

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

60

7月 • July 2026



本期之药
肉苁蓉

为列当科植物干燥带鳞叶的肉质茎，性味甘、咸，温，归肾、大肠经，具有补肾阳、益精血、润肠通便等功效，用于治疗肾阳虚衰、精血亏损、腰膝冷痛、耳鸣目花、带浊、尿频、崩漏、不孕不育和肠燥便秘等病症。



新加坡中医师公会

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

第 23 届世界中医药大会

2026 年 10 月 17 至 18 日，新加坡莱佛士城会议中心

论文征集通知（新加坡）

（一）征文内容

1. 中医药基础理论研究；
2. 临床研究；
3. 中药研究；
4. 针灸推拿研究；
5. 中西医结合研究；
6. 中医药国际化、信息化研究；
7. 中医药在各国的发展及立法情况，各国中医教育动态、教育制度现状及科研情况；
8. 中医药文化与非物质文化遗产保护；
9. 民族医药发展和研究；
10. 中医药服务贸易理论研究与实践及经验交流。

（二）撰写要求

1. 论文所反映的信息和学术成果须是 2020–2025 年完成的；原则上第一作者每人限投一篇论文。论文请勿涉及保密内容，请作者确保论文内容的真实性和客观性，文责自负。
2. 论文必需提交中英文摘要（中文不超过 300 字），也可提交全文，全文字数（不含参考文献）不超过 3000 字。中文用宋体，英文用 Times New Roman。

（三）收录要求

1. 大会参会者均可提交论文。所有来稿均提交学术专家组评审，合格者将编入大会论文摘要汇编（电子版）；录用结果将通过邮件方式通知。
2. 论文摘要汇编（电子版）为大会成果，不录入各大索引数据库。
3. 仅提交论文但不注册参会者，论文将不被大会论文集收录。
4. 论文投送截止日期为 2026 年 8 月 27 日，发送论文至邮箱 assoc@singaporetcm.com，邮件主题为“第二十三届世界中医药大会论文+姓名”。
5. 参会代表有意向做现场口头报告，请在发送论文时，邮件主题标注为“第二十三届世界中医药大会论文口头报告+姓名”。经大会学术专家组审核后推荐为报告。现场口头报告必须报告内容与论文内容保持一致。报告会场和日程由大会组委会根据整体日程进行安排。

临床 / 综述

1. 腹痛便血中医诊疗医案二则 / 新加坡 · 李明姝	2
2. 从血瘀论治慢性湿疹的理论探讨与临床体会 / 新加坡 · 卓扶蓉	8
3. 针灸治疗癌痛证临床辨析 / 新加坡 · 杨昌志	12
4. 老年不寐与夜尿频的中医辨证论治 / 新加坡 · 陈有珊	17
5. 胆囊切除术后综合征的中医治疗 / 新加坡 · 何宇瑛	22
6. 从足论膝：足弓失衡所致膝痹的诊疗思路 / 新加坡 · 陈源彬	26
7. 胃苓汤治疗慢性泄泻的临床应用体会 / 新加坡 · 李月香	29

学术探研

1. 基于数据挖掘的新加坡地区结直肠癌中医用药规律研究 / 新加坡 · 朱奕达	33
2. 从“扶正固本”治疗肿瘤到“固本清源” / 新加坡 · 曾玉珠	44
3. “五体痹”理论与“五刺法”临床应用探讨 / 新加坡 · 王美凤	50
4. 比较中医西医诊治三型糖尿病的思维和进展 / 新加坡 · 张达开	55
5. 中医药治疗双相情感障碍的研究进展 / 新加坡 · 刘诗琦	66

医疗管理

1. 中华医院在现代医疗环境下的转型与管理路径 / 新加坡 · 许文楷	71
-------------------------------------	----

新加坡杏林人物志

1. 君子爱人以德——陈祖云先生传略 / 新加坡 · 林英	77
-------------------------------	----

学术交流

1. 传统与现代的融合的创新记 ——成都中医药大学高级针灸研修班学习纪实 / 新加坡 · 张友华	79
2. 承古开新，明目致远——第三届燕京韦氏眼科学术传承与 国际中医眼科学术会议暨眼病三联九针法培训班纪实	81
3. 群贤毕至，共探中医专病发展新方向 ——2026年新加坡中医专病组高峰论坛侧记 / 新加坡 · 林英	84

甘醇共享

1. 《伤寒论》中的三阳三阴 / 新加坡 · 谢斋孙	87
2. 抓主流学习 / 新加坡 · 李金龙	89

知识库—分享栏目

1. 失传的营养学——远离疾病 6 / 新加坡 · 陈蓓琪	91
-------------------------------	----

腹痛便血中医诊疗医案二则

李明姝（新加坡）

【前言】便血是中医临床常见病、多发病。本文所举一案为近血，另一案为远血，二者皆属本虚标实之证，且病情较为紧急。医案一以祛除湿毒为主，恢复胃肠正常功能；医案二以养胃为主，修复胃黏膜。二者均通过调整机体功能，使身体自然达到止泻、止痛、止血的效果。

便血是指排便时粪便中混有血液，或排便后肛门出血的现象。血液可呈鲜红色、暗红色或黑色（柏油样便），其颜色与出血部位及出血速度有关^[1]。中医认为，便血系胃、肠脉络受损，以血液随大便而下，或大便呈柏油样为主要临床表现^[2]。

一般而言，上消化道（包括食管、胃、十二指肠、上段空肠，以及胰管和胆道）出血所致之便血，属于中医血证中“便血（远血）”范畴，是中年人常见的内科急症之一。病情较轻者以黑便为主要临床表现，其常见病因包括消化性溃疡、急慢性胃炎，尤其是出血性糜烂性胃炎、胃黏膜脱垂、十二指肠球炎，以及胃肠胰胆等器官肿瘤、胆道疾患，和某些全身性疾病，如血液病、尿毒症等^[3]。

而下消化道（肛门、直肠、结肠）出血，则属于中医血证中“便血（近血）”范畴，表现为鲜红色或暗红色血液随粪便排出，或从肛门直接滴血。此多由结肠、直肠、肛门疾病所致，如痔疮、肛

裂、憩室病、炎症性肠病（IBD）、息肉或肿瘤等^[4]。

便血为中医内科常见病、多发病之一，临床研究颇多^[5]。本文中一案为近血，另一案为远血，两案患者皆腹痛明显，紧急求医。虽具体病位、病因不同，但经中医辨证施治后，皆能迅速减轻疼痛并达到止血效果，且疗效稳定，患者满意度高，特记录如下，以供同道参考。

医案一：腹痛腹泻治疗后，调养不当致便血（近血）

病人基本信息：陈某某，女，48岁

初诊日期：2025年12月20日下午

主诉：腹痛3小时，伴腹泻（此时尚未发现便血）。

现病史

今日中午食用杂菜饭后1小时，出现腹部发胀、绞痛，伴冷汗、腹泻3次、欲呕，想打嗝却打不出，并伴头痛。自服行军散效果不显，于是由家属陪同前来就诊。患者素体较虚，对外界刺激较敏感。

既往病史

- 1、素有贫血；
- 2、2020年行子宫切除术（因月经过多）；
- 3、双侧肾结石；
- 4、多处脂肪瘤切除史。

四诊情况

望诊：面色苍白，难以直立。舌淡红，苔白腻。

闻诊：语声低微，说话费力。

切诊：腹部膨隆，皮肤正常，脐周及小腹稍有抵抗，压之不舒，无反跳痛，其余腹部柔软，无明显压痛及反跳痛。脉弦滑，并有下冲趋势，以关尺部尤为明显。

诊断

西医辨病：急性肠胃炎（主要病位在肠）

中医诊断：腹痛、腹泻

辨证：湿毒蕴结，气机不利。

辨证分析

从既往病史可知，患者平素气血亏虚，运化功能不足。此次因饮食不洁，湿毒损伤脾胃，故见腹泻频作、欲呕；脾主大腹，湿阻气机，故腹胀；不通则痛，故脐周及下腹疼痛明显，甚则难以直立，并伴冷汗。苔白腻提示湿邪中阻；弦脉主痛，滑脉主湿，关尺部尤显，提示病位主要在中下焦；脉有下冲之势，提示腹泻尚未停止；气血下行，头部失养，故头痛；多次腹泻骤然耗气，故面色苍白、语声低微。

本病属本虚标实。虽起病急骤、症状较重，但患者就诊及时，精神状态尚可；虽泄而无吐，暂无脱水风险；腹部切诊无板状腹及反跳痛，故仍属中医可接诊范围。

治法

祛除湿毒，理气和中。首诊制定四种具体疗法，当场进行三项：

1、药物治疗

处方：半夏泻心汤合温胆汤，加白术、藿香、白芷、紫苏、大腹皮、厚朴、乌药、延胡索等。

半夏泻心汤中，黄芩、黄连清热燥湿；半夏、干姜辛开散结；人参、甘草、大枣补益中气。全方辛开苦降，和胃降逆，调和虚实，为本次治疗主方。

温胆汤理气和胃，其中二陈汤和胃止呕止泻，竹茹清热止呕，枳实行气，与半夏泻心汤合用，可增强疗效。白术配茯苓健脾益气、渗湿止泻；藿香芳香化湿；白芷行气燥湿，又为阳明经引经药，善治头痛；紫苏、大腹皮、厚朴行气化湿、宽中消胀；乌药、延胡索行气止痛。

全方共奏行气化湿、健脾和胃、止泻止痛之功。

2、针灸治疗

处方：中脘、气海、关元、双侧天枢、大巨、合谷、阴陵泉、足三里、头维、中

腕、气海、关元既符合局部取穴要求，又为宽中理气、补气行气之要穴；天枢、大巨健脾理肠；合谷理气止痛；阴陵泉健脾利湿；足三里为胃经下合穴，是健脾和胃要穴；头维为阳明胃经头部要穴，可改善胃经气血上输不利所致头痛。

3、心理治疗

给予安慰与鼓励，以安定情绪，解除紧张与担忧。

4、疗程

让患者先服上述颗粒剂一次，约5分钟后即打嗝顺畅，腹胀减轻；随后平卧放松，再施针，并配合神灯照射半小时。治疗后腹痛及头痛当场消除，精神明显改善，语声清晰响亮。

随后制定食疗方案，嘱其当晚以山药、薏仁、莲子、芡实、茯苓粉加入白米粥中为晚餐。三日内饮食宜清淡软烂、易消化，可适当减少进食量，以助肠胃恢复。

当晚患者自觉已痊愈，遂正常进食饭菜及鱼肉。晚8时30分腹痛复作，疼痛明显，并出现大便失禁，排出鲜红色全血，夹有小血块（见图1），同时体温略升高。

患者家属急忙来电告知，我嘱其立即再服上述中药一次，并静卧休息，配合调息（鼻吸口呼，延长呼气时间）。同时交代：若20分钟后腹痛加剧、便血增多、血色鲜红，或体温继续升高，则须立即前往医院急诊。



图1 便血（近血）

服药后，患者腹痛迅速缓解，不再便血，也无泄泻，仅觉微热及乏力。患者再次来电，遂嘱其4小时后再服药一次，并于三日内除按时服药2—3次外，必须严格遵守食疗方案。

患者遵医嘱服药及进行食疗，次日情况稳定，下午即搭乘飞机出国，3天后已可正常旅游活动，一切恢复如常。

医案二：便血（远血）伴剧烈胃脘痛

病人基本信息：苏某某，女，57岁

初诊日期：2025年12月31日下午

主诉：胃脘剧痛3天，黑便一次。

现病史

前日晚餐大量进食油炸鸡肉后，夜间突发胃痛，疼至翻滚，伴冷汗。经西医检查后排除心脏病因素，遂给予止痛药。翌

日虽腹痛缓解，但发现大便发黑、软溏易出，怀疑为止痛药导致便血，遂停服止痛药。昨晚食用烤牛肉后，夜间胃痛再次剧烈发作，遂于今日前来就诊。

既往病史

- 1、心肌肥厚、二尖瓣腱索开放不全，长期服用 Aspirin 及 Omeprazole 已 3 年；
- 2、广泛性胃炎病史；
- 3、子宫内膜增生；
- 4、右眼视网膜脱落术后，视物偶有受限。

刻诊：患者当前胃痛较轻，精神状态尚可。因担心再次出血或胃痛复发，今日午餐进食较少。自觉身体燥热，平素运动后易疲乏，小便正常。近期与家人发生矛盾，情绪不佳。

四诊情况

望诊：舌淡红带紫，中线前端隆起并偏向右侧；苔薄白微黄；舌右侧下段有一椭圆形剥苔，长径约 1 cm；舌左侧中段另有较大椭圆形剥苔，长径约 1.5 cm，两处剥苔边界清晰光滑（见图 2）。



图 2 第一天的舌像

切诊：腹部膨隆，皮肤及温度正常，胃脘部稍有抵抗，压之不舒，无反跳痛，其余腹部柔软，无明显压痛及反跳痛。脉滑。

中医诊断：胃痛、便血（远血）。

辨证：胃阴亏虚，燥热灼络（本虚标实）。

辨证分析：患者长期服用 Aspirin，又有胃炎病史，本次发作西医辨病应属急性胃溃疡，与其长期用药、嗜食燥热厚味，以及情志不畅有关^[6]。研究表明，单纯西药治疗多着重于抑制胃酸分泌、保护胃黏膜，虽近期溃疡愈合率较佳，但远期复发率较高^[7]。

从中医角度分析，患者素有胃阴不足、虚热内生，此次饮食失节，燥热伤胃，虚实之火相合，灼伤胃络，故出现明显疼痛及少量出血，形成远血。肝郁木乘脾土，更加重病情。

患者当前精神状态尚可，仅有一次黑便，腹部切诊无反跳痛，提示出血量尚可控制，溃疡深度有限；病位集中于胃部，脉象亦无心脏病征象，加之西医已排除心脏问题，故属中医可接诊范围。内火偏盛，故见怕热、脉滑。因长期服西药且当日进食较少，故舌淡红、苔薄白带黄。根据九宫八风舌诊法^[8]，舌前部属心之藏象功能区，患者心肌肥厚，气血运行不畅，故舌有紫气，中线前端隆起；舌尖偏向右侧，提示右侧头部气血运行较差，与其右眼病史相应。舌左侧中段及右侧下段剥苔，则提示肝肾阴虚日久。

治法：养阴益胃，清热理气。首诊制定四种具体疗法，当场进行三项：

1、药物治疗

处方：沙参麦冬汤合温胆汤，去桑叶、天花粉、白扁豆；加石斛、生地、白芨、白芍、滑石、淡竹叶、川楝子等。

沙参、麦冬、石斛滋养胃阴；温胆汤理气和胃、清胆；生地养阴凉血止血；白芨收敛止血、消肿生肌，为治疗胃溃疡要药；芍药甘草汤养阴柔肝、缓急止痛；滑石利水清热，并有中和胃酸、保护胃壁之效；淡竹叶清胃热；川楝子疏肝理气止痛。

全方共奏养阴和胃、疏肝理气、止痛止血之功。

2、针灸治疗

处方：上脘、中脘、下脘、水分，双侧承满、梁门、太乙、滑肉门、天枢、合谷、足三里。

上脘、中脘、下脘、水分，以及双侧承满、梁门、太乙、滑肉门等穴，为局部取穴，可放松并调理胃部气机，行气止痛；天枢和胃健脾理肠；合谷理气止痛；足三里为胃经下合穴，是和胃要穴。

3、心理治疗

肯定其优点，劝其放宽心胸、放眼长远，以疏解情志，减轻烦恼。

疗程

患者先服上述颗粒剂一次，再平卧放松施针，并配合神灯照射半小时。治疗后胃痛当场消除，精神改善，当晚胃痛未再发作。

离诊前制定食疗方案：嘱其未来3—4天，以杏仁、薏苡仁、山药、银耳、百合、莲子、茯苓、芡实、玉竹、甘草粉调制为晚餐，以助胃肠恢复。

七天后随访，胃痛未再复发，大便转为褐色，无便血，舌面剥苔处已开始生苔（见图3）；第10天停药时，患者已基本痊愈，舌面剥苔几乎消失（见图4）。



图3 第七天的舌像



图4 第10天的舌像

临床体会

- 1、 中医治疗痛证与血证并非“慢郎中”。中药配合针灸及心理疗法，可取得较快速疗效，且无明显副作用，安全而高效；
- 2、 对于便血患者，须严格把握接诊范围。如出现板状腹、反跳痛、意识模糊、休克等急危重症表现，应立即转诊西医急救；
- 3、 便血的出血部位不同、病因不同，其治法与方药亦截然不同；
- 4、 温胆汤是一首可广泛应用于胃肠疾病的方剂，安全有效，并可灵活配伍其他方剂治疗；
- 5、 《黄帝内经·素问·痹论》云：“饮食自倍，肠胃乃伤。”便血患者往往素有脾胃旧疾，脾胃虚弱，再因饮食不当而诱发或加重病情，形成出血性病症。因此，治疗期间的饮食调护极为重要。正确饮食有助康复，反之则易加重病情或导致复发；
- 6、 便血患者往往兼见腹痛、泄泻，治疗上虽需止泻、止血、止痛，但部分患者因内有毒邪，不可一味“见泻止泻”“见血止血”“见痛止痛”。本文两案皆属本虚标实：医案一以祛除湿毒为主，恢复胃肠正常功能；医案二以养胃为主，修复胃黏膜。二者皆通过恢复机体正常功能，使身体自然达到止泻、止痛、止血之效。换言之，止泻、止痛、止血是治疗结果，而非单一、直接的手段。唯有祛除病根，所产生的康复效果方能稳定持久，不易复发。

【参考文献】

- [1] 杨菲, 李萌, 苏琳. 青少年便血的辨别与防治 [J]. 青春健康, 2025, 23(10): 35.
- [2] 王永炎主编, 《中医内科学》[M]., 世纪出版集团、上海科学技术出版社, 1997: 283-292.
- [3] 杨殿洪, 王新舜. 上消化道出血的中医治 [J]. 医学信息, 2010, 23(07): 2190.
- [4] 阳文飞. 补中益气汤加减治疗便血的临床观察 [J]. 四川中医, 200, (07): 48.
- [5] 高艳蕊. 中医辨证治疗便血 74 例临床观察 [J]. 国医论坛, 1999, (05): 27-28.
- [6] 冯秀娟, 姜昕, 李海珠等. 心理暗示对急性胃溃疡患者康复的重要性 [J]. 生物技术世界, 2015, (12): 112.
- [7] 刘晓艳, 屠伟峰. 中医药对急性胃黏膜损伤保护作用的研究进展 [J]. 华南国防医学杂志, 2011, 25(04): 354-355+359. DOI:10.13730/j.1009-2595.2011.04.006.
- [8] 李明姝. 九宫八风针刺法简介 [J]. 新加坡中医杂志, 2024, (56): 37-46.

从血瘀论治慢性湿疹的理论探讨与临床体会

卓扶蓉（新加坡）

【前言】湿疹是临床常见的炎症性皮肤病，具有反复发作、迁延难愈的特点，尤以慢性期皮损肥厚、色泽晦暗、苔藓样变者最为顽固。其可发生于任何年龄，四季均可发病，男女无明显差异。

中医学对湿疹的认识多归属于“湿疮”“浸淫疮”“血风疮”等范畴，传统治疗多从风、湿、热、燥、血虚等方面辨证施治，虽能缓解急性期症状，但对于病程迁延、反复发作的慢性湿疹，疗效往往不尽理想。笔者结合临床实践，认为血瘀贯穿慢性湿疹发展的重要阶段，从血瘀论治可提高临床疗效，减少复发。

一、慢性湿疹从血瘀论治的理论基础

湿疹的发生，多因外感湿、热邪，或脾失健运，湿浊内生，郁于肌肤；或，血虚生风，肌肤失养所致。急性期以湿热蕴肤为主，慢性期则虚实夹杂，病机复杂。

湿疹反复发作，病程迁延，湿邪缠绵不去，久热耗伤营血；反复搔抓又损伤肌肤络脉，均可导致气血运行失畅，血行受阻而成瘀。湿疹发展至慢性阶段，多由“湿”转为“瘀”为主，或湿热互结，故病情顽固，难以痊愈。

《黄帝内经》提出“久病入络”，指出疾病迁延日久可累及络脉，导致气血运行失畅；清代王清任在《医林改错》中系统阐述血瘀理论，强调血瘀在多种慢性疾病中的重要作用。这些理论均为慢性湿疹从血瘀论治提供了重要依据。

二、慢性湿疹“血瘀”病机演变探讨

1、风邪入络，由气及血

风邪久羁，由表入里深伏络脉。络脉纤细，易受邪阻，导致络脉郁滞，气血运行不畅。风邪久恋则伤及营血，最终致使气机受阻，瘀血内生。

2、风热灼络，瘀热互结

风热之邪扰动营血，热邪灼伤脉络，血行受损，血液粘稠而形成血瘀。瘀血阻络使肌肤失濡养，化燥生风，形成“瘀-风-痒”的恶性循环。

3、湿阻气机，气滞血瘀

湿为阴邪，重浊粘滞，最易阻遏气机。根据“气为血帅，气行则血行”之理，湿邪久困肌肤，经络受阻致使气机壅滞，血行由缓而涩，形成“湿久必瘀”之变。

4、热灼营阴，血涩成瘀

湿热蕴结日久，郁而化热，内灼营阴，外耗津液，致阴血亏虚。血失濡养则行涩不畅，瘀阻内生。久热不解与瘀血内停相互胶结，互为因果，致病情缠绵反复，迁延难愈。

5、搔抓伤络，离经成瘀

湿疹以剧痒为特征，反复搔抓不仅损伤皮肤屏障，更直接破坏皮肤络脉。血溢脉外成为“离经之血”或血行失滞形成局部瘀阻。瘀阻不散，则皮损肥厚、色素沉着及迁延难愈。

6、瘀久化热，化燥生风

瘀血久留，郁而化热；热邪扰动肌肤，是慢性湿疹夜间瘙痒加剧的诱因。热邪进一步煎熬津液，导致肌肤失润，临床表现皮肤干燥、肥厚粗糙及苔藓样变等典型慢性体征。

综上所述，慢性湿疹后期之病机本质为湿、热、瘀互结，其中血瘀既是病理产物又是使病情反复、久治不愈的关键。治疗当重视活血化瘀、通络止痒之法，方能显著提高临床疗效，降低复发率。

三、血瘀型湿疹的临床特征

血瘀型湿疹多见于病程迁延半年以上者，或反复发作多年之患者，其特点可概括为“暗”（色泽晦暗）“厚”（皮肤增厚）“久”（病程迁延）“顽”（瘙痒顽固）。

（一）皮损特征

1. 色泽：皮损呈暗红或紫暗色，局部可见显著瘀斑或伴色素沉着。
2. 形态：受累皮肤增厚、粗糙，苔藓样变明显。
3. 界限：皮损边缘相对清晰，与正常组织界限分明。
4. 性质：表现为干燥性皮损，渗出稀少或无明显渗出。

（二）自觉症状

瘙痒程度剧烈且性质顽固，具有明显昼轻夜重特征（因夜间卫阳入阴，血行瘀滞更甚），抓后可见抓痕、血痂，甚则局部出现点状出血（离经之血）。

（三）舌脉表现

舌象：舌质暗红、紫暗，或有瘀点、瘀斑，或舌下脉络怒张、色青紫。

脉象：脉涩或弦涩

四、治疗原则与方药运用

1. 治疗总则：活血化瘀、通络止痒为核心，随证配伍清热、祛湿、润燥、行气等法。强调“活中有清、清中有活”，避免单纯攻破或单纯清泄。

2、常用方剂思路

- 气滞血瘀型：治以理气活血、通络止痒之法，方选血府逐瘀汤加减。该方活血与行气于一体，适用于情志不畅、胸胁不舒、皮损色暗者。

- 瘀热互结型：在活血化瘀基础上，酌加清热凉血、化瘀消斑之品，如生地、丹皮、赤芍、紫草等，使瘀去热清，改善皮损灼热及色暗。
- 瘀兼血虚型：治以养血润燥、化瘀生新。针对慢性湿疹久病耗血，兼见面色少华、皮肤干燥脱屑者，当活血而不伤血。方用四物汤合当归饮子加减，酌加当归、鸡血藤、丹参等养血之品，使营血充盈、肌肤自润。

3、用药要点

1. 急性渗出明显，不宜重用破血之品。
2. 老年体虚者活血宜缓，不可过于峻猛。
3. 妇女月经期慎用破血药。
4. 苔藓样肥厚明显者，当适度加入通络散结之品。

五、病例举隅

祁，男，68岁。

主诉：四肢湿疹反复发作数月。

现病史：受累部位皮肤干燥、色泽晦暗、脱屑，可见明显皲裂及陈旧性抓痕，剧烈瘙痒影响睡眠。纳可，大便干结难排，偶尔排便愿意不明显。舌质暗红，苔白欠润，脉弦。

辨证分析

中医诊断：湿疹

证属：血瘀风燥证

病机：本案属慢性病程，为久病入络，耗伤阴血，血虚失养；血虚血行不畅，瘀阻脉络，化燥生风，致使肌肤失润、皲裂色暗，风动则痒，燥胜则裂。肠腑瘀滞、传导失司，故见大便干结、便意乏力。舌暗红，苔白欠润，脉弦均为血热瘀滞、津亏内燥之征。

治疗方案

治则：养血活血、润燥消风，通腑泄热。

处方：桃红四物汤合消风散加减

药物：桃仁、红花、当归、生地、赤芍、川芎、荆芥、防风，蝉蜕、苦参、酒大黄、夜交藤、柏子仁、黄精、黄芪、白芨。

医嘱：忌食辛辣、煎炸、鱼虾等发物；避免搔抓，而引发感染；洗护时忌用热水烫洗及碱性肥皂；洗浴后及时涂抹润肤乳。

临床观察：

- 服药1周后大便通畅，腹胀感及瘙痒程度较前减轻，夜间能入睡5~6小时，原方续服，嘱其继续加强皮肤保湿。
- 2周后皮肤干燥明显改善，皲裂处开始愈合，无新发抓痕，色暗区域逐渐变淡。见效显著，去酒大黄、桃仁、红花，加重黄芪用量以固表生肌。
- 3周后瘙痒基本消失，皮损处结痂脱落，新肉生长平整。大便日1行，质软。停药观察，嘱其保持饮食清淡，忌发物，预防复发。

按语

本案处方遣药从“治风先治血，血行风自灭”的治则，其治疗思路体现在以下三方面：

1、从“血”论治，固本培元

慢性湿疹久治不愈，必有“血瘀、血燥”。方用桃红四物汤养血活血以治本，辅以消风散祛风止痒以治标，使虚得补、邪有出路，再配伍黄精、柏子仁、夜交藤，既能润燥，又能养心安神，改善瘙痒导致睡眠障碍。

2、“通腑”与“润燥”并举

肺与大肠相表里，通过酒大黄通腑泄热，解除肠道燥屎内结，使腑气通，热邪

减，从而改善由于内火炽盛导致皮肤干燥。

3、黄芪及白芨的应用

黄芪补气升阳，固表御邪，能增强皮肤屏障功能，减少风燥外侵；也助推动气血运行至病所，促进受损皮肤组织修复。

白芨药性粘腻，长于收敛止血、消肿生肌。适用皮肤皲裂、出血、脱屑，保护受损黏膜，防止进一步渗血和感染。

诸药合用，气血通畅，外燥得润，内毒得泄，体现了中医整体调理与局部治疗，是一种更全面扶正祛邪法。

针灸治疗癌痛证临床辨析

杨昌志（新加坡）

【前言】癌痛是指由恶性肿瘤本身、肿瘤相关病变及抗癌治疗所引起的疼痛，是严重影响患者生活质量的主要症状之一。

随着生活方式改变及环境因素影响，癌症发病率呈持续上升趋势。世界卫生组织（WHO）估计，到2030年全球癌症患者将超过2000万，其中约50%患者存在中至重度疼痛，约30%患者疼痛程度严重甚至难以忍受。

癌痛不仅造成躯体痛苦，也可导致精神紧张、疲惫、焦虑及抑郁等心理问题。

现代医学在癌痛镇痛方面已取得显著进展，尤其以阿片类药物为主的镇痛方案效果明确，但长期使用可出现便秘、恶心、认知功能障碍、呼吸抑制及药物依赖等不良反应，从而影响治疗效果。

中医学采用中药与针灸治疗癌痛，近年来研究显示其具有良好的镇痛作用，可通过调节神经内分泌系统、激活内源性镇痛通路（如脑啡肽系统）及增强机体免疫功能，从而改善疼痛症状与整体状态。

1、现代医学的病因病机

癌痛的发生机制主要包括以下几个方面：

- 肿瘤直接侵犯或压迫神经组织、骨骼或脏器所致疼痛；
- 肿瘤局部坏死、溃疡及炎症反应；
- 放疗、化疗等治疗所致继发性疼痛；
- 手术后并发症或继发病变所致疼痛。

其病理机制主要分为：

1.1 伤害感受性疼痛

由组织损伤引起，进一步分为躯体痛与内脏痛。躯体痛多见于骨转移，疼痛定位较清晰，表现为刺痛、压痛或搏动性痛；内脏痛多见于胸腹腔器官受压或侵

犯，疼痛弥散，表现为胀痛、隐痛或痉挛痛。

1.2 神经病理性疼痛

由周围或中枢神经系统损伤所致，常表现为灼痛、电击样痛或针刺样痛。

2、中医病因病机

古代中医虽无“癌痛”之专名，但相关描述散见于历代医籍。

《黄帝内经》载：“大骨枯槁，大肉陷下，胸中气满，喘息不便，内痛引肩项。”《千金要方》云：“食噎者，胸中苦塞，常痛不得喘息。”《济生方·噎膈》曰：“胸痛彻背，妨碍饮食。”《外科正宗》

记载：“经络痞塞，聚结成核……疼痛联心。”

上述记载反映古代对恶性肿瘤及其疼痛的认识基础。

癌痛的中医病机可概括为“不通则痛”与“不荣则痛”，属虚实夹杂之证。早期以实证为主，晚期多虚实并见。病机主要包括气滞、血瘀、痰凝、寒凝及气血亏虚、阴阳失调等。临床上常见虚实夹杂，如气滞血瘀、痰瘀互结或气血两虚等复杂证候。

3、针灸治疗癌痛的取穴原则

针灸治疗癌痛应遵循辨病与辨证相结合原则，明确病变部位及经络归属，结合寒热虚实，制定治则。常用取穴方法如下：

3.1 以郄穴为主

郄穴为经气深聚之处，常用于治疗急性疼痛。病理上是脏腑，经脉证的反应点，也是各经气所深聚之府，主要用于治疗癌证脏腑的急性疼痛。十二经各有一个郄穴，阴维脉、阳维脉、阴跷脉、阳跷脉也各有一郄穴，共计16个郄穴。如：

- 肺癌痛：孔最
- 胃癌痛：梁丘
- 大肠癌痛：温溜
- 膀胱癌痛：金门

3.2 首尾取穴（十二经络）

取十二经脉起止穴位，以调节经气运行。如是每条经络都与特定的脏腑器官相关联是针灸治癌痛证向肢体经络放射的一种取穴方法。如：

- 癌痛伴有锁骨上下窝间前臂等放射者，属于肺经病者，取肺经的少商穴和中府穴。
- 胃癌痛和消化系统有关，应取承泣和厉兑穴。
- 大肠癌痛和消化和排泄有关，应取大肠经商阳与迎香穴等等，以此类推。

3.3 俞募取穴

十二脏腑各有一个俞穴，一个募穴，俞穴循经部位位于背后膀胱经属阳，募穴循行于胸腹为阴，主要用于治疗脏腑癌痛日久，机体虚弱者。如：

- 肺癌痛取肺俞与中府穴
- 肝癌痛取肝俞与期门穴
- 大肠癌痛取大肠俞与天枢穴
- 膀胱癌痛取膀胱俞与中极穴
- 小肠癌痛取小肠俞与关元穴
- 胃癌痛取胃俞与中脘穴

临床上常常将脏腑的俞募穴配合应用，以发挥其协同作用，达到以阴引阳，从阳引阴的平衡脏腑阴阳达到治疗癌痛的功效。

3.4 下合穴应用

如属于腑病癌痛可配合下合穴治疗。下合穴是指六腑之气下合于足三阳经的六个腧穴，又称六腑下合穴；六个穴位即足三里、上巨墟、下巨墟、阳陵泉、委中、委阳等。如：

- 胃癌痛：足三里
- 大肠癌痛：上巨虚

- 小肠癌痛：下巨墟
- 膀胱癌痛：委中
- 胆癌痛：阳陵泉
- 三焦癌痛：委阳

3.5 八会穴应用

八会是指脏、腑、气、血、筋、脉、骨髓等精气所聚的腧穴，临床治疗癌痛可按所属脏腑、气血等选择取八会穴来治疗。如脏癌痛取章门穴；骨癌痛取大杼；气癌痛取膻中穴；血会取膈俞穴，筋会取阳陵泉穴；脉会用太渊穴；骨会用大杼穴；髓会用绝骨穴等。

以上穴位是通过经络脏腑器官相系，可以调节气血，平阴阳止痛的功能。

3.6 董氏奇穴应用

董氏奇穴在治疗各癌痛症方面，有独特的疗效及稳定功效；癌痛证一般都采用灵骨穴、大白、中白、外三关、三重穴、制污穴、手解穴、癌根穴等。

手解穴为董氏奇穴之止痛要穴，亦可点刺出血来止痛。制污穴为治疗恶性肿瘤开刀后疼痛，刀口流污不止；久不收口亦可点刺出血来止痛。外三关穴，功能为祛风散结，活血化瘀，为治疗各癌痛之特效穴，入肺肝二经，消瘀散结，宜通气血可治肺癌、喉癌、脑癌、胃癌、子宫癌、乳腺肿瘤、肾癌等。

4、调神穴

中医素有“得神者昌，失神者亡”之说，揭示了人体健康和抗病中，调神尤为重要。中医认为：“心主神明”，如《灵

枢·本神》曰：“任物者谓之心”，“心主血脉，脉舍神。”历代医家对疼痛与心神的关都记载，如《素问·至真要大论》说：“诸痛痒疮，皆属于心”；《素问·五常政大》又说：“其发痛，其脏心”王冰注曰：“痛由心所生”。

癌痛的病人常会惧怕疼痛等心理作用，对治疗失去信心，进一步加剧癌痛程度。临床上应配合内关、大陵、心俞等安神穴位，此外，有一些癌痛病人会伴有不同程度的忧郁症状，应该再加四关穴、期门穴的穴位，达到舒肝理气。

5、癌痛针灸治疗的辨证论治

癌痛证的针灸治疗，应遵循辨病和辨证相结合的原则，标本同治，灵活应用针灸法则，才能取得满意疗效，以下是肺癌、肝癌、胃癌等的辨证论治。

5.1 肺癌痛

肺癌发病率高，为各种癌症之首，属于中医学中的肺积，肺癆，癥瘕等，难以治愈：辨证要点和胸部隐痛，钝痛或压迫痛，放射性疼痛及骨痛等，可分为以下几型：

- **气滞血瘀证型**：主症表现为胸肋刺痛，痛有定处，不得转侧，伴有咳嗽，痰带血丝，面色晦暗，舌紫暗有瘀斑，脉细涩。针灸取穴为膈俞，肺俞等。
- **痰湿蕴肺证型**：主症为胸痛伴有沉重感，胸闷剧烈，咳嗽多痰，色白质稠，纳呆便溏，舌白腻，脉滑。针灸取穴为中脘、脾俞、肺俞等。

- **阴虚火旺证型**：主症为胸部隐隐灼痛，干咳少痰，五心烦热，午后潮热，盗汗，舌红少苔，气短乏力。针灸取穴：曲池、尺泽、少商、太溪、大抒等
- **气阴两虚证型**：主症为胸痛隐隐，气短乏力，动则气喘，自汗盗汗，形体消瘦，舌质淡红，苔白，脉细弱。针灸取穴为孔最、鱼际、太溪、足三里、少商、肺俞等。

5.2 肝癌痛

肝癌疼痛部位多在右上腹，疼痛性质多样，疼痛程度不一样，具有间歇性或持续性，常见有隐痛，胀痛，钝痛，刺痛等；随着病情发展，肿瘤不断增大，可能发展为剧烈疼痛，属于中医学中的肝积，黄疸，肋痛等，可分为以下几型：

- **肝郁气滞证型**：主症为右胁胀痛，走窜不定，情绪波动时加重，伴有腹胀，暖气，舌红苔黄，脉弦。针灸取穴为阳陵泉，中都，加开四关穴等。
- **气滞血瘀证型**：主症为胁下积块坚硬，刺痛固定，面色晦暗，舌质紫暗，或有瘀点：针灸多取穴为膈俞，章门，曲池，支沟等。
- **湿热蕴毒证型**：主症为胁肋灼痛，身目发黄，发热口苦，尿黄便干，苔黄腻，针灸取穴为曲池，支沟，大陵，行间，太冲。
- **肝肾阴虚证型**：主症为胁肋隐痛，腰膝酸软，低热盗汗，口干不欲饮，舌红少苔。针灸取穴太溪，肾俞，期门，中都。

- **脾虚血瘀证型**：主症为胁腹胀痛，倦怠无力，食少腹胀，大便稀溏，舌淡胖，脉细弦。针灸取穴为脾俞，章门，足三里可以加艾灸。

5.3 胃癌痛

胃癌疼痛点多位在上腹部，可放射到背部及全腹，疼痛性质有胀痛，刺痛，隐痛，灼痛等。症状包括食欲不振，体重减轻，消化不良，黑便等，可分为以下几型：

- **肝胃不和型**：主证为胀痛取胁，暖气反酸，由情绪诱发，舌红苔白，脉弦。针灸取穴中脘，梁门，内关等。
- **脾胃虚寒型**：主症为隐痛喜温，便溏乏力，舌淡苔白，脉迟缓。针灸取穴脾俞，胃俞，隐白，足三里等。
- **血亏虚型**：主症为隐痛绵绵，面色萎黄，舌淡脉细。针灸取穴为中脘，关元，足三里，胃俞，脾俞等。
- **胃热伤阴型**：主症为灼痛，口干，嘈杂便秘，舌紫少苔，脉细数。针灸取穴为内庭，胃俞，商阳，上脘，中脘，下脘。
- **瘀毒内阻型**：主症为刺痛固定，呕血，黑便，舌紫有瘀斑，脉涩。
- 针灸取穴为膈俞，天宗，太冲，血海，内庭等。
- **痰湿阻滞型**：主症为腹痛痞满，舌淡胖，苔腻，脉滑，呕吐痰涎。针灸取穴丰隆，足三里，三阴交，天枢，内关，公孙，胃俞，脾俞等。

6、病案举例

病案一：胃癌痛伴肝转移

林某某，男性，78岁，退休人士。

- **主症：**病人于2025年中因腹胀痛剧，排便困难，入西医院检查，诊断有胃癌伴肝转移，经手术切除后，伴淋巴转移，胃疼痛剧烈，恶心呕吐，经西医院治疗后出院，今腹部胀痛痞满，喜温喜按，有时腹胀疼剧烈，饮食不振，小便尚可，便秘，神倦乏力，口干，舌淡苔白，脉弦细。
- **辨证：**脾气虚弱，肝胃不和，热毒内蕴，腑气不通。
- **针灸取穴：**上脘、中脘、下脘、天枢、气海、梁门，内关、膈俞、胃俞、脾俞、肝俞、足三里、内庭。有时应用董氏奇穴治疗：取四花上穴、门金穴、三黄穴、双灵穴、外三关穴等。
- **观察：**经10次针灸治疗后，食欲增加，有精神，腹胀痛减轻，暖气，呕吐已少，便秘改善。20次针灸后，病情稳定，以上各种症状改善，心情舒畅。

病案二：肺癌痛伴淋巴转移

陈XX，男，70岁。

- **主症：**病人于2025年底，因咳嗽，气短，胸部肿胀疼痛，胸痞闷，而进入西

医院就医，CT检测诊断为肺癌，淋巴结转移，经手术切除后，经西药治疗，治疗了二月后出院，来诊时咳嗽，吐痰，胸胀闷，气虚，偶而胸痛剧烈，小便可，便秘，纳差，眼差，舌质淡红，苔白，脉细弱。

- **辨证：**肺脾气虚，脾失健运，痰湿内生，瘀血阻络。
- **治法：**益气养阴，健脾化痰，理气散结，活血止痛。
- **针灸取穴：**中脘、脾俞、肺俞、少商、曲池、膻中、中府、尺泽、大杼、孔最、膈俞、悬钟、内关等。亦配合董氏奇穴：灵骨、大白、心常、双灵穴、驷马穴、外三关等。
- **观察：**经五次针灸后，咳嗽，吐痰，胸闷气虚，胸痛减轻。经十次针灸后，病情隐定，干咳，无痰，胸痛很少发作。

小结

针灸治疗癌痛具有疏通经络、调和气血；镇痛作用明确，无成瘾性；可减少镇痛药物使用及其副作用，甚至延缓镇痛药耐受性，提高整体镇痛效果，也改善焦虑、抑郁及睡眠障碍；提高患者生活质量与自理能力。

老年不寐与夜尿频 的中医辨证论治

陈有珊（新加坡）

【摘要】随着人口老龄化进程加快，老年人睡眠问题在临床中日益常见。许多老年患者主诉睡眠时间短、易醒或醒后难再入睡，其中夜尿频是导致老年睡眠中断的主要因素。部分睡眠时间缩短属于生理性变化，但若已影响日间精神状态及生活质量，则应予以重视。本文结合现代医学对老年睡眠变化的认识，并从中医角度探讨老年不寐与夜尿频的病机特点，总结临床常见证型及相应方药，并列举数则医案加以说明，以期为临床诊疗提供参考。

【关键词】不寐；夜尿频；老年人；辨证论治；肾气不足

睡眠是维持人体身心健康的重要生理活动。随着年龄增长，老年人睡眠结构往往发生变化，例如睡眠时间缩短、睡眠较浅及夜间易醒等现象。然而现代研究认为，不同年龄人群的睡眠需求虽存在差异，老年人仍建议维持约7小时左右的睡眠^[7-8]。

在临床实践中可观察到不少老年患者睡眠减少同时伴随夜尿频，夜尿频不仅直接打断睡眠，还可能进一步影响睡眠质量。若长期睡眠明显少于5小时，并且出现疲倦或精神不振等症状，往往提示存在某种功能失调，属病理状态，应及时予以调治。《黄帝内经》谓：“阳入于阴则寐，阳出于阴则寤”^[1]，说明睡眠与阴阳平衡密切相关。老年人随着肾气渐衰，阴阳失

调，心神失养，因而易出现睡眠减少与夜尿频等症状。因此在诊治老年失眠问题时，夜尿问题亦不容忽视。

一、现代医学对老年睡眠变化的认识

现代医学研究认为，老年人睡眠变化主要与以下因素有关：

1、深睡眠减少

随着年龄增长，慢波睡眠（slow-wave sleep）比例逐渐减少，浅睡眠阶段增加，因此睡眠更容易受到外界干扰。

2、褪黑激素分泌减少

老年人褪黑激素（melatonin）分泌量较年轻人明显下降，入睡能力与睡眠维持能力均受到影响。

3、生物节律改变

部分老年人出现“睡眠时相提前综合征”(ASPD)，表现为较早入睡及清晨较早醒来。

4、夜尿频影响睡眠

研究显示夜尿(Nocturia)是导致老年睡眠中断的重要原因之一^[8]。一般而言，健康老年人睡眠时间较年轻人略短，但若白天精神状态良好，通常属于正常生理变化。

二、夜尿频对睡眠质量的影响

夜尿频通常指夜间排尿次数 ≥ 2 次。随着年龄增长，其发生率逐渐增加。常见原因包括：

- 前列腺增生
- 膀胱容量下降
- 糖尿病或慢性肾病
- 利尿剂等药物
- 睡前饮水过多

夜间多次起床排尿容易中断睡眠周期，使患者难以进入深睡眠阶段，长期可导致疲劳、注意力下降及跌倒风险增加。在临床中亦可见部分患者因夜尿产生心理负担，睡前口渴也不敢喝水，或担心再次起床排尿而影响睡眠，形成恶性循环。

三、中医看不寐病机

对经常不能获得正常睡眠，或睡眠时间不足、睡而易醒者，中医统称为“不寐”。基本病机为阴阳失调，夜间阳气应入于阴，若机体由于各种原因导致阳气无法顺畅入阴，或阴气不足以潜藏阳气，就

会出现失眠。核心在于心神受损，但与肝、脾、肾等脏腑功能密切相关。

病理性质分可为虚证和实证两类：虚证主因心神失养（心脾两虚、心肾不交、阴虚火旺）；实证多因心神受扰（肝郁化火、痰热内扰、饮食不节）。临床上常表现为虚实夹杂，如肝郁化火（实）日久损伤阴血（虚），形成阴虚火旺的复杂情况。

病位与脏腑：

- 心（核心）：心主神明，心火亢盛或心血不足均可致神不守舍，引发失眠。
- 肝（情志）：肝藏血，情志不遂致肝郁化火，扰动心神。
- 脾（气血）：忧思过度，脾虚气血生化不足，不能养心，导致心神不安。
- 肾（精血）：肾阴不足，水不制火，火扰心神，或肾精不足，心神失养。

同时，肾主二便，肾气虚弱亦可导致膀胱气化失司，从而出现夜尿频。老年人随着年龄增长，“肾气渐衰”，精血不足，心神失养，因而容易出现睡眠减少。《景岳全书》谓：“人至中年以后，多有不寐之证，皆由真阴不足”^[9]。

临床上常见病机包括：

- 肾气不足
- 心肾不交
- 心脾两虚
- 痰热扰心

综上所述，不寐的病机重点在“阳不入阴”，通过调理心、肝、脾、肾，使心神得养、阴阳平衡是治疗的关键。

四、中医临床辨证论治

1、肾气不足证

症状：夜尿频多，尿清量多，腰膝酸软，畏寒乏力。

治法：温补肾气，固摄膀胱。

常用方剂：金匮肾气丸合缩泉丸加减。

医案一

患者侯某，男，87岁，2019年7月12日初诊。

主诉：夜尿频伴不寐半年余。

现病史：患者平素易紧张，稍有刺激即有便意。半年前曾行西医检查，前列腺未见明显异常。近半年夜尿频加重，每约1小时1次，尿量偏多，夜间需多次起床，严重影响睡眠。既往西医检查提示前列腺肥大，服药后症状曾有改善。纳可，大便如常。

既往史：G6PD缺乏。

过敏史：无。

症状：夜尿频，眠差，面色萎黄，语声偏低，偶有肠鸣，大便正常。
舌淡红，苔薄白；左脉弦，右脉弦大。

辨证：肾气不足，兼气虚失摄。年高肾气渐衰，膀胱气化失司，固摄无权；

兼见面色萎黄、语声低微，属气虚之象。

治法：温补肾气，益气固摄。

处方：金匮肾气丸合补气固摄法加减，炙甘草汤、金樱缩泉、神曲。每日2次，7剂。

临床观察：

- 2019年7月19日复诊，夜尿约3次，睡眠仍受影响。
- 2019年7月26日复诊，夜尿减至1~2次，睡眠改善。
- 2019年10月25日复诊。随访3个月未复发，整体情况稳定。

按语：本案患者年高体衰，肾气不足为本，膀胱失约则夜尿频。又见面色萎黄、语声低微，为气虚之象。治疗上以金匮肾气丸温补肾气为主，配合益气之品以增强固摄功能。

临床观察发现，老年夜尿频常为不寐的重要诱因，若单纯安神治疗而忽略肾气调补，疗效多不理想。本案通过补肾益气，夜尿减少，睡眠亦随之改善，体现“治本为先”的思路。

2、心肾不交证

症状：入睡困难，心烦易醒，潮热盗汗，夜尿频。

治法：滋阴降火，交通心肾。

方剂：黄连阿胶汤或天王补心丹加减

医案二

患者陈某，女，68岁。

主诉：长期失眠，夜尿3次。入睡困难，伴心烦、潮热、口干，舌红少苔，脉细数。

辨证：心肾不交证

处方：黄连阿胶汤加酸枣仁、夜交藤（黄连6g，阿胶10g，白芍12g，生地15g，酸枣仁15g，夜交藤15g，知母10g），服药7剂。

临床观察：服药7剂后夜尿减至1~2次，入睡明显改善。

3、心脾两虚证

症状：多梦易醒，心悸健忘，食欲不振。

治法：益气养血，健脾养心。

处方：归脾汤。

医案三

患者王某，女，70岁。

主诉：眠浅，多梦易醒半年，伴心悸、食欲不佳。舌淡，脉细弱。

辨证：心脾两虚证

处方：归脾汤（党参12g，白术10g，黄芪15g，当归10g，龙眼肉10g，酸枣仁15g，远志6g，木香6g）

临床观察：两周后睡眠明显改善。

4、痰热扰心证

患者史某，女，73岁，2026年3月1日初诊。

主诉：失眠2周伴夜尿频。

现病史：患者近2周来失眠，难以入睡，多梦易醒。夜尿频，每晚约5次，起夜后难再入睡。伴白黏痰，咽痒则咳，鼻涕倒流。纳可，大便成形。

既往史：脑梗史，肠胃紊乱史，兼有过敏性鼻炎。

症状：失眠、多梦，醒后难再入睡，夜尿频，小便次数多；咽痒咳嗽，痰白黏；鼻涕倒流；性情急躁。舌淡红，苔薄白，中间剥苔，脉弦数。

辨证：肝火扰心，兼痰热内扰。情志不舒，肝气郁结，郁久化火，上扰心神；兼痰热内扰，清窍不利，故见失眠多梦、咽痒痰黏。夜尿频则与气机失调、下焦气化不利有关。

治法：清热化痰，和胃安神

处方：初诊方：十味甘麦大枣汤、温胆汤、龙骨、郁金、白芍

复诊处方：根据症状调整：十味温胆汤、平胃颗粒、龙骨、合欢花、白芍、辛夷、苍耳子，每日2次，7剂。

临床观察：

- 2026年3月9日复诊症状同前。
- 2026年3月13日复诊，失眠持续约4~5天，夜尿仍频，伴过敏性鼻炎加重，入睡困难，多梦。经调方后睡眠逐渐改善，夜尿减少至2~3次。

按语：本案属情志内伤所致，肝郁化火，上扰心神，故失眠难入寐；痰热内生，清窍失利，则咽痒咳嗽、鼻涕

倒流。夜尿频虽为下焦表现，但与整体气机失调密切相关。

治疗上以温胆汤为基础，清化痰热兼和胃，加龙骨、合欢花以安神；兼顾鼻窍不利，加辛夷、苍耳子通窍。通过调整气机与清化痰热，心神得安，则睡眠改善，夜尿亦随之减少。

老年失眠伴夜尿，并非皆属肾虚，肝火、痰热亦为常见病机之一，临证当辨证施治，不可一味补肾。

五、中医针灸治疗

针灸治疗不寐应根据辨证选穴，以调和阴阳、宁心安神为原则。常用穴位：神门、内关、三阴交、太溪、关元、安眠穴。可酌加关元、中极、肾俞等穴，以补益肾气、固摄下元，对夜尿亦有调节作用。

六、生活调护

老年睡眠短伴夜尿频，除药物治疗外，尚需重视生活调摄。

- 1、规律作息：保持作息时间相对固定，早睡早起，以助阴阳调和，促进入睡。

- 2、适度运动：白天适量活动以畅气血，如散步、太极等，睡前避免剧烈运动。
- 3、控制晚间饮水：晚餐后减少饮水，尤以睡前为要，以减轻夜尿频次。
- 4、饮食调节：饮食宜清淡，忌辛辣厚味及浓茶、咖啡，以免扰动心神。
- 5、情志调摄：保持情绪平稳，避免思虑过度及情志刺激，以防肝气失调影响睡眠。
- 6、改善睡眠环境：卧室宜安静舒适，避免光线及电子设备干扰，有助心神安宁。

七 结语

老年人睡眠时间缩短在，在一定程度上虽属于自然生理变化，但若伴随夜尿频及睡眠质量下降，则需引起重视。从中医角度看，其多与肾气不足、心肾不交及气血亏虚等因素有关。通过辨证施治并结合生活调护，可有效改善老年人的睡眠及夜尿问题，从而提高生活质量。

【参考文献】

- [1] 黄帝内经素问[M]. 北京：人民卫生出版社，2012.
- [2] 张仲景. 金匱要略[M]. 北京：人民卫生出版社，2010.
- [3] 张景岳. 景岳全书[M]. 北京：中国中医药出版社，2007.
- [4] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 北京：人民卫生出版社，2006.
- [5] 陈可冀. 老年医学[M]. 北京：人民卫生出版社，2014.
- [6] van Kerrebroeck P. The standardization of terminology in nocturia[J]. Neurourology and Urodynamics, 2002.
- [7] National Sleep Foundation. Sleep duration recommendations: methodology and results summary[EB/OL]. (2015-02-01)[2026-03-25]. <https://www.sleepfoundation.org>
- [8] American Academy of Sleep Medicine. Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement[EB/OL]. (2016-06-01)[2026-03-25]. <https://aasm.org>

胆囊切除术后综合征 的中医治疗

何宇瑛（新加坡）

【前言】随着现代的丰富美食及生活方式的改变，胆囊疾病患者求诊越来越多，胆囊切除是外科治疗胆囊疾病的常用方法^[1]，有些患者手术后出现新的症状和手术前原有症状，比如上腹痛、腹泻、消化不良、恶心、便秘、胃酸反流等非特异性胆道症状，这一系列症状称为胆囊术后综合征（Postcholecystectomy syndrome, PCS）^[2]，属于非器质性胆囊术后综合征范畴。

据近年来研究显示，PCS的病例约50%是胆道因素引起，50%是胆道外原因导致^[3]。西医的药物治疗主要采用抑酸治疗，消炎利胆，解痉镇痛等对症治疗为主而且疗效不佳，中医有丰富的临床报道对本病治疗且收到良好的临床疗效，现在将相关的中医治疗思路介绍如下。

PCS没有中医的专有病名，根据临床症状，归为“腹胀”，“腹痛”，“胁痛”，“泄泻”等范畴。中医认为：“肝之余气，泄于胆，聚而成精”《脉经》，肝是产生胆汁也调节胆汁的排泄，胆能贮存和浓缩胆汁，共同促进消化和吸收。胆囊切除后，造成经络损伤和气血亏损，肝胆疏泄不畅，脉络瘀阻，肝胆与脾胃密切相关，脾虚不运，气滞，湿热，瘀血为病理产物，虚症多见脾虚，总结治法如下：

1、 肝脾同治法

吴洋洋^[4]认为治疗以健脾、疏肝、理气、祛湿、止痛为主，自拟柴胡疏肝利胆汤治疗本病，针对术后调养失度导致脾虚气滞，具有疏肝利胆，健脾益气，除湿止泻功效。

2、 和解少阳法

杜雨微^[5]等认为本病病位在肝，胆，脾，胃，病机为少阳枢机不利，肝胆疏泄失常，胆胃不和。临床上，小柴胡汤加减可用治疗术后胆汁反流对胃的刺激；大柴胡汤加减可用于治疗术后胃肠胀气伴便秘等症状；蒿芩清胆汤加减治疗湿热郁滞少阳，三焦气机不利，胆热犯胃导致少阳热重，湿热痰阻的PCS患者。

3、 胆病从肝治

《难经》云：“胆者，肝之腑”，肝胆相表里，病理上肝与胆之间相互影响，胆腑诸多病变，因肝脏失其所职而致。严仕梦^[6]等认为胆病从肝论治，PCS病因归咎于肝。认为发病与肝，胆，脾，胃关系密切，提出分型论治为：

- ① 肝胆气滞证；
- ② 肝胆湿热证；
- ③ 瘀血阻络证；
- ④ 肝阴不足证。

4、辨证论治

○ 余首德^[7]提出 PCS 辨证论治可分为以下证型：

- **肝郁气滞证**：治宜疏肝解郁、理气和胃，方选柴胡疏肝散加减。
- **脾胃亏虚证**：治宜健脾和胃、疏肝利胆，方选资生丸加减。
- **气滞血瘀证**：治宜活血化瘀、通络止痛，方选血府逐瘀汤加减。
- **肝胃不和证**：治宜疏肝利胆、和胃降逆。常用药物包括：柴胡、枳壳、黄芩、竹茹、白芍、香附、陈皮、法半夏、党参、栀子、生姜、赤芍、大黄、桃仁、延胡索、甘草等。
- **肝胆湿热证**：治宜清利肝胆湿热、理气通络，方选龙胆泻肝汤加减。
- **肝络失养证**：治宜滋阴柔肝、养血通络，方选一贯煎加减。

辨证论治的治疗有多方位，多靶点效应及多脏腑整体调节，有治疗优势。

5、名医经验

近年来，经验丰富的医家提出各自的治疗思路及临床心得：

(1) 黄雅慧教授经验

黄雅慧教授^[8]认为，胆囊切除后最常

见的问题是胃肠功能紊乱，尤其是脂肪消化能力下降，从而出现消化不良等症状。因此强调脾胃调治的重要性。

正如《金匱要略》所言：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”体现了“治未病”的思想。同时提出，应结合现代中药药理研究成果，提高治疗的针对性和有效性。

(2) 裴正学教授经验

裴正学教授^[9]认为，PCS 病机主要为肝郁脾虚、湿热内蕴、气血瘀滞，治疗上应重视脾胃调理。

其总结出的“胆胰合症方加减”是治疗本病的有效方剂，药物组成包括：柴胡、枳实、白芍、甘草、川芎、香附、丹参、木香、草豆蔻、大黄、黄连、延胡索、川楝子、乳香、没药、干姜、蒲公英、败酱草等。

6、针灸配合中药治疗

沈幼星等^[10]采用针灸联合中药治疗 PCS 患者 100 例，结果表明针药结合是治疗本病的有效方法。

中药以四逆散加减为主，具有疏肝理脾之功。

针灸取穴包括肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、大肠俞及阿是穴，以达到疏肝利胆、调气行水、活血化瘀、消胀止痛之效；配合足三里、阳陵泉治疗，其中足三里可健运脾胃、振奋胃气，阳陵泉可疏肝利胆、通腑和中。

针药合用，共同发挥疏肝利胆、调和脾胃的作用，疗效确切，值得临床推广应用。

7、病案分享

病案分享

患者冯女士，64岁。

2023年6月20日初诊。反复上腹胀痛不适2年余，伴恶心、反胃。

病史：近一年体重下降约12kg，目前体重48kg。患者2个月前行CT检查发现胆囊结石（具体资料不详），并有肝功能异常（资料不详）。肝胆专科医生考虑上腹痛可能与胃肠疾病有关，建议进一步检查。

刻下查体：墨菲征（Murphy sign）阳性，剑突下压痛，无反跳痛，遂建议先行肝胆系统检查。

2个月后于SGH接受胃镜及肠镜检查，结果提示慢性胃炎，幽门螺杆菌阴性（HP-）。胃肠专科认为症状与肝胆疾病关系较大，建议返回肝胆专科随诊。肝胆科医生建议暂时观察。

其后患者腹痛及恶心反胃逐渐加重，多次至急诊（A&E）就诊。因剧烈胃脘疼痛、频繁呕吐，于2023年10月23日接受胆囊切除术。手术顺利，但术后腹痛仍未改善。

西医给予胃黏膜保护剂及止痛药治疗。术后2周（2023年11月6日）前来中医求诊。

症见：上腹隐痛，腹胀肠鸣，暖气频作，恶心反酸，烧心，食欲极差，大便两日一行，面容焦虑，面色萎黄。舌红偏干，苔薄黄，脉弦细数。

西医诊断：胆囊术后综合征（PCS）。

中医诊断：腹痛（少阳失和、肝胃郁热证）。

治法：和解少阳，益气解郁，和胃止痛。

处方：小柴胡汤加减。

方药采用小柴胡汤加减：

小柴胡汤 3g，党参 1g，香附 1g，郁金 1g，延胡索 1g，蒲公英 1.5g，鸡内金 1g，麦芽 2g，14天药。

2024年11月27日复诊，食欲稍好，能吃半碗米粉汤，进食后腹胀痛，大便1-2天一行，舌红苔薄略厚，脉弦细数。上方去蒲公英，加防风 1.5g，当归 1g，7天药。

后续继续多次复诊，在2024年12月23日复诊。诉食欲已振，食量增加，大便困难，2-3天一行，粒状，排便时肛门堵塞感，排便后食欲更好，晨起口苦，舌红苔薄脉滑细数。治以清少阳郁热，益气润肠通便，选用药物：大柴胡汤 2g，枳实 1g，当归 1g，白术 2g，莱菔子 1.5g，桔梗 0.5g，防风 1.5g，麦芽 2g，7天药，配合针灸，主穴：深刺八髎穴，配穴：三阴交，脾腧，大肠腧，电针：疏密破，20 mins，1周2次。2周治疗后排便1-2天一次，顺畅，无腹痛，排便比较有力，排便时肛门堵塞感明显缓解，并嘱调整

饮食结构，后来用六君子汤合四逆散调理保健。

8、讨论

肝胆互为表里，共同主导疏泄功能。胆汁的生成与排泄、胃腑的通降功能均依赖肝气的条达。

胆囊虽已切除，但胆汁仍由肝脏持续生成，经肝内外胆管排出，其排泄过程与肝气升发疏泄功能密切相关，并进一步影响脾胃升降的气机运行。胆囊切除后，由于胆汁失去贮存和浓缩功能，其排泄节律发生改变，容易导致气机失调。

肝气郁结则见上腹胀痛；郁久化热，可见恶心反胃、口苦口干；木郁乘土，则见反酸、纳呆；少阳枢机不利，肝气横逆犯胃，可见食欲不振、暖气频作及消化不良；胆热犯胃，则见口苦、胸胁胀闷等症状。加之术后情绪焦虑，进一步影响肝气疏泄，故见舌红、脉弦细数等肝胃郁热之象。

本病例采用小柴胡汤和解少阳，大柴胡汤加减清少阳郁热，配合深刺八髎穴能缓解肠腑动力不足的便秘，有立竿见影之效。此外，PCS患者术后常见有脾虚的病理特点，调少阳气机同时不忘健脾补气，采用中药与针灸相结合治疗，能取良好疗效。

【参考文献】

- [1] Goah T, Bogacki P, Markowska B, et al. Quality of life in patients after laparoscopic cholecystectomy due to gallstone disease – evaluation of long-term postoperative results[J]. Pol Przegl Chir, 2021, 93(0): 19-24.
- [2] 郑树国, 王小军. 胆囊切除术后综合征[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(6): 510-512.
- [3] 任宏宇. 胆囊切除术后综合征的诊断, 处理和预防[J]. 医学新知杂志, 2017, 27(6): 563-565.
- [4] 吴洋洋. 柴胡疏肝利胆汤治疗胆囊术后综合征验案举例[J]. 实用妇科内分泌杂志, 2016, 10(3): 57-59.
- [5] 杜雨微, 顾勤, 戴洪山. 和解少阳法治疗胆囊切除术后综合征研究[J]. 环球中医药, 2017, 10(1): 39-41.
- [6] 严仕梦, 李法宝, 吕婵等. 基于“胆病从肝论治”探讨胆囊术后综合征的中医治疗[J]. 云南中医药杂志, 2023, 44(2): 91-95.
- [7] 余首德. 胆囊术后综合征辨证论治[J]. 实用中医内科杂志, 2012, 26(8): 74-75.
- [8] 王东亮, 黄雅慧. 黄雅慧教授治疗胆囊切除术后综合征的临床经验[J]. 光明中医 2015, 30(4): 719-721.
- [9] 展文国, 裴正学教授. 治疗胆囊术后综合征的临床经验[J]. 光明中医 2013, 28(7): 1318-1319.
- [10] 沈幼星, 陈昱. 针灸配合中药治疗胆囊术后综合征疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(3): 291-293.

从足论膝： 足弓失衡所致膝痹 的诊疗思路

陈源彬（新加坡）

【引言】膝关节疼痛的成因复杂，常见如半月板损伤、内外侧副韧带损伤、前后交叉韧带损伤，以及各类软组织损伤或外伤等。然而，在临床中，由足弓结构异常所引发的膝痛却常被忽视，甚至不为患者所知。部分患者即使接受了膝关节置换手术，术后疼痛仍未明显改善，其根源亦可能在于足部力线问题未被纠正。

一、病因机制

足弓作为人体重要的承重与缓冲结构，其形态异常（如足弓过低、平足，或足弓过高）可导致足底受力分布不均，引发足跟腱的歪斜，并经长期（数十年）异常受力与劳损，可逐渐导致：

- 膝关节内侧或外侧软组织持续损伤，酸痛无
- 膝关节力线偏移与结构变形，下肢畸形形成“O型腿”（膝内翻）“X型腿”（膝外翻）

同时，足部亦可出现相关继发问题：

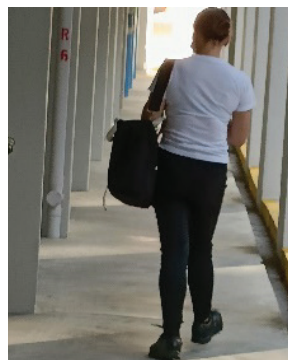
- 拇囊炎（Bunion）
- 拇趾外翻
- 足板歪斜或塌陷

二、临床表现特点

此类膝痛多属长期劳损性病变，起病隐匿，进展缓慢。当患者自身感觉到膝盖内或外侧酸疼无力，并且膝盖开始变形时



“O”型脚



“X”型脚

及其周围软组织损伤已经完全不可逆。常见表现包括：

- 膝关节内侧或外侧酸痛、无力逐渐加重
- 行走耐力下降，行走十余分钟即需休息
- 起立困难：由坐位站起时疼痛明显、乏力。
- 初动困难：站立后需缓冲片刻方能行走
- 易跌倒，稳定性下降。

随着病情发展，患者日常生活明显受限。例如乘搭巴士时需提前站立准备，反映膝关节功能逐渐减退。一旦进入结构性改变阶段，多已不可逆转，治疗难度显著增加。

诊断

一般到诊所就诊的此类患者，多为中老年人。他/她们年轻时，多跑不快，跑步时容易跌倒或扭伤踝关节。膝关节酸痛多发生于内侧或外侧（如阴陵泉、膝关，或阳陵泉、膝阳关区域）。

临床检查时可注意以下几点：

当患者站立时，观察足弓是否扁平、过低或过高；观察跟腱与足跟是否偏斜，未呈垂直状态；同时检查双下肢站立时，膝关节与大、小腿之间是否存在弯曲变形（如“O”型或“X”型倾向）。



足跟歪斜不成垂直线

按压阴陵泉或阳陵泉时，多可出现明显酸痛感。

临床鉴别诊断

临床上，足弓因素所致的膝关节疼痛，需与几类膝关节疼痛加以鉴别。

1、内、外侧副韧带损伤

疼痛多位于膝关节两侧。

检查方法：

嘱患者仰卧，一手握住踝部，另一手自大腿外侧向内侧施加挤压力；若膝内侧疼痛明显，则为内侧副韧带损伤。反之，自大腿内侧向外侧施压，若膝外侧疼痛明显，则为外侧副韧带损伤。

鉴别要点：

足弓因素所致的膝关节疼痛，一般不出现明确的内外侧副韧带应力性压痛。

2、半月板损伤

检查方法：

嘱患者仰卧，一手托起踝部，另一手使膝关节屈曲约90度，然后轻轻内旋或外旋小腿。若旋转过程中出现明显疼痛或卡顿感，则提示半月板损伤。

鉴别要点：

足弓所致膝关节疼痛通常不因旋转动作明显加重，亦无卡锁现象。

3、交叉韧带损伤

检查方法：

嘱患者仰卧，屈膝，足踏床面。术者双手握住膝关节下方（胫骨近端）进行前

后推拉。若向前推挤时出现疼痛或异常松动，为前交叉韧带损伤；若向后推挤时出现疼痛或异常松动，为后交叉韧带损伤。

鉴别要点：

足弓因素所致膝关节疼痛，一般不伴随关节明显不稳或抽屉试验阳性。

治疗

1、 针灸治疗

- i) 取穴：阴陵泉、阳陵泉、膝关、膝阳关、血海、商丘等。
配合局部阿是穴，施以手法以缓解膝关节两侧压痛。

或

- ii) 采用筋针浅刺膝关节周围痛点，同时配合间歇性膝关节屈伸运动，待疼痛减轻后出针。

2、 外治法

局部包扎舒筋活络类药膏，以促进气血运行，缓解软组织劳损。

3、 足弓支持治疗

指导患者于足弓处佩戴护套、双层网套或足套，以协助平衡足弓结构、改善下肢力线。患者多可立即感到膝关节疼痛及

无力感有所缓解。应嘱患者在站立及行走时持续佩戴护具，否则膝部酸痛与无力感可能加重。

若患者多为中老年人，甚至已出现下肢水肿现象，需特别注意护具的使用时间：休息时应取下护具，睡眠时不可佩戴护踝，避免长时间持续压迫，以免加重水肿。



足弓护套

结语

本病属久劳所致之慢性病变。膝关节一旦发生形变，多属结构性改变，难以逆转。治疗当以缓解酸痛、改善无力为主，以期提高患者生活质量，然难复其原有之关节形态。

胃苓汤治疗慢性泄泻的临床应用体会

李月香（新加坡）

【前言】泄泻是临床常见病证，以排便次数增多、粪质稀薄，甚则泻下如水样为主要表现。现代医学中常见于急慢性肠炎、肠易激综合征、功能性腹泻等疾病。腹泻发病率较高，不仅影响患者生活质量，也可对身体健康造成不同程度的损害。

现代医学治疗泄泻多以对症处理为主，包括止泻药、解痉药及肠道菌群调节剂等，虽能暂时缓解症状，但部分患者易反复发作，远期疗效仍有局限。

中医治疗泄泻强调辨证论治与整体调节。五苓散与平胃散均为治疗湿邪困脾的重要经典方剂。五苓散出自《伤寒论》，由茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝组成，具有利水渗湿、温阳化气之功；平胃散首载于《太平惠民和剂局方》，由苍术、厚朴、陈皮、甘草组成，功擅燥湿运脾、行气和胃。

两方合用称“胃苓汤”，具有健脾祛湿、行气利水之功，可兼顾中焦脾胃与下焦水湿，尤适用于脾胃湿滞、水湿内停所致之泄泻。临床应用时，不仅能够改善腹泻症状，还可缓解腹胀、肠鸣、肢体困重等伴随症状，体现标本兼顾、上下同治之特点。

一、泄泻的病因病机

中医学认为，泄泻的发生与外感六淫、饮食失调、情志失常及脏腑虚弱等因素密切相关，其基本病机为脾失健运、湿邪内盛，致清浊不分，混杂而下，并走大肠而成泄泻。

脾虚湿盛是泄泻发生的重要病理基础。《素问·阴阳应象大论》曰：“湿胜则濡泻。”脾主运化，喜燥恶湿，若外感湿邪，或饮食不节损伤脾胃，则脾失健运，水湿内停，下迫大肠而发为泄泻。久病及肾，肾阳不足，命门火衰，不能温煦脾土，亦可导致水谷不化而泄；肝失疏泄，横逆犯脾，则形成肝脾不和之泄泻。

在疾病演变过程中，湿邪贯穿始终。初期多属实证，以湿邪困阻为主；病程迁延则多呈脾虚湿困，或虚实夹杂之证。因此，健脾祛湿为治疗泄泻的重要原则。

二、五苓散与平胃散的方义分析

1、五苓散的组成与功效：

- 五苓散由茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝五味药组成。方中茯苓、猪苓甘淡渗湿，利水渗湿，为君药；泽泻甘寒渗利，利水渗湿，为臣药；三者配伍，增强利水渗湿之功。白术苦温，健脾燥湿，桂枝辛温，通阳化气，两者共为佐使，既能助脾运化水湿，又能温阳促进气化。诸药合用，共奏利水渗湿、温阳化气之功。
- 五苓散在《伤寒论》中主要用于太阳蓄水证，症见小便不利、微热烦渴、渴欲饮水等。后世医家将其应用范围扩大，用于各种水湿内停的病证。方中重在利水，使水湿从小便而去，即“利小便以实大便”之法，对于水湿下渗大肠所致的泄泻有良好效果。

2、平胃散的组成与功效：

- 平胃散由苍术、厚朴、陈皮、甘草四味药组成。方中苍术苦温辛烈，功擅燥湿健脾，为君药；厚朴苦辛温，行气消胀，燥湿除满，为臣药；两药相配，燥湿运脾，行气除满。陈皮理气和胃，燥湿健脾，为佐药；甘草甘缓和中，调和诸药，为使药。四药合用，共奏燥湿运脾、行气和胃之功。

- 平胃散为治疗湿滞脾胃的基础方，以脘腹胀满、舌苔白厚腻为主要证候要点。本方重在燥湿运脾，恢复脾胃的运化功能，使湿邪得化，气机得畅，则胀满自消，泄泻自止。

三、五苓散与平胃散的配伍原理

- 五苓散与平胃散合用，又称胃苓汤，是中医方剂配伍中“合方”的典型代表。两方相合，既增强了祛湿之功，又扩大了治疗范围。
- 从功效上看，五苓散偏于利水渗湿，使水湿从小便而出；平胃散偏于燥湿运脾，恢复脾胃运化功能。两方合用，既治已成之水湿，又能堵生湿之源，标本兼顾。从脏腑角度看，五苓散主要作用于下焦膀胱，平胃散主要作用于中焦脾胃，两方合用，三焦同治，使水湿无以所生。
- 此外，两方合用后，利水与燥湿同施，既能消除已形成之水湿，又能防止新的水湿产生；健脾与行气并行，既能恢复脾运，又能舒畅气机，符合中医“治湿不理气，非其治也”的原则。

四、五苓散与平胃散的组成与功效对比：

方名	药物组成	主要功效	主治病证
五苓散	茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝	利水渗湿，温阳化气	膀胱气化不利之水湿内停证，小便不利，水肿，泄泻，渴不欲饮
平胃散	苍术、厚朴、陈皮、甘草	燥湿运脾，行气和胃	湿滞脾胃证，脘腹胀满，不思饮食，口淡无味，恶心呕吐，肢体沉重
合方（胃苓汤）	上述七味药物	健脾祛湿，行气利水	水湿内停，脾胃湿滞之泄泻，水肿，腹胀，小便不利，舌苔白厚腻

五、合方的适用证型与辨证要点：

- 五苓散合平胃散治疗泄泻，主要适用于水湿内停，脾胃湿滞之证。其临床应用以泄泻清稀、脘腹胀满、舌苔白腻为主要辨证要点。
- 合方的适应证包括：
 - ① 排便特征：大便清稀，甚则如水样，日行数次或十余次，排便不畅，里急后重感；
 - ② 腹部症状：脘腹胀满，恶心呕吐，纳呆食少，肠鸣漉漉；
 - ③ 全身症状：肢体困重，倦怠乏力，口渴不欲饮，或伴水肿；
 - ④ 舌脉特征：舌质淡或淡红，舌苔白腻或白厚，脉濡缓或沉细。
- 随证加减：若寒湿较重，加干姜、草豆蔻以温中散寒；若湿热明显，加黄连、黄芩以清热燥湿；若脾虚显著，加党参、山药以健脾益气；若食积停滞，加山楂、神曲以消食导滞；若久泻不止，加诃子、石榴皮以涩肠止泻。

应用注意事项：

应用五苓散合平胃散治疗泄泻时，需注意以下几点：

辨证要点：本方主要适用于湿盛型泄泻，尤其是湿阻中焦伴有水湿内停者。对于阴虚津亏、实热内盛者慎用，可能加重口干、便秘等症状。

剂量调整：两方均为处方药，需由医师根据患者体质、症状调整剂量和疗程。一般而言，湿重者加重苍术、茯苓用量；气滞明显者加重厚朴、陈皮用量；脾虚甚者加重白术用量，并可加党参、山药等健脾之品。

用药时间：本方不宜长期服用，待湿邪渐去，症状改善后，应根据病情调整方药，或以健脾益气为主，稍佐祛湿之品，以巩固疗效。

配伍禁忌：避免与利尿剂、泻下药同用，防止电解质紊乱。服药期间忌食生冷油腻，避免加重湿邪。

六、临床病例一则

男，63岁，已婚。

初诊：2024年7月26日，腹泻次数增多3年余，迁延反复，每日3-4次，患者每日腹泻3-4次，晨起即发，便质稀溏，伴有腹胀痛、肠鸣、矢气频作，用餐后易发作，胃口尚可，喜饮啤酒，若稍进油腻、辛辣食物，则腹泻明显增加，形体消瘦，面色㿠白。肢体困重，倦怠乏力，四肢偏冷。舌色淡，舌边尖有齿印，苔白厚。脉细弱。

3年前胃镜和肠镜检查后，一直到最近一次检查是在今年9月，胃镜、肠镜检查和粪便常规检查，检查结果无异常。

诊断：泄泻。

辨证：脾胃阳虚证。

治法：健脾化湿，温阳化气。

处方：五苓散合平胃散加乌梅、干姜、吴茱萸、谷芽、薏苡仁、苍术、砂仁、藿香（颗粒），7剂。

二诊：服上药7剂后，泄泻稍有改善，其余症状变化不显，仍予前方加芡实、紫苏叶。

针灸处方：中脘、下脘、关门、天枢、大横、水分、止泻穴、气海、关元、归来。

三诊：服上药7剂后，泄泻大减，腹胀痛、肠鸣、矢气少，仍予前方加肉桂。

四诊：服上药7剂后，大便次数减至每日2次，分别于晨起及午间排出，质仍偏稀如水样。

观察：守方十诊后，患者便次减少，粪便成形，腹胀减轻，肠鸣减少，肢体困重改善，精神转佳，改为四君子汤加减调理中气，顾护后天之本。嘱患者平素规律饮食，忌食辛辣刺激食物。

七、临床诊治体会

患者泄泻已3年，久泻多虚，当以扶正为重，佐以健脾疏肝益气，温肾固涩。

五苓散合平胃散（胃苓汤）对于水湿内停、湿困脾胃所致泄泻疗效确切，可改善大便稀溏、排便频数、腹胀纳呆及肢体困重等症状，提高患者生活质量。

本案同时配合腹针针灸治疗，以调理脾胃气机为主，循经取穴，选取中脘、下脘、天枢、大横、气海、关元等穴位，以调和脏腑、疏通经络。针刺是使用中刺方法。通过调理这些经脉，能够发挥疏通经脉、活血化瘀、鼓舞气血运行的作用，药物与针灸并用，内外兼治，既祛湿止泻，又扶正健脾，体现标本兼顾的治疗思路。

此方寓“养后天以补先天”之意，故名“引气归元”。中脘、下脘调理中焦，调升降，为后天之本，且因手太阳肺经起于中焦，故兼有主肺气肃降之功能。气海为气之海，关元培肾固本，而肾又主先天原气。四穴并用具有以后天养先天之意，能补益气血、养肾填精，调脾胃、治心肺，补肝肾之效。

基于数据挖掘的新加坡地区结直肠癌中医用药规律研究

朱奕达（新加坡）

【摘要】

目的：基于新加坡本地临床数据，采用数据挖掘方法分析结直肠癌（CRC）的中医证候及用药规律。

方法：收集 2023 年 1 月至 2024 年 9 月新加坡中华医院及同济医院门诊 CRC 患者病历 497 则，运用频次分析和关联规则分析进行数据挖掘。

结果：患者女性多于男性，中老年人居多。正虚因素以脾虚（50.32%）为主，病理因素以湿（25.83%）为主。高频药物为黄芪、肿节风、半枝莲；补益药占比最高（26.14%）。关联规则显示，病机内热-脾、热-湿-脾等置信度 100%；药物内当归、浮小麦等-黄芪置信度 100%；肾-黄芪、痰-黄芪等置信度 100%。

结论：新加坡地区 CRC 以“扶正祛邪”为纲，核心病机为脾虚湿蕴、兼夹湿热，用药注重甘温补益与清热解毒相结合，以黄芪、肿节风、半枝莲为核心。

【关键词】结直肠癌；数据挖掘；用药规律；新加坡；中医药

1 引言

结直肠癌（colorectal cancer, CRC）是消化系统最常见的恶性肿瘤之一，在全球范围内具有严重的疾病负担^[1]。中医多将其归属于“肠蕈”“积聚”“脏毒”等范畴，病因与湿热瘀毒、脾虚气滞、正气不足密切相关^[2, 3]。中医药在 CRC 治疗中具有独特优势，可通过扶正祛邪、调节免疫微环境等途径改善患者生存质量^[4, 5]。

数据挖掘方法在中医用药规律研究中应用广泛，可通过频次分析、关联规则、聚类分析等方法，从临床数据中提炼核心病机与用药规律^[6]。新加坡地处热带，气候湿热，其 CRC 患者的中医证候与用药特点可能与温带地区存在差异。目前，针对新加坡地区 CRC 中医用药规律的系统性研究尚属空白。

本研究基于新加坡本地临床数据，采用数据挖掘方法，系统分析CRC的中医证候特征及用药规律，以期为新加坡地区CRC的临床诊疗提供参考依据。

2 方法

2.1 研究病例来源

统计 2023 年 1 月至 2024 年 9 月新加坡中华医院及同济医院肿瘤专病组医师的门诊病例中符合“结直肠癌”临床诊断的患者，共计 497 例。

应用 Excel 数据记录系统，对患者临床资料进行了详细记录，进而构建中医医案数据库。录入内容包括患者姓名、年龄、性别、病机、处方用药等，并对数据进行清理和规范化处理，同时统一中医药术语。

2.2 诊断标准

参照《中国结直肠癌诊疗规范（2023 版）》的定义和诊断标准：结肠镜下观察到肿块、溃疡或浸润性病变伴黏膜结构破坏、出血等特征时，结合活检，确诊结肠癌。

2.3 纳排标准

2.3.1 病例纳入标准

- ① 符合CRC诊断标准者；
- ② 信息完整的患者；
- ③ 使用中医药治疗者；
- ④ 年龄 ≥ 18 岁。

2.3.2 病例排除标准

- ① 不符合结直肠癌诊断标准的医案；
- ② 医案中方药证治、疗效等信息记录不全者；
- ③ 医案中单纯采用中医外治法手段（针刺疗法、艾灸、灌肠等）或单纯采用西医治疗方法。

2.4 数据挖掘方法

利用 Excel 2019 和 SPSS 26.0 软件对数据进行描述性统计，计算频次与频率。采用 SPSS Modeler 18.0 软件进行关联规则分析，以 Apriori 算法为核心，根据数据特征分别设置支持度与置信度阈值（详见结果部分 3.3）。关联规则分析中，支持度与置信度的具体取值由数据规则结果决定。

3 结果

3.1 基本资料分布

本研究共纳入符合纳入标准的结直肠癌病历 497 例。性别分布显示，女性患者 314 例（63.18%），男性患者 183 例（36.82%），女性多于男性（见表 1）。年龄分布显示，40–49 岁 38 例（7.65%），50–59 岁 87 例（17.51%），60–69 岁 135 例（27.16%），70–79 岁 191 例（38.43%），≥ 80 岁 46 例（9.26%），以中老年人群居多（见表 2）。

表 1 性别频次分布

序列	性别	频次	频率
1	男	183	0.3682
2	女	314	0.6318



表2 年龄频次分布

序列	年龄段（岁）	频次	频率
1	40-49	38	0.0765
2	50-59	87	0.1751
3	60-69	135	0.2716
4	70-79	191	0.3843
5	≥80	46	0.0926

3.2 频次统计结果

3.2.1 病机频次分析

在录入数据库时，根据病历中的辨证分型，将证候分为正虚因素、病理因素两个方面，分别进行频数分析。正虚因素共9个，以脾虚最为常见（394例，50.32%），其次为肾虚（253例，32.31%）（见表3）。病理因素共6个，以湿最为常见（211例，25.83%），其次为痰（203例，24.85%）、热（185例，22.64%）（见表4）。

表3 正虚因素频次分布

序列	正虚因素（n=9）	频次	频率
1	脾虚	394	0.5032
2	肾虚	253	0.3231
3	气虚	76	0.0971
4	血虚	23	0.0294
5	脾气虚	17	0.0217
6	肺虚	15	0.0192
7	阴虚	2	0.0026
8	胃虚	2	0.0026
9	阳虚	1	0.0013

表4 病理因素频次分布

序列	病理因素	频次	频率
1	湿	211	0.2583
2	痰	203	0.2485
3	热	185	0.2264
4	瘀	172	0.2105
5	气滞	45	0.0551
6	大肠津亏	1	0.0012

3.2.2 中药使用频次分析

本研究共涉及中药153种。黄芪使用频次最高（474次，6.6%），其次为肿节风（363次，5.05%）、半枝莲（360次，5.01%）、白术（335次，4.66%）、茯苓（306次，4.26%）、莪术（292次，4.06%）、白花蛇舌草（266次，3.70%）、预知子（261次，3.63%）、仙鹤草（250次，3.48%）、玄参（196次，2.73%）（见表5）。前6位高频药物中，黄芪属补益药，白术属补气药，茯苓属利

表5 新加坡地区病例中药使用频次分析（前10位）

序列	处方用药（n=153）	频次	频率
1	黄芪	474	0.0660
2	肿节风	363	0.0505
3	半枝莲	360	0.0501
4	白术	335	0.0466
5	茯苓	306	0.0426
6	莪术	292	0.0406
7	白花蛇舌草	266	0.0370
8	预知子	261	0.0363
9	仙鹤草	250	0.0348
10	玄参	196	0.0273

表6 新加坡地区病例中药归类频次分布

归类	涉及药味（味）	频次	频率
补益药	26	1888	0.2614
清热泻下药	21	1314	0.1819
理血药	15	1130	0.1564
化湿药	14	756	0.1047
理气药	5	526	0.0728
利水药	5	449	0.0622
温里与其他药	5	298	0.0413
平肝与安神药	7	276	0.0382
解表药	10	244	0.0338
收敛药	4	148	0.0205
消食与驱虫药	4	118	0.0163
化痰与止咳药	11	76	0.0105

水药，肿节风属理血药，半枝莲属清热与泻下药，八月扎属理气药。

3.2.3 中药归类频次分布

将本研究中所涉及的中药按照《中国药典》（2020年版）分类标准进行分类，补益药使用最多（1888次，26.14%），其次为清热泻下药（1314次，18.19%）、理血药（1130次，15.64%）、化湿药（756次，10.47%）、理气药（526次，7.28%）（见表6）。

3.2.4 药物归经频次分布

本研究中所涉及中药的归经频次分析结果显示，归脾经的中药最多次，23.36%），其次为肝经（3297次，18.63%）、肺经（3218次，18.19%）、心经（3163次，17.88%）、肾经（1938次，10.95%）（见表7）。

表7 新加坡地区病例中药归经频次分析

归经（n=11）	涉及药物（味）	频次	频率
脾	46	4133	0.2336
肝	55	3297	0.1863
肺	58	3218	0.1819
心	35	3163	0.1788
肾	35	1938	0.1095
小肠	8	645	0.0365
大肠	18	475	0.0268
胆	7	437	0.0247
膀胱	13	300	0.0170
三焦	4	89	0.0050

3.2.5 药物四气频次分布

本研究中所涉及中药的四气频次分析结果显示，平性药最为常见（2141次，29.64%），其次为温性药（1837次，25.43%）、寒性药（1340次，



18.55%)、微寒药 (705次, 9.76%)、微温药 (700次, 9.69%) (见表8)。

表8 新加坡地区病例中药四气频数分析

四气 (n=9)	涉及药物 (味)	频次	频率
平	23	2141	0.2964
温	40	1837	0.2543
寒	25	1340	0.1855
微寒	17	705	0.0976
微温	13	700	0.0969
凉	6	235	0.0325
大热	2	139	0.0192
热	1	126	0.0174

3.2.6 药物五味频次分布

本研究中所涉及中药的五味频次分析结果显示, 甘味药最为常见 (4427次, 39.28%), 其次为苦味药 (2755次, 24.45%)、辛味药 (2146次, 19.04%)、淡味药 (843次, 7.48%) (见表9)。

表9 新加坡地区病例中药五味频数分析

五味 (n=11)	涉及药物 (味)	频次	频率
甘	56	4427	0.3928
苦	45	2755	0.2445
辛	49	2146	0.1904
微苦	11	336	0.0298
咸	9	162	0.0144
淡	5	843	0.0748
酸	7	336	0.0298
涩	3	258	0.0229
微甘	1	7	0.0006

3.2.7 高频用药用量频次分布

对新加坡地区数据中频次最高的六味中药 (黄芪、肿节风、半枝莲、白术、茯苓、八月札) 进行常用剂量分析, 仅列出频次最高的前3种用量 (见表10)。结果显示, 黄芪以30g最为常用 (59.07%), 肿节风以30g最为常用 (81.82%), 半枝莲以30g最为常用 (44.72%), 白术以15g最为常用 (55.87%), 茯苓以12g最

表10 高频药物主要用量分布 (仅列频次前3位)

药物	处方用量1 (频次 / %)	处方用量2 (频次 / %)	处方用量3 (频次 / %)
黄芪	30g (280, 59.07%)	24g (96, 20.25%)	15g (41, 8.65%)
肿节风	30g (297, 81.82%)	24g (32, 8.82%)	45g (15, 4.13%)
半枝莲	30g (161, 44.72%)	24g (89, 24.72%)	45g (46, 12.78%)
白术	15g (200, 55.87%)	12g (115, 32.12%)	15g (21, 5.87%)
茯苓	12g (209, 67.42%)	15g (100, 32.26%)	10g (1, 0.32%)
八月札	24g (133, 50.96%)	30g (72, 27.59%)	15g (52, 19.92%)

注: 仅列出频次最高的3种用量, 其余用量因频次较低未予展示。半枝莲45g与60g频次相同 (46, 12.78%), 表中仅列45g。

表11 病机关联性分析结果

序列	前项	后项	支持度百分比 (Support=0.10)	置信度百分比 (Confidence=0.52)
1	热	脾	38.43	100
2	痰，热	脾	1.21	100
3	热，肾	湿	15.29	100
4	热，肾	脾	15.29	100
5	热，湿	脾	36.22	100
6	肾，湿	脾	30.99	100
7	湿	脾	53.92	98.51
8	痰，湿	脾	17.3	97.67
9	热	湿	38.43	94.24
10	热，脾	湿	38.43	94.24
11	肾	脾	50.70	94.05
12	痰，湿	肾	17.30	90.70

注：仅列出置信度 ≥90% 的关联规则，其余规则因置信度较低未予展示。

为常用（67.42%），八月札以 24g 最为常用（50.96%）。

3.3 关联性分析

3.3.1 病机关联性分析

设置支持度为 0.1，置信度为 0.52，将正虚因素和病理因素进行关联性分析。结果显示，热 - 脾、痰 - 热 - 脾、热 - 肾 - 湿、热 - 肾 - 脾、热 - 湿 - 脾、肾 - 湿 - 脾的置信度均达 100%。脾 - 湿、脾 - 肾、脾 - 热、脾 - 痰的支持度均为 79.88%（见表 11，图 1）。

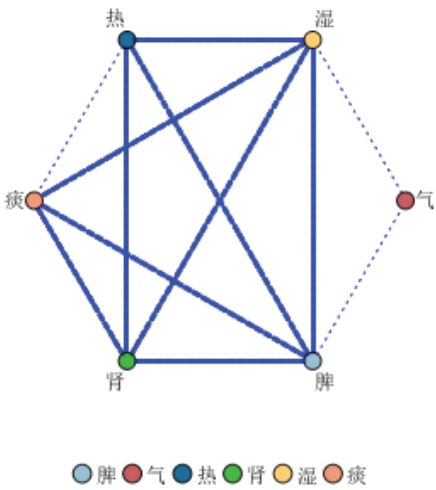


图1 病机内关联规则网络

3.3.2 中药关联性分析

设置支持度为 0.25，置信度为 0.78，将本研究中所涉及的中药进行关联性分析。结果显示，当归、浮小麦、绞股蓝、

预知子、生地黄、玄参、仙鹤草、莪术、肿节风、白术、半枝莲、白花蛇舌草、茯苓-黄芪的置信度均为 100%（见表 12，图 2）。



表 12 中药关联性分析结果

编号	前项	后项	支持度百分比	置信度百分比
1	当归	黄芪	26.56	100.00
2	浮小麦	黄芪	27.77	100.00
3	绞股蓝	黄芪	37.22	100.00
4	预知子	黄芪	52.31	100.00
5	生地黄、肿节风	黄芪	27.77	100.00
6	绞股蓝、仙鹤草	黄芪	26.36	100.00
7	绞股蓝、白术	黄芪	31.39	100.00
8	绞股蓝、半枝莲	黄芪	25.15	100.00
9	绞股蓝、肿节风	黄芪	25.55	100.00
10	玄参、半枝莲	黄芪	26.96	100.00
11	玄参、肿节风	黄芪	32.60	100.00
12	仙鹤草、预知子	黄芪	34.41	100.00
13	仙鹤草、莪术	黄芪	32.80	100.00
14	预知子、白花蛇舌草	黄芪	31.59	100.00
15	预知子、莪术	黄芪	43.86	100.00
16	预知子、茯苓	黄芪	27.77	100.00
17	预知子、白术	黄芪	33.20	100.00
18	预知子、半枝莲	黄芪	43.26	100.00
19	预知子、肿节风	黄芪	43.26	100.00
20	莪术、肿节风	黄芪	44.47	100.00

注：仅列出置信度100%的规则（前20条）及核心单味药关联规则，其余规则因篇幅未予展示，详见图2关联规则网络图。

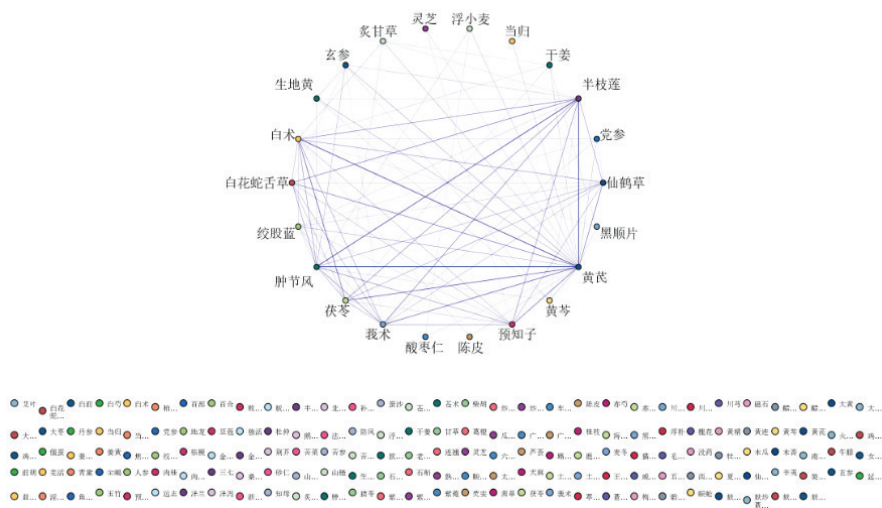


图 2 中药关联性分析规则网络图

表 13 正虚因素与中药关联性分析

编号	前项	后项	支持度百分比	置信度百分比
1	肾	黄芪	22.94	100.00
2	肾、脾	黄芪	19.92	100.00
3	脾	黄芪	30.99	98.70
4	气	白术	7.85	97.44
5	气	茯苓	7.85	89.74
6	脾	肿节风	30.99	82.47

注：仅列出置信度 ≥80% 的关联规则，其余规则因置信度较低未予展示。

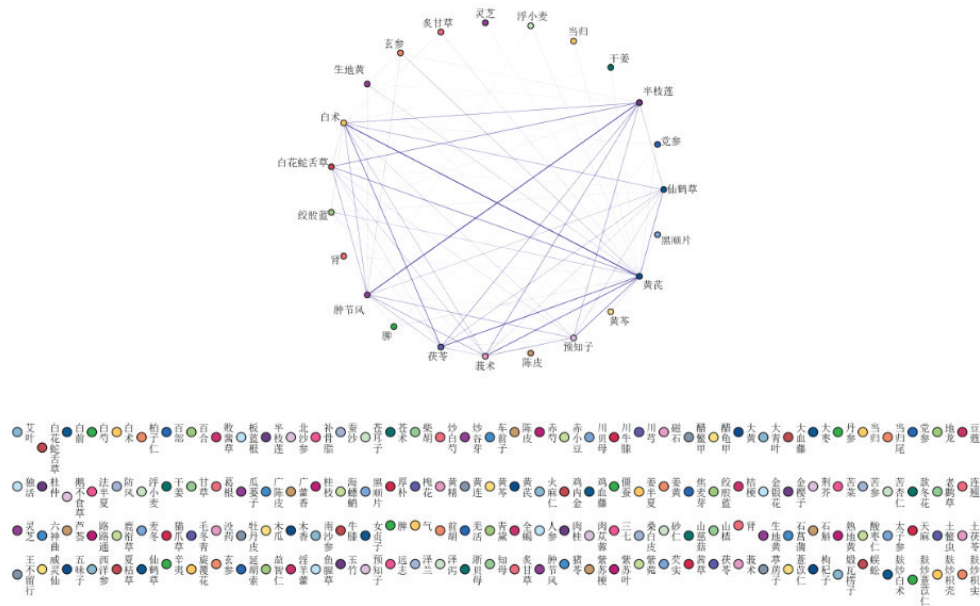


图 3 正虚因素与中药关联规则网络图

3.3.3 正虚因素与中药关联性分析

设置支持度为 0.10，置信度为 0.37，将正虚因素（脾虚、肾虚、气虚）与中药进行关联性分析。结果显示，肾－黄芪、肾－脾－黄芪的置信度均为 100%，脾－黄芪的置信度为 98.70%（见表 13，图 3）。

3.3.4 病理因素与中药关联性分析

设置支持度为 0.10，置信度为 0.37，将病理因素（痰、瘀、湿、热、大肠津亏、气滞）与中药进行关联性分析。结果显示，痰－黄芪、痰－湿－预知子、痰－湿－黄芪的置信度均为 100%（见表 14，图 4）



表14 病理因素与中药关联性分析

编号	前项	后项	支持度百分比	置信度百分比
1	痰	黄芪	38.23	100
2	痰、湿	预知子	17.30	100
3	痰、湿	黄芪	17.30	100
4	湿	黄芪	53.92	99.63
5	热	黄芪	38.43	99.48
6	热、湿	黄芪	36.22	99.44
7	痰、湿	莪术	17.30	96.51
8	热、湿	肿节风	36.22	93.89
9	热	肿节风	38.43	91.10
10	痰、湿	灵芝	17.30	90.70

注：仅列出置信度 ≥90% 的关联规则，其余规则因置信度较低未予展示。

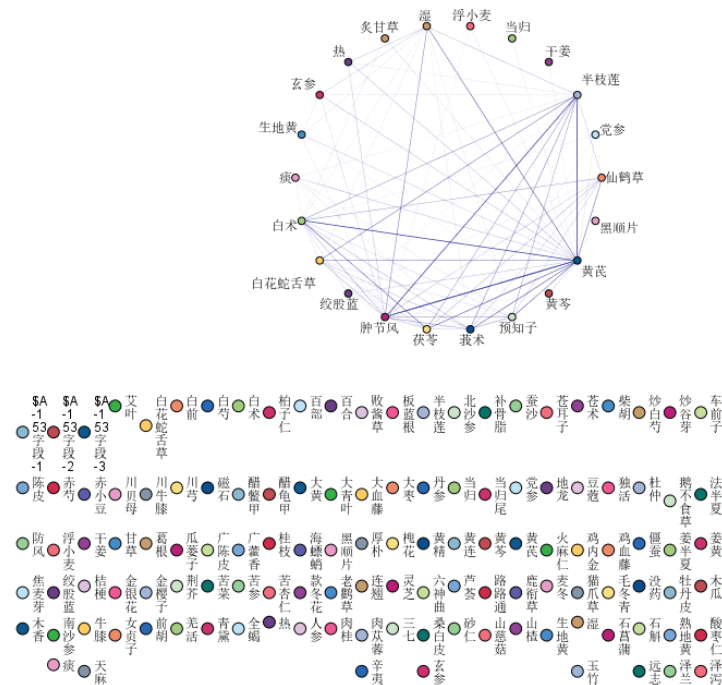


图4 病理因素与中药关联规则网络图

4 讨论

本研究共纳入 CRC 病例 497 例，女性占比 63.18%，男性 36.82%，呈现女性偏多趋势。年龄分布以中老年为主，70-79 岁年龄段占比最高（38.43%），与全球结直肠癌流行病学特征吻合^[7]。

在病机分析方面，正虚因素以脾虚最为常见（50.32%），病理因素以湿最为常见（25.83%）。关联分析显示，脾虚-湿、脾肾两虚、脾虚-痰支持度均达 79.88%，核心病机呈现脾虚湿困、脾肾两虚及痰湿/湿热互结三类典型模式。综上，中晚期 CRC 核心病机为“脾虚为本，湿痰热为标”^[8]。

在用药规律方面，补益药使用最多（26.14%），其次为清热泻下药（18.19%）、理血药（15.64%）。药物四气以平、温、寒为主，五味以甘、苦、辛为主，归经以脾、肝、肺经为主。黄芪使用频次最高（6.6%），以 30g 为最常用剂量，其次为肿节风（5.05%）、半枝莲（5.01%）。中药关联分析显示，当归、浮小麦、绞股蓝、白术、茯苓、半枝莲、肿节风等与黄芪的置信度达 100%，形成“补气-健脾-清热-利湿-活血”的多

靶点协同体系，体现了“扶正祛邪”的治疗原则^[9-11]。

病机与中药的关联分析显示，正虚因素方面，脾肾两虚-黄芪置信度 100%，脾虚-黄芪置信度 98.7%；病理因素方面，痰-黄芪、痰湿-预知子、痰湿-黄芪置信度 100%。脾虚与半枝莲、白花蛇舌草、茯苓、莪术等清热利湿、活血药物的关联支持度为 30.99%，印证了 CRC “脾虚为本，痰湿热瘀交织为标”的病机特征。

本研究存在一定局限性，即临床数据来源于两家医院，样本代表性有限；数据挖掘方法难以完全还原临床辨证的复杂过程。

5 结论

本研究通过数据挖掘方法，系统分析了新加坡地区 497 例 CRC 患者的中医证候及用药规律。研究证实核心病机为“脾虚为本，湿痰热为标”，用药以黄芪、肿节风、半枝莲为核心，注重甘温补益与清热解毒相结合，形成了“补气-健脾-清热-利湿-活血”的多靶点干预体系。上述结果为新加坡地区 CRC 的中医药规范化治疗提供了参考依据。

【参考文献】

- [1] LI Q, XIA C, LI H, et al. Disparities in 36 cancers across 185 countries: secondary analysis of global cancer statistics [J]. *Frontiers of medicine*, 2024, 18(5): 911-920.
- [2] 赵轩竹, 何国平, 梅汉玮, 等. 中医药联合化疗治疗大肠癌的临床进展 [J]. *现代中西医结合杂志*, 2022, 31(14): 2036-2039.
- [3] 胡淼, 李灵常, 霍介格. 结直肠癌的中西医结合治疗现状与不足 [J]. *中国肿瘤外科杂志*, 2021, 13(2): 117-121.
- [4] 唐睿, 肖国航, 彭永焕, 等. 补气清肠汤联合XELOX化疗加贝伐珠单抗治疗方案治疗气虚湿热证转移性结肠癌患者的临床观察 [J]. *广州中医药大学学报*, 2024, 41(10): 2720-2726.
- [5] 赵泉景, 侯佳伟, 许阳贤. 健脾理气法治疗结直肠癌的回顾性研究及预后分析 [J]. *医学研究杂志*, 2024, 53(11): 22-26.
- [6] 王树鹏, 刘书宇. 数据挖掘技术在中医药领域中的应用研究 [J]. *中华中医药学刊*, 2011, 29(01): 36-38.
- [7] SUNG H, FERLAY J, SIEGEL R L, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries [J]. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2021, 71(3): 209-249.
- [8] 魏小曼, 耿雪尘, 李柳, 等. 基于癌毒病机理论的结直肠癌全程防治体系构建 [J]. *中华中医药杂志*, 2023, 38(02): 572-575.
- [9] 李瑞, 王宇. 黄芪多糖的抗肿瘤作用机制研究进展 [J]. *西部中医药*, 2022, 35(9): 150-154.
- [10] LI L, WANG Q, HE Y, et al. Astragaloside IV suppresses migration and invasion of TGF-beta(1)-induced human hepatoma HuH-7 cells by regulating Nrf2/HO-1 and TGF-beta(1)/Smad3 pathways [J]. *Naunyn Schmiedeberg's Arch Pharmacol*, 2022, 395(4): 397-405.
- [11] ZHANG Y, JI W, QIN H, et al. Astragalus polysaccharides alleviate DSS-induced ulcerative colitis in mice by restoring SCFA production and regulating Th17/Treg cell homeostasis in a microbiota-dependent manner [J]. *CARBOHYDRATE POLYMERS*, 2025, 349.

从“扶正固本”治疗肿瘤到“固本清源”

曾玉珠（新加坡）

【摘要】“扶正培本”是中医治疗肿瘤的重要理论，其核心源于“正气存内，邪不可干”等经典论述，并在历代医家发展中不断完善。基于正虚邪实的基本病机认识，现代中医肿瘤学形成多种治法体系。

“固本清源”理论是在“扶正培本”基础上结合临床实践进一步凝练而成，强调固护正气与祛除痰、湿、瘀、毒等病理产物并重。该理论贯穿肿瘤治疗全过程，可用于手术、化疗、放疗及靶向治疗等不同阶段，以改善机体内环境、减轻治疗损伤并提高综合疗效。

该理论为中医肿瘤治疗提供了新的学术思路与实践参考。

1 “扶正培本”治疗肿瘤的理论渊源

“扶正培本”治疗肿瘤最早的理论依据，见于《黄帝内经》中的“正气存内，邪不可干”及“邪之所凑，其气必虚”。后来，张元素对肿瘤治疗中的“补”法提出“养正积自消”的著名论点，对后世医家治疗肿瘤产生了深远影响。简而言之，肿瘤扶正培本的学术思想起源于先秦，形成于汉唐，成熟于金元，发展于明清^[1]。

新中国成立后，随着中医药事业的进一步发展，中医肿瘤治法不断丰富，逐渐形成了培本法以及活血化瘀、软坚散结、化痰祛湿、清热解毒等扶正祛邪治法，由此奠定了扶正培本法在肿瘤治疗中的重要地位。

2 肿瘤病治疗的基本治则

中医学认为，肿瘤的发生发展，多因正气虚损、邪气留滞，致使气滞血瘀、痰凝毒聚，蕴结而成，是正虚与邪实共同作用所产生的病理产物。因此，其传统治疗原则为“扶正”与“祛邪”。

癌症早期，正气尚盛，以祛邪为主，或兼以扶正；癌症中期，正虚与邪实并见，治宜扶正与祛邪并重；随着癌瘤生长，正气逐渐耗伤，当正不遏邪时，癌瘤发展迅速，甚至发生转移，此时治疗当以扶正为主，兼以祛邪，或化痰、或逐瘀、或解毒，以达到“养正积自消，邪去正方安”的目的。

近代临床医家在长期实践中积累了丰富的经验，对扶正培本治法有了进一步认识

与提升，并在此基础上提出了诸多创新学术思想，如带瘤生存理论、癌毒病机理论、固本清源理论、三段六辨理论、温阳散寒法、扶正调气法等。其中，部分理论亦结合了1889年Stephen Paget提出的“种子与土壤”学说。

在这些学术思想中，“癌毒病机理论”看似偏重祛邪，实际上同样强调扶正培本的重要性。程海波教授在周仲瑛教授提出“癌毒”学说（针对肿瘤的特殊性与难治性率先提出“癌毒”概念）的基础上，进一步凝练并创建“癌毒病机理论”^[2]，强调癌毒是肿瘤发生发展的关键病机，与痰、瘀共同构成基本病理因素，而气郁则在恶性肿瘤形成过程中发挥重要作用。简言之，“痰瘀郁毒，正气亏虚”是肿瘤的基本病机。癌毒是肿瘤治疗的核心问题，因此抗癌祛毒应贯穿肿瘤治疗始终，而不能仅偏重补益。

3 “固本清源”理论

首都国医名师林洪生教授（笔者的硕士导师）总结前人临床经验，结合现代医家对肿瘤“邪气”的认识，认为单纯“扶正培本”已不足以完全体现中医治疗恶性肿瘤的优势与特色。因此，她在继承“扶正培本”理论基础上，广纳诸家肿瘤治疗之长，结合四十余年临床诊疗经验，凝练并提出“固本清源”理论。该理论既能体现中医药治疗恶性肿瘤的特色与优势，也契合现代医学肿瘤治疗的发展方向，进一步丰富了中医治疗恶性肿瘤的学术体系。

3.1 “固本清源”理论释义

林洪生教授认为，中医治疗肿瘤的优势并不在于直接杀灭癌瘤，而在于抑制其形成与发展。肿瘤患者通常是在正虚基础上，兼夹痰湿、热毒、血瘀等邪毒表现^[3]。因此，林教授强调，肿瘤治疗一方面要固护机体“正气”，提高患者防病抗病能力，即“固本”，此为治疗肿瘤的基础；另一方面则须祛除肿瘤发生发展的致病因素（如痰、湿、瘀、热、毒等），从源头上控制促进肿瘤形成与发展的“邪毒”，即“清源”，此为治疗肿瘤的关键。

林教授引用“固本清源”一词，既准确体现了中医药在肿瘤防治中的优势与疗效特点，也清晰阐明了其学术观点^[4]。

她强调，“固本”并非单纯使用补益强壮中药，而是顺应脏腑生理特性，以固护正气本源，并根据患者具体病情及不同治疗阶段，合理运用“补”“调”“和”“益”等方法，调节并恢复人体阴阳、气血及脏腑功能的平衡稳定，改善人体内环境。其治法包括益气、养血、扶阳、滋阴、健脾和胃、疏肝理气等。

而“清源”则须建立在“固本”的基础之上，通过清除气滞、血瘀、痰凝、湿聚、热结、寒凝等毒邪病理产物，以达到祛邪之目的。其治法包括活血化瘀、行气化痰、清热解毒、软坚散结等。

固本以助清源，使脏腑功能协调强健，达到“正气存内”，从而提高机体防癌抗癌能力；清源以促固本，通过清除毒

邪病理产物，使气血津液调和通畅，从源头上控制肿瘤的发生与发展。

3.2 “固本清源”的临床应用

1889年，Stephen Paget提出肿瘤转移器官特异性的“种子与土壤”假说^[5]：肿瘤细胞要成功建立转移灶，必须具备适宜的生长环境。肿瘤细胞犹如“种子”，“土壤”则是适合肿瘤细胞生长的宿主微环境。从中医理论而言，肿瘤细胞犹如“种子”，靶器官犹如“土壤”，而痰、湿、瘀、毒等病理因素，则如同供“种子”生长繁殖的“肥料”。

现代医学通过手术、放疗、化疗及靶向治疗等方式，能够有效杀伤肿瘤细胞、破坏“种子”，但对于“土壤”的改善以及“肥料”的清除则干预较少，而“固本清源”理论指导下的中医药防治肿瘤，恰可弥补其不足。

林教授认为，以往中医药联合现代医学治疗肿瘤时，多偏重扶正中药，而较少应用祛邪中药^[6]，在一定程度上限制了中医药优势的全面发挥。在中西医结合治疗肿瘤的临床实践中，“固本”与“清源”并用，更符合中西医结合防治肿瘤的原理与特点。在扶正培本基础上提出“清源”治疗方案，从源头控制肿瘤，实际上是一种通过调控“土壤”以影响“种子”的“合人形”扶正培本治法。

3.2.1 中医药联合手术治疗

手术在切除肿瘤病灶的同时，容易损伤患者气血，导致气血亏虚，并可能出现

术后复发与转移，从而影响远期生存。林教授建议，肿瘤患者术后应尽早应用以“固本”为主的中药，以培补正气、减轻术后并发症。

如术后乏力、腹胀、大便不通、排气减少者，可用香砂六君子汤健脾补气、行气降浊；若脾虚失运、不思饮食、腹胀便溏者，可用参苓白术散健脾益气止泻；若卫表不固、虚汗淋漓或动则汗出、头昏乏力者，可用玉屏风散加减益气固表止汗；若气血不足、面色无华、心悸气短、失眠多梦、纳差者，可用八珍汤加减补气养血；若阴液亏损、低热或五心烦热、口渴便秘者，可用增液汤加减滋阴生津。

同时，为降低术后复发与转移风险，也常在“固本”基础上，根据不同癌种特点，酌加少量“清源”中药，如肺癌常用金荞麦、白英，胃肠癌常用八月札、藤梨根，肝癌常用水红花子、蛇莓^[7]，妇科肿瘤则常用白花蛇舌草、凌霄花等。

3.2.2 中医药联合化疗

化疗在杀伤肿瘤细胞的同时，也会损伤人体正常细胞，导致多种不良反应。以往临床多偏重扶正，而林教授认为，化疗药毒不仅损伤脏腑、耗伤气血，导致脾胃不和、肝肾亏虚等虚证，同时亦可造成痰瘀内生，出现气滞血瘀、痰湿阻络等实证表现。

针对化疗所致消化道反应，林教授多以参苓白术散或温胆汤加减治疗；恶心呕吐明显者，重用法半夏、淡竹茹化痰止

呕；反酸烧心者，加露蜂房、佛手理气化湿；纳呆食少者，加焦神曲、炒麦芽健脾消积；腹胀脘满者，加厚朴、大腹皮行气导滞；大便秘结者，用肉苁蓉、玄参润肠通便。

对于骨髓抑制，多以当归补血汤配合熟地黄、鸡血藤、枸杞子、菟丝子等养血填精^[8]；伴发热者，加牡丹皮、银柴胡清热凉血、养阴退热。对于肝功能损伤，多以逍遥散加减；伴心烦喜呕者，加山栀子、覆盆子清肝热、养肝阴。对于心脏毒性，则多以生脉饮合瓜蒌薤白汤加减治疗；失眠多梦者，加柏子仁、酸枣仁养血安神；胸闷不适者，加丹参、桃仁、赤芍活血通络；心悸怔忡者，加酒黄精、三七粉补气养阴、活血化瘀。

对于周围神经毒性，多以黄芪桂枝五物汤加减治疗；四肢麻木者，加鸡血藤、赤芍养血通络；四肢刺痛者，加桑枝、威灵仙、延胡索通络止痛。

林教授以“固本清源”理论为指导，注重补气养血以固本，同时强调化痰、理气、祛瘀以清源，从而有效改善药毒导致的气血亏损、痰瘀毒结等证候，减轻化疗不适，提高化疗完成率。

实验研究亦证明，化疗药物损伤机体后所产生的痰、瘀、毒等病理产物，会形成免疫抑制微环境，导致耐药细胞产生^[9]，进而影响化疗效果。以“固本清源”为指导的中医药疗法，在改善临床症状的同时，还可通过抑制凋亡抵抗相

关基因表达，逆转或延缓肿瘤化疗耐药^[10-12]。

3.2.3 中医药联合放疗

林教授指出，放射线属“毒热之邪”，在杀伤肿瘤的同时，也会损伤局部组织，耗气伤阴，并产生热毒、血瘀、痰浊等病理产物。因此，她主张放疗期间应“固本”与“清源”并用，以养阴益气生津法固本，以活血清热解毒法清源，从而减轻放疗不良反应，提高临床疗效^[13]。

养阴益气生津常用天冬、麦冬、沙参、石斛、知母、玄参、太子参、党参、天花粉等；活血清热解毒则常用赤芍、郁金、川牛膝、莪术、生地黄、牡丹皮、鸡血藤、金银花、蒲公英等。

3.2.4 中医药联合靶向治疗

靶向治疗最常见的不良反应为皮肤毒性及消化道反应，而耐药问题亦是靶向治疗失败的重要原因之一。

林教授认为，靶向药物多属热、湿之性，本身易产生热毒、痰湿等病理产物。服药日久，热毒蕴结体内，耗气伤阴，虚火与热毒相合，外犯肌肤而形成皮疹。对此，林教授常应用麦冬、天冬、黄芪、党参等养阴生津、扶助正气之品以“固本”，并配合赤芍、牡丹皮、金银花、防风、地肤子、白鲜皮等活血止痛、清热解毒、祛风止痒之“清源”药物。

对于腹泻等消化道反应，林教授认为多属痰湿内蕴中焦，损伤脾胃，加之患者

本身正气不足、脾肾亏虚所致。因此，在应用生黄芪、党参、炒白术等健脾益气“固本”药物基础上，常加茯苓、半夏、枳壳、白豆蔻、芡实等化痰除湿“清源”之药，往往可取得较好疗效。

研究显示，以“固本清源”理论为指导的扶正解毒方（黄芪、党参、沙参、麦冬、白花蛇舌草、拳参、败酱草等）可抑制 c-Met 扩增^[14]，从而改善肺癌靶向治疗的耐药性。

4 结论

“正气亏虚”是肿瘤发生发展的基础，已成为众多肿瘤专家的共识，因此，“扶正培本”在肿瘤治疗中占有重要地位。随着对肿瘤形成机制认识的不断深

入，认为其乃正虚与邪实共同作用的结果，因此“扶正祛邪”亦成为中医治疗肿瘤的基本治则。

在继承“扶正培本”理论基础上进一步拓展与凝练而成的“固本清源”理论，对肿瘤“扶正”内涵的阐释更加深入与完善。该理论提出，“固本”并非单纯应用补益方药，而是着眼于调节人体阴阳、气血、脏腑及经络功能的平衡稳定，增强机体抗病能力。因此，“补之”“调之”“和之”“益之”等皆属于“扶正”范畴^[4]。

将“固本清源”理论指导下的中医药应用于现代医学治疗肿瘤的各个阶段，不仅能够提高临床疗效，也进一步丰富了中西医结合肿瘤防治的理论与方法。

【参考文献】

- [1] 郑红刚, 花宝金, 朴炳奎. 肿瘤扶正培本思想源流概述 [J]. 中医杂志, 2015, 56(15): 1269-1272.
- [2] 王俊壹, 程海波. 癌毒病机理论与“固本清源”理论辨析 [J], 中华中医药杂志(原中国医药学报), 2019, 34(10): 4687-4690.
- [3] 邹子骅, 李峻岭. 肿瘤微环境的理论及治疗进展 [J]. 癌症进展, 2019, 17(23): 2737-2740, 2780.
- [4] 林洪生. “固本清源”治疗肿瘤 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(1): 26-27, 43.
- [5] 马齐襄, 朱晓丹, 胡凯文, 等. 肿瘤转移的种子与土壤学说新认识 [J]. 肿瘤防治研究, 2015, 42(10): 1049-1053.
- [6] 陶智会, 全欣, 徐蔚杰, 等. 中药序贯联合化疗治疗非小细胞肺癌的减毒增效临床观察 [J]. 世界中医药, 2021, 16(3): 477-481, 486.
- [7] 毛启远, 周慧灵, 关靓, 等. 林洪生“固本清源”理论治疗原发性肝癌经验思想, [J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(8): 3950-3953.
- [8] 王学谦, 邹剑铭, 张英, 等. 林洪生扶正祛邪法治恶性肿瘤学术思想初探 [J]. 北京中医药, 2015, 34(9): 697-699.
- [9] 邸宇琴, 丁宇烽, 王雄军. 肿瘤代谢重编程在化疗耐药与免疫治疗耐受中的研究进展 [J]. 中国癌症防治杂志, 2022, 14(2): 139-146.
- [10] 胡佳楠, 宋正波, 符丹丽, 等. 补中益气汤对人胃癌顺铂耐药细胞株奥沙利铂化疗敏感性的作用及机制 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(2): 90-95.
- [11] 张铃, 方翌, 林久茂, 等. 半枝莲藜芦极性部位提取物调控 linc01843 逆转大肠癌 5-FU 耐药研究 [J]. 福建中医药, 2021, 52(1): 23-27.
- [12] 金忠明, 洪伟鹏, 黄民, 等. 丹参在逆转肿瘤耐药及化疗增敏中的研究进展 [J]. 中国药理学通报, 2018, 34(7): 889-891.
- [13] 王应天, 林洪生. 林洪生应用清热解毒类中药辨治肿瘤经验探讨 [J]. 北京中医药, 2019, 38(2): 123-125.
- [14] 刘浩, 方素萍, 张潇潇. 扶正解毒方药调控 T790M 及 c-Met 改善吉非替尼获得性耐药 [J]. 世界中医药, 2021, 16(8): 1221-1225.

- [15] 毛启远, 尹炳驿, 刘艺等. 林洪生“固本清源”理论指导下的中西医结合治疗恶性肿瘤学术经验 [J]. 世界中医药, 2024, 19(1): 39-42, 46.
- [16] 张传龙, 高梦琦, 姜晓晨等. 基于《黄帝内经》“四时五行”思辨恶性肿瘤扶正培本治则 [J]. 中华中医药杂志(原中国医药学报), 2023, 38(3): 960-963.
- [17] 孙晓东, 关念波, 吴媛媛. 林洪生教授应用固本清源理论治疗肿瘤学术经验 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(9): 138-141.
- [18] 周慧灵, 郑佳彬, 马雪娇等. 林洪生固本清源理论指导下的恶性肿瘤“五治”治疗经验 [J]. 中华中医药杂志(原中国医药学报), 2020, 35(1): 195-198.
- [19] 许博文, 曹璐畅, 李杰. 基于固本清源理论探讨肿瘤病的临证辨治 [J]. 环球中医药, 2019, 12(11): 1662-1666.
- [20] 田劭丹, 陈信义. 中医药治疗恶性肿瘤特色与优势 [J]. 现代中医临床, 2019, 26(2): 8-17.
- [21] 高阿媚, 史恒军. 史恒军教授扶正培本法治疗肿瘤作用及经验体会 [J]. 内蒙古中医药, 2017(1): 33.
- [22] 郑佳彬, 周晓梅, 刘杰. 林洪生“固本清源”理论维持治疗恶性肿瘤经验 [J]. 中医杂志, 2017, 58(1): 16-19.
- [23] 林洪生, 张英. 从“扶正培本”到“固本清源”——中医药治疗肿瘤理论的传承与创新 [J]. 中医杂志, 2016, 57(4): 295-298.
- [24] 刘浩, 林洪生. 林洪生主任固本清源治疗肿瘤学术思想 [J]. 世界中医药, 2016, 11(1): 102-103, 106.
- [25] 刘浩, 林洪生. 林洪生从平衡论治肿瘤 [J]. 中华中医药杂志(原中国医药学报), 2016, 31(2): 510-512.

“五体痹”理论与 “五刺法”临床应用探讨

王美凤（新加坡）

【前言】《灵枢·痹论》指出，治疗痹证应重在辨病之所在，因位取法，因层用刺；而《黄帝内经·灵枢·官针篇》所载“五刺法”，则以病变的深浅层次为依据，确立了针刺施治的基本原则。二者相互贯通——“五体痹”揭示病变的层次分布。

“五刺法”提供相应的治疗路径，共同体现了《内经》在痹证治疗中“辨体定位、因层取刺”的核心思想。

笔者多年临床实践亦证实，若以“五体痹”辨病、以“五刺法”施治，不仅能明确针具选择与取穴层次，更能显著提高针刺疗效。这一体系既是《内经》辨证论治思想的体现，也为现代针灸提供了“分层诊治”的理论依据与操作思路。

一、“五体痹”——病位层次的认识基础

“五体”即指皮、脉、肌、筋、骨五种组织结构，“痹”则出自于《灵枢·痹论》：“夫痹之壅塞，以冬遇寒濡之气，血凝不行，经络闭塞，气血不能营运于肌肉皮肤之间，故为痹。痹有五，不可不察也：皮痹者，肌肤不仁；脉痹者，不可以伸屈；筋痹者，屈伸不利，行则缓；骨痹者，重酸、痛深者也。”

另载：“痹有五，不可不察也：皮痹、脉痹、筋痹、骨痹、肌痹也。”明确提出痹证可分为五类，即各有所主、各有病机，与五脏五行相应：

从“五体痹”理论，揭示痹证可依病变层次分型，为后世针刺辨证施治提供了重要依据。

类型	所属组织	症状特点	所应脏腑
皮痹	皮肤	麻木不仁	肺
脉痹	经脉	脉道拘急	心
筋痹	筋腱	拘挛不伸，动作缓	肝
骨痹	骨骼	重着疼痛、活动受限	肾
肌痹	肌肉	酸痛无力、沉重不举	脾

二、“五刺法”——因层取刺的经典技法

《黄帝内经·灵枢·官针篇》曰：“病在皮，毛刺之；病在脉，刺其络脉出血者；病在肌，分刺之；病在筋，输刺之；病在骨，合刺之。”

此段所述“五刺法”，非《灵枢·五刺篇》所述“五刺法”的同一体系，而是

病位	刺法	手法特点	主治
皮	毛刺	浅刺皮毛, 出微血	祛风散寒、疏皮部滞邪
脉(络脉)	络刺	刺破络脉出血	泻热、祛瘀、止痛
肌	分刺	针入肌间分开, 取气行血	治肌肉痹痛
筋	输刺	沿筋刺入, 以行经气	治筋拘、挛急
骨	合刺	深刺入骨间, 左右摇动	治骨痹、骨痛

另一层次的“五刺”，即：“病所浅深——五体定位的五刺法”。

故《官针篇》所述“五刺法”，是根据**病位层次**而分的五种操作手法特点方法，阐明针刺手法应随**病变深浅**、层次而异，体现了中医**辨证论治、因病制宜**的原则，故也属“黄帝内经针刺体系中五刺法”的重要组成部分，可视为“五刺法”的另一范畴或实践层面。

三、五体与五刺——从病理分层到治疗层次的对应

从理论上讲，“五体痹”与“五刺法”同出《灵枢》体系，其“五刺法”，正与《痹论》提出的“五体痹”（皮痹、脉痹、筋痹、骨痹、肌痹）——对应，前者为**病理定位分类**，后者为**对应治疗手段**，两者共同构成了痹证针刺治疗的经典范式。

其理论逻辑可概括为：

1、辨体明病位 → 施刺定层次

例如：患者筋拘急、屈伸不利 → 辨为“筋痹” → 取“输刺”治之。这正体现了《内经》“察其所主而刺之”的核心原则。

2、体现辨证施治：

这是《内经》将解剖认识、病因病机、治疗技法相结合的经典范例，强调“察其所主而刺之”。

由此可见，《内经》早已确立“**以层辨病、以层取刺**”的思想，形成了从病位辨识到针刺施治的系统性理论。

四、古今针刺操作与现代临床转化

《灵枢·痹论》与《官针篇》所阐述的“五体痹”与“五刺法”，随着针刺技术的演进，依然为后世针灸临床提供了重要理论指导依据：

1. 毛刺

- **适用：**皮毛病变，即**皮痹**。
- **古法：**浅刺皮肤，如轻挠皮毛以祛风散寒。
- **今法：**浅刺 0.1 ~ 0.3 寸，或用皮内针、梅花针轻叩。
- **作用：**疏通卫气，温散风寒。
- **主治：**皮肤麻木、瘙痒、早期感冒、慢性皮肤炎症。

2. 络刺

- **适用：**脉络瘀滞病变，即**脉痹**。
- **古法：**刺显络出血，以祛瘀通络。
- **今法：**三棱针点刺出血或细针浅刺络脉。
- **作用：**活血化瘀、止痛消肿。
- **主治：**瘀血性疼痛、静脉曲张、局部红肿热痛。

3. 分刺

- **适用：**肌肉病变，即**肌痹**。
- **古法：**刺于肌肉间隙，分理筋气。
- **今法：**针刺0.5~1寸，沿肌纤维方向透刺或多方向进针。
- **作用：**舒筋活血、止痛消肿。
- **主治：**肌肉酸痛、痉挛、劳损性疼痛。

4. 输刺

- **适用：**筋脉拘急病变，即**筋痹**。
- **古法：**直刺筋中，摇针以行气通筋。
- **今法：**针刺1~1.5寸，沿筋走向刺入，配合提插捻转。
- **作用：**舒筋通络、调理筋脉气血。
- **主治：**腱鞘炎、关节僵硬、网球肘、筋挛疼痛。

5. 合刺

- **适用：**寒湿痹、关节病变，即**骨痹**。
- **古法：**刺入骨缝之间，直达病所。

- **今法：**长针直达骨面或骨缝透刺。
- **作用：**祛寒除湿、通利关节。
- **主治：**慢性关节炎、骨质增生、顽固性关节痛。

五、典型案例析

1、 皮痹案例

李XX，女，56岁。

症状：手臂不舒2个月。述双手臂前侧，感觉麻麻、轻度刺痛、轻触痛不适，伴有蚁行感，遇冷加重已月余。查诊人体偏瘦，怕冷，局部皮肤发凉，脉沉细略濡，舌淡，苔白。

诊断：

- 病位：皮毛
- 病因：风寒湿邪侵袭
- 痹证类型：皮痹（风寒湿阻肌表）

辨证施治：

病变主要在皮肤层，疼痛呈麻冷感，属皮痹范畴。采用**毛刺法**，以温针在手臂迅速点刺疏通卫气，温散风寒湿邪，缓解局部麻木疼痛。配穴：风池、风府。

方药：黄芪桂枝五物汤加減

疗效：治疗一周后麻痛明显减轻，四次治疗后基本痊愈。

2、 脉痹案例

卓XX，女，58岁。

症状：膝疼不舒一个月。述月前于浴室险滑跤，所幸无跌，然后就感觉右膝

疼痛，活动有牵拉感，伸受限，自行理疗，迄今仍然不舒。查局部无红肿。脉弦，舌红略暗，苔白。

诊断：

- 病位：脉络
- 病因：气血瘀滞
- 痹证类型：脉痹

辨证施治：

病变集中于膝部脉络，采用**络刺法**。局部阿是穴及膝周显脉处点刺出血，以行瘀通络、止痛。配合针刺膝眼、髌中、阳陵泉、委中等穴。

方药：伤科杜仲合活络效灵。

疗效：刺络后疼痛减轻，关节活动改善。

3、肉痹案例

周X，男，45岁，行政人员。

症状：肩背酸痛僵硬一周。述上周连线6天打毕克球后，今肩背紧绷，头部上下左右活动不灵活，甚至有疼痛。舌淡尖红，苔薄白，脉弦。

诊断：

- 病位：肌肉
- 病因：劳损过度，气血亏虚夹风湿
- 痹证类型：肉痹

辨证施治：

肌肉酸胀僵硬，属肉痹，采用**分刺法**。于双侧肩中俞、肩外俞、秉风斜刺肌肉间隙，配肩井、天宗，局部神灯照射并拔罐以舒筋通络。

方药：肩痹汤合活络效灵。

疗效：一周后复诊酸痛明显减轻，续治二次后，效果良好。

4、筋痹案例

郭周X，男，65岁。

症状：腿痛5天。述左下肢紧绷、步行拉痛，久立后加重，伸展受限，服西药未见缓解。舌淡边红，脉弦。

诊断：

- 病位：筋脉
- 病因：气血不足、筋脉受损
- 痹证类型：筋痹

辨证施治：

病在筋脉，采用**输刺法**，深刺入筋并提插捻转以疏筋通络。

取穴：承扶、殷门、委中、承山等，配合电针以增强通经止痛效果。

方药：舒筋活络和**芍药甘草汤**。

疗效：治疗后下肢紧绷改善，可屈伸行走，续治两周症状明显好转。

5、骨痹案例

林XX，男，68岁。

症状：左膝疼痛近月。述左膝关节持续疼痛，遇天冷或清晨起床痛甚，关节僵硬、步行活动有障碍。舌淡苔白，脉沉迟。查诊，左膝关节周围按压疼痛。

诊断：

- 病位：骨节
- 病因：寒湿侵袭
- 痹证类型：骨痹

辨证施治：

疼痛深入骨节，为骨痹，采用**合刺法**。

操作：深刺关节缝隙，疏通经络，祛寒除湿，通利关节。取髌中、膝眼、阳陵泉、阴陵泉、委中、梁丘、血海、阿是等穴，配合神灯照射。

方药：独活寄生汤合桂枝

疗效：4次治疗后关节活动度改善，疼痛明显减轻。

六、总结

综上所述，《灵枢·痹论》之“五体痹”揭示了痹证病变的层次性，而《官针篇》之“五刺法”则确立了相应的治疗分层体系。二者相互映照，构成了针灸治疗痹证的经典范式。

“五体”明辨病之所处，“五刺”精施治之所达。临证之要，在于察病之浅深、明病之层次，因体制宜、因层取刺。

实践表明，当辨体精准、刺法得当时，可显著提升针刺疗效，体现《内经》“以层辨病、以层取刺”的思想精髓。

此一理论体系，不仅为痹证治疗提供了系统依据，更对现代针灸分层诊治思想具有启发意义——即：以理统法、以法达病、以病证理。

比较中医西医诊治 三型糖尿病的思维 and 进展

张达开（新加坡）

【引言】阿尔茨海默病（Alzheimer's disease, 缩写：AD），俗称老年痴呆症，是一种发病进程缓慢、随着时间不断恶化的疾病。此病症占了痴呆症中六到七成的成因。常见的早期症状为丧失短期记忆。随着疾病的逐渐进展，可能出现语言障碍、定向障碍、情绪不稳、无法自理等症状。（Burns and Iliffe 2009）

1、阿尔茨海默病的真正成因至今仍然不明。目前医学界将阿尔茨海默病视为一种神经退行性疾病 NDD-neurodegenerative disorder/disease），有几个不同的假说尝试解释阿尔茨海默病的病因。由于发病机制仍然不清晰（Ballard et al. 2011），目前西医界的药物研发可以说几乎全靠各假说支持。

2015年5月14日美国卫生部长肯尼迪在众议院拨款委员会的听证会上宣称：“我们至今日仍无法医治老年痴呆 AD，纯粹是因为美国国立卫生研究院 NIH 的腐败问题”。卫生部长揭露：“淀粉样蛋白斑 amyloid plaques（即 amyloid- β , A β , 乃老年痴呆 AD 的理论依据），是 NIH 至今最严重的丑闻……近 20 年来因为彻底的腐败和欺诈，我们仅对此假说投入研究（按：约 16 亿）其余研究都被强行关^[1]。”

美国卫生部长提及的假说丑闻指的是 2006 年《自然》期刊上一篇关于 β 淀粉样蛋白（A β ）的假说。在 2022 年被《科

学》期刊揭露为造假，2024 年经多方调查后《自然》正式撤稿。但此假说已经被引用了近两千余次，也是目前市面上相关主流药物的理论依据。

1.1 阿尔兹海默（AD）/老年痴呆/三型糖尿病

医学界有不少研究在相当大的程度上确定了阿尔茨海默病和糖尿病有很大的关联。多年前便有研究人员开始把 AD 称为三型糖尿病。虽尚未成为主流共识，持此看法的研究人员正在稳定的增加。

哈佛大学保健出版社（Harvard Health Publishing）的编辑顾问团成员之一 Andrew E. Budson 于 2021 年曾撰文阐述糖尿病和阿尔兹海默 AD 的关系：“……糖尿病直接导致 AD 这假说‘极具吸引力的可能性’（剑桥英汉字典对 intriguing 的翻译），这也是 AD 被称为三型糖尿病的原因。因为糖尿病和 AD 具有共同的分子细胞特征……正如体内的 IR（胰岛素抵

抗)可导致二型糖尿病;大脑的IR可导致老年痴呆症/阿尔兹海默(AD)的斑块和缠结……”(Budson 2021)^[2]

除了大家熟悉的一型和二型糖尿病,其他证型较鲜为人知。本文无意加入病名之争,以三型糖尿病为题是希望大家对两者之间的密切关系予以重视,(注:某些亚型如1.5型糖尿病因常在临床被忽略也有关注的必要。笔者曾另文讨论:《1.5型糖尿病?LADA青年糖尿病初探》新加坡中医杂志)因为这可能为诊治阿尔兹海默开拓更有效的诊治思维和手段。本文以AD作为统称以减少篇幅。

1.2 比较西医和中医对于AD(老年痴呆症)的思维和进展

西医界近年来对AD的研究可以说并没有太大的进展。不仅研究仍处于假说的阶段,不久前还出现了数据造假的丑闻。这还导致美国众议院特地为此成立了调查委员会。

对于中医界来说AD也是棘手的病症,多数情况下中医的做法主要也是缓解症状,延缓病情。即便如此,对于病患和家属来说,延缓病情并且能够在无西药副作用的情况下缓解症状也可以大幅度提高生活质量。中医诊治离不开辩证。近年来中医研究人员也和西医界联手,针对老年痴呆做了分阶段分证型的诊治方案。

2、假说——阿尔兹海默氏病如何影响大脑?

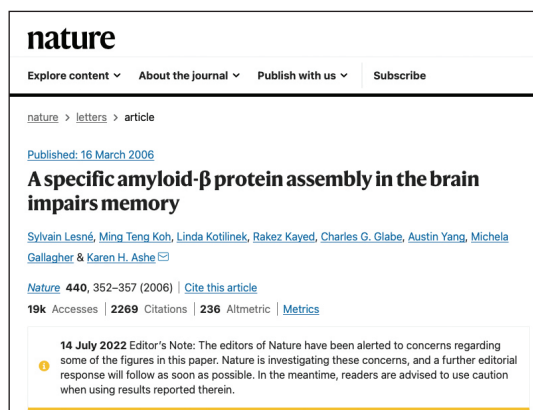
阿尔兹海默氏病是以爱罗斯·阿尔兹海默医生(Dr. Alois Alzheimer)命名的。

在1906年,阿尔兹海默医生注意到一位死于罕见精神疾病的女性患者的大脑组织里的变化。她的临床症状包括记忆丧失、语言障碍以及其他不可预知的行为。在她去世之后,阿尔兹海默医生检查了她的大脑,发现了很多异常的斑块(如今叫做淀粉样蛋白斑, amyloid plaques)和缠结的纤维束(现称为神经原纤维 neurofibrillary tangles 或陶 tau, 缠结 tangles)(“阿尔兹海默氏病说明书” n.d.)。

大脑中这些斑块与缠结至今仍被认为是阿尔兹海默氏病的一些主要特征。另一个特征是大脑内神经元之间连接的减少。神经元传递大脑不同区域之间的信息,以及从大脑到身体肌肉和器官的信息。关于阿尔兹海默病的致病机理的研究,先后诞生了胆碱能假说、 β 淀粉样蛋白假说、Tau蛋白假说、金属离子紊乱假说,以及脑肠轴假说等。其中早期获批上市的一些以乙酰胆碱酯酶靶点为主,属于胆碱能神经元假说的药品,近20年的临床实践证明这类药没有明显的效果。

β 淀粉样蛋白假说则认为,人脑中 β 淀粉样蛋白($A\beta$)的代谢失衡,是造成神经元病变的主要原因。含量异常的 $A\beta$ 会使大脑神经元之间形成淀粉样斑块,这种具有神经毒性的斑块最终导致神经元变性。

此一假说从2006年因为一篇在《自然》(Nature)权威期刊上刊登的论文起成为主流:*A specific amyloid- β protein assembly in the brain impairs memory* (Lesné et al. 2006)。



备注：自然期刊在2022年7月14日为这十六年前的文章添加了主编按语：调查正在进行中，请谨慎应用此论文的研究成果。

根据这篇论文， β 淀粉样蛋白（A β ）在老年鼠体内较多，注射到幼鼠体内，导致这些老鼠回忆简单信息的能力下降，这也证明了该物质会导致实验鼠痴呆。不知名的年轻科学家西尔万·莱斯内被列为该论文的第一作者。根据网上资料，Web of Science数据库显示，截至目前已经有大约2300篇学术文章对该研究论文进行了引用。说这篇论文是近年来西医界老年痴呆症的“开山论文”实不为过。

3、替代指标——Surrogate Marker在 西医药物科研开发的角色

以上的论文给 β 淀粉样蛋白假说提供了“证据”，是这一假说非常关键性的支撑，也为药物研发提供了方向。 β 淀粉样蛋白便成为阿尔兹海默病的“替代指标”（surrogate marker）。今天，包括渤健/卫材、礼来、罗氏在内的多家跨国公司对阿尔茨海默病用药的研究，都是基于这一假说展开的。

寻找“替代指标”（surrogate marker）在西医界是至关重要的。因为如果某种病变能够找到主要（也还未必是单一的）的替代指标，大药厂就比较容易针对这替代指标研发新药，并进一步把控制“替代指标”作为临床药效证明/终点（clinical endpoint）。若使用新药后替代指标能够受到控制，就认为医界能以该新药医好或至少控制好这种病。

以新冠疫情为例。西方制造疫苗的药厂通过媒体的宣传，几乎都是以抗体水平（antibody levels）作为替代指标（surrogate marker），借此衡量疫苗的有效性。其实，FDA曾数次澄清这是不正确的作法（Center for Devices and Radiological Health n.d.）。更何况相对之下，人体免疫系统产生的T细胞才是对于防重症更准确的衡量标准，这点已经是多年来医学界的主流共识（Sette and Crotty 2022）。然而这两年来媒体铺天盖地的宣传却改变了大众甚至部分从医人员的认知。

西方主流媒体以抗体水平衡量疫苗的有效性，在相当的程度上有效打击了其他对手，尤其是中国大陆生产的灭活疫苗（备注：法国和印度也已经开发了灭活疫苗，却不被西方英文媒体广泛报导。美国FDA还以测试人群缺乏美国白人为由拒绝了印度疫苗的申請；法国疫苗则已得到了欧盟的正式完全批准——Full Approval，并非仅是紧急授权）。

2022年10月《细胞报告学》（Cell Reports Medicine）刊登了杜克——新加

坡国立大学医学院科学家领导的一项研究成果：灭活疫苗可产生针对其他新冠病毒蛋白的T细胞反应，与其他仅针对刺突蛋白的疫苗如mRNA疫苗相比，面对Omicron或新变异株，这种更异质性的反应可提供更全面的保护（Lim et al. 2022）。文中也引用了香港的文献显示灭活疫苗的有效性更优越，算是为灭活疫苗还了清白。

4、造假？

就在β淀粉样蛋白假说在一些较微弱的质疑声中几乎快成为了定论时，2022年7月科学”期刊（Science）的一篇论文揭露了上述2006年的研究报告只是海市蜃楼。

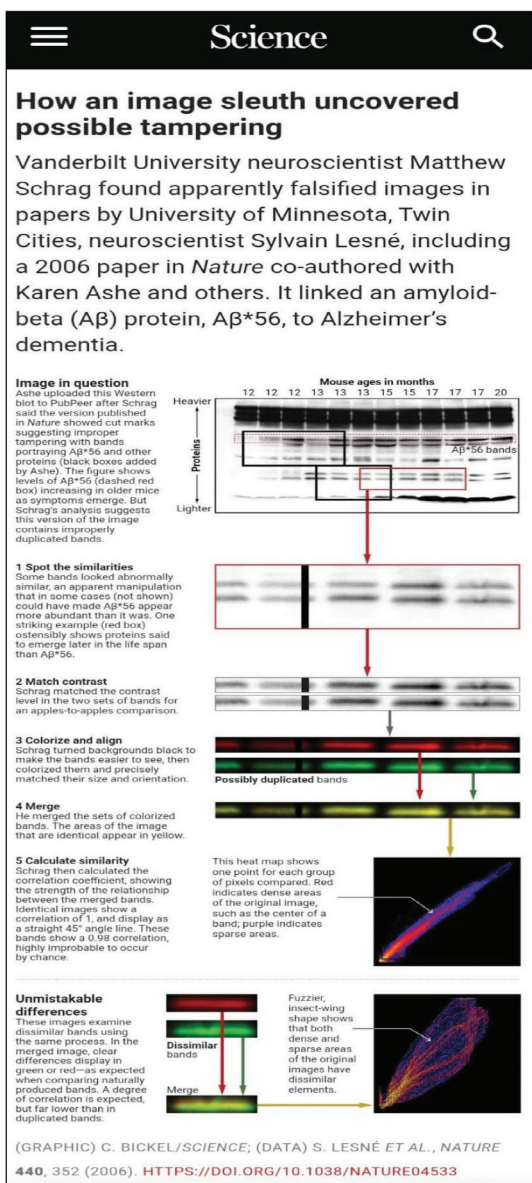
Science杂志刊登了一篇名为《学术界污点》的调查报告，文章作者施拉格（Matthew Schrag）为范德堡（范德比尔特）大学的神经科学家。施拉格指出，2006年Nature期刊上的篇论文以及莱斯内与凯伦·阿什等人合著的另外一篇论文，存在明显的图片伪造问题，包括图片切割痕迹和不自然的复制带等。

施拉格的质疑也得到了Science杂志调查结果的支持。这项调查耗时6个月，一位领先的独立图像分析师和几位顶尖阿尔茨海默病研究人员应邀审核施拉格提供的研究结果。

随后，Science跟进并支持了马修的学术打假行为，通过独立第三方人员的分析，Science对Sylvain论文中的70多张图片的真实性表示质疑和关注。施拉格

从阿什公布的文件中发现了复制粘贴的痕迹，黄色部分为上下两条条带吻合的部分（图片来自Science期刊）。

在《科学》期刊文中，诺贝尔奖得主、美国斯坦福大学神经科学家托马斯·苏德霍夫（Thomas Sudhof）直指，造假行为将导致大量阿尔茨海默病领域的资金和智力投入付诸东流，“因为人们把这些结果作为自己实验的起点。”



这些年来，NIH（美国国立卫生研究院）和各大药企都在这上面投入了大量的资金，每年的投入可达到一亿美元左右。即 NIH 在涉及淀粉样蛋白项目上的投入已达到 16 亿美元左右，几乎是阿尔茨海默病研究总金额的 50%。

这项调查受到广泛关注。老年痴呆是个千亿的市场。造假的层面和影响是否会导致一切一夜归零目前仍无法评估，但肯定影响深远（Belluck, Kaplan, and Robbins 2021）。

目前美国 FDA 唯一批准上市并进医保的一款新药，价格大约每年近六万美元，该药便是基于此领域的 β 淀粉样蛋白（ $A\beta$ ）假说开发的。其批准过程也不太寻常。著名的心血管科医生，JAMA 内科学期刊主编，丽塔·F·雷德伯格教授（Rita F. Redberg）在 2021 年 9 月讨论了这个问题。（备注：雷德伯格为 UCSF 教授、美国国家医学院院士，2009 年至今担任 JAMA 内科学期刊主编）^[3]

雷德伯格教授指出，FDA 在 2021 年批准渤健公司（Biogen Inc）的新药 Aducanumab 时，曾明确告诉其 11 人的专家指导审批团，FDA 不打算以加速批准渠道批准此药。11 人专家团最终以 10-0 票（1 票弃权）认为药厂现有数据不足以显示阿杜卡玛单抗（Aducanumab，商品名 Aduhelm）能减缓认知能力下降（cognitive decline）。但随后 FDA 却以有数据显示 Aducanumab 新药能降低相关代替指标（surrogate marker）为理由，通过

加速渠道，直接批准新药上市并且将加入医保。

渤健在测试过程中，90% 的研究对象均至少符合一项测试的排除标准但仍被获准加入测试；30% 的低剂量研究对象和 40% 的高剂量研究对象在中途退出了测试。在药物副作用方面，41% 的研究对象出现脑肿胀或脑溢血的症状或两者皆有。（*Implications of Aducanumab, the New Alzheimer's Drug with Gil Rabinovici and Rita Redberg* 2021）

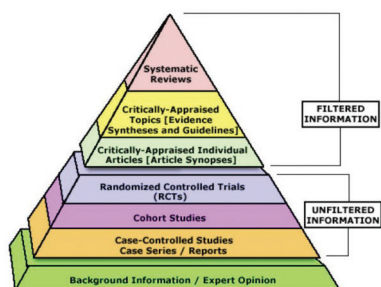
随后美国众议院已经成立了调查委员会与美国国家督察长（inspector general）共同调查。

目前以替代指标为基础的科研方式是有值得重视的局限性的。其中一个原因便是替代指标不足以代替临床实效的验证。但是，西方药厂需要找出单一的替代指标才能量产，是目前西医体系中需要的。这也有助于实现利润最大化。有兴趣多了解替代指标在临床的角色可参考：《替代指标在临床试验中的应用与局限性》。中国临床药理学与治疗学（Chinese Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics）。西医的循证医学的严谨是公认的。那问题出在哪里呢？

5、循证医学的基石

循证医学（Evidence-Based Medicine, EBM）是指将目前最佳的研究应用于临床诊疗中。这需要将证据与临床专业知识，还有患者的利益结合起来。关于循证医学

的详细论述可参考以下国际权威循证医学学术组织“考科蓝”（Cochrane）的相关资料（Minkow 2014）。



循证医学建立在一个大前提下：所有的数据是客观并准确无误的。原始数据如果不客观的，有瑕疵甚至是造假的，一座无论多么堂皇的大厦也摇摇欲坠。

《新英格兰医学杂志》（NEJM）的首位女性（前）主编玛西娅·安吉尔（Marcia Angell）博士^[4]在她撰写的《制药业的真相》一书中大胆而尖锐地披露了以欧美制药巨头为主导的全球制药业的一些内幕，并提出了许多根本性的改革建议，包括目前卫生部长肯尼迪宣称正在执行的一些改革：“它现在过于依赖制药业……《处方药用户收费法》使得该机构将过多的精力放在了加快药物的批准上，而这就牺牲了其他重要考量（例如监管药物的安全性、检查生产车间以及保证广告的真实性）……FDA的建议委员会不应当包括那些与制药公司有财务关联的专家。”（安吉尔 2006）。

玛西娅·安吉尔的具体建议包括：

- (1) “制药公司迫切地需要一些透明度。他们之所以能够对公众进行剥削，部分原因在于它的信息极度保密。”目

前药厂的原始科研数据并没有需要经过第三方的审计。不仅如此，药厂都申请将科研数据保密，历史上许多数据都是在新药上市多年后才公布的。《英国医学杂志》（BMJ）的三巨头：即前主编，新任主编及资深编辑于 2022 年初联合撰写了《Covid-19 疫苗和治疗方法：我们现在必须拥有原始数据，现在就需要》一文（Doshi, Godlee, and Abbasi 2022）。文中呼吁世界需以实际药效具争议性的“明星”流感药物达菲（Tamiflu）的案例做为前车之鉴，强调实验数据透明度的重要性。

- (2) “FDA 应当要求新药不仅仅与安慰剂作比较，还必须与治疗同种疾病的旧药进行比较。”

以上这点也是至关重要的。可惜的是 FDA 近几年设立的加速批准程序（Accelerated Approval Program）可以通过药物对替代终点（surrogate endpoint）的影响来进行审批，实际临床药效（clinical efficacy）以后才需补上。（Center for Drug Evaluation and Research n.d.）FDA 批准的 Aducanumab 药物引来了 FDA 外周和中枢神经系统药物咨询委员会的强烈不满，以致 3 名（委员会共 11 名）成员选择辞职。该委员会的成员哈佛大学教授 Aaron Kesselheim 指出：“加速批准不应该成为临床试验数据不足以满足正常批准的备份方案。”^[5]

以上的瑕疵弊端并不存在于在传统上的中医传统处方理论体系内。中医的临床数据是真正最有意义的终点（endpoint）

——是直接以病患的康复程度为标准，而不是某种替代方案。

在金融界所有的证卷所都严格要求上市公司的财务数据都需要经过审计，这种强制性的第三方客观审计机制有助于巩固投资者的信心和加强金融体系的稳定。但医药界缺乏如此系统性的审计机制，多数时候厂商只是需要将统计和报告交由相关的专家团审批。审批时也没有强制性的要求呈上原始数据。药厂也经常申请各种豁免，不少药物的试验资料被允许在药物批准上市后才提交。这导致部分有些问题的药物在批准使用很多年后才因为临床应用出现问题而被回收。不仅如此，FDA 等机构仍可以在专家团反对的情况下以行政手段批准上市。近年来 AD 的药物和新冠疫苗加强针都有类似的情况发生。

西医的许多医疗方案是药厂指定的，医生只能在指定范围内做出判断进而执行用药方案。

中医的处方基本上只是受到药典的规范，没有药物专利限制，无需“听命于”药厂。中医师能根据患者的不同体质“量身定制”处方，具有治疗方案的主动权和掌控权。用药方面一切相对透明，出现利益冲突的可能性也大大的减少。在目前以利益挂帅的医疗制度下，中医体制可能反而相对优越，至少在这方面是对社会和大众更有利的体制。

6、中医如何应对 AD

西医的替代指标常不足以完全代替临床实效的验证。但是在目前的西医西药体

制里是必须的，因为西方药厂需要找出单一的替代指标才能量产，也才能实现利润最大化。而中医的疗效是直接衡量临床的症状、体征、数据（比如脉率）等总体表现。此外，患者本身的反馈也是非常重要的考量，这点是西医相对忽略的。

中西医之间的病名虽然有所差异，但一般只是差异在如何划分以及归类，很多时候是因为西医的病名相对分的更细。但细分也不一定就治得好病；没有细分也不代表中医不行。比如西医把许多癌症按部位分得很细。撇开手术不谈，除了近年来的靶向治疗有一定的突破，多年来西医关于“治愈率”提高的统计，大部分来自对癌症较早的确诊。无论中西医，能较早的确诊个案，从而能在病情发展的较早阶段介入，都有助于取得较高的治愈率。

再以胃病为例，中医虽然没有像西医把胃病胃炎分为浅表性胃炎或萎缩性胃炎，但中医治疗各种胃病都可以按不同的归类，如痞满胃痛，再依据病情的发展辩证论治和照顾兼症，是可以取得很好的疗效，也避免了西医制酸药带来的许多问题。西药的确能有效的清除幽门杆菌，但幽门杆菌仅是主要的发病因之一。临床有许多胃病患者并无幽门杆菌，也有不少幽门杆菌带菌者并没有发病。

值得令人深思的是，既然衰老是每一个人的必经之路，为何中医古代的文献似乎没有可以完全对应 AD 老年痴呆症的相关病种？（只有部分对应）。是否可以合理的怀疑，至少有部分 AD 的致病因素是近年来才在人类社会出现的？

如二型糖尿病，根据西医的分型，AD早期也可有不易辨证，甚至接近无证可辨的阶段。也如同糖尿病，辨证辨病并举是一种需要，也可开拓更全面有效的诊治思维和手段（张达开，《辨证辨病并举诊治糖尿病》）。AD一般上都有健忘、痴呆、虚脱几个阶段，意味着从轻度到中度再到重度的过程。早期的无生物学定义的雾症状阶段的“正常”期和临床前期，和中医的“无证可辨”有雷同之处。在了解了AD的病机和病程发展，便可以对临床的诊治具指导意义。随着病情发展，辨证趋向更明确，中医中药的许多治疗手段便可以派上用场。

AD早期健忘乃最凸显的症状，相当接近战国《灵枢·本神篇》的“喜忘”，还有唐代《千金要方·卷十四》的“健忘”的范畴。AD痴呆症状较凸显的时候，则接近明末《景岳全书·杂证谟》已有“痴呆症”的论述：

“病证名。属于神志疾患。《景岳全书·杂证谟》：“痴呆证，凡平素无痰，而或以郁结，或以不遂，或以思虑，或以疑惑，或以惊恐，而渐至痴呆。言辞颠倒，举动不经，或多汗，或多愁，其证则千奇万怪，无所不至；脉必或弦或数、或大或小，变易不常，此其逆气在心或肝胆二经，气有不清而然。但察其形体强壮，饮食不减，别无虚脱等症，则悉宜服煎治之，最稳最妙。然此证有可愈者，有不可愈者，亦在乎胃气、元气之强弱，待时而复，非可急也。凡此诸证，若以大惊猝恐，一时偶伤心胆，而致失神昏乱者，此当以速扶正气为主，宜七福饮或大补元煎

主之。”故有将痴呆列入癫病者。参见癫、呆病条。”

虚脱期，指AD的痴呆后期（late stage of dementia），是AD认知下降影响到身体机能阶段，或晚期呈现一种极端疲惫和身体衰弱的状态，如明末《景岳全书·杂证谟》所指“虚脱”或清初《辨证录·呆病门》之“发厥”。

以下取自《中国中西医结合杂志》2018年5月第38卷第5期CJITWM, 2018.05 Vol 38, No. 5（表4 阿尔茨海默病序贯治疗方案〔JCG〕方案（2017）

早期：髓海渐空：	滋补肝肾，生精养髓七福饮加龟鹿二仙胶
脾肾两虚：	温补脾肾，养元安神还少丹
气血不足：	补益健脾，养血安神归脾汤加减
中期：痰浊蒙窍：	化痰开窍，通阳扶正洗心汤
痰阻脑络：	活血化瘀，通窍醒神通窍活血汤加味
心肝火旺：	清肝泻火，安神定志天麻钩藤饮加味
晚期：毒盛虚极：	解毒通络，补肾固元黄连解毒汤加遗忘双治丹

2019年《中国结合医学杂志》Chinese Journal of Integrative Medicine,（创刊于1995年，由国家中医药管理局主管，中国中西医结合学会与中国中医科学院联合主办的英文SCI期刊）刊登了以下文章：‘Sequential Therapy Based on Evolvement of Paterns: A New Model for Treatment of Alzheimer’s Disease’,《基于

模式演变的序贯治疗：阿尔茨海默病治疗新模式》。

该文刊登于2019年，成文远早于 β 淀粉样蛋白（*amyloid- β* , A β ）假说被揭发之前。但文中已明确指出了此类针对单靶点的西药临床上也只能在短期内控制症状，无法治疗或抑制或AD病症的演变。而中医却能对数千AD病例，以分期（健

忘期平均4-5年，痴呆期平均9.4年，虚脱期平均3.2年）和分型（肾虚痰湿血瘀等）辨证论治，更从循证医学角度证明中医的对老年痴呆（AD）是有疗效的。



Table 1. Time Order of Prominent Patterns Evolution during Progression of Alzheimer's Disease [Case (%)]

Item	NC (1664 cases)	MCI (928 cases)	Dementia (966 cases)		
			Early (220 cases)	Middle (447 cases)	Advanced (299 cases)
MMSE cutoff	30	27-29	21-26	11-20	0-10
Shen (Kidney) deficiency	1104 (66.35)	714 (76.94)*	157 (71.36) [△]	364 (81.43)* ^{▲▲}	210 (70.23) ^{△○}
Phlegm muddiness	420 (25.24)	407 (43.86)*	129 (58.64)* ^{△△}	348 (77.85)* ^{△△▲▲}	178 (59.53)* ^{△△○}
Blood stasis	357 (21.45)	261 (28.12)*	70 (31.82)*	209 (46.76)* ^{△△▲▲}	91 (30.43)*
Fire and heat	501 (30.11)	302 (32.54)*	79 (35.91)	376 (84.12)* ^{△△▲▲}	109 (36.45)* ^{▲○}
Severe toxin	44 (2.64)	15 (1.62)	15 (6.82)* ^{△△}	136 (30.42)* ^{△△▲▲}	169 (56.52)* ^{△△▲▲○}
Functional collapse	548 (32.93)	449 (48.38)*	98 (44.54)*	206 (46.08)*	175 (58.53)* ^{△△▲▲○}

Notes: Prominent patterns refers to patterns that occur at a higher frequency at the same cognitive level. * $P < 0.01$ vs. NC; [△] $P < 0.05$, ^{△△} $P < 0.01$ vs. MCI; [▲] $P < 0.05$, ^{▲▲} $P < 0.01$ vs. AD for MMSE 21-26; [○] $P < 0.01$ vs. AD for MMSE 11-20. NC: normal cognition; MCI: mild cognitive impairment; dementia: dementia due to Alzheimer's disease; MMSE: mini-mental state examination.

7、小结

本文粗略的比对了西医和中医界近年来对AD诊治的进展。此对比令人唏嘘：中医界被部分西医界人士视为伪科学反而小有贡献；西医界的顶尖科学家和药厂有如此庞大的投入，却不仅没有拿出成绩，反而出现重大失误和丑闻。

西医的确有许多先进的实验室测试手段，能把许多分子结构搞得清清楚楚。但搞清楚分子结构完全不等于就足以证明疗效和安全性。科研阶段除外，西药上市前的临床测试阶段往往只不过好几年，目前的趋势还在不断压缩。而许多长期的副作用是需要多年后才发现的。因此上市多年后才发现问题的案例众多。多数中药有着

经由好多代医家百余年的临床应用经验。虽然古代条件不足不可能做到现今的各种化学分析和非常详尽的记载，但多人长期临床用药的记录是真正可靠的，是安全和疗效的铁证。

AD给众多老人和家庭带来了非常大的困扰，所幸中医能帮上忙。其实相对于治疗其他慢性病包括糖尿病等的高疗效，中医在AD方面似乎还相对逊色。这方面有待各位同道共同努力。仅以此文抛砖引玉，尤其希望能在西医界目前还无法拿出成绩的同时，为中医争口气；即使仅能达到一定程度的可逆性，并能较好的提升患者的生活质量，便也就造福了千家万户。

引述资料：

- [1] **SHOCK CLAIM: RFK Jr. Says That We Don't Have Alzheimer's Cure 'Purely Because Of Corruption At NIH'**
Forbes Breaking News. May 17, 2025
At Wednesday's House Appropriations Committee hearing, Rep. Stephanie Bice (R-OK) questioned HHS Sec. Robert F. Kennedy Jr., in which he claimed that, "We don't have the cure for Alzheimer's purely because of corruption at NIH."
(片长6:34) <https://www.youtube.com/watch?v=uiVvi2i7Fmo>
Full video (片长2:22:45): <https://www.youtube.com/watch?v=NQVuUUxvDmo>
原文: HHS Sec. RFK Jr. Testified before the House Appropriations Committee on Wed May 14, 2025. RFK Jr.: you know when I was a kid I visited NIH, it was the premier gold standard scientific institution in the world. Over the years it was captured by industry. And I could talk to you about scientific corruption all day long about horror stories. that we know have happened within NIH. One of those, probably the worst is the amyloid plaque scandal. For 20 years we were because of utter corruption and fraud, we were directing Alzheimer's research to one hypothesis, and any other hypothesis were shutdown. We should have the cure for Alzheimer's today, we don't have it purely because of corruption at NIH.
- [2] 英文原文: ".....One of the more intriguing hypotheses is that diabetes directly causes Alzheimer's disease. Indeed, Alzheimer's disease has even been called "type 3 diabetes" because of shared molecular and cellular features among diabetes and Alzheimer's. In other words, whereas insulin resistance in the body can lead to type 2 diabetes, insulin resistance in the brain can lead to the plaques and tangles of Alzheimer's disease.)
'What's the relationship between diabetes and dementia?' By Andrew E. Budson, MD, Contributor; Editorial Advisory Board Member, Harvard Health Publishing (by Harvard Medical School) Blog article. July 12, 2021
<https://www.health.harvard.edu/blog/whats-the-relationship-between-diabetes-and-dementia-202107122546>
- [3] 丽塔·F·雷德伯格博士为 UCSF (加利福尼亚大学旧金山分校) 医学系教授, 美国国家医学院院士, 从2009年至今担任 JAMA 内科学期刊主编 Dr. Rita Redberg a Professor of medicine and a cardiologist at the University of California San Francisco (UCSF) Medical Center, Editor-in-chief of JAMA Internal Medicine (2009-present), Elected member of the National Academy of Medicine.
- [4] 玛西娅·安吉尔 (Marcia Angell) 博士在《新英格兰医学杂志》工作了二十多年, 是该杂志的前主编。现为哈佛大学医学院社会医学系高级讲师, 美国国家医学院院士。
- [5] 英文原文: "Accelerated Approval is not supposed to be the backup that you use when your clinical trial data are not good enough for regular approval," Prof. Aaron Kesselheim 官方推特账号 <https://twitter.com/akesselheim/status/140192333437104256>



其他参考资料：

- Ballard, Clive, Serge Gauthier, Anne Corbett, Carol Brayne, Dag Aarsland, and Emma Jones. 2011. "Alzheimer's Disease." *The Lancet* 377 (9770): 1019–31.
- Belluck, Pam, Sheila Kaplan, and Rebecca Robbins. 2021. "How an Unproven Alzheimer's Drug Got Approved." *The New York Times*, July 20, 2021. <https://www.nytimes.com/2021/07/19/health/alzheimers-drug-aduhelm-fda.html>.
- Budson, Andrew E. 2021. "What's the Relationship between Diabetes and Dementia?" Harvard Health. July 12, 2021. <https://www.health.harvard.edu/blog/whats-the-relationship-between-diabetes-and-dementia-202107122546>.
- Burns, Alistair, and Steve Iliffe. 2009. "Alzheimer's Disease." *BMJ* 338 (February). <https://doi.org/10.1136/bmj.b158>.
- Center for Devices, and Radiological Health. n.d. "Antibody Testing Is Not Currently Recommended to Assess Immunity After COVID-19 Vaccination: FDA Safety Communication." U.S. Food and Drug Administration. FDA.

- Accessed November 30, 2022. <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/antibody-testing-not-currently-recommended-assess-immunity-after-covid-19-vaccination-fda-safety>.
- Center for Drug Evaluation, and Research. n.d. "Accelerated Approval Program." U.S. Food and Drug Administration. FDA. Accessed November 30, 2022. <https://www.fda.gov/drugs/information-health-care-professionals-drugs/accelerated-approval-program>.
- Doshi, Peter, Fiona Godlee, and Kamran Abbasi. 2022. "Covid-19 Vaccines and Treatments: We Must Have Raw Data, Now." *BMJ* 376 (January). <https://doi.org/10.1136/bmj.o102>.
- Hilzenrath, David S. n.d. "Some FDA Advisors Tapped to Review Coronavirus Vaccines Received Payments from Vaccine Companies." Project On Government Oversight. Accessed November 30, 2022. <https://www.pogo.org/investigation/2020/10/some-fda-advisors-tapped-to-review-coronavirus-vaccines-received-payments-from-vaccine-companies>.
- Implications of Aducanumab, the New Alzheimer's Drug with Gil Rabinovici and Rita Redberg*. 2021. <https://www.youtube.com/watch?v=k9Ue8SdnTeE>.
- Lesné, S., M. T. Koh, L. Kotilinek, R. Kaye, C. G. Glabe, A. Yang, M. Gallagher, and K. H. Ashe. 2006. "A Specific Amyloid-Beta Protein Assembly in the Brain Impairs Memory." *Nature* 440 (7082). <https://doi.org/10.1038/nature04533>.
- Lim, Joey Ming Er, Shou Kit Hang, Smriti Hariharaputran, Adeline Chia, Nicole Tan, Eng Sing Lee, Edwin Chng, et al. 2022. "A Comparative Characterization of SARS-CoV-2-Specific T Cells Induced by mRNA or Inactive Virus COVID-19 Vaccines." *La Cronica Medica* 3 (11). <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2022.100793>.
- Minkow, Danny. 2014. "The Evidence-Based Medicine Pyramid!" Students 4 Best Evidence. April 29, 2014. <https://s4be.cochrane.org/blog/2014/04/29/the-evidence-based-medicine-pyramid/>.
- Sette, A., and S. Crotty. 2022. "Immunological Memory to SARS-CoV-2 Infection and COVID-19 Vaccines." *Immunological Reviews* 310(1). <https://doi.org/10.1111/imr.13089>.
- 张达开,《1.5型糖尿病? LADA 青年糖尿病初探》新加坡中医杂志 Singapore Journal of Traditional Chinese Medicine. 第 51 期
- 张达开,《辨证辨病并举诊治糖尿病》,新加坡中医杂志 Singapore Journal of Traditional Chinese Medicine. 第 49 期。2021 年正月版。
- "什么是循证医学 (EBM)?" 2017. *BMJ*. March 29, 2017. <https://bestpractice.bmj.com/info/cn/ebm-toolkit/learn-ebm/what-is-ebm/>.
- 玛西娅·安吉尔. Marcia Angell《制药业的真相》。北京师范大学出版社, 2006, 第一版, 北京 "阿尔茨海默氏病说明书。" n.d. National Institute on Aging. Accessed November 30, 2022. <https://www.nia.nih.gov/health/aercihaimoshibingshuomingshu>.

中医药治疗双相情感障碍的研究进展

刘诗琦（新加坡）

【前言】双相情感障碍（Bipolar Disorder, BD）是一种以情绪显著波动为主要特征的精神障碍。患者可反复交替出现躁狂或轻躁狂发作与抑郁发作两种状态。在躁狂发作期，核心症状主要表现为异常高涨、膨胀或易怒的心境，伴随着一系列脱抑制、冲动和精力过剩行为。

目前 BD 的病因及发病机制并不明确，但研究表明，多种因素可能导致 BD，包括基因^[1]、大脑结构和功能^[2]及环境因素^[3]。西医在 BD 的药物治疗上，虽以情绪稳定剂、抗精神病药和抗抑郁药为核心方案，但其普遍存在的副作用，直接导致了患者依从性差、自行停药率高的临床困境^[4]。而中药的整体调节理念与安全性优势，恰能在多靶点干预与长期用药管理方面，弥补单纯西医治疗的局限。

1、中医病名

《灵枢·癫狂》所载“狂始生，先自悲也，喜忘、苦怒、善恐者”^[5]，精准地概括了双相情感障碍初起阶段抑郁发作期的核心特征，如情绪低落，伴健忘、烦躁易怒、惊恐症状；而同篇中“狂始发，少卧不饥，自高贤也，自辨智也，自尊贵也，善骂詈，日夜不休”^[5]则描绘了其躁狂或轻躁狂发作时的典型表现，如心境高涨、精力旺盛与夸大观念。两者分别对应了 BD 周期性出现的两种临床状态。因此，从临床表现与病程演变来看，双相情

感障碍与中医“癫狂病”中的“狂证”高度对应，因此，双相情感障碍可归属于中医“癫狂病”范畴。

2、中医病机解析及治疗

2.1 痰火内扰

朱丹溪提出“百病皆由痰作祟”，痰火内扰证所言之“痰”，多指无形之痰。《证治要诀》中提到“癫狂由七情所郁，遂生痰涎，迷塞心窍”，情志郁而化火，炼液为痰，痰浊上扰，蒙蔽心窍，则表现为性欲亢盛、言语增多、语速加快、易激惹、抑郁情绪^[6]，兼头晕头痛，口苦口臭，唾液黏腻，失眠多梦，大便干结，口唇色红，舌红，苔黄腻，脉弦滑数^[7]。

王教授治疗本病常选用宁神温胆汤，该方由半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、甘草、石菖蒲、酸枣仁、柴胡、郁金、合欢花、胆南星、礞石、生牡蛎、百合、栀子组成。方中半夏、竹茹、胆南星、礞石涤痰泻火；柴胡、郁金、枳实、陈皮、栀子疏肝解郁；酸枣仁、百合、合欢花、生

牡蛎滋阴潜阳，茯苓、甘草、石菖蒲健脾运湿^[8]。此外，研究显示，柴苓温胆汤加减不仅能显著改善青少年双相情感障碍的临床症状，还可对性激素及甲状腺激素水平产生良性调节作用^[9]。

2.2 肝郁脾虚

肝木乘脾土，肝郁长期横逆脾胃，脾失健运，湿壅木郁，肝失调达而出现抑郁情绪、躯体化症状^[6]兼胁肋胀闷不舒，胃脘胀闷不适，腹胀，纳差，嗳气，口淡，舌质淡，舌苔薄白，脉弦细^[7]。《黄帝内经》：“治病必求于本”，肝郁为病因，因此治疗应当疏肝解郁为主，并健脾益气，治疗用柴胡加龙骨牡蛎汤加减。

研究发现，38例BD抑郁发作患者使用柴胡加龙骨牡蛎汤加减后（柴胡18g，龙骨、牡蛎、合欢皮、玫瑰花各15g，党参、茯苓、升麻、石菖蒲各12g，清半夏、陈皮、白术、远志各9g），情绪抑郁、胃脘胀闷、寡言少语、神疲乏力等中医证候积分较治疗前降低，也发现此方能调节甲状腺激素水平，提升患者睡眠质量^[10]。方中柴胡疏肝解郁；龙骨、牡蛎镇静安神，合欢皮、玫瑰花助柴胡疏肝解郁，改善抑郁诸症；党参、白术、茯苓、清半夏、陈皮健脾化痰，缓解胃脘胀闷等不适；远志、石菖蒲交通心肾，宁心安神；升麻升举阳气，以改善神疲乏力。诸药相配，共奏疏肝健脾、镇静安神之效。

2.3 气滞血瘀

肝郁气滞，气机不畅则血行受阻，即“气为血之帅，气滞则血瘀”。血瘀阻

滞心窍脑络，可导致思维形紊乱、逻辑不清，言语内容杂乱^[6]兼面色暗滞、胸胁满闷、头痛心悸、舌质紫暗有瘀斑、脉弦数或细涩^[11]。

癫狂梦醒汤源自清代王清任所著《医林改错》。书中指出：“癫狂一症，哭笑不休，詈骂歌唱，不避亲疏，许多恶态，乃气血凝滞，脑气与脏腑气不接，如同作梦一样。”^[12]此论述较为准确概括了躁狂发作期的病机，气滞血瘀、痰浊蒙窍。该方以桃仁、赤芍活血化瘀，柴胡、香附等疏肝理气，并配伍多味化痰利湿之品，佐以甘草调和诸药。全方共奏活血理气、化痰开窍之功，是治疗气滞血瘀证躁狂发作期的代表方剂。现代研究亦证实其价值，一项针对50例癫狂病患者的临床观察显示，在常规西药（利培酮）治疗基础上联合癫狂梦醒汤，能进一步提升疗效，有效改善患者认知功能及个人与社会功能，促进受损神经修复^[13]。

2.4 心肾不交

心肾不交，心火不能下交于肾，肾水不能上济于心，制约心火，使心火亢盛，心肾失交，阴阳失调，可表现为躁狂与抑郁状态交替出现，情志不调，见外表异常，举止、穿着打扮与本土文化不相符^[6]，兼心烦不寐、五心烦热、头晕耳鸣、记忆力减退、心悸、腰膝酸软、梦遗、口燥咽干、潮热盗汗、便结尿黄、舌红少苔、脉细数^[14]。虞教授以交通心肾为治法，交泰丸加减治疗，重用黄连清心火，少佐肉桂助肾阳，二者相伍，清上温下，引火归元；知母、黄柏共奏滋阴清热

之效，兼除湿热；熟地黄、山茱萸滋肾填精；麦冬、莲子心清心安神；远志补脾益肾，茯苓健脾防湿，甘草调和诸药^[15]。BD与机体炎症反应密切相关，其中COX-2正是这一病理过程中至关重要的关键酶^[16]，而交泰丸则被证实可有效抑制COX-2的表达^[17]，这可能是其发挥疗效的机制之一。

2.5 肝胆湿热

肝郁乘脾，脾失健运，湿从内生，日久化热，湿热交蒸，肝胆失疏，胆火上逆，扰动心神，则情绪躁动，攻击力强，自伤及伤人可能性高^[6]兼胁肋胀闷不适或胀痛，口苦，纳呆，胃脘不适，泛恶欲呕，厌油腻，大便黏滞不畅，阴部潮湿或瘙痒，舌质红，舌苔黄腻，脉滑数^[7]。赖教授使用三黄泻心汤、龙胆泻肝汤等直折火势治疗BD躁狂证发作期^[18]。在机制探索层面，垂体及下丘脑中的TGF- β 1信号通路可抑制泌乳素的合成与分泌，该通路功能受损与神经精神疾病的发病机制密切相关。而龙胆泻肝汤不仅能够修复的TGF- β 1信号通路，并且而改善抗精神病药物所致的大鼠高泌乳素血症^[19]。

2.6 肝肾阴虚

病情反复发作多次，肾阴亏损，肝肾同源则水不涵木，导致肝阴也虚，阴虚阳亢，肝阳上亢，上扰脑神，则出现心境高涨、古怪的外表和异于常人的穿着打扮等躁狂症状，而长期肝火旺盛，也会耗伤肾阴，肝肾精血无力上养脑神，脑神失养则出现认知行为障碍、情绪低落等抑郁症状^[6]，兼头脑昏沉，两目干涩，口燥咽

干，五心烦热，腰膝酸软，耳鸣，潮热盗汗，性欲低下或亢进，入睡困难，舌质红，舌苔少或剥苔，脉沉细数^[7]。治疗用六味地黄丸加减，蒋氏补肝肾汤（熟地黄30g，山茱萸10g，牡丹皮15g，柴胡6g，怀山药12g，茯苓10g，车前草12g，大腹皮10g，蜈蚣3条，桔梗10g，牛蒡子10g，夜交藤30g）合喹硫平治疗30例BD的有效率为93.3%，明显高于喹硫平组的86.7%，治疗组不良反应发生率（13.3%）明显低于对照组（36.7%）^[20]。方中熟地黄、山茱萸、山药滋肝补肾，牡丹皮、柴胡、牛蒡子疏肝解郁，蜈蚣息风止痉，茯苓、车前草、大腹皮健脾利湿，桔梗宣肺通条水道，夜交藤镇静催眠。诸药相伍，俱有补肝肾，填精髓，息风镇静的作用。

3、其他名医经验

袁教授认为，BD的核心病机是阴虚火旺，并据此确立了分期治疗。在临床分期上，躁狂或混合发作期以“火旺”为主要表现，故其创制了“泻火定魄汤”以清热泻火，针对性治疗该期的病症。方由龙胆5g，黄芩10g，生地黄40g，栀子10g，柴胡10g，小通草10g，泽泻10g，车前子15g，当归5g，甘草10g，防己10g，防风5g，桂枝15g，百合20g，煅青礞石10g，大黄6g组成；抑郁发作伴轻躁狂发作偏“阴虚”，故其创制“清潜汤”以滋阴潜阳治疗，方由酸枣仁30g，柏子仁15g，当归10g，天冬15g，麦冬15g，生地黄15g，党参15g，丹参15g，玄参10g，茯苓10g，五味子5g，远志10g，桔

梗5g, 醋柴胡10g, 桂枝10g, 黄芩10g, 法半夏10g, 煅龙骨40g, 牡蛎40g, 白芍10g组成^[21]。

金珊主任认为青少年BD多因先天脏腑功能失调, 后天气机失畅, 常因情志不遂, 使得肝气郁结, 心神不安而发病, 以疏肝理气、重镇安神为治法, 选方以柴胡疏肝散为主, 加茯苓、炙甘草健脾益气; 远志、百合、合欢皮、五味子补肾宁心; 郁李仁、绿梅花、玫瑰花增强理气解郁; 加生龙齿、龙骨、磁石、牡蛎重镇安神。病久未愈金师认为病邪已浸淫经络, 阻碍津血运行, 致使风、痰、瘀等病理产物搏结。因此, 在治疗上谨守病机, 随证加减, 常配伍半夏、石菖蒲、黄连、地龙、全蝎清热化痰开窍通络之品^[22]。

4、结语

中医对于BD的认识与治疗根植于其“整体观念”与“辨证论治”的核心智慧。它并非简单地对标躁狂或抑郁, 而是深入探究其背后的“痰火内扰”、“肝郁脾虚”、“气滞血瘀”等病机, 从而实施精准干预。这种治疗路径带来了多重优势: 它强调整体调节, 实现心身同步改善; 在与西药联合使用时, 中药能有效减缓西药带来的副作用^{[19][20]}, 提升治疗耐受性; 中药治疗较温和, 激发人体自愈能力, 从而有助于降低复发风险; 它方案灵活, 能适应疾病不同阶段与患者的个体差异。正因如此, 中医不仅是辅助治疗的选项, 更是构建全面、人性化康复方案中值得注意的环节。

【参考文献】

- [1] Barnett, J. H., & Smoller, J. W. (2009). The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience*, 164(1), 331-343. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2009.03.080>
- [2] Abé, C., Liberg, B., Klahn, A. L., Petrovic, P., & Landén, M. (2023). Mania-related effects on structural brain changes in bipolar disorder – a narrative review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02073-4>
- [3] O'Connell, K. S., & Coombes, B. J. (2021). Genetic Contributions to Bipolar disorder: Current Status and Future Directions. *Psychological Medicine*, 51(13), 1-12. <https://doi.org/10.1017/s0033291721001252>
- [4] Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Kacynski, R., Kozma, L. (2024). Medication non-adherence in bipolar disorder: a patient-centered review of research findings. *Clinical Approaches in Bipolar Disorders*. 3, 56-54.
- [5] 刘衡如. (2013). *灵枢经: 校勘本*. 北京: 人民卫生出版社.
- [6] 李思聪, 姜涛, 童俞嘉, 韩梅 & 孔军辉. (2019). 482例双相情感障碍患者中医证型比较研究. *北京中医药*. 38(01), 12-16. <https://doi.org/10.16025/j.1674-1307.2019.01.003>
- [7] 尹冬青, 贾弘晓. (2021). 双相情感障碍中医证候辨证分型标准专家共识. *现代中医临床*. 28(6): 1-8. 10.
- [8] 龚日玉, 胡冰清, 贺丽娟, 王净净 & 石学. (2025). 王净净教授治疗双相情感障碍经验. *陕西中医药大学学报*.
- [9] 韩鹏飞 & 黄兴. (2025). 柴芩温胆汤加减治疗青少年双相情感障碍的疗效观察及对激素水平的影响. *中国中医药科技* (01), 77-80.
- [10] 吕大利, 陈亚楼, 海寅 & 焦艳. (2025). 柴胡加龙骨牡蛎汤加减在双相情感障碍抑郁发作患者中的临床应用. *临床心身疾病杂志* (04), 70-75.
- [11] 佚名. (2016). 狂病的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》. *辽宁中医药大学学报*. 20(9):70
- [12] 王清任. (2025). *医林改错*. 北京: 人民卫生出版社, 52-53.

- [13] 张弘国, 杨兆南, 刘文佳 & 安春平. (2025). 癫狂梦醒汤联合利培酮对癫狂病患者认知功能及个人和社会功能的影响. *临床和实验医学杂志* (03), 319-323.
- [14] 李灿东. (2016). 中医诊断学 (新世纪第四版). 中国中医药出版社, 176-177.
- [15] 唐杰, 史卉, 赵峰 & 虞鹤鸣. (2025). 虞鹤鸣基于“一气周流”理论治疗双相情感障碍经验. *山东中医杂志* (09), 1032-1036. <https://doi.org/10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.09.017>
- [16] Sethi, R., Gómez-Coronado, N., Walker, A. J., Robertson, O. D., Agustini, B., Berk, M., & Dodd, S. (2019). Neurobiology and Therapeutic Potential of Cyclooxygenase-2 (COX-2) Inhibitors for Inflammation in Neuropsychiatric Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00605>
- [17] 黄梦楠, 何媛媛, 杨彤, 李琳, 高杉, 毛稚霞 & 于春泉. (2025). 交泰丸治疗抑郁症心肾不交证患者的中医证候疗效及对 COX2 / PGE2 信号通路的影响. *天津中医药* (01), 15-19.
- [18] 李明珠, 吴沛龙, 周遵明, 邹楚冰 & 赖新生. (2019). 赖新生针药结合治疗双相障碍经验. *中医杂志* (04), 288-290+326. <https://doi.org/10.13288/j.11-2166/r.2019.04.005>
- [19] Ren, L., Liu, W., Wang, C., Yang, Y., Huang, X., Wang, C., & Li, Y. (2020). The ancient Chinese formula Longdan Xiegan Tang improves antipsychotic-induced hyperprolactinemia by repairing the hypothalamic and pituitary TGF- β 1 signaling in rats. *Journal of Ethnopharmacology*, 254, 112572. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2020.112572>
- [20] 蒋荣泉, 何国军 & 吴美娟. (2014). 喹硫平联合补肝肾中药治疗躁狂发作疗效分析. *中华中医药学刊* (03), 697-699. <https://doi.org/10.13193/j.issn.1673-7717.2014.03.086>
- [21] 丰思源, 殷聚 & 袁梦石. (2023). 袁梦石从“阴虚火旺”论治双相情感障碍经验. *湖南中医杂志* (03), 45-48. <https://doi.org/10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.03.009>
- [22] 郭亚萍, 金珊, 方向, 程艾婷, 王洋洋 & 姜姍. (2023). 金珊从肝论治青少年双相情感障碍经验. *湖北民族大学学报 (医学版)* (03), 73-75. <https://doi.org/10.13501/j.cnki.42-1590/r.2023.03.014>

中华医院在现代医疗环境下的转型与管理路径

许文楷（新加坡）

新加坡的中医以民间团体设立的中医机构、私人集团开设的连锁诊所、个体户诊所及中药店的方式经营。政府医院只提供针灸服务，不能处方开药。辅助定位的中医机构以慈善诊疗服务为特色，大型慈善机构如中华医院、同济医院、大众医院、善济医社和佛教施诊所等，年总求诊人次超过150万，加上其他三十多所较小型的中医慈善机构，约占政府综合诊所680万人次年门诊量的百分之二十五。这意味着绝大多数的患者到慈善中医诊所求诊，而市场定位的中、高端中医诊所则多被中医连锁财团主导。

新加坡中医经营意识的变迁

中医随中国移民南来在新加坡落地。1867年首家中医慈善机构同济医社开始赠医施药救济病黎，标志着慈善中医意识开始萌芽。至二战结束的近百年间，中医以铃医、孺医、儒医的形式润物细无声地在民间服务。战后一些中医先辈团结起来，组织专业社团发展中医药事业。1946年新加坡中医师公会成立后，相续设立中医施诊所和中医专门学校，国家独立后人口增

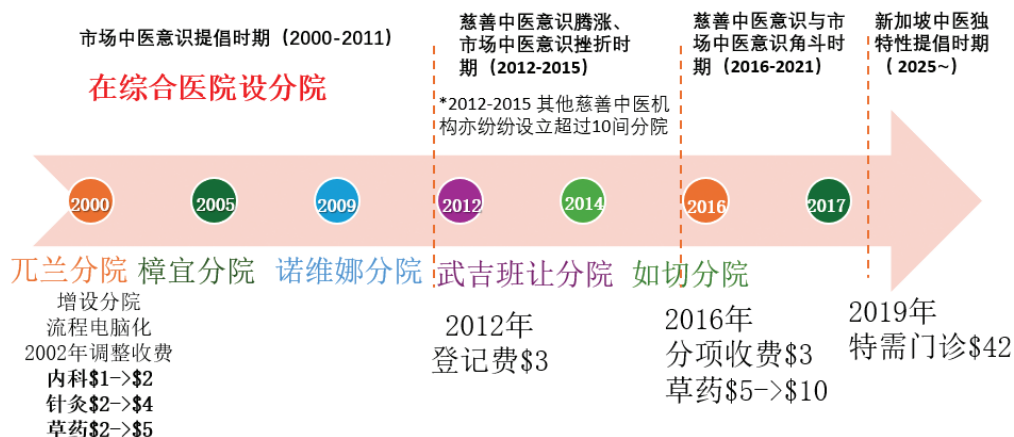
长及基层医疗的需求，民间慈善中医机构顺势发展，60-70年代更多中医施诊所出现，慈善中医意识浓厚。即便2000年国会通过《中医注册法令》，中医进入政府规管时期，中医依然以慈善医疗为服务特色。与此同时，一些大型中医机构提升医疗水平，设立专病组以满足患者的需求。专病医师收取象征性的诊疗费，初步体现中医的专业价值，市场中医意识开始萌芽。

慈善中医意识浓厚时期（1946-1993）

市场中医意识萌芽时期（1994-1999）

1994年7月，卫生部委任“传统中医药委员会”
1994年12月，组成“新加坡中医团体协调委员会”
90年代，中华医院相续成立中医专病组





2012-2015年，短短三年里涌现更多的慈善诊所，慈善中医意识腾涨。虽然中医越见普及，此种发展趋势对市场中医意识的提倡是一种挫折。对应运时代的变迁欲寻求转型的中医机构而言，慈善中医意识与市场中医意识之间的角力逐渐浮现。上图尝试说明两种意识形态的变化关系。

慈善中医院面对的挑战

慈善中医院在现代医疗环境下经营不易，尤有进者，中医的辅助医疗定位及根深蒂固的慈善品牌效应，使它面对重重的挑战。

挑战一：辅助定位难获官方资助

患者就诊需自费，不享有S+3Ms的福利，即：补贴（Subsidies），保健储蓄计划 Medisave），终身健保计划（Medishield Life），保健基金计划（Medifund）的就医保障。因资金匮乏，慈善中医院不容易吸引和留住高资质的中

医人才和执行人员。私人中医诊所求诊的患者不能享有政府给予西医诊所“社区保健援助计划”（CHAS-Community Health Assist Scheme）补贴的优惠。

挑战二：慈善定位制约市场转型

历史悠久的慈善品牌，中医等于慈善的观念深植人心。慈善中医转变为市场收费制恐怕会流失传统捐款来源。医院收入来源受制约，需仰赖大批义务医师的无偿付出，临床水平也出现参差不齐的情况，影响中医院的专业形象。一方面，有限的资源使中医诊所在硬体设施上无法跟上时代，日久医院形象逐渐僵化，难于吸引年轻病患。另一方面，高龄化社会对慢病管理、复健保健需求增加，是对中医如何证明疗效、融入长期照护体系的挑战。现代人着重预防医学与生活方式干预，中医如何在治未病方面找到新的发展空间也是考验。

挑战三：社会认知阻碍融入主流

新加坡主流医学倡导实证医学，讲究

随机对照实验找出疗效逻辑，中医应用意象思维辨证论治模式，主流医学人士对其科学性、疗效和安全性有所质疑。中医科研能力不足，中医药科研相对薄弱，缺乏足够的临床研究与国际发表，难以在学术与政策层面赢得论述权。使用西医框架进行科研是中医药进入主流保健体系的途径，如何在保留中医特色的同时，与现代医疗规范，如循证医学、药品监管、临床试验等接轨，中医科研人才短缺成为瓶颈，培养中医科研人才成当务之急。

挑战四：市场竞争劣势

中医师职业前景与收入水准不如许多专业，中医毕业生就业调查显示其起薪偏低。市面上充斥从事拔罐、放血、艾灸、干针等治疗的非中医师，削弱中医的专业形象并带来安全隐患，形成不良竞争。产业规模有限市场竞争激烈，中药材依赖进口，受价格波动、品质安全、国际法规影响大。市面上保健品、营养补充品、西方替代疗法如自然疗法、针灸以外的替代医学分流了患者，加剧竞争。

妥善运用善款的呼吁及各界的反应

2016年12月，新加坡中医师公会会长赵英杰博士在公会庆祝成立70周年的晚宴上，呼吁中医界应该更妥善运用善款，加大力度援助真正需要帮助的贫困病人。中华医院会探讨对有负担能力的人按市场标准收费的可能性，这会改善医院的营运状况和减少开销，同时提升医护人员的工作和就业环境。各界对更妥善运用善款的呼吁，在报章上做出了诸多地回应，慈善

中医的讨论成为当时最热门的话题。

同样经营慈善中医的同行认为，病人看病后会投钱进捐款箱，一些人会在医院筹款时捐钱，而经济条件好的病人也会自觉地捐钱。中医界的同业认为，不盲目地一律对所有人施医赠药，集中帮助真正需要援助的人，可以把更多资源投入到科研和提升中医师的福利，也是中医界务实地在医术与待遇上寻求解困，甚至是吸引年轻中医师，确保后继有人的突破口。他们认为靠捐赠有很大的不稳定性，中医慈善须适可而止。有者甚至认为中医慈善取代了开业中医师的社会价值，取代了政府的责任，是不正常的现象。亦有同业质疑社会上存在与慈善中医规模等量的弱势待济人群。然而，报章社论则维护本地中医百年慈善传统，坚持“盲目慈善”是本地华社有别于工具理性的优秀文化品质。公众认为改变不失为一项大胆的创举，善用资源对捐款者也是一种保障，能确保捐款不会用来帮助富裕的病人。一些建议慈善中医实行双轨制，近年来世界经济滑坡，要想每个慈善机构都能筹到足够的善款是不能保证的事，与其坐以待毙，不如未雨绸缪，开拓可靠而稳定的新资金来源。

综上所述，对加大力度援助真正需要帮助的贫困病人及可能按市场标准收费的改变，各界的反应有“海棠依旧”的不变；有“雕栏玉砌应犹在”的坚持；有“孤鹜与落霞起飞”的变通；有“微冷山头斜阳却相迎”的鼓励，整体倾向于支持慈善中医院做出改变。

重新审视医院的宗旨、愿景与价值观（MVV）

中华医院重新审视其经营宗旨、愿景与价值（MVV），医院追求卓越形象、卓越体制和卓越服务。这需要明确医疗服务、行政营运、库存管理、筹款宣传和员工培训的目标，在接待服务、医疗服务、社区服务、专业形象、沟通能力、专业水平方面加强服务素质，减少等候时间及投诉率等，创造和谐的医患关系。在构建医院监管和工作流程的行政架构的同时重视员工福利。同样重要的是调整病患医疗成本，以便加大力度给真正需要者，并适当地开展科研项目。

医院采取以下的具体的措施，主要包括：

措施一：收费合理化

医院首先推动收费制度合理化改革，以兼顾公益使命与永续经营。在门诊收费方面，医院依据服务层级与患者需求，将门诊划分为普通门诊、专病门诊及特需门诊，并实行分类收费制度，以更合理地反映医疗资源与服务内容的差异。同时，医院坚持“济贫扶弱”的宗旨，无论患者选择何种门诊类别，对于低收入人士仍提供半费甚至免费医疗服务，确保弱势群体不会因经济原因而失去接受医疗照护的机会。在治疗收费方面，医院逐步推行分项收费制度，患者按照实际接受的服务项目付费，使收费更加透明、公平，并有助于提升资源运用效率。此外，医院也依据不同中药剂型制定差异化收费标准，包括水剂、颗粒剂、粉剂、中成药及饮片等，以

更准确反映药物成本，同时为患者提供更多元化的治疗选择。

措施二：管理专业化

为提升整体营运效率与组织竞争力，医院积极推动管理专业化改革，引进具备专业背景的经理人与执行人员，加强财务管理、筹款规划及人力资源管理等方面的能力建设，以提升医院行政与运营水平。医院规定各院营运主管必须拥有中医执业准证，使管理层既具备行政能力，也了解医疗专业事务，从而更有效协调医疗运作、处理医患关系，并提升整体管理决策的专业性与执行力。医院也高度重视员工专业素养的提升，通过持续性的培训与进修机制，加强员工在医疗服务及沟通协调的能力，提高服务质量与病患满意度。

措施三：强化绩效评鉴框架

医院引入“平衡计分卡”作为核心管理工具，从财务、病人、内部流程以及学习成长四个层面制定发展策略与绩效指标。在财务层面，医院重点提升病人来访数量、增加收入来源，并强调成本效益与资源运用效率；在病人层面，则着重提供优质、便捷且富有同情心的医疗服务，同时提升医疗效率、强化科研影响力，并增强社会大众对医院的支持与认同。在内部流程方面，医院持续优化医疗服务流程与管理系统，改善病患就医体验及临床疗效，同时加强库存与资源管理；在学习与成长方面，则积极营造有活力的团队文化，提升员工对科技资讯的掌握与应用能力，以强化组织持续创新与发展的动力。

医院也推行全职医师绩效制度，以“多劳多得”为原则，调动医师的积极性，提高服务效率。义务服务的轮值医师医院颁发优秀医师奖和专病组给予奖励。

措施四：深耕与发展特色专病门诊

医院积极深耕特色专病门诊，在原有专病组基础上，进一步成立具有特色与专业优势的专病团队，例如中医盆底疾病专病组及中医老年疾病组等，以强化专科能力并建立品牌特色。与此同时，医院逐步推动服务模式转型，由传统“以治疗为主”迈向“防治结合”，增设“中医治未病组”，开展中医体质辨识、健康生活指导及中医饮食调养等服务，强化疾病预防与健康管理功能。医院也不断拓展中医外治疗法项目，包括牵引治疗、热敏灸等，以丰富临床治疗手段。此外，为提升诊断的客观性与现代化水平，医院引进脉象仪、舌诊仪及红外热成像仪等现代中医辅助诊疗设备。对于发展较成熟的专病组，医院更进一步推动建设科研能力团队，以提升临床研究水平与学术影响力。

措施五：数位转型

医院推行线上预约系统及自助服务亭，以减少病患排队时间，优化整体就诊流程与体验。实施支持多分院实时联网的诊疗与管理系统，实现医疗资讯共享与跨院协同管理，提升整体运营效率。同时，医院也推动采购、财务及捐款管理的数码化与云端化，加强数据整合与行政管理能力。医院持续升级电子诊疗系统，使医师能够更方便地书写病案、开立处方及追踪病患病情，从而提升诊疗效率与医疗安

全。配药系统亦同步优化，并与诊疗系统相互衔接，以提高配药准确性与工作效率。在对外宣传与社会联系方面，医院积极运用社群媒体开展健康科普、服务推广及募款活动，加强与年轻世代及社会大众的互动与联系力。

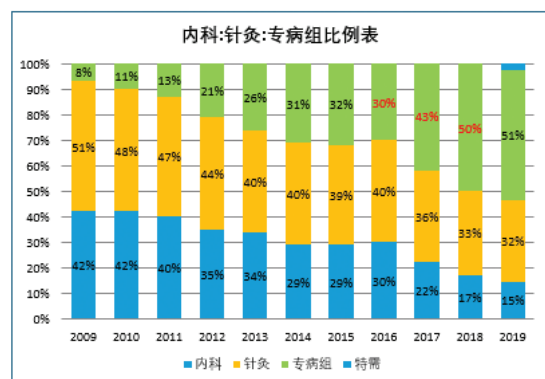
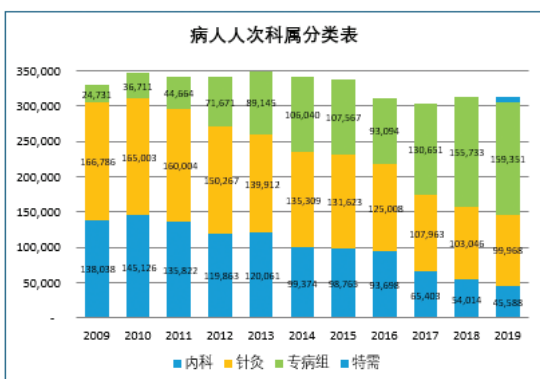
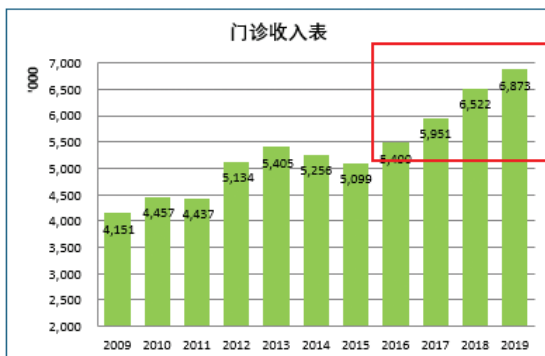
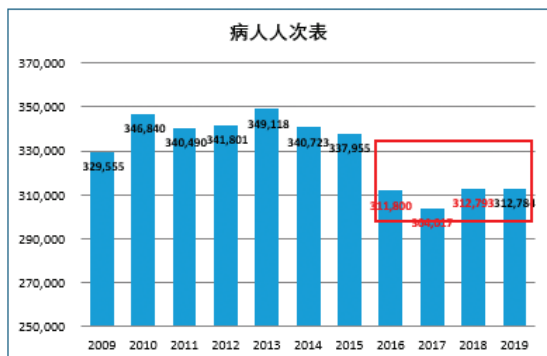
措施六：融入社区

医院也积极推动社区融合策略，加强与社区、企业及学校之间的合作关系，逐步建立“社区健康伙伴”的角色。医院深入邻里定期举办公众健康讲座及健康咨询活动，提高民众健康意识，并推广中医药保健理念。医院为企业员工提供职场健康讲座及义诊服务，协助企业推动员工健康管理，提升整体职场健康水平。此外，医院也积极与学校合作，为学生提供近视防治、体能调理等中医健康服务，将中医药健康理念推广至年轻群体，并从早期建立健康管理意识。

结果

医院的转型方向从传统单一公益医疗服务模式，逐步迈向兼顾专业化、现代化与可持续发展的综合医疗体系。通过收费合理化与绩效制度改革，提高资源运用效率与组织活力；借助专业人才引进与制度优化，强化医院整体管理能力与服务水平。

转型初期，有收取看诊咨询费的专病求诊病人显著增加，门诊总收入相对增加。专病组开颗粒剂的天数放宽，专病预约时间长却遏制病人人次的增长，出现病人人次减少的现象。专病门诊相对免付咨

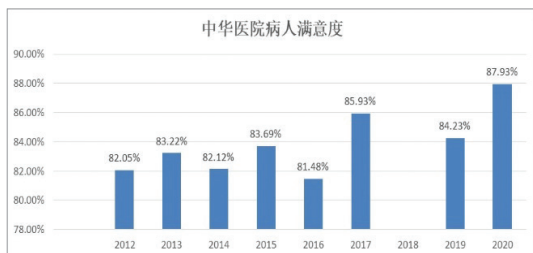


询费的普通门诊比例增加，2019年增设特需门诊，开通绿色通道服务类别。

是对等候时间、柜台服务、医师服务、配药服务和设施环境的评估结果。

全职医师基本薪金中位数的走势稳定获得提升。病人满意度也比措施前高，这

医院转型的过程中，面对了不少现实挑战。首先，在推进收费制度改革时，必须谨慎平衡公益使命与永续经营之间的关系，避免社会大众尤其长期支持医院的捐款者，质疑医院偏离初心或淡化慈善精神。其次，兼具中医专业背景与现代管理能力的人才相当稀缺，如何吸引并留住年轻中医师加入，是关系医院未来发展的关键课题。此外，转型初期涉及资讯系统升级、环境改善、设备采购及理念推广等多方面投入，对于原本资源有限的慈善医疗机构而言是沉重的资金压力。然而，在坚守中医慈善初心的同时积极迈向可持续性的发展道路是有必要的。





陈祖云先生

君子爱人以德 ——陈祖云先生 传略

林英（新加坡）

陈祖云先生，广东大埔人，生于1913年。少时就读乡校，勤奋好学，博闻强记，尤喜研读典籍，学术根基扎实。

早年目睹民间疾苦，深感“不能为良相，则当为良医”之理，遂立志习医，以济世活人为己任。后潜心中医学术，遍读历代医籍，旁采诸家之长，融会贯通而不拘一格。虽学有所成，仍谦逊自持，勤勉不怠。继而随名师深造，并亲承其先伯芷馨翁及其父庭兰翁之庭训。

芷馨翁为当时名医，曾以四逆散治愈瓊地热厥危症，名噪一时，时人以“陈修园再世”誉之。陈祖云得芷馨翁真传，又长期受到父亲熏陶，更加刻苦精进，潜心岐黄之学，终以医术立身，悬壶济世数十载，始终秉持仁心仁术，以“医德”为先。凡求诊者，无论贫富亲疏，皆悉心诊治，和颜以待。其医术精湛而不自矜，处世敦厚而不张扬，乡里咸称其“以仁存心，以德行医”，诚为杏林典范。

1949年，陈祖云于武吉河水创设保安堂药行，自此行医施药，悬壶济世逾半世纪。其经营之道，恪守“药价公正、童叟无欺”之原则，坚持货真价实，树立诚信

药商之典范，不仅弘扬医道，亦确立良好商德，深获社会赞誉。

积极投入社会服务

除临床诊疗与药业经营外，陈祖云亦积极参与社会公益及中医教育事业。曾任新加坡中医师公会秘书及财政职务，并受聘为中华医院名誉顾问、第一分院院长兼临床导师，以及中华医药研究院财政等职务。在任期间，工作认真负责，积极推动本地中医药事业发展。

于大巴窑中华医院筹款期间，他日夜奔走，公而忘私；即便健康欠佳，仍坚持参与事务，从未间断，其奉献精神尤为可敬。

此外，他参与社区服务，曾任南洋客属陈氏公会会长、新加坡立达区公民谘询委员会委员等职务，对社会发展亦有积极贡献。^{[1][3]}

对中医发展的独到见解

1971年6月28日，陈祖云曾接受《星洲日报》的采访，对当时新加坡中医药的发展提出其见解与展望：^[2]

第一是中医在民间基础深厚，但官方地位仍有限。他指出，中医在新加坡华人社会中根基深厚，长期为民众所信赖，尤其在普通民众与中下阶层中影响广泛。然而，在制度层面，中医仍未获得与西医同等的法律与专业地位。政府医疗体系以西医为主，中医在官方体系中仍处相对边缘地位，多依赖民间与华社支持发展。

第二是中医需走向现代化与规范化。他强调中医发展不可停留于传统经验层面，应逐步迈向现代化与制度化，包括：加强中医学术研究、提升中医教育水平、培养新一代中医人才、推动中西医交流与合作。

同时认为，当时新加坡中医界已出现两大转变：

第一，中医教育逐步制度化。中医专门学校不断发展，招生标准提升，课程体系趋于系统化与规范化。

第二，中西医交流日趋增加。中医不应排斥西医，西医亦应了解中医，两者可互补发展。

他的这一观点反映当时中医界已呈现较为开放的发展思路。

此外，他也提到中药业存在半传统、半现代化的混乱问题，比如药材质量参差、商业化倾向较重及社会误解等，主张加强药物管理、提升医德建设、建立行业标准，避免过度商业化。

整体上，陈祖云持积极乐观看法，认为华人社会重视中华文化，中医若加强教育与研究，必将提升社会地位。

后来的发展亦验证了他的判断：1970年代后，中医教育机构逐步发展，中华医院体系完善，针灸逐渐进入主流医疗视野；至1980至1990年代，新加坡逐步建立中医管理制度。

人格品德与家风传承

陈祖云先生性情温厚谦和，待人诚恳，家庭和睦，育有七男三女，子女皆有所皆有成就。其子陈崇德、陈崇正均毕业于中医专门学校（分别为1961年第3届及1972年第9届），家风蔚然。

1977年5月13日，陈祖云先生辞世。生前遗嘱捐献中华医院医药基金500元，并嘱丧事从简。如有赙仪，悉数转捐中华医院慈善礼券，以惠及贫病之人。其仁风义行，堪称“积善之家，必有余庆”之典范，至今仍为后人所敬仰。^{[1][3][4]}

【参考文献】

- [1] 《新加坡共和国社会模范人物志》1969，第123页
- [2] 《星洲日报》1971年6月28日，第5版
- [3] 《新加坡中医公会五十周年纪念刊》，第54页
- [4] 《星洲日报》1977年5月15日，第13版

传统与现代的融合的创新

——成都中医药大学高级针灸研修班学习纪实

张友华（新加坡）

2025年5月12日至15日，由中华针灸研究院主办了成都中医药大学的高级针灸研修班，由中医师公会郭忠福副会长，陈瑛琪副会长及中华针灸研究院张友华院长领队，共20位医师参与学习。在2天课程和一天临床的3天课程，学员们都有丰硕的收获。

两天课程由成都中医药大学四位资深教授授课，内容涵盖现代针灸临床多个领域：

1. 许婧副教授：针灸美容抗衰老
2. 周海燕教授：杵针治疗青少年近视
3. 杨洁教授：针灸辅助生殖
4. 张虹教授：针灸治疗痛症

第三天，学员们前往成都中医药大学附属医院治未病中心及推拿科进行临床学习与观摩。

对于此次研修，我将其总结为：“传统与现代的融合与创新”。

首先，学员们都非常期待能够在这次的学习中体会並学习作为中国国家非物质文化遗产的杵针疗法。杵针是针灸的一个分支，属于中医的外治疗法，也是成都中医药大学的特色治疗方法。它起源于道家。从第十四代成都中医药大学附属医院的李仲愚老师传承致今已有十七代。

一套杵针共有四个工具，纯铜制，分别为：七曜混元杵、五星三台杵、金刚杵与奎星笔。每一支杵针根据不同的鑽头和大小，可运用于人体不同部位，以发挥相应治疗作用。其治疗机理主要通过人体经络与穴位上的操作，达到行气活血、通经活络、调和阴阳及调理脏腑功能的效果。

其特点是不穿透皮肤，既无痛又无感染的风险而能达到安全无创伤性的治疗效果。所以对怕针刺与不肯扎针的患者们是完美的选择。

杵针这种无痛、无创的治疗方式，更容易被患者接受，并取得良好的疗效，尤其是擅长于治疗需要治疗的次数较多，且病位通常在头颈部和肌肉薄弱部位的精神与神经系统相关的疾病。

在治疗痛症方面，杵针也能从点、线、面的概念，达到如针灸，刮痧，走

罐、拔罐，推拿手法等异曲同工的治疗效果，生活水平的提高，富裕的人多了起来，但是生活节奏加快，世社会经济压力越来越大导致寻求美容护肤和不孕不育症的人群激增。针灸美容和针灸治疗不孕症也随着这趋势而更加的普遍与受欢迎。这主要是针灸治疗这些长期病症既安全有效而又无副作用。用传承千年的针灸来治疗新时代的疾病，但治疗的针具和思路也都已经改变了以达到疗效。例如，杨洁教授尤于针灸辅助生殖求诊病人实在太多了，为了提升看诊效率，她发展了一套用现代化流水线作业的方式，3个小时就能为100个不孕症的病人完成治疗。

为应对更热烈的美容方面的需求，现代化的智能脸部按摩仪，抗衰老灯棒等等产品层出不穷，而简单又古老的针灸治疗还是能顺应时代潮流，在美容这一领域站一席之地。这是因为针灸和按摩所能达到

的效果不会因时间的推移而改变，但同样重要的是在针具和操作方法也能与时俱进。许婧副教授在针灸美容抗衰老方面用改良的毫针，微针，电针和磁极针取得了显著的成效。

此次研修结束后，几乎每位学员都购置了至少一套正宗杵针。每套杵针均须经过成都中医药大学老师们严格检验确认后，方交由学员带回国。老师们严谨认真的教学态度，以及热诚无私的专业精神，令大家深受感动与敬佩。

所谓：“传承不守旧，创新不忘本。”成都中医药大学诸位老师，正是这一理念的最佳实践者。他们在坚守中医传统核心价值的同时，也积极结合现代临床需求与技术创新，真正做到古今融合、守正创新，值得我们学习与效法。

承古开新，明日致远

——第三届燕京韦氏眼科学术传承与国际中医眼科学术会议暨眼病三联九针法培训班纪实



2025年 10月18日至21日，“第三届燕京韦氏眼科学术传承与国际中医眼科学术会议暨眼病三联九针法培训班”于北京中医药大学东方医院隆重举行。会议由东方医院主办，联合多家传承工作室及学术机构共同承办与协办，汇聚全国15家燕京韦氏眼科学术流派传承工作站及新加坡中华医院韦氏眼科传承工作站力量，构建起跨区域、跨层级的学术交流平台。

本次会议吸引了海内外中医眼科领域专家、学者及临床骨干齐聚一堂，新加坡

代表团共21人参与其盛。与会者围绕燕京韦氏眼科流派的学术核心，在“守正创新”的框架下，深入探讨中医眼科国际前沿进展与特色诊疗技术，充分展现新时代中医眼科的发展活力与广阔前景。

前沿视野与科研方法的深化

会议议程紧凑而内容丰实，从理论溯源到临床实践，从经典传承到前沿探索，全方位践行“源于临床、回归临床”的学术宗旨。

在主旨报告环节，北京中医药大学副校长、岐黄学者刘存志教授系统剖析针灸临床研究的现存短板，并结合自身研究经验，阐述如何以国际通行的科研语言与方法，构建规范严谨的临床试验体系，为针灸提供更高等级的循证医学证据。新加坡中华医院林秋霞教授则分享韦氏杞菊甘露饮治疗干眼的研究成果，体现中医药在国际舞台上的实践价值与影响力。

来自北京同仁医院的邱礼新教授从“气机”理论切入，深入浅出阐释中医诊疗思路；北京协和医院的钟勇教授以临床病例解析儿童斜视复杂病因；中国中医科学院眼科医院的接传红教授分享中西医结合治疗经验；中国中医科学院广安门医院的武丹蕾主任则系统解析中药在视网膜与视神经疾病中的应用。

流派经验与临床智慧的传递

在流派传承专题中，韦企平教授结合临床案例，深入解读韦氏眼科治疗眼表疾病的用药心法；周剑教授分享名老中医祁宝玉的临床经验；廖良主任系统介绍“四法九方”分期治疗眼底出血的路径；孙艳

红教授则强调糖尿病眼底病变的早期筛查与干预。

多位专家围绕 Wolfram 综合征、病理性近视、甲状腺相关性眼病及麻痹性斜视等专题，结合典型病例展开深入分析，为临床诊疗提供多维视角。

三联九针与特色针法体系

围绕“眼病三联九针法”，多位专家从理论与实践双维度展开阐释。夏燕婷、李蔚为分别从临床应用与经典溯源进行解析；苏艳、汪新芳、何美赫分享针法在多种眼科疾病中的疗效；颀瑞萍与杨光则从机制与安全层面进行补充。

此外，庞荣与杨薇介绍不同针法体系，进一步拓展中医眼科针灸技术版图。

临床实训与诊疗逻辑的贯通

10月20日至21日，培训进入实操与深化阶段。学员深入临床一线，观摩针灸操作与教学查房，系统理解从“辨病一辨证一施治”的完整诊疗逻辑，实现理论与实践的紧密衔接。



在特色外治法展示中，雷火灸、梅花针、中药离子导入及膏摩等技术集中呈现，通过分组观摩提升学习实效。各地分站代表分享在地实践经验，并通过交流与演示梳理操作规范，确保技术落地应用。

本次培训以“技法精进”与“学术深化”为核心，通过小班教学与专题授课相结合，使学员系统掌握针刺技艺与流派精要。课程贯通源流、技法与临床应用，使传统经验在现代语境中实现系统化表达。

作为燕京韦氏眼科流派的重要传承阵地，北京中医药大学东方医院借由本次会议与培训，不仅深化学术交流与人才培养，更搭建跨区域协作平台，推动中医眼科学术成果广泛传播。未来，医院将持续依托流派优势，拓展高质量传承路径，使中医智慧在新时代焕发持久活力，惠及更广大患者，为守护人民眼健康贡献稳健而深远的“东方力量”。

【参考文献】

- [1] 北京中医药大学东方医院订阅号. [学术动态]守正创新传薪火，中西交融启新程——第三届燕京韦氏眼科学术传承与国际中医眼科学术会议在北京中医药大学东方医院顺利召开 [EB/OL]. 微信公众号，2025-10-10. <https://mp.weixin.qq.com/2/EYgrJnPZPfVgJ9CqaYs5A>

注：本文部分内容参考北京中医药大学东方医院微信公众号相关文章，并经整理修订。

群贤毕至，共探中医 专病发展新方向

——2026年新加坡中医专病组 高峰论坛侧记

林英（新加坡）

2026年5月17日，由中华医院主办、同济医院联办的“2026年新加坡中医专病组高峰论坛”于新加坡 One Farrer Hotel 隆重举行。论坛吸引约 245 位来自中华医院、同济医院及本地中医界的医师、学者与业界人士参与，并获得多位嘉宾及专家学者支持，盛况空前。

本届论坛以“中医专病建设与发展”为主题，汇聚本地多个专病领域专家，围绕专病建设、临床经验、科研成果及未来发展方向展开深入交流，充分展现新加坡中医界守正创新、精益求精的发展精神。

专病建设迈向新阶段

论坛开幕前，大会回顾了新加坡中医专病组的发展历程。早在三十多年前，本地中医界前辈已提出“院有专病、病有专药、医有专长”的理念，并推动成立专病研究组织，逐步建立专病诊疗体系。经过多年发展，各专病组已成为本地中医临床服务、学术研究及人才培养的重要平台。

新加坡中医管理委员会主席张佩斌博士担任大会主宾，并为论坛主持开幕仪

式。他在致辞中高度肯定中华医院与同济医院长期推动中医专病建设所作出的努力，并赞扬论坛汇聚多个专病领域的临床经验与研究成果，为本地中医事业发展注入新的动力。

张博士指出，中医专病组的发展具有重要战略意义，标志着中医临床服务正朝向专业化、精细化方向迈进。专病建设不仅有助于优化临床路径、提升诊疗水平，也有利于推动科研创新与学术发展，进一步提升中医药服务质量与社会认可度。

推动中医专业化与现代化发展

在英语致辞中，张博士进一步介绍了中医管理委员会未来的发展重点，包括持续提升中医教育质量、优化继续专业教育（Continuing Professional Education, CPE）制度、建立行业争议调解机制、完善注册考试与职业发展体系，以及加强临床技能培训等多个方面。

他表示，这些举措旨在为中医执业者提供更完善的发展平台，让业者能够透过

高质量的专业培训与学术交流活动，不断更新知识与提升技能；同时也有助于建立更完善的行业治理机制，在保障患者权益的同时，为从业者提供更健全的专业支持。

谈及未来发展方向时，张博士特别强调针灸专业的发展潜力。他认为，针灸在肿瘤辅助治疗、中风康复、疼痛管理及生殖医学等领域均具有广阔的发展空间，未来应进一步提升针灸治疗的安全性及临床疗效，并加强与西医体系的协作，推动跨专业合作，为患者提供更全面的医疗服务。

在中药发展方面，他透露，中医管理委员会正积极推动中药更好地融入国家医疗保健体系。委员会近期已与卫生科学局展开交流，探讨中成药监管、预防保健中药处方，以及其他中医药治疗模式的发展方向，以促进中医药在国家医疗体系中的应用与发展。

此外，管委会也将逐步推进中医诊所及从业者认证制度的建立，进一步提升行业规范化水平，促进新加坡中医事业与国际标准接轨，为本地中医药未来发展奠定更坚实的基础。

深化合作：推动专病建设

中华医院董事会主席吴佳盛博士在开幕致辞中表示，本届论坛是中华医院第二次举办专病论坛，也是首次与同济医院联合举办，体现本地中医机构携手推动专业发展的共同愿景。

他指出，中华医院近年来积极推动专病建设，包括妇科、儿科等专病服务，并率先成立了第一家本地中医肿瘤专业委员会。医院未来将继续秉持慈善服务宗旨，在提供可负担医疗服务的同时，透过更系统化及专业化的诊疗模式提升临床疗效。

吴博士亦强调，中医专病建设虽不同于现代医学专科“Specialist（专科医生）”概念，但其核心目标一致，皆在于提升专业水平与服务质量，为患者提供更精准、更优质的医疗服务。他呼吁中医界共同维护专业形象，加强学术交流，进一步提升社会大众对中医药的信心。

在科研与合作方面，他介绍了中华医院近年来的重要成果，包括2025年，筋伤痛症专病组与陈笃生医院针灸中心合作发表膝关节炎针灸研究成果，在国际权威期刊《Complementary Therapies in Medicine》发表针灸治疗膝关节炎的高质量研究论文。也与南洋理工大学及卫生部合作开展相关研究，于《新加坡医学科学院杂志》发表相关研究成果。

另，医院亦持续推动国际交流，今年盆底疾病专病组及筋伤痛症专病组将分别赴台湾及中国进行学术研修与交流。

资源共享：共促中医高质量发展

同济医院暨同济医药研究院董事会主席杨应群先生表示，本次论坛是中华医院与同济医院深化合作的重要里程碑，也是共同推动中医药高质量发展的具体实践。

他指出，同济医院特别门诊组自1986年成立以来，至今已有四十年发展历史。专病建设有助于整合临床资源、深化诊疗经验，并推动中医药标准化、规范化与国际化发展。

杨先生表示，本次同济医院与中华医院联合举办论坛，是希望通过共享资源，优质互补，展示各自专病组的特色与成果，促进本地中医药专业人士之间的深度交流，提升中医专病诊疗水平。但从更宏观的角度来看，中医药未来的发展不仅需要临床经验的积累，更需要科研创新、制度支持及人才培养。

最后，他提出未来应持续打造具有影响力的专病品牌、加强临床与科研结合、深化国际交流合作，并培育年轻中医人才，为中医事业持续发展奠定基础。

专题演讲精彩纷呈

本届论坛共邀请18位讲师发表专题演讲，内容涵盖中医内科、肿瘤、肾病、妇科、儿科、针灸、皮肤科及健康管理等多个领域，充分展现新加坡中医专病建设的广度与深度。

上午场专题演讲聚焦肿瘤、肾病及眼科研究。赵英杰院士分享中医药抗肿瘤的

临床路径与治疗策略，提出“带瘤生存”理念；陈家旭教授探讨中西医诊治慢性肾脏病的异同；林秋霞博士介绍围绝经期女性干眼症的中医药研究成果；张国强博士则就糖尿病肾病的中医诊疗共识进行系统阐述。

下午论坛分设A、B两个分会场同步进行，内容涵盖肠胃病、筋伤痛症、肿瘤、治未病、皮肤病、中风病、针灸及生育医学等多个专病领域。多位讲师结合临床经验与研究成果，分享专病诊疗心得，展示本地中医专病建设的最新发展成果。

论坛闭幕仪式上，郑黄芳博士与朱奕达博士分别致闭幕辞，对讲师、专病组成员及工作人员的辛勤付出表示感谢，并勉励中医界继续深化学术研究，加强临床协作，共同推动中医专病建设迈向更高水平。

与会医师普遍认为，本届论坛不仅促进了各专病组之间的经验交流与成果分享，也进一步推动新加坡中医专病建设朝向规范化、专业化及现代化发展。论坛的成功举办，展现了本地中医界团结合作、积极创新的发展活力，也为未来中医专病建设开拓了更广阔的发展空间。

《伤寒论》中的三阳三阴

谢斋孙（新加坡）

中国古医书自《内经》以下，都认为天有六气，地有五行，人身的脏腑是由六气与五行化生而来的。五行有阴阳的分别，以其排列次序一、三、五……为阳，二、四、六……为阴。阳五行如甲、丙、戊……等，合六气以化阳性的腑；阴五行如乙、丁、己……等，合六气以化生阴性的脏。所以中医学上的脏腑，虽同气同行，但却有阴阳的分别。例如：小肠与心，在六气间是“热”，但小肠是阳五行的“丙火”，而心却又是阴五行的“丁火”。所以阳性的小肠属腑，阴性的心是脏。又如膀胱与肾，在六气同是“寒”，但膀胱是阳五行的“壬水”，而肾却又是阴五行的“癸水”，所以阳性的膀胱是腑，阴性的肾是脏。其余类推。

中医学上关于人体的构造与生理功用，都以脏腑为中心，所以脏腑在人身上的功能庞大且复杂。人的五体：皮毛、血脉、肌肉、筋络与骨节；七窍的耳、鼻、眼、口、舌与前后二阴，以及气、血、精与经络等，在在都由脏腑所化生。我们在这里只谈《伤寒论》中脏腑与三阴三阳的关系。

腑的气（本质）是阳，所以腑与腑合化成人身的三阳；脏的气是阴，所以脏与脏合化成人身的三阴。脏腑是“气”（本质），三阴三阳是“化”（功用），气是化

的本，化是气的标。化宜盛不宜衰，气贵藏不贵露。下面试举一些《伤寒论》中有关的病例来说明上述理论。

小肠与膀胱，都是阳性的腑，一是阳五行中的“丙火”合六气中的“火热”；一是阳五行中的“壬水”合六气中的“寒”。由小肠与膀胱合化而生成人身卫外正气的“太阳”。这个“太阳”亦可说是由“水火”二行，或“寒热”二气所合化而来的。这个“太阳”只是小肠与膀胱二个腑所产生出来的功用之一。“太阳”不等于小肠与膀胱二个腑。“太阳”与“太阳经”有关系，但“太阳”不等于“太阳经”。我们读《伤寒论》时，应先弄清楚这些名词的真正含义。

太阳这个卫外正气，强盛则不易外感六淫疾病，衰弱则易受六淫虚邪外侵而发生外感太阳病。太阳的盛衰，决定于化成太阳的小肠与膀胱二腑，亦即决定于二腑所含与所属的“水火”二行或“寒热”二气。

太阳虽由“水火”或“寒热”二气化生而来，在人体机能正常时，有寒热的感觉，但见不到水火的形象，亦看不到寒热之气。只有在病情严重时，才有寒与热的真气显露。这正如化学上的“钠”与“氯”化成盐后，既看不到“钠”，亦见

不到“氯”，只有“盐”的特性；除非“盐”被分解，乃可再见钠和氯。

寒和热化成太阳后，寒从热化，以热为主的是太阳的“标阳”；热从寒化，以寒为主的是太阳的“本阴”。太阳本身既有标阳与本阴二部分，它们受病时，亦有不同的脉证。

太阳的“标阳”初受病时，因阳性主开，故有汗而脉缓，其感觉是恶风，一开始即有发热。这类太阳病在《伤寒论》中称为“中风”，亦称“外证”，多用桂枝汤主治，因此亦可称为桂枝汤证。

太阳的“本阴”初受病时，因阴性主闭，故无汗而脉紧，或尚未发热，而感觉上必恶寒。这类太阳病在《伤寒论》中称为“伤寒”，亦称“表证”，多用麻黄汤主治，因此亦可称为麻黄汤证。

上面我们提到人身太阳机能正常时，有寒与热的感觉能力；初病外感时，又有恶寒与发热的症状；病入严重阶段，正气受到严重损坏，气化的太阳衰弱已极，则寒热的真气因而显露出来。这正如盐一旦被分解，恢复钠与氯之态。

“真气显露”在《伤寒论》中许多严重危急病例中均可见。例如原文第十一

条：“病人身大热，反欲得衣者，热在皮肤，寒在骨髓；身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。”这样的寒热已不是正常感觉，亦非普通症状，而是阴阳离决、寒热真气显现的危候。

心与肾都是阴脏，一是阴五行的“丁火”合六气中的“火热”，一是阴五行中的“癸水”合六气中的“寒”，化成人身主内的正气“少阴”。少阴与太阳同是寒热二气所化，但有脏与腑、阴与阳之别，一主外，一主内，为表里阴阳。

在《伤寒论》中，太阳病在正气衰弱时，易转为少阴病，甚至初病即直中少阴，如太阳病中的四逆汤证、少阴篇中的麻黄附子甘草汤证等。

三阴三阳为什么有手足之分，是因寒热与阴阳之不同。同是三阳之太阳、三阴之少阴，因“热在上”与“寒在下”之故。属阳之阳热的小肠主手太阳，属阳之阴寒的膀胱主足太阳；同样理由，属阴之阳热的心主手少阴，属阴之阴寒的肾主足少阴。从手走头为阳，从头走足为阴。

阴阳气与十二经络之走向，皆由上述理论而来。

抓主流学习

李金龙（新加坡）

清代名医喻嘉言曾经说：“不懂脏腑经络，开口动手便错。”

我很赞同他的精辟卓见。因此，自从1974年医专毕业之后，我对中医理论的学习便沿着脏腑学说和经络学说这两个方向进修。可以这么说脏腑学说和经络学说是中医学的两大主流，能够掌握这两大主流，基本上就能够诊断病情和对证处方；否则，茫茫然不知何所问诊，更难于辨证处方了。

要掌握脏腑学说，必须完全通晓五脏六腑的生理和病理，也就是说，要了解每一个脏或腑的生理和病理的变化，进一步了解脏与脏或脏与腑的互相影响。这样，在临床上，询问病员的病状才有了路径，比如一个心血虚的病员，他的证状总逃不出有心悸、心跳、多梦、健忘、失眠等证状；若病情进一步恶化，可出现头晕、目眩等血不养肝而肝阳偏亢的现象；若再进一步恶化，也可能造成肝阴虚而下及肾阴（因肝肾同源），造成肾阴虚之腰酸，耳鸣、精神倦怠等更复杂的病况。

然而，如果学会了脏腑学说，不管怎样复杂的病情，都是能够辨证处理的。这样，才不致于像喻嘉言所说：“不懂脏腑，开口便错。”

在临床上，运用了脏腑学说的辨证后，进一步便是如何处方了。在我们中医，处方不外是方药和针灸。

首先谈谈方药的处方。

学习和运用方药也必须先根据脏腑的辨证，然后经过四诊八纲的分析后，才采用何方何药治疗。比如在临床上，病员反应腰痛隐隐，耳鸣、头晕、遗精等证。明显的，这是肾虚的证候。然而，肾虚是否有进一步出现阴虚或阳虚呢？于是必须运用切诊、望诊、触诊的工夫，若病员舌质红，口干，口渴而饮不多，手心热，脉细数，显然的，这是出现有阴虚的现象，也就是肾阴虚，故治法必须补肾滋阴，以采用六味地黄汤为主，若有兼证才用其他药味加减运用。若是上述病员舌淡，口不渴，脉弱，手心不温，平时畏寒，显然的，这是出现有阳虚的现象，也就是肾阳虚，故治法必须补肾壮阳，以采用附桂八味汤为主。若有兼证才用其他药味加减运用。在临床上，若不用脏腑辨证为依据；病久的证候，亦不分阴阳，于是便随意下药，我觉得比较草率，这可能对脏腑学习不够深入，或者对八纲辨证的首要纲领——阴阳学说不重视所使然。

其次，在学习方药的过程中，我的体会是：我们所学过的方剂近百张。这近百

张的方剂只是初步学习它的运用范围，更重要的，是学习每张方剂的结构精神和辨证运用特点。这样，才能够在临床实践上，根据不同的病证。自己也可以创造新的方剂运用。我觉得，这种学习方剂的观点才是重要的。同时，在临床的实践上，一病多型的现象普遍存在，倘若仅仅会背熟几张方来应付复杂的病种，我相信是不能够治好病的。

另一方面，在临床上，一方治多种病亦普遍运用，如桂枝汤可以治外感风寒表虚证，亦可以补心阳，现亦可以治疗多形红斑，皮肤搔痒症等多种皮肤病，根据报导，都获得满意的效果。

医学在发展中，古代医学家所确立的方剂，在成千上万的现代医务工作者的运用中，太多有了新的体会，新的运用范围。更可喜的，无数的成药品种涌出，疗效显著，这些丰富而多姿多彩的方剂成药，给中医师和疾病作斗争增强了无比的信心。

其次，来谈谈针灸的处方。

针灸的处方必须掌握经络学说才能有效和准确的配穴，否则，就像喻嘉言所说：“不懂经络，动手便错。”

学习经络学，除了知晓十二条正经和八条奇经的循行和它所连系的脏腑外；然后重点应放在两个方面，便是学习每条经

的特定穴和特性穴。每条经都有特定穴，这些特定穴都和它所属的脏腑有密切的联系，是治疗或调整该脏腑的阴阳失调或经气不和，痹阻作用。比如说：肺脏有疾，若属于实证，可取其募穴中府穴，难经曰：“阳病行阴”，因募穴位于胸腹部，是属于阴面，取其阴而调整其阳气之过旺（实证），又再泻肺脏之合穴尺泽，来调整肺经在肘以下之经气失调。若肺脏经气太旺，而出现炎症，如咳血，咽痛剧烈，这时必须取其肺经之郄穴孔最，取孔最穴乃因郄穴可治炎症；反过来说，若肺脏有疾，属于虚证，可调整其背俞，难经曰：“阴病行阳”，因俞穴在背部，是属于阳面，取其阳而调其阳气之不足（虚证）。又可再取肺之原穴太渊，因原穴乃是该经之原气所汇聚之处，故取原穴是补该脏经气不足，若出现肺气极弱，而出现便秘，亦可取肺与大肠之表里经之络穴列缺处理之。

有些病可以通过脏腑之辨证后，运用上述特定穴之配穴原则处理而取得疗效，有些病，亦可运用穴'位之特异性来配穴处方，亦同样可取得立竿见影之效。这些由运用穴位的特性来配穴的处方者。我们暂把它列为“特性穴”。

“特性穴”几乎包括所有的穴位，因此要掌握这方面的运用，必须在临床实践上多运用，才能懂得多。

失传的营养学——远离疾病6

陈蓓琪（新加坡）

【前言】延续上一期的内容，今天继续和大家分享王涛博士写的《失传的营养学——远离疾病》这本书。这本书的作者是医学博士，多年来专注研究营养在人体健康中的作用，在“营养医学”这个领域走出了一条不一样的路。他提出了不少新观点，也通过多年临床随访的经验，验证了营养在预防和治疗很多疾病方面的实际效果。

书中从营养角度出发，针对高血压、糖尿病、冠心病、高血脂、脂肪肝、肥胖、失眠、痛风、肝硬化、肾炎、更年期综合征、脑萎缩、老年痴呆、心理精神类疾病，以及各类骨关节和肌肉疼痛等几十种常见却棘手的慢性病，都给出了新的解释和建议。读下来，让人觉得营养其实远比我们想象的要重要得多，也希望这些内容能对大家有所帮助。

第8章 骨关节疾病（风湿性关节炎、骨质增生、股骨头坏死）

第1节 风湿性关节炎

风湿性关节炎好像是一个不明不白的病，关节一痛，往往就被诊断成风湿性关节炎。笔者跟医学打交道20年的时间，至今没明白风湿性关节炎是什么意思，关于这个问题，还请教过很多医生，但至今没有一个令人满意的答案。风湿性关节炎是说这种关节炎是因为关节被风吹到了或由于阴冷潮湿而引起的呢？还是受中医的风湿影响而起的这个名字呢？正是因为这个病的意思模糊，所以很多关节疼痛的病，在搞不清真正病因时，都被诊断成风湿性关节炎。

其实对于关节疼痛的病，除非那些外伤等极明显的病因，病因并不重要，绝大多数患者来就诊时，早已远离病因，但关

节已经受到不同程度的损伤，有损伤，机体就要修复，所以把修复关节所需的营养素给足后，关节的损伤修好，疼痛也就消失了。而修复关节时，蛋白质、维生素C和钙等是最重要的营养素。

这样的例子很多，其中一位60岁的阿姨，她双膝的疼痛已经有几年的时间了，我见到她时，她的双膝肿痛，关节腔内还有积液，已经使用过很多种方法，效果一直不理想。她的身高大约1.65米的样子，但体重近100公斤，肚子很大，这样的体重再加上那样的双膝，您想想，她活动一定很不方便，来时拄着拐杖，双腿发抖。我给她做了营养指导后，她的状况在两周左右就明显好转了，一个月后，当她听到我又去了她们那里的消息后，老人赶了过来，小跑着就进了屋子，拐杖早就不再用了，那种兴奋之情溢于言表。老人是一位

很快乐的人，还跟我讲她腿不好时的惨状，她60岁，在赶公共汽车时，一位70岁的老人请她先上车，搞得她很不好意思。而腿好了以后，让她如释重负，一脸的轻松，看到她腿治愈前后的样子，真的让我体会到健康自由的重要。

第2节 骨质增生

骨质增生是一个极有意思的疾病。它的形成和消退给我们提示了对人体重塑的无限可能。长骨刺的根本原因是缺钙，而不是像很多人认为的身体里的钙太多了。身体里各种物质是否缺乏一直是困扰我们的一个问题，包括医生也是这样认为：查一下血里的各种物质，水平在正常范围，就说明身体里不缺。实际上不是这样的，我们身体里有各种各样的仓库，比如钙库、蛋白库、能量库等等，各种库的重要任务之一就是供给生命器官营养物，生命器官包括脑、肺、心、肝、肾。这些器官是不能出问题的，出问题就会危及生命，所以身体会不惜一切代价保护这五大生命器官。当营养素缺乏时，身体就会从库里、从非生命器官调动各种营养素给生命器官。以钙为例，即使身体里的钙已经严重缺乏，血中的钙也会保持在正常水平，因为血中钙的水平直接影响到心脏的功能，是不能出现偏差的，身体会不惜一切代价来维持它们的正常，对于其它的很多营养素也是如此。所以不要认为血中各项成分正常就是正常。很多人对自己的健康、孩子的健康是很重视的，去查完之后就理直气壮地说，什么也不缺，一切正常。这显然是走进了另一个误区。

那么，缺钙为什么就会长骨刺，而且长成那个模样呢？这是一个很有意思的话题，而且也包含了很多很有意思的知识。这得从骨的应力反应说起，应力反应是骨的一个很重要的特性。大家都知道，骨是一个承重的器官，我们之所以长成这个模样，全是因为这一身的骨架。既然是承受力的器官，那么它对力的变化就特别敏感，而且还会根据力的变化而不断改建自己的结构和形状，以适应这种力的变化，使自己在新的受力情况下有能力去最大限度地承受力量、去支撑。这就是应力反应，简单地讲，就是骨骼会根据它自己受力的情况而改建自己。而实现应力反应的基础就是骨的改建能力。人的一生中骨一直在改建，有自动改造长得不合理的地方的能力。做个试验就可以看到骨的改建能力和应力反应。您用右手掌的侧面不断撞击桌子的边缘，一个月后，去拍X光片，会发现遭到撞击处的骨的局部会增厚。这就是骨对外力的反应。当不断撞击桌子的边缘时，受力处的骨就会感受到不断在受到力的冲击，为了应对这股力量，它就会在受力处改建，加厚加固。有的牙科医生会建议我们平时每天做叩齿运动，也就是用上牙敲击下牙，目的是使牙齿长得更牢固，不易脱落。用力不要太大，否则会导致牙齿表面的那层釉质受损伤。通过每天轻轻叩齿运动，会刺激牙周的牙槽骨，牙周的牙槽骨因不断受到力的刺激，不得不加固自己，使这些部位的骨密度得到改善，骨质不但不被吸收反而有所增多，将牙根紧紧围住。这就是利用了骨的应力反应。但这种方法也有一些缺陷，因为这种

方法会顾此失彼，牙槽骨被吸收，与全身钙和其它营养素的缺乏有关，通过这种方法将其它地方的营养素调到牙槽骨，使牙槽骨得到加强，但其它部位营养素就更缺了，会出现新的问题。

关于对骨质增生的认识还有一段很有意思的故事。是我在向一位令我非常钦佩的老前辈请教问题时，我突发奇想，向他老人家问了一个我也不知道是从哪里来的问题，以至于我后来也觉得这个问题很怪，问得很没有道理。为什么要问这么怪的问题呢？是想找个话题陪老人家聊聊天吗？但令我庆幸的是，我多亏问了这个问题，才引发我自己对骨质增生的思考。

我的问题是：为什么骨刺长在骨头的边缘而且还长成那样？其实骨质增生也是应力反应的结果。以脊椎发生的骨质增生为例。从脊椎的结构特点和功能特点可以知道，椎体的中央比周边受力要大，所以当血钙减少，机体要调动椎体内的钙入血时，会先从椎体的周边调钙入血，而不是从中央调钙。因为中央受力重，作用大，调钙就会从相对不太重要的周边开始。当钙质不断从椎体周边流血液时，椎体周边部位就会越来越软，越来越不能承重，但周边部位也不是一点力都不承受，这些部位也会经常受力，尤其身体在前倾、后仰、侧弯时，周边部位受到的力就更大更经常一些。这些椎体周边部位一受力，自己也感到力不从心，支撑不住，骨头自己也知道：不行，这些部位需要加强。最好的加强方式就是钙质再回流，可身体缺钙，钙不可能回流，怎么办呢？这些地方

就只好凑合了，多长一些来加厚局部。骨是由胶原蛋白、钙和其它矿物质组成的。既然缺钙，就只好主要用其它这些成分多堆积一些凑合着用，这样骨质增生就长在周边部位且呈唇样外突，骨刺就形成了。医学上称这种增生为营养不良性增生，是有道理的。从营养医学的角度看，人体内几乎所有的增生都是营养不良性增生，如在慢性炎症基础上的各种增生，包括癌都属于营养不良性增生。

临床上有一种病，即椎管狭窄，也是骨质增生造成的，是骨质增生在不同部位的表现。临床上怎样治疗骨质增生和椎管狭窄呢？药物的疗效一般较差，更多地要采用手术的方法，去除增生出来的骨质。手术会暂时缓解压迫的症状，但不会从根本上解决问题，即椎体因钙及其它一些矿物质缺乏导致骨质局部承受力的能力下降这种状况没有从根本上解决，所以在两三年后，骨质增生会再次发生。

怎样治疗骨刺引起的颈椎病、腰椎病、膝关节疼痛和椎管狭窄等疾病呢？最合理的方法就是补充钙和别的营养素。让钙回流，骨质的承受力的能力恢复，骨质自然就不再增生。那么长出来的骨刺怎样能去掉呢？只要钙和其它营养素补充到位，骨刺就会消失。因为骨的改建的能力，骨刺长出来是应力反应的结果，但骨自己也知道这样长不合理，只是没办法，没有合适的原料，只好凑合着长，当把营养素给足后，骨会迅速改建，把原来长得不合理的地方吸收掉，骨刺也就消失了。

陈哥是我的一位极好的朋友，家住在上海，当我们第一次相识时，因为觉得我们很合得来，我就跟他讲：“陈哥，将来你的亲戚、朋友里边谁有健康问题就给我打电话。”陈哥并没有欣然接受，而是说他的朋友里也有一些医生。我告诉他一定要记清楚我这个医生跟别的医生不太一样。结果2006年的下半年，他的妻子两条胳膊和双手又麻又痛，以至于她什么也做不了，她平时很喜欢打麻将，但这个病搞得她连麻将也打不了，因为坐下来时比站着症状要更加严重。嫂子在陈哥家的地位举足轻重，一看嫂子这样了，陈哥赶快带着她去医院，其实从症状上已经可以判定是颈椎病，颈椎的骨质增生了。到医院一查，果然是颈椎的骨质增生了。医生建议手术，把增生部分凿掉，并从大腿取一块儿骨头做融合。陈哥一听就慌了，吓得要死，还好没有忘记给我打电话。我指导嫂子使用上营养素。两周后，我电话寻问陈哥，因为要跟踪一下疗效。结果他在电话那头儿非常兴奋，说：“你嫂子昨天一口气洗了三床被子。都好了!!!”我又打电话问候嫂子，嫂子更是开心，力邀我到上海做客。我告诉她要继续用营养素，不要因为不麻不痛就停止服用，因为骨的进一步改建还需要一段时间才能完成。

如果不补钙可不可以把骨质增生治好呢？有一个方法即使不补钙也可以把骨质增生治好。那就是运动。生活中，我们会见到这样的人，因为颈椎病，两个胳膊很麻很痛，非常痛苦，什么事情也做不了，疼得甚至连觉也睡不好。做不了什么事情，又痛，心情很不好，为了散心就去逛

街。结果看到街边有跳舞的，跳老年迪斯科，反正也没什么事，看一会儿，看着人家一举手一投足都是那样的自由，很是羡慕，看着看着就有点感觉了，感觉还挺好，明天还来看，一连看了好几天。越看越有意思，而且对音乐越来越有感觉，有时看人家跳舞自己的脑袋也会跟着音乐动，大致地舞该怎样跳也学得差不多了，就参与其中，跟大家一起跳，别人把双臂举过头顶很轻松，他因为颈椎病举不了那么高，但也不断地跟着举，终于有一天，不知不觉中，他的双臂也可以自由地高举了，两条胳膊和双手也不麻不痛了。这样颈椎病就治好了。

为什么没有补钙也可以治好颈椎病呢？是不是本来就没必要补钙呢？其实我们的身体很遵循用进废退的原则。哪个部位用得多了，身体里更多的营养素就要向这个地方流动，身体甚至不惜拆东墙也要把拆下来的营养素补到不断被使用的西墙。生活中这样的例子很多，比如经常运动的老年人腿脚一般更灵活一些，比他的同龄人更硬朗一些；经常用脑的老年人，他的精神状态一般会很好，头脑比他的同龄人更清楚更灵活，还不容易发生脑软化和老年痴呆。比如我读博士时的导师，已经80多岁了，但每天精神旺盛，思路清晰敏捷，还忙于写书。同样道理，虽然身体里缺钙，但跳迪斯科时，要不断地摇头和抬起上肢，也就是说肩颈部的关节不断被使用，而您那里又长得不合理，身体就会赶快把钙调过来，对这些地方进行改建，使它们灵活好用起来。但是虽然颈椎病是治好了，而身体里钙缺乏的状况并没有得

到纠正，所以其它地方可能又出问题了，甚至有可能是更严重的问题，比如股骨头断了。所以补充钙和其它营养素才是从根本上治疗骨质增生的正确方法。

如果能充分利用应力反应和骨的改建能力，甚至可以对人体进行重塑，人体很多长得不合理的地方，身体自己都知道，只是因为没原料，所以没办法进行改造，当给足原料后，身体自己就会自觉改造，而且原料给得越早，效果越好。最合理的是从小就给足各种营养素，这样您的孩子身体的各个部位都会长得非常合理，该凸的地方凸，该凹的地方凹，该胖的地方胖，该瘦的地方瘦，腿很直，肌肉的形状发育得很好。一句话，当营养素给足后，孩子的身体就会以遗传信息为基础，最大限度地良胜发展自己。身高没达到预期、“O”形腿、牙齿排列不齐等等都是钙和其它营养素缺乏造成的。利用应力反应和骨的改建能力，“O”形腿变直都不是没有可能的。“O”形腿的形成主要是由于缺钙。我们的两条腿每天承受很大的力，而“O”形腿承受力的能力显然远远小于长得很直的腿，连您的小腿的骨头自己也知道这样长不合理，只是没办法，因为缺原料，当您把钙和其它营养素给足后，它也会自动改建，可能只是需要的时间长一些，而且需要一些其它的辅助措施。

第3节 股骨头坏死

股骨头坏死也是骨关节疾病中一个很常见的病。吸烟、喝酒、不良的生活嗜好、药物等等似乎都可引发或导致该病的发生，至少是对此病不利。但当我们认识

到它是一个慢性病时，就知道它的病因往往是不明显的或不鲜明的。这就是急性病和慢性病显著的区别之一，所以在治疗慢性病时，病因探究在很多时候就不是特别急迫的事，而治疗治愈它应是放在第一位的，同时把可能的病因排除一下就可以了，而急性病则不同，首先要去除病因，去除病因也是治疗的重要手段。

股骨头坏死显然是一个慢性病，其病因往往是无从考证的，很少有像非典时大量使用激素后导致的股骨头坏死这样病因明确，故采取有力措施治愈此病是最重要的。医生已经意识到股骨头坏死与股骨头的血液循环障碍有直接关系，故采用手术的方法将血流较好的血管与向股骨头输血的原有血管吻合，以改善股骨头血液循环，这样可以起到一定的疗效。但股骨头坏死与两个因素直接有关，就是缺钙和股骨头循环障碍，故只有在改善股骨头的循环障碍的同时，补充足够的钙和其它营养素，才会达到很好的疗效。

其实股骨头坏死并不难治，很多病例也无需动手术，使用营养素，股骨头坏死，尤其是早期的病例，也就是股骨头还没有明显变形之前的病例，100%可以治愈，早期股骨头坏死的患者使用营养素，两周内临床症状就可完全消失。即使有一定的变形，营养素治疗后，也可以凑合着用，如果其它措施得当，在一定程度上恢复其形状也不是没有可能。千万不要把我们身体里的“零件”轻易地扔掉，比如股骨头坏死，一换成金属的股骨头，就注定一辈子都要使用这种股骨头了，再也没有

治愈的可能了，因为您身体的修复能力不可能再帮到您，金属股骨头是不需要营养素的。

类似的情况如心脏瓣膜置换，各种器官如肝、肾的移植，都应该非常的谨慎，因为我们的身体真的是潜力无限，很多时候在我们认为没有可能时，身体自己却将它变成现实。中央电视台曾播放过一个例子，一个16岁的男孩，左下肢和左脚疼痛变黑，到医院去救治，医生诊断无误，“左下肢脉管炎”，建议截肢，这个孩子死活也不肯截肢，就回家了，在家躺了十几年，结果他的左下肢又好了，完好无损。那您想想，如果要截了，怎么还会有今天的这条腿呢？不截肢身体的修复能力才有机会把这个病治好。

第9章 慢性肾炎可以治愈

尽管慢性肾炎也属于慢性炎的一种，但慢性肾炎与其它慢性炎有一定的区别，其中最大的区别就是肾结构的不可再生性。肾的结构单位会坏一个少一个，不能再生，这就很危险，说明一旦有肾的结构单位被破坏，肾脏再回到正常时的功能贮备的可能性是零。这与肝脏形成鲜明对比，肝脏被破坏后，可以完全修复再生。故肾炎一定要早治，越早越好。

慢性肾炎的病因至今也没有搞清楚，但肾损伤后修复是可以做到的，营养素可以尽最大可能修复能够修复的部分，将炎症扼制住，阻止其继续蔓延，并逐渐使炎症消退，将肾炎治愈。临床上治疗肾炎，更多地使用激素，激素治疗本身就不是从

根本上治愈肾炎的方法，因为肾炎不是因为体内激素水平下降引起的。即使暂时将病情稳定住，也会看到一些患者多少年后发生尿毒症，也就是说，肾炎并没有真正治愈，炎症还在不断地在不知情的情况下蔓延。营养素治疗慢性肾炎，一方面修复肾脏的损伤，另一方面对体内的各系统功能紊乱进行纠正。这样就可以达到治愈。

在治疗肾病时，很多人包括医生对蛋白质的使用有所顾忌，认为本来肾就坏了，使用蛋白质会进一步损伤肾功能。这是没有必要的担心，首先，不管是不是使用蛋白质，患者每天都有尿蛋白，这说明蛋白尿与是否使用蛋白质无关；其次，大量蛋白质每天被尿出，身体处于低蛋白状态，很多器官的蛋白质会被抽调来转变成血液中的蛋白质，所以不补充蛋白质，全身各器官都会进一步受损，其中以肝肾受损最为严重；第三，尿出的蛋白不一定是您吃进来身体吸收的蛋白质，因为身体要经过肝脏进行蛋白质代谢，合成人体需要的蛋白质；第四，有足够的蛋白质供给，才能平衡机体的免疫功能，修复损伤的肾脏。所以在肾功能没有明显异常的情况下，蛋白质一定要大量使用，不会对肾产生任何负面影响，反而会加速肾功能恢复和肾结构的修复。

第10章 纤维化、器官硬化可以解决到什么程度

提到慢性炎，您就不会陌生了，因为这本书中反复提到这个词，是我们人体最常见的一类疾病，如慢性鼻炎、慢性鼻窦炎、慢性支气管炎、慢性胃炎、慢性胃溃

疡、慢性肠炎、慢性肝炎、慢性肾炎、慢性盆腔炎、慢性宫颈炎等等。慢性炎本身并不可怕，很多时候您甚至毫无感觉，但由慢性炎引起的两大疾病却是足以致命，慢性炎可能导致癌症，这在前面已经论述。慢性炎导致的另一类致命性疾病就是器官纤维化、器官硬化（纤维化是组织学上的称呼，就是纤维组织增多了，硬化是感觉上的称呼，纤维组织越多，器官越硬，所以称为硬化）。能够反应器官全部或部分功能的细胞被称为这个器官的实质细胞，如肝细胞就是肝的实质细胞，肺泡细胞就是肺的实质细胞，胃粘膜上皮细胞和粘膜内的腺体是胃的实质细胞等等。慢性炎症存在时，这些实质细胞的生存环境逐渐被破坏，他们活得很困难，逐渐地这些实质细胞萎缩消失甚至直接死亡，导致这些器官内实质细胞的数量锐减，这就是慢性萎缩性胃炎发生的过程。慢性萎缩性胃炎由慢性表浅性胃炎发展而来，就是因为炎症破坏了胃粘膜内腺体的生活环境，导致腺体逐渐消失，胃粘膜变薄而得名。使用营养素，可以使慢性炎症消退，粘膜腺体的生存环境得到改善甚至完全纠正，消失的粘膜腺体可以再次再生出来，这样慢性萎缩性胃炎就可以治愈。

慢性炎导致器官硬化是临床各科患者死亡的主要疾病，如呼吸内科的肺心病，消化内科的肝硬化，肾内科的尿毒症，血液科的骨髓纤维化，其本质都是在慢性炎或慢性损伤前提下发生的器官纤维化。尽管发生器官和部位不同，但从本质上讲都是一个病—器官纤维化，而它们也跟我们常见的一种现象—疤痕是相同的病。

为什么慢性炎或慢性损伤会导致纤维化呢？其实纤维化是人体自身修复的一种方式。尽管很多人包括绝大多数医生视之为洪水猛兽，但以纤维化的方式进行自身修复也是人体的一种自我保护措施，是人体不得已而为之。人体的修复有两个境界，最理想的修复方式当然是把损伤的部位修成原样，达到天衣无缝，比如一些肝细胞死掉了，那就按照原有的组织结构和细胞形态再长出一些新的肝细胞，把原来的缺损修好，这是最理想的。但在一些特殊情况下，比如本来可以原样修好，但长期原料供给不足，不但导致原有的损伤不能修好，而且损伤范围会不断扩大，最终难以原样修复。另外，身体各器官的大小形状早有定数，身体是不允许有损伤而不修复的，所以想方设法也要把那些缺损修上，在没有原料（即营养素）或营养素不足时，身体只好启用另一种境界比较低的修复方式，就是纤维化。这就有点像您家墙坏了，出现一个洞，最理想的解决办法当然是搬来砖，运来沙石料，将墙原样修好，可您没有砖和沙石等，您只好用纸或破布把那个洞先堵上凑合。其实纤维化就是人体不得已而为之的修复方式，是没办法的办法。当您把原料给足后，身体会对这种不理想的修复进行重新修复，使之尽可能地恢复原有的结构和功能。徐伯在 80 多岁时患有严重的肺心病，当时病情已非常危险，右心衰竭，全身水肿，医院下了两次病危通知书。使用营养素后，到今天已经又多活了 5 年多的时间，而且在这 5 年中，从没有因为肺心病而住过一次医院。

在纤维化能不能再重新修复这个问题上一定会有很多的争论，不要怕争论，争论是一件好事，因为科学就是在吵吵闹闹中得到发展的。以今天医学的知识判断纤维化、器官硬化的后果，一定是前景暗淡的，器官硬化被医学认为是不可逆的。从临床那些肺心病、肝硬化和尿毒症患者的结果似乎也证实着医学的看法是正确的，即纤维化是人体不可逆转的疾病，这些患者的死亡率几乎是100%。但从营养医学的角度看，这些疾病的前景一片光明，治愈率会很高，除非那些非常严重的病例，即那些已经不给身体修复时间的病例无望治好外，其它的病例都极有可能治愈。理由至少有二：第一，一个器官应该长成什么样，在胚胎时期就有“图纸”可遵循，而且这种信息一直伴您终生。从动物实验也可以证实这一点，比如将肝脏切去70%~80%，残余的肝脏可在3周（大鼠）至8周（狗）内就长到原有肝脏大小，而且长到原有大小后，肝脏就停止生长了。切去70%~80%都可以再按原样长完全，您觉得一些区域的纤维化不能修复吗？第二，所谓的纤维化就是由胶原纤维填充缺损的组织，很多人认为胶原纤维一经产生，就很难再被消除。其实您看看骨的改造过程就知道了。骨组织就是由胶原纤维和矿物质组成的，胶原纤维就像芦苇编的席子，一层席子上撒一层以钙为主的矿物质，再加上一层席子再撒上一层矿物质。骨组织就是这样的结构。那么在骨的改造过程中，就要溶掉一些骨组织，在这一过程中当然要分解大量的胶原纤维。在骨的改造过程中这是很自然的事，没什么难的，这个工作主要由一种叫做破骨细胞的

细胞来完成，而破骨细胞是由一种巨噬细胞变来的。全身各处都有巨噬细胞，所以分解掉胶原纤维在任何组织都应该不是难事。

提到疤痕您往往就不陌生了，您甚至知道什么营养素消除疤痕最有效，那就是维生素E。天然维生素E会使手术切口平滑愈合，会让烧伤的皮肤长得近乎完美。我相信很多朋友在读这本书时，总想问为什么这些营养素会有这样的作用，例如天然维生素E为什么会有消除疤痕的作用，总想了解得更深入一些。其实深入探究时我们可能就陷入一个漩涡，如果把天然维生素E为什么会有消除疤痕的作用这个问题搞清楚了，那么医学科学都将是一个天大的进步，因为细胞内的变化太复杂，细胞之间的联系更复杂。我们是看到维生素E有很好的消疤作用，那么维生素E是通过哪些途径实现这一作用的？答案是降低细胞耗氧量，改善局部血液循环，抑制生成纤维的细胞产生胶原纤维等等。这样的答案，似乎是明白了，但根本没说清楚，因为维生素E是怎样抑制生成纤维的细胞生产胶原纤维的？是作用的哪里？启动了细胞的哪些反应？是通过维生素E的直接作用还是通过其它细胞对生成纤维细胞施加作用？其它细胞会有哪些反应？细胞内的各条反应链是怎样进行的？如何调动基因等等？就会有无穷无尽的问题出现，而且都是很棘手，很多至今都没有搞清楚的问题。所以对于我们一般人来讲，还是只看结果更好一些。当然这只是笔者私下的浅陋的认识。

从天然维生素E对疤痕的近乎完美的作用，我们对各种硬化性疾病的治疗就有信心了，因为肺心病的肺部病变、肝硬化、尿毒症的肾脏病变本质上都是在慢性损伤的基础上疤痕形成，所以维生素E和其它营养素的使用会从根本上解决这些致死率极高的疾病。尤其是在肺心病、肝硬化和尿毒症的早期，效果极佳，甚至会无限期延缓这些病的复发和继续发展，肺心病的肺部病变、肝硬化的肝脏病变都会向好的方向发展而不是走向恶化，肝硬化甚

至可以达到完全治愈。而尿毒症要困难一些，因为肾的结构单位不能再生，只能尽可能地保住未受损和可以修复的肾的结构单位。所以尿毒症不可能完全治愈。从营养医学的角度看，真正威胁生命最难治愈的疾病不是心脑血管疾病、糖尿病和癌，而是晚期肝硬化和晚期尿毒症。但也不是一点生存的机会都没有。总之硬化性疾病，包括全身各器官的纤维化都有治愈或完全缓解的机会，原则是越早使用营养素，治愈或完全缓解的机会越大。



《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均可，以能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。

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、新加坡品牌的中医杂志。

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。
- 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（加方据号置右上角）表示。

- 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。

来稿一经刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。注册中医师投稿获刊登，可自行向中医管理委员会申请继续教育学分。

提醒

编委会欢迎您将作品以电子文件稿发到 assoc@singaporetcm.com

若属邮寄稿件，请邮寄至以下地址：
《新加坡中医杂志》
新加坡中医师公会宣传出版组

640 Lorong 4 Toa Payoh
Singapore 319522



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 2026年7月31日

顾问 赵英杰 吴佳盛

编印 新加坡中医公会

主编 王美凤(宣传出版主任)

副主编 潘虹陵(宣传出版副主任)

编委 许文楷、陈蓓琪、林英
黄春祥、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 MDDI (P) 024/01/2026

国际刊号 ISSN : 0219-1636

承印 高艺出版社
Superskill Graphics Pte Ltd
1001 Jalan Bukit Merah #03-11
Singapore 159455
Tel: 6278 7888
info@superskill.com

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 INSTITUTE

