

新加坡中醫雜誌

44

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

7月 / July 2018

中华医院联合新加坡眼科研究院科研成果荣登国际科研平台，本期刊载首次发表的科研报告中文版

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.

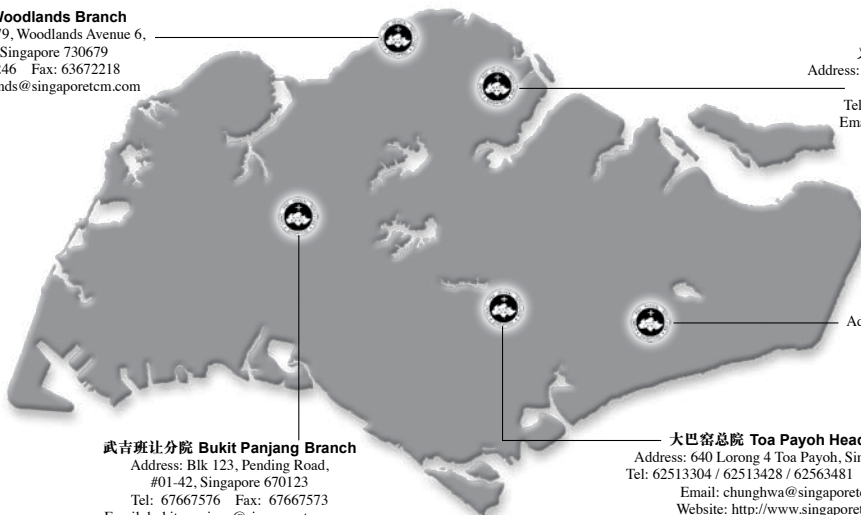
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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>



科研报告

1. 新加坡以中药及针刺治疗干眼的临床科学研究
——林秋霞/韦企平/童学天/Hla-Myint Htoon/侯爱华/Rajendra-U Acharya/陈彦宏p02-15

综述

2. 鼾眠的中医证治 —— 新加坡·卓扶蓉p16-20

临床

3. “医脉薪传讲座系列”学习体会之四——梁肇庆医师《世代传承的中医探索历程》
——新加坡·陈宝心/陈宇雷/洪秀洁/李贤/柯顺年p21-26
4. 枕下肌手法松解治疗视频终端视疲劳的临床研究
——黑龙江东宁市人民医院康复医学科(157299)·程亭秀p27-29
5. 中药复方治疗慢性浅表性胃炎的Meta分析 —— 新加坡·傅瑜敏p30-35
6. 新加坡中华医院乳腺癌中医用药规律研究 —— 新加坡·白伟良p36-40
7. 新加坡胃食管反流病的证候规律及相关因素研究 —— 新加坡·何宇瑛/沈洪p41-47
8. 推拿治疗小儿咳嗽 —— 新加坡·黄淑苹p48-52
9. 中医对眩晕的治疗 —— 新加坡·陈昆宁p53-56
10. 浅谈肠系膜上动脉综合症的诊断与治疗 —— 新加坡·闫立群p57-58
11. 中医治疗足跟痛 —— 新加坡·刘立p59-60
12. 针灸美容常见疾病治疗 - 痤疮 —— 新加坡·蔡欣洁p61-63
13. 乌鸡白凤丸调理女性更年期 —— 新加坡·梁妹p64

理论探讨

14. 浅谈肝脾相关辨治甲亢 —— 广州中医药大学, 广州510405·肖丽明/唐永祥p65-67
15. 漫谈内经《至真要大论》的病机十九条 —— 新加坡·罗爱月p68-69
16. 从中医气血理论认识血压 —— 新加坡·曾玉珠p70-71

新加坡杏林人物志

17. 热心中医事业, 精研伤寒外科的谢斋孙先生 —— 新加坡·林英p72-73

学术交流

18. 中医正骨(桂派整脊手法)高级进修班学习回顾 —— 新加坡·吴忠辉p74-75
19. 出席台北国医节国际中医药学术论坛 —— 新加坡·林英p76-77
20. 第十五届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会暨第三届世界中医药学会联合会癌症姑息治疗研究专业委员会学术年会 —— 新加坡·凌鹰p78-79
21. 探讨糖尿病的综合治疗 —— 新加坡·陈桂珍p80-83
22. 学术流派在中医发展中的角色转变 —— 新加坡·陈婉燕p84-85
23. 后溪穴在医疗和保健的应用 —— 新加坡·吴荣贵p86-87

知识库

24. 分享栏目 刘渡舟教授经方辨治痹证九法探析 —— 新加坡·陈蓓琪p88-92
25. 脊柱相关疾病与亚健康的关系和治疗 —— 新加坡·许柏光p93-96

新加坡以中药及针刺治疗干眼的临床研究

林秋霞¹, 韦企平^{1,2}, 童学天³⁻⁶, Hla-Myint Htoon^{3,5},
侯爱华^{3,5}, Rajendra-U Acharya⁷, 陈彦宏⁷

作者单位: 1. 新加坡中华医院

2. 北京中医药大学东方医院眼科

3. 新加坡眼科研究院

4. 新加坡全国眼科中心

5. 杜克-新加坡国大医学研究生院

6. 新加坡国立大学杨潞龄医学院

7. 新加坡义安理工学院

通讯作者: 林秋霞, drpatlim@singnet.com.sg (科研研究报告中文版)

科研背景: 新加坡卫生部在2014年为了鼓励中医走向科研, 第一次颁发了中医科研基金, 让全部中医医疗机构提出申请。中华医院眼科组联合新加坡眼科研究院, 获颁第一轮的中医科研基金, 进行科研研究为期3年2014-2017。此科研报告原版英文版本已经发表在国际著名眼科科研平台BMJ Open Ophthalmology (英国医药期刊附属的公开眼科期刊)上。中华医院由此走上国际科研平台。为了让更多医师们了解此科研的过程及结果, 作者在此发布中文原版, 宣扬中医科研并希望可以抛砖引玉, 让更多医师们积极参加科研。

科研主要负责人: 童学天副教授负责科研设计及撰写科研报告初稿。韦企平教授、林秋霞博士带领中华医院眼科组及科研组负责招收科研病人、调制中医药物药方、进行中医治疗及撰写科研报告中文版。侯爱华博士负责实验室泪液细胞因子分析。Rajendra Udyavara Acharya博士及陈彦宏博士负责热成像分析。Hla-Myint Htoon博士负责统计数值分析。

【摘要】

背景 干眼为当前国际眼科界常见的眼科疾病, 高发病率持续地增加医疗重担。中医治疗, 作为一种常规治疗之外的辅助治疗, 在亚洲一向广受欢迎, 但新加坡却从没有以中医治疗干眼的任何临床科学研究。

目的 新加坡眼科研究院(西医)首次联合新加坡中华医院(中医), 以科学临床研究方式, 探讨中医治疗干眼的疗效。

方法 2015年3月-2015年12月, 我们采取了随机式、单盲干扰式的临床科研设计, 以新加坡中华医院眼科部门招收就诊的150干眼患者为例(300只眼), 均以干眼为主诉, 年龄40~85岁,

身体健康,无其他眼疾,不曾佩戴隐形眼镜,也从没使用消炎剂滴眼液等。所有患者的 SPEED (Standard Patient Evaluation of Eye Dryness) 干眼患者标准评分为阳性。辨证为肺肾阴虚,肺肾阴虚评分为阳性。患者被随机地分为三组:针刺组(AC, Acupuncture), 杞菊甘露饮组(HB, Herbal Medicine)(亦称中药组)以及人工泪液组(干眼的常规治疗)(AT, Artificial Tears), 各50例。针刺与中药组除了接受中医治疗外,也施用人工泪液(Systane Ultra思然人工泪液)。

评估疗效的方式有角膜染色程度、自动化泪膜破裂时间、结膜充血程度(采用角膜地形图仪 Ocular Keratograph 5M检查)、Schirmer I 泪液分泌试验、泪液渗透率及泪液蒸发率。高端疗效评估如泪液炎性细胞因子也在实验室里用多重免疫荧光测定技术分析。

结果 共有149位病人的疗效成绩被纳入分析。针刺组病人在三组里有最高的治疗成效(88% 对比人工泪液组的72%, $p=0.039$), 其中差别达16% (95% CI: 0.18-31.1)。实验显示针刺组每人需7次的针刺治疗才会有治疗疗效(95% 置信区间: 3至157)。针刺组病人接受治疗后结膜充血程度也较低($p=0.043$)。泪液里的Th1-细胞因子, 肿瘤坏死因子TNF- α ($p=0.027$), T辅助细胞Th2-细胞因子, 还有白细胞介素促炎细胞因子($p=0.038$), 这些分子在针刺治疗后都显著性转低。除这之外, 针刺组在其他疗效评估方面与人工泪液组无显著差异。两组中医的疗效也无显著差异。中药组对比人工泪液组也无显著差异。中药组病人的反应率是80%, 对比人工泪液组72% ($p=0.26$)。这次科研也显示中医治疗没有不良副作用或反应。

结论 中医针刺治疗轻中程度干眼有效; 相比较西医常规的人工泪液治疗, 中医针刺治疗似乎更能降低干眼炎症反应。

科研赞助 新加坡卫生部, 中医科研基金。

【关键词】 新加坡干眼治疗; 中医治疗干眼; 新加坡中华医院; 新加坡眼科研究院;

Acupuncture reduced inflammation in dry eye; suppression of tear tumor necrosis factor and conjunctival hyperemia

Abstract:

Dry eye is a common disease with great health burden. Traditional Chinese medicine is popular and has been used in dry eye but studies have been inconclusive. We conducted a randomized investigator-masked study which included robust assessment of disease mechanisms. Participants (total 150) were treated with artificial tear alone (AT), with added 8 sessions of acupuncture (AC), or additional daily oral herb (HB) over a month. More participants treated with AC than AT alone improved symptomatically (88% vs 72%, $p=0.039$). The Number-To-Treat with AC was 7 (95%CI: 3 to 157). AC group also had reduced conjunctival redness (automatic grading with Oculus keratograph) and reduced tear Th1-cytokine TNF- α compared to AT. AC was not significantly superior to AT for changes in tear osmolarity, tear evaporation rates, and other outcomes. HB was not significantly than AT in primary outcome (80% vs 72%, $p=0.26$). This study provides evidence that acupuncture can reduce inflammation.

[Key words] TCM treatment for dry eye; TCM herbal medicine; acupuncture for dry eye; artificial tears; Singapore National Eye Centre;

干眼是泪液量或质的异常损及眼表面而导致眼部不适的一类疾病，导因众多，困扰着世界大约14%至33%的成年人。此病在亚洲尤其频发，轻微至中度干眼最为常见，并给国家带来保健及经济重担。干眼是一个整体疾病，个人生活习惯，营养均衡及身体健康都与之有关，若不控制，会严重降低生活的品质^(1, 2)。

以往医学界对干眼的认识，仅限于泪液严重不足而引发的症状。但近来的研究指出，干眼的发生不仅有眼表缺乏泪液引发干燥这一病型，泪液量正常但泪膜不稳定也能引发类似的眼部不适。引起干眼的病因虽然复杂繁多，但至少都同泪液渗透压及眼部炎症有关。目前干眼的常规治疗不尽完善，有滴眼液、消炎剂、口服保健品及好些护留泪液的方法。大部分的干眼患者病情介于轻微至中度之间，治疗方法大都使用滴眼液并控制成病的导因⁽¹⁾。

中医是源发于中国的一种医学理论体系，通过长期医疗实践，中医治疗的积极面在于协助恢复人体的阴阳平衡，或当必须使用药物来减缓疾病的恶化的时候，还能兼顾生命和生活的品质。中医有不少治疗干眼的方法，最为常见的便是针刺治疗及中药治疗。近年来的研究显示，针刺治疗可改善干眼的一些症状，像

是泪膜破裂时间、Schirmer I泪液分泌及角膜染色⁽³⁾。话虽如此，之前所进行的随机评估不无存在着偏差，成果也有分歧⁽⁴⁻¹⁰⁾。以中医的整体观来看，干眼不是局部眼病，而是机体阴虚的表现，之前的临床研究中并没体现这一要点⁽¹¹⁾。

先前的临床研究在诊断标准上不够准确、精确，对炎症反应、泪液蒸发率及泪液渗透压缺乏认知，但这些观察却对于干眼临床研究十分重要。曾有报告指出泪河宽度在治疗后4星期有所改善，但对此现象发生的机理却没有任何解释⁽¹²⁾。目前人们已日渐熟悉、接纳中医，因此医学界是有必要以严谨的科学方法，去证明中医治疗干眼是有效且安全的。

在此随机实验里，我们试图评估针刺与中药相较于人工泪液(一般常规治疗)所有的疗效，评估范围包括高端的泪液渗透压、泪液蒸发率、及炎性指标。

结果

病人特点

我们于2015年3月至2015年12月里共招收了179位病人，其中包括不尽符合实验要

表 1. 参与治疗人群的基线特征

		中医药物治疗	中医针刺治疗	单纯人工泪液	中药对比人工泪液(P值)	针刺对比人工泪液(P值)
病人数例		50	50	50		
女性病人	%	82	74	76	0.62	0.82
	比例	41/50	37/50	38/50		
年龄	均数±标准差	57.36±6.45	58.92±9.17	58.94±7.92	0.22	0.99
SPEED†	均数±标准差	11.44±4.28	12.14±4.69	11.16±4.94	0.76	0.31
非侵入式泪膜破裂时间(秒)	均数±标准差	8.02±6.13	7.58±5.44	9.36±6.34	0.29	0.13
Schirmer I (mm)	均数±标准差	13.1±10.8	10.9±7.8	11.7±8.6	0.96	0.65
角膜染色						
中央	均数±标准差	0.12±0.39	0.13±0.56	0.09±0.31	0.67	0.66
下方	均数±标准差	0.9±0.9	1.05±1.03	0.87±0.86	0.86	0.34
上方	均数±标准差	0.37±0.5	0.46±0.6	0.36±0.58	0.93	0.40
颞侧	均数±标准差	0.21±0.47	0.54±0.87	0.33±0.61	0.28	0.17
鼻侧	均数±标准差	0.3±0.67	0.57±0.97	0.39±0.39	0.54	0.31
泪液渗透压(mOsm)	均数±标准差	300±12.2	301±12.8	305±16	0.13	0.20
结膜充血性	均数±标准差	1.19±0.41	1.15±0.40	1.23±0.37	0.62	0.94

†干眼患者标准评分：(0-28)数值越大干眼症状越严重、越频繁。

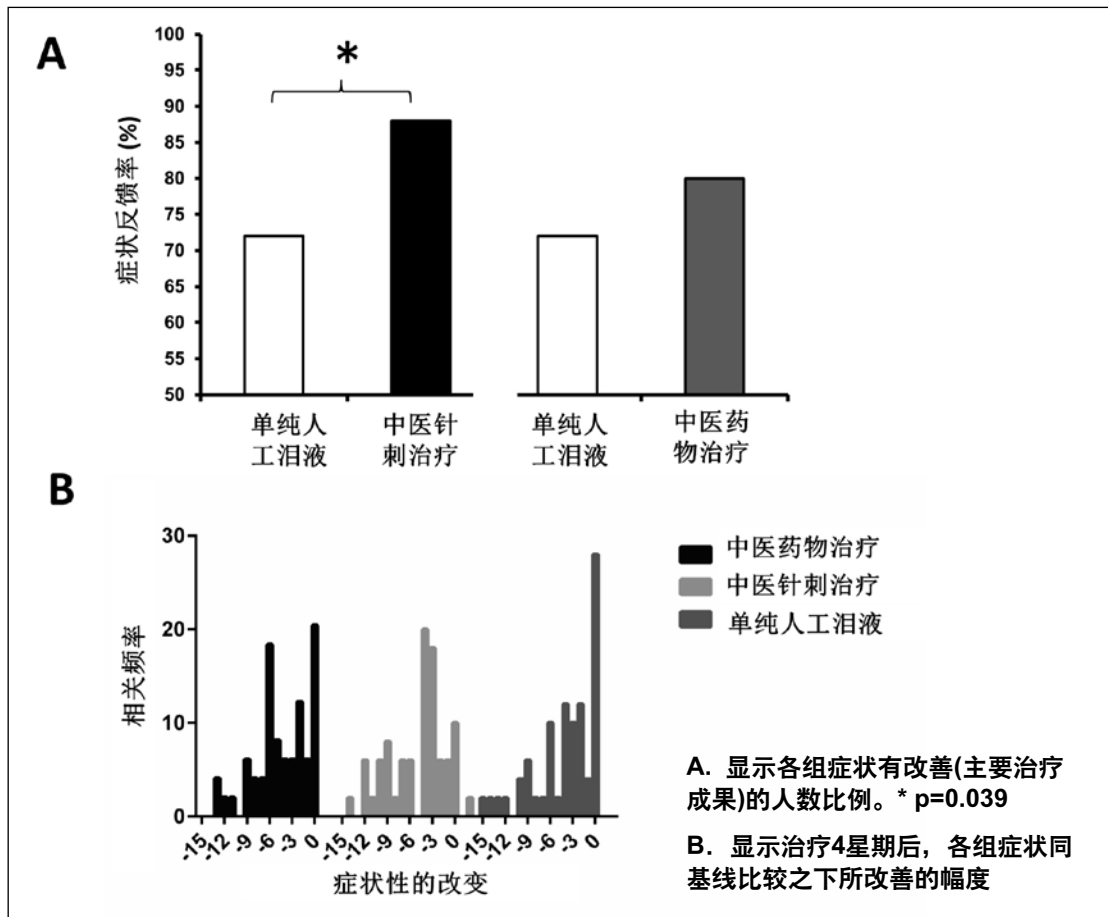


图1 主要治疗成果

求的病人(增添表1)。最后收取了150位病人(增添表1), 其中116人为女性, 另外34人为男性, 平均年龄为 58.3 ± 7.8 。参与者的所有基线参数大多相近, 无任何显著性差异, 唯独Schirmer I泪液分泌均值偏高, 这反映了大多数病人并非泪液不足。另外, 病人总体的角膜染色程度偏低, 这意味大多数病人罹患轻至中度的干眼问题。

除一位中药组病人之外, 其余参与者皆完成了实验及随访。3组病人施用人工泪液的次数相近(无资料显示), 接受治疗后的干眼症状(干眼患者标准评分)皆有显著的改善($p < 0.001$, 同基线参数相比较)(中药组 -4.4 ± 3.7 , 针刺组 -4.5 ± 3.8 及人工泪液组 -4.1 ± 4.1)。

图1A 显示主要治疗成果, 各组症状有改善的人数比例。针刺组的病人, 相较于人工泪液组, 有更多人在干眼症状上有改善(88%比72%, $p=0.039$), 且每人只需7次的针刺治疗就会有治疗疗效(95%置信区间: 3至157)。就症状改善的幅度而言, 相对于人工泪液组, 有更多的针刺组病人取得3至6点的进展(图1B), 中位数值为-4(-2.75 to -8.25), 人工泪液组的则为-3(0 to -6)(曼-惠特尼U秩和检验 $p=0.06$)。中药组与人工泪液组的病人在症状改善的幅度上相近。(中药组80%, 39/49对比人工泪液组72%, 36/50, $p=0.26$)。

中医治疗前后评分被列入表2里。评分越高, 肺肾阴虚证越重。肺肾阴虚证型反应者与无反应者皆有相似的基线评分, 但反应者

表 2. 肝肾阴虚证型评分及干眼症状反应

	反应者††† n=119	无反应者 n=30	P值
治疗前中医评分† 均数±标准差	14.8±5.1	13.5±4.5	0.11
治疗后中医评分 均数±标准差	9.0±4.2	11.8±4.7	<0.001*
治疗前后中医评分差值†† 均数±标准差	-5.9±3.3	-1.7±2.8	<0.001*

* P值<0.05

† 中医评分越高，肺肾阴虚证越重

†† 这是三组的治疗总成绩；其中只有中药组及针刺组(n=99)反复地被分析，结果一样 (p=0.006, 无资料显示)

††† 以第四星期的干眼患者标准评分同基线比较，负数成绩显示干眼症状的改善

表3. 第4周的检测结果

		中医药 物治疗	中医针 刺治疗	单纯人 工泪液	中药对比 人工泪液 (P值)	针刺对比 人工泪液 (P值)
病人数例		49	50	50		
SPEED	均数±标准差	7.14±4.32	7.18±4.25	7.08±4.08	0.94	0.90
非侵入式泪膜破裂时间(秒)	均数±标准差	8.28±5.63	6.91±5.08	9.79±6.33	0.21	0.01*
Schirmer I (mm)	均数±标准差	14.5±10.2	11.4±8.3	12.4±9.0	0.31	0.70
角膜染色						
中央	均数±标准差	0.07±0.29	0.19±0.65	0.21±0.61	0.16	0.88
下方	均数±标准差	0.82±0.74	1.1±0.95	0.82±0.74	0.98	0.10
上方	均数±标准差	0.31±0.5	0.34±0.63	0.32±0.47	0.89	0.86
颞侧	均数±标准差	0.28±0.6	0.3±0.53	0.29±0.66	0.94	0.91
鼻侧	均数±标准差	0.37±0.74	0.64±0.78	0.58±0.91	0.20	0.72
泪液渗透压 (mOsm)	均数±标准差	301±9.6	303±15.2	302±13.5	0.71	0.82
结膜充血性	均数±标准差	1.19±0.41	1.15±0.40	1.23±0.37	0.57	0.30

* P值<0.01

† 干眼患者标准评分：(0-28)数值越大干眼症状越严重、越频繁。

显示在治疗后有较低的评分，比治疗前显著地少了许多。

表3列出治疗4星期后的检测结果。各组病人的所有参数数值彼此没有显著的差异，除人工泪液组的病人，其相对于针刺组的病人有较高的非侵入式泪膜破裂时间(9.8±6.3s比6.9±5.1s)(p=0.01, 曼-惠特尼U二式秩和检验: p=0.0092)。但在比较基线与治疗4星期后的非侵入式泪膜破裂时间后，3组病人却展示了相近的变差：中药组0.13±6.29s，针刺组-0.66±5.83s及人工泪

液组0.43±6.89s(p>0.05)。

值得一提的是，相较于人工泪液组，针刺组病人结膜充血的变化显著减低(图2)(p=0.043)。基于结膜充血的数据并非常态分配，我们用曼-惠特尼U秩和检验来对数据做另一次分析，分析结果雷同(p=0.038)。针刺组及中药组的其他临床参数(包括角膜染色、非侵入式泪膜破裂时间、Schirmer I泪液分泌试验)同人工泪液组相比较起来也没有明显差异。(全部显示p>0.05)。

中药组及针刺组各有一病人在4星期后的

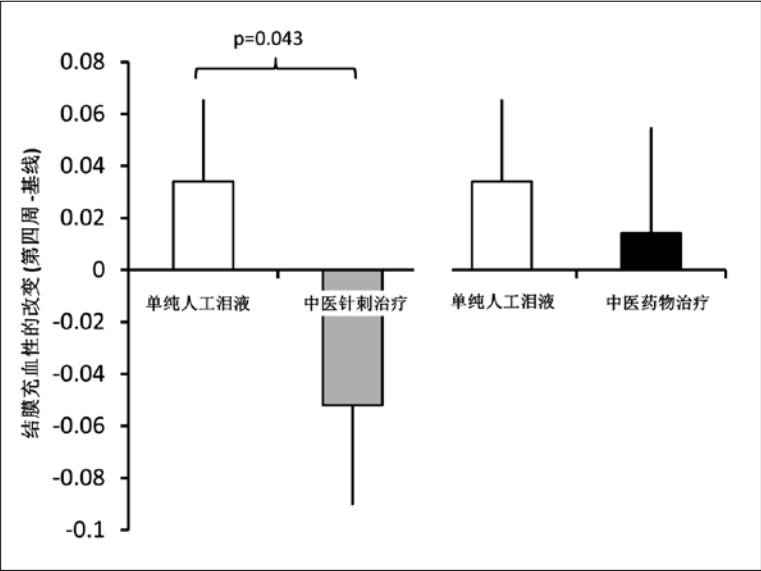


图2 显示治疗后的结膜充血变化，由图表可见均数及标准差

复诊中，拒绝参与泪液渗透压检查。3组病人的泪液渗透压数值相当，基线(表1)与治疗4星期后(表3)比较数值总的来说不算太高。这显示了3组病人的泪液渗透压彼此没有实际的差

异，也没有治疗前后的差异。(增添图2A) 结膜或角膜的泪液蒸发率(增添图2B)自基线之后并无显著变化(全部 $p>0.05$)。治疗前后的泪液蒸发率数值相似⁽¹³⁾。即便是拿整个结膜与角膜的泪液蒸发率来进行分析，结果也一样。(无资料显示)

表4列出泪液因子的基线水平。实验开始之时，相较于针刺组，中药组病人的

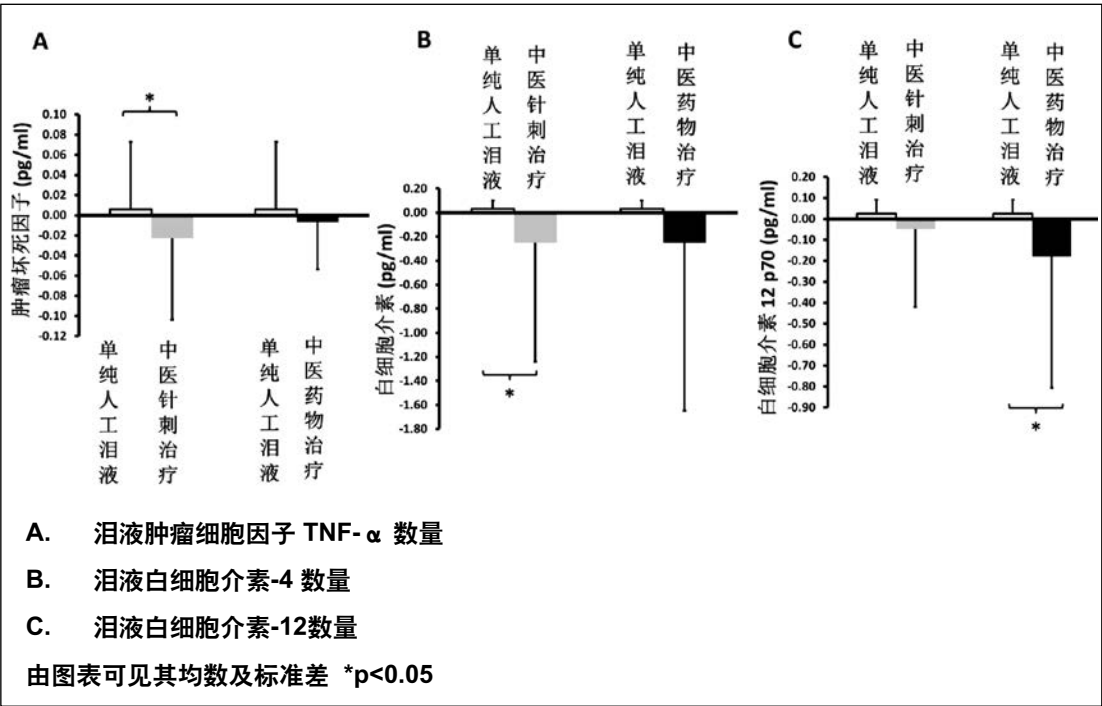


图3 显示治疗4星期后，泪液促炎细胞因子同基线比较下的变化

经曼-惠特尼U秩和检验后发现其差异并不显著($p=0.24$)。

表3列出治疗4星期后三类促炎细胞因子的变化。泪液肿瘤坏死因子- α (Th1细胞因子)经针刺治疗后数量转低($p=0.027$)，其减降之幅度更甚人工泪液组($p=0.039$ ，曼-惠特尼U一式秩和检验)。另外，治疗后的针刺组其泪液因子白细胞介素-4(Th2细胞因子)的数量转低($p=0.038$)(图3B)。而治疗后的中药组，其白细胞介素-12p70(Th1细胞因子)的数量也比人工泪液组来的低(图3C)($p=0.025$ ，以曼-惠特尼U一式秩和检验： $p=0.017$)。其他细胞因子则无任何的显著差异。(全部 $p>0.05$)。

无资料显示有人于此次临床实验有任何不良反应。唯一掉组的中药组病人纯因个人原因没能完成随访。

讨论

此前曾有多报告探讨中医治疗干眼的疗效(针刺疗效^(7, 8, 14)及中药疗效⁽⁵⁾)，包括两个系统分析及一个多元分析^(3, 4, 10)。Shin et al. 指出针刺可改善泪膜破裂时间^(7, 15)，而Chang et al⁽⁵⁾则指出中药可改善泪膜破裂时间及琥珀红角膜染色。但我们的临床实验并没展示这些差异，我们三组病人的非侵入式泪膜破裂时间没有任何显著差异。这也许是不同中医证型或中医治疗方法所致。

我们的实验指出针刺可降低结膜充血。此前已经有报告指出结膜充血同炎症细胞有关⁽¹⁶⁾。T细胞及T辅助细胞系列因子Th1、Th2细胞因子曾被指出是干眼的发病机理^(17, 18)。普通人类角膜表面具有T辅助细胞因子及淋巴细胞因子的受体，是间接传播干眼炎症反应的下游通路⁽¹⁹⁾。此次我们发现针刺治疗可减少泪液中Th1细胞因子及肿瘤坏死因子- α 的数量。之前已有报告指出，有使用类固醇滴眼液的白内障术后干眼患者，发现其眼表的肿瘤坏死因子- α 的数量有所减少⁽²⁰⁾。这说明肿瘤坏死因

子在泪液中的数量可作干眼炎症的指标，并能通过针刺治疗间接降低炎症，舒缓干眼症状。

也有研究显示针刺治疗可短暂地提高泪液中的乳铁蛋白含量⁽²¹⁾。乳铁蛋白具有抗菌、抗炎功能，如今此实验发现治疗后的干眼患者中有较少的乳铁蛋白⁽²²⁾。唯不清楚的是此前的实验⁽²¹⁾所收录的病人证型是否同我们的一样(肺肾阴虚证)。

另外，有个兔子模型实验指出针刺可改变泪液中的载脂蛋白⁽²³⁾，但该实验却没有评估泪液细胞因子。还有一个兔子模型实验指出针刺可改变泪腺的形态变化，即增加泪液的分泌量，但那或许是个短暂的变化，至今也没有一个具体的说法⁽²⁴⁾。

西医与中医截然不同。西医重还原治疗而中医却重整体治疗。虽然治疗观点有别，但中医针刺却给干眼患者带来疗效；在治疗阴虚的同时，也改善了眼科病理。譬如与干眼相关的炎症。

此临床实验应是干眼研究领域里，首个以客观、严谨的临床疗效终点为基础来执行的医学研究。且执行中医治疗的医师皆是新加坡卫生部注册的合格中医师，皆在同个地点(新加坡中华医院)给予标准化的中医治疗，这有助于确保疗效无懈可击。掉组稀少也是本科研的优势。

我们没给针刺、中药治疗分别设立如假性针刺与安慰剂的对照组，因为在一个不是全盲式的治疗方案里，这将引起偏差。我们代以严谨的临床评估来作缓冲。此前有个多中心随机临床研究指出，针刺治疗比人工泪液更能在8星期后降低中至重度干眼患者的干眼症状⁽²⁵⁾。本临床实验只观察患者一个月，没法报告治疗的长期疗效。

当前的干眼治疗都以滴眼液作为主导治疗，但滴眼液只能暂时地舒缓干眼症状。病人能否长期依从地去执行是问题所在，因为多数病人认为长期点滴不仅无效，且昂贵麻烦。还有研究显示目前人工泪液没法缓解30%

表4. 泪液细胞因子的基线浓度 (pg/mL) [均数±标准差]

	单纯人工泪液	中医针刺治疗	中医药物治疗	中药对比人工泪液 (P值)	针刺对比人工泪液 (P值)
IFN- γ	0.142±0.282	0.210±0.32	0.192±0.345	0.434	0.264
IL-10	0.119±0.14	0.166±0.185	0.175±0.294	0.228	0.158
IL-12p70	0.197±0.366	0.267±0.395	0.268±0.606	0.478	0.359
IL-13	1.305±1.315	1.591±1.671	1.622±2.408	0.417	0.344
IL-17A	0.000±0.000	0.005±0.022	0.003±0.013	0.163	0.125
IL-2	0.062±0.101	0.073±0.106	0.065±0.099	0.891	0.613
IL-4	0.243±0.416	0.619±1.091	0.537±1.281	0.127	0.025*
IL-6	0.565±0.698	0.590±1.337	0.532±0.744	0.819	0.907
IL-8	12.25±19.57	21.58±54.05	12.79±22.31	0.898	0.254
IP-10	559±483	595±528	667±608	0.332	0.723
MCP1	27.61±37.24	24.20±23.89	13.04±14.2	0.012*	0.587
RANTES	2.451±5.559	2.706±4.584	2.760±4.982	0.772	0.803
TNF α	0.021±0.058	0.021±0.056	0.011±0.031	0.729	0.094
IL-1 β	0.050±0.058	0.064±0.061	0.062±0.077	0.362	0.22
MIP-1A	0.340±0.582	0.503±1.157	0.337±0.73	0.98	0.376

* P值<0.05

干眼病人的症状，因此我们有必要探讨其他的治疗方式⁽¹⁾。

我们此前曾做过一个调查。调查显示新加坡大部分的中医师都认为中医治疗干眼有效。74%受访的中医师都曾治过干眼⁽²⁶⁾，但却不确定中医治疗成本效果如何。若能调查同时接受中医治疗，并又施用人工泪液的患者对疗效成本的看法，这会更好。

未来的临床研究应能划出中医在干眼治疗所能扮演的角色。目前有愈来愈多的重度干眼用抗炎剂来治疗，但无法确定针刺治疗能否给予抗炎剂更大的益处⁽¹⁾。本实验指出针刺配合人工泪液这治疗方法对年龄40岁以上轻至中度的干眼患者有益。我们发现这个治疗组合也比单纯使用人工泪液更能降低炎症。症状的改善机制在于降低T辅助细胞Th1的通道。我们的临床实验也显示针刺与中药在干眼治疗上是安全的。

材 料 与 方 法

研 究 设 计

这是一个平行、随机、单盲(观察者)干扰式的科研，于2014年8月14日在新加坡科研网站上clinicaltrials.gov(NCT02219204)注册。网页<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02219204>则记录任何实验设计的更动。共有3组研究组：1. 接受常规治疗的人工泪液组(思然人工泪液，美国德州沃斯堡的爱尔康所产)(AT)(n=50)。2. 针刺(AC)组(n=50)，及3. 中药组(HB)组(n=50)。针刺组与中药组之病患除了接受中医治疗，也配合使用思然人工泪液。病患在第一次探访时接受所有实验所安排的检测与治疗(基线)，4星期后再访，接受相同的检测。全部科研病人都在一年内被征收完毕。

参与者

本科研被新加坡卫生部伦理审查委员会接受通过, 科研伦理符合芬兰赫尔辛基人类科研宣言。**150**名合格参与者在^{新加坡中华医院}被征收后都被要求签署知情同意书。

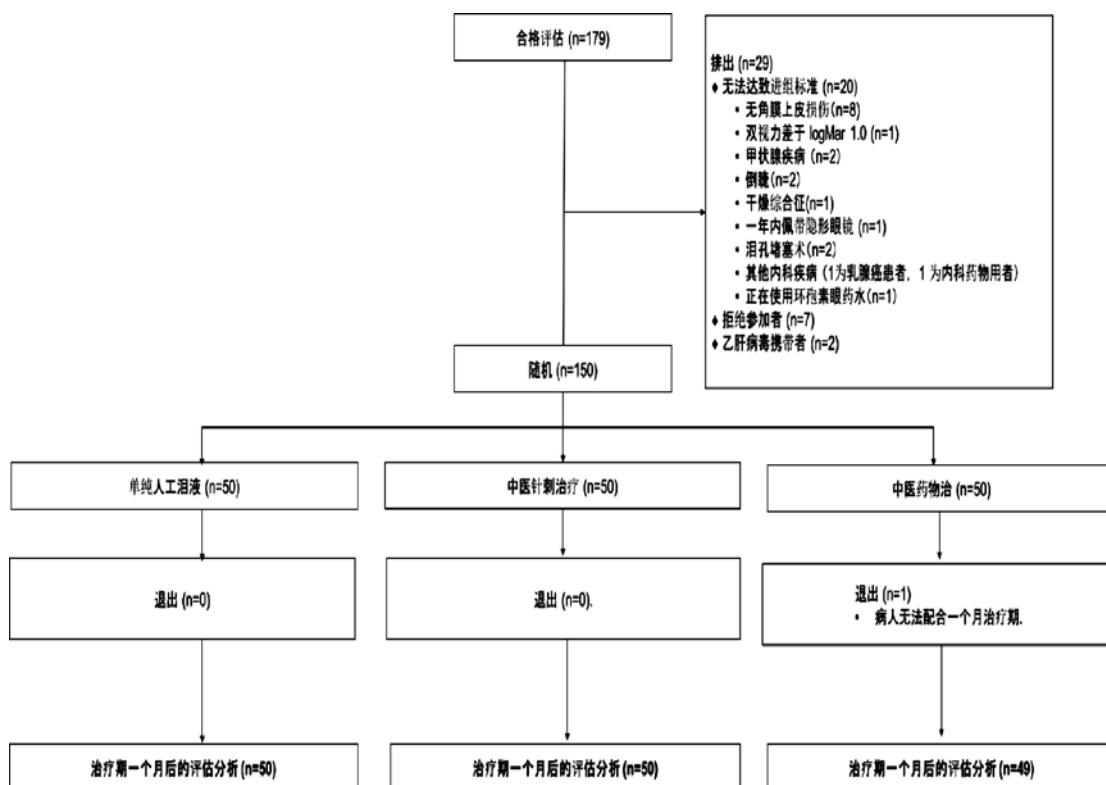
参与者必须符合以下的入组标准: 年龄: **40-85**岁, 最低视力必须优于logMAR 视力表记录**1.0**(中国视力记录**0.1**), 主诉是干眼, 干眼患者标准评分(SPEED)**>6**, 中医证型评分(**0-33**)肺肾阴虚证**>6**, 由面谈问卷完成, 数值越大肺肾阴虚证越重。(增添表3), 干眼症状包括: 泪膜破裂时间**<10s**或Schirmer泪液分泌试验**<10mm/5mins**, 及角膜荧光素染色阳性。

排除标准是: **1.** 眼科疾病, 譬如眼肌麻痹、眼睑内外翻、倒睫、青光眼、眼部过敏包括过敏性结膜炎、鼻炎、湿疹、特应性角结膜炎、眼部手术包括准分子激光原位角膜磨镶

术(一年内); 眼部外伤及佩戴隐形眼镜史(一年内)或泪点闭塞术, **2.** 在科研时期需要点滴环孢霉素及类固醇滴眼液者, **3.** 全身性疾病需要服用药物者(除高血压及高血脂者外)譬如甲状腺疾病患者、史蒂文-约翰逊综合征、干燥综合症, **4.** 必须经常服用抗生素及抗炎者, 外敷药物(润肤霜及化妆品除外), **5.** 怀孕, 或**6.** 一个月内曾经接受任何中医治疗者。

随机及单盲

我们在新加坡中华医院随机选择病人, 该处的组员知道各个病人接受的治疗。新加坡眼科研究院的组员, 除了一位研究协调员外, 皆不知晓病人接受的治疗, 以避免评估疗效时出现偏差。新加坡中华医院有两位组员负责随机选择的操作, 病人的资料与代号由新加坡中华医院保管。新加坡眼科研究院只有一位研究协调员知道这其中的细节。



科研流程图, 根据试验研究的统一标准(CONSORT)而设计, 显示整个科研自收录适合的入组病人, 至治疗成果的程序。

总体假设

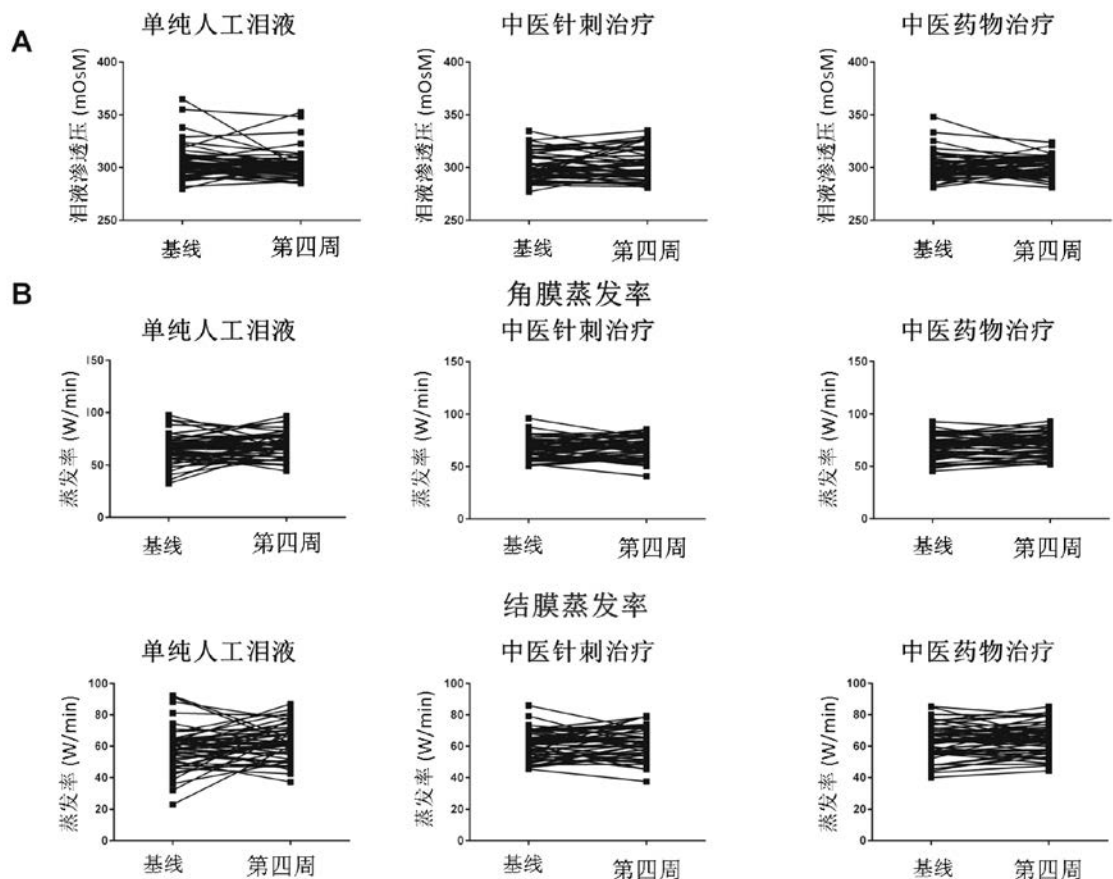
此次临床实验，我们的总体假设是针刺和中药治疗比单纯使用人工泪液更能改善更多病人的干眼症状；中医治疗也能改善干眼的临床症状，特别是与干眼病发生机制有关的症状，譬如有更低泪液蒸发率、泪液渗透压，或更低的炎性指标(如泪液细胞因子)。除此之外，眼部病理的改善也应同中医证型的改善有联系。

成果

我们期许的主要观察成果，是参与者的干眼患者评分标准(SPEED)在治疗后第4星期同基线相比有所改善(以各组改善人数的比例来计算)。另外，我们也以下列参数，进行治疗

4星期后与基线的比较：泪液蒸发率、非触式泪膜破裂时间、Schirmer I，角膜染色(5个区域)，泪液渗透压，泪液细胞因子水平，中医证型肺肾阴虚证评分。上述参数在做了治疗4星期后与基线的比较，会得出一个差值。最后，我们比较针刺对人工泪液，中药对人工泪液在各个相应差值上所有的区别。

我们在新加坡中华医院做了详细的安全评估。每位参与病人都被要求签署知情同意书，同意书中详细列明中药治疗可能引起的不良反应，包括恶心，反胃，作呕，失眠，头痛，没胃口，感觉不适，腹泻及腹痛等。针刺治疗可能引起的不良反应包括疼痛，瘀青，疲劳，头晕及肌肉痉挛。眼压采取非触式眼压器测量，



A. 显示基线及第4星期的泪液渗透压

B. 显示基线及第4星期以热像学记录的泪液蒸发率

主症	次症
目睛干涩-----[]分 无: 0 分 偶有干涩: 2 分 干涩不爽、时常发作: 4 分 干涩难忍、持续发作: 6 分	视物疲劳-----[]分 无: 0 分 视物易疲劳: 2 分 视物持续时间明显缩短: 4 分 眼睑时欲垂闭、不能视物: 6 分
口燥咽干-----[]分 无: 0 分 偶尔发作: 2 分 时常发作: 4 分 持续发作: 6 分	失眠健忘-----[]分 无: 0 分 偶尔失眠健忘: 1 分 时醒多梦、经常忘事: 2 分 彻夜难眠、事过即忘: 3 分
腰膝酸软-----[]分 无: 0 分 隐隐酸痛、捶打可止: 2 分 腰酸持续、膝软不任重物: 4 分 腰酸难忍、膝软不欲行走: 6 分	头晕耳鸣-----[]分 无: 0 分, 头晕时作时止、耳鸣轻微: 2 分, 持续头晕、耳鸣重听: 4 分, 头晕眼花、耳鸣不止、听力减退: 6 分。
[] 总分	

中医肺肾阴虚证型评分表

而视力检测则用了LogMAR视力表测量。

治疗方法

参与者每日在双眼点滴4次、每次1滴爱尔康思然人工泪液(一种延长泪液蒸发的胶状物), 每隔2小时点滴一次。若有需要, 可在每次点滴的5分钟后再用生理盐水点滴。每位参与者都得将每日点滴的使用次数写在予一份日记表上。

6位中医师轮流给病人一个星期两次针刺治疗, 30天内共8次。针刺穴位包括5个眼部穴位, 承泣(ST1), 攒竹(BL2), 风池(GB20), 太阳(EX-HN5), 泪三针及3个肢体穴位, 三阴交(SP6), 合谷(LI4), 足三里(ST36)。此次实验

我们用相同的人工泪液组配合针刺组及中药组相互比较, 因而没有考虑假性针刺。眼部针刺使用的针具直径为0.25mm, 长13mm; 用于穴位风池针具直径为0.25, 长25mm; 施于肢体穴位所用针具的直径则为0.30mm, 长25mm。每次施针后留针20分钟, 针具进度约1-2mm。

中药处方采用的是韦企平教授开给肺肾阴虚证型干眼病人调制的专用方, 方名“杞菊甘露饮”, 自“杞菊地黄丸”变化加減而成⁽⁵⁾。方内的药物有: 枸杞子(10g)、菊花(10g)、太子参(20g)、百合(15g)、麦冬(10g)、石斛(10g)、生地黄(15g)、陈皮(10g)及枳壳(10g)。

以上药物由药商以1:10比例调制成药粒，让参与病人每天服用11克的颗粒状药物，用热开水泡开后饭后温服，每天2次，为期30天。药物每7天分配一次。

研究程序

我们采用干眼患者标准评分(SPEED)问卷，问题涉及干眼频率与严重程度这两方面。问卷得出的数值越大⁽⁰⁻²⁸⁾，干眼症状越严重，越频繁⁽²⁷⁾。

我们采用德国韦次拉尔Oculus公司出产的角膜地形图仪keratographer 5M来测量非触式泪膜破裂时间(NIBUT)⁽²⁸⁾。测量过程如下：就座的病人注视着前方的一个目标，可任意眨眼。准备就绪后，病人连续眨眼两次然后就不可再眨。此全自动的仪器可以捕捉角膜上任何破裂或扭曲的泪膜影像并记录时间。一只眼共记录三次，取平均值，数值越大，泪膜更平稳⁽²⁹⁾。Schirmer泪液分泌试验则用标准的5mm宽测试纸条(Clement Clark)，往上折入一角，在不施麻醉剂的情况下，塞入参与者双眼近下颞侧的下眼皮内，然后嘱咐病人闭合双眼。5分钟后取出测试纸条，记录泪液分泌量，之后再将之存于室温零下-80℃的实验室以供日后做其他分析⁽³⁰⁾。

角膜染色则如前所述⁽³⁰⁾。放一滴生理盐水在荧光素纸条上，抖开多余的水分，然后把荧光素轻点在参与者的双颞侧结膜上。我们用角膜地形图仪5M来对角膜摄像，系统会在角膜的5个区上打分。数值越大，意为角膜染色程度或染色区域越大。

我们也用角膜地形图仪5M测量结膜充血的情况。测量所获的数值越大，球结膜充血的情况更高⁽³¹⁾。

我们通过眼表温度的变化来测知泪液蒸发率，其测量程序及原理已给发表⁽³²⁾。过程如下：我们用20秒来录取眼表的温度影像。在录像的时候参与者可自行眨眼。拿了数据后，

用热力学的原理计算泪液蒸发率。这技术能精确地反映治疗前后泪液的变化。我们曾做过实验说明泪液蒸发率在干眼治疗后会减弱⁽¹³⁾。

我们用美国加州圣地亚哥OcuSense出产的TearLab系统来测量泪液渗透压。这是一个简单，并具有高度护理性的泪液渗透压测量仪器，单位以mOsm为准⁽³³⁾。过程如下。拿一触笔置放在下眼皮的泪河中(此笔不会伤害眼表)，立刻会得至少50nL的泪液。接着把笔放回阅读器，几秒内便能获得数据。我们拿3次的泪液渗透压，取平均值来作分析。

我们用之前已报的程序提取泪液蛋白质⁽³⁰⁾。把Schirmer测试纸条纵向地切半，拿这半条测试纸条，用多因子检测技术及多重免疫荧光测定技术分析泪液细胞因子(美国马萨诸塞州比尔里卡默克生命科学研究公司)。这技术的好处，是从极少量的泪液就可以检测出达15种类的泪液细胞因子。

统计分析

我们依据临床反应(治疗有反应的人数比例)来决定样本大小，并用样本大小计算程序<http://powerandsamplesize.com/Calculators/Compare-2-Proportions>来完成所需的计算。若要取获0.05的显著性差异与80%的统计功效，假定人工泪液组治疗有反应的人数比例为0.7，针刺或中药组为0.9(意即中医治疗组有多20%的反应人数)，1比1的取样比例，则每组需要47名参与者。若再考虑有5%的参与者放弃实验跟进，每个组别则需收有50名参与者。

我们在完成所有随访，以及接获所有意欲放弃实验跟进的通知后才着手执行统计分析。统计分析以治疗意向为主，仅取右眼的所有数据来分析。我们用X2检验(Fisher exact test)来评估主要观察成果，统计设置为单侧检验， $p < 0.05$ 。比例差值的置信极限则用Wilson方法来检验。

我们用独立样本t测验来评估针刺与中药

组治疗前后的疗效差值，显著水准 α (alpha) 设在0.05，采Holm-Sidak的方法(Graphpad Prism 6, Graphpad San Diego, CA)，做单侧检验。若变数的分布不是常态分配，我们则用曼-惠特尼秩和试验来重复检测。

本科研并无数据监测委员会。我们所做的安全检测包括观察曾服用至少一剂药物的病患。

认知:

基金提供: 研究基金由新加坡卫生部中医科研基金所提供。出资者在此科研里并没有扮演任何角色包括科研设计、收集资料、资料分析、资料诠释，或撰写报告。

科研主要负责人: 童学天副教授负责科研设计及撰写科研报告初稿。韦企平教授、林秋霞博士负责招收科研病人、调制中医药物药方，进行中医治疗及撰写科研报告中文版。侯爱华博士及来自Curiox私人有限公司的Xavier Le Geuzennec负责实验室泪液细胞因子分析。Rajendra Udyavara Acharya博士及陈彦宏博士负责热成像分析。Hla-Myint Htoon博士负责统计学分析。全部作者都对本报告内容进行过认真修改，并批准最后版本的出版。全部作者无论是对内或对外，都可以全权使用科研资料包括统计资料及图表。他们全权保证科研资料的完整性及准确性。童学天副教授及林秋霞博士则是本科研的监督人及担保人。

利益冲突: 全部作者都必须在网站 www.icmje.org/coi_disclosure.pdf and declare完成ICMJE(国际医学杂志编辑委员会)利益冲突表单做出统一声明没有个人利益冲突。除童学天副教授被新加坡国家医学研究委员会(NMRC)发出的一项研究奖金NMRC/CSA/045/2012资助以外，其他作者都申明没有得到任何机构资助；在过往的3年里也没有与科研有关机构有任何财务往来；作者们也声明没有任何关系或活动显示会对本科研报

告有任何影响。

伦理批准: 此研究通过新加坡卫生部伦理审查委员会审查。

资料共享: 没有添加额外资料。

透明度: 第一作者童学天副教授证实这是一篇诚实、准确及透明的科研报告。当中没有任何重要资讯被遗漏；也没有任何差异或不符合之处(若有，将被记录)需要解释。研究总体假设远在检阅资料前已经设立。

参考文献

- [1] DEWS, The definition and classification of dry eye disease: report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). The ocular surface 5, 75-92 (2007).
- [2] L. Tong, J. Tan, J. Thumboo, G. Seow, Dry eye. BMJ 345, e7533 (2012).
- [3] L. Yang, Z. Yang, H. Yu, H. Song, Acupuncture therapy is more effective than artificial tears for dry eye syndrome: evidence based on a meta-analysis. Evid Based Complement Alternat Med 2015, 143858 (2015).
- [4] P. Lim, W. Lan, W., P. Q. Wei, L. Tong, in Eye Diseases and Disorders: A complete guide. (iconceptpress, 2014), chap. 4.
- [5] Y. H. Chang, H. J. Lin, W. C. Li, Clinical evaluation of the traditional chinese prescription Chi-Ju-Di-Huang-Wan for dry eye. Phytother Res 19, 349-354 (2005).
- [6] M. A. Gronlund, U. Stenevi, T. Lundeborg, Acupuncture treatment in patients with keratoconjunctivitis sicca: a pilot study. Acta Ophthalmol Scand 82, 283-290 (2004).
- [7] M. S. Shin, J. I. Kim, M. S. Lee, K. H. Kim, J. Y. Choi, K. W. Kang, S. Y. Jung, A. R. Kim, T. H. Kim, Acupuncture for treating dry eye: a randomized placebo-controlled trial. Acta ophthalmologica 88, e328-333 (2010).
- [8] J. Nepp, A. Wedrich, J. Akramian, A. Derbolav, C. Mudrich, E. Ries, J. Schauersberger, Dry eye treatment with acupuncture. A prospective, randomized, double-masked study. Adv Exp Med Biol 438, 1011-1016 (1998).
- [9] K. L. Tseng, H. J. Liu, K. Y. Tso, L. C. Woung, Y. C. Su, J. G. Lin, A clinical study of acupuncture and SSP (silver spike point) electro-therapy for dry eye syndrome. Am J Chin Med 34, 197-206 (2006).
- [10] M. S. Lee, B. C. Shin, T. Y. Choi, E. Ernst, Acupuncture for treating dry eye: a systematic review. Acta ophthalmologica 89, 101-106 (2011).
- [11] Q.-P. Wei, A. Rosenfarb, L.-n. Liang, Ophthalmology in Chinese Medicine. (People's Medical Publishing House Co, LTD, 2011), pp. 345.
- [12] T. Lin, L. Gong, X. Liu, X. Ma, Fourier-domain optical coherence tomography for monitoring the lower tear meniscus in dry eye after acupuncture treatment. Evid Based Complement Alternat Med 2015, 492150 (2015).
- [13] S. Yeo, J. H. Tan, U. R. Acharya, V. K. Sudarshan, L. Tong, Longitudinal Changes in Tear Evaporation Rates

- After Eyelid Warming Therapies in Meibomian Gland Dysfunction. Investigative ophthalmology & visual science 57, 1974-1981 (2016).
- [14] J. Nepp, A. Derbolav, J. Haslinger-Akramian, C. Mudrich, J. Schauersberger, A. Wedrich, [Effect of acupuncture in keratoconjunctivitis sicca]. Klin Monbl Augenheilkd 215, 228-232 (1999).
- [15] W. Lan, L. Tong, Acupuncture has effect on increasing tear break-up time: acupuncture for treating dry eye, a randomized placebo-controlled trial. Acta ophthalmologica 90, e73 (2012).
- [16] G. Ferrari, A. Rabiolo, F. Bignami, F. Sizzano, A. Palini, C. Villa, P. Rama, Quantifying Ocular Surface Inflammation and Correlating It With Inflammatory Cell Infiltration In Vivo: A Novel Method. Investigative ophthalmology & visual science 56, 7067-7075 (2015).
- [17] J. El Annan, S. K. Chauhan, T. Ecoiffier, Q. Zhang, D. R. Saban, R. Dana, Characterization of effector T cells in dry eye disease. Investigative ophthalmology & visual science 50, 3802-3807 (2009).
- [18] J. F. Meadows, K. Dionne, K. K. Nichols, Differential Profiling of T-Cell Cytokines as Measured by Protein Microarray Across Dry Eye Subgroups. Cornea 35, 329-335 (2016).
- [19] S. C. Pflugfelder, R. M. Corrales, C. S. de Paiva, T helper cytokines in dry eye disease. Exp Eye Res 117, 118-125 (2013).
- [20] D. Jee, M. Park, H. J. Lee, M. S. Kim, E. C. Kim, Comparison of treatment with preservative-free versus preserved sodium hyaluronate 0.1% and fluorometholone 0.1% eyedrops after cataract surgery in patients with preexisting dry-eye syndrome. Journal of cataract and refractive surgery 41, 756-763 (2015).
- [21] J. L. Shi, W. H. Miao, [Effects of acupuncture on lactoferrin content in tears and tear secretion in patients suffering from dry eyes: a randomized controlled trial]. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao 10, 1003-1008 (2012).
- [22] A. A. Rageh, D. A. Ferrington, H. Roehrich, C. Yuan, M. R. Terluk, E. F. Nelson, S. R. Montezuma, Lactoferrin Expression in Human and Murine Ocular Tissue. Current eye research, 1-7 (2015).
- [23] X. Qiu, L. Gong, X. Sun, J. Guo, A. M. Chodara, Efficacy of acupuncture and identification of tear protein expression changes using iTRAQ quantitative proteomics in rabbits. Current eye research 36, 886-894 (2011).
- [24] L. Gong, X. Sun, Treatment of intractable dry eyes: tear secretion increase and morphological changes of the lacrimal gland of rabbit after acupuncture. Acupunct Electrother Res 32, 223-233 (2007).
- [25] T. H. Kim, J. W. Kang, K. H. Kim, K. W. Kang, M. S. Shin, S. Y. Jung, A. R. Kim, H. J. Jung, J. B. Choi, K. E. Hong, S. D. Lee, S. M. Choi, Acupuncture for the treatment of dry eye: a multicenter randomised controlled trial with active comparison intervention (artificial teardrops). PLoS One 7, e36638 (2012).
- [26] W. Lan, S. Y. Lee, M. X. Lee, L. Tong, Knowledge, attitude, and practice of dry eye treatment by institutional Chinese physicians in Singapore. ScientificWorldJournal 2012, 923059 (2012).
- [27] W. Ngo, P. Situ, N. Keir, D. Korb, C. Blackie, T. Simpson, Psychometric properties and validation of the Standard Patient Evaluation of Eye Dryness questionnaire. Cornea 32, 1204-1210 (2013).
- [28] J. Hong, X. Sun, A. Wei, X. Cui, Y. Li, T. Qian, W. Wang, J. Xu, Assessment of tear film stability in dry eye with a newly developed keratograph. Cornea 32, 716-721 (2013).
- [29] N. Best, L. Drury, J. S. Wolffsohn, Clinical evaluation of the Oculus Keratograph. Contact lens & anterior eye : the journal of the British Contact Lens Association 35, 171-174 (2012).
- [30] L. Tong, R. Beuerman, S. Simonyi, D. A. Hollander, M. E. Stern, Effects of Punctal Occlusion on Clinical Signs and Symptoms and on Tear Cytokine Levels in Patients with Dry Eye. The ocular surface 14, 233-241 (2016).
- [31] S. Wu, J. Hong, L. Tian, X. Cui, X. Sun, J. Xu, Assessment of Bulbar Redness with a Newly Developed Keratograph. Optometry and vision science : official publication of the American Academy of Optometry 92, 892-899 (2015).
- [32] A. Petznick, J. H. Tan, S. K. Boo, S. Y. Lee, U. R. Acharya, L. Tong, Repeatability of a new method for measuring tear evaporation rates. Optometry and vision science : official publication of the American Academy of Optometry 90, 366-371 (2013).
- [33] P. Versura, E. C. Campos, TearLab(R) Osmolarity System for diagnosing dry eye. Expert review of molecular diagnostics 13, 119-129 (2013).

科研工作人员名单

眼科组组长

林秋霞（主任）

何美頤（组长） 潘雁莲（组长）

罗淑心 张玉玲 笠川八生 王超怀

余玉贤 陈春满 黄坤华 黄伟伟

杨蕊

视光学师组员

符祥三 李沐霖 谢晓伟 郑懿锦

杨杰顺 蔡志鹏 孙贵珠

科研组组长

许文楷（统筹） 陈秋燕

林 英（总管） 陈玉婵

刘 莹（医务） 王婵娟

黄金辉（IT） 覃学美

鼾眠的中医证治

新加坡·卓扶蓉

【关键词】鼾眠，中医治疗

鼾眠是以睡眠中鼾声过响，甚或出现呼吸暂停为主要特征的一种疾病，主要表现为睡眠打鼾和憋气。此病西医诊断为阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome, 简称OSAHS)。

本病常见于中年以上肥胖人群，老年患者常见咽壁肌肉松弛，吸气时塌陷堵塞气道；也可见于部分儿童和青少年，由于患者扁桃体和腺样体因炎症而发生病理性增生肥大而影响通气。腺样体是鼻咽部淋巴组织，又称咽扁桃体，位于鼻咽部后部和顶部。2~10岁是腺样体增殖旺盛期，10岁后逐渐萎缩，至成年时期基本消失。

1 鼾声与鼾眠的不同

鼾声是指睡眠时呼吸气冲击腭、咽部、软腭和悬雍垂有节律性振动发出声音，此属于睡眠时的正常现象。但由于某些因素，睡眠中鼾声过响，甚或出现呼吸暂停则称为鼾眠。

2 局部检查

上气道鼻腔、鼻咽、口咽、喉咽等部位有一处或多处黏膜肥厚或组织肥大，如鼻甲肿胀或肥大、鼻息肉、鼻中隔偏曲、腺样体和扁桃体肥大、软腭肥厚松弛或吸气时塌陷、舌根后坠等。老年人患者常见咽壁肌肉松弛，吸气时塌陷堵塞气道；儿童患者扁桃体和腺样体肥大是影响通气的主要原因。

3 鼾眠的危害

睡眠时断时续打鼾或者自觉憋醒，对患者

的睡眠质量造成严重影响，临床主要症状为记忆力下降、注意力不集中、反应迟钝、日间疲劳、嗜睡、晨起头痛头昏，甚至导致认知损害、心理损害，同时还会引起脑血管痉挛、心脏病、糖尿病、高血压疾病等。儿童尚可出现发育迟缓、智力减退、学习成绩下降、晚间睡眠不宁、遗尿、惊叫等，经常张口呼吸可致硬腭高拱、齿列不齐等。

西医治疗本病除了采用药物，针对中度或高度鼾眠患者在睡觉时须戴上衔接至人工呼吸器的面罩类器材，通过面罩导入气流。有些患者不习惯戴呼吸器睡觉，医生可能建议其他治疗方法如软组织手术和骨骼手术或使用口腔矫正器，手术费用昂贵、风险大，远期疗效不佳这也无形中增加病患的痛苦。

近来对本病的研究及治疗不断进展，中医对鼾眠的病因病机有丰富的研究及认识，并在治疗方面积累了一定的经验，具有整体调节、随证加减、控制病情进展的优势，可以很好地缓解患者症状，改善和提高患者的生活和生命质量，深受患者欢迎，也不失为治疗本病的另一蹊径。

4 古代医家对鼾眠病因病机的认识

本病在中医学中并无相应病名，古医籍中以“息有音”、“鼾眠侯”、“鼻鼾”等描述。

《素问·逆调论篇第三十四》言：“不得卧而息有音者，是阳明之逆也，足三阳者下行，今逆而上行，故息有音也，阳明者，胃脉也，阳明逆不得从其道，故不得卧也。”此说明打鼾伴不得卧是胃脉之气上逆所致。该篇又有“夫起居如故而息有音者，此肺之络脉逆也，络脉不得随经上下，故留经而不行。络

脉之病人也微，故起居故而息有音也。”此指出肺气不利也可导致打鼾。

眠而喉间有声在《诸病源候论·卷三十一》中记载：“鼾眠者，眠里咽喉间有声也。人喉咙，气上下也，气血若调，虽寤寐不妨宣畅；气有不和，则冲击咽喉而作声也。其有肥人眠作声者，但肥人气血沉厚，迫隘咽喉，涩而不利亦作声。”此指出鼾眠的主要临床特征以睡眠中喉里发出鼾声为主，其病位在喉，病因为“气有不和”；且鼾眠多基见于肥胖之人，皆因肥人气血沉厚，痰瘀易于阻迫气道所致。《景岳全书》也论及“因喉痹而过于攻击致伤胃气者，有限于饮食仓禀空虚亦伤胃气者，又有机体素弱不耐劳倦而伤胃气者”因“中气内虚、疼痛外逼，多致元阳飞越……以致声如鼾睡，痰如拽锯者”，系脾胃气阳虚弱，痰湿内生的结果，也可能是喉痹所致。张锡纯在《医学衷中参西录》中亦认为：“嗜睡无节，忽然昏倒鼾睡者，两尺洪滑有力，知其肾经实而且热也。”《杂病源流犀烛·不寐多寐源流》曰：“有方卧大声鼾睡，少顷即醒，由于心肺有火。”近代黄文东认为：“鼾而不寐乃痰热内蕴，肺气不利，夹肝火上升所致。”路志正则认为：“肝藏魂，鼻窍通利，则脏腑安合，营卫调畅，否则气道受阻，而生他疾。”

《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》载：“风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾，语言难出”。成无己《证治准绳》也录：“风温则鼻鼾”此认为睡眠打鼾是风温病的症状之一，乃风温热邪壅塞机体官窍所致。《世医得效方·卷十三》提出鼻鼾是肺气闭绝的现象：“鼻鼾者，肺气闭绝。”清·吴谦在《医宗金鉴·外科心法要诀》载：“喉闭声鼾者，肺气将决”、“喉闭肝肺火盛由，风寒相搏肿咽喉。”认为肝肺火盛遇风寒、内外邪争咽痛鼾。《温热经纬》说：“鼻鼾是肺肾相关，子母同病。”

《长沙方歌括》提到：“中气不运，升降不

得自如，故语言难出，多眠鼻鼾。”《伤寒论纲目·鼻燥口舌咽燥》也提出：“鼻息鼾睡者，风湿也。”

5 当代中医对鼾眠的研究

5.1 病因病机

“今日中医耳鼻喉科中医临床丛书”^[1]将本病的病因病机分为肺系病变、脾系病变、肾系病变和痰瘀病变。

5.1.1 肺系病变

①肺气壅滞：因上气道反复感邪，肺气失宣；或先天禀赋异常，后天调摄不当，气道狭窄，肺气出入受阻，气机不利，呼吸不畅发为本病。②肺气虚弱：肺主气，通调水道，调畅气机。肺气虚弱可致使宗气不足，宗气不足则气血运行无力，促使痰湿内生，上阻肺气，鼾声乃作。

5.1.2 脾系病变

①脾虚湿困：平素恣食肥甘，运化失司，膏脂日丰，滋生痰湿。痰浊停聚体内，阻遏气机，肺气壅闭加重，其鼾声夹痰声，形体白胖乏力等症。②脾气虚弱：多见于年老体衰患者，其脾虚生化不足，肌肉失其充养，松软无力，不能维持上气道正常张力，吸气时易塌陷闭阻气道，出现憋气频作，睡眠不安，时而翻身起坐，咽部肌肉松弛，软腭下垂，悬雍垂宽长。

5.1.3 肾系病变

①肾气虚不能摄纳，吸入不足，长期处于呼吸断续，清气吸入不足的状态，憋气频作，睡眠不安躁动。②年老或久病肾阳虚衰，温煦气化失司，脾阳不振，水谷不化，生湿生痰，痰浊上溢于肺。入夜阳消阴长，诸症加重，气道壅塞鼾声乃作。

5.1.4 痰瘀病变

平素嗜食酒酪肥甘，高粱厚味，脾运失健，痰湿浊脂凝聚体内，以致形态臃肿，痰浊凝聚日久，气血痹阻，鼻甲、喉核、软腭、

腺样体等处增生肥厚，久则壅遏气血，阻塞脉络，气血运行不畅，痰瘀互结，壅塞气道，迫隘鼻道咽喉，气息出入受阻而拍击作鼾，甚则呼吸暂停。

徐荣谦及俞景茂^[2]将小儿鼾眠按病程分为外感、迁延和缓解期。外感病机属风热犯肺、肺经蕴热；迁延期属痰瘀互结。前者认为缓解期属肺肾阴虚，后者提出肺脾气虚及肺阴虚。陈小宁等^[3]认为，小儿脾常不足，脾虚运化失职，痰浊互结，上扰鼻咽，阻遏脉络。韩梅教授^[4]则认为本病主要病机是肺脾气虚，痰瘀互结。张涤教授^[5]提出儿童鼾症的病机是痰热郁结、肺气不利。

综上所述，本病为本虚标实、虚实夹杂之候。虚是先天禀赋不足，或脏腑虚弱，实为湿阻、痰热、瘀血。其病机为痰湿内阻、痰热壅盛、气滞血瘀、脏腑失调，与肺脾肾三脏关系密切，尤以脾失健运，肺气不利为关键。

5.2 证治

5.2.1 中药治疗

“今日中医耳鼻喉科中医临床丛书”^[6]将本病分为①肺气壅滞：症见睡眠鼾声如雷，张口呼吸，躁动多梦，一夜多次出现短暂呼吸暂停，常翻身侧卧或憋气而醒。白天怠惰嗜睡，睡不解乏，形体肥胖状实，胸闷痰多，咳嗽息重，头昏肢沉，记忆力减退。舌胖大质淡红，苔白厚腻，脉弦滑。小儿可有发育迟缓，舌体淡胖边齿痕，苔白，脉细弱。治宜宣肺化痰，顺气开窍，选用二陈汤加减。②肺脾肾虚：症见鼾眠憋气，张口呼吸，躁动多梦，头痛头昏，记忆衰退；形体臃肿，行动迟缓，或胸闷，心悸怔忡，面色晦黯。或表情淡漠，过度嗜睡，或性格乖戾，行为怪异。检查：软腭松弛下垂，悬雍过长，舌体肥大舌根后坠，或会厌过软吸气时塌陷。舌体淡胖，苔白或腻，脉缓弱或沉。治宜益肾健脾，化痰运神，选用金水六君煎《景岳全书》加减。③痰瘀互结：症见睡眠鼾声如雷伴痰声，张口呼吸，周期憋

气，白天嗜睡，但睡不解乏；体态臃肿，咽喉峡黏膜肥厚，或腺样体、喉核、鼻甲肥大黯红。伴胸膈满闷，痰多口腻，头重如蒙，困倦善忘，反应迟钝，面色晦黯等症。舌胖大有齿痕或青紫有瘀点，苔腻，脉弦滑或涩。治宜化痰散结，祛瘀开窍，选用导痰汤《济生方》加味。

韩梅等^[4]将儿童鼾眠分为4型：①肺经热盛者，症见睡眠打鼾，张口呼吸，鼾声如雷，鼻塞，流黄涕，量多，咽干口燥，烦躁不适，发育障碍，头痛健忘，面色红；增殖体肿大色红，分泌物色黄量多，舌质红，苔黄，脉数。治宜清肺泄热，软坚散结，用清热化腺方。②肺脾气虚者，症见睡眠打鼾，鼻塞，流白黏涕或清稀涕，咳嗽，咯白痰，肢倦乏力，腹胀纳呆，便溏，表情淡漠，面色白；增殖体肿大色淡，分泌物色白量多，舌质淡胖边齿痕，苔白，脉缓弱。治宜补脾益肺，化痰散结，用二陈汤合补中益气汤加减。③肺肾阴虚者，症见睡眠中时有打鼾，张口呼吸，鼻塞，流黄白涕，量少，烦躁部不适，咽干口燥，发育障碍，形体消瘦，头痛健忘，少寐多梦；增殖体肿大色红或黯红，分泌物色黄白量不多，舌质红，苔少，脉沉细弱或细数。治宜养阴润肺，益肾填精，用百合固金汤合六味地黄汤加减。④气血瘀阻者，症见睡眠鼾声时作，鼻塞日久，持续不减，耳闷胀，听力下降；增殖体肿大色黯红，分泌物色黄白量不多，舌质黯红或有瘀斑，脉涩。治宜行气活血，软坚散结，用会厌逐瘀汤加减。

俞景茂^[2]治疗小儿腺体样肥大分外感期，迁延期和缓解期。①外感期：症见发热，伴鼻塞，咽红，扁桃体红肿，咽喉不利，纳呆，夜卧呼噜声重，张口呼吸，或伴有咳嗽，大便正常或不畅，舌质红，苔薄，脉浮数。治宜疏风清热。方选银翘散加减。②迁延期：症见鼻塞流涕，咽喉不利，动则汗多，纳呆，或有低热，或有恶心，或略有咳嗽，大便正常或溏，呼噜较声重，张口呼吸，舌红，苔薄或稍薄，

脉浮数。治宜和解少阳，解毒散结，祛痰化痰，方选小柴胡汤加减。③缓解期：分为2型肺脾气虚者，症见恶风，多汗，纳呆，精神倦怠，动则气短，乏力，面白少华，大便较溏，或有咽红，有呼噜声，舌淡，苔薄白，脉无力。治宜补益肺气，健运中州，解毒散结，祛痰化痰，方选异功散合玉屏风散加减。肺阴亏虚者，症见恶热，手足心热，口渴多饮，大便干结，小便短赤，咽红，有呼噜声，舌红苔少，脉细数。治宜养阴清热，解毒散结，祛痰化痰，方选沙参麦冬汤加减。

5.2.2 体针及耳贴疗法

张洪岩^[7]认为临床常见鼾眠有4型：肺气失宣、痰热闭肺、瘀血阻滞和脾虚湿蕴。针灸对症治疗，主穴取廉泉、风池、阴陵泉、阳陵泉。肺气失宣者加太渊、膏肓；痰热闭肺者加鱼际、丰隆；脾虚湿蕴者加足三里、脾俞；瘀血阻滞者加膈俞、血海。

崔华峰^[8]等对于治疗痰湿蕴肺型，治以化痰利湿，宣肺利窍，取太渊、丰隆、天突；痰瘀阻肺型，以涤痰活血，健脾宣肺，取丰隆、天突、血海、阴陵泉；心肺两虚型，以补肺利窍，活血养心，取太渊、通里、血海、人迎；肺肾亏虚型，以补益肺肾，理气开窍，取太渊、太溪、廉泉。除了取体针取穴，也适当采用耳穴，治疗以健脾运湿、宣肺利窍为总的治则，选用神门、皮质下、肺、脾、咽等穴位。耳穴贴压王不留行子。

叶修文^[9]治疗单纯鼾症60例，分针刺组(鼻三针组)和对照组(中药组)。取穴：迎香穴(双)、鼻通穴(双)、印堂穴为主穴。对照组：心胃火旺，用泻心汤、清胃散加减；痰热内蕴，用黄连温胆汤、苍耳子散加减；肝热扰心，用龙胆泻肝汤、清心凉膈散加减。结果：针刺鼻三针治疗单纯鼾症临床疗效与中药治疗具有显著差异，鼻三针组优于中药组。

赵文明等^[10]治疗5岁男童反复鼻塞、睡眠打鼾1年，加重夜间憋气1个月。证属痰凝气

滞，治宜化痰散结，行气通络，取穴：曲池透臂臑、列缺、太冲、丰隆、阴陵泉。复诊时鼻塞、流涕明显好转，打鼾减轻，无憋气。因针刺列缺疼痛感强烈，故取郄穴孔最代之。治疗约2个月，鼻塞、流涕等症状消失，睡眠中无打鼾及憋气。

祝道松^[11]采用耳穴贴压疗法治疗阻塞型睡眠呼吸暂停综合征的临床研究，处予神门、交感、皮质下、肺、脾、垂前、胃、大肠、内鼻、外鼻。研究结果说明耳穴治疗睡眠间的呼吸情况有改善，而且定位更准确、刺激更强的磁珠贴压治疗效果更佳。

5.2.3 综合治疗

王建文等^[12]治疗1例65岁女性证属痰瘀互结鼾眠患者出现睡眠打鼾伴头晕、恶心、手足青紫3年。治宜涤痰化浊，活血化瘀，采用针刺及中药口服治疗。取穴：头维、风池、内关、中脘、血海、阴陵泉、丰隆、太冲。处方选半夏白术天麻汤合血府逐瘀汤加减。药用：白术、苍术、茯苓、陈皮、竹茹、枳壳各12g，半夏、天麻、赤芍、当归、川芎、牛膝、甘草各9g，桃仁、红花各6g。5剂，每日1剂，水煎服。针刺及中药内服半个月，患者头晕、发绀症状明显好转，恶心症状消失。

王健等^[13]治疗12例儿童鼾眠采用推拿配合艾灸，按揉患儿风府、天柱、风池、安眠、翳风、天髑、天容、人迎、扶突、天窗、大柱、风门、肺俞、心俞、脾俞、肾俞、胸锁乳突肌，操作以患者有酸胀感为度。同时艾灸双侧大杼、风门、肺俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、中脘、关元。结果：6例痊愈，有效3例，总有效率为75%。

5.2.4 其他疗法

① 滴鼻法：

采用芳香通窍的滴鼻灵滴鼻，每晚睡前滴2~3滴。

② 足部反射区按摩疗法:

反射区: 腹腔神经丛、肾上腺、肾、输尿管、膀胱、食道、气管、喉头、肺、支气管、鼻、大肠、心脏、上下颌。

6 护理与调摄

① 鼾眠轻者可调整睡眠姿势, 尽量采取侧卧位, 可减少舌根后坠, 改善通气。② 本病与肥胖有一定关系, 超重者会因脂肪组织过多导致咽喉狭窄, 腰围过大也会在夜间挤压肺部, 咽喉可能随之收窄。因此, 控制饮食、增加运动量以减轻肥胖, 有预防和辅助治疗作用。③ 饮食宜清淡, 少食辛辣刺激之品, 戒烟酒。④ 有外感时应积极治疗, 以免加重鼻窍、颧颞及咽喉等部位的阻塞症状。

7 小结

临床上鼾眠患者的病因、病变部位、病情程度千变万化, 所以没有一种治疗方法适用于所有患者。因此, 治疗本病不是单靠某治疗手段, 而是多方面的综合治疗及护理与调摄, 才能达到预期的效果。

8 病案

刘女士, 58岁 23/4/2018 初诊

主诉: 睡觉时左鼻塞3年, 吃辛辣、花生及蛋, 鼻塞即发。鼻塞导致左耳不舒, 喷西药鼻塞加重, 夜卧打鼾, 眠不香, 纳可, 二便如常。舌质红, 苔薄白, 脉弦。

检查: 左鼻息肉肿大

病名: 鼾眠(鼻塞)

证属: 肺经郁热

治法: 清肺热、通鼻窍

处方: 鼻渊汤5g, 桔梗、石菖蒲、防风、各荆芥各1g, 远志0.7g(颗粒剂)日1剂, 睡前服, 并嘱咐患者避免进食引发鼻塞之物。

次诊: 27/4/2018, 根据患者先生反映,

睡时鼾声减轻, 左鼻塞及左耳不适改善, 呼吸较通畅, 检查左鼻息肉稍缩小, 舌质淡红, 苔薄白, 脉弦。原方给予7剂。

三诊: 4/5/2018 患者诸症减轻, 鼾眠进一步好转。舌质淡红, 苔薄白, 脉弦。上方继服7剂, 继续调治中。

按: 患者喜食燥热之品, 以致邪热壅盛, 循太阳肺经上犯, 停聚鼻窍, 导致鼻塞, 鼻息肉充血肿大, 气道狭窄, 致使睡眠气息出入受阻而打鼾。治宜清肺热, 通鼻窍, 处以鼻渊汤、桔梗、石菖蒲、防风、荆芥、远志。

鼻渊汤组成(辛夷花、苍耳子宣通鼻窍; 茜草消瘀通经; 金银花、野菊花清热解毒)。患者睡于风扇之下, 故配伍温而不燥又长于发表散风的防风、荆芥。石菖蒲通九窍; 桔梗、远志皆能开宣肺气, 桔梗又作为引经报使药, 引诸药直达病所。诸药合用及饮食的调摄, 均能改善患者的鼾眠症状。

参考文献

- [1] 王永炎, 张伯礼, 张允岭. 今日中医耳鼻喉科中医临床丛书 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 464-481.
- [2] 郭思远, 李岚, 俞景茂. 俞景茂分期论治腺样体肥大经验 [J]. 浙江中医杂志, 2013, 3(48): 160-161.
- [3] 倪平敏, 陈小宁. 陈小宁教授治疗小儿腺样体肥大经验 [J]. 吉林中医药, 2012, 12(32): 1208-1209.
- [4] 罗海清, 杨晶晶, 韩梅. 散结法治疗儿童鼾眠临床研究 [J]. 长春中医药大学学报, 2017, 33(4): 617-619.
- [5] 李博, 张涤. 张涤教授治疗儿童鼾症经验撷萃 [J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(1): 55-57.
- [6] 韩梅, 乔德玲, 王瑶. 儿童鼾眠的辨证论治 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(3): 102-104.
- [7] 张洪岩. 针灸治疗鼾眠的体会 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2012, 12(10): 232-233.
- [8] 崔华峰, 王欣, 单秋华. 睡眠呼吸暂停综合征针灸治疗思路和方法 [J]. 山东中医杂志, 2006, 25(2): 108.
- [9] 叶修文. 鼻三针治疗单纯鼾症的临床研究 [D]. 广州中医药大学: 广州中医药大学, 2015.
- [10] 赵文明, 白昱. 针刺曲池透臂臑治疗儿童腺样体肥大的体会 [J]. 北京中医药, 2012, 31(7): 505-506.
- [11] 祝道松, 张家维. 耳压法治疗阻塞型睡眠呼吸暂停综合征的临床研究 [D]. 广州中医药大学: 广州中医药大学, 2012.
- [12] 王建文, 曾海菊. 鼾眠诊治1例 [J]. 山西中医, 2012, 28(7): 55.
- [13] 王健, 赵磊. 推拿配合艾灸治疗鼾症12例 [J]. 中国针灸, 2014, 34(3): 266.

“医脉薪传讲座系列”学习体会之四

——梁肇庆医师《世代传承的中医探索历程》

新加坡·陈宝心 陈宇雷 洪秀洁 李贤 柯顺年

梁肇庆医师，为新加坡中医师公会会员，是已故中医师公会元老，前会长梁世海医师的儿子。曾祖父梁光南医师为二次世界大战后，四十年代后期名老中医。自中国福建省南安移民落户新加坡，擅长中医内科。梁肇庆医师自幼秉承庭训，继承祖业，医脉相传。

梁肇庆医师在本次讲座中为我们分享了他学习中医的心路历程，讲述了他如何继承曾祖父与父亲的中医治病理念，强调以中医整体观诊病用药。

一、梁氏中医在新加坡的发展

梁肇庆医师的曾祖父梁光南医师，来自中国南安，二战后在武吉班让正华村行医。曾祖父善用中草药治病，自制喉风散，惊风散等。曾祖父当时在西部的蔡厝港、林厝港和武吉班让等地有一定的知名度，从中国南来居住在笨珍的华人，会定期从笨珍来找他看病。

曾祖父当时也活跃于社区，帮忙协调乡里，村里与政府的事务，热心公益，回馈社会，后获颁新加坡公共服务勋章(BBM)。

父亲梁世海医师在1947年，21岁时南下

投靠曾祖父，在中药店里帮忙，接受药局治病救人精神的熏陶，后攻读中医。1958年父亲完成中医课程，开始在曾祖父药局从医。父亲看病以内科为主，擅长儿科咳嗽，妇科月经病与带下病。

梁世海医师热衷社区服务，五十年代协助福建公会在武吉班让的筹建，并参与章程的起草工作。经华人社区前辈推介，成为福建会馆执委，后担任总务组主任、会馆副主席。1966年加入武吉班让公民咨询委员会，3年后当选为主席。1970年为中医师公会秘书长，1971年出任副会长，1973年担任正会长，任期17年。期间参与大巴窑中华医院的筹建工作；领导新加坡中医师公会发起组织和主办亚细安首届中医师学术大会，奠定了亚细安各国中医学学术发展的基础。1970年获颁新加坡公共服务勋章BBM，1981年获颁新加坡最高社区公共服务勋章BBML。

二、梁肇庆医师深受家族熏陶，继承祖业

梁医师还在中学时便在父亲的诊所帮忙，

从小在诊所里耳濡目染。学校毕业后，被父亲安排在吕玩标医师的中药店学切中药、炮制中药六个月。服完兵役后报读中医课程，第三年因失去兴趣而放弃，在外工作数年。27岁到中国福建厦门中医学院学习，攻读中医内科。第五年在厦大中医院实习半年，在西医院半年。梁医师在西医院时，花大量时间在西医解剖学方面，为中医针灸工作打下基础。

梁医师和夫人在2000年自行开业诊病。梁医师主要是看内科和筋伤，梁夫人则以诊疗内科病、小儿过敏性咳嗽和妇科病为主。

三、梁医师的治病理念

1. 中医整体理论为思路

梁医师主要以针灸治疗筋伤。内科是骨科的基础，所以梁医师认为治疗骨科一定要从内科治疗入手，以中医整体理论为思路，而不是直接找痛点。梁医师常以腹部针灸治疗骨伤或筋伤，主要以腹部的原始点为主，治疗同时调整经络气血循环。脾主四肢，脾胃的功能好，头、腰背、四肢的功能相对较好。

2. 从改善体质来预防疾病

梁医师在临床上叮嘱年纪大的病人更需要运动。因为跑步或爬山的运动会损伤关节和膝盖，所以建议在健身房里用哑铃等器材来锻炼身体，或通过类似仰卧起坐运动来锻炼腹肌，腹部肌肉结实有力，病就好了一半。

梁医师认为应通过针灸来激发气机运行，从体质的改善来预防疾病。很多年青人熬夜后进行大量运动，在睡眠不足的情况下运动，更消耗体力。有糖尿病人告诉梁医师，他每天都吃得很清淡，早上吃面包、打太极，并定时服用西药，血糖指数仍无好转。梁医师则鼓励病人早餐要多吃，营养要丰富。但多数人不吃早餐或随便应付，晚餐又吃得丰盛，结果造成脾胃负担重。目前中下层的新加坡人压力越来越大，应调适压力，改变生活方式，否则慢性疾

病会越来越多。

3. 营养均衡，睡眠充足，运动适当

有关软组织问题，梁医师提出：要多吃多运动，而不是什么都不吃又动得太多。有些患者每天运动两小时，结果体内盐分太低，脸色青白，一副营养不良的样子，胆固醇仍然很高。他认为运动前，应先吃一点食物，运动后口渴，可饮用酌加黑糖或盐的开水，偶尔也可喝运动型饮料。而不是在运动后喝大量白开水，喝水太多，水气凌心，造成心脏问题，如心悸、心慌、头晕、吃不下。其实问题很简单，是吃和喝的方法不对。梁医师认为运动不可超过一小时。早上十点之前应吃丰富的早餐。食物包括碳水化合物、纤维、蛋白质，如糙米、肉、鱼、菜等。早餐吃得饱，胃肠肯定好。食材最好用新鲜的，不要腌制。一些上班族，不注重早餐，下午常会头痛，精神不好。这种问题只要改善饮食，吃点补气血的药，病就好了。最主要是病人要配合，不然会反复发病。这么多年来，梁医师在诊所经常嘱咐病人，要吃好、睡好，加上适当的运动，就能有健康的身体。

4. 中医理论与自然变化密不可分

中医本身是生活的一部分，天人合一，中医的基础理论是人与自然界密不可分。例如应随气候改变，添减衣物和调整休息，日出而作，日入而息，而不是每天熬夜。太阳未出，湿气重，不适运动。日出后氧气增多，这才是运动的好时间，应因人因时因地制宜。所以中医看病必须思考时差问题。

在梁医师父亲与曾祖父诊病的年代，人们生活单纯，多是上午上班，下午5-6点下班，8-9点就上床休息了，因此，慢性病少，孩子也生育得多。现在的年轻人，通常熬夜工作，所以生育率低，这是大环境造成的。中国、日本和韩国妇女，很少有胖的，因她们早餐都吃五谷。早上吃碳水化合物、纤维、

蛋白质的人，因此鲜少有肥胖问题。因为日出而作，早上五脏六腑启动，吃营养食物，吸收后转化为水谷精微，输送全身筋络百骸。相对的，身体就会吸收该吸收的营养和精微物质，才有能量来燃烧多余脂肪。

5. 尊重自然

肾为先天之源，脾为后天之本，身体的健康需要靠后天基本的水谷精微来养。如果常吃煎炸、汽水、快餐、冰淇淋、加工食物、转基因食物等，则会影响身体健康。转基因食物会干扰人的生长因素。食物在培养种植过程中也要让其自然发育生长。我们不能破坏自然，不然是要付出代价的。增加天然食物的甜味、咸味、体积或去掉种子以方便食用。这些问题已有长久的争议，梁医师本人不提倡转基因食材。中医的本旨是人与自然要互相尊重。这是老祖宗几千年交代下来的，可现代人往往忽略了这点。

梁医师强调，中医要做的事很多，看病不只是把脉开药，更重要的是应该对病因追根究底。如小儿经常发热，是由于平时吃了太多有加工食品的面包，如加工的糖、酵母。梁医师叮嘱病人吃面包前先烤一烤，使它发透才吃，这样小儿的痰就会减少。

四、梁医师的临床分享

1. 先天病因

梁医师岳父在台湾是治疗骨伤的中医，其父亲也是中医师，祖辈几代做骨伤科。岳父在娘胎时，因其母亲当时生病服了大量抗生素，而损害了肝脏，所以他出生时身体瘦小，三十出头就被诊断患初期肝癌，60岁发病去世。

梁医师的四姐，先天肠胃虚弱，从小不爱吃菜而爱吃肉。肚子常生蛔虫，虽服药控制病情，但后来因工作忙，每天三餐用含有防腐剂的午餐肉配饭或炒饭，最终发展到肠癌。32岁发病，42岁旧病复发死于肠癌。

自此他领悟到，病的复发是有一定的原因的。一个人体质的问题，和从小就有的疾病，需要调养。所以中医一旦发现有这样的先天问题，就应去探讨怎样预防它、看待它。但不是说有吃中药就能活到一百岁。临床上有些病人问，为什么每天吃中药还会得癌症，其实每个病都有其因和果。

2. 生活习惯

梁医师一个开药行的朋友，去年因肺癌过世。平日常服用高丽参、雪蛤膏、冬虫草等，七十岁气色红润，身体壮实。后患肺癌，究其原因，发现他有一个习惯，每天晚上吃大量水果。生果有寒气，肺朝百脉，夜晚吃水果，寒气输送到全身，脾胃和肺，以致咳嗽。开始时常感腰背酸痛，最后确诊患有肺癌。其妻患乳癌，虽不能断定是因水果引起，但病痛还是与生活习惯有关。

俗话说早上吃水果如金，中午如银，晚上如铜。梁医师嘱咐肠胃病患者和咳嗽患者，要吃水果时，先蒸或煮过再吃。如橙子，蒸后吃对肠胃的刺激就不大。新加坡的水果多数从国外入口，水果的输送有一定的过程，所以，水果大多还未熟透就被采摘，水果上含有农药和防腐剂，蒸或煮可以减低水果的生涩，农药和防腐剂也会被部分去除，身体吸收的也比较好。有一些人先天体壮，开始时身体没有什么症状，但到了一定年龄，身体就开始出现问题。一般妇女经带胎产时会消耗很多血，可食用当地的温性水果。

3. 肝胆疾病

很多病人常说胃不好，上脘痛，半夜痛、吃饱痛、饿也痛，西医诊断为胃炎，胃酸多。疼痛剧烈时进院，才发现是胆结石。梁医师本身也是受害者，当年诊所刚开业，压力大，吃不时，休息不足，导致胆囊发炎。

胆结石患者，要有足够休息，喝水要够，吃要定时。疼痛发作时不能吃寒性食物，可服

用温性食物，如姜加黑糖煮水。发痛时，身体快发黄，甚至大便呈陶土样，就表明胆囊已阻塞。吃片仔癀可起到一定的作用。片仔癀含有麝香、牛黄、田七。麝香起走窜的作用，应用在急诊方面疗效显著。

从中医学角度来说，肝与胆互为表里，肝胆相照。胆有它自身的作用，切除后人体的中气变得比较弱。当胆囊出现问题时，我们需好好保养它。治疗后营养的摄取要足够，需经常运动，避免吃太多甜食。临床遇见胆囊疼痛剧烈的患者，可用黄连取代片仔癀。用小建中汤，理中汤，木香，川楝子，郁金加上黄连，温化肝胆，还有消炎的作用。胆结石不是吃了药就彻底好了，但如果你懂得与它相处，一般就会相安无事。

肝胆的养护法，最好是早上吃饭。早饭以清淡易消化食物为主，避免油腻，过甜食物。病好后要调养，治肝先治脾，可经常服用香砂六君汤、理中汤、苓桂术甘汤等。腰酸加八味地黄丸之类，可取得相当好的疗效。常见青少年胆结石患者，多因精神紧张、工作压力大、吃不时时，可用小建中汤和里缓急。

4. 胃病

目前很多学生患胃病，多因去学校上课前没吃早餐，直到下午饿到昏了才吃。所以小学生患有胃病、头痛，十之八九是没吃好早餐造成。这种情况梁医师多用小建中汤、六君子汤养胃，可是最根本的还是要吃早餐。吃饱精神好，上课专注力才好。没吃早餐的孩子，手足心冷、流汗。从小没养好，长大后手足心汗很难治好。病从浅中医，从小发育前尽量灌输正确观念，吃好睡好。

5. 带状疱疹(生蛇)

新加坡天气热，很多人生蛇，治疗这种病是中医的强项。内服中药加上针灸，或用灯心草治疗。若没灯心草或可用烧至透红的火针点刺最早出现的水泡。点刺时有爆破的声音，几

分钟时间就好了。疼痛缓解7-8成，再配合针灸治疗，晚上就能睡得好。

生蛇初期，需抓紧时间治疗，一般效果较好。久病就要养生，有少部分人疼痛半年以上还不好。抵抗力低的患者，病情比较严重，病毒渗入，侵袭神经。民间有几种做法：用火针点额头，背部，胸部。火针虽很痛但比起病人的身上的痛则轻得多。“生蛇”本身就有疤痕，并非治疗造成，所以治疗前要与病人沟通。

6. 心脏

中老年人或妇女，心跳加速，心悸，心律不齐，经西医检查心脏并无阻塞。这种情况多数是因为营养问题或休息不够造成，中医治疗会有显著疗效。部分患者平日暴饮暴食，吃香喝辣，吃多了煎炸食物，造成血浓度太高。这类患者首先得减少食物的摄取，然后用丹参饮来治疗，就能解决。

有些小孩，有心悸问题但不会讲，只申诉肚子痛、头痛，其实是心慌、心悸。这些孩子常在炎热的气候下喝大量的水，水喝多了造成心慌心悸问题，就如老祖宗讲的水气凌心。我们可以建议他们在饮用水中放一点盐缓解口渴。平日可适当服用苓桂术甘汤，桂枝加龙骨牡蛎汤，炙甘草汤，或苓桂术甘汤加当归等。炙甘草汤是养心血的药，天王补心汤加上补脾阳对小孩有相当大的帮助。

叮咛孩子，口渴时不要灌水，可适当喝一些运动饮料。许多家长有一种习惯，天气热就每天煮凉茶。凉茶喝多了小孩反而不舒服，造成心悸问题。中医常讲小儿肝常有余，脾常不足，肺常虚。要谨记不能喝冷的，尤其是运动过后，以免挫伤肺气，损伤元气。一定要喝温性的，比如煮红豆汤，不要喝绿豆汤。若要喝凉，可煮六味清汤如淮山、芡实、莲子、玉竹、红枣、枸杞子、党参。

小孩适合甘缓饮食，如红豆汤、番薯汤、黑糯米粥。黑糯米粥补脾胃，黑入肾。孩子们

活力十足，很多活动已经消耗了体力、热量，所以应该补充能量，而避免喝凉的。身材肥胖高大，脸色苍白，动则汗出的孩子，喝凉后很容易中暑。条件许可的可煮洋参片、西洋参、泡参。条件不允许的可煮党参、北芪或煮比较滋润的汤水，如红豆汤，黑糯米粥。小儿脾常不足，不建议多吃水果。

小孩开始发育时，喉结长出，声音开始变了，可炖田七瘦肉红枣汤给他们喝，一周一次。当梁医师小时候，活动多流汗也多时，妈妈总会炖田七汤给他们喝，以祛瘀伤。或煮车前草加黑糖，中国薏米，这些对身体生长发育过程很好。

青中年人，上班族爱运动者，运动后如果胸口闷，马上要停止，不要再继续。即使是平时体检身体健康的人，如果感觉胸口闷烧上来，一定要马上停止运动。不管你是不是一个每天运动的人，病的发作是有一定原因的。这类人，工作耗神压力大，每天用电脑很多小时不动，他们反而要更小心。睡眠休息不够，消耗太多脑力时，剧烈运动不能过量，顶多20分钟。平日多做软体操，加强肌肉锻炼更为重要。因为现在的人坐的时间太长，颈椎，腰椎，膝关节问题就会出现。这时应鼓励他们做肌肉运动。如肩膀的运动、走楼梯的运动，要上楼不要下楼，因下楼梯对膝关节伤害很大。这类患者，通常给他们苓桂术甘汤，桂枝加龙骨牡蛎汤或加单味药五味子、党参、北芪、当归。

还有一类患者，因每天吃很多水果、果汁、菜汁，而出现钾离子的问题。曾有一位患者因心悸问题看专科医生，进出医院十年未能根治。细问之下，得知他是一名商人，体力活动不多，每天吃两三根香蕉来润肠，嘱咐他停吃香蕉，或以木瓜代替，后来病就解除了一半。钾离子问题，大部分是饮食习惯造成的。心悸久了没有调治，就会进一步演变成不可逆的现象。症状刚开始时就调治，注意饮食和休息病情就会稳定。如果到了一个阶段，病了十

多二十年，通常要长期服用西药，用中药也会有一定疗效。

梁医师认为中医中药对心脏病治疗有它的优势，但需在最佳阶段辨证治疗，过了这一阶段较难以中医配合治疗。有些心脏病患者吃了西药到了某些阶段，体质变差了，很多食物不能吃，连一些蔬菜也不能吃，也不能针灸，针后会内出血。我们用中药辨证论治，病人的生活品质会更好。

7. 筋伤

梁医师擅长针灸，通过针灸治疗过很多筋伤。大部分的病人是筋伤或骨伤愈合后来调理，用针灸治疗有一定的效果。颈椎病，腰椎病，肩周炎，他向来以整体观念来治疗。这些筋伤如软组织发炎、颈椎病、腰椎病甚至筋膜手术后粘连，针灸都会起到一定效果。

梁医师曾经治疗过一个棘手的肠粘连。一位几十年因肠粘连不能平躺的病人，针灸后疼痛改善，但几周后疼痛复发。这种手术造成的肠粘连，久了，脏气会被拉下，造成胃下垂、腰背酸痛的问题，整体的百脉都受影响。针灸治疗虽不一定能完全治愈，但至少要有5-6成的疗效。粘连的地方用阿是穴，近部取穴和远部取穴配合治疗，使它通顺，如太冲、足三里、三阴交、中脘、关元、气海。这种肠粘连一般方药效果不佳，服用中药是不会到达病所。有的医师用小针刀来拨开粘连，但梁医师不提倡用小针刀，因危险性高，一失手会造成更大的伤害。针灸顶多造成黑青淤血，一两周就好了。

曾有病人手术后三十年因为肠粘连而不能平卧，接受针灸治疗几次后就好很多了，可以平躺。阑尾炎或动大手术的患者一般都会有筋膜拉痛的感觉，这种痛西医是无法治疗的。临床上遇到的疑难杂症，以中医的整体观念治疗，一般会有一定的效果。梁医师就是这样开始，战战兢兢地慢慢累积经验，最终发现有许多棘手的问题可以通过针灸治疗改善。

8. 骨折

治疗骨折后遗症也是中医的强项，如踝关节、手腕关节骨折。对于年纪大骨折后长不好，或扭伤脚的患者，针灸几个疗程后也会有较好效果。

有一位患者，双脚被脚车链夹伤，三、四周不能行走。经推拿、包扎还不好。后经梁医师一周针灸两次，针阿是穴，远穴，近穴，局部取穴，两周就好了。掌握针灸手法，以通为顺，立竿见影。只要把肌肉筋膜调整好，人的身体会自动调节。即使找整脊师调整，做二、三十次，疼痛还是会复发，这是因为病人本身的气血虚弱。所以除非是有损伤的、腰椎间盘突出、粘连很严重的、车祸受伤移位的，或需找合格的整脊师正骨，轻微的则不需。体质虚弱的患者扳得太多病人会越来越累，越扳越严重。尤其是六、七十岁酸性体质的患者，千万不要做扳的手法，容易造成骨折。

梁医师治疗肩周炎以调气血为主，针手足、腹部、头、肩髃、肩髃。因为我们的身体是一个整体，肩颈问题其实是我们的身体气虚，身体累，坐太久造成僵硬，治疗后一两天又来，需从整体观来调理身体。梁医师嘱咐患者要锻炼身体，注意休息，避免久坐。针灸风府、风池、背部腧穴对体壮的年青人效果明显，但对老年人、身体虚弱的人针灸效果差，可能针灸后会更痛。中医治病求本，从脾肾方面入手。孕妇腕管综合症，妇女产后腕关节疼痛，腕关节综合症，是因为气血虚弱引起。骨盆扩张对脊椎的损伤会造成腰酸背痛，所以要调养身体，同时针灸治疗。妇女更年期用中药，配合针灸治疗疗效也很好。车祸后造成鞭抽式损伤、颈椎过度屈伸，两三天后腰背疼痛不能动，中医是通过热敷、针灸、脚底按摩来进行整体治疗。梁医师常以腹针，通过调理脾胃来治疗上述问题，一箭双雕。

五、体会

梁医师的讲座，多次强调了人体是一个有机整体的观念。在整体观念指导下，人体正常的生理活动一方面依靠各脏腑组织发挥自己的功能作用，另一方面则又要靠脏腑组织之间相辅相成的协同作用和相反相成的制约作用，才能维持其生理上的平衡。每个脏腑都有其各自不同的功能，各司其职，但又是在整体活动下分工合作、有机配合，这就是人体局部与整体的统一。

在治疗局部病变时，也必须从整体出发，采取适当的措施。在认识和分析疾病的病理状况时，将重点放在局部病变引起的整体病理变化上，并把局部病理变化与整体病理反应统一起来。人体某一局部的病理变化，一般与全身的脏腑、气血、阴阳的盛衰有关。由于脏腑、组织和器官在生理、病理上的相互联系和相互影响，因而就决定了在诊治疾病时，可以通过辨证找出病因病机，从病痛的源点进行治疗。已达到调理全身，解除病痛的效果。

梁医师钜细无遗地分享他及父祖辈的治病和养生保健的经验，令与会者受益良多。他也提醒年轻一代医师治病求本，提醒年轻的父母应从小灌输孩子正确的饮食习惯。通过讲座提高了我们的健康意识。讲座中我们也充分意识到，当我们试图改变大自然，也许就是破坏大自然的过程，人类本身也将深受其害，故人与大自然要和谐共处。

枕下肌手法松解治疗视频终端视疲劳的临床研究

黑龙江东宁市人民医院康复医学科(157299)·程亭秀

视频终端(Visual Display Terminal, VDT)视疲劳是指使用视频显示终端后出现眼部疲劳、眼部干涩、眼部有异物感、眼皮沉重感、视物模糊、畏光流泪、眼部胀痛及眼部充血等一系列以视疲劳症状为主的综合征^[1]。随着现代科技的飞速发展,电脑、智能手机广泛普及,VDT视疲劳发病率逐年升高,高达70%~75%^[2],而且呈现年轻化,严重影响着青少年的身心健康。VDT视疲劳已经成为眼科门诊的多发病,引起广大医务工作者的广泛重视,但至今临床上仍无行之有效的办法;笔者多年来应用枕下肌手法松解治疗视频终端视疲劳取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年12月~2017年5月东宁市人民医院康复医学科视疲劳康复门诊VDT视疲劳患者60例,男性38例,女性22例;采取奇偶数卡抽签的方式随机分组;选取单数者30例为治疗组,偶数者为对照组;治疗组30例,男性20例,女性10例,年龄14~48岁,平均年龄

36.5岁;病程14天~18月,平均72.8天;对照组30例,男性18例,女性12例,年龄15~49岁,平均年龄37.2岁;病程10天~20月,平均69.8天。两组患者的年龄、性别、病程等资料比较无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准^[3、4]

(1)从事VDT1年以上,每天接触VDT3小时以上。(2)阅读或注视精细工作不能持久、出现暂时性的视物模糊。(3)眼部疲倦感,眼部酸胀、干涩、异物感,头痛,眼肌痉挛,结膜充血。必备(1)条且具备(2)、(3)条中各一项者即可诊断。

1.3 纳入标准

符合上述诊断标准,患者同意并自愿加入本试验,按时接受治疗及随访的患者,签署知情同意书。

1.4 排除标准

(1)任何原因导致矫正视力 <1.0 ,或不愿矫正视力的屈光不正的患者;(2)非近距离VDT工作所致的视疲劳;(3)伴有精神异常、抑郁、

焦虑、癔症等精神疾患者；(4)合并显性间歇性外斜视以及隐斜不能建立双眼视功能者；(5)合并其他器质性眼部疾患者；(6)两周内应用抗视疲劳药物、按摩热敷等干预者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组：采用传统眼周穴位按摩^[5]：双眼依次按摩睛明、上睛明、攒足、瞳子髎、太阳、鱼腰、丝竹空、承泣、四白穴等穴，治疗时间为15~20min。

治疗组：在传统眼周穴位按摩的基础上加用枕下肌松解手法：首先患者俯卧位，应用按揉等手法放松颈部浅表肌肉；而后患者仰卧位，术者坐于患者头侧，双手食指、中指、示至及小指并拢并屈曲置于患者颈后部颅颈交接处，嘱患者放松头放置术者指尖上，此时患者眼球上下左右运动，术者之间可触及枕下肌的上下左右运动；用指尖轻柔枕下肌5分钟。但应注意患者头部应睡在指尖上，头颈部放松，若不放松，枕下肌很难松解。

以上方法，每日一次，每周治疗5天，10天为一疗程。

2.2 观测指标及方法^[6]

0分：无眼部不适症状，能坚持阅读或从事视频终端操作3 h以上；0~1分：偶尔出现症状休息后缓解与用眼多少有关能坚持阅读或从事视频终端操作2 h以上；1~2分：有时有症状开始影响工作学习阅读或从事视频终端操作不能超过2 h；2~3分：症状经常出现影响生活质量及工作持续阅读或从事视频终端操作不能超过1 h；3分：症状持续出现严重影响生活质量及工作，用眼工作难以胜任。

2.3 疗效标准^[6]

治愈：能坚持阅读或从事视频终端操作3h以上，眼部症状及全身症状消失；显效：阅读或

从事视频终端操作较治疗前延长2h，眼部症状及全身症状明显改善；有效：阅读或从事视频终端操作较治疗前延长1h，眼部症状及全身症状至少有1项改善；无效：治疗前后眼部症状及全身症状均无改善。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。

2.4 统计学方法

采用SPSS16.0软件对数据进行统计分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用t检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 临床疗效

两组患者经过2个疗程的治疗视疲劳均有改善，治疗组与对照组总有效率分别为100%，60%，组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表1。

表1 两组患者治疗后临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	22	7	1	0	100
对照组	30	10	4	4	12	60

两组患者经过2个疗程后症状积分与治疗前比较，组间比较差异均具有统计学意义($P < 0.01$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	16.42 ± 2.58	2.02 ± 1.43
对照组	30	16.37 ± 2.52	7.48 ± 2.23

4 讨论

VDT视疲劳的病因复杂，主要是长时间使用VDT时造成眼角膜表面屈光功能改变、眼调节及集合功能减弱以及泪膜功能异常而

引起的视疲劳。随着智能手机及电脑的广泛普及,视频显示终端操作成为人们尤其青少年工作、学习及娱乐的重要手段,VDT视疲劳的病人越来越多,影响患者的生活、工作及学习,尤其初、高学生,使学生学习效率下降,甚至影响高考成绩,引起了广大家长及医生的广泛关注;但目前仍缺少有效的治疗方法;笔者多年来一直从事学生VDT视疲劳的康复治疗方面的研究,并成立了视疲劳康复门诊,手法治疗视疲劳患者时发现所有VDT视疲劳患者都存在枕下肌的紧张,而且手法松解后视疲劳明显缓解,故进行了枕下肌手法松解治疗VDT视疲劳的相关研究。

本组研究表明,经过2个疗程的治疗,传统眼周穴位按摩组及枕下肌手法松解治疗组VDT视疲劳患者症状均有改善,但枕下肌手法松解治疗组疗效明显优于传统眼周穴位按摩组($P < 0.01$);眼周穴位按摩可发挥其经络腧穴的特殊作用提高交感及副交感神经的兴奋性及其相互作用,从而放松病缓解调节疲劳^[6]。以往的手法治疗主要集中在眼周围穴位上^[5],个别的医生结合颈部手法治疗,这与笔者研究相一致^[8],认为颈椎问题可以造成眼部供血不足,导致视物不清,颈部按摩使颈部的气血顺畅,眼部的气血充盈,有利于恢复视疲劳;但本研究主要针对枕下肌进行手法松解,取得显著疗效,有效率100%;提示枕下肌与视疲劳有着密切的关系,文献研究枕下肌组织中内含大量张力感受器,协调眼球运动和背部其他肌肉,任何的眼球运动都会使枕下肌张力产生变化^[9];由此可以推断视疲劳可能存在枕下肌慢性劳损,彼此影响,因此同时进行眼周穴位按摩及枕下肌松解治疗VDT视疲劳疗效显著;VDT视疲劳与枕下肌劳损具体关系,仍需要我们进一步研究。但枕下肌手法松解治疗组VDT视疲劳方法易学、操作简单、疗效确切、无任何副作用,无需投入成本,适用于基层医院广泛推广。

参考文献

- [1] 罗秀琴,王超,刘晓琴等.中西医结合治疗及护理干预视频终端视疲劳临床观察[J].四川中医,2015,33(9):187~189.
- [2] 覃峰,朱林平,吴静等.视频终端视疲劳的中医治疗研究进展[J].山东中医杂志,2017,36(12):1078~1080.
- [3] 李凤鸣.中华眼科学下册[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2005,2492.
- [4] 中华医学会眼科学分会眼视光学组.视疲劳诊疗专家共识(2014年)[J].中华眼视光学与视觉科学杂志,2014,16(7):385~387.
- [5] 向圣锦,窦仁慧,杨凯文等.眼周穴位按摩联合中药敷贴对青少年低度近视并视疲劳患者眼调节功能的影响[J].中医杂志,2015,56(6):496~499.
- [6] Goldman N,Chen M,Fujita T,et al.Adenosine A1 receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture[J].Nat Neurosci.2010,13(7):883~888.
- [7] 罗银星,程武波.穴位按摩治疗视疲劳51例[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(14):118~120.
- [8] 曹扩军,张祝强,左韬等.针刺联合颈部按摩治疗视疲劳的临床研究[J].辽宁中医杂志,2013,27(4):185~186.
- [9] 关玲,周维金,瓮长水主译,Thomas W.Myers著.解剖列车~徒手与运动治疗的筋膜经线[M].北京:军事医学科学出版社,2015,97.

中药复方治疗慢性浅表性胃炎的Meta分析



新加坡·傅瑜敏

【摘要】目的：系统评价中药复方治疗慢性浅表性胃炎(Chronic Superficial Gastritis, CSG) 的临床疗效和安全性。方法：利用计算机检索中国知网数据库(CNKI)、维普数据库(VIP)、万方数据资源系统(Wanfang Data)、中国生物医学文献服务系统(SinoMed)、Pubmed、Cochrane Library自2006年1月1日至2016年9月30日。收集有关中药复方治疗CSG的随机对照试验(randomised controlled trial, RCT), 并且依据Cochrane Reviewer's Handbook 5.1 推荐的文献质量评价办法对符合纳入标准的文献进行质量评价, 应用Revman 5.3软件进行统计学处理。结果 最终纳入25项试验, 共2399例CSG患者, 均明确诊断为CSG, 其中治疗组1219例, 对照组1180例。Meta 分析结果显示, 中药复方治疗CSG可提高疗效 [RR=1.19, 95%CI(1.15,1.23), P<0.00001]和降低复发率[RR=0.41, 95%CI(0.30,0.57), P<0.00001], 差异均有统计学意义。结论：目前有限的证据表明应用中药复方治疗CSG 可以提高临床疗效并降低CSG的复发率, 但由于所纳入研究质量不高, 尚需更多设计良好、规模较大的多中心随机对照试验研究进一步加以验证。

【关键词】 中药复方; 慢性浅表性胃炎; 随机对照试验; Meta分析

1 资料与方法

1.1 文献检索

计算机检索以下文献数据库:中文数据库为中国知网数据库(CNKI)、维普数据库(VIP)、万方数据资源系统(Wanfang Data)、中国生物医学文献服务系统(SinoMed), 检索词包括“慢性浅表性胃炎、慢性非萎缩性胃炎”“随机对照试验、临床对照试验、随机”以及“中医、中药、中药疗法”; 外文数据库为PubMed医学数据库和Cochrane Library, 检索词为“chronic superficial gastritis”、“chronic non-atrophic gastritis”, “randomized controlled trial”、“controlled clinical trial”、“randomized”以及“traditional

Chinese medicine”、“Chinese herbal medicine”、“herbal therapy”等。以上数据库检索时间范围均从2016年1月1日至2016年9月30日。

1.2 文献纳入标准

1.2.1 研究类型 随机对照试验 (Randomised Controlled Trial, RCT)。

1.2.2 研究对象 18岁以上慢性浅表性胃炎患者, 年龄、性别、种族及国籍不限; 有明确诊断标准; Hp感染是否阳性等均不限。

1.2.3 干预措施 治疗组单独使用中药复方(包括中药汤剂、中成药、中药颗粒剂)治疗慢性浅表性胃炎, 用药的剂量和疗程不限; 对

照组可采用不治疗、安慰剂、常规西药疗法。

1.2.4 结局指标 总有效率；复发率；不良反应。

1.3 文献排除标准 ①治疗组使用单味中药及中药有效成分治疗慢性浅表性胃炎；②以其他治疗方法(包括针灸、按摩、功能锻炼等)作为干预措施的临床试验；③综述，案例报道，专家经验总结，荟萃分析；④药代动力学实验或动物实验等非临床试验文献。

1.4 文献筛选 首先，由本作者从检索收集文献中通过阅读文献的题目与摘要，筛选合格的文献原文，排除明显不符合纳入标准的文献。其次，对可能符合纳入标准的试验进行全文阅读以确定是否真正符合纳入标准，同时进一步排除肯定不合格文献，并注明原因，编号登记。最后，对提供信息不全面的原文而不能确定或有疑问将通过邮件方式与原作者联系，以获取相关信息。

1.5 文献质量评价与资料提取

本研究将纳入文献按照Cochrane Reviewer's Handbook 5.1提供的“偏倚风险评估”由作者独立进行方法学质量评价，包括6方面：随机分配序列的产生、分配隐藏实施、盲法应用、数据完整性、有无结果的选择性报告和其他偏倚来源^[1]。

采用预先设计好的表格进行资料提取，包括文献基本信息(作者、发表时间、标题等)、研究对象、干预和对照措施、剂量与疗程、随访情况等。若纳入文献资料信息提供不全，则与该文献第一作者或通信作者联系获取。

1.6 数据统计分析

采用Cochrane协作网提供的RevMan 5.3 软件进行数据处理。计数资料用相对危险度(relative risk, RR)及其95%可信区间

(confidence interval, CI)表示；计量资料采用加权均数差(weighted mean difference, WMD)及其95%的CI表示。各临床试验结果的异质性检验采用卡方检验，当异质性检验($I^2 > 50\%$, $p < 0.1$)用随机效应模型(random effects model)表达效应，反之用固定效应模型(fixed effects model)表达。

2 结果

2.1 检索结果及纳入文献的基本特征

最初检索到394篇文献，通过阅读文献有369篇因为重复、动物实验、观察性试验、文献综述等原因被排除。最后纳入25项试验^[2-26]，外文相关研究报道相对较少，未检索到符合纳入标准的外文文献，故25项试验均为中文文献，共2399例CSG患者，均明确诊断为CSG，其中治疗组1219例，对照组1180例。治疗组均为单独中药复方(包括中药汤剂、中药颗粒剂及中成药)治疗。对照组均为常规西药治疗，没有与不治疗或安慰剂对照组比较的研究。(见图1、表1)

2.2 文献方法学质量评价

2.2.1 随机序列产生

25项试验中，仅有8项试验记录随机序列产生的方法。其中，6项试验^[7, 12, 18, 22, 24, 25]使用随机数字表，1项^[11]试验使用掷骰子方法，为充分、正确的随机方法，因此存在低偏倚风险。1项^[13]试验使用就诊顺序方法，为不充分的随机方法，因此存在高偏倚风险。余17项试验仅报告为“随机”分组，而未详细报告具体的随机方法。所纳入的研究均未提及分配隐藏及盲法。

2.2.2 分组隐藏性

25项试验均没有描述分组的隐藏性，因此无法判断是否进行了隐藏分组。

图1 文献筛选流程图及结果

表1 纳入25项试验的特征

纳入文献	样本量T/C	干预措施	对照措施	疗程	随访
庞家善 2012 ^[2]	46/46	柴胡疏肝散加味	多潘丽酮+奥美拉唑	2周	未报告
黄伟 2013 ^[3]	40/39	柴胡疏肝散加味	奥美拉唑+碳酸铝镁; Hp感染者+阿莫西林+克拉霉素	30天	3个月
卢保强 2014 ^[4]	76/74	疏肝和中汤	泮托拉唑+枸橼酸莫沙; Hp感染者+阿莫西林	4周	未报告
王欢 2015 ^[5]	30/30	加味四逆散	奥美拉唑+多潘丽酮	4周	1个月
杨雯 2012 ^[6]	30/29	金铃调胃汤	Hp阳性: 盐酸雷尼替丁+胶体果胶铋+阿莫西林+甲硝唑; Hp阴性: 盐酸雷尼替丁+胶体果胶铋; (腹胀、泛酸、嗝气等者)+多潘丽酮	4周	未报告
钟燕华 2016 ^[7]	48/48	加味香砂六君子汤加减	硫酸铝	1个月	未报告
乔成安 2010 ^[8]	40/40	香砂六君子汤	奥美拉唑+多潘丽酮; Hp阳性: 甲硝唑+阿莫西林	4周	未报告
金亮亮 2006 ^[9]	31/30	加味香砂六君子汤	奥美拉唑; Hp阳性: 先给予标准三联用法(奥美拉唑+克拉霉素+阿莫西林)	8周	未报告
邓娜 2014 ^[10]	40/40	健脾消胀汤	多潘丽酮	4周	未报告
向太敏 2016 ^[11]	49/49	半夏泻心汤	奥美拉唑+替硝唑+左氧氟沙星	30天	未报告
王洪京 2010 ^[12]	50/50	柴胡合剂	奥美拉唑+吗丁啉+硫糖铝	4周	未报告
姜春京 2013 ^[13]	30/30	柴夏调中汤	Hp阴性: 奥美拉唑; Hp阳性: 标准三联法(奥美拉唑+甲硝唑+克拉霉素)2周, 后改为奥美拉唑2周	4周	未报告
李建松 2009 ^[14]	80/80	黄连汤加味	丽珠得乐	4周	未报告
胡一莉 2007 ^[15]	30/30	三焦化湿合剂	雷尼替丁+果胶铋	4周	6个月
杨丽娟 2011 ^[16]	32/32	藿朴夏苓汤加减	施维舒	8周	未报告
陈兴 2013 ^[17]	75/68	连朴饮化裁	Hp阴性: 枸橼酸铋钾+奥美拉唑; Hp阳性: 上述治疗+(前7天)克拉霉素+阿莫西林	4周	6个月
李兴华 2013 ^[18]	55/55	连朴饮合半夏泻心汤加减	施维舒	8周	3个月
王道春 2011 ^[19]	38/37	加味左金丸	氢氧化铝+雷尼替丁; Hp感染者: +阿莫西林	30天	3个月
张贵彪 2010 ^[20]	30/30	新加左金汤	奥美拉唑+吗丁啉+铝碳酸镁; Hp阳性: +标准三联法(奥美拉唑+克拉霉素+阿莫西林)	4周	4个月
张光波 2013 ^[21]	80/60	和胃方颗粒	奥美拉唑+阿莫西林+丽珠得乐	1个月	未报告
黄玉龙 2015 ^[22]	65/61	当归四逆汤	多潘丽酮+奥美拉唑	4周	未报告
黄振鹏 2015 ^[23]	89/87	复方台乌片	兰索拉唑	4周	未报告
周军怀 2015 ^[24]	50/50	消磨汤	兰索拉唑+枸橼酸铋钾; Hp阳性: 阿莫西林+克拉霉素	4周	未报告
章真 2014 ^[25]	40/40	清胃汤加减	Hp阴性: 奥美拉唑+马来酸曲美布汀; Hp阳性: 前1周+克拉霉素+阿莫西林	4周	3个月
黄梅 2013 ^[26]	45/45	温胃止痛方	铝碳酸镁+多潘丽酮+雷贝拉唑	8周	3个月

注: T: 治疗组; C: 对照组

2.2.3 盲法

所有纳入本研究的25项试验均未提到盲法的具体实施,因此无法判断是否进行了盲法。

2.2.4 不完整结局数据

25项试验中,有20项试验所有研究对象数据均纳入结局分析,数据完整无缺失;有2项试验^[3, 19]各报告结果数据缺失了5例,但治疗组与对照组缺失原因相似、人数相近,已剔除,未影响整个试验结局数据完整性,存在低偏倚风险;有3项试验^[19, 20, 23]脱落了3-5例,且未做详细说明,无法判断缺失数据在干预结局指标评定上是否有临床相关性。

2.2.5 选择性报告研究结果

25项试验既定的结局指标均已报告完整,因此存在低偏倚风险。

2.2.6 其他偏倚

25项试验均未计算样本量,如果某一项指标的变异幅度大,样本量小,结果缺乏稳定性;如果样本量过大,会导致人力、物力、财力上的浪费等后果。(见图2)

2.3 疗效判定指标分析

2.3.1 总有效率评价

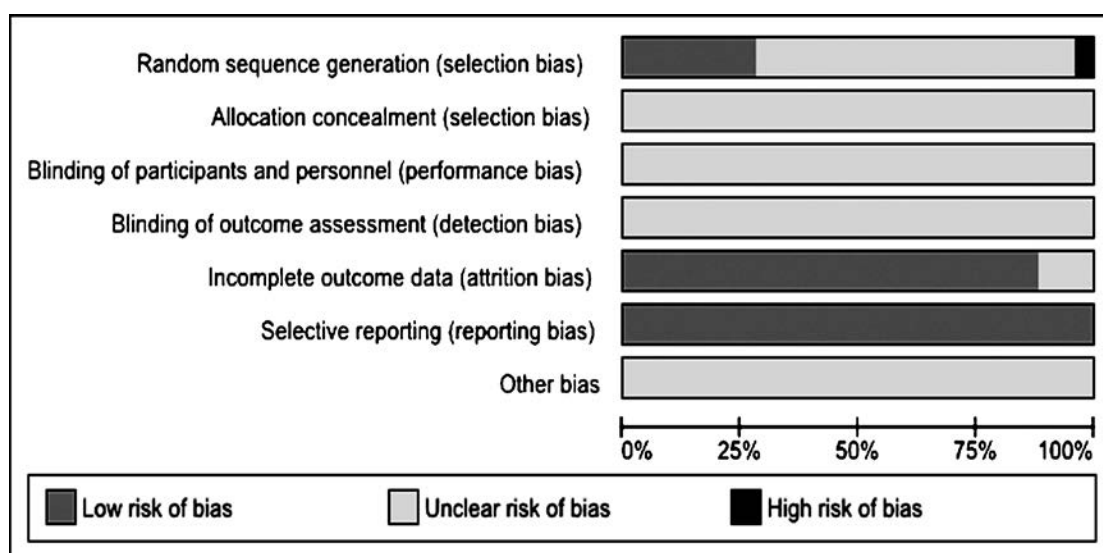
纳入的25项试验^[2-26]均报告了总有效率。本研究采用计数资料二分类法,将文中治愈、显效、有效均划为有效率,无效的为治疗无效率。对25项试验进行异质性检验,结果示: $\chi^2=14.13$, $P=0.94$, $I^2=0\%$ 。研究具有同质性,应用固定效应模型;合并效应值 $RR=1.19$, 95% $CI(1.15, 1.23)$ $P<0.00001$ 。结果显示:中药复方治疗CSG总有效率优于常规西药组。(见图3)

2.3.2 复发率

纳入的8项试验^[3, 5, 17-20, 25, 26]均报告了复发率。进行异质性检验示: $\chi^2=4.96$, $P=0.66$, $I^2=0\%$,没有统计学异质性,使用固定效应模型进行分析,总体效应检验示: $RR=0.41$, 95% $CI(0.30, 0.57)$, $P<0.00001$ 。结果显示:中药复方组复发率显著低于常规西药组。(见图4)

2.4 安全性评价

共纳入25项试验,5项试验^[6, 7, 14, 17, 25]



注: 图中纵轴为风险评估条目,横轴为该评价条目中“低偏倚风险”、“不清楚”和“高偏倚风险”占的百分比
图2 偏倚风险比例图

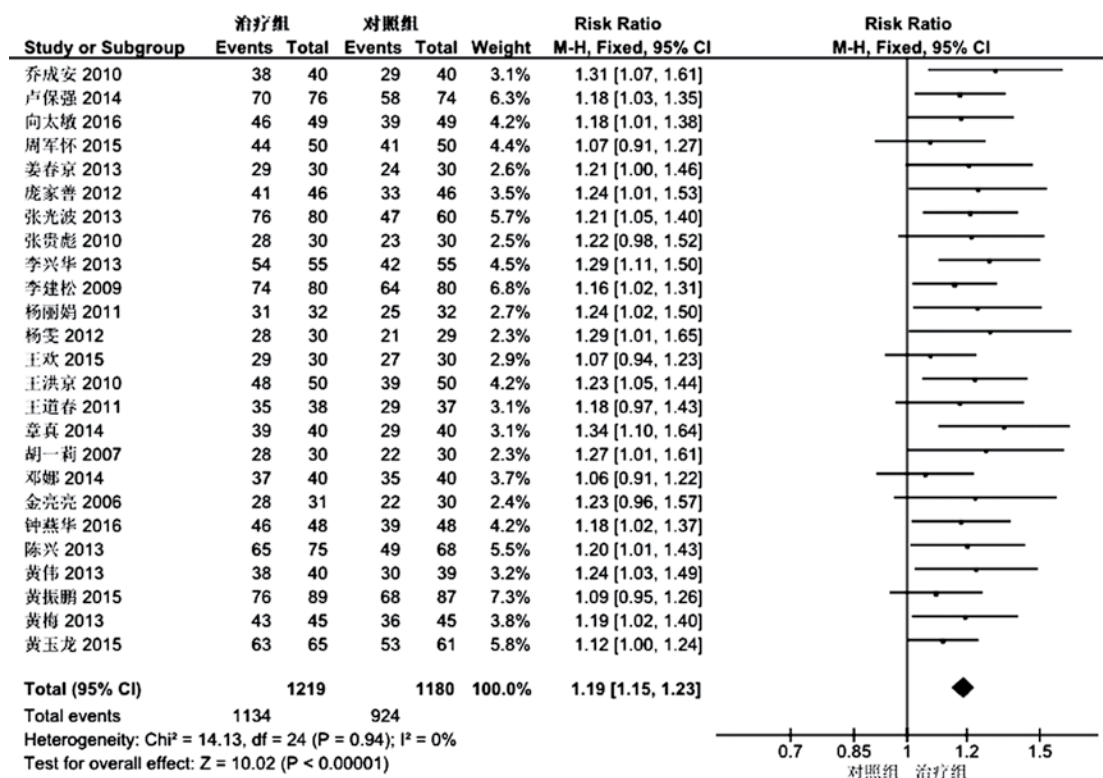


图3 中药复方vs西药的总有效率比较森林图

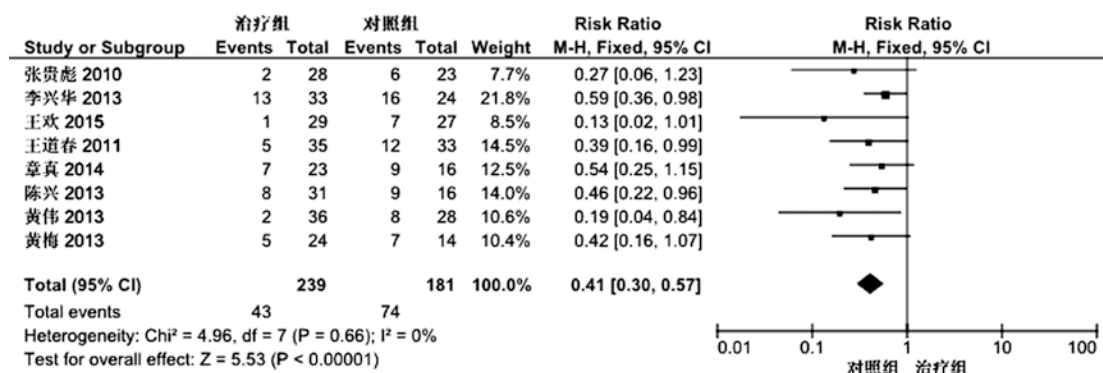


图4 中药复方vs西药的复发率比较森林图

明确报道不良反应情况，占20%。不良反应包括轻度恶心，便秘，呕吐，消化不良，头痛，大便稀烂、次数增多。继续用药后症状自行缓解或消失。仅10项试验^[3, 4, 9, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 23]提到未见不良反应，余10项试验中没有报道是否有药物不良反应的病例。对药物不良反应情况，本研究文献多数未报道，所以未能评价中

药复方的不良反应情况。

3 讨论

本研究通过Meta分析结果显示中药复方治疗CSG可以提高临床疗效并降低CSG的复发率。由于本研究纳入RCT的方法学质量普

遍偏低,使现有的证据还不能充分说明其疗效的可靠性,仍有必要应用临床流行病学规范的研究方法进行大规模的临床试验,尤其要提供试验的质量。

在纳入的25项试验中,仅15个试验观察了不良反应。没有试验说明不良反应的观察方法及项目。规范的临床试验设计要求无论其是否有不良反应,一定要对其进行观察和报告。由于本研究纳入文献的质量有限及样本例数较少,因此未能对中药复方治疗CSG的安全性得出确切的结论,且需进一步扩大病例范围和延长观察时间以进一步了解中药复方的安全性。

从本研究最初检索到394篇文献但排除369篇文献并最后纳入25篇文献进行Meta分析的文献筛选过程,可以看出以往大部分文献的方法学质量较低。值得欣慰的是,近年来作为一级设计方案的RCT已经被广大中医药临床研究人员所接受,并逐渐推广应用。但由于中医药临床研究水平不高和中医药理论本身的特殊性,使得发表文献的报告质量有待进一步的提高。建议临床试验应首先进行方案的注册,同时依据“随机对照试验报告标准(CONSORT)”进行。

参考文献

- [1] Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from HYPERLINK "http://handbook.cochrane.org" http://handbook.cochrane.org.
- [2] 庞家善,李树标,黄波贞等.柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎46例临床观察[J].江苏中医药,2012,44(2):24-25.
- [3] 黄伟.柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床观察[D].湖北中医药大学,2013.
- [4] 卢保强,姜蓉,范良.疏肝和中汤治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎疗效观察[J].山东中医药大学学报,2014,38(6):559-561.
- [5] 王欢,李成光,李林.加味四逆散治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎的临床疗效观察[J].中医药导报,2015,21(7):65-67.
- [6] 杨雯,杨卫京,王素青.金铃调胃汤治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎30例临床疗效观察[J].河北中医,2012,34(3):334-336.
- [7] 钟燕华.加味香砂六君子汤治疗慢性浅表性胃炎脾虚证疗效分析[J].四川中医,2016,34(6):151-152.
- [8] 乔成安.香砂六君子汤加减治疗慢性浅表性胃炎疗效观察[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(9):154-155.
- [9] 金亮亮.加味香砂六君子汤治疗脾虚型慢性浅表性胃炎临床疗效观察[D].广州中医药大学,2006.
- [10] 邓娜,王翼洲.健脾消胀方治疗脾胃虚弱型慢性浅表性胃炎40例[J].光明中医,2014,29(4):755-756.
- [11] 向太敏,文超.半夏泻心汤治疗寒热错杂型非萎缩性胃炎随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2016,30(1):44-46.
- [12] 王洪京,李海鹰,王立甫等.柴胡合剂治疗慢性浅表性胃炎(肝胃郁热、心神不宁证)临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(19):17-18.
- [13] 姜春京.柴夏调中汤治疗湿热阻胃型慢性浅表性胃炎的临床研究[D].湖北中医药大学,2013.
- [14] 李建松.黄连汤加味治疗慢性浅表性胃炎80例临床观察[J].光明中医,2009,24(6):1083-1084.
- [15] 胡一莉,陈晓根,方勇治等.三焦化湿合剂治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J].实用中医药杂志,2007,23(2):73-74.
- [16] 杨丽娟,胡珂.藿朴夏苓汤加减治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎32例临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2011,11(3):24-26.
- [17] 陈兴,赖瑜.连朴饮化裁治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎75例临床观察[J].河北中医,2013,35(2):231-232.
- [18] 李兴华,江玉,郝小鹰.连朴饮合半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热证慢性浅表性胃炎55例[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(15):293-297.
- [19] 王道春.加味左金丸治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎的临床研究[J].中华中医药杂志,2011,26(3):622-624.
- [20] 张贵彪.新加左金汤治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎的临床研究[D].湖北中医药大学,2010.
- [21] 张光波,马宏博,牟林茂等.和胃方治疗慢性浅表性胃炎疗效观察[J].山西中医,2013,29(11):10-11.
- [22] 黄玉龙,曲学华.当归四逆汤治疗脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎的临床观察[J].中国中西医结合急救杂志,2015,22(6):569-572.
- [23] 黄振鹏,梁仲惠,李锦丽等.复方台乌片治疗慢性浅表性胃炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(1):8-10+14.
- [24] 周军怀.消糜汤治疗慢性非萎缩性胃炎50例临床观察[J].新中医,2015,47(12):49-50.
- [25] 章真.清胃汤治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J].中医学报,2014,29(12):1806-1808.
- [26] 黄梅,刘琼,韩华龙.温胃止痛方治疗慢性浅表性胃炎脾胃虚寒证45例[J].河南中医,2013,33(10):1697-1699.

新加坡中华医院乳腺癌 中医用药规律研究

新加坡·白伟良

在本地(新加坡)临床应用的中药方剂治疗乳腺癌包罗万象,各医家对于治疗乳腺癌均有不同的心得,因此很难对本地治疗乳腺癌患者提供明确的治疗方案。在新加坡的中医界里,对于乳腺癌疾病,至今未有完整地总结新加坡中医师的乳腺癌处方。

本研究希望通过此次临床调查,总结归纳出本地乳腺癌的中医治则与用药规律。

材料与方法

1.1 一般资料

选取来源于2016年9月—2017年5月就诊于新加坡中华医院,明确诊断为乳腺癌患者,种族不限。

1. 一般情况:姓名,性别(女),出生日期,身份证号,体重,病程
2. 既往病史:合并心脑血管疾病,其他疾病(高血压病,血脂异常、冠心病、肾病、糖尿病等)
3. 中医相关资料:症状,舌脉,证型
4. 实验室指标

入选标准:

1. 女性乳腺癌患者
2. 年龄在20岁至90岁之间
3. 未服用中药治疗的初诊病患,或已停服中药至少2周的患者

排除标准:

1. 继发性、转移性的乳腺癌患者(并非原发性的乳腺癌患者)
2. 妊娠或哺乳期妇女
3. 无法合作者,如精神病患者

1.2 西医诊断标准

乳腺癌诊断标准,符合WHO(世界卫生组织),AJCC(美国癌症联合委员会)[2002年,第六版],NCCN(美国国家癌症综合网络中心),乳腺癌西医诊断等标准。

乳腺癌常见的临床表现:乳腺肿块、乳腺溢汁、乳头改变、乳房皮肤改变、乳房疼痛、腋窝区域淋巴结肿大、乳晕异常等。

西医检查诊断:影像检查(超声、MRI、CT、X-线等),肿瘤标志物检查(如:CEA、CA153),雌激素和孕激素受体测定(ER, PR),免疫组织化学,活体组织检查,癌基因(Cerb-B2或Her2/neu)等。

临床分期:TNM分期,TNM临床分期(0期-IV期),BI-RADS(0-6)等。

1.3 中医用药记录

根据已纳入标准的乳腺癌患者,收集新加坡中华医院中医肿瘤科医师在门诊治疗的乳腺癌中药处方。草药型与颗粒(颗粒单)型的药名直接记录在资料库。颗粒(颗粒复)型或药丸型则根据厂家给予的方剂中药成分,将不同的药名记录在资料库。

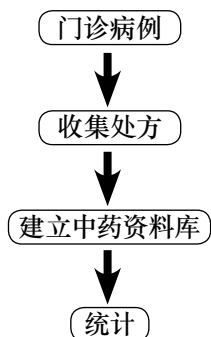
1.4 统计学处理

使用Excel建立数据库。本研究对中药分析主要使用的是描述性频次统计和频率统计分析。应用Excel进行分析,分析出中医师用中药次数的规律等。在计算机上做频数与频率统计,呈现于图表。

结果

1 新加坡乳腺癌的中医用药规律

1.1 研究流程



1.2 新加坡中华医院中医肿瘤科应用频次最多的前40味中药

本研究根据140病例，共收集了139张由数位新加坡中华医院中医肿瘤科医师在门诊所治疗的乳腺癌处方，1个病例则无处方。139张方中，75张为草药型，63张为颗粒(颗单、颗复)型，1张为药丸型。

在所收集的139张处方中，共有201味药，主要包括扶正培本类、软坚散结，利水化痰类、活血化瘀类、清热解毒类、以毒攻毒类、其它如理气类、安神类等。

其中，频次最多的前40味中药分布规律里，运用的药类最多的是扶正培本类14药(35.0%)，依次是清热解毒类8药(20.0%)、理气类7药(18%)、软坚散结，利水化痰类5药(12.5%)、活血化瘀类3药(7.5%)、以毒攻毒类0药(0.0%)，其它类则4药(10%)。

扶正培本类的14味中药包含了白术、党参、白芍、黄芪、甘草(生)、鸡血藤、太子参、炙甘草、女贞子、枸杞子、当归、麦冬、鳖甲、大枣。清热解毒类的8味中药包含了半枝莲、土茯苓、白花蛇舌草、生地黄、玄参、白英、蒲公英、牡丹皮。理气类的8味中药包含了柴胡、陈皮、枳壳、香附、木香、砂仁、枳实、厚朴。软坚散结，利水化痰类的5味中药包含了茯苓、法半夏、玄参、瓜蒌(全)、薏苡仁。活血化瘀类的3味中药包含了郁金、莪

术、川芎。其它类的3味中药包含了养心安神类的酸枣仁及远志、发散风寒解表类的桂枝。玄参则同时归类于软坚散结，利水化痰类以及清热解毒类。(见图1、表1.1、表1.2)

表1.1 应用频次最多的前40味中药分布规律

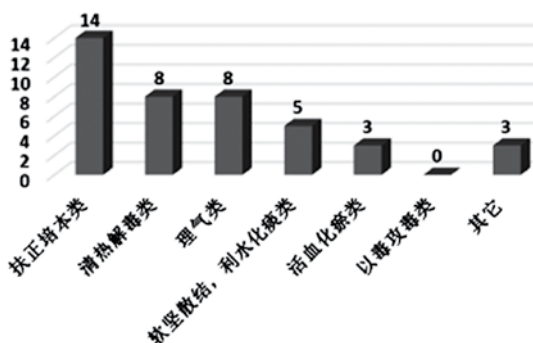
药名	频次	(%)	药名	频次	(%)
茯苓	130	93.5	生地黄	23	16.5
白术	124	89.2	酸枣仁	23	16.5
半枝莲	112	80.6	枳壳	22	15.8
党参	73	52.5	瓜蒌(全)	21	15.1
土茯苓	67	48.2	桂枝	21	15.1
陈皮	62	44.6	麦冬	21	15.1
白芍	57	41.0	香附	21	15.1
柴胡	56	40.3	木香	19	13.7
黄芪	55	39.6	砂仁	19	13.7
甘草(生)	51	36.7	玄参	19	13.7
鸡血藤	50	36.0	鳖甲	18	12.9
白花蛇舌草	49	35.3	白英	18	12.9
法半夏	49	35.3	川芎	18	12.9
郁金	49	35.3	蒲公英	18	12.9
太子参	47	33.8	枳实	18	12.9
炙甘草	47	33.8	牡丹皮	17	12.2
莪术	42	30.2	远志	17	12.2
女贞子	38	27.3	大枣	16	11.5
枸杞子	33	23.7	厚朴	16	11.5
当归	25	18.0	薏苡仁	16	11.5

表1.2 40味中药类的分布规律

药类	药物	次数	构成比(%)
扶正培本类	白术、党参、白芍、黄芪、甘草(生)、鸡血藤、太子参、炙甘草、女贞子、枸杞子、当归、麦冬、鳖甲、大枣	14	35.0%
清热解毒类	半枝莲、土茯苓、白花蛇舌草、生地黄、*玄参、白英、蒲公英、牡丹皮	8	20.0%
理气类	柴胡、陈皮、枳壳、香附、木香、砂仁、枳实、厚朴	8	20.0%
软坚散结，利水化痰类	茯苓、法半夏、*玄参、瓜蒌(全)、薏苡仁	5	12.5%
活血化瘀类	郁金、莪术、川芎	3	7.5%
以毒攻毒类	-	0	0.0%
其它类	酸枣仁、桂枝、远志	3	7.5%

* 玄参同时归类于软坚散结，利水化痰类以及清热解毒类

图1 40味中药类的分布规律



1.3 新加坡中华医院中医肿瘤科应用频次最多的下60味中药

频次最多的下60味中药分布规律里依次为八月扎、赤芍、山慈菇、丹参、防风、附子、生姜、熟地黄、山药、浙贝母、知母、薄荷、杜仲、桔梗、神曲、肿节风、绞股蓝、麦芽、栀子、没药、乳香、天花粉、泽泻、青蒿、王不留行、仙鹤草、夏枯草、夜交藤、白芷、合欢皮、黄芩、连翘、秦艽、桑椹、山茱萸、茵陈、柏子仁、地肤子、阿胶、姜黄、丝瓜络、石见穿、桑寄生、山楂、鱼腥草、百部、补骨脂、苍术、淡竹叶、葛根、瓜蒌子、干姜、黄精、怀牛膝、藿香、前胡、石菖蒲、三七、天麻、紫苏叶。(见表1.3)

表1.3 应用频次最多的下60味中药分布规律

药名	频次	(%)	药名	频次	(%)
八月扎	14	10.1	黄芩	6	4.3
赤芍	14	10.1	连翘	6	4.3
山慈菇	13	9.4	秦艽	6	4.3
丹参	12	8.6	桑椹	6	4.3
防风	12	8.6	山茱萸	6	4.3
附子	12	8.6	茵陈	6	4.3
生姜	12	8.6	柏子仁	5	3.6
熟地黄	11	7.9	地肤子	5	3.6
山药	11	7.9	阿胶	5	3.6
浙贝母	11	7.9	姜黄	5	3.6
知母	11	7.9	丝瓜络	5	3.6
薄荷	10	7.2	石见穿	5	3.6
杜仲	10	7.2	桑寄生	5	3.6

桔梗	10	7.2	山楂	5	3.6
神曲	10	7.2	鱼腥草	5	3.6
肿节风	10	7.2	百部	4	2.9
绞股蓝	9	6.5	补骨脂	4	2.9
麦芽	9	6.5	苍术	4	2.9
栀子	9	6.5	淡竹叶	4	2.9
没药	8	5.8	葛根	4	2.9
乳香	8	5.8	瓜蒌子	4	2.9
天花粉	8	5.8	干姜	4	2.9
泽泻	8	5.8	黄精	4	2.9
青蒿	7	5.0	怀牛膝	4	2.9
王不留行	7	5.0	藿香	4	2.9
仙鹤草	7	5.0	前胡	4	2.9
夏枯草	7	5.0	石菖蒲	4	2.9
夜交藤	7	5.0	三七	4	2.9
白芷	6	4.3	天麻	4	2.9
合欢皮	6	4.3	紫苏叶	4	2.9

讨论

1 新加坡乳腺癌用药规律

以往的研究证明,在乳腺癌综合治疗中,中医药可以起到延长生存期和提高生存质量的作用^[4]。西医治疗常会给肿瘤患者产生一些损伤而导致一些中医证候的产生,如手术后的气血亏损、化疗后的脾胃虚弱、放疗后的热毒伤阴^[2]等。辅助用药也相当于预防用药,针对损伤用药,通过用药方剂加减,减少不良证候的产生。2014年《指南》总结了乳腺癌中西医结合治疗途径(防护、加载、巩固、维持治疗)与单纯中医治疗途径^[2],并研究了防护、加载、巩固、维持、单纯中医治疗的模式在乳腺癌治疗中的分布特点^[5]。肿瘤专家治疗乳腺癌有三大治则:1.以扶正祛邪为治疗乳腺癌的根本大法;2.辨证与辨病相结合;3.健脾益肾,理气通络为重要治则^[1]。

本研究运用的药类最多的是扶正培本类14药(35.0%),依次是清热解毒类8药(20.0%)、理气类8药(20%)、软坚散结,利水化痰类5药(12.5%)、活血化瘀类3药(7.5%)、

以毒攻毒类0药(0.0%)，其它类则3药(7.5%)。最常用的中药频次比率为茯苓(93.5%)与白术(89.2%)。茯苓性味甘、淡、平，归心、脾、肾经，具有利水消肿、渗湿、健脾、宁心安神的功效，可用于治疗水肿，小便不利，泄泻，带下，淋证等水湿疾病。茯苓有利而兼补的特点，性平和缓，利水而不伤气，祛邪而不猛烈，扶正而不峻补，是利水渗湿之要药。茯苓虽归类为软坚散结，利水化痰类，但在治疗乳腺癌起了重要的健脾功能，间接加强扶正治则。白术性味甘、苦、温，归脾、胃经，具有健脾益气、燥湿利尿、止汗、安胎的功效。白术长于益气健脾，补脾益不足，治疗脾虚湿困而偏于脾弱的虚证者。茯苓白术药对常见，从古至今的医家在健脾益气重用。茯苓和白术药性平和，均是祛湿中药的上品。二药伍用，一燥一渗，运利结合，水湿利则脾气健，健脾气而运水湿，平补平利，湿除肿消。虽然此研究的痰湿证候要素不显著，由于新加坡气候环境一年四季偏湿浊，因地制宜，在使用扶正的原则上兼有祛湿功能，达到治疗与预防的目的。

前10味频次最多的中药有5味是扶正培本类。除了白术，扶正培本类的中药有党参(52.5%)、白芍(41.0%)、黄芪(39.6%)、生甘草(36.7%)。

党参性味甘、平，归脾、肺经，具有补脾肺气、补血、生津的功效。新加坡医师多用党参，少用人参，或在一般的补益脾肺之气的方剂中，以党参代替人参，也因同等级的人参价格明显昂贵。党参味甘性平，补益脾肺之气、生津之功与人参相似而药力较缓，为补中益气之良药，并能补血，多用于脾胃气虚、中气不足、肺气亏虚、气津两伤、气血双亏的面色萎黄，头晕心悸，以及气虚外感、正虚邪实之证。党参在此研究常用于乳腺癌的气虚证候要素。

白芍性味苦、酸、微寒，归肝、脾经，具有养血敛阴、柔肝止痛、平抑肝阳、止汗的功效。白芍止痛善于收敛肝阴，养血柔肝，缓急

止痛，故治疗肝阴不足，血虚肝旺，肝气不舒，肝脾不和所致的胁肋疼痛，脘腹四肢拘挛作痛。白芍能平抑肝阳，敛阴止汗，常用于治疗肝阳上亢所致的头痛眩晕、烦躁易怒等症。白芍也用于外感风寒、营卫不和之汗出恶风以及阴虚盗汗。白芍与柴胡配伍，柔肝疏肝解郁，常用在和解方剂如逍遥散、四逆散等。在此研究，白芍是阴虚与气滞证候要素的最常用中药。

黄芪性味甘、微温，归脾、肺经，具有健脾补中、升阳举陷、益卫固表、利尿、托毒生肌、补气行血的功效。黄芪与党参皆味甘，归脾肺经，均能补益脾肺之气，以及补气生血，都可用治脾气虚弱，中气不足的倦怠乏力、食少便溏，肺气虚弱的咳嗽、短气喘促、懒言声微、自汗脉虚，气津两伤的短气口渴，气血亏虚的面色苍白或萎黄、乏力、头晕、心悸，皆为补中益气之要药。黄芪长于补气升阳，为治气虚下陷之要药，并能益卫固表，利尿消肿，托疮生肌，补气以行滞，益气而摄血。黄芪也常用于治疗气虚自汗，脾虚水湿失运的浮肿、尿少，气血亏虚的疮疡难溃难腐，或溃久难敛，气虚而致血滞、筋脉失养的痹痛、麻木、半生不遂、肿瘤病化疗期间或化疗后遗症的手指麻痹，脾虚不能统血所致失血证等。黄芪在此研究常用于乳腺癌的气虚证候要素。黄芪与党参配伍，常用在补益方剂如补中益气汤、归脾汤等。

甘草性味甘、平，归心、肺、脾、胃经，具有补脾益气、祛痰止咳、缓急止痛、利尿解毒、调和诸药的功效。偏清热解宜生甘草，补中缓急宜炙甘草，润肺止咳宜蜜炙甘草。甘草为甘平之品，能补脾益气，缓急止痛，润肺止咳，清热解毒，和解药性，别名有“国老”之称。甘草可用治于脾气虚弱，脘腹挛急作痛，肺虚久咳，疮疡肿毒，以及缓解某些药物的毒性与烈性。甘草常与白芍同用(芍药甘草汤为基础)，相使白芍的缓急止痛的作用，随证配伍用于血虚、血瘀、寒凝等多种原因

所致的脘腹、四肢挛急作痛。甘草善于调和百药，在许多方剂中发挥调和药性的作用。通过解毒可降低某些药(如附子)的毒烈之性。通过缓急止痛可缓解方中某些药(如大黄)刺激肠胃引起的腹痛。其甜味浓郁，能矫正方中药物的滋味，并能补益心气，祛痰止咳。甘草也可用于治疗心气不足的心动悸、脉结代，血虚脏躁证，随证配伍的寒热虚实有痰无痰的咳嗽气喘，咽喉肿痛，以及药物或食物中毒。甘草在此研究常用于乳腺癌的气虚证候要素。此研究的前10味频次最多的扶正培本中药为生甘草，并非炙甘草，可因炙甘草性质偏滋腻。在治疗新加坡乳腺癌患者扶正培本固然重要，但是清热解毒治则也不能忽略，也缓解方剂中药配伍的偏性或毒性。

新加坡中华医院肿瘤科医师对于使用以毒攻毒的药物较少，在前40味常用中药分布频次为0。以毒攻毒药性较猛烈，99%的新加坡乳腺癌患者都接受西医治疗包括化疗放疗，所以新加坡医家面对单纯中医治疗的患者的情况很少，在使用抗癌药物偏向清热解毒类。此研究，新加坡中华医院的肿瘤医家最常用的清热解毒抗癌药为半枝莲(80.6%)、土茯苓(48.2%)与白花蛇舌草(35.3%)。半枝莲性味辛、平，归心、小肠、肺经，具有清热解毒、利水消肿的功效。土茯苓性味甘、淡、平，归肝、胃经，具有解毒、通利关节、除湿的功效。白花蛇舌草性味微苦、甘、寒，归胃、大肠、小肠经，具有清热解毒、利湿通淋的功效。半枝莲与白花蛇舌草皆能清热解毒，利湿通淋，均可用于治痈肿疮毒、毒蛇咬伤、热淋涩痛、小便不利。此研究的清热解毒药类在许多药理学研究发现具有通用抗癌功能^[3]。新加坡的医家治疗肿瘤病，在辨病辨证基础方里，根据患者的不同治疗阶段与病情程度，均酌情加入清热解毒类的抗癌药。

最常用的前10味药的理气药为陈皮(44.6%)与疏肝解郁药柴胡(40.3%)。陈皮性味辛、苦、温，归脾、肺经，具有理气健脾、燥

湿化痰、行气通痹止痛的功效。柴胡性味苦、辛、微寒，归肝、胆经，具有解表退热、疏肝解郁、升举阳气、退热截疟的功效。

乳腺癌患者一般因伴发抑郁表现为失眠症状。新加坡医师常用的养心安神药为酸枣仁(16.5%)与远志(12.2%)。酸枣仁性味甘、酸、平，归心、肝、胆经，具有养心益肝、安神、敛汗、敛阴生津止渴的功效。远志性味苦、辛、温，归心、肾、肺经，具有宁心安神益智、开窍、祛痰、消散痈肿的功效。酸枣仁与远志皆可用治阴血不足、心脾两虚等所致的心悸怔忡、失眠多梦、健忘等心神不宁的虚证。

小结

从数名新加坡中医肿瘤科专家治疗乳腺癌的用药规律，临床治疗乳腺癌辨病辨证结合以扶正为主，益气补阴健脾，并注重理气调肝，在酌情加入清热解毒类的抗癌药。具体用药时，在不同治疗阶段根据证型选择不同的治疗法则，如对于手术后的患者，气虚证候要素为主，采取补益气血为主的治法。不同的专家在乳腺癌的治疗用药上虽然各异，但辨证思路基本相同，用药加減于不同治疗阶段和病情程度，在临床上取得疗效。

参考文献

- [1] 孙桂芝(主编). 孙桂芝实用中医肿瘤学(M), 各论胸部肿瘤章, 第四节乳腺癌, 2009年
- [2] 林洪生.《恶性肿瘤中医诊疗指南》(M).北京: 人民卫生出版社, 2014年
- [3] 各种肿瘤常用抗肿瘤中药, <http://www.tcm360.com/zyly/disease/707-15527.html>, 岭南中药网, 中医疗养。
- [4] 殷东风, 高宏, 周文波, 等. 中药治疗晚期乳腺癌患者内分泌治疗依从性及生存期影响的临床研究[J].《现代肿瘤医学》, 2013, 21(5):1050-1053
- [5] 闫思超, 殷东风, 高宏, 等. 中医五种治疗模式在乳腺癌患者中的应用情况[J].《湖北中医杂志》, 2016, 38(6):21-24

新加坡胃食管反流病的证候规律及相关因素研究

新加坡·何宇瑛 沈洪*

【摘要】通过回顾性病例分析，进行新加坡流行病学调查，归纳胃食管反流病的证候分布规律，并找出与证候的相关因素，探讨发病的病因病机和病程的演变，为中医的临床辨证治疗提供参考。

【关键词】胃食管反流病；新加坡；中医证候；相关因素

胃食管反流病西医常规治疗是质子泵抑制剂(Proton pump inhibitor, PPI)治疗，能为大部分患者有效抑制胃酸的异常分泌，明显缓解临床症状，有良好疗效。本病病程长，易复发，初病以烧心、反酸等消化系统症状为主，久病可有反复咳嗽，慢性咽痛，甚至哮喘等呼吸系统的症状，是胃肠动力异常的功能性胃肠病。新加坡中医治疗本病有多年历史，本地医师们积累了丰富的辨证治疗的临床经验，对本地中医治疗的总结，进一步指导临床治疗很有意义。本文通过收集新加坡胃食管反流病中医治疗505例，进一步分析本病的证候分布规律，为临床治疗提供参考。

1 研究对象

新加坡中华医院2005年1月至2015年12月新加坡中华医院门诊电脑诊病系统的胃食管反流病患者505例。

2 诊断标准

2.1 西医诊断标准：

参照中华医学会消化病学分会制定的2014年《中国胃食管反流病专家共识意见》制定的诊断标准^[1]。符合A及C-D中任何一条，或符合B都可诊断为GERD。

A. 典型临床表现

有典型的胃食管反流病症状，如明显烧心、反酸、胸骨后灼痛、反食等，采用反流诊断问卷RDQ(Reflux Diagnostic Questionnaire)量表^[2]。

B. 胃镜检查报告诊断为GERD者。

C. 诊断性治疗：对拟诊患者或疑有反流性食管外症状的患者，尤其是上消化道内镜查明阴性时，可采用诊断治疗(PPI实验)已被证实是行之有效的方法。建议服用标准剂量PPI，一日两次，疗程1-2周。服药后如症状明显改善则支持酸相关GERD的诊断。

D. NERD的诊断：已经行食道24h pH监测的诊断或已经行食管测压检查的诊断，又或者已经行食管胆汁反流测定的诊断。

2.2 中医证候诊断标准：

参照《胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009，深圳)》^[3]、2002年国家药品监督管理局颁布的《中药新药临床指导原则》及《中医内科学》中的“泛酸”、“反胃”、“胃痛”、“嗳气”、“胸痹”、“嘈杂”、“噎证”诊断标准制定。

2.2.1 肝胃不和证

主症：泛酸；烧心；胸骨后疼痛，牵及两胁；嗳气。次症：纳差；情志不畅则加重；打呃；恶心。舌脉象：舌质淡红，舌苔白或薄白，脉弦。

2.2.2 肝胃郁热证

主症：烧心，胸骨后灼热疼痛，口酸。次症：嗳气，食物反流，上腹灼热疼痛或胀满，嘈杂，易饥，口渴，口苦，大便干，急躁，舌质红，苔黄，脉滑数或弦数或细数。

2.2.3 中虚气逆证

主症：泛酸；泛吐清涎；嗳气呃逆；胃脘隐痛。次症：食少纳差；胃脘痞满；神疲

乏力；大便稀溏。舌脉象：舌质淡红，舌苔薄白或白腻，脉沉细或细弱。

2.2.4 痰湿内阻证

主症：咽喉不适如有痰，情志不畅则加重；胸膈不适；烧心；泛酸；吞咽不利。次症：嗳气或反流；声音嘶哑；夜半呛咳或气喘；神情忧郁。舌脉象：舌质淡红，舌苔腻或有瘀斑，舌苔白厚，脉弦细或弦涩。

证型确定：舌脉象符合，具备主症2项和次症1项或2项。证候可单独出现，也可相兼出现，临床上应抓主要病机，分清证候的主次。

3 病例纳入标准

①已经西医检查被诊断为胃食管反流病患者；②以胃食管反流病四大症状(反酸、烧心、胸骨后疼痛、反胃或呕吐)其中一症为主诉的患者，并连续3次求诊；如以胸骨后疼痛为主诉患者，注意病历记录内容，如有心源性心脏病相关记录不予纳入，或“心电图检查无异常”、“西医就诊后排出心脏问题”等予以纳入；③18岁以上的成年人。

注：所有纳入病例均应符合所参考的共识意见，前期不符合的需剔除。

4 病例排除标准

有消化道器质性病变如胃溃疡、胃癌、食道癌等患者；妊娠患者

5 研究方法

5.1 资料收集

先进行200-300例预调查，根据本地病例的实际情况，因地制宜的原则，归纳形成新加坡胃食管反流病中医证候研究调查表，根据此调查表，从新评估预调查病例，以再纳入和剔除处理，并收集病例至505例。进行证型归

纳,内容包括患者基本资料(种族,年龄,性别,婚姻,地址,就诊时间等)、病程、既往史、诱发因素、中医四诊情况内容和西医诊断等。病例收集参考患者5次到10次的就诊情况,如有出现报警信号如黑便、明显的体重下降、不能下咽等症状的患者,纳入剔除病例。

5.2 建立数据库及统计方法

采用Microsoft Excel建立数据库,每一个患者病历资料转录去新加坡胃食管反流

病证候调查表,再导入SPSS软件进行数据分析。统计学处理采用SPSS20.0软件,统计资料描述:符合正态分布的计量资料用平均数±标准差描述,不符合正态分布用中位数或众数描述;计数资料用频数、比例、百分比描述。差异性检验方法:卡方检验用于计数资料间比较,秩和检验用于等级资料间比较。对中医证型的可能相关因素进行单因素Logistic回归分析,将有统计学意义的变量进一步做多因素Logistic回归分析,各项相关指标量化方法见表1。检验水准:采用双检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

表1 各项相关指标量表方法

相关指标	代码	分类及量化单位
性别	X1	0=男,1=女
年龄	X2	0=小于45岁,1=45-59岁,2=60岁以上
病程	X3	0=1年内,1=1-5年,2=5年以上

6 结果

6.1 流行病学

6.1.1 性别和年龄分布

本次研究人群中男性167人,女性338人,男女比例1:2.02。最小年龄18岁,最大年龄89岁,经检验符合正态分布,平均年龄 53.5 ± 14.624 岁,各年龄段人群,50-69岁发病率最高(43.47%),其次为40-49岁(17.03%),30岁以下的发病率最低,经卡方检

验, $\chi^2=12.496$, $P=0.02$, $P<0.05$,提示年龄与性别在GERD的发病存在相关性。

6.1.2 病程分布

本研究,病程1年内患者比例最高,占78.1%,5年内次之,有80例,占15.85%,病程5-10年内有14例,占2.8%,病程10年以上患者有15例,占2.9%。

6.1.3 诱发病因分析

本次研究病例中,情志因素诱发患者最多,有83例,其次饮食因素诱发患者57例,药物或保健品53例,劳逸失调患者有21例,肥胖或超重患者3例。电脑资料无表达发病原因者诱因患者为不明原因,有288例。

6.2 频率最高的10大症状

在505病例中,患者常见临床症状进行频数统计,详见表,最常见的前10个症状为:反酸(84.75%)、口酸(50.69%)、嗝气(49.30%)、上腹部胀满(46.93%)、咽痛或咽部异物感(38.61%)、口干喜饮(29.30%)、烧心(23.37%)、胸骨后疼痛(23.37%)、胃嘈(23.37%)、上腹部灼热感(21.00%)、口苦(20.00%)。

6.3 舌象和脉象分布

舌象以淡红舌最多,其次为红舌,脉象以弦脉最常见,其他依次为细脉、数脉、滑脉。

6.4 证候分布

505例患者的中医证候最常见的是肝胃郁热证195例(38.61%);从多到少依次为肝胃不和证118例(23.37%)、中虚气逆证108例(21.39%)、痰湿内阻证65例(12.87%)、阴虚胃热证11例(2.18%)、气滞血瘀证8例(1.58%)。

6.5 证候与多因素的关联性分析

6.5.1 证候与性别的关系

每一个证候的发病率女性高于男性。

经Fisher's精确检验, $\chi^2=13.635$, $P=0.018$, $P>0.05$, 认为研究人群证候的性别分布差异无统计学意义。

6.5.2 证候与年龄的关系

将研究人群按世界卫生组织新年龄分段标准分为青年(<45岁)、中年(45-59岁)、老年(≥ 60 岁)。各证型年龄分布见表1-14, 经卡 $\chi^2=11.645$, $P=0.309$, $P>0.05$, 提示各证候的年龄分布没有统计学意义。

6.6.3 证候与病程的关系

研究人群的不同病程与证候分布情况: 经Kruskal-Wallis H检验, $P=0.000$, $P<0.05$, 提示不同病程的中医证候分布有统计学意义。进一步分析各证候与病程的关联性: 肝胃郁热证与病程1年以内存在关联性($\chi^2=7.975$, $P=0.044$, $P<0.05$); 中虚气逆证与病程10年以上存在关联性($\chi^2=17.716$, $P=0.01$, $P<0.05$); 气滞血瘀证与5-10存在关联性($\chi^2=18.735$, $P=0.000$, P 小于0.05); 其余病程与证候分布无明显差异($P>0.05$)。

6.7 证候相关因素多元逐步回归分析

6.7.1 证候单因素Logistic回归分析

由表2、表3、表4、表5可见, 肝胃不和证的相关因素: 病程; 肝胃郁热证的相关因素: 病程、饮食因素、情志心理因素; 中虚气逆证的相关因素: 病程、情志心理因素、药物因素; 痰湿内阻证的相关因素: 药物因素、情志心理因素。

表2 证候单因素回归分析结果

		OR(95%CI)P
		肝胃不和证
病程	2/0	0.108(0.014-0.804)0.030
	1/2	11.623(1.488-90.796)0.019

表3 证候单因素回归分析结果

		OR(95%CI)P
		肝胃郁热证
病程	2/0	0.483(0.279-0.838)0.010
情志心理因素		2.004(1.232-3.258)0.005

表4 证候单因素回归分析结果

		OR(95%CI)P
		中虚气逆证
病程	1/0	2.268(1.313-3.917)0.003
	2/0	4.234(1.953-0177)0.000
情志心理因素		0.400(0.193-0.830)0.014
药物因素		1.953(1.041-3.664)0.037

表5 证候单因素回归分析结果

		OR(95%CI)P
		痰湿内阻证
性别	2/0	0.580(0.341-0.985)0.044
情志心理因素		0.220(0.067-0.718)0.012

6.7.2 证候多因素逐步Logistic回归分析

由表6可见, 证肝胃不和证相关因素: 病程; 肝胃郁热证的相关因素: 病程、情志心理因素、饮食因素; 中虚气逆证的相关因素: 病程、情志心理因素; 痰湿内阻证的相关因素有情志心理因素。

表6 证候多因素逐步Logistic回归分析结果

证型	指标	OR(95%CI)P
肝胃不和证	病程2/0	9.268(1.244-69.04)0.030
	病程1/2	11.623(1.488-90.796)0.019
肝胃郁热证	病程1/0	0.511(0.293-0.893)0.018
	情志心理因素	1.927(1.173-3.163)0.010
	饮食因素	0.412(0.212-0.799)0.009
中虚气逆证	病程1/0	2.123(1.221-3.693)0.008
	病程2/0	4.242(1.935-9.302)0.000
	病程1/2	0.236(0.108-0.517)0.000
	情志心理因素	0.455(0.216-0.958)0.038
痰湿内阻证	情志心理因素	0.220(0.067-0.718)0.012

7 讨论

7.1 流行病学资料分析

在研究病例中, 男性167人, 女性338人, 男女比例1:2.02。年龄方面, 年龄最小是18岁, 最大是89岁, 平均年龄 53.5 ± 14.624 , 年龄跨度较大, 本研究发病年龄以45-70岁患者发病率比较高, 以50-69岁发病率最高(43.7%), 45岁以下及70岁以上发病率相对低。新加坡法定的退休年龄67岁, 在50-69岁的年龄层, 脏腑精气日渐衰退, 仍然承受同样的工作压力和家庭负担, 发病率为最高。性别方面, 45岁以下男女发病率无明显差异, 45岁以上女性发病明显升高, 45-59岁之间, 女性的发病率约是男性的2倍, 60以上, 女性发病率为男性的3倍。一般流行病学也是女性比男性高。病程分布上, 小于1年的明显高, 1-5年或5年以上的比较少, 说明在新加坡重视对本病宣传教育、科普教育有关, 国民对本病有一定的认识, 早期发病, 积极治疗, 避免病程进一步发展, 说明患者一般1年里积极接受治疗的患者, 大部分病情可以稳定下来, 所以病程大于1年甚至5年以上的比较少。在新加坡, 就诊中医的患者群中, 女性明显比男性多。

7.2 中医证候与相关因素分析

7.2.1 精神心理因素

精神心理因素有83例, 占总发病率16.4%, 这统计数据低, 可能与病例记录不详有关。在回归分析显示与肝胃郁热证、中虚气逆证、痰湿内阻证有相关联, 见表6。肝的生理特点主升、主动, 体阴而用阳, 其功能主疏泄, 调气机。当情志失常, 肝木之气不畅达、不能升发反郁滞, 故有“百病生于气也”(《素问·举痛论》)。《症因脉治》记载也有“恼怒忧郁, 伤肝胆之气, 木能生火, 乘胃克脾, 则饮食不能消化, 停积于胃, 遂成

酸水浸淫之患矣。”指肝郁气滞, 横逆犯胃, 木克土而致病。如饮食伤胃或素有脾胃虚弱, 则土虚木乘而发病, 肝气不舒或肝气升发太过都与精神心理因素相关。研究证明胃食管反流病患者焦虑和抑郁影响生活质量并成负相关, 加重病程^[4]。

7.2.2 药物因素

药物因素包括患有高胆固醇血症, 高血压病服用钙离子阻滞剂, 心脏病服用抗凝药, 患有免疫系统疾病服用类固醇, 痛风等需要经常服用止痛药的患者或保健品补铁、深海鱼油的患者有53例, 是总发病率的10.5%, 在诱发病因分析中占24.4%。在单因素回归分析结果显示, 中虚气逆证有相关性($OR=3.024, 95\%CI: 1.346-6.796$), 有研究显示高甘油三脂血症是症状性的胃食管反流病危险因素^[5]。同时也认为与服用非甾体类抗炎药^[6]、和心脏病患者服用抗凝药都是发病的危险因素^[7]。

7.3 从证候特点及病机演变分析

胃食管反流病是慢性反复发作的疾病, 中医学以辨证论治和整体观相结合为治疗特点, 整体观是强调人体与社会和大自然是一个整体, 能自我调节和相互适应的有机统一, 人体以五脏六腑为中心, 各脏腑生理病理互相联系、互相影响, GERD在人体的疾病发展不单纯影响胃与食管, 也影响其他脏腑组织器官的功能, 不同证候特点也出现在不同的病理阶段, 总结归纳证候特点和证型的分布及与其相关因素, 分析病程的演变, 以提高辨证的准确性。

7.3.1 GERD的总证候特点

本研究通过505例病例的常见症状统计, 初步探明了GERD主要症状的频率和分布特点。频率出现较高的症状有反酸、口酸、暖气、上腹胀满、烧心、胸骨后疼痛, 其次为嘈杂、上腹灼热感、口苦、咽痛或咽部异物

感、等症状。中医的舌脉特点是病机的反映，病机与辨证密切相关。舌脉象在统计中出现频次较高的舌质主要有淡红舌、红舌、暗红舌；常见舌苔有薄白苔、白腻苔；常见的舌形有胖大舌、齿痕舌；部分有舌底脉络迂曲。出现频次最高的脉象有弦脉、细脉、滑脉、数脉。肝胃不和患者，症状常有泛酸、反胃、恶心，嗝气，上腹胀满，嘈杂、叹息等，舌淡红苔薄白，气滞日久则成瘀者，可见胸骨后的痞闷隐痛，吞咽不畅，舌质淡暗等证。兼有夹热者可见烧心，口干苦，舌苔薄黄，脉数等。脾胃虚弱，中气不足，推动无力也有泛酸、嗝气、上腹胀满、神疲乏力、便溏，舌淡白或淡红，脉细等证，一般病程较长，病久可有夹痰湿、夹热，可见上腹部烧灼感、闷塞感、部分患者常有咽部不适、咽有痰，脉细滑、脉濡等证。结合症状和舌脉分析，认为本病主要以肝胃不和、肝胃郁热之证候为主，其次是中虚气逆证和痰湿内阻证，可兼有气虚、夹痰湿、血瘀的征象。

7.3.2 主要证候的演变

根据多因素逐步Logistic回归分析显示，发病与精神心理因素相关，见表6。情志因素最密切，因工作的压力、生活的紧张，情志失调，肝郁气滞，七情之变，皆从火化，火邪灼热成痰，可见呕吐酸苦，剑突下、胸骨后烧灼感，反射至颈胸部、胃脘疼痛，口干，消谷的症状，为肝胃郁热证，也有因忧思伤脾，气结中焦，脾运不能，脾不散精，聚而生湿成痰，痰气互结食管，气机受阻，可见胸前闷痛。所以因精神心理因素而发病常有热、有气滞、有痰湿、也有血瘀等证候特点。饮食辛辣，伤津液，食管失于濡养，可见口咽干燥，间断性吞咽不畅，饥而不欲食，嘈杂反酸，为阴虚胃热之证候，如喜吃高脂肪食品，湿热自生，湿热阻滞气机，脾升胃降功能失司，胃失和降，为痰湿内阻而发病。喜冷饮，饮食寒冷，饮食过饱，中阳受损，脾胃功能减弱，胃脘消谷不及

时，可见进食后饱胀、嗝气，吐酸，神疲乏力，大便溏，舌质淡边有齿印，脉细为中虚气逆证候。久病不愈，气病及血，或气滞则血阻，可见胃脘、胸骨后疼痛明显，疼痛固定，吞咽困难甚至饮食难下，舌暗红或有瘀点，脉细涩为气滞血瘀之证候。一般初病在气，以实证为主，病理因素有气滞、痰湿、痰热，久病则脏腑功能虚损，多为中气不足，中虚气逆而发病，回归分析结果显示与病程有关，病程越长越多有中虚气逆证。

7.4 证候组成分析

主要证候类型有肝胃不和证候118例、肝胃郁热证候195例、中虚气逆证候108例、痰湿内阻证候65例、阴虚胃热证候8例、气滞血瘀证候11例。可见以前4个证候为主，并各自有兼夹证候。本研究致病因素归纳起来实证有气滞、痰湿、血瘀，虚证以脾胃虚弱为主，包括中焦的气、血、阴、阳的不足。本病发病多初始以实证为主，实证以肝胃不和证或肝胃郁热证为多见，视乎有明显热象以诊断，两者可互相转化。肝胃不和证与病程1年以上相关，肝胃郁热证与性别相关，多见女性，与女性更容易受精神情绪影响，而精神心理因素是发病的相关因素。中虚气逆证与病程相关，中焦脾胃虚弱患者，病程较长。食管是输送食物的管道，下连胃腑，具有腑的生理特点：传化物而不藏。脾主肌肉，当脾胃虚弱，下食管括约肌功能减弱，胃内容物反流入食管，这与食管廓清功能减弱，反流物滞留食管的观点有相似，临床治疗应健脾益气为主。同时中虚气逆证也与夹痰相关，因脾胃虚弱，推动无力，食管降浊功能减少，痰湿易生，所以中虚气逆证多有夹痰，治疗宜健脾益气，理气化痰，并不是清热以消炎。

7.5 情志心理因素与各证候密切相关

多因素回归分析显示，精神情志因素都是4个证型的相关因素。中医认为，情志因素

与肝密切相关,《临证备要·吞酸》“胃中泛酸,嘈杂有烧灼感,多因肝气犯胃”,因肝失疏泄,气机失调,胃腑通降功能失司,浊气则逆。现代医学也认为,精神心理因素是GERD的发病机制之一,认为“肠-脑轴”、“脑-肠互动”实现了胃肠道疾病与精神心理因素之间的相互联系、相互影响^[6]。

新加坡胃食管反流病在本地的中医临床治疗尚未有理论共识和立法基础,临床一般以辨证施治。本研究基于流行病学调查,利用统计学理论,归纳总结了GERD的中医证候规律,为临床治疗提供参考。对于证候的分析,因样本偏少,需要统计的变量多,有些变量不能进行,对临床症状的评估,只能统计频次,不能进行症状积分评定,对舌、脉的评估带有主观性,证型的判断可能出现偏差,对于证候和相关因素的作用机制需要进一步的研究。

总结

本组研究资料的发病年龄以50-69岁为最多,病程在1年内最多,发病因素以饮食因素、情志因素最常见,常见的前10位症状包括反酸、嗝气、上腹部胀满、咽部症状、口干、烧心、胸骨后疼痛、嘈杂、上腹部灼热感、口苦,常见的舌象为舌淡红,薄白苔,常见脉象为弦脉或细脉。证型比例肝胃郁热证>肝胃不和证>中虚气逆证>痰湿内阻证>阴虚胃热证>气滞血瘀证。证型进行了多元逐步Logistic回归分析显示,肝胃不和证与病程相关;肝胃郁热证与情志因素有关;中虚气逆证的相关因素有病程、情志因素;痰湿内阻证的相关因素也是与情志因素相关。

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

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会.2014年中国胃食管反流病专家共识意见[J].胃肠病学, 2015,20(3):155-168.
- [2] 中国胃食管返流研究协作组.反流性疾病问卷在胃食管反流病诊断中[J].2003,23(11):651-654.
- [3] 中华医学会消化病学分会.2014年中国胃食管反流病专家共识意见[J].胃肠病学, 2015,20(3):155-168.
- [4] 李菁.胃食管反流病患者焦虑及抑郁水平与生活质量相关性研究[J].人民军医, 2016, 59(9):931-933.
- [5] Li CH,Hsieh TC,Hsiao TH,Wang PC,Tseng TC,Lin HH,Wang CC.Different risk factors between reflux symptoms and mucosal injury in gastroesophageal reflux disease. Kaohsiung J Med Sci 2015;31:320-327.
- [6] Ruszniewski P,Soufflet C,Barthelemy P.Nonsteroidal anti-inflammatory drug use as a risk factor for gastro-oesophageal reflux disease:an observational study. Aliment Pharmacol Ther 2008;28:1134-1139.
- [7] 林璦璦.冠心病与胃食管反流病相关性危险因素研究[J].现代消化及介入诊疗, 2015,20(6):620-622.
- [8] Chang L,Sundaresh S,Elliott J,Anton PA,Baldi P,Licudine A,Mayer M,Vuong T,Hirano M,Naliboff BD,Ameen VZ,Mayer EA.Dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal(HPA)axis in irritable bowel syndrome. Neurogastroenterol Molil 2009;21:149-159.



推拿治疗小儿咳嗽

新加坡·黄淑苹

咳嗽的病因

咳嗽是以咳嗽阵作为主症的肺系疾病，有声无痰为咳，有痰无声为嗽，有声有痰谓之咳嗽。咳嗽是小儿常见的病症，也是小儿上呼吸道感染的主要症状。咳嗽一年四季均可发生，以冬春二季发病率高，任何年龄小儿皆可发病，以婴幼儿为多见。平均成人一年内可患2-4次咳嗽或感冒，而小儿相对比较低下高出许多，每年6-12次，成为导致小儿上课缺席最主要的疾病。此外，由于在密闭空间小儿长时间近距离接触，所以上托中心的小儿患病的数据比一般小儿较多。随着小儿成长，他们的免疫系统会逐渐增强，对环境中的病毒或细菌产生抗体，所以一般小儿在6岁以后，患病的次数会逐渐减少。根据竹脚妇幼医院所发的数据显示一般新加坡的小儿一年内可以患上6-12次咳嗽或感冒。临床上可以见到越来越多的家长选择小儿推拿治病和防病。小儿推拿是绿色疗法，不必打针吃药，没有毒性和不良反应，也不需要医疗器材，手法简单易用。近期门诊来了不少小儿寻求咳嗽治疗。本文章运用湖南派小儿推拿治疗疗法，注重开阖相配，调和阴阳。

西医认为咳嗽是人体的一种自行发生的防御反射动作，能将呼吸道的分泌物或异物排出，所以小儿咳嗽是一种人体的保护性反射，多由呼吸道感染、过敏性疾病、肺循环障碍等原因引起。本病相当于西医学所称之气管炎、支气管炎。小儿咳嗽分急性咳嗽和慢性咳嗽，一般咳嗽时间 <3周的称为急性咳嗽，咳嗽时间 >4周的为慢性咳嗽，两者之间的为亚急性咳嗽。急性咳嗽多由呼吸道(包括咽、喉、气管、支气管、肺部)感染细菌、病毒、支原体或支气管异物引起。慢性咳嗽的原因可能为上气道感染综合征、咳嗽变异性哮喘、胃食管反流、嗜酸细胞性支气管炎、慢性支气管炎、支气管扩张、气管支气管结核、心理性咳嗽、异物吸入等。

中医学认为咳嗽发生的原因，主要为感受外邪。其中又以感受风邪为主，可夹寒或夹热。咳嗽的病变部位在肺，常涉及于脾。肺为娇脏，主皮毛，主宣发，主一身之表。小儿生理特点为“肺常不足”，小儿之肺气宣发功能

尚不健全，腠理开阖、固表抗邪的功能较弱，故易为邪气所感。外邪从口鼻或皮毛而入，邪侵于肺，肺气不宣，清肃失常而发生咳嗽。小儿“脾常虚”，脾虚生痰，上贮于肺，或久咳日久不愈耗伤肺气，皆可导致肺气不宣，清肃失职而发生咳嗽。小儿运化功能较弱，在进食相对较多的时候，容易形成食积而导致咳嗽。

咳嗽的治疗

咳嗽的治疗，可分外感或内伤。外感咳嗽发病较急，咳声高扬，病程短，伴有表证，多属于实证；内伤咳嗽发病较缓，咳声低沉，病程较长，多兼有不同程度的里证。外感咳嗽以疏散风邪、宣通肺气为基本治则，根据寒、热证候不同治以散寒宣肺、解热宣肺。内伤咳嗽应辨别病位、病性，随证施治。若痰湿盛者，则燥湿化痰；若痰热蕴肺者，则清肺化痰；若阴虚者，则养阴润肺；若夹食积者，宜消积止咳。

1. 外感咳嗽

a. 风寒咳嗽

证候：咳嗽频作，咽痒，痰白清稀，鼻塞流涕，发热恶寒，无汗，头痛，全身酸痛，舌苔薄白，脉浮紧或指纹浮红。

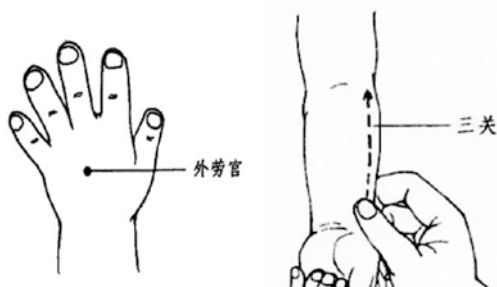
证候分析：外邪犯肺，肺气不宣，清肃失常导致咳嗽频作，咽痒；肺开窍于鼻，肺失宣降则鼻塞流涕；肺气运行津液功能失常，津液凝聚成痰则痰白清稀；风寒袭表，汗孔闭塞，则无汗；外邪阻遏了人体卫外之气，卫阳郁闭则发热；卫阳不能外达温煦肌表则恶寒；风寒阻滞经络，不通则痛，则表现为头痛，全身酸痛；舌苔薄白，脉浮紧或指纹浮红为风寒咳嗽之象。

治法：疏风散寒，宣肺止咳

处方：开天门、推坎宫、揉太阳、按总筋、分阴阳各24次，补脾经200次，清肝经100次，清心经100次，清肺经200次，补肾经

200次，运内八卦、推揉膻中、揉擦肺俞、擦揉四小横纹各100次，揉外劳宫、推三关各100次，按揉风池、耳后高骨各5次，拿肩井5次。

方义：开天门、推坎宫、揉太阳、风池、耳后高骨疏风解表；推五经能调整脏腑功能，重点清肺经以宣肺止咳；推揉膻中，运内八卦宽胸理气，止咳化痰；揉擦肺俞、四小横纹、外劳宫、推三关能温阳散寒，宣肺止咳。



b. 风热咳嗽

证候：咳嗽不爽，痰黄粘稠，不易咯出，鼻流浊涕，口渴咽痛，伴发热恶风，头痛，微汗出，舌质红，苔薄黄，脉浮数或指纹浮紫。

证候分析：此证型可由感受风热之邪所致，也可由风寒之邪袭肺化热而来。风热之邪犯肺，肺失宣降，肺气上逆则咳嗽不爽；热灼津液为痰，则痰黄粘稠，不易咯出，鼻流浊涕；热邪上攻咽喉，耗伤津液，则口渴咽痛；风热之邪上攻头部，扰乱清窍，则头痛；风热之邪袭表，卫阳郁闭，则发热；热则汗孔舒张，则汗出；舌质红，苔薄黄，脉浮数或指纹浮紫为风热咳嗽之象。

治法：疏风解热，宣肺止咳

处方：开天门、推坎宫、揉太阳、按总筋、分阴阳各24次，清脾经200次，清肝经200次，清心经200次，清肺经300次，补肾经200次，推揉膻中、揉擦肺俞各100次，清天河水，退六腑各200次，擦揉四小横纹各100次，按揉风池、耳后高骨各5次，拿肩井5次。

方义：开天门、推坎宫、揉太阳、风池、耳后高骨疏风解表；推五经能调整脏腑功能，重点清肺经，配以清天河水、退六腑宣肺清热；推揉膻中、肺俞、四小横纹止咳化痰，宽胸理气。

2. 痰湿咳嗽

证候：咳嗽重浊，痰多壅盛，色白而稀，喉间痰声辘辘，胸闷纳呆，神乏困倦，舌淡红，苔白腻，脉滑。

证候分析：痰阻气道，肺失宣降，气机不畅，则咳声重浊，痰多壅盛，色白而稀；痰湿困阻中焦，气机不畅，则胸闷纳呆；痰湿困阻，清阳不升，则神乏困倦；舌淡红，苔白腻，脉滑为痰湿蕴肺之象。

治法：燥湿化痰止咳

处方：开天门、推坎宫、揉太阳、按总筋、分阴阳各24次，清补脾经150次，清肝经100次，清心经100次，清肺经200次，补肾经200次，分推肩胛骨、合阴阳、搓胁肋各100次，推揉膻中、揉擦肺俞各100次，擦揉四小横纹各150次，揉按丰隆、天突各100次，拿肩井5次。

方义：推五经能调整脏腑功能，重点清肺经，以宣肺止咳；分推肩胛骨、合阴阳行痰散结；推揉膻中、肺俞、四小横纹、搓胁肋止咳化痰，宽胸理气；揉按丰隆、天突止咳化痰。

3. 痰热咳嗽

证候：咳嗽痰多，色黄粘稠，难以咯出，甚则喉间痰鸣，发热口渴，烦躁不宁，尿少色黄，大便干结，舌质红，苔黄腻，脉滑数或指纹色紫。

证候分析：邪热稽留，炼液为痰，痰热相结，阻于气道，肺失清肃，则咳嗽痰多，色黄粘稠，不易咯出；热灼伤津液，则口渴，尿少色黄，大便干结；热扰心神则烦躁不宁；舌质红，苔黄腻，脉滑数或指纹色紫为痰热蕴肺之象。

治法：清肺化痰止咳

处方：开天门、推坎宫、揉太阳、按总筋、分阴阳各24次，清脾经150次，清肝经200次，清心经200次，清肺经200次，补肾经200次，清天河水，退六腑各200次，水底捞明月25次，分推肩胛骨、搓胁肋各100次，推揉膻中、揉擦肺俞各100次，擦揉四小横纹各150次，捣小天心50次，揉按丰隆、天突各100次，拿肩井5次。

方义：推五经能调整脏腑功能，重点清肺经，配以清天河水、退六腑、水底捞明月宣肺清热；推揉膻中、肺俞、四小横纹、分推肩胛骨、搓胁肋止咳化痰，宽胸理气；捣小天心清热镇惊；揉按丰隆、天突止咳化痰。

4. 阴虚咳嗽

证候：干咳无痰，久咳不止，或痰少而黏，不易咯出，或痰中带血，口渴咽干，喉痒，声音嘶哑，手足心热，舌红，少苔，脉细数。

证候分析：外感咳嗽日久不愈，正虚邪恋，热伤肺津，阴津受损，阴虚生内热，热伤肺络，或阴虚生燥，而致久咳不止，干咳无痰，或痰少而黏，不易咯出，声音嘶哑；热灼伤肺络，迫血妄行，则痰中带血；阴津不足，则口渴咽干；阴虚生内热，则手足心热；舌红，少苔，脉细数为肺阴亏虚之象。

治法：养阴润肺止咳

处方：开天门、推坎宫、揉太阳、按总筋、分阴阳各24次，补脾经200次，清肝经200次，清心经100次，补肺经300次，补肾经300次，分阴、揉二人上马各100次，推揉膻中、揉擦肺俞各100次，擦揉四小横纹各150次，倒捏脊6次，拿肩井5次。

方义：推五经能调整脏腑功能，重点补脾经、补肺经健脾养肺；推揉膻中、肺俞、四小横纹止咳化痰，宽胸理气；分阴、揉二人上马、倒捏脊滋阴清热。

5. 咳嗽夹滞

证候：咳嗽，常伴有食欲不振，脘腹胀满，口味酸腐，大便干结，苔白腻，脉弦滑，指纹紫滞。

证候分析：小儿“脾常虚”，运化功能较弱，在进食较多的时候，容易导致脾胃受损，受纳运化失职，升降失调，乳食积滞，阻滞中焦，则脘腹胀满，食欲不振，口味酸腐；食积不消可化热，则大便干结；苔白腻，脉弦滑，指纹紫滞为乳食内积之象。

治法：消食化积止咳。

处方：咳嗽处方+揉板门、揉中脘、揉天枢、逆运内八卦各100次，摩腹50次。

方义：揉中脘、揉板门能健脾和胃，消食化滞；天枢、摩腹疏调大肠、理气消滞；逆运内八卦宽胸理气、止咳化痰、行滞消食。

病历

1. 叶XX，女，6岁，05/05/2018 来诊

主诉：咳嗽6天

现病史：外婆代诉小儿因进食过多零食后咳嗽6天，痰多，色黄粘稠，鼻塞，流涕色黄。现体温37.6度，纳差，食欲不振，腹胀，大便干结，眠可，夜间偶咳，舌淡红，苔根薄黄腻，脉滑数。左侧扁桃体肿大。肺部听诊清晰。

证型：痰热咳嗽夹滞

辨证分析：小儿脾胃虚弱，气不化津，痰易滋生，又因饮食不节，进食过多零食导致食积内热，炼液为痰，痰热相结，阻于气道，肺失清肃，则咳嗽痰多，色黄粘稠，鼻塞，流涕色黄；热灼伤津液，则大便干结；小儿“脾常虚”，运化功能较弱，进食过多零食易导致脾胃受损，受纳运化失职，升降失调，乳食积滞，阻滞中焦，则纳差，食欲不振，腹胀；舌质淡红，苔根薄黄腻，指纹色紫为痰热蕴肺夹滞之象。

治则：清肺化痰止咳，消食化积。

处方：开天门、推坎宫、揉太阳、按总筋、分阴阳各24次，清补脾经200次，清肝经200次，清心经200次，清肺经200次，补肾经200次，揉板门、逆运内八卦各100次，清天河水，退六腑各150次，水底捞明月25次，分腹阴阳、摩腹、分推肩胛骨各50次，推揉膻中、揉擦肺俞各100次，擦揉四小横纹、揉按丰隆各100次，拿肩井5次。

方义：推五经能调整脏腑功能，重点清肺经，配以清天河水、退六腑、水底捞明月宣肺清热；推揉膻中、肺俞、四小横纹、分推肩胛骨、搓胁肋止咳化痰，宽胸理气；揉按丰隆止咳化痰；清补脾经、揉板门、逆运内八卦宽胸理气，消食化积；分腹阴阳、摩腹理气消滞。

10/05/18：复诊，咳嗽、流涕改善，痰多黏难咯，现体温36.9度，纳差改善，眠可，二便调。舌淡红，苔薄白，脉滑数。左侧扁桃体肿大。继续小儿推拿治疗。

2. 李XX，男，1.5岁，19/04/18 来诊

主诉：咳嗽3天

现病史：母亲代诉小儿咳嗽3天，痰多，不会自行咯痰，略鼻塞，夜卧不安，近期体重减轻，小便色黄，纳眠可，大便调。舌略红，苔薄白，指纹淡紫。昨夜发热，现体温36.9度，咽后壁色红。

证型：风热咳嗽

证候分析：风热之邪犯肺，肺失宣降，肺气上逆则咳嗽，鼻塞；热灼津液为痰，则痰多；热邪上攻咽喉则咽后壁色红；风热之邪袭表，卫阳郁闭，则发热；热邪扰神则夜卧不安；热灼伤津液则小便色黄；舌略红，苔薄白，指纹浮紫为风热咳嗽之象。

治法：疏风解热，宣肺止咳。

处方：开天门、推坎宫、揉太阳、按总筋、分阴阳各24次，清脾经150次，清肝经200次，清心经200次，清肺经300次，补肾经200次，推揉膻中、揉擦肺俞各100次，清天河水，退六腑各200次，擦揉四小横纹各150次，

捣小天心**50**次，掐揉五指节**5**次，按揉丰隆**100**次，按揉风池、耳后高骨各**5**次，拿肩井**5**次。

方义：开天门、推坎宫、揉太阳、风池、耳后高骨疏风解表；推五经能调整脏腑功能，重点清肺经，配以清天河水、退六腑宣肺清热；推揉膻中、肺俞、四小横纹止咳化痰，宽胸理气；捣小天心、掐揉五指节镇静清热安神；按揉丰隆止咳化痰。

26/03/18：复诊，咳嗽愈，夜卧不安改善，纳眠可，二便调。近期体重减轻。

处方：开天门、推坎宫次、揉太阳、按总筋、分阴阳各**24**次，补脾经**200**次，清肝经**200**次，清心经**200**次，补肺经**200**次，补肾经**200**次，清天河水**150**次，捣小天心**50**次，掐揉五指节**5**次，分腹阴阳、顺时钟摩腹各**50**次，按揉足三里**100**次，捏脊**6**次，拿肩井**5**次。

方义：推五经能调整脏腑功能，重点补脾经以健脾助运；清天河水、捣小天心、掐揉五指节镇静清热安神；按揉足三里、分腹阴阳、顺时钟摩腹健脾消食化滞；捏脊调阴阳，理气血。

总结

咳嗽在临床上是小儿非常普遍的病症，成为导致小儿上课缺席最主要的疾病。小儿“肺常不足”，肺气宣发功能尚不健全，腠理开阖、固表抗邪的功能较弱，故易为邪气所感。临床上小儿推拿治疗小儿咳嗽有很好的疗效。治疗小儿咳嗽辨证应分外感内伤和寒热虚实。外感咳嗽又根据寒热不同而分为风寒咳嗽和风热咳嗽。内伤咳嗽又可分痰湿咳嗽，痰热咳嗽和阴虚咳嗽。此外，小儿脾胃稚弱，运化功能欠佳，在进食较多的时候，容易导致脾胃受损，受纳运化失职，乳食积滞。治疗咳嗽时应着重调护小儿的脾胃。

中医对眩晕的治疗

新加坡·陈昆宁

概述

眩晕在临床上是常见的病症，一般较多见于中老年人。当眩晕发作时病人会感觉天旋地转般难受，站不稳，严重者完全无法站立，有者还会恶心呕吐，胸闷塞感，双眼不敢睁开，直冒汗等等症状。

而引发眩晕的因素比较复杂，在这笔者纯以中医角度来谈。

中医对眩晕的认识

中医对造成眩晕的因素认为多是由于情志因素，饮食不节，久病体虚，劳累过度 and 因外伤等病因，导致风，火，痰及瘀邪上扰清窍或精亏血少，导致清窍失濡养而引发眩晕。

临床症见：眩晕，严重者天旋地转，站不稳或无法站立，恶心或呕吐，胸闷塞，冒汗等等。

眩晕在古代称为：头眩，掉眩，目眩，癩眩等病名。在历代古籍都有记载，比如《素问·至真要大论》认为：“诸风掉眩，皆属于肝”。《灵枢，卫气》认为“上虚则眩”。古代医家虽对眩晕有种种看法与诊断，虽在临床可以借鉴，但对本病并未比较全面的析解，一直至清代，才对本病的认识更加全面，进而才形成了一套比较完整的理论体系。

中医对眩晕的病因与病机

眩晕自有较全面的中医理论体系后，中医在临床上对引发眩晕的病因与病机共有4点：

1. 情志因素：中医理论告诉我们过度的情志会导致人的机体生病。譬如长期郁闷不舒或烦躁恼怒，都能引起肝火，因而导致肝阳上亢，肝阳一上亢，就引肝风内动，肝阳上升而上扰清窍，则引发眩晕。

2. 饮食不节因素：由于饮食不节而致脾胃虚损，引起脾胃虚弱，脾胃虚弱则气血生化无源；或嗜食肥甘美味，致脾胃受伤，则健运失司，致水谷不化精微，聚湿生痰，痰湿中阻，浊阴不降。进而清窍失濡养及痰湿阻清窍，而引起眩晕。

3. 体虚因素：在这体虚方面，中医认为与肝肾有关。由于机体久病不愈，或失血过度，或劳欲过度，或先天不足，或年老肾亏等等，引起肝血不足，以致肝阴不足，阴不制阳，肝阳则上亢；而肾为先天之本，藏精生髓，脑为髓海，肾精不充，则髓海不足，肝肾俱虚，进而清窍失濡养，而发眩晕。

4. 外来因素：由于外伤之因素或手术头部后，引致气血瘀滞，进而瘀阻清窍，而发为眩晕。

眩晕的临床表现

眩晕在临床表现最主要的是：头眩晕，较轻者则觉有摇晃感，觉头重脚轻，行走时浮感不稳，兼有视觉模糊感，闭目不动即止；较重则如觉天旋地转，不敢开眼，完全站不稳，甚则恶心呕吐，面色苍白，胸闷，冒汗等。

眩晕的辨证论治

眩晕的病变部位虽然是在脑清窍，但在中医的理论上，是和肝，脾及肾三脏功能失调有着密切的关系。

由于肝阴不足，肝郁化火，导致肝阳上亢，上亢扰清窍；而脾虚健运失司，气血不能生化，脾虚引致痰湿中阻；加上肾亏，肾精不足，生髓缺乏，脑髓贫乏，致清窍空虚。

在中医的辩证方面，眩晕多以虚证为主，所以在中医对眩晕的治疗原则主要是以补虚而泻实，调整阴阳。

而在虚证以气血两虚及肝肾精亏虚为多。在治疗原则上，气血两虚则应补气养血，而肝肾精虚者则滋补肝肾。而在实证的眩晕方面则以潜阳，泻火，化痰及祛瘀为治疗原则。

辨证分型与中药治疗

中医在眩晕的辩证分型方面以临床表现为重，一般可分为五大类型：

1. 肝阳上亢型：

症状：见眩晕，头痛，烦躁易怒，胸闷塞，耳鸣，口干或口苦，眼红干痛，颈项紧迫感，失眠多梦，尿黄，便干或秘，舌红苔黄或黄腻，脉弦数。

治则：平肝潜阳，清火泄热。

处方：龙胆泻肝汤加减或天麻钩藤汤加减

2. 气血两虚型：

症状：见头眩晕，动则加剧，疲劳则发作，面色晄白，倦怠无神，胸闷心悸，纳差，睡眠不佳难入眠，怕冷，四肢不温，尿频，便溏，舌淡，苔薄白，脉沉细弱。

治则：健脾益胃，补气养血。

处方：归脾汤加减。

3. 肝肾阴虚型：

症状：见眩晕频作，视觉减退，双眼干涩，午后潮热，

记忆减退，胸口烦热，耳鸣，倦怠无神，腰膝酸

软，男性遗精，女性月事不调，口干，舌绛红苔薄，脉细微弦。

治则：滋补肝肾，益阴养精。

处方：六味地黄汤加减。

4. 痰浊阻窍型：

症状：见眩晕，视物时觉物体在旋转，头重感，胸闷欲呕，呕吐粘痰，或痰白夹泡沫，或痰黄粘浊，纳少，觉腕胀，睡不安宁，舌淡红或微红，苔白腻或微黄腻，脉弦滑或滑数。

治则：健脾燥湿，和胃化痰。

处方：半夏白术天麻汤加减，或二陈汤加减。

5. 瘀血阻窍型：

症状：见眩晕，头痛如针刺般，胸闷心悸，倦怠，健忘，耳鸣，听觉减退，面色微暗，胃纳不佳，失眠，舌暗红，舌尖边有瘀点，脉弦涩或细涩。

治则：通窍活血，化瘀止晕。

处方：血府逐瘀汤加减，或通窍活血汤加减。

眩晕的针灸治疗

眩晕症在临床上除了用中药治疗外，古代的医家也常用针灸来协助治疗，笔者在临床上

也常配合针灸来治疗，也取的不错的疗效。

在临床上笔者针灸治疗上，常用的主穴为：

印堂穴，神庭穴，上星穴，百会穴，外关穴及合谷穴。

临床上再根据不同症型或症状表现做加减穴位应用。如：

1. 肝阳上亢型：

主穴：印堂穴，神庭穴及合谷穴。

配穴：曲池穴，行间穴及太冲穴。

手法：以泻法，不留针，强刺激得气后出针。

2. 痰浊阻窍型：

主穴：印堂穴，神庭穴，头维穴及合谷穴。

配穴：足三里穴，丰隆穴及阴陵泉穴。

手法：以平补平泻法，留针30分钟，间中运针2-3次。

3. 气血两虚型：

主穴：印堂穴，神庭穴，头维穴及合谷穴。

配穴：四神聪穴，足三里穴，阳陵泉穴，阴陵泉穴及太溪穴。

手法：以补法，留针30分钟，间中运针2-3次，再可配合神灯照射双足三里穴及太溪穴，或在足三里穴做针上灸2-3壮。

4. 肝肾阴虚型：

主穴：印堂穴，神庭穴，头维穴。

配穴：肝俞，肾俞，足三里穴，悬钟穴，照海穴及太溪穴。

手法：以平补平泻法，留针30分钟，间中运针2-3次。

5. 瘀血阻窍型：

主穴：印堂穴，神庭穴及合谷穴。

配穴：太阳穴，百会穴，膻中穴，曲池

穴，膈俞穴。

手法：以泻法，不留针，强刺激得气后出针。

临床上还要灵活根据病人具体情况，加减应用穴位。

病例三则介绍

1. 气血两虚型：（以颗粒中药治疗病例）

郑XX，女性，67岁。

19/4/2018，来诊诉，于凌晨约5点时醒时，突觉有眩晕，于转身时眩晕甚，立起及行走时感觉浮感。起身后冲泡美禄喝，喝后觉眩晕减退，来诊时已无觉眩晕，但仍觉头昏感，行走还可，胃纳还可，昨晚睡眠不佳，二便正常，舌微暗，苔薄，脉沉细。

BP: 139/77mmHg, P77

辨证：气血虚弱症。

处方：半夏白术天麻加重天麻，泡参，黄精及石斛。

6日量。

25/4/2018，复诊诉，经服中药后，已无发作眩晕，只于半夜时微觉头昏感，行走稳定，但睡眠不佳，胃纳可，二便正常，舌淡红，苔薄，脉沉细。

BP: 114/67mmHg, P79

处方：上方加柏子仁，7日量。

2. 气血两虚型：（针灸治疗病例）

蒋XX，女性，64岁。

18/1/2018，来诊诉，年来常头眩晕，西诊，西医诊断为“耳水不平衡”，服西药后，症仍常发作。常觉右侧头部紧感，常右头痛，左侧耳鸣数十年，觉眼睛疲劳，无胸闷，胃纳可，睡眠不佳，二便正常，舌淡红，苔薄，脉细。

BP: 148/63mmHg, P69

辨证：气血亏虚症。

处方：印堂穴，神庭穴，上星穴，头维

穴，率谷穴，外关穴，合谷穴。

手法：平补平泻，留针30分钟，间中运针3次。

12/2/2018，复诊诉，头眩晕改善，但近日来觉胸闷，自刮痧后胸闷减轻，右侧头仍觉紧感，仍常右头痛，眼仍觉疲倦，胃纳可，睡眠不佳，二便正常，舌淡红，苔薄，脉细。

BP: 134/78mmHg, P61

处方：上述穴位外，加风池穴，肩井穴及曲池穴。

间中病人还持续回来复诊，病情较稳定，发作时程度也较轻。

30/4/2018，复诊诉，头眩晕改善，已无觉胸闷，右侧头已不觉紧感，右头痛愈，眼疲倦愈，胃纳可，睡眠不佳改善，二便正常，舌淡红，苔薄，脉细。

BP: 130/73mmHg, P 65

处方：印堂穴，神庭穴，上星穴，头维穴，曲池穴，外关穴，合谷穴。

病人要求加服中药，开颗粒，方：

半夏白术天麻颗粒，加泡参，茯神。柏子仁，远志，石菖蒲。

3. 气滞血瘀型：（针灸治疗病例）

周XX，女性，72岁。

2/1/2018，来诊诉，约1年来于夜间起身时觉头晃感，近来发作较频密，行走时觉微不稳，觉不平衡，视物觉物体会晃感，右耳鸣，双侧颈项紧感，胃纳可，睡眠不佳，半夜觉口干，二便还正常，舌淡红，苔薄，脉细。

BP: 116/64mmHg, P 71

辨证：气滞血瘀症。

处方：印堂穴，神庭穴，上星穴，头维穴，曲池穴，外关穴，合谷穴，血海穴，足三里穴，太溪穴。

手法：平补平泻，留针30分钟，间中运针3次。

间中继续回来复诊，症情缓慢进展。

27/4/2018，复诊诉，头晃感很轻微，行

走时已稳，不久前到专科医院做脑部扫描，专科西医确诊为脑部老化。有耳鸣愈，胃纳可，睡眠较佳，二便正常，舌淡红，苔薄，脉细。

BP: 128/72mmHg, P 68

处方：穴位同上。

眩晕的预防

眩晕的引致，中医认为与情志，饮食，体虚有关，故要防止眩晕的发作，在生活上应要注意养生。保持心情开朗平和，饮食要节制，适量的运动，这些都是有助于预防眩晕的发作。

对于已发作眩晕者，则更要注意心境平和，家居应保持宁静，舒适。要有充足的睡眠，注意劳逸结合。这才能战胜疾病。

对饮食方面，应以清淡易消化为宜，多吃蔬菜、水果，应忌抽烟，喝酒，嗜食油腻辛辣之食物，注意食物的营养。在出现眩晕发作时，则应卧床休息，闭目养神，预防跌倒，不可做较激烈的动作，以免眩晕加重。

结语

眩晕病是中老年人的一种常见的疾病，中医学认为眩晕是由，风，痰，虚所引发的，故有“无风不作眩”，“无痰不作眩”及“无虚不作眩”的说法。

而中医对眩晕的病因，认为多是由情志，饮食，体虚以及外伤，或劳倦过度所致。其病位在清窍，和肝，脾及肾三脏功能失调有关，本病以虚证为多。实证多以肝阳上亢，痰浊阻窍及瘀血阻窍多见，临床治疗上根据症型加以中药或用针灸治疗。除治疗外，应加强患者对本病的认识，协助其做生活上的预防，加强“预防胜于治疗”的意识。

浅谈肠系膜上动脉综合征的诊断与治疗

新加坡·闫立群

前言：肠系膜上动脉综合征(superior mesentery artery syndrome)亦称良性十二指肠淤滞症，是指十二指肠水平部受肠系膜上动脉(SMA)或其分支压迫导致的急、慢性肠梗阻。多发于20~30岁，女性约占60%，以瘦长体型多见。由于本病缺乏特异性消化道症状，易造成误诊和漏诊。临床上遇到慢性不典型消化道症状的患者，应想到本病的可能，需进一步进行必要的辅助检查，以提高对本病的诊断率。

一. 症状

病人起病缓慢，反复发作，典型者表现为餐后上腹部胀痛或绞痛，有时疼痛可位于右上腹、脐上甚至后背部，常于进食后2~3小时发作，俯卧位或胸膝位可以减轻、缓解症状。部分病人可表现与十二指肠溃疡类似的疼痛。由于十二指肠淤滞和胃潴留，病人反复出现呕吐，呕吐多发生于进餐后，常伴有腹痛，呕吐物多为混有胆汁的宿食。由于反复呕吐及食欲减退，病人可以出现消瘦、贫血、营养不良等。

二. 体征

发作时上腹部可见胃型、蠕动波和振水音并可触及扩张的十二指肠。正常情况下肠系膜上动脉约在第一腰椎水平发自腹主动脉，向前进入肠系膜根部。十二指肠升段于第三腰椎水

平，在腹主动脉和肠系膜上动脉之间通过，其远段被韧带固定于后腹壁。一般腹主动脉与肠系膜上动脉之间夹角超过45度。当小肠系膜过短或与后腹壁固定过紧，肠系膜上动脉起点过低或与腹主动脉夹角变小而压迫十二指肠升段，因此被称为“肠系膜上动脉压迫综合征”，是引起十二指肠淤滞症的病因之一。

三. 诊断

1. 上消化道钡剂造影检查：

造影剂在1小时内不能从十二指肠内排空；X-线钡餐检查可见十二指肠水平部受压，钡剂通过延迟，甚至呈直线状中断，肠系膜上动脉处的十二指肠段可见梗阻，近端十二指肠肠管明显扩张，取俯卧位时即可见压迫解除，钡剂顺利通过，近端扩张消失。



十二指肠水平部受压，钡剂通过直线状中断。近端十二指肠肠管明显扩张。

2. 血管造影检查:

肠系膜上动脉造影可显示肠系膜上动脉与主动脉解剖角度的关系,一般腹主动脉与肠系膜上动脉之间夹角超过 45° 。如果检查肠系膜上动脉与主动脉夹角小于 25° ,并且压迫十二指肠升段,则可诊断“肠系膜上动脉压迫综合征”。

四. 治疗

1. 西医内科保守治疗:

1)调节饮食:增加营养和体重。平时宜进食易消化食物,避免含纤维素过多食物,注意选择合适体位,餐后可作膝胸位半小时,加强腹肌锻炼和体位锻炼等措施可以避免症状出现。急性发作期应休息、禁食、胃肠减压或洗胃、给予静脉营养支持治疗。症状缓解后先进流食,少量多餐。

2)西医药物治疗:主要是吗丁啉、阿托品等药物作用于胃肠壁,可增加食道下部括约肌张力,防止胃-食道反流,增强胃蠕动,促进两排空,协调胃与十二指肠运动,抑制恶心、呕吐,并能有效地防止胆汁反流,不影响胃液分泌。

2. 外科手术治疗:

手术可以解除压迫与梗阻,恢复肠道通畅。对症状明显、内科保守治疗无效的病人

可酌情手术。手术方式包括:十二指肠空肠吻合术、十二指肠血管前移术、十二指肠环行引流术以及十二指肠空肠侧侧吻合术等。

3. 中医治疗:

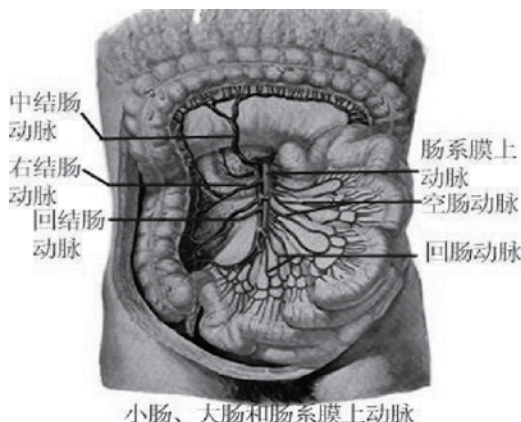
中医治疗本病主要采取:补气温阳,止呕,降逆原则治疗。主要的方药组成:人参、白术、半夏、陈皮、升麻、降香、白蔻仁、黄芪、枳实、当归、旋覆花、生姜、桂枝、白芍、陈皮、姜半夏、炒莱菔子、麦芽等。后继以补中益气汤调养:黄芪、党参、陈皮、当归、白术、升麻、柴胡、甘草、枳壳等。针灸治疗:针刺百会、中脘及双侧足三里等穴位。

4. 病案列举:

我在临床上遇到一位患者:男,28岁。初诊:身体属于高瘦型。临床症状:呕吐、胃胀胃痛、嗝气、反酸、体重迅速下降,便秘、乏力,消瘦明显。诉:饭后上述不适症状明显,并告知既往被诊断“肠系膜上动脉压迫综合征,做钡餐造影证实此病数余年。以前服过西药吗丁啉,症状反复。通过中医益气、升阳、降逆原则治疗,药物:党参、白术、姜半夏、陈皮、升麻、黄芪、枳实、当归、旋覆花、赭石、生姜等。方中党参、黄芪、白术、升麻、当归取补中益气、健脾升阳以治本;陈皮、姜半夏、旋覆花、赭石以理气、降逆止呕;枳实消壅积,治疗后症状好转。

结语

肠系膜上动脉压迫综合征,临床上虽少见,但给患者带来很大痛苦。症状轻微者应控制、调理饮食、卧床休息,最好采用俯卧位、侧卧位;恶心呕吐,经对症处理多数患者可逐渐缓解症状。目前中医药在治疗肠系膜上动脉压迫综合征方面,疗效较明显,相信中西医结合在治疗肠系膜上动脉压迫综合征方面有广阔前景。



中医治疗足跟痛

新加坡·刘立

足跟部是人体负重的主要部分，足跟部的皮肤是人体皮肤中最厚的部位，皮下脂肪致密而发达，具有特有的脂肪垫，以缓冲压力，减轻震荡。人由于需要长时间行走和站立，所以足跟容易受伤，引起足跟痛。足跟痛是临床常见疾病，尤以女性为多见。

其主要表现为：单侧或双侧足跟或脚底部酸胀作痛或针刺样的疼痛，步履困难，行则见跛，入夜尤甚，令人烦恼。典型者晨起后，站立或久坐起身站立时足跟疼痛剧烈，行走片刻后疼痛减轻，但行走或站立过久后疼痛又加重。体征：患部无明显肿胀或有轻度红肿，在跟骨的跖面或侧面有压痛，跟骨骨质增生较大时可触及骨性突起。

X线检查：跟骨结节跖侧有骨刺。**B超及MRI检查**可见跖腱膜增厚、水肿。压痛点：局限于跟骨结节中央及跖筋膜附着处。

足跟痛发病原因复杂，但多与慢性劳损有关。常因鞋过大，撞击足跟，或跑步过久或速度过快，所跑路面凹凸不平或过硬，引起跟骨骨膜炎、滑囊炎、足跟前筋膜炎或跟部脂肪垫炎等，以至发生足跟疼痛。还有一种足跟痛与外界的刺激无关，而因肾气不足所致，常见于体质较差的中老年人。这类足跟痛与劳损和退变有密切关系。

西医认为，足跟痛与纤维组织炎、局部炎性渗出及骨内压升高有关。中医认为，足跟痛与肝肾不足，经脉痹阻，瘀血阻滞有关。肝主



筋，肾主骨，肝肾不足，筋骨失养，又感受风寒湿邪或慢性劳损以至经络瘀滞，气血运行不畅，筋骨肌肉失养而发病。人到中年后，肝肾渐亏，筋骨失养，若经常站立或过度的跑跳运动、行走健身等，跟骨结节部跖筋膜容易遭受慢性牵拉刺激，致使足跟部的气血运行受阻，或兼风寒湿邪内侵而引起足跟疼痛。

足跟痛的中医证型主要有：

1. 气滞血瘀证：足跟痛如刺，痛处固定，拒按，动则痛甚。舌质暗或有瘀斑，苔薄白，脉弦紧或涩。

2. 寒湿痹阻证：足跟痛日久反复发作，劳则痛甚，休息疼痛减轻，舌苔白，脉细。

3. 肝肾亏虚证：足跟隐痛，劳累后加病情重，腰膝酸软无力，神疲健忘。舌红，少苔，脉细弱。

中医药物治疗，主要是通过内服和外用中药来治疗该病。

1. 内服药：有三七，酒归尾，川芎，川断，骨碎补，制乳香，制没药，独活，川芎，牛膝，秦艽，党参，细辛，肉桂，桑寄生，木瓜等。通过活血养血、温经散寒止痛，滋补肝肾来达到目的。

2. 外用药：

(1) 熏蒸法：将当归，川芎，乳香，苏木，红花，没药等药煎30分钟，装入盆内。使药物的热气熏蒸和浸泡患部，每日1~2次，每次30分钟。

(2) 外敷法：可在疼痛部位外敷活血散、化筋散等。

针灸治疗

1. 毫针刺法

取穴：阿是穴、太溪、昆仑。

方法：以阿是穴为主穴，快速地刺入。然后在太溪、昆仑、承山穴刺入。每5-10分钟捻针1次，或在以上的穴位上电针治疗，同时加TDP照射。30分钟后起针，每周2-3次，10次为1疗程。

取穴的依据：根据“以痛为腧”的原则，选阿是穴为主穴。取阿是穴直达病所，疏通患部经气，改善局部血液循环。足跟部是足少阴肾经经脉和经筋的循行部位，根据经脉所过，主治所及的原则。太溪穴是肾经原穴，取局部的太溪穴疏通足跟部经络气血，使通则不痛。太溪穴位于内踝与跟腕间的凹陷处，此处正为踝管所在，内有胫神经、胫后动脉走行，胫神经发出跟内侧神经，胫后动脉发出跟内侧动脉分布到足跟内侧；针刺该穴对感觉神经起抑制作用，改善了局部血液循环和代谢，减轻了炎症反应，从而达到了止痛愈病的目的。肾主骨生髓，太溪是肾经原穴，膀胱经与肾经相表里，取昆仑穴能疏筋通络。

我在临床上治疗足跟痛常采用针刺以上穴位后加电针，同时照射TDP，起到温经通络、行气活血、散寒化瘀、消肿止痛的作用。在多

年的实践中证实：电针配合TDP照射治疗足跟痛疗效好，能消除或改善临床症状。针灸对足跟痛症的治疗，疗效肯定，简便易行。选穴上多根据“以痛为腧”的原则，选阿是穴为主穴，根据“肾主骨”及足部经络循行情况，取肾经穴位及膀胱经穴为多。另外还有小针刀，火针等方法也可以采用。

2. 艾条灸法

将一端点燃的艾条，对准足跟部疼痛处熏灸，至局部皮肤发红但不要烫伤皮肤。熏灸15-20分钟，每日1次，10次为1疗程。

此外还有氦-氖激光疗法、超声波疗法、推拿法等促进局部血液循环，消肿止痛达到治疗足跟痛的目的。

最后，病人也需要功能锻炼：急性期的足跟痛要多休息，避免患足负重；慢性期的足跟痛，每日要进行踝关节的跖屈与背伸活动，每次活动锻炼10次，屈、伸活动时争取达到最大的限度。

小结：足跟痛的中医治疗中，应抓住肝肾不足，筋骨失养为本；外邪侵袭，血瘀痹阻为标的原则。内服药、外敷药、熏洗患处，按摩疗法，针灸等治疗方法，均可取得一定疗效。

针灸美容常见疾病治疗——痤疮

新加坡·蔡欣洁



【摘要】针灸美容疾病治疗一痤疮

针灸美容的诊疗过程

- (1) 先辨体质，决定治疗基调。
- (2) 辨别变化，确定局部治疗。
- (3) 寻找根源，治疗基础疾病。
- (4) 确定方案，选择适当方法。
- (5) 医患交流，指导科学养生。

针刺面部基础穴位：太阳、攒竹、迎香、颧髻、印堂、颊车。

针刺方法：美容针局部围刺，针距2cm左右，不行手法。

2018年4月间，中华针灸研究院与广州中医药大学，合办“新加坡针灸临床继续教育高级研修班课程在广州”。

我对李敏教授讲：“针灸美容疾病常见病治疗一痤疮”有兴趣，回国后，在她资料上做笔记及整理，与大家分享。

皮肤的结构：表皮、真皮、皮下组织

皮肤的附属如汗腺、毛发、皮脂腺、动脉及神经等。

皮肤及其附属结构，对人体有保护、排泄、分泌及感受刺激等功能。

A 表皮：皮肤最外层，表皮内无血管，所以划破表皮不流血，表皮最里层为生发层，此层细胞分裂增殖，补充表层脱落的死亡细胞。这层含有黑色素细胞，炎症外伤后色素加深，痤疮后遗留黑斑就是发生于此。

B 真皮：由致密结缔组织构成，有血管神经分布，创伤后出血，愈后结疤，痤疮后遗留凹疤发生于此。

C 皮下组织：皮下组织有多量的脂肪组织散步于疏松组织中。

D 皮肤的附属结构：

a) 汗腺：为胚胎期表皮细胞在发生过程中下陷到真皮结缔组织中，而形成的

管状腺，能分泌汗液，由导管将汗液通过表皮而排出体外，可排废物及调节体温。如果排除之汗液及废物，未能及时清除，而阻塞皮脂腺口，是造成痤疮初始因素之一。

- b) 毛发：为表皮的生发层细胞向下凹形成毛囊，毛囊底部的细胞不断增殖、生长，向上推移并逐渐角化长成毛发，毛囊颈部较细，是皮脂腺开口处，此处病变与痤疮有关。
- c) 皮脂腺：位于皮肤的真皮内，为囊状腺体，功能为分泌皮脂。它通过导管，开口于皮肤下0.2-0.5毫米处的毛囊颈部，从毛孔分泌皮脂到皮肤润泽皮肤，受皮肤末梢神经的植物神经及雄性激素调整，雄性激素刺激皮脂腺细胞周转和脂类合成，增强皮脂腺的发育和皮脂分泌，所以与心理、精神因素、雄性激素与痤疮有关。
- d) 皮肤功能：它内含有丰富的血管、淋巴管及神经，以营养皮肤，增强免疫抵抗力及调节分泌，感觉疼痛、冷、热、触觉。

痤疮的中医病因病机：

1. 肺胃积热，循经上行。熏蒸肌肤成痤疮。
2. 冲任不调，疏泄失畅。肌肤被郁成痤疮。
3. 嗜食肥甘，辛辣之品，温热内生，脾湿生痰。上蒸头面，痰湿凝滞成痤疮。

李敏教授之痤疮分型与治疗

(一) 肺胃积热：

主要症候

粉刺、红色丘疹小结节、小脓疱或混杂而生，皮肤油腻，便秘潮黄，舌红苔黄，脉数。

方药

枇杷清肺饮

- 枇杷叶9g，桑白皮9g，黄连9g，生甘草6g，人参6g

针刺

上肢：曲池、合谷、支沟、鱼际、列缺

下肢：足三里、解溪、内庭；

背部：膈俞、肺俞、胃俞、大肠俞。

放血法：局部放血

梅花针叩刺

指尖放血

食疗：

枇杷薏米粥：生薏米100g，鲜枇杷60g，枇杷叶10g

枇杷叶洗净切碎煮10-15分钟，捞去渣后，煮薏米，熟后切碎枇杷果，放入其中搅匀。

(二) 阴虚火旺型

主要症候

面部油腻，有许多红色小结节或小脓疱，颧红，口干心烦，手足心热，失眠多梦，大便干结，小便短赤，舌红苔薄黄，脉细数。

方药：

六味地黄丸

清热养阴丸(中国医学大辞典)

- 生地12g，玄参12g，麦冬12g，浙贝12g，山豆根10g，白芍10g，丹皮10g，栀子10g，生石膏24g，薄荷6g，黄连6g，甘草3g

针刺

上肢：内关，劳宫，神门；

背部：肾俞，肝俞；

下肢：三阴交，太溪，太冲；

食疗：

百合生梨饮

百合30克，生梨1只，冰糖30克

制法：生梨切成片与百合加水共煎，放入冰糖溶化，即可食用。

功效：滋阴润燥，养心安神。

(三) 痰湿凝结

主要症状

痤疮缠绵日久不愈，皮损以大而深在结节、囊肿为主，色暗红，挤压可见脓血或黄白色胶样物，愈后留有色素、瘢痕，严重影响美容。

化痰散结丸加减

- 当归6g，赤芍6g，桃仁6g，红花6g，昆布10g
- 海藻10g，炒三棱10g，夏枯草10g，陈皮10g
- 炙半夏10g，益母草12g，金银花12g

针刺：

背部：膈俞、肺俞、脾俞、肝俞、肾俞；

下肢：血海、三阴交、阴陵泉、丰隆、足三里、太白、太冲。

食疗：

桃仁山楂粥

桃仁9g，山楂9g，贝母9g，荷叶半张，粳米60

前4味药煎成汤液，去渣后入粳米煮粥。

耳针(耳穴)

肺、内分泌、肾上腺、神门、皮质下、面颊为：

每次贴压1耳，每周贴2次，双耳交替。

每日自行按压4次，每次5分钟，10次为1疗程疗程间休息3天

注意事项

一般上痤疮的发展变化快。要有效的皮肤治疗，可需要花上几个月或者几年，才能彻底治愈痤疮。

下列数点事项要注意：

痤疮者要注意个人卫生和预防工作：

1. 谨慎用化妆品及洗脸的护肤品，不要把自己的脸变成化工品的试验基地！

2. 保持各人面部清洁。运动或外出回家后应该及时洗脸，将脸上的脏尘和油垢洗掉，保持脸部清洁、干爽。避免污物堵塞毛孔。每周也可使用一次的去角质、用清洁面膜清洁毛孔。
3. 痤疮多者，注意头发卫生，因为头皮的油性与脸部相接处会有粉刺。
4. 脂腺分泌较旺盛的痤疮皮肤处，避免按摩及刺激油脂分泌多。
5. 避免常用手去触碰自己的脸，因为手上容易携带细菌易出现痤疮或粉刺。
6. 更不要用手挤压痤疮或粉刺，以免引起化脓发炎。
7. 避免在强阳光下暴晒；公用面巾或枕头套。
8. 注意饮食清淡，少吃油腻及辛辣之食物。
9. 保持心情愉快、睡眠充足，避免肝火上升，造成荷尔蒙失调。养成每日早起排便的习惯，多运动，作息正常，
10. 留意使用的牙膏，因为有些牙膏中的氟化物易诱发痤疮或粉刺，刷完牙一定要将嘴边残留的牙膏清乾淨。

乌鸡白凤丸调理女性更年期

新加坡·梁妹

人体的自然衰退变化是逐渐发生的，由于每个妇女先天禀赋的差异和后天条件的不同(如营养、嗜好、生育情况、疾病、职业等)，因而经断前后期出现的生理变化现象开始于何年龄及持续时间亦因人而异。一般经断前开始于45岁左右，持续2-4年即自然绝经，经断后又持续6-8年即进入老年。所以经断前后时期可持续8-12年，绝经年龄多在45-55岁之间，若在40岁以前绝经称早发绝经，延迟到55岁以后才绝经称晚发绝经。

中医学认为人体生长发育及盛衰变化是受肾气主宰的。妇女在经断前后时期，由于日衰，肾气渐衰，天癸将竭，冲任亦虚衰，故月经开始紊乱，逐渐稀发以至绝止。生育能力下降乃至丧失，女性特有的器官开始萎缩。肾又主骨，其华在发，故此时期头发开始斑白，稀疏易脱落，腰脊或牙龈酸痛等。肾又藏精寓阳为五脏六腑之本，肾虚阴阳失于平衡，易使肝体失养，心阴失济，脾阳失煦，故易发生烘热，汗出，烦躁易怒，记忆力下降，或痞满暖气，或大便易溏易秘结，肥胖等现象——俗称为“更年期综合征”。

中医认为：妇女更年期综合征以肾虚为本，常见肾阴虚、肾阳虚和肾阴阳俱虚。肾的阴阳平衡失调影响到心、肝、脾脏，从而发生一系列的病理变化，出现诸多症候。因妇女一生经、孕、产、乳，常常耗伤气血，易处于“阴常不足，阳常有余”的状态，而且经断前后肾气虚衰，天癸先竭，所以临床以肾阴虚居多，由于体质或阴阳转化等因素，亦可表现偏肾阳虚，或阴阳两虚。

针对上述病因，临床常常选用乌鸡白凤丸进行“更年期综合征”的治疗。乌鸡白凤丸是

传统的妇科良药，源于明代龚廷贤《寿世保元》中乌鸡丸，具有补气、养血、调经、止带、阴阳双补的功效，用于气血两虚、身体虚弱、腰膝酸软、月经不调、崩漏带下、阴虚盗汗等症。本方药性平和，不寒不燥，滋阴补血之中又有消退虚热之力，补气中又有舒肝理气之效，融温补、滋阴、活血、调经、涩敛诸法于一方，具有补而不滞、温而不燥的特点。药物组成包括：乌鸡、鹿角胶、人参、黄芪、山药、当归、白芍、熟地黄、川芎、麦冬、生地、制鳖甲、银柴胡、丹参、鹿角霜、桑螵蛸、煅牡蛎、芡实和香附等，方中主药乌鸡主阴虚发热、虚劳羸弱；鹿角胶善助阴中之阳；人参、黄芪、山药重在益气健脾；当归、白芍、熟地黄、川芎补血养血活血；麦冬、生地、制鳖甲、银柴胡、丹参有滋阴退热、清凉散瘀、清心除烦之效；鹿角霜、桑螵蛸、煅牡蛎、芡实能安神定志。现代医学研究发现，乌鸡白凤丸具有良好调节血管舒缩功能，可缓解血管痉挛性头痛、心悸。乌鸡白凤丸可增强更年期妇女超氧化物歧化酶(SOD)的活性，减少低密度脂蛋白(LDL)对血管内皮细胞的损害，防止胆固醇在动脉壁的沉积，起到保护血管的作用。由于乌鸡白凤丸有养血活血、滋阴退热、清热散瘀的作用，因此，口服乌鸡白凤丸还能有效改善阴道干燥、白带量少导致的性交疼痛。

围绝经期是一个正常的生理过程，首先要以积极与乐观的态度来面对。第二要定期去医院体检，包括妇科检查、防癌检查。第三要给自己营造一份快乐的心情，多做户外运动。如果出现了“更年期综合征”的一些问题，可口服乌鸡白凤丸来改善临床症状。

浅谈肝脾相关辨治甲亢

广州中医药大学，广州510405 · 肖丽明，唐永祥[△]

【摘要】 甲亢是由于机体分泌过多甲状腺激素而引起的一系列脏腑功能、代谢亢进的临床疑难杂症。中医认为本病的发病原因多由于情志过激，饮食失调或先天禀赋不足引起的；其主要病机是肝郁气滞，痰凝血瘀，气郁化火，气阴两虚。病位在肝，与脾、心、肺、肾关系密切，尤其与脾的关系更为重要。应用肝脾相关理论，可达到辨证、治疗甲亢的明确性及有效性的目的。

【关键词】 甲亢；肝郁气滞；痰凝；肝脾相关

甲状腺功能亢进症(简称甲亢)，是指由多种原因引起的甲状腺激素增多，作用于全身的组织器官，造成机体的神经、循环、消化等系统兴奋性增高和代谢亢进为主要临床表现的疾病，是内分泌系统的常见疾病。临床上以毒性弥漫性甲状腺肿伴甲亢最为常见，其临床的典型表现为：乏力、怕热、多汗、易兴奋、激动、紧张、焦虑烦躁、心悸、失眠、多食易饥、体重减轻、颈前肿物、眼球突出、手颤等。中医学认为甲亢隶属于“瘰病”、“肉瘿”、“忧瘿”、“气瘿”的范畴，但其症状表现复杂，亦可属“消渴”、“惊悸”、“怔忡”等病。

中医病因病机

甲亢多数是由于情志内伤，饮食失调，水土失宜，体质因素等原因导致的。其病机

为：①情志抑郁，损伤肝气，气机郁滞，津液输布失常，津聚痰凝，痰气互结，壅滞于颈前而成瘰瘤，凝结于眼部而成目突；②饮食不调，水土不洁，脾失健运，运化失常，水湿停聚为邪，日久成痰聚于颈旁；③先天禀赋不足，肝肾亏虚，加之后天调摄不当，致肝肾阴虚，虚火妄动，煎熬津液而成痰，凝聚颈部成瘰气。

由此可见，肝在病因病机中占有主导地位，它亦是甲亢病的病位所在，而脾也是甲亢病发生发展过程中不可忽略的脏腑，在诊断治疗中还是需要重视的。

肝脾相关理论初探

生理上，肝脾同居中焦，肝藏血，主疏泄，调达气机；而脾主运化，为气血生化之源，脾胃又称为中焦气机的枢纽。同时，肝属

木，脾属土，五行中木克土，虽然相克，但是也存在着“土得木而达”的说法，可以说肝与脾克而互用，相辅相成的。

在病理上，肝木失疏，易犯脾土，正如《灵枢·病传》云：“病先发于肝，三日而之脾，五日而之胃。”唐容川亦云：“木之性主疏泄，食气入胃，必赖肝木之气以疏之，而水谷乃化，设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，渗泄中满之症在所难免。”不仅肝旺容易乘脾土，肝木过弱亦同样易引起脾胃病变，如张锡纯谓：“人多谓肝木过盛，可克伤脾土，即不能消食，不知肝木过弱，不能疏泄脾土，也不能消食。”

故肝脾同调在疾病治疗中尤显重要。诚如医圣张仲景所云：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”尤怡在《金匱要略心典》也说：“肝应木而胜脾土，以是知肝病当传脾也。实脾者，助令气王，使不受邪，所谓治未病也。”

肝脾相关与甲亢

甲亢病位虽在肝，但与脾关系最为密切。甲亢主要病机是肝气郁滞，脾失健运，痰浊内生，凝聚于颈部形成瘰瘤。朱丹溪曰：“百病皆由痰作祟”，古往今来很多疑难杂症，皆可从痰论治，甲亢便是其中之一。痰是一种病理产物，其形成的原因是因为脾失健运，水湿无以布化，聚而成痰。治疗甲亢，除了从肝郁入手，还要注重痰凝，而从痰论治又离不开脾胃。《医宗必读》曰：“脾为生痰之源，治痰不理脾胃非其治也。”《锦囊秘录》云：“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺；更不治痰而补脾，脾得健运，而痰自化矣。”肝气调达，脾升胃降，气机升降出入正常；脾胃正常地腐熟水谷，生成气血，肝藏血，痰饮及其它病理产物则不能产生，机体就会处于正常的运作状态。因此，借由肝脾相关的理论来辨证、治疗甲亢是具有临

床指导价值的。

古代医家辨治甲亢

隋代巢元方在《诸病源候论·瘰候》提到：“瘰者，由忧恚气结所生”。宋代严用和《济生方·瘰瘤论治》中说：“调摄失宜，气凝血滞，为瘰为瘤”。明代陈实功的《外科正宗·瘰病论》论述到：“夫人生瘰瘤之症，非阴阳正气结肿，乃五脏瘀血、浊气、痰滞而成”。《普济方·卷二百九十四 瘰瘤门》云：“夫瘰之初结者，由人忧虑志气常逆。”虽然众多医家讨论到肝郁痰凝，然阅览古代医书里，大多数的方剂都是以化痰散结为主，用药多为海藻、昆布、贝母类。

现代医家辨治甲亢

麻瑞亭提到：“瘰瘤，系因脾湿胃逆，甲木不降，肺气壅滞，阳不潜藏，气血结聚于脖颈所致。”由于水中缺碘，饥饱劳逸不均，情志不遂，致使土湿木郁，中气不运，胆胃上逆。胆以甲木而化气于相火，胃土上逆，碍甲木下行之路，相火必逆，刑克肺金，致使肺不降敛，浊阴上逆，壅于脖颈，久则气血结聚，顽硬壅肿，而成瘰瘤。同时他提出的治则是健脾和胃，平胆疏肝，清肺降逆，软坚化痰^[1]。

李氏认为本病形成与肝、脾、胃有密切关系。先由肝气郁结，气机不调，久郁生火，胃火炽盛，脾不散津，津化为痰，以致痰气凝聚，气血瘀结^[2]。

邓氏治疗甲亢的经验就主张“从痰论治”，认为甲亢的病机是肝气郁结，气机阻滞，脾运失常，不足以化生津液，聚而生痰，结于颈部而成瘰病。他认为临床上常见的是肝郁脾虚，痰浊内生证型^[3]。所拟的邓氏温胆汤，用治肝郁脾虚痰浊内生证型瘰病，是治疗甲亢性甲状腺肿大的常用方。

扶阳派的医者们认为人身之阳运

与“土”、“木”关系最密切。土主斡旋升降,木司开阖出入。朱氏认为甲亢之所以发病源于阳运不及或太过^[5]。谢欣颖等学者认为阳气之“郁”、“浮”乃甲亢之基本病机,在治疗方面多以温运阳气,首重中焦脾胃,亦注重情志的调节^[4]。

廖氏认为甲亢病多为肝脾同病,且兼肝阴不足,脾虚湿热体质者偏多,主张肝脾同治。在治疗过程中,他认为这类患者选用药物应慎重,注意配伍以达“养阴而不碍脾,利湿而不伤阴”之效^[5]。

谢氏认为甲亢的发生与肝脾关系密切,当以调和肝脾为治疗大法治疗甲亢及其相关并发症。临床上,他善于运用加味逍遥散来治疗甲亢,取效明显,不仅控制甲亢病情,还减少甲亢并发症^[6]。

吴氏自拟疏肝健脾汤(玄参、生地、浙贝母、白芍、黄芪各15克,麦冬、莪术、法夏、党参各12克,柴胡、黄药子、白术各10克,猫爪草18克,陈皮5克),在临床上观察46例甲亢的患者,并随证加减,在经过2-3个疗程的治疗,基本治愈21例,显效14例,有效7例,无效4例,总有效率91.3%^[7]。

小结

综上所述,应用肝脾相关理论来诊治甲亢病,尤其是在甲亢发病初期,能够更明确、有效地达到治疗效果,能够发挥中医在治疗甲亢疾病的特有优势。因为肝脾同治,不仅能够达到预防肝病传脾,扼制肝郁化火,气滞痰凝的传变发展,阻断瘰瘤的产生,还能够起到气机调畅的效果。这与《素问·至真要大论》里提到的治则一致,“谨守病机,各司其属……疏其血气,令气调达,而致和平,此之谓也”。

参考文献

[1] 孙洽熙.麻瑞亭治验集·中卷[M].中国中医药出版社,2011:217-219

- [2] 湖南省中医药研究所.湖南省老中医医案选(二)[M].湖南科学技术出版社,1981:177
- [3] 邓铁涛.《中国百年百名中医临床家丛书·邓铁涛》[M].中国中医药出版社,2001:181-183
- [4] 谢欣颖,朱章志,张莹莹,等.温运阳气法论治甲亢[J].中华中医药杂志,2014,29(10):3067-3068
- [5] 刘清平,廖世煌.用《金匱要略》方法治甲亢的体会[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(2):18-19
- [6] 刘佳,谢春光.调和肝脾法治疗甲状腺功能亢进症初探[J].云南中医中药杂志,2016,37(10):7-9
- [7] 吴正平,谭为,敖绍勇.疏肝健脾汤治疗甲亢46例疗效观察[J].四川中医,2006,24(11):65-65

漫谈内经《至真要大论》的病机十九条

新加坡·罗爱月

内经《至真要大论》的病机十九条概括地反映了人体内部阴阳失调，正邪交争，升降失常等一系列的矛盾运动，它是认识疾病的主要内容。辨证论治的关键和首要任务是辨析病机，它是论治的依据。只有“识病”才能“达药”，首先是识病机，然后才能指导论治。

1. 诸风掉眩，皆属于肝：肝为风木之脏，其病多化风。肝藏血，主身之筋膜，开窍于目，其有病变则木失滋荣，伤及所合之筋，所主之目窍，则见肢体摇摆震颤，目眩头晕。

临床常用方剂：掉眩从肝风论治者有羚角钩藤汤、镇肝熄风汤、加减复脉汤、阿胶鸡子黄汤。掉眩不从肝论治者有补中益气汤、苓桂术甘汤、真武汤等。

2. 诸寒收引，皆属于肾：肾为寒水之脏，主温煦蒸腾气化，若其功能虚衰，则失其温化之职，气血凝敛，筋脉失养，故筋脉拘挛，关节屈伸不利。

临床常用方剂：麻黄附子细辛汤、桂枝附子汤、当归四逆汤、金匱肾气丸等。

3. 诸气贲郁，皆属于肺：肺主气，司呼吸，故气之为病，首责于肺。肺气宣降失常，气壅郁于胸或上逆，则见呼吸喘息，胸中窒闷，痞塞不通。

临床常用方剂：华盖散、定喘汤、生脉散等。

4. 诸湿肿满，皆属于脾：脾为湿土之脏，主运化水湿，主四肢，应大腹，若脾失健运，水津失布，内聚中焦或泛溢肌肤，则见脘腹胀满，四肢浮肿。

临床常用方剂：胃苓汤、实脾饮等。

5. 诸痛痒疮，皆属于心：疮疡包括痈，疽，疔，疖，丹毒等，肿痛是其主要症状。心为阳脏，在五行属火，主身之血脉，若心火亢盛，火热郁炽于血脉，则腐蚀局部肌肤，形成痈肿疮疡。

临床常用方剂：黄连解毒汤等。

6. 诸痿喘呕，皆属于上：肺位上焦，为心之华盖，主宣降，向全身敷布精血液液，《素问·痿论》说“五脏因肺热叶焦，发为痿躄”。上焦起于胃上口，胃主降浊，胃失和降，其气上逆则呕；肺失清肃，其气上逆则喘。

临床常用方剂：六君子汤等。

7. 诸厥固泄，皆属于下：《素问·厥论》云“阳气衰于下则为寒厥，阴气衰于下则为热厥”，下指足部经脉，又《灵枢·本神》说“肾气虚则厥”，与肾相关。肾，膀胱，大肠皆位于下焦，肾主二阴，司二便，其盛衰之变的影响，或及膀胱气化，

或及大肠传导，则可见二便不通或二便泻利不禁等症。

临床常用方剂：金匱肾气丸等。

8. 诸暴强直，皆属于风：风邪内袭，伤肝及筋，故多见颈项，躯干，四肢关节等出现拘急抽搐，强直不柔之症。风性善行速变，急暴突然为其致病特点。

临床常用方剂：九味羌活汤、牵正散加减、镇肝熄风汤加减。

9. 诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒：寒邪伤阳，阳虚失于温化，故寒性液体分泌物或排泄物，呈澄澈稀薄清冷特点，如痰涎清稀，小便清长，大便稀薄，带下清冷，脓液稀淡无臭等。

临床常用方剂：麻黄汤、小青龙汤、理中汤、金匱肾气丸等加减。

10. 诸痉项强，皆属于湿：湿为阴邪，其性粘滞，最易阻碍气机，气阻则津液不布，筋脉失却润养，故可筋脉拘急而见项强不舒，屈颈困难乃至身体强直，角弓反张等症。

临床常用方剂：羌活胜湿汤、葛根汤加减。

11. 诸热瞀瘵，皆属于火：火为热之极，火盛则身热；心藏神，火热扰心，蒙蔽心窍，则神识昏糊；火灼阴血，筋脉失养，可见肢体抽搐。

临床常用方剂：凉开三宝、羚角钩藤汤等。

12. 诸禁鼓栗，如丧神守，皆属于火：火热郁闭，不得外达，阳盛格阴，故外观口禁，鼓颌，战栗等寒盛症状，而病人不能自控，即真热假寒证。

临床常用方剂：白虎汤、麻杏石甘汤、凉膈散等。

13. 诸逆冲上，皆属于火：火性炎上，扰动气机，可引起脏腑气机向上冲逆，如胃热气逆则呕秽等。

临床常用方剂：大黄黄连泻心汤等。

14. 诸躁狂越，皆属于火：心主神属火，火性属阳主动，火盛扰神，神志错乱，则狂言乱骂，殴人毁物，行为失常；火盛于四肢，则烦躁不宁，甚至逾墙上屋。

临床常用方剂：清营汤、涤痰汤、礞石滚痰丸、安宫牛黄丸等。

15. 诸病附肿，疼酸惊骇，皆属于火：火热壅滞于血脉，血热肉腐，令患处红肿溃烂，疼痛或酸楚；内迫脏腑，扰神则惊骇不宁。

临床常用方剂：白虎汤加桂枝汤、仙方活命饮等加减。

16. 诸胀腹大，皆属于热：外感邪热传里，壅结胃肠，致气机升降失常，热结腑实，可见腹部胀满膨隆，疼痛拒按，大便难下。

临床常用方剂：中满分消丸或三承气汤等加减。

17. 诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热：无形之热积聚而壅滞胃肠，气机不利，传化迟滞，故症见肠鸣有声，腹长中空，叩之如鼓。

临床常用方剂：保和丸，平胃散等加减。

18. 诸转反戾，水液浑浊，皆属于热：热灼筋脉或热伤津血，筋脉失养，即出现筋脉拘挛，扭转，身躯曲而不直，甚至角弓反张等症。热甚煎熬津液，则涕，唾，痰，尿，带下等液体排泄物黄赤浑浊。

临床常用方剂：木瓜丸加减、八正散等加减。

19. 诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热：胆热犯胃，或食积化热，胃失和降而上逆，则见呕吐酸腐或吞酸。热走肠间，传化失常，则腹泻；热性阳动，故其特点多表现为暴泻如注，势如喷射；热邪纠合湿浊，热急湿缓，则肛门灼热窘迫，欲便而不爽，里急后重，粪秽臭。

临床常用方剂：左金丸、葛根芩连汤、芍药汤、白头翁汤等加减。

从中医**气血理论**认识血压

新加坡·曾玉珠

1 中医对血压的认识

血压是血液在血管内流动的压力。中医传统理论无“血压”的概念，但有关的认识可以从中医气血理论中加以探讨。气血理论认为“气主煦之，血主濡之”；“气血”是以动态运动方式而存在以进行其生理功能，当气血的运行异常或障碍，是某些疾病的基本病理变化。

根据中医理论，脉为“血府”，血液运行于脉管之中，循环不已，流布全身，发挥其营养全身的生理作用，其运行依赖于气的推动与固摄，即“气为血帅”，“气行则血运、气虚则血滞”。而“气”是依附于有形之“血”的，即“血为气母”，“血旺则气足、血虚则气弱”。当气与血保持在一定的动态平衡，血在脉管中的运行就能循常道而能保证人体脏腑组织得到煦濡，称为“气血冲和”；若因各种内外因素影响，气血的动态平衡受到破坏，运行异常或障碍而出现相应的病理变化，称“气血失和”，严重的可发展为“气血逆乱”。中医的这种“气血”动态平衡的运动形式，可以通过现代的“血压”概念来体现。根据气血理论的认识，“血压”的形成是“气”与“血”相互作用的结果，两者缺一都不可能形成血压。正常的血压值范围是“气血冲和”的外候表现；而“气血失和”的病理状况，则表

现为异常的血压变化，如气盛血逆可出现高血压。在高血压形成的病理过程中，“气”处于主导地位，其在内外等诸种因素的影响下，表现为过度亢奋，导致气血平衡的失调；“血”虽处于较为被动的地位，但其质与量的变化却影响到其是不是能随时适应于“气”的变动，使气血间的动态平衡处于“冲和”状态。又如血虚气弱可出现低血压；严重的则因血压过低或过高而发生休克或中风等“气血逆乱”的急危重症。

2 高血压治疗思路

《内经》云：“血之与气并走于上，则为大厥。”“大怒则形气绝，血菀于上，使人薄厥。”近代名医张锡纯从临床实践中对《内经》“血之与气并走于上”的正确理解的基础上，总结出引血下行的治法。此法是以中医气血升降学说为理论基础，以逆转气血亢逆的病理状态为作用机制，以恢复人体气血自稳调节为目的的一种治法。张锡纯认为：“人身气血随气流行，气之上升多者，可使脑部充血。”“脏腑之气有升无降，则血随气升者过多，遂至充塞于脑部。”由此可见从整体上调整人体气血阴阳，使上亢之虚阳，上逆之气血下行，疏通经络气血，改善血流供求的不平衡，使病人重新恢复阴平阳秘，气血调畅

是引血下行法的作用机制。高血压病患者多由于气盛于上，血虚于下，上盛下虚，导致气血失衡。现代医学研究亦表明，引起血压升高的原始动因是血流供求关系的不平衡。患者大多数存在血液流变学改变，如血流缓慢，血液粘稠度增高，微循环不畅等，存在不同程度的瘀血现象，因此应用引血下行法治疗高血压病具有现代医学理论作依据。引血下行用牛膝。

牛膝，味苦降泄，走下焦，故可引气血下行。牛膝有活血祛瘀、引血下行的作用。以降血压为例的方子如镇肝熄风汤中以牛膝配伍赭石，即是此意。张锡纯解释为：“方中重用牛膝引血下行，此为治标之主药……诚以牛膝善引上部之血下行，为治脑引血下行之方，当重用牛膝为主药。”

中医气血理论在调节血压的应用方面，就当前对高血压病的论治而言，一般以脏腑(肝肾)阴阳失调为主的“肝风”、“肝阳”症候作为治疗依据，因此临床上治疗原则以“调气”居多。基于引起血压升高的原始动因是血流供求关系的不平衡，以及患者大多数存在血液流变学改变，有学者认为单纯调气，如平肝熄风、滋阴潜阳等治疗，虽能缓和一时的冲逆，血压也能下降，症状也可改善，但极易复发。因此，在调气的治疗基础上，必须兼顾理血，如活血、行血、化瘀等法则。经临床实验研究证实：活血、行血、化瘀的治疗，确能改善血液的流变性、粘稠度、凝滞度等质的问题；而随着血液质的改变，高血压病患者脏腑组织血流供求不平衡的量的问题也可随之得到改善。

因此，调气与理血对高血压病气血同治有重要意义。

3 中草药治疗高血压的现代药理作用

60年代曾广泛开展有关中草药降压有效成分的研究。众多中草药在降压有效成分及降压机理方面，大多认为与扩张血管及调节血管运动中枢有关。如汉防己甲素被认为是直接与反

射性扩张血管、抑制血管运动中枢或交感神经系统等相关。臭梧桐的降压机理研究有的认为主要通过脊髓以上神经系统引起部分内脏血管扩张所致；野菊花的降压主要是由于外周血管阻力降低；钩藤总碱的降压作用原理可能是通过间接或直接抑制血管运动中枢，阻滞交感神经及直接扩张血管；其他如罗布麻、地龙、猪毛菜等，证实均有一定的内脏血管扩张或直接扩张血管，以及抑制血管运动中枢等作用。

4 针灸治疗高血压的效应

针灸降压具有疗效快而显著，副作用小，操作简单等特点。针灸在降低收缩压和舒张压方面均有递减趋势，但以收缩压最为明显，血压越高，降压作用越明显。临床经验显示，降压效果较好的穴位有曲池、内关、太冲、足三里、行间、三阴交、风池、膈俞、太渊等。有报道对前4个穴位用提插泻法，即时降压幅度有10-30 mmHg不等。证型方面，有明显肝阳上亢症状者的治疗效果最为明显；从针刺与艾灸的临床使用频率来看，则前者远高于后者。

针灸对良性高血压有较好的治疗作用，疗效易于巩固。但对于高血压脑病，高血压危象和急进型高血压患者，针灸适宜作应急处理或辅助治疗。

5 结论

中医治疗高血压，在调气基础上兼顾理血，如活血、行血、化瘀等法则对高血压病气血同治有重要意义。中草药的现代药理研究阐明扩张血管或抑制血管运动中枢与中医学“气血运行”的调节有直接关系。而针灸不但有即时降压效果，也有一定的远期疗效，可列为治疗高血压的有效方法之一。

热心中医事业，精研伤寒外科的 谢斋孙先生



新加坡·林英

谢斋孙先生(1924-1989)原籍中国广东省潮安县，家中几代业医，传至谢先生已是第五代。

1938年擅长外科的祖父谢吉斋被星洲某巨商礼聘南来新加坡疗疾，后为应新加坡病家要求而定居下来，谢斋孙先生於次年南来协助医务，助祖父配药抄方，尽得真传。17岁时还修读了三年的上海中医专科学校中医函授课程。

谢医师幼时在中国汕头完成6年小学教育，南来之后，白天随祖父抄方学习，夜间不断进修，他主张要成为优秀的中医师，需兼通西医医理，为此，谢医师在夜校修读英文，1947年就读英华学校午班，1950年获9号剑桥文凭。

1946年中医师公会成立后，积极参加中医师公会的活动，历任要职，先后获选为理事、会长、名誉会长等。1957谢医师任中华医院院长期间与当年会长李春亭，中医专门学校游杏南及医专同学在大世界游乐场办中华医药展览会，同年又集合中医师公会会员创立

中国提炼药业有限公司并任董事经理，向武汉市、宜昌市进口“中联”商标单味水剂及复方合剂在“中医师公会”属下的中华医院推广使用。1960年至1965年任中医师公会会长期间成立了中华医院实龙岗第一分院。

谢医师为新加坡中医专门学校创校人之一，1953年新加坡中医专门学校成立后，担任教务主任，1963-1964 / 1971-1973历任副校长 / 1974-1985年任学院院长，为新加坡中医药事业和教育事业贡献50年，桃李成荫。

1982年，李金龙教授率团访问印尼，印尼中医协会秘书长曾大勇医师建议，李金龙教授向新加坡中医师公会提议主办“亚细安中医药学术大会”李教授将提议带回中医师公会讨论，经谢斋孙医师在中医师公会理事的推动，首届亚细安中医药学术大会于1983年6月25日及26日，成功地在新加坡举行。

在学术上，谢医师受到名医陆渊雷、恽铁樵等人的影响，主张中医师必须中西医学学识兼备。谢医师在中医外科，伤寒病及温热病有



无不兼精针灸，而习医者亦非有针灸研究，则不能全治病之术……。

谢医师除忙于业务，一生贡献给中医药的发展与教学，也勤于笔耕，内容涉及甚广，从伤寒论述，家传外科，中医理论，临床，中医发展，教育；大多被收录在由新加坡中医学院毕业医师协会出版的《谢斋孙医学文集》1954年谢医师主编《医药与卫生》。谢医师也参于其他社团活动，曾任潮州八邑会馆董事，潮安会馆董事，潮州谢氏公会副会长等要职。1989年7月2日谢先生逝世，享年65岁。

深切体会及丰富的临床体会，曾拜伤寒名家陈伯坛之弟子陈少昉为师学习伤寒论，且精研陈伯坛的《读过伤寒论》一书；谢医师认为，《医宗金匱》外科心法，是学习外科必读的，尤其是《医宗金鑑，痼疽总论》；谢医师也极其推崇针灸医学，1946年新加坡“中国针灸医学总院”第六期面授毕业。先生在其毕业论文“人人应学针灸论”中指出，‘伤寒金匱为中医界最有价值之医藉，均有针灸记载，如此可知治病用汤液著名之仲圣尚用针灸，而治病之不可缺针灸亦明矣！扁鹊华陀亦皆以针灸治病闻名於当时，是古之名医

参考文献

- [1] 《新加坡中医师公会成立五十周年金禧纪念特刊》P57
- [2] 曾涛鸣主编《新加坡共和国社会模范人物志》P185
- [3] 《中国针灸医学总院特刊》P29
- [4] 《老中医录》P101



谢斋孙医师带领学员认识生草药

中医正骨(桂派整脊手法)高级进修班 学习回顾

新加坡·吴忠辉

新加坡中华医院痛症组38位医师,在团长谢斋培医师的带领下,于2018年5月9日,上午时分浩浩荡荡从新加坡樟宜机场出发,下午抵达广西南宁吴圩机场,开始中医正骨(桂派整脊手法)高级进修班学习。

本次学习,在新加坡中华医院、广西中医药大学、国教院和瑞康医院的精心安排策划,顺利完成。

5月10日上午,在南京路广西中医药大学附属瑞康医院A座大楼前与医院领导、老师和学员合影。过后在医院B座23楼多功能厅举行开班仪式。由安连生教授主持。谢斋培医师代表全体学员讲话。开班仪式结束后,学员分组到瑞康医院正骨推拿科见习。

5月10、11、14、15和16日,上午8-12时,在瑞康医院正骨推拿科见习。由安连生教授、刘建航教授、李克译副教授、尹宏主治医师和蒋文主治医师指导,学习观摩推拿手法、观看X线、CT、MRI影像,相关疾病的检查和治疗。

在11日(星期五)的临床见习,刚巧国医大师韦贵康老教授来医院看诊,学员有幸见到韦老教授,都很开心;韦老教授亦很高兴看到我们,并和大家合影。

5月10、11、14、15和16日,下午3-6时在杭州路药业宾馆2楼教室理论上课学习。

5月10日,由安连生教授讲解推拿手法基础理论。

内容包括介绍推拿的作用原理和治疗原则、手法的适应症和禁忌症、介绍推拿八法、常用基础手法,强调分筋为辅理筋为主、提出手法治疗前应注意的问题:对损伤部位情况、局部解剖的了解及定位;相关的检查,包括X

线片、CT、MRI、实验室检查等;最后介绍颈、胸、腰椎损伤主要治疗手法。

本课程内容中的常用基础手法:点按镇痛法、分筋理筋法、推散法、捏拿法、揉按活络法、滚压法、拍击法、活筋松解法、胸椎掌复位法和胸椎膝顶复位法等10法,安教授一一详细讲解和示范,让学员们进一步了解桂派整脊手法,在临床见习时有更深一层了解。

在上午临床时,看到指导老师们用的各种复位法,如颈椎小关节复位手法(侧旋提推法、旋转复位法和角度复位法)、胸椎小关节复位手法(胸椎掌推复位法、胸椎膝顶复位法)、腰臀部软组织治疗压痛点和臀中肌前缘及后缘损伤处及压痛点、腰椎小关节复位手法(斜扳腰推法、腰椎旋转复位法、)都在这堂课由安教授讲解和再次示范,提出重点及技巧,使大家获益不浅。

安教授亦介绍和示范骶髂关节后错位牵引推按法和骶髂关节前错位牵引推按法。

5月11日,继续由安教授讲解颈椎病的病因及临床治疗。

安教授有条不紊的介绍颈椎的解剖结构特点、椎动脉和脊神经与椎骨间的关系、颈部的肌肉,并详细讲解颈椎病发病机理示意图,使我们明了颈椎病的各种症状,临床分型(神经根型颈椎病、椎动脉型颈椎病、交感神经型颈椎病、脊髓型颈椎病和食道型颈椎病)所出现的临床表现和诊断,并提出手法是治疗颈椎病的重要方法之一。

5月14日和15日由李克译副教授授课。

14日重点讲解腰椎软组织损伤诊断与治疗;15日讲解腰椎小关节损伤诊断与治疗。

急性腰扭伤、棘上、棘间韧带损伤、慢性



腰肌劳损、臀上皮神经损伤、梨状肌损伤综合征、第三腰椎横突综合征、腰椎小关节滑膜嵌顿、腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症等临床常见腰部疾患，李教授深入浅出从解剖生理(脊柱、肌肉、韧带、关节)，谈到病因病机、临床表现、检查方法、诊断要点和鉴别诊断及手法治疗。使我们对这些疾病更深一层了解。

5月16日，由刘建航教授讲解脊柱相关疾病与治疗。

开始以为骨伤科与内科、妇科、儿科、男科没有直接联系，不知道为什么安排这一课程。经刘教授的介绍：在1976年韦贵康、张长江等分别发现了血压异常、视力障碍与颈椎病的关系。过后陆续发现：脊椎周围，有许多不同的韧带和肌肉包围着，形成严密的保护，不大会有问题，但如果受外力撞及、车祸、跌倒、搬重物、坐姿不正、剧烈运动、营养失衡……，都有可能造成脊椎的移位，进而压迫神经，这些所累及的症状，上至头颅部，下至足趾，同时可累及及深至内脏、浅至皮肤的相关症状，涉及临床各科，如：内科病症、神经外科病症、心脑血管病症、五官科病症、口腔科病症、妇科病症、儿科病症、男科病症等。听了刘教授的一番讲解，大家才明白了这一节课的重要性。

刘教授讲述脊柱相关疾病病机、诊疗技术的研究、预防与治疗。最后提出“对脊柱病的思考与疑惑？”让我们深思。

下午4.30分，是大家紧张时刻，因为要考试，只有通过考试，才能获得证书。

虽然是开卷考试，但大家在前几天就开始准备。经过一番努力，大家都准时完成试卷。

经过5天的密集式学习，终于完成了这次广西中医正骨(桂派整脊手法)高级进修班学习。当晚6时30分，在瑞康医院B座6楼医院食堂举行学员结业典礼。我们感谢他们这半年(从去年11月到今年5月)的策划，为表达对国教院、瑞康医院领导的热心安排和老师们的无私指导，举行谢师宴。当晚出席谢师宴的有瑞康医院唐友明院长、陈锋副院长、黄有荣教授、安连生教授、刘建航教授、李克译副教授、尹宏主治医师和蒋文主治医师。国教院吴棕冰老师和蒋文老师。

席上谢斋培医师和唐友明院长、吴棕冰老师互赠礼物；梁振科医师代表全体学员从唐友明院长手中领取结业证书。

最后，在“明天会更好”中依依不舍的结束了这中新友谊万岁。

5月17日傍晚时分，回到自己温暖的家。

出席台北国医节国际中医药学术论坛

新加坡·林英

新加坡中医师公会组团出席**2018年3月17及18日**由中华民国中医师公会全国联合会主办，台北市中医师公会承办，主题为“中医实证与全球化(Evidence & Globalization of TCM)”的**2018年第88届国医节**，**第10届台北国医节国际中医药学术论坛**。

2018年3月16日由秘书长梁桂贤博士领队，四位团员是陈雪辉财政长、陈金木理事、吴荣贵医师和林英医师。新加坡中医师公会五人代表抵达台北桃园机场，台北市中医师公会派专车接代表团到预定的酒店。

台北市中医师公会林展弘理事长表示，台北市中医师公会於**2009年**首次举办国医节台北国际中医药学术论坛，至今已是**第10届**

了，本次国际论坛超过**1800位**台湾当地的中医药同道参加，另有**370多位**分别来自中国大陆各省、港澳、韩国、日本、新加坡、马来西亚、印尼、加拿大、美国、巴西、阿根廷、希腊、纽西兰、澳洲、荷兰等**16个国家及地区**，超过**30个**中医学术团体参会，是历年来最多人参加的，有将近二千人；大会学术组选择了**78个**讲题，分八个会场进行，藉此互相交流临床及研究心得，以及各国在传统医学领域的最新进展，一起促进全球中医药事业的发展。

2018年3月17日(星期六)报到领取资料，大会开幕，主席及来宾致词后进入经方学术暨临床应用特别演讲。首先由广州中医药大学伤寒教研室主任李赛美教授主讲“六经辨治儿科





疾病心得体会”；接着主讲的包括，中国医药大学中医学系的赖荣年教授“从麻桂误治条文中学习到的临床启发及运用——现代中医师麻桂误治以后的不良反应通报”，日本藤门会前会长福田佳弘教授“伏隐在【桂羌枣草黄辛附汤证】的胸满”，日本东京医科齿科大学赖建守教授“过食过饮的腹诊与石膏细末临床运用”，义守大学学士后中医系吴龙源教授“伤寒杂病桂枝柴胡类方的临床应用”。

台北国际中医药学术论坛第一天的欢迎晚宴上，各国代表与主办单位互赠纪念品，梁桂贤秘书长代表新加坡中医师公会与台北市中医师公会理事长林展弘互赠纪念品。

2018年3月18日上午8时30分全体合影后，举行第88届国医节庆祝大会及中医药成果展暨第10届国际中医药学术论坛大会开幕式，由政府首长及各国来宾代表致词，台湾行政院长赖清德出席开幕式时表示，盼藉由科学的进步，让中医等传统医学与时俱进，提供民众更好的医疗服务，并进一步造福其他国家人民。

赖清德表示，希望把中医推动到全世界，故此会邀请许多国际人士与会，特别是东南亚国家，相信“新南向政策”“加入中医生力军，

会更加成功。

赖清德强调，政府将持续支持中医发展，包括临床医疗及各项研究，让中医界人士的理想持续发扬。

接着开始特别演讲及分场演讲：新加坡中医师公会代表，吴荣贵医师在205会议厅发表了论文“针灸医学临床新思路-健侧曲池穴新针法结合外关穴在临床实践”。

2018年3月19日，台北市中医师公会常务理事罗明宇院长，带新加坡中医师公会5位代表到总统府前、中山纪念堂、自由广场、101大楼、圆山大饭店拍照留影。

午餐后，新加坡中医师公会代表团，在梁桂贤秘书长的率领下，到台北市中医师公会拜访现任理事长林展弘院长及二位前理事长，施纯全教授，陈朝宗主任，双方在愉快的气氛下尽情交流，交换办学术大会的经验，增进了双方的友谊，林展弘理事长及施纯全前理事长邀请新加坡中医师公会组团出席今年11月在台大医院国际会议中心举行的“第19届国际东洋医学学术大会”及明年3月9日的国医节台北国际中医药学术论坛。

第十五届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会 暨第三届世界中医药学会联合会癌症 姑息治疗研究专业委员会学术年会

新加坡·凌鹰

第十五届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会暨第三届世界中医药学会联合会癌症姑息治疗研究专业委员会学术年会于2018年5月26-27日在中国广州召开，由世界中医药学会联合会，广东省中医药学会，广州中医药大学第一附属医院主办，世界中医药学会联合会癌症姑息治疗研究专业委员会，广东省中医药学会肿瘤专业委员会承办，本次大会主题为“中医药与多学科肿瘤诊治全程管理”。

来自中国各地、港澳台、新加坡、马来西亚、泰国、澳洲等国家和地区，近500人参加了本次学术大会；新加坡7人代表团成员为

赵英杰教授、张国强博士、林英医师、唐跃博士、邝慧芳博士、白伟良医师及郑黄芳医师，感谢大会安排了机场接送。

5月26日世界中联癌症姑息治疗研究专业委员会常务理事会议在晚上7时30分召开，参会者包括世界中联领导、会长、副会长、秘书长、常务理事及秘书，全体新加坡代表受邀出席会议。首先由世中联学术部副主任兼翻译中心主任邹建华教授致辞，新加坡中医医师公会会长，世中联副主席赵英杰教授也受邀发言；会上商讨了2018年10月在香港举办癌症姑息治疗研究专业委员会学术活动，组建中医



肿瘤团队参加第十五届世界中医药大会，设立分场，理事会议也商定了2019年第四届世界中联癌症姑息治疗研究专业委员会学术年会由广西承办，2020年第五届学术年会则在新加坡举行，由新加坡承办。

5月27日上午8时30分，第十五届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会暨第三届世界中医药学会联合会癌症姑息治疗研究专业委员会学术年会隆重开幕，受邀出席开幕礼的贵宾有广东省卫健委副主任、省中医药局徐庆锋局长、广州中医药大学张建华党委书记、广东省中医药学会吕玉波会长、广州中医药大学第一附属医院冼绍祥院长、陈文锋党委书记、世界中医联合会学术部副主任兼翻译中心邹建华主任、新加坡中医师公会赵英杰会长等。

开幕式后学术年会特邀周岱翰国医大师、林丽珠教授、林洪生教授、王笑民教授、Geoff Delaney教授等发表专题报告。周岱翰教授发表了“治未病理论在恶性肿瘤防治策略中的应用”的精彩报告，中国中医科学院广安门医院肿瘤科主任林洪生教授，带来了“中医肿瘤发展之思索”的精彩报道，首都医科大学附属北京中医医院王笑民教授的“癌毒的思考”全新解释了癌毒不同于毒，癌毒的临床特征。大会执行主席、广州中医药大学第一附属肿瘤中心林丽珠教授为大家带来“肿瘤人文病房的构建与实施”。来自新南威尔士大学，Geoff Delaney教授，作了“澳大利亚利物浦癌症研究情况介绍”的报告。

下午分两个会场。第一分会场分5个部分，分别由黄学武教授、张军一教授、陈元教授、方灿途教授等主持，杨矜记教授介绍“NSCLS肿瘤微环境新视野”、周清教授介绍“EGFRm+晚期NSCLC CNS的治疗策略”、周承志教授介绍“晚期重症肺癌治疗策略”，王思恩教授介绍“阿帕替尼在非小细胞肺癌中的临床探索”、陈敏山教授介绍“肝癌的多学科治疗策略”、彭建军教授介绍“mCRC整体治疗策略”、廖旺军教授介绍“胃癌的围手术期治疗策略”、梁文华教授介绍“肺癌免疫治疗新进展”、崔书中教授介绍“腹腔热灌注化疗专家共识”。

会场二由4部分组成，分别由曹洋教授、赵英杰教授、李和根教授、陈高峰教授、邓力教授、叶小卫教授、龙德教授、张恩欣教授等主持，许玲教授介绍“抗肿瘤中药复方的研究思考”、李平教授介绍“晚期胃癌的维持治疗”沈克平教授介绍“健脾解毒方胃肠安治疗结肠癌的临床与实验研究”、田建辉教授介绍“‘肺癌发生和转移核心病机’正虚伏毒的生物学机制探讨”、朱小纾教授介绍“中西医结合中澳合作，立志造福肿瘤病人”、Eugene教授介绍“澳大利亚利物浦医院癌症服务模式情况介绍”、陈扬超教授介绍“胰腺癌新的药物治疗靶点”、刘清华介绍“从系统生物学角度浅析中医肿瘤症候的科学基础及美国以色列对中医肿瘤的研究现状”。



探讨糖尿病的综合治疗

新加坡·陈桂珍

糖尿病是一种涉及全身的病变，病情较复杂的慢性病。它可发生于任何年龄，在全世界的发病率逐年增高。

在新加坡，糖尿病患者的数目有增加的趋势。根据卫生部今年2017年3月发布的新闻稿，预计日后每三名新加坡人当中，就有一人患有糖尿病。卫生部宣布了以下七项新措施，带领国人向糖尿病对抗。

糖尿病本身并不可怕，可怕的是威胁生命的合并症。例如下肢端坏疽，肾病，眼疾，动脉硬化，脑血管病，视网膜病变，神经病变，

肾功能衰竭等。根据新加坡国家心脏中心的研究报告，心脏病衰竭者近六成患糖尿病。从2008年至2015年间，每年有500名糖尿病患者因心脏病衰竭住院，当中约2%死亡。

西医糖尿病检测

西医把糖尿病归为一组常见的内分泌代谢综合症。它是由多种遗传和环境因素共同作用所引起的一种慢性高血糖状态，临床表现是以高血糖检测为主要共同标志。由美国

政府七措施 带领国人继续对抗糖尿病



预防

- ▶ 整体政府较健康餐会准则
2017年4月1日生效
- ▶ 较健康食材开发计划
鼓励食品厂商提供更多较健康选择
- ▶ 保健资讯网监控应用
帮助国人监控个人健康指标

检查

- ▶ 糖尿病风险评估问卷
让年龄介于18岁至39岁的国人评估自己患上糖尿病的风险
- ▶ 增加“定期体检，益您一生”津贴*

控制

- ▶ 通过全面延缓肾脏病计划**，降低患者产生并发症的概率
- ▶ 糖尿病适当护理指南
指导医生更好地帮助病人控制糖尿病

*符合条件的新加坡人进行检查以及检查后首次看诊只需支付5元。社保援助计划持卡人则只需支付2元。建国一代免费。

** 由于慢性肾脏病是糖尿病的并发症之一，因此卫生部将在综合诊所推行全面延缓肾脏病计划。

(资料来源：卫生部)

糖尿病学会推荐的糖尿病新诊断标准与正常人血糖比较如下:

项目	糖尿病患者	正常人
1 禁食8小时后空腹血糖值(fasting blood glucose)	大于7.0 mmol/L (126mg/dl)	4 - 6.1 mmol/L 平均6
2 随机(Random)测定的血糖值	大于11.1 mmol/L	4 - 7.8 mmol/L
3 餐后2小时血糖值或口服75克葡萄糖后血糖(OGTT)值	大于11.1 mmol/L (200mg/dl)	少于7.8 mmol/L
4 糖化血红蛋白(Hemoglobin, HBA1c): 反映5-8周前的血糖水平	大于7%	4% - 6%

以上4个条件,只要符合一条均可作为糖尿病诊断依据和标准。西医一般是采取口服降糖药,例如Metformin, Glipizide。较严重的糖尿病患者则需要注射胰岛素,它主要的作用是一方面抑制肝糖输出(进入血液),另一方面可刺激周围组织特别是骨骼肌和脂肪组织对葡萄糖的摄取,从而使血糖水平降低。

中医对糖尿病的认识

现代医学的糖尿病属于中医学“消渴病”范畴。消渴病主要是因为肺,脾(胃),肾等脏腑虚损,阴虚燥热,导致人体水谷的运行,吸收和输布失常;临床以出现口渴多饮,消谷善饥,尿量频多,或尿浊或有甜味,疲乏无力及形体逐渐消瘦为主要特征的疾病。其他一些不典型的症状如皮肤瘙痒,视物模糊,肢体麻木等。历代中医有“消瘴”“肺消”“膈消”“三消”“消中”“上消中消下消”等记载。

中医学认为本病的发生多由于禀赋不足(先天性遗传性),五脏虚弱,劳逸内伤,生活富裕,饮食丰美,心情不舒,精神抑郁等原因,导致肺脾(胃)肾等脏腑气阴亏虚,燥热炽盛而形成消渴病。现在中医治疗糖尿病基本上是按照消渴病的症状以进行脏腑辩证论治,可分为早期,中期,后期病理变化。一般而言,糖尿病早期病理变化以阴虚燥热为主。如果病

变早期得不到及时正确的治疗,则阴损及气,燥热伤阴耗气,同时由于人体脏腑失调,产生痰浊瘀血,从而使气血运行受阻,因此糖尿病中期的病理变化为气阴两虚,痰瘀阻络。如果病程迁延日久,阴损及阳,则形成糖尿病阴阳两虚的病理变化。所以中医治疗糖尿病早期应用滋阴润燥,清热泄火的中药;中期以益气养阴,活血化瘀为主;晚期则用滋阴补阳,阴阳双补之剂。

以下列表概述中医对糖尿病的病理变化,治则及常用中药供大家参考:

阶段	病理变化	中医治则	常用中药
早期	阴津亏耗,燥热偏盛	滋阴润燥,清热泄火	麦冬,石膏,知母,天花粉,知母,生地,黄连,黄芩,黄柏,桑白皮,柴胡,葛根,桑叶,地骨皮,玉竹,大黄,薏苡仁,泽泻,芦根,栀子,瓜蒌,竹叶,丹皮,升麻,等等。
中期	气阴两伤,痰瘀阻络	益气养阴,活血化瘀	黄芪,党参,人参,山药,白术,茯苓,当归,川芎,半夏,丹参,玄参,苍术,白芍,赤芍,桃仁,红花,桂枝,甘草,桔梗,远志,枳壳,木香,陈皮,厚朴,生姜等等。
后期	阴损及阳,阴阳俱虚	滋阴补阳,阴阳双补	熟地,山萸肉,五味子,附子,肉桂,黄精,枸杞子,菟丝子,莲子,芡实,等等。

四大支柱的综合治疗法

由于糖尿病是一种复杂的慢性病,需要长期坚持治疗,并采取综合治疗方式,以便较有效地改善患者的生活素质。这里我要探讨的是综合治疗的四大支柱:

医药治疗
饮食治疗
运动治疗
心理治疗

医药治疗

中医认为脾胃为后天之本,是人体气血生

化的关键，如果一个人的脾胃不好，那么身体的气血就会出现生成不足，身体各个得不到滋养，自然就会出现“枯萎”，就会百病丛生。补脾，是一切疾病治疗的关键。而糖尿病就与脾胃运作功能有密切的关系。

于2016年5月我出席由广州中医药大学李赛美教授在新加坡中华医学院主讲两天的中医课程。其中有一堂课是：“中医糖尿病再实践再思考”。李教授分享她多年治疗糖尿病的经验 and 三大思路(治法问题)如下：

降糖不远寒

扶正重脾胃

气血贵流通

李教授以深入浅出的方式介绍治疗糖尿病的心得：五大模块组合用药(方药问题)，即：清，开，补，通，化。

清火，黄连类方：如葛根芩连汤，白头翁汤，黄连阿胶汤，大黄黄连泻心汤等；

开郁，柴胡类方：如四逆散，大小柴胡汤，柴胡桂枝汤，柴胡桂枝干姜汤，柴胡加龙牡汤，三黄泻心汤等；

温补，四逆类方：如四逆汤，附子理中汤，金匱肾气丸，真武汤，六味地黄丸等；

通脉，四物类方：如桃红四物汤，偏寒用黄芪桂枝五物汤等；

化浊，包括化痰与祛湿：化痰用温胆汤，小陷胸汤，苓桂术甘汤；利湿用五苓散，三仁汤，小柴胡汤，甘露消毒丹，茵陈蒿汤等。

除了服用药物外，也可配合针灸疗法治疗糖尿病达到益阴泻热化瘀温阳的治则。以益阴为主的穴位包括肺俞，胰俞，肾俞，足三里，三阴交，地机，尺泽等。以益阴泻热为主的穴位包括曲池，合谷，肺俞，膈俞，胰俞，脾俞，胃俞，肾俞，足三里，三阴交，地机，尺泽，外关，曲池，太溪，血海，丰隆，阴陵泉，关元等。以益阴温阳为主的穴位包括胰俞，脾俞，肾俞，气海，中脘，足三里，三阴交，列缺，关元，命门等。

另外一种有效的保健治病方法是按摩疗

法。按摩又称推拿，它是运用手和手指的技巧，刺激人体的经络，俞穴，四肢关节，可疏通经络，使之气血通畅，阴阳调和，从而达到治疗目的。按摩手法有多种，包括按，摩，点，揉法；按摩部位如头面，肩，腹，及四肢。糖尿病患者按摩常用穴位有：合谷，足三里，三阴交，阴陵泉，攒竹，肺俞，膈俞，脾俞，肾俞，风池，肩井，大椎，百会，内关，劳宫，太冲，涌泉，阳陵泉等。

饮食治疗

如果糖尿病患者的饮食不适当的话，需要进行调整，目的在于保持理想的体重。根据个人状况及需要，减少淀粉类食物(白米饭，面，马铃薯等)，宜多些蔬菜，瓜果，适量进食奶及奶制品，肉类，蛋及坚果类；少吃甜食，冷饮，油腻食物及糖。

中医认为肝属木，木能生火，就是脾把营养运化来，肝把营养物质燃烧成火变为能量，供生命活动需求。如果人胖得肝内瘀积了大量脂肪等垃圾，致肝功能减退，造成“木不能多生火”，不能制造满足人体需要的能量，人体生理系统就反馈为饿，其表现为吃的多，血糖高，人也经不起饿。若管不着嘴就胖起来。

某些食物的含糖高，例如糯米。我的一位女患者连续吃了2粒粽子后，于傍晚时看病空腹血糖检测为15mmol/L。基本上，糖尿病患者饮食不宜过量，应以清淡为主。

运动治疗

体育锻炼可以取得养筋活络，畅通气脉，使我们思想开朗，精神愉快，增强体质，促进全身的新陈代谢。甩手，散步，慢跑，远足，爬山，打球，做体操，练太极，打气功，八段锦，游泳，骑脚车，登楼梯等等，都是很好的锻炼项目。例如简单的甩手运动能有效地改变气血，把气血调和平衡了，改善体质，少生病。但是，运动必须持之以恒，才能改善体质。

我曾经有一位男患者每天早上晨运，步行至流汗为止；于2014年尾至2017年中来看中医调理糖尿病。他的餐后2小时血糖检测值为5.0至7.0mmol/L之间。控制得很不错。

心理治疗

治病，不只是说在身体层面上，更重要是在心理层面上，在人与人之间的层面上。患者与医者若有隔阂，不能沟通就不能达到事半功倍的疗效。心与心之间的治疗是传导爱心的能量，关心患者的生活起居，情绪，有助于提高疾病治疗效果，尤其是象糖尿病这种复杂的慢性病。

心理治疗的作用与目的在于消除患者的心理，社会紧张度，获得对自身疾病的正确认识，树立战胜疾病的信心，消除忧郁焦虑等精神状态，达到心理平衡，从而有利于糖尿病的控制，减轻及延缓并发症的发生与恶化。但是心理疗法不能代替药物疗法。必须给予必要的药物，机体治疗与精神治疗同时进行，相辅相成，才能达到疗效。

我有一位女患者，经常为了公司财务问题而烦恼，她的空腹血糖值常介于8.0至15.0mmol/L之间。虽然她有服用中西药物治疗糖尿病，但血糖值一直未能降到理想的数值。

负面的情绪是大病之源，会影响身体健康。只要信心不灭，多可救治。而病人一旦失去信心，则百无一治。治病不只是依赖外在的药物，更重要的是依赖自己的信心，这是每一个慢性病患都要面对的问题。与其把所有的希望寄托于药物，不如痛下决心，努力试着把不良情绪排除出去。

总结

在去年8月22日的国庆群众大会上，李总理针对糖尿病课题提出四大建议，包括国人少

喝含糖饮料，定期体检，多做运动，改变不健康的饮食习惯，以提高健康生活素质及防病。我个人觉得这是个正确的方针，假若每个国人身体健康，国家政府所需要医疗拨款负担就可以大幅度减少。个人身体健康就是财富，家庭生活也会更美满愉快。

糖尿病是一种比较复杂的慢性病，影响病情波动的原因较多，病情变化较快，又不易治好的慢性病。除了采取医药治疗，饮食治疗，运动治疗，应该要调协心态，树立战胜疾病的信心和决心，正确认识糖尿病，坚持长期治疗，与医生密切配合，则可长期稳定控制糖尿病或延缓糖尿病合并症的发生。提高生活素质，降低死亡率，延长生命。所以要有良好的自我保健，可预防并发症的发生，或使发生并发症的可能性降到最低的程度。

总之，糖尿病患者若能够规范用药，控制好饮食，坚持运动，养成良好的生活作息，树立信心，保持乐观精神，糖尿病是可以控制的。希望今后治疗糖尿病时，尽量鼓励患者配合四大基本疗法：医药疗法，饮食疗法，运动疗法与心理疗法，以获得满意的疗效。

参考资料

- [1] 新加坡卫生部新闻稿<7措施对付糖尿病>，2017年3月
- [2] 新加坡联合早报报道“本地心脏衰竭者，近六成患糖尿病”，新加坡心脏中心研究报告，2017年6月24日。
- [3] 熊曼琪，朱章志主编<糖尿病中医疗法>华南中医理工大学出版，2004年
- [4] 新加坡中医学院主办“中医药防治糖尿病肾脏进展”，2015年国际中医高层论坛资料，2015年报11月。
- [5] 周仲瑛主编<中医内科学>，中国中医药出版社，2005年
- [6] 李赛美教授<中医治疗糖尿病再实践再思考>讲稿，广州中医药大学，2016年
- [7] 倪伟程<谈谈糖尿病的自我保健-饮食与运动疗法>，新加坡中医杂志，2012年12月
- [8] 冯启发<糖尿病的饮食治疗>，新加坡中医杂志，2015年6月
- [9] 范冠杰主编<糖尿病>，专科专病名医临证经验，人民卫生出版社 2002年
- [10] 蔡光先主编<糖尿病特色方药>，人民卫生出版社 2006年
- [11] 史宇广，单书健主编<消渴专辑>，当代名医临证精华，中医古籍出版社，1992年

学术流派在中医学发展中的角色转变

新加坡·陈婉燕

中医学从古至今发展已有两千余年的历史，而这门传统民族医学能传承那么久，并不断地发展与进步绝对不是偶然。在中医学长远的发展中，涌现出了很多不同的学术流派，虽然对中医的一些基本理论都有一定的共识，但各流派都对某些重要的理论持有不同的观点。著名医学家任应秋先生曾明确地将学术流派的判断标准定为以某一位或几位著名医家为核心，各承其说。这些核心人物都分别在他们所处的年代，地域，在实践中不断思考，创建了与众不同，前所未有的学术观点，并且又通过实践不断地完善其理念而形成完整且独特的学术体系。在各流派的形成过程中必然也产生了不少争鸣，而随着争鸣必定也产生了不少混乱。但我认为，中医学术流派的形成与它所带来的争鸣是中医学能够不断发展，进步，并且传承至今的关键。

自《黄帝内经》开始广泛流传，中医学开始有了一套较完整的理论，使多数医家首先对人体与自然界之间的关系有着整体的认识，并在某些基础理论上，如五脏，六腑，阴阳，五行等概念有着一定的共识。各医学家凭着这些理论的实践，结合各自的临床经验与观察，不断地举一反三，反复思考，从而开拓，创建新的思想理论。《内经》之后，出现了《难经》，在某些思想上与《内经》有所不同，又随着师承授受，成为了流派产生的起点。在《难经》之后，分别出现了伤寒，河间，易水，攻邪，丹溪，温补和温病等学派。学派之间有相互补充完善的，也有较为相对立的。如

河间学派以阐发火热病机为中心思想，倡导运用寒凉药物为治疗重点，为清明时期温病学派的形成做奠定，两者之间亦存在着相互补充，相互完善的关系。而河间学派以火热之邪为中心，就与伤寒学派相对立；李东垣注重阳虚，又与朱丹溪注重滋阴相对立。

随着这些相互对立的理论学派的出现，必然在当时引起众多医学家的争议，也一定对当代医家造成了不少混乱。然而，许多人也意识到，这些“相对立”的理论虽然注重的观点看似相反，对中医学整体而言其实并非相互排斥，相互否认，而是在一定的基础层面上随着各个学派所处的时代，地域环境，文化的差异强调了更适用于那个时期与环境的理论。例如，温病学派虽以感受温热疫毒为病因，以卫气营血为传遍规律，以辛凉解表，清气，透营转气，凉血散血等为治则，与伤寒学派所注重的外感风寒，六经传遍等思想截然不同，两者却无对错之冲突。温病学的形成主要是因为明代末年瘟疫广泛流行，伤寒治法无效才形成了温病学说。但是，温病学并不是用于否认伤寒学派的理论，只是在对疾病的认识与治疗上提出了另一种类型。因此，从宏观的角度，相互对立的理论仍然有着互补完善的作用，促使中医不断地突破，创新，发展与进步。所以，学术流派所带来的百家争鸣，争鸣中又兴起新的学派，事实上是中医学发展至今一个很关键的推动力。

现代医学家在学习医学的过程中已经明确地把古代医学思想划分成以上提到的学派，从

古人丰富的经验中索取医学知识，并在面对着各种不同的病人，疾病，适当地选择，采取不同学派理论作为治疗的依据及重点，使现今社会的中医学对各种疾病有着非常全面的认识。然而，在现代中医学的发展中，学术流派承担的责任更为艰巨，重大。我们都应该意识到，学术流派之所以会形成，最根本的原因在于气候环境的不同，及不同时期的历史，民族，文化差异。不同时期或地域的气候环境有所改变，或社会动荡，昌盛，均可影响人们的生活习惯，邪气的性质，因此常见的疾病以及所需的治疗也会有所不同。这些不同与改变，都促使着不同流派的形成。虽然几千年对于人类进化史仅为一瞬间，但无可否认的是，人们现在处于的生活环境必定与几百年，甚至几年前大有不同。这也意味着，当代中医学者不能满足于熟读古人的古训，更应该在其基础上结合现状，创建更适用于新时期的新理论，为中医的发展与进步作出贡献。

在西方医学日新月异，不断突破的时代，中医学者不能原地踏步，必须在古人所奠定的基础上不断开拓新的领域创建新的流派及理论，也必须能够在现代科学备受重视及瞩目的21世纪中让大众能够有所共鸣，使中医学被更多人认可。若中医学家都仅满足于现状，中医学的发展则会遇到瓶颈，甚至被埋没，遗失传承。

所以，现代中医学者不仅肩负着创新的任务，他们更需与时俱进，通过现代科学适当的研究方法去证实中医理论。虽然许多学者会认为中医学两千多年前成立，能够传承至今，并有其独特完整的体系，从没依赖过现代科学的辅助，所以根本不能与现代科学混为一谈。若以现代科学为框架，强硬地将此框架套在中医学说上，不仅会不准确，也可能因为误解中医而限制中医学充分的发展。无可否认，现代科学并不能精准地解释中医的理论。但是在中药的疗效这方面，有很多实验能够很明确地证实中药对某些疾病的治疗作用，并被世界认可，

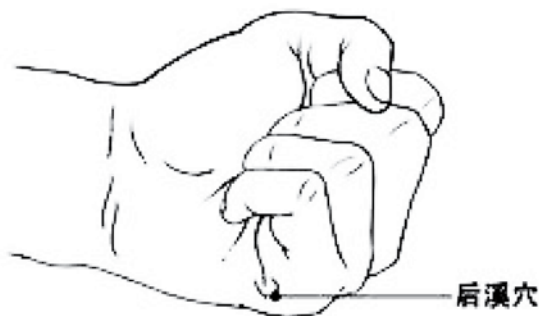
因为这方面的实验重视的毕竟是一些能被衡量的数据。就如屠呦呦女士因证实了中药青蒿的提取物有抑制疟原虫的作用而得到了医学及生物学2015年诺贝尔奖，被很多学者定为中医界的一大突破。但归根于阴阳五行四气五味，命门相火诸如此类较抽象基本理论，却是难以用现代科学术语完整准确地解释的，甚至有着扭曲其意的可能性。将两种从根上就大有差异的学术理论生硬地相互联系既然那么困难，它的意义何在？

我认为，虽然将中医学科学化存在着不少矛盾及困难，中医学现代化远远利多于弊。所谓的结合科学，并不是让现代流派以现代科学为基础来成立新的中医学理论，而仍然是在古代传承的中医学理论为基础，通过临床实践不断地推翻或改善这些思想从而创建新的理论使中医学不断地完善。这些新理论的根本仍然应该是中医学传承已久的理论基础，其出发点并未偏离中医学。中医学现代化，更准确地理解，应该是在成立了新的理论思想后，再以现代科学研究方法解释这些理论，以现代科学为一个被广泛认可，接受，重视的平台，一个更容易被理解共同“语言”，让中医学能在同一个平台上与西方医学相提并论，而不断地传承下去。

综上所述，学术流派的产生与其所带来的争鸣在中医学在古代的启蒙，发展与进步中起着非常关键的作用，使之能流传至今。但随着西医学不断地进步，快速广泛地被接受，现代中医学学术流派肩负着更艰巨复杂的任务。若现今中以学术流派要继续对中医学的发展与突破有着与前人相同的重要性，就必须与时俱进，不能只要承担中医学理论的创建，也需注重临床，科研，以确保理论在被现今社会认可的基础上有所传承发扬。

后溪穴在医疗和保健的应用

新加坡·吴荣贵



后溪穴是手太阳小肠经的穴位，也是八脉交会穴，通于督脉。后溪最早见于《黄帝内经·灵枢·本输》篇，据记载：为小肠经上的输（木）穴，有舒经利窍、宁神之功。

主治：头项强痛，腰背痛，手指及肘臂挛痛等痛证；耳聋，目赤；癫狂痫；疟疾。

一、后溪穴在医疗运用

1、古代应用

1. 通玄指要赋：痫发癫狂兮，凭后溪而疗理。头项痛，拟后溪以安然。

2. 肘后歌：胁肋腿痛后溪妙

3. 玉龙歌：时行疟疾最难禁，穴法由来未审明，若把后溪穴寻得，多加艾火即时轻。

4. 胜玉歌：后溪鸠尾及神门，治疗五痫立便痊。

5. 百症赋：后溪环跳，腿痛刺而立轻。又：治疸消黄，皆后溪劳宫而看。又：阴郄后溪，治盗汗之多出。

6. 兰江赋：后溪专治督脉病，癫狂此病治还轻。

2、现代应用

治疗急性腰扭伤、耳聋、精神分裂症、瘰

病、角膜炎等。配天柱主治颈项强直落枕；配翳风、听宫主治耳鸣、耳聋。

针刺法：直刺0.5~1寸。治手指挛痛可透刺合谷。

取穴法：

后溪穴的位置

取穴：后溪穴位于微握拳，第5指掌关节后尺侧的近端掌横纹头赤白肉际。具体在小指尺侧，第5掌骨小头后方，当小指展肌起点外缘；有指背动、静脉，手背静脉网；尺神经背支。

二、后溪穴应用在保健

督脉主一身阳气，古人认为阳气旺，则全身旺。

在临床应用于养生保健时，则只需用按揉后溪穴的方法就可以。实际临床怎样应用和进行呢？

1. 直接按揉穴位：一般按揉几分钟后就可振奋全身的阳气，身体就会像熊熊燃烧的火炉一样，暖彻心扉。点揉此穴，对腰腿疼有很好的治疗功效。

2. 保持间断按揉：对于长期在电脑前工作或学习的人，每过一小时，就把双手放在桌

沿上来回滚动后溪穴大概三到五分钟，就可以缓解调节长期伏案工作，以及电脑对人体带来的不良影响。

3. 长期的养生和保健：点揉此穴也适合经常坐在电脑前的上班族、发育中的孩子，可预防驼背、颈椎、腰部、腿部疼痛，也有保护视力、缓解疲劳、补精益气的功效。

4. 扎针有个小窍门，进针之后边捻转边提插，同时让病人活动腰部。

5. 滚揉后溪穴：如果你坐在电脑面前，可以把双手后溪穴的这个部位放在桌子沿上，用腕关节带动双手，轻松地来回滚动，即可达到刺激效果。在滚动当中，它会有一种轻微的酸痛。这个动作不需要有意识的去做，每天只用抽出三五分钟的时间来，随手动一下，这个简单的治颈肩腰椎病的方法，我把它叫作滚揉后溪穴。

三、后溪穴应用在保健的实践例子

后溪穴对颈椎、腰椎确实有着非常非常好的疗效，对保护视力也很好。

在四十多年前，颈椎病是四十岁以后的人的专利，但现在不是了，二三十岁的颈椎病患者到处都是，甚至患上颈椎病的小学生也不少！

低头伏案久了，压力大了，颈椎病提前光临了。不仅仅得颈椎病，当长期保持同一姿势低头伏案工作，或学习的时候，上体前倾，颈椎紧张了，首先压抑了督脉，督脉总督一身的阳气，压抑了督脉也就是压抑了全身的阳气。

于是，久而久之，整个脊柱就弯了，人的精神也没了。人体的精神，不是完全被脑力劳动所消耗掉的，而是被错误的姿势消耗掉的。眼睛也需要靠阳气来温煦，仅仅是眼睛疲劳，可能不能导致近视；真正导致近视的，是眼睛在缺少阳气温煦的情况下过度疲劳。

这一系列问题，出于同一原因，通过后溪一个穴进行保健，也就可以解决问题。因为后

溪穴。通督脉，能泻心火、壮阳气，调颈椎，利眼目，正脊柱。

临床上，颈椎出问题了，腰椎出问题了，眼睛出问题了，都要用到这个穴，效果非常明显。它可以调整长期低头伏案或在电脑前学习和工作对身体带来的一切不利影响，只要坚持，必有或效！

四、后溪穴应用在保健实际的操作

当我们坐在电脑旁阅读文件的时候，一手不离鼠标，一手仍在键盘上吧！如果保持这个姿势不动，久了人都变僵了。这时，不妨让双手的后溪穴抵在桌沿或键盘上，来回滚动，揉一揉，每次刺激三到五分钟，每小时刺激一次就足够了。这是毫不耽误时间的，因为这时候，眼睛该看什么还可以看什么，不耽误。

坚持做下来，肯定到了下班的时候腰不会酸、脖子不会累，眼睛疲倦会很大程度上的缓解。每天坚持这么做下去，首先是腰椎颈椎轻松挺直，同时，你会发现眼睛也比以前好使了。如果因为忙，总是忘记做这个动作怎么办呢？可以定个闹钟，每隔一个小时提醒揉动一下后溪穴。

那些开车的人，如果碰见路上堵车，或是红灯亮了，也可以把后溪放在方向盘上来回滚揉几次，通督脉、泻心火、壮阳气、调颈椎、正脊柱、利眼目，受用无穷。一不起急，二不发火，精神振奋。

分享栏目

刘渡舟教授经方辨治痹证九法探析

新加坡·陈蓓琪

前言

痹，即痹阻不通。痹症是指人体肌表、经络因感受风、寒、湿、热等引起的以肢体关节及肌肉酸痛、麻木、重着、灼热、屈伸不利，甚或关节肿大变形等为主要临床表现的一类病证。临床上有渐进性或反复发作性的特点。主要病机是气血痹阻不通，筋脉关节失于濡养所致。

古代痹证的概念比较广泛，包括内脏痹和肢体痹，本节主要讨论肢体的痹症，包括现代医学的风湿热(风湿性关节炎)、类风湿性关节炎、骨性关节炎、痛风等。

本病与外感风寒湿热之邪和人体正气不足，卫外不固有关。新加坡气候湿热，而办公室、地铁、巴士等室内场所空调温度较低，容易引发痹症。所以此病是在新加坡非常常见的疾病，本病具有渐进性发展或反复发作的特点，治疗颇为棘手。

我也经常遇到痹症患者来求诊，在收集痹症治疗的资料中发现刘渡舟国医大师在痹症治疗上的经验非常有用，在此转载与大家分享，希望对大家在痹症的治疗方面能够得到进一步的发展，为痹症的临床治疗开阔思路。

本栏目中的大部分内容是从网上转载的，希望通过此栏目，与大家分享一些可能对大家有用的信息，如有错误的地方还请大家多多指

教。也希望通过本专栏与大家进行交流，如果大家对本栏目有任何建议，或者也想要分享一些心得和资料的话，欢迎大家踊跃来信和投稿，谢谢！

刘渡舟教授经方辨治痹证九法探析 (摘录)

刘渡舟教授是中国著名国医大师、北京中医药大学终身教授、博士生导师，当代著名的中医学家、中医教育家。刘老着力于《伤寒论》的研究，强调六经的实质是经络，重视六经病提纲证的作用。提出《伤寒论》398条条之间的组织排列是一个有机的整体。临床辨证善抓主证，并擅长用经方治病。从事中医教育30多年，为培养中医人才作出了贡献。刘老行医、执教半个多世纪，力倡仲景之学，上溯岐黄之道，下逮诸家之说，博采众长，学验宏富，形成了鲜明的学术思想和医疗风格。刘老精于伤寒学说，对经方运用有独到认识，尤其精于风湿免疫类疾病的临床治疗，积累了宝贵的临床经验和诊治特色。本文拟对刘老治疗痹症的九法进行系统总结，以期有益于临床。

一. 清热利湿法：

素体阳盛热多，卒然感受风寒湿三气，则从阳化而为湿热；或素体阳气有余，感受外邪

后易从热化；或因风寒湿三邪日久不去，留于关节经络之间，郁而化热；或外感热邪，与素体之内湿相并，皆可导致湿热合邪为患。湿热相因，客于关节经络之间，湿聚热蒸，蕴郁不散，久而久之，经脉气血运行受阻，郁滞而成湿热痹证。刘老将此证分为湿热实证和湿热虚证，湿热实证又依据湿与热的多少分为湿重型和热重型，兹分述于下。

1. 化湿为主，佐以清热

湿热痹之湿重型，临床症见：四肢沉重困痛，麻木不仁，屈伸不利，关节肿大，色微红，或透亮，或见肌肉萎缩，面色垢滞，小便黄浊不利，大便黏滞不爽，舌红，苔黄厚腻，脉象沉涩。女性患者多见带下量多，色黄味大。治以化湿清热，兼以活血通络，方用加味苍柏散。方中羌活、独活祛风散寒及内伏之风邪兼以胜湿，苍术、白术、炙甘草健脾缓中以治湿，木通、防己利小便以祛湿，知母、黄柏清热，当归、白芍、生地养阴活血，木瓜、牛膝、槟榔通络止痛，全方以利湿为主，佐以清热，兼以活血通络而止痛，湿热去则痹证自愈。本型病机中有湿阻气滞的病变，主要表现为下肢沉重和发胀，故加味苍柏散中用槟榔理气祛湿，此为本方配伍精妙之处。

2. 清热为主，佐以利湿

湿热痹之热重型，临床症见：关节红肿疼痛，遇凉痛减，或见午后发热，烦闷不适，汗出，口渴喜饮，尿赤便结，舌红苔黄，脉数。若汗出、口渴、脉洪大而数，热气偏盛于外而湿邪较少者，治用《金匱要略》白虎加术汤；如果湿热偏重于里者，则用吴鞠通加减木防己汤。本方出自《温病条辨·中焦篇》：“暑湿痹者，加木防己汤主之。”刘老认为：所谓“暑湿痹”之“暑”，与“热”同义，因而“暑湿痹”即是“湿热痹”。加木防己汤是从张仲景《金匱要略》的木防己汤衍化而来，木防己汤由木防己、人参、桂枝和石膏组

成。若去掉人参，加上杏仁、通草、滑石和薏苡仁，即成为加木防己汤。方中木防己味苦而性寒，能利二便而去湿热，通九窍热闭而善解诸经热壅肿痛，为全方之主药。以石膏、桂枝为辅，石膏大寒，生用其清热之力最雄，配伍防己则解经络中之郁热；桂枝辛温，最善通经络而利营卫，使气血流畅则痹气自开。薏苡仁淡渗利湿；杏仁宣肺气以行治节；滑石利窍而去湿热，三者同为佐药，以渗湿于热下，使湿邪不与热邪相合，则其势必弱而热易清除。通草为使药，通行经络，既去湿气，又利气血。全方共奏清利湿热，宣痹通络之功。所以吴鞠通称本方为“治痹之祖方”。

刘老用此方时常加海桐皮、石见穿、丝瓜络、豨莶草、晚蚕砂等增强祛湿通络止痛的效果，同时，刘老强调在临床上运用本方治疗湿热痹证时，还必须注意以下几点：(1) 方中石膏必须生用而且剂量要大，一般在30g以上。一则加强其清热之功，二则还能监制桂枝之温以防其助热。若不重用石膏，则不足以清除热邪。如果患者大便偏溏，只宜酌情减量而不能去之。(2) 湿热相因为患，纠缠不清，难以速去，辨证治疗时应抓住主要矛盾，守法守方，而不宜频繁换方。(3) 具体运用时，还应根据临床实际进行适当的变化。如热邪盛而见肢节红肿热痛，加银花、知母以增其清热之力；疼痛严重，加片姜黄、海桐皮活血通络；湿盛下注而见下肢肿胀沉重者，加苍术、黄柏、龙胆草、木通等通利下焦之湿热；热伤营血而见皮下出血者，加紫草、丹皮、生地等凉血止血；痹阻日久而气血瘀滞者，加桃仁、红花、乳香、没药等活血行瘀。

3. 清热利湿，补益气血

湿热痹之湿热虚证，临床症见：关节疼痛，伴有麻木感，四肢沉重，肌肉萎软无力，疲乏短气，或见下肢浮肿，小便赤涩，舌质红，苔黄腻，脉弦细而滑。本有正气不足、气血虚弱，感邪之后，更伤脏腑气化，使气

血益虚，故本型除湿热痹的典型症状外，亦兼见气血虚弱的表现，与湿重、热重两型的区别在于关节虽肿痛，但以麻木、困重为主，且关节肿痛轻而不红，口黏不渴，四肢肌肉萎缩明显，兼见乏力、便溏、泄利等。治用当归拈痛汤祛湿清热、补益气血、蠲痹止痛。方中以羌活、茵陈为君药，取羌活祛风湿胜湿，止周身痹痛；茵陈清热利湿，通利关节。臣以猪苓、泽泻利水渗湿；黄芩、苦参清热燥湿，共助祛湿清热之力；防风、升麻、葛根解表疏风，升发脾胃清阳以化湿，以资疏风除湿之功。佐以白术、苍术健脾燥湿，使湿邪得以运化；人参、当归益气养血，扶正祛邪，且可使诸药燥利而不伤气血；知母清热润燥，兼能使辛散而不耗阴津。使以甘草，调和药性，补益脾胃。本方宣壅通滞，培补正气，消补两顾，用于体虚兼有湿热的痹证患者，效果颇佳。

二. 温经散寒，除湿通络法：

风寒湿邪致痹，虽是杂至而病，然常有所偏胜，寒湿痹阻证，即偏重于寒湿之邪为患。本证为人体营卫气血失调，寒湿邪气外侵所致，属于痹病初期或急性发作之邪实阶段。临床症见：肢体关节肌肉疼痛剧烈，甚至如刀割针扎，遇寒加剧，得热痛缓，痛处较为固定，日轻夜重，关节不可屈伸，痛处不红不热，常有冷感。舌苔白，脉弦紧。治宜温经散寒，除湿通络，刘老常用乌头桂枝汤。方中乌头驱寒止痛，同时用蜜煎降低其毒性，桂枝汤调和营卫以散表寒，诸药合用，共奏其功。如果寒胜阳微，演变成为阳虚寒湿证，证见形寒肢冷，腰膝酸软，夜尿频多。大便溏薄，口不渴，面色淡白无华，舌苔白，脉沉弱者，刘老则转方用附子汤或真武汤治之。

三. 祛风除湿，通络止痛法：

素体虚弱，或饮食起居失于调摄，或冒风、淋雨、涉水，或汗出当风，风湿之邪直接入侵肌肤、经络或关节而致风湿痹证。诚如

《金镜内台方议》中所言：“风则卫伤，湿流关节，风湿相搏，两邪乱经，故骨节疼烦，掣痛不得屈伸，近之则痛剧。风胜则卫气不固，汗出短气，恶风不欲去衣，为风在表也。湿胜则水气不行，小便不利，或身微肿，为湿气内搏也。”临床症见：肢体关节肌肉疼痛、肿胀，疼痛尤以身体上部为重，随天气变化而作，恶风，不欲去衣被，汗出，头痛，发热，肌肤麻木不仁，或身体微肿，小便不利，舌质淡红，苔薄白，脉浮缓或濡缓等。

治宜祛风除湿，通络止痛，刘老常用防风通气汤，亦作“羌活胜湿汤”治之。方中羌活、防风、川芎、甘草祛风除湿，止头身疼痛；独活、蔓荆子、藁本祛周身风湿，诸药合用，主治头身重病效佳。如果症见身体疼痛，微肿，汗出恶风，属于风湿所伤而兼表气不同者，刘老用防己黄芪汤治疗。疗效亦佳。

四. 清热解毒，凉血活络法：

素体阳盛或阴虚有热，感受风、寒、湿邪留滞经络，郁于肌肤而化热，或感受热毒而导致热毒痹阻证。临床症见：关节赤肿掀热，疼痛剧烈，痛不可触，触之发热，得冷则舒，关节不得屈伸，或关节肿胀有波动感，或见皮下结节，其色红紫，或壮热烦渴。面赤咽痛，溲赤便秘，甚则神昏谵语，舌红苔黄，脉滑数等。治宜清热解毒，凉血活络，刘老常用五味消毒饮、犀角散等。临证时常加用银花、地丁、蒲公英、丹皮、玄参等，并减去羌活、独活、防风、二术等辛散药。

热毒型的诊断以关节红肿热痛极甚，发热烦渴，舌质红绛，脉濡数为辨证要点，多见于体质壮实之人，对于老年人，苦寒清热之药宜慎用，以免伤及肠胃。热毒型若不及时治疗，势必热毒亢盛，耗伤血分阴津，从而形成瘀阻证。热痹的瘀阻期，其关节疼痛性质，由钝痛、困痛、麻木转为刺痛，关节变形，由红而透亮转为涩滞无华，肌肉萎缩现象明显加重，关节肿大变硬，其人羸瘦，面色黧黑甚或

肌肤甲错，脉象由濡数转为涩滞，舌质暗红，此期乃因热致瘀，瘀热滞于血脉关节，故其治疗，单纯的清热利湿，已不能收效，治宜凉血活血，通络止痛法，刘老常用仙方活命饮。用药如桃仁、红花、乳香、没药、赤芍、丹皮、大黄、茜草等。此期治疗，虽有重在凉血活血，而不在破血，应以行血而化瘀，破瘀而不伤血为度，故苏木、三棱之类峻猛攻伐之药宜慎用，同时以凉血药代替黄柏、黄芩、黄连等苦寒药，以免寒极凝血，酌加桂枝、升麻等宣壅通滞之品，以增活血行瘀之力。

五. 搜剔经络，祛瘀活血法：

痹证以疼痛为特征，或程度剧烈，或持久顽固，皆为风寒湿热痰瘀之邪留伏关节所致。临床症见：关节疼痛加重，肌肤筋脉屈曲突起，皮肤见环型红斑，或痒疹久而不消等，刘老诊断邪气是否入络，一则据其病程，一则据其脉证。一般邪气入络者，病程较长，给予常规疗法效果不明显，脉象涩滞无力，症见周身关节疼痛加重，出现环形红斑等。

叶天士云：“久病入络，络瘀则痛”，关节长久肿痛，寒湿瘀血俱凝于经隧，刘老主张搜剔经隧之瘀以止痛，而搜剔经隧之瘀非草木之品所能宣达，必借虫蚁之类奏其功。虫类能使浊去凝开，气通血和，经行络通，深伏之邪除，困滞之正复。药用：全蝎、土鳖虫、地龙、木瓜等，以搜剔经络，逐瘀止痛。同时刘老还喜用藤类通络药，盖藤类缠绕蔓延，轻盈灵动，犹如网络，纵横交错，无所不至，其形如络脉。因此，根据取类比象原则，藤类药物有理气活血，疏经通络，祛风止痛之功效，善于通利关节而达四肢。药如：石见穿、桑枝、忍冬藤、丝瓜络、威灵仙、地肤子、蚕砂、路路通等。

六. 疏肝理脾，调和气血法：

肝胆禀东方风木之气，其性喜舒展条达而恶抑郁。若肝主疏泄失司，气血郁滞，则导致

肢体疼痛。一般临床所见，本证尚有手足麻木、项背强痛。或伴有胸胁苦闷，心烦抑郁等。此外，肝为将军之官，体阴而用阳，其性喜舒展条达而恶抑郁，郁则求伸，故其气郁勃之时也必然伴发肝气攻冲，攻冲于肢体则作痛，攻冲于何处则何处出现疼痛。

肝胆禀东方风木之气，故其为痛也，必然具有游行走窜的特点，俗曰“肝气窜”者是也。其气郁而热不甚者，刘老常用柴胡桂枝汤治之。《伤寒论》中本方证条文即有“肢节烦疼”之论述，是由太阳、少阳两经气机郁滞所致。方用桂枝汤调和营卫，解肌辛散，内和脾胃；用小柴胡汤和解少阳，宣展枢机，内和肝胆；柴胡桂枝汤于外感病则为太少表里双解之剂，于内伤杂病则是调和肝胆脾胃、气血营卫之良方，治疗本型甚为恰当。

七. 寒温并用，表里同治法：

素有内热之人，感受风寒湿邪气；或外邪入里化热，又复感于风寒湿等可致寒热错杂痹证，临床症见：关节肿胀变形，或关节局部扪之灼热，但自觉怕冷，遇寒加重；或关节扪之不热，但自觉发热；或关节冷痛喜温，但口干口苦，尿黄便秘，内热明显，症状表现多样，稍因外感寒湿或劳累即易复发。舌苔白或黄白相兼，舌质红，脉象弦数或弦缓。证属表里同病，寒热并存，故在治疗上就不能像一般寒痹或热痹那样单纯使用温热药或寒凉药，而是要寒温并用，表里同治，拟散外寒，清内热之法。

刘老常用《千金翼方》之“三黄汤”，本方善治“中风手足拘挛，肢节疼痛，烦热心乱，恶寒，不欲饮食”等症。方用麻黄散风寒；黄芩内清里热；细辛助麻黄发散风寒止痛为佳；独活祛风胜湿，善搜体内之伏邪，为身痛之要药；妙在黄芪一味，既能扶正走表益卫气，又能散寒祛湿而驱邪气，况麻、辛得黄芪，则发散有力；黄芩得黄芪，则清热而不伤中。一味黄芪能一统寒热。刘老常

用本方治疗外寒内热之痹痛，或风寒而有化热之象，疗效颇佳。

八. 益气养血法：

素体气血不足，腠理空疏，或大病之后风寒湿热之邪乘虚入侵，流注于筋骨血脉，搏结于关节而成气血两虚之虚痹。症见：肌肉关节酸痛无力，时轻时重，活动后加剧，或筋惕肉瞤，肢体麻木，或关节变形，或肌肉萎缩，面黄少华，心悸气短，乏力，易出汗，食少便溏，舌淡红，苔薄白，脉沉细弱。

治宜补益气血，活络祛邪，轻者，刘老用桂枝新加汤。方用桂枝汤调和营卫、生化气血，疏通表气，重用芍药和营养血，重用生姜宣通阳气，加人参益气和营。若气血虚弱较重者，刘老用八珍汤、十全大补汤等益气养血，补虚扶正。至于随症加减，根据刘老经验，项痛者加葛根；肩背痛者加片姜黄、羌活；腰背痛者加桑寄生、续断、杜仲；上肢痛者加桂枝、嫩桑枝；尻骶痛者加小茴香，黑白丑；下肢痛者加牛膝。诸痛而属于血瘀络阻者，可以酌加乳香、没药。

九. 补益肝肾法：

素体肝肾虚损，气血耗伤，筋骨失养，呈现正虚邪恋，虚实夹杂之证候，临床症见：关节肌肉疼痛，关节肿大或僵硬变形，屈伸不利，腰膝酸软无力，关节怕凉或局部发热，舌红苔薄白，脉沉弱等。治宜补益肝肾，培补气血，祛风胜湿。刘老常用独活寄生汤扶正祛邪，攻补兼施。方中独活辛苦微温，长于祛下焦风寒湿邪，蠲痹止痛，为君药。防风、秦艽祛风胜湿；肉桂温里祛寒，通利血脉；细辛辛温发散，祛寒止痛，均为臣药。佐以寄生、牛膝、杜仲补益肝肾，强壮筋骨；当归、芍药、地黄、川芎养血活血；人参、茯苓、甘草补气健脾，扶助正气，均为佐药。甘草调和诸药。又为使药。诸药相伍，使风寒湿邪俱除，气血充足，肝肾强健，痹痛得以缓解。若肾虚明

显者，刘老常用六味地黄丸或《济生》青娥丸化裁治疗。

十. 病案举例：

张某某，女，48岁。1993年9月1日初诊。

患者双侧膝关节红肿疼痛已有数年之久，下肢活动明显受限，每于经期前后则症状加重，并见白带淋漓不断，小便黄短等症。舌红苔白腻，脉弦而数。

刘老凭脉辨证，此属湿热之邪下注而气血受伤所致。治宜清热利湿，补血健脾，选用《医宗金鉴》之加味苍柏散，刘老处方如下：羌活8克、独活8克、苍术10克、白术12克、生地12克、知母10克、黄柏10克、白芍12克、当归12克、牛膝10克、炙甘草6克、木通10克、防己15克、木瓜10克、槟榔10克。服七剂后腿痛减轻，尿已不黄，腻苔去其大半，带下几愈。又按原方10剂，膝关节痛止，诸症亦随之而愈。

【按语】本案为热痹之证。感受湿热之邪，或素体阳胜，感受寒湿之邪入里化热，均可形成本证。正如《素问·痹论》所说：“其热者，阳气多，阴气少，病气胜，阳遭阴，故为痹热。”热为阳邪，其性急迫，侵入人体经络关节之后，与气血搏结，使筋脉拘急，经络瘀阻而发生剧烈疼痛，痛处红肿灼热，且伴有口渴、溲黄、舌红、脉数等症。治疗上一方面要清热利湿，另一方面需活血通经。加味苍柏散方用二术、黄柏、木通、防己、槟榔以清热利湿；当归、牛膝、木瓜活血通经；生地、知母、白芍清热养阴；二活祛风胜湿，使邪从表散。本方清热而不得湿，祛湿而不伤阴，服之使湿热去，经脉通，气血和，而痹证自除。刘老常用本方治疗湿热下注所致的腰、腿及下肢关节疼痛，若湿热较重，可加龙胆草、茵陈以增强其清热利湿之力。



脊柱相关疾病 与亚健康的关系和治疗

新加坡·许柏光

概述

脊柱为人体的中轴骨骼，是身体的支柱和生命的“脊梁”，是人体传递信息的主干。人体的外形及其正常结构关系的维持依靠骨骼的刚度、强度和肌肉、韧带软组织的弹性回缩力。它具有支持躯干、负重、减震、保护和运动等功能。其随人体姿势的变化而进化或退化，不但决定神经传导的顺畅与障碍，还影响脏腑及器官的健康。亚健康对人的生活情况是十分严重，亚健康状态与脊柱相关疾病的研究已逐渐引起现代医学界的关注，正确认识亚健康状态与脊柱相关疾病发生的原因、条件和表现有助于我们了解其本质及其相关性。本文探讨亚健康与脊柱相关疾病的内在联系，探讨早期干预亚健康状态对防治脊柱相关疾病的重要性。

“亚健康”是介于“疾病”与“健康”之间的过度状态。是一种临界状态，处于亚健康状态的人，虽然没有明确的疾病，但却出现精神活力和适应能力的下降，如果这种状态不能得到及时的纠正，非常容易引起心身多种疾病，把亚健康症状解决在量变过程中，把脊椎

关节错位压迫脊神经的局面解决在萌芽之中，将具有划时代的意义。

人体亚健康症状的本质不属于质变疾病，不属于医疗范围，属于中医“不治已病，治未病”的预防、保健范畴。

1. 脊柱相关疾病的前期先兆

脊柱亚健康状态近年来，人们开始逐渐认识亚健康状态，医学界也在从不同角度研究亚健康。它是指身体无器质性病变，它既可向健康转化，但存在有一些功能性改变，发展为疾病。从表面上说是健康的，但潜伏了疾病状态。因此，对亚健康进行适当的治疗和预防具有十分重要的医学意义。

亚健康状态多无临床症状和体征，或者有病症感觉而无临床检查证据，但已有潜在发病倾向的信息，处于一种机体结构退化和生理功能减退的低质与心理失衡状态。呈现易疲劳、活力减退、反应能力减退等症状，是一组综合证候群。

其形成原因多样，常有躯体、心理、情感等方面的不适，社会普遍认为其是介于疾病和

健康之间的“中间状态”或“疾病前状态”，在生理、心理、社会适应能力和道德上的欠完美状态，以及与年龄不相称的组织结构和生理功能的衰退状态。

此时人体的机能虽无明显或明确的疾病表现，但患者总感到身体不适，严重的可影响生活质量。

亚健康是处于健康与疾病之间的过渡状态，虽然还未患病，但已有不同程度的患病危险因素，实际上是疾病的亚临床或病前状态造成亚健康状态的原因是多方面的，快节奏的现代生活使人们长期精神紧张，处于高压环境下导致心理失衡。高热量、高脂肪饮食造成体重超重；缺乏运动、睡眠不足、长时间使用计算机等不良生活方式和习惯；环境污染及不良精神、心理因素刺激等造成心理和躯体上的亚健康状态。

亚健康既有自身机体、生理、心理的各种平衡的稳态障碍问题，也有体内与环境生活各种因素变化以适应平衡稳态障碍问题，人体是一个多因素相互制约相互协调的有机有序的稳态平衡系统，包括体内和体外的相互制约相互协调以至维持整个大平衡的稳态，使得以保持健康的稳态。一旦这稳态破坏，即疾病的发生。人体的平衡稳态而未破坏时，只处于临界边缘，这就是亚健康状态。人体要求适应内外环境的变化，以维持其平衡稳态，中医学所说阴阳平衡、内外环境平衡、心理平衡、劳逸平衡。就能使体内元素与功能得以正常运行。

从中医理论上讲，亚健康状态症状与中医“虚劳”十分类似，其证型以脏腑气血阴阳失调所致的本虚标实证为主。中医认为，人体的健康是与自然、社会协调以及自身阴阳动态平衡的结果。即古人所说的“阴平阳秘，精神乃治”（《素问·生气通天论》）、“阴阳匀平，以充其形，九候若一，名曰平人”（《素问·调经论》）及“平人者，不疾病也”（《素问·平人氣象论》）等等。亚健康和疾病则都属于人体的阴阳失衡，调整阴阳失衡状态，是中医

治疗亚健康和疾病的总指导原则。

主要表现在生理、心理、社会适应三个方面的改变，如疲劳、困倦、头晕、头昏、失眠、健忘、心悸、胸闷、恶心、颈痛，肩背酸痛、肌肉酸楚、关节疼痛、抑郁、烦躁、焦虑、孤独、记忆力下降、注意力分散、反应迟钝、精神紧张等。

亚健康形成原因复杂且不明确，临床表现多样，生化指标和影像学检查无异常的情形往往困惑人们的正常生活，已经逐步威胁人类健康。

长时间的亚健康状态如果没有得到及时合理的处理，人们会逐渐出现具有临床意义的症状和体征，如脊柱曲度的变化、椎旁肌张力的改变、自主神经系统功能紊乱等，甚至出现影像学的改变，导致脊柱相关疾病的发生。

2. 亚健康与脊柱相关疾病的区别与联系

脊柱相关疾病是指由于脊柱肌力不平衡而致脊柱力学失衡，骨关节轻度位移，直接或间接刺激、压迫到其周围的血管、脊髓和植物神经等，引起相应的内脏和其他器官出现的一系列临床病症。其发病因素有椎间盘退行性变、慢性劳损、椎间盘突出、骨质增生、韧带增生肥厚或钙化、先天性畸形、炎症、类风湿性脊柱炎、外伤、过度疲劳、睡眠姿势不良、工作和生活中的不良姿势、受风寒湿邪、内分泌失调。

临床表现为头痛、头晕、视力障碍、鼻塞、咽部异物感、血压波动、心律失常、冠心病、胸闷气短、哮喘、胃痛、慢性消化不良、慢性胆囊炎、结肠功能紊乱、痛经、月经失调等。这些病症的产生往往有一个长期不一的潜伏期。很多人的脊柱结构有了一些异常改变，但是并没有临床症状出现，这就是人体自身代偿能力的体现。然而，这种代偿能力是有限度的，一旦人体失去代偿能力，就可能引发

临床症状。这种代偿期人体就可能处于一种亚健康状态，所以，很多脊柱相关疾病是长期经历了骨骼、关节、软组织等功能失衡的亚健康状态后而发病。可见，健康-亚健康-疾病，即由健康到亚健康再到疾病，是一个动态发展变化的过程，三种状态可以互相转化。健康与疾病之间有一个互为联系的渐进过程，当亚健康状态即病前状态积累到一定程度时，便转化为疾病。

近年来，骨伤科专家开始对亚健康状态的系列表现给予极大的关注。作为亚健康主要表现形式的“慢性疲劳综合征”，表现为眼睛疲劳、肩酸腰痛、头痛等；如“电脑视觉综合征”，表现为双目干涩、前额沉重、视觉模糊、记忆力下降、颈痛等，都有脊柱相关疾病的表现。因此，由于亚健康造成的生理方面的表现，可能已经成为脊柱相关疾病的前奏。

骨伤科专家在对脊柱损害造成的亚健康状态的研究发现，工作节奏快、平时姿势不良、床面太软、枕头过低或高、“高枕无忧”、长期驾车、睡姿体态不当、长期低头伏案工作的会计、誊写、绘图、缝纫、刺绣、等职业者。长期使用电脑处理信息和玩电子游戏等使用者频率的增高。现代社会中如公务员、医生、护士、记者、教师、研究人员、工程师等应用电脑处理信息、使用手机和会计人员等低头工作的人越来越多，甚至学生和工人都离不开电脑、手机和电子游戏等。而长时间的低头姿势不良，工作姿势等因素，玩电脑、玩手机和玩电子游戏等能量X射线和低频电磁辐射对颈椎的损害很大，因为重复的、长时间的颈椎肌肉、韧带、肌腱和骨关节的负载可以造成肌肉劳损、韧带损伤、颈肌痉挛和颈椎关节的炎症反应。

据调查显示，我国颈椎病的发病率越来越高，而且出现了低龄化趋势，颈椎病的发病年龄已经从40多岁提前到30岁左右，年轻患者中大部分是电脑族。每天使用电脑超过4小时者，81%的人脊椎有问题。早期的躯体不适，

大多数不会引起人们的注意，很多人已经有头昏、眩晕、头痛、记忆力下降、颈项痛等亚健康的表现，但随着时间的积累，出现临床症状和体征后，临床检验指标和影像学改变后，才真正确诊为颈椎病。可见，颈椎损害造成的亚健康状态是颈椎病的前奏。此外，由亚健康状态发展而来的脊柱相关性疾病还很多，如健康人劳累或长时间工作后出现躯体表现等，也可能是亚健康状态或疾病的重要预警信号。持续的亚健康状态是一个量的积累，如果不引起人们的重视，也可能是造成颈椎病的先驱症状。

3. 早期干预亚健康状态， 预防脊柱相关疾病发生

亚健康是许多疾病的前期征兆，在此期间不表现为明显的临床症状和异常体征，因此人们往往忽视健康的早期诊断和治疗。一旦引发明确的疾病，此时亚健康状态已不可逆转地转化为健康。

亚健康不仅对身心健康危害大，其影响也极为广泛，因此，亚健康对社会、科学、经济发展和家庭生活已经产生了不容忽视的负面影响，如果不采取相应干预措施，将成为威胁人类健康、导致疾病的隐形杀手。在古代“疾”与“病”含义不同。“疾”是指不易觉察的小病(疾)，如果不采取有效的措施，就会发展到可见的程度，便称为“病”。这种“疾”的状态，现代科学称为“亚健康”或“第三状态”。《素问·四气调神大论》篇，提出未雨绸缪“治未病”的指导思想。中国的祖国医学早在二千前的《内经》中就提出了治“未病”的观点，唐代孙思邈更明确地提出“古人善为医者，上医医未病之病，中医医欲病之病，下医医已病之病”。其意是：最好的医生善于在人的身体健康之时，注重养生，保持健康；中等水平的医生要抓住将要生病而还没有生病之时，注重未病早调理，避免疾病的发生即现代人说的亚健康；一般水平的医生治

疗已发生的疾病。

自古中医强调辨证论治法，临床症状、体征等以了解状态的依据，注重研究人体的功能反应状态，并运用状态调整来达到预防和治疗目的，这是中医学最显著的特点之一。

从以上方法，预防亚健康应从纠正病因开始，从平时的生活抓起，要从思想上重视自身健康。解决亚健康状态，提高健康水平和生存质量，要合理进行健康保健，人回归自然、定期查体等，都是必不可少的干预措施。

中医治疗脊柱亚健康采用的方法很多，采用推拿、针灸、中药内服、外敷、整复、理疗等手段，具有恢复脊柱内外力学平衡的独特效果，以此来调整和治疗脊柱错位、脊柱周围软组织损伤以及继发的脊柱相关疾病。

中医推拿手法是通过一系列特定的手法作用于人体相应的穴位或部位，通过经络系统的调节和腧穴的作用来调整机体的生理功能，改善其病理环境，以达到防治疾病的作用，经常推拿，可以疏通经络、通达气血、消肿止痛、鼓舞人体正气，

使人感觉到肌体的轻松，心情舒畅。理疗方法可以直接作用于身体各部位，改善局部的不适感及全身症状，还可以通过对肌体进行神经或体液调节，恢复和维持人体平衡，改善和消除人体亚健康状态。

针对亚健康的成因和危害，必须强化自我防护，积极预防，通过改变不良生活方式和习惯，从源头上堵住亚健康状态发生。例如，选择适当的床具和枕头，改变颈、胸、腰椎的不良姿势，调整好打电脑、上网等桌椅的高度姿势，避免长时间上网、看手机和驾车，对于保护脊柱、预防脊柱损害而导致的亚健康或进一步发展为脊柱相关疾病都有重要的作用。

亚健康状态作为健康与疾病的中间状态，处理得当可向健康转化，处理不当将直接导致严重的疾病，故治疗亚健康的关键在于早发现、早干预。

总之，治疗亚健康主要是通过激发自身调

节便能达到很好的治疗效果，而治疗脊柱相关疾病的根本是阻止或减少椎间盘的高压，凡能达到这要求的所有办法都是好办法。这种改变药物可以做到，物理治疗也有一定的效果，但不能持久，长期依赖物理治疗的方法还会令自身的调节机能减退。采用手法纠正脊柱的错位，要经过自身调节才能持久稳定。最有效的方法是用手治疗结合针灸等方法的治疗。手法治疗的目的是纠正骨关节的错位，而针灸等方法的目的足激发我们自身的调节功能，增强自我修复能力，使机体自我修复损伤。这样才能做到长期的稳定，这数种治疗方法结合，也能起到抗衰老作用，而且，与其它治疗方法相比较，是最安全、无副作用的治疗方法。



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

《新加坡中医杂志》来稿要求：

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

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

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

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

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

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

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

来稿请注明《新加坡中医杂志》寄至：

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

或电邮至 assoc@singaporetcm.com



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

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2018年7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) 023/06/2018

国际刊号 ISSN : 0219-1636

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

代理 长河书局
书城音乐书局

定价 5.00新元

版权所有 翻印必究

ISSN 0219-1636



新加坡中医师公会

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

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

