

新加坡中醫雜誌

45

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1月 / January 2019



中華醫院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



Singapore Chung Hwa Medical Institution

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友：

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

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

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

Dear Friends,

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

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

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

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

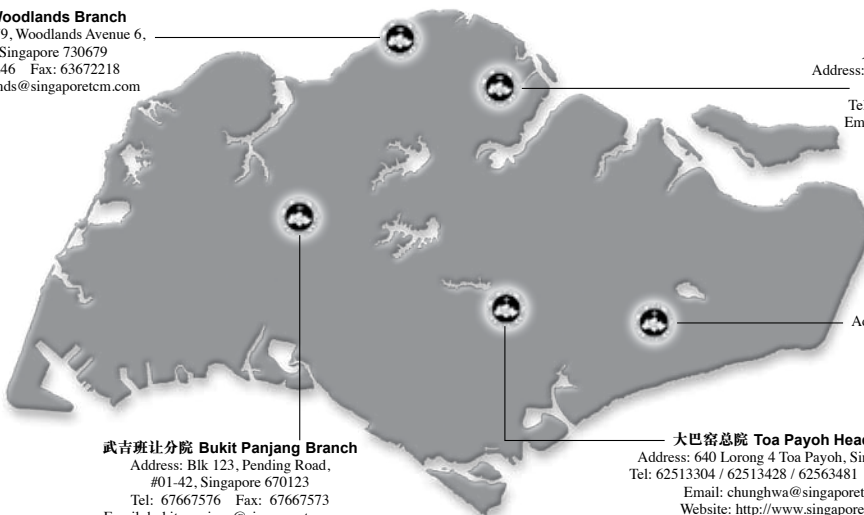
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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

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

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

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



综述

1. 脑鸣的中医病因病机及治疗概况 — 新加坡·卓扶蓉.....p2-5
2. 中药治疗糖尿病性周围神经病变的探索 — 新加坡·冯启发.....p6-12

临床

3. “医脉薪传讲座系列”学习体会之四——郭俊缙医师学医历程及临床病例分享
— 新加坡·柯顺年/陈宝心/洪秀洁/陈宇雷/李贤.....p13-20
4. “医脉薪传讲座系列”学习体会之六——吴荣贵医师在42年医疗防治疾病的经验交流
— 新加坡·陈宝心/洪秀洁/陈宇雷/李贤/柯顺年.....p21-25
5. 浅谈经方半夏泻心汤治疗脾胃病的体会 — 新加坡·闫立群.....p26-27
6. 非糜烂性胃食管反流病中医治疗 — 新加坡·何宇瑛.....p28-29
7. 针灸治疗肱骨外上髁炎 — 新加坡·杨昌志医师.....p30-32
8. 浅谈中医治疗失眠 — 新加坡·黄淑苹.....p33-37
9. 简谈阳痿证治 — 新加坡·蔡瑞和.....p38-40
10. 针药治愈了二十年的偏头痛病例交流 — 新加坡·吴荣贵.....p41-43
11. 前列腺病的认识 — 新加坡·蔡松均.....p44-46

学术探研

12. 从美国研究员观察人体组织间隔结构的发现谈到三焦的有形与无形 — 新加坡·黄信勇博士...p47-49
13. 新加坡2型糖尿病肾病IV期中医证候学研究 — 新加坡·郑黄芳医师.....p50-55
14. 针刺结合手法综合治疗颈神经根型颈椎病临床研究报告 — 中华医院痛症组组员/中华医院痛症组...p56-60
15. 通过脉诊仪学习中医脉诊 — 新加坡·黄惠萍.....p61-66

医院管理

16. 中华医院的发展与运作转型 — 新加坡·黄纪威.....p67-71
17. 广东省中医院的医疗管理研修总结 — 新加坡·白伟良.....p72-76

新加坡杏林人物志

18. 潜心佛学，精通医理的常凯法师 — 新加坡·林英.....p77-78

学术交流

19. 第十五届世界中医药大会 — 新加坡·林英.....p79-80
20. 世中联第八次眼科年会在狮城 — 新加坡·凌鹰.....p81

知识库

21. 分享栏目 针灸治疗常见病歌诀 — 新加坡·陈蓓琪.....p82-84
22. 浅论糖尿病中医辨证食疗护理 — 新加坡·郑爱珠.....p85-88
23. 肥胖与乳腺癌 — 新加坡·曾玉珠.....p89-92
24. 认识人体的血糖 — 新加坡·陈桂珍.....p93-96

脑鸣的中医病因病机及治疗概况

新加坡·卓扶蓉

【关键词】脑鸣，病因病机，中医治疗

脑鸣是指患者自觉脑内鸣响的一种疾病，如蝉鸣声、潮声、雷鸣声等，音调可高可低，发作时间与频率因病因、病程不同而各异，常伴头痛、眩晕、耳鸣、失眠、健忘、焦虑、烦躁等症状。本病的发作多为持续性，可影响思维，导致注意力不能集中，影响日常生活、工作睡眠等，给患者带来较大痛苦。

脑鸣可发生于任何年龄，多见于中老年人。年轻患者，特别是学生，则多是由于学习紧张、压力大等精神因素引起，此属于功能性疾病，病人多数有焦虑症状，有些患者颈部僵硬不适，致使头颈部肌肉痉挛不能放松，压迫颈部血管，导致脑部供血不足，或病人血压低，血液循环不良，影响脑部的供血而引起脑鸣、头晕等症状。

现代医学多认为脑鸣主要是由于脑部供血不足，大脑缺血缺氧，或大脑神经调节系统紊乱，以致血流供应不畅而造成。西医对本病的治疗，目前尚无有效的治疗方案，然而中医治疗脑鸣在辨证整体论治方面有独特之处。

1 耳鸣与脑鸣的鉴别

虽脑鸣与耳鸣可同时并见，但两者之间又有区别，耳鸣之部位较局限性且响声低弱，而

脑鸣则涉及整个头部，声高音强，因此，对脑鸣的认识和治疗具有重要意义。

2 古代医家对脑鸣的认识

脑鸣首见于明代楼英的《医学纲目·肝胆部》称之为“天白蚁”。《张氏医通·诸痛论》也言：“头内如虫蛀响者，名天白蚁，多属于火，亦有因痰湿在上者。《名医类案》称之为“头响”。沈金鳌在《杂病源流犀烛》记载：“有头脑鸣响，状如虫蛀，名曰天蚁者”。

《临证指南医案》云：“心悸荡漾，头中鸣，七八年频发不止……此肝胆内风自动，宜镇静之品，佐以辛泄之味。”其他中医古籍鲜有单论脑鸣者，常将耳鸣脑鸣并论，如《名医类案·首风》言：“头响耳鸣，顶疼目眩……气挟肝火。”古人也认为脑鸣是“雷头风”的主症，如《证治准绳杂病》曰：“雷头风，头如雷之鸣，为风所客，风动则作声也。”

3 病因病机

3.1 肾精亏虚，髓海失养

头为诸阳之首，脑为元神之府，气血、精髓为其物质基础。脑髓的生成与肾密切相关，

《灵枢·经脉》记载：“人始生，先成精，精成而脑髓生”，“肾藏精，主骨，生髓，通脑”。《灵枢·海论》言：“脑为髓之海，其输上在于其盖，下在风府”，又“髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”此说明肾与脑鸣有着密切联系。患者年高肾衰，病后精血衰少，或恣情纵欲，劳累过度皆可愈伤肾精，肾精亏损，髓海空虚，脑无所充，加之无根浮火上扰，则脑鸣作矣。另外肝肾同源，肝阴不足，也可导致肾精亏虚，髓海不足，出现脑鸣、耳鸣、头晕目眩等症。刘庆宪等[1]认为肾精的生成赖肾阳的温化，若命门火衰，肾精亏乏，则脑与周身失肾之温养，诸疾峰起，脑鸣顿作。

3.2 心脾气虚，痰湿内阻

临床中以脾气虚弱，脑髓失养也多见。《医方集简》记载：“五脏皆禀气于脾胃，以达于九窍”；李东垣言：“脾胃虚则九窍不通。”《灵枢·决气》云：“上气不足，脑为之不满……所谓上气者，即宗气上升之气也，其气根植于肾，受源于脾。”此说明宗气根于肾，赖脾之充养，若脾虚气弱，清阳不振，清气不升，难以上荣清窍，则脑鸣乃作；长期思虑劳倦过度，损伤心脾，营血暗耗，化源不足，经脉空虚，精气不能上奉清窍，故脑中鸣响；过食肥甘醇酒厚味，以致脾胃损伤，脾不健运，聚湿成痰，痰浊上壅，影响气血运行，痰瘀互结，壅滞脑窍，虚实夹杂亦而致脑鸣。

3.3 肝郁化火，上扰清空

肝经从头而过，肝之疏泄也与脑鸣密不可分。魏之琇《续名医类案》描述“肝为万病之贼”。叶天士《临证指南案》亦称“肝为传病之源”。肝为将军之官，其性如木，性刚劲，主疏泄，喜条达而恶抑郁。《名医类案·首风》云：“头响耳鸣，顶疼目眩……气挟肝火”；又《素问·举痛篇》也言：“百病生

于气也”。若肝失疏泄，则气机不畅，气滞血瘀，瘀阻脑络；或肝郁化火，火扰清空；或升降失司，肝风内动，上扰巅顶亦可见脑鸣。阳建平[2]也提出思虑过度，可致土壅木郁，厥阳化火化风，上扰脑窍，可诱发脑鸣失眠等症。肝血阴虚，水不涵木，脑海失充，肝之虚，肾水不能涵而血少也，则出现脑鸣头昏头痛等症。

3.4 气滞血瘀，脑络痹阻

《素问·八正神明论》言：“血气者，人之神”。因人之七情六欲，忧思烦恼，精神紧张等均可伤及气血，致使气血运行不畅，气滞血瘀，瘀阻脑络可诱发脑鸣。颅脑外伤或久病入络可导致气血瘀滞，脉络痹阻，经气受阻，不能上达于神窍，脑髓失荣，则脑中鸣响。

4 对脑鸣治疗的研究

4.1 中药内服

张介眉^[3]将脑鸣分为5型：①肾精亏虚者，处予六味地黄丸或左归丸加减，阳虚者方用肾气丸或右归丸加减；②心血亏虚(气血两虚)者，方用归脾汤或益气聪明汤加减；③肝火上炎或肝郁气滞者，前者处予龙胆泻肝汤或凉膈散加减；后者采用逍遥散或柴胡疏肝散加减；④痰湿中阻者，采用温胆汤或半夏白术天麻汤加减；⑤瘀血阻窍者，使用通窍活血汤或血府逐瘀汤加减。

金晓丽等^[4]针对脾肾亏虚夹痰瘀引起的脑鸣，治拟补肾健脾，化痰祛瘀，兼以养阴，处予王清任《医林改错》之可保立苏汤加减。药用：炙黄芪、鸡血藤各30g，黄精、玉竹、葛根各20g，党参、当归、炒白芍、远志、山茱萸、枸杞、补骨脂、桃仁、石菖蒲、川芎各10g，生晒参9g(另煎)，炙甘草、紫河车粉(吞)各5g。诸药共奏补肾健脾、养血滋阴、化痰祛瘀之效，患者脑鸣消失，精神恢复。

石宝阁^[5]治疗肾阳亏虚，虚阳浮越30例脑

鸣患者,采用温肾潜阳法,以具有温肾潜阳作用的潜阳封髓丹加减方与右归胶囊对比。临床总疗效显示前者优与后者,前者治愈3例,显效6例,有效18例,无效3例,总有效率90.0%。后者治愈0例,显效0例,有效20例,无效10例,总有效率66.7%。

李克东^[6]治疗46例脾胃气虚脑鸣患者采用加减益气聪明汤,药选:黄芪30g,党参、葛根20g,白术、茯苓、当归、天麻各15g,柴胡、升麻、陈皮、蝉蜕各10g,石菖蒲8g。随证加减,肾阳虚衰者加益智仁、鹿角胶;肝郁化火者加丹梔子、龙胆草;脉络瘀阻者加桃仁、红花;痰湿内阻者加法半夏、泽泻。结果:痊愈23例,有效20例,无效3例,总有效率93.48%。

马文强等^[7]认为脑鸣的病机为肾阴阳两虚,夹痰蒙脑窍,以地黄饮子加减(马鞭草30g,熟地黄、山茱萸、石斛、肉苁蓉、怀牛膝各15g,石菖蒲、茯神、远志、麦冬、五味子、巴戟天、山慈菇各10g,肉桂6g)。此方药切中病机,故应手取效。

张介眉^[8]治疗因风痰阻络脑鸣患者,治以燥湿化痰,疏风通络,处予白芍40g,生龙牡30g,何首乌20g,天麻、威灵仙、鸡血藤各15g,半夏、白术、茯神、陈皮、当归、川芎、香附、羌活、防风、姜黄、甘草各10g,收以良效。

4.2 中医外治法

潘思彤等^[9]采用头部针刺配合筋膜松解法,治疗证属髓海空虚,肝肾亏损,虚阳上扰而引发脑鸣者。主穴取强间、玉枕、脑户、脑空、风池、翳风、完骨、百会、四神聪。配穴取合谷、神门、内关、足三里、三阴交、太溪、太冲。沿皮平刺强间、玉枕、脑户、脑空穴,进针0.5寸后小幅度提插松解环枕筋膜。环枕筋膜是颈筋膜的一部分,颈筋膜和颈筋膜浅层次与深层相续,针刺配合环枕筋膜松解手法治疗,可调节结缔组织的张力,改善

细胞、组织、神经鞘膜间的张力或压力,从而缓解脑鸣。

陈华德^[10]治疗因肝阳上亢引发脑鸣,治以平肝潜阳,宁神止鸣法。先行耳尖放血,再用王不留行子贴压神门、皮质下、肝等穴。头针取百会、神庭、脑户及晕听区;体针取双侧风池、听宫、外关、合谷、三阴交、太冲穴,均施泻法。百会、神庭、脑户、三阴交用补法,其他穴位用平补平泻。诸法相配,脑鸣自除。

应彦斌等^[11]治疗脑鸣证属肝肾亏虚者,以补肾填精,醒脑止鸣。针刺双侧脑空、完骨、风池、翳风、三阴交、太溪、太冲、中渚、外关、悬钟、百会、脑户等穴。再用电针接于两侧脑户与翳风各一组,采用2Hz连续波,配合TDP照射颈后部。针刺结合电疗,可有效调节脑部血管舒张,调节头皮部神经刺激,从而有效缓解脑鸣。

任建魁等^[12]采用颈夹脊配合头部七穴针刺治疗脑鸣,证属髓海空虚,肝肾不足,下元亏虚,痰瘀内阻型。主穴取颈夹脊穴(C3~C5)、头部七穴(脑户、脑空、玉枕、风池、风府、天柱、完骨),配穴取百会、四神聪、内关、神门、合谷、足三里、血海、阴陵泉、丰隆、关元、气海、三阴交、太冲、太溪、悬钟、丘墟。留针30分钟,每日1次,1周休息1次,2周为1疗程。治疗2个疗程症状消失。

乔斌^[13]以头针配合体针治疗脑鸣22例,主穴取百会、四神聪、神庭、脑空、上星、内关、三阴交;头针取颞后线由率骨向曲鬓穴。再随证配穴:心脾两虚者,取足三里、内关;肝气郁滞者,取合谷、太冲;肝阳上亢者,取太冲、太溪;肾虚者,取大钟、复溜。结果:痊愈10例,好转10例,无效2例,总有效率90.9%。

4.3 中药针刺疗法

夏美霞等^[14]治疗因肝火上扰清窍而致的脑鸣,治以清利肝火,宁神止鸣。方用柴胡疏肝散合龙胆泻肝汤加减,后先行耳尖放血,再

取晕听区、百会、脑户、神庭、风池、听宫、合谷、外关、三阴交、太冲，针药并用，收以良效。

刘志艳等^[15]治疗1例阴虚风动型脑鸣患者，根据“动极者镇之静”的原则，采用以静制动，熄风止鸣法。中药以镇肝熄风汤加减(怀牛膝、代赭石[先煎]、生龙骨[先煎]、生牡蛎[先煎]、夜交藤各30g，白芍、玄参、天冬、合欢花各15g，川楝子、生麦芽、茵陈、炙甘草各6g)，再针刺取印堂、神庭、四神聪、风府、风池、大椎、后溪、合谷、足三里、阳陵泉、三阴交、太溪、太冲、申脉。方用以镇肝熄风汤加减，重在滋阴熄风，辅以矿石类药物以加强熄风止鸣之功，针刺取穴旨在镇静熄风。遵《内经》之旨：“静以徐往，微以久留”。操作手法以轻、浅、微，针感宜轻，留针宜长但不施手法。针药配合，使机体建立其新的动态平衡，使病得愈。

综上所述，“头为诸阳之首”，“五脏六腑之精气，皆上升于头”。脑鸣之证以脑中鸣响，病位在脑，其发生与心、肝、脾、肾均有联系。若肾精亏虚，髓海失养，脑无所充则发为脑鸣；脑以先天精髓为养，亦以后天气血为辅，若心脾气虚，则气血化源不足，不能上荣于脑，亦或本虚标实，脾虚湿盛，聚湿成痰，痰瘀互结，凝滞脑窍，虚实夹杂而成鸣；若肝郁化火，上扰清空或气滞血瘀，瘀阻脑络均可诱发脑鸣。中医治疗本病凸显出一定优势，可根据患者不同的临床表现辨证论治，随症加减，除了中药内服，也运用头针结合体针，局部和远道取穴，双管齐下，内外施治能够显著提高患者康复率，缓解患者身体痛苦，保障患者生活质量，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 刘庆宪,王恕.脑鸣临证诊治五法[J].山东中医杂志,2002,21(1):23-25.
- [2] 阳建平.建瓴汤治疗脑鸣17例[J].内蒙古中医药,2009,(10):5.

- [3] 朱旭,冯云霞,张介眉.张介眉辨治脑鸣心得[J].河南中医,2014,34(8):1500-1501.
- [4] 金晓丽,俞承烈.可保立苏汤治疗脑鸣验案一则[J].浙江中医杂志,2015,50(8):621.
- [5] 宝阁.温肾潜阳法治脑鸣的临床研究[D].山东中医药大学:山东中医药大学,2015.
- [6] 李克东.加减益气温明汤治疗脑鸣46例临床研究[J].亚太传统医药,2015,11(8):105-106.
- [7] 马文强,王耀光.地黄饮子加减治疗脑鸣验案[J].山东中医杂志,2015,34(3):232.
- [8] 朱旭,冯云霞.张介眉巧思治脑鸣[J].中国中医药报,2014,4.
- [9] 潘思彤,戴晓裔.头部取穴针刺配合筋膜松解治疗脑鸣验案[J].实用中医药杂志,2017,33(11):1334-1335.
- [10] 夏美霞,辛彦莹,王燕君,陈华德.陈华德针刺治疗疑难性脑鸣经验探微[J].浙江中医杂志,2017,52(1):12.
- [11] 应彦斌,卢超,涂亦凤,刘喆.浅析针灸治疗脑鸣[J].黑龙江中医药,2016,(2):48-49.
- [12] 任建魁,李世君.颈夹脊配合头部七穴针刺治疗脑鸣验案[J].实用中医药杂志,2015,31(5):459.
- [13] 乔斌.头针配合体针治疗脑鸣22例[J].黑龙江中医药,2014:58.
- [14] 夏美霞,陈华德.浅析实证脑鸣的中医诊治[J].江西中医药大学学报,2014,29(2):27-29.
- [15] 刘志艳,粟虹焱,林洪生.以静制动法治脑鸣验案1则[J].四川中医,2016,34(6):136-137.

中药治疗糖尿病性周围神经病变的探索

新加坡·冯启发

许多患者认为，糖尿病并不可怕。因为有些患者患病数十年，都不会致命。其实这很危险，糖尿病会导致体内代谢紊乱，出现高血糖、尿糖等症状。糖尿病患者长期血糖升高及代谢失调，会造成微循环障碍和自身免疫功能紊乱，导致全身组织和器官受到极大的伤害，会造成脑、心、肾、眼、皮肤等组织和器官的功能障碍和衰竭，出现糖尿病并发症，严重的话，会残致命。

糖尿病的并发症很多，据报导，总共有一百多种。糖尿病神经病变(Diabetic Neuropathy, DN)是糖尿病主要的、常有的、慢性并发症之一，是影响患者致残、降低生活质量的重要因素。在200年前，糖尿病性神经病变，做为一个独立的临床疾病已被认识。糖尿病性神经病变总的患病率并不确定，在病程长的糖尿病病人中，约有50%病人有神经病变。在新诊断的2型和1型糖尿病患者，已经存在糖尿病神经病变的发生率各为10%和1%-2%。不同类型的神经病变，临床表现各有不同。

(一) 现代医学的认识

糖尿病神经病变，最常见的是周围对称性感觉与运动神经病变、自主神经病变。它主要分为两大类，即周围神经病变和中枢神经病变。这里谈的主要是糖尿病性周围神经病变(Diabetic Peripheral Neuropathy, DPN)。

糖尿病性周围神经病变包括了①糖尿病多神经病变，主要是远端对称性多神经和糖尿病性多发神经根病。②单神经病变，损害颅神

经、动眼神经、外展神经、和面神经。躯体神经包括：尺神经、正中神经、桡神经、坐骨神经、股外侧皮神经以及腓总神经。躯体神经的病变较少单发，故又称多发单神经病变。③自主神经病变，损害内脏自主神经，造成循环、消化、泌尿生殖以及泌汗等多个系统的功能紊乱。

糖尿病神经病变的发病机制

糖尿病的发病机制尚未完全清楚，有关学说主要涉及代谢和血管障碍两方面。

糖尿病神经病变的发生和发展，原因是人体代谢异常和神经血液供应障碍。糖尿病早期以代谢异常为主，后期以血管受损害的影响较大。2型糖尿病比1型糖尿病的障碍严重。局限性的神经受累，主要是由血管异常所导致，而对称性多发性神经病变，主要是由于代谢紊乱所引起。

造成糖尿病神经病变的代谢障碍，因素是：

1、多元醇代谢异常：过多的葡萄糖能催化生成山梨醇醇，后转化为果糖。山梨酶和果糖的增加使细胞内渗透压增高，水钠潴留，发生细胞肿胀、变性和坏死，神经纤维出现脱髓鞘和轴突变性。

2、肌醇代谢异常：肌醇是合成磷脂酰肌醇的底物，后者是经髓鞘的重要组成部分。血糖增高会抑制调控肌醇的钠依赖载体，使细胞对肌醇的摄取减少。肌醇减少还直接影响神经组织中氨基酸的转运，引起神经功能障碍和轴突变性。

3、蛋白糖化产物增加：葡萄糖和蛋白质

分子作用,形成不逆的糖基化终产物(ACE),促进蛋白质交联而改变其构型,使神经营养血管的基底膜增厚,影响血液供应。神经髓鞘蛋白和微管蛋白的糖化增加,不但破坏了髓鞘的完整性,还引起具有神经分泌和轴索传导功能的微管系统功能异常。

脂质代谢障碍:糖尿病时脂肪酸去饱和障碍, γ -亚麻酸少。

导致细胞内长链脂肪酸蓄积,干扰神经细胞膜的正常功能。

5、氧化应激作用:氧化应激会造成神经损伤。在应激过程中,糖胺可自身氧化产生大量氧自由基,同时组织缺氧也会产生更多自由基。会影响神经传导速度,减少神经营养因子的含量。

造成血管、血供障碍,原因是:

1、血管结构改变:糖尿病时血管内皮细胞增生,造成管腔狭窄甚至闭塞。血管结构蛋白和胶原蛋白的非酶糖基化,使小动脉和毛细血管内膜、基底膜增厚。ACE的蓄积又可引起巨噬细胞趋化聚集,发生吞噬反应,刺激血管壁低密度脂蛋白增多,平滑肌增生和动脉粥样硬化。

2、血管舒张功能下降:糖尿病使舒张血管的一氧化氮合成减少。 α -亚麻酸代谢障碍、其他缩血管活性因子合成增加。扩血管因子和缩血管因子的比例下降,则血管扩张能力降低,使神经组织的血供减少。

3、血液流变学异常:糖尿病的循环纤维蛋白原水平升高,导致血液粘稠度增加;血小板活性增加,聚集性加强;同时红细胞细胞膜的变形能力下降,导致脆性增加并趋于发生聚集反应。

血管结构、功能的异常,血液流变学的障碍,最终导致神经组织缺血缺氧,功能异常。

糖尿病性周围神经病变的临床表现

① 临床上以远端对称性多神经病变最为

常见,早期表现为四肢远端的感觉异常,麻木,触觉敏感性下降。感觉缺损通常呈对称性的,伴有震动感觉、痛觉以及温度觉的减退。典型者出现热灼、针刺样疼痛,主要累及下肢,在安静状态下及夜间加重。有些有“足底如垫厚纸板”样感觉。随着糖尿病病程的进展,疼痛逐渐减退,代之以持续性的感觉缺失。另有皮肤菲薄、干燥、脱屑,指趾甲增厚失去光泽等表现。

总的来说,本病的主要症状有:

- 1、肢体麻木,或有蚁行,或怕热、怕冷、感觉异常,触电或有戴手套样感觉。
- 2、感觉过敏,对冷热刺激不敏感。
- 3、肢痛(刺痛、灼痛、闪痛)。
- 4、肌肉消瘦萎缩。
- 5、肢体软弱无力,运动受限。

② 单神经病变视因累及的部位而定,眼球运动神经受损时,眼球活动受限、斜视、复视。动眼神经麻痹患侧眼睑下垂。常突然发生。并能自行缓解,很少复发。

③ 糖尿病性多发性神经根病变,表现为受累神经根分布范围内致残性疼痛,运动功能减退。肋间神经病变出现躯干的放电样疼痛。腰丛或股神经受累表现为疼痛、无力和肌肉萎缩,急性起病,累及下肢近端,常伴严重的体重下降和恶病质。

④ 自主神经的症状包直立性低血压;腹胀、便秘或腹泻等消化系统机能障碍;神经性膀胱炎、阳痿等泌尿生殖系统症状;出汗异常(可能是出汗减少,或进食时异常泌汗)。严重的患者可以因心律失常及无痛性心肌梗死引起猝死。

西医检查和诊断:

中国西医对本病的检查:实验室检查包括物理学检查、感觉定量试验(QST)和神经传导速度(NCS)。检查包括:

- (1) 腱反射及震动觉的检查。(2) S-M单丝触觉试验(SWME)。(3) 神经传导速度检查:感觉神经传导速度(SCV)和运动神经传导速度

(MCV)的检查。(4) 心率变异性分析: 检查和分析心率的变异性。(5) 检查电位的改变, 反映轴突、Schwann细胞受损情况, 以及中枢传导径路上的损害, 是检测糖尿病性周围神经病变的一项敏感指标。

西医的诊断

中国西医对本病的诊断标准, 除了需结合WHO诊断标准、糖尿病病史和临床表现外, 物理学检查、QST和NCS至少有两项异常, 才能确诊。对本病的评分标准很多, 常用toronto临床评分体系:

症状: 足部疼痛、发麻、针刺感、无力、共济失调、上肢症状。

反射: 膝反射、踝反射。

感觉试验: 针刺、温度、轻触、震动、位置。

症状分: 出现一项记1分, 无为0分,

反射分: 每一侧反射消失2分, 减退1分, 正常0分, 最高4分。

感觉试验分: 每出现一项异常记1分, 无异常0分。

得分越高, 神经功能受损越严重。总分最高19分。

中国西医的治疗

①糖尿病基础治疗: 包括饮食、运动、教育、降糖药物等治疗, 严格控制血糖。②药物治疗: 以神经营养药物, 多种B族维生素、维生素C等为主。其他药物包括改善微循环药物、补充肌醇、醛糖还原酶抑制剂药物、抗氧化剂药物和止痛药。

至于本地西医的治疗, 由于笔者资料不足, 这里从略。

(二) 中医的认识和治疗

中医治疗糖尿病的历史源远流长, 起源于两、三千年前的《内经》时代。古代中医

没有“糖尿病”、“血糖”等词汇。糖尿病归于中医“消渴”病范畴, 而糖尿病性周围神经病变, 则归入消渴并发“痹证”、“痛症”和“痿症”的范畴。

中医认为, 本病是在消渴基础上发展而来的, 因此, 本病不同于单纯风、寒、湿、热等外邪入侵, 闭阻经络所致的风寒湿痹或风湿热痹。本病在病理性质上具有消渴病证的特点。

消渴病的发生, 与嗜食肥甘, 脾胃郁热有关。郁热日久, 伤津耗气, 致气阴两虚。所以, 阴虚内热, 气阴两虚是糖尿病的基本病机。阴虚燥热, 迁延日久, 阴伤及气, 气阴两虚, 兼有痰浊瘀血, 阻滞脉络, 是本病证的基本病机。消渴病的发生, 还与多个脏腑有关。经常郁怒、情志不畅, 焦虑不安, 肝郁气滞, 气滞郁怒则热盛, 热久伤津, 亦易致消渴病。气滞则血瘀, 血液粘稠, 血行不畅, 阻塞脉络, 亦易导致本病。

消渴病与瘀血关系密切。阴虚内热, 内热则灼津炼液而成瘀; 日久损气及阳, 致阴阳两虚, 气虚无力推动血行, 阳虚则寒凝, 皆可造成血瘀阻滞脉络, 肌肤失于濡养; 或气滞导致血瘀, 均可导致本病。医家王清任说: “元气既虚, 必不能达于血管, 血虚无力, 必停留而瘀。”以致肢体麻木疼痛, 肌肤粗糙。

另一方面, 本病的另一病机与肝肾亏虚有关。肝体不足, 肝用有余, 肝风入络, 为麻木、刺痛, 为拘挛、牵掣。医家王旭高说: “肝风一证, 虽多上冒巅顶, 亦有旁走四肢者。上冒者, 阳亢居多, 旁走者, 血虚为甚耳。”

总之, 本病是消渴日久发展而来, 病位在脉络, 病理性质属本虚标实。气阴两虚为其本, 气滞不畅、痰浊瘀血为其标。后期则会导致肝肾亏虚, 阴阳气血俱虚, 加重脉络瘀阻和病情。正所谓《素问·逆调论》说: “荣气虚则不仁, 卫气虚则不用。荣卫俱虚则不仁不用。”

中医对本病的分型

综上所述,糖尿病性周围神经包括远端双侧神经、单侧神经和自主神经,范围颇大,多数著作都分开论述。一般上,糖尿病性周围神经病变,指的多是狭义的远端双侧神经病变。所以,对本病的中医分型,也多针对狭义的分型。

现代各教授、专家(例如吕仁和、南征、林兰、全小林和徐小萍等)根据各自的医疗经验,将本病分成各种不同的证型。有分8型的,也有3-4型。笔者取其共同分型和治法,再结合临床常见证型,介绍如下:

(一) 阴虚血瘀型: 肢体麻木, 酸胀疼痛, 或灼热刺痛, 腿足挛急,

酸胀不适, 腰膝酸软, 头晕耳鸣, 失眠多梦, 五心烦热, 皮肤干燥, 口干欲饮, 或有便秘。舌质暗红, 苔花剥少津, 脉细数或细涩。

治法: 滋阴养肝, 缓急止痛。

方药: (1) 杞菊地黄丸加减。

干地黄24g, 山萸肉12g, 枸杞子12g, 菟丝子12g, 云苓15g, 淮山药18g, 白芍30g, 威灵仙30g, 木瓜12g, 牛膝15g, 鬼箭羽10g。

或(2) 芍药甘草汤合四物汤加味: 白芍、甘草、地黄、当归、川芎、木瓜、牛膝、炒枳壳、丹皮、桃仁、首乌、石斛。加减: 腿足挛急, 时发抽搐, 加全蝎、蜈蚣; 五心烦热, 加地骨皮、黄连。

(二) 气虚血瘀型: 肢麻如蚁行, 肢端疼痛, 入夜痛甚, 下肢尤著。短气乏力, 神疲倦怠, 懒于活动, 自汗畏风, 易于感冒。舌暗淡或有瘀点, 苔薄白, 脉细涩。

治法: 益气活血, 通络止痛。

方药: 补阳还五汤加减。

生黄芪30g, 当归12g, 赤芍12g, 桃仁10g, 红花10g, 地龙10g, 鸡血藤30g, 路路通10g。上肢甚, 加桑枝25g、桂枝10g, 下肢甚, 加川牛膝15g、木瓜10g。

(三) 阳虚寒凝型: 肢体麻木冷痛, 得温痛

减, 遇寒加重, 下肢为甚, 夜痛明显, 神疲乏力, 倦怠懒言, 畏寒怕冷等。舌暗淡或有瘀点, 苔白滑, 脉沉紧。

治法: 温阳散寒, 通络止痛。

方药: (1) 金匱肾气丸加减。

熟地24g, 淮山18g, 山萸肉12g, 云苓15g, 杜仲12g, 木瓜12g, 丹参15g, 黄芪30g, 制附子6g 当归10g, 桑寄生30g。

或(2) 当归四逆汤加减:

附子、当归、赤芍、桂枝、细辛、通草、干姜、制乳香、制没药、甘草。

下肢甚, 酌加川断、牛膝、鸡血藤、木瓜等。久寒见水呕立陶宛者, 加吴茱萸、生姜。

(四) 痰瘀阻络型: 麻木日久, 多固定一处, 足如踩棉。肢体沉重, 酸疼乏力, 头重如裹, 或形体肥胖, 口黏乏味, 胸闷纳呆, 腹胀不适, 大便秘结。舌淡暗胖大有齿印, 苔白腻, 脉沉滑或沉涩。

治法: 化痰行瘀, 宣痹通络。

方药: (1) 阳和汤加减。

熟地24g, 制附子10g, 白芥子10g, 鹿角胶12g, 苍术12g, 陈皮10g, 川芎10g, 桃仁12g, 丹参15g, 怀山药18g。

或(2) 指迷茯苓丸合黄芪桂枝五物汤加减: 茯苓、姜半夏、枳壳、黄芪、桂枝、白芍、苍术、川芎、生甘草、薏苡仁。加减: 胸闷呕恶、口粘加藿香、佩兰, 枳壳改为枳实; 肢体麻木如蚁行较重者, 加马鞭草、全蝎; 疼痛固定不移加白附子、白芥子、元胡、鸡血藤等。

(五) 肝肾亏虚型: 肢体痿软无力, 肌肉萎缩, 痿废不用。腰膝酸软, 骨松齿摇, 头晕耳鸣, 舌淡, 少苔或无苔, 脉沉细无力。

治法: 滋补肝肾, 填髓充肉。

方药: (1) 壮骨丸加减。

龟板、黄柏、知母、熟地、白芍、锁阳、虎骨(用水牛角代替)、牛膝、当归。

或(2) 独活寄生汤加减: 独活10g, 桑寄生15g, 秦艽10g, 防风10g, 当归10g, 白芍

20g, 熟地30g, 杜仲10g, 川断10g, 木瓜15g, 狗脊10g, 茯苓6g。加减: 阴虚甚, 加生地、枸杞, 兼气虚、阳虚者, 加黄芪、桂枝, 疼痛麻木明显者, 加蜈蚣、全蝎。

(三) 对中药治疗DPN的研究

1、李胜春等以活血通络汤治疗本病36例。本方组成: 黄芪12g, 水蛭、桃仁、红花、当归、地龙头看10g, 川芎、何首乌各15g, 蜈蚣2条, 僵蚕6g。疗程一个月。治疗组36例, 每日服用上药一剂。对照组33例, 加用维生素B10 1g、维生素B12 0.5mg, 肌肉注射, 每天1次。两组各为: 显效15、1例, 有效18、14例, 无效3、18例, 总有效率91.7%、45.50%。[中国中西医结合杂志, 1997, 17(4)]

2、高彦彬、吕仁和、于秀辰等以糖络宁治疗本病, 该方组成: 黄芪、生地、当归、丹参、鬼箭羽、全蝎、蜈蚣、牛膝等。治疗组服糖络宁浓缩口服液, 含生药2g/mL, 30mL/次, 2次1/d。对照组服济生肾气丸6g/次, 2次/1d。疗程2个月。1个疗程后, 两组有效率各为: 显效55.88%、21.86%, 有效37.25%、37.50%, 总有效率93.14%、59.37%。研究说明, 对治疗和改善DPN, 糖络宁优于济生肾气丸。[北京中医药大学学报, 1997, 20(4)]

3、于正怀以降糖蠲痹方治疗本病40例。本方组成: 生地黄、葛根各20g, 山药、鸡血藤、黄芪各30g, 当归15g, 木瓜10g。上肢加独活、秦艽各10g, 下肢加牛膝、川续断各15g。治疗组服上方1剂/日, 水煎400mL, 200mL/次, 2次/d。30剂/疗程, 连服2个疗程。对照组用优降糖10mg, 分早、晚2次服, 肌注维生素B1 100mg和维生素B12 500 μg。1次/日。连续用药2个月。两组疗效各为: 治愈16、7例, 显效21、19例, 无效3、6例。总有效率92.5%、81.30%。[中医药

研究, 1999, 15(6)]

4、刘江华等以黄芪桂枝五物汤治疗本病, 其组成: 生黄芪20g, 桂枝6g, 赤芍、白芍各12g, 当归12g, 丹参18g, 甘草8g, 大枣7枚, 生姜3片。气虚较重者, 加党参、白术; 血虚较重, 加熟地、阿胶; 阳虚较重, 加黄柏、知母; 偏于下肢者, 加木瓜、牛膝、地龙; 偏于上肢者, 加桑枝、威灵仙; 兼瘀血者, 加鸡血藤、桃仁、红花。观察组用上药1剂/d, 浓煎取汁250mL, 分3次口服。对照组, 用维生素B1、维生素B6, 各20mg, 3次/d。4周/疗程, 持续2个疗程。结果: 观察组MNCV、SNCV传导速度均有明显改善, 神经肌电图示自发电位减少, 多相电位明显增加, 红细胞山梨醇含量较前明显下降。对照组无明显变化。[衡阳医学院学报, 1998, 26(1)]

5、章淑萍、丁学屏从肝风论治, 用熄风通络法分型辨治:

(一) 阴虚热盛型: 黄连阿胶汤合撮风散加减: 黄连3g, 阿胶、僵蚕各9g, 地骨皮30g, 知母6g, 全蝎4.5g等。(二) 气阴两虚型: 地黄饮子合撮风散加减: 黄芪30g, 黄精12g, 玉竹15g, 全蝎4.5g, 生地12g, 僵蚕9g等; (三) 湿热互蕴型: 清热渗湿汤合撮风散加减: 葛根、泽泻、僵蚕各9g, 黄连3g, 苍术15g, 全蝎4.5g等。诸方按分型水煎服, 1剂/d, 3个月疗程。疗效: 阴虚热盛型22例, 显效6例, 缓解4例, 有效10例, 无效2例。气阴两虚型54例, 显效10例, 缓解6例, 有效31例。湿热互蕴型17例, 显效3例, 缓解2例, 有效9例, 无效3例。各型病例治疗前、后有显著性差异。[上海中医药杂志, 1998(5)]

6、姜军辉等用健运汤治疗本病31例, 组成: 黄芪、地龙各20g, 山药、麦冬各15g, 人参、知母、当归、乳香、没药各10g, 三棱、莪术各3g。加减: 气虚明显重用黄芪, 阴阳两虚加女贞子、淫羊藿等药。1剂/d, 水煎早、晚分服。治疗时间最短1周, 最长2个月。疗效: 治愈11例, 有效17例, 无效3例, 总有

效率**90.2%**。[广西中医药, 2001, 24(2)]

7、张文彩采用加味桃红四物汤(黄芪、当归、赤芍、川芎、熟地、红花、桃仁、水蛭、全蝎、天麻、鸡血藤。)治疗D P N患者**62**例,总有效率为**88.7%**。[张文彩.光明中医, 2008, 23(6)]

8、曹清慧等以芪桂通络胶囊治疗本病和对照组比较,丙组各为**48**例。治疗组服上药,对照组服西药弥可保、维生素B1。8周为1疗程。两组显效各为: **28、18**例,有效**16、17**例,无效**3、14**例。总有效率各为**93.75%**和**70.83%**。本胶囊组成:淫羊藿、桑寄生、桂枝、细辛、怀牛膝、黄芪、当归、片姜黄、延胡索、丹参、郁金、赤芍、白芍、鸡血藤、僵蚕、地龙、木瓜、葛根)[中国中医急症, 2010, 19(4)]

9、王小超等以舒糖络方治疗本病,两组各**30**例。治疗组服舒糖络方:鬼箭羽、凌霄花、生地黄、葛根各**10g**、黄连**3g**。日一剂水煎服。对照组用弥可保(甲钴胺片)。3个月1个疗程。疗效:两组分别显效**11、2**例,有效**16、13**例,无效**3、15**例。总有效率**90.0%、50.0%**。[河北中医, 2010, 32(1)]

10、翁苓等用化湿活血汤治疗本病,治疗组**40**例服用本方:

黄芪**24g**、茯苓、茵陈蒿、薏苡仁、丹参、白芍、地龙、水蛭各**15g**、枳壳、苍术、厚朴、橘皮、川芎各**9g**、甘草**3g**。水煎服,日1剂。对照组**40**例均用弥可保肌注,日1支。疗效:治愈**25、16**例,显效**9、8**例,有效**5、10**例,无效**1、6**例,总有效率**85%**。[福建中医学院学报, 2009, 19(6)]

11、颜日阳用当归四逆汤合四妙勇安汤治疗本病各**30**例。

治疗组服本方:当归、生姜、大枣各**12g**、赤芍、牛膝各**15g**、桂枝**10g**、细辛**5g**、通草**6g**、玄参、金银花藤各**30g**。日1剂水煎服。对照组均用弥可保注射,隔天1次,加服小剂量阿司匹林。结果:分别显效

15、8例,有效**13、10**例,无效**2、12**例,总有效率**93.3%、60.0%**。[实用中医内科杂志, 2009, 23(9)]

12、徐洪涛等以补肝肾化瘀络治疗本病各**40**例。治疗组服用本方:熟地黄**30g**、山茱萸、牡丹皮、鸡血藤、地龙各**15g**、山药、当归、赤芍、白芍、三七各**20g**。水煎日1剂。对照组用弥可保片。疗程4周。结果:分别显效**27、21**例,有效各**10**例,总有效率各为**92.5%、77.5%**。[中医药信息, 2003, 30(4)]

13、赵东风运用补阳还五汤,结合常规西医治疗本病**50**例,和单纯西医治疗**50**例比较,治疗组和对照组有效率为**90%**和**60%**。[长春中医药大学学报, 2010, 26(2)]

14、肖若然用葛芪降糖颗粒治疗2型糖尿病周围神经病变各**15**例,上方组成:生地黄**30g**、葛根**20g**、当归、山楂、鬼箭羽、漏芦各**15g**、川芎、泽泻各**12g**。治疗组日1剂,水煎餐前服。对照组均用甲钴胺。共8周。结果:显效分别为: **12、6**例,有效**2、5**例,无效**1、4**例。总有效率各为**93.3%、73.3%**。[湖南中医杂志, 2013, 29(3)]

15、李海锋等以通痹活血汤(颗粒)治疗本病各**30**例,组、成:薏苡仁、生黄芪各**30g**、怀山药、葛根各**20g**、当归、赤芍、川芎、地龙、桃仁各**10g**、红花、水蛭各**6g**、鸡血藤**15g**、三七**3g**。治疗组日1剂,热水冲分3次服。对照组均用甲钴胺片。疗程8周。结果:分别显效**16、9**例,有效**5、7**例,总有效率为**70.00%、53.33%**。[中国中医急症, 2013, 22(4)]

16、汪海霞等以益气通络汤联合硫辛酸注射液治疗气阴两虚兼血瘀型周围神经病变,两组各**60**例。对照组每日静脉滴注西药硫辛酸注射液,治疗组在对照组基础上,口服益气通络方颗粒剂,每日1剂,两组疗程为3周。疗效观察:治疗组总有效率**91.7%**,明显高于对照组**78.3%**。组成:党参、茯苓**20g**、炒白术、赤芍各**15g**、甘草**6g**、藿香**12g**、木香

6g, 黄芪、葛根各30g, 地龙12g, 全蝎2g, 当归12g, 石斛、红花、川牛膝各10g。[中医杂志, 2018, 13]

(四) 结语

1、糖尿病性周围神经病变, 中医有各种治疗方法, 包括服用药物、药浸、药灸、针灸、推拿、按摩等。多年来, 有关本病的研究论文很多, 限于篇幅, 本文只介绍其中数篇。从无数的临床实践和研究中可见, 中医通过辨证论治, 从中医的理论和角度, 将本病分型用中药或结合西药治疗, 都可以取得满意的疗效, 显示出中医对本病的治疗有一定的优势。

2、上述研究, 都是在进行饮食、运动等糖尿病基础治疗, 服用西药降糖或注射胰岛素的情况下, 再服用中药或西药进行治疗和对照, 所以基本上是中西医结合进行的。即用西药维持血糖稳定, 再用中药对本病进行调理和治疗, 可以取得不错的疗效。同时说明, 服用了西药, 在医师指导下, 也可以服用中药。中药配合西药治疗, 比单纯服用西药治疗本病, 更有效果。

3、上述研究的疗效标准是, 显效: 腱反射、肌电图NCV复常, 运动神经传导速度(MNCV)、感觉神经传导速度(SNCV), 治疗前后有显著差异。麻木、疼痛、沉重、发凉, 活动不利等症状基本消失; 有效: 前述症状明显减轻; 无效: 前述症状无明显改变。上述研究, 除了主方之外, 在需要时也做了药味加减, 并不影响科研的结果。

4、本病是糖尿病发展到虚、损阶段才出现, 是本虚标实的病证。本虚是指气、血、阴、阳、肝肾等脏腑亏虚。标实是指挟痰、湿、瘀等病理产物或兼有湿热、寒湿的证候。因此, 对本病的研究, 多居于上述病因病机辨证施治。经常辨证使用的治则是: 滋阴清热、益气养阴、活血化瘀、祛痰化瘀、温阳散寒、滋补肝肾等。或彼此结合运用, 例如, 滋阴益

气和活血化瘀一起运用, 气助血行, 加强疗效。经常运用的方剂是: 补阳还五汤、黄芪桂枝五物汤、当归四逆汤、桃红四物汤等。同时, 正如已故医家祝谌予所指出的, 糖尿病自始至终都存在血瘀的问题, 而本病无论那一型, 都是瘀血阻滞脉络, 病在脉络。因此, 在治疗时要辨证加入活血化瘀、祛风止痛中药。常用的这类药有: 川芎、川牛膝、鬼箭羽、桃仁、红花、乳香、没药、丹参、三七、水蛭、土鳖虫、蜈蚣、全蝎、僵蚕、地龙等。现代药理研究证实, 具有活血化瘀功效的中药可加快血液流速, 改善微循环, 对抗血小板积聚黏附, 改善血管通透性, 增加周围神经的血氧供给, 使受损的周围神经功能恢复, 从而增加神经传导速度。

5、药理研究表明, 黄芪、当归、丹参、鬼箭羽等益气活血药具有抑制血小板粘附聚集、改善微循环的作用。黄芪、丹参、生地黄等益气养阴活血药, 对醛糖还原酶有较强有抑制作用。川芎具有明显的扩血管作用, 红花可减少血管的通透性, 赤芍抗血小板聚集, 丹参提高红细胞表面电荷。此外, 研究还发现, 天花粉、沙苑子、地骨皮、甘草、丹参、黄芪、龙胆草、槲皮素、黄芩甙、柚皮素等中药对人体醛糖还原酶有抑制作用。(13/11/2018)

参考文献

- [1] 《实用内科学(第12版)》, 上海复旦大学主编, 人民卫生出版社, 2006年。
- [1] 《糖尿病及其并发症中西医结合诊治学》, 吕仁和, 人民卫生出版社。1997年10月。
- [2] 《糖尿病中医防治标准(草案)》, 仝小林主编。科学出版社。2015年2月。
- [3] 《糖尿病中西医结合治疗》, 南征、高彦彬等主编, 人民卫生出版社2002年9月。
- [4] 《现代中医糖尿病学》, 林兰编著, 人民卫生出版社。2008年4月。
- [5] 《名医临证经验-糖尿病》范冠杰主编, 人民卫生出版社, 2002年2月。
- [6] 《糖尿病中医治疗》, 徐小萍主编, 江苏科学技术出版社, 2004年3月。
- [7] 《糖尿病周围神经病变的防治》田蕾主编, 中国中医药出版社, 2003年10月。

“医脉薪传讲座系列”学习体会之四

——郭俊细医师学医历程及临床病例分享

新加坡·柯顺年 陈宝心 洪秀洁 陈宇雷 李贤

7月8日新加坡中医师公会属下中华医药研究院，邀请了郭俊细医师给大家讲述了他的学医历程，并分享了多个临床病例。前来听讲座的中医师们可说是受益匪浅。

一、郭俊细医师的求学历程

三十医航苦乐游，本草时珍仲景求。

经典古籍皆涉猎，方得妙手解千愁。

郭医师以这首诗作为开场白，很好地总结了他在医海浮沉三十五载，经历的苦乐惊险。郭医师强调医学是浩瀚的海洋，其深不可测，故作为一位医师必须时刻学习以进修，方能更好的完成医师的工作。

1. 在马来西亚新山中药店当学徒

郭俊细医师白手起家，十几岁就在新山药店当学徒，药店里分工细致，分三手，二手和头手。做学徒需要洗药，装药，补充草药。洗药前先要对草药进行摘拣，例如薄荷中的杂草要清除。鳖甲要先浸泡在瓮里两三天，每天换水，然后用刀将其肉刮掉，处理干净后晒干，晒干后用沙炒，做成熟鳖甲。还有一些药得先切，切后晒干，收藏。当时没有磨粉机，所以

要用碾槽一点一点碾。最不好碾碎的就是苏合丸和抱龙丸中需要用到的檀香、沉香等根类，碾碎后要筛出细粉。以前的川芎要先浸泡，洗干净，然后用水和酒熬至水干，再用热水浸泡去除里面的糖分，最后晒干。熟地，先买来生地，整粒用砂仁熬，整锅的水干了以后再去晒干。老熟地要经过九蒸九晒后收藏。普通的熟地可以补血养血。经过收藏四五年的老熟地没有粘质，比较干，降火效果好。用老熟地，洋参头，青盐可治疗风火牙痛。

六年的学徒生活为郭医师打下了坚实的中医基础，也成为了郭医师的骄傲。对各种中草药的认识和药材品质的优劣，炮制制作过程，甚至连如何用蜡包药丸至今都仍熟记于心。

2. 到新加坡中药店工作

之后，郭医师来到新加坡，在洪两宽的“万春和”药行，工作了13年。工作期间两个礼拜回一次家，平时就住在店里，每天从早上7点工作到晚上10点。当时药店生意好，有时一天看150位患者，工作环境又比较艰苦，甚至没有风扇可以用。一个月的工资仅有60块。

3. 半工半读学中医，考取同济医院医席

郭医师喜欢音乐却因听力问题不得已而放弃，后走上学医之路。在当学徒期间半工半读。1979年毕业于新加坡康民医药针灸学院。1983年报考同济医院医席，为了考试去同济图书馆找出所有以往第一名考生的文章，学习如何应试，如何写文章。曾跟考获同济医院第一名的罗荣基医师，学习“伤寒论”三个月。当年考试只录取6位医师，竞争激烈。郭医师顺利成为第二十三届，也就是同济医院最后一届的驻院医师。

4. 开设中药店

郭医师在考取同济医院医席同年创设“群健药行”。当时手头只有3万5千块，只能向亲朋好友以股份形式凑了一共7万块的开业资金。店面租金每月3500，押金三个月。去缴交押金时，被告知永久居民需要缴纳6个月的押金。加上店面装修，资金所剩无几。1983年药店开始运作，开业之初非常艰苦，每天营业额几十块，还有债主不断登门讨债。只能一点一点还，第二年有所好转，五年后业绩有了起色。后做皮肤止痒茶，正骨灵药水，当归肉骨茶。因是首家推出当归肉骨茶，所以销量可观。

5. 海外进修

药店走入正轨后，郭医师没有因此停下学习脚步，他选择到海外进修，并于1987年考获厦门大学中医函授专业文凭。2005年厦大办学习班，读了三年，参加考试，考试方法是从北京大学题库几万题中选出300题，考100题。郭医师顺利考获学士学位。

之后到广西读骨伤科硕士，一年过去两次，间中也请老师来新加坡授课。学习内容有人体解剖影像学，骨伤手法，理论。7位学士配一位老师，郭医师当时的导师是廖小波教授，廖教授主要治疗膝关节，以手术为主。同时郭医师也向韦贵康，黄有荣，陈锋

等教授学习。

郭医师常参加亚细安大会，进修心理学，郭医师认为了解病患的心理对治疗能起到事半功倍的作用，尤其是针对女性病患。

行医其间，郭医师曾写文章20多篇，2009年考获广西中医学院骨伤科硕士。

郭医师在亚细安中医药大会及中国天津、泉州、上海、北京、成都、长春、海南岛等地举办的中医学术交流会上发表论文多篇。并于1997年在吉隆坡举办之“世界骨伤科学交流大会”上荣获“尚天裕科学奖”科技进步三等奖。现任新加坡中医中药联合会主席，新加坡针灸学会理事，新医协会中药顾问，丰加商店联谊会医药顾问。中国厦门市针灸学会名誉会员，世界手法协会会员，徒手治疗师协会顾问，新加坡中医研究院会员，马来西亚中医师公会会员，马来西亚森美兰州中医总会学术顾问。新加坡中医继续教育讲师等。

二、病例分享

郭医师临床病例：三叉神经痛辨治、针药治疗面瘫，湿病辨治、脱发斑秃的治疗、血尿的治疗、膝骨性关节炎的治疗、热痹辨治、不孕症辨治、血瘀症辨治、膏淋辨治等。

1. 病例一

李某某，女，65岁，马来西亚籍，住雪兰莪。编号：24

初诊：2015年6月2日

主诉：右侧脸疼痛，抽动已三年多。

病史：有三高症。

诊断：舌红苔薄，脉浮沉数。血压

139/65(mm/Hg)，心率60。

辨证：三叉神经痛。

病因：原因不明。中医认为本病与风、痰、瘀关系密切。

治疗：舒筋活血，化痰通络。

处方：牵正解语汤加没药、陈皮、全蝎

各两包。

针灸：四白、迎香、地仓、下关，加董氏针法：上、中、下泉(膝关节外侧两寸半的地方，三个穴位上下间隔两寸)。健侧针灵骨，大白。

本病共治疗四次而告缓解。最后一次，将方中全蝎换成蜈蚣2包。

2. 病例二

梁某某，女，72岁，家住金殿路。编号：224

初诊：2016年6月20日

自诉：右侧脸疼痛已多年，时轻时重，从拔牙后开始，曾看中西医不愈。

诊断：舌尖稍红，苔腻，脉滑弦，尺细。

辨证：三叉神经痛。

病因：因拔除牙齿之后开始疼痛，疑因拔牙伤及三叉神经。

治疗：舒风通络，止痛。

处方：血府逐瘀汤240cc加僵蚕3包，地龙3包，全蝎两包，五灵脂3包。

(因为患者怕针不接受针灸治疗。)

【按语】三叉神经痛乃现代医学病名。它属于中医“痹证”范畴，可属于中医“面痛”的一种。多认为是风寒之邪袭于阳明经脉所致，造成经脉感受寒邪，凝滞收引，血气痹阻，遂致面痛。或因风热病毒，浸淫面部，而致筋脉气血运行失畅而痛。《张氏医通》言：“面痛……不能开口言语，手触之即痛，此乃阳明经络感受风毒，入传经络，血凝滞而不行。”对本病的病因病机及其症状作了扼要的阐述。本病例则是因拔牙伤及脉络致。其病情略有差别，故用血府逐瘀汤加入驱风止痛之虫类药。加上针灸而良效，因其病症拖延多年，中医言久病可致虚，故以腹针引气归元，调其气血治疗获效是关键。

3. 病例三

苏某某，女，37岁，住新加坡企业路，编号06

初诊：2013年5月2日

自诉：有一小孩6岁，之后尝试再孕不果，流产3次，去年6月为最后一次流产，无头晕、头痛史，月经正常，纳睡可，西医检查一切正常。

诊断：舌尖红，苔薄腻，脉沉细滑。

辨证：肾阳虚衰，痰湿内蕴。

病因：素体阳虚，气血失养，痰浊内生。

治疗：温补肾阳，化痰祛湿。

处方：济生肾气汤120cc加五苓散60cc，加淫羊藿2包，黄芪2包，陈皮2包。每服20cc每日三次，妇科养营丸72粒，每服8粒，每日3次。

二诊：2013年5月14日。

自诉：下蹲偶觉头晕，口不干，二便正常。

诊断：舌红苔转薄白，脉沉细。湿已去大半。头晕乃兼见血虚。

治疗：补肾益气，健脾养血。

处方：健脾补血汤80cc加参灵五子汤100cc 加补骨脂2包，阿胶2包，服法同上。另右归丸36粒，每服4粒，一日3次。

三诊：2013年6月13日。

自诉：月经28日净。

处方：参灵五子加阿胶2包，菟丝子2包。另八珍丸72粒。服法照上方。

2016年3月17日。因腰部跌伤来诊。当询及上次看不孕一事，其言，服药四个月后怀孕隔年生下一女儿，现已两岁。

【按语】此女初始乃因肾阳不足，加痰湿内蕴，故治用济生肾气加五苓散加淫羊藿，陈皮，黄芪以温肾阳化痰利湿。二诊，三诊，痰湿已除，则以健脾补血，温补肾阳调治，而得以怀孕。

4. 病例四

梁某某，男，17岁。住巴耶利峇，编号：2917

初诊：2016年3月28日

主诉：背部近肝胆俞位置处，见微血管浮现色青，状如蜘蛛网

疼痛，已1周。

诊断：口干尿黄，大便正常。舌红苔薄，脉关部浮数。

辨证：肝胆湿热，血燥成瘀。

病因：肝胆热郁，血行不畅，脉络瘀阻，而见瘀斑。

治疗：清热解毒，除湿化斑。

处方：五味消毒汤180cc加苡仁2包，蒲公英2包，生地2包。每20cc一日三次。龙胆泻肝丸每服四片，日服3次，配给3天量。

二诊：3月31日。蛛网状瘀青处色质已明显变淡。效不更方而获痊愈。

【按语】本病用因湿热蕴结，致脉络瘀阻，而现网斑，故治用清热解毒之五味消毒饮，加入蒲公英，以加强其清热解毒之效，配上苡仁祛湿，凉血散血之生地及清肝胆湿热之龙胆泻肝汤一剂而奏效。治病之要贵在辨证准确，用药能确中病所，故一剂效如桴鼓。

5. 病例五

刘某某，男，62岁，住裕廊西。编号：215

初诊：2015年，12月26号

自诉：小便浑浊，伴血尿，已多时。

检查：血压148/72(mm/Hg)，心率74。

西医检查：肌酸酐0.93，正常值：0.68-1.48。尿红细胞64，正常值：0-2。尿蛋白0.25，正常值<0.20。

诊断：体形肥胖。舌红苔薄腻，脉滑浮数。

辨证：淋证——尿浊症伴血尿。（西医诊为肾盂肾炎）

病因：脾虚湿困，湿阻脉络，血不归经，故血溢于外；肾阳虚衰，运化失职，故小便浑浊。

治疗：健脾利湿止血，温肾助阳化浊。

处方：萆薢分清汤加味用益智仁、川萆

薢、石菖蒲、乌药、北芪、茯苓、白术、车前子、泽泻、红茜根、炒鳖甲、芡实、煅龙骨、炙甘草、淮牛膝、炒杜仲、菟丝子、炒内金，各药加減应用，合凑健脾祛湿，温肾助阳之效。本病例共诊治九次，服药27剂，而告痊愈。

【按语】本症乃属中医淋证范畴，称之为膏淋症，西医称为肾盂肾炎，多因湿热下注伤及脾肾，致脾虚湿困，脉络阻滞，血溢于外；肾虚固涩无权，故尿浊而出，虽看西医但未见好转，故转诊中医，由于病程日久，故治疗亦须较长之调理，以抽丝剥茧之法，方能起效。

6. 病例六

叶某某，女，47岁，住裕廊西，编号：514
2016年9月17日

刻诊：自诉，左肢踝内侧肿痛三天。

诊断：口干渴，尿黄，大便二日未行，舌红苔薄脉浮数。

触诊：痛处灼热，红肿。

辨证：热痹。

病因：湿热之邪痹阻经络。络脉不通，不通则痛。

治疗：清热解毒，化痹止痛。

处方：桑枝虎杖100cc加当归拈痛汤80cc加蒲公英包。另祛风四藤片36粒，尿酸净36粒。并嘱其忌服食豆类食物及江鱼仔、虾、鸭、饮酒等。

针灸：取照海、三阴交，太溪、商丘。

【按语】本病乃因饮食不节，致湿热内蕴，关节痹阻，血行不畅，不通则痛。故药用清热解毒，祛风除湿，可得缓解。同时忌口非常重要。本症西医认为是尿酸过高，导致酸结晶停歇骨节缝所致，一般和肾关系密切。

7. 病例七

黄某某，女，71岁，主妇，住裕廊西，编号：323

初诊：2016年10月7日

主诉：头晕重，胸闷，欲吐，肢体酸痛，已两周。

诊断：口干，尿微黄，大便正常，舌红苔厚腻。

辨证：湿热蕴结，气机失畅。

病因：夏日感邪，伏秋而发。故头晕重，胸闷，欲吐，肢体酸痛。

治疗：解表化湿。

处方：藿朴夏苓汤180cc，加柴胡、青蒿、桑枝各两包，每服20cc，每日3次。另甘露清热片36粒，四藤片36粒。药每服4片，每日3次。

二诊：11月1日。

主诉：各证已减轻，但头尚重，呃气频作，伴咳嗽痰多色黄。

诊断：口干已减，尿色尚微黄，舌红苔尚微腻。

辨证：伏邪已外出肺卫，故见咳嗽痰多，苔黄尚有余热未清。

治疗：清肺解表，祛湿化痰，止呃。

处方：小柴胡汤加佩兰叶，佛手。

【按语】本病乃因夏日感受热邪未发，隐伏于内，当秋凉之际雨多湿重而发，头晕重，胸闷，欲吐，湿郁于肌肤则现肢体酸痛，故治以芳香化湿，解表清热。二诊时湿化，邪出肺卫故见咳嗽，故以清肺解表，祛湿化痰，配用小柴胡汤加佩兰化湿，理气舒肝而收效。另保和片36粒，银芩丸36粒。而获痊愈。

8. 病例八

吴某某，女，68岁，工厂清洁工。编号：130

主诉：小便浑浊，夜尿多，腰酸，身体困倦，四肢冰凉。

检查：血压159/81(mm/Hg)，心率76。西医检查尿蛋白，肾功不全，若继续衰退将洗肾。

诊断：舌红苔腻，脉滑数。

辨证：肾阳虚衰，脾虚湿困。

病因：劳倦过度，致肾阳不足，而腰酸，夜尿多，四肢冰凉；脾湿困阻，故身体困倦。

治疗：温补肾阳，健脾化湿。

处方：北芪60克、茯苓30克、煅牡蛎30克、车前子10克(布包)、石菖蒲10克、益智仁8克、乌药10克、萆薢15克、焙附子10克、党参15克、白术15克、炙甘草10克、淮牛膝15克。菟丝子10克。各药共奏温补肾阳，益气健脾化湿之效。

二诊：自诉：尿蛋白已减，四肢已较温。上方加泽泻12克加强化湿之功。

三诊：改用附桂八味汤加味附子10克、车前子10(布包)淮牛膝15克、泽泻15克、丹皮10克、熟地15克、茯苓30克、萆薢15克、石菖蒲10克、煅龙骨30克。

四诊：自诉：已无尿蛋白，但感觉心跳加快，上方加细辛10克

9. 病例九

林某某，女，69岁，住裕廊西。编号：520

初诊：2016年11月

检查：血压94/61(mm/Hg)，心率78。

主诉：胃脘疼痛两天，不吐，腹胀。之前因喉不舒看西医给予抗生素愈后则出现胃脘疼痛。

诊断：口不渴，尿不黄，大便稀，舌微红，边有瘀点，厚腻，脉浮缓。

辨证：肝胃不和，寒凝气滞。

病因：过服寒凉，致脾胃遭受寒邪所伤，故现胃脘疼痛，腹胀。

治疗：理气舒肝，温胃散寒，止痛。

处方：胃舒宁180cc加香附2包，煅牡蛎2包，吴茱萸2包。每服20cc，日服三次。另舒肝丸36粒，每服4粒，日服三次。

二诊：

自诉：上证已好大半。

效不更方继服三天，药丸改为逍遥丸72粒，每服8粒。而得痊愈。

【按语】本病乃因咽喉不舒服用抗生素所致，抗生素乃寒凉之品，本有脾胃之恙，现又过服寒凉故造成脾胃受伤，而致胃脘疼痛，腹胀。寒凝则气滞，血运失畅故舌边色暗，寒湿蕴胃则苔厚腻，故方用胃舒宁加香附，吴茱萸理气温胃止痛，煅牡蛎则制其胃酸，配用舒肝丸，舒理肝气，而一剂得效。二诊：舌象已明显转淡，病已去其七、八，效不更方，但气滞已除，考虑理气太过则易伤气，故改用较平和之逍遥丸而收功。

10. 病例十

叶某某，女，47岁，住裕廊西，编号：514

初诊：2016年9月17日

刻诊：自诉，左脚踝内侧肿痛三天。

诊断：口干渴，尿黄，大便二日未行，舌红苔薄脉浮数。

触诊：患处灼热，红肿。

辨证：热痹。

病因：湿热之邪痹阻经络。络脉不通，不通则痛。

治疗：清热解毒，化痹止痛。

处方：桑枝虎杖100cc加当归拈痛汤80cc加蒲公英包。另祛风四藤片36粒，尿酸净36粒。并嘱其忌服食豆类食物及江鱼仔、虾、鸭、饮酒等。

针灸：取照海、三阴交、太溪、商丘。

【按语】本病乃因饮食不节，致湿热内蕴，关节痹阻，血行不畅，不通则痛。故药用清热解毒，祛风除湿，可得缓解。同时忌口非常重要。本症西医认为是尿酸过高，导致酸结晶停歇骨节缝所致，一般和肾关系密切。

11. 病例十一

Mendon 男，73岁，住文礼，印族。编号：201

初诊：2017年4月8日

自诉：两周前左侧脸生带状疱疹，经西

诊治两周后获得改善。过后突现 口眼歪斜。

诊断：口干，尿不黄，大便正常，舌红苔腻，脉浮数。

辨证：面瘫。

病因：脸部带状疱疹，伤及面部神经。经脉失养，而致口眼歪斜。

治疗：舒经通络，祛风牵正。

处方：牵正解语汤180cc加蒲公英、蜈蚣各3包。牵正散36粒，每服4粒，一天3次。

针灸：取腹针引气归元，体针丝竹空、攒竹、迎香、四白、地仓透颊车、患侧外关、健侧合谷。

二诊：4月11日。症情改善。药用同上，针同上加针人中、下关。而告缓解。

12. 病例十二

唐某某，女 66岁，住裕廊西，编号：25

2013年8月3日，初诊

检查：血压167/76(mm/Hg)，心率：64，体温：38℃。

主诉：发热，恶寒，肢体酸痛，微欲吐，已3天。

辨证：口干，尿黄，大便稀溏，舌红苔腻，脉洪滑数。

辨证：阳明经热盛，兼湿。

病因：长夏酷热，兼具暑湿之气。素体不足，抗邪无力而作。

治疗：清阳明经之热，兼芳香化湿。

处方：白虎汤180cc加苍术、佩兰、桑枝各2包。每服20cc，一天3次。另甘露清热片每次6粒，每日3次，清开灵每服2粒，每日3次。

二诊：2003年8月7日。自诉热退尽36.7℃，但皮出现红痒。胸微闷。

诊断：口干，舌红，苔已不腻，脉浮数。

辨证：尚有余热未清。

治疗：清热化湿，祛风解郁。

处方：竹叶石膏汤加蝉蜕3包。丹枝逍遥片36粒，每服4片，1天3次而获效。

【按语】本症乃因长夏暑热之邪过盛，而

正不胜邪，故而发高热，而用白虎汤加祛湿之苍术，佩兰，桑枝而奏效。但服药后皮肤出现红痒，乃因热虽已去，但湿邪仍留郁于肌肤所致，故二诊用竹叶石膏汤加入蝉蜕消其余热及祛风除痒，而病愈。

13. 病例十三

刘某某，男，59岁，住文礼。编号：59

初诊：2014年12月27日

主诉：晨起腹痛泄泻，纳后有时亦泻，若遇紧张事故尤重，此现象已维持多年。

诊断：形瘦，口不干，尿偏黄，大便溏，舌红苔薄腻，脉浮数。

辨证：脾虚湿困，肠道应激。

病因：乃因脾虚湿困，纳后亦泻，此为肠道吸收不足，故遇紧张事故更甚形瘦，乃因吸收不足，水走肠间，无法温养肌肉所致。

治疗：健脾除湿，益气止泻。

处方：痛泻要方180cc加白术，党参，茯苓各2包。每服20cc另补中益气丸每服72粒，每次服用8粒，理中丸36粒，每次服用4粒。各药一天服3次。

二诊：

主诉：上方服用3天效果不显。

改以小建中汤加附子，党参，干姜，白术各2包。另肉豆寇9包，理中丸36粒。服法同上，以温脾祛湿。

三诊：

主诉：大便已经成型，一天上厕两次，纳食后已不再泻。

诊断：舌红苔薄，已无腻象，脉见缓。病情虽已改善，但湿邪未清，嘱续服上方多两剂，以巩固疗效。

【按语】肠道应急本属中医腹痛、便秘、泄等范畴。病可在肝脾，偶或可累及肺肾。其病因有三。(一)神志所伤：乃因精神因素，脑怒则伤肝，肝伤失于疏泄，气滞不行则郁，而证见腹痛便秘。(二)饮食所伤：饮食不节则伤脾胃，脾伤则运化失其常度，胃虚则食谷不

化。(三)六淫之邪：外感风寒暑湿之气，内伤脾胃，或风寒袭肺，致肺胃失和；或暑湿困脾下注大肠，湿邪留滞肠间而作泻。本症乃腹泻多年，起因或由寒邪所伤，或饮食所伤，失于治疗，迁延日久，而致脾虚湿困，日久不愈，而发为慢性泄泻，故初用脾虚肝旺之痛泻要方，效果不显，后改用温脾祛寒，调和肝脾之小建中汤加附子，党参，干姜，白术，另加肉豆寇及理中丸而获效。故中医言：治病必求于本，知何脏为病，确诊用药方能起桴鼓之效。

14. 病例十四

黄某某，女，36岁，住裕廊西，编号：75

初诊：2012年10月19日

主诉：秃发两处，每处大如五毛钱币，伴腰酸，心烦，睡欠佳，纳可。

诊断：口干，尿黄，大便正常，舌红，苔薄白，脉浮细数。

辨证：肝肾不足，气滞肝郁。

病因：发为之血余，肝肾不足，血不能上荣头，加之心烦，睡欠佳，则发根失养，而形成斑秃。

治疗：调补肝肾，养发、理气疏肝。梅花针敲打患处。

处方：脱发防治汤120cc加安神汤60cc，另加旱莲草包。六味地黄丸72粒，生发丸36粒。另生发精喷患处。每天两次，于洗完头后喷洒并按摩患处两分钟。

二诊：10月22日

治法同上。

三诊：11月2日。患处已长出细发，更方：脱发防治汤120cc加温胆汤60cc。左归丸36粒，生发丸36粒。

本例患者共治疗六次，一个半月而告痊愈。

【按语】斑秃是一种以毛发突发局限性斑状秃落，局部皮肤正常，无自觉症状为特点的皮肤病，故名。又因本病常发生于突然，无明显诱因，如神差鬼使，故又名“鬼剃头”。本

病为常见病多发病，总发病率约占皮肤科门诊量的1~2%左右本病可发生于任何年龄，但以青壮年居多，男女发生率基本相同。发病部位有95%以上在头皮毛发处，有少数发生在眉毛，胡须处。根据本病临床上以毛发成片脱落，头皮正常而无自觉症状为主要表现特点，属于中医学“鬼剃头”。“鬼舐头”、“油风、落发”、“鬼薤刺”等病范畴。中医认为病因可分三型：(一)情志失调。(二)肝肾不足。(三)瘀血阻络。本例病症乃属于情志失，兼具肝肾不足所致。故治先用脱发防治汤加安神汤，后用脱发防治配用温胆汤、六味地黄丸、左归丸调其神志，补益肝肾，再配用梅花针敲打头皮以刺激其患处，并外用生发精促其毛发快速生长。综合治疗而疗效显著。

15. 病例十五

梁某某，女，63岁，住文礼。编号：700
刻诊：2016年12月7日。

主诉：右膝关节疼痛，右手手指肿胀，偶头晕，已多时。

现病史：尿蛋白，高胆固醇，高血压。

诊断：口不干，尿不黄，大便正常，舌暗红苔腻，底见瘀斑，脉浮缓。

辨证：膝骨性关节炎，肝脾肾虚衰，寒湿内阻。

病因：肝肾不足，则关节失养，日久则关节退变；脾肾湿蕴，则现尿蛋白，寒湿内阻络则指关节肿胀，舌暗苔腻，底现瘀斑，脉缓，均为寒湿之象。

治疗：舒筋通络，祛寒化湿。

方药：独活寄生加川牛膝，萆薢，防己各2包。另五苓散片36粒，膝关节炎丸27粒。

针灸：血海、梁丘、委中、内外膝眼，鹤顶、阳陵泉、膝中、三阴交。推拿膝关节，外敷膏药。

【按语】本病例比较复杂，因有多种疾病缠绕，即有膝关节炎又有寒邪阻络及尿蛋白，故药用独活寄生调补肝肾，加入川牛膝，

萆薢，防己祛湿消肿；五苓散片温阳利水，膝关节炎丸，舒筋通络。针灸以缓解疼痛，促进膝的血液循环。杂合以治。共奏调补肝肾，舒经通络，祛寒利湿，消肿祛瘀之效。

三、结语

从郭医师的讲座内容中我们了解到前辈们学医路程的艰辛，但本着对中医的热爱与执著最终得以圆梦，让我等倍受鼓舞。另外，从郭医师的经历中我们领悟到作为一名医者，要使自己的医术精益求精，必须不断的学习，甚至涉猎其它知识领域。如学习心理学，可以让医者更精准的判断患者的病因，并给出最有效的治疗办法。郭医师深信良好的医患关系可以提高彼此的信任感。

郭医师将自己的毕生所学传授给了长子郭松霖医师，希望其能够继续治病救人并弘扬中医精神，真正体现了“医脉薪传”四字的意义。

“医脉薪传讲座系列” 学习体会之六

——吴荣贵医师在42年医疗防治疾病的经验交流

新加坡·陈宝心 洪秀洁 陈宇雷 李贤 柯顺年

一、医脉源系金门阿嬷，从小立志教育学医

吴医师几年前回金门祖厝，从阿嬷遗留下来的一些红色笔墨符咒、医务印章证明才知道他们家族医脉缘于金门阿嬷。根据家乡的堂侄儿讲述，阿嬷年轻时就懂得医术，还懂得祝由术，在村庄里，常为村民免费解除疾患，所以很受村民爱戴。

因为战争父亲移居到新加坡避难，在几十年的光景里，父亲从事耕种，制做豆干，完全跟中医学没有关系的事情。吴医师从小就帮忙家务，读书学习期间立志要从事教育事业。1971年吴医师报读新加坡师资训练学院，参加进修培训，两年后毕业，开始为人师表，最先在瑞士村学校执教。

吴医师的哥哥吴荣国医师，1956年就开始学中医，后成为中医学院的前身——新加坡中医专门学校的第一届毕业医师。毕业后吴荣国医师在中巴鲁开设《济康药行》。除了从事中医事业外，吴荣国医师也热心于社会福利和公益事业。他曾担任各社团的秘书、社团医药顾问等，为国家社区人群服务，促进社会各基层人民的和谐安乐。为创建中华留医院筹款日夜奔走，到处宣传，号召社会各界参与筹款活动，并成立了“全国华文日报联合中华医院

筹募建院基金工作委员会”，短短三年筹款数额达七百余万元。当时新加坡政府、社会福利部为了表扬吴荣国医师多年来对社区做出的贡献，于1979年11月19日，在总统府设国宴招待他，并颁发奖状，表扬他过去为社会义务工作的精神。当时的新加坡卫生部也聘请他担任我国首位中医药顾问。吴荣国医师的四个孩子均致力中医事业，让父亲的中医知识、中医精神得以传承。

吴医师在哥哥身边，耳熏目染，逐年长大，很受影响。古书有说：不为良相，愿为良医。吴医师誓言也要学习中医，效仿兄长，成为一位济世活人的中医师。

1972年10月还在国民服役期间的吴医师，就报名参加中医专门学校第十一届的入学考试。当时报考的考生多达千人，吴医师最终以优异的笔试成绩，进入中医专门学校，成为第十一届的夜班同学。

二、加入学院教学回馈母校

考入中医专门学校时，吴医师还在服兵役，每天赶车上课，迟到了，便只好坐在礼堂外的板凳上听课。校训“慎勇端勤”四个大字正向着吴医师，一直提醒他，督促他努力学习。

当时中医学院院长是谢斋孙医师，副院长是洪琼彬医师。两位医师致力于培养中医人才，在11届学生毕业时，亲自面试选出了几位刚毕业的同学，其中包括了吴医师，对他们进行培训，希望他们成为学院未来的教学人员。

吴医师有幸被聘用成为结合内科呼吸系统和结合内科消化系统两科的讲师和内科临床指导。从1977年当讲导师到2000年，一共23年。

后因中医学院进入了新的教育结构，教学人员工作调整改制，取消了结合内科，只担任临床导师。

三、自我跟进提升，32年来从事治未病学的研究

吴医师从医院临床看诊中发现，临床上的病种，有很多疑难病、难治病，是病人过去不良生活习性造成的。需要长时间的调理，既耗费金钱，又耗费时间、资源。吴医师认为如果通过《内经》治未病的精神，从根本治，只要通过锻炼，重视个人免疫力，进行锻炼保健，就能调理好身体。

从1986年开始，吴医师便利用星期天和公定假期的早晨，着手中医传统治疗未病学的研究，通过推广《智能气功》，带领各地人民进行气功锻炼，收集大量数据，统计整理智能气功功友在保健和医疗各种疾病，如疑难病和难治病的调理结果，确定气功结合中医药在临床治疗疾病的效用。

在时机适合时，吴医师就会参与海内外中医药学术大会交流，希望唤起中医界同仁，重视中医气功锻炼，促进医疗技术。

多年来吴医师在临床上不断自我进修以提升临床诊病技术。从1976年至今在中华医院义务看诊，曾于2017年获颁“40年长期服务奖”奖章。

四、疑难病的临床诊治经验分享

以下是吴医师43年来在临床医疗疑难病中的宝贵经验。

案一：治愈甲状腺萎缩证病例

鄞XX，男，38岁，工程师

病历：1990年患上甲状腺肿大，功能亢进，西医专科治疗。通过服食放射性药物，消除亢进的甲状腺功能，使它甲状腺萎缩。从此，每天必须口服“甲状腺素”药片，以维持日常新陈代谢，来看诊时（1993年3月）已经口服了一年半。没有甲亢的症状。舌苔薄白，脉弦。

辨证思维：

一般这类病人多是终身服用“甲状腺素”药片，很少看中医，所以中医方面少有治好病案记录。因此，将这个病例列为难治病。吴医师从认识甲状腺亢进病种思考，认为甲亢是肝郁阴虚，肝阳上亢的结果。治疗是以滋阴平肝潜阳，甲状腺素萎缩证是气阴不足的结果。甲状腺在咽部，跟肺同属上焦，肺阴气化功能相关。养肺阴补益咽部，用滋阴水益生芽的道理，来唤醒还原甲状腺的冬眠细胞。

证型：甲状腺萎缩证肺气阴虚型

立法：益气养阴佐以健脾生肌

处方：养阴清肺汤加小建中汤随证加减（生地，玄参，麦冬，浙贝母，白芍，丹皮，甘草；桂枝，生姜，大枣，饴糖）

复诊记录：

在复诊中以中药汤剂取代甲状腺素药片，间隔服用甲状腺素药片，观察病人的反应，然后才减量，逐渐到停用，最后只用气功来保健。

复诊的指标是根据每个月的验血报告，三个月后（1993年11月）鄞XX的血中有适量的甲状腺素，这时的治疗只用汤剂和练气功，停用西药。

1994年3月，鄞XX再到医院检查血液，再度确定血液里有适量的甲状腺素，肯定我们治愈了甲状腺素萎缩证，我们就终止药物治疗，让鄞XX通过智能气功锻炼来保健，至今，鄞XX还继续练智能气功保健，也没有再发生疾病。

《内经》曰：百病始于气。传统理论认为人的气血，有相生相补的关系，若结合锻炼智能气功，可以调整病人气机，达到气血和畅，阴阳平衡。因此，锻炼气功对病人尽快恢复健康是有其合理理论的基础。

吴医师要求鄞XX每周复诊，同时配合智能气功。根据病情进展，逐渐减少减轻口服甲状腺素药片。

案二：治愈痛经18年疑难病的病例

胡XX，女，35岁，教师

病史：胡XX自初潮以来，常有痛经，一路来以西药西药处理。结婚后，这两年来病情加重，天天病态，疲劳没有精神，从来月经持续21天，或更长日子。经过妇科长期治疗，并兼出现神经衰弱病，寻求心理医生治疗。来诊前，妇科医生建议手术切除整个生殖系统，夫妻感情几乎破裂。故病人母亲前来寻求中医治疗。

主诉：2005年3月胡XX来诊，形体消瘦，痛经，难眠，腰酸背痛，没有精力工作，月经有淤血，血块大得像苹果般大小，人怕冷疲累，没有胃口，体现重病质，全舌呈黑色，脉沉无力。

辨证思维：

胡XX女士痛经18年，由于之前得不到适当的医疗，证情复杂，是典型的疑难病病例。从《内经》曰：肝藏血脾统血。中医对妇科痛经疾病的诊断，病因在肝肾、再因冲任无常，脏腑兼证。子宫气血不畅，痛经是气滞血凝寒积的结果。病久肝肾虚则腰酸背疼，病程日久后，寒积而卫阳不足，怕冷，多发感冒，脾胃运化功能不足而纳差，没有胃口，长期营养不

足则精力差，不耐劳作，而不能做事，精神心里压力久积则心神恍惚。舌为心窍，经络气滞血凝故舌体黑，脉沉无力。

证型：痛经18年病例是寒积气滞血凝，冲任失调型，兼有脾虚

立法：温经散寒，祛瘀止痛，健脾益气

处方：《温经汤》加《桂枝汤》加白术

（人参，当归，川芎，白芍，肉桂，枳实，茯苓，甘草，莪术，丹皮，牛七，桂枝，芍药，生姜，大枣，白术）

复诊记录：

病人在服食汤药方的第二周后，开始学习智能气功。当天感觉良好，出了一身汗，精神马上舒服。从此每周都来练功。有一天早上，她觉得感冒，她坚持来练功后，当场感觉感冒好了。从此没有再发生伤风感冒。复诊时病人形声气色改进，舌色逐渐淡黑，腹痛明显减轻，月经逐渐正常，三个月后，正常上班。约十个月后，胡XX的生活如常，跟丈夫关系和好，一起申请到澳洲大沙漠去公干。两年后（2008年）身体仍然很健康。

胡XX的病例告诉我们，在医疗疑难病时，除了药物治疗，气功锻炼非常重要。18年的痛经，能在一年里治疗好，确实难得，善用《内经》思想指导临床，结合智能气功锻炼，实践《治未病》思想，在临床上有很大的效用。

《内经》云：“治病必求于本。”本病病例，经18个春秋，损伤“阴阳气血”，出现脏腑病变。根据治病原则，本疑难病例，久病标本兼治。在用药同时，如果能够发动病人锻炼气功，调动机体本能，可以使阴阳平衡，气血和畅，尽快达到治疗效果。从舌体之黑，临床多年尚未曾见过，可知阳虚极，气滞血淤严重。吴医师建议病人同时学习智能气功，双管齐下来治疗痛经证。

案三：治愈颈项多发型骨刺病例

叶XX，男，65岁，德士司机

病历：2003年3月3日来诊时，由太太扶持，步伐踉跄的走进诊室。呈濒临中风状态。太太代述：叶XX颈项3/5椎骨间生骨刺，专科医生曾多月用西药治疗无效，最后决定手术切除，但是在X光和MRI确诊发现有多枝骨刺后，恐怕手术会造成瘫痪，甚至从此成植物人。西医专科就放弃治疗，叮嘱他，随时会中风，小心瞻顾。叶太太只好寻求中医治疗。

症状：来诊时，叶XX呈现濒临“中风状态”，他的口齿不清，行动不稳，振振欲仆，手脚感觉麻痹，尤其是右侧不灵活，晚上抽搐，怕冷，胃纳差，常腹胀，难眠，血压150/90mmHg，情绪不稳易怒，手脚皮下多处有出血的斑迹，舌体胖大，质淡白，苔白腻，脉弦大。

辨证思维：

叶XX的证情，属于中医和西医的难治病，病情严重，稍有不慎，肯定会有性命的危险，属急危证。从中医痹症论看，病人长期害病，气滞血凝，经络失养，寒湿滞于经络，肝肾脾脏腑虚，阳气弱。吴医师坦言相告，若要医疗，就要他们绝对要小心照顾，结合锻炼智能气功。

颈椎骨刺病通过西医外科手术是非常快捷，不过后遗症倒是不少。如果中医治疗，时间必须长，频密复诊，也不一定立竿见影。吴医师敢于治疗，根据过去结合智能气功治难治病的心得，兼遵从中医思维，帮助这个已被西医院拒绝治疗的病人。

证型：颈椎骨刺病例气滞血淤型，兼有肝肾虚

治法：活血祛淤，温阳益气，兼疏肝补肾。

处方：舒颈葛根汤+补阳还五汤，兼用逍遥丸，六味地黄丸。

（葛根，丹参，独活，白芍，当归，白芷，姜活，鸡血藤，地龙，大枣，甘草；黄芪，赤芍，当归尾，地龙，川芎，桃仁，红花）

复诊记录：

经过药物和智能气功结合的治疗和肢体锻炼，叶XX在一个月里，证情明显改善，行动显得稳定，胃口改善。随证加用逍遥丸，疏肝养肝血，活营血，改善皮下淤血。三个月后，叶XX的能自己行动，能走运动场一圈半。之后叶XX继续进行药物和智能气功锻炼，在接下来的复诊中，他的骨刺病证连同各种症状都改善，在第二年的复诊（2004年6月），经过MRI和CT确定，他的颈椎骨刺都消失了。整个治疗经过一年两个月。

这个病例是个急危难治病，病人的太太非常合作，每天都督促陪伴叶XX练智能气功和晨运，大约三小时。叶XX每天都照样上班开德士，完全没有中断过，可以看出中医医疗的整体性，维护病人的整体健康。

颈椎骨刺病例在中医本属《痹症》里的《尪痹》，由于病久气滞血淤，风寒湿凝，成为骨刺，变成难治病。治疗的重点要反其道而行，去淤在于活血，活血在于行气，行气必须温阳。因此，在用药以补阳还五加舒颈葛根汤为主。

叶XX的病所以难治，在于病久，标本虚实积聚。《内经》：百病始于气；治病必求于本一本于阴阳。可见“气”“阴阳”是治疗难治病最重要的关键。吴医师要求叶XX认真，长期结合智能气功锻炼，目的在于实践《内经》治疗的精神。

案四：治好七岁小孩颈椎瘤病例

何X，男，7岁，学生

病历：何X几个月前在左颈近咽部长出了一个瘤，逐渐长大。来看诊前两天，已经在家庭医生看过，经介绍到西医院，专科复诊后，预定2008年11月9日切除。何X的父亲突然担心孩子可能因药物麻醉引起副影响。他最后一分钟11月7日，来到中华医院找我，希望吃中药治疗。

证状：检查何X的左颈咽部，确有一个3

—5CM的瘤，呈椭圆型，触诊可以移动，中医诊断为“痰核”。病人不久前有咳嗽，鼻敏感，还有哮喘病史，面色苍白，形体消瘦，怕冷，胃口不好，舌淡白苔薄腻，脉细弱。

辨证思维：

左颈咽部的瘤块，呈椭圆型，可移动。中医诊断为“痰核”、“瘰癧”，不是恶性肿瘤—癌症。因此，吴医师认为可以不必急于手术切除。从中医理论，“痰核”和“瘰癧”，病因多为长期多饮食生冷，从此寒湿凝结于组织间，形成积聚。《内经》病机病理曰：寒者热/温之，结者散之，痰者化之。何X父亲急于尽快消除肿瘤，但吴医师建议何X结合智能气功锻炼治疗。

辨证：痰湿郁结型

立法：化痰燥湿，解郁散结

处方：半夏厚朴汤加瘰癧散加减

（半夏，厚朴，生姜，甘草；苍术，海带，贝母，陈皮，昆布，党参，柴胡，瓜蒌仁，白术）

复诊记录：

何X自11月7日来看诊，肿瘤触诊有3—5CM大小。服药，并在11月12日开始练智能气功。一周后，第一次复诊，何X的肿瘤触诊小了1CM多，比较软。在11月14日，第二次复诊，肿瘤已经剩下1CM左右，他的体质改善，并继续进行智能气功锻炼。第三周，何X的肿瘤完全消失。何X的父亲非常高兴。

经过三周的时间，吴医师用内科方药消除了七岁何X左颈咽部的肿瘤，实践了方药结合智能气功能促进治疗的效果，减少治疗的时间，免除手术切除。这样的临床实践经验，体现了气功在帮助难治病治疗的好处，相信可以提高人们对中医治疗难治病的信心。

根据《内经》病机；诸病水液皆属于寒；诸湿肿满，属于脾。小孩多食生冷，可见寒湿阻脾，生瘤。胃纳不佳，卫阳不足，怕冷鼻敏，体弱多病。湿是痰结肿瘤的根源，治疗在于燥湿化痰结，加入益气健脾，温阳散寒。除

了应用方药治疗，结合引用智能气功锻炼，增强体质，是可以提早康复的。

七、结语

吴医师认为疑难病在临床诊治困难的原因大致有：第一：病程长，病情复杂，间有外感和内伤。第二：症状复杂，寒热交杂，主次不容易辨别。第三：虚实并存，兼有脏腑病变，相互影响。第四：病人缺乏耐心，中断复诊，延误治疗。第五：误诊。

疑难病的诊治的依据：要仔细聆听病人的叙述，从中找出有关重要讯息。应用中医的四诊八纲，结合《内经》和《伤寒论》的理论思想，指导临床，鼓励病人锻炼身体。

四个难治病的治疗临床经验，其中有男女老少，吴医师认为这说明智能气功适合各个年龄层的人学习锻炼。

吴医师提出气功学是古代中医的养生学，是一门实践医学，使用于养生保健，结合于临床医疗非常有效。疑难病的病人结合气功锻炼，就能实践《内经》理论中治病必求于本的精神。练气功能调整阴阳，和畅气血，达到祛病强身的效果。长期锻炼，增强体质，治病防病，充分发挥人本身的潜在能量，维护身体的健康，节约资源，尊重生命。

本次讲座中，我们均被吴荣国医师在中医界的奉献精神所感动，也对吴荣贵医师在中医道路上锲而不舍的精神深感敬佩。两位医师是我们后辈医师学习的楷模，吴医师的分享让我们受益良多。我们医者除了要精学经典著作，还要不断地扩展治疗思路，在临床上要“活用”《内经》和《伤寒论》等经典理论，这对于难治病的辨证论治尤其重要。

浅谈经方半夏泻心汤治疗脾胃病的体会

新加坡·闫立群

引言：半夏泻心汤是经典名方，出自张仲景的《伤寒杂病论》。本方名字里的“心”指“心下”，也就是胃脘部。主治寒热互结之痞证，也就是患者自己觉得心下满闷，按之柔软，压之无痛的症状。这是因为，脾胃为中焦枢纽，一旦中气虚弱、寒热互结、就会导致人体的气机升降失调，形成“痞”。《伤寒杂病论》载文，“但满而不痛者，此为痞……宜半夏泻心汤。后世医家广泛用于脾胃功能紊乱，阻碍气机升降而成的痞证。

一. 治疗范围

经方大师黄煌教授谈到中医药治疗脾胃病时，就提到半夏泻心汤在治疗此方面的作用。尤其是伴有幽门螺旋杆菌感染的慢性胃炎，像浅表性胃炎、萎缩性胃炎、糜烂性胃炎等方面都非常有疗效；伤寒病大师郝万山教授也非常推崇此方，他认为在治疗顽固性呕吐，消化不良，胃肠功能紊乱，慢性肝炎等方面，凡见心下痞满，呕逆、肠鸣不适等皆可以本方为基本方，加减治之。

二. 方药作用

代研究也表明，本方具有促进胃肠动力、双向调节胃肠运动、助消化、保护消化道黏膜的作用，还有镇痛、利胆、提高机体免疫

力等多种药理学作用。而半夏泻心汤即是以寒热并治、补虚泻实、调节升降为主要治则的经典方剂。

半夏泻心汤的适应症可概括为：心下痞，但满而不痛，或呕吐，肠鸣下利，舌苔腻而微黄，这是半夏泻心汤最典型的适应症。推荐处方：半夏15克，黄芩9克，干姜9克，人参9克，炙甘草9克，黄连3克，大枣4枚。中医理论认为，以上呕、中痞(上腹部闭塞不通)、下利(痢疾与泄泻)等为主要表现的消化系统疾病，如急慢性胃肠炎、神经性胃炎、慢性结肠炎、大多是因为人体中气虚弱、寒热互结于中焦，使脾胃升降失常引起的。半夏泻心汤由半夏、黄芩、干姜、人参、黄连、大枣、炙甘草等药组成，药量应因人因病辨证施用。其中，半夏、干姜辛散温开，可以清散瘀积之气；黄芩、黄连苦寒泻热，可以清泻郁热；寒热互用，苦辛并进，通调升降，帮助人体气机运转正常。人参、大枣、炙甘草甘温益气，可以调补中焦，全方补泻兼施以顾其虚实，因而使脾胃气机畅通，阴阳调和。

三. 病案列举

例1：男48岁，初诊，因饮食不节致胃病发作。自服中药症状缓解，此后胃脘不适症状反复发作，每遇饮食不节、受寒及劳累后症状加重。胃镜检查诊断“慢性胃炎，幽门螺杆菌

菌阳性”。就诊时感觉胃脘胀满，食生冷后加重，伴暖气、纳差、口苦、多饮则胃脘饱胀。大便干燥，小便黄；舌质暗红、舌苔黄腻，脉弦滑。辨证：湿热中阻，脾胃失调。处方半夏泻心汤加味。方药：半夏，黄连，黄芩，吴茱萸，党参，茯苓，麦冬，神曲，陈皮，麦芽，石菖蒲，炙甘草等。服药6天，胃脘胀满明显好转。继以此方加减调理2周，诸症明显改善，精神转佳，纳食增加。

例2：女58岁，因胃脘满闷，疼痛五年，加重一个月就诊。既往胃镜示：“慢性浅表性胃炎”；时有胃痛，伴泛酸、纳差，口干不欲饮，舌质暗苔白腻，脉弦滑。症辨为：湿热中阻，气滞血瘀。治以辛开苦降，调和脾胃，方用加减半夏泻心汤加减。方药：半夏，黄连，黄芩，吴茱萸，川芎，莪术，三七粉，苍术，茯苓，陈皮，党参，厚朴，神曲等。服药一周，症状好转，继续服用2周，诸症明显好转。

例3：男33岁，初诊：自诉上腹部胀痛近3年，一直未正规治疗，因近期疼痛加重，发作频繁，空腹为甚，故来就诊。既往在中国胃镜检查示：“慢性浅表性胃炎，十二指肠球部溃疡，反流性食管炎”。刻诊：泛酸，时恶心，咽喉红肿，舌红，苔黄微腻，脉细弦；眠可，便溏。给以泻心汤加减6天量。服药后感觉疼痛、泛酸减轻，原方继服8天，并嘱其注意饮食，症状明显改善。

例4：女27岁，上腹部烧灼疼痛感，进食后及情绪波动时加剧，时有恶心呕吐，吐少量苦水，伴有咽部灼热，但畏食寒凉，食冷受凉后胃痛加重，食欲不振，形体消瘦，心烦少寐，大便三日一行、质硬。之前胃镜检查诊断“胆汁反流性胃炎、胃酸高”。舌红，苔黄腻，脉略弦。辨证属：胆胃郁热、胃失和降。治以苦辛通降、和胃降逆，平肝。以半夏泻心汤加减治疗：姜半夏、黄连、干姜、黄芩、煅瓦楞、代赭石、柴胡、枳实、赤芍、白芍、香附、炙甘草、川楝子、三七粉等。服药一周后，感觉

胃脘烧灼、疼痛感明显缓解，但餐后仍有胃脘胀满感，咽部灼热有所减轻，食欲转佳。再加百合、砂仁、芦根等继服8天，诸症渐减。后随证加减，并嘱平时注意饮食卫生，忌食生冷、辛辣食物，放松心情。2个月后患者已无明显胃脘不适症状，继调。

四. 结语

随着现代化生活节奏加快，人们生活水准提高，脾胃病已成为常见病和多发病。在临床治疗中，通过经方半夏泻心汤方剂的加减调理，在治疗慢性胃炎，功能性消化不良，尤其是痞满，反酸等方面，感觉疗效显著。中医对消化系统疾病的防治具有丰富的经验和独到之处。我们从经方出发，结合临床实践使经方发扬光大；另一方面，借助现代医学的方法和检查手段，帮助我们诊断及提高治疗效果。中医治疗脾胃病，遵循个体化原则，灵活变通，从整体调节，使各脏腑的气血阴阳平衡，气机通畅。因此中医药治疗脾胃病比西医更具优势。

非糜烂性胃食管反流病中医治疗

新加坡·何宇瑛

在门诊中经常收到病人述说总觉得有反酸，烧心和反流症状，但内镜检查无异常，也反复服用西药治疗，但停药后症状易复发。此为胃食管反流病的一个最常见类型，非糜烂性胃食管反流病，现代医学发病机制主要认为食管蠕动异常，一过性食管括约肌松弛，胃排空延迟^[1]等，以抑酸药物治疗为主，但疗效不满意。笔者收集内服中药治疗的相关资料，分享如下。

非糜烂性胃食管反流(non-erosive reflux disease, NERD)是胃食管反流病最常见类型。内服中医治疗有多种，主要有经验方治疗，经方加减治疗，辨证分型治疗等。

1 经验方治疗

李培教授认为“土虚木乘，木旺则抑土”，“肝郁脾虚互为因果，治法是”理气降逆，健脾和胃，清热除湿。“自拟柴胡香附汤(柴胡15克，法半夏15克，香附25克，炒白术25克，延胡索25克，茯苓25克，川楝子15克，陈皮15克，枇杷叶15克，黄连9克，肉桂5克，枳实25克，竹茹15克，射干15克，苏梗15克，炙甘草6克)治以肺胃之气，土木并调，气血同治。辨肝郁、湿热和脾虚的不同，气滞甚加大腹皮、莱菔子、郁金、烧心甚加煅瓦楞子、海螵蛸，暖气频频加旋复花、代赭石，咽部充血加射干，咳嗽有痰加前胡，疲倦乏力加黄芪、党参，口干欲饮加麦门冬、北沙参，大便干结加草决明，生白术，舌苔厚腻重用半夏黄连，加藿香佩兰等针对个体化治疗^[2]。张秀莲等收集了60例NERD病人，随机分为对照和

治疗组各30例，分别以奥美拉唑和舒肝和胃方(柴胡，黄连，川楝子，炒枳壳，吴茱萸，旋覆花，焦山栀，治疗8周，反胃、胸痛、泛酸在治疗后疗效的比较，两组有统计学意义，($P<0.05$)，疏肝和胃方由于奥美拉唑，能有效改善NERD的临床症状^[3]。金丽杰自拟降逆健胃方治疗NERD患者，将80人随机分为治疗组和对照组各40人，分别以降逆健胃方(枳实15g，厚朴10g，半夏10g，旋覆花15g包煎，降香6g，黄连3g，吴茱萸3g，党参10g，白术10g，茯苓10g，煅瓦楞子15g，海螵蛸15g，浙贝母15g，甘草6g)治疗，口苦，胁痛者加柴胡，竹茹，疼痛甚者加延胡，胃胀明显者加木香，陈皮，砂仁，偏于寒者加重吴茱萸量至5g，偏热者加黄连至6-8g，随证加减。对照组以奥美拉唑治疗，4周，结果治疗组优于对照组，差异有统计学意义($p<0.001$)^[4]。可见，以上治疗以肝胃同治，肺胃同治收到良好疗效。

2 经方化裁治疗

许芸斐治疗肝胃郁热型伴有伴有焦虑抑郁的NERD患者使用柴胡舒肝散和左金丸加减，临床收集病人106例，随机分组为治疗组和对照组各53例，对照组以奥美拉唑肠溶胶囊加枸橼酸莫沙必利片治疗，治疗组再加中药治疗，治疗8周，比较两组疗效，应用HAMD和HAMA评估两组患者的焦虑变化。结果，总有效率对照组为75.47%，($P<0.05$)，治疗组为90.57%，($P<0.05$)，并两组的HAMD和HAMA的评分比治疗前明显下降，故中西医

结合治疗肝胃郁热证NERD能提高疗效,有效缓解焦虑抑郁情绪,临床值得推广^[5]。非糜烂性胃食管反流病临床症状见泛酸和烧心等症状,患者PPI治疗无明显疗效,停药后易复发,学者何雪红^[6]用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗,选取患者88人,分为研究组和对照组各44人,对照组以兰索米拉唑治疗,结果,研究组治疗总有效率为90.91%,明显高于对照组的70.45%,组间差异显著($P<0.05$),并能提高生活素质.并指出发病与精神因素相关,本方针对眩晕,心悸,紧张等神经系统疾病也有很好疗效,起到整体治疗作用。可见,经方治疗,方证相应,疗效确切。

3 辨证分型治疗

杨辰收集病人66例,随机平分为对照组和治疗组,分别采用西药奥美拉唑和中医辨证分型治疗,治疗6周,观察胸痛,烧心,泛酸,吞咽困难四大症状,随访半年不复发,两组总有效率分别为72.73%、92.93%,结论认为中医辨证分型治疗非糜烂性胃食管反流病效果明显,安全性好^[7]。陈国宁等总结王建辨证分型治疗本病,具体辨证治疗为1疏肝理气,肝胃同调,以四逆散加味,肝胃有热合左金丸、乌贝散类治以清肝和胃降逆。2寒热并用,虚实兼顾,以半夏泻心汤加減。3健脾补虚,和胃降逆用香砂六君子汤加減。并提出气机失调的治疗,根据药性的升降浮沉以选择用药有助于提高疗效^[8]。

4 病案

李女士,56岁,一诊,胃脘痞满伴食物反流3年余,近3月来觉胸口后灼热感,咽干痒,时咳嗽,咽部有痰,吞咽顺畅,口干欲饮,饥而不欲食,大便软,时有不成形,舌红苔腻罩黄,脉弦数。曾半年前胃镜检查为NERD,食管裂孔疝。为湿热内蕴,脾胃虚弱证,以半夏泻

心汤加減,药用半夏泻心汤4g,白芍1.5g,佛手1g,全瓜蒌1g,桔梗1g,麦门冬2g,栀子1g,枳壳1g,浙贝母1.5g,服药2周。二诊,胸骨后烧灼感未作,食物反流消失,总觉胸闷脘痞,嗳气,舌质红苔薄略腻,脉弦。上方去桔梗,加紫苏1g,厚朴1g。服用2周,三诊,无明显胃脘部和胸口不适,以六君子汤调理保健1月。并嘱注意饮食,调情志,半年后因感冒求诊,胃部症状平稳。

5 总结

根据临床表现,NERD属于中医学“吐酸”,“反胃”,“胸痹”等范畴,中医认为,“酸者,肝之味也。”临床可见多与情志因素导致肝气郁结而发病,肝体阴而用阳,宜理气疏肝,柔肝和胃。病位在食管,食管与胃一脉相连,通降胃气也能降逆食管之气。而脾主升,胃主降,健脾升清有助于胃浊的通降,气机升降有度,减少反流。在辨证基础上注意整体治疗,当胃气上逆导致肺气上逆如表现为咳嗽,咽部有痰等症状,可见发病与肝,脾,胃和肺相关,中医治疗根据具体病情,灵活用药,有多靶点作用,还可以应用针灸等综合治疗手段,更能减低复发率。

参考文献

- [1] 朱琦,刘文忠.促动力药在胃食管反流病治疗中的研究进展[J].世界华人杂志,2008,16(7):737-745.
- [2] 杨靖,杨艳,何李君,等.李培教授治疗非糜烂性胃食管反流病经验[J].中医药信息33(2),2016,:53-56.
- [3] 张秀莲,朱生梁,刘春芳,等.舒肝和胃方改善非糜烂性胃食管反流病主要症状的临床观察[J].中华中医药杂志,2015,30(2):622-625.
- [4] 金丽杰,自拟降逆健胃方治疗非糜烂性胃食管反流病临床观察[J].北京中医药,2015,34(7):566-568.
- [5] 许芸斐,黄君兰.中西医结合治疗肝胃郁热型非糜烂性胃食管反流病53例临床研究[J].中医中药,2016,1(14):103-104.
- [6] 何雪红,关于柴胡加龙骨牡蛎汤用于非糜烂性胃食管反流病患者治疗中的临床效果[J].世界最新医学信息文摘,2016,82:183.
- [7] 杨辰.中医辨证和西药治疗非糜烂性胃食管反流病的对比研究[J].论著·社区中医药,2016,32(6):128-129.
- [8] 陈国宁,李佩芳,王健.王健辨证治非糜烂性胃食管反流病经验[J].陕西中医学院学报,2016,17(1):50-51.

针灸治疗肱骨外上髁炎

新加坡·杨昌志

前言

肱骨外上髁炎，又名“肱桡滑囊炎”、“筋痹”、“筋伤”、“骨痹”、“痛痹”，俗称“网球肘”，属于中医的“肘劳”范畴，多见于长期从事于应用手前臂的网球运动员，小提琴手，羽毛球运动员，厨师，家庭主妇及搬运工作者，是由于伸肌总肌腱劳损，撕裂。本病多见于成年人，男女比例为3:1，以右侧肘部居多。

本病可分为急性和慢性二种，急性表现为跌伤，或劳损导致肱骨外上髁处关节肿胀疼痛，肘关节伸屈功能受损；慢性损伤表现为逐渐出现，开始时作某一动作时肘部外侧会疼痛，休息后缓解。如治疗不当或不彻底，日久疼痛变为持续性，有时疼痛会向前臂或上臂扩散，患者握力下降，拧物动作时疼痛加剧。

急性损伤多因气滞血瘀，气机不畅，经络不通所致，故疼痛肿胀较为严重。慢性损伤，乃因积累性损伤，多为经络阻滞，筋脉不舒，气血虚弱，复外感风寒，湿邪，发生气血不和，气血瘀阻而作痛。

临床表现

·有明显的外伤史，长期频繁地屈伸肘腕关节，肱骨外上髁有敏感的压痛点，压痛点多位于肱骨外上髁伸肌腱起点处，可触及明显的压痛点或阳性反应物，环状韧带或肱桡关节间隙处常有锐痛。

·主要表现为肘关节外侧疼痛、无力，进行性加重，严重时疼痛可波及前臂及肘关节后部，一般以右侧发病多见。

·前臂旋转功能受限，如握拳旋转时疼痛，握力减弱，前臂无力，如提物及扭毛巾，

端壶倒水，扫地时均感疼痛乏力。

·部分患者可能出现疼痛向上臂及手腕部扩散而影响肢体活动，安静时则疼痛缓解。

·肱骨外上髁处一般不肿或肿胀不明显，严重时可有微热。

·病程久者可出现肌肉萎缩，严重者局部显现高突或夜里疼痛。

·x-ray检测多为阴性，偶见肱骨外上髁处骨质出现增高的钙化阴影。

·临床上应与肱骨内上髁炎，肘关节骨化性肌炎及前臂伸肌腱周围炎及尺骨鹰嘴滑囊炎等病相鉴别。

病因病机

·本病属于伤筋范畴，早在二千多年前的中医籍便有记载。

·马王堆汉墓帛书《足臂十一脉灸经》中便有“伤筋”之病名。

·隋唐时期，伤筋已成独立的病证概念。

·现代医学认为本病的发生乃因长期劳累，伸腕肌处起点受到反复牵拉刺激所致。

·中医认为本病的主要病因病机在于肘关节长期劳作以致劳伤气血，血不荣筋，筋骨失濡养，兼之风寒湿邪乘虚侵袭肘关节所致，可分述如下：

(1)瘀血阻滞：

由于肘部外伤或劳损以致局部气血瘀滞，络脉受阻，经气运行不畅而致，或因久病体虚，耗伤气血，气血虚损，血不荣筋，筋骨失却濡养，经络不通，不通则痛。

(2)劳伤气血：

由于某些职业，肘腕关节频繁活动，如木工、钳工、泥瓦工、羽毛球球员、网球员、厨师及家族主妇，长期频繁地屈伸腕肘关节，导

致腕伸肌的反复牵拉，磨损，耗伤气血，肌肉失于温煦，筋骨失濡养，筋肉挛缩而成筋结，经脉不通则痛，或因筋肉失于温煦，卫外不固，风寒湿邪乘虚入侵，闭阻经络气血而发为肘痛。

(3)寒湿凝滞：

筋肉失温煦，卫外不固，风寒湿邪侵袭，客于肘关节以致气血凝滞，筋脉失和而发病，肘关节活动受限，雨天或阴天疼痛加重。

(4)现在医学认为本病是由损伤引起，是前臂伸肌腱深面的滑囊炎，肱骨外上髁部骨膜的无菌炎症，前臂伸肌总腱部撕裂、扭伤或退化性病变；肱桡关节的滑膜炎或滑膜皱襞增生，还有皮下血管神经束的狭窄及桡神经关节等病理变化；急慢性无菌性炎症，日久而致的肉芽组织形成、粘连、出血、机化和肥厚等组病变，使关节僵硬疼痛，运动受限而致功能障碍。

辨证论治

(一)瘀血阻滞型：

主证：外伤或肘关节频繁活动，导致肘部外侧疼痛，肘关节活动明显受限制，肱骨外上髁有明显压痛点，脉弦舌暗，舌苔白。

治则：活血祛瘀，舒筋通络，止痛。

处方：曲池、手三里、肘髎、尺泽、清冷渊、阿是穴，远道取穴可用扶突或曲泉穴。

操作：痛点可刺络拔罐、电针、隔姜灸或针上灸等。阿是穴用围刺法，针灸穴位用捻转泻法，隔日一次，六次一疗程。

方义：本症是由于瘀血阻滞经络所致，故应从“菀陈则除之”的治疗原则处理之，故除局部穴位针刺治疗外，应于局部针刺出瘀血以清除经脉中的瘀血，以疏通经络止痛作用，远道取穴具有较好的止痛作用。

(二)劳伤气血型：

主证：肘部关节酸痛，提物乏力，肘活动功能受限，时轻时重，反复

发作，肘部关节外侧有明显的压痛点和筋结，舌质淡，苔白或白，脉沉细。

治则：补益气血，舒筋活络，止痛。

处方：曲池、肘髎、手三里、天井、尺泽、合谷、足三里、三阴交及阿是穴。远道取穴如扶突或曲泉穴。

操作：阿是穴用围针，用龙虎交战法以舒筋解结。曲池、肘髎、手三里、天井、尺泽用捻转泻法。合谷、足三里、三阴交用捻转补法，可用电针、隔姜灸、针上灸等。

方义：本证因由于长期劳损、劳伤气血、气血运行不畅，导致虚实夹杂的病症，根据经络所过，用局部穴位舒筋活络外，再加以远道穴位调补脾胃，补益气血，疏通经络止痛作用。

(三)风寒凝滞型：

主证：肘部关节疼痛，肘关节活动受限制，疼痛时常波及前臂疼痛，

疼痛遇寒或阴天加重，得温痛减，肱骨外上髁有明显的压痛点，舌淡暗，苔白或白滑，脉弦紧。

治则：祛风散寒，温经通络止痛。

处方：天柱、天宗、天髎、天井、曲池、肩髃、肘髎、足三里、外关、合谷、阿是穴(围针)、三阴交。

操作：阿是穴可用针上灸或隔姜灸。

曲池穴直针得气后，用龙虎交战手法。天柱、天宗、天髎、天井、肩髃、肘髎等用泻法。合谷、足三里用捻转补法。

方义：针曲池、天柱、天宗、天髎、天井等穴可散风祛寒，舒筋通络止痛。

阿是穴是寒邪与筋肉互结之处，针上灸或隔姜灸可祛除风寒湿邪与筋结，补合谷、三阴交、足三里可扶正祛邪，补益气血。

病案举例

病例(一)

伍某：男性，60岁(2018年九月下旬初诊)

主诉：今年八月初，因提重物导致右肘肱骨外上髁疼痛，肘活动功能受限，不能提物，写字亦感困难，肱骨外上髁有明显压痛点，曾经看西医打类固醇针，亦经中医针灸治数次，但仍疼痛，压痛点有筋结，舌淡苔白，脉弦细。

诊断：右肱骨外上髁有明显压痛和结节，诊断为右肱骨外上髁炎。

治则：活血祛瘀，舒筋通络止痛。

处方：曲池、手三里、肘髎、尺泽，压痛点(围针)，加刺络拔罐，曲泉穴。

操作：针曲池、手三里、肘髎、尺泽兼用捻转泻法。

阿是穴(先用围针针刺后，再用刺络拔罐法出血)，一周一次，六次为一疗程。

方义：由于本病属于瘀血阻滞经络所致，故于局部附近针刺治疗外，应于局部压痛点上刺络出血后拔罐，可清除经脉中之瘀血，以舒通经络止痛。

远道穴位取曲泉穴可调畅经络气血，舒筋活络利关节止痛。

观察：针灸四次后已愈。

病例(二)

李女士，女性，40岁

主诉：今年六月初来诊，诉之于数月前因工作时搬东西而劳伤，导致右肘部关节疼痛，症状逐渐加重，劳作后疼痛加重，疼痛向前臂放射，右手乏力，不能提东西，右肘关节痛及肱骨外上髁，有明显压痛点，伸臂时疼痛加剧，波及前臂及背部疼痛，活动受限制，扭毛巾、提水壶亦疼痛乏力，遇寒或阴天加重，得温则痛减，舌淡，苔白，脉弦紧。

诊断：右肱骨外上髁处有压痛点，伸肘腕关节疼痛加剧。诊断为右肱骨外上髁炎。

治则：祛风散风，温经通络止痛。

处方：天柱、天髎、天宗、天井、曲池、手三里、三阴交、尺泽、外关、合谷、足三里，阿是穴(隔姜灸)、后溪穴；一周一次，六

次为一疗程。

操作：天柱、天髎、天宗、天井、肘髎、外关兼可捻转泻法；曲池进针得气后用龙虎交战法；阿是穴用隔姜灸至皮肤潮红，充血为止。

后溪穴用中强度刺激，对散风祛寒、通络止痛有功效。

观察：经针灸四次后，已明显改善，六次后已愈。

方义：针天柱、天宗、天髎、天井、后溪等穴可散风祛寒，舒筋活络止痛。

补合谷、三阴交、足三里可扶正祛邪、补益气血。

阿是穴用隔姜灸可祛除风寒、湿邪与筋结。

小结

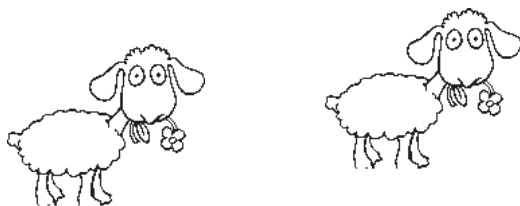
肱骨外上髁炎属于中医“筋伤”的范畴，多为用力不当导致局部损伤，

以中年人为多数，加上患者因工作而不能好好休息，兼之治疗不彻底，很容易反复发作，经年不愈。

现代医学多选用类固醇药局部封闭法治疗、理疗或膏药外敷等方法，疗效也不十分理想。

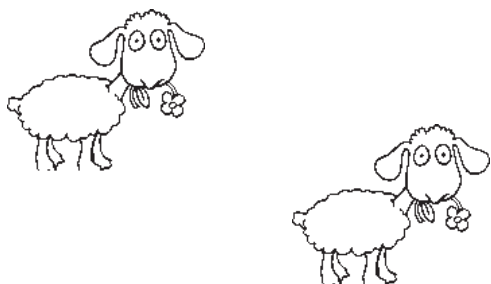
中医用针灸、刺络放血、拔罐、电针、针上灸、隔姜灸等方法治疗，取效快捷，效果良好，一般上只须5~10次即可见效，如果病程较长者可加用中药治疗，如芍药甘草汤加四君子汤，可养血濡筋缓急止痛，加上四君子汤健脾益肾、补养气血，可使病人气血化生有源，而使痛除病愈。

本病属劳损性疾病，病人应注意休息，减少提重物，避免患侧肘腕部用力，局部保暖，避免风寒湿邪侵袭。



浅谈中医治疗失眠

新加坡·黄淑苹



概说

失眠是指睡眠时间或睡眠质量不能满足生理需要，并影响日常生活、工作、学习和健康。失眠包括入睡困难(入睡时间超过30分钟)、夜间易醒(2次或2次以上)、早醒或睡眠质量下降等。日间可出现精神萎靡、疲倦乏力、头晕、记忆力减退、注意力不集中、纳差、心慌气短、急躁易怒等。严重的失眠还会诱发一些身心性疾病，尤其是导致抑郁或焦虑症。

随着全球工业化，失眠是工业化国家中最普遍的问题。WHO的一项研究表明，全球约有27%的人患上睡眠障碍。一项关于普通人群睡眠障碍的国际调差显示失眠率很高，例如23%的日本人患上失眠，而在美国的发生率则是56%。^[1]许多失眠患者(47%-67%)并没有求医，在寻求医疗帮助的患者当中，约50%-90%接受了治疗。因此，失眠仍然是一个很大程度上未被诊断和治疗不足的问题。

根据卫生部的数据显示，新加坡人的失眠率是15.3%。而年龄满60岁以上的国人当中，就有13.7%患上失眠。不少国人对睡眠困难的重要性不甚了解，认为安眠药的使用不安全，担心安眠药会使他们上瘾。^[2]因此，中医对失眠的治疗和调理能扮演着重要的角色。

睡眠与阴阳交替的规律

中医强调天人相应，人要顺应自然界的规律。《黄帝内经》记载“夜半为阴陇，夜半后而为阴衰”。在半夜阴气由盛转衰，阳气由弱渐强。子时(2300~0100)正是阴阳交替的转折点。在子时阴气正达巅峰，阳气由峰谷渐渐地生发，人体也将进入新一轮的循环。子时睡觉，就是助养阳气生发的力量，也是胆经开始工作之时，而身体中的五脏六腑运行是否舒畅都由胆决定。养胆护阳的最佳方式就是睡眠。《黄帝内经》曰“以一日为四时，朝则

为暮，日中为夏，日入为秋，夜半为冬”，一天相当于一季，子时就相当于一季中的冬季。冬天，大地封冻，大多数动物都遵循气候的变化而进入冬眠期。我们的身体也一样，到了一日之冬的夜半，也要进入睡眠状态。良好的睡眠可以增强人体的免疫力，补充体能，恢复体力，增强记忆力，对身体的代谢和生长发育有修复的作用。

病因病机

中医把失眠称作为“不寐”，在《内经》称为“不得卧”、“目不瞑”，认为是邪气客于脏腑，卫气行于阳，不能入阴所得。“胃不和则卧不安”最早见于《素问·逆周论》——“阳明者胃脉也，胃者六腑之海，其气亦下行，阳明逆不得从其道，故不得卧也。下经曰：胃不和则卧不安，此之谓也。”明确地指出了胃气以下行为顺，如下行不顺即可引起“不得卧”之证。汉代张仲景《伤寒论》及《金匱要略》中把不寐的病因分为外感和内伤，提出“虚劳虚烦不得眠”的论述。《景岳全书·不寐》记载着不寐可分为实证和虚证。实证多由邪气扰之，虚证多由营气不足导致。明代李中梓在《医宗必读·不得卧》中将失眠的原因概括为“一曰气盛，一曰阴虚，一曰痰滞，一曰水停，一曰胃不和”五个方面，亦谈到了胃不和对失眠的影响。戴元礼《证治要诀·虚损门》又提出“年高人阳衰不寐”之论。清代《冯氏锦囊·卷十二》也记载“壮年人肾阴强盛，则睡沉熟而长，老年人阴气衰弱，则睡轻微易知。”指出了不寐与肾阴阳虚衰有关。

本病的病位主要在心，与肝、脾、肾密切相关。综合以上历代各家之说，本病的病因病机可分述如下：

饮食不节，脾胃不和，痰热上扰

《黄帝内经》认为“人以胃气为本。”

《素问·五脏别论篇》指出：“胃者，水谷之海，六腑之太源也。”胃是储存饮食的器官，有“水谷之海”之称，也为后天之本，心、肝、肾诸脏皆有赖于胃的滋养，胃在人体中起着极其重要的作用。暴饮暴食，进食过多的肥甘厚腻、辛辣燥热之品会损伤脾胃，酿生痰热，痰热上扰，胃失和降，浊气上泛，扰动心神而卧不安寐，既“胃不和则卧不安”。饮用过多的浓茶、咖啡、酒之类的饮料也可导致不寐。

情志失调，肝失疏泄，肝火扰心

失眠发病前往往有一定的心理社会因素，如过度疲劳、紧张、悲愤等。宋代许淑微《普济本事方》云：“平人肝不受邪，故卧则魂归于肝，神静而得寐。今肝有邪，魂不得归，是以卧则魂扬若离体也。”《内经》中也记载着“肝者，将军之官，谋虑出焉。肝藏魂，主情志，喜条达，恶抑郁。若数谋不决，或情志不畅则肝气郁结，气枢不转，欲伸则内扰神魂而致不寐。”情志不遂，暴怒伤肝，肝之疏泄功能异常而致肝气郁结，疏泄失职，欲伸不达，魂神受扰便卧不宁；肝郁日久便会化火，肝火旺盛，上扰心神则会加重不寐的发生；肝郁日久暗耗肝阴，或肝火日久灼伤肝阴，肝阴亏虚，不涵肝木，阴不制阳，阳气生动无制不能入阴而导致不寐。

劳逸失调，耗伤心脾

《景岳全书·不寐》中说：“无邪而不寐者，必营血之不足。营主血，血虚则无以养心，心虚则神不守舍。”王清任《医林改错》中也记载着“血……盖其源源而来，生化于脾，总统于心，藏受于肝，宣布于肺，施泄于肾，灌溉一身，无所不及。”劳倦太过或过逸少动均伤及脾，脾虚气弱，运化失常，气血生化乏源，营血不足，不能奉养心神，致使心神不安，而导致失眠、多梦。思虑过度，伤及心脾，心伤则阴血暗耗，神不内守。

素体虚弱，心肾不交

清代医家林珮琴在《类证治裁·不寐》中说：“阳气自静而动，则寤；阴气自静而动，则寐。不寐者，病在阳不交阴也。”认为失眠的基本原理是阳盛阴衰，阴阳失交所致。

《景岳全书·不寐》中说：“真阴精血之不足，阴阳不交，而神有不安其室耳。”素体虚弱，或久病体虚，肾阴亏虚，不能上奉于心，水不济火，则心火独亢，火盛神动，心肾失交而神志不宁，因而不寐。

中医证型和治疗

痰热上扰

症状：临床上常见失眠烦躁、惊悸多痰的病人，亦可见胸闷脘痞、嗝气、口苦、头重、目眩；舌偏红，苔黄腻，脉滑数。这类病人有典型的脉象，两手寸脉都会明显上越，轻取易得。大部分病人都是因熬夜思虑过度，导致胆胃之气不降，犯胃扰心。

治法：清热化痰，镇心安神

方药：黄连温胆汤加龙骨、牡蛎

黄连温胆汤可分两部分，一部分是黄连、枳实、竹茹，另一部分是二陈汤，即陈皮、半夏、茯苓、甘草。黄连、枳实、竹茹就是降胆胃之气火的。余浩认为，一般这类失眠的病人，多有焦躁不安，双寸脉明显上越，就像两把火，烧得很快，甚至当我们摸他的少阴心脉，平常是不明显的，在他们的身上却很明显。这就是好比煎鱼锅下的火烧得正紧，而这三味药一用，就是一个降气降火的象，如同把锅下的火调小一点，这样鱼就不会被急火煎焦了。而二陈汤这四味药，又另有深意，它们是化胃中痰湿的，是治痰湿在胃的总方。《黄帝内经》中记载着“胃不和则卧不安”，只有胃和了，才能睡得安稳。因此用二陈汤把胃气下降，让痰湿随气而顺下。痰湿不上冲心肺，就不会助火，心神才会安宁和清静。此外，加入龙骨、牡蛎能治痰，镇心安神。《医学衷中参

西录》上记载着龙骨、牡蛎乃治痰之神品也。一般失眠病人多见心浮气躁，神不能静，而龙骨、牡蛎收敛凝聚，安神定志。

肝火扰心

症状：患者多思虑辗转难眠，入睡时伴有梦多易醒，烦躁易怒，胁肋疼痛，胸闷痞满，口干口苦，目赤耳鸣，舌红苔黄，脉弦数。

治则：清肝泻火，镇心安神

方药：丹栀逍遥散加酸枣仁，夜交藤

具有肝胆实火的病患可用龙胆泻肝汤，但一般前来就诊的病患都失眠一段时间，本虚标实者较多，因此选用丹栀逍遥散来治疗肝火兼血虚患者。我们可以从两方面来看丹栀逍遥散，第一方面是逍遥散主治的肝郁脾虚；第二方面是肝郁日久化火，因此使用牡丹皮和栀子；第三方面是肝郁日久，郁久化火，导致母病及子，使得心不安宁，所以加入酸枣仁，夜交藤，以治疗失眠。

第一点，肝郁脾虚，肝脾同居中焦，因为木克土，所以经常肝郁，脾气不好的人，脾胃消化功能也较差，方中柴胡、薄荷能疏肝解郁，助肝条达，属于顺其性的药物，能够把郁结之气疏达开来；当归，白芍这两味药能养血柔肝，属于养其真的药对，能养肝体，配上柴胡、薄荷，可疏达肝用，就是逍遥散里最关键的两组药对，一个补肝体，一个助肝用，顺应肝体阴而用阳的特性。而方中的白术、茯苓、甘草、生姜，它们就类似四君子汤，把党参换成生姜了，减少了补气作用，却加强了生姜降逆气的功效。

第二，牡丹皮和栀子作用就是降其上亢之心火郁热，也是降其浊的思路。所以丹栀逍遥散和逍遥散最大的不同也在这里，逍遥散偏重于肝郁，郁了就会伤阴分，所以用顺气性，养其真；丹栀逍遥散多了两味药——牡丹皮和栀子来清心火，导浊气从小便出。

第三，肝郁化火，上扰心神，会引起心烦不安，失眠难卧，体现母病及子，因此可用酸

枣仁、夜交藤，安其心神，还能养血。

赵国定医师认为失眠应从肝论治，因为心主血，肝藏血，肝与心为母子之脏，肝血不足，相生不及，可产生心血不足，心神失养；肝火旺也能影响到心，导致心火旺，因而引起心神不安失眠的发生。同时肝脏本身以血为本、气为用，血宜充盈，气宜条畅。在内外因素影响下病情复杂，可有肝血虚，血虚生热，便为肝热，因肝热而阳升，便为肝阳，又因阴不敛阳则为肝风，气盛化火则为肝火，肝火旺盛可损及肝血。为此，肝病产生的多种证候，都是肝脏的体、用失去平衡所致，并相互影响，错综复杂，此即失眠患者伴随症状多而复杂的原因。

心脾两虚

症状：不易入睡，多梦易醒，心悸健忘，可伴纳差，神疲乏力，四肢倦怠，腹胀便溏，舌淡苔薄白，脉细弱。

治则：补益心脾，养血安神

方药：归脾汤

心藏神而主血，脾主思而统血。归脾汤主治以脾虚为核心，气血亏虚为基础，属于养其真，补其虚之方，针对的是正虚的病机。脾主运化精微，升清输布，也为营卫气血生化之源。归脾汤主要的药物是养脾，脾虚得养，能为周身气血升降提供源源不断的精微，滋养五脏六腑。方中以人参(亦可用党参)、黄芪、白术、甘草甘温之品补脾益气以生血，有形之血生于无形之气，使气旺而血生。思虑过度会劳伤心脾，暗耗阴血，所以思虑过度，劳伤的是心脾的阴血。方中当归、龙眼肉甘温补血养心，把暗耗的阴血补回来。茯神、酸枣仁、远志能宁心安神。酸枣仁亦可养肝血，令肝木以生心血，取木生火之意。木香辛香而散，理气醒脾，与大量的益气健脾药物配伍，能助中焦运化，又能防止大量益气补血药滋腻碍胃，使补而不滞，滋而不腻。最后，大枣、生姜能调和脾胃，以资化源。

心肾不交

症状：心烦不寐，难以入睡，或夜寐多梦，伴有腰膝酸软，头晕耳鸣，白天疲倦少神，潮热盗汗，五心烦热，舌红少苔，脉细数。

治则：滋阴降火，交通心肾

方药：六味地黄丸合二至丸、交泰丸

六味地黄丸的药物组成分两组，“三补”和“三泻”。第一组熟地黄、山药、女贞子补益肝肾之阴，养其真，故名为“三补”；第二组药物泽泻、牡丹皮、茯苓则泻肾浊，以降其浊，而名为“三泻”。《黄帝内经》曰，人过四十，阴气自半。方中重用熟地黄，滋阴补肾，填精益髓；肾藏精为先天之本，肝为藏血之脏，精血可以互相转化，山茱萸补养肝肾，并能涩精，取“肝肾同源”之意；山药补益脾阴，固肾。六味地黄丸里的“三泻”，就像欲补先泻，欲升先降，若要让肾中的精血充盈起来，须先把浊水泻掉。若肾中藏着浊湿，而非精华，身体想利用也利用不了。此外，滋腻的补药补进去，反而助长了湿邪。因此，“三泻”药物中的泽泻利湿而泻肾浊，并能防熟地黄之滋腻；茯苓淡渗脾湿，并助山药之健运，与泽泻共泻肾浊；牡丹皮清泄虚热，并制山茱萸之温涩。

心为阳脏，位居膈上，属阳、属火；肾位于下焦，属阴、属水。肾和心，一水一火，两者之间的关系，主要表现为阴阳相交，水火既济。交泰丸中黄连苦寒，能入少阴心经，降心火，不使其炎上；肉桂辛热，入少阴肾经，暖水脏，能够引火下行，寒热并用，如此可得水火既济。二至丸中的女贞子代表冬至，冬至日采摘；另一味药墨旱莲，又称为旱莲草，代表夏至，夏至日采摘。这两味药能交通人体心肾阴阳，与交泰丸合用，治疗心肾不交的失眠。

病历

陈XX 女 44岁 9月20日

主诉：失眠4个月

现病史：4个月前因工作时与同事发生冲突后，夜间开始无法入眠，眠浅，入睡时多梦易醒，烦躁易怒，晨起口干口苦，胸闷，月经延后70天未至，否认怀孕的可能，纳减，二便调，舌边尖红，边有齿印，苔薄白，脉弦细数。

证型：肝火扰心

方药：丹栀逍遥散颗粒，加首乌藤、酸枣仁、合欢皮、茯神、龙胆草、黄芩、红花、川牛膝8剂，每日2次，饭后，温水冲服

10月1日复诊，眠差改善，月经仍未至，略口干口苦，纳减改善，二便调，舌边尖红，苔薄白，脉弦细数。原方加益母草、女贞子、墨旱莲颗粒。续调后，睡眠改善，月经至。

结语

失眠多为情志不遂、饮食不节、劳逸失调、体制虚弱等因素导致脏腑阴阳失调，气血失和，阳不入于阴所导致。饮食不节，损伤脾胃，酿生痰热导致痰热上扰，宜清热化痰，镇心安神。治疗可用黄连温胆汤加龙骨、牡蛎降心胆胃之气火，把胃气下降，让痰湿随气而顺下。痰湿不上冲心肺，就不会助火，心神才会安宁和清静；龙骨、牡蛎收敛凝聚，安神定志。情志失调，肝失疏泄，肝郁化火，肝火旺盛，则宜清肝泻火，镇心安神。方可用丹栀逍遥散补肝体，助肝用，以顺应肝体阴而用阳的特性，并降其上亢之心火郁热，体现降其浊的思路。另外加入酸枣仁，夜交藤以安其心神，还能养血。劳逸失调，耗伤心脾，气血生化乏源，营血不足，不能奉养心神所导致的失眠宜补益心脾，养血安神。方可用归脾汤补脾益气，补血养心，把暗耗的阴血补回来。素体虚弱，心肾不交，而神志不宁，因而不寐可用六味地黄丸合二至丸、交泰丸，滋阴降火，交通心肾。

参考文献

- [1] KwokVictor. (2018). News. 检索日期: 2018年11月10日, 来源: SingHealth: <https://www.singhealth.com.sg/DoctorsAndHealthcareProfessionals/Medical-News/2018/Pages/insomnia.aspx>
- [2] WongSheau-Hwa, & Ng1Beng-Yeong. (2015). Singapore Media Journal SMJ. 检索日期: 2018年11月10日, 来源: <http://www.smj.org.sg/article/review-sleep-studies-patients-chronic-insomnia-sleep-disorder-unit>

简谈阳痿证治

新加坡·蔡瑞和

阳痿又称勃起功能障碍，是指成年男子阴茎不能勃起，或阴茎持续不能达到或维持充分的勃起，或勃起不坚以致不能进入阴道进行性交的病症。属于中医“阴痿”，“阳痿”，“筋痿”等病证范畴。

阳痿多发于年龄群为40-70岁，发病率为52%，严重程度以轻度及中度为多数。发病率有呈不断上升趋势，主要原因有寿命的延长，糖尿病，高血压，中风，长期服用药物，老年性痴呆等因素影响。

阳痿发病机制的复杂性与性心理状态、血管、神经、激素等生理状况，伴与其他性功能障碍因素(早泄、性欲降低等)互相影响，加重病情而导致久治不愈。

阳痿可分为原发性阳痿和继发性阳痿。前者指阴茎从未进入阴道进行性交者，后者是指阴茎曾有过进入阴道的性交，但因若干因素而致性交时痿软。

阳痿的病因病理可分为器质性病变和非器质性病变。

1. 器质性病变——如脊髓损伤、脊髓横断、脊髓肿瘤和颞叶病变，导致传导性兴奋神经障碍而形成阳痿。

如动脉粥样硬化使支配营养的血管供血不足，导致阳痿。

糖尿病患者下丘脑——垂体异常或原发性腺功能不全，形成内分泌障碍，导致阳痿。

各种手术并发症，像会阴前列腺切除术、交感神经切除术、直肠癌根治术、睾丸外伤阉割、骨盆骨折、阴茎外伤、阴茎硬结症、精索静脉曲张、包茎、阴囊象皮肿、慢性前列腺炎及若干药物和有毒物质都可导致阳痿。

2. 非器质性病变——如大脑皮质对性兴奋的抑制作用加强及脊髓勃起中枢兴奋性减退，常见于长期手淫或纵欲过度，体质衰弱，过度劳累，慢性病引起身体衰弱或神经衰弱，精神因素比如害怕妊娠、性交环境不良、夫妻感情淡漠、及对性知识的缺乏或错误观念，而产生恐惧和害怕的心理，都可导致阳痿。

中医认为阳痿的病位在宗筋，宗筋由肝所主，肾可作强之处，宗筋之举起，思念于心，培养于脾，阳痿的发病与肝肾心脾四脏关系密切相关。命门火衰，心脾受损，恐惧伤肾，肝郁不舒以及湿热下注是为主要病因病机。临床常见阳痿以命门火衰引发者居多，而湿热下注所致者为少见。

辨证要点

阳痿的辨证，以辨别有火无火，分清脏腑虚实为要点。

阳痿而兼见面色㿔白，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细者，是为无火。

阳痿而兼见烦躁易怒，小便黄赤，苔黄腻，脉濡数或弦数者，是为有火。

恣情纵欲，思虑忧郁，惊恐所伤者，多为脾肾亏虚，命门火衰，属于虚证。

肝郁化火，湿热下注，宗筋弛纵而引发者，属于实证。

阳痿患者的分析病史相当重要，病史主要包括：

a. 阳痿发病情况- 逐渐发作和间断发生，或夜间能勃起为功能性为多。

- 突然发生和持续发作，或夜间不能勃起为器质性为多。

b. 曾经有过重大精神打击，婚姻性交情况与配偶感情，生育情况，用过何种药物，有无外伤史，有无糖尿病及其它慢性疾病，有无手淫习惯和烟酒嗜好，有无慢性前列腺炎或精囊炎，是否施行过前列腺除术或下腹部手术史等。

见痿就认为是肾虚，就补肾壮阳是不会取得好的治疗效果的。应详细收集资料，做到四诊合参，详加辨证，仔细分析，以找出其发病机制，确立正确治疗法则，才是治疗阳痿的基本思路。

情志因素为导致的阳痿于青壮年为主，发病多起于精神紧张，焦虑，恐惧，性生活不协调，不同程度存在沮丧情绪，担心不能勃起，不能使配偶满足并形成恶性循环。治疗首先要做好患者的思想工作，解除其顾虑，使之保持良好的情绪和愉快的心理，以增性欲。药物治疗宜于疏肝解郁，活血通络，佐以补肾之品，以使肾强肝疏，气血贯流宗筋，则可随欲而勃起。

高龄之人阳痿都与肾虚有关，治疗宜蒸腾化气补肾虚。随着年龄的增长肾气渐衰，若阴精亏肾阳无以蒸动阴精化肾气，阳气衰命火无从发动温煦宗筋，同归于肾气虚弱，发为阳痿。肾虚阳痿精亏先于阳衰，故补阴应在壮阳之上，药用熟地、枸杞子、鹿角胶、龟甲等静补阴精，配菟丝子、淫羊藿、巴戟天补肾阳，使肾阳蒸动阴精化肾气，肾气徐徐生发以温动宗筋。若纯用温热壮阳之品，阳未复而阴先伤，即便温阳不断，也难以勃起。

阳痿兼有早泄很普遍，其治疗当补肾益精，治阳痿与固涩精气止早泄同时并举。在方药可用金匱肾气丸、右归丸、金锁固精丸、大补元煎等。

房事过频是诱发阳痿的主要因素，节制房事与合理的饮食能给机体提供性交的物质和动力，并戒除吸烟饮酒。

证治方药

1. 命门火衰——房事不举，面色㿔白，头晕目眩，精神萎靡，腰膝酸软，舌淡苔薄白，脉沉细。治宜补肾壮阳，方用五子衍宗加减。

2. 心脾受损——房事不举，精神不振，夜寐不安，面色不华，舌淡苔薄腻，脉细。治宜补益心脾，方用归脾汤加减。

3. 肝气郁结——房事不举，精神紧张，郁闷不舒，烦躁易怒，噎气，喜叹息，舌淡苔薄白，脉弦。治宜疏肝理气，方用逍遥散加减。

4. 恐惧伤肾——房事不举，精神苦闷，胆怯多疑，心悸，失眠，苔薄白，脉细弦。治宜益肾宁神，方用大补元煎加酸枣仁、远志等养心安神药。

5. 湿热下注——房事不举，小便短赤，下肢酸困，阴囊潮湿，苔黄腻，脉滑数。治宜清化湿热，方用龙胆泻肝汤加减。

病案

1. 李某，男32岁。患者阳痿已历时3年

余，几无房事欲望，时有滑精，腰酸膝软，失眠多梦，口微苦，精神不振，舌淡红，舌体胖，苔微黄薄腻，脉沉细缓。辨证为肾阳虚衰，精气亏乏，治拟温补肾阳，填精固摄为法。处方：熟地15g，兔丝子15g，当归15g，熟附子15g(先煎)，肉桂12g(后下)，巴戟天12g，肉苁蓉12g，怀山药12g，女贞子12g，枸杞子12g，鹿角胶12g(烊化)，龙骨，牡蛎各15g取5剂，每日1剂，水煎取汁，早晚分服。服药后因精神振奋且无不适之感，故又先后守原方连进10剂。

再诊时非旦无举阳之感，且见滑精仍频，心烦急躁，口苦纳呆，舌苔如前，脉转弦数。可见其证属湿热内蕴，下注肝肾，上扰心神，宗筋弛缓，精窍失固，治以清热化湿，泄肝宁心，方予龙胆泻肝汤加减。处方：龙胆草24g，炒黄芩15g，薏苡仁15g，车前子15g，柴胡10g，当归10g，远志10g，茯神10g，生地10g，炒栀子12g，泽泻12g，细木通12g，生甘草6g，取3剂，如前煎服。

药后阳事如前，口苦口粘，心烦急躁消失，睡眠好转，食欲大启，舌苔脉象依旧，再续原方进10剂。湿热见症悉除，偶能举阳，舌体略胖，苔转薄白，脉呈沉缓，复以六一散冲泡取汁，送服金匱肾气丸10g，每日3次，连治5月余而获愈。

2. 张某，男29岁。患者阳痿2年，每月行房4次，阴茎略举而不坚，不能插入阴道，但白天看言情，色情电视即阴茎举而泄精，每月梦遗10次之多，精神不佳，神疲乏力，胃纳尚可，腰酸脚软，大便次数多偏烂，小便色黄，舌深红，苔黄腻，脉弦大，尺脉尤甚。B超示前列腺略增大，尿常规中尿胆原阳性，生殖系统检查无异常。

病属阳痿。证属湿热下注，君相火旺，精关不固。先治以清泄湿热，清君相二火，佐涩精关。处方：龙胆草，黄柏，连翘，黑山栀各10g，炒酸枣仁，车前子，茨实各12g，乌贼

骨15g，黄连8g，甘草6g，煅龙骨，煅牡蛎各30g。嘱忌性交半月，戒手淫，忌肥甘，辛辣之食物，服药半月。

二诊，半月梦遗仅3次，白天阴茎举，泄精好转，夜里阴茎已举，神疲乏力，腰酸脚软，小便色黄均好转，舌红苔转薄净，脉弦细。证属湿热渐退，君相火旺渐轻，精关渐固，肾精仍亏。治以宁心填精，佐以清泄。处方：黄连，五味子各6g，连翘，黑山栀，车前子各10g，沙苑子，菟丝子，山茱萸，炒酸枣仁各12g，煅龙骨，煅牡蛎各30g。此方加减服1个月。

三诊，白天阴茎举及泄精均无，未性交，手淫，此月梦遗4次，嘱控制性交次数，每月5次左右。此方加减再服1个月后，阳痿已无，每月能成功同房5-6次，其他症状已无，至今未复发。

针药治愈了二十年的偏头痛病例交流

新加坡·吴荣贵

2018年10月23日晚上，一位患有偏头痛接近20年的病人梁xx男士，33岁来就诊。以针灸加上方药结合治疗，这是疑难病，病症需要一段时间继续跟进，了解医疗过程和疗效，才能确定中医药对该病例的实在效益。

什么是偏头痛？

从内科学来看，偏头痛是反复发作的一种搏动性头痛，发作前常有闪光、视物模糊、肢体麻木等先兆，同时可伴是有神经和精神功能障碍，具有以下的特点。

1. 偏头痛是一种周期性发作的神经——血管功能障碍的头痛，为慢性复发性头痛中最常见的一种，表现为一侧或两侧头部的搏动性或钻痛性疼痛，常伴有恶心、呕吐、畏光、精神萎靡等症状。

2. 通常偏头痛发作症状为几分钟甚至一小时发作，基本症状为一侧头部敲击性一动一动的疼痛，并会逐渐加剧。随着头部的剧痛，会出现恶心、呕吐后，感觉才会有所好转在安静、黑暗环境内或睡眠后头痛缓解。

3. 此外，头痛发生前或发作时可伴有神经、精神功能障碍。据研究显示，偏头痛患者比平常人更容易发生大脑局部损伤，进而引发中风。其偏头痛的次数越多，大脑受损伤的区域会越大。

4. 如果是长期反复发作的头痛史，间隙期一切正常，就体检正常及偏头痛家族史诊断并

不困难。眼肌麻痹可由动脉瘤引起，动静脉畸形也可伴发偏头痛，应作头颅CT扫描或脑血管造影明确诊断。复杂型偏头痛常由器质性疾病引起，应作神经影像学检查。枕叶或颞叶肿瘤初期亦可出现视野缺损或其他视觉症状，但随着病情的进展最终可出现颅内压增高症状。

5. 偏头痛常在疲劳、月经期前后、气候或情绪变化时发生。偏头痛发作多在早晨，起床后感到眩晕，数分钟后发生视觉变化，表现为眼前出现暗点、闪光、视物模糊等，历时约5-30分钟，继而面色苍白、心率改变，也有的人觉得偏身麻木、无力、疲乏等。头痛剧烈时还会有恶心、呕吐或大便等肠胃症状。头痛最初开始于一侧额颞部的钝痛，继而扩散致半个头，偶见整个头部疼痛。

6. 一到心情不好，心里面想各种事情的时候，头痛就不约而至了，更可气的还是，这个头痛，在脑袋上还会变换位置，有时候是太阳穴，有时候是一边，好情况的时候是只疼个几分钟，但是如果不好好的调节好的心情，那么这个偏头痛就会伴随着好几天，折磨的病人睡不好觉，没有精神工作。

病例梁xx的偏头痛临床表现

1病史：梁xx从中学13岁开始，有出现头痛，常常发生在左边。一般自己服用止痛片后就好了。这样反复经过了几年。

(1) 大学毕业期间就明显出现规律性的偏

头痛，从左边到头顶，有刺痛感，眼睛出现怕光，如果有阳光或噪音，发生刺激，头痛加重。职场工作期间，遇到情绪波动，工作压力也会发现偏头痛。

(2) 经过多位专科和西医治疗，效果不明显，对于他的头痛，专科医生有进行了头部特别扫描，没有病变报告，目前服用特别止痛片。

(3) 从询问中知道，梁xx在生活中有一个特点，就是每天早晚都要冲凉洗头，常常因为早上天气热就会头痛，晚上必须开冷气睡，睡眠的素质不是很好，所以白天容易疲劳。

(4) 目前，他经常7到10天就会发作一次。经过几个专科医生治疗，效果并不理想，多年的偏头痛困扰，他决定来中华医院寻求中医医疗。

刻诊临床表现：从左侧眼睛不舒，头痛向头顶，刺疼感，自觉闷热，怕光，怕冷，双手冰冷，手心自汗，大便多溏稀，舌淡白，苔白腻，脉浮紧。仔细追问，原来他在今天白天刚被雨淋。于是我建议他处方同时配合针灸医疗。

梁xx偏头痛的辨证论治：

1，病种：偏头痛

2，证型：风寒入络，卫阳俱虚。

3，治法：舒风通络，温阳营卫，散寒止痛。

4，针灸：根据我在针灸医学的新思路《健侧曲池和外关》，

我先取了健侧右曲池，右外关，同时加右合谷。先以2寸针针曲池，然后寸半针针右外关，最后以1寸针针合谷，留针20分钟。

5，方药：川芎茶调散+桂枝汤各半

6，嘱咐：分析说明他头痛的病因病理，要求他停止在早上和深夜冲凉和洗头发。如果要冲凉必须在有太阳的时刻进行，建议他：开始每天用50克连皮老姜，榨汁连渣加水500毫升，煮沸装热水瓶当茶喝，停止喝冷饮。

针灸和方药的医疗记录

1第一诊23/10/18，现场通过针灸健侧右曲池，外关和合谷过程，留针20分钟，病人偏头痛现象消失，感觉舒服。

2第二诊13/11/18，病人反映针灸和服药后效显，连续两周没有发生偏头痛。他继续接受针灸和配合8天药物。

3第三诊 20/11/18，病人说昨天外出淋雨，回来后有轻微的头痛，大便没有溏烂。他继续接受针灸，带回8天药物，重复提醒病人避免着凉，记得天天带雨伞。

4第四诊4/12/18,没有出现偏头痛，嘱咐病人如果有偏头痛就来复诊。

5到我截稿晚上8/1/19，病人没有来诊，临床治愈了梁xx的近20年的左偏头痛。

治疗梁xx的偏头痛的治疗方药

采用《川芎茶调散》配合《桂枝汤》临床应用以治疗梁xx的偏头痛就出现效果明显，随着治愈他的20年的偏头痛。

主方《川芎茶调散》

根据内科理论：偏头痛初期，多为外感风邪诱发头痛。《素问·太阴阳明论》谓：“伤于风者，上先受之。”而头为诸阳之会，是清阳之府，若伤风，则气血运行不畅，血行不畅，血行受阻，经络失和，脑部失养，引起头痛。

1，从病人梁xx病史分析中,就可以发现他的致病原因，偏头痛初期，是外感风寒邪气诱发，而长期不良因素的作用，最终导致偏头痛。

2 风为百病之长，故致病最多，最常见。劳累、失眠、外伤、烟酒、情志不和、月经不调等，也容易引起气血失和，血行不畅，清窍失荣，导致头痛。

3，采用《川芎茶调散》为主治疗的意义。

本方着重辛散祛风，次则调气和血，再次和血通络，最终达到止痛的目的。《医学启源》云：“川芎，气味辛温，补血，治血虚头痛之圣药也。”

4，《本草备要》说：“川芎乃血中气药，助清阳而开诸郁……上行头目，下行血海，搜风、散瘀、止痛、调经，治风湿在头，血虚头痛。”所以，川芎是治多种原因引起头痛的主药，配白芷、羌活疏风止痛，合细辛、荆芥、防风，辛温疏散，佐薄荷祛风散邪，甘草调和诸药。

5，方中用茶叶少许，意取淡茶，利用凉寒之性，助诸药清利头目之力，制约风药的温燥之弊，且防过度升散。所以，茶叶不可不用，亦不可多用。

其次采用《桂枝汤》

采用《桂枝汤》治疗，本方具有辛温解表，解肌发表，调和营卫之功效。主治头痛发热，汗出恶风，鼻鸣干呕，苔白不渴，脉浮缓或浮弱者。临床常用于治疗感冒、流行性感、原因不明的低热、产后或病后低热、妊娠呕吐、多形红斑、冻疮、荨麻疹等属于营卫不和者。

1 组方：桂枝（去皮）、芍药、生姜、大枣（切）各 9g，甘草（炙）6g。

2 功能：解肌发表，调和营卫。本方证为风寒伤人肌表，腠理不固，卫气外泄，营阴不得内守，肺胃失和所致。

治疗以解肌发表 调和营卫为主。

3 本方证属表虚，腠理不固，且卫强营弱，所以既用桂枝为君药，解肌发表，散外感风寒，又用芍药为臣，益阴敛营。桂、芍相合，一治卫强，一治营弱，合则调和营卫，是相须为用。生姜辛温，既助桂枝解肌，又能暖胃止呕。大枣甘平，既能益气补中，又能滋脾生津。姜、枣相合，还可以升腾脾胃生发之气而调和营卫，所以并为佐药。炙甘草之用有

二：一为佐药，益气和中，合桂枝以解肌，合芍药以益阴；一为使药，调和诸药。

4 方解：桂枝辛温，辛能散邪，温从阳而扶卫，故为君药。芍药酸寒，酸能敛汗，寒走阴而益营。桂枝君芍药，是于发散中寓敛汗之意；芍药臣桂枝，是于固表中有微汗之道焉。生姜之辛，佐桂枝以解肌表；大枣之甘，佐芍药以和营里。甘草甘平，有安内攘外之能，用以调和中气，即以调和表里，且以调和诸药矣。所以桂、芍之相须，姜、枣之相得，借甘草之调和阳表阴里，气卫血营。

5 所以梁xx在服用本方后，疼痛减轻，渐渐消失，身体怕冷的现象改善，脾胃的功能改善，大便没有溏稀。

总结

根据我在2018年3月17日在台北发表论文《针灸医学的新思路《健侧曲池和外关》实践，加上合谷穴医疗，配合方药《川芎茶调散》加《桂枝汤》临床用于治疗梁xx的偏头痛，果然效果明显，随着治愈他的20年的偏头痛，这个临床治愈的病案应该很值得和大家分享。

前列腺病的认识

新加坡·蔡松均

概述

前列腺(Prostate)又称摄护腺,为男子和雄性哺乳动物生殖器官的一个腺体,在人体膀胱的下面,大小和形状与稍扁的栗子相似,底朝上,膀胱相贴,尖朝下抵泌尿生殖膈,前面贴耻骨联合,后面依直肠,所以有前列腺肿大时,可做直肠指诊,触知前列腺的背面。前列腺腺体的中间有尿道穿过,是参与控制排尿和射精的功能。前列腺为扼守着尿道上口,如前列腺有病,排尿首先受影响。它关系到男性的生育能力,所分泌的液体是精液的一部分。前列腺分泌的前列腺液位精液的重要组成部分,对精子有保护、释放等作用。前列腺会随年龄的增长而变化不断,一般在50岁以后会有所增生或肥大。

前列腺为一实质性器官,由于历史的原因,中医学并无论及前列腺这一器官,故未有相关名称,在当今科学日新月异的时代,它逐渐为人们所认识。在归属上认为前列腺是属于膀胱和肾经的所管的、中医诊治上必须循这方面思考。阴囊属于肾经的肝脉是绕阴器,在阴部及大腿走行的。

从前列腺的功能和作用来看,前列腺不属于五脏之列,虽同五脏一样藏精气,但五脏藏而不泻,前列腺既藏也要泻。前列腺不在六腑之属,虽同六腑一样泻而不藏,但六腑接受水谷糟粕,前列腺则藏精气。前列腺却与胆颇为相似,胆藏精汁(胆汁),而且要疏泄下行注之于肠以助消化饮食。前列腺较属奇恒之腑。前列腺既藏阴精,也要传泻,这是非常显著的生理特性。根据其特点来防病治病,将有助于提高前列腺疾病的临床疗效。

前列腺在脏腑学上有了恰当的归属及明确的功能是中医学术的一大发展,对前列腺的治疗护理有着重要意义。在生理上使其藏泻有度,阴阳相济,当相安无恙。其治以清热利湿、活血祛瘀、调和阴阳为法,强调未病先防及辨病与辨证相结合,重视人

体的统一性、完整性及其与自然界的相互关系,就能尽享天年

前列腺的病变

前列腺炎(Prostatitis)

在现代医学上叙述的病因病机较为复杂、有些原因未明、医家意见不一,多数病例可能是多种致病因素交互作用的结果。临床上前列腺炎分为急性前列腺炎和慢性前列腺炎。

慢性前列腺炎的发病率比较高,一般都是由于不良的生活习惯引起的这一现象,有的男性长时间久坐,或者经常吸烟和酗酒,都可能会引起慢性前列腺炎的产生,有的男性如果长时间性生活过频,也可能引起类似症状的产生,如果出现了慢性前列腺炎,最好应该及时进行检查和治疗,慢性前列腺炎的症状是非常明显的,应该引起重视,及时到院检查身体。

前列腺炎临床表现主要有以下四类症状:1、尿路刺激征,如尿频、尿急、尿不净等。2、小腹或会阴部症状,如小腹部的胀痛或耻骨上的胀疼,双侧腹股沟疼痛等。3、男性生育和性功能症状,如性欲减退、阳痿、梦遗、早泄等。4、神经症状,如焦虑不安、睡眠不好、头昏眼花、腰酸、乏力、记忆减退等。

中医的病因病机病因病机为肾虚膀胱蓄热,阴液不足,湿、热、疫毒之邪入侵,导致气化不利,纳入淋证范畴,以小便淋漓不爽,尿道涩痛为主症。主要是湿热下注或湿热循经上犯精室而致膀胱气化不利、或房室不节、肾阴耗损,阴虚火旺而致,过度饮酒或嗜食辛辣,损伤脾胃水湿潴留郁而化热,湿热下绕精室临床症状表现上常见尿频,尿急,尿痛,排尿时尿道有涩灼感,尿血或排尿困难。治疗上辨证施治,如为湿热壅闭,当以清热泄火,利湿通淋。可采用八正散,五淋散、石苇散、萆薢分清饮等方剂加减。如为阴虚火旺者,可用知柏地黄丸加减。

如为肾阳虚衰者,可采用右归丸或缩泉丸等加减。

医圣张仲景在《金匱要*消渴小便不利淋病脉证并治》:『淋之为病,小便如粟状,小腹弦急,痛引脐中』。治疗上禁忌为:『淋家不可发汗,发汗则必便血』,言明发汗必尿血。食疗上可考虑食用,番茄,南瓜子,坚果,绿茶,黄豆,洋葱等。

2、前列腺增生

前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia ~ BPH),亦称前列腺肥大,为前列腺的一种良性病变,是老年男子常见疾病之一。增生腺体位于膀胱颈,压迫到尿道、膀胱等,出现尿路梗阻,排尿中断、尿流缓慢、尿频或尿失禁等。50岁以上男性可开始出现前列腺肥大的问题,随着年纪越大将越困扰。虽然前列腺肿大与前列腺癌没有太大相关,仍需注意其病情的进展。前列腺肥大是需要治疗的疾病,许多人可能觉得不会影响生活,然而如果没有妥善治疗,最严重可能并发尿毒症。

目前现代医学上可透过肛门指检、尿液及尿动力等检查协助确诊,治疗方面则有药物治疗、电刀摄护腺切除或绿光雷射气化术可供选择。许多人可能觉得不会影响生活,若没有妥善治疗,最严重时可能并发尿毒症。中医对前列腺增生的辨证,以病因病机分型较为适当。1、膀胱湿热,2、肺热气郁。3、痰浊痹阻,4、阴虚火旺,5、肾阳亏虚。因此可辨证施治上考虑运用利尿通淋外尚可采用活血化瘀,清热化湿,益气补肾等疗法。常用方剂有八正散,桂枝茯苓丸,补中益气汤,金匱肾气丸等。

3、前列腺癌

前列腺癌(Carcinoma of Prostate)是中老年男性好发的泌尿生殖系统的一种肿瘤,可造成对生命的重大威胁。其病因有;1、遗传;家族成员曾罹患前列腺癌者、机率较一般人高。2、生理因素;3、饮食习惯;长期食用富含高脂肪、肉类和奶类饮食者易诱发。4、雄性激素前列腺病变。

中医目前尚未有实质上的检查方法。现代医学对前列腺癌的主要依据,是患者的临床症状,如肛门直肠指诊、前列腺特异抗原(PSA)、影像检查和穿

刺活检等作为诊断。

前列腺特异抗原(PSA~ prostate specific antigen)是采用血清检查。一般是衡量“总PSA”值,即tPSA在0~4ng/ml范围之内为良性增生。如在4~10范围内,必需检测游离前列腺特异抗原(fPSA~ free prostate specific antigen),计算tPSA/fPSA比值,如其比值>0.25则为良性,如<0.10则怀疑有癌变。比值如在0.1~0.25之间必需密切观察其是否为癌前病变。在超音波视野下穿刺活检也是较有效的确认是否有癌变。

现代医学治疗前列腺癌主要有:睾丸切除术,抗雄激素药物,前列腺切除术,放疗,化疗等。中医治疗仍是本着辨证论治,大致上分型有湿热蕴结,痰瘀闭阻,气血亏虚,脾肾阳虚,肝气郁结等。常运用于抗前列腺肿瘤方剂有,八正散,八珍汤,十全大补汤,六味地黄丸,右归丸,四君子汤,四物汤,四神丸,参苓白术散,保元汤,香连丸等。抗前列腺癌药物有,山茱萸,肿节风,石韦,菟丝子,王不留行,白花蛇舌草,车前草,瞿麦等。

前列腺癌的病例

(案一) 伍某某, 男, 82岁

主诉: 自2013年7月因尿频尿急就诊,陈笃生医院血检PSA为5.36, MRI检查无异常,医院建议观察。延至2015年7月, PSA为6.54, 穿刺活检发现有癌变,属第II期,同年完成36次放疗,继而注射荷尔蒙治疗。PSA降至0.05。术后仍尿频尿失禁。来本院治疗是神疲乏力,气短,纳呆,寐差,夜尿1-2次,大便日一行。脉细缓(左);弦缓(右)。舌淡暗,边瘀斑,苔黄腻。辨证: 湿热蕴结,脾肾两虚。

主方: 黄芪45克,白术15克,茯苓15克,莪术30克,肿节风20克,丹参24克,焙附子20克,干姜12克,炙甘草15克,王不留行12克,仙鹤草24克,八月札15克,金樱子20克,夜交藤30克。

复诊: 回诊数月后小便改善,已无失禁,尿频也改善。纳进,寐可。此後每一两周回诊,均视当时状况及兼证而随证按上主方加减用药。患者表示目前身体状况正常,无其它不适。

(案二) 林某某, 男, 78岁

主诉: 小便不爽, 偶尿频尿急多年, 中央医院就诊, 血检PSA=12.96, 初步诊断为前列腺肥大。夜尿3次, 纳可, 寐可, 大便日一行。病史为高血压。脉弦滑(左); 弦滑(右)。舌淡红, 苔薄白。辨证: 肾阳衰虚, 阳虚湿困。

主方: 桂枝茯苓丸, 五苓散, 五子衍宗丸。王不留行, 三七粉, 车前子, 莪术, 乌药, 山药, 益智仁。(粉剂各一包)。

复诊: 治疗数月期间上述尿频尿改善, 患者定期到医院检查, PSA已明显下降至6.3, 然而、经穿刺活检结果、疑有癌细胞, 西药建议放疗, 2018年7月放疗至第5次, 小便却不通, 服药后便改善, 惟小便出血, 放疗完成疗程后, 继续接收中药调理。纳、寐可, 夜尿1-2次, 大便日一行。脉细缓(左); 弦缓(右)。舌淡暗, 边瘀斑, 苔薄黄腻。

方药: (放疗前后)益智仁10克, 淮山25克, 乌药9克, 金樱子11克, 芡实15克, 龙葵30克, 白英30克, 土茯苓45克, 草河车10克, 漏芦9克, 王不留行15克, 党参30克, 黄精15克。

患者回馈: 目前自觉身体无任何不适, 惟食量不大, 体力欠佳。

(案三) 曾某某, 男, 71岁。

主诉: 2017年1月初诊。曾因肝胆发炎住院, 其后小便不畅, 涩痛, 尿黄色, 夜尿3次。偶眩晕, 血检Creatine 19.2, PSA=4.5, 肛门触诊怀疑有肿瘤可能高, 患者因顾虑自身免疫力问题、不接受医院穿刺活检。咳嗽多年、疑为老慢支, 痰少。纳可, 寐差, 大便日一行、偶干。舌暗红, 苔厚腻。脉弦。辨证: 湿热瘀阻, 痰湿闭阻, 肾阳亏虚。

病史: 高血压, 高胆固醇, 免疫缺陷综合征(AIDS), 肾结石, 鼻敏感, 慢性支气管炎。

处方: 党参35克, 白术15克, 甘草9克, 苦杏仁10克, 姜半夏10克, 苍术10克, 车前子20克, 棉茵陈25克, 瞿麦15克, 王不留行30克, 蒲公英25克, 白英30克, 土茯苓60克, 半枝莲35克, 丹参25克, 川芎9克, 桃仁15克, 白豆蔻12克, 远志12克,

患者回馈: 服药后小便改善, 不涩痛, 仍尿黄

色, 咳嗽时好时差。双肺CT检查看到的节段粘液堵塞, 怀疑有肺癌, 待医院进一步检查。患者服此方药多月, 感觉煎药不便, 改用粉剂。

处方: 百合固金汤, 浙贝母, 瓜蒌, 胆南星, 芦根, 党参, 白术, 姜半夏, 桃仁, 蒲公英, 苦杏仁, 半枝莲, 王不留行, 篇蓄, 金钱草, 三棱, 丹参, 菟丝子。(粉剂各一包)。

患者回馈: 咳嗽减轻, 小便顺畅, 偶有尿黄。

(案四) 郭XX, 男, 72

主诉: 2013年7月间因尿频尿急往陈笃生医院就诊, 初检PSA=5.36, MRI检查无异常、医院建议定期观察。此后仍做前列腺例行检查, 于2016年9月发现PSA 29.5, CT检查诊断为前列腺癌IV期, 伴骨转移。神疲乏力, 尿频、尿急难忍, 小便涩痛。纳、寐可, 夜尿1次, 大便日1-2行脉弦数。舌淡, 干、有裂痕, 苔薄白。辨证: 湿热蕴结, 脾肾不足。

处方: 黄芪40克, 白术20克, 茯苓15克, 甘草9克, 半枝莲30克, 王不留行15克, 绞股蓝15克, 补骨脂15克, 山茱萸10克, 白花蛇舌草30克, 金樱子12克, 淮山12克, 桂枝10克。

复诊: 经医院手术及药物治疗治疗后回诊, 小便失禁及尿血, 仍取上方加大、小蓟, 败酱草。回诊数月, 仍本辨证按主方随证加减。其后患者自觉身体情况好转, 要求使用成药, 处方因而改为粉剂作调理。

处方: 人参, 白术, 地黄, 薏苡仁, 黄芩, 八月札, 甘草, 苦参, 覆盆子, 山药, 以上各1包, 王不留行, 白花蛇舌草, 山茱萸, 莪术, 土茯苓 各2包。

小结

相对于现代医学, 前列腺疾病, 在中医无法准确判断其患病阶段为发炎, 增生、肿大或肿瘤程度, 只凭观其脉证, 很难断定治疗方案, 必需借助现代医学检验, 与现代医学相结合治疗。同时必须不断探索, 不断总结治疗经验, 以求提高疗效, 是为我们此后努力的方向。

从美国研究员观察人体组织间隔结构的发现谈到三焦的有形与无形

新加坡·黄信勇博士整理

2018年4月1日 / 生物谷BIOON / 多年来，科学家们对组织进行固定并在显微镜下观察，以便更好的理解身体。在一项新的研究中，来自美国伊坎西奈山医学院和纽约大学医学院的研究人员，利用一种新的体内显微镜技术证实人体间质(interstitium)——细胞之间的空间，要比在组织固定的载玻片中观察到的密集堆积的结缔组织，更加类似于散布着液体的胶原蛋白束网络。相关研究结果于2018年3月27日在线发表在Scientific Reports期刊上，论文标题为“Structure and Distribution of an Unrecognized Interstitium in Human Tissues”。

据消息说：间质器官的发现将再次扩充了人体组织的解剖结构，重塑我们对人体组织结构的认识。科学家认为间质器官充当流体“高速公路”能更好解释为什么癌症在侵袭体内某些部位时更容易扩散和蔓延。并为以后的探索和治疗疾病的新途径铺平道路。

虽然他们不能够直接称之为器官，不过其组织功能有相似于中医的三焦组织、三焦有形之说：

1. 清代以前的医家论述：

《灵枢》最早认为三焦“有名有形”，如《灵枢·论勇》说：“勇士者，……三焦理横，怯士者，……其焦理纵。”《灵枢·本脏》说：“密理厚皮者，三焦膀胱厚；粗理薄皮者，三焦膀胱薄。”《素问·金匱真言论》说：“胆胃大肠小肠膀胱三焦六腑皆为阳。”

《灵枢·本输》说：“三焦者，中渎之府也，水道出焉，属膀胱，是孤之府也。”

在《内经》论述三焦的基础上，后世一些医家认为三焦应与其他诸腑一样，有表里

关系，一定是有名有形的，从而进行探讨三焦的形质所指。

一千八百多年前华佗所著《中藏经》对于三焦这个人体器官的描述：“三焦者，人之三元之气也，号曰中清之府，总领五脏六腑、营卫、经络、内外、左右、上下之气也。三焦通，则内外左右上下皆通也，其于周身灌体，和内调外，营左养右，导上宣下，莫大于此也。”

张景岳在《类经》中论述三焦在水液代谢中统领协调胃、脾、肺、肾、肠、膀胱等脏腑的功能：“上焦不治，则水泛高原；中焦不治，则水留中脘；下焦不治，则水乱二便。”

在《类经》中，张景岳对三焦的形质也做了描述：“然于十二脏之中，惟三焦独大，诸脏无与匹者，故名曰是孤腑也。……盖即脏腑之外，躯体之内，包罗诸脏，一腔之大腑也。”

孙思邈、滑寿、李梴、张山雷等，皆宗《难经》主无形之说。而主有形之说者，如虞抟、章潢、张景岳等。其实，这种有形、无形之争无任何价值。若无形，何以主持诸气？若无形，何以为水谷精微运行之道？有三焦之功必有其形，这是一定的。

清代医家唐容川《血证论》进一步指出：“三焦，古作臑，即人身上下内外，相联之油膜也。”

2. 民国医家论述

陆渊雷、章太炎、祝味菊、张锡纯等人都对三焦的形质做了许多探索，普遍认为三焦是位于躯体和脏腑之间的空腔，还有脂膜说、组织间隙说、胸腹腔说、胰腺说等。他们还参

考现代医学把三焦的三个部分作了进一步分工,“上焦为血循环,中焦为淋巴系,下焦为排泄系”等等。

3. 现代医家论述

江西中医药大学属下姚荷生研究所,姚梅龄教授继承其父亲姚荷生对三焦的研究,论述三焦焦膜的新看法。提出关于它三焦的有形、无形以及实质究竟是什么,历来争论颇多,迄今尚未取得统一认识,姚老认为:三焦应该是一个有形的脏器,它的实质应该是人体内遍布胸腔、腹腔的一大网膜(包括胸膜、肋膜、膈膜、腹膜等等)。所有脏腑都分居在它上、中、下三个地带,受着它的包裹与保卫。同时心包络与它相为表里,肌腠(腠理)为它的外应。它的功能主要是行水。不过,水在它的上、中、下的不同历程当中,可以产生“上焦如雾(如水之蒸)、中焦如沤(如水之泡沫)、下焦如渎(如水之沟渠)”的不同生理现象。同时它又为肾之火腑,主宣通气、血、津液。所以它的病理变化,绝大多数为水饮泛滥,形成肿胀,少数为气郁(气分)血瘀(血分)。但气郁则水不行,血不利则为水,仍与“水分”密切相关。其发病虽有上、中、下的侧重不同,但每互相牵涉,甚则弥漫三焦。其致病来源虽往往来自分居当地的脏腑,但于共同症状之中,仍有焦膜病变的特点存在。

姚老已经撰写了完整的三焦焦膜辩证论治的论文,大家可以通过网上找到。而网上也可以听到姚老的有关演讲。

庞鹤鸣教授在2004年的智能气功概论就说,气功的气在身体的内外膜络比较多。在内脏,有各个脏器的膜络,胸腹间的膜络是气的通道。骨膜、皮与骨间的膜、细胞之间的膜,它们之间的信息交换就是中医说的气。从这么的论述,我胆敢的推论,庞老师所说的这些非常符合三焦膜络的概念。

2017年8月,我到江西中医药大学参加章文春教授的针灸心法培顺,章老师谈到庞老师

的气功时,解释了气其实是结缔组织间或者是细胞间隙中的体液传导了信息,使得人体各个器官组织能够非常协调的生长发育。庞老师已经在2018年八月受聘为江西中医药大学的教授。章老师提到所谓的气,就是全身膜络的功能表现,这也非常符合姚老师提到三焦焦膜的内容。

二、三焦无形之说

关于三焦有名无形说三焦“有名无形”之论,始于《难经》。《难经·二十五难》曰:“心主与三焦为表里,俱有名而无形。”

《三十八难》亦谓三焦“主持诸气,有名而无形,其经属手少阳。此外府也。”

《千金要方·三焦脉论》中说:“夫三焦者,一名三关也。上焦名三管反射,中焦名霍乱,下焦名走哺。合而为一,有名无形,主五脏六腑,往还神道,周身贯体,可闻不可见。”

元·滑寿的《难经本义》说:“盖三焦则外有经而内无形。”明·李梴的《医学入门·卷之一·脏腑条分》说:“三焦,如雾、如沤、如渎,虽有名而无形;主气、主食、主便,虽无形而有用。”近代张山雷在《难经汇注笺正》中亦说三焦“有名无形”。以上诸家论说,皆承《难经》“有名无形”之说。

三、中医教材如何说

《教材》关于三焦的论述,完全不是六腑之一的三焦。如其谓“三焦是上焦、中焦、下焦的合称”,以及对上、中、下三焦的部位划分,显然与《内经》所论“三焦”为六腑之一的含义相去太远。《教材》所论之三焦,是包括五脏六腑在内的胸腹腔,其形最大,无与匹配者。这与张景岳所论三焦是躯体之内,包罗诸脏的一腔之大腑有何区别。

《21世纪教材》将“六腑之一”的三焦与

胸腹部“部位划分”的三焦混为一谈，自然得出了“三焦是五脏六腑生理功能的概括”的结论。六腑功能的特点是“泻而不藏”，若如此解释，五脏六腑生理功能是有藏有泻，显然与六腑之一的“三焦”不合。

四、从网上发现以下一段论述 非常不错资料，可以供大家参考

<https://www.wenku1.com/news/DF0AA67DEC43678C.html>

三焦既为有形，自有其形态可见：

1. 命门为三焦之原。《难经·六十六难》说：“三焦者，原气之别使也”。考“原气”即“元气”。张介宾说“命门”之火曰元气，“命门”为元气之根。是知“三焦者，原气之别使也”即“三焦者，命门之别使也”。三焦既为命门之别使，可知命门为三焦之原也。只要知道命门之所在，即可知三焦之所在。可见，三焦起始之部位，必定随命门而定。

命门的具体部位，有先天与后天之分。世人皆知，《难经》以右肾为命门，是以后天八卦方位图为依据的，故谓肾为后天命门；而《内经》以脑髓为命门，是以先天八卦方位图为依据的，故谓脑髓为先天命门。显然，人身先天之火不是藏于肾，而是藏之于脑，所以，三焦的起始部位是随先天命门脑髓而定，由上而下，下至胸腹五脏六腑也。

2. 三焦为命门脑髓之别使也。《难经·六十六难》说：“三焦者，原气之别使也。”由于“原气”即“元气”，命门为元气之根，所以，“原气之别使”亦即“命门之别使”也。

何谓“别使”？徐灵胎说：“根本元气，分行诸经，故曰别使”。《难经校注》说：“别使为别行之使道。《素问·灵兰秘典论》：‘使道闭塞而不通’。王冰注：‘使道，谓神气行使之道也’。谓三焦别有使道以引导原气，达於上、中、下周身”。我们认为，所谓“引导

原气”，就是三焦为全身肌肤脏腑之腠理，为元真相会之处，是血气流注之所。说明三焦腠理就是“引导元气”之通道。所谓“别有使道”，就是“分行诸经”之使道也，正如周学海《读书随笔》所说：“人身肌肉筋骨，各有横直腠理，为气所出入升降之道。……内而脏腑，外而肌肉，纵横往来，并行不悖”。这就是说，横直腠理是元气分行诸经之使道。

本来，《灵枢·论勇》就有“三焦理横”与“其焦理纵”之说，只是后世医家不理解其“横”与“纵”之义，致使其道不明。我们认为，对于“横”与“纵”之确切词义，从其下文即可理解。“三焦理横”的下文是：“其心端直，其肝大以坚，其胆满以傍，怒则气盛而胸张，肝举而胆横……”。前言“胆满”，后言“胆横”，说明“横”有“满”义。《辞源》：“横，充溢”。“其焦理纵”的下文是：“髀骨短而小，肝系缓，其胆不满而纵……”。说明“不满”为“纵”之义也。可见，“三焦理横”是指腠理间的血、气、津液充盈饱满；“其焦理纵”是指腠理间的血、气、津液之不足也。充分说明纵横腠理是运行血、气、津液之道路。

五、总结

据姚梅龄教授表示，其父姚荷生研究三焦焦膜理论有了一定的深度，姚梅龄教授将之更全面的论述，并列出其治疗方案。中医在线将于9月邀请姚教授开讲。姚老说，很多中医师还没认识焦膜病的辨证论治方法，必须加大力量把这个课题向所有的中医师阐述清楚。姚老几十年的临床发现很多医院治疗不好有关焦膜病(如胸膜炎、慢性阻塞性肺炎、心包积液、腹膜炎。还有很多有关结缔组织性的疾病等等)，这些病中西医都对它束手无策，往往越治越遭。现在姚荷生研究所收治了这类疾病，并获得很好的疗效，姚老非常急切的希望更多地中医师掌握这方法，解救更多地病人。

新加坡2型糖尿病肾病Ⅳ期 中医证候学研究

新加坡·郑黄芳医师

糖尿病是在遗传因素和环境因素共同作用下所形成的慢性疾病。糖尿病肾病是由于糖尿病日久所引发的最主要、最常见的微血管病变之一，主要临床表现为蛋白尿、水肿、高血压及肾功能的逐渐减退。其主要的病理特征为肾小球基底膜增厚、肾小球硬化及肾间质纤维化。糖尿病肾病的发病率有逐年上升的趋势，据国际糖尿病基金会(IDF)统计2013年全球有高达3.82亿人患有糖尿病，亦等于8.3%的全球人口患有糖尿病^[1]。据新加坡2010年调查显示，全国有11.3%的人患有2型糖尿病^[2]。近10年来新加坡的终末期肾病患者亦增加了一倍，而糖尿病也取代了肾小球肾炎成为终末期肾病的主要导因，2011年中63.5%的新透析病患是因为糖尿病所引起^[3]。

糖尿病肾病相当于中医学的“消渴”、“水肿”、“尿浊”、“关格”等范畴。病情呈动态演变过程，从初期的气阴两虚逐渐演变至阴阳两虚，脾肾衰败，痰、水、湿、瘀、浊毒等病理产物堆积，终至气血阴阳诸不足，脏腑功能失调。

本课题是在中医理论的指导下，采集及研究新加坡2型糖尿病肾病DKD Ⅳ期患者的中医学辨证分型，这不仅能弥补新加坡在这个领域的空白，同时也能进一步探讨分析糖尿病肾病症状与病情的进展规律，指导临床治疗，为日后的临床研究奠定基础。

材料与方法

1.1 一般资料

选取来源于2014年4月至2015年6月就诊于新加坡同济医院，明确诊断为2型糖尿病肾病Ⅳ期患者，种族、年龄、性别不限。

1. 一般情况：姓名，性别，出生日期，身份证号，身高，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，高胆固醇血症、冠心病等)及其它糖尿病并发症(糖尿病周围神经病变、糖尿病视网膜病变、糖尿病足)的情况。
3. 中医相关资料：症状，舌脉，证型。
4. 实验室指标：血清肌酐(Scr)、24h尿微量白蛋白(UAER)、肾小球滤过率(eGFR)，HbA1c，空腹血糖及餐后血糖，总胆固醇水平(TC)，高密度脂蛋白(HDL-C)，低密度脂蛋白(LDL-C)，甘油三酯(TG)等指标。

纳入标准：

1. 2型糖尿病肾病Ⅳ期患者，蛋白尿 $>200\mu\text{g}/\text{min}$ 或 $300\text{mg}/\text{d}$ 、 $\text{GFR}>10\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ 的非透析患者
2. 未服用中药治疗的初诊病患，或已停

Mogensen 分期		肾功能	病理改变	临床表现
I期	肾小球高率过期	肾小球滤过率(eGFR)增高。	肾体积增大,可见肾小球肥大。	无。
II期	静息期	间断微量白蛋白尿(UAER), 休息时UAER正常(<20 μg/min或30mg/d, 应激时增多。eGFR可仍较高或正常。	系膜基质增加, 肾小球毛细血管基底膜(GBM)增厚。	无。
III期	早期糖尿病肾病病期	持续性微量白蛋白尿UAER 20~200 μg/min或30~300mg/d, 尿常规化验蛋白尿仍阴性。eGFR大致正常。	系膜基质增加明显, GBM增厚更明显, 小动脉壁玻璃样变。	微量白蛋白尿。
IV期	临床糖尿病肾病病期	尿常规化验蛋白尿(+), 蛋白尿>200 μg/min或300mg/d, eGFR减低。	肾小球病变加重, 部分肾小球硬化, 伴有灶性肾小管萎缩及肾间质纤维化。	尿蛋白、血压明显升高, 可以伴有水肿。
V期	肾功能衰竭期	大量蛋白尿, 肾功能加速恶化直至出现肾衰竭。出现肾性贫血。血肌酐、尿素氮增高, 伴有低蛋白血症。可呈现肾病综合征。	肾小球硬化、荒废, 多灶性肾小管萎缩及肾间质广泛纤维化。	尿蛋白、高血压、水肿加重。

服中药至少2周的患者。

排除标准:

1. 1型糖尿病患者, 其他原因所导致的肾脏病者,
2. 合并有恶性高血压病(180/110mmHg以上)、心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病者,
3. 合并感染、癌症患者,
4. 妊娠或哺乳期妇女,
5. 无法合作者, 如精神病患者。

1.2 西医诊断标准

糖尿病诊断标准(参照1999年WHO糖尿病诊断标准):

1. 糖尿病症状+任意时间血浆葡萄糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/l}$ (200mg/dl)或
2. 空腹血浆葡萄糖(FPG)水平 $\geq 7.0\text{mmol/l}$ (126mg/dl)或
3. 口服葡萄糖耐量试验(OGTT)中, 2hPG水平 $\geq 11.1\text{mmol/l}$ (200mg/dl)

糖尿病肾病的分期方法目前国际上公认的主要是以丹麦学者Mogensen的分期标准^[4]。

1.3 中医辨证分型诊断标准

参照国家药品监督管理局颁布的《中药新药临床研究指导原则(试行)》(2002年版)

^[5]和2007年中华中医药学会肾病分会制定的《糖尿病肾病诊断、辨证分型及疗效评定标准》^[6], 结合多项文献资料整理确定本研究中中医证型并制作出证候量化表格。本研究中中医辨证分型具体标准如下:

主证:

(1) 脾肾气虚证

主症: 倦怠乏力, 气短懒言, 食少纳呆, 腰酸膝软。

次症: 脘腹胀满, 大便不实, 口淡不渴, 舌淡有齿痕, 脉沉细。

(2) 脾肾阳虚证

主症: 畏寒肢冷, 倦怠乏力, 气短懒言, 食少纳呆, 腰酸膝软, 肢体浮肿下肢尤甚。

次症: 脘腹胀满, 大便不实, 小便清长、夜尿增多, 舌淡有齿痕, 脉沉弱。

(3) 气阴两虚证

主症: 倦怠乏力, 气短懒言, 腰酸膝软, 口干咽燥, 五心烦热, 头晕多梦。

次症: 夜尿清长, 舌淡有齿痕, 脉沉细。

(4) 肝肾阴虚证

主症: 头晕, 头痛, 腰酸膝软, 口干咽燥, 五心烦热, 易饥多食。

次症: 大便干结, 尿少色黄, 心烦失眠, 形体消瘦, 舌淡红少苔, 脉沉细或弦细。

(5) 阴阳两虚证

主症：畏寒肢冷，五心烦热，口干咽燥，腰酸膝软。

次症：夜尿清长，大便干结，舌淡有齿痕，脉沉弱。

兼证：
(1) 湿浊证
主症：恶心呕吐，肢体困重，食少纳呆。
次症：脘腹胀满，口中粘腻，舌苔厚腻，脉滑。

(2) 湿热证
主症：恶心呕吐，身重困倦，食少纳呆，口干，口苦。
次症：脘腹胀满，口中粘腻，口有秽臭，舌红苔黄腻，脉滑数。

(3) 水气证
主症：四肢或颜面水肿，脘腹胀满，面色无华。
次症：胸水，腹水，咳吐稀白痰，气喘不能平卧，舌淡苔白腻，脉沉迟无力。

(4) 血瘀证
主症：肢体麻木，面色晦暗，唇紫暗。
次症：肌肤甲错，胸痹心痛，腰痛，舌质紫暗或有瘀点瘀斑，舌下络脉曲张，脉涩或细涩。

1.5 统计学处理

使用Microsoft Excel建立数据库并进行统计和分析。本研究对症状分析主要使用的是描述性频次统计和频率统计分析。

结果

本研究共纳入60例明确诊断为糖尿病肾病IV期的患者进行证候学分析。

1. 糖尿病肾病临床资料分布

1.2 年龄及性别的分布：患者的年龄从34-86岁不等，平均年龄66.05±9.28岁，年龄分布以61-70岁居多。男女性别之间无明显

表1 糖尿病肾病35项症状频次表

症状	频次	构成比(%)
腰酸膝软	49	81.7
倦怠乏力	45	75.0
气短懒言	29	48.3
口干咽燥	27	45.0
肢体浮肿、下肢尤甚	26	43.3
畏寒肢冷	25	41.7
脘腹胀满	25	41.7
肢体麻木	24	40.0
小便清长、夜尿增多	23	38.3
心烦失眠	21	35.0
头晕、头痛	19	31.7
食少纳呆	16	26.7
肌肤甲错	14	23.3
大便干结	14	23.3
腰痛	13	21.7
唇紫暗	11	18.3
大便不实	10	16.7
面色晦暗	10	16.7
胸闷	10	16.7
咳吐稀白痰	9	15.0
口干口苦	8	13.3
口有秽臭	8	13.3
气喘不能平卧	6	10.0
易饥多食	6	10.0
肢体困重	6	10.0
恶心呕吐	5	8.3
面色无华	5	8.3
口淡不渴	4	6.7
尿少色黄	4	6.7
五心烦热	3	5.0
口中粘腻	3	5.0
胸腹水	2	3.3
形体消瘦	1	1.7
渴不多饮	1	1.7
头重如裹	0	0

差异(P>0.05)，男性病例29例，女性病例31例，患者的男女比例为1:1.07。

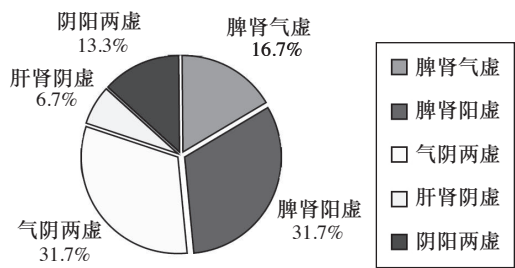
1.3 病程分布：在46例已知糖尿病病程的患者中，平均病程为18.02±8.66年，病程最短的为3年，最长的为40年。平均糖尿病病程以11-20年多见，占39.1%。

1.4 糖尿病肾病并发症及伴发病症统计：几乎所有的DKD病患均伴有高血压病

表2 60例DKD患者的本虚证候分布

证型	例数	构成比(%)
气阴两虚	19	31.7
脾肾阳虚	19	31.7
脾肾气虚	10	16.7
阴阳两虚	8	13.3
肝肾阴虚	4	6.7

图1 60例DKD患者的本虚证候分布



占98.3%，高胆固醇血症的发生率也很高占86.7%，因此可见三高证在临床上多相兼为病。糖尿病及其并发症中以心血管疾病最为常见，占21.7%，糖尿病微血管病变中则以糖尿病视网膜病变较常见占15.0%。糖尿病足及糖尿病周围神经病变较少发，分别占3.3%及5.0%。

1.4 糖尿病肾病35项症状频数表

60例糖尿病肾病患者中排在前十位的最常见症状依次为：①腰酸膝软(81.7%) ②倦怠乏力(75.0%) ③气短懒言(48.3%) ④口干咽燥(45.0%) ⑤肢体浮肿、下肢尤甚(43.3%) ⑥畏寒肢冷(41.7%) ⑦脘腹胀满(41.7%) ⑧肢体麻木(40.0%) ⑨小便清长、夜尿增多(38.3%) ⑩心烦失眠(35.0%)。

2 糖尿病肾病Ⅳ期的中医证型分布情况

2.1 糖尿病肾病Ⅳ期的本虚证证候分布

60例DKD患者的本虚证候分析结果，主要以气阴两虚证及脾肾阳虚证最为多见，两者均占31.7%，而后依次为脾肾气虚证(16.7%)，阴阳两虚证(13.3%)，肝肾阴虚证(6.7%)。

2.2 糖尿病肾病Ⅳ期的标实证证候分布

在60例糖尿病肾病患者中，虚实夹杂证组合占56.7%。最常见的标实证候为血瘀证(35.0%)，而后依次为水气证(20.0%)、湿浊证(5.0%)、湿热证(5.0%)。标实证以兼证出现得有5例，分别为血瘀证兼水气证2例，血瘀证兼实热证、血瘀证兼湿浊证、湿浊证兼水气证各1例。

表3 60例DKD患者的标实证证候分布

证型	例数	%
血瘀证	21	35.0
水气证	12	20.0
湿浊证	3	5.0
湿热证	3	5.0

2.3 糖尿病肾病Ⅳ期患者本虚证与标实证之间的联系

从下图可见，5项本虚证候中均可伴有血瘀证的出现，当病情发展至脾肾阳虚及阴阳两虚时则水气证多见。

表4 60例DKD患者本虚证与标实证之间的联系

本虚证	标实证				总数
	血瘀证	湿浊证	湿热证	水气证	
脾肾阳虚	3	1	0	9	13
气阴两虚	6	1	3	1	11
脾肾气虚	6	1	0	0	7
阴阳两虚	3	0	0	2	5
肝肾阴虚	3	0	0	0	3

2.4 糖尿病肾病Ⅳ期本虚证证候与肾小球滤过率(eGFR)分布情况

由下图可见，肾小球滤过率介于60-90mL/min/1.73m²，肾功能不全期的糖尿病肾病患者所表现的证型有气阴两虚证4例、脾肾气虚证1例；肾小球滤过率介于30-59mL/min/1.73m²，肾功能衰竭期的患者证候频率依次为气阴两虚证、脾肾阳虚证、脾肾气虚证、阴阳两虚证；肾小球滤过率介于15-29mL/min/1.73m²的患者证候频率依次为脾肾阳虚证、脾肾气虚证、气阴两虚证、肝肾

阴虚证、阴阳两虚证；肾小球滤过率介于10-15mL/min/1.73m²的患者证候频率依次为脾肾阳虚证、气阴两虚证、肝肾阴虚证、阴阳两虚证、肝肾阴虚证。

表5 60例DKD患者与肾小球滤过率(eGFR)分布

eGFR	证型					合计
	气阴两虚	脾肾阳虚	脾肾气虚	肝肾阴虚	阴阳两虚	
60-89	4	0	1	0	0	5
30-59	9	8	5	0	3	26
15-29	3	7	4	3	2	19
10-15	2	4	0	1	3	10

讨论

1 糖尿病肾病IV期的证候和症状规律

通过以上资料分析可见，糖尿病肾病多见于老年性病患，本研究中50岁以上的患者总数占96.7%，并且主要以61至70岁的患者居多，占41.7%。糖尿病病程以11至20年的病患居多，提示糖尿病患病日久可逐渐引发其他的并发症。在本研究的糖尿病肾病IV期的患者中，本虚证候主要以气阴两虚证及脾肾阳虚证最为多见，两者均占31.7%，而后依次为脾肾气虚证(16.7%)，阴阳两虚证(13.3%)，肝肾阴虚证(6.7%)。标实证中主要以血瘀证(35.0%)及水气证(20.0%)为主，而后为湿浊证(5.0%)及湿热证(5.0%)。在60例糖尿病肾病患者中，虚实夹杂证组合高达56.7%，可以看出，DKD的病性主要是本虚标实之证，在本虚的基础上，兼夹有一种或多种病理产物。

在DKD症状分析方面，症状出现频率最高的10项症状依次为：①腰酸膝软(81.7%)②倦怠乏力(75.0%)③气短懒言(48.3%)④口干咽燥(45.0%)⑤肢体浮肿、下肢尤甚(43.3%)⑥畏寒肢冷(41.7%)⑦脘腹胀满(41.7%)⑧肢体麻木(40.0%)⑨小便清长、夜尿增多(38.3%)⑩心烦失眠(35.0%)。其中腰酸膝软，倦怠乏力、气短懒言，脘腹胀满均提示了气虚的存在。腰为肾

之腑，且本病病患主要以老年人居多，先天之本肾气逐渐衰惫，因此腰酸膝软为主要表现。脾主运化，脾气虚则运化功能减退，因此出现脘腹胀满的症状。口干咽燥及心烦失眠提示阴虚的存在，阴虚日久则生内热，因此患者会表现为欲饮及心烦等虚热内扰之症。肢体麻木提示了血瘀证的存在。肢体浮肿、下肢尤甚，畏寒肢冷，小便清长、夜尿增多提示了阳虚证及水湿停留的证候。《景岳全书》有云：“下消者，下焦病也，小便如膏如脂，面黑耳焦，日渐消瘦，其病在肾，故又名肾消也。”提示当糖尿病牵连至肾脏的时候，小便如膏如脂即泡沫尿为本病的主要表现，肾主藏精，肾体受损时则精微封藏不固，可出现蛋白尿及夜尿频多等。《素问·至真要大论》提出：“诸湿肿满，皆属于脾”，脾为治水之脏，肾主水，两者气化功能失司则出现水液储留，溢于肌肤，表现为水肿等症。

由以上常见症状可见，DKD并无特异性的症状表现，相对于糖尿病的“三多一少”即多饮、多食、多尿、消瘦而言，DKD的患者主观感觉并无特异性，病情稽久不愈，可导致五脏衰败，气机逆乱，三焦阻滞，水湿瘀泛滥，则为关格、癃闭等危证。因此需要鼓励患者定期进行检查，以达到早发现、早治疗的优势预防终末期肾病的降临。

2 糖尿病肾病IV期的中医证候结果分析

本研究中糖尿病肾病IV期的患者本虚证候主要表现为气阴两虚证及脾肾阳虚证。肾为先天之本，肾脏藏有元阴元阳，患者因个人体质因素，加以情志、饮食偏好等，可以出现不同的证候。糖尿病肾病初期主要表现为脾肾气虚证，但病情延续到临床糖尿病肾病期则可逐渐伤阴或伤阳，偏阴虚者主要表现为气阴两虚之证，偏阳虚者则表现为脾肾阳虚之候。气阴两虚证日久，亦可出现阴损及阳，而转化为阴阳两虚证。从本研究中患者的肾小球滤过率的高低可见中医证型的转化。病

情较轻浅在肾功能不全期的糖尿病肾病患者所表现的证型以气阴两虚证为主；当进入肾功能衰竭期，证候频率依次为气阴两虚证、脾肾阳虚证、脾肾气虚证、阴阳两虚证；当肾功能进一步恶化直至尿毒症期时，出现阳为阴损，阴阳两虚的病情转归，证候频率依次为脾肾阳虚证、脾肾气虚证、气阴两虚证、肝肾阴虚证、阴阳两虚证；当肾小球滤过率进一步恶化，进入尿毒症期时，患者的证候频率依次为脾肾阳虚证、气阴两虚证、肝肾阴虚证、阴阳两虚证、肝肾阴虚证。

糖尿病久病入络学说已达成熟阶段，许多医家认为消渴的病机应加上“瘀血为患”，因血液瘀滞贯穿于消渴疾病始终。气为血之帅，气虚运血无力，血行瘀滞酝酿成血瘀证候，因此在本研究气阴两虚证及脾肾气虚证均以血瘀证为最常见的标实证。吴以岭教授认为络脉瘀阻、津凝痰聚是DKD的主要病理环节。因肾之络脉结构细小迂曲因此气血环流缓慢，当气虚无力推动血液时，容易导致瘀血内生^[7]。李岩等认为糖尿病的主要病理损害就是动脉硬化，DKD肾脏结构及肾血流动力学改变，其特异性的病变为入球小动脉及出球小动脉同时发生玻璃样变，以中医络病学说机制而言，主要是由于气机阻滞，血液运行迟缓，络毒蕴结而形成DKD的血管病理改变^[8]。

瘀血内阻，影响气血循环，可进一步加重气机阻滞，气机不畅影响运化水湿功能，则水湿内停，引发水肿。所形成的气滞、血瘀、湿阻亦可相互影响，使得病情迁延不愈。阳虚则水液失于温煦，气化失司，水液停留于体内，可诱发肢体浮肿等症状，因此本研究中，水气证最多见于脾肾阳虚证及阴阳两虚证的患者。

总体而言，糖尿病肾病主要是由于虚、瘀、水、湿有密切的关系，脏腑虚损，精微物质匮乏，终致脏腑衰惫，病理产物蓄积于体内，气机逆乱而成危候。

本课题限于时间的因素，所纳入的病例数较少，不能最大限度的反映本地DKD患者的中医证候学特征，为其主要的不足之处。日后应进一步扩大研究，采用长周期、多中心、大样本采集病例，并纳入糖尿病肾病各期的病例，研究中医证候学与西医指标之间的关系。糖尿病肾病中医证候学的统一化、规范化将有助于提高临床疗效。我们期望能达到中西医可各取所长，取长补短，互相探讨治疗方案，为糖尿病肾病患者带来更好的福音。

参考文献

- [1] International Diabetes Federation.IDF Diabetes Atlas, 6th eDKD. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013.
- [2] Epidemiology SMOH, Department DC. National Health Survey 2010, Singapore: Epidemiology and Disease Control Division, Ministry of Health; 2011
- [3] Trends of End Stage Renal Disease in Singapore. Singapore National Registry of Diseases Office July 2013.
- [4] Levey, Andrew S., et al. "Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)." Kidney international 67.6 (2005): 2089-2398.
- [5] 郑筱萸."中药新药临床研究指导原则." 试行 (2002): 151-155.
- [6] 肾病分会. "糖尿病肾病诊断, 辨证分型及疗效评定标准 (试行方案)[J]." 上海中医药杂志 (2007): 7-8.
- [7] 吴以岭,魏聪,贾振华等. 从络病学说论治糖尿病肾病及相关研究[J]. 上海中医药大学学报,2007.05:5-8.
- [8] 李岩,赵雁,黄启福等. 糖尿病肾病络病机制研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2002.03:68-70.

针刺结合手法综合治疗颈神经根型颈椎病临床研究报告

研究组：中华医院痛症组组长
门诊单位：中华医院痛症组

概述

颈椎病(CERVICAL SPINE)简称CS，又称颈椎综合征，是一种进展缓慢的颈椎退行性疾病，是中医骨伤科临床常见疾病及多发病，更是中老年人的常见病和多发病。在其他症型发病率中，此症型居高，约占70%-80%左右。各专家学者普遍性认为神经根型颈椎病(CSR)是由于颈椎椎间盘的退行性改变，机械因素和化学因素刺激神经根，导致其异常放电而引起疼痛的产生。本病是通过传统中医针刺结合手法治疗颈神经根型颈椎病，操作简单方便，疗效较为肯定。

颈椎病(CERVICAL SPINE)简称CS，又称颈椎综合征，是一种进展缓慢的颈椎退行性疾病，是中医骨伤科临床常见疾病及多发病，更是中老年人常见病。各专家学者普遍性认为神经根型颈椎病(CSR)是由于颈椎椎间盘的退行性改变，机械因素和化学因素刺激神经根，导致其异常放电而引起疼痛的产生。在其他症型发病率中，此症型居高，约占70%-80%左右。

神经根型颈椎病(CSR)的病理特点是由颈椎钩椎关节增生、关节突骨赘及损伤肿胀的软组织共同形成混合性的突出物，对神经根产生机械压迫和化学刺激的双重伤害，引起典

型的放射性神经痛。由于颈椎发生外力急慢性损伤或受风寒之邪刺激的作用下，颈段性不稳定，骨质增生及骨赘形成等因素引起脊柱内、外平衡失稳，突出的髓核和周围组织损伤性炎症变化形成混合性突出物，刺激及压迫神经根而导致为向上肢传导的放射痛。放射痛神经痛往往呈急性发作，或在慢性疼痛的基础上急剧加重的特点。

神经根型颈椎病(CSR)的重要临床表现是根性痛，由于多为单根神经根受累，疼痛常局限于颈、胸或上肢某一特定区域，有时甚至是唯一的临床表现。在传统中医学，神经根型颈椎病(CSR)属于“痹证”等范畴。

临床症状

其临床症状表现较为复杂，今日专家学者研究表明神经根型颈椎病(CSR)所引起颈肩臂疼痛、上肢麻木、上肢无力等的原因很多，主要表现为与脊神经根分布区相一致的感觉运动障碍及反射变化^[1]。

近年来，神经根型颈椎病(CSR)随着人们生活方式的改变，临床表现发病率呈逐年上升及年轻化的趋势，主要表现临床为颈项疼痛或颈肩臂疼痛、麻木、僵硬、颈肩部活动受限，肩背部沉重变硬，上肢无力，手指麻木，颈后有压痛并放射痛为主。对于人们的生活质量构

成了潜在威胁。本病重患者还可导致瘫痪甚至危及生命^{[2][3]}。

现代医学认为颈椎病是椎间盘本身的退变及其继发性改变刺激或压迫邻近组织而引起的各种症状和体征，颈椎间盘退变为其病理基础。神经根型颈椎病(CSR)起病缓慢，主要由于颈椎后方小关节的骨质增生，钩椎关节的骨刺形成，以及其相邻的3个关节（椎体间关节、钩椎关节及后方小关节）的松动与移位，均可对脊神经造成刺激与压迫。主要症状为较典型的根性症状，且其范围与颈脊神经所支配的区域相一致，如根性痛、麻木感、根性肌力障碍、腱反射改变、颈部痛、压痛及颈椎挤压痛、后枕部麻木感等等^[4]。

神经根型颈椎病(CSR)是由于机械因素和化学因素刺激神经根，导致其异常放电而引起疼痛的产生。其中机械因素是指颈椎骨样赘生物对神经根的直接压迫，而化学因素是指椎间盘中所含有并释放的许多能诱导神经根炎性反应的化学因子，如蛋白酶、磷脂酶A2、前列腺素、NO、各种细胞因子。这些物质可使神经根及其周围软组织产生无菌性炎症，从而出现神经根刺激症状。因此神经根型颈椎病是以机械压迫为诱因，局部炎症引起异常电活动产生疼痛为最终结果。

诊查要点

症状：颈部疼痛，向一侧或两侧肩臂放射，手指麻木。

体征：颈部活动受限、僵硬，横突尖有放射状压痛，受压神经根皮肤节段分布区感觉减退，腱反射异常，肌力减弱。臂丛神经牵拉试验阳性，颈椎间孔挤压试验阳性。

颈4以上神经根受累，出现颈部疼痛及后枕部感觉异常或颈肩痛，颈5神经根以下受累则除颈项僵硬及活动受限，疼痛向胸背、肩胛、一侧或两侧肩臂上肢放射，手指麻木。

颈5神经根受损：向上臂及三角肌区外侧

放射，冈上下肌、三角肌、肱二头肌及肱桡肌力减弱，肱二头肌及肱桡肌腱反射消失。

颈6神经根受损：向上臂外侧放射，可沿前臂桡侧达拇指，可有拇指及食指感觉减退，肱二头肌及桡侧伸腕肌肌力差，肱二头肌反射减弱或消失。

颈7神经根受损：放射向前臂背侧及腕背侧，食指及中指感觉异常，肱三头肌肌力及反射均减弱。

颈8神经根受损：放射向上臂内侧及前臂尺侧，伸腕肌群、屈腕肌（除桡侧屈腕肌）及手内在肌肌力减弱，环指及小指感觉异常，肱三头肌反射均减弱或消失。

X线检查：钩椎关节增生，椎间隙变窄，生理曲度改变颈椎不稳，项韧带钙化，椎间孔变小等。对于可能的颈椎病变，X线正侧位片是最基本的检查，斜位片有助于观察椎间孔有无骨刺形成，伸屈动力侧位片可以帮助了解有无节段性不稳定。CT加脊髓造影可以良好的显示侧隐窝狭窄，由于MRI的无创性及其对椎间盘、脊髓等的高分辨率，目前它已更多的用于颈椎病的检查。

古代医学

中医多认为，本病多因肝肾亏虚，气血不足，腠理空虚，风寒湿邪乘虚而入，或痰饮、瘀血凝滞颈部经脉，以致气血闭阻，气机不畅，不通则痛，筋失所养则痹、则萎。

黄帝内经中指出《素问·痹证论篇》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”又曰：“痛者，寒气多也，有寒故痛也，其不痛不仁者，病久入深，营卫三行涩，经络时疏，故不通，皮肤不营，故为不仁。”指出寒邪侵袭是本病的一个致病因素。

《素问·痿论》记载：“宗筋主束骨而利关节也。”对于筋的解剖、生理、病理，中医学早有所认识。据历代文献记载，可理解为现代解剖学的肌腱、筋膜、关节囊、韧带、腱

鞘、滑囊、椎间盘、关节软骨及半月板等。人体是有机的整体，筋伤疾病的发生往往是内外综合致病的结果。筋伤的治疗应从“整体观念”出发，贯彻“筋骨并重”、“动静结合”、“内外兼治”、“病症合治”的原则。经过历代医家的不断发展，理伤手法在临床中应用非常广泛，如伤筋、脱位、骨折。《医宗金鉴·正骨心法要旨》：“手法者，诚正骨之首务哉。但伤有轻重、而手法各有所宜。”因此，在应用手法时，还应根据疾病类型、部位及患者自身体质强弱来选择应用，并严格掌握手法的适应症及禁忌症。

中医治疗

临床中中医治疗以辨证治疗为主，外用针灸、推拿等物理治疗手段，让患者的局部血液循环以及神经根缺血情况得到改善。此外，针灸和推拿可以让患者的经络舒缓，行气活血，缓解疼痛，对突出和神经根位置的关系进行调整，起到了标本兼治的作用。

1 针刺治疗

取穴：风池，后溪，外关，悬钟穴。患者俯卧位姿势；术者操作：选用25号1.0-1.5寸毫针，棉花及棉花球，75%酒精常规消毒，术者针刺除了风池穴行针刺微下，向鼻尖斜刺，掌握针刺角度和深度。其他穴位都是直刺。得气后行平补平泻手法，以患者有酸、麻、胀为度，留针30min。每周治疗1次，每次15~30分钟，10次为1个疗程。

2 推拿治疗

推拿手法，患者端坐在方凳上，医者立于患者背后，涂上一点跌打油或膏，医者用自拇指指腹与中指指腹按揉双侧风池穴2分钟，用拇指指腹与食、中指指腹对称用力拿捏颈项双侧两旁的软组织由上而下操作3-5遍。在用拇指指腹按揉天宗穴2分钟，用掌揉法于颈项

部双侧及颈项正中作圆形按摩以放松颈项部肌肉。然后用拿法拿颈后部两侧僵硬的肌肉3-5遍。随后用滚法或者掌根揉法按揉颈肩部及上背部，充分放松10分钟；以消除肌肉疲劳，解除肌肉紧张状态，排除神经根周围的炎症，以助于椎间盘突出物归纳。每周治疗1次，每次15~30分钟，10次为1个疗程。

3 旋转复位法

颈椎以C6-C7颈椎棘突向右偏歪为例，患者端坐，颈部自然放松，术者立于患者身后，左手拇指顶椎C6-C7棘突的右侧，其余四指扶持颈部，术者的右前臂掌面紧抵下颌体，掌心抱住后枕部，将抱头的手向上牵提和向右侧旋转头颅，与此同时左手拇指向颈左侧方(棘突偏弯的相反方向)和颈前方同时顶推向右偏弯的C6-C7棘突，此时多可听到一声响，觉指下棘突轻度位移。嘱患者头颈处中立位，触诊C6-C7棘突，如已拨正，手法即完毕。施术时一定要轻柔、准确、酌情用力，力求稳、准、轻、巧，切忌暴力。手法治疗一般1周1次，2周为1疗程。治疗1个疗程后判定疗效。

4 刮痧治疗

患者坐位，暴露颈部及双侧肩部，术者立于其身后。先行刮痧操作：使用刮痧板和刮痧油（活络油），依次刮后颈部（从风府穴到大椎穴）及颈两侧（从风池经肩井至肩上，从肩外俞经秉风至肩贞），先轻后重，缓缓而行，当皮肤出现紫红色或紫黑色痧点、痧斑时即可(患者能耐受的情况下)，酸痛处可重点刮拭，刮痧结束后嘱患者饮一杯温开水以促进毒素排出。

治疗讨论

督脉、手足少经、足太阳经循行于颈部，颈部若受风寒湿邪气侵袭经络则容易导致经气不通，脉络痹阻，甚至引发经气亏虚，即可出

现疼痛不适的表现,神经根型颈椎病(CSR)多是风寒所致,风为百病长,风池是风邪的藏身之所,针刺有疏风的作用,经气血在风池处可化为阳热风气,受外部之热,水湿之气胀散并化为阳热风气输散于头项各部,风池可治疗各种因风寒湿邪所致的疾病。后溪为太阳小肠经的输穴,“荣输治外经”,“输主体痛”,且后溪通督脉,按照全息理论,后溪对应于颈项部。

悬钟穴是胆经上的穴位,它是八会穴之一,通骨髓,又叫“髓会”,“髓生血”,对颈部肌群在较长时间内处于过度拉伸状态,局部气血失于调和,寒邪乘虚而入,导致血液循环障碍影响代谢产物的排出,颈部肌肉便产生了痛感和僵硬感,既能疏通经络、行气活血的功能,对气血虚弱和失调导致的颈椎病有很好的调节作用。

外关属于少阳三焦经穴,最早见于《黄帝内经·灵枢·经脉篇》,为少阳之络,八脉交会穴之一,通阳维脉三焦经,对颈部肌群有解痉止痛、通经活络之功,即中医所认为的“不通则痛”及“不荣则痛”针灸疗法能够达到疏通经络、益气养血的功效,进而濡养局部经络,充盈气血,使疼痛、麻木之感消失,达到治疗目的。因此,针刺对神经根型颈椎病的治疗具有良好疗效。

推拿手法治疗是神经根颈椎病(CSR)的有效治疗方法之一。推拿手法治疗直接作用于颈项背部,是为近治,能解除或减轻对神经根的机械压迫和椎管内外的软组织炎性肿胀,消除因神经根压迫引起的继发性颈神经炎。传统中医手法可解除颈肩部肌群痉挛状态,促进颈椎部软组织的血液循环,恢复受压迫的神经根的功能,同时可清除身体内的致痛物质,有利于促进神经根周围水肿的消退^[7],以达到“通则不痛”的效果^[8]。

刮痧是一种以经络理论为基础的疗法,其治疗疾病以祛风散寒、活血祛瘀、通经活络为原则;以能振奋经脉阳气,把阻经络的病原

驱除于体表,使气血调畅,改善神经血供,改善微循环,局部组织形成高度充血状态,促进水肿吸收,加快酸性代谢产物排泄,减轻致痛物质对神经根的刺激。

中医的传统保守治疗方法

神经根型颈椎病(CSR)主要是通过中医的传统针刺结合推拿手法的有效保守治疗方法,中医临床上无论是单纯的治疗还是综合治疗以外,中医传统针灸治疗可以疏通经络、宣通气血。中医传统推拿手法治疗可充分放松肌肉组织,缓解肌肉痉挛程度,改善病变组织的血液供应,并恢复椎体正常解剖关系,解除神经、血管受压和肌肉的牵拉状态;并能刺激机体组织,可明显提高病变周围组织的痛阈^[9],减轻疼痛的程度。同时手法可纠正颈椎棘突错位恢复脊柱的内外力学平衡(解剖或代偿平衡),解除对神经的压迫和刺激,并使神经根周围炎性粘连得以松解,解除神经根周围的充血和水肿,有助于突出的椎间盘突出物收纳,缓解疼痛,恢复其正常功能,消除疼痛麻木等临床症状。

纠正姿势与护理

在治疗本病期间,应嘱病患多注意纠正平时的不良姿势,注意减少长时间低头屈颈工作,纠正不良睡眠体位,纠正枕头过高度,纠正电脑前工作的姿势,减少电子游戏等,时戴颈围固护。当症状改善后即应进行增加颈椎功能锻炼,如颈项前屈、后伸、左右转向,适当的锻炼能改善肌肉血液循环,增加肌肉的反应性和强度,松解软组织的粘连,纠正脊柱内在平衡

与外在平衡的失调,提高颈椎关节的稳定性,灵活性和耐久性,从而达到良好的治疗及预防作用,并在寒冷潮湿的季节应注意颈椎保暖,防止本病症的复发^[10]。

结语

综上所述：现代医学认为神经根型颈椎病(CSR) 是在于颈椎间盘的退行性改变及其继发性病理改变累及神经根而引起的病变，引起典型的放射性神经痛。中医认为：神经根型颈椎病(CSR)多因肝肾亏虚，气血不足，风寒湿邪乘虚而入，或痰饮、瘀血凝滞颈部经脉，以致气血闭阻，气机不畅，不通则通。神经根型颈椎病(CSR)进行采用非手术保守的治疗法，可在临床上达到一定的疗效，所以现代中医临床上通过传统针刺结合手法综合对神经根型颈椎病(CSR)进行保守治疗，以达到舒筋活络、疏通经络、宣通气血、消炎止痛，手法可整复筋骨，重建力学平衡，有助于椎间盘突出物收纳。多调整不良姿势和习惯，在配合适当功能锻炼，才能改善肌肉的血液循环，增加肌肉的反应性和强度，提高颈椎收纳后的稳定性，灵活性和耐久性，预防颈椎间盘突出的复发。

因此我们对中医传统针刺结合手法综合治疗颈神经根型颈椎病(CSR) 的疗效机理初步的探讨，但仍有许多问题未能阐明，有待今后进一步探讨研究。总之，应用传统中医的传统针刺结合手法综合治疗颈神经根型颈椎病(CSR)具有疗效确切，使用安全，患者痛苦小，经济实惠等优点，只要适应症掌握正确，可以取得较好的临床效果。

参考文献

- [1] 黄仲海, 朱志强, 张春燕, 李凌云, 以腹针为主综合治疗神经根型颈椎病44例疗效观察. 广西壮族自治区中药研究院, 广西. 南宁, 530021.
- [2] 黄仲海, 朱志强, 张春燕, 腹针结合推拿治疗神经根型颈椎病疗效观察, 广西壮族自治区中药研究院. 广西. 南宁, 530021.
- [3] 赵炎, 推拿结合针灸治疗神经根型颈椎病的疗效观察, 天津中医药大学300193, 天津南开区玉泉路88号.
- [4] 邓晋丰、钟广玲, 骨伤科专病中医临床诊治, 北京: 人民卫生出版社, 2000, 208.
- [5] 潘之清. 实用脊柱病学. 济南: 山东科学技术出版社, 1999.132.
- [6] 林绵辉. 颈椎病的中医治疗[J]. 黑龙江医药, 2005, 18(4): 307-308.
- [7] 金宏柱. 推拿学临床[M]. 南京: 上海中医药大学出版社, 2002: 35.
- [8] 张安祯. 武春发. 中医骨伤科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1988: 54.
- [9] 孙树椿, 张清. 椎动脉性颈椎病的X线观察与诊断 [J]. 中国中医骨伤科杂志2001; 9(1): 28-30.

通过脉诊仪学习中医脉诊

新加坡·黄惠萍

前言

四诊之望、闻、问、切是中医自古至今独有的特色诊断方法。古代著名医家扁鹊（公元前401-310年）言：“切脉、望色、听声、写形，言病之所在。”反映了当时中医的诊法包括了切脉、望色、听声音与看形态。《难经》提出：“望而知之者，望见其五色，以知其病；闻而知之者，闻其五音，以别其病；问而知之者，问其所欲五味，以知其病所起所在也；切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知其病，病在何脏腑也。”即是四诊完整的内容与临床意义。

《灵枢·九针十二原》篇曰：“凡将用针，必先诊脉，视气之剧易，乃可以治也。”

反映了脉诊一直以来在针灸临床中扮演了治疗指引方向的角色，让医者通过脉诊了解患者疾病的阴阳、表里、虚实、寒热，气血盛衰等，与所涉及之脏腑， 经络， 病位等，据此而确定针刺的穴位与其深浅，针具的选择，留针与否，留针时间，补泻手法等。可见脉诊的应用不只用于中医内科。在内经时代，已经强调了针灸前诊断脉诊的重要性。

脉象理论和切脉方法源自于《内经》。《素问·三部九候论》提出，切脉的部位有头（上）、手（中）、足（下）三部，每一部又分天、人、地三候，三三合而为九，称之三部九候法。而在《难经》强调“独取寸口”已经成为现代中医常用的“寸口诊法”。从古至今，医家与学者都在不断的探讨脉诊的原理以及如何运用在临床诊断治疗上（表1）。

表1： 各代医家与学者有关脉学的专著与研究^[1]

时间	医家	医学专著	研究
东汉	张仲景	《伤寒论》、《金匱要略》	确立了脉证并治的原则
西晋	王叔和	《脉经》	现有第一本描述脉象的形态的医学专著
明朝	李时珍	《濒湖脉学》	脉学理论与临床互为佐证
清朝	周学海	《重订诊家直诀》	脉学理论与临床互为佐证
清朝	周学霆	《三指禅》	脉学理论与临床互为佐证
1960	费兆馥	《中国脉诊研究》及《现代脉诊学》	脉波图形研究，以脉形时域图的分析为主
1970	任应秋	《中医脉学十讲》	现代脉学研究
1976	汪叔游 (台湾)	《中国脉证学》	开发脉波仪，以脉形时域图的分析为主
1986	黄世林、孙明昇	《中医脉象研究》	现代脉学研究
2009-迄今	黄进明 (台湾)	《现代脉诊图谱学》、《中医脉诊学》	续发脉波诊仪，以脉形时域图，频谱图的分析为主
2010	许跃远	《大医脉神》	现代脉学（临床应用）研究
2011	段治钧	《胡希恕讲仲景脉学》	现代脉学（临床应用）研究
2012	寿小云	《心有灵犀一脉通》	现代脉学（临床应用）研究
2012	Leon Hammer (美国)	Handbook of Contemporary Chinese Pulse Diagnosis《当代中医脉诊精华手册》	现代脉学（临床应用）研究

图1：脉诊仪



第二代脉诊仪(台湾)



第三代脉诊仪



王叔和在《脉经》提到“脉理精微，其体难辨，在心易了，指下难明。”道出了中医诊脉的精微与难辨。在初学脉诊时，要把《重订诊家直诀》曰：“夫脉有四科，位、数、形、势而已。位者，浮、沉、尺、寸也。数者，迟、数、促、结也。形者，长、短、广、狭、厚、薄、粗、细、刚、柔。犹算学家之有线面体也。势者，敛、舒、伸、缩、进、退、起、伏之有盛衰也；势因形显，敛舒成形于广狭，伸缩成形于长短，进退成形于前后，起伏成形于高下，而盛衰则贯于诸势之中，以为之纲者也。此所谓脉之四科也。”中的脉象之位、数、形、势相兼变化所分类出来的二十八脉从文字叙述去想象，其实不容易掌握。再加上每一位医师把脉时手指的敏感度不同，对脉诊的解读也比较主观，故对辨证论治可能会有不同的定论。

学习脉诊：

作者在中国医药大学（台中）就读国际针灸硕士学位学程时，有幸与指导老师李育臣副教授与黄进明助理教授学习临床研究。目前“针刺下背痛对寸口桡动脉之影响”的研究正在进行中。该研究运用了融入生理学、数学、自动工程学等的现代科学仪器“脉诊仪”，配合现代西医常用的疼痛量表，Fingertip-to-floor 测试，Oswestry Disability Index等，透过主观与客观的测试来探讨针刺下背痛（肾俞、大肠俞和委中）患者之脉象在其治疗前后的变化。（图1）

黄进明老师学习中西医精华，有丰富的



临床经验，研究脉诊与研发脉诊仪多年，目前脉诊仪已经发展至第三代。其脉诊仪的研发参考了魏凌云教授（1980-1984）以谱能量比（Spectral energy ratio）探讨正常人与病人寸口脉象的差异，魏教授研究发现正常人脉波频谱的能量超过99.1%集中在10Hz以下，生病时10Hz以上的频谱能量会增加；以及王唯工教授（1987）利用傅立叶转换（Fast Fourier Transformation）来分析脉波，所提出的”共振理论”中指出频谱之谐波的强度与脏腑的相关性，并对照临床指下感觉；以汪叔游教授研发的汪氏脉波仪为基础，改良并提高其检查支架的灵活度，并提升脉图的稳定度。通过脉诊仪为患者把脉，将生理讯号转换为微电子讯号，再透过电脑程式数据化和图形化，提供了即时脉波图的分析，让医师在临症诊断时可参考数据。老师也利用了脉诊仪探讨了Developing the Effective Method of Spectral Harmonic Energy Ratio to Analyze the Arterial Pulse Spectrum (2010)^[2], Application of Sphygmography to Detection of Dyspepsia and the Rhinitis

图2: 脉诊图谱(取自于「中医脉诊学」95页)。

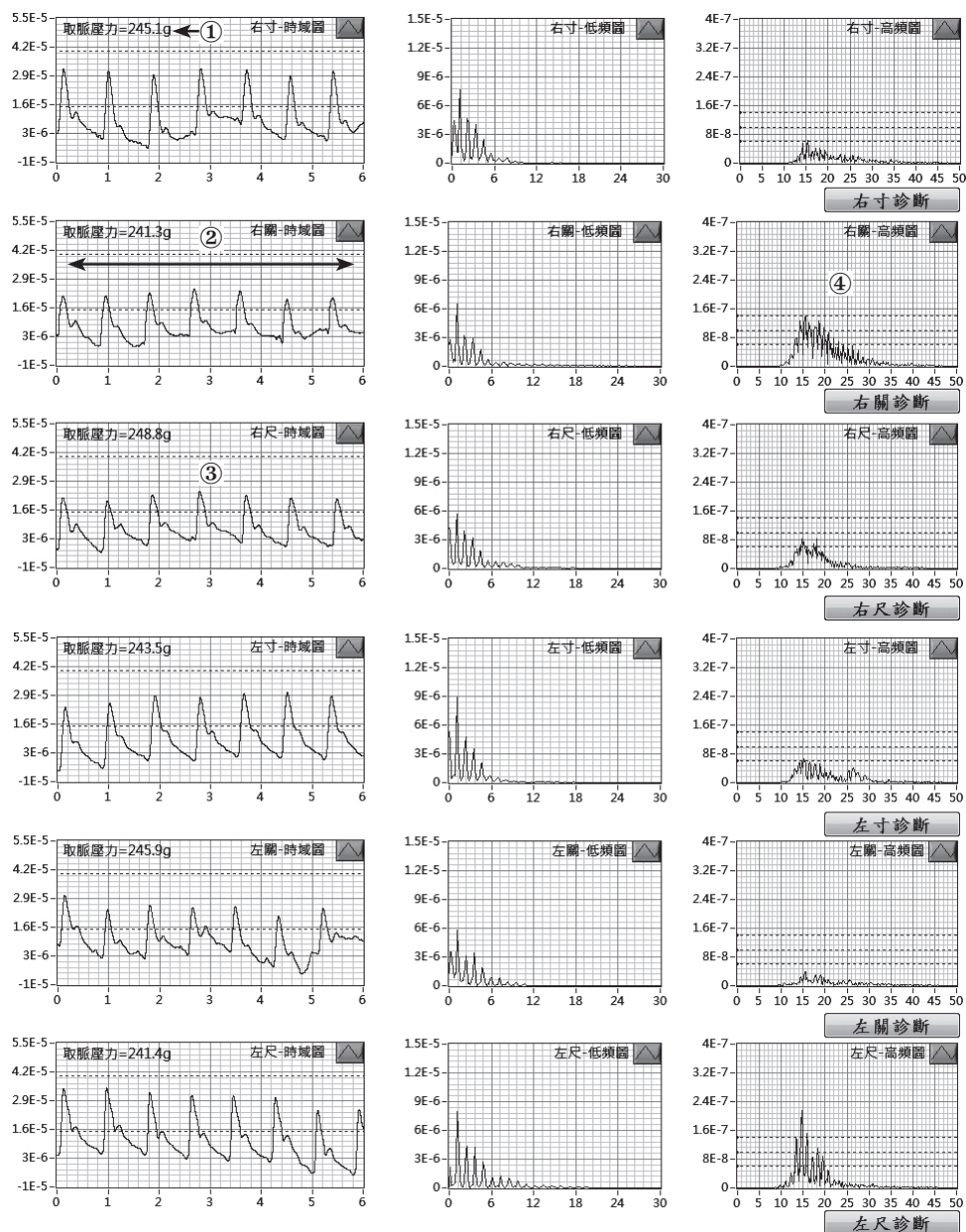


图2-41: 男, 38岁, 主诉: 易倦, 时腹胀闷痛, 易腹泻, 晨易打喷嚏, 鼻塞。
综合判图:

	脉形	脉势	脉波拟诊
右寸	滑, 稍不均	敛	1. 肝气阴两虚 2. 寒郁肺阳明太阳 3. 下焦湿热
右关	弦, 稍不均	敛, 盛, 气滞	
右尺	滑弦	敛, 微盛, 气滞	
左寸	弦	敛, 气滞	
左关	滑偏细, 不均	甚弱	
左尺	滑	舒, 甚盛, 气滞	

注: 脉数未注明者表示在正常范围, 脉势未注明“盛衰”表示在正常范围。

(2011)^[3], Radial pressure pulse and heart rate variability in normotensive and hypertensive subjects(2011)^[4], Radial pressure pulse and heart rate variability in heat- and cold-stressed humans(2011)^[5], The Pulse Spectrum Analysis at Three Stages of Pregnancy(2012)^[6], Acupuncture effects on the pulse spectrum of radial pressure pulse in dyspepsia(2012)^[7]. 所研发的脉诊仪能提供左右寸、关、尺脉的时域

图与频谱图,显示了脉象的位、数、形、势(图2)。

①位:取脉压力反映浮、中、沉取之最佳脉图;②数:每分钟的次数等于主波幅次数乘以10;③形:脉的形状与脉波振幅大小,脉形均匀度等;④势:反映脉势之虚实寒热,信号密度“敛”为气寒、气滞,信号密度“舒”为湿热。

图3提供了中药治疗前后脉象的改变之案例:

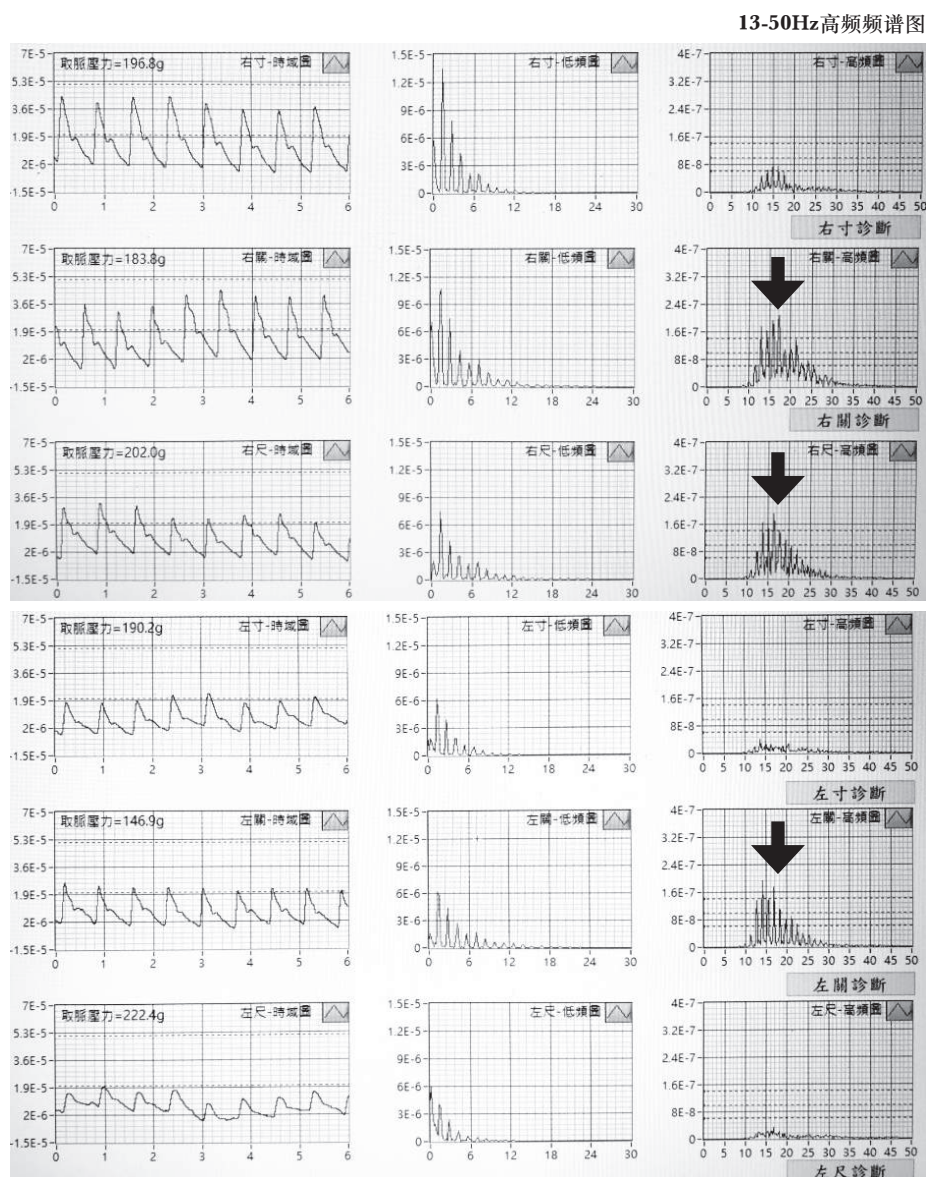


图3a. 治疗前脉象

女性患者，37岁。主诉：下肢水肿多年，时便秘，不易入睡，小便偏黄，腰酸甚，神倦，舌质淡。

脉图分析：

治疗前：左边脉形可见主波上三分之一宽度较大，重搏波不明显，为弦脉，右左三部波形大小不一；右边高频频谱可呈现脉势，右关（脾胃）、右尺（肾、大肠）与左关（肝胆）的13-50Hz高频频谱图密且高，脉势属「舒且

甚盛」，如箭头所指，为湿热所伤。左寸脉波小，脉势低下，为心气虚；左尺脉波最小，波形不规律，脉势低下，为肾虚甚。（图3a）

治疗后：患者每天服用调胃承气汤2.5g，甘露饮3g，苓桂术甘汤8g，制附子0.8g。一周后，症状改善。

脉图分析：

六脉波形变化不大，左尺脉形规律；右关（脾胃）、右尺（肾、大肠）与左关（肝胆）

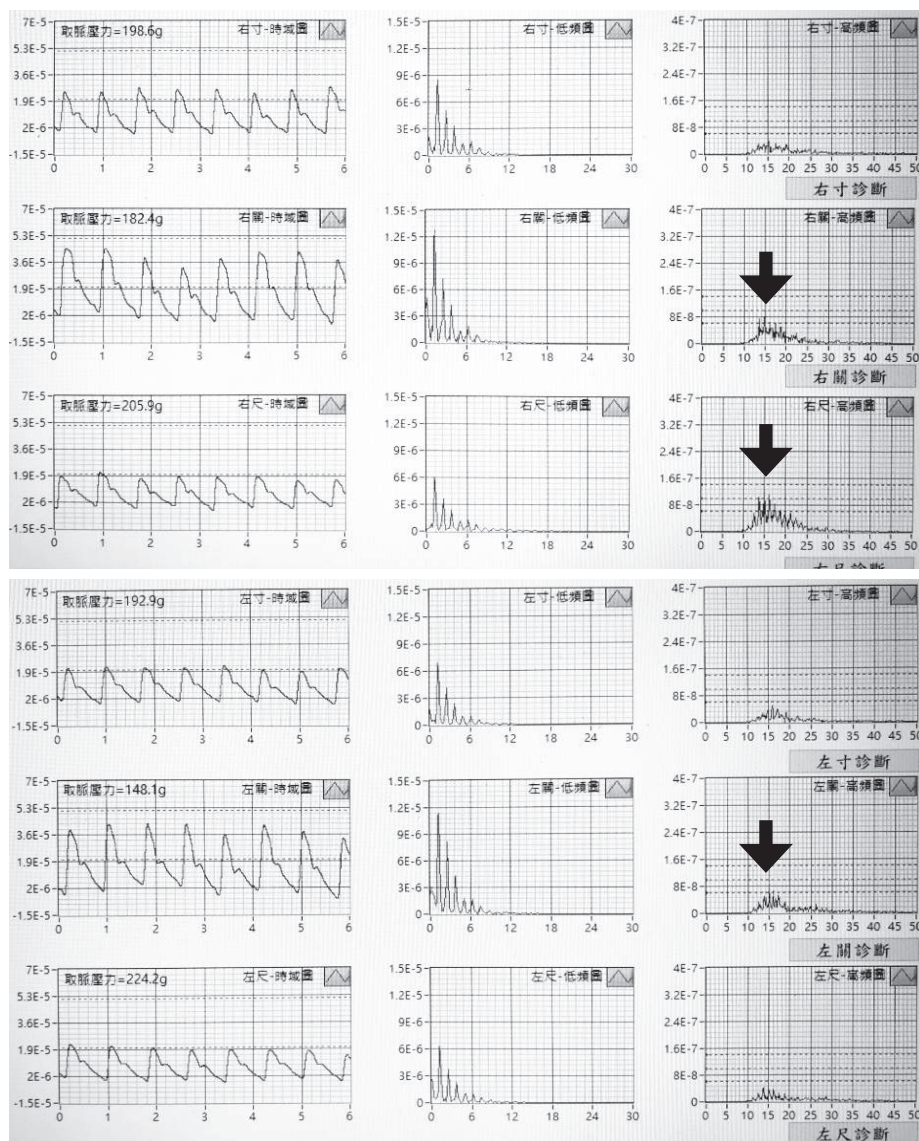


图3b. 治疗后脉象

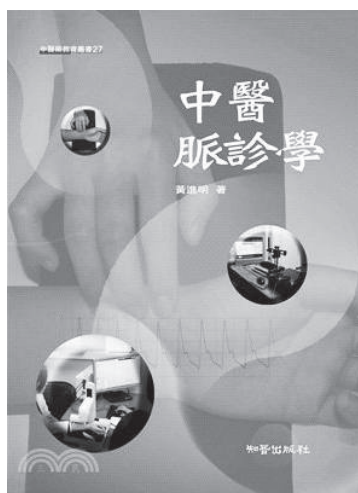


图4: 《中医脉诊学》(黄进明老师著)

的13-50Hz高频频谱图,脉势能量较下降,如箭头所指。(图3b)

结论

脉诊学现代化的开拓,使脉诊能如心电图一样以图形表现,不但能客观化与数据化,也提供给医师在临床上诊断的辅助。学习中医的初学者更能通过脉诊仪的图谱配合研读「中医脉诊学」(图4)互相参照,可以对脉诊有更深层的理解。有些人或认为脉诊的科学化、人工智慧化会取代中医师,其实不然。在作者的体验中,脉诊仪其实是中医师的辅助工具,让我们能以图形看到寸口桡动脉下可能连手指都摸不到的细微。目前新加坡的学院并没有把脉诊学设为独立的课程,希望有朝一日,学院可以考虑开办这样的课程,让学习中医的人有机会学习正确的把脉,使中医脉诊学的传承更为扎实并发扬光大。

参考文献

- [1] 黄进明, 中医脉诊学. 2015, 台湾: 知音出版社.
- [2] Huang, C.M., et al., Developing the effective method of spectral harmonic energy ratio to analyze the arterial pulse spectrum. Evid Based Complement Alternat Med, 2011. 2011: p. 342462.
- [3] Huang, C.M., et al., Application of sphygmography to

detection of dyspepsia and the rhinitis. Am J Chin Med, 2011. 39(2): p. 271-85.

- [4] Huang, C.M., et al., Radial pressure pulse and heart rate variability in normotensive and hypertensive subjects. J Altern Complement Med, 2011. 17(10): p. 945-52.
- [5] Huang, C.M., et al., Radial pressure pulse and heart rate variability in heat- and cold-stressed humans. Evid Based Complement Alternat Med, 2011. 2011: p. 751317.
- [6] Liao, Y.T., et al., The pulse spectrum analysis at three stages of pregnancy. J Altern Complement Med, 2012. 18(4): p. 382-6.
- [7] Huang, C.M., et al., Acupuncture effects on the pulse spectrum of radial pressure pulse in dyspepsia. Am J Chin Med, 2012. 40(3): p. 443-54.

中华医院的发展与运作转型

新加坡·黄纪威

前言

中华医院的发展，从66年前设立的中华施诊所开始，一步一脚印到今天，每年提供约30万人次中医诊治服务的慈善医院。随着新加坡社会环境的发展及经济条件的改善，医院的运作也不断作出调整，逐步提升中医诊治水平。2016年，在中医医师公会的70周年庆典上，会长赵英杰教授正式宣布中华医院将启动医疗改革，“把医疗服务的质量作为首要考量，改良收费制度，将慈善捐款真正用于救助贫困人士才符合慈善的宗旨，将营运资金用于提升医疗设施和聘请高素质的医疗人员，确保中华医院的可持续发展”^[1]。本文回顾了中华医院的发展过程，梳理了历来其关键事项，以及造就今天医院的运作特点，认识了门诊工作的主力是靠义务医师的奉献和依赖募款来补贴营运开销。配合公会推动新加坡的中医事业发展，本文也报导了医院在医疗服务质量提升措施和运作转型的展望。

一、中华医院成立的背景

中华医院是中医医师公会的两个重要附属机构之一，另一个机构是新加坡中医学院。中华医院在1952年成立时，基于当时的社会需要，提供中医施诊所服务，在中医学院成立后，又进一步扩展成为中医学院培训医师的临床实习培训基地。经过前辈们努力不懈，目前医院已陆

续发展到每周6天，分别在5个地点，提供早、午、晚三班的门诊服务，每年提供约30万人次的中医诊治服务。

1.1 医院的发展特色 - 义务工作扮演了重要的角色

中华医院营运的特点是拥有约500位的医师团队，其中480位是义务中医师。部分的义务医师也同时被推选成为中医医师公会的理事及中华医院的董事，负责领导这两个机构。义务医师每周提供相等于医院2/3诊治的总班次，其中少部分在院外也是从事中医行业，而大多数义务医师的全职工作与中医行业无关。义务医师每周只能看诊3至4小时的班次，而且多数是在周日晚上或周六才有时间参与工作，所以周日的早、午班次的诊病空缺，都由医院内20位全职医师来填补。与此同时，医院约一成的班次是配给中医学院作为临床带教用途，由学院的老师前来看诊兼带教。此外，医院还得聘请约100位行政管理及支援人员，来管理医院的五个院址的营运，确保每天三班的运作能顺利展开^[2]。

1.2 每年需募巨款来津贴运作

在新加坡社会环境下，过去50年的经济进展迅速，中华医院的营运也作出相应调整，然而提供大部份病人免费看诊的初心没有改变。医院对每位前来求诊的病人只收取3新元的挂号费，和约等于成本的药费，即每天的饮片

剂、颗粒剂和丸剂，分别是10、3及2新元。凡领取福利救济金者或贫困家庭仍可申请豁免缴交登记费和药费。在2017年，医院为了平衡940万新元的年总开销，得向社会人士募款270万新元来维持其营运缺口^[3]。换句话说，相当于每位病人来看诊一次，医院平均得津贴约9新元，这是一项难以持续的艰巨任务。

1.3 提升医师的医术和诊治服务

新加坡的中医师专业，在2000年被纳入国家宪法。从2004年起，只有获得卫生部注册的中医师才可行医，这提高了人们对中医的重视和期望。中华医院一路走来都积极提升医师团队的专业水平，特别是中国与新加坡在1991年正式建立外交关系后，为了方便两地中医师进行学术和临床交流，医院充分利用这个机遇，积极部署。医院从1995年起的10年里，陆续从中国聘请专家、教授共20多位，担任专病医疗组的临床指导和举行专题讲座，其内容涵盖了肿瘤科、脾胃科、心血管科、糖尿病科、肾疾病科、呼吸系统疾病科等内科和针灸科^[4]。从1997年起，医院逐步成立多个专病组，并向病人收取10新元诊费。医院在2003年重组专病组，并进行考核工作；经过重组后的专病组包括肿瘤、心血管、糖尿病、耳鼻喉、肠胃、中风后遗症、生育等^[5]。医院在2017年，将此项目门诊专病收费制延伸延至医院的全职资深门诊医师。

1.4 启动医院运作转型

为了配合公会2016年提出的‘医院运作转型’号召，以更好反映中医的价值，同时也协助减少医院营运开支的缺口，医院在2018年初，又相继推出特邀门诊及特需门诊，邀请临床经验丰富的医师，每周来医院看诊一次，在挂号费和药费保持不变的基础上，对寻求诊治的病人收取比较接近市场价格的门诊咨询费，更好反映主治医师的资深经验和地位。特邀门诊是邀请一些掌握中医特色治疗技能和手法的

医师来诊治，每次收取27新元的诊治费。而特需门诊则邀请本地比较著名医师来看诊，并每次收取42新元的门诊费。此两项门诊服务，病人必须先预约，以确保病人看诊时，不需等待太久的时间。此两项配套自2018年3月推出后，受到病人极大的欢迎和支持，预约病人众多。

二、配合医院的运作转型，医药事务的加速提升与发展

中华医院的义务医师轮值看诊，是中华医院发展不可或缺的重要部份，义务医师是医院的重要资源。2017年，480位义务医师共提供了约540个诊治班次，约等于中华医院约2/3的看诊班次。由于大部分的义务医师，在医院外并不是从事中医行业，因此如果和20位医院的全职医师相比，他们和病人接触的频率相对较低，临床经验累积就相对比较慢。由林秋霞博士领导的新一届的医务委员会在2016年成立后，配合中华医院运作转型的号召，对医务的管理体系作了较大的调整，以鼓励义务医师能发挥更好的作用，要点简述如下：

2.1 加强与义务医师的联系，引进每年100新元出勤率奖励金

医院加强和义务医师互动，定期反馈给每位义务医师过去一年的看诊人数，并和同类型的其他医师看诊人数作参考比较(即最高、最低及中位数)，以协助他们进一步了解各自在中华医院中的表现，并期望他们作出相应的调整。与此同时，若出勤率达90%的义务医师，从2018年起，将可获得出勤率奖励金每年100新元，这奖励金将被拨入可供该医师申请的专业学习、提升资历户头，即户头可供申请的辅助金数目，由原有的200新元增至300新元。

2.2 加强义务医师的归属感

医院鼓励每位义务医师积极参与医院、公

会的各项活动，特别是和中医发展趋势、中医知识提升、中医新技能掌握有关的项目。他们的参与成度，和业绩表现，也将成为下一个年度是否再被委任为医师的考量之一。

2.3 津贴给轮值的义务医师

医院在2017年，开始提供象征式的津贴给轮值的义务医师，即2小时班次每次10新元，3或3.5小时班次每次15新元，以表示对他们服务的赏识和肯定。从2019年开始，副主任医师和主任医师的班次津贴将分别提高至30新元及50新元，以更好反映他们的专业经验。

2.4 设立最优秀的医师奖10位

医院将于2019年开始，给于10位表现最优秀的医师，即5位普通科医师及5位专病医师奖励金，每人200新元。

2.5 参加国外会议部分资助费

医院也将在2019年提供参加国外会议，如：世中联学术会议或世针联学术会议的部分费用，名额是1至3位，每名费用不超过3000新元。全年内前10位表现最优秀的普通科医师及全年内前10位表现最优秀的专病医师(包含前5位普通以及前5位专病轮值医师)也可向医务部优先申请。

2.6 主办更多讲座，为CPE技能提升与专业发展学分作准备

中医执业照更新时需要CPE技能提升与专业发展学分的要求，将快实施，医院为此将主办更多课程，让医院的医师有更多机会参加并累积分数。为了鼓励更多经验丰富的医师前来主讲有关课程，医院将于2019年开始，调整在中华医院的延续教育课程的讲课费，即主任医师为每小时150新元，副主任医师保持在每小时110新元。

三、专病科组的发展和重要性

经过约20年的发展，医院的专病门诊服务已发展到9组，即：肿瘤组、痛症组、肠胃组、眼科组、心血管组、生育组、糖尿病组、针刮组和中风后遗症组。2017年，参与的义务医师达109人，约等于义务医师总数的1/5，所看诊的病人次达36,508，占总病人人次的12%。医务委员会认为，这是医院的宝贵资源，必须积极发展的一环。因此，除了划一各组吸纳组员的条件外，也对专病组的管理作出调整，提出技能学习、专业提升的框架，同时也鼓励各专病组每年规划及推动适合该组的活动，以期各组能协助组员们专业知识的提升，并学习与掌握新技能。医院也陆续引进了3项鼓励新措施：

3.1 专病组医师业绩表现达标的奖励

从2017年开始，组员的业绩表现，及参与公会及医院活动度优异，下一年他的知识与技能学习津贴将从原有的每年200新元翻倍至400新元。

3.2 最佳专病组奖

从2019年开始，将引进一项新的鼓励计划，即最佳专病组奖，每年根据审核以一等、二等、三等最佳专病组奖颁发全组医师，全组一次性奖励金分别是新元500、400和300。

3.3 专病组医师可配给超过8天的药量

许多专病组的病人，因病情的关系，需要较长时间调养，医院因此在2016年8月开始作出相对应的调整。病人服药后病情如果稳定，专病组医师可酌情将开药在8天顶限的基础上，再延长至21天，不过8天以后的药费翻倍。这项调整措施，改善对专病组病人服务，减少病人来复诊次数，也节省时间。(注：在统计上，由于病人不需每周来看诊而导致诊

病总人次下滑)。

四、肠胃组的运作、培训、提升模式

2016年，肠胃组原组长陈鸿能博士被委任为顾问，笔者接手组长的工作；组内共有成员10位，多位已在组内服务超过5年，其中有5位，在中华医院外也是全职医师，他们在业余时间前来担任义务医师，奉献精神可嘉。

在过去的两年多里，配合医务委员会的指导和组内一系列的运作调整后，肠胃组成员诊治的病人次，已从2015年的1647人次，提升至2017年的2657人次，而2018年的前6个月人次已达1850人次，预估全年将会大幅度超越去年的人次。在过去2年半里，积极响应医务委员会的技能提升呼吁，肠胃组举办下列的运作调整及活动：

4.1 临床看诊逐渐从大组转向单人

配合医务部管理思路，肠胃组的看诊形式逐渐由大组转向单人，方便主治的医师对病人负责，以更符合医管药监局对诊治记录的要求；肠胃组每周提供的诊治班次，也由原有的4次，逐渐增加到目前的8次。

4.2 充分利用定期交流会平台

肠胃组配合医务部的要求，每季最少举办1次交流会。其目的是鼓励组员们多看有关的临床经验报告和书刊，特别是同行前辈们的临床心得和创新诊治思路，以弥补他们临床与病人接触的不足。交流会首先由一位经验比较丰富的医师主讲预定的课题，再由大家围绕着课题分享各自的临床经验并讨论。交流会结束后，肠胃组秘书处将进一步将交流会上讨论过的内容加以整理，包括讨论过程中提到的问题，寻找补充材料并纳入，再将报告贴在医院设置的肠胃组资料站-微软云盘，供组员随时可上网参阅。报告也同时呈交医务部存档。

经过多次的交流会后，组员们积极参与的热忱已逐渐提高。

4.3 提供针灸辅助治疗

中华医院早期的运作，是内科诊治与针灸诊治分开运行的，但医院近年也容许内科医师在诊治时，辅以针灸治疗。肠胃组传统上是以内科来诊治，若有些病人的病情也需要针灸辅助治疗，病人就得另外再到针灸科挂号。肠胃组组员在协商后，认为要是医师认为病人在诊治有需要针灸辅助治疗，而病人又有这个意愿，肠胃组医师会尽量提供。它即可提高诊治疗效，同时也给病人方便，在和医务部进行协商和安排后，部分肠胃组组员已在2018年初开始提供这项新措施，受到一些病人积极响应，免除了病人到前台2次挂号的麻烦。

4.4 学习掌握现代技术的肠胃病检测报告讯息，用于中医诊治

临床上，常常会有些病人，曾经在西医院或西医诊治过，会带他们的西医院检查报告前来求诊。组员们希望能更好的掌握现代技术检查报告所提供的额外讯息，以便更好的利用它来协助中医诊治。于是肠胃组在2018年，经过与广州中医药大学附属医院联系、协商，再通过中华医院和广州国际教育学院的签署学习合约，并在9月份到其广州中医药大学的第一附属医院参加为期一周的研讨和临床学习课程。参与组员觉得通过门诊和病房的结合的学习，加深对疾病的认识，开阔视野，提高临床诊治能力。其中印象最深的是广州医院的同仁，不论是门诊部，还是留医院部，都充分利用现代技术检查，来协助确定病人的问题是器质性，还是功能性。虽然中华医院没有现代技术检查设施，参与的组员认为我们还是可从中得到启示，就是当病人的病情出现反复、持久不愈时，应该建议病人去西医院作进一步的现代技术检查，以确定病人的问题是否是器质性。

4.5 鼓励组员继续进修和发展潜能

义务医师的看诊时间，比起全职医师是相对的少，因此肠胃组鼓励组员尽量争取各种进修机会，以弥补看诊时间的不足。陈鸿能顾问一路来都推崇自强不息的理念，鼓励组员们不断进修，而且他言行一致，是一位拥有文学和医学双博士的中医师，成为组员的表率。在肠胃组10位成员中，目前有2位分别在进修中医博士及硕士学位课程。

另一方面，根据医务部提供的数据，2017年医院前来医院肠胃病的人次共有17,000，说明肠胃病是一个相对普遍的病种，显示肠胃组在中华医院有很大的发展潜能。肠胃组欢迎更多义务医师加入，共同努力来提供优质的诊治服务。

五、专病科组的发展前景

从肠胃组的经验，笔者也认为每个专病科组，可根据各个组的特殊情况，尝试让组员通过临床经验的累积，和不断的进修以提升其专业水平，吸引更多病人前来接受该专病组医师的诊治。同时也期望一些组员，在掌握和累积足够的专业知识和经验后，能像心血管组的何和松副主任医师，被医院邀请加入特需门诊服务。医院是鼓励专病科组的发展，正如中华医院董事会刘少夫主席在公会70周年时所说，“随着社会的老齡化，各种慢性病越来越多……，医院专病组医师人手不够，无法满足病人的需要，医院将着力培养专病组医师，加大专病组医师的阵容，鼓励专病组医师通过继续教育 and 高级学位课程提升自身的医疗水平。专病组在诊病的同时，将充分利用病例进行统计、分析和研究，积极开展科研项目”^[6]。各专病组若能将其病例诊治疗效的数据，进行统计和分析，再发表其研究报告，肯定会帮助提升更多人对中医诊治的信心。眼科组在这方面的工作和最近在英国眼科杂志发表的报告，令人耳目一新，获得本地媒体争相报导，以及业

界的重视。

六、中华医院运作转型的展望

中医医院的运作特色在于一群能奉献的义务医师，这医师群资源也是医院可以进一步展现给民众。经过六十多年的努力，医院门诊的运作框架已经逐步形成，把门诊分为四个配套梯次，即①普通门诊，不收诊费；②专病科门诊，收诊费10新元；③特邀门诊，收诊费27新元；④特需门诊，收诊费42新元，让病人选择适合他们的诊治服务。

中华医院是慈善机构，也是中医医疗机构，应该以医疗质量为第一要素，在确保医疗质量的前提下，对真正需要帮助的病人提供慈善津贴，确保医院的可持续发展。医院除了培养和提升医师们的诊治水平外，也会从公会的会员群中，发掘更多经验丰富的医者，网罗在医院义务医师团队里，以壮大特邀门诊或特需门诊的医师队伍。在公会的领导和医院的紧密配合下，积极培养专病医师，坚持提供优质服务给广大的病人，相信中华医院的转型尝试，必定会获得病人的正面回响，成为推动本地中医事业的一股重要力量。

参考文献

- [1] 中医师公会70周年纪念特刊，190页
- [2] 中华医院2017年常年报告书，17页
- [3] 中华医院2017年常年报告书，79页
- [4] 中医师公会60周年纪念特刊，127页
- [5] 中华医院60周年纪念特刊，94页
- [6] 中医师公会70周年纪念特刊，195页

广东省中医院的医疗管理研修总结

新加坡·白伟良

广东省中医院的宗旨

广东省中医院(广州中医药大学第二临床医学院、广东省中医药科学院、中国中医科学院广东分院)始建于1933年,近代史上最早的中医医院之一,被誉为“南粤杏林第一家”。目前,医院已发展成为一家拥有大德路总院、二沙岛医院、芳村医院(广州市慈善医院)、大学城医院、珠海医院五间三甲医院及广州下塘、天河、罗冲围三个分门诊,集医、教、研为一体的大型综合性中医院;是中国首家三级甲等中医院和首批示范中医医院。现有在职职工5700多名,床位3100多张,是全国规模最大、拥有重点专科最多、科研实力最强、年服务患者人数最多的中医医院之一。

广东省中医院全年门诊量将近700万人次,十余年居全国第一;住院病人数近8万人次,手术30894台次,平均住院日11.3天,这些指标均处于全国三甲中医院之首。

广东省中医院是中国中医药界的一面旗帜,2006年建设成为现代化综合性中医院的典范。

广东省中医院院长陈达灿教授指出典范有三层含义:1.)医院发展好,就得把患者服务好;2.)目标定于对全国全中医药行业产生示范性的影响;3.)中医药振兴的使命作出贡献,破解了“中与西”、“公与私”、“大与小”这三对矛盾。

广东省中医院改革的经验得到了中国国务院参事调研组专家们认可,为破解公立医院改革难题提供了重要的经验。广东省中医院的改革充满了活力、充满了创新,为之震撼。

广东省中医院的不同管理层部门围绕着精益(LEAN)基本概念、精益医疗发展史、八大浪费、5S与可视化管理、标准化、价值流图(VSM)、精益基本数据分析及A3问题解决等主题进行了专题分享。

1 “中与西”

坚持“姓中”，融合中西打造最佳治疗方案

近年来,“中医院西化”成为行业趋势。省中医院作出了选择:中医院一定要姓“中”。“治未病中心”以“中医体检”的“传统疗法中心”的雷火灸、三伏天天灸、砭石、腹针等解决人民亚健康的问题。

针对中医“学院化”弊病、中医“青黄不接”现状,省中医院从2001年起“广邀全国名老中医岭南授徒”的策略。传递岐黄薪火的努力得到回应,任继学、朱良春、干祖望、颜德馨等30多位八九十岁的“国宝级”中医大家,在广州大德路的医院广场,接受广东省中医院30名中青年骨干的跪拜大礼,集体带徒。90多岁的江苏名老中医干祖望退隐20年后再度出山,当场留下“但使中医有传人,岭南

裹尸亦不悔”的感人誓言。

省中医院上下反思：中医院应怎样对待现代医学技术？在讨论中，一种理念逐步清晰：医院首先是要治病救人。引入现代医学的设备和技术，不是为了削弱中医特色，相反是为了更好提高中医临床疗效，在更高的技术平台上扩展特色优势领域。

中医、西医都为治病救人，只是视角不同，各有长短。如果能够把中西医优势汇聚融合，为患者提供最佳诊疗方案，是为“中西医融合，构建完美医学”。

省中医院的做法是“中医水平站在前沿，现代医学跟踪得上，管理能力匹配到位”，核心是“为患者提供最佳的诊疗方案，探索构建人类完美的医学”，着力在科研和临床两方面创新突破。

在科研方面，“广东省中医药科学院”落户大学城分院，已吸引国内外顶尖科研机构开展合作，运用基因组学、蛋白质组学、代谢组学的最新研究成果，来研究中医药的奥秘。目前已经吸引了美国威尔康辛大学、马里兰大学，澳大利亚皇家墨尔本理工大学等科研机构。

“老本行”临床医疗领域，开展了“临床路径”研究，就是一个病种一个病种地去研究，看看某种病在哪种情况下适合用中医、哪个环节适合用西医，然后综合起来为病人提供“最佳诊疗方案”。比如脑梗塞，如果是小量梗塞、出血，就用中医药治疗；如果大面积梗塞，就得用介入、溶栓等现代医学手段，术后用中医药康复；对梗塞后遗症，病人手脚不灵便，这时候针灸、按摩就可以显身手。目前广东省中医院已经确定了200多项临床路径，而且还在不断地研究。

2 “公与私”

社会效益放在前面，追求更长远的回报

在近年推进的新医改中，公立医院如何打

破市场逐利倾向，回归公益性，一直是一道全国全世界性的难题。

在广东省中医院住过院的患者都有这样的经历：出院后会收到医院寄来的一份表格，反馈对医院的意见；一旦查出有医务人员收受红包，医院不但要对其本人进行严厉处罚，甚至会扣除其所在科室全体人员的部分奖金，科室也有可能被降级。名誉院长吕玉波曾述：“收一个红包，等于赶走一群病人；开一个大处方，等于失去更多处方。”

“病人可以没有广东省中医院，广东省中医院不能没有病人。”这是广东省中医院的理念，归结于对市场的“先知先觉”。上世纪80年代初，医院日子也很难熬，500多人守着300多张床位惨淡经营，工资几乎都发不出来。困境令人奋起，省中医院在1984年就提出“没有病人，没有饭吃”。正是这种对市场最朴素的自觉，使省中医院很早期地把服务好病人、获得病人的认同和眷顾，作为医院的生存之本和发展基础。于是，医院形成了“病人至上，真诚关爱”的核心价值观，不断建章立制，医德医风长抓不懈。

在省中医院，医药代表不得到科室推销药品；哪种药品突然不合理增多，必须找厂家追查并马上停止供药；医生开出的药品价值不与其收入挂钩，切断医生开单与开药的利益关系；考核病人检查单的阳性率，防止滥检查现象出现。

院领导反复向医护人员强调，患者的投诉是给医院“送礼物”，要第一时间作出反应、解决问题、改善提高。种种措施，换来了患者的口口相传，如“我孩子的一个小感冒，也就20多元就解决问题了”与“在这里没有那些乱七八糟的检查”。

当经济效益和社会效益矛盾时，广东省中医院倾向把社会效益放在前面。因为社会效益就有经济效益，追求的是更长远的回报。

这几年该广东省中医院联合爱心企业家、省红十字会等单位，开展救心行动，免费为

1000名贫困先天性心脏病儿童手术，受到社会好评。

3 “大与小”

发挥“榕树效应”，做大做强同时帮扶基层医院

公立医院的扩张话题引起争论。大医院与基层小医院应该如何共生共赢，成为医改的新课题。

广东省中医院已经发展成为一所拥有5家分院、病床总数近3000张的全国规模最大中医院。有人批评这是扩张，运营风险高。

大医院发展起来了，才能更好地带动基层医院，称之为“榕树效应”，一枝独秀不是春，大树扶小树，一起巩固水土，改善行业生态，营造大中医氛围，才能枝繁叶茂，基业长青。院领导曰：“只有每个中医院强大了，中医药行业才是真正的强大。这是我

们的责任和义务。”

目前，广东省中医院已与广东省内外近百家中西医院建立了协作关系，指定相应专科的副高以上职称人员到一些县级中医院挂职担任副院长进行重点帮扶，培训基层村医。

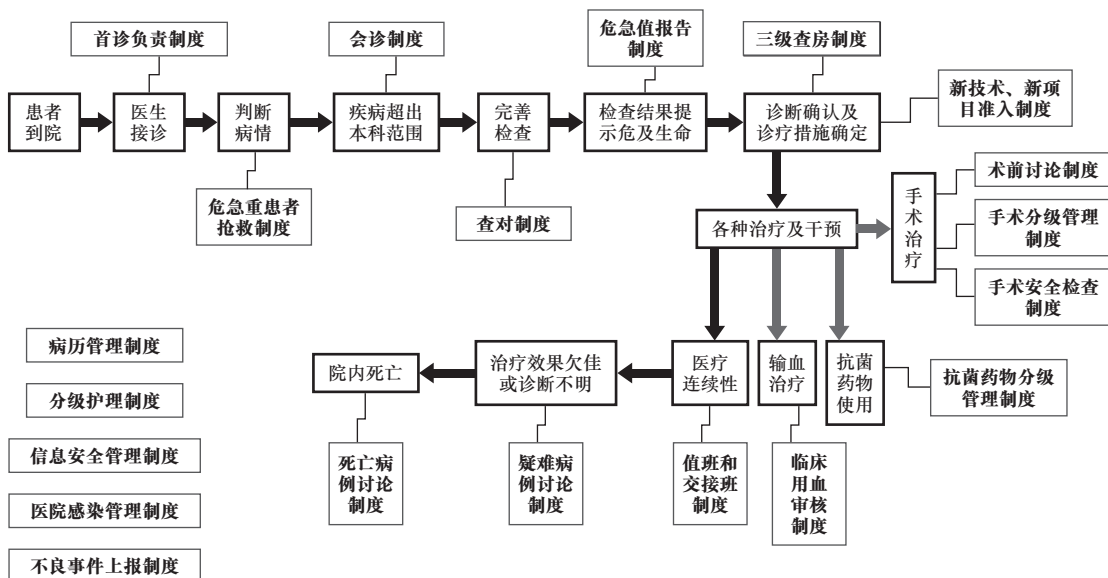
医疗质量管理的经验与思考：

医疗质量的三个维度：

结构：医疗机构中各类资源的静态配置关系与效率，如床位数、设备与人力配置、服务项目及范围、服务量等。

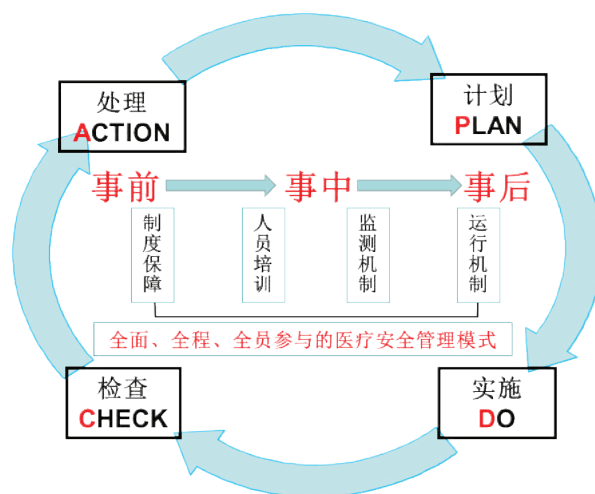
过程：医疗机构动态运行的质量与效率，如临床治疗和处理的途径、各项活动的检测与评鉴、员工培训与教育等。

结果：对医疗机构结构与运行最终质量的测度，包括病人满意度测定、再住院率、发病率、死亡率、剖宫产率、病人的候诊时间等等。



核心医疗制度

全面医疗安全管理体系



加强人员的资质培训，提升专业技能，为医疗安全提供技术保障：

- (1) 巩固基础知识培训，适当扩张培训范围，全面提高专业技能
 - a) 强化“三基三严”培训，不断提高临床服务能力及技术水平，设立基础和专科培训课程，邀请院内外知名中西医学术专家，举办各类学术讲座。
 - b) 扩展基础培训内容范围：完善入职教育-日常培训-专题培训相结合的培训链条，将院内感染知识、合理输血制度、麻精药品管理、抗菌药物合理使用等内容纳入基础培训范围。
- (2) 针对关键人员、关键科室、关键岗位进行扩张培训
 - a) 进行重点科室危重疾病抢救、专科核心技术培训及考核，提高专科核心医疗技术水平。
 - b) 进行交叉学科常见诊疗知识及技能培训，提高多学科知识联合运用水平。

- (3) 完善考核制度，以保障医疗人员专业水平

实行年度理论考核制度；组织院外、院内专家联合考核小组，对晋升人员、入职3年内的住院医师的医疗水平进行基础/专科知识和临床操作的考核，结果与职称晋升和继续教育挂钩。

(4) 细化各类考核，建立针对性考核制度

根据不同职称、岗位、阶段需求，设置年度理论考核、出科考核、三级医师查房考核，副高人员方剂及古籍考试、西医人员学习中医考试等。

根据岗位设置需求，结合专业技术水平及安全管理需求，建立人员资质审核体系：

- (1) 与继续教育相结合，系统梳理与完善覆盖全院、全员的完善的培训、考核、授权及动态管理的基础资质管理体系。
- (2) 完善关键岗位、关键技术人员资质动态管理体系。
- (3) 进一步完善医技科室的人员资质管理体系，并与三级质控体系相结合。

加强教育培训，营造安全文化：

- (1) 通过医疗质量管理体系工作流程，增强安全意识及风险防范知识。
- (2) 根据风险排及医疗质量点评结果，针对性进行专项宣传教育工作。
- (3) 转变医疗安全及风险防范理念，发挥主观能动性，从被动“要我安全”转变为“我要安全”。
- (4) 培养医疗人员对工作责任感，对生命的敬畏感，对制度的认同感，对风险的警惕感，对专业技术的追求感，对自我的认知感。

“三长一短”浪费概念，门诊服务流程的优化：

患者平均在门诊停留 1 ~ 2h, 而医生的直接诊疗时间只有 10 ~ 15 min, 其他时间均消耗在非医疗时间上。“三长一短”的问题(即挂号、候诊、交费取药时间长、就诊时间短)普遍存在。这种“三长一短”现象的存在原因有以下几点：(1) 没有开展预约服务或预约量极少，即使在开展预约服务较好的广东省人民医院其平均预约量也不足30%，造成了就医过度集中。(2) 候诊期的引导工作没有做好，若能改善候诊环境，则可减轻患者在候诊时的心理等待时间；指引欠明了，布局欠统一。(3) 没有预约检查中心；医院部门的地理位置也不够合理等。突出的问题主要是门诊布局欠合理，造成流程不畅。(4) 检查、检验项目等待报告时间太长，造成患者滞留门诊，病历资料保管不全，导致复诊患者的重复检查及患者对医疗收费价格不了解，有的患者在排队缴费时发现无法负担而再返回医生处修改处方的情况等。

这些矛盾增加了医院患者的流动量，浪费了患者的时间，也埋下了医患冲突的隐患。所以，简化就诊手续，为患者提供方便、快捷的门诊优质服务是急需解决的问题。

对门诊服务流程进行必要的优化是各医院必须考虑和实施的事情，但以何种方案进行优化却绝对不能盲目效仿。应从自身的情况出

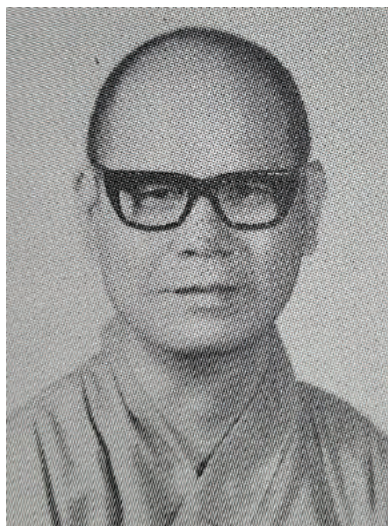
发，以更好地为患者服务为宗旨来选择优化方案。只有用“患者满意度”来指导门诊服务流程改革才能真正体现以患者为中心，并为其提供人性化医疗保健服务的基础。

广东省中医院自2002年以来通过应用医院信息系统(HIS)、检验信息系统(LIS)等，实现了医院信息管理网络化，覆盖了医院收费、住院患者管理、门诊患者管理、放射超声、药品流通等各个领域。处处体现“患者至上，真诚关爱”的服务理念，门诊服务流程的优化有效提高了患者的满意度，医院年门诊量明显上升，取得了良好的社会效益和经济效益，赢得了社会的赞誉。

广东省中医院的医疗管理总则：医疗上大医精诚、制度上立之以范、管理上抑之以怠、文化上扬之以善、指示上有限模糊，适度规范！

参考文献：

- [1] 广东省中医院，医院介绍，<http://www.gdhtcm.com/sitecn/yyjs/index.html>。
- [2] 医疗质量管理的经验与思考(ppt)，广东省中医院，医教处，陈全福。
- [3] 孙娟，卢传坚，李慧。综合性医院门诊服务流程的优化发展，Vol 7 No 1 January 2009 Chinese Journal of Current Hospital Administration。



潜心佛学，精通医理的 常凯法师

新加坡·林英

常凯法师于1916年（丙辰十一月十九日）出生在中国福建省晋江县乡下一个务农的家庭。俗家姓洪，三岁丧母，由婶母抚养，以家境清寒，幼年只读了几年私塾，十一岁，父亲送他到泉州崇福寺，礼元镇和尚为师，剃度出家，法名禅即，号常凯，后来以号行世。

跟著元镇和尚学拳术击技及疗伤接骨技术。元镇和尚喜常师颖悟，把医术及拳术全传授给他。所以，后来常师以医术弘化，是自幼依师学习、再加上多年钻研而获得的技术。

1947年南来新加坡丹戎巴葛寓杰路普陀寺，这时，他以早年从师所学及自己钻研所得的医术，悬壶济世。并加入新加坡中医师公会，被选为医师公会干事及慈善股主任。过了两年，他联同中医师公会同仁，发起创办中华施医所，担任委员及义务医师，为病家义务施诊，获得无数患者的感戴。这所中华施医所，后来扩充为中华医院。

1954年，在芽笼三十一巷自购房地，创立“伽陀精舍”，并设置医务所，藉行医度化

众生。他长于伤科正骨之术，著手成春，被病家誉为骨科圣手。1958年，常师在伽陀精舍开办国术班及中医正骨研究班，传授国术及接骨技术，以此在中医界声名大噪，曾任中医专门学校（新加坡中医学院的前身）委员及讲师。

1958年，常老开始受聘出任新加坡国术总会主办东南亚国术擂台邀请赛会场急救医师，因在擂台比武时，难免会有外伤流血、断骨，甚至重打内伤、气塞昏迷，凡此种种伤情，经常老治疗后，无不妙手回春，药到病除。例如某次有一位选手被对手对一拳。打得鼻子也歪塌了，血如涌泉，场务人员欲急召救伤车。常老身穿僧衣不慌不忙地带领助手下场，为伤者治疗，半小时后，该受伤选手竟能重上擂台，继续比赛，简直令人看得目瞪口呆！在武林同道中，留下了不少有关常老疗伤的传奇佳话，令人赞叹不已。

常老还擅治如：肌腱、筋膜、腱鞘、韧带、关节等组织的劳损，以及筋膜粘连等症，都能在其双手整治下得到满的效果。故远及马

来西亚与印尼等地，亦有不少慕名的患者，千里迢迢，专程赶到新加坡找常老治疗，而常老以“医者，父母心”、“医乃仁术”的本怀，精心为之治疗，治愈无数，搏得东南亚不少人士的赞许与称颂。

常凯法师一生，生活简朴，自奉甚俭，不应酬佛事，不举行法会，不受信徒供养，以行医自给。他效法百丈遗风，一日不作，一日不食。他不事宣传，不求闻达，任事认真负责，默默耕耘。

1969年创办《南洋佛教》月刊，常师重建伽陀精舍，成为一处颇具规模的共修道场。是年冬，联络佛教同仁，创办“新加坡佛教施医所”，并献身佛教与施诊所的事业。

1985年8月9日，为新加坡庆祝建国二十周年国庆日荣获新加坡共和国总统颁发公共服务星章（BBM）。

1990年8月9日，新加坡庆祝建国二十五周年国庆纪念，常老又荣获教育部颁发教育服务奖。

法师圆寂于1990年9月7日，岁次庚午年7月19日。世寿75岁。

参考资料

- [1] 《新加坡中医师公会成立五十周年金禧纪念特刊》P57
- [2] <https://baike.baidu.com/item/常凯法师>
- [3] <http://www.chinabaike.com/article/baike/fj/rw/2008/200803301303502.html>
- [4] <http://www.baike.com/wiki/常凯法师>



新加坡·林英

明珠、罗爱月、林英、谢雯佳、陈裕国、许珍育、夏荣蓉和许文楷等医师，公会执行秘书余美玲也随团参会。

本届大会主题为“中医的世界，世界的中医——花开全球，共建人类健康命运共同体”。来自30多个国家及地区近千名代表参会，大会收录论文达218篇，学术报告208份，综合会场6个，14个分会场，6个工作坊，展览摊位共24个，开幕当日设有欢迎晚宴。

大会开幕式上还举行了第六届中医药国际贡献奖颁奖仪式。中医药国际贡献奖是世界范围内中医药领域唯一的国际奖项，今年这一奖项颁给了匈牙利前总理迈杰希·彼得和中国科学院上海药物研究所研究员果德安。

开幕式后进入主题演讲，中医师公会副财政长林秋霞博士发表“新加坡中医治疗干眼科研报告”，这也是新加坡首次在世界中联中医药大会上发表主题报告演讲。自助午餐后，我会会员中华医院肿瘤科组长林英主任医师及肠胃科组长黄纪威博士和10位来自6个国家

新加坡中医师公会一如往届，组团参加由世界中医药学会联合会主办，意大利中华医药学会，意大利国家针灸学会承办，意大利会议展览局，罗马及拉齐奥大区会议局为支持单位，11月17日至18日在意大利罗马技术会议中心(Convention Center Auditorium della Tecnica)举行，为期二天的第十五届世界中医药大会。

新加坡中医师公会代表团由会长赵英杰教授领导，团员包括林光明及林钊华副会长，陈雪辉财政长，黄纪威副秘书长、林秋霞副财政长、王木瑞福利组主任、张赛丽博士、李曰琳医师，其他团员有王连生、叶美莲、马永红、于文霞、周彩霞、张双凤、梁妹、蔡彩霞、胡



的同道参与国际中医药专业高级技术职称评审论文答辩。

第二天早上，新加坡代表们到“中医治疗癌症分会场”支持聆听会长赵英杰教授发表“肿瘤病证治体会”。闭幕式上，意大利中华医药学会主席何嘉琅宣读《罗马宣言》，宣布每年10月11日为世界中医药日；并举行国际中医药专业技术职称证书和国际针灸师水平评审证书颁发仪式，我会会员林英、黄纪威于11月17日参与并通过了国际中医药专业高级技术职称评审及论文答辩，经世界中医药学会联合会国际医药专业技术职称考评委员批准，授于中医主任医师职称证书。最后进行世界中医药大会会旗交接仪式，中东欧中医药学会会长陈震博士介绍“第十六届世界中医药大会于匈牙利的布达佩斯举行的筹备情况；世界中联副主席兼秘书长桑滨生总结讲话并宣布大会正式闭幕。



世中联第八次眼科年会在狮城

新加坡·凌鹰

眼科专业委员会第八次中医眼科年会，主题为“让中医眼科走向世界”于2018年10月18日-22日在新加坡曼尔洛品质大酒店(Quality Hotel)举行，由世界中医药学会联合会和新加坡中医师公会联合主办，新加坡中医学院、新加坡中医学院承办；大会主宾为新加坡国家交通部兼卫生部高级政务部长蓝彬明医生。此次年会也是中医眼科会议首次在中国境外举办。

本次年会论文及审核由中方完成，收到国内外论文300余篇，会议者达300余人，包括来自中国大陆、中国香港、美国、日本、加拿大和东南亚等各国代表，是眼科年会有史以来参会中外代表人员最多的一次。

10月18日来自中国和本区域的眼科专家学者与参会者莅临入住酒店，10月19日来宾注册，上午9时大会开幕式，主宾新加坡国家交通部兼卫生部高级政务部长蓝彬明医生致辞中表示，“新加坡在中医科研方面算是处于起步阶段，希望借由像本次会议这类学术性平台，让本地中医师能与国内外专家交流并受到启发，在未来，不止着重于临床，也适当地开拓科研项目。”蓝彬明医生认为，中医的独特理

论及治疗方法如草药、针灸、耳豆贴等，在眼疾治疗中起着辅助作用，协助患者取得更好的护理效果。接着由世中联眼科专委会谢立科执行会长宣读唐由之会长的贺信：“本次会

议成功在新加坡举办，感谢主办方新加坡中医师公会，欢迎国内外代表参会，希望大家利用这次难得的国际中医眼科会议多多交流，并加强国际合作”。谢立科执行会长做了“让中医眼科走向世界”的主题演讲。在中国中医科学院眼科医院谢立科副院长，新加坡国立大学的欧阳加元医生，北京中医药大学东方医院眼科主任医师韦企平教授发表了精彩演讲后，在交通及卫生高级政务部长蓝彬明医生的见证下，举行了韦氏眼科的第一个工作室在新加坡中医师公会属下中华医院正式成立的授匾仪式，突显了中医眼科传承的跨越性。

为期二天的第八次中医眼科年会包括系自中国、加拿大、新加坡等地的眼科专家学者就中医、中西医结合眼科各领域新方法、新技术、新进展，中医眼科发展思路与专科专病建设经验，名老中医学术思想传承，眼科理论与实践创新、眼科基础与临床研...等做了精彩发言。

10月20日闭幕式上世界中联眼科专业委员会执行会长谢立科总结后，会议圆满结束。



主宾新加坡国家交通部兼卫生部高级政务部长蓝彬明医生致辞



授匾仪式

分享栏目

针灸治疗常见病歌诀

新加坡·陈蓓琪

前言

最近在网上看到一篇关于针灸治疗歌诀的文章，但是找了很久也没有找到这些歌诀出处，不过我仔细研究了一下，觉得对针灸临床应该还是有很大帮助的，在此转载与大家分享，在空闲时间也可以拿来看一看或背一背，希望对大家在针灸治疗疾病方面能够有所帮助，为针灸的临床应用开阔思路。

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！

治感冒病歌诀：

感冒风池补合谷，太阳大椎泻复溜，
鼻塞迎香上星加，尺泽咳嗽二商喉。

大椎、风池对外感风寒具有较强的发散作用。补合谷泻复溜可以发汗。鼻塞不通，前额疼痛可加迎香、上星。咳嗽加尺泽。喉痛加少商、商阳（此即二商），点刺出血。

治咳嗽歌诀：

治咳肺俞加中府，内关尺泽三里伍，
哮喘天突膻中刺，痰多丰隆与合谷。

肺俞、中府为肺的俞穴与募穴，内关为治疗胸胁部病症要穴。加尺泽、足三里，补土而又生金清肺热。哮喘时取上穴再加天突，膻中，若是痰多可刺丰隆、合谷。

治胃肠病歌诀：

胃肠之病俞募全，三里巨虚加内关，
腹泻隔姜灸神阙，酸多公孙并行间。

肠胃病，如肠胃炎、消化不良、胃肠神经官能症等，可用“俞募配穴”治疗，一般用胃俞、中脘即可，也可同用大肠俞与天枢，或小肠俞与关元，再配以足三里、上巨虚、下巨虚以及内关等。腹泻可隔姜灸神阙穴。反酸可加公孙、行间。

治肿胀歌诀：

肿胀肾俞膀胱俞，京门中极不可漏，
三里地机多有用，三阴交穴并复溜。

肾为水脏，开窍于二阴。膀胱为津液之府，职司小便，脾主运化水湿，脾肾阳虚肿胀，可以用肾与膀胱的俞募穴，脾经的三阴交、地机，还可加足三里。

治小儿遗尿歌诀：

遗尿神门并关元，三阴交穴和兑端，
膀胱俞募配三里，调整习惯愈不难。

用膀胱经俞募穴膀胱俞、中极，加关元、三阴交，再加神门、足三里、兑端，治疗遗尿病效果较好，在治疗期间，嘱患儿调整习惯，白天注意不要过度疲劳，傍晚后尽量少饮水。

治妇女病歌诀：

妇科关元三阴交，肾俞血海要记牢，
更年期石门三里穴，归来太冲痛经消，
经少气海并带脉，经多隐白大敦妙。

妇科病书主要涉及冲脉、任脉以及肝，脾两条经络，可用关元、三阴交、肾俞、血海通治，如为更年期病症加石门、足三里，同时还可以配合对症加一些其它穴，如失眠加印堂，头晕加百会等。痛经针归来、太冲。月经过多不畅取气海、带脉，月经过多取隐白、大敦，点刺出血。如属虚证，可灸隐白。

治心神病歌诀：

心神三里三阴交，神门关元合谷捎，
头痛太阳列缺好，失眠涌泉印堂要，
眩晕内庭百会刺，内关中脘呕吐消，
心悸内关合心俞，肾俞太冲可通调。

心主神，心神病可选足三里、三阴交，或神门、关元、合谷。头痛可加太阳、列缺。失眠加涌泉、印堂，眩晕加内庭、百会，恶心呕吐加中脘、内关。心悸加内关、太冲、心俞、肾俞，交通心肾，养血镇静。

治阳痿早泄歌诀：

阳痿早泄需开导，再刺三里三阴交，
命门曲骨太冲穴，关元肾俞加灸烤。

阳痿早泄病人，常与缺乏生理知识，还有思想负担较重有关，因此治疗时要问清情况，给以正确解释开导，暂时夫妻分居，容易收到较好治疗效果。

治癫狂病歌诀：

风府少商加上星，隐白申脉并大陵，
曲池颊车承浆穴，轻刺舌下重劳宫，
男刺会阴女玉门，常用之穴是人中。

此歌诀即唐代名医孙思邈治癫狂症十三鬼穴所改编，歌中舌下即舌下中缝，它在金津和玉液两穴之间。玉门穴位于大阴唇上方，少用，病情若重者可一次用十三穴，轻者可选五至七穴，每次交换使用，但都要用泻法强刺。另外，百会、间使、丰隆、太冲也为常用穴，可作备用。

中风急救歌诀：

中风闭证针百会，劳宫涌泉紧相接，
脱证内关灸关元，莫忘隔姜灸神阙，
人中闭脱可通用，闭症十宣可放血。

中风急救，首先区分闭证、脱证，方能有的放矢。不论闭证、脱证皆可应用人中，对于闭证可在十宣放血。脱证千万不能多用灸的办法。《医宗金鉴》云：“脱证撒手为脾绝，开口眼合是心肝，遗尿肾绝鼾声肺，闭证握固紧牙关”，可供辨别闭、脱证时参考。

口眼歪斜歌诀：

口眼歪斜合谷先，地仓攒竹丝竹空，
百会颊车二白用，再取内庭和太冲。

口眼歪斜属风邪中于经络，可用歌中穴位尽早治疗。二白指阳白与四白，初起针患者患侧，久则两侧均用。配合葱白煎汤来熏洗患侧，避风寒，忌烟酒，收效较快。

治四肢病歌诀：

四肢病用局部穴，分经取穴轮流医，
患侧病久健侧治，针刺阿是功效奇，
下肢环跳足三里，绝骨阳陵并解溪，
上肢外关曲池刺，合谷后溪并肩髃。

四肢疼痛、半身不遂等，均可局部取穴，但是还要辨证分经取穴，一般先针患侧，病程日久针刺感觉迟钝时，亦可先针健侧，再针患侧，遇到疼痛，有时取阿是穴效果好。

治眩晕证歌诀：

目眩头晕足三里，百会印堂风池取，
太冲曲池兼合谷，三阴交穴并后溪。

眩晕因肝阳偏亢，上冲头目而致，可用太冲调治肝经，足三里导气下行，再配其它各穴。若痰热盛者可加中脘、丰隆。针刺治疗多用泻法。

口齿咽喉歌诀：

齿痛颊车并下关，喉痛风池和廉泉，
齿痛人中喉照海，两症合谷全承担。

四总要穴：面口合谷收，故齿痛喉痛可应用大肠原穴合谷，一般加局部穴，痛重时可加人中。肾阴虚火旺齿痛喉痛，可加肾经照海养阴清热，润喉止痛。

治疗耳病歌诀：

耳病下关及听宫，耳门完骨风池行，
外关中渚合谷穴，久病再把肾俞针。

耳部为少阳经所过，取手足少阳经耳门、完骨、中渚、外关和其它局部穴，加面部治疗总穴合谷即可。耳为肾窍。耳病久者，治疗要加刺肾俞。

治疗眼病歌诀：

眼病太阳和睛明，攒竹鱼腰四白中，
合谷光明一般刺，其它穴位手要轻。

一般眼病局部取穴加合谷即可。胆经起于眼外角的瞳子髎，刺光明对目疾较好。眼部的各穴位要轻刺不要捻转、提插，另配风

池治眼病，治疗时针感由穴位传向同侧眼部效果明显。

治疗腰痛歌诀：

腰痛主穴选委中，肾俞命门大肠俞，
咳嗽痛增不能动，加刺阳陵问轻重，
风寒急性难俯仰，攒竹二穴可用上，
腰痛连腹卧不安，天枢针后可起床。

四总要穴：腰背委中求。急性腰痛可在委中放血治疗，局部配肾俞、命门、大肠俞。若痛甚以致不能咳嗽，咳则疼痛增加，刺阳陵泉，用泻法。边针边令患者咳嗽，问疼痛是否减轻。因风寒而致急性腰背疼痛，前俯后仰困难，可针两眉头攒竹穴，出眼泪效果更好，此为笔者经验。如果是腰痛连腹可针天枢，从阴引阳。

五十肩痛歌诀：

五十肩痛不能举，攀头摸脊穿衣难，
先刺条口透承山，合谷曲池肩髃全，
还要配合多锻炼，阳陵泉穴不能忘，

五十肩又叫肩凝症，多在五十岁左右得此病，表现肩部疼痛不能上举，攀探头部，后摸脊柱，穿上衣等俱感困难。先以针从条口透承山穴，再依次针合谷、曲池，最后针肩髃。还要令患者高举患肢上下活动或者以肩为圆心以患肢为半径作画圆活动，以加强功能锻炼。

治疗落枕歌诀：

头项强痛难回顾，先刺承浆后风府，
前后困难刺后溪，左右难转昆仑寻。

“先刺承浆后风府”出自玉龙歌，屡用屡效。如果前后低头抬头困难加后溪通督脉。若左右回顾转头困难，针昆仑，以疏通太阳经气以止痛。

浅论糖尿病中医辨证食疗护理

新加坡·郑爱珠

(一) 糖尿病世界现状

糖尿病正在全球形成流行趋势，随着世界各国社会经济的发展 and 居民生活水平的提高，糖尿病的发病率及患病率逐年升高，成为威胁人民健康的重大社会问题。世界卫生组织的资料显示，目前全世界约有4.22亿人罹患糖尿病，其中超过80%的死亡率集中在中、低收入国家。到2030年，糖尿病将成为全球第七大致死病因，除了缺乏胰岛素分泌能力的I型、无法利用胰岛素的II型(90%患者属于此型，有些国家新确诊的儿童及青少年患者将近一半属于II型)，还有妊娠期血糖升高的III型。此型患者除了分娩时可能出现合并症的风险外，她们未来患II型糖尿病的风险也相应提高。全球资料也显示50%-80%的糖尿病患者死于心血管病，而糖尿病是造成失明、截肢和肾衰竭的主要原因。

糖尿病的另一个值得高度关注的现象是“后备大军声势浩大”：大量血糖升高但未达到糖尿病诊断标准者。以新加坡为例，确诊的糖尿病患者超过40万名，但还有约43万名年龄介于18~69岁的人存在患上糖尿病的风险。目前糖尿病学界倾向于把这类人称为糖调节受损(impaired glucose regulation, IGR)者。糖调节受损者是糖尿病患者的后备军，他们的大量存在，预示着糖尿病爆发性流行的趋势还在继续发展。

(二) 中医对糖尿病的认识

远在公元前1122年 - 公元前770年的殷朝甲骨文字中，记载殷朝人16种疾病内即有“尿病”，但其是否类似糖尿病的症状尚不确定。数千年来，中医一直是把糖尿病称为消渴病。《说文解字病疏下》解释说：消，欲饮也。最早记载消渴病的是中国最早的古典医书《黄帝内经》。以后经汉、隋、唐，直至宋、元、明、清，历代重要医著作，无不有消渴病的记载。虽然在隋代(581-618年)，甄立言已经发现了消渴病的尿甜现象(约在公元600年)，而且在以后的千余年中对其记载不断。

(三) 糖尿病中医临床证型的饮食护理

在对疾病作出判断的基础上，中医强调应着眼于“证”的辨别，然后才能有针对性地确立治则和治法。此辨证论治之谓也。同时医者务须要辨证地看待病和证的关系，即看到同一种病可以概括出若干不同的证，又看到在不同的疾病中可以分析出相同的证，于是形成了“同病异治”和“异病同治”的重要理念。因此，同为糖尿病患者，临床上却可展现不同的临床症状，因此，因证施治、因人制宜是为王道。

胃热炽盛型：

临床症状以多食易饥为主症，并伴口渴、口臭、尿多、形体消瘦、大便干，舌红苔黄，脉滑数有力。治宜清胃泻火，养阴增液。胃火炽盛，脾阴不足，就会出现口渴多饮、多食善饥的症状；脾虚则转化水谷精微无权，水谷精微下注则溲甘；肌肤形体缺乏水谷精微濡养则消瘦。现代医学则认为多食是体内糖类的利用欠佳，尤其是胰岛素的参与，食量虽多，掌管饥饿感的神经中枢——下丘脑得不到足够的刺激，故吃多了还感到饥饿。此外，在病程早期，胰岛素分泌尚未衰竭，反而过多，这也是多食的肇因。此型患者的饮食规则有三项：第一、主食不能吃的过少。应根据个人的工作性质、劳动强度、体重计算出每天的主食量。轻体力劳动者每天主食量约300~400g，重体力劳动者则500g以上。第二、少量多餐。可将每日饮食总量分配到4~5餐，白天每3~4小时进食1次，睡前1~2小时少量加餐，如此则可避免出现餐后血糖升高，又可对治常感饥饿的现象。第三、不要单纯吃素。进餐时可多吃蔬菜以增加“饱足感”，但也要适当进食鱼虾和瘦肉，荤素搭配，如此可以延缓胃排空速度，避免时常出现饥饿感。此型的患者应限酒、少食辛辣和肥甘厚味，饮食结构尽可能清淡。

肾阴亏损型：

临床症状以尿多，并伴尿浊如脂膏或尿有甜味，腰膝酸软乏力，头晕耳鸣，口唇干燥，大便干结，皮肤瘙痒，舌红少苔，脉数。治宜滋阴补肾，润燥止渴。中医认为，肾为先天之本，主藏精而内寓元阴元阳。肾阴亏损则虚火内生，上燔心肺则烦渴多饮，中灼脾胃则胃热消谷，阴阳失调，肾之开阖失司，固摄失权，水谷精微直趋下泄为小便排出体外，因此尿多而味甜，或浑浊如脂膏。以上说明肾阴亏损与糖尿病关系密切。

推荐食疗方：山药薏米芡实粥。取适量的山药粉、薏米粉和芡实粉混合，用适量的温水

调成糊状。在准备好的锅内以适量的水烧开，再把糊倒进去用勺子搅拌，再开锅煮10分钟即可，可根据个人喜好加蜂蜜或其他调味品。现代研究显示山药有很好的降糖作用，它益气养阴，补脾肺肾。要注意的是山药虽能降血糖，但必须少吃而常吃，有患者因贪食山药而加重病情的记录。用量为9~18克，一次用量不宜过多。薏米有健脾利湿，清热除痹的功效，薏米中所含的薏苡仁素和薏苡仁糖有显著的降糖作用。芡实固肾摄精，补脾止泄。具有“补而不峻”、“防燥不腻”的特点。三药合用，既补脾胃，又滋肾阴，糖尿病患者可在早晚餐少量常吃此粥，每次分量约25克左右即可。

阴阳两虚型：

临床症状多见腰膝酸软，气短乏力，口干但饮水不多，畏寒肢冷，脸面或下肢水肿，食欲减退，大便溏泻火泄泻便秘交替出现，尿液浑浊如膏，面色苍黄晦暗，耳轮干枯，性功能减退，齿摇脱，舌淡暗，苔白而干。脉沉细无力。滋阴温阳，补肾活血，兼利湿化浊。疾病发展到了晚期的严重阶段，阴损及阳，或阳损及阳，或阴阳俱损。肾阴虚则除早泄、遗精外，还会出现五心烦热、失眠、心烦等症状；肾阳虚偏重者则多见手足不温，畏寒肢冷等阳虚症状。

推荐食疗方：人参鸡蛋清。人参6克，鸡蛋1个。将人参研成细末，与鸡蛋清调匀，服用即可。每日1次，佐餐食用。

肺热津伤型：

临床以口渴多饮为主症，并伴口干舌燥，随饮随渴，尿频量多，舌红少津，苔薄黄而干。治宜清热润肺，生津止渴。中医认为，饮食入胃，上输于肺，燥热伤肺，则肺失治节而不能敷布津液而导致小便直趋下行，故而尿次增多；肺不布津则口渴而须多饮。因此病机是燥热伤肺导致肺失其通调水道之效。现代医学认为，口渴是血糖升高的反应之一，当葡萄

糖大量排出时，也带走身体很多水分，刺激下丘脑的口渴中枢，使患者感到口干舌燥而须多饮，稀释升高的血糖，这是机体维护自身内环境稳定的一种反应。因此，过度限制饮水或补充不及则会使血糖浓度更高。

推荐食疗方：丝瓜炒鸡蛋：丝瓜250克，鸡蛋3个。丝瓜去皮和两头，洗净切丝。鸡蛋磕入碗内搅匀，油锅烧热，下葱花煸香，倒入鸡蛋煸炒，加入精盐，切成小块，投入丝瓜，炒至入味，加入调料即可。丝瓜性凉味甘，清热凉血，化痰化痰，解毒利尿，入肺、肝、胃、大肠经。鸡蛋甘，平。入肺、脾、胃经。滋阴润燥，养血安胎。二者合用，滋阴润燥止渴。

(四) 糖尿病患者的饮食误区

饮食通常是直接反应血糖的因素，因此，饮食控制是调控血糖的关键。除了恪守辨证饮食护理，糖尿病患者也必须避免误陷一些人云亦云、以讹传讹的饮食误区。

误区1：无糖食品不会影响血糖。无糖食品是指食品不含蔗糖，或用其他甜味剂替代的食品。对于用粮食制作的无糖饼干、面包或燕麦片等，虽然包装显示不含蔗糖，却有大量糊精与麦芽糖浆，升糖指数极高，因此，糖尿病患者仍须慎食。

误区2：只吃粗粮、不吃细粮。粗粮富含膳食纤维和维生素，糖尿病患者多吃有利于延缓血糖的升高。但过多食用粗粮，粗粮内含的较多的纤维素成分会导致消化不良，影响人体对蛋白质、无机盐以及一些微量元素的吸收，造成人体营养不良。

误区3：多吃杂粮素食降血糖。适量多吃蔬菜杂粮，的确有助于平稳与降低血糖。且蔬菜杂粮中丰富的膳食纤维有助于降脂通便。但是，过食粗粮仍会增加肠胃负担，影响营养物质的吸收。对脾胃虚寒者，更不宜经常服食过量蔬菜和杂粮，久了导致脾胃积滞。最好是粗

细配合食用，例如，用一半的白米，各加四分之一的糙米和玉米煮饭即可。

误区4：降糖药可解决一切问题。认为服了降糖药即可高枕无忧，放纵食欲，却不知如此会加重胰腺负担，使十二指肠内压力增高，进而增加诱发急性胰腺炎或胆囊炎的风险。还可能增加低血糖及药物毒副作用发生的可能性，非常不利于病情的控制和血糖的稳定。

误区5：没吃饭就不须用药。有些糖尿病患者为了控制血糖，刻意少吃一顿饭，并认为不吃饭就可以不吃药。殊不知吃药的目的不仅仅是抵消饮食所导致的高血糖，也降低体内代谢和其他升高血糖的激素所导致的高血糖。此外，不按时吃饭也容易引起低血糖，且会导致下一餐的饮食摄入量增加，从而破坏饮食控制规律，这些都会导致血糖控制不稳而影响治疗效果。

误区6：过度控制饮食，少吃或不吃主食。这是糖尿病饮食控制的另一个极端。由于害怕血糖升高，患者因噎废食，造成身体基础代谢紊乱，过度分解体内脂肪和蛋白质，结果发生营养不良或者低血糖，出现身体虚弱乏力，抵抗力下降，甚至诱发其他疾病，增加治疗难度。

误区7：注射胰岛素就可以胡吃海喝。有些患者由于口服药物的控糖效果不佳，由医生建议注射胰岛素而使血糖扳回正常，便觉得胰岛素是万能的而放松饮食控制。其实，胰岛素的注射，需要配合饮食控制，血糖才能达到理想的数值。注射胰岛素单位多，饮食少，血糖就下降，容易低血糖。注射单位少，又大吃大喝，血糖就升高，容易引起酮症酸中毒。两者都有损健康，严重时危及生命。此外，长久注射也会导致体内胰岛素不敏感而失去药效。因此，注射胰岛素的患者，应该自我检测血糖，才能知道应该吃多少，可以和药水取得平衡。要增加或减少胰岛素的剂量，或改变饮食习惯，必须由西医指导。

误区8：南瓜降糖可多吃。南瓜中的南瓜

多糖确实对控制血糖有良好的效果，但南瓜还含有大量的糖类物质，过度进食仍会使餐后血糖迅速升高，因此不宜随意大量进食，不能单纯的把南瓜当成降糖食物食用。不过，吃南瓜后有饱胀感，倒是适合易饥饿的患者。偶尔可以取代白米当主食来食。

误区9：不能吃水果。水果中含有大量的维生素、膳食纤维和矿物质，这些对糖尿病患者是有益的。且水果内的果胶可以阻止胃肠道的吸收，让吃的果糖下降，促进胃肠道排空，营养吸收时间短则血糖下降。糖尿病患者因为产生氧自由基而容易引起动脉粥样硬化、糖尿病肾病、糖尿病周围神经病变等疾病时，水果中的营养素可以起到预防作用。因此，糖尿病患者在血糖控制良好后可以少量进食水果，无须一味排斥。最适合吃水果的时间，不是进餐后马上吃。因为吃饱后马上吃水果，会把更多糖份送入血里，使血糖升高。最好是餐后一两小时才吃，或早上10时或下午3时当点心吃。

误区10：豆制品可以多吃。豆制品含糖和热量不高，其中的大豆异黄酮对血糖还有一定的控制作用，因此豆制品相比于动物蛋白更适合糖尿病患者。有的患者偶尔取代白米当主食食，降糖效果不错。但由于部分糖尿病患者的发病通常合并肾病，而摄入大量的蛋白质会给肾脏带来负担，甚至造成不可逆的伤害。因此，糖尿病肾病患者不能盲目多吃豆制品，以免加重病情。

误区11：全面禁糖。吃糖的确容易升高血糖，但是所有的食物都是有热量的，控制总热量的摄入才是注意重点。有些糖虽然甜，但未必会升高血糖，如木糖醇等，这些甜味剂虽然可以增加食品的甜度，但不增加食物的热量，因此适量进食（每天20克左右）并无大碍。过分控糖导致低血糖昏迷而危及生命更为不智与危险。

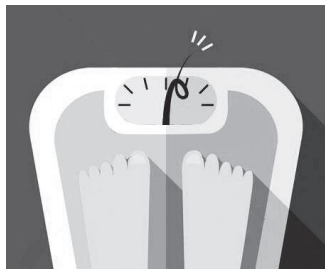
误区12：花生、瓜子、坚果等零食可以多吃。这些零食的油脂蛋白含量高，15克花生的热量=25克米饭，吃20粒花生相当于吃一个馒头，30粒瓜子=1勺油。坚果也不能日食超过25克。因此不宜放任多食。

误区13：蔬菜可以任意食用。许多患者认为蔬菜热量低，因此可以随意食用。其实像毛豆、蚕豆之类的碳水化合物含量不低，要减少摄入。有些患者认为土豆、卷心菜不能吃，其实土豆、芋艿、山药等食品若能部分替代主食，不妨食用，卷心菜虽口味稍甜，但其碳水化合物含量还是较低的。番茄、黄瓜的热量相对较低，无论当零食和菜肴是不错的选择。

误区14：完全不吃肉食。这不只会引起营养不良，而且可能造成多吃主食的现象，不利于血糖的控制。一般各种肉食总量每天可掌握在1~3两，以鸡、鱼肉、瘦猪肉、瘦牛羊肉为宜。

(五) 小结

中医治疗糖尿病有许多明显的优点，如改善症状显著、方便易行、无明显副作用等，但是在降血糖却西医占先。双方联手在“降”与“调”方面结合治疗，才能优势互补。饮食控制的重点是根据患者的年龄、工作性质、经济状况、个人喜好、血糖控制情况、有无并发症等而进行具体安排，根据摄入食物的总热量，合理配餐。除了严格控制饮食外，患者必须进行体育锻炼、遵医嘱合理用药、监控血糖和调理心态，才是一个全面抗糖、控糖的有效方略。



肥胖与乳腺癌

新加坡·曾玉珠

肥胖是指一定程度的明显超重与脂肪层过厚，是体内脂肪，尤其是甘油三酯积聚过多而导致的一种状态。随着社会经济的繁荣与人们生活的富裕，肥胖已成为全球性的问题。1999年世界卫生组织正式宣布肥胖为一种由多种因素引起的慢性代谢性疾病。越来越多循证医学证据也显示，肥胖与肿瘤的发生有着密不可分的关系。2007年世界癌症研究基金会和美国癌症研究协会(WCRF/AICR)发表了关于肥胖与肿瘤之间联系的观点^[1]，表明已发现结直肠癌、食管癌、绝经后乳腺癌、肾癌和子宫内膜癌与体内脂肪堆积之间有联系的强有力的证据，同时发现结直肠癌与腹部脂肪堆积有关联；胆囊癌和绝经前的乳腺癌与肥胖之间有关联的可能性很大；肺癌和肝癌与肥胖相关是可能的。

1、肥胖与乳腺癌的关系

学者通过大量乳腺癌临床研究发现肥胖是绝经后女性罹患乳腺癌的危险因素，是绝经前女性的保护因素，但对于年轻女性(年龄≤35岁)的保护性则明显降低^[2]。

2018年6月 Minouk J. Schoemaker 等^[3]在 JAMA Oncol 发表报告，他们汇总了全世界19项前瞻性队列研究的超过75万名年龄在18-54岁女性的数据，对这些女性进行了平均

9.3年的随访之后，发现了1.3万例乳腺癌病例，几十位科学家总结认为，肥胖似乎真的能降低绝经前乳腺癌的风险，BMI水平越高，绝经前乳腺癌风险越低。研究也发现，随着BMI水平的升高，绝经前乳腺癌的风险下降，并且年龄越小，相对风险下降得越多。

在2017年5月世界癌症研究基金会(WCRF)发布的饮食、体重、身体活动与乳腺癌关系的报告^[4,5]以119项研究、1200多万名女性、26万多例乳腺癌病例为基础，对乳腺癌进行了最严谨、系统、全面的分析后指出：

18-30岁之间超重/肥胖降低绝经前/后的乳腺癌风险；

绝经前超重/肥胖降低绝经前乳腺癌的风险；

绝经前超重/肥胖降低绝经后乳腺癌的风险。

报告^[4]也表明，在某些情况下超重/肥胖的确可使乳腺癌风险降低。不过，绝经前/后则是这一防护作用的转折点，绝经前肥胖虽然能够降低乳腺癌风险7%，但到了绝经之后却开始增加12%的乳腺癌风险。

在报告^[4]中亦清楚指出以上发现只能反映欧洲和北美女性的情况，肥胖对于包括中国在内的亚洲女性则非常不利，因为绝经前的超重或肥胖对于欧洲和北美的女性或许有预防绝经前乳腺癌的作用，但对于亚洲女性则自始至终

都会增加乳腺癌的风险，因为研究显示：

绝经前BMI每增加5kg/m²对于欧洲和北美绝经前的女性分别可以降低11%和3%的乳腺癌风险，但对于亚洲女性则会增加16%的风险；

同样地，在绝经之后，欧洲和北美的女性乳腺癌风险仅会因为绝经前的超重/肥胖增加10%，而亚洲女性的风险增长则会达到37%。

对于以上的结果，Minouk J. Schoemaker等^[3]在讨论中也声明，由于肥胖对健康有许多不利影响，因此并不主张增肥预防绝经前乳腺癌。

2、肥胖与乳腺癌的预后

肥胖不仅增加绝经后患乳腺癌的风险，有研究也发现肥胖会影响乳腺癌的治疗效果与预后。

奥地利维也纳医科大学的Michael Gnant博士及其同事研究发现，芳香化酶抑制剂对肥胖乳腺癌患者疗效打折扣；还有多项研究表明^[6]，肥胖乳腺癌患者发生远处转移的风险的可能性更高，接受辅助治疗的疗效持续时间也相对较短；有学者也证实肥胖的乳腺癌患者发生腋窝淋巴结转移的概率比较瘦的患者高，而手术的效果相对也要差，术后复发的风险也更高。也有研究证实，肥胖乳腺癌患者死亡率要高于非肥胖的患者。

山东大学第二医院的余之刚教授在接受采访时曾表示：“肥胖无论是对肿瘤的发生、发展、复发转移以及对药物的抵抗都会产生不同作用。肥胖会导致癌症的发生，同样癌症发生会带来脂肪细胞代谢紊乱，肥胖与乳腺癌是互为因果关系。”

乳腺癌是一个激素依赖性的疾病，其发生、发展与雌激素有关，肥胖女性体内的雌激素除由卵巢分泌之外，还有脂肪组织可生成相当可观的雌激素。肥胖的人脂肪堆积一般过多，雌激素生成增加，多余的雌激素贮存于脂

肪组织内，并不断释放进入血液，对乳腺组织产生刺激，就容易引起乳腺癌，而且雌激素水平越高越易患乳腺癌，也影响乳腺癌的预后。

3、中医对肥胖的认识

中医对于肥胖的认识早有记载，例如《内经》说“年五十，体重，且目不聪明矣”和《素问·奇病论》“肥者令人内热，甘者令人中满”、“数食甘美而多肥也”。中医认为，肥胖的形成与先天禀赋、过食肥甘、疏于劳作、七情过度、脾胃虚衰、痰饮水湿等有关。发生原因多与“湿、痰、虚”有关。痰湿的生成与肺、脾或肾的气化功能不足有关。肺主治节，若肺失宣肃，津液不化，则可聚湿成痰；脾主运化，脾胃受伤，运化无权，水湿内停，则可凝聚成痰；肾司开合，肾阳不足，开合不利，水湿上泛，亦可聚而为痰。而痰湿又可反过来损害肺、脾、肾各脏的气化功能，互为因果。

4、痰湿与乳腺癌发病的关系

中医认为肿瘤的病因病机，不外乎外因与内因，邪气与正气及其相互关系。病性总属本虚标实。总体病因病机为毒邪内蕴、七情所伤、瘀血结聚、痰湿凝结及正气不足。在乳腺癌病因病机之毒邪内蕴中，中医认为乳腺癌发病^[7]与寒、热、湿、痰、瘀、毒等邪气侵袭密切相关，如寒邪侵袭，或湿热内侵，或瘀毒蕴滞等均可导致乳瘤形成。而在诸邪之中，“痰”邪为患最为关键，以此可形成痰饮、痰核、痰瘀、痰湿、痰浊等病理产物，还可形成胸水、腹水及心包积液等变化。周岱翰主任^[8]就认为，癌肿发生，皆因痰作祟。痰是多数癌肿的致病因素，癌瘤发展又可形成内痰与外痰，因此，常从痰来辨治常见癌瘤，应用除痰散结法。

5、痰湿与乳腺癌转移的关系

转移是恶性肿瘤的特征。许鸣等^[9]指出中医“从化理论”认为，肿瘤发生是“癌毒传舍”“痰随气走”的过程。所谓“痰之为物，随气升降，无处不到”^[10]。癌毒搏结体内，邪毒互结，加之正气日渐虚衰，失于固摄，邪毒扩散，进而发生传舍^[11]，遂形成乳腺癌转移至其它部位。

6、如何降低乳腺癌风险？

中医认为肥人多痰湿，通过以下方法可减少肥胖，减少体内痰湿的堆积，降低乳腺癌风险。

6.1 体育锻炼

挪威特罗姆瑟大学一项发表在《新英格兰杂志》研究就显示，每周体育活动超过4个小时能使乳腺癌风险下降37%^[12]。2014年德国雷根斯堡大学^[13]和2015年英国伍尔弗汉普顿大学^[14]发表的Meta分析证实，与久坐的乳腺癌女性患者相比，确诊前有常规体育锻炼患者存活率高16%-27%；确诊后体育锻炼患者存活率高28%-41%。由此可见，适当的运动是非常必要的，特别是对于乳腺癌患者，有研究就证实乳腺癌患者治疗后进行3个月每周两次的瑜伽锻炼，与没有采取这种锻炼的患者相比较，不会易疲劳，同时表现出较少的全身炎症反应。

6.2 饮食控制

2006年加州大学洛杉矶分校医学中心的一项大型随机对照试验证实，与常规肿瘤疾病管理疾病相比，减少脂肪摄入的干预措施可提高乳腺癌患者的无复发生存期。预防乳腺癌，日常饮食应该保持清淡，注意荤素搭配，最好以素为主，多吃蔬果及粗纤维食物。

可常吃冬瓜、西瓜翠衣、黄瓜、苹果、番石榴（芭乐）、萝卜、茼蒿、菠菜、芹菜、白菜、莴苣、荷叶、黑木耳、白木耳、苦瓜、蕃茄、茶叶、燕麦、薏苡仁、菊花、鲤鱼、茼蒿、洋菜、海带等。

健康的生活习惯

研究^[16-17]已经表明，内源性昼夜节律的紊乱，特别是晚上长时间暴露光线下熬夜，被认为是与包括肥胖、II型糖尿病、心血管疾病、肿瘤等一系列常见病有关。在美国的护士健康研究中，schernhammer等^[18]在1989年的人群队列研究发现从事夜间倒班工作20年以上的女护士乳腺癌发病率增加79%，证实了长期夜间倒班会引起乳腺癌发病率增加。研究^[19]也发现晚饭吃得晚显著增加乳腺癌的发病风险。因此，避免熬夜及早点吃晚饭可降低乳腺癌风险。

中医药的调理

中医在降低乳腺癌风险方面，可在辨证及辨病的前提下，通过纠正体内失衡的脏腑功能，再适当加用除痰散结兼活血化痰及清毒毒的方法进行调理。

结论

女性保持健康体重、健康的生活习惯及坚持适当的运动能降低乳癌风险。

参考资料

- [1] World Cancer Research Fund/American Institution for Cancer Research (2007) Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer, a Global Perspective [A]. AICR: Washington, DC. World Health Organization (2008) Cancer, 2008.
- [2] Rose DP, Vona-Davis L. Interaction between menopausal status and obesity in affecting breast cancer risk. Maturitas. 2010, 66(1):33-38.

- [3] The Premenopausal Breast Cancer Collaborative Group. (2018). Association of Body Mass Index and Age With Subsequent Breast Cancer Risk in Premenopausal Women. JAMA Oncol. Published online June 21, 2018.doi:10.1001/jamaoncol.2018.1771.
- [4] World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Breast Cancer. 2017. Available at: <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Breast-Cancer-2017-Report.pdf> All CUP reports are available at: wcrf.org/cup-reports Last assessed on 2018-06-23.
- [5] World Cancer Research Fund International/American Institute for cancer Research. Research we fund, Continuous Update Project findings & reports, Breast cancer. Available at: <https://www.wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-findings-reports/breast-cancer> Last assessed on 2018-06-23.
- [6] 曹恒, 谢晓冬, 刘兆吉. 肥胖与乳腺癌[J]. 国际肿瘤学杂志, 2012, 39(4): 268-271.
- [7] 王居祥, 徐力. 中医肿瘤治疗学[M]. 中国中医药出版社, 2014. P251.
- [8] 赵东奇, 周岱翰. 以痰论治肿瘤治验 (转载). <http://m.haodf.com>.
- [9] 许鸣, 陆嘉惠. 从痰、瘀、毒论恶性肿瘤的病机与辨治[J]. 国际中医中药杂志, 2016, 38(11): 1028-1029.
- [10] 索凤茹. 邪毒传舍—经络流注与恶性肿瘤转移[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(5): 65-66. DOI:10.13729/j.issn.1671-7813. 2014.05.35.
- [11] 史振广, 王文萍. 恶性肿瘤转移的病机转化[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(4): 68-70. DOI:10.3969/j.issn.1671-7813.2013. 04(x).3.
- [12] Thune, I., et al., Physical activity and the risk of breast cancer. N Engl J Med, 1997. 336(18): p. 1269-75.
- [13] Schmid, D. and M.F. Leitzmann, Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Ann Oncol, 2014. 25(7): p. 1293-311.
- [14] Lahart, I.M., et al., Physical activity, risk of death and recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. Acta Oncol, 2015. 54(5): p. 635-54.
- [15] Bass J. Circadian topology of metabolism[J]. Nature, 2012, 491(7424): 348-356.
- [16] Scheer F A J L, Hilton M F, Mantzoros C S, et al. Adverse metabolic and cardiovascular consequences of circadian misalignment [J]. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2009, 106(11): 4453-4458.
- [17] Pan A, Schernhammer E S, Sun Q, et al. Rotating Night Shift Work and Risk of Type 2 Diabetes: Two Prospective Cohort Studies in Women [J]. PLoS medicine, 2011, 8(12): e1001141.
- [18] Schernhammer ES, Kroenke CH, Laden F, et al. Night work and risk of breast cancer [J]. Epidemiology, 2006, 17(1): 108-111.
- [19] Kogevinas M, Espinosa A, Castello A, et al. Effect of mistimed eating patterns on breast and prostate cancer risk (MCC-Spain Study) [J]. Int J Cancer, 2018.
- [20] 崔妍. 肥胖与肿瘤[J]. 天津中医药, 2014, 3(3): 187-189.

认识人体的血糖

新加坡·陈桂珍

前言

目前医学上是以血糖检测来决定一个人是否有患上糖尿病。中华医院也有为糖尿病人做血糖检测。为了更进一步认识人体的血糖，我阅读了有关的书籍资料，在2018年9月的糖尿病组交流会上汇报。现再整理此报告与大家分享。

什么是血糖 (Blood Glucose)?

血糖是指存在血液中的葡萄糖。血糖水平取决于血液循环中葡萄糖增加的速率和组织对它的摄取。

正常人的血糖的产生与利用是处于动态平衡的状态，维持一个相对稳定水平。一般上，餐前血糖低，餐后血糖高，餐后1/2小时到1小时时间的血糖值最高，2个小时后开始下降。凌晨3-4点血糖处于最低点。

血糖的来源与去路

血糖的主要来源有三：（1）食物消化吸收；（2）肝内储存的糖原分解；及（3）脂肪和蛋白质转化（糖异生）。

食物的主要成分包括碳水化合物、脂肪、蛋白质、水、维生素、矿物质及微量元素等等。碳水化合物又叫糖类，是机体的主要组成部分之一，也是食物的主要成分。碳水化合物经消化，吸收而成的葡萄糖是机体最理想的能



图一：人体消化系统 (互联网资料)

量来源，全身细胞及组织都能利用。

血糖最重要的去路是氧化转变为能量。其他去路包括转化为原糖存于肝脏，肾脏及肌肉以及转变成脂肪和蛋白质等其他营养分加以储存。

人体的消化系统

人体的消化系统由消化道和消化腺两大部分组成（见图一）。消化道包括口腔、咽、食道、胃、小肠、大肠到肛门的很长的肌性管道。根据资料，成人的消化道全长约为6米。

消化腺是分泌消化液的腺体，包括大消化腺和小消化腺两种。大消化腺包括大唾液腺，肝和胰等。借助导管，将分泌物排入消化管。

小消化腺：散布在整个消化管壁内的无数小腺体，如胃腺及肠腺等等。

人体调节血糖的重要器官

人体调节血糖的重要器官包括肝脏、神经系统与内分泌系统(见表一)。这三大器官共同合作，维持血糖的稳定。

表一：人体调节血糖的重要器官及其功能

器官	功能
肝脏	通过储存和释放葡萄糖来调节血糖
神经系统	通过对进食，对糖类的摄取，消化，利用和储存的影响来调节血糖；也通过内分泌系统间接影响血糖
内分泌系统	通过分泌多种激素调节血糖

肝脏和肾脏对血糖代谢的作用

肝脏有多种酶(enzyme)，是胰岛素和激素发挥作用的地方，血糖在这里被加工及利用；肝脏也是糖、脂肪和蛋白质互相转换之处。肾脏通过排尿将多余的糖分排出体外，使血糖不至于太高。若糖尿病人长期血糖控制不佳，则影响肝脏和肾脏的结构及功能。

神经系统对血糖调节的作用

神经系统包括：

中枢神经系统 - 脑和脊髓组成

周围神经系统 - 自主神经(内脏神经系统)、运动神经和感觉神经组成

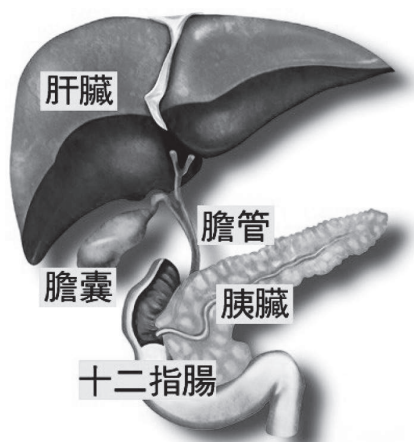
中枢神经系统的下丘脑是掌管人体的饿感和饱感，调节人体的摄食或拒食要求，影响血糖的水平。大脑(下丘脑的主帅)负责思维，情感等复杂的神经活动，也影响血糖的水平。

自主神经有一对功能相对立的神经：(1)交感神经 - 抑制分泌(如抑制胰岛素分泌)；(2)副交感神经(迷走神经) - 促进分泌(如刺激胰岛素分泌)，不受意志直接控制的。

内分泌系统 - 产生升降激素

人体内升高血糖的激素(对抗胰岛素的激素)较多，至少有4种。包括(1)胰升糖素 Glucagon；(2)肾上腺素 Adrenal hormone；(3)肾上腺皮质激素 Adrenocorticotrophic hormone；(4)生长激素 Growth hormone。其他，如甲状腺素 Thyroxine等。

但是，人体内降糖作用的激素很少，主要为胰岛素。所以说，人类得糖尿病(高血糖)的机会较高。



图二：胰腺的位置 (互联网资料)

胰腺 Pancreas

胰腺位于胃的后面，由外分泌部和内分泌部组成。外分泌部分泌胰液，经胰管排入十二指肠，有分解蛋白质、糖类和脂肪的功能。胰的内分泌部即胰岛(细胞团)有两种主要细胞：

A细胞 - 分泌胰高血糖素

B细胞 - 分泌胰岛素

这两种激素可以直接进入血液调节血糖的代谢。

接着，我们来认识胰岛素。

胰岛素(Insulin)的功能

胰岛素是人体最主要的降糖激素，功能包括：

胰岛素与靶细胞的受体相结合(胰岛素受体)，能促进细胞外的葡萄糖进入这些细胞，

变为糖原储存起来。

它同时能抑制肝脏内糖原重新分解为葡萄糖，从而使血糖降低。

它也能促进蛋白质和脂肪合成，防止向葡萄糖转化。

当血液中的葡萄糖浓度上升，胰腺体就会分泌胰岛素，让葡萄糖进入细胞内部，使血糖值下降。同时，肝脏细胞会将葡萄糖转化成肝糖储存起来，接着肌肉细胞会将葡萄糖转化为肝糖储存起来储存起来，多余的葡萄糖则由脂肪细胞转化为脂肪的形态储存起来。

血糖过低也会产生不良影响。因为人体的细胞需要血糖-能量的来源才可进行正常活动。一旦血糖值下降太低，就会产生疲倦，头痛，集中力下降，意识障碍等等的问题。因此人体具有靠胰岛素或胰高血糖素的作用来维持血糖稳定。

什么是胰岛素受体 (Insulin Receptor)?

胰岛素受体是胰岛素作用的靶子。它是一种糖和蛋白质结合的产物，位于胰岛素靶细胞，如肝细胞，肌肉细胞和脂肪细胞的细胞膜上。胰岛素受体位于体内大部分的细胞中，尤其大量储存在肝脏，肌肉和脂肪细胞。

胰岛素只能与其受体结合，使这些细胞发生结构和功能上的改变，细胞外的葡萄糖，氨基酸等营养物质容易进入细胞；如同一支钥匙打开门锁般，让葡萄糖得以进入细胞。细胞内的酶(Enzyme)等物质被激活，从而调节了糖、脂肪、蛋白质等重要物质的合成与代谢。

所以，胰岛素受体的数量和亲和力正常是胰岛素发挥降糖作用的先决条件，若胰岛素受体数目减少或衰退，胰岛素作用就减弱。

糖尿病的基本病理与生理

总而言之，糖尿病的基本病理与生理是

因为胰岛素的分泌绝对或相对不足及胰岛素作用减低。胰岛素不足，造成葡萄糖的利用减少；肝糖原合成减弱而分解加强，糖异生作用加强，使血糖升高。胰岛素靶细胞对胰岛素的抵抗(不能形成胰岛素受体)，而引起机体一系列的代谢紊乱。

那么我们怎样才能促进胰岛素的作用？我认为最佳的答案是运动！为什么？

我们常说，“生命在于运动”！运动对人体的血糖也起了很大的影响。由于骨骼肌占人体体重的40%以上，是摄取葡萄糖的主要组织。运动可以刺激骨骼肌摄入葡萄糖；运动增强身体对胰岛素的敏感性，使胰岛素更容易与细胞受体结合，让葡萄糖进入细胞。除此之外，运动能消耗热量，首先消耗的是糖，运动时间久了，用掉脂肪比例较高，运动训练可以强化肌肉。所以，多运动，多练出些肌肉能使血糖更加平衡，对糖尿病人有好处。

总之，通过运动我们可以获得好处包括：

运动的立即效果是促进葡萄糖和脂肪酸的利用以降低血糖；

运动的长期效果是改善胰岛素的机能；

增加热量的消耗量而减轻体重；

预防因为年纪增加或运动不足所造成的肌肉萎缩，而提升肌力；

有助于改善高血压和高血脂症；

心肺机能改善，体力增加；

可恢复精神，消除压力，提高生活素质。

血糖检测和糖尿病的诊断

目前最常用的糖尿病诊断依据是血糖检测及糖化血红蛋白(HbA1c)。

(1) 血糖检测有下列几种：

- 空腹血糖检测(血糖检查前8-10个小时禁食)
- 餐后血糖检测 / 随机血糖检测
- 糖耐量试验 (Oral Glucose Tolerance Test, OGTT)
- 其他检测方式包括：尿常规，血糖

胰岛素, 血糖升糖素, 肝功能, 肾功能, 等等。

- 血糖检测的测定法为葡萄糖氧化酶法和己糖基酶。目前有两种测定单位: (1) **mg/dl** 毫克/分升及(2) **mmol/L** 毫摩尔/升。这两种测定单位测定单位的换算是: **mmol/L × 18 = mg/dl**。

(2) 糖化血红蛋白 HBA1c (Glycated Haemoglobin)

这是血中葡萄糖与红细胞的血红蛋白相结合的产物。这项检查是为了掌握红血素变成糖化血红素的比率(%)。红血素(红细胞)原本会和氧气结合, 将氧气送到全身的细胞, 但是当血糖一高, 血液中的葡萄糖就会和血红素结合, 转化成糖化血红蛋白或糖化红血素。糖化血红蛋白**HBA1c** 的多少与血中葡萄糖含量的高低成正比的关系。**HBA1c**能反映采血前**2-3**个月之内的平均血糖水平。相对来说, **HBA1c**相当稳定, 可作为较长时间糖尿病控制水平的指标。

美国糖尿病学会的糖尿病诊断标准与正常人血糖比较如下:

项目	糖尿病患者	正常人
禁食8小时后空腹血糖值 (fasting blood glucose)	大于 7.0mmol/L (126mg/dl)	4-6.1mmol/L 平均 6.0
随机(Random)测定的血糖值	大于 11.1mmol/L	4-7.8mmol/L
餐后2小时血糖值或口服75克葡萄糖后血糖(OGTT)值	大于 11.1mmol/L (200mg/dl)	少于 7.8mmol/L
糖化血红蛋白 (Hemoglobin, HBA1c)	大于7%	4% - 6%

附: 根据新加坡卫生部的网站, 空腹血糖值和随机血糖值与美国糖尿病学会的标准是一致的。

目前, 新加坡最常见的西药口服降血糖药物有下列两大类:

双胍类 biguanides BG, (e.g. Metformin)

抑制肝糖转化和输出, 减少糖类的吸收, 增强周围组织(如肌肉)对胰岛素的敏感性, 促进葡萄糖摄取和利用, 延缓葡萄糖在胃肠吸收; 餐后半小时服用。

磺脲类 Sulfonylureas SU (e.g. Glipizide)

刺激胰岛B细胞分泌胰岛素, 加强胰岛素与受体结合的作用, 增强周围组织对胰岛素的敏感性; 餐前半小时服用。

总结

我们对血糖有了认识后, 更加要注意饮食均衡, 养成适当运动的生活习惯, 消除压力, 保持心境开朗, 以维持正常的血糖, 避免发生糖尿病。

资料参考:

- [1] 向红丁著《糖尿病300个怎么办》, 中国盲文出版社, 2017年
- [2] 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
- [3] 徐蓉娟主编《内科学》, 中国中医药出版社, 2005年
- [4] 严振国主编《正常人体解剖学》, 上海科学技术出版社, 2003年
- [5] 郭光文, 王序主编《人体解剖彩色图谱》, 人民卫生出版社, 1996年
- [6] 常津良一和川上正舒监修《战胜糖尿病》, 枫叶社文化事业有限公司, 2011年
- [7] S K Powers & E T Howley: "Exercise Physiology" McGraw Hill International Edition, 2012
- [8] 网上有关消化系统, 血糖及糖尿病资料



《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 2019年1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 INSTITUTION

