘤，减少肿瘤负荷，从而增强其他治疗方法的疗效或防止并发症。
4. 转移灶的切除：有些软组织肉瘤的肺转移、肠癌的肝转移等。
5. 肿瘤急症：胃肠道梗阻行捷径术、造瘘术。
6. 作为缓解症状的姑息性手术：如胰头和十二指肠壶腹癌行胆囊空肠吻合术，使黄疸消退。
7. 诊断性手术：对不宜穿刺的软组织肉瘤、疑有恶变的黑痣，应作切除活检以明确病理诊断。

放射治疗(Radiotherapy)包含了 ^{60}Co 远距离治疗机、直线加速器和高线性能量传递放疗机等。放疗源有X-线治疗机和各类加速器产生的X-线、放射性核素放出的 γ 、 β 射线，以及高线性能量传递的快中子、质子、负 π 介子等射线。三维适形放疗计划系统、立体定向放疗设备等现代放射设备的应用，可最大限度地使放射剂量集中到病变部位杀灭肿瘤细胞，而使正常组织和器官少受或免受不必要的照射。放射治疗分为根治性、姑息性及

综合治疗性。

根治性放疗适合于对放射线敏感的恶性肿瘤，如早期鼻腔癌、鼻咽癌、喉癌、口咽部(包括扁桃体和舌根的韦氏环)癌通过放疗可获根治。根治性放疗也用于精原细胞瘤、皮肤癌、蕈样真菌病、宫颈癌，不能手术的宫体癌、食管癌、不能手术的肺和纵隔肿瘤等。

姑息性放疗常作为晚期病人缓解症状之用，如骨转移性癌、多发性骨髓瘤、部分神经系统恶性肿瘤，经放疗后可减轻疼痛、减少病理性骨折的发生并缓解脊髓压迫等并发症。

综合治疗性放射治疗对放疗敏感而肿瘤切除有困难的肺癌、食管癌、肾母细胞瘤、乳腺癌、鼻窦癌、中耳癌、直肠癌等行术前放疗可使肿瘤缩小，利于手术切除，并可减少手术时肿瘤细胞局部种植和远处转移的危险。对手术切除不彻底的肿瘤例如脑瘤、肺癌、直肠癌、肾癌、肾母细胞瘤、乳腺癌、软组织肉瘤等，术后放疗可提高生存率。综合放、化疗技术已在淋巴瘤、尤文瘤(Ewing肉瘤)、小细胞肺癌中广泛应用，全颅放疗对脑转移亦有一定疗效。

化学治疗(Chemotherapy)是最常用的治疗肿瘤的方法。化疗与外科和放疗相比相对历史较短，但发展迅速。新药不断开发、疗效不断提高，是最有发展前途的治疗手段，也是当前恶性肿瘤临床研究中最活跃的领域。目前进行的化疗可使约20%的恶性肿瘤患者治愈，20%的病人显著延长生存期。

化疗种类：

1. 多药联合化疗 (Combination)
2. 多学科综合治疗如：外科、放疗和化疗等 (Combined modality)
3. 术前辅助化疗 (Neoadjuvant, to shrink tumour, mostly for high risk of micro-metastatic cancer)
4. 术后放疗后辅助化疗 (Adjuvant, for micro-metastases to reduce risk of

recurrence)

5. 新辅助化疗(Maintenance, salvage, palliative)
6. 诱导化疗 (Induction, first line treatment of cancer drug for curative intent)

化疗给药途径:

1. 全身用药
2. 局部用药 (如肝癌的无水酒精注射)
3. 动脉静脉插管等介入化疗
4. 腔内 (胸腹、心包及膀胱、鞘内) 化疗
5. 口服

其他配合的解救药包含:

1. 生化调节剂: 如四氢叶酸钙 (Calcium Folate), 抗叶酸代谢药过量时的解毒剂, 可用于巨幼红细胞性贫血及白细胞减少症以及MTX (Methotrexate) 解救药。
2. 免疫调节剂: BRM (Biological response modifiers - immune-modulators in immunotherapy) 与化疗药的有机配合可提高疗效。

化疗的适应证广泛, 如下:

1. 白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤及恶性组织细胞瘤。
2. 实体瘤: 乳腺癌、肺癌、胃肠道癌、肾母细胞瘤、睾丸肿瘤、横纹肌肉瘤、Ewing肉瘤等的新辅助化疗和手术或(和)放疗后的辅助化疗。
3. 广泛转移的肿瘤或术后、放疗后复发者。
4. 女性内生殖器的绒癌、恶性葡萄胎、卵巢癌以及前列腺癌的激素治疗。
5. 癌性浆膜腔积液和转移的腔内化疗、膀胱癌术后的膀胱内化疗药物灌注, 以及预防白血病和某些恶性淋巴瘤中枢神经系统侵犯的鞘内注射化疗药物。

6. 颅脑转移或脊髓受压致中枢神经系统出现症状或脑水肿时, 可先与脱水剂和肾上腺皮质激素同用。在选择化疗药物时应该用能透过血脑屏障的化疗药, 化疗后应力争早作全颅放疗。
7. 原发性肝癌或肝转移时的肝动脉介入化疗和栓塞, 如可同时做门脉分支介入则疗效更佳。
8. 并发上腔静脉综合征或呼吸道梗阻时, 可选用化疗加肾上腺皮质激素以期缓解症状。
9. 对某些软组织肉瘤 (包括成骨肉瘤) 和恶性黑色素瘤的全身或介入化疗。
10. 头颈部或五官科恶性肿瘤, 特别是鳞癌 (squamous cell carcinoma) 用化疗作为综合治疗中的一个重要组成部分。

内分泌治疗 (Hormonal therapy) 用于内分泌失调性的恶性肿瘤疾病, 常用于乳腺癌、前列腺癌、子宫内膜、肾上腺癌等。常用药物如他莫昔芬与第三代芳香化酶抑制剂。

他莫昔芬 (Tamoxifen) 内分泌治疗有三个目的: 阻断瘤组织中的雌激素受体, 抑制瘤细胞与雌激素的结合; 降低血中催乳素水平, 抑制肿瘤组织内催乳素受体的活性; 抗癌谱对于雌激素受体阳性者 (多乳腺癌患者) 有较好疗效, 一般连续服用5年。

第三代芳香化酶抑制剂 (Aromatase Inhibitor), 特异性地抑制芳香化酶, 后者使雄激素A环芳香化酶转化为雌激素, 因而可在绝经后妇女完全抑制雌激素的生成。适用于晚期乳腺癌患者, 并可使骨转移引起的疼痛减轻。药物有来曲唑 (弗隆, Letrozole)、阿那曲唑 (瑞宁得, Arimidex) 和依西美坦 (阿诺新, Aromasin) 等。

靶向治疗 (Targeted therapy) 是利用肿瘤细胞可以表达而正常细胞很少或不表达的特定基因或基因的表达产物, 形成相对或绝对靶向, 最大限度的杀伤肿瘤细胞, 而对正常

细胞杀伤较小。

靶向治疗药物 - 单克隆抗体 (Monoclonal antibodies):

1. 美罗华 (Mab Thera, Rituximab): 治疗CD20阳性的B细胞性恶性淋巴瘤。
2. 赫赛汀 (Herceptin, Trastuzumab): 抗HER2单克隆抗体治疗乳腺癌。
3. 爱必妥 (Erbix, Cetuximab): 大肠癌、头颈部癌等。人和鼠的EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) 单克隆抗体的嵌合体。
4. 贝伐单抗 (Avastin, Bevacizumab): 重组的人源化IgG单克隆抗体, 与血管内皮生长因子 (VEGF, vascular endothelial growth factor) 结合, 阻止VEGF与其受体结合, 减少微血管形成。大肠癌与非小细胞肺癌。

靶向治疗药物 - 表皮生长因子信号传导抑制剂 (EGFR inhibitor, mostly Tyrosine Kinase inhibitor):

1. 吉非替尼 (Gefitinib, Iressa) 是一种表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂, 对化疗抗拒的非小细胞肺癌 (Non small-cell lung carcinoma) 有效, 毒性可以耐受。
2. 厄洛替尼 (Erlotinib, Tarceva) 是用于治疗非小细胞肺癌 (Non-small-cell lung carcinoma)、胰腺癌等几种癌症的药物, 作为一种酪氨酸激酶抑制剂 (Tyrosine-kinase inhibitor), 作用于表皮生长因子受体。
3. 甲磺酸伊马替尼 (Imatinib Mesilate) 对BCR-ABL激酶具有特异性抑制作用, 用以治疗慢性粒细胞白血病 (CML) 及胃肠道间质细胞瘤 (GIST, Gastrointestinal stromal tumors)。
4. 索拉非尼 (Sorafenib, Nexavar): 肾癌 (Renal cell carcinoma)、肝癌 (Hepatocellular carcinoma)。

5. 舒尼替尼 (Sunitinib): GIST、肾癌。

6. 拉帕替尼 (Lapatinib): 乳腺癌。

其它靶向治疗药物: 抑制新生血管形成 (Anti-Angiogenesis)、泛素蛋白酶体抑制剂 (Proteasome inhibitor) 等。

中医恶性肿瘤病因病机

病因病机分为:

外因: 六淫之邪或饮食不节, 邪毒蕴结于经络脏腑。

内因: 主要指正气虚弱、阴阳失调、气血运行失常、脏腑功能失调等。

正气虚损是形成肿瘤的内在依据, 而邪毒外侵是肿瘤形成的重要条件。从整体观念, 肿瘤是全身疾病在局部的表现, 是一个本虚标实之证。

中医诊治要点

治标本:

标本概念是相对性的。正气亏虚、阴阳失调是本, 局部肿瘤是标。肿瘤是本, 而肿瘤所并发的一些症状是标。突然出现急症属标, 其他症状属本。“急则治其标, 缓则治其本”, 待急症缓解再扶正抗癌、标本兼治。

辨证与辨病:

辨证论治是中医临床的核心。属阴、属阳, 属表、属里, 属寒、属热, 属虚、属实是八纲辨证之所在。临证时明确病位, 明确诊断, 是谓辨病。辨别病证的异同之处, 分别施以扶正培本、化痰、化瘀、解毒、散结, 佐以通阳、理气、祛湿等法。其他如怡情、摄生、饮食禁忌等也十分重要。西医手术、放化疗后的毒副作用明显, 用中医辨证施治疗效显著, 同时可以减毒增效, 如减轻胃肠道反应、骨髓抑制、神经损害、肝功能异常等等。

注意局部与整体:

肿瘤是全身疾病的局部表现,肿瘤与人体也是对立统一的辩证关系。治疗肿瘤的同时必须重视调整全身的阴阳脏腑气血。祛邪而缩小肿瘤就可以改变全身状况,扶正也为祛邪缩小肿瘤创造条件,酌情调整扶正与祛邪的比例开药。

治则治法:

扶正培本、清热解毒、软坚散结、理气化痰、以毒攻毒、温阳散寒等法,通过单方验方、外用药物(膏丹散等外敷)、针灸、导引、药膳等治疗。

中草药使用:

扶正培本类:

人参	西洋参	党参	太子参	绞股蓝
黄芪	白术	山药	灵芝	红枣
蜂蜜	白扁豆(衣、花)	甘草	当归	
地黄	白芍	何首乌	桂圆肉	阿胶
鸡血藤	五味子	枸杞子	石斛	玉竹
百合	墨旱莲	龟板	山茱萸	鳖甲
银耳	沙参	天冬	麦门冬	无花果
黄精	墨旱莲	女贞子	桑椹子	黑芝麻
龟板	紫河车	海马	海龙	冬虫夏草
沙苑子	补骨脂	骨碎补	菟丝子	杜仲
巴戟天	仙茅	仙灵脾	肉苁蓉	肉桂
鹿茸	益智仁	川续断	桑寄生	狗脊
核桃仁	蛤蚧	覆盆子	桑螵蛸	莲子
芡实	金樱子			

软坚散结、利水化痰类:

玄参	海藻	昆布	浮海石	海蛤壳
珍珠母	牡蛎	皂角刺	瓦楞子	礞石
代赭石	石决明	薏苡仁	苍术	茯苓
泽泻	冬瓜皮	蝼蛄	车前子	猪苓
葶苈子	玉米须	滑石冬	葵子	商陆
牵牛子	甘遂	大戟	半夏	天南星
禹白附	白芥子	皂荚	旋覆花	白前

前胡	桔梗	川贝母	浙贝母	瓜蒌
天竺黄	黄药子	瓜蒂	猫爪草	僵蚕
远志	明矾	射干	威灵仙	石菖蒲
厚朴	青皮	枳壳	冰片	苦杏仁
紫苏子	百部	紫菀	款冬花	枇杷叶
桑白皮	白果	洋金花	马兜铃	

活血化痰类:

川芎	延胡索	郁金	姜黄	乳香
没药	五灵脂	茜草	蒲黄	莪术
三棱	水蛭	穿山甲	麝香	鹅血
血竭	自然铜	苏木	骨碎补	血竭
儿茶	刘寄奴	红花	桃仁	泽兰
坤草	三七	牛膝	丹参	王不留行
凌霄花	月季花	瞿麦	茜草	鬼箭羽
卷柏	墓头回	石见穿	苏木	紫杉
八月扎	大小蓟	马鞭草	白及	刺猬皮
仙鹤草	血余炭			

清热解毒类:

牛黄	熊胆	羚羊角	水牛角	黄连
黄芩	黄柏	龙胆草	栀子	知母
玄参	生地黄	紫草	赤芍	地骨皮
胡黄连	青蒿	升麻	槐米	槐角
地榆	椿根	桑白皮	竹叶	白头翁
大黄	芦根	石膏	芒硝	牡丹皮
青黛	白薇	银柴胡	马勃	茵陈蒿
漏芦	白茅根	土茯苓	大青叶	板蓝根
夏枯草	金银花	连翘	蒲公英	败酱草
石见穿	冰片	野菊花	冬葵子	拳参
金钱草	椿树	根皮	侧柏叶	紫珠草
十大功劳叶	穿心莲	鱼腥草	猫人参	
藤梨根	菝葜	垂盆草	田基	黄水杨梅
虎杖根	野葡萄根	石上柏	半枝莲	
半边莲	白花蛇舌草	凤尾草	白石英	
土贝母	猪殃殃	金果榄	千里光	白鲜皮
蛇莓	芦荟	龙葵	金荞麦	山海螺

以毒攻毒类:

全蝎	蜈蚣	守宫	白花蛇	乌梢蛇
斑蝥	蟾酥露	蜂房	虻虫	廔虫
蟑螂	马钱子	土木鳖	千金子	狼毒
两面针	川乌	草乌	雷公藤	苦参
山豆根	蚤休	鸦胆子	山慈菇	贯众
白屈菜	雄黄	砒石	硃砂	

常用中成药:

恶性肿瘤是慢性疾病,需要长期服药。中成药一般配合药方,根据厂家用法用量服用。

平消胶囊

活血化瘀,止痛散结,清热解毒,扶正祛邪。对肿瘤具有一定的缓解症状、缩小瘤体、抑制肿瘤生长、提高人体免疫力、延长患者生命的作用。

中药:郁金、马钱子粉、仙鹤草、五灵脂、白矾、硝石、干漆(制)、枳壳(麸炒)

参一胶囊

培元固本,补益气血。与化疗配合用药,有助于提高原发性肺癌、肝癌的疗效,可改善肿瘤患者的气虚症状,提高机体免疫功能。

中药:人参

西黄丸

清热解毒,和营消肿。用于各类癌肿,痈疽疔毒,瘰疬,流注等。各种癌症,如乳腺癌、宫颈癌、膀胱癌、肝癌、肺癌、食道癌、胃癌、甲状腺癌、淋巴癌、直肠癌、白血病等使用。

中药:牛黄、麝香、乳香(醋制)、没药(醋制)。

康力欣胶囊

扶正去邪,软坚散结。用于消化道恶性肿瘤,乳腺恶性肿瘤,肺恶性肿瘤见于气血瘀阻证者。

中药:阿魏、九香虫、大黄、姜黄、诃子、木香、丁香、冬虫夏草。

牛黄醒消丸

清热解毒,消肿止痛。用于痈疽发背,瘰疬流注,乳痈乳岩[乳腺癌],无名肿毒。

中药:牛黄、麝香、乳香(制)、没药(制)、雄黄。

消癌平颗粒/片

抗癌,消炎,平喘。用于食道癌、胃癌、肺癌、肝癌。对恶性淋巴瘤、大肠癌、宫颈癌、白血病等恶性肿瘤亦有疗效。并可配合放疗、化疗和手术后治疗。也可用于慢性气管炎、支气管哮喘。

中药:乌骨藤(通关藤)

复方红豆杉胶囊

祛邪散结。用于气虚痰瘀所致的中晚期肺癌化疗的辅助治疗。

中药:红豆杉、红参、甘草。

芪胶升白胶囊

补血益气。用于气血亏损证所引起的头晕眼花、气短乏力、自汗盗汗,以及白细胞、红细胞减少症。升血功能。

中药:大枣、阿胶、血人参、淫羊藿、苦参、黄芪(重用)、当归。

内消瘰疬丸

软坚散结。用于瘰疬痰核或肿或痛。使用在颈部淋巴结肿大。

中药:夏枯草(主要)、玄参、大青盐、海藻、浙贝母、薄荷、天花粉、蛤壳(煅)、白芨、翘、熟大黄、甘草、地黄、桔梗、枳壳、当归、玄明粉。

肿瘤治疗的疗效评价

肿瘤中西医治疗的疗效评价方法对于医者治疗评估或学术研究的结论极为重要。

生存质量的评价方式通过形式问卷的方式。

内容:

1. 身体的一般状态(PS[Performance Status])
2. 躯体健康状态(如食欲, 恶心, 呕吐, 腹泻, 便秘, 睡眠, 疲乏, 疼痛等。)
3. 社会适应能力(与家属, 同志及朋友的交流)
4. 心理精神状态(幸福感, 不安, 忧郁状态。)

肿瘤缩小率根据两种公认评价。

■ 世界卫生组织WHO (World Health Organisation):

- CR (Complete Response): 肿瘤完全消失, 4周以上
- PR (Partial Response): 肿瘤的面积缩小50%以上, 4周以上
- SD (Stable Disease) / NC (No Change): 肿瘤缩小不到50%, 增大不超过25%
- PD (Progressive Disease): 肿瘤增大超过25%

■ RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors):

- CR: 肿瘤完全消失, 4周以上
- PR: 长径的总和缩小30%以上, 4周以上
- SD: 肿瘤缩小不到30%, 增大不超过20%
- PD: 长径的总和增大超过20%以上

恶性肿瘤常用疗效评价指标为:

- 缓解率($PR+CR = RR$ [Response Rate])
- 生存率(1, 2, 3, 5年)

- 疾病进展时间(治疗开始至疾病进展)
- 生存期(治疗开始至临床死亡)
- 无病生存期(术后至复发或 CR间期)
- 症状改善率(中位生存期与平均生存期的区别)

参考书籍:

- [1] 《常见恶性肿瘤内科诊治思路及案例分析》, 殷东风, 高宏, 人民卫生出版社
- [2] 《恶性肿瘤中医诊疗指南》, 林洪生, 人民卫生出版社
- [3] 《常规晚期恶性肿瘤综合治疗手册》, 殷东风, 辽宁科技大学出版社
- [4] 《孙桂芝实用中医肿瘤学》, 孙桂芝, 中国中医药出版社

汗证

新加坡·梁妹

汗症是临床常见病症之一，包括自汗、盗汗、绝汗等，在医学上，汗症可分为全身多汗和局部多汗。

一、全身多汗症

由发热性疾病，代谢性疾病以及精神因素等引起。

1. 低血糖症：

可导致病人面色苍白，出冷汗，手足震颤等。

2. 甲状腺功能亢进：

患者除怕热多汗外，还表现有食欲增大，吃得多，反而消瘦，大便次数增多，心慌，精神紧张等症状。

3. 糖尿病：

由于合并植物神经功能障碍，常常有出汗异常增多现象，患者还伴有多食，多饮，多尿和体重减轻等症状。

4. 嗜铬细胞瘤：

常见的症状就是淋漓多汗。多阵发性出汗，有时也可持续出汗，还可出现心慌手抖，四肢发凉等，发作时常伴有明显的血压升高。另外，高血压患者以及更年期女性也可出现多汗。

二、局部多汗症

1. 自汗：

常日间出汗，活动后更甚，多由气虚或阳虚所致，可服用温补之品进行调理。

2. 盗汗：

入睡后汗出，醒后则汗止，多见于阴虚

火旺，久病之人，尤以肺结核患者最多见。

3. 鼻汗：

每在情绪激动，精神紧张，工作劳累，讲话过多时排汗，汗液自鼻梁至鼻翼两侧渗出。多见于过敏性鼻炎及免疫力低，易患感冒者。

4. 额汗：

汗出局限于头额部，甚至汗如蒸笼热气，多见于身体阳气偏甚及消化功能亢进者。

5. 半边身汗：

指半身多汗，而另半身无汗或汗出甚微。多见于青年人高血压脑病、肾性高血压症、中风半身不遂、截瘫等患者。

6. 劳心汗：

系指心窝部和两乳中间部位多汗，多因忧、思、惊、恐过度而伤及心脾所致。常见于劳心过度的知识分子。

7. 会阴汗：

汗出局限于会阴和外生殖器部位，常见于外阴瘙痒症，阴道炎等妇科病，亦可出现有异味的会阴汗。

8. 腋臭汗：

汗臭如狐骚气味，腋窝部的大汗腺分泌异常所致。多见于青、中年，女性多于男性。

9. 半边头汗：

整个头部以鼻中分成两半，一半头出汗，另一半头滴汗皆无，此系因大病后夫妻同房，阴阳双亏并感寒所致。

10. 手足心汗：

多发生于紧张或激动或在公开场合说话时，常在青少年时发病，多半为精神压抑引起。

此外，高烧病人的“战汗”（先见全身战栗发抖，而后汗出）；生命垂危之际的“脱

汗”(大汗淋漓不尽)均为疾病转危之征象。

汗出的原因,有正虚,邪实两种。邪气盛则实,精气夺则虚,临床治疗汗证,首先应该辨别虚实。

实者有邪,治疗当以祛邪为主,祛邪则汗出自止。汗证属实者,或风中于卫,或湿淫于内,或湿热熏蒸所致,风中于卫,营卫失和,必汗出,恶风、脉缓、治宜解肌调和营卫,宜用桂枝汤。热淫于内,必蒸蒸汗出,心烦口渴,大便干结,脉洪数,治疗应清里泻热,用白虎汤加味;若大便燥结,阳明腑实,宜釜底抽薪,泻下通便,方用承气汤。汗症属湿热者,湿遏热伏,逼津外出,则为自汗;湿热于上则见但头汗出;湿热下注肝肾则见阴汗;入夜湿热助阳耗阴则盗汗。临床常见汗出,心烦口渴,口干不欲饮,潮赤,舌红苔腻,脉濡而数,治疗用清热化湿,热重于湿者,以清热为主,佐以利湿,可用茵陈五苓散,连朴饮,三妙丸等加减。

汗证属虚者,宜分阴阳,阴虚者,汗出身热,心烦,脉细数;阳虚者,汗出身凉,恶风寒,脉微弱。阳虚属气虚者轻;大汗,绝汗属阳亡者危。气虚多属肺气不足,卫外不固,气不摄津,常见汗出畏风,动则尤甚,面色㿔白等症,易感冒,治宜益气固表,调和营卫,常用玉屏风散加味,阳亡者,漏汗不止,汗出如油,声短息微,四肢厥冷,脉微欲绝,急当回阳固脱敛汗止汗,可用参附汤加味。阴虚之汗,属血虚者轻,汗责之于心;属阴虚火旺者甚,汗责之于肾。心血虚者,心悸少寐,面色不华,脉细弱,治宜养心血以敛汗,用酸枣仁汤合四物汤加减;阴虚火旺者,五心烦热,腰膝酸软,消瘦,遗精,脉虚数,治宜滋阴降火,用当归六黄汤加减;阴虚而脾胃虚弱者,宜用八珍汤加黄芪、麦冬、五味子为主。

汗出伤正,损害人体,故汗证治疗又有治标之法,治标可用龙骨、牡蛎、浮小麦、麻黄根、五味子之类以固涩敛汗止汗。若不别虚实,孟浪投之,可加重病情,犯实实虚

虚之戒。

病案举例

1、杨XX 女 52岁 就诊日期于2014年7月

主诉:月经紊乱两年,面部潮红,汗多一年余,近一年来月经40天一至,量一般,5天净,经来不腹痛,无血块,素易饥,睡眠有时欠佳。便日一行,舌红苔薄,脉细数,证属阴虚火旺,方用杞菊地黄加减。

处方:杞菊地黄加地骨皮、丹皮、浮小麦、煅龙骨、煅瓦楞、石斛、白芍、才胡等。

注:本病患者年届52岁,已进入更年期,冲任脉衰,天癸将竭,肝阴不足,阴血暗耗,下汲肾水,水亏则火旺,逼津外出,故治宜滋阴降火敛汗,经服药半年余,自觉诸症改善,汗出已少,偶面部潮红,睡眠质量改善。为巩固前效,令继服上药,继续调理。

2、周XX 女 71岁 病史:高血压、高胆固醇、骨质疏松证就诊日期:2016年1月

主诉:汗多4-5年,动则尤甚,汗后恶风,常食后胃胀暖气,膝酸痛,小腿抽筋,头晕,纳谷一般,便软日二行,舌暗淡苔中薄腻,脉缓。血压107/61毫米汞柱,证属脾肾不足,气虚不摄,方用香砂六君加减。

处方:香砂六君加黄芪、木瓜、白芍、川断、杜仲、浮小麦、断龙骨、煅牡蛎等。

注:本病患者,年老体衰,脾肾两亏,脾气不足,气不摄津,卫外不固,故常汗出,动则尤甚,汗后恶风。治宜益气固表,健脾益肾。中药调理两个多月,自觉药后动则汗出已少,汗后已不恶风,头晕少发,但仍膝酸痛,嘱继续服药,巩固前效。

慢性胃炎中医治疗

新加坡·蔡瑞和

慢性胃炎是以胃黏膜的非特异性慢性炎症为主要病理变化的慢性胃病。以无规律的胃脘疼痛、痞胀及消化不良等症状为主要表现。其发病原因有与十二指肠液包括胆汁的返流入胃，自体免疫反应，胃酸缺乏使细菌在胃内繁殖，服用对胃粘膜有刺激的食物，如浓茶、咖啡、烈酒，长期服用对胃有刺激的药物，如阿斯匹林，急性胃炎演变而来，营养不良因素等有关连。根据胃镜和胃的活组织检查，可分为三种类型：浅表性胃炎、萎缩性胃炎和肥厚性胃炎。

本病属中医“胃病”，“痞满”范畴。以上腹部痞满胀痛，无规律性腹痛，嗳气，反酸，情志所伤，饮食不节，劳倦受寒等有关关系。

诊断要点

1. 慢性无规律胃脘部疼痛，伴有痞胀满，嗳气，反酸，恶心，呕吐等症状。
2. 发病常与情志不畅，饮食不节，劳累，受寒等因素有关连。
3. 胃镜和粘膜组织检查等可见胃、十二指

肠黏膜炎症病变。

4. B超、肝功能、胆道X线透影有助与肝，胆，胰腺疾病鉴别。

辨证论治

1. 寒邪犯胃- 胃脘痛暴作，喜温喜按，呕吐清水，口不渴，遇寒痛增，喜热饮，恶寒肢冷，舌苔白，脉弦紧。

治法：温胃散寒止痛

方药：良附丸加味

2. 肝气犯胃- 胃脘胀满，攻撑作痛，脘痛连胁，嗳气频频，大便不畅，情志因素而痛作，舌苔白，脉弦。

治法：疏肝理气

方药：柴胡疏肝散加减

3. 湿热中阻- 脘腹痞胀，纳呆，口臭口苦，呕恶心，渴不多饮，肢体困重，便溏不爽，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清利湿热

方药：温胆汤加减

4. 饮食停滞-胃痛腹胀满痛，噎腐吞酸，呕吐不消化食物，口臭，舌苔厚腻，脉滑。

治法：消食导滞

方药：保和丸加减

5. 胃阴亏虚-胃脘隐隐灼痛，口燥咽干，大便不畅，饥不欲食，舌红少津，脉细数。

治法：养阴益胃

方药：麦门冬汤合芍药甘草汤加减

6. 脾胃虚寒-胃痛隐隐，腹胀食少，噎气频作，泛吐清水，喜温喜按，畏寒肢冷，大便溏薄，神疲乏力，舌淡苔白，脉沉弱。

治法：温中散寒健脾

方药：黄芪建中汤合香砂六君子汤加减

病例

1. 尹某，男，49岁

患者胃脘胀痛加重一个月，伴头眩重蒙，口干苦而粘，纳差而餐后腹胀，大便先硬后软，尿黄宿有胃痛史31年。体检为瘦貌，腹软平，剑下稍有压痛。舌红苔薄黄腻，脉弦滑。胃镜示糜烂性胃炎。诊为胃脘痛(痰热郁阻)。治则清热化痰，理气和胃。用黄连温胆汤加蒲公英，乌贼骨，焦三仙。7剂后痛缓，症减，舌红苔薄黄，脉弦滑。原方去乌贼骨加苡仁，续服8剂后改用养胃和中法调一周，临床痊愈，随访半年未发。

2. 肖某，男，36岁

自诉胃脘隐隐作痛两天，饭后痛甚，时感腹胀闷不适，痛时牵连两胁，伴有呕吐苦水，口苦。胃镜检查示：a)浅表糜烂性胃炎 b)胆汁返流。病理组织检查示：糜烂性炎症改变。舌红，苔黄腻，脉弦滑。予以小柴胡汤加味：柴胡、黄芩、半夏、党参、生姜、大枣、佛手、川楝子、黄连。首服10剂，症状大减，再服10剂，诸症消失。以香砂六君子汤加减调养：木

香、砂仁、党参、茯苓、白术、半夏、枳壳、甘草。服完10剂后作胃镜检查：胃粘膜大致正常，胆汁返流消失。胃粘膜病理组织检查：轻度炎性改变。

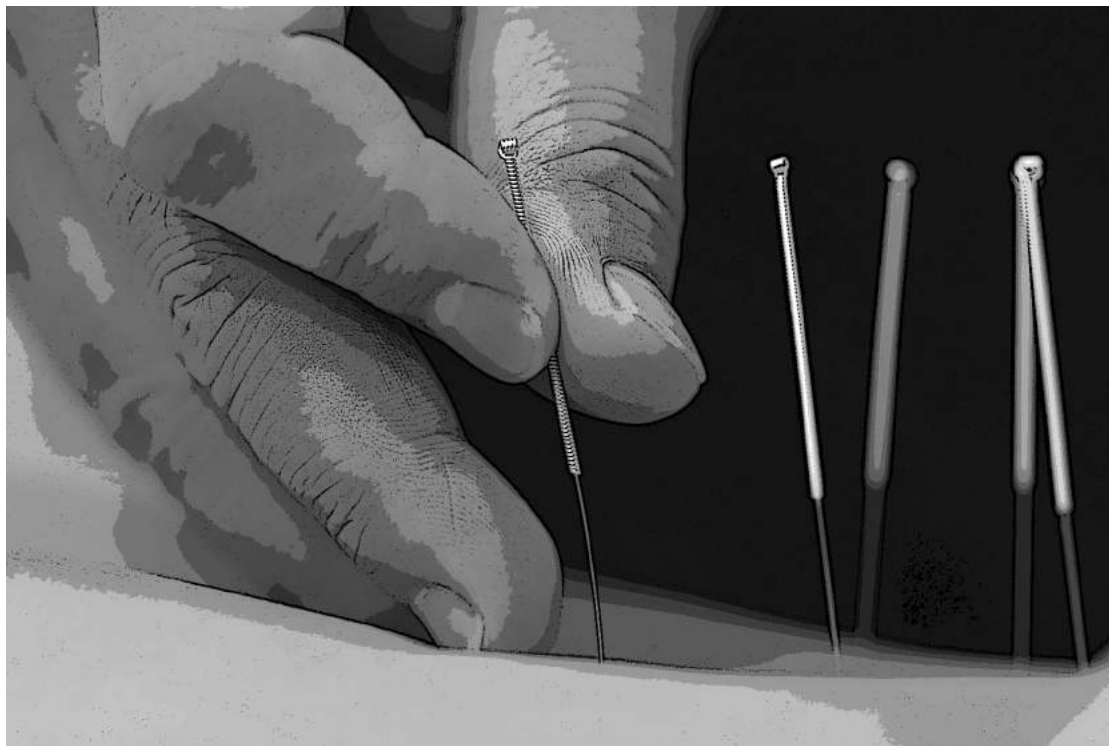
预防与调护

1. 避免饮食对胃有刺激的食物和药物，戒烟酒。
2. 浅表性胃炎可演变为萎缩性胃炎，应早期发现治疗，定期复查。
3. 保持心情愉快。
4. 健身操如太极拳和户外活动，对调整胃肠功能都有所帮助。

结语

肝与胃木土相克，胃与脾表里相关。故胃痛与肝脾的关系密切。而且肝脾为藏血统血之脏，而胃为多气多血之腑，胃痛初起多在气分，迁延日久，则深入血分。

胃失和降，不通则痛。治于理气和胃止痛为主，并善用“通法”。



浅谈老年痴呆症的 针灸治疗体验

新加坡·赵宝芬

老年痴呆是指老年期发生的以慢性进行性智力衰退为主要表现的一种神经精神疾病。以进行性痴呆为主的大脑变性疾病。临床上表现为记忆功能不断恶化，日常生活能力进行性减退，并有多种神经精神症状和行为障碍。本病逐日加重，最终因躯体合并症而危及生命。

根据发病年龄分为三型：早发性(65岁以前)、晚发型(65岁以后)、非典型或混合型。据统计65岁以上5%，70岁以上10%，80岁以上20-30%。

本病分早、中、晚三期，但三期的症状无明显的界限，各期症状有重叠和发展。比

如记忆受损，性格和行为改变，生活自理能力减退等。

早期症状以近事遗忘，性格改变，多疑，睡觉昼夜节律改变，进一步发展为远近记忆均受损，出现计算力、定向力和判断力障碍，或继发其他精神症状、个性改变及自制力丧失。现代医学认为这种改变是由于脑神经细胞本身的原发性变化或萎缩所引起：遗传因素、神经递质变化、病毒感染、金属作用、免疫功能紊乱，自由基损伤。

本病以年老精衰，脑髓不足，或久病体弱，气血亏虚，或饮食不节，脾胃虚弱，痰

湿内生，或情怀不舒，肝气郁结，气滞血瘀等因素有关。上述原因导致神明失养，清窍被蒙而发为本病。病位在脑，但与肝、脾、肾密切相关。

老年痴呆症病属年老精衰，髓海不足，痰蒙心窍；据临床表现可分为肝肾亏虚，脾肾不足，痰气交阻，气滞血瘀等证型。

选穴依据

百会：督脉；是诸阳之会，具有镇静安神，清利头目，醒脑开窍，升阳益气之功效

印堂：奇穴；有清头安神之作用

四神聪：奇穴；具有镇静安神，清利头目，醒脑开窍之功，配合百会可加强镇静安神醒脑开窍之功。

内关：络穴；八脉交会穴；通阴跷脉；有理气和胃，宁心安神，镇静止痛功效

三阴交：肝脾肾三经交会穴；有补气血，健脾胃，益肝肾之功效

丰隆：有健脾化痰，和胃降逆，开窍之功效

神门：输穴，原穴；有安神镇惊之作用，

足三里：合穴；有健脾和胃，扶正培元之功效；配合内关、丰隆，有开胸理气，健脾胃助消化，祛痰，宁神开窍之功效。

略举一病例。主要穴位以百会，四神聪，印堂，神门，内关，足三里，丰隆和三阴穴交替采用。以10次为一个疗程，休息1-2周后再进行下个疗程。

郑，女，65岁，SXXXX664I

初诊。

56岁经西医院诊治，确诊为老年痴呆。现诊：不认家人，无定向力，饥饱失常，脾气暴躁，自言自语，二便不能自控，拟28/6/13西医院复诊。

开始以百会，四神聪，足三里(加神灯)，神门，丰隆配合，在针灸治疗第4次复诊时家属反应患者能知道饥饱。第5次复诊时，患者

二便控制但仍不能自己如厕。第10次针灸后患者丈夫反应患者精神较好，但仍自言自语。

第二个疗程，穴位以印堂，内关，足三里，三阴交配合。患者丈夫反应患者对周围环境较有察觉、能说出女佣的名字及自扣纽扣，虽仍自言自语，但患者言语表达较好。

第27次治疗后能说出今年的生肖，能算出衣服纽扣的数量，女佣反应患者脾气改善，大便日行。

第三个疗程，以百会，神门，内关，足三里，丰隆配合，精神佳，较能沟通。被指责会使眼色表示，能表达自己的喜恶。上周患者家属反应患者能唱整首歌曲，照片认得出干儿子。

体会

此病虽然不能根治，病情反复，但针灸对改善患者的生活质量及精神状况效果是令人鼓舞的。

八脉交会穴配穴的临床应用

新加坡·蔡欣洁

八脉交会穴是：内关、公孙、外关、足临泣、后溪、申脉、列缺、照海这八个特定穴。因为这八个特定穴是奇经八脉与十二正经交会处，所以它们具有一穴多功能特点。这八个特定穴，在膝肘以下，是整体治疗作用要穴。

什么是十二正经与奇经八脉？

十二正经为：



奇经八脉：任脉、督脉、冲脉、带脉、阳跷、阴跷、阳维、阴维。

奇经八脉除了任、督脉有本经穴位外，其他六条都无本经穴位。但它们与十二正经有密切沟通！

我的老师陈必廉教授，常在课堂说：十二

正经比喻是河流，那奇经八脉就是湖泊。当河流水满时，水就会把流向湖泊，储藏以干旱时急用。陈教授形容，正经与奇经关系的很密切！它们彼此影响。给学生记忆深刻。

陈必廉教授也说：奇经八脉是湖泊，储藏气血与脏腑无直接关系；十二正经是河流，运行气血，与脏腑有直接联系。

八脉交会穴临床应用

八脉交会穴歌诀：

公孙冲脉胃心胸，内关阴维下总同。
后溪督脉内眦颈，申脉阳跷络亦通。
胆经临泣连带脉，阳维目锐外关缝。
列缺任脉连肺系，照海阴跷膈咽喉。

八脉交会穴配穴法

八脉交会穴是通过上下、手足交叉配穴法。即是右上配左下、左上配右下。二个穴一对共四针。重点是配穴一定要左配右或右配左，不可以只取一穴。奥妙是这对配穴，二者间都可互相治疗对方所能治的疾病。

1. 公孙配内关

公孙是下肢足太阴脾经的络穴，通冲脉。

内关是上肢手厥阴心包经的络穴，通阴维脉。

这两条经脉，因通过公孙与内关的搭配，组成一个内行线合于胃、心、胸。彼此可医治，对方可治疗的疾病。

内关穴功能是宽胸理气、宁心安神。

如果某人双手都断了，双手的内关穴无法找，刻时可用公孙取代内关治心、胸之疾病。

公孙穴位冲脉又是太阴脾经的络穴兼表里，常用来治疗肠胃疾病及妇女疾病。(冲脉主精水)。急用时，内关也可来取代公孙穴。

因为内关穴通阴维脉，主一身之里，所以内脏病变都会有效。两个穴位搭配可治一身之里的内脏疾病、可治内分泌失调，失眠、心悸怔忡、月经失调等等。

2. 后溪配申脉

后溪是手太阳小肠经的输穴通督脉。

其功能是清神志，舒筋通络，及治头项强痛。

申脉是足太阳膀胱经通阳跷脉。

阳跷可代表人体阳气主外。当阳盛时，使人则燥动，坐立不安、张目失眠、癫痫、阳亢风动的中风后遗症等。可考虑针灸申脉配后溪。上下对应配应用，能起相互辅助的作用，加强疗效。

一般临床应用后溪配申脉，治疗足外翻(走路像扫地)、治燥动失眠、颈肩筋强、癫痫症、精神病在白天发作。

3. 足临泣配外关

足临泣是足少阳胆经的穴，通带脉。

外关是手少阳三焦经的络穴，通阳维脉。

足临泣可治迎风流泪、聪耳明目、减肥消肚腩赘肉、瘫痪及眼疾。因它通带脉，所以可治四肢无力疾病。

外关通阳维脉的功能是主一身之表。凡是

表症病，用它都有效。因此，可治外感发热、上肢关节痛、牙痛、偏头痛等。

4. 列缺配照海

列缺是手太阴肺经的络穴，通任脉。

照海是足少阴肾经的穴位，通阴跷脉。

列缺功能祛风止痛，对头项痛有独特的疗效。古人言“头项寻列缺”。

照海功能是宁神定志、通络泄火。它又通阴跷脉，通阴跷脉代表人体阴气，阴盛则静。如果体倦，闭目嗜睡为阳缓而阴急，可配穴用之。

二者配穴加头针，对调整中风后遗症，神志障碍有效；对瘫痪功能复原也有效；同时，也可治足内翻，活动困难。

总结，临床上，善用应用八脉交会穴，可取的满意疗效。

运用健脾益胃法 ——糖尿病临床体会

新加坡·陈金凤

不少医家认为糖尿病(消渴病)之病变脏腑与肺脾肾三脏相关,而以肾为主。我经过临床观察,其中脾功能失调更早出现。有不少病例三消症状并不明显,而常伴倦怠,大便不畅、或先干后溏,等脾虚现象,并且舌暗,苔白,舌下静脉瘀滞,或足部皮肤瘀暗。有的是一开始服降血糖西药就感觉腹胀不适,纳差,大便烂。相反的,有的患者是胃纳佳,喉咙生痰,大便偏干结,服西药降血糖效果也不稳定,若以中药健脾胃、祛湿热化痰配合治疗,取效更稳定,不适症状则逐渐缓解。兼夹瘀象者可少佐活血药。

李东垣在其《兰室秘藏·脾胃虚损论的消渴门》多次运用当归、桃仁、红花于组方中。文中又提到“消渴本为津血不足血中伏火。”故用以上诸药活血通络,和血润燥,令补而不滞,使五脏、气血、经隧得通,清气得升,则津液始能“和调于五脏,洒陈于六腑”。

脾虚气弱,影响运化功能,脾失其散精之用,水谷精微不能上输于肺;阴精化源不足,则肾精来源衰少;脾气不升,反而下降,津液趋下,下注小肠,渗入膀胱,故小便频数而量

多,水谷精微未经肺的宣发,却下流原味而出,故小便混浊而味甘。《素问·奇病论》云:“夫五味入口,藏于胃,脾为之行其精气,津液在脾,故令人口甘也,此人必数食甘美而多肥也,肥者令人生内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴”。这指出过食肥甘、醇酒厚味之品,内蕴湿热,化火伤津,损伤脾胃,发为消渴。《灵枢·口问》曰“中气不足溲便为之变。邪在脾胃,则病肌肉痛,阴气不足,则热中善饥。”《内经》:“脾病者身重善饥,肉萎,足不收,行善痠,脚下痛…”这些可出现于糖尿病后期兼并发症。

在中医脏象学说中所论五脏六腑没有胰腺。而现代解剖学胰的作用可包括在中医“脾”的范围内,现代医学胰是产生胰液的腺体,分泌胰液呈强碱性,通过开口于十二指肠的胰腺导管,输入小肠发挥其消化作用。从这点看中医的脾“脾助胃气,主化水谷”相当于胰一部分的生理功能。从现代医学理解,胰腺的内分泌部分胰岛细胞分泌的胰岛素,把进入身体里的营养物质,尤其是糖分,进行动用、贮藏和调配。对于时常腹胀的糖尿病患

者，应该建议胰脏进一步检验。

通过临床观察及重温理论，浅述个人对健脾益胃法为主治疗体会：

一、建中州 脾胃共同收益

中医学脾脏的主要生理功能助胃消化水谷《《素问·灵兰秘典论》》说：“脾胃者，仓廪之官，五味出焉”。《内经》中记载脾的部位“脾位中央”，为“中州”，《难经》中记载“脾，俾也，在胃之下。”建中州即输运脾土，《素问·经脉别论》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布五经并行”。在这过程中即达到“脾助胃气，主化水谷，传化糟粕，转味而出入者也”。精微物质，通过脾运输全身，营养五脏六腑、四肢百骸、九窍、皮肉筋脉等组织器官。脾胃同居中焦，二者经脉互相络属，配合成脏腑阴阳表里关系。脾为阴土，喜燥而恶湿；胃为阳土，喜润而恶燥，若津液不足，结而不润，则燥热为病，如《素问·阳明别论》所曰：“二阳结，谓之消”，指的是手足阳明二经的燥热，足阳明胃主血，血中伏火是成消渴之病的主要病理机制。换言之，消渴病则阴液容易亏乏，因此，健脾益气，升发脾阳也必须顾护脾阴。李东垣的《脾胃论·脾胃虚实传变论》说“元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气”。元气是健康之本，若脾胃伤则元气衰，元气衰则百病生。而消渴病发病常因嗜食肥甘厚味损伤脾胃、先天禀赋不足(五脏皆柔弱)引发，与元气亏虚有关，因此，健脾能滋养元气，为治疗消渴的重要法则之一，用人参、黄芪、炙甘草健脾补气；又因消渴发病与“血中伏火”有关，李东垣的《兰室秘藏》消渴论的七张方里面，多次配伍升麻、柴胡升散伏火。为防甘温助热则加石膏、生地、麦冬甘寒折热生津，加知母、黄柏苦寒清热却不劫阴。

二、护脾阴 五脏之阴共济

中医认为脾属脏，与胃相对而言脾为阴，但在脾本脏有脾阴、脾阳之分。在两者协同作用下完成对水谷运化、输布与代谢，使精微灌溉营养于一身。脾阴和脾的气、血、阳一样也是构成脾并维持脾的生理功能的基本物质，是脾所特有的，在阴液的化生、输布及代谢过程中也起到关键的作用。历代医家对于消渴病机的研究，对胃阴虚颇为重视，而甚少关于脾阴虚的论述。但是，脾为后天之本，气血生化之源；脾为太阴，乃三阴之长。近代医家张锡纯的《医学衷中参西录》说：脾阴为诸阴之首，是人体后天阴液产生的源泉。脾阴与全身阴液息息相关，生理及病理上又相互影响。脾阴不足或虚损，不但可出现本脏阴虚之证，也会导致它脏阴虚证候，而它脏阴虚也累及脾阴。唐容川的《血证论》说：“脾阳不足，水谷故不化，脾阴不足水谷仍不化也”。可见脾阴对于协助脾气、脾阳等运化水谷精微的重要性。脾受病则不能为胃行其津液。出现于临床所见糖尿病(消渴病)的糖、脂代谢紊乱。糖尿病(消渴病)又时见包藏“阴虚燥热”基本病机。因此治疗糖尿病(消渴病)，不要忽视健脾，也更应该顾护脾阴。清代吴澄《不居集·理脾阴之法》提出：“古方理脾健胃，多偏补胃中之阳，而不及脾中之阴，然虚损之人多为阴火所烁，津液不足，筋脉皮骨皆无所养，而精神也渐羸弱，百病从生矣。今以芳香甘平之品培补中宫，而不燥其津液....”。他常用山药、扁豆、莲子、荷叶等配伍于处方中。脾阴亏虚多兼中气不足，故滋养脾阴中需要配合补中益气之品。临床常用有《《太平惠民和剂局方》》的参苓白术散(即四君子加山药、扁豆、砂仁、桔梗、莲子、薏苡仁)。王绵之在方剂学讲稿提出，山药除补脾气以外，还可以固涩脾津，还可以滋养脾阴。薏苡仁是在补脾的基础上通调水道、祛湿，从这个角度加强健脾，因为水湿

内停是由脾虚所致，转而又困脾气。莲子补脾养心，还可以涩精。砂仁温脾胃，行气。桔梗载药上行，开肺气，使脾气更好地上归于肺，肺气升降就能通调水道，下输膀胱，就有利于祛湿，通过祛湿又有利于健脾。另有临床常用钱乙的七味白术散，(四君子加藿香、木香，能化湿理气醒脾运脾；葛根生津液兼能升举脾阳。)

三、脾升清 布精微而降浊

脾胃的升清降浊，是相对的概念，“升清”可理解为新陈代谢运动的一种表现形式。升，除有向上向外的含义外，还有保留于体内供体内需要之意。“脾主升清”是指脾将水谷精微等营养物质(也可能是水分，也可能是营养物质或者是氧气等)吸收并上输于心、肺、头目，再通过心肺的作用化生气血，以营养全身。叶天士说：“纳食主胃，运化主脾，脾升则健，胃降则和。”胃主降，是说胃除腐熟与消化水谷之外，还包括向下传递食糜到小肠的作用，并且进行泌别清浊的吸收活动。胃的和降必需配合脾气的健运，脾虚就不能升清气，就不能把饮食的精微上送至肺，也不能跟胃配合升清降浊。《素问·阴阳应象大论》指出：“清阳出上窍，浊阴出下窍；清阳发腠理，浊阴走五脏；清阳实四肢，浊阴归六腑。”人体阴阳清浊升降出入的生理活动，概括了机体阴液的吸收、排泄功能。脾气升清，胃气和降，二者的功能既对立又统一。如果丧失协调功能，就会破坏机体的平衡，扰乱人体的气、血、津、液正常的新陈代谢，百病由此而生。就如某些糖尿病患者，虽然未见典型的“三多一少”症状，却见神疲倦怠，痰多，下肢沉重，或麻痹，大便不实，视物模糊等症状，这是脾不升清的反映。此外，脾的升清与糖尿病的一些常见并发症也有密切关系，如水湿不化久郁化热，蕴结成皮肤疮痍；湿浊阻滞日久不化，影响肾气、肾阳蒸化水液和升

清降浊的功能，并发肾病、水肿等。

四、脾统血 气血调和 百脉皆利

中医脏象学说认为，脾主统血、心主血脉、肺朝百脉，三者之间的关系，主要表现在输送营养、气血循环的相互联系的作用上，使来自胃受纳脾化生的精微，集中到心，由心散于脉，循经百脉又朝宗到肺，然后再把精气敷布及于周身皮毛，体现出大小循环作用的概念。然而，能使血液在脉管内正常运行而不溢于脉外，这需要靠脾气的固摄作用，也与血液本身是否健全有关。而脾气健旺，生血充盈，才有健全血液。否则，脾气虚则统摄失司，血将失其静守之性，游溢脉外，或成瘀滞，瘀阻脉络。瘀血既是一种病理产物，同时又是并发症产生的重要因素。如心血管病、脑中风、眼底、及视网膜等病变的发生。现代研究也发现2型糖尿病患者大多数有脂代谢紊乱及血液流变学指标的异常，这可能是导致糖尿病并发症、特别是血管并发症发生和加重的原因之一。早在李东垣《兰室秘藏·消渴论》的方剂中，已记载配伍活血化瘀药的组方，如：“和血益气汤—治口干舌干，小便数，舌上赤脉。组成：柴胡、升麻、杏仁、炙甘草、生甘草、麻黄根、酒当归梢、桃仁、红花、酒知母、酒汉防己、羌活、石膏、酒生地黄、酒黄连、酒黄柏”。另：“生津甘露汤—治消中能食而瘦，口舌干，自汗，大便结燥，小便频数。组成：升麻、柴胡、防风、羌活、红花、桃仁、生甘草、炙甘草、黄芪、汉防己、石膏、知母、黄柏、生地、当归、酒黄芩、酒龙胆草”。(个人理解：从方的组成也兼防范血瘀伏火郁阻肝经影响肝对血的疏导功能。中医脏象学说认为肝藏血，主疏泄，性喜条达，故肝有贮藏血液和调节血量的作用。)

综上所述，脾胃是“后天之本”、“气血生化之源”。李东垣在《脾胃论》中说：“百病皆由脾胃衰而生也。”脾虚气弱，可影响血

脉的通利，我从临床也体会到对糖尿病的治疗应该注意健脾及化瘀这一环节的重要性。

临床病例介绍：患者女性，68岁2型糖尿病16年，高血压，胆固醇服西药控制。服糖尿病西药(Glipizide、Fenofibrate、Metformin)服药每觉胃脘不舒服或隐痛，口渴，易饥但纳食不香，大便软，日二三行，人倦怠，脚酸，双脚胫皮肤有瘀斑。舌暗苔白，脉细。餐后血糖16.2mmol/L。辨证脾气虚，脉络不利，肝肾不足。处方：七味白术散、杞菊地黄丸、加黄芪、丹参、鸡血藤。健脾益气，化瘀通络、滋养肝肾。服药后胃脘不适开始改善，大便软，次数减少。经过约两个月治疗，大便成型，胃脘症状继续减轻。脚胫皮肤暗斑淡化。这期间空腹血糖在6.1—7.1mmol/L。

小结：社会发达，人们物质生活丰盛，生活节奏紧凑，奔波劳倦，饮食失调，脾胃易于损伤。我国气候常年似夏，一雨成秋，闷热而潮湿，人们饮食口味喜油炸香辣品配合冷饮，生活环境无论办公或住所都与冷气为伴。所以，糖尿病患者更易出现脾虚倦怠，气血不畅的症状。

参考资料：

- [1] 藏象学说的理论与研究(上海市中医学会编著 医药卫生出版社1974)
- [2] 《不居集》清 吴澄 著 人民卫生出版社
- [3] 《临证指南医案》
- [4] 《古今名医临证金鉴 消渴卷》
- [5] 《糖尿病 名医临证经验丛书》人民卫生出版社2002
- [6] 《内分泌代谢病证治精要》科学技术文献出版社1999
- [7] 专家文集 (世界中医药糖尿病专业委员会第二次国际学术交流会2005)
- [8] 《兰室秘藏》金·李东垣
- [9] 《玉绵之方剂学讲稿》人民卫生出版社 2005



针刺配神灯治疗膝关节骨性关节炎的机理探讨

新加坡·刘立

膝关节骨性关节炎是一种退行性疾病。近年来随着生活水平的提高，老龄化社会的来临，新加坡膝关节骨性关节炎的发病率有明显的上升趋势，严重地影响着人们的身体健康和生活质量。临床上常见患者膝部关节疼痛僵硬、肿胀，行动不便。因此，缓解或消除膝关节部的疼痛、肿胀症状，改善膝关节的功能是非常重要的。治疗上，西医多采用消炎、止痛及关节腔内注射药物等方法治疗该病，严重时则采用手术人工关节置换治疗。但其治疗对肾脏、胃肠道有副作用以及感染，机体的排异反应等副作用。中医认为：肾虚髓亏、肝肾亏虚是膝关节骨性关节炎的根本，风寒湿痰瘀痹阻经络为标。正气不足，外邪易侵，风寒湿等邪乘虚而入，客于关节，致使脉络痹阻，气血瘀滞，发为关节肿痛，活动不利。中医治疗膝关节骨性关节炎最常用的治疗方法有内服中药、针灸、拔罐、推拿等，临床上常综合应用。药物治疗上多以补益肝肾、活血化瘀、祛风除湿

等为主，选用药物方面最具有代表的药物有熟地、杜仲、川芎、当归、赤芍、红花、独活、鸡血藤、络石藤、防己等。中医药特别是针灸在治疗该病上有自己的特色和优势，大量的临床研究提示，在众多治疗方法中，针灸治疗膝关节骨性关节炎的最多。现对针灸配神灯治疗膝关节骨性关节炎的机理探讨讨论如下：

针灸疗法是中医学的一部分，是人类最早使用的物理治病方法之一。由于针灸简便有效，容易推广，副作用少，长期以来广泛应用于临床。并在治疗膝关节骨性关节炎方面积累了较丰富的经验。针灸的行气活血、通经活络之功效，对疼痛、肿胀具有良好的效果。在本篇文章里主要讨论的是通过针刺刺激膝关节局部来达到散风寒，除湿热，通筋络，行气活血的治疗目的的机理。治疗膝关节骨性关节炎常用的穴位有：血海、梁丘、犊鼻、阴陵泉、阳陵泉、足三里、委中等穴，这些穴位大都位于膝关节局部。这些穴位可以用来治疗与膝关节有

关的疾病：如膝关节骨性关节炎、膝关节骨质增生、膝关节扭伤等。

现代医学认为：

(1) 针刺能改善膝关节血流的供应

现代研究表明，血液循环障碍是膝关节退行性变的机理之一。膝关节局部瘀血会引起骨内微循环障碍，并使骨内压增高；同时骨内压增高反过来又可加重骨组织的微循环障碍，使骨营养障碍而引起软骨下骨板增厚硬化，又刺激新骨的生长，从而加剧了关节内应力的集中，加速关节软骨的退变。膝关节的血流供应主要来自腘动脉发出的膝上内侧和外侧动脉、膝中动脉以及膝下动脉和外侧动脉，股动脉分出的膝最上动脉，旋股外侧动脉发出的降支以及胫前返动脉。膝中动脉穿关节囊后部进入关节腔，供应关节囊内动脉。其它动脉在髌骨上、下方相互吻合构成膝关节动脉网，以发挥代偿功能。膝关节周围存在丰富的血供循环网络，一旦打乱此网络的平衡，便会大大影响关节的血运与功能活动。曾有文献报道，骨关节炎患者骨内高压增高的同时，血液流变学指标的升高，如全血粘度、血浆粘度等明显增高^[1]。近年也发现，血瘀又同氧自由基的代谢紊乱有着密切的关系，血液瘀滞可影响或加重骨关节炎病情，原因之一可能就是因为氧自由基的代谢紊乱所致(原理如前述)。由上述可知，血瘀所导致的骨内微循环障碍、骨内压增高、氧自由基代谢紊乱等，皆是导致该病发生发展的重要因素。

临床所选的这些穴位与血管的分布有密切联系，通过针的刺激能使组织中带电离子定向运动，促进气血运行并调节肌张力，以缓解血管痉挛，进而消除关节的炎症水肿，以达到改善膝关节局部血液瘀滞的情况。

(2) 针刺与镇痛及神经分布的关系

疼痛，是一种具有保护机体避免伤害作用的原始性感受，即痛觉可作为对于机体伤害的一种警告，是引起机体发生一系列防御性保护

的反应。痛是主观的，是真正或潜在组织损伤，是一种不愉快的感觉和情绪，它是躯体感觉的一部分，同时由于总是伴有不愉快，因此也属于一种情绪感受。针刺镇痛的一个重要方面，就是减少痛的情绪反应，以提高机体对伤害性刺激的耐受能力。疼痛会引起人和动物的情绪反应，如紧张、烦躁、不安等，这种情绪反应是一种生理过程，是由痛觉信息引起边缘系统的电活动而产生的。电生理实验表明：针刺可以影响扣带回、海马、杏仁核、视前区、下丘脑外侧区、弓状核、乳头状区等处神经元对伤害性刺激的反应。边缘系统可能正是在减少由于疼痛引起的情绪反应和植物神经等方面参与针刺镇痛的^[2]。

通过外周神经的作用研究提示，从针刺角度来看，穴位其实就是深部感受器密集的部位。针刺镇痛开始于穴位深部感受器的兴奋，针刺信号沿着一定的外周径路和中枢径路传导到脑的高级部位，从而形成针感并产生镇痛和针刺镇痛效应。现代研究证实，针灸治疗可兴奋穴位深部的各类感受器，沿着各类神经纤维传导到脊髓。当针刺信息进入脊髓后，一方面在脊髓后角和伤害性刺激的传入信息相互作用下，调节痛觉反射动作；另一方面大部分的针刺信息将沿着对侧外侧索上行，通过中枢神经的丘脑外系统，在中枢各级水平程度不同地激活了丘脑内一些与针刺镇痛有关的结构和有关的中枢神经递质。当这些结构和递质受到抑制时，从而产生了针刺镇痛的效应，得以缓解临床症状，使患肢功能得以恢复^[3]。局部取穴的针灸镇痛机理可能与神经分布有关，而膝关节的神经支配前部由股神经肌支、闭孔神经前支及隐神经发出的关节支支配；后部由坐骨神经、胫神经、腓总神经及闭孔神经后支发出的关节支支配，这些分支通常会随动脉进入膝关节，相互吻合并重叠分布。

(3) 针灸疗法具有消炎的作用

炎症是也是膝关节骨性关节炎的临床症状

之一。临床与实验表明^[4]，针刺疗法具有消炎的作用：针灸能调节局部组织中炎症介质至正常水平，缓解局部炎性反应病理过程，从而减轻炎症介质对神经末梢的刺激，通过消炎起到镇痛作用。

膝关节骨性关节炎患者常有关节反复肿胀，滑液中可见单核细胞、免疫球蛋白和补体增多，滑膜可见充血和单核细胞浸润，而软骨下髓腔也常见浆细胞及淋巴细胞，这些现象显示膝关节骨性关节炎可能和免疫有关。针刺对机体的免疫功能具有双向调节作用，既可提高低下的免疫功能，又可抑制亢进的免疫功能^[5]。

TDP神灯的功效探讨

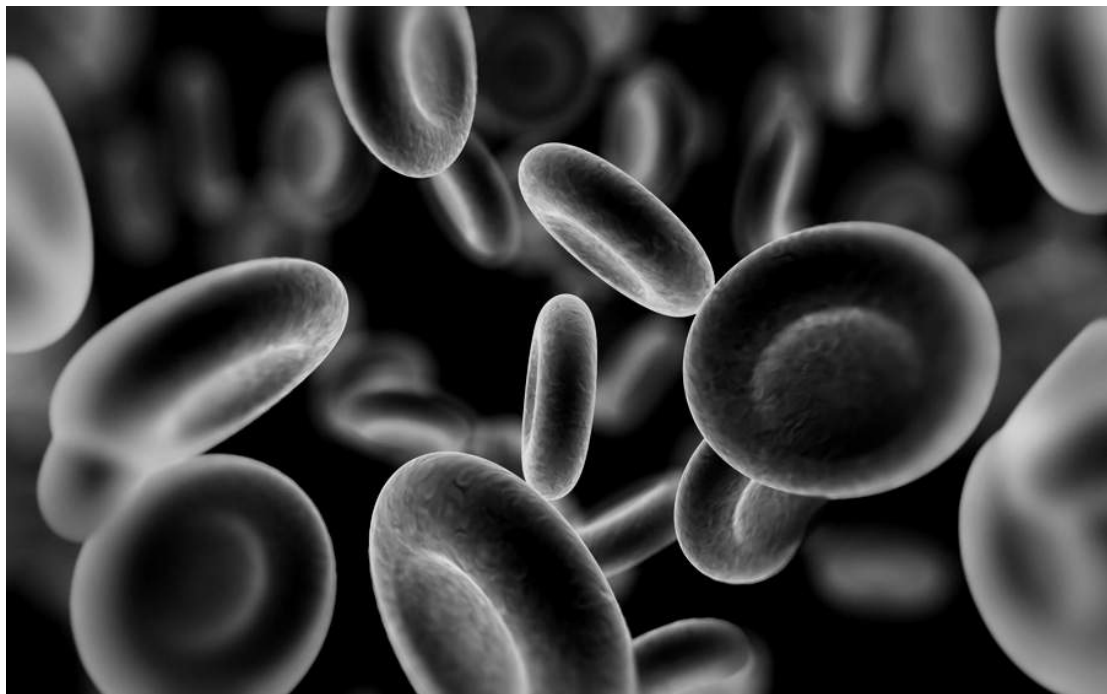
特定电磁波治疗器，简称TDP，俗称“神灯”。针灸时配用“神灯”辅助治疗，通过其磁及热效应，其温热效应透皮吸收会更强，并可加速促进血液循环，松解粘连，消除炎症，能使凝滞、闭阻的经脉得以温通畅行，筋骨、关节得以气血滋养，瘀除痛减。“神灯”虽然热力相对不能集中于针体，不如温针灸法，但与传统温针灸法比较，TDP辐射面大，并还有特定的生物磁性生理调节作用。由于灯下周围组织广泛受热，血管扩张后血流加速，血量增多，代谢旺盛，吞噬机能增强。以中医的角度看，经筋皮部经过广泛热熨后，血荣气盛，经脉通畅，加强了散风去邪的作用。对改善气血凝滞，血不养筋，又有特殊意义。

TDP在临床医学、畜牧兽医、农业甚至酿酒业等各方面都广泛地表现出强烈的生物效应，取得了广泛的重大效益^[6]。关于其作用机理归纳起来比较一致的有以下几种说法：热效应、共振吸能效应、微量元素调节效应以及量子流和负熵信息流效应等^[6, 7]。TDP板辐射层含有30多种生物无机元素，由晶体、非晶体、单质和氧化物四种状态的物料组成，医疗用TDP主要辐射波段在2.5-25um，属生物体的

普适波段。TDP生物效应的实质^[8]是：携载生物无机元素物质微粒流的部分相干电磁辐射效应。生物活体受TDP辐照时，由表及里共振吸收、依次激发，同时吸收和传递微量元素。在此激发态有利于微量元素的吸收传递和调控，加之部分相干效应协同作用调控细胞代谢过程，因而促进细胞分裂、提高酶活性、启动酶系统正常“运转”、调控代谢平衡等。最终使生物活体处于正常的耗散结构“运转”状态。

参考资料：

- [1] 郑召民.骨内高压和活血化痰[J].中国中医骨伤科, 1994; 2(3): 43.
- [2] Tsou K. Neurochemical mechanisms of acupuncture analgesia and morphine analgesia[J]. Fudan lecture in neurobiology.1986;1:5-18.
- [3] 张为民, 黎明全.康复治疗治疗急性中风偏瘫的临床观察[J]. 长春中医学院学报, 2005;21(4):3.
- [4] 王进军.针刺治疗类风湿性关节炎急性期之消炎镇痛作用机理探讨. 时珍国医国药, 2006;17(3):437-438.
- [5] 金立昆.针灸治疗膝关节骨性关节炎研究现状及机理探讨.中国中医药信息杂志, 2008;15(5):79-81.
- [6] 药文彬等.重庆大学学报, 2(1986) 1.
- [7] 药文彬等.简介TDP及其在农业上的应用, 重庆科学技术委员会 (1985).
- [8] 谭辉玲.TDP生物效应的实质是什么[J]. 自然杂志; 1988年 01期 76-77.



血瘀与恶性肿瘤的关系

新加坡·邓凯文

传统中医对瘀血的认识有广义和狭义之分，从最基本和狭义角度，“瘀者，停积或污败之血也”。实际上，中医对“瘀”有三种含义，即瘀血、血瘀和瘀。瘀血的范围最窄，属局部性血证，血瘀较宽，瘀则最广，后两者多属全身性血证。一是一种病理产物。从广义观点，“瘀者，血行失度，积血之病也”，是一个极为普般而言，瘀血指“静止之血”；血瘀则除上述静止之血外，还包括一切与“心系统”功能异常引起血流缓慢的血液循环障碍的各种病变；瘀包括瘀血、血瘀及组织变性、积聚、成块等。

血瘀是许多疾病极为常见的基本病变和共同病态，对疾病的发展转归有重要影响。血瘀证有共同病理基础，亦有共同的临床特征如：诸病多瘀、病久血瘀、病久入络、

瘀生湿浊、瘀阻气血、瘀久成积、瘀久化毒等。

以现代医学血液流变学，血瘀证可分为急性、慢性和前血瘀证（又称潜在性血瘀证），更可将传统血瘀证从现代医学概念分成血瘀证I型（高流变性型）和II型（低流变性型）。大多数临床血瘀证可归纳于血瘀证I型。血瘀证有病理与生理之分，生理性血瘀又称潜在性血瘀证，在中医学被称为瘀血体质。瘀血体质的形成与先天遗传及后天因素有关，而先天遗传因素是瘀血体质形成的基础。现代肿瘤学证实，瘀血体质的人有癌变的倾向，癌变后恶性转移率明显高，复发率亦较高，预后亦欠佳。

中医“毒”的概念着重于“盛”和“留”两特征，有偏盛、聚集不流等含

义。毒者盛也，代表着阴阳消长中出现了紊乱，不能维持动态平衡的稳定，显示出阴阳偏胜或偏衰的状况。蕴者留也，代表着超出人体生理上可承担量度的邪毒，因机体排毒系统功能紊乱，发生故障而无法将内积的毒邪排出体外。因此，毒邪蕴结关键在于“邪盛”和“留而不通”的机理。

外袭之毒邪转化和邪蕴积久而不除为毒两种变化方式。内生之毒主要与脏腑功能紊乱有关，使精微物质不从正化而反为异化。内毒常以气血为载体，无所不及，壅滞气机，败伤血分，善入津液聚集之处，酿液成痰，故毒常夹痰夹瘀，可严重干扰脏腑气血阴阳的正常运行，加重原发病，又能产生新的并发症。

毒由火生，其演变过程大致随着卫气营血阶段进展，“热毒内蕴”是癌肿的最大病因，临床上常表现为先见特发性发热，后肿瘤从亚临床体形急骤增大。癌毒是一种“伏邪”，其致病特点是：畜毒不流、耗损正气、易于扩散、毒恋难清、与瘀同源，而从现代医学观点，与瘀同源亦可称为“癌前血液高凝状态”。

治疗瘀血症总以活血化瘀为基本治则。活血化瘀法，属于中医治法中的消法，其立法依据是“坚而削之，结而散之”。狭义讲，所谓活血，即畅通血流；所谓化瘀，即祛除瘀滞，也就是使血脉畅通、瘀滞消散的治法。广义讲则可说是平衡气血，调和阴阳，有扶正祛邪之功。因为活血化瘀法已成为中医治疗疾病的常用、基本方法，活血化瘀类药物也成临床上使用率极高的药物。

实际上，传统中医学对血症证以及活血化瘀治疗，认识源远流长，始于《内经》，奠基于汉·张仲景，经历代演变，发展于清·王清任，从而使之逐渐形成一个独立的理论体系，理论独特，经验丰富，应用广泛，尤其用于治疗某些疑难病效果显著。活血化瘀治疗总则有三：1、气病宜辨虚实、

血病须究寒热，2、注重气机升降、论治结合脏腑，3、调气在理血之先、补气在养血之上。这些治则是依据“气行则血行，气滞则血滞”的理论指导活血化癥方药的配伍。临床上，根据血瘀轻重程度、患者正气强弱、血瘀的病因、瘀结的部位，选择适当治法，或和血或活血或破血，或攻或补或攻补并用，立方选药虽侧重，活血方中不能纯用血分药，必须配伍些气分药，应气药血药齐施，以促进血脉通利，血行顺畅，才能更好地发挥祛瘀作用。

肿瘤，从传统中医学理论，是一种全身性疾病的局部表现，是一种病类而非一个病证，其致病因素却非常复杂，但大体上可归纳为外源性与内伤性两分类，外源性指外邪侵袭和饮食所伤而内伤性则指正气亏虚和精神情志失调。从广义的观点，外邪包括古代文献所记载的“六淫”和现代医学中的致癌因素，如病毒感染、烟草、油烟污染和环境致癌因素。饮食偏嗜、饮食不洁、饮食失宜从中医医学来看都可致癌。如俗语中的“水能载舟、亦能覆舟”，均衡的膳食能维持生命活动，但放纵和鲁莽的饮食可累及和损伤脾胃，使其健运失常，气机升降功能紊乱，湿浊内聚，或可化热，伤及气血，形成湿聚血瘀，促使癌肿的发生。

中医学一大特色是整体观，并着重人体内的阴阳、气血平衡，亦称为内平衡。明·李中梓在《水火阴阳论》中说“人身之水火，即阴阳也，即气血也。无阳则阴无以生，无阴则阳无以化”。病的发生是以体内阴阳、气血失调为基础。因此，清·叶天士即创立“卫气营血”辨证弥补八纲辨证的不足，更精确的诊断病程发展。关幼波《十纲辨证施治》即以阴阳为总纲，下设气血、表里、寒热、虚实八纲。人的阴阳、气血平衡对心境状况却有很明确和相对的反应，故有“六淫损形、五志伤内”之说。一但内伤气血，脏腑失调，血瘀痰结，正气亏虚，免

疫功能下调,再加上外源性致癌因素侵袭,不难理解癌症的发病。

气滞血瘀、痰凝湿聚、热毒内蕴、脏腑虚损是肿瘤发生、发展过程中四种最常见的病理机制。在中医学理论,气、血、津液是构成一个连贯各脏腑系统的基质组成。气为阳,津血为阴,根剧阴阳学说中的阴阳互根互用、消长平衡、相互转化原则,气、血、津液在生理上是互根互用、相互转化而达到动态平衡。在病理上也相互影响,引起连锁反应和恶性循环,正如气滞可引起血瘀、湿聚;瘀血、痰凝亦能带来气滞等。

因“气血津液”系统是连接各脏腑系统的桥梁,“桥梁”长期的差异也影响各脏腑的健全;反之,因脏腑是“气”的泉源,任可一个或多个脏腑虚损亦可累及“气血津液”系统的运行异常,故临床上,正气亏虚的病人多会呈现“气血津液”的紊乱,免疫功能下调,便供给癌症发生、发展一个适宜的环境。

癌症和血瘀证患者可伴有不同程度的炎症、血液黏滞度和流变性异常,进而导致各组织器官的水肿、炎性渗出、血栓形成以及组织变性增生甚至癌变。血瘀/血凝与炎症维持着双向关系,不但血凝可引起炎症,炎症亦可导致血凝。从中医温病学观点,炎症诱导的血凝可归属於热毒内蕴、热厥夹瘀的瘀热互结证,而血凝诱导的炎症可归纳为瘀滞火郁、毒蕴内困的瘀毒发热证。亦符合历代医家所谓“气滞血瘀、不通则痛”,从而来形容血瘀引起炎症带来的红、肿、热、痛。

炎症引起的血凝和组织纤维化是人体宿主防御系统用以局限外侵媒介的普遍策略,但超越或失控的反应可带来病态。组织因子是炎症诱导产生凝血酶的关键,而TNF- α 和IL-6是主要的凝血介质。凝血酶主要机能是把纤维蛋白原转换为纤维素。血小板却是血栓形成不可缺少的组件,血小板的活化亦可促进纤维蛋白原的转换。

从微观论点,血液顺畅流动是被三个抗凝血途径所协调,这三个途径是抗凝血酶途径、C-蛋白途径和TFPI途径。炎症可把抗凝血途径机能下调,而这些途径机能也包括了多样化的消炎作用。当炎症发生时,组织因子把抗血凝和自身抗炎机制同时下调,形成炎症与血凝双向关系机理的一个环节。血凝的活化亦可通过PAR接触而促进炎症反应的提升。凝血酶通过与PAR-1的结合,施展其促炎症作用,上调如单核细胞趋化蛋白、IL-6、IL-8和巨噬细胞移动抑制因子等类的促炎症细胞因子,也呈现了形成血凝与炎症双向关系机理的另一个环节。

持续性血液高凝状态的定义是两年内的凝血酶原片段F1+2和纤维蛋白肽A血浓度超越了全国人口上四分位值(upper quartile)。临床上发现持续性血液高凝状态引起的癌症死亡率比血液无异常的患者高出两倍,但这数据多指食道癌症而言,对于其他类型癌症却无显著差别。血瘀型体质的人有患食道癌更大的风险,与其他癌症相比,癌症肿瘤侵袭性相对的凶猛,进展与恶化也较迅速,预后欠佳,生存期较短。但这关系亦不是绝对,只有五分之一持续性血液高凝状态患者会演变为癌症。换言之,持续性血液高凝状态与癌变是独立病理程序,一旦同时发生,血凝/血瘀对临诊前期的癌变有援助与促进的作用,食道癌症尤甚。

凝血酶可能有抚养和唤醒在体内潜伏着的癌细胞,而这些癌细胞早已潜伏在有癌症倾向的人体内,只是长期性被人体内原性抗凝血素如抗凝血酶III、血栓调节蛋白、APC、TFPI、等抑制。因此,血液正常体质的人亦可有癌变。

从老年病与癌变共同病机为持续性血液高凝状态,其中的关联可因体内铁毒性的上升。体内铁质贮存增加差异基于年龄、性别和种族之间,反映为血清铁蛋白浓度上升。血清铁蛋白的病理临界值虽仍未肯定,但

一般认为是儿童和非更年期妇女的指数。同时，转铁蛋白饱和度超过60%将带来肺与大肠癌的附加风险。铁蛋白提升只发生在大肠癌、睾丸癌和乳腺癌细胞里；在其他癌症，包括肝癌，铁蛋白却比正常水平低。这些报导虽未能把关键概念化，但其实际经验依据却在临床上有一定指导意义。

血凝与铁存积能造成了体内铁质诱导的氧化应激癌变。TNF- α 和IL-1两种能致使癌性虚劳恶病体质和延续性炎症的细胞因子都与血清铁蛋白水平改变有关。铁质诱导的氧化应激可损伤细胞DNA、提升新血管形成、促进细胞分裂、抑制细胞凋亡；这些都有催化癌变作用。

传统中医学的宏观理论体系只有“瘤”的存在，并无癌性转移的认识，亦无原发瘤和转移瘤之区别。历代中医文献记载与恶性肿瘤转移最有关联的“失荣”亦不过是指癌症晚期病理现象。恶性肿瘤转移本是现代医学的微观概念，因此传统中医从宏观辨证也无法“感触”到病变。要提供对癌转移更全面的认识，现代中医该用其完整的中医治病理论分析癌转移的性质及致病特点与过程。

恶性肿瘤转移的性质非常特殊，除了变化多端、散播力强、发展迅速、消耗力大，其选择传播途径、着床地选择以及种植继发性肿瘤的成功率并无规律性。这些特色与传统中医病理学中的风邪似有相似之处；如风善行而数变和风为百病之长也。风邪可因六淫外感而发，又可因阴阳失衡而内生；前者见于肿瘤初期谓外风，后者多发于肿瘤后期称内风。在五行学说，万物不外五行，治病不离五脏，五脏属五行，脏与腑相表里，脏腑中其一功能失调或衰微，五行生克制化则失衡；因肝连贯阴阳，易升易动，握升降之机，阴阳失衡导致肝疏泄不利，风由内生，故内风又名为“肝风内动”。

“风为百病之长”亦包含着治百病都不要忘记治风。中医学中的“治风先治血，血

行风自灭”对癌性转移治疗有很广的应用。癌性转移已证实是基于血液高凝状态，“解凝”即中医的活血化瘀大法，是抗癌策略之首。因此治疗上除了在辨证论治的基础上配伍活血化瘀药，还应当佐以“风药”以平息内动之风邪。一旦内风平息，恶性转移进展亦会缓慢而受控制。“风药”虽有专治内、外风之分，临床应用上却少有坚持分类之惯而统一用之。还值得一提的是启动癌性转移的内风动向很急，非一般风药可主之，虫类风药有增强免疫、抗凝和溶栓的作用，应用虫药搜剔血络方法治疗方得效。

血瘀是癌变与恶性肿瘤转移共同病机和临床表现已被证实，甚至于愈是晚期病，血瘀愈严重，发生转移的机率愈高。活血化瘀或“解凝”虽为防治癌症及恶性转移的基本策略，但临床上以这大法治疗癌及癌前病变有双性的效应，因而至今此大法的适应性仍被争议。

活血化瘀药有养血活血、活血祛瘀、祛瘀止痛、破血散结之分，药性亦有强弱之别，药性愈峻猛，其多有毒性，易耗血动血、破气耗气、耗津伤阴，故久病、体虚者当慎用。

追根到底，促进癌扩散的因素发于正气亏虚。气的涵义极广，可包括现代科学之基因和机体内生物能源三磷酸腺苷；亦有学者分析气与免疫功能有密切关系，亦有将“气”与一氧化氮相联一起。癌症从初发到中期可属阳病，阴胜则阳病，气属阳而血属阴，血液高凝状态或血瘀是阴盛之状，治则应“阳病治阴”，以活血化瘀为大法，对症下药，当有起色。癌症晚期、末期，因阴阳互根，阳损及阴至阴阳俱虚，若在此时仍用一派活血化瘀法，用其药性峻猛而有毒之品，则耗血动血、破气耗气更甚、耗津伤阴愈重，气滞血瘀加剧，阴阳失衡愈甚，反而造成一个促进癌症发展有利的恶性循环局势。这就是谢海洲教授应用活血化瘀大法在

纯克伐和攻补兼施之间的妙处，在临床不可差错，免得弄巧反拙。这也是活血化癥治疗恶性肿瘤双重性效应的假定。

实际上，活血化癥治疗癌瘤双重性效应与中医误诊误治亦有很大的关联，其中包括延误治机、对无症状缺乏认识、药性纯度与量度不明、选药处方配伍疏忽、忌药与方剂用药差劣等。当医者在治疗的过程中疏忽了祛邪与扶正之间的平衡，即可演变为活血化癥治疗癌瘤双重性效应了。

中医学认为，“邪之所凑，其气必虚”，病理变化多是正气虚亏的表现。血之与气，异名同类；在生理上，气血同源，两者相互依存，互根互用，在病理中，气血互损，气血失常即形成了恶性循环，相互为病，纠缠难愈。一般而言，调气是治病的根本，但在某些严重程度如血瘀化生病理产物，从气论治是不足以化癥，而气血失常形成恶性循环，相互为病，纠缠难愈。血瘀可引起营卫失调，因而导致脏腑与组织失养而败坏，宿主免疫机能下调，免疫屏障衰弱、免疫监视失责，造成了“先天”、“后天”癌变发展的有利条件。癌变后，血瘀更可助长癌细胞局部侵袭和远端转移。因此，在抗癌的策略，活血化癥大法应取纳为必然治疗法则。

活血化癥也是中医学用以调整阴阳偏盛偏衰的手段之一，中医文献除了提倡“平治於权衡，去宛陈莖”，还强调“必先去其血脉，而后调之，无问其病，以平为期”的先决原则，更训诫“凡癥必除之，祛癥才可生新”的重要性。活血和祛癥有程度上的差别，通常有滞有癥者，活血化癥同用，而有滞无癥者，只需活血，不必化癥。活血中药大多具有促流和抗凝作用，而化癥中药大多具有抗栓溶栓作用。活血化癥药，有强弱峻缓之分，归经有走脏、走络之别，药性有升降浮沉、寒热温凉平之异。选药配方，应药与病符，注意药物归经和脏腑特色，当癌性

转移，久病入络，化癥当用峻猛之品，并以虫类善走络搜风配伍，破癥息风。

癌性疼痛是患者从发病中期以后忍受的折磨。中医认为痛症分“不通”、“不荣”两大类；但无论疼痛归虚证或实证，都与气血不畅有密切关联。因此，对癌性疼痛治疗除了遵守“急则治标，缓则治本”的法则外，还建立了“祛邪以通，扶正以荣”的具体治则。瘀血疼痛在癌性疼痛中最为常见，因而常施展“活血化癥、异病同治”之手段贯穿了肿瘤治疗的始末。活血化癥止痛不仅可使瘀阻的络脉再通，疼痛缓解，亦可通过化癥消除癌瘤产生的病理因素，达到抑癌缩瘤、控制肿瘤发展的目的，从而解除癌痛发生的病理生理机制。

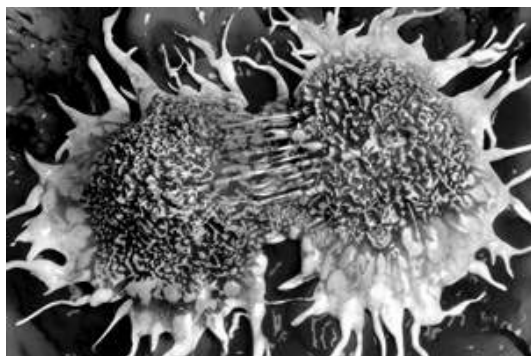
活血化癥大法已融入各种癌症的治法中，并与其他治疗大法并用。这些方剂来至于各名中医而在近20年中医药专门杂志上发表，亦有来至中医诊治肿瘤丛书。被分析的方剂或多或少都有活血化癥中草药成分配伍；有古方加减活血化癥药物，有活血化癥古方、经方化裁再加针对病情的药物，亦有单味药为方，更有当代中医所新编的活血化癥方。分析提示了几个趋势或模式，药物大剂量的使用、血中气药的广泛运用、近期方剂搜风药的普遍运用，尤在晚期癌症。通过分析这些方剂，可有助于了解活血化癥中药的特性，从而有助于临床的运用。

近数十年间在临床、组织结构学和药理学三方面研究都显示人体的凝血系统与癌肿的形成有密切的关联。“血液高凝状态”是癌患者的临床特征，也是特鲁索综合征和血栓形成的祸首。事实上，血栓塞致今仍是恶性肿瘤病中最普遍的危急并发症和死因。从患者血浆纤维蛋白肽A(FPA)提升和癌转移程度的相互关联，亦不难推断血凝是癌症侵袭与转移的重要关键。因此近日抗癌研究都很关注药物对血管完整性，也免不了参与抗凝血剂、抗血小板因子作为放化辅助治疗。

传统中医学亦把血瘀归纳为导致癌症四个病机之一，但因其他病机都可相互引发血瘀，所以抗癌方剂亦普遍采用活血化瘀药物。然而，现代医学和传统中医对癌与血瘀虽有一致的观点，但在诊断论治上却大有不同。癌症是分子、基因层病变，传统中医学却采取“宏观辨证”，诊断因此较迟钝；更失策的是医者得知病人患癌后仍采取“不见瘀而不治瘀”的治则，即可延误了患者的治疗。传统中医应采纳“血瘀”的新定义和概念，以现代科技、先进方法检定血瘀症状，结合传统中医“整体观”及活血化瘀理论，选方用药，才能获得肯定性的疗效和符合临床实际。

“血液高凝状态”是致癌的基本环境，然而，癌细胞为了生长、侵袭和转移与凝血系统相互影响，从凝血系统中取得肿瘤增殖因子，凝血系统被癌细胞的干扰也激活了复合性的凝血途径，引起血液凝固升级的恶性循环。癌细胞侵袭可分原发性和继发性两大类。一般情况侵袭是转移的前奏，而转移是侵袭的结果，但在某些时候如基底细胞癌、脑内恶性肿瘤等，侵袭和转移并不呈连续性发展过程。从侵袭到转移要涉及到四类分子机制、得穿过三道主要屏障和完成八个步骤。这些运作都与凝血有密切关联。因此，瘤细胞转移的四大途径中血源性转移仍是最普遍。

原发瘤生长比率高峰呈现在37%最大瘤质量阶段，之后由于肿瘤生长超过血供应引



起细胞缺乏氧和营养而导致生长缓慢而坏死。新血管生成是人体对生长受限的自然代偿反应，但对癌症而言，这已从生理性变为病理性，而微血管密度(MVD)和微血管群(VHS)亦成为用于测量肿瘤进展中新血管增殖的指标。另一方面，近代还有两个对新血管生长较重大的研究，则多巴胺对新血管生长和转移的抑制和含有铜元素组成的药物对新血管增生的促进性。

癌症侵袭与转移是针对原发瘤在局部成长迅速导致肿瘤缺氧、缺营和排毒不及的自然生存反应。在侵袭阶段，宿主体内除了癌毒，还有内生之毒，而内生之毒与脏腑功能紊乱有密切关系。传统中医学对癌症发生、发展与转化的机理是高度概括，将其病机归纳为气滞血瘀、痰湿凝聚、热毒蕴结和脏腑虚损。尽管如此，亦与现代医学微观概念一致。一般而言，癌症是本虚标实之证，初期气滞引起痰凝血瘀，中期却出现毒蕴血瘀，晚期则以脏腑虚损气虚血瘀为主。临床上四种病机交叉重叠的呈现出虚实错杂的症状，故中医癌症治疗，活血化瘀虽不可免，但亦不应忽略其他有关治疗大法，辨病机，尤当随证而治，分病程，权衡化瘀轻重。现代医学研究活血化瘀中药能减弱“血液高凝状态”，有改善微循环，改善肿瘤部位的缺氧状态，降低血液粘稠性。

新血管生成是血液凝固和恶性肿瘤转移的中心环节，凝血系统的关键因子如组织因子、凝血酶和非水溶性纤维蛋白可通过凝血途径和非凝血途径而诱导新血管生成，从而滋养癌细胞的生长。在正常的创面愈合，凝血过程中纤维蛋白基质可上调avb3整合素而使内皮细胞迁移，直到伤口的纤维蛋白基质被胶原丰富基质所代替这血管生成状态才停止。恶性肿瘤有“永不愈合的创伤”特性，因为VEGF诱导的高渗透性血管继续让溢出的非水溶性纤维蛋白在癌细胞间创造了持久性的“血管生成状态”倾向。

以下是从分析研究的结论:

1: 血瘀证是癌症之“未病”，当毒瘀互结“未病”成了“已病”，癌症侵袭、恶性转移一旦发生，以今日科技，预后仍欠佳。对策概念为未病先防、既病防变，基本原则在于道法自然、平衡阴阳，即能达到“守之则健，失此即病”的目标。凝血系统可经中医阴阳学说分析其组成后，加以中医理法方药则纠正系统里的失衡，后即巩固组成相互对立、相互依存的关系，获得和维持系统之动态平衡。

2: 癌症是危害社会的普遍疾病，有隐匿渐进的发病特点，已病难治，但未病可防。隐匿蕴涵着临床症状变化低调或不明显，以传统中医“司外揣内”的诊断手法，却不易及时和客观性的诊断患者肿瘤状况。传统中医学原本的特色“宏观辨证”因此在肿瘤诊断却反而变成了一个严重“技术盲点”，促使李佩文告诫中医在肿瘤诊断上是一个薄弱环节。中医理论虽健全，血瘀定义却较基元化。扩大血瘀的定义能把医者视野增加和提升灵敏度，识别早期血瘀的存在性。

3: 从癌症病理分析，因血液高凝状态是此病的长期特征，虽活血化瘀药作用较猛而能伤正气，亦有一定的毒性，通常用量不宜太大，亦不宜久服，但对癌症患者却无“中病即止”可言。如同冠心病，服活血化瘀药是患者终身的负担。长期服食活血化瘀药应常细察患者正气状况，注意血中之阴阳，维持阴阳平衡，以免活血化瘀治疗效应的双重性。

4: 活血化瘀治疗效应的双重性最大的原因是患者正气的虚损。现代医学对癌症有三个层次研究，则细胞、细胞因子和基因。人之正气亦可如此分析。从免疫编辑概念和免疫促进理论可了解体内免疫反应的适宜和强度更是测定抗癌的胜与负，高Th1/Th2比率显示适当的免疫反应，一旦Th1/Th2范式失调，癌微环境所趋化的免疫细胞不但不灭

杀癌细胞，反而助长癌浸润和转移，使预后欠佳。癌细胞有对恶劣环境适应性和反击功能，然而免疫反应不能达到杀伤癌细胞的强度，也可引起相反性的效果。

5: 血凝测试对恶性肿瘤是非特异性的诊断，虽不能确证癌瘤的存在，但仍可在肿瘤发生之前，提供诊断医师较早的信息。尽管如此，若把血凝测试结果与其他汇合性症状指标参诊，即能助医师及早诊断癌变。因此，作为中医学现代化动向，应与时俱进的积极引进现代医学“微观辨证”对血瘀的新定义和概念，以现代科技、先进方法检定血瘀症状，结合传统中医“整体观”及活血化瘀理论，选方用药，才能获得肯定性的疗效和符合临床实际。

古代文献对脂肪肝的认识

新加坡·黄靖文



正常肝脏外观



脂肪肝肝脏外观



脂肪性肝硬化肝脏外观

脂肪肝在中国医学中究属何病，众说纷纭，尚无定论。有症状表现的可归属“胁痛”、“积聚”、“痞症”、“痰浊”、“癥瘕”、“黄疸”、“肝胀”、“肝癖”、“肝著”、“臌胀”、“肥气”等，据统计右上腹(胁肋部)疼痛不适、乏力、纳差等非特异性症状为脂肪肝患者出现率最高的症状和体征，如《内经》中“肝胀”的论述，《灵枢·胀论》云：“肝胀者，胁下满而痛引少腹。”主要症状为胁胀、胁痛，符合脂肪肝的临床表现。关于“胁痛”也早在《内经》已有记载，《灵枢·五邪篇》说：“邪在肝，则两胁中痛。”《素问》：“肝壅，两胁痛”。一般来说，约有26%—50%的脂肪肝病人没有临床症状，但有些病人可表现有食少纳呆、腹胀暖气、肝区不适，归属于“痞症”“痞满”等范畴。根据其病机推测，本病与中医理论中的“痰”“湿”“瘀”“积”等密切相关。归属于“痰证”“痰浊”“痰癖”，因本病与水液吸收排泄障碍所致的痰涎停聚有关；归属于“瘀证”“瘀血”，是因本病患者血

液瘀滞成积；归属于“积聚”“积证”“癥瘕”“臌胀”，是指脂肪肝患者腹内有结块，或胀或痛，据统计75%病人肝脏弥漫性肿大，12%患者有体液滞留，重症患者可见腹水及浮肿。明·方贤《奇效良方》：“或谓肝而蓄于左胁而作块而痛者，为肝积，名肥气也。”《金匱要略·五脏风寒积聚篇》云：“积者，脏病也，终不移”；《内经》中尚有诸如“伏梁”、“息责”、“肥气”等病名，亦属积聚范畴。肥胖病人约有50%合并脂肪肝，逐渐肥胖是脂肪肝的前兆，可归属“肥人”，《素问·通评虚实论》：“甘肥贵人则膏粱之疾也。”

对病因病机的认识

病因

中医认为引起上述疾病的病因多为过食肥甘厚味，或素体肥胖，或饮酒过度，或情志失调，或感受湿热疫毒或久病体虚以及食积、气滞、疫气等。《景岳全书·积聚篇》

说：“积聚之病，凡饮食，血气，风寒之属皆能致之。”

(1) 饮食所伤：《素问·痹论》：“饮食自倍，肠胃乃伤。”《寿世保元》：“饮者不过量力而已，过则耗伤血气也。……饮者未尝得於和气血，抑且有伤脾胃”。

《诸病源候论》中曰：“酒性有毒，而复大热”，“酒者，水谷之精气也，其剽悍而有火毒，入胃则酒胀气逆，上逆于胸，内熏肝胆，故令肝浮胆横。”《诸病源候论·黄疸候》曰：“黄疸之病，此由酒食过度，腑脏不和，水谷相关，积于脾胃，复为风湿所搏，瘀结不瘀结不散，热气郁蒸。”又曰：“凡诸疸病，皆由饮食过度，醉酒劳伤，脾胃有瘀热所致。”万全在《万氏家传点点经》中曰：“酒毒湿热非常，肆意痛饮，脏腑受害，病发不一。”又《景岳全书·痢疾论积垢》中述“饮食之滞，留着于中，或积聚成块，或胀满硬痛，不化不行，有所阻隔者，乃为之积。”《临证指南医案·湿》云：“而但湿从内生者，必其人膏粱酒醴过度。”《太平圣惠方·卷第四十九·治食症诸方》：“饮食不节，生冷过度，脾胃虚弱，不能消化，与脏气相搏，结聚成块，日渐生长，盘牢不移。”《景岳全书·积聚》：“惟饮食无节，以渐留滞者，多成痞积于左肋，……”，上述论点强调了饮食不节，或饥饱失常，或嗜酒过度，或嗜食肥甘厚味是致痰、湿、热、瘀及脏腑虚衰的病因。

(2) 情志不遂：“肝主一身之里……七情之病必由肝起。”长期忧郁或恼怒，情志失调，肝失疏泄。胁痛一证，最早见于《内经》，该书多处见有胁痛的记载。《灵枢·脏气法时论》篇：“肝病淤，两胁下痛引少腹，令人善怒”，经文明言胁痛与肝脏及情志密切相关。李东垣《脾胃论》卷上：“肝木妄行，胸胁痛，口苦，舌干，往来寒热而呕，多怒，四肢满闭，淋搜便难，转筋，腹中急痛，此所不胜乘之也。”详细论述了肝失疏泄的症候特

点。《儒门事亲》：“夫愤郁而不得伸，则肝气乘脾，脾气不化，故为留饮。”清代周学海《读医随笔》强调“凡脏腑十二经之气化，皆必借肝胆之气化以鼓舞之，始能调畅气机而不病。凡病之气结、血瘀、痰饮、积聚…皆肝气之不能调畅所致也。”吴鞠通：“肝气之郁，痰瘀阻络”，《血证论》：“木之性主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化，设肝不能疏泄水谷，渗泻中满之证在所不免。”明确指出肝失疏泄，气机失调，是引起气滞、血瘀、痰饮、积聚等病症的关键。

(3) 外感邪气留著不去：外感湿毒热邪，邪郁不解或因邪浊留滞而成，《金匱翼·积聚统论》云：“积聚之病，非独痰食气血，即风寒外感亦能成之”，正如《诸病源候论·积聚》云：“诸脏受邪，初未能成积聚，留滞不去，乃成积聚。”现代临床常见于肝炎后脂肪肝兼有湿热，据报道肝炎后脂肪肝患者占54.55%。

(4) 脏腑虚衰：“壮者气行则已，怯者著而成病”，积聚之名首见于《内经》，《灵枢·五变篇》：“人之善病肠中积聚者，皮肤薄而不泽，肉不坚而淖泽，如此则肠胃恶，恶则邪气留止，积聚乃伤。”因脾胃怯弱，气血两衰，四时有感，皆能成积，盖正气不足，而后邪气踞之。隋·巢元方《诸病源候论·积聚病诸候》对积聚的病因病理有进一步的论述，其认为积聚主要由于正虚感邪所致，且其成有一渐积成病的过程。“积聚者，由阴阳不和，脏腑虚弱，受于风邪，搏于脏腑之气所为也。”张介宾云：“水水谷津液若化得其正则成津液，化失其正则为痰浊。”故脏腑虚衰既是感邪受邪的病因又是致痰瘀湿浊积聚的病机。

肝气不足：古代医家在肝虚致积方面的论述不多，《杂病源流犀烛》曰：“皆肝家气血两虚，肝气不和，逆气与瘀血相并而成”，《张氏医通》：“里虚而痛者，阴不足也。”可见隐痛多属肝阴不足所致。

脾失健运：因忧思伤脾，或病后虚弱，正气未复，《素问·经脉别论》有述：“饮人于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”强调脾为气血津液输布代谢之枢纽。正如叶天士《临证指南医案》云：“胃强脾健，则饮食不失其度，运化不停其机，何痰之有？”平素嗜食肥甘、饮酒成癖，日久腻脾碍胃，运化不利，津液输布失常，聚湿生痰，留滞周身肌肤之间，脏腑之内，日久不化，酿生本病。

《河间六书·湿类》亦云：“体重，轻清为天，重浊为地，故土湿为病，则体重宜也。”明确提出脾虚气弱为致病之本，脾虚不健，痰湿内蕴，痰气互结所致。明·李挺《医学入门》强调脾虚不运湿停致生积聚之病机，谓“积聚症癥痞满，皆太阴湿土之气”。正如《素问识》曰：“此因脾土气虚，不能磨谷，故旦食而不能暮食，以致虚胀如鼓也。”《景岳全书·积聚》亦说：“凡脾肾不足及虚弱失调之人，多有积聚之病。”明·龚廷贤提出“伤酒之病，虽为酒而作，实因脾土虚弱，不能专主湿热而发。”如《张氏医通》说：“饮食劳倦之伤，皆足以致痰凝气聚，……然必因脾气衰而致。”脾的运化功能健旺，津液上升，糟粕下降，就能防止气血津液发生不正常的停滞，阻止痰湿浊瘀等病理产物的生成；反之，则导致气血津液停滞，痰湿膏脂内蕴。

肾精亏虚：“凡房劳过度，肾虚羸弱之人，多有胸胁间隐隐作痛，此肝肾精虚”，指出隐痛为水不涵木所致。《素问·生气通天论》：“阳气者若天与日，阳不胜其阴，则五脏争气，九窍不通”。肝之藏疏，脾之运化，无不依赖阳气之鼓动，肾内居元阴元阳，肾为痰之根，脾为痰之源，若肾阳不足，则气化不及，加重痰湿和瘀滞。

(5) 素体肥胖：《石室秘录》：“肥人多痰乃气虚也”。如《万氏妇人科》曰：“惟

彼肥硕者，膏脂充满，脂痰凝塞”。中医学认为，痰湿之体，多脾虚湿盛，痰湿壅阻，日久形成脂肪肝。

病机

本病病机为气血稽留，停痰伏饮，日久成积。

积聚之名首见于《内经》，有关其病因病机《内经》中谈到“血气稽留”，“津液涩渗”，着而不去，渐结成积。《灵枢·五邪篇》：“邪在肝，则两胁中痛，寒中，恶血在内。”《景岳全书·胁痛篇》说：“但察其有形无形，可知之矣。盖血积有形而不移，可坚硬而拒按，气痛流行而无迹，或倏聚而倏散”。《景岳全书·积聚篇》说：“积聚之病，凡饮食，血气，风寒之属皆能致之”。《金匱要略·积聚统论》曰：“积聚之病，非独痰、食、气、血，即风寒外感，亦能成之。然痰、食、气、血非得风寒未必成积；风寒之邪，不遇痰、食、气、血，亦未必成积。”朱丹溪之论胁痛，提出其病机有气虚、湿热、瘀血、痰浊、气滞、食积等，《丹溪心法》卷4：“胁痛，肝火盛，木气实，有死血，有痰流注。”“痞块在中为痰饮，在右为食积，在左为血块”。《格致余论·鼓胀论》中曰：“今也……饮食不节，脾土之阴受伤，转输之官失职……，清浊相混。隧道壅塞，气化浊血瘀郁而为热，热留而久，气化为湿，湿热相生，遂成胀满。”提出在胀满的发病过程中有痰浊瘀久化热的病理变化。《丹溪心法证治》里有记载“痞块在中为痰，在右为食积，在左为血块。气不能作快成聚，块乃有形之物也。痰与食积死血而成也。……”。

《古今医鉴》有：“胁痛、……或痰积流注于血，与血相搏留而为病。”《沈氏尊生书》亦说：“气运于血，血随气以周流，气凝血亦凝矣，气凝在何处，血亦凝在处。”明·方贤《奇效良方》：“而脾所系于右，其经湿胜，故痰饮湿，能令胁痛，病则入于右。左

胁痛者，多因留饮而作，右胁痛者，悉是痰饮气郁病者，岂可一概而论哉？论病之由，当分外之六淫，内伤外感，与夫怒伤肝，悲哀结，饮食过度，冷热失调，颠仆伤形者，或因痰积流注于右，与血相搏，皆能为痛。”其论兼及外感、内伤、瘀血、湿停、气滞等多方面。

《明医杂著》：“痰走于肝，则眩运不任，胁肋胀痛”。明·李挺《医学入门》卷4：“胁痛本是肝家病，宜分左右审虚实”“左为怒火与死血”，“右食痰饮七情居”，“两胁常兼左右证”，大都符合实践且沿用至今。清·王清任《医林改错》特别强调积聚之成无不与瘀血有关，他认为：“无论何处，皆有气血，气无形不能结块，结块者必有形之血也。”戴思恭《证治要诀》：“左右胁有气块而痛者，此是积聚停饮胁痛。”《吴少怀医案》则将病机概括为“气郁而湿滞，湿郁而生热，热郁而痰结，痰郁而血凝，血瘀而食不化，食积而积成，此六者皆相因而致病。”

总之，脂肪肝病因虽然多端，但其病机总以脏腑功能失调为本，气血失和，痰湿热瘀为标，其病位在肝，关乎脾肾。气虚气滞，致津液气化不利，血行不畅，痰来自痰来自津，瘀出乎血，痰瘀互结，以上病理产物，常常互相交织，互为因果，难以绝然划分，临证治疗应详辨之。

对证治的认识

治则方面

《素问·至真要大论》提出的“坚者削之”、“结者散之”、“留者攻之”、“疏其气血，令其调达，而致和平。”等原则，具有一般的指导作用。

(1) 疏肝行气：肝主疏泄，喜条达而恶抑郁。古人在治疗本病时，善用行气理气之法。《素问·六元正纪大论》：“木郁达之”。《成方便读》卷2所言“治郁者必先理气，以气行则郁行，气阻则郁结耳”。宋·

严用和《济生方》强调积聚发病与七情有关，倡“法宜推荡，然后助养脾胃”，“五积六聚，随气上下，发作有时，心腹痞痛，上气窒塞，小腹满闷，小便不利者，宜大七气汤，用铁落饮煎服，惟形羸气弱者忌之。”其方香棱丸、大七气丸沿用至今。

张从正《儒门事亲·酒食所伤二十四》：“夫膏粱之人，起居闲逸，奉养过度，酒食所伤，以致中脱留饮，胀闷，痞膈醋心，可服木香导饮丸以治之。”《卫生宝鉴》：“气攻刺作痛，游走心腹上下，如雷鸣，或已成积，或未成积者，宜木香通气散、沉香降气散之属，或用全蝎一个，劈破煎汤，调苏合香丸。”

(2) 化痰逐饮：刘完素《河间六书》：“病胁下满，逆气不已，气聚胁下，息而不消，积而不散，气元在胃，妨饮食，不可针灸，宜导引服药尔，白术丸主之。水得燥则消散，而得湿则不消，乃为积饮也。”

若痰饮停聚胸膈，胸满胁痛，咳逆喘促，可与甘遂、大戟配用，以豁痰逐饮，如《三因方》控涎丹。

朱肱《类证活人书》：“大抵胁下痛者，此为有饮，须分表里，干呕微利，发热而咳为表有水，小青龙汤加芫花主之，身体凉，表证罢，干呕而胁下痛，为里有水，十枣汤主之。”朱氏论治胁痛虽分表里，但明确提出“此为有饮”，所治亦以逐水化饮为要。明清时期对胁痛的认识更加深入。戴思恭《证治要诀》：“左右胁有气块而痛者，此是积聚停饮胁痛，本事方最佳。”“又有肝胆经停痰伏饮，或一边胁痛，宜用严氏导痰汤；痰结成癖，间进半硫丸。”治疗以痰饮为重。

(3) 活血化痰：罗天益《卫生宝鉴·腹中积聚》搜集治疗积聚的方剂17首。活血消积，理气导滞的药物在方中占相当比重，而且把三棱、莪术作为治疗积聚的重要药物。

清·王清任《医林改错》特别强调积聚之成无不与瘀血有关，他认为：“无论何处，皆

有气血，气无形不能结块，结块者必有形之血也。”并创隔下逐癖汤以治疗多部位之积块。

(4) 攻下法：仲景治酒疸病酒热内结，症见“心中懊依而热痛者”，用下法“使邪去则正安。”

《要诀》曰：“气血者，有形无形之分也，如热结在气分，无形之邪也；热结在血分，有形之邪也。有形之邪，当用大黄荡涤之；”《本草切要》：“痃癖不瘥，胁下坚硬如石者，宜大黄散。”金·张从正治疗酒食所伤，亦用下法，轻者消食导滞，甚者攻下积滞，《儒门事亲·五积六聚治同郁断二十二》中记载：“酒积，目黄，口干，葛根、麦粟之类，甚者甘遂、牵牛。”

(5) 清热利湿法：《证治准绳·黄疸》曰：“诸疸，小便黄赤色者为湿可服利小便清热渗湿之药。”

《万氏家传点点经·十九症》曰：“湿热最甚”，治疗上常以清热利湿为主，创立了红范散、白范散等方。《类证治裁·黄疸》曰：“酒疸多蕴热，先用清中，茵陈泻黄汤……”。

(6) 补益法：古人已经认识到过量饮酒可以损伤人体气、血、阴、阳。所以在治疗上善用补益法。李果在用葛花解醒汤上下分消其湿时，用白术、人参等来补益脾气，顾护胃气。

朱丹溪《丹溪心法·鼓胀三十九》提出“鼓胀又名单鼓，宜大补中气、行湿，此乃脾虚之甚”，提倡用大剂人参、白术等来补益脾气，运脾渗湿。龚廷贤治疗酒积的各个证型，都运用六君子以实脾土。《类证治裁·黄疸》云：“酒疸……，后必顾其脾阳，香砂六君子汤加枳椇子。”

(7) 消补兼施：《金匱要略》中有：“治心下坚，下如盘，边如旋盘，水饮所作，枳术汤主之。”

《景岳全书》认为：治疗积聚关键是攻补得法，“凡积聚未久而元气未损者，治不宜缓，盖缓之则养成其势，反以难治…。二速

攻可也”：“若积聚渐久，元气日虚”，则以扶正为主，不可攻之太过。清·吴澄在《不居集·酒撇》中提出“凡治水鼓者，必当以血气为主，而养阴利湿是诚善矣”。

(8) 清肝泻实：李挺《医学入门》卷4：“胁痛本是肝家病，宜分左右审虚实”，“实者，肝气实也，痛则手足烦躁不安卧，小柴胡汤加芍、归、白芍、苍术、青皮、龙胆草，或单用黄连丸”。

(9) 多方论治：朱丹溪从多方论治胁痛，在当时实属最全面者。《丹溪心法》卷4：“胁痛，肝火盛，木气实，有死血，有痰流注。”“木气实，用苍术、川芍、青皮、当归之类”，“死血，用桃仁、红花、川芍；痰流注，以二陈汤加南星、苍术、川芍”。

“凡肥人沉困怠惰，是湿热，宜苍术、茯苓、滑石。凡肥白之人，沉困怠惰，是气虚，宜二术、人参……”等记载。《丹溪心法证治》云：“治块当降火消食，食积即痰也。”指出治疗要从清肝泻火、益气化痰、清热利湿、活血化瘀着手。龚信《古今医鉴》：“夫胁痛者，厥阴肝经为病也，有内因外因之分，治之当以散结顺气，化痰和血为主。”叶天士《临证指南医案》对胁痛之属久痛入络者，善用辛香通络，甘缓理虚，辛泄宣瘀等法，立方选药，颇具巧思，对后世医家颇有影响。

《脉因症治》：“胁痛有块者，宜龙荟丸加姜黄、桃仁各五钱，蜜丸服。”予理气活血、清热消导并用。

(10) 分期论治：王肯堂《证治准绳·积聚》提出“治疗是病必分初、中、末之法”的主张，谓初者“治其始感之邪与留结之客者，除之、散之、行之，虚者补之”；中者“当祛湿热之邪，其块之坚者削之，咸以软之，此时因病邪久踞，正气尤虚，必以补泻迭相为用”；末则“补益其气，兼导达经脉，使荣卫流通，则块自消矣”。

从以上对病因病机及治疗的论述体现古人在积聚等相关疾病方面的认识已俱全面，病

机、论治总不离气、血、痰、火、湿、食、浊、瘀，为现代医家对脂肪肝的认识和发展打下了基础。

结语

本文所选治疗相关症状的方药文献最早见于《金匱要略》，所以古代选择东汉至清末载有治疗“积聚”、“黄疸”、“肝满”、“肝胀”、“臌胀”、“痞满”、“痞症”、“胁痛”、“腹胀”、“痰饮”、“瘀积”等方药的经典医籍，包括《博济方》、《仁斋直指方论》、《太平圣惠方》、《圣济总录》、《鸡峰普济方》、《魏氏家藏方》、《医方类聚》、《苏沈良方》、《全生指迷方》、《普济本事方》、《太平惠民和剂局方》、《易简方》、《严氏济生方》、《金匱要略》、《外台秘要》、《备急千金要方》、《三因极一病证方论》、《医醇剩义》、《医学传灯》、《症因脉治》、《冷芦医话》、《临证指南》、《脾胃论》、《兰室秘藏》、《丹溪心法》、《万病回春》、《肘后备急方》、《世医得效方》等综合性医书、方书、本草等，共得方剂112首。

古代文献相关病名 中医古典医籍中无脂肪肝的确切称谓，但相关论述散在于多种病证范畴内。以现代医学对非酒精性脂肪肝症状体征的描述，对应中医相关文献，认为大略应属于积聚，黄疸，痰浊等范畴。

古代医家对相关疾病的认识已渐趋完善，现代医家对本病的认识更加全面。通过对古今医家关于病因病机论述的比较，发现：古今对该病病因病机的认识上有一定的传承古今对该病病因病机的认识上有一定的传承关系，而今人论述更加全面，在血液瘀积、肝气亏虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚等病机方面进一步发展。

古代医家认为积块乃有形之血淤积而成，《景岳全书·胁痛篇》说：“但察其有形无形，可知之矣。盖血积有形而不移，可坚硬而拒按，气痛流行而无迹，或倏聚而倏散”。清·王清任《医林改错》特别强调积

聚之成无不与瘀血有关，他认为：“无论何处，皆有气血，气无形不能结块，结块者必有形之血也。”

近年来研究发现脂肪肝病人有不同程度的肝肿大和血液流变学改变，而血液流变学的改变，属中国医学血瘀症的范畴，肝血瘀阻早期辅用活血化瘀药物，可预防其瘀血的发生与发展。研究发现许多活血化瘀药具有促进脂肪代谢，降低血脂及血液粘稠度，并可使脂肪肝得到逆转，防止肝纤维化。山楂、丹参、当归、葛根等活血化瘀类中药具有改善肝脏微循环及降脂的功效。

肝藏血，主疏泄，在体合筋，其华在爪，开窍在目，故古人论述肝气虚为：“肝气不足，则病目不明，两胁拘急，筋挛不得太息，爪甲枯，面青善悲哭，如人将捕之，是肝气之虚也”。（《诸病源候论·五脏六腑病诸候》）。《太平圣惠方》：“夫肝脏虚损，气血不荣，内伤寒冷，致以两胁胀满，筋脉拘急，四肢厥冷，心腹疼痛，眼目昏暗，手足常青，胸中不利，不能太息者，是肝气不足之征。”肝为“罢极之本”，主一身筋脉及肢体运动，故肝气虚表现为肝疏泄不及，筋脉失养的一派症候。

慢性肝炎迁延日久，或治疗不当可致肝气虚。日本学者森雄材认为肝气虚很可能就是气虚的主体，这些观点正好与现在中医学认为气虚的主体是脾气虚相反，并指出肝气虚是肝气疏泄不及，包括升发无力和透泄无力两方面。临床观察到，慢性肝病如脂肪肝，慢性肝炎，酒精性肝病等在发病过程中常可出肢倦乏力、胸胁或胀或痛、且有情绪不宁的症状，可责之为肝气虚弱为患。这与现代医学认为慢性肝病机体免疫功能下降(相当于气虚)的观点相吻。近代张伯臾也提出肝气虚，一反肝为刚脏无补法之说，认为肝主初春之气，始萌未盛，肝用不足，郁而不达，如胁痛绵绵，倦怠乏力，头晕，劳则剧，脉沉无力者肝气虚也，益用生黄芪等补之。现代研究发现黄芪、白术、人参等

具有降脂抑脂功效。

对古书所载112首方剂统计发现,古代共用药物196种,使用频次为2172次,按出现频次由高到低排列为甘草、陈皮、茯苓、白术、木香、干姜、半夏、青皮、砂仁、生姜、黄连、人参、枳壳、厚朴、丁香、当归、黄芩、苍术、大黄、茵陈、香附。其中理气药占18.38%,提示古人多从气机阻滞角度治疗相关疾病。化湿药占15.31%,补益药占14.93%,这三类药物在古人治疗上述相关病中使用频率最高,其他活血化瘀药、化痰药、温里药、清热药、解表药、攻下药、消食药所占比例相近,可以看出古人从多方面、多层次辩证论治,这与古代医家对积聚的病因病机认识基本相符。

现代中医杂志上有关脂肪肝的文献:山楂、丹参、泽泻、柴胡、草决明、郁金、何首乌、虎杖、大黄、陈皮、海藻、半夏、白术、茯苓、茵陈、白芍、葛花、枳壳、党参、苍术、厚朴、荷叶、当归、甘草、莪术、姜黄、枸杞子、绞股蓝、昆布、赤芍、红花、香附、女贞子、五味子、芦根、桃仁、鸡内金、乌梅、灵芝、薏苡仁、木香、莱菔子、竹茹、蒲黄。从以上统计看,有50%以上的处方都选用了山楂、丹参、泽泻、柴胡等药物。其中活血化瘀药与补益药所占比例一样,为18.18%,利湿药占15.91%,化痰药占11.36%,理气药占9.09%,余为消导、清热、通下药,可见目前临床上对于脂肪肝的治疗药物选用基本上是以活血化瘀、化痰利湿、疏肝理气、补益脾肾等药物为主,且重用具有降血脂作用的中药,体现了现代医家以辩病、辩证相结合论治。

现今采用的药物及其性味大部分属苦燥、辛香、咸降、酸涩、淡渗之品。临床使用频率最高的4味药为:山楂、泽泻、丹参、柴胡(>75%),其次为何首乌、郁金、半夏、陈皮、茯苓、白芍、草决明、虎杖、大黄、甘草(>45%),再次为白术、茵陈、赤芍、当归、枸杞子、枳壳、香附、党参、姜黄、黄芪、黄

精、决明子、莱菔子、荷叶(>25%)。结果提示,化痰祛湿、活血化痰、疏肝健脾、补肾是本病的基本治法。

对用药频率较高的几味中药药理研究发现其都具有良好的降脂、抗脂肪肝的作用。也可以认为首先是在辨病的基础上予以辨证施治;不管怎样辨证施治则都应围绕着降脂、抗脂肪肝而进行。

有人总结现代文献共得肝郁、气滞、血瘀、痰湿、湿阻、湿热、脾虚、阴虚、阳虚9种证型,其中肝郁、气滞、血瘀、痰湿、湿阻出现最多,脾虚、阴虚、湿热次之;阳虚者最少。就证型相兼而言,痰湿困阻、痰瘀互结、肝郁气滞、肝郁脾虚、湿热蕴结出现最多,机率相近;肝肾阴虚、气滞血瘀次之;脾肾阳虚最少。

近年来方药治则多归纳为五大类:疏肝理气、化痰祛痰类,清肝利湿、化痰活血类,健脾调肝、燥湿化痰类,益肾疏肝、软坚泄浊类,活血化痰、化痰利湿类,以期全面地反映中医中药治疗脂肪肝的现状。



从《内经》认识 ‘糖尿病’

新加坡·冯启发

1. 引言

中国可算是世界上最早认识糖尿病的国家之一，几千年来中医药对糖尿病的认识和治疗积累了丰富的经验。然而古代医籍中记载与糖尿病相关的病名林林种种，不一而足。为了需要正确地辨识古代病名与现代西医学糖尿病的内容实质，以便明确地、有效地指导临床。1990年10月中国全国首届中医糖尿病学术交流会上，专家们建议将西医的糖尿病与中医的消渴病作为同义词使用^[1]，故目前不论是理论研究或是临床应用，消渴病已成为糖尿病的中医病名。现今中医学教科书《中医内科学》，就以“多饮、多食、多尿、消瘦、乏

力，或尿有甜味”等主要临床表现为根据，将糖尿病与“消渴病”列为“等同”的疾病^[2]。全小林《糖尿病中医防治指南解读》中也认为糖尿病可以归属于中医的“消渴”或“肥胖”等范畴^[3]。

2. 脾瘕与消渴

“消渴”一词首见于集上古医学大成的《黄帝内经》。《素问·奇病论》云：“帝曰：有病口甘者，病名为何？何以得之？歧伯曰：此五气之溢也，名为脾瘕。夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也。此肥美之所发也，此人必数食甘美而

多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴，治之以兰，除陈气也。”

上述经文就提到了“脾瘅”和“消渴”，指出“五气之溢，名为脾瘅”而消渴乃是由于“其气上溢”发展而来，换言之，脾瘅就是消渴的前期症状。论及“脾瘅”，其病因乃“此肥美之所发也”；病机是“肥者令人内热，甘者令人中满”；证候为“口甘、中满”；治则“除陈气”，方药“以兰”治之。概括了“脾瘅”病的理、法、方、药。

这段经文，《素问释义》注曰：“食肥则气滞而不达，故内热；食甘则中气缓而善留，故中满。”张景岳也注曰：“肥者，味厚助阳，故能生热；甘者，性缓不散，故能留中。热留不去，久必伤阴，其气上溢，故转变为消渴之病。”

“瘅”字本身的含义很广，《古代汉语词典》中相关的解释^[4]有：①因劳致病。《诗经·大雅·板》：“上帝板板(乖戾)，下民卒瘁”。②通“疸”，黄疸病。《山海经·西山经》：“翼望之山有兽焉…服之已瘳。”③热症，热症。《素问·奇病论》：“此五气之溢也，名曰脾瘅。”《论衡·顺鼓》：“其有旱也，何以知不如人有瘳疾也。”

《说文·疒部》中的解释就是“瘳，劳病也”。但从《内经》有关经文来看，这层含义并不鲜明。而为“黄疸”的意思，仅见于《素问·玉机真脏论》云：“肝传之于脾，病名肝风，发瘳，腹中热，烦心出黄，”发瘳出黄，即为身目小便黄的黄疸病。然而《内经》中其他有关“瘳”经文，如《素问·疟论》：“瘳疟者，肺素有热气盛于身，厥逆上冲，令人消烁脱肉，故命曰瘳疟。”《素问·奇病论》所述脾瘅的病机，《内经》提及“瘳热焦渴”的记载。后世医家如王冰注：“瘳，热也，极热为之也。”丹波元简注：“瘳，即温热之病”等。多以“瘳”为“热症”之义。此外，《内经》之前的《史记·扁鹊仓公列

传》中也都有“瘳为热症”的记载。如仓公诊齐王太后病曰：“风瘳客肤。”又云：“脉大而躁者，中有热，而溺赤气。”诊齐章武里曹山跗病云：“肺消瘳也。”皆以瘳为热，故“瘳”为“热”或“热病”的意思可见于汉初医家之论。在此“瘳为热义”较为精确^[5]。

综述之，“脾瘳”与现代所称“糖尿病前期”及“糖尿病早期”相类似。现代人生活条件优越，过食少动，心宽体胖，所谓“饮食自倍，脾胃乃伤”，饮食不节即使谷气难消，日久形成食郁，化热则为热郁；食阻于中兼缺少运动，使气血运行不畅，乃成气郁、血郁。而食郁不化或食郁伤脾则生湿生痰，形成痰郁和湿郁。六郁形成，阻于中焦，肝脾受累，运化代谢失常，精微不归正化或精微相对过剩，积而成脂；脾不能转输而使之布达四旁，则脂聚中焦，形成中心性肥胖。因此有学者认为，以食郁为先导的六郁，是肥胖2型糖尿病的主要病理。故主张运用辛开苦降之法治，调畅中焦大气，以求“大气乃转，其气乃散”，辛开苦降法是“升降治法之大机”的延伸，针对糖尿病前期及糖尿病早期的基本病理，调畅气机，使脾精得散气，脾热得清。其理论与《内经》吻合，据称在“脾瘳”的临床治疗中收到良好的疗效^[6]。

至于“消渴”，《内经》中所述及并非现今所说的“消渴病”，乃是泛指“消”与“渴”的症状。《内经》提出“肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴”，说明了消渴是由于内热消灼津液，故而消渴。《古代汉语词典》中对“消”和“渴”字的解释是：

* “消”：①消失、消融、消灭。《孟子·告子上》：“故苟得其养，无物不长；苟失其养，无物不消。”②减削、衰微。《周易·泰》：“君子道长，小人道消也。”③病名，糖尿病，《后汉书·李通传》：“素有消疾。”^[7]

* 而“渴”：①口干欲喝水。《孟子·公

孙丑上》：“饥者易为食，渴者易为饮。”又《尽心上》：“饥者甘食，渴者甘饮。”^②音“jie”，通“竭”，水干涸。《周礼·地官·草人》：“凡粪种，……渴泽用鹿。”^③干燥，干枯。白居易《对镜偶吟赠张道士抱元》：“眼昏久被书料理，肺渴多因酒损伤。”^[8]

而《说文解字·水部》中，“消”和“渴”都是“尽也”的意思。^[9]《正字通·水部》则是：“消，又消渴病。俗做瘠。”段注：“渴、竭，古今字。古水竭字多用渴，今则用渴为漱字矣。”《说文解字·欠部》：“漱：欲歠歠。从欠渴声。”段注：“渴者，水尽也，音同竭。水渴则欲水，人漱则欲饮，其意一也。今则用渴为水渴字，用渴为饥漱字，而漱字废矣，渴之本义废矣。”消渴，或作“瘠渴”、“消漱”。《释名·释疾病》：“消漱，渴也，肾气不周于胸胃中，津润消渴，故欲得水也。”由此可见，消渴者，乃水尽而口渴，渴欲饮水之义也，即口渴善饮水。清·余云岫《说文解字病疏》：“欲饮也。”

由此可见，消渴者，也可作“瘠渴”或消漱。意指是水尽而口渴，渴欲饮水之义，也就是口渴善饮水。^[10]

《内经》提及“消”，有些指症状，消瘦或消损而言，如《素问·玉机真藏论》：“大骨枯槁，大肉陷下，肩髓内消，动作益衰”；《素问·风论》：“其热也则消肌肉。”另一方面，也是指病机来说，如《素问·阴阳别论》：“二阳结，谓之消”。“二阳”者，王冰认为乃足阳明胃及手阳明大肠的合称，并注曰：“谓胃及大肠俱热结也，肠胃脏热，则喜消水谷。”“结”者，乃燥热郁结。故“二阳结，谓之消”亦即是邪气郁结于手足阳明二经，使胃肠俱热，耗伤津液，以致于“消”，故“消”者，是内热灼津的病机。又《素问·脉要精微论》：“风成为寒热，瘠成为消中”，此处就有消烁精气的

意思。因此，无论“消”是指消瘦或渴甚的症状，其根结都是归于内热消灼、精气虚少的病机，两者的关系密切牵系。

至于“渴”，《内经》中所提及多是指由热而导致的症状。《素问·刺热论》：“肾热病者，先腰痛胫酸，苦渴数饮，身热”；《素问·举痛论》：“热气留于小肠，肠中痛，瘵热焦渴”；《素问·痿论》：“脾气热，则胃干而渴，肌肉不仁，发为肉痿。”

由此可见，“消渴”的含义包括①善消水谷而善饥多饮，②消灼津液而致津液失养，阴不胜阳，火热内生，③肌肤消瘦。简而言之，消渴，乃是指胃肠结热、津液消耗以致渴饮、善食易饥，消瘦之意。其特征是因“渴”而“消”。

汉以前对消渴与消渴病并未明确界定，“消渴”一词，既是口渴欲饮水，亦有水自内而消的症状，又指口干、口渴欲饮水、小便频数的病证名称。《诸病源候论》将消渴的临床表现归纳为八候，明确指出“夫消渴者，渴不止，小便多是也”。这里消渴均指症状，同时伴有热象，因邪热灼津，津伤较甚，所以欲饮水以自救而有大渴引饮的表现，可见此消渴为“消渴症”，而非现代包括糖尿病在内的“消渴病”。此种渴甚多饮的消渴症，当然可见于糖尿病，此外还可见于尿崩症、甲亢、精神性多饮多尿、醛固酮增多症及发热性疾病所致的脱水。因此，后世医家才有广义消渴与狭义消渴之分，狭义消渴指消渴病。消渴则指以大渴引饮为主要表现的疾病。^[11]

3. 与消渴相关的疾病

此外，《内经》中提到与消渴相关或相类似的疾病名尚有“消瘵”、“肺消”、“鬲消”、“肾热病”、“漏风”、“风消”、“消中”、“食亦”等不同的病名，散见各处篇章。有些从症状立，有些从病机立，不一而是，所指内涵亦不尽

相同，略述如下：

(一) 消瘴 《内经》中论及消瘴的病证者，有：

*《灵枢·五变》：“黄帝问于少俞曰：余闻百疾之始期也，必生于风雨寒暑，循毫毛而入腠理，或复还，或留止，或为风肿汉出，或为消瘴，或为寒热，或为留痹，或为积聚，奇邪淫溢，不可胜数。”

*《灵枢·五变》：“黄帝曰：人之善病消瘴者，何以候之？少俞答曰：五脏皆柔弱，善病消瘴。”

*《灵枢·五变》：“黄帝曰：何以候柔弱之与刚强？少俞答曰：此人薄皮肤，而目坚固以深者，长衡直扬，其心刚，刚则多怒，怒则气上逆，胸中畜积，血气逆留，髀皮充肌，血脉不行，转而为热，热则消肌肤，故为消瘴。此言其人暴刚而肌肉弱者也。”

*《素问·通评虚实篇》：“消瘴虚实何如？……脉实大，病久可治；脉悬小坚，病久不可治疗。”

从字面解释，消的含义就有如上述所指的“消疾”，如《淮南子·说山》所云：“嫁女于病消者，夫死则后难复出也。”而瘴字，也即是上述的“热症”之意。杨上善《太素卷第十五》注：“瘴，热也，内热消瘦，故曰消瘴。”张介宾《类经十六卷》注：“消瘴者，三消之总称，谓内热消中而肌肤消瘦也。”从上述《内经》经文分析，消瘴泛指五脏柔弱、内热消灼的病证。所谓“五脏柔弱”、“五脏之脉微小”，都标示出五脏的精血虚衰、津液亏乏，张志聪《灵枢集注》解释说：“盖五脏主藏精者也，五脏皆柔弱，则津液竭而善病消瘴矣。”由此可见，消瘴的病因病机乃是脏腑柔弱，气机刚强，内热消烁；而其症状的描述也颇为详细，包括了下述的特征：

*“此人薄皮肤，而目坚固以深者，长衡直扬”：意指此人皮肤薄，肌肉不坚实，而且眼睛坚硬，活动不灵活并突起，横眉瞪目，

直视露光。

*“其心刚，刚则多怒”：性情暴躁，刚强多怒。

*“怒则气上逆，胸中畜积，血气逆留，髀皮充肌”：怒则气逆，以致胸中不舒，皮肤充血。

*“血脉不行，转而为热”：血脉不流畅，就郁而发热。

*“热则消肌肤”：积热就使肌肉消损，机体消瘦痿弱。

这些症状的描述与现代医学的突眼性甲状腺机能亢进症的临床表现极其相似。故消瘴与消渴或现今所论及的消渴病(糖尿病)是截然不同的病症。^[12]

(二)《内经》中述及的“肺消”、“鬲消”、“消中”、“食亦”、“肾热病”、“漏风”、“风消”等病名。其中“肺消”、“鬲消”、“食亦”都是与五脏六腑的寒热转移相关。《素问·气厥论》：“黄帝问曰：五脏六腑寒热相移者何？歧伯曰：……心移寒于肺，肺消，肺消者，饮一溲二，死不治……心移热于肺，传为鬲消……大肠移热于胃，善食而瘦入，谓之食亦。胃移热于胆，亦曰食亦。”

“肺消”的症状特征是“饮一溲二”，《医学纲目·消瘴门》对“饮一溲二”的解释是“肺藏气，肺无病则气能管摄津液之精微，而津液之精微者收养筋骨血脉，余者为溲。肺病则津液无气管摄，而精微者亦随溲下，故饮一溲二。”这与现代西医所说的糖尿病患者尿量特多的症状相类似，可能是肾小管的功能低下，预后不良，可致命。

“鬲消”乃“心移热于肺”。鬲通膈，乃横膈膜，腹腔与胸腔之间的肌肉膜^[13]。《灵枢·经脉》述及肺手太阴之脉与大肠手阳明之脉都有“上膈属肺”，“下膈属大肠”的说法，换言之，“鬲”相当于上焦部位。《内经》时代，没有“三消”的概念。至宋《太平圣惠方三消论》才明确提出：“夫三消者，一名消渴，二名消中，三

名消肾，一则饮水多而小便少者，消渴也；二则吃食多而饮水少，小便少而赤黄者，消中也；二则饮水随饮便下，小便味甘而白浊，腰腿消瘦者，消肾也。”奠定了后世论治消渴病，以上、中、下三消分治，责之于肺燥、胃热、肾虚为辨证论治的基础。张介宾《类经》注：“鬲消者，鬲上焦烦，饮水多善消也。”现今中医内科学教科书论及上消的病机就是：“肺主气，为水之上源，敷布津液，肺受燥热所伤，以致津液不能敷布而趋下行，随小便而出，故尿频，肺不布津则口渴多饮。”^[4]故“鬲消”可算是相当于现今消渴病证治分类中的“上消”。

至于“消中”，《素问·脉要精微论》云：“瘵成为消中。”《素问·腹中论》云：“夫子数言热中消中，不可服高粱芳草石药，石药发瘵(通癎)，芳草发狂。夫热中消中者，皆富贵人也。”由此可见，“消中”病机仍是因“瘵”而起，瘵者，热也。而且此乃“富贵人”的病，不可服用“高粱芳草石药”，以防病变发癎、发狂。王冰注云：“消中之证善食而瘦。”后人三消论治，以此证为中消之证。

而“食亦”乃是出之于《素问·气厥论》：“大肠移热于胃，善食而瘦，谓之食亦；胃移热于胆，亦曰食亦。”其病机乃燥热伤及中焦的肠胃、胆腑，以致出现善食而瘦的症状。王冰注曰：“食亦者，谓食入移易而过，不生肌肤也。亦，易也。”张介宾注曰：“虽食亦病而瘦，所以谓之食亦。”丹波元简注曰：“亦，易也，即玻易、痞易、狂易之易；虽善食而不肥，与平常变易，故曰食亦。”又《圣济总录卷四十七》曰：“病名食亦，言虽能食，亦若饥也。”后世学者从文字学的角度考证，认为“食亦”中的“亦”字，本读为“夜(ye)”者，故“食亦”之意乃但见其食，不见生肉者，即以所食若冥、所食若匿的“食夜”名之，也就是指多食而瘦，也是与后人所述之“中消”意同。^[15]

《素问·风论》中论及“漏风”云：“饮

酒中风，则为漏风，漏风之状，或多汗，常不可单衣，食则汗出，甚则身汗，喘息恶风，衣常濡，口干善渴，不能劳事。”明显地，这是由于饮酒而引发的病证，张介宾注：“酒性温散，善开玄府，酒后中风，汗漏不止，故曰漏风。”酒性温散，其气剽悍，饮酒过多，腠理开，即汗出不止；其性辛热，易化燥伤阴，以致津液不足，故“口干善渴”，类似上消症状，然而，和消渴病的含义不尽相同。

“风消”是指“二阳之病发心脾，有不得隐曲，女子不月，其传为风消，二阳结谓之消。”(《素问·阴阳别论》)这也是指肌肉日渐瘦削的病证。王冰注曰：“二阳，谓阳明大肠及胃之脉也，夫肠胃发病，心脾受之，心受之则血不流，脾受之则味不化”，并认为“胃病深久，传入于脾，故为风热以消削”。此风为内之肝风，喻相火妄动，消烁津液而发为消渴之谓也。其意与消渴病也不相同。

至于肾热病，乃是“肾热病者，先腰痛骨行(通胫，脚胫)酸，苦渴数饮，身热，热争则项痛而强，骨行寒且酸，足下热，不欲言。”(《素问·刺热篇》)。论及的是由热而导致的症状“腰痛骨行酸”、“苦渴数饮”、“身热”、“项痛而强”、“足下热”等。严格地说，也不是属于现今所论述的消渴病。

4. 总结

由此可见，《内经》从症状归纳总结，提到的和消渴相关的诸多病名，大多在症状上具有典型糖尿病的部分临床表现。对于消渴一类病证的病因、病机有一定的认识，以五脏衰弱、过食肥甘、情志失调等为病因，其病机就是内热中结，故生“消”、“渴”，论治侧重于病在中上焦。其中论及“脾瘵”的病因和病机，与现代所称的“糖尿病前期”也颇为相类。然而，实质上，这些病证也不完全可以等同于现代所述的糖尿病。如《内经》中提

及的“消瘴”、“漏风”、“风消”、“肾热病”等，虽有“消”与“渴”的特征，但其涉及疾病的范围可能包括了其他的热病、甲状腺功能亢进、尿崩症等，并不局限于糖尿病的范畴。

总之，《内经》“消渴”一词，点出了此病证的特征“消”与“渴”。其涉及疾病的范围并不仅限于糖尿病，也可能包括甲状腺功能亢进和尿崩症。中医临证都是根据“消渴”的症状辨证论治，其临床的症状与糖尿病的典型症状表现可以说是一致的。然而，现代糖尿病患者有不少乃是肥胖者，或没有“三多一少”的典型症状，换言之，即是没有明显的“消渴”症状，因此“消渴”和“糖尿病”之间既有交叉也有区别，所以，“消渴”不能和糖尿病画上等号。现代医学把糖尿病分成“肥胖型”和“非肥胖型”，仝小林《糖尿病中医防治指南解读》指出中医也需要分别肥胖和消瘦(非肥胖)型，这是现代糖尿病和古代消渴之间关键区别。因为现代糖尿病患也可能由于服用降糖西药的缘故，虽患病多年，仍然肥胖。而古代患者则不然，无论发病时体形多么肥胖，“三多”之后必然发展为“一少”的消瘦。因此治疗方面，须有所区别。

参考资料：

- [1] 赵昱、周丽波、董柳 等《〈黄帝内经〉消渴相关病名考辨》[J]，《中国中医基础医学杂志》，2007 (13 / 8)：573-575。
- [2] 周仲英主编《中医内科学》[M]，北京，中国中医药出版社，2003：427。
- [3] 仝小林主编《糖尿病中医防治指南解读》[M]，北京，中国中医药出版社，2009 (8)：20。
- [4] 陈复华主编《古代汉语词典》，[Z] 北京，商务印书馆出版，1998(12):288。
- [5] 赵昱、周丽波、董柳 等《〈黄帝内经〉消渴相关病名考辨》[J]，《中国中医基础医学杂志》，2007 (13 / 8)：573-575。
- [6] 同上。
- [7] 陈复华主编《古代汉语词典》，[Z] 北京，商务印书馆出版，1998(12):1718。
- [8] 同上：875。
- [9] 网站：“国学智慧·字数”[Z]<http://www.wenxue360.com/archives/2660.html>。
- [10] 网站：“国学智慧·字数”[Z]<http://www.wenxue360.com/archives/2848.html>。

- [11] 赵昱、周丽波、董柳 等《〈黄帝内经〉消渴相关病名考辨》[J]，《中国中医基础医学杂志》，2007 (13 / 8)：573-575。
- [12] 同上。
- [13] 陈复华主编《古代汉语词典》，[Z] 北京，商务印书馆出版，1998(12):967。
- [14] 周仲英主编《中医内科学》[M]，北京，中国中医药出版社，2003：428。
- [15] 赵昱、周丽波、董柳 等《〈黄帝内经〉消渴相关病名考辨》[J]，《中国中医基础医学杂志》，2007 (13 / 8)：573-575。

力主易“中华施诊所” 为“中华医院”的 应锡祺

新加坡·林 英

应锡祺医师(1895-1954)，原籍福建峡阳；乃中国南京市政府考取医师，执歧黄业，曾任吉隆坡公立医院医师，日占时期，医师迁至星洲，创立仁爱医院於牛车水，大坡大马路海山街口198号；分院中峇鲁律18号，统治内外妇儿科，尤精痔科，1941治愈曾任新加坡领事的施绍曾先生痔疾，获施先生题赠“痔科圣手”。应医师的仁爱医院兼传授痔科妇儿科，备有章程任索，也提供由女医应新姬(曾任新加坡中医公会干事、理事等职务)主理的西法接生。

应医师宗耶渔教。弱冠出任牧师，1923年任星洲中国耶稣教自立会牧师兼长学校之职，教义文化咸多阐发。

医师曾於婆罗州古晋发起创立华商商会(古晋中华工商总会前身)，1930闽北华侨总会(古晋福州公会前身)及创设日新报。

1951年中华施诊所在筹创时期，会内委员带头献捐，当届常务监事长应医师一下笔即一千剂，(即五百元)作为首倡，(当年每剂药以五毫钱计，当时病人系於诊病后至指定药店配药)。

1956年中医公会发动筹建会所，当时应医师极力主张，将来迁入新会所时

易“中华施诊所”之名为“中华医院”，以符义疗发展之实；然会中主要负责人咸认此议未免有“夸张”之嫌，乃极力反对，后因应医师据理力争，坚持主张，最终得会议通过，当年应医师捐献之举及此易名议决对中华医院之发展具有深远影响。

1952年中医节当日“中华施诊所”正式开诊，应锡祺医师为第一届中华施诊所副主任之一兼内科义务医师。

历任中医公会监察委员、中医专门学校教职及中华施诊所医席等职，四十余年来足迹遍及中国国内外。平日趋事赴公，不辞劳苦。



应锡祺医师

参考文献

- [1] 大巴窰中华医院落成纪念特刊
- [2] 南洋商报1924/8/8 P16 - 1950/3/16 P2 - 1952/5/27 P2

第六届国际经方班(台北) 兼国医张步桃纪念研讨会

新加坡·陈昆宁

2016年7月3--4日出席在台北福华国际文教会馆2楼卓越堂为期两天由广东省中医药学会，广州中医药大学第一附属医院，台北财团法人张仲景文教基金会及台北市中医师公会主办，第六届国际经方班（台北）兼国医张步桃纪念研讨会，此次负责主讲的有来自中国、香港、台湾、新加坡及马来西亚的11位教授。

此次的主题为“弘扬仲景思想，嘉惠世人健康。”

2016年7月3日（星期日）第一天。

来自中国、马来西亚、新加坡、香港及台湾约500位中医师齐集在会场，在经方学术交流开始前，通过视频回顾国医张步桃的一生，后大家静默静思国医张步桃1分钟，仪式结束后于8.45am经方学术交流执行主席李赛美教授宣布第六届国际经方班（台北）正式开始。

经方对现代疾病的治疗

第1位主讲者为台北市中医师公会名誉理事长陈旺全教授，陈教授也是义守大学学士后中医系教授。

演讲题目为：“经方对现代疾病的治疗。”

中医学渊源甚古，汉代张仲景集医学之大成，著有伤寒与金匱，为世人健康做出大贡献，而现今疾病多而繁杂，在西医治病中，融合仲景用药精与用药少之论，发挥中医临床特色，弘扬仲景思想，为民族保健做贡献。

陈教授接着介绍9方张仲景的伤寒及金匱代表方，一一介绍：

这9张方有：三黄泻心汤、甘草附子汤、甘麦大枣汤、炙甘草汤、桂枝茯苓丸、茵陈蒿汤、排脓散、黄芩汤及续命汤。方的特色是用

药精少，由三味药到九味药，就能很好的以经方来治疗现代疾病，这九张方通过中医辨证，对现代病如脑溢血，关节炎，神经衰弱症，心悸，高血压，子宫癌，月经异常，更年期综合征，急性肝炎，淋巴腺炎，皮下脓疡，急性肠炎，半身不遂等有明显的疗效。



陈教授很详细的介绍每张方的组成, 用药特点及治疗效果, 最后陈教授得出对经方用于现代疾病治疗的结论: 现代科学发达, 医学亦随之进步, 西医学学术精进, 为世人所重, 中医源远流长, 为国人所宗, 掌握经方化裁, 结合具体病情, 疾病治愈之效果, 揭发了经方学术之精微。

中医态靶结合辨治高血压的经验

第二位主讲者是中国首席科学家及北京中医药大学教授博士生导师全小林教授。

讲题是: “中医态靶结合辨治高血压的经验。”

全教授针对现代医学尚无法使代谢综合症整体瓦解的难题, 以中医整体观为指导, 系统提出代综“膏浊”理论, 创建“通腑泄浊”的治疗方药。

他提出, 有80%的高血压者均有不同形式的代谢异常, 如何即降压又控制代谢异常, 减少并发症, 这是治疗面临的难题。

中医通过调“态”来治疗疾病, 中医治疗是以宏观入手, 改善疾病发生的环境, 调整疾病偏态, 使体内自我修复能力得以充分发挥。单纯调态在临床指标上存在靶向不足。

全教授提出: 传统中医一般简单把高血压与头痛及眩晕挂钩, 简单辨证分型。容易导致对高血压的病因, 发展规律, 结局及各阶段的核心病机缺乏深刻认识, 导致治疗的靶向性不足。

全教授建议参照西医的疾病框架, 按照中医的思维, 重新审视疾病的全过程, 重新对疾病进行分期, 抓住每个时期的“态”的核心病机, 重新确立主要症候, 治法, 处方, 包括靶方靶药。

全教授说明高血压的发展态势有三个层次:

早期病在气血, 脉挛急, 治应调和气血。

中期病在脉络, 脉僵硬, 治应软脉活血。

晚期脏损病(心, 脑(肾)), 脉闭损, 治应掘脉化瘀。

又提出高血压之四焦辨治:

顶焦刚柔辨证: 情志之刚影响血压, 则须调理情志即缓。

经络之刚影响血压, 调理肌肉筋膜即缓。

上焦气血辨证(早期): 调和气血, 方以丹参饮。

中焦升降辨证(高血压期): 软脉活血, 方以桃红四物汤加地龙, 水蛭。

下焦阴阳辨证(并发症期): 掘脉化瘀, 方以大黄蛰虫丸。

全教授以“大黄黄连泻心汤”为基础方加减的关于代谢综合症系类临床研究, 提出造成代谢综合症的膏浊理论。而造成代谢综合症的疾病有: 中风, 高尿酸血症, 冠心病, 糖尿病, 高血压及血脂紊乱。导因是过食肥甘厚味, 少动, 情志失调, 遗传倾向等所致。基于土壅态是代谢综合症核心病机, 膏浊为代谢综合症关键致病因素, 所以用具有清泻中焦热结作用的大黄黄连泻心汤为基础方加减做为临床研究。对122例肥胖2型糖尿病患者, 240例高血压患者及140例肥胖患者做研究, 得出的结果都有疗效及临床安全性。

接着全教授再谈态靶结合高血压临床辨治要点, 解出临床高血压病因有: 革, 涝, 旱, 塞, 肥, 痰, 火, 寒, 虚及瘀。提出态靶结合, 来提高治疗的靶向性, 在调态基础上, 这样态靶同调的药物, 来提高临床疗效。并提出对态靶结合选药原则:

态靶同调是首选, 态靶气异佐药监, 平性靶药直接加, 靶方靶药两合参。

在临床的诊察要点: 察脉。察体型及察指标, 并提出常用的态靶结合降压对药。最后列出8个病例说明态靶结合降压药所取的疗效, 这8病例有: 清热化痰降压, 解肌降压, 清肝降压。清肝利水降压, 活血利水降压, 温阳利水降压及利水降压。

全教授最后的结语是:

当今社会面对多因。疑难，复杂疾病，中医在整体观指导下的“调态”治疗，为这些疾病的治疗提供了一种更好的策略。

而针对中医治疗靶向性不足这一问题，我们提出的调态理论与基于现代药理研究成果相结合的“态靶结合”理论。将有助于中医临床辨治体系的发展和完善，为临床注入新的活力。

学经典救病患浅谈

第三位主讲者来自香港浸信会大学协理副校长，中医药学院讲座教授卞兆祥。

讲题是：“学经典救病患浅谈。”

卞教授说：经典是中医临床的基石，如何将丰富的经典变成临床上解决实际问题的利器？卞教授提出重要的两点：

一是读透经典。

二是活用经典。

通过这两点在临床实践中，再根据病人具体情况，将经典变成解决临床问题的指南及其实用手段，可提高临床疗效，并在这基础上创新治法，造福病黎。

接着卞教授借这次的学术交流，提出6个案例与同道们分享。

1，半夏泻心汤案：治疗脾胃虚寒，呕吐清水案。

2，五苓散案：以五苓散治疗小便不利的系列应用。

3，炙甘草汤案：治疗心悸，不自主半身抽搐，虚风内动。

4，大承气汤加减案：治疗高热神昏急救案。

5，枳实导滞丸案：治疗克隆氏病手术后反复梗阻案。

6，麻子仁丸案及其系列研究：包括现代研究方案及现代应用。

卞教授的结语是：

经典是中医理论体系的核心。核心是中

医认识觉醒基础上的理论构建与临床实践，是理论与实践之间的互动。如何将从实践到理论的升华与理论对实践的指导双向通道变得畅通无阻，而且准确无误，是历代临床医家的永恒课题。

经典，之所以成为经典，是先贤的经验总结，是临床实践的指南，并蕴含了丰富的理论价值，被历代所检验，说明其临床的实用性及其对临床实践的指导性，由此，也构成了诸多临床大家指导临床实践的理论基石。

从阴阳穴经论治糖尿病

第四位个主讲者来自广州中医药大学博士生导师教授医学博士，第一临床医学院糖尿病研究所所长主任医师朱章志教授。

讲题是：“从阴阳穴经论治糖尿病。”

朱教授：糖尿病是一种严重危害人类健康和生存质量的疾病，发病率日益升高，糖尿病对应传统医学中的“消渴病”。

有关其病因病机主要是当今之人，不知顺应养生，起居无常，酗酒无度，烦劳紧张，熬夜作乐。不避风寒以护肺卫阳气，禁生冷以护脾胃气，节喜怒以护心阳，谨房帏以护肾阳，畅情志以抒肝阳，导致阳气不得潜藏，久则阳气戕伐而致消渴病起。

消渴病早期主症为多饮，多食，多尿，神疲乏力，大便时秘时溏，失眠。而伤寒论推崇“思求经旨，以演其所知”，《伤寒论》乃《伤寒论》，在此的“寒”乃太阳寒水之“寒”，不是简单的外感寒邪，而是包括外感寒邪所致之一切疾病。

“扶阳气”乃“伤寒论”主要学术思想并贯穿如终。由于“伤寒论”推崇“思求经旨”融理，法，方，药于一炉，其为百病立法，非独为“伤寒”而设。

我们提倡“中医经典回归临床”，经过30年的经验积累及不断发展，逐渐总结出：“首辨阴阳，再辨六经”来指导糖尿病的治疗。

对辨治原则与步骤，应首辨阴阳，再辨六经，后分经腑，表里，寒热，虚实及标本。

朱教授提出：阳证属年龄较轻者；阴证属年龄较大者。

而阳证有：

1，阳明肺胃热盛，兼气阴两伤证。

治法：清热益气，养阴生津。

处方：白虎汤加人参汤。

2，瘀热互结，兼气阴两伤证。

治法：益气养阴，活血通腑。

处方：加味桃核承气汤。

3，少阳失枢，胆火内郁证。

治法：和解少阳。

处方：小柴胡汤。

而阴证有：

1，太阴，阳虚寒证。

治法：温中散寒，健脾燥湿。

处方：理中丸合吴茱萸汤加减。

2，少阴阳虚寒证。

治法：温补元阳，散寒除湿。

处方：四逆汤合附子汤。

3，厥阴经脏虚寒证。

治法：暖肝祛寒，温经通络。

处方：吴茱萸汤合当归四逆汤。

而阴阳寒热错杂有：

1，中焦寒热错杂证。

治法：和中降逆消痞。

处方：半夏泻心汤。

2，正虚阳郁，上热下寒证。

治法：发越郁阳，兼清上温下，滋阴和阳。

处方：麻黄升麻汤。

朱教授最后谈对中医对治疗消渴病的评价体系，朱教授认为中医应该建立具有中医特色的疗效评价体系，即以评价“形，神，纳，眠，便”改善情况为主要评价指标，结合现代相关医学指标的综合评价体系。

脾胃用方临证思路探讨

第五位主讲者来自中国重庆市北碚区中医医院的万鹏主任医师。

讲题是：“脾胃用方临证思路探讨。”

万鹏主任医师首先先介绍自己，他在2003年在北京中日友好医院进修心脏内科，后在北碚区中医院急救科工作，2008年师从傅灿璧主任医师，2012年师从郭子光国医大师，到2013年又师从李赛美伤寒大师，对自己由西医到中西医结合，最后转到成为中医，自认是大杂烩医生。

他的感悟是：“中医人才成长有其自身特点。”

接着他开始进入讲题，先分析中西医的不同思维辨析，再简要谈中西医眼里是不同认知的人。

对治疗脾胃病方面，提出脾胃病常见方可分为“

经方类：如半夏泻心汤，理中汤，承气汤，乌梅汤，小柴胡汤，大建中汤等。

时方类：如补中益气汤，归脾汤，温胆汤，三仁汤，保和丸，参苓白术散等。

万鹏主任医师认为脾胃为万病之源，如《景岳全书》有说：“脾胃有病，自宜治脾胃；脾为土脏，灌溉四旁，是以五脏中皆有脾气，而脾胃中亦皆有五脏之气，此其互为相使，有可分而不可分者在焉；故善治脾胃者，能调五脏即所以治脾胃也。”

脾胃是全身最大的免疫排毒系统，元气充足主要是脾胃的滋养，若脾胃弱，元气肯定得不到滋养而充足。所以脾胃病核心病机，主要有：气机升降失调；寒热错杂；湿热交蒸；伏邪进出及神机气乱。

脾胃病病机还有外延的：有全身枢纽疾病；心系疾病；儿科疾病；肺系疾病；妇女疾病及伏邪疾病。

最后万鹏主任医师提出3个病案与大家共

享,这三个病案有:

- 1, 萎缩性胃炎伴肠上皮化生。
- 2, 反复发作经前期脓疱疮。
- 3, 经期吐泻。

中医深针睛明穴在 眼科疑难重症的临床实效

第六位主讲者来自马来西亚中医学院院长,马来西亚中医总会名誉会长兼特别顾问谢奇医师。

讲题是:“中医深针睛明穴在眼科疑难重症的临床实效。”

谢医师提出中西医眼科治疗各有长处,也有不足之处,应互相学习,取长补短,唯有中西医结合治疗方法最为优势。谢医师多年临床研究针刺治疗眼疾都取得非常好效果。在临床治疗眼疾如:青光眼、视网膜静/动脉阻塞、糖尿病视网膜病变、视网膜血管出血、原发性视网膜色素变性、年龄相关性黄斑病变、隐性黄斑营养不良、白内障、葡萄膜炎(无免疫性疾病)、眼角膜变形、眼内不明原因痛/睫症、镭射后遗症、弱视、中毒性/细菌性感染眼盲、懒惰眼、干眼症、眼疲劳、流眼泪、飞蚊症、近视散光等内眼疾病都取到不错疗效。

谢医师介绍各种眼疾的病案,同时在会场播放为眼疾病人做针刺的视频。

提出他在临床深刺睛明穴的治疗眼疾的疗效,睛明穴虽是个危穴,提出6点供大家参考与牢记:

- 1, 眼专科医者应该具备胆大心细的条件。
 - 2, 医者与病患者一定要二神合一。
 - 3, 改变患者的心态最为重要。
 - 4, 病患者在治疗时,配合气功效果显著。
 - 5, 眼疾取得好效果,关键是针刺手法。
 - 6, 针刺睛明穴以85°向外最为适宜。
- 最后谢医师提出操作方法:应嘱患者闭

目,定位后,医者以左手轻推眼球向外侧固定,右手持针,缓慢垂直进针6分--9分时,针尖向外85度,再直刺1.3--1.5寸。进针后,不作捻转,提插,但要找到感应点,感应点反应有剧烈的,也有不剧烈的。感觉是胀痛或有触电感。病患者有时针感传至整个眼睛,或传到后脑,患者有感应后立即慢慢提针绝不可太快提出,或留针15分钟。

2016年7月4日(星期一)第二天。

今天是第二天经方班交流,也是最后一天。

自律神经失调的经方临床应用

第一位主讲者来自台湾中国医药大学教授赖荣年教授。赖教授也是中国医药大学附属医院中西医结合科主治医师及台湾中医家庭医学学会理事长。

讲题是:“自律神经失调的经方临床应用。”

赖教授认为自律神经有70%来自眼睛,自律神经有:

交感神经系统:在中医学里属阳。

副交感神经系统:在中医学里属阴。

在中医古籍里指出不同情绪的变化,会产生九种气机紊乱的行为,而这所谓“气的紊乱”,应该是指自律神经系统电位脉冲转送的紊乱,及神经末梢转导物质分泌与释放的紊乱。就如日本脑解剖学家时利彦曾说:“自律神经活动的基础在于副交感神经,交感神经的功能不如说是重音的角色。”这说法在中医学里即是“阳常有余,阴常不足。”

而人类的身体有一套包含著交感、副交感神经的自律神经系统,这系统收集人类处的各方资料,输入大脑做分析,再经过自律神经系统发出命令,让人体做各种动作。

赖教授提出几张方,在治疗现代医学的自律神经系统毛病,有:

- 1, 小青龙汤:因自律神经失调而身体内

过多的热量，通过服小青龙汤能消耗体内各种液体及精华液。

2，甘草干姜汤：治疗慢性咳嗽，心悸，通过干姜强化体内水的代谢，使水波及肺系统得到改善。

3，桂苓五味甘草汤：治疗因心脏无力，不能将血液充分循环到四肢，造成四肢手足冰冷及麻痹。

4，茯苓味甘汤：治疗更年期妇女疾病。

5，四逆散：治疗自律神经失调病患有关胃症状的重要核心药。

6，柴胡疏肝散：自律神经失调而比较容易紧张的病患。

7，小柴胡汤：治疗自律神经失调而出现胸胁苦满，不思饮食，喜呕者。

8，大柴胡汤：治疗因自律神经失调而手足冰冷合并便秘症状病患。

9，半夏泻心汤：当自律神经失调病患有关呕，恶心，胃脘不舒者。

10，加味逍遥散：可以用来替代荷尔蒙的好药，也可治愈皮肤的湿疹及痒疹。

11，酸枣仁汤：治疗自律神经失调的胸闷，神经衰弱，心悸，惊悸，失眠多梦。

12，温胆汤：与酸枣仁汤一样治疗虚烦不眠，但温胆汤有和胃豁痰，破气开郁的作用。

张步桃教授的经方学术思想运用于骨科经验分享

第二位主讲者为来自新加坡擅治骨伤科的陈美娥博士。

讲题是：张步桃教授的经方学术思想运用于骨科经验分享。

陈博士开始先几句缅怀国医张步桃：“敬爱的张步桃教授，您在宇宙的另一方，可好吗？您完成了世上的使命回返自然的怀抱，用更无阻隔的方式与我们在一起。”

接着陈教授正式她的讲题：张步桃教授以广传医圣张仲景学说为重要的任务，帮助我们

更进一步认识仲景学说。张步桃教授在临床上提倡简单，方便，价廉而有效的治疗方法。张教授提倡方证相应，活用经方。

方证相应是经方长期临床以方证治病过程中产生的愈病理念；“方”一般指张仲景在《伤寒论》，《金匱要略》里的经方；“证”指患者症状与体征证据，而“证”又有“主症”，“兼证”，“类证”之分。

陈教授谈出她在临床治疗骨伤科时利用经方来治疗的临床心得：

1，葛根汤：治疗僵直性脊椎炎，椎间盘突出，背痛。

2，桂枝加附子汤：治疗间隔区综合症。

3，四逆汤与龟鹿二仙汤加减：治疗骨质疏松症。

4，当归四逆汤：治疗四肢僵硬疼痛。

5，芍药甘草汤：治疗弹响指。

6，白虎汤：治疗痛风发作。

7，小柴胡汤：治疗肌筋膜炎，胸肋疼痛。

8，五苓散：治疗骨折后之水肿。

陈博士还提出四个不同性质的骨伤科病案，以经方为指导治愈。

最后陈博士以运用经方在骨伤科的临床体会结论：骨伤科用药多为活血化瘀，舒筋活络及强筋壮骨，掌握经方来灵活运用，内外调理，才能做到最理想的效果。在整体观念理论指导，配合舌脉，运用经方辨证论治，必能取到事半功倍之效。

脊椎健康无人病——外经和·内经顺

第三位主讲者来自上海少儿脊椎病研究中心的主任医师张芎。

张芎主任医师的讲题：脊椎健康无人病——外经和·内经顺。

张主任医师先谈追根溯源探“中医”，古代中医理论认为：人体阴阳平衡才不会生病，

阴阳如失去平衡，则疾病必来，所以古代医家有句话说：“持中守一而医百病”。所以“致中和”乃中医最高境界。

张主任医师提出为何古代医师几副药就能治好病？而现今的医师临床治病总不尽人意？这些问题现今医师应先明白最早之中医经典《黄帝内经》为后世中医学理论奠定深远的影响，可说是千年来中医的“大纲”。

所谓外经不通则内经不顺；而为何内经会不通？内经又由何来？凡事皆有源头，有内必有外，如何让内经通而达到“致中和”之本？就要谈内经的源头——外经(脊柱)，而外经(脊柱)的形成是精子与卵子结合后形成一条如毛毛虫，这条毛毛虫即是中医强调的“先天之本”，随着脊柱成长，慢慢长出神经，大脑，内脏及四肢等等。

而脊椎共有31对神经与器官脏腑联系，传导大脑的指令，来调节阴阳的平衡。

外经(脊椎)不通，能导致的疾病有：

1，与少儿疾病有关的有：脑瘫，少儿近视眼，过敏性鼻炎。

2，与心脑血管疾病有关的有：心梗，脑梗。

3，与妇科疾病有关的有：乳腺癌，子宫内膜异位，不孕不育症。

4，与消化系统疾病有关的有：便秘，胃酸倒流，慢性咽喉炎。

张主任医师结束讲题后，有数位颈椎有问题的同道上台，由张主任医师亲自用手法纠正示范给大家观摩。

新加坡经典学习概况及 经方临床应用举例

第四位主讲者来自新加坡中医学研究院院长及新加坡中医药促进会会长的陈秀蒙硕士。

陈医师的讲题是：新加坡经典学习概况及经方临床应用举例。

陈硕士先大略介绍新加坡社会的状况及中

医在新加坡的一般情况。提到学习经方开始于2003年刘力红教授的中医哲学思考著作《思考中医》才引起新加坡中医界开始对经典学习的关注；到2009年台湾国医张步桃教授到新加坡来讲座，才真正激励中医师们学习经方的热潮，令中医经典教育及经方的临床应用出现崭新局面。

陈硕士介绍他在临床上应用经方治疗疾病的体会，陈硕士以两个病案为例子。在结束前陈硕士的用经方体会是：在治疗病患时，要针对患者的体症，而不能说见咳治咳，应须整体分析，总结方案，疗效才显而易见。

《伤寒论》与肿瘤防治

今天最后一个负责讲座的是广州中医药大学教授，国家中医药管理局伤寒论学科带头人李赛美教授。

李赛美教授的讲题是：《伤寒论》与肿瘤防治。

李教授的讲题分三部分：

1，验案两则

2，《伤寒论》与肿瘤防治

3，名家经验欣赏

李教授先提出仲景在治疗大法里，开启了治疗肿瘤的思路。在这些治疗大法里有：

1，清法：如白虎汤治疗癌瘤里热炽盛。

大黄牡丹汤或白头翁汤治疗肠癌成痼所致的热毒郁结。

2，消法：大黄蟅虫丸治疗肝癌结块所致的“内有干血”。

大半夏汤治疗食管癌，胃癌所致的痰结中焦，胃虚上逆。

3，补法：黄芪建中汤或薯蓣丸治疗癌症晚期，正不胜邪所致的“虚劳里急，诸不足”。

对于利用经方治疗肿瘤皆能获缓解或延长生存期的功效，而且这些治疗的宝贵经验，充实发展了中医肿瘤学术体系。

接着李教授举例2个利用经方治疗肿瘤的病案：

案1为67岁男性病人，2015年4月15日初诊发现左肺占位病变4年余，体重下降7.5kg。经李教授诊断，以经方为指导，服17剂中药后，体重在65kg，CEA(癌胚抗原)及Cyfra21-1(细胞角蛋白19片段)皆有上升。再经辨证治疗，服另17剂中药后，病人已带药回家，患者一般状况良好，无明显不适。

案2为66岁男性，2014年1月发现肝部有肿块，2015年1月胃镜下活检提示中等分化腺癌，全身CT提示胃癌，肝，肺转移。2015年6月24日到李教授门诊接受中药治疗，经12剂中药调理及8次化疗后局部病灶缩小80%，再经21剂中药治疗后，病人胃纳增加，胃镜检查，8个点活检未发现病灶典型增生，无肿瘤细胞肝CA缩小1cm，再服中药45剂，即2016年1月27日第10次门诊诸症基本改善，但仍有腹胀，无胃痛，续再配15剂中药继续治疗。

李教授介绍两个病案后，接着谈《伤寒论》与肿瘤防治。有两个要点：

1，经方临床的运用：徐灵胎对《伤寒杂病论》做出高度的评价，仲景治疗大法，开启治疗肿瘤的思路，提出许多经方在治疗肿瘤方面的疗效。

2，《伤寒论》治疗核心理念是：

- ① “扶阳气，存津液，保胃气”。
- ② 太阳病“脏结”启发——“阳虚寒凝”。
- ③ 三物白散——攻邪方治疗肿瘤开发。
- ④ 后世肿瘤治疗发挥——“扶阳抑瘤”
- ⑤ 阳化气，阴成形——“一处阳气不到，浊阴留滞”。
- ⑥ 通过六经辨治肿瘤并发症运用：如发热：三阳病务祛邪。三阴病热重固本。呕吐，下痢，不寐及虚劳：通过六经辨证，不同经病各有不同经方治疗。

最后李教授介绍“名家经验欣赏”：

1，介绍国医张步桃善用经方，简便廉效

济生民：提倡“人瘤共存”理念，辨虚痰瘀毒病机，重活血行气之治，尊仲景八法为肿瘤找自然去路。其具体思路：

活血化瘀法治子宫肌瘤。

逍遥散与真人活命饮治乳癌。

大柴胡汤合茵陈蒿汤治胰脏癌等等，并提出攻积之剂必用气分之药，而并非人人可以用黄芪或红枣来提升免疫，对过敏体质的人较不易得癌症，而且肿瘤的转移位置在中医来看是有迹可循。

也告诉大家2013届广州中医药大学博士学位论文：张书陆“国医张步桃运用经方辨治肿瘤学术经验整理与研究”。

2，李可老中医：重剂起沉痾，顶起中医的脊梁。

介绍用经方治疗神经母细胞瘤垂危患儿案例。

2011年12月29日初诊，2010年7月经医院MRI检查，确诊为“神经母细胞瘤”，后瘤全切术，化疗18次，来到李可老医师时，经李医师辨证属元气欲脱，邪实正虚，治以回阳固脱，开结豁痰，方用“五生饮”(五生饮是李可老医师50余年临证实践总结)经服五生饮月余，于2012年2月2日第二诊，病孩精神转佳，疼痛消失，可自行走，胃纳增加，继续守方治疗。

李赛美教授结束其讲题后，宣布两天的第六届经方班(台北)兼国医张步桃纪念研讨会圆满举行，并告诉大家明年的经方班会和南洋仲景学院合办，在新加坡举行，确定日期再通知。

第十一届亚细安中医药学术大会

新加坡·林英



“第11届亚细安中医药学术大会”经于9月3日(星期六)至4日(星期日),在云顶高原圆满举行。本届大会由马来西亚华人医药总会、新加坡中医师公会、印度尼西亚中医协会、菲律宾中医师公会、泰国中医药联合会共同主办,马来西亚华人医药总会承办,马来西亚多所大专院校的中医科系为本届协办单位,大会也获得世界中医药学会联合会及世界针灸学会联合会的大力支持。

新加坡代表团成员,来自新加坡中医师公会、新加坡中医药促进会、新加坡中医中药联合会、新加坡同济医院、新加坡针灸学会、新加坡中医学院校友会、新医协会、新加坡中华医学学会等机构共93人;除了东盟五国,中国、台湾、香港代表也参予大会。

本届大会主题为“弘扬中华医药,共享世界文明”,受邀主讲专家学者包括中国的陈可冀院士开幕主讲“病证结合的临床治疗价值”,担任专题主讲的有中国、台湾、香港、新加坡、马来西亚、印尼、泰国、菲律宾等国与地区的专家;新加坡代表团项平院长发表“新加坡中医教育简况与发展路径探讨”、谢斋培医师发表“治神论”(中医心理学)、林秋霞博士发

表“杞菊甘露饮配合针刺治疗肝肾阴虚型干眼症的临床研究”、朱文骏教授发表“海外中药调剂及禁用药材”、郭俊细主席发表“针刺拔筋疗法在软组织损伤中的应用”、新加坡中医师公会会长赵英杰博士为闭幕主讲专家,发表了“新加坡地区原发性肺癌的中医治疗用药探讨”。

此次大会除了传统专家主讲方式,也推出崭新的论坛方式,各个专家针对不同主题,在台上互相交流讨论;参予论坛讨论的新加坡代表有郭忠福院长、陈国全(针推在亚细安区域的推广与发展)、赵英杰博士(中医肿瘤防治措施在亚细安地区如何进行)、项平院长(亚细安中医药教育展望)、朱文骏(中药运用在亚细安区域的现状及展望)。

为期两天的第11届亚细安中医药学术大会,于9月4日下午3时,在大会筹委会主席杨先容致辞,宣读大会宣言,亚细安代表赵英杰博士致闭幕辞后,宣布及移交大会会旗予下届承办国-印度尼西亚之后,圆满闭幕。



世界中联肿瘤专业委员会换届大会 暨第四届学术年会

新加坡·凌鹰



由世界中医药学会联合会肿瘤专业委员会主办，中国中医科学院肿瘤研究所、中国中医科学院广安门医院承办的“世界中医药学会联合会肿瘤专业专业委员会换届大会暨第四届学术年会暨肿瘤扶正培本理论与实践与创新研讨会”于2016年10月21日-22日，在北京广西大厦多功能厅举行。

受邀参会者有中国、中国澳门、中国台湾、韩国、新加坡等国及地区；世界中医药学会联合会主席余靖，北京市卫生计生委党委委员兼北京市中医管理局局长屠志涛，中国中医科学院首席研究员、世界中医药学会联合会肿瘤专业专业委员会会长朴炳奎，世界中医药联合会学术部主任邹建华，中国中医科学院广安门医院副院长花宝金，世界中医药学会联合会肿瘤专业专业委员会副会长、韩国传统肿瘤学会副会长俞和承出席了大会；新加坡参会者

有新加坡中医师公会会长、世界中医药学会联合会副主席赵英杰博士，新加坡中医师公会蔡松均博士、新加坡中华医院肿瘤组组长林英主任医师、新加坡同济医院肿瘤组组长陈巧凤博士，出席此次大会的学者有200余人。

10月22日上午换届改选并颁发证书，选举肿瘤专家朴炳奎教授继续担任肿瘤专业委员会第三届理事会会长，由中医科学院广安门医院副院长花宝金教授任秘书长；新加坡中医师公会会长赵英杰博士及新加坡中华医院林英主任医师获选为副会长，理事会共计132人。

开幕式由中国中医科学院广安门医院副院长花宝金主持，肿瘤专业委员会工作汇报之后，北京市卫生计生委党委委员兼北京市中医管理局局长屠志涛在致辞表示，北京市各级政府部门对中医事业的发展给予了高度关注和支持，向前来参会的海内外专家表示热烈欢



迎,希望北京市中医界能与全国乃至世界开展多层次、多领域的科研与临床合作,实现共同发展。世界中医药学会联合会主席余靖,回顾了世界中联近年的重大学术活动,介绍了世界中联组织结构及学会规模,强调了肿瘤专业委员会作为世界中联的重要组成部分,在推进世界中联向国际辐射、建立一流中医学术交流平台等方面做出的重大贡献,并对肿瘤专业委员会的稳步发展寄予殷切期望。

学术报告方面,10月22日下午上半场由新加坡的赵英杰及中国的李佩文主持,韩国的俞和承发表了“**Traditional Oriental Medicine Immunotherapy by Natural Killer Cell Activation**”。中国中医科学院广安门医院肿瘤科副主任候炜《朴炳奎肿瘤扶正培本学术思想传承》;澳门陈新“**Ying and Yang of Tumor Necrosis Factor: Homeostatic Concept of Traditional Chinese Medicine in Cancer Immunotherapy**”。中国张培彤《恶性肿瘤与血瘀关系的认识》。下半场的学术报告由新加坡的林英及中国的张培彤共同主持,台湾的苏进成发表了《散肿溃坚汤抑制胰腺癌的分子机制》,中国卢雯平

《中医体质学在乳腺癌治疗中的应用》,韩国周忠天“**Cordycepin promotes apoptosis by modulating the ERK-JNK signalling pathway via DUSP5 in renal cancer cells**”,新加坡陈巧凤《饮水思源、见贤思齐》,表达对恩师朴炳奎教授的感谢之情,在此之前侯炜、张培彤、卢雯平在报告中也对朴教授表达了感谢,分别介绍了朴炳奎肿瘤扶正培本学术思想的传承、恶性肿瘤与血瘀证的关系以及中医体质学说在乳腺癌治疗中的应用。

下午4时大会安排了由中国中医科学院广安门医院副院长花宝金主持的“专家座谈”,邀请肿瘤科老专家刘嘉湘、郁仁存、邵梦杨、李佩文、潘敏求、张代钊等就扶正培本理论与实践与创新进行了研讨,老专家们对肿瘤科发展的回顾及学术上的真知灼见,让台下的后辈同道深感受益良多,场面热烈。

分享栏目

新加坡·陈蓓琪

前言

新加坡气候炎热、潮湿属热带，环面向海，中医理念为“暑湿”气候，容易引发皮肤问题。例如湿疹、痤疮、荨麻疹、瘙痒症等，发病率均较高。

作为一名中医师，不仅在皮肤病的治疗上需要潜心研究，在对病患的医嘱方面也必须细心辅导，这样才能更有效地治愈皮肤病，前段时间我找到一篇《皮肤病的预防与保健》的文章，在嘱咐患者对皮肤病的调摄方面有一定的帮助，在此与大家分享，希望对大家在皮肤病的治疗方面能够得到进一步的发展，为皮肤病的临床治疗开阔思路。

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！

皮肤病的预防与保健

一、皮肤的结构：

人的全身表面都覆盖着皮肤，皮肤是软组织，柔韧而富于弹性，在一定的范围内可以推动和伸张。皮肤的厚度以年龄、性别、部位的不同而各不相同。皮肤是人体最大和最重要的器官，总重量约占人体的8%，皮肤内容纳了

人体约1/3的循环血液和约1/4的水份。

皮肤是由表皮、真皮、皮下组织三部分组成的。

1、表皮：

角质层、透明层、颗粒层、棘层、基底层。

是皮上组织，它与外界接触最多，又是与化妆品关系最密切的部位，表皮虽然差不多只有普通纸那么薄，最厚处也不过0.2毫米，但它们都是由下面的基底层发育而成，基底层由基底细胞和黑色素细胞组成，黑色素细胞产生黑色素，基底细胞不断地进行分裂，产生新细胞。

皮肤的颜色因人而异，在同一个人身体的不同部位颜色也各不相同。皮肤的颜色取决于皮肤所含黑色素的多少和血流的快慢，被太阳晒黑后的皮肤内含黑色素较多，皮肤逐渐变黑；运动后因毛细血管扩张，血流加快，皮肤会发红。

2、真皮：

乳头层、网状层。

真皮在表皮下层，与表皮分界明显，表皮底部呈凸凹状与真皮紧密接触，真皮内部的细胞很少，主要由植物纤维结缔组织构成。其中有胶原纤维、弹性纤维和网状纤维等，它与皮肤的弹性、光泽、张力等有很重要的关系。皮肤的松弛、起皱等老化都发生在真皮之中。

3、皮下组织：

皮下组织在真皮下，二者之间无明显分界。皮下组织由大量脂肪组织散布于疏松的

结缔组织中而构成。

4、皮肤的附属器

毛发、指甲、皮脂腺、汗腺。

毛发：毛发是皮肤的重要附属部分。有保护皮肤，减少和避免外来的机械性和化学性损伤，头发防止头部遭受强烈的日晒，调节头部散热等作用。头发又是外表健美的重要标志之一，为人体增加美感和风采。

皮脂腺：分泌皮脂可以柔润皮肤、保护毛发的功能，皮脂腺的分泌受雄性激素、肾上腺皮脂的调节，青春期的皮脂分泌较活跃。

汗腺：可以滋润皮肤，排出部分水和电解质可以调节体温，也排出少量的代谢产物(废物)。

5、皮肤的血管、淋巴和神经。

皮肤内的血管和淋巴循环，供给皮肤充分的营养、及时有效的带走代谢产物，调节其内环境的平衡。

皮肤的神经有触觉、冷觉、温觉和痛觉。感受外界环境的不同的刺激，对人体起保护的作用。

二、中医皮肤病病因分析：

皮肤病的病因有内因、外因之分。

外因：风、寒、暑、湿、燥、火、虫、毒。

内因：七情内伤、饮食劳倦伤及脏腑而成病。

风：善行数变，其性燥而轻扬。致病特点为发生迅速，骤起骤退，游走不定，泛发全身或多发于头面，皮肤干燥，脱屑，瘙痒等特点。

湿：湿性粘滞重着，留着难去。湿邪致病其皮损为水疱或为多形性，或皮肤糜烂，渍水淋漓，病程缠绵，难以速愈。

热：热为火之渐，火为热之甚。热盛为毒。其致病肌肤灼热疼痛，肉腐化脓。

血虚风燥：气血不足，肌肤失养。皮损干燥，肥厚、粗糙，肥厚，脱屑，瘙痒等。

脏腑失调：肺主皮毛，肝藏血，肾藏精，共同濡养肌肤。其功能失调致病特点多为慢性过程，皮损干燥，肥厚粗糙，脱屑伴毛发枯槁，色素沉着，及头晕目眩，耳鸣，腰膝酸软，失眠多梦等全身症状。

三、中医皮肤病治疗特点

中医治疗皮肤病以辨病与辨证结合，运用中药、针灸等手段进行治疗。如清热法、祛湿法、润燥法、活血法、补肾法。

四、怎样预防皮肤病

皮肤疾病一般不会有生命危险，但对生活质量却影响不小。怎样在平时的生活中多加注意，使自己的皮肤疾患早日痊愈呢？

皮肤疾病患者在治疗过程中，除了按照医生的治疗方案进行治疗外，个人在生活、饮食方面的合理安排也十分重要。具体说来有“八项总则”：

第一：尽量避免皮肤长时间在强烈的日光下和寒冷、炎热、大风等气候恶劣的状态下暴露。这些气候条件容易使皮肤发痒、红肿，或者使原有皮肤病的皮损加重，严重的还会出现糜烂、流水，尤其是急性皮肤病患者更要注意。

第二：禁止用手搔抓患处(如掀皮屑、挤水疱、搔抓皮肤等)，否则更容易使皮肤受伤，病情加重，甚至引发中毒感染

第三：切忌用过热的水烫洗患处。疾病在头部的宜睡较高的枕头，在下肢的要尽量减少步行；在躯干的最好穿宽松面光滑的内衣，并避免化纤、皮毛制品的刺激；在生有毛发之处的，要将此处的毛发用剪刀剪推，切忌用刀子剃除，因为刀子的刺激可能会使病情加重；病在急性期间要避免潮湿环境，也不要多饮水及用水清洗，否则可能引起合并感染。

第四：生活有规律，心平气和，避免精神过度紧张。长时间工作后一定要注意休息，进行调整。

第五：多吃豆制品及莲蓬、莲子、藕、菱角、芡实(鸡头米)等河产植物。多吃新鲜蔬菜、水果，适当吃一些动物脏器、瘦肉等，少吃油腻食品，禁食鱼、虾等海产品，少喝酒，少吃有刺激性的食物。

第六：注意口腔、眼睛及外阴部位的卫生，尤其是这些部位发生溃疡的患者，更要注意经常用水清洗。

第七：在治疗中一定要听从医嘱，不可随便多用或者少用药物，也不可自作主张地使用某种药物。

第八：治疗过程中如发现有新的变化，或者用药后有不良反应时，要及时与医生说明，更换其它药物。

带状疱疹

本病由水痘一带状疱疹病毒感染所致。其特点为成群的密集性小水疱，沿一侧周围神经呈带状分布，常伴有神经痛和局部淋巴结肿大，愈后极少复发。中医称为“缠腰火丹”、“蛇串疮”、“蜘蛛疮”。俗称“串腰龙”。

临床表现

发疹前数日往往有发热、乏力、食欲不振、局部淋巴结肿大，患处感觉过敏或神经痛，但亦可无前驱症状。皮损表现为局部皮肤潮红，继而出现簇集性粟粒大小丘疹，迅速变为水疱，疱液澄清，疱壁紧张发亮，周围有红晕。

皮损沿一侧皮神经分布，排列成带状，各簇水疱群之间皮肤正常。皮损一般不超过正中线

神经痛为本病特征之一，可在发疹前或伴随皮疹出现。儿童患者往往较轻或无痛，老年患者则疼痛剧烈，且常于损害消退后遗留长时间的神经痛。

发病迅速，病情急剧，全程约2周。愈后

可留有暂时性色素沉着，若无继发感染一般不留疤痕。

家庭防治措施

使用止痛药可以暂时缓解疼痛，服用维生素C及B群能够增强免疫系统及神经的功能，或可以服用离氨酸，这是氨基酸可能帮助抑制疱疹病毒的扩散。

冷敷，不要随使用药，用药不当会刺激皮肤，延迟复原。比较稳妥的办法是用毛巾沾冷水敷疱疹患部。要避免高温。

使用双氧水，假如疱疹发生感染，你可以擦一点双氧水，无需稀释，倒出后直接涂在患部即可。

多吃蔬菜水果，饮食中应包含新鲜蔬果、啤酒酵母、糙米、谷类。清肠禁食很重要。

小心保护创面，可以使患部接受短期的阳光。淋浴时，轻轻冲洗水疱部位，勿触摸或抓痒。

危险讯号：假使带状疱疹的疼痛让你忍无可忍，应看医生，否则可能导致无法补救的神经损害。如果带状疱疹出现在眼睛附近，可能影响角膜及导致失明。如果带状疱疹长在额头靠近眼睛之处或长在鼻尖上，应看眼科医师。

预防调摄

饮食有节：过饥、过饱或饮食无节，都是养生之忌，尤其是喜庆假日时，更应清心寡欲，注意养生。

远离辛辣：凡辛辣酒酪制品，常可蕴湿生热。如人体气血不足之时，由遇湿热之邪，则可发生疾病，故应远离酒酪及辛辣厚味。

衣服舒适：衣着松紧适宜，有助于气血循行，避免气血壅滞，经脉不利。

调达七情：恬淡虚无，真气从之。调养七情关键在于“志闲而少欲”，即控制意志，减少嗜欲。对我们的情志活动加以控制，避免妄求造成精神负担和压力。“正气内存，邪不可干”，如有外邪侵袭方能无恙。

避免外邪：如遇天气变化，注意自我防护；体弱之时，慎远行，少群居。

痤疮

痤疮中医又称为“肺风”、“粉刺”，与肺、脾、胃、心经关系密切，肺经血热上蒸头面，脾胃湿热蕴结肌肤，心经伏热恋而不去，化妆品阻塞毛孔，影响皮脂腺分泌物的排出，加之细菌感染，使皮脂腺导管发炎，毛囊口阻塞而引起一系列临床症状。

基本损害：毛囊性丘疹，中央有一黑点，称黑头粉刺；周围色红，挤压有米粒样白色脂栓排出。另有无黑头、成灰白色的小丘疹，称白头粉刺。若发生炎症，粉刺发红，顶部发生小脓疱，此时可影响容貌。破溃痊愈后，可遗留暂时色素沉着或有轻度凹陷的疤痕，有的形成结节、脓肿、囊肿及疤痕等多种形态的伤害，甚至破溃后形成多个窦道和疤痕，严重者呈橘皮脸。

发病部位：以颜面为多，亦可见于胸背上部及肩胛处，胸前、颈后、臀部等处。自觉可稍有瘙痒或疼痛，病程缠绵，往往此起彼伏，新疹不断继发，有的可迁延数年或十余年。

聚合性痤疮病程长，多发于男性，常见丘疹、结节、囊肿、脓肿、窦道、疤痕等多种损害混合在一起。此痤疮分布广泛。

十个恶习

预防暗疮的最佳办法，是养成良好的生活习惯，以下十个恶习最易招惹暗疮，大家宜引以为戒。

1、太阳：经常接触阳光会令汗腺及皮脂腺的分泌活跃，阻塞毛孔，加速发炎，宜戴帽。

2、碘质：含碘量重的食物(如紫菜)，在暗疮爆发期应避少食。

3、游泳：泳池的消毒剂及细菌都会刺激皮肤，生暗疮时避免游泳。

4、饮酒：酒令血液转为弱酸性，间接造成暗疮问题，患者饮酒会加速血液循环，引爆暗疮。

5、按摩：按摩促进血液循环，发炎暗疮会因而恶化，所以满面暗疮就唔好做按摩喇！

6、煎炸：煎炸食物的油分多，若在油脂分泌的过程中受阻塞或细菌感染，就会长出暗疮来！

7、厚粉：化妆品会阻塞毛孔呼吸，而且粉粒会跟油脂细菌混在一起，令暗疮恶化。

8、头发：头发容易沾满污秽和油脂，遮住面便会令面部油上加油。

9、桑拿：桑拿有助血液循环，会加速暗疮爆发。

10、胶布：发炎暗疮若被封闭会令情况恶化，若暗疮已化脓，撕脱胶贴时会拉伤伤口及留下疤痕。

自我调摄

一般应注意以下几个方面：

1、避免情绪焦虑和紧张，保持乐观愉快的情绪，要认识到这是一种暂时的生理现象。

2、保持皮肤清洁，常用温水洗脸，避免用碱性大的肥皂，不用多油脂和刺激性强的化妆品，以免进一步堵塞毛囊，使痤疮加重。

3、洗脸时可用毛巾轻轻擦皮肤，让淤积的皮脂从皮肤排出，但绝不能用手挤、掐、挖粉刺，这样做容易感染形成脓疱和疤痕。如果局部有感染现象，可用硫磺、硫酸锌等外用，也可较长期的口服小量消炎药，这些最好在医生指导下应用。

4、平时多食富含维生素A/C/F和纤维素的食物(如蔬菜、水果)，饮食清洁，少吃甜食和油腻食物，少吃姜、蒜、辣椒，少饮浓茶、咖啡等刺激性食物和饮料，不吸烟、不酗酒、保持大便通畅。

痤疮与饮食有很大的关系。随着人们生活水平的提高，食物结构中动物性脂肪、蛋白质的比例大幅增长。由于动物性脂肪及其加工品

或奶油、油炸物等食物会促进皮脂腺旺盛地分泌皮脂，促使青春痘生长及恶化。另外，香、辣、刺激的调味品及酒也有促进微血管扩张的效果，因而刺激皮脂分泌过剩，使皮肤长出痤疮。除此之外，甜食也是诱发青春痘的主要因素，像蛋糕、巧克力、红豆汤、冰淇淋、果汁、香蕉、饼干等都是年轻人喜欢的甜食，须多加留意。爱运动的人若常喝可乐等清凉饮料来解渴，这些饮料中含有的糖分，对于痤疮的预防亦有负面影响。长期熬夜、压力因素或卫生习惯不良也会造成皮肤发炎。因此勤于洗脸，睡眠充足，调适压力，多喝水，多吃蔬菜水果。

湿疹

中医称之为“湿疮”“浸淫疮”，可发生于耳部、手足、脐部等部位，是由多种内外因素引起的，有急性、慢性之分，使皮肤常见的多发病，病因复杂，变化多端，主要与风、湿、热相关，但有内、外之分。外之风、湿、热邪属于六淫邪气；内之风、湿、热邪由脏腑功能失调所生。外因是致病条件，内因是致病根本。

临床表现

耳部湿疹：多发于耳后皱襞处，称红斑、糜烂、渗液，有皲裂及结痂。有时有脂溢性结痂，常两侧对称。可因炎症刺激，细菌感染而引起继发性传染性湿疹。

脐部湿疹：表现为鲜红或暗红色斑片，有渗液及结痂，表面湿润，边界清楚，多局限，较少侵及脐周皮肤，病程长。

手部湿疹：多发于手背及手指掌面，可蔓延及手背及手腕部，由小片皮损，或浸润肥厚，或有皲裂。也可由小丘疹。

小腿湿疹：多发生于小腿前面或侧面，多对称性。部分病人有静脉曲张，皮疹呈棕红或暗红斑，表面可有密集丘疹、水疱，糜

烂、渗出、结痂，或干燥、脱屑、皮肤变厚、色素沉着等。

家庭治疗措施

提防干燥的空气：干空气使皮肤炎更加恶化，尤其当冬天室内使用暖气时。保持室内空气的湿度应该是患者及其家人首先考虑的事项。所以这时你应考虑使用湿气机，而且每一个房间都应该有一个。

用温水泡澡：皮肤炎患者可以洗澡，但需用温水洗，这样能减少感染的机会，并有助于软化皮肤。但应避免过热或过冷的水。

使用润肤产品：每次洗完澡后，都应涂上润肤乳液，以保留水分，防止水分流失。注意不要太常洗澡。

避免使用止汗剂：止汗剂所含的活性成分会刺激敏感性的皮肤，容易导致皮肤过敏，所以应避免使用止汗剂。

穿棉质衣服：棉质的衣服比较柔软，不会引起皮肤搔痒。应避免合成的衣料以及紧身衣物。这些衣物不但粘身体，而且可能会导致皮肤发痒。

冰敷：冰敷有助于缓解接触性皮肤炎所引起的皮肤痒。将牛奶倒入一杯冰块中，静置数分钟。将此牛奶倒在一块纱布垫上或薄棉布上，敷在皮肤痒的部位，2-3分钟。如此重复10分钟。如果此方法无效，应尽快看医生。

避免快速的温度变化：快速的温度变化可能是引起湿疹的原因。从热乎乎的屋内踏入冰冷的户外，或从冷气房中进入热水浴，都可能引发皮肤病。多穿几层棉质衣物，是保护你避免快速的温度变化的最佳方法。

提防婴儿乳液：婴儿乳液并非治疗小孩湿疹的最佳选择。这些产品含高量水分，当水分蒸发时，反而使皮肤更干燥、更痒。

多用水冲洗你的衣物：洗衣服时，应多用水将你衣物上的洗衣粉冲干净，以免引发皮肤过敏。

危险讯号：如果你脸上出现一片红色的疹

子，形似蝴蝶，患部发痒，且产生鳞状物。严重关节痛、发烧、肺炎等症状。如果你有这些症状，应立刻去医院检查治疗。

瘙痒症

瘙痒症(pruritus)是临床上常见的皮肤病之一，尤其多见于老年人。其特征为以瘙痒为主，而无原发性损害。临床上可分为限局性和全身性两种。

病因

瘙痒是发生于皮肤并引起搔抓的一种自觉症状，其发生原因比较复杂，致病因素包括内因或外因，或两者兼有。

内因：多导致全身性瘙痒症

内脏疾病：胃、肠、肝、肾等内脏器官发生功能性或器质性疾病，尤其是糖尿病，尿毒症，肝脏病的病人，常常有全身泛发的瘙痒；某些肿瘤如白血病、淋巴肉瘤、何杰金氏病、蕈样肉芽肿、及恶性淋巴瘤的病人发生皮肤瘙痒。

神经精神系统障碍：脑动脉硬化、脊髓痨、神经衰弱也可以发生全身性或局限性的皮肤瘙痒。在临床上常见有神经官能症病人有某种幻觉，认为皮肤内有虫而觉痒，有的养成搔抓的习惯。

内分泌的障碍：某些妇女在妊娠期常有瘙痒症，一般在产后消失，月经紊乱或卵巢疾病常引起女阴瘙痒症。老年人的皮肤瘙痒可能与体内性激素水平降低有关。甲状腺疾病的病人可以有瘙痒症。

除上述以外，病灶的感染、药物、饮食(酗酒)、食物过敏及寄生虫或真菌的感染均可引起全身性或局限性瘙痒。

外因

可以引起泛发性或局限性瘙痒。温度的变化常常引起皮肤的瘙痒，冬季瘙痒症与夏季瘙痒症的患者对气温的变化极为敏感。被褥太

热，突然受热或遇寒皆可能引起瘙痒的发作。

机械性磨擦或理化因素的刺激均可以引起局部的瘙痒。例如某些人对羊毛敏感，某些碱性过强的肥皂，穿着化纤的毛织品等。

此外消毒剂、杀虫剂、除臭剂、染料等刺激物皆能使局部皮肤发痒。

中医病因：中医认为急性瘙痒症多由于风、湿、热所致，慢性病人，除部分病人由风、湿、热引起外，多由血虚生风，或血瘀气滞所致，肝胆湿热引起。

临床表现

根据瘙痒的范围，将本病分为全身性或局限性。

全身性瘙痒症(pruritus universalis)

病人全身各处皆有痒的感觉，但不是全身同时发痒，往往由一处移到另一处。发痒的程度不尽相同，有人虽然觉得皮肤发痒，但仍可以忍受，有的病人觉得全身奇痒，需用铁刷子刷皮肤或热水洗烫，直至皮肤出血而感觉疼痛及灼痛时，痒觉才暂时减轻。往往以晚间痒重，患者因发痒而失眠或不能安眠。由于剧烈瘙痒，不断搔抓，可以出现抓痕、血痂、或条状的抓伤，有时有湿疹样改变，苔藓样变或色素沉着。抓伤的皮肤也容易感染而发生疖肿或毛囊炎。老年瘙痒症发生于老年人往往以躯干最痒；冬季瘙痒症出现于寒冷的季节，由于寒冷而诱发，病人常在脱身睡觉时，开始感觉股前侧内侧，小腿等部位剧烈瘙痒，越抓越痒，而越痒越抓，直至局部出血为止。

局限性瘙痒症(pruritus localis)

瘙痒发生于身体某一部位，称为局限性皮肤瘙痒症。常见于肛门、女阴、阴囊，也可见于小腿、掌趾、外耳等处。

1、肛门瘙痒症：男女均可发病，以中年男性多见，儿童多见于蛲虫患者。瘙痒限于肛门及周围皮肤，皮损呈灰白色，浸渍、糜烂、皲裂肥厚、辐射状皲裂、苔癣样变及色

素沉着。

2、阴囊瘙痒症：限于阴囊，也可累及会阴，阵发性发作，皮损肥厚、湿疹样变、苔癣样变、及色素沉着。

3、女阴瘙痒症：多见于大小阴唇、阴蒂及阴道口。瘙痒阵发，夜间加重，局部皮肤肥厚、浸渍，阴蒂及阴蒂黏膜甚至出现水肿、糜烂，常引起患者精神抑郁等症状。

4、其他：头部瘙痒症、小腿瘙痒症、掌趾瘙痒症和外耳道瘙痒症也是常见的局限性皮肤瘙痒症。

治疗

因为本病的病因比较复杂，应仔细询问病史，寻找和消除病因，予以根治，以达到止痒的目的。否则瘙痒症不能彻底消除。

治疗糖尿病，肾炎，肝脏的疾病。如果肛门或女阴瘙痒，要查明是否由于肠道寄生虫，真菌，或滴虫的感染，要应用适当的杀虫和抗真菌的药物。原因不明的慢性瘙痒症往往与饮食和情绪有关。有的病人需改变食物或停止饮酒，瘙痒才能减轻。精神紧张的病人应该心情舒畅，要适当的休息。

自我调摄：

正确的洗澡方法：对于某些人来说，就要特别注意洗澡的方法。

1、水温在24至29℃为宜。水温过高，皮肤表面的油脂更易破坏，毛细血管扩张，加剧皮肤干燥的程度，给皮肤带来损伤，同时，还会增加心脏负担。

2、洗浴时间不宜过长。盆浴20分钟，淋浴3至5分钟即可，否则，皮肤表面会很容易脱水。

3、如果皮肤不是很油的话，选择中性的浴液和香皂为好，但不必天天用，隔两三天用一次即可。而且，在身体上停留时间不宜过长，一定要冲洗干净，否则会伤害皮肤。

4、洗完澡后，要全身涂抹润肤露，可以

锁住皮肤表面水分，缓解干燥瘙痒。

去除诱因：少吃牛羊肉和葱、蒜等辛辣食品，同时少喝酒、抽烟。

禁忌忧思恼怒，心情尽量保持愉快。

瘙痒除应尽量避免过度摩擦、搔抓，避免用热水烫洗等止痒方法，选择合适的浴液。

衣服面料的选择，以棉织品为佳。

保持皮肤清洁，避免感染。

不要乱用止痒药。

荨麻疹

荨麻疹(Urticaria)俗称风团、风疹团、风疹块(与风疹名称相近，但非同一疾病)，是一种常见的皮肤病。由各种因素致使皮肤粘膜血管发生暂时性炎性充血与大量液体渗出。造成局部水肿性的损害。其迅速发生与消退、有剧痒。可有发烧、腹痛、腹泻或其他全身症状。可分为急性荨麻疹、慢性荨麻疹、血管神经性水肿与丘疹状荨麻疹等。

荨麻疹是一种常见的过敏性皮肤病，在接触过敏原的时候，会在身体不特定的部位，冒出一块块形状、大小不一的红色斑块，这些产生斑块的部位，会发生发痒的情形，如果没有停止接触过敏原并加以治疗，出疹发痒的情形就会加剧。

病因

约3/4的患者不能找到原因，尤其是慢性荨麻疹。其可由各种内源性或外源性的复杂因子引起。常见的可以归纳为：

药物：许多药物常是引起本病、青霉素、痢特灵、磺胺药类药物。血清、疫苗等可由变态反应引起，吗啡、可待因、阿托品等药物能直接使肥大细胞释放组织胺等引起。

食物：以含有特殊蛋白质的鱼、虾、蟹、鸡蛋、牛奶等常见致病因素。

感染：细菌性感染、病毒性感染、真菌性感染与寄生虫。虫咬症如螨、跳蚤、臭虫等。

吸入物各种花粉、尘土等。

物理及化学因素：如冷、热、日光、摩擦及压力等物理性和机械性刺激或某些化学物质进入人体而发生。

遗传因素如家族性冷性荨麻疹。

精神因素及内分泌的改变：精神因素及内分泌的改变精神紧张、感情冲动、月经、绝经、妊娠等。

内科疾病：内科疾病淋巴瘤、癌肿、甲亢、风湿病和类风湿性关节炎、SLE、高血脂

荨麻疹日常生活禁忌

注意饮食，避免诱因。

荨麻疹的发病与饮食有一定的关系，某些食物可能是诱因。例如鱼虾海鲜，含有人工色素、防腐剂、酵母菌等人工添加剂的罐头、腌腊食品、饮料等都可诱发荨麻疹。另外，过于酸辣等有刺激性的食物也会降低胃肠道的消化功能，使食物残渣在肠道内滞留的时间过长，因而产生蛋白胨和多肽，增加人体过敏的机率。

注意卫生，避免不良刺激。

有荨麻疹病史的人，要注意保持室内外的清洁卫生，家中要少养猫、狗之类的宠物。避免吸入花粉、粉尘等。对风寒暑湿燥火及虫毒之类，要避之有时。使生活规律适应外界环境的变化。喝酒、受热、情绪激动、用力等都会加重皮肤血管扩张，激发或加重荨麻疹。橡皮手套、染发剂、加香料的肥皂和洗涤剂、化纤和羊毛服装等，对于过敏体质的人或荨麻疹患者都可能成为不良刺激，应予避免。患冷性荨麻疹的人不要去海水浴场，也不能洗冷水浴，冬季要注意保暖。胆碱能性荨麻疹应保持身体凉爽，避免出汗。据有关研究发现，吸烟者血液中的IgE(免疫球蛋白)与皮肤试验的阳性率明显高于非吸烟者，而且对其子女等被动吸烟者所导致的过敏现象也相对增加。因此，患有荨麻疹的人应戒烟。

注意药物因素引起的过敏。

在临床中，有些药物可以引起荨麻疹，如青霉素、四环素、氯霉素、链霉素、磺胺类药物、多粘霉素等抗生素，安乃近、阿司匹林等解热镇痛剂等等。某些中成药如感冒清、牛黄解毒片等也可导致过敏，引起荨麻疹的发生。当你在服用多种药物而怀疑荨麻疹是由其中一种药物引起时，最简捷有效的方法是及时停用所服的药物。

积极治疗原有疾病。

荨麻疹既是一种独立的疾病，也可能是某些疾病的一种皮肤表现。能导致荨麻疹的疾病较多，例如感染性疾病就有：寄生虫感染像肠蛔虫、蛲虫等；细菌性感染像龋齿、齿槽脓肿、扁桃体炎、中耳炎、鼻窦炎等；病毒性感染像乙型肝炎；真菌感染像手足癣等。另外，糖尿病、甲亢、月经紊乱，甚至体内潜在的肿瘤等，都可能引起荨麻疹。因此，有效地诊断和治疗原有的疾病，有助于消除荨麻疹。

保持健康心态，提高身体抵抗力。

慢性荨麻疹的发作和加重，与人的情绪或心理应激有一定的关系。中医在防病治病方面有“恬淡虚无，病安从来”的理论，认为保持一种清心寡欲的心态，可以使人体气机调和，血脉流畅，正气充沛，久而久之，荨麻疹自然会消失在无形之中。

采用中药预防。

某些中药，如首乌、枸杞、人参、黄芪、灵芝、大枣、女贞子、菟丝子、五味子、黄精、淮山药、党参等，具有抗自由基，提高免疫功能，促进代谢，调节神经系统和内分泌系统等多种功能，有明显的抗过敏作用。有过敏体质的人不妨从中选一二味熬汤当茶饮。



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

《新加坡中医杂志》来稿要求：

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

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

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

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

参考文献，仅限于作者亲自阅读过的近期重要文献，尤以近两年的文献为宜，并由作者对照原文核定。机关内部刊物及资料等请勿作文献引用。参考文献的编号，按照国际GB7714-87采用在正文中首次出现的先后顺序连续排列于文后，正文中一律用阿拉伯数字(加方括号置右上角)表示。

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

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

来稿请注明《新加坡中医杂志》寄至：

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

或电邮至 assoc@singaporetcm.com



1946年新加坡中国医学会成立(中医师公会前身)。1952年中华施诊所成立(中华医院前身)。1953年中医专门学校创立(中医学院前身)。为筹建大巴窑中华医院，中医师公会于1971年发动社会募捐运动。1959年成立中华医药研究院。1980年成立中华针灸研究院。

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2016年12月31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



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

