



味苦性凉。入心、肺、胆、大肠、小肠经

本期之药

**黄
芩**

功能：清热燥湿，泻火解毒

味苦性凉。最善清肺经气分之热，由脾而下通三焦，达于膀胱以利小便。

又善入脾胃清热，由胃而下及于肠，以治肠下利脓血。又善入肝胆清热，

治少阳寒热往来（大小柴胡汤皆用之）。兼能调气，无论何脏腑，其气郁而作热者，

皆能宣通之。又善清躯壳之热，凡热之伏藏于经络散漫于腠理者，皆能消除之。——《医学衷中参西录》

中華醫院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



Singapore Chung Hwa Medical Institution

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友：

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

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

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

Dear Friends,

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

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

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

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

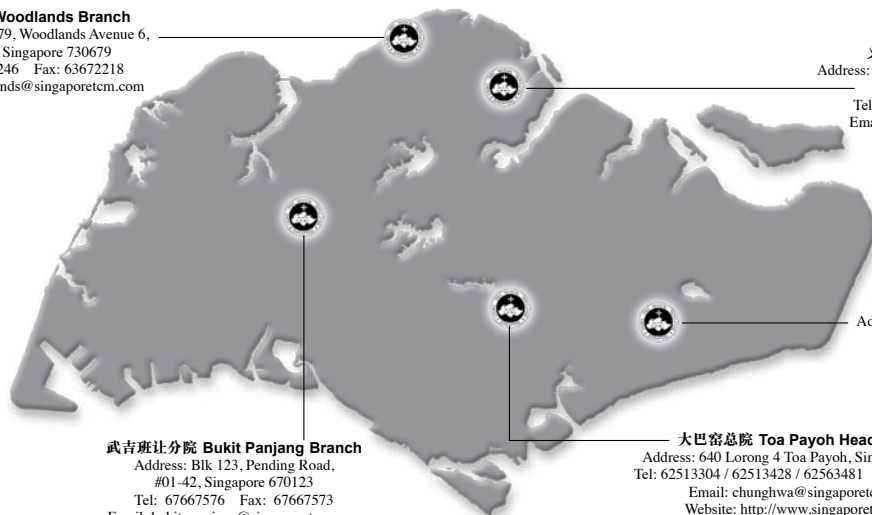
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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

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

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

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



临床

1. 古方今用之柴葛解肌汤 — 新加坡·卓秩蓉p02-04
2. 肠易激综合征的中西医诊断和治疗 — 新加坡·闫立群p05-07
3. 过敏性鼻炎的中医治疗 — 新加坡·刘立p08-10
4. 结节性红斑的中医治疗浅探 — 新加坡·蔡松均p11-12
5. 论治膝关节炎 筋伤痛症组 — 新加坡·王美凤p13-15
6. 浅谈胃癌中西医诊断治疗 — 新加坡·白伟良p16-19
7. 我对中医治疗葡萄膜炎的感想 — 新加坡·潘雁莲p20-21
8. 深刺八髎, 探讨帕金森病便秘的临床治疗 — 新加坡·何宇瑛 / 中国南京·王玲玲教授p22-24
9. 中风后遗症治验 — 新加坡·周小君p25-26
10. 针药治疗痹症浅析 — 新加坡·杨昌志p27-31

学术探研

11. 知艾者福, 善灸者寿 — 保健灸的方法、效应及规律 — 中国南京·王玲玲p32-38
12. 新加坡有关儿童青少年的近视防治 — 新加坡·林秋霞p39-41
13. 乳腺癌中医辨证分型再探 — 新加坡·曾玉珠p42-44
14. 危柏巨老师的脉学让你更好的用在临床 — 黄信勇博士 整理p45-47
15. 探讨健侧的针刺治疗中风偏瘫 — 新加坡·黄淑苹p48-49
16. 浅谈经方治疗眩晕 — 新加坡·钟舒云p50-53
17. 浅谈治未病 — 新加坡·李保卿p54-55
18. 治疗糖前期, 找中医 — 新加坡·冯启发p56-58

方药探析

19. G6PD Deficiency 患者中西药和食物禁忌 — 新加坡·黄惠萍p59-67
20. 话说黄芪 — 新加坡·黄靖文p68-69

新加坡杏林人物志

21. 笃学不倦, 承传澄江针灸学术的符伯华 — 新加坡·林英p70

学术交流

22. 出席“第十二届亚细安中医药学术大会”报告 — 新加坡·许文楷p71-74
23. 第十六届世界中医药大会 — 新加坡·林英p75-76
24. 从南京中医药大学副院长闵文教授谈“足跟痛症的发病机制和治疗策略”说起
— 新加坡·王晖闵p77-84
25. 参观哥达丁宜草药园谈叶下珠药用价值与作用 — 新加坡·蔡欣洁p85-88
26. 第十七届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会 — 新加坡·凌鹰p89-90

知识库

27. 分享栏目 郝万山40年从医感悟 — 新加坡·陈蓓琪p91-93
28. 名医常用的理中汤五张类方 — 新加坡·陈友贤p94-96

古方今用之 柴葛解肌汤



新加坡·卓扶蓉

【关键词】柴葛解肌汤 临床应用

柴葛解肌汤，出自明代陶华所著《伤寒六书·卷三》，此方具有解肌清热，治疗阳明为主兼治太阳。由柴胡、葛根、白芷、羌活、黄芩、石膏、桔梗、芍药、甘草、生姜、大枣组成。原书主治“治足阳明胃经受邪，目疼，鼻干，不眠，头疼，眼眶痛，脉来微洪，宜解肌，属阳明经病。”后世推广应用此方，涉及临床各科各种病证。主治的病症主要有：

1. 内科疾病：感冒、流行性感、发热、咳嗽、泻泄等。
2. 五官科疾病：目赤肿痛、耳聋、视疲劳症、乳蛾、急性咽喉炎、疱疹性咽峡炎等。
3. 头面躯体疾病：紧张性头痛、颈源性头痛、偏头痛、颈椎病、面瘫、眩晕、落枕、三叉神经痛（面痛）等。
4. 妇科疾病：盆腔炎性疾病后遗症、黄素化卵泡不破裂综合征等。
5. 男科疾病：精液不液化症、前列腺痛等。
6. 皮肤科疾病：痤疮、湿疹、带状疱疹后遗神经痛、水痘、荨麻疹、疥疮等。

君	{ 葛根 柴胡 }	辛凉解肌，清热解阳明肌表之邪
臣	{ 白芷 羌活 }	解表散寒止痛助葛根、柴胡解肌发表
	{ 黄芩 石膏 }	清泄里热
佐使	桔梗	宣肺气、助疏散外邪
	{ 芍药 甘草 }	酸甘化阴，和营泄热
	{ 生姜 大枣 }	调和营卫并以和中

柴葛解肌汤配伍示意图

配伍意义：方中以葛根、柴胡为君。葛根味辛能外透肌热，其性凉能内清热邪；柴胡味辛性寒，《明医指掌·卷1》谓之“解肌要药”，又兼疏畅气机之功，能助葛根外透热邪。羌活、白芷散风寒，止诸痛，并助君药解肌发表；黄芩、石膏清泄里热，四药俱为臣。其中葛根配白芷、石膏清透阳明之邪热；柴胡配黄芩，透解少阳之邪热；羌活发散太阳之风寒。桔梗宣畅肺气以利解表；白芍、甘草合用敛阴和营，防止疏散太过而伤阴；生姜、大枣调和营卫，均为佐药。甘草又能调和诸药

而为使药。全方共济，既能散邪，又能清热，是一张辛凉解肌，兼清里热之剂。本方的配伍特点是：寒温并用，表里同治，侧重于辛凉清热，疏泄透散。

方歌：

陶氏柴葛解肌汤；
芩芍桔梗白芷羌；
石膏生姜草大枣；
解肌清热第一方。

病例1 男，45岁，巴士车长

自述每次驾驶公共巴士11小时，冷气直吹颈项出现紧酸痛已1年余，服西药及按摩，症状稍减轻。颈项部常感受寒风吹袭，虽将冷气往上调及加厚衣仍感不舒。长时间的驾驶及工作必需聚精会神，倍感压力。口渴，眠不足，纳可，驾驶期间喝水不多，小便黄，大便如常。舌质红，苔白腻，脉弦细。BP：124/97mmhg p75。高血压及胆固醇病史。

诊断：痹证（颈项酸痛）

辨证：风寒之邪客于太阳经输，经气不利。

治法：解肌发表，升津舒筋

处方：柴葛解肌汤合川芎茶调散4剂（颗粒）。每日服1剂，早晚分服。

二诊：颈项酸痛症状减轻，纳可，睡眠改善，二便如常。脉细弦，舌质红，苔白腻。BP：129/78mmhg p73。施刮痧及照灯于患处，原方加木瓜、僵蚕。7剂（颗粒），早晚分服。

三诊：治疗后诸症明显改善，但因工作的关系病情反复，不时回来调治。

体会：本例患者感受风寒之邪侵袭，气血郁滞运行不畅所致。治当解肌发表，升津

舒经。方中柴胡、葛根解肌退热；羌活、白芷性辛温，能轻疏在表风寒之邪；柴胡、葛根、羌活、白芷又可升散舒达肝木，顺气性而舒之，使气机畅达；石膏、黄芩可清肝胆之热；白芍养血柔肝。此亦即《素问·脏气法时论》言：“肝欲散，急食辛以散之，用辛补之，酸泻之”之意。川芎行气活血搜风开郁；薄荷、荆芥辛散上行，具有疏风止痛之效；细辛祛风止痛，善治少阴经头痛（脑痛连齿）。防风为风药卒徒，与川芎、细辛配伍皆能解表散寒；桔梗载诸药上行直达病所；生姜、大枣调和营卫；甘草调和诸药。诸药合用共奏解肌发表、活血通络。二诊加木瓜其味酸入肝，善舒筋活络，为筋脉拘挛要药；僵蚕咸辛平，入肝、肺二经，增强息风止痉，祛风止痛之力。再施刮痧及照灯于患处以达到疏通经络，加强行气活血的作用。

病例2 女，48岁，家庭主妇

右脑后方疼痛及肩膀紧酸痛已1个月，由于先生即将出国公干2年，需自行照顾3个年幼的孩子而担心害怕，焦虑不安，难于入睡，情绪波动大，血压忽高忽低，饮食欠佳，大便量少质软。舌质淡黯，苔薄白，右脉细，左脉细弦。BP：141/93mmhg p80。子宫肌瘤，高血压病史。2周前作X线检查颈椎未发现异常。服降血压及抗焦虑和松筋药，出现嗜睡，健忘精神难集中。患者不想长期服西药，而寻求中医诊治。

诊断：头痛

辨证：气郁血滞

治法：疏肝解郁，活络止痛，镇静安神

处方：柴葛解肌汤合天麻钩藤汤加减颗粒4剂，每日服1剂，早晚分服。

同时在患处施针刺手法治疗，以局部及远端经穴为主。取百会、风池、合谷、太冲、颈百劳、肩中俞、肩井、后溪。

二诊：情绪较镇定，能入睡6小时，胃口改善，大便可。舌质淡黯，苔薄白，右脉细，左脉细弦。BP：117/82mmhg p78 继以上方加减调理，并嘱其放松心情，避免进食寒凉、燥热食物，适当的参加体育活动。

体会：本例由于患者精神紧张，焦虑，情志失调等因素诱发，导致肝失疏泄，情志不舒，气机失和，气血津液失于输布而发病。治以疏肝解郁，活络止痛，镇静安神。方中柴胡具有疏肝解郁之功；葛根味甘性平，能升津舒筋，扩张血管，鼓舞胃阳之气上行，疏通督脉，对项背强痛有很好的治疗作用；白芍补血养肝柔筋，善松解肌肉而止痛，与甘草合用酸甘化阴，更增强缓急止痛之效；羌活为手足太阳本经之风药，可引药上行，疏导气机；羌活、白芷又能助柴胡、葛根解肌表，除诸痛；天麻、钩藤、石决明能平肝息风；山栀子、黄芩清肝降火，以折其阳亢；夜交藤、茯神镇静安神。胡光慈《中医内科杂病证治新义》指出：“天麻钩藤汤中的黄芩、杜仲、益母草、桑寄生等，均研究有降低血压的作用，故有镇静安神，降压缓痛之功。”针刺取百会，其位居巅顶，为诸阳之会，针之可泻诸阳之气；风池疏调头部气机，还可平肝潜阳；太冲为足厥阴肝经之原穴，合谷属手阳明经，可通经络、行气血，与太冲相配，可平肝息风，通行气血，养血柔筋；后溪通督脉，与颈百劳、肩中俞、肩井相配，功在疏导颈项、肩部气血。针刺以局部与远端穴位相配，取得舒筋通络止痛的作用。针药合病机，故收良效。

小结：临床上应用陶氏柴葛解肌汤，是在“方证相应”“异病同治”理论的指导下，理解古方方义，灵活运用，为现代一些常见病疑难病拓展了经典名方的应用范围，同时探索新的治疗方案，就能取得较好的疗效。再随证配穴：心脾两虚者，取足三里、内关；肝气郁滞者，取合谷、太冲；肝阳上亢者，取太冲、

太溪；肾虚者，取大钟、复溜。结果：痊愈10例，好转10例，无效2例，总有效率90.9%。



肠易激综合征的 中西医诊断和治疗

新加坡·闫立群

引言：肠易激综合征（Irritable bowel syndrome, IBS）是一组持续或间歇发作，以腹痛、腹胀、排便习惯和大便性状改变为临床表现，而缺乏胃肠道结构和生化异常的肠道功能紊乱性疾病。根据罗马召开国际消化系病学会（罗马Ⅲ）将其列为属于经检查排除可以引起这些症状的肠道器质性疾病。此病还常伴有紧张、失眠、焦虑、抑郁等植物神经功能紊乱的症状。常与其他胃肠道功能紊乱性疾病如功能性消化不良并存。按照大便的性状将IBS分为腹泻型、便秘型、混合型等临床类型。肠易激综合征属中医学“腹痛”“腹泻”“便秘”等范畴。病变部位虽在肠道，但与肝、脾、胃等功能失调有关，患者以青壮年居多。

一、IBS的病因病机

（一）现代医学认为：本病的症状产生与小肠及结肠的运动障碍有关。肠运动性的改变可引起疼痛、胀气、肠转运功能的异常、便秘及腹泻等。肠易激综合征也与肠道的高敏感性、病人情绪、精神紧张以及胃肠感染等有一定关系。本病是一种常见的功能性肠道疾病，其特征是肠道功能的激惹性，是胃肠动力异常、内脏感觉异常、脑肠调控异常、炎症和精神心理等多种因素共同作用的结果。所以IBS是一种综合征。

1. 胃肠道动力紊乱

肠道动力变化是IBS症状发生的重要病理生理基础。以腹泻为主的IBS患者呈肠道动力亢进的表现，小肠传输时间显著缩短，结肠动力指数明显提高。便秘型IBS则正好相反，表现为肠道动力不足。

2. 内脏感觉异常

研究发现IBS患者多数具有对肠道管腔扩张感觉过敏的临床特征，其平均痛觉阈值下降，直肠扩张后的不适程度增强。

3. 脑-肠轴调节异常

IBS患者其内脏疼痛的中枢通路与正常人有所不同，且腹泻型与便秘型之间的大脑反应区也有所不同。IBS患者存在中枢神经系统对肠道传入信号的处理及对肠神经系统的调节也异常。

4. 肠道感染与炎症反应

急性肠道感染后发生IBS的几率大大提高，因此肠道急性感染被认为是诱发IBS的危险因素。

5. 精神心理因素

IBS患者常有焦虑、紧张、抑郁等心理异常。同时精神心理应激也可诱发或加重IBS症状，说明精神心理因素与IBS有密切的关系。

（二）中医认为：本病主要由于情志失调，致肝郁气滞，肝脾不和，引起肠道气机不利，传导失司。此外，饮食、劳倦、寒湿等因

素均可影响病证的加重和发展。本病证候表现在胃肠,但其主要病机在于肝脾气机不调,运化失常,大肠传导失司,日久及肾,形成肝、脾、肾、肠胃诸脏功能失调。

二. 诊断标准

肠易激综合征的诊断标准,根据罗马召开国际消化系病学会制定IBS诊断标准为:

腹痛: 2.排便障碍: 3.常有腹胀或胀满感;此外还有消化道症状,精神症状和全身其他症状。

三. 临床表现

IBS无特异性症状,但相对于器质性胃肠疾病,具有一些特点:起病缓慢,间歇性发作;病程长但全身健康状况不受影响;症状的出现或加重常与精神因素或应激状态有关;白天明显,夜间睡眠后减轻等特点。

1 腹痛或腹部不适 是IBS的主要症状,伴有大便次数或形状的异常,腹痛多于排便后缓解,部分病人易在进食后出现,腹痛以下腹和左下腹多见。局限性或弥漫性,疼痛性质多样。腹痛不会进行性加重,夜间睡眠后极少有痛醒者。

2 腹泻 持续性或间歇性腹泻,粪量少,呈糊状,含大量黏液,无脓血;排便夜间不出现,有别于器质性疾病;部分患者可因进食诱发;患者可有腹泻与便秘交替现象。

3 便秘 排便困难,大便干结,量少,可带较多黏液,便秘可间断或与腹泻相交替,常伴排便不尽感。

4 腹胀 白天较重,尤其在午后,夜间睡眠后减轻。

5 上胃肠道症状 多数患者有胃灼热、恶心、呕吐等症状。

6 肠外症状 相当部分患者可有失眠、焦

虑、抑郁、紧张、头昏、头痛等精神症状。

四. 治疗

(一) 西医治疗

西医根据临床表现将IBS分为三个亚型:腹泻型(D-IBS)、便秘型(C-IBS)和便秘腹泻交替型。目前对IBS的治疗只限于对症处理。根据主要症状、类型进行治疗和根据症状严重程度进行分级治疗。治疗目的是消除患者顾虑,改善症状,提高生活质量。

1 调整饮食

详细了解病人的饮食习惯及其与症状的关系,避免敏感食物,避免过量的脂肪及刺激性食物如咖啡、浓茶、酒精等,并减少产气食物(奶制品,豆类等)的摄取。高纤维素食物可刺激结肠运动,对改善便秘有明显效果。

2 心理和行为治疗

对病人进行耐心的解释工作,具体包括心理治疗等,对于有失眠,焦虑等症状者给予心理辅导。

3 药物治疗

(1) 胃肠解痉药、抗胆碱能药;肠道平滑肌钙离子通道拮抗剂等能改善腹痛症状,但要注意不良反应。

(2) 泻药:对便秘型患者可短期使用导泻药,作用是使肠蠕动加强,软化大便。

(3) 止泻药:适用于腹泻患者,可改善腹泻,腹胀等,但不宜长期使用。

(4) 促动力剂:适用于有腹胀和便秘型患者。

(5) 抗精神病药:对腹痛症状重而上述治疗无效,尤其是具有明显精神症状的患者,适当予以镇静剂,抗抑郁药,抗焦虑药等治疗。

(二) 中医证型及辨证论治

肠易激综合征属于中医“泄泻”、“腹痛”、“便秘”等范畴。中医针对本病的病因病

机,采用辨证论治的方法进行治疗。中医认为本病是由于内伤情志、外感六淫、调养不当或禀赋不足等原因,导致肝气郁滞、疏泄不利、肝脾不和、升降失调、肠道气机不畅、传导失司而发病。病位在肠,与脾、胃、肝、肾关系密切。多数医家将本病分为:肝气乘脾证、寒热错杂、脾胃虚弱、脾肾阳虚、阴虚肠燥、气机郁结证等型施治。

1 肝气乘脾证: 症见轻度抑郁、腹痛、肠鸣、腹泻、泻后痛减、胸闷脘痞、心烦易怒、暖气纳呆、舌淡红、苔薄白腻、脉细弦。治宜疏肝健脾止泻,调理气机。方用痛泻要方加减。药用:炒白芍、党参、炒白术、茯苓、炙甘草、陈皮、炒防风、柴胡、香附等。烦躁易怒者加丹皮、梔子。

2 寒热错杂型: 症见腹痛不适,大便稀溏,泻下不爽,或偶见便秘,可伴有脘腹痞满,口苦口干,不欲多饮,舌淡红或边尖红,苔薄黄,脉弦滑。治宜调和肠胃,寒热并用。方用半夏泻心汤加减。药用:黄芩、黄连、干姜、半夏、党参、甘草、大枣等。

3 脾胃虚弱型: 症见大便稀溏、脘腹闷痛、肠鸣腹泻、纳呆脘痞、面色萎黄、神疲乏力、舌淡苔白、脉细弱。治宜健脾益气,渗湿止泻。方用参苓白术散加减。药用:党参、炒白术、茯苓、炙甘草、山药、莲肉、薏苡仁、砂仁、大枣、炒扁豆等。如久泻不止脾虚下陷者,加升麻、柴胡、黄芪益气升清;如黎明泄泻,伴腰膝酸软,形寒肢冷者,加补骨脂、肉豆蔻;如腹痛喜按,怕冷、便清者,加干姜、肉桂;如脾虚湿盛,加苍术、厚朴、藿香、泽泻等。

4 脾肾阳虚型: 症见久泻不愈,腹痛隐隐,肠鸣腹胀,大便稀溏,形寒肢冷,神疲倦怠,食少纳呆,腰膝酸软,舌淡,苔白,脉弱。治宜温补脾肾,固肠止泻。方用附子理中汤合四神丸加减。药用:制附子、党参、白术、干姜、补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸、五味

子、炙甘草等。若年老体弱,中气下陷,加黄芪、葛根以补中升提。

5 阴虚肠燥型: 症见大便数日一行,硬结难以排出,左少腹可有触痛,伴五心烦热、口苦咽干、心烦失眠、舌红、少苔、脉细数。治宜增水行舟,润肠通便。方用增液汤合五仁丸加减。药用:元参、生地黄、麦冬、桃仁、杏仁、柏子仁、松子仁、郁李仁、厚朴、槟榔等。

6 气机郁结证: 腹痛腹胀,得失气稍缓,便或干或稀,但欲便不得,排出不畅,每于情志不畅时便秘加重,可伴见暖气频作,胸胁痞满,喜善太息,舌红,苔薄白腻或薄黄腻,脉弦。治宜疏肝解郁,理气导滞。方用四逆散合五磨饮子加减。药用:柴胡、白芍、当归、炒枳实、槟榔、木香、乌药、沉香、郁李仁、郁金、厚朴等。若气郁日久化火,口苦咽干者,加生地、山栀、清肝泄火;腹痛较甚,痛点固定,兼有血瘀者,加桃仁、失笑散等;心烦失眠者,可加郁金、合欢皮、龙骨等解郁安神。

五. 结语

肠易激综合征是胃肠道最常见的功能性疾病。男性多于女性,50岁以后首次发现者极少。临床表现为腹痛、腹泻、便秘,或腹泻与便秘交替为主要症状,往往因情绪波动而诱发,以及全身性疾病所致的肠道表现。由于现代人生活节奏加快,社会竞争力的日趋激烈,本病的发病率也呈不断上升趋势。在治疗方面,首先要解除紧张情绪、生活规律、加强锻炼;药物治疗以对症处理为主,对精神症状明显的病人,适当应用抗抑郁药物治疗。中西医结合的治疗目标是:改善肠功能紊乱相关的腹痛、腹胀、腹泻、便秘、精神紧张等症状。由于中药治疗更具有副作用少、复发率低等优势。因此,中医药治疗肠易激综合征,目前正成为越来越多患者的首选。

过敏性鼻炎的 中医治疗



新加坡·刘立

一天，刚开始工作，一位母亲和一个年轻人进来看病。原来，病人是年轻人，在妈妈的劝说下来看中医。陈xx，20岁，学生。最近一个月晨起后，喷嚏频作，鼻流清涕，有时额头也痛。刻下喷嚏不断，鼻塞、鼻痒，流鼻涕清稀。畏寒，头重。自服感冒药后，情况无明显改善。每天上午11点以后打喷嚏、流鼻涕的情况好转，第二天早上又开始重复同样的事情。一天睡眠时间只有4-5小时。纳可，二便如常。舌淡红，苔白滑，脉细。有哮喘史。鼻腔检查：鼻腔粘膜苍白，鼻甲肿胀。

根据中国国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》

诊断：病名为：鼻鼽。西医诊断：过敏性鼻炎CARAS。

证型：肺卫不固，风寒犯肺。

方剂：辛夷散和玉屏风散加减。主要的药物组成有：辛夷花、白芷、防风、川穹、细辛、黄芪、白术、陈皮等。

吃5天药后，再来复诊。打喷嚏，流鼻涕减少，额头痛减轻。但两周后病人要考试，要求加快疗效，开了药后病人同意针灸。针灸穴位：迎香、风池、百会、印堂、攒竹穴；配穴选用足三里。留针30分钟，同时神灯照射15分

钟。出针后病人自觉鼻子呼吸较顺畅，鼻涕减少。医嘱要求：加强运动，睡眠要充足，少冷饮，房间的冷气温度不要过低。继续吃药两周，配合每个星期两次针灸后，病人的过敏性鼻炎改善很多，早晨起来打喷嚏5-6次，流鼻涕减少，不畏寒，额头痛减轻。因病人不愿意继续服用中药，现只做一周一次的针灸治疗。刻下一周晨起打喷嚏3-4次，有时流鼻涕水样，有时无，无额头痛症状。自觉鼻敏感的现象改善很多。

最近一段时间，新加坡天气变化快，一小时前还是艳阳高照，天气炎热，一会儿就下瓢泼大雨，气候转凉。每天晨起鼻塞，流鼻涕清稀，打喷嚏，咳嗽，似感冒，但吃了感冒药也不见得好。这样的患者有增多的趋势。他们都有一个共同的临床特征：突然和反复发作鼻塞，鼻痒、喷嚏不断、流清涕等。有些人还有咳嗽，痰色白，头痛等症状。从以上病人的症状来看，他们患的并不是感冒，而是鼻鼽，即过敏性鼻炎。诊断的依据是根据中国国家中医药管理局1994年颁布的鼻鼽的《中医病证诊断疗效标准》来的：①以阵发性鼻痒，连续喷嚏，鼻塞，鼻涕清稀为主要症状。伴失嗅、眼痒、咽喉痒等症。②起病迅速。症状一般持续数分钟至数十分钟。间歇期无喷嚏，鼻

塞。可并发荨麻疹、哮喘等病。③常因接触花粉、烟尘、化学气体等致敏物质发病。有时环境温度变化亦诱发。④鼻腔检查，粘膜多为苍白，少数充血，鼻甲肿胀。发作时有较多清稀分泌物。⑤有条件时做鼻分泌物涂片检查、变应原皮试、血清或鼻分泌物检查等，有助确诊。⑥典型症候以鼻痒、喷嚏、大量清水样鼻涕和鼻塞为主，部分病人伴有眼痒、流泪、咽痒等症候。

本病的特点是呈阵发性和突然发作，起病快，消失也快，好后如常，早晚为常发病的时间。现代称为过敏性鼻炎（CARAS）又称变应性鼻炎，属中医的“鼻鼽”范畴。过敏性鼻炎是新加坡临床上的常见病、多发病。

过敏性鼻炎和感冒的主要区别：

过敏性鼻炎（鼻鼽）的症状与感冒症状相似，都会引起鼻塞、流涕等，临床误诊率高，常常把两者混淆。它们的症状有些相同，有些不同。

感冒的打喷嚏、流鼻涕和鼻塞等鼻部的症状是全天持续性的，会连续几天以上。但鼻鼽的打喷嚏、流鼻涕和鼻塞等鼻部的症状发作则呈阵发性，一天中可能仅发作数次，以清晨发作更为明显，发作过后如常人。

感冒有较强的传染性；过敏性鼻炎不传染，但有遗传性。

过敏性鼻炎的发生与体质密切相关。许多病人有个人或家族过敏史，如哮喘病、过敏性皮肤病或药物过敏等；感冒则无。上述病人在孩童时期哮喘严重，青少年时期哮喘改善，少发作。

感冒时喷嚏少，鼻痒不明显，鼻塞明显

并持续几天；感冒后的鼻涕分泌物可由清涕或黏性转为脓性；过敏性鼻炎的喷嚏频频，鼻涕稀薄水样。

过敏性鼻炎的症状集中在鼻部：鼻痒、鼻塞、打喷嚏、流鼻涕；普通感冒除了上述症状，还会有咽干、咽痛、咳嗽、发热等症状。流行性感寒的发热、肌肉酸痛、四肢无力等全身症状则更为明显。

感冒的病程较短，通常感冒后1-2周后就康复了，季节性不明显；过敏性鼻炎病程长，常年反复发作。

体征：感冒者的鼻粘膜充血，流黄涕；过敏性鼻炎者鼻粘膜苍白，流清涕。

检查：感冒者血常规提示白细胞，中性粒细胞百分比增高；过敏性鼻炎者过敏原检测提示血清总IgE，特异性IgE升高。

中医对过敏性鼻炎（鼻鼽）的认识

过敏性鼻炎的外因以风寒之邪引起的多见；燥、火、湿、热等次之。内因与人体正气不足、气候异常、七情内郁，六淫外伤，饮食等密切相关。气候变化，自然环境的变化都是过敏性鼻炎发生的原因和诱因。临床观察到在新加坡，过敏性鼻炎的发生与气候变化，温差变化有密切关系。寒邪过敏性鼻炎是临床上的常见证型。另外还有尘螨、花粉等也是主要的致敏物。冷空气和某些化学气体、药物、某些食物等因素也可诱发本病。过敏性鼻炎病位在肺，因鼻为肺窍，与五脏六腑虚实均有关系，尤其是与肺脾肾三脏虚损关系密切。

最常见的证型：

肺气虚寒：隋《诸病源候论卷二十九鼻病候》认为清涕量多的病因病机在肺：“肺气通

于鼻，冷随气入乘于鼻，故使津涕不能自收”。若肺气虚弱，卫外不固，风寒之邪乘虚而入，肺受寒邪，肺气失宣，则鼻窍不利，而致鼻鼽。肺气虚弱是本病发病的重要病因。

脾气虚弱：《医学入门》说：“鼻乃清气出入之道，清气者，胃中生发之气也。”脾、肺二脏关系密切。在生理上脾对肺有滋养作用，在病理上则相互影响。若饮食不节，饥饱失常，或情志不和，忧思伤脾，劳倦过度，伤及脾气致脾气虚弱，脾虚损及肺气，而致肺气不足，肺失宣降，引津液停聚，即可使寒湿久凝鼻部。

肾虚气衰：鼻鼽病机之一是“脑寒”，由于肾主髓海，肾虚而与之相关。如《普济方卷二十二，脾脏门，兼理脾胃附论》提到补肾的重要性：“水旺则金旺，子能令母实，肺者肾之母”。肾中精气充盛，肺得温养。

过敏性鼻炎的中医治疗

临床上常见的分型：

肺虚寒证

主要表现为鼻痒，喷嚏连连，流大量清涕，鼻塞，每遇天气变化，气候转凉就发作，经久不愈。鼻内粘膜肿胀苍白，患者平素恶风怕凉，易患感冒。舌淡苔薄白，脉虚弱。治法宜温补肺气，散寒通窍。常用方玉屏风散、桂枝汤、苍耳子散、小青龙汤等加减。本证型多见于过敏性鼻炎的急性发作期。

脾气虚证

鼻塞较重，鼻涕清稀淋漓，嗅觉迟钝。鼻腔粘膜肿胀，色白。平素常感头重，神疲畏寒，纳差，大便溏。舌淡或淡胖，舌边或有齿印，苔白，脉濡缓。治法：健脾益气，升清化湿。方用补中益气丸、小建中汤合苍耳子散等加减。

肾气亏虚

喷嚏连连，清涕量多，早晚较甚，伴有四肢不温，畏风怕凉，小便清长，夜尿多等症状。治法：温肾通阳，使阳气通达，病邪自去。常用方剂为四逆汤、肾气丸等加减。

过敏性鼻炎的针灸疗法

常用的是针刺配合艾灸疗法。主穴有迎香、风池、印堂等；配穴可选用合谷、百会、阳白、攒竹、脾俞、肺俞、肾俞、足三里等；根据辨证选对主穴，对配穴。同时行灸法，以艾条灸百会、风池、足三里等。可起到温经通络、祛表邪作用。

过敏性鼻炎的预防

远离过敏原，避免灰尘及有害气体的刺激。锻炼身体，增强抵抗力。室内保持适宜的温度和湿度，保证空气流通。不吃辛辣、烹炸食品及海鲜，少喝饮料；多吃新鲜蔬果，多喝白开水，可增强抵抗力。冷水洗鼻可使血管收缩，增强鼻腔对寒冷的适应能力。

结节性红斑的中医治疗浅探

新加坡·蔡松均

概说

据美国风湿病学会对风湿性免疫病的分类、共有十大类，约130多种疑难病：即(1)弥漫性结缔组织病，(2)与脊柱炎相关的关节炎，(3)骨关节炎，(4)感染所致风湿性综合征，(5)伴有风湿性疾病的代谢或内分泌疾病，(6)肿瘤，(7)神经血管疾病，(8)骨及软骨疾病，(9)关节外疾病，(10)其他有关节表现的疾病。

结节性红斑 (EN-Erythema nodosum) 是属于弥漫性结缔组织病的一种，为非特异性皮肤的表现，是一种发生于小腿的炎性皮下结节。好发于40岁以下年青人、尤以女性为多，且在白种人中比其他种族的人群更为常见的。病情反复发作，缠绵难愈，患者常伴有其它风湿病、结核病或白塞氏综合征等病。结节性红斑在中医学上并无此病名，较为相近的病有“瓜藤缠”、“湿毒流注”、“血痹”（血瘀阻络）。瓜藤缠是一种发生于下肢的结节红斑性皮肤血管炎性皮肤病，乃因数枚结节，犹如藤系瓜果绕腿胫生而得名。

结节性红斑的病因与症状

结节性红斑的致病因素很多，现代医学认为结节性红斑是一种好发于下肢的疼痛性红斑样皮损，为真皮脉管及脂膜炎是其病理因素。中医认为是素体血分蕴热，外感湿邪，湿与热结；或脾虚失运，水湿内生，湿热下注，气滞血瘀，瘀阻经络而发本病；或体虚之人，气血不足，卫外不固，寒湿之邪乘虚外袭，客于肌肤腠理，流于经络，气血瘀滞，寒湿凝结而

发。呈现于肌肤显起红色结节，灼热肿胀。病久则脾虚蕴湿，寒湿阻于经络，缠绵难愈。

《医宗金鉴 * 卷七十一 * 瓜藤缠》：

“此症生于腿胫，流行不定，或发一二处，疮顶形似牛眼，根脚漫肿，……若绕胫而发，即为瓜藤缠。”发病前可有低热、倦怠、咽痛、食欲不振等症。皮损主要发于小腿伸侧，疼痛性红肿结节，多为对称性，微高于皮表，大小不等，若蚕豆大、或杏仁大、或核桃大。颜色有鲜红渐变微暗红。结节发生部位除小腿外，大腿、臀部都可出现。易在妇女行经期、劳累或感冒后复发。

结节性红斑的中医辨证与治疗

现代医学对结节性红斑治疗多以抗炎、止痛抗过敏，合并结核的予抗结核治疗为主要手段。见效快，但容易复发。

中医治疗上通常采取辨证论治，大致上可分为五类型：

- 1) **血热内蕴型**：全身症状有乏力、午后低热、五心烦热、结节较坚实，不易消散，反复缠绵、苔薄白，舌质红、脉细数，可有瘰癧痰核。治宜养阴清热，凉血止血。常用方：犀角地黄汤加减。
- 2) **湿热下注型**：湿热下注，凝滞血脉，气血运行不畅、经络阻滞而成，症状起病较急，病前有轻重不等的发热、全身不适、关节痛等症状。常在小腿伸侧出现皮面的鲜红色红斑结节，局部灼热、压痛明显，关节沉重酸痛，重者下肢浮肿。治宜清热利湿，

凉血解毒。常用方：萆薢渗湿汤合桃红四物汤。

3) **湿寒阻络型**：症状结节反复发作，经年不愈，遇寒加重。多因脾虚湿盛、阳气不足、腠理不固，以致寒湿之邪乘虚而入，流注经络，致使气血运行不畅发病。治宜温阳健脾，通络理湿。常用方：当归四逆汤合三妙丸加减。

4) **气滞血瘀型**：病情缓慢，反复发作，皮损暗红，稍高出皮面、灼热、压痛明显、尿黄、大便结、舌暗或有瘀斑，舌质红、脉沉缓。治宜活血化瘀，行气止痛。常用方：桃红四物汤合活络效灵丹加减。

5) **气虚血瘀型**：两下肢屈侧足踝上方，3-5cm 大小暗红色硬结斑块，中等硬，轻度压痛，红斑消退后留有褐色萎缩性疤痕。瘀阻经络，营养不良，月经延期，面色无华，脉细无力，舌淡苔光，每年逢春复发加重。治宜益气温经，活血通络。拟方用：当归、白芍、黄芪、党参、白芷、苏叶、川芎、防风、枳壳、桔梗、乌药、厚朴、肉桂、槟榔、木通、甘草。

病案举隅

马某某，女，42岁、已婚。

2016-1-7初诊：皮肤白皙，双小腿伸侧皮肤多处患花生豆大小红色斑点、结节薄显皮肤，疼痛难耐、反复发作已延绵7年多、在香港接受西医皮肤科及一般中医内科治疗，均未见疗效。肌肉酸痛，口干，易感冒，鼻塞。纳可、寐差多梦、小便调、大便日2行、溏。月经衍期、经行5天止、量少。左右脉象皆沉缓，舌红绛少苔、边有齿痕。

辨证：气虚血瘀、湿寒下注

治法：益气健脾，温阳活血，通络散结。

处方：（颗粒剂）人参，白术，苍术，茯苓，甘草，当归，生地黄，桃仁，丹参，王不留行，泽兰，薏苡仁，夜交藤，远志，鸡内金。

同年2月份复诊：服颗粒剂后疗效不显，得患者同意改为草药。

处方：人参，白术，苍术，茯苓，白芍，甘草，当归，生地黄，桃仁，丹参，王不留行，泽兰，薏苡仁，夜交藤，远志，鸡内金。

同年3月份再诊：了解患者目前未育有小孩且不想生育，征得患者同意后，药方开始加入雷公藤、此药可造成停经。

处方：人参，白术，苍术，茯苓，甘草，当归，生地黄，白芍，川芎，桃仁，丹参，王不留行，泽兰，夜交藤，鸡内金，雷公藤，黄芪，紫草。。

同年3、4月间患者大致上每周均回诊、方药则照原方随症加减。**4月底复诊时**，患者表示原红斑基本上没有显现及不觉疼痛、未见症状复发，续领草药七帖。

同年6月中回诊，患者愉悦表示，结节性红斑已消、且近月来不疼痛，询问是否可以不必继续服药？答案是中医治疗、一般是中病即止，如尚有问题可回本院复诊。患者仍领取7帖草药后，不再见回诊，相信已痊愈。
处方：人参，白术，茯苓，甘草，当归，生地黄，川芎，白芍，桃仁，丹参，王不留行，夜交藤，远志，雷公藤，黄芪，紫草。

参考资料

- [1] 陆德铭. 中医外科学[M]. 上海科学技术出版社, 2001, 11, 第6次印刷。
- [2] 张琛等. 结节性红斑的病因及发病机制[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2015, 7, 第31卷第7期。
- [3] 何山雾. 结节性红斑诊治体会[J]. 陕西中医学院学报, 2010, 5, 第33卷第3期。
- [4] 蔡辉、姚茹冰、郭郡浩. 新编风湿病学[M]. 人民军医出版社, 2007, 7, 第一版。

论治 膝关节炎

新加坡·王美凤



个人在本地实际临床中，常有不少膝骨关节炎求诊。当中有不少患者，还接受过膝注射治疗。

2019年5月下旬，随中华医院筋伤痛症组医师前往南京中医药大学进修，当中有一堂理论课，由王培民教授主讲膝关节炎，让我对膝关节炎有较深入理解。

王教授指出：根据世界医学报告，全世界关节炎患者占全世界人口的10%。在亚洲地区，每六个人中就有一人在一生的某个阶段患上关节炎。截止2015年，中国也有逾1亿人患有有关节炎病，数字还在增加中。

面对膝骨关节炎的增长趋势和更换膝关节的“潮流”中，王教授依然坚持认为用保守治疗后无法缓痛，才需要换膝关节，令我有共鸣的认同感，因为临床治疗上，已有不少膝骨关节炎经针灸、方药等传统中医疗法，可获得缓解。这里，特将王教授的讲解为基础，再加入个人临床体验，综合整理成文，与医师们分享。

定义

构成关节滑膜、软骨和软骨下骨的炎性病变，叫关节炎（Arthritis），也是最为常见膝毛病，约占80%。

临床表现

临床上膝关节炎（或称髌骨软化、退行性关节病、骨关节炎），表现为关节的红、肿、热、痛、功能障碍及体征上的关节畸形。一般有80%膝疼痛，会感觉酸痛、胀痛，严重者导致关节残疾、影响患者生活质量。病情通常随活动而加重或因休息而减轻。晨僵时间多小于半小时。

这病好发于中老年人，发病率随年龄增加而上升。在中国，50岁以上人群有半数患骨关节炎，65岁以上人群，有90%女性和80%男性患骨关节炎。患病率为0.34%~0.36%，严重者寿命约缩短10~15年。

导因

如果说骨关节炎导因主要是膝凉而痛，但在中国，华南气候热，却居多，华北则只占约30.5%，石家庄约11.2%。

其实，除了劳作、饮食、湿热、损伤外，年龄、体重过重、受伤和糖尿病等也是引发骨关节炎导因的危险因素。

发病机制

1) 滑膜炎症

滑膜是组成膝关节的主要结构之一，保持关节软骨面的滑润，增加关节活动范围。由于过度劳损或外伤等因素损伤滑膜，会产生大量积液，使关节内压力增高，患者会感觉膝关节疼痛、肿胀、压痛，滑膜有摩擦发涩的声响。

疼痛最明显的特点是当膝关节主动极度伸直时，特别是有一定阻力地做伸膝运动时，髌骨下部疼痛会加剧，被动极度屈曲时疼痛也明显加重。

2) 软骨退变

与关节和关节软骨发生老化、磨损，后期继发骨质增生有关，也称退行性膝关节炎。这种病症多见于中老年人，并且女性居多。

病机

1) 肝肾虚损

膝骨关节炎在中医学中隶属于“膝痹”、“骨痹”范畴，病位在筋骨，其本在肝肾。

清·张璐《张氏医通》云：“气不耗，归精于肾而为精；精不泄，归精于肝而化清血。”即说肝肾同源、精血同源。精血充足，筋骨得其养，使得筋强骨健。

随着年龄增长，肝肾亏虚，精血衰少，使筋骨失于濡养，筋骨失养，筋不束骨，关节失稳，屈伸不利，骨质不充，软骨退化，骨质增生等筋骨结构发生退变而引发膝骨性关节炎，故中老年人的发病率较高。

2) 气滞血瘀

气为血帅，血为气母，元气虚则推动血运

行之气不足或无力统血，从而导致血流迟缓，运行不畅，致气滞血瘀，痹阻关节，不通则痛，故见关节疼痛拒按。

《灵枢·营卫生会》曰：“老者之气血衰其肌肉枯，气道涩。”瘀血即成，脉络不通，关节失气血滋养，发为“骨痹”。

王清任也认为痹为瘀血所致。《医林改错》曰：“痹有瘀血。”高士宗亦曰：“痹，闭也，血气凝涩则不行也。由此可见，瘀血痹阻是骨关节炎形成的关键因素。

3) 风寒湿侵袭

先天禀赋不足，筋骨柔弱，风寒湿乘虚而入，痹阻经络是本病发作和加重的诱因。

《类症制裁·痹症》云：“由营卫先虚，腠理不密，风寒湿乘虚内袭，正气为邪所阻，不能宣行，因而留滞，气血凝涩，久而成痹。”指出正气亏虚，无力抵御外邪入侵，导致气血凝滞阻塞脉络，久而成痹。

4) 痰瘀互结

肥人多痰，痰湿流注，痰阻则气滞血瘀，痰瘀互结，筋脉气血受阻，日久容易发展为骨关节炎。

疼痛体现与程度

疼痛是膝骨关节炎临床上最常见的症状，体蜺一般可分：① 活动痛、② 持续痛和 ③ 夜间痛。

至于疼痛的程度，按世界卫生组织（WHO）的疼痛等级分类，可以分为5级：

▶ 0 度：不痛

▶ I 度：轻度痛，为间歇痛，可不用药；

▶ II 度：中度痛，为持续痛，影响休息，需用止痛药；

►III度：重度痛，为持续痛，不用药不能缓解疼痛；

►IV度：严重痛，为持续剧痛，伴血压、脉搏等变化。

治疗

根据“急则治其标，缓则治其本”的思想，膝骨性关节炎治疗可采取保守的治疗方法，包括针灸、红外线、热敷、推拿、刮痧和外用药等，缓解关节炎的疼痛及僵硬感，使关节保持一定功能，增加肌力。另，再根据病机应用相应的祛风、散寒、化淤、除湿等方药。王培民教授分享他的治膝关节炎经验方—四神汤。（下列）

◆ 黄芪 30—50g

◆ 金银花 10—20g

◆ 远志 20g

◆ 石斛 20—40g

煎法：三药先煎，大火烧开，小火煎40-50分钟，倒出加水再烧5-20分钟，后加金银花在烧15分钟，热喝。

若有瘀者，加三棱、莪术。

若有湿者，加菖蒲、蚕砂。

防护5“不”

日常活动中，要量力而行，比如上、下楼梯，长时间下蹲、站立、跪坐、爬山及远途跋涉等较剧烈的运动，会对膝关节带来机械性的负重和磨损，导致肿胀。

故膝关节炎的患者，日常生活要遵守五“不”：(1)不爬山、(2)不受凉、(3)不做低矮凳、(4)不甩腿锻炼、(5)不负荷行走。

辅助关节锻炼

为锻炼身体，可以选择游泳、骑车、做体操等关节负重较轻的运动，也可利用手杖、护膝、步行器、楔形鞋垫或其他辅助设施来辅助关节运动。

若膝盖疼痛是关节里面长了骨刺，只能在不负重或少负重情况下锻炼，尤其是加强股四头肌锻炼。它不仅能稳定膝关节，也可预防膝骨关节炎的恶化，即可叫病患坐在椅子的边缘，将腿向前伸直，脚后跟着地，然后腿伸直向上抬，使脚后跟离地10—15厘米，让股四头肌持续收缩，保持3—5秒，然后缓慢把腿放下。每天重复进行10—15次。



浅谈胃癌 中西医诊断治疗

新加坡·白伟良

概说

胃癌是世界上第三大致死性癌症（2018年WHO报告78.3万人死亡），起源于胃黏膜上皮细胞的恶性肿瘤，是消化系统常见的恶性肿瘤。其发病部位包括贲门、胃体、幽门，可分为早期胃癌和进展期胃癌。早期胃癌是指癌组织浸润深度限于胃黏膜层内或黏膜下层的胃癌，不论癌的大小及淋巴结转移。进展期胃癌是指癌组织浸润到黏膜下层以下的胃癌。

近年来，胃癌发病率有下降趋势，但胃近端肿瘤及贲门肿瘤的发生率却成指数上升，死亡率变化仍不明显。男性诊断的年龄中位数为70岁，女性为74岁。男性较女性常见，男女之比约2.3:1。只有约20%的患者病变较局限，胃癌的5年生存率是15%~20%。

本病属中医“胃脘痛”、“反胃”、“噎膈”、“伏梁”、“积聚”、“癥瘕”等范畴中。

中医病因病机

1. 感受外邪：通过肌表内侵脏腑，导致气机阻滞，瘀血、痰浊内生，最终形成积块。
2. 内伤七情：情志不遂，肝气郁结，气滞血瘀，胃脘胀满或痛如针刺。胃失和降，朝食暮吐，暮食朝吐。



3. 饮食不节：饮食失当，或饥饱失调，或恣食肥甘厚味，损伤脾胃，运化功能失常，饮食停留，或与痰瘀互结，或尽吐而出。
4. 正气虚弱：素体虚弱，脾胃虚寒；或劳倦过度，久病伤正，均可致中焦受纳运化无权，使气滞血瘀、痰浊食积共同为患。

上述病理过程互相交织，共同作用，导致胃癌发生。胃癌的病位在胃，与脾肾关系密切。病性本虚标实，以标实为主。病机特点为气滞血瘀，痰浊互结。

西医病因

1. 饮食：水果及蔬菜摄入较少，高盐饮食，高亚硝酸盐饮食或者进食烟熏、腌制食物。
2. 抽烟。
3. 幽门螺杆菌（Hp Helicobacter pylori）：感染与胃腺癌及胃淋巴瘤的发生关系密切（增加2.8倍）。
4. A型血（增加20%浸润型胃癌的发生风险）。
5. 胃切除后的残胃，慢性萎缩性胃炎和恶性贫血。

6. 有胃癌家族史（增加2~3倍发生可能性）。
7. 遗传综合征：遗传性非息肉性大肠癌，家族性腺瘤性息肉病，Peutz-Jeghers 综合征。

临床表现 — 症状

1. **上腹部疼痛**：有70%~80%的患者可见疼痛症状，早期多为隐痛。进展期疼痛进行性加重，服药后疼痛不缓解，可伴有胀满、嗝气等症状，中后期上腹部出现剧痛，并放射至腰背部。
2. **恶心、呕吐**：引起幽门梗阻时可出现频繁的恶心、呕吐腐败臭味的宿食。呕吐前常有上腹部胀满、疼痛，吐后胀痛有所缓解。如病灶位于贲门部，则食入即吐，常伴有吞咽困难、胸骨后疼痛等症状。
3. **呕血、便血**：侵及黏膜下层的早期胃癌即可出现消化道出血。疾病进展多表现为呕血、黑便，出血量通常不大。侵及较大血管或侵犯范围较大时会出现大出血。
4. **食欲不振、消瘦乏力**：这是胃癌常见的非特异性症状并逐渐加重，最终导致恶病质出现。
5. **腹胀、腹痛**：可有腹水等原因引起。
6. **便秘**：可由进食少、活动少、卧床时间长，服吗啡类药物等原因引起。
7. **腹泻**：多为稀便。

临床表现 — 体征及转移

1. 早期胃癌多数无明显体征，可有上腹部轻度压痛、上腹部饱满、闻及震水音，位于胃窦部的肿瘤可触及包块，质硬，呈结节状。

2. 当肿瘤侵及周围脏器或组织时肿块固定而不能推动，提示手术切除可能性较小。

3. 远处转移：

- 1) 肝转移较常见，可发生肝性黄疸及梗阻性黄疸。
- 2) 可出现腹膜转移、卵巢转移、盆腔种植转移，有时可导致完全性肠梗阻。
- 3) 癌性穿孔致弥漫性腹膜炎。
- 4) 可出现锁骨上淋巴结转移、贫血等。
4. 肺、脑、前列腺、骨髓等器官转移时会引发相应的症状。

辅助检查

1. **胃镜检查**：胃镜对胃癌诊断有特异性，与活检联合应用时，其准确率可达97.4%，敏感性为93.8%，特异性为99.6%，适当增加活检数量和部位还可以进一步提高诊断的准确率。
2. **X线检查**：X线钡餐检查可以对胃进行整体观察，特别是对病变部位的判断要优于内镜，可为进一步内镜诊断和活检提供准确的部位导向。胸部X线检查有助于发现肺部的转移癌。
3. **超声检查**：能准确诊断胃癌的浸润程度、周围淋巴结转移甚至腹腔内淋巴结转移情况，因此对于胃癌分期、治疗方案的制定和预后的判断具有重大意义。腹部B超有助于发现腹腔淋巴结和脏器，特别是肝脏的转移。
4. **CT检查**：胃癌的CT表现主要是局部胃壁增厚(通常超过5mm)、胃壁分层强化或消失等。螺旋CT能准确显示胃癌部位、大小、形态及和周围脏器的关系，对其他脏器转移有重要意义。
5. **实验室检查**：与胃癌有关的肿瘤标志物有CEA、CA19-9、CA125、CA724等。

CEA在30%~40%的原发胃癌患者中升高，在随访而不是筛查或诊断中有一定价值。其他肿瘤标志物（CA19-9、CA125、CA724）等均有可能在部分胃癌患者中出现不同程度的升高，但均无筛查或诊断价值。肿瘤标志物在术后可降低，若再次升高提示肿瘤复发。部分患者大便潜血阳性，约50%患者可出现贫血。

鉴别诊断

胃癌转移应与相应部位的原发肿瘤相鉴别，也需要与胃溃疡、胃息肉、胃平滑肌瘤、原发性恶性淋巴瘤、胃平滑肌肉瘤、慢性胃炎等疾病相鉴别。

治疗原则

由于胃癌的临床表现繁多复杂，所以治疗应根据患者的不同临床表现和病情的不同阶段，采取不同的阶段性的治疗策略。中医中药治疗可贯穿于胃癌治疗的全过程，有四个中医治则。

- 1) 辨病治疗与辨证治疗相结合。
- 2) 局部治疗与整体治疗相结合。
- 3) 扶正治疗与祛邪治疗相结合。
- 4) 常用扶正培本、活血化瘀、清热解毒等治法。

常见证治分类

1. 瘀毒内阻证

证候：胃脘刺痛，心下痞硬，吐血，便血，肌肤甲错。舌暗紫，脉沉细涩。

治法：解毒祛瘀，活血止痛。

方药：失笑散或膈下逐瘀汤加减。

2. 痰湿凝结证

证候：胸闷膈满，面黄虚胖，呕吐痰涎，腹胀

便溏，痰核累累，舌淡红，苔滑腻。

治法：健脾燥湿，化痰散结。

方药：开郁二陈汤加减。

3. 脾胃虚寒证

证候：胃脘痛，喜温喜按，朝食暮吐，或暮食朝吐，食谷不化，泛吐清水；肾阳虚甚则见形寒肢冷，畏寒蜷卧，大便溏薄，或五更泄泻，小便清长。舌质暗淡，可见齿痕，苔白水滑或白腐，脉沉细或沉缓。

治法：温中散寒，兼温肾助阳。

方药：附子理中汤加减。

4. 气血两亏证

证候：面色无华，唇甲色淡，自汗盗汗，或见低热，纳呆食少，胃脘可见肿块疼痛，或食后胃胀，或饮食不下全身乏力，动辄气短，形体消瘦。舌淡或舌质暗淡，或见瘀斑，脉虚或沉细。

治法：气血双补，行气活血。

方药：八珍汤加减。

西医治疗原则

1. 手术治疗：

患Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ期的胃癌，且无手术禁忌证者。

2. 化疗：

化疗目的

按照化疗的目的可将其分为辅助化疗和解救性化疗。前者是配合手术等可能根治肿瘤的措施进行的，通过消灭术后可能存在的微小转移灶，以提高治愈肿瘤的可能性。解救性化疗的目的是延长患者生命，提高生活质量。

化疗种类

围手术期的辅助化疗分为术前、术中、术后化疗，Ⅲa期或者更晚的晚期胃癌或不能手术

者可进行解救性化疗。

化疗的手段和疗效评价

通过采用静脉、动脉灌注化疗和腹腔内化疗等给药途径可减轻由全身化疗带来的毒副反应。评价化疗效果通常以肿瘤的缩小为指标，近年来有以生存期和生存质量评价疗效的趋势。

3. 分子靶向治疗：

分子靶向药物的出现，提供了新的思路，给胃癌的治疗带来重大的进展。单克隆抗体和一些针对细胞增殖信号通路的药物尚待评价，这些数据仍然是有限的早期阶段的研究结果。正在研究的药物主要有贝伐单抗 Bevacizumab/Avastin (anti-VEGF)、西妥昔单抗 Cetuximab (anti-EGFR) 等。

转诊原则

1. 对有可疑胃癌患者随时转送上级医院肿瘤专科进行检查，以明确诊断，做到早发现、早诊断、早治疗。
2. 化疗后社区康复期间，出现白细胞低于 $3.0 \times 10^9 / L$ 、血红蛋白低于 $80 g / L$ 、血小板低于 $80 \times 10^9 / L$ 时，需转送上级医院肿瘤内科治疗。
3. 出现术后复发、消化道穿孔、食欲明显减退、恶病质等，需要进一步转诊于专科处理者。

预后

可切除胃癌患者的预后因素主要有：肿瘤浸润深度、淋巴结转移数目、切缘阳性率。5 年生存率则 I 期 70%、II 期 40%、III 期 20%、IV 期 < 5%。

养生与康复

1. 心理保健：应鼓励患者增强自信，正确对

待病情，从悲观绝望、愤怒阴影中走出来，多与人交往，创造良好的生活氛围，不消极等待，做生活的主宰，保持良好的精神状态。

2. 饮食保健：胃癌术后患者应避免进食刺激性食物。不过快进食，不生气进食，少食腌制食物，少饮酒。多食新鲜蔬菜、水果，饮食规律适度，应注意少食多餐。饮食应清淡易消化并富于营养。胃癌术后患者易见贫血，应注意补充叶酸及维生素 B12。

健康教育

1. 纠正不良的生活习惯，特别是饮食习惯，避免进食生、冷、硬、烫、油炸、烟熏、烧烤等食物。不过快进食，不生气进食，少食盐腌食物，不抽烟，不饮或少饮酒。
2. 多食新鲜蔬菜、水果、豆制品，多饮鲜牛奶，常饮绿茶，富含维生素 C、E 及抗氧化剂，有降低胃癌发生风险的作用。
3. 饮食规律适度，保持乐观豁达的情绪，皆有助于预防胃癌的发生。

参考书籍：

1. 《常见恶性肿瘤内科诊治思路及案例分析》，殷东风，高宏，人民卫生出版社
2. 《恶性肿瘤中医诊疗指南》，林洪生，人民卫生出版社
3. 《孙桂芝实用中医肿瘤学》，孙桂芝，中国中医药出版社
4. 《肿瘤专科医师培训教程》，罗成华，北京大学医学出版社
5. 《肿瘤中西医结合治疗学》，林丽珠，人民军医出版社
6. 《中医肿瘤学》“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材，周岱翰，中国中医药出版社

我对于中医治疗 葡萄膜炎 的感想

新加坡·潘雁莲



西医检测下的虹膜睫状体炎又称前葡萄膜炎，包括虹膜炎、睫状体炎及虹膜睫状体炎。因为虹膜和睫状体在解剖上互相连接，关系密切，且同为虹膜大环供血，因此虹膜和睫状体往往同时发炎。虹膜睫状体炎是常见的致盲眼病之一。

临床主要表现

为疼痛、畏光、流泪及视力减退、房水混浊及角膜后沉着物，若治疗不及时可能会引发青光眼、并发白内障以及眼球萎缩等严重并发症而失明。

诊断主要依据

①自觉症状：眼痛、畏光、流泪、视力减退。②睫状充血。③角膜后沉着物，一般出现在角膜下方，呈基底向下的三角形，其形态可表现为粉尘状或羊脂状，粉尘状角膜后沉着物多见于非肉芽肿性炎症，而羊脂状角膜后沉着物多见于肉芽肿性炎症。④房水混浊，Tyndall (+)。⑤虹膜纹理不清、虹膜结节及虹膜后粘连；⑥瞳孔缩小，有后粘连时出现瞳孔呈梅花状变形。

西医治疗方法：葡萄膜炎是眼科急重难治之病，其病因复杂，发病急，变化快，且易反复发作并出现严重并发症，严重影响视力，甚至失明，给患者带来巨大痛苦，目前应用糖皮质激素治疗仍是首选。若治疗失当，可能会因并发他症而导致失明。

中医怎么看葡萄膜炎

中医称本病为“瞳神紧小”，指瞳神失去正常展缩功能，持续缩小，甚至缩小如针孔，并伴胞轮红赤，黑睛后壁沉着物，神水混浊，视力下降的眼病。

若瞳神失去正圆，边缘参差不齐，黄仁干枯不荣，则称“瞳神干缺”。古代文献最早在《秘传眼科龙木论》中仅有“瞳神干缺”的记载，至《证治准绳·杂病·七窍门》，才以“瞳神紧小”的发病特征命名，并作了比较全面的论述。两者瞳神见症虽有差别，实则同为黄仁病变，且瞳神干缺是由瞳神紧小失治而成。

本病初起，以实证及虚实夹杂证为常见。

实证多因外感风、湿、热邪或内有肝胆郁热而起，发病比较急重。

虚实夹杂证常由肝肾阴虚，或病久伤阴，邪热未除，火旺于上所致，其病程缠绵，临证时，应结合全身症状进行辨证。

对于本病病因病机的认识，综观各家观点本病与五脏、六腑皆有关，又以肝、脾、肾的关系最为密切，而导致葡萄膜炎的病因可以是外感六淫、外伤、内伤七情，以及饮食、劳倦、房事等。七情所伤最易伤肝，导致肝气郁结，易成阳热之变；饮食、劳倦、房事易伤脾肾，脾虚生湿，肾阴亏损，反复难愈；诸多病因上达于目，葡萄膜多气多血，气、血、津液运行阻滞，生瘀、生热、生毒，日久累及肝肾，加重热毒。一般认为葡萄膜炎与中医所谓“湿”关系最为密切，湿性重浊黏滞，为病缠绵难愈，日久还可化热。

中医内治法：

实证：常用祛风、除湿、清热、解毒、凉血、散瘀等法；

虚实夹杂：阴虚火旺之证，则宜滋阴降火。

病变后期：邪气虽退，肝肾亏虚，目暗不明者，宜滋补肝肾，利窍明目。

比较中西医治疗葡萄膜炎 (瞳神紧小)

西医应用糖皮质激素治疗葡萄膜炎是首选，但是长期使用会引起很多副作用，如肥胖、血糖升高、血压升高、水钠潴留、胃及十二指肠溃疡、骨质疏松以及股骨头坏死等。

新加坡中华医院眼科组对于所有眼科疾病一向来就采取中西合璧、互补长短的治疗原则，一路走来已为不少病患带来曙光。

就如中华医院眼科组一向来以中医药治疗慢性葡萄膜炎，在调整机体免疫功能方面取得一定的成绩。

病例举隅

中华眼科组一病例（葡萄膜炎）如下，潘某，男，30岁，从事高级电脑工作。

初诊：10/11/2018

1年前确诊右眼葡萄膜炎，近年反复发作，西医眼科给与类固醇药物及时控制病情，因为右眼眼压升高，西医配给眼药水（Xalatan/Alphagan）控制眼压，保护视神经。

近日常好友介绍前来我院寻求辅助治疗。检查双眼，视力良好。眼压 14/19 mmHg，保持正常眼压范围。纳可，晚睡，大便偶尔溏。舌稍红，苔薄白。

我院眼科组给与滋阴清热辅于健脾祛湿药为大方向作长期调理。曾经使用药物楮括知柏地黄丸、生脉散、连翘、锁阳、淫羊藿、防风、茯苓、白术、薏苡仁、太子参、石斛、山茱萸、女贞子、山楂、熟地黄等等。郑重嘱咐病人在中医内治的同时，必须重视局部用药，更好控制眼压。

该病人来我院眼科组治疗迄今已一年有余，病人右眼反复发炎情况日渐改善，眼压保持稳定。病人感觉治疗效果满意，情绪稳定，生活工作皆顺利。

总结

临床上对于急性葡萄膜炎首选西药糖皮质激素及时控制炎症，所谓急则治其标、与此同时我们用中药协同提高疗效，减少激素的副作用。后续以中药作长期调养，所谓缓者治其本，临床上对于病患将会是受益良多的。

深刺八髎，探讨帕金森病便秘的临床治疗

新加坡·何宇瑛 / 中国 南京·王玲玲教授

今天，10月11日，针灸盆底疾病门诊见一位70多岁老先生步履迟缓，双手不自主颤抖，神态稍有紧张，目定不灵敏，当坐下来问诊时语言表达缓慢但清楚，思路清晰，能叙述自己最不舒服症状。上诊以排便困难，排出无力的叙述，今天患者回馈说“大便顺畅，已经没有问题了”，这是一位帕金森病多年并有便秘的患者，可见针灸疗效的确切，目睹为真，难以言传。治疗选穴以八髎穴为主，深刺八髎，对帕金森病非运动症状便秘有立竿见影疗效，值得思考。

1. 重视帕金森病非运动症状便秘的治疗

帕金森病 (Parkinson's Disease, PD) 是一种神经系统退行性疾病，临床表现为肌肉强直，运动迟缓，静止性震颤及姿势步态障碍等[1]，病理改变与中脑黑质纹状体多巴胺 (dopamine, DA) 途径中神经元丧失/神经元DA明显减少/黑质残存神经元出现病理有关[2]。患者除了有运动症状以外，还有严重的非运动症状，如便秘，抑郁，嗅觉减退，睡眠障碍等，目前药物治疗针对运动症状为主，左旋多巴等药物治疗。非运动症状的治疗是目前治疗帕金森病的难点与热点之一，也是影响帕金森患者生存质量的重要因素[3]，近几年医学界提出应高度关注帕金森病非运动症状多早期识别与治疗[4]。在一项关于126例帕金森病患者非运动症状发生率研究发现[5]，便秘症状发生率最高(89.7%)，其次为失眠(74.6%)及小便后仍频繁想要小便(71.4%)，便秘是帕金森病非运动症状中发生率较高的症状之一，应重视帕金森病便秘的治疗。

2. 中医理论的观点

2.1 八髎穴的经络理论探讨

中医针灸学认为八髎指上髎、次髎、中髎和下髎，为膀胱经腧穴，膀胱经的主干从头顶入内络于脑，分开下行，一支沿肩胛内测与脊平行下走到达腰中，进入脊旁肌肉，另一支从腰中分出，夹脊，通过臀部穴位上髎、次髎、中髎、下髎等穴进入腠窝。络于肾，属于膀胱。督脉在后背正中，膀胱经在其两旁，共同联系肾脏和脑。膀胱经除了与督脉，足少阴肾经关系密切外，由于督脉和任脉，冲脉有联系，因此密切了膀胱经与五脏的关系。

2.2 帕金森病便秘的中医认识

便秘是一个独立的病，也是可以作为一个症状伴见于多种疾病。目前医学界认为便秘是PD的伴发症状。中医认为便秘是大肠传导糟粕和输布津液功能异常导致排便困难或大便干结。虽出于肠道，但有赖于脾升胃降而达成，发病与多种因素有关。董宏利认为[6]便秘的基本病变在于肠道传导失常，同时与肺、脾、胃、肝、肾等脏腑功能失调有关。脾胃升降功能的协调，依赖于肝气的调畅，肝之疏泄有度。同时肝阴肝血需要脾胃后天的生化之源的充养，否则阴血不足，内风由起，走窜四肢筋脉，则肢体震颤。并指出帕金森病便秘的病位层面上的证候要素还包括肾。认为年老肾虚，肾气不足是帕金森病便秘发病的根源，提出了以肾藏象为核心，旁及肝脾胃藏象的帕金森病便秘的藏象辨证新体系。另有学者许雪梅等认为[7]本病病机为肝风内动、筋脉失养，

与肝、脾、肾等脏关系密切。其病理性质为本虚标实，本为气血阴阳亏虚，标为风、火、痰、瘀为患。帕金森病的发病年龄较大，多数患者有肾阳不足的表现，并夹痰瘀。痰瘀阻络，大肠传道失司，故而出现便秘。笔者认为，帕金森患者静息震颤，行动迟缓，后期患者多卧床，表情目光不灵敏等，是气虚并有气郁、气滞不行的表现，六腑以通为用，因气虚气郁则肠道传导糟粕功能下降，通降失司，发为便秘。患者也多有情绪抑郁，肝不主疏泄，不能调畅气机，脾失健运以腑气不能通降。“肾…开窍于二阴”，二便的排泄有赖与肾气的推动和固摄的协调。脏腑之气的升降出入运动推动和调控着各脏腑形体官窍的功能[8]。可以理解为便秘是肾气化不能的表现。所以，治疗帕金森病便秘，脾升胃降以通降，理气解郁以调神，扶正以助气化为治疗主要思路。

3 帕金森病便秘的药物治疗

便秘属于帕金森病并发消化系统非运动症状，常与流涎、吞咽障碍、恶心、腹胀等症状同时存在，目前认为PD便秘与结肠运输延迟，肛门直肠功能障碍及抗帕金森药物等有关[6]。针对PD患者发生便秘的影响因素研究发现[9]病程长，运动功能障碍严重，存在抑郁或焦虑的患者更易出现便秘。张芳芳[10]研究发现，便秘是PD患者发病可先于PD运动症状的发生。服用抗PD药物剂量大是PD便秘发生的危险因素，抑郁是重度便秘的独立危险因素，可使PD患者便秘的程度加重。药物治疗需要轻型泻药或促胃肠动力药等，改善肛门括约肌异常的治疗以盆底肉横纹肌注射肉毒素或阿扑吗啡的方法，属于有创疗法。中药治疗只限于对症治疗，陈敏等[11]采用补中益气汤加减治疗患者40例，治疗4周后，治愈21例，好转13例，未愈6例，总有效率85%，3月后统计的远期疗效为67.5%。中药治疗对便秘症状有一定的疗效。

4 帕金森病便秘的深刺八髎穴治疗

现代医学的生理解剖认为八髎位于4个骶后孔中，这4个骶后孔分布于骶正中嵴的两侧，骶后孔与骶前孔相通，并借骶前孔与盆腔相通。王玲玲教授认为[12]操作虽难，但取之疗效好，深刺八髎穴是治疗盆腔脏器取得疗效的关键技术，因为骶神经紧贴骶骨前缘骶前孔出口处，因此当深刺八髎穴的时候很容易刺激到骶神经干。此外，八髎穴分别在两侧4个骶后孔，分布着骶神经S1-S4，骶神经是脊神经和副交感神经的混合神经。骶神经根包含了副交感传出和传入、躯体运动及感觉等4种不同功用的神经纤维，当深刺八髎穴为核心的骶部穴时，就能产生针刺信号传入与支配盆腔脏器的传出神经的高度重合，正是这种“终南捷径”成就了八髎穴对盆底病变整体、快速、有效调整的效果。骶丛神经的特殊性直接造成了针刺八髎穴及其边缘骶部穴与众不同的疗效[12]。此外，治疗本病，王教授认为[13]头部穴位的使用也至关重要，头部穴位对脑血流作用快而持久，对脑部病变的病理能更具有直接的治疗作用。同时也指出针灸的治疗作用可能有以下几个环节：提高了脑内的DA水平：DA是抑制垂体PRL释放的作用主要因子，临床观察发现，针灸后血清PRL在针灸后明显降低，间接说明了DA的总体水平有一定的上升；再者，针灸后尿中VMA和NA的增高，也间接说明脑内DA的代谢率增强，针灸对基底节区DA耗竭模型的DA含量观察发现，针灸有升高基底区单胺类递质的作用，可以设想，针灸对PD的治疗不仅具备的症状改善效应，而且可具有对基底节神经元的调整作用。

5 讨论：

PD患者的功能性便秘，一般治疗常用辩证取穴，如大肠募穴天枢，下合穴上巨虚，背俞穴脾俞和便秘经验穴支沟，调理胃肠理气通便，难以有好的疗效，当深刺八髎穴，刺激骶神经，改善便秘时出口梗阻，“魄门”打

开，能顺畅排便，这让我的临床治疗翻开了崭新的一页，打开眼界，以后继续往这方面摸索摸索，治疗起来更踏实。

PD在中医学可以分别为“震颤”，“便秘”两个独立的疾病，中医的辨治论治有一个重要的原则，分清主要矛盾，当便秘成为PD患者生活质量的主要因素时，则针对便秘论治为有必要性，此时，排便困难伴有情绪的抑郁和睡眠质量差等非运动症状的整体治疗。只要治病因素相同，病机相同，治法也相同，为“异病同治”理论在帕金森病中的应用[14]。是否能以“异病同治”的思路灵活使用于因精神情志因素诱发功能性胃肠病的治疗，需要进一步研究探讨。

参考文献：

- [1] Obeso JA, Stamelou M, Goetz CG, et al. Past, present, and future of Parkinson's disease: A special essay on the 200th Anniversary of the Shaking Palsy [J]. Movement Disorders, 2017, 32(9):1264-1310.
- [2] Gelb DJ, Oliver E, Gilman S. Diagnostic criteria for Parkinson disease [J]. Arch. Neurol. 1999, 56(1):33-39.
- [3] 管强. 帕金森病治疗的难点与热点[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19 (11): 1013-1015.
- [4] 陈生弟, 吴丽. 高度关注帕金森病非运动多早期识别与治疗[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2013, 13 (8): 653-655.
- [5] 马兴荣, 孙治坤, 刘艳如, 等. 126例帕金森病患者非运动症状发生率分析[J]. 中国实用神经病杂志, 2013, 16 (18): 3-4.
- [6] 董宏利, 刘春风. 帕金森病患者便秘的研究进展[J]. 光明中医, 2014, 29 (7) 1563-1565.
- [7] 许雪梅, 刘占国, 王慧萍, 等. 温胆汤合桃核承气汤联合针灸治疗帕金森便秘疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2014, 14 (1): 66-67.
- [8] 孙广仁. 中医基础理论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 202: 94.
- [9] 王苏雷, 张泰年, 陆艳, 等. 帕金森病患者发生便秘的影响因素[J]. 广西医学, 2019, 41 (10): 1214-1218.
- [10] 赵芳芳, 朱红灿, 李春, 等. 帕金森病和便秘的关系[J]. 临床神经病学杂志, 2014, 27(4): 251-254.
- [11] 陈敏, 王祎晟. 补中益气汤加减治疗帕金森病患者便秘症状的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12 (1): 59-60.
- [12] 王玲玲, 金洵. 重新认识八髎穴[J]. 南京中医药大学学报, 2014, 30 (1): 4-7.
- [13] 王玲玲. 帕金森病的针灸疗法[J]. 现代康复, 2014, 4 (3): 346-348.
- [14] 乔明亮, 孟毅. “异病同治”理论在帕金森病非运动症状中的应用[J]. 中国中医药, 2014, 12, (13): 1-2.



中风后遗症治验

新加坡·周小君

脑中风的导因主要是与心血管问题，如脑血栓、血管阻塞等，而引发这些问题的火引有高血压、心脏病、糖尿病、高胆固醇等，还有一些交通意外的伤者，也会因为血管爆裂而导致中风。

来中华医院中风后遗症专病组求诊的病人，年龄多在50岁以上，患者都有不同程度的偏瘫及症状，但大多数求诊的病患都是在发病6个月后，而非少数则是在中风的黄金治疗期（病发后6个月内）来求诊。

黄某，54岁，已婚，2019年4月16日初诊。一个月前（3月16日）突然右侧肢体无力、口眼喎斜，遂入西医院检查，被诊断为出血性脑卒中。因小血管破裂，无需手术，住院期间西医给以药物及物理治疗。出院返家后，经友人介绍，来中华医院中风组求诊以针灸继续治疗。

症状：右侧半身不遂，肢体乏力，手足麻木，依靠轮椅及家人扶持，面色萎黄，神疲乏力，气短懒言，口角流涎。言语蹇涩，纳呆，舌淡苔薄白，脉细涩，二便尚可。

诊断：中风恢复期 - 中经络

辨证：风痰入络

病史：高血压

查体：血压123/89mmHg

治则：活血化瘀，化痰通络（通过以血行气、行气活血的作用，使经脉通畅，气血调和）

针灸治疗

主穴：百会、太冲、内关、足三里、三阴交、风池、丰隆

配穴（交替使用）：上肢不遂：极泉、尺泽、肩髃、曲池、外关、手三里、合谷。下肢不遂：阳陵泉、阴陵泉、委中、风市、昆仑、环跳、解溪、丘墟、照海。口眼喎斜：太阳、四白、风池、颊车、地仓 言语蹇涩：上星、金津、玉液、通里、天柱、廉泉。

董氏奇穴：取健侧的灵骨、大白、三重穴等。

头皮针：顶颞前斜线（运动区）：上1/5

段治疗对侧下肢瘫痪：中2/5段治疗对侧上肢瘫痪。

操作：毫针刺，配穴用补虚泻实法。每周二次，留针30分钟，10次为一疗程。

医嘱：治疗期间积极配合功能锻炼。

治疗

一周后复诊，患者已能坐起，并能站立，扶助下可尝试行走。

三诊，患者已能慢慢步行入诊室，不需要轮椅代步。

七诊，患者体力渐渐恢复，不需要拐杖，但仍口角流涎、言语蹇涩，针颊车、地仓、通里、天柱、廉泉等穴增强疗效。

十八诊，患者饮食恢复，已可问对应答，唯右侧肢体僵硬、活动乏力，右手无法举高、手掌开合困难，针健侧灵骨、大白、三重穴（董氏奇穴）活血化瘀加强疗效。

诊疗三个月后，患者右手可以举过头顶，手掌开合改善，肢体功能渐渐恢复，唯麻木乏力，偶流涎。运用头皮针刺激运动区为主，留针时嘱患者配合活动肢体，以动气得起加强肢体的功能锻炼。

诊疗七个月后，患者生活完全可以自理，肢体功能基本上恢复，现已回返工作岗位。

体会

针灸治疗中风偏瘫疗效肯定，但如上述成功的病例是很少见的，除了患者对医者有信心，也需要患者积极配合功能锻炼，持续跟进治疗等等。况且中风恢复是一个不断变化的复杂过程。根据中医学辨证论治的原则，针灸的选穴亦应不断变化。脑卒中发生后，应充分认识病患之间的个体差异，在针刺过程中根据病患的病情及舌象、脉象进行随证加减。

针药治疗痹症浅析

新加坡·杨昌志

(一) 概论

痹有闭阻不通之意，是指经络，气血为病，邪阻闭而运行不畅所致，痹证多是在机体正气不足，抵抗力低下的情况下，风、寒、湿、热之邪侵袭肌表经络而形成的，以肌肉筋骨，关节发生酸痛，麻木，重着，屈伸不利，甚至关节肿大灼热等为主要临床表现。

临床上所见痹症，正虚，外邪，瘀血三者密切联系，互相影响，往往是不可分割的，就病而言，外邪是致痹的外因，正虚、瘀血是致痹的内因，外因通过内因才能致病。

由于感受外邪轻重不同，临床表现也有差别，以风邪善行而数变，游走不定而成行痹；寒邪凝滞，故寒盛疼痛剧烈而成痛痹；湿邪性粘滞重着，故湿盛疼痛剧烈麻木重着，痛有定处为着痹；因病邪偏盛不同，临证须明辨虚、实、风、寒、热、湿诸邪，治法方有准绳。

现代医学的各类型关节炎，可包括风湿热、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、骨关节炎、痛风、纤维组织炎、神经痛、神经根炎等。

(二) 病因病机

古代医家对本病作了详细的观察与记载如下：

《素问·痹论》说：“所谓痹者，各以其时，重感于风、寒、湿之气也”与“其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹；湿气胜者为着痹也”。

·《诸病源候论·风痹候》说：“痹者，

风、寒、湿三气杂至，合而成痹，其状肌肉顽厚，或疼痛，由人体虚，腠理开，故受风邪也。”

宋·陈无择在《三因极一病证方论》中论述：“夫风、寒、湿三气杂至，合而成痹…三气袭人经络，入于筋脉，皮肉，肌肤，久而不已，则入五脏。”即痹症初起在表肌，不愈可以传入五脏。

总之，其一以正虚为主，邪气侵之；其二以邪实为主，乘腠理空虚而入；其三病久迁延，本虚标虚。综合历代各家之说，将本病病因病机分述如下：

1. 久居湿地，涉水冒雨，气候剧变，冷热交错等原因，以致风、寒、湿邪乘虚侵袭人体，注于经络，留于关节，气血痹阻而为痹证，风气盛者为行痹，寒气盛者为痛痹，湿气盛者为着痹。

2. 感受热邪，郁久化热，复感风热之邪，与湿相并，而致风湿热合邪为患，素有体质阳盛或阴虚有热，感受外邪之后易从热化或因风寒湿痹日久不愈，邪留经络关节，郁而化热，出现关节红肿疼痛，发热等证，而形成热痹。

3. 风寒湿痹或热痹久治不愈，邪闭气血日甚，痰、浊、瘀血阻滞筋骨，血脉，气血耗伤，脏气日衰，出现骨蒸劳热，湿火留筋，肝肾精血耗竭等证，称为久痹，又称顽痹。

4. 本病初起在经，在络，在筋，在内，日久形成顽痹，邪闭关节，最终亦可形成五脏痹。

(三) 辨证治疗

(1) 痹证应从三个方面辨析：

① 辨证邪盛衰变化：

应辨清正虚邪实，孰主孰次，病久多虚，新病多实，急性发作多实，迁延难复多虚。

参以形、气、色、脉加以区别，本证多有虚实夹杂之证，邪气虽盛，正气亦衰，当细心观察。

② 根据临床表现区别病因：

临床分为四大类型，为行痹、痛痹、着痹和热痹。

风气盛者为行痹，痛无定处，游动走窜。

寒气盛者为痛痹，疼痛剧烈，得热痛减。

湿气盛者为着痹，酸痛重着，阴雨易发。

热痹发病急，伴有身热，患处红肿热痛。

③ 辨病变所在部位：

发于四肢关节，颈、腰、脊、背皆可见。

应注意鉴别病变，主要损害的经脉及筋、骨、皮、肉、脉五体部位。

应当明确在何脏，何腑，使治疗更有针对性。

痹证是感受风寒湿邪所致，应根据具体情况施以祛风、散寒、除湿、清热和舒经通络等法为治疗的基本原则。

(2) 临床常见痹证的辨证治疗如下：

(I) 风寒湿痹证：可分为以下三型。

① 行痹（风痹）

证状：肢体关节疼痛，游走不定，历节走注，痛无定处，屈伸不利，或兼有恶风发热等表症，舌苔白或白腻，脉浮。

治则：祛风通络，散寒除湿。

针灸取穴：风池，风门，风府，曲池，合

谷，三阴交，足三里，膈俞，血海，太冲，阿是穴等。

操作：针泻患处腧穴，配合谷，三阴交，足三里，补益气血，祛邪通络，虚实并治（可加针上灸）。

方药：风灵汤加减。

药物：海风藤、威灵仙、路路通、防风、羌活、独活、天仙藤、鸡血藤等。

方义：海风藤：驱风湿，通经络，散寒止痛。

威灵仙：祛风活络，能通十二经，和海风藤为君药。

防风能祛风通络，去湿止痛为臣药。

羌活佐防风发汗解表为佐药。

天仙藤引药上行并能养血活络为使药。

诸药配合能祛风通络，散寒利湿。

② 痛痹（寒痹）

证状：肢体疼痛，凉痛剧烈，通处不移，活动不便，皮色不红，局部发凉，遇寒加剧，舌淡苔白，脉弦紧。

治则：温经散寒，祛风除湿。

针灸取穴：针泻患处腧穴或阿是穴，包括：曲池，阴陵泉，关元，肾俞，太溪，环跳，膝眼，肩髃等穴。

操作：针泻曲池，阴陵泉可温阳散寒，祛风除湿，可加针上灸。

针补关元，肾俞，太溪可温补肾阳，扶正驱寒。

针泻环跳，膝眼，肩髃等可驱邪散寒止痛。

方药：麻黄附子细辛汤加桂枝芍药知母汤。

药物：附子、细辛、麻黄、甘草、桂枝、生姜、防风、白芍、白术等。

方义：本方以麻黄，附子，细辛为君药，有温经助阳散寒发汗之功。

桂枝芍药知母汤有温经散寒，通阳透表，二方合用主治寒痹可收捷效。

◎ 着痹 (湿痹)

证状：肢体关节疼痛重着，或肿胀，固定不移，肌肤麻木不仁，手足沉重，阴雨加重，舌淡苔白，脉濡缓。

治则：除湿通络，祛风散寒。

针灸取穴：针泻加灸患侧腧穴或阿是穴，合谷，三阴交，足三里，关元，阴陵穴，曲池。

针泻阴陵穴，足三里，祛湿散邪。

灸关元，温阳散寒祛湿。

针补合谷，三阴交，补益气血，祛邪通络。

方药：防己黄芪汤加减。

药物：防己、白术、黄芪、甘草、干姜、大枣。

方义：防己大辛苦寒，通行十二经，开窍泻湿为君药。

黄芪生用达表，治风注肤痛，温分内实腠理。

白术健脾燥湿，与黄芪为臣药。

甘草培土制水，调和诸药。

干姜大枣解表和里，调和营卫。

以上诸药有益气祛风，健脾利水之功。

(II) 风寒湿痹证：

主证：关节疼痛，局部灼热红肿，触之发热，痛不可触，得凉则舒，活动不利，呈游走性，可病及一个或多个关节，烦躁不安，腕闷纳呆，小便黄，便秘或溏，兼有口干口渴，发热汗出，恶风恶寒，舌红苔黄，脉滑数。

治则：清热利湿，祛风通络。

针灸取穴：针患处腧穴或阿是穴；

取曲池，阴陵泉，足三里，合谷；

三阴交，内庭，复溜。

针泻合谷，阴陵泉，可清热利湿。

针泻内庭，足三里，可清降胃火。

针泻三阴交，可清热凉血，活血通络。

针泻复溜，可清热养阴。

针泻曲池，可祛风散邪，通络止痛。

方药：白虎汤加桂枝汤。

药物：知母、石膏、甘草、粳米、桂枝。

方义：白虎加桂枝汤是治疗里热重于外邪的热证，以无寒但热，骨节疼痛烦燥为特点。

石膏辛寒，能解肌热为君药。

知母苦润，可泻火滋燥为臣药。

甘草，粳米能调和于中宫，泻火调和诸药为佐药。

桂枝辛甘温，功能温通血脉，清热通络和营卫为使药。

(III) 痰瘀痹证：(顽痹)

主证：病久风湿痹阻络脉，气血津液运行受阻，形成痰瘀痹证，关节漫肿疼痛，遇冷加剧，或肿大强直，畸形，活动不利，或有发热，舌质紫，苔白或白腻，脉沉涩或细涩。

治则：化痰祛瘀，活血通络，止痛。

针灸取穴：针取患侧腧穴或阿是穴，合谷，足三里。

针泻丰隆，三阴交和患侧腧穴，阿是穴，偏于寒者针上加艾灸。

先针泻三阴交为行血祛瘀，活血通络。

针泻丰隆为化痰祛湿。

针补合谷，足三里有补中益气汤之效。

后针补合谷，三阴交有八珍汤之效（以上穴位有活血通络，补益气血化痰之功效）。

方药：黄芪桂枝五物汤合肾气丸加减。

药物：黄芪、丹参、当归、桂枝、炮附子、生地黄、山萸肉、枸杞子、茯苓、泽泻、鸡血藤。

方义：黄芪和桂枝，益气通阳。

当归、丹参和鸡血藤，活血化瘀通络。

炮附子温经散寒以镇痛。

茯苓和泽泻，治寒利湿。

生地黄活血通络。

山萸肉滋养肝肾而涩精。

肾气丸用于肝、肾阴亏虚之证候。

(IV) 肾虚寒盛证：(尪痹)

主证：四肢关节疼痛，肿胀，僵硬变形，晨起全身关节发僵，筋挛骨重，关节屈伸不利，甚至变形，波及督脉则脊椎僵曲变形，兼有腰酸膝软，二腿无力，易于疲倦，喜暖怕冷，舌淡苔白，脉沉弦或沉细，尺脉弱。

治则：补肾助阳，温散寒邪，化湿祛风，养肝荣筋，祛瘀通络。

针灸取穴：针补太溪，肾俞，关元，复溜，足三里。

针泻患侧膈穴，曲池，阴陵泉，三阴交。

针补关元可温补真阳，针补足三里可补益气血。

针泻三阴交，阴陵泉可活血利湿。

针补肾俞，太溪，复溜可补肾滋阴，养肝荣筋。

方药：桂枝芍药知母汤加减。

药物：桂枝，麻黄，附子，生姜，防风，白术，白芍，甘草，知母，生地黄，乌梢蛇，制川乌(先煎)，生薏苡仁。

方义：

桂枝，麻黄，附子，生姜，防风之辛温，有较强的温通经络，驱风散寒的作用。

知母之苦寒，以清络热，具有镇痛作用。

白术，白芍，甘草可化湿缓急止痛。

制川乌(先煎30分钟以降低乌头碱毒性)。

制川乌与甘草相配，可起到缓解毒性作用。

生地黄可起滋润作用，与知母相配，可制桂枝，川乌之温燥，而生地黄有抗风湿作用，可起止痛退肿之功效。

薏苡仁可起健脾除湿清热通络之功效。

(四) 病案举例

病例一：

林女士，女性，65岁，家庭主妇。

主诉：双膝关节肿大，疼痛剧烈，伸屈不利，行走困难，须靠手杖始能缓慢行走，阴天，雨天加重，恶凉喜暖，已数年，曾经西医治疗，但效果不明显，因害怕手术治疗而来本院就诊，二便尚可，纳少眠欠佳，舌淡苔白腻，脉沉细。

辨证：风寒湿痹证(风寒湿邪痹阻经络，气血运行失畅)。

治则：温经散寒，活血通络，祛风止痛。

取穴：针泻患侧膈穴，膝眼，鹤顶，足三里，阴陵泉，阳陵泉，梁丘，血海，肾俞，太溪，加照射神灯，可温经散寒，活血通络，补益气血，虚实并治。

方药：麻黄附子细辛汤加独活寄生汤加减。

方义：麻黄附子细辛汤可祛风湿，止痛，通阳透表之功。

独活寄生汤可祛风湿，止痛，益肝肾，补气血之功效。

寒邪重者加附子，风邪重者加羌活，防风。

湿邪重者加苍术，薏苡仁。

效果：一至五诊，针泻患处膈穴加照射神灯及方药治疗后，局部膝关节疼痛已止，肿胀轻微。十二诊后已不须靠手杖行走。

病例二：

吴女士，女性，41岁，义工。

主诉：2019年6月初诊，病人周身关节凉痛，已有十年左右，这十年间住在澳洲，近年来，颈项腰部关节凉痛强硬，双手十指关节肿胀变形僵硬，发凉疼痛，弯腰不便兼酸痛，怯寒四肢冷，双膝无力，易感疲倦，尿频，双足踝关节肿胀凉痛，大便尚可，眠纳差，素食面色苍少贫血。

辨证：肾虚寒肾型(尪痹)

治则：补肾助阳，温散寒邪，化湿祛风，养肝荣筋，祛瘀通络。

取穴：

太溪，肾俞，风府，太椎，大肠俞，气海俞，委中，三阴交，合谷，太冲，足三里，关元（加用董氏奇穴：消骨针位于解溪和外膝眼之间，二等分处一穴，再各二等分处各取一穴，共三穴贴胫骨外缘往后直刺，治疗各部骨头关节肿大）。

针补太溪，肾关，三阴交，补肾益肾精治本。

针补足三里，关元，补益气血，补肾助阳，温散寒邪。

取患处诸穴可化湿祛风，祛瘀通络，止痛。

取董氏奇穴消骨针可以消骨骼关节肿大。

方药：桂枝芍药知母汤加减。

可加杜仲、狗脊、川断、川乌、牛膝、薏苡仁、熟地黄、络石藤。

桂枝芍药知母汤能温经散寒，通阳透表，祛风除湿之功效。

熟地黄，狗脊，杜仲，川断，牛膝补益肝肾，强筋骨。

附子可以温补肾阳，散寒祛湿。

川乌可以祛寒湿，散风邪，温经止痛。

薏苡仁可以除湿止痛，消除水肿。

效果：一至六诊针灸服药后，颈项已能活动自如，腰疼痛减轻，弯腰疼痛轻微，手指关节肿胀减轻，已能活动，足踝关节亦肿胀。

十诊后，基本上已治愈，骨骼关节消肿，双手十指已能活动自如。

(五) 小结

痹症的形成是内外因素共同作用的结果，外界的风寒，湿热之邪是诱发的因素，而脏腑功能失调不足，痹症形成与病理转化的决定因素，故在治疗痹症时应强调整体观念，注重脏腑辨证，辨证论治的重要性。

在治疗时，祛邪扶正，孰轻孰重，辨证选穴用药应有所侧重，灵活变通，按邪之偏胜，分别主次或整体治疗，或虚实同治，或标本兼治，应视其病情而定。

痹症病机复杂，治疗时应明辨虚实，寒热，辨别当从邪正，标本，缓急，病程新久着手；新病从邪实为主，应当祛邪治标为先，久病正虚，气血，肝肾亏虚，应当重补虚培本为主。

气滞血瘀痹证疼痛的根本原因，瘀血阻络贯穿痹症全程，但在不同病理阶段，瘀血的轻重程度不同而已，故全程可酌情运用活血化瘀药，根据辨证之不同，或凉血化瘀解，或温经养血活血，或益气活血，或利水化瘀，或温阳补肾方能有疗效。

知艾者福，善灸者寿

——保健灸的方法、效应及规律

中国 南京 王玲玲 教授

摘要

为总结保健灸的方法、效应及规律，本文以多项临床研究结果为依据，论述了保健灸温通温补的效应特点恰能切合老年人阳虚血瘀的体质类型，介绍了保健灸的方法，总结保健灸具有延缓临床老化症状、影响血脂、载脂蛋白、抗氧化、影响免疫功能、血液循环等作用，指出保健灸延缓老化的效应在于灸法具有整体的、双向的、生理的调节特性。

关键词 艾灸 保健灸 延缓衰老

20世纪90年代当中医药学界开始用现代科学方法研究衰老问题时，南京中医药大学针灸学科也加入了这一行列，开展了艾灸延缓衰老的系列研究，为艾灸延缓衰老提供了大量的理论、临床及实验依据，拓宽了针灸防治疾病范围。

研究组深入南京市数家老年公寓、居委会、企事业单位，以45~59岁老年前期及大于等于60岁以上的健康中、老年人作为研究对象，观察了近400名中、老年人，随机地分为艾灸组和空白组。采用艾条温和灸方法，进行自身前后对照和空白对照，系统观察研究了保健灸对老年人衰老症状、瘀血症状、体征积分及对一系列生理、生化、免疫等指标的影响。研究期间共发表论文近30篇，为保健灸延缓老化、对老年人血液净化作用规律及机理的初步阐明提供了科学依据，使艾灸在维护老年人健康、延缓衰老、防治老年病方面作出了有益的贡献。

1 艾灸保健防衰理论依据

原始社会人类生活环境异常恶劣，严重地影响原始人类寿命。周口店发现约22名猿人遗骨中，经判断死于14岁以下有15人，

死于15~30岁和40~50岁的各3人，而死于50~60岁的只2人。山顶洞人死于童年者亦高达43%。从而可以看出，在原始落后社会中，人类难于求得长寿[1]。

1.1 传统保健思想与灸法防病经验的结合

以健康养生为基调的《黄帝内经》已经认识到情志失调、环境不良、饮食起居不当，尤其是疾病等因素，是导致机体衰老的原因。只有遵循生命规律，顺应自然，从调神、动形、和五味、节嗜欲等方面调摄，才能颐养“天年”。《内经》不仅总结了衰老原因及延缓衰老的原则，而且归纳了灸法适应症的基本特征：“陷下则灸之”，指出“针所不为，灸之所宜……阴阳皆虚，火自当之……经陷下者，火则当之，结络坚紧，火所治之”，“络满经虚，灸阴刺阳；经满络虚，刺阴灸阳”，从衰老的自然规律和灸法的效应特点两个方面，为灸法介入延年益寿、防治老年病症，奠定了理论基础。

古人很早积累了艾灸保健的经验。《灵枢·经脉》记述足少阴经脉的循行后，除有“为此诸病，盛则泻之，虚则补之，热则疾之，寒则留之，陷下则灸之，不盛不虚，以经取

之”的格式语外，并有“灸则强食生肉，缓带披发，大杖重履而步。”的经验。这一经验还可见于马王堆、张家山出土的古医书《阴阳十一脉灸经》。表明古人已经认识用灸法调治足少阴经所引起的病症过程中，应当尽可能多吃生肉，松解衣带、披散头发以减轻束缚，拄较大手杖，穿加重鞋散步，采用这种饮食养生的特殊调摄方法，再灸若干壮，就能使身体康复。

汉唐时期我国的养生保健进入高度发展的时期。汉代张仲景在阐述医学目的时，除了指出治病救人外，还在于“保身长全，以养其生”，提出了“内养正气，外慎风邪”的预防思想，及老年人饮食宜忌的主张，形成了老年人防病保健的原则框架。东汉末年华佗创建的动形养生五禽戏，东汉成书的《神农本草经》所载养生防老药物，南朝陶弘景《养性延命录》提出“我命在我不在天”，“人生而命有长短者，非自然也。皆由将身不谨，饮食过差，淫淡无度，忤逆阴阳，魂神不守，精竭命衰，百病萌生，故不终其寿”的思想，提示中老年人应该在顺应生命规律和自然法则基础上采取相应保健方法的思想，对于老年人保健灸法的形成和运用产生了积极的影响。

另一方面，汉唐时期针灸保健防病的作用被进一步认识，尤其是艾灸的防病作用受到重视，对于后世艾灸保健方案的形成有着深远的影响。晋代开创熏艾的空气消毒方法，用于预防传染病。如晋代葛洪在《肘后备急方·卷二》中记载了艾灸预防传染病的做法，“断温病令不相染……密以艾灸病人床四角各一壮，不得令知者佳也。”运用艾灸之法增强机体抵抗力，达到预防疾病的目的，如唐代孙思邈在《千金要方·卷二十七》中提出“勿以健康便为常然，常须安不忘危，预防诸疾”，达到“与其救疗于有疾之后，不若摄身于无疾之先”的目的。孙思邈在《千金要方·卷二十

九》提到“凡入吴蜀地游官，体上常须两三处灸之，勿令疮暂瘥，则瘴疠温疟毒气不能著人也”，这种令灸疮长期化脓的保健灸法一直受到后世医家的推崇与应用。孙思邈还首创了“膏肓灸”，并指出该法具有“令人阳气康盛”的作用，他经常自灸，加上其他保健措施，结果活了101岁。唐代《外台秘要》说：“三里养先后天之气，灸三里可使元气不衰，故称长寿之灸。”《外台秘要》指出：“凡人年三十以上，若不灸三里，令人气上眼暗，所以三里下气也”，说明随着年龄增长，阳气渐衰，灸足三里可壮真阳，降浮气，延缓视力下降眼暗等衰老现象。

晋代已经出现了“逆灸”的专有名词，如《诸病源候论·卷四十五》提出“河洛间土地多寒，儿喜病瘕，其俗生儿三日喜‘逆灸’以防之，又灸颊以防噤”。明代高武在《针灸聚英》进一步说明了“逆针灸”的含义：“无病而先针灸曰逆，逆，未至而迎之也。”可见“逆灸”是一种无病而灸，用于防病的方法，是与艾灸用于治疗疾病状态的作用相对而言的。

宋明时期，灸法保健防病得到了显著的发展，对保健灸的认识更加深入，保健灸理论及应用趋于成熟。

综观古代灸法延缓衰老的方法，有如下特点：

①艾灸成为延缓衰老的主要方法。如宋代窦材《扁鹊心书》提出：“保命之法，灼灸第一。……人于无病时常灸关元、气海、命门、中脘，……虽未得长生，亦可保百余年寿矣”。明代李梴《医学入门》中提到：“凡一年四季，各熏一次，元气坚固，百病不生”。

②优选神阙、气海、关元、足三里、膏肓等作为延缓衰老的常用穴。

③出现了多种多样保健灸方法，包括直接灸、隔物灸，尤其强调了化脓灸的效应。

明代杨继洲在《针灸大成》指出,“春交夏时,夏交秋时,俱宜灸。常令二足(双侧足三里)有灸疮。”

④中老年保健灸的刺激量由年龄来决定。如《扁鹊心书·卷上》说:“人至三十,可三年一灸脐下三百壮;五十可二年一灸脐下三百壮;六十可一年一灸脐下三百壮”。

1.2 艾灸保健防衰切合老年人阳虚血瘀体质

我们的研究除了通过量表对老年公寓、居委会、某些企业单位的中老年人体质类型进行了调查,还对晨炼场所的300多名中、老年人组织了体质问卷调查。结果表明衰老具有如下特征:

①整体渐进性特征。衰老涉及机体的各个脏腑,从外观到身体各系统,呈现整体衰退的表现。各脏器系统的衰退或迟或早,不一定同时发生,但总体呈现功能和结构下降和衰退的趋势。

只有选择那些具有整体性调整、生理性调整效应特性的方法,才是最契合生命规律和自然法则延年益寿的方法。虽然针刺和艾灸都具有这样的效应特性,但艾灸效应相应持久,可以反复操作,艾灸取材容易,操作简单,民众有自疗自救习惯,也无损伤脏器之虞,因而十分有利于社区普及推广。

②衰老机理有规律可循。总的来说,老年人的体质属本虚标实。本虚乃肾阳亏虚为主,脾气或脾阳亏虚为次;其标以瘀血内阻、痰浊内生为次。而且这些特点随着增龄越来越明显。我们的调查发现,老年人中有不同程度的肾阳虚衰者占74%以上,表现为头晕健忘、耳鸣耳聋、牙齿松动或脱落、喜暖怯寒、腰膝酸软、阳萎、小便频数、余沥不尽等,尤其是夜尿频多,75%以上的老年人每天夜尿在3次以上,约有半数老年人在4次以

上,最多达6~7次,此为肾阳亏虚,不能蒸化水液,膀胱失司、约束无权所致。同时我们的观察还发现老年人有舌质紫暗、紫气、瘀斑、瘀点的约占60%。70%的老年人舌下静脉紫暗、怒张、延长、瘀血细丝如树枝样向两侧分叉、延展,甚至交织成网状,形成舌下片状紫暗色瘀滞[2]。

艾灸具有整体调整的优势,具有温补、温通双向调整作用的特性,对于中老年人阳虚为本、痰瘀为标生理过程的延缓,纠正老年病的正气不足、痰瘀阻滞的基本病理特性极为适宜。这一认识后来也有效地指导我们针灸治疗高脂血症、帕金森病、骨质疏松症等临床实践和研究,表明阳虚血瘀是老年人普遍的体质类型。

2 常用保健灸方法

2.1 常用保健防衰穴位

艾灸保健防衰的常用穴位,主要分布在腹部任脉、小腿部足阳明经以及背腰部膀胱经。

艾灸保健防衰老选穴有相对的特异性,艾灸防衰老的古代文献中,以任脉的神阙、关元、气海,督脉的命门、大椎,膀胱经的膏肓、肾俞、志室,胃经的足三里等最为常用。

神阙即脐中,向为古今保健要穴,《针灸资生经》记载:“旧传有人年老两颜如童子者,益每岁以鼠粪灸脐中一壮故也。”。古人灸足三里最多,如《外台秘要》所云:“三里养先后天之气,灸三里可使原气不衰,故称长寿之灸。”

2.2 常用保健防衰艾灸法

古代艾灸保健防衰的主要方法,包括艾炷灸和艾卷灸。艾炷灸保健灸多用麦粒直接灸和艾炷隔物灸。

2.2.1 效应奇特的麦粒灸

麦粒灸可视作灸法的灵魂,它的刺激形

式，以短暂的穿透与持续的炎症为特点，形成恰到好处的结合，是针灸其它手段都不具有的，因而麦粒灸使患者产生畅快感也是其他针灸方法难以出现的；麦粒灸防病治病效应，对疑难病症有独到效果，并能改善体质，具有防与治的双重作用，更是其它疗法所不能比拟的。

感谢聪明的古人发明了麦粒灸，其操作将麦粒形状的艾炷直立于穴位上，有利于点燃，形成适宜的燃烧烈度，其特点以较小的损伤赢得针刺状穿透感，并在穴位上留下程度各异的炎症这就是麦粒灸的特点。与艾条温和灸相比，麦粒灸短暂的灼痛和持续炎症一方面使穴位皮肤瞬间受体激活而传递调节信号产生即刻调节效应，另一方面组织损伤所产生的异体蛋白，则进一步激活机体的防御机制，从而产生较为持久而多方面的效应。

古人用“生”与“熟”来描述麦粒灸刺激量的大小，是对艾粒大小、松紧、多少的不同程度概括。

当治疗需要较弱灼痛，可以采用半粒米样的小艾粒，当治疗需要较大刺激强度，可以制作大麦粒形艾粒或中等麦粒形艾粒。若治疗需要较强刺激，但患者又比较敏感，可将艾粒由小而渐次增大，使患者逐渐适应艾火灼痛，同时通过押手在施灸穴位四周按压，减轻灼痛。

将艾粒反复搓捻的艾粒纤维缠绕较紧，含绒量多，燃烧时间长；直接拽取小撮艾绒按压成粒，并不搓捻，这种软丸含绒量少、燃烧时间短。病势危重、症状明显、体质较强患者，可用硬丸样艾粒，以求顿挫病势。

根据不同施灸部位所形成的常规壮数，四肢末端每穴3~5壮，肌肉丰厚部位每穴7~9壮，介于二者之间可灸5~7壮，旨在假以时

日、积蓄正气，以量变来促进整体的良性质变，从而恢复或建立全身阴阳平衡。当需要很快纠正危重病症某种病理变化，又可一次施灸数十、数百壮等超常规的壮数。

2.2.2操作方便的艾条温和灸

明代以后从艾卷实按法的“太乙神针”、“雷火神针”基础上形成的艾条温和灸，对于保健防衰更具有实用价值。延缓老化的保健灸采用清艾条温和灸，对准应灸的腧穴或患处，约距皮肤2~3厘米左右，进行熏烤，使患者局部有温热感而无灼痛为宜，一般每处灸10~15分钟，至皮肤出现红晕为度。

由于温和灸温热刺激面较大，操作中掸除灰烬的动作，很容易使艾火偏离穴位，因此需要特别重视“始于面而归于点”的要求，并保持诊室肃静，医患精神专注于穴位所出现的感觉及向远道传导的效果。要使点燃的艾条垂直于皮肤，使热力集中于穴位，促使透热、传热现象的出现。如果能每隔1~2分钟掸除艾灰，保持艾条的红火状态，并配合雀啄灸手法的活，艾条灸也会出现短暂灼痛，并兼有畅快的穿透感。

3保健灸延缓老化的临床效应

3.1延缓老年人临床老化症状

我们将观察中老年人随机分为艾灸组142例，空白组135例。艾灸组取神阙、双侧足三里，用艾条温和灸，每次10分钟，隔日1次，空白组不采用任何方法干预，2个月后复查结果。结果治疗前后20多项老化症状平均积分对比差异显著。近事记忆力测定显示，改善非常明显。单足直立稳定时间、运动后心率恢复时间、肺活量、视敏度、握力均有显著改善。这一实践表明，保健灸可以使中老年人的衰老积分值显著下降，不但使中老年人的老化征象明显改善，还使心肺功能、记忆能力、视力调整能力、肌力等得到明显改善，提示灸法可能

将衰老所致的脏腑功能下降趋势延缓,甚至部分功能在某种程度上有所逆转[3]。

3.2影响血脂、载脂蛋白

我们观察了艾灸前后中、老年人血清总胆固醇、甘油三酯的变化。结果表明,保健灸能明显降低中、老年人血清总胆固醇、甘油三酯的含量,使观察人群的高血脂症百分率明显下降。对31例老年前期、76例老年期人群艾灸前后的血浆总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)进行了观察。结果两组TC、TG含量均有明显改善,尤以老年组下降更显著,老年前期组总胆固醇含量也呈下降趋势,但无统计学意义。不同年龄组中男女性别血浆TC、TG含量比较发现,老年组男性和女性的TC改善均有显著意义,男性的TG含量亦有显著改善,但女性TG含量变化没有达到统计学意义。老年前期组灸后TC、TG的改善仅女子组TC和男子组TG含量降低有显著意义[4]。

为了了解保健灸对血脂中不同组分影响是否存在差别,我们观察了老年人血清载脂蛋白(Apo)的变化。结果发现保健灸后,ApoA含量较灸前升高,而ApoB并无明显改变。灸后高密度脂蛋白的浓度增高,就说明艾灸对于血管畅通具有积极意义,可以通过扩张血管来维持更多的血流量,也可能通过增加抗氧化与抗炎症,来降低血管损伤的可能性。这一研究结果提示,艾灸可调动老年人调整脂质代谢的自身潜力,达到防止心脑血管疾病,延缓衰老的效果[5]。

3.3抗氧化作用

我们观察了56例无明显器质性病变的中老年人保健灸前后血浆超氧化物歧化酶(SOD)和过氧化脂质的主要降解产物丙二醛(MDA)的变化。结果显示,保健灸具有提高中老年人血浆中SOD活性、降低MDA含量的作用。表明保健灸对老年人一方面有增强

其抗氧化的能力,另一方面又具有清除自由基的作用,正是这种双重作用,使保健灸具有强身健体、防病延衰的作用。

现代研究发现,细胞和有机体的衰老与自由基及糖基氧化反应有密切关系。在生命活动过程中,细胞的呼吸作用和许多酶促反应都会产生自由基,如果不能及时得到清除,对DNA、蛋白质和脂质均会产生损伤效应。自由基主要靠超氧化物歧化酶(SOD)、过氧化氢酶(CAT)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)三种酶来清除,以保护机体免受损伤。未能及时清除的自由基可或与血浆中的脂质反应,生成血浆过氧化脂质(LPO),存在于血浆中,增加血液粘度;或与胞膜或细胞器膜中的不饱和脂肪酸反应,导致大分子交联,形成不可溶性的脂褐质,沉积于组织细胞中,破坏生物膜的稳定性,影响组织器官的功能。随着年龄的增加,自由基清除系统酶活性减弱,引起了大量不饱和脂肪酸氧化,造成生物膜的破坏,DNA突变,蛋白质变性等细胞广泛性损伤,加速了机体的衰老。我们实验证明,艾灸神阙、足三里穴能提高SOD的含量和活性,增强自由基清除系统的功能,从而减少不饱和脂肪酸的氧化,防止生物膜的大量破坏,达到延缓衰老的目的。与其他实验类似,艾灸既降低过氧化脂质(LPO)及其终产物丙二醛(MDA)的含量,又能增加抗自由基多种酶的含量[6]。

3.4影响免疫功能

近年研究证实人的红细胞与白细胞一样,也具有重要的免疫功能,其基础在于红细胞表面的C3b受体(C3bR)。红细胞可通过其表面的C3bR,发挥清除免疫复合物(IC)、促进吞噬、提呈抗原及激活补体等多种作用。衰老过程中,红细胞的免疫粘附活性较正常人显著降低。我们的观察表明,艾灸对中老年人除了可以增强白细胞免疫功能外,还可增强红细胞的免疫功能。通过观察40例老年人(男26、

女14; 年龄最大92岁、最小65岁)保健灸前后红细胞C3b受体花环率、红细胞IC花环率、T淋巴细胞值、B淋巴值、IgG、IgA、IgM免疫球蛋白等指标的观察,发现保健灸使RBC-C3b受体花环率明显提高,红细胞IC花环率变化没有统计学意义。保健灸后老年人的T细胞百分率明显上升。从艾灸组与空白组的对照来看,保健灸增强了老年人细胞免疫功能,尤其是红细胞的免疫功能。同时保健灸后老年人的IgG、IgA、IgM免疫球蛋白均明显上升。另外观察到老年前期组IgG含量明显上升,空白对照组同期前后除老年前期组IgA含量略有上升,IgG、IgM均呈下降趋势,其中老年组及老年前期给的IgG明显下降。本研究表明保健灸对老年人的免疫系统具有双向调节作用[7]。

3.5影响血液循环

保健灸后不同年龄组的血液流变学的几乎所有指标均得到改善,在老年组及老年前期组中,全血粘度低切之数值、红细胞聚集指数明显下降,老年组的血沉、血沉方程K值下降分别具有非常显著性差异,而老年组的指标改善似乎更好些。表明艾灸可以改变老年人的血液的不浓稠性、粘滞性、聚集性、凝固性状态,消除体内瘀滞[8]。

保健灸后中老年人的微动脉和微静脉的管径与艾灸前相比,均有所增大,但其差别尚未达到统计学意义。血流速度和管袢长度,艾灸后比艾灸前均有大幅度的增加,具有统计学的显著意义。表明增加血流速度是保健灸改善微循环的主要作用环节[9]。

4保健灸延缓老化的临床规律

4.1整体调节特性

与针刺一样,艾灸对机体是一种非特异性的物理刺激,艾灸既与西药不同,没有明确的靶向性,又与中药不同,没有特异性的

性味,艾灸对人体的调整作用是整体的、全方位的,可以多靶点、多层次地产生良性调整作用。保健灸多采用下肢脾胃经穴位、下腹任脉穴位、背俞穴等,这些穴位除局部作用外,还可广泛地影响消化系统、心血管系统、神经系统、内分泌系统。

我们的临床观察表明,保健灸对二十余项老化症状均有明显改善作用,对可以反映脑功能的近事记忆力,单足直立稳定时间,反映心脏功能的运动后心率复常时间,对反映肺功能的肺活量测定及视力、肌力等均有良好效应。并提高老年人的细胞免疫功能,提高了淋巴细胞的数值及红细胞Cab受体花环形成率,增强了体液免疫功能,使免疫球蛋白IgG, IgA, IgM含量增加。保健灸后老年人头发锰、锌、钙、含量明显增加[10]。多项研究表明保健灸延缓老化作用具有整体性调节规律,所谓整体性调节,意味着保健灸可以在不同水平上同时对机体多个脏腑组织器官产生效应,这一规律恰能契合老化所具有的普遍性特征。

4.2双向调节特性

灸法作为非药物疗法,其作用规律与药物有显著的差异。一般而言,西药不具有双向作用,如降血压的利血平绝无升压作用。中药虽也发现部分具有双向作用,但不如针灸腧穴所产生的双向性调节作用那么普遍和明显,即针灸同一穴位对不同机能状态的个体可以产生有利于机体生理需要的变化。我们在临床上观察到保健灸对老年人无论是便溏或是便秘,灸后均能向正常转化,对血液的生化指标如脂质代谢、抗氧化系统、免疫系统等,都呈现灸后使机体功能趋向生理范围,原先水平正常者,灸后相关指标仍会在正常范围内波动,而不会调整到病理的状态,因此四年实践中,从未发现一例经过保健灸后出现了身体的不适。

《灵枢·五邪》说：“阴阳俱有余，若俱不足，则有寒有热，皆调于足三里”。表明针灸等方法刺激穴位与药物直接参与或干扰机体生理生化过程完全不同，灸法是通过激发或诱导体内调节系统来改善内环境稳定性的。关于灸法除了温补阳气的作用外，能否应用于阴虚阳盛之证，历来就有不同的看法。根据古今临床记载，灸法与针法一样，均具有双向性调整作用，至于灸法有比较明显的温补作用，这是相对于针刺有更显著的泻邪作用而言的，那种沿用中药的性味来附会灸法作用的思维方法是值得商榷的。可以设想，体内生理活动的动态平衡是两个对立的功能系统相互作用的结果。当机体发生异常，体内势必出现正负反馈性调节，以促进平衡的重新建立，灸法（包括针法）的作用就在于加强了这种反馈性调整作用，以促进功能的生理化，所以保健灸对于各种体质类型的中老年人都是适宜的，只要体内具有一定的反馈调节能力，保健灸就能产生一定效应，关键在于要因人而宜地掌握适宜施灸量度。数千年的针灸发展史已经表明，针灸工作者始终在自觉和不自觉地创造条件，使针灸效应最大化，因为针灸整体的（包括双向的）、生理的调整作用是有条件的，只有在适宜的部位、采用适宜的刺激，才能获取理想的效应。

4.3 生理调节特性

保健灸整体的、双向的调整作用，其效度（强度）完全在机体的生理范围内，而健康老年人退行性变化从本质上讲也属于生理性的，其不完善的反馈调节机能，即抗老化的自我调节机能，从空间上理解，在整个人群来说是不平衡的，从时间上理解，对某一个体也不会突然形成。因而启动、增强人体抗老化的能力，与处理疾病状态下的病理变化有所不同，艾灸采用轻缓而持久的刺激，来适应激发老年人机体在抗老化方面，逐步衰退的自控、自稳能力的需要。

古代长寿保健灸的操作方法也证实了这

一规律。如要求“三里常不干”。日本《江间式心身锻炼法》曰：“无病长寿法，每月必有十日灸足三里穴，寿至二百余岁”。又如《扁鹊心书》要求“灼关元千壮”。古代所谓灸至千百壮，常为“报灸”，指一段时间内反复施灸所积累的壮数。保健灸的作用更看重艾灸的积累效应，至于艾灸的即刻效应，除非患者已经出现明显衰老症状。由此可见，采用小剂量、长时间的灸法，达到延缓老化的效果，其作用是轻缓而有限的，其基础在于人体有关组织结构的完整与一定的潜在的机能。人们不能指望保健灸延缓老化的效果一蹴而就，更不可能期望灸法能返老还童，艾灸延缓老化的作用只能在长久的坚持中逐步地显现出来[11]。

艾灸延缓衰老的实践和研究引领我们深度地思考了针灸的效应特性，上述艾灸延缓老化的作用规律既可以体现于某个穴位的效应，又可以体现于针刺、刺络放血、拔火罐等不同疗法的效应，更可以从针灸防治疾病的临床效应中再现。由此推想，只有能够揭示针灸效应的整体性特征与生理性效度的研究思路与方法，才能使针灸的临床规律昭示天下。

参考文献

- [1] 阎晓天,李雁.《内经》所述上古人寿命初考[J].国医论坛,1988(1):48.
- [2] 吴中朝,王玲玲,徐兰凤.试论老年人阳虚挟瘀衰老本质[J].江苏中医,1994,15(11):39~40.
- [3] 王玲玲,吴中朝,徐兰凤.等.保健灸延缓老化作用的临床观察[J].中国针灸,1994(6):18~20.
- [4] 吴中朝,王玲玲,刘跃光.等.艾灸降血脂作用研究[J].南京中医药大学学报,1996,12(5):41~42.
- [5] 吴中朝,王玲玲,刘跃光.等.艾灸对老年人血液载脂蛋白研究[J].中国针灸1998(5):261~262.
- [6] 吴中朝,刘跃光,王玲玲.等.艾灸抗高甘油三酯血症脂质过氧化正交试验临床研究[J].中国针灸,1998(6):325~327.
- [7] 徐兰凤,王玲玲,吴中朝.等.保健灸对老年人免疫功能的影响[J].中国针灸,1994(3):23~24.
- [8] 吴中朝,王玲玲,徐兰凤.等.艾灸对老年及老年前期者血液流变性的影响[J].中国针灸,1996(11):23~24.
- [9] 张蕊,王玲玲,吴中朝.等.艾灸对33例正常老年人甲襞微循环的影响[J].中医研究,2008,21(1):50~51.
- [10] 王玲玲,吴中朝,徐兰凤.等.保健灸对老年人头发锰锌铜铁钙含量的影响[J].中国针灸,1994(2):35~36.
- [11] 王玲玲,吴中朝,徐兰凤.保健灸延缓老化的作用规律[J].南京中医药大学学报,1995,11(6):38~39.

新加坡有关 儿童青少年的 近视防治



新加坡 林秋霞

新加坡眼科研究中心于2012年2月在眼科界著名的国际眼科平台 *Ophthalmology* (眼科) 第119期刊号2 (*Ophthalmology* 2012; 119:347-354) 发表了有关阿托品 (Atropine) 可以有效地治疗儿童青少年近视的研究文章之后, 即刻成了近期国际眼科界讨论次数最多, 引用频率最高的文章之一, 简直成了治疗近视眼的金科玉律, 将自1920年就推入阿托品治疗近视眼的方案, 推向了极致。很多眼科工作者只要到访新加坡, 便四处打听到底可以从那个管道购买文章中提及的稀释阿托品 0.01%, 因为在那篇文章中, 显而易见地, 稀释阿托品 0.01%, 不但可以有效地控制近视, 而且也因为稀释的原因, 大幅度地降低了阿托品的副作用。

这项长达2年的临床研究涉及400位年龄介于6-12岁的儿童青少年, 近视度至少-200, 散光度至少 -150, 以2: 2: 1的比例, 分别给予 0.5%, 0.1%, 及0.01%稀释度的阿托品, 在晚上睡觉前点滴。由于阿托品的机制是可以有效地松弛睫状肌, 造成失焦, 参与者在近距离会感觉视力模糊, 所以都选择在晚上点滴, 尽量减少学龄儿童在生活上的不便。

研究结果显示三组参与者的近视增递度差异不大, 但相对来说, 0.01% 稀释度那组副作用较小, 发生结膜炎、皮肤炎的情况相对较低, 而且整体表现最稳定, 至少这组的儿童

没有严重的近距离阅读困难, 因此总结论就是 0.01%稀释度的阿托品治疗近视最有效。

当然这篇研究文章所受到的关注度也遭受了接二连三的质疑。最大的质疑在于这个研究里没有设立对照组, 当一个研究没有设立对照组的时候, 就很难假定参与科研者所用的药物有其疗效性。譬如说使用阿托品 0.01% 稀释度这组参与者在2年里近视度增递率最低最稳定, 但是却说不清是否真的是阿托品起作用, 还是这组参与者的体质或生活方式起作用。这是研究学术界的一个最大质疑点。另一个质疑点则是参与阿托品 0.01 稀释度的最后人数只有区区84人, 相比较其他两组组别 0.1% 有 155 人, 0.5% 有 161 人, 统计学上比较意义不大, 这就造成了学术界的一些反馈, 表面上这个研究说明了 0.01% 阿托品可以治疗近视眼, 但再进一步探讨, 又觉得非常勉强, 尤其是其他两组相比较之下, 近视度增递度也不明显, 唯一可以通过的则是副作用率低, 但在人数少了近半的情况下, 来比较说明副作用相对减少的说法也几乎很难成立。

在经过了将近5年的沉淀后, 新加坡眼科研究中心在2017年再次发表了另一篇有关防控青少年近视的重量级文章。这篇发表于眼科国际平台 TVST 第6期号第3号刊第20篇 (2017 TVST; Vol 6, No. 3, Article 20) 标题为“户外活动能有效地防控近视”。这无疑是将

近视的防控转回到最原始的起点，不再说任何有关的治疗方式，无论是手段或药物，而是预防胜于治疗。想要让孩童们不患上近视，最重要的方式就是尽量远眺，而不是看近。这个理论相对上来说是同中医理论非常切合的，治未病的理念在于防，而不在于治。

儿童青少年近视是近10年来国际眼科界非常关注的一个领域。而新加坡在近10年来因为近视人口比率相对增高而成了全球的世界第一近视国。根据媒体目前发表的数据，本地7岁-9岁儿童的近视率为33%，10岁-12岁儿童为59%，15岁-19岁青少年近视率为74%。

如果以上的发展趋势保持不变，那么百分百的近视率几乎指日可待，这对于新加坡人的健康来说，绝对不是一件好事。新加坡儿童从小就接触高端科技，包括手机、电脑、平板等的阅读与游戏，这同政府长期鼓励新加坡走向科技世界有很大的关系，但以眼球发育的情况来说，学龄前后的儿童，睫状肌非常发达而且非常有伸缩性，调节自如以让水晶体聚焦，可以在任何一个距离视力清楚。但是如果长时间在短距离内用眼，睫状肌是永远处在一种紧张收缩的状况下，再看远距离就得从紧张的状态转为松弛的状态，这么样的长时间紧张伸缩一下子又松弛就造成整个睫状肌处于一种不平衡状态，如果发育年龄的孩童肌肉发达，为了适应用眼状况，睫状肌的频繁收缩可能造成眼球球体轴面距离的伸展，这个时候看远距离就开始视力模糊了，因为影像焦距在视网膜中央凹之后，必须靠凹镜片纠正，将影像焦距投射在视网膜中央凹上，才能看得清楚。但学龄前孩童佩戴眼镜来纠正近视在验光上一直存在分歧点，因为眼镜是佩戴来看远的，近距离里孩童们应该可以自我调节而不需要配镜，如果佩戴远的度数来看近距离，基本上是错误的，因为会造成近距离内，睫状肌也无法松弛而一直紧绷，造成看远距离的时候进一步的伸展，加深

近视度数。

以上各种各样的假设一直给眼科界带来很大的困扰，也不断地在眼科视光学上推陈出新各种防控近视的镜片、或阻挡蓝频光谱镜片，但收效都微乎其微。

视光学界普遍同意如果强调用眼时间及懂得放松睫状肌，譬如近距离工作或孩童阅读40分钟后，如果可以远眺10分钟，在睫状肌收缩40分钟后开始放松，让睫状肌可以修复，基本原理是不可能患上近视的。但如果连续近距离工作或阅读几个小时也不能够休息，那么睫状肌就是长期几个小时处于收缩紧张状态，等到要看远的时候，肌肉已经紧绷至无法松弛，那么眼睛要看远要怎么看，就是拉长眼轴距离来调节，造成近视眼。

对于近视，中医眼科方面古代医籍早有记载，称为“目不能远视”，又名“能近怯远症”，其病机则与久视伤血、血伤气损、心脾两虚、肝肾两虚、瘀血阻络等相关。

根据以上的思维路向，中医治疗除了针刺、药物治疗以外，也采取其他中医治疗手法譬如推拿、按摩、雷火灸、药灸、熏蒸、耳豆、脚底按摩、经络拍打等手法，也在临床表现方面取得了一定的功效。

有鉴于此，中华医院眼科组在衡量新加坡近视率的发展趋势后，决定在义顺治未病中心设立儿童青少年防控中心，让我们可以进一步以中医治疗手法，对患上近视的青少年儿童，可以避免进一步恶化，而对于目前视力尚良好的青少年病人，我们可以给予流传广泛的中医手法，希望可以得到一些防控的疗效。

儿童青少年近视问题不会止步于一个近视。很多临床报告显示，愈早患上近视的青

少年，而且近视不受控制的升高，最终将导向更严重的眼科疾病问题譬如白内障、青光眼、黄斑出血、黄斑病变、黄斑水肿，甚至视网膜退行性病变，最终导向失明或视力严重障碍。面对这种可知的眼科疾病，防控近视已经成了当务之急，除了加强防控手段外，对于家长及青少年的教育也是不可忽视的重要环节。

作者简介：林秋霞，中西医结合眼科医学博士，主任医师。目前是中华医院眼科组主任。中华医院医务委员会主席及中华医院董事会副主席，对推广中医眼科不遗余力。近日在中华医院义顺分行治未病中心设立儿童青少年近视防控中心，将以此为发展重点，希望在短期内能帮助广大的近视青少年群体，在近视的发展方面得到一些缓解及控制。



乳腺癌中医辨证分型再探

新加坡 曾玉珠

1. 前言

中医学里的“乳岩”、“奶岩”、“石奶”、“石榴翻花发”、“乳石”与现代医学里的乳腺癌相似。在众多侵袭乳房的疾病中，乳腺癌已成为严重威胁妇女健康及生命的常见病，多发病。根据笔者的硕士与博士学位论文[1&2]研究成果，其发病的高峰年龄在40—59岁，手术、放化疗、内分泌治疗及中医药治疗是当今的主要治疗方法。

手术、放化疗可起到快速及有效地控制局部病灶和全身转移灶，但同时也带来一定的毒副作用，甚至有些患者可能因放化疗的毒副作用而影响完成率。在术后及放化疗期间，中医药治疗的优势在于提高患者免疫功能，减少手术、放化疗毒副作用，提高放化疗敏感性。而对术后及巩固期病人，中医药治疗有着广阔的适应症和西医药难以取代的独特优势，目前已经是乳腺癌术后及巩固期治疗的主要方法之一。

中医治病的特色是辨证论治。辨证论治是中医认识与治疗疾病的核心。但目前临床上对乳腺癌的辨证分型尚未统一。值得庆幸的是在近几年，乳腺癌中医证型研究因国内外的关注，获得了成绩。

笔者在攻读硕士研究生及博士研究生时，都是以乳腺癌为研究课题，课题也与中医辨证分型有关。硕士的研究课题是《200例乳腺癌中医证型分布及用药规律的探讨》，在北京收集的病例；博士的研究课题是《乳腺癌分子分型与中医分期辨证相关性研究》，在南京收集

的病例。资料收集是通过统一问卷式调查表，让患者对表中所列的自觉症状(硕士研究也包含回顾性症状)自我评定，然后根据诊疗标准对资料进行分析总结。今重新回顾两次实验结果，探讨在应用同样实验方法但不同诊疗标准的影响下，乳腺癌中医辨证分型是否因时、因地、因调查人群的不同而有变异，以确立不同治疗阶段乳腺癌中医辨证分型的分布规律是否具有可靠性、重复性、科学性。

2. 结果与分析

以下是两个实验的结果：

2.1 手术前中医证型构成情况

表1. 手术前中医证型构成情况

中医证型	手术前	
	硕士论文	博士学位论文
肝郁气滞型	57.2%	
肝郁痰凝证*		58.1%
痰瘀互结证**		29.0%
肝肾阴虚型	18.7%	
冲任失调型	9.1%	9.7%
气血亏虚型	8.0%	
脾虚痰湿型	4.3%	
毒热蕴结型	3.2%	
正虚毒炽证#		3.2%
气阴两虚型	2.7%	

* 肝郁痰凝证的诊疗标准强调肝郁的症状，可与肝郁气滞型等同。

** 痰瘀互结证的诊疗标准强调有形肿块引起的症状。

正虚毒炽证的诊疗标准强调局部肿块红肿热溃破的症状，可与毒热蕴结型等同。

从表1得出肝郁证（肝郁气滞型=肝郁痰凝证）在手术前的乳腺癌患者的出现率最高，不管是在中国北方还是南方，10年前或10年后，都有超过一半的患者是属于这个中医辨证分型，而且比例稳定（北京，10年前，57.2%；南京，10年后，58.1%）。此证型出现率最高主要跟乳腺癌的病因病机有关。

表中也指出术前乳腺癌都包含有冲任失调型及毒热证的患者（毒热蕴结型=正虚毒炽证），同时，比例也相近（北京，10年前，前者9.1%，后者3.2%；南京，10年后，前者9.7%，后者3.2%）。

由此推断，虽然地区、人群、时间有差异，但术前的乳腺癌中医证型必有肝郁证，冲任失调型及毒热证，且分布的比率相当规律。

2.2 手术后中医证型构成情况

表2. 手术后中医证型构成情况

中医证型	手术前	
	硕士论文	博士论文
气血亏虚型	54.6%	90.3%
脾胃不和证		9.7%
肝郁气滞型	26.2%	
肝肾阴虚型	13.1%	
冲任失调型	3.8%	
脾虚痰湿型	2.2%	
气阴两虚型	1.1%	
血瘀证	0.5%	

表2提示不分地区、人群、时差，术后的乳腺癌患者还是以气血亏虚占多数（超过50%），这跟手术是一个耗气伤血的过程有关。由此推断，气血亏虚型是术后乳腺癌患者的最常见证型。

2.3 三苯氧胺治疗后/就诊时/巩固期中医证型构成情况

表3. 三苯氧胺治疗后/就诊时/巩固期中医证型构成情况

中医证型	三苯氧胺治疗后	就诊时*	巩固期			
	硕士论文	硕士论文	博士论文	Luminal 型#	Her-2 扩增型	三阴型
肝肾阴虚型	46.2%	26.0%				
冲任失调型	4.6%	11.0%	70.3%	50.0%	3.1%	17.2%
肝郁气滞型	27.7%	38.0%				
气血亏虚型	15.4%	12.0%	15.6%	4.7%	3.1%	7.8%
脾肾两虚证			14.1%	12.5%		1.6%
脾虚痰湿型	3.1%	3.0%				
气阴两虚型	3.1%	24.5%				
血瘀证	1.5%	1.5%				
毒热蕴结型		0.5%				

* 就诊时的病例包含未经治疗及各治疗阶段（手术后，围放化疗期，巩固期）的患者，因此证型较繁杂。

巩固期Luminal 型的病例包括口服三苯氧胺或其它芳香化酶抑制剂的内分泌治疗患者（即雌激素依赖型患者）。

在表3, 我们可将三苯氧胺治疗后的患者与巩固期Luminal型的患者进行比较, 同时, 也可把肝肾阴虚型与冲任失调型归纳在一起, 用冲任失调型作代表讨论 (因为应用三苯氧胺治疗后可出现月经失调及一系列更年期冲任失调, 肝肾亏虚的症状, 因此, 女子肝肾可与冲任等同)。

表3提示, 应用内分泌药治疗后的患者以冲任失调型为主, 不管是在中国北方还是南方, 10年前或10年后, 都有约一半的患者是属于这个中医辨证分型, 而且比例接近 (北京, 10年前, 50.8%; 南京, 10年后, 50.0%)。由此得知, 雌激素依赖型的患者出现的中医证型跟所口服药物引起的临床表现密切相关。

由于就诊时的病例涵盖面广, 无法与博士论文中巩固期的病例比较, 因此, 不进行讨论。

3. 结论

无论是在中国北方还是南方, 10年前或10年后, 虽然地区、人群、时间有差异, 但乳腺癌的中医证型有规律可循。

术前的乳腺癌中医证型必有肝郁证 (最多见), 冲任失调型及毒热证, 且分布的比率不受地区、人群、时间的影响。肝郁证的出现率最高主要跟乳腺癌的病因病机有关。

术后的乳腺癌患者最常见气血亏虚型, 这跟手术是一个耗气伤血的过程有关。

应用内分泌药治疗的雌激素依赖型患者以冲任失调型为主, 这跟所口服药物引起的临床表现密切相关。

从以上的回顾分析, 虽然所应用的诊疗标准不同, 两个实验的中医证型难以完全吻合, 但仍可总结出乳腺癌中医辨证分型的分布比率没有因时、因地、因调查人群的不同而有太大变异, 由此也能确立不同治疗阶段乳腺癌中医辨证分型的分布规律具可靠性、重复性、科学性。

4. 展望

辨证论治是中医对疾病进行诊断及指导处方用药的根本、重心与精华。临床上, 从辨证得出的中医证型往往会影响到治疗原则及处方用药, 更进一步影响到治疗的效果。中医要在乳腺癌的治疗中取得非凡疗效, 证型的规范化, 标准化是一个关键, 贡丽娅等[3]就认为目前临床上对乳腺癌的辨证分型尚未统一, 影响了中医学对乳腺癌进一步深入研究的进度, 无形中遏制了中医学对乳腺癌临床疗效的水平。

截至目前, 新加坡未真正有关于本土乳腺癌患者中医证型分布规律的实验研究成果。笔者认为我们可以开展一个类似以上的科研以进一步确立新加坡乳腺癌患者的中医证型分布规律是否与以上成果类似。

笔者也认为新加坡的中医药治疗肿瘤事业如果要在证型上取得规范化, 标准化, 有一个属于本土的乳腺癌诊疗指南, 改变一般人对中医不科学的看法, 我们可以对大多数寻求中医药治疗的乳腺癌患者展开类似的调查, 而涵盖的病例应该包括中华医院、同济医院、新加坡佛教施诊所等机构的求诊乳腺癌患者。目前, 同济医院与新加坡佛教施诊所的医师都经常参加中华医院肿瘤组的会议, 所以合作的时机与条件成熟, 是可行的。

另外, 笔者觉得体质类型也是一个在临床治疗中具有实际指导价值的指标。体质可以影响疾病的发展与转归, 在一定程度上可影响中医证型的表现, 是一个值得一起收集探讨的资料。

证候要素方面, 笔者认为其临床实际用处不大, 且容易使人混肴, 中医辨证分型反而会更实际与恰当。

参考文献

- [1] 曾玉珠. 200例乳腺癌中医证型分布及用药规律的探讨[D]. 中国中医科学院硕士学位论文, 2007。
- [2] 曾玉珠. 乳腺癌分子分型与中医分期辨证相关性研究[D]. 南京中医药大学博士学位论文, 2017。
- [3] 贡丽娅, 陈红凤. 乳腺癌术后中医证型研究进展[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35 (6): 87-89。

危柏亘老师的脉学 让你更好的用在临床

黄信勇博士 整理

在谈脉学之前，先举出危柏亘老师的一个病例。

有一位12岁的四川女孩出现过敏性紫癜，经过大医院治疗无效，后来由危柏亘老师治愈。脉诊发现

右寸脉浮紧，右尺脉弦；

左寸弱，左关弦，左尺沉弦伏涩。

通过脉象分析：小女孩的右寸脉浮紧（属于葛根汤证），知道属太阳病寒气未解引动伏邪化热，热伤血络，免疫失衡，造成西医说的过敏性紫癜。

如何处理这个病呢？就是根据脉象。因为右寸脉浮紧，定位在太阳表寒。右尺脉弦，辨为下焦有热，弦属于少阳，少阳主脉热叠加到右尺脉，下焦气化过度。这就是六经结合三焦辨证。《素问·六微至大论》：少阳之上，火气治之。

左尺脉沉弦伏又涩，整体脉偏数。

病机：左尺伏涩，有潜藏的疾病，发生过过敏性紫癜之前，冬天患了一场感冒。后来出现高热不退，在当地人民医院住院治疗至13天时，全身出现过敏性紫癜，只好紧急转至华西医科大学附属医院治疗。经过40天治疗，疾病没有治疗好。邀请危老师诊治。

危老师诊断：外感寒邪未解除，同时引动潜藏的少阴蓄血证，激活身体的免疫应答机制（中医称为寒邪入里化热）。免疫应答亢奋导致体内免疫应答系统紊乱，发生过敏性紫癜。

处方：右寸脉浮紧，寒邪未解，用葛根汤清热凉血的妙药勇安散，加上活血祛瘀下淤血的抵挡汤，用大量的生地与元参（四妙勇安散内已经有元参），保护身体的阴液。因为病人长期炎症，阴液受损。

病人服药一周，排除黑色大便，皮疹逐步消退，排淤血与解表的治疗一共30天而愈。

这种病属于伏邪的范畴，是从外感寒邪治疗不当而造成的。一般初时西医医疗主要用抗生素口服、或肌注，或静脉滴注。人体不能把外邪去除出去，从太阳内陷少阴，热伤血络，导致少阴蓄血证。因为西医选用了抗生素，看了暂时免疫应答抑制下去了，西医不能发现，也不会处理，因为没有这个概念。但是，造成病人的隐患，可以导致很多的后遗症，甚至影响人的一生。早期小朋友出现生长发育不良，智力障碍，每次一外感就出现高热难退。也有些成人造成不育，也可能造成肾功能损害、慢性肾病综合征，严重的造成肾衰。

对一个感冒的病人，在临床上值得我们深思，治疗技术的提高是非常重要的。

我们能够看到西医仪器看不到的诊断，就是中医的脉诊。

以下就谈危柏亘老师对脉学的精辟分析

我们临床诊脉时都必须认识三部九候的方法。三部就是寸、关、尺，九候就是举、按、寻。三部都有举按寻，就变成九候了。

从书本上学到的都是上面的资料，老师都这么的教导，我们临床也用了几十年，似乎都没有人异议。但是，我学到太湖学院的危柏亘老师谈到的脉诊，又有了一些不同方法，认真读后，真的与我们几十年学到的、用的，都不一样。无怪乎我们脉诊的功夫几十年没有提高，对复杂的疾病没办法从脉诊中得到正确的辨证，恐怕问题就是出自这里。危柏亘提出了五层十五力的概念，使我们更好地掌握脉诊。

1. 五层十五力：

1.1.找回经典

《难经·第五难》、《伤寒杂病论》、《脉经》里面所记载的一个重要内容。

《难经·第五难》讲：

脉有轻重，何谓也？

然：初持脉，如三菽之重，与皮毛相得者，肺部也。如六菽之重，与血脉相得者，心部也。如九菽之重，与肌肉相得者，脾部也。如十二菽之重，与筋平者，肝部也。按之至骨，举指来疾者，肾部也。故曰轻重也。

什么叫“三部”？寸关

尺，这个没有问题。什么叫“九候”？浮中沉三取九候，这个也没有问题。问题在哪儿呢？问题在方法。这段话究竟说了什么意思？它主要是讲我们候脉时候的轻重之法。

危柏亘老师说：后世对浮中沉三取法做了一些解释，但是并没有对这一段“重要的信息”进行解释，以致导致后世脉诊在这个轻重力度上，产生了巨大的问题，错就从这儿始的。

1.2.浮中沉是候脉的区域

危老师认为后世理解三部九候法是有问题的，摸脉没有摸准，因为按脉下指通常是浮中沉三个力度层次。浮中沉是个什么概念？后世把它理解成了浮中沉三个位置的取法。看来是没有错的。但是却把《难经·第五难》的内容，在历史传承当中给扭曲了。所谓浮中沉不是获取的规定力度，而是候脉的区域，而正确的提法应该是三部九候十五力的概念。后世中医界包括现在的教材，只对三部九候做了一个解释，却没有对十五力详细解释。

这是一个非常重要的问题，是传承当中遗漏千年的关键。所以为什么后世脉诊不清楚，指下没有感觉，最根本的就是在这儿。

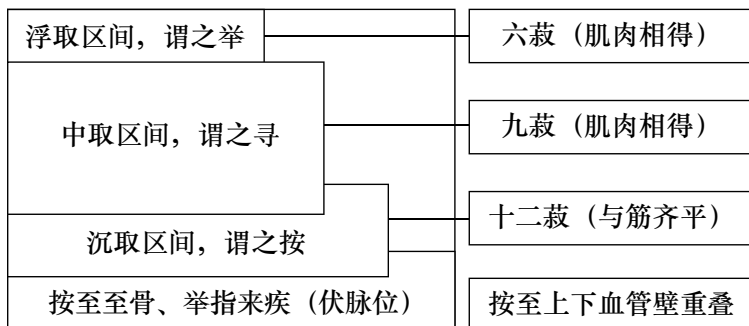
以下就是表达三部九候十五力的图，为柏亘列出五层十五力，比较明确定出按脉的力度，这是一种更清楚、更能找出符合临床

病机的脉象方法。

五层十五力图如下：

2. 按脉的方法：

三菽（皮毛相得）



2.1正确的姿势



（1.患者虎口向上。2.医者食指、中指、环指呈弓形，拇指在后）

首先，患者虎口要向上，医师左手候患者的右手，右手候患者的左手。食指候寸，中指候关，无名指候尺，三指呈弓形，大拇指在后，才可以方便的控制指下的力度。用指尖和指腹的45度夹角区，这个夹角区是我们手指的最敏感区域。

有了正确的诊脉手法才比较更好地摸到正确的脉象来。

2.2.如何理解候脉区间：

比如浮取，什么叫浮取？浮取是浮取一个区间位置，在这个区域位置所产生的脉象都是浮脉。但是平时是不是这样用的？《难经·第五经》，包括张仲景《伤寒杂病论》的平脉法，包括《脉经》虽然都提出了这个内容，但是没

有说清楚。那我们如何来划分这个问题呢？

比如取脉的时候，三菽到六菽的力，“菽”是小豆子的重量）。在三菽力取到的时候是浮脉，在六菽的力取到的时候也是浮脉，在四菽取到的也是浮脉，在五菽也是浮脉。

所以说，浮取、中取和沉取代表的的是一个区域空间，不是三个定位。那么力是什么呢？力是三菽、六菽、九菽、十二菽、按之至骨举指来疾这五个部位的力度。所以我们取脉的力度正确的是五层十五力，代表取脉的区域范围。

2.3.两部病理脉象：

用食指、中指与环指轻轻布指在寸关尺上，开始轻触皮肤，属于图上写着三菽的位置。轻触皮肤尚未触及脉管，如果感觉到脉动，那是由于脉管跳动时震动到皮肤的感觉，这是病理脉象。接着三指往下按压，到脉管底层上下管壁重叠处，本应该不会感觉脉动的，如果医者还感觉之下有脉，此处也属于病理脉象，这就是“推之至骨、举指来疾”候到的脉象，也属于病理脉象。

2.4.生理脉象（也有病理性）：六菽、九菽、十二菽这个区域范围之内，也就是说从六菽到十二菽这个范围区间，这个才是脉学的真谛。

当医者下按到脉管的上缘时的脉动就是六菽之重。危老师指出从三菽到六菽的区间都属于浮脉。他强调说：“浮脉技巧重在举（举之有余），浮脉是举出来的。往下按到九菽时就是中取区间，中取技巧重在寻。再往下按到十二菽之力时，就是沉取位了，沉脉技巧重在按。这是浮中沉分为三区间，称为举寻按。比如，三菽力下手，按到六菽位，上举时脉明显出现便是浮（鉴定原则：下按时不空）。又比如，按之至骨，是到位了，举指（上举不超过12菽位）来疾谓之伏。这就是所谓按举手法。所以，伏脉也是举出来，牢脉是按出来，等等，在临床上需灵活应用。”

平时为什么候不出来脉？就是没弄清楚这个道理，包括后世很多医家都没弄清楚。有百分之五十的浮脉大家没有候出来。为什么呢？

因为大家只记住浮脉在浮位，“如水漂木，重按少力”（不等于重按无脉），其实浮脉存在的区域范围是三菽到六菽。

3. 举例说明

一个慢性过敏性鼻炎，他脉搏上是浮的，一摸就知道了。为什么呢？你按到的是六菽力的脉。

再比如颈椎病人感冒了，吃一些西药（康泰克），像这些药，它不能把身体的寒拔出来，只是控制一下症状，却把身体的寒从表（太阳）弄到少阴。所以现在很多都是太少两感证。太少两感证之后它的浮脉跑到六菽了。本来初感外邪时的脉是浮的，它在三菽的位置可以候到的，吃了西药它耗伤正气，可以使脉跑到六菽的位置。这个时候危老师认为还是个浮脉（其实我们已经靠近中取位了）。然后还有正气的强弱不同，如果病人身体非常好的，患病后脉还是很浮的。反观脾虚的人或脾肾阳虚的人患感冒，太少两感了，脉怎能浮的起来呢？这个时候也许浮脉就不存在了？临床上有些人应该还是存在的。

危老师认为用我们旧的方法，也许百分之五十的浮脉都候不出来，因为浮取是一个区间范围，叫浮取法，它包涵了三菽、四菽、五菽、六菽这几个力度范围，危老师特意把他冠以重要信息。脉不是浮中沉三取而已，而是五层十五力取法，而浮中沉是脉象化分区间。危老师表示把浮中沉作为取脉规定力度范围是千年错误。

4. 以下危老师列出的方法：以菽定重量按脉法，是力度大小控制的取脉方法。

- (1) 三菽至六菽范围叫浮取区间；
- (2) 七菽至十菽是中取区间；
- (3) 十一菽至“推之至骨始得、举指为疾”是沉取区间。

危柏亘老师说：“一般医师平时是不是这样认为的，至少大多数人不是的。所以我说要刷新你们的概念，就是从这儿开始的，明白吗？”

探讨健侧的针刺治疗中风偏瘫

新加坡 黄淑苹

中风病的介绍

中风又名卒中，相当于西医的急性脑血管病，是以突然昏仆，不省人事，半身不遂，口眼歪斜，舌强语蹇、肢体偏身麻木等功能障碍为主症的一种疾病。病轻者则无昏仆而仅见半身不遂及口眼歪斜等症状。因其起病急、症见多、变化快，如“风邪”善行数变，故称“中风”。中风病是内科四大病症之一，也是三大致死疾病之一，又是长期致残的疾病之首，具有高发病率、高死亡率、高致残率、高复发率的特点。随着我国进入老龄化社会，中风的发病率逐年提高。每年存活的脑血管病患者中，有70-80%留有不同程度的肢体功能残疾或认知障碍，^[1]日常生活需要他人护理，严重影响患者的生活质量，同时也给家庭和社会带来了巨大的心理压力和经济损失。

中风病的病因病机

中风是在气血虚损的基础上，遇有劳欲过度、嗜食肥甘厚味、忧郁恼怒等诱因，引起了脏腑阴阳失调，气血逆乱，产生风、痰、瘀、火，导致脑脉痹阻或血溢脑脉外。

唐宋以前，以“外风论”学说为主，多从“内虚邪中”立论，主要强调在中风发病过程中外风入侵所起的主导作用，如《素问·风论》篇中指出“风中五脏六腑之俞，亦在脏腑之风，各入其门户，所中则为偏风”主要强调外风侵袭引发中风。《灵枢·刺节真邪》篇云：“虚邪偏客于身半，其入深，内居营卫，营卫稍衰则真气去，邪气独留，发为偏枯”也认识到了正气虚衰在中风发病中的作用。《素问·生气通天论》云：“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。”《素问·通评虚实论》曾经明确指出：“…仆击，偏枯…肥贵人则膏粱之疾也”说明了本病的发病与个人体质、饮食、精神刺激等有关。

唐宋以后多以“内风论”立论。即《素问·调经论》云：“血之与气，并走于上，则为大厥，厥则暴死，气复返则生，不返则死”，明确指出中风之因是肝风内动。清代叶天士始明确以“内风”立论，《临证指南医案·中风》进一步阐明了“精血衰耗，水不涵木…肝阳偏亢，内风时起”的发病机理，认为肝肾精血亏虚，水不涵木，而致肝阳暴亢，虚风内动，气血上逆而发为中风，并提出滋液息风，补阴潜阳，以及开闭、固脱等法。

针灸治法探讨

临床上针灸是中风偏瘫最普遍的中医疗法，而目前对于这方面的研究，绝大部分集中在治疗方法和立法选穴上。在治法上常见的是毫针、刺络、火针、电针、艾灸等，亦有按针刺部位治疗如头针、体针、耳针等，而立法选穴更是众说纷纭。笔者发现临床上常见针灸治疗注重于患侧的腧穴为主，忽略健侧腧穴。让人深思的是健侧的针灸是否也起重要的角色？中医经络理论认为“经脉所过，主治所在”，所以患侧取穴一直是人们最常用的取穴方法。同时，古籍中也记载了对侧穴位的应用。

《灵枢·官针》提到：“巨刺者，左取右，右取左”，即左病治右，右病治左。明代《针灸大成·治症总要》载：“中风不语，手足瘫痪者……先针无病手足，后针有病手足。”

《神灸经论“中风灸穴”》中云“偏风半身不遂，左患灸右，右患灸左”说明了古代医家在治疗中风偏瘫也注重对侧穴位的应用。

张瑞峰认为中风之病乃正（阳）虚不足御外邪，贼风从而袭之，导致元气大虚，邪风片入中则偏枯。故使用灸法能回阳，尤以灸关元肾俞以补十二经脉之根本，亦可灸健侧，使健侧气血流溢，而患侧（虚侧）受之自愈。此乃以左治右，以右治左，扶健侧之正，祛患侧之邪的方法。（张瑞峰）针灸健侧使气血流溢之法是

否可能是健侧大脑功能的代偿性呢？患侧功能丧失，健侧起而代之。现代医学在治疗顽固性癫痫使用了一种特殊的方法名为大脑半球切除术，术后神经功能基本不受影响甚则改善，说明了人的大脑具有很强的代偿功能。因此，如果患侧的功能缺失，是否可以针对健侧进行针灸疗法使其中枢功能获得即时性的代偿，提高中风病患愈合的能力呢？

谈谈在大巴窑王玲玲教授门诊的一例病案，一位87岁女病患，4个月前第四次中风右侧偏瘫，失语，眼睛不睁，颈子肌肉无力，头前垂得看不见脸，进食和饮水易呛，长期鼻饲，日3顿牛奶，家属代诉几个西医院拒绝接纳病人。病人来诊时瘫坐在轮椅，健侧手套在棉手套里，如拳击运动员一般，家属告知说病患颈部、耳后、上肢、前胸有湿疹，并且瘙痒难忍，家属为了防止患者抓伤而用棉手套将手包起来。

王教授针对湿疹使用毫火针稀而疏之点刺数十针，以“痛治痒”的原理缓解病患皮肤瘙痒的症状。在点刺健侧时，病患突然睁开眼睛略抬起头来看着王教授，让我们当下领悟到与其着重于患侧进行针灸而病人感觉和反应不显，不如火针健侧感觉较显著。王教授提出这例病案主要有两个难点。首先，这名病患已年迈，第四次中风，基础条件欠佳，体力活动衰弱，影响身体功能活动的恢复。第二，手术所造成的创伤大，把可塑性的解剖结构损坏了，也会影响康复。

健侧的针刺必定是有临床意义的。中里巴人就把患侧（偏瘫侧）比喻成北方旱季的庄稼田，本身就水源肥料缺乏，这个时候按摩针灸无异于在干裂的土地上翻地，松土，而无法引来河水（气血）的灌溉，现植入再好的种子，再辛勤的耕作所获得收获也算是事倍功半，即劳动又白费患侧有限的气血，有巧妇难为无米之炊之意。因此要开别处之源，以补此处之虚，治疗上不单是着重于患侧的针刺，也要借健侧之力补患侧之虚，使健侧之气血流溢灌注于患侧。《扁鹊神应玉龙经》中提出：“中风半身不遂，左瘫右痪，先于无病手足针，宜补不宜泻，次针其有病手足，宜泻不宜补……”

。因此，使用针灸疗法治疗同样应该在健、患侧操作。^[4]

从现代医学也可以得到解释。雷龙鸣、王泽涛论人类上行投射的通路，存在一定比例不交叉，这些沿身体同侧上行投射纤维的存在，由于还未受出血压迫的影响，故对中风引起的大脑层损伤后的感觉残存功能有一定的意义。因此，在中风早期的恢复中，应重视对中风偏瘫肢体的感觉刺激，防止同侧大脑皮层体感觉区因缺乏传入冲动而出现感觉定位域的功能结构改变，而针刺有助于维持一定的感觉传入活动。约有15%的皮质脊髓束纤维沿脊髓同侧下行，支配同侧肌肉运动，因此，针刺同样可以发挥同侧（患侧）下行传导束残存的正常运动传导通路的潜在功能，促进脑功能可塑性的变化和重组。^[5]健侧的针灸可以治疗中风偏瘫主要在于针刺健侧可以引起患侧的运动反射。根据神经生理学原理，肌力较强肌肉随意收缩时，整个运动模式中所有运动神经聚集，增强肌力较差的肌肉力量。例如，针刺膝关节屈肌穴位，由于牵拉了次级肌末梢引起牵张反射，导致患侧髌、膝关节屈肌兴奋，而这种规律在上下肢都存在。因此针刺健侧的目的就在于经常保持偏瘫的肌肉处于一定的兴奋水平，从而对运动的康复产生良好的促进作用。

中医强调人是一个总体，尽管瘫痪在患侧，对两侧的治疗都应加以重视。

参考文献

- [1] 为治疗顽固性癫痫，8岁男孩切除左脑 河南首例. (2010. 12 21). Retrieved from 中国广播网: http://hn.cnr.cn/zbzy/yw/201012/t20101221_507483474.html
- [2] 张瑞峰. (n.d.). “中风”针灸治疗中刺激健侧的探讨. 中堂针灸学会第九届全属中青年针灸推拿学术研讨会论文集, p. 95.
- [3] 杜德伟. (2015年4月). 温针灸结合颞三针治疗中风后肢体功能障碍的临床研究. 广州: 广州中医药大学.
- [4] 雷龙鸣, 黄. 王. (2015年第11期). 《中国民族民间医药》. 传统中医与现代康复学理论指导下中风偏瘫推拿方法探讨. Retrieved from 龙源期刊网.
- [5] 雷龙鸣, 王泽涛. (2003年). 从系统观论述中风偏瘫针灸治疗方案的优化组合.

浅谈经方 治疗眩晕

新加坡 钟舒云

眩晕是头晕与目眩的统称。头晕是感觉自身与外界景物旋转，不能平衡为症状；目眩是眼花或眼前发黑，视物模糊为特征。两者时常并见，而称“眩晕”。眩晕有轻重之别，轻者闭目即止，重者如坐舟车、旋转不定、站立不稳，或兼恶心呕吐、汗出面白，甚或仆倒等症状。

眩晕属于病症名，首出于《黄帝内经》。张仲景在《伤寒论》及《金匮要略》中未将眩晕独立成篇论述，而是分散在各篇章中。眩晕在经文中有“头眩”、“眩”、“冒”、“眩冒”、“癩眩”、等名称，或与其他症状并称如“眩悸”等。

眩晕的西医诊断学

从西医诊断学来看，眩晕隶属头晕的范畴。1972年，Drachman等将头晕定义为非特异性的一组症状，分别为：眩晕(vertigo)、失衡(imbalance/unsteadiness/disequilibrium)、昏厥前期(presyncope、near-faint)和非特异性头重脚轻(light-headedness/woozy/giddy)。这种分类法将头晕按照性质分成4个层次，每种层次都提供了相应的病因学线索，使诊断更客观及具特异性。

1) **眩晕**：睁眼时天旋地转，闭眼减轻，

常伴恶心呕吐的症状。眩晕常见为前庭周围性病变(良性阵发性位置性眩晕、前庭神经炎、梅尼埃病)，也是多项研究发现临床最常见的病因。

2) **失衡**：则是平衡障碍，或是行走站立时常感“脚踩棉花”，多为神经系统病变，如深感觉障碍、周围神经疾病、共济失调、视觉障碍、神经变性疾病、双侧前庭病变等。

3) **晕厥前期**：表现为双目发黑、不能站立，可伴有冷汗、心悸等，可见于心血管系统疾病，如低血压、贫血、低血糖、糖尿病、严重的心律失常等。

4) **非特异性头重脚轻**：表现为头昏或头沉，常见于精神因素、急性前庭疾病恢复期、内科疾病或药物相关。虽然具有上述症状的患者都可以头晕(眩晕)为主诉，却可有着不同的病因。

以上疾病见有头晕(眩晕)症状者，可参考本病辨证论治。

眩晕的病因病机

关于眩晕的病因病机，历来医家观点不

一，但总结起来不外风（火）、痰、瘀、虚四方面。张仲景首创因痰致眩之说，为后世“无痰不作眩”的理论依据奠定了基础。然而，张仲景并不拘泥于痰饮致眩之说。除了痰饮之邪，他认为外感邪气、风湿、及内生湿热亦可上犯头目。此外，虚证如阴阳精血亏衰、上焦阳虚所致清阳不升、头目失养等也可致眩晕。

痰饮水气所致眩晕

眩晕作为痰饮证候之一，在痰饮咳嗽病脉证篇里出现较多，仲景所予方证也最多，可见痰饮作为眩晕的病机是非常被其重视的。痰饮因阳虚不能化水而生，日久亦伤阳气，故痰饮病多本虚标实。根据痰饮水气部位及阳气虚损程度，治以温中阳、利水饮，标本同治。

1) 苓桂术甘汤证

本方证见于《伤寒论·太阳病变·阳虚兼水气证》：“伤寒，若吐、若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者，茯苓桂枝白术甘草汤主之。”与《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二·痰饮与变证》：“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之。”

脾阳虚衰，水饮内生，上焦心阳不振，水气上冲；阳虚不能升清于上，清窍反被上冲之水气所蒙，故头目眩晕。治以温阳健脾，利水降冲。方中茯苓淡渗利水，桂枝辛温通阳，振奋阳气以消饮邪，两药相合可温阳化饮；白术健脾燥湿，甘草和中益气，两药相伍又能补土制水。苓桂术甘汤是治疗痰饮病的主方，亦是“温药和之”的具体应用。

2) 真武汤证

本方证亦见于《伤寒论·太阳病变·阳虚兼水气证》：“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者，真武汤主之。”少阴肾阳虚衰，无力主水，水液排泄不通，泛滥表里。阳虚水泛，上冲清阳，则头眩。当治以温阳利水。方中附子

辛温大热，温肾助阳，化饮利水；白术燥湿行水，茯苓利水渗湿，术苓共用又有健脾之功；生姜温散水气，芍药养血合营，以防水气渗利过度，伤及阴津。

真武汤与苓桂术甘汤皆属于阳虚水停，但真武汤属肾阳虚，水气泛滥全身，病变在下焦，病势较重；苓桂术甘汤属脾阳虚，水停心下，病变在中焦，病势较轻。

3) 泽泻汤证

本方证见于《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二·支饮与变证》：“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之。”本方证论述饮盛上泛，蒙蔽清窍的证治。水停心下，清阳不升，浊阴上逆，故头目眩晕。其辨证要点为：突发的头晕目眩，如坐舟车，甚则卧床不起，伴恶心呕吐，且多呕吐涎沫，头重如裹，舌淡胖，或边有齿痕，苔白滑或白腻，脉多见弦滑或濡滑。治用泽泻除饮利水，白术健脾燥湿，一补一泻，温脾制水。

4) 小半夏加茯苓汤证

本方证亦见于《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二·支饮与变证》：

“卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者，小半夏加茯苓汤主之。”本方证论述支饮及呕吐眩悸的证治。饮停于胃，则胃失和降，胃气上逆致呕吐；水饮停于胃脘心下，中焦气机受阻，则生痞满；水遏阳气，清阳不升，则头晕目眩；水饮凌心，故心悸。病机皆为水饮停于心下，而病情较独有呕吐者为重。故用半夏、生姜和胃降逆，散饮止呕，加茯苓以导水下泄。

5) 五苓散证

本方证亦见于《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二·支饮与变证》：

“假令瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩，此水也，五苓散主之。”本条论述下焦水逆证治。痰饮结于下焦，本可就近从小便而去，但膀胱气化不行，水反逆上行，则吐涎沫而

头眩；水动于下焦，则脐下悸。以药测证，此方证应有小便不利。五苓散内泽泻为君药，重用其利水湿浊之功，臣以猪苓、茯苓通调水道，白术健脾燥湿，桂枝温阳化气，共奏化气利水之效。

6) 桂苓五味甘草汤证

本方证见于《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二·饮病案例》：“青龙汤下已，多唾，口燥，寸脉沉，尺脉微，手足厥逆，气从小腹上冲胸咽，手足痹，其面翕热如醉状，因复下流阴股，小便难，时复冒者，与茯苓桂枝五味甘草汤治其气冲。”下焦阳虚，支饮上盛，仅用温散之剂后，寒饮虽暂得缓解，虚阳反携冲气随之上逆，上扰清空而致眩冒。此时桂苓五味甘草汤可敛气平冲。方中桂枝、甘草益阳厚土以伏火，茯苓引逆气下行，五味子收敛耗散之气，使虚阳不致上浮。

7) 桂苓五味甘草去桂加干姜细辛半夏汤证

本方证亦见于《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二·饮病案例》“咳满即止，而更复渴，冲气复发者，以细辛、干姜为热药也。服之当遂渴，而渴反止者，为支饮也。支饮者，法当冒，冒者必呕，呕者复内半夏，以去其水。”除了冲气上逆，饮邪上逆亦可致眩冒。饮邪犯胃，故“冒者必呕”。桂苓五味甘草去桂，加干姜、细辛、半夏汤具有温肺散寒、化饮降逆之功，治疗饮邪引起的眩晕、呕吐等症状。

8) 葵子茯苓散证

本方证见于《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十·水气证治》：“

妊娠有水气，身重，小便不利。洒淅恶寒，起即头眩，葵子茯苓散主之。”妊娠水气即后世所称“子肿”，由于胎气压迫膀胱，影响膀胱气化，水湿停聚，郁遏于表，卫气不达，则洒淅恶寒；水阻清阳，故起即头眩。以邪实为主，故方重用葵子（一斤）通窍利水，与茯苓健脾渗湿。二者合用，使水有去路，则

阳气得通，诸症乃愈。此即后世叶天士所谓“通阳不在温，而在利小便”的渊故。方中葵子滑利通窍，能致滑胎，故用量需谨慎。原方用散而非汤，并以小量日三服，当以此意。

实证眩晕

除了痰饮，仲景认为其他邪气亦能上扰清窍而致眩，如风湿等外感邪气、脾胃湿热之邪上犯脑窍，或邪气闭阻，虚阳上逆。此种眩晕多为他病兼见眩晕，而并非以眩晕为主要证候，故仲景治疗时仍仔细辨证论治。

1) 桂枝芍药知母汤

本方证见于《金匱要略·中风历节病脉证并治第五·风湿历节》：“诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。”风湿之邪，流驻筋骨，与气血搏结于关节，经气不通，故诸肢节肿痛。风湿上泛清窍，湿阻中焦，清阳不升，则头眩短气，温温欲吐。风湿郁久不解，邪热进而伤阴耗气。治以桂枝芍药知母汤祛风除湿，温经散寒，佐以滋阴清热。方中桂枝、麻黄、附子辛温发散，祛风除湿；附子辛热，能散寒通经止痛；白术、甘草、生姜健脾和中祛湿；芍药、知母滋阴清热。本方证之眩晕以风湿偏盛，湿邪上犯、清阳不升为主要病机。蔺伟斌实践经验得出，具备水、湿、痰饮等主要症状后，以本方去知母，加龙齿、茯苓、陈皮、半夏等，加强燥湿化痰降逆之功，治疗内耳眩晕症能收获良效。

2) 茵陈蒿汤证

本方证见于《金匱要略·黄疸病脉证并治第十五·谷疸》：“谷疸之为病，寒热不食，食即头眩，心胸不安，久久发黄为谷疸，茵陈蒿汤主之。”湿热内蕴，脾胃升降失职，若勉强进食，反而助长湿热，湿热上冲，则头目眩晕。方中茵陈蒿清热利湿退黄，栀子泻热除烦，大黄活血化瘀泄热，三药共使湿热、瘀热从大小便出。

3) 小柴胡汤

本方证见于《金匱要略·妇人产后病脉证治第二十一·证治》：“产妇郁冒，其脉微弱，不能食，大便反坚，但头汗出，所以然者，血虚而厥，厥而必冒。冒家欲解，必大汗出。以血虚了厥，孤阳上出，故头汗出。所以产妇喜汗出者，亡阴血虚，阳气独盛，敢当汗出，阴阳乃复。大便坚，呕不能食，小柴胡汤主之。”产后亡血伤津，复感外邪，邪气闭阻，阳气上逆，以致头昏目眩。小柴胡汤辛开苦降、清里透外、扶正达邪使枢机调和，使郁闭之邪随周身津津汗出而外泄，达到原文“冒家欲解，必大汗出”、“敢当汗出，阴阳乃复”的目的。

虚证眩晕

虚证眩晕可见于阴阳失调、精血亏虚、肺脾阳虚等人。相比于后世医家喜投补益及降逆化痰药，仲景常用温药如桂枝汤、炙甘草、干姜等，调和阴阳，温阳复气。因此可推断久虚者其气必虚，少气者则温煦无力，寒从中生，强调温药在调理虚病的重要性。

1) 桂枝加龙骨牡蛎汤证

本方证见于《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六·虚劳失精》：“夫失精家，少腹弦急，阴头寒，目眩，发落，脉极虚芤迟，为清谷，亡血，失精。脉得诸芤动微紧，男子失精，女子梦交，桂枝加龙骨牡蛎汤主之。”虚劳失精家所致阴阳失调，精衰血亏，阴血不能濡养于上，清窍失于濡养，可致眩晕。故以桂枝加龙骨牡蛎汤固阴潜阳，交通心肾。桂枝汤为仲景群方之首，调和营卫阴阳之主方；而龙骨、牡蛎潜镇固涩、宁心安神、交通心肾，使阴阳协调，标本同治。

2) 甘草干姜汤证

本方证见于《金匱要略·肺痿肺病咳嗽上气脉证并治第七·虚寒肺痿》：“肺痿吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以

然者，以上虚不能制下故也。此为肺中冷，必眩，多涎唾，甘草干姜汤以温之。若服汤已渴者，属消渴。”上焦阳虚，肺气虚寒，清阳不能上升，故见头眩。上焦阳虚者，多以中焦虚寒，土不生金所致。治以甘草干姜汤温肺复气。方中炙甘草温补中气，干姜温脾肺之阳，二者辛甘化阳，培土生金，益气升阳。

结语

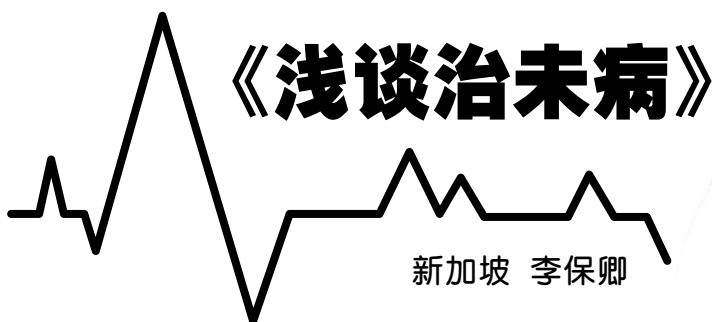
1) 张仲景阐发了痰饮致眩的证治。继张仲景之后，张子和亦主张因痰致眩说，李东垣在《兰氏秘藏》中提及眩晕系批脾胃气虚，浊气上逆所致。《丹溪心法·头眩》云：“头眩，痰夹气虚并火，治痰为主，加降火药及补气药。无痰不作眩，痰因火动，又有湿痰者，有火炭者。”朱丹溪认为痰是导致眩晕的根本原因，并将病机概括为“无痰不作眩”。

2) 我们需学习张仲景辨证论治的精神，细辨虚实寒热，知犯何逆，随证治之。他对眩晕病因病机认识不仅限于痰饮，还有实证的外感邪气、风湿、湿热等等，以及虚证的阴阳精血亏衰、肺脾阳虚等等。因此，在临床上不可拘泥于痰饮致眩而盲目投苓桂术甘汤、五苓散、泽泻汤、真武汤，或半夏白术天麻汤类药物。

3) 眩晕是伴随疾病的兼有证候，多有原发病引起，临床需重视原发病的治疗，权衡标本、缓急、轻重，酌情论治。

参考文献

- [1] Drachman DA, H. C. (1972). An Approach to the dizzy patient. *Neurology*, 22 (4), 323-334.
- [2] 刘轲, 韩. (2009). 浅谈中医对眩晕病因病机的认识. *光明中医*, 24 (10), 1870-1872.
- [3] 马小娜. (2012). 谈《金匱要略》中眩晕病症方证辨治. *辽宁中医药大学学报*, 14 (2), 94-96.
- [4] 李勇. (2015). 头晕(眩晕)的病因诊断. *临床误诊误治*, 28 (3), 53-55.



中医学早在二千多年前《内经》就明确记载着“治未病”的防范。在《素问·四气调神大论》中也指出：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也？夫病已成而后药之，乱已成而后治之，不亦晚乎”。中医也说：“上工治未病，中工治已病，下工治重病”。足见这种“治未病”的思路对中医学来说影响甚大，也为后世中医学思想奠定下了基础。

那什么是“治未病”呢？就是“未病先防”的意思。也就是说：在机体还未发生疾病之前，就先采取多种措施，以防止疾病的发生。

中医认为：人体之所以会产生疾病，不外乎正邪因素导致。因正气是人体对外的机能活动及病邪的抵抗力，它是维护身体健康的主要功能。所以正气的强弱是决定疾病发生与发展，这有其内在原因与根据。中医理论认为“正气内存，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”，可见正气的强弱是体质所决定，而体质是机体形态结构，功能活动方面所固有的，相对反应的特征，它既反应了人体形态的发育水平，生理功能，同时也反应了机体对环境的适应和应激能力，对疾病的抵抗力和心理状态的平衡。所以体质是决定人体正气强弱，而正气

又对疾病的发生发展起着决定的作用。因此我们说“未病先防”的关键在于增强体质，也唯此，才可以“防患于未然”。

那要做到防患于未然，就必须从增强体质着手。要增强体质还必通过从生理的强健与及心理的调养，这两者之间的平衡，从而使身心的平衡来强壮正气，巩固内因，这样才能提升机体的免疫力，从而达到防患疾病的功效。

那如何才能达到生理与心理的平衡呢？

在生理上就要做到：

(1) 加强运动：

若要保持身体的健康，就必须不断适当的运动，在中医典籍《内经》中就有许多医疗的记载，如《素问·异法方宜论》谈到“导引按跷”，王冰注曰：“导引，谓摇筋骨，动支节，按，谓抑按皮肉，跷，谓捷举手足”。这包括了五禽戏，八段锦，易筋经，体操，太极拳，按摩，散步，跑步等等，这些都是动摇筋骨和肢节，皆属导引的范畴，可见医疗体育的内容是非常丰富。由此可见古人十分的重视运动，通过加强运动来促进血脉的流通，有助脾的健运，从而达到防病除疾的作用。

(2) 饮食有节：

“人受气于穀，穀入于胃……五脏六腑皆

以受气，其清者为营，浊者为卫”。这指出了饮食是身体维持正常生理的活动物质基础。《千金要方》中说：“食能排邪安脏腑，悦神以资血气，若能用食平疴释情遗疾者，可谓良工”。东汉张仲景也说：“饮食滋味，以养于生”。金元刘完素说：“饮食者，养其形也”。李东垣也认为饮食调脾胃，不但有益于形体，而且还能安神弄心，有益于健康长寿。有《素问·上古天真论》提出“饮食有节”，就是说：要合理的来调节。在《食疗通说》一书中有说：“如能节满意之食，省爽口之味，食不至於饱甚者，即顿顿无所伤，物物皆为益，糟粕变化，早晚洩便，按时华精，和一上下，津液蓄神，含藏内守，邪毒不能犯，疾疢无由作”。故知古之立言垂教，是以作为养生及防病也。

(3) 四季保暖：

天地的变化是有一定规律。《素问·四气调神大论》说：“夫四时阴阳者，乃万物之根本也。……从其根，故与万物浮沉治於生长之门。”明确的指出了四时阴阳的变化主宰着万物的发生，发展与衰亡，智者养生，必顺四时而适寒暑，节阴阳而调刚柔，适应四时寒暑变化，这样使人体的阴阳变化和自然界的阴阳变化规律相适应，这样则能僻邪不至，起着“未病先防”之功。

在心理上则要达到：

(1) 调摄情志：

人体的七情喜怒忧思悲恐是对外界客观事物所引起的反应，人体在一般正常的状态下，七情的舒畅是有益于五脏六腑，不会致病的。但若超过人体正常的状态范围，如受到长期情志的波动，或抑郁，或强烈的刺激下，可导致机体气机紊乱，如：七情过极，五脏功能失调，可导致正常阳气过旺，阳气一旦化为火邪，进而伤阴耗液，则损伤正气。故《脾胃论》中说：“喜怒忧悲耗元气”。《灵枢·寿夭刚柔》也说：“忧恐忿怒伤气，气伤脏，乃

病脏受伤”。由此可见情志的调畅与疾病的发生是起着密切的关系。

(2) 节慾保精：

《老老恒言·防疾》中说：“男女之慾，乃阴阳之道”。阴阳之道乃正常之现象。诸家论点也认为男女依存，房室生活是人类天性之需。因此，中医不主张杜绝房事，也不主张男不娶，女不嫁，终身鳏寡。强抑房事和鳏寡都对健康不利。《素女经》也说：阴阳不交，则生痼疾之疾，即是说杜绝房事会影响神气的宣布，以致阴阳不通而发生痼疾等疾病。

但房事过度，也会大量损耗肾精，导致五脏亏损，对身体也是一种极大的损害。因房事过度，则肾精大亏，精伤则神气大损，以致百脉空虚，必然气弱多病，也会促进早衰。房劳过度，男则伤精，女则伤血，肾藏精，肝藏血，肝肾同源，精血一体，今精血亏损必导致肝肾受损，肝肾受损必累及奇经，奇经亏虚而失调，气化随之减弱，故善养生者，必保其精。所以“节慾保精”是摄生养身及防病的具体措施。

(3) 调神养心：

神为精神意识，形是组织器官，又神为形之主宰，形又为神之所用。《内经》中说：“形存则神存，形榘则神灭。无神则形不可活，无形则神无以生”。《灵枢·口问》说：“心者，五脏六腑之主也，……心动则五脏六腑皆摇”。故健心须调神，健身当养形。正如《石天基养生》说：“心为一身之主宰，万事之类应，调和其心，则五官，百骸未有不和者也”。足见古人调神养心能使精神内守而不散，元气充沛而畅达。自然起着防病保健之功效。

总结

中医重视治“未病”，是通过摄生保健，防止疾病的发生。对于“已病”之人，更应采取积极的措施，防止疾病的传变和发展，进而消灭疾病，使身体恢复健康。

治疗糖前期，找中医

新加坡 冯启发

什么是糖前期 (Pre-Diabetes) ?

人体血糖的波动超过一定标准，造成糖尿病。血糖的波动，与胰腺分泌胰岛素的绝对或相对缺乏有关，也与胰岛素的质量、能不能正常运作有关。胰岛素的功能是能充分利用体内的血糖，让身体发挥功能，使血糖取得相对平衡。胰岛素的分泌异常、品质失衡，血管里的血糖不能充分被利用，血糖就会升高。此外，没有节制的饮食，摄取过多的糖分、脂肪等，也会进一步加快胰腺分泌胰岛素机能的衰退，促使血糖升高。

除了某些类型糖尿病（如 I 型糖尿病）发

病较急、症状较典型外，其他类型糖尿病，特别是 II 型糖尿病，在发病前，多有潜伏期，症状也多不典型。这个时期，可以数月，也可以几年，视患者控制情况而定。这个时期的血糖，超过一定的数值，但还没有达到糖尿病的诊断标准。用一个通俗的说法，就是身处临界线，退一步是正常人，进一步就是糖尿病。这个时期，称为糖尿病前期。

根据2014年新加坡卫生部的资料，在18岁- 69岁的新加坡人中，每7个人就有1人患上糖尿病前期，约佔14.4%，数字是相当可观的。也许超过70岁的老人，患糖尿病的机会比较高，不包括在数字内。

糖尿病与糖尿病前期的诊断比较：

糖尿病前期	糖尿病
血糖水平偏高，超过健康水平，但没有达到糖尿病标准，患糖尿病风险增加。	血液中缺乏或不足够胰岛素，或胰岛素抵抗，无法将血糖降至安全水平。
没有明显的体征或症状——不容易被发现，除非检验血糖证实。	疲乏、易饥、口渴、尿频加剧，或伴消瘦。
糖前期是扭转局面的好时机。在这个阶段，若能将血糖控至正常水平，可延缓或预防发展成为糖尿病。	治理好糖尿病，对于预防由于高血糖对器官的不可逆损伤至关重要。
空腹血糖受损5.6-6.9 mmol/L (100至125 mg/dL)	空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L (≥ 126 mg/dL)
糖耐量受损：餐后2小时血糖7.8 — 11.0 mmol/L (140 — 199 mg/dL)	餐后 2 小时血糖 ≥ 11.1 mmol/L (≥ 200 mg/dL)
糖化血红蛋白 HbA1c 5.7 — 6.4%	糖化血红蛋白 HbA1c $\geq 6.5\%$

改写自美国糖尿病协会 (ADA) 资料。

在现代医学，糖尿病前期是一种亚健康疾病。有糖尿病前期的患者，血糖偏高，但是没有达到糖尿病的诊断标准，但比没有糖尿病前期的患者，更容易患上糖尿病。不过，这也给患者提供一个积极的警惕讯号，要做好预防措施，进行健康治疗（控制饮食、运动、心理治疗等），或适当的进行干预治疗，是可以成功地避免或延缓患上糖尿病。对糖尿病前期，西医一般上吩咐患者自行控制饮食和运动，然后定期观察，

少有配给降血糖西药。患者如果意志力不强，自我控制得不好，结果过后血糖不断升高，最终还是患上糖尿病。最近有个女病人，30余岁，一年前西医检验，发现空腹血糖接近7 mmol/L，糖耐量试验还没有超标，属于糖尿病前期。西医嘱咐她自我控制饮食和运动，然后定期复诊。一年后，她的身材变胖，有啤酒肚，空腹血糖升至12 mmol/L，体重也增加了10 kg。原来这段期间，她虽然少吃碳水化合物，少吃糖或甜品，但每天吃肉和少运动，加上经常熬夜，血糖、体重就飆高了。所以要糖前期患者自我进行饮食和健康控制，固然有其积极一面，但也有不足之处。

那些人需要注意是否血糖上升，易患上糖前期？

- (1) 饮食不均衡，经常饱餐或过量偏食高糖食品，特别是干炒面、粿条、米粉，偏爱吃烧烤油炸食品（烧肉类、炸油条等），甜点心（蛋糕、有甜浆糕点等）、汽水、“垃圾食物”（如薯片、爆米花等），将水果当饭（特别是榴梿、甜芒果等）……等等。这些食物，各根据口味的需要，或分别含高盐、高糖和高脂肪，长期大量偏食，会导致血糖紊乱。血糖突然升高，胰腺需分泌更多胰岛素利用血糖，经常如此，容易餐后疲倦乏力也会造成慢性胰岛素抵抗，引起糖尿病。
- (2) 经常食用高糖食物，容易肥胖。糖尿

病人肥胖，容易把脂肪堆积在肚皮，变成“啤酒肚”。所以，肥胖和有“啤酒肚”者，由于体内有大量脂肪，影响了胰岛素进入细胞与血糖结合，容易患上Ⅱ型糖尿病。如果减食仍不瘦身者，小心患上糖尿病，最好去检查身体。肥胖也会加速动脉硬化的过程，增加心脑血管病的风险。

- (3) 长期嗜食高盐分食物（如咸鱼、咸蛋、咸菜、四川菜等），或长期抑郁多多好處，烦躁易怒，难眠易醒者，容易患上高血压。高血压和糖尿病是同源性疾病，高血压多年的患者，容易患上糖尿病；相反，糖尿病多年的患者，也容易患有高血压。

中医治疗糖前期的优势

中医把糖尿病前期，归入“脾瘕”范畴。中医认为这是饮食不节，脾胃郁滞，中土壅滞，湿热痰瘀，蕴结中焦引起的。郁滞就是壅遏不通畅，或郁结不舒。元代医家朱丹溪说：“气血冲和，百病不生，一有佛郁，诸病生焉。”他把郁分为六郁，即气、血、湿、火、痰、食。证见胸膈痞闷，脘腹胀痛，噎腐吞酸，恶心呕吐，饮食不消，舌苔腻，脉弦。六郁是肝脾郁滞造成。肝郁气滞，气滞则血行不畅，或郁久化火，因此气、血、火三郁与肝有关；脾胃气滞，升降失常，运化失司，聚湿生痰，或食滞化湿，故湿、痰、食三郁与脾胃有关。六郁又以气郁为首，皆由气郁所致，治当行气解郁为主。气行血畅火清，气畅湿化食消痰除。

朱丹溪自创越鞠丸《丹溪心法》主治六郁。越鞠丸具有解诸郁之功效，组成是：苍术、神曲、香附、山栀、川芎。方中香附解气郁，为君药。川芎是臣药，为血中气药，可活血祛瘀治血郁。栀子清热泻火，治火郁；苍术燥湿运脾，治湿郁；神曲消食导滞，治

食郁。三药共为佐药。五药治六郁，此方虽无加治痰郁之药，但方中借气畅则痰除，故无加祛痰药。

糖前期亦可因脾虚肝郁，脘腹胀闷，或肾阴虚火旺引致。

由于糖前期患者为数从多，有老有少，年龄、体质差别也大。年青体壮者有之，老弱病患之。个人患病因素各有不同。所以，难有一固定的治疗原则或药方，适合全部的病人。不过，中医治病优势是能辨证论治，可以灵活根据病人的年龄、体质、症状、体征等，量身定做治疗原则和方药。

中国中医对糖尿病前期的干预和治疗，包括中药、针灸、耳贴和穴位按摩等。其中以中药的运用最为多见。

全小林教授对中土壅滞，有啤酒肚，体质壮硕，实胖者，清中土积滞，用厚朴三物汤（厚朴、枳实、大黄）加减；属休弱，虚胖者，用六君子汤（党参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、半夏）加减。广安门医院也对六君子汤做过数百人的科研，证明此方可以降血糖。也有不少中国医家用六君子汤加减健脾化湿，调节糖代谢异常，取得显著疗效。

有的医家从治疗气阴两虚着手，以生脉散加减治疗糖前期，降低了糖尿病的发生率及糖尿病前期向糖尿病转化的风险。也有从阴虚火旺着手的，施以六味地黄丸治疗，或以知柏地黄丸论治，皆取得明显疗效。在降低血糖、血脂方面，均较对照组疗效明显差别。

对痰热互结，胸脘痞闷，按之则痛，或心胸闷痛，或咳痰黄稠，舌红苔黄腻，脉滑数者，从痰论治，采用小陷胸汤（黄连、半夏、瓜蒌）治疗痰湿蕴热型糖前期患者，治疗后，患者血糖降低、血脂受控制、纠正了痰湿蕴热的体质。

以上治疗，一般上疗程从数周至6个月不等。皆分为治疗组和对照组做比较。两组皆做健康生活方式教育，无服用任何西药。治疗组

服用治疗的中药。治疗后发现，有服中药比只单纯自我控制生活方式，疗效有明显的差别。说明中药在延缓和逆转糖前期，有它的优势。

针灸治疗糖尿病前期的例子比较少，这里不予介绍。

临床上，笔者近年诊治过不少糖前期患者，除了少数来一、二次就不来者外，一般上都能坚持不时来诊视。根据患者的不同体质和症状，笔者辩证论治的治疗，也取得一定的疗效。笔者不是做科研的，没有一直沿用某方做实验。一般上只是以适应症情的药方，酌加健脾理气、芳香燥湿、活血祛瘀等药治疗。常用方剂如生脉散、增液汤、六味地黄丸、金匱肾气丸、降糖对药方等，常加的药物如川芎、木香、苍术、陈皮、半夏、三七等。

根据观察，在治疗中，有治疗了数月，血糖就逆转，完全降低至标准以下的患者；有跟随笔者治疗四、五年，血糖延缓上升，但从不逾越糖尿病标准的患者；有的患者治疗二、三周，血糖就明显的下降。这说明了，中医是可以逆转或延缓糖前期向糖尿病发展的。

结语

提早干预糖前期，可使糖尿病发病危险大大降低。糖尿病前期是可逆性的，因此，糖尿病前期是预防、治疗糖尿病的关键时刻，在此阶段尽早诊查和干预，治疗效果相对于糖尿病期会更加明显，可避免糖尿病及其并发症的发生与发展。临床证明，中医在糖前期，可发挥其独特作用。中医“未病先防，已病防变”的思想，可以调整病人体质，降低血糖、血脂，比单纯让病人自我控制生活方式，能更有效的治疗糖前期，预防糖尿病的发生。

G6PD Deficiency 患者中西药和食物禁忌

新加坡 黄惠萍

葡萄糖六磷酸去氢醇素缺乏症(蚕豆症), **glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency (G6PD deficiency)**, 是一种红细胞酶活性的遗传异常。患有G6PD 缺乏症者一般上与常人无异, 但若受到严重氧化物(如若干药物或化学物质)刺激或感染时, 大量红血球便会受到破坏, 造成急性溶血现象, 红血球会被分解并产生胆红素, 造成黄疸。患有严重黄疸的初生婴儿若得不到及时治疗, 过量的胆红素会积聚在脑部, 形成脑核性黄疸, 对脑部细胞造成永久损害, 引致智力发展障碍、听觉受损、肌肉痉挛、甚至死亡。

常用中西药和食物禁忌如下:

中西药/食物	用于	药物分类	新加坡注册, 例如 (*combination, ... others)	备注
中药				
黄连 Rhizoma Coptidis		清热解毒剂	黄连(颗单) 葛根芩连汤, 半夏泻心汤	
金银花 Flos Lonicerae		清热解毒剂	金银花(颗单) 银翘解毒散, 鼻通灵合剂, 五味消毒饮, 咽炎合剂, 仙方活命饮, 金银花合剂, 银翘解毒片, 仙方活命片, 鼻渊丸	
腊梅花 Flos Chimonanthi Praeoxanthi		解暑生津		
牛黄 Calculus Bovis		清热解毒剂	安宫牛黄丸	
珍珠粉 Margarita		清凉解毒、安神定惊	珍珠母(颗单) 珍珠喉痛片, 安神补心丸	
食物				
Bean of St. Ignatius (Strigomonos ignatii)	食物	Food		
Propylene Glycol	食物, 化妆品	Food additive		
Fava beans		Food		蚕豆
1-phenylazo-2-naphthol-6-sulphonic acid		Food colouring agent		

方药探析

中西药/食物	用于	药物分类	新加坡注册, 例如 (*combination, ... others)	备注
用品				
Naphthalene, Pure (naphthalin)	樟腦丸	b emia ls		found in Mothball
Aniline dyes	染料	dyes		
药物				
Acetazolamide	青光眼, 高山症	Carbonic anhydrase inhibitors	APO- ACETAZOLAMIDE	
Acetylsalicylic Acid (aspirin)	疼痛, 梗塞	Analgesic antithrombotic	BOKEY, CARDIPRIN, GLYPRIN, ALKA- SELTZER, BAYER ASPIRIN... .	
Acetylsalicylic Acid (aspirin) + Acetanilide	疼痛	Analgesic antipyretic		
Acetylsalicylic Acid (aspirin) + Ascorbic Acid	疼痛	Analgesic antipyretic		
Acetylsalicylic Acid (aspirin) + Paracetamol	疼痛	Analgesic antipyretic		
Antaniline (antistine)	眼睛敏感	Antihistamines	ALOSYN	
Arginine (2-Amino-5- guanidinopentanoic acid)				
Aspirin				
Ascorbic Acid	维他命C	Vitamins		check SG Pharmacy
Benorilate				
Beta-Naphthol (2-Naphthol)		antiparasitic drug		
Brinzolamide	青光眼	Carbonic anhydrase inhibitors	AZOPT, AZARGA, SIMBRINZA	
Bupivacaine	麻醉	anesthetics	BUPIVACAINE, CHIROCAINE, MARCAIN, SURGICAINE	

方药探析

中西药/食物	用于	药物分类	新加坡注册, 例如 (*combination, ... others)	备注
Calcium Carbonylate				
Carbutamide				
Chloramphenicol	感染性疾病(眼/耳)	Antibiotics	CHLORAMPHENICOL, MINIMS CHLORAMPHENICOL, OFTALMOLOSA CUSI CHLORAMPHENICOL, OPTICHLOR, XEPANICOL	
Chloroquine	疟疾	Antimalarials	CHLOROQUINE	
Chloroquine + Proguanil	疟疾	Antimalarials	MALARONE*	
Ciprofloxacin	感染性疾病	Antibiotics	CIPROBAY, C-FLOX, CETRAXAL, CILODEX, CILOXAN...	
Colchicine	痛风	Antigout	COLCHICINE, COLCITEX	
Dapsone (diaphenyl sulfone)	麻风病	Antimycobacterials		
Diethyl amine	化学	Chemicals		
Dimenhydrinate (Dimenhydrinate)		Antiemetics	APO - DIMENHYDRINATE, DIMENATE, NOVOMIN....	
Dimeraprol	中毒	Chelating agent		
Diphenhydramine (difenhydramine)	咳嗽	Antihistamines	BENADRYL, BEANAMINE, DIPHEN...	
Dopamine	心脏疾病	Adrenergic and dopaminergic agents	TROPIN	
Dorzolamide	青光眼	Carbonic anhydrase inhibitors	COSOPT	
Doxorubicin	癌症	Antineoplastic	DIOX, DOXABIN, DOXORUBICIN- ACTAVIS, EBEDOXO	

方药探析

中西药/食物	用于	药物分类	新加坡注册, 例如 (*combination, ... others)	备注
Enoxacin	感染性疾病	Antibiotics		
Epirubicin	癌症	Antineoplastic	ANTHRACIN, DBL EPIRUBICIN, Eberubi, PHARMORUBICIN CS,...	
Flumequine	感染性疾病	Antibiotics		
Furazolidone	感染性疾病	Antibiotics		
Glibenclamide	糖尿病	Antidiabetic	GLIMIDE, APO- GLYBURIDE, BENIL, CLAMIDE, GLUCOVANCE, DAONIL...	
Gliclazide	糖尿病	Antidiabetic	DIAMICRON, MEDOCLAZIDE, GLYCLAZIDE, GLIMICRON, SUN-GLIZIDE, SP-GLIMED, DIANORM...	
Glimepiride	糖尿病	Antidiabetic	AMARYL, DIAPRIDE, DIALOSA	
Glipizide	糖尿病	Antidiabetic	MINIDIAB, GLYNASE, DIBIZIDE, GLIPIZIDE, BEAPIZIDE, SUNGLUCON, DIACON, DIACTIN	
Gluosulfone (gluosulfonedium)	感染性疾病	Antibiotics		
Hydroxychloroquine	疟疾	Antimalarials	PLAQUENIL, HALOXIN,	
Isoniazid	肺结核	Antimicrobacterials	ISONIAZID, PDP-ISONIAZID	

方药探析

中西药/食物	用于	药物分类	新加坡注册, 例如 (*combination, ... others)	备注
Levodopa	帕金森症	Anti-parkinsonian drugs	CREDANIL*, SINEMET*, STALEVO*, TIDOMET*, MADOPAR*	
Levofloxacin	感染性疾病	Antibiotics	CRAVIT, AVATAC, LEVOFLOXACIN- HAMELN, VOLEQUIN, LEFLOXCIN, LUFI, LOCIKLINE	
Lomefloxacin	感染性疾病	Antibiotics	LOMFLOX	
Mefloquine	疟疾	Antimalarials	MEPHAQUIN, MEFLOTAS	
Menadiol Sodium Sulfate (Vitamin K ₃ sodium sulfate)				
Menadione (menaphthone)	hypoprothrombinemia	nutritional supplement		
Menadione sodium Bisulfite (Vitamin K ₃ sodium bisulfite)	hypoprothrombinemia	nutritional supplement		
Mepacrine (Quinacrine)	疟疾	Antimalarials		
Mesalazine - 5-Aminosalicylic Acid (paraminosalicylic acid)	炎症性肠病	Intestinal antiinflammatory drugs	ASACOL, MEZAVANT, PENTASA	
metamizole	疼痛	Analgesic antipyretics		
Methylenium Chloride (methylene blue)				
Morpholine				
Moxifloxacin	感染性疾病	Antibiotics	AVELOX, FLOXSAFE, MO-FLOREN, MOXIFLOXACIN KABI...	
Nalidixic Acid	感染性疾病	Antibiotics		

方药探析

中西药/食物	用于	药物分类	新加坡注册, 例如 (*combination, ... others)	备注
Niridazole	寄生虫感染	antiparasites		
Nitric Oxide				
Nitrofurantoin (nitrofurantoin)	感染性疾病	Antibiotics		
Nitrofurantoin	感染性疾病	Antibiotics	APO-NITROFURANTOIN	
Nitroglycerin (glyceryl trinitrate)	心脏疾病	cardiac glycosides	ANGISED, GLYTRIN, GLYCERYL TRINITRATE-HAMELN, RECTOGESIC...	
Noramidopyrine	疼痛	Analgesic antipyretics		
Norfloxacin	感染性疾病	Antibiotics	BEXINOR, LOXONE	
Ofloxacin	感染性疾病	Antibiotics	TARIVID, OFCIN, OFLOX...	
Oxalate, Urate (urate oxalate)		biemials		
Pamaquine	疟疾	Antimalarials		
Para-Aminobenzoic Acid (4-Aminobenzoic Acid)	vitiligo, pemphigus dermatomyositis morphea, lymphoblastoma, Pityriasis, and leproderma	biemials		folate and vitamins, foods including grains, eggs, milk and meat.
Paracetamol (acetaminophen)	疼痛	Analgesic antipyretics	PANADOL, ALCETAMOL, ANAREX, AXCEL PARACETAMOL.....	
Paracetamol + Propylphenazone	疼痛	Analgesic antipyretics		
Pefloxacin	感染性疾病	Antibiotics	PEMAX	
Pentamquine	疟疾	Antimalarials		
Phenacetin (acetophenetidin)	疼痛	Analgesic antipyretics		

方药探析

中西药/食物	用于	药物分类	新加坡注册，例如 (*combination, ... others)	备注
Phenazone (antipyretic)	疼痛	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs	TROPEX	
Phenazopyridine	尿道发炎	urinary analgesics	UROGESIC	
Phenylbutazone	疼痛	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs		
Phenytoin	癫痫	antiepileptic	DILANTIN, DBL PHENYTOIN	
Phenylhydrazine		bleeding		
Phytomenadione (Vitamin K1)	出血	antihemorrhagic	KONAKION MM	
Pipemidic Acid	感染性疾病	Antibiotics	UROTRACTIN	
Prilocaine	疼痛	anesthetics	CITANEST OCTAPRESSIN*, EMLA*, RACSER*	
Primaquine	疟疾	Antimalarials		
Probenecid	痛风	antigout	PROBENECID	
Propranolol	心脏疾病	antiarrhythmic		
Proguanil (biguanidine)	疟疾	Antimalarials		
Propoxyphene	疼痛	antiinflammatory, analgesics		
Pyrimethamine	寄生虫感染	antiparasites		
Quinidine	疟疾	Antimalarials		
Quinidine + Phenylhydrazine	疟疾	Antimalarials		
Quinidine + Quinine	疟疾	Antimalarials		
Quinine	疟疾	Antimalarials	QUININE SULPHATE	
Raburbaris	药物中毒	Detoxifying agents for antineoplastic treatment	FASTURTEC	

方药探析

中西药/食物	用于	药物分类	新加坡注册, 例如 (*combination, ... others)	备注
Sodium nitropruside	高血压	antihypertensives	DBL SODIUM NITROPRUSSIDE	
Spiramycin	感染性疾病	Antibiotics		
Stibophen (2-(2-Oxido-3,5- Disulphonatophenoxy)- 1, 3, 2, Benzodioxastibole- 4-6-Disulphonate)	寄生虫感染	anthelmintic		
Streptomycin	感染性疾病	Antibiotics	STREPTOMYCIN	
Sucrimer	中毒	heavy metal chelating agent		
Sulfacetamide	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfadiazine	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfadiazine	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfadiazine + Trimethoprim	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfadimidine	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfadoxine	疟疾	Antibiotics		
Sulfafurazole (Sulfafurazole, sulfisoxazole)	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfaguanidine	感染性疾病(兽医)	Antibiotics		
Sulfamerazine	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfamethiazole	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfamethoxazole	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfamethoxypyridazine	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfanilamide (Sulphanilamide)	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfapyridine	感染性疾病	Antibiotics		
Sulfasalazine, Salazopyridine (Salazopyridine)	炎症性肠病	Intestinal antiinflammatory drugs	PMS- SULFASALAZINE	
Sulfone	麻风病	Antimycobacterials		
Thiamphenicol	感染性疾病	Antibiotics		
Thiazolidine (thiazolidine)	感染性疾病	Antibiotics		

方药探析

中西药/食物	用于	药物分类	新加坡注册，例如 (*combination, ... others)	备注
Tiaprofenic Acid	疼痛	Analgesics		
Trihexyphenidyl (benhexol)	帕金森症	Anti-parkinsonism drugs	BEAHEXOL, BENZHEXOL	
Trimethoprim	感染性疾病	Antibiotics		
Trimethoprim + Sulfamethoxazole	感染性疾病	Antibiotics	CO- TRIMEXAZOLE, BACIN, B.S., DHATRIN...	
Tripelennamine	敏感症，哮喘等	Antihistamines		

参考文献

- [1] <https://www.g6pd.org/en/G6PDDeficiency.aspx>
- [2] Lee SW, Chaiyakunapruk N, Lai NM. What G6PD-deficient individuals should really avoid. Br J Clin Pharmacol. 2017;83(1):211–212.
doi:10.1111/bcp.13091. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338146/>
- [3] Singapore Health Sciences of Authority. Infosearch — Register of therapeutic products.



话说黄芪

新加坡 黄靖文

黄芪古名黄耆，耆，长也，本品色黄，为补气之长，故名。清·黄宫绣曰：“黄耆，为补气诸药之最，是以有耆之称。”黄芪为豆科植物，《神农本草经》列为上品。《大明日华本草》曰：“黄芪，药中补益，呼为羊肉”。

黄芪产于中国北方各省，南北朝以前，以甘肃所产最佳，梁代陶弘景曰：“第一出陇西，洮阳(甘肃省境内)，色黄白甜美，今宜难得。次用黑水(四川省境内)者，色白肌理粗，新者亦甘而温补。”最先对黄芪进行品种评价。宋代苏颂《本草图经》所绘宪州黄芪即是山西所产，宋代陈承曰：“黄芪本出绵上者为良，故名绵黄芪，非谓其柔韧如绵也。今《图经》所绘宪州者，地与绵上相邻也。”从宋代开始，黄芪以山西为道地，以山西沁州绵上最为出名。至清代除山西外，又加内蒙古为道地，现今认为山西，内蒙古，甘肃所产之黄芪质地较佳，均可视为黄芪道地产区。

黄芪的产地与其品质关系极为密切，医家亦颇为重视。现代科学研究，药材质量的高低与当地的水质，土壤，气候等因素有关。据近代生化分析研究发现：黄芪含有丰富的微量元素硒，硒有提高机体对疾病的抵抗力和延缓细胞衰老的功用，还有类似维生素E、C的抗氧化作用和调节免疫功能，有利于人类健康长寿。黄芪的疗效与硒元素含量有密切关系。中国西北地区土壤中硒元素较丰富。所以西北地区所产的黄芪为道地药材是有科学道理的。

黄芪是目前中医临床处方和中成药用量最大的中药之一，俗称“十药八芪”之称。近代名医张锡纯善用黄芪巧治重症，总结其临床运用经验：1，黄芪治大气下陷证，大汗淋漓证，肝虚证，肢体痿废证，妇人流产崩带证

等。肝虚之证，临床并不多见，张氏认为左半身不及右半身，临卧不敢向左侧，乃是肝虚明征，并强调要重用黄芪。他曾说：“愚自临证以来，凡遇肝气虚弱不能调达，用一切疏肝之药皆不效，重用黄芪为主，而少佐以理气之品，服之即见效验”。对于痿废患者，张氏主张脉强而有力者不可用黄芪。凡遇流产及崩带重用黄芪，酌性配伍，均不起沉痾，愈重症。

黄芪滋阴之说：此亦为张锡纯首倡，他曾说：“黄芪不但能补气，用之得当，又能滋阴。”张氏治一妇人，年近五旬，身热劳嗽，六味不效，左归不效，改用黄芪六钱，知母八钱煎汤数剂渐轻，再加丹参，当归各三钱，十剂而愈。张氏认为：“盖虚劳者多损肾，黄芪能大补肺气以滋肾水之上源，使气旺自能生水，再作适当配伍，则滋阴生水之功益著也。”

现代名医岳美中根据古代翔实的文献记载，结合自己的临床经验归纳黄芪的适应症：黄芪善治慢性衰弱证：岳老指出张仲景《伤寒论》的113方均不用黄芪，但在《金匱要略》中凡七见，他认为其中必有奥妙。经反复研究发现“仲景在《伤寒》则绝不用黄芪，在《金匱》则罕用四逆，是因为黄芪必须多服久服才能见效。可是就仲景的用药趋向上看，可以肯定说，黄芪对于急性衰弱病，绝无救亡于顷刻，而对衰弱性病则有它一定的疗效。”

黄芪主治衰弱性肌表病：岳老从《金匱》用黄芪的七方中，除黄芪建中汤治里虚外，其余六方，如黄芪桂枝五物汤，防己黄芪汤，防己茯苓汤，乌头汤，黄芪芍药桂枝苦酒汤，桂枝加黄芪汤，皆主治“虚劳里急诸不足”，足证黄芪非专治里虚之品。日人吉益东洞《药征》谓：“黄芪，主治肌表之水也。”此说未必尽然。岳老解释为：肌表组织能力恢复，则停水自去。古方善用黄芪治瘫痪，也是属于

主治衰弱性肌表病变。岳老认为：“黄芪之于神经系统疾患之瘫痪麻木消消肌肉等确有效。且大症必须从数钱至数两，为一日量，持久服之，其效乃显。”

黄芪治疗中气下陷，岳老颇赞赏东恒之说，与张锡纯见解颇相同。岳老曾说：“脾胃内伤，谷气不旺，中气虚馁，体力为之不足，东恒补中益气汤补脾胃的虚馁，乃方中参术的职事，黄芪则是负鼓荡谷气以充肌表力量之职责任者。”中气下陷的患者，常有小腹重坠感，在劳作时更显，且同时表现呼吸短促，这时投以补中益气汤或张锡纯之升陷汤，颇有捷效。

黄芪粥治慢性肾炎蛋白尿：早在宋朝苏东坡就有：“黄芪煮粥荐春盘”的诗句，清代陆以湉医著《冷庐医话》有一病案：王某患肿胀病，自顶至踵，大倍于常，气喘声嘶，二便不能，生命垂危，求医于海宁许珊林。许氏取生黄芪120克，糯米30克，煎粥一大碗，令病家用小匙频频送服。不久，患者喘平便通，全身浮肿消而痊愈。岳老在此病案启发下，在原方基础上组方：生黄芪30克，生薏仁30克，赤小豆15克，鸡内金（为末）9克，金橘饼2枚，糯米30克。先以水600毫升，煮黄芪20分钟，捞去渣，次入薏仁，赤小豆，煮30分钟，再次入鸡内金，糯米，煮熟成粥，食用。分两次服完，食后服金橘饼一枚，每日1剂。此方对慢性肾炎，肾盂肾炎残余的浮肿，疗效较佳，对消除蛋白尿亦有效。此方对肾虚，肾气衰弱之水肿最为适宜，但肾阴虚者不宜用。

中央卫生部顾问王文鼎与岳美中均对《验方新编》中的四神煎治疗鹤膝风极为推崇。王氏云：“鹤膝风，膝关节红肿疼痛，步履艰难，投以四神煎恒效。”岳老亦云：“历年来，余与同仁用此方治此病，每随治随效，难以枚举。”根据两位专家经验：生黄芪240克，川牛膝120克，石斛120克，远志120克，金银花30克。要保证药质药量，不可随意增多或减少。用水10碗现将前四味药煎熬，待煎至2碗水时，加入金银花，再煎成一大碗。临睡前空腹一次服下，全身大汗，听其自止。用毛巾把汗擦干，搓揉全身。一般的用一付药，就

可以肿消病愈，严重的两三付就行了。病人空腹吃下药去，要出大汗，尤其身体虚弱的病人，方中用了大量黄芪，补了气，止了汗，防止了虚脱。无独有偶，明末清初的名医傅青主，也有大剂黄芪治疗鹤膝风的特效方，其后人为之整理的《石室秘录》中作了详细介绍：黄芪3两，肉桂1钱，薏仁4两，茯苓2两，白术2两，防风5钱，水十余碗，煎二碗，分作2服。上午一服，临睡服，服后以厚被盖之，必出大汗，不可轻去其被，令其汗自干而愈，一服可也，不必再服。傅氏谓：“此方妙在黄芪以补气，盖两足之所以能动而举步者，气以行之也。今鹤膝之病，则之气虚不能周到，行步自然艰难。”治疗鹤膝风，尽管两方配伍不同，但均以黄芪为君，如此大剂用之，古今实为罕见，其效亦卓然，可供借鉴。

傅青主先生配制的名食“头脑”中主要佐料就有黄芪，常食可强身健体，延年益寿。

现代江苏南通名医朱良春善用黄芪配地龙治疗慢性肾炎，多年来，他致力于慢肾治疗研究，认为此病多气滞血瘀，受王清任补阳还五汤启示，用黄芪30-60克，地龙10-15克。朱氏尝谓：“慢性肾炎水肿是标，肾虚是本，益气既是利水消肿，化瘀可以推陈致新。”他认为益气化瘀就是治疗慢肾行之有效的法则。黄芪充养大气，调整肺，脾，肾三脏功能，提高机体免疫能力，同时兼有利尿作用，地龙化瘀，能走窜通络，利尿降压。

关于黄芪“疮家圣药”之争：《神农本草经》云黄芪“主痈疽，久败疮，排脓止痛。”金代医家张元素提出为“疮家圣药”，后世争论甚多，张山雷还骂他“流毒甚广，危害深远。”实际上，张元素对黄芪有深入研究。他指出：“黄芪甘温纯阳，其用有五：补诸虚不足一也，益元气二也，壮脾胃三也，去肌热四也，排脓止痛，活血生血，内托痈疽，为疮家圣药五也。”黄芪的内托痈疽指的是溃疡久败，肌肉难生，脓水不净，久病气虚，疮口溃塌，不能兴其生发之机能。用黄芪甘温益气，内托排脓，正是《本经》原意。《医宗金鉴》外科的托里排脓汤用的就是黄芪。



笃学不倦， 承传澄江针灸学术的 符伯华

新加坡 林 英

符伯华先生，字鸿煒，1913年出生，原籍海南文昌县文教市全美村。乃前清贡生龙驹公之哲嗣，在毕业于北京医专的父亲影响下，中学毕业后的符伯华，即赴无锡跟随承淡安先生学习针灸半年，毕业於南京针灸医学院，迨后复攻读厦门大学中医专修系。

1937年因抗日战争爆发来到新加坡。1956年考取新加坡同济医院医师，先生曾设医务所於小坡余街四号，上世纪五十年代开设诊所“天安药房”（现址大巴窰二巷），医术精湛。

历任新加坡中医师公会理监事，曾任新加坡中华医药研究院院长、中华医院第一分院院长等职。中医专门学校针灸科教导员，桃李满门。编著有《闲斋医录》，将他读书心得与临床实践经验编写成册，接着又以内经、难经、伤寒论、金匱要略及金元四大家与明清杂病温热各大学派言论，摘要引录，兼附个人研究心得编写《中医辨证论》一书。

符伯华先生倾心于针灸，从《灵枢经》开始，精读《难经》《针灸甲乙经》《奇经八脉考》《针灸大成》《医宗金鉴》等针灸经典著作。对于针刺手法和临床选穴犹有心得。

符先生认为，针刺疗法是通过对穴位的刺激，激发经络的功能而起治疗作用，因此，针刺就是能调节“经气”和增强防御力量，以达

到“真气得安，邪气乃亡”的目的。针对针刺补泻手法分轻重刺激存在古今差异，符先生认为：《内经》论补泻刺法，正是在掌握刺激轻重、浅深和久暂等基础上的运用。它既不是简单地谈“虚补实泻”、也不是将针刺的补泻与药物等量并见，因此，为了更好地研究补泻法，先须掌握轻重刺激，在这原则之下，按照古法（包括后世刺法）做些补和泻的区分是有必要的，例如宜用轻刺激者，可选用平补、平泻及平针法；宜用重刺激者，可选用各种大补大泻（或称为重补重泻）法。

其次，符先生认为，选穴是针灸临床的重要环节，必须结合四诊八纲辩证施治，例如同一种疾病，因发生的部位不同而存在选穴的差异，只要了解它和经络循行所过部位来探讨，就可以判断是某经的病变，针对性选择相应经脉的腧穴。辨证循经取穴，首先是病候的辨证归经。

另外，符先生还精研“子午流注”和“灵龟八法”，认为人体气血随十二时辰循环灌注全身，其中包括阴阳相结合来随气血盛衰、腧穴开阖而按时间取穴。

参考文献

- [1] 老中医录专辑小组编.老中医录：新加坡中医访谈专辑[M].新加坡：新华文化事业公司.1987年：43-49
中国针灸2013, (01) 79-83《新加坡共和国社会模范人物志》P128

出席“第十二届亚细安中医药学术大会”报告

新加坡 许文楷



第十二届亚细安中医药学术大会于2019年8月24日至25日，在泰国曼谷千禧希尔顿(Millennium Hilton)大酒店隆重举行。本届大会由泰国中医师总会承办，大会的主题是“传承与创新、发展中医药、健康全人类”。新加坡中医师公会赵英杰会长率代表团共53人参加大会，是参加此次活动人数最多的海外单位。参会的理事有：刘少夫署理会长、冯增益副会长、郭忠福副会长、林光明副会长、黄纪威秘书长、朱奕达副秘书长、吴佳盛财政长、吴忠辉院长、梁桂贤院长、谢淇盛副院长，常务理事林钥华、陈建生，理事王木瑞、钟辉光、张赛丽、张友华和陈传丰。

“亚细安中医药团体联席会议”安排在8月23日晚上召开，会议由新加坡中医师公会赵英杰会长主持，议程是1. 探讨举办第十三

届亚细安中医药学术大会事宜；2. 讨论筹组亚细安中医药学会联合会事宜。经过两个半小时的讨论，联席会议议决：1.第十三届亚细安中医药学术大会订于2021年在新加坡举行；2.五国同意筹组中医药学会联合会，确定以“亚细安”冠名，称为“亚细安中医药学会联合会”。会议确定新加坡中医师公会为创会主席，泰国中医师总会、马来西亚华人医药总会和菲律宾中医师公会四个团体为创会副主席；3.五国同意在新加坡注册“亚细安中医药学会联合会”，各国代表将审视新加坡中医师公会起草的注册章程，并择日在新加坡开会讨论以完善内容。出席联席会议的我会代表还有刘少夫署理会长、冯增益副会长、郭忠福副会长和黄纪威秘书长。



五国中医团体代表在联席会议后合影

8月24日上午为大会开幕式，来自泰国、新加坡、印度尼西亚、菲律宾、马来西亚以及中国的专家、学者约400多人参加会议。开幕式的主宾是泰国副总理兼卫生部长阿努汀，他在致辞时说，中医药与现代医学相辅相成，中医药的发展可以促进其他传统与替代医学的发展，使泰国中医界与国际中医界接轨。世界

中医药学会联合会批准在泰国设立中医临床研究国际合作中心，对于东盟地区的中医药发展和推广有着重要意义。中国驻泰国大使馆文化参赞常禹萌、世界中医药学会联合会副秘书长徐春波、泰国中华总商会主席陈振治、新加坡中医师公会赵英杰会长分别受邀上台致词。



泰国副总理兼卫生部长阿努汀致辞



五国团体会长开幕式在台上合影



赵英杰会长在开幕式致词



赵英杰会长发表主题报告



大会开幕典礼盛况

为期两天的大会，与会专家学者就中医基础理论与临床研究进展、中药研究开发与应用、中医手法流派的传承与发展等诸多议题展开探讨。我会赵英杰会长受邀发表主题报告，赵会长的课题是《病证结合治疗恶性淋巴瘤的思考》，除了主题演讲和报告外，大会还设有

泰国青年中医师论坛等10个分会场，进行学术报告及中医临床技能实操演示。大会出版论文集，收录论文71篇，中华医院医务总管林英主任医师发表《颅内肿瘤的中医治疗》论文，特邀医师许柏光医师发表《针推综合治疗颈源性心脏病》论文并在第4分会场演讲。

学术交流



其中一个分会场的情况

大会闭幕式在8月25日下午3时半举行，在承办单位林丹乾会长致答谢词后，他代表泰国将亚细安会旗移交给赵英杰会长，这时，新加坡中医师公会全体代表上台，在会长的带领下摇旗呐喊，誓愿办好下一届大会。赵会长接着代表第十三届亚细安中医药学术大会承办国致欢迎词，呼吁各国代表届时踊跃参会。本届大会在泰国中医师总会李金龙永远名誉会长总结讲话后，宣布圆满闭幕。



许柏光医师演讲后与部分代表合影



赵英杰会长带领我会全体代表上台接过亚细安会旗

第十六届世界中医药大会

新加坡 林英



第十六届世界中医药大会，由中东欧中医药学会和匈牙利中医药学会承办，为期二天的大会在匈牙利首都布达佩斯举行，本届主题为“防病强身民心所向·健康和谐命运相连”。30多个国家和地区的近800名中医药代表出席大会，收录学术论文257篇，学术报告多达170个，分会场共计21个，涵盖中医药各学科理论研究、手法操作等。

新加坡中医医师公会代表团由会长，也是世界中联副主席的赵英杰教授领导，团员包括刘少夫署理会长，郭忠福副会长，林秋霞副会长，吴佳盛财政长，朱奕达副秘书长，林钥华常务理事，陈雪辉常务理事，张赛丽理事，陈传丰理事，陈南星名誉理事；其他团员有李曰琳，林英，许柏光，何和松，董菁菁，刘狮万，谢雯佳，谢喜娥，黄春祥，王茹田，谢翠育，马永红，于文霞，潘广斋，钟耀文，李荣顺，张荭媚，邵永鑫，许文楷

等；公会执行秘书余美玲也随团参会。本次大会郭忠福副会长参与国际中医药专业高级技术职称评审论文答辩，并通过了国际中医药专业高级技术职称评审及论文答辩，经世界中医药学会联合会国际医药专业技术职称考评委员批准，授于中医主任医师职称证书。公会会员，新加坡中医学院讲导师，董菁菁博士在儿科专场发表了论文“自拟生长粉治疗新加坡小儿形体瘦弱浅谈”。

在开幕式致辞的包括，世界中医药学会联合会马建中主席，匈牙利国会亨德·乔鲍副主席，中国驻匈牙利段洁龙大使，中东欧中医药学会陈震会长，匈牙利卫生部副部长齐克·佐丹，匈牙利总理首席顾问苏契·盖佐。

开幕式上也进行了中医药国际标准建设推广基地授牌仪式以及世界中医专业核心课程教材新书国际发布仪式。世界中医专业核心



课程教材包括中文版和英文版各14册，由世界中医药学会联合会教育指导委员会组织编写、中国中医药出版社出版。



中国中医药出版社副总编辑李占永表示，这套课程教材的编者、翻译者队伍庞大，由来自数十个国家和地区、近400位中外中医医生共同撰写，定位于培养符合临床需求的中医

师，重点阐述了国外常见且中医药确有疗效的疾病防治。“本套教材的出版发行，有助于全面、系统、准确地向世界传播中医药学，也有助于在世界范围内培养中医药人才，从而更好地推进中医药在海外发展。”

在主题报告环节，匈牙利卫生部补充医学工作委员会主任艾瑞·阿扬道克做了题为《匈牙利针灸历史》的报告；河南中医药大学第一附属医院主任徐立然做了题为《中医药治疗HIV/AIDS 方法、成就和展望》的报告；中国中医科学院广安门医院院长王阶做了题为《冠心病的中医诊疗规范及临床应用经验》的报告；布达佩斯首都医科大学塞梅尔维斯大学健康学院教授于福年做了题为《经方在海外临床证中的优势及面临的问题与挑战》的报告。

会议同期还将召开世界中联第四届五次理事会、常务理事会与第五次监事会会议，讨论世界中医药发展形势等。

最后进行世界中医药大会会旗交接仪式，中东欧中医药学会会长陈震博士介绍“第十六届世界中医药大会于匈牙利的布达佩斯举行的筹备情况；世界中联副主席兼秘书长桑滨生总结讲话并宣布大会正式闭幕。



从南京中医药大学副院长闵文教授谈 《足跟痛症的发病机制和治疗策略》说起

新加坡 王晖闵

今年(2019年)以准组员加入筋伤痛症组的笔者,第一次于2019年5月份在吴忠辉老师的带领下和30名医师前辈们一同前往南京中医药大学进修。为期1周的进修课中,其中有一门课是南京中医药大学副院长闵文教授的《足跟痛症的发病机制和治疗策略》。因为在筋伤痛症组如切分院实习4个半月期间,就见到5名足跟痛或兼有足跟痛的病人,加上我的亲人也深受足跟痛的困扰,故对这堂课的兴趣比其它课浓烈些。在此,笔者想要分享闵文教授的跟痛症讲义内容重点和我组在如切分院临床对足跟痛的治法及疗效结果。除此,也想分享笔者从他处如中国知网等处收集的足跟痛治法供参考,希望有助于提高临床疗效。

闵文教授《跟痛症的发病机制和治疗策略》讲义内容重点摘取

跟痛症是以足跟部及其周围疼痛为主要表现的症候群。中国国内临床发病率高达10%,多见于40~70岁中老年及肥胖人群,男女比例约2:1。典型症状为足底内侧跖腱膜止点至跟骨内侧结节压痛,负重疼痛,严重影响生活质量和行走功能。

跟痛症诊断主要取决于症状、体征和辅助检查(包括X线和MRI)。典型的X线表现为跟骨骨质增生,MRI表现为跖腱膜止点增厚和信号增高等。

诊断足跟痛时也必须与跟腱病,类风湿性关节炎、脊柱关节病等系统性疾病和创伤引起的足跟痛做相鉴别:

1) 需要与跟腱止点炎和跟腱周围炎相鉴

别,跟腱病的疼痛位于跟骨后结节。

2) 若呈对称性发病,需要排除类风湿性关节炎、脊柱关节病等系统性疾病。

3) 创伤所致的踝关节内、外翻畸形,会引起下肢力线异常和足跟部负重部位改变,并导致步态改变、继发性平足、足跟部疼痛等症状。

足跟疼痛病因和发病机制研究

十九世纪初期,Wood首先提出跖腱膜炎可能是跟痛症的重要病因。二十世纪初期,有学者认为淋病、梅毒、肺结核、链球菌感染等可能导致跟痛症。后来相继出现很多学说,如小神经卡压、跟骨高压、脂肪垫老化等学说,但都无法完全解释其发病机制。

据报道,足部疾病就诊病人中约15%为跟痛症,其中73%由骨骨刺和/或跖腱膜炎引起。跖腱膜炎、跟骨骨刺被分别认为是跟痛症的主要病理因素和生物力学因素。有研究报道,跟骨骨刺切除、跖腱膜松解治疗跟痛症取得了很好疗效,说明跟骨骨刺和跖腱膜炎在发病机制中起重要作用。

跖腱膜病变与跟痛症

跖腱膜病变包括跖腱膜撕裂和跖腱膜炎。跖腱膜撕裂常继发于急性损伤,多见于竞技运动员。跖腱膜炎多为亚急性或慢性损伤,跖腱膜受到反复的积累性劳损,可合并跖腱膜撕裂,常伴有无菌性炎症反应和跖腱膜退变,是跟痛症主要病因。跖腱膜炎多发生于长跑运动员,故推测可能与跖腱膜微损伤有关。主要的

危险因素包括长时间的站立、负重以及跟骨骨刺。一些系统性疾病，如类风湿性关节炎、糖尿病、系统性红斑狼疮、痛风等也可导致跖腱膜炎。跖腱膜病变表现为胶原退变和自发性修复反应，包括血管新生、软骨化生、微损伤、基质钙化及钙化灶。病理变化可发生于不同阶段，致使微损伤修复失败并产生炎症反应，分泌炎症介质和细胞因子，进而导致跟痛症的临床症状。因此，长期、慢性、反复、过度的负载是跖腱膜炎形成重要因素。

跟骨骨刺与跟痛症

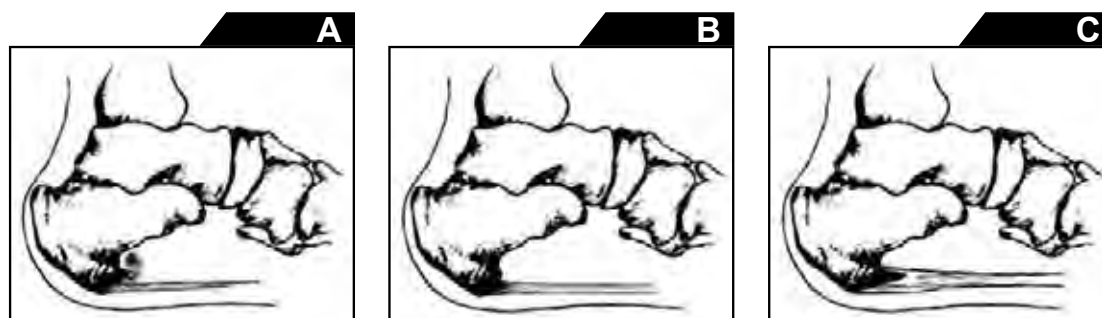
跟骨骨刺与跟痛症关系密切。75%跟痛症患者有跟骨骨刺形成。但跟骨骨刺不是跟痛症的直接原因。流行病学研究显示，13.2%的研究对象存在跟骨骨刺，而其中跟痛症发生率仅为5.2%。尸体研究显示，跟骨骨刺常常合并有跖腱膜退变。跟骨骨刺作为跖腱膜炎的机械学诱因日益受到关注。但临床上30%的跟骨骨刺患者并无显著跟痛症状，跟骨骨刺导致跖腱膜

炎甚至跟痛症存在争论。

临床上常发现，跟骨骨刺体积较小，却症状明显；而较大体积跟骨骨刺，症状却相对较轻。因此，跟骨骨刺与跟痛症之间存在相关性，跟骨骨刺可能通过某些途径造成跟痛症的临床表现。

跟骨骨刺、跖腱膜病变与跟痛症

病理和组织学研究显示，长期慢性负重和来自跖腱膜和跟腱的机械牵拉诱导，内生软骨成骨方式而形成跟骨骨刺。影像学研究结果显示了跟骨骨刺和跖腱膜炎的高度相关性。明确跟骨骨刺、跖腱膜病变、跟痛症三者之间的关系是个重要的科学问题。跟骨骨刺可能是跖腱膜长期、反复牵拉所致的跖腱膜止点牵拉骨赘形成；亦或是由于跟骨结节慢性过度负载造成骨质增生导致骨刺形成。



A型：发病率最高。跟骨骨刺位于跖腱膜上方，行走负重时长期、反复撞击跖腱膜，导致炎症、微损伤甚至撕裂，炎症和微损伤是跟痛症形成的原因。

B型：跟骨骨刺位于跖腱膜止点内。跖腱膜止点因机械牵伸，通过内生软骨方式形成骨赘，类似末端病，过度、反复的牵伸导致跖腱膜止点撕裂，形成跟痛症。

C型：在B型基础上，跖腱膜止点周围出现无菌性炎症反应。

这些研究结果很好的解释了为什么有些骨刺大却症状轻，有些骨刺没有造成跟痛症症状，有些没有骨刺却发生跟痛症。跟痛症与跖腱膜炎症的严重程度、跖腱膜撕裂大小以及跟骨骨刺的类型、位置、长度和方向等因素均有关。

跟痛症的治疗策略

跟痛症的治疗策略无非是非手术治疗和手术治疗两种。讲义内容提及的非手术治疗中涉及到西医药，为了让论述完整，笔者没有省略掉，读者们阅读时可将西医药有关的内容作为参考作用。既然手术治疗在本地是属于西医的范畴，故在此文章中省略。

非手术治疗

85%~90%的跟痛症可通过保守治疗缓解。常见的保守治疗方法包括休息、矫形鞋及足跟垫、非甾体类抗炎药物、跖腱膜牵伸、类固醇激素局部注射、体外冲击波、中药熏洗和内服及正骨手法。大量临床研究结果显示，经过严格的6个月保守治疗，80%的跟痛症患者症状无复发。

循证医学研究推荐采用多模式的保守治疗策略，即联用几种保守治疗方法，发挥协同作用，可有效治疗跟痛症。

- 1) 休息：急性期的免负重
- 2) 镇痛药物：包括非甾体类抗炎药物、中药的外用(见下)和内服
- 3) 跖腱膜牵伸：缓解跟腱、跖腱膜和足内在肌挛缩
- 4) 局部间断冰敷：有利于减轻疼痛、缓解跖腱膜炎症
- 5) 正骨手法可缓解疼痛症状
- 6) 矫形鞋常用于治疗，联合跖腱膜牵伸的疗效更佳。
- 7) 夜间夹板固定，维持踝、跖趾关节在轻度过伸位。
- 8) 类固醇激素注射：并发症包括足跟部皮肤和脂肪垫萎缩、感染以及跖腱膜断裂。跖腱膜断裂会导致足内侧纵弓丢失
- 9) 顽固性跟痛症采用体外冲击波疗法治疗的报道较多，但是其机制尚不清楚。高能量的体外冲击波较常规的物理治疗方法，在

治疗3个月后，疗效差异显著。使用体外冲击波治疗363例顽固性跟痛症，结果显示76%的患者接受单次治疗，74%的患者疗效满意。

中医药治疗特色及原则

中药外用（熏洗）主要是达到祛风、散寒、除湿、通络的作用。闵文教授推荐的方如下：

桑枝15g，桂枝15g，威灵仙15g，络石藤15g，海风藤15g，透骨草15g，木瓜15g，伸筋草15g，艾叶12g，红花6g

如果是内服中药，因“肾主腰脚”，处方则需有补肾、活血和通络的作用。

中华医院如切分院治疗足跟痛的针刺方法

如切分院星期三（晚上）小组采用了已故谢斋培顾问生前传授的针灸方法来治疗足跟痛。针刺的穴位为大陵穴（健侧）和百会穴旁开0.5寸的部位（“经验穴”，双侧）。针刺得气后，让患者配合运动疗法，即走动至患者感觉疼痛缓解为止。视患者情况，或加艾灸患部加强止痛效果。

穴位定位方法及针刺操作

穴位定位及针刺操作参照新世纪（第二版）全国高等中医药院校规划教材石学敏主编的《针灸学》[1]。

- 1) 大陵：腕横纹中央，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

操作：直刺0.3 ~ 0.5 寸

- 2) 百会：后发际正中直上7寸，或当头部正中线与两耳尖连线的交点处。

操作：平刺0.5 ~ 0.8

病案1:

温某，男，59岁

5.12.2018初诊，患者主诉颈部疼痛。西医检验报告显示颈部颈椎轻微退化，C5-7有骨刺。

23.1.2019二诊：除了复诊颈椎疼痛，左足跟疼痛1周。

治疗处方除了针刺颈椎问题，加上大陵穴(右)和百会旁开0.5寸的经验穴。针下得气后，嘱患者进行运动疗法，直到足跟疼痛缓解。然后，灸患部。

30.1.2019三诊和**20.2.2019**四诊：患者左足跟痛改善，续针大陵穴(右)和百会旁开0.5寸的经验穴，配合运动疗法兼灸患部。

27.2.2019五诊：左足跟已不痛。

至今，温某足跟痛未复发就医。

病案2:

萧某，女，44岁

12.6.2019初诊：双足跟热痛半年，站立和行走时疼痛甚，右侧较甚，触诊双足跟，右侧足跟热甚于左侧，西医诊断为“足底筋膜炎”。

处方：大陵穴(双)和百会穴旁开0.5寸的经验穴。针下得气后，嘱患者进行运动疗法，直到足跟疼痛缓解。

19.6.2019二诊：足跟疼痛减轻，触诊双侧足跟微热。守方续针配合运动疗法。

3.7.2019三诊：自觉足跟疼痛程度与二诊时一样，触诊双侧足跟微热改善。守方续针配合运动疗法。

17.7.2019四诊：足跟疼痛加重，守方续针配合运动疗法。数分钟后，患者反应疼痛明显减轻。

四诊后至八月，未见患者复诊。

其余足跟疼痛患者治疗效果：

1例男患者在初诊时给予同上处方，针刺兼运动疗法数分钟后，感觉左足跟疼痛明显缓解。之后无返回复诊。

1例李女患者，65岁，主诉为右侧髂骨疼痛反复发作多年，兼右足跟疼痛。因为使用

俯卧位，故没法配合运动。针刺数次后，右足跟疼痛好转(疼痛有所缓解)，但有时足跟疼痛会复发。

1名谢某女患者，86岁，主诉为腰酸痛多年伴右足跟疼痛。除了针刺疗法加上温灸治疗其足跟痛。疗效缓慢，治疗半年后疼痛才缓解。

综观以上5个病例，应可以总结针刺大陵穴和百会穴旁开0.5寸治疗足跟痛是有效的。

方义

因为已经没法向谢顾问询问针刺大陵穴和百会旁开0.5寸的方义，故笔者做了研究和向医师前辈请教，从中医经络理论，特定穴学说，手足对应取穴法，头针等的基理，得出了以下大陵穴和百会穴旁开0.5寸是可以治疗足跟痛的方义。

先让我们了解足跟痛的病位，再说明方义。

中医经络理论

足跟痛的病位

《灵枢·经脉》曰足少阴肾经起于足小趾之下，斜走足心，经舟骨粗隆下、内踝后侧，沿小腿、腓窝、大腿的内后侧上行，穿过脊柱，属于肾，络膀胱。其支者从肺出，络心，注胸中。足跟部是足少阴肾经和经筋循行分布的部位。^[1]因肾经“别入跟中”加上肾主骨，所以足跟疼痛的病位在肾。^[2]

十二经脉的循行走向、特定穴学说与大陵穴

根据十二经脉的循行走向与交接规律，足少阴肾经于胸中交换至手厥阴心包经(请见下图)。^[1]

十二经脉的气血循环流注从肺经开始逐经相传，同于十二经脉的循行走向与交接规

表 1-3

十二经脉的循行走向与交接规律



律一样，流注到肾经后复传于心包经，至肝经而终。^[1]

再来《难经·六十八难》曰：“输主体重节痛”，原穴乃脏腑原气输注、经过和留止的部位。大陵穴属手厥阴心包经，为手厥阴心包经之输穴、原穴。^[1, 6]

手足对应取穴法与大陵穴

除了以上论述的中医理论学说，另有原理是根据手足对应取穴法。大陵位于掌根，痛点在足跟，故相对应。^[3]

综观上述，根据接经配穴法，手厥阴心包经为足少阴肾经所顺接之经脉，足少阴肾经病变当取厥阴经脉腧穴。再来，大陵穴为手厥阴心包经之输穴、原穴，“输主体重节痛”，原穴乃脏腑原气输注、经过和留止的部位，而且大陵穴所在位置相当于足跟骨的对应部位。^[1,2,3,6] 因此，以上强而有力地支持针刺大陵穴是可以治疗足跟症的。

百会旁开0.5寸的经络归属？

从新世纪（第二版）全国高等中医药院校规划教材石学敏主编的《针灸学》[1]中十四经脉里没有百会旁开0.5寸这个穴位。百会属于督脉的穴位，而足太阳膀胱经于头部正中中线旁开1.5寸循行，所以已故谢顾问的“经

验穴”位于督脉与膀胱经之间。但因“经验穴”较近于督脉，故笔者大胆推断百会穴旁开0.5寸应当还是属于督脉范畴。

《医宗金鉴》曰：“督脉发源肾经过，三阴虚热足跟疼，六味地黄滋真水，肿溃流脓用八珍。”以上原文是指足跟乃督脉发源之地，足少阴肾经从此所过。若三阴虚热，则足跟疼痛。宜用大剂六味地黄丸料煎服，以峻补其真水。若痛久不愈，肿溃流脓者，宜服八珍汤，以大补其气血。^[4] 总而言之，《医宗金鉴》提示督脉与足跟是息息相关的。正因足跟是督脉的发源之地，再结合人体全息对应原则“病在下者而上取之”，这应该是百会旁开0.5寸处可治疗足跟痛的依据吧！

头针

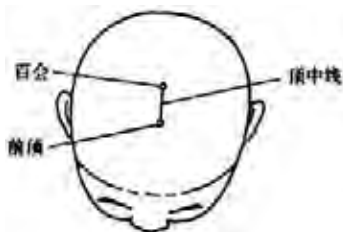
因为“经验穴”位于头部，因此笔者也参考了头针，看是否能找出任何蛛丝马迹，为何此“经验穴”可以治疗足跟疼痛。

头针是在传统的针灸理论上发展起来的。早在《素问·脉要精微论》中就指出“头为精明之府”。头为诸阳之会，手足六阳经皆上循于头面，六阴经中手少阴与足厥阴经直接循行于头面部，所有阴经的经别和阳经相合后上达与头面。^[1]

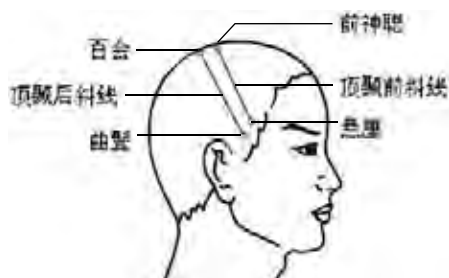
因为百会旁开0.5寸位于头顶，百会穴乃

督脉之穴，故笔者把“目标”锁定在头顶部和从督脉引申的头针穴线部位，并了解各穴线的主治疾病。

1) 顶中线^[1]，在头顶部，督脉百会穴至前顶穴（百会前1.5寸）之间的连线。主治腰腿足病，如瘫痪、麻木、疼痛，以及皮层性多尿、脱肛、小儿夜尿、高血压、头顶痛等。



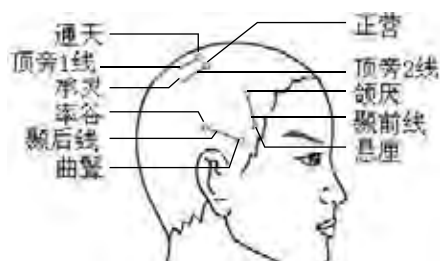
2) 顶颞后斜线^[1]，在头顶部、头侧部，顶颞前斜线（在头顶部、头侧部，头部经外奇穴前神聪（百会前1寸）与颞部胆经悬厘之间的连线）之后1寸，与其平行的线。督脉百会与颞部胆经曲鬓穴之间的连线。全线分为5等分，上1/5治疗对侧下肢和躯干感觉异常，中2/5治疗上肢感觉异常，下2/5治疗头面部感觉异常。



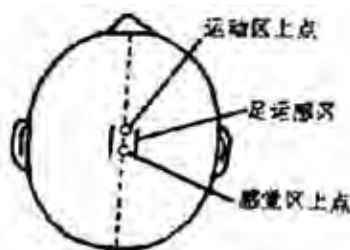
3) 顶旁1线^[1]，在头顶部，督脉旁1.5寸，从膀胱经通天穴向后引一条长1.5寸的线。主治腰腿病证，如瘫痪、麻木、疼痛等。

4) 顶旁2线^[1]，在头顶部，督脉旁2.25寸，从胆经正营穴向后引一条长1.5寸的线到承灵。主治肩、臂、手等病症，如瘫痪、麻木、疼痛等。

5) 足运动区^[5]，在前后正中线的中点旁开左右各0.5-1厘米，向后引平行于正中线的



3厘米长的直线。主治对侧下肢瘫痪，疼痛，麻木，急性腰扭伤，夜尿，尿频等。



从以上头针穴线及主治来看，从头顶督脉（正中线）或百会穴左右旁开至1.5寸左右的区域都可以治疗腰腿疾病，如瘫痪、麻木、疼痛等。那么，“经验穴”在这个区域范围内，所以也能治疗腰腿疾病包括足跟痛症？看到这个结论，脑海里便冒出4个字“为什么呢”？笔者没能从手里现有研究资料或网站找到确切的答案，不过相信或许是因为“经验穴”主要接近或在头针的足运动区吧！

结论

结合人体全息对应原则：“病在下者而上取之”和“循经远取”的原则；还有《难经·六十八难》曰：“输主体重节痛”，原穴乃脏腑原气输注、经过和留止的部位；手足对应取穴法和《医宗金鉴》曰：“督脉发源肾经过”等是针刺大陵穴和百会旁开0.5寸二穴能治疗足跟痛的主要依据。同时嘱患者运动下肢有助于针刺部位产生针感，便可改善疼痛部位的血液循环，疏通经络，调畅气血，而达到“通则不痛”的目的。

其他治疗方案

1) 麦粒灸、艾条灸兼包扎

有医师前辈与笔者分享已故谢顾问另一种治疗足跟疼痛的方法。那就是在患处(阿是穴)先使用麦粒灸3壮。灸完3壮麦粒灸后,在患处应用艾条灸,一般每处灸10-15分钟,至皮肤出现红晕为度。最后,以跌打消肿伤科软膏“解凝膏”包扎患处2天。

机理

灸乃灼烧的意思,主要是借灸火的热力给予人体温热性刺激,通过经络腧穴的作用,以达到治病的一种方法[1]。在治疗足跟痛时使用灸法能扩张患处的血管,加快疼痛局部的血液循环,减少炎症的代谢产物,促进炎症消除[8]。加上“解凝膏”有清热消炎、消肿止痛、活血逐瘀、舒筋活络,跌打接骨的功能,所以加强了消炎、消肿及止痛的效果。

笔者没有使用此疗法,所以没有数据可以支持其疗效。不过,医师前辈在临床中有使用麦粒灸、艾条灸兼包扎疗法治疗足跟痛患者,并告知其治疗疗效好。

2) 独取神门穴

孙远征等[6]在《针刺神门穴结合拮抗运动治疗足跟痛18例》文献中独取神门穴治疗18例黑龙江中医药大学附属第二医院针灸二科室门诊患者。操作方法为常规消毒后,采用0.35mm X 40mm 毫针直刺患侧神门穴10-15mm,行平补平泻法,针刺得气后,嘱患者进行拮抗运动,即跺患足运动,留针30分钟,期间每隔10分钟行针一次,每次行针1分钟。每日针刺1次,5天为一个疗程,共治疗2个疗程。

结果

治疗18例的治疗结果是痊愈(疼痛完全消失):11例,占61.1%;显效(疼痛明显缓解,偶有长时间行走、站立后稍感疼痛):6例,占33.3%;好转(疼痛有所缓解,但久行、久立后

仍然有疼痛):1例,占5.6%;无效(疼痛没有缓解):0例。全部18例均有效,最快者3天痊愈;半年后随访,痊愈患者未复发。

方义

犹如上述,足跟部是足少阴肾经经脉和筋循行分布的部位。手足少阴经为同名经,其经气相连,同气相求。神门穴乃手少阴心经的输穴、原穴。根据“病在下者,高取之”,和“循经远取”的原则;《难经·六十八难》曰:“输主体重节痛”,原穴乃脏腑原气输注、经过和留止的部位,又因《素问·至真要大论》云:“诸痛痒疮,皆属于心”,故针刺远端手少阴心经之神门穴可治疗足跟痛。针刺时结合拮抗运动,可改善疼痛部位的血液循环,疏通经络,调畅气血,而达到止痛的效果。另外,足跟部肌肉、脂肪少,针刺较疼痛,远端取穴更易获得患者接受和配合。

综观上述,临床中也可以用神门穴与大陵穴互换治疗足跟痛。

3) 火针疗法

火针疗法是取足跟阿是穴,局部消毒后,将烧至白亮的火针迅速刺入穴位,并快速拔出。

钟朝培等^[7]刊登于大众科技杂志《近年来针灸治疗足跟痛的研究进展》的文章中提到2组(赵明华和宫育卓等)研究火针疗法治疗足跟痛的效果。2组治疗结果总有效率分别为96.7%和100%。

钟朝培等作者们是通过中国知网、万方、维普网等收集近年来针灸治疗足跟痛临床研究的相关文献。文章中以火针疗法的研究概况综述如下:

赵明华取阿是穴,局部消毒后,将烧至白亮的火针迅速刺入阿是穴穴位,并快速拔出。压痛点范围较大的部位,火针点刺多下,每3日1次,5次为1个疗程。总有效率为96.7%。

官育卓等采用火针疗法治疗跟痛症30例，对其压疼明显处行火针点刺，每个压痛点3针。骨内压增高的患者，以足跟中央及该处旁开前后左右各约1cm处为治疗点，中央处每次2针，其余4处各1针，均深达骨面。针后针口涂抹万花油。每5天1次，3次为1个疗程。一个疗程后，30例总有效率为100%。^[7]

4) 拔罐

接下来，笔者想要分享王玲玲教授（现为新加坡中华医院医务总监）刊登在2015年香港《明报》[8]中，以拔罐法治疗足跟痛的一篇真实病案文章。

病案：

2007年某月，患者王某，女，右足跟底部疼痛1周，站立时和刚一踏地，右足局部就钻心刺痛，行走时疼痛难忍，行走跛足，局部检查右足患处不红不肿，右跟内侧前部有一个明显的局限性压痛。平素喜爱运动，坚持每天慢跑。发病后，已停止慢跑锻炼。

治疗前，让患者俯卧位，暴露右足内侧和外侧，然后做拔罐治疗，并吩咐患者罐子刚吸上去1分钟如果感觉疼痛难忍的话，可以默念数字。患者告诉治疗医师，罐子吸上去1分钟内（因罐外空气压强），她确实感觉罐口似乎嵌入肉里，跟骨似要被挤碎一样，便开始默念数字，刚数到30，拔罐部位果真不感觉疼痛了。10分钟后，取下火罐。待患者休息片刻后，让她起身站立，患者反应是疼痛大减，迈步走路时感觉没有疼痛，步态也恢复正常。



拔罐治疗机理

上述发病时间不长的足跟疼痛多半是足跟部筋膜发炎。拔罐的负压牵拉作用使罐口产生的疼痛会使机体产生镇痛物质，如增加机体内源性镇痛物质内啡肽的含量，来提高人体痛阈，同时还能扩张血管，加快疼痛局部的血液循环，减少炎症的代谢产物，促进炎症消除。

结论

总结以上论述，足跟症的病位在肾，跖腱膜炎、跟骨骨刺是跟痛症的主要原因。闵文教授也分享了非手术治疗（即保守治疗）包括休息、矫形鞋及足跟垫、跖腱膜牵伸、中药熏洗等，循证医学研究推荐联用几种保守治疗方法，发挥协同作用，可有效治疗跟痛症。

除了分享闵文教授的跟痛病讲义内容重点及治法，笔者也分享的几种治疗足跟症的方案，即已故谢顾问传授的针刺大陵穴和“经验穴”结合运动疗法及麦粒灸、艾条灸兼包扎治法；从中国知网处收集足跟痛治法，即独刺神门穴及火针还有王玲玲教授的拔罐法供参考。在安全、合法、符合中医道德理论守则的基础上，医师可随患者临床状况选用任何最适合的治法或联合多种治法，帮病人治疗。

参考文献

- [1] 石学敏.全国高等中医药院校规划教材针灸学[M].北京：中国中医药出版社，2007年6月第二版：8.
- [2] 李祿，张晓宇.巨刺大陵配合中药治疗足跟痛临床研究[J].中医药临床杂志，2017，29（11）：1921.
- [3] 大陵穴.< HYPERLINK "https://m.xjlz365.com/jingluo/yuxue-227.html" \h https://m.xjlz365.com/jingluo/yuxue-227.html>
- [4] 足跟痛证治.< HYPERLINK "http://www.zysj.com.cn/lilunshuji/yizongjinjian/337-26-9.html" \h http://www.zysj.com.cn/lilunshuji/yizongjinjian/337-26-9.html>
- [5] 孙中田，高山，徐波克，王玉琳.孙中田针灸灸治验[M].北京：人民卫生出版社，2013年1月：196.
- [6] 孙远征，周琛，孙颖哲.针刺神门穴结合拮抗运动治疗足跟痛18例[J].中国针灸，2019，39（1）：72.
- [7] 钟朝培，陈日兰，朱英，刘谦，吴思远，朱青青.近年来针灸治疗足跟痛的研究进展[J].大众科技，2018，20（3）：59.
- [8] 王玲玲.一次难忘的拔罐经历[J].香港明报，2015

参观哥达丁宜草药园 谈叶下珠药用价值与作用

新加坡 蔡欣洁

二零一九年九月二十四日是一个大晴天，早晨九点半，在大巴窑中华总院大门前，聚合一群草药爱好者予愉快心情，在此等待吴忠辉老师带领同学们，前往大马去参观 哥达丁宜草药园。抵达草药园时候，已经过中午了；我们直接去参观草药园！负责人用他们的益寿

茶so tea，热诚欢迎我们到来。这里种植的草药，供给他们制药厂（制益寿茶等…之用），共有二，三十种草药，面积20英亩。我们在园内逗留近二小时。下列的草药简单功效，是负责人给予同学们参考：

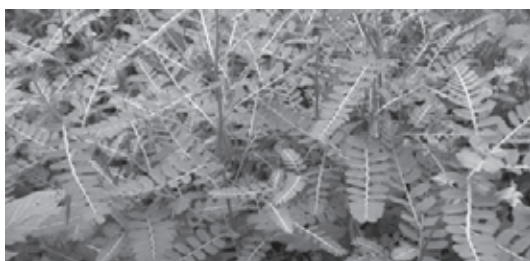
草药名	草药名
优遁草	肾病, 抗癌, 排毒, 毛丹...
黑面将军	癌症, 肿胀, 排毒, 糖尿病, 祛斑...
过江藤	糖尿病, 皮肤病, 黄胆, 痔疮, 白带...
七星草	癌症, 高血压, 胃肠症, 肿, 痔疮, 排毒, 心脏病...
猫须草	糖尿病, 肾病, 高血压, 风湿病, 肝病, 结石...
爬树龙	抗癌药物, 脚痛, 风湿病...
红田烏	强心脏, 通血管, 胆固醇...
水龟草	肾脏, 水肿, 黄胆, 肝炎...
满天星	肝病, 黄胆, 腰腿痛...
白花野牡丹	糖尿病, 肾病, 高血压...
岩陀	血癌...
南非叶	清毒, 降血糖, 高血压, 胆固醇, 通血管...
含羞草	骨刺, 身体萎缩, 神经衰弱...



在参观草药当中，一株像含羞草的植物引起我的感兴趣，问负责人，悉知那棵叫叶下珠（学名：*Phyllanthus urinaria* L.）。叶下珠是一种一年生的草本植物，因为叶子呈现整齐排列的椭圆形，就像露珠那样，所以被叫做叶下珠。

其茎带紫红色，叶互生，作复瓦状排列，形成二行，很似羽状复叶，叶片矩圆形，长二、三分，全绿，先端尖或钝，基部圆形，几无叶柄。叶下珠会沿茎叶下面开白色小花，无花柄。花后结扁圆形小果，形如小珠，排列于假复叶下面。

感谢，参观草药园后，激发我对叶下珠这植物，进一步了解再学习。在网上找有关资料，做功课，现在与大家分享。



叶下珠（学名：*Phyllanthus urinaria* L.）

别名很多：珠仔草、含羞草、五时合、龙珠草、企枝叶下珠、小里草、油甘草、夜合草、田青仔、叶后珠。外地别名称为珍珠草、十字珍珠、日开夜合、夜合草、夜合珍珠、阴阳草、老鸦珠等。叶下株为大戟科叶草本。

来源：为大戟科油柑属植物叶下珠，以全草入药。可取全草，去杂质，晒干。

性味归经：微苦、甘，凉 无毒；归经：归肝、肺经。功能主治：清热利尿，明目，消积，肾炎水肿，泌尿系感染，结石，肠炎腹泻，夜盲，赤白痢疾，单纯性消化不良，小儿疳积，眼角膜炎，急性结膜炎，口疮，高血压，黄疸型肝炎；外用治青竹蛇咬伤等。

概括其功效：解毒，利胆，利尿，利水，明目，清肝，清热

叶下珠禁忌：
体虚者少用，单味勿久服。

A. 叶下珠的功效与作用

(1) 叶下珠能够清热解毒

叶下珠是一种凉性的花卉，有效除人体体内的毒素；用叶下珠泡水可以解暑消乏的作用。

(2) 叶下珠对人的肝脏有很强的保护作用，也可保护我们的眼睛，有效缓解视疲劳，放松眼睛，提高视力的作用，叶下珠很适合青少年及用眼易疲劳的人食用。

(3) 叶下珠能醒脑提神 叶下珠比较清凉，能够缓解人们的疲劳和亚健康状态，焕发生活的激情和态度，让人瞬间神清气爽，精神倍增。

叶下珠食用方法

日常用量：一般用18.5~35克，水肿者可用75~110克。内服常用量生品30~90克，外用适量。

B. 叶下珠选方

- (1) 治细菌性痢疾、膀胱炎：鲜叶下珠30克，金银花叶20克，红糖10克煎服。或叶下珠适量洗净，加冷开水适量，绞汁加红糖，每日剂，分3次服，连服3-5天。
- (2) 治泌尿系统感染：叶下珠30克，车前草15克，金钱草30克，海金沙15克。用法：水6碗，煎3碗，代茶饮。
- (3) 治急性黄疸型肝炎：鲜叶下珠、六月雪、茵陈各30克，每日剂，水煎分2次服。
- (4) 治目赤肿痛、夜盲、眼花眼朦：叶下珠30-50克，炖猪肝或鸭肝10克，饮汤食肝。服5日。
- (5) 治青竹蛇（竹叶青）咬伤：鲜叶下珠100克（清水洗净）米酒适量。用法：将鲜叶下珠捣烂绞汁，冲米酒服。渣敷伤口周围肿胀处。亦可用米汤冲服。
- (6) 治肾盂肾炎急性期或慢性急发：鲜叶下珠40克，白花蛇舌草30克，车前草20克，水煎，每日剂，分3次服，连服2~5天。
- (7) 乙型肝炎带原者组成：鲜叶下珠20克猪瘦肉15克。用法：水6碗加猪瘦肉炖服，早晚各服1碗。

- (8) 风火赤眼：鲜叶下珠50克，鲜枸杞叶50克，六角英30克，猪肝150克。用法：水6碗煎2碗，加猪肝炖熟，分2~3次服。
- (9) 膀胱湿热、小便刺痛：鲜叶下珠30克玉米须30克，石韦20克，水丁香30克。用法：水煎，当茶。
- (10) 高血压症：叶下珠35克，玉米须35克，酢浆草35克，夏枯草20克，枸杞根30克。用法：水煎，分2~3次服。
- (11) 血崩：叶下珠20克，河蟹壳10个，党参，黄芪各30克，当归，枸杞子，首乌各12克，血余炭8克。用法：河蟹壳烧赤研末，其他料水煎取汁。冲服河蟹壳，每天2次，每次用河蟹壳末6克。
- (12) 赤白痢疾：叶下珠30-50克，水煎加红糖服冲蜜服。或叶下珠20克，老鹳草20克，水煎，加红糖服。
- (13) 竹叶青蛇咬伤：鲜叶下珠洗净，绞汁，用米酒适量或米汤冲服，渣贴患处。
- (14) 治指头蛇疮、飞蛇卵：叶下珠捶雄黄末贴之。
- (15) 小儿遗尿：叶下珠15克，鸡肠1~2具。用法：把鸡肠剪开洗净，加水共煮熟，去药渣服用。
- (16) 治伤暑发热：叶下珠30克，水煎加蜜服。
- (17) 治目赤肿痛、夜盲、眼花眼朦：叶下

珠**30-60**克，炖猪肝或鸭肝**100**克，饮汤食肝。

(18) 治小儿疳积：鲜叶下珠根、鲜老鼠耳根各**15**克，炖服。或叶下珠煮猪肝或鸡肝食。

(19) 治小儿疳积引起的结膜炎、夜盲：叶下珠**15**克，猪肝**50**克，蒸熟饮汤食肝。

(20) 治小儿疳积、久热不退：鲜叶下珠**40**克，猪肝或瘦猪肉，加水蒸煮，饮汤食肝。

(21) 治小儿头面暑疖：叶下珠捶汁，调雄黄末抹患处。

(22) 治单纯性消化不良：叶下珠**15**克，水煎服。

(23) 治急性黄疸型肝炎：鲜叶下珠、六月雪、茵陈各**30**克，每日剂，水煎分**2**次服。

C. 其他文章：

(1) 中国中医药信息杂志 **2003**年**9**月第**10**卷第**9**期内，“叶下珠汤治疗乙肝肝纤维化**50**例临床观察后”也证明了叶下珠，有保肝作用。

(2) 厦门大学医院 **2008**年 郑秀青，在其论文“叶下珠水提取物体外抗菌作用”确定叶下珠对大肠杆菌的破坏作用，具有较强的抗菌作用。

(3) 北京中医药大学，博士生夏芸在**2011**年**5**月，博士研究生学位论文，确定叶下珠治疗慢性乙型肝炎有效。

(4) 药理评研究“**Drug Evaluation Research**”刊物**2016**年**6**月第**39**卷第**3**期，由中国中山市中医院，戴卫波及广东药学院的肖文娟，“叶下珠药理研究进展”文章上发表叶下珠的药理作用：有保肝及抗肿瘤。

(5) 中国中医药信息杂志，**2016**年**1**月第**23**卷第一期“福建泉州地区治疗肝病的野生中草药种类调查”由黄秀珍及邹秀红的文章发表叶下珠对肝病有效功能。

总结

综合所收集的资料，文章及特刊的报道：“叶下珠”能清肝抑毒，活血疏肝，扶正消癥，抗病毒、降酶，可延缓或阻止乙肝患者肝纤维化的进展，有好的治疗作用。



第十七届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会 暨世界中联癌症姑息治疗研究专业委员会第五届年会

新加坡 凌鹰



第十七届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会暨世界中联癌症姑息治疗研究专业委员会第四届年会，经已于2019年12月13~15日在中国·南宁召开。新加坡出席学术年会的有赵英杰教授，张赛丽博士，张国强博士，唐跃博士，邝慧芳博士，林英主任医师，白伟良医师，李荣顺医师及黄普觉医师。

本次大会由世界中医药学会联合会，广西中医药大学附属瑞康医院主办；世界中医药学会联合会癌症姑息治疗研究专业委员会，广西中西医结合学会肿瘤专业委员会等承办；广西中西医结合肿瘤专科联盟，广西中西医结合肿瘤放射治疗联盟协办，来自中国各省市，港澳及新加坡等地国内外近400名中医及中西医结合肿瘤医师，专家学者参与此次盛会，共同环绕着大会的主题肿瘤中西医结合治疗的传承与

创新进行交流。

12月13日(星期五)晚上8点新加坡代表团受邀出席了“世中联癌症姑息治疗研究专业委员会换届筹备会议”，会上发布了2020年世界中联癌症姑息治疗专业委员会学术年会5月15-16日在广州举行；11月14-15日再由新加坡主办。

12月4日早晨8时20分，大会开幕式，自治区中医药管理局副局长黎甲文，广西中医药大学党委常委、总会计师何刚亮，世界中医药学会联合副会长赵英杰，世界中医药学会联合会癌症姑息治疗研究专业委员会会长林丽珠，广西中西医结合学会秘书长李方，附属瑞康医院院长唐友明、副院长韦思尊等领导和专家分别为大会致辞。



开幕式

开幕式后，紧接着是广州中医药大学第一附属医院林丽珠教授，中国中医科学院广安门医院李杰教授，北京中医药大学第三附属医院黄金昶教授，新加坡中医师公会赵英杰教授，中国医学科学院肿瘤医院王淑莲教授等专家们的特邀报告，午餐后，泰国汉医癌症研究所叶峰，重庆医科大学石丘玲，广西中医药大学第一附属医院张高炼，澳洲中医学会张翼，湖南

中医研究院附属医院蒋益兰，广西壮族自治区人民医院冯国生，及广西中医药大学附属瑞康医院练祖平教授等专家学者发表了精彩的学术报告。

至此第十七届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会在大会主席做大会总结后已成功圆满举办。



新加坡代表团

分享栏目：郝万山40年从医感悟

新加坡 陈蓓琪

前言

最近在网上看到一份资料，是关于郝万山教授从医40年的感悟，读了之后觉得有不少的收获，在此转载与大家分享，在空闲时间也可以阅读一下，希望对大家在诊病思路方面能够有所帮助。

本栏目中的大部分内容是大多是从网上转载的，希望通过此栏目，与大家分享一些可能对大家有用的信息，如有错误的地方还请大家多多指教。也希望通过本专栏与大家进行交流，如果大家对本栏目有任何建议，或者也想要分享一些心得和资料的话，欢迎大家踊跃来信和投稿，谢谢！

郝万山40年从医感悟 (对医学、健康、心灵的思考)

作为学者，身为北京中医药大学教授的郝万山，一本《郝万山伤寒论讲稿》早已被当代中医教育界视为圭臬。作为医生，郝万山已从医40余年，救治患者无数。作为健康科普教育者，他在健康教育的讲坛上已经耕耘了30年，足迹遍布亚欧美澳和国内包括港台在内的大多数省市。近来因为《百家讲坛》的《郝万山说健康》节目，名字更是家喻户晓。

在前去采访的路上，记者还有些担心，害怕他说太多晦涩的中医理论以至难以成文。然而，当与郝万山面对面坐在一起时，一股难以言表的安稳与平静感如涓涓细流般传递过来。他个子不高，然而思路却异常清晰，“医生能干什么？”，则是他四十多年来一直在思考的问题。

他认为，医生并不是万能的，医生只不过是人在患重病以后，在一定程度上帮助人们适当减轻痛苦，延长一定时间的生命，真的病入五脏，是不能解决根本问题的。很多人把健康交给医生，不注重养生保健，实在是一个误区。

在他看来，了解医生能干什么，知道自己能从医生那里得到什么，远比单纯获取健康知识重要得多。

感悟，包治百病到医学的局限

人们常说学医三年，天下无不治之病，治病三年，天下无治病之方。当郝万山离开大学，走向工作岗位后，真的体会到了这句话的含义。“你知道吗？我年轻时做住院医师，医院每天要往太平间送多少人啊？我看到的，每天都有五、六个往太平间送。所以各大医院的太平间门，一定不能朝向居民小区。”郝万山说。

紧接着，大学同窗的遭遇更是让年轻的郝万山对医生作用的局限，产生了清楚的认识。某同学大学毕业的时候得了感冒，进而染上了扁桃腺炎，接着竟发展到肾小球肾炎。毕业后，这位同学被分配到了外地，几年之后疾病就进展到肾功能衰竭。虽然在北京为他找到了肾源，做了肾移植，但过了一年，移植的肾又肾衰了。之后又是第二次肾移植，可过了半年，这位同学还是因全身多脏器功能衰竭而去世了。

“他是医生，在大医院工作，可最后还是挽救不了他的生命。你说医生能干什么？”郝万山特别提到《黄帝内经》的一句话：“上工不治已病治未病，不治已乱治未乱，病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗

而铸锥，不亦晚乎？””。疾病形成了才去治疗，这就像口渴了找水喝，结果井还没打；要打仗了，才发现连兵器都没有，还要铸造兵器，这不就晚了吗！

“我上学的时候读这句话，很不以为然。然而，眼睁睁地看着年轻的同学一步步走向死亡，让我重新审视这句话的重要意义——一定要注重预防。”郝万山告诉记者。于是重预防，逐渐成了郝万山健康宣传的基本理念。

思考，灵感来自奇怪的长寿村

上世纪八十年代初，郝万山来到四川讲课，当地的医生无意间提起位于都江堰附近有一个长寿村，地方非常偏僻，但百岁以上老人很多。郝万山连忙追问，这么重要的信息，为什么不报道出来，让大家都知道呢？

这个医生苦笑着回答：“调查队去过几次了，但我们不能公布调查情况。都说抽烟不好，他们都抽自己晒的大烟叶子，从十来岁抽到一百多岁；都说喝酒不好，他们都喝酒，喝自己粮食酿造的白酒；他们都吃肥肉，吃自己养的大肥猪肉，别的肉、海鲜都没有。难道我们去宣传，抽烟、喝酒、吃肥肉能活一百岁？”

听到这里，郝万山做出了精辟的分析：“心要静，身要动，就是他们的长寿之道。他们地处偏僻，过着自耕自足的平静生活，对身外的钱财名利，声色犬马不去追求，符合心静原则。他们自幼耕作，一直到老，符合身动的原则，这就是他们的长寿之道。”

可面对工作和社会的沉重压力，人们怎么能够心静呢？郝万山的方法是：静能生慧，用智慧去处理一切事情，而不是用情绪去处理事情，就不会影响健康。动能生阳，阳气通达，代谢流畅，身体就会健康。长寿村的居民虽然可能并不太符合现代的健康标准，但却完全达到了心要静，身要动的要求——自种自食，无论魏晋。

突破，法国婆媳的启示

不过，“心要静，身要动”，虽然只有六个字，但要做到并不简单。身动，尚且知易行难，心静，则知己不易。如今，治疗心身性疾病和抑郁症、焦虑症是郝万山的专长之一，每天来看病的人络绎不绝。如何才能让病人做到心静，郝万山认为，除了要读书学习，提高精神境界和文化素养外，还可从调整病人体质入手，因为中医认为当体质良好的时候，人更容易抵抗心理的波动。

身体归身体，可有些病人心理上如果拴上了死结，要解起来就更加困难。

大约二十多年前，郝万山在法国斯特拉斯堡市上课，一位医生带来一个脚后跟疼的病人，怎么治都治不好。发病经历更是奇怪，她到国外旅游一圈，什么毛病没有，却在回家时离家还有100米的地方，开始疼得走不了路了。

郝万山看这位病人不像是纯粹的身体疾病，便问起她家里都有哪些成员，关系如何，结果这位妇女忍不住哭了。原来，她一家三口和婆婆住在一起，而她非常惧怕见到婆婆，因为婆婆曾说过很多伤害她的话。这个家她怕回，但却不得不回。“我除了给她开药之外，还给她写了两句话并让翻译译成法文写在下面，第一句是‘解铃还须系铃人，心病还须心药医’，第二句是‘宽容他人就等于宽容自己’。”郝万山说。

时间转眼到了2002年，郝万山在法国巴黎讲课，这位妇女闻讯竟然专程去找他。她告诉郝万山，她脚后跟疼已经彻底好了，不过并不完全是吃药好的，吃药只可以减痛于一时。原来当年，这位妇女曾对着那两句话反复看，但仍无法释怀。婆婆去世了，她收拾婆婆遗物时，脚后跟还是疼。三年前，儿子娶了媳妇，也住在一起。她对媳妇新的思维和行为就是看着不顺眼，有一天她对着媳妇就想说一句话，话到嘴边，突然意识到，这不就是当年婆婆说我的那句话吗？这时，她一下明白了，当年婆婆说她不是坏心，因为此时她说儿媳妇也没有

坏心。自此，她心中的那个结终于打开了，从此脚后跟再也没疼过。

“理解这两句话，我整整用了七年时间。”这位妇女说。所以郝万山在治疗心身性疾病的过程中，除了用药物调节身体素质外，也注重病人的心理调节。在他的多场健康讲座里，常常提醒人们，学会换位思考，换个角度看问题，或许就可以柳暗花明，峰回路转，放下许多纠结。

自律，要给病人宣泄的机会

谁都不能否认，医学是进步了，医生的分科分工也更细了，但也带来了一些问题。郝万山讲起了自己接诊过的一位来自日本的病人。这位病人在日本的时候，曾因心慌心跳，多次到心内科找医生，说自己最近总是心慌气短、胸闷憋气。可是经检查，做心电图正常、超声心动正常、冠脉造影也正常。心内科医生就给病人说：“我的任务已经完成了。”病人急了：“可我还心慌怎么办？”“那就不是我的事了。”医生说。

“医生是要看病的！”郝万山感叹道，现代医学分科越来越细，专科医生的比例也越来越大，虽然一方面看是更加专业了，可另一方面，各人只扫门前雪，把病人在科室间踢来踢去，离医生“看病”的本职却越来越远。

给病人一个宣泄的机会，这是郝万山认为医生“看病”需要遵守的准则之一。“病人都有太多的痛苦想从周围得到慰藉，可家人、朋友已经听得太多了，不愿再听。如果医生再不愿意听，找各种理由随意打发病人，那他们还能找谁啊？”可是，医生要做到这一点，并非易事。在郝万山的诊室里，每天都会涌入各种病人，一开口就说个没完，不少人还会带上一堆之前的检验报告和处方单，一股脑全倒在郝万山的桌上。郝万山也不急，病人说什么就从容地听着，病人给什么单子，都接过来仔细地看一番。

“换个人，早就不耐烦了，肯定会说，你是来看中医还是西医？看中医，还给我一堆西

医的单子干嘛？”郝万山身边的一位助理感叹。正因为如此，他的门诊工作量就特别大，但郝万山依然从容不迫地接待一个个病人。

病人的发泄照单全收，医生压力自然就增大了。对于如何保护自己，郝万山认为还是“心要静，身要动”这六个字。宽容他人，不强迫自己，哪怕在睡眠上，也是想睡就睡，不苛求每天睡够多长时间。不刻意锻炼，平时能走路就不坐车。至于饮食上，郝万山更是简单，饮食以素为主，但也不排斥吃肉。早饭、午饭比较丰富，晚饭吃得相对简单，每周保持有一个晚上不吃正餐，以便让胃肠适当休息。

附，郝万山健康感悟：

人们常说“春捂秋冻，百病不生”，这实际是提示在春季和早晨，保温是利于保护和促进阳气展发的，连衣服都要求适当多穿，要春捂早捂，如果你在这个时段喝凉水，用冷水冲澡，这和春季里小苗刚刚出土，突然来了一场霜冻有什么区别？

有“四个快乐”是我们健康的得力助手，这就是：助人为乐、知足常乐、自得其乐、没乐找乐。

真正的医生就是我们体内的自调机能，真正的灵丹妙药就在我们体内，就看你能不能很好地发挥它的作用。如果不是为了工作需要，你一定要过着白天睡觉、夜间疯玩、昼夜颠倒的生活，肯定对你的自调机能要造成很大的损耗，这显然不利于健康。

在自然界，如果一棵植物违逆自然规律，一定要冬天发芽生长，等待它的就是死亡。人的一生，不可能一帆风顺，不管我们在生活和工作中遇到什么样的艰难困苦，都要保持淡定的心态，理智面对，用智慧去化解和克服一切，把一切困苦看成是对我们心智的考验，对我们身心的历练，让我们生命中每天留下的都是一条条宽宽亮亮的光明记录，而不是一条条窄窄黑黑的苦难痕迹。（附文摘自《百家讲坛郝万山说健康》）

名医常用的 理中汤五张类方

新加坡 陈友贤

理中汤五类方在於治疗老人脾胃虚寒，大小便失常时，常用的好方。

理中汤治百病也可以说是时代的产物，特别是对为数众多所谓的亚健康群体最为适用，最容易被百姓掌握的自疗方法。

脾土在中间是个轴，心肝肺肾等在四周像四个轮子，健康的人的四轮以轴为中心的旋转是平稳均匀的，但是脾土一旦有病的时候就是处在失衡的状态，理中汤是增强中轴的健康力度来达到整体的平衡。

太阴病证治如《伤寒论》277条所言：

“自利不渴者，属太阴，以其藏有寒故也，当温之，宜服四逆辈”。

(一) 理中汤

理中汤，出自张仲景的《伤寒论》，本方是治疗中焦虚寒的代表方，在《金匱要略》云治胸痹證名人參湯。

理中汤的组成：白朮2兩、人參1兩、乾薑炮1兩、甘草炙1兩

辨证要点：腹痛不渴。或吐或利。舌淡苔白。脈沈。

理中汤治疗脾胃虚寒证，自利不渴，呕吐腹痛，腹满不食及中寒霍乱，阳虚失血，如吐

血、便血或崩漏，胸痞虚证，胸痛彻背，倦怠少气，四肢不温。现用于急、慢性胃炎，胃窦炎、溃疡病、胃下垂、慢性肝炎等属脾胃虚寒者。

黄煌教授思路：

理中汤是治疗消化系统虚寒性病症的代表方。这种虚寒性疾病，其特征就是消化液分泌亢进但吸收功能却低下。在上可见口腔唾液分泌增多，成人可为多唾，小儿可为流涎。此症也可继发于口腔溃疡。在中可因胃液分泌增多而有脘腹疼痛，暖气吐酸。在下则肠液分泌增多而有泄泻。

本方证痛不如大小建中，胀不如大小承气，痞不如诸泻心汤。同为主利，五苓散证有小便利、口渴，本方证则小便清长而口不渴。

本方也可治疗上有口疮下有腹泻，也当与甘草泻心汤证相鉴别。甘草泻心汤也有人参、干姜、甘草，但更有黄连、黄芩、半夏，证以痞为多见，且口疮也多色红，疮口分泌物多色黄，伴口苦心烦不安。本方证则纯寒无热，不难鉴别。

(二) 桂枝人参汤

桂枝人参汤，中医方剂名。出自《伤寒论》。具有和解表里之功效。桂枝人参汤即理中汤加桂枝。

桂枝人参汤组成：桂枝四两、炙甘草四两、白术三两、人参三两、干姜三两。

此方治疗太阳病的外证未除，而大便利下不止，心下痞硬，表里不解的“协热利”证。

《伤寒论》中的协热利有两种情况，一是表里皆热的葛根芩连汤证，二是表里皆寒的桂枝人参汤证。两者虽皆名“协热利”，但有寒、热的不同。临证之时，务须注意寒热病情，不得混淆，

陈某，19岁。头疼身痛，发热恶寒，大便作泻，每日四、五次，无红白粘液，腹中绵绵作痛，切其脉浮弦而缓，舌苔薄白而润。前医用“藿香正气散”未能取效。余辨为表里皆寒的“协热利”证，遂用桂枝人参汤，令其先煮理中汤，后下桂枝，日、夜服之，两剂而愈。

(三) 甘草干姜汤

甘草干姜汤为中药试剂，主治伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急，误用桂枝汤解表之后，出现咽中干，烦躁吐逆；肺痿，吐涎沫而不咳者。

甘草干姜汤就是甘草和干姜组成的方子。炙甘草的剂量应大于干姜一倍之上。

甘草干姜汤组成：炙甘草12克，干姜（炮）6克。

此方依《伤寒论》治疗误发少阴之汗，而手足厥冷之证；在《金医要略》则治疗肺痿吐涎沫，不渴，遗尿，小便频数，头目眩晕，而多涎唾之证。总的来说，此方温肺、脾两太阴之寒，达阳气、行津液为其所专，临床疗效较佳。据余所知，经方中用两味药组方治病的，有桂枝甘草汤之治悸，芍药甘草汤之治挛，甘草干姜汤之治寒，赤石脂禹余粮汤之治滑利，

皆是药简效专，用之令人称奇。

刘某，男，30岁，小学教师。患遗尿证甚久，日则间有遗出，夜则数遗无间，良以为苦。认为肾气虚损或温肾滋水而用桂附地黄汤；或补肾温涩而用固阴煎；或以脾胃虚寒而用黄芪建中汤、补中益气汤。其他鹿茸，紫河车，天生磺之类，均曾尝试，有效有不效，久则依然无法治。

刘某小便清长而不时遗，夜为甚，大便溏薄。审思肾脾肺三脏之病。但补肾温脾之药，服之依然无效，无服肺经之药。复思消渴一证，肺为水之高原，水不从于气化，下注于肾，脾肾不能约制，则关门洞开，是以治肺为首要，而本证亦何独不然。景岳有说：“小水虽利于肾，而肾上连肺，若肺气无权，则肾水终不能摄。故治水者必先治气，治肾者必先治肺”。本证病缘于肾，因知有温肺以化水之治法。又甘草干姜汤证原有遗尿之源，更为借用有力之依据。遂给予甘草干姜汤。

炙甘草24克，干姜（炮）9克，日二帖。三日后，遗尿大减，涎沫亦稀。再服五日而诸证尽除。然以八日服药16帖，竟愈此难治之证，诚非始料所及。

(四) 附子理中汤

附子理中汤出自《三因极一病证方论》卷二。

附子理中汤组成：附子、人参、干姜、白术各10克，炙甘草5克。

附子理中汤具有温阳祛寒、益气健脾的功效。临床适用于身体出现的脾胃虚寒症状，阳气不足等引起的脘腹冷痛，呕吐腹泻，腹胀肠鸣，肢体发凉，喜温喜按，遇寒则重，得温则

减,不思饮食以及身体出现肠鸣音亢进,腹泻等临床表现症状。都可以通过附子理中汤进行调理和治疗。同时治疗时间避免寒凉食物,避免发生寒性症状加重。

罗某女,七十岁,大肠出血入院医治疗后,在家中修养两个月仍体弱腹泻,肢冷畏寒,脉沉无力,每天腹泻三回。不堪忍受隐隐的腹痛、外出常要“如厕”的尴尬。

患慢性腹泻的病人,虽然不是大毛病,但是,俗话说,好汉不经“三泡稀”,再好的身体,也会不堪忍受慢性的消耗、隐隐的腹痛、外出常要“如厕”的尴尬。

在治疗上标本兼顾,温阳祛寒、益气健脾。用基本方“附子理中汤”。

治疗上给罗某开了6剂附子理中汤,附子、人参、干姜、白术各10克,炙甘草5克。附子须先煎1小时,后其他中药才一起放入与附片同煎。

罗某服了6剂附子理中汤后,两个月的腹泻治好了,现在胃口好多了,人的精神也好不少。听到这个消息,心中由衷地感到欣慰。

(五) 枳术理中汤

枳术理中汤由理中汤、枳术汤化裁而成。

《金匱要略》:“心下坚,大如盘,边如旋盘,水饮所作,枳术汤主之。本方诸药合用补而不滞,补中有通,理中焦,调升降,散阴结,共奏温运脾阳,理气通便之功,故太阴“阴结”便秘可自除。

【组成】:干姜10克,红参10克,生白术60克,枳实20克,炙甘草10克。

【功效】:温运脾阳,理气通便。

【主治】:便秘病,证属太阴“阴结”证。临证多以大便干或不干、黏腻,便出不爽,排出困难,伴腹胀、腹痛,纳呆,口淡喜温饮或口干不喜饮,神疲乏力,形寒肢冷,舌质淡、胖大、边有齿痕,苔白腻,脉濡缓或沉迟等为主要表现。

【用法】:以上诸药,加水浸过药面,浸泡1小时,武火煎开,文火煎煮20~30分钟,倒出药液,加水如上述煎法再煎第二煎,混合两次药液,分早晚饭后1小时温服。

【方解】:张仲景《伤寒论》太阴病篇虽未提及“不大便”,但其在《金匱要略》腹满寒疝宿食脉证治第十一条则有:“趺阳脉微弦,法当腹满,不满者,必便难”考其便秘,当属太阴脾阳亏虚、寒凝内结、阻滞肠腑气机而致太阴“阴结”证。

枳术理中汤治疗太阴便秘案

王某,男,79岁。

初诊(2018年10月08日):患者诉两年前开始出现排便困难,排便时费力,1-2天一行,量中,质初头硬后软,纳寐可,多次于外院治疗,反复再次出现排便困难,便时费力,每天解1-2次,量少,质硬,拉不尽感,伴腹胀,偶有腹痛,纳寐可,小便调,遂就诊我科门诊。结合其舌脉(舌淡苔薄黄微腻,脉沉),考虑为阴结便秘,予“枳术理中汤”治疗。具体处方:红参10g、炙甘草10g、干姜10g、生白术60g、枳实20g,日一剂,分早晚温服。

二诊(2018年10月11日):患者诉排便较前明显顺畅,1天一行,量多,质稍硬,腹胀较前缓解,余无不适。效不更方,续予守上方7剂治疗。

7日后电话反馈,服药后患者排便顺畅,1天一行,质软,量中,无腹满等不适。



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

《新加坡中医杂志》来稿要求：

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

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

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

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

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

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

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

来稿请注明《新加坡中医杂志》寄至：

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

或电邮至 assoc@singaporetcm.com



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

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2020年1月31日

顾问 赵英杰 林秋霞

编 印 新加坡中医师公会

主 编 王美凤(宣传出版组主任)

副 编 潘虹陵(宣传出版组副主任)

编 委 梁桂贤 王木瑞 陈蓓琪
林 英 郑爱珠

刊名题字 杨松年

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

出版准证 MCI(P) 116/01/2020

国际刊号 ISSN : 0219-1636

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

定 价 5.00新元

版权所有 翻印必究

ISSN 0219-1636



新加坡中医师公会

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

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

