

新加坡中醫雜誌

42

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

6月 / Jun 2017



中華醫院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



Singapore Chung Hwa Medical Institution

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友：

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

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

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

Dear Friends,

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

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

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

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

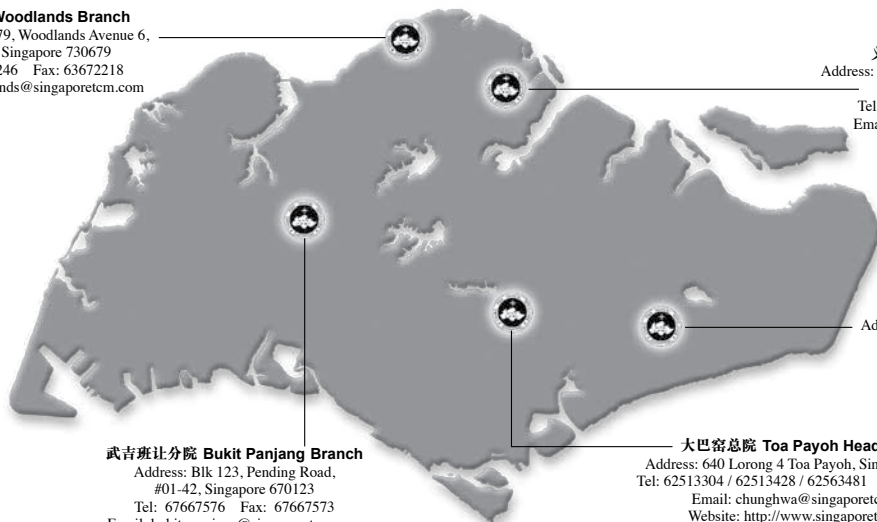
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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

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

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

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



综述

1. 胃食管反流性咳嗽中医药治疗进展 — 新加坡·何宇瑛/中国·沈洪*p02-06
2. 腰椎间盘突出症机理研究及中药治疗概况 — 新加坡·许柏光p07-11
3. 乳腺癌中医证型分布与用药规律研究的进展 — 新加坡·白伟良p12-16

临床

4. 吕玩标医师行医五十年的经验谈 — 新加坡·陈宝心/洪秀洁/陈宇雷/李贤/柯顺年p17-22
5. “糖尿病并发小腿伤口不能愈合”经验交流 — 新加坡·吴荣贵p23-25
6. 蜡疗静态进展性牵伸治疗上肢骨折术后肘关节功能障碍的临床研究
— 中国黑龙江·程亭秀/曹景文/程广耀p26-28
7. 漫谈食管癌 — 新加坡·曾玉珠p29-31
8. 病毒性肝炎治疗的探讨 — 新加坡·蔡瑞和p32-34
9. 浅析手足汗症的中医证治 — 新加坡·卓扶蓉p35-39
10. 针灸治疗三叉神经痛 — 新加坡·杨昌志p40-42
11. 浅论高血压中医治疗 — 新加坡·陈昆宁p43-45
12. 临床诊病分享 — 新加坡·闫立群p46-47

理论探讨

13. 浅谈《河图洛书》、《奇经八脉》 — 新加坡·陈宝心/洪秀洁/陈宇雷/李贤/柯顺年p48-54
14. 辛苦苦降法在Hp相关性胃炎治疗中的应用 — 新加坡·傅瑜敏p55-58
15. 试论得气、气至与针感概念辨析 — 四川成都·林汶源p59-62
16. 中医药文化的传承动力与创新路径研究 — 中国贵州·肖文冲p63-67
17. 古今医家对糖尿病的临床认识与经验 — 新加坡·黄淑苹p68-71
18. 从《内经》认识‘糖尿病’ — 新加坡·朱荣芳p72-77

新加坡杏林人物志

19. 领导建院大巴窑，事半身殒的陈庆元先生 — 新加坡·林英p78-79

学术交流

20. 广西中医药大学及附属广西国际壮医医院考察报告 — 新加坡·许文楷p80-84
21. 对中医的科学性争论问题 — 新加坡·黄信勇p85-86
22. 肌肉起止点取穴法 — 新加坡·翁亚庆p87-88

知识库

23. 分享栏目中医脉诊简介 — 新加坡·陈蓓琪p89-96

胃食管反流性咳嗽 中医药治疗进展

新加坡·何宇瑛
中国·沈洪*

【摘要】胃食管反流性咳嗽属于胃食管反流病的特殊类型，是古典中医“胃咳”范畴，通过总分析古代医家对病机的看法和治疗，以及现代中医的治疗概况，将胃食管反流性咳嗽的病机概括为肺胃气机失调，胃浊犯肺，肺失肃降，气逆而咳，治疗当和气机，降胃浊，符以病案说明。

【关键词】胃食管反流性咳嗽，病因病机，中医，治疗

胃食管反流性咳嗽(Gastroesophageal reflux cough, GERC)是胃酸或胃内容物反流进入食管，以慢性咳嗽为主要临床表现的综合征，是胃食管反流病导致的慢性咳嗽，又称为反流性咳嗽综合征^[1]。属于食管外症状的临床表现，是胃食管反流病的特殊类型，是中医的“胃咳”范畴。因生活节奏的快速，高脂肪的饮食结构，新加坡人肥胖指数不断的上升^[2]，以及预防心、脑血管疾病长期服用阿司匹林或长期服用类固醇的患者，胃粘膜受损，这些因素也会使患病率增加，因发病时以咳嗽为主要临床表现，烧心、反流症状未发或不明显，容易造成误诊，延误治疗。西医学以抗酸治疗联合胃肠动力药治疗，可以迅速控制症状，易复发。中医治疗在辨证论治基础上，辨证与辨病相结合，有其治疗特色，对加强食管动力，稳定病情，减少复发率有一定的意义。

1 胃食管反流性咳嗽的现代医学认识

本病发病机制复杂，目前研究认为与以下几方面相关：1.反流物对气道的刺激，胃食管反流病患者的胃食管-咽喉反流的屏障薄弱，当反流物到咽部时，刺激咽喉或支气管引起咳

嗽^[3]。近端反流的物质被误吸入进去呼吸道，微量的酸性物质引起化学炎症，刺激迷走神经感受器，可诱发哮喘^[4]，这属于高位反流诱发的咳嗽。2.低位反流，也称远端反流，当反流物反流到食管下端，如果 $\text{pH} \geq 4$ 时，为非酸反流，包括胆红素、空气、少量胃内容物等，为低位反流，但反流物刺激迷走神经，气管和食管共同受迷走神经支配(共同胚胎起源)，刺激可传入共同的神经，兴奋咳嗽中枢引起咳嗽^[5-6]。但是研究也显示，有部分患者虽然有反流，但是无咳嗽症状，有待进一步的研究探讨。3.咳嗽感受器的高敏性，TRPV1是气道神经传入的神经元，在背根神经节中，也分布在胃肠道中，当气道炎症可激发TRPV1的兴奋，咳嗽敏感性增高^[7]。在一项研究“下丘脑室核对胃食管反流病豚鼠咳嗽敏感性的调控机制”发现^[8]，下丘脑旁核(PVN)参与对豚鼠咳嗽敏感性的调控，PVN内的Fos蛋白和P物质(SP)能神经元在调控咳嗽敏感性增高中发挥重要作用，作用可能通过PVN-DVC-气道这条神经通路实现的，DVC指延髓迷走复合体(dorsal vagal complex)。4.也有认为咳嗽与反流互为因果，恶性循环，咳嗽使胸腔和腹腔压力改变，咳嗽加重反流，反流物的

刺激也加重咳嗽症状^[9]。5.精神心理因素,据新近研究认为,GERC患者焦虑、抑郁发病率高,精神心理状态与食管动力之间存在相关,随着焦虑、抑郁状态加重,食管下段的静息压降低,食管动力减弱^[10]。

食管反流性咳嗽发病机制尚未完全明确,已经有了深入的认识,机制复杂,学说观点多种,除了高位反流、低位反流、气道的高敏性,还有医家认为与食管细菌的定植相关,是指咳嗽与食管细菌自身产生的H⁺刺激咳嗽中枢而发,这方面研究报道比较少。

2 胃食管反流性咳嗽中医的认识

2.1 古代医家的认识

中医学的古代文献中没有胃食管反流性咳嗽的病名记载,因胃引起的咳嗽称为“胃咳”,有相关的描述最早见于《素问·咳论》“胃咳之状,咳而呕。”指出咳嗽与胃气上逆同见的症状。“脾咳”的症状:“咳则右胁下痛,隐隐引肩背,甚则不可以动,动则咳剧。”胃食管反流性咳嗽症状可见干咳或痰少难出,时痉挛性咳嗽或呛咳,白天多,开口讲话咳嗽加重,呕有夜里惊醒而咳等症状相敏合。也提出“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,“此皆聚于胃,关于肺”,认为咳嗽与胃密切相关的病机。肺胃相关也见于经络巡行,《灵枢·经脉》:“肺手太阴之脉,起于中焦,下络大肠,还循胃口,上膈属肺”,《素问·平人氣象论》云:“胃之大络,名曰盛里,贯膈络肺。”是经络的络属关系。从精气的运行方面,有“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,…揆度以为常也。”可见生理上肺胃相关。治疗上见于《千金方·咳嗽第五》:“食饱而咳”,“温脾汤主治”,方药为甘草4两,大枣20枚,两药同入胃经,起化痰止咳,益气 and 胃之效。清代《类证治裁》说“咳呕并作…先安胃气”,方药用二陈汤、六君子汤加减治疗。从治疗原

则上认为“先按胃”。

2.2 现代医家的认识

周福生教授^[11]认为因体虚劳累,情志失调,起居失宜而发病,基本病机是脾气不足,胃气上逆,浊阴上泛,肺失宣降,浊阴沿食管上泛,达于咽喉,刺激神经反射,致肺气上逆,发为咳嗽。其根源为中州脾湿健运升清质职。治疗关键在恢复其运升清质职,使中焦升降调畅。专家戴琦^[12]认为与肝胃相关,肝主疏泄,其性调达,肺主宣发肃降,胃以通降为顺;肝气不疏久郁化火,木火伐金,则呛咳乃发,同时木乘土,脾胃虚弱,肝气犯胃,造成呕吐、呃逆、恶心等症状;脾虚则水谷运化失司,水湿内停,生痰之源已成;肝火夹痰邪携上逆之胃气同时肺,则咳痰出现并再次加重呛咳;胃咳主症就此出现。

总之,病位在肺,湿浊内生是主要的病理因素,脾、胃、肝气机升降失调是本病发生发展的关键,胃浊可郁滞而化热,久病脾胃虚弱,土不生金,肺气亦虚,可见肺脾气虚夹痰、夹热的虚实错杂的病机。

3 胃食管反流性咳嗽的中医治疗

GERC临床症状多种,病因以饮食、情志因素和劳逸失调三大因素,但是症状的改变快、病情容易反复,对于久治未愈的胃食管反流性咳嗽应该考虑“五脏六腑皆令人咳”的治疗思路。

3.1 从肺胃以治《素问·咳论篇》“久咳不已,则三焦受之,三焦咳状,咳而服满,不欲食饮,此皆食饮,此皆聚于胃,关于肺,使人多涕唾而面浮肺气逆也。”提示肺胃密切相关。马洪明等^[13]认为本病与肺胃的气机升降失调有关,胃虚则气逆,导致肺失肃清,治宜和胃降逆法,代表方旋复代赭石汤加减,胃虚有热加陈皮、竹茹,胃气虚寒加丁香,呕吐酸腐加神曲、鸡内金,反酸加黄连、吴茱萸、海

螮蛸，暖气加佛手、紫苏梗，肝火旺者加夏枯草、梔子，“病证结合”以治。

3.2 从肺脾以治 李东垣《脾胃论》认为“内伤脾胃百病由生”，从调治中州以运四旁的角度，以健脾补气，补土生金的方法治疗慢性胃食管反流病性咳嗽^[11]。采用六君子汤加减，气虚并汗出恶风者参、芪同用，兼有郁热者加郁金、梔子，兼痰湿者加厚朴、陈皮，兼寒湿者加干姜、豆蔻，肝郁者加香附、佛手等，目的是恢复脾土健运升清之职，肺金的宣降功能则恢复。

3.3 从肝胃以治 GERC可见不明原因的呛咳，痰少或无痰，夜里惊醒而胸口憋闷而咳嗽，医家戴琦^[12]认为从肝胃入手以治，肝为气机之枢，对情志起着重要的枢调作用，肝气上逆，胃气也上逆以致发病，治法宜疏肝理气、和胃降逆，自拟平冲降逆汤(代赭石、煅龙骨、煅牡蛎、龟板、旋覆花、红参、炒白术、麦冬、川楝子、法半夏、生麦芽、炙甘草、怀牛膝、炒枳实、白芍、阿胶、桂枝、干姜、茵陈、生地、款冬花、紫菀)随证加减。方中体现着重于重镇肝气，养肝血，柔肝阴，清肝泻热，助以补益脾土、消食化湿的治疗思路。医家朱生樑^[14]认为肝胃二者在生理上相互为用，病理上相互联系，健则同健，损则俱损，胃失和降与肝失疏泄可互为因果，本病重心在治胃，以肺为标，以肝胃为本，以止咳为标，以疏肝和胃降逆为本，拟用通降和胃方(旋覆梗、厚朴、黄连、吴茱萸、柴胡、白芍、焦山梔、黄精、枳壳、生姜、甘草)加减，咳嗽明显加桑白皮、桑叶、紫菀，泛酸、烧心者加海螵蛸、煅瓦楞子，胸痛加当归、赤芍，口苦明显加茵陈、龙胆草，腹胀明显者加枳实、大腹皮，便秘加虎杖，夜寐不安者加夜交藤、川芎等。可使胃气下行，肝胆调达，肺络不壅塞，咳嗽可愈。

总之，现代医家从肺胃以治、肝胃同治

或肺脾同治，都是以致肺为标，治胃为本，病位在肺与胃(胃与食管)、脾、肝密切相关，基本病机是肺胃气机失调，胃浊犯肺，肺失肃降。治疗应注重通降通气机，和胃止咳。随着本病研究的不断深入，现代医家对GERC的发病机制的认识加深，中医药的医家们进行多种动物实验，针对发病机制，制定了中药复方，并进行实验验证，应用与临床治疗取得良好的疗效。据新近研究，有以下专方专药为临床治疗提供参考。

4 胃食管反流性咳嗽的专方专药治疗

采用通降和胃方^[15](旋覆梗12克，代赭石15克，柴胡9克，枳壳12克，焦山梔9克，川楝子9克，黄连3克，吴茱萸3克，太子参12克，生姜4.5克，甘草6克)治疗胃食管反流性咳嗽。方法：健康雄性豚鼠40只，随机分为中药组、西药组、模型组和正常组。除正常组外，其余各组采用食管下端酸灌注制作胃食管反流性咳嗽模型，光镜下观察气管、肺病理组织学改变，透射电子显微镜下观察肺组织超微结构。结果：模型组气管、肺组织证积分较正常组明显升高($P<0.05$)，中药组、西药组和模型组比较差异均有统计学意义($P<0.05$)；中药组气管、肺组织炎症积分低于西药组，两者比较差异有统计学意义($P<0.05$)；结论：通降和胃方能够有效抑制反流，降低气道神经源性炎症的发生，改善呼吸道炎症反应，达到治疗胃食管反流性咳嗽的目的。用同样方法再进行同样试验，^[16]将通降和胃方拆成2个方，分别为疏肝泻热拆方(柴胡9克，川楝子9克，黄连3克，吴茱萸3克，焦山梔9克)和和胃降逆拆方(旋覆梗12克，代赭石15克，枳壳12克，太子参12克，生姜4.5克，甘草6克)，随机分为疏肝和胃方组、疏肝泄热拆方组、和胃降逆拆方组、西药组、模型组和正常组进行60只雄性豚鼠随机分组，结果：通降和胃全方能有效改善豚鼠食管、器官组织学改变，降低肺组织通透

性,从而减少炎性渗出,达到治疗胃食管反流性咳嗽的目的。

以上研究显示,^[16]通降和胃方不仅可以抑制反流,截断气道神经源性炎症的初始环节,又可以减轻肺微血管渗出,降低肺组织通透性,控制气道神经源性炎症末端环节,体现了中药多层次、多靶点、多作用的治疗特点,中药复方临床值得推广。

5 胃食管反流性咳嗽的 中西医结合治疗

夏迪娅·夏木西丁^[17]采用温胃降逆颗粒联合质子泵抑制剂治疗胃食管反流性咳嗽,将82例已确诊患者随机分为治疗组和对照组各41例,对照组采用奥美拉唑肠溶胶囊和多潘立酮治疗,治疗组在对照组基础上加用温胃降逆颗粒治疗,结果两组间治疗后咳嗽评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),有效率分别为92.7%, 73.2%, 组间差异有统计学意义($P<0.05$),疗效确切,治疗效果优于单纯西医治疗。叶辉^[18]采用中西医结合治疗GERC患者70例,随机分为对照组和治疗组各35例,对照组以常规西医治疗(口服质子泵抑制剂雷贝拉唑和多潘立酮),治疗组在此基础上采用自拟和胃止嗽汤(代赭石20克,杏仁、郁金、麦芽。百部、神曲、炙枇杷叶各20克,枳壳、厚朴各15克,甘草10克,木蝴蝶9克),随证加减,腹胀者加大腹皮,咳嗽甚者加五味子,反酸者加海螵蛸。结果:治疗组有效率94.3%,高于对照组(77.1%),治疗组复发率2.9%,低于对照组(11.4%)2组差异具有显著性($P<0.05$)。李雷^[19]对GERC患者采用西药常规及中药治疗为治疗组,中药给予左金丸合旋覆代赭汤(黄连6克,吴茱萸3克,旋覆花10克,代赭石25克,柴胡12克,党参15克,白芍15克,厚朴10克,郁金12克,枳壳10克,桔梗12克,木蝴蝶10克,苏子12克,炙枇杷叶10克,甘草6克)加减,100例患者随机分成治疗组50例,

痊愈30例,有效16例,无效4例,总有效率92.0%,对照组49例,痊愈20例,有效率15例,无效14例,总有效率71.4%,2组总有效率比较有显著差异($P<0.05$)。现代医学治疗针对下食管括约肌的功能、促胃动力并保护胃粘膜,部分难治性患者介入手术治疗,作用于局部,见效快,中医强调辨病与辨证结合,以抓住病本在胃,根据不同的靶点制定个体方案,中西医结合,选择西医的诊断和对疾病全程治疗控制的优点,也采用了中医药能根据病理发展的不同以及时调整相应的方药,方案灵活,既能局部用药作用于胃、食管、呼吸系统的症状,同时也兼顾全身症状的缓解,有利于病情的稳定,减低复发。

6 病案举例

6.1 病例回顾 符某,65岁,7-8年前西医诊断为胃食管反流病,曾经以Omeprazole、Dompeidone多个疗程治疗效果良好,近两年来无明显的胃脘不适和反流现象,已停止治疗。近几年来不明原因经常咳嗽,每次咳嗽持续数月不止,西医建议肺部X光检查,未见异常,间断服用抗生素治疗。

6.2 治疗过程 一诊:诉反复咳嗽3年余,3周前因咽痛、鼻塞,咳嗽加重,西医就诊,服用抗生素2次咳嗽未能根除,刻下咳声频作,经常呛咳,痰稍黄量不多,气喘,胸前憋闷,气逆上冲则咳,口中带有酸味,口苦不干,泛恶,近两个晚上不能眠,咽不痛,时鼻塞,纳谷香,大便易溏,无恶寒发热。查体:舌质红,苔中厚偏黄,脉弦有力略滑。双肺未闻干湿啰音,咽部黏膜暗红,咽后壁淋巴滤泡少许增生。结合多年的诊治经过,拟诊断为“胃食管反流性咳嗽”,治法:降逆化痰,通降和胃。拟方旋覆代赭汤合温胆汤加减:旋覆代赭汤、温胆汤、白芍、乌梅、贝母、生姜、白豆蔻、甘草。取药7天,嘱西医

就诊,建议中西医结合治疗。二诊:咳逆上气缓解,仍然咳嗽频作,呛咳依旧,进食后咳嗽不停,无明显胃脘不适,纳便调,舌红苔白厚脉弦有力。上方加吴茱萸、竹茹。取药2周,西医就诊给化痰药和抑酸药(Omeprazole, 日2次),嘱饭前服西药,饭后服中药,隔2小时。太高床头,忌烟酒、咖啡、茶。三诊:胸前憋闷、呛咳减,口苦时作,暖气,舌质红苔薄脉弦,维持原方加党参,巩固治疗服用1月余,继续服用西药。四诊:咳喘不著,遇风咽痒,偶咳几声,暖气腹胀,大便软,纳谷可,舌淡红苔薄脉弦。治以健脾益气理气和胃,六君子汤调理保健。数月后因感冒来求诊,多月来未复发。

6.3 讨论 胃食管反流性咳嗽在临床容易误诊,患者有胃食管反流病病史,咳嗽时间比较长,或以上呼吸道感染接受抗感染治疗无明显疗效,咳嗽声响亮,咳声比较深,出现阵发性的痉挛性咳嗽,或呛咳,痰不多或无咯痰,咽痒,或夜里惊醒而咳,部分患者还做了胸片检查,未见异常。接受治疗是建议患者中西医结合,选择中医和西医两方面的优势治疗,能缩短治疗病程,减少复发,减少病人痛苦。以上病案患者呛咳痰少,气逆上冲从肝以治,旋复花、代赭石重镇肝气,白芍、乌梅味酸能入肝柔肝,乌梅也能利咽,贝母散结化痰也能制酸,竹茹、苏子共用能通降肺胃之气,且苏子化郁痰,生姜、白豆蔻理气和胃,温胃散水。全方通过治肝胃以肺宁。胃食管反流性咳嗽患者一般咳嗽时间长,迁延日久,是中医的内伤咳嗽范畴,无寒热表证,治疗时分清外感与内伤,如《景岳传书·咳嗽》:“咳嗽之要,止惟二证,何为二证?一曰外感,一曰内伤而尽之矣。”故一般不用麻、桂等祛风散表之品,否则会加重,同时注重保护胃气,《临证指南医案》:“从来久病,后天脾胃为要,咳嗽久,治脾胃者,土旺以生金,不必究其嗽。”仅此浅见以分享。

*通信作者:沈洪,男,南京中医药大学教授,博士研究生导师,南京中医药大学附属医院消化科主任
E-mail:shenhong999@163.com

参考文献

- [1] 柯会星,居阳.胃食管反流性咳嗽[J].中国临床医生杂志, 2007,35(1):14-16.
- [2] Goh Lee Gan, Jonathan Pang. Obesity in Singapore, prevention and control. The Singapore Family Physicians 2012,38:8-13.
- [3] Saritas Yuksel E, Vaezi, MF. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: cough, asthma, laryngitis, chest pain. Swiss Med Wkly 2012;142:w13544
- [4] 赵荣荣.胃食管反流病相关性呼吸系病及咽喉病研究[J].中国医药导报, 2012,35(9):5-7.
- [5] 王宇,余莉,邱忠民.胃食管反流性咳嗽的发病机制及诊疗[J]2010, 8(4):308-311.
- [6] Orlando RC. Dilated intercellular spaces and chronic cough as an extra-oesophageal manifestation of gastroesophageal reflux disease [J]. Pulm Pharmacol Ther.2011,24(3):272-275.
- [7] Javorkova N, Varechova S, Pecova R, Tatar M, Balaz D, Demeter M, Hyrdel R, Kollarik M. Acidification of the oesophagus acutely increases the cough sensitivity in patients with gastro-oesophageal reflux and chronic with gastro-oesophageal reflux and chronic cough. Neurogastroenterol Motil 2008;20:119-124
- [8] 孙乐家,景丹,董榕,等.下丘脑旁核对胃食管反流豚鼠咳嗽敏感性的调控机制[J].神经解剖学杂志, 2016,32(1):97-102.
- [9] Galmiche JP, Zerbib F, Bruley des Varannes S. Review article: respiratory manifestations of gastro-oesophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther 2008;27:449-464 [PMID:18194498 DOI:10.1111/j.1365-2036.2008.03611.x]
- [10] 王巍,崔立红,王晓辉,等.胃食管反流性咳嗽患者精神心理因素与食管动力的相关性研究[J].解放军医药杂志 2016,28(8):28-30.
- [11] 郝尧坤,刘佳,周福生.周福生教授补益肺脾法治疗慢性胃食管反流性咳嗽[J].光明中医, 2014, 29(1): 39-40.
- [12] 刘宇翔,戴琦,罗勇兵,等.戴琦从肝胃入手治疗胃食管反流性咳嗽[J].实用中西医结合临床, 2016,16(4):55-56
- [13] 马洪明,高兴慧,田金洲.从肺胃相关角度探析胃食管反流性咳嗽[J].世界中西医结合杂志, 2015,10(10):1346-1348.
- [14] 王轶,朱生樑.胃食管反流性咳嗽的中医论治[J].时珍国医国药, 2015,26(10):2451-2452.
- [15] 刘春芳,曹会杰,程艳梅,等.通降和胃方对胃食管反流性咳嗽豚鼠呼吸道组织学形态的影响[J].中国中医急症, 2016,25(5): 788-848.
- [16] 刘春芳,曹会杰,程艳梅,等.折方研究通降和胃方对胃食管反流性咳嗽豚鼠气道炎症及肺通透性的影响[J].天津中医药, 2016,33(4):226-230.
- [17] 夏迪娅,夏木西丁,于碧馨,等.温胃降逆颗粒联合质子泵抑制剂治疗胃食管反流性咳嗽的疗效观察,中医药导报, 2015,21(17):65-67.
- [18] 叶辉.中西医结合治疗胃食管反流性咳嗽临床观察[J].当代医学, 2012,18(30):153-154.
- [19] 李雷.中西医结合治疗胃食管反流性咳嗽50例[J].河南中医, 2012,32(9): 1194-1195.



腰椎间盘突出症机理研究及中药治疗概况

新加坡·许柏光

腰椎间盘突出症(Protrusion of the Lumbar intervertebral disk, LIDP)是骨科常见病,由此引起的下腰痛给人们带来了沉重的经济和精神负担。自Mixture和Barr于1934年首次描述椎间盘突出以来,医学对其认识已有近70年的历史。目前普遍认为LIDP是发生在椎间盘退变的基础上,由急慢性损伤、受凉等因素引起纤维环破裂,髓核突出,压迫神经根或马尾神经导致腰痛和坐骨神经痛的综合征。

1. 疼痛机制

随着对LIDP研究的加深,近年来对于LIDP引起腰痛和坐骨神经痛原因的多源性有了进一步的认识,除椎间盘纤维环损伤直接刺激神经末梢可引起疼痛外,化学物质刺激、椎间盘免疫反应、化学介质介导的炎症反应和疼痛感受器致敏均参与腰痛发生机制。

髓核突出是LIDP的主要病理表现,因此传统的看法认为,突出的椎间盘髓核对神经根的直接压迫是疼痛的原因,其疼痛程度取决于髓核突出的类型和大小。在直接受压因

素中,根据受压神经根变形特征的不同又将其分成“接触区域的局部压迫——压迫性机制”和“接触区域的神经根牵张性压迫——牵张性机制”,这两种机制可以分别存在,也可以同时并存。神经根在机械压迫下变形或张力增加所造成的机械性畸形,可影响神经根内所有组织成分,如神经纤维、神经内血管和结缔组织,因而导致了神经根组织的损伤、缺血、代谢异常,最终引发神经根功能的改变,出现疼痛、麻木、无力等症状。

虽然有研究表明神经根压迫可引起神经根鞘内血流减少,神经纤维变形,但正常神经根受机械压迫可能仅引起麻木及感觉丧失或运动减弱,并不引起疼痛。临床发现,皮质醇类激素和非甾体类镇痛消炎药(NSAID)选择性COX-2抑制剂可通过抑制炎症反应有效地缓解LIDP患者腰痛及坐骨神经痛,尽管这些患者的机械压迫依然存在。因此,有人认为炎症反应是引起LIDP患者坐骨神经痛的主要原因。

动物实验证实,单纯硬膜外放置自体髓核组织可引起神经根炎症,导致神经传导速度下降、轴突水肿及许旺细胞变性,说明髓核组织具有诱发炎症反应的特性。近来研究表

明,突出的椎间盘细胞可合成和分泌多种炎症介质,如TNF- α 、II-1、II-6、磷脂酶(PL)A2、PGE2、氧化氮(NO)等,这些炎症介质不仅通过级联反应的放大作用加剧炎症反应,而且可使末梢神经和背根神经节(DRG)敏感性增强,导致下腰痛和坐骨神经痛。

PLA2在人体内分布甚广,几乎所有细胞均含PLA2。研究表明,PLA2调控着许多生理、病理过程,特别是在炎症发生发展中有重要作用。多项研究结果表明,PLA2在腰椎间盘突出后的神经根痛发病机制中起着重要的作用。SaaI等将高度纯化的人体椎间盘PEA2注入大鼠坐骨神经中,结果显示PLA2有明显的神经损害反应,包括神经脱髓鞘、脂质聚集和轴突损伤,说明椎间盘PLA2具有神经毒作用。Chen等将PLA2注入大鼠硬膜外腔,3天后局部神经根有明显的脱髓鞘和炎症反应,此时给予神经根机械刺激可引起持续异位放电。他们根据此分析椎间盘突出后坐骨神经痛是高浓度的PLA2损伤神经根,引起神经处于超敏状态,如果此时存在椎间盘突出物的机械压力,就可以引起坐骨神经的持续性疼痛。吴闻文对腰椎间盘突出症病人手术中获取的髓核组织进行了PLA2活性水平的测定,并将其结果与病人的神经根性疼痛程度和术中病理所见进行了对照研究发现,腰腿痛程度与其髓核中PLA2活性明显相关直腿抬高实验强阳性者,髓核中PLA2水平显著升高。从而提示,退变椎间盘中PLA2的活性与退变椎间盘所引起临床症状的轻重有密切关系。PLA2一方面通过产生PGE2、白三烯(LTs)、血小板活化因子(PAF)、氧自由基、溶血磷脂等炎症介质,使神经发生炎症改变,变得敏感;另一方面PLA2本身又是一重要的炎性介质,能直接作用于神经的细胞膜,使其发生脱髓鞘;同时PLA2能直接或间接刺激和兴奋脊神经根、脊神经节、脊神经根鞘、纤维环、后纵韧带、小关节囊等部位的c型或A- δ 型神经纤维的伤害性感受器,伤害感受刺激可以导致椎旁肌

持续痉挛,引起腰背痛M。总之,在腰椎间盘突出症中PLA2启动或引起疼痛的机制,有以下三方面:首先,它做为一种强大的致炎剂,能兴奋纤维环内或硬膜外腔内的伤害感受器;其次,它从椎间盘释放后,通过酶解作用直接破坏神经根的神经细胞膜磷脂;再者通过酶解作用,产生炎性介质,引起继发性神经根炎。

2. 吸收原理

针对以上引起腰痛及坐骨神经痛的因素,临床上采取了多种保守治疗方法如:卧床休息、推拿手法、牵引、药物、神经根阻滞及封闭、功能锻炼等。在治疗过程中发现椎间盘突出髓核可以自然吸收。从1984年第一篇有关HNP再吸收的报告发表后,近年来,随着MRI的普及,国内外学者对椎间盘突出的髓核可以自然吸收的报导日益增多;大多学者认为此现象与突出的髓核组织的免疫反应有关,也有人认为与突出组织中血管长入有关。

2.1 免疫反应因素

宫良泰等用杂交狗做实验,通过检测CD和IgG在实验性游离型腰椎间盘突出自然吸收中的表达。结果显示,在椎管内,狗游离的髓核组织8-12周后可部分或全部自然吸收,其吸收机制是机体自身免疫反应的结果。李军等通过实验发现,在椎管的血液环境中,狗游离的髓核组织在8-12周后可部分或全部自然吸收。而局部仍然存在的免疫反应现象,说明是自身免疫反应导致了髓核的自然吸收过程。属于自身抗原的髓核组织,进入血液环境后刺激机体,引起以巨噬细胞增生、聚集、吞噬为主的细胞免疫反应,从而导致早期的细胞免疫应答、分解蛋白质、胶原及纤维粘连蛋白。同时,在T、B淋巴细胞和髓核抗原的不断刺激下,产生炎症介质,诱导机体的体液免疫系统,产生大量的IgG,进一步分解抗原,使抗IgG的反应呈阳性。随着免疫反应的

进展,速发的细胞免疫反应减弱,乃至消失,而迟发的体液免疫反应则逐渐加强直到抗原物质髓核被完全消化分解。张天宏等通过对猪椎间盘的研究发现,正常椎间盘组织中无炎症细胞及免疫复合物的存在,在椎间盘突出4周时大多数突出的椎间盘组织中出现了巨噬细胞的浸润,仅少部分突出椎间盘组织中有免疫复合物的表达,而在突出12周时多数椎间盘组织中出现了巨噬细胞及免疫复合物的表达,从而对椎间盘重吸收起到作用。Komori等认为,在破裂型及游离型的腰椎间盘突出由于突出髓核组织(HNP)暴露于硬膜外腔的血管环境中能导致炎症反应和HNP血管化,从而引发巨噬细胞的吞噬作用和免疫反应。而正常椎间盘髓核组织中虽见有IgG的沉积但分布极少。由此推论,游离的病理性髓核组织中免疫复合物的沉积对游离型椎间盘突出髓核组织的逐渐再吸收,发挥了重要作用。

2.2 新生血管因素

突入硬膜外腔中的椎间盘组织的最特征性的变化是存在许多毛细血管和薄壁血管。国外学者通过影像学的追踪观察发现,穿破后纵韧带的椎间盘突出物可以自然吸收。认为其产生的机制主要和突出后的椎间盘内或其周围组织中长入的新生血管有关。

研究进展表明,椎间盘突出后能否自然吸收退缩取决于其是否完全穿破后纵韧带接触血循环,即是否作为异物暴露给免疫系统产生一系列的免疫炎性反应。

新生血管对突出椎间盘的自然吸收与缩小起着十分重要的作用。Hirabayashi通过组织学观察发现,在突出硬膜外的椎间盘的边缘存在着丰富的小血管,这些血管与硬膜外组织相连续。在突出的椎间盘边缘所见到的小血管,其大部分是椎间盘组织突入硬膜外腔后,由周围组织长入的新生血管。李晶^[3]等通过对大白兔突出椎间盘组织再吸收现象的机制研究发现椎间盘组织在埋植部位通过一定的机制降解吸

收致质量减少;而埋植在皮下的椎间盘组织质量无显著性变化。对埋植椎间盘来讲肌肉和皮下组织的差异主要在于血运丰富程度不同,皮下组织血运差,而肌肉血运丰富,因此得出两条结论:突出的椎间盘组织与血运丰富的组织接触后有发生吸收缩小的可能,趋向于缩小或消失;发生缩小吸收的机制为椎间盘组织内血管化形成和侵入的巨噬细胞的吞噬消化作用。

3. 中医研究及治疗

祖国医学把本病归属腰腿痛、痹证范畴,清代医家王清任所著《医林改错》中提出“痹证瘀血说”,在《医林改错·痹症有瘀血说》曰:“……腰疼,腿疼痛,或周身疼痛,总名曰痹证……若(病)入于血,(则)痛不移处。”历代医家认为本病的病因病机主要为“跌扑”、“闪挫”、“举重劳伤”或“劳损”等致“筋骨劳伤”,瘀聚凝结,经络不调,血脉凝滞,络脉痹阻,筋骨失养,且“痹久多瘀”,“血瘀”和“痹痛”互为因果。治疗当以活血行气、祛风除湿、散寒通络为主。活血化瘀法的作用,寓祛邪于调理之中,使邪祛而正不伤,正与腰椎间盘突出症发病机制相符。

3.1 临床研究

在临床上多数学者采用中医药活血化瘀法治疗椎间盘突出症。蒋宏咖用复元活血汤加减治疗急性腰椎间盘突出45例,气滞血瘀型用:柴胡、天花粉、当归、桃仁、红花、元胡、鸡血藤各15g,大黄5~20g,地鳖甲15~30g,川断、骨碎补各20g,细辛5g;寒湿阻络型加威灵仙、淫羊藿、伸筋草、海风藤各15~30g。水煎,日2次口服,10剂为一疗程,用2个疗程,结果:治愈37例,好转8例。郑志波等采用两种非手术方法治疗腰椎间盘突出症作比较。A组336例,用牵引推拿法;B组159例,用伸筋草、透骨草、独活、牛膝、乳香、没药、红花、赤芍、松节等,

水煎薰洗患处,每次40min,再用复方丹参注射液20ml,加5%葡萄糖液200ml静滴。每日1次,14日为一疗程,疗程间隔3日。用1~2个疗程,两组分别治愈256、147例。郑昆仑采用活血化瘀法治疗腰椎间盘突出症32例,用身痛逐瘀汤加减,方药:秦艽15g,制没药10g,川芎10g,桃仁10g,红花10g,羌活15g,当归15g,香附10g,牛膝15g,地龙12g,灵仙10g,甘草6g。并根据临床分型加减药物。治疗结果:优14例,良7例,好转9例:总有效率93.7%。李国庆等治疗椎间盘突出300例,用川芎、当归、桃仁、红花、郁金、枳实、五灵脂、香附、甘草各10g,赤芍、鸡血藤各15g,制草乌、制乳香、制没药各6g,泽泻、茯苓各20g,三七粉3g,水煎服。并配合甘露醇、维生素C、维生素B₆、地塞米松、复方丹参针等静滴,多功能推拿牵引床牵引等,10日为一疗程。结果:痊愈196例,显效93例,好转8例,无效3例。崔惠全治疗腰椎间盘突出症387例,用腰腿痛方:制乳香、制没药各10g,元胡、香附、枳壳、川芎、独活各12g,鸡血藤、桑寄生各30g,细辛3g,威灵仙、地龙、川牛膝、当归各15g,生黄芪20g。水煎服,7剂为一疗程。并行骨盆牵引,硬膜外封闭法等。结果:痊愈243例,显效107例,有效30例,无效7例,总有效率98.2%。杨卫明以益气活血化瘀逐水法治疗腰椎间盘突出症169例,用二子逐水汤:炒牵牛子10g,当归、白芍、川断、狗脊、石楠叶各30g,炒牛蒡子、杜仲各20g,羌活、独活、细辛、汉防己、白僵蚕、广地龙各15g,制马钱子2g,生黄芪60g,日1剂,水煎服,3周为一疗程。卧床>=3周后,带腰围3个月功能锻炼。随访0.5~1年。结果:痊愈102例,显效32例,有效22例,无效13例。程友昌则用腰痛活血方治疗腰椎间盘突出摘除术后腰腿痛34例,本方含黄芪50g,川芎、红花各6g,赤芍、车前子、泽泻各15g,当归、桃仁、五灵脂、元胡各10g。日1剂,水煎服,2周为一疗程。用1~4个疗程。

结果:优13例,良16例,可3例,差2例,总有效率93.75%。张景祥运用自拟中药脊痛汤(以当归、川芎、延胡索、白芍、三棱、莪术、泽泻、车前子、黄芪等13味药物组成)煎服。每日1剂,口服2~3次。治疗结果:临床治愈78例,好转17例,未愈进行手术治疗的2例。王建国,邵法军运用口服腰痛宁胶囊与口服腰痛宁胶囊基础上服中药补肾强督汤(自拟)治疗腰椎间盘突出症;结果显示治疗组:治愈37例(80.43%),好转6例(13.04%),无效3例,总有效率93.48%。

3.2 实验研究

不仅在临床上运用活血法为大量患者解除了痛苦,而且国内学者在对于活血法治疗腰椎间盘突出症的机理探讨方面也作了大量的实验研究。王秀华等研究发现,广龙吴膏药能明显降低大鼠腰椎间盘突出模型中IL-1、NO及组织胺,说明广龙吴膏药可能通过抑制炎症细胞因子的活性而减少了炎症介质的释放,使腰椎间盘突出症所致神经根痛得以缓解,但中药外敷疗效缓慢,需长期用药。吕存贤等研究发现,活血化瘀法可能是通过方药中某些有效成分的钙离子拮抗剂作用及改变组织中酸碱度的作用,抑制黄韧带磷脂酶(PIA2)的激活过程,从而有效的抑制各种炎症反应的启动,调整了椎间盘内外生物化学平衡失调,并且与扶他林作用相比无明显统计学差异,认为活血化瘀法具有降低非压迫性髓核突出动物模型黄韧带中PLA2活性的作用,从而减少多种炎症介质的合成,这可能是中药治疗腰椎间盘突出症的作用机制之一。王志泉等通过动物实验证明,舒腰灵2号胶囊(由地龙、穿山龙、制川乌等组成)具有明显的抗炎、止痛作用,并有一定的调节毛细血管通透性及改善血液流变学的作用。推测舒腰灵2号胶囊能够减轻软组织的肿胀、炎症及神经根水肿,达到缓解神经根压迫、减轻疼痛、促进软组织病变的修复,因而对腰椎间盘突出症有一定的疗效。包力等通过检测腰

椎间盘突出症的甲皱微循环改变,认为中药内服、外敷和静脉点滴,配合具有电磁、热效应的场效应仪热敷和腰椎牵引,可以有效地改善全身与局部血液循环,消除病变局部充血、水肿和肌肉痉挛,降低椎间盘内压,促进突出物的位移,从而解除对神经根的刺激,对缓解腰腿疼痛、恢复腰部功能起到良好的治疗作用。

蒋位庄自拟腰痛1号方(组方为:川芎、当归、赤芍、桃仁、红花、鸡血藤、乳香、没药、五灵脂、香附、制草乌、茯苓、枳实、泽泻、郁金等),观察其对椎管内神经根无菌性炎症大鼠模型的触觉、痛觉、运动以及组织形态生物化学指标的影响,结果表明,腰痛1号方可提高中枢脑组织内cAMP值,减轻炎症反应程度和结缔组织的形成,并有促进模型鼠患肢感觉和肌力恢复的作用。王文彪等通过观察根痛1号浓缩丸治疗腰椎间盘突出症的临床疗效认为,根痛1号治疗腰椎间盘突出症的机制可能为消除神经根水肿,髓核脱水缩小,髓核与神经根的相对位置发生改变,从而解除神经受压症状,达到临床治愈或症状改善。

从以上报道可以看出,无论是在临床症状改善方面还是在实验研究方面运用中药活血法治疗椎间盘突出症都有很好的疗效。根据腰椎间盘突出症引起腰痛及坐骨神经痛的原因多源性方面来讲,中药活血化瘀法治疗腰椎间盘突出症的作用扭点也是多方面的;也就是说中药活血化瘀法无论在改善突出髓核与神经根之间的解剖关系(髓核吸收)还是在局部的炎症浸润方面都起到一定的作用;即:中药活血化瘀法既可快速减轻腰椎间盘突出症引起的疼痛又能促进突出髓核的快速吸收。

注:参考文献从略

乳腺癌中医证型分布 与用药规律研究的进展

新加坡·白伟良

乳腺癌是全世界妇女最常见的癌症，占妇女癌症的16%。在2004年有51.9万名妇女死于乳腺癌。大多数乳腺癌死亡病例(69%)发生在发展中国家^[1]。

在本地(新加坡)，2010年-2014年，不分种族，乳腺癌占妇女癌症的29.2%，妇女癌症的死亡率也占最高，共17.6%^[2]。无论是华族、马来族或印度族，乳腺癌均是妇女癌症的头号发病率和杀手^[2]。

西医医院机构具有许多丰富的临床药物试验(化疗与靶向治疗)以及更先进的乳腺癌诊断指标研究。在本地(新加坡)有NCCS(National Cancer Centre Singapore)^[11]、NCIS(National University Cancer Institute Singapore)^[12]的不同项目等。西医治疗乳腺癌虽有先进的药物方法，但新加坡国民对于中医疗法还是有相当的接受度。许多乳腺癌患者仍会寻求中医做辅助治疗。根据一项新加坡陈笃生西医医院肿瘤部门的调查，35%的乳腺癌病人反映有使用中医治疗，当中75%的患者反映中医有起到疗效作用，没有患者在中医的治疗中有严重的不良事件^[3]。中医在治疗乳腺癌方面是有一定的特点及优势，目前已经是乳腺癌术后治疗的主要方法之一。

在新加坡的高温高湿的气候下及饮食不

节所伤，新加坡人易感湿浊、湿热的外在和内在因素。有学者采用群体体质调查，发现新加坡人多数的中医证型体质偏于气虚、阴虚和湿热^[1]。

全球癌症发病率持续升高，全球癌症病例将呈现迅猛增长态势。根据世界卫生组织报告预测，2035年新增病例数将达到2400万人，其主要原因为：全球老龄化趋势及人口的增长，以及致癌性相关的行为活动有所增加^[17]。

在现今的医学认识中，每一个健康个体都存在“原癌基因”，不同程度上存有基因和染色体异常。“抑癌基因”和正常免疫系统监控下处于平衡状态时则不会产生病变。癌症的诱发是多种因素共同作用的结果。在高危因素不断地刺激下，打破了机体防卫平衡机制，使“原癌基因”启动。异常的遗传特性就会产生致癌表型，经过复杂的癌变过程中，最终产生与表现肿瘤^[19]。中医与西医的角度对于肿瘤病的认识，扶正祛邪治疗的原则大同小异，只是扶正与祛邪的程度比率不一。

国际癌症研究机构(IARC)在2012年发表了新版本的乳腺肿瘤分类法。新版分类延续了原有分类的基本架构，以形态学特征，对一些病变的分类更加细化。浸润性乳腺癌、小叶瘤变、导管内增殖性病变、微浸润性癌、导管内

乳头状肿瘤、良性上皮增生、肌上皮病变的命名和亚型都加以调整,增加一些新的、独立的病理类型,更加注重病理形态学类型、分子学改变、临床治疗与预后方面的联系^[13]。

乳腺癌属于中医“乳岩”、“乳石痈”的范畴。历代医家对于乳腺癌的病因病机都有不同的认识。陈实功认为,“忧郁伤肝,思虑伤脾,积想在心,所愿不得者,致经络痞涩,聚结成核。”汪机主张,乳岩“乃七情所伤,肝经血气枯槁之症。”薛己和张介宾则强调毒邪蕴结在乳腺癌发病中的作用。综合不同的古代文献和近代的研究成果,乳腺癌的病因病机可归纳为:正气不足,气血两虚、情志内伤,忧思郁怒、肝肾不足,冲任失调、毒邪蕴结、瘀血凝滞、厚味所酿,痰浊凝滞^[6]。外因的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^[21]。

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。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。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^[20]。

乳腺癌的中医辨证分型仍不统一化。临床上多以不同医家的临证经验,自分证型和组方用药。辨证分型总以乳腺癌的病因病机与症状体征的表现归类。虚证:肺脾气虚、气阴两虚

证型。实证:肝气郁结、气滞血瘀、毒热炽盛证型。虚实夹杂:冲任失调、脾阳不振,痰湿不化证型^[23]等等。

根据一项文献与临床病例报道的统计,乳腺癌术前患者的证型在文献中的分布频率由高到低,依次为肝郁、痰瘀毒热、气血两虚、冲任失调、脾虚痰湿、肝肾阴虚、正虚邪实、气阴两亏、肺肾两虚、脾肾阳虚证型;临床病例中的分布频率依次为肝郁、脾虚痰湿、痰瘀毒热、冲任失调、气血两虚、气阴两亏、正虚邪实、肺肾阴虚证型;乳腺癌术后患者依次为气阴两虚、冲任失调、气血两虚、痰瘀毒热、气虚血瘀水停、肝郁证型^[34]。

不同医家对于乳腺癌的辨证分型有独特的见解。王桂棉:肝郁气滞、脾虚痰湿、瘀毒、气血双亏证型^[24]。钱伯文:肝气郁结、肝肾阴虚证型^[25]。刘渡舟,张代钊:肝郁气滞、冲任失调、毒热蕴结证型^[26]。潘明继:肝郁气滞、毒热蕴结、肝肾阴虚证型^[27]。李岩:肝郁气滞、脾阳不振,痰湿不化,毒热蕴结、气血两虚、肝脾不调型^[28]。郁仁存:肝郁气滞、冲任失调、毒热蕴结证型^[29]。周岱翰:肝郁气滞、冲任失调、毒热蕴结、气血两虚证型^[30]。邵梦扬:肝郁气滞、冲任失调、毒热蕴结、肝肾阴虚证型^[31]。李忠:肝郁气滞、痰瘀互结、冲任失调、毒热蕴结、气血两虚证型^[32]。于尔辛:肝气郁结、气滞血瘀、气血虚衰、阴虚阳虚证型^[33]。

全世界尤其中国的不同省市医院都有许多乳腺癌中医证型与西医指标、诊断、治疗的研究分析。

有学者根据《中医诊断学》、《中西医结合肿瘤病学》和《肿瘤科专病中医临床诊治》进行辨证论治,将48例三阴性[ER、PR、HER-2/neu]乳腺癌的患者分为5个证型:肝郁气滞型17例(35.4%),瘀毒壅盛型16例(33.3%),冲任失调7例(14.6%),肝肾阴虚型4例(8.3%),脾虚痰湿4例(8.3%)^[7]。

在一项205例乳腺癌患者的调查中,三阴

性乳腺癌46例,非三阴性乳腺癌159例,两组在年龄上没有差异,均以中年为最多,之后是青年及老年。三阴性乳腺癌患者大部分表现为浸润性导管癌,与非三阴性乳腺癌比较,其肿瘤复发率及淋巴结转移率都较高,并且癌细胞的内脏转移较骨转移多。^[8]阴性乳腺癌患者整体比非三阴性乳腺癌患者的病情与预后较严重,需要进一步开展三阴性乳腺癌的个体化治疗的研究^[9]。

黑龙江省中医研究院肿瘤科采用八纲、气血、脏腑辨证,对2007年1月至2012年11月中国中医科学院广安门医院肿瘤科及黑龙江省中医研究院肿瘤科就诊的180例三阴性乳腺癌患者进行单证复证的中医辨证分析,证候数共404个,复证较多共计166例。单证证型以气血、血瘀为主。临床应先进行单证辨证,而后形成复证,提出益气活血是三阴性乳腺癌的重要治则^[40]。

在一项有完整资料的乳腺癌的95病例里,乳腺癌早期多为肝郁痰凝型,后期以正虚毒炽型为主。肝郁痰凝型ER表达水平高于冲任失调证型,而PR、CerbB-2的表达与中医证型无明显相关性^[10]。

北京中医药大学刘学武硕士采用了回顾性研究方法,对乳腺癌患者阳虚证候特点及治疗前后证候特征变化规律作了研究与分析,总结了阳虚是乳腺癌患者的主要病因病机,且乳腺癌患者阳虚体质的改善与否可能影响到患者术后或治疗后的复发、转移及生存期,也提出了女性乳腺癌患者的个体化预防和治疗中应注意“补阳”治疗,改善阳虚体质,从而达到有效的预防和治疗作用^[14]。

南京中医药大学姚颖硕士通过回顾性调查研究方法,收集与分析了400例乳腺癌病例,提出乳腺癌“痰瘀结乳”的基本证^[15]。

上海中医药大学附属龙华医院通过对241例乳腺癌术后患者进行辨证分型分析,结论:气阴两虚证、气血两虚证、冲任失调证122例(50.62%)、82例(34.02%)、138例(57.26%);

乳腺癌术后多证兼夹者112例(46.47%),气阴两虚证伴有冲任失调证67例(59.82%);气阴两虚证、冲任失调证、肝气犯胃与病程密切相关($P<0.01$),提出以益气养阴、健脾养血、补肾调摄冲任为主要治疗大法,佐以化瘀散结解毒^[16]。

中国中医科学院附属广安门医院门诊的200例乳腺癌分析中:20%的中医证型有肝肾阴虚、肝郁气滞、气血亏虚、气阴两虚;肝郁气滞见于乳腺癌的所有治疗阶段。气血亏虚多见于刚手术后的患者占54.6%。气阴两虚见于就诊时的患者占24.5%。乳腺癌不同治疗阶段的中医证型分布不同,术前肝郁气滞型为主(57.2%);刚手术后以气血亏虚居多(54.6%);三苯氧胺(他莫昔芬)治疗后肝肾阴虚型为多(46.2%)。分析中发现中医证型受患者发病年龄及月经情况的影响。临症治疗乳腺癌以顾护先后天为主,保胃气,重调肝,辨病辨证相结合。不同治疗阶段据证选择不同治疗法则,手术后患者:补益气血。放化疗者:随证健脾和胃益气、补益气血、滋补肝肾;放疗者兼清热解毒、养阴生津。辅以内分泌治疗:滋补肝肾。不同专家在乳腺癌的治疗虽然用了不同的中药,但是辨证思路基本相同^[18]。

北京首都医科大学附属北京中医医院肿瘤科确定乳腺癌巩固期的中医证候要素和每个需要临症加减用药的症状,拟定相对应的由3~5味中药组成的固定方剂,根据每位患者具体证型组合,临症加减用药,选用对应的方剂组合成辨证论治处方。通过“证候要素和应证组合”的中医辨证论治研究方案克服了“没有客观标准、随意性较大”的问题。统计分析后发现中医辨证治疗可以提高激素受体阴性乳腺癌术后高危患者的累计无病生存率,肿瘤分期的ⅢB至ⅢC期的高危患者,无论何种治疗,不能在短期内延长乳腺癌高危患者的无病生存期和总生存期情况^[22]。

不同省市的医院均有研究中医治疗乳腺癌的中医用药规律以及作用机理。

浙江省桐庐县第一人民医院采用数理统计学方法,对50例治疗乳腺癌的中药处方,总结频数30~46次为白术、薏苡仁、茯苓、北沙参、柴胡、浙贝、穿山甲、郁金、羊乳、香茶菜等,平均用量为8~30g,以利水消肿、补虚、清热、活血等为主^[35]。

辽宁中医药大学第一临床学院以肿瘤科主任,殷东风教授,治疗过的46例晚期乳腺癌患者作了研究分析,总结了治疗方法在扶正祛邪理论的基础上,调畅气机方法也是扶正治疗的原则之一,使用柴胡加龙骨牡蛎汤为基本方,配合清热解毒和软坚散结等作用的祛邪中药,以体力状况和激素受体情况,调整扶正祛邪的比重,配合加减药物针对症、合并症、放化疗副作用、激素受体阳性内分泌治疗者等^[36]。

厦门大学附属第一医院药学部从80例乳腺癌患者的处方用药做出总结:共为1208种,每张处方的药材种类约15种。白术、茯苓、薏苡仁、北沙参的频数超过40次。频数在30次以上有柴胡、穿山甲、浙贝母、郁金、香茶菜、羊乳。药物使用剂量均为8至30克。中医对乳腺癌的治疗原则以活血解郁、软坚散结为主。中药处方以补虚药、活血药、清热药、利水消肿药为主。处方中的药材的白术、茯苓、薏苡仁等10种药材,能促进“软坚散结、活血解郁”的功效,提高疗效^[41]。

浙江中医药大学附属第三医院以使用的28首基本方剂总结了乳腺癌术后的中医治疗方法以益气健脾化湿、清热解毒为主,而对于养阴、补阳的运用尚存争议^[37]。

一项研究从古方治疗乳腺癌的用药规律使用作了总结。治则频率(由高到低):疏肝理气法、活血化瘀法、健脾益肾法、祛痰软坚法、清热解毒法。用药频次(由高到低):补益药、理气药、活血药、化痰药、解毒药。中医古代治疗乳腺癌以扶助正气为主(疏肝、健脾、益肾),在配合消痰、活血、解毒之法^[39]。

有一项文献调查以“晚期乳腺癌”,“转移性乳腺癌”,“随机”,“对照”为检索

词,对1979年1月-2013年12月期刊发表的随机对照临床试验文献进行检索,对纳入文献的随机方法、分配隐藏、诊断标准、疗效判定标准、组间均衡性、随访、依从性及统计方法等进行评价,发现中药治疗晚期乳腺癌随机对照研究方向与数量随时间呈增多趋势,然而存在地区分布不均、研究质量及科研含金量不高等问题。许多文献缺乏多中心研究,诊断标准也不明确。随机、分配隐藏和随访、依从性等有关研究质量的评价较低^[42]。

林洪生教授提出了中医药在临床研究应用的问题,并对中医肿瘤疗效评价系统在中晚期癌症中的应用进行探讨。临床研究应当依据循证医学的原则制定规范化治疗方案,也强调疗效评价中终点指标和替代指标的区别。在肿瘤治疗中患者的生存时间和生存质量是疗效判定的终点指标。肿瘤大小属于替代指标,疗效标准应从瘤体的反应性或稳定性,在以生存质量和生存时间三方面进行综合评价。这样不仅科学合理,而且能够体现中医药的疗效特点,同时与现代医学所认可的标准相统一,促进更深的学术交流^[39]。

2014年《恶性肿瘤中医诊疗指南》,结合文献报道以及中国中医肿瘤专家意见,对于乳腺癌提炼了6种证候要素(气虚、阴虚、血瘀、气滞、痰湿、热毒证,可数型并见),作为辨证分型施治的基础。指南也注重循证医学证据,加强可操作性,在中西医结合治疗途径作了设计,在使用中成药作了推荐。指南在区分治疗的不同阶段,把辨证汤药治疗分为西医治疗结合及单纯中医治疗两部分,对临床更有指导意义^[43]。

参考文献

- [1] 仲伟梁.新加坡地区湿热证的研究.南京中医药大学,2010。
- [2] (英文)Singapore Cancer Registry Interim Annual Report Trends in Cancer Incidence in Singapore, 2010-2014, 26-May-2015, Pg15~21。
- [3] (英文)The Use of Traditional Chinese Medicine Among Breast Cancer Patients: Implications for The

- Clinician, ANNALS ACADEMY OF MEDICINE SINGAPORE 卷: 43期: 2页: 74-78出版年: FEB2014。
- [4] 程林, 鲁林艳, 殷彤, 敖丽华. 中西医结合治疗乳腺癌临床疗效观察. 北方药学, 2014年11期。
 - [5] (英文)世界卫生组织. 乳腺癌: 预防和控制<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/zh/index1.html>。
 - [6] 孙桂芝(主编). 孙桂芝实用中医肿瘤学, 各论胸部肿瘤章, 第四节乳腺癌, 2009年。
 - [7] 胡晓娜, 陈良良. 三阴性乳腺癌的中医研究现状分析, 《中国中医药信息杂志》2014年5期。
 - [8] 王峰(枣庄市峰城区中医院外科, 山东). 三阴性乳腺癌的临床特征及预后因素分析, 现代诊断与治疗2015 Jan 26(1), Pg134。
 - [9] 张慧明宣立学高纪东张保宁赵平. 三阴性乳腺癌和非三阴性乳腺癌临床特征的比较, 中华外科杂志2009年4月第47卷第7期, Pg506。
 - [10] 易维真, 汪晓明, 张福忠, 李华刚, 马卉(安徽中医学院第一附属医院普外科). 乳腺癌中医证型与临床分期及分子标志物关系, 安徽中医学院学报第28卷第5期2009年10, Pg 23。
 - [11] (英文)NCCS (National Cancer Centre Singapore) Breast/Pages/Home.aspx?p=http://www.nccs.com.sg/ClinicalTrial <http://www.nccs.sg/publication/05.asp>
 - [12] (英文)NCIS (National University Cancer Institute, Singapore) <http://www.ncis.com.sg/cancer-information/cancer-infokits/breast/breast-cancer-research.html>
 - [13] 刘标, 周晓军. 解读2012年WHO乳腺肿瘤分类, 临床与实验病理学杂志 J Clin Exp Pathol 2012 Nov; 28(11)。
 - [14] 刘学武, 曹阳. 女性乳腺癌的阳虚证候特点研究, 北京中医药大学, 2008年硕士。
 - [15] 姚颖, 吴承玉. 乳腺癌病证规范研究, 南京中医药大学, 中医诊断学, 2015年硕士。
 - [16] 徐杰男; 阙华发. 乳腺癌术后患者241例辨证分型探析, 浙江中医杂志, Zhejiang Journal of Traditional Chinese Medicine, 2005年12期。
 - [17] 世卫组织: 未来20年全球癌症患者或增五成, <http://www.chinanews.com/jk/2015/06-23/7359213.shtml>, 2015年06月23日 08:02 来源: 新京报
 - [18] 曾玉林, 林洪生. 200例乳腺癌中医证型分布及用药规律的探讨, 中国中医科学院, 2007年硕士。
 - [19] (英文)Cheng Y, Stanbridge EJ, Kong H, Bengtsson U, Lerman MI and Lung ML. A functional investigation of tumor suppressor gene activities in a nasopharyngeal carcinoma cell line HONE1 using a monochromosome transfer approach. Genes Chromosomes Cancer. 2000, 28: 82~91.
 - [20] 白伟良. 恶性肿瘤病中医诊断治疗, 新加坡中医杂志41期, 2016年12月, P34-41。
 - [21] 张英, 侯伟, 林洪生. 中医药治疗恶性肿瘤临床研究成果与思考, 中医杂志, 2014.55(6):523-525。
 - [22] 史琳, 富琦, 许炜茹, 杨国旺, 江泽飞, 张少华, 万冬桂, 武彪, 傅莹, 郭勇, 杨维泓, 卓睿, 王笑民. 中医辨证治疗乳腺癌术后高危人群的疗效评价, 临床肿瘤学杂志2015年10月第20卷第10期。
 - [23] 周岱翰(主编). 十一五《中医肿瘤学》, 中国中医药出版社, 第四章, 第二节 肿瘤的辨病与辨证, 2011年。
 - [24] 闫洪飞, 李攻成. 王桂锦主任医师治疗乳腺癌的经验, 中国中西医结合外科杂志, 2002, 8(4): 305-306。
 - [25] 钱伯文. 肿瘤的辨证施治, 辽宁科学技术出版社, 1980. P119-120。
 - [26] 刘渡舟, 张代钊. 中医肿瘤防治大全, 科学技术文献出版社, 1994。
 - [27] 潘明继. 癌的扶正培本治疗, 福建科学技术出版社, 1989.P217-227。
 - [28] 李岩. 临床肿瘤学, 人民卫生出版社, 1980.P124-125。
 - [29] 郁仁存. 中医肿瘤学上册, 北京:科学技术出版社, 1983. P288-289。
 - [30] 周岱翰. 临床中医肿瘤学, 人民卫生出版社, 2002.P148-149。
 - [31] 邵梦扬. 中西医结合临床肿瘤内科学. 天津科技翻译出版公司, 1994. P263-264。
 - [32] 李忠. 临床肿瘤学, 辽宁科学技术出版社, 2002.P124-125。
 - [33] 于尔辛. 中西医结合治疗癌症的研究, 上海科学技术出版社, 1985.P261-262。
 - [34] 孙霁平, 刘胜. 乳腺癌术后患者中医辨证分型的统计分析研究, 中国医药学报, 2003, 18(4):211-214。
 - [35] 吴学瑾. 乳腺癌50例中药处方的临床研究, 浙江省桐庐县第一人民医院, 《中国药业》2010年第4期55-57页。
 - [36] 王歌, 殷东风, 高宏. 殷东风运用中药饮片治疗晚期乳腺癌的规律研究, 辽宁中医药大学第一临床学院, 《辽宁中医杂志》2010年 第11期2157-2159页。
 - [37] 冉冉, 陈培丰. 乳腺癌术后中医药辅助治疗用药规律研究, 浙江中医药大学附属第三医院, 《中华中医药学刊》2010年第9期1965-1967页。
 - [38] 林洪生. 建立中医肿瘤规范化治疗方案, 癌症进展杂志, 2005, 3(6): 524-525。
 - [39] 卢雯平, 姜翠红. 古方治疗乳腺癌的用药规律, 中国中医科学院广安门医院肿瘤科, 《中国实验方剂学杂志》2010年第3期133-134页。
 - [40] 吴心力, 高雅静, 卢雯平. 三阴乳腺癌的证型分布规律探讨, 黑龙江省中医研究院肿瘤科, 中国医学科学院广安门医院肿瘤科, 《国际中医中药杂志》2013年第1期 11-14页。
 - [41] 杨世界. 中药治疗乳腺癌的用药规律及作用机理分析, 厦门大学附属第一医院药学部, 《中国处方药》2015年第13卷第10期114-115页。
 - [42] 肖好, 胡纲, 高杨杨. 中药治疗晚期乳腺癌现状及质量评价, 四川省医学科学院, 四川省人民医院, 《河南中医》2014年第7期1415-1417页。
 - [43] 林洪生(主编). 《恶性肿瘤中医诊疗指南》, 人民卫生出版社, 各轮第八章, 2014年, 422-441页。

“医脉薪传讲座系列”学习体会之二

——吕玩标医师行医五十年的经验谈

新加坡·陈宝心 洪秀洁 陈宇雷 李贤 柯顺年

吕玩标医师从小就在药材店里工作，对中草药的认识和药材品质的优劣，炮制制作过程等都了如指掌，在临床上对中草药和药材的运用及其特殊功能发挥得淋漓尽致。病患亦在他细心谨慎的治疗和调理下，病疾很快得到解除。吕玩标医师在本次的老中医“医脉薪传讲座”中，不吝于将他丰富的临床经验和对中药的认识、运用与我们分享。以下是我们在这次学习中的体会。

吕医师临床看诊，综合运用诊法、辨证、辨病、诊断，强调在诊病过程中要细心，要胆大。

一、诊法

临床辨证应用中医四诊望、闻、问、切为工具。在收集病情时要专注，态度要诚恳，细心观察病人，注意听病人的自述，问诊要有技巧，大胆推敲，小心假设，结合证候，通过八纲辨证，立法方药。如果病人在专科或医院有检查报告，如血糖、血压指数异常，用方用药时，应参考这些报告，根据中医的辨证论治，

寒热虚实，找出主方来。再加上治疗高血压与高血糖的中药。

二、诊断的基本原理

1、司外揣内

外，指疾病表现于外的症状、体征；内，指脏腑等内在的病理本质。由于“有诸内者，必行诸外”就是说通过诊察其反映于外部的现象，便可推测内在的变动情况。

2、见微知著

微，指微小、局部的变化；著，指明显的、整体情况。见微知著是指机体的某些局部，常包含着整体的生理、病理信息，通过微小的变化，可以测知整体的情况。《灵枢·五色》指出不同部位的异常，提示不同脏腑的病变。

3、以常衡变

常，指健康的、生理的状态；变，指异常的、病理的状态。以常衡变，是指在认识

正常的基础上,发现太过、不及的异常变化。

三、诊断的基本原则

1、整体审察

人是一个有机整体,内在脏腑与体表形体官窍之间是密切相关的,在病理情况下亦相互影响。五脏与六腑通过经络,外连体表、四肢、百骸。人与环境亦是一个有机整体,人体常受到自然环境和社会环境的影响。通过诊法收集病人的临床资料,从整体上进行多方面的考虑,了解疾病病因、病机、脏腑气血阴阳的变动状况,对病情全面分析、综合判断。

2、诊法合参

即四诊并重,诸法并用,综合收集病情资料。由于疾病是一个复杂的过程,必须诊法合参,才能全面、详尽地获取诊断所需的临床资料。正如《医门法律》所说“望闻问切,医之不可缺一。”

3、病证结合

即辨病与辨证相结合,从而有利于对疾病本质的全面认识。

辨病:病是对疾病全过程的特点与规律所作的概括。病,侧重于从疾病的全过程、特征上认识疾病的本质。重视疾病的基本矛盾。

辨证:证是对疾病当前阶段的病位、病性等所作的结论。证,侧重于从疾病当前的表现中判断病变的病位、病性。抓住当前的主要矛盾。

四、中药知识的掌握

中药指在中医理论指导下,用于预防、治疗、诊断疾病并具有康复与保健作用的物质。中药主要来源于天然药及其加工品,包括植物药、动物药、矿物药及部分化学、生物制品类药物。由于中药以植物药居多,故有“诸药以

草为本”的说法。中成药则是以中药材为原料,在中医药理论指导下,按规定的处方和方法,加工制成一定的剂型,标明药物作用、适应症、剂量、服法,供医生、患者直接选用,符合药品法规定的药物。中成药也就是中药复方或单方使用的成品药剂。学习认识药材是没有捷径的,一切须从头学起。因为一切病症的发生,发展,变化等过程,意味着人体的阴阳、邪正互相消长。病变实际上是阴阳气血的失调所反映出来的症状。药物的基本作用是调整、恢复重建病人的正气和抵抗力、阴阳偏衰等,除了对药物的认识外,对药物的个性,掌握也非常重要。所以,作为一位中医师,掌握这一方面的知识是非常重要的。

以药物的偏性来纠正疾病所表现出来的阴阳偏盛偏衰。把药物与疗效有关的性质和性能统称为药性,它包括药物发挥疗效的物质基础和治疗过程中所体现出来的作用。它是药物性质与功能的高度概括。研究药性形成的机制及其运用规律的理论称为药性理论,其基本内容包括四气五味、升降浮沉、归经、有毒无毒、配伍、禁忌等。

五、认识药材的毒性与制约

随着科学的发展,医学的进步,人们对毒性的认识逐步加深。所谓毒性一般系指药物对机体所产生的不良影响及损害性。包括有急性毒性、亚急性毒性、亚慢性毒性、慢性毒性和特殊毒性,如致癌、致突变、致畸胎、成瘾等。所谓毒药一般系指对机体发生化学或物理作用,能损害机体,引起功能障碍疾病甚至死亡的物质。剧毒药系指中毒剂量与治疗剂量比较接近,或某些治疗量已达到中毒剂量的范围,因此治疗用药时安全系数小;是指毒性对机体组织器官损害剧烈,可产生严重或不可逆的后果。

中药的副作用有别于毒性作用。副作用是指在常用剂量时出现与治疗需要无关的不适

反应，一般比较轻微，对机体危害不大，停药后可自行消失。如临床常见服用某些中药可引起恶心、呕吐、胃痛腹泻或皮肤瘙痒等不适反应。用药副作用的产生与药物自身特性、炮制、配伍、制剂等多种因素有关。通过医药人员努力可以尽量减少副作用，减少不良反应的发生。过敏反应也属于不良反应范围，其症状轻者可见瘙痒、皮疹、胸闷、气急，重者可引起过敏性休克，除药物因素外，多与患者体质有关。此外，由于中药常见一药多效能，如常山即可解疟，又可催吐，若用治疟疾，则催吐就是副作用，可见中药副作用还有一定的相对性。

六、掌握药物毒性强弱 对指导临床用药的意义

在应用毒药时要针对体质的强弱、疾病部位的深浅，恰当选择药物并确定剂量，中病即止，不可过服，以防止过量和蓄积中毒。同时要注意配伍禁忌，凡两药合用能产生剧烈毒副作用的禁止同用，并严格毒药的炮制工艺，以降低毒性，对某些毒药要采用适当的制剂形式给药。此外，还要注意个体差异，适当增减用量，说服患者不可自行服药。医药部门要抓好药品鉴别，防止伪品混用，注意保管好剧毒中药，从不同的环节努力，确保用药安全，以避免中毒的发生。

掌握药物的毒性及其中毒后的临床表现，便于诊断中毒原因，以便及时采取合理、有效的抢救治疗手段，对于搞好中药中毒抢救工作具有十分重要的意义。

七、中药的配伍与禁忌

按照病情的不同需要和药物的不同特点，有选择地将两种以上的药物合在一起应用，叫做配伍。由于疾病可表现为数病相兼、或表里同病、或虚实互见，或寒热错杂的复杂病情，

因而用药也就由简到繁出现了多种药物配合应用的方法。药物配合应用，有的可以增进原有的疗效，有的可相互抵消或削弱原有的功效，有的可降低或消除毒副作用，有的合用可产生毒副作用。因此，《神农本草经·序例》将各种药物的配伍关系归纳为“有单行者，有相须者，有相使者，有相畏者，有相恶者，有相反者，有相杀者，凡此七情，合和视之”。

为了确保疗效、安全用药、避免毒副作用的产生，必须注意用药禁忌。中药的用药禁忌主要包括配伍禁忌、证候禁忌、妊娠禁忌和服药的饮食禁忌四个方面。

八、产地与药材的品质

道地药材如甘肃的当归；宁夏的枸杞；青海的大黄；内蒙的黄芪；东北的人参、细辛、五味子；山西的党参；河南的地黄、牛膝、山药、菊花；云南的三七、茯苓；四川的黄连、川芎、贝母、乌头；山东的阿胶；浙江的贝母；江苏的薄荷；湖南的湘莲；广东新会县的陈皮、砂仁等等。

广东新会县的陈皮最好、皮薄、内层净白的橘络也很薄，味道非常香。但近来药行进口的陈皮，品质不好。湖南的湘莲，颗颗饱满营养丰富，功效也好。

目前从药行买来的杜仲都很薄。好的杜仲，质厚，易折断，折断后“藕断丝连”，东北的杜仲最好。杜仲入肾，须去外表粗皮，经盐炒才能用。越南肉桂，皮厚油足，上手很沉，味香，入口甜辣，但药行卖的肉桂，其实是桂皮。苍术分汉苍术和茅苍术，汉苍术比较松胖、轻；茅苍术比较重，切开有胶汁，置放隔天，则出现类似发霉物质。这种茅苍术功效好。同时对药材别名也要有所认识，有利了解古书籍古方，方便科研。如：金银花也称双宝，双花，苏花，川草薢，川太；益母草也称坤草；陈皮也称新会皮；密陀僧也称淡磁。

九、药材的炮制

是指药物在应用或制成各种剂型前，根据医疗、调制、制剂的需要，而进行必要的加工处理的过程，为一项传统制药技术。由于中药材大都是生药，其中不少的药物必须经过一定的炮制处理，才能符合临床用药的需要。按照不同的药性和治疗要求又有多种炮制方法，同时有毒之品必须经过炮制后才能确保用药安全。有些药材的炮制还要加用适宜的辅料，并且注意操作技术和掌握火候，故《本草蒙荃》谓：“凡药制造，贵在适中，不及则功效难求，太过则气味反失。”可见炮制是否得当对保障药效、用药安全、便于制剂和调剂都十分重要。

炮制的方法有一般修制、水制、火制、其他炮制等。

解救乌头、草乌、川乌、附子中毒，可以煮甘草绿豆加黑糖或生姜。

十、临床常用药

葛根：辛甘性平，凉，升阳开腠理，升胃阳气，主要针对太阳经络。

桂枝：辛甘而温，发汗解肌温通经络，桂枝横行肩背，桂枝葛根，一温一凉。

羌活：发散风寒，通痹止痛。

白芷：发表祛风消肿止痛，用在疮痈疮疡的痛。

防风：通经络湿气，治上焦风邪头面的痛，一般选用向上行的药。

骨碎补：补肾，续筋骨，活血疗跌伤，治疗筋骨疼痛，痹症。骨碎补加老熟地可治牙痛。

苍术：性温而味辛烈，主要功用是健脾燥湿祛风湿，用于湿重的苔白厚腻，湿困脾胃。

白术：性苦甘而温，主要健脾益气燥湿，用于脾胃虚引起的脾胃湿困。

香附：理气解郁 调经止痛的药物，用于妇女经产带下或肠胃病。

十一、临床常用方

二陈汤：理气和中，燥湿化痰。痰为百病之首。临床上用二陈汤加减。加白术、天麻、生姜、大枣，就是半夏白术天麻汤，治疗湿气中阻，清阳不升造成的头晕，疗效显著。

温胆汤：二陈汤加枳实、竹茹、大枣，和胃安神化痰，治疗胆虚症即憶病。对于胆虚症，中医的观点，胆，是中正之官，决断出焉。所以，胆虚证出现的气血不足，胆气不足，无神，这特点符合中枢神经的失调，也是现代的神衰衰弱。温胆汤加牡蛎、元参治甲亢。也治颈椎病生骨刺，加重白芥子，祛痰散结，搜剔体内外肌肉痰结。

四逆散：组成有柴胡、白芍、枳壳、甘草。主要功能是疏肝理气，和营解郁。临床上用来治疗各种有关忧郁的病症。所以许多疏肝解郁的方以四逆散为主。因为方中的白芍、甘草，即芍药甘草汤，缓解平滑肌收缩引起的肚子痛。四逆散以柔肝为主，肝郁、肝气旺。四逆散与逍遥散相似，逍遥散重在补脾胃，因方中含当归白术。

七味白术散：为四君子汤加藿香、木香和葛根。功能健脾止泻，主要调理脾胃。如胃酸过多症，有烧心感觉，七味白术散不止健脾，

还可驱风，清胃热。因方中含有葛根，临床治疗胃酸过多，结合乌贝散。

痛泻要方：组成有白术、白芍、防风、陈皮，功用是柔肝止痛，健脾止泻。方中白术、白芍分量非常重，可达到柔肝止痛作用，同时也达到健脾之效，临床上治疗肝旺。

临床上脾虚犯胃的肚痛和腹泻，过敏性大肠炎所引起的不舒服，要注意有无受压力或紧张造成。有时病人告诉你生活和家庭均无压力，但他每天赶时间追巴士车，这也是压力。常用痛泻要方治疗神经性的或压力引起的腹泻腹痛。

五苓散：主要功能通阳化气，脾肾功能失调引起小便不利。吕医师还有其他用法，在临床上用来治疗糖尿病的常用方，加知母、花粉、地骨皮。一般人认为天花粉，是化脓消肿的药，其实不是，药书里提到花粉是治疗三消的圣药。

玉屏风散：主要功用是补气固表，与解肌发表的桂枝汤的止汗功能相似，玉屏风散与桂枝汤的区别，在运用上玉屏风散以补气固表为主，桂枝汤解肌调和营卫为主，在治疗上，一虚一实迥然不同。在临床运用上，治疗虚汗，加重北芪；表虚者，加重桂枝和白芍。玉屏风散治皮肤病，因它有补气固表的作用，一些皮肤病，与肺气不足的肺虚与表虚有一定的关系，因肺主皮毛，治疗皮肤病，不可单用止痒药或解毒药，应加补气药。

吕医师分享临床常用三个方4、6、8的思

路：4代表四君子汤，6代表六味地黄丸，8代表八珍汤。

这三个方的含义是应用四君子汤健脾补气的功能，代表小儿脾胃弱，易受伤。此外小儿致病的外因，风寒暑湿燥火，与成人一样，另一特点，小儿易受惊吓。很多儿科病是由惊吓造成。所以治疗儿科病，应先考虑健脾补气。

六味地黄丸，代表男人在工作上，劳作上，生活上的压力，出现肝肾不足的疾病。所以治疗男科病，应先考虑滋补肝肾。

八珍汤，益气补血，妇女圣药，所以治疗妇科病，应先考虑气血失调，调补气血。

十二、临床病案

- 1、有一中年妇女，头晕多年。辨证湿气中阻，清阳不升造成的头晕。开了二陈汤加白术天麻生姜大枣。病人丈夫见咳嗽药方不悦，一周后复诊，高兴地称赞吕医术高明，药到病除。
- 2、十多年前，平时长时间低头工作，偶感颈项僵硬，转头不利，不以为意。有一次坐车去马来西亚，坐了很多个小时，回来时右手麻痹，睡觉时，疼痛如烤，又烧又痛，一转动手或翻身，两秒钟之内，马上感觉疼痛，隔天，去医院检查，拍X线发现颈椎C3，C4骨刺严重。医生告诉他不适手术，开了止痛药吩咐做物理治疗，还告诉其这病是不会好的，两三个月后疼痛又会回来。服止痛药当晚，手真的不痛了，但隔天工作时打瞌睡。医师认为服止痛药和物理治疗，不是好办法，心想难道中医没有方可治吗？经辨证为痰阻经络，影响经络运行，骨刺为痰所结，治疗以化痰为主。随之开了二陈汤加活血药红花、桃仁、龟尾、骨碎补，服药后第三晚，疼痛减半，服药一周，基本上已不痛，只在翻身时有轻微牵引痛，过后以二陈汤为主方加葛根桂枝，六七个月后，手完全

不痛，可以说痊愈了，颈项的转动也没问题了。

- 3、中年妇女，心悸不安，失眠，多疑，服养血安神药无效。辨证为忆病。用温胆汤加味3个月调理痊愈。
- 4、一女病人，50岁，身体虚弱，瘦，服糖尿病西药。每天糖尿病注射胰岛素3次，糖尿病指数25，每天服药注射，糖尿病指数依然不降。就利用五苓散的通阳化气利水，加上利尿祛湿药，连续服药三周后，糖尿病指数下降，连续服药两个月后，糖尿病指数下降至15，嘱咐她把糖尿注射改成一天一次。复诊糖尿指数下降至10，吩咐她继续服药至糖尿指数恢复正常为止，病人没再回来复诊。
- 5、治疗尿酸过多症，取五苓散通阳化气利水作用。尿酸过多症，关节肿痛，五苓散有退肿消痛，调整身体排除水分与毒素废物作用，可加入石膏知母消炎的药。痛在下肢，可加下行的引药牛膝、桑枝。
- 6、治疗前列腺。目前很多男性年老者患上前列腺炎，小便不利或小便频数。西医诊断为前列腺肿大或增生的病人，用五苓散加活血祛瘀的药桃仁红花归尾丹参这类药，疗效是肯定的。治疗小便多，频数与六味地黄汤的功能相似，六味地黄汤是三补三泻，补泻兼顾的方，以滋阴补肾为主。对慢性病症如糖尿病、尿酸调理过程中可用五苓散。
- 7、麻杏二三汤
包括麻杏石甘汤，清热化痰止咳的药；三子养亲汤，豁痰除痰的药，二陈汤，健脾化痰的药。这方重点在化痰以达到止咳的作用。凡咳嗽，老痰、顽痰或久咳都可用。
- 8、小青龙汤
在儿科里用须多注意儿童脾胃和饮食。小儿平时喜欢喝冷饮，吃冰淇淋，水果。所以冷咳多，半夜咳，小青龙加苓桂术甘

汤，往往功效立杆见影。

- 9、耳水不平衡的美尼尔氏症引起的眩晕，临床上可参考西医的检验报告，但不要拘泥于西医报告。治疗以达到阴阳平衡即可。用半夏白术天麻汤加白芍以加强柔肝缓和的作用。
- 10、生脉散
手心容易出汗。手心属心，治疗以治心为主。

结束语

从本次讲座中我等更加明晰，医者拟方开方时，当因人因时因地，在临床上不应拘泥于其方，其药。医者必须根据方的方义组成，灵活加以运用。比如，二陈汤主要功能是燥湿化痰，理气和中。此方不只用在治疗咳嗽，它亦有理气、和中作用，所以亦可治疗因痰湿阻滞不通的经络病。桂枝汤解肌发表，调和营卫，不只用在伤寒，感冒风邪病症，亦可治疗气血失调。合剂在运用方面，如用两个合方，药物太多，一是影响主方的功效，二是可能所含药物作用相反，如海藻玉壶汤与炙甘草汤同用，甘草反海藻，若甘草的用量过重，可能产生毒素。这些在临床应常加以注意的。其实临床上很多方是由同一方变化出来的。吕医师的医脉薪传讲座，座无虚席，所有在座的医师都非常仰慕德高望重的吕医师，对后辈的谆谆善诱，感激他毫无保留地将他的一生经验倾囊而出，丰富了我等对中药的认识与运用。

“糖尿病并发小腿伤口不能愈合” 经验交流

新加坡·吴荣贵

一、糖尿病和糖尿病并发伤口愈合不能愈合病

糖尿病是世界各国和本地临床常见代谢功能障碍的慢性病，由于糖尿病会影响身体的代谢功能，患者的肢体皮肤肌肉外伤，伤口的愈合往往不好，甚至伤口感染，严重的伤口不能愈合，还恶化，从局部扩散到整个肢体。

从新加坡卫生部医院的统计数字上，严重的外伤的伤口，影响伤口愈合的进度，或愈合困难，有三分之一的病人为了制止恶化，必须施手术局部截肢，来保障生命安全！从此，病人的手脚残缺，大大影响了以后的生活素质，这是一个十分辛苦困难的决定！

如果传统中医药和针灸，能够在这方面补助，通过传统中医的辨证论治，发挥中医药的医疗功能，挽回或减少糖尿病患者，在发生伤口不能愈合的情况，病人不必实施手术切除手脚，那应该就是糖尿病并发病人的福音吧！！？

二、糖尿病并发伤口不能愈合病病例

今年，我在大巴窑中华医院，为母校——新加坡中医学院夜班四年级同学临床带教，有幸在2017年2月17日(星期五)晚上，看到一个“糖尿病并发左小腿伤口不能愈合”的病人——60岁印度籍先生Nagarajan xxxxx。病人行动不利，由太太扶持进入诊室求诊。

三、病例发病经过

病人太太叙述病人发病经过：他先生患

有多年糖尿病，一直在服用西医药控制糖尿病病情。

他不幸在2016年11-12月间，左小腿上方，皮肤奇痒无不，在抓痒时，意外抓破一个伤口(图4)。那伤口开始不到1厘米，几天了，没有愈合。几个星期后，左小腿距离1尺远的下方发痒，又被抓破，伤口也是不能愈合(图5)。

病人就到家庭附近的政府诊疗所看病，由政府诊疗所的医生转介绍到政府医院，让糖尿病专家看诊。专家医生诊断，认为病人是患上“糖尿病并发伤口不能愈合证”，就建议左脚小腿做截肢手术，病人和家属都拒绝手术。

医生就做另一种手术，把上下两个伤口间感染的皮肉割开，成为一个有30厘米的长型的伤口(图6)，可见红红色的肌肉，还加上一个导尿管袋(图7)，嘱咐他天天到附近的政府诊疗所清洗伤口，换药和包扎，至今已经两个月，伤口一直没有好转。患者和家人都非常焦虑，思索各种方法来医疗。

为了医疗糖尿病造成伤口不能愈合，他的太太终于有了决定，带他来中华医院寻求中医药治疗。由当晚执勤的登记员介绍到我的诊室。

四、医疗前的思维和考虑

作为当晚的主治医师，我对于他的求诊有些为难，因为他属于还正在医院医疗的病人，身体伤口部位还带着排脓导管，晚上私自到来求诊，如果有任何医疗处理不当，西医医院，或可能会向我提出诉讼，很不利我和中华医院(图1)。

我心里很为难，因为病人的太太，和他本人真诚坚持要求我介入，以中医治疗，保证整个医疗过程，绝对配合(图2)。

从中华医院的诊病电脑资料显示：病人在他发病之几个月前，曾经因为医生建议动手术解决肩膀疼痛，他们也是拒绝，然后到中华医院接受针灸医疗，去年6月间，经过几次针灸医疗后，病情获得改善，病情好转了，结果就不必手术了。

我最后是答应了，叮嘱要今年在场临床实习的四年级夜班学员，仔细学习观察这个疑难病例的医疗过程！(图3)

如果成功，这就将是我40年行医来，一个“崭新中西结合医疗糖尿病并发伤口不能愈合”的医疗个案！

五、医疗“糖尿病并发伤口不能愈合”病的经过记录

第一诊，17/2/2017刻诊：左小腿有一个超过30厘米的长条型糖尿病伤口，已经2个月还没有愈合，正在服用抗生素，身上附有导尿管袋把伤口脓液导出，胃纳差，口淡，脉弦，舌淡苔白腻。

病名：糖尿病并发伤口不能愈合。

辨证论治：1证型：脾气弱，阳气微，湿热毒蕴。2治法：健脾益气，温阳生肌，清热解毒。3处方：小建中汤合仙方活命汤，一周量。4针灸：取健侧的曲池、外关、合谷、足三里、三阴交、留针20分钟。5医嘱：饮食有营养，清淡，避免生冷，多饮老姜煮水当日常饮料喝。(图6)

第二诊，24/2/2017复诊一：各症状改善，胃口改善，精神改善，伤口改善。医疗：守方，针灸同上。(图8)

第三诊，3/3/2017复诊二：医疗效果明显，胃口继续改善，身体比较有活力，伤口进一步改善，导尿管已经取出。医疗：守方，针灸同上加太冲。我和临床实习学员对病人的伤

口明显改善都很非常高兴，确定辨证论治的医疗效果。(图9)

第四诊，10/3/2017复诊三：病人家人儿子陪同前来，表示感谢。病人体力进一步改善，伤口愈合进展良好，从照片可见30厘米长的伤口周围长出新肌肉，逐渐收口。医疗：守方，针灸同上。(图10)

第五诊，24/3/2017复诊四：由于317中医节，我们停止看诊。在复诊时，病人行动自如，体重增加2-3公斤，伤口愈合迅速，中间还有大约3厘米的“红肉芽”，我们期待病人在一个月里会完全愈合。医疗：同上。(图11)

第六诊，31/3/2017复诊五：病人很高兴进来，原来伤口的包扎完全拿下，只有小小的一片贴纸。我们很兴奋看到，病人医疗进展给诊室里的每个人非常高兴，中医药和针灸合作，真得有机会做到了，可以让Nagarajan xxxxx的糖尿病不能愈合的伤口愈合！再耐心的期待，等待一周吧！医疗：针灸和药物方剂，同上。(图12)

第七诊，7/4/2017复诊六：患者夫妇面带笑容，开心地走进诊室，Nagarajan xxxxx出示左小腿，他左小腿之前糖尿病并发的伤口，已经完全愈合，清楚可以看见一条30厘米的伤口愈合完美的痕迹，引起诊室里的师生开心喝彩！

我们经过一个月半的时间，成功地应用中医药和针灸，治愈了“糖尿病并发伤口不能愈合病”的病例！(图13)

六、我以传统中医治愈“糖尿病并发伤口不能愈合病”病例的启示

1. 传统中医药和针灸的运用，的确治愈“糖尿病并发伤口不能愈合病”的病人，让临床带教的学员们上了宝贵的一课。

2. 医学是实践的科学，治愈病人是最终的目标。本病例里传统中医学的确辅助西医学，在“糖尿病并发伤口不能愈合病”病例的

医疗，取得治愈疗效，避免了病人截肢命运。

3. 采用中医治疗的效果启发我们，建议“糖尿病并发伤口不能愈合病例”的患者，截肢前可考虑找中医师咨询中医治疗看法。

以下附上整个医疗过程的图片，清楚说明患者Nagarajan xxxxx“糖尿病并发左小腿伤口不能愈合”医疗的愈合过程。



图1: 患者首次看诊(2月17日)腿边有导尿管袋



图2: 吴荣贵医师和患者，患者的导尿管袋已经移去(2月24日)



图3: 为糖尿病伤口不能愈合的患者针灸医疗

图4-13为伤口不能愈合发生过程



图4: 左小腿上部伤口



图5: 左小腿下部伤口



图6: 医院手术后形成超过30厘米长的长条状的大伤口(2月17日)



图7: 包扎与排脓导管(2月17日)



图8: 伤口开始愈合与恢复中1(2月24日)



图9: 伤口开始愈合与恢复中2(3月3日)



图10: 伤口开始愈合与恢复中3(3月10日)



图11: 伤口开始愈合与恢复中4(3月24日)



图12: 伤口开始愈合与恢复中5(3月31日)



图13: 伤口完全愈合了(4月7日)

蜡疗静态进展性 牵伸治疗上肢骨折术后 肘关节功能障碍的临床研究



东宁市人民医院康复医学科 黑龙江·程亭秀 曹景文 程广耀

【摘要】目的 观察蜡疗静态进展性牵伸治疗上肢骨折术后肘关节功能障碍的临床疗效。方法 将56例肘关节功能障碍患者随机分为治疗组和对照组，每组28例。治疗组采用蜡疗静态进展性牵伸治疗，对照组采用常规蜡疗治疗，治疗8周。比较两组康复介入前后4周、8周Mayo肘关节功能评分并评定疗效。结果 治疗组优良率效率明显优于对照组($X^2=5.2500$, $P<0.05$, 两组比较差异具有统计学意义); 治疗组患侧肘关节功能改善程度优于对照组(Mayo评分治疗组与对照组比较差异具有统计学意义, $P<0.01$)。结论 应用蜡疗进行静态进展性牵伸简单、实用、价格低廉、效果显著, 值得基层医院大力推广。

【关键词】蜡疗; 静态进展性牵伸; 肘关节功能障碍; 临床研究

上肢骨折术后肘关节功能障碍在临床上较常见, 多由于长期制动或疼痛因素引起, 若不及时有效的治疗, 将严重影响患者的日常生活和工作^[1, 2]。2011年10月至2016年1月, 笔者采用静态进展性蜡疗治疗上肢骨折术后肘关节功能障碍患者, 疗效满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组56例, 男36例, 女20例。年龄14—56岁, 平均年龄(31.2 ± 10.08)岁。均为上肢骨折术后肘关节功能障碍, 左侧30例, 右侧26例; 其中股骨干骨折术后20例, 股骨

外上髁骨折术后12例, 尺骨鹰嘴骨折术后8例, 尺桡骨双骨折术后8例, 桡骨小头骨折术后4例, 股骨髁间骨折术后4例。康复介入时间最短术后6周, 最长32周, 平均 12.56 ± 5.28 周。随机分为2组各28例。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 治疗方法

2组均常规给予物理因子治疗、康复功能训练、关节松动术等综合治疗^[3]。治疗组在常规基础上加用静态进展性蜡疗, 具体方法: 制作蜡饼, $40\text{cm} \times 40\text{cm}$ 大小, 厚度 $2.0-2.5\text{cm}$, 蜡温约 $50-60^\circ\text{C}$, 改善伸直功能时放置屈侧, 改善屈曲功能时放置伸侧, 将肢体固

定于伸直或屈曲最大角度,热敷20分钟,蜡饼稍硬后,轻度牵伸肘关节后重新固定蜡饼,每间隔5—10min,重复轻度牵伸(以患者轻微酸痛为宜)肘关节后再次重新固定蜡饼,直至蜡饼完全硬化后在持续10—20分钟,一般每次60min。应注意观察患者有无疼痛、麻木等症状,出现时可暂时停止蜡疗,缓解后重新固定;包蜡时注意尺神经沟及肱骨下端神经容易卡压部位应松一些,以免卡压神经出现症状。对照组在常规基础上加蜡疗,蜡饼,40cm×40cm大小,厚度2.0—2.5cm,蜡温约50—60℃,热敷30分钟。每疗程6天,间隔1天行下一疗程治疗。共治疗8周

1.3 评定标准

康复介入时、康复治疗后4周、8周时评定Mayo肘关节功能评分,满分为100分,总分≥90分为优,75—89分为良,<60为差。优良率=[(优病例+良病例)/接受治疗病例]×100%^[4, 5]。

1.4 统计学方法

采用SPSS13.0进行统计学处理,计量资料采用t检验,计数资料采用X²检验,等级资料采用Ridit分析,P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

康复治疗介入后4周、8周评定Mayo肘关节功能评分,差异有统计学意义(P<0.05),治疗组优于对照组,具体见表1。

表1: 两组康复介入时、治疗后4周、8周Mayo评分比较

组别	n	Mayo肘关节功能评分(分, $\bar{x} \pm s$)		
		康复介入时	治疗后4周	治疗后8周
治疗组	28	37.08±5.68	72.59±6.54	93.48±6.16
对照组	28	37.12±5.29	54.96±5.36	78.68±7.12
T值		0.0273	11.0325	8.3181
P值		0.9783	0.0000	0.0000

康复治疗8周后疗效比较见表2。治疗组优良率96.43%,对照组优良率75.00%,差异有统计学意义(P<0.05),治疗组优于对照组。

表2: 两组病例治疗8周后临床疗效比较(例)

组别	n	临床疗效(例)				优良率(%)
		优	良	可	差	
治疗组	28	15	12	1	0	96.43
对照组	28	9	12	7	0	75.00
U值或X ² 值		U=2.1456				X ² =5.2500
P值		0.0319				0.0219

3 讨论

肘关节附近骨折(股骨干骨折、股骨外上髁骨折、尺骨鹰嘴骨折、尺桡骨双骨折、桡骨小头骨折、股骨髁间骨折)术后因制动的原因都会出现不同程度的功能障碍,早期进行系统的康复治疗能有效的预防关节功能障碍和促进关节功能的恢复。研究表明,在3个月内进行康复治疗的效果明显优于3个月后进行康复治疗^[6]。由于黑龙江省牡丹江地区骨科康复发展较缓慢,部分骨科医生对康复医学认识程度不高,从而出现术后康复介入较晚(本组康复介入时间最短术后6周,最长32周,平均12.56±5.28周),功能障碍明显,同时多部分合并肩及腕关节的功能障碍。

文献报道CPM机、JAS训练器等专业设备治疗关节功能障碍效果显著^[7];但由于设备昂贵,基层医院无法开展。笔者多年来一直应用蜡疗治疗关节功能障碍,通过学习静态牵伸技术,改为应用蜡疗进行静态进展性牵伸,本组研究表明应用蜡疗进行静态进展性牵伸治疗肘关节功能障碍明显优于常规蜡疗组。

既往蜡疗治疗关节功能障碍应用了蜡疗温热作用,温热作用可缓解肌肉痉挛、松解粘连、软化瘢痕,有利于降低关节周围组织及韧带的张力^[8]。本组研究应用了蜡疗的另一作用为机械作用,同时结合静态进展性牵伸,关节周围软组织在外力牵伸作用下表现为黏弹性特征:蠕变和应力松弛;应力松弛表现为软

组织长度不变,内部应力下降,生物力学研究证明,应力松弛是有效的使软组织获得永久性延长的技术手段^[9];应用蜡疗进行静态进展性牵伸应用了应力松弛原理,实现了静态进展性牵伸治疗,达到了持续性牵伸的目的,明显减少了康复治疗时间。

综上所述,应用蜡疗进行静态进展性牵伸简单、实用、价格低廉、效果显著,值得基层医院大力推广。

参考文献

- [1] 李洁,李云飞.肱尺关节分离技术对上肢骨折后肘关节功能障碍的疗效[J].中华物理医学与康复杂志, 2010,32(7):527-530.
- [2] 陈湘鄂,周新萍,吴杏香,等.骨折后肘关节功能障碍的综合康复治疗[J].武汉大学学报(医学版), 2008,29(5): 692-693.
- [3] 陆芸,周谋望,李世民,等译.骨科术后康复指南[M].天津:天津科技翻译出版公司, 2009,77-84.
- [4] 刘强,陈德松.屈肘功能障碍和肘关节功能评分[J].中国矫形外科杂志, 2002,9(5): 501-502.
- [5] 闫汝蕴,覃鼎文,陆琳.肘关节创伤后围手术期系统康复的临床研究[J].中国康复医学杂志, 2003,18(11): 673-675.
- [6] 蒋拥军,李克军,董易环,等.对86例肘关节纤维性僵直综合康复治疗的临床观察[J].中国中医骨伤科杂志, 2008,16(8): 22-24.
- [7] 吴洪,刘丽平,冉春风,等.静态渐进性牵伸治疗肘关节功能障碍患者的疗效观察[J].中国康复, 2014,29(4): 316-317.
- [8] 牛雪飞.蜡疗和音频疗法配合关节松动术治疗膝关节功能障碍[J].中华物理医学与康复杂志, 2004,26(3): 167.
- [9] 李天娇,蔡斌,李翔,等.应用静态进展性牵伸方法治疗膝关节挛缩[J].医用生物力学, 2012,27(3): 351-353.

漫谈食管癌

新加坡·曾玉珠

一 概述

在我们的日常生活中，经常忽略了很多细微的恶性肿瘤的早期讯号，而当确诊时往往已是中晚期。如食管癌患者早期只是偶尔有胸骨后隐痛不适的感觉(常被忽略了)，慢慢就出现咽中异物感，每当吃东西时，感觉吞咽受阻，尤其是干的食物，喝汤水后症状可消失(食管腔肿块长了)。这种情况反反复复发生一段时间后，渐渐只能吃半流质食物(因肿块进一步增大阻塞食管腔)，最后水和唾液也不能咽下(因肿块已完全阻塞官腔了)。由于进食困难，病人会严重营养不良，甚至死亡。

食管癌是食管的粘膜上皮或腺体发生恶性

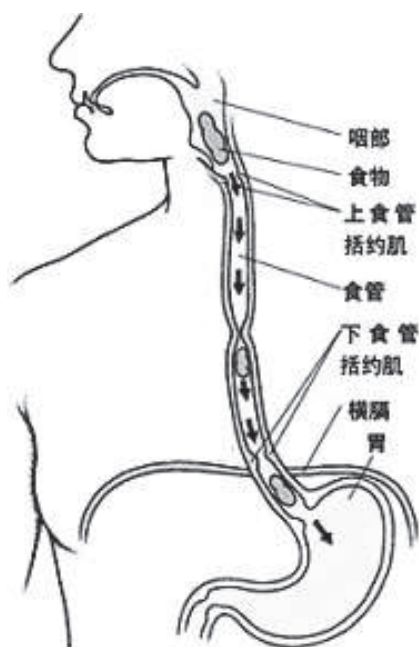
肿瘤。发病年龄一般在40岁以上，男性居多，近年年轻患者有递增现象。其症状包括吞咽困难或疼痛、体重减轻、消化不良、心口灼热、呕吐、噎塞、胸骨后针刺样疼痛、沙哑、锁骨淋巴结肿大、干咳、咳血或吐血等。食管癌的复发转移率高，尤其是在局部。转移途径包括淋巴结转移和血行转移，其中主要是淋巴结转移，一般发生较早；血行转移常见部位有胃、肝、肺、肾、胸膜、腹膜、肾上腺及胰腺等，一般较晚发生。

食管癌的发病原因目前仍未清楚，有研究认为组织类型属鳞状细胞癌的(约占90%)主要由吸烟、饮酒、热饮、以及饮食品质不佳引起；属腺癌者(约占5%)主要是吸烟、肥胖、和胃食道逆流所引起。诊断食管癌靠内视镜做切片检查。戒烟及健康饮食可预防其发生。

二 西医处理方法

食管癌患者最大的痛苦及危害是食道梗阻，影响进食。因此，消除或缓解食道梗阻是医者首要解决的任务，然后再考虑如何抑制肿瘤的扩散和转移。消除或缓解梗阻，首选手术切除，但对于无法用手术或其它方法如放疗除去肿块的患者，一般考虑置入支架，撑开食道，压迫肿瘤，保证进食通畅。临床上有些医生采用粒子支架，可撑开食道，同时起到治疗肿块的作用，但这也给患者带来一定的副作用。对于肿块位置较高，或不适合放支架者，可考虑置入营养管或胃造瘘。

至今，西医治疗食管癌仍旧是首选手术切



除,此方案适合较早期的食管或贲门癌,及部分三期食管下段癌,病变长度在5cm之内,一般情况好,无远处转移等手术禁忌症者。早期食管癌手术切除可达到根治效果,5年生存率约50%。对于肿块较大而患者全身状况良好者,可先放疗后手术。若肿块是在颈段、胸上段,由于手术难度极大,并发症多,疗效差,可单纯放疗。有手术禁忌症但病变时间短,身体状况许可的患者,也可单纯放疗。

放疗也是目前食管癌的首选治疗方案之一。越来越多证据显示,对于可手术的食管癌病例,同步放化疗和后程加速超分割放疗可取得与手术相似的疗效。此方案在美国和日本的治疗指南中已被列为标准治疗方案之一。

食管癌化疗多采用新辅助化疗或同步放化疗,术后或放疗后则采用辅助化疗。目前多主张放化疗同步治疗。对于II期以上有高危因素的患者,多推荐手术后行辅助化疗;晚期患者可行姑息性化疗。研究显示,40-70%食管鳞癌患者EGFR过表达。对于EGFR阳性的患者,还可选用分子靶向治疗药物,如用西妥昔单抗(Cetuximab)联合同步放化疗,或曲妥珠单抗联合同步放化疗以提高疗效。单纯化疗缓解期短,化疗药物浓度在食管病变局部难以达到治疗量,不能提高局部控制率。因此,虽然可获得一定的近期疗效,但不能提高生存期。

三 中医辨治

根据《内经》的记载:“饮食不下,膈噎不通,食则呕”,“膈中,食饮入而还出,后沃沫”,类似食管癌的症状。中医治疗食管癌,结合辨病与辨证,认为其基本病变为气、痰、瘀交结,阻隔于食管、胃脘。病位在食管,为胃所主,并与肝、脾、肾相关。辨证的关键有胃虚、气滞、痰阻、血瘀。治疗着重“痰”、“气”、“虚”,以治“痰”为核心、“理”气为重点,“扶正”为基础。见有瘀者则应化瘀散结。治疗时也常结合清热解

毒、虫类及有毒药物。治疗食管癌常用的中药有:龙葵、石见穿、冬凌草、肿节风、藤梨根、威灵仙、急性子、黄药子、苏木、姜黄、山慈菇、制南星、白花舌蛇草、陈皮、法半夏、枳实、五灵脂、香茶菜、公丁香、水蛭、干蟾皮、全蝎、蜣螂虫、壁虎、地鳖虫、海藻、郁金、莪莢等。

四 专家经验

已故名医余桂清教授^[1]创制二术郁灵丹治疗食管癌,疗效显著。该方由白术9g,莪术15g,郁金9g,威灵仙15g,丹参15g组成。气虚者加太子参9g,茯苓9g,生黄芪30g;进食梗噎加夏枯草15g,急性子15g,石见穿10g,呕吐痰涎加陈皮6g,清半夏9g,竹茹9g,炙枇杷叶9g,生薏苡仁15g;胸闷、胸骨后疼痛加瓜蒌皮15g,徐长卿15g;放、化疗后白细胞下降加黄芪20g,当归9g,鸡血藤15g,枸杞15g,菟丝子15g;食管梗阻严重,不能下咽者,配合开道散(硼砂60g,火硝30g,硃砂6g,青礞石15g,沉香9g,冰片9g)服用,共研细末,每次口服1g,含化后缓缓吞咽,每小时1次,待粘液吐尽,能进食时,改为3小时1次,服2天后停药。此外,余老也适当选用具有抗癌作用的中药如白花蛇舌草、半枝莲、白英、藤梨根、急性子、石见穿、天龙(壁虎)、山豆根等,以增强疗效。

张代钊主任^[2]认为食管癌的发生与饮食和情志有密切的关系。他将食管癌患者发病过程中的临床症状总结为“噎-吐-痛-梗-衰”,认为气虚是根本,可导致气滞血瘀及痰阻,逐渐发展至阴虚血虚,最终形成气血双亏。他主张手术前以益气养血为主,佐以宽胸降气改善症状,保证体质;手术后益气养血、健脾和胃,尽快恢复体力;放疗期间配合研制的扶正解毒冲剂(黄芪、生地黄、金银花、黄连、石斛、麦冬、枸杞子)减轻副反应;他也研制扶正增效方以对放疗有增效作用。为了预防放射性咽炎,

张老嘱患者从放疗开始时就清咽饮代茶饮(组成:金银花50g、麦冬100g、桔梗50g、甘草50g)。还可白及粉3g冲水服,每日1或2次以缓解症状,保证放疗的顺利进行。对于食道癌出现的噎、吐症状,张老从“痰、气、瘀、热”论治。对于有癌痛者,他应用理气活血化痰法治疗,也用缓急止痛的方法减轻患者的痛苦。对于食道癌进食梗阻的处理,张老认为痰瘀互结是根本,因此,降气化痰,活血化瘀,软坚散结是主要的治疗措施。他常用的药对是急性子、威灵仙。李时珍在《本草纲目》中说急性子“其性急速,故能透骨软坚”;威灵仙味咸,能软坚而消骨鲠。现代研究证实,威灵仙能使咽及食道平滑肌松弛,增强蠕动;急性子微苦、辛,温,有小毒,归肺、肝经,破血软坚,消积,用于瘰疬块、经闭、噎膈。对于食管癌晚期,多是气血双补,并强调此时患者已不堪攻伐,应尽量不用软坚散结之品。

花宝金主任^[3-4]认为食管癌发生的先决条件是“正气内虚”,基本病理过程为情志因素、脾胃虚弱导致胃气上逆和脾气下陷,进而引起清浊之气郁滞,最终形成痰、瘀、毒等肿瘤病理产物而导致疾病的发生。因此,主张治疗时要重视脾胃的运化功能,以调治脾胃为肿瘤治疗的核心,同时还应结合食管“通降”的生理特性,重视气机升降的正常运行。对于临床症状明显的食管癌患者,他常以旋复代赭泻心汤为基础加减治疗,取得很好疗效。

周仲瑛教授^[5]认为癌毒是食管癌的根本病因,结毒和流毒分别是食管癌局部发病和转移扩散的重要原因。治疗食管癌当急则治标,以消癌解毒方(白花蛇舌草、半枝莲、漏芦、僵蚕、蜈蚣、八月札、太子参、麦冬和炙甘草等)抗癌解毒为基本大法,复法大方消癌解毒治疗应贯彻整个食管癌治疗过程。在食管癌初期正虚不显时,以抗癌解毒配合化痰软坚、逐瘀散结为主;中期,兼有脏腑功能失调时,可适当伍入调理脏腑功能之品;晚期,正虚明显者,则以补益气血阴阳为主,兼顾抗癌解毒、化痰

软坚、散瘀消肿,尤需时时顾护脾胃。

谢铁哲主任^[6]认为,食管癌的病理性质是本虚标实,多因阳气式微,脾肾两亏,痰气交阻、瘀血内停、火郁热结而成。他从“扶阳”理论,提出治疗应以温补脾肾阳气为本,兼以化痰、祛瘀、攻毒为标,遣方用药重“扶阳”,保胃气。

博士生导师徐力主任^[7]治疗食管癌分三段,即中药对(1)手术、放化疗期间的辅助治疗期(2)手术、放化疗结束后抗转移复发的维持治疗期(3)不宜手术、放化疗晚期癌症的姑息治疗期。对于姑息治疗期的患者,他常用守宫、三七、威灵仙、急性子等来消肿瘤、缓解梗阻。他指出守宫、三七等分磨粉吞服,服用时让药物停留咽部一段时间后才慢慢咽下,效果更佳。

五 结论

食管癌早期发现,早期治疗,有一半的生存机会,但若到中晚期才被发现,预后则一般很差。

参考文献:

- [1] 张新,孙华,唐春荣,余桂清治疗食管癌经验.中国中西医结合脾胃杂志,1999,03.
- [2] 崔慧娟,张培宇,张代钊治疗食管癌经验.中医杂志,2011,10.
- [3] 陈赐慧.花宝金教授治疗食管癌经验.中医学报,2013,3(28):311-312.
- [4] 刘瑞,何妹霖,花宝金.花宝金运用气机升降理论治疗食管癌经验.世界中西医结合杂志,2013,9(10):1038-1042.
- [5] 郭海,皇玲玲,陈其文等.运用“癌毒”理论治疗食管癌经验.辽宁中医杂志,2013,8(40):1548-1549.
- [6] 郭海宽,王新新,谢铁哲,谢铁哲主任医师运用温阳化痰法治疗中晚期食管癌经验.临床医药文献杂志,2015,33(2):6770-6782.
- [7] 徐力,鹿竞文.试谈“三段六辨”抗癌模式.新中医,2012,12(44):157-158.
- [8] C:\document\12_2016作业\12_2016作业_食管癌.doc

病毒性肝炎治疗的探讨



新加坡·蔡瑞和

西医学认为病毒性肝炎是指由肝炎病毒引起的一种消化系统传染病。从病源学讲又分为甲型、乙型、丙型、丁型、戊型、己型、庚型七型。根据病程又分为急性肝炎和慢性肝炎。目前多数地区以甲、乙两型发病为主，主要病变为肝细胞变坏死及肝脏间质性炎性浸润。它们都有急性和慢性的过程，少数病程迁延及诊断治疗比较复杂棘手，由其是慢性期，治疗不当可形成肝硬化。

肝炎会出现的症状有黄疸(或无)；食欲减退；恶心厌油；疲乏无力；尿黄如茶；发热；肝区痛；少数可见腹胀，少尿，出血等。

本病属于中医“黄疸”，“胁痛”，“郁证”，“积聚”等范畴。

《金匱要略·黄疸病》曾指出：“谷气不消，胃中苦浊，浊气下流，小便不通…身体尽黄，名曰谷疸”

《素问·六元正纪大论》说：“…湿热相搏…民病黄疸”

《杂病源流犀烛·诸疸流源》载：“又有天行疫疠，以致发黄者，俗谓之瘟疸，杀人最急，蔓延亦烈”

本病的病因是感受湿热，疫疠或饮食不当

所引起。内因为饮食不节，多食甘肥，嗜酒无度，或肝气郁结，或疲劳过度。外因主要为感受湿热疫毒之邪，侵入机体，蕴结于内，脾胃升降失调，湿热熏蒸肝胆，或湿热困脾，肝病及脾，木郁土虚。肝病日久，脉络阻滞，气血瘀滞，成为结聚，继后可累及肝，脾，肾三脏但病。肾气虚弱，既不能气化膀胱，又不能温运脾阳，而至水湿停聚，后形成臌胀。进而精血亏虚，正气衰败，终至不治。

本病虽复杂多变，而湿热浊毒交结为本病发生发展的主要因素之一，故治本病之标实，不仅要清热解毒，还要化浊解郁，因湿浊不去，肝郁不解，则热也难解，瘀也不易去。

疾病认识

肝主疏泄的生理特点即是通畅调达。肝气调达则气机升降出入有序，水津输布排泄无阻；肝的疏泄也关系到气血津液代谢，维持其它脏腑正常的生理功能也至关重要。如主血之心气赖肝的疏泄，肺气的宣降有赖于肝的调畅，肝气调则脾升胃降，清阳上升，浊阴下降，腑气下行。

病理上肝失疏泄，气机郁滞可致气失调达，升降逆乱，血行不畅，津液代谢障碍，心血瘀阻，肺失宣降，脾气不升，胃气不畅。另一面，气血津液代谢障碍，心肺脾胃等气机升降失常也反过来妨碍肝的疏泄功能。

临床中药应用

肝胆疾病证型，常见有肝胆湿热，肝郁气滞，肝脾不和。临床时每多见疏肝解郁，配于白芍柔肝止痛之品。对于肝胆湿热型常用药于茵陈、土茯苓、板蓝根、大青叶、龙胆草、黄芩、栀子、白花蛇舌草清肝胆湿热解毒。若有结石者加金钱草利尿通淋，胁痛者加郁金、香附行气止痛。

对于肝郁气滞型，常用柴胡、青皮、陈皮、枳壳、枳实、砂仁以行气解郁。

对于肝脾不和型，用疏肝行气解郁药，可加茯苓、白术、薏苡仁以益气健脾和胃。

其它症状若有肝脾肿大，可配于煅瓦楞子，鳖甲以软坚散结。若月经不调或瘀血阻滞时，可配于丹参、益母草、当归以活血调经。若大便干结，可配于决明子，郁李仁，柏子仁以调肠通便。若失眠，可配于酸枣仁，合欢皮、远志、夜交藤以养心安神。

肝炎以疏肝理脾为枢机，常以疏肝行气化痰，清利湿毒为主，辅以健脾益胃，旨在祛邪为先；药后诸症减轻；湿毒渐退，肝郁气滞渐退，呈气血不足，肝失所养之象，可配于蒲公英、板蓝根、陈皮、党参、黄芪、当归等扶正祛邪之品。

其它症状若有便秘尿赤，加大黄，白茅根。若有疸深重，加大黄、黄柏。若有高热烦躁，加丹皮、金银花，连翘。若有转氨酶(GPT, ALT)高，加五味子，垂盆草，升麻。若有胸胁痛，生气后加重，加丹皮、青皮，全瓜蒌。若有恶心呕吐较甚，加竹茹、佩兰。若有食欲不振，加鸡内金，麦芽，山楂。若有腹部胀满，加佛手、厚朴。若有腹泻，加白扁豆、白术、莲子肉。若有肝大回缩较慢，加虎杖、当归、丹参、郁金、黄芪。若有腰膝酸软，四肢发热，加山药、女贞子、鳖甲、枸杞。若有胁痛(肝区)痛，加佛手、姜黄、青皮。若有肝脾大，加虎杖、夏枯草。若有肝

功不易恢复，加垂盆草，白花蛇舌草。若有麂浊(TTT)，麂絮(TFT)居高不下，加败酱草，当归，黄精。若有慢性肝炎，加败酱草、垂盆草、五味子、灵芝、枸杞、白术、黄芪、玉米须。若有胆囊炎，加蒲公英、败酱草、黄芩、绿萼梅、青皮。若有胆石症，加金钱草、槟榔、木香、大黄、王不留行、威灵仙。

病例

1. 姚某，男性，45岁，农民。

问诊：右胁部疼痛伴恶心呕吐1月，黄疸10天。患者不明原因出现右胁部疼痛，伴恶心呕吐，于某医院就诊，诊为“甲型肝炎”收住传染科，经用水飞蓟宾，甘利欣，肌苷及维生素等药物治疗15天，因经济困难，私自出院。10天前皮肤出现黄疸，赴中医门诊治疗。右胁胀痛，小便黄赤，大便秘结，心中烦热，纳呆恶心口苦干。

望诊：面目及周身俱黄，如橘子色，舌质红，苔黄腻。

闻诊：口中气味秽臭。

切诊：脉弦滑。

实验室检查：甲肝抗体阳性。

肝功：ALT：124.5u/L，AST：187u/L，TBIL：158.1umol/L，DBIL：68.4umol/L，IBIL：89.7umol/L

诊断：病毒性肝炎(甲型黄疸型)

辨证：疫疠伤肝，湿热熏蒸

治法：清热利湿

方药：柴胡6g，枳壳10g，白芍30g，白花蛇舌草15g，虎杖15g，垂盆草15g，田基黄15g，山楂10g，丹参10g，甘草10g，乌梅10g，五味子6g，茵陈30g，栀子10g，大黄6g，车前子30g，金钱草30g

用法：水煎服，每日1剂。共7剂。

2000年4月23日复诊，巩膜及皮肤黄染减轻，右胁胀痛减轻，已进少量饮食，恶心消失，小便色黄，大便每日1次，不干燥。舌

脉同前。前方加鸡骨草20g。上方加减治疗40天，临床症状消失，肝功正常，甲肝抗体正常。

2. 杨xx，男，高中生。

患者一贯健康，近2月来自觉口中发腻，偶有口苦，饮食不振，时有恶心，神疲乏力，以为劳累之过，未加注意。高考体验时发现，谷丙转氨酶(GPT,ALT)180单位，麝浊试验(TTT)9单位，麝絮试验(TFT)(+++)，乙肝五项阳性，其余项目与体检结果基本相同。曾服肝太乐，维生素C，B₁及B₆，每日输葡萄糖液等。经治20余日，病情有增无减，复查肝功，黄疸指数6单位，谷丙转氨酶240单位，麝浊试验11单位，麝絮试验(+++)。病情似有加重，要求中医治疗。

刻诊：形体尚壮，精神不振，自觉腹胀呃呃，尿不黄，大便稀软，食欲大减，目无黄疸，舌质胀嫩，有齿痕，舌苔黄腻而厚，脉弦。此乃湿热之邪郁结，阻滞中焦，肝脾不和。

治法：疏肝理气，清热解毒，健脾利湿，降酶保肝。

方药：茵陈12g，柴胡8g，白芍10g，枳壳8g，蒲公英12g，升麻10g，草河车15g，白花蛇舌草15g，丹参12g，郁金10g，薏仁15g，茯苓15g，甘草5g，陈皮10g，大枣2枚

用法：水煎服，每日1剂。共8剂。

二诊：呕恶有减，饮食有增，其它症状基本与前相同，原方加五味子15g，佩兰8g，再服12剂。

三诊：食欲增加，呕恶消失，精神振作，腹胀口腻减轻，仍有舌胀齿痕及黄腻苔，但较前变薄。照前方再服12剂。

四诊：病情继续好转，复查肝功：谷丙转氨酶120单位，麝浊试验8单位，麝絮试验(++)

再拟方：茵陈10g，柴胡10g，白芍10g，枳壳8g，蒲公英12g，升麻10g，草河车12g，白花蛇舌草12g，丹参12g，郁金10g，薏仁

15g，败酱草10g，甘草3g，白豆蔻8g，垂盆草15g，五味子10g，茯苓15g，大枣2枚再服20剂。

五诊：自觉症状基本消失，尚有黄腻舌苔。化验检查谷丙转氨酶正常，麝浊试验7单位，麝絮试验(+/-)，乙肝五项仍为阳性，病人要求再治使阳性转阴，拟益气养血扶助正气，兼抗毒祛湿之方：

茵陈12g，柴胡8g，白芍10g，枳壳8g，蒲公英15g，丹参15g，草河车15g，白花蛇舌草15g，郁金10g，虎杖12g，薏仁15g，白豆蔻10g，黄芪12g，枸杞10g，当归10g，麦芽10g

再服30剂。

此后因乙肝五项迟迟不转阴，病人自己按原方服50余剂。1年后复查，转为阴性，身体正常，考入大学，随访3年未发。

结语

病毒性肝炎是由肝炎病毒引起的传染病。发病因素十分复杂，涉及到不同病原，复杂的病理变化及个体免疫功能的差异等诸多因素。

其病因为湿热疫毒，病机为气滞血瘀，病理基础为肝郁脾虚。病位在肝。抗病毒治疗为首要选择；其次是促进肝细胞修复及抗纤维化改善病理转归；再次是增强免疫功能，提高机体的抗病能力。

现代医学的B超，化验等对诊断肝病有很大帮助，不可偏执。

急性肝炎的治疗，应清多而少补或者不补。同时饮食调理，注意休息，绝对忌酒。

慢性肝炎多因急性肝炎误诊，失治或治疗不彻底，或合作欠佳，过早劳动，饮食不节，情志郁结，嗜酒甘肥等形成。病程中可累及脾肾等脏器功能，甚至可有瘀阻肝络，成为积聚(肝脾肿大)。



浅析手足汗症的中医证治

新加坡·卓扶蓉

【摘要】手足汗出过多将严重影响身心健康及社交活动。中医学认为，本病与心、肺、脾胃、肾、三焦等脏腑关系密切。本文就手足汗症的病因病机及其证治进行分析探讨，以期为临床治疗手足汗症提供参考。

【关键词】手足汗症；病因病机；辨证论治

手足汗症，临床并不少见，是局部汗症的一种，属中医“汗证”的范畴。人体的津液代谢是个复杂的过程，是由多个脏腑共同参与。津液的输布与代谢离不开脾的运化，肺的宣降，肝的疏泄，肾的气化等作用，并有赖于阳气的推动及阴液作为汗液的基础物质，才能够维持正常生理的津液活动。汗液虽属于心液，来源于津液，但汗出则与脏腑关系密切。如《素问·经别论》云：“故饮食饱甚，汗出于胃；惊而夺精，汗出于心；持重远行，汗出于肾；疾走恐惧，汗出于肝；摇体劳苦，汗出于脾”。

1 手足汗症的危害

手足心出汗过多不仅影响患者的身体健康，也影响日常生活、工作和学习，甚至会导致患者产生心理障碍而不愿参加正常的社交活动。

2 病因病机

汗乃心之液，出于皮肤之津液也。手足心出汗较多，其病因多与脾胃有关，但同时亦与

其他脏腑有关。临床上手足汗症有寒热之分、虚实之别。

2.1 阳明热盛，手足汗出

根据《素问·太阴阳明论》谓：“四肢皆禀气于胃。”清·何梦瑶《医碥》中言：“手足汗，别处无汗，脾胃之热达于四肢也。脾胃主肌肉、四肢，热达于肌肉则体汗，若达于四肢则手足汗耳。”清·沈金鳌《杂病源流犀浊·诸汗源流》也载：“而又有手足汗者，液自胃府旁达于外，则手足汗。有热聚胃府，逼而出之者，此阳明病也。”可见，手足泠然汗出，乃因四肢禀气于阳明，胃肠实则四肢应有外候，津液为热迫而外溢。

2.2 脾胃湿蒸，旁达四肢

嗜食辛辣厚味，七情所伤，均可导致脾胃湿热偏盛，邪热郁蒸，津液外泄。如清·张璐在《张氏医通·杂方》记载：“脾胃湿蒸，停于四肢，则手足多汗。”明·徐春甫《古今医统大全》也言：“脚汗为脾经湿热内淫于四肢，故令手足心常有汗，至冬阳气内伏而汗愈多，由此知其湿热内淫也。”可见，手足心汗出缘于脾胃湿热，蕴蒸肌肤，迫津外溢

旁达四肢所致。

2.3 心经火热，迫汗外泄

《医宗必读·汗》记载：“心之所藏，在内者为血，发于外者为汗，汗者心之液也。”叶天士《临证指南医案·汗》认为：“汗出总由于心火不宁。”心主藏神，汗为心液，出于皮肤之津液也。平素紧张，日久劳心，心阴损伤，而致神气浮越，阳内薄之，心火亢盛，迫汗外泄，则手足心汗出。

2.4 瘀血阻滞，外泄肌表

唐宗海在他的著作《血证论六卷·出汗》总结出血证导致八种出汗：“但头汗出，身不得汗者、蒸蒸汗出者、手足濈濈汗出者、睡中盗汗者、阴阳两虚者、大汗亡阳者”。唐氏同时也提出“手足濈濈汗出者，以胃中或有瘀血食积，四肢为中州之应，火热中结，故应手足汗出也。”

汗是由人体津液化生而来。《扁鹊·汗》云：“汗者，水也，肾之所主也。内藏则为液，上升则为津，下降则为尿，外泄则为汗”。《灵枢·营卫生会》亦云：“夺血者无汗，夺汗者无血。”前贤又有“汗血同源异出”之说。可见，汗与血，尿与液的关系非常密切。它们之间在生理上相依为用，病理上相互影响。正常血行脉中，环周不息，一旦瘀阻百脉不利。故汗证除责之气虚阴虚外，尚有瘀血阻滞导致气血运行不畅，津液不敷，水液代谢不循常道从小便而出，反而外泄肌表，而汗出不止者。

2.5 脾胃虚寒，失于固摄

四肢禀气于胃，中焦虚寒，阳气不固，失于固摄，导致冷汗外溢四末。如《伤寒论·辨阳明病脉并治》篇言：“阳明病，若中寒者，不能食，小便不利，手足濈然汗出，…所以然者，以胃中冷，水谷不别故也。”《吴中医集·汗》亦言：“又手足汗，属脾胃虚寒，不

能运行津液，乃乘虚阳外越而溢，如阴盛而淫雨滂沱也，其汗必冷，与实热之汗不同。”

2.6 心肾阴虚，迫津外泄

手足心为手足少阴经所过之处，《灵枢·经脉》谓：“心手少阴之脉，…抵掌后锐骨之端，入掌内后，循小指之内，出其端”；“肾足少阴之脉，起于小指之下，邪走足心，出于然谷之下，循内踝之后…。”《医宗必读·汗》记载：“心之所藏，在内者为血，在外者为汗。汗者心之液也，而肾主五液，故汗证未有不由心肾虚而得者。”可见，心肾阴虚，而阳偏亢，迫津外泄达四末，则手足心出汗。

2.7 心脾两虚，气血不足

清·王燕昌《王氏医存·即汗处知其虚处》言：“五脏皆有汗，不独心也。汗皆为虚。心虚则头汗，肝虚则瞤汗，肾虚则脊汗，肺虚则胸汗，脾虚则手足汗。人弱而专出一处之汗，久而不愈，即此经虚也。”《灵枢·决气》谓：“腠理发泄，汗出溱溱，是谓津。”《灵枢·邪客》说：“营气者，必其津液，注之于脉，化以为血。”汗为心液，心藏神主血，脾主思而统血，思虑过度，损伤心脾气血，则心血不足，心气浮越，心液失敛，脾失统摄，气不摄津而汗液外泄，故见手足多汗。

2.8 肺气不足，表虚不固

禀赋不足，病后体虚，或久患咳喘之疾，耗伤心肺之气，心主汗液，肺主一身之气，外合皮毛，肺气不足者，则卫气不能固密腠理皮毛，故汗液随气而外泄。

2.9 三焦不利，代谢失常

三焦的生理功能是主持诸气、通调水道。《中藏经·论三焦虚实寒热生死顺逆脉证之法》中认为三焦“总领五脏六腑、营卫经络、内外左右上下之气也；三焦通，则内外左右上下皆通也，其于周身灌体，和内调外，荣左

养右，导上宣下，莫大于此者也。”在《素问·灵兰秘典论》中说：“三焦者，决渎之官，水道出焉。”若三焦气机不畅，水液运行障碍，停滞于中焦，脾胃湿蕴，旁达四末，故见手足汗出。

3 临证论治

3.1 内治法

阳明热盛，燥热内结，大便难者，属阳明热盛，宜急下存阴，热下则汗止而津存。如《医方类集·手足汗》谓：“阳明病，手足汗出，谵语，大便难，此热汗证也，与承气汤下之。”又如《东医宝鉴·手足汗》曰：“手足者，津液自胃府旁达于外，则手足自汗，有热聚胃府，逼而出汗之者，此阳明证也，宜大柴胡汤下之。”

李世武^[1]治疗1例阴经虚热，阳气不振，营卫失调导致手足出汗不止者，治宜调阴阳，和营卫，敛汗出。处以桂枝龙牡汤加味(龙骨、牡蛎各30g，白芍18g、地骨皮15g、桂枝、银柴胡、红枣各10g，炙甘草9g，红花6g)，3剂而愈。

祝建权^[2]认为脾主四肢，手足汗多而黏者，证属脾胃湿热，治当化湿清热，以藿朴夏苓汤加減(藿香、制半夏、茯苓、光杏仁、生苡仁、川朴、泽泻、苍术、白蔻仁、通草)而获效。赵务俭^[3]认为手足出汗者发于夏之际，因湿气主令，内外相搏，脾不运湿，治宜清利湿热，理血通经，采用三仁汤加味(杏仁、竹叶、蔻仁、半夏、苡仁、川朴、通草、甘澜水、丹参、牛膝)治疗效果满意。

心火亢盛，火热之邪内侵，迫津外泄而致，治宜清心养阴，常选用导赤散加減治疗。

唐宗海《血证论·瘀血》云：“血在肌肤，则翕翕发热，自汗盗汗。肌肉为阳明所主，以阳明之燥气与瘀血相蒸郁，故其证象白虎，犀角地黄汤加桃仁、红花治之。血府逐瘀汤加醋制大黄亦可治之也。”唐氏也提

出“手足濈濈汗出者，以胃中或有瘀血食积，四肢为中州之应，火热中结，故应手足汗出也，宜玉竹散加枳壳、厚朴以攻之，结去而汗自止矣。”杨金鸽^[4]治疗62例因瘀血阻滞导致手足顽固性自汗，采用化瘀利水方加減(益母草、泽兰叶、虎仗各12g，赤芍、鸡血藤各9g，穿山甲6g)。结果：痊愈51例，有效8例，无效3例，总有效率95%。

郝玉明等^[5]认为脾胃虚寒，手足汗多而手足欠温者，治宜温中散寒和胃，以理中汤加味(广木香、陈皮各15g，干姜、人参、白术各9g，炙甘草6g)，以达到温中健脾，振中阳、别水谷而应手足取效。刘金英等^[6]认为顽固性手足自汗者属阳虚，治宜补气固卫，佐敛阴调营，以生脉散加味(党参、黄芪、麦冬、五味子、炙甘草、牡蛎、附子、茯神、白芍、熟地、桂枝、远志、柏子仁)治疗，疗效良好。

藩艺芳^[7]处以黄连阿胶汤[杭芍24g、黄芩12g、黄连10g、阿胶10g(烊化兑入)、鸡子黄2枚]治疗40例证属肾阴虚手足多汗者。结果：显效20例，有效13例，无效7例，总有效率82.5%。

朴日^[8]治疗1例心脾两虚之手足汗出者，方用归脾汤加減(黄芪、浮小麦、磁石各30g，煅龙骨、煅牡蛎各25g，白术、香附各20g，白芍、陈皮、炒酸枣仁、石菖蒲各15g，当归、龙眼肉、甘草各10g)，7剂，水煎服，每日1剂，早晚分服，手足心汗出明显减少。

周宝宽^[9]治疗表虚不固者，治宜益气固表止汗，以玉屏风散合桂枝汤加減[龙骨30g(先煎)、炙黄芪20g、浮小麦、麻黄根各15g、防风、白术、白芍、茯苓、鸡血藤、秦艽、炙甘草各10g、桂枝、大枣各5g]而病愈。

3.2 外治法

古文献记载治疗手足汗症，如明·王肯堂《证治准绳·汗总论》言：“治脚汗，白矾、干葛各等分为末，每半两，水三碗，…三五日自然无汗。”明·徐春甫《古今医统大全》

云：“牡蛎散，治脚汗，除秽气。牡蛎、白矾、密陀僧、黄丹，…干掺脚趾缝，即收。”而手汗用黄芪、葛根各一两，荆芥、防风各三钱，煎成先熏后洗，三次即效。

王元生^[10]总结民间7种中药外洗验方：

①用白矾30g，麻黄根15g，加入1000ml水煮开，稍凉后洗手足。煎好的药液再加温，可连续使用4~5次。

②用白矾、干姜各20g，加水适量煎煮，待温后洗手足，每日1~2次。

③用白矾、食盐各30g，加入1500ml水煮开，稍凉后洗手足，每日1次。

④用白萝卜片或萝卜叶煎水，待温洗手足。

⑤将拳头大的白矾一块，放入勺内在炉上加热，使之脱水，冷却后研细末装入纱袋内。每日早晚洗手足后抹干，再用纱袋轻拍手掌及趾缝，然后戴上手套，穿上袜子。

⑥用王不留行30g，明矾15g，加入1500ml水煎煮，待温后泡脚足20mins，早晚2次，每剂用2天，1~2周为1疗程。

⑦用五倍子、滑石粉、枯矾各10g，研细末混合均匀，扑手足之上。

3.3 内外合治

根据江苏省名老中医许履和^[11]采用疗效颇佳的经验方加减治疗手足多汗症。

内服药：煅牡蛎20g，浮小麦、糯稻根各15g，白芍10g。水煎服。每日1剂，配合六味地黄丸，每次1丸，早晚2次。

外用药：海螵蛸粉20g，荆芥、防风各10g。将荆芥、防风煎水取汁100ml，每日1剂，早晚浸泡手足30分钟，浸泡后用海螵蛸粉扑擦。

方义：六味地黄丸滋补肝肾之阴，煅牡蛎、浮小麦、糯稻根收敛止汗，白芍敛阴止汗。荆芥轻扬透散、祛风止痒，防风祛风渗湿，海螵蛸收敛止汗，内外合用，标本兼治，疗效显着。

3.4 针灸法

苏鑫童等^[12]采用透刺温针治疗1例自幼手足多汗者，证属心肾不足，肝郁脾虚。采用补益心肾，疏肝健脾法。针刺双侧合谷透劳宫、太冲透涌泉，得气后与太冲穴温针灸2壮，配穴刺双侧神门、内关、三阴交、复溜，留针30分钟，经治疗18次，手足无明显汗液渗出。本病的病灶在手掌处，透刺劳宫、涌泉可一穴透两经，直达病所。神门配内关以养心安神；涌泉配神门以补益心肾；合谷配复溜为调汗要穴；三阴交能调肝、脾、肾三经，以健脾生血，益气敛汗；太冲疏肝解郁，温针灸以温补肝肾，滋水涵木，诸穴配合手足汗自止。

张登部^[13]认为手足多汗者，证属心肾阴虚，心肾之阳偏亢，迫汗外泄者，治宜滋心肾，调营卫，固表止汗。针刺复溜、阴郄、泻合谷，以复溜属肾，阴郄属心，其能补心肾之阴而潜阳寓阴，故汗出得解也。至于手足多汗者，证属心肾阳虚，张氏认为卫气失于固摄，手足多汗者，治宜补心肾，固卫止汗，针刺补复溜、气海，以补心肾之阳。助卫外之气，方能达到固卫止汗之效。

3.5 针药同治

齐柏等^[14]采用针刺配合中药将45例原发性手足多汗患者进行辨证治疗：①营卫不调：宜调和营卫，处以桂枝汤加味。②湿困三焦：治宜益气健脾，加强燥湿化湿之力，用人参健脾丸加味。③水湿内蕴：聚为痰饮宜温化之，以薏苡饮云神汤加味。④里热亢盛：迫津外出，治宜通腑泄热，釜底抽薪，常用大黄、芒硝、栀子。⑤瘀血内阻：治宜活血化瘀，处以血府逐瘀汤加减。针刺治疗，主穴取阴郄、后溪、合谷；配穴取复溜、肺俞等根据证型的不同取穴。结果：治愈31例，显效9例，有效4例，无效1例，总有效率97.78%。

4 小结

总结古今诸多临床医师所述,手足汗症的症状看似简单,然其病因多端,成因复杂,是临床常见病证,治疗方法较多,却无通治之法。中医治疗本病具有无创、疗效确切,作用持久,副作用少等特点,值得深入研究和推广。

5 病案举隅

尤xx,男,32岁,2016年9月初诊

自初中开始手足心多汗已10余年,汗珠似芝麻大小渗出,尤以情绪紧张时加剧,经西医治疗未见改善,西医生建议手术,但患者害怕,遂求中医治疗。平素工作忙碌紧张,烦躁易怒,难眠,纳少,二便如常。舌质红,苔薄白,脉弦数。

证属:气郁化火,逼津外溢

治法:清热解郁,养阴固卫,宁心止汗

处方:丹栀逍遥散5g合桂枝汤5g浮小麦、桑叶、五味子各1g4剂(颗粒)1d1剂,2次分服

服药后患者觉得较不紧张,睡眠及纳食正常,手足心的汗出稍减少。再给予4剂,症状没进一步改善,继续服上方,配合针刺四关穴(合谷、太冲)、双侧劳宫、涌泉、内关、复溜、三阴交,留针30分钟,每周治疗2次。治疗2个月后,手足心无明显汗液渗出而情绪也较不易紧张。

按:“手足为诸阳之本”,木郁不达,郁久化火,逼津外泄。木能生火,心火亢盛,心肝火旺,内扰心神,故烦躁难眠。肝失疏泄,木郁克土,脾虚失运,则纳少。处以具有疏肝解郁,清热凉血之丹栀逍遥散。手足为人体的肢末,选用桂枝取其“以枝达肢”之意。方选桂枝汤其具有调和营卫,敛阴止汗之功。五味子味酸能生津止汗,又能宁心安神。浮小麦轻

浮走表,能实腠理、固表止汗。陈士铎《辨证奇闻》言:“桑叶...引经止汗。”《神农本草经》也记载:“盖谓桑叶主治除寒热,并除出汗也。”加入桑叶引诸药入腠理,直达病灶以加强止汗之效。

本病的发病部位在手掌处,取合谷透劳宫、太冲透涌泉,取到一针透二穴,直达病灶。合谷、太冲为四关穴,二者均为原穴,所谓“五疾有病,当取之十二原”。合谷为阳主气,太冲为阴主血,为气血通行之关,又能调节人体的情绪,使经脉气血运行通畅。合谷属大肠经经穴,泻合谷即可清气分之热,热解则汗自止。《针灸甲乙经》言:“汗出不休,复溜主之。”复溜属肾经经穴,补之可温肾壮阳,卫外固表。泻内关、太冲二穴,能理气宽胸,疏肝解郁。三阴交为肝脾肾三经之交,补之可培气血生化之源,育阴除烦,达到宁心安神的作用。本例采用针刺配合中药治疗手足汗症疗效显着。

参考文献

- [1] 李世武.桂枝龙牡加味治手足汗出症[J].湖南中医杂志,1990,(3):38.
- [2] 祝建权.汗症证治琐谈[J].浙江中医杂志,1998,33(5):221.
- [3] 赵务俭.三仁汤加味治疗手足汗出一得[J].光明中医,1998,13(1):44.
- [4] 杨金鹄.化痰利水法治疗顽固性手足自汗62例[J].河内中医,2000,22(1):32.
- [5] 郝玉明,王荣英.手足多汗症从阳明论治举隅[J].中医药研究,1993,(3):48-49.
- [6] 刘金英,任凤花,白雪等.顽固性手足自汗症治验[J].吉林中医药,2004,24(9):55.
- [7] 薄艺芳.黄连阿胶汤治疗手足多汗症40例[J].中国中医药科技,2013,20(5):572.
- [8] 朴日.归脾汤加减治疗手足心多汗的体会[J].医疗论坛,2011:79.
- [9] 周宝宽.多汗症证治经验[J].云南中医中药杂志,2011,32(12):32-33.
- [10] 王元生.简方中药外治手足多汗症七法[J].中医外治杂志,2002,11(3):47.
- [11] 吴平,郭奕好.中医内服外用治疗手足多汗症[J].新中医,2004,36(9):10.
- [12] 苏鑫童,刘琪,彭唯娜.透刺温针灸法治疗原发性手足多汗症1例[J].上海针灸杂志,2014,33(3):265.
- [13] 张登部.手足多汗症治验二则[J].新中医,1984,(11):27.
- [14] 齐柏,董宇翔,齐兵.针刺配合中药治疗原发性多汗症(附45例报告)[J].吉林大学学报,2003,29(6):824-825.

针灸治疗三叉神经痛

新加坡·杨昌志

(一) 前言:

三叉神经痛是指三叉神经分布区域内,反复发作的、短暂、阵发性剧烈疼痛,但无感觉缺失和运动传导障碍,其疼痛如刀割、烧灼、针刺或电击样难以忍受。

三叉神经痛是常见病之一,多发于中性人、女性多于男性。男女之比率为3:2,右侧三叉神经痛者比左侧为多。

现在医学分为原发性和继发性二种:继发性多为三叉神经沿线周围组织病变或肿瘤挤压所致;原发性之病因至今尚未完全明了。

本病属于中医学的头风面瘫范畴,称谓“面风痛”、“偏头痛”、“眉棱痛”或“阳明头痛”。

中医根据发病的部位,认为是经络之病,是手足三阳经筋受邪所致,因手足三阳经皆上行于头面,相当于三叉神经第一、二、三支分布区,若卫气不固,外邪侵袭,阻塞经络,气血痹阻,不通则痛,或因肝气郁滞,气血不足,瘀血阻塞所致。

(二) 病因病机:

三叉神经痛是面痛的一种,中医文献中没有三叉神经痛这个词,但有面痛类似的记载如下:

- 《灵枢·经脉篇》中有“颌痛”、“颊痛”、“目外眦痛”的记载。
- 《素问·缪刺记》中的“齿唇寒痛”。
- 《张氏医通》指出:“许学士沿鼻颊间痛,或痹不仁,如是数年,忽一日连口唇,颊车,发际皆痛,不能开口言语,饮食皆妨,在额与颊上常如糊,手触之痛,此足阳明经络受风毒,传入经络,血凝不行,故有此症。”
- 《医学纲目》记载:“王忱正,患鼻额间痛,忽一日连口唇、颊车、发际皆痛,不开口,虽言语饮食亦妨,右额与颊上如糊,手触之痛。”
- 以上文献对三叉神经痛的表现,颇为精细的记载。

①外邪侵袭:风寒、风热之邪侵袭阳明

经，高巅之上，唯风可达，风邪升发，易犯头面，寒为阴邪，其性收引凝滞，气血瘀阻，导致面痛，患者多为素体虚损，易为外邪入侵，邪客经络而发病。

②**阳明热盛**：热邪犯胃，阳明热盛，循经上炎而致面痛，正如《景岳全书》中所说：“火邪头痛者，虽各经皆有火，而独阳明为最，正以阳明胃火盛于头面，故其痛必甚，其脉必洪，其证必多热。”患者烦躁易怒，大便秘结、尿黄、舌红、苔卜黄、脉数。

③**阴虚阳亢(阴虚火旺)**

内因与情绪有关系，诸如精神抑郁、肝气失调、郁而化火，肝火上扰，或突受惊恐、心胆火动、生风或阴虚火旺或阴虚阳亢、风火上窜阳明经、筋脉制挛、气血逆乱导致面痛，如果疼痛经久不愈、反复发作，可导致气血亏损、经络瘀滞而作痛。

(三) 临床表现：

①**发作情况**：本病发作时常无预兆，突如其来以闪电样，短暂性而剧烈的疼痛，如刀割、锥刺、撕裂、烧灼般的剧烈疼痛，严重者常伴有面部肌肉呈反射性抽搐、跳动、口角牵向一侧或兼伴面部充血发红、温度升高、结膜充血、流泪、流涎、流涕等、烦躁不安的症状，每次疼痛时间维持数秒至数分钟不等，发作频率从一天数次至一月数次不等，以后发作次数逐渐增加，程度加重，持续时也延长。

②**触发点及其诱发**：本病在发作期间，在病侧三叉神经分布区域处，如发触及其“触发点”，如上唇、下唇、鼻翼、口角、门齿、犬齿、齿根、面颊、舌等敏感部位，即可引起疼痛发作；又可因说话、洗脸、咀嚼、吞咽、刷牙、饮冷、热水、剃须等而诱发，严重影响生活素质。

③**分布区域**：三叉神经痛多限于一侧，最多见为一侧的第二、三支分布区，以第三疼痛

最为常见，约60%，第二支约占30%，第一支最少见，双侧疼痛者最少，约占3%。

(四) 辨证施治：

①**风寒痹阻型**

主证：一侧面部呈阵发性疼痛，疼痛剧烈，痛如针刺，按之痛减，遇寒痛甚，得热痛减，素体阳虚，手足不温，多有受寒因素，舌淡胖、苔白、脉浮紧或沉迟。

辨证：风寒束表、寒邪阻络、不通则痛。

治则：祛风散寒、疏经通络、止痛。

处方：攒竹、下关、颧髎、颊车、承浆、合谷，气血虚弱宜加足三里、三阴交。

②**风热阻滞型**

主证：一侧头面疼痛，反复发作，呈阵发性剧烈疼痛、烧灼痛或如刀割样疼痛，遇热疼痛加重，痛时面红目赤、汗出、口渴、大便硬、尿赤、舌红苔黄、脉滑数或弦滑。

辨证：风热上扰头部、脉络阻滞不通。

治则：疏风散热、通络止痛。

处方：下关、颊车、四白、迎香、听宫、翳风。风热壅滞加曲池、大椎，可疏风清热。

③**阳明热盛型**

主证：一侧面颊连齿痛，呈阵发性疼痛，疼痛剧烈，如烧如灼，不敢刷牙、咀嚼，稍触即痛、口渴、口干、口臭、烦躁易怒、大便秘结、小便黄赤，遇风则热甚，疼痛加剧、舌质红、苔黄、脉数。

辨证：阳明腑热壅滞，胃火上炎头面。

治则：清泻胃火、祛风通络、止痛。

处方：下关、太阳、四白、颊车、颧髎、加曲池、大椎、内庭、可清泻胃火，或加董氏奇穴、侧三里、下三里、天枢穴。

④**阴虚阳亢型(或阴虚火旺型)**

主证：一侧面部疼痛，遇寒则疼痛加重，其痛绵绵、面色潮红、头重、头晕、耳鸣、心悸、纳差、急躁易怒、大便燥结、舌红少津、脉细数。

辨证：肝肾亏虚、肝阳上亢、上扰头面。
治则：滋补肝肾、潜阳熄风、泻火止痛。
处方：攒竹、四白、下关、风池、太冲、太溪，可加三阴交滋阴增液。

效果：一诊后，疼痛减轻，饮食食物已不诱发。三诊后，发作次数明显减少，每日只发作二至三次。六诊后，已不复发。

后语：

(五) 病案举例：

病例①：陈女士，女性，62岁。

主证：右侧面部疼痛，呈放射性疼痛，痛连牙齿，疼痛剧烈，如烧如灼，不敢刷牙、咀嚼，稍触即痛，已有一年，反复发作，最近发作次数增加，每日有八至十次，伴有目眩、面红、口渴口干、烦躁易怒、有高血压史、大便秘、小便黄、舌红苔黄、脉弦。

辨证：阳明腑热壅滞，胃火上炎头面。

治则：清泻胃火、祛风通络、止痛。

处方：针泻阳白、头维、听宫、下关、攒竹、颧髎、配穴加内庭、中脘、丰隆，以加强清降胃火，或配董氏奇穴之侧三里、下侧三里天枢穴，治左取右，治右取左，可加强疏风通络，以达加强、止痛之功效。

效果：一诊后，疼痛改善显著，烧灼感已无，发作次数减少至二次一日。

三诊后，已痊愈。

病例②：张XX，男性，55岁。

主证：左侧面部呈阵发性抽搐疼痛已二年余，西医院检查诊断为三叉神经痛，曾经中西医结合治疗至今，疼痛依然，疼痛从左耳，向上下嘴唇放射，呈烧灼样抽搐，发作次数逐日增加，每日近十余次，洗脸、刷牙、讲话、饮食、食物时诱发，目眩、耳鸣、烦躁易怒、面红、舌质红、苔黄、脉弦。

辨证：肝阳上亢，肝火扰乱面部经络、痹阻疼痛。

治则：平肝潜阳、疏通经络、止痛。

处方：针泻颧髎、听宫、下关、迎香、地仓、承浆，配穴：加太冲、合谷、行间，以加强平肝潜阳作用。

三叉神经痛之病因为外邪侵袭，阴阳腑盛，肝阳上亢，或气血亏虚都能导致面部经气不和，气血痹滞，故不通则痛，在治疗时，首先以疏通经络为本，根据病因不同，采取不同的治法和不同的穴位，辨证论治，如外邪侵袭者，取穴除局部取穴外；如风热证型可加合谷、曲池，以疏散风热；如风寒痹阻证，可加足三里、三阴交补益气血；如阳明火盛者，可加内庭穴及丰隆穴清泻胃火；如肝阳上亢者，可加太冲行间平肝潜阳之作用，平时亦可加温针灸或闪罐于灶局部以发挥温热作用，使局部温度升高，血液循环加速，痉挛肌肉缓解，消除面部疼痛，患者平时应少食辛辣刺激食物，避免冷热刺激及避免情绪刺激以减少诱发因素。

浅论高血压中医治疗

新加坡·陈昆宁

目前全球高血压患者人数达到十亿以上，而新加坡患高血压人数不断增加，也越来越年轻化。原因是社会快速进步，科技发达，人们的生活日益富有，对生活素质要求提高，寿命也提高，但在这种高压下，人们的身心难免受到生活压力的摧残，这就是导致高血压的普遍性。

我们日常在临床治疗疾病中，多数病人会有高血压史，而引发高血压就有种种因素可能是饮食不当、肥胖、高胆固醇、年老、少运动、遗传及其他疾病如心血管疾病，糖尿病等等。

简谈现代医学的病因

现代医学认为高血压是动脉血压升高的慢性病。而高血压一般有原发性高血压及继发性高血压，大约有90%的高血压是属于原发性。原发性高血压其病因多由于随年龄增大而引发，所以年老者患高血压的风险最大。而继发性高血压一般都有明确的病因，如肾脏疾病、甲状腺亢进或功能低下、肥胖和怀孕等等所引发。

国际医学也对如何分辨高血压做了正确的指南，对高血压范围进行了分类：

正常的收缩压在90-119mmHg，舒张压在60-79mmHg。

临界高血压是在120-139mmHg，舒张压在80-89mmHg。

高血压一期是在140-159mmHg，舒张压在90-99mmHg。

高血压二期是在 ≥ 160 mmHg，舒张压在 ≥ 100 mmHg。

中医学的病因病理

中医学里没有高血压的病名，高血压只是一种现象，是长期而又复杂因素导致。高血压在中医学里归入“头痛”，“眩晕”，“心悸”，“中风”等范畴。而其病位与心，肝及肾有关。中医认为导致高血压的因素有：

1. 体质阴阳及气血偏差失调。
2. 情志失调，多忧愁，多烦恼致肝气郁滞。
3. 劳逸失节。
4. 饮食失控。

中医学向来强调机体的阴阳要平衡，而疾病的发生，中医学认为机体之阴阳失去平衡导致，故高血压也是因人体的阴阳失去平衡的结果。中医学说阴虚为本，阳亢为标，高血压的病变牵涉到的是心，肝及肾。所以中医学在治疗高血压的原则是调理心肝肾，使其阴阳恢复平衡，那人的血压就会恢复正常。

高血压的临床症状表现

高血压在初期一般没什么任何症状，所以也被称为“无声杀手”，许多人可能在做检查时或某问题时才被发现自己有“高血压”。高血压在初期可能有轻微的自觉症状，如：常会头痛或头晕、易烦躁、耳鸣、精神难集中、易倦怠、难入眠或失眠等等症状。

随着病情加重，随之而来的症状就会心

慌，心悸，胸闷，颈项紧感，觉肢体会麻木，手脚觉不灵活等等。

高血压中医辨证分型与治疗

中医学认为高血压所牵涉到的是心、肝及肾，其本为阴虚，标为阳亢，根据中医学的辩证，对高血压一般可分为以下几型来治疗：

1. 肝阳上亢型：

症状：头痛，头晕，头胀不舒，耳鸣，胸闷心烦，口干，面红目赤，五心烦热，易汗，嗜饮冷，尿黄热感，排便较硬，舌质红，苔黄或少苔，脉细弦数。

治则：滋阴清热潜阳降压。

处方：天麻钩藤饮或镇肝熄风汤加减。

2. 肝气郁结型：

症状：头痛，头晕，胸闷胁痛，情绪忧郁，全身乏力，胃纳不佳，腕胀不舒，睡眠不佳，多梦易惊醒，排便偶会泄，舌偏暗，舌边有瘀点，脉沉细弦。

治则：疏肝理气降压。

处方：柴胡疏肝合剂加减。

3. 心气虚两虚型：

症状：头晕，气短，全身无力，懒言懒动，心悸，胸闷，面色不华，纳差，睡眠不佳易醒，舌淡，苔薄，脉沉细数无力。

治则：益气补心。

处方：天王补心汤加减。

4. 肝肾阴虚型：

症状：头晕，头重，胸闷，五心烦热，倦怠无神，口干，腰酸腿软，眼花，纳差，睡眠不佳，夜尿频，排便无力，便质软，脉沉细无力。

治则：滋补肝肾。

处方：杞菊地黄汤加减。

5. 心肾不交型：

症状：头晕，心悸，胸闷，耳鸣，身热感，五心烦热，腰酸，难眠或失眠，健忘，梦遗，盗汗，夜尿频，排便无力质溏，舌淡红，苔薄，脉沉细数。

治则：滋补心肾。

处方：心阴虚甚者以天王补心汤加减。

肾阴虚甚者以六味地黄汤加减。

高血压针灸治疗

高血压中医学治疗上，除了中药治疗外，还可结合其他治疗法，如：针灸、气功、推拿、运动等等。临床上除中药治疗外，最常用是针灸治疗，针灸在临床里常能取到一定效果，但不管是中药或针灸治疗，病患必须要有耐心与配合，才能达到疗效。

在针灸方面，还须通过辩证，找出高血压是属那一类型，给予最佳穴位治疗。

1. 常用的主穴有：印堂穴、风池穴、曲池穴、足三里穴、太冲穴。

2. 疗效佳的配穴有：太阳穴、翳风穴、神门穴、行间穴、内关穴、关元穴、气海穴、阴陵泉穴、阳陵泉穴、丰隆穴、太溪穴、太冲穴。

在针灸时依据病况，于留针与刺激量做适当调整。如属虚留针时间一般在三十分钟，以平补平泻为主；如属阳亢针刺以微强为主，达到刺激效果即出针。

病例二则

1. 中药治疗者：陈女士，62岁。

2016年7月：初诊诉，数月来常觉微头晕感，胸闷闷感，常觉情绪低落，心烦躁，胃纳差，睡眠差，手心觉热感，口干，偶会口苦，夜尿频3到4次，排便软，舌偏淡，苔薄，脉沉细无力。

曾西医检查，诊断为更年期后遗症兼有高

血压，西医提供降血压西药。

来诊时测血压为：**BP150/89mmHg**。

辨证：肝阴虚，肝气郁结。

治则：舒肝解郁。

处方：柴胡疏肝汤合天麻钩藤汤加中成药丹栀逍遥丸。

方解：病患由于肝郁气滞，加机体属阴虚，种种因素致血压提高。方用柴胡疏肝汤为主，是因方有疏肝理气，在舒肝中能达到养肝作用，理气中达到调血和胃作用。

加用天麻钩藤汤为取能平肝熄风，平肝潜阳来达到降血压之作用。

再加用中成药丹栀逍遥丸用意是为达到加强舒肝解郁，并有清热作用，合用来达到治疗效果。

经过数月中药治疗，目前病患心情也开朗，来诊血压一般处在**BP130/80mmHg**上下。

2. 针灸治疗者：李先生，50岁。

2017年1月来诊诉：几个星期来常头痛，颈项很紧不舒，经西医检查，诊断血压有高，病患拒绝服西药，希望用中医针灸治疗，与病患了解，其工作压力较大，生活紧张，饮食不当，常难入眠，间中常醒，醒后难再入睡，口干，常头痛，偶会晕，胸闷，常会嗝气，纳不理想，因睡不好常要排尿，排便还可，舌淡红，苔薄，脉细弦微数。

辨证：肝阳上亢。

治则：清肝热来达到降压。

穴位：主穴：风池穴、曲池穴、足三里穴、太冲穴。

配穴：神门穴、内关穴、合谷穴、膻中穴、阳陵泉穴、太溪穴。

方解：病患属肝阳上亢，应清肝之热，达到降压效果。

以风池穴、曲池穴及太冲穴为主穴，来清解肝火，调和气血，达到降压作用。再配合足三里穴、神门穴、内关穴、合谷穴、膻中穴、阳陵泉穴、太溪穴。共同达到清肝解郁，宁心

安神，宽心顺气，理气止痛使血压恢复正常。

病患经3个多月针灸调理，配合适当运动及控制不当饮食，血压保持在**BP135/85mmHg**左右，睡眠也改善，嘱病患坚持正当的生活习惯。

结语

人到了中年后，身体机能开始慢慢衰退，阴阳气血也不调和及运行不通畅，此时许多疾病就会慢慢缠上，高血压就是最普遍的疾病。加上新加坡天气非常湿热，生活步伐快，种种压力造成人体失去平衡，又因生活习惯，情志波动，饮食不当等等，导致高血压患者逐年增加。

高血压是一种血管性疾病，是目前最普遍的疾病，不管男女老少都有机会患上高血压，其实中医学很明确的告诉我们应该积极做到饮食要节制，睡眠要按时，适当的运动及情志要舒畅。能做到高血压不缠身。



临床诊病分享

新加坡·闫立群

在临床看诊过程中，我们常常会遇到一些病情较为复杂的病人，也许有些病情如果我们没有及时判断，给予相应的指导和建议，可能会延误病情的治疗及影响病人的预后。下面将我在近年的临床中，遇到的一些病例及诊断与大家分享：

1. 女，76岁，来诊诉：全身乏力，口干，行走困难，食欲减退、恶心呕吐、烦躁、呼吸气味异常，多尿一月余。查：面容憔悴、身体虚弱，脉细弦、数，BP:140/90mmHg, P96。就诊前未做过检验及任何治疗。考虑病人病情严重，建议病人速验血检查，排除重症糖尿病等。3周后来诊告知，西医检查：病人患高血压、高血脂，糖尿病(血糖31mmol/l)；西诊“糖尿病酮症酸中毒”住院一周，给予相应的治疗，病情得以控制。

在临床上，糖尿病的发展是渐进性，但此病人在早期、中期出现的症状过程中没有给予注意、重视，很多早期症状忽略了，病人是以糖尿病酮症酸中毒为首发症状来就诊的。这样病人在临床上比较少见，我们遇到时要谨慎处理。

2. 女，40岁，来诊诉：下腹部不适、腹胀数周。触诊：下腹部似有一肿物，考虑病人月经不规律，消瘦，建议尽快做子宫、卵巢检查，以排除妇科肿瘤。10天后确诊“卵巢癌一期”，西医给予手术治疗及化疗，目前正在中医调理治疗中。

卵巢癌早期临床症状不明显，往往发现已到晚期。卵巢癌是威胁妇女生命最严重的肿瘤之一。早期多无症状，仅可能有腹胀等轻微不适、还可引起月经紊乱。造成这死亡率居高不下的原因是由于卵巢癌生长部位隐蔽，对早期患者仍缺乏简便实用的诊断方法。大多数初诊患者已有盆腹腔转移。目前所采取的手术、放疗、化疗、免疫治疗与中药治疗等。因此在临床上出现一些下腹部疼痛的女性，要格外小心，建议及早做超声扫描检查，以免延误病情。

3. 女，42岁，3年前因乳腺癌手术及放、化疗治疗。病人有地中海贫血史及乳腺癌家族史。手术后感觉身体虚弱，面色晦暗，经常感冒、咳嗽。半年前病人经常咳嗽，诉：看西医考虑“鼻水倒流”所致，治疗后病情反复，咳

嗽频繁，来我院就诊。服药后症状改善，数周后症状又至。就诊可见咳嗽、少痰、胸闷、气短并告知咳嗽时音调高、清脆。考虑到病人有乳癌病史，咳嗽音调的改变，可能是肿瘤转移到胸腔和肺部。立刻建议病人西医X-线检查肺部。后病人母亲来看诊告知：女儿检查后发现肿瘤转移到肺、胸腔，出现胸水，正在中央医院癌症中心接受化疗。

金属音调咳嗽，多由于纵膈肿瘤或支气管癌等直接压迫气管所致。恶性肿瘤侵犯程度高，进展迅速，可在较小时已出现症状：如有胸痛、胸闷等。此病人有胸闷、气短、金属音调咳嗽是肿瘤转移到胸腔、纵隔、出现了胸水等所致。

4. 男，56岁，因为胃痛、胃胀、恶心、早饱、食欲不振、疲倦等症状反复数年就诊。有胃病家族史。服中药治疗2周，感觉效果不显。建议病人胃镜检查。检查结果“慢性萎缩性胃炎，Hp阳性(幽门螺旋菌)，肠上皮化生”。后对证中医治疗，病人积极配合，诸症明显改善，同时配合西医三疗法治疗幽门螺旋菌。3个月后胃镜复查“肠上皮化生减轻，幽门螺旋菌阴性”。

慢性萎缩性胃炎是呈局限性或广泛性的胃黏膜固有腺萎缩(数量减少、功能减低)。常伴有肠上皮化生及炎性反应。幽门螺旋菌(Hp)被认为是萎缩性胃炎的主要致病菌，同时也是胃癌的高危因素。根治Hp是治疗萎缩性胃炎中必不可少的一环。经过治疗后，大部分患者可以从根本上改善症状。精神压力重、焦虑、紧张、恐惧等情况会加重病情。同时要患者改变不良生活习惯，少食高脂、高糖、高盐、腌熏、辛辣等刺激性食物。

慢性萎缩性胃炎是慢性胃炎没有经过积极的治疗而演变成的，也可在临床上称之为“癌前病变”。因此要积极治疗，定期复查。

5. 女，60，腹泻，消瘦，有食欲减退2月，对症治疗，症状改善不明显。建议验血检查，除外甲状腺疾病。后检查结果回

来“甲亢”，目前已服西药并配合中药治疗。传统上，甲状腺机能亢进病人，有高代谢症候群：T3、T4分泌增多，病人出现疲乏、怕热、多汗、体重减轻；心血管系统症状：有心悸、气短、手抖心慌及突眼等症状。但目前临床上见到很多老年甲亢患者，以腹泻、食欲减退为主症，由于胃肠蠕动加快，消化吸收不良而造成排便次数增多。所以我们在遇到以脾胃病症状为主的老年病人，还要从多方面予以考虑。

因此，我们要充分掌握临床知识，对疾病的发生、发展过程及其临床上的错综复杂情况的了解，给予病人及时的指导和建议，同时配合西医的各项检查，让病人尽快明确诊断，得到及时的救治。

“医脉薪传系列讲座”学习体会之一

——浅谈《河图洛书》、《奇经八脉》

新加坡·陈宝心 洪秀洁 陈宇雷 李贤 柯顺年

余清渊老医师在本次“医脉薪传”讲座中主讲了《略说河图原理》与《奇经八脉在临床上的应用》两个课题。在此之前，对于这两个方面的认识不足，通过这次的学习，让我等豁然明朗，受益匪浅。这次虽然学习的内容不多，但内涵丰富，下面就我们的学习浅谈一下心得体会。

一、河图洛书

“河图”、“洛书”是中国古代流传下来的两幅神秘图案，历来被认为是河洛文化，是华夏文化的源头。一般认为《河图》来源于五方说，《洛书》来源于天象图。

1、河图洛书的由来

九数图即为洛书，十数图即为河图，关于《河图洛书》的起源，讲法很多。

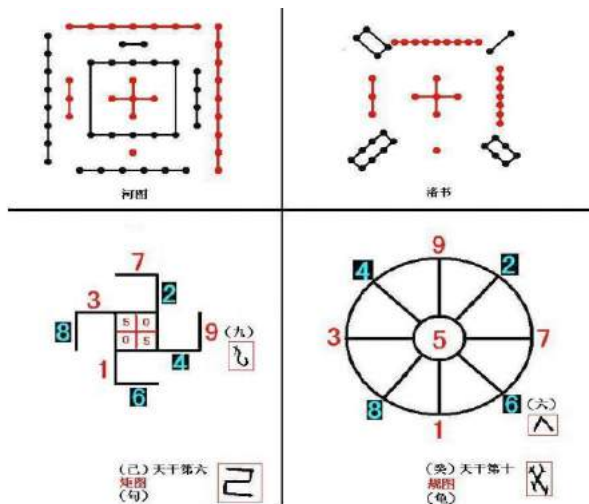
最早的文献记载《尚书·愿命》曰：“大玉，夷玉、天球，河图在东序。”即河图与大玉、夷玉、天球三种天体仪同列於东序。河图在此书中被记载为一种玉仪，在周成王死时与大玉、夷玉、天球共陈列于东厢祭室。故《愿命传》曰：“河图，八卦；伏羲王天下，龙马出河，遂则其文以画八卦，谓之河图。”

其后，孔子著的《易·系辞》曰“河出图，洛出书，圣人则之。”《墨子·非攻》也载：“天命之王，代殷有国，泰颠来宾河出缘图。”之语。

从众多经史文献可看出，河图洛书这两种十进制的数象图，与二进制的《易经》八卦，几乎同时或在不长的一段时间内先后出现，甚至《河图洛书》更古远。

《汉书·五行志》亦曰：“伏羲氏继天而王，受河图而画之，八卦是也，禹治洪水，赐洛书而陈之，洪范是也。”这也说明“伏羲按河图而画出了八卦，大禹根据洛书而画出了九宫图。”

从河图洛书的图像来看，全是由点与线构成，看上去更像是结绳刻木记事时期的产物，可见其来源久远。在文物考古方面，阜阳市双古堆发掘的西汉汝侯墓，出土文物“太乙九宫占盘”，是对洛书的最好实物记载。



河图洛书的图

“河图”由黑白圈点组成，系一幅数字图像，这些数字的排列顺序是：河图“伏羲氏王天下，龙马负图之河。其数一六居下，二七居上，三八居左，四九居右，五十居中。伏羲则以之画八卦。”

“洛书”大禹治水，神龟负图之洛，文刊于背。其数载九履一，左三右七，二四为肩，六八为足，五居于中，禹因以第之，以成九畴。(《类经附翼·医易》张景岳著)。

清，万年淳《易拇》曰：“河图外方而内圆，圆中藏方；洛书内圆而外方，方中藏圆。”即阴中含阳，阳中含阴之意。

2、河图

河图以十数合五方、五行、阴阳、天地之象。图式以白圈为阳，为天，为奇数；黑点为阴，为地，为偶数。并以天地合五方，以阴阳合五行，所以图式结构分布为：

一与六共宗居北方，因天一生水，地六成之；二与七为朋居南方，因地二生火，天七成之；三与八为友居东方，因天三生木，地八成之；四与九同道居西方，因地四生金，天九成之；五与十相守，居中央，因天五生土，地十成之。河图乃据五星出没时节而绘成。五星古称五纬，是天上五颗行星，木曰岁星，火曰荧惑星，土曰镇星，金曰太白星，水曰辰星。五行运行，以二十八宿舍为区划，由于它的轨道距日道不远，古人用以纪日。五星一般按木火土金水的顺序，相继出现于北极天空，每星各行72天，五星合周天360度。由此可见，河图乃本五星出没的天象而绘制，这也是五行的来源之一。

天上的五星合于地上的五方，地上的五方合于人体的五脏，人体的五脏合于五谷、五畜。天上的星辰在变，地上的气候也在变，相应地人体的五脏气血运行也在变。天上的日月星辰的变化生出地上的四季变化，地上的四季变化又引起人体五脏气血的潮汐起伏，五脏功能的相应旺衰。当天上的日月星辰变化，当其

周期之时太过或不及，则引起地上的四季变化太过或不及，继而引起人体五脏气血的偏盛偏衰，这样就引起了人体的疾病。

3、洛书

古人指出，洛书数字本于太一下九宫而来，以四十五数演星斗之象。九宫八风图配合八风、八卦，中央一宫，即洛书的中宫，乃周围八宫的核心。前人观测天象，认为北极星(太乙)之位恒居北方，可以作为中心以定位的标准。九宫是据北斗斗柄所指，从天体中找出九个方位上最明亮的星为标志，便于配合斗柄以辨方定位，发现九星的方位及数目，即洛书的方位和数目。

太一代表北斗七星中的北极星，太一所在方位与太阳在一年中照射地球的光热有极大的关系。是太阳的能量—光热与温度的参数，人体五脏应之，在时间及生命科学中有一定意义。如洛书“一”位属于正北，象征一年和一日中温度最低，光线最弱之季，在一年终属于“冬至”，这一天及相应的四十六日，是这一年中寒冷的一段时间。以人体而言，一年中之冬季，一日之子夜，皆为阴气较盛，阳气偏弱之时，人体以肾应之，此阶段应注意保护阳气。这时期又为“子时一阳生”之际，故道家气功“内丹”派主张此阶段应“进火”以助阳之生。

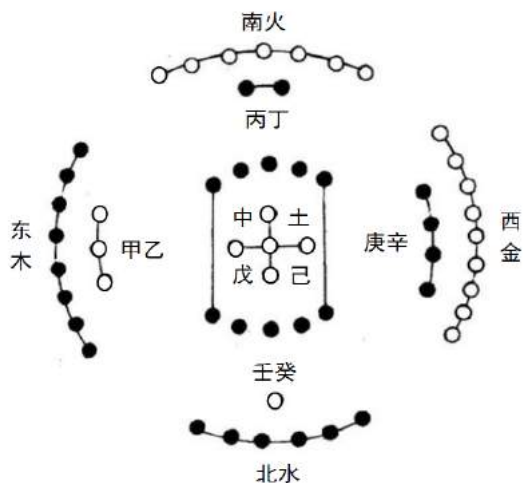
洛书“九位居正南”，标示一年和一昼夜中温度最高，热力最大，光线最强的阶段，以火热为事。在一年之中，夏至这一日光照最强，光照时间最长，气温最高，而一日之中，午时则为最热之时。人体以应之，则是一年之中之夏季，一日之午时，皆为阳气日盛，阴气偏弱之时。人体以心应之，此阶段应注意保护阴气，防止灼伤，此时为“午时一阳生”，故道家气功师主张“退火”以宜阴之长。

4、河图洛书与五行

河图洛书的数，《易传·系辞》曰：“天

一，地二，天三，地四，天五，地六，天七，地八，天九，地十。”易学称之为“天地数”。这些数字代表生数及成数，生数为一至五，象征事物的发生；成数六至十，代表事物的形成。

“河图”，“洛书”的生成数，象征五行，即阴阳化生五行，五行衍生万物。



《尚、书·洪范》记载，“五行：一曰水，二曰火，三曰木，四曰金，五曰土。”水数为一，代表阴，阴为阳之基，故生数起于一；火数为二代表阳，阴无阳无以化，故火数为二；水阴火阳，阴阳气化，万物始能化生，有水火才有木，故三数为木；有木才有金，故金数为四，土为万物之母，“土者，万物所丛生也。”土为生数之祖，故生数成数皆为五。河图洛书，土皆居于中，五为万物之母，故其余成数皆必加五及成。

《类经图翼》曰：“天一生水，地六成之；天五生土，地十成之。”张景岳说：“水为万物之先，故水数一。化生已兆，必分阴阳。即有天一之阳水，必有土二之阴火，故火次之，其数则二。阴阳即合，必有发生，水气生木，故木次之，其数为三。即有发生，必有收杀，燥气生金，故金次之，其数则四。至若天五生土，地十成之……”

河图之阳数生于一，极于九，阴数生于

二，极于八。以九为阳数之极，一为阳数之始，此即《素问·三部九候论》所曰：“天地之至数，始于一终于九焉。”这是中国古代数字的特点。

河图与洛书的数字体系是相互关联的。河图总数为五十五，洛书总数为四十五，二数之和为一百。河洛皆以五数居中央，以奇数统偶数，以阳统阴，方圆相藏，奇偶相合。故有“河图以天地合五方，乃大合于之数，洛书以阴阳合五行，称生成数。”之说。《汉书·五行志》中刘歆曰：“河图洛书相为经纬，八卦九章相为表里。”

5、五脏河图模型

《素问·金匱言真论》

东方青色，入通于肝，开窍于目，藏精于肝，其病发惊骇；其味酸，其类草木，其畜鸡，其谷麦，其应四时，上为岁星，是以春气在头也，其音角，其数八，是以知病在筋也，其臭臊。

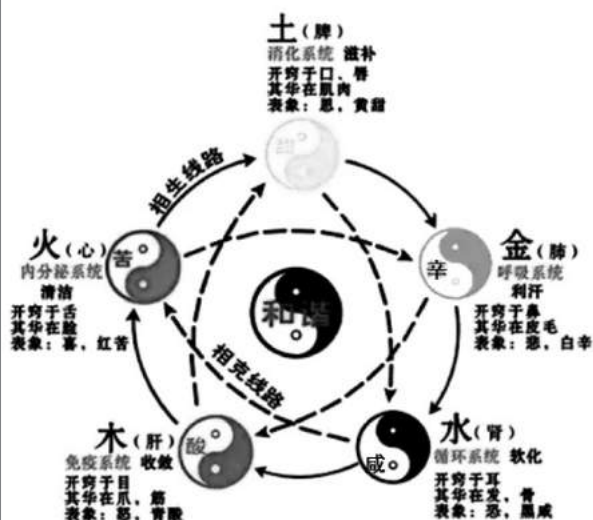
南方赤色，入通于心，开窍于耳，藏精于心，故病在五脏；其味苦，其类火，其畜羊，其谷黍，其应四时，上为营惑星，是以知病之在脉也，其音徵，其数七，其臭焦。

中央黄色，入通于脾，开窍于口，藏精于脾，故病在舌本；其为甘，其类土，其畜牛，其谷稷，其应四时，上为镇星，是以知病之在肉也，其音宫，其数五，其臭香。

西方白色，入通于肺，开窍于鼻，藏精于肺，故病在背；其味辛，其类金，其畜马，其谷稻，其应四时，上为太白星，是以知病之在皮毛也，其音商，其数九，其臭腥。

北方黑色，入通于肾，开窍于二阴，藏精于肾，故病在溪；其味咸，其类水，其畜彘，其谷豆，其应四时，上为辰星，是以知病之在骨也，其音羽，其数六，其臭腐。

从《内经》的《素问·金匱真言》中可看出，在《内经》中的五脏五行排列图案是河图中的成数图。



图中的数码，土数五为生数，而水六，火七，木八，金九皆为成数。按照“土常主生”的观念，医学中的河图模型，土只用五而不用十。在这个模型中，五脏有着复杂的对应关系，将人体的内外环境整合为一个不可分割的有机体。“五脏河图模型，是采用中央土数五和四方水火木金之成数六七八九的方位框架，配以五脏及其与体内体外环境相对应的各种五的单相性系列组合而成的复合模型。”萧汉明语《易经与中医传统医学》《内经》

李东垣著《脾胃胜衰论》时，在此一论之前注有一言，曰：“五行相生，木、火、土、金、水，循环无端，惟脾无正行，于四季之末各旺一十八日，以生四脏。四季者，辰、戌、丑、未是也。人身形以应九野，左足主立春，丑位是也；左手主立夏，辰位是也；右手主立秋，未位是也；右足主立冬，戌位是也。戊湿其本位平，其兼气、温、凉、寒、热，在人以胃应之。己土其味咸，其兼味辛、甘、酸、苦，在人以脾应之。脾胃兼化，其病治之各以其宜，不可定体，肝肺之病，在水火之间，顺逆转变不同，温凉不定，当求责耳。”《脾胃胜衰论，藏气法时升降浮沉补泻之图》

李东垣这句话包含了五行学说中的三重重要概念。

第一：相生相克概念，“五行相生，循环无端”。

第二：时空概念，五行是一种了解自然的时空观，是数字化，数学化的时空概念，“四脏应四季，脾以主时”，“人身形以应九野，左足立春，丑位；左手立夏，辰位；右手立秋，未位；右足立冬，戌位。”

第三：五行中，土为主，以生其它四行，主其它四行；在人体脾居五脏之主，以生其它四脏，以主其他四脏。“脾无正行，于四季之末各旺一十八日，以生四脏”。

清代名医张志聪注“各十八日寄治，不得独主于时也。”曰：“春、夏、秋、冬，肝、心、肺、肾之所主也。土位中央，灌溉于四脏，是以四季月中，各主十八日。是四时之中皆有土气，而不独主于时也。五脏之气，各主七十二日，以成一岁”。

由此可见，李东垣《脾胃胜衰论》中的主体思想来源于《黄帝内经》中的这一段话，李东垣以此为依据，经实践摸索，总结出了他的一套卓有成效的治疗方法。

从五行来讲是“一生二，二生三，三生万物”，这是阴阳的观念，同时也是五行的推导，一就是阳，由阳分出阴，阴阳是为二，阴阳相争，所化出的中间产物，加上阴阳是为三，而这个中间产物正是五行。

五行不是一个单一概念，与易经八卦一样，五行是多种概念的重合体，古人借五行表达多种自然规律及相关概念。比如时间的概念，脾者土也，治中央，常以四时长四脏，各十八日寄治，不得独主于时也。比如空间的概念，五行来源于古时的五方学说。《脾胃胜衰论，脏气法时升降浮沉补泻之图》：人身形以应九野，左足丑位，左手辰位，右手未位，右足戌位。九野即九宫图，来源于《河图》《洛书》，而《河图》《洛书》正是对五行的十进位数学解释。丑、辰、未、戌，正是不同方位的数字代表。

如此看出《内经》对应五行的来源根据，

不仅多重且更注重人体五脏生理,病理,颜色,功能,及相关内容与五行中每行之间的相对应。

五行相生、相克互相制约,出现承制状态,气候正常,长养万物;若相生、相克不能互相制约,而出现太过则为亢;五行关系失常,气候反常,万物为之灾害,人体亦要生病。

6、五运六气概念

五运六气简称“运气”,亦称运气学说,它是古代解释自然界气候变化,以及气候对宇宙万物,特别是对人类影响的一种学说。它以阴阳五行为核心,以天人相应整体观念的思想基础上建立起来的。

五运:土运、金运、水运、木运、火运在五行上各配以天干,以推测每年的岁运。

六气:风、寒、暑、湿、燥、火六种气候,各配以地支,以推测每年的岁气。

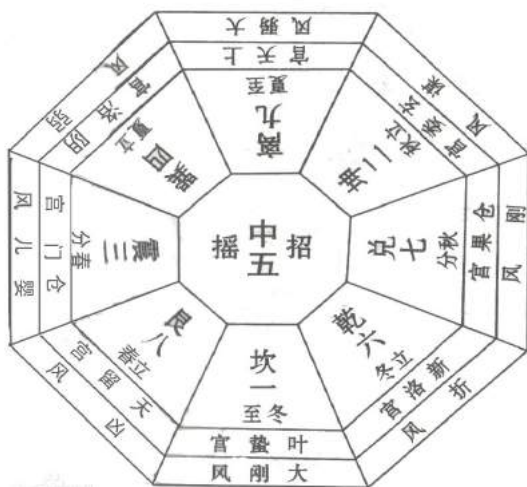
五运六气结合起来,用它说明天时、地理、历法等方面和医学上的种种关系。我们研究“运气学说”的目的,主要在于掌握自然环境、天时气候的变化规律,预测每年的气候变化和发病情况,以便于掌握六淫的致病因素,有利于临床诊断和治疗上的参考。

研究“五运六气”,需要掌握两点:(一)以阴阳五行学说为核心理论。(二)掌握它的代表符号——天干、地支。天干者、天之骨干也,是一阴一阳相配合成为干。十天干,即甲、乙、丙、丁、戊、己、庚、辛、壬、癸,单数为阳,双数为阴。十二地支,即子、丑、寅、卯、辰、巳、午、未、申、酉、戌、亥,单数为阳,双数为阴。

古人用天干、地支配合,作为纪年、月、日、时的符号。年号从甲子年开始,依次推算到癸亥年。60年为一周,即60花甲子。每转一周,天干转六次,地支转五次。

干支配合成六十环周,是干支纪年、月、日的必用符号。

古老传统疗法“子午流注”、“灵龟八法”等,都是以时间为条件的取穴针灸方法,都是从“易经”的天人相应观的影响下产生的。子午流注是应用于支纪时原理在十二经五俞穴上按时开穴的针法、灵龟、飞腾八法是在用易八卦、河图、洛书的基础上,吸收了《灵枢·九宫八风》的内容,结合人体十二经脉与奇经八脉的气血会合规律,取八脉交会穴配合八卦按时日干支进行推算,逐日按时取穴的方法,而干支纪时原本属于五运六气的理论,故可以说子午、八法、流注的理论皆源于运气学说。



九宫八风图

二、奇经八脉

奇经八脉是督脉、任脉、冲脉、带脉、阳维脉、阴维脉,阴跷脉,阳跷脉的总称。它们既不直属脏腑,又无表里配合关系,“别道奇行”,故称“奇经”。

1、奇经八脉理论的萌芽及雏形

在湖南长沙马王堆三号汉墓发现的帛书中,《足臂十一脉灸经》与《阴阳十一脉灸经》有描述早期经脉学说的面貌,但未发现有关八脉的记载,因此推测,八脉的记载要

晚于十二经。

在《五十二病方》中载有：“取息垢，以艾裹，以灸(灸)颊(颊)者中颠。”即是在督脉上，用艾灸百会。据《史记·扁鹊仓公列传》记载：春秋战国时期，扁鹊治虢太子“尸厥”时，“乃使弟子子阳砺针砺石，以取外三阳五会”。对三阳五会的解释，《针灸甲乙经》、《外台秘要》、《铜人腧穴针灸图经》、《十四经发挥》等医书，皆称：“百会，一名三阳五会也，穴属督脉。”由此可见，有关八脉的部分概念及经脉循行、治疗作用，早在《内经》之前已经产生，但尚未有形成完整记载。

八脉的概念雏形和古代养生学说关系密切。《庄子·内篇·养生》中，有“缘督以为经，可以保身，可以全生，可以尽年”之语。在出土文物中，有一件战国时期的实物——“行气玉佩铭”，完整地描述了呼吸锻炼方法。铭文共45个字：“行气，深则蓄，蓄则伸，伸则下，下则定，定则固，固则萌，萌则长，长则退，退则天，天几桩在上，地几桩在下，顺则生，逆则死。”后世养生学家据此衍释为周天运气方法。这反映早在春秋战国时期，任督真气运行已应用于健身养生。

2、奇经八脉学说的命名与系统阐发

八脉的全称首见于《内经》，《难经》在继承《内经》有关经络学说的基础上，对八脉理论进一步阐扬和发展。正式提出了“奇经八脉”，使八脉自成体系。并且进一步指出了奇经八脉的意义，曰：“圣人图设沟渠，通利水道，以备不然。天雨降下，沟渠溢满，当此之时，滂霈妄行，圣人不能复图也，此络脉满溢，诸经不能复拘也。”说明奇经八脉与十二经脉功能各不相同，奇经八脉出入于十二经脉之间，具有调节正经气血的功能。十二经脉中气血满溢时，则流注于奇经八脉。两者不仅循行路径不同，在功能上也有区别。《难经》中还对冲脉与督脉的循行作了归纳，并且补入了带脉、跷脉的具体循行部位和功能

作用。《难经·二十八难》曰：“阳维起于诸阳会，阴维起于诸阴交。”《难经·二十九难》曰：“阳维维于阳，阴维维于阴，阴阳不能自相维，则怅然失志，溶溶不能自收持。阳维为病苦寒热，阴维为病苦心痛。”这就使阳维的内容较《内经》中更加充实。《难经》较之《内经》对奇经八脉的生理、病理作了更进一步阐述。

3、奇经八脉的特点

《难经·二十七难》说：“凡此八者，皆不拘于经，故曰奇经八脉。”也就是说奇经八脉与十二正经不同，其特点如下：

(1) 奇经八脉不隶属于脏腑，又无表里配合关系。五脏主人之一身，六腑固守五脏，经脉为脏腑之隧道，才可谓有行与体，精与神，犹水能浮舟亦能覆舟之理。

(2) 奇经八脉除任、督二脉有自己的独立腧穴外，其他六条经脉的腧穴都依附于十二正经与任、督脉之中。

(3) 奇经八脉的循行错综于十二经脉之间，而且与正经在人体多处相互交会，因而奇经八脉有涵蓄十二经气血和调节十二经盛衰的作用。当十二经脉及脏腑气血旺盛时，奇经八脉能加以蓄积，当人体功能活动需要时，奇经八脉又能渗灌供应。《难经·二十八难》把十二经脉比作“沟渠”，把奇经八脉喻作“湖泽”，即形象地说明了这一功能。

4、奇经八脉的功能

奇经八脉交错地循行分布于十二经之间，其作用主要体现于两方面。

其一，沟通了十二经脉之间的联系。奇经八脉将部位相近、功能相似的经脉联系起来，达到统摄有关经脉气血、协调阴阳的作用。督脉与六阳经有联系，称为“阳脉之海”，具有调节全身阳经经气的作用；任脉与六阴经有联系，称为“阴脉之海”，具有调节全身诸阴经经气的作用；冲脉与任、督脉，足阳明、足少

阴等经有联系，故有“十二经之海”、“血海”之称，具有涵蓄十二经气血的作用；带脉约束联系了纵行躯干部的诸条足经；阴阳维脉联系阴经与阳经，分别主管一身之表里；阴阳跷脉主持阳动阴静，共司下肢运动与寤寐。

其二，奇经八脉对十二经气血有蓄积和渗灌的调节作用。当十二经脉及脏腑气血旺盛时，奇经八脉能加以蓄积，当人体功能活动需要时，奇经八脉又能渗灌供应。

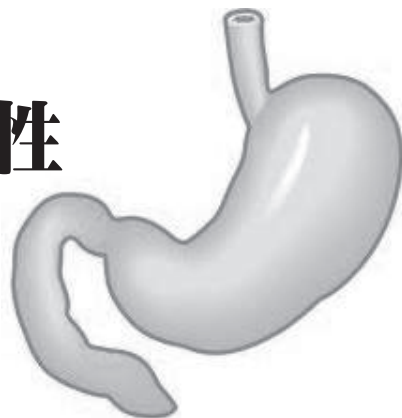
冲、带、跷、维六脉腧穴，都寄附于十二经与任、督脉之中，惟任、督二脉各有其所属腧穴，故与十二经相提并论，合称为“十四经”。十四经具有一定的循行路线、病候及所属腧穴，是经络系统的主要部分，在临床上是针灸治疗及药物归经的基础。

5、奇经八脉学说的进一步发展

《内经》、《难经》以后，历代医家对奇经八脉理论，多有抒发，元代滑寿《十四经发挥》将奇经中的任督两脉与十二经并列，强调了任督两脉的重要性，谓：“任督二脉之直行者，为腹背中行诸穴所系，今特取之，以附十二经之后……其余如冲、带、维、跷所经之穴，实则寄会于诸经之间尔，诚难与督任二脉之灼然行腹背者比。”滑寿进一步论述督任两脉的关系说：“任与督，一源而二歧……夫人身之有任督，犹天地之有子午也，人身之任督以腹背言，天地之子午以南北言，可以分，可以合者也。分之于以见阴阳之不杂，合之于以见浑沦之无间，一而二，二而一者也。”说明奇经是互相沟通，不可分割的。对于奇经的功能与十二经的关系，滑寿曰：“盖以人之气血，常行于十二经脉，其诸经满溢，则流入奇经焉。”又曰：“譬犹圣人，图设沟渠，以备水潦，斯无滥溢之患，人有奇经，亦若是。”滑寿并在卷下篇中，专题讨论了八脉的循行，生理功能，病理变化。重视奇经八脉在人体中的地位和作用，为八脉理论的发展作出了贡献。

此次讲座中，我们得以明确奇经八脉在脏腑经络系统中占有重要地位，它与十二正经通过穴位而相交。在生理上对十二经脉起着分类、组合，溢蓄和调节的作用。在病理上与十二经脉有着密切关系。它通与十二经脉的八个俞穴：公孙、内关、足临泣、外关、后溪、申脉、列缺、照海，即八脉交会穴，在临床上被广泛应用，近年来更被不断的充实、发展。讲座让我们重新认识到，熟练掌握奇经八脉的应用，在治疗许多顽痼疾病中起执简驭繁的作用。总之，本次学习使我等获益良多。

辛开苦降法在Hp相关性胃炎治疗中的应用



新加坡·傅瑜敏

【摘要】 感染幽门螺杆菌(Hp)是Hp相关性胃炎主要致病原因。脾胃受损、湿热内蕴、升降失职是本病的基本病机，因而辛开苦降法是治疗本病的重要治法。辛开苦降法系指将辛温与苦寒两类不同性味与功用的药物，相互配伍合用的一种常用独特的治疗方法，用以调畅气机、调和阴阳、平调寒热、分解湿热。因此深入探讨辛开苦降法治疗本病具有重要的应用价值，并且可以为探讨辛开苦降法在现代脾胃疾病治疗中的内涵提供支撑。

【关键词】 胃炎；幽门螺旋杆菌；辛开苦降法

幽门螺杆菌(*helicobacter pylori*, Hp)是一种革兰氏染色阴性、微需氧的细菌，全球半数以上人口有Hp感染^[1]。Hp感染是慢性胃炎主要原因，现代医学将Hp感染后发生的胃黏膜炎症称为幽门螺杆菌相关性胃炎(*helicobacter pylori associated gastritis*)。现已证实Hp是消化性溃疡重要致病因子，胃癌的协同致病因子。西医针对Hp相关性胃炎主要采用抗炎杀菌治疗。虽抗感染药见效较快，但常反复发作，症状时轻时重，而且大部分具有疗效的药物费用昂贵，长期服用又有着许多副作用。中医药治疗Hp相关性胃炎取得良好效果，联合西药有协同增效作用。本文拟从中西医对Hp相关性胃炎的认识、辛开苦降法的历史渊源、配伍法则、配伍内涵及其代表方在Hp相关性胃炎的临床应用等方面，探讨Hp相关性胃炎使用辛开苦降法的实际意义，从而为Hp相关性胃炎患者提供更

加切实有效的治疗。

1 中西医对Hp相关性胃炎的认识

本病主要致病病因是感染Hp，Hp致病机制与以下因素有关^[2]：①Hp产生多种酶如尿素酶及其代谢产物氨、过氧化氢酶、蛋白溶解酶、磷脂酶A等，对粘膜有破坏作用；②Hp分泌的细胞毒素(*cytotoxin*)如含有细胞毒素相关基因(*cagA*)和空泡毒素基因(*vagA*)菌株，可导致胃粘膜细胞的空泡样变性坏死；③Hp抗体可造成自身免疫反应：产生针对Hp的抗体，可造成自身的免疫损伤。根据该病的主要临床表现，可按中医学痞证、胃脘痛等范畴。尽管其病因复杂，但多会出现脾胃受损、湿热内蕴、升降失职的病理改变。外感六淫、内伤情志饮食不节、素体中气不足，或久病脾胃虚弱而生邪，或治法不当而戕伤中气等诸多原

因,可导致脾胃纳运失职,升降失司;而脾胃升降失司,当升者不升,脾必生湿,当降者不降,胃必生热,湿热中阻,又可复伤脾胃,以致形成本病迁延难愈,反复发作的病理过程。

2 “辛开苦降法”的历史渊源

辛开苦降法的运用是基于中药性味功用及配伍,其理论肇始于《内经》。《素问阴阳应象大论》首先提出了“气味辛甘发散为阳,酸苦涌泄为阴”,明确指出辛味药属阳,具有发散、升阳作用;苦味药属阴,有清热、降泄作用。而《素问至真要大论》中有记载:“风淫于内,治以辛凉,佐以苦甘,以甘缓之,以辛散之”;“阳明之复,治以辛温,佐以苦甘,以苦泄之,以苦下”,依据天地之气淫胜的不同、六气胜复的区别,提出具体的治法。张仲景遵《内经》之原则,集辛热的半夏、干姜和苦寒的黄连、黄芩等药于一方,创立了“半夏泻心汤”及其类方,开辛开苦降之先河。后世医家受其启发,多有发挥。成无己、尤在泾等在诠释半夏泻心汤时对辛开苦降有关内容进行过论述。李东垣创立补脾胃泻阴火的升阳散火汤、升阳益胃汤、枳实消痞丸等辛开苦降方,充实了辛开苦降法。“辛开苦降”法的明确提出,当首推叶天士,叶氏继承前贤经验,在《临证指南医案》中提出了“微苦以清降,微辛以宣通”、“辛以开之,苦以降之”、“以苦降其逆,辛通其痹”,辛苦合用则“苦寒能清热除湿”,“辛通能开气泄池”,并在辛开苦降法原则指导下化裁出多个治疗湿热证的泻心汤类方,拓展了“辛开苦降”法的运用范围。

3 辛开苦降法的配伍法则

辛开苦降法是将药性苦寒之药物与药性辛热之药物配伍于一个处方中,虽其性味完全相反,但组合起来却能产生一种新的整体功能,这种功能是原来辛热药或苦寒药单独使用所不

具备的,这一组合拓展了临床主治范围。辛热(温)药与苦寒(凉)药互为配伍,一是可以用来治疗寒热错杂证。临床上单用寒药或热药来治疗以上寒热错杂的复杂证候收效甚微,甚至会加重症状,因单用热药会阻碍寒邪的消散,单用寒药也会阻碍热邪的祛除。此时将寒热药物进行适当配伍显得尤为重要,苦寒药与辛热药同处一方用以治疗寒热错杂证效果明显,能起到寒热平调的作用^[3]。二是能够起到调节全身气机升降的作用。在下之气应升,在上之气应降,清气不升则会中气下陷,浊气不降则上逆呕恶。药物的性味不同,相应地对气机运动也会产生截然不同的影响。辛热药属阳,能升举发散阳气,使腠理发散;而苦寒药属阴,能清解通降,起到沉敛下行的作用^[4]。这两种不同药性的药物配伍,则气机得复,升降得宜,气化复常。因此,辛开苦降法采用的是一种调整对立矛盾(寒热错杂)、启动中焦气机(上寒下热或上热下寒)的处方配伍法则。

4 辛开苦降法配伍内涵

4.1 温清并用,化湿泄热

脾胃脏腑相合,运纳协调,共同完成食物的传化过程。脾为阴土,喜燥而恶湿;胃为阳土,喜润而恶燥。一旦感受外邪或内伤饮食,则脾易为湿困而胃多为热扰。而且脾胃互为表里,在发病时常相互影响,脾湿易浸于胃,胃热易淫于脾,往往造成脾胃湿热,胶结难解的病理状态。如甘露消毒丹出自《温热经纬》,主治湿温时疫,邪在气分。方中“苦寒”的茵陈与黄芩合用为君,苦泄下降,清中焦之热,燥氤氲之湿,给邪气开通一条外出之路,使困扰于中焦的湿热浊气从下走泄;“辛温”之藿香、菖蒲、白豆蔻为臣,辛香不燥,温脾阳,化脾湿,在辛宣开通湿浊的同时,又可行气悦脾和中,寓气行则湿化之义。如此化湿清热两相兼顾,令湿热疫毒俱去,脾胃运化功能恢复,则诸症自除。

4.2 升清降浊，斡旋气机

脾胃同居中焦，通达上下，为气机升降之枢纽。辛开苦降法可纠正脏腑气机的紊乱。辛味升浮，有行气开郁闭之功，苦味降泄，可降逆气，辛苦合用可宣泄通降，斡旋气机。如王氏连朴饮载于《霍乱论》，清代温病医家王孟英承仲景“泻心汤”法，有所发挥。原方治疗湿热蕴伏之霍乱吐利。湿为重浊阴邪，热为无形阳邪，湿遏热伏，胶着难解，困阻中焦而致脾胃升降失司，中焦气机壅滞。治疗当循“辛以开之，苦以降之”。方中以黄连为君，具有沉降之力，佐以山栀，二药皆药势下行，降气泄浊，助胃气通降为顺。臣以厚朴、菖蒲与半夏，厚朴不但下行，又能上升外达；菖蒲香窜疏达，开胃宽中；半夏辛而散痞，滑能利膈，具有滑利筋膜、疏通膈间气机的作用。三药皆辛散之品，以辛助辛，辛甚气烈，通阳升阳，助脾气升清为用。诸药辛升苦降之间，则脾升胃降，清浊复归其本位，枢机运转如常，脾胃和而吐泻止。

5 辛开苦降法代表方在Hp相关性胃炎的临床应用

5.1 半夏泻心汤

半夏泻心汤出自张仲景《伤寒论》，是治疗“心下痞”的代表方，为辛开苦降平调寒热、调畅脾胃升降的典型方剂，由半夏、黄连、黄芩、人参、干姜、炙甘草、大枣组成。该方最适用于慢性胃炎痞满证属于脾虚湿阻、气郁化热、证情复杂、虚实兼杂者。结合现代医学研究进展，慢性胃炎的主要病因之一Hp，其感染率以中医的脾胃湿热证型最高^[5]，故可认为该菌是一种湿热之邪，苦寒药能清热祛湿，消除湿热之邪，中药药理学实验也证实抑杀Hp的药，以黄连、黄芩、大黄等最强^[6]。此外，幽门括约肌功能、胃排空功能的异常也是慢性胃炎的主要原因，辛温的补益理脾降气药确有调整胃肠动力的作用，如党参、

干姜、法半夏、厚朴、木香等都对缓弱的上消化道有促动力作用。只要在辨证论治的基础上结合辨病遣方用药，灵活运用辛开苦降法，使脾气得升，胃气得降，则湿浊除、气机通、中气旺、化源充。历兰娜等^[7]通过对325例慢性胃病患者中医辨证分型及Hp检测结果进行分析，发现慢性胃炎以半夏泻心汤证组最高，占36.3%，而Hp感染阳性率也以该组最高，占84.1%。认为半夏泻心汤证“心下痞”之邪与Hp感染有关，半夏泻心汤以健脾药改善机体抗病环境同时，可通过抑Hp的药味起到祛邪的作用。

5.2 黄连汤

黄连汤出自《伤寒论》，由黄连、半夏、干姜、桂枝、大枣、甘草、人参组成，原方治“伤寒胸中有热、胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者”，为治上热下寒的代表方。方中黄连苦寒，上清胸中之热，桂枝、干姜辛温，下散胃中之寒。使升降相宜；配半夏降逆和胃，人参、大枣、甘草和中健脾。赵庆新等^[8]用黄连汤治疗慢性浅表性胃炎48例，结果显示黄连汤有一定的抗Hp作用，且Hp根除率为60.3%。

5.3 左金丸

方出《丹溪心法》，由吴茱萸、黄连组成，可平肝泻热，和胃降逆，用治胁肋胀痛、呕吐口苦、脘痞嘈杂、嗳气吞酸之证。方中重用苦寒黄连，可清肝胃之火，通降胃气；少佐辛热之吴茱萸，能助黄连和胃降逆，且制约黄连的苦寒之性，二药辛苦相合，泄火而不遏制气机，宣郁则使火热易清。丹溪巧合辛苦，妙用寒热，泄肝胃之火而降逆散结，可谓辛开苦降法灵活运用之典范。梁海雄^[9]观察左金丸加减对肝火犯胃型幽门螺杆菌相关性胃炎的临床疗效，将66例Hp感染所致胃炎患者随机分为治疗组和对照组各33例。对照组患者采用常规西药治疗，治疗组患者在对照组的基础上加用左金丸化裁（吴茱萸、黄连、龙血

竭、血余炭、海螵蛸、延胡索、白芍、甘草)治疗,结果治疗组总有效率及Hp根除率分别为**93.94%、87.88%**,对照组患者总有效率及Hp根除率分别为**66.67%、60.61%**,组间临床疗效比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。

辛开苦降法沿用至今,可谓源远流长。该法主旨用意集中体现了祖国医学“整体辨证,平衡阴阳”的思想精髓,临床应用中也往往有意想不到的良效。Hp相关性胃炎常常表现出虚实夹杂、寒热相兼、升降失常的病机特点,而辛开苦降法,不仅苦辛并进以顺其升降,而且寒热同用以和其阴阳,补泻兼施以调其虚实,且各走其道,各奏其功,恰好针对Hp相关性胃炎的病理机制而治,也正是本法治疗Hp相关性胃炎的绝妙之处。对辛开苦降法的深入研究与探讨,有利于中医药优势的进一步发挥。

参考文献

- [1] 陈鸿程,杨兵.幽门螺杆菌感染的流行病学研究进展[J].临床医药实践,2014;23(12):942-945.
- [2] 于皆平,沈志祥,罗和生.实用消化病学.第2版.北京:科学出版社,2007.238-239.
- [3] 张新义,傅文录.虚实寒热夹杂证临床辨析[J].上海中医药杂志,2007;41(7):24-25.
- [4] 李慧,冯莎,张琦,张锡纯“升降相因”学术思想探析[J].国医论坛,2013;28(2):16-17.
- [5] 叶晖,张学智.幽门螺杆菌阳性慢性胃炎脾胃湿热证中西医结合研究进展[J].中国中医药信息杂志,2014;21(09):134-136.
- [6] 王绪霖,缴稳玲,吕宗舜等.抑制幽门螺旋菌中药的初步筛选[J].中国中西医结合杂志,1994;14(09):534-536.
- [7] 厉兰娜,孔繁智,沈金美等.半夏泻心汤证与HP感染关系的临床研究[J].中医杂志,1998;39(04):220-221.
- [8] 赵庆新,梁宝慧,卢燕许.黄连汤治疗幽门螺旋杆菌相关性慢性浅表性胃炎48例[J].河南中医药学刊,2000;15(04):28-29.
- [9] 梁海雄.左金丸化裁治疗肝火犯胃型幽门螺杆菌相关性胃炎临床研究[J].亚太传统医药,2016;12(04):127-128.



试论得气、气至与针感概念辨析

成都中医药大学·四川成都·林汶源

【摘要】 本文就得气、气至与针感的概念之不同进行分析，比较三者之间的异同。得气是指针与经气相得，针必与气相得，医者才能通过针调节经气，使患者经气恢复阴平阳密的状态。气至是指气至针下或气至病所。针感则为医者手中感觉或患者针下之感，三者看似相同，实则有异。

【关键词】 得气；气至；针感

1. 概述

《内经》是针刺理论的源头，而得气是影响针灸疗效最重要的过程，充分了解古人对针刺的认识在临床上有很大帮助。全国高等中医药类教材《刺法灸法学》上对于得气、气至与针感的定义与笔者所思考的概念有若干出入。

《刺法灸法学》内容提到，得气、气至与针感是同一概念，之所以名字不同，不过是古今异名罢了。但遥记之前看过的一些文献记载中，

定义与教材确有些不同，因此才有了借论文机缘理清三者定义的想法。

以下是教材定义之原文：得气，古称“气至”或“针感”，是指毫针刺入腧穴一定深度后，施以提插捻转等手法，使针刺部位获得经气感应。针下是否得气，可以从两个方面分析判断，即患者对针刺的感觉、反应和医者刺手指下的感觉。当针刺腧穴得气时，患者的针刺部位有酸胀、麻重等自觉反应，有时还出现热、凉、痒、痛、抽搐、蚁行等感觉，或呈

现沿着一定方向和部位传导、扩散的现象；少数患者还会出现循经性肌肤抽跳、震颤等反应，有时还可见到针刺腧穴部位的循经性皮炎带或红、白线状现象。当患者有自觉反应的同时，医者刺手亦能体会到针下沉紧、涩滞或针体颤动等反应。若针刺后未得气，患者则无任何特殊感觉或反应，而医者刺手亦感觉针下空松、虚滑。正如《标幽赋》所说：“轻滑慢而未来，沉涩紧而已至……气之至也，如鱼吞饵之浮沉；气未至也，如闲处幽堂之深邃”。

2. 得气辨析

得，行有所得也(《说文》)。得气，是指针刺后毫针与经络之气相得，是针刺补泻的前提。早在《内经》中就有关于“得气”的记载，如《素问·离合真邪论》谓：“吸则内针，无令气忤。静以久留，无令邪布。吸则转针，以得气为故。候呼吸针，呼尽乃去；大气皆出，故命曰泻”。

2.1 得气是得经络之气

古代医家广泛认识到气乃人生命活动之本，故《难经·八难》也说：“气者，人之根本也。”，人受天地之气以化生命，形以气充，气耗形病，神以气纳，气纳神存。要保持人的生命活动就要保持气在人体内的运行。《素问·离合真邪论》曰：“真气者，经气也”表示经气中运行的是人体最重要的先天之气与水谷之气。而《灵枢·经脉》曰“经脉者，所以能决生死，处百病，调虚实”也道出了经脉运行的真气对人体的重要作用。针刺的部位是以经络腧穴来定位的，调的也是经络之气。而经络遍布全身，把人体联成一个有机的整体，所以在得病过程中，无论邪气的传变、脏腑病变的相互影响，还是内部病变行诸于外，经络都参与其间。经络里的经气除了有正气还有邪气，如《灵枢经·终始》曰：“邪气来也紧而疾，谷气来也徐而和”。这是形容医

者在下针时所感受到的针下经络的性状，医者下针时，若感针下“紧而疾”乃是邪气至也，若感针下“徐而缓”则为谷气(正)至也。

2.2 得气是得脏腑之气

《灵枢经·热病第二十三》说：“热病体重，肠中热，取之以第四针于其俞及下诸趾间，索气于胃络，得气也”。对此张景岳在《类经·针刺类·诸热病死生刺法》说：“脾主肌肉四肢，邪在脾故体重。大肠小肠皆属于胃，邪在胃则肠中热。故当用第四针曰铍针者，取脾胃二经之，曰太白、曰陷谷也。及下诸指间者，谓在足诸也。……索气于胃络得气者，阳明之络曰丰隆，别走太阴，故取此可以得脾气。络当作络”。对此张景岳解释得很清楚，刺足阳明胃经络穴丰隆可以引导足太阴脾经之气。上述形容的其实也是刺经络可得其经络之气。

3. 气至辨析

古文中，气至的含义有几种，一谓气调，如《灵枢·小针解》：“气至而去之者，言补泻气调而去之也”说明了气至就是气调，气调的目的是使经气无太过或不及、各在其位、运行顺畅。故《灵枢·终始》说：“凡刺之道，气调而止”。一谓经气所至，经气所至又分为经气至何处，下文说明：

3.1 气至是气调

气至也就是气调(气机调和)，而气调的效果体现为使病人有一种“若风吹云，明乎若见苍天”疾病祛除后的舒适感，如《灵枢·九针十二原》：“针各有所宜，各不同形，各任其所为。刺之要，气至而有效。效之信，若风吹云，明乎若见苍天，刺之道毕矣”所示。而《灵枢·病传》：“黄帝曰：余受九针于夫子，而私览于诸方，或有导引行气，乔摩、灸、熨、刺、焮、饮药之一者，可独守耶，

将尽行之乎？岐伯曰：诸方者，众人之方也，非一人之所尽行也”则提示不独毫针有气至(气调)，九针都有气至，不管是导引行气、乔摩、灸、熨、刺、炳、饮药等其他治疗方法都视之为气调。除了患者通过感觉判断有无气调外，这些疗法也可以通过治疗后的脉象变化来判断有无气调，如《灵枢·终始第九》中说：“所谓气至而有效者，泻则益虚，虚者脉大如其故而不坚也，坚如其故者适虽言快，病未去也。补则益实，实者脉大如其故而益坚也，夫如其故而不坚者，适虽言快，病未去也。故补则实，泻则虚，痛虽不随针减，病必衰去”。文中所述针刺补泻手法可以通过诊脉而得知病的趋势。所以我们必须时刻把握患者的脉象，最终达到阴平阳密，气机调达。

3.2 气至是经气所至

气至也可以是经气所至，经气所至者有二，一谓气至针下，一谓气至病所。医者以毫针就能治疗患者的疾病乃至重病，原理在于针能驾驭且调控人体的经气，但前提是必须将经气引至针下，如窦汉卿《标幽赋》中谓：“轻滑慢而未来，沉涩紧而已至…气之至也，如鱼吞饵之浮沉；气未至也，如闲处幽堂之深邃。”就可判断气至(气至针下)与否。气至针下，通过针下经络腧穴的特异性来调节或疏泄人体全身的气机，从而达到痊愈。还有一种是“气至病所”，“气至病所”是指通过适当的手法引导经气直达“病所”，气达“病所”而疼痛消失，如有“若风吹云，明乎若见苍天”之感。通常这种手法都是用于病灶在局部者。

4. 针感辨析

所谓针感，可以从两个角度去理解，一是医者对病人施针时手中所得的感觉，二是患者对针刺所产生的酸、麻、重、胀或触电样等感觉反应。一般来说，针感是一种深部感觉，有

的定位明确，有的定位不甚明确。其性质多为酸、胀、重、麻、触电感，其中最常见的是酸、胀两种。在临床上可单纯归为一种，也可见几种感觉混合出现。另外还有一些不常见的针感如抽动感、蚁行感、热感、凉感等。

4.1 医者的感觉

《灵枢·终始》说：“邪气来也紧而疾，谷气来也徐而和”。医者针刺感知若是紧而疾则是邪气来，徐而和，则是谷气至。当然“邪气来也紧而疾，谷气来也徐而和”也可以表示脉象。《灵枢·终始》说：“凡刺此者，以指按之，脉动而实且疾者泻之，虚而徐者则补之”可做参考。明·徐凤的《针灸大全》说得更清楚：“况夫出针之法，病势既退，针气微松；病未退者，针气如根，推之不动，转之不移，此为邪气吸拔其针，乃真气未至，不可出。出之者，其病既复。再须补泻，停以待之，直候微松，方可出针豆许，摇而停之”。

4.2 病者的感觉

《灵枢经·小针解》说：“为虚与实若得若失者，言补者必然若有得也，泻则恍然若有失也”。通过针刺补法使虚证患者正气有所补益，让患者有精力充沛似有所得的感觉；通过针刺泻法，使实证患者邪气有所散逸，而感觉轻松自如，若有所失。概括而言之，通过对症的针刺手法使病人有一种疾病祛除后的舒适感。《素问·针解》说：“刺虚则实之者，针下热也，气实乃热也。满而泄之者，针下寒也，气虚乃寒…刺实须其虚者，留针阴气隆至，乃去针也。刺虚须其实者，阳气隆至，针下热乃去针也”。对于寒证，针刺使阳气积聚，患者感觉针下热而去针；对于热证，针刺使阴气积聚，患者感觉针下凉而去针。

按：针感，其字面而言，就是针刺入穴位或肌肤后患者的自觉感觉与施针者手下的感觉。无论酸麻胀痛等都属于针感，若深思，这种患者自觉的感觉是否意味气至或得气？笔者

认为针感可以是气至或得气的临床指标之一，但不尽然就是得气或气至。就像书法包含了毛笔字，但毛笔字不代表书法的关系。

5. 结语

全国高等中医药类教材《刺法灸法学》内容提到，得气、气至与针感是同一概念而古今异名而已，笔者不敢苟同，因笔者阅读刘力红的《思考中医》识得古人造字的严谨，所谓：“一字之出坚若磐石，一义之出灿若繁星”，所以思考得气、气至和针感之间是否指的是相同之意？《内经》是中医和针刺理论的源头，但因其理论形成久远，文字意义变迁甚大，今习医者未必能完全理解其理论内容的真意，笔者通过收集杂志资料和古代针灸代表类文献，尝试梳理三者间的异同。我认为三者看似相同，实则相异，若能详细分析，就能加深对临床针刺的认识。《内经》中得气和气至的概念不同。得气，是针与经气相得之意，针必与经气相得，医者才能通过各种治疗手法，以针驭经气，而调节经气达到阴平阳密。而气至，是言经气至于何处，一者指经气至于医者针下，一者是指经气至于病灶(病所)。言气至针下，则其含义就和得气相近，但气至是得气的前提，得气则是气至的继续。因为要先有气“至”针下，医者才能感觉到针下有得气感。若言气至病所者，是指患者局部有病变，如牙疼、腹痛等，医者通过针驭经气至病所，而疼痛消失。针感者，是指针对医者手下的感觉或针刺患者而患者的自觉感觉。由于本缺少临床试验研究，故还需进一步深入的搜索文献与探讨。

参考文献

- [1] 王富春.刺法灸法学[M].上海:上海科学技术出版社,2009.
- [2] 张登本,孙理军.难经发挥[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [3] 戴汉源,陈孝银,鞠文平,等.得气、气至与针感说异[J].

江苏中医药,2009,41(10):64~65.

- [4] 王洪图.黄帝内经素问白话解[M].北京:人民卫生出版社,2004.
- [5] 冀雅彬,郭义.“得气”不是针刺的专利[J].中华针灸刺络疗法杂志,2008,5(1):150~152.
- [6] 雷红,黄光英,王伟,等.读古籍,品“得气”[J].中医杂志,2010,51(3):285.
- [7] 张登本,孙理军.全注全译黄帝内经[M].北京:新世界出版社,2010.



中医药文化的传承动力 与创新路径研究

中国·贵州·肖文冲

【摘要】中医药文化是中华民族优秀传统文化的重要组成部分，中医药是中国传统民族医药的“主动脉”，为中华民族的繁衍昌盛做出了卓越贡献，为世界许多国家传统医药的发展奠定了基础或树立了优异的榜样。随着人们对健康需求的变化和世界医学模式的转变，为实施好“健康中国”战略、实现中华民族伟大复兴的“中国梦”，中医药作为维护人类健康的重要手段，其文化的传承与创新就显得尤为紧迫和珍贵。如何更好的传承中医药文化，使之彰显中医药的“中国力量”；如何更好的创新中医药文化，使之保持中医药的“中国味道”，这些问题已经很显目的摆在我们面前。本文将从中医药文化传承的动力与路径、中医药文化创新方向与路径作论述。

【关键词】中医药文化；传承与创新；中医话语；“五名”工程

博大精深的中医药是一张世人皆知的中国名片。中华五千年灿烂文化像一颗璀璨明珠，屹立于世界东方，而植根于中华文化土壤的中医药文化，从文献清晰记载已有三四千年的历史，在同人民群众生产与生活实践过程中不断总结、发展、凝炼成当今世界最古老、最完善、最有吸引力的传统医学。中医药是我国劳动人民同疾病斗争的经验总结，是一个伟大的医学宝库。其在构建“健康中国”、促成“全

方位保障人民健康”、“全面建成小康社会”战略布局中，都具有重要意义。

一、中医药文化传承的动力与路径

作为中华优秀传统文化的重要组成部分，中医药文化的传承重任，已经沉甸甸的落在中华儿女的肩上，尤其是从事中医药教育、临床、管理、产业等各群体、各领域，要把传承

中医药文化作为“生命的一部分”来重视她、爱护她。只有这样，中医药文化才能一代又一代传承下去，中医药文化事业才能一代比一代更兴旺。个人认为，实施“五名”工程，将是中医药文化传承的“保鲜剂”和“兴奋剂”。

(一)古代名篇记载的“原始”探索是传承中医药文化的“亮镜”

远古原始人类在生产和生活中，逐渐积累了医疗实践经验。他们猎取食物以为生、品尝百草以知味，他们冒着生命危险，用生活实践去延续生命和挽救新生命，这是多么伟大的医疗探索。《淮南子·修务训》记载“神农氏……尝百草之滋味，水泉之甘苦，令民知所避究。当此之时，一日而遇七十毒。”随着火的发明、石器打磨与应用，以及人们在生活中通过按摩患部可以止痛、通过活动筋骨可以健身等实践的摸索总结，针灸、推拿、导引等疗法逐渐形成。《山海经》：“高氏之山，其上多玉，其下多箴石。”(晋·廓璞注：“箴石，可以为砭(砭)针，治痈肿。”)并已记载100多种药物和50多种疾病。《礼记·内则》：“古者以石为针，所以为刺病。”

《说文解字》段注：“砭，以石刺病曰砭。因之名其石曰砭石。”《周礼·天官》记载了食医、疾医、疡医、兽医等医师分类和较为完整的医药管理与考核制度。夏商周时期，汤剂、酒剂的出现，对中医药广泛用于人体疾病的治疗，开拓了思维、拓宽了路径。其实，在中国古代名著中描述古人勇于尝试、不断实践又善于总结的名篇名句举不胜数。而且包含《黄帝内经》在内的中医经典著作始终把“整体观念”作为认识人体、诊治疾病以及养生保健的指导思想，始终把人自身、人与自然、人与社会环境看成是一个整体，这种医学管念比西方最先提出“生物-心理-社会”医学模式要早近两千年。这些著名的文献记载，正是当今之中国传承中医药文化的力量源泉和精神动力。

(二)经典医学名著是传承中医药文化的历史根源

早在两千年前春秋战国时期，我国就有系统论述中医理论的专著《黄帝内经》，它系统的总结了先秦的医学成就和临床治疗经验，确立了中医学理论体系。补充《黄帝内经》在脉学等方面不足的《黄帝八十一难经》、首创三品分类法的最早药物学专著《神农本草经》以及创立辨证论治体系的最早中医临床专著《伤寒杂病论》，这些被合称为“中医四大经典”，确立了完备的中医“理、法、方、药”体系，成为后世学习中医药的根基。晋代医家王叔和著成《脉经》是我国现存最早脉学专著，皇甫谧所著《针灸甲乙经》是现存最早的针灸学专著，隋代巢元方著《诸病源候论》是世界第一部病因病机学专著，唐代孙思邈的《千金方》被称为我国医药百科全书，明代李时珍花了近30年时间写成世界药物学巨著《本草纲目》，以及清代时期系列温病学著作，这些医学名著不仅在完善中医药理论体系和指导临床实践方面树立了典范，同时也在继承和发展中医药文化方面树立了典范。因而，开设中医药文化相关课程，学习历代医学名著的优秀文化，是医药院校及非医药院校中医药专业的重要内容。

(三)历代名家是传承中医药文化的见证使者

1973年在长沙马王堆三号汉墓出土帛书《五十二病方》以及四大经典中的《黄帝内经》、《神农本草经》，虽然著书作者因各种原因未能详载，但是医家们刻在著作文字间的中医药文化气息，却格外的耀眼和珍贵。扁鹊见齐桓公的故事众人皆知；汉代张仲景通晓《内经》、《难经》、《本草经》而写成我国最早指导中医临床的专著《伤寒杂病论》；华佗用“麻沸散”进行全身麻醉，施行外科手术；葛洪《肘后备急方》对急诊医学的发展奠定了基础。隋代巢元方在研究疾病病因和病机方面的杰出贡献，对现代病原微生物学的发展

意义重大。唐代著名医药学家孙思邈不仅对药理学研究颇深，被后世称为“药王”，而且医术精湛，崇尚医德，其名篇《大医精诚》可见一斑。金元四大家刘完素创立河间学派，主张“六气皆从火化”；张子和继承刘完素思想，主张攻邪；李东垣倡导“百病皆由脾胃衰而生”，主张健脾；朱丹溪倡导“阳常有余，阴常不足”，主张滋阴。明清时期，名家辈出，中医药文化也得到了很好的传承。李中梓提出“肾为先天之本”、“脾胃后天之本”的思想至今皆备尊崇。张介宾善于创新和提出个人见解，所著《类经》、《景岳全书》等书，对中医诊病、治疗、学科创新等都有重要启发。著名医药学家李时珍著成《本草纲目》的艰辛历程和执着追求精神，是当代中医药专业学生学习的楷模。叶天士创立卫气营血辨证、吴鞠通创三焦辨证、王清任为名家名著纠错的创举等，都是中医药文化承前启后的助推者和实践者。

(四) 当代名院名校是传承中医药文化的脊梁

传承中医药文化绝不是一口空话，也绝不能变成口号。要做好中医药文化传承工作，关键靠人。从古代医药学家对中医药事业的巨大贡献来看，他们是真正的中医药文化的创造者和继承者，一代又一代的实践、丰富完善和创新，才铸就了中医药文化今日之绚烂和厚重。

因此，要传承好中医药文化，必须要在全国中医药院校掀起学习、领悟、宣传中医药文化的良好氛围，挖掘和培养一批中医药名师、名班、名医、名院、名厂。在中医药院校单独评国家级、省级教学名师、用好用活“名师”效应，提升名师价值。要进一步巩固临床名医培养、遴选和增值工作，做好中医药文化传承的“接班人”工作，国医大师的评选、中医药学术后备人才培养、名师大师工作室的设置就是很好的途径。要探索开展好具有中医药文化特色的班级，让学生在中医药浓厚的文化环境里学习专业知识和技能，从思想上注入中医药

文化因子，让学生不断释放传承中医药文化的正能量。成都中医药大学的“李斯焜班”、“凌一揆班”便是这样的有益尝试。作为中医药院校，要充分利用校企合作的办学优势和学做结合的人才培养模式，建立和办好两所以上综合附属医院和一所以上具有影响力的药厂，作为学生实训、实习、乃至工作的场所。要充分发挥三甲综合性中医院和名厂的辐射带动作用，适时对下级中医院开展中医药文化传承的相关培训，引导中医药相关单位和从业者自觉融入到中医药文化传承与创新的队伍中来。

另外，从国家层面对中医药院校的中医药办学和科研的综合实力、中医药文化传承与创新等进行定期周期性评审，评审结果要在经费划拨、招生规模、新专业申报、重大课题立项、重点专科立项建设等多方面凸现出来，不断促进中医药文化传承变成中医药院校和中医医院的常规性工作和责任追求。

(五) 打造名牌是传承中医药文化的必然要求

作为中医药文化传承的主体，中医药学校、非中医药院校的中医药类专业、医院、药厂、中医药类器械生产机构等有关方面，必须把打造“名牌”摆在工作的突出位置。除了上述的学校打造名师、设置名班、办好名厂，医院打造名医、名科以外，还有许多工作可以做。中医药学校或中医药专业，要积极探索培养中医药精品学生，即“名生”，使之成为一定范围内的中医药文化传承“使者”。药厂要加大研究，如古方现用的剂量比例问题，不断生产放心有效的“名药”，在药品包装上也要注重传承中医药文化。在全国范围内，加大中医药相关知识和技能的竞赛活动，把中医药文化传承作为学生喜闻乐见的活动，不断推出最能体现中医药文化的竞技品牌。

同时，在打造“双一流”过程中，中医药院校更应该把传承和创新中医药文化作为一项重点工作来抓，在校园建筑风格、环境美化、教学实训场地布置上都充分融入中医药文

化元素,从而丰富和深化“双一流”内涵。

二、中医药文化创新的方向

创新是一个民族的灵魂,建设一个自主创新型国家,是实现中华民族伟大复兴的必经之路。作为中华民族的瑰宝,中医药文化不仅需要继承精华,更需要与时俱进创新。

(一)学通精髓是中医药文化创新的前提条件

中医药文化需要传承,更需要创新。但是中医药文化的创新决不是改变祖先留给我们的“中国味道”,而恰好是要求我们把学习和领会中医药文化深刻内涵作为首要任务。只有理解和领悟了古人的思想境界,只有把理论精髓真正运用到实践工作中,把中医药文化渗透到人民群众中去,经过实践考验,才能变成积极的文化创新动力,才能找到中医药文化创新的路子。一切脱离中医药自身发展规律和中医理论指导的“创新”,都是徒劳的。

(二)接轨世界是创新中医药文化的必然趋势

当今世界,经济全球化日趋明显,中国走向世界,世界也走向中国。随着人们对健康需求的改变、人口老龄化进程加快、疾病谱和死因谱的改变,大大的加速了全球对中医整体观念和辨证论治的热衷,中医未病先防、既病防变的“治未病”思想越来越受到重视,针灸、推拿、拔罐、中药以及太极拳等功法、音乐疗法、情志疗法等多种治疗方法的毒副作用小,方便易行,因而,渗透到中医药技术的中医药文化,必将随着中医药走向世界而与世界握手。那么中医药文化如何与世界接轨呢?翻译成外文就行了么?答案是否定的,因为有些中医药文化道理是无法用外文去表达的。拓宽国际化办学空间,加强与友好国家互派留学生,提高中外语言沟通能力,调整各孔子学院课程

设置等,充分体现中医话语体系,这些都可以促进中医药文化接轨世界、造福人类。

(三)政策扶持是创新中医药文化的重要保障

中医药作为国宝,更作为维护人民群众健康的重要手段,与全面建成小康社会和建成现代化社会主义国家休戚相关。有利的政策环境是创新中医药文化的重要保障,能够激发广大中医药工作者的工作热情和创造灵感。广大中医药工作者要用实际行动争取国家早日为中医药立法,保证中医药有关成果及服务对象的合法权益。同时,国家、省市中医药、财政、卫生、科技等有关部门,要加强密切配合,加大对中医药教育、临床基地、科研、研发等多方面的支持力度,各有关学校、企业要切实负起责任,制定中医药文化创新规划和公关配套资金,勇当中医药文化创新的排头兵和先锋队。

三、中医药文化创新的途径

(一)教育普及是中医药文化创新的“高速公路”

如前文所言,中医药文化的传承与创新,关键是人。而人的关键就是教育。如果在教育过程中普及中医药知识和文化,成为教育驱动文化创新的重点工作。作为中华优秀传统文化的“细胞”和中国传统民族医药文化的“主动脉”,中医药文化要完全可以在各级各类教育中得以呈现。比如,编写中医药文化诗词进教材,谱写中医药音乐进课堂,编排中医药舞蹈进校园……另外,还可以在人流密集的旅游景点,将中医药著名断句(如:“正气存内,邪不可干”等)展示出来,将中医药歌曲播放出来,将中医药饮食烹饪出来(食疗)等等,也能达到耳濡目染的效果。

(二)创造精品是中医药文化创新的风向标

中医药是自然科学、中国传统文化与哲学社会科学综合体,其本身就是多学科交叉渗

透的重大创新。当今世界,各学科的发展速度较快,中医药完全可以借鉴现代研究成果来为之服务,如计算机信息技术、电子物理成像技术,舌象分析仪和脉象训练仪便是其中的代表。同时,要不断夯实中医药文化根基,加强理论创新和技术创新,提高中医药时代魅力。如新五行学说^[1-2]丰富和发展五行学说生克制化内涵,指导中医临床实践。同时,丰富和创造新的中医药文化产品(如养生食品、五行模具、保健枕头等),促进中医药融入百姓生活。

(三)产业对接是中医药文化创新的长效途径

当前,国家提出加强应用技术型人才的培养,要求专业对接产业,课程对接岗位。作为传承与创新中医药文化的载体,中医药类专业必须紧紧对接中医药企业(医疗机构、药品生产与销售机构)需求,中医药类课程设置要紧紧围绕企业岗位实际工作需求,把以中医药文化为主流的校园文化和相应的企业文化结合起来,形成中医药文化创新的长效机制,不断提高人才培养质量和中医药文化素养。

总之,中医药文化传承与创新必须沿着“中国道路”,精心打磨具有“中国特色”的中医药文化品牌,积极营造具有“中国风范”的文化氛围,充分展示中医药话语权。历代医药名家对中医药文化的创承先例,为当今之中国传承中医药文化树立了榜样。把具有“中国特色”的中医药文化传承与创新作为发展中医药事业的战略任务来抓,中医药文化将获得无穷的发展动力和宽阔的路子。

参考文献:

- [1] 肖文冲.新五行学说内涵再探[J].亚太传统医药, 2014, 10(5):5-6.
- [2] 肖文冲,简燕进,冯雪梅.“新五行学说”生克制化规律浅见[J].中医学报,2015,30(3):380-382.

古今医家对糖尿病的临床认识与经验

新加坡·黄淑苹

概说

糖尿病是一种代谢性疾病，以患者血糖长期高于正常标准值为特征。在中医属于消渴病的范畴里。中国是认识消渴病最早的国家，对消渴病的认识悠久，其理论基础渊源于《黄帝内经》。消渴之名首见于《素问·奇病论》，根据病机及症状的不同，《内经》中也记载着“消瘴”、“消渴”、“肺消”、“脾瘴”、“肾热病”、“消中”等名称，而运用最频繁的是“消瘴”。消有三个含义：第一是指善消水谷而多饮易饥。第二是津液的消耗而导致阴津亏损，燥热偏胜。第三是指形体消瘦，体重减轻。消渴是以多尿、多饮、多食、乏力、消瘦、或尿有甜味为主要临床表现的一种病证。

病因

糖尿病的病因包括禀赋不足，饮食失节，情志失调和劳欲过度。

禀赋不足：《灵枢·五变》云：“五脏皆柔弱者善病消瘴”。先天禀赋不足，五脏虚弱是患上消渴病的重要内在因素，其中就包括了素体阴虚、胃热、肾阳亏虚和脾虚体质。近代

研究显示，家族中若有糖尿病史，会增加患上糖尿病的风险。

饮食失节：现代社会物质生活水平逐渐提高，人们丰衣足食，往往会过食肥甘厚味，嗜食辛辣、生冷和饮酒无度。与古代人们饥饱无常相比，当今社会更趋向于饮食过盛为主。早在《黄帝内经》中已指出：“饮食自倍，肠胃乃伤”。长期病伤脾胃者日益增多，脾胃运化失职，不能敷布津液，积热内蕴，化燥伤津，消谷耗液，发为消渴。《素问·奇病论》即说：“脾瘴，……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”。现代研究也发现体型肥胖会增加患上糖尿病的风险。《素问·通评虚实论》“消瘴…肥贵人膏粱之疾也”。

情志失调：战争年代，七情致病因素多有悲愤与惊恐。随着科技的发展，现今社会中脑力劳动者也逐渐增加。工作压力大，人际关系复杂，竞争日益激烈，人们思虑过度，郁怒伤肝，肝气郁结，郁久化火，火热内燔，消灼肺胃阴津而发为消渴。《灵枢·五变》曰“怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆流…转而为热，热则消肌肤，故为消瘴。”

劳欲过度：“劳则伤气”，在体力劳动为主的年代，人们往往易耗伤气津而出现少气懒

言、神疲乏力等症。时代变迁，劳动方式也发生转变。许多年轻人夜以继日地工作，深夜不寐，生物钟颠倒，大脑不得休息，未能做到很好的劳逸结合。房事不节，劳欲过度，肾精亏损，虚火内生，灼伤阴液。《外台秘要》记载着“房室过度，致令肾气虚耗故也，下焦生热，热则肾燥，肾燥则渴”。

古今医家对糖尿病的辨证施治

从《内经》以后，《金匱要略》立专篇论述消渴阐述其病机及证治，具体从胃热、肾虚等方面阐述其病机及证治，为消渴病的辨证提供了坚实的理论基础。后世医家不断补充、发展，为消渴病的辨证提供了坚实的理论基础。

胃热津伤：《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》云：“趺阳脉浮而数，浮即为气，数即消谷而大坚；气盛则溲数，溲数即坚，坚数相搏，即为消渴”，又云：“趺阳脉数，胃中有热，即消谷引食，大便必坚，小便即数”。趺阳脉为胃脉，其脉动浮属有余之象，阳明热盛则消谷善饥，热迫津液偏渗膀胱则小便数，上灼肺津则烦渴引饮，久则耗伤肾阴，导致肾失濡养，开阖固摄功能失职，水谷精微下泄，则尿多甜味，形成消渴。病程日久，热盛也易伤津耗气，因此张仲景治疗消渴病在注重清热生津的同时，也注重益气养阴，临证多用白虎加人参汤。《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》云：“渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之”。方中石膏、知母清热生津，滋阴润燥，粳米益胃护津，甘草调药和中，加人参益气生津。

肾阳亏虚：《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》云：“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗，肾气丸主之”。肾为先天之本，肾阳亏虚，气化功能失职，无法敷布津液，则口渴多饮，肾司开阖，固摄无权，水谷精微下泄则尿频量多，尿甜，发为消渴。张仲景使用肾气丸治疗消渴，方中地黄、山茱萸

滋补肝肾之阴，山药补脾益肾，桂枝、附子温补命门之火，温阳化气，泽泻、茯苓利水渗湿，使滋阴而不滋腻，丹皮清泻肝火，使补阳不动相火。

《外台秘要》初步引出“三消”辨治，而宋代《太平圣惠方》明确提出“三消”一词，并将消渴病分成上、中、下消来论治。“夫三消者，一名消渴，二名消中，三名肾消。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。三则饮水随饮便下，小便味甘而白浊，腰腿消瘦者，消肾也”。与现代医家对消渴症状的描述“多饮多食多尿消瘦”有所不同，说明后世医家对消渴病给予了新的含义。现代消渴病以三多症状之轻重，分为上、中、下三消。上消为口渴多饮；中消为多食易饥；下消为尿频量多，饮一溲二。主要病机是阴津亏损，燥热偏胜，而以阴虚为本，燥热为标。两者互为因果，阴愈虚则燥热愈盛，燥热愈盛则阴愈虚。病变的脏腑主要在肺、胃、肾，尤以肾为关键。

上消在肺，肺居上焦，喜润降，主宣发而布散津液，司肃降而通调水道。若肺阴不足，燥热在肺，肺不能布散津液，则口渴欲饮；肺不布津，水液直趋膀胱，则小便量多；肺燥津伤，津失敷布，则胃失濡润，肾失资源，阴虚津伤更甚。中消在胃，胃主腐熟水谷，脾主运化，为胃行其津液。脾胃受燥热所伤，胃火炽盛，脾阴不足，则口渴多饮，多食善饥；脾气虚不能转输水谷精微，则水谷精微下注流膀胱，小便频多而味甘；水谷精微无法濡养肢体，则形体日渐消瘦。下消在肾，肾为先天之本，肾阴虚则虚火内生，上燔心肺则烦渴多饮，中灼脾胃则胃热消谷；肾失濡养，开阖固摄失职，水谷精微直趋下泄，随小便排出体外，则尿频味甘。

明代医学家赵献可认为命门为人身之大主，是人体生命活动能力的根源，是先天之本。故治消渴之法，无论上中下消，先治肾为急。临证用多用六味地黄丸和加减八味丸，随

证加减。赵献可也重视脾胃，认为脾之病，脾主浇灌四旁，与胃行其津液也。若脾胃气虚，则不能敷布其津液，故渴。他认为若过用寒凉之品，如白虎、承气之类，则内热未除，中寒复生。临证上多用七味白术散，人参生脉散之类。若口渴多饮，可用八味地黄丸，滋其化源。此外，赵献可也重视附子，肉桂在八味地黄丸中的作用。若命门火衰，不能蒸腾气化水谷之气上达于肺，就如一锅水少了炉火，锅盖一样是干燥的。

明代著名医家张介宾认为治消渴应先辨虚实，如辨实火或虚火。若是实火导致津液耗损，则清热泻火使津液自生，消渴自止。若是阴虚，真水不足导致虚火内生，无论上中下消，应治肾为主，滋补肾阴，使阴液得充，而不是盲目地清热泻火。张介宾认为上消善渴，属肺，中消善饥，属胃，若实火在上中二焦者，为胃火上炎，可用白虎汤治之；若渴多饥少，病多在肺者，可用人参白虎汤；若真阴亏虚，虚火上炎者，可用玉女煎、或加减一阴煎治之。若中消火证，以多食善饥而消瘦为主症者，可用调胃承气汤治之。若下消证，小便淋浊，如膏如油，或烦躁耳焦，为肾水亏虚证，可用六味地黄丸；若兼热病而有火者，宜补而兼清，可用加减一阴煎、大补阴丸、或知柏地黄丸；若火衰而气化功能失司者，可用右归丸、右归饮、八味地黄丸等。

清代著名医家张锡纯认为三消皆源于脾，注重脾的升清、散精和转输功能。《素问·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下疏膀胱”。脾位于上、下二焦之间，为气机升降的枢纽。脾能升清气，布散水谷精微，协助肺通调水道。张锡纯提出消渴之证，多由元气不升，脾气不能散精达于肺则津液少，不能通调水道则小便无节，张锡纯提倡升补元气，所用方中，多以黄芪为主药，用之以助脾气上升，还能散精达肺，曾拟有玉液汤，组成：生山药一两，生黄芪五钱，知母六钱，生鸡内金二

钱，葛根钱半，五味子三钱，天花粉三钱。方中以黄芪为主，得葛根能升元气，形成升清降糖对药。山药、知母、天花粉滋阴，使阳升而阴应。因尿中含有糖质，用鸡内金能助脾胃强健，化饮食中糖质为津液。五味子酸收固肾，不使水饮急于下趋。

北京四大名医之一施今墨，倡导中西医结合。中医对消渴病的治疗，常分为上、中、下消，而西医认为是胰岛素分泌不足所导致。施今墨认为中医五脏六腑中并无胰脏，但是中医理论中有“脾主运化”的学说。施今墨认为消渴病虽然症状不同，分为三消，但病机则应有共同之处，标虽有三，其本为一也。在治疗糖尿病时，把重点放在治脾上。中医理论中，饮食的消化吸收利用，主要是靠脾的运化功能。若脾失健运，血糖就不能输布脏腑营养四肢，导致体重减轻，身体瘦削，而血糖积蓄过多则随小便泄漏至体外，形成糖尿。此外，施今墨也重视李中梓“肾为先天之本，脾胃为后天之本”之说，在临证中强调脾肾双补。施今墨喜用药对，常呈寒热配对、升降配对、气血配对、散收配对等的特征。根据多年实践，临床治疗糖尿病常用黄芪配山药，苍术配玄参，一阴一阳，一脾一肾。黄芪补脾，山药益肾；苍术健脾，玄参滋肾，可有降低血糖，减除尿糖之功。施今墨在治疗糖尿病的辨证基础上，多加用这两对药对。

施今墨认为消渴病虽以三多一少的表现为主，但也不可忽视大多糖尿病患者也亦有神疲乏力，不耐劳累，气短等气虚的症状。施今墨认为糖尿病人，尽管大量的进食后，却无法被人体应用。因此处方用药时切勿过用甘寒、苦寒滋阴降火，导致脾功能受损，中焦不运，气虚症状加重，病情迁延不愈。治疗糖尿病，除了滋阴清热以外，也应健脾补气以助脾胃的运化功能，糖代谢即可随之恢复正常。

江苏省名老中医周仲瑛认为虽然消渴病辨证一般从“三多”症状的主次，分为上、中、下三消，但临床上三消的症状往往同时并存，

或症状并不明显。因此，三消辨证只能作为基本原则，而按病理表现分证更切合实用。临床治疗消渴病应注意治虚不忘实，本病以燥热为标，有三热应并顺。其一为湿热，现代人往往会过食肥甘厚味，嗜食辛辣，饮酒无度和饮食过盛，易损伤脾胃，酿湿生热。临床可用黄连、天花粉、苍术、佩兰、玉米须、芦根等清中化湿，芳香悦脾。其二为燥热，现代人常劳欲过度，精气耗损，水亏火旺，或因情志失调，肝郁化火，火热内燔而致燥热内生。临床可用石膏、知母、天花粉、芦根、北沙参、地骨皮等，配合甘寒养阴之品。其三为瘀热，病因湿热、燥热郁结日久，煎熬津血，血液黏滞，运行不畅，瘀郁化热，治当清热凉血化瘀，药用制大黄、桃仁、赤芍、丹皮等。

结论

糖尿病治疗多注重健脾益肾。脾能升清，布散水谷精微，协助肺通调水道。临床上注重脾的升清、散精和转输功能，多用黄芪助脾气上升，还能散精达肺。肾为先天之本，司开阖，在治疗糖尿病时，也重视滋补肾阴。消渴病以阴虚为多见，但阳虚者也不少见，尤其是肾阳不足，命门火衰，不能蒸腾水气，从而引起口干渴，小便量多。因此，温补脾肾也是本病常用的治法之一。

参考文献：

- [1] 宫晴2, 庞. 赵. (2013, 1). 施今墨诊疗糖尿病学术思想与临证经验. WORLD CHINESE MEDICINE, pp. 60-63.
- [2] 李鹏慧, 李庆和. (2016, 6). 《太平圣惠方》“三消”解析. 天津中医药大学学报, pp. 149-151.
- [3] 秦艳. (2013, 12 30). 张锡纯治消渴的学术思想初探. Retrieved 5 2, 2017, from 中华首席医学网 : <https://site.douban.com/110388/widget/notes/5005987/note/323818443/>
- [4] 肖莹, 郑洪. (2012). 古今名医临证实录丛书. 北京: 杏林墨香.
- [5] 詹惠娟, 姜华. (2016, 2). 对《金匱要略》中消渴病的辨治思考. WORLD CHINESE MEDICINE, pp. 348-350.



从《内经》认识糖尿病

新加坡·朱燊芳

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？岐伯曰：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疗，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，或为风肿汗出，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。

注: 上期刊出时误植作者为冯启发。特予更正



陈庆元医师

领导建院大巴窑， 事半身殒的陈庆元先生

新加坡·林英

陈庆元医师(1902年—1973)，新加坡公民，原籍福建龙岩县西兴区人，自幼研习岐黄，心存济世，先旅居台湾花莲港，初期任药行经理，精明细辨百药，研究药性与地道，取得成就，考获台湾政府规定之药商经验证明书；创设延益寿药行于台之花莲港，悬壶济世，脉诊之余，辄多方求知，揭灵素之底蕴，阐内经之精义，历十余年，业务日臻宏厚，其间曾任中华会馆主席，蝉联两届。

1937年抗战爆发，为着中华民族之正气，先生志洁操清，忠贞耿耿，牺牲在台湾十余年艰辛缔造之事业，携眷归返故里。

1938年，先生遂萌向外发展之念，南航星洲，创设延益寿药行于大坡吉宁街，继续业医。陈医师为人具古道热肠，宽宏达礼，公尔忘私。

陈医师历任中医师公会会长、中华医院院长、中医专门学校实习导师以及龙岩会馆执行



委员与监察主任要职，中药公会，中国提炼药业有限公司等多间社团要职，其具责任感，富公德心，举凡阐扬中医药工作及兴办社会福利事业，均竭力以赴；尤其处世待人，谦恭逊让，委典求全。

陈医师极其重视中医界的团结；1968年在中医公会庆祝中医节及中华医院成立16周年暨第一分院7周年的双庆纪念自由酒会上，陈医师呼吁中医界应团结一致，充实医学技术。

陈医师以三一七事件为例，“即1929年由汪精卫出任行政院长，他通过卫生部长余岩，下令废除中医中药，这一政策一经颁布举国哗然，民怨沸腾，然而，国民政府仍然一意孤行，置民怨于度外；1929年3月17日全国各地中医药人士和团体，在上海召开抗议大会，并派代表向南京政府请愿。这是中医界史无前例空前大团结的表现，南京政府见形式不妙，遂即由中央政府撤销此项废除中医的无理法令，并接受了中医界的合理承认中医地位的要求。

从这个事件的教训，中医界也深深体会到如果不团结，不斗争，不争取进步，那么，中医中药是无法生存的，必然会遭到环境的打击和歧视，甚至遭受摧残和消灭。”末了，陈医师语重心长的呼吁大家应当牢牢记住“三一七”的斗争精神，加强中医界的团结，努力学习，....”。

当中医师公会扩展义疗，决定在大巴窑筹建中华医院时，陈医师虽逾古稀之龄，仍常躬亲参加工作至深夜，历数月而不息，其功绩勋伟，殊堪矜式。其长公子陈佩荣仍留日医学博士与妻子町田孝子皆曾任职中央医院医席，其他男女公子俱皆成就。

陈医师因积劳成疾逐入中央医院疗养，屡经医治，药石罔效，于1973年3月20日早晨七时二十分 遽尔辞世，积闰76。中医公会联同所属机构及中华医院基金会，中华医院暨全国华文日报联合筹募建院基金工作委员会等，集体举行公祭仪式时中医公会致送挽联：

数年长会，勤奋报膺，建院筹资志史籍。
此刻登仙，典型供仰，嘉模美范在人间。

参考文献

- [1] 曾涛鸣《新加坡共和国社会模范人物志》[M]出版社P122
- [2] 《新加坡中医公会成立五十周年金禧纪念特刊》P53
- [3] 南洋商报 1968/3/18 P3 / 1973/3/24
- [4] 星洲日报 1973/3/24

广西中医药大学及 附属广西国际壮医医院考察报告

新加坡·许文楷

2016年12月15日，中国广西国际壮医医院代表团访问我会暨属下机构，广西国际壮医医院和我会签署了《友好合作框架协议书》。协议双方合作的重点是医药适宜技术推广及双方医疗人才培养合作事宜。2017年2月27日，广西国际壮医医院正式来函邀请我会到广西，针对业务开展、行政管理、医药服务及传统文化传播交流等主题开展交流考察活动。经理事会研究讨论，确定于2017年4月24-27日，组团前往广西进行考察访问。在会长赵英杰教授的率领下，一行24人的考察团分乘虎航和中国南方航空航班于24日上午飞往中国广西南宁。考察团成员包括署理会长、中华医院主席、中医学院副主席刘少夫、副会长冯增益、副会长、中医学院副主席林光明、秘书长、中华医院董事梁桂贤、财政长、中医学院董事陈雪辉、副秘书长、中医学院董事秘书黄纪威、中华医药

研究院院长吴忠辉、副院长谢淇盛、秘书林文海、中华针灸研究院副院长、中华医院副主席陈蓓琪、常务理事陈建生和刘嘉扬、福利组主任、中华医院董事秘书王木瑞、内审组主任葛蕾、理事、中医学院董事王丽玲、理事黄锦富17人，家属6人及1位随团职员。考察的行程非常紧凑，我们一行实地访问了广西国际壮医医院明秀分院、广西中医药大学，以及在建造中的广西国际壮医医院。

4月24日-晚间交流会

4月24日晚上，我们一行人与广西国际壮医医院覃裕旺院长及其他领导举行晚间交流会。广西中医药大学壮医药学院蓝毓营院长在会上介绍壮医学学科的设立、壮医发展史、壮医学核心理论、壮医药发展的未来。壮医学学科目前是广西中医药大学特色。





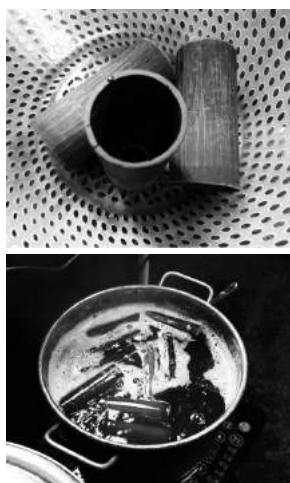
4月25日上午-考察广西国际壮医医院

4月25日上午，我们7时30分就在酒店大厅集合，第一站是前往广西国际壮医医院(广西壮族自治区民族医药研究院、广西中医药大学附属国际壮医医院)明秀分院考察壮瑶医疗技法。南宁市的上午，街道繁忙，交通灯前可见大队的电动车，有交警值班，路人和骑士相当守秩序，这里摩哆车绝迹，鲜闻鸣笛声，虽是繁忙的上班时间，并不吵杂。

抵达广西壮族医院，我们受到秦祖杰党委书记及其他领导和相关科属主任医师的热烈欢迎，拍摄团体照后，我们分三组到不同科室参观并亲身体验广西壮族自治区特有的民族医疗手法。

在痧病科室，医师一边为病人刮痧，一边给我们讲解其原理和效果。壮医刮疗法通过刮拭方法，常用于治疗痧症、中暑、外感及谷道肠胃疾病，疏通患者的“三道”“两路”，使天、地、人三气复归同步，达到治疗的效果。

在药罐治疗室，我们看到壮医特有的药物竹罐疗法。竹罐取用广西



的金竹，放入壮药中煮沸，使之渗透，再借助其负压作用在体表一定的部位吸拔。竹罐疗法降低使用火罐烫伤的风险。治疗中的患者主动跟我们交流治疗感受。

另一科室的药线点灸疗法采用经过多种壮药治备液浸泡过的直径约为0.7毫米的苕麻线将一端在灯火上点燃，使之形成圆形珠壮炭火，然后将炭火迅速而敏捷地直接灼灸在体表一定穴或部位，用以防治疾病的一种独特方法。

参访广西中医药大学

随后，我们一行前往广西中医药大学仙葫校区交流访问。

广西中医药大学是著名中医药高等院校，是中医药高等人才教育的摇篮，建校八十多年，以“弘毅自强、传承创新”为校训，致力于中医药、民族(壮瑶)医药事业的全面发展。来到校园门口，首入眼帘的是巍巍伫立的医圣张仲景雕像，两个侧楼分别以暮鼓楼和晨钟楼命名，用以勉励来到广西中医药大学的莘莘学子们勤奋向学。

唐农校长与学校的其他领导在大学体育馆前热烈欢迎我们的到来。我们在“任重道远”大石碑前合影留念。唐校长引领我们到会议地点-广西中医药大学仙葫校区图书馆，校园地处山丘，周围山峦环抱，可谓山明水秀，图书馆大楼旁的菩提园和古琴轩更增添





了几许古风禅意。

到广西中医药大学考察的目的是交流接洽，并签署合作谅解备忘录，为后续的中医药、民族(壮瑶)医药教育合作项目铺垫。座谈交流会和签署仪式在图书馆323会议室举行，由广西中医药大学校长助理、广西国际壮医医院、广西中医药大学附属国际壮医医院院长、副书记覃裕旺主持。

出席会议的广西中医药大学代表有唐农校长、覃裕旺(广西中医药大学校长助理、广西国际壮医医院、广西中医药大学附属国际壮医医院院长、副书记)、黄龙坚(广西中医药大学校长办公室主任、发展规划处处长)、周江煜(广西中医药大学党委宣传部部长)、韦文朗(广西中医药大学国际合作与交流处副处长、港澳台事务办公室副主任，国际教育学院副院长)、林江(广西中医药大学基础医学院院长)、蓝毓营(广西中医药大学壮医药学院院长、副书记)、冯秋瑜(广西中医药大学瑶医药

学院办公室主任)。

唐农校长致词

唐农校长致词，他首先热烈欢迎赵会长带领新加坡中医师公会代表团到广西中医药大学参访。从介绍广西中医药大学的视频中，可知广西的中医药教育在八十多年前已经走在前列了，有了那么一个历史的沉淀，这么多年来，发展一直都没有中断过，新中国成立后，广西省政府于1956年确认为省级的中医院校。现在学校各类的老师有5000多人，在校的全日制学生超过两万人，在全国来说算是规模较大的。在中医药科研领域方面，特别在健康养老产业方面的影响也是比较大的。

大学有三所附属医院：第一附属医院和第二附属医院共有2000多张床位，现在正在建设的广西国际壮医院是广西中医药大学第三所附属医院，政府投资已经超过15亿，它是以中医为基础，以壮瑶民族医药为特色，以现代诊



疗技术为保障，立足广西，面向全中国，辐射到东南亚国家的大型国际医院。将来国际壮医院的建成，对提升大学中医药、特别是民族医药的水平和实力，加强和东盟各国在文化与中医药领域的交流合作会有更美好的前景。展望未来，在十三五的规划下，唐校长和学校的班子对大学的发展充满信心，誓言把大学办成全

国一流的中医药院校，同时成为全中国最有文化内涵、校园最美丽的大学。

这一次新加坡中医师公会与广西中医药大学签署合作谅解备忘录，唐校长对于未来双方的合作前景非常乐观。

赵英杰会长致词

赵会长代表新加坡中医师公会，对此行代表团到广西中医药大学来考察得到唐农校长及各位领导的热烈欢迎和盛情接待表示衷心的感谢！赵会长一一介绍代表团团员，表示新加坡中医师公会对此行非常重视，公会暨属下机构的多位主要负责人专程前来参访。回顾上世纪八十年代，新加坡中医师公会的李金龙院长与广西中医学院韦贵康教授已有交往。赵会长概要的介绍了战前中国南来中医师与新加坡中医





的发展关系、七十年前新加坡中医师公会的成立背景、发展历程，及后来我们如何培养本土的中医师、新加坡中医的立法进程等。目前学院和南京中医药大学与广州中医药大学都建立了合作关系，希望此行探讨与广西中医药大学的合作项目，通过到中国中医药高等院校的考察，多开拓视野，借助中国中医药大学的力量，协助公会把新加坡的中医药事业发展得更好。座谈会上，赵会长正式邀请唐农校长到新加坡讲学交流，唐农校长欣然接受。

签署合作谅解备忘录

座谈会过后，赵英杰会长与唐农校长代表两个机构签署合作谅解备忘录，双方承诺就中医药、民族(壮瑶)医药临床业务、人才培养及教育、科学研究及中国传统文化交流与传播等项目开展深入合作。

唐校长和赵会长也先后接受当地媒体的访问。

新加坡中医师公会到广西考察壮医疗法有上载到人民网广西频道——人民网：

<http://gx.people.com.cn/n2/2017/0426/c179430-30097670.html>

南国早报以“中医壮医为媒，促进跨国交流”为题，报道我会与广西中医药大学签署合作谅解备忘录。

校园内设有壮瑶医药博物馆，我们从医疗用品、壮瑶文物和展板的介绍中，进一步了解他们的特色治疗方法及相关理论。

4月25日下午 - 考察在建的广西国际壮医医院

当天下午，考察团实地考察了在建的广西国际壮医医院。广西国际壮医医院是广西壮族自治区成立六十周年大庆重大公益性建设项目，定位为“以壮瑶等民族医药为特色，以中医药为基础，以现代诊疗技术为保障”，计划于2018年10月投入使用。

随后，考察团与广西国际壮医医院覃裕旺院长、秦祖杰党委书记，以及其他医院部门领导开展深度交流，围绕医师交流、人才培养及科研开发合作等主题进行探讨。



对中医的科学性争论问题

新加坡·黄信勇

(新加坡中医学院校友会传统中医研究院院长)

最近在报章上争论中医的科学性问题，又把我们带回中国民国时期。医学本来就是为了人类的健康而建立的，哪需分西医或中医，只要能够治好病的就是好医学。中医学的建立时间比西方制定科学的定义早了一两千多年，所以用现代科学来审定中医学，肯定有其缺陷。西方科学的制定主要以物质为主，而医学是用在活生生的人体，而人体牵涉的不只是物的理，也包括人文、心理、社会、情绪、环境、大自然，也与天体的运动有关。科学也研究过当太阳的黑子爆炸，会影响人体基因的突变。如果医学只单一的以物的理去研究，多少出现偏差。

以下我举出中国一位院士说的话与大家参考：

2016年6月17日第十二届全国癌症康复与姑息医学大会在合肥召开。中国工程院院士，美国医学科学院院士，西京消化病院院长樊代明院士带来了“医学与科学”的精彩演讲。

樊院士说：“医学的发展早于科学，科学是1500年前，一部分地球人发明的一个名词叫Science，以后成为了一种方法学，我们不能用一个方法学来要求所有的方法学，同样不能用科学来要求医学。”

他认为不只是中医不等于科学，连西医也不等于科学。因为医学的发展历史远远超过科学的定义之前。实际上，医学的积淀和需求催生了科学。科学的研究对象是物，所以要格物致知，医学的研究对象是人，所以要知人。科学研究的目的是寻找普遍性，放之四海皆准，要求100%和0%的结果，而医学是0%-100%之间所有的可能性都有，这就复杂的多了。

樊院士补充说，西医是研究物质的，与科学很相似，所以我们认为西医是科学的；而中医是研究生命的功能，不太像科学，所以人们总说中医不科学。但其实中医和西医都是从不同的角度研究生命。西医和中医都“不等于科学”，但都属于“医学”。

樊院士给出明确的信息，医学不等于科学，让那些自称科学的维护者，极力抨击中医是伪科学的人们，需要从新去思考这个问题。

其实，西医研究人体的形体结构非常多，可细到细胞和基因，那是从微观的角度深入研究人体的生理病理变化。在治疗明确病因或找出明确病理情况下，西医治疗比较突出。如明确哪种细菌感染，就用抗该细菌的药物，疗效快捷。不过有时明确病因，也未必有很好的治疗。如感冒的出现，有很多是病毒造成的，西医就认为病毒没药可以治疗，只能够等待身体的免疫系统来恢复。这时中医药就大有用武之地。如中药方的“桂枝汤”，它不是直接杀灭病毒下手，而是提高人体的免疫系统去消灭病毒。中医称这类疾病是：“人体对疾病的生理病理应答”。人体应答属寒的，中医就用温药治疗，这就是中医的“寒者热之”的道理，这种治疗，不只疗效好，而且不会造成病人病后体弱的情况。实际上也不需检查属什么病毒就可以用药了。分类上，西医是病因治疗而中医是从调整机体的免疫力着手。如果中医也遵循西医的病因治疗，还要等待找到什么病毒或细菌才用药，那就会错过了治疗的最关键的时机。

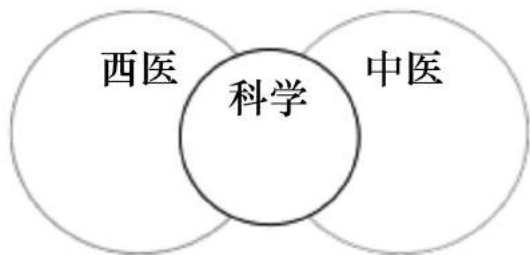
因为古代中医没有很好的仪器，以致中医对形体研究比较不细致。但是中医对人体生理

病理的气化论述很深刻，每当一些西医尚未找到形体疾病之前，中医应用气化理论指导治疗，取得很好的疗效。这也就说明，中医也有其可取之处。对于形体的研究不足，现代中医其实也可借助现代科学仪器查出疾病的病因，当找出病因后，中医还是可以应用中医原有的辨证理论治疗疾病，这也是现代中医师一直都在应用的方法。

有人一直非议中医的脏器与西医不同，比如说，脾不是具体的西医的脾。实际上，中医一开始就是把脾论述为整个消化系统，自从明清时代西医传入中国时，那些医师们为了翻译西医脏腑，不得已借了中医的脾的名称来翻译。其实，当时的翻译是不准确的，由此造成了后来的误会。比如中医的心，也不是西医的心。中医的心，除了西医说的的心脏外，还很多的包括脑与神经系统。也包括了人的精神活动。我们不要在表面的文字上打滚，比如中文说：用心学习，你也可以骂中国人错了，用心如何学习。不过英国人也说：learn by heart，难道英国人也不科学吗。

中国政府为了不使外人批评中医学的不科学，所以把中国中医研究院改为“中国中医科学院”，就表明，中医也是科学，中医科学的外延也与西医的更大更广，超出“现代科学”的内延。

以下可以用图解说明中西医的情况：



从这个图看来，中西医都有一部分属于现代所说的“科学”，但是，中西医个别都有自己的一些不一定纳入“现代科学”的范畴。这也说明，“现代科学”还在不断地发展与完善过程。其实科学常常会在一段时间里，当发现

旧有的理论不合适时，就会否定之。这是科学的“否定再否定”的定律。因为生命科学是非常复杂的，有很多科学仪器目前尚不能探查出所有的生命现象。

中医与西医是两门不同的治疗医学，各自有其优缺点。西医非常细致的研究形体结构，而中医更多的研究机体的功能与气化反应。身体是一个活体，机体的功能活动是复杂的，只研究形体结构不能说清楚整个生命的活动，而中医却在功能气化上补充西医的不足，两种学问可以取长补短，共同发挥各自的优点，共同为解除人类疾病而奋斗！

现代的中医师已经不是100年前的老医师，现代的每个中医师已经完全认识现代人体解剖，各个脏器的生理病理，甚至对基因学的认识也有所涉入。我们了解了现代生理病理功能，目的是明确疾病的发展规律；我们了解中药的药理作用，是让我们更清楚中药对人体产生什么治疗作用。但是，具体治疗疾病时，我们仍然需要应用中医的辨证方法，因为那是完整的一套病理病机分析，以及行之有效的理法方药辨证治疗方案。

目前除了两间中医学院教导现代生理病理外，南洋理工大学的双学位毕业的中医教师们，不只是学了中医，也是生命科学的毕业生。对于中医古代的理论有一定的认识，对现代科学也不输给一般的理科学生，他们对东西方的医学理论已经能够灵活应用，治疗疾病时也能够有机的将两门医学完美的结合，那些不知道中医理论的人，不知道个中道理，只能扮演“外行人批评内行人的角色”。现在中国卫生部已经加大力度发展中医药，他们的各个中医大学与中医医院都在努力发展中医药的原有治疗的特色，CCTV也不时地播放出中医药的治疗突出的成就，只有那些真正关心中医药发展的人才会上了解中医的实际情况。请各方不必花太多时间在无谓的争论上，应该更多的把精神花在如何治好病人的研究上，才符合医药工作者的本分。

肌肉起止点取穴法

新加坡·翁亚庆

有关运用肌肉起止点取穴法治疗软组织损伤疾病的论述，较全面的见于张文兵和霍则军编着的“反阿是穴疗法”。现就书中内容作简单扼要的介绍。同时也阐明笔者如何运用肌肉起止点即反阿是穴于临床治疗肩周炎和膝部软骨软化症。

中医人体经筋分布与病变

经筋为中医经络系统的分类，全身筋肉按部位分为手足三阳与手足三阴十二经筋。其分布与十二经脉大体相同，经筋各起于四肢末端，主要行于体表筋肉，结聚于关节和骨骼部位。

经筋病候主要在体表所过的筋肉骨节部位，寒则引急，热则弛纵，可出现支撑，引掣疼痛，反张，拘挛，转筋和松弛乏力不收。

结合现代解剖学，经筋不仅仅是包含了肌肉、肌腱。也包含了筋膜、腱膜、韧带、关节囊。所以中医经筋的病症的针灸治疗方法和内容，也可用于现代医学中关节和软组织疼痛症的治疗。

反阿是穴取穴原则与方法

治疗关节，软组织疼痛病症的针灸取穴方法无非是取阿是穴(痛点取穴)，局部配合远端，循经取穴，辨证取穴，巨刺或缪刺等等，用之于临床，有时虽有奇效。但总体疗效仍不甚满意。而局部取穴(阿是穴)对一些慢性，局部喜温喜按的患者确有一定疗效，但对于急性扭伤及局部炎症较显著者，临床上经阿是

穴治疗(尤其是重度手法刺激)，后疼痛肿胀反而加重者屡见不鲜。

反阿是穴理论的建立，是基于中医特有的整体观念。如果把一块肌肉(或整个肌群)视为一个整体，那么，这块肌肉(或整个肌群)内的任何一个部分都是局部，包括这块肌肉(或整个肌群内)的起点，止点，肌腹。经筋内部的病变求之于经筋，所以阿是穴与反阿是穴，也都是在经筋这个整体内进行探讨的。

反阿是穴都与阿是穴分布在同一块肌肉或互为相邻接的肌肉上，总体来说，若阿是穴位于肌肉的止点则反阿是穴必位于该肌肉的肌腹或起点上；若阿是穴位于肌肉的起点，则反阿是穴必位于该肌肉的肌腹或止点上。若阿是穴位于肌腹，则反阿是穴必位于该肌肉的起点或止点上。

先确认疼痛所属肌肉或疼痛部位上所附着的主要肌肉，根据反阿是穴与阿是穴相反的分布规律，右所认定肌肉的起、止点或肌腹的最隆起处以指压来寻找反阿是穴。找到正确的反阿是穴有两个特征：1)按压该穴则原病灶疼痛和关节活动痛和原病灶局部压痛立即完全消失或基本消失，这是检验是否反阿是穴的惟一标准；2)反阿是穴本身也有(但不绝对)明显压痛(刺痛或酸胀)，这是寻找反阿是穴的重要线索。如有多条肌肉受累，或受累肌肉有较多起、止点，则可能有多反阿是穴。

此外还有正反穴，是位于病灶局部的阿是穴，因同时兼备阿是穴和反阿是穴两种特性。正反穴一般只有在慢性虚寒性或风寒湿痹患者，其特点是按压穴位时患者有明显的舒适畅快感觉。正反穴可以和反阿是穴配合运用。

反阿是穴的行针法

反阿是穴要求的是“气至病所”舒适而不是疼痛，明确的酸胀针感。操作针具时，要小幅度，缓慢，匀速的捻转。对穴位的刺激，则要求尽量大范围地扎遍整个穴位。即将针退回皮下再调整针尖向穴位四周方向进行针刺。

另一种行针法，是为滞针法。把针柄向固定方向持续捻转，以增强针感，如果进针后伴有疼痛等不适的针感，就不适于施用滞针术。很容易增加疼痛等不适的针感。

运用取反阿是穴治肩周炎

肩周炎，又称“五十肩”，“肩凝症”等，以长期肩痛，肩关节活动障碍为主要特征。是发生于肩关节的关节囊和关节周围软组织的一种范围较广，慢性无菌性炎症反应。

临床症状有肩关节周围可触及广泛性疼痛，肿胀。疼痛可放射至肘腕部，夜里及受凉受压后疼痛加重。病情较重者往往轻微碰撞或活动，都可造成严重的疼痛。

体征检查，在肩关节周围可触及广泛的压痛。压痛点常位于肱骨结节间沟、肱骨大结节、臂臑穴、臑俞穴、天宗穴、肩贞穴附近。肩关节前屈，后伸，内旋，尤其外展功能明显受限。

反阿是穴取穴法：肩周炎患者，由于其受累部位较多，常需同时取多个反阿是穴。肩周炎常用的反阿是穴多在冈下肌起点(天宗穴上方)。小圆肌起点(肩贞穴附近)。肱二头肌肌腹(中下1/3交界处附近)。冈上肌肌腹(巨骨穴附近)。正确的反阿是穴一般都有压痛，且指压这些穴位的同时嘱患者活动患肩，则多数患者的肩痛和前屈上举功能明显改善。

治疗肩周炎主要取穴为压痛点附近的穴位。取肩髃、肩髃、肩贞、天宗、臑俞等穴。配合一，二个反阿是穴。再结合辨证患者内在的寒热虚实，取穴配合治疗，如肝肾两虚

者加配肝俞、肾俞、关元、太溪等穴。阳虚气虚者加配命门、大椎、神阙等穴。气血不足者加配足三里、气海、三阴交、阴陵泉。风寒邪重者配以风门、风府、列缺等穴。湿重者配以足三里、三阴交、阴陵泉等穴。

要说明的是肩周炎属于炎症期疼痛症状严重的患者。应用反阿是穴时不宜大的刺激量。以免穴位受损伤。不利于下次的治疗。

在作推拿治疗时应注意避开病灶，以免加重损伤。除在反阿是穴上施治外，应在肩关节周围进行较大范围的手法放松，包括颈椎，胸椎上段，肩胛，胸壁关节周围的组织，并做适度的肩关节被动活动。

髌骨软化症的反阿是穴治疗

髌骨受损的机制主要是慢性磨损性损伤。临床表现为无明显外伤史。膝部酸胀不适或锐痛。无力行走，下蹲起立，上下楼梯时症状尤为明显，劳累或天气变化时症状加重。股四头肌因废用而萎缩。检查体征，髌骨推移按压有疼痛或酸胀感。或有粗糙的摩擦感。

反阿是穴取穴：本病病人的疼痛多位于髌骨部位，根据其疼痛部位偏内偏外的情况，可分别在股四头肌的股内侧肌，股直肌，股外侧肌的肌腹或起点上寻找反阿是穴，以是否能立即止痛作为判断反阿是穴的标准。

本病轻症使用反阿是穴，点揉或毫针刺，常可立即见效。顽固或严重者合并膝关节炎患者，要即时止痛一般不难，但要取得稳定疗效，则须一定的疗程。

作推拿时注意在反阿是穴上治疗的同时，必须对股四头肌做充分的放松，必要时选做髂腰肌，阔筋膜张肌，腓骨长短肌，以及腰部肌肉的放松。

取反阿是穴，治疗软组织急性损伤或慢性劳损，尤其是疼置明确，范围较局限。无游走性的软组织损伤。取着有针对性，明确性的止痛的治疗效果。



中医脉诊简介

新加坡·陈蓓琪

前言

我于**2014年4月**在新加坡中医同仁的介绍下参加了在深圳市中医院举办的韦氏脉诊(S中医脉诊)培训班。S中医脉诊的创始人是河南韦刃教授,其脉诊特点是唯脉,无证,振荡,随机;由于直接把脉象和用药对应起来,不问是何病证,使得处方用药简捷有效,脉诊治疗一气呵成。由于辨证精准、处方精炼,不仅疗效快捷而且用药少,能明显减轻患者的经济负担。看脉用药,药味不多几十味药,候完脉马上就给药,给药后**3-5分钟**立即再候脉,或者再根据脉的变化,再给药。凭脉象用针,与用药相同,出现什么样的脉即用特定的学位,疗效神奇。韦氏脉象以八纲为基准,同时参考脉内和脉外的感觉,将脉分为阴阳、寒热、湿郁、痰瘀、血瘀等等。对指导临床用药十分有效。

从学习了S中医脉诊至今已经有**3年**左右了,在临床上我运用了S中医脉诊理论结合传统的辨证施治方法对患者进行诊断及治疗,在疗效上取得了可喜的成绩。在此与大家分享,希望对大家在临床辨证用药方面能够得到一定的启发,为临床治疗开阔新的思路。

本栏目中的大部分内容部分是本人参加了培训课程后自己总结的,也有一部分是韦刃老师《中医脉诊之谜》一书及韦老的弟子王永民

医师在网上发表的一些文章中转载的,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!

S中医脉诊简介

韦刃教授于**1986年**创立了S中医,于**1997年**建立了S中医实验研究中心,**2010年**被世中联聘为脉象研究专业委员会顾问,S中医是以疾病本体观为核心,着眼于系统整体功能状态,以全息脉诊为观察窗口,以增强生命力为目的的诊疗体系。

以其对人体生理、病理、诊断和治疗的基本观点和主要治疗方法而言,这种诊疗体系与现代西医不同,与现代中医相异,S中医是古典中医精华部分的现代延伸。

迄今为止,S中医随机诊疗已经历了**20多年**的临床探索,先后经历了:

1. 以脉诊为中心的随机诊疗体系的确立;
2. 实现理论体系的清晰化、系统化和简化;
3. 进行了三级临床常用药物的筛选(一级筛选由**300**余味减少至**120**味,二级筛选又减少到**50-60**味,目前临床常用药物不

超过20味),为了适应随机诊疗临床需要,作了除注射剂之外的,其他多种剂型的改革尝试;

4. 对临床所遇到的一切疾病的摸索治疗,事实证明,普遍有效。

由于客观条件的限制,以往只限于徒手临床的实验研究,目前已开始进入由简单的仪器检测的实验研究阶段,它的下一个目标是实现电子临床,使一个古老的医学传统与当代最先进的科学技术结合起来。

一. 理论基础

S读作振荡,即系统整体、局整内外、两极通应、时空连续、周而复始的运动形式——即宇宙万物最普遍的系统运动——辩证运动形式。中国古典哲学以阴阳五行、太极——道的形式来表征它;马克思的辩证唯物论用具体事物的系统整体运动形式来表征它;现代物理学则用四维连续的统一宇宙能场的形式来表征它。其实三者的核心思想完全一致,都是对系统存在的宇宙万物乃至生命运动形式的高度概括,都是对普遍真理的表现形式。

古典中医,作为一种古代的系统科学,即以阴阳五行——中国古代的辩证唯物论为基础。S中医承袭了这一古典中医的遗产,并在诊疗体系的建构过程中,在深度与广度上加以拓展,使之成为真正的基本理论的核心,将其贯彻到从理论到临床实践的所有方面,让辩证唯物论的思想贯穿整个诊疗体系,成为它的灵魂。

二. 继承与发展

中医,作为一种历史悠久的传统医学,它经历了一系列的历史变迁。在每一历史时期,都具有不同的内涵。现代中医与古代中医不同,明代中医与唐宋时代的中医不同。所以,我们不应当将中医当作一个一成不变的东西去看,对整个中医体系,对它演变过程的各个历史时期都应加以分析。

S中医对古典中医的继承,是在对古典中

医精华的抽提的基础上进行的。古典中医的精华,可用一个字将其凸现出来——“环”(营卫运行)。又可以将这一个“环”分为更具体的道、器、顺、逆、脉、治这么六个小“环”。不论是以用阴阳五行来表征的“道”;以“升降出入,无器不有”的“器”来表征的人体结构;以“阴平阳秘”、“神转不回”的“顺”来表征的生理过程;以“回则不转”营卫逆行来表征的病理过程;以“脉”为窗口对人体S状态的窥测;以“治”来表征的“为治之道,顺而已矣”的随机诊疗过程。

所有这一切过程,都是以系统S的形式出现的。古典中医的生理学、病理学、诊断学和治疗学,都是关于一气S的生理学、病理学、诊断学和治疗学,离开了“气”,就没有S宇宙和S生命本体,也就没有古典中医学。



中医的兴衰在于一气之S,得“气”则兴,失“气”则衰。现代中医之失,在于背弃了以气为核心的古典中医的传统,以机械论的物质观来看待一切,于是就产生了遗产继承的困难,于是就以中医为“玄虚不实”,为“不科学”,于是就以阴阳五行为“粗鄙”,于是就否定了脉诊的临床价值,于是也就出现了后继乏人、后继乏术的继承危机。S中医以最先进的辩证唯物论的本体观为思想武器,将被机械论歪曲了的中医遗产挖掘

出来,用现代的语言加以阐述,并在现代条件下向前延伸。继承不是我们的目的,我们的目的是继续向前发展。

三. 证与整体功能态

我们常讲“对证下药”、“辨证施治”,这个“证”是什么呢?中医的“证”与西医的症(病)不同,与现代中医的“证”也不完全相同。S中医的“证”,是指人体系统与环境(自然、社会),及人体各部分相互作用的整体综合状态,它是由质、能、信息一元元气整体S过程的性质来体现的。机体所有的局部器官,所有局部的功能过程(也包括病理过程),都被毫无例外地统系在这整体的S过程中。事实上,人体的一切生理过程和病理过程,都是由这反复S的整体功能状态所维系,所决定的。整体的功能状态,就是一切局部生理过程和病理过程的根据——一切疾病的本体。人整体功能态,又可以分为两种基本状态;一为稳、序态——常态,中医以“阴平阳秘”、“神转不回”、“承”、“顺”等来表征它。实验医学的奠基者伯尔纳也认为,维持机体内环境的稳态,是生命机体最重要的职能;另一为失稳失序的病理状态,即异常S态,它关联并决定着机体一切局部的病理表现(即症)。

对整体功能状态的诊察,就韦教授所知,脉诊是目前最理想,同时也是唯一可行的途径。

四. 随机诊疗

S中医非常强调患病个体的差异,以及同一体不同时间相的差异,这是S中医随机诊疗的主要特征,是它的灵魂。

人类是生活在一个信息相干的世界里,一切事物都以各自相异的样式,依照辩证法的规律,相互作用并随机变化着。对于一个高度敏感,全方位开放的人体来说更是如此。人体的功能态,不论是正常S的生理状态,还是异常S的病理状态,都是样态各异,并在随机变化

着。这一特点要求临床医生在实践过程中,在疾病一元观的指导下运用具体的诊疗方法时,应具有最大限度的灵活性,以使具体的诊疗实践与疾病本体很好地对应起来。兵无常势,水无常形,医也不应当有常法。只有方随证转,随机应变,才能使临床操作与变化多端的病机息息相关。唯其如此,才能期望获得较好的治疗效果。

五. 脉诊

脉诊是内窥人体系统一气S状态的窗口,是关于整体的“气”的诊法。在S中医随机诊疗过程中,脉诊起着由病向证,由证向治过渡的“桥”的作用,是整个治疗过程的中心。在随机治疗实践中,只要脉诊明确,疾病的本质——证,以及具体的治疗方法皆可自明。在基本理论和目的明确的情况下,脉诊起着决定一切的作用。

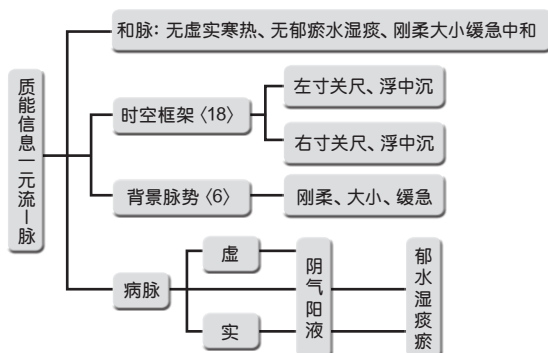
1. 对历史的反思

在传统中国医学的发展中,对脉诊的重视由来已久。在《内经》一书中就有“馯赜季理色脉而通神明”的记载。在《内经》一书中,岐伯言不离色脉。而在《灵枢》这部以针灸为主要治疗手段的诊疗体系中,脉诊在随机诊疗实践中,起着决定性的指导作用。《内经》时代的医学临床之所以疗效卓著,在临床中常常收到“百发百中”、“万举万当”的治疗效果,其中脉诊起着主要的作用。鉴于《灵枢》以脉诊指导针灸临床的成功,汉代张仲景亦欲建立以脉诊为指导的药疗体系,但没有完全成功,《伤寒杂病论》仍以凭证辨证为主。晋唐以后,由于气理的黯昧和医理的离散,脉学遂开始向以脏腑为中心的方向发展,人们关心的是脉诊与局部症状之间的联系,这就逐渐使脉诊这种关于整体的“气”的诊断方法,失去了它的主要临床价值,因为脉诊与局部的症(包括五脏六腑功能状态的变化)之间并不存在直接的对应联系。

总览晋唐以来的全部脉学著作，从王叔和的《脉经》到李时珍的《濒湖脉学》，存在着两个根本的缺陷：第一，没有对脉象作过系统的宏观基本因素分析；第二，没有使脉诊与动态整体的“证”的诊断对应起来；从而造成了脉学体系的繁杂和脱离临床实践的弊病，使脉诊的临床价值日益低落，至今已发展到基本上没有人相信单以脉诊可以诊病的地步。失去了脉诊的“桥”的作用，由病向证过渡的通路被堵塞了，这是气理丧失的必然结果，也是现代中医临床疗效不高的主要原因，这是中医继承上的最大失误之一。

2. S中医的脉诊体系

出于对历史的反思，S中医在脉体系的建立过程中，首先对脉作了系统的基本因素分析。脉可分为和脉(正常S的脉象)与病脉(异常S的脉象)。所有的脉象都是由两种基本的脉素组成的：脉位与脉体。脉位又分为左右两侧的寸、关、尺、浮、中、沉，共18个位相，构成经气营卫运行的时空框架。脉体又可分为脉势、虚脉和实脉3类，虚又有4：阴、阳、气、血。实又有8：水、湿、痰、毒、郁、瘀、风、火。脉势有6：大、小、刚、柔、缓、急。如图：



以上脉体系，与异常S(病理)的1245体系(即一态(异常S态)，二体(虚实)，四虚(阴、阳、气、血)，五邪(郁、瘀、水、湿、痰)相对应，所以根本就不存在由脉诊向随机治疗过渡上的

障碍。又由于S中医的临床曾经长期从事过脉药、脉针对应的实验研究，因而，只要脉诊明确，则用药、处方、取穴，皆可一气呵成。例如：脉除左弦轻左寸低隐，余无异常，无论见何症状，皆可以一味柴胡来治疗；脉见小弱，不论何症，均可以熟地、党参、枸杞等配伍治疗；脉见右尺空虚，别无异常，不论见何症状，均可针刺关元治疗(均见文末所附医案)。

正是由于理论清晰化、程序简化和以脉诊为唯一依据的辨证治疗体系的建立，使原来繁琐的临床操作，被大大地简化了。目前，它已将临床常用药物，由通常的300多味减少到不超过20味，针灸部位也与此相当，对于未涉虚损和药伤的病例，可于数分钟内治愈，效如桴鼓，覆杯而愈的案例屡见不鲜。脉诊对随机诊疗临床的价值，是不容忽视的。

作为一种新的诊疗体系，S中医随机诊疗体系，尚属初创，它不过是在走投无路的困境中想寻找一条“生”路，纯属一种探索。既然是一种探索，不足之处，偏颇之处，甚至荒谬之处，在所难免，希望各位专家同行不吝赐教。

以上内容载自韦刃教授的《中医脉诊之谜》一书。以下是本人在学习了S中医脉诊之后根据上课笔记总结的一个表，仅供大家参考。

当医师将三个指头置于患者腕部桡动脉寸关尺部位之上，随机诊疗的整个过程就已经在医家的指尖和头脑开始了。具体步骤如下：

(一)首先辨常、异：和脉与病脉。如脉诊无异常(为和脉)，即使患者有不适症状，亦非真病。应向患者讲清道理，以不治之法处治：无为而治。在《中医脉诊之谜》文中，曾报道患儿魏晓宇高烧40摄氏度，因脉诊未见明显异常，即告诉儿母，此为生理性免疫反应，可以自愈。次日凌晨即烧退人安(详见《中国人体科学》三卷三期127页)。

(二)如见异常脉证，不管脉象有多么复杂，应首先辨别虚实，此为百病总纲。医生治

和脉	无虚实寒热，无郁瘀水湿痰，刚柔大小缓急中和						
病脉	虚	四变	气虚	缓弱乏力		右关尺弱：人参、党参15-30g；右寸不足：黄芪15-30g	
			液虚	脉道空细		熟地3-10g	
			阴虚	脉虚乏力有热象		生地5-30g	
			阳虚	脉虚乏力有寒象		阳虚不甚，右尺弱：枸杞子15-30g；夹湿：补骨脂10-30g	
	实		气实(郁)	郁而有力		参考“郁”用药	
			液实	脉道充实或兼水湿痰		参考“水、湿、痰”用药	
			阴实	脉有力有寒象		补骨脂10-30g；寒、痰、湿交错：炮附子3-15g；寒夹表郁：吴茱萸3-30g	
			阳实	脉有力有热象		上焦：黄芩3-5g；中焦：黄连3-6g、石膏10-30g；下焦：黄柏3-6g	
	五邪	郁：气液分布不均匀，气实，脉象郁急有力，并有明显势差	侧郁：左右不均，成倍差	左>右	炙甘草3-5g		
				右>左	有寒：肉桂3-10g或灸法； 无寒：白芍5-30g、针灸或理疗		
			部郁：寸尺不均，成倍差	寸>尺(轩)	一般多兼两关瘀，左瘀：川牛膝5-10g(较强)、怀牛膝5-10g(较弱)；右瘀：枳壳5-10g或鸡内金5-10g；		
				尺>寸(轻)	左寸有寒：桂枝5g；无寒：柴胡5g		
			右寸有寒：白芷5g；无寒：升麻5g				
			层郁：浮沉不均，成倍差	虚：浮取不足(气不能上提)，不需调理，只需补气			
				实：辨明病因，有湿化湿，有瘀化瘀			
			位郁：某一部郁，高于整体均值，多见于两关	寸脉郁	针同侧太白穴		
				右关脉郁	枳壳5-15g，针灸气门穴或右侧天枢穴		
				左关脉郁	怀牛膝5-15g，针灸至阳穴		
			瘀	脉沉按呈凝涩有物(有阻滞)之象，多见于两关	血瘀：凝涩兼见滑利有热象	丹参5-15g；灸膈俞穴	
					湿瘀：凝涩脉不滑利无热象	左关：怀牛膝5-15g；右关：枳壳5-15g	
		水	脉体稀薄，壮如流水，多见于尺部	茯苓10-30g；灸水分穴			
		湿	脉濡软散漫，如水漂棉	寒湿：炒白术5-30g、苍术5-30g；湿热：淮山10-30g；寒热不明显：薏苡仁10-30g			
痰	脉体粘稠滑利有收缩感	寒痰：半夏5-15g；热痰：川贝母5-15g；灸丰隆穴					

病不辨虚实，如骑马无纲、射箭无靶。“虚虚实实”，乃医之大患。

(三)如脉证属虚，应进一步分辨阴、阳、气、液四者何虚？是单态虚证？还是双态、多态虚证？分清何虚方能对证施治。一般所谓“虚不受补”，皆因未分清何虚，误补益疾之过。

(四)如脉象属实，应进一步分辨阴、阳、气、液四者何实？气实为郁，应进一步分辨是整郁抑或局郁；如属局郁，再进一步分清是侧郁(左右不均：势差 $\geq 3\text{mm}$)、层郁(浮沉不均)、部郁(寸尺不均)、位郁(某一部郁：高于整统均值一倍以上)，而后对治。液实或可见水、湿、痰、瘀诸症；再进一步分清属单态或复合态，然后对症施治。

临床所见到的脉证并非总是虚实寒热分明，常常是虚实相间、寒热错杂、诸实兼见。但不论多么复杂的脉象，只要秉持一种虚灵的心态，细致分辨，总会理出头绪来。

全息脉诊四大要领：

(一)净：凭脉辨证施治虽需用手，但运用之妙全在一心。故在临床操作过程中，除了凭脉辨证施治的法则以外，应摒除一切私心杂念和虚妄意识的干扰，始终保持一种清静虚灵的心态。

(二)全：系统S状态的常、异，位(左右、前后、上下、表里)、体、势，阴、阳、气、液，质、能、信息……皆聚焦于随机全息脉诊透镜视野之内，一览无余。如诊断虚实，必须遍诊左右两侧的寸关尺浮中沉十八个空间区位，一一计量其动量，以求其系整均值，再以虚实界标值(力大小适中的主波峰值—— 15mm)权衡判定之，万不可以遍概全。

(三)根：脉以沉取为根、两尺为根。沉脉表征里层和深部(即不直接受意识控制的、在个体发育过程中，由中胚层衍生的结缔组织、脏器、骨髓等；在整个生命过程中，她就是生育万物、幻化万象，支撑、推动、整合一切局部功能的“大地”)；犹如一国国民及工农畜牧

渔业和矿业生产基地、国库及交通、能源、通讯等基础设施。两尺对应人体的下部并与深层组织结构相连续，此为胚胎发育的原区，是蛋白质、电解质等水盐代谢及机体稳序自律控制中心，古称命门，主管五脏六腑十二经络及每一个机体细胞，是人体生命过程真正的主宰。

(四)机：除了适时、实时的随机内涵外，还有机要，即关键因素的内涵。只是纵览全局、面面俱到、胡子眉毛一把抓，仍未可称善；还必须分清主次，找到造成整体异常状态的关键所在。万山磅礴必有主峰，龙袞九章但挈一领。只有抓住关键，才能在随机临床的每一次治疗中，都能以少味、微量的药物，获显著效果。

S中医随机诊疗临床以全息脉诊为中心；因为，只有通过全息脉诊，才能直接客观地观察到人体局整、身心、内外相互作用的综合状态。随机全息脉诊是观测疾病本体状态的窗口—S中医整体观的载体。被正确操作的全息脉诊技术是S中医随机临床治疗的一依据，将人字、身心合一的人体，调控到稳定有序的最佳状态，这是S中医随机诊疗的唯一目的。

六、生物钟拨正疗法

韦老还发明了一种调郁脉最简单的方法——“生物钟拨正疗法”。生物钟拨正疗法就是按时辰，循经拉响相应的手指和脚趾。不论什么症状，指趾关节一拉响，郁脉很快调平，症状随之改善。当年韦老跟师学习子午流注的时候，感觉子午流注推算方法过于复杂，就琢磨如何进一步简化。他通过脉诊观察发现，不必要“井、荣、俞、经、合”都去取，只要是脉势有力，气机就能达到四肢末梢——也就是井穴位置，只要拉响指趾关节，就可以打开井穴，马上这个气机就可以展开，升降浮沉环流有序，症状马上消退。

如果是晚上八点多，那么七点到九点，正是戌时的下半时，应取手厥阴心包经所属的手指——右手中指。如果脉有力量，就把右手的

生物钟拨正疗法(经络与指、趾对应表)

子时		丑时		寅时		卯时		辰时		巳时	
23-24	24-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11
足少阳胆经		足厥阴肝经		手太阴肺经		手阳明大肠经		足阳明胃经		足太阴脾经	
足第四趾		足大趾		手大指		手食指		足第二趾		足大趾	
左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右
午时		未时		申时		酉时		戌时		亥时	
11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23
手少阴心经		手太阳小肠经		足太阳膀胱经		足少阴肾经		手厥阴心包经		手太阳三焦经	
手小指		手小指		足小趾		足中趾		手中指		手无名指	
左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右

* 凡见脉象动急有力之象者，皆可使用此方法。

* 久病或久经压抑的虚损病例经响不亮，甚至全无经响，疗效不理想或全无疗效。

中指握响，“啪”一响后等一会儿，不管是胸闷、头晕或什么症状，马上就开始缓解了。

生物钟拨正疗法对偶发性疾病又未经压抑疗法(止痛、麻醉、消炎、清热、攻伐、通泻、发散…)治疗过的功能性病变，只要症状明显(不动也痛、胀、困等)，均具有突出的疗效。

七. 病案分析

以下转载韦刃教授的弟子王永民医师在S中医平脉诊疗方面的医案：

案例一：

张慧丽 女 34岁 家住平顶山建东小区
2014年5月22日下午就诊

主诉：周身乏力、眼涩不欲睁，沉睡不欲起。脉见虚细躁动，余无异常。现场给服黄芪粉3g、熟地粉0.2g，一剂服下不到5分钟患者即觉眼睛有神，不再干涩原方再服一剂即感周身轻松有力，惊喜异常。

此案例并非简单，很有启发意义，为何？因为之前她所服用的中药过于温燥，伤了阴津，造成阴虚，目络失于濡养则干涩不欲睁，阴虚则阳气耗散，故疲惫不堪，切记用药分寸，误犯寒寒热热之弊。而且要迅速纠正偏差，勿生后患。

案例二：

王向连 女46岁 家住平顶山开源路南段
2016年6月10日上午就诊

她是我的老患者，平时关系很熟，这天一进门只见她弯腰掐背，嚷着腰疼难忍，央求加号早做治疗。脉见右侧郁瘀，左脉寒弱，正是桂枝脉证，马上给服桂枝粉3g，不到5分钟，只见她在候诊大厅，手舞足蹈，谈笑风生，完全变了个人，我对助手小傅说，“看来她是好了呀，把她叫进来看看脉吧”，果然脉平。假如没有脉诊指导，用推拿手法，不知耗费多少力气呀。

案例三、案例四：

2014年我曾深圳大富科技公司做中医健康顾问，2014年8月14日晚上约7时公司副董事长全恩东先生带着他5岁的小女儿找我看病，孩子当时发烧39.8度，我急忙为她凭脉，只见右关湿瘀、急动有热，余脉未见异常，随即从药盒中取出扁豆粉1g给她服下，谁知刚咽下去就呕吐起来，并且吐出了不少酸腐食物和粘液，再看脉象，只见右关瘀的湿瘀急动象一下全消退了，我高兴的说：“你带她回去吧，放心今晚就会退烧。”当时离开的时候是晚上

8时，结果他们回家的路上孩子烧就退了，前后约半小时。

第二天晚上，童总又带着他14岁儿子全话来看我。这孩子的症状也是发烧头疼，体温将近38度，周身酸痛。当时一进屋就歪在沙发上不想动，凭脉：右关瘀郁、左脉和右尺很寒现场给服补骨脂粉、桂枝粉各1g，熟地粉0.3g，结果喝下去不到五分钟头疼即止，人也精神了能坐起来了。再诊脉象：左寸右尺寒象消失、右关郁瘀也减去过半，我站起来顺势在他后背的至阳穴用拳头敲了几下，右关脉的郁瘀就完全消失了，他后背还出了汗，脉转平和。回去后约晚上11时多烧也退了。

案例五：

2014年7月24日，深圳大富科技公司刚刚招聘的一位高管女士，西安人 32岁。刚从英国留学回来，主诉痛经，患者回忆初潮即痛经，十年前确诊为腺肌症，两年前发现婚后不孕。7月24日见到我时她正值痛经。我立刻为她诊脉：右尺寒瘀、左脉寒弱，右寸关滑瘀热动，手脚冰凉。遂给予补骨脂粉、桂枝粉各3g，丹参粉1g，并用姜汤送服，然后卧床覆被，半小时后汗出痛止，右寸关滑瘀热动消退，但右尺和左脉的寒象虽减仍存，又嘱咐在场的其他保健医在她的腰阳关和八髎穴上艾灸两个小时，脉象才完全阳转。又开了附子理中丸和桂附地黄丸、当归片每样每次各服四粒，连续服用一周以巩固疗效。

案例六：

伍学良 男60岁，家住深圳宝安区。

2014年8月20日下午五点就诊，患者浑身发抖心慌头痛体温39度，脉象急数有力，右尺弱左寸低轻。针刺关元、百会穴，留针大约半小时，脉就平和下来了，心慌头痛身冷发抖等症状都均明显减轻，体温降至37.5度，嘱咐回家继续泡脚、热敷小腹及肩胛区域，能出汗更好。患者回去后照做，次日清晨烧退。

S中医完全继承了“古典中医”的精华，“脉诊”则是精华中的精华，的确给临床带来非常大的益处。韦老常常告诫弟子：“智慧就是善于走出困境的能力；就是善于化繁为简，抓住问题的实质与主要矛盾；就是善于思考，善于实践的能力”。牢记这些，必将终生受益。



《新加坡中医杂志》是新加坡中医公会主办、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 2017年6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

ISSN 0219-1636



新加坡中医师公会

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

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

