

新加坡中醫雜誌

46

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

7月 / July 2019



中華醫院

仁風義舉 澤及病黎 功德無量



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.

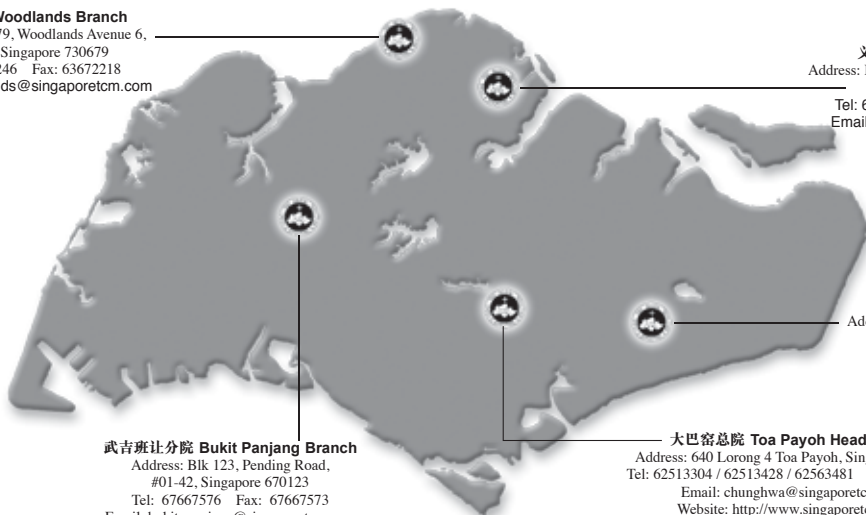
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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. 浅析中药治疗鼻稿 — 新加坡·卓秋蓉p2-6

临床

2. 应用葛根汤治疗荨麻疹的体会 — 新加坡·曾玉珠p7-9
3. 针药结合在医疗头面疾病的临床实践 — 新加坡·吴荣贵p10-11
4. 中药调控对慢性萎缩性胃炎癌前病变细胞凋亡的影响及中医药治疗的探讨
— 新加坡·何宇瑛p12-16
5. 八髎穴治疗女性膀胱颈梗阻 — 新加坡·陈业慧p17-18
6. 针灸治疗牛皮癣 — 新加坡·杨昌志p19-21
7. 震颤症之肝肾阴虚型针灸治疗简报 — 新加坡·陈昆宁p22-25
8. 针治眼肌麻痹 — 新加坡·蔡欣洁p26-28
9. 针推加刺络拔罐治疗神经根型颈椎病术后疼痛临床应用举隅
— 新加坡·陈图志老师 林秀梅 蓝其荣 曾妙英 顾艳红 周敦p29-37
10. 中医治疗原发性开角型青光眼 — 新加坡·唐跃p38-43
11. 新加坡乳腺癌患者的中医证素分布规律研究 — 新加坡·白伟良p44-60

学术探研

12. 全面认识拔罐疗法 — 新加坡·郭忠福 中国·王玲玲p61-63
13. 糖尿病辨证- 立足中焦 — 新加坡·黄欣杰p64-65
14. 浅谈张仲景论消渴 — 朱荣芳p66-67
15. “情怀疗愈” 是中医情志疗法的拓展与进步 — 新加坡·李明妹p68-72

方药探析

16. 中药归经在肿瘤治疗上的探讨 — 新加坡·蔡松均p73-77

新加坡杏林人物志

17. 精于岐黄、博览精思的陈占伟先生 — 新加坡·林英p78-79

学术交流

18. 世界中联癌症姑息治疗研究专业委员会第四届年会 — 新加坡·凌鹰p80-82
19. 2019年哈尔滨高级针灸研修班简报 — 新加坡·王晖闵p83-89
20. 海口相聚，共话脾胃 记第十届国际消化病学术大会会议实况 — 新加坡·何宇瑛p90-92

知识库

21. 分享栏目 石学敏院士针灸临床常用腧穴配方 — 新加坡·陈蓓琪p93-96

浅析中药治疗鼻槁

新加坡·卓扶蓉

鼻槁，是指鼻内干燥，黏膜萎缩为主要症状的鼻病。鼻槁的诊断标准根据《中医耳鼻喉科病症诊断疗效标准》[1]以鼻中干燥，鼻塞，无涕或少涕，或鼻腔有脓痂，有恶臭为主要症状。伴头痛、头昏、记忆力下降、嗅觉丧失、鼻衄等症状。鼻腔检查：可见鼻黏膜干燥、萎缩，鼻腔宽大，鼻道内有黄绿色脓稠鼻涕潴留或黑褐色痂皮。此病相当于西医学的干燥性鼻炎和萎缩性鼻炎。

病名溯源

鼻槁的主要临床特点是鼻腔干燥。古医籍中以鼻槁、鼻燥、鼻干等名词论述。

鼻槁一词，首见于《灵枢·寒热病》记载：“皮寒热者，不可附席，毛发焦，鼻槁腊，不得汗。取三阳之络，以补手太阳”。对此段经文，注者多云；腊，干的意思。槁与腊，是同义复词，鼻槁腊，就是鼻腔干燥。

汉·张仲景《金匱要略·黄疸病脉证并治第十五》论述：“鼻燥，属过饮醇酒所致酒疸病之症状”。明代《医学入门·卷四》指出春夏秋冬皆可患鼻塞干燥，载有“四时鼻塞干燥，不闻香臭”。

宋·黄怀隐《太平圣惠方·卷三十七》言：“夫鼻干无涕者，由脏腑壅滞，内有积热，攻于上焦之所致也。凡肺气通于鼻，主

于涕。若其脏夹于风热，则津液不通，皮毛枯燥，两颊时赤，头痛鼻干，故令无涕也。”

《万氏秘斋片玉心书·卷五》曰：“鼻干者，心脾有热，上蒸于肺，故津液枯竭而结，当清热生津。导赤散吞服抱龙丸治之”。《医学见能·卷一》说：“鼻根红赤，孔内干燥结煤者，阳明经燥气也，宜加味升葛汤”，此提出阳明燥气对鼻的影响。《张氏医通·卷二》认为燥病的临床特点为：“在外则皮肤皴揭，在上则咽鼻生干”清·《四圣悬枢》言：“温病冬水失藏，相火升炎，胃津即涸，脾精亦亡，太阴之湿，久化阳明之燥。春夏病感，卫阳遏闭，营热郁发，土焦金燔，燥气愈甚。其经夹鼻络目，行身之前，故目痛鼻干，而身热不卧。”可见肝肾之火上蒸胃津液，导致脾胃津液枯竭，久则阳明燥气内生，上灼鼻窍，出现鼻腔干燥而得病。

(一) 病因病机

1. 原发因素

1.1 燥邪伤肺

《素问·阴阳应象大论》言：“燥胜则干”。《扁鵲》认为，燥邪“在外则皮肤皴揭枯涩，在上则咽鼻焦干”。肺为娇脏，喜润恶燥，其位居高位，为五脏之华盖，与外界相通，易受外邪所侵。若反复感受干寒、燥热邪

毒侵袭，熏蒸鼻窍，久则耗伤阴津，出现鼻内干燥，肌膜焦萎而为病。

1.2 郁热熏鼻

鼻槁之症，总以津液不足，鼻窍失润为其基本病机。津液不足，可由脏腑郁热所致。辨证分为肺胃郁热和肝胆郁热。患者长期恣食烟酒、过食辛辣煎炸炙烤之品，加之病后余热未清或患鼻病长久不愈，导致肺胃郁热，循经上干，鼻受熏蒸，损伤津液，鼻窍干燥，发为鼻槁。情志不遂，恚怒失节，肝胆失于疏泄，气郁化火，循经上犯，上灼鼻窍，津涸液少，鼻窍干燥而发病。

1.3 脾虚气弱

鼻为肺之外窍，脾土为肺金之母，主运水谷精微，若饮食失节、劳倦内伤，损伤脾胃，脾不健运，气血精微生化不足，无以上输充肺，肺金失濡，则鼻腔干燥。若脾不化湿，蕴而生热，湿热熏蒸故鼻内肌膜萎缩，鼻痂黄绿色。

1.4 肺肾阴虚

久病伤阴，肺阴不足，津液不能上输于鼻，鼻失滋养，甚则肺虚及肾，肺肾阴虚气津亏损，阴液无以上承，虚火上炎，灼伤鼻窍黏膜，出现鼻干，黏膜枯萎而为病。此外，肾为一身阴液之根，肾阴不足则肺津亦少，故肾阴亏虚亦可致鼻失滋润而发病。

1.5 痰瘀阻络

外感六淫、情志内伤、饮食劳倦日久，致生五脏内热上干鼻腔，炼津为痰，灼血成瘀，痰瘀互结，壅滞鼻络，血脉不畅，鼻窍失气血荣养而生鼻槁。症见鼻窍干燥，嗅觉减退或丧失。

2 继发因素

金创损伤：鼻腔内的各种手术过度损伤鼻

窍组织，导致鼻窍肌膜枯萎所致。

湿浊熏蒸：鼻渊日久，湿浊邪毒熏蒸，损伤鼻窍，以致肌膜失养，而为鼻槁。

3. 诱发因素

3.1 气候因素：

气候干寒或燥热，极易导致鼻腔干燥。

3.2 环境因素：

工作与环境严重污染，如环境中含多粉尘颗粒、长期处于高温环境下工作，易好发本病。

此外，维生素缺乏、贫血、大量吸烟、饮酒可致鼻黏膜改变，引发本病。

(二) 治疗

1. 内治法

1.1 燥邪伤肺

白伟[2]治愈1例因气候干寒伤阴而出现鼻部干燥，交替性鼻塞，治以养阴润肺，通鼻窍，其基本方为玄参30g，金银花12g，黄芩、藿香、白芷、辛夷花各9g，桔梗5g，甘草3g。谢强[3]应用清燥救肺汤加减化裁治疗因春季“飘尘”导致干燥性鼻炎，表现为燥犯肺卫、燥伤肺经、燥灼肺络及肺燥肠闭之证，均取得疗效。屠彦红等[4]治疗16例阴虚肺燥型鼻槁患者，选用《重楼玉钥》养阴清肺汤加减，取得良好疗效。

1.2 郁热熏鼻

于向阳[5]治疗35例肺胃郁热型萎缩性鼻炎患者，药用：木通、葛根、甘草各15g，升麻、地骨皮各12g，桑白皮10g，路路通8g。全慧鸣[6]治疗14例肺胃热盛型萎缩性鼻炎患者，治宜清热解毒，散邪利窍。药用：生石膏30g（先煎）、金银花、连翘、鱼腥草各15g，山栀子、知母、玄参各12g，牡丹皮、枇杷叶、生地黄各10g。李凡成[7]治愈1例因

肝胆郁热，木火刑金，肺阴灼损，鼻窍失养的干燥性鼻炎患者，以清肝降火，养阴宁肺，选用龙胆泻肝汤加减。

1.3 脾虚气弱

樊银亮[8]应用健脾补气法治疗脾虚气弱鼻槁患者，方用补中益气汤合四物汤加葛根。陈小宁教授[9]以培土生金法，治疗因脾气亏虚，肺金失养，又长期接触干燥污染环境，出现鼻腔干燥。药用：太子参、山药、白芍、生地、玄参、麦冬、天花粉、桑叶、菊花、葛根各10g，当归、白术6g，炙甘草3g。全方具有补益脾气，化生津血，养血润燥之功。张小燕[10]治疗2例证属湿热郁结，壅阻鼻窍。治宜清热利湿，宣肺开窍，均以六一散加味，取得好疗效。

1.4 肺肾阴虚

李维文等[11]治疗80例治疗肺肾阴虚型，40例治疗组采用百合固金汤加减，40例对照组采用知柏地黄丸加减。结果：治疗组总有效率为95%，对照组总有效率为83%。戴贵[12]治疗80例肺肾阴虚型鼻槁患者，方用加味百合固金汤，总有效率为90%。

1.5 术后气滞血瘀

熊大经教授治疗[13]1例交替性鼻塞，经三次鼻腔手术，鼻塞仍不通，鼻腔烧灼，鼻腔肌膜色暗，双侧下鼻甲萎缩，治以养血行气、润燥生肌。药用：怀山药、黄芪、苡仁各30g，沙参、丹参各20g，地龙、五味子，云苓各10g，取得疗效。

2. 外治法

张洁瑕等[14]外用鼻腔全蝎软膏（全蝎、蜈蚣、冰片凡士林加工制成）治疗60例鼻槁证属燥邪伤肺型，总有效率为83.3%，其优于对照组60例外用红霉素眼药膏，总有效率为63.3%。

杨世珍等[15]采用黄金万红膏（紫草、黄连、生地黄、当归、黄芩、虎仗、生地榆、冰片等组成）涂于鼻腔治疗55例干燥性鼻炎，对比55例使用红霉素涂于鼻腔。结果显示前者疗效显著。

邵健民等[16]采用润鼻油（黄连、生地黄、牡丹皮等用香油加工制成）治疗90例干燥性鼻炎，与对照组治疗60例使用薄荷油。结果：治疗组总有效率为97.78%，反之对照组总有效率为83.33%。

3. 内外合治

马莉等[17]将60例干燥性鼻炎证属燥热外犯患者，分治疗组及对照组各30例。治疗组以自拟中药汤剂（麦冬、天冬、桑叶各15g，火麻仁、石斛、玄参、蜜枇杷叶、石膏、沙参、杏仁、桔梗各10g，甘草5g）再配合黑龙江中医药大学自制全蝎软膏涂于鼻腔内。30例对照组也以自拟方剂联合生理性海水鼻腔喷雾器治疗。结果：治疗组总有效率66.7%，高于对照组的50.0%。

朱炜炜等[18]各治疗40例肺阴亏虚证和脾虚湿热熏型萎缩性鼻炎患者，治疗组分别以清燥救肺汤《医门法律》加减和参苓白术散《太平惠民和剂局方》合四物汤《脾胃论》加减治疗，两者再鼻腔局部滴用蜂蜜，每日3~4次。对照组40例采用口服维生素AD及鼻腔局部滴用复方薄荷滴鼻液，每日3~4次。结果：40例肺阴亏虚患者，痊愈8例，显效16例，好转12例，无效4例。40例脾虚湿热熏蒸患者，痊愈6例，显效14例，好转13例，无效7例。治疗组总有效率为86.25%，对照组40例患者痊愈1例，显效5例，好转15例，无效19例，对照组总有效率为52.5%。治疗后两组总有效率比较，治疗组优于对照组（ $P<0.01$ ）。

孙海峰[19]治疗40例证属脾虚气弱型鼻槁，以补中益气汤加味，局部用润鼻滴剂（桃仁、红花、丹参，用香油炸后制成）每日2~3次滴鼻。结果：痊愈25例，好转12例，无效3

例，总有效率为92.5%。

韦昌国[20]治疗1例肺气虚弱，邪滞鼻窍型鼻槁患者，治宜补益肺气，渗湿祛邪通窍。药用玉屏风散加味（土茯苓20g，木通15g，黄芪、鱼腥草各12g，白术、防风、苍耳子、辛夷花、白芷、皂角刺各10g），再配合具有疏风祛湿，芳香通窍，消肿止痛，滋润肌膜的鼻炎灵滴鼻剂（苍耳子、白芷、辛夷花各30g、冰片、薄荷霜各3g，芝麻油250ml，液状石蜡油500ml，上药制成油剂），每日2次，每次1~2滴。随症加减，取得良效。

（三）调护

在治疗期间应戒烟酒、戒除挖鼻等不良习惯，以免损伤鼻黏膜。平素应保持鼻腔清洁湿润，及时清除积留鼻涕。每日做鼻部摩擦和用拇指按摩“迎香”数次，加强鼻部血液流速。改善生活与工作环境、加强个人防护，尽可能减少环境的粉尘，避免吸入干燥多尘的空气，经常戴口罩。由于维生素B2能增强细胞功能，促进鼻黏膜纤毛的运动，维生素C对毛细血管壁有保护作用，平时可适当补充一些维生素A、B2、C，有助于鼻黏膜上皮的恢复。生活应规律，饮食宜清淡富有营养，避免辛辣刺激之品，嘱其坚持服药治疗，以得到更好且远期持续的疗效。

（四）病案举例

袁xx，男，42岁，初诊，鼻腔干燥2年，多发于夜卧时，鼻塞，偶见鼻涕带血，眠差，曾多次给普通西医门诊及耳鼻喉科诊治，均诊断为干燥性鼻炎，但治疗效果不显，西医建议手术，但患者要先寻求中医诊治。伴夜卧咽干，纳可，大便干，舌红，苔薄白欠润，脉弦数有力。病史：慢性咽炎，平素嗜食燥热煎炸之品。

病名：鼻槁

证属：阴虚肺燥

治法：养阴清肺，生津润燥

处方：鼻渊汤合天王补心丹各5g 4剂（颗粒）每日1剂，睡前冲服。

治疗期间并嘱咐患者避免进食辛辣、燥热之物及睡前按摩鼻部。

二诊：患者觉得睡眠较好，而且鼻腔干燥及鼻塞减轻，夜卧口不干，但当天气炎热时，窗户或空调冷风开太大，鼻塞及鼻腔干燥加剧，舌红，苔薄白，脉弦，大便顺不干。

上方加川芎及桑叶 各1g 7剂，每日1剂，睡前冲服。

三诊：鼻腔干燥及鼻塞改善显著，睡眠也改善良多，舌淡红，苔薄白，脉弦。效不更方，续服7剂，并嘱其注意饮食，避风寒，按摩鼻部，症状明显改善。

按：患者嗜食燥热煎炸之品，致使邪热上蒸鼻窍，灼伤鼻窍筋膜，出现鼻内干燥；燥热伤络，血溢脉外，故流鼻血；鼻腔干塞而影响睡眠；邪热伤津，加之鼻窍干塞而用口呼吸，出现夜卧咽干；燥热灼津，肠道失润则大便干；舌红，苔薄白欠润，脉弦数有力亦为燥热之象。

方解：鼻渊汤（辛夷、苍耳子、茜草、金银花、野菊花）具有清热解毒，活血通窍之效；天王补心丹之中生地：凉血止血；麦冬、天冬合用养阴润肺，清热生津，麦冬尤宜治阴虚肺燥之鼻燥咽干；玄参滋阴降火；酸枣仁、柏子仁养心安神；当归补血润燥，共助生地滋阴养血；茯苓、远志养心安神；人参补气以生血，并能安神益智；五味子之酸以敛心气，安心神；丹参对内脏微循环障碍有改善作用，可降低血黏度，扩张血管，并对鼻黏膜缺血缺氧症状有很好的治疗作用；桔梗开宣肺气，一为诸药之舟楫，一为肺经之引经。二诊原方加川芎以加强活血通窍，芳香走窜，借其升发之性载药上行，并能防诸滋阴药阻滞气机；桑叶能轻清发散，柔宣鼻窍燥热。诸药合用及饮食的调摄和避风寒，按摩鼻部均能改善鼻腔干燥及睡眠。

参考文献:

- [1] 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准.北京:中国标准出版社, 1995.
- [2] 白伟.重用玄参治疗慢性干燥性鼻炎疗效[J].医学理论与实践, 2011, 24 (9): 2344.
- [3] 王秀玲, 胡金秀.谢强应用清燥救肺汤加减治疗春季“飘尘”致干燥性鼻炎验案4例[J].江西中医药, 2008, 12 (39): 14-15.
- [4] 屠彦红, 宋若会, 高士秀, 等.养阴清肺汤加减治疗耳鼻喉科干燥性疾病疗效分析[J].中医药杂志, 2014, 26 (8): 800-801.
- [5] 于向阳.中医治疗62例萎缩性鼻炎体会[J].亚太传统医药, 2010, 6 (12): 36-37.
- [6] 全慧鸣.中医辨证治疗萎缩性鼻炎58例[J].亚太传统医药, 1997, 4 (4): 21.
- [7] 李凡成.干燥性鼻炎证治体会[J].山西中医, 1992, 8 (4): 15-17.
- [8] 樊银亮.健脾补气法治疗耳鼻喉疾病临床体会[J].CJCM中医临床研究, 2016, 8 (26): 132-133.
- [9] 袁媛, 陈小宁.陈小宁教授治疗干燥性鼻炎的经验[J].云南中医中药杂志, 2013, 34 (6): 5-6.
- [10] 张小燕.六一散加味治疗干燥性鼻炎[J].中国民间疗法, 2015, 23 (8): 46-47.
- [11] 李维文, 庞帅.百合固金汤加减治疗肺肾阴虚型鼻槁40例临床观察[J].中医临床研究, 2014, 6 (8): 125-126.
- [12] 戴贵.加味百合固金汤治疗鼻槁80例临床观察[J].中国医学创新, 2008, 5 (36): 122.
- [13] 陈炜.熊大经教授辨治鼻槁经验[J].四川中医, 2007, 25 (3): 7-8.
- [14] 张洁瑕, 周凌.全蝎软膏治疗燥邪伤肺120例临床观察[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2016, 24 (2): 131-132.
- [15] 杨世珍, 张玲.黄金万红膏治疗干燥性鼻炎的临床观察[J].云南中医杂志, 2013, 34 (11): 50-51.
- [16] 邵健民, 杨献春, 司民喜, 等.润鼻油治疗干燥性鼻炎临床研究[J].山东中医杂志, 2000, 19 (5): 269.
- [17] 马莉, 赖广弼, 汪靖怡.自拟中药汤剂联合全蝎软膏治疗干燥性鼻炎疗效观察[J].亚太传统医药, 2017, 13 (3): 147-148.
- [18] 朱炜炜, 朱燕, 朱智泉, 等.中医辨证蜂蜜外用治疗萎缩性鼻炎120例[J].辽宁中医杂志, 2008, 35 (4): 552-553.
- [19] 孙海峰.补中益气汤加味治疗脾虚气弱型鼻槁[J].中医耳鼻喉科学研究杂志, 2006, 5 (2): 36.
- [20] 韦昌国.中药内服、外用治疗萎缩性鼻炎48例疗效观察[J].右江民族医学院学报, 2001, (1): 121.

应用葛根汤治疗荨麻疹的体会

新加坡·曾玉珠

1 什么是荨麻疹？

荨麻疹俗称风团、风疹团、风疙瘩、风疹块；中医称之为“风疹块”，“隐疹”，或是“鬼饭疙瘩”，是一种常见的皮肤病，它的一大特点是病情来去迅速，发病前没有什么征兆，发病突然撤退迅速。它是由于皮肤黏膜小血管扩张及渗透性增加而出现的一种局限性水肿反应，发病期间伴随剧烈瘙痒感和灼热感，皮肤表面出现若干个或大或小的红斑块，斑块手感较硬。如果轻轻刮擦患处皮肤，毛细血管会破裂渗血，在皮肤表面留下一道凸起的红色划痕。

荨麻疹可分为急性和慢性两种。急性荨麻疹从出现皮肤破损到症状减退只有大约30分钟，且不会在皮肤上留有任何痕迹。但是，在接下来的时间内，这些斑块会反复不断地出现，一天内可能出现好几次。慢性荨麻疹的疹块周而复始出现，治愈后还会再起，可持续数月，乃至1年。期间病势或急或缓，清晨和晚上比较严重，没有严重的全身症状。尽管荨麻

疹不会对身体造成严重的器质性伤害，但是它给患者的生活带来不少困扰。

2 荨麻疹的病因

荨麻疹是一种过敏性的皮肤疾病，病因非常复杂，约3/4的患者找不出原因。常见原因主要有：食物及食物添加剂；吸入物；感染；药物；物理因素如机械刺激、冷热、日光等；昆虫叮咬；精神因素和内分泌改变；遗传因素等。

中医认为因禀赋不耐，汗出当风，感受风寒或风热之邪，郁于皮毛肌腠之间；饮食不节或虫积脾胃，湿热蕴结，复感风邪；营血不足或病久气血双虚，肤失所养均可发病。

3 荨麻疹的治疗

对荨麻疹的治疗，患者方面有必要找出引起发作的原因，去除并避免这些诱发因素。

在药物治疗方面，西医常用抗组胺类药物、抑制肥大细胞脱颗粒作用，减少组胺释

放的药物、糖皮质激素或免疫抑制剂。另外，降低血管通透性的药物，如维生素C、维生素P、钙剂等，常与抗组胺药合用。由感染因素引起者，可以选用适当的抗生素治疗。中医认为，荨麻疹的发病，多责之于风、寒、湿、热、虚、瘀，而以风邪为主。在治疗方面，常用祛风解表法、清热法、祛湿法、养血息风法、活血法等多种法则。其中以祛风解表为主治疗，或取“治风先治血，血行风自灭”之意，选用和血之剂加减治疗。

4 病案举例

中年的徐女士初来求医是因为月经量过多伴有多量血块2年余。由于经量太多，导致徐女士经常感到疲倦、气短、容易头晕、面色苍白等一派气血亏虚的表现。徐女士也曾因为严重贫血而接受输血治疗。她有子宫肌瘤及内膜息肉，曾动过子宫肌瘤切除手术。第一次复诊时，徐女士提及她有荨麻疹的问题，说服第一诊的药后红痒有减轻（当时只给了补益气血，养血活血的药调月经，没有特别给治疗皮肤痒的药）。由于对徐女士的治疗重点是在调整她的月经量使恢复正常，以及改善她的气血不足的情况，因此，没有特别去处理皮肤的问题，只是有时给一些止皮肤痒的药，如皮肤止痒丸、解毒止痒丸或消风散，效果不显著。

经过了一段时间的调理，徐女士的月经量基本上已恢复正常，末次月经已无明显的血块，气血虚的症状也已明显改善，但也许是因为气候转变，荨麻疹的问题加重了！今年3月底来诊时，诉说常在冲凉后皮肤就很痒，起斑疹，夜里尤甚。天冷时亦会痒。在行经期月经量多的时候，皮肤痒明显加剧。当徐女士在诉说皮肤痒的问题时，也许是激动了，可以感受到她皮肤的痒似乎在她的叙述中明显加剧了！她不停地用手抓皮肤，且只要轻轻划一下，皮肤马上就起划痕；她只要搔痒皮肤，皮肤马上就又红又痒了！因此，在这次的处方

中，除了平日的调理，我还特别注重治疗皮肤痒的问题。我开了葛根汤及消风散，嘱她早上吃消风散，晚上吃葛根汤，中午吃平日的调理药（桂枝茯苓丸+丹栀逍遥丸+熟地），也嘱咐她说若皮肤仍很痒，可试试把早晚的药倒过来吃。1周后复诊时，她说此次药后皮肤痒的情况与过去药相比，明显有效。由于月经将至，我又把治疗重点放在调月经，只给了皮肤止痒丸。1周后复诊时，她说皮肤痒的问题又同前了！此次我又再给她葛根汤及消风散，服法同前。由于月经刚净，中午就吃桂枝茯苓丸+八珍汤+枸杞子+女贞子。1周后复诊时说皮肤痒明显改善，并且告知早上吃消风散，晚上吃葛根汤的效果比倒过来吃的效果好。观察她在搔皮肤时，红痒的确明显减轻。为了巩固疗效，开了同样的药给她再吃一周。再次复诊时，可以看到徐女士皮肤痒的问题更进一步改善，同时，她很确定地告知葛根汤对她的效果远比消风散好。因此这一次，我开了2包葛根汤，嘱她早晚各吃一包，中午就吃八珍汤及桂枝茯苓丸，共8天药。2周后徐女士回来复诊，说停药葛根汤后虽有皮肤痒，但程度已明显减轻。由于徐女士的月经将至，我把重点放在调月经方面。从徐女士的反馈，我坚信葛根汤能彻底解决她的皮肤痒的问题。

5 按语

荨麻疹病因主要在“风”，风善行数变。徐女士的荨麻疹是外邪袭表、营卫不和，血脉阻滞皮表所致，故可用由桂枝汤加葛根、麻黄而组成的葛根汤治疗。

葛根汤出自《伤寒论》。为辛温解表剂。具有发汗解表，升津舒筋之功效。是风寒束表、太阳经输不利（或内迫大肠）证的常用方剂。主治外感风寒表实，项背强，无汗恶风，或自下利，或血衄；痉病，气上冲胸，口噤不语，无汗，小便少，或卒倒僵仆。其组成是：

葛根四两（12g），麻黄（去节）三两

(9g)，桂枝（去皮）二两（6g），生姜（切）三两（9g），甘草（炙）二两（6g），芍药二两（6g），大枣（擘）十二枚。

本方是桂枝汤加入葛根、麻黄而成。方中葛根解肌散邪，生津通络；辅以麻黄、桂枝疏散风寒，发汗解表；芍药、甘草生津养液，缓急止痛；生姜、大枣调和脾胃，鼓舞脾胃生发之气。诸药配伍，共奏发汗解表，升津舒经之功效。

现代常用于治疗感冒、流感、急性肠炎、菌痢、流脑、乙脑初起，早期，小儿秋季腹泻及发热，内耳眩晕症，三叉神经痛，腓总神经痛，面神经瘫痪，重症肌无力，肩颈肌痉挛，肩凝症，荨麻疹，过敏性鼻炎，眼睑脓肿，麦粒肿等。

现代药理研究证实本方具有抗炎、镇痛、抗流感、抗血栓、抗过敏、抗病原微生物、抗变态反应、免疫调节及解热等作用。

6 体会

笔者认为，徐女士的荨麻疹，是因为新加坡天气炎热又潮湿，尤其近几月（现在是2019年5月中），天气闷热，但可忽然下起雨，之后又很闷热。闷热的天气使人毛孔张开，汗出不断，尤其是在更年期中的徐女士，更常感觉身热皮肤粘腻。而当刮起风，或天气忽变阴沉下起雨，或当进入冷空调的环境中时，风邪/风寒之邪可从腠理而入，郁闭肌表，不能消散，使人出了汗却又怕风，怕冷，皮肤有潮湿、热、痒，营卫不协调的感觉，久而久之，则发荨麻疹，所以可以应用葛根汤来治疗。

值得一提的是，由于认为麻黄为发汗峻药，辛热开泄，性温力猛，易于化热助火，亡阳劫液，开始应用葛根汤为徐女士治疗时，笔者很有顾虑，但应用过后，发现徐女士不但没有上火，皮肤红痒灼热的情况反而改善了，才敢放心继续使用。后来从资料中明白麻黄尤为皮肤病治疗关键，因为慢性荨麻疹等皮肤瘙痒

类疾病病机多有风邪客于腠理不散，运用麻黄发汗正可发泄郁热，透散邪毒，正如《素问·阴阳应象大论》所言，“其有邪者，渍形以为汗，其在皮者，汗而发之”。何绍奇先生临床也常将麻黄用于荨麻疹等皮肤过敏性疾患的治疗，认为风邪客于皮肤腠理之间，因而郁遏不得汗出，若小发其汗，则邪去痒止。

针药结合在医疗头面疾病的临床实践

(针灸临床新思路：健侧曲池加外关最近发展)

新加坡·吴荣贵

临床病例介绍

(一) 病例：李xx 男 66

病种：脑中风后遗症

病史：2018年1月30日经过医院确诊，右脑有微小血管阻塞，没有手术治疗，只给以血薄药，定期复诊。

症状：刻诊2018年4月23日，左边肩膀酸痛麻痹，连接手臂手指无力，左侧臀部腿部也麻痹，脉象右滑，左脉弱，不规律。舌暗，光滑，苔白腻。

辨证论治：

证型：气滞血淤，寒湿阻络

治疗：舒风散寒，温经通络，活血化淤。

针灸：健侧右曲池，外关，合谷。留针30分钟。

方药：川芎茶调散，舒颈葛根汤，丹参合剂。

随证加减方剂：舒经活络汤

复诊：病人每周复诊一次，针药，症状逐渐减轻，关节活动加强。2018年6月9日，在医

院复诊，检查脑部的血块已经消失。2018年11月15日，看诊后，就没有再来了。

(二) 病例：李xx 女 55

病种：右脑中风后遗症

病史：2017年4月25日脑中风，没有昏迷，检查脑血管阻塞，针灸已经半年，可以走动。不过近期出现右脚无力，前来就诊。

症状：刻诊右侧手脚无力，行动不良，饮食正常，脉弱，舌淡暗，苔滑。

辨证论治

证型：气滞血淤，寒湿阻络

治疗：舒风散寒，温经通络，活血化淤。

针灸：健侧左曲池，外关，合谷。留针30分钟

方药：川芎茶调散，补阳还五汤，丹参合剂。

随证加减方剂：舒经活络汤，独活寄生汤。

复诊：病人从2018年11月29日开始，每周复诊两次，针药，症状逐渐减轻，关节活

动加强。2018年12月27日，病人右侧手脚活动自然有力，停止治疗。一共治疗了两个月才治愈。在医院复诊，检查脑部的血块已消除。

（三）病例：xx 男 59

病种：颈椎病手术后遗症

病史：病人因为发生颈椎病，在医院2018年11月进行颈椎病手术后。出院后，病人开始出现右肩膀以下连接手腕关节都无力，各种活动乏力和困难，右腰腿也受影响无力，期间有经过其他医院，中西医诊视，没有改善。2019年2月28日，经人介绍前来求诊。

刻诊：右肩膀以下手臂，肘关节和腕关节无力，不能正常活动，腰腿乏力行走。双脉弱，舌淡，苔滑腻。面色苍白。

辨证论治

证型：阳虚气滞血阻，寒湿阻络

治法：温阳舒风散寒，益气活血通络

方药：桂枝汤，舒筋葛根汤，丹参合剂。

针灸：健侧左曲池，外关，合谷。留针30分钟。

复诊：2019年3月7日，报告右手有感觉有比较舒服。3月11日针药后，出现比较有力气，3月21日手更加能活动，病人保持每周复诊两次，针灸促进病情改进，2019年5月9日报告，病人自述右脚的行动稳健，脚步正常，手腕活动更加有力。

临床病例讨论

1.头面和脑的疾病临床的种类很多，症状复杂，如局部头面各种疼痛、面部痛、伤风头痛、偏头痛、牙痛；其他间接由神经传感引起躯体从头到脚，各个关节的疼痛，不利，终天疲累、失眠、胃口不好、胃疼、胃胀等。脑血管阻塞常常造成的脑昏迷，脑中风，中风后遗症，临床的证型好多，中医可根据具体的证型来医疗。

2.这三个病例都是在众弘爱心中医诊所里的病人。病例的中医的辨证论治，在上面三个病种在医疗过程有用不同的方药，加减运用，惟有针灸取穴都相同，以病人的健侧为中心，为什么？这就是根据我过去2018年在台北国际大会发表的针灸临床新思路：《健侧曲池加外关新思路》的最近发展。

3.古代针灸学在应用合谷穴时，有说：头面取合谷。我是从临床的实践来应证古人的智慧！

实在临床应用超过千例，据我观察，其实我们当中还有很多医师学者，可以通过深入去研究古圣贤学问，医疗经典，针灸学说，来个古为今用，造福病黎！

4.提出临床的病例交流，我希望再继续应用这个思路，在临床上应用，探讨为病人医疗治好更多种类型的疾病！

中药调控对慢性萎缩性胃炎癌前病变细胞凋亡的影响及中医药治疗的探讨

新加坡·何宇瑛

摘要 慢性萎缩性胃炎的病理演变,目前医学比较认可从慢性非萎缩性胃炎-慢性萎缩性胃炎-肠化生-异型增生-胃癌的病理演变模式,而胃黏膜肠上皮化生及不典型增生,公认为癌前病变,是临床上消化系统慢性难治性疾病之一,中医药对CAG伴不典型增生有良好疗效,本文章通过收集慢性萎缩性胃炎细胞凋亡中医药治疗文献,探讨中医药通过影响胃黏膜细胞凋亡而发挥对本病的防治作用,为中医治疗提供思路。

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是临床上消化系统慢性难治性疾病之一,为胃黏膜固有腺体萎缩,伴与不伴有肠上皮化生的病理状况,目前医学界认可从慢性非萎缩性胃炎-慢性萎缩性胃炎-肠化生-异型增生-胃癌的病理演变模式,而胃黏膜肠上皮化生(Intestinal Metaplasia,IM)及不典型增生(Dysplasia,Dys)公认为癌前病变(Precancerous lesions of gastric cancer,PLGC)。现代医学采取对症治疗,根除幽门螺杆菌,治疗胆汁反流,加强胃肠动力等,尚未有特异性治疗方法,易复发。中医药对CAG伴不典型增生有良好疗效,本文章通过收集CAG中医药治疗文献,探讨中医药通过影响胃黏膜细胞凋亡而发挥对CAG的防治作用,为中医治疗提供思路。

1.慢性萎缩性胃炎癌前病变与细胞凋亡密切相关

CAG到胃癌的漫长病理演变中有多个阶段,多种基因参与的积累的结果,这过程中存在着细胞凋亡异常和基因的改变[1],细胞凋亡(apoptosis)又称细胞程序化死亡,是生物体内细胞去除机制,由基因编程调控下的细胞主动自杀过程。胃黏膜正常结果的维持是由细胞增殖与凋亡之间动态消长平衡实现,细胞凋亡在自由基调控下有程序的凋亡,是清除衰老和受损细胞,机体细胞的生长和凋亡处于平衡状态,起自我保护作用。当机体受到不良因素如物理/化学/或细胞缺乏营养/血流量减少等刺激胃黏膜,调控细胞凋亡基因受影响并异常启动,细胞受到凋亡诱导因素影响,启动细胞凋亡发生。CAG为胃黏膜固有腺体发生萎缩,黏膜供血供氧不足,并长时间慢性炎症,胃黏膜损伤,易导致细胞凋亡启动。在早期研究认为细胞凋亡被启动是胃癌演化过程中的早期表现[2]。随着细胞凋亡增加,打破了细胞凋亡与增殖的动态平衡,黏膜上皮凋亡细胞和增殖细胞代谢交替不稳定,凋亡指数增加,导致胃黏膜腺体减少,黏膜变薄等,表现在CAG和CAG伴肠化生阶段,在异型增生及胃癌则随着病变的加重而凋亡逐渐下降,异型增生组织细胞凋亡指数高于胃癌,即胃癌发生早期存在

活跃的细胞凋亡,随着胃黏膜病理恶变,细胞凋亡减少[3],此病理变化同时有癌基因参与。细胞凋亡与慢性萎缩性胃炎癌前病变密切相关,中医药干预胃黏膜细胞凋亡以防治或减缓CAG的病理恶化有重要的临床意义。

2. 中医药干预细胞凋亡的机制研究

细胞凋亡机制复杂,其中引起细胞凋亡的相关基因有多种,目前研究较多的为抑癌基因p53,抑制凋亡延长细胞的存活时间的bcl-2,以及bcl-2家族基因,Bax基因及bcl-2家族中一类,能加速凋亡信号引起细胞凋亡的基因,目前认为bcl-2和Bax在胃癌和癌前病变中的表达与细胞凋亡密切相关[4]。新近研究中,中医药干预细胞凋亡以防治CAG及癌前病变的途径大体上有线粒体方面,死亡受体方面和内质网方面比较多报道。

2.1 中医药干预线粒体诱导细胞凋亡的研究

线粒体是细胞进行氧化的重要部位,提供功能活动能量,也参加细胞凋亡过程,当多种凋亡蛋白转运到线粒体时,其膜通透性转换孔打开,线粒体膜通透性增加导致膜电位(Mitochondrial Membrane Potential, MMP)下降,诱导细胞色素C, Smac, Diablo等多种凋亡因子启动,激活Caspase,通过这依赖性信号通路解裂聚合酶,终止DNA修复, DNA断裂,引起细胞凋亡[5]。在影响线粒体膜电位的研究中,王垂杰[6]采用健脾清热活血化瘀中药治疗慢性萎缩性胃炎伴不典型增生的治疗,中药能使胃癌前病变大鼠线粒体膜电位降低,诱发细胞凋亡。在Caspase依赖性信号通路中,聂闪闪等[7]进行了这方面研究,使用加味四君子汤含药的血清对胃癌细胞SGC-7901凋亡相关因子表达的影响,结果加味四君子汤含血清能抑制抗凋亡蛋白Bcl-2的表达,促进凋亡相关分子p53, c-Myc, Caspase-3的表达,发挥抗肿瘤作用。肿节风[8]提取物除了通过下调Bcl-2和上调Bax的表达而促进肿瘤

细胞凋亡以外,还能调节机体免疫。赵占考等[9]研究胃萎一号冲剂(黄连,半夏,川朴,砂仁,女贞子,茯苓,丹参,刘寄奴,牡蛎等)治疗慢性萎缩性胃炎患者,其诱导细胞凋亡机制也是Bcl-2低表达和Bax高表达,有效治疗CAG。胃黏膜在癌前病变存在Bcl-2及突变型p53蛋白的表达增高,细胞凋亡受到抑制,较早前沈洪教授[10]进行了抑制癌基因激活和抑癌基因失活研究,采用仁术健胃颗粒(黄芪15g,白术10g,薏苡仁15g,莪术10g,黄芩10g等)治疗CAG癌前病变患者,结果临床症状,病理变化和胃镜征象有明显改善,仁术健胃颗粒能抑制Bcl-2 p53的表达,促进胃癌前细胞凋亡,阻止癌前细胞增殖,从而调节细胞凋亡异常,逆转胃癌前病变。

Smac和Diablo在线粒体途径凋亡中发挥重要作用。CAG胃癌前病变其胃黏膜萎缩,肠上化生的形成与中医浊毒内蕴证密切相关,研究发现浊毒内蕴证患者血清和胃黏膜中Livin(细胞凋亡的抑制蛋白)和Smac/DIABLO的表达具有明显相关性, Livin与Smac/DIABLO/Caspase-3存在明显负相关性, Smac/DIABLO与Caspase-3之间呈正相关为强相关,可能的机制为Livin在胃黏膜的高表达抑制了Smac/DIABLO及Caspase-3的表达,细胞凋亡与增殖失衡,导致CAG胃癌前病变的发生[11]。田昕[12]研究发现蟾蜍灵能使线粒体释放Smac/DIABLO,活化Caspase-3,诱导肿瘤细胞凋亡。

中药调控线粒体细胞凋亡比较多集中在Caspase依赖性信号和Bcl-2家族蛋白比较多,而Smac/DIABLO凋亡诱导因子比较少,有待进一步探讨。

2.2 中医药调控死亡受体细胞凋亡的机制

肿瘤坏死因子受体(TNFR)有FAS,死亡受体1(tumor necrosis factor receptor1, TNFR1),死亡受体3(tumor necrosis factor receptor3, DR3)3个受体以及诱导肿瘤坏死

因子凋亡的配体受体-1 (TRAIL-R1) 和配体受体-2 (TRAIL-R2), 共5大类, 依赖配体受体结合, 活化caspase-8, 激活Caspase级联反应启动细胞凋亡。目前研究主要有3条细胞凋亡受体途径: FAS/FASL, TNFR和TRAIL。

在黄芪和三七配伍治疗CAG实验中, 血清FAS和FAS-L水平显著升高, FAS-L是FAS天然配体, 二者结合可以传导凋亡信号, 引起细胞凋亡[13]。又有中药复方胃痞消(太子参15g, 北芪15g, 丹参20g, 蛇舌草30g, 白术15g等)治疗CAG脾虚证实验, 结果认为胃痞消能下调胃黏膜上皮细胞凋亡蛋白Caspase-3和p53的表达, 减少胃黏膜上皮细胞凋亡, 降低胃黏膜萎缩和肠上化生[14]。另一中药复方益胃祛瘀消痰方(黄芪, 丹参, 麦冬, 炒白芍, 炒白术, 炙甘草, 清半夏, 黄连, 丁香, 陈皮等)治疗CAG的实验, 结果显示可通过调控Caspase-3, Bcl-2和FAS的蛋白表达, 以降低胃组织细胞凋亡率, 为治疗CAG提供了实验依据[15]。以上为通过FAS/FASL信号通路的死亡受体途径诱导细胞凋亡。

TNFR信号通路是肿瘤坏死因子受体1衔接肿瘤坏死因子受体2, 激发Caspase诱导细胞凋亡。钟国新采用针灸治疗CAG的研究中, 病理模型中胃黏膜损伤指数血清中TNF-TNFR1都升高, 并胃黏膜细胞凋亡指数升高, 提升TNFR1可能是导致CAG的重要因素, 针灸可以通过抑制TNFR1, TNF- α , 降低胃黏膜细胞凋亡, 提示可以通过针灸方法调控CAG胃黏膜细胞死亡受体途径发挥治疗作用[16]。

2.3 中药调控内质网细胞凋亡机制

细胞内质网是细胞蛋白质, 修饰, 折叠的场所, 保证内质网功能稳定才能保证正常蛋白合成和折叠, 细胞生物功能正常。目前认为营养不良, 缺血缺氧等外因可通过干扰内质网折叠作用而打破内质网内环境平衡稳定, 成为内质网应激(endoplasmic reticulum stress

ERS)。此外, 在内质网内也参与蛋白折叠和运输的另一种蛋白称结合免疫球蛋白(binding immunoglobulin protein, BIP), 是内质网维持内环境稳定的一种重要感受器。近年来发现在多种肿瘤组织中BIP为高表达。对苦参素对裸鼠胃癌移植瘤研究报道发现, 苦参素可使BIP基因下调, 诱导裸鼠移植瘤凋亡的作用与调控ERS信号通路相关[17]。慢性萎缩性胃炎伴不典型增生为胃癌前病变, 多因细胞凋亡与增殖失衡。健脾化痰方(黄芪15g, 党参15g, 白术15g, 丹参15g, 莪术15g, 三七3g)治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的实验研究显示, 大鼠胃黏膜细胞中的Caspase-3明显减少, Caspase-3在表面CAG伴不典型增生发生的机制可能是Caspase-3蛋白表达下降, 从而使细胞凋亡减少, 细胞凋亡与增殖平衡打破, 健脾化痰方可增加Caspase-3的表达, 达到癌前病变的治疗作用[18]。中药和中药复方调控细胞凋亡对慢性萎缩性胃炎癌前病变有靶向治疗作用, 研究结果多为体外实验, 当药物服用后受机体代谢影响或通过刺激免疫系统, 再合成才诱导细胞凋亡的中药成分, 为体外实验客观因素的影响[19]。中药复方成分复杂, 通过调控细胞凋亡基因而诱导凋亡, 其信号通路是什么尚未明确[20], 需要进一步探讨。

3. 中医药对逆转萎缩性胃炎病理变化的对策

在近年来的文献报道中, 中医药对萎缩性胃炎癌前病变特别有优势和潜力。中药治疗有多种方法, 辨证分型治疗, 经验基本法加减治疗及经方治疗等。辨证治疗是中医的特色, 有学者收集了CAG伴胃黏膜异型增生或肠上皮化生患者1056例, 进行Logistic回归分析中医证型规律, 证明了CAG癌前病变胃黏膜病理演变与中医证型存在一定相关性, 胃黏膜腺体萎缩与脾胃虚弱证相关性大, 而胃黏膜异型增生与胃络瘀阻证相关性大, 为临床提供依据[21], 但目前尚未有证型的统一。治疗中, 医家提出了本病治疗观点。王庆其教授认为癌前干预

为“治未病”理念；天人相应—种子/土壤学说，人体的癌细胞就像一颗种子，土壤指人的身体内环境，病灶局部微生态，即中医的整体观，治疗癌前病变重点应放在改变微生态，小生态；久病入络的络脉理论。治疗宜健脾补气养血治其本（改善小生态，）；调理脾胃改善其“微生态”（改善“土壤”；化痰行瘀散结治其标（改善病灶）为中医治疗癌前病变的方法[22]。另有专家沈舒文教授认为胃癌前病变常呈虚实夹杂之态，虚以气阴两虚为主，实为在虚基础上的气滞，湿阻，痰结，毒聚，核心为毒瘀交阻，治疗以补气养阴，解毒化瘀为法，注重补脾土资化其源，复气阴清补兼施，解毒瘀以通为主[23]。中医治疗观点各家学说，百家争鸣，但是都体现了正气不足，以脾虚为主，邪实同见，痰瘀并见的病理因素。CAG发展到胃癌为漫长的病理演变过程，不伴有明显异型增生的萎缩，则无明显癌变倾向[24]，如何通过中医药干预防治本病，沈洪教授[25]提出先明确诊断，把握时机，针对肠化的评价系统分期III或IV者，异型增生表现为瘤样上皮，细胞分化异常，腺体结构紊乱者的病理状况恶性转化，癌变风险高。采取中药干预和随访，必要时内镜下或手术治疗。通过检查胃蛋白酶原和胃泌素的异常，以判断胃肠不同部位萎缩，为中药干预人群。参考肿瘤标志物CA199,CEA的指标，胃癌遗传的背景因素都应给予中药干预。提出病证结合，把握关键病机为胃体失养，胃络失和，正虚邪恋的病理特点，立法遣方，调和太阴阳明5法的具体治疗：①治重脾胃，兼顾他脏；②益气活血，贯穿始终；③化湿和中，宣畅气机；④清熱解毒，斟酌选择⑤解郁调神，安和五脏。所以治疗时既强调清楚病理发展阶段，掌握疾病发展的趋向，以灵活针对痰，瘀，虚，气滞不同的病理表现辨治治疗。

4. 病案举例

蔡某，男，65岁，在14.11.2016日因胃

脘胀满反复间作7-8年，加重2周前来就诊。患者7-8年来胃脘胀满，初病时饮酒后胃胀不适明显，后来进食青苹果或偏硬食品也痞满不适，2周前去泰国进食辛辣之品，泛酸，暖气，西医就诊以PPI治疗，泛酸缓解，刻下胃脘部撑胀感，胀至两胁，心窝下堵塞感，口苦，泛酸偶作，口气重，下肢皮疹瘙痒（湿疹），大便溏，日2次。舌质淡红暗偏苔略腻，脉弦滑。3年前幽门螺杆菌感染并行根除术，26.10.2016年胃镜检查诊断为慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生，胃窦粘膜有炎症。中医诊断为痞满之湿热内阻，脾胃虚弱证，主方半夏泻心汤加减（颗粒剂）。半夏泻心汤4g，紫苏1g，白芍1.5g，香附1g，枳实1g，丹参1g，海螵蛸2g，浙贝母1.5g，苦参1g，薏苡仁2g。6剂，日2次，饭后温水冲服。二诊：19.2.2016，胃脘胀满明显缓解，偶有口苦，泛酸，下肢皮肤瘙痒减少，暖气，大便溏，舌淡红暗苔薄黄，脉弦。原方去紫苏，加砂仁1g，合欢花1g，莪术1g，白花蛇舌草1.5g。反复复诊3月，胃脘部症状不明显，进食面食类食物有饱胀感，大便成形。以香砂六君子汤和保和丸间断服用以调和脾胃。2.10.2017年复查胃镜为慢性浅表性胃炎无肠上皮化生，2018年10月复查胃镜无异常，B超检查胆囊息肉3.5mm--0.5cm，胆囊壁增厚，并嘱定期复查，忌油腻之品。

5. 讨论

新加坡是热带国家，为暑湿，暑热气候，叶天士在《温热论》提出“外邪入里，里湿为合。”强调外湿与里湿相合为病的发病特点，当外湿明显的气候，脾胃运化功能呆顿，脾不运，痰湿易生而发病，再有南洋一带的饮食文化，嗜辛辣和冷饮，或肥胖之体，痰湿过剩，影响脾胃健运，湿热内蕴于里，一旦感受外湿时，“在阳旺之躯，胃湿恒多；在阴盛之体，脾湿亦不少，然其化热则一。”CAG患者多有脘腹痞满是脾气先虚，气虚日久则络瘀，

脾的阳气无力布散，水湿停留。湿邪伤阳气，也阻滞气机，“浊气在上，则生月真胀。”造成CAG患者多有痞满症状，治疗宜扶正脾胃阳气，恢复脾升胃降的气机，化湿和络。半夏泻心汤中干姜，人参和枣草能甘温扶阳以散脾胃阳虚之寒，半夏味辛苦性温，辛能散，苦能降，可散湿并通降胃脘，黄芩，黄连苦降燥湿，导热下行，治疗脾胃阳气郁滞，湿热阻滞气机的痞满，辛温药与苦寒运用，对CAG患者表现为胃肠功能失调，辛开苦降法对恢复脾升胃降气机的平衡很好的治疗思路。同时，定期复查内镜和随访，明确病理状况不能忽略。

参考文献

- [1] 黄妙珍.慢性萎缩性胃炎与细胞凋亡和基因调控[J].浙江中医学院学报, 2002, 26 (6): 78-79.
- [2] LKeda M,Shomori K. Frequent occurrence of spoptisit in an early event in the occogenesis of human gastric carcinoma [J].Virchows Arch,1998,432(1):43-7.
- [3] 刘海峰, 刘为纹, 房电春, 等.胃癌变病中细胞凋亡及其与Bel-2蛋白表达关系的研究[J].中华消化内镜杂志, 2000, 17 (2): 41-42.
- [4] 伍冬梅, 李春鸣.在胃癌及胃癌前病变中的表达与细胞凋亡的关系[J].遵义医学院学报, 2014, 37 (2): 201-203.
- [5] LiuY,FiskumG,Schubert D. generation of reactive oxygen species by the mitochondrial electron transport chain[J].J Neurochem 2002,80(5):780-787.
- [6] 王垂杰.健脾清热活血化痰中药对慢性萎缩性胃炎伴不典型增生模型大鼠胃黏膜细胞线粒体膜电位的影响[J].北京中医药大学学报, 2013, 20 (1): 21-24.
- [7] 聂闪闪, 李洵, 赵玉航, 等.加味四君子汤含血清对胃癌细胞SGC-7901凋亡因子表达的影响[J].中国实用方剂学杂志, 2019.
- [8] 冀艳花, 朱学军, 吴洁.肿节风抗肿瘤作用及其机制的研究[J].中医药导报, 2016, 22 (9): 44-55.
- [9] 赵占考, 代二天, 张明华, 等.复方中药对慢性萎缩性胃炎细胞凋亡及bcl-2, bax表达的影响[J].武警医学院报, 2009, 18 (8): 664-667.
- [10] 陆为民, 沈洪, 孙志广, 等.仁术健胃颗粒对慢性萎缩性胃炎癌前病变患者胃癌相关因素的影响[J].中药杂志, 2006, 47 (11): 831-833.
- [11] 赵冉.慢性萎缩性胃炎胃癌前病变毒素内蕴证与血清及胃黏膜Linin, Smac/DIABLO, Caspase-3的相关性[J].2016, 35.
- [12] 田昕, 罗颖, 侯科佐, 等.蟾蜍灵诱导HL-60细胞凋亡过程对Bcl-2, Survivin, Smac/DIABLO表达的影响[J].中华血液学杂志, 2006, 27 (1): 21-24.
- [13] 赵唯含, 毛堂友, 杨美娟, 等.黄芩, 三七及其配伍对慢性萎缩性胃炎大鼠黏膜细胞凋亡及增殖的影响.中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 376-379.
- [14] 赵霞, 潘华峰, 鞠晓华, 等.胃癌抑制抑制萎缩性胃炎脾虚证大鼠黏膜上皮细胞凋亡及调控蛋白Caspase-3和p53表达[J].中国新药杂志, 2007, 16 (13): 1019-1021.
- [15] 刘连臣, 张睦清, 杜志超.益胃祛瘀消痰方对慢性萎缩性胃炎大鼠胃组织细胞凋亡及相关表达的影响[J].河北中医学报, 2014, 29(2): 7-9.
- [16] 钟国新.针灸对慢性萎缩性胃炎大鼠NF-KB转导系统影响的研究[D].2014, 48.
- [17] 朱艳琴, 韩倩倩, 沈晓君.苦参素对裸鼠胃癌移植瘤组织中BIP表达的影响[J].世界中国中西医结合杂志, 2014, 9 (4): 363-367.
- [18] 李岩, 王垂杰.中药不同组方对胃癌前病变模型大鼠胃黏膜细胞Caspase-3表达的影响[J].中国中西医结合消化杂志, 2012, 20 (1): 23-25.
- [19] 袁超, 沈洪.中药调控Bcl-2表达诱导胃癌及癌前病变细胞凋亡的研究[J].辽宁中医杂志, 2007, 34, (3): 369-370.
- [20] 张露, 沈洪.中药诱导胃癌前病变细胞凋亡研究进展[J].辽宁中医药大学学报, 2012, 14(5): 70-72.
- [21] 程若东, 崔一鸣, 赵晓丹, 等.基于Logistic回归模型的慢性萎缩性胃炎癌前病变中医证型研究[J].中华中医药杂志, 2018, 33 (8): 3623-3626.
- [22] 王秀薇, 王少墨, 柳春, 等.王庆其中医药治疗胃癌前病变的思路探讨[J].辽宁中医杂志, 2015, 42 (2): 253-255.
- [23] 周晔祿, 杨志宏.沈舒文辨治胃癌前病变临床经验摘编[J].上海中医药杂志, 2018, 52 (6): 2-4.
- [24] 张亚历, 实用消化病学[M].北京: 清华大学出版社, 2009: 111-119.
- [25] 沈洪, 张露, 刑敬.中医药干预胃癌前病变炎症转化的时机及策略[J].现代中医临床, 2017, 24 (6): 4-8.

八髎穴治疗女性膀胱颈梗阻

新加坡·陈业慧

临床中常见女性出现尿频、排尿困难、排尿不尽及排尿时间延长，严重的影响了女性的身心健康。

女性膀胱颈梗阻的存在

这是女性膀胱颈部梗阻的主要症状。

主要症状有三种：其一，排尿踌躇，即蹲下好久费较大力才能排出尿；其二，排尿费力，排尿时需用力屏气才能排出，且尿流很慢，形不成尿线，距离也很短；其三，尿频尿急，排尿次数明显增多，有尿意即要排，但又不易排出。

发病人群

本病是中老年妇女的多发病，常见于年龄21-62岁，平均55岁。年龄越大发病率越高，皆与性激素水平变化有关。患者均有不同程度的膀胱刺激症状，排尿不尽感，排尿费力而时间延长及尿流变细、缓慢、终末滴沥。

发病因素

女性膀胱颈梗阻是指机械性或功能性因素引起膀胱颈部缩窄而产生梗阻。病因主要为膀胱内括约肌痉挛和膀胱颈部纤维挛缩或平滑肌的增生。膀胱内括约肌痉挛属功能性病变，多

见于年龄较轻、病程较短的患者，可能由于膀胱炎症的刺激，导致膀胱超敏、功能失调，而发生内括约肌不能正常开放而主诉梗阻症状。膀胱颈部纤维挛缩或膀胱颈部平滑肌的增生肥厚、排列紊乱，引起的膀胱出口梗阻是长期慢性炎症刺激后果，属机械性梗阻。女性膀胱颈梗阻早期逼尿肌代偿性肥大，膀胱内压高于正常，当梗阻加重、逼尿肌代偿失调时，膀胱逼尿收缩功能降低，剩余尿出现，膀胱内压力可降至正常，尿流率降低及尿流曲线改变。膀胱颈口处梗阻如未及时做出诊断及妥善处理，可导致上尿路扩张积水而影响肾脏功能，重者或合并感染者可致肾功能损害预后严重。

女性膀胱颈梗阻的中医辨病辨证

性激素水平的改变和肾虚有密切的联系，性激素内环境的改变是肾虚发生和发展的重要物质基础。女性膀胱颈梗阻表现为尿频、排尿困难、排尿不尽及排尿时间延长，中医诊断为“癃闭”。癃闭是以小便量少，排尿困难，甚则小便闭塞不通为主症的一种病症。“癃”为小便不畅，点滴而短少，病势较缓；而“闭”为小便闭塞，点滴不通，病势较急。二者只是程度之差别，因此多合称癃闭。癃闭的病因主要有外邪侵袭、饮食不节、情志内伤、浊瘀内停、体虚久病等，基本病理变化为膀胱气化功能失调。其病位在膀胱、尿道，与三焦、肝、脾、肾相关。

中医将癃闭辨证分型有虚实之分，实证包括膀胱湿热、肺热气壅、肝郁气滞、尿路阻塞；虚证包括脾气不升、肾阳衰惫；而虚实夹杂证包括肝郁气滞、湿热久恋、肺热壅盛、脾肾虚损日久。肾虚为本，为女性膀胱颈梗阻的基本病机。

中医针灸治疗

八髎穴位对我们人体下半身的疾病，有很好的治疗和预防作用，特别是泌尿生殖系统方面的问题。穴位效应的体现取决于穴位的准确揣定及对针刺方向、深度的把握。当针体深入骶后孔时，患者感觉针感强烈，可有疼痛、酸胀或诉有触电感向阴道、腹股沟、肛门、下肢传导。

临床上可考虑针刺八髎穴治疗。深刺八髎穴能快速有效改善患者排尿症状，恢复患者生活质量。然而骶骨的形状、骶后孔的位置、大小及孔周边光滑程度、软组织厚薄、坚韧度因人而异，如男性骶骨比女性狭长，骶后孔离中线距离更近，比同年龄的女性内收一点；有过生育史的中老年妇女，骶骨宽扁，骶后孔离中线略远。此外，人类骶骨和骶后孔的变异比率较高，骶管裂孔最高点的位置、骶后孔的个数发生变异的不在少数。王玲玲教授始终强调“要获得骶后孔孔位、深刺的感性、理性认识，最有效的途径只能通过不断地揣摸和实践。用敏感的指尖去揣穴找孔，方不失深刺八髎穴可靠的基本功。”

预防调护

女性膀胱颈梗阻患者需忌食酸辣刺激性食物，如烈酒、辣椒、原醋、酸味水果等。咖啡因能导致膀胱颈收缩而使膀胱产生痉挛性疼痛，故应少喝咖啡。避免食用柑橘，因为柑橘可导致碱性尿的产生，有利于细菌的生长。

病例

患者 张女士 51 岁 顺产2胎

29/01/19: 18年前输卵管结扎术后尿频，加重3个月，尿量短少，尿前急迫感，西医诊断为中度压力性尿失禁，夜尿3-4次，曾针灸治疗缓解，停止治疗后反复发作，LMP: 1月29日，近期月经量多

脉细滑舌红舌边有齿印苔薄

针刺穴位: 下髎、中髎、次髎、肾俞、脾俞、关元、中级、水道、三阴交

1/2/19: 尿时较通畅，急迫感减轻，余症如旧，末次月经量减少

脉细滑舌红舌边有齿印苔薄

针刺穴位: 下髎、中髎、次髎、肾俞、脾俞、关元、中级、水道、三阴交、阴陵泉

15/2/19: 症状改善，排尿时较通畅，排尿时等待减少，每次尿量也增加，夜尿减少，现2~3次。

脉细滑舌红舌边有齿印苔薄

针刺穴位: 下髎、中髎、次髎、肾俞、脾俞、三阴交

22/2/19: 症状改善，排尿比较顺畅，次数依旧。曾西医检查膀胱没异常。

脉细滑数舌红舌边有齿印苔薄

针刺穴位: 下髎、中髎、次髎、肾俞、脾俞、三阴交

22/3/19: 复诊。排尿顺畅改善，自觉还有尿不尽感，小便频;患者继续治疗中。

针刺穴位: 下髎、中髎、次髎、肾俞、脾俞、三阴交临床治疗显示八髎穴治疗盆底疾病，如尿失禁等 疗效显著，值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 女性膀胱颈梗阻的诊断 孔令波¹ 孙立江¹ 李延江¹ 张桂铭 [文章编号] 1001-1420(2007)05-0364-02

针灸治疗牛皮癣

新加坡·杨昌志

概说

牛皮癣又称银屑病，是一种常见的慢性炎症性皮肤病，临床表现为起初出现红斑丘疹，表皮覆盖一层层白鳞屑，皮肤干枯、脱屑、结痂，有些皮肤连成一片，状如地图，有的流浓水、血迹斑斑，有的瘙痒，该病反复发作，顽固难愈。

男女老幼皆可发病，但以青壮年为多，本病发病率高，病情顽固，病程长，易于复发，对患者身心影响很大。

西医学尚未明了其发病原因与机理，认为有遗传性，感染代谢障碍，内分泌失调，神经精神因素，及免疫系统学说，可分为寻常型，红皮病型，脓疱型，关节病型，其中以寻常型最为常见。

中医称本病为“干癣”、“松皮癣”、“白疮”、“白壳疮”、“风癣”等，久病不愈者又称为“顽癣”，中医认为血热是本病发病的重要原因，由于风邪外袭，伏于营血，气血凝滞，郁久里热、化燥，或因冲任不调，阴血亏虚，内生燥热，病久则见血热，血瘀之证。

本病虚实夹杂，其发病与体质和情志因素有关，亦与六淫有关，但经络不畅，气血凝滞是本病的主要因素。

病因病机

本病的病因病机虽有诸多方面，但究其实质，主要因素体营血亏损，血热内蕴，风邪侵袭，饮食失常，情志内伤，化燥生风，肌肤失养而成。

盖风邪为百病之长，善行数变，风邪外袭肌表，兼之体内有蕴热，风寒，风热之邪，阻于肌肤，蕴结不散，入里化热而发生本病。

或因性情急躁，兼有情志郁闷，日久伤阴耗血，营血不足，经脉失疏，化热生火所致。

或因恣食辛辣肥甘及荤腥和嗜酒，伤及脾胃，郁而化热，兼有外邪相合蕴于血分，血热生风而发。

或因因素体虚弱，气血不足，及久病耗伤营血，阴血亏虚，生风化燥，肌肤失养而成。

或因病程日久，气血运行不畅，导致经脉阻塞，气血瘀结，肌肤失养而反复发作不愈而成。

或因风热，风湿之邪流窜关节，闭阻经络，热邪炽盛，气血两燔而发病。

辨证论治

(a) 血热内蕴型：

症状：皮疹泛发，呈点滴状，斑块状或混合状，皮疹潮红或深红，新生皮疹不断出现，表面覆有银色鳞屑，皮层易于剥离，剥后有点状出血点，瘙痒明显伴有心烦口渴，尿赤便燥，舌红苔白或黄，脉弦滑。

治则：凉血解毒，散风清热，止痒。

针灸处方：曲池、大椎(针后刺络拔罐)，阴陵泉、血海、百虫窝、三阴交、合谷、委中(均用泻法)。

(亦可用放血针点刺耳背静脉放血2-3滴。)

方义：曲池、大椎、合谷泻之可清热散风；血海、委中、阴陵泉泻之可凉血解毒、止痒；百虫窝、三阴交：调理气血，清热止痒。

(b) 血虚风燥型：

症状：病程较久，皮损经久不愈，皮疹呈斑块蛎壳之状，色黯红或淡红，干燥易裂，自觉瘙痒，皮面鳞屑增厚，附近较紧，皮损剥离基底出血不明显，新生皮疹较少，伴有口燥咽干，五心烦热，大便秘结，舌红少津，苔白黄，脉细数或沉缓。

治则：养血润燥，活血疏风，止痒。

针灸处方：血海、曲池、三阴交、合谷、风市、风池、足三里、委中。

方义：血海、三阴交可调理阴血，散风热之功能，足三里、合谷、委中有养血活血之功。曲池、风市有散风热、疏经活络之作用。

(c) 火毒炽盛型：

症状：全身皮肤潮红、肿胀、灼热痒痛，大脱皮或有密集小脓疱，伴有肛热、口渴、头痛、大便干燥、小便黄赤、舌红绛、苔黄、脉弦滑等。

治则：凉血解毒、活血通络、清热止痒。

针灸处方：大椎(针后刺络拔罐)，三阴

交、血海、风市、膈俞、脾俞、内关，百虫窝(兼用泻法)。

方义：曲池、血海、三阴交具有散风清热、疏经活络之作用。大椎具有清热、凉血、活血化瘀之功。脾俞、膈俞有养血行血之功。百虫窝具有养血解毒、止痒之作用。风市有祛风止痒之功。内关有泻心包之火热。

(d) 湿毒蕴阻型：

症状：皮损多发生在腋窝、腹股沟等皱褶部位，红斑糜烂、痂屑黏厚、瘙痒剧烈、或掌跖红斑、脓疱、脱皮、或伴有关节酸痛、肿胀，下肢沉重，舌质红、苔黄腻、脉滑。

治则：疏风胜湿、通络化瘀、散结消斑、凉血止痒。

针灸处方：大椎、脾俞、曲池、合谷、血海、三阴交、膈俞、足三里、委中、阴陵泉(兼用泻法)。

方义：委中为血郄之穴，泻之可活血、化瘀生新。阴陵泉、脾俞、足三里，可健脾化湿。曲池、合谷：凉血清热、散风止痒。膈俞、血海可活血化瘀、散结生新。

(e) 气滞瘀滞型：

症状：皮损反复不愈，气血运行不畅，日久皮疹多呈斑块状，鳞屑较厚，颜色黯红，舌质紫暗，有瘀点，瘀斑，脉涩或细缓。

治则：活血化瘀、疏经通络、散结消斑。

针灸处方：膈俞、曲池、血海、三阴交、身柱、委中(兼用泻法)。

方义：膈俞、血海：活血行血、化瘀生新。身柱善清热为治疮疡之要穴。委中、三阴交：活血化瘀、生新散结。

病案举例

病例(一)

陈先生：男性 廿七岁 店员(柔佛新山居民)

主诉：2017年中来诊，诉之患牛皮癣，已有十五年余，曾服用过数种西药，疗效欠

佳，患者嗜食鲜蛤炒果条，肥胖猪肉及辛辣煎炸食物，偶而饮酒，病情反复加重，头面及全身泛发斑块状红色皮疹，表面覆有白色鳞屑，易于剥离，感觉瘙痒剧烈，抓之基底鲜红有小出血点，新皮疹不断出现，伴有口干、心烦、大便干燥、尿黄、舌质红、苔卜黄、脉弦滑。

治则：凉血解毒、散风清热、止痒。

取穴：大椎(刺络拔罐)，曲池、血海、百虫窝、合谷、委中、三阴交、阴陵泉(兼用泻法)。配穴：董氏奇穴之驷马穴。

方义：患者年轻体盛，但病程日久、热毒内蕴、经脉阻塞、气血瘀结、肌肤失养而缠绵不愈，故用大椎(刺络拔罐)，清热凉血。合谷、曲池：清热凉血、散风止痒。血海、三阴交、委中、百虫窝：凉血解毒、清热止痒。

效果：病人每周来诊一次，经十次针灸后，患皮疹范围缩小，颜色转淡，皮肤红疹减少，瘙痒已减轻，病人因路途遥远及工作忙碌，于2018年初已停止施针。

病例(二)

刘女士：28岁 女性 行政人员

主诉：患牛皮癣已十多年，曾经中西医结合治疗，均无效，2017年初来诊时，皮疹遍布全身，呈斑块及环状，基底色黯色，覆盖银灰色干燥鳞屑，边界清楚，剥离后基底出血不明显，瘙痒时重时轻、纳差、眠尚可易醒、便溏、舌黯红，有瘀斑、苔白、脉沉缓。

治则：养血润燥、活血疏风、解毒止痒。

取穴：血海、曲池、三阴交、合谷、风市、风池、足三里、委中。配穴：董氏奇穴之驷马穴。

方义：证属邪伤肌肤，营卫失和，毒邪入络，久滞化瘀，故血海、三阴交可调理阴血，养血润燥，散风清热。足三里、合谷、委中有养血活血之功。曲池、风市有散风热、疏经活络之作用。

效果：患者经十次针灸后，皮疹变卜，瘙痒改善明显，再经十次针灸，皮疹已无，皮肤

恢复正常，2018年来诊未复发。

小结：牛皮癣是一种常见的慢性及复发性疾病，其病因复杂，临证辨治颇费筹酌，经服过多种药物无疗效，病情缠绵难愈，针灸治疗牛皮癣病有独到之处，再配合耳部放血，体针及刺络拔罐等，可以增强疗效，可以达到协调脏腑，疏通经络，调和气血等作用。牛皮癣病程越久，其病亦深重，患者多为性情急躁，情绪波动，容易上火者，故病人应注意情绪，宜宁静、不宜急躁，使机体功能趋于平衡，病人亦应忌食辛辣及海鲜煎炸之物；皮损处不宜搔抓，不用热水烫洗，不宜用刺激性药物外搽，亦忌用碱性冲洗剂，并戒烟酒等，作好调护本病的预后与诱发。

震颤症之肝肾阴虚型针灸治疗简报

新加坡·陈昆宁

【前言】

震颤症在现代医学称为“帕金森症”。此症是在1817年由英国籍医生詹姆斯·帕金森首次在他的一篇题为“震颤麻痹论”的论文描述病人静止时震颤为此病的典型症状。

40年后由法国籍医生Jean-Martin Charcot对詹姆斯·帕金森所提出的症状加以补充，并以帕金森的名字做为此病的病名。而得此病者多以中老年以上。

中医学没有帕金森症这病名，中医学将此病归于“眩晕”，“震颤”，“痉病”及“内风”等范畴。

中医对此病的认识来源于《内经》。《内经》指出“诸暴强直，皆属于风”，“诸风掉眩，皆属于肝”，认为病因为风，病位在肝。到明代孙一奎在《赤水玄珠》中，首次把此病命名为“颤振症”，认为本病病机为上实下虚。

在《医宗必读》有说：“然木即无虚，言补肝者，肝气不可犯，肝血自养，血不足者濡之，水之属也，壮水之源，木赖以荣”，提出本病“肝肾同源”的理论。

在各朝代的医家都有对本病做些补充，在综合众多医家学说，认为此病的病理性质为本虚标实，本虚为肝肾不足，气血亏虚，标实为肝，痰火及瘀血。

所以在中医学认为，震颤症在五脏辩证而言，主要病位在肝和肾。肝主血，主筋；肾主骨，骨生骨髓，而脑为髓海，由于得此病多为中老年以上，中老年在此阶段一般都会肝肾阴虚，肝血不能养筋，则筋失濡养而会抽动，肾虚骨空虚，骨髓减少，脑髓不足，致行走无力，头晕等。故在临床上多肝肾阴虚是最普遍的一型。

【现代医学的病因病理】

在现代医学里诉，人的大脑能产生一种“脑神经传递素”的化学物质，其作用是将一组脑细胞信息传给另一组脑细胞，以调节人体的各种运动及非运动的功能。而在大脑深层有个叫“黑质”部位的细胞能分泌一种对肌肉运动的协调与平衡的物质叫“多巴胺”。由于中老年人大脑细胞逐渐损失，导致多巴胺分泌减少，而产生此病。

现代医学对帕金森病的产生原因仍还不能很明确，一般认为

可能有以下几点：

遗传因素：医学界发现此病导因有5-10%是遗传，在此病里占很小比率。

环境因素：长期接触毒素化学物质，如杀虫剂，工业物质或重金属等等。

感染因素：可能有脑炎后潜伏数年后引起短暂性或较轻的症状。

脑动脉硬化因素：由于脑动脉硬化导致脑干和基底节发生多发性腔隙性脑梗塞，影响到黑质分泌足够的多巴胺，从而引发此病。

其他因素：有些研究有提出，吸烟、咖啡因和饮茶可能也会干扰此病。

【中医的病因病理】

由于本病病机较复杂，症为本虚标实，本虚为发病基础，病较难治疗；标为发病依据，由于此病多为中老年层，因有中年人到此时，年老精亏，加上情志失调，劳逸失当，或因瘀血阻络等导致气血亏虚。因此中医在震颤症的病因病理方面可分有以下几点：

肝肾阴虚：由于本病多是中老年为多，而病变部位在脑，而肾虚是本病的基础，肾藏精，主骨生髓通脑，肾精亏虚髓少，肝主血，肝虚血不能濡筋荣脑致筋及脑髓失养。筋脉失濡而致颤动，肌肉挛急而致强直，遂成本病。气血两虚。常见于身体虚弱，脾胃失调者。脾胃为生化之源，当脾胃虚弱时，则生化之源失调，导致气血不足，血虚则生风，虚风则上扰，从而导致本病的发生。

痰浊动风：由于平素饮食不节，嗜膏粱厚味，辛辣醇酒，食积日久而生内热及聚湿生痰，痰与热互夹，导致痰浊内热阻滞经络而上扰动风，脑络及筋脉失养，进而生风而发震颤症。

瘀血阻络：或由于外来因素导致脑部曾受损或因肝气疏泄失常，导致气机不畅，气滞久而致瘀；或因气血两亏，气虚无力推动血行，

致血行迟缓而瘀阻脉道。由于瘀血的阻滞，造成脉道不通，血行不畅，筋脉失濡而“血瘀生风”，导致本病的发生。可见震颤病的发生是由于病机较复杂，导致本病较难治疗。本虚标实为发病依据，虚风内动，挟瘀挟痰。因此治疗原则上是采取：“扶正培本，平肝熄风，祛痰通络，活血化瘀。”

【肝肾阴虚的表现】

由于我在临床上接触的震颤症病人以肝肾阴虚为占多数，故本文以本型在临床上治疗的一次简报。

症状：表情呆板无神，手足不自主抖动（或左或右），行走缓慢，双足无力酸软感，偶会突卡住，或粹步行走，或行走时往前冲，难平衡，坐要立起时会往后倒，头晕目眩，耳鸣，记忆力减退或善忘，说话声小，言语失序，口水不控制流出，胃纳不佳，吞咽失利，夜睡不宁，或发恶梦，排尿难控制，排便困难或便秘，舌质淡，质体胖大，苔薄白或白，脉多沉细弦无力或弦细而紧。

【肝肾阴虚治疗】

治疗原则是：滋补肝肾，育阴熄风。

处方：六味地黄丸为主方，再随症加减加全蝎：祛风止痉，通络的作用。

僵蚕：镇静，抗惊厥作用。

双寄生：滋补肝肾，强筋骨，通经络。

女贞子：滋补肝肾。

泡参：增强记忆力，镇静，减轻疲劳，加强肠胃的吸收，来帮助消化。

银杏：预防与治疗动脉硬化的作用。对老年智力衰退，眩晕，改善脑能障碍，增加脑部血流量，增强记忆力。

【针灸治疗震颤症的用穴关键机理】

临床上大部分的震颤症病人我是以针灸治疗为主要，经过不断的探研，我觉得针灸对本病最快取的疗效是缓和平衡及稳定记忆力，同

时也让表情较快恢复正常。

其实到目前为止，针灸上并没有特效穴位来治疗震颤病。

在临床上用针灸治疗震颤病的效果主要能对震颤病的运动症状，颤抖拘紧这些方面有所缓解。同时针灸还能对非运动症状，如便秘，排尿困难，饮食及睡眠等都能有不错的效果。

临床上用针灸治疗，首先要确定针灸选穴的范围。由于震颤病的症状众多，机制也比较复杂，所以在用穴方面必须较为广泛，遍及头部，身和四肢等。但需注意的是，针灸治疗震颤病，在选穴时首先是要考虑到主症，其次是针对不同的症状加于选穴治疗。

【针灸治疗重点在头部穴位理由】

在《素问·脉要精微论》就指出“头者精明之府”，这说明头部与体内各脏腑器官的功能有着密切的关系。头为诸阳之会，手足六阳经皆上循于头面。另《灵枢·邪气脏腑病形》也这么记载“十二经脉，三百六十五络，其气血皆上行于面而走空窍。”而督脉行于脊里，上行入脑，并从脊里分出属肾，它与脑，脊髓，肾又有密切联系。而任脉起于中极穴的下面，向上行到咽喉，面部而入目。

由此可见头部是全身四肢百骸，经络脏腑的统领，人体的经气通过经脉，都集中于头面部，这些都说明头面部是经气汇集的重要部位。所以在针灸震颤病时，我会很注重头部的穴位与针灸手法。

【肝肾阴虚的针灸穴位治疗】

这是我治疗震颤病多年，找出疗效比较好比较能稳定病情的固定的穴位组合。

“肝肾阴虚针灸治疗穴位”：

头部：印堂，神庭，头维，四神聪（1-4）。

手部：曲池，外关，合谷。

足部：血海，足三里，阴陵泉，阳陵泉，太溪。对于手足抖动的比较严重的病人，多加

头部的舞蹈震颤控制区来刺激。

【针灸穴位特性简要分析】

头部穴位：印堂穴：属经外奇穴。人体三大经络汇集之处（足太阳膀胱经，足阳明胃经及任脉）。

功效：能调和阴阳及醒脑开窍。

神庭穴：属督脉。

功效：有调和阴阳，滋补肝肾，醒脑开窍。

头维穴：属足阳明胃经的腧穴，是足阳明胃经与足少阳。

胆经，阳维脉之交会穴。

功效：清头明目，安神利窍，止痛镇痉。

四神聪穴：属奇穴。在帽状腱膜中，有枕动，静脉，颞浅动、静脉顶支和眶上动、静脉的吻合网，有枕大神经、耳颞神经及眶上神经的分支。

功效：专治情志疾病，如：头痛、眩晕、失眠、健忘、癫痫、精神病、脑血管病后遗症、大脑发育不全等。

手部穴位：

曲池穴：属手阳明大肠经的合穴。

功效：具有通经络，调气血、祛风湿、利关节，止痹痛之功，用于治疗上肢痿痹，瘫痪诸疾。

外关穴：属手少阳三焦经的络穴，八脉交会穴。

功效：由于外关穴属交会穴，所以有联络气血，补阳益气。

合谷穴：属手阳明大肠经的原穴。大肠经气血会聚于此并形成强盛的水湿风气场。

功效：镇静止痛，通经活经，调理气血之功。

足部穴位：

血海穴：属足太阴脾经。

功效：具有活血化瘀，补血养血，引血归经之功效。血海穴是生血和活血化瘀的要穴。

足三里穴：属足阳明胃经。

功效：有调节机体免疫力、增强抗病能力、调理脾胃、补中益气、通经活络、疏风化湿、扶正祛邪的作用。

阳陵泉穴：属足少阳胆经之合穴，为八会穴之筋会。

功效：黄疸，口苦，呃逆，呕吐，胁肋疼痛等肝胆病证。下肢痿痹，膝腠肿痛等下肢，膝关节疾患，肩痛。

阴陵泉穴：属足太阴脾经之合穴。

功效：运中焦，化湿滞，调膀胱，腰膝及下肢祛酸痛。

太溪穴：属足少阴肾经之原穴。

功效：泌尿生殖系统疾病，呼吸系统疾病，五官科系统疾病及运动系统疾病。

【舞蹈震颤控制区介绍】

位于运动区向前移1.5厘米的平行线。是头针创始人“焦顺发”于70年代发现的。

主治：肢体不自主的抖动和颤震特效区。

功效：补益元神，镇静止颤的作用。

【针灸对震颤症的疗效】

在2018整年里对震颤病疗效大概简单统计：经过大约5个疗程（1个疗程为10次）针灸治疗后，部分症状得以改善，当然少部分病人取不到疗效。

症状改善最佳是：

脸部表情比较不会呆滞，在这症状的改善，较多病人都能取的疗效。走路缓慢不稳部分病人有改善，有些病人在行走时会突然卡住都有改善，在行走时再不会卡住，记忆力虽减退但有稳定。胃纳及睡眠都得到改善。二便方面：少部分病人二便都改善，一部分病人排尿难控制有改善，但排便还是比较困难。

在临床上我目前觉的比较棘手的是手足抖动较难取得满意的效果，只有小部分病人抖动有所减轻，大部分的病人没取到效果。

【2018年全年我治疗震颤病的求诊人次的一个简报】

2018年1月份到12月份：共有71位震颤病人在治疗。全年共针灸震颤病人755人次。平均每月求诊为63人次。

【男性震颤病人】：有43人共治疗为506人次 最年轻为52岁 最年长为82岁

【女性震颤病人】：有28人共治疗为249人次 最年轻为49岁 最年长为87岁

（以上诊治震颤病人数据资料来自中华医院兀兰分院）

（现代医学的资料参考自《迈向更美好的明天》，陈秋生医生主编。）

针治眼肌麻痹

新加坡·蔡欣洁

眼肌麻痹在古代文献中有许多相关记载，它属于“风牵偏视”范畴，也有古代学者命名为“视歧两物”、“目珠不正”、“目偏视”等。

临床表现为眼球位突然偏斜，眼球转动受限，突然视一为二，复视。古代文献中记载，病因病机为亏虚，为外邪所乘。故发为眼肌麻痹。

眼睛麻痹是神经内科常见病。临床症状和体征，表现为眼睑下垂、复视、眼球活动障碍及瞳孔改变。常伴有头晕、头痛、恶心、呕吐及步态不稳等症状。

为什么会出现斜视与复视

眼球正常运动，并非单靠一肌肉收缩，而是两眼数条肌肉协同作用的结果。当某一眼肌麻痹时，可出现斜视和复视现象。

眼球外肌共7条：包括上睑提肌、4条直肌（上、下、内、外）、2块斜肌（上斜、下斜）。有相关神经的支配

动眼神经支配：上睑提肌、下斜肌、上直肌、下直肌、内直肌。

外展神经支配：外直肌。

滑车神经支配：上斜肌。

上、下、内、外直肌及上斜肌起自眶尖的总腱环；下斜肌起自眶下壁前内缘，它们分别附着在眼球赤道部附近的巩膜上。

当某条肌肉收缩时，能使眼球向一定方向转。

眼外肌为横纹肌，在眼球外。眼内肌在眼球内，为平滑肌。双眼协同运动是由大脑中枢所支配，如脑及周围神经病变，眼外肌力量不协调，两眼不能同时注视同一目标，谓为斜视。同时患者主观上产生两个影像谓之复视。其机制是视轴呈分离状态，被注视物体不能同时在双眼的视网膜黄斑中心凹上成像而出现一眼注视目标，另一眼偏离注视目标。

2019年4月，在哈尔滨的黑龙江中医药大学学习中获知，黑龙江中医药大学中的李晓宁教授，根据多年临床经验，治疗眼肌麻痹的针法特殊！她遵循局部取穴原则采取眶内针法，



来协调目筋功能。如捻转进针法，加强对局部腧穴刺激滞针动法：是针身带动麻痹眼肌移动手法等特殊针刺法。参考下示图。

眶内针刺法不仅可刺激眼周腧穴，疏通眼周气血，促进麻痹的眼肌功能的恢复，增加眼肌及周围组织的代偿能力，促神经源胞体再生，进而加速麻痹眼肌的神经功能恢复。

同时，嘱咐患者注意：因眼外肌周围结缔组织疏松，易容皮下及眶内瘀血，须即时冰敷24小时，后再热敷，15日左右瘀血才吸收。

李教授说复视或斜视，用中医针灸治疗及永恒按摩穴位，其收效明显。

除了针灸外，护理也是重要一环

眼肌麻痹患者的特殊护理

- 1 患者对一眼戴上眼罩也可避免复视。
- 2 患者视物不清和自我形象紊乱，出现焦虑不安。护理人员主动关心。体贴患者，耐心开导，给予患者信心，配合治疗。
- 3 患者因视物不清，步态不稳，易跌倒。嘱咐多用扶手、轮椅或辅助工具帮助。

临床病例分享

病例一：

蔡某女67岁。病史：高血压

曾在30年前，有后脑外伤史，曾做后脑手术。望诊：苔薄白，舌体微胖，舌边有齿印。脉弦数。诉当左眼球，左右转动时才有复视；当上、下视物及上斜及下斜视物全正常。患者易体倦，其他一般。BP140/88mmHG P76来诊时，自诉左眼球左右转动会有复视眼，在近四年中，共有发生3回：

2015年中旬去大马云顶参加一个大会，因赶晚车回新加坡后，隔日又继续工作，渐渐发觉左眼视物视歧两物（或复视），无其他症状，一切正常。

患者入医检查：脑科(脑中无瘀血或其他异常)、耳鼻喉科(一切正常)，眼科(专家认为脑的外展神经问题)，验血(血压及其他一切正常，当时微有甲减)。留院观察数日后，无药回家休息。只是须要戴眼罩occlusion(单眼)。

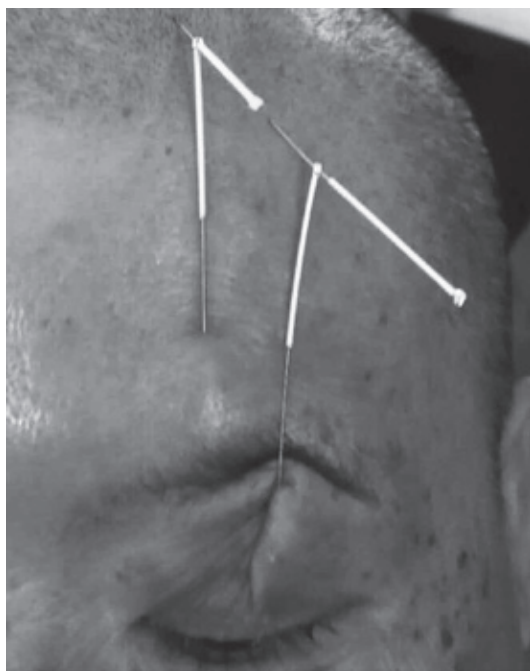
中医认为其病因病机：风牵偏视，眼肌麻痹，正气亏虚。

治法：针双合谷，球后、攒竹、目明、目内、足三里。注意饮食及休息；按摩风池、每天按摩眼眶附近穴位及大姆的大目穴。永恒每天做一、二回眼球运动。

结果：二个月后，复视又正常了。

2017年尾，去不丹旅游，上虎穴寺。回程当晚疲惫又天气冷，忽然再度左眼球复视。回国入西院检查，被留院，与轮椅代步在院里因行步不稳。再次重做第一回检查，无其他症状的异常。眼球运动无明显受限。这回左眼有微眼颤及白内障。住院数天，无药回家。配上暂时性的三棱镜片眼镜三周。出院后中医跟诊。当时舌边齿印，苔白。

中医病因病机：风牵偏视，眼肌麻痹，正气亏虚。



治法：针双合谷，球后、攒竹、目明、目
 眦、足三里。注意饮食及休息；按摩风池、每
 天按摩眼眶附近穴位及大姆的大目穴。每天做
 一、二回眼球运动。

服中药：用补阳还五基本方加虫药再加
 减，大概服了20剂

效果：四个多月后又正常了。西医建议
 可动白内障手术。2018年动双白内障手术。

2019年初，因严重外感，又再复眼（左
 右转动才复眼），这回西医院，西医们不放
 过这复眼再出现机会，再做详细检查，也未
 确定真正病邪。

答案还是脑的外展神经问题是疑因外邪感
 染引起。这回的视物清楚只是双影复视显。原
 因是白内障已除，看东西清楚只是复视困牢！

这回左眼复视，患者体验的说：“当大阳
 下，过马路时，会发现多了几位影子，会产生
 焦虑的情绪”。原因是复视眼所引起的多影
 子。患者明白是原因后，她的心情就平静了。

望诊：苔薄白，舌体微胖，舌边有齿印。
 脉弦数。复视、眼睛易疲劳。易体倦，其他一
 般。BP136/86mmHG P77

治法：针双合谷、球后、攒竹、目明、目
 眦、足三里。

患者又再继续：注意饮食及休息；按摩风
 池、治法：针双合谷，球后、攒竹、目明、目
 眦、足三里。注意饮食及休息；按摩风池、每
 天按摩眼眶附近穴位及大姆的大目穴；每天做
 一、二回眼球运动。

目前二个多月了又回复正常。

病例二：

陈女士，77岁。病史：高血压，糖尿病

自诉三个月前，路滑跌倒撞伤后脑后（无
 脑手术），出现左眼上，下转动产生复视眼。
 但左右两侧视物正常。入西院留院二日，检查
 无瘀血在脑后。无药出院。西医给她配镜矫正
 片(Prism Len)。

来诊，她询问中医是否有法再矫正，她不

愿针眼部。检查眼球转动无明显受阻。她双膝
 也无力，双下肢静脉曲张。

望诊：舌淡红，苔白微腻；脉弦滑；精神
 好，心情开朗。自诉久走自感心无力，其他一
 般。BP124/77mmHG P56

病因病机：经络瘀阻；精血不足、目窍
 失养。

针治法：针双合谷，目明、目眦、双太
 溪、双委中、双曲泉，双光明、双足三里、
 双阳陵泉。

嘱患者，注意饮食及休息；按摩风池、每
 天按摩眼眶附近穴位及大姆的大目穴。每天做
 一、二回眼球运动。

复诊四回效果不错，症状平稳。下肢静脉
 曲张减轻。眼干明显减轻。

针推加刺络拔罐治疗神经根型颈椎病术后疼痛临床应用举隅

临床指导：陈图志老师

林秀梅 蓝其荣 曾妙英 顾艳红 周教（筋伤痛症组）

【摘要】颈椎病是临床中的常见病与多发病，而神经根型颈椎病 (Cervical spondylosis radiculopathy, CSR) 是颈椎病最常见类型，其发病率可占到总发病人群的50%以上^[1]。由于电脑、手机等电子产品的普及，生活节奏的加快，使其发病率逐年上升，且逐渐低龄化，给患者的生活带来严重的影响。有人预计“21世纪将是颈椎病高发的世纪”。目前，西医对于颈椎病以手术治疗和药物治疗为主，手术方法创伤较大，复发率较高。治疗颈椎病的目的是减少疼痛和避免永久性神经损伤，而中医治疗颈椎病有着“简”、“便”、“易”、“廉”等独特优势，其治疗可改善症状、提高生活质量，还能减少手术病例、降低后遗症发生率，已被广大患者所接受。本研究通过陈图志老师的临床指导，对26例各型颈椎病采用散针疗法、靳三针疗法、刺络拔罐、推拿按摩综合疗法后，临床效果满意，现对其中1例神经根型颈椎病术后疼痛进行综述和临床分析。

【关键词】神经根型颈椎病；靳三针；散针疗法；刺络拔罐；推拿按摩

1 颈椎病的概述

颈椎病又称为“颈椎综合征”，是指颈椎骨增生、颈项韧带钙化、颈椎间盘萎缩退化等改变，刺激或压迫颈部神经、脊髓、血管而产生的一系列症状和体征的综合征。

据最新世界卫生组织公布的《全球十大顽症》结果显示，颈椎病高居第二。造成颈椎病的原因包括劳损、头颈部外伤、不良姿势、慢性感染、风寒湿因素、颈椎结构的先天性发育不良等。其中长期从事低头工作即劳损是现在最常见的一种病因，目前已经达到一半以上的比例。就一般的情况而言，如果处于颈椎病早期的患者不注意保健锻炼，劳损积累三年就可达到很严重的程度。现代医学把颈椎病分为6型：颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型、食管型及混合型^[2]。神经根型颈椎病在颈椎疾病中最为常见，通常年轻人属于高发人群，而且发病年龄也在逐渐缩小，在社会中发生率约有3.5%^[3]。

2 传统医学对神经根型颈椎病的认识

2.1 中医病名与病因病机

传统医学中并无神经根型颈椎病病名，最早有关神经根型颈椎病的论述见于《黄帝内经》，并有相关症状的病名，属“痹证”、“颈项痛”、“筋痹”、“血痹”、“痿证”等范畴。历代对于病因也有不同论述。《古今医鉴·痹痛》提及“夫痹者……盖由元精内虚，而为风寒湿三气所袭。”《政治准绳》曰：“颈项强急之证，多由于邪客三阳经也，寒搏则筋急、风搏则筋张、左多属血、右多属痰”，说明颈部肌肉失衡导致颈椎失去力学平衡引起关节错乱，而发生为颈

椎病。《素问·刺法论》曰：“正气内存，邪不相干”。《素问·平热论》曰：“邪之所凑，其气必虚。……正虚之处，便是受邪之处”，阐述了正气不足在发病中的作用。

《医编》曰：“颈强痛多由风寒邪客三阳，……，亦有血虚闪挫，久坐失枕所致”；

《政治准绳》曰：“颈痛头晕，非是风邪，即是气挫，亦有落枕而成痛着……皆由肾气不能生肝，肝虚无以养筋，故机关不利”，论述了病机属本虚标实，以肝肾亏虚、跌扑劳损，不能濡养筋脉，脾气虚弱，不能滋养颈部肌肉为本，风寒湿等外邪侵袭以致血瘀疼痛为标。此外，本病虚证多为气血不足、气虚血瘀，不荣则痛所致，实证多为外邪阻滞气血，不通则痛所致。在整个治疗的过程中，遵循补益肝肾、活血通络的治疗原则。神经根型颈椎病典型体征为上肢放射痛的根性症状（疼痛、酸麻），在《五十二病方》有提及：“不可以顾，肩似脱、膈似折……，臂痛、肘痛”。其记载的疼痛发作次第与脊神经的路线分布一致，符合现代神经学解剖的演示。

2.2 经络与颈椎病的关系

在经络学方面来说，颈部有十四条经络通过，若是颈部发现病变，会连带影响十四条经络。《灵枢·经脉》中记载：“肺手太阴之脉……是动则病肺胀满，膨膨而喘咳，缺盆中痛，甚则交两手而瞀，此为臂厥。心主手厥阴心包络之脉……动则病手心热，臂肘挛急，腋肿。心手少阴之脉……胁痛，膈臂内后廉痛厥，掌中热痛。大肠手阳明之脉……肩前膈痛，大指次指痛不用。三焦手少阳之脉……耳后、肩、膈、肘、臂外皆痛，小指次指不用。小肠手太阳之脉……颈、颌、肩、膈、肘、臂外后廉痛。”这些疼痛的体征发作路线与临床上观察的颈椎C3到C7的支配区相符合，显示手六经跟神经根颈椎病的疼痛病变有相当大的关系。足六经当中，以膀胱经、肾经、胃经与颈部病变有关系，与上肢疼痛有关的是胆经。

此外《灵枢·海论》也提及“髓海不足，则脑转耳鸣、胫酸、弦冒，目无所见，懈怠，安卧。”显示督脉的病与脊柱病有相关。任督二脉，一阴一阳，为人体气血循环起了重要角色，故颈椎病病变与任督二脉也有互为因果的关联，整体来说与十四经均有关联。

2.3 中医诊断标准

根据1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》中神经根型颈椎病的诊断标准：① 疼痛类型：颈部疼痛伴随上肢放射痛，颈后伸位时疼痛加重。② 神经诊断：受压神经根皮肤节段分布区感觉减弱，腱反射异常，肌萎缩，肌力减退，活动受限。③ 神经学试验：臂丛牵拉试验阳性、压头试验阳性。④ 影像学检查：颈椎X线正位片显示钩椎关节增生；侧位片生理前弧消失或变直，椎间隙变窄，椎间孔变小，骨刺形成，伸屈动力片示颈椎不稳。CT可见椎体后赘生物及神经根管变窄。

3 现代医学对神经根型颈椎病的认识

3.1 神经根型颈椎病的致病原因

神经根型颈椎病是骨科常见的一种脊柱疾患，致病因素主要包括颈部前斜角肌痉挛、神经根动脉供血不足、患椎移位、神经根局部刺激及压迫因素的影响等。颈椎位于头部、胸部与上肢之间、又是脊柱椎骨中体积最小，但灵活性最大、活动频率最高、负重较大的节段，由于承受各种负荷、劳损，甚至外伤，所以极易发生退变。从生物力学角度来看，第5-6，第6-7颈椎受力最大，因此，颈椎病的发生部位在这些节段较为多见。

3.2 神经根型颈椎病的发病机制

由于各种原因导致椎间盘平衡破坏，引起颈椎生理曲度改变，骨质增生，压迫神经根导致充血水肿，引起颈部肌肉痉挛、疼痛；患者

颈部症状的发生多受窦椎神经末梢支的影响；患者颈椎在上述两种因素的影响下，出现内外平衡失调的症状，并牵连关节囊、肌肉及韧带组织，导致一系列临床症状发生^[4]。对于其疼痛的机制则主要是因为神经受压，导致神经水肿，神经炎性物质产生，从而产生疼痛^[5]。

3.3 神经根型颈椎病与解剖关系

从解剖学上看，神经根在穿出的过程中需经过椎间盘、侧隐窝、椎间孔等部位，然后在横突间继续外行，穿出横突尖进入斜角肌层，在横突尖前、后结节上，前、中斜角肌发出腱纤维后相互交叉下行，交织成网状结构，脊神经出横突间后即行走在此腱性三层膜（硬膜、蛛网膜、软膜）结构（共同构成脊神经根的根袖）中。正常情况下受到此网状结构的保护，当斜角肌发生炎性水肿、粘连挛缩，可导致神经根管的病变与卡压，引起神经细胞缺血、缺氧发生一系列神经根型的症状。而当颈椎的生理前凸改变，或者颈椎发生关节紊乱，都会导致椎间孔狭窄，导致神经根受压而出现肢体疼痛麻木的感觉，椎动脉受压则导致颈部血液动力学减弱，由于大脑供血不足而导致头晕和其他症状。

3.4 西医诊断标准

参考中华医学会年发布的《临床诊疗指南—疼痛学分册》关于颈椎病的诊断标准：①疼痛类型：具有典型的根性症状（麻木、疼痛）和体征，其范围与受累椎节相一致，颈肩部、颈后部僵硬疼痛，并沿神经根分布区向下放射到前臂和手指，神经根支配区域有麻木及明显感觉减退及运动障碍；②神经诊断：该病主要表现为头晕、恶心、呕吐、颈痛伴上肢放射痛，颈后伸时加重，受压神经根皮肤节段分布区感觉减退，腱反射异常，肌肉萎缩，肌力减退，颈活动受限、四肢无力、腿脚发麻、影响手指功能等，严重者会出现大小便失控、性功能障碍症状，四肢瘫痪^[6]。从上述诊断规范

得知，颈部疼痛伴上肢疼痛是神经根型颈椎病最主要的特征。③神经学试验：颈部旋颈试验、椎间孔挤压（Spurling）试验以及臂丛神经牵拉（Eaten）试验阳性^[7]；④影像学检查：影像学诊断与临床表现基本相符合。

3.5 颈椎病的防护与调养

纠正不良的生活习惯；注意颈肩部保暖；使用电脑、手机时，避免长时间颈椎处于同一姿势、低头等；合理用枕，选择正确的睡姿，保持良好的睡眠质量；加强日常锻炼，瑜伽，八段锦等活动；防止头颈部跌扑损伤；按摩穴位（常用的穴位有风池、秉风、天牖、肩井、曲池）；药膳饮食调养；注意心理调护，避免颈椎病颈痛带来的不良情绪。

4 验案举隅

张某，男，56岁 2018年9月26号就诊 患者2014年曾行颈前路减压融合手术（ACDF）。主诉：右颈肩手指板滞困痛2年余。现病史：患者2年前在浴室不慎滑倒，伤至颈部，之后行颈前路减压融合手术（3~6颈椎）。手术后开始出现右侧颈肩、上肢至手指疼痛、麻木无力和功能障碍。现症见右侧颈肩放射性痛和颈部发僵，颈部活动受限；上肢感觉沉重、握力减退（不能握筷子），有时出现持物坠落；右掌背腕管僵硬兼第2、3手指麻木和功能障碍。伴有神经压迫导致的头晕、头痛和失眠等症状。体查：颈椎活动度降低，牵拉和叩顶试验阳性，臂丛牵拉试验阳性，右侧颈肩部肌肉压痛，右食、中指感觉减退。颈椎X线显示：椎体增生，钩椎关节增生明显，C3~C6椎间隙变窄，椎间孔变小。CT可见椎体后赘生物及神经根管变窄。中医诊断：痹症（气滞血瘀型），西医诊断：神经根型颈椎病。舌尖红，少苔，唇暗红，脉弦涩。10月3日复诊，患者自述颈项僵痛明显减轻，能正常活动；头晕、手臂手指麻木有所改善。依原法继续治疗。

4.1 治疗方法

4.1.1 散针疗法

患者取侧卧位,自然放松,充分暴露患侧颈部和上肢。用食指、中指、无名指的指腹触摸右患侧颈、肩、臂上由远端开始,寻找筋膜触发点(myofascial trigger point, MTrP, 又常被称为压痛点)^[8]在该部位(前臂、胸锁乳突肌、斜方肌、斜角肌、颈后部肌群等处)做好标记,再对进针点的皮肤做常规消毒处理,选一次性使用无菌针灸针,左手拇指和食指固定于进针处皮肤,右手拇指、食指和中指挟持针灸针针柄,针尖和皮肤保持 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 朝着皮下快速刺入(针刺方向可多个不同的角度),直至达到疏松结缔组织。进针后将针退于皮下,再平放针身,右手持针沿皮下向前推进,保持在皮下,皮肤呈线状隆起。患者无酸胀麻痛的感觉。持针座使针体作扇形运动,角度控制在 $25^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 之间,把进针点当作支点,以扫散手法针刺1~3min左右,不行提插、捻转,深度为3cm左右。同时配合再灌注治疗,待颈椎疼痛部位明显缓解或者局部僵硬肌肉明显放松后可留针15min。出针后酒精棉球拭干,用胶布贴在针孔处。嘱咐病人1天内针刺局部保持干洁,防止感染。

4.1.2 走罐、刺络拔罐疗法

在位于督脉与手三阳经走罐,以皮肤微红可以耐受为度。约10分钟后常规消毒,用已消好毒的特制三棱针,快速直刺大椎穴、双侧肩中俞与患侧颈后部肌群处(避开枕动脉)各5~7针,立即在针刺处拔中号火罐。出血3~15ml左右,留15min起罐,用无菌干棉球清除所抽出的血,刺激点消毒棉球封护。

4.1.3 针刺疗法

患者取侧卧位,主穴选双侧“颈三针”;患侧“肩三针”、“手三针”、“腋下三针”。配穴选患侧肩前、肩贞、肩井、手三里。选用一次性无菌针灸针,穴位局部

皮肤常规消毒后进针,各穴位产生酸胀感后留针,30min后快速出针。

4.1.3.1 “颈三针”(天柱、颈百劳、大杼)

取穴:三穴分别距后正中线1.3、1、1.5寸。天柱位于第2颈椎棘突上缘旁开1.3寸处(平哑门、斜方肌外缘凹陷中),其针刺层次为皮肤、皮下组织、斜方肌、头半棘肌;浅层穴区有第3颈神经后支和枕动脉的分支分布;深层有枕大神经。百劳位于大椎直上2寸左右各旁开1寸处(第5颈椎棘突下缘,斜方肌、多裂肌等肌肉的起点),穴区下分布第四、五颈神经后支。大杼位于第1胸椎棘突下,旁开1.5寸处(颈椎与胸椎交界处),其针刺层次穴区浅层有第1、第2胸神经后支的皮支;深层有第一、二胸神经后支的肌支。操作:颈三针取双侧,选用1.5寸毫针,天柱穴向下斜刺约0.5~1寸(不可向内上方深刺),刺入后行快速捻转手法,局部可产生触电样感针感,可扩散至后头部;颈百劳、大杼穴向棘突方向斜刺1寸(深刺至颈椎骨)局部酸胀,可向肋间或放射至指尖。

4.1.3.2 “肩三针”(肩I针、肩II针、肩III针)

取穴:肩I针位于肩峰正下方凹陷处。肩II针、肩III针位于肩I前、后旁开各2寸(分别位于肩关节囊前、后方)。操作:上肢自然垂,选用2寸毫针,肩三针直刺或向下斜刺1~1.5寸(避免刺入关节腔)。

4.1.3.3 “手三针”(合谷、曲池、外关)

取穴:合谷位于手背,第1、2掌骨间,当第二掌骨桡侧的中点处。曲池在肘横纹外侧端,屈肘,当尺泽与肱骨外上髁连线中点。外关位于前臂背侧,在前臂后区,当阳池与肘尖的连线上,腕背侧远端横纹上2寸,尺骨与

桡骨间隙中点。操作：选用1.5~3寸毫针，合谷向后溪方向透刺0.5~1寸；曲池向少海方向深刺1.5~2寸；外关沿经向上斜刺1.5~2寸。

4.1.3.4 “腋下三针”（腋下I针、腋下II针、腋下III针）

取穴：腋下I针位于极泉穴沿经下移1~2寸处；腋下II针、腋下III针位于腋下I针，前、后旁开各2寸。操作：抬患臂，左手食指放于极泉穴沿经下移1~2寸处（在肱二头肌与肱骨干之尺侧，肱三头肌之前侧），避开腋毛，拇指放于上臂外侧协助固定，食指下按，并在穴位附近摸到一硬韧的条索状物（此处为血管神经鞘），用食指拨动时，患者觉有电麻感传至指端。用左手食指固定之，右手于动脉后缘处进针，直刺1~1.5寸；腋下II针、腋下III针直刺1~1.5寸。腋下三针用提插泻法，以患侧上肢或手指抽动3次为度。

4.1.3.5 配穴选肩井、肩前、肩贞、手三里、后溪（穴位均取患侧）。

取穴：肩井在肩上，前直乳中，当大椎穴与肩峰端连线的中点上；肩前位于肩部腋前皱襞之上方，肩锁关节内侧凹陷，与腋前皱襞连线之中点。其针刺层次为皮肤、皮下组织、三角肌、肱二头肌长头腱。穴区有神经、血管，浅层区有锁骨上神经外侧支分布，深层区有腋神经、肌皮神经和胸肩峰动脉分布；肩贞位于肩关节后下方，臂内收时，腋后纹头上1寸；手三里位于阳溪与曲池连线上，肘横纹下2寸处（即在肘端（肱骨外上髁）下3寸处）；后溪在第5指掌关节后尺侧的近端掌横纹头赤白肉际。操作：左手提肌（肩井穴），右手持针在肩井穴平刺0.5~0.8寸，局部酸胀（深部正当肺尖，不可深刺，以防刺伤肺尖造成气胸）；肩前向肩贞直刺1~1.5寸；肩贞向肩前直刺1~1.5寸（不可向胸侧深刺）；手三里沿经向上斜刺1.5~2寸，局部酸胀沉重，针感可向手背部扩散；后溪向合谷方向透刺

1~1.5寸。

4.1.4 推拿按摩

针刺完毕后，以舒张指揉法在颈部进行推拿治疗。先用两种推法作用于两侧颈夹脊穴周围5~10 min，既以揉法放松颈部相连肌肉2~3 min，再用拿法、点按受挤压的颈椎节段1~2 min，依据患者的耐受度适当用力，配合摩法、抹法，使颈部肌肉得到充分舒张，缓解局部的受压情况；然后，在患侧腋下约“极泉”穴处，深按，由后向前拨动2~3次，患者手指会产生麻木感；最后，搓揉手臂，由上至下，3~4遍，抖法放松手臂肌肉。

5 讨论与分析

5.1 散针疗法

5.1.1 散针疗法的概念

散针疗法是近年来出现的一种新型疗法，是传统针灸的现代发展，主要选用一次性使用无菌针灸针于非病痛部位或浅筋膜层做扫散，不会深入患者肌层，针尖到达最痛点0.5~1.0 cm即可，以改变组织缺血缺氧状态，从而促进患肌及相关的软组织自身修复。该疗法不会伴剧烈疼痛，见效较快且适应症非常广泛^[9]。作用原理为此针法在疏松结缔组织互相作用后产生反压点、压电效应，有效缓解病变组织微循环，促进血液循环^[10]。中医学理论中，散针疗法的治疗原理与“针至病所”、“以痛为输”、近治原理和十二皮部理论相关密切，而皮部理论属于《内经》中所提到的“毛刺”、“浮刺”范畴，通过一次性使用无菌针灸针，在皮下大幅度的扫散刺激以增强人体的阳气，达到疏通经络气血的作用，从而调整人体的阴阳气血，达到治疗疾病的作用。因针灸针扫散只对非病变区浅表组织产生刺激，为此，应用相对安全而无不良反应。而且扫散时能够活跃疼痛组织生理功能，较好的消除炎症、粘连，最终缓解颈椎疼痛感^[11]因

此,散针疗法可称之为无毒副作用的“绿色疗法”,与抗炎药和麻醉药相比有明显的优势。

5.1.2 散针疗法的临床应用特点及优势

散针疗法理论认为局部或外周损伤及软组织的疼痛是由于肌筋膜触发点的痉挛或收缩引起的。散针疗法之所以对不同程度的颈椎病有很好的疗效,正是由于其能消除触发点。但触发点通常不是单个的,有取得更好的疗效应首先从远端治疗。颈椎病的发生与督脉和少阳、太阳经密切相关,经络循行受阻,气血运行不畅,导致颈肩、上肢、手指麻木、疼痛等症状。本病例取大椎穴、双侧肩中俞、患侧颈后部肌群处(避开枕动脉)、患侧肩井和手三里等肌筋膜触发点行散针疗法可达到疏通颈部不通之经络。所选大椎穴为手足三阳与督脉之会。颈后部肌群处的风池下与肩井为胆经穴,胆经主骨所生病也。在运行散针手法的几秒钟后,病人即感觉颈项部发热、出汗,颈项疼痛、手麻等也有好转。

5.2 “靳三针”疗法

5.2.1 “靳三针”疗法的概念

“靳三针”顾名思义是取用三个穴位治疗各种疾病,其主要学术思想倡导“三穴为主,辩证配穴”的针灸处方原则,在临床上已取得良好疗效。其取穴特色,除了根据传统的经络辨证取穴、脏腑辨证取穴之外,更特殊的在腧穴的协同功能组穴,病灶周围组穴。

5.2.2 “靳三针”疗法的临床应用特点及优势

5.2.1 “靳三针”(双侧)

“颈三针”由百劳、大杼、天柱三穴组成。颈三针具有“以痛为俞”的治疗特点,同时具有治疗不通则痛、不荣则痛的处方特性。① 颈百劳为经外奇穴。《针灸空穴及其

疗法便览》曰:“百劳……治项肌痉挛或扭伤回顾不能”,故针刺此穴可松解局部组织粘连,改善局部微循环,通调颈项部经络气机,且位近柱骨之根,对退行性变的颈椎病良好的治疗作用。笔者临床体会是百劳穴下深处是臂丛神经发出处,当颈5到颈7发生病变,往往会压迫臂丛神经导致手麻。有研究显示^[12],颈百劳穴具有提升基底动脉血流量,对颈椎病、手麻有改善功效。② 天柱穴位于头气街是经脉“入络脑”的关键部位。《灵枢·厥病》篇:“厥头痛,项先痛,腰脊为应,先取天柱,后取足太阳”,显示颈椎病与手足太阳经气不足有关,故针刺本穴有振奋清阳、舒筋活络的作用。③ 大杼是足太阳膀胱经穴,八会穴之骨会穴,又为督脉之别络,手足少阳及足太阳的交会穴。《灵枢·海论》曰:“冲脉为十二经脉之海,其输上在于大杼。”冲脉的外行部分经气冲与足少阴交会,且膀胱与肾相表里,肾主骨。故大杼是治疗骨性疾病之要穴。实践证明,针刺可刺激局部穴位感受器,反射性地降低交感神经的兴奋性,促进局部血液循环,纠正椎间关节紊乱等,从而恢复颈椎正常解剖关系和生物力学平衡^[13]。研究显示^[14],该组穴位位于颈部夹脊肌处,与椎旁神经节非常接近,更能作用于病变部位,因此,针刺此组穴位患者可出现明显的针感反应,缓解颈椎肌群和血管的痉挛:10~11、消除神经根的炎性水肿、调节局部交感神经的兴奋性、改善局部血液循环。同时,在临床治疗过程中采用双侧取穴的方法,主要是双侧穴位有助于纠正被打破的力学平衡,同时亦与中医阴阳平衡、左右经络之气相通的观点相符合。

5.2.2 患侧“肩三针”

“肩三针”以阿是穴为主,均是在肩关节及其附着肌肉、肌腱处进行针刺,既能兼顾肩关节各方向活动,又能疏通肩部经络,加快病变部

位的血液循环,“通则不痛”。

5.2.3 患侧“手三针”

“手三针”由曲池、外关、合谷组成。合谷为手阳明经原穴,原穴是真元之气及营卫之气留聚之处,故有行气通经活络的作用。合谷也为四总穴及四关穴之一,《灵枢·九针十二原》曰“四关主治五脏”,有醒脑开窍,通调气血之功,可治疗手腕部病症、颈部和头面部病症,在组方中取为主穴;其配本经曲池(合穴),主治“臂膊痛,筋缓屈伸不便《古今医统大全》”;外关为手少阳三焦经络穴,又为八脉交会穴,通于阳维脉,能够疏导少阳经气,通经活络、调和气血而达到止痛的作用。合谷、外关穴为循经远端取穴。

5.2.4 患侧腋下三针(极泉、极泉左右旁开1寸处)

极泉穴属于手少阴心经的穴位,有疏通经络、激发经气的作用。解剖学上极泉穴位于腋窝,腋窝有腋动脉、静脉及神经走行,臂丛神经(第5至第8颈神经前支及胸1神经大部分前支所组成)在腋窝内围绕腋动脉形成内侧束、外侧束、后束,正中神经由内侧束和外侧束的内外两根合成,支配了大部分的前臂屈肌和手肌外侧大部分;尺神经发自内侧束,支配了前臂尺侧腕屈肌和指深屈肌尺侧半及手肌内侧大部分;桡神经发自后束,支配臂部肱三头肌和肱桡肌、前臂所有伸肌^[15]。通过不同深度方向的刺激极泉穴达到刺激内侧束、外侧束、后束,从而达到刺激正中神经、尺神经或桡神经的作用,间接作用于上肢的屈肌和伸肌,达到不同的治疗目的。

5.2.5 配穴选患侧肩井、肩前、肩贞、手三里、后溪。

肩井、肩贞、手三里、后溪均为循经肩胛部的手三阳经穴,“经脉所过,主治所及”,这些穴位均位于三角肌、肱二、三头肌等肩胛

周围肌肉附近,能促进肩部和上肢运动功能。同时,配合上患者颈部的自主活动,可达到舒筋通络,消瘀止痛(即“通则不痛”)之效。肩前为奇穴,后溪又为八脉交会穴之一,通于督脉,能通经活络,是治疗头项手臂的要穴。

6 刺络拔罐疗法

6.1 刺络拔罐的概念

6.1.1 刺络放血法治疗痛症的机理是调整阴阳、疏通经络、调和气血^[1];出恶血,通血脉,调血气,改变经络中气血运行不畅的病理变化,从而达到调整脏腑气血功能的作用^[16]。调理原则是“血实宜决之,苑陈则除之”,血去则经隧通矣^[17]。现代研究也表明拔罐的作用是能够降低局部组织内压,消除水肿对神经根的压迫,缓解对颈部周围血管的牵张,消除肌肉痉挛,促进血液循环,消除水肿和无菌性炎症、引病气出外,止痛的作用。三棱针对刺血管壁的刺激作用能够激发人体的自身修复能力,激活人体的神经免疫反映,松弛粘连的肌腱、肌肉、调节病变部位的组织间平衡,从而达到止痛作用。

6.2 临床应用特点及优势

本病例取大椎穴、肩中俞穴(双侧)、颈后部肌群处(患侧)进行刺络拔罐。《难经·二十九难》“督之为病,脊强而厥”。大椎穴归督脉,是手三阳经与督脉的交会穴,而督脉又是阳脉之海,故大椎是人体诸阳经脉的总汇,能振奋一身阳气,鼓动调节全身气血,尤其善于调节颈部气血,从而改善头痛、眩晕等督脉和足太阳膀胱经经气不利的症状。叶天士又指出“久病宜通任督”,因此,刺络拔罐大椎穴可通任督。也有实验研究证实,大椎刺络拔罐使局部表皮出血,血管、神经受刺激导致血管扩张,血液、淋巴液循环加速,增强新陈代谢和自身免疫力,促进组织修复,恢复肌肉的功能,使颈椎的稳定性得以加强。因此,通过刺

络拔罐大椎穴, 肩中俞穴、颈后部肌群处能有效缓解相应肌肉痉挛, 纠正椎间关节紊乱, 改善局部血液循环, 达到治疗疾病的目的。

7 推拿按摩

《素问》云:“盖按其经络, 则郁闭之气可通, 摩其雍聚, 则瘀结之肿可散也”。推拿对于颈椎病具有加速血液循环, 消除颈部水肿和无菌性炎症, 松解颈部软组织的粘连, 缓解神经根的压迫, 促进病变组织修复达到治疗作用。神经根型颈椎病多有神经根受压后手臂疼痛麻木的症状, 采用舒张指揉法加“极泉”穴弹拨治疗远端手指麻木效果好、刺激量轻, 患者利于接受。舒张指揉法是一组复合推拿手法, 具体包括一指禅推、四指平推揉法、摩法、揉法、拿法、抹法、点按^[18], 由于C5-8神经前支形成了臂丛神经节的大部分, 在颈根部从斜角肌间隙穿出, 走形于锁骨下动脉后上方, 再经锁骨后方进入腋窝, 支配颈项部和上肢的绝大部分肌肉, 位于腋窝顶点的“极泉”穴属手少阴心经, 主治肩臂疼痛, 上肢不遂, 弹拨“极泉”穴可以从近端直接刺激臂丛神经, 缓解因卡压造成的远端肢体麻木症状, 有效的调节神经的新陈代谢, 促进神经功能的恢复。

8 小结

本病例由于患者行颈前路椎间盘切除减压融合术(Anterior cervical discectomy and fusion, ACDF)后常因术前神经压迫时间过长、术中对神经根刺激及术后神经根反应性水肿等因素的影响而出现术后上肢肌力下降、肢体感觉异常等神经功能受损的表现^[19]。本研究采用散针疗法、靳三针疗法、刺络拔罐、推拿按摩综合疗法对行ACDF术后的神经根型颈椎病患者进行干预获得满意的疗效, 说明ACDF后用此综合疗法进行干预在促进术后的

神经根修复, 改善疼痛症状方面效果明显, 并能增强ACDF的临床疗效, 具有良好的临床应用价值。陈图志老师长期从事针灸治疗痛症病和其他病种的研究, 累积了丰富的临床经验, 给予该研究课题详细指导。

参考文献:

- [1] 周建伟, 皮燕, 严攀. 660例神经根型颈椎病患者中医证候分布规律研究[J]. 四川中医, 2012, 30(6): 69-70
- [2] 孙宇. 第二届颈椎病专题研讨会纪要[J]. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472-476.
- [3] Salemi G, Savettieri G, Meneghini F, et al. Prevalence of cervical spondylotic radiculopathy: a door-to-door survey in a Sicilian municipality. Acta Neurol Scand, 1996, 93(2-3): 184-188.
- [4] 彭华荣. 中医骨伤治疗神经根型颈椎病的临床疗效分析[J]. 中国社区医师, 2016, 32(19): 93-95.
- [5] 陈学明, 冯世庆, 许崧杰, 等. 神经根型颈椎病椎间孔内神经根受压的原因分析及减压方式选择[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2015, 25(2): 103-108.
- [6] 沈向东. 中医骨伤治疗神经根型颈椎病的临床效果研究[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(31): 24.
- [7] 董以海. 中医骨伤治疗神经根型颈椎病的临床效果观察[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(8): 140-141.
- [8] 符仲华. 浮针疗法治疗疼痛手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 150-151.
- [9] 李浪平, 朱婵, 李传明, 等. 颈夹脊穴注射合颈神经根阻滞治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(6): 567-570.
- [10] 王英杰, 丘文静. 浮针治疗推动脉型颈椎病临床观察[J]. 风湿病与关节炎, 2017, 6(9): 28-29, 67.
- [11] 景福权, 牛相来, 汪秀梅, 等. 透灸法结合电针治疗风寒痹阻型神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2015, 16(4): 367-369.
- [12] 刘志顺, 郭继春. 针刺颈百劳为主治疗上肢麻木30例[J]. 辽宁中医学院学报, 04314
- [13] 周建伟, 胡玲, 李宁, 等. 针刺推拿综合方案治疗推动脉型颈椎病的多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2005, 25(4): 227.
- [14] 赖新生. 颈三针治疗颈椎病的临床应用[J]. 针灸临床杂志, 1996, 12(1)
- [15] 严振国. 正常人体解剖学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2000.
- [16] 吕莉君, 吴旭. 浅谈《内经》刺络放血法. 内蒙古中医药, 1998, 17(4): 26.
- [17] 张弛, 周章玲. 刺络放血疗法探源一析《内经》刺血络法[J]. 中国中医基础医学杂志, 2003, 9
- [18] 陈剑俊. 舒张指揉法加牵引治疗推动脉型颈椎病疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2008, 27(3): 31.
- [19] 时述山, 季新民, 等. 颈椎前路减压植骨融合术的并发症分析[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 1995, 1(1): 5-7.
- [20] HYPERLINK "https://baike.baidu.com/item/%E5%B0%BA%E6%B3%BD/10048101" \t "_blank" HYPERLINK "https://baike.baidu.com/item/%E8%82%B1%E9%AA%A8%E5%A4%96%E4%B8%8A%E9%AB%81/14728710" \t "_blank"

- [21] [HYPERLINK "https://baike.baidu.com/item/%E4%B9%B3%E4%B8%AD" \t "_blank"](https://baike.baidu.com/item/%E4%B9%B3%E4%B8%AD)
[HYPERLINK "https://baike.baidu.com/item/%E5%A4%A7%E6%A4%8E" \t "_blank"](https://baike.baidu.com/item/%E5%A4%A7%E6%A4%8E)
- [22] [HYPERLINK "https://baike.baidu.com/item/%E9%98%B3%E6%BA%AA" \t "_blank"](https://baike.baidu.com/item/%E9%98%B3%E6%BA%AA)
[HYPERLINK "https://baike.baidu.com/item/%E6%9B%B2%E6%B1%A0/68212" \t "_blank"](https://baike.baidu.com/item/%E6%9B%B2%E6%B1%A0/68212)

中医治疗原发性开角型青光眼

新加坡·唐跃

一. 病名

原发性开角型青光眼(primary open-angle glaucoma)是一种慢性进行性前部视神经病变,伴有典型的视神经凹陷、萎缩及视野缺损。以眼压升高,视神经萎缩,视野缺损为特征,是全球排名第二的致盲性眼疾。原发性开角型青光眼发病隐蔽,病情进展缓慢,常无自觉症状,故不易早期发现。

原发性开角型青光眼归属于中医之“青风内障”范畴。

二. 西医病因

原发性开角型青光眼眼压升高是由于房水排出通道的病变,使房水排出阻力增加所致,阻力主要位于小梁网的内皮网。近年来的研究,倾向于小梁细胞的形态和功能异常,使房水排出阻力增加而导致眼压升高。有人认为,血管神经和大脑中枢对眼压的调节失调也可以使房水排出阻力增加。

三. 西医病理

病理检查可见小梁变性、硬化和内皮细胞增生,施勒姆(schlemm)管和外集液管阻塞。电镜检查发现,小梁的基底膜增厚并有玻璃样变性,使小梁板变厚达正常人的两倍,因而使小梁孔变小,使房水流出受阻而导致眼压升高。

四. 西医诊断

原发性开角型青光眼的诊断标准根据全国青光眼学组提出的标准。

1. 眼压>21mmHg。(或2.8kPa)
2. 前房角开放。
3. 青光眼性视乳头损害和(或)视网膜神经纤维层缺损。
4. 青光眼性视野缺损。

具有以上4项或具有1、4项和2或3项者诊断为原发性开角型青光眼。

五. 西医治疗

原发性开角型青光眼以药物治疗为主,当用能耐受的最大计量药物进行治疗,仍然不能控制眼压或视乳头和视野损害时,则考虑激光治疗和手术治疗。

1. 全身治疗:全身性碳酸酐酶抑制剂
2. 局部治疗: β -肾上腺素能受体阻滞剂
肾上腺素能神经药物
3. 激光和手术治疗

六. 中医病因病机

中医学认为,青风内障是由于风、火、痰、郁上泛目窍,神水瘀积所致。

因忧愁恼怒,肝气郁结,气郁化火生风,风火上灼于目;脾虚运化失司,聚湿生痰,痰郁化火,痰火相结,上炎于目;劳瞻竭视,致肝肾阴虚,虚火上炎于目;先天禀赋不足,命门火衰,不能温运脾阳,水谷不化精微,生湿生痰,痰湿流窜目中脉络,阻滞玄府。

诸因导致气血失和,脉络不利,目内气机失畅,玄府郁闭,神水运行不畅而滞留于目酿成本病。

七. 中医辨证分型和治疗

参照<<上海市中医眼科病证诊疗常规>>

1. 气郁化火型:

证候 情志不舒,头目胀痛,烦躁易怒,胸肋满闷,食少神疲,心烦口苦。舌红苔黄。脉弦而数。

治法 疏肝清热方药 丹栀逍遥散加减
柴胡 黄芩 山栀子 枳壳 夏枯草 当归
茯苓 猪苓

2. 痰火上扰型:

证候 头晕目痛,心烦少寐,胸闷恶心,食少痰多,口苦。舌红苔 黄腻,脉弦滑或弦数。

治法 清热化痰方药 温胆汤加减
陈皮 茯苓 半夏 黄连 枳实 苍术
白术 细辛

3. 肝肾阴虚型:

证候 病久瞳神渐散,视物不清,视物范围明显缩窄,目珠胀硬,视盘苍白,可伴有精神倦怠,头晕耳鸣,腰酸。舌淡苔薄,脉沉细无力。或面色恍白,手足不温,少气乏力。舌淡苔白,脉沉细。

治法 滋补肝肾方药 肾气丸(肾阳偏虚)或杞菊地黄丸(肾阴偏虚)加减

熟地 杞子 茯苓 泽泻 首乌 川芎

香附 五味子

中成药治疗:

逍遥丸 明目地黄丸 石斛夜光丸 五苓散

针灸治疗:

针刺睛明 攒竹 鱼腰 瞳子髎 承泣

风池 太阳 合谷 三阴交 行间

八. 中医药治疗青光眼研究进展

1. 病因病机

姚芳蔚^[1]认为青风内障的发病与七情所伤有关。七情所伤最易伤肝,导致肝气郁结,肝郁不得疏泄;七情所伤最易伤气,由于气机不

利,影响脏腑器官组织及气血,水液等活动,表现在局部眼内气血瘀滞,脉道阻塞,眼孔不通,眼内神水排出困难,导致眼压升高。

陈达夫^[2]认为本病多由忧思愤怒,情志内伤,肝胆风火上扰;或劳神过度,真阴暗耗,虚阳浮越,脏腑失调,气血失和,造成神水瘀滞,玄府闭塞所发。

姚和清^[3]认为本病在临床上主要以风、火、寒、湿四者较为常见。在于风,由于肝阳亢盛,邪气郁结,血虚内燥生风;在于火,由于阴虚阳亢或阴虚火旺;在于寒,由于卫气不足,气虚火衰,阴寒弥漫;在于湿,则责之脾虚土衰,水湿停留,凝聚为痰,随气机升降而阻于脉道。

2. 治则治法

李明飞等用疏肝活血利水法,治疗22例38眼,有效率80%。

谢渊采用清肝熄风,滋阴明目,行气利水法治疗38例,有效率91.5%。

宿燕等用益气养阴开窍法治疗中晚期青光眼20例38眼,以黄精、五味子、石菖蒲、党参等为主组方。中药水煎剂,每日一剂,早晚分二次分服。二个月为1疗程。有效率达89.47%。治疗后视力,眼压,视野均有改善。

3. 临床研究

李艳^[4]采用绿风丸治疗原发性开角型青光眼,药用:柴胡、郁金、丹参、泽兰、牛膝、川芎 茯苓、车前子、泽泻、菊花、白芍、菟丝子,装入胶囊,每次4粒,早晚各服1次,2个月为1疗程,共治疗2个疗程。并设常规治疗组(用0.5%噻吗心安滴眼液,每日早晚各滴眼1次)对照。观察表明:在常规治疗原发性开角型青光眼的基础上应用绿风丸,在临床综合疗效及眼压变化,视野平均光敏感度和视野平均缺损,观察组均较对照组有显著性优势($P<0.05$)。

李蓓^[5]等将眼压控制的原发性开角型青

光眼36例(65只眼),随机分为治疗组和对照组。治疗组给予滋补肝肾,养阴生津,清肝明目的复明片,药用:菊花 决明子 石斛 人参 杞子 山茱萸 熟地 黄连 羚羊角 石决明 夏枯草 木通等24味。每次5片,1日3次;对照组给予甲钴胺片1片(0.5mg),1日3次,30天为1个疗程,共3个疗程。结果表明复明片可以明显改善患者多焦视网膜电图的振幅密度及改善视乳头部分结构参数,与对照组比较有统计学意义($P<0.05$)。

苏航^[9]选择符合纳入标准的原发性开角型青光眼患者共30例(60只眼),比较患者服用夏枯草膏前后的视力,眼压,视野,及临床症状。结果显示服用夏枯草膏前后患者的眼压及视野平均光敏感度和视野平均缺损的改变差异有显著性($P<0.05$)。

刘杏等^[7]研究中药川芎嗪治疗原发性开角型青光眼视功能损害的疗效。用川芎嗪治疗后,患者全血黏度明显降低,眼底荧光造影各血管充盈时间明显缩短;视野缺损减少,能有效改善青光眼的视功能。

李林等应用葛根素治疗青光眼61例122只眼,全身给药和局部给药两组,结果患者的眼动脉血流供应增加,血流阻力指数降低。

董继光用中药治疗青光眼,从四个方面:1,清肝泻火法,主要用药:羚羊角、蒺藜、木贼、菊花、车前子、夏枯草、决明子、山茱萸等,同时配滋阴补肾药:石斛、人参、山药、茯苓、地黄、麦冬等。2,扶助正气法,3,滋阴降火法,组方:黄芩、知母、玄参、生地、车前子、大黄、天麻、钩藤、竹茹、陈皮、川芎、牡蛎、白芍、白术、炙甘草等。4,化痰清目法。

4. 针灸治疗及针药结合治疗

康凤珍等采用毫针对患者百会穴,鱼腰穴,太阳穴快速点刺出血,每天一次,并配合通阳化气,清肝明目,利水渗湿类中药治疗,取得良好疗效。

时洁等^[9]应用彩色多普勒观察针刺治疗对低眼压性青光眼患者球后血流动力学的影响。发现低眼压性青光眼组的睫状后短动脉及视网膜中央动脉血流速度低于正常人组。支持低眼压性青光眼视乳头损害的血管学说。针刺治疗能改善低眼压性青光眼患者球后的血流状况

周峻等对22例青光眼术后患者采用川芎嗪穴位注射,局部结合全身取穴原则,辨证取穴,轮流选择太阳、球后、承泣、风池、合谷、肝腧、肾腧、脾腧、足三里、三阴交、光明穴,结果显示可保持视力,视野,起到保护视神经的作用。

刘菲^[9]针药并用治疗原发性开角型青光眼19例,随机分为治疗组10例和对照组9例。治疗组药物采用0.5%噻吗心安滴眼液,每日2次,每次1-2滴;针刺取睛明、光明、太阳、行间、太冲。睛明穴轻微捻转,不提插,其他穴均行提插捻转泻法。留针20分钟。每日1次,10天为1个疗程,休息10天后进行下1个疗程。共治疗2个疗程;对照组单纯用药物治疗。观察治疗前后患者眼压的改变,结果提示治疗组降低眼压优于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。

白晓峰提出针灸联合药物治疗青光眼。他认为青光眼是属中医眼科绿风内障,青风内障的范畴。绿风内障是因痰火冲逆,肝胆火炽而导致,治疗用羚羊角饮子加减,清降痰浊,平肝泻火,配合针灸上花穴;青风内障是因阴火上扰,肝郁气逆引起,用知柏地黄汤合道遥散,滋阴降火,疏肝解郁,针灸同样用上花穴。通过对24例患者治疗后,显效及有效者共22例,总有效率达91.67%。

5. 实验研究

张宗端等^[10]采用上巩膜静脉结扎法建立兔急性高眼压动物模型,观察了优视胶囊对急性高眼压兔视网膜神经节细胞及兔眼闪光视网膜电图的影响发现优视胶囊能增加急性高眼压兔视网膜神经节细胞的数量,并能缩

短视网膜电图各子波峰潜时,促进总振幅的恢复。表明优视胶囊对急性高眼压兔眼视功能具有保护作用。

邵浩清^[11]取60只新西兰白兔,其中30只兔左眼复制高眼压模型,作为针刺组;右眼不造模,作为正常组;另30只兔双眼均复制造模,作为病理组。针刺组取穴:患侧睛明、行间、三阴交,然后在睛明、行间加电针仪20分钟,疏密波,隔日一次,连续治疗15次为一疗程。分别观察造模及针刺前后的眼压,检测视网膜SDH酶及ATP酶活性,发现 疗法能显著降低高眼压,而对正常眼压无明显影响,并且疗效持久;针刺疗法同时能显著增强视网膜SDH酶及ATP酶的活性,加速受损视网膜的修复,从而达到治疗青光眼的目的。

李志勇等^[12]用1% a-糜蛋白酶溶液注入家兔眼后房,建立慢性家兔高眼压模型,均以右眼造模。将40只健康白色家兔以随机数字法分成4组:正常对照组、针刺组、噻吗心安组和实验对照组。针刺组取穴:造模眼侧睛明、风池及双侧行间,每日2次,间隔12小时,共6天;噻吗心安组以0.5%噻吗心安滴眼液滴造模眼,1次2滴,每日2次,共6天;实验对照组造模后不予任何治疗,只按时测眼压及眼压描记;正常对照组不做处理。4组每天均以早晚两次眼压均值代表当天眼压值。观察每组家兔眼压变化和视网膜超微结构的变化。结果针刺组在第三天的眼压明显低于实验对照组;第六天眼压则继续呈下降趋势;针刺组与噻吗心安组的眼压变化差异无显著性;而视网膜超微结构的损害在针刺组较实验对照组明显减轻。

宋宗明采用川芎嗪对慢性高眼压模型兔进行治疗研究,结果是川芎嗪能有效改善慢性高眼压性青光眼视网膜节的细胞数,双极细胞数,进而对其起到一定的保护作用。

时洁等应用彩色多普勒观察针刺治疗对低眼压性青光眼患者球后血流动力学的影响。发现低眼压性青光眼组的睫状后短动脉及视网膜中央动脉血流速度低于正常人组。支持低眼压性青光眼视乳头损害的血管学说。针刺治疗能

改善低眼压性青光眼患者球后的血流状况

王民集等^[13]观察耳尖穴点刺放血对青光眼房水流畅系数的影响。将70例患者分别于点刺前、点刺后1小时、2小时各测量点刺同侧眼房水流畅系数(C值)一次,取点刺后1小时、2小时的房水流畅系数平均值与点刺前比较。结果有显著性差异。提示耳尖穴点刺放血对青光眼房水流畅系数有改善,从而降低眼压。

九. 病案举例

1. Mdm Lai, 70岁

主诉:右眼视物模糊几月余。

偶然发现眼压高,西医检查后诊断为“青光眼”,并做了右眼青光眼手术。术后用二种滴眼液,双侧眼压在18mmHg。自诉眼睛易疲劳,视物模糊,右眼视力更差,西医检查视力右眼0.2,左眼0.6,平时睡眠不好,凌晨醒后不能睡,情绪低落,紧张焦虑,惧怕失明,口干苦,饮食一般,大便秘结,自服决明子茶。苔黄腻,舌质紫瘀,脉弦细。有高血压病史五年多,胆固醇高,服用西药。

诊断:青风内障

治疗:针刺局部加远端取穴

攒竹、太阳、鱼腰、阳白、四白、合谷、三阴交、行间眼周穴不做提插捻转手法,行间行强刺激泻法,三阴交穴平补平泻,在鱼腰与阳白一组,三阴交与行间一组接电针,连续波,均留针30分钟,隔日一次,十二次为一疗程。一个疗程治疗后,西医检查左眼眼压降到15mmHg,右眼仍18mmHg;二个疗程后,左眼眼压同前,右眼眼压降到16mmHg。之后针灸改为每周二次。六个月后检查,眼压稳定,视力也有提高,右眼0.5,左眼0.8,视野右眼有进步。针灸改为每二周做一次,坚持治疗近二年停止。但是到之后的二年3个月,眼压又再次升高,右眼19 mmHg,左眼21 mmHg,再给予针刺治疗,每周二次,一个月后眼压下降,右眼18 mmHg,左眼17

mmHg, 针刺改为每周一次或二周一次, 坚持治疗至今。目前每月一次。

按语: 青光眼在祖国医学称为“青风内障”或“绿风内障”。多因真阴耗伤, 肝风挟火上扰, 经气失调所致; 或脏腑内损, 气滞血瘀而致目失濡养。既有实, 又有虚。本例患者属肝气郁结化火上扰清空, 治拟清肝熄风明目。针刺取穴攒竹、太阳、鱼腰、四白, 配穴合谷、三阴行间。攒竹位于眉头处, 为足太阳膀胱经之穴, 足太阳经为一身之藩篱, 五脏六腑之精气均输注于膀胱经上的背腧穴, 而上输于头项部, 输于眼系, 供养整个目系的精气血, 所以目之所以能视万物与膀胱经密切相关; 选胃经的四白穴, 因为胃经为多气多血之经, 又取其为眼周穴位, 鱼腰、太阳亦为局部穴, 以疏通经络, 调和气血, 改善局部血液循环; 配穴取远端合谷穴, 远近取穴, 共有活血通窍明目的作用; 行间为足厥阴肝经之荥穴, 能清肝明目; 三阴交为足三阴经之交会穴, 能统调三阴经之经气, 健脾补肾养肝明目。

2. 萧先生, 男, 64岁

主诉: 左眼视物模糊一月余。

左眼视物模糊, 夜晚更甚, 有时目干, 目痒, 易感疲劳。西医检查诊断有“青光眼”。予滴眼液二种外用治疗。眼压在24mmHg-26mmHg。嘱用药后眼压仍不降, 则要做手术, 遂病患寻求中医治疗。刻下视物模糊, 目累, 目干, 饮食一般, 睡眠尚可, 二便调。苔薄, 舌质淡, 脉细弦。有高血压病史, 胆固醇高, 服用西药控制。

诊断: 青风内障(肝肾阴虚)

治疗: 滋肝补肾, 活血降压

中药: 逍遥散合杞菊地黄汤加丹参、石斛、青箱子、石决明、黄芪、麻黄。

每日二次, 每次一包。

针灸: 攒竹、鱼腰、阳白、太阳、四白、合谷、三阴交、行间。

眼周穴不做提插捻转手法, 行间行强刺激泻法, 三阴交穴平补平泻, 在鱼腰与阳白一组, 三阴交与行间一组接电针, 连续波, 均留针30分钟, 隔日一次, 十二次为一疗程。四次治疗后, 西医检查眼压, 左眼16mmHg, 右眼18mmHg。十六次治疗后, 西医检查眼压, 左眼16mmHg, 右眼16mmHg。针灸治疗改为每周一次, 中药继服, 随症加减。一年后, 西医检查视野图, 有好转, 眼压稳定。针灸治疗改为每二周一次, 中药继服, 减少为每日一包, 随症加减。治疗至今。

按语: 青光眼属瞳神疾病, 在五轮学说中, 瞳神属水轮, 内应于肾, 肝开窍于目, 肝肾同源, 故本病与肝肾关系密切。所以肝肾虚损, 脉络瘀滞是青光眼视神经病理改变的主要病机。《申视瑶函·青风障症》说: “此症专言视瞳神内有气色昏朦, 如青笼淡烟也, 然自视尚见, 但比平时光华则昏朦日进, 急宜治之……阴虚血少之人及竭劳心思忧郁忿恚, 用意太过者, 每有此患。”本例患者因神劳过度, 真阴耗伤, 阴虚火旺, 虚火上越, 阻遏清阳, 房水阻滞, 眼压增高, 瞳神散大。治疗用中药补益肝肾, 活血化瘀, 配合针灸, 共奏降低眼压, 改善视功能之效。针灸降低眼压的可能机理: 一是疏通局部和全身的经络, 使房水流出更加通畅; 二是通过神经调节机制减少房水生成; 三是通过全身的调节, 加强视神经的营养供应和减少视网膜神经纤维组织的损伤, 达到保护神经节细胞功能的作用。

十. 小结

综上所述, 根据文献的回顾以及自己的临床经验, 中医治疗原发性开角型青光眼有较好的疗效, 在降低眼压、提高视力、改善视野、延缓病变等方面疗效确切。而且早期发现、早期诊断、早期治疗是治疗这种疾病的首要条件, 长期不间断的中西医治疗有望提高疗效。

有关青光眼的研究和治疗, 我个人觉得降低眼压已经不再是治疗青光眼的唯一要素了, 而是要重视对视功能的保护。

文献索引:

- [1] 姚芳蔚.原发性青光眼的症治.中西医眼科杂志,1997,15(2):73
- [2] 陈达夫.中医眼科临床经验.成都:四川科学技术出版社,1985
- [3] 姚和清.眼科证治经验.1版.上海:上海科学技术出版社,1979:11
- [4] 李艳,陈艳.绿风丸治疗原发性开角型青光眼临床研究.吉林中医药,2008,28(5):349.
- [5] 李蓓,郑燕林,刘文舟.中药复明片治疗原发性开角型青光眼视功能损害的疗效观察.国际眼科杂志,2007,7(1):269-273.
- [6] 苏航,姚德金.夏枯草膏治疗原发性开角型青光眼的临床观察.中国中医眼科杂志,2007,17(5):252-254.
- [7] 刘杏,周文炳,葛坚.原发性开角型青光眼血液流变学改变及其对视功能的影响.中国实用眼科杂志,1996,14(3):141.
- [8] 时洁,王秋,李学武.针刺对低眼压性青光眼患者球后血流动力学的影响.长春中医学院学报,2000,16(2):44.
- [9] 刘菲等.针药并用治疗原发性开角型青光眼的疗效观察.上海针灸杂志,2011,30(11):763-764.
- [10] 张宗端,段俊国.优视胶囊对急性高血压兔眼闪光视网膜电图的影响.眼视光学杂志,2006,8(2):102-105.
- [11] 邵浩清.针刺治疗兔青光眼的实验研究.安徽中医学院学报,2001,20(6):29-30.
- [12] 李志勇,张果忠,张广庆.针刺对家兔慢性高血压及视网膜超微结构的影响.中国中医眼科杂志,2002,12(3):135-138.
- [13] 王民集,吕海江,田开宇,王飞.耳尖穴点刺放血对青光眼房水流畅系数的影响.中国针灸,2003,23(2):107-108.

新加坡乳腺癌患者的 中医证素分布规律研究

新加坡 白伟良

摘要

中文摘要

目的：初步探讨前来新加坡中华医院寻求治疗乳腺癌患者的中医证候要素分布的规律，为将来的研究提供基础。

材料与方法：通过医师问卷式调查表以及病例调查，采集2016年9月至2017年5月间就诊于新加坡中华医院门诊部的乳腺癌病患，共纳入140例患者，让患者自行或在中医师对表中所列出的自觉症状（包括当前及回顾性的症状），收集患者的中医临床症状及舌脉、患者的一般资料、病程、既往病史及西医实验室检查指标等，根据《恶性肿瘤中医诊疗指南》（主编林洪生 2014年）为主所制定的证候要素诊疗标准对资料进行分析，探讨乳腺癌患者的分期、性质、无手术，手术后，化疗期间、放疗期间、内分泌治疗期间等就诊时的中医证候要素分布规律。结果应用SPSS17.0及Excel建立数据库及进行统计学分析。

结果

新加坡乳腺癌患者以中老年性患者（51-70岁）居多占67.2%，平均年龄59.4岁，中

位数60岁。

新加坡乳腺癌患者接受中医治疗以手术治疗后的人群为大部分，占90.7%。

本研究的140例乳腺癌患者中气虚证候要素最多见（86.4%），其他依次为气滞证（40.7%），阴虚证（30.7%），痰湿证（17.1%），血瘀证（12.9%）及热毒证（10.7%）。无论在任何治疗阶段（化疗、放疗、内分泌治疗），有或无手术，分期，雌激素、孕激素、癌基因受体测定，气虚证的比率均占最多，符合肿瘤病乳腺癌性质是本虚之病的认识。

新加坡为高温高湿地带，乳腺癌患者的痰湿证候要素的频率次数无特别体现增多（17.1%），体现出乳腺癌的中医病因、病机、证候要素可能无明显地域的区别，总体符合乳腺癌患者在肿瘤病的特征多以气虚、气滞证为主。

化疗期间的乳腺癌患者，脾胃不和证型人数占50%，因激素使用，增加患者的食欲和体重，减少了乳腺癌患者个体化临床证型的意义。

结论：

新加坡乳腺癌常见的证候要素分布以气虚证为居多，其他依次为气滞证、阴虚证、痰湿证、血瘀证、热毒证。

新加坡乳腺癌的中医病因、病机、证候要素证型可能无明显地域的区别。

现代化疗因激素使用,减少了乳腺癌患者个体化的临床证型的意义。

关键词: 乳腺癌; 中医证候要素; 激素

英文摘要

Abstract

Purpose: The aim of this study is to investigate and analyze the distribution and classification of TCM syndromes in patients with breast cancer who seek TCM treatment in Singapore Chung Hwa Medical Institution, and the pattern of the prescription of the various Chinese medicine herbs by the physicians in Singapore TCM Oncology field, which will provide a basis for future research.

Material and method: We conducted a study of 140 breast cancer patients who sought treatment in Singapore Chung Hwa Medical Institution from September 2016 to May 2017 with a standardized questionnaire form (Inclusive of face-to-face and retrospective collection of medical information and symptoms). The symptoms, pulse, tongue, course of diseases, past medical history and laboratory test results of the patients were collected. Based on the "Guidelines of Diagnosis and Therapy in Oncology with Traditional Chinese Medicine" (Chief editor Lin Hong Sheng, published in year 2014), the classification and distribution of the TCM syndromes for the breast cancer patients are cross-analyzed with their staging, receptor-types, non-operation period, post-operation period, the various period of treatments including

chemotherapy, radiotherapy, hormonal therapy and etc. Excel and SPSS17.0 were used to examine the statistical analysis.

Results:

1. A majority of 67.2% of Singapore breast cancer patients is from the elderly group (Age 51-70), with the mean age of 59.4 and the median age of 60.

2. Singapore breast cancer patients who underwent surgical operation before seeking Chinese Medicine treatment account for a majority group of 90.7%.

3. Of the 140 breast cancer patients, qi deficiency syndrome (86.4%) accounts for the majority, follow by qi stagnation syndrome (40.7%), yin deficiency syndrome (30.7%), phlegm-dampness syndrome (17.1%), blood stasis syndrome (12.9%) and heat toxic syndrome (10.7%). Qi deficiency accounted for the most for any groups of patients during the period of treatment (chemotherapy, radiotherapy, and hormonal therapy), non- or post-surgical operation groups, staging groups, estrogen and/or progesterone and/or oncogenes receptor groups, fulfilling the notion of deficiency syndromes as the underlying characteristics for breast cancer.

4. Singapore is in the equatorial temperature and high humidity zone, yet breast cancer patients for the phlegm-dampness syndrome group do not have any significant increase with only an overall of 17.1%, reflecting the fact that the etiology, pathogenesis, syndromes differentiation

and classification may not have any significant geographical differences, fulfilling the notion that most of the global breast cancer patients have the underlying characteristics of qi deficiency and qi stagnation syndromes.

5. For the group of breast cancer patients during chemotherapy period, only 50% have spleen-stomach imbalance syndrome. This is due to the use of steroids to increase the patient's appetite and weight, hence reducing the individualistic aspects of breast cancer patients for clinical syndrome differentiation.

Conclusion:

1. TCM syndrome classification of this study is in the order of qi deficiency syndrome, qi stagnation syndrome, yin deficiency syndrome, phlegm-dampness syndrome, blood stasis syndrome and heat toxic syndrome.

2. The etiology, pathogenesis, syndromes differentiation and classification of breast cancer may not have any significant geographical differences.

3. Due to the use of steroids to increase the patient's appetite and weight during chemotherapy, the individualistic aspects of breast cancer patients for clinical syndrome differentiation are reduced.

Keyword: Breast cancer; TCM syndromes; Steroids

英文缩略语

缩写	英文	中文
AI	Aromatase Inhibitor	芳香化酶抑制药
AJCC	American Joint Committee on Cancer	美国癌症联合委员会
ER	Estrogen Receptor	雌激素受体
LHRHa	Luteinising Hormone-Releasing Hormone	促黄体激素释放激素类似物
NCCN	Analog	国家综合癌症网络
PR	National Comprehensive Cancer Network	孕激素受体
SAS	Progesterone Receptor	自评焦虑量表
SDS	Self-rating Anxiety Scale	自评抑郁量表
TAM	Self-Rating Depression Scale	他莫昔芬（三苯氧胺）
TCM	Tamoxifen	中医
WHO	Traditional Chinese Medicine	世界卫生组织
	World Health Organization	

前言

在新加坡，无论是华族、马来族或印度族，乳腺癌都是妇女癌症发病率最高、严重摧残身心健康的癌肿[2]。根据一项新加坡陈笃生西医医院肿瘤部门的调查，35%的乳腺癌病人反映有使用中医治疗，当中75%的患者反映中医有起到疗效作用，没有患者反映在中医的治疗中有严重的不良事件[3]。新加坡国民对于中医疗法有相当的接受度，患有乳腺癌的病人会寻求中医做辅助治疗。中医在治疗乳腺癌方面也有一定的特点及优势，目前已经是乳腺癌术后治疗的主要方法之一。

新加坡位于东南亚，地理位置靠近赤道地区，常年的气温介于25度至34度之间，波动不大，降雨量充足，年均降雨量为2,400毫米左右，因此空气中湿度高，环境较潮湿。因常年酷热的气候，形成了新加坡独特的工作与居处环境，室外高温，室内空调低温供应。

新加坡是个多元种族、多元文化的国家，华人、马来人、印度人、欧美人的美食聚集。因此新加坡国民绝大部分人群都有食用辛辣油炸、肥甘厚味、贪凉饮冷的习惯。中医理论强调天人相应的概念，在高温高湿的气候下，饮食所伤，使新加坡人易感湿浊、湿热的外在和内在因素。有学者采用群体体质调查，发现新加坡人多数体质偏于气虚、阴虚和湿热[1]。

在新加坡临床应用的辨证分型并没有统一的标准，各医家对辨证分型的报道病案也记录不一，也就很难对与乳腺癌中的证型规范化相关的问题进行研究，更不能提供明确的指导意义或分析结论。因此，在新加坡的中医界里，对于乳腺癌，至今未有规范的辨证分型标准。

我们希望通过此次临床调查，使用中医证候要素方法，总结归纳出乳腺癌在新加坡的中医证候特征。我们相信此次的调查科研能为新加坡的乳腺癌的证候学分析以及用药规律的规范化与系统化提供较好的参考依据。

材料与方

一般资料

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

一般情况：姓名，性别（女），出生日期，身份证号，体重，病程

既往病史：合并心脑血管疾病，其他疾病（高血压病，血脂异常、冠心病、肾病、糖尿病等）

中医相关资料：症状，舌脉，证型

实验室指标

入选标准：

女性乳腺癌患者

年龄在20岁至90岁之间

未服用中药治疗的初诊病患，或已停用中药至少2周的患者

排除标准：

继发性、转移性的乳腺癌患者（非原发性的乳腺癌患者）

妊娠或哺乳期妇女

无法合作者，如精神病患者

西医诊断标准

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

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

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

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

1.3 中医辨证分型诊断标准

参照并结合下列文献资料整理确定本研究中医证型并制作出证候量化表:

•《恶性肿瘤中医诊疗指南》主编林洪生
2014年

•《中医临床诊疗指南释义》主编花宝金
2015年

•《孙桂芝实用中医肿瘤学》各论胸部肿瘤章 第四节乳腺癌 2009年

• 中医外科学“十一五”版教材乳房疾病“乳岩”篇

主要的乳腺癌中医证型参照《恶性肿瘤中医诊疗指南》(主编林洪生2014年)的标准:

临床上乳腺癌虚实夹杂,数型并见。根据患者的临床表现,在既往研究基础上,结合文献报道以及中国中医肿瘤专家意见,乳腺癌可分为6种证候要素。

中医6大证候要素分型:

气虚、阴虚、痰湿、血瘀、热毒、气滞即是单纯的一种证型,而临床上的证型往往是两种证候要素的合成。

(1) 气虚证

主症:神疲乏力,少气懒言,胸闷气短。

主舌:舌淡胖。

主脉:脉虚。

或见症:食少纳呆,形体消瘦,自汗,畏寒肢冷。

或见舌:舌边齿痕,苔白滑,薄白苔。

或见脉:脉沉细,脉细弱,脉沉迟。

(2) 阴虚证

主症:五心烦热,口咽干燥,潮热盗汗。

主舌:舌红少苔。

主脉:脉细数。

或见症:口咽干燥,面色潮红,失眠,消瘦,大便干结,小便短少。

或见舌:舌干裂,苔薄白或薄黄而干,花剥苔,无苔。

或见脉:脉浮数,脉弦细数,脉沉细数。

(3) 痰湿证

主症:胸脘痞闷,恶心纳呆,呕吐痰涎。

主舌:舌淡苔白腻。

主脉:脉滑或濡。

或见症:口渴少饮,口粘纳呆,头身困重,痰核。

或见舌:舌胖嫩,苔白滑,苔滑腻,苔厚腻,脓腐苔。

或见脉:脉浮滑,脉弦滑,脉濡滑,脉濡缓。

(4) 血瘀证

主症:乳房包块,刺痛固定,肌肤甲错。

主舌:舌质紫黯或有瘀斑、瘀点。

主脉:脉涩。

或见症:面色黧黑,唇甲青紫,阴道出血色黯瘀,或夹血块。

或见舌:舌胖嫩,苔白滑,苔滑腻,苔厚腻,脓腐苔。

或见脉:脉沉弦,脉结代,脉弦涩,脉沉细涩,牢脉。

(5) 热毒证

主症:口苦身热,尿赤便结,局部肿痛。

主舌:舌红或绛,苔黄而干。

主脉:脉滑数。

或见症:发热,面红目赤,口苦,便秘,小便黄,出血,疮疡痈肿,口渴饮冷。

或见舌:舌有红点或芒刺,苔黄燥,苔黄厚黏腻。

或见脉:脉洪数,脉数,脉弦数。

(6) 气滞证

主症:胸胁胀满,痛无定处。

主舌:舌淡黯。

主脉:脉弦。

或见症:烦躁易怒,情志抑郁或喜叹息,嗳气或呃逆。

或见舌:舌边红,苔薄白,苔薄黄,苔白腻或黄腻。

或见脉:脉弦细。

中医辨证方法:

•符合主症2项,并见主舌、主脉者。

• 符合主症2项，或见症1个，任何本证舌、脉者。

• 符合主症1项，或见症不少于2个，任何本证舌、脉者。

1.4 统计学处理

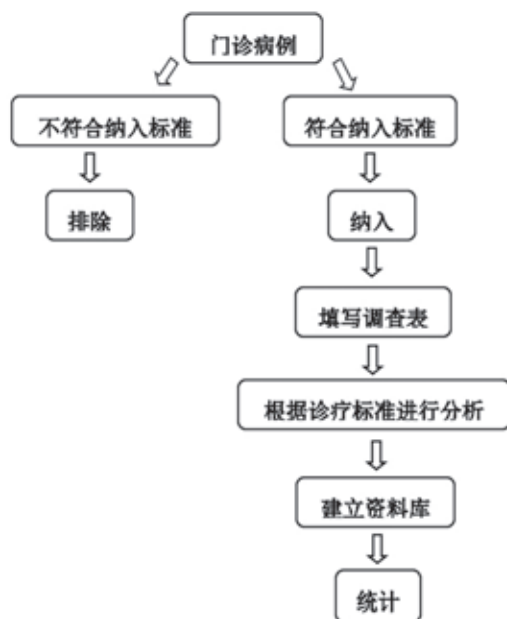
使用Excel建立数据库。本研究对症状分析主要使用的是描述性频次统计和频率统计分析。应用Excel与SPSS17.0进行分析,分析出临床辨证分型与西医指标的临床分期、治疗阶段的规律关系等。在计算机上做频数与频率统计,呈现于图表。

结果

本研究在中医理论的指导下，对明确诊断为乳腺癌患者进行了中医证候要素研究。临床上共采集140例病例进行证候学的分析。

1 新加坡乳腺癌临床资料分布

研究流程图



1.2 年龄的分布

患者的年龄从35-82岁，平均年龄59.4岁，中位数年龄60岁，中老年患（51-70岁）者居多（67.2%）。（见图1、表1）

表1 140例女性乳腺癌患者年龄构成表

年龄（岁）	合计	构成比（%）
≤40	2	1.4
41-50	26	18.6
51-60	47	33.6
61-70	47	33.6
71-80	17	12.1
≥80	1	0.7
合计	140	100%

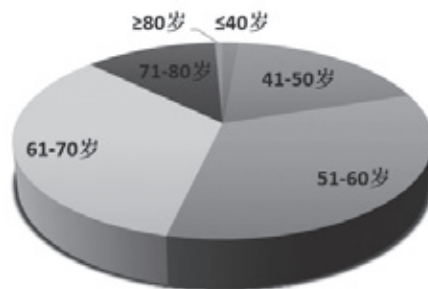


图1 140例女性乳腺癌患者年龄人群及构成图

1.3 内分泌治疗药物情况

66例内分泌治疗的患者中，31名患者曾或现服用他莫昔芬（三苯氧胺，Tamoxifen）（47.0%），23名患者曾或现服用来曲唑（Letrozole）（34.8%），12名患者曾或现服用其它药物（18.2%）。1个患者内分泌治疗的药物则具体不详。（见图2.2、表2.2）

表2 内分泌治疗药物情况

药物	例数	构成比（%）
他莫昔芬 Tamoxifen	31	47.0
来曲唑 Letrozole	23	34.8
其它	12	18.2
合计	66	100%

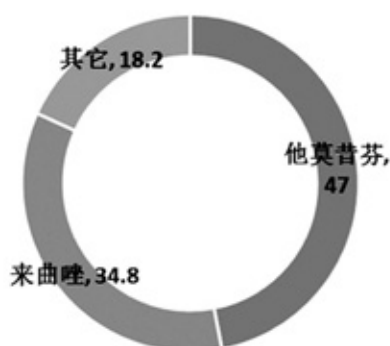


图2 内分泌治疗药物情况

1.4 临床分期

101例病例中，发病时属于0期的患者11例（10.9%），I期的患者26例（25.7%），II期的患者35例（34.7%），III期的患者17例（16.8%），IV期的患者12例（11.9%）。其中，属中早期的0、I及II期者共占71.3%。40例无记录，1例左乳腺癌III期，右乳腺癌I期。（见图3、表3）

表3 101例乳腺癌患者的临床分期

分期	例数	构成比 (%)
0期	11	10.9
I期	26	25.7
II期	35	34.7
III期	17	16.8
IV期	12	11.9
合计	101	100%

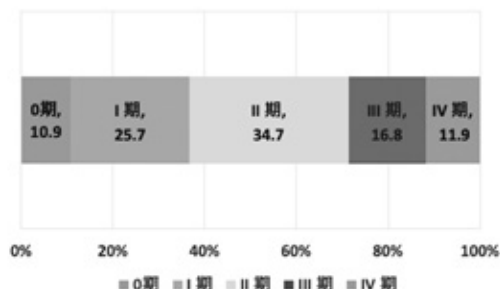


图3 101例乳腺癌患者的临床分期

1.5 病位分布

140例患者中，左乳发病者56例（40%），右乳发病者70例（50%），双乳发病者14例（10%）。（见图4、表4）

表4 140例乳腺癌患者的病位

病位	例数	构成比 (%)
左乳	56	40
右乳	70	50
双乳	14	10
合计	140	100%

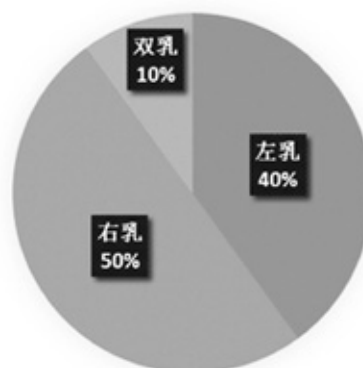


图4 140例乳腺癌患者的病位

1.6 雌激素、孕激素、癌基因受体测定 (Er, Pr, Her2/neu)

96例病例中，Er阳性的患者85例（88.5%），Pr阳性的患者31例（32.3%），Her2阳性的患者17例（17.7%）。三项指标阳性的患者10例（10.4%）。三项指标阴性的患者5例（5.2%）。44病例则无记录。（见图5、表5）

表5 96例乳腺癌患者的受体测定

受体测定	例数	构成比 (%)
Er阳性	85	88.5
Pr阳性	31	32.3
Her2阳性	17	17.7
三阳性	10	10.4
三阴性	5	5.2

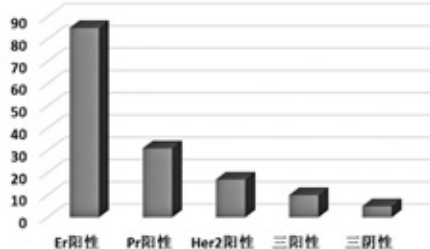


图5 96例乳腺癌患者的受体测定

1.7 西医治疗方法分布

140例乳腺癌的患者中，有127名患者已行手术治疗（90.7%）。总化疗人数81例（57.9%），化疗无放疗4例（总化疗的5%）。总放疗人数58例（41.4%），放疗无化疗2例（总放疗的3.4%）。手术、化疗、放疗患者共35例（25%）。无手术、化疗、放疗患者3例（2.1%）。总内分泌治疗人数67例（47.9%）。无手术、无化疗、无放疗患者1例（0.7%）。（见图5.1、表5.1）

表5.1 140例乳腺癌患者的治疗情况

治疗	例数	构成比 (%)
手术治疗	127	90.7
总化疗	81	57.9
总放疗	58	41.4
总内分泌治疗	67	47.9

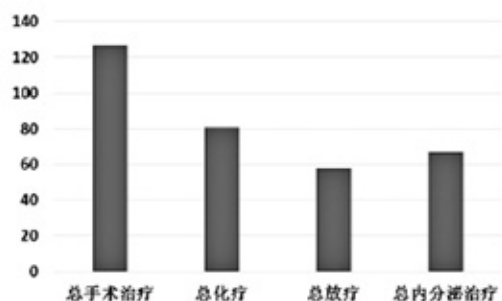


图5.1 140例乳腺癌患者的治疗情况

2 新加坡乳腺癌的中医证候要素分布情况

2.1 乳腺癌患者的证候要素分布

140例乳腺癌患者的证候要素分

析结果，主要以气虚证最为多见，占121例（86.4%），其他依次气滞证57例（40.7%），阴虚证43例（30.7%），痰湿证24例（17.1%），血瘀证18例（12.9%），热毒证15例（10.7%）。15例乳腺癌患者只有一项证候要素证型，其它则两项至四项证后要素证型。（见图6.1、表6.1）

表6.1 140例乳腺癌患者的证候要素分布

证型	例数	构成比 (%)
气虚证	121	86.4%
气滞证	57	40.7%
阴虚证	43	30.7%
痰湿证	24	17.1%
血瘀证	18	12.9%
热毒证	15	10.7%

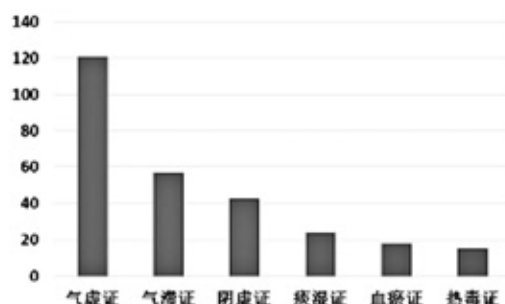


图6.1 140例乳腺癌患者的证候要素分布

2.2 乳腺癌患者手术后无化疗、放疗、内分泌治疗期间的证候要素分布

56例乳腺癌患者，手术治疗后，无化疗、放疗、内分泌治疗期间影响的证候要素分析结果，主要以气虚证最为多见，占47例（83.9%），而后依次为气滞证25例（44.6%），阴虚证14例（25.0%），痰湿证12例（21.4%），血瘀证7例（12.5%），热毒证4例（7.1%）。（见图6.2、表6.2）

表6.2 56例乳腺癌患者手术后无化疗、放疗、内分泌治疗期间的证候要素分布

证型	例数	构成比 (%)
气虚证	47	83.9%
气滞证	25	44.6%
阴虚证	14	25.0%
痰湿证	12	21.4%
血瘀证	7	12.5%
热毒证	4	7.1%

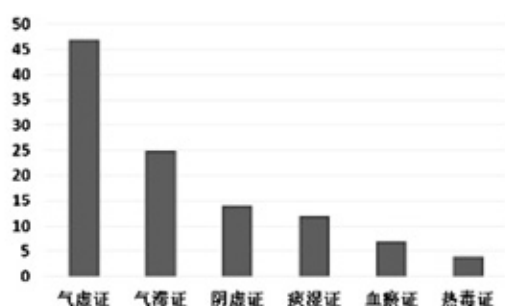


图6.2 56例乳腺癌患者手术后无化疗、放疗、内分泌治疗期间的证候要素分布

2.3 乳腺癌患者无手术、无化疗、无放疗、无内分泌治疗期间的证候要素分布

4例乳腺癌患者，无手术治疗，无化疗、无放疗、无内分泌治疗期间影响的证候要素分析结果，主要以气虚证最为多见，占3例（75.0%），气滞证2例（50%），阴虚证0例（0.0%），痰湿证0例（0.0%），血瘀证0例（0.0%），热毒证1例（25.0%）。

2.4 乳腺癌患者分期的证候要素分布

2.4.1 0期

11例0期乳腺癌患者的证候要素分析结果，主要以气虚证最为多见，占8例（72.7%），其他依次气滞证6例（54.5%），阴虚证2例（18.2%），痰湿证2例（18.2%），血瘀证0例（0.0%），热毒证0例（0.0%）。（见图7.1、表7.1）

表7.1 0期11例乳腺癌患者的证候要素分布

证型	例数	构成比 (%)
气虚证	8	72.7%
气滞证	6	54.5%
阴虚证	2	18.2%
痰湿证	2	18.2%
血瘀证	0	0.0%
热毒证	0	0.0%

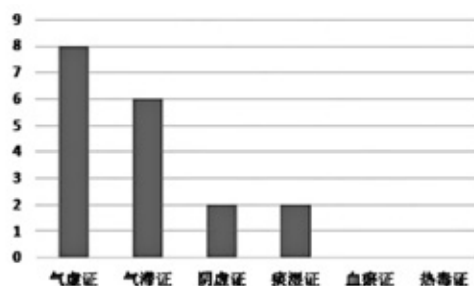


图7.1 0期11例乳腺癌患者的证候要素分布

2.4.2 I期

26例I期乳腺癌患者的证候要素分析结果，主要以气虚证最为多见，占24例（92.3%），其他依次气滞证4例（15.4%），阴虚证4例（15.4%），痰湿证3例（11.5%），血瘀证1例（3.8%），热毒证1例（3.8%）。（见图7.2、表7.2）

表7.2 I期26例乳腺癌患者的证候要素分布

证型	例数	构成比 (%)
气虚证	24	92.3%
气滞证	4	15.4%
阴虚证	4	15.4%
痰湿证	3	11.5%
血瘀证	1	3.8%
热毒证	1	3.8%

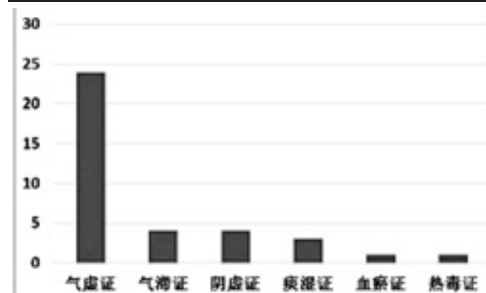


图7.2 I期26例乳腺癌患者的证候要素分布

2.4.3 II期

35例II期乳腺癌患者的证候要素分析结果，主要以气虚证最为多见，占32例（91.4%），其他依次气滞证13例（37.1%），阴虚证10例（28.6%），痰湿证8例（22.9%），血瘀证7例（20.0%），热毒证1例（2.9%）。（见图7.3、表7.3）

表7.3 II期35例乳腺癌患者的证候要素分布

证型	例数	构成比 (%)
气虚证	32	91.4%
气滞证	13	37.1%
阴虚证	10	28.6%
痰湿证	8	22.9%
血瘀证	7	20.0%
热毒证	1	2.9%

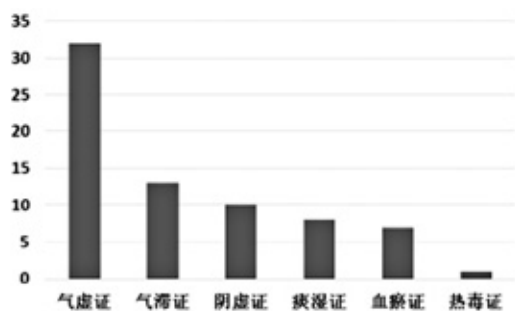


图7.3 II期35例乳腺癌患者的证候要素分布

2.4.4 III期

17例III期乳腺癌患者的证候要素分析结果，主要以气虚证最为多见，占14例（82.4%），其他依次气滞证10例（58.8%），阴虚证9例（52.9%），痰湿证3例（17.6%），血瘀证2例（11.8%），热毒证1例（5.9%）。（见图7.4、表7.4）

表7.4 III期17例乳腺癌患者的证候要素分布

证型	例数	构成比 (%)
气虚证	14	82.4%
气滞证	10	58.8%
阴虚证	9	52.9%
痰湿证	3	17.6%
血瘀证	2	11.8%
热毒证	1	5.9%

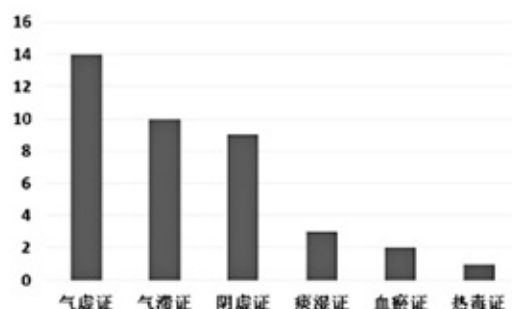


图7.4 III期17例乳腺癌患者的证候要素分布

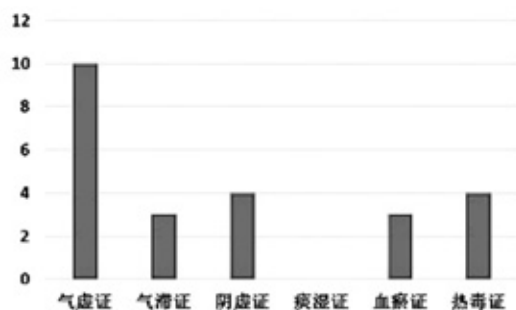
2.4.5 IV期

12例IV期乳腺癌患者的证候要素分析结果，主要以气虚证最为多见，占10例（83.3%），其他依次阴虚证4例（33.3%），热毒证4例（33.3%），气滞证3例（25.0%），血瘀证3例（25.0%），痰湿证0例（0.0%）。（见图7.5、表7.5）

图7.5 IV期12例乳腺癌患者的证候要素分布

表7.5 IV期12例乳腺癌患者的证候要素分布

证型	例数	构成比 (%)
气虚证	10	83.3%
气滞证	3	25.0%
阴虚证	4	33.3%
痰湿证	0	0.0%
血瘀证	3	25.0%
热毒证	4	33.3%



2.5 乳腺癌患者治疗期间的证候要素分布

2.5.1 化疗期间

8例乳腺癌患者化疗期间的证候要素分析结果，主要以气虚证最为多见，占7例（87.5%），其他依次阴虚证4例（50.0%），气滞证2例（25.0%），热毒证2例（25.0%），痰湿证1例（12.5%），血瘀证0例（0.0%），气虚证兼阴虚证4例（50.0%）。脾胃不和证4例（50.0%）。（见图8.1、表8.1）

表8.1 8例乳腺癌患者化疗期间的证候要素分布

证型	例数	构成比 (%)
气虚证	7	87.5%
气滞证	2	25.0%
阴虚证	4	50.0%
痰湿证	1	12.5%
血瘀证	0	0.0%
热毒证	2	25.0%
气虚证+阴虚证	4	50.0%
脾胃不和证	4	50.0%

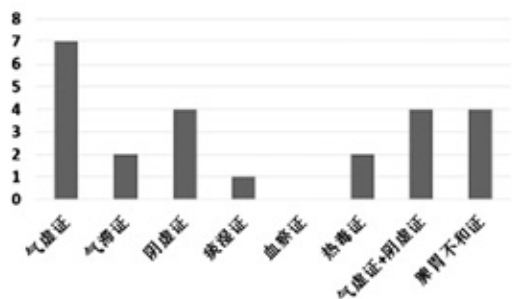


图8.1 8例乳腺癌患者化疗期间的证候要素分布

2.5.2 放疗期间

11例乳腺癌患者放疗期间的证候要素分析结果，主要以气虚证最为多见，占10例（90.9%），其他依次阴虚证8例（72.7%），气滞证3例（27.2%），热毒证3例（27.2%），痰湿证1例（9.0%），血瘀证0例（0.0%）。气虚证兼阴虚证7例（63.6%）。热毒兼血瘀证0例（0.0%）。（见图8.2、表8.2）

表8.2 11例乳腺癌患者放疗期间的证候要素分布

证型	例数	构成比 (%)
气虚证	10	90.9%
气滞证	3	27.2%
阴虚证	8	72.7%
痰湿证	1	9.0%
血瘀证	0	0.0%
热毒证	3	27.2%
气虚证+阴虚证	7	63.6%
热毒证+血瘀证	0	0.0%

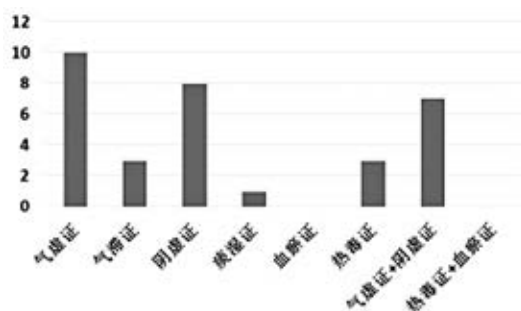


图8.2 11例乳腺癌患者放疗期间的证候要素分布

2.5.3 内分泌治疗期间

66例乳腺癌患者内分泌治疗期间的证候要素分析结果，主要以气虚证最为多见，占60例（92.3%），其他依次气滞证27例（41.5%），阴虚证22例（33.8%），痰湿证10例（15.4%），血瘀证11例（16.9%），热毒证5例（7.7%）。（见图8.3、表8.3）

表8.3 66例乳腺癌患者内分泌治疗期间的证候要素分布

证型	例数	构成比 (%)
气虚证	60	92.3%
气滞证	27	41.5%
阴虚证	22	33.8%
痰湿证	10	15.4%
血瘀证	11	16.9%
热毒证	5	7.7%

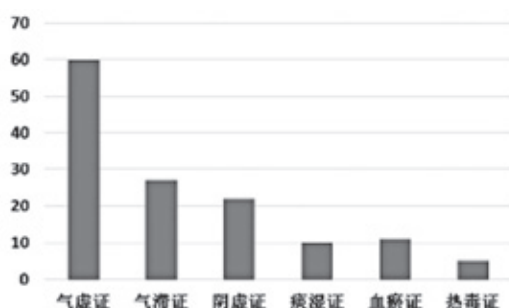


图8.3 66例乳腺癌患者内分泌治疗期间的证候要素分布

讨论

1 西医学认识

乳腺癌 (Breast cancer) 是由乳房组织发展成的癌症。乳腺癌的征象包括乳房肿块、皮肤凹陷、乳房形状改变、乳头分泌物或是皮肤出现红色鳞屑状斑块[6]等。出现癌症远端转移的患者,可出现骨痛、淋巴结肿大、呼吸困难或黄疸症等[7]。

先天因素如年龄、家族史、遗传和内分泌因素对乳腺癌的发生有着显著的影响。后天因素如饮食、饮酒和外源激素的应用(避孕、激素替代疗法等)是乳腺癌的风险因素。BRCA1与BRCA2的微观上特殊基因突变在乳腺癌的发生发展也是起着重要的作用。生活条件改善与乳腺癌发病上升有密切关系。

2 中医学认识

乳腺癌属于中医“乳岩”、“乳石痈”等的范畴。历代医家对于乳腺癌的病因病机都有

不同的认识。陈实功认为“忧郁伤肝,思虑伤脾,积想在心,所愿不得者,致经络痞涩,聚结成核。”汪机主张乳岩“乃七情所伤,肝经血气枯槁之症。”薛己和张介宾则强调毒邪蕴结在乳腺癌发病中的作用。综合不同的古代文献和近代的研究成果,乳腺癌的病因病机可归纳为:正气不足,气血两虚、情志内伤,忧思郁怒、肝肾不足,冲任失调、毒邪蕴结、瘀血凝滞、厚味所酿,痰浊凝滞[6]。外因的六淫之邪或饮食不节,邪毒蕴结于经络脏腑;内因主要指正气虚弱、阴阳失调、气血运行失常、脏腑功能失调等。正气虚损是形成肿瘤的内在依据,而邪毒外侵是肿瘤形成的重要条件[4]。

3 新加坡乳腺癌临床资料分布

通过以上资料分析可以看到,乳腺癌患者多见于中老年性患者。本研究中51-70岁以上的患者总数占67.2%,平均年龄59.4岁,中位数年龄60岁。《素问·阴阳应象大论》有云“年四十,而阴气自半也,起居衰矣”,许多慢性衰退疾病约四十岁数后症状表现明显。明代朱橚《普济方》详细描述了乳腺癌的过程:“初结如桃核,渐次浸长至如拳如碗,坚硬如石,数年不愈,将来溃破,则如开石榴之状,又反转外皮,名审花奶”,并指出“年四十以下,闻有可治者;五十以上,有此决死”,提示年轻患者预后相对较好。新加坡国家癌症中心医学肿瘤学系 Lee Guek Eng 医生等进行了一项研究,在探索 IV 期乳腺癌患者的十年生存与确诊时年龄的相关性研究表明,约 13% 确诊时为IV 期的乳腺癌患者,在诊断的后10年依旧存活,诊断时小于50岁的患者比年龄较大患者有更好的10年生存机率[7]。在现代的新加坡,随着生活素质提升,西医科技日新月异,诊断治疗方案如手术根治治疗有所进步,乳腺癌的病情可以提早发现。在众多肿瘤病中,乳腺癌治疗预后良好。

在新加坡,中西医治疗乳腺癌的情况较特

殊, 中医部门只有以门诊形态治病, 没有与西医大医院肿瘤部门的电脑系统联系。许多西医诊断资料均是患者自己提供, 在记录收集档案有所局限。乳腺癌患者在寻中医治疗前, 大多数已被西医肿瘤部门诊断, 也已做了西医的治疗。在这140例乳腺癌的患者中, 有90.7%患者已行手术治疗, 总化疗人数57.9%, 总放疗人数41.4%, 总内分泌治疗人数47.9%, 只有一例患者完全无手术、无化疗、无放疗治疗, 完全接受中医治疗。由此可见, 现代的乳腺癌治疗是离不开西医的诊断治疗, 也突显了中西医结合治疗的现实情况。根据一项新加坡陈笃生西医医院肿瘤部门的调查, 35%的乳腺癌病人反映有使用中医治疗, 当中75%的患者反映中医有起到疗效作用, 没有患者在中医的治疗中有严重的不良事件[3]。

在96例乳腺癌患者的受体测定中, ER阳性占88.5%构成比, PR阳性占32.3%构成比, 三阳性则10.4%, 接受西医内分泌治疗患者为多。66内分泌治疗中, 47.0%曾或现服用他莫昔芬(三苯氧胺TAM), 34.8%曾或现服用来曲唑。三苯氧胺是一种雌激素受体阻断剂, 适合用于ER阳性或受体状况不明的乳腺癌患者作为西医辅助治疗的手段之一, 是绝经前乳腺癌患者的首选内分泌治疗药物。来曲唑则是绝经后乳腺癌患者的首选内分泌治疗药物。三苯氧胺与来曲唑的抗癌功效已在世界公认[9], 但其中的副作用与不良反应如潮热、心慌等类似更年期的症状, 子宫内膜增厚及脂肪肝等值得探讨, 中医在治疗不良反应方面具有一定的特点及优势。有报道含有雌激素的植物如大豆的黄酮成分具有对雌激素水平双向调节作用[10]。有雌激素较高的中药如补骨脂, 当归, 女贞子, 枸杞子等对乳腺癌患者雌激素水平的调控内分泌的机制尚未清楚, 如能通过药理学、化学以及生物学做研究与评论, 相信中草药治疗乳腺癌尤其ER阳性的方案会受到更多医生专家的认同与肯定。

新加坡乳腺癌患者的病位, 左乳

(40%)、右乳(50%)、双乳(10%)则无明显的临床意义。因获取资料的局限, 乳腺癌患者乳部的具体位置(如内、外、上、下等)没有被记录。

临床分期方面, 发现乳腺癌确诊后, 寻求中医治疗的中早期的0、I及II期者共占绝大多数的71.3%, 可以体现出新加坡的卫生部与医疗机构教育和呼吁妇女们时做乳部检查的重要性, 有助于早发现的理念, 起了一些正面的成果。

4 新加坡乳腺癌证候要素分布

2014年《恶性肿瘤中医诊疗指南》, 结合文献报道以及中国中医肿瘤专家意见, 对于乳腺癌提炼了6种证候要素(气虚、气滞、阴虚、痰湿、血瘀、热毒证, 可数型并见), 作为辨证分型施治的基础。从过去的单一症状疗效评价到现今的病证结合模式, 中医证候疗效指标是一个在新药临床试验中发展和完善的指标。中医证候指南也注重循证医学证据, 加强可操作性, 在中西医治疗途径作了设计, 在使用中成药作了推荐。2014年《指南》在区分治疗的不同阶段, 把辨证汤药治疗分为西医治疗结合及单纯中医治疗两部分[11]。

此新加坡乳腺癌证候要素分析结果显示, 无论在任何西医治疗阶段, 有或无手术、化疗、放疗、内分泌治疗, 分期, 雌激素、孕激素、癌基因受体测定, 气虚证的比率均占最多(70%以上)。气虚证的最大人群分布可以说明患有乳腺癌患者的病因, 体质明显气虚, 症状体现出正气不足。这也符合许多研究与专家对肿瘤病的认识, 就是肿瘤病的性质主要就是本虚之病, 以气虚为主。2014年《指南》的气虚证候要素笼统指五脏之气虚, 以脾虚为主, 也包含了血虚证与阳虚证的范畴。医师在用药治疗方面, 运用的药类比率也是最多, 以扶正培本类频次率最高(35.0%), 这也突显了中医扶正治疗肿瘤病的第一原则。

《灵枢·百病始生》有云: “此必因虚邪

之风，与其身形，两虚相得，乃客其形”，说明正气不足是疾病发生的内在根据。《素问·评热病论》有云：“邪之所凑，其气必虚”。

《素问遗篇·刺法论》有云：“正气存内，邪不可干”。当体内存在旺盛的正气，邪气就不容易侵犯，邪气侵犯人体，必定是正气虚弱的原由。正气强就不易得疾病，反之，正气弱就易得病。当人体脏腑功能低下或亢进，正气相对虚弱，卫外不固，人体阴阳失调，病邪内生，外邪乘虚而入，使人体脏腑组织经络官窍功能紊乱则发生疾病。正气不足，脏腑功能失调，气血津液的生成、运行、输布障碍，可产生痰饮、水湿、瘀血等病理产物以及导致内火、内寒、内燥、内风等内生五邪的发生。

《诸病源候论·妇人杂病诸侯四》有云：“有下于乳者，其经虚，为风寒气客之，则血涩结成痈肿，但结核如石，谓之石痈。”气与血虚可引起邪客于乳络而患乳腺癌疾病。

证候要素分析结果显示气滞证的总比率为第二（40.7%）。除了化疗期间与放疗期间患者，比率均占第二。2014年《指南》的气滞证候要素笼统指五脏之气滞，以肝脏为主，也包含了肝郁气滞，肝气郁结的范畴。《外科正宗·乳痈论》提示乳房疾病以情志所伤为主要病因。妇女以肝为先天，肝病气血较易郁滞。在临床观察，患乳腺癌患者情绪波动明显，情志抑郁烦躁。孙霁平、刘胜等[12]对文献及临床病例统计报道结果显示术前肝郁型患者为最多。本研究显示术前气虚证候要素为最多，结果也符合气滞证在乳腺癌的病因与病机的重要性。

肿瘤患者伴发抑郁是常见的，至少25%的住院患者伴有精神抑郁。有报道在不同肿瘤患者的SDS和SAS评定结果中，乳腺癌抑郁反应排第1位，焦虑反应排第2位[4]。患者一般担心手术影响性功能、担心治疗效果及预后、担心住院费用等对乳腺癌患者术后影响较大。因此，在临床治疗应重视并及时发现患者的心理障碍，有针对性地进行心理干预措施，减轻患者

负性情绪，提高治疗效果和生活质量，在药物上可适当加入疏肝解郁，理气散结的中药物。辽宁中医药大学附属医院肿瘤科主任殷东风教授，对治疗过的46例晚期乳腺癌患者作了研究分析，总结了治疗方法在扶正祛邪理论的基础上，调畅气机方法也是扶正治疗的原则之一，使用柴胡加龙骨牡蛎汤为基本方，配合清热解毒和软坚散结等作用的祛邪中药，以体力状况和激素受体情况，调整扶正祛邪的比重，配合加减药物针对症状、合并症、放化疗副作用、激素受体阳性内分泌治疗者等[13]，疗效显著。柴胡加龙骨牡蛎汤加减的基本功效为和解清热，镇惊安神，常用于神经官能症状疾病。方中的柴胡、黄芩和里解外，疏肝解郁热；龙骨、牡蛎重镇安神，以治烦躁、惊狂、抑郁症状；半夏、生姜和胃降逆；茯苓宁心安神，利小便；党参（或人参）、大枣益气养营，扶正祛邪，共成和解清热，镇惊安神之功。新加坡医师在用药治疗方面，运用的理气药类比率占第三（18.0%），也突显了中医治疗乳腺癌，注重疏肝解郁，和解理气的重要性。

化疗药物对各生理系统产生严重的副反应，主要包括骨髓造血功能抑制、消化道反应、免疫功能低下、肝肾功能损害、静脉炎及神经毒性等，伤害消耗人体的气血阴阳。此研究在化疗期间的8例乳腺癌患者，气虚证候要素比率为最多（87.5%），阴虚证候要素比率则第二（50%），所有阴虚证患者均有气虚证。其余证候要素依次为气滞证（25.0%），热毒证（25.0%），痰湿证（12.5%），血瘀证（0.0%）。2014年《指南》脾胃不和证型的临床表现为胃脘饱胀、食欲减退、恶心、呕吐、腹胀或腹泻，舌体多胖大，舌苔薄白、白腻或黄腻，症状多见于化疗引起的消化道反应[5]。此研究化疗期间的乳腺癌患者，脾胃不和证型只占50%。过去的化疗患者一般都有脾胃不和证型，现在乳腺癌的化疗一般会使用紫杉类化疗药，须合用激素如地塞米松增加食欲和体重，所以化疗患者的证型在激素的影响下有

变,减少了患者个体化临床证候要素的意义。

放疗放射线在伤害肿瘤细胞的同时也损伤周围组织和正常细胞,引起机体一系列全身及局部的毒副反应,如骨髓抑制、放射性炎症、放射性口鼻干燥症、消化道反应等,类似热毒之邪,伤损人体的气阴。此研究在放疗期间的11例乳腺癌患者,气虚证候要素比率为最多(90.9%),阴虚证候要素比率则第二(72.7%),所有阴虚证患者均有气虚证。热毒证占3例(27.2%),血瘀证例数则0。此研究在放疗期间观察仍与虚证(气阴两虚证)为主,实证(热毒证)为次。医师运用的药类比率以扶正培本类频率率也是最高(35.0%),清热解毒类频次(20.0%)为第二高。

乳腺癌内分泌治疗是研究中最成熟和最有效成的治疗方法,历史也最久。三苯氧胺(他莫昔芬TAM)是乳腺癌内分泌临床上研究最多,应用最广的药物,可以用于乳腺癌复发转移的解救治疗,术后预防复发转移的辅助治疗以及高危健康女性乳腺癌的预防药物。内分泌治疗因基本药物包含抗雌激素、芳香化酶抑制药(AI)、促黄体生成素释放激素类似物(LHRHa)、雌/雄激素类和孕激素等[14],身体荷尔蒙平衡变化,本表现证型以阴虚内热为主,月经紊乱、烘热汗出、五心烦热症状表现多见[11]。辽宁中医药大学第一临床学院附属医院肿瘤科,在月经失调的乳腺癌患者的辨证治疗及疗效作了评价,发现乳腺癌患者根治术后患者中,半数以上有月经失调症状,其中的患者符合冲任失调证型。放化疗以及内分泌治疗均对乳腺癌患者产生类似更年期的症状,如停经、潮热、心悸、精神神经症状表现异常、皮肤色素沉着变硬、腰酸背痛等。类似更年期症状均是乳腺癌根治术后预防肿瘤复发、转移治疗的一种副症状。除了特别因素或要求,在治疗乳腺癌时,没有必要对月经失调进行恢复性的治疗目的。乳腺癌根治手术后月经失调患者在辨证施治时,可以忽略冲任失调的证型,这样也可以减乳腺癌轻患者

不必要的负担[16]。因此,2014年《指南》在乳腺癌中西医结合的不同治疗阶段,尤其是内分泌治疗阶段,没有月经病的“冲任失调”证型或相关证候要素。传统的“冲任失调”证型表现一般划入肝肾阴虚或肝郁化热等证型。此研究在内分泌治疗期间的66例乳腺癌患者,气虚证候要素比率最多(92.3%),气滞证候要素比率则第二(41.5%),阴虚证候要素比率则第三(33.8%),其余证候要素依次为痰湿证(15.4%),血瘀证(16.9%),热毒证(7.7%)。气虚与气滞证候要素比率较阴虚证高,患者的症状多表现于神疲乏力以及情志抑郁烦躁。

11例0期乳腺癌患者的证候要素分析结果,主要以气虚证最为多见,占72.7%,依次气滞证(54.5%),阴虚证(18.2%),痰湿证(18.2%),血瘀证(0.0%),热毒证(0.0%)。26例I期乳腺癌患者的证候要素分析结果,主要以气虚证最为多见,占92.3%,依次气滞证(15.4%),阴虚证(15.4%),痰湿证(11.5%),血瘀证(3.8%),热毒证(3.8%)。35例II期乳腺癌患者的证候要素分析结果,主要以气虚证最为多见,占91.4%,依次气滞证(37.1%),阴虚证(28.6%),痰湿证(22.9%),血瘀证(20.0%),热毒证(2.9%)。17例III期乳腺癌患者的证候要素分析结果,主要以气虚证最为多见,占82.4%,依次气滞证(58.8%),阴虚证(52.9%),痰湿证(17.6%),血瘀证(11.8%),热毒证(5.9%)。此研究显示在乳腺癌分期的0-III期患者的6大证候要素与140例整体分布一致,以气虚证为主,依次气滞证、阴虚证、痰湿证、血瘀证、热毒证。

12例IV期乳腺癌证候要素的频率次序则气虚证(83.3%)、阴虚证(33.3%)、热毒证(33.3%)、气滞证(25.0%)、血瘀证(25.0%),痰湿证0例。6例(50%)IV期乳腺癌患者是为晚期肿瘤病,一般无手术治疗,主要接受化疗、放疗或单纯中医治疗,所以在频率次序上与其

它分期有不同之处，仍与虚证为主，但是实证的热毒瘀血邪气的程度表现明显。0期乳腺癌患者是为早期肿瘤病，血瘀证与热毒证占0例（0.0%），与虚证为主，气滞证为次，热毒瘀血之实邪的表现则不明显。

90.7%的乳腺癌患者是经手术后就诊于中医，对于乳房体表局限性的包块的主症状没有痰湿证素与血瘀证素的诊断意义。

新加坡的气候是高温高湿，饮食习惯贪凉冷饮，新加坡人易感湿浊、湿热的外在和内在因素。有学者采用群体体质调查，发现新加坡人多数的中医证型体质偏于气虚、阴虚和湿热[1]。在这项研究调查，虽然新加坡乳腺癌患者处在较湿浊湿热的环境与饮食习惯，但是痰湿证候要素的频率次数无特别体现增多。140例整体证候要素痰湿证频率次序仅仅排第4（17.1%）。手术后无化疗、放疗、内分泌治疗次序频率排第4（21.4%）。无手术无化疗、放疗、内分泌治疗次序频率则排第3（18.2%与阴虚证同等）。乳腺癌是为慢性病，患者的中医病因、病机、证候要素证型可能无明显地域的区别，总体符合乳腺癌患者在肿瘤病的特征多以气虚气滞证为主，体现出治疗肿瘤病以辨病为主的重要性。

小结

此研究与其他国家地域和以往的乳腺癌证型分析的报道差异性不大。由于此研究结果是新加坡的地理气候和文化环境，以及西医治疗为主与没有中医师开中药对症状证候的修饰等原因所引起的，不同之处在所难免。

2014年《指南》的证候要素在证型上可以更有扩展型的辩证分析方法，如在气虚扩展血虚与阳虚的证候要素范畴等，并加上脏腑辨证，或如果有更好的程度量化分析辨证方法，对于科研方法会有较好的结果。

本研究创新性的自我评价

本研究总结了新加坡乳腺癌的中医证候分析规律以及新加坡一家中医大型门诊的中医肿瘤科的临床运用以及中药的观察性、前瞻性或回顾性的研究。这有助于日后开展各项本地（新加坡）的临床研究工作，寻求、探讨、发展有效治疗以及减少乳腺癌复发转移率和提高生存率。尽管有了手术、化疗、放疗及靶向治疗方法，中医辨证论治治疗能减轻副作用，提高患者及家庭的身心和生活素质。中西医结合治疗效果与单项西医治疗相比会明显地提高。

根据新加坡湿热气候，我们所得出的结论也能为与新加坡有类似地理环境背景的国家比如中国南部或东南亚国家引以借鉴。我们相信通过有效性的中医治疗可以提高乳腺癌患者的生存率和生活质量。

本研究填补在新加坡对于乳腺癌中医证候以及整体中药使用认识的空白。乳腺癌中医证候要素特征的规律作为基础，以西医指标做比较分析，可以继续推动中医治疗乳腺癌的针对性、有效性的治疗方案，也为首个开展研究新加坡乳腺癌患者的中医证候特征与中药规律。

展望

本研究限于时间的因素，所纳入的病例数据不是很多。乳腺癌患者的西医治疗过程与药物的资料具体详细度有限，尤其无靶向治疗的记录，不能更全面地反映本地新加坡乳腺癌患者的中医证候要素特征以及更深入的中西医临床指标症状证型的比较，是本研究的不足之处。日后望能进一步地扩大研究，采用长周期（1-3年）、多中心（除了中华医院，还有其它大型的新加坡中医诊所如同济、善济、大众、慈济、佛教施诊所等）、更大样本采集病例，与西医肿瘤医院合作，纳入更全面的乳腺癌资料如各期、化疗药物、靶向治疗、生存率

的病例等,研究中医证候学与西医指标之间的关系。中医肿瘤治疗的系统化、规范化将有助于提高临床疗效。我们期望也能与不同国家,不同地域,不同省市的中医证候药物学做荟萃分析,对比研究,得到更好的学术临床结论。我们深信不同地域,不同的中西医肿瘤科,各取所长,取长补短,互相探讨,为乳腺癌患者带来更好的治疗方案。

参考文献

- [1] 仲伟梁. 新加坡地区湿热证的研究[J].南京中医药大学, 2010
- [2] (英文) Singapore Cancer Registry Interim Annual Report Trends in Cancer Incidence in Singapore, 2010-2014, 26-May-2015: 15-21
- [3] (英文) The Use of Traditional Chinese Medicine Among Breast Cancer Patients: Implications for The Clinician, ANNALS ACADEMY OF MEDICINE SINGAPORE 卷: 43 期: 2 页: 74-78 出版年: FEB 2014
- [4] 孙桂芝(主编)。孙桂芝实用中医肿瘤学(M), 各论胸部肿瘤章, 第四节乳腺癌, 2009年
- [5] 林洪生.《恶性肿瘤中医诊疗指南》(M).北京: 人民卫生出版社, 2014年
- [6] (英文) HYPERLINK "https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq#section/all" https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq#section/all. Breast Cancer Treatment (PDQ®), National Cancer Institute, 2014-05-23
- [7] (英文) Saunders, Christobel; Jassal, Sunil. Chapter 13, Breast cancer 1st. Oxford: Oxford University Press, 2009
- [8] (英文) Lee Guek Eng, Shaheenah Dawood, Victoria Sopik, Benjamin Haaland, Pui San Tan, Nirmala Bhoo-Pathy, Ellen Warner, Javaid Iqbal, Steven A. Narod, Rebecca Dent. Ten-year survival in women with primary stage IV breast cancer, Breast Cancer Research and Treatment. November 2016, Volume 160, Issue 1, pp 145-152
- [9] (英文) Paul E. Goss, M.D., Ph.D., James N. Ingle, M.D., Silvana Martino, D.O., Nicholas J. Robert, M.D., Hyman B. Muss, M.D., Martine J. Piccart, M.D., Ph.D., Monica Castiglione, M.D., Dongsheng Tu, Ph.D., Lois E. Shepherd, M.D., Kathleen I. Pritchard, M.D., Robert B. Livingston, M.D., Nancy E. Davidson, M.D., Larry Norton, M.D., Edith A. Perez, M.D., Jeffrey S. Abrams, M.D., Patrick Therasse, M.D., Michael J. Palmer, M.Sc., and Joseph L. Pater, M.D. A Randomized Trial of Letrozole in Postmenopausal Women after Five Years of Tamoxifen Therapy for Early-Stage Breast Cancer, N Engl J Med 2003; November 6, 2003, 349:1793-1802,
- [10] 王晓稼. 植物雌激素与乳腺癌研究进展, 国外医学, 肿瘤学分册, 2004.(01): 57-60
- [11] 张英, 侯伟, 林洪生. 中医药治疗恶性肿瘤临床研究成果与思考 (J), 中医杂志, 2014, 55(6):523-525
- [12] 孙霁平, 刘胜. 乳腺癌术后患者中医辨证分型的统计分析研究, 中国医药学报, 2003, 18 (4): 211-214
- [13] 王歌, 殷东风, 高宏. 殷东风运用中药饮片治疗晚期乳腺癌的规律研究, 《辽宁中医杂志》2010年 第11期: 2157-2159
- [14] 林丽珠(主编)。《肿瘤中西医结合治疗学》(M), 广州中医药大学第一附属医院, 人民军医出版社, 第二篇, 第7章, 第三节, 2013年
- [15] 各种肿瘤常用抗肿瘤中药, <http://www.tcm360.com/zyly/disease/707-15527.html>, 岭南中药网, 中医疗养。
- [16] 周晓慧, 高宏, 殷东风. 乳腺癌根治术后冲任失调患者中医药治疗临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(7)
- [17] 殷东风, 高宏, 周文波, 等. 中药治疗晚期乳腺癌患者内分泌治疗依从性及生存期影响的临床研究[J]. 《现代肿瘤医学》, 2013, 21(5):1050-1053
- [18] 闫思超, 殷东风, 高宏, 等. 中医五种治疗模式在乳腺癌患者中的应用情况[J]. 《湖北中医杂志》, 2016, 38(6):21-24

全面认识拔罐疗法

郭忠福¹ 王玲玲²

拔罐疗法无论古今都是中医临床最常用的医疗手段之一。拔罐古称“角法”，是一种以杯、罐作为工具，借助热力、抽气等手段排出容器内的空气，利用大气压使之吸附于皮肤，造成皮肤充血、瘀血，产生刺激，达到防治疾病的外治方法。由于拔罐疗法的负压可强可弱，罐具有多种材质，与皮肤接触面有大有小，因此和其他针灸疗法一样，也是一种刺激量可控的外治疗法，成为针灸学不可或缺的一部分。拔罐疗法曾经被当作针灸学的附带内容，有人认为拔罐的技术性不强，加上拔罐疗法的工作机制还没有得到足够关注，常有从业者在学习应用拔罐时尚不够认真和重视。民众当中也有人对拔罐疗法的作用特点和皮肤反应不甚了解，对拔罐之后局部出现的瘀斑，甚至起泡一概反对和指责，使拔罐疗法难以展现临床疗效优势。

1. 拔罐疗法的强大生命力

一种疗法的生命力，无非要看这种疗法悠久的历史和应用历史和可持续发展趋势，以及传播的广泛范围，拔罐就是古今中外应用广泛、充满生命力的疗法。

1.1 拔罐疗法是中医的基本疗法

传统认为针灸这一类外治的方法之所以能防治疾病，在于这些疗法可以调整气血。拔罐疗法因负压而吸拔在皮肤表面，既可产生拔罐局部明显挤压感，甚至在罐口四周有短暂的疼痛感，有时也会在起罐后皮肤出现充血和瘀斑，甚至会出现水泡。拔罐就是通过特殊部

位操作所产生的感觉以及反应而产生效应的。

拔罐疗法长期以来只是作为一种民间疗法存在，自从南京中医药大学第一任校长承淡安先生编写《中国针灸学》，首次将这种称为“吸筒”的方法，收入教材中。然而，如今在中国乃至全球的大小医院的中医诊室、包括街头保健机构到百姓家中，拔罐疗法被广泛接受并使用着，成为人们日常保健的重要部分。60多年前笔者还在不谙世事孩童年龄，就目睹邻里用拔罐疗法医疗互助治病的场景，至今仍记忆脑海。

远在石器时期古人在生产生活实践中，环境和劳动条件极端恶劣，筋伤疼痛、损伤感染、疮痈脓疡、虫蛇螫咬等医疗需求很大，拔罐就成为当时普遍使用的医疗手段。随着人们罐具材料的多样化，拔罐技术的发展，同时把拔罐疗法与针法、刺络放血法等方法组合应用，从不同历史时期拔罐疗法有不同的称谓，也可以理解拔罐疗法的发展轨迹，如秦汉时期称为“角法”，晋隋唐时期称为“针角”、“吸法”、“竹罐”，宋金元时期称“水角”、“煮竹筒法”。明清时期称为“火罐”，表明法由于材料和技术创新，逐渐提高了拔罐疗法的临床疗效、扩大了拔罐疗法的应用范围。2011年山东中医药大学单秋华教授指导研究生通过文献研究，认为现代拔罐疗法治疗适宜病症共316种，单独和配合应用分别为67种249种。其优势病症有带状疱疹及后神经痛、肩周炎、痤疮、荨麻疹、颈椎病、腰椎间盘突出症、周围性面瘫、第三腰椎横突综合征、湿疹、坐骨神经痛、痛风性关

节炎、神经性皮炎、黄褐斑、乳腺炎、足底感染伤口愈合、肌肉组织纤维炎、急性感冒、外感咳嗽等风寒表症[1]。

1.2 拔罐疗法造福全人类

人类都具有自我防范、避免损伤、主动医治、调节自愈的本能，产生并流传于中国的拔罐疗法，在世界也有相似的疗法

在古希腊，拔罐是为了放出机体内多余的血液，因此，他们常常把放血和拔罐两种疗法结合应用。古希腊早期拔罐仪器出现在Iebena Crete建于公元前420/419年的Aaklepieion医神庙的一块大理石上，此浮雕中间为放血疗法器械，左右两边各有一个火罐，说明古希腊惯用拔罐疗法[2]。

令世人难忘的2016年的里约奥运会，美国著名游泳运动员身上因拔罐留下的瘀斑，人们趣称为“东方的红圈”，从中再一次显示了拔罐有缓解疲劳，祛除寒湿和瘀血，减轻运动损伤，保持机体生理平衡的应用价值。

1.3 拔罐疗法有远大发展前景

实践表明，拔罐疗法并不因为历史悠久，也不因为拔罐的应用主要在民间而减少其影响力。相反，拔罐疗法却因其具有“负压”这样的特色，因而延续数千年而不衰，并随着时代的进步而焕发出新的生命力。

石家庄市第一医院烧伤整形科和石家庄市第三医院骨科对简单窦道患者，用局部拔罐治疗(每次持续10min，间隔15min后再重复1次)；对照组患者每日给予简单清创、换药。比较两组愈合时间、窦道创面细菌检测结果及疼痛评分等。结果负压拔罐治疗简单窦道，可以缩短愈合时间，减少窦道细菌负荷，减轻局部疼痛，且操作简单[3]。

近十多年兴起的现代西医外科的创面负压技术(NPT,negative pressure therapy)对人们思考拔罐治疗骨伤科、外科、皮肤科病症的价值与工作机制富有启发。临床研究显示，西医

外科的负压疗法具有促进创面血液循环、减轻水肿、抑制细菌繁殖、机械应力促使肉芽组织生长、抑制细胞凋亡，从而促进创面愈合[4]。负压技术这一现代医学的前沿外科技术表明，中医利用负压物理特性形成的拔罐技术，如果能与现代材料学等现代科技结合，完全可能创新拔罐部位和适应症多样、负压刺激参数量化可控的现代新罐具。

2. 拔罐后的皮肤表现

2.1 罐斑、水泡是拔罐的正常反应

我们应该告诉接受拔罐疗法治疗的患者，拔罐后有可能在拔罐的局部皮肤出现特殊反应和表现。单就拔罐而言，主要的反应包括罐斑和水泡。如果将拔罐和针刺、三棱针、火针等针具组合，还可能出脓、出血、出组织液等。无论罐斑、水泡，还是通过拔罐吸拔出来的排出物，都是因治疗而使局部腠理开泄，邪气外泄的表现。在传统中医而言，无论药物内治还是针灸拔罐外治，都需要根据病位、病势，“因势利导”，关门留寇是忌讳的。如同清代赵学敏在《本草纲目拾遗》所提到：“罐得火气合于内，即牢不可脱……肉上起红晕，罐中气水出，风寒尽出。”

中国中医药高等院校现行的针灸推拿专业本科规划教材《刺灸灸法》描述了拔罐后反应[5]。

拔罐后的反应包括正常人拔罐的皮肤反应和病人拔罐后的皮肤反应，从病人的罐斑而言，如“罐斑色鲜红多见于阳证、实证、热证。罐斑色暗红为阴证、血瘀、寒证。罐斑潮红或淡紫色，并显水泡、水珠或水汽状，示湿盛或寒湿；若水汽色黄为湿热；水泡呈红色或黑色，示久病湿盛血……。”这些都说明从古至今，病人在拔罐的局部留下罐斑和水泡都是疾病本身的表象，也可以说，通过拔罐等针灸治疗，有邪气外泄的表现。

2.2 拔罐技术可以影响罐斑和水泡

正因为罐斑、水泡,以及脓液、水液、血液有可能由于拔罐的负压而出现和流出,因此针灸临床操作如何有效地掌控负压的大小、时间,以及拔罐与其他针灸疗法的组合就成为中医师操作的目标。

如河南中医学院针灸推拿学院的研究表明[6],拔罐负压的大小和时间长短对罐斑颜色深浅是有影响的,罐斑颜色评分,同一拔罐时间条件下, $-0.07\text{ MPa} > -0.06\text{ MPa} > -0.05\text{ MPa} > -0.04\text{ MPa}$,说明负压越大,罐斑颜色越重。他们的实验还表明,时间因素对于罐斑颜色深浅的影响比较复杂,如果把负压和时间因素综合考量拔罐后的皮肤反应,负压大小与罐斑颜色的深浅就不是简单的线性关系了。

除了拔罐局部会有起泡反应,中药敷贴、灸法等疗法也可引起发泡的反应。近年来,针灸界对这些起泡的现象已有不少关注和研究,发表了大量发泡疗法临床应用和机理研究的文章。多数学者认为发泡拔罐法是通过拔罐的吸拔力量使拔罐处产生水泡,以祛风除湿、排痰化瘀的特色拔罐法。并有学者根据拔出的泡的变化情况及拔出物情况,将拔罐起泡分为发泡期、排瘀痰期、结痂期3个阶段。指出“发泡的穴位与病位、穴性及病性有关”的规律。发泡拔罐法目前已应用于呼吸系统、骨关节、皮肤和皮下组织、精神行为障碍、肿瘤等疾病治疗,尤其在呼吸、骨关节等系统疑难杂病治疗中有确切疗效,值得挖掘推广[7]。影响拔罐之后的罐斑和起泡的因素是多样的,除了负压大小、时间长短以外,病人的体质、疾病的不同阶段、不同状态,以及拔罐的部位等因素都是重要因素,因此,临床操作需要根据病人的具体情况(如痛阈的高低、体质强弱、合作程度等),综合考虑权衡多种因素,来决定拔罐部位、罐具大小的选择、拔罐的技术(包括负压大小、留罐时间长短等)。

拔罐和针灸的其他疗法一样,既能迅速改善很多病症的症状,同时对临床具体病症而言又属于非特异性刺激,如何精准掌控拔罐的负

压刺激量,有待学界、业界通过大量的临床观察与研究,假以时日,在积累拔罐反应与疗效相关性的经验基础上,发现规律,阐明机理。

参考文献

- [1] 孟祥燕.拔罐疗法治疗优势病症的文献研究[D].山东中医药大学,2011,6
- [2] 朱兵主编《系统针灸学》—复兴“体表医学”人民卫生出版社,北京,2015年5月第一版:23.
- [3] 郑文立,王立民,赵连魁,等.负压拔罐治疗简单窦道的疗效观察[J].解放军医学院学报,2018,39(9):796~799.
- [4] 陈波,贵道锋,夏照帆,等.负压创面治疗技术的研究应用进展[J].中华损伤与修复杂志(电子版)2014年第9卷第2期:198~202.
- [5] 东贵荣,马铁明主编,《刺灸法学》(第九版)北京,中国中医药出版社,2012年:75.
- [6] 赵喜新,童伯瑛,王雪霞,等.时间和压力因素对拔罐罐斑颜色影响的初步观察[J].中国针灸,2009,29(5):385~388.
- [7] 谷鑫桂,陈泽林,陈波,等.拔罐疗法之发泡拔罐法的应用研究[J].中国针灸2016,36(11):1911~1996.

1新加坡中华针灸研究院院长,2南京中医药大学教授

糖尿病辨证 - 立足中焦

新加坡·黄欣杰

糖尿病属中医内伤杂病范畴，虽以多饮、多食、多尿之“三多”的“三消”症状为主症，但是随着现代中医学对糖尿病已经积累了丰富的知识和临床经验，进一步对糖尿病的发病机理有更深入的了解，指出越来越多的临床病例表明“三消”辨证并不能反映糖尿病的病变过程。同时由于西医降糖药物的普遍应用，糖尿病患者的血糖可迅速下降，不少病患可能不出现口渴，也无典型“三多一少”症状，反而多见肥胖。

现代中医学认为脾的生理功能基本上包括了现代西医胰腺的生理功能。胰脏[1] (pancreas) 是一个大而细长的葡萄串状的腺体，横于胃后，居脾脏和十二指肠之间。其右端（胰头）较大、朝下，左端（胰尾）是横着的，尾部靠着脾，是身体的重要脏器之一。胰的内分泌部分叫做胰岛（朗罕氏小岛），是不规则的细胞群，散布在外分泌部的腺泡之间。成人胰岛约100~200万个。胰岛的 β 细胞分泌胰岛素，起降低血糖，促进肝糖原的合成等作用。胰岛 α 细胞分泌升糖素，可以促进肝糖原分解，使血糖升高。胰岛素和升糖素互相反馈，控制血糖稳定在一个小的范围内。如果因为任何原因导致胰岛素绝对或相对不足，就会导致糖尿病。

胰腺的两个主要功能为分泌胰液来消化食物，还能分泌出胰岛素来调节糖代谢，为人体发挥其生理作用。胰岛 β 细胞功能出现障碍，导致胰岛素的绝对或相对不足，这也反映了脾脏功能的不足，脾胃无法正常运行，造成精微物质停聚体内，蕴湿而化热，耗损津液，出现

烦渴，燥，血糖升高等迹象。胰腺的生理功能同中医脾“主运化”、“游溢精气”等生理功能相似，所以，胰腺的病理改变在中医辨证大多归属于脾脏的病理变化。脾虚被认为是糖尿病的重要发病机制，重点提出脾气虚弱与糖尿病的发生、发展有密切的关系。

具体而言，所谓脾主运，就是脾脏将营养物质运送至全身各处；同时，机体的水液代谢亦需通过脾的转运。所以，张富强[2]指出：“在生理状况下，体内的水湿、痰浊等产物须在脾的作用下及时转出体外以保持生理平衡。脾脏健康，体内代谢产生的痰湿就会被及时清除，而当脾的这种功能减弱时，出现‘脾失运’的状态，体内的湿邪就会停留、积聚，日久则会化热，由湿邪转化为湿热之邪。湿热内蕴，困遏胰脏，胰岛细胞萎缩、功能减退，不能正常工作按需分泌胰岛素，不能把血糖稳定在正常范围内，则血糖升高，糖尿病发。”提示中医脾虚与胰腺功减退的相对关系。

张富强[2]进一步提出脾主化的两层意义。“首先，营养物质在肠道内的吸收，而第二是把这些营养物质变化成血液供应给心脏，然后通过心脏供养全身。这就是脾的“化”的功能。脾的功能不健，化的功能减退，营养物质尤其像维生素、矿物质、微量元素等微物质，不能被吸收或吸收不良，远低于胰岛细胞的生理代谢需求时，胰岛细胞就会处于饥饿状态。长期处于这状态胰岛细胞就会萎缩、损伤，功能随之减退，分泌胰岛素功能降低，血糖升高，而致糖尿病发。”熊曼琪等专家[3]研究发现，导致糖尿病发病的一个重要

内在因素是脾虚，而饥饱不均、暴饮暴食，特别是大量摄入肥甘厚味，引起脾胃损伤的最常见原因。一日三餐是正常的饮食习惯，胰岛在这正常环境处于自我修复状态，定时的分泌胰岛素，以适应餐后消化吸收的需要。传统的饮食方式因社会进步而发生变化，大量油脂及高蛋白等食物的摄入，必然干扰胰岛的正常运作，甚至超过了胰岛的工作极限，同时也增加了胃肠道的负担，长期势必影响胰岛分泌胰岛素的功能。提示脾失运化为糖尿病发生的主要内因。

中焦脾胃乃后天之本。湿性属土，脾胃为湿土之脏，湿土之气同气相求，湿热之邪最易侵犯脾胃，而夏秋之交尤多湿热致病，新加坡因其独特地理气候-四季如夏，一雨成秋，所以本证的发生甚多。胃为阳土，脾为阴土，胃主燥以降为安，脾主湿得升则健。阴阳既济，相辅相承则生生不息。中焦病证常表现为阳明胃的燥化与太阴脾的湿化。湿热蕴阻脾胃，必滞中焦气机，可见胸脘痞满，甚则可有脘腹胀满，头身困重，四肢倦怠。湿热中阻，同时也影响胃升清降浊的功能，胃气不降反升，上逆为恶心呕吐，脾气不升运清气，则水谷之气下趋而为腹泻。湿热中蕴而耗伤津液，则可见发热、口渴、小便短赤，苔黄腻而舌质红，脉数等症状，但又因湿浊内阻，所以往往口渴而不多饮。

随着人们生活水平的提高，饮食文化的改变，人们常有贪凉喜饮、过食肥厚的习惯，而长期服用寒凉清滋及甘肥滋腻之品则易碍脾胃运化，使其受纳、运化负担日益加重，脾胃功能长期超负荷运转，愈趋衰退而致虚。再加上大多数有糖尿病患者为中老年人，脾胃本属虚衰，水湿亦多失于转化，故常易聚而为患。因此，脾气虚是湿邪内生的重要环节，也是糖尿病转归的关键，气虚易留湿，湿易热化，造成湿热壅盛之证。所以中焦脾胃功能异常是导致糖尿病的根本。

吕仁和等[3]提出对糖尿病及其并发症

按脾瘅、消渴、消瘅分为三期辨证的思路。

“（1）脾瘅期：患者大多形体肥胖，体质尚好，食欲旺盛，但耐力减退，舌红，脉数。临床常见阴虚肝旺证、阴虚阳亢证，有时也可见气阴两虚证，或兼有湿热、痰湿等。（2）消渴期：患者多恶热喜凉，疲乏无力，多尿、多饮、多食，舌红、苔黄，脉数。临床常见阴虚热盛证、气阴两虚证、胃肠结热证、肝胆郁热证、湿热困脾证，有时亦可见肺胃实热证、热毒壅盛证等。（3）消瘅期：患者则在消渴病阴虚燥热不解，气阴两虚、阴阳两虚的基础上，出现了络脉瘀结的病理变化，可导致各种并发症，如心悸胸痛、中风偏瘫、水肿胀满、视瞻昏渺、肢体麻木、肢端坏疽、阳萎、瘰疬、大便不调等。可在分期基础上对其进行辨证治疗。”明确指出中焦脾胃功能异常是导致糖尿病的初期病灶。

综上所述，中焦脾胃虚弱、湿热侵犯脾胃是糖尿病的重要病理基础。同时，由于湿热易流注下行，因此糖尿病湿热证虽以中焦为着眼点，但亦不乏由中焦及下焦，或中下焦同病等现象。故在临床辨治糖尿病证时，病位应立足于中焦，在明辨湿热主症的前提下，尚应分清其病变侧重点以灵活施治。糖尿病病理生理改变是一个发展的动态过程，病情的复杂性决定了治疗方法的多种多样，这是中医治疗糖尿病的优势所在。根据糖尿病病人的体质，在疾病的不同阶段及类型，考虑到各种因素的诊断和治疗基础上，从不同切入点找到一种有效的治疗方式，为糖尿病患者达到更好的疗效、改善生活质量是中医治疗糖尿病的首要任务。辨证论治仍然是中医治疗糖尿病的基本原则。

参考文献

- [1] 维基百科[Z]. 万维网. <http://zh.wikipedia.org/wiki/胰腺>
- [2] 张丰强. 2型糖尿病中医治疗[J]. 实用中医内科杂志, 2012, 26(6): 51-52
- [3] 熊曼琪. 脾虚是消渴病的重要病机[J]. 广州中医药大学学报, 1991, (7): 13-14
- [4] 吕仁和, 赵进喜, 王世东. 糖尿病及其并发症的临床研究[J]. 新中医, 2001, 33(3), 3-5

浅谈张仲景论消渴

新加坡·朱燊芳

继《内经》之后，论及消渴就是东汉医圣张仲景。其《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治第十三》乃论述消渴的专篇，阐述了消渴的病机、脉症、证治。

篇中以脉象阐述消渴的病理机制，云：“寸口脉浮而迟，浮即为虚，迟即为劳，虚则卫气不足，劳则荣气竭。趺阳脉浮而数，浮即为气，数即为消谷而大坚，气盛则溲数，溲数即坚，坚数相搏，即为消渴。”现今教科书中对这段经文的阐释[1]乃是：寸口脉候心肺，心主血属营，肺主气属卫，此处脉浮者，非表证，乃阳虚气浮无力的脉象，故言“浮即为虚”，“虚则卫气不足”。而迟脉者，因营血不足，血脉不充，故谓“迟者为劳”，“劳则营气竭”。古人以脉外为卫，脉内为营，营卫者，泛指人体之津液也。若卫气不足，虚浮不敛，营血不充，燥热内生，心移热于肺，心肺阴虚燥热，即形成上焦之口渴，此乃营卫气血亏虚以致心肺燥热，津液消涸而渴也。

这部分的经文，《诸病源候论》引之

于“虚劳候”中，《医宗金宗》则认为应列入《金匱要略·虚劳篇》中。趺阳脉候胃，本应和缓沉着，浮者，乃胃气亢盛之象，故曰“浮即为气”。数者，主热。趺阳脉浮数乃指热盛于内，气蒸于外。热盛则“消谷而大坚”，“消谷引食”，而“气盛则溲数”。故篇中亦云“趺阳脉数，胃中有热，即消谷引食（或作饮），大便必坚，小便即数。”中焦胃热亢盛伤津，肠道失润，致大便干结，津液转输不利，偏渗膀胱，即小便频数，而小便频数，则大便越坚，故“大便必坚，小便即数”，“坚数相搏，即为消渴”。由此可见，仲景论述消渴的病机，一是营卫气血不足，二是胃热亢盛。而且胃热亢盛可致肠燥便坚，溲数津亏，而津亏肠燥，阳亢无制，则胃热更盛，两者相互影响，形成恶性循环。现今教科书以此立论，认为营卫不足，心肺阴虚燥热，即口渴多饮之上消证形成的机理，而胃热气盛致消谷善饥、小便数、大便坚为中消证形成的病机。

篇中提出“厥阴之为病，消渴，气上冲

心，心中疼热，饥而不欲食，食即吐，下之利不止。”的阐述，实为《伤寒论·厥阴》篇中所述厥阴病提纲证的重复，厥阴病属寒热错杂，上热下寒之证，此处“消渴”乃内热耗伤津液所致的口渴，主要是由于邪入厥阴（属肝），气郁化火犯胃，灼伤津液所致；而善饥者，乃因胃热可消谷也。然土被木伐，脾气虚寒，失于运化，故不欲食，且食即吐。故若因见上热而苦寒攻下，则脾胃更伤，上热未去，下寒转甚，则下利不止。因此，厥阴病中见“消渴善饥”仅是一时性的症状，不尽属于现代所述的消渴病或糖尿病。

至于纳入《金匱要略》中有关消渴的证治中有：

- “渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之。”的肺胃热盛，津气两伤证。

- “男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗，肾气丸主之。”的肾气亏虚证。

- 津亏热盛渴饮之“渴欲饮水不止者，文蛤散主之”的津亏热盛证。

此外，论及小便不利而“消渴”者，尚有因膀胱气化不行的五苓散证，如“脉浮，小便不利，微热，消渴者，宜利小便、发汗，五苓散主之”，以及“渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之”等。张仲景论治消渴，突出胃热、肺胃津伤、肾虚等层面，创制了诊治方药，如针对口干渴者，创制了白虎加人参汤、文蛤散等；小便不利者，则用五苓散；小便利者，尤其是重视“小便反多”的症状，创立了肾气丸，从肾论治，开创了后世从肾论治的先河。

后世医家对消渴的认识在前人的基础上，积累了丰富临床经验，作出了对糖尿病（消渴）较多的论述和新的见解。庄干竹的博士论文《古代消渴病学术史研究》中以学术史的角度，提出了先秦两汉是消渴病学术的原创期、魏晋隋唐属进展期、五代辽宋属积淀期、金元属争鸣期、明清属提升期等历史分期方式来论述消渴。单书健、陈子岳编

著《古今名医临证金鉴·消渴卷》中收集了近 69 位自宋以来古今名医（古代 27 位和近现代 42 位）的论述和临床经验实录文献，可从中认识消渴病的论治发展以及体会古今医家对消渴的证治法则和思维。

由此可见，张仲景乃确立了消渴证治基础的先贤，其创立的方剂如五苓散、白虎加人参汤、金匱肾气丸等，迄今仍为世人之常用方。

参考文献：

- [1] 范永升主编《金匱要略》[M]，北京，中国中医药出版社，2003（1）：223-224。

“情怀疗愈”

中医情志疗法的拓展与进步

新加坡·李明姝



一、“情志治疗”是中医治疗的特色之一

中医认为，人的情志变化，即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊“七情”，是以五脏精气为基础的：心“在志为喜”、肝“在志为怒”、脾“在志为思”、肺“在志为忧”、肾“在志为恐”。喜怒思忧恐，称为“五志”。而“悲”类属于“忧”和“思”，“惊”类属于“恐”。

这些情志变化，如果太过强烈或者长久，超过了人体本身正常的生理调节范围，就会使人体气机紊乱，脏腑阴阳失调、气血不和，导致疾病的发生。由于其病由内生，且是内伤病

的主要致病因素之一，因此称“内伤七情”。

“金元四大家”之一的张从正在他所著《儒门事亲》中记录了这样一个病案：

当时的息城司侯听说父亲死于强盗之手，过度悲伤，大哭了一场之后就觉得心下疼痛，疼痛一天比一天严重，并逐渐形成结块。一个月后，结块有一个杯子般大小，形状就像倒放在桌子上的杯子，疼痛难忍，多方用药，都没什么效果，最后请的张从正来诊治。

张从正问清了起病的原因之后，想了个治疗的办法。他从巫师那里借来道具，扮起巫师来，一手持桃木剑，一手拿着朱砂画的符纸，并且在口中念念有词：“天灵灵，地灵灵，太上老君速速如律令……”患者看到他这个架势，忍不住开怀大笑，过了两天，心下的硬结就渐渐散开，疾病治愈。

后来，患者问他，为什么没吃药病就好了。张从正告诉患者，这就是《内经》上说的“喜胜悲”这种情志治疗方法。因为喜是心脏精气的变化活动，心在五行中属火，而悲是肺脏精气变化活动的结果，肺属金，火能克金，所以，喜悦情绪能克制悲忧的情绪，从而达到治愈疾病的目的，这是典型的从五志相克入手的治疗。

中医自古以来，治疗情志病，从理论到实

践都已经形成了完整的系统,除了张从正以外,其他真实的以“恐胜喜”,“怒胜思”等思路来治病的故事层出不穷。明代医家张景岳就曾提出“以情病者,非情不解”(《景岳全书·郁证·论情志三郁证治》),他本人非常擅长治疗情志病。

中医相信,人是一个“精气神”凝聚的有机整体,人的身是“精”聚成的有形物质;人之能量与情志意识,即“气”和“神”,是决定人的健康水平,乃至生死的无形物质。形者神之质,神者形之用;形为神之基,神为形之主;无形则神无以生,无神则形不可活;形与神俱,方能尽终天年。

其中尤以“心神”最为重要,因为心主神明,心为五脏六腑之大主,各种情志刺激都与“心”有关,心神受碍方可累及其他脏腑,如说:“故悲哀愁忧则心动,心动则五脏六腑皆摇。”在此基础上,情志失控会引起脏腑病和气血的不调和,正如《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》指出:“怒伤肝,喜伤心,思伤脾,忧伤肺,恐伤肾”。“故喜怒伤气,暴怒伤阴,暴喜伤阳。喜怒不节,生乃不固”。《黄帝内经·素问·举痛论》说:“百病生于气也,怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,惊则气乱,思则气结”。

可见,我们内心情志上有一处不通达,则身体就会有对应的一个脏腑或一条经络能量堵塞,而且还会牵涉到别的脏腑及经络,例如,因为“怒伤肝”,而且“气上”,过度发怒就会出现肝失疏泄、肝阳上亢、肝火犯胃、木火刑金等病证,临床上表现为血压升高,胸胁胀痛,头昏目眩,面红目赤,呕血,咯血等症状,严重时还能诱发中风、心肌梗死、消化道大出血等危急重症。

反过来,脏腑的气血变化,也会影响情志变化,如“血有余则怒,不足则恐”,“肝气虚则恐,实则怒。心气虚则悲,实则笑不休”。“神有余则笑不休,神不足则悲”。

归纳起来说,人的情志变化与脏腑气血功能之间互相影响,可以形成良性循环,也可以形成恶性循环。从古至今,中医学都能从“七情致病”和“天人相应”等观点出发,从人与社会,人与自然的整体关系中,去理解和认识人体的健康和疾病,并贯穿在疾病的病因考查、诊断治疗以及保健预防的各个环节中。例如:《黄帝内经·素问·上古天真论》提到了根本的情志养生法则:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来?”《黄帝内经·灵枢·师传篇》中则有云:“告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦,虽有无道之人,恶有不听者乎?”这里的“告”、“语”、“导”、“开”,就是通过给患者分析病理病机,疏导心理矛盾,使其心悦诚服,还没有服药,就已经收到了疗效。

可见,无论移情易性、启发开导,还是暗示解惑、自我调节等被现今心理学家广泛采用的疗法,其实都是我们中医早在远古时代,就经常使用的治病方法。

二. 心因性疾病是现代人的主要病种

2017的《世界卫生组织简报》指出:非传染性疾病(主要包括心血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病,以及糖尿病)每年导致4000万人死亡,相当于全球总死亡人数的70%。到了2018年,该《简报》中依然报告:全世界,70岁以前死亡者中,约70%归因于非传染性疾病。如果我们更深一步,观察这些非传染性疾病的来源,会发现,在现代,营养过剩、作息不正常、内心纠结、委屈心酸、仇恨愤怒、压抑抱怨、恐惧担忧,人际关系紧张等,才是人类主要的杀手。

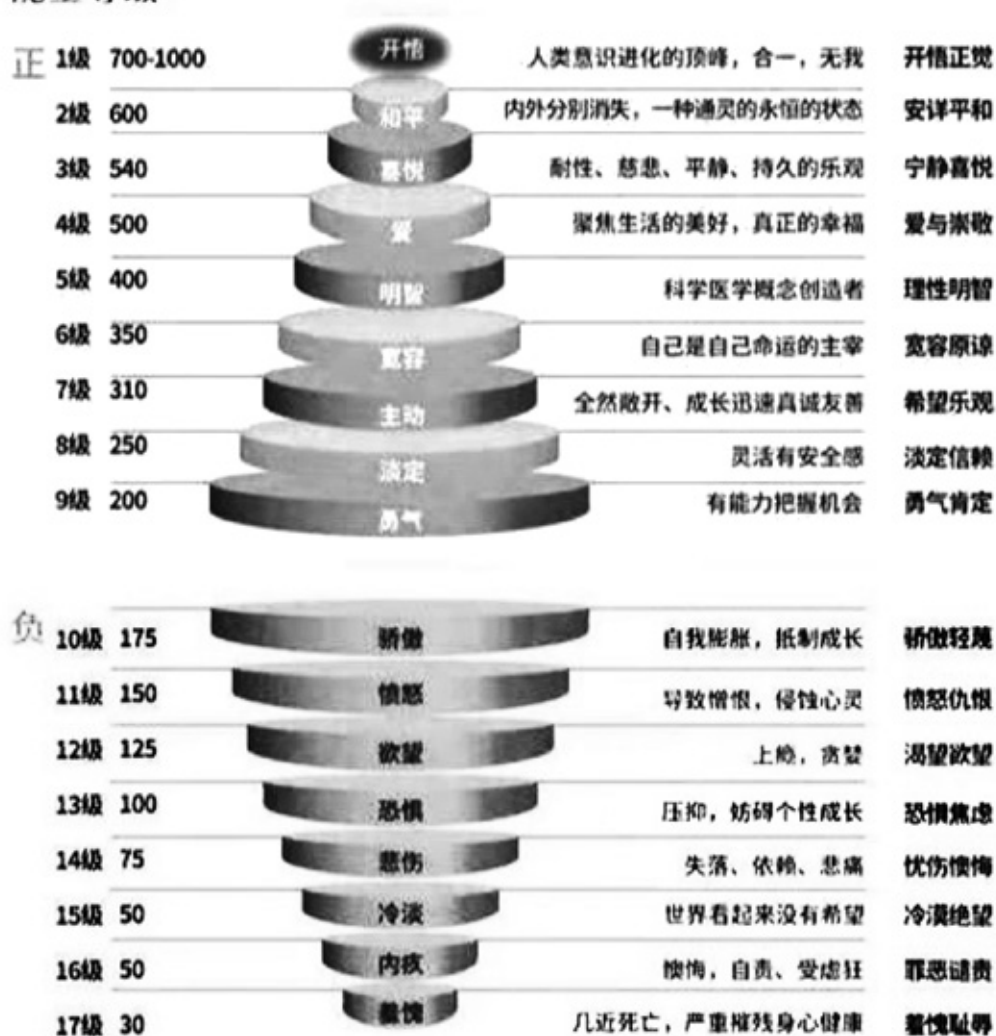
人是身心灵能量的结合体,营养不良、细菌或病毒感染、中毒等所造成的疾病,是人体的“身病”;而人类还有一大部份疾病,是由情志上的不健康所导致的。不良情绪过激、过久,可直接影响身体;或者因为人生观、世界观、价值观上的认知不足,情志扭曲,生活违

背自然规律，日积月累以后，也会导致身体出现疾病，这些与“心神”相关的疾病，我们可以统称为“心因性疾病”。如果按照联合国的数据，我们可以大概推算“心因性疾病”占到了人类疾病的70%。

这正是前面所提到的，中医认为：情志失控会引起脏腑病变和气血不调和，在当代的现实体现。我们古人所说的“情志病”不只是“精神疾病”，它还包括了各种由情志问题所导致的生理疾病，也就是“心因性疾病”。

近年来，美国心脏病专家弗里德曼(M.Friedman)和罗森曼(R.H.Roseman)等人，在进行冠心病的心理和生理研究中发现，冠心病与心理—社会因素密切相关。其他科学家也发现，抑郁消极的情绪可使催乳素分泌过高而致乳癌；长期接受紧张的环境刺激，可以让人神经系统和内分泌失调，罹患高血压病；恐惧和焦虑可影响巨嗜细胞、淋巴细胞及免疫抗体的产生，造成免疫力缺损而引起癌症等等。

能量等级



美国著名心理医师Dr. David R.Hawkins的意识能量振动频率示意图

现代的医学研究和科学发现证实了中医几千年来的传统认识。

三、“情怀疗愈”是心因性疾病的根本疗法

中医治疗不但要解除疾病引起的症状，还要去掉产生疾病的原因，正所谓“治病求本”，“心病还须心药医”，“以情病者，非情不解”。

因此，要解决“心因性疾病”，情志方向上的疗法是最根本的选择。但是，光是“情志”还不足够，应该扩展为“情怀”，情怀的范畴更大，不仅包括了喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情绪，还有喜悦、感恩的情感，微笑、平等、友善、诚信的心态，乐观、积极、奋斗的志气，贡献、担当的志向，文明、节俭、敬畏、有创造力的精神，恭敬、忠诚、柔和、谦卑的性格，信任、接纳、包容的胸怀，还包括了孝顺、爱国、敬业、博爱、慈悲、助人、超然等人生大思想，大格局。

我有一位来自印尼的女病人，是一位成功的女企业家。多年来，她经营着家族生意，常与兄弟姐妹们发生摩擦，对员工要求又高，担忧很多；生活中经常有宴会应酬，饮食和作息习惯不健康；而在家庭中，常常与先生发生争吵，脾气暴躁。

一年前，她因为右侧乳房长出一个如拳头大的肿块，又硬又痛，不能正常生活，才去进行西医检查。结果查出来是乳腺癌，已经扩散到了周围的几个淋巴结，西医建议马上手术、化疗。但是，她在姐姐的帮助下，相信自然康复的力量，拒绝了所有的西医治疗，于2017年10月找到了我，提出愿意进行全面的中医治疗。

我真心佩服她的意志，也被她的信任感动，在进行中医治疗之前，我和她约法三章：第一，要吃素；第二，要改变生活习惯；第三，要改变性格。令人敬佩的是，她真地很快做到了：她完全改变了饮食结构，肉类食品一点也不沾；无论有什么事，每晚9点之前

一定关手机，10点睡觉，早上5点起床，练习瑜伽；脾气越来越小，声音越来越柔，关爱家人，关心员工，顺利地和谐了家庭与事业；同时乐于奉献，每次在她住的地方有修行的集体活动，她就主动为大家做饭食，尽心尽力。

到2018年5月时，她右侧乳房的肿块已经缩小到几乎摸不到了，乳房变得很柔软，从那时到现在，再也没有痛过。她的身材比以前苗条了许多，走路轻松，面部柔和而光亮，精气神充足，笑意盈盈，身体各项功能一切正常，脉象也正常了。她成为了当地癌友们的榜样，大家都说她比得病前还要年轻、可爱，都喜欢和她在一起，只要有她的地方，笑声就不断。

这个病例让我们见证了，内心的精神境界——“情怀”，对肉体的健康水平和疾病的康复速度起着很重要的作用。有着高尚情怀的人，不容易被情绪所影响，生活中不良嗜好少，和大众的关系容易保持和谐，也能够被大家所尊重，心神安定，所以常能保持健康。这一点，符合《黄帝内经》所说的“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来？”而且现代的医学、心理学、人口学、老年学、生命科学、社会学、新闻报导都给予了多方面的证实。

建立正能量的“情怀”是一种“疗愈”方法，这里所说的“疗愈”，在英文中是HEALING，它不同于单纯的“治疗”(TREATMENT)。按一般的定义，在目前的主流医学中，治疗是指为了某一种疾病或者伤情，给予病人医学干预(Medical interventions given to a patient for an illness or injury)，例如用药、手术、物理治疗、放射治疗、心理治疗、体育治疗、器官移植等。这些是为了解决某个特定的问题，解除某个症状所进行的活动，问题一解决往往即告一段落，不太注重个体生命的完整性和整体发展。而且，很多治疗性药物或手术有一定的风险和副作用，存在耐药性、或依赖性，还可能因为要治疗某一种疾病而造成身体其它器

官或组织的损害。

而“疗愈”超越了治疗，HEALING原意可指：恢复友好和谐的关系（To restore or be restored to friendly relations or harmony）；促使其恢复健康或完整（To make or become healthy or whole again）。这种重获生命的完整性，才是疗愈的目的和重点。

“情怀疗愈”从调节情志、提高心性、改变心态、提升思想格局出发，帮助患者释放心神上的压抑，消除脏腑或经络能量的淤阻；形成顺应大自然的健康思维和生活习惯；同时，恢复人生每一个关系层面上的平衡趋势，从而更加彻底地消除了心因性疾病的根源，是未来值得我们医学界去充分尝试的新领域。

四. 科学证明，人体健康的核心是意识能量的振动频率

世界卫生组织在其宪章中指出：“健康乃是一种在身体上、精神上和社会上的完满状态，而不仅仅是没有疾病或衰弱状态。”这说明健康是一个全方位的概念，包括了生物—心理—社会关系多个侧面。

如果用能量水平的高低和振动频率来衡量人体健康水平，科学家们发现，当一个人的意识振动频率在200（20,000赫兹Hz）以上，会使身体力量逐步增强。而当某人的意识振动频率由于内在情绪或外在条件而降到200以下，他就开始丧失生命能量，变得更加脆弱，更加不健康。

美国著名心理医师Dr. David R.Hawkins的意识能量振动频率示意图

可见，人的核心是意识能量的振动频率，换句话说，就是人类的健康水平与其情怀紧密相关：情怀上越是乐观、积极、充满爱、有智慧、宽容、宁静、祥和的人，他的能量振动频率越高，身体就越健康，甚至最后可以超越人体的局限，达到真正的通透，“天人合一”；而一个人有着越是阴暗、悲观、消极的心态，

他的意识能量振动频率越低，身体就越容易出现问題，最后甚至可以导致死亡。

古往今来，从东方到西方，大家可以自己去验证，那些经历了艰苦困苦，仍然健康长寿的人物，大都是具有明显“利他”情怀的人。正应古人所说，“大德者寿，诚不欺我！”在我的中医临床工作中，我也发现，对于有些心因性疾病，一旦患者心中“利他”的情怀绽放，他们的健康水平就会大大提高，疾病很快得以减轻或祛除。

究其根本原因，是患者的意识能量得到了提升。“神者，形之主”，随着患者建立了高频振动的大情怀，肉身的状态也相应地发生了良性的改变，最终完成了“疗愈”，迎回健康，绽放了完整生命。

“情怀疗愈”法，继承了传统中医“情志治疗”的特色和强项，又是“情志疗法”的拓展和进步，即可以由科学来证明，又符合当前的国际医疗趋势，并且已经付诸临床实践，疗效明显，很有分享和推广的价值。“上医治心，中医治人，下医治病。”中医师们如能以“中药物及技术治疗”和“情怀疗愈”双管齐下，就可以更有效地帮助有需要的病人走出病痛的泥沼，并持续地走在健康的光明大道上。

中药归经在肿瘤治疗上的探讨

新加坡·蔡松均



【概述】

中药归经理论是中医药基础理论的重要组成部分，是历代医家长期医疗实践、逻辑思维和理论抽象总结，与中药四气、五位共同构成中药药性的基本理论，并成为指导临床辨证用药的重要依据和说理工具。归经，即药物作用的定位。归，即归属，指药物作用的归属和趋向；经，即人体的 [HYPERLINK "https://baike.baidu.com/item/%E8%84%8F%E8%85%91/1110357" \t "_blank"](https://baike.baidu.com/item/%E8%84%8F%E8%85%91/1110357) 脏腑经络。是把药物的作用与人体的脏腑经络密切联系起来，以说明药物作用对机体某部分的选择性，从而为临床辨证用药提供依据。掌握归经，有助于提高用药的准确性，使临床用药更加合理。清代名医徐灵胎曰：『不知经络而用药，其失也泛，必也无捷效』。

方剂上特别谈到分经论治的有川芎茶调散，方中川芎味辛性温、善治少阳、厥阴两经头痛（头两侧或巅顶痛），川芎是归肝、胆、心包经、即足少阳胆经、手厥阴心包经、足厥阴肝经。羌活善治足太阳膀胱经头痛（后头痛牵连项部痛）。白芷善治阳明经头痛（前额及

眉棱骨痛）。细辛善治手少阴心经头痛、并可宣通鼻窍。各药管各别经、效专力强、各有侧重，相得益彰。

医者在处方用药、除了考虑选用适合的方剂，用药上一般都专注于药物性味及功效，常忽略了归经的问题。在肿瘤病治疗上、我们深感用药时如考虑到药物的归经，常有较好的疗效，为此而探讨药物归经，并分类列出供今后用药时的考量。

【常用中医药内治肿瘤的法则】

一）扶正培本法

常用方剂：四君子汤（益气健脾）、补中益气汤（升阳举陷）、生脉散（益气养阴）、等。

补气药：人参、黄芪、党参、白术、山药、茯苓、甘草等

补血药：当归、阿胶、白芍、鸡血藤、熟地、桑葚、枸杞子等。

补阴药：生地、龟板、鳖甲、墨旱莲、女贞子、天冬、麦冬、沙参等。

补阳药：制附片、肉桂、杜仲、淫羊藿、

补骨脂、肉从蓉、仙茅、巴戟天等。

归肝经药：当归、阿胶、白芍、鸡血藤、熟地、桑葚、枸杞子、生地、龟板、鳖甲、墨旱莲、女贞子、肉桂、杜仲、淫羊藿。

归心经药：人参、茯苓、当归、桑葚、生地、龟板、麦冬、制附片。

归脾经药：人参、黄芪、党参甘草、白术、山药、茯苓、甘草、当归、白芍、制附片、肉桂、补骨脂。

归肺经药：人参、黄芪、党参、山药、甘草、阿胶、天冬、麦冬、沙参。

归肾经药：山药、茯苓、阿胶、熟地、桑葚、枸杞子、生地、龟板、鳖甲、墨旱莲、女贞子、天冬、制附片、肉桂、杜仲、淫羊藿、补骨脂、肉从蓉、仙茅、巴戟天。

归胃经药：白术、甘草、麦冬、沙参。

归大肠经药：肉从蓉。

二) 清热解毒法

常用药物：金银花、连翘、白花蛇舌草、半枝莲、龙葵、七叶一枝花、山豆根、板蓝根、大青叶、虎杖、紫草、紫花地丁、蒲公英、鱼腥草、夏枯草、败酱草、穿心莲、黄芩、黄柏、知母、黄连、栀子、牡丹皮、苦参、龙胆草、石上柏、土茯苓、马齿苋、鸦胆子、牛黄、羚羊角、水牛角等。

归肝经药：半枝莲、龙葵、七叶一枝花、虎杖、紫草、紫花地丁、蒲公英、夏枯草、败酱草、黄芩、栀子、牡丹皮、苦参、龙胆草、石上柏、土茯苓、牛黄、羚羊角、水牛角。

归心经药：金银花、连翘、板蓝根、大青叶、紫草、紫花地丁、黄芩、黄连、栀子、牡丹皮、苦参、马齿苋、牛黄、羚羊角、水牛角。

归肺经药：金银花、连翘、半枝莲、山豆根、大青叶、虎杖、鱼腥草、穿心莲、黄芩、知母、石上柏。

归肾经药：黄柏、知母、牡丹皮。

归胃经药：金银花、白花蛇舌草、半枝

莲、龙葵、山豆根、板蓝根、大青叶、蒲公英。败酱草、穿心莲、黄芩、知母、黄连、栀子、苦参、土茯苓、水牛角。

归胆经药：连翘、虎杖、夏枯草、黄芩、龙胆草。

归大肠经药：白花蛇舌草、败酱草、穿心莲、黄芩、黄柏、黄连、苦参、马齿苋、鸦胆子。

归小肠经药：白花蛇舌草、穿心莲、黄芩。

归膀胱经药：黄柏、苦参、龙胆草。

三) 活血化瘀法

常用药物：丹参、牡丹皮、赤芍、桃仁、川芎、红花、郁金、延胡索、乳香、没药、五灵脂、王不留行、蒲黄、斑蝥、水红花子、石见穿、当归、虎杖、血竭、穿山甲、水蛭、蜂房等。

归肝经药：丹参、牡丹皮、赤芍、桃仁、川芎、红花、郁金、延胡索、乳香、五灵脂、王不留行、蒲黄、斑蝥、水红花子、石见穿、当归、虎杖、血竭、穿山甲、水蛭。

归心经药：丹参、牡丹皮、桃仁、红花、郁金、乳香、蒲黄、当归。

归脾经药：延胡索、乳香、石见穿、当归。

归肾经药：牡丹皮、斑蝥。

归心胞经药：丹参、归胆经药：川芎、郁金、血竭。

归胃经药：王不留行、斑蝥、水红花子、穿山甲、蜂房。

归大肠经药：桃仁。

四) 除痰化结法

常用药物：半夏、陈皮、胆南星、瓜蒌、山慈菇、浙贝母、葶苈子、海浮石、前胡、杏仁、橘红、百部、紫苑、桔梗、白前、远志、石菖蒲、竹茹等。

归肝经药：胆南星、山慈菇。

归心经药：浙贝母、远志、石菖蒲。

归脾经药：半夏、陈皮、胆南星、橘红。

归肺经药：半夏、陈皮、胆南星、瓜蒌、浙贝母、葶苈子、海浮石、前胡、杏仁、橘红、百部、紫苑、桔梗、白前、远志、石菖蒲、竹茹。

归肾经药：远志。

归胃经药：半夏、瓜蒌、山慈菇、竹茹。

归大肠经药：瓜蒌、杏仁。

归膀胱经药：葶苈子。

五) 利水化湿法

常用药物：薏苡仁、黄芪、茯苓、茯苓皮、猪苓、泽泻、车前子、大腹皮、瞿麦、滑石、篇蓄、桑白皮、萆薢、玉米须、白茅根、苍术、藿香、佩兰、羌活、防风、川牛膝、赤小豆、木瓜、通草、茵陈蒿、厚朴等。

归肝经药：车前子、萆薢、防风、川牛膝、木瓜、茵陈蒿。

归心经药：茯苓、茯苓皮、瞿麦、赤小豆。

归脾经药：薏苡仁、黄芪、茯苓、茯苓皮、大腹皮、苍术、藿香、佩兰、防风、木瓜、茵陈蒿、厚朴。

归肺经药：薏苡仁、黄芪、茯苓、茯苓皮、车前子、桑白皮、白茅根、藿香、通草、厚朴。

归肾经药：茯苓、茯苓皮、猪苓、泽泻、车前子、玉米须、羌活、川牛膝。

归胆经药：玉米须、茵陈蒿。

归胃经药：薏苡仁、茯苓、茯苓皮、大腹皮、滑石、萆薢、玉米须、白茅根、苍术、藿香、佩兰、通草、茵陈蒿、厚朴。

归膀胱经药：猪苓、泽泻、滑石、篇蓄、羌活、防风。

归小肠经药：车前子、大腹皮、瞿麦、赤小豆。

归大肠经药：大腹皮、厚朴。

六) 理气消滞法

常用药物：八月札、橘叶、橘皮、苏叶、苏子、枳壳、香附、郁金、川楝子、延胡索、乌药、砂仁、木香、小茴香、降香、沉香、丁香、檀香、柿蒂、大腹皮、佛手、青皮、玫瑰花、九香虫、绿萼梅、厚朴、枳实、瓜蒌、薤白、旋覆花、六曲、山楂、莱菔子、麦芽、槟榔等。

归肝经药：八月札、香附、川楝子、延胡索、小茴香、降香、佛手、青皮、玫瑰花、九香虫、绿萼梅、山楂、麦芽。

归心经药：延胡索。

归脾经药：八月札、橘叶、橘皮、苏叶、枳壳、延胡索、乌药、砂仁、木香、小茴香、沉香、檀香、大腹皮、佛手、玫瑰花、九香虫、厚朴、枳实、六曲、山楂、莱菔子、麦芽。

归肺经药：橘叶、橘皮、苏叶、苏子、乌药、檀香、佛手、厚朴、瓜蒌、薤白、旋覆花、莱菔子。

归肾经药：八月札、乌药、砂仁、小茴香、沉香、九香虫。

归胃经药：枳壳、砂仁、木香、小茴香、沉香、檀香、柿蒂、大腹皮、佛手、青皮、绿萼梅、厚朴、枳实、瓜蒌、薤白、旋覆花、六曲、山楂、麦芽、槟榔。

归心包经药：川楝子。

归胆经药：木香、青皮。

归三焦经药：香附、川楝子。

归小肠经药：大腹皮。

归大肠经药：木香、厚朴、瓜蒌、薤白、槟榔。

归膀胱经药：川楝子、乌药。

七) 泻下逐水法

常用药物：大黄、厚朴、枳实、芒硝、防己、椒目、葶苈子、白芥子、大戟、芫花、壁虎、续随子、商陆、陈葫芦、河白草、牵牛子等。

归肝经药：大黄、壁虎、续随子。

归心经药：大黄、陈葫芦。

归脾经药：大黄、厚朴、枳实、椒目、大戟、芫花、商陆。

归肺经药：防己、椒目、葶苈子、白芥子、大戟、芫花、商陆、河白草、牵牛子。

归肾经药：椒目、大戟、芫花、壁虎、续随子、商陆、牵牛子。

归胃经药：大黄、厚朴、枳实、芒硝、椒目。

归大肠经药：大黄、厚朴、芒硝、商陆、牵牛子。

归小肠经药：陈葫芦、河白草。

归三焦经药：芒硝。

归膀胱经药：防己、葶苈子。

八) 软坚散结法

常用药物：硼砂、牡蛎、鳖甲、龟板、地鳖虫、瓦楞子、海藻、昆布、海螵蛸、海浮石、青黛、地龙、五倍子、夏枯草、猫爪草、穿山甲等。

归肝经药：牡蛎、鳖甲、龟板、地鳖虫、瓦楞子、海藻、昆布、海螵蛸、青黛、地龙、夏枯草、猫爪草、穿山甲。

归心经药：龟板。

归肺经药：硼砂、瓦楞子、海浮石、青黛、五倍子、猫爪草。

归肾经药：牡蛎、鳖甲、龟板、海藻、昆布、海螵蛸、地龙、五倍子。

归胃经药：硼砂、瓦楞子、青黛、穿山甲。

归膀胱经药：地龙。

归大肠经药：五倍子。

归胆经药：夏枯草。

九) 固涩收敛法

常用药物：补骨脂、五味子、白芍、肉豆蔻、诃子、石榴皮、黄芪、牡蛎、瘪桃干、糯稻根、麻黄根、芡实、莲子肉、龙骨、桑螵

蛸、赤石脂、浮小麦等。

归肝经药：白芍、牡蛎、瘪桃干、糯稻根、龙骨、桑螵蛸。

归心经药：五味子、瘪桃干、糯稻根、莲子肉、龙骨、浮小麦。

归脾经药：补骨脂、白芍、肉豆蔻、黄芪、芡实、莲子肉。

归肺经药：五味子、诃子、黄芪、麻黄根。

归肾经药：补骨脂、五味子、牡蛎、芡实、莲子、肉龙骨、桑螵蛸。

归胆经药：牡蛎。

归胃经药：肉豆蔻、石榴皮、赤石脂。

归大肠经药：肉豆蔻、诃子、石榴皮、瘪桃干、赤石脂。

十) 以毒攻毒法

常用药物：蜈蚣、斑蝥、蜂房、全蝎、壁虎、蟾蜍、地鳖虫、硫磺、藤黄、蜣螂、常山、生半夏、生南星、马钱子、巴豆、干漆、乌头、生附子、雄黄、蓖麻等。

归肝经药：蜈蚣、斑蝥、全蝎、壁虎、地鳖虫、蜣螂、常山、生南星、马钱子、干漆、雄黄。

归心经药：蟾蜍、常山、乌头、生附子。

归脾经药：藤黄、生半夏、生南星、马钱子、乌头、生附子。

归肺经药：常山、生南星、蓖麻。

归肾经药：斑蝥、壁虎、蟾蜍、硫磺、乌头、生附子。

归胃经药：斑蝥、蜂房、蜣螂、生半夏、巴豆、干漆、雄黄。

归大肠经药：硫磺、蜣螂、巴豆、蓖麻。

【肿瘤病的归经药举隅】

鼻咽癌、口腔肿瘤：使用清热利咽解毒之品，如马勃、山豆根、漏芦、蚤休、半枝莲、半边莲、白花蛇舌草、夏枯草等。

肺癌：配合使用清肺化痰解毒药如泽漆、

山慈姑、羊蹄根、平地木、猫爪草、鱼腥草、蜀羊泉、制南星等

胃癌：可使用化瘀结毒的药如，莪术、八月札、威灵仙、山慈姑、蟾皮、刺猬皮、漏芦、菝葜等。

肺癌：使用清肠利湿药如，红藤、败酱草、凤尾草、槐花、地榆、椿根皮、土茯苓、马齿苋、石上柏等。

【临床意义】

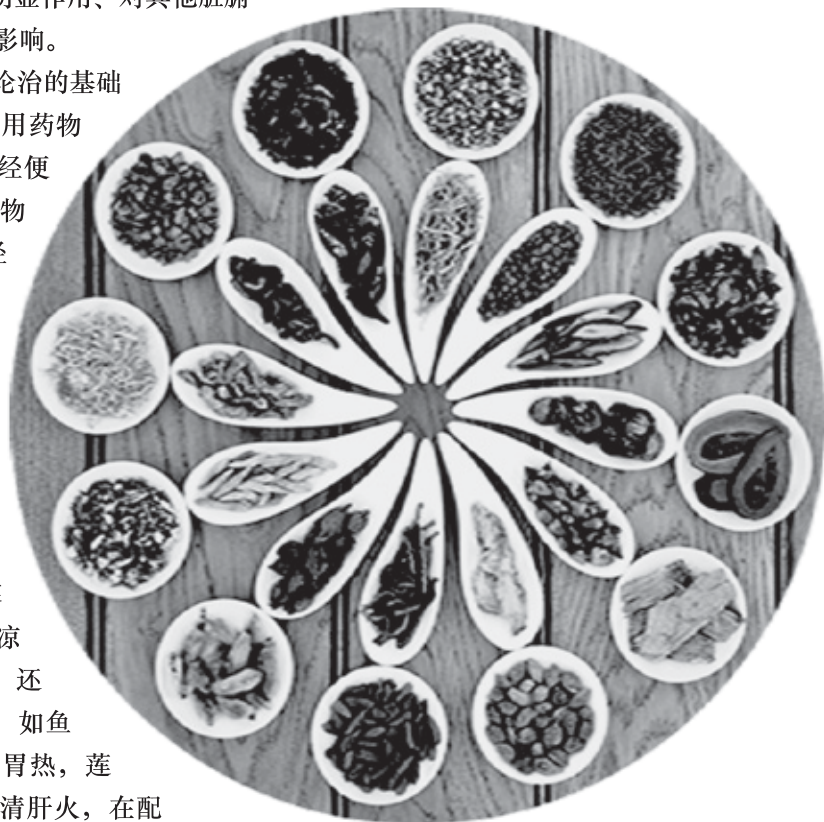
现代医学所谓“靶向治疗”是药物具有针对性地瞄准预期的靶位（肿瘤组织）、以不伤及其他正常细胞、组织或器官。靶向治疗分器官靶向、细胞靶向及分子靶向三类。在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌位点的治疗方式（该位点可以是肿瘤细胞内部的一个蛋白分子，也可以是一个基因片段）。中药归经理论与分子靶向治疗有相似和相同的特点。中药归经是表示药物的作用部位、药物进入体内后，只对某些脏腑经络发生明显作用、对其他脏腑经络作用很小或无明显影响。

中医临床上在辨证论治的基础上，除方用药当考虑采用药物的性味、及功效，归经便不应该忽略。归经是药物对于人体某些脏腑、经络有着特殊的作用。疾病的性质有寒、热、虚、实等区分，发病脏腑经络却是不一致的，如热性病症，有肺热、胃热、心火、肝火等等，在用药治疗时，在根据“疗热以寒药”的原则选用性质寒凉的药物，同样的清热药，还应考虑脏腑经络的差异，如鱼腥草清肺热，竹叶可清胃热，莲子心可清心火、夏枯草清肝火，在配

方治疗上选用适当的归经药，令其更加精确合理，疗效就有所提高，否则疗效就大相径庭了。很多药物具有多归经及多性味者、显示中药具有多靶点效应的固有特性。固然只掌握药物的归经时仍不可忽略四气（寒、热、温、凉）、五味（辛、甘、酸、苦、咸、淡）、补、泻等药性。肿瘤病情复杂，用药处方除了辨证及辨病论治外，还需考虑患者正接受的西医药治疗情况，因而相对考虑周详、用药也需顾虑归经、否则虚耗药物而达不到预期效果。

【参考文献】

- [1]王居祥、徐力。中医肿瘤治疗学[M]，中国中医药出版社，2014.3
- [2]周岱翰。中医肿瘤学[M]，中国中医药出版社，2011.6
- [3]马廷刚。中药归经理论本质及现代研究与应用[J]，志林中医药，2009，1.29卷1期。
- [4]张靖、张瑶、等。有毒中药抗癌作用及其与归经的相关性研究进展[J]，中草药，2013，7.44卷13期。
- [5]王瑾、梁茂新。中药归经现代研究的思路与方法[J]，世界科学技术-中医药现代化，2012，14卷1期。





精于岐黄、博览精思的 陈占伟先生

新加坡·林英

陈占伟医师，原籍中国广东大埔平砂乡人，生于清朝光绪卅年(公元1904年，正值日俄战争时期)。他的高祖及祖父都精于岐黄，16岁时奉父命习医;受业于蔡袞如门下，因家贫仍任小学教师以维持生计。22岁到中国汕头学习药业月薪二元，期间研读《古今医案按》、《潜斋丛书》、《顾氏医案》等医籍。24岁时南来新加坡，续程北上马来西亚在彭亨州立卑市行医。一年后，再到新加坡悬壶济世。当时的名医，如：王梅亭、黎伯概、陈芷馨都很器重他;1939年日军侵华，厦门名医吴瑞甫医师和三儿子树潭到避难来新，以医济世，屡起危症，望重一时，陈医师遂受业于其门下，吴瑞甫建议陈医师研究温病，以晚清著名温病大家王孟英编著《温热经纬》为主要学习读本，该书“以轩岐仲景之文为经，叶薛诸家之辨为纬”而作，诠释了温病顺、逆传变理论;提出温病新感、伏气并存，十分重视伤寒学派对温病思想形成的影响，体现了寒温融合治温病的学术思想，在学术上对陈医师具深远的影响。

1929年黎伯概、王梅亭、梁少山、陈芷馨等人发起组织新加坡最早的中医药团体也是东南亚第一个中医药团体“新加坡中医中药联合会”，陈医师积极参予，从1933年，第5届理事会起至1941年第13届理事会，陈医师先后担任过常务委员、执行委员、医务股副主任、文书股委员等要职。

第二次世界大战结束之后，新加坡中医界前辈于1946年8月间发起组织中医学术研究机构，并于当年10月27日正式成立，定名为“新加坡中国医学会”(1947年中国医学会更名为新加坡中医师公会)，陈医师是发起人之一，曾任中医师公会会长，常务理事。学术股主任一职，及公会属下中华医药研究院院长等职务。

战后的新加坡中医教育仍然是以家传、师承或私塾的形式为主，1953年陈医师和游杏南、曾志远、谢斋孙等极力支持黄南寿办学的倡议，由中医师公会成立中医专门学校，1976年更名为新加坡中医学院。1953年1月3日，中医专门学校开课，他出任第一

任校长，1953，1969-1970年任校长，1954-1956，1965-1966年任副校长兼讲师及临床导师。

1957年，陈医师发起组织了“中医药促进会”，创设大众中医学院，中医学研究院。从1973年到1989年他逝世为止，他一直担任中医学研究院院长。

1949年，陈占伟考取了同济医院第13届驻院医师席，一任5年，且任该院主考医师。

陈医师诊病之余，常有文章发表在医药杂志及中医学院毕业特刊上，著有《诊余漫草》。陈医师重视经典的学习，他认为“医不读伤寒而议病，譬之盲人瞎马，几何而不以人命为儿戏耶？”。陈医师非但熟读《伤寒论》，也研读《温热经纬》，虽擅长温病，他将伤寒和温病学说融化汇合，全面透彻的理解伤寒和温病学说，继承和发挥于临床工作，陈医师认为，对伤寒要有深入的研究，再来学习温病，会较易上手，基础会较扎实。陈老尤其是对新加坡湿温病的症治颇有创见。他认为新加坡以风湿和湿温为多，治疗温病时，有四禁，禁发汗，汗之则津液受损；禁升提，升提则引热邪上攻；禁温补，温补则锢其邪之出路；禁滋腻，滋腻则邪结不解，治法上有五要，一曰轻，如绿豆衣，通草，淡竹，灯心，银花，枇杷叶，以湿阻肺痹，非轻轻不举；二曰清，如黄芩，黄连，黄柏，石羔，梔子，知母，以热蒸阳明，非清不退；三曰灵，如薏米，瓜蒌皮，芥子，半夏，以湿邪粘腻，非灵则滞；四曰升，如苏叶，菖蒲，紫苑，薄荷，薤白，白蔻，细辛，藿香，芦根，以湿阻气机，非升不透；五曰降，如杏仁，滑石，郁金，牛蒡，半夏，以湿为浊邪非降不下也。

陈医师数十年活跃于中医医疗及中医学教育事业，发扬中医学术，培育中医后进贡献一生；陈医师也参于其他宗亲社团，如保赤宫陈氏宗祠、客属陈氏公会、新加坡陈氏公所等。

1989年8月23日凌晨一时，陈医师蒙主恩召，安息主怀，在世寄居八十五载。

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] 《新加坡中医学院四十周年纪念刊》P70
- [3] 陈鸿能《华人与新加坡中西医学，从开埠1819年到建国1965年》
- [4] 《老中医录》P9



第十六届全国肿瘤综合 治疗新进展学术大会

暨世界中联癌症姑息治疗研究专业委员会第四届年会

新加坡·凌鹰

第十六届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会暨世界中联癌症姑息治疗研究专业委员会第四届年会，经已于2019年6月7~9日在中国·广州召开。新加坡出席学术年会的有赵英杰教授（大会主席团成员，学术委员会副主任委员），林英医师、张国强博士（学术委员会委员）、唐跃博士、邝慧芳博士（组织委员会委员）白伟良医师、郑黄芳医师及陈泉铭医师。

本次大会由世界中医药学会联合会，中国民族医药学会，广东省中医药学会等机构主办；世界中医药学会联合会癌症姑息治疗研究专业委员会，中国民族医药学会肿瘤分会等承办；南方中医肿瘤联盟，国家中医药管理局区域中医肿瘤诊疗中心，林丽珠广东省名中医传承工作室等机构协办，来自中国各省市地区，港澳及美国，澳洲，新加坡等地国内外逾500名中医及中西医结合肿瘤医师，专家学者参与此次盛会，共同环绕着大会的主题“协同创新与规范治疗”进行交流；大会以特邀报告、专题讲座、卫星会等多种形式进行学术进行。

06月07日(星期五)傍晚7时30分，召开了

癌症姑息治疗研究专业委员会常务理事会，首先由世界中联学术部焦云洞老师致辞，商讨第五届学术大会筹备及成立学组相关事宜；组织编写《中医药治疗恶性肿瘤靶向药物不良反应的专家共识》，各副会长，包括新加坡中医师公会赵会长都发表了各自的观点；最后由林丽珠会长总结。出席常务理事会的新加坡代表有林英医师、唐跃博士及邝慧芳博士。

06月08日(星期六)早晨8时30分，大会开幕式，大会执行主席林丽珠教授致欢迎词并简要介绍近年来中医、中西医结合治疗肿瘤所取得的进展和肿瘤中心所取得的成绩。国医大师周岱翰教授、张念樵副书记，广东省中医药学会吕玉波会长、世界中医药学会联合会副会长、新加坡中医师公会会长赵英杰教授、中国民族医药学会许志仁会长、广州中医药大学王省良校长、广东省中医药局李梓廉副局长等领导专家和专家出席大会并讲话，对中医药在治疗肿瘤方面的作用给予高度评价，对林丽珠教授所带领的团队在中医、中西医结合治疗肿瘤方面做出的努力和取得的成绩，表示充分肯定，并



勉励各研究机构应团结一致，对中医、中西医结合治疗肿瘤做出更深入的研究，为造福肿瘤患者做出更大的贡献。

开幕式后，紧接着专家们的特邀报告，首先是国医大师周岱翰教授的“中医肿瘤学发展历程的反思与展望”，周教授从中国医学发展史讲起，从三方面阐释中医肿瘤学的内涵。中医治疗肿瘤可追溯自上古至春秋战国时代，在西汉至近代积累了许多抗癌方证方药，新中国成立后确定为中医学临床专科之一，随后羽翼渐丰。周教授指出，整体观念、辨证论治和以人为本是中医肿瘤学的学术特色和核心理论，这对形势日益严峻的恶性肿瘤治疗仍是一种较为先进的医学模式。而在中医药振兴的历史机遇前，中医肿瘤学科的发展则应“继承不泥古，创新不离宗”。中医人必须牢记中医肿瘤学的原创理论与特色，寻找治癌最佳对策，更好地造福广大患者。

第二位主讲者，澳大利亚阿德莱德大学中澳中医药分子研究中心的David L. Adelson教授报告“从复方苦参注射液与癌症化疗药物的相互作用中深入探讨复方苦参注射液的作用机制”他以复方苦参注射液为例，为我们带来关于基于转录组学进行药物-药物相互作用的分子机制的研究报告。Adelson教授以复方苦参注射液与化疗药物相互作用为研究方向，建立了基于转录组分析的体外药物-药物相互作用的分子机制的新途径。研究发现，MYD88可能是一个与复方苦参注射液与化疗药物相互作用高度相关的基因。该研究从分子机制上对于复方苦参注射液与化疗药物相互作用进行深入

分析，同时对于中药复方以及其与西药相互作用研究提供了新策略。

海军军医大学长海中医院院长凌昌全教授为我们带来“华蟾素注射液经肝动脉灌注治疗肝癌的临床研究”的报告。凌教授着重强调TAHE (transcatheter arterial herb-embolization) 在肝癌微创治疗中的优势，并分享团队最新研究结果：在中晚期肝癌治疗上，华蟾素注射液作为TAHE代表药物之一，与TACE相比，两者近期疗效相仿，但对于巨块型肝癌，TAHE术较TACE术疗效更显著；且在患者不良反应与安全性方面，TAHE术具显著优势。最后凌教授提出，中药在肿瘤微创治疗中的应用潜力巨大，值得深入研究和应用推广，并有望成为中国式抗癌新策略。

大会执行主席林丽珠教授分享“基于循证医学的中医药治疗肺癌临床与基础研究”的研究报告，林教授从中医理论体系、中西医结合临床研究以及分子生物学机理为大家详细回顾了广州中医药大学一附院肿瘤中心团队10年科研成果。临床研究结果显示在中晚期肺癌患者中，中医治疗疗效与化疗相当；在改善临床症状、提高生活质量方面优于西医治疗，且在改善化疗不良反应方面有显著优势。抗癌机理研究发现中医药具有多途径多靶点的作用优势，调控内质网应激/抑制PI3K/AKT通路是益气除痰方治疗肺癌的重要作用机制。林教授最后指出作为中西医结合从业人员，既要坚定对中医的信心，也应紧跟西医发展潮流，如此方能知己知彼，使中西医有机结合。

大会设有二个会场，第一及第二分会场，午餐时间都进行了卫星会议，多位学者发表了肿瘤治疗研究进展，治疗策略等相关报告。

午餐后进入专题报告时段，第一分会场由美国德州大学MD Anderson 肿瘤中心内科症状系 Xin Shelley Wang 教授首开序幕，他提出了中医“中医症状临床试验与测量”大数据研究这一新学科发展趋势。

暨南大学附属复大医院院长罗荣城教授

介绍其带领的团队在晚期NSCLC的免疫治疗方面的研究成果。解放军东部战区总医院全军肿瘤中心肿瘤内科主任华海清教授报告“中西医治疗肝癌研究进展”，重点提出优势互补、辨病与辨证相结合、局部与全身治疗相结合等中西医结合抗肝癌治疗的基本原则。华中科技大学同济医学院附属同济医院胸部肿瘤科主任陈元教授的“2019《CSCO肺癌指南》NSCLC更新及解读”从诊断、早期及局部晚期NSCLC治疗、晚期NSCLC治疗三方面详细介绍指南中的更新要点。“ALK阳性NSCLC全程管理”

广东省肺癌研究所副主任医师汪斌超教授主讲“ALK阳性NSCLC全程管理”介绍了ALK通路及其药物的发展历程，具体介绍了四代药物的相关研究成果。广州中医药大学一附院放疗科黎静教授的“晚期非小细胞肺癌以治疗目标为导向的放射治疗决策”介绍了放疗在NSCLC治疗中的重要地位并探讨了化疗有效的患者追加放疗的可行性。美国圣约翰大学生物技术研究院院长陈哲生教授详细介绍了对斑蝥素的结构修饰改造所得到的斑蝥酸钠及甲基斑蝥胺对肝癌细胞的作用及其机制研究。中科院上海药物研究所研究组长黄永焯教授介绍了团队基于脂质代谢等途径研究双重作用于TAM肿瘤细胞的治疗策略，提出了降低肿瘤耐药性的研究方案。中山大学附属肿瘤医院结直肠科陈功教授通过对晚期肠癌进行疾病评估，提出了改善晚期肠癌生存的关键因素以及相应转化治疗的基本策略。中山大学附属第六医院肿瘤内科主任邓艳红教授强调了三药联合贝伐珠单抗在治疗RAS突变型患者治

疗中的优势。

第二分会场专题报告由中日友好医院贾立群教授首先开讲，贾教授从食管癌的中西医认识、中西医病因病机等方面阐述了“食管癌的筛查和防治”。上海中医药大学附属龙华医院徐振晔教授报告“基于精气理论双黄升白颗粒防治肿瘤化疗骨髓抑制的研究与成果转化”通过基础研究和临床研究深入探讨了肿瘤化疗后骨髓抑制的核心病机“肾精肾气不足”及双黄升白颗粒的干预疗效和作用机制。

世界中医药学会联合会副会长赵英杰教授主讲“病证结合治疗肿瘤病的思考”，从中医辨证论治理论基础引入，提出中医肿瘤治疗努力把辨病辨证系统化、数据化，传承统一。北京中医药大学李杰教授从基础研究和临床试验两方面，对中医药用于治疗肿瘤的临床优势及分子生物学机制进行了全面阐述。浙江中医药大学肿瘤研究所副所长舒琦瑾教授开展了小样本临床观察，证实团队创立的手足宁方用于化疗或靶向治疗的手足综合征有理想疗效，目前正在开展前瞻性、开放性、多中心的临床研究。湖南中医药研究院附属医院蒋益兰教授分享了原发性肝癌血管介入中西医结合治疗的进展，并介绍了其医院团队目前中医药联合介入治疗的研究项目。中山大学三院吴伟康教授结合中药重剂序贯治疗子宫内膜间质肉瘤并自然受孕成功分娩的病例，介绍了子宫内膜间质肉瘤的定义及标准治疗方法。广西中医药大学附属瑞康医院肿瘤科练祖平教授通过“三气同步理论”及“三道两路理论”介绍了壮医对肿瘤的认识，重点介绍了壮医诊断肿瘤的特色。至此第十六届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会在大会主席致闭幕词后已成功圆满举办。

参考文献:

HYPERLINK <http://www.liangyihui.net/doc/50198>



2019年哈尔滨高级针灸研修班简报

新加坡 王晖闵

2019年4月15日晚上，我们1团26位同道们在中华针灸研究院郭忠福院长的带领下，浩浩荡荡、风尘仆仆从新加坡樟宜机场，搭乘酷航凌晨班机前往哈尔滨黑龙江中医药大学国际教育学院参加为期4日的“第八届新加坡针灸临床继续教育高级研修班”。

我们抵达哈尔滨后，黑龙江中医药大学国际教育学院安排我们这些“小羊们入虎口”，到东北虎林园观光。4A级旅游景区的东北虎林园是中国最早的东北虎保护机构，拥有各种不同年龄的纯种东北虎1300余只，是真正的“千虎之园”。除了东北虎，还可观赏到白虎、雪虎、白狮、狮虎兽、猎豹、花豹、金钱豹、非洲狮、孟加拉虎、黑色美洲虎、美洲狮等珍稀动物。考虑到要保住性命继续在哈尔滨进修，我们都不敢搭乘特殊的观光车“惊险一号”与东北万兽之王更近距离接触，而只是坐上安全的普通车观光。百闻不如一见，东北虎只只身形庞大，生龙活虎及凶猛。就一只小老虎闹情绪“吼”几声，除了把附近的白狮等动物吓得不安走动，连从来没听过老虎吼的笔者也被吓得六神无主。不过，相信对有去参观虎园的同道们来说也确实难得一听吧！

游览虎园大约1小时后，我们到附近的百货公司休息或逛逛。接着，前往“江北老于头”餐馆享用哈尔滨著名特产土灶煮松花江鱼及多样美味佳肴（自费）。

玩乐一天后，开始了我们来到哈尔滨的主要目的。这次的进修安排了临床和理论课。我

们一共分成3个小组，轮流上半小时的临床课后，再上理论课。课程安排如下：

4月17日

讲座（一）王东岩教授——穴位电刺激疗法在瘫痪治疗中的应用

讲座（二）程为平教授——“经筋针刺法”治疗中风后肢体精细动作功能障碍

4月18日

讲座（三）尹艳教授——实用中医健康评估方法及“养正除积法”的临床应用

讲座（四）滕秀英教授——延髓麻痹的针刺治疗

4月19日

讲座（五）周亚滨教授——柴胡加龙骨牡蛎汤在心血管疾病中的应用

讲座（六）宋春华教授——远近配穴法分区辨治神经痛

4月20日

讲座（七）陈英华教授——调督安神针刺法治疗顽固性失眠

讲座（八）李晓宁教授——应用特殊针法治疗痛症的临床心得

由于课程内容较多，故在此文章中只选择3个临床常见的内容，即讲座（五），（六）和（七）重点摘录。

讲座五：柴胡加龙骨牡蛎汤在心血管疾病中的应用

柴胡加龙骨牡蛎汤出自东汉名医张仲景所著的《伤寒论》第107条：“伤寒八九日，下之，胸满烦惊，小便不利，谵语，一身尽重，不可转侧者，柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”

柴胡加龙骨牡蛎汤的组成

柴胡四两，龙骨、黄芩、生姜(切)、铅丹*、人参、桂枝(去皮)、茯苓各一两半，半夏二两半(洗)，大黄二两，牡蛎一两半，大枣六枚。

*因铅丹有毒，所以临床常以珍珠母、代赭石、磁石、琥珀粉等代替。

现代临床常用剂量：

柴胡10g	龙骨30g	黄芩10g	生姜15g(3片)
人参10g	桂枝9g	茯苓15g	半夏10g
大黄3g	牡蛎30g	大枣10g(3枚)	

现代药理研究

柴胡有抗炎、抗菌、抗病毒以及镇痛、免疫调节的作用。

桂枝有利尿、扩张血管、降压、抗血小板聚集、抗凝血等作用。

牡蛎的作用有抗病毒、抗氧化、抗肿瘤、抗衰老、降血糖等，其所含有的牛磺酸成分还有降血脂、降血压的作用。

黄芩有解热、抗炎、抗病毒的作用，对心肌缺血再灌注损伤有保护性作用，同时还有抗动脉粥样硬化、抗血栓、降血压的作用。

生姜及其提取物具有治疗呕吐、抗氧化、改善脂质代谢、抗炎、抗急性肝损伤、降血糖、抗衰老、降血压、改善心脑血管系统功能等。

半夏具有延缓血小板聚集、抗心律失常的作用；其含有的β-谷甾醇和总生物碱还具有降血压和降血脂的作用。

人参有镇静和兴奋双向调节效果、可以降低术后疲劳感、强心和保护心肌、抗应激等多种作用。

桂枝有利尿、扩张血管、降压、抗血小板聚集、抗凝血等作用。

大黄有清除氧自由基、降血脂、抑制血管生成的作用。

茯苓的乙醚提取物有增加心肌收缩力的作用，所含的茯苓多糖有增强免疫功能的作用。

柴胡加龙骨牡蛎汤临床治疗心血管疾病

1. 冠心病

冠心病是动脉粥样硬化导致器官病变的最常见的疾病，临床表现为发作性心前区压榨性疼痛，常伴心悸、气短、汗出，甚至是喘息不得卧。

冠心病属于中医“胸痹”、“心悸”范畴，主要病机为心脉痹阻，病位在心，临床主要表现为本虚标实，虚实夹杂。

有实验证明了柴胡龙骨牡蛎汤能明显升高血清脂联素(APN)、改善心肌缺血、增加冠脉流量、抑制血小板集聚、清除冠状动脉内的血栓。

临床上对于冠心病患者，特别是伴焦虑状态的冠心病患者，柴胡龙骨牡蛎汤疗效显著。

验案：

患者，女，62岁，2018年12月3号初诊，胸痛、胸闷1月余，加重3天。未经系统诊治，遂来我院寻求中医治疗。刻诊：胸闷、胸痛，心慌，伴后背痛，活动后加重，头晕，急躁易怒，睡眠欠佳，饮食尚可，二便正常，舌尖边红，苔白根部微黄，脉沉细无力。中医诊断为“胸痹”。
血压：110/78mmHg

处方：

柴胡10g	桂枝10g	白芍20g
煅龙骨20g	煅牡蛎20g	山药20g
远志20g	香附30g	浮小麦30g
郁金15g	枳实10g	木香10g

柴胡10g	桂枝10g	白芍20g
煅龙骨20g	煅牡蛎20g	山药20g
远志20g	香附30g	浮小麦30g
郁金15g	枳实10g	木香10g

七剂 水煎服

二诊：服药后患者胸痛、胸闷症状缓解，睡眠好转，现自觉乏力，头晕，余无明显不适。

上方加黄芪30g，党参15g，天麻15g

七剂 水煎服

2. 心律失常

心律失常临床分为快速型心律失常和缓慢型心律失常，是临床常见的心血管系统疾病，严重者可导致血流动力学障碍，甚至发生猝死。

心律失常属于中医“心悸”、“怔忡”范畴，主要病机为气血阴阳亏虚，心失所养，或邪扰心神，心神不宁，病位在心，与肝、脾、肾、肺四脏密切相关。

相关临床研究表明柴胡加龙骨牡蛎汤加减能明显改善室性期前收缩患者的中医症状，有效减少患者室性期前收缩的次数，以及改善患者的生存质量。

验案：

患者，男，51岁，2019年2月25号初诊，心慌、胸闷、气短半月余。未经系统诊治，遂来我院寻求中医治疗。刻诊：心慌、胸闷、气短，伴汗出，活动后加重，头晕，急躁易怒，睡眠欠佳，饮食尚可，二便正常，舌边尖红，苔白根部微黄，脉沉细无力。中医诊断为“心悸”。
血压：110/78mmHg

处方：

柴胡10g	桂枝10g	白芍20g
大黄5g	煅龙骨20g	煅牡蛎20g
乌梅炭15g	黄芪50g	党参15g
远志20g	茯神30g	夜交藤30g
甘松15g	炙甘草15g	

法半夏15g	黄芩15g
焦栀子10g	五味子15g
防风15g	酸枣仁30g
百合30g	知母15g

七剂 水煎服

二诊：服药后患者诸证均减轻，现偶有头晕，上方加石菖蒲30g

七剂 水煎服

讲座六：远近配穴法分区辨治神经痛

远近配穴法

1.近部选穴是指选取病痛所在部位或邻近部位的腧穴。

这一选穴原则的依据是腧穴普遍具有近治作用的特点，体现了“腧穴所在，主治所在”的治疗规律。例如：眼病取睛明、耳病取听宫、鼻病取迎香等。

近部选穴适用于所有病证，尤以经筋病和筋骨病最为常用。

例如：面瘫属阳明经筋病，宜首取面部穴位；颈椎病、腰椎间盘突出症、膝骨性关节炎、网球肘、踝关节扭伤等筋骨病也都应取局部穴位为主。

2. 远部选穴是指选取距离病痛较远处部位的腧穴。

这一选穴原则的依据是腧穴具有远治作用的特点，体现了“经脉所过，主治所及”的治疗规律。例如：耳鸣取中渚；巅顶头痛取太冲

远部选穴在针灸临床上应用十分广泛，尤以在四肢肘膝关节以下选穴，用于治疗头面、五官、躯干、脏腑病证最为常用。

“四总穴歌”之“肚腹三里留，腰背委中求，头项寻列缺，面口合谷收”更是远选穴的典范。

神经痛的针灸治疗

1. 三叉神经痛

三叉神经痛是指一侧面部剧痛或伴痉挛为主要表现的病证。又称“面风痛”或“面颊痛”。

病因

1. 有些神经纤维脱髓壳或髓壳增厚、轴索变细或消失;
2. 部分患者颅后凹小团异常血管团压迫三叉神经根或延髓外侧面(手术可治愈)。

临床表现

主症: 面部疼痛, 常伴肌肉抽搐、面部潮红、流泪、流涎、流涕等;

三叉神经分布区域的疼痛特点:

1. (性质)突发性剧痛。(阵发性、闪电、刀割、针刺、烧灼样剧痛)
2. (时间)每次发作数秒或1-2分钟, 每天可发作数次。
3. (诱因)常因洗脸、刷牙、进食、说话等诱发。
4. (兼症)病侧面部潮红、面肌抽搐、流泪、流涕、流涎。
5. (体征)病侧三叉神经分布区皮肤或有潮红, 局部压痛。
6. (间歇期)无临床症状。

针灸治疗

取穴:

眼支痛: 近部: 鱼腰、头维、攒竹;

远部: 昆仑;

上颌支痛: 近部: 下关、迎香;

远部: 合谷、内庭;

下颌支痛: 近部: 颊孔、下颌孔、悬厘,

远部: 后溪;

操作: 毫针泻法, 寒证加灸。

1. 先取远端, 后取局部;

2. 远端强刺激, 局部弱刺激深刺, 久留;

3. 可配合电针、理疗;

2. 坐骨神经痛

坐骨神经痛是指多种病因所致的沿坐骨神经通路及分布区(腰、臀、大腿后侧、小腿后外侧及足外侧)以放射性疼痛为主症的疾病。

坐骨神经由腰神经和骶神经组成。来自腰4 - 腰5神经和骶1 - 3神经根。坐骨神经是全身最大的神经。于梨状肌下缘出骨盆, 行于臀大肌深面, 经坐骨结节与大转子连线的中点, 下行至腘窝, 分为胫神经和腓总神经。

分类:

根据病因可将坐骨神经痛分类为原发性和继发性。

原发性:

也称坐骨神经炎, 原因不明, 可能与受凉、感冒、鼻窦、扁桃腺感染, 侵犯神经根周围神经外膜致间质性神经炎有关, 常有肌炎或纤维组织炎;

继发性:

其通路受周围组织或病变压迫或刺激导致, 较常见, 根据受损部位分为根性和干性。根性坐骨神经痛较多见, 多因椎管内疾病及脊柱疾病所致, 病位位于椎管内脊神经根处。干性坐骨神经痛则因髋关节炎、骶髂关节炎、臀部损伤、盆腔炎、及肿物、梨状肌综合征等所致; 病位见于椎管外沿坐骨神经走行部。

临床表现:

主症: 腰或臀、大腿后侧、小腿后外侧及足外侧出现放射性、电击样、烧灼样疼痛。

辨经:

足太阳经证: 无明显腰痛, 疼痛以大腿、小腿后侧为主, 腘窝及腓肠肌压痛(++); 或自腰部

向一侧臀部、大腿后部放散为主，腰臀部、腘窝 附近压痛(++);

足太阳、少阳经证：疼痛自腰部或一侧臀部向大腿后部、小腿外侧、足外侧放散，委中、阳陵泉、昆仑附近压痛(++);

针灸治疗

取穴：

1)足太阳经型：近部：腰夹脊 阿是穴；远部：委中 承山 昆仑 涌泉

2)足少阳经型：近部：腰夹脊 阿是穴；远部：环跳 阳陵泉 悬钟 丘墟

操作：环跳、委中以出现沿臀腿部足太阳经、足少阳经向下放射感为佳；腰部穴位可加刺络拔罐；腰、下肢穴均可用电针。

讲座七：调督安神针刺法治疗顽固性失眠

失眠的分类中，顽固性失眠是一种常见病，与继发性失眠相比，它的治疗难度更大。顽固性失眠往往由于心理因素引起，临床主要表现为入睡困难及维持睡眠困难，日间疲倦感，夜晚越想尽快入睡越难以入睡，加重心理冲突，产生紧张焦虑、情绪不稳、过度担心，自觉痛苦更导致失眠，形成恶性循环。顽固性失眠属于中医“不寐”范畴。

陈英华教授介绍燕赵高氏针灸学术流派燕赵调督脉系列针法的“调督安神针刺法”治疗顽固性失眠。调督安神针刺法从选穴处方、下针顺序、手法补泻等方面调整督脉、镇静安神、滋水涵木、调和心神、健脾和胃、安神之（求）本的特点。

取穴：百会、印堂、神庭、四神聪、安眠、神门、太冲、太溪、中脘、天枢、阴陵泉等。

操作方法：采用0.3x40mm华佗牌一次性无菌针灸针，首先针刺天枢、中脘、阴陵泉，

然后针刺百会、印堂、神庭、四神聪、安眠，最后针刺神门、太冲、太溪等原穴。

针刺以得气为度，虚证留针：15-20min/次/d,实证留针：30-40min/次/d,每周治疗6次，共治疗4周。

总的来说，调督安神针刺法的治疗着眼点是督原同用，健脾和胃，调和心神。再辅以四神聪、安眠穴等调和营卫，调整脏腑，胃和神安的作用。

陈教授也强调尤其在治疗因情志不舒或紧张而造成的不寐，必须帮助患者消除顾虑及紧张情绪，保持精神舒畅。故在以上列出治疗失眠的穴位为基础外，再针刺头部“情感区”结合孙申田教授的孙氏腹针疗法之“腹一区”。

“情感区”位于印堂穴直上2.0cm，向后平刺25-40mm深，目内眦直上平行于该针两旁各一穴，均向后平刺25-40mm深。该穴区相当于大脑额叶的前部，大脑额叶受损各种原因导致大脑额叶的功能障碍均会表现出一定的精神症状。因此，治疗神志疾病取“情感区”，同时配以百会、印堂穴（位于大脑额叶的额极部），能够对精神障碍性疾病起到很好的调节及治疗作用。

“腹一区”即剑突下0.5寸及左右旁开0.5寸，共3穴，向下平刺1.5寸深，其治疗失眠、情感障碍、抑郁、焦虑及精神方面的各种疾病均有较好疗效。孙氏腹针疗法是以腹部是人类的第二大脑即腹脑学说和脑肠肽理论为基础，把腹部看做是大脑的全息影像，参考西医学大脑皮层机能定位理论在腹部选取穴（区），通过影响脑肠肽的分泌、释放和利用，对大脑相应部位进行对应性的调节，促进或改善大脑的功能使腹脑与大脑和谐配合，达到治疗疾病的目的。

孙教授认为“腹一区”相当于大脑的额极部，与头穴的“情感区”相似，两区配合运用可以很好地调节人的精神意识及思维活动，以达安神解郁，宁神定志之功。

美食与玩乐

上课之余，我们也不忘娱乐，每当下课后都各自组队到处吃喝玩乐。4天课程结束之后，黑龙江中医药大学国际教育学院为我们举行了简单的结业典礼。结业典礼后，照样不忘玩乐，召集到18位同道一起到郊外享用烤全羊大餐。烤全羊大餐最精彩的部分就是郭院长装扮成“蒙古王爷”启动开羊仪式，清代称为“诈马宴”。在色、香、味、浓烈的民族风味和欢笑中完美地结束我们在哈尔滨的北游记。



2019年黑龙江高级针灸研修班

当然，除了烤全羊，笔者也要在此推荐一些哈尔滨道地美食，特产和景点，仅供参考。本人认为值得品尝的哈尔滨道地美食有锅包肉，酱骨棒，拉皮，俄罗斯

餐和大名鼎鼎的马迭尔冰棍。特产有大列巴（巨大面包，外硬内软），格瓦斯（面包发酵饮品）和红肠。景点方面，一定要去索菲亚大教堂（很遗憾，4月份时索



新加坡针灸临床继续教育高级研修班合影



菲亚大教堂内部在维修中，只能看到外观）参观。索菲亚大教堂附近的中央大街是哈尔滨最繁华的商业街，这条拥有超过百年历史的商业街荟萃着许多经典的欧式建筑，开满了各种百货商店，每到夜晚整条街被灯光渲染

得流光溢彩，是哈尔滨必游之地。来到哈尔滨，怎么可以不到松花江游览散步呢？还可以顺便在防洪纪念塔前拍照留念。

快乐的时光飞逝，在哈尔滨短短几天，除了认真上课，吸取知识，到处吃喝玩

乐外，还经历沙尘、大雨、突然降低的气温等。虽然天有不散之筵席，笔者期待中华针灸研究院举办下一届高级研修班，同道们可以再次相遇相识，一同“取经”，一同吃喝玩乐。

海口相聚，共话脾胃

记第十届国际消化病学术大会会议实况

新加坡 何宇瑛

2019年5月16-18日由世界中医药学会联合会消化病专业委员会主办，海南省中医院、海南省中医药学会、首都医科大学附属北京中医医院承办的“第十届国际消化病学术大会”在海口市顺利召开。

本次会议旨在打造一个高水平的消化病中西医研究学术交流平台，搭建临床与基础、预防与治疗等多学科交流的桥梁，促进海内外中医防治消化系统疾病水平的共同提高。

开幕式由本次大会主席，世界中医药学会联合会消化病专业委员会会长、首都医科大学附属北京中医医院首席专家、消化中心主任张声生教授主持，本次会议特邀国医大师杨春波教授、上海交通大学医学院附属仁济医院陈胜良教授、中国人民解放军第七医学中心盛剑秋教授及张声生教授等60余位中、西医消

化病名家分别就“消化病中医病名的文献检索”、“对应胃肠黏膜炎症与神经调控的临床用药”、“大肠癌的筛查要点及内镜下治疗”、“溃疡性结肠炎的治疗难点和中医药干预”等进行了主题发言，且分别设立特邀报告、专题报告、经方治疗脾胃病、各家学派脾胃病临证经验论坛、疑难病例讨论、研究进展论坛、青年论坛等7个单元，主题发言就国内外学术前沿、最新研究成果和本领域热点问题探讨，研究进展论坛着眼于国家层面科技最新研究动态及思路，经方论坛重点讨论了中医治疗脾胃病的临床运用，各家学派脾胃病临证经验论坛分别从燕京流派、岭南派、海派、孟河医派、吴门医派等总结梳理脾胃病名家学术思想，疑难病例讨论特别针对临床疑难复杂进行学术探讨，青年论坛展现了青





年中医药学者的风采。来自世界各地**500**余名专家及学者参加了本次会议，本次会议着重强调实用性，切实做到让每一位参加人员确有收获，会场气氛十分热烈，讲座场场爆满，热闹非凡，体现了近几年少有的浓郁的学术气氛和热烈讨论的场面，在紧跟现代医学发展前沿的同时充分回归中医特色，中午及傍晚的讲座结束后大家久久不愿离开会场，依旧沉浸在学术讨论交流的氛围中。

为了更好地推动区域诊疗中心在脾胃病行业的引领作用，提升全国脾胃病专科临床诊疗服务能力及学术水平，促进脾胃病专科协同发展，搭建广阔学术交流平台，**2019年5月16日**由首都医科大学附属北京中医医院首席专家、消化中心主任张声生教授及江苏省中医院消化科主任沈洪教授共同牵头，联合中国中医科学院西苑医院、广州中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、辽宁中医药大学附属医院、武汉市中西医结合医院、陕西中医药大学附属医院、贵阳中医学院第一附属医院共**9**家三甲医院消化科，在海南省海口市召开“国家脾胃病区域诊疗中心联盟”成立仪式。

1. 大咖云集，共享专题报道

邀请国医大师，行业大咖，学术新秀带来最新中西医诊疗消化系统疾病最新进展。

2. 脾胃病经方论坛

邀请经方名流倾囊相授经方治疗脾胃病经验，小经方彰显大魅力，体会中医原汁原味。

3. 流派传承脾胃病经验论坛

燕京医派张声生教授认为“百病皆由脾胃虚而生”，“脾胃病治之以甘”。燕京医派的姜良铎国医名师提出治疗脾胃病角药的配伍特点，药物四气五味的配伍运用，心甘相合，可以发散如防风，荆芥，甘草；苦温相伍，能够燥湿，如厚朴，苍术，陈皮。药物升降浮沉的性用不同，治法有变理升降，平衡阴阳，因势利导。如心胃之火上炎，口腔糜烂，口气臭秽，小便短赤，大便秘结，药物可选大黄，黄芩，黄连，为上病下去之法。如小便不通，少腹胀急，药物可选杏仁，紫菀，桔梗，为下病上取之法。也指出部分脾胃病常用角药有多种，清热角药如：柴胡、黄芩、枳实；黄连、吴茱萸、石斛；化痰角药如陈皮、半夏、茯苓；化湿角药如：苍术、厚朴、薏苡仁；黄



张声生会长(左四)大会秘书(左一)与新加坡同道合照

连、厚朴、栀子；补益角药如：黄精、上药、山茱萸；理气角药如：九香虫、刺猬皮、苏梗等等，角药配伍特点针对病位，病因和病机，三药配伍，协同增效，相互制约，相互兼治。

岭南医派认为，岭南地域脾胃病的常见中医证型：湿证。湿邪有外湿和内湿，湿邪进入人体后有寒化和热化。湿先伤脾，木虚肝实，治疗注重调和肝脾。

吴门医派重视脾胃气机升降，如胃食管反流病发病与脾胃气机，肝肺气机升降失司有关，如胃食管反流病的治疗以调脾，胃，

肺，肝气机的平衡能有良好疗效。

还有孟河医派，海派等传承人分享各流派脾胃病的经验及特色，百家拾萃，众杰争鸣。

为期3天的第十届国际消化病学术大会圆满结束，并选定了明年会议在新疆举行。

大家聆听专家经验的分享，很充实，海口一聚，加强了学术交流，中医药的开拓和

发展，有耳目一新的感觉，值得回味，期待着明年新疆会议。

分享栏目

石学敏院士针灸临床常用腧穴配方

新加坡·陈蓓琪

前言

最近有朋友传给我一份资料，是关于石学敏院士针灸临床常用腧穴配方，仔细研究了一下，并在临床上进行了实践，觉得对针灸临床有很大帮助的，在此转载与大家分享，在空闲时间也可以拿来参考一下，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大多是从网上转载的，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，或者也想分享一些心得和资料的话，欢迎大家踊跃来信和投稿，谢谢！

石学敏院士针灸临床常用腧穴配方

百会：

配①四神聪 — 神经衰弱，尤其失眠症。

配②风池 — 后头痛，巅顶痛即血管性头痛。

配③关元、三阴交 — 子宫脱垂（阴挺）。

配④灸百会一穴 — 治美尼尔氏综合征（眩晕）加二间效更佳。

上星：

配①上星透百会，头维透角孙、四白 — 血管性痴呆。

配②攒竹、肝俞 — 球结膜炎。

配③头维、四白 — 帕金森氏病。

配④风池 — 鼻出血（倒经）、（血管硬化的鼻出血）。

人中：

配①内关、三阴交、委中、极泉、尺泽 — 中风或中风后遗症。

配②内关、气舍 — 中枢性呼衰。

配③内庭、天突 — 膈肌痉挛。

配④内关 — 各种痛症止痛。

配⑤内关 — 一氧化碳中毒窒息休克。

配⑥足三里、人迎 — 可调高血压，低血压，既能降血压，又能升血压。

关元：

配①灸关元穴有增加机体免疫机能，对各种因免疫低下所导致的疾病有效，一般喘症、性功能减退、风寒湿痹。

配②灸关元、针神门、承山 — 脱肛。

配③灸关元、针三阴交 — 胎盘滞留，膀胱炎。

配④蠡沟 — 阴道滴虫或感染性阴道炎。

中极：

配①三阴交、次髎 — 痛经，月经不调。

配②三阴交 — 无卵月经。

配③秩边 —— 前列腺炎或肥大。

配④三阴交、阴陵泉、肝、胆、脾俞 —— 糖尿病及其所导致膀胱残余尿。

中脘:

配①四白、后溪、申脉、长强 —— 癫痫。

配②梁门、天枢、水道、关元、足三里 —— 胃下垂。

配③太冲、内庭 —— 慢性胃炎。

配④肝俞、脾俞、足三里 —— 胃、十二指肠球溃疡。

配⑤人中、内关、下巨虚 —— 癔病性呕吐，厌食、哮喘。

太冲:

配①合谷 —— 高脂血症。

配②合谷、四神聪 —— 烦躁症。

配③阳辅、睛明 —— 眼底动脉出血。配④阴陵泉 —— 黄疸性肝炎。

配⑤阴陵泉、足三里 —— 慢性肝炎。

风池:

配①完骨、天柱 —— 治脑缺血性疾病，如椎基底动脉供血不足，脑梗塞，缺血性的延髓及假性延髓麻痹。

配②风府 —— 视神经缺血性萎缩症。

配③颈夹脊刺 —— 治疗颈椎综合症，颈性耳鸣，颈性眩晕，颈性头痛。

配④大椎刺络、足三里、合谷、孔最 —— 外感。

环跳:

配①大肠俞、阳陵泉、委中 —— 坐骨神经痛。

配②足三里、解溪、三阴交 —— 下肢麻痹及肌萎缩性疾病。

配③此穴是主治梨状肌损伤要穴。

阳陵泉:

配①日月、丘墟、肝俞、胆俞 —— 胆结石、胆囊炎、胰腺炎。

配②阴陵泉 —— 肩凝症（肩关节周围炎）。

配③绝骨加局部排刺 —— 颈前肌萎缩症。

配④委中、阴陵泉 —— 腓总神经损伤。

足临泣:

配①外关 —— 耳鸣。

配②人中、听宫 —— 耳聋。

配③支沟 —— 肋间神经痛。

内关:

配①足三里 —— 增强心功能，治疗病窦综合征。

配②心俞、膈俞、肺俞 —— 冠心病。

配③神门、大陵 —— 心动过速。

外关:

配①加局部取穴治疗网球肘。

配②大肠俞、合谷、飞扬、人中 —— 风湿痹痛。

配③大椎刺络、丰隆 —— 疟疾。

配④膻中、乳根刺络 —— 乳腺增生。

委中:

配①大肠俞、次髎、秩边 —— 马尾神经损伤。

配②三阴交 —— 中风下肢不遂。

配③丘墟透照海 —— 足内翻。

秩边:

配①治疗阳痿、遗精、早泄、不射精症等男性及女性功能障碍要穴。

配②治疗下肢瘫痪、疼痛要穴。

配③治疗前列腺炎、肥大及各种原因引起的尿潴留要穴。

配④治疗女性阴道疾病的常用穴位。

大肠俞、肾俞：

配关元俞、次髎 —— 慢性肠炎（五更泻），慢性痢疾，盆腔炎，子宫内膜异位症，各种原因引起的腰痛。

胆俞：

配肝俞、膈俞、脾俞 —— ①胰腺炎、胆结石及炎症引起的痛症，胃痉挛，及胃、十二指肠痛症；②糖尿病、胃下垂；③胃肠功能紊乱。

肺俞、膈俞：

配大椎、心俞加刺络放血 —— ①支气管炎，过敏性哮喘；②心血管疾病，尤其对冠心病效佳。

攒竹：

配①太阳、丝竹空 —— 三叉神经痛第一支痛。
配②下关、四白 —— 三叉神经二、三支痛。
配③迎香、四白 —— 鼻窦炎。
配④丝竹空、申脉 —— 眼睑下垂。

后溪：

配①大椎加刺络放血法 —— 臂丛神经痛。
配②尺泽、极泉 —— 尺、桡、正中神经麻痹。
配③绝骨 —— 颈部肌肉损伤（落枕）。
配④申脉、印堂 —— 癫证。

三阴交：

可治疗各种原因引起的痛经和调理月经的作用。
配①中脘、内关、印堂、百会 —— 治疗郁证。
配②阴陵泉 —— 低蛋白浮肿，早期肝硬化水肿，淋巴管阻塞性下肢浮肿。
配③归来 —— 输卵管原发或继发性不

孕症。

足三里：

配①丰隆 —— 治疗各种原因引起的便秘。
配②灸足三里一穴 —— 治疗各种免疫功能低下引起的疾病。
配③风池、四白、哑门 —— 多发性硬化症，帕金森氏症。
配④曲池、风池、大椎、中脘、三阴交 —— 运动神经元疾病（早期效佳）。
配⑤天枢、中脘 —— 治疗脾胃不合诸症，消化不良，胃脘痛，胃、十二指肠球溃疡，各种慢性胃炎。

太渊：

配①列缺、孔最 —— 急性支气管炎。
配②人迎 —— 无脉症。
配③太冲、球后 —— 视神经萎缩。

合谷：

配①四神聪，加局部刺络 —— 面积痉挛。
配②阳白、太白、四白及经筋刺法 —— 面神经麻痹后遗症（病久6个月以上经各种方法治疗不愈病例）。
配③此穴为外感、神经系统、消化系统疾病常用的配穴。

曲池：

配①加局部刺络放血 —— 网球肘。
配②极泉、尺泽、合谷 —— 上肢麻痹病（尺、桡、正中神经损伤）。
配③上巨虚 —— 急性菌痢、肠炎。

天枢：

配①曲池、风池、大椎、血海 —— 过敏疾患、荨麻疹等皮肤病。
配②内庭 —— 小而消化不良，厌食症。
配③丰隆 —— 驱蛔虫作用。

人迎:

配①太溪、冲阳 —— 风湿性动脉炎。

配②气舍 —— 颈动脉供血不全诸症。

配③局部围刺法、照海 —— 甲状腺机能亢进和低下及单纯性肿大。

涌泉:

配①劳宫 —— 指压法，改善中老年人血液循环，从而治疗周围血管循环。

配②趾端刺络放血 —— 烦躁症。

配③劳宫、人中、丰隆、间使 —— 精神分裂症。

配④指压劳宫、涌泉、印堂 —— 疲劳综合症，并能增加机体免疫能力。



《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7月30日

顾问 赵英杰 林秋霞

编印 新加坡中医公会

主编 王美凤(宣传出版组主任)

副编 潘虹陵(宣传出版组副主任)

编委 梁桂贤 王木瑞 陈蓓琪
林英 郑爱珠

刊名题字 杨松年

出版 新加坡中医公会
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)004/06/2019

国际刊号 ISSN : 0219-1636

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

代理 长河书局
书城音乐书局

定价 5.00新元

版权所有 翻印必究

ISSN 0219-1636



9 770219 163001 >



新加坡中医公会

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

