

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

43

12月 / Dec 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.

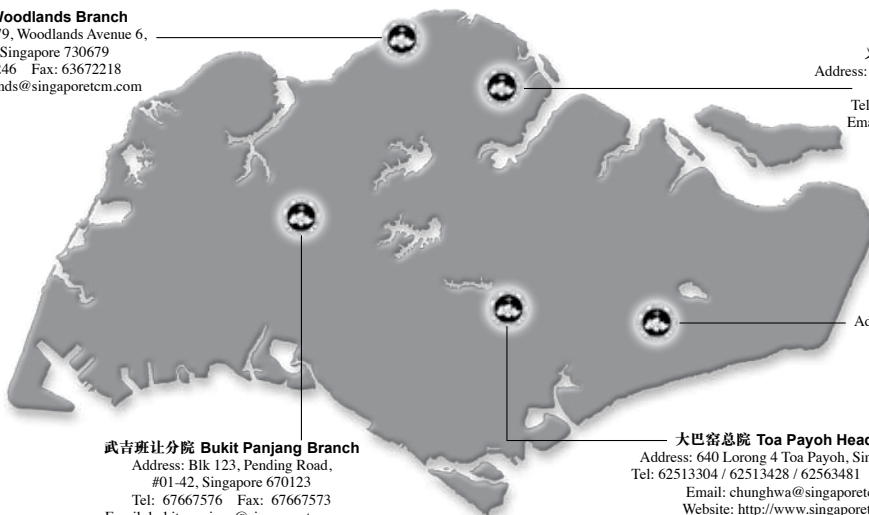
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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. 血脂异常的中西医临床研究进展 — 中国·李夔/杨舒淳/杨科/张福礼p02-08
2. 浅析中医论治痛风性关节炎 — 新加坡·卓扶蓉p09-14

临床

3. “医脉薪传讲座系列”学习体会之三——林光明医师《中医临床辨证思路》
— 新加坡·陈宝心/洪秀洁/陈宇雷/李贤/柯顺年p15-19
4. 《金匱要略》给予治疗眼科白塞病的提示 — 新加坡·林秋霞p20-23
5. 巨刺法配合挠扬仪治疗早期肩周炎的临床疗效观察 — 新加坡·刘永红p24-27
6. 浅析当归四逆汤 — 新加坡·林丽明p28-29
7. 中医药结合乳腺癌内分泌治疗的思路 — 新加坡·曾玉珠p30-32
8. 中医治疗糖尿病的优势 — 新加坡·冯启发p33-36
9. 漫谈痛风的中医证治 — 新加坡·蔡瑞和p37-39
10. 略谈弹响指的针灸治疗 — 新加坡·赵宝芬p40-41
11. 健侧曲池穴新针法结合外关穴的临床运用 — 新加坡·吴荣贵p42-43
12. 小建中汤与小柴胡汤的临床应用体会 — 新加坡·白伟良p44-47
13. 乳癌骨转移治疗举隅 — 新加坡·林英p48-50
14. 肠功能紊乱的中医证治 — 新加坡·罗爱月p51-52

理论探讨

15. 辛开苦降法治疗慢性胃炎辨证分型及用药规律探讨 — 新加坡·柯顺年p53-56
16. 胆病辨证论治外要略 — 中国江苏省中医院消化内科·汪红p57-58

新加坡杏林人物志

17. 巩固组织，促同业进修的许崇轩 — 新加坡·林英p59-60

学术交流

18. 世界中医药大会第三届夏季峰会暨大健康博览会与世界中医药学会联合会第三届
第九次理事会与第八次监事会议报告 — 新加坡·朱奕达p61-64
19. 2017年世中联男科学术大会 — 新加坡·陈建生p65-67
20. 参加第七届国际经方班(新加坡站)简报 — 新加坡·陈昆宁p68-74
21. 马来西亚中医现况和治未病的推广战略初探
— 第一作者: 蔡高茂, 北京中医药大学 / 通讯作者: 周晓菲, 北京中医药大学p75-79
22. 第十四届世界中医药大会 — 新加坡·林钊华p80-84
23. 心悸证治 — 新加坡·陈爱治p85-90
24. 论述中医几个重要学派在新加坡的适用与实用性 — 新加坡·许峻铨p91-92

知识库

25. 分享栏目 颜面望诊 — 新加坡·陈蓓琪p93-96

血脂异常 的中西医临床研究进展

中国·李龑 杨舒淳 杨科 张福礼

【摘要】血脂异常是导致动脉粥样硬化的主要危险因素之一，由此引起的心脑血管疾病严重危害人类健康。如何通过对中医药的研究，寻找出安全、可靠、有效的调脂疗法和药物非常重要。现将近年血脂异常的病因病机认识、对机体影响及临床治法研究进展进行讨论。

【关键词】血脂异常；动脉粥样硬化；健脾泻浊

1 血脂异常的流行病学基础

血脂异常(Dyslipidemia)是一种以脂质代谢障碍为主要表现的代谢性疾病^[1]。血脂异常对于人类健康的损害主要在心血管系统，而动脉粥样硬化(Atherosclerosis, As)^[2]目前已知的致病因素为血脂异常。如何从根本上防止及治疗血脂异常患者发展为冠心病及其他动脉粥样硬化性相关性疾病，为目前临床治疗血脂异常及其并发症的主要目的之一。

通过抽样队列研究^[3, 4]，心血管类疾病近年来是我国城市和乡村大多数人群发病的第一位死亡因素。以前我国心血管类疾病的主要特点是脑卒中明显高发而冠心病发病率相对较低，但近20余年以来，临床上发现冠心病发病率和死亡率呈现逐步上升的态势。通过流行病学调查，已经发现经济发展较快的大中型城市，如北京从1984年至1999年出血性脑血管意外的发病率呈显著下降趋势，然而缺血性脑血管病的发病率却呈明显上升趋势^[5]。这个研究预示以As为基础的缺血性心血管病，包括冠心病和缺血性脑血管病的发病率正在逐步升高^[6, 7]。这尤其是在我国北方城市或乡村，例如新疆的特殊饮食结构群体，此类不良心血管事件或脑血管事件的发病率逐年增多，我国在血脂方面的队列研究表明，血清总胆固醇(Total Cholesterol, TC)、甘油三酯(Triglyceride, TG)、低密度脂蛋白胆固醇(Low Density Lipoprotein-cholesterol, LDL-C)升高是冠心病和缺血性脑血管病的独立危险因素之一^[2, 7]，因此对血脂异常的针对性治疗是关键所在。

2 中医对血脂异常的认识

2.1 病因病机

血脂异常，是血浆中一种或多种脂蛋白数量发生异常的临床现象，目前研究认为与遗传有关或可以继发于其他类型的疾病。血脂异常为现代医学病名，中医学称之为血浊，但

2 中医对血脂异常的认识

2.1 病因病机

血脂异常，是血浆中一种或多种脂蛋白数量发生异常的临床现象，目前研究认为与遗传有关或可以继发于其他类型的疾病。血脂异常为现代医学病名，中医学称之为血浊，但

对其实质的认识则源远流长。《灵枢·五谷津液别》曰：“五谷之津液，和合而为膏者……补益脑髓，而下流于阴股”^[8]。古人认为“肥甘生痰”，《素问·奇病论》曰“此肥美所发也，此人必数食甘美而多肥也……甘者令人中满”^[9]由此可见脂、膏是人体结构的基本组成，并由水谷化生，并随津液运行而敷布周身，参与营养和代谢活动。其正常生理状态有赖于脾的运化，肺的宣发敷布、肝的疏泄、肾的气化、心气的推动。如果五脏调和，气血生化正常，津液输布通达，则不会发生病患；若脏腑功能失调，气血运行受阻，津液不归正化，从而湿浊生脂化痰，浸淫脉道，导致脉道不畅，形成血浊。血脂在中医学中和“膏脂”概念具有一定的相似性，并在历代医家相关描述中，常膏脂并称，又或者会以膏名脂。膏、脂其实也是由于水谷化生而来，并随着周身的津液流行而敷布全身，具有注骨空、补脑髓、润肌肤的一般功能，可见膏、脂的说法与现代基础医学对脂质研究的最终论述具有一定的相似性。血脂异常往往会伴随有血流动力学的改变，导致脉道内血液浓聚，有学者认为其具有“浓、聚、黏、凝”这些特点^[10]。

《丹溪心法》指出：“气血冲和，百病不生，一有情郁，诸病生焉”^[11]。情志失畅，气机不调，肝失疏泄，津液不归正化，凝结为痰，膏脂内生，气血脉络运行失和，浊脂排泄转化不及时，也会生成痰浊瘀血等一些病理产物^[12]。正常情况下，人体的气血调和，阴阳制衡，五脏六腑各司其职，而阴阳失衡则可变生多种疾病。由于心主血，肺主气，因此这两脏的功能与气血运行关系密切。而血脂异常可由于气血运行障碍导致，所以心肺功能正常与否在血脂异常发生和发展过程中也起着重要的作用^[13]。

张景岳：“痰之化无不在脾，痰之本无不在肾”^[14]。肾为先天之本，年老或久病，都会使肾气渐衰，气血渐亏，无力推动营血运行而致血脉瘀滞，水谷精微难以化为“清血”，以致浊物内滞，痰浊凝聚，血脉不畅，在血中

形成血浊^[15]。肾衰则命门火微，脾脏不得温煦，脾运失常，则膏脂转输排泄不及，发为血脂异常^[16]。

根据血脂异常患者的一些临床表现以及其病因病机的变化，通过临床与实验研究，众多的中医药专家对血脂异常患者血脂异常的中医发病机制的认识已逐渐趋于统一。大多认为血脂异常为本虚标实之证^[17]，血脂异常的根本为虚，并归于肝、脾、肾三脏的虚损，其标实则可以归因于痰浊、瘀血的情况，都是属于全身性疾患，对人体整体产生影响。血脂异常的发生、发展过程中，肝、脾胃、肾的关系最为重要，这也是由于血脂异常的关键病机在于脾胃的升清降浊功能失调，以及肾的气化功能失司有关。脾胃功能失调，气血壅滞，痰浊内生是其关键所在；脾失健运所致之痰湿内生，混于血脉之中，使脉络瘀阻，血行不畅而发病，同时相当一些遗传因素也是导致血脂异常的原因之一。

2.2 中医证型

对于血脂异常的中医证型研究近年来也从未停滞，诸多医家的观点各有不同^[18,19]。依据《中药新药临床研究指导原则》，目前中医将血脂异常分为：痰浊湿阻证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证、阴虚阳亢证、气滞血瘀证，为本病的辨证论治奠定了基础^[20]。中华中医药学会心病分会根据近年的研究成果及临床实际进行证候分类与指导原则的分型基本一致^[21]。有学者认为脾虚湿盛是血脂异常发生的始动因素，痰浊血瘀是其发病的重要基础^[22]，辨证中涉及痰浊的分型比例最高。高嘉良^[23]等，从符合血脂异常研究标准的137篇文献的19877例中提取证候要素，对其进行归类合并，总结证候要素及靶位，证候分型与指导原则相似。郭姣等^[24]，对高脂血症中医证候分布规律回顾性文献研究，利用CNKI世纪期刊检索库进行1911~2012年的中医药期刊文献所报道的高脂血症中医辨证分型的文献检索，对其中涉及到

的高脂血症临床症状、舌、脉、病性、病位及辨证分型规律进行统计分析。检出符合要求文献836篇,共出现78种中医证型,将上述证型按病性证素分布进行统计分析,得出血脂异常中医临床证候病位证素分布中与“肝”相关的证候为主要证候,病性证素分布中与“痰瘀”相关的证最多,排名在前的有痰瘀互结、痰浊和气滞血瘀证。另有学者唐大昶等人^[25],联合应用因子分析与聚类分析方法研究原发性高脂血症的中医证候分类,对661例原发性高脂血症患者的中医四诊信息进行统计学处理。总结原发性高脂血症的中医证型主要六类,痰浊阻遏证、心脾两虚证、瘀血阻络证、肾(阳)虚证、阴虚内热证、肝郁气滞兼有郁热证。进行血脂异常的客观分类,在一定程度上揭示了血脂异常的中医证型特点。因此目前血脂异常的中医辨证规律一般遵从指导原则的所制定的规范,临床研究也多从这几个证型展开。

3 现代医学对血脂异常致病研究现状

3.1 血脂异常致动脉粥样硬化基础

针对动脉粥样硬化(Atherosclerosis, As)的发病机理研究已经历了将近二百多年的漫长岁月,目前主要是围绕三种学说建立假设的:包括脂质浸润学说、损伤反应学说和血栓形成学说。Virchow等人曾提出As是某种炎症反应的学术观点,然而始终未被广泛同意。随着临床以及基础研究的逐步深入,生化水平的提高,一些化学因子和细胞因子不断发现和检测出来,As是炎症的观点在最近的10年间来又重新提出,普遍的认为As的一般血管表现是符合炎症表现基本规律^[26,27]。据相关报道,组织炎症改变是可以诱导LDL氧化修饰^[28],而动脉内膜的验证过程可以由修饰的LDL进一步导致加重。在高甘油三酯,低高密度脂蛋白胆固醇患者人群中血浆中可溶性选择素、细胞间粘附分子(Cell adhesion molecule, CAM)、血管细胞粘附分子(Vascular cell adhesion

molecule, VCAM)水平升高较为明显,这一现象将使得单核巨噬细胞粘附于内皮并移行增殖于内膜下的情况明显增多。Nofer ZR^[29]等人发现HDL3通过减少1, 4, 5-三磷酸肌醇(IP3)生成,抑制凝血酶,致使血小板聚集,进一步发生血栓的形成。已经活化的血小板会释放P选择素,而P选择素可以让白细胞进入内膜下,共同参与血管内膜下斑块的形成。由此可见炎症反应对脂蛋白促As形成作用有明显强化的功能。此外,受体所介导的静止期血小板对各种生化刺激的反应之一是血小板活化(Platelet Activation)作用,其主要表现为血小板膜糖蛋白发生显著改变,并大量表达在血小板膜上,可以作为血小板活化的显著特异性分子标志物,在血小板黏附、聚集和释放反应中血小板膜糖蛋白起着较为关键作用。

在动脉粥样硬化、血管内皮损害及血栓性疾病的发生发展过程中血小板活化起重要的基础作用,有不少学者在近年来进行了相关的研究。张梅等人^[30],利用流式细胞仪和单克隆抗体,对22例稳定性心绞痛(SAP组)、25例不稳定性心绞痛(UAP组)和35例急性心肌梗死(AMI组)患者外周血血小板糖蛋白CD62P和CD63的阳性表达率进行了检测,同时和28例正常的受试者进行了比较。其研究结果显示,UAP组和AMI组血小板糖蛋白表达率均显著高于SAP组和正常对照组,这一结果说明了血小板活化在UAP组AMI组有明显增强,血小板活化可能参与了冠心病发病,尤其是不稳定性心绞痛和急性心肌梗死的演进。

3.2 血小板活化特异性分子

血小板膜糖蛋白(Platelet Membrane Glycoprotein)在血小板聚集、粘附和释放反应中起关键作用,也属于血小板活化特异性分子标志物。有基础研究证实,动脉粥样硬化的发生发展过程可以进行CD62P、CD63和PAC21的活性检测,并能较为灵敏且特异地反映变化过程^[31],上述糖蛋白的表达增强也相

应的反映出动脉粥样硬化的病情程度的变化。血小板颗粒膜糖蛋白主要包括血小板 α -颗粒膜蛋白140(GMP-140, CD62P)和溶酶体膜蛋白(LMP, CD63)。其中CD62P是选择素家族成员,主要具有黏附功能,可以介导活化血小板与单核细胞以及中性粒细胞的粘附作用。静息状态的血小板中,它仅仅分布在 α -颗粒表面。当外源性作用下血小板系统被激活过程中,伴随着血小板脱颗粒以及释放反应的发生,CD62P可以重新分布在血小板膜的表面,CD62P之所以被认为是血小板活化后期的标志物,是因为它也只能在脱颗粒的血小板表面发生表达。也鉴于此,目前已知的最能直观反映血小板活化程度特异性观察指标为CD62P。CD63位置在血小板内溶酶体膜上,同时也是是一种溶酶体整合膜蛋白,CD63在静止的血小板表面也只有极少量的表达,反之,如果血小板发生活化,其表面可大量表达CD63,因此它也可以作为检测血小板活化的理想指标。

3.3 血小板聚集率

血小板聚集率(Platelet Aggregation)目前也是血小板功能重要的临床观察指标。学者研究发现^[32, 33],当血小板聚集率明显升高时,血液中的血小板更加容易聚集而构成血栓,血液发生血栓的几率和可能,与血小板聚集率成正比,也就是如果血小板聚集率明显升高,可以认为血栓发生几率明显升高。在动脉粥样硬化、冠心病、缺血性脑卒中、高血压病、糖尿病等血栓高发性疾病当中,可以观察到血小板聚集率往往会明显升高。较多的临床观察发行通过治疗,当血小板聚集率发生下降时,血栓发生形成可以受到一定程度的抑制,对已形成的血栓可以在一定范围内促使崩解,因此通过临床观察血小板聚集率的变化可以有观察药物的治疗效果。同时对于目前没有这类明显血栓发生概率的其他疾病,作为血栓前状态,血小板聚集率指标的变化可以可作为预测这些疾病发生血栓的重要临床参考标志物。

4 中医药在血脂异常治疗中的研究

4.1 中药治疗血脂异常的国内研究

中医认为膏粱厚味饮食可以化生“痰浊”,因此也有人从化痰药物中筛选调脂中药,例如瓜蒌^[34],桔梗^[35]等化痰宽胸中药也被证明有调脂作用。纪学芳等人^[36]对光皮木瓜黄酮和多糖降血脂与抗氧化作用进行研究。发现光皮木瓜黄酮和多糖可不同程度地降低高脂小鼠肝脏系数及脂肪系数,显著降低肝脏中MDA含量,增强T-SOD和GSH-Px活性。认为光皮木瓜黄酮和多糖提取物具有显著的降血脂及抗氧化效应。

中医药治则多有益气健脾,利湿化浊法;疏肝理气,活血通脉法;补益肝肾,宣清降浊法等^[37]。有学者采用补肾法治疗血脂异常,如何首乌、女贞子^[38, 39]等,而且也证明临床具有一定效果,这类药物治疗血脂异常具有不良反应小,可长期使用的优点。目前基于痰、瘀角度对血脂异常进行研究^[40],认为痰瘀体质与血脂异常密切相关,因此在血脂异常治疗中应注重配合痰瘀体质调理。高晨等人^[41]临床观察了祛痰化瘀治疗血脂异常的疗效,其临床试验组总有效率为96.26%,差异有统计学意义,认为祛痰化瘀法有良好的调脂作用,并可以改善“痰瘀结滞”临床症状及患者生存质量。另有靳宏光等人^[42]探讨探讨了痰瘀同治法治疗血脂异常的临床疗效,对临床观察患者的血脂四项(TC、TG、LDL-C、HDL-C)及中医证候疗效进行统计分析。认为痰瘀同治法治疗血脂异常具有较好的临床疗效。

此外依据植物种属及形态学上的相似处,推演其药理特性,某些植物药可能具有调脂作用,例如虎杖大黄同属蓼科植物,含有蒽醌^[43]类物质,他们的调脂作用先后也被发现,目前已经公开具有调脂作用的植物类药物,主要集中在种子植物门。由于血脂异常的判断首要指标为总胆固醇,而且也是导致动脉粥样硬化

的关键因素,所以从这方面探索,选择能够抑制胆固醇、甘油三酯的合成,对血脂的分布、转运、清除等方面具有作用的药物也是其中一个途径。

中药调脂的国内研究主要分单味中药和复方调脂中药,其中对于单味中药的调脂作用研究较多,据研究统计截至目前有调脂作用的中药,包括人参、何首乌、绞股蓝、虎杖、黄连、黄芩等60余种。按其药理可分为降低胆固醇为主的,降低甘油三酯为主的,同时具有降低胆固醇和甘油三酯的中药,国内较为集中的单味药物治疗血脂异常的基础及临床研究,罗容^[44]研究结果表明,枳实单用即可有效降低甘油三酯及胆固醇指标。

复方调脂中药单用,或者联用^[45]的研究中多数是根据血脂异常不同证型所建立,其中具有不同调脂效力的经典方剂,有血腑逐瘀汤、桃核承气汤等10余个,目前主要停留在动物实验基础上,主要以高脂饲料喂养的大鼠动物模型为试验对象,观察指标为血脂分析,尚未进行血脂异常相关的动脉粥样硬化方面的研究。例如朱永强等人^[46]研究发现,加减桃核承气汤能够增加体重,降低血糖、血脂、血清丙二醛含量,改善血流变,提高血清胰岛素水平,增强超氧化物歧化酶活性,抑制血压上升,且对正常机体无不良影响。李鑫^[47]等人用中药复方,研究表明采用化浊行血、健脾益气法干预老年代谢综合征,临床治疗观察到补虚化浊能明显改善代谢综合征的临床症状、降低体重、降低甘油三酯、总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、降低空腹血糖及餐后2小时血糖、超敏C反应蛋白和纤维蛋白原、降低收缩压水平、改善胰岛素抵抗,尤其在改善临床症状、降低体重、调节血脂紊乱、降纤、抗炎方面疗效优于对照组。研究期间,中药组无任何不良反应。因此中药复方利用化浊行血、健脾益气法干预血脂异常证的代谢综合征安全有效。

4.2 中药治疗血脂异常的国外研究

中药调脂的国外研究与国内研究方向大体相似,也是从两个方面展开,单味中药及复方中药层面。其中王忠壮^[48]研究表明,牛膝提取物可降低实验性高胆固醇血症动物模型血浆TC的含量,临床试验表明该药物对65%高胆固醇血症患者有降低胆固醇作用并对82%的高 β/α 脂蛋白血症患者有降低比值作用,中药植物在降低血脂成分的疗效肯定。而Sudheesh. S^[49]等人发现从Cucumis Sativus中提取的果胶科,果胶多糖能降低血脂异常动物模型的血浆和组织中胆固醇、甘油三酯、磷酸酯和脂肪酸浓度。目前尚无对于调脂中药组合物对于血脂异常患者血小板因子方面的研究。

4.3 中医针灸治疗血脂异常的国内研究

针灸也是一种针对血脂异常的干预手段,其疗效肯定,近年来多有学者从事相关研究。老锦雄等人^[50]观察了背俞穴温针灸疗法对血脂、血液流变学的影响,其治疗组在基础药物治疗基础上加用温针治疗,两组治疗前后均行血脂、血液流变学指标检查。认为背俞穴温针灸对血脂、血液流变学干预作用明显。袁筱岩等人^[51]观察针灸治疗的102例血脂异常患者血脂变化,入选者治疗前1个月停用降血脂药及其他影响血脂的药物,疗程结束后观察发现针灸治疗对血脂的明确改善。贾必燕等人^[52]利用针灸干预围绝经期综合征合并血脂异常的患者,采用随机对照试验,观察针灸与克龄蒙治疗围绝经期综合征合并血脂异常的临床疗效差异,针灸组予以针刺关元、子宫、足三里、三阴交等穴位配合耳穴治疗,连续治疗12周,发现针灸及克龄蒙均能明显降低围绝经期综合征合并血脂异常患者的MRS评分。针灸对围绝经期综合征合并血脂异常患者的性激素水平及血脂水平作用虽然不及克龄蒙明显,但均有一定的调节作用。认为针灸治疗围绝经期综合征合并血脂异常疗效确切,其安全性明显优于克龄蒙。针灸在血脂异常治疗上明显具有一定优

势,其临床疗效也是肯定的。

4.4 名老中医经验治疗血脂异常

由于中医对于血脂异常自古已经有认识,中医典籍中也多有提及,随着国民生活条件的改善,物质丰富优越,临床此类患者更是多见。近年来名老中医对于血脂异常的认识及经验方的产生也为其临床治疗提供了较多途径。李玉贤老师的经验方化脂汤,经过梳理进一步成型为化脂丸^[53],他认为血脂异常与饮食情志关系最为密切,膏粱厚味使得营养过剩,情志失调使得气机壅滞,膏脂横溢,浊邪入血是血脂异常的病理基础。因此其治疗重在健脾益气,泻浊通便,也使其针对血脂异常采用六腑以通为用的临床思想得到集中体现。

此外具有调脂作用古方也较为常见,包括有温胆汤、大柴胡汤、小柴胡汤、血府逐瘀汤、桃核承气汤、补阳还五汤等^[54]。何立人教授从对血脂异常提出痰、瘀、毒、脉痹是其重要病理因素^[55]。对合并心病的以利湿泄浊、温药和之、通利脉道、脏腑同调、轻疏外邪进行立法治疗。谢慧君等人^[56]观察了加味五苓散干预脾虚痰浊型血脂异常的临床效果,认为加味五苓散治疗脾虚痰浊型血脂异常,具有良好的降血脂的作用,其临床疗效确切。陶玉娟等人^[57]通过黄连温胆汤加减对血脂异常患者(痰浊阻遏证)中医症状及血脂影响的临床观察,发现黄连温胆汤加减可有效改善血脂异常患者中医症状。通过对以往经验的复习和对老中医药专家的学术继承,我们对血脂异常的认识更为透彻,进一步指导了临床治疗方案的选择。

5 中医药治疗血脂异常的发展趋势

综上所述,血脂异常是各类心血管事件发生发展的危险因素,近年来对于血脂异常的治疗,西药以其起效快,效果显著扮演重要角色,但是其毒副作用也随着研究深入而逐渐揭示在世人面前,同时多年来在合成类调脂

新药的研发上也驻足不前,困难重重。然而随着对于中医中药的重视,对于中药以及名医经验的研究深入,调脂中药的临床广泛使用也渐渐拉开帷幕,中药降血脂功能因子种类及含量丰富,疗效肯定,但是目前调脂中药多以经验简单重复,对于药物的活性部位和作用机制研究缺失,缺少现代科学理论依据。通过对李老师血脂异常的调节理论学习和研究,认为其经验方化脂丸对于血脂异常的清除途径主要有两条,首先通过健脾作用提高HDL-C的水平,运载周围组织中的胆固醇,再转化为胆汁酸或直接以胆汁形式进入肠道。其次通过泻浊作用增强肠腑机能,促进浊邪的排出,其理论方向值得进一步研究。因此我们需要扬长避短,利用现有优势,加速对于临床使用中有明确疗效的调脂中药组合物进一步研究,以便可以定向诱导,创制出疗效更好,特异性更强,毒副作用更小的配方,使其更易于推广,为人类健康服务。

参考文献

- [1]. 王新陆. 关于血浊理论在现代疾病谱系中作用与地位的探讨[J]. 天津中医药. 2011(05):355-7.
- [2]. 徐添. 脑卒中发病与预后的前瞻性队列研究 [博士]: 苏州大学; 2014.
- [3]. 李莹, 陈志红, 周北凡. 我国中年人群血清 TC/HDL-C 比值与缺血性和出血性脑卒中发病危险性[J]. 中华神经科杂志. 2005;38(5):305-8.
- [4]. 王栋先. 血浊的危险因素及其与疾病的相关性研究 [博士]: 山东中医药大学; 2009.
- [5]. 汪关宝, 杨少琴, 史影, 等. 北京市中关村地区心脑血管病死亡率及防治策略的流行病学研究[J]. 心脑血管病杂志. 2010(04):261-5.
- [6]. 安中平, 张东威, 巫嘉陵. 2103例脑卒中登记患者发病危险因素分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志. 2008(04):283-5.
- [7]. 毕齐, 张茁, 张微微, 等. 2359例青年脑卒中患者危险因素研究[J]. 中华流行病学杂志. 2003(02):28-30.
- [8]. 南京中医药大学. 黄帝内经灵枢译释[M]. 第三版. 上海: 上海科学技术出版社. 2011. 39-158.
- [9]. 黄帝内经素问[M]. 1 ed. 北京: 人民卫生出版社; 1979. 43-583.
- [10]. 刘财, 侯凤茹, 刘晓明. 从脾论治高脂血症[J]. 长春中医药大学学报. 2011;27(1):53.
- [11]. (元)朱丹溪. 朱丹溪医学全书[M]. 山西: 山西科学技术出版社; 2014. 432.
- [12]. 王永泽, 韩新玲. 高脂血症从肝论治探讨[J]. 河北中医. 2010;32(6).

- [13]. 王普艳, 秦爱东, 陈国权. 从中医心、肺为主的脏腑整体观论述高脂血症的病机[J]. 中国中医药信息杂志. 2006(10):93.
- [14]. (明)张景岳. 景岳全书[M]. 山西: 山西科学技术出版社; 2006. 357-514.
- [15]. 李甜, 赵英强. 从肾虚血瘀谈高脂血症[J]. 中医临床研究. 2013(16):58-9.
- [16]. 高世东. 从肝脾肾论治高脂血症[J]. 西部中医药. 2013(06):18-9.
- [17]. 谷鑫, 吴承玉. 高脂血症诊治思路探析[J]. 中医杂志. 2014(02):166-7.
- [18]. 张晓亮. 高脂血症的中医辨证分型客观化研究进展[J]. 湖南中医杂志. 2015(11):171-3.
- [19]. 孙敬雯. 新疆不同民族高脂血症患者中医辨证分型规律初探 [硕士]: 新疆医科大学; 2015.
- [20]. 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社; 2002. 86-7.
- [21]. 张学智. 血脂异常中医诊疗标准(初稿)[J]. 中华中医药杂志. 2008(08):716-9.
- [22]. 闻莉, 刘松林, 梅国强. 高脂血症的中医临床证型分布及辨证规律研究[J]. 中国中医基础医学杂志. 2008(03):220-1.
- [23]. 高嘉良, 何庆勇. 基于19877例文献病例的血脂异常证候要素及靶位研究[J]. 中华中医药杂志. 2014(02):605-7.
- [24]. 郭姣, 朴胜华, 石忠峰, 等. 高脂血症中医证候分布规律文献研究[J]. 广州中医药大学学报. 2013(05):609-14+32.
- [25]. 唐大恒, 张敬峰, 曹征, 等. 原发性高脂血症中医证候规律研究[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版). 2011(03):11-3.
- [26]. Fazio G, Giovino M, Gullotti A, et al. Atherosclerosis, inflammation and Chlamydia pneumoniae[J]. World Journal of Cardiology. 2009(01):31-40.
- [27]. Sessa R, Pietro MD, Filardo S, et al. Infectious burden and atherosclerosis: A clinical issue[J]. World Journal of Clinical Cases. 2014(07):240-9.
- [28]. K O, M A. Modified LDL2 trigger of atherosclerosis and inflammation in the arterial intima[J]. Inter Med. 2000;247(3):59-70.
- [29]. JR N, M W. HDL3 mediated inhibition of thrombin-induced platelet aggregation and fibrinogen binding occurs via decreased production of phosphoinositide to derived second messengers 1,2-Diacylglycerol and Inositol 1,4,5,2-Triphosphate[J]. Arterioscler Thromb Vas Biol. 1998;18(1):61-9.
- [30]. 张梅, 张运, 谈红. 应用流式细胞术对冠心病患者血小板活化和白细胞黏附功能的研究[J]. 山东大学学报. 2002;40(3):344-5.
- [31]. 张彦红. 冠状动脉粥样硬化病变与血浆vWF及GMP-140水平的关系 [硕士]: 中国医科大学; 2002.
- [32]. 孙艳艳. 血小板浓度和血小板聚集率的关系 [硕士]: 河北医科大学; 2011.
- [33]. 彭瑜, 张钰, 白明, 等. 平均血小板体积和血小板聚集率与急性冠状动脉综合征患者支架内血栓的相关性研究[J]. 中国介入心脏病学杂志. 2015(02):75-9.
- [34]. 孙赫, 李文雄, 韦伟标, 等. 加味瓜蒌薤白半夏汤对高脂血症大鼠SOD和MDA水平的影响[J]. 动物医学进展. 2014(04):84-8.
- [35]. 吴敬涛, 王建军, 汤卫东, 等. 桔梗皂苷对高脂大鼠血清指标的调节[J]. 济南大学学报(自然科学版). 2010(01):68-70.
- [36]. 纪学芳, 徐怀德, 刘运潮, 等. 光皮木瓜黄酮和多糖降血脂与抗氧化作用研究[J]. 中国食品学报. 2013(09):1-7.
- [37]. 赵保家, 王凤荣. 中医药防治高脂血症探析[J]. 辽宁中医药大学学报. 2011(02):140-1.
- [38]. 李宏, 林昶, 马球霞, 等. 何首乌有效成分不同配比对高脂血症大鼠抗氧化能力影响的实验研究[J]. 贵阳医学院学报. 2014(04):7-10.
- [39]. 林昶, 杨长福, 王和生, 等. 何首乌游离蒽醌提取物对高脂血症大鼠肝肾功能的影响及急性毒性研究[J]. 时珍国医国药. 2014(06):1292-4.
- [40]. 张月苗, 张学智. 基于痰、瘀角度论血脂异常的中医治疗策略[J]. 上海中医药大学学报. 2013(05):20-3+34.
- [41]. 高晨, 李劼. 祛痰化痰胶囊治疗血脂异常临床观察[J]. 西部中医药. 2014(11):99-101.
- [42]. 靳宏光, 齐锋, 王义强. 痰瘀同治法治疗血脂异常的临床观察[J]. 中国卫生标准管理. 2014(24):52-4.
- [43]. 李续娥, 郭宝江. 决明子蛋白质和蒽醌苷对高脂血症大鼠血脂的影响[J]. 中国中药杂志. 2002(05):57-9.
- [44]. 罗容. 枳实降血脂药效组分生物效应评价方法研究 [博士]: 北京中医药大学; 2007.
- [45]. 陈铁军, 姜紫嫣, 王肖龙, 等. 降脂复方与阿托伐他汀联用治疗原发性高脂血症(痰浊阻遏证)的分层随机对照试验[J]. 中国循证医学杂志. 2015(08):873-7.
- [46]. 朱永强. 加味桃核承气汤(消渴平胶囊)治疗实验性糖尿病合并高血压大鼠的实验研究及对正常小鼠空腹血糖水平的影响 [硕士]: 福建中医学院; 2007.
- [47]. 李鑫. 化浊行血、健脾益气法干预老年代谢综合征临床疗效研究 [硕士]: 山东中医药大学; 2009.
- [48]. 王忠壮. 牛膝抗炎和抗高胆固醇血症成分的研究[J]. 国外医药植物分册. 1994;9(3):122.
- [49]. S S, N.R. Lipid-Lowering action of pectin from cucumis sativus[J]. Food Chemistry. 1999;67(3):281.
- [50]. 老锦雄, 潘清洁. 温针灸对冠心病血瘀证患者血脂及血液流变学的干预研究[J]. 上海针灸杂志. 2011(10):656-8.
- [51]. 袁筱岩, 陆建晓, 单杰. 针灸对高血脂患者血脂的影响[J]. 中国中医药科技. 2011(02):116.
- [52]. 贾必燕. 针灸干预围绝经期综合征合并血脂异常的临床观察 [硕士]: 成都中医药大学; 2015.
- [53]. 李斐, 杨舒淳, 吴芳, 等. 化脂丸对高脂血症患者血脂的影响[J]. 西部中医药. 2014(04):31-3.
- [54]. 严正松, 宋康. 中医药防治高脂血症研究进展[J]. 心血管病防治知识(学术版). 2011(03):116-8.
- [55]. 崔松, 沈梦雯, 何立人从“血浊”论治心系疾病释微[J]. 上海中医药杂志. 2012(01):21-2.
- [56]. 谢慧君. 加味五苓散干预脾虚痰浊型血脂异常的临床观察[J]. 光明中医. 2013(07):1387-9.
- [57]. 陶玉娟. 黄连温胆汤加减对血脂异常患者(痰浊阻遏证)中医症状及血脂影响的临床观察 [硕士]: 山东中医药大学; 2013.

浅析中医论治痛风性关节炎

新加坡·卓扶蓉

【摘要】随着人们物质生活水平的不断提高，饮食结构的改变，痛风性关节炎的发病率日益递增且逐渐呈年轻化的趋势，故对其治疗研究也涉及各方面，不论是中医内治、外治还是综合疗法均取得良好效果，不仅改善患者的关节症状，减轻患者的痛苦，而且在减少痛风发作程度和频率方面有较大的优势。

【关键词】痛风性关节炎，病因病机，中医疗法

现代医学的痛风，系指嘌呤代谢紊乱引起的高尿酸血症，由于尿酸盐结晶在关节附近的软组织中沉积并与软组织摩擦，造成局部组织的损伤，出现红肿热痛等关节炎，故又名痛风性关节炎。临床症状为反复发作的拇趾、跖趾关节、足背、足跟、踝、指、腕等小关节红、肿、热、痛及痛风石的形成，严重者可导致关节畸形和功能障碍。治疗上给予抗炎止痛、促进血尿酸代谢的药物，但其毒副作用较大，尤其是对胃肠道刺激巨大，患者往往难以耐受，严重影响生活及工作，故西药较难推广或长期使用。中医治疗本病经多年探索取得了明显进展，疗效确切，副作用少，值得临床广泛应用。

历节》谓：“筋骨疼痛，俗呼为痛风，或痛而游走无定，俗呼为走注风。”“脚气”病的论述与现代医学所论痛风的特征颇相似，在李东垣《医学发明·脚气》中记载：“盖多饮乳酪醇酒水湿之属也，加以奉养过度，以滋其湿水之润下，气不能煦之，故下注于足，积久而作肿满疼痛，此饮之下流之气所致也。”又言“饮酒及乳酪勿使过度，过则伤脾，下注于足胫跗肿，遂成脚气。”现代国医大师路志正^[1]认为：痛风属中医学“痹证”范畴，并首先将现代医学的痛风命名为“痛风痹”。朱良春教授^[2]认为痛风性关节炎乃浊瘀内阻使然，而非风邪作祟，亦非外感寒湿，故冠其名为“浊瘀痹”。

1 中医对痛风性关节炎的认识

中医学对痛风性关节炎的认识由来已久源远流长，如元·朱丹溪《丹溪心法》指出：“痛风者，四肢百节走痛，方书谓之白虎历节证是也。”明·虞抟《医学正传·痛风》说：“夫古所谓痛痹者，即今之痛风也。”清·林佩琴《类证治裁》曰：“痛风，痛痹之一症也，…初因风寒湿郁痹阴分，久则化热致痛，至夜更剧。”此外，《杂病广要·

2 发病时间及好发部位

痛风性关节炎多于夜间突然发作，《圣济总录》明确记载了痛风“昼静夜发”。发病可累及全身多个关节，多发于第一跖趾关节，其次是足背、踝、足跟、膝、腕、掌指关节等，罕见于骶髂、颈椎、髌和肩关节。如《万病回春·痛风》言：“遍身走痛如刺，左足痛尤甚…”。

3 局部特征

本病疼痛部位出现关节红肿热痛或活动受限,如《医学传灯·痛风》谓:“痛风者,有痛而不肿者,有肿而且痛者,或头生红点,指趾肿如槌者...”《杂病源流犀浊》说“或有风毒攻注皮肤骨髓之间...筋脉拘挛,屈伸不得。”

4 中医对痛风的研究

4.1 病因病机

4.1.1 风寒湿邪痹阻

《素问·痹论》谓:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹也。”元·朱丹溪《格致余论·痛风论》载:“彼痛风者,大率因血受热,已自沸腾,其后或涉冷水,或立湿地,或扇取凉,或卧当风,寒凉外搏,热血得寒,寒浊凝滞,所以作痛,夜则痛甚,行于阴也。”可见,痛风行关节炎亦不外乎六淫、坐卧湿地,涉水淋雨,风寒湿侵袭人体,痹阻关节经络,气血凝滞,发为本病。

4.1.2 风湿热邪痹阻

龚廷贤《万病回春·痛风》云:“一切痛风,肢节痛者,痛属火,肿属湿,所以膏粱之人,多食煎炒、炙煨酒肉,热物蒸脏腑,所以患痛风,恶疮痈疽者最多。”《类证治裁》言:“风寒湿合而成痹,蕴邪化热于经络,四肢不通,筋骨不舒。”《景岳全书》载:“外是阴寒水湿,令湿邪袭人皮肉筋脉;内由平素肥甘过度,湿壅下焦,寒与湿邪相结而化热,停留肌肤...病变部位红肿潮热,久则骨蚀。”由此可知,湿热痹阻是痛风急性发作期的首要导病因素,临床表现为足趾红、肿、热痛。

4.1.3 痰瘀痹阻

痰是人体内的一种病理性产物,亦是一

种致病物质,诸多疑难杂症每责之于痰,故有“怪病责之于痰”,“百病皆由痰作祟”之说。痰之为物,随气升降,无处不到。《类证治裁·痹证论治》谓:“久痹不愈必有湿痰败血瘀滞经络。”叶天士《临证指南医按》提出:“经以风寒湿三气合而为痹,然经年累月,外邪留着,气血皆伤,其化为败痰凝痰,湫处经络。”《景岳全书·痰涎》中说:“痰即人之津液,...则痰涎皆本于血气,若化失其正,则脏腑病,津液败,而血气皆成痰涎。”王海南等^[3]更认为,痰瘀互结是痛风反复发作的病理基础,且痰瘀贯穿于痛风的整个病程,不论痛风处于急性发作期或缓解期,总有瘀血作祟,治疗应活血化瘀贯穿始终。

4.1.4 脾虚

邓运明教授^[4]认为痛风性关节炎并非完全由外邪所致,主要责之于脾虚。由于脾主四肢关节肌肉,为后天之本,若素体脾虚,或饮食不当,致使脾运失健,升清降浊失职,水湿运化受阻,流注四肢关节,郁而化热,湿热痹阻,经络瘀滞,而表现关节红肿热痛,功能障碍。杨保林等^[5]认为痛风性关节炎慢性疼痛的病机乃因中阳虚弱,寒湿内生,蕴热酿痰,涩滞血行,痹阻筋脉而成。

4.1.5 脾肾亏虚

林昌松教授^[6]治疗痛风性关节炎的经验,认为本病的发病机理主要是本虚标实。标实是湿热毒邪侵袭而致病,本虚是先天禀赋不足,肾气亏虚及后天脾胃亏虚。膀胱与肾相表里,肾气亏虚,导致膀胱气化失司,水湿排泄受阻,尿酸排泄不畅,瘀积体内出现尿酸升高;脾主运化水湿,后天饮食不节,嗜食肥甘厚腻,导致脾虚运化失司,水湿代谢失常,湿邪内生,阻滞筋脉,留注关节而发病。张敏敏等^[7]从中老年人的体质患痛风性关节炎是由于先天脾肾不足,脾肾升清降浊、分清别浊的功能减退,致使水湿、痰浊、瘀血等病理停积

体内，瘀滞肢节、皮肉而导致关节肿胀疼痛。

4.1.6 诸邪化毒，浊毒内伏

朱良春教授^[8]提出“痛风非风”的观点，认为痛风是浊毒瘀滞血中，不得泄利所致，浊毒之邪非受自于外，而主生于内，脾肾二脏清浊代谢紊乱，水谷不归正化，浊毒随之而生，滞留血中终致瘀结为患。王忆黎等^[9]强调，痛风属杂病，邪毒滋生之源有三：一是饮食偏嗜致毒；二是六淫之毒；三是七情化毒，因此，无论外感六淫诸邪，亦或内生痰浊瘀血，最终都归结为“毒”。毒邪侵淫，气血不畅，久则毒瘀互结，病邪内伏，伤及血络，缠绵难愈，虚虚实实，即所谓“无邪不有毒，热从毒化，变从毒起，瘀从毒结。”考希良^[10]也提出毒邪是导致痛风性关节炎的发病机理，将毒邪分为外毒与内毒。外感风寒湿热之邪未能及时外散，久郁而成外毒。脾胃失司，内生浊毒；肾失开阖，浊毒内蕴及三焦不利，清浊相溷，郁而酿生内毒。

5 治法

各医家对痛风性关节炎的病因病机认识不同，临证治疗本病的经验及常用的方法各异，归纳大致可分内治法、外治法和综合疗法三种。

5.1 内治法

众多医家结合痛风性关节炎发作时间的临床特点，以分期分型论治，如林昌松教授^[6]治疗痛风性关节炎分急性期和缓解期。急性期为湿热痹阻，治宜清热利湿，通络止痛，采用四妙散加味(土茯苓、萆薢、薏苡仁各30g，车前子20g，牛膝18g，黄柏、苍术、浙贝母、泽泻、泽兰各15g，甘草6g)结合局部外敷具有清热解毒，消肿止痛的双柏散(黄柏、大黄、泽兰、薄荷、侧柏叶)。缓解期分为4型：①肝肾亏虚型，治宜益肝肾，强壮筋骨，选用独活寄

生汤加减(桑寄生、七叶莲、土茯苓、萆薢、宽筋藤各30g，续断、浙贝母各15g，牛膝、杜仲各12g，独活、甘草10g)。②脾胃亏虚型，治宜调理脾胃，用半夏泻心汤加减(太子参、海螵蛸各30g，浙贝母15g，法半夏、黄芩、白术各10g，干姜、甘草各6g，黄连5g)。③寒热错杂型，治宜寒热平调，处予桂枝芍药知母汤加减(白芍、白术、茯苓、宽筋藤各15g，桂枝、知母、姜黄各10g，甘草6g)。④瘀血阻络型，治宜活血化瘀，方用《金匱》桂枝茯苓丸加减(茯苓15g，桃仁12g，桂枝、红花、牡丹皮、当归、白芍各10g，甘草6g)

冯兴华老中医^[11]将痛风性关节炎分为3期：①急性期，治以清热利湿，解毒祛瘀，方选当归拈痛汤合四妙丸加味。②间歇期，治以益气健脾，化湿通利，方选四君子汤加味。③慢性期，治以健脾益肾，化浊排毒，方用四君子汤合肾气丸加味。

孟祥震^[12]将本病分为3期：①前期多为湿浊内蕴，治疗以健脾理脾为主，选用党参、白术、茯苓、山药、薏苡仁、砂仁、黄芪、甘草、土茯苓、萆薢，使内环境得以调和。②急性期多湿热和瘀血，在健脾运湿的基础上，重视除湿、清热、祛瘀，选用黄柏、苍术、薏苡仁、川牛膝、土茯苓、虎仗、赤芍、泽泻、泽兰、延胡索、藿香、佩兰等。③缓解期主要表现为脾肾亏虚或兼有余热，此期重视补益脾肾，正本清源，以防痰湿浊瘀。治疗以健脾补肾、益气清热为主，兼见痛风石时，考虑有痰浊留恋，予以化痰通络为主，选用薏苡仁、白术、茯苓、山药、吴茱萸、党参、黄芪、熟地黄、陈皮、胆南星、白芥子等。

崔晓军^[13]将本病分为5型：①湿热痹阻型，治宜清热利湿，通络止痛，选用四妙白虎汤加减。②风寒湿痹型，治宜祛风散寒，除湿通络，选用桂枝乌头汤加减。③痰瘀阻滞型，治宜化痰散结，活血通络，选用二陈桃红饮加减。④脾肾阳虚型，治宜健脾益肾，温阳散寒，选用附子理中汤加减。⑤肝肾阴

虚型，治宜补肝益肾，祛风除湿，选用独活寄生汤加减。

5.2 外治疗法

5.2.1 中药外治

中医治疗痛风性关节炎使用的方法多样，除了方药外，尚有药膏外敷、药液熏蒸、浸泡、外洗等，虽然治法和剂型的不同，但药物可通过皮肤渗透达患处，快捷起效，吸收稳定，作用持久，疗效确切，且无明显毒副作用。

张辉^[14]使用清消止痛散(大黄、苍术、黄柏、忍冬藤、怀牛膝)外敷治疗痛风性关节炎50例。结果：痊愈21例，显效26例，无效3例，总有效率94%。

徐慧^[15]选用熏洗剂治疗本病20例(汉防己、龙胆草、黄柏、生大黄、芒硝等18味)，热气熏及药液再浸泡患处。结果：痊愈6例，显效12例，有效2例，总有效率100%。

钱小强^[16]采用青敷膏(青黛、生大黄、生半夏、生南星、生川乌、生草乌各30g、川月石210g、风化硝、大贝母各60g、天花粉90g)治疗本病43例，用上述药末与凡士林以1:4的比例调匀成膏敷于患处。结果：38例痊愈，好转5例。总有效率100%。

陈廷生^[17]以熏蒸、外洗法(防风、独活、当归、红花、白芷、延胡索、川芎、威灵仙、大黄、山栀子、生地黄)诸药各等分研末，治疗128例。结果：治愈69例，显效33例，有效19例，无效7例，总有效率94.5%。

5.2.2 针灸外治

针灸外治包括使用毫针刺、火针、电疗仪、拔火罐等，其中针刺放血，其具有泄热解毒，活血祛瘀之效，可令气血通行，使邪气随血外出，正气随瘀血出而被激发，达到血行气通、气血调和的目的。正如《黄帝内经》中记载：“血有余，则泻其盛经出其血”“宛陈则除之，出恶血也。”

旷秋和^[18]采用火针点刺法治疗痛风性关节炎40例。在患处有充盈、青紫的络脉，火针点刺直至出血，每次总出血量控制在30~50ml之间。结果：治愈26例，有效13例，无效1例。

易姣君^[19]以局部选穴为主，发于足趾者取太冲、太白、行间等；发于膝关节者取双膝眼、阳陵泉、血海等；发于踝关节者取解溪、三阴交、丘墟等，点刺穴位后出针，出血量10ml。30例中治愈18例，好转11例，无效1例。

闰滨等^[20]采用针刺配合电疗仪治疗本病，取犊鼻、足三里、阿是穴等，配合疏密波，治疗有效率达97.5%。

覃丽^[21]采用刺络放血结合电针，选取外关、合谷、血海、阳陵泉、足三里、三阴交、太溪、太冲、阿是穴为主穴，患处关节周围穴位为配穴电针治疗，连续波刺激，留针30分钟，出针后在患处刺络放血再拔火罐，若红肿处不宜拔火罐，则挤出瘀血。结果显示：治疗组总有效率为88.0%，优于常规内科治疗对照组的68.0%。

5.3 综合疗法

不论针药结合应用还是内服外敷或熏洗联用，都是整体与局部的统一，有益于更好的发挥疗效。

吴鹰^[22]采用内服痛风活血止痛汤加减(川牛膝、车前子、生石膏各30g，土茯苓、生苡仁、桑枝各20g，生地黄、当归、黄柏、萆薢、泽泻、威灵仙各15g，桃仁、红花、赤芍、地龙、千年健、追地风各12g，甘草6g)及具有清热除湿，活血通络止痛的熏洗方(金钱草、桑枝各20g，苦参、黄柏、土茯苓、牛膝、海桐皮、海风藤、透骨草、桃仁、红花、川芎各15g，大黄、皂角刺、白蒺藜、虎仗各10g)治疗32例患者。结果：痊愈28例，好转2例，无效2例，总有效率93.7%。

王文兵^[23]使用三棱针点刺病灶出血，配合内服中药四妙散加减治疗80例患者。结果：痊

愈65例，好转13例，总有效率达97%。

王健^[24]治疗58例急性痛风性关节炎，采用内服中药四妙散加味(黄柏、薏苡仁、萆薢、土茯苓各15g，苍术、秦艽各12g、山慈姑、牡丹皮各10g，川牛膝、大黄、甘草各6g)配合黄连膏(黄连、黄柏、黄芩、大黄等)和歧黄膏(扶蓉花叶、重楼、山梔子、野菊花、姜黄、泽兰等)外敷。结果：显效56例，有效2例，总有效率达100%。

张园等^[25]用三棱针点刺阿是穴(疼痛最严重处)或穴位上的瘀络，出血后在出血处即刻拔火罐，配合中药四黄水蜜(大黄、黄连、黄芩、黄柏、蜂蜜)外敷，治疗102例患者。结果：痊愈81例，显效15例，有效2例，总有效率96.1%。

综上所述，痛风性关节炎的中医病因病机复杂，多为过食高粱厚味，导致脾失运化、肾失分泌清浊之功，湿热浊毒内生，或为先天禀赋不足，外感风、寒、湿之邪，日久郁而化热，凝滞为痰，湿热痰浊痹阻经络，气血不畅，久则毒瘀互结内伏，流注于骨节筋膜之间，不通则痛。正如《外台秘要》所言：“热毒气从脏腑中出，攻于手足，则赤热肿痛也，人五脏六腑并荣输，皆出于手足指，故此毒从内而生，攻于手足也。”

治疗方面，现代临床医家汲取前人经验的基础上，对痛风性关节炎的研究不断深入，结合自己多年临床实践，采取多种方式治疗痛风性关节炎效果显着。临床上常将内服、外治，与针灸配合使用进行治疗，在改善痛风性关节炎的症状及缓解病情方面具有明显的优势，疗效肯定，且有较高安全性，值得临床推广应用。

6 预防与调护

控制饮食是痛风性关节炎病患以减少嘌呤吸收的重要方法之一，如严格戒酒，尤其啤酒；少食油腻或甚至不吃嘌呤高的食物如

虾、螃蟹等海鲜，动物内脏，浓肉汤、菠菜，豆类等；适量饮水以促使尿酸排泄；肥胖者应积极瘦身，以减轻疼痛部位的负担。其次，注意肢体保暖，避风寒湿入侵和避免过劳，以防耗伤人体阳气。对于已经发生的痛风患者，则应该积极治疗。

7 验案

雷xx，男，62岁，2017年1月9日初诊

主诉：左侧第一跖趾关节内侧红肿胀痛2周，2周前参加喜宴，与人干杯数轮，半夜左侧第一跖趾关节剧痛，难于穿鞋。看西医2次，左第一跖趾肿痛未愈，而遂求中医诊治。

刻顷：观其患处第一跖趾内侧关节红肿，触之硬灼热，拒按，舌质红，苔黄腻，脉弦。曾患尿酸史，服西药而愈。但此次看2次西医服西药，第一跖趾内侧肿痛未消。

证属：湿热痹阻

治宜：健脾利湿、清热活血、消肿止痛

处方：阴陵泉、三阴交、太冲、陷谷、痛点处刺络放血

治疗期间并嘱咐患者避免饮酒，饮食清淡，适量休息。

二诊(2017年1月13日)：第一跖趾关节疼痛减轻，局部肿块缩小质软，触之微灼热。舌质红，苔薄白腻，脉弦。患者要求不针而服中药，处予：当归拈痛汤5g、土茯苓、川牛膝各1g、绵萆薢0.5g、4天颗粒剂，早晚2次，每日1剂。

三诊(2017年1月17日)：第一跖趾关节已不觉得疼痛，关节活动如常，局部也无红肿，硬块消失。舌质淡红，苔薄白，脉细弦。不给药，嘱咐患者适量饮水，戒酒，强调限制高粱厚味摄入的重要性，重在预防。

按：由于患者饮食不节，恣食肥甘厚味，饮酒过度，致使湿热内蕴，脾运失职，升清降浊无权，水谷不归正化，滞留于经络、关节，气血郁滞不通，以致局部红肿灼热，关节疼痛

不能屈伸。正所谓“诸湿肿满，皆属于脾”。又湿邪重浊黏腻，“伤于湿者，下先受之。”再从经络的循行，痛风好发于足第一跖趾关节，恰为足太阴脾经所过之处。

针刺阴陵泉其为脾经之合穴，也是治湿要穴。《针灸甲乙经》记载：“足下热胫痛，不能久立，湿痹不能行，三阴交主之”。两穴配合可健脾利湿，化痰消肿；太冲为肝经之原穴、输穴，其能调三焦之气血，是治热证、痛证之要穴。痛风性关节炎的疼痛部位在骨节筋膜间，陷谷为输穴，根据“输”主体重节痛。

《灵枢·小针解》所言：“菀陈则除之者，去血脉也”，因此，在疼痛部位刺络放血，能促进局部血液循环，使堆积于关节的代谢废物排出体外，以缓解局部的红肿热痛。

二诊 选用当归拈痛汤其是著名“金元四大家”之一易水学派鼻祖张元素所创，功善分消湿热、宣通气血、和畅经络，为治“湿热疼痛的圣方”。张元素：“经云：湿淫于内，治以苦温，羌活苦辛，透利关节而胜湿；防风甘辛，温散经络中留湿，故以为君。水性润下，以升麻、葛根苦辛平，味之薄者，阴中之阳，引而上行，以苦发之也。白术苦甘温，和中除湿；苍术体轻浮，气力雄壮，能去皮肤腠理之湿，故以为臣。血壅而不流则痛，以当归身辛温以散之，使气血各有所归。党参、甘草甘平，补脾养正气，使苦药不伤胃。仲景云：湿热相合，肢节烦痛。苦参、黄芩、知母、茵陈者，乃苦以泄之也。治湿不利小便，非其治也，猪苓甘温平、泽泻咸平，淡以渗之，又能导其留饮，故以为佐。气味相合，上下分消其湿气，使壅滞之气血得以宣通。^[26]”方中加入土茯苓味甘澹性平，其具有除湿解毒、通利关节之效；绵萆薢味苦性平，善利湿去浊，祛风除痹。名中医朱良春^[27]常用土茯苓、萆薢以降低血尿酸确有疗效。川牛膝可补肝肾，强筋骨，活血化瘀，利尿通淋，引药下行的作用。本例采用刺络放血和中药内服治疗痛风性关节炎疗效显著。

参考文献

- [1] 石瑞舫.路志正治疗痛风痹经验[J].湖北中医, 2011, 33(7): 965-966
- [2] 田华, 顾冬梅.朱良春教授治疗痛风性关节炎经验介绍[J].新中医, 2010, 42(9): 132-133
- [3] 王海南, 刘宏潇, 樊蕾, 等.痰瘀论治痛风的临证体会[J].北京中医药, 2011, 30(12): 909-911
- [4] 李华南, 刘峰, 涂宏, 等.邓运明治疗痛风性关节炎经验[J].广州中医药大学学报, 2013, 30(6): 922-923
- [5] 杨保林, 丁岗.芪桂痛风舒颗粒治疗痛风性关节炎16例疗效观察[J].中国中医杂志, 2013, 38(2): 276-277
- [6] 姬森国, 徐强, 王笑丹, 等.林昌松教授治疗痛风性关节炎经验[J].辽宁中医药大学学报, 2010, 12(8): 138-139
- [7] 张敏敏, 符文彬.从体质特征论治中老年痛风性关节炎[J].广州中医药大学学报, 2013, 30(1): 115-116
- [8] 李靖.朱良春治疗痹证验案2则[J].江苏中医, 2012, 1(10): 51-52
- [9] 王忆黎, 严余明.痛风从毒论治的体会[J].中国中医药报, 2002, 17(6): 364-365
- [10] 考希良.从毒邪角度探讨痛风性关节炎中医病因病机[J].环球中医药, 2011, 4(6): 460-461
- [11] 刘宏潇, 冯兴华.冯兴华分期治疗痛风性关节炎经验[J].中医杂志, 2012, 53(21): 1814-1830
- [12] 王宝娟, 付滨, 孟祥震.孟祥震论治痛风性关节炎经验[J].湖南中医杂志, 2014, 30(8): 34-35
- [13] 崔晓军.浅谈痛风病临床诊治[J].陕西中医, 2012, 33(2): 199-200
- [14] 张辉, 高岚, 肖雷.清消止痛外敷治疗痛风性关节炎50例[J].中国中医药信息杂志, 2009, 16(2): 60
- [15] 徐慧.热痹熏洗剂熏洗治疗急性痛风性湿热痹阻型关节炎20例的临床观察[J].中医药学报, 2010, 38(5): 120
- [16] 钱小强.青敷膏治疗急性痛风性关节炎43例[J].实用中医药杂志, 2005, 21(1): 30
- [17] 陈延生.中药外洗法治疗急性痛风性关节炎128例[J].中医外治杂志, 2008, 17(5): 39-40
- [18] 旷秋和.改良火针治疗急性痛风性关节炎临床疗效观察[J].中国中医急症, 2010, 19(3): 414
- [19] 易姣君, 石鹏.刺血疗法治疗急性痛风性关节炎60例的临床观察[J].按摩与康复医学, 2010, 1(12): 9-10
- [20] 闫滨, 李毛明, 邓一明.电针灸治疗痛风性关节炎70例[J].昆明医学院学报, 2007, 16(1): 117-118
- [21] 覃丽.电针结合刺络放血治疗急性痛风性关节炎的临床观察[J].中国民族民间医药, 2013, (9): 105
- [22] 吴飏.中药内服、外洗治疗痛风性关节炎急性期32例疗效观察[J].山西中医学院学报, 2011, 12(1): 51-52
- [23] 王文兵.刺络放血配合中药内服治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].临床合理用药, 2011, 4(7c): 63
- [24] 王健.中药内服外敷治疗急性痛风性关节炎58例[J].实用中医药杂志, 2011, 27(1): 23-23
- [25] 张园, 魏华.刺络放血联合中药外敷治疗急性痛风性关节炎的临床观察[J].世界中医药, 2012, 7(4): 325-326
- [26] 张元素.脏腑标本寒热虚实用药式[M].北京: 中医古籍出版社, 2005.35~39, 151~152
- [27] 史宇广, 单书健, 等.当代名中医临证精华痹证专辑[M].北京: 中医古籍出版社, 1998.1-11

“医脉薪传讲座系列”学习体会之三

——林光明医师《中医临床辨证思路》

新加坡·陈宝心 陈宇雷 洪秀洁 李贤 柯顺年

4月2日新加坡中医师公会属下中华医药研究院邀请了林光明医师给大家举行了“中医临床辨证思路”讲座。前来听讲座的中医师们有幸分享了林医师四十多年来积累下的部分临床经验，讲座获得了热烈反响。

林医师自幼秉承家庭环境熏陶，后又从医多年，广涉博猎，博采众家之长，对于中医古代医疗学说有特别深入的研究，临床上强调以辨证论治方法诊治病人，并取得良好治疗效果。

以下是我们对林光明医师本次讲座的学习体会。

一、“辨证论治”

讲座中林医师强调中医学术最大特点和精髓就是辨证论治。辨证论治是运用中医学理论辨析有关疾病的资料以确立证候，论证其治则、治法、方药，并付诸实施的思维和实践过程。

辨证的过程，是以脏腑、经络、气血津液、病因等理论为依据，对通过望、闻、问、

切四诊所搜集的症状、体征等资料进行综合分析以此判断疾病的病因病机，确定证候类型。

论治则是根据辨证分析的结果来确定相应的治疗原则和治疗方法。辨证是决定治疗的前提和依据。论治则是治疗疾病的手段和方法。所以辨证论治的过程，实质上是中医学认识疾病和治疗疾病的过程。

中医辨证主要有八纲辨证、病因辨证、气血精液辨证、脏腑辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、六经辨证等。其中八纲辨证是各种辨证的总纲。

八纲辨证归纳为阴、阳、表、里、寒、热、虚、实八类证候，是中医辨证的基本方法，各种辨证的总纲，也是从各种辨证方法的个性中概括出的共性，在诊断疾病过程中，起到执简驭繁，提纳挈领作用。

辨证和论治，是中医理、法、方、药在临床上具体重要的两个环节，两者相互联系，不可分割。辨证是认识疾病，论治是针对病证采取相应的治疗手段和方法。辨证是治疗的前提和依据，论治是辨证的目的是检验辨证正确与否的客观标准。

二、临床诊治

在四诊的基础上，临床看诊首先要辨别的是外感还是内伤，或两者兼有。外感病重在辨别表里寒热，以六经辨证，卫气营血辨证为主，外感病因有风、寒、暑、湿、燥、火六邪；温病，必须运用卫气营血及三焦辨证法则。如抽搐，说明邪入血分；卫气营分同病，提示心肝肾阴受损。内伤杂病，重在辨虚实寒热，以脏腑经络，气血津液辨证为主。辨证中要注意真寒假热，真热假寒。虚虚实实，虚中夹实，如宿疾复感外邪。所有辨证最终都以八纲辨证为纲，而其中主要两个关键为：病邪性质和病变部位。

辨证中不能被表象所迷惑，从而得出错误的结论，造成误治。如从痰色辨寒热。痰色黄或青，一般有热，但老人家顽痰色青成块，未必是热，有时是寒性的。又如肺热壅盛，频频咯出稀痰，虽热盛，但痰还是色白而稀的。

以部位来说，如腹胀，病邪在胃，频频呃逆或暖气，若邪已至大肠，则矢气；少腹痛，则病在下焦。

临床治疗上，中医治疗如同孙子兵法，战术甚多：治疗上有上病治下，下病治上。上法中有以攻为补、以补为攻、攻补兼施、苦寒直折、甘寒育阴、引火归元等。下法中有急下、缓下、润下、清下、热下。急则治其标，缓则治其本，或标本兼治。

三、临床处方用药

林光明医师临床经验方举例：

半夏厚朴汤专治梅核气；葛根汤+银翘散，临床治颈项强痛、解肌有效；藿香正气散理气除胀，匡扶正气；若加上佩兰，芳香化湿，可去除口臭。

归脾汤治月经淋漓不断，气血两虚疗效佳。

甘麦大枣汤：补养安神，治妇人脏躁症。

又能补肝安神，治疗恐惧不敢独卧、肝虚胆怯、心神不安。

对痹症及调理方面：男主气，注重补肾气，用金匱肾气丸、六味地黄丸、知柏地黄汤、左归丸、右归丸等。女主血，务要调气调血、用四物汤、八珍汤、当归四逆汤等。

在遣方用药时，循经加入引经药。临床效果更是立竿见影。

四、临床体会

临床治疗宜以气血辨证为主。气有激发、温煦、防御、统摄、营养作用。血有濡养与化神作用。气与血的关系是气能生血、行血和摄血；血能养气和载气。卫气行于脉外，有防御功能。汗出不止或不出汗，乃卫气功能失调。汗出宜加衣，温暖机体，则汗止，卫气正常运行，以臻固摄卫表之效。下列病例为林师临床验案的体会总结：

1、卫气虚证

【主症】头项疼痛、发热、恶寒、恶风、汗出或伴有胸闷、鼻鸣、干呕、舌质淡、苔薄、脉浮缓。

【病理】卫气具有滋养肌肤，润泽皮毛，启闭汗孔的功能。卫气虚弱，固密于外失司，则易感风寒之邪。风寒侵袭太阳经脉，郁滞不畅则头项疼痛。卫气虚，无力抗邪外出，阳郁于表故发热。卫气虚，不能固表敛汗，故见汗出。风伤于阳，伤于风则恶风。肺主气，司呼吸，开窍于鼻，风邪外袭于肺而肺气不宣，窍道不利，可见胸闷，鼻鸣。肺脉起于中焦，下络大肠，外合皮毛。卫气虚则皮表不固，诸经犯胃故见干呕。卫气虚则血不上荣，故舌淡苔薄，脉浮主表，缓主表虚卫弱。

【治法】解肌祛风，调和营卫

【方药】桂枝汤

桂枝加附子汤：治表虚兼阳虚漏汗证

桂枝去桂加茯苓白术汤：治表虚兼脾虚。

注：桂枝汤服法大有讲究

服药后可啜热粥一碗以助药力。

药后可覆盖衣被，助其汗出。

以遍身热微似有汗为佳，不可令如水淋漓，病必不除。

若病重者，可昼夜给药，连服二，三剂，务期汗出病解。

营卫不和，有如冷气机，制冷剂充足，机器使用时间也不长，缘何冷气不冷呢？空气过滤网不干净，阻碍热风的进入，热风聚集在上，出来的冷风便不冷。调和营卫，就如清洗冷气机的过滤网，清洗后，出来的空气就清新了。大厦装有中央空调，有时维修不当，空气就会混浊，人就觉得昏昏沉沉，这是清阳之气不能上达。

调气血，就是让气的推动功能正常，益气和营。

2、表虚证：卫气受损

【病案】林某，男，青年渔民，体质健壮，夏天汗出未干，潜入海中捕鱼，回家时汗出甚多，自此不论冬夏昼夜，经常自汗出，曾求医服用过玉屏风散及龙牡麻黄根服用，与桂枝汤加黄芪，均疗效不固。经年但体愈虚，皮肤被汗渍呈灰白色，汗孔增大，出汗时肉眼可见。自觉肢端麻木兼头晕。饮食如常，但不能参予劳动。脉浮数，重按无力，口不渴，尿量减少，汗出以下午晚上居多。

此病病机属腠理不固，营卫先和。患者于汗出之际骤然下水，腠理开泄，表虚不固导致营卫不和，卫外失司。毛孔疏松，骤然入水，玄府骤闭，汗不及宣泄，阻于营卫之间，开阖失和。所幸其脏气未伤，而脉仍浮缓，故微发其汗以和营卫。

处方：桂枝梢15克，杭白芍15克，炙甘草5克，大枣7枚，生姜15克

水一碗煎6分，清晨起后服下，嘱片刻再喝热粥一碗以助药力，静卧数小时避风。3天

后复诊，患者全身温暖，四肢舒畅，汗已止，仍照原方加黄芪25克，服法如前，但不啜热粥，连服2剂而愈。

3、气虚血热证：治血先治气

【主症】面色萎黄，倦怠乏力，语音低怯，食欲减退或纳谷不香，身热自汗，胸闷心烦，胁肋疼痛，咳血，衄血，女子月经过多或崩漏，舌质淡，苔薄黄，脉细弱或弦涩。

【病理】脾胃为后天之本，气血化生之源，内营五脏，洒陈六腑，经络皮毛筋肉，四肢百骸，无不受其养。若脾胃气虚不能输布水谷精微，生化之源亏乏，或久病失治，误治，气血不足，机体失养，故面色萎黄，倦怠乏力，语音低怯。情志不遂，肝气郁结犯胃，故食欲减退，纳谷不香。气虚血热，虚阳外越，卫外不固，故身热自汗。《寿世保元》：“夫气有一息之不运，则血有一息之不行”。肝脾气虚，虚则不能帅血而行，郁而化热，热扰胸膈。运血者是气，载气者是血，气行则血行，气弱不能行血，则郁而为热。热郁逼血溢出经外，则咳血，衄血，月经过多或崩漏等症。气虚不能荣舌则舌质淡，虚阳上浮则苔薄黄，脉道失充则脉细弱或弦涩。

【治法】补气凉血

【方药】加味补中益气汤

黄芪10克，甘草5克，人参10克，当归身15克，桔皮15克，升麻5克，柴胡5克，白术15克，丹皮15克，地骨皮25克，黄柏5克，胡黄连20克 水煎服。

4、脾虚气陷尿血证：尿血调脾胃

李东垣的补中益气汤加盐炒黄柏，知母，补气凉血，加味补中益气汤，清骨散。

【病案】胡某，女，28岁，已婚。其脉大而虚，舌质淡，右侧有白苔，面色萎黄，自诉尿血已有6年。自22岁起尿血即反复发作，遇劳尤甚，经西医多次检查，没查到病灶。中医方面，服八正散、小蓟饮子、五苓散等清热利

湿消瘀之剂亦未奏效，终年受病，苦而情怀抑郁，并述劳累，则小腹堕胀而下血。

李东垣云：“劳役过度而损耗元气，即脾胃虚衰，元气不足而心火独盛。心火者，阴火也，起于下焦，其系系于心，心不令主，相火代之，相火下焦包络之火，元气之贼也。火与元气不能两立。一胜则一负，脾胃气虚则下流于肝肾。”肾受邪则必影响膀胱，所以见尿血之症。现已患病6年不愈，久病入络脉虚大且脸色萎黄，舌质淡，右侧苔白显示血虚气弱，无力运化中州。尿血为病久标脾气下陷、气虚血热为病本。但林师而健其脾胃，因此，患者无下出血。

5、营气虚证：

人参养荣汤治妇女更年期皮肤瘙痒证。

血虚生风，营气虚，人参养荣丸主之。

眩晕，脚踩棉花：补中益气汤；偏阴虚，加知柏地黄丸

【主症】头晕，心悸，全身乏力，口唇色淡，失眠健忘，筋脉挛急，皮肤干燥，头发枯焦，舌淡

【病理】血之轻清者为营，营与血异而同类。脾有生化和储藏营气之功能。若营气虚则脾气弱，脾失其升发清阳之职则头晕。心主血，营气能生血养心，故营虚则心悸。营气亏虚，五脏六腑，四肢百骸失养故见全身乏力，营生血，血色红，心主血。血舍神，营虚血少，神不守舍，故失眠健忘。肝藏血，又主筋，肝失营润则筋脉挛急。肺主皮毛，肺失营运则见皮肤干燥。肾主骨，其华在发，肾虚则营血亏损而不能上濡其发，故见发枯焦而无光泽，营气不足，不能泌其津液上荣于舌则舌质淡，又不能注之于脉，则脉虚弱。

【治法】益气养营

【方药】人参养荣汤

人参10克，白术15克，茯苓10克，熟地15克，甘草10克，当归15克，白芍10克，黄芪30克，生姜10克，肉桂5克，五味子15克，

陈皮10克，远志10克，大枣7枚，水煎服，每日一剂。

6、营虚不眠，养血治本

【病案】陈某，男，42岁，初诊，失眠，彻夜不能合眼，身疲怯寒，脉象虚细。舌淡苔薄白。斯证乃营血亏虚，立益气养荣之法。方用人参养荣汤治之。服方3剂，即能入睡，而且能睡4-5小时，复诊以人参养荣丸与之，继续巩固及推展疗效。

五、林师治瘀血证的临床体会

瘀血是指体内血液停积而形成的病理产物。瘀血既是疾病过程中形成的病理产物，又是具有致病作用的死血。

- 一切不治之症，不善去瘀之故。
- 顽固性疾病，必须考虑到瘀，久病必瘀。
- 膝盖撞伤，手肘撞伤，瘀血在某些组织滞留不易排出，必须祛瘀。
- 血寒：温经，可用艾叶。
- 血热：热入营血，血热互结，可使血液因之而蓄结，血液粘滞。
- 各种出血，外伤瘀血不去，新血不生。

不寐之证，可寻找瘀血的蛛丝马迹。瘀血内热，上犯心神，夜不成寐。

【病案】雷某，57岁。初次来诊。自谓从瘀论治，可获奇效。2年来夜不成寐，并有胸闷、口干、大便习惯性便秘。曾求西医论治。中医方面服用过归脾汤、养心汤、天王补心丹等方药，未见效。忆及王清任《医林改错》曾云：“一切不治之症总由不善祛瘀之故”，失眠两年，尝遍养生安神方剂，独缺考虑祛瘀。此患者其体征虽无明显瘀血，然细不难寻觅。如瘀在膈上，患者虽无胸中刺痛、痛有定处之诉，然有瘀血阻碍气机，痛之渐症——“胸

闷”可征；加之口干，显为瘀在膈上，气不得通，不能载水津上升，是以发渴，故可视为血渴。瘀不在膈下，谷物大便色黑易解之状。瘀在膈上既明，加以内热与之狼狈为奸，上犯心神，必变生夜不成寐之症。此病作瘀血论治，方用血腑逐瘀汤，治胸中血腑血瘀之症。患者服方1剂略见功效，服方5剂，能酣然入眠。堪谓血瘀论治，出奇制胜。

热邪郁在胸膈，出现心中懊憹，栀子豉汤尤佳；若有胸中痛，乳房旁叩痛，这是胸膈有瘀，血府逐瘀汤疗效佳。

六、注意同类方剂的细微差别，对症下药

《景岳全书》如左归饮治脑鸣，肾水不足。左归饮与六味地黄丸《小儿药证直诀》的比较：左归饮补而不泄；六味地黄汤三补三泻。

左归饮的组成有熟地6-10克或加重至30-60克，山药6克，枸杞6克，茯苓6克，山茱萸3-6克，（胃酸者少用之），炙甘草3克。因适量用熟地，以免碍脾。

用法：水二盅，煎七分，食远服

左归饮主治：真阴不足证。腰酸遗泄、盗汗，头眩，口燥唇干，舌尖红。脉弦细而数。

分解：本方适宜于肾阴不足的证候。《素问·六节脏象论》说“肾者主蛰，封藏之本，精之处也。”故遗精当首先考虑肾脏虚损，精关不固外，相火妄动，亦为影响肾脏封藏不密的原因。正如朱丹溪所说：“主闭藏者，肾也；主疏泄者，肝也。二者皆有相火，而其系上出于心，心君火也，惟物所感则易动，心动则相火亦动，动者精自走，相火翕然而起，虽不交会亦暗流而疏泄矣。”此证多因青年早婚或恣情纵欲，暗耗真阴，阴虚不能制阳，致使相火妄动，封藏失职而遗泄。其余证状，则为肾阴不足的客观反映。

六味地黄丸主治：肝肾阴虚证，腰膝酸

软、头晕目眩、耳鸣耳聋、盗汗遗精、舌燥咽痛、舌红少苔、脉沉细数。

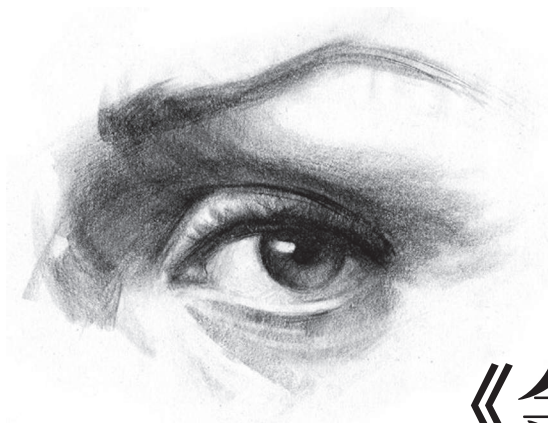
方解：方中熟地，枸杞滋补肝肾之阴，山茱萸收敛相火，三药同用，一滋不足的肾阴，一敛浮动的相火以调理阴阳，使其阴平阳秘。辅以山药，茯苓，炙甘草补气健脾，俾脾气健运才能化生精微以养先天。对于肾阴不足的证候，可用本方补肾滋阴。

两方比较：左归饮即六味地黄丸减丹皮，泽泻加枸杞，炙甘草而成，两方相较：六味地黄丸于补于泻，适用于阴虚火旺之证。左归饮为纯甘壮水之剂，着眼于虚，故无丹皮之凉，泽泻之泻，偏虚的宜用本方，偏阴虚火旺的宜用六味地黄丸，尤盛者，则宜用知柏地黄丸。

七、结语

此次讲座让我等更加坚定临床只有坚持辨证论治，根据病变的部位，性质，病情的虚实，盛衰，因证立法，依法选方，随方遣药，真正贯彻理，法，方药的基本步骤，才能得心应手。明确主证，辨出特性，照顾兼证，主证兼证必须统筹兼顾。得出的结论要反复思考，推敲病患身上的全部症状，如有矛盾的地方要再次认真分析，一定要切中病机，这样才能做到治病求本。

我等非常感激林光明医师毫无保留地将他的经验倾囊而出，林医师的讲座坚定并丰富了我等对中医治病的理念。



《金匱要略》给予 治疗眼科白塞病的提示

新加坡·林秋霞

白塞病，是眼科重症之一，也是Behcet病的直接翻译。是一种以葡萄膜炎、口腔溃疡、皮肤损害和生殖器溃疡为特征的多系统发炎受累的疾病，又称眼-口-生殖器综合征。本病多发于青壮年，男性为多，一般双眼同时发病，常因葡萄膜炎反复发作而导致失明，为目前眼科界棘手疾病之一。

白塞病主要发生于远东、中东和地中海沿岸的一些国家，也是目前新加坡葡萄膜炎中常见的类型。以西医的角度理解，白塞病的病因与细菌、疱疹病毒感染有关，主要通过诱发自身免疫系统反应而致病。

白塞病的临床表现如下：

1、眼部损害：表现为反复发作的全葡萄膜炎，呈非肉芽肿性，约25%出现前房积脓。典型的眼底改变为视网膜炎、视网膜血管炎，

以及后期出现的视网膜血管闭塞。常见的并发症为并发性白内障，继发性青光眼、增殖性视网膜病变和视神经萎缩。

2、口腔溃疡：为多发性，反复发作，疼痛明显，一般持续7—14天。

3、皮肤损害：呈多形性改变，主要表现为结节性红斑、痤疮(暗疮)样皮疹、溃疡性皮炎、脓肿等。针刺处出现结节和疱疹(皮肤过敏反应性呈阳性反应)是此病的特征性改变。

4、生殖器溃疡：为疼痛性，愈合后可遗留瘢痕。

5、其他：尚可出现关节红肿、血栓性静脉炎、神经系统损害、消化道溃疡、附睾炎等。

有关白塞病的诊断：

目前国际上常用的诊断标准，为日本

Behcet病研究会和国际Behcet病研究组制定。日本Behcet病研究会将患者分为完全型和不完全型:

1、完全型: 出现反复发作的葡萄膜炎、多发性口腔溃疡、多形性皮肤病变和生殖器溃疡的4种主要临床主症;

2、不完全型: 出现3种临床主症或2种主症及其他一些病变。

国际葡萄膜炎研究组的标准为:

1) 复发性口腔溃疡(1年内至少复发3次);

2) 下面四项中出现两项即可确诊:

a) 复发性生殖器溃疡或生殖器瘢痕

b) 眼部损害(前葡萄膜炎、后葡萄膜炎、玻璃体内细胞或视网膜血管炎);

c) 皮肤损害(结节性红斑、假毛囊炎或脓丘疹或出现有如发育期前后的痤疮(暗疮)样结节;

d) 皮肤过敏性呈现阳性反应

Behcet病的常规西医治疗,一般都采用口服激素、免疫抑制剂为多,但效果一般不理想,激素及免疫抑制剂服用一段时间后便产生抗药性,当激素及免疫抑制剂不能压抑此病所产生的一系列炎症反应后,医生会建议病人静脉注射干扰素(interferon)。干扰素是目前西医眼科界认为当激素及免疫抑制剂的使用无效之后,它也许是治疗眼部疱疹病毒的灵丹妙药,除了抗病毒有效之外,也可以提高机体的免疫能力。

目前医学界对干扰素的使用仍采取观望态度,因为许多研究显示干扰素的使用不见其利,弊端却不少,对人体的肝肾功能、血常规都产生很大的破坏。假设炎症被干扰素控制之后,却带来了对人体更大破坏更多系统的损害受累,甚至机体生命都有危险的状况,那么患上白塞病葡萄膜炎的病人要何去何从?

中医经典《金匱要略》在2000多年前已经,将此病归属于“狐惑病”,该章节中说“狐惑之为病,状如伤寒,默默欲眠,目不得闭,卧起不安,蚀于喉为惑,蚀于阴为

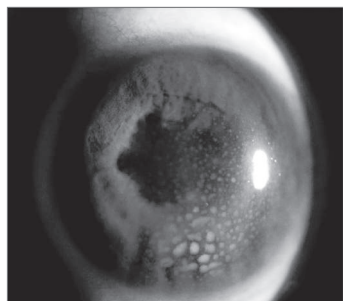
狐。”又说:“初得之三、四日,目亦如鸠眼。七、八日,目四眦黑”其病因主要为湿热蓄毒所致,湿热蓄毒充斥上下,故见多系统受累。肝开窍于目,湿热蓄毒循肝经上泛,故出现眼部损害。

中国大多数的中医眼科专家都遵循《金匱要略》给予的方向,让患上白塞病葡萄膜炎病患见到了一丝曙光。大多数专家们认为本病眼部所见属列中医眼科的“瞳神干缺”(葡萄膜炎),同时伴有口疮舌糜、阴部糜烂等症,其症较为严重,常反复发作,最后每导致失明。该病既然与狐惑病类似,病因是热毒内攻,湿热熏蒸,病灶应心脾肝肾四脏。

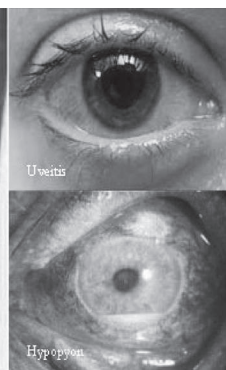
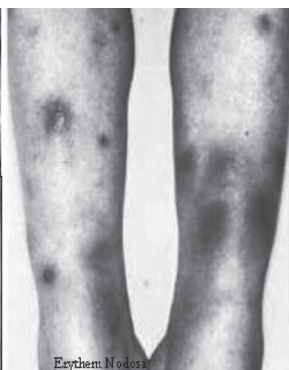
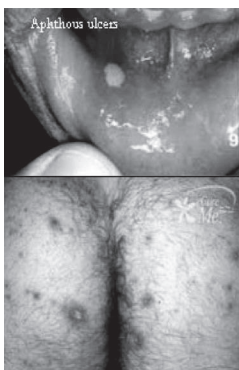
诸痛痒疮,皆属于心;诸湿肿满,皆属于脾。心主血,脾主肉。血热而内湿,湿热相合,热毒下传,入肝经而生阴疮,入脾经而生肉疮,入心经而致舌糜,入肾经而致瞳神干缺,其病浸淫不休,溃败肌肤,后果堪忧。如果辨证是湿热流注,心脾肝肾受邪,方为首选龙胆泻肝汤加苍术、薏苡仁等,以加强清热利湿的作用。若病人并感胸闷,皆因湿困、气机不利,则治以利气化湿法,首选方为霍朴四苓散加减,一般可以取效。

白塞病患者一般依常规治疗都以服用激素及免疫抑制剂控制全身炎症,但患者病久成虚,加之长期所用的激素及免疫抑制剂皆属中医苦寒之物,长期服用会严重影响阳气,造成病人免疫能力严重下降,加剧自动免疫功能的紊乱,突发更多的炎性病变。此类病人通常会有腰膝酸软、畏寒肢冷、腹胀不适、脉沉或细、舌胖。有医家认为此时该用甘温除热法,用锁阳、仙灵脾、巴戟天等药物补气补阳,化解激素及免疫抑制剂所带来的苦寒伤阴的破坏,同时以苍术、薏苡仁、陈皮化湿除邪,等病情稳定后可用右归丸调治。

上述的遣方药也提示,白塞病不尽是阴虚火旺,也有阳虚湿滞者。根据舌脉等体征若是虚寒之象,所谓的眼红、口腔溃疡、阴部溃疡并非湿热、而是假热证,临床应细辨。



左图显示白塞病葡萄膜炎前节最常见到的瞳孔粘连(瞳孔干缺, 瞳孔不圆及产生不规则形状)角膜上见有KP(角膜后壁上沉着的白细胞), 显示葡萄膜炎炎症的发生



白塞病除了眼睛葡萄膜炎之外, 身体其他部分也会发生炎症。是眼-口-生殖器炎症综合症的自动免疫能力紊乱的一种疾病。

目前中国的中医眼科专家们都采用中西医结合的方法来治疗白塞病。大多数专家们认可清利湿热为主的治疗方向。白塞病既然是湿热火毒蕴伏于体内之病, 当然是以清解法为主, 即以清热利湿排毒解毒。美岳中教授曾明确指出“狐惑病是温热性类的病, 治疗如果不得法, 邪毒无从发泄, 自寻出路, 转为重症”, 必须排毒, 使邪有出路。出路不外乎前后二阴, 利小便, 除湿毒, 使湿祛热孤; 通肠腑, 泻浊毒, 釜底抽薪。目前中医眼科治疗白塞病方向所达到的共识如下:

1、发作期, 首先应阻断邪毒对抗机体的损害为主, 多选清热解毒之品。如生甘草、金银花、野菊花、夏枯草、柴胡、黄连、黄芩等。

2、缓解期, 应以调理脏腑为主, 并少佐清热解毒之品, 多选用四君子汤、生脉散、六味地黄汤等健脾益肾, 益气养阴为主, 使脏腑协调, 毒无以生。

白塞病多反复发作, 迁延日久, 湿热蓄毒易入络夹瘀, 故在清利肝胆湿热时应注意凉血化瘀。在常规激素治疗的同时, 配合中药治疗, 急性期有利于迅速控制症状, 提高疗效; 缓解期有利于减少激素用量, 使激素

尽快撤减。

中华医院眼科组成立近10年, 接待葡萄膜炎病人无数, 今报告一特殊白塞病病例, 作为确立《金匱要略》给予我们的治疗思维方向。

罗某, 男, 26岁, 初诊日期2015年4月13日

双眼被西医诊断为白塞病葡萄膜炎三年; 右眼视力6/12(0.5标准视力为6/6, 或1), 左眼视力由于之前葡萄膜炎严重反应被注射类固醇造成第三期白内障。来诊时左眼黄液潜伏, 可见多量细小KP(角膜后壁沉着白细胞), 房闪(flares), 瞳孔粘连变形(瞳孔干缺), 左眼前节炎症明显, 后节玻璃体混浊, 部分视网膜静脉扩张。右眼视物模糊, 视力因长期点滴类固醇抗炎药物而患有早期白内障, 故视力也有损害, 只有6/12或0.5视力。特征有: 口腔溃疡、生殖器溃疡、手冷多汗、舌红、唇红如胭脂、脉弦细, 满脸布满大小痤疮。大小便纳可, 眠差, 通常无法入睡或睡后惊醒多次。

诊断: 白塞病眼-口-生殖器溃疡综合征; 双眼葡萄膜炎, 左眼玻璃体混浊、视网膜静脉炎。

来诊时病人告知已患病三年, 反复发作频繁, 常规治疗激素及免疫抑制药物已经开始失

效。目前西医考虑静脉注射干扰素为最后方案，但病人质疑干扰素是否能有效抗炎，但肝肾功能损害却是肯定的，故一直拖延治疗，之后被医生告知“若拒绝最后的干扰素治疗方案就等于失明”。病人感到彷徨无措，终于辗转前来求助于中医眼科。

初诊根据《金匱要略》给予此病的“湿热壅遏，化毒上炎”方向，考虑到病人三年采用的苦寒西药激素及免疫抑制剂，严重伤及阴分，唇红舌红如胭脂已经提示机体阴虚火旺，加上喉痛、口腔溃疡等反复发作，无不提示内热已经从实转虚。故清热解毒之余，也考虑采用健脾渗湿之法以化浊通脉，方药采取加减养阴清热汤为主。用生地黄30g，天花粉15g、知母10g、黄柏10g、芦根30g、枳壳10g、柴胡10g、金银花30g、防风10g、荆芥10g、白术10g、当归10g、生甘草6g，水煎服，每天一剂。

病人每周前来复诊调药。50剂后，双眼红退，左眼黄液消失，瞳孔粘连减退，玻璃体混浊及视网膜静脉炎减少。

病人治疗一年后病情稳定，炎性反应没有反复发作，医者劝请病人考虑左眼动白内障手术让左眼恢复视力，但病人因婚事而延长手术治疗。

病人于2017年2月完成婚礼后，6月接受左眼白内障手术。一个月后复诊，左眼终于从手动视力恢复到6/9(0.7)的视力。

病人在面对失明威胁的情况下接受中医治疗，无论是医者及病患都倍感压力，但本着数千年医史的记载及中医眼科专家们的研究心得与传承，当面临这种奇难杂症的眼科疾病中，中医却往往发挥了最大的潜能及最大的优势，病人的积极配合治疗，药不间断，坚持到底也是奏效的最大因素，最后终于重见光明。这对医者病人，都是一种莫大的安慰与鼓励，谨藉此鼓励通道，中医治疗的根本，永远在于治病并助人，一个信医并配合的病人，药效3分也可能会变成10分，病人对医师的信任重托，

促成医师想尽办法，扭转乾坤也是病情逆转的最大因素，这也是中西医治疗最大的不同点，值得我们借着这种医患连成一体对抗重症的模式。

巨刺法配合挠场仪治疗 早期肩周炎的临床疗效观察

新加坡·刘永红

【摘要】目的 探讨巨刺法配合挠场仪在治疗早期肩周炎的临床疗效及其可靠性。方法：将符合肩周炎诊断标准的60例患者，随机分为治疗组和对照组各30例。完成一个疗程后评定疗效，疗效根据肩关节功能评价量表来评定。结果：(1)两组经统计学处理，治疗前两组的疼痛、肩关节活动范围、日常生活活动能力差异无显著性意义($P>0.05$)，两组具有可比性。治疗后两组间比较差异无显著性意义($P>0.05$)。(2)治疗组的治愈率与对照组的治愈率差异有显著性意义($P<0.01$)。结论：巨刺法配合挠场仪治疗早期肩周炎疗效确切，可有效缓解肩关节疼痛，改善肩关节功能，值得临床推广。

【关键词】：肩周炎 巨刺法 普通针刺法 挠场仪

肩周炎^[1]属于中医学“痹病”范畴中的“肩痹”，又称漏肩风、冻结肩、凝肩。因多发于50岁前后，故又称五十肩。在古今中外中医文献中尚有“肩胛周痹”、“肩痛”、“锁肩风”、“肩不举”，等不同名称。中医学认为本病是由于体虚，导致卫外不固，风寒湿邪乘虚而入，邪侵经络致使肩部气血运行不畅，引起以肩部疼痛或伴肩关节活动功能障碍为主要临床表现的病症。

目前，尚缺乏有关普通人群中肩周炎流行病学的研究报导。国外初步研究发现，肩周炎好发于40-70岁的中老年人，患病率占2-5%的普通人群，女性较男性多见，左右无明显差异^[2]大约有10%的肩周炎患者在第一次患病的5年内，对侧肩关节也会再次患肩周炎。根据肩周炎的发病特点，可以分为原发性和继发性两类。原发性肩周炎又称为特发性肩周炎，尚未发现明确病因。继发性肩周炎指的是继发于患侧上肢创伤和手术之后的肩痛和关节僵硬。鉴别原发性或继发性肩周炎对于选择合

理的治疗方式，至关重要。最常见的与肩周炎相混淆的疾病有“肩关节周围撞击症”、“肩袖损伤”、“关节盂唇损伤”等、已有研究显示，肩痛患者中50岁以上老年人中肩袖损伤的比例高达23%^[3]。

本课题拟对巨刺法配合挠场仪治疗肩周炎进行临床观察，并对巨刺法与传统普通针刺法对肩周炎的客观疗效进行总结比较，旨在通过本研究对巨刺法对肩周炎的疗效，机理作初步评价及探讨。提出中医针灸治疗肩关节周围炎的新疗法，以提高疗效，缩短疗程，减轻病患的痛苦及经济负担，为临床采用巨刺法治疗肩周炎提供理论依据。现报告如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

本课题研究需要患者人数60例，病例来源于“永红传统中医推拿院”，符合肩周炎中医诊断，发病在三个月内，就诊于2013年

年底到2014年年底，40-70岁的中老年人，根据病人就诊的先后顺序，分为治疗组，对照组，每组各30例。

1.2 诊断标准

肩周炎诊断标准以《中医病症诊断疗效标准》为标准^[4]，主要依靠病人主诉、临床症状和体征。肩周炎的诊断要点如下：

1. 多数是50岁左右的中老年人，多为一侧发病，有时也有两侧同时发病。
2. 可能诱因为肩部或上肢的外伤、慢性劳损、代谢障碍内分泌紊乱、受到寒或缺少运动。
3. 临床表现为肩部周围疼痛，疼痛一般为持续性，以夜间和肩关节活动时为重。
4. 体征是初诊肩部周围可有一到数个较为明确的压痛点。
5. 晚期肩部可出现肌肉萎缩，肩周局部有压痛，活动时出现“抗肩”现象。
6. X线平片检查多为正常，少数可显示骨质疏松等退行性改变。

1.3 纳入标准

1. 符合以上肩周炎诊断标准。
2. 就诊于2013年年底到2014年底的病人，发病在3个月内。
3. 40岁到70岁之间的中老年人，男女均可。
4. 自愿签署知情同意书，并能遵守的病人。

1.4 排除标准

1. 不符合以上纳入标准者。
2. 患者有原发性疾病如：心脑血管疾病、血液病、糖尿病、肿瘤的病人。
3. 肩部皮肤有破损及感染的病人，骨折的病人等等。
4. 40以下，70岁以上的中老年人。

1.5 脱落和剔除标准

1. 工作忙没按要求治疗、有看西医打止痛针、无法判断疗效者。
2. 治疗过程中出现怕针，甚至晕针的病人。
3. 治疗中病人患上其它疾病者，如肩肘部急性外伤者。

1.6 治疗方法

1.6.1 治疗组

巨刺方法

取穴：患者健侧肢体的肩髃、肩髃、肩贞、曲池、合谷、内关。

刺法：肩髃、肩髃、肩贞、曲池、合谷、内关，局部皮肤用75%酒精常规消毒后，用30号50mm长毫针，针刺方向朝向肩关节，进针深度均为1-2寸之间，采用捻转泻法，隔日一次，每次留针40分钟，留针的同时，用挠场仪在患肩局部痛点处照射40分钟，距离皮肤20cm，病人皮肤微红，病人感觉温暖舒服。一个疗程为10次，针刺完毕后让病人进行双肩适当的运动。告诉病人每日做肩部的功能锻炼运动。

针刺用具：采用汉医牌毫针0.30mm X 50mm，一次性无菌针灸针。

疗程：隔日1次，每周3次，10次为1疗程，连续1疗程。疗程结束后评价疗效及指标变化。

1.6.2 对照组

取穴：病人肩痛局部的肩髃、肩髃、肩贞、曲池，合谷，内关。

刺法：肩髃、肩髃、肩贞、合谷、曲池、内关穴，局部皮肤用75%酒精皮肤常规消毒后，用30号50mm长毫针，针刺方向朝向肩关节，进针深度均为1-2寸，用捻转泻法，留针40分钟，留针的同时，配合挠场仪在患肩局部痛点处照射40分钟距离皮肤20cm，病人皮肤微红，病人感觉温暖舒服。隔日针刺

一次，一个疗程为10次，针刺完毕后让病人进行双肩适当的运动。告诉病人每日做肩部的功能锻炼运动。

针刺用具：采用汉医牌毫针0.30mm X 50mm，一次性无菌针灸针。

两组患者疗程相同，均隔日1次，每周3次，10次为1疗程，经过1个疗程治疗结束后进行评价。

1.6.3 观察指标

通过观察患者治疗前、治疗后的临床表现，用肩关节功能评价表^[5]来综合评价疗效。在治疗前，治疗后，进行分别评测，越高的分值，说明肩关节的活动功能愈好(见附表：1)

1.6.4 疗效标准

参照《中医病症诊断与疗效标准》：^[4]

1. 临床治愈：肩关节周围疼痛消失，肩关节功能完全或基本恢复。
2. 临床显效：肩关节周围疼痛基本消失，但偶有不适，肩关节功能基本恢复。
3. 临床有效：肩关节疼痛减轻，活动功能改善。
4. 临床无效：肩部症状没有任何改善。

1.6.5 统计方法

本次研究中所有数据均通过专业的统计软件SPSS 17.0进行统计分析，计量资料均以EMBED Equation.3±s表示，并均通过

秩和检验分析， $P>0.5$ 视为差异无统计学意义， $P<0.5$ 视为差异具有统计学意义。

2. 研究结果

2.1 研究对象治疗前的一般情况

由表2-1示：对照组和治疗组两组患者之间的人数相同，性别、年龄、病程以及患肢的左右均无统计学差异($P>0.05$)。表明两组患者之间具有可比性。

表2-1 两组间资料的比较

分组	人数	男	女	年岁	左	右	病程(月)
治疗组	30	18	12	51.1±7.4	15	15	1.73±0.69
对照组	30	15	15	52.9±7.3	21	9	1.73±0.64

2.2 治疗后两组疗效的对比

由表2-2示：对照组与治疗组患者治疗前的疼痛、肩关节活动范围和活动能力肌力形态以及总分数均无统计学差异($P>0.05$)。提示两组患者之间的肩周炎临床症状具有可比性。两组治疗前后的疼痛、肩关节活动范围和活动能力肌力形态以及总分数均有显著统计学差异($P<0.01$)，提示针刺肩周炎患者的健侧和患侧均能改善其临床症状。两组治疗后的疼痛、肩关节活动范围和活动能力肌力形态以及总分数均无统计学差异($P>0.05$)。提示针刺肩周炎患者的健侧和患侧对其临床症状的改善具有相同的疗效。

表2-2 两组患者治疗前后的积分

组别	n		疼痛 (30)	肩关节活动范围 (25)	活动能力肌力形态 (45)	总分数 (100)
治疗组	30	治疗前	8.00±2.5	13.40±2.3	21±0.00	47.73±4.48
		治疗后	26.00± 4.4**	19.70± 2.1**	31.83 ± 4.1**	85.53± 11.41**
对照组	30	治疗前	8.33±2.40	14.47± 2.78	21.13±0.73	49.4±5.20
		治疗后	24.67±3.46**	19.5± 2.60**	29.9±4.51**	82.67±10.64**

注：两组治疗后疼痛、肩关节活动范围，日常生活活动能力及总分数，与治疗前比较，** $p<0.01$ 。

2.3 治疗后两组疗效率的比较

由表2-3示：两组之间治疗后总有效为100%，说明治疗组针刺肩周炎患者的健侧和对照组针刺患侧均能改善肩周炎的临床症状，而治疗组治愈率与对照组比，具有显著统计学差异，提示针刺患者的健侧比针刺患侧的治愈率要高。

表2-3 治疗后两组的疗效率比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	16**(53.3%)	11(36.7%)	3(10.0%)	0(0%)	100%
对照组	30	6(20%)	19(63.3%)	5(16.7%)	0(0%)	100%

注：两组治疗后疼痛、肩关节活动范围，日常生活活动能力及总分数，与治疗前比较，** $p<0.01$ 。

2.4 随访后以疼痛积分

由表2-4所示：两组患者在治疗后进行随访，随访后的疼痛积分之间无统计学差异($P>0.05$)，提示针刺肩周炎患者的健侧和患侧对治疗后的症状长期改善的效果的无差异。

表2-4 随访后以疼痛积分

组别	n	疼痛积分
治疗组	30	27.00±3.85
对照组	30	25.67±4.09

3. 结果评价

经过1个疗程的临床观察及后期数据处理，本研究比较了巨刺配合挠场仪普通针刺法配合挠场仪对早期肩周炎疗效的影响。下面是具体研究结果及分析：通过对表2-1、表2-2、表2-3、表2-4的分析，我们可以知道：经22天10次1疗程治疗后，巨刺法配合挠场仪和普通针刺法配合挠场仪均可以显著改善早期肩周炎患者的临床症状，均可减轻患者的疼痛和增加肩关节的活动度。巨刺法配合挠场仪治疗早期肩周炎疗效确切，减少了病人痛苦，值得临床推广。

4. 讨论

综上所述，肩周炎的及时治疗尤为重要，大量文献报道，如陈静火针疗法^[6]万俊的温针灸疗法^[7]，阴盛奎的眼针疗法^[8]，高扑香刺血拔罐疗法^[9]肩周炎的治疗方法多种多样，笔者本次研究用巨刺法配合挠场仪治疗肩周炎早期。《灵枢·官针篇》曰：“巨刺者，左取右，右取左。”由于经脉在人体大部分都有左右交会的腧穴，脉气都能左右流通相贯，故左经有病，取右经的腧穴也能治疗，右经有病取左经的腧穴也有效。所以本次研究选取患者健侧肢体的肩髃，肩髃，肩贞，合谷，曲池，内关穴，从巨刺镇痛效应来说，虽然巨刺的概念各医家认识不一，总体上都体现出左病右取，右病左取，左右交叉取穴，以疏通经络，运行气血，从而治愈疾病。解秸萍^[10]经研究认为，“脊髓，脑干网状结构，丘脑非特异性投射系统及大脑皮层是“巨刺”效应产生的重要结构基础，“巨刺”的机制在中枢神经系统是多层次的，其效应的产生是各级中枢整合和相互作用的结果”。多项研究证明巨刺法可以使经气通畅，经络疏通，达到镇痛的作用。本次研究通过针刺(疏通经络)、照射(温经通络)、运动(滑利关节)综合治疗肩周炎病人，疗效好，康复快，病人易接受，值得临床推广。

参考文献

- [1] 王玲玲主编.针灸学临床研究[M].人民卫生出版社,2008,276
- [2] 范振华主编.骨科康复医学[M].上海医科大学出版社,1999,178
- [3] Bunker TD,Anthony PP. J Bone Joint Surg Br, 1995;77 (5):677~683
- [4] 国家中医药管理局.ZY/T001.1-001.9-94.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1944:186-187
- [5] 李海燕,学兵,吴辉.肩关节去年功能评价量表及可靠性研究.中国康复医学杂志,1993,8(5):223
- [6] 陈静.火针疗法治疗粘连型肩周炎123例[J].中国针灸2001.21(5):304
- [7] 万俊.温针灸治疗肩周炎43例[J].湖南中医杂志,2010,9,26(5):56-57
- [8] 阴盛奎.眼针治疗肩周炎90例[J].中国针灸1995.15(1):46
- [9] 高扑香.刺血拔罐治疗肩周炎的护理[J].中医药护理2011(11):120-121
- [10] 解秸萍.巨刺法神经解剖学机制探讨[J].上海针灸杂志,1997,16(2):29

浅析当归四逆汤

新加坡·林丽明

当归四逆汤见于《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》，是由当归、桂枝、芍药、细辛、通草、甘草、大枣组成，功能温经散寒、养血通脉，主治血虚寒凝、手足厥冷、脉细欲绝诸症。

主治症状特征：

- “手足厥寒”；
- 脉证有“脉细欲绝”，“细”乃血虚，脉细欲绝，就是脉细的似有似无的样子，脉细就是血少。应与四逆辈之“脉微欲绝”相别，“微”乃阳虚。

《伤寒论》条辨：

- **原文351：**手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。

当归四逆汤方

当归三两 桂枝三两(去皮) 芍药三两 细辛三两 甘草二两(炙) 通草二两 大枣二十五枚(擘，一法十二枚)

上七味，以水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

- **原文352：**若其人内有久寒者，宜当归四逆加吴茱萸生姜汤。

当归四逆加吴茱萸生姜汤方

当归三两 芍药三两 甘草二两(炙) 通草二两 桂枝三两 细辛三两 生姜半斤(切) 吴茱萸二升 大枣二十五枚(擘)

上九味，以水六升，清酒六升，和煮取五升，去滓，温分五服(一方，水酒各四升)

方解：

方中当归、白芍养血活血；桂枝、细辛温经散寒；甘草、大枣补中益气；通草通利血

脉。同时，白芍配甘草酸甘化阴，可养筋舒络，缓急止痛，再配以细辛，功效更显，可治疗各种血虚受寒，虚实夹杂的疼痛病症。桂枝配甘草辛甘化阳，可温阳祛寒，鼓动血行；细辛辛香走窜，善开结气，宣泄郁滞，善祛脏腑、经络之风寒，为治痹要药，配以通草通络作用倍增。全方七味药，具有发表温中、养血通脉及缓急止痛，通顺血脉的作用。

这里细辛的用量较大，与当归、芍药同，为三两。细辛单用末，不可过钱，服用散剂超量是中毒的关键。药理研究表明细辛中的细辛挥发油确有抑制呼吸中枢和麻痹锥体外系的作用。所以要注意剂型用法，汤剂久煎则过钱无害，本方细辛入水久煎，以水八升，煮取三升，去其毒性，而取其味辛气温，禀阳升之性，辟除风寒湿邪的功效。

郝万山教授以鸡血藤取代通草，共收养血通脉，温通经络之效。

现代研究表明，当归四逆汤有扩张血管、缓解血管平滑肌痉挛、增加血流量、改善末梢循环障碍的作用最为突出；镇痛、抗炎作用亦较显著；并有调节子宫机能，缓解子宫痉挛等多种作用。临床常用于寒滞经络，血行不畅所致的寒厥证(如冻疮、雷诺氏综合征)、血痹证(如血栓闭塞性脉管炎、胸痹、头痛、颈椎病、腰痛、膝关节炎、风湿性关节炎、肩关节周围炎)、妇科病(如痛经、月经后期、经行身痛、产后身痛)、皮肤病(如荨麻疹、银屑病、硬皮病)等各科疾病均有显著的疗效。

当归四逆汤是在桂枝汤的基础上加減而成，以细辛换了生姜，加当归、通草。胡希恕教授认为桂枝汤是治外寒的，当归四逆汤是血虚血少，而寒客于内的手足厥寒。而内

当归四逆汤、桂枝汤和当归四逆加吴茱萸生姜汤方的组成比较

桂枝汤		当归四逆汤		当归四逆加吴茱萸生姜汤方	
		当归	三两	当归	三两
桂枝	三两(去皮)	桂枝	三两(去皮)	桂枝	三两
芍药	三两	芍药	三两	芍药	三两
		细辛	三两	细辛	三两
甘草	二两(炙)	甘草	二两(炙)	甘草	二两(炙)
		通草	二两	通草	二两
大枣	十二枚(擘)	大枣	二十五枚(擘, 一法十二枚)	大枣	二十五枚(擘)
生姜	三两(切)			生姜	半斤(切)
				吴茱萸	二升
		上七味, 以水八升, 煮取三升, 去滓, 温服一升, 日三服		上九味, 以水六升, 清酒六升, 煮取五升, 去滓, 温分五服(一方, 水酒各四升)	

《伤寒论》中以“四逆”命名的方剂有四逆散、四逆汤、当归四逆汤。各病因病机、厥逆程度及兼证都不同。

	四逆散	四逆汤	当归四逆汤
病因病机	外邪传经入里, 阳气内郁而不达四末所致	阴寒内盛, 阳气衰微, 无力到达四末而致	血虚受寒, 寒凝经脉, 血行不畅所致, 因其寒邪在经不在脏
厥逆程度	逆冷仅在肢端, 不过腕踝	厥逆严重, 冷过肘膝	肢厥程度较四逆汤证为轻
兼证	身热、脉弦等症	神衰欲寐、腹痛下利、脉微欲绝等症	肢体疼痛、脉细欲绝等症

有久寒(于胃而出现呕吐、腹痛), 则加吴茱萸、生姜。

临床应用

带状疱疹后遗症

彭某, 女, 40岁, 银行主管, 红斑狼疮和硬皮症患者, 2014年10月8日患带状疱疹左侧后背至胸部乳房。2014年10月25日诊, 疱疹基底瘀红, 血疱、疱疹大部分已消退及结痂脱落, 但患处区域仍疼痛不止, 双手指皮肤苍白、青紫, 并伴有凉、麻、针刺样痛的感觉, 精神疲倦, 烦躁不安, 夜睡不宁, 眠差, 醒后难入眠, 无梦, 夜尿1次, 纳可, 腹胀, 大便日行, 月经紊乱, 最后月经Jul 12-15, 3/28, 量少, 色黯暗, 血块多, 舌苔白, 脉细。

证属气滞血瘀兼血虚有寒、经脉不通。

治宜行气祛瘀、疏肝止痛兼温经散寒, 养血通脉。

方药用当归四逆汤加减(浓缩颗粒):

当归四逆汤2g 白芍0.5g 柴胡0.3g 川楝子0.3g 甘草0.3g 红花0.2g 三七0.1g 黄耆0.9g

药服1周, 疼痛80%缓解, 疱疹皮肤正常, 眠佳, 双手指皮肤改善。同方续服1周告愈。

注: 带状疱疹后遗症神经痛多因气血不足, 血阴寒凝滞, 余毒未尽, 经络不通, 气血运行不畅所致。方中当归、白芍、黄耆、大枣补养气血; 桂枝、细辛温经散寒; 红花、三七活血化瘀; 柴胡、川楝子行气消滞; 薏苡仁祛湿利水; 甘草清解余毒, 通草通利经络, 合而用之是有补养气血、温散寒凝、清解余毒、通络止痛之功。

中医药结合乳腺癌内分泌治疗的思路



新加坡·曾玉珠

1 乳腺癌内分泌治疗简介

乳腺癌是发生在乳腺上皮组织的恶性肿瘤。乳腺上皮细胞内有一些受体，雌激素跟这些受体结合之后会促进乳腺生长和发育。如果在乳腺癌细胞中也有大量这种受体跟雌激素结合之后，就会刺激乳腺癌的增殖发展，形成严重的结果。在临床中，大约2/3的乳腺癌患者的激素受体属于过表达型(即ER阳性和/或PR阳性，激素依赖型者)，而乳腺癌的内分泌治疗就是针对这些人群而应用的治疗方法，而且是阳性率越高，效果就越好。

1.1 内分泌治疗的独特优点

- (i) 如果病例适应症选择得当，疗效不比化疗差；
- (ii) 毒副作用较轻较少，有利于巩固治疗；
- (iii) 治疗期间，患者的生活质量较高。

乳腺癌常用的内分泌治疗药物主要有4类：抗雌激素类(与雌激素竞争激素受体)、芳香化酶抑制类(减少体内雌激素受体)、孕激素类(减少体内雌激素浓度)及黄体生成素释放激素类似物类(减少体内雌激素浓度)。

对于绝经前激素受体过于表达的乳腺癌患者的辅助治疗，内分泌治疗一般选择抗雌激素类的药物，代表药物有三苯氧胺(又名他莫昔芬，Tamoxifen)、托瑞米芬(Toremifene Citrate Tablets，商品名法乐通)。三苯氧胺是最古老的，至今仍是金标准的用药。它是通

过与体内雌激素竞争乳腺癌细胞的雌激素受体而达到抑制肿瘤生长的效果，其可降低50%肿瘤复发危险，提高10年生存率和降低对侧乳腺癌的发生率。应用三苯氧胺时一般不主张与其它内分泌治疗同用。

1.2 其最常见的副作用是：

潮红(围绝经症状)、肌肉关节酸痛和乏力。它还有增高血栓性疾病、子宫内膜厚度、子宫内膜癌和脑血管疾病的危险。

2 中医药对乳腺癌雌激素水平影响的相关报道

在倡导中西医结合治疗中，传统中医药要如何与西医的内分泌药相互配合应用，在不影响其疗效的情况下即能减轻该药物的副作用、又可协同该药物预防乳腺癌复发转移，巩固西医治疗效果是一个值得深思与探讨的问题。

乳腺癌患者口服三苯氧胺后出现潮热、盗汗、失眠、情绪不稳等围绝经期症状是因为药物作用的结果，也是应用这个药物治疗所要达到的目的。因此，对于这些人群，中医治疗时不能单纯象治疗一般妇科病中的围绝经期综合征一样去调其月经，在处方用药方面更要注意不能使患者口服中药后雌激素水平升高。笔者在南京跟诊学习中常碰到不少患者应用中药后，围绝经期症状很快就消退，但性激素水平却飙升了。

既然中医药在治疗接受内分泌治疗的乳腺癌患者时不能升高其雌激素水平,那这是否意味当我们遣方用药时就需要避开那些含有雌激素活性的植物中药呢?

首先,让我们看看雌激素活性植物中药(一般理解为会升高雌激素的中药)的定义。它是指含有植物雌激素成分并整体呈现雌激素活性,能与雌激素受体特异性结合的植物中药。根据黄晶晶等^[1]在2016年第23卷第6期的中国中医药信息杂志发表的《雌激素活性的植物中药研究述评》,含雌激素活性的植物中药有63种。从表1看来,是否意味治疗激素受体过表达型的乳腺癌患者只能选择不在表中的中草药呢?而不出现在表1的中草药肯定就不

表1: 含雌激素活性的植物中药

中药类别	中药名称	计数(味)
解表药	柴胡、葛根、罗勒、牛至、地柏枝	5
清热药	山豆根、生地黄、牡丹皮、红车轴草、苦艾、绿豆芽、射干、苜蓿、回回豆、赤芍、中华卷柏	11
利尿渗湿药	蚕豆、薏苡仁、泽泻、大车前	4
祛风湿药	千金拔、洋蓍草、穿山龙	3
温里药	小茴香、山柰、肉豆蔻	3
活血药	丹参、红花、川牛膝、川芎、卷柏、降香、虎杖	7
平肝熄风药	决明子	1
补虚药	红参、甘草、淫羊藿、补骨脂、骨碎补、菟丝子、杜仲、当归、熟地黄、人参、何首乌、枸杞子、女贞子、肉苁蓉、肉桂、蛇床子、墨旱莲、黄芪、冬虫夏草、菜豆、白芍	21
收涩药	石榴皮、五味子、玫瑰茄	3
消食药	啤酒花、甘蓝、卷茎蓼、黄大豆	4
止血药	仙鹤草	1

含植物雌激素成分吗?笔者认为不是绝对的。

王仁芳等^[2]报道桃仁中含植物雌激素成分山柰酚,但整体却并未呈现雌激素活性。此外,有报道中药具有双向作用,如KANG等^[3]通过淫羊藿提取物及其主要成分的雌激素和抗雌激素活性体内外实验,发现淫羊藿提取物具有雌激素和抗雌激素双重活性,单独应用淫羊藿提取物可促进人乳腺癌MCF-7细胞的增殖,当与雌二醇联用时则抑制MCF-7细胞的增殖。

中医遣方用药是要在中医理论的指导下,经过对疾病辨证论治后,从药物的性味、归经及功用来选择药物,组成方剂,使各药物在君、臣、佐、使的配伍作用下,共同起到治疗疾病的作用,药物的选择并非是从其具有的现代药理来决定的。而中草药经过配伍煎煮,当中起化学作用后所呈现的效应,也非只是简单的单味药功用的递加,更不是单纯只用药物的现代药理所能解释的,因此,笔者认同黄晶晶等提出的论点,即^[1]“由于中药主要以饮片方式组方入药,具有雌激素活性的中药只能说具有这个活性,并不表示应用后就会升高雌激素,判断中药是否能升高雌激素水平,应以整体效应作用为依据评价。因此,单纯从检测植物中药中具有植物雌激素成分,并不能定义其为雌激素活性植物中药,但可作为进一步实验筛查的参考目标。”笔者认为这好比《伤寒论》的麻杏石甘汤,有研究显示方中各单味药对治疗高热汗出烦渴脉洪大无明显作用,但组成了方剂,就有明显的治疗作用了。

3 中医药结合内分泌治疗思路

乳腺癌是一个虚实夹杂的疑难杂病,病位在脾、肝、肾,郁滞是其发生发展的关键。中医把它看作是全身性疾病的一个局部表现,治疗一般从辨病与辨证结合着手。患者口服三苯氧胺后出现潮热、盗汗、失眠、情绪不稳、严重者可能出现百合病或脏躁等围绝经期症状,中医辨证分型属冲任失调证。而冲任失调这个证

只是乳腺癌这个病在疾病过程中出现的其中一个证型。从博士生导师徐力教授的三段六辨理论(三段:辅助治疗期、维持治疗期、姑息治疗期。六辨:辨西医的病位、病理类型、指标、中医病机、症候虚实、兼夹症状),此类患者可能是处在三段中的维持治疗期(以预防复发转移为治疗目的)或在姑息治疗期(以缩小/稳定瘤体,让患者在有质量的生活下带瘤生存)。从脏腑辨证,临床上这类患者多见肝肾阴虚,因此,我们可从调整肝肾之阴,随证加减来平衡患者的阴阳,再从辨病、从病因病机及可能转归着手,同时可贯穿舒肝解郁、化痰散结、随证适当兼顾活血化瘀的法则以针对乳腺癌发生发展的关键因素,即郁滞。再参考指标如CA153、Ki-67等适当与适量加入辨病的中药如半枝莲、蒲公英、龙葵、蛇莓、山慈菇、漏芦、石见穿、八月札等来加强抗癌作用,预防复发转移。

4 结论

徐力教授三段六辨中的三段理论可用以阐明乳腺癌患者在内分泌治疗时所处阶段。中医治疗可从辨病、从病因病机及可能转归结合所处阶段表现的中医证型,再贯穿针对乳腺癌发生发展的关键因素着手。在遣方用药时,中医不应单纯只凭植物中药的现代药理具有植物雌激素成分,就定义其为雌激素活性植物中药而避免选用。中药的临床使用应该遵循药物的四气五味及功效,以中医理论为指导,辨证论治为依据,有是证用是药,才能取得理想效果。

参考文献

- [1] 黄晶晶,虞舜. 雌激素活性植物中药研究述评[J]. 中国中医药信息杂志, 2016,23(6):123-130.
- [2] 王仁芳,范令刚,高文远等. 桃仁化学成分与药理活性研究进展[J].
- [3] 现代药物与临床, 2010,25(6): 426-429.
- [4] KANG H K, CHOI Y H, KWON H, et al. Estrogenic/antiestrogenic
- [5] activities of a Epimedium koreanum extract and its major components: in vitro and in vivo studies[J]. Food Chem Toxicol,
- [6] 2012,50(8): 2751-2759.

中医治疗糖尿病的优势

新加坡·冯启发

糖尿病病患数目日渐长，根据新加坡卫生部不久前公布的数字，已约有45万人。新加坡医院糖尿病患截肢是每日4宗。根据新加坡肾脏基金(NKF)今年公布的数字，在NKF洗肾的病人中，有60%是糖尿病病人。因此提高防治糖尿病的意识，刻不容缓。

在预防和治疗糖尿病方面，中医能做些什么？

中医治疗糖尿病与时俱进

中医对“糖尿病”的治疗，已有二千多年的历史。《黄帝内经》将其归入“消瘴”、“消渴”范畴。《黄帝内经》谓：“有病口甘者……名脾瘴……此人必数食甘美而多肥也……转为消渴”。就是已认识到饮食不节、肥胖是消渴病的致病因素。

汉代医圣张仲景对治疗消渴病，对后世中医影响深远。他的《金匱要略》和《伤寒论》里的许多药方，仍被当代中外医家沿用治疗糖尿病，而且取得很好的疗效。

隋唐时代医家甄立言的《古今录验方》，记载消渴病尿有甜味，是世界上第一个发现消渴病尿甜的医家。

唐代医家孙思邈在其著作《千金要方》、《千金翼方》，记载了大量治疗消渴病的方剂。他强调饮食禁忌等措施，最早提出配合运动疗法治疗消渴病等。

宋代又将消渴病，依“三多”症状的轻重不同，分上、中、下三消。即“三消论”

由于现代医学的发展，糖尿病的诊断和治

疗起了很大的变化。西药、胰岛素的出现，尤其是验尿、验血仪的产生，使许多病人提早被诊断为糖尿病。许多人可以在“三多一少”典型症状出现之前，被诊断为糖尿病。西药虽然不能根本解决问题，但很多病情得到暂时的相对的控制。很多糖尿病病人，暂时没有出现中医“三消论”中所描述的明显症状。

有鉴于此，近现代涌现许多中医医家，通过大量临床实践，对糖尿病的病因、病机、分型、治疗方药，有了新的看法和阐述。名家辈出，知名的有：施今墨、祝谌予、吕仁和、刘仲瑛、任继学、印会河……等等。

中国近代中医名家，也是“北京四大名医”之一的已故施今墨先生，是中国早期倡导中西医结合的医家之一。施氏认为糖尿病以热证、虚证为多，寒证、实证较少。治疗要从脾、肺、肾入手，尤以脾肾为重点。

基本方是：黄芪、山药、苍术、玄参、生地、熟地黄、麦冬、党参和五味子。全方具有滋阴清热，益气生津，敛气固精的功效。现代药理研究也证明，方中黄芪、苍术、玄参、生地、麦冬等有较好的降血糖的作用。施氏认为，禀赋阴虚是糖尿病的质本，是导致糖尿病发生发展的内在因素，并贯穿疾病的整个过程。故治疗时注重滋阴养液生津，多用山药、山茱萸、生地、熟地、何首乌、枸杞子、天花粉、天冬、麦冬等滋阴生津之品。同时，辨证配合益气、清热、温阳、理气、活血的药物。对虚寒证，施氏常以肉桂、附子、鹿茸、人参、巴戟天、补骨脂、金樱子等药，助阳壮火，补虚固脱填精。至于因脾肾不足，中

气不升，固摄失权，精微下为所致的糖尿病，施氏擅长使用药对，以黄芪配山药降血糖二药合用，健脾益气生津，补肾涩精止遗。血糖升高是脾失健运和郁火内蕴，伤及气分营血所致。降血糖用苍术配玄参，苍术辛苦温，入脾胃二经，燥湿健脾敛精，玄参甘苦咸微寒，入肺肾二经，滋阴降火，中焦健旺，气复阴回，糖代谢复常，则血糖自降。

已故近代著名医家祝湛予先生原是西医。后学中医，行医60余年，擅长治疗糖尿病，是施今墨的弟子，也是中国早期提倡中西医结合的医家之一。祝氏运用中医的辨证论治治疗的同时，也结合血糖、尿糖、酮体、血液流变性测定等检测指标，以便更准确了解疾病的病因、病机、病位等情况。祝氏分型辨治糖尿病，不独执滋阴清热一法，而是把握气阴两伤、脾肾俱虚，脉络瘀阻的基本病机，以益气养阴、培补脾肾，活血化瘀为治疗大法。祝氏研究发现，糖尿病发展到一定程度，合并有慢性血管、神经病变时或者长期使用胰岛素注射治疗者常常伴有瘀血表现。因此，祝氏开创新途径，首先提出使用活血化瘀法治疗糖尿病。祝氏认为，糖尿病血瘀证主要由气阴两虚导致。气为血帅，血为气母，气虚推动无力，血行不畅，缓慢涩滞，而成瘀血。阴虚火旺，煎熬津液，津亏液少则血液粘稠不畅亦可成瘀。瘀血形成后又可阻滞气机，津液失於敷布，加重糖尿病病情出现多种并发症。治疗瘀血证，祝氏常用自拟降糖活血方：广木香、当归、益母草、赤芍、川芎、水蛭、丹参、葛根、苍术、玄参、生地、生黄芪。本方治疗气阴两虚兼血瘀型糖尿病，能降低血糖、尿糖、消除和改善症状，纠正异常的血液流变性指标，预防和减少并发症的发生。

祝氏以活血化瘀法治疗糖尿病，对后世中医影响颇大。现在许多医家，认为为糖尿病全过程皆有瘀血，只是程度有轻重深浅的不同。因此，认为糖尿病的全过程，都应当酌情辨证运用活血化瘀疗法。

从历史进程的角度来看，中医对糖尿病的医疗实践，是悠久、深远的，是在不断的进步和发展。中医对消渴病(类似今言之糖尿病)的病因、病机、分型，辨证或辨病论治等认识，并没有停留在《黄帝内经》的起源点上，而是在各代医家的临床实践中，持续不断的继承、补充、成长、发展和壮大。

中医治疗糖尿病的优势

中医认为，糖尿病的病因，是由体质因素加上饮食失节、情志失调、年高劳倦、外感邪毒或药石所伤等多种病因导致的。因此，中医的治疗就是根据患者的情况辨证论治，做出整体的调理。调整阴阳，调理气血，有热清热，有虚补虚。中医是治本的，所以对病人的整体做出调理，增强体质，让病人五脏六腑气机运行平和，脉管通畅，血糖才能降低和稳定，恢复健康。中医的优点是能进行“辨证论治”，所谓“辨证论治”就是给予病人“个体化”的治疗。即根据病人的具体情况，灵活的、“量身定制”的运用中医的方法，进行辨证施治。中医的施药，是灵活性的，是根据辨证而更动的。临床上，经常看到许多长期服用西药多年、特别是一次服用多种西药的病人，体质很差，反应迟钝，药效失灵，降糖失效，血糖升高，最后不得不注射胰岛素压制血糖。但是经过中医调理之后，服用西药配合中药，便能逐渐恢复精神和体力，血糖下降，肝肾功能也正常。说明中医辨证指导下长期服用中药，不是肝肾功能衰竭的主因，相反的中药能调理肝肾，保护肝肾。笔者有一男性糖尿病病人，七十余岁，长期服用西药，血糖居高不下，又兼有微量尿蛋白。继后经常给笔者调理。最近，西医专科医生惊奇的告诉他，根据检验，他的肝肾功能正常，微量蛋白尿消失了，血糖也恢复正常。不必再来专科治疗了。专科医生还问他为何保养得这么好？他坦然告诉西医，他有长期服用中药调理身体。这就是中药调理糖尿

病的好处，也是中西医配合治疗糖尿病是行之有效的。此其一。

另者，糖尿病是慢性病，有如白蚁溃穴，要经过漫长的时间，才出现严重的并发症。现代医学认为，糖尿病会对微血管、血管和神经造成慢性、弥漫性损害。某个器官或组织的血管受损，它就会出现并发症。例如肾脏的血管受损，就会出现肾病。心血管受损，则出现心肌梗死。脑血管受损，则会中风。中医认为，这和瘀血阻滞脉络有关。因此，中医除了治疗病人因为糖尿病出现的不适症状，例如口干、舌燥、易饥、尿多、失眠、便秘、皮肤瘙痒、视物模糊，等等外，也对糖尿病可能出现的慢性并发症做预防和治疗。中医可以根据病情，辨证运用不同的行气活血化瘀的药物“治未病”和治疗。例如，益气可活血，可加黄芪、洋参等。活血化瘀药，初期可用木香、桂枝、川芎和郁金等，中期可用络石藤、海风藤、鸡血藤等藤类药物，后期则多用虫类药，如水蛭、土鳖虫和地龙等。或按照瘀血的轻重，适当的运用田七。通过这些益气活血化瘀通络通脉的药物，改善脉络气血运行，保护血脉通畅，预防糖尿病及其并发症的发生和发展。中医也可以通过食疗，指导公众辨证的食用药食同源的食物，调理糖尿病。例如，适当的食用苦瓜、牛蒡，长豆、山药、葛根、枸杞子、蒜和醋等，可以降血糖、调理糖尿病、预防和延缓并发症。

中医可以用中药预防和治疗糖尿病的并发症，例如治疗糖尿病足。笔者近月就曾治疗多例轻中度糖尿病足，取得不错的疗效。其中一例如下：

林XX，男，63岁。小贩，每天工作需要站立十余小时。

21/04/2016 初诊，来诊时右下肢肿痛僵硬麻木，静脉曲张，青筋毕露，皮肤色褐灰暗，右下肢小腿内侧有硬块，从内踝至内踝上三寸处僵硬尤甚。右脚内侧有一处皮损流液。右脚曾做过血管手术，但未见改善。患

者糖尿病已五年，服西药控制血糖。今日检验随机血糖**11.70mmol/L**。HbA1c **8.04%**。刻诊见：口渴，易饥，便秘4日。舌红，苔薄黄，脉弦。BP **129/78 mmHg**。

辨证：腑气不通，热毒瘀血阻滞脉络。

治则：清热泻腑，活血化瘀通脉。

方药：桃红四物汤加玉女煎，配合大黄片和润肠丸。大黄片、润肠丸泻热润肠通腑，玉女煎清除胃热和饥饥饿感，桃红四物汤活血化瘀通络，4天量。

配合针刺：血海、阴陵泉、三阴交、足三里、行间。共达疏通脾胃积热，活血化瘀通脉之效。

28/04/2017 复诊，患者腑气已通，大便顺畅。右内踝周围疼痛已愈，行走较好。其他症状如右内踝上方疼痛、肿胀、麻木、僵硬和血糖依然如故。此次改用颗粒：黄芪、当归、金银花、甘草、玄参、桃仁、红花等，以益气清热，活血化瘀通脉。方中黄芪益气，气行则血行。金银花清热解毒，和当归、玄参、甘草合成四妙勇安汤，治疗肢端脉管瘀阻引起的症状，桃仁、红花加强本方活血化瘀功效。配合针刺，上方加地机以降血糖。

30/04/2016，病情依旧，照上方配5天，针同上。

05/05/2016，空腹血糖**8.8mmol/L**，局部皮肤已松软。据患者说，西医在前一天检验，认为已改善很多。继续针刺同上。

07/05/2016，患者BP **97/55**左右，疲倦，口干。故上方加生脉散，补其气阴。

患者前后来诊**18**次，最后一次时，HbA1c **7.10%**，局部已没有麻木肿胀疼痛，肌肉松软，皮色变浅，基本治愈。

可见，中医配合西医治疗糖尿病足，可消除截肢阴影。

中药可以降血糖吗？西药的优势是迅速降血糖。但却只是在一定时段对血糖做出控制。随着病人的身体状况改变，血管瘀阻，加上耐药性，药物的作用慢慢减低，降糖西药品种虽

然越加越多，剂量越来越大，但血糖却步步高升，最后只好依赖注射胰岛素。胰岛素的剂量不容易控制，量多量少、药效的高峰时段，都要掌握好，要和饮食取得平衡，不然血糖高低的差别很大。血糖能够降低，并不等于就没有并发症发生。本地的糖尿病病人，十之八九是有服西药控制血糖的，然而，并发症并不少见。中药降血糖效果虽然不比西药快，但中医是标本兼治，进行整体的调理，让脏腑功能恢复，气机通畅，使血糖下降。因此中医降血糖，也针对病因进行治疗，保护脏腑和脉络，预防和延缓并发症的发生和发展。有不少中药方剂、药物和穴位有降低血糖的作用，例如张仲景的许多药方，祝谌予的降糖对药方等，都早已被中外医家通过科研，证明有降血糖效果的。有些病人长期服西药血糖不降，但配合中医治疗后，血糖能降至理想水平；有些则完全不服西药，只服中药，血糖一样可以下降。都说明运用中药和中医疗法能够降低血糖。

使用中药的优势：

其一、中药多为植物性，成分接近人类的食物，有些更是药食同源，较化学合成的药物毒副作用小，使用比较安全，善加使用，一般不会严重损伤内脏。其二、中医中药治疗糖尿病的方法和方剂十分丰富，对运用药物和糖尿病的治疗提供了较多的选择余地。其三、中药可以增强体质，提高人体抗病能力，扶正祛邪，巩固长期疗效。其四、许多中草药含有丰富的微量元素锌、铬等，还含有丰富的植物纤维，对控制血糖有确切的作用。

中医西医各有所长，取长补短，才能造福病人。糖尿病是复杂的，因此在临床上，如果病人血糖飚升，为了病人的利益，避免发生酮症酸中毒昏迷危及生命，我们往往要病人马上进入西医院治疗，因为病人需要及时救治。我们不应该延误抢救的时间。西药的降血糖速度快，对于一些血糖居高不下、病程较久的病人，我们还是建议他先去服西药，让血糖降

下，再回来进行中医调理。

总之，中医治疗糖尿病注重整体调理、辨证论治，改善症状明显，对预防和治疗糖尿病并发症有一定的优势。糖尿病是一个复杂的病症，加上并发症，影响波及的范围深远。糖尿病的发生和发展，与不良的生活方式息息相关。所以，要防治糖尿病，对生活方式(如饮食、运动和心理等)的干预，必须坚持不懈地去进行。

漫谈痛风的中医证治

新加坡·蔡瑞和

痛风(gout)是一种嘌呤代谢紊乱所致的疾病。其临床以高尿酸血症,及由此而引起的痛风性急性关节炎反复发作,在关节滑液的白细胞内可找到尿酸钠结晶和痛风石形成,严重者可导致关节活动障碍、畸形、肾尿酸结石或痛风性肾实质病变。

本病根据血中尿酸增高原因可分为原发性和继发性。原发性痛风部分遗传缺陷比较明确,一部分分子缺陷未能确定。继发性痛风性的包括慢性肾病,其他先天性代谢紊乱疾病(如糖尿原累积病I型,葡萄糖-6-磷酸酶缺乏而疾病等),其他疾病或药物(如骨髓增生性疾病和淋巴增生性疾病),铅中毒性肾病,饥饿,糖尿病酮中毒等。

本病多发于男性及绝经期妇女,男女之比约为20:1。中医认为本病属于“白虎历节”,“痛风”,“痹证”等范畴。《医学准绳六要·痛风》:“痛风,即内经痛痹”,《血证论》:“痛风,身体不仁,四肢疼痛,今名痛风,古曰痹证”。

临床诊断

最初发生在足的跗趾关节为多见,继为足踝、跟、手指和其他小关节,出现红肿热痛,甚则关节腔可渗液。逐渐痛剧,昼轻夜甚,反复发作。可伴有高热,头痛,心悸,疲乏,厌食等症状。

多见于中老年男子,可有痛风家族史。常因劳累,暴饮暴食,摄入大量高蛋白,高脂肪和高嘌呤食物,饮酒,精神创伤,感染,手术,应用药物如磺胺,胰岛素,化疗药及利尿剂等诱发。血尿酸增高,发作期白细胞总数增高,必要时可作肾B超探测,尿常规,肾功能等检查。

病因病机

痛风的起病在于饮食不节,损伤脾胃,运化失司,湿邪停聚,郁久化热;或者素体

火旺阴虚血热，化燥伤阴，导致湿热内生。病情反复发作，则血停为瘀，瘀阻关节化热则红肿热痛；脾虚生湿，湿郁，湿热流注关节，经络，亦可致使关节红肿热痛，功能障碍；若聚湿成痰，痛久成瘀，则痰浊瘀血阻滞关节，形成结节、关节肿痛、变形、屈伸不利、活动受限等。

其中湿热是发病的关键因素。湿热、痰浊、瘀血三者之间往往形成恶性循环。湿热阻滞日久，阻遏气机，妨碍血行，炼液为痰；血瘀痰浊阻滞日久，郁而化热，则湿热更盛。湿热、痰浊、瘀血三者交阻为患，彼此加重，互为因果，导致痛风反复发作，缠绵难愈。

此病病初以邪实为主，病久则邪留正虚，虚实夹杂。病位在肌表经络，久则深入筋骨，常及心肾。总之，本病发生外因为外邪痹阻气血经络，内因为正虚，痰瘀胶凝筋骨，浊毒留滞血中。

治疗方法

以淡渗利湿，苦寒清热，活血通络之法组合成方，相互协同，切合病机，达到理想的效果。

1、湿热痹阻证：下肢体关节焮红灼热，肿胀疼痛剧烈，拒按，筋脉拘急，兼有发热，口渴，心烦，喜冷恶热，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清热祛湿，通络止痛

方药：四妙散合当归拈痛汤加减

加减：发热，口渴，苔黄加连翘，黄柏
低热，口干，五心烦热加青蒿，
秦艽，知母

2、瘀热阻滞证：关节红肿刺痛，局部肿胀变形，屈伸不利，肌肤色紫暗，骨节僵硬变形，兼见发热而渴，尿短赤，舌多见紫色瘀斑，脉细涩。

治法：清热活血，行瘀通络止痛

方药：桃仁四物汤合宣痹汤加减

加减：关节肿胀加苍术，薏苡仁

疼痛明显加细辛，延胡索

皮下结节加僵蚕，全蝎

热重者加桑枝，秦艽，忍冬藤，

海风藤

湿重者加防己萆薢

3、肝肾亏虚证：痹证日久不愈，骨节疼痛，关节僵硬变形，冷感明显，筋肉萎缩，面色淡白无华，形寒肢冷，弯腰驼背，腰膝酸软，尿多便溏，舌淡白，脉沉细。

治法：补益肝肾，除湿通络

方药：独活寄生汤加味

加减：偏于阳虚加附子，干姜

偏于阴虚去肉桂加枸杞子，制首乌

腰膝酸软无力加黄芪，川断

肌肤不仁加鸡血藤，络石藤

可加合用：促进尿酸结石溶解-青皮，陈皮，金钱草，豨莶草，络石藤

促进尿酸排泄-土茯苓，海桐皮，萆薢，小蓟，陈皮

病例

1、患者，男，52岁，嗜酒且喜食肥甘厚味，痛风病史14年，平素服别嘌醇，秋水仙碱控制症状。近一年以来，症状明显加重，且出现肾功能明显异常。病人双足踝红肿，灼热，疼痛，僵硬，活动受限，舌质红紫，苔白厚，脉弦数。

辨证：为湿热下注，热盛于湿。

治则：治以清热利湿，消肿止痛。

处方：苍术15g，黄柏15g，防己20g，赤芍15g，桃仁15g，红花15g，牛膝15g，川芎15g，苦参15g，萆薢20g，地龙20g，土茯苓30g，全蝎10g，穿山甲10g，薏苡仁30g，生地20g，金银花30g，连翘20g

水煎日1剂，早晚温服。

2、李某，男，40岁，体型肥胖，素嗜食

酒肉与海鲜。2周前上午起自觉左足大趾隐隐作痛，夜间12时左足大趾疼痛加重，痛如刀割，按之剧痛。次晨起床时左足大趾及二趾关节均红肿热痛，去本地医院求诊，按“风湿性关节炎”治疗，1周后有好转，但患者趾关节仍隐隐作痛，活动不利。今日再次发作，来我院门诊。

诊见左足大趾及二趾关节肿痛疼痛，行走时左足大趾不能触地，口渴，面色灰白，舌淡苔黄腻脉数。诊为痛风性关节炎。

予土茯苓50g，石膏，生米仁各30g，苍术，知母，篇蓄，车前子各10g，萆薢，猪苓，茯苓，瞿麦各20g，玄参，丹皮各15g，木通3g。嘱每日大量饮绿茶，并戒酒及高蛋白类食物。

5剂后复诊，左足大趾及二趾关节疼痛已消失，局部肿胀消退，舌淡苔薄腻脉缓有力。按前法去石膏，苍术加山楂15g。10剂后局部关节已不疼痛，血沉亦降至正常。续用前方10剂，隔日煎服以巩固疗效。随访1年无复发。

(《浙江中医杂志》2001年第6期251页)

预防调护

1、饮食方面：

- a) 猪、牛、羊肉、火腿、香肠、鸡、鸭、鹅、兔以及各种动物内脏(肝、肾、心、脑)、骨髓等含嘌呤量高，应尽量不吃；鱼虾类，菠菜，豆类，蘑菇，香菇，香蕈，花生等也有一定量嘌呤，要少吃；大多数蔬菜，各种水果，牛奶和奶制品，鸡蛋，米饭，糖等可以吃。
- b) 多饮水，要使每日尿量保持在2000ml以上，因尿路结石的发生和小便尿酸浓度及小便的酸碱度有关，必要时可服用碱性药物，以预防尿路结石的发生。
- c) 避免暴饮暴食、饮食不节。

d) 节制烟酒，尤其不能酗酒。

e) 不喝浓茶，咖啡等饮料。

2、禁用或少用影响尿酸排泄的药物：

如青霉素(penicillin)，四环素(tetracycline)，大剂量噻嗪类(thiazide)，氨苯喋啶(amphetidine)，利尿剂(diuretics)，维生素B1和B，胰岛素及小剂量阿司匹林(每天小于2g)等。

3、肥胖者要积极减肥

4、注意劳逸结合，避免过劳：精神紧张，感染，手术，一般不主张痛风病人参加跑步锻炼或长途步行旅游。

略谈弹响指的针灸治疗

新加坡·赵宝芬

概述

弹响指即指屈肌腱腱鞘炎，是由于狭窄性腱鞘炎所引起的，可发生在任何手指。多见于用手操作者如厨师、烘焙师傅、木工和家庭主妇，表现为手指酸胀痛，弯曲或伸直手指时，卡住在某一角度，需再用力才能冲过阻碍，并出现“咔”的肌腱弹响声。起病缓慢，最初表现为早晨醒来时患指僵痛、活动后消失。逐渐发展到醒来弹响疼痛。多见于拇指、中指、无名指的屈指肌腱鞘。患者觉疼痛在指间关节。在患指的掌横纹处掌骨头上可摸到大豆大小的结节。

病因

本病是因为过度的不正确运动而导致的。主要由于屈指肌腱与掌指关节处的腱鞘反复摩擦，筋络劳损、气血凝滞而致，产生慢性炎症而造成肌腱滑动障碍所致。多为逐渐形成，偶有因一次过度用力而发病者。虽任何手指均可发病，但以拇指，中指和无名指最多见，主要表现为掌指关节掌侧局部性疼痛和手指活动受限，随着腱鞘狭窄的加重和肌腱受压，腱鞘韧带发生水肿、增生和粘连，形成慢性炎症，不能滑动通过狭窄的腱鞘官腔，则手指停留在伸直位或屈曲位，出现交锁现象。

临床表现/诊断依据

发病缓慢，逐渐加重。初起手指屈伸不灵活，轻度酸胀疼痛，握硬物疼痛更甚，以晨起、劳动后和受寒后加重。随着病情的发展，患指伸屈功能障碍，手指交锁于屈曲位不能伸直或伸直位不能屈曲，需要健手帮助。在掌骨头的掌侧面明显压痛，并可触到结节状物。由于屈指肌腱与掌指关节处的腱鞘反复摩擦而出现弹跳动作，严重者患指屈曲后不能自行伸直，故需健手帮助伸直。

治疗

本病多因局部筋络劳损、气血凝滞而致。急性期应予以制动，疼痛肿胀缓解后方可进行手指的屈伸活动。

针灸取穴以局部压痛点为主，另外可配合发病各指压痛点附近穴位，常配用穴位有合谷、鱼际、劳宫等，一周2次。

病例举例

病例1: 韩XX，女，61岁

18/9/17 右食指本节肿痛半年，之前撞到，局部无热，眠纳二便一般，舌淡红，苔薄白，脉弦缓。

治则：疏筋通络

取穴：合谷(右)、腰痛穴(右)、
手三里(右，神灯)

21/9/17 复诊：告知针灸后已不痛，但前天购物时在选购时被他人撞到右手局部疼痛，其他如常，舌脉同上。

治则 / 取穴：同上

26/9/17 复诊：做家务后左手3-4指酸紧，其他如常，脉弦微数

治则：疏筋通络

取穴：腰痛穴(左)、中渚(左)、
手三里(左，神灯)

2/10/17 复诊：左手3-4指痛，晨起患指不能全屈，按压本节稍痛，其他如常，舌脉同上。

治则：因患者本虚标实，故补气通络，

取穴：合谷(左)、内关(左)、腰痛穴(左)、
手三里(左，神灯)、
足三里(双，神灯)

病例2：张XX，女，56岁

2/10/17 右中指不能屈疼痛显半年，本节痛，经西医诊治，西医建议手术治疗，眠纳一般，大便日行2次，舌淡红，苔白，脉弦数。

治则：疏筋通络

取穴：合谷(右)、中渚(右)仍在治疗中。

病例3：张XX，女，57岁

2/10/17 右拇指痛，屈指疼痛，按压本节疼痛，舌淡红，苔薄白，脉弦。

治则：疏筋通络

取穴：鱼际(右)、合谷(右)阳溪(右)

5/10/17 复诊：告知改善。

治则：巩固疗效

取穴：手三里(右，神灯)

12/10/17 复诊：告知拇指已不痛，屈指自如，来诊治疗膝痛。

病例4：黄XX，女，62岁

3/10/17 左食指不能全屈，晨起明显2个月，告知得活动则舒，经西医诊治，西医建议少用力，拟半年后复诊，按压本节稍痛，眠纳二便一般，舌淡红，苔薄白，脉弦缓。

治则：疏筋通络

取穴：合谷(右)、腰痛穴(右)、
手三里(右，神灯)

6/10/17 复诊：症同上。

治疗：疏筋通络

取穴：合谷(右)、腰痛穴(右)、
手三里(右，神灯)

10/10/17 复诊：告知本节不痛，屈指90度，舌脉同上。

治则 / 取穴：同上

仍在治疗中。

护理 / 预防

过减少劳损，避免寒冷刺激。连续工作时间不宜过长，工作结束后，要揉搓揉搓手指和手腕，再用热水泡泡手。轻轻握起拳头，然后张开，将手指伸直。如此反复练习有助于疏解刺痛。



健侧曲池穴新针法 结合外关穴的临床运用

新加坡·吴荣贵

一、曲池穴新针法

曲池穴在针灸临床是常用的穴位。但却鲜见以曲池穴作为临床治疗主穴。从2009年迄今，我以曲池单穴治疗超过万例，姑称之为曲池穴新针法。

二、健侧曲池穴新针法在临床实践的进展

健侧指的是病人病痛的另一侧，比如左边病痛，健侧就是右边，在临床应用时，左边病痛，针灸时取右侧曲池穴。

1. 我曲池穴，医疗上肢肩膀疾病的治疗结果，已发表在2010年12月29期新加坡中医杂志第33-35，

2. 我以曲池穴治疗下肢膝关节疾病，治疗数据与结果已发表在(2011年6月30期新加坡中医杂志第67-70，

3. 以曲池一穴，针灸治疗四肢各关节软组织扭伤如急性腰扭伤、腰肌劳损，踝关节扭伤等各种病变，也效如桴鼓！有关数据也发布在2011年12月31期新加坡中医杂志第58-61，

4. 经过了多年的医疗实践，我把健侧曲池穴一针见效的新针法的临床实践，在2012

年东马砂劳越举行的世界针灸学会联合会的学术研讨会提出，与世界各地专家学者交流。(2012年世针联国际中医针灸学术研讨会论文第60-61)

5. 在2013年，再把健侧曲池穴新针法运用扩大，在临床应用在颈椎病，也效如立竿见影！有关实践报告发布在2013年34期新加坡《中医杂志》第60-61。这个治疗经验也获得中华医院颈椎病专病组谢斋培教授的肯定。

6. 我也开始以其他穴位配合曲池穴治疗较复杂的临床症状。

三、健侧曲池穴新针法配合外关穴对治疑难怪病

健康的身体必须有正常津液输布和气机升降开合的协调关系。疾病或疼痛发生，病位在上如头项脸上肢为上焦，胸背腹为中焦，腰臀下肢为下焦，以疾病所在三焦的病位，结合了人体三焦气化的机制，我用手少阴三焦经的外关穴，作为配穴，两穴配合，即“曲池加外关”。

我一般先以曲池进针，有针感或取得一针见效，然后，若当疑难怪病出现，才用曲池配合外关，两针并用，使阴阳平衡，气血和调。

四、案例举隅

1. 女, 30。症状: 感冒, 头痛难忍, 脉浮。治法: 选右侧穴, 操作: 先以2寸针右曲池, 有针感后, 后用寸半针右外关, 然后叫病人起来走动, 感觉身体的反应。疗效: 几分钟内头痛消除。

2. 女, 43。症状: 左手臂扭伤三周, 经过推拿无效, 现在手臂乏力, 不能上举, 脉弱。治法: 选右侧穴, 操作: 同上。疗效: 留针20分钟, 手臂逐渐灵活有力, 可以上举。

3. 女, 49。症状: 右侧手脚感觉无名酸痛2周, 血液检查正常, 脉滑。治法: 选左侧穴, 操作: 同上。疗效: 右侧手脚的酸痛逐渐消失, 走动自然。

4. 男, 72。曾患大肠癌十年, 每天早上一定到公园步行五到七公里, 三周前运动后发现, 左侧下肢, 从臀, 坐骨连到膝关节, 腿, 脚踝, 脚底, 踏地酸痛, 医院检查: 包括血液, 电磁共振(MRI)结果都正常, 医生只配吃止痛片, 脉弦细。治法: 选右侧穴, 操作: 同上。疗效: 左侧臀, 腰, 腿, 脚踝, 脚底的酸痛迅速减轻, 可以自然步行。

5. 女, 83。症状: 3日前, 突发面部红肿灼热, 双眼皮肿痛流泪, 无法睁眼, 脉浮数。治法: 选右侧穴, 操作: 同上。疗效: 下针后, 病人告诉我眼皮逐渐松了, 泪水减少了, 眼睛可以舒服张开了, 脸感觉越来越轻松, 没那么烧烫了。

6. 男, 57。症状: 腰椎4节和5节老化已有十年, 医生交代70岁才能动手术, 只配止痛片长期服用。最近半年, 腰酸痛不能久立。饭后感觉舌根肿大。已经半年, 呼吸不畅, 不想说话, 腹胀3个多月, 脉弦。治法: 选左侧穴, 操作: 同上。疗效: 下针后, 不久, 病人针对针感开始说话, 舌肿逐渐缓解, 胸闷减, 呼吸逐渐通畅, 腹胀腰酸痛减轻, 身体可以自然站立, 患者谓身体从未如此轻松!

7. 男, 43。症状: 左足跟痛多年, 尿酸指数高, 检查有骨刺, 服西药止痛片。经人介绍来中华医院求医, 脉弦。治法: 选右侧穴, 操作: 同上。疗效: 进针后, 足跟疼痛迅速减少, 最后消失, 可以自然行动。

8. 女, 48。症状: 三周尿血, 服用两次抗生素, 疗效不持久, 反复发作。目前等待检查尿道结石结果, 时有尿意, 胸闷, 腹胀, 脉弦数。治法: 选右侧穴, 操作: 同上。疗效: 进针后, 诸症皆减。

9. 女, 69。症状: 糖尿病并发双眼视力减退、视物模糊。三年前, 医生预测她四个月后就将失明, 此后即忧思不已。脉弱。治法: 选右侧穴, 操作: 同上。疗效: 视力不断改善, 每5周一次复诊, 目前心情愉快。

10. 男, 61。症状: 心脏病, 检查表现心脏肌肉收缩搏动力低下, 胸闷, 呼吸不畅, 脉迟弱。治法: 选左侧穴, 操作: 同上。疗效: 留针20分钟, 过程病人感觉心脏跳动越来越有力, 胸口越来越轻松, 呼吸通畅, 精神越来越好。

六、总结

我介绍的“采用健侧曲池穴新针法”理论是建立在传统针灸学的经络, 气血, 脏腑阴阳, 经筋学说而设计。

明朝针灸大家杨继洲著《标幽赋》开头两句: “拯救之法, 妙用者针”, 救人治病的方法, 以针灸最快捷。

针灸的确是实践的医学, 以针灸来治疗, 病人病痛有没有消除, 医疗效果, 是唯一能考验的事实。这么多年的临床实践, 提出跟同道交流分享, 希望能提高和促进针灸医疗发展, 让病人受益!

最后, 我送上一首打油诗:

“曲池一针灵, 针效古人拟, 曲池加外关, 针后满堂欢。”

小建中汤与小柴胡汤 的临床应用体会

新加坡·白伟良

小建中汤

小建中汤出自医圣张仲景的《伤寒论》，是由“群方之魁”桂枝汤倍芍药加饴糖变化而来，因其功能建立中焦脾胃之气，故名“建中”。正如《伤寒溯源集》所说：“建中者，建立中焦之脾土也。”

张仲景运用小建中汤，见于“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤”，“伤寒二三日，心中悸而烦者，宜治以小建中汤”，以及“虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢痠痛，手足烦热，咽干口燥者，小建中汤主之”等条文。清代医学家尤在泾云：“是方甘与辛合而生阳，酸得甘助而生阴，阴阳相生，中气自立。是故求阴阳之和者，必于中气；求中气之立者；必以建中也。”

小建中汤主要功用为温中补虚，和里缓急。古代方药量：桂枝三两、芍药六两、甘草三两、生姜三两、大枣十二枚、胶饴糖(麦芽糖)一升。用法上六味，以水七升，煮取三升，去渣，内饴，更上微火消解。温服一升，日三服。现代用法从水煎取汁，兑入饴糖，文火加热溶化，分两次温服。呕吐或中满者不宜使用，阴虚火旺之胃脘疼痛者忌用。

本方病机缘于中焦虚寒，肝脾失和，化源不足。中焦虚寒，肝木乘土，故腹中拘急疼痛、喜温喜按。脾胃为气血生化之源，中焦虚寒，化源匮乏，气血俱虚，故见心悸、面色无华、发热、口燥咽干等。症虽不同，病本则一，总由中焦虚寒所致。治当温中补虚而兼养阴，和里缓急而能止痛。方中重用甘温质润之饴糖为君，温补中焦，缓急止痛。臣以辛温之桂枝温阳气，祛寒邪；酸甘之白芍养营阴，缓肝急，止腹痛。佐以生姜温胃散寒，大枣补脾益气。炙甘草益气和中，调和诸药，是为佐使之用。其中饴糖配桂枝，辛甘化阳，温中焦而补脾虚；芍药配甘草，酸甘化阴，缓肝急而止腹痛。六药合用，温中补虚缓急之中，蕴有柔肝理脾，益阴和阳之意，用之可使中气强健，阴阳气血生化有源，故以“建中”名之。

建中汤是治虚的经方。建中即是桂枝汤的加减。以我的观点，“中”是中气的意思。中气为我们人体的脾胃中焦之气。脾胃之气直接影响消化道的功能。桂枝加芍药汤是治腹痛的方剂，而小建中汤是一个在倍芍的基础上，加了饴糖。饴糖现代也称麦芽糖，在小建中汤里为君药。饴糖是不煎的，3碗水(即约1400ml水)煮剩600ml，分三次喝，一次喝200ml，每次喝的时候把饴糖加入汤中。

现代小建中汤的方药量：桂枝45g，原汤桂枝汤白芍是3两，现在加到6两(90g)，炙甘草30g，生姜45g(切)，干枣12枚(掰)。

白芍的加倍显示阴虚程度比较明显。饴糖也是补虚的食品与药材。“建中八证”是在《伤寒论》的基础上，适合小建中汤证的症状。这个人形体消瘦，容易出汗，容易心慌，容易流鼻血，容易心烦，整体上就是一个阴阳两虚，营养不足的体质。

南京中医药大学黄煌教授列出小建中汤的方证为：虚弱型，慢腹痛，烦热起，心悸动，腹肌紧张腹扁平，苔少，舌质嫩。

凡中焦虚寒，肝脾不和证，腹中拘急疼痛，喜温喜按，神疲乏力，虚怯少气；或心中悸动，虚烦不宁，面色无华；或伴四肢酸楚，手足烦热，咽干口燥；舌淡苔白，脉细弦本方可使用。本方常用于胃及十二指肠溃疡、慢性肝炎、慢性胃炎、神经衰弱、再生障碍性贫血、功能性发热等属中焦虚寒，肝脾不和者。

芍药甘草汤是治疗偏阴虚的病症，可以缓急止痛的。小建中汤加重芍药，说明此患者的肌肉阴津不足，造成肌肉紧张痉挛。小建中汤里面有大量的白芍，是可以治腹痛的。

腹痛的性质可以定夺使用此经方。紧张性的疼痛为小建中汤。这是一种虚性的痉挛导致的肌肉紧张，一个肠道紧张出现的疼痛。以现代医学解剖部位，肠道部位不是胃，不是心下，而是肚脐周围、下腹结肠部位。

患者腹直肌紧张，部位在肚脐与肋骨之间的股骨沟。用手去按患者的腹直肌，先按着肚脐，之后，看到与触摸后有紧张感，这种腹痛多是小建中汤证。这种腹痛多出现在阴阳两虚的患者，身体羸瘦的患者，均有消耗性的体质，老年人多见。肿瘤中晚期或化疗期间的患者，身体极度消瘦，呈现出现舟状腹的患者。

无论病因是泄泻、饮食不节、长期房劳过度、肿瘤，只要建中汤症候群出现，患者阴阳两虚，造成腹肌的紧张，有形的津液不足导致

痉挛的情况，均可用小建中汤。

小建中汤临床应用：

李XX，女，52岁，2015年10月29日诊。

主诉：胃脘胀满胀痛7个月余。

现病史：患者7年来间断出现胃脘胀满胀痛，近7个月无明显诱因加重。食后尤甚，未系统治疗。时有胃中烧灼感，便溏。头热，足冷，纳差，心烦易怒，肢冷，寐欠安。舌淡暗，前无苔后少苔。脉诊：细略弦。触诊：心下上腹肌肉紧张，不拒按。

西医辅助检查：胃镜示糜烂性出血病史，现无服西药。自述HP(-)。

诊断：胃痛。

证型：脾胃虚弱。

治则：温中补虚。

方药：小建中汤加减。

处方：小建中汤60cc药水，7天，1天3次，每次20cc。胃得安中成药药片，每天3次，每次3粒，7天。饭后服用。

二诊：胃脘胀满明显减轻，已无烧灼胀痛感，纳可，便溏，下肢足冷。原方基础上加木香1g颗粒，干姜1g颗粒，川芎1g颗粒，加金匱肾气丸每天3次，每次8粒，7剂续服。饭后服用。

此后患者来诊多1次，法同上方加减，已无胃脘胀满及其他不适症状，后随访中成药2周调理，整体症状未再发作。

小柴胡汤

《伤寒论》中的小柴胡汤，是一个常用方，在全伤寒论113方中使用率最高，运用范围最广，疗效很好的经方。《伤寒论》的辨证思维方法，是以病统证。如少阳中小柴胡汤诸证等，以六经病为纲，以诸汤证名目，举纲为目，使其在临床上证药合机，审因论治，取得相应的疗效。

小柴胡汤的组成用量：柴胡30g，黄芩、人参、半夏、甘草(炙)、生姜(切)各9g，大枣

(擘)4枚。用法：上七味，以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎，取三升，温服一升，日三服，现代用法均水煎服，基本功用为和解少阳。

小柴胡汤证，在伤寒六经辨证属少阳，其病机为半表半里，寒热虚实夹杂。在三阳表证的病机变化中，它可以外达出表，亦可内陷入里。它的两组主证，一为往来寒热，代表病在半表的病机反应；一为口苦、咽干、目眩(实即包括胸胁苦满、不欲饮食、心烦喜呕等肝胆火郁证)，代表病在半里的病机反应。前者可视为少阳半表证，后者可视为少阳半里证。这些主证的出现，可以由太阳失治、误治，亦可由阳明病传入。但无论其来路如何，总以邪在半表半里的病机、主证包括上述临床特征，便可投以小柴胡汤治疗，使病邪透达于外，不致内陷入里。因此，小柴胡汤在外感热病中所起的外达透邪，阻断病邪内陷的作用，是举足轻重的，为枢转之机的方药。

从小柴胡汤主治半表半里、寒热虚实夹杂的功用看，引申其治疗杂病则通治诸病。如心血管系，肺系，消化系，以及部分神经系病症。只要出现半表半里、寒热虚实夹杂的病机皆可以运用小柴胡汤。

从宏观的病机看，以肝胆为中心，涉及脾胃，影响肺气，累及心神，扰乱肝魂，困扰胃肠。凡兼表之虚证，兼里之实证，挟痰挟饮，气滞兼瘀等涉及的病种甚多。用小柴胡汤千变一律，治疗杂病，体现了同病异治、异病同治的原则性和灵活性。

关于“但见一证，不必悉具”用小柴胡汤的问题，历代医家各持己见。有的医家认为，只要见到“口苦，咽干，目眩”或“往来寒热，胸胁苦满，不欲饮食，心烦喜呕”的症状中任何一病，即可投以小柴胡汤治疗。我认为这种见解有失其偏。因为只见一症，即用小柴胡汤，有其机械性和片面性，抹杀了小柴胡汤证的真正含义。

仅见口苦或咽干或目眩就用小柴胡汤，或

有疏忽病机实质之虞。例如，口苦、咽干、目眩三者为胆火上炎证。如果仅见其中之一，即用小柴胡汤治疗，而方中所用党参、半夏、姜、枣、甘草之辛甘调和补益的功能，一般不适用于实证。

我认为小柴胡汤的病机，如此用药难免流于机械化与忽视疾病本质之缪。能客观印证“上焦得通，津液得下，胃气因和”，这才是“但见一症”的最好阐释。

小柴胡汤方药只有七味，是由三组药配合而成。柴胡、黄芩为肝胆药，柴胡疏肝达外，黄芩清胆内泄，亦可视柴胡为少阳表药，黄芩为少阳里药，共有疏肝泄胆之功。人参(现代一般为党参)、半夏和甘草为脾胃之药。其中人参补益肺脾之气，半夏既能和胃又可顺气，甘草有调和诸药、甘守津回之意，共同起到调和脾胃的作用。生姜、大枣，从其性味辛甘透达、温养阳气的功用，调和营卫而达表的作用，用小柴胡汤治外感表证，姜枣是不可少的，应征了少阳表证内传的机制，太阳与少阳的比邻关系，和表里相传的反应。小柴胡汤组成具有全面整体的思维模式，横看表里，竖看三焦，外连肌表，内合脏腑，将其运用于临床治疗杂病，而推广应用。

柴胡的用量有大、中、小三种用法，如小柴胡汤、大柴胡汤、柴胡桂枝干姜汤用柴胡半斤(大)；柴胡桂枝各半汤、柴胡加龙骨牡蛎汤用柴胡四两(中)；柴胡加芒硝汤用柴胡二两十六铢(小)。柴胡用大量是用于小柴胡汤本证，即少阳证。用中量是太阳病已传少阳，但太阳证未除，而又轻微，兼有太阳或阳明里证。用小量是少阳病已解，尚有少阳余邪未尽。以现代临床的标准，柴胡常规量为6~10g。这个用量符合伤寒之意，因汉代度量衡大，原方用一两，折算今日量为一钱，约10g。

小柴胡汤是取透达外邪、调理脾胃、调和营卫，在半表半里而偏于表的首选方。本方治外感表证，既可攻邪，又可扶正，体现了仲景组方的合理性。小柴胡汤的组成有收有散、有

攻有补的作用。凡表里失和，营卫不谐，脾胃不和，肝胆不利，肺气失宣，胸阳不畅，阴阳失衡，气血不调等病机，所出现的各脏腑疾病，皆可用小柴胡汤宣畅三焦，运转气机。

柴胡有劫肝阴的说法。柴胡有升散达外的功能。肾阴亏损、肝阳亢旺证型者，应慎用或忌用。临床上三阳外感用大量的柴胡亦无碍，对肝胆疾患为必用之药，量大亦无妨。如柴胡用量大，服用时间较久，还是存有伤阴之弊的。

南京中医药大学黄煌教授列出小柴胡汤的方证为：上腹痞痛胸胁满，发热持续往热寒，纳差口苦心烦呕，苔黄白腻脉多弦。

小柴胡汤的临床应用：

李X，女，16岁，2016年02月23日诊。

主诉：失眠6个月余

现病史：因家境欠佳，忧思挂虑以致逐渐精神萎靡，少言寡语，烦躁失眠，幻听恐惧，夜梦多。经前诸症加剧。曾服用西药镇静，病情未见好转。刻下症见：精神呆滞，两目直视，眼神不宁，少言寡语，眠差，难入眠，时而烦躁，口苦，口干欲饮。咽干，恶寒恶热。时怕冷怕热。纳少，大便不畅，脉弦实略数。舌红，舌尖尤甚，苔黄白厚腻。

诊断：不寐之痰热扰心证。

证机概要：少阳郁热，肝郁气滞。胆胃湿热，痰热内扰。

治则：和解少阳，疏肝解郁；理气化痰，和胃利胆。

方药：小柴胡汤加减。黄连温胆汤加减。

处方(颗粒冲温水服用)：

小柴胡汤 5g，合欢皮0.5g，7天，每天饭后早服。

温胆汤 3g药粉 x 2，石菖蒲1g，远志1g，黄连0.5g，肉桂1g，7天，每天饭后晚服。

【二诊另中医师守方，此方共服14剂】

三诊(14天后)：睡眠改善，精神状态有明显好转，纳食增加，自述情绪易波动、夜梦、恐惧感稍缓，仍怕冷怕热，恶寒热明显，整体

症状明显缓解。口苦口干已除。脉弦。舌红，舌尖尤甚，苔白。

处方(颗粒冲温水服用)：

小柴胡汤 5g，合欢皮 0.5g，甘麦大枣汤 2.8g，7天，每天饭后早服。

温胆汤 3g药粉 x 2，合欢皮 0.5g，7天，每天饭后晚服。

此后患者来诊多1次，法同上方加减，睡眠情绪基本恢复正常，月经调，精神佳，纳可。



乳癌骨转移治疗举隅

新加坡·林英

肿瘤病已是常见病，发病率不断上升，晚期常出现转移。乳腺癌，前列腺癌，肺癌常发生骨转移，中医称骨痹，骨转移一般会出现骨痛，后期骨痛剧烈，功能障碍，活动受限。中医认为，肾主骨生髓，肿瘤骨转移多表现为肝肾亏虚，故常用补肝肾、壮筋骨、祛风湿、止痹痛为基本原则随症遣方用药。附辨证治疗肿瘤转移骨痛的医案一例。

病例举隅

现病史：2016年8月因背痛，于大马医院正电子扫描证实骨转移，服止痛药(celecoxib)和荷尔蒙药(Acugesic)。

刻下，腰痛影响步行，纳可，寐安，大便溏，易烦躁，体重下降5kg，现62.5kg，

既往史：2012年于大马医院行右乳癌切除术，经放化疗，肿瘤1.5 x 1.9cm，GradeIII，淋巴转移，progesterone receptor +ve，oestrogen receptor +ve，C-erbB-2-ve。

家族史：无

中医检查：舌淡红 苔白腻，脉沉滑。

中医诊断

病名：乳岩(腰痛)

证型：肝肾不足

首次治疗

治法：补益肝肾、佐以健脾祛湿

处方：独活寄生汤+续断、三七、补骨脂、鸡血藤、藿香、厚朴、茵陈、土茯苓、半枝莲。(颗粒剂)

次诊：11/1/17。腰痛仍影响步行，纳可、寐安，大便软已成形，舌淡红，苔白，脉沉滑。

方药：独活寄生汤+女贞子、续断、三七、补骨脂、鸡血藤、藿香、厚朴、茵陈、土茯苓、半枝莲。(颗粒剂)

三诊：腰痛减，近2日腰痠，纳少，烦躁，舌淡红，苔薄白，脉沉滑。

方药：独活寄生汤+女贞子、杜仲、续断、三七、补骨脂、威灵仙、鸡血藤、谷芽、麦芽、山楂、厚朴、茵陈、土茯苓、半枝莲。(颗粒剂)

四诊：08/02/17。右腰痠痛3日，痠痛点固定，纳少，仍易烦躁，大便畅。

舌暗红，苔薄白，脉沉滑

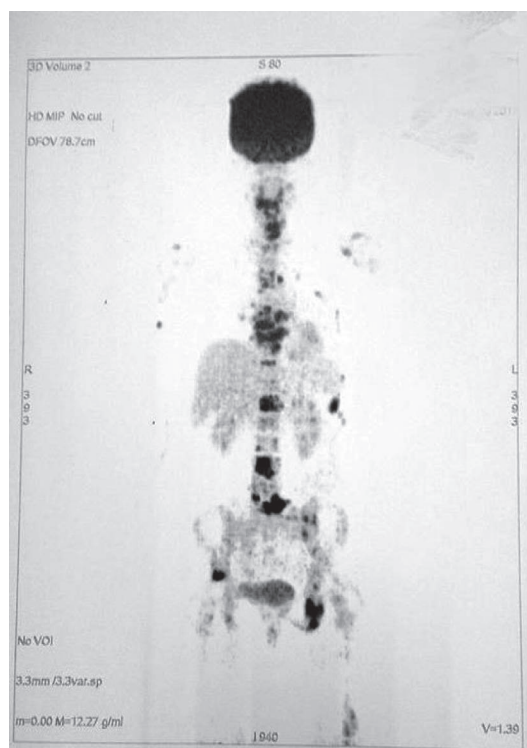
辨证：肝肾不足、气滞血瘀

方药：活络效灵+女贞子、杜仲、续断、三七、鸡血藤、谷芽、麦芽、山楂、厚朴、茵陈、土茯苓、半枝莲。(颗粒剂)

五诊：15/02/17。右腰痠痛减，纳改善，易烦躁，舌暗红，苔薄白，脉沉滑。



中药治疗前



中药治疗后

INDICATION

54-year-old female treated for ca right breast and bone mets.

FINDINGS

In the right anterior chest wall, axillae, and left breast, there is normal uptake [print A].

In the bones, there are much less hypermetabolic lesions compared with the previous scan, but hypermetabolic lesions are still visible in the spine, pelvic bones, right humerus, and ribs, with less uptake than before [print A and B].

Elsewhere, there is normal uptake, in particular in the liver, spleen, pancreas, kidneys, adrenals, bowels, pelvic organs, lungs, and brain [print A and B].

There is no pleural effusion or ascites.

IMPRESSION

The bone metastases are much less than before but some still remain and less active.

No new lesion is detected.

扫描报告

小结

方药：活络效灵+女贞子、杜仲、续断、三七、莪术、鸡血藤、谷芽、麦芽、厚朴、茵陈、土茯苓、半枝莲。(颗粒剂)

六诊：右腰痠痛减，痛处固定，饮冷疼痛易作，纳改善，大便畅，易烦躁，舌暗红，苔薄白。

方药：桂枝汤+女贞子、杜仲、续断、三七、细辛、羌活、没药、莪术、鸡血藤、麦芽、茵陈、土茯苓、半枝莲。(颗粒剂)

七诊：08/03/17。右腰痠痛减，痛处固定，饮冷疼痛易作，纳改善，大便畅，易烦躁，舌暗红，苔薄白。

方药：桂枝汤+女贞子、杜仲、续断、三七、细辛、羌活、没药、莪术、鸡血藤、麦芽、茵陈、土茯苓、半枝莲。(颗粒剂)

八诊：29/3/29。右腰痠痛减，痛处不定，饮冷疼痛易作，纳可，大便畅，易烦躁，舌暗红，苔薄白。

方药：黄芪、女贞子、杜仲、牛膝、续断、威灵仙、羌活、乌药、赤芍、地黄、莪术、王不留行、鸡血藤、土茯苓、半枝莲。(颗粒剂)

九诊：19/04/17。症与29/3/29同。

方药：黄芪、女贞子、杜仲、牛膝、续断、威灵仙、羌活、赤芍、地黄、莪术、王不留行、鸡血藤、蒲公英、半枝莲。(颗粒剂)

十诊：03/05/17。症与29/3/29同。

方药：黄芪、女贞子、杜仲、牛膝、续断、威灵仙、白芍、赤芍、地黄、莪术、王不留行、鸡血藤、蒲公英、半枝莲。(颗粒剂)

十一诊：24/05/24。右腰痠痛，西医院配(Celebrex)；5月PET(正电子扫描)显示，整条脊椎及盆骨黑点明显减少；患者自诉除了服中药，从未服用其他药物或保健品。余同29/3/29。

方药：黄芪、女贞子、杜仲、牛膝、莪术、白芍、乳香、没药、丹参、赤芍、生地、鸡血藤、蒲公英、半枝莲。(颗粒剂)

继续调治中。

患者背部疼痛，去医院检查确诊骨转移。骨转移是乳腺常见的发展情况；常见脊椎骨盆转移，主要临床表现为疼痛。患者病及肝肾，气血耗损寒湿邪客于骨络，气血运行不畅，肾主骨，肝主筋，邪客筋骨，又腰为肾之府，肝肾不足，故见腰骶疼痛，肿瘤骨转移可属于中医的“腰痛”“痹症”……等范畴。

本例以独活寄生汤等益气通络，祛湿健脾为主，治以扶正与祛邪兼顾，补益肝肾气血。方中重用独活为君，辛苦微温，性善祛下焦与筋骨寒湿。臣以细辛、防风、秦艽、桂心，细辛入肾经，长于搜剔寒湿除经络湿浊；秦艽祛风湿，舒筋络而利关节；桂心温经散寒，通血脉；防风祛一身之风而胜湿，君臣相伍，共祛风寒湿邪。桑寄生、杜仲、牛膝以补益肝肾而强壮筋骨，当归、川芎、地黄、白芍养血和血，人参、茯苓、甘草健脾益气，诸药合用，具补肝肾、益气血。白芍与甘草相合，柔肝舒筋。当归、川芎、牛膝、桂心活血祛风。甘草调和诸药，兼使药之用。治疗过程中也以黄芪扶正，桂枝温阳，白芍养血。羌活，威灵仙通络宣痹，通利关节止痛，佐以土茯苓、蒲公英、半枝莲等解癌毒消瘤。

间中以活络效灵丹通气血之凝滞，散积聚。当归养血活血，丹参活血祛瘀，乳香、没药、三七活血化瘀，行气止痛。黄芪、健脾补气，扶正祛邪，女贞子、杜仲，续断，川牛膝，补骨脂补肾强筋骨止痛。

通过辨证施治，调节气血脏腑功能，舒达气机、瘀血，从而促使肿瘤转移下降，抑制肿瘤。

肠功能紊乱的中医证治

新加坡·罗爱月

肠功能紊乱的临床常见症状包括腹痛、腹胀、肠鸣、腹泻、便秘等症状，属于中医的脾胃病症范畴。

(一) 肠功能紊乱的中医病因病机

现代人生活压力大，又兼起居无常，饮食不当，劳逸失调，不知防寒保暖，极易造成肠功能紊乱。

年老脏腑虚衰，因情志不畅，肝气横逆，克伐脾土；或饮食不节，过食寒温之品，以致损伤脾胃，可表现为气滞，寒湿或郁热的实证如腹痛，腹胀，便结等症状；如果脾虚运化功能失调，水谷不化则可引起泄泻；如果病久则病可由脾及肾，造成虚实夹杂，数脏同病，反复发作，缠绵难愈。

(二) 肠功能紊乱的西医证治

肠功能紊乱症状除了腹痛，腹胀，肠鸣，腹泻或与便秘交替出现，粪便经常含有粘液，但无脓血，也无里急后重的感觉。可伴有失眠，健忘，头痛等神经官能症症状，而大便粘液镜检无白细胞与红细胞，钡餐灌肠与内窥镜检查并未发现器质性病变。主要须排除的疾病，诸如憩室炎，胃病，肝病，糖尿病性植物神经病变以及进食不当，药物作用，病毒，细菌，寄生虫感染等疾病。

肠功能紊乱主要可分为小肠假性梗阻和激惹结肠综合症两种情况。

老年人经常会出现小肠假性梗阻，虽然有肠梗阻的症状和体征但没有机械性梗阻。急性小肠假性梗阻表现为急性肠麻痹或麻痹性梗阻，多为自限性。慢性小肠假性梗阻经常难以

治愈，可能属于原发性，而慢性特发性小肠假性梗阻或继发于多种其他的基础疾病。

反复发作的慢性患者与肠道机械梗阻相似，发作时腹部绞痛，恶心呕吐，腹胀，但无便秘或肠胀气等机械梗阻的特征。尤其是糖尿病患者，粘液水肿患者，帕金森病患者经常会反复发生肠梗阻。

(三) 肠功能紊乱的中医证治

中医对本病的治则主要是：

滋补，固涩，清热，通便要适度，以渐进为原则，宁缓勿急。

腹泻明显而有间歇，或与便秘交替，宜肝脾同治；大便坚结而津亏燥热不明显者，宜润燥治之。

本病大约可分4型：

1 肝郁脾虚型

【主证】间歇腹痛，排便排气可缓解，时而腹痛，时而窜及两胁，时而肠鸣腹泻，或腹泻与便秘交替，稀水便，神疲，乏力，每当情绪紧张，激怒，变动而诱发。舌质淡红，苔薄白，脉弦细。

【治法】舒肝健脾

【处方】痛泻要方加减。

防风 广木香 焦白术各12g 白芍30g 焦三仙 茯苓各15g 甘草6g

加减：便秘去茯苓加当归，杏仁，桃仁，郁李仁，火麻仁各10g

腹泻者，加山药10g 莲子10g 党参15g 薏苡仁15g 制诃子10g

腹痛明显者，加厚朴，枳壳，槟榔各10g 神差倦怠，脉细者，加太子参，黄芪各20g

胁满易怒者，加柴胡10g 香附6g

可配合服逍遥丸以巩固疗效。

2 寒湿困脾型

【主证】大便时溏时泻，粪便常有透明粘冻，腹胀，身重，恶心，纳差，口干或口粘腻，面色萎黄，舌淡红，苔白腻，脉濡缓或沉细。

【治法】燥湿理脾

【处方】胃苓汤加減。

陈皮 法半夏 茯苓 苍术 厚朴 藿香 泽泻各10g 葛根 15g 甘草6g

加減：畏寒肢冷，舌苔腻不化者加干姜12g，严重者可加熟附子10g(先煎)，白芍12g

大便粘冻多者，腹痛，里急后重，舌苔厚腻，肠内有积滞者，可加三物备急丸(大黄，巴豆，干姜)，得效即止。

3 脾胃虚弱型

【主证】大便时溏时泻，水谷不化，肚脐周围疼痛，肠鸣，每当进食生冷油腻或腹部受凉则发作。或者每当进餐后即大便，粪量不多，但内混白色粘冻，难以控制，神疲乏力，舌质淡，脉虚大无力或沉细。

【治法】益气健脾

【处方】参苓白术散加減。

党参15g 茯苓10g 白术10g 藿香10g 莲子10g 山药10g 薏苡仁10g 焦三仙10g 陈皮10g 制诃子10g

加減：心悸短气，感觉气坠心空，气虚下陷者，加黄芪30g 升麻6g 柴胡10g

清晨泄泻，头晕，耳鸣，腰痛膝软，脾虚及肾者加补骨脂，菟丝子10g 吴茱萸3g 肉豆蔻6g

畏寒肢冷者加熟附子6g(先煎)，干姜6g

可配合服人参健脾丸，补中益气丸，六味地黄丸等。

4 肠燥气滞型

【主证】大便坚结，粪如羊屎，腹痛甚，腹胁气逆，里急后重，口燥咽干，烦躁易怒，头痛，失眠，舌质红，苔薄白而干，或薄黄，或黄白，脉弦。

【治法】润燥行气

【处方】麻子仁丸加減。

火麻仁 杏仁 桃仁 黄芩 白芍 当归 肉苁蓉 柴胡 枳实 各10g

制大黄6g(后下) 甘草6g

加減：大便稍结，津液亏耗而舌面干燥者，去桃仁，杏仁，大黄等，加沙参，麦门冬，天花粉各10g

便秘者可配合服麻仁丸。

针灸治疗：

腹痛，便秘，取穴足三里，大肠俞，天枢，支沟。

肝气不舒加太冲，中脘，大肠俞。

脾肾虚腹泻，取穴脾俞，中脘，天枢，足三里，命门，关元。

实证用泻法，虚证用补法，灸法。

食疗：

淮山，薏苡仁各100g，加粳米150g，加水适量，煮粥常服。

黄芪，扁豆各50g，煎汤取汁加粳米150g加水适量，煮粥常服。

预防与调养：

解除紧张，忧虑的情绪，适当的参加散步，太极拳，气功等体育锻炼。

起居有常，避免过劳，防寒保暖，饮食有节。

腹泻宜吃无渣的易消化食物，少食生冷油腻。

便秘宜食含些油脂或润肠之品，如香油，蜂蜜，核桃仁，香蕉等。尽量食些富含纤维素又无刺激性的食物如胡萝卜等，忌辛辣炙煨之品。一些穴位如中脘，关元，天枢，大横，脾俞，肝俞，肾俞，大肠俞，足三里，长强可以经常按摩，推揉等法。



辛开苦降法治疗 慢性胃炎辨证分型 及用药规律探讨

新加坡·柯顺年

一、辛开苦降法的概念

辛开苦降法，属于“中医八法”中“和法”、“消法”的范畴，这种疗法是通过辛温与苦寒药物的配伍作用，调整脾胃的脏腑功能，使中焦气机通畅，气化功能正常，调理全身之阴阳平衡，体现了寒热并治的指导治则与辛开苦降具体治法的统一。对寒热错杂诸症，特别是脾胃系统疾病的治疗具有重要的意义。李东垣在《脾胃论》中指出：“万物之中，人一也，呼吸升降，效象天地，准绳阴阳。盖胃为水谷之海，饮食入胃，而精气先输脾归肺，上行春夏之令，以滋养周身，乃清气为天者也；升已而下输膀胱，行秋冬之令，为传化糟粕，转味而出，乃浊阴为地也。”“脾升胃降”是其对脾胃功能的高度概括，辛开苦降法调理脾胃气机升降，使之燥湿相济、升降相因、纳化有序。

辛开苦降法是利用药物的性、味特性来调整病证的气机病变。辛浮药物多为辛、甘味，具温热之性，可达发散、行气之效；沉降药则多具苦、酸、涩味及寒凉之性，具有降泄、通下的功效。前者属阳，后者属阴，辛苦调和，共同调整了集体的阴阳平衡，共同完成了气机疏通、宣发排泄、降浊的全过程，维持气体在人体内的良性循环。

在临床治疗中，辛开苦降药物的组成主要分为两种情况：

其一是某些药物本身就具有辛苦两味，具有调理气机的作用；

其二是分别取辛、苦两味药物共同组成方剂调理气机。

辛开苦降法的代表方为半夏泻心汤，该方主要是以调理脾胃寒热为主，治疗寒热错杂之邪痞结于中焦之证。除半夏泻心汤以外，生姜泻心汤、甘草泻心汤、乌梅丸也是《伤寒

论》中记载的极具代表性的辛开苦降法药方。半夏泻心汤中，以半夏、干姜为辛味药组，主升降；黄芩、黄连为苦味药组，以燥湿；人参、炙甘草、大枣为甘味药组，以补益。此方正是以辛开苦降法为指导，以辛温或辛热药物与苦寒或苦辛寒凉药物合用，达到开通气机，祛寒化湿并泄热除积，降逆和胃之效。

辛开苦降法既按脾胃生理与病机特点选药，善清湿热而疏通气机，以通为补，为治疗慢性反复发作的消化系统的有效方法。

二、中医对慢性胃炎的认识

慢性胃炎是胃粘膜在各种致病因素作用下发生的慢性炎症性病变或萎缩性病变。目前中医学对本病的命名和分类尚不统一，一般临床上结合西医对慢性胃炎的分类，将其分为慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎。后者又分为A型胃体病变和B型胃窦病变。另外，疣状胃炎和肠胃炎等也属慢性胃炎的范畴。根据慢性胃炎的病因、病机、病变所在部位与病性的不同，本病可列入中医学“痞满”“胃脘痛”“嘈杂”的范畴。尤其是慢性萎缩性胃炎主要表现为胃部似有物堵塞感，但按之虚软，故1989年中国第五届脾胃病学术交流会将之拟名为“胃痞”。

现代一些中医学者结合了古代文献、学说及临床研究，针对慢性胃炎作出了病机分析。如刘渡舟^[1]认为慢性胃炎的中医治疗之本，首当从脾胃不和入手。李德珍^[2]认为脾胃同居中焦，一脏一腑，互为表里，共同完成水谷的受纳、腐熟运化、吸收功能，所以治疗脾胃病当以“治中焦为衡，非平不安”。危北海^[3]认为本病病因繁多，但发病多因脾胃素虚，内外之邪乘而袭之，使脾之清阳不升，胃之浊阴不降所致。潘相学等^[4]认为饮食不节、脾胃虚弱是发病的基础，外邪侵袭、情志所伤是发病的重要因素。在这些因素的作用下，以致胃失和降，气机不利，胃失濡养而发病。该病以湿热

阻胃为标，胃气虚弱为本，而成标实本虚证。刘启泉等人^[5]认为慢性胃炎病机虽然繁杂多变，但总不离气(气机郁滞)、湿(湿浊中阻)、热(热毒蕴结)、瘀(瘀血停滞)、虚(阴液亏虚)5种。慢性胃炎病变脏腑在胃腑，肝、脾在病机中起重要作用，胆与胃也与之相关，此外肾为胃之关，胃喜润恶燥，肾寓真阴真阳，肾之真阴乃诸阴之本，先天之肾赖后天之胃以滋养，后天之胃靠先天之肾以生化，故病变与肾脏也有密切关系。胃气失和，气机不利，胃失濡养，胃络淤阻，是其基本病机。曹希和^[6]对老年慢性胃炎病机的见解是以衰老而致的胃体变薄、胃用变缓，即中气虚衰为根本，且与情志不遂、心肝气郁和外感寒邪、饮食失当直接相关。胃气既衰，则受纳、腐熟、磨谷功能失健、开放幽门功能失常，从而不仅为寒邪、食饮、七情等邪气的侵犯提供了前提，稍不谨慎，胀痛即作，并兼食滞、湿恋、痰凝、气郁，乃至血瘀，而且每因劳累而病情加重。

简而言之，慢性胃炎长期饮食不节，起居失宜，导致脾胃功能失调，复因外感六淫，内伤七情，饮食劳倦刺激，导致中焦升降失常，气机逆乱，痰浊、血瘀、食积停于中焦，阻滞气道，不通则痛。其中气滞为最常见。脾胃气血化源不足，久病可导致脾胃虚寒。热伤营阴，或思虑过度耗伤阴血，可致胃阴不足，并且可以影响到肾，因此在病理变化上与肾也有一定关系。

三、辛开苦降法治疗慢性胃炎的机理

脾与胃同居中焦，脾主升，胃主降，若二者升降失调，饮食消化过程则失常。《医学求是》中写到：“脾以阴土而升于阳，胃以阳土而降于阴，土于中而火上水下，左木右金，左主乎升，右主乎降，五行之升降，以气又以质也，而升降之权，又在中气升则赖脾气之左旋，降则赖胃气之右转也，故中气旺则脾升而胃降，四象程以轮旋，中气败则脾郁而胃逆，

四象失其运行矣。”脾与胃只有燥湿相济、升降相因、纳化有序才能维持正常生理功能，脾胃同病又因各自特性不同而常常表现为寒证热证同见，故脾升胃降失常多见寒热错杂证。

辛开苦降是利用两类性味截然相反药物的对立作用和不同属性进行配伍，使其产生一种两者都不具备的整体作用，扩大了主治范围，常用于治疗寒热错杂、升降失司、阴阳失调之证。辛味的主要作用为发散、行气、行血、开宣上升、调畅气机。脾阳不升或肝气郁滞者，可借辛味宣散之力而升，辛味药如厚朴、枳壳、干姜、陈皮等。苦味药主要作用为泄浊、燥湿。胃阴不降者，可借苦味下沉之力而降，如黄连、黄芩等。因此，辛热药和苦寒药配伍，一辛一苦，一热一寒，一薄一厚，一阳一阴，辛苦二味能有效地针对慢性胃炎的病机进行治疗，有利于逆转其病理变化，使其恢复气机升降之常。辛开苦降法治疗胃病的特点是通过调理脾胃气机使脾胃功能恢复正常，因势利导，调和阴阳，平衡寒热。其法可谓药简效捷，除明显阴虚津亏者慎用或合以养阴之品外，应用范围较广，是治疗反复发作的慢性系统疾患的有效方法。所以脾胃病，适当选辛热(温)与苦寒(凉)及甘味药配伍，切中脾胃生理与病机特点，使其辛苦寒热并行而不悖。

四、辛开苦降法治疗慢性胃炎辨证分型及用药规律统计

本研究按照一系列研究方法，进行文献的检索与整理，并严格按照文献的排除、剔除及纳入标准进行筛选，共获得符合要求的辛开苦降法治疗慢性胃炎的相关文献159篇。

1. 辛开苦降法治疗慢性胃炎辨证分型规律

在78篇描述了辨证分型的文献中，证型分类的表述不统一，最少的只有1型，最多的则分为9型，不同证型的表述多达70种，其中实证47种，虚证9种，虚实夹杂证14种，根

据70种证型所描述的临床症状，将虽表述不同但实属同一证型的进行归类，结果为实证8型：肝胃不和型(包括肝郁化火型、肝郁气滞型、肝气犯胃型、肝胃不和型、肝胃气滞型、肝胃郁滞型、肝胃郁热型、肝木克土型)、肝胃湿热型(包括脾胃亏虚型、湿热阻胃型、湿热中阻型、湿热蕴结型、湿热蕴脾型、湿热内蕴型、湿热阻络型)、胃络瘀阻型(包括湿热阻滞中焦型、瘀血阻滞型、瘀血内停型、瘀血阻络型、瘀阻胃络型、气滞血瘀型、胃络阻郁型、胃络淤血型、胃络阻滞型、胃气雍滞型、脉络瘀阻型、血瘀内滞型)、脾胃不和型(包括脾胃气滞型、脾胃失调型、胃失和降型)、脾胃蕴热型(包括脾热炽盛型、热淫肝胆型、胃中蕴热型)、脾胃虚热型、饮食内停型(包括饮食停滞、饮食积滞型、饮食伤胃型)、痰湿中阻型(包括痰湿内蕴型、痰饮停胃型)；虚证6型：脾胃虚寒型、脾肾阳虚型、脾胃虚弱型(包括脾胃气虚型)、胃阴不足型(包括胃阴亏虚型)、气阴两虚型、肝胃阴虚型；虚实夹杂证6型：寒热错杂型(包括寒热互结型、寒热夹杂型、寒热并存型、寒热交错型)、虚实错杂型(包括虚实并见型、虚实错杂型)、脾虚气滞型(包括中虚气滞型、中虚邪阻型)、肝郁脾虚型、胃寒肠热型、气虚血瘀型。

统计结果显示，在78篇描述了辨证分型的文献中，所提出证型出现次数在10次以上，可归纳为慢性胃炎基本证型如下：肝胃湿热、脾胃湿热、脾胃虚寒、胃阴不足、肝胃不和、寒热错杂、脾胃虚弱，以上七型为慢性胃炎基本证型特点。其余证型在文献中出现的次数较少。

2. 辛开苦降法治疗慢性胃炎用药规律

本研究通过对159篇文献中中药用药的使用次数及药物分类进行分析，结果显示，在所出现的210味药中，使用次数在50次以上的依次为：黄连、黄芩、半夏、干姜、党参、白术、甘草、大枣、茯苓、厚朴、白芍、延胡

索、炙甘草、陈皮、蒲公英、柴胡共16味。使用次数在50次以下30次以上的依次为：吴茱萸、川楝子、木香、枳壳、瓦楞子、枳实、大黄、香附、乌贼骨、黄芪、竹茹、砂仁、石斛、丹参、海螵蛸共15味。此外，根据统计显示，理气药、补虚药、清热药、活血化瘀药、消食药、化痰止咳平喘药、止血药、解表药、利水渗湿药、化湿药、是治疗慢性胃炎的常用中药类型。

从整体统计结果来看，在31味最常用和较常用于辛开苦降法治疗慢性胃炎方剂的中药中，具补虚功效的中药有8味；具理气功效的中药有7味；具化痰止咳功效的中药有3味；具清热功效的中药有3味；具化湿功效的中药有2味；具温里功效的中药有2味；具解表功效的中药有1味；具泄下功效的中药有1味；具利水渗湿功效的中药有1味；具止血功效的中药有1味；具活血化瘀功效的中药有1味；具收涩功效的中药有1味。此结果与本文所研究的辛开苦降法治疗慢性胃炎辨证分型规律分析结果是相符合的，进一步说明了慢性胃炎与脾胃湿热、脾胃虚寒、肝胃不和、寒热错杂、脾胃虚弱有密不可分的关系。

此外，在210味中药中使用率最高的为黄连，黄连为清热药，其性寒，味苦，无毒。归心、脾、胃、肝、胆、大肠经。具有清热燥湿，泻火解毒功效。现代医学药理学研究证明黄连所含黄连素是一种重要的生物碱，它具有显著的抑菌作用，它对抗病原微生物，对多种细菌如痢疾杆菌、结核杆菌、肺炎球菌、伤寒杆菌及白喉杆菌等都有抑制作用。其中对痢疾杆菌作用最强，常用来治疗细菌性胃肠炎、痢疾等消化道疾病，且副作用较小。次之为黄芩，黄芩亦属清热药，其性寒，味苦，无毒。归心、脾、胃、肝、胆、大肠经。具清热燥湿，泻火解毒，止血，安胎之功效。药理学研究证明黄芩能够抗病原体、抗炎、调节免疫功能、解热、镇静、保肝、利胆等。第三则为半夏，其性温，味辛。归脾、胃、肺经，具燥

湿化痰，和中健胃，降逆止呕，消痞散结之功效。现代医学研究证明半夏能够行水湿，降逆气，而善祛脾胃湿痰，水湿祛则脾健而痰涎自消，逆气降则胃和而痞满呕吐自止，故为燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结之良药。由此可见黄连、黄芩及半夏为辛开苦降法治疗慢性胃炎不可或缺的要药。

五、小结

辛开苦降法治疗慢性胃炎具有显著的优势和疗效，其副作用小，效果稳定，可长期服用。据本研究结果显示，慢性胃炎的基本病机为胃气失和，气机不利，胃失濡养，胃络淤阻。表现为肝胃不和、肝胃湿热、虚实错杂、胃阴不足、寒热错杂等，最终形成慢性胃炎，其病位在于胃，与肝、脾等脏腑密切相关。故在使用辛开苦降法治疗慢性胃炎时以辛开苦降为基本大法，临床上常用的中药多具有清热燥湿，泻火解毒，止血，行水湿，化痰，降逆等作用。

参考文献

- [1] 张保伟.刘渡舟教授治疗慢性胃炎的经验[J].中医教育, 2000,19(6):51.
- [2] 杨铭.李德珍老师治疗慢性胃炎经验琐谈[J].甘肃中医,2006,19(4):16.
- [3] 危北海.中医脾胃学说应用研究[h].北京:北京出版社,1993, 194-203.
- [4] 潘相学,刘持年,周继友等.黄连益胃灵治疗HP相关性慢性浅表性胃炎临床研究[J].山东中医杂志,2004,23(9):522.
- [5] 刘启泉,杨翠香,肖彦玲等.慢性萎缩性胃炎的病机研究[J].河北中医,2002,24(6):473-475.
- [6] 曹希和.老年慢性胃炎病因病机探讨[J].江苏中医,2000,21(5):6-7.
- [7] 脾胃论[M].李东垣.北京:人民卫生出版社,2005.
- [8] 吴达,王新华注[M].南京:江苏科学技术出版社,1984.
- [9] 文献目录详见 柯顺年《辛开苦降法治疗慢性胃炎的运用规律探讨》,南京中医药大学,2014年.

胆病辨证论治外要略

中国江苏省中医院消化内科·汪红

胆病也是临床常见病、多发病，是中医药治疗效果比较满意的一类内科疾病。胆病临床常表现为：胁胀、胁痛、黄疸，进食油腻饮食在前述症状加重的同时常会出现恶心、泛吐、便溏甚至便泄等症；病程表现可有急性、慢性之分；病理分类则有炎症、结石之不同；病性亦有寒、热、虚、实之别。及其证治已日臻成熟，但辨证之外仍应注意以下几点要略：

本体证治要略

所谓本体是指胆体自身。本体证治是指从胆的生理、病理的角度给予论治。临床辨证治疗时常须注意以下要点：

1. 理顺气机：胆为奇恒之腑，藏泄当宜。藏为精汁，泄则助运。总以下行通降为顺，此为生理常态。因此，胆之病必违生理，或胀、或痛、或逆、或塞，就气机而言，轻则为滞，甚则似塞或逆。无论寒热虚实，顺其气机必首当其冲。临证用药可酌添郁金、枳壳(实)、佛手、青皮、川楝子等物。

2. 调节藏泄：胆似脏所藏为胆汁(亦称清汁、精汁)，以清新为贵；似腑则泄，与食物伴行以利消化(脂类食物)。病则：清汁变浊，甚则异变为沙、为石；藏泄无序。藏则喜静，

当无气滞、湿热相扰；泄则当动，更无沙石为滞、为阻。临证用药除上述理气、行气之品外，多合白芍、金钱草、制大黄之类迎合藏泄之性。

3. 调适寒温：胆之疾，世人多谓湿热相扰为患，其实并不尽然。征之临床，急性胆病为次，亚急性、慢性胆病居多。所谓急性者，发病急，数日内常见胁痛突然、发热、口苦，甚则黄疸等症。临床常辨识为湿热之证。或急性病展延，或经久未愈，反复发作则多为非急性病程。此乃其一。其二，无论是气滞为因，或是沙石淤阻，则多表现为静有余而动不足，“藏”有余而泄不足。因此，即便是急性湿热证为主时应用苦寒、清利、通下类药物亦当中病即止，不可过剂，以防损伤正气。而亚急性、慢性病程胆病，则注意温行之要。所谓寒则静，温则动之理。可依据病症相宜，酌选制香附、干姜、大腹皮，甚则附子、肉桂等物。

客体证治要略

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

1. 从肝论治：肝对胆的影响主要表现为肝郁与肝热。郁者，气机郁滞，影响胆之升降，治从疏肝达胆，药征柴胡、黄芩、枳壳等味；肝热则易致胆受熏灼，胆汁外溢，甚则炼汁成沙成石。治择龙胆草、夏枯草、浙贝等物。

2. 从脾论治：脾对胆的影响主要表现在脾虚及脾湿二个方面。脾虚则运化不健，甚则便泄，实质常是胆脾功能共弱的表现。临床多选炒白术、太子参、砂仁、陈皮、焦三仙等药；而脾湿则易连累胆腑，积湿蕴热，成黄疸、沙石之源。处方可配合运用苡仁、茵陈、苍术、厚朴等物。

3. 从肾论治：肾对胆的影响常体现在肾火不济，继而引起胆怯、胆阳不振。肾为一身之元阳，肾阳不足，脾肾不健，胆失温煦，则易生泄泻之变。临床可酌加炮姜、乌药、补骨脂、肉桂等行少火生升之助。

4. 从胃论治：胃主收纳，是消化吸收重要一环，且与胆同有腑顺下行之习。胃纳呆滞，消化无力，下行不利，则易致胆气不顺；胃热蕴结也是造成胆热的重要根源。因此，纳呆常用行气消导类药，如炒麦芽、炒谷芽、焦山楂之类；而胃热则常任黄连、蒲公英、生石膏等物。

5. 从大肠论治：胆汁下泄大肠，共有腑用。若大肠不健，窒塞不通则胆气不降或壅滞，引发胁胀、胁痛，甚至矢气少、便秘等症。因此，辨在便秘与否。若便秘不显，则从行大肠之气入手，药用槟榔、大腹皮之类即可，意在促进矢气，得下气通而胆气始降之功。若兼便秘则视程度、性质之异同，别轻重而分择生大黄、制大黄、杏仁、桃仁、肉苁蓉、郁李仁等一、二味相佐即可。

注重生活起居养生对预防与治疗胆病有积极意义。注意要点如次：

1. 怡情悦志：胆依附与肝，表里之属，与六情之变关系密切。情志调畅则胆气顺达，藏泄有序，功能正常。因此，保持良好心理状态，管理好情绪对预防及治疗胆疾有重要意义。

2. 饮食均衡：营养虽有碳水化合物、脂肪、蛋白质、纤维素、维生素和微量元素等要素，但致胆病者当以脂肪为首。关键在于取舍得当，动态平衡。不食则营养失衡，多食、恣食则易累及于胆，胆运失健，滋生湿热，成沙成石。而纤维素则利胆之行，易使胆汁、胆气畅泄。因此，对于正常人群，建议适当减少脂肪摄入量，保证纤维素的正常摄取。对于中老年，尤其是体态偏胖人士更应从严控制脂肪类食物的摄入。但对有喜食脂肪者也可通过调节运动量的方式达至既满足口福又不至于留患的处理方式。或量入而出(根据脂肪摄入量调整运动量)，或量出而入(根据运动量适量增加或减少摄入量)，以大致动态平衡为佳。

3. 定期排便：六腑以通为用，胆亦如此。胆虽为奇恒之腑，但泄为常态。定期排泄大便，则肠空而上物得下，胆汁亦能顺利下行。胆汁的新陈代谢，不仅有利肝之余气入胆成汁而不至生郁。而且，胆汁畅泄之行，胆腑亦有内冲洗之功，致使湿热、沙石于肇端便不易匿藏，随泄于体外。

生活起居要略

胆之病多与饮食与情绪相关。情绪不达，气机不利，则胆气不疏。饮食滋腻，易生湿热，蕴蒸则是沙石之源。因此，在治疗之外，

巩固组织，促同业进修的 许崇轩



新加坡·林英

原籍广东潮安凤岐乡人，生于逊清光绪廿五年(公元1898年)。历代业医，至许崇轩医师已是第十一代。先生秉承家学，16岁时聘名儒杨禹门老师讲授古文及医学。青少年时期已能助乃父诊症，1922年先生25岁间遂决意出洋，抵达星洲，悬壶济世，本其家传，兼参心得，声誉噪起，遂成当地名医，为中医公会发起人之一。

医师作风豪爽，热心公益，1958年9月参与新加坡大世界工业商品展览会之中国药品贩卖馆之赠诊济贫。先生交游素广，对中医药发展，竭诚赞襄，尤其对于中医公会主办的中华医院，中医专门学校，贡献勳伟，历年膺负要职，曾任中医专门学校副校长，1970年担任中医公会会长期间，捐资出力，领导有方，备受爱戴。前新加坡中华总商会会长陈振贤先生，尝撰联以誉之云：“脉理精微明太素，医门棒喝本灵枢”。

中医公会第21届职员就职礼上，许医师指出，公会致力于社会卫生保健诊疗和阐扬中

医中药，既要出钱出力，竭尽所能去办慈善医院，又要集中精神去设立中华医药研究院和中医专门学校。显然，前者是为我国广大群众的健康而服务，后者是为了继承，整理，发掘向被称为“伟大宝库”的中医药学和为培养下一代的人才而工作。公会将来还要负起另一更大的任务，就是领导和推动同业积极地进修现代医学，衷中参西，进行深入研究，求能做到促进中医药学臻于最完善的境界；公会的工作是任重道远的，非有远见、决心、魄力、群力与基金等基本条件不可。

许医师于1970年12月4日逝世，享寿72岁。许医师公子家奇业商媲美陶朱，幼子其赞，毕业於中医专门学校，承其衣钵。

参考文献

- [1] 《新加坡中医公会成立五十周年金禧纪念特刊》P53
- [2] 曾涛鸣主编《新加坡共和国社会模范人物志》P137
- [3] 南洋商报 07/09/1958 P7
- [4] 南洋商报 30/01/1970

為醫八則

許崇軒

立己宜養重 不宜自輕

吾黨既以斯道為己任。則此人之身。實千萬人之所繫命者。必當立志。難持躬。敦樸。以示吾道之不苟。倘復徇人喪已。徑寶甘趨。且非懷珍待聘之心。難免枉躬。辱直尺之誚。

臨症宜計功 不宜圖利

業以治生。若謂醫道不憂貧。斯不近人情之語也。第貪得之念勝。則隨在而急欲。奏功。未能殫心以從事。有以人圖饒饒者矣。是官獨獲乃身。以祈必濟。庶功成而利亦隨之。洵不必援情得失。而已祿在其中。

持心宜善下 不宜恃能

學問之道。虛己者多助。自恃者罔功。況岐伯之義。精理奧。豈人之私智所能洞測。古人所以有持滿之戒也。良賈深藏。尤宜披服。是以安於寡陋。而所業日荒。

行道宜憐貧 不宜諂富

炎涼醜態。人之恆情。吾黨雖無是行。而或存是心。延遇貴介之子。持術惟思其不精。值寒之徒。用意輒隣干忽略。抑思此術。原為救人而設。莫獨無告者。更宜加以矜憐。匪第完濟世之初心。是亦陰行善之一節。

看書宜辨理 不宜執方

陳言往論。雖古人已試之明驗。然神而明之。存於其人。況凡方之風氣強弱不齊。古今人之稟性厚薄亦異。若必執成法。而不善變。是何異強方柄以就圓鑿也。淵博之士。宜出自心之玄解。泥括帖之舊聞。

治病宜究因 不宜務末

標本之說。昔人論之甚詳。今之圓治者。不審其致之之緣。而漫施補救。如救焚者。茅撲其原之烟。而不滅其火。烟雖失。而其火性尚存。終必復燃也。是在培其根。塞其源。熾厥渠魁。而群醜自向風而遁矣。

處失宜從厚 不宜懷緩

慨自人不古處。交道浸衰。在同途共事者。更深操戈下石之慘。不知惜人者。人亦擠之。曷若息厥譴黃。互相規勸。宏其黨類。各借聲援。一以收同心之益。一以維聲氣之窮。

製藥宜求精 不宜就簡

質本凡行。各宜其用。製法咸宗雷公矣。然考諸出處。或一本而根梢異治。或一味而父咀不同。所垂有地土之殊。所藏有新舊之別。似非指鹿為馬。徒取充龍。認為魚目。具眼。致令奇方聖劑。竟介於效與不效之間。不惟無以起沉痾。而適以損命。醫家存心當自重。不當自輕。當自謙。不當自放。當計功。不當計利。當憐貧。不當諂富。自重必多道氣。自謙必無返心。自謙者。久必學進。自傲者。久必術疎。計功則用心於治病。而技巧生。計利則用心於肥家。而詭詐出。憐貧則不擇人而送。陰德無窮。諂富則不待請而至。卑污莫狀。

此醫家之八要也

世界中医药大会第三届夏季峰会 暨大健康博览会 与世界中医药学会联合会第三届 第九次理事会与第八次监事会议报告

朱奕达 整理

2017年6月11日,新加坡中医师公会,赵英杰会长与林钥华副会长受世界中医药学会联合会邀请,出席参加于中国安徽省合肥市举行《世界中医药大会第三届夏季峰会暨大健康博览会》的开幕式。大会以“聚集中医药大健康,助力健康中国发展”为主题,以促进中医药国际交流合作,打造国内外高水平中医药及大健康学术盛会。首创夏季峰会与健康博览会结合的形式,国际学术峰会设置了12个分会场,推荐146个学术报告,吸引了24个国家和地区,近1500名代表专家出席。健康博览会上约200家企业单位参展,展示了中医药事业和健康产业的发展新貌。

夏季峰会开幕式后,赵英杰会长在接待志愿者陪同下也一同前往大健康博览会会场中心见证博览会开幕仪式。会长对此夏季峰会暨健康博览会的成功开幕表示了高度的赞赏。在

预祝盛会圆满成功同时,对于主办方细心安排“一对一”的VIP全程接待方式,也给予了相当的表扬。

2017年6月11日 世界中联教育指导 委员会第二届理事会第七次会议

2017年6月11日下午14:00时于安徽合肥丰大国际大酒店罗马厅召开世界中联教育指导委员会(简称“世界中联教指委”)第二届理事会第七次会议。我会会长赵英杰博士兼任世界中联教育指导委员会副会长,应邀出席此会议议程。首先由世界中联教指委秘书长冯学瑞教授向大会作“世界中联教指委2017年度工作汇报及2018年工作计划”的报告,并随后重解读了“世界中医专业认证方案”。会议上,来自9个国家(地



夏季峰会开幕式合影



世界中医药学会联合会创会副主席兼秘书长李振吉宣布夏季峰会开幕

区)的理事首先审议了世界中医联教职委的工作报告和工作计划,并予以认可。各理事也针对“世界中医学专业认证方案”的各国相关问题进行了深入、细致的讨论。

新加坡中医师公会赵英杰会长,以新加坡中医学院董事主席身份发言,并作出了相对的回应。赵会长首先向教职委秘书处工作人员的工作态度给予了高度评价和赞赏,敬佩工作人员不辞劳苦的付出努力,拟定“世界中医学专业认证”讨论稿。同时,会长也针对2017年3月收到世界中医联教职委的来函信件,回覆关于中医专业认证的建议和提问。会议上,会长提出了以下三点看法:一、世界中医学专业认证的公认性和权威性;二、世界中医学专业认证于各国的效益性;三、如何根据各国法律和管理体制提高专业认证的成功度。

一、世界中医学专业认证的公认性和权威性

赵会长认为“世界中医学专业认证”必须由中国各高等中医药大学带头领导去实行。举

例说明于2015年11月曾召开的“世界中医学专业核心课程教材”的编写标准化,此工作项目至今还未收到被中国各所中医药大学采纳为中医教育教材的实行回应。如今世界中医联教职委推行“世界中医学专业认证方案”的实行性,也须由中国各所中医药大学进行评估和执行,齐同参与此专业认证工作。赵会长也提出此专业认证项目一旦受到中国各所中医药大学承认及推广,受中国政府同意与支持,专业认证公信力必将提高,云集响应,大幅度增加“世界中医专业认证”的权威性,如此中医学专业认证的“金字招牌”必将带动全球中医专业认证风潮。

二、世界中医学专业认证于各国的效益性

赵会长提出“世界中医专业认证”的效应性在中医尚未立法的国家而言价值相对较高。简单说明新加坡中医教育认证概况。

第一、教育部认证私立中医院校。任何新加坡私立教育机构(PEI)如招收国际学生需向私立教育委员会(CPE)申请教育信托保障计划(EduTrust)。各私立教育机构也将通过各种标准和审核以授予何种教育信托(如教育信托之星4年、教育信托4年、教育信托(暂时性1年))。

第二、卫生部认证中医执业。2000年中医立法归管后,卫生部成立中医管理委员会(简称“管委会”),目的是注册中医执业者,鉴定注册目的而设立的中医学课程及承办课程的中医院校。中医院校毕业者,需通过卫生



大健康博览会启动模式

部管委会考核认证后,方能执业行医。会长阐述以上两种新加坡中医专业认证渠道,说明新加坡已拥有严格体制认证中医专业,并强调了各国对“世界中医专业认证”的确存在差别效益性的问题。

三、如何根据各国法律和管理体制提高中医专业认证的成功度

根据各国民情、法律、管理体制的前提下,世界中联教职委需理解语言认同、文化认同、质量认同、以编制“世界中医专业认证指南”。以新加坡中医学院为例,赵会长也分享了新加坡教育信托保障计划的专业认证过程。私立教育委员设有一套审核标准,通过学术程序、学生评估、教职员招聘、资源和设施、代理挑选管理和监督、学生福利和支援、学生保护及机构财务状况等标准规定,进行评估并授予教育信托保障计划。赵会长表示眼前庞大的工作量需严谨处理,确保极高认证水平与质量,从而提升专业认证的国际知名度与影响力。

总结以上所述,赵会长肯定了“世界中医专业认证”的必要性,认同中医教育国际化的必然趋势,也提议由中国推动中医教育的规范化、标准化的发展。可由教职委完善中医专业认证的细则,既充分发挥国际组织的引领作用。会议结束于2017年6月11日下午17:00。

2017年6月12日 世界中医药学会联合会第三届第九次理事会、常务理事会与第八次监事会议

2017年6月12日上午09:00时于安徽合肥丰大国际大酒店北京厅召开世界中医药学会联合会第三届第九次理事会、常务理事会与第八次监事会议。我会赵英杰会长(世界中联副会长)、林钥华副会长(世界中联主席团执行委员)参加出席会议。首先由世界中联余靖主席作2016年世界中联工作报告。余靖主席在



大健康展览会场中心(近200家企业单位参展)

报告上提出2016年世界中联各项新进展的工作项目如下:

一、加强组织建设工作,积极扩充会员

- 1.增补理事会和监事会成员;
- 2.吸收发展新会员;
- 3.加快分支机构建设

二、发挥三级会议平台作用,深入中医药国际学术交流

- 1.第十三届中医药大会暨“一带一路”中医药文化周活动;
- 2.世界中医药大会第二届夏季峰会暨第三届中华中医药文化大典;
- 3.第二届世界中联美洲中医药合作与发展论坛;

- 4.分支机构学术会议有序召开;
- 5.学术期刊建设运行良好

三、稳步推进标准化建设工作

四、不断扩展国际人才

五、积极加强与国际组织的交流合作

- 1.推动与世界卫生组织之间的合作项目;
- 2.积极参与ISO国际标准工作;



世界中联副主席赵英杰博士



世界中联第三届第九次理事会、常务理事会与第八次监事会会议进行中

3.加强与联合国教科文组织联系。

总结回顾一年的工作，余靖主席肯定了世界中联各项工作发展卓越的成绩，表扬及感谢理事会的正确领导，各专业委员会的辛勤劳动，秘书处的奉献与服务，全体会员共同努力及社会各界的大力支持。

余靖主席稍后也报告了接下来2017年世界中联5大计划工作项目，如下：

- 一、进一步加强组织建设；
- 二、要积极组织开展学术交流；
- 三、加大中医药国际组织标准的建设力度；
- 四、积极助力“一带一路”倡议；
- 五、继续加强与世界卫生组织的合作。

总结以上5项工作项目，余靖主席表示会遵循会章，坚持正确的办会方向，为促进中医

药在世界的传播发挥更大作用。其他报告事项如下：中医药临床研究国际合作，中医医疗旅游国际服务平台与“一带一路”民心相通工程，世界中医药学会联合会学术自律规定，中医药国际标准建设推广基地管理办法以及第十五届世界中医药大会筹备情况汇报(2018年10月意大利)。全体理事、常务理事及工作人员合影后，创会副主席兼秘书长李振吉随后主持2017年工作项目的交流讨论。交流讨论过程中，理事们、常务理事们针对各工作项目展开了细致的讨论，合理化建议。最后，李振吉副主席表示感谢各理事、常务理事们的宝贵建议、也表扬秘书处及全体工作人员的辛勤付出，期待来年大会上相聚。会议结束于2017年6月12日下午17:30。



世界中联教职委参会代表合影

2017年世中联男科学术大会

新加坡·陈建生

世界中联男科专业委员会第九届学术年会、国际中医男科学会第十一届学术大会、海峡两岸中医男科第六届学术论坛在天津隆重召开。

2017年9月8日-10日，由世界中医药学会联合会男科专业委员会主办，曹开镛健康产业集团承办的世界中医药学会联合会男科专业委员会第九届学术年会、国际中医男科学会第十一届学术大会、海峡两岸中医男科第六届学术论坛在天津大礼堂隆重召开。来自美国、英国、日本、新加坡、马来西亚、泰国等国家与港澳台地区以及中国大陆各省市的国内外共计357位专家齐聚一堂，共同探讨中医男科传承、发展与创新。

中华人民共和国原卫生部副部长、中国中医药管理局局长，现任世界中医药学会联合会主席余靖教授、天津市人大常委会原副主任李润兰女士、天津市卫生局原局长程津新教授、国家卫计委办公厅李桂萍处长、世界中医药学会联合会学术部副主任关涛教授等领导出席大会致辞并作重要讲话。

会议共计收到投稿407篇，经过严格筛选，选出287篇汇编成论文专集。论文涉及到基础理论、实验研究、临床论治与男性养生保健等诸多内容，充分反映了当前世界中医男科发展水平与最新研究动态。

大会理事预备会上举行了世界中联男科专委会第四届理事会的换届选举，以无记名投票





的形式选举了曹开镛教授任名誉会长，曾庆琪教授当选新一届会长，戚广崇教授任顾问，陈志芳(中国台湾)、曾政光、戴宁、曹利东、陈德宁、梁平(日本)、陈建生(新加坡)、谢承(中国香港)、黄海波、沈留成、宁克勤、崔云、庞保珍13位当选副会长；卞廷松当选秘书长，及196名国内外专家学者当选常务理事及理事。新一届理事会的当选保证了学会组织机构的设置，确保了学会工作全面、科学的运转。

本次大会的开幕式由曾庆琪教授、王润和教授主持。世界中医药学会联合会主席余靖教授致辞并发表重要讲话。她首先介绍了世界中医药联合会的发展概况，并对中医男科界坚持继承创新，发挥特色优势，服务患者，繁荣学术，开展合作交流等方面取得的成绩给予了充分肯定。同时，余靖教授对中医男科专委会的发展提出了几点建议，希望男科专业委员会在今后的几年，解放思想，把握机遇，进一步加强与海外中医男科同仁的联络，促进中医男科在世界各国的推广，进一步联合会内专家共同编撰中医男科标准，促进中医男科诊疗水平的提高，加强人才队伍的培育和建设，促进中医男科的可持续发展。

中华中医药学会男科专委会创会会长、国际中医男科学会主席、世界中联男科专委会荣誉会长曹开镛教授致辞时，并就本次学术大会的主题“锐意创新中医男科，为健康家庭保驾护航”作主题演讲。曹开镛教授讲到，“中医男科人不要忘记自己的使命、责任和担当，要把行医当成奉献，而不是追求个人功名利禄的

工具和途径。先立医德，再学医术。从事中医男科的专家、学者、医师要有肩负历史重任，把中医男科事业做大做强的自信和决心。主办方也特别邀请台湾中医男科学会会长陈志芳教授、新加坡中医师公会常务理事陈建生教授、泰国中医师总会副会长贾红巧教授作了讲话。

余靖教授为名誉会长曹开镛教授、新任会长曾庆琪教授、顾问戚广崇教授、新任会长曾庆琪教授为秘书长卞廷松教授颁发证书。余靖教授并为曹开镛、曾庆琪、戚广崇、王久源、秦国政、黄海波、王润和、陈建生、谢承9位中医男科专家颁发世界中联男科专委会“发展中医男科杰出贡献奖”。

开幕式之后，300余位代表围绕本次大会的主题“锐意创新中医男科，为健康家庭保驾护航”开展了广泛的学术交流。首先是专题报告，由曹开镛教授作了“中医药治疗性功能障碍的优势”的报告，曾庆琪教授作了“经方调治男科疑难病”的报告，黄海波教授作了“精液病辨证论治经验略述”的报告，秦国政教授作了“发展中医男科需要学术建设”的报告，陈志芳教授作了“血精症之中医治疗”的报告，陈建生教授作了“新加坡中医男科发展概况及未来展望”的报告，戚广崇教授作了“膏方治疗男性不育症”的报告，陈德宁教授作了“温阳益气治阳痿”的报告等。

午餐后，各男科学者与专家继续做学术报告交流，傍晚六点半交流会结束。大会交流期间，不同国家、不同地区、不同级别的中医男科同道还就男性不育、男性性功能障碍、前列腺疾病的中医诊治与男性养生保健及男科中药产业化等内容开展了广泛而深入的学术交流。

会后，大家就前往天津大礼堂宴会厅出席欢迎晚宴，宴席共开约四十桌，新加坡代表陈建生教授被安排在主宾席与曹开镛荣誉会长和曾庆琪会长同桌。宴席开始前，首先是由曹开镛药业总经理曹利东先生致欢迎词，接着是由各地代表向大会承办方曹开镛教授赠送礼品，并祝贺大会顺利召开。

“曹开镛行医60周年暨天津曹开镛中医医院成立30周年庆典大会”暨大会闭幕式于9月10日召开，庆典大会以多元化的文艺演出与图像视频相结合，回顾了曹开镛教授行医60年的足迹，回顾了天津曹开镛中医医院30年发展的历程，同时回顾了几十年来中医男科事业从无到有、从弱到强、从星星之火到遍布全球，医泽众生的发展之路。

曾庆琪会长在闭幕式上致辞盛赞：此次大会规模宏大，学术氛围浓郁，圆满地完成大会的预期目的。此次学术交流大会必将为不断壮大国内外中医男科学术队伍，提高理论临床科研水平；必将为中医男科走向世界而奠定坚实的奠基。午餐后，代表们乘车前往参观曹开镛中医医院及制药厂，该医院楼高13层，为一宏伟建筑，内设中医男科、内科、妇科、针灸科、药房、煲药部、化验室、检验室、餐厅、贩卖部、文物馆、留医部等等。制药厂则建于工业区，占地约四个足球场大，出产数十种药物及保健品。

9月11日-14日为“曹开镛中医男科临床经验传授研修班”在天津新桃园酒店开课，学员除了新加坡28位中医师外，尚有国内各省市来的约30位男科专家学者，济济一堂。课程包括男科、妇科、生育科及针灸科，主讲者为曹开镛教授、曾庆琪教授、黄海波教授、秦国政教授、王润和主任医师、陈建生博士、曾政光主任医师、卡廷松副教授、庞保珍主任医师及应荐博士等十位专家学者。各位讲师

均将他们数十年来的临床治病经验，倾囊传授，各学员受益不浅。结业后，承办方则在酒楼以北京菜肴筵请新加坡团员。

9月15日承办方特意为新加坡团安排了蓟州长城一日游，蓟州长城位于天津东北方，距天津约180公里，长城为古长城的东部一段，具有数千年的历史。长城建于高山峻岭之间，形势险要，行走困难，非有强壮的体质，无法奔跑其上，可以想象的到当时建筑长城的工匠及守关士兵们的生活艰辛的情况。晚上回到天津后，承办方在红旗酒店以天津菜肴宴请新加坡团员。

这次天津男科会议与研修班，各团员均认为受益匪浅，满载而归，对承办方表示万二分的感谢。



参加第七届国际经方班(新加坡站)简报

新加坡·陈昆宁

我于2017年7月1日到2日参加由中国广东省中医药学会、广州中医药大学附属医院主办，新加坡南洋仲景学院承办的第七届国际经方班(新加坡站)经方与疑难杂病兼国医张步桃纪念研讨会，大会地址在新加坡醉花林俱乐部。

这次大会邀请了来自中国的王庆国教授、姚梅龄教授、刘兰林教授、李赛美教授、侯丽萍教授、刘方柏教授及张道宗教授；来自台湾的赖荣年教授；来自香港的吴昶博士以及承办方新加坡的郑心锦医师及何和松医师，可谓经方名家齐集一堂的盛会。

此次与会者众多，大约有360以上，除了新加坡的医师同道外，还有来自中国、香港、台湾、澳门、马来西亚、印尼及澳洲等的中医同道。

这次的国际经方班是第一次走出中国到国外，体现为弘扬张仲景学术，落实国际化，走向世界，让仲景经方能惠及全世界人类。

【01/07/2017】第一天：

大会在早上十点正式开始，首先由新加坡南洋仲景学院董事主席丁珊瑚博士致开幕词，接着是新加坡南大中医主任医师吴再池博士致词，接着是中国广东省金世明教授和新加坡中医医师公会会长赵英杰博士轮番上台致词。随后由李赛美教授提及缅怀国医张步桃教授，全体起立向国医张步桃教授三鞠躬。

接着是丁珊瑚博士颁发纪念品给广州中医药大学李赛美教授，接着是由南洋仲景学院与广州中医药大学签合作协议仪式，仪式后台北中医医师公会会长及马来西亚中医医师公会赠送

纪念品给南洋仲景学院。到此整个开幕仪式正式结束，随后正式进入经方讲座。

第一位主讲者：新加坡南洋仲景学院院长郑心锦医师

讲题：二十一世纪人体生命科学与经方

文中提四百多年来西医的指导思维是还原论。西医认为疾病产生的终极原因是结构的变化。西医学致力找出损坏的结构和引起结构改变的实体(细菌，病毒，化学分子等)这方法使西医在过去两百年中取得巨大成果，还原论于是成了20世纪西方医学的主流思想。

而中医讲的是整体性，天人合一，阴阳五行，脏腑经络，气血津液，注重的是整体功能性，与西医的还原论格格不入。

上世纪后期匈牙利生物学家贝塔郎菲提出崭新的科学方法论—系统论。系统论认为万物皆有系统，要认识事物，必须整体出发，此理论让还原论地位出现动摇。而系统论来理解中医，就显得顺理成章，因为中医本来就是系统思维。

系统论提出开阔科学界的视野，也促进对中医理论的认识，中医不再是科学视野外的玄学。

伤寒论认为人体含阴阳两大系统，阴阳之间的对立统一，互根互用等关系推动和维持了生命的存在。而系统论虽然提供了理解中医理论的方法，从宏观角度解释中医的原理，但还是缺乏微观的说明。随着系统生物学的兴起，也组成了复杂网络系统，而中医在辨证时，是先收集症状，应用中医理论去辨别和分析，这些证与其相对的基因在生物分子网络中也具有

较为密切的连接，所以系统论与伤寒论的思维是一致的，

中药存在着网络状的内部结构和功能，而这些功能必须与身体的生物分子网络相作用才能表现出来。

郑心锦医师最后总认为，科技的发展是不可阻挡的，系统生物学搭建了经方通往世界的桥梁，中医应该拥抱科技，运用科技充分发挥优势，用科技研究中医。

第二位主讲者：赖荣年教授(台北)

讲题：从伤寒论中论述服用中药后所导致的手脚发冷与浅谈运用桂枝茯苓丸治疗妇科诸病症心得

赖教授首先提出伤寒论里的38条及29条说明张仲景在2000年前已经提出中药不良反应的观念，并将他的临床用药以及观察到其他中医师处方后产生手脚发冷的不良反应据实记载，这是最早通报中药有不良反应。

所以中医师在临床诊疗应该仔细观察服用药后是否有手脚发冷等不良反应。如有，就应该记录下来，延续伤寒论中的中药不良反应观察。

同时提出现代版的新剂型的中药不良反应，以供后世的中医师用药，处方有所依循，进而提升中医药的照护品质。

在第二部分赖教授浅谈运用桂枝茯苓丸治疗妇科诸病证心得，桂枝茯苓丸出自于“伤寒萃病论”，主治为瘀血留结胞宫，妊娠胎动不安，漏下不止，血色紫黑晦暗，腹痛巨按，或产后恶露不尽，妇女经行不畅等妇科疾病。临床上也应用在治疗子宫内膜异位。赖教授提及一个重度子宫内膜异位症的病案：患者年24岁，患重度子宫内膜异位症经痛女性，经接受西医手术疗法及荷尔蒙治疗，十年来经痛难忍，接受中医治疗，方采用桂枝茯苓丸为君药，由于患者平素纳差，怕冷，手脚冰冷等阳虚体质，在桂枝茯苓丸上加配小建中汤，服药后第二个月经周期，就不再疼痛。

赖教授的另一个病案是排出萎缩卵。桂枝茯苓丸过去历代的朝代陆陆续续用来治疗死胎不下，临床怀孕8周萎缩卵，10周胎儿没心跳，以桂枝茯苓丸配龙胆泻肝汤，患者顺利把死胎排出，而阴道出血在7-8天就停止。显示桂枝茯苓丸的逐下之功。

第三位主讲者：侯丽萍教授(中国)

讲题：侯氏新三焦气化与痹症诊治

侯教授分成二部位来讲述，在第一部分：解读《黄帝内经》对痹症发生与形成的论述。

提出目前治疗风湿性疾病的理论和方法很多，所以要认真研究，学习，诊断来治疗风湿痹症，就必须好好研究《黄帝内经》。提出：

1. 中医对疾病的认识——天人合一：天人相应观是《内经》的立论基础，天人相应不仅是《内经》的模式，更是中国传统文化的模式。不懂这模式就不能说是中医。

2. 气化，气机及三焦：在《素问·五常政大论》，《素问·阴阳应象大论》及《素问·六微旨大论》都提出气化与气机的理论。三焦是中医藏象学说中一个特有的名词，三焦又分为上焦，中焦及下焦，有主诸气，疏通水道的作用，三焦与心包络相表里。

3. 侯氏新三焦气化学说：以传统中医理论为基础，在实践中反复摸索，提出侯氏新三焦气化学说，三焦一气街—腠理—命门为系统，是人体气化，气机的平衡系统。

在第二部分：提出痹症的诊疗。

提出腹部全息与侯氏三焦气化，以腹部全息理论，腹部九宫理论，是以脐为中心的九宫腹诊，以九宫划分结合长期的临床实践，总结出属于侯氏三焦气化的一套诊断方法。说明腹部是人体六腑所在，腑以传化物而不藏，以通为用，腑通脏盈是他的生理，腑不通脏不盈就是他的病理。再用热断层成像技术(TTM)更精准的显示出三焦的热断层图像。

侯教授接着列出四个病例，总结说明身体的衰竭难治类风湿关节炎血管炎，属脉痹。

《内经》说：“诸痛痒疮皆属于心”，脉痹应从心论治，但养心血药皆厚腻之品，对脾阳虚不利，所有应先调理脾肾，使脾肾阳气恢复，这才能让体质好转。

最后侯教授总结说：她简略将她研究《内经》及运用《内经》理论治疗痹症的一些心得和体会介绍给大家，希望对大家研究《内经》提供帮助，与大家共同研究探讨，共同将中医经典发扬光大。

第四位主讲者：刘兰林教授(中国)

讲题：创新外感辨证理论，构建热病三维辨证—兼谈经方与时方。

刘教授认为中医辨证理论包括八纲，脏腑，经络，病因，气血津液，六经，卫气营血及三焦等，而刘教授所提出外感病新的三维辨证的方法，是建立在伤寒六经和温病卫气营血及三焦辨证基础上的新模式。

1. 构建外感热病三维辨证：由于六经，卫气营血和三焦辨证是古代医家研讨外感热病的理论概括，在发扬与改革创新中医理论探讨三维辨证，而三维辨证是指通过梳理六经，卫气营血及三焦辨证方法的内容，归纳出病期，病位及病性三大基本要素，以其分析和组合来反映外感热病寒温统一的症候及病理，再由三维来确定证型和病机，简称为辨病期，辨病位和辨病性。

根据临床症候调查，提出热病三维辨证，三维辨证观的形成，可以说是经历了科学研究的过程，体现科学的思维方法。依据三维要求，确定三维内容，使三维内容趋于系统和完整，从而形成外感热病的三维辨证方法。掌握了三维特征，以辨外感热病，通过辨病期，辨病位及辨病性，来反应外感热病传变的一般规律，这是三维辨证的优势。三维辨证也有其不足，由于疾病的症状和体征表现极为复杂多变，要使这辨证体系完整精确和标准统一，有待于反复验证修改，才能达到完善。

2. 兼谈经方与时方：《伤寒论》方

称“经方”(即故方)，经方药少而精，出神入化，有起死回生之妙。经方后之方称“时方”，经方与时方并驾齐驱，荟萃医林，各有千秋，古今方互补，相得益彰。经方与时方区别在，经方的药物比较简单，法度精严，气势恢弘。

经方具实践性，科学性和创造性的潜力，经方与时方巧妙结合，充分体现古方与今方间的必然联系。在运用上经方与时方合用，体现经方的灵活性。

刘教授总结认为当今对待应用经方与时方的态度，应倡导兼收并蓄，有机结合，互相借鉴，同等爱护，使其古今相互补充，不相互排斥，更不抱有门户之见，从临床实际出发，因证制宜，灵活运用。临床将经方与时方有机巧妙结合，用古方补时方之纤弱，用时方补经方之不全，不失为一条有效地提高临床疗效的途径。

第五位主讲者：吴昶博士(香港)

讲题：试论“三胚六经”相关的辨病证结合及其临床实践意义。

《伤寒论》的研究关键在于“六经”历代医家对伤寒六经实质的研究形成了多种学说，但都离不开从病位，病性，病型和病程四个方面去解读有关六经的研究，从传统中医理论解读，以现代医学理论解释，从多学科角度分析，从组织结构部位论说六经与脏腑及三胚层说。

欲清楚三胚层组织结构与六经的关系，得先了解三胚层的形成和分化，而三胚层是：外胚层(五官)，中胚层(三焦，心包和肾)内胚层(脾胃，大肠，咽囊器官，膀胱)，而六经系统是机体组织器官发育成熟而形成的六经及其脏腑功能，即从胚胎分化的组织器官形成各自完善而相对独立的系统结构和功能。

六经系统和胚胎六经存在有机联系，但由于三胚层的细胞团只是化生组织器官的原基，胚胎发育后才形成独立的结构功能系统，因

此，六经系统尚不能与“胚胎六经”构成完全的对应。中医结合六经辨证及经方治疗，通过三胚六经相关分析，从病理病机上探讨研究慢性及顽固疾病的专方专治，有利于中医科研创新。

在临床上六经病的辨证论治总结了许多有效的经方和辨证范例，吴博士也简介7个通过三胚六经分析有效结合经方治愈的病例。

最后吴博士总结说：伤寒六经及其脏腑经络具有相应物质的组织结构基础，建立了“三胚六经”相关结构功能体系，以“三胚六经”作为连结机体组织器官和中医脏腑经络的纽带，创立了从病症确三胚，定六经，辨病性，选方药的临床辨治方法，从理论和实践上促进中西医的有机结合。拓宽同病异治及异病同治的思路和范围，拓展了经方的临床应用，有助于指导对隐匿，疑难病症的治疗，开发专病，专方，专治的科研创新。

【2/7/2017】

第一位主讲者：王庆国教授（中国）

讲题：附子临床应用十要

王教授先介绍中药附子，附子由名乌头或附片，别名草乌，乌药，盐乌头，鹅儿花，铁花，五毒，属毛茛科，乌头属植物的子根的加工品，品质最好的是产自四川，湖北及湖南亦盛产。

附子性辛甘，大热有毒。入心，肾及脾经。有回阳救逆，补火助阳，用于亡阳虚脱，五脏六腑都须要附子。

但附子里的乌头碱毒性极强，须经过炮制去掉部分毒性，如与甘草或干姜同煮，其毒性则大为降低。

王教授接着说，当前中医界对附子有两种态度，一是“畏之如虎”，一为“甘之如饴”。张仲景把附子剂做分类，归纳8个部分来运用：

1. 回阳救逆·用生附子，代表方为“四逆汤”

2. 温阳利水，代表方为“真武汤”

3. 扶阳固本，代表方为“桂枝加附子汤”

4. 温里达表，代表方为“麻黄附子细辛汤”

5. 补火生土，代表方为“理中加附子”

6. 祛寒止痛，代表方为“赤丸，薏苡附子”

7. 祛寒通痹，代表方为“附子汤，桂枝附子汤等”

8. 其他，代表方为“附子梗米汤，乌梅汤”

附子乃百药之王，古人称之为“百药之长”，是任何药都不能代替附子。它有斩关夺禁之能，追魂夺魄之功，医师如能发其所长，变其毒性，医之能事毕矣！能把附子用好，这位中医就是“上工之医”

由于当代阳虚之证增多，其原因很多：有非时作息，阳不归根；嗜食寒凉，兼好辛辣；过用空调，夏月伤寒；生育延迟，产房受寒；运动不当，得不偿失；房事不节，肾阳亏损；工作烦劳，阳气外张；物欲难止，壮火食气；滥用寒凉，抗生伐正；清热养阴，中医流弊。

对附子的运用原则应：早用，广用，重用及专用。但在运用附子要注意“扬长避短，减毒增效”，对不该用时即不用。

王教授最后提出如附子中毒时，临床会表现出“麻、颤、乱及竭”，必须及时抢救，应立即停药，用甘草或绿豆水频喝，尽快送去医院，纠正心律，避免呼吸循环衰竭。

第二位主讲者：张道宗教授（中国）

讲题：通督调神针刺法的临床应用

通督调神针法是通过疏通督脉，调整元阳(元神)达到治病目的的一种针刺方法。督脉是十四经之首，又能与奇经八脉起着联络和调整气血盛衰的作用。

通督调神针刺法在全面整理，总结古今针灸治疗脑病文献资料及已有研究的基础上，运用中医基本理论，并借鉴现代科学技术与思维方法，来阐述通督调神针刺法的疾病证治规律，疗效评价指标与评价体系的一种针

灸方法。

通督调神针刺法有“通督调神，疏通经络”的作用。根据中医整体观念中“形与神俱”的思路，脑为元神之府，把脑病分为“神病”与“形病”。而督脉反应脑髓的功能(能调元神)，所以针刺督脉，就可调整元阳(元神)。临床上我们先用针刺督脉治疗中风后遗症，进而发展到治疗脑病。

通督调神针刺法是安徽中医药大学第二附属医院(安徽省针灸医院)根据张教授多年临床经验，在医院各级医师的配合下，总结出来的针刺法。

通过近几年不断研究与治疗，突破通督调神针刺法治疗的范围，本法对胃肠，泌尿，生殖系统及内分泌等多系统，多脏器多病种都有有效的治疗。

张教授也提出几个运用通督调神针法的典型病例：有中风，颈性眩晕，失眠，不孕症，月经不调，儿童多动症，强直性脊炎。以中医理论为指导，利用通督调神针刺法理论体系，取穴以督脉为主，再根据中医的辨证不同病症配合其他穴位，达到治愈病症。

张教授结语称：

在其50多年的临床经验累积，对督脉研究颇深入，近年不断总结和研究，发现通督调神治疗范围广泛。在运用过程中要记住两点：一是针灸是中医学重要一部分，临床上要注意整体反应。二是通督调神能治疗多系统，多脏腑，多学科的疾病。

第三位主讲者：何和松医师(新加坡)

讲题：经方新加坡临床应用与探讨

何医师先简要介绍对经方的认识，接着谈经方的应用基础，指出张仲景先师的《伤寒论》《金匱要略》所遗留下的三百余首方剂，无疑是中医学经典的瑰宝，至今许多中医工作者都在临床上普遍应用。在应用经方时中医的基本治疗法则是不可缺，所谓“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”正是张仲景的座右铭，

亦是我们要遵循的明训和金科玉律。

接着何医师介绍新加坡经方先辈：有曾志远，吴瑞莆，谢斋孙，洪琼彬，吕玩标等老前辈，都是在临床上使用经方治病。

何医师并提出经方是否存在区域上应用的差别？从经方应用年代久远，分布地区甚广，除了发源地中国，港澳台，还流传到韩国，日本等周边国家，日本却是影响最大的外域，可以看到张仲景医学传到日本受到广泛的接受，所以不管在那地区，经方的组成都没变。希望大家都能好好掌握经方的经典内涵，发挥经方的特色，让经方更加稳固的生存与承传下去。

何医师还介绍四例以经方治愈的病案，有：腹痛，水肿(心脏肿大)，颤抖及脑病。

最后何医师提出由于新加坡的社会特色，本地的中医，多是以慈善机构为主要的医疗体系。而由于社会较现代化，生活紧凑，间接影响经方的发展局限，而经方的传承与复苏，有赖中医院校的注重与推广，认识经方的应用与疗效，希望中医界对经方观念有全面的了解与重视。毕竟经方是中华民族累积了数千年的医学结晶，蕴涵了人类与疾病斗争的丰富经验，通过中医学术也日渐恢复自信而日渐摆脱无形的束缚，经方走向正道与重拾辉煌指日可待。

第四位主讲者：刘方柏教授(中国)

讲题：伤寒“坏病”的时代演变与救治方略——以一例危重症的辨治为例

“坏病”在当今中医学理论探讨和临证研究中，极少被人提起，而时代因素又使“坏病”不断增多。

“坏病”首由张仲景提出，在《伤寒论》第35条中明确指出。而“坏病”即是医坏的病，张仲景告诉我们这种医坏的病不一定会恶化，他在第154条中明确举例说明，从这使我们可以知道张仲景对坏病十分重视。并对坏病的形成，证象，治法转归等作了详尽的论述。

接着刘教授举一案例分享救治坏病的时代特点。

患者经西医的诊断为多器官功能衰竭，慢性肾功能不全尿毒症期CKD5期，肾性贫血，消化道出血，消化道感染，肠道菌群失调，症状性癫痫，肺部感染，多重耐药菌感染，电解质紊乱，2型糖尿病，糖尿病肾病，低蛋白血症，高血压3级极高危及剥脱性皮炎。西医仅输营养液等一般处理。后邀请中医专家会诊，这是一例典型的张仲景所说的“一逆尚引日，再逆促命期”的坏病危证。患者本有多种严重宿疾，一经误治，不可能让病情停留在原证阶段，更不可能自愈，这决定了其误治后病情必然急剧恶化的走势。

患者经2个月服用中药，病情逐渐好转，后出院回家调养。西医专家觉十分惊奇，连称神奇！

这是刘教授多年研究坏病过程中，对临床坏病治疗须中西结合所提出的辨治法则。所以坏病辨治的临床要诀有四个字—变杂救合。

所以当西医专家们在称这例病人中医疗效为神奇时，刘教授答以两句话：你们是留人治病，我是治病留人。因为没有西医的营养液滴注，血浆输注，气管插管，呼吸机佩戴，血液透析等诸多维持生命的抢救措施，病人早就死亡，是西医留住人。而西医却治不了这病，是中医治好他的病，使病人真正地活下。

可见对于坏病，不能仅停留在狭窄的伤寒误治救逆传统认识范围，而应拓展到对疾病本质，病变关系及治疗过程的总体把握和全面关照。

而这，需要经典的钩沉，中西医的配合，视野的拓展和思维的建立，只有这样，才能适应临床的急需和时代的要求。

第五位主讲者：姚梅龄教授(中国)

讲题：经方运用的几个原则

姚教授谈在运用经方的目的是治愈疾病，而运用经方，须先“知犯何逆”，这在《伤寒论》第16条有明确指出，在运用经方，一两天内治愈绝大多数时病；亦可治愈多数杂病。

在运用经方，应力求做到心中有底，用经方前，须先明确诊断疾病的病因，病机和病所(位)。综合所有力所能及的方法，来观察病情变化。全方位多层次地全面观察病情变化(阴阳八纲结合六经的症候分类)。

从细处着手，去观察疾病的每一种现象以取证，是“辨证”的基础。

张仲景所设“经方”，不是与“病种”一一对应的，也不是与“证候”简单一一对应的。经方是由祛病因，平病机，调病所的诸药组成的复方。张仲景设制经方时，常因病证的变化而加减。

所以我们在运用经方时，常常必须参考后世的方药，进行加减变化。

第六位主讲者：李赛美教授(中国)

讲题：桂枝汤及相关方证之“悟与用”

李教授先与大家温习伤寒论几条有关桂枝汤治疗之原文，伤寒论告诉我们桂枝汤除了治疗外感病外，也可治疗内伤病，亦可治疗杂病。在第18条文里也告诉我们桂枝汤加葛根汤可以治疗喘病。

我们对伤寒论要去真正了解，才能理解伤寒论里的方药，对桂枝汤要能加减，因为太阳病除有表证外，还有里证。张仲景也告诉我们在太阴病出现脉浮者，可发汗，可用桂枝汤治疗。

李教授提出对“桂枝汤临证思路”，桂枝汤是伤寒论第一方，号称群方之冠，是临床运用最广泛的方剂之一。现在临床运用范围已超越张仲景所论，不仅用于外感病，亦广泛用于多种内伤杂病。

李教授进一步说明桂枝汤的组方，组方规律，组方优势，组方理念，方的适应症，现代的药理及其适应症。最后告诉大家在运用桂枝汤时应注意其禁忌，如见伤寒表实证，湿热，火热，脓毒证者都不可用桂枝汤治疗。

接着李教授提3个运用桂枝汤加减治疗的病案：

第一个病案是位67岁妇女，多年来患类风湿关节炎兼糖尿病，在接受中医治疗前患者服用17种西药。李教授在治疗患者以3种“调理之道”，一是治痛不远温：善用桂枝汤。二是平调理阴阳，巧开寒温方。三是扶正重气血，重理脾肾心。

通过一年半中医治疗，逐步减少西药剂量或品种，停用降糖口服西药，近一个月来血糖平稳。

第二个病案是位6岁小女孩。患者3年来无明显诱因下出现脐周疼痛，夜间发作为主，体温在38.0℃左右，经中医辨证为：脾虚气滞络瘀夹腑实，方以：桂枝加大黄汤加减。经三诊后腹痛消失，再以六君子汤加味5剂调理，随访至今4个月腹痛未发作。李教授说在伤寒论第279条文告诉：用桂枝加芍药汤能健脾通络，缓急止痛。加大黄以增活血通络之效，且导滞通便。

第三个病案是位34岁女性，患“子宫肌瘤，多年不孕”。

患者2007年结婚，9月因子宫肌瘤手术摘除，2012年第2次手术。手术后未避孕，仍未能怀孕，妇科医生建议每5年需手术1次，每3年注射一次达菲林以缩小肌瘤。2014年3月24日来中医治疗，经中医处方，日服一剂，到第二诊时患者告诉诸症明显改善，再以：桂枝加附子汤，当归芍药散，四逆散合方。3剂后，即停服中药。后在同年4月18日抽血确诊已怀孕，后经B超证实，怀双胞胎。目前小朋友已2岁。

按：患者病久，气血不足，肝肾亏虚，夹郁瘀寒凝，辨为三阴同病。治以温阳活血通络，疏肝健脾补肾。使治疗上达到神速和奇特尚不知其所以然。

李赛美教授结束其讲座后，宣布2017年第七届国际经方班(新加坡站)经方与疑难杂病兼国医张步桃纪念研讨会正式圆满结束。过后大会宣布明年：2018年第8届国际经方班会在马来西亚的吉隆坡，由马来西亚中医总会(马来

西亚中医师公会)承办，欢迎大家参与盛会。

马来西亚中医现况 和治未病的推广战略初探

第一作者：蔡高茂，北京中医药大学
通讯作者：周晓菲，北京中医药大学

【摘要】目的：本文首先讨论马来西亚中医发展的历史脉络及其现况。同时也重点讨论在现有条件下，如何在马来西亚国家医疗体系内高效推广中医治未病思想。本文以宏观战略的角度审视马来西亚中医与国家医疗体系之间的发展关系，为广大的卫生政策制定者，监管机构，各医药从业人员，卫生产业投资者和广大的海内外人民群众，提供参考，促进了解。方法：检视国内外有关传统医学的政策性文件与声明，包括世界卫生组织关于传统医学的长期发展策略，马来西亚官方与学术界的文献和笔者在过去五年在各大研讨会所发表的主题演讲。对上述的有关资料进行整合和梳理，进而书写成文。结果：主宰马来西亚中医历史的发展脉络有两大因素和四大特点。其一，在地缘上，马来西亚地处中国与印度两大文明古国之间。自古以来，马来半岛，受中印文化影响深远。其二，在世界格局的角度来看，地处马六甲海峡的马来半岛也是世界上商业贸易的重要海上通道。这使它成为列强必争之地。同时也使马来西亚成为世界五大文明的交汇点。马来西亚就在这种地缘政治因素与世界大格局的双重影响下，造就了马来西亚传统医学(包含中医)的四大特点。笔者认为，治未病思想在马来西亚呈现出三种状况。其一为治未病思想尚未普及。其二为与治未病相关的产业尚未形成规模。其三，治未病的发展条件尚未成熟，但是其潜在的发展空间是巨大的。讨论：马来西亚中医的现状与将来的发展，机会挑战并存。落实与推广治未病与相关的产业，教育与沟通是成败的关键。

【关键词】 马来西亚，治未病，推广战略，中医发展史。

1、国情简介^[1]

马来西亚(Malaysia)，俗称大马，位于东南亚，东南亚国家联盟的创始人之一，由前马来亚联合邦、北婆罗洲及砂拉越所组成的联邦制国家，目前全国共十三个州，包括马来半岛十一州及位于婆罗洲北部的沙巴、砂拉越两州，另有三个联邦直辖区(吉隆坡、布城及纳

闽)，全国面积共329,845平方公里。马来西亚共分为东西两大部分，之间有南海相隔着：西半部位于马来半岛，常称为“西马”，北接泰国，南部隔着柔佛海峡，以新柔长堤和第二通道与新加坡岛接壤。东半部常被称为“东马”，位于婆罗洲岛上的北部，南邻印度尼西亚的加里曼丹，而汶莱国则地处纳闽、沙巴和砂拉越之间。由于马来西亚的地理位置接近

赤道，其气候属于亚洲热带型雨林气候。首都吉隆坡，联邦政府行政所在地则位于布城。全国人口超过3000万。马来西亚人口由马来人、华人、印度人、峇峇娘惹，殖民时期留下的英国人、葡萄牙人，荷兰人等欧洲后裔以及由伊班人、卡达山人等45个原住民部落共同组成。

2、中医在马来西亚的历史发展脉络^[1]

马来西亚的医学发展史以15世纪作为一个重要的分水岭。15世纪之前的一千多年马来西亚的人口以原著民为主，其医学以原著民传统医学为主，深受古印度文化的影响。15世纪过后，马六甲王朝兴起，阿拉伯商人带来伊斯兰文化与医学，中国与印度移民也带来了各自的民族医学。

15世纪，明朝三宝太监郑和七下西洋，五至马六甲，带去不少中药材与中成药，主要是茶叶、生姜、肉桂、大黄、茯苓等，著名中医医师匡愚跟随访问，并且凭高超的医术完成对当地人民的疾病诊治。马六甲王国，与明朝交好，商务往来、文化交流都很频繁，马来西亚的豆蔻、胡椒、沉香、丁香等药物输入中国。

在17世纪以后，华人第一次大规模向这个区域迁徙，此时正值欧洲殖民者在东南亚进行殖民开发。在欧洲国家建立殖民地的过程中，伴随着的是劳动力的不足和市场的开放，也意味着殖民地有着无数的就业机会和经商空间，同时使用了一些传统的民间疗法维持健康，并世代相传下去。众所周知，凡是有中华民族的地方，就有华族的中医药知识和其治疗药物。所以早在十五世纪之前，中医中药的种子早已在马来西亚散播，萌芽。直至今日，中医药已在马来西亚开花结果。

2.1 马来西亚的特殊国情：两大因素和四大特点^[2]

有两大因素主宰马来西亚的国情：其一，在地缘上，马来西亚地处中国与印度两大文明

古国之间。在风力航海的时代，马来西亚成为中印之间航行的中转站。自古以来，马来西亚尤其是西马或马来半岛，受中印文化影响深远。其二，在世界格局的角度来看，地处马六甲海峡的马来半岛也是世界上商业贸易的重要海上通道。这使它成为列强必争之地。同时也使马来西亚成为世界五大文明的交汇点。阿拉伯商人带了伊斯兰文化，西方殖民者带来西方文化，中，印移民带来印度与中华文化，再加上原住民的长屋文化，形成了马来西亚特有的以多元为核心的文化体系。

马来西亚就在这种地缘政治因素与世界大格局的双重影响下，造就了马来西亚传统医学的四大特点。

第一个特点是多元为本，高度分化。马来西亚的基本国情决定了其传统医学的多元性。马来西亚官方把所有在西医与牙医以外的，传统民族医学和外来的辅助医学统称为传统与辅助医学。其中包括中医，马来传统医学，印度传统医学，原住民医学，顺势疗法，伊斯兰医学以及外来的辅助医学如西方整椎，催眠疗法，自然疗法等。各自的发展程度，语言的运用，地理分布，从业人数，资格，教育体系，各有特点，不尽相同。以教育体系为列，中医的教育体系发展的比较完善。在国内已经有八所民办大学提供本科课程。这也是中，港，台以外最大的中医院校教育体系。相比之下，原住民医学与许多其它传统医学的教育还是以口语相传，还未形成现代化的教育体系。

第二个特点是所有传统医学都根植于各自民族文化之中。各自民族把自己的传统医学视为民族文化遗产，文化认同非常强烈。华人把中医视为中华文化重要组成部分，承传发扬中医是许多马来西亚华人的重要的民族使命。其它民族也都如此。

第三个特点是马来西亚传统与辅助医学产业是以私人界为主体。以从业人数来看，超过90%以上就业于私人界。这种以私人界为主体的情况，对监管与发展策略的制定有

着重大的影响。

第四个特点是，马来西亚拥有得天独厚的天然与人文资源。马来西亚是世界上12个生物多样化的超级大国之一。其广袤的原始热带雨林，孕藏丰富的有药用潜能的物种，有利开发新药物。多元性的传统医学，根植于文化的土地里，对传统学的发展，提供有利的支撑。

3、马来西亚中医发展的现况

3.1 发展政策演变^[1]

从英殖民统治直到独立建国期间，历届当权者都把中医药排除在体制之外，不支持，也不禁止，把中医归类为民间文化活动，任由中医自生自灭。直到20世纪90年代，马来西亚政府在政策与法规上才做出了突破性的决定。马来西亚卫生部在1996年成立了传统与辅助医药单位(包含中医)并由家庭健康发展局所管辖。这是基于马来西亚人民对于传统与辅助医药的认识逐渐提高以及全球迈向规范传统与辅助医药的发展趋势而做出的安排。

2001年，马来西亚卫生部推出了传统与辅助医药的国家政策。该政策明确规定要将传统与辅助医药纳入以西医为主的政府医疗服务体系，与西医达成共生共存，一起促进马来西亚国民的卫生与保健。

为了实践传统与辅助医药与现有西医体制的结合(本文简称中西医结合)，政府在2006年开展了一项计划，把传统与辅助医药服务纳入政府医院。在2006年1月11日，内阁批准了该项计划并把位于北部的檳城，南部的柔佛新山以及中部的布城共三所医院列为试点项目。初期，成立门诊给病人所提供传统与辅助医药服务。其中包括针灸，中草药辅助癌症治疗，马来传统按摩，其他服务包括马来传统产后按摩和印度传统医学中的滴头油(shirodhara)也陆续在2011年于政府医院推出。截至2014年年底，在以西医为主的政府医院里共建有14所传统与辅助医药门诊。

中医的发展，经历几个世纪的排挤后，直到上世纪90年代才受到政府的关注，开始投入建设监管体制。1992年传统中药被纳入以监管西药为主的药品管制体系，直到2016年才正式推出第一部包括中医从业人员的注册法令并开始执行。中医的监管体制的建设才刚刚起步。中医从业人员数目差不多为西医的六份之一。全国只有一间小型的中医医院。马来西亚中医的发展正面对教育、临床、科研和监管体制上的四大挑战。

3.2 教育发展现状^[3]

在中医教育上，目前虽然有八所私立大学提供本科教育，但是都面临学生来源不足，教学语言上的困扰。各大学所采用的教材，几乎是原封不动的直接取自中国。因国情不同，中国的中医教育，是中西医并重的，其花在学习中西医的时间比例几乎同等，进入临床后，更是以西医为主。马来西亚的国情不同，中西医体系是晋魏分明的，中医师不能在同一个时候同一个地点中西医同用。马来西亚本土中医教学历史已有六十多年，其教学经验的累积多有可取之处。历经多年的努力，已经探索出一套符合马来西亚国情的中医教材。重经典，早临床可以说是其经验的累积。更可贵的是它能造就爱中医对中医有使命感的人才。只可惜多年的教学经验还未被认真总结，没有引起足够的重视。

3.3 医疗服务结构现状^[3]

马来西亚中医的医疗服务结构严重失衡。全国只有一间民办的慈善中医医院。大部分从业人员就业于私人界的基层诊所，中层与顶层的中医医疗服务严重缺失，政府与私人界的参与几乎为零。

3.4 临床和科研现状^[3]

马来西亚中医科研无论人才，软体与硬件，基础都非常薄弱。其中以科研方向失准，

定位失据最为严重。

在临床上,马来西亚中医界对常见高发的慢性病如心脑血管,糖尿病等中医所能扮演的角色还没有行成共识,并未有效的向外宣传,导致病人以及其他医药从业者对中医了解不足,进而产生误解,使中医被排除在主流外。

3.5 中西医结合现状^[2]

官方部分结合,小步探试,民间中西分家,受制于现有法律。

马来西亚的中西医结合的推进主要靠政府的努力。现今政府推行的中西医结合是以西医为主,中医只扮演辅助性的角色。这些努力实属小规模의试探。在全国的146间公立医院中,只有十四间设有传统与辅助医学门诊,所聘用的从业人员不足六十人。在这些门诊所设的针灸服务只限于西医所认同的慢性痛症和中风后遗症的处理,对于其它适应证暂时不受理。

在民间,碍于法律上的规定,西医执业场所不准执行中医治疗。现行的办法是中西医分别设在两个不同但比邻的建筑设施里头,中医与西医的治疗是分头进行的。再加上中医本身的监管系统尚未完善,在私人界,中西医只能分家,谈不上结合。

4、治未病在马来西亚的现状^[4]

有鉴于马来西亚中医现阶段的发展情况,笔者认为,治未病思想在马来西亚呈现出三种状况。其一为治未病思想尚未普及。其二为与治未病相关的产业尚未形成规模。其三,治未病的发展条件尚未成熟,但是其潜在的发展空间是巨大的。

4.1 治未病推广落实的四部曲^[4]

笔者认为在马来西亚落实与推广治未病思想与产业必须通过四项过程:调研,教育沟通,策划,落实与回馈。

第一个过程为调研。调研有三个重点。其一为对治未病思想作深入研究。务必夯实基础,坚实理论,严格以科学的精神验证,使之成为有理有据而且有成功的例子。第二个重点是有必要仔细探讨马来西亚医疗体系的现状与需求。尽量发掘现有医疗体系的需求并确定治未病在马来西亚国情下的可行性。第三个重点是确定治未病对现有医疗体系有重大的贡献。在调研中尽早发现差距与缺口尤其是有关治未病优质的英文文献严重不足,跨行业交流不足和语言思想文化隔阂等。务必提出可行性强的解决方案。

在马来西亚特殊的国情下,教育沟通是决定成败的关键。教育沟通既是对利益相关者做有效的沟通与思想工作。沟通的对象有三:中医界,人民群众和其他医疗工作者。中医界包括中医临床工作者,教育工作者,科研人员,行政人员等等。人民群众泛指病人及其家属和社会各阶层人士。其他医疗工作者是关键的沟通对象,包括西医,护士,理疗师,科研工作者,中医以外的传统医学从业人员,政府机构政策制定与决策者,其他利益相关的机构组织和个人。这一群从业人员是马来西亚现有医疗体制的主体,工作上使用英语和马来语,绝大多数不懂中医也不通中文。

4.2 跨行业沟通两大障碍

在马来西亚特殊的国情下,中医从业人员与其他医疗工作者交流时往往面对跨行业沟通两大障碍:

4.2.1 知识结构不对称^[2]

结构不对称是泛指各医疗从业人员缺乏对方学科的知识与了解。列如在马来西亚有众多的西医,对中医完全不了解,常对中医有偏见和误解,认为中医不能治病,常把中医等同于骗子。其根源就是对中医没有掌握足够与正确知识,进而产生偏激的态度。同样的,在马来西亚也有许多中医师对西医知识掌握不足,在一知半解的情况下,把错误的资讯传达给病

人,例如在没有充份掌握病情的情况下,建议病人放弃手术或化疗,被西医批评为有失专业,也饱受病人家属的诟病。在这种情况下,中西医从业人员,无法有效沟通,互信就无法建立。

4.2.2 科学实证的运用误区^[2]

几乎所有的西医都把科学作为中西医结合的唯一的准绳,对科学以外的的学科理论,如中医的阴阳五行,不想了解,也拒绝接受。也有许多中医界的人士,也抱着类似的心态,以科学实证的方法,探寻中医之道。这一观点必须进一步商榷。

中医理论是根据自身的哲学体系发展起来的^[5, 6]。在古代,严格意义上的实验科学还未形成。再用语言的隐喻,用英文文法来讲中文,只能造成不中不西,两头不到岸,其结局也只是中文的异化与死亡。中医的哲学,理论是以中华文化为根,科学是以西方文化为体,文化上的差异,以西套中,将导致中医被异化,形成不中不西的怪胎,其结局将是胎死腹中。战略上举西抑中,已经造成中医话语权的丧失,中医的原创性不能发挥其应有的角色。中医的理论源自易经,其时空象数是统一的,这是中医的自主原创,是有极大的发展战略价值。

教育沟通除对象明确外,沟通目标也必须清晰。中医界有必要在成功的深入的调研前提下达成普遍的共识。充分掌握治未病的基础理论,用于临床,科研,教学,政策和产业发展。对其他医疗工作者做教育与沟通工作时,能有理有据,对答如流,进而争取必要的认同,支持与付出。对广大群众尽量争取必要的支持。

有鉴于马来西亚国情的特殊性,尤其是其以私人界为主体的行业特点,笔者建议在落实与推广治未病思想和产业发展时,考虑以私人界做模范先锋的方式来做有效的落实并联合国际力量确保资金,设备,技术和人力的保障。

5、总结

马来西亚中医的现状与将来的发展喜忧参半,机会挑战并存。治未病思想在马来西亚尚未普及,与治未病相关的产业尚未形成规模,治未病的发展条件尚未成熟,但是其潜在的发展空间是巨大的。落实与推广治未病与相关的产业,教育与沟通是成败的关键。总之,治未病思想的落实与推广,有赖于严谨的调研,坚实的基础,以教育为本,对决策者充分沟通,本着实事求是的精神,作长期的奋战,才是成功之道。

参考文献

- [1] 张伯礼,朱建平.百年中医史.上海科学技术出版社,2016:1135-1143.[笔者代表马来西亚卫生部主笔海外篇:马来西亚]
- [2] 蔡高茂.马来西亚中西医结合的现状与挑战.继续教育中心.马来西亚拉曼大学,2015
- [3] 蔡高茂.中医发展与传统中华文化.第11届亚细安中医药学术大会.马来西亚云顶高原,2016
- [4] 蔡高茂.马来西亚中医现况和治未病的落实.中国-东盟传统医药“治未病”思想和健康产业发展研讨会.中国天津中医药大学,2017
- [5] 张其成.新世纪全国高等中医药院校创新教材.中医哲学基础.北京:中国中医药出版社,2004:346-356.
- [6] 祝世纳.中西医学差异与交融.北京:人民卫生出版社,2000

第十四届世界中医药大会

新加坡·林钥华

在赵英杰会长带领下，我会刘少夫、梁桂贤、黄纪威、林秋霞、李曰琳、林英、何和松、吴荣贵、蔡松均、卢锦彬、许文楷等一众医师和本人，出席了2017年10月21至22日在泰国曼谷挽天大酒店举行，由世界中医学会联合会(简称世界中联)主办，泰国中医师总会承办的第十四届世界中医药大会暨“一带一路”中医药文化周。为了弘扬中医药文化，勇于站在世界舞台，泰国中医师总会承办了本届大会。大会主题为“助力一带一路，服务民众健康”，显示“一带一路”的倡议，对中医药进一步向世界推广拓展，必能起着积极深远的影响和推动作用，因此在“21世纪人人享有卫生保健”的感召下，中医药在促进人类健康、保健、预防、治疗和康复方面将扮演极为重要的角色，且必将纳入主流医学行列，为广大民众服务做出贡献。

开幕式于10月21日上午隆重举行。开幕之前，会场播映由泰国中医师总会提供的影视纪录片，片名为《中医的春天》，以示意现在泰国中医的美好时光。纪录片的拍摄、语言、访问和交谈都是专业化的制作，精简地介绍了泰国中医界同仁多年来的努力奋斗，而于2000年率先取得了合法地位，成为世界第一个中医合法化的国家。2005年又获准中医开设诊所为民服务的历程。片中也反映了泰国中医师总会的成立和具有实力地建立起崇高地位的历史过程。

出席开幕式的有泰国卫生部长代表和官员、中国中医管理局副局长马建中、中国中医管理局国际合作司副司长朱海东、中国驻泰国王国大使馆公使衔参赞吴志武、企业代表、世界中联及分支各专业委员会领导、嘉宾和30多个国家或区域的中医团体代表、医师、专家学



者共1000余人，场面盛大，情况热烈有序。

中国中医药管理局局长王国强发来贺信，由中国中医药管理局国际合作司副司长朱海东代为宣读。他热烈祝贺世界中联取得的丰硕成果，希望集思广益、凝聚共识，借助“一带一路”机遇，共同探索中医药在弘扬中华优秀传统文化、促进人类健康中的积极作用，促进世界中医药更广泛、更深入、更高层次的发展，为创造人类更加美好的未来作出贡献。仪式由世界中联秘书长桑滨生与泰国中医师总会永远名誉会长李金龙共同主持。在大会上致辞的尚有世界中联主席余靖、中国国家中医药管理局副局长马建中、中国驻泰国大使馆公使衔参赞吴志武、泰国卫生部泰医厅与替代医学厅副厅长巴酶·萨天蓝、泰国中医师总会会长林丹乾。

余靖主席在致辞中高度赞扬中医药和中医文化对世界的影响与贡献，分享世界中联长期以来所取得的成果，特别是与世界卫生组织建立了官方工作关系，和成为国际标准化组织中医药技术委员会(ISO/TC249)的A级联络单位、联合国教科文组织认证的非物质文化遗产保护咨询机构。她也肯定了中医药学的国际学术交流、文化传播与发展；在中医药现代化、国际化、标准化进程及纳入各国医疗卫生保健体系等方面，世界中联发挥着越来越重要的作用。

她汇报了本届所欲探讨和分享内容丰富的各项学术课题后，说大会期间将召开世界中联第四次会员代表大会，听取第三届理事会工作报告、讨论和通过章程修改草案、选举产生世界中联第四届理事会、监事会，并召开第四届第一次理事会、常务理事会议及第一次监事会，部署今后工作。她呼吁会员代表、理事和监事共同努力开好大会，完成预定任务。

她认为蓬勃发展的中医药服务贸易，会随着丝路发展，更广泛地传播到世界。

马建中中国中医管理局副局长对本届大会的召开表示热烈祝贺，并赞许世界中联在推动

中医药国际发展的努力与贡献。他说中医药不仅是中华民族的瑰宝，也是中国对人类健康的重大贡献。中国政府高度重视中医药走向世界，在《推动共建“一带一路”的愿景与行动》中部署扩大在传统医药领域的合作，国际性的非政府组织将成为全球治理的积极参与者和重要协作者。

针对大会主题，马副局长建议“充分发挥传统医学在健康保健方面的作用；切实开展中医药国际交流与合作；推动中医药国际标准的制定。”

中国驻泰参赞吴志武欢迎与会者。他肯定中国大使馆对泰国中医药发展的不懈支持，今后也将进一步协力加强中泰两国在中医药领域的合作。

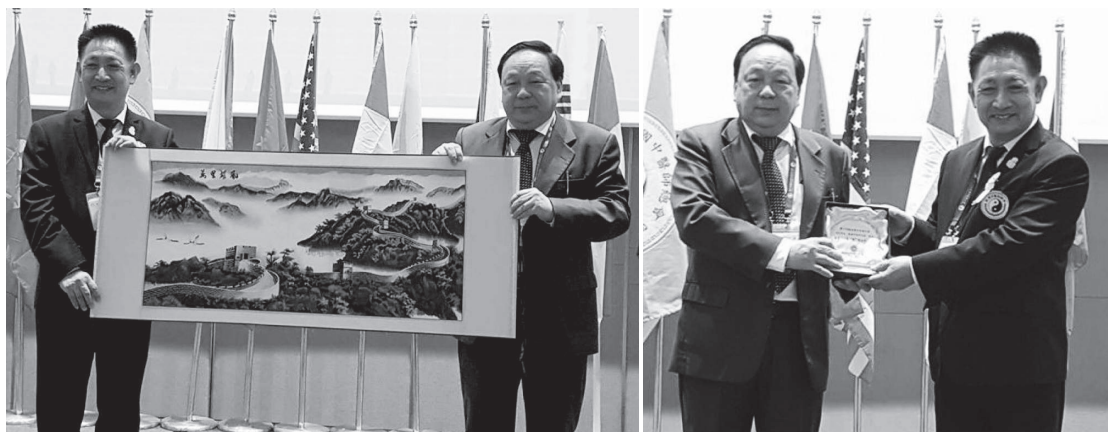
泰国中医师总会会长林丹乾先生致辞，回顾四百年前中医药传入泰国至今的发展历史，包括成立总会，成为世界第一个中医享有法定地位的国家，和中医师在2005年获准开业的过程。

最后，他呼请中医界共同协力打造全球中医药成为命运共同体，并向大家致谢。

开幕的主题演讲，包括：

- 1、中国工程院院士吴以岭《络病研究与转化医学》报告；
- 2、韩晶岩教授(日本)《气虚血瘀和补气活血的科学内涵》报告；
- 3、叶峰教授(泰国)《癌症-风毒论治》报告；
- 4、王立新教授(中国)《推拿治疗尿遗症》报告。

本届大会共收到论文共180多篇，其中140多篇分别于6个综合会场进行发表，我会赵会长受邀为主持人之一。论文内容包括中医思路与方法、临床研究与观察、治疗与康复、实验研究、疾病管理、理论探讨、病例分析、减法治疗、治未病、比较研究、药物增效研究、中医治疗特色，中医学说、中医教育、中医标准化、以及针灸理论与治疗等。大会还设立8



个分会场和4个工作坊。分会场作为各专业委员会举行论坛、学术年会、成立大会、换届大会、研讨会、学术专场、中医药服务贸易推介会、签约专场等，间中也进行学术分享，课题包括风湿病、沉香、头针、脑病、肾病与青年培养、体育健康、脐针与脉象等。

四个工作坊，分别为《中医整脊技术》、《无极保养灸》、《温宫不孕不育的药灸渗透疗法》、《基于宇宙能量观的“能量针灸”创新性理论与临床实践》，主要通过实践传授临床技能，获得与会者的热烈回应。

大会期间也举办了“第十一届中医药服

务展览会”。参与展览出的有30多家来自中泰厂商家和学术机构，展出的多为创新型的药用产品、针灸和先进性的医疗器材，令人目不暇给。

泰国中医师总会也设宴招待所有嘉宾。在欢迎与欢送会上，大家欢聚一堂，杯觥交错，观赏主办方精心安排呈献的精彩的娱乐节目。会上也举行了拜师仪式、泰国中医科学院成立揭幕仪式、各国代表互送纪念品和礼物等活动，我会由赵会长负责赠送。

大会闭幕式于10月22日下午举行，由副秘书长徐春波先生主持。承办方泰国中医师总会

会长林丹乾先生致谢词，他认为本届大会已达到中医学术交流与合作提高的目标。

会旗交接仪式时，由泰国代表林丹乾会长移交予意大利中华医药学会何嘉琅会长，何会长感谢世界中联对该会的信任，同时介绍2018年在罗马举办“第十五届世界中医药大会”的筹备情况，并播映景色怡人，古代罗马文化气息浓厚的影视片段，供大家观赏，希望大家在“条条大路通罗马”的鼓励下，热烈参加明年罗马的会议。

闭幕会上，李振吉创会副主席兼秘书长颁发了世界中联国际中医药专业高级技术职称评审证书和“国际优秀中医人才”证书。我会李曰琳和林秋霞两位医师经专家考核评审，而获颁主任医师专业高级职称证书。

世界中联副主席兼秘书长桑滨生在总结本届大会时，强调本次大会除了促进国际交流，也是一次继往开来、承先启后的大会。他深信未来新的理事会将再创辉煌。他也衷心感谢泰国中医师总会和各方面的支持，在他宣布大会闭幕，全场报以热烈的掌声。

附：世界中联第四次会员代表大会

世界中联第四次会员大会于第十四届世界中医药大会期间，10月21日下午在泰国曼谷召开，由桑滨生秘书长负责主持。

出席大会的有中国中医管理局马建中副局长、世界中联领导、理事成员和来自各国和区域代表约400名。

首由余靖主席作会务报告，她衷心地感谢，并指出由于社会各界人士的大力支持，理事会的正确领导，全体成员的共同努力，各分支机构辛勤劳动，秘书处的积极奉献和热情服务，世界中联的组织建设、国际学术交流、标准化建设、国际人才培养、与国际组织合作与交流等各项工作取得了新的进展，迈上了新台阶。这些工作今后还要继续加强、推进和加以巩固，并积极助力于一带一路倡议。

之后，由徐春波副秘书长作章程修改说

明，再举行无记名投票，选举产生新任换届理事会成员共406名，其中主席1名；来自五大洲之副主席20名；主席团执行委员53名；常务理事179名；理事154名。选举产生新任换届监事会成员共45名，其中监事会主席1名；监事会副主席14名；监事会执行委员30名。而当选为新任主席的是中国中医管理局副局长马建中，当选为秘书长的是原秘书长桑滨生。我会赵英杰会长再度当选为副主席，我本人和刘少夫署理会长、孙勇平副会长、梁桂贤秘书长、黄纪威副秘书长，分别再度当选为主席团执行委员、常务理事和理事。选举结果由总监票创会副主席兼秘书长李振吉庄严宣布。

第四届第一次理事会、常务理事会、监事会会议召开会议由再度当选为秘书长桑滨生主持。首由当选新任主席马建忠发言。

他盛赞前任主席余靖多年来领导世界中联和促进中医药传播发展的卓越贡献，提议以热烈的掌声向余靖和作出贡献的历届理事会成员表示衷心的感谢，并致以崇高的敬意。

他指出要办好世界中联，要点“要认清我们所面临的形势；要牢牢把握我们的办会初衷和宗旨；要切实加强我们的自身建设”。

他还强调了世界中联未来工作重点，“一要坚持学术引领；二要促进人才成长；三要推进标准化建设；四要组织协同创新；五要助力中国‘一带一路’倡议实施”。

最后他呼吁“让我们团结起来，共同奋斗，为推动中医药学的振兴发展和国际传播发挥更大作用，为促进人类健康、改善全球卫生治理做出更大贡献，为实现人人享有健康的美好愿景做出新的努力”。

审议草案一

推动世界国际组织中医药标准化工作是世界中联的重要任务之一，至今已发布了多部的国际组织标准，且正在继续大力的推行中。

这次理事会共推出了四部国际中医药标准草案，供与会理事进行审议，并获得通过。

(一) 国际中医药诊疗指南—糖尿病

目的：“在于进一步规范糖尿病中医临床诊断与治疗，为国际中医师临床实践提供糖尿病中医治疗策略与方法”。

所具特点：“术语更为标准化、加入循证医学证据，突出实用型与普及性，得到大部分专家的认可”。

指出：“采用〈指南〉推荐的方法并不能保证所有患者都能获得理想的临床结局，同时就〈指南〉本身而言，并不能包括所有有效的疗法，也不排斥其他有效的疗法”。

负责起草和审阅本《指南》之各国中医药单位包括大学、学院、医院、研究院、学会之专家等80多位，其中有我会名誉理事黄种钦教授和学院院长项平教授。

(二) 中医基本名词术语中泰对照国际标准

迄今世界中联已发布了中英、中法、中俄、中德、中西、中葡、中匈、中意等语系的中医基本名词术语对照国际标准。而中医基本名词术语中泰对照，是紧接着的第九部国际标准。泰语是东盟国家和中国西南部、印度东北部的重要语系，泰国中医在2000年率先获得立法，发展迅速，现和西医、泰医并立成为三大医学之一；为应‘一带一路’和沿线国家中医药发展和标准化的需要，有关标准由萱素南塔皇家大学健康科学联合学院文梦贤院长牵头组织20多位泰国中医专家和权威机构负责研究制定。

(三) 中医药健康旅游服务基本要求

为规范中医药健康旅游而制定。目的在于促进健康，而开展健康养生、休闲、观光、度假，兼具传承弘扬中医药文化，体验中医药服务旅游活动。是由中国数间中医大学和学院及海内外30多位专家起草审阅制定。

(四) 中医整脊科医师专业技术职称分级标准

中医整脊医师指的是“运用中医药和中

医脊柱运动力学理论，以调曲、复位为主要技术，对人体脊柱伤病及脊源性疾病进行预防、诊断和治疗的专业人员。”

标准规定了中医整脊科医师专业技术职称分级评价的基本要求和相关适用的评价。由多国大学、学院、医院、学会等单位40多位专家起草审阅制定。

理事会也听取了世界中医药杂志人物专访及成果推广栏目介绍。

然后，继续召开世界中联主席团会议，以审议世界中联第四届工作咨询委员会候选人名单和高级专家顾问委员会候选人名单，并获得通过。

心悸的中医证治

新加坡·陈爱治

(一) 现代医学对心悸的看法

现代医学认为所谓心悸，也就是通常所说的心慌，乃是由于人们主观感觉上对心脏跳动的一种不适感觉。心悸可以由于心脏活动的频率、节律或收缩强度的改变而发生，也可以在心脏活动完全正常的情况下产生，后者是因人们对自己心脏活动特别敏感而致。健康人一般仅在剧烈运动、精神高度紧张或高度兴奋时才会感觉到心悸，属于正常情况。而在某些病理情况下，如心率过快、过慢以及有过早搏动时，患者的主要症状就如心脏神经官能症或过度焦虑的患者，虽然没有心律失常或器质性心脏病，但由于交感神经张力增高，心跳有力，患者也常因心悸而就诊。

心悸的病因多种多样，有的是心脏器质性疾病变，有的是由于功能性的因素所致，临床上必须加以鉴别，从而进行不同的诊治。现代医学认为心悸的病因有以下几种：

1. 心律失常

1.1、过早搏动如房性早搏、交界性早搏及室性早搏等。

1.2、心动过速——如各种原因所致的窦性心动过速、阵发性心动过速及快速型心房颤动、心房扑动等。

1.3、心动过缓——窦性心动过缓、病态窦房结综合征及高度房室传导阻滞。

2. 高动力循环状态引起心脏收缩增强

2.1、生理性——如剧烈运动、大量烟、

酒、茶的刺激、某些药物如阿托品、氨茶碱、肾上腺素升高等。

2.2、病理性——如高热、贫血、甲状腺功能亢进、低血糖、缺氧、嗜铬细胞瘤等。

3. 各种器质性心脏病

如高血压性心脏病、风湿性心脏病、原发性心肌病及某些先天性心脏病等。

4. 心脏神经官能症

关于心悸发生的机理，一般认为与心肌收缩力、心搏量的变化及患者的精神状态、注意力是否集中等多种因素有关。心律失常时患者可因心率过快、过缓或出现心律不齐而感到心慌。在高动力循环状态下，由于心肌收缩力增强，心率加快，心搏量也相应增加，使心肌在收缩期紧张度增高，产生心悸。

此外，植物神经功能紊乱的患者较易出现心悸，如轻度体力活动、偶发早搏等情况下即感明显的心悸，而正常情况下只有在剧烈活动或很强的精神刺激时患者才感觉到，且持续时间短，经过休息后心悸很快消失。

患者注意力过度集中也常导致心悸的产生。可能与此时交感神经兴奋性增强，引起心搏量及神经敏感性增强等因素有关。

(二) 中医学对心悸的看法

心悸在中医属心系病证，是指病人自感心中急剧跳动、惊慌不安，甚则不能自主，或脉见参伍不调的一种病证。临床一般多呈

阵发性，每因情绪波动或劳累过度而发作。常和胸痹、失眠、健忘、眩晕、耳鸣等症状同时出现。

《内经》虽无心悸或惊悸、怔忡之病名，但有类似症状记载：

如《素问·举痛论》：“惊则心无所依，神无所归，虑无所定，故气乱矣。”并认为其病因有宗气外泄，心脉不通，突受惊恐，复感外邪等，并对心悸脉象的变化有深刻认识。

《素问·三部九候论》说：“参伍不调者病。”最早记载脉律不齐是疾病的表现。

《素问·平人氣象论》说：“脉绝不至曰死，乍疏乍数曰死。”最早认识到心悸时严重脉律失常与疾病预后的关系。

汉代张仲景在《伤寒论》及《金匮要略》中以惊悸、心动悸、心下悸等为病证名，认为其主要病因有惊扰、水饮、虚损及汗后受邪等，记载了心悸时表现的结、代、促脉及其区别，提出了基本治则及炙甘草汤等治疗心悸的常用方剂。

宋代《济生方·惊悸怔忡健忘门》率先提出怔忡病名，对惊悸、怔忡的病因病机、变证、治法作了较为详细的记述。

《丹溪心法·惊悸怔忡》中提出心悸当“责之虚与痰”的理论。明代《医学正传·惊悸怔忡健忘证》对惊悸、怔忡的区别与联系有详尽的描述。

《景岳全书·怔忡惊恐》认为怔忡由阴虚劳损所致，且“虚微动亦微，虚甚动亦甚”，在治疗与护理上主张“速宜节欲节劳，切戒酒色”；“速宜养气养精，滋培根本”。

清代《医林改错》论述了瘀血内阻导致心悸怔忡，记载了用血府逐瘀汤治疗心悸的疗效。

(三) 病证鉴别

惊悸和怔忡虽同属心悸，但两者从病因、症状、病情轻重等方面来看是有区别的。

从病因来看：

1) 惊悸是因情绪激动、惊恐、劳累过度而来；怔忡则是由于心血不足所致。但惊悸日久也可以发展而成为怔忡。《济生方·怔忡论治》指出：怔忡发病的病因，在于“真血虚耗，心帝失辅，渐成怔忡”。

从临床表现来看：心悸可因骤然惊恐等引起，病来虽速，常持续心悸心中惕惕，不能自控，活动后加重，多属虚症。

从病情轻重来看：心悸多由外因所致，身体状况一般较好，故病情较轻；而怔忡一方面是由惊悸日久进一步发展而来，或与心血不足，真血虚耗，心脏受损，逐渐发展而成，因此病情较重。

(四) 先贤对心悸的病因病机论述

《明朝·伤寒六书》中作者陶华将伤寒论中张仲景所提到的心悸的病因及诊治作了详细的整理：

心悸者，筑筑然动，怔忡不能自安者是也。其证有二，一者气虚，一者停饮。

其气虚者，阳气内弱，心中空虚而为悸。又有汗下之后正气内虚，亦令人悸，与气虚而悸者，则又甚也，法当定其气悸也。其停饮者，由饮水过多，停留心下，心火畏水，不能自安而为悸也。治法必先分水、气，虽有余邪，亦先治悸，免使水气散走而成他证也。

伤寒二三日，心中悸而烦，小建中汤。经云：先烦而悸者，此为热；先悸而烦者，此为虚。故宜建中汤。

太阳病，小便利者，以饮水多，故心下悸，茯苓桂枝白术甘草汤；小便少者，必里急，猪苓汤。

阳明病，壮热来往，心下悸，小便不利，心烦喜呕，小柴胡汤。

太阳病，发汗过多，其人叉手自冒，心下悸欲得按者，桂枝甘草汤。

发汗后其人脐下悸，欲作奔豚，茯苓桂枝

白术甘草汤。

太阳病，发汗不解，仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地，真武汤。

少阳病，耳聋目赤，胸满而烦，妄加汗下，则悸而惊，与小建中汤；有热者，小柴胡汤。

少阴病，四逆，其人或悸，四逆散加桂枝；心下有水气，厥而悸，当先治水，茯苓甘草汤。不然，水入胃中，必不利也。

伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤。

后世对心悸病因病机的分析：

1. 体虚久病：禀赋不足，素体虚弱，或久病失养，劳欲过度，气血阴阳亏虚，以致心失所养，发为心悸。

2. 饮食劳倦：嗜食膏粱厚味，煎炸炙博，蕴热化火生痰，或伤脾滋生痰浊，痰火扰心而致心悸。劳倦太过伤脾，或久坐卧伤气，引起生化之源不足，而致心血虚少，心失所养，神不潜藏，而发为心悸。

3. 七情所伤：平素心虚胆怯，突遇惊恐或情绪不适，悲哀过极，忧思不解等七情扰动，忤犯心神，心神动摇，不能自主而心悸。

4. 感受外邪：风寒湿三气杂至，合而为痹，痹证日久，复感外邪，内舍于心，痹阻心脉，心血运行受阻，发为心悸。或风、寒、湿热之邪，由血脉内侵于心，耗伤心气心阴，亦可引起心悸。温病、疫毒均可耗气伤阴，气阴两虚，心失所养而发为心悸。或邪毒内扰心神，如春温、风温、暑温、白喉、梅毒等病，往往伴见心悸。

5. 药物中毒：药物过量或毒性较剧，耗伤心气，损伤心阴，引起心悸，如附子、乌头，或西药锑剂、洋地黄、奎尼丁、肾上腺素、阿托品等，或用药过量或不当时，均能引发心动悸、脉结代一类证候。

(五) 辨证要点

1. 辨惊悸与怔忡——大凡惊悸发病，多

与情绪有关，可由骤遇惊恐，忧思恼怒，悲哀过极或过度紧张而诱发，多为阵发性，病来虽速，病情较轻，实证居多，病势轻浅，可自行缓解，不发时如常人。怔忡多由久病体虚、心脏受损所致，无精神因素亦可发生，常持续心悸，心中惕惕，不能自控，活动后加重，病情较重，每属实证，或虚中夹实，病来虽渐，不发时亦可见脏腑虚损症状。惊悸日久不愈，亦可形成怔忡。

2. 辨虚实——心悸证候特点多为虚实夹杂，虚者指脏腑气血阴阳亏虚，实者多指痰饮、瘀血、火邪之类。辨证时，要注意分清虚实的多寡，以决定治疗原则。

3. 辨脉象——观察脉象变化是心悸辨证中重要的客观内容，常见的异常脉象如结脉、代脉、促脉、涩脉、迟脉，要仔细体会、掌握其临床意义。临床应结合病史、症状，推断脉证从舍。一般认为，阳盛则促，数为阳热，若脉虽数、促而沉细、微细，伴有面浮肢肿，动则气短，形寒肢冷，舌淡者，为虚寒之象。阴盛则结，迟而无力为虚，脉象迟、结、代者，一般多属虚寒，其中结脉表示气血凝滞，代脉常为元气虚衰、脏气衰微。凡久病体虚而脉象弦滑搏指者为逆，病情重笃而脉象散乱模糊者为病危之象。

4. 辨病情——对心悸的临床辨证，应结合引起心悸原发疾病的诊断，以提高辨证准确性，如功能性心律失常所引起的心悸，常表现为心率快速，多属心虚胆怯，心神动摇；冠心病心悸，多为气虚血瘀，或由痰瘀交阻所致；风心病引起的心悸，以心脉痹阻为主；病毒性心肌炎引起的心悸，多由邪毒外侵，内舍于心，常呈气阴两虚，瘀阻络脉证。

(六) 治疗原则

心悸虚证由脏腑气血阴阳亏虚、心神失养所致者，治当补益气血，调理阴阳，以求气血调畅，阴平阳秘，并配合应用养心安神之品，

促进脏腑功能的恢复。心悸实证常因于痰饮、瘀血等所致，治当化痰、涤饮、活血化瘀，并配合应用重镇安神之品，以求邪去正安，心神得宁。临床上心悸表现为虚实夹杂时，当根据虚实之多少，攻补兼施，或以攻邪为主，或以扶正为主。

(七) 心悸分证论治

1. 心虚胆怯证

症状：心悸不宁，善惊易恐，坐卧不安，少寐多梦而易惊醒，食少纳呆，恶闻声响，苔薄白，脉细略数或细弦。

治法：镇惊定志，养心安神。

方药：安神定志丸。

方中龙齿、朱砂镇惊宁神；茯苓、茯神、石菖蒲、远志安神定志；人参益气养心。可加琥珀、磁石重镇安神。

2. 心脾两虚证

症状：心悸气短，头晕目眩，少寐多梦，健忘，面色无华，神疲乏力，纳呆食少，腹胀便溏，舌淡红，脉细弱。

治法：补血养心，益气安神。

方药：归脾汤。

方中当归、龙眼肉补养心血；黄芪、人参、白术、炙甘草益气以生血；茯神、远志、酸枣仁宁心安神；木香行气，令补而不滞。

若心悸气短，神疲乏力，心烦失眠，五心烦热，自汗盗汗，胸闷，面色无华，舌淡红少津，苔少或无，脉细数，为气阴两虚，治以益气养阴，养心安神，用炙甘草汤加减。本方益气滋阴，补血复脉。方中炙甘草、人参、大枣益气以补心脾；干地黄、麦冬、阿胶、麻子仁甘润滋阴，养心补血，润肺生津；生姜、桂枝、酒通阳复脉。

气虚甚者加黄芪、党参；

血虚甚者加当归、熟地；

阳虚甚而汗出肢冷，脉结或代者，加附

片、肉桂；

阴虚甚者，加麦冬、阿胶、玉竹；

自汗、盗汗者，加麻黄根、浮小麦。

3. 阴虚火旺证

症状：心悸易惊，心烦失眠，五心烦热，口干，盗汗，思虑劳心则症状加重，伴有耳鸣，腰酸，头晕目眩，舌红少津，苔薄黄或少苔，脉细数。

治法：滋阴清火，养心安神。

方药：黄连阿胶汤。

方中黄连、黄芩清心火；阿胶、芍药滋阴养血；鸡子黄滋阴清热两相兼顾。常加酸枣仁、珍珠母、生牡蛎等以加强安神定悸之功。

肾阴亏虚、虚火妄动、遗精腰酸者，加龟板、熟地、知母、黄柏，或加服知柏地黄丸，滋补肾阴，清泻虚火。

阴虚而火热不明显者，可改用天王补心丹滋阴养血；养心安神。

心阴亏虚、心火偏旺者，可改服朱砂安神丸养阴清热，镇心安神。

若阴虚夹有瘀热者，可加丹参、赤芍、丹皮等清热凉血，活血化瘀。

夹有痰热者，可加用黄连温胆汤，清热化痰。

4. 心阳不振证

症状：心悸不安，胸闷气短，动则尤甚，面色苍白，形寒肢冷，舌淡苔白，脉虚弱，或沉细无力。

治法：温补心阳，安神定悸。

方药：桂枝甘草龙骨牡蛎汤。

方中桂枝、炙甘草温补心阳；生龙骨、生牡蛎安神定悸。

大汗出者，重用人参、黄芪，加煅龙骨、煅牡蛎、山萸肉，或用独参汤煎服；

心阳不足、寒象突出者，加黄芪、人参、附子益气温阳；

夹有瘀血者，加丹参、赤芍、桃仁、红

花等。

5. 水饮凌心证

症状：心悸，胸闷痞满，渴不欲饮，下肢浮肿，形寒肢冷，伴有眩晕，恶心呕吐，流涎，小便短少，舌淡苔滑或沉细而滑。

治法：振奋心阳，化气利水。

方药：苓桂术甘汤。

方中茯苓淡渗利水；桂枝、炙甘草通阳化气；白术健脾祛湿。

兼见恶心呕吐，加半夏、陈皮、生姜皮和胃降逆止呕；

尿少肢肿，加泽泻、猪苓、防己、大腹皮、车前子利水渗湿；

兼见水湿上凌于肺，肺失宣降，出现咳嗽，加杏仁、桔梗以开宣肺气，葶苈子、五加皮、防己以泻肺利水；

兼见瘀血者，加当归、川芎、丹参活血化瘀。

若肾阳虚衰，不能制水，水气凌心，症见心悸，咳嗽，不能平卧，浮肿，小便不利可用真武汤，温阳化气利水。方中附子温肾暖土；茯苓健脾渗湿；白术健脾燥湿；白芍利小便，通血脉；生姜温胃散水。

6. 心血瘀阻证

症状：心悸，胸闷不适，心痛时作，痛如针刺，唇甲青紫，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩或结或代。

治法：活血化瘀，理气通络。

方药：桃仁红花煎。

方中桃仁、红花、丹参、赤芍、川芎活血化瘀；延胡索、香附、青皮理气通脉止痛；生地、当归养血和血。

胸部窒闷不适，去生地之滋腻，加沉香、檀香、降香利气宽胸。

胸痛甚，加乳香、没药、五灵脂、蒲黄、三七粉等活血化瘀，通络定痛。

兼气虚者，去理气之青皮，加黄芪、党

参、黄精补中益气。

兼血虚者，加何首乌、枸杞子、熟地滋养阴血。

兼阴虚者，加麦冬、玉竹、女贞子滋阴。

兼阳虚者，加附子、肉桂、淫羊藿温补阳气。

兼挟痰浊，而见胸满闷痛，苔浊腻者，加瓜蒌、薤白、半夏理气宽胸化痰。

心悸由于瘀血所致，也可选用丹参饮或血府逐瘀汤。

7. 痰火扰心证

症状：一心悸时发时止，受惊易作，胸闷烦躁，失眠多梦，口干苦，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄腻，脉弦滑。

治法：清热化痰，宁心安神。

方药：黄连温胆汤。

方中黄连苦寒泻火，清心除烦；温胆汤清热化痰。全方使痰热去，心神安。

可加栀子、黄芩、全瓜蒌，以加强清火化痰之功。可加生龙骨；

生牡蛎、珍珠母、石决明镇心安神。

若大便秘结者，加生大黄泻热通腑。

火热伤阴者，加沙参、麦冬、玉竹、天冬、生地滋阴养液。

重症心悸时应予心电监护，中西药物综合抢救治疗。

(八) 转归预后

心悸的预后转归主要取决于本虚标实的程度，治疗是否及时、恰当。心悸仅为偶发、短暂、阵发者，一般易治，或不药而解；反复发作或长时间持续发作者，较为难治。如患者气血阴阳虚损程度较轻，未见瘀血、痰饮之标证，病损的脏腑是单一，治疗及时得当，脉象变化不显著者，病证多能痊愈。反之，脉象过数、过迟、频繁结代或乍疏乍数者，治疗颇为棘手，兼因失治、误治，预后较差。

若出现喘促、水肿、胸痹心痛、厥证、脱证等变证、坏病，若不及时抢救治疗，预后极差，甚至卒死。

(九) 预防与调摄

情志调畅，饮食有节及避免外感六淫邪气，增强体质等是预防本病的关键。积极治疗胸痹心痛、痰饮、肺胀、喘证及痹病等，对预防和治疗心悸发作具有重要意义。

心悸患者应保持精神乐观，情绪稳定，坚持治疗，坚定信心。应避免惊恐刺激及忧思恼怒等。生活作息要有规律。饮食有节，宜进营养丰富而易消化吸收的食物，宜低脂、低盐饮食，忌烟酒、浓茶。轻证可从事适当体力活动，以不觉劳累、不加重症状为度，避免剧烈活动。重症心悸应卧床休息，还应及早发现变证、坏病先兆症状，做好急救准备。

参考资料

单味中药缓解心慌慌

近年来，对于中药单味药抗心律失常的研究较多，经临床研究和动物实验研究报告，对不同的心律失常具有作用的药物有：

室性早搏——山楂、黄连、茵陈、常山、万年青、苦甘草、半夏、苦参、羌活。

房性早搏——元胡索、山楂、汉防己、黄连素、茵陈、常山、万年青、半夏、苦参。

结性早搏——元胡索、常山、山楂。

心房颤动——山楂、汉防己、万年青、甘松、元胡索、常山、石菖蒲、茵陈。

房室传导阻滞——附子、人参。

室上性心动过速——常山、万年青、防己。

阵发性室性心动过速——万年青、常山。

窦性心动过缓——人参、麻黄、附子。

早搏

按起源部位可分为窦性、房性、房室交接处性和室性四种。其中以室性早搏最常见，其次是房性，结性较少见。窦性过早搏动罕见。

室性早搏

过早搏动^[1](premature beat)简称早搏。是指异位起搏点发出的过早冲动引起的心脏搏动，为最常见的心律失常。可发生在窦性或异位性(如心房颤动)心律的基础上。可偶发或频发，可以不规则或规则地在每一个或每数个正常搏动后发生，形成二联律或联律性过早搏动，在窦房结冲动尚未抵达心室之前，由心室中的任何一个部位或室间隔的异位节律点提前发出电冲动引起心室的除极，称为室性期前收缩，简称室早。临床症状有很大的变异性，从无症状，轻微心悸不适，到早搏触发恶性室性心律失常致

晕厥或黑蒙，且其临床症状与预后并无平行关系。

早搏可见于正常人，或见于器质性心脏病患者，常见于冠心病、风湿性心脏病、高血压性心脏病、心肌病等。早搏亦可见于奎尼丁、普鲁卡因酰胺、洋地黄或锑剂中毒；血钾过低；心脏手术或心导管检查时对心脏的机械刺激等。

房性早搏

房性期前收缩即房性过早搏动(atrial premature beats, APB)，又称房性早搏、房早。它是起源于心房异位提前的心脏搏动，非常普遍。主要表现为心悸、心脏“停跳”感，期前收缩次数过多时自觉“心跳很乱”，可有胸闷、心前区不适、头昏、乏力、摸脉有间歇等。也有无症状者。

房性期前收缩如发生在健康人或无明显其他症状的人群，一般不需要特殊治疗。有些有特定病因者应积极治疗病因；对器质性心脏病患者，其治疗应同时针对心脏病本身；对风湿活动者进行抗风湿治疗，对心力衰竭患者也应进行相应的治疗。当心脏情况好转或痊愈后房性期前收缩常可减少或消失。

通常房性期前收缩患者的预后好。当去除病因、应用有效的抗心律失常药，可使房性期前收缩减少或消失。当原发的心脏病较重时，或伴有心房扩大、增厚、房内压增高时，可促使房性期前收缩发展为房性心动过速、心房扑动及心房颤动，对血流动力学有明显的不良影响，可影响左心室的收缩和舒张功能，诱发心力衰竭。

窦性心动过速和窦性心动过缓

这两种情况是指由于窦房结(又是窦房结!)的原因，心率过慢(<60次/分)或过快(>100次/分)的情况。在人们日常生活的感知中，窦性心动过速和窦性心动过缓其实就是心跳过快或者心跳过慢。在儿童和青少年中，窦性心动过速往往由检查时的焦虑引起，没有临床意义。而在休息时和睡眠时的窦性心动过速，则是心脏病、发热和甲状腺毒症等疾病的标志，需要针对疾病进行治疗。窦性心动过缓在健康人中(除经过训练的运动员外)比较少见，主要见于低体温、甲减等疾病患者，某些药物(如治疗心绞痛和高血压的β受体阻滞剂)也会引起窦性心动过缓。

心房颤动和心房扑动

当心房部位的心肌细胞由于某些原因而导致“接力棒”传递紊乱时，心房的收缩会变得快速而不规则，受心房肌接力的影响，心室的收缩会变得忽快忽慢，此时的心房收缩如同颤动一般，因此被称为心房颤动(简称房颤)。如果心房的收缩快速而规则，则会被称为心房扑动(简称房扑)。

房颤或房扑时，心房内的血液流动往往不规则，甚至会造成停滞，长此以往容易形成血栓，导致心肌梗死、卒中等疾病。因此，被诊断为房颤或房扑的患者需要尽快服用抗凝药物，防止血栓的形成。医生还会为患者进行药物复律或电击复律，使患者的心律由房颤转为正常。对于不适合复律的患者(如老年人)，应用洋地黄类药物来降低心率也不失为一种选择。

房室传导阻滞

是指心脏电激动传导过程中，发生在心房和心室之间的电激动传导异常，可导致心律失常，使心脏不能正常收缩和泵血，称为房室传导阻滞。房室传导阻滞可发生在房室结、希氏束以及束支等不同的部位。根据阻滞程度不同，可分为3度：第一度为房室间传导时间延长，但心房冲动全部能传到心室；第二度为部分冲动不能传至心室；第三度则全部冲动均不能传至心室，故又称为完全性房室传导阻滞。严重的二度II型和三度房室传导阻滞可使心率显著减慢，伴有明显症状如晕厥、意识丧失、阿-斯综合征发作时，需要植入起搏器治疗，以免发生长时间心脏停跳，导致生命危险。

论述中医几个重要学派 在新加坡的适用与实用性

新加坡·许峻铨

中医学悠久的历史在《黄帝内经》的基础上，又历经无数年、无数人、无数次的精研及实际临床应用，发展为现今所见之状，其中百家争鸣的情形屡见不鲜。就因为中医学强调的基本思想：因人、因地、因时制宜，这些学术思想都有自己的长处及着重之点，也造成了中医难以规划统一的问题。在此尝试对于中医几个重要学派(伤寒、河间、易水、攻邪)在新加坡的适用与实用性提出个人观点。

新加坡的三因制宜

新加坡一年四季炎热潮湿，较似夏与长夏之季。其中亦有多雨和酷热干旱之时，但起伏并非太大。就为了躲避暑热，新加坡人多贪凉饮冷，喜欢躲在空调室里。有着多元种族的特色，也意味着饮食多样，但偏于油腻辛辣。也许因为饮食环境的影响，轻壮年人发病多为温热性质的表现，而老年人常见各种痹症、三高症及癌症肿瘤。生活节奏紧张，也造成情志不畅、肝郁气滞的状况也较为常见。综合而言，当地暑湿之邪较盛，却有可能因贪凉饮冷而造成阴寒闭暑；年壮时不谨慎调护导致年老时外邪合以内伤侵袭；情志不调，气机不通。

伤寒学派

若以狭义伤寒而言，伤寒与新加坡看似无

太大关系，但若以广义伤寒方面去探讨，发热性疾病还是较常见的。况且，少数长时间居于空调室的办公室人员偶尔可见风寒之邪抑遏于表的恶寒，发热，无汗等症，但大多还是兼以里热。因此，循着六经传变的典型伤寒病发展并不常见，但某些病机仍可识为病邪直中少阳经或三阴经。对于以温热性质为主的病机，仲景注重温阳的思想似乎格格不入，但其中通阳以行气之法，却是对气滞为主要病机的不二法则。以我愚见，比起经典的伤寒‘麻黄汤’、‘桂枝汤’、‘小青龙汤’辛温透表祛邪类方而言，‘小柴胡汤’、‘四逆散’类方在当地就比较适用。此类方中透达半表半里邪气，佐以苦泻燥湿之药，疏肝行气，小和其中的方义，对于许多情志不畅，饮食欠佳，低热的患者尤为适合。

河间学派

‘六气皆从火化’的思想，对于温热病机有着直接的影响。之前已提到，当地病人即使感受风寒之邪，或以起居劳累所致的虚寒内伤，大多还是表现为温热病机。也许是因为体质禀赋，合以环境饮食，从阳化热，掩盖了寒性的本质。这时以辛凉或甘寒以解表，苦寒已清热，会有更立竿见影的效果。此外，刘完素所著的《三消论》，对于普遍的老年糖尿病及其他慢性消耗性疾病提供了基本治

疗法则。虽然寒凉药物为当地祛邪的首选，但于虚实夹杂的病人，定得佐以温通阳气之品，以防徒伤正气。

易水学派

张元素所完善的脏腑辨证为新加坡中医师的主要辨证体系。另外，他所提出对肝脏生理与病理的认识，对于治疗肝失疏泄的病症有益。在新加坡，肝阳上亢，肝气瘀滞的病人都可见到，其中高血压，抑郁症，头痛，梅核气的病人尤其常见。“肝苦急，急食甘以缓之甘草……肝欲散，急食辛以散之川芎，用辛补之细辛，酸泻之芍药”也为具体用药提供了参考。对于脾胃的重视，也对当地小儿、老年及危重病的患者更为重要，只有保持脾胃健运才可进一步运化代谢汤药。

攻邪学派

张从正主张汗、吐、下，祛邪三法，使气血流通而致平和。当地人们因气候饮食关系，腠理疏松，脏腑偏于娇嫩，不宜以峻猛之剂祛邪。这些忌宜张氏也已论述，汗法也多约束为辛凉透表，而不强求汗出。吐法因容易耗伤胃阴，也极为少用。以狭义的攻邪法，唯独下法则仍保持为重要祛邪法。常见的腹胀痞满诸症，妇女的瘀阻包宫等以下法保证肠腑通畅，血运无阻为行气活血止痛的正治法。对于慢性便秘，在通腑的基础上健脾理气，如用黄龙汤，生白术，也颇有疗效。若以广义的攻邪法所理解，与之前所提起的学术思想又有异曲同工之妙，共为宣畅气血，通经活络，去菀陈莖，使气血阴阳有所顺接。张氏对于心理疗法的见解，也是当地医师对于情绪紧张的患者时应该借鉴的。五志相对五行的相生相克虽偏于狭隘，但也有可取的规律。

综上所述，中医学之所以发展这么多不同的派别，就因为有这么多种病症。对于个别

患者，应采取个别学术思想，而不拘泥于个别学派。新加坡虽有独特的气候环境以及人们的禀赋、习惯，但前人所留下的经验与看法，还是值得去深入探讨。以它们为基础，再加以创建，才可为中医事业的发展做出贡献，造福人民。

分享栏目

颜面望诊

新加坡·陈蓓琪

前言

医者运用视觉，对人体全身和局部的一切可见征象以及排出物等进行有目的的观察，以了解健康或疾病状态，称为望诊。中医望诊的内容主要包括：观察人的神、色、形、态、舌象、络脉、皮肤、五官九窍等情况以及排泄物、分泌物的形、色、质量等。现代常用的望诊分为整体望诊、局部望诊、望舌、望小儿指纹等。面部色诊虽属头面五官，但因面色反映内脏病变较为准确，实用价值较高，因而形成了面色诊这项中医独特的传统诊法。

之前也有与一些专家教授以及老师们谈论过颜面望诊方面的内容，也曾有一位教授告诉过我，掌握好颜面望诊在临床上可起到很大的辅助作用，所以我寻找了一些资料，在此与大家分享，希望对大家能够发扬中医传统的诊法，为提高临床治疗开阔思路。

本栏目中的大部分内容是从网上转载的，希望通过此栏目，与大家分享一些可能对大家有用的信息，如有谬误之处还请大家多多指教。

颜面望诊

颜面望诊是几千年来中医理论精华的一部分，也是中医四诊“望、闻、问、切”的内容。健康的人面上应该是干干净净的，色泽红润有光泽。刚出生的婴儿的脸上通常是干干净净的；随着岁月的增长以及空气、水、食物添加剂、环境污染、基因变化、精神压力等多种因素的影响，人体健康受到伤害，面部就会逐步产生症状。

怎样看呢？由脸部观察，凡是有痣或斑、疙瘩、红肿、发青、发紫、发黑、发暗、色素沉淀等所在位置的器官功能较差。如果有痣，则表示这个位置的器官功能就弱，并不代表现

在就有病；如果疙瘩或红肿、发青、发紫、发暗、发黑，则表示所在位置的器官功能正在有疾病发生；如果有斑或沉淀，表示所在位置器官功能患病已久。中医理论认为“外有斑内有淤”。

一般而言，通过面部查看五色：黄色主脾胃，消化系统；白色主肺，呼吸系统；红色主心脑血管系统；青色主肝胆，免疫系统主黑色主肾脏，膀胱系统。

颜面望诊主要分为八大部分，即“心、肺、肝肾、脾、小、大、生”。首先是额头靠近发迹三分一处，如果有症状，表示心血管机能不良或精神压力大。如果有痣，则表示心血管机能先天不良。如果是疙瘩或红肿、发青、发紫、发黑、发暗，则表示现在或已有一段时间心血管机能不良或精神压力大。如果是斑或色素沉淀，则表示心血管机能长时间不良或长时间精神压力过大。两眉间及两眉二分一处，靠中间画圈部分，代表呼吸系统肺、咽、喉。两眉二分一处靠外画圈部分包括太阳穴，代表肝脏。两眼下方，颧骨上方代表胆。两眼之间的鼻根处，代表心脑血管。两眼与鼻根两则间，男代表胸腔、女的代表乳腺，男女都是交叉着看的。肝脏的另一个位置是鼻梁中段，胆的位置在鼻梁中段两侧，所谓肝胆相连，肝胆相照。鼻头代表脾，鼻翼代表胃。颧骨下方至鼻头下端大U字平行处，偏外侧代表大肠。则偏内侧小u字处代表小肠。颧骨至耳之间包括耳朵、脸颊区域，代表其肾功能。人中代表膀胱。嘴四周代表生殖系统。下巴代表肾或身上有酸痛；全面青春豆，代表精神压力大或体内机能失衡。

一般来说，从面部看出各脏器机能下降甚至形成病灶，有以下几个方面来判断，以斑、点、痣、痘、毒疱，和五色青，红，黄，白，黑等为基本特征。

一、心【脑】：

属于循环系统，反应在面部颜色为赤红。

循环系统在体内的任务，是为人体各组织提供养分，并将二氧化碳和废物排出体外，为各器官提供营养物质激素，并负责调节体温。循环系统机能下降在面部的反应区有二个：第一个在额头上三分之一为心脏(精神压力)，压力过重心理负担加重，此部位会出现红疹痘痘样的情况，或出现与正常肤色不一致的颜色。可以断定短期内的精神压力过大，症状会出现烦躁不安，胸闷，失眠，头痛等。第二个在鼻梁山根处最低点也为心脏反应区。在此出现横沟，发红，有小毒疱等，症状有心律不齐，心慌，心脏缺氧而引起的心脑血管疾病。心肌缺血冠心病，冠状动脉硬化等。舌尖发红舌边有齿印也说明心脏机能下降。再者两眉之间为脑反应区，反应区出现I字纹，II字纹，III字纹，这说明用脑过度，脑循环不畅。症状有头痛，偏头痛，记忆力减退等。如出现凹陷，属脑供血不足。严重缺氧会造成大脑萎缩或大脑皮层萎缩。脑反应区出现V字型为心脑血管有问题。

二、肺【鼻，咽喉，气管，支气管】：

属于呼吸系统，此为上呼吸道，为白色。额下三分之二区域为肺的反应区，如出现痘疹毒疱颜色不正，说明呼吸系统机能已经下降或出现病灶。从五行得知肺与大肠相表里，有时候问题也会出现在肠腑。额头正中长痍子称之为先天肺功能不足。

三、肝【胆】：

属于免疫系统，色为青色。怒伤肝，容易发火的人最易伤肝，反应区脸上有两处，第一，是在鼻梁中段，此处出现斑痘疱即为肝机能下降，发青显示肝机能严重低下。第二，处在眉中向外两侧(太阳穴)位置，出现老人斑痘疱现象，也提示肝功能下降。若出现挤眼泪眼都属于肝功能的问题，胆区在鼻梁两侧斜坡位置胆囊炎，胆结石，实属肝脏解毒功能低下而引起。

四、肾【膀胱】：

属于泌尿系统。色为黑色。肾为先天之本，人老先从肾开始。肾主骨，开窍与耳。耳鸣属肾虚，肾亏而起(男人叫肾虚，女人叫肾亏)反应在区脸颊两边和下巴，此部位出现症状，就是肾虚肾亏的表现。症状有腰酸背痛和骨骼疾病。膀胱的反应区在人中穴，这个位置出现痘疱，应考虑是膀胱炎或尿路感染，男性则为前列腺发炎等。

五、脾【胃】：

属消化系统。色为黄色，脾胃为后天之本。中医讲云思则气结。也就是气血生化不好，脾的反应区在鼻尖位置，只要出现毒疱，色块，显示为脾脏机能下降、脾虚或脾功能失调。脾胃互为表里，也会导致胃功能下降。胃的反应区是鼻翼。

六、小肠：

小肠主吸收，心与小肠相表里。小肠吸收不好会影响心脏功能，造成心脏供血不足，小肠的反应区在眼睛向下小面子这块。

七、大肠：

大肠主排泄。肺与大肠相表里，肺主气，如果肺功能不好，气血交换差，直接影响循环系统，影响血液的含氧量，导致大肠功能紊乱。而出现便秘、干便或稀便等。大肠的反应区在外眼角经颧骨往下来然后以鼻尖齐，形成U字形。

八、生殖器：

生殖系统反映的位置在口唇四周，如果嘴角不断溃烂，这边烂了那边烂，女性就是属卵巢炎、附件炎。下口唇出现白斑、黄斑，属白带、黄带过多。口唇周围出现腐烂属盆腔炎。口唇肤色发白多为贫血，经量过少。口唇肤色过红发紫经的颜色过重或量过多。周期不是提前就是拖后。口唇中间裂痕出血，为男女性功

能下降信号。舌头伸不出来伴随疼痛感，也称之为肾功能不畅，上唇外出现竖沟说明闭经和子宫萎缩。

颜面望诊之歌

火星斑痣心压抑(额头部位横纹深，精神压力大；有斑痣者，心脑血管有病。)

胸乳显现两眼间(眼角发青者，患乳腺增生或乳腺癌。)

眉宇中分肝为外(眉梢有斑者，肝有病。)

内侧心脑血管相连(两眉中间有竖道者肺有病；横道竖道相连者心有病。)

肺主皮毛窍于鼻(酒糟鼻，毛孔粗大者肺有病。)

脾主肌肤白唇边(唇有白道，肌肉无弹性者脾有病。)

准头主脾两翼胃(鼻头发红有坑毛孔粗大者脾有病；鼻翼鼻唇沟发红者胃有病。)

鼻梁中肝两侧胆(鼻梁中间有斑者肝有病；两侧有斑者胆有病。)

肝主筋脉华爪(肝不好者指甲有竖纹，手脚抽筋。)

恰好开窍于双眼(肝不好者眼干涩，视物不清。)

舌上为肾中为心(舌根部为肾区，黑者有肾病；舌中部为心区。)

心窍于舌华在面(舌有裂缝、脸红有血丝者心脏有病。)

大肠本在颧骨外(颧骨外发黑发红者大肠有病。)

小肠颧内即可见(颧骨内侧发黑或眼袋早现者小肠有病。)

巧嘴一张生殖器(唇上有斑或有皱生殖器有病。)

人中膀胱相关联(人中有斑或痣，男有膀胱瘤，女有子宫肌瘤或卵巢囊肿。)

水星地阁是肾区(下巴壳或耳发黑、有斑者有肾病。)

主骨生髓非等闲 (肾不好者腰痛、腿沉、记忆力差、牙不好、阳痿早泄。)

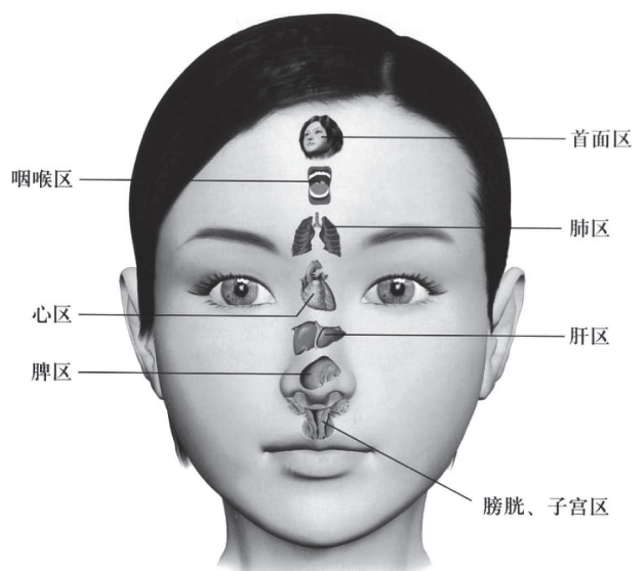
开窍于耳一脉通 (肾不好者耳聋耳鸣。)

其华在发可直观 (肾不好者脱发、白发)

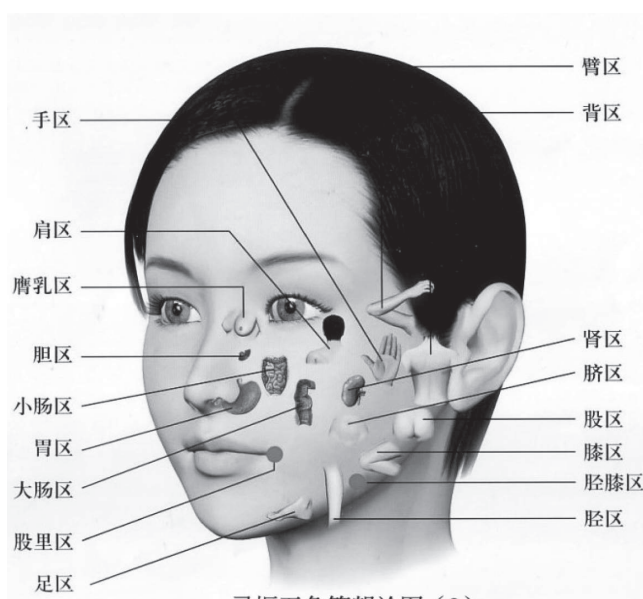
颜面望诊熟于心 (烂熟于心如子弹上膛。)

不是神仙胜神仙 (功力到家如虎添翼。)

灵枢五色篇望诊图：



灵枢五色篇望诊图 (1)



灵枢五色篇望诊图 (2)



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

《新加坡中医杂志》来稿要求：

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

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

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

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

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

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

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

来稿请注明《新加坡中医杂志》寄至：

新加坡中医师公会宣传出版组

640 Lorong 4 Toa Payoh,

Singapore 319522

或电邮至 assoc@singaporetcm.com



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

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2017年12月30日

顾问 赵英杰 林秋霞

编印 新加坡中医师公会

主编 郑爱珠(宣传出版组主任)

副编 王美凤(宣传出版组副主任)

编委 梁桂贤 王木瑞 陈蓓琪
林 英 蒋艳萍

刊名题字 杨松年

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

出版准证 MCI (P) 028/06/2017

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



9 770219 163001 >



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

