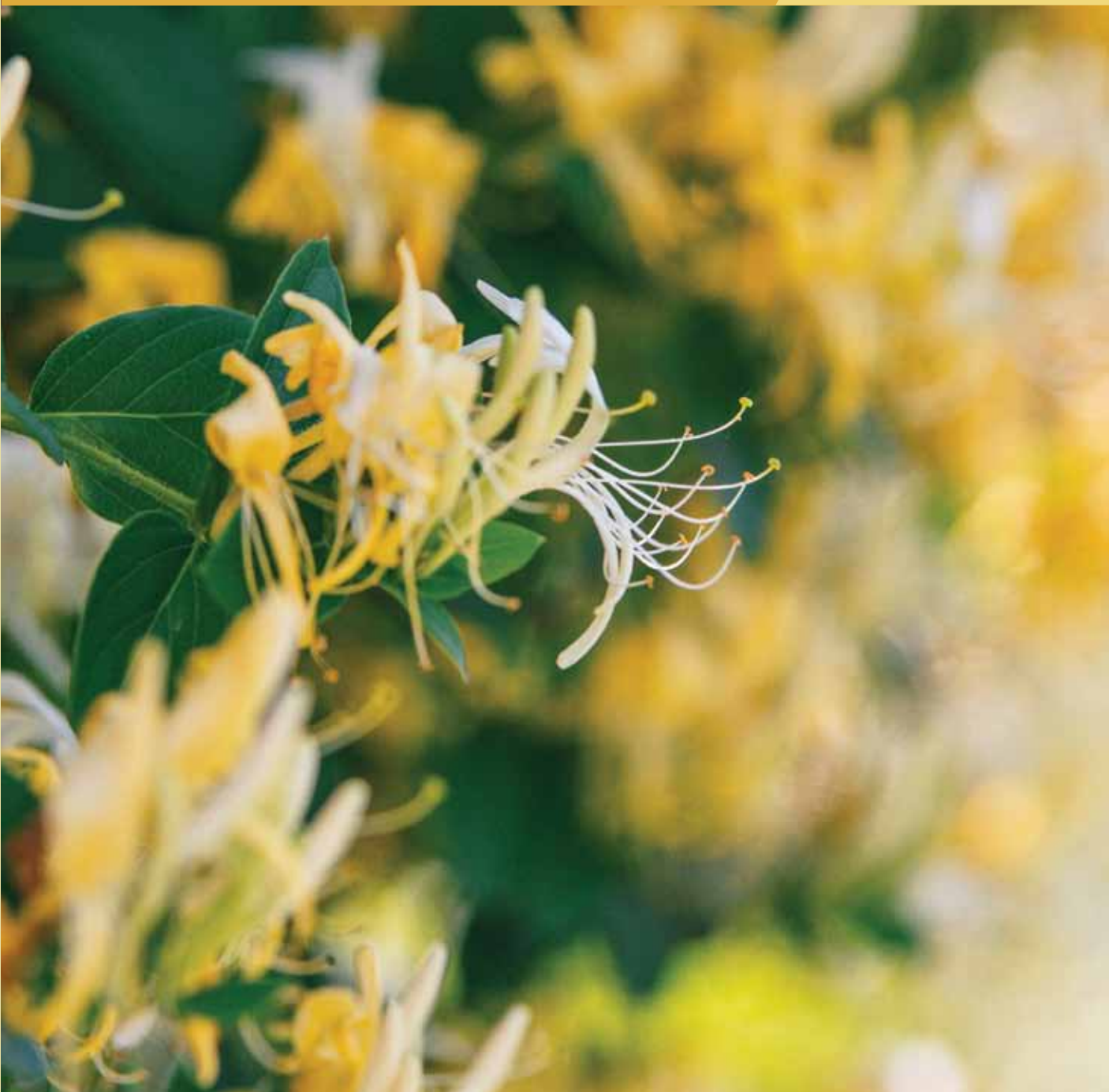




本期之药

金银花

甘，寒。归肺、心、胃经

功能：清热解毒，疏散风热

「一切风湿气，及诸肿毒，痈疽疥癣，杨梅诸恶疮。散热解毒。」
——《本草纲目》

中華醫院

仁風義舉 澤及病黎 功德無量



Singapore Chung Hwa Medical Institution

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友：

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

中华医院总院及各分院每天诊治的病人超过1,000人。我们有22位驻院医师，400多位义务医师。医院每年的营运开销超过一千万，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 more than 10 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.

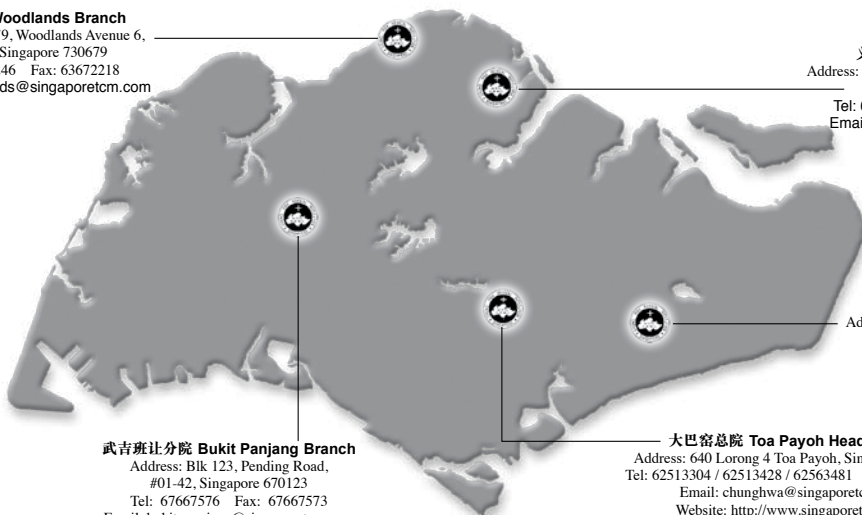
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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. 略论鼻室的中医辨证施治 — 新加坡·卓扶蓉p2-7
2. 中医药治疗脾胃病的优势及特色 — 新加坡·闫立群p8-10
3. 针灸治疗痿证 — 新加坡·杨昌志p11-14
4. 老年性耳水不平衡的治疗 — 新加坡·陈昆宁p15-17
5. 浅谈腹泻型肠易激综合征的中医治疗 — 新加坡·刘立p18-19
6. 论牛皮癣中医治疗 — 新加坡·倪炜程p20-22

学术探研

7. 刮痧疗法运用于亚健康中 — 新加坡·梁桂贤 黄文革p23-25
8. 中医治疗年龄相关性黄斑病变的优势 — 新加坡·林秋霞p26-28
9. “证素辨治法”简介和运用 — 中国·邵永平 新加坡·李明姝p29-36
10. 谈谈八脉交会穴 — 新加坡·周瑞芳p37-39
11. 乳腺癌中医辨证分型的思考 — 新加坡·曾玉珠p40-42
12. 三阴性乳腺癌—临床病理特征，中西医治疗策略概述 — 新加坡·邓凯文p43-51

方药探析

13. 三仁汤的临床运用 — 翁亚庆p52-53

新加坡杏林人物志

14. 金针度人传薪火陈必廉 — 新加坡·林英p54-56

学术交流

15. 发挥中医药在预防新冠肺炎中的作用 — 中华医院·陈岁p57-58
16. 糖尿病不是“消渴” — 新加坡·黄欣杰p59-60
17. 浅谈隋唐至明清医家对糖尿病（消渴病）的认识 — 新加坡·朱荣芳p61-67
18. 浅谈拔罐到走罐的临床应用 — 新加坡·陈图志p68-70
19. “清肺排毒汤”的药性分析 — 新加坡·陈建生p71-73
20. 浅谈电针 — 新加坡·蔡慧馨p74-78
21. 《道德经》与《黄帝内经》在养生智慧上的互参研究 — 新加坡·李明姝p79-84

知识库

22. 分享栏目 第十七期_临床常见病证用药简介 — 新加坡·陈蓓琪p85-96

略论鼻窦的 中医辨证施治

新加坡·卓扶蓉



【关键词】鼻窦，病因病机，中医疗法

鼻窦是一种长期鼻塞不通，流涕不止为特征的慢性鼻病，其鼻窦具有交替性、间歇性和持续性堵塞，常反复发作，缠绵难愈，甚至导致嗅觉失灵。本病临床常见，为多发病，而且无明显区域性及季节性，可发生在任何年龄层，男女老幼都可发病。

释名

在古医籍中以“鼻窦”、“鼻塞”、“鼻鼈”等名词论述。

鼻窦一词，首载于《素问·五常政大论》言：“大暑以行，咳嚏、鼈衄，鼻窦。”刘河间医学六书《素问玄机原病式·六气为病》载：“鼻窦，室，塞也”。又言：“但见侧卧上窍通利，下窍室塞。”此室乃指堵塞不通之义。亦指鼻窦阻塞，气息出入不通之义。

《普济方》曰：“夫鼻塞气息不通者…室塞既久，而息不能出入也。”这都概括出鼻窦的临床特点。

《诸病源候论》提到鼻塞一证时说“鼻塞候，肺气通于鼻，而气为阳。诸阳之气上荣头面，其气不和，受风冷，风冷邪气入于脑，停滞鼻间即气不宜和，结聚不通，故鼻

塞也。”张仲景《金匱要略·痉湿喝病脉证》亦提出：“头中寒湿，故鼻塞，内药鼻中则愈。”《灵枢·本神》载：“肺藏气，气舍魂，肺气虚则鼻塞不利，少气，实则喘喝，胸盈仰息。”此说明鼻为肺之外窍，肺气虚，吸气无力，少气不足以息，鼻窦没有阻塞之物也可以出现呼吸不畅之鼻塞不利的症状。

《诸病源候论·鼻鼈候》卷二十九提及鼻鼈，云：“…若风冷伤于脏腑，而邪气乘于太阴之经，其气蕴积于鼻者，则津液壅塞，鼻气不宜调，故不知香臭，而为鼈也。”《辞典》释义：“鼈，鼻塞”。《外科证治全书》说：“鼈鼻，鼻窦常塞，不闻香臭”。《景岳全书》也载：“或生息肉而堵塞气道者，谓之鼻鼈。”这与现代医学的慢性肥厚性鼻炎如出一辙。

中医诊断

根据《中医病证诊断疗效标准·中医耳鼻咽喉诊断标准》^[1]、国家标准局发布的国家标准《中医临床诊疗术语》^[2]以及2008年全国普通高等教育中医药类精编教材《中医耳

鼻咽喉科学》^[3]。

病因病机

症状：经常性鼻塞，时轻时重，多为间歇性和交替性，亦可为持续性，病程绵长。同时伴有流少量鼻涕、嗅觉下降等症。

局部检查：鼻腔黏膜黯红肿胀，下鼻甲肿胀明显，或呈肥厚状，甚或桑椹状改变。部分患者可因鼻中隔偏曲而致两侧下鼻甲大小不一。

全身症状：部分患者可能伴有精神不振、萎靡头晕、记忆力下降、耳鸣耳阻塞感等症状。

鼻窦相当于西医学的慢性鼻炎，为鼻黏膜和黏膜下组织发炎，出现局部黏膜充血、水肿，或肥厚、萎缩。临床上慢性鼻炎的治疗以抗过敏、抗菌消炎、糖皮质激素及血管收缩剂等药物为主，能迅速控制病情，但很难根治，容易复发，使病情迁延不愈。

鼻鼾、鼻渊、鼻息肉与伤风鼻塞之别

鼻鼾：其发作往往表现为突发性，每次发作的症状基本相似，以发病快，恢复也快，具有反复发作的特点。常以鼻痒剧烈、喷嚏连作、流水样涕、鼻黏膜苍白水肿、鼻塞速发为主要临床表现。

鼻渊：本病与鼻渊均有鼻塞、流涕、嗅觉减退，但本病以鼻塞为主，流涕减少，而鼻渊以鼻流大量浊涕为主，可兼见鼻塞；鼻窦出现头痛的机会减少，而鼻渊出现头痛的机会较多，且头痛的部位及时间有一定的规律；本病的体征主要表现在下鼻甲肿大，反之鼻渊的体征主要表现在中鼻甲肿大或息肉样变，中鼻道或嗅裂有分泌物或息肉。鼻窦X线摄片及鼻窦CT扫描可辅助诊断。

鼻息肉：鼻息肉亦常表现鼻塞，但多呈持续性鼻塞及渐进性加重，鼻镜检查可见鼻腔内有单个或多个半透明样赘生物，如荔枝或葡萄，与本病不难鉴别。

伤风鼻塞：病程7~10天，是指因风邪侵袭所致的以鼻塞、流涕、打喷嚏为主要症状的鼻病。俗称“伤风”。本病四季均可发生，但以秋季和冬春之交多发。

1. 肺经蕴热，壅塞鼻窍：《圣济总录·卷一百一十六》说：“鼻之室塞或冷风乘鼻，或肺经壅热，冷热固异，其塞则一，皆肺脏不和，气不宜通故也。”此说明外感风寒或风热外袭，失于调治，或反复发作，迁延不愈，邪伏于肺，蕴久化热，上壅鼻窍，鼻失宣通，气息出入受阻而为病。

2. 阳明郁热，蕴结鼻窍：《素问玄机原病式·六气为病》言：“鼻窦，室，塞也。火主腠腠肿胀，故热客阳明而鼻中腠胀则室塞。”提出火气导致肿胀充血，一旦阳明有热致使鼻窍肿胀不通气。在《张景岳全书》曰：“大都常塞者多火，暴塞者多风寒。”

3. 心肺失调，鼻窍不利：《素问·五脏别论》载：“心肺有病而鼻为之不利也。”自然界之清气，通过鼻窍入于心肺，再输布至全身。若心肺功能失常，可致清气不能上达，出现鼻塞不利或嗅觉失灵。此外，若心脉痹阻，气血滞留，亦可壅塞鼻窍，导致鼻甲肥大肿胀，表现出持续性鼻塞，甚至导致嗅觉失灵。

4. 肺气虚弱，邪滞鼻窍：《灵枢·脉度篇》载：“肺气通于鼻，肺和则鼻能知香臭矣”。《灵枢·本神篇》亦言：“肺藏气，气舍魂，肺气虚则鼻塞不利，少气。”此提出肺气虚则鼻窍失于温煦濡润，卫表不固，易受外邪侵袭，托邪无力，邪滞鼻窍而为病。

5. 脾虚失运，湿聚鼻窍：《医学心悟》载：“鼻准属脾”。又《杂病源流犀浊·卷二十三》曰：“肺为鼻窍，外象又属土”。此指出鼻子与脾脏的关系密切。《素问·玉机真脏论》曰：“脾为孤脏...其不及则令九窍不通。”说明脾居中央，主升清阳，滋养鼻窍。脾主运化，若饮食不节或思虑劳倦过度，导致脾胃虚损，运化失职，升降失常，湿浊内生，上泛鼻窍，郁滞肌膜，肿塞鼻道，气息

出入受阻而发病。《医学入门·卷四·鼻》中亦言：“鼻塞久不愈者，必内伤脾胃，清气不能上升，非外感也。”

6. 邪毒久留，血瘀鼻窍：根据“久病入络，久病必瘀”之理论。正虚之人，外邪屡犯鼻窍，邪毒久留不去，瘀阻脉络，气血运行不畅，日久不愈，鼻窍肌膜渐肿而增厚，可见鼻塞加重，呼吸不畅，嗅觉不灵等症。

辨证施治

1. 中药内服

徐杨等^[4]治疗1例鼻窦心肺气虚型患者，出现鼻塞，嗅觉减退已1个月，治以补气益肺，补血养心。药用：黄芪30g，炙甘草20g，党参、白术各15g，防风、葛根、羌活、独活、升麻、紫苏、白芷、当归各10g，以生姜3片，葱白3段，枣2枚，水煎服，日1剂，早、晚饭后温服。服用7剂后，患者自身诉鼻塞症状明显改善，嗅觉恢复明显。

朱璐璐等^[5]治疗1例鼻窦患者发病2年余，证属脾肺阳虚型，治宜温中健脾，温肺通窍，自拟处方苍辛理中姜桂汤，其中党参、白术、干姜、炙甘草、桂枝、生姜各12g，辛夷(包煎)、苍耳子各9g，6剂，每日1剂。药后鼻塞流涕症状显著改善，嘱以附子理中丸善后。

刘晨光等^[6]治疗3个类型的鼻窦患者：①表寒内饮型、采用宣肺化饮法，处予小青龙加石膏汤加减。药用：桂枝、白芍、生石膏各20g，干姜、五味子、清半夏各12g，麻黄、款冬花、甘草各10g，细辛3g。服用7剂后，鼻塞症状消失。②风火上郁清窍型，采用清泄郁热法，处予谷精草合剂加减。药用：蒲公英30g，甘草18g，辛夷、蝉蜕各12g，谷精草、青箱子、桔梗、黄芩、白芷各10g，木贼9g，僵蚕、麻黄、羌活各6g。服用5剂后，鼻塞症状大减。③风寒外袭，损伤卫气兼脾胃气虚，清阳不升，内有郁热，肺气不宣型，采

用御寒宣肺法，处予自拟御寒汤加减。药用：黄芪50g，党参、款冬花各15g，苍术12g，羌活、白芷、防风、黄柏、炒紫苏子、甘草各10g，升麻、陈皮各6g，黄连3g。服用10剂后，鼻塞，打喷嚏，流清涕症状均消失。

杨戈^[7]治疗气滞血瘀型鼻窦患者，治疗组40例，采用江阴天江药业有限公司生产的加通窍活血冲剂，每日95g，早晚分服。对照组40例，采用广州药业有限公司生产的千柏鼻炎片，口服1天3次，每次4片。连续服2周。结果显示：治疗组：痊愈12例，显效15例，有效9例，无效4例，总有效率90%。对照组：痊愈8例，显效11例，有效9例，无效12例，总有效率70%。

晏英等^[8]治愈3个类型鼻窦患者：①肺经蕴热，壅塞鼻窍型，治宜清泻肺热，通利鼻窍，处予葶苈子大枣泻肺汤加减。②肺脾气虚，邪滞鼻窍型，治宜培土生金，通利鼻窍，处予补中益气汤加减。③肺脾肾虚，寒痰瘀滞，治宜肺脾肾同治，益肾填精，温补元阳，辅以健脾温肺通窍，处予阳和汤加减。

2. 针刺疗法

赵丽娜^[9]治疗慢性鼻炎32例，取脐针(离位、艮位、兑位)。局部取印堂、双侧迎香、双侧上迎香。日1次，5次1疗程。3个疗程后，结果显示：痊愈21例，显效8例，好转3例，无效0例，总有效率为90.63%。

郭烨^[10]采用针刺迎香、合谷等穴位治疗56例慢性鼻炎患者，疗效显著，总有效率达92.86%。

刘国庆^[11]针刺慢性鼻炎患者58例，选双侧(合谷、迎香)、印堂、囟会。日1次，10天1个疗程。治疗2个疗程后，显效42例，好转13例，无效3例，总有效率为94.8%。

杨振杰等^[12]治疗1例因感冒出现鼻塞、流涕，感冒治愈遗留鼻塞达1年，针刺取风池、印堂、迎香、合谷、足三里及中脘穴。并用TDP照射胃脘部，每日1次。治疗6次后，鼻

塞症状明显改善。

3. 综合疗法

赵彦秋^[13]治疗1例多年久治不愈出现双侧鼻塞，嗅觉减退，伴头昏头胀患者，属于气滞血瘀型。采用行气活血，化瘀通窍法，处予通窍活血汤合苍耳子散加减。并同时针刺印堂穴、百会穴、双侧迎香穴及合谷穴。再配合自制鼻炎灵(苍耳子、香油熬制)滴鼻，每日4滴，日3次。治疗45日后复查，鼻腔黏膜淡红，鼻甲肥厚色红柔软，通气良好。

李瑛等^[14]针对108例肺热型鼻塞，分治疗组56例和对照组52例。治疗组采用鼻喷雾剂，每日喷鼻腔2次，双侧鼻孔各喷2次，再加加葶苈大枣汤(鱼腥草10g，葶苈、大枣、党参、麦冬、五味子各6g，黄芩5g，地龙、甘草各3g)。对照组只采用鼻喷剂。治疗结果显示：治疗组，总有效率为85.7%，对照组，总有效率为71.2%。

凡全女等^[15]治疗58例治疗组采用中药玉屏风散和苍耳子散加减，每日1剂，连服10天，再配合穴位覆贴(应用上海风丰泽园医药研发的药贴，取肺俞、脾俞、肾俞、百劳穴)1天1贴，另外58例对照组采用血管收缩剂滴鼻，每日3次，1周为1疗程。治疗结果显示：治疗组：痊愈32例，好转23例，未愈3例，有效率94.8%；对照组：痊愈18例，好转28例，未愈12例，有效率79.3%，此显示治疗组优于对照组，且复发率明显低于对照组。

4. 其他疗法

4.1 推拿疗法：刘冰赞等^[16]使用推拿手法治疗1例证属胃强脾虚，肺气虚弱4岁患儿，临床出现鼻塞，打喷嚏，流清涕，山根黄暗，气池黄肿，舌淡苔白，形体消瘦，夜眠不安，大便初硬后溏。治以健脾补肾，益气宣肺。采用小儿推拿手法，头面部手法(开天门、推坎宫、揉太阳、运耳后高骨各48次)；揉(迎香、山根、鼻通、颧弓下凹陷处、风池)各3分钟；补(脾经、肺经、肾经)各500次；揉(板门、肺

俞、双侧足三里、双侧涌泉穴)各5分钟；逆运内八卦、推上三关各300次；清天河水、分腹阴阳各200次；捏脊10次。每日推拿1次，治疗半个月后，小儿体重增加1kg，鼻炎没再发作，饮食及睡眠改善，精神状态良好，上课注意力能集中。

4.2 熏蒸疗法：代金刚^[17]采用熏蒸外治法，治疗因天气变冷而导致鼻炎发作，药用玄参20g，辛夷、苍耳子、细辛、薄荷各15g，甘草10g，加500cc水，煎沸后，熏蒸鼻窍至药液变凉。5剂后感觉鼻塞、流涕症状明显改善。

4.3 酒精浸液疗法：李荣蓉等^[18]治疗1例肺虚外感，卫阳不固，邪滞鼻窍，表现鼻塞，失嗅2年多患者。治法以祛风散寒，宣肺通窍，应用鹅不食草酒精浸液滴鼻或嗅鼻。坚持每日滴鼻或嗅鼻3~4次，15日后，诸症状消失，并检查双下鼻甲不大，黏膜淡红，无分泌物。

4.4 热敷疗法：取温热湿毛巾直接敷贴于鼻背及其周围面部邻近皮肤表面，每次10~20分钟，每日数次，可以发挥温热通经活络的治疗作用。

4.5 按摩疗法：用手按摩百会、风池、印堂、迎香穴及鼻背两侧，反复10分钟左右，至局部有发热感为止。每日3~4次，坚持数月，能改善鼻部血液循环，消除鼻塞头昏诸症。

护理与调摄

(一) 护理

鼻塞严重，且鼻涕较多时，不宜强行擤鼻涕，以免迫使鼻涕逆行进入鼻咽管，阻塞咽鼓管而引发耳疾。

虚寒型鼻塞患者遇寒冷即发，应注意鼻部的保温保暖，必要时可戴口罩和帽子。

注意维持环境的温度与湿度，保持空气清新与洁净。

烟酒有诱发鼻塞和加重病情的不利反应，

因此，对有烟酒嗜好的患者，应力劝戒除。

对于夜间交替鼻塞患者，宜取平卧头高位，或侧卧于鼻塞较轻一侧，以利气血运行而减轻鼻塞。

戒除挖鼻孔的坏习惯。

鼻内分泌物较多或较黏稠者，可使用生理盐水清洗鼻腔，以保持鼻腔通畅。

（二）调摄

锻炼身体，增强体质：针对屡患感冒及体质虚弱是预防引发本病的方法之一，因此，平素应注意锻炼身体，增强体质，或修炼气功，调养正气，以增强抗邪防病的能力。气候变更应适时更衣或患外感，应及时调治，以防邪毒迁移滞鼻而诱发鼻窒。

防治伤风感冒：伤风鼻塞若治理不当亦可引发鼻窒，因此，一旦患病，应及时调治，且祛邪务尽，以免留邪滞鼻而引发鼻窒。

根治邻近病灶：邻近组织的病灶亦可导致鼻窒，因此，对久患乳蛾、咽痹及鼻渊等患者，应积极予以调治，以防邪毒流窜入鼻，滞留为患。

注意鼻部卫生：长期在高粉尘、化工，以及在空气污浊的环境中的工作人员，应注意劳动保护，养成早晚清洗鼻腔、擤净浊涕的习惯，以防邪浊伤鼻，引发鼻窒等疾病。

小结

综上所述，鼻窒的病位主要在鼻，脏腑主要责之于肺、脾胃、心，与热、虚、瘀关系密切。中医认为鼻窒的病因病机是伤风鼻塞失于调治，或反复发作，迁延难愈，邪伏于肺，蕴郁化热，上壅鼻窍致鼻失宣通，气息受阻而发病。亦可因久病体虚，耗伤肺卫之气，致使肺气虚弱，卫外不固，外邪易袭难除，邪毒留滞鼻窍而为病。或因饥饱劳逸，损伤脾胃，致脾胃虚弱，运化失健，清阳不升，浊阴不降，致使湿浊、邪毒留滞鼻窍而为鼻窒。或因心肺功

能失常，可致清气不能上达，出现鼻塞不利或嗅觉失灵之症。无论是伤风鼻塞，或脏腑虚损屡犯鼻窍，邪毒久留不去，皆可壅滞鼻窍脉络，使气血运行不畅，最终导致气滞血瘀而为鼻窒之病。

鼻窒的治疗除了方药、针刺、穴位覆贴、穴位按摩、推拿等，还可配合中药滴鼻法、熏鼻法等以进一步提高疗效。本病尚应注意治疗后的预防与调护才可获得痊愈。

病例

例1 仲xx男 30岁

主诉：左鼻塞、嗅觉减退已3个月，流黄涕，偶尔流清涕及双侧鼻塞，曾寻求西医治疗但效果反复。素体怕热，喜燥热、辛辣之品及凉饮，稍动就流汗，鼻塞导致涕倒流引起咳嗽，纳可，夜间鼻塞而影响睡眠，睡时头部流汗，小便黄，大便2天1行质不硬。舌胖，舌质红，苔薄白腻，脉细弦。局部检查：鼻黏膜肿胀，色红，鼻腔内少量黏涕。

病名：鼻窒

证属：湿热熏蒸

治法：清热利湿，宣肺通窍

处方：鼻渊汤5g合甘露消毒3g、远志、桔梗、五味子各1g、白芷0.5g4剂颗粒，日1剂，早晚分服。治疗期间并嘱咐患者注意饮食，避风寒，睡前按摩鼻部。

二诊：药后鼻塞及嗅觉症状改善，能入睡4小时，夜卧流汗减少，纳可，二便如常。舌胖，舌质淡红，苔薄白腻。检查鼻黏膜稍肿，色淡红，少量鼻涕。上方加入路路通0.5g。给予7剂，继续调治中。

体会：患者热盛之躯又喜食燥热辛辣及冷饮，以致湿热之邪壅盛，循太阴肺经上犯，停聚鼻窍，导致鼻塞，嗅觉减退，鼻黏膜肿胀，色红；湿热之邪侵袭咽喉，肺失清肃，宣降失常，上逆咽喉而作咳，流黄涕；湿热上蒸，迫津外泄，故见头汗出；舌胖，舌质红，苔薄白腻，脉细弦，均为湿热之象。治以清热利湿，

宣肺通窍，处予鼻渊汤(辛夷、苍耳子、茜草、金银花、野菊花)具有清热解毒，活血通窍之效；再配合清利湿浊的甘露消毒颗粒。方中加入白芷其性温味辛，具有祛风解表、散寒止痛、除湿通窍，消肿排脓；远志能安神益智，祛痰开窍；五味子之酸以止汗，敛心气，安心神；桔梗开宣肺气，一为诸药之舟楫，一为肺经之引经。二诊加入路路通以增强通利鼻窍的作用。诸药合用及饮食的调摄和避风寒，按摩鼻部均能改善鼻塞及睡眠的症状。

例2，陈xx 男30岁

主诉：鼻塞交替发作、项强、颞部及巅顶痛反复已1个月。初起单侧鼻塞，两鼻交替，时轻时重，多发于半夜。初用西药滴鼻剂，滴后鼻子通畅，后用无效。鼻塞呈持续性，偶尔流清涕。伴烦躁，眠欠安，纳少，小便黄，大便如常。舌胖，质淡红，苔薄白欠润，中央裂纹，脉细弦。局部检查：鼻黏膜肿胀，色淡红，无息肉。

病名：鼻炎

证属：风邪入络夹肝郁

治法：疏风通窍，安神解郁

处方：辛夷汤合丹栀逍遥散各5g、葛根、夜交藤各1g、合欢皮0.5g7剂颗粒

外治：针刺取印堂穴、百会穴、双侧(合谷、迎香、列缺、太冲穴)治疗期间并嘱避免风寒、忌冷饮、调情志及适当运动。

二诊：头项部已无不适，鼻塞及睡眠症状均有改善。检查鼻黏膜微肿，因疫病阻断措施不宜施针，守方继续服7剂。

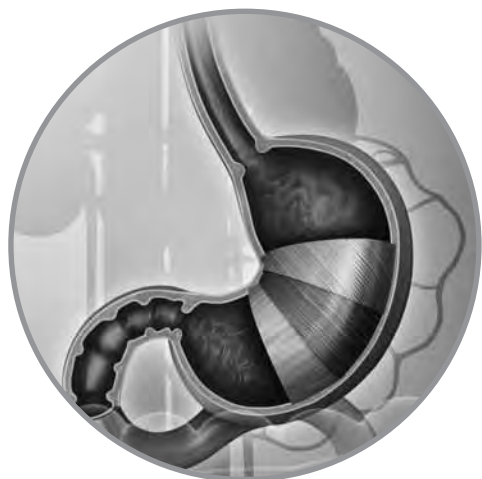
体会：《内经》言：“高巅之上惟风可及”。患者睡觉时风扇直吹脸部，导致风邪入络，清窍不利，症见鼻塞交替而作，项强、颞部及巅顶痛；患者从事行销工作压力大，情志不遂而见烦躁失眠。治宜疏风通窍，安神解郁。处于具有疏风通窍的辛夷汤(辛夷、细辛、藁本、升麻、川芎、防风、木通、白芷、甘草、茶叶)和养血健脾，疏肝清热的丹栀逍遥

散。方中加入葛根能缓解项强，同时能生津止渴；夜交藤能养血安神，祛风通络；合欢皮善解肝郁，为悦心安神之要药。

手阳明经脉循鼻旁而又与肺相表里，肺开窍于鼻，故取合谷、迎香二穴，可疏调阳明经气，以达到宣肺解表，通鼻窍之效。针印堂穴能通鼻窍，宁心安神。列缺为肺经之络穴，针之能祛风散邪；百会穴位于巅顶入络于脑，针之能镇静安神。合谷、太冲为四关穴，二者均为原穴，所谓“五脏有疾，当取之十二原”。合谷为阳主气，太冲为阴主血，为气血通行之关，又能调节人体的情绪，使经脉气血运行通畅。本例采用针刺配合中药使气血、脉络通畅和饮食、情志的调摄均能使鼻气通利，心情舒畅，夜卧得眠。

参考文献：

- [1] 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准.北京:中国标准出版社, 1994.
- [2] 国家标准局.中国临床诊疗术语.北京:中国标准出版社, 2002.
- [3] 熊大经.中医耳鼻咽喉科学.上海:上海科学技术出版社, 2008.
- [4] 徐杨, 王旭.从心肺论治慢性鼻炎[J]. 中医临床杂志, 2019, 31 (7): 1276—1278.
- [5] 朱璐璐, 尚奇, 钟丽英.苍辛理中姜桂汤治疗鼻炎1例[J].方药应用中国民间疗法, 2017, 25 (8): 48—49.
- [6] 刘晨光, 许二平, 李发枝.李发枝治疗鼻炎经验[J].中医杂志, 2013, 54 (13): 1096—1097.
- [7] 杨戈, 唐英.加减通窍活血冲剂治疗鼻窦气滞血瘀型的临床疗效观察 [D].黑龙江中医药大学; 黑龙江中医药大学, 2012.
- [8] 晏英, 严道南.古方化裁治疗鼻炎验案举隅[J].新中医, 2011, 43 (10): 155—156.
- [9] 赵丽娜.针刺治疗慢性鼻炎32例[J].中医研究, 2017, 30 (4): 63—65.
- [10] 郭焱.针刺治疗慢性鼻炎56例[J].广西中医药, 2011, 34 (3): 31.
- [11] 刘国庆.针刺治疗慢性鼻炎58例[J].长春中医药大学学报, 2011, 27 (6): 1031.
- [12] 杨振杰, 吴富东, 王锐.针刺中腕穴治疗鼻炎的启示[J].山东中医杂志, 2011, 30 (5): 350.
- [13] 赵彦秋.从痰论治鼻炎[J].中国中医药报, 2017.
- [14] 李璩, 陈柏谦.葶苈大枣汤治疗肺热型鼻炎的疗效观察[J].泰山医学院学报, 2016, 37 (7): 823—824.
- [15] 凡金女, 陆萍.中药配合穴位敷贴治疗鼻炎疗效观察[J].泉州市中医院, 2011.
- [16] 刘冰赞, 孙德仁.河东少儿推拿派技法治疗鼻炎一则[J].按摩与康复医学, 2018, 9 (1): 38—39.
- [17] 代金刚.慢性鼻炎, 熏蒸苍耳子辛夷[J].快乐养生, 2018, (4): 46—47.
- [18] 李荣蓉, 曾贵兴, 吴蝶.等.鹅不食草酒精浸液治疗慢性单纯性鼻炎嗅觉丧失实验1则[J]. 方药应用中国民间疗法, 2017, 25 (10): 45—46.



中医药治疗脾胃病的优势及特色

新加坡·闫立群

引言：脾胃疾病(消化系统疾病)是临床上的常见病与多发病，它影响人们的生活、学习和工作。中医认为脾胃为后天之本“脾胃内伤，百病由生”，故对脾胃病的治疗和研究一直为历代医家所重视，根据临床实践和经验的积累，形成了较为完整的理论体系—脾胃学说。在脾胃学说的指导下，中医治疗脾胃病的特色、中医药发展与生存的关键在于疗效。在消化系统疾病方面，具代表性的疾病包括：功能性消化不良、肠易激综合征、功能性便秘、慢性萎缩性胃炎等等。现对这几种病的中医药治疗优势及特色简介如下：

一. 功能性消化不良 (functional dyspepsia, FD)

功能性消化不良是一组常见的症候群，是指具有上腹痛、腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐、烧心、反胃等上腹不适症，经检查排除器质性病变的一组临床综合征。功能性消化不良属于中医的痞满、噎气、纳呆、胃脘胀、郁证、反酸等病证范围。在临床诊疗中，此证很常见。

1. 西药治疗本病没有公认的疗效确切的治疗方案，主要是对症处理，包括促胃肠

动力、保护胃粘膜、抑酸、抗幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*)、抗焦虑和抗抑郁等，有一定的疗效，但长期使用副作用多。

2. 中医认为本病多由情志内伤、饮食伤胃、劳倦伤脾所致，以肝郁气滞、脾运失职、胃失通降为其基本病机。病位在胃，而又涉及肝脾两脏，治疗以疏肝和胃、温中健脾为主。常用方剂有香砂六君子汤、旋覆代赭汤、保和汤、柴胡疏肝散、平胃散、半夏泻心汤等。近年来关于中医药治疗功能性消化不良的临床研究有很多，中医治疗本病，从整体出发，辨证论治，缓解症状明显，疗效满意，充分体现了“理、法、方、药”的完整性，与西药相比具有副作用少、复发率低等优势。

二. 肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS)

肠易激综合征是最常见的胃肠道功能紊乱性疾病，指一组包括腹痛、腹胀、排便习惯改变和大便形状异常、粘液便等表现的临床症候群，持续存在或间歇发作，但缺乏明显形态学和生化异常改变，其特征是肠道功能的激惹性增强。

1. 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、肠道感染与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。

2.中医针对本病的病因病机，采用辨证论治的方法进行治疗。认为本病由于内伤情志，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，脾胃运化无权，升降失调，湿浊阻滞，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。主要治法有疏肝健脾、润肠通便、清热化湿、健脾益气、温补脾肾等。常用方剂有痛泻要方、参苓白术散、附子理中汤、五磨饮子、增液汤等。中医对于本病的治疗积累了丰富的经验，除中药内服外，还有针灸及情志调节等疗法，疗效显著。针灸具有调补阴阳、疏通经络、推动气血的作用，对其腹痛、腹泻、腹胀等临床症状可以明显改善。

三. 功能性便秘 (functional constipation, FC)

功能性便秘是一组以排便质地改变、排便困难或排便不尽感、粪便干结为主要表现的疾病，并且经各种检查排除器质性病变。随着现代人在饮食结构的改变、精神心理和社会因素的影响，该病发病率逐年上升，它是一种常见的肠功能紊乱性疾病。中医药治疗便秘历史悠久，而且在治疗功能性便秘方面安全、可靠、有效。改善功能性便秘患者的临床症状，在总体疗效方面具有明显的优势。

1.西医对本病多采用对症治疗，如药物帮助肠蠕动、增加大便水分或者塞肛门的润滑

剂、口服纤维等。但西药副作用较多并有可能产生依赖性。

2.中医药治疗本病则具有明显的特点和优势，临床应用广泛。中医认为本病多因燥热内结、津液不足、情志失和、气机郁滞以及劳倦内伤、气血不足等所致。其病位在大肠，但与肺、脾、胃、肝、肾的关系至为密切。慢性便秘多以气阴亏虚为多，方用以益气固阴为法；老年性便秘多因肾气不足，气血两虚，津液枯少，导致脾失健运，大肠干涩。气虚者用补中益气汤、黄芪汤加减；血虚者用润肠丸、八珍汤加减；脾虚兼食滞者用六君子汤；阳虚者用济川煎加减；阴虚者，津液不足用增液汤加减；中医多通过调理各脏腑气血阴阳来恢复肠道的传输功能，从而达到通便的作用。中药疗效优于西药，有良好的疗效。

四. 慢性胃炎及慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG)

中医药对慢性胃炎及慢性萎缩性胃炎治疗上有其独特疗效。慢性萎缩性胃炎是以胃黏膜萎缩变薄，固有腺体减少或消失，可伴有肠上皮化生、异型增生为病理特点的消化系统常见病、疑难病。研究表明CAG检出率与胃癌及肠上皮化生发病亦呈正相关；现代医学的检查手段对萎缩性胃炎的确诊有重要作用，可以早期发现病变。现有西药可改善CAG的一些症状。慢性萎缩性胃炎属中医学痞满、嘈杂、胃脘痛等病证范畴，因其病因、机制复杂，病势缠绵，且易癌变而备受重视。慢性萎缩性胃炎属本虚标实。本病之虚，主要为脾胃亏虚，脾亏虚于阳气，胃亏虚于阴液，此为发病的前提和本质。本病之实，多为虚损之后所继发，脾气亏虚，血失鼓动，血滞成瘀阻络造成脾失健运，湿浊不化，痰湿停聚，痰阻湿郁。胃阴亏损加胃络瘀阻，胃失于滋润濡养，是导致胃腺体萎缩的重要病机。中医药在治疗CAG上有其独特的优势，具有辨证论治、

个体化、方药随证加减，不良反应少等特点。通过整体治疗、健脾扶正的思想，从而改善患者症状，延缓萎缩进展。

五. 病案列举:

例1: 女, 46岁

就诊症见: 上腹痛、腹胀、早饱、嗝气、恶心2月余，数年前出现类似症状，经治疗症状已多年未复发。近月有劳累，紧张，饮食不定，前述症状又有出现并加重。胃镜检查正常，考虑为功能性消化不良。中医认为本病多由情志内伤、饮食伤胃、劳倦伤脾所致，而且病人诉病情时，愈紧张，嗝气愈明显频作。舌淡红，苔薄腻，脉细弦。辨证：肝气郁滞，治法：疏肝解郁，益气和胃。处方：柴胡疏肝散及香砂六君子汤加减治疗3次后，诸症俱缓。加减治疗一个月，症状消失。

例2: 女, 45岁

就诊症见: 左下腹反复疼痛数月余，加重2周，便秘与腹泻交替出现，精神紧张，敏感，月经不调，舌淡，苔薄，脉细弦。考虑为“肠易激综合征”。辨证：脾胃虚弱，肝气郁滞。治法：健脾益气，疏肝解郁，处方：参苓白术散及逍遥丸加减，并配合针灸治疗，2次后腹痛症状明显减轻，继续加减治疗并给以甘麦大枣汤等养心安神药物续调，症状明显改善。

例3: 男, 81岁

因便秘及腰酸背痛及下肢抽筋数月前来就诊。病人面色苍白，四肢不温，明显怕冷，弯腰驼背，消瘦，纳呆，排便困难。舌质暗、苔薄白，脉弦。辨证：肾阳虚衰，阴寒凝结。处方金匱肾气丸和济川煎加减治疗，重用附子，肉苁蓉等，治疗后腰酸背痛、四肢不温、明显怕冷、便秘症状明显好转，目前减药量调理。

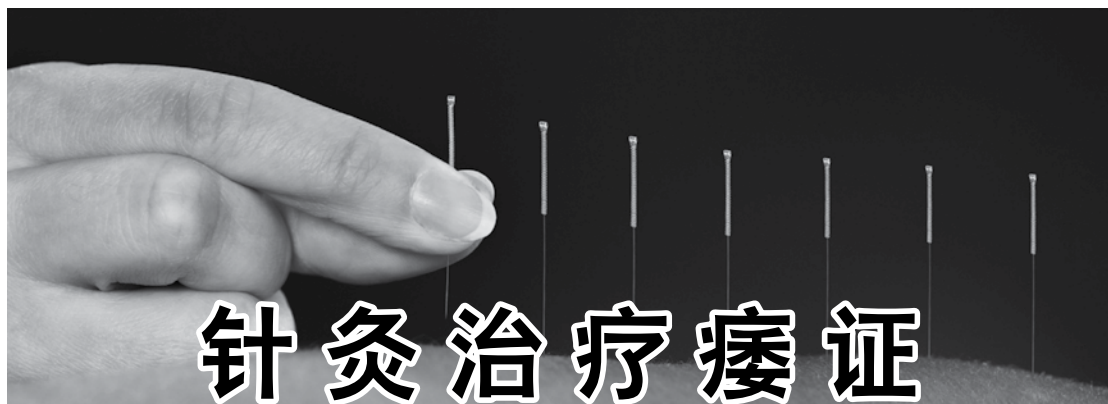
例4: 男, 50岁

饮食不调，经常食油腻食物，饮酒致胃病

反复发作数年。自服中药症状未缓解，每遇饮食不节及劳累后症状加重。胃镜检查诊断“慢性萎缩性胃炎”。就诊时感觉胃脘胀满，肢体困倦，纳差、口苦、多饮则胃脘饱胀。尿少色黄，大便溏泄不爽；舌质暗红、舌苔黄腻，脉弦濡滑。辨证：湿热中阻，脾胃失调。处方半夏泻心汤和甘露消毒丹加减，并加味神曲、枳壳、麦芽、山楂、石菖蒲等。并配合针灸中脘，内关，足三里，梁丘等穴位治疗。服药6天，胃脘胀满明显好转，二便通畅。继以此方加减调理2周，诸症明显改善，精神转佳，纳食增加。

六. 结语:

随着现代化生活节奏加快，人们生活水平提高，脾胃病已成为现代人的常见病和多发病。中医对消化系统疾病的防治具有丰富的经验和独到之处。中医药在临床上治疗功能性消化不良、肠易激综合征、功能性便秘、慢性胃炎等方面疗效比较显著，副作用较少。中医治疗脾胃病，遵循个体化原则，灵活变通，从整体调节，使各脏腑的气血阴阳平衡，气机通畅。因此，中医药在治疗脾胃病方面比西医更具优势及特色。



新加坡·杨昌志

概论

痿证是以肢体筋脉弛缓，软弱无力，不能随意运动，肌肉萎缩的一种疾病。《素问玄机原病式·五运主病》云“痿，谓手足痿弱，无力以运行也。”临床上以下肢痿弱较为多见，故称“痿躄”；“痿”是指肢体不用，“躄”是指下肢软弱无力，不能步行之意。

其分类是以五体命名，分皮痿、脉痿、筋痿、骨痿(肾痿)、肉痿等五痿，各有不同原因；“皮痿”乃因内伤情志，思虑愤怒，五志之火内炽，五体因之失用，消烁肺津，而导致肺热叶焦；“筋痿”乃因思想无守，或入房太过而致宗筋弛纵，出现“筋痿”；“脉痿”乃情志不畅，郁而化火而致迫血下行(尿血)，则见“脉痿”；“肉痿”乃因有近于湿，以水为业，致水湿肉留，形成“肉痿”；“肾痿”乃因劳倦远行，适逢大热，导致津液耗损，骨枯髓减而成“肾痿”。

本病常见于西医学的运动神经原病，如脊髓炎；侧索硬化症；癔病性瘫痪等；周围神经损伤引起肢体瘫痪等；急性感染性多发性神经根炎；脑瘫；外伤性截瘫；小儿麻痹等。

中医病证鉴别

痹证：是以肢体关节肌肉疼痛，重着，麻木，屈伸不利，关节畸形为主要表现，如肢体长期废用，亦有类似痿病之瘦削枯萎之症；痿病虽肢体痿弱无力，肌肉枯萎瘦削，但肢体一般不痛。

中风(偏枯)：临床表现为一侧肢体不用，且常伴有肢体麻木，半身不遂，口舌喎斜，语言謇涩，而痿病为四肢不用，左右肢体同时不用。

风痺证：表现为四肢不收，步态不稳，废而不用。常伴言语不清，思维迟钝，而痿证则无。以肢体力弱，肌肉萎缩为主证，风痺多兼神志改变，而痿证则无。

病因病机

最早的文献见于《黄帝内经》《素问·痿论》云“五脏因肺热叶焦，发为痿躄”之论，指出肺主身之皮毛，肺热叶焦导致肺燥不能输精于五脏，因而五脏失养，产生痿软证候；根据病因，证候的不同，将痿症分为五体，即皮，脉，筋，肉，骨称五痿。

坐卧湿地或冒雨，涉水，湿邪浸淫，郁而化热，湿热阻闭经络；饮食不节，脾胃虚弱，气血津液生化不足，或久病体虚，或劳伤过度，精血亏虚，均能使经络阻滞，筋脉功能失调，筋肉失于气血津液的濡养而成痿证。

《三因极·病证方论·五痿论》云“痿蹙证属内脏气不足之所为也。”

《景岳全书·痿证》指出痿证非尽为火证，认为“元气败伤则精虚不能灌溉，血虚不能营养者，亦不少矣，若概从火论，则恐真阳衰败，及土衰火涸者不能堪”。补充了痿证悉从阴虚火旺之所未备。

《临证指南医案·痿》则更明确指出本病为“肝肺肾胃四经之病”。说明四脏气血津液不足是导致痿证的直接因素。

综合历代医家之说，现将本病病因病机分述如下：

一、肺热津伤

津伤不布，感受湿热毒邪，高热不退或病后余热燔灼伤津耗气，导致肺热叶焦，不能输布津液以润泽五脏，遂致四肢筋脉失养，痿弱不用。

二、浸热浸淫

气血受阻，久处湿地，或冒雨露，浸淫筋脉，导致营卫运行受阻，郁遏生热，久之则气血运行不畅，筋脉肌肉失于濡养，导致弛缓不收，成为痿证。

三、脾胃虚弱

素体脾胃虚弱，精微不输，或久病或体虚，中气受阻，则受纳，运化，输布功能失常，导致气血津液生化之源不足，无以濡养五脏及滋养全身，以致筋骨失养，关节不利，肌肉瘦削，肢体痿软不用。

四、肝肾亏损

髓枯筋痿，平素肾虚，或乘醉入房，房劳过度，精损难复，劳役太过，阴精损伤，肾虚

火旺，五志过极，产后失养，火起于内，肾水虚不能制火，火烁肺金，湿热下注，伤及肾阴，而致肾虚火旺，肾精不充，不能濡养筋骨而发生痿症。

五、辨证施治

痿证的临床辨证，首辨虚实，如邪热在肺，肺热伤津，则有皮肤干燥，口鼻少津，溲短，咳呛，便干等症，以及湿热浸淫者多属实证，其起病急，发展迅速，治宜清热润燥，养肺生津，或清利实热。

如果由于脾胃虚弱，肝肾亏虚，气血两虚，肺肾两虚，肾精亏虚所致者皆属虚证，其病史较久，起病早与发展慢，应治宜健脾益气，补益肝肾，气血双补，补肾壮骨等，属于虚中挟实，实中有虚，应予兼顾治疗。

《素问·痿论篇》有记载了原则性的治法，就是“治痿独取阳明”之说，是指以补益后天为治疗原则，但由于不能致痿的病源多端，所以除补养治法外，也要审因求治，兼清湿热，或化痰祛痰，或清郁热，不能治疗独重阳明。

《素问·痿论篇》又有“各补其荣而通其俞”的介绍，荣为十二经脉五输穴，补即致其气，通则行其气，张景岳说“上文云独取阳明，此复云各补其荣而通其俞，”盖治痿者当取阳明，又必察其所受之经而兼治之，视病在何经，配合受病经脉的荣，输穴共同应用。

现将临床常见的痿证分述如下：

1) 肺热伤津，筋失濡润：

症状：病起发热，热退后出现肢体软弱无力，皮肤干燥，心烦口渴，咳呛咽干，大便秘，小便黄赤，舌红苔黄，脉细数。

辨证：热邪犯肺，肺胃伤津，筋脉失养。

治则：清热润燥，养肺生津，补阴益筋。

取穴：取阳明经和肺经为主穴。

尺泽，曲池，内庭，太渊，阳陵泉，复溜，肾俞，环跳。

方义：尺泽清肺热，太渊补肺气为肺之原

穴，助气输津。

泻内庭补复溜滋阴清火。

泻阳陵泉，环跳舒筋利胆益肝。

泻曲池，可清气理气。

补肾俞，补阴益筋络。

2) 湿热浸淫，气血受阻：

症状：两足痿软，肢体困重或麻木，微肿或有发热，胸脘痞闷，口苦，小便短赤涩痛，舌苔黄腻，脉滑数。

辨证：湿热浸淫，气血阻滞，肢体痿软。

治则：清热利湿，张筋活血，健脾，通络。

取穴：取足阳明经及足太阴脾经穴为主。

中脘，足三里，曲池，阳陵泉，三阴交，复溜，髀关。

方义：泻曲池，补复溜可清热养阴。

泻阳陵泉，三阴交可清热利湿热，活血通络。

泻中脘，足三里可清热利湿，健脾消痞。

髀关可舒筋活络。

3) 脾胃虚弱，精微不通：

主症：四肢肌肉痿软无力，逐渐加重，饮食减少，神疲乏力，面浮肿而色不华，气短，大便溏薄，舌淡苔白，脉细。

辨证：脾胃虚弱，肌肉痿软，筋脉失荣。

治则：健脾益气，荣润筋脉。

取穴：取手足阳明经为主。

脾俞，肺俞，气海，足三里，三阴交，肾俞，关元，阴陵泉。

方义：只有一穴在阳明经之上。

针取脾俞，足三里可健脾祛湿。

针足三里，阴陵泉，先泻后补可健脾益气。

针气海，关元可补命门真阳，回阳固脱。

针三阴交，可健脾益气升高。

针肾俞，肺俞，可补益肾气，益气补虚。

4) 肝肾亏损，髓枯筋痿：

主证：肢体痿软无力，逐渐加重，腰脊酸

软，不能久立，或伴有头晕，目眩，耳鸣，遗精，遗尿，或妇女月经不调，步履艰难，腰痠骨冷，舌红少苔，脉细数。

辨证：肝肾亏虚，髓枯筋燥，精血亏虚，筋骨失养。

治则：补益肝肾，壮骨益髓，滋阴补虚，强壮筋脉。

取穴：取阴经及任督二脉为主。

肾俞，绝骨，太溪，复溜，三阴交，曲泉，阳陵泉，关元，大杼，天柱。

方义：针补复溜，三阴交或曲泉，可补肾养肝以益筋脉。

针补肾俞，太溪，绝骨，阳陵泉或大杼，可补益肝肾，强壮筋骨。

针补关元，补元气，回阳固脱。

针天柱，大杼可健筋，补虚，壮骨。

病例一：

陈XX，男性，13岁，学生。

主诉：病人于一年前因感冒，咳嗽，发高热，咽干少痰，口渴，烧退后，发现双下肢乏力，活动不灵活，行动缓慢。病人于2020年一月来诊时，须依靠手杖才能缓慢行走，时常感觉疲倦，病人情志清楚，语言正常，二便尚可，纳可眠差，舌红苔薄黄，脉细数。

辨证：肺热津伤，经脉失养，经筋失用。

治则：补肺养阴，濡养筋脉，调补脾胃，通经络。

取穴：

①组：百会，关元，曲池，足三里。

②组：肝俞，肾俞，脾俞，太溪，阳陵泉。

③组：董氏奇穴的上三黄、中九里。

以上三组穴交替应用。

方义：患者初起为风邪犯肺，肺津伤，津伤则脾不足，不能转输四肢，累及肝肾，筋骨失濡养，发为痿症。

针阳明经曲池，足三里，以益气补血，活筋络。

针百会，关元以调阴阳，养血固本。

针肾俞，肝俞，脾俞，太溪可补血强腰，健筋骨，通经脉。

阳陵泉为筋会，可强壮筋络。

观察：五诊后，双下肢活动有力。十诊后，行动已不须要手杖行走。十五诊后，已能行走较远路程。

病例二：

麦XX，男性，50岁，牙医。

主诉：双下肢痿软无力，行路不稳，已有六年余，病人自2014起无明显诱因而自觉头晕，耳鸣，语言不太流利后，逐渐行路不稳，双下肢痿软无力，无萎缩，双上肢轻度无力，经西医院CT, MRI 检测为小脑萎缩(小脑共济失调)，兼有不宁腿，曾经中西医治疗，效果不明显，二年前来诊，双下肢无力痿软，走路不稳，肌张力减退，步履蹒跚，须要人扶持，神清，语言不太流利，舌红苔白，脉细弦。

辨证：肝肾不足，肝郁气滞，筋骨失濡养。

治则：滋补肝肾，舒肝理气，通经活络行气血。

取穴：肾俞，太溪，后溪，三阴交，大杼，天柱，关元，阳陵泉，曲泉，绝骨，复溜，足三里。

方义：针补肾俞，太溪，阳陵泉，绝骨，可补养肝肾，益髓润筋而活络。

针补三阴交，复溜，曲泉可补肾养肝以益筋脉。

针取关元，可补元气，回阳固脱。

针取天柱，大杼可健筋补虚，壮骨。

针后溪，可通调督脉，通经活络，调气血。

观察：十诊后，双下肢行走稍微有力。二十诊后，双下肢有力不易跌跤。二十四诊后，行走跛行减轻。

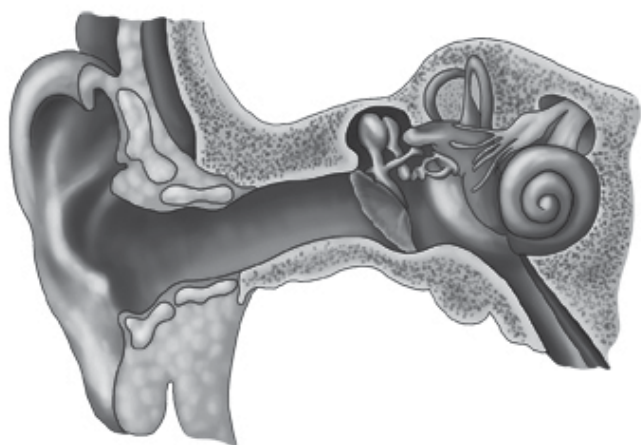
小结

痿证在临床上较为常见，其证型较多，比较复杂，必须根据中医辨证与现代医学的

辨病论治，整体治疗，方能收到满意的效果。

痿证日久难愈，多见于肝肾虚证，肝藏血，主一身之筋，肾藏精，主一身之骨髓；肝血肾精充盛，则筋骨坚实，如肝肾亏虚，精血不足，则筋骨失养，筋痿骨枯，筋痿则弛纵不收，骨枯则软弱不支，如果不以肝肾亏虚来治本，仅施用患侧取穴治疗，不仅痿证难治，病情可能会加重，故应治标兼治本，才能收到疗效。

《素问·痿论》篇：“论言治痿者，独取阳明”之旨，所谓独取阳明系指一般采用补益后天为治疗原则，但临床针灸必须根据不同证型辨证取治疗，从整体治疗为要点，才能取得疗效。



老年性耳水不平衡的治疗

新加坡·陈昆宁

概述

在临床诊病中常会有中老年人来治疗耳水不平衡之眩晕。在医学里耳水不平衡称为“内耳眩晕病”，在中医学里则属于“眩晕”“耳鸣”的范围。一般上多见中老年人，而以女性为多。至今医学界还未能找出其确定的致病因素，在现代医学一般认为可能与遗传免疫系统或受病毒感染而导致，而在中医学里认为和脾肝肾有密切关系。

症状

老年性耳水不平衡呈突发，发作时听力会下降，同时出现耳鸣声响，继而出现天旋地转的晕，站立不稳，双眼不敢睁开，恶心或呕吐，感觉耳内胀不舒。

中医病因病机

中医在临床上对于老年性耳水不平衡的病因，认为主要是和脾肝肾有关，因老年人此阶段身体都处在退化，五脏六腑亦在退化中，在这方面是以虚为主，而在虚方面主要是脾虚和肾虚，而肝方面也会出现肝阴虚，加以情志不遂，郁气化火而虚阳上亢，这为实。所以临床上本病为“本虚标实”，在治

疗方面会根据“急者治其标，缓者则治其本”的原则处理。

分型

老年性耳水不平衡在临床上大概分为两型：

1，脾肾气阴两虚：症见短暂或半日的眩晕，耳鸣，气短，神疲嗜睡，面色不华，胃纳不佳，怕冷，四肢不温，舌淡，苔薄，尿频，便稀溏。

治则：健脾益气，滋阴补肾。

2，肝阴虚而虚火上亢：症见眩晕，耳鸣，烦躁，双眼觉干涩，喉干，口干，面潮红，胸闷不舒，暖气，五心烦热，排尿短赤，排便干。

治则：疏肝理气，滋阴清热。

治疗

临床上对于老年性耳水不平衡的治疗，一般上可采取中药治疗，针灸治疗，或两者结合治疗加强疗效，除外可以加教患者做物理治疗运动，以在停止中药或针灸的治疗后，维持以物理治疗来平衡此症。

1，中药方面：一般个人常用之方有，

①十味甘麦大枣汤：方由大枣，山药，甘草，天冬，玉竹，远志，浮小麦，五味子，

酸枣仁，桑椹子所组成。

本方这十味药互补来达到养心安神，补脾和中，柔肝缓急之功效。

②温胆汤：方由竹茹，枳实，制半夏，茯苓，陈皮，甘草，生姜，大枣所组成。

本方有和胃利胆的功效，可以治疗眩晕，心悸，心烦不眠。临床上常用于治疗耳水不平衡症。

③平胃散：方由苍术，生姜，陈皮，甘草，厚朴，大枣所组成。

本方有健脾燥湿，理气和胃，芳香醒脾之功效，临床上常用于治疗脘腹胀满，嗳气吞酸，不思饮食，神疲嗜睡之证。

④天麻蜜环片：本方是由天麻蜜环菌制成。有定惊熄风的功效，治疗眩晕头痛，肢体麻木等证。

除以上之方为个人常用，临床上还是要根据患者的实际症状及体质来辨证论治，对方做加减。

2, 针灸方面：常用之穴位有：

印堂，神庭，上星，头维，率谷，耳门，听宫，曲池，外关，合谷。再根据患者实况在临症上做穴位的加减。

手法：虚证用补法，留针30分钟。

眩晕头痛剧者手法以泻法，稍强刺激留针10分钟。

一般针灸的疗效会比较快速，病人一般在出针时眩晕已缓解。

简单物理治疗运动分享

本运动方法是由一位专教导老年人有耳水不平衡症来做的物理治疗师教出，方法简单，对老年人很适合，但是须要坚持做，才能维持身体的平衡。

运动方法：运动开始前先做暖身运动，稍微活动身体及四肢，让全身完全放松。然后才开始做。

运动开始：平坐在床边，双脚踩地，自然

呼吸，先把身体先向左侧慢慢卧下，左手平放在身体左边，慢慢左侧卧，把左耳卧在左手心上，然后数十下(10秒)，十下后慢慢起，再重复做五次。

再换右边同样方式做五次。

开始做可以先左边五下，右边五下，一段时间后比较适应可以再增加五到十下。

注意点：在做时双眼不能闭上，除非你在做时觉得非常眩晕，此时暂先把双眼闭上，觉不眩晕后再把眼张开。另双脚一定要踩着地，开始做时可能脚跟会翘起，尽量用脚尖踩着，以后做习惯了脚跟就不会再翘上。

病案分享

1, 陈女士，66岁

11/4/2020，第一诊，诉约一星期前突出现眩晕，站及行走皆不稳，眩晕时无觉胸闷及欲呕，只觉物体在转动，不敢睁开眼，微怕冷，先去西诊，西医检查排除中风可能性，诊断为老年性耳水不平衡，服西药止晕。来诊诉平素纳后易腹胀，易发口疮，夜觉口干，纳不能多，睡眠一般，二便调，舌淡红，苔微白，脉细。

BP118/79mmHg, P64.

辨证：属脾肾气阴两虚。

处方：十味甘麦大枣汤为主，加平胃散为次。

以天麻蜜环片及心脑血管康为辅助治疗。

并教导病人要天天做耳水不平衡的物理治疗动作。

一星期后病人来电诉服中药及做物理治疗后精神较佳，眩晕也没再发作，嘱病人可要注意饮食及继续做耳水不平衡的物理治疗运动，若需要再回诊。

18/5/2020，陈女士再回来复诊，诉经上次中药治疗加自己每天做耳水不平衡之物理治疗运动后，至今没再发作眩晕，今天来想再拿一次中药。嘱病人要坚持做所教的运动，心情要放轻松。

2, 黄女士, 68岁

6/3/2020, 来诊诉, 数星期前突双耳鸣甚, 头眩晕, 胸闷, 眩晕时觉站不稳, 呼吸较不顺畅, 到西医处求诊, 经西医检查, 确诊脑部无事, 认为可能是老年性耳水不平衡导致, 提供止晕西药。来诊时已无眩晕, 但觉头重感, 口干, 胃纳佳, 二便正常, 舌淡红, 苔薄, 脉微弦。

BP148/90mmHg, P72。

辨证: 脾肾阴虚, 痰浊上扰。

处方: 温胆汤为主, 加十味甘麦大枣汤为次。

天麻蜜环片为辅助

配合针灸处理

穴位: 印堂, 神庭, 上星, 头维, 率谷, 听宫, 外关, 合谷, 血海, 足三里, 阴陵泉。

11/3/2020, 复诊诉, 症已改善, 精神较佳, 处方及针灸照做。接下来回来复诊三次(1星期复诊1次), 中药处方停, 只保留针灸治疗, 再3次针灸后症已完全愈。

3, 陈先生, 69岁

4/1/2019, 二个月前因发作耳水不平衡眩晕而进医院治疗, 经医院西医检查, 诊断其右侧耳内神经线发炎导致右耳听觉失灵, 行走时人不平衡直晃, 提供西药治疗。

今来诊诉, 近来虽无发作眩晕, 但右耳鸣甚, 精神觉倦怠, 纳还可, 平素睡眠不佳, 微口干, 二便正常, 舌淡红, 苔薄, 脉沉细。

BP127/66mmHg, P72。

辨证: 肝肾气阴两虚。

纯以针灸治疗。

穴位: 印堂, 神庭, 头维, 率谷, 耳门, 听宫, 翳风, 风池, 肩井, 曲池, 外关, 合谷。

每星期针灸1次, 经数星期的针灸治疗后, 精神恢复正常, 也无出现眩晕, 同时也教导病人做耳水不平衡的物理治疗运动, 嘱应要有耐心坚持做。

结语

老年人由于身体退化, 五脏六腑也日益衰退, 气血阴阳也慢慢失去平衡, 再加上年老时面对生活经济的因素, 老年人的情志难以舒畅, 种种因素的压力导致容易出现老年性耳水不平衡症, 尤其女性更甚, 因女性到绝经后, 阴阳容易出现不平衡, 再加上生活上种种因素, 更容易出现此症。

目前为止, 此症在临床上仍难以掌握, 未能确知何时会发作? 临床上就必须耐心的疏导患者的情志, 并教导这简单有效的物理治疗运动, 只要患者能坚持做这运动, 就能够维持此症不再发作。

浅谈腹泻型肠易激综合征的中医治疗

新加坡·刘立

在多年的看病过程中常遇到这样的病人：腹泻反复发作，自觉与吃了不干净的东西无关，但肚子一痛就泄泻，大便完就恢复正常。吃同样的东西有时腹泻，有时又不腹泻。腹泻几天后又开始便秘，腹泻与便秘交替着来。病人的年龄从是17、18岁到50多岁的病人都有。其中17、18岁到40岁年龄段的人居多。每个人来看诊时看起来都很健康，能吃能睡，但肠敏感，容易腹泻，腹泻后又一切如常。精神尚好，但自觉生活不方便，饮食稍不合适就腹泻，影响工作生活，这样的情况超过半年以上。以上的现象在医学上称之为肠易激综合征(Irritable Bowel Syndrome - IBS)，它是一种慢性的肠功能紊乱性疾病。它是以腹痛或腹部不适，并伴有排便习惯和大便性状改变为特征的功能性肠病，是临床上的常见病。

现代医学认为，本病与精神因素、肠道感染、肠道动力异常及内脏感觉异常等因素有关。肠易激综合征在中医学里没有相对应的病名，根据症状归类于“泄泻”，“便秘”，“腹痛”等疾病之中。中医认为本病的发病部位在胃肠，与肝脾有着紧密的关系。在脾胃疾病中，脾为后天之本，运化水谷精微，脾主升，胃主降，气机调达，大肠正常传导糟粕。肝主疏泄，主调一身之气机，肝的疏泄功能与情志不调有着密切的关系。情志不调，肝郁犯脾，脾失运化，大肠传导失常，而导致泄泻。

现代人饮食不节，因过食辛辣和寒凉的食物，而损伤脾胃，造成脾胃虚弱；工作压力大，生活不规律，造成肝疏泄太过。肝与脾胃相互影响。临床上，腹泻型肠易激综合征虽然可分为肝郁脾虚型、脾胃虚弱型、脾肾阳虚型等证型，但脾胃虚弱是主要的病机。在诊病中我发现：肝郁脾虚型是最为常见的证型。该证型的病人以40岁以下的年轻人居多，他们的生活饮食特点是：生活饮食不规律，热与寒同时吃，以前肠胃没有问题，最近3~6个月吃了东西后常腹痛腹泻。考试前和工作压力太大时，腹泻次数增多。压力减少后，腹泻次数明显减少。所以，在本文里讨论的是肝郁脾虚型腹泻的中医治疗方案。如遇临床上有其它的兼证，我们可以随证加减药物。

肝郁脾虚型：多表现为腹痛泄泻，泻后腹痛症状减轻。多有肠鸣，矢气频发，可因恼怒、抑郁、忧愁、情绪紧张等不良情志而诱发泄泻。纳呆，神疲倦怠。舌质红，苔薄白，脉弦。

肝郁脾虚证以肝郁为标，脾虚为本。在治疗上采用调肝扶脾，理气化湿的方法。治疗该病，临床上我常用的是颗粒剂，方药的主要组成是：白术、白芍、防风、柴胡、和陈皮各一包。白术，性苦甘温，燥湿健脾，和中补气；白芍，性苦酸微寒，柔肝缓急止痛；防风性辛甘微温，解痉疏肝止痛，助白术祛湿；陈皮，性辛苦温，疏肝行气健脾，助白术运化之功；柴胡疏肝理气。肝郁气滞偏重者，加重柴胡的

用量，也可以加木香和砂仁行气解郁宽中。脾胃虚弱偏甚者，加党参和山药补脾益气；也可加薏苡仁以健脾利湿。

现代药理研究表明^[1]：白术可促进肠道运动，收缩平滑肌，抑制其自发运动；白芍可舒缓肠道平滑肌，缓解肠道的痉挛；防风可以有效地消除肠道炎症；柴胡具有预防胃肠道功能障碍的作用；陈皮可以增加肠道节律收缩，消除肠道积气，又可以抑制胃酸分泌。

个人临床经验也发现：依靠药物治疗肠易激综合征能取得良好的治疗效果，如果联合针刺疗法，选取具有健脾和胃行气作用的相应穴位，共同治疗腹泻型肠易激综合征的效果更好。

针灸治疗该病，选择的主穴是：关元、天枢以及上巨虚。针刺的手法：平补平泻，留针30分钟，同时照射神灯(TDP)。

1.天枢(双)：在腹中部，脐中旁开2寸；

2.关元：在下腹部，前正中线，脐中下3寸；

3.上巨虚(双)：在小腿前外侧，当犊鼻下6寸，距胫骨前缘一横指(中指)。

这三个穴位是“靳三针”针灸疗法中的“肠三针”的穴位。肠三针是“靳三针”针灸疗法中的其中一组配穴，该组配穴是由创始人靳瑞教授与其研究团队无数次的临床实践总结所得，能有效治疗胃肠道疾病。天枢为足阳明胃经腧穴，也是大肠的募穴，是人天上下、阴阳之气的枢纽交合处，能调脏腑、行气理气。其内应肠道，辅助调节肠道中水谷精微的消化吸收以及浊气糟粕的排除，是治疗腹泻的要穴。关元在任脉，传统的保健要穴，补元气，改善机体的整体功能，其位于下腹部，善治下焦疾患。上巨虚为足阳明胃经，腧穴同时为大肠的下合穴，“合治内腑”，故该穴治疗胃肠疾病，能调节胃肠功能。针刺时加上神灯(TDP)的照射，发挥神灯的温补温通化湿之效，对腹泻型肠易激综合征的治疗能起到令

人满意的效果。

综上所述，无论是从中医理论上，还是临床上的应用效果上，都充分证明药物联合针刺综合治疗腹泻型肠易激综合征能取得明显的疗效。

另外腹泻型肠易激综合征的中医证型还有脾胃虚弱型、脾肾阳虚型。脾胃虚弱型，以补气健脾燥湿为法，用参苓白术散治疗。脾肾阳虚型，以温补肾阳，益气健脾为法，用附子理中丸与四神丸治疗。西医治疗腹泻型肠易激综合征，主要是以口服药物来调节肠道菌群，消除肠道的炎症，使内环境恢复正常，达到治愈的目的。

肠易激综合征(IBS)的发生与个体生活关系密切，往往与生活中的应激事件、精神抑郁、情绪紧张、思虑过度、劳累、饮食等有关。患者多有情绪激动、焦虑和抑郁等心理异常^[2, 3, 4]的问题。所以对于肠易激综合征的治疗，除了针药结合治疗该病外，还要考虑对患者的心理辅导。首先，要对患者进行解释劝导，使其了解疾病的性质，自我改善情绪状态。其次，告知患者生活要有规律，避免过劳，寒温适宜。还有，告知患者要注意饮食，避免进食可能加重症状的食物，如豆制品，生冷食物等。最后，坚持锻炼身体，提高自身的免疫力。达到根除疾病的目的。

综上所述，结合以上的几个方面去治疗该病，就能取得非常良好的效果。

参考文献：

- [1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002, 134-138
- [2] 沈冰冰. 肠易激综合征发病机制研究进展. 北京医学2004年第26卷第3期.207-208
- [3] 田云龙. 肠易激综合征的病因及发病机制的探讨. 中国医学文摘. 内科学2005年第26卷第5期634-636
- [4] 吴文江. 肠易激综合征发病机制与实验研究思路. 中国中医药信息杂志2002年6月第9卷第6期74-76

论牛皮癣 中医治疗



新加坡·倪炜程

牛皮癣为银屑病的俗称，是临床上常见慢性，复发性，炎症性的皮肤病，特征是出现大小不等的丘疹，红斑，表面覆盖着银白色鳞屑，边界清楚，好发于头皮，四肢伸侧及背部，与遗传、免疫、内分泌相关及精神压力大者均属易感人群。每100名新加坡就有1人患病，为本地十大最常见皮肤病。分4种类型，其中以寻常型最为常见，约占97%。通常人体皮肤生长需要3周，牛皮癣患者因皮肤角质层加速或不受控制地生长，皮肤周期从3周缩短至3天，形成厚厚皮屑和硬块，这是皮肤脆弱的表现，并容易引起炎症。西医治疗牛皮癣基本用抗肿瘤药，免疫抑制剂，维甲酸类，皮质类固醇，抗生素，维生素等和紫外线疗法。其治疗效果明显，但复发率高，而且复发很快。

牛皮癣相当于中医的“松皮癣”，“干癣”等。《黄帝内经》有曰：“有诸内，必形诸外，见诸外则必查其内。”皮肤是身体外围屏障，同时也会反应出内脏病变。牛皮癣属“白疔”范畴，以“肤如疹疥，色白而痒，搔起白皮”得名。著名皮肤科专家赵炳南对“疔”解释为：“病字头加上一个匕首的匕，如同匕首刺入皮肤一样，以形容其病情的顽固性。”目前牛皮癣无法完全根治，但可通过中西医结合治疗，控制病情，减少痛苦，改善患者生活质量。牛皮癣属免疫功能紊乱，代谢失调疾病，就是中医所说的“阴阳失调”，中医认为本病早期以血热，湿热，风热，火毒等实

证为主，中期以血虚风燥证多见，晚期多从血瘀证配合施治。

中医历代医家对牛皮癣治疗积累了丰富的临床经验。国医大师禡国维教授认为牛皮癣多秋冬加重，春夏减轻，多为内外合邪所致，血燥为本，瘀毒为标；自拟皮肤解毒汤(由生地，当归，川芎，赤芍，紫草，莪术，土茯苓，金粟兰，乌梅，甘草组成)治疗血虚血燥型牛皮癣。现代研究发现四物汤治疗牛皮癣，改善微循环增加血流及非特异性免疫调节等作用有关。禡老提倡从血分立法，活血与祛瘀药同用，增强吞噬细胞功能和消炎作用。血热型常选用丹参，丹皮，赤芍等凉血活血，血虚型选用鸡血藤，沙参活血补血，血瘀甚加桃仁，红花，三棱，莪术，风甚加防风，桑叶祛风止痒，湿热加苦参，土茯苓，白藓皮，徐长卿清热利湿止痒。由于牛皮癣病程长，导致多数患者情绪烦躁，处方中酌加龙牡镇静安神^[1]。

皮肤专家徐宜厚教授认为银屑病患者均为化热入血，具备红斑，鳞屑，瘙痒即是血热，血瘀，血虚之证同存，自拟“银花虎杖汤”：银花，虎杖，丹参，鸡血藤各15克，生地，归尾，赤芍，槐花各12克，大青叶9克组成^[2]。

贾鸿魁教授据现代医学观察银屑病患者皮损最显著的改变是角化不全，表皮增生和真皮毛细血管的紊乱，这是中医瘀血证的表现，多采用益气养阴，活血化瘀治疗。用养阴解毒汤

由生地，玄参，玉竹，板蓝根，蒲公英，白花蛇舌草清热解毒。刘复兴医师据银屑病常大量脱屑，易形成低蛋白血症，导致蛋白摄入不足，皮损多者加土茯苓，杏仁，乌梅，长期服用者加黄芪，炙首乌，刺蒺藜益气养阴^[3]。

钟洪医师认为青黛取其清热解毒，凉血消斑作用，从现代药理看，其提取物靛玉红，有调节免疫功能作用，对银屑病免疫性炎症有较好疗效^[4]。

靳文清教授以养阴清热活血疏散风邪为主，自拟“牛皮癣方”，其方中麻黄，桃仁，三棱为民间验方，治皮肤瘙痒症有效^[5]。

老一辈皮肤专家赵炳南教授临床经验丰富，他认为牛皮癣血热为其内因，病程日久，进入血燥，据其病理特点分为血热和血燥两种类型。血热型用验方白疔1号：生槐花1两，紫草根5钱，赤芍5钱，白茅根1两，大生地1两，丹参5钱，鸡血藤1两。其中槐花清热凉血入肝，大肠经，《药品化义》中说“此凉血之功独在大肠也，大肠与肺为表里，能疏皮肤风热，是泄肺金之气也”。血燥型用白疔2号：鸡血藤1两，土茯苓1两，当归5钱，干生地5钱，威灵仙5钱，山药5钱，蜂房5钱。其中威灵仙性急善走，通十二经，宣通五脏，搜逐诸风，蜂房清解深入营血之毒热^[6]。

中西医皮肤专家张志礼教授对急性泛发性点滴状银屑病特别是发病前有上呼吸道感染，急性扁桃腺炎病史者采用清热解毒药效佳。对大面积斑块状肥厚浸润型银屑病，使用活血化瘀药效果好，对皮损色淡，基底浸润较薄者以散风养血润肤药效佳，对皮损基底淡红，舌淡体胖嫩有齿痕或妇女白带多者，以健脾除湿药效果显著^[7]。

皮肤专家朱仁康将银屑病分为血热风燥型，用克银一方：土茯苓30克，忍冬藤15克，山豆根10克，板蓝根15克，草河车15克，白蒺藜15克，威灵仙10克。血虚风燥型用克银二

方：生地30克，大青叶15克，山豆根10克，白藓皮15克，草河车15克，连翘10克^[8]。

周鸣岐主任医师临床以活血祛瘀治疗顽固性银屑病取得很好效果，其银屑病化瘀汤：莪术20克，三棱10克，鸡血藤40克，赤芍15克，红花10克，威灵仙15克，蝉蜕10克，白藓皮20克^[9]。

黄鼎坚医师认为阴维脉的郄穴对全身气血起调节作用，郄穴善治血证，顽疾，皮肤病。筑宾为肾经阴维脉郄穴，多由风所致，久病出现血虚风燥，疏风同时必须养血。取风池(双)，肺俞(双)，风市(双)，风门(双)祛风止痒，血会膈俞(双)，血海(双)养血润肤，曲池(双)，委中(双)清血分之热。针灸治疗牛皮癣有独到之处，再配合耳部放血及刺络拔罐，可增强疗效^[10]。

目前不主张内服或涂抹皮质类固醇激素和免疫抑制剂，因有效剂量较大，引起严重的副作用，而在减量或停药后，尚可发生“反弹”现象。一般仅用于红皮病型，关节病型或泛发性脓疱型银屑病且使用他药无效者。外用药少用酒精制剂，酒精易使皮肤脱脂，更干燥，可涂天然中药润肤膏，外用药虽不能达到根治效果，但合理治疗，能获近期或长期缓解，改善患者心理或社会生活质量。紫外线光源照晒皮肤进行免疫抑制调节治疗，以降低自身免疫过度反应效果不错。中药是一种安全有效的特色疗法，发挥中医优势，通过中西医结合治疗，控制病情，减少患者痛苦，让牛皮癣不再牛。

饮食调理：

1 进食优质蛋白低脂食物，如鱼，鸡蛋，牛奶，瘦猪肉等。

2 多吃粗粮，保证充足维生素矿物质膳食纤维，忌食冰淇淋，含糖食物和巧克力，忌生姜，韭菜，洋葱。尽量少食牛，羊肉，酒，螃蟹虾等所谓的发物，因发物性寒或热，血热，

湿热食之，热者更热，寒者更寒，皮肤病更容易复发。

3多食新鲜水果，蔬菜，比如乌梅，柚子是天然防治银屑病保健食品。中药中的姜黄是慢性银屑病首选药物，它可减少皮肤发红脱皮和皮肤干燥硬化，且有很强的抗炎活性。

生活调理：

1要早睡，睡好。

2减轻压力，控制好情绪。

3避免感冒，喉炎，扁桃体炎等感染。

参考文献：

- [1] 国医大师禡国维, 主编陈达灿, 李红毅等中国医药科技出版社 2016年3月第1版: 120-123.
- [2] 徐宜厚皮肤病临床经验辑要徐宜厚著中国医药科技出版社 1998年10月第1版: 167-172.
- [3] 薪火传承集第3批全国名老中医药专家学术经验传承精选国家中医药管理局组织编写中国中医药出版社2008年1月第1版。
- [4] 钟洪医案医论钟洪著学苑出版社 2007年4月第2版: 109-111.
- [5] 五十年临证得失录 靳文清编著山西科学教育出版社1988年4月第1版: 103-104.
- [6] 赵炳南临床经验集 北京中医医院编 人民卫生出版社 1975年6月第1版: 226-229.
- [7] 张志礼皮肤病临床经验辑要张志礼著中国医药科技出版社 2001年1月第1版: 123.
- [8] 皮肤病中医特色治疗 陈凯 蔡念宁主编辽宁科学技术出版社 2001年2月第1版: 195.
- [9] 皮肤病专科专病中医临床诊治第2版罗云坚刘茂才总主编 人民卫生出版社2007年12月第2版: 307.
- [10] 黄鼎坚针灸临证经验集要赵利华, 庞勇等主编人民卫生出版社2008年11月第1版。



刮痧疗法

运用于亚健康中

新加坡·梁桂贤、黄文革

1. 亚健康

中华中医药学会发布的《亚健康中医临床指南》指出：亚健康是指人体处于健康和疾病之间的一种状态。处于亚健康状态者，不能达到健康的标准，表现为一定时间内的活力降低、功能和适应能力减退的症状，但不符合现代医学有关疾病的临床或亚临床诊断标准。

1.1 亚健康状态—疾病的预警信号

亚健康状态是人体处于健康和疾病之间的过渡阶段，这个阶段是一个从量变到质变的发展过程。此时脏腑器官活力逐渐降低，反应能力减退、适应能力下降，会出现一些轻重不同的不适症状。比如：有人经常感到全身乏力，头昏、头痛、胸闷、心慌、气短、容易疲倦、精力难集中，甚至腰背颈肩酸痛、食欲减退、失眠多梦、耳鸣、体虚易感冒、出汗、心烦时，到医院多次检查却无明显器质性改变，这就是亚健康状态。根据多项统计：全世界人群中符合世界卫生组织健康标准者约占15%，患有各种疾病者也约占15%，而处于亚健康状态者却占到70%左右；虽然不同统计有出入，亚健康状态者总在一半以上，这不能不引起我们的警惕。由于亚健康时所出现的症状是疾病的预警信号，亚健康是疾病的前期，如不及时治疗，其中半数以上可能会发展为高血压、冠心病、糖尿病等器质性疾病，所以不可掉以轻心。

1.2 产生亚健康的原因

据专家研究，亚健康状态的产生可能与微循环紊乱有关，主要是因为血粘度增大，血液在流经微循环时速度减慢、血流不畅，营养物质交换不全，代谢产物瘀积不出，造成微循环障碍，

使组织器官的细胞得不到充足的氧气和营养素的供应，细胞活力减低，免疫功能下降，脏腑调节功能减弱，而引起身体上的各种不适及心理上的不稳定。微循环障碍就是中医所说的“经脉气血不通畅”，微循环障碍轻者出现亚健康状态，重者出现疼痛、发热，炎症反应或功能障碍等各种不同性质、不同脏腑的疾病；微循环障碍的部位不同，产生亚健康的原因和疾病的部位就有所区别。现代人饮食结构的改变，肉、蛋、奶摄入量过多，再加上生活节奏紧张，运动量减少，体内代谢产物排出缓慢，内热积聚，所以血粘度增大、微循环障碍者不断增多，致使亚健康状态的人也越来越多，并已从中老年人群扩展到部分青年人。

2. 刮痧疗法

2.1 概述

刮痧疗法经过漫长的历史发展，已由原来粗浅直观单一经验的治疗方法发展到今天有系统中医理论指导，有完整手法和改良工具，适应病种广泛，既可保健又可治疗的一种自然疗法。刮痧疗法以其易学、易会、简便易行、疗效明显的特点必将为人类健康事业做出贡献。

刮痧疗法是以中医脏腑经络学说为理论指导，众采针灸、按摩、点穴、拔罐等中医非药物治疗法之所长，对人体具有活血化瘀、调整阴阳、舒筋通络、调整信息、排除毒素、自家溶血等作用，既可保健又可治疗的一种自然疗法。它是中医学的重要组成部分，其内容包括刮痧方法、经络、腧穴及临床治疗等部分。刮痧具有适应证广、疗效明显、操作方便、经济安全等优点，

深受广大患者的欢迎。

刮痧疗法是在古代传统刮痧疗法的基础上发展衍变而来。传统的刮痧疗法主要适应证为痧病,所用工具有瓷器类(碗盘勺杯之边缘)、金属类(铜银铝币及金属板)、生物类(麻毛棉线团、蚌壳)等,刮痧部位为脊背、颈部、胸腹、肘窝、腘窝。所用润滑剂为植物油类、酒类和水,刮拭皮肤至出现红色或紫黑色瘀点为度。

2.2 工具

刮痧疗法的雏形可追溯到旧石器时代,人们患病时往往会本能地用手或石片抚摩、捶击体表某一部位,有时竟使疾病获得缓解。通过长期的发展与积累,逐步形成砭石治病的方法。砭石是针刺术、刮痧法的萌芽阶段,刮痧疗法可以说是砭石疗法的延续、发展或另一种存在形式。

刮痧疗法是在传统刮痧疗法的基础上的继承发展,刮痧这一民间疗法发展到现在,以崭新的面貌出现在社会的面前。现代科技的发展使刮拭工具外部构造,表面光洁等方面更加适合人体各部位刮痧的需要,而且以铜为材料的刮痧板更加体现了刮痧自然之法的特点,避免了瓷器类、生物类器械易碎、不易携带等因素,还避免了现代化学用品如塑料制品给人体皮肤上造成的危害。

2.3 功效

刮痧于人体,主要可以起到下面三方面的作用:

1)促进代谢,排出毒素:人体每天都在不停地进行着新陈代谢的活动,代谢过程中产生的废物要及时排泄出去。刮痧能够及时地将体内代谢的“垃圾”刮拭到体表,沉积到皮下的毛孔,使体内的血流畅通,恢复自然的代谢活力。

2)舒筋通络:现在有越来越多的人受到颈椎病,肩周炎、腰背痛的困扰。这是因为人体的“软组织”(关节囊、韧带、筋膜)受损伤时,肌肉会处于紧张、收缩甚至痉挛状态,出现疼痛的症状,若不及时治疗,就人形成不同程度的粘连、纤维化或瘢痕化,从而加重病情;刮痧能够舒筋通络消除疼痛病灶;解除肌紧张,在明显减轻疼痛症状的同时,也有利于病灶的恢复。

3)调整阴阳:“阴平阳秘,精神乃治”。中医十分强调机体阴阳关系的平衡。刮痧对人体功能有双向调节作用,可以改善和调整脏腑功能,使其恢复平衡。

3. 刮痧运用于亚健康

底蕴深厚、历史悠久的民间刮痧疗法广为人知,但是很多人只知道刮痧疗法对头痛、颈椎病、肩周炎、腰腿痛、心脑血管病、肠胃病、哮喘、糖尿病、乳腺增生等常见病疗效显著,却不知道正确的刮痧方法还可以促进新陈代谢,给细胞补氧祛瘀,增加活力,是改善亚健康状态既简便又有效的好方法。

3.1 机理

通过活血化瘀、降低血液粘度的方法,可以改善微循环障碍,避免由亚健康向疾病的转化,也是保持健康体魄的有效方法。而活血化瘀、活化细胞、排毒解毒,迅速改善微循环,正是刮痧疗法的特点。在微循环障碍的部位刮拭时,刮板向下的压力会迫使淤积的有害代谢产物从毛细血管壁渗漏出来,存在于皮下肌肉组织之间,这就是我们所看到的“痧”。只要有微循环障碍,毛细血管的通透性就会出现紊乱,刮拭后就一定会有痧出现,轻度的微循环障碍会出少量的红色、紫红色的痧点,重度的微循环障碍会出较多的暗青色、青黑色的痧斑。刮拭出痧会排除内毒素,解除局部的血脉淤滞,降低血液粘度,疏通经络,改善微循环。气血由阻滞变为通畅后,组织器官的细胞得到了充足的氧气和营养素的供应,活力增强。如能选择具有改善亚健康脏腑作用的相关经络穴位和全息穴区刮拭,则能更快地提高机体免疫力、使脏腑调节功能恢复正常。所以刮痧疗法不仅能治疗疼痛性疾病,而且能有效改善亚健康状态。

3.2 优势

刮痧疗法经历了民间刮痧—经络刮痧—全息经络刮痧三个发展阶段。全息经络刮痧疗法是选择性的刮拭有关的经络穴位和全息穴区以防病治病。皮肤不只是人体有防御作用的器官,

也是脏腑功能状态的外在表现部位。中医经络学说和现代生物全息理论已经发现和总结出每个内在脏腑器官在皮肤上特定的表现部位。刮拭这些部位不仅能治疗各科常见病、多发病,对及时发现和早期治疗潜伏的疾病,改善亚健康状态更有独到之处。

首先,刮痧疗法改善亚健康状态疗效迅速,用保健刮痧的方法选择刮拭人体皮肤上与各脏腑器官相连接或相对应的区域,可以活血化瘀、降低血液粘度、改善微循环状态。通常内服中西药物改善微循环,排出体内毒素,需要一个缓慢的过程,而刮痧疗法排出内毒素,改善微循环是在刮拭的瞬间实现的,因此改善亚健康状态疗效迅速。

其次,刮痧可以根据出痧的颜色和面积的大小确定亚健康状态的轻重程度,还可以根据出痧的经络穴位和全息穴区判断出功能减弱的脏腑器官,这有助于针对每个人的特点刮拭不同的部位,提高免疫功能,调节脏腑,改善症状。

最后,刮痧治疗只在皮肤表面进行,不需服用任何药物,没有副作用。

4. 方法

用刮痧法可以改善亚健康状态,如经常刮拭头部、胸腹部、手足部位的经络和各脏腑器官的全息穴区,定期刮拭背部脏腑器官的体表

投影区和脊椎对应区。刮拭的时间和部位可以根据自己的生活工作情况灵活掌握。刮拭部位易于寻找,根据不同的症状,找到刮拭部位。只要按照操作要求去做,就可以及时净化体内环境,清洁经络,促进新陈代谢,改善微循环,活化细胞,增强脏腑功能,提高人体免疫力,有效改善亚健康状态。

5. 人群

刮痧疗法对于大多数人都是适用的。但有以下情况的人不宜刮痧:

1. 孕妇的腹部、腰骶部,妇女的乳头禁刮;
2. 有出血倾向的疾病如白血病、血小板减少等需慎刮;
3. 皮肤高度过敏,或患皮肤病的人禁刮;
4. 久病年老、极度虚弱、消瘦者需慎刮;
5. 醉酒、过饥、过饱、过渴、过度疲劳者禁刮。

举例

魏某,男,32岁,身高181cm,体重62kg

易倦乏力,肩背部紧绷多年,无头痛头晕,纳眠可,二便正常,西医检查未见异常。舌紫暗,苔薄白,脉弦。予背部刮痧治疗,经治疗后,随着痧象的减轻,患者自觉症状也相应消失。附图



第1周



第2周



第3周



第4周



中医治疗 年龄相关性黄斑病变的优势

新加坡·林秋霞

年龄相关性黄斑病变有称为老年性黄斑变性，是与年龄相关的一种眼科疾病，其特点是随着年龄的增长发病率逐渐增高，是目前新加坡老年性致盲眼病最高之一。

随着人们生活水平的提高，人口老龄化的日益加剧，其发病率也呈逐渐上升趋势。其危险因素除了同年龄、种族、眼睛本身的生理病理特点有关外，最新的研究也显示与全身性疾病如高血压、高血脂、动脉硬化、营养障碍以及光损害、吸烟、化学物质的作用、遗传等多种因素相关。

临床上常见的黄斑病变可以分为两种类型：即非渗出性(或也称为干性或萎缩性)和渗出性(或称湿性)。干性黄斑病变视力下降缓慢，以黄斑区玻璃膜疣(Drusens)，色素紊乱，地图状色素上皮萎缩(Geographic Atrophy)及金箔状外观为特征；湿性黄斑病患者的视力则下降急重，以反复渗出、出血、机化瘢痕及色素紊乱增生、新生血管为特征。

目前西医常规治疗主要是针对湿性黄斑病变黄斑区新生血管的处理，来到这个阶段，基本上这个时候的病程已经发展到比较重的阶段；由于不同因素诱发或促进黄斑区视网膜色素上皮新生血管形成，势必造成病变区反复渗出、出血、结疤、机化而失明。

西医常规治疗的方法，诸如光动力疗法(PDT)、瞳孔温热疗法、局部经过玻璃体内注

射抗新生血管生长因子(Anti-VEGF, Anti-Vascular Epithelium Growth Factor)，尤其近期大力推动注射抗生长因子已经成了治疗湿性黄斑病变的常规疗法的情况下，虽然短期内对封闭新生血管有效，但由于适应证的限制、价格的昂贵、且病情在长期内依然反复不定的反馈，都让医者患者觉得目前的治疗手法不尽完善。

目前市面上最常用的抗新生血管生长因子共有4种，学名及俗名分别列入如下：brolucizumab(Beovu), aflibercept (Eyelea), ranibizumab(Lucentis)，及pegaptanib sodium(Macugen)，此外还有一种之前非常广泛使用的 bevacizumab(Avastin)，这其实是美国食品和药物管理局FDA批准用于抑制肿瘤如大肠癌及其他癌症的药物，但由于一只药剂可以分割成多份给多位病人使用，价钱上相对便宜，也让一些眼科病人当作被默认的药剂使用。

前面4种药剂的价钱介于3千元左右一剂，第5种则是700元一剂，每个疗程介于每个月注射一次，最少3次，最多可以达到12次。价钱计算下来都非常高昂，非一般人可以负担。

除了经济考量之外，抗生长因子的治疗最令人担忧的是其不稳定性。其副作用包括高眼压、结膜下出血、玻璃体出血、眼底炎症、甚至视网膜脱离等等，虽然比例不大，

但依然存在这种不治疗还好，一治疗即刻变瞎的说法。

另一种存疑的看法是，生长因子本来是体内修复血管的自我更生能力，它能避免血管被破坏及自行修复。假设为了避免黄斑新生血管的产生而用抗生长因子，新生血管是被抑制了，但是黄斑区的细胞也间接地被抑制修复了，那么这个黄斑病变还有希望恢复吗？这不是回来那种所谓为了让毒素不再从手指攀升上来，先将整个手腕切断的思维吗。这到底是治疗还是破坏，一直是学术界争议的重点。

《眼科调查》这份科研学报早在2014年已经发表了一篇非常有影响力的学术文章—预估抗生长因子治疗黄斑病变新生血管的疗效(Predictors of anti-VEGF treatment response in neovascular age-related macular degeneration(Survey of Ophthalmology; Volume 59, issue 1, January – February 2014, Page 1-18)里面指出抗生长因子治疗黄斑病变的不确定性，包括以生长因子蛋白质分析及血管分子分析作为出发点，觉得以这种治疗湿性黄斑病变的不稳定性提出强而有力的看法。其中也反驳了很多泛泛而谈谓生长因子治疗黄斑病变成功的学术文章为“有误导性的”文章，在年龄、性别、及患病层次来反映药用的疗效性，而不能反映生活方式的改变譬如抽烟是否能起着反应。即是说，假设一些黄斑病人接受治疗后而在视力上有着改善，是可以真的确定是抗生长因子起的疗效，还是因为病人停止抽烟后，或改变饮食习惯后起的疗效？

中医对黄斑病变的整体控制、早期治疗和延缓病情的发展有很好的独特优势。中医始终认为，人在生命过程中，随着年龄的增长，机体内脏器官日渐出现一系列生理功能衰退现象，如目络老化，血行迂缓，组织萎缩，无不与肾相关。

中医认为：人在生命过程中，随着年龄的增长，机体内脏器官日渐出现一系列生理功能衰退现象，如目络老化，血行迂缓，组织萎缩，无不与肾相关。“肾藏精”为先天之本，精属阴，为人体生命活动的物质基础，精足则髓生、骨刚、脑清、神聪、目明。济于心则脉充神明，面红光润；润于肝则气调血藏，筋目得养；濡于脾则谷消血生，肢丰肌劲。

基于这套中医理论，中医眼科医家们认为老年黄斑变性是本虚为主，也有本虚标实之证，虚责至于脾、肾两脏，或劳倦饮食，损伤脾胃，气血生化不足，津液输布无权，使目失濡养，水湿上泛；或肾精渐亏，阴虚血少，神疲目暗。实则或瘀、或湿、或痰。不同病期虽有虚实夹杂，拟以实为重之证，但补虚应贯彻治疗始终，尤其在脾、肾或多脏同虚时。另一点临床病例还应注意养肝血明目，依据久病则瘀的理论通常佐以化瘀之品如丹参，也经常会用到五味子敛精归于目，再以柴胡引经疏肝，有瘀血者通常考虑辅以槐花凉血止血，才可谓补中有散，相辅相成，立方立意才可至周到严谨。

临床上一些病情比较复杂或有全身性疾病且比较严重的患者，中医也可以辅助西医，运用中西医结合作为一种常见的治疗手段。譬如临床上一些黄斑区见玻璃疣色素紊乱，持续出血性为新生血管破裂所致，假设病机辨证为痰热互结、阴虚内热，根据急则治其标的原则，采取中药和西药并用的方法，治则化痰祛瘀、养阴清热，配合西药的抗生素等药物，在临床上可以取得意想不到的疗效。

临床上也常见一些患有高血压性动脉硬化同时又患有老年性黄斑变性的典型病例，在我国临床病例中，非常具有代表性。虽然关于黄斑病变的发病机制虽然到目前尚未有明确定论，但诸多学说中血管模式机制被越来越多的学者与临床专家认可。

其学说认为：年龄相关性黄斑变性是一种血管性疾病；如高血压、动脉硬化造成脉络膜血管灌注异常，致使视网膜色素上皮被破坏，因而发生黄斑变性。中医则认识到这块是人老肾衰，天葵数穷，必然要发生以肾为主的各个脏腑、器官的衰老现象，包括人类的视觉；当肾阴不足，则精微物质缺乏而精不濡脑，则脑髓空虚，症或见头晕、耳鸣；精不育肝、则肝阴虚、肝阳上亢，症或见头重脚轻，血脉争张、面红耳赤、血溢脉外；精不滋养脾胃，气血生化之源不足，见气短乏力等诸症，治则当以益气养阴、滋水清肝。临床用方通常以生脉饮、左归饮等做第一选择。

临床也常见一些患者日夜操劳于事业工作而发病的患者。中医认为年老肝肾阴亏，阴虚精亏虚火上炎，加上又劳心神，肝火引动心火，即母病及子，虚火升腾，灼伤目窍脉络而最常见出血，症状也可以有头晕、心烦。证属心肝气郁，化火伤络，通常以清肝泻火法治疗取效。通常会用药物包括夏枯草，夏枯草归肝、胆经，辛开苦降，可清肝火，散郁结；也常用淡竹叶，淡竹叶归心经，甘寒之品，可清热除烦，作为主药的使用，两药合用可清泻心肝上炎之火。夏枯草和连翘合用还可以散结消肿，有助于黄斑区机化增生病灶的消除。假设黄斑病变的黄斑区有水肿、渗出，还可以考虑炒白术、茯苓、泽泻健脾利湿消肿，通常临床考虑的药物有太子参、三七粉等，即可补气强身，有助消除疲劳，又可以加快散瘀结、扶正祛邪。

总体来说，中医强调年龄相关性黄斑变性治疗上应注意攻补兼施，很多时候肝、肾、脾必须同治的病证思路。“五八肾气衰。六八阳气衰于上，七八肝气衰……”黄斑变性的病人年龄层多数在50岁以上，非常合乎中医的辨证思路。久病必瘀，通常都辨证为肝肾不足，瘀血内停，治疗多以补益肝肾，活血化瘀之法作为考量。干性的黄斑病

变多采用驻景丸基础上主要加丹参、郁金、牛膝、红花等活血化瘀之品，由于病灶在黄斑，黄斑属脾，也可以考虑加入山药、薏苡仁、山楂等健脾之品。

至于湿性年龄相关性的黄斑变性、脉络膜新生血管出血引起玻璃体积血或其他黄斑出血造成视力骤然下降的病例，在中医是属于暴盲的范畴。通常中医考虑到患者年龄、肝肾亏虚、阴精不足、脉络失养，又有内生虚火灼伤，才会导致突然出血失明。通常临床考虑为虚火伤络、给予凉血化瘀及滋补肝肾药物将共同使用，活血化瘀之后也得考虑后续的散结化瘀，临床上通常采用海藻、昆布等药物，促进积血吸收，尽快恢复视力。



医生为病人注射抗生长因子的示意图

抗生长因子由眼球壁直接注射入黄斑区，以控制新生血管的增生

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。目前除在其诊所看诊外，也将大部分时间在中华医院发展中医眼科，同新加坡眼科研究中心合作开展有关中医眼科治疗眼科疾病的科研。2016-2019年间前后两次获得卫生部中医科研发展基金，开展有关中医治疗干眼的课题科研，成功地将中西医结合治疗眼科的科研文章广泛发表在国际眼科平台上。

“证素辨治法” 简介和运用 (含对COVID-19的辨治经验)

中国·酆永平 新加坡·李明姝

一、中医“证素辨治法”简介

“证素辨治法”是以“证素”为核心的一种辨证论治方法，“证素”即证候要素，一般由三个相同的病机要素（简称“机素”）组成。“机素”是通过分析临床信息（包括症状、病名、或通过各项仪器检查得到的资料），在中医理论指导下，得出的对

疾病本质的认识。

“证素辨治法”对疾病诊治的过程可概括为：

临床信息——>机素分析——>证据归集——>形成证素——>证素组合成证型——>据证立法、处方用药。

“证素”的来源有两个途径：

证素来源	通过	得出	特点
据病辨证素	分析和把握疾病全过程的发生发展规律	一两个核心病机要素（基本证素）	从粗线条、全过程整体上把握病情
据症辨证素	把握疾病当前病理现象的阶段性病位、病因、病性及病势等	多个病机要素（组成其它证素）	从细节上、阶段性局部上把握病情

中医诊断中，辨病的目的是为了辨证素，如果辨病仅仅是为了明确病名，而不辨这个病所蕴含的核心证素，则这种辨病只对诊断有用，对治疗却无甚意义。

中医辨病与辨证相结合，实际上就是为了“据病辨证素”和“据症辨证素”的结合，完成整个辨证素过程，保证医者对疾病总体与局部、全过程与阶段性病机的全面把握。“据病辨证素”和“据症辨证素”两者相互弥补、相互结合，才能比较完整地反映疾病的本质，使中医辨证更有据可循，更具

体，更有操作性。

例如，由“据病辨证素”，我们可知中风病的核心病机，或者说基本证素是“风瘀”，在没有其它证素的情况下，就依此治疗，大体方向也对，临床效果可能也不错；另一方面，由“据症辨证素”，我们看到，“风瘀”这一基本证素虽然贯穿疾病始终，但常常是与其它证素相兼存在的，在中风病的不同发展阶段，可能会出现“火热”、“痰湿”、“气虚”、“阴虚”等不同证素，因此不同个体、或不同时期，每次证型都会变化，处方用药也会不同。

这样中医既认识到了中风病整体上全过程的基本证候，同时又把握住了中风病的局部或阶段性证候，临床诊治就会更为完善。

简而言之，“证素辨治法”就是“机素分析、证素确定、得出证型、据证处方”的辨证论治过程，以此直达中医看病实质，把中医晦涩难懂的古老学问，直接变成易懂易学、高效科学的临床技能。

二、酆永平主任临床案例分析

(一)、病案诊治过程

患者甘某，男，62岁。咳喘、呼吸困难2个月，被诊为间质性肺炎伴感染、呼吸衰竭，既往有高血压、糖尿病史，经某大型三甲医院住院治疗，感染得到控制，间质性肺炎病情持续进展，呼吸窘迫，须呼吸机支持，由于不能住院过久，好转又无望，只能转入另一家医院继续住院治疗，家属被多次告之病情加重、病危通知，治疗进入窘境。绝望中，想着用中医最后一搏，于是向医院提出用中医中药治疗，医生表示不反对，于2019年4月5日邀我前往这家医院床边看诊。

首诊见：呼吸困难、有时喘鸣；起病急、病情发展迅速，呈进行性加重；卧床不起、稍动则喘甚，口干，痰少色白难咯；依靠无创呼吸机持续通气维持，一刻也不能脱离呼吸机，撤机则血氧随即下降；舌红有紫气，苔薄腻；脉弦细数带滑。辨为“喘病：风痰瘀血，痹阻肺络，气阴亏损”。处方以祛风通络，宣肺化痰法为主，兼顾益气养阴。先服2周。

处方（单位：克）：

炒僵蚕10、蝉蜕10、广郁金10、赤芍12、姜半夏10、浙贝10、炒枳壳10、杏仁10、瓜蒌皮10、丹参20、红景天20、天冬10、炙五味子10、茯苓10、桔梗6、炙甘草6。

14剂。水煎服，一日二次。

2019年4月19日复诊，呼吸困难有好转，可下床活动，纳谷欠佳，原方加焦山楂10克。

2019年5月3日复诊，症情平稳，近几

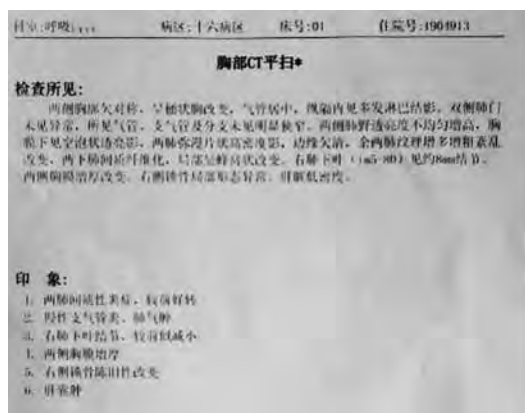
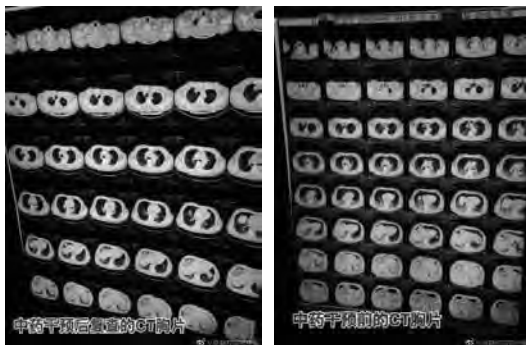
天不慎受凉，有鼻塞流涕。前方加荆芥10克。14剂。

2019年5月17日复诊，病情继续好转，呼吸机可间断使用，并能下床活动。医嘱下周可出院调养。原方去荆芥，14剂续服。

2019年6月1日，患者已完全脱机10天，也不用吸氧，更为惊喜的是患者能自行前来我诊室复诊，精神可，二便调畅，纳可，唯活动后仍有气喘，继续巩固2周。

经过近2个月的中药调治，终于将患者从死亡线上拉了回来，再次彰显了中医药的神奇！

附：病患中药治疗前后胸部CT片对比



(二)、处方说明

粗一看处方繁杂、不易模仿学习或难以理解。其实，中医治病科学而清晰，患者有什么问题就治什么，有是证即用是药。更明确地讲，中医治病是根据患者所患疾病的证素来立法处方用药的，即“据证处方”。

本案处方是针对患者有“风、痰、瘀、气虚、阴亏、肺（肺气不利）”这六个证素，开出的药方。请看本例方药之构成：

风——祛风药：僵蚕、蝉衣等祛风兼通络，病久可加用露蜂房；

痰——化痰药：半夏、浙贝、瓜蒌皮，也可加用皂角刺；

瘀——活血化瘀药：丹参、郁金、赤芍；

气虚——益气药：选用红景天凉补，且有活血作用；

阴虚——养阴药：用天冬养肺阴清肺热、五味子敛阴兼益肺气，也可酌情加用乌梅、银柴胡；

肺——用桔梗、枳壳、杏仁、甘草理气宣肺。

这样一分解，处方一目了然，大道至简，可重复、可遵循和灵活应用。

当然，若要讲复杂、深奥一点，也可这么说：全方寓意深刻，结构严谨，升中有降，通中有补，敛散自如，刚柔并举，燥湿相济，蕴涵古方经典，包含升降散、桔梗汤、二陈汤、桂枝茯苓丸、瓜蒌半夏汤、生脉散等名方之意（并且可以详细一一阐释一下这些方子在这里的作用与配伍意义……），君臣佐使，配伍精当，方证合拍，故能取得满意疗效。如果是这样阐述的话，是不是有点云里雾里的感觉？变得很难模仿学习和重复运用了，是吧？

根据证素开出药方是不用考虑用什么经方、成方或名方，再来加减用药的，但是，当我们回过头来看这张处方时，会发现原来所开出的方子已涵盖了历史上众多的经典名方，本案例的这张处方实际上有意无意地包含了前面所说的六张经典名方。这就是“据证开方”的魅力，体现方证一致、对证下药，直接而简约，无需机械地套用经方名方，省却了临证处方的许多不必要的干扰，绕过无用而玄虚的成分，紧紧抓住病机实质，直奔主题与要害。

（三）、证素的确立说明

前面讲了处方的依据是患者有“风、痰、瘀、气虚、阴虚、肺”六个证素。那么，请问这六个证素是怎么来的呢？即临床上我们是怎么确定证素？为什么是六个，而不是三个、四个或七个、八个证素呢？

处方用药要有依据，同样证素的确定也是要有依据的。本案例是根据间质性肺炎的病理生理和临床发病特征，认为本病属免疫性疾病，一般免疫性的变态反应包括过敏，从中医的角度，多属于“风”的范畴；本病的另一特点是肺易纤维化，而“纤维化”中医多归结为“瘀”的范畴，所以可以认为本病有风、瘀的病理证据，这就是“据病辨证素”。

结合“据症辨证素”，即结合刻下的临床症状，则本病各证素的诊断证据分别是：

风——起病急进展快、有喘鸣声、变态反应；

痰——有痰难咯、苔腻、脉滑；

瘀——病程较长、舌有紫气、纤维化或纤维化倾向；

气虚——气短、动则喘甚、卧床不起；

阴虚——口干、舌红、脉细数；

肺——咳、喘、痰。

其他证素存在不存在？有寒、阳虚、血虚吗？没有这方面的症候，故不考虑这些证素。舌红是有热吗？加上口干、脉数，应该是有热像，但不明显、不重，故热证不予列入（当然要归入也是可以的）。但在处方时药物选择有所体现，选凉药的诸多，而不选或少选温热药。如益气药为什么不选用温热的参、芪，而用凉补的红景天，就是这个道理。

证素的确立条件一般以三个证据为宜。为什么是3个证据？而不是1或2个证据，或者是更多的证据？因为仅仅是1个证据，那是孤证，孤证不立；2个证据行吗？可以的，但似乎还不够充分，只能算可疑或疑似诊断；3个证据，有主证、旁证、佐证，证据构成完整，三证齐全，才可以做实一个判断。当然，证据

越多越好，但是作为最低标准或诊断阈值3个证据最为恰当。追求过多的证据没有必要，也不切合实际。教科书中往往每个证所列较多，反而远离了临床，使得学者无所适从，因为临床没有这样标准的病人。

证素的判定取决于对证据的细察明辨和谨慎搜寻，这是影响到处方用药是否精准的关键。

另外，证素不仅是处方用药的直接依据，也是证型表达的构成要件。我们平时所作出的中医诊断，即中医证型，实质上是证素构成的。因此，当要下中医诊断时，首先要思考和分析证素有哪些？如“肝郁脾虚证”，是由肝郁与脾虚二个证素构成的；“阴虚湿热证”是由阴虚、湿、热三证素构成的。中医证型是通过证素的分析综合、排列组合后的恰当表达。如本案的证素有“风、痰、瘀、气虚、阴虚、肺”六个，经过综合，我们可以比较确切地表达为“风痰瘀血，痹阻肺络，气阴亏虚证”。当然，诊断为“风痰阻肺证”、或“风痰瘀血证”、或“气阴亏虚证”这样证型准确不准确？只能说是片面的正确，不是完全正确。

（四）、机素证据分析

进一步追问：构成证素的证据是怎么确定的呢？例如，本案中为什么风证的证据是这三个“起病急进展快、有喘鸣声、变态反应”，而不是用其它症状做证据呢？换句话说，哪些临床信息可以作为风证的证据？

机素共振才能成为证据，即具有相同机素的临床信息，可以作为证素诊断的证据。

所有的临床信息，都必须经过中医学的思辨，分析每一信息的中医学意义，得出病机要素（机素）。例如本案中对风证的证据分析认识，平时必须有这样的中医知识存储和思维概念：风善行速变，故“起病急变化快”多与风有关；风主动摇，故肌肉的痉挛收缩，与风有关（喘鸣是支气管平滑肌的痉挛）；变态反应性疾病，与风怎么有关？那是从过敏性皮疹、

过敏性鼻炎咽炎等许多过敏性疾病的临床表现（痒、变化莫测），往往具有风邪致病的特征有关，引申而来。这里“起病急变化快、喘鸣、变态反应”三个完全不同的临床信息，却有一个共同的中医机素“风”，所以确定其证素为“风证”。

疾病临床表现种类繁多，其中可作为中医证型诊断证据，一般常用的为300~500个信息，当然随着临床实践的深化和发展，会有更多的临床信息，作为诊断的依据，理论上可以说是无限的。但是中医用来分析这些临床信息的机素是有限的，通常中医学中可作为机素的也就40多个，举例如下：

风、寒、暑、湿、燥、火、热；

气滞、血瘀、痰、饮、毒、水、浊；

阳亢、阴盛，气虚、血虚、阴虚、阳虚、精亏、津亏，气陷、气脱；

表、经、络、卫、营、膜原；

心、肝、脾、肺、肾、心包、小肠、大肠、膀胱、胃、胆、中焦、上焦、下焦，脑。

也就是说，当我们遇到各种临床征像或信息时，中医大都是依靠这些机素去分析识别它的，这也是一种化繁为简、去粗取精的功夫，可以解决几乎全部中医临床问题。

三、李明姝医师临床病例分析

患者A，男，14岁，马来族。双目发红疼痛，眼珠转动不利；同时口腔溃疡反复多发6个月，既往有慢性鼻炎史。被诊断患有Behcet's Disease（白塞氏病或眼、口、生殖器症候群），此病主流医学界普遍认为是一种自身免疫性疾病，目前没有根治的方法。患者已经使用西药治疗六个月，无明显疗效，西医推荐用更强的药物，直接注射给药。由于害怕打针，小男孩由父母带领至我的诊所看诊，

Thank you for seeing our patient, with intermediate Uveitis bilateral. He had a recent flare (Feb 5, 2020) controlled with topical steroids. Our primary consideration is Behcet's, in view of fine endothelial dusting and intermittent flares, and history of frequent mouth ulcers. Suggestion is to start Azathioprine; if not responding can suggest to step up to Adalimumab. Thanks for helping manage our patient.

Signature:
Dr. Izza Ismail
Clinical Fellow
Intraocular Inflammation and Uveitis
Singapore National Eye Centre
MGR, No. 552163

希望中医能够帮助他缓解症状，减轻疼痛。

2020年3月8日首诊，见：双目白睛发红。自述双目畏光，流泪，黑睛转动幅度稍大则双目疼痛，视物模糊；口腔溃疡多处；皮肤粗糙，出现白斑，不会消失，不痒不痛，无脱屑；头皮屑特别多。纳寐可，二便可。舌红苔白腻，脉缓。

根据“证素辨治法”，这里最主要的证素是：

风——主要来源于“据病辨证素”。本病属自身免疫性疾病，慢性鼻炎有过敏性质，从中医的角度，多属于“风”的范畴，而且A患者发病部位多在头部，“巅顶之上，唯风可到”，所以“风”可被列为基本证素之一；

湿——亦主要来源于“据病辨证素”。在中医界，普遍认为白塞氏病相当于中医的狐惑病，与肝脾肾湿热内蕴有关。所以湿邪为患是非常重要的病机，也是基本证素之一，而且在临床上也能得到佐证，也就是有其它证素与之相符，例如苔腻，脉缓；

“据症辨证素”所确立的其它证素为：

热——双目红、疼痛，口腔溃疡，舌红；

肺——白睛、皮肤、鼻；

脾——口疮、苔腻、脉缓；

根据这些证素，可以得出证型为：肺经风热、湿邪蕴脾(其中风热表现比较明显，脾湿当中，湿邪还不是很盛)。所以开出的药必定要疏风清热利肺、健脾祛湿。

当然，从五行的角度讲，因为土生金，现下是母病及子，所以需要母子同治，这样讲学术上又会显得高深一点。还有虽然狐惑病与肝脾肾湿热有关，但A患者并没有出现明显肝肾湿热，只是表现为脾有湿热，所以“据病辨证素”时还是要自己分析、判断主次，不可一味地套用现成病机。

因为A男孩是马来人，只愿意服药片，所以我开出的药其实很简单，就是银翘解毒片和温胆片，略加一点明目的药。一周后，A双目已经无疼痛，不畏光，无流泪，白睛发红减少；口腔溃疡痊愈，亦无新发者；舌淡红，

苔腻减轻。他家人把他平常用的西药自行减为半量使用。

我再行用药一周，他的视力恢复正常，头皮屑大为减少，体重也略有减轻（半年内体重增加是西药后的副作用），家人自行停用部分西药。

为防“瘥后复发”，我们还在继续用药，但是药量已经减少，同时嘱咐患者多食新鲜蔬菜水果，增加运动，患者目前一切平稳。马来族患者一般很少看诊中医，这次非常感恩他们的信任，全家人都亲身见证了中医独特的思维方式和用药，在两周内实现了他们以前用6个月未能达成的愿望，用他们自己的话说，是体会到了中医治疗的神奇。

我经常碰到有些来看诊的病人，带着厚厚的检查报告，悲哀地告诉我长长的由主流医学诊断的病名，这些名称有的对我们辨证素有用，有的没有用。我常对患者说：“别人怎么诊断的，只是参考，不要被这些长长的名字吓倒，不要怕所谓的‘罕见’或者‘无治’。中医有自己的诊断方法，有时简单的药就可以起到您们意想不到的好效果。”

狐惑病首载于《金匱要略·百合病狐惑阴阳毒篇》：“狐惑之为病……蚀于喉为惑，蚀于阴为狐……蚀于上部则声嘎，甘草泻心汤主之。”在治疗过程中，其实我并没有参考这些描述，也没有照搬经方。

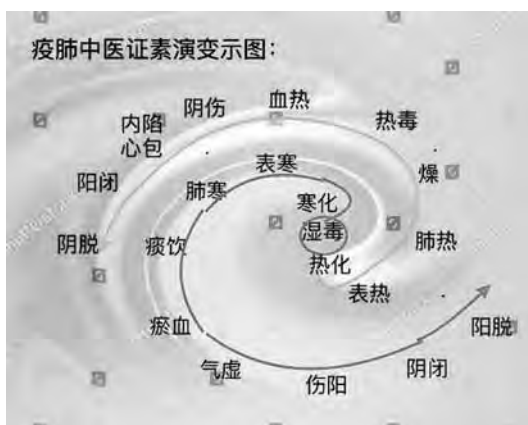
中医在处方用药中，最关键的是方向，具体药物可以根据本地或者患者具体情况而有所不同，但都能奏效。“证素辨治法”用最简单直接的方法，取得证素，确立证型，据证处方，可最大限度地确保治疗方向正确，对提高中医临床治疗水平很有帮助。

四、“证素辨治法”辨治Covid-19(2019新型冠状病毒肺炎)经验

(一)、病因病机

本病病因明确为新型冠状病毒，从口鼻而入，侵犯呼吸道和消化道，进而损害人体，

产生一系列病理生理改变，甚至危及生命。中医将具有传染性的病毒，归入“疫毒”范畴，呼吸道、消化道属于“肺和脾胃”，故中医的核心病机可以归为“疫毒伤肺困脾”。开始犯病时可以兼寒、挟风；继则化热、化燥、危重期热毒炽盛或内陷心包，甚则阳闭、阴脱，或阴闭、阳脱；恢复期往往伤阴伤阳耗气，出现各种虚损状态。



(二)、证候

由于此次疫毒侵袭，临床上一开始主要表现为“嗅觉、味觉减弱或消失、发热、咳嗽、乏力、纳差、腹胀或腹泻”等呼吸道和消化道

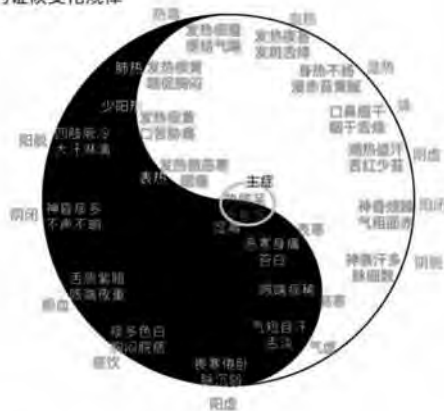
症状为主，病位显示在肺和脾，结合舌脉征象，舌苔多腻、白、厚，以及有的病人会出现脚部水泡疹等特征，证候性质可归属于“湿（湿遏、湿阻、湿困、湿蕴）”，那么，本病的基本证素，可归为：

太阴湿毒证——“太阴”代表病位（手太阴肺和足太阴脾）；

（湿毒伤肺困脾证）“湿”代表病性；

“毒”代表病因及其传染性和致病的特点。

疫肺的证候变化规律

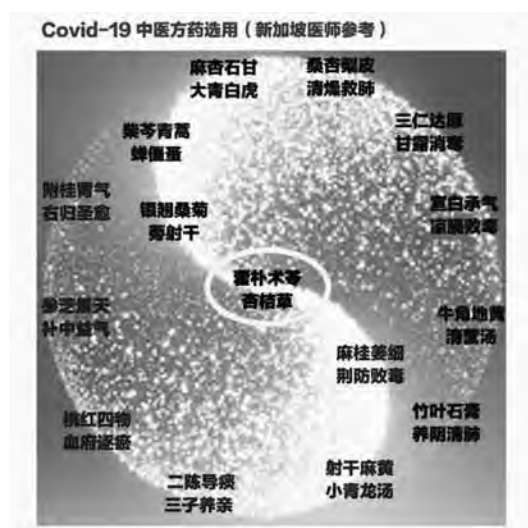


由于被疫毒侵犯的个体其体质、所在地域的差异，证候可以向两个方向发展演变：

湿毒热化		湿毒从寒	
证名	症状	证名	症状
风热证	发热微恶寒、咽痛、鼻塞流黄涕、舌红苔薄或薄黄，脉浮数	风寒证	表现为恶寒、头痛、身痛、鼻塞流清涕，苔白、脉浮紧
肺热证	咳而微喘、痰黄	肺寒证	咳嗽喘鸣、痰清稀、苔白等
湿热证	身热不扬、溲黄、苔黄腻	痰阻证	兼胸闷痰多或难咯，苔腻
热毒证	高热、汗出口渴、喘促、胸闷、便秘	痰滞证	咳喘夜间加重，胸痛、口唇紫绀、舌紫暗等
热入营血	发热夜甚、皮肤发斑，口唇紫红、舌红绛		
内陷心包	神昏谵语、高热惊厥		
阳闭	神昏躁动不安、痰鸣气粗、高热惊厥	阴闭	神昏痰闭、身静脉沉

阴脱	汗出如油、心悸神衰、脉细数	阳脱	大汗淋漓、四肢逆冷、脉微欲竭
若能度过危险期则进入恢复期			
阴虚证	口干、低热或潮热、舌红少苔、脉细数	气虚证	气短、自汗、神疲、舌淡脉细弱
		阳虚证	畏寒肢冷、倦怠嗜睡、脉沉细弱等

(三)、治法方药



基本方:

用桔梗汤、神术散、平胃散化裁为主，化湿解毒，宣肺运脾。主要药物为：苍术、槟榔、茯苓、桔梗、杏仁、甘草。

除此以外，在湿毒热化的发展变化中，燥化与湿热并不是一定出现的，也不一定是先后顺序，它是依着病人的体质或者对之前用药的反应而定的。所以，虽然在列表和画图时，我们勉强地排了一个顺序，但其实这只是列举而已，并无前后传变的定论。

同样，因为Covid-19发展变化非常快，

湿重: 以藿香正气散、神术散、香需饮、藿朴夏苓汤为代表					藿香、厚朴、草果、陈皮、佩兰
湿毒热化			湿毒从寒		
证名	主要方剂	主要药物	证名	主要方剂	主要药物
风热证	桑菊饮、银翘散、小柴胡汤加减	银花、桑叶、柴胡、牛蒡子、连翘、蝉衣	风寒证	三拗汤、麻黄汤、葛根汤、荆防败毒散	麻黄、苏叶、羌活、生姜、荆芥、葛根
肺热证	麻杏石甘汤、千金苇茎汤、清金化痰汤、黛蛤散、大青龙汤化裁	黄芩、生石膏、鱼腥草、浙贝、金荞麦	肺寒证	小青龙汤、射干麻黄汤	麻黄、细辛、干姜、桂枝
燥化	桑杏汤、沙参麦冬汤、清燥救肺汤等加减	桑叶、梨皮、芦根、南沙参、天花粉	痰阻证	二陈汤、温胆汤、导痰汤	制半夏、胆南星、姜竹茹、炒枳壳
湿热证	用甘露消毒丹、三仁汤、达原饮、连朴饮加减	茵陈、黄芩、泽泻、滑石、生苡仁	瘀滞证	桃红四物汤、血府逐瘀汤	桃仁、红花、当归、川芎等

热毒证	凉膈散、宣白承气汤、泻白散、大柴胡汤、防风通圣散等	生大黄、生石膏、炒枳壳、栀子、桑白皮、葶苈子			
热入营血	清营汤、清瘟败毒散、犀角地黄汤化裁	贯众、板兰根、丹皮、生地、白茅根、紫草、水牛角			
阴虚证	养阴清肺汤、竹叶石膏汤、麦门冬汤	基本方减苍术、槟榔，加青蒿、知母、地骨皮、生地、丹皮	气虚	四君子汤、补中益气汤、补肺汤	基本方减槟榔，加：党参、白术、茯苓、黄芪、红景天、灵芝、柴胡、升麻
			阳虚	参附汤、附桂肾气丸、麻黄附子细辛汤	基本方加制附子（先煎）、人参、干姜、肉桂

在实际治疗过程中，伤阴耗气之变随时都会发生，所以在疾病的早、中期就合理地用上补气或者增液养阴的药，对于阻断疾病向重症转化，有时也会起到重要作用。

综上所述，在中医辨证论治的方法中，证素辨析是核心，而机素分析以及对治法用药的把握是基础。中医治则的确立和具体处方，是建立在确立证素之上，有是证，用是药，治病必求本。“证素辨治法”具体操作性强，使中医辨治疾病更加深入和精准，将来也可以与人工智能相结合，使中医治疗更加普及。希望大家能从这个诊治方法中获益！希望中医看病不再是只靠经验，而是有规律可循的，说得清楚、道得明白的科学行为！

作者简介：

郦永平主任是中国江苏省中医院急诊内科、大内科主任中医师，历任急诊内科和重症监护病房主任医师，副教授、硕士研究生导师，曾任中华中医药学会感染病专业委员会常务委员。擅长多系统复杂病症、内科疑难、急危重症的中医诊治，创制一系列独特的治则治法和经验方，对心脑血管、消化、呼吸、感染性疾病有丰富的中医临床经验和独特疗效。2020年初也参与并完成了基于智能化的，中国新型冠状病毒感染中医辨证论治系统的数据分析整理。已公开发表学术论文50多篇，主编著或参与编著医学专著5部，培养研究生20余名，取得科研成果5项。

李明姝医师是新加坡注册中医师，著有《中医情怀疗愈——自主健康，从心做起》一书。

谈谈八脉交会穴

新加坡·周瑞芳

定义

八脉交会穴是指奇经八脉与十二经脉中的八个特定穴位相交。

元代窦汉卿在“针灸指南”中对八脉交会穴已有详尽的记载。对后世的流传与发展有极大的作用。

八个特定穴

- 1 列缺-手太阴肺经 — 在腹部、中焦、胃脘交任脉。
- 2 照海-足太阴肾经 — 在本穴直接与阴跷脉相交。
- 3 内关-手厥阴心包经 — 在胸膈部交阴维脉。
- 4 公孙-足太阴脾经 — 在关元、大趾和胸交冲脉。
- 5 后溪-手太阳小肠 — 在大椎交督脉。
- 6 申脉-足太阳膀胱经 — 在本穴直接与阳跷脉相交。
- 7 足临泣-足少阳胆经 — 在带脉穴、五枢穴、维道穴交带脉。
- 8 外关-手少阳三焦经 — 在臑会、天髻交阳维脉。

特点

一、 阴经穴位是相生配穴：八脉交会穴中属阴经的有两对配穴：

(一) 内关配公孙：内关，手厥阴心包经穴位，属火；公孙，足太阴脾经穴位，属土。有火生土之意。

(二) 列缺配照海：列缺，手太阴肺经，属金；照海，足少阴肾经，属水。两者为金生水。以上两组均属相生配穴法，此法目的在于不伤其五脏之精气。

二、阳经用同气相应配穴及选用输穴之意：

(一) 外关配足临泣：外关，手少阳三焦经之络穴；足临泣，足少阳胆经之输穴。

(二) 申脉配后溪：申脉，足太阳膀胱经；后溪，手太阳小肠经之输穴。两组配穴，各有一输穴，《难经·六十八难》：“输主体重节痛”所以两组都有主治体表病痛之功。

三、八脉交会穴中有四个络穴，即内关、公孙、列缺、外关。络穴不但可治本经病变，还可治表里经之病变。

四、八脉交会穴中无足厥阴、手少阴、手足阳明经穴位：

(一) 肝病，当传之于脾，临床上治肝先实脾气，因此无足厥阴穴位。

(二) 心包代君行事，心有病，心包先受之，故一般先取手厥阴心包经穴位治之。

(三) “手太阴起于中焦，下络大肠，环绕胃口 — 肺经循行于胃肠”，经脉所至，主

治所在，同时肺经之络穴列缺能治表里经之病，因此无手足阳明经之穴位。

应用

标幽赋：“阴跷、阴维、冲任去心腹胁肋在里之疑；阳跷、阳维共督带，主肩背腰眼在表之病。”

一 公孙配内关：

（一）公孙：

1 通冲脉

2 脾经之络穴，在公孙穴别出，进入腰内，络肠，上通于心，经咽，贯舌中，故可治脾、肠胃、胸腹之病变。

3 因通冲脉《素问·骨空论》“冲脉为病，逆气里急”，冲脉失调，逆气里急，冲逆胸中、喉咙，以上均为公孙穴治疗的范围。

4 因情志失调，肝郁气滞，横逆犯胃，引起胃气不能下降，出现胁肋疼痛，暖气吞酸，烦躁，脉弦等证，亦是公孙穴治疗的范围。

（二）内关：

1 手厥阴心包经的络穴，通阴维脉。

2 阴维脉为病，苦心痛。《难经·二十九难》《标幽赋》：“胸腹满痛刺内关。”

3 内关有宽胸理气之功，且宁心安神，能治心痛，胸脘胀满。

4 更因宽胸理气，对思虑恼怒，情志不和，气机不畅之病变，出现气逆，胃气不降、呕吐、气滞脉络等有效。

5 又心主神明，心包为心之外围，对心脏有护卫之功效，所以心不受邪而由心包代之受邪，出现神志病，如狂躁、失眠，取内关治之。

（三）公孙配内关：

1 因公孙通冲脉，内关通阴维脉，此二脉皆行于胸腹，故可治心、胃、胸痛或气机不利

引起气逆上冲，如奔豚症、呕吐、反胃等。

2 阴维脉起于下肢内侧，上行至胁肋，止于颈部，冲脉起于胞中，行于足阳明胃经与足少阴肾经之间，散布胸中，止于喉间，所以两穴相配对上述病症有显著效果。

3 足太阴脾经属土，而手厥阴心包经属火，两穴相配也取得火生土之功。

二 列缺配照海：

（一）列缺：

1 通任脉：能治任脉之病，《素问·骨空论》：“任脉为病。男子内结七疝，女子带下瘕聚。”凡是疝气带下，月经期两乳胀满等症，均可取列缺。

2 为手太阴肺经络穴，可兼治表里经之病，且肺经环循胃口，“经络所至，主治所及”，所以胃肠病变可取列缺。

3 不论外感风热、风寒均可取之。四聪诀歌“头项寻列缺”正因有祛风止痛，宣肺通络之功。

（二）照海：

1 照海通阴跷脉。

2 跷脉主一身之动静，动为阳，静为阴，卫气运行全身，和阴阳跷脉的功能分不开。

昼日阳气盛，卫气行阳，则阳跷脉盛，故正常活动目张而不寐。

入夜，阴气盛卫气行阴，则休眠，目闭而欲寐。

3 如果阴跷脉不正常，则发生不寐，可取照海，昼间欲寐，可取申脉治之。

4 照海与申脉通阴阳跷脉，可治癫痫，昼间发生癫痫，取申脉，夜间发作，取照海，配“头项寻列缺”之列缺穴。因癫痫是由于脑部兴奋过高的神经原过量放电而引起阵发性大脑功能紊乱所引起。

5 中风常引起下肢内翻或外翻，内翻主要因阴跷发病，使内踝以上拘急，而外侧弛缓，所以内翻，取照海治之。

6 但阳跷脉为病，则下肢外踝以上拘急，内侧弛缓，使发生外翻，取申脉治之。

三 后溪配申脉：

(一) 后溪：

1 是手太阳小肠经之输穴，“输主体重节痛。

2 交于督脉，督脉是阳经之海，循行背脊而入脑，还别出下项。

3 小肠经从缺盆循颈上颊，至目锐眦，入耳中，另一支上鼻，至目内眦，“经脉所至，主治所在”，故可治头、脑、面、颈、背等疾病。

4 因心与小肠相表里，脏病腑治之故，所以由心阳或心阴不足所引起的自汗或盗汗可取后溪治之。

5 后溪还有清心解郁，清热截疟之功。

(二) 申脉：

1 因属足太阳膀胱经，太阳主一身之表，外邪侵入，太阳首当其冲，申脉可治表热。

2 申脉因交通阳跷，主一身之动。（内容参考照海）

(三) 后溪配申脉，治由风寒入侵，引起之斜颈，其表现在头不自主的斜向左、向右，在生活上引起极大的困扰。

取后溪是因小肠经从缺盆寻颈上颊，经脉所过，主治所在，而申脉是足太阳经之穴位，足太阳主一身之表，斜颈主要是因外邪侵入，故配后溪治之，效果显著。

四 足临泣配外关：

(一) 足临泣：足少阳胆经与带脉，在带脉穴、五枢、维道穴外交通，带脉和阳维脉合于目外眦，耳后、颈肩、颊。

1 为足少阳胆经之输穴，有平肝熄风，明目聪耳，祛风止痛之功。就因有祛风止痛

功用，再加上足少阳胆经主骨所生之病，所以可治诸节疼痛。

2 足临泣还可治偏头痛，皮肤疾病，是因少阳主风，风为阳邪，风热循经上越，轻者头目眩晕，重者则伤脑中风，风热外窜，伤及血分，则致皮肤疾病。

(二) 外关：是三焦经的络穴，由手少阳三焦经上肩，在天髎交通阳维脉，有清降三焦之火，和解少阳之功。

阳维脉为病苦寒热，阳维脉络诸阳经，主一身之表，故凡外感，无论寒热，均可配外关。

八脉交会穴在临床上的配穴法：

(一) 上下单侧配穴法：此法适合用于腰部及肢体疼痛，如肩颈疼痛，可取后溪配申脉，因后溪通督脉，申脉通阳跷，两者经目锐眦、颈项、耳、肩。

(二) 上下左右交叉配穴：适合用于体弱老幼等病患。如坐骨神经痛，可取患侧的足临泣（治疗作用）配健侧的外关（起疏导作用）

(三) 双侧上下取穴：此法运用最广，适合用于各种病情。如心脏病，可取内关配公孙，此为远端取穴，有疏导和治疗的作用。

(四) 在四对配穴外的互配法：即在八个穴位中取穴治疗。如癫痫病患，主要因阴阳跷脉不调，取照海、申脉以调阴阳跷脉，达到治疗的目的。

参考文献：

- [1] 中国百年名中医临床家丛书-杨甲三
- [2] 常用腧穴临床发挥-李世珍著
- [3] 中国针灸处方大成-王立早主编
- [4] 针灸宝典-杨维杰著
- [5] 针灸配穴与手法-陈必康著



前言

误区：乳腺癌是妇女病。

乳房是人体的生理结构之一，不论男女老少皆有，不同的是，由于男女性激素的类型及水平侧重不同，乳房的发育程度亦不同。

在胚胎期，男性和女性有相同的乳房组织结构，但青春期时，女性体内的激素，尤其是雌激素会刺激乳房发育，使脂肪在胸部堆积。而男性体内的雄性激素则会阻止乳房发育，因此成年女性的乳房要比男性大，丰满许多，标志女性的第二性征。

众所周之，我们身上的任何器官，除毛发与指甲外，都可发生癌症，因此，乳房也不例外。而在所有乳房的疾病中就以乳腺癌为最严重的致命性疾病。乳腺癌是一个激素依赖型的疾病，与雌激素关系最为密切，因此，相对于男性，女性更容易患乳腺癌，而且，随着乳腺癌发病率的不断升高，它成了严重威胁妇女健康及生命的头号杀手。在中医学里，乳腺癌可归属于“乳岩”、“奶岩”、“石奶”、“石榴翻花发”、“乳石”的范畴。

根据笔者的硕士与博士学位论文^[1&2]研究成果，乳腺癌发病的高峰年龄在40—59岁。手术、放化疗、靶向治疗、内分泌治疗及中

乳腺癌中医辨证分型的思考

新加坡·曾玉珠

医药治疗是当今主要治疗方法。而中医药的治疗可贯穿乳腺癌的始终，其优势在于提高患者免疫功能，改善生活质量，加快手术创伤的修复，减少放化疗毒副反应，提高放化疗敏感性。对于未手术及巩固期病人，可减少复发转移。对于无法进行西医治疗的患者，可起到治疗的作用。

中医治病的特色

中医治病的特色是辨证论治。“证”是对机体在疾病发展过程中某一阶段病理反映的概括，包括病变的部位、原因、性质以及邪正关系，反映这一阶段病理变化的本质。中医强调“证”的辨析和确立，然后根据“证”处方遣药，施以治疗。张仲景《伤寒论》就清楚提出“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”《黄帝内经》也早就明确指出，治病要“审查病机”，“谨守病机，各司其属”，“勿失病机”。一再强调病机(即病因、病性、证候、脏腑气血虚实的变化及其机理。)就是要说明中医治病要辨证，中医要在准确辨证的前提下才能准确施治，才能达到预期的治疗效果。

辨证论治虽然是中医学认识和治疗疾病的核心及基础，但其实中医学临床上从来就少不了“辨病论治”的方法。特别是在中医学理论体系构建之初，“证”的概念尚未从病中分化出来，当时就是以“病”作为辨析目的的，治

疗也就依据病来进行。如《内经》十三方基本上是以“病”作为治疗靶点。中医学对“病”的认识是在宏观水平上，不像现代医学是从细胞和分子水平上认识疾病的病理机制。由于辨证是中医学所特有的，反映了中医学诊治疾病的特色，故是指导中医临床工作的基础与原则，是理论与实践相结合的体现，是理法方药在临床上的具体运用，也是中医治病的主流。

乳腺癌中医辨证分型指南

目前临床上对乳腺癌的治疗，大部分都是采用辨病与辨证的治疗方法，但在中医辨证分型方面仍尚未统一。庆幸的是在中国已有较规范的乳腺癌中医辨证分型治疗的指南，如1994年，中国国家中医药管理局颁布的中医病症疗效标准^[3]；2010年，中华中医药学会乳腺病防治协作工作委员会发布的乳腺癌分期辨证规范(试行)^[4]；2014年出版，林洪生教授主编的《恶性肿瘤中医诊疗指南》^[5]等。

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。资料收集都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。

笔者回顾了两次实验结果，探讨并总结了在应用同样实验方法但不同诊疗标准，以及在不同调查时间与区域人群的影响下，乳腺癌中医辨证分型不会因时、因地、因调查人群的不同而有太大变异，也确立了乳腺癌中医辨证分型的分布具有规律性、可靠性、重复性、科学性。这个研究结果已经发表在

47期新加坡中医杂志第42-44页《乳腺癌中医辨证分型再探》。

乳腺癌中医辨证分型思考

从《乳腺癌中医辨证分型再探》研究成果，笔者思考，既然乳腺癌中医辨证分型的分布是具有规律性、可靠性、重复性、科学性的，而辨证论治又是中医对疾病进行诊断及指导处方用药的根本与核心，那为什么中医一直无法得到具有科学性的认同呢？是不是因为我们对中医治病的基础，即中医的辨证论治研究方面仅注重证型的分布规律而忽略了进一步证明“辨证论治”本身是具科学性的？是不是因为很多的科研只注重某“方”或“药”或“治法”的研究，而外行人根本不能理解为何不同的中医可以用不同的方药来治疗同一种疾病而最终都能把病治愈？

举目前最热门的中医药治疗冠状病毒19 (COVID-19) 为例。在几场不同中国抗疫专家的视频分享会中，专家们都指出了为何中医能对一个全新的，不认识的疾病很快地就拿出救治方案，如清肺排毒汤、化湿败毒方、宣肺败毒颗粒、莲花清瘟胶囊、藿香正气汤、甘露消毒汤、三仁汤、人参败毒散、补中益气汤、东恒清暑益气汤、柴胡桂枝汤等等，而且临床也能够证实是非常有疗效的。这主要就是因为中医治病以辨证论治为核心的特色啊！

对冠状病毒19 (COVID-19) 这个未知的疾病，专家门根据患者临床的症状体征、发病时间、地域、季节等特点，进行病机的分析，共同认识到这个病就是湿、热、寒、毒、瘀，且易致虚(气、阳、阴的虚损)，对患者进行辨证论治后，就可非常快捷地随证拿出救治方案。在辨证论治时，中医可以因“天”、“地”、“人”而从不同的维度去思

维,拿出的方案虽不同,但却同样地能把病治愈。因此,可以说中医药在这场抗疫中的成就是归功于精准的“辨证论治”,而这些中医的证型都是有理论可循的,都是可靠的、可重复的,且也都是各专家的共识。

从古至今,中国经过了无数次的瘟疫,最终都被中医药有效地控制了。对于很多西医无法治疗的疑难杂病,中医药都能解决。但一直以来为什么中医还是会因为不科学、没有双盲测试等的标签存在,而有机会被中医黑打折扣,被中医黑打压呢?笔者思考,是不是因为中医从来没有注重研究证明“辨证论治”的科学性?而在治疗方药方面,中医其实只要选择符合辨证治疗原则的任何一个属于那一类的药物或方剂,就可把病治愈,重点并不一定要是某个药或某个方(一般多为习惯用药,当然也有据病用药,而且如果选药/方精准,就更加效如桴鼓)。过去,有很多研究着重在方药方面,可能就给外行人一种仿佛中医很杂乱,无标准,不循证、不科学,不同中医治疗同一种病可用不同的方药,都有数据证明其有效率,但又无法证明其可靠度、重复性。

结论及展望

中医基础理论对中医的辨证分型有明确的诊断标准。从《乳腺癌中医辨证分型再探》研究成果,笔者相信疾病的中医辨证分型有规律可循,经得起时间、地域的考验与重复,是具科学性的。

如果今后中医有更多关于各疾病的中医辨证分型的规律性、可靠性、重复性、科学性的研究,逐渐积累强有力的证据证明“辨证论治”这个中医治病的基础与核心是具科学性的,那就可证明中医是科学的。

笔者认为在本地,我们可以先从乳腺癌开

始,开展一个新加坡乳腺癌患者的中医证型分布规律的研究,再与《乳腺癌中医辨证分型再探》研究成果及已经发表的文献相比,如果所得的证型分布规律类似,我们就可以进一步证明乳腺癌中医辨证分型没有因时、因地、因调查人群的不同而有变异,也可进一步确立乳腺癌中医辨证分型的分布具有规律性、可靠性、重复性、科学性,同时,研究结果也可作为新加坡乳腺癌诊疗指南。

这个研究过后,我们再挑选另一个病种,进行类似的研究。如果研究也确立了中医辨证分型的规律性、可靠性、重复性、科学性,那就可更加证明中医是科学的。

笔者认为这样的研究涵盖的病例应该包括全新加坡的病例。因此,需要具影响力的组织,如中医师公会、中医药促进会、中华医学会等的合作与领导,号召属下的医疗机构以及新加坡各个中医诊所一起来参与,大家一起为证明“中医是科学的”这个目标尽一份力。

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。

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] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:45.
- [4] 中华中医药学会乳腺癌防治协作组工作委员会.乳腺癌分期辨证规范(试行)[J].上海中医药杂志,2010,44(1):4-5.
- [5] 林洪生主编.《恶性肿瘤中医诊疗指南》[M].北京:人民卫生出版社,2014.

三阴性乳腺癌——临床病理特征， 中西医治疗策略概述

Triple Negative Breast Cancer – Overview, Clinicopathological Features,
Contemporary Treatment Strategies and Complementary TCM Therapies

新加坡·邓凯文

概述

乳腺癌是全世界以及新加坡妇女最常见的癌症，也是全世界女性癌症死亡的主要原因 (IARC, 2018)，在新加坡，女性乳腺癌死亡率亦排名第二 (IARC, 2019)。乳腺癌亦可在男性中发生，但非常罕见。

分子异质性{molecular heterogeneity}是乳腺组织的特征，不仅存在于乳腺癌，亦存在于正常乳腺组织中。正常人类乳房组织由上皮细胞和非上皮细胞组成，这些细胞具有不同的分子谱{molecular profiles}和分化等级{differentiation grades}。这些分子异质性会产生异常克隆，可有助于乳腺癌的发展。

非遗传性乳腺癌的主要风险因素是激素来源。性别，初潮和更年期的始起年龄，生殖史，哺乳史以及一些使用外源性雌激素都是激素的来源。雌激素受体{ER}和孕激素受体{PR}均在正常人类乳房组织中充当细胞活性调节剂，但在组织恶变后仍然保持活跃。因此在多数情况下，非遗传性乳腺癌发生在雌激素受体高度表达的围绝经妇女中。这些肿瘤亦被称为“激素敏感性”{hormone sensitive}，而可通过激素疗法改变荷尔蒙环境来减缓或阻止癌症的生长，预后且比“非激素敏感性”肿瘤预后好。

但乳腺癌的发病也可显著的建立于细胞雌激素受体阴性{ER- PR-}情况下，因此其他遗传机制也参与乳腺癌的发展。遗传性乳腺癌两个主要因素是癌症易感基因{cancer susceptibility genes}BRCA1和BRCA2突变。大多数乳腺癌起源于正常表达BRCA1的上皮细胞。BRCA1是一种在乳腺和其他组织细胞中表达的抑癌基因{tumor suppression genes}，可在其中修复受损的DNA，并在无法修复DNA时破坏细胞。BRCA1基因的连续丢失导致上皮细胞出现各种异常。如果BRCA1本身受损，则受损的DNA会使细胞不受控制地复制，从而导致癌症 (Elsawaf, 2011)。

在BRCA1突变携带者中41至50岁的女性和BRCA2突变携带者中51至60岁的女性中，乳腺癌的发病率最高。到了80岁，罹患乳腺癌的累积风险估计值{cumulative risk estimate}对于BRCA1携带者为72%，对于BRCA2携带者为69%。对于这两个BRCA基因的突变，卵巢癌的风险会随着年龄的增长而增加，直到女性达到61-70岁为止。到了80岁时，罹患卵巢癌的累积风险估计值对于BRCA1突变携带者为44%，对于BRCA2突变携带者为17%。影界奥斯卡获奖者安吉丽娜·朱莉{Angelina Jolie}也因此进行双侧乳房切除和预防性卵巢切除术以预防癌症。

在临床实践中, 鉴定出携带BRCA1和BRCA2基因突变风险增加的乳腺癌患者是一个重要目标。在新诊的乳腺癌患者中, 不到20%的个案具有BRCA1或BRCA2基因突变。但在BRCA1突变携带者中, 至少三分之一呈现三阴性乳腺癌{TNBC} (Peshkin, 2010)。

三阴性乳腺癌是一种亚型的异质性癌病, 基于免疫组织化学{immunohistochemistry}是雌激素受体阴性{ER-}, 孕激素受体阴性{PR-}和人类表皮生长因子受体2阴性{HER2-}。对这个定义医学界意见并不一致, 尽管纯粹主义者坚持认为细胞表面雌激素和孕激素受体不应存在, 但一些学者允许这些受体的表达高达10%。在这些“边界”三阴性乳腺癌中, 肿瘤内存在很多差异, 但在临床上除了通过TNBC方案进行治疗外, 还可进行辅助内分泌治疗 (Anders, 2013)。尽管如此, ASCO最新建议是只要少于1%肿瘤标本细胞表现对任何强度的ER或PR染色呈现反应, 该肿瘤应被视为阴性, 而内分泌治疗对于这些情况也不能表现出任何功效 (Hammond, 2010)。

人表皮生长因子受体2 (HER2) 癌蛋白在正常人类乳腺标本中表达较少, 但在某些乳腺恶性病变中表达提升。表皮生长因子受体(EGFR)与HER2不同, 正常组织和恶性组织中的表达均相似。另一个普遍存在于活跃阶段细胞周期(除了G0 阶段)的细胞增殖标志物, 核蛋白抗原Ki-67, 其阳性与肿瘤分级密切相关{Ki-67 labeling index} (Margan, 2016)。

临床特征

三阴性乳腺癌 (TNBC) 通常被确诊于50岁以下的较年轻女性人群, 确诊平均年龄明显低于其他乳腺癌组。研究表明, TNBC的平均确诊年龄比非TNBC的患者年轻5-10岁 (Newman, 2015)。TNBC的特征更在于侵入性导管组织, 高级别, 高增殖和有丝分裂率。TNBC患者的平均肿瘤大小比其他乳腺

癌组大, 更易患有III级肿瘤。在其他乳腺癌组中, 淋巴结阳性随着肿瘤大小明显增加, 但在TNBC患者, 肿瘤大小与淋巴结状况之间无相关性 (Dent, 2007)。即使肿瘤很小, 患者的淋巴结阳性率也很高。小于1厘米肿瘤的TNBC患者, 超过一半已出现至少一个阳性淋巴结。

作为一种极度侵略性分子类型, TNBC具有很高的转移趋势, 与其他分子类型相比, 患者的复发及转移风险更高。如同基底样乳腺癌{Basal-like Breast Cancer}, TNBC有内脏[90%]转移的趋势{骨骼转移 [10%]}, 最常见的远端复发部位是肺, 脑和肝, 其复发/转移的发生率分别为40%, 30%和20% (Foulkes, 2010)。TNBC患者远端复发/转移的平均时间少于其他乳腺癌组, 分别为2.6年和5.0年。

一般而言TNBC远端复发/转移的发生不会超过确诊后8年。相反, 在其他乳腺癌组, 在确诊后长达18年的时间里仍继续发生远端复发/转移。从局部复发而言, TNBC和其他乳腺癌的发病率相似。然而, TNBC患者的平均局部复发时间比其他乳腺癌症要短, 分别为2.8年和4.2年。在TNBC患者中, 任何复发风险均从确诊时急剧上升, 高峰期1至3年, 此后迅速下降, 而8年后无可病存活 {DFS}。在其他乳腺癌症患者中, 似乎整个随访期间都有稳定性的复发风险, 亦无缓解期后无病存活的保证 (Pogoda, 2013)。

TNBC患者的中位死亡时间为4.2年, 而非TNBC患者为6年。TNBC导致的死亡均在确诊后的10年内发生。反之, 患者死于其他类型乳腺癌可持续增加而长达于确诊后的18年 (Dent, 2007)。

三阴性乳腺癌 (TNBC) 的治疗

除了分子异质性外, 治疗TNBC最大的障碍是由于PR, ER和HER2呈现阴性, 而因此缺乏治疗靶标。与其他恶性肿瘤类似, 缺氧代表了决定TNBC中癌症干细胞生成的主要因素

之一。缺氧发生在肿瘤快速生长且血液供应不足时，是TNBC和其他侵袭性肿瘤在适应缺氧中的常见事项，与恶性肿瘤局部浸润，远端转移及对放化疗法抵抗力有关 (Gilkes, 2013)。缺氧诱导因子1 α (HIF-1 α) 是缺氧反应的关键调节因子，该因子可诱导涉及血管生成，葡萄糖利用，抗氧化应激，细胞增殖，抗凋亡，侵袭和转移的多个基因的表达。而近期研究指出BRCA1和BRCA2生殖系突变相关的乳腺癌显示出HIF-1 α 过度表达。

另外，在缺氧情况下，TNBC可呈现血管生成模仿性 {vasculogenic mimicry}，这是高度侵袭性肿瘤模仿胚胎血管生成模式的独特功能。血管生成模仿是微血管通道的形成，微血管通道是独立于肿瘤细胞中内皮血管的血液供应系统。该过程与新血管生成不同之处在于它是在没有内皮细胞参与的情况下从头发生 {de novo} 的 (肿瘤细胞在肿瘤血管中有效地模拟了真正的血管内皮细胞)，并且与新血管生成无关；新血管生成在肿瘤中是从先前存在的血管中募集而形成的 (Folberg, 2000)。

当正常乳腺上皮细胞表达HIF-1 α 和/或HIF-2 α ，其表达与高转移率和恶性病变的预后不良相关。因此，低氧相关蛋白是BRCA突变患者中治疗和分子影像学的推定靶标，用于早期检测和监测治疗反应。



从以上所述，TNBC非常异类，临床病理亦很复杂，但主要的治疗策略在于了解并解决疾病的病因病理，指标异常和途径，包括但

不限于表皮生长因子受体 {EGFR}，新血管生成 {angiogenesis}，DNA修复功能，叶酸受体 {Folate Receptor}，信息传导，细胞周期控制和细胞存活。

EGFR抑制剂 — 使用靶向EGFR的单克隆抗体，西妥昔单抗 {cetuximab}，的临床试验显示，其获益有限。西妥昔单抗单药治疗的总体反应率 {ORR} 低至6%。卡铂 {carboplatin} 联合治疗的ORR为16%，平均进展时间 {TTP} 为2.1个月，平均总存活时间 {OS} 为10.4个月。伊立替康 {irinotecan} 和卡铂与西妥昔单抗联合治疗的ORR为49%，并具有明显的3/4级毒性 (Carey, 2012; O' Shaughnessy J, 2007)。

血管生成抑制剂 — 抑制肿瘤血管生长并以此减轻/消除转移的策略包括使用贝伐单抗 {bevacizumab/Avastin}，靶向血管内皮生长因子A {VEGF-A} 的单克隆抗体和酪氨酸激酶抑制剂 {tyrosine kinase inhibitors} (即舒尼替尼sunitinib，索拉非尼sorafenib)。这些靶向药物已经作为单一疗法或与细胞毒性化学疗法联合应用。

贝伐单抗毒性包括高血压，蛋白尿，头痛和脑血管缺血和高感染率。但研究表明，贝伐单抗似乎并未能改善转移性TNBC患者的预后 (Cameron, 2012)。鉴于贝伐单抗相关潜在的利与弊，费用和毒性，贝伐单抗在治疗TNBC的应用应仅限于临床试验。

除贝伐单抗外，小分子酪氨酸激酶抑制剂 {TKI} 还靶向血管生成必不可少的途径，包括血管内皮生长因子受体 {VEGFR} 和血小板衍生的生长因子受体 {PDGFR}，亦被尝试为单一疗法。然而，在抑制血管生成方面应用TKI的临床试验并未显示出疗效 {Burstein, 2008; Moreno-Aspitia, 2009}。虽然临床前研究数据并不支持在某些阶段用血管生成抑制剂治疗TNBC，但值得注意的临床结果指向先行辅助癌症治疗 {neoadjuvant therapy}；即在主要治癌疗法之前进行的治疗。

DNA修复功能——如前所述，双链DNA修复功能失去导致的TNBC与BRCA1和BRCA2的损伤有关；亦与TP53基因突变以及对DNA破坏剂如铂盐的高度敏感性相关。PARP抑制和铂盐的施用是响应细胞DNA修复损失的两种常见策略。

PARP1{Poly ADP-ribose polymerase 1}是用于修复单链DNA断裂的蛋白质，它充当检测DNA损伤的第一响应者，能促进修复途径的选择。PARP1通过调节染色质结构以及多种DNA修复因子相互作用和修饰而有助于修复效率。缺乏PARP1的细胞经常表现同源重组{homologous recombination}的频率增加(Pascal, 2018)。

如果这单链DNA断裂在细胞分裂之前还没修复并继续复制，复制本身就会引起双链断裂的形成。PARP抑制剂会以这种方式形成多个双链断裂，在具有BRCA1/2突变的肿瘤，这些双链断裂无法得到有效修复，从而导致细胞死亡。正常细胞复制DNA的频率比癌细胞低，并且无BRCA1或BRCA2突变，故仍具有同源修复功能，这使它们能够幸免于PARP抑制。PARP抑制剂可将PARP蛋白捕获在DNA上，并阻止其催化作用，从而干扰复制。因为癌细胞的生长速度快于正常细胞，因此优先并有选择性地导致癌细胞死亡(Lord, 2017)。

由于BRCA类型肿瘤对PARP抑制剂有高度敏感以及对具有功能性BRCA同源重组途径的健康细胞无明显损坏，因此PARP1抑制剂被推测对癌症有效。然而，近期研究发现PARP抑制剂诱捕的PARP1可以驱动癌细胞和健康骨髓的细胞毒性，这对联合疗法尤其DNA破坏性化疗具有重要意义(Hopkins, 2019)。

Olaparib和Veliparib是参与各种TNBC临床试验的口服PARP抑制剂。在最佳剂量下，单一疗法中Olaparib的ORR为44%，中位数PFS为5.7个月（范围为4.6到7.4个月）。治疗通常耐受良好，常见3级不良事件。

Veliparib与口服烷基化剂{alkylating

agent}替莫唑胺{temozolomide TMZ}的联合治疗产生的CBR为17%，PFS为1.9个月。在BRCA突变携带者中，CBR为62.5%，中位数PFS为5.5个月，说明疗效仅限于具有生殖系细胞BRCA突变的患者。

Iniparib最初确定为PARP抑制剂，但后发现它是通过改变癌细胞中活性氧代谢来发挥其DNA损伤作用。当与吉西他滨/卡铂化疗联合用于晚期TNBC患者时，ORR，PFS和OS均有改善，但其有效性在随后的确切随机试验中无法重复。接受二线和三线治疗的患者似乎从添加Iniparib中获益，PFS中位数从2.9个月改善到4.2个月，OS中位数从8.1个月改善到10.8个月。

从上所述，尽管PARP抑制剂功效的测量在统计学上是显著的，但以中位数PFS和OS而言，与治疗相关的绝对改善（反映持续时间短）在实用上并不显著。

铂盐（卡铂和顺铂）可结合并交联DNA，以触发BRCA突变TNBC中的细胞凋亡和程序性细胞死亡。在一项研究中，顺铂治疗患者的pCR率为83%，而含蒽环类药物治疗患者的pCR为22%。最近的GeparSixto研究还表明，在基于紫杉烷/蒽环类的术前化疗中加用卡铂可提高TNBC患者的pCR率（加卡铂的pCR率为58.7%，不加卡铂的pCR为37.9%）。

虽然铂盐通常在临床试验中与靶向药物联合使用，但单药铂疗法是晚期TNBC的公认疗法，并且与可观的反应率相关。在转化型乳腺癌研究联合会{Translational Breast Cancer Research Consortium}009研究中，顺铂治疗的反应率为37%，卡铂治疗的反应率为23%。治疗耐受性良好，最常见的3/4级毒性是中性粒细胞减少，高血压，疲劳，贫血和低钠血症。

叶酸受体——治疗TNBC另一个策略是通过使用长春花环素{vinorelbine}靶向叶酸受体，长春花环素是长春花生物碱{vinca alkaloid}去乙酰长春碱酰胺

{desacetylvinblastine hydrazide}连接的叶酸结合物。在早期的研究,长春花环素可耐受,其剂量限制性毒性为便秘,而其他毒性包括疲劳,恶心和呕吐。

与单用聚乙二醇化脂质体阿霉素{pegylated liposomal doxorubicin PLD}治疗的患者相比,接受PLD和长春花环素联合治疗患者的PFS改善了24周,而单纯PLD则为11.7周。

春花环素也与紫杉烷类疗法联合用于晚期TNBC。

细胞存活与周期控制 — 为了保持基因组完整性,在发生复制/基因毒性应激时,p53在阻止细胞周期进程中起着关键作用。当DNA损伤时,正常细胞会通过p53停留在G1期以便进行DNA修复;如果DNA损伤太严重,它们会进入凋亡状态。相反,缺乏p53的肿瘤细胞依赖检查点激酶1{Checkpoint Kinase 1 Chk1}阻止S和G2期的细胞周期进程。

TNBC患者几乎一半具有TP53突变,导致细胞周期中的G1检查点丢失。在临床上,当通过抑制Chk1而取消S和G2检查点时,p53缺陷型癌细胞将发生有丝分裂破坏和细胞凋亡。Chk1抑制剂,如Prexasertib,在TP53突变的癌细胞中可选择性的增强DNA破坏剂,如化疗或放射线的作用(Ma, 2012)。但Chk1抑制剂在药代动力学中似乎难以捉摸。在随后的一项涉及转移性TNBC患者使用非选择性Chk1抑制剂UCN-01与伊立替康的试验中,ORR为4%,CBR为12%,预后不佳。这是由于8天后UCN-01生物利用度降低,从而限制了该方案在TNBC中的应用(Ma, 2013)。

信息传导 — 细胞信息转导是癌症发生和发展的基本过程。PI3K/AKT/mTOR途径是细胞内信息传导途径,在调节细胞周期中很重要,并直接与细胞的静止,增殖和癌症有关。在许多癌症中,该途径过度活跃,从而减少凋亡并允许增殖。该途径的激活也是癌细胞对抗肿瘤疗法产生抗性的主要原因之一。如同其他

乳腺癌亚型,PI3K/AKT/mTOR途径的基因组异常在TNBC中很常见,而此途径中致癌激活强度在TNBC排名最高。

在正常细胞中,mTOR活性被正负上游调节剂所控制。正调节剂包括生长因子及其受体,例如胰岛素样生长因子-1(IGF-1)及其相关受体IFGR,人表皮生长因子受体(HER)和血管内皮生长因子受体(VEGFR),它们通过PI3K-Akt传递信息到mTOR。mTOR活性的负调节剂包括磷酸酶和张力蛋白同源物(PTEN),它们通过PI3K/AKT途径发出信息抑制mTOR。PTEN是PI3K/AKT途径的天然抑制剂,具有限制细胞增殖,有助于预防癌症功能(Porta, 2014)。

此途径最常见的异常包括PIK3CA基因突变,上游调节剂(如VEGFR)的过度表达和张力蛋白同源物(PTEN)的功能丧失突变。因此,抑制PI3K途径和下游mTOR已被鉴定为治疗TNBC的有前途的治疗策略。临床前试验中,测试mTOR抑制剂雷帕霉素{rapamycin}在TNBC患者异种移植模型显示出77-99%的肿瘤生长抑制作用,明显比阿霉素所观察到的要多(Costa, 2018)。目前,依维莫司{Everolimus}是靶向mTOR的主要药抑制物之一。

在一项近期TNBC研究中,依维莫司联合卡铂化疗的CBR达到了其预定目标36%,中位数PFS为3.3个月,当卡铂AUC5/6与依维莫司合用时,血小板减少是剂量限制性血液毒性。但降低卡铂至AUC4与依维莫司联用具有良好的耐受性,并具有持续性反应(Singh, 2014)。

免疫疗法 — 作为正常功能之一,免疫系统可检测并破坏异常细胞,从而预防或抑制肿瘤的形成。因此,在肿瘤内及其周围都可发现免疫细胞。这些细胞被称为肿瘤浸润淋巴细胞或TIL,是免疫系统对肿瘤作出反应的标志。肿瘤中含有TIL的人通常比肿瘤中不含TIL的人具有更高的存活率。

即使免疫系统可预防或减缓癌症生长,然

而癌细胞也能逃避免疫系统的监视与破坏。它可通过发生遗传变化,使免疫系统看不到它们,也可通过表面蛋白质关闭免疫细胞,更可改变肿瘤周围的正常细胞,使它们干扰免疫系统对癌细胞的反应。在这种情况下,免疫疗法将提高免疫系统对恶性肿瘤的敏感性,大致上通过三种方式进行:免疫检查点抑制剂,嵌合抗原受体T细胞疗法{CAR-T}和非特异性免疫刺激。免疫疗法的生物标志物包括PD-1, PD-L1和TIL。

免疫检查点抑制剂似乎在TNBC中更有效,即使CBR仍不如预期的高。迄今,只有两种免疫疗法药物被批准用于治疗TNBC:派姆单抗{Pembrolizumab}和阿特珠单抗{atezolizumab}。派姆单抗已被批准用于高度错配修复缺乏症的乳腺癌,而程序性细胞死亡配体1{PD-L1}抑制剂阿特珠单抗与紫杉醇联用被批准用于治疗表达PD-L1的转移性TNBC;这情况发生在40%以上的患者。阿特珠单抗也正在与其他药物(如卡培他滨或吉西他滨)一起用于TNBC的测试(Adams, 2019; Cortés, 2019)。

CAR-T的试验在TNBC仍在进行中,对其功效发表评论还为时过早。

三阴性乳腺癌中医药治疗

TNBC代表一种侵略性强烈发展地快速乳腺癌病,大多数是浸润性导管癌,确诊时通常已在后期,其特点是组织学等级高,肿瘤体积大,细胞分化差,恶性程度高,淋巴结转移更频繁,确诊年龄较轻。

从现代医学的角度来看,常规手术切除和化学疗法是TNBC的主要治疗手段。顺序单药化疗是首选方法,而对于需要更快速反应的患者可采用联合化疗。产生化疗抗性的患者可选择采用诸靶向药物——化疗组合或免疫疗法,但总会受到更大的药毒性。然而新药虽多,但仅在新药与公认的化疗药物联合使用后,治疗

方案一般才呈现显著效果。患者通常会继续接受规定的治疗,直到获得最佳反应,发生疾病进展或明显毒性。

更重要的是化疗法是一把双刃剑。其细胞毒性赋予抗癌特性,但同时它也是促癌使者,因为它可改变肿瘤微环境,损伤细胞外基质,增加了化学抗性和癌症转移。阿霉素{Doxorubicin}/环磷酰胺{Cyclophosphamide}的治疗在乳腺癌微环境中引起类似于紫杉醇{paclitaxel}的前转移性变化(Chang, 2017; Karagiannis, 2017)。

尽管治疗选择增加,但预后似乎并未相应地或切实地得到改善。昂贵的新药只能换取多几周至几个月的PFS,并常伴随降低生活素质的不良反应。更关键的是,一旦失治而复发,TNBC就变得更难以控制;这种情况对于当代治疗或中医治疗都不偏不倚。换句话说,在疾病每个阶段,主治方案的推荐和诱导患者作出选择对临床医生成为了沉重的决定。

中西医结合各有千秋,但亦有长短。现代医学通过生化测试获得精确的辨病,并有较针对性治疗药物,在随访期间更可进行敏感和客观的疾病进展评估,这无疑的在治疗TNBC中占据优势;一般情况下应采用为首选治疗方案,也因些导致现代医学的重心专注于治病为康复的基础。反之,中医学权重于治人,其重心在于纠正人体阴阳气血异常为健康之道,虽中药的生物利用度偏低,但在疾病每个阶段以及缓解期,都应有其能发挥重要而不同作用的空间;特别是在当代医学尚未能解决的领域。这也是中西医结合“治人兼治病”的依据。

TNBC的治疗可分为几个阶段——术前化疗{neoadjuvant},外科治疗,辅助治疗{adjuvant}和姑息疗法。

术前化疗可降低局部肿瘤体积,减少乳房切除体积但可增加局部区域复发风险,消除微转移以及缓解局部晚期乳腺癌相关症状,也可以作为辅助化疗的体内敏感性测试(Chen, 2018)。

接受术前化疗的患者一般较年轻，肿瘤较大，淋巴结阳性和晚期，因此化疗剂量相对密集(Clifton, 2018)。通常，化疗的不良副作用是累积的，病人不适感也会伴随每个周期而加重。在此阶段，患者的血虚归于肿瘤的生长而不是外科手术引起，所以应该不严重，并且肿瘤生长在某种程度上受到化疗的限制，患者亦较年轻，生活素质故未受到明显影响。即使经过几个周期化疗，累积的不良反应也不至于食欲差，恶心，低热，疲劳，皮疹，失眠和脱发，即气虚津伤及轻度血虚之象。

在这个关键时刻，如患者能忍受不良反应，西医大多认为中医治疗则不应介入，因为TNBC的术前化疗不只次量密集也是对化疗药物的一项敏感性测试。若为了响应患者所求，用药宜补多于攻，可气津双补，但宜清补而剂量轻，以清淡平和的药物滋补身体，清除体内毒素，扶正固本；忌重用清热解暑尤抗癌草药以免缓冲化疗药细胞毒性作用，但可疏肝理气改善肝毒性清除率兼利湿消满增进食欲。凡药三分毒，尽可能，选择合适的穴位，使用外治疗法，如针灸或刮痧等方案。若当化疗即将结束时而患者感到化疗引起的周围神经病变{CIPN}，临床医师应延迟使用活血祛瘀法，因为术前化疗结束后，便是外科治疗的开始；术前使用活血祛瘀草药可能会在手术期间抑制血液凝结机制并对患者构成危险。

手术后，患者通常会遭受各种不适一由切除后肌肉量下降而导致的胸肌僵硬，程度不一的同侧上肢淋巴水肿以及手术伤口愈合困难。在晚期病例中，甚至在手术部位可会积聚液体，并且渗液需要胸部引流。在此阶段，中医药有更大的参与空间，用药宜攻补双齐。从患者体质，术后失血导致血虚更严重。气随血脱，失血也引起气虚，形成气血两虚，气虚气滞血瘀，直接影响伤口愈合并且睡眠素质与康复。急则治标，手术切除淋巴结破坏了正常循环，导致气滞，血瘀和水湿内停，血不利则为水而离经，治疗应活血祛瘀，通阳化水。

筋脉拘挛，胸肌僵硬，可服舒筋活络之药并进行物理治疗以增强胸肌灵活性和运动范围，在适当时候还可进行诸中医外治法如针灸或刮痧等以改善血流，通经活络。针对手术伤口久愈不合，中医之阳和汤加减，温阳补血，散寒通滞，通络散结，托疮生肌，主治阳毒困证之阴疽，具有改善免疫功能的特色。神经毒性于CIPN的症状缓解，中西医学都无确定性治疗，主要取决于化疗药物神经毒性对四肢末端神经破坏程度。一般而言，对于神经毒性损伤，预防胜于治疗，而在药理研究中，中药配方牛车肾氨丸加减被证明具有安全性和耐受性，并且在延缓2级或更高级别铂盐{oxaliplatin}诱发的CIPN(Kono, 2013)。

术后阶段是巩固和维持患者体质至关重要地时期，其主要治疗目标是防止TNBC复发和转移。缓则治本，扶正祛邪是中医在这阶段的首要治疗原则。肿瘤改变了微环境，手术的附带创伤，化疗时损伤细胞的外基质均被反映为患者的气血津液虚损，机体阴阳失衡导致的内环境不稳定，而病位与肝，脾，肾有关，并以痰，瘀，毒为主要致病产物。因此，治疗方法常需扶正培本以疏肝理气，健脾益气，益肾滋阴，兼软坚散结，活血化瘀，清热解毒，甚至以毒攻毒作为治疗组合。此时也可逐渐重用抗癌草药。一旦制定处方，如无病变，则该守方；但剂量与频率可根据病情进展逐渐减少直到缓解期限。亦同时可应用中医外治法调理以达到更全面的治疗。

研究亦表明，无论是术前或术后化疗，BRCA处于如何状态，在TNBC I期和II期患者中，无病存活率和总体生存率相似(Clifton, 2018)。因此，术前化疗与术后辅助治疗成为个选择，除非需要，很少在同一患者身上进行；而接受术前化疗的TNBC患者在手术后仅要定期病例复查，直至缓解，对原发病无需进一步治疗。

当患者寻求中医药的治疗时，对于中医师而言，是最关键时刻，巩固患者体质，稳定病

情,防止病变。如前两个阶段,病位在于肝,脾,肾,并与痰,瘀,毒的形聚有关。治则大同小异,急则治标,缓则治本,以患者状况和化疗不良反应的耐受度为依据,灵活地改变治疗方案。

用药如用兵,治病如上阵,时胜亦时败,谋事在人,成事在天,但当患者需要姑息治疗时,这已不再是治愈或控制疾病的选择,医药只能尽力而为。对于TNBC,这是在确诊后五年内迅速呈现,远端复发/转移至肺,脑和肝。在这个阶段,中西医的目标都是一致的——减少患者的不适感,改善生活素质,延长生存期,并纾缓安乐死。中西医的治疗方案也专注于生命尽头症状的调理{EOL symptoms management}。当代医学会竭尽所能包括使用持续性放化疗法,以缓解紧急情况,直至剂量限制性毒性发生,不得不中断治疗,并且放弃对癌症的医疗。

与瘤共存,以人为本,是中医在此阶段的特征。其整体观经权衡患者治历体质,肿瘤负荷,潜在风险等,制定处方。用药时宜补胜于攻,扶正过于祛邪,但因病情波动较大,时急时缓,处方需相应地改变,攻守兼施,济其急缓,以取阴阳动态平衡。阴阳取得平衡,癌毒聚而不散,临床上病情稳定,患者亦与瘤共存。

小结

TNBC与个人前乳腺癌病史,生殖系细胞BRCA突变以及亚洲血统呈正相关。因为恶性细胞的扩散途径相当繁杂,因此TNBC肿瘤大小与淋巴结状态之间仅存在一个弱关系。确诊后,复发率也迅速增加,在一年到三年之间达到高峰,远端复发/转移通常发生于局部复发。确诊后的前5年死亡率高,反映从远端复发到死亡迅速发展。TNBC分子异质,而TP53突变在TNBC与存活率特差有关。

针对TNBC,现代医学至今尚无确定的

治疗方案,但提供四种类别治疗选择,包括外科与放射疗法,化疗法,靶向疗法与免疫疗法,可根据临床情况需求,单独或组合的使用。化学疗法仍是主要治疗手段,并可以在手术之前后使用。TNBC对化疗有反应,但预后仍然很差。

中医治疗TNBC即在西医辨病及根据患者病情不同阶段基础上,与西医治疗方案协调,互补长短,从整体观念掌握患者体质特点,按照中医理论进行辨证论治。

Abbreviations

AUC — area under the plasma drug concentration-time curve

CBR — clinical benefit rate

DFS — disease free survival

ORR — overall response rate

pCR — pathological complete recovery

PFS — progression free survival

参考文献

- Adams S, Schmid P, Rugo HS, et al. Pembrolizumab monotherapy for previously treated metastatic triple-negative breast cancer: cohort A of the phase II KEYNOTE-086 study. *Ann Oncol*. 2019
- Anders CK, Zagar TM and Carey LA. The Management of Early Stage and Metastatic Triple Negative Breast Cancer: A Review. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2013 August; 27(4): 737 — 749
- Burstein H, Elias A, Rugo H, et al. Phase II study of sunitinib malate, an oral multitargeted tyrosine kinase inhibitor, in patients with metastatic breast cancer previously treated with an anthracycline and a taxane. *J Clin Oncol*. 2008; 26:1810-16
- Cameron D, Brown J, Dent R. Primary results of BEATRICE, a randomized phase III trial evaluating adjuvant bevacizumab-containing therapy in triple-negative breast cancer. *Cancer Res*. 2012; 72:108s
- Carey LA, Rugo HS, Marcom PK, et al. TBCRC 001: randomized phase II study of cetuximab in combination with carboplatin in stage IV triple-negative breast cancer. *J Clin Oncol*. 2012; 30:2615-23
- Chang YS, Jalgaonkar SP, Middleton JP, et al. Stress-inducible gene Atf3 in the noncancer host cells contributes to chemotherapy-exacerbated breast cancer metastasis. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2017; 114: E7159 — E6
- Chen Y, Shi XE, Tian JH, et al. Survival benefit of

neoadjuvant chemotherapy for resectable breast cancer *Medicine* 2018; 97:20 (e10634)

Clifton K, Gutierrez-Barrera A, Ma JS, et al Adjuvant versus neoadjuvant chemotherapy in triple-negative breast cancer patients with BRCA mutations *Breast Cancer Res Treat*. Jul 2018; 170(1): 101 — 109

Cortés J, André F, Gonçalves A, et al. IMpassion132 phase III trial: atezolizumab and chemotherapy in early relapsing metastatic triple-negative breast cancer *Future Oncol*. 2019 Apr

Costa RL, Han HS, Gradishar WJ Targeting the PI3K/AKT/mTOR pathway in Triple-Negative Breast Cancer: a review *Breast Cancer Research & Treatment* June 2018; 169 (3): 397 — 406

Dent R, Trudeau M, Pritchard KI, et al Triple-Negative Breast Cancer: Clinical Features and Patterns of Recurrence *Clin Cancer Res* 2007; 13:4429-4434

Elsawaf Z, Sinn HP. Triple-Negative Breast Cancer: Clinical and Histological Correlations. *Breast Care (Basel)*. 2011; 6: 273-278

Folberg R, Hendrix MJC, Maniotis AJ Vasculogenic Mimicry and Tumor Angiogenesis *American Journal of Pathology* Vol. 156 No. 2 February 2000

Foulkes WD, Smith IE, and Reis-Filho JS Triple-Negative Breast Cancer — Current Concepts *N Engl J Med*. 2010 Nov 11; 363(20):1938-48

Gilkes DM, Semenza GL Role of hypoxia-inducible factors in breast cancer metastasis *Future Oncol*. 2013; 9: 1623 — 1636

Hammond MEH, Hayes DF, Dowsett M, et al American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer. *J Clin Oncol*. 2010; 28: 2784 — 2795

Hopkins TA, Ainsworth WB, Ellis PA, et al PARP1 Trapping by PARP Inhibitors Drives Cytotoxicity in Both Cancer Cells and Healthy Bone Marrow *AACR Mol Cancer Res*; 17(2) Feb 2019

IARC International Agency for Research on Cancer Global Cancer Data 2018 Press Release No 263 September 2018

IARC International Agency for Research on Cancer Singapore: Globocan 2018 The Global Cancer Observatory May 2019.

Karagiannis GS, Pastoriza JM, Wang Y Neoadjuvant chemotherapy induces breast cancer metastasis through a TMEM-mediated mechanism *Sci Transl Med* 2017 July; 9(397)

Kono T, Hata T, Morita S Goshajinkigan oxaliplatin neurotoxicity evaluation (GONE): a phase 2, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of goshajinkigan to prevent oxaliplatin-induced neuropathy *Cancer Chemother Pharmacol* 2013 72:1283—1290

Lord CJ, Ashworth A PARP inhibitors: Synthetic lethality in the clinic *Science* Mar 2017; Vol. 355, Issue 6330, pp. 1152-1158

Ma CX, Cai S, Li S, et al Targeting Chk1 in p53-deficient triple-negative breast cancer is therapeutically

beneficial in human-in-mouse tumor models *J Clin Invest* 2012; 122:1541-52

Ma CX, Ellis MJC, Petroni GR, et al A phase II study of UCN-01 in combination with irinotecan in patients with metastatic triple negative breast cancer *Breast Cancer Res Treat* Jan 2013; 137(2): 483—492.

Margan MM, Jitariu AA, Cimpean AM, et al Molecular Portrait of the Normal Human Breast Tissue and Its Influence on Breast Carcinogenesis. *J Breast Cancer* 2016; 19: 99-111

Moreno-Aspitia A, Morton RF, Hillman DW, et al Phase II trial of sorafenib in patients with metastatic breast cancer previously exposed to anthracyclines or taxanes: North Central Cancer Treatment Group and Mayo Clinic Trial N0336 *J Clin Oncol*. 2009; 27:11-15

Newman LA, Reis-Filho JS, Morrow M, et al The 2014 Society of Surgical Oncology Susan G Komen for the Cure Symposium: Triple-Negative Breast Cancer *Annals of Surgical Oncology* vol. 22, no. 3, pp 874—882, 2015

NIH National Cancer Institute Large Study Verifies Cancer Risk for Women Carrying BRCA1 or BRCA2 Mutations July 2017 <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2017/brca-mutation-cancer-risk>

O'Shaughnessy J, Weckstein DJ, Vukelja SJ, et al Preliminary results of a randomized phase II study of weekly irinotecan/carboplatin with or without cetuximab in patients with metastatic breast cancer *Breast Cancer Res Treat*. 2007; 106:abstr 308

Ortega MA, Fraile-Martínez O, Asúnsolo A, et al Signal Transduction Pathways in Breast Cancer: The Important Role of PI3K/Akt/mTOR *J Oncol*. 2020; 2020: 9258396

Pascal JM The comings and goings of PARP-1 in response to DNA damage *DNA Repair* Nov 2018; 71: 177—182

Peshkin BN, Alabek ML, Isaacs C BRCA1/2 mutations and triple negative breast cancers *Breast Dis*. 2010;32(1-2):25-33

Pogoda K, Niwin'ska A, Murawska M, Pien'kowski T Analysis of pattern, time and risk factors influencing recurrence in triple-negative breast cancer patients *Med Oncol* 2013; 30:388

Porta C, Paglino C, Mosca A Targeting PI3K/Akt/mTOR signaling in cancer *Front Oncol*. April 2014 Volume 4 Article 64

Singh JC, Novik Y, Stein S, et al. Phase 2 trial of everolimus and carboplatin combination in patients with triple negative metastatic breast cancer *Breast Cancer Research* 2014; 16: R32

三仁汤的临床运用

新加坡 翁亚庆

本文是根据杨承岐医师所著《十年一剑三仁汤，天下最多湿热病治验录》。述说作者运用三仁汤治温病学之湿热证，和内科脏腑病证。并结合自己在临床运用体会和一些看法。

三仁汤的组方内容

三仁汤是出自于，清代病学家吴鞠通《温病条辨》治疗湿温病初起，卫气同病，湿重于热，和内外科杂病的著名方剂之一。

组成方药有：杏仁、滑石、白通草、白蔻仁、竹叶、厚朴、生薏仁、半夏共八味药。方中杏仁，苦温宣肺利气，可宣通上焦。白蔻仁，芳香化湿，配以半夏，苦温燥湿。厚朴，苦辛化湿，三味药可以醒脾和胃，振复运化水湿，以转枢中焦。薏苡仁，甘淡清利湿热而健脾。配以滑石，通草，竹叶，淡渗利湿，清透郁热，可达疏导下焦之效。

本方的配伍，是辛开苦降，淡渗利湿之药物。可以宣上，畅中，渗下。使湿热之邪从三焦分消，调畅三焦气机。方中三仁合用，杏仁治上焦肺气不宣。蔻仁治中焦脾气不运。薏苡仁治下焦肾和膀胱之气化失常。共为君药，故名三仁汤。

三仁汤治湿温病

三仁汤，用于治疗湿温或暑温初起，卫分之证未罢，气分之证又现，湿重于热之证；证

见头痛，恶寒，身重疼痛，面色淡黄，胸闷不饥，午后身热，舌苔白，不渴，脉弦细而濡。

作者认为三仁汤证的病机核心为湿热弥漫，闭阻阳气。病变部位贯穿三焦，涉及五脏六腑。治疗重点在于轻开宣化。通过气化的治疗手段，以达清热化湿的治疗效果。若湿温初起，卫分症状较明显者，可加藿香，香薷以解表化湿；若寒热往来者，可加青蒿，草果以和解化湿；舌苔黄腻者，宜加大薏苡仁用量；舌苔薄白者，不用或少用滑石。

治湿热证的临床体会：清代医家薛生白撰著的《湿热条辨》中指出湿温病，以三焦辨证和分治，为湿热病辨治要领。并以湿热分合与多少为湿热病病机和治疗的关键。湿热两分，其病轻而缓。湿热两合，其病重而速。故治疗上，应以分解湿热，不使相合为原则。其湿邪较多和偏盛者，以渗湿燥湿，辛开芳化，宣通气机为主。热邪居多和偏盛者，则以清热为主，佐以渗湿。湿热俱盛者，则清热除湿兼投并进。湿热病又易化燥化火，消灼胃津，治疗中须要注意顾护胃中津液。

治湿温病，虽可以三仁汤加减化裁来诊治。但历代温病医家所创立的方剂，也有其独特的治疗效果。是我们学习运用的。如同样治湿热并重，而热象较重，有咽干咽痛，尿赤，舌苔干黄，厚腻者，应用甘露消毒丹。其利湿化浊，清热解毒之功尤甚。

湿温病，湿邪偏盛阻滞中焦。出现脘腹

胀，大便不爽者用。用《温病条辨》加减小气散。以藿香，厚朴，陈皮，茯苓为主，辛开泄湿，疏理中焦气机。

湿温病见头目痛重，肢节肌肉疼烦，胸膈痞满者，宜用藿朴夏苓汤。用体轻而味辛淡者以开启肺气，导湿下行，湿去气通，布津于外，自然汗解。

三仁汤治内外科杂病

本书作者大部份内容，记载运用三仁汤治疗脏腑气化功能，因湿热弥漫，闭阻阳气而产生的各种内科疾病。通过药物的轻开宣化作用，以除湿清热，恢复脏腑升降浊的气化功能。也指出了三仁汤的应用指征为：1 肢体倦怠；2 头身困重；3 浑身酸懒；4 呕恶纳呆；5 小便黄赤；6 大便溏薄或黏滞不爽；7 苔白不渴或渴不欲饮或舌苔黄腻；8 脉滑或弦细或濡，微数；9 午后发热；10 胸闷不饥；11 头痛恶寒；12 身体虚胖。临床上只要有以上十二项指标中的三到五项，就可放心使用。

湿邪滞于经络，阻遏气机，损伤心阳，见心悸，胸闷等，可加三七，丹参，薤白；湿为阴邪，易伤脾阳，可致脾阳不振，水湿停聚，出现腹泻，尿少，水肿等。此时可加肉豆蔻，补骨脂，吴茱萸，茯苓。湿邪致病，出现周身关节疼痛者，可加独活，羌活，秦艽，五加皮，木瓜。如湿阻中焦，出现脘腹胀满，食欲不振较重者，可加藿香，山楂，麦芽，木香；如湿热下注而引起淋证者，可加扁蓄，瞿麦，车前子，大黄。湿性趋下易袭阴部，可致湿热带下病。可加茯苓，猪苓，苍术，荆芥穗，黄柏，牛膝。

临床体会和用药心得：湿热的病因多由脾虚受损，中阳困遏。水湿停聚，即是内湿病症。太阴脾主司运化水谷精微，而湿邪极易停滞，影响气机升降。脾胃居中州，旁养四脏，湿损脾胃或脾胃虚弱，则必阳气不长。五脏之

气不生，所以五脏之病多兼有湿病。

湿性重浊黏腻，易阻气机。故湿病以气机阻滞为主要表现，治疗湿病当以理气和顾护正气为首。调理脾胃，当用醒脾开胃，理气之药应着眼于肺脾二脏。无论苦温燥湿，清热祛湿，还是益气健脾，均可在方中佐入一二味宣降肺气之药如紫菀，桔梗。化浊醒脾之品，可加素馨花，绿萼梅，佛手等。

湿邪中阻，应脾胃同治，生理功能上脾运胃纳，互相依赖。湿浊中阻虽有偏重，但应兼治，如化脾湿必佐以开胃。祛胃湿多佐以运脾，使其相得益彰。

在遣方用药上，治湿病上，所选药物之性味应是芳香流动，不可雍滞滋腻。轻清之药入肺经，芳香之药则能化浊醒脾。肺气畅，脾胃健，则湿邪可祛。处方时可配合选用藿香，藿梗，荷叶，佩兰。

小结

由于现代人们生活水平的提高和饮食结构的改变，过饮茶酒，喜冷食。恣食肥甘厚味之人日众。别外冰箱，和空调等电器产品的普遍应用。致使脾胃受损，中焦气机困遏。形成水湿停聚之内湿病症。三仁汤配伍严谨，选药精当。统治三焦湿热。对全身各个部位与内湿证，有关的病症都有治疗作用。

治疗湿热病的同时，应告诫病患，应饮食有节，饥饱适度。以清淡饮食为主。忌食油腻，辛辣，寒凉，甘甜雍滞之品。也可配以食疗法，对于脾虚湿困者，配合食用黄芪薏米粥。湿困脾土者，用生苍术，白术煮粥食用。

金针度人传薪火 陈必廉

新加坡 林 英



陈必廉医师原籍福建省安溪县，1935年出生于新加坡。1970年毕业于新加坡中医学院。一生主要以针灸行医济世，与淑配周瑞芳医师共同在新加坡丹戎加东购物中心一起经营中医诊所。积极推动新加坡针灸乃至中医教育与发展，做出了显著贡献，得到中医学术界的认可，陈医师于1994年与新加坡其他三位中医学者，获上海中医药大学授于教授职衔。

历任新加坡中医学院针灸科讲师兼临床导师，1974年起任新加坡中医师公会理事；1980-1981年任中华针灸研究院秘书；1984年-1987年任中华针灸研究院院长；1988-1991年任中华医院院长；从1992年（第33届理事会）至2003年（第38届理事会）担任新加坡中医师公会副会长，自2004年（第39届理事会）至2007年（第40届理事会）担任正会长，2008-2019年任新加坡中医师公会会务顾问。

在任新加坡中医师公会会长期间公会首次制作了介绍公会属下机构的发展历程及公会在推动本地和国际中医药发展所扮演的角色的公会光碟，让国内外界更方便了解公会及属下机构的历史及活动；为使新加坡中药饮片市场售卖的饮片符合药典中规范正名，品种，规格等标准，公会于2007年和新加坡中药公会达成合作协议，致力于理顺新加坡中药饮片市场中的

混淆部分。2004年中华医院在樟宜综合医院邀请下呈上在樟宜综合医院设立中医门诊建议书，并且获得该院的赞同；2005年6月设于樟宜综合医院的中华医院专科门诊中心正式开诊，且在2005年10月27日举行开幕礼，由卫生部长许文远先生主持揭幕，开始时只提供针灸推拿服务，营运半年后获卫生部传统与辅助医药业部门批准使用中药，接着进而提供肿瘤、呼吸系统疾病、心血管疾病、糖尿病等专病。2004年中华医院科研部与心血组完成了首个科研项目《宝曲胶囊的临床鉴定》；2007年中华医院陆续在兀兰分院，义顺分院和大巴窑总院启用颗粒剂。中医学院方面，于2005年与宏茂桥医院联合在该院设立弘华中医药中心；同年9月间，新加坡中医学院通过了消协保证标志教育评估签定计划的规定，获颁消协保证标志。课程方面，中医学院与南京中医药大学联办中医博士学位；2006年配合有关当局提高新加坡中医专业水平，新加坡中医学院停止招收三年全日制及六年部分时间制中医专业文凭课程新生，与广州中医药大学于2006年起联办七年制夜间中医本科学士课程，学院也与南京中医药大学联办五年全日制中医本科学士学位课程，同年5月13日，新加坡中医学院开办首届西医针灸课程，开学仪式由新闻通讯及艺术部兼卫生部高级政务部长巴拉吉医生主持。

陈必廉任会长期间，国际交流方面，新加坡中医师公会获世界中医药联合会推举，负责承办2007年在新加坡举行的第四届国际传统医药大会，大会于2007年11月17-19日在新加坡圆满成功举行，参会的有35个国家的中医药界人士。2006年9月22-24日，陈必廉会长与梁世海会务顾问率团出席了在印尼举行的第八届亚细安中医药学术大会，并在大会上与其他国家代表发表共同宣言。

2006年11月12日，新加坡中医师公会在文华大酒店举行成立60周年纪念庆典晚宴，怀着对中医学术传承，发展使命感的陈必廉医师在六十周年纪念特刊发刊词中勉励理事们积极参与国际中医药组织的活动，扩大与国际中医药界的合作交流……对公会属下的机构，陈医师也充满期盼，陈医师强调，中华医院除立足于服务病黎，也要加强专病研究，以更好的医疗设施和诊病条件为病人提供高质量的专病服务，培养有特殊专长的中医师；学院也将更具更专业化的管理，争取与国际中医教育的发展同步；他也盼望公会属下的研究院，中华医院开展课题，并争取与大学，医院或私人研究机构合作，为中医科研拓展更为广阔的前景。

陈医师诊病教学及参予公会中医事业之余，也总结治疗经验与思路，著有《针灸配穴与手法》一书，主要针灸学术思想：

首先，基于临床腧穴针刺和疗效的关系，提出穴位不是一个点，而是一个区域的概念。

在临床上，可以针对腧穴中心点进行针刺，也可以围绕中心点附近的前后左右进行针刺，都可以获得一定的针感、取得相应的疗效，因此，穴位是一个区域。基于皮部、经筋、经脉的不同深浅和层次，陈先生进一步推论，“穴位在体表的面积比较大，越深入则越小，……穴位深入至经脉处几乎成点状，而这个点是呈圆形向上扩大，形成一个道理的圆锥体。有关这观点他那篇“穴位究竟是一个点还是一个区的探讨”在1987年上海的医药大会上被定为特邀文章，为新加坡中医界占上一点光。

其次，提出循经取穴分躯干循经和脏腑循经两大类。

前者是指：应用肘膝关节以下的特定穴治疗躯干疾病，属于“上病下取”，符合“经脉之本在四肢、标在头身”的原理；

后者是指：应用头身躯干的腧穴，主要是十二经脉之标和结的就近穴位，治疗四肢的疾病，属于“下病上取”。

陈先生进一步阐释，躯干循经取穴，主要针对肢体筋肉系统的病变，属十二经筋病候范畴；而脏腑循经取穴，尤其是针对四肢部屡针无效的顽固性病例，可以获得较好的临床效应。

第三，精研八脉交会穴，推演其“一穴多能”的特点。八脉交会穴包括内关、公孙、后溪、申脉、外关、足临泣、列缺、照海八个腧穴，分别与奇经八脉相对应，陈先生精研这八



个腧穴的主治功能，提出了“皆具有一穴多能的特点”。

具体来说，一个腧穴不仅主治其所属十二经脉、所通奇经八脉的病症，还可以主治其相搭配腧穴的适应证；而且相互搭配腧穴的配伍应用，可以起到相辅相成的作用。两个相互搭配的腧穴，不仅具有上（手）下（足）关系，而且还形成左右交叉的关系，如左上肢与右下肢八脉交会穴组合，是疗效更具有针对性。

第四，强调辨证施术。针刺手法是获得临床疗效的关键关节之一，基于临床个体化施术的不确定性和多变特点，陈先生提出“辨证施术”，一个临床针灸医师，不必过于拘泥于补泻手法，而是针对患者的合适刺激量，即适合患者的刺激强度和频率、时间等。

并提出临床常用的三种刺激量：

（1）以病情缓解为度。病人来诊时标症急，疼痛或不舒，治疗当以缓解病情为急务，

扎针后运针手法由弱逐渐加强，刺激频率由慢逐渐加快，至病情受控制为度。

（2）以病人能耐受为度。病者来诊标症不急，即病情缓解，针灸治疗的目的在于根治疾病，扎针后运针手法亦是由弱到强，频率亦由慢到快，以病人能耐受为度。

（3）以有针感为度。大部分是应用于循经取穴，目的在于畅通病变经脉的气血，以巩固疗效，扎针后运针宜弱，但以较长的时间刺激，刺激频率以有针感为标准。

陈医师于2019年7月26日（己亥年六月廿四日）净业往生，享年85岁。

参考资料：

- [1] 中国针灸2013, (01) 79-83
- [2] 新加坡中医师公会六十周年纪念特刊
- [3] 新加坡中医师公会七十周年纪念特刊
- [4] 陈必康. 针灸配穴与手法[M]. 北京: 中国中医药出版社. 1993年10月: 1-8; 9-13; 14-17; 44-49

更正

第47期《新加坡中医杂志》，第45页刊登黄信勇博士的“危柏巨老师的脉学”一文。因技术问题误植两张插图，导致文章内容与图相互矛盾。

正确的脉诊姿势，请参见作者的来稿的附图。

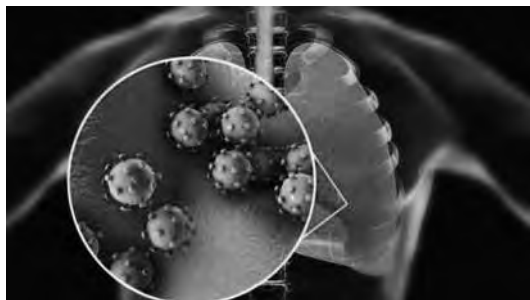
对此造成的困惑，谨此向黄博士及读者致歉。



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。



发挥中医药在预防新冠肺炎中的作用

中华医院·陈岁

此次新型冠状病毒肺炎从中医角度来看，属于中医“瘟疫”范畴。《黄帝内经》曰：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似”。明代吴又可著《瘟疫论》专门讲瘟疫，他说“疫者，感天行之疠气也”。

新加坡有一百多家中药材店，有十几所建制比较健全的中医医疗机构，更主要新加坡拥有两千多名中医师，他们运用学到的底蕴厚重的中医文化，灵活运用到临床实践中去，治病救人，其中不乏精英。在中医师公会领导下他们是一支强有力的生力军。中医药在防治病毒性疾病方面拥有优势，理当发挥应有作用。

一 针对病毒，在呼吸道上下功夫

西医讲病毒，中医讲病因。病因是疠气。“疠气流行多兼秽浊。”“避其毒气，天牝从来。”天牝就是鼻子。就是呼吸道。

1. “防疫香囊”配方

选药思路：芳香避秽，化浊解毒

建议处方：

藿香10g 苍术10g 白芷10g 草果10g

菖蒲10g 艾叶6g 冰片5g

共研细末，制成香囊，佩戴胸前。

正常三天更换一次。

2. 麻油涂鼻腔

用棉签沾食用麻油少许，轻轻涂抹在鼻腔粘膜上。亦可擦在口唇粘膜上。麻油芳香避秽，同时麻油润养。

《山居便宜方·治伤寒附伤寒论》载“凡

入疫疠之家，以麻油涂鼻孔中，然后入病家，则不相传染。既出或以纸捻，探鼻深入，令嚏之为佳。”新加坡人中，有许多气阴不足，虚弱体质者尤为适用。

3. 艾草熏蒸

可视室内空间大小，选用较新鲜艾草。正常三十克到五十克。以鼻嗅有少量艾草气味为度。尤其适合办公室空间。艾草气味芳香，辛温味苦，容易燃烧，火力温和，是中医灸法专用药物。市面上艾条亦可。

4. 机理说明

从疫情报道病人临床表现来看，开始咳嗽，发热，以后出现气喘，呼吸困难，病人呼吸窘迫，中医病机肺气郁闭，闭就要开，郁就要散。“肺主辛”所以，选用辛散，芳香开闭药物思路正确。中医诊病“审证求因”“谨守病机”，新冠肺炎病因病机：“瘟毒上受，疠气作祟，治失时机，邪毒内陷，变成厥脱。”

二 提高免疫力，在人体正气上做文章

中医认为：“正气存内，邪不可干”，“邪气所凑，其气必虚”。扶助正气，提升机体抗病能力是重要环节。

1. 简单说一下免疫力

免疫(immune)一词最早是指国王免除臣民的税赋，以后逐步引伸到医学领域。免疫实际上是一种现象。免疫力(Immunity)是指机体形成免疫现象的能力。这种能力包括两大部

分组成，一是固有免疫就是与生俱来的能力，包括皮肤，体内的白细胞以及各类体细胞分泌的蛋白体。二是获得性免疫，就是机体与抗原接触后获得的有针对性的防御能力，包括T淋巴细胞，B淋巴细胞和各类型抗体。

此次新冠病毒为单链RNA(称核酸)。免疫反应主要为体液免疫。中医扶正气，对增强固有免疫和提升获得性免疫两个方面均有作用。此次疫情中包括2003年沙斯SARS都得到了强有力的验证。

2. 针灸，穴位按摩

建议穴位：风池、尺泽、鱼际、池曲、足三里、涌泉、肺俞、脾俞等等。

穴位按摩每一个人都可以自己，具体穴位可在广大中医师指导下进行。疏通经络，调和气血，扶正祛邪。

各位专家，针灸高手尽请发挥。中医博大精深，民间亦有许多功法。扶助正气是中医强项。

3.运动

推荐运动：八段锦、太极拳、五禽戏等等。

正所谓“流水不腐，户枢不蠹”，运动能使体内气机流通。正气来复，病安从来？

三 注重饮食，情志调摄，在整体功能上求提升。

中医认为，我们身体各部分，五脏六腑，五官九窍，皮肤腠理都是一个整体，整体好，局部就会好。

1. 饮食：这里推出几道菜供选择。

① 洋葱炒鸡蛋

洋葱味辛，甘，辛甘发散为阳，阳能祛除秽浊之阴。鸡蛋是有情血肉之品，扶助正气。

② 肉骨茶

肉骨茶配料中放有大量蒜头，蒜头具有中药辛，甘，苦，温多种药性功能，起杀菌解毒（包括病毒）暖身提神，清除疲劳的作用。

③ 青椒土豆炒肉丝（素食者可不用肉丝）

青椒青色，青入肝调气，土豆黄色，黄入

脾调脾胃。脾胃为后天之本，肝主疏泄，调理肝脾，有利整体机能协调发挥作用。

④ 药芹，韭菜以及辣椒类汤面饺子等。

药芹，韭菜，辣椒性味均有辛散升阳之功。

⑤ 薏仁红枣粥

薏米利湿化浊，红枣护养胃气，粥乃益胃生津之品。

⑥ 几种暂忌的饮食

冰淇淋，冰啤酒，最好少吃少喝。寒性味甘之品，最易生湿助湿。‘寒凉伤胃腑’，‘湿性滋腻’。冰冻的水果需要常温下解冻，自来水冲洗食用。

2. 茶饮

红茶。南方人喜欢的铁观音，普洱等均为佳品。

小贩中心的袋装红茶，既方便又清香，一杯下肚，沁人心脾，多饮无妨。

3. 情志

喜怒哀乐，就叫情志。

中医讲“喜，怒，忧，思，悲，恐，惊”七情，悲易伤肺。所以，乐观的心情很重要。保持精神愉快，避免生气、吵架、纠纷，听听音乐，做适当运动，多做慈善，助人为乐，友好相处等。同时，对自身抵抗力要有信心，对医学预防措施要有信心，对我们中医药防治优势更应有信心。信心是预防治疗疾病的第一道防线。信心就是力量！

最近，疫情已在世界蔓延。疫情就是号令，护佑新加坡人民身体健康是我们中医的天职。勿忘初心，“天人相应”努力贡献！

注：作者是中华医院特聘高级医师，前南京中医药大学兼职教授，医学硕士

糖尿病不是“消渴”

新加坡·黄欣杰

糖尿病 (Diabetes Mellitus, DM) 是一类由遗传因素、环境因素、体质因素、代谢因素、免疫功能紊乱、精神疾病因素等多因素及各种致病因子作用于机体而导致胰岛功能减退, 胰岛素抵抗及 β 细胞功能障碍等引起的糖、蛋白质、水、脂肪和电解质等一系列代谢紊乱综合征。糖尿病可引起多种并发症, 包括高血压、中风、心脏病、肾衰和末梢神经损伤等, 已是危害人们身体健康的多发且伴随一生的慢性疾病。

现代使用中医药临床治疗糖尿病, 最早见于1954年^[1], 而多病例的临床观察则在1977年首次报道。从那时起, 中医药治疗糖尿病开始引起中西医界的关注, 尤其是在20世纪80年代, 大量的案例和临床治疗汇总数据的不断涌现。

集近50多年的临床观察和资料积累, 中医学在研究总结糖尿病的发病机制、辨证施治、遣方用药、治疗并发症等数据, 都取得了令人鼓舞的进展。许多研究人员还利用循证医学, 对糖尿病患者治疗前后的血糖、糖耐量、尿糖等情况进行了科学规范的比较研究。近代许多研究结果宣示, 中医药在治疗糖尿病上, 不仅临床效果满意, 且有其独特之处。

虽然很多中医认为糖尿病在传统中医学里属于“消渴”的范畴, 以多饮、多食、多尿之“三多”的“三消”来解释糖尿病症状。近年来, 现代中医学对糖尿病已经积累了丰富的知识和临床经验, 也进一步对糖尿病的发病机理有更深入的了解, 越来越多的现代中医指出, 糖尿病的主要发病机制不能只用“三消阴虚燥热学说”来阐述, “三消”辨证并不能反映糖

尿病的病变过程。

林兰^[2]早在1992年就提出, 若而根据“三消”来辨证很容易造成误诊, 因为在2型糖尿病人群中, 40%至60%的缺乏典型的“三消”症状。根据阴、阳、寒、热辨证将消渴病辨证分为3型, 并根据脏腑辨证分数证, 反映了糖尿病早期、中期、晚期三个阶段的常见分型:

(1) 邪热亢盛型, 包括肺胃热盛、心胃火盛、心火亢盛、肝阳偏亢4证; (2) 气阴两虚型, 包括心肺两虚、心脾两虚、心肾两虚、心肝两虚、肺气阴两虚5证; (3) 阴阳两虚型, 包括肾阴阳两虚、脾肾阳虚、脾胃阳虚、心肾阳虚、心阳虚弱5证。

张晓阳等^[3]在对308例2型糖尿病患者进行调查, 得出湿热证、血瘀证、阴虚证是构成糖尿病临床综合征复杂的基础, 湿热证已成为最常见的临床证型。

毛竹君等^[4]把180例糖尿病患者分为气阴两虚型、瘀热内蕴型、肾气亏虚型、肝阳上亢夹瘀型、湿热夹瘀型。

全小林等^[5]鉴于近年来肥胖型糖尿病患者呈上升趋势, 对2518例肥胖型糖尿中医证型分类研究发现: 患者多数表现为中满内热, 而在中满内热中肝胃郁热证出现机率最高。肝胃郁热证、胃肠实热证等实证的患者随着年龄增长及病程的延长, 其所占比率呈下降趋势, 脾虚痰湿证和其他证型的所占比率则呈上升趋势, 显示肥胖型糖尿病的发生多由实证而来, 开始多为实证或虚实夹杂, 少以虚证为始, 日久或年高者则多为虚证或虚实夹杂证, 由实转虚是一个渐进过程。

柳红芳等^[6]在研究2型糖尿病胰岛素抵抗与中医辨证分型关系时发现：2型糖尿病胰岛素抵抗多表现为中医的实证，提示2型糖尿病患者的发病特点分“早、中、晚”三期，从早期到晚期，因郁而化热，热耗而虚，由虚及损，形成糖尿病发生、发展的主线过程。早期糖尿病的病因以“郁、热”为主，也有一部分出现虚实夹杂，多为因郁热之实而伤阴致虚。

吕仁和等^[7]基于《内经》有关“脾痒”、“消渴”、“消瘅”的认识，提出早在《内经》中就认识到了消渴病有脾痒、消渴、消瘅三期。临床观察发现：脾痒期患者，形体肥胖，体质尚好，食欲旺盛，耐力减退，舌红，脉数。临床常见阴虚肝旺证、阴虚阳亢证，有时也可见气阴两虚证，或兼有湿热、痰湿等。消渴期患者，多有恶热喜凉，疲乏无力，多尿、多饮、多食，舌红、苔黄，脉数。临床常见阴虚热盛证、气阴两虚证、胃肠结热证、肝胆郁热证、湿热困脾证，有时亦可见肺胃实热证、热毒壅盛证等。消瘅期患者，在消渴病阴虚燥热不解，气阴两虚、阴阳两虚的基础上，络脉瘀结，出现了各种并发症，如心悸胸痛、中风偏瘫、水肿胀满、视瞻昏渺、肢体麻木、肢端坏疽、阳痿、瘕闭、大便不调等。辨证施治可分阶段进行。

中国卫生部《中药新药治疗消渴病（糖尿病）临床研究指导原则（1993）》将本糖尿病分为：阴虚热盛证、气阴两虚证、阴阳两虚证、血瘀气滞证、湿热困脾证共5大证型，而根据《2002年中药新药治疗糖尿病的临床研究指导原则》^[8]，2型糖尿病中医辨证标准为以下5型，这是目前较为公认和常用的分型方法：

（1）湿热内蕴证：主症：胸脘腹胀，或餐后饱满，头身困重。次症：体形肥胖，心胸烦闷，四肢倦怠，小便黄赤，大便不爽。舌脉：舌红苔黄腻，脉滑数。

（2）阴虚热盛证：主症：咽干口燥，心烦畏热。次症：渴喜冷饮，多食易饥，溲赤便秘。舌脉：舌红苔黄，脉细滑数，或细弦数。

（3）气阴两虚证：主症：咽干口燥，

倦怠乏力。次症：多食易饥，口渴喜饮，气短懒言，五心烦热，心悸失眠，溲赤便秘。舌脉：舌红少津液，苔薄或花剥，脉细数无力，或细而弦。

（4）阴阳两虚证：主症：神疲乏力，咽干口燥，腰膝酸冷，或手足畏寒冷，夜尿频多。次症：头晕眼花，心悸失眠，自汗易感，气短懒言，头面肢体浮肿，尿多浊沫，或小便量少，男子阳痿，女子性欲淡漠，大便干稀不调。舌脉：舌体胖大，有齿痕，脉沉细无力。

（5）血瘀阻络证：主症：胸痛，胁痛，腰痛，背痛，部位固定，或为刺痛，肢体麻木，疼痛夜甚。次症：肌肤甲错，口唇紫暗，面部瘀斑，健忘心悸，心烦失眠。舌脉：舌质暗，有瘀斑，舌下脉络青紫迂曲，脉弦或沉而涩。

综上所述，糖尿病病理生理改变是一个发展的动态过程，病情的复杂性决定了治疗方法的多种多样，这是中医治疗糖尿病的优势所在。在为患者诊断时，不用管拘泥于糖尿病就是“消渴”，因根据糖尿病病人的体质，在疾病的不同阶段及类型，考虑到各种因素的诊断和治疗基础上，从不同切入点找到一种有效的治疗方式，为糖尿病患者达到更好的疗效、改善生活质量是中医治疗糖尿病的首要任务。

糖尿病不仅仅是“消渴”，辨证论治仍然是中医治疗糖尿病的基本原则。

参考文献

- [1] 中医对糖尿病的认识 (Z). 万维网: <http://book.qifeng.com/showchapter/76997/964>
- [2] 林兰. 糖尿病的中西医结合论治 (J). 北京科学技术出版社, 1992.143-151
- [3] 张晓阳, 郭赛珊, 张孟仁, 等. 308例2型糖尿病中医临床证型调查分析 (J). 北京中医药大学学报, 2008, 31(6): 420-423
- [4] 毛竹君, 董颖, 栾洁, 等. 180例2型糖尿病患者中医证候调查及证型研究 (J). 中华中医药杂志, 24(8): 1064-1067
- [5] 全小林, 毕桂芝, 甄伟, 等. 2518例肥胖2型糖尿病中医证型分类研究 (J). 世界中西医结合杂志, 2008, 3(1): 26-28
- [6] 柳红芳, 李洁, 王伟. 2型糖尿病胰岛素抵抗与中医辨证分型关系的临床研究 (J). 中国医学研究与临床, 2008, (6): 5-7
- [7] 吕仁和, 赵进喜, 王世东. 糖尿病及其并发症的临床研究 (J). 新中医, 2001, 33(3): 3-5
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 233-237



浅谈隋唐至明清 医家对糖尿病（消渴病）的认识

新加坡·朱燊芳

汉代之后，隋唐至明清等后世医家对消渴（糖尿病）有更上一层楼的认识。在前人的基础上配合本身积累了丰富的临床经验，他们作出了对这病种更多的论述和较新的见解。

庄干竹的博士论文《古代消渴病学术史研究》中以学术史的角度，提出了以历史分期的方式来论述消渴病。他认为先秦两汉是消渴病学术的原创期、魏晋隋唐属于进展期、五代辽宋则是积淀期、金元乃是争鸣期、明清就是提升期。单书健、陈子岳编着《古今名医临证金鉴·消渴卷》中更是收集了近 69 位自宋以来古今名医（古代 27 位和近现代 42 位）的论述和临床经验实录文献，可从中认识消渴病的论治发展以及体会古今医家对消渴的证治法则和思维。

（一）隋唐时代

论及隋唐时代，晋·陈延之《小品方》、

隋·巢元方《诸病源候论》、唐·孙思邈《千金要方》、唐·王焘《外台秘要》等都是前人的基础上更进一步地阐释了消渴的病机与诊治。《诸病源候论》中消渴专篇《消渴病诸候》，共八论，分消渴候、渴病候、大渴后虚乏候、渴利候、渴利后损候、渴利后发疮候、内消候、强中候等“八候”论，全面阐述消渴的病因病机、症状、诊断、变证、防治。篇中曰：“夫消渴者，渴不止，小便多是也。由少服五石诸丸散，积经年岁，石势结于肾中，使人下焦虚热。及至年衰，血气减少，不复能制于石。石势独盛，则肾为之燥，故引水而不小便也。其病变多发痈疽，此坐热气，留于经络不引，血气壅涩，故成痈脓。”指出了消渴的定义，认为其发病原因主要是服五石散，使下焦虚热、肾燥阴亏所致。而且明确认识到消渴易发并发症痈疽、水肿、皮肤生疮等曰：“其病变多发痈疽。”（消渴候）“诊其脉，

心脉滑甚为善渴。其久病变，或发痼疽，或成水疾。”（渴病候）“其渴利虽瘥，热犹未尽，发于皮肤，皮肤先有风湿，湿热相搏，所以生疮。”（渴利后发疮候）^[1]此外，也提出导引和散步可治疗消渴，主张饭前“先行一百二十步，多者千步，然后食之”，初步认识到运动疗法的意义。^[2]

孙思邈《千金方·消渴》中，论述了嗜酒可致消渴曰：“三觞之后，制不由己，饮瞰无度，……积年长夜，……遂使三焦猛热，五脏干燥”，对于后世消渴病机燥热学说有一定的影响。孙氏认为消渴病“小便多于所饮”的机理是内热消谷，“食物消作小便”所致，这一认识为消渴病的饮食控制疗法提供了理论依据。对消渴症候的表现多有补充，除“三多”症状外，还记述了“呼吸少气，不得多语，心烦热，两脚酸，食乃皆倍于常，故不为气力”，或“精神恍惚”等症状。并认识到本病治愈较难，常易复发，“服枸杞汤即效，但不能常愈。”孙氏不仅明确提出饮食控制疗法，曰：“能慎此者，虽不服药而自可无它，不知此者，纵有金丹，亦不可救，深思慎之。”在药物治疗方面，收载治疗消渴方剂多达70余方，用药100多种，其中以栝蒌根、花粉、麦冬、地黄、黄连等清热养阴生津之品为多。^[3]

王焘在《外台秘要·消渴消中门》中，引《古今录验方》说：“渴而饮水多，小便数，无脂似麸片甜者，皆消渴病也。”又曰“消渴者，……每发即小便至甜。”点出了消渴的特征“尿甜”，并有服药后“得小便咸若如常”的记载，说明当时已将小便有无甜味作为诊治的判断标准。对于尿甜的发生机理也论述曰：“消渴者，原其发动此则肾虚所致，每发即小便即甜。医者多不知其疾”。此外，他也提及有关对饮食控制疗法的实施和具体要求，主张“先候腹实，积饥乃食”，反对患者无限制的过多饮食，“食欲得少而数，不欲顿而多”，即少食多餐。并宜食后“即须行

步”，不宜“饮食便卧，终日久坐”，还主张患者作适当的体力劳动，“人欲小劳，但莫劳疲极也。”在药物治疗方面载方117首，多源于《千金方》。^[4]并且《外台》也开始了接近三消分治的论述。^[5]值得一提的是“消渴病”一词首见于隋末唐初甄立言所著《古今录·验方》，据此，基本上就给消渴病下了一个比较完整、准确的定义。换言之，消渴病不仅有多饮、多尿的症状，而小便“甜”也是糖尿病具有鉴别诊断意义的特征。^[6]

总结之，隋唐时代对消渴的认识比较明确，发现了尿甜的症状及机理，治疗方面，提出了丰富的方药与药物应用，并且开始了对饮食控制及运动疗法的认识。

（二）五代辽宋

宋代乃文风甚盛的时代，对医学颇为重视，官方有药局设立、编撰方书，如王怀隐《太平圣惠方》、严用和《济生方》、陈言《三因极一病证方论》、杨士瀛《仁斋直指方》、赵佶《圣济总录》等都记载了不少消渴的论述及治疗方药。

从病因而言，五代辽宋医家们认同过食肥甘、过度饮酒、服用丹药、房劳过度等内因可导致消渴，如《太平圣惠方》云：“耽嗜酒肉荤辛，热面炙燔”、《圣济总录》云：“消瘵者，高粱之疾也，肥美之过积为脾瘵，瘵病既成，乃为消中”、《仁斋直指方论》曰：“酒面无节，酷嗜炙燔醴藏……甘肥腥膻之属”、《济生方》云：“盛壮之时不自保养……饮酒无度……快情纵欲……或服丹石”等均可导致消渴，这与前人的论述类似。此外，宋·陈言《三因极一病证方论》明确重申瘵毒可致渴的外因，曰：“有瘵毒气染寒热而渴者，得非外因。”对消渴病因的认识更为深广。

《太平圣惠方》“三瘵（通消）论”一卷，明确提出了“三瘵”一词，谓“夫三瘵者，一名瘵渴，二名瘵中，三名瘵肾……

一则饮水多而小便少也者，瘠渴也；二则吃食多而饮水少，小便少而赤黄者，瘠中也；三则饮水随饮便下，小便味甘而白浊，腰腿消瘦者，瘠肾也。”至此之后，多数医家也就根据消渴“三多”症状的偏重不同而分上、中、下三消。《太平惠方》中根据其证候表现、并发症和预后的不同，将消渴病分为“消渴”、“消中”、“肾消”、“消肾小便白浊”、“消渴烦躁”、“消渴口干舌燥”、“消渴饮水过度”、“消渴饮水腹胀”、“热渴”、“暴渴”、“渴利成痈疽”、“渴利后发疮”、“渴利后成水病”、“大渴后虚乏”等14种证候类型，列方论治。

辽宋医家们根据临床体验与古文献经文互勘，载录了消渴病方面丰富的理论及方药，也渐渐奠定了三消分治的治法，并提及消渴的兼证、变证等，^[7]除了药物的治疗外，宋代医家也注重辨证取穴治疗消渴，《圣济总录》的《卷192·食治门·治消渴灸法》以及《仁斋直指方论》都提及根据患者不同临床表现选用不同穴位治疗，如方论中云：“脾俞二穴、中脘一穴，治饮不止渴；三里二穴，治食不充饥；太溪二穴，治房劳肾消”。^[8]

（三）金元时代

金元医家对消渴病的探讨，更进一层。金元四大家对消渴病的认识和防治都有独特的见解。

刘完素（河间）以三焦概括消渴病理，《素问病机气宜保命集》云：“消渴之疾，三焦受病也，有上消、中消、肾消”，并且指出“上消者，上焦受病，又谓之膈消病也。多饮水而少食，大便如常或小便清利，知其燥在上焦也……中消者，胃也，渴而饮食多，小便黄。经曰：热能消谷，知热在中……肾消者，病在下焦……至病成而面色黄黑，形瘦而面焦，小便浊而又脂。”将“三消”的病位与上焦、中（焦）及下焦联系，为三消的治疗原则确立了基础。^[9]刘完素认为消渴病虽

分为上、中、下三消，但其病因皆由燥热亢甚所致，故其《三消论》分析并归纳《内经》中消渴的条文，主燥热之论云：“盖燥热太甚，而三焦肠胃之腠理怫郁结滞，致密壅塞，而水液不能渗泄浸润于外，荣养百骸。故肠胃之外燥热太甚，虽复多饮于中，终不能浸润于外，故渴不止”。此外，刘完素也论及消渴的并发症，如：消渴一证，“可变为雀目或内障”（《宣明论方·消渴总论》）、“夫消渴者，多变聋盲疮癰瘰癧之类，皆肠胃燥热怫郁，水液不能浸润于周身故也。或热甚而膀胱怫郁，不能渗泄，水液妄行而面上肿也。”（《三消论》）。纵观其论述，重点是无论消渴本症或其并发症，其病因多是燥热怫郁所致，故其治疗原则就是“补肾水阴寒之虚而泻心火阳热之实，除肠胃燥热之甚，济身中津液之衰，使通路散而不结，津液生而不枯，气血利而不涩，则病日已矣。”（《三消论》）。^[10]

张从正（子和）创立以“攻邪论”为中心的理论学说。其著作《儒门事亲》卷13，冠名为《三消论》，其中第一部分就是《刘河间先生三消论》，并加注说明：“因在前此书未传于世，恐为沉没，故刊而行之”。^[11]由此可见，张从正是传承了刘完素对消渴的认识，加以发展。张氏主张消渴当从火断，认为“夫一身之心火，甚于上为膈膜之消；甚于中，则为肠胃之消；甚于下，为膏液之消，甚于外为肌肉之消。上甚不已，则消及于肺；中甚不已，则消及于脾；下甚不已，则消及肝肾；外甚而不已，则消及筋骨”。所以，“火在上者，善渴；火在中者，消谷善饥；火在上中者，善渴多饮而数溲；火在中下者，不渴而溲白液；火偏上中下者，饮多而数溲，此其别也”（《儒门事亲》）。故消渴者，勿论上、中、下三消，其发病机理皆为“火”也。论及病因，仍是以前人的理论为基础，提出“消者必渴”，而“渴”的原因有三，乃“有甘之渴，有石之渴，有火燥之渴”。治疗法则以调下并用，护治结合，认为“消渴一证，调之而

不下，则小润小濡，固不能杀炎上之势；下之而不调，亦旋饮旋消，终不能沃膈膜之干；下之调之，而不减滋味，不戒嗜欲，不节喜怒，病已而复作。能从此三者，消渴亦不足忧矣”（《儒门事亲》）。“下”者，具有“去陈莖”的效用，“调”者，包括滋阴清热、养血生津等治法，“下之调之”配合饮食、情志、节欲等综合调护，以防“病已而复作”，对于消渴的防治起了积极指导意义。^[12]

朱丹溪(震亨)倡导“阳常有余，阴常不足”的理论，《格致余论》中曰：“人受天地之气以生，天之阳气为气，地之阴气为血，故气常有余，血常不足”。他认为消渴之证乃“三焦受病”，气实血虚，阴亏阳余是发病的基础，论消重于虚，故《丹溪心法》云：“真水不竭安有化消渴病”。所谓阴不足者，就是指津血不足，他认为人体的生长发育过程中，津血常处于不足的状态，若相火妄动，耗伤津血，则进一步加重“阴”不足，因而产生“炎火上熏，脏腑生热，燥炽盛，津液干，焦渴饮水浆而不能自禁”（《丹溪心法》）。而阳常有余者，主要是指气实、火甚。《丹溪手镜》中指出“渴，热也，在里也”，“盖火甚于上为膈膜之消，病则舌上赤裂，大渴引饮……；火甚于中则为肠胃之消，病善饮者，自瘦自汗，大便硬，小便数……；火甚于下则为肾消，病则烦躁，小便淋浊如膏油之状……。”因此，消渴病为本虚标实之证，治疗以“养肺、降火、生血”为法则。他也提出“去欲生静”为防治之道，首先建议时刻注意保全阴气，故治疗药物也多采用滋阴之品如天花粉、芦根汁、麦门冬、生地、藕汁等，倡导节制房事以保阴气。其次是防止相火妄动，告诫人们要饮食节制、戒色欲，保

持“阴平阳秘，精神乃治”。《格致余论》云：“味有出于天赋者，有人为者，天之所赋者若谷、菽、菜、果自然冲和之味，心之收，火之降也”。若沉醉于肥甘厚味，则可致相火妄动，引起疾病（包括消渴病）丛生。因此，他主张人们平时应多吃谷、菽、菜、果，可防治疾病。情志方面，则需“恬淡虚无”，保持心情畅达，《丹溪心法》中指出：“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉，故人身诸病，多生于郁”。而且，他也注重脾的保养，提出“治法总要，当以白术养脾，自生津液”。^[13]

李东垣(杲)主张补脾治消，“能食而渴，白虎加人参汤，不能食者，钱氏白术散倍葛根治之”。^[14]消渴的病因，不外是“数食甘美而多肥”，《东垣十书》中指出：“饮食失节，伤之重者必有渴”。而其病机就是津血不足以及血中伏火，故论治就是继承前人的经验基础，融合个人的临床经验而创制治渴7方：和血益气汤、当归润燥汤、生津甘露汤、辛润缓肌汤、甘草石膏汤、甘露汤、生津甘露饮子。（《兰室秘藏》）根据庄干竹论文中的分析和统计，这7方中，应用的药物的频率如下表：^[15]

李东垣以人参、炙甘草等补益元气的基础上，配合升麻、柴胡等升发脾阳与升散郁火，加上桃仁、红花、当归等养血活血润燥，佐以杏仁肃肺润肠，^[16]体现了补土大家以补脾治消的治则。而且《丹溪心法》正式地提出上消、中消、下消之名。^[17]

金元四大家是这个时期的代表人物，他们在消渴的病因病机、治疗方法和方药的创制等各方面都为后世另辟蹊径，提供了理论及临床的依据。

药	升麻	柴胡	防风	细辛	人参	炙甘草	当归	桃仁泥	杏仁	羌活	红花
所用次数	7	6	4	3	2	2	6	5	6	2	5

（四）明清时期

明清医家继承前人的学说，对于消渴病的认识续有发展。明·戴思恭《证治要诀》明确提出上、中、下三消的分类论治。王肯堂《证治准绳·消瘴》对三消的临床分类作了规范：“渴而多饮者为上消（经谓膈消），消谷善饥为中消（经谓消中），渴而便数有膏为下消（经谓肾消）。”

病因方面，仍是前人所论及的饮食不节、酒色劳伤，如明·徐春甫《古今医统大全》云：“消渴虽有数者之不同，其为病之肇端，则皆高粱肥甘之变，酒色劳伤之过，皆富贵人病之，而贫贱者鲜有也。”明·王肯堂《证治准绳》将此病归结为“饮食服饵之失宜”、“精神过违其度”。喻嘉言《医门法律》：“肥而且贵，醇酒厚味”是中消的病因。清钱一桂《医略》：“肥甘高粱之疾，同属于热，然非酒色劳伤，脾失传化之常，肾失封藏之职，何以至此”。明·徐彦纯《玉机微义》、明·龚信《古今医鉴》等也以“数食甘美而肥”、“饮食服饵失节”、“耗乱精神、过违其度”、“大病”、“久嗜咸物，姿食炙燔”、“年少服金石散”等为消渴的主要病因。^[18]

而病机则以阴虚燥热为主，如《古今医统大全》：“诸经皆燥热为渴唯三焦为甚”、“三消之疾为燥热太过”，《证治准绳》：“本湿寒之阴气极衰，燥热之阳气太盛故也”。清·叶天士《临证指南医案·三消》：“三消一证，虽有上、中、下之分，其实不越阴亏阳亢，津涸热淫而已”清·林佩琴《类证制裁》：“皆水火不交，燥热伤阴所致”。^[19]虽然如此，但其中也有从脏腑气血等各方面不同的探讨和发展，对于消渴病的治疗更为全面及细化。

从脏腑论治，首先就是对于肾虚致渴的关注，明·李梴《医学入门·消渴》提出了消渴“本在肾”，“标在肺”，“肾暖则气升而肺润，肾冷则气不升而肺焦”的观点。明代命

门和温补学说大家张景岳论消渴更为全面，除了从火、热等层面论述消渴，在《内经》的理论基础上，他提出消有“阴阳”的概念，强调肾虚致渴的观点，《景岳全书·三消干渴》云：“消有阴阳不可不察，如多渴者，曰消渴；善饥者，曰消谷；小便淋浊如膏者，曰肾消。凡此者多由于火，火盛则阴虚，是皆阳消之证也。至于阴消之义，则未有知之者。盖消者消烁也，以消耗也，凡阴阳血气之属，日见消失者，皆谓之消，故不可尽以火证为实。如《气厥论》曰：心移寒于肺，为肺消，饮一溲二，死不治。此正以元气之衰，而金寒水冷，故水不化气，而气悉化水，岂非阳虚之阴证乎？又如《邪气脏腑病形篇》言：五脏之脉细小者，皆为消瘴。岂以细小之脉，而为有余之阳证乎？此《内经》阴消之义，固已显然言之。故凡治消证，必当察其脉气病形，但见本元亏竭，及假火等证，必当速救根本，以资化源。若但知为火而专务清凉，未有不败者矣。”^[20]文中提出阴消概念，并对其病位及病机进一步说明：“夫命门为水火之腑，凡水亏证固能为消为渴，而火证亦能为消为渴，……是皆真阳不足，水亏于下之消证也”。即阴消病位在命门，“阳不化气，则水精不布，水不得火，则有降无升，所以直入膀胱而饮一溲二，以致泉源不滋，天壤枯竭也，是皆真阳不足，火亏下之消证也”。赵献可《医贯·消渴论》更直接地指出上消虽责之于肺，其实与肾有直接的关系，故云：“命门火衰，不能腐熟水谷。水谷之气，不能熏蒸上润乎肺，如釜底无薪，锅盖干燥，故渴……壮其少火灶底加薪，枯槁蒸濡，槁禾得雨，生意维新……”。而《临证指南医案·消渴按语》论及消渴乃因“津涸热淫而已”后，其下文接着云：“考古治法，惟仲景之肾气丸，助真火益化源，上升津液；……万世之准绳矣。”^[21]由此可见，明清医家对于肾虚致消渴的研究颇为注重。

此外，明清医家更进一步认识到脾虚失健

运,肝郁失疏泄均可导致消渴,因此,在治疗上就有了从肝及脾胃诊治消渴的发展。明·王肯堂《医镜》指出:“消中之症,善饥多食,宜治脾热,抑胃火”。明·赵献可《医贯》云:“脾土浇灌四旁,与胃行其津液者。脾胃既虚则不能敷布其津液,故渴。纵有能食者,亦是胃虚引谷自救”。清·喻嘉言更是认为脾胃是消渴起病的关键,《医门法律·消渴续论》指出消渴病“始于胃而极于肺肾”。清·李用粹《证治汇补·消渴》亦云:“脾胃衰,不能交媾水火,变化津液而渴者”,故篇中以补脾为大法治疗消渴云:“五脏之精华,悉运乎脾,脾旺则心肾相交,脾健而津液自化,故参苓白术散为收工之神药也。”

明清之前,对于肝郁与消渴的关系已有认识,《灵枢·本脏》有“肝脆则善病消瘵易伤”,金元时代刘完素《三消论》也提到“耗乱精神,过违其度”可致渴。清代,黄坤载(元御)、郑钦安等都论及肝郁致渴的观点。黄坤载《四圣心源·消渴》论曰“消渴者足厥阴之病也,厥阴风木与少阳相火为表里,……凡木之性专欲疏泄,……疏泄不遂则相火失其蛰藏。”其《素灵微蕴·消渴解》曰:“消渴之病,则独责肝木,而不责肺金。”等。郑钦安《医学真传·三消起于何因》曰“消症生于厥阴风木之气,盖以厥阴下水而上火,风火相煽,故生消渴诸症。”^[2]虽然,消渴之上、中、下三消乃责之于肺、胃、肾,医家也多从这三脏着手论治,然而,肝主疏泄,与肺气以及脾胃的升降息息相关,肝和则肺气协调,肝郁则易从火化而上炎灼肺。肝木调达,可疏泄中焦脾胃的塞郁,否则,或横逆犯脾,肝病传入脾胃。脏腑间的相互影响,肝脏的病理变化往往波及肺、胃。故清·沈金鳌《杂病源流犀烛·三消源流》曰:“消渴病上中下虽似不同,其病原总属厥阴,厥阴者风木之脏也……有郁于本脏者,则肝得邪而实,因而乘其所胜,阳明受之……”,明确点出消渴病肝郁的病理,横逆犯胃,以致胃

失和降,脾失健运,郁而化火,灼伤胃阴,则消谷善饥。又肝肾同源,肝火盛可下劫肾阴,使肾气不摄,约束无权而尿多。正如《四圣心源·消渴根源》曰:“肝木生于肾水而胎心火,火之热者,木之温气所化,木之温者,水之阳根所发,水主蛰藏,木主疏泄……木旺则盗泄母气于子家,故蛰藏失政,而善洩溺”。

此外,气血运行失常与消渴的关系,明清医家都有所阐述。明·王肯堂《证治准绳》云:“况消渴者,因饮食服饵之失宜,肠胃干涸,而气不得宣平,或精神过违其度而耗乱之,或因大病阴气损而血液衰,虚阳慄悍而燥热郁甚之所成也”,说明了气血亏虚与消渴的关系。《证治要诀》、《古今医鉴》、《世医得效方》等都曾提出三消得之于气实血虚。唐容川《血证论》也阐明瘀血与消渴的关系曰:“瘀血发渴者,以津液之生,其根出于肾水,水与血,交会转运,皆在胞中,胞中有瘀血,则气为血阻,不得上升,水津因不能随气上布,是以发渴”,又“瘀血在里则口渴,所以然者,血与气不相离,内有瘀血,故气不通,不能载水上升是以发渴……再者瘀血久积体内,化火灼伤津液致津亏液损,津液不足上润,则使人频渴多饮”。由此可见,气血运行不畅,瘀血日久,均可导致水津的输布,以及化火伤津而引发或加重消渴的症状。

明清医家,还认识到痰湿也可致渴,如清·费伯雄提出化痰利湿的治疗法则,《医醇意义·三消》云:“上消者,……当于大队清润中,佐以渗湿化痰之品,盖火盛则痰燥,其消烁之力,皆痰之为虐也,逢原饮主之;中消者,……痰入胃中与火相乘,为力更猛,食入即腐,易于消烁,……清阳明之热,润燥化痰,除饮养胃汤主之;下消者,肾病也,……急宜培养真阴,少参以清利,乌龙汤主之。”《临证指南》中也载有华岫云脾瘵之论,提示消渴之治,应注意芳香宣化,以除湿浊,云:“脾瘵证,经言因数食甘肥所致。盖甘性缓,肥性腻,使脾气遏郁,致有口甘内热中满,故云治之以兰,

除陈气也。陈气者，即甘肥酿成陈腐之气也。夫兰草即为佩兰，……其气香，其味辛，其性凉……用以醒脾气，涤甘肥也。”

明清医家继承了前代的成就，追源溯流，不断地实践及总结，著作繁多，对消渴病的认识以及治疗防护都有所提升。他们从多角度分类消渴，如王肯堂《证治准绳》将消渴分为上、中、下三消；徐昌甫《古今医统大全》有“消中热中强中除中之异”；张景岳提出消有阴消、阳消；秦景明《症因脉治》认为消渴可分为外感三消和内伤三消，清·陈飞霞《幼幼集成·消渴证治》有消渴、消肌、消浊等分类。由此可见，明清时代对于消渴病的认识是相当全面，从病位、临床表现、病因、病机等不同角度进行消渴的不同分类。

在治疗方面，明清医家重视辨证论治，如明·徐春甫《古今医统大全》认为“消渴本乎热，而热有内外虚实之分”，“若传经之热，热甚液耗而为渴者，气分守邪，当与寒凉淡渗之剂，速清其热，热去而阴生，阴生而渴止矣”。张景岳《景岳全书》更强调：“凡治消之法，当先辨虚实。”这里就提及八纲及卫气的辨治。同时也确立了辨证论治的体系，如王肯堂在《证治准绳》中，以三消分治的理论为根本，将消渴分为上、中、下三消，然后对每一类型的消渴病的病位、症状、治则、方药、随证加减等加以论述，形成了现在中医内科学教材中所遵循的体系。^[23]

总之，明清医家继承了前人的成就，继续实践和总结，遵经复古，进行了许多理论的溯源，经验的整理与实践，无论对消渴病的病因病机、治疗法则、调护等各方面都有所提升。

参考文献：

- [1] 庄千竹《古代消渴病学术史研究》[D],中国中医科学院, 2006(6): 35。
- [2] 同上: 41。
- [3] 同上: 37-39。
- [4] 同上。
- [5] 单书健、陈子华编着《古今名医临证金鉴·消渴卷·述要》[M], 北京, 中国中医药出版社, 2011: 1。
- [6] 赵昱、周丽波、董柳、刘素宾、全小林《黄帝内经》消渴相

关病名考辨》[J], 北京,《中国中医基础医学杂志》, 2007 (13/ 8): 573-575。

- [7] 单书健、陈子华编着《古今名医临证金鉴·消渴卷·述要》[M], 北京, 中国中医药出版社, 2011: 1。
- [8] 庄千竹《古代消渴病学术史研究》[D], 北京, 中国中医科学院, 2006 (6): 51。
- [9] 同上: 54。
- [10] 同上: 55。
- [11] 同上: 59。
- [12] 同上: 60。
- [13] 同上: 67-68。
- [14] 单书健、陈子华编着《古今名医临证金鉴·消渴卷·述要》[M], 北京, 中国中医药出版社, 2011: 2。
- [15] 庄千竹《古代消渴病学术史研究》[D], 北京, 中国中医科学院, 2006 (6): 63-65。
- [16] 同上。
- [17] 单书健、陈子华编着《古今名医临证金鉴·消渴卷·述要》[M], 北京, 中国中医药出版社, 2011: 2。
- [18] 庄千竹《古代消渴病学术史研究》[D], 北京, 中国中医科学院, 2006 (6): 72。
- [19] 同上。
- [20] 单书健、陈子华编着《古今名医临证金鉴·消渴卷·述要》[M], 北京, 中国中医药出版社, 2011: 3。
- [21] 同上: 2。
- [22] 同上: 3-4。
- [23] 庄千竹《古代消渴病学术史研究》[D], 北京, 中国中医科学院, 2006 (6): 86。



浅谈拔罐到走罐的临床应用

新加坡·陈图志

拔罐疗法俗称拔火罐，古称角法，是一种古老民间医术，也是卓越的物理疗法之一。

拔罐在治疗疾病方面操作简单，运用面大，技术成熟，远期疗效显著，采用药物量极少。随着医疗实践的发展，拔罐疗法也不断创新，也从民间转入医院；罐具也从兽角、竹筒发展为金属罐、陶瓷罐和玻璃罐。近些年更研制出抽气罐、挤压罐、电瓷罐等等。操作方法亦从单纯的留罐法发展为走罐、闪罐法，以及针罐、药罐、刺血罐、抽气罐和水罐。其适用范围从刺血拔脓发展为治疗风寒痹痛、虚劳、喘息等外感内伤的数百种疾病。

概述

中医学认为疾病是在致病因素的作用下，引起了机体阴阳的偏胜或偏衰，脏腑的气血功能紊乱所致，或加以外伤、血肿、瘀血，故拔罐目的以散血，吸出毒血，开达抑遏，使脏器功能恢复平衡和正常的手段。

拔罐治病的原理是漫长的历史演变，随着历代医家对治病原理认知的提高，及在各种疾病综合治疗的应用，治疗范围不断扩大。尤其是现代科学技术的提高和发展，对拔罐的治疗原理和发挥的作用提供了以下大和有效的科学依据：

1. 机械刺激

由于罐内形成负压，吸力强，负压吸拔力可使局部毛细血管充血，甚至破裂，红细胞破

坏，出现溶血现象。负压吸拔力愈大，这种现象愈明显，反之，吸拔力愈小，这种现象愈轻浅。负压吸拔力是属于负压机械刺激作用，其负压吸拔力的大小，就意味着刺激强度的大小。这种刺激是可以通过皮肤感受器，血管感受器，经过传入神经纤维传至大脑皮质，反射性地调节兴奋和抑制过程，使整个神经系统趋于平衡。

历来有许多临床实践已证明弱而缓的拔罐手法，可使神经受到抑制；强而急的拔罐手法可使神经兴奋。若将火罐吸拔在足三里穴时，则胃的蠕动呈现减缓状态；将火罐吸拔在胃俞穴、脾俞穴时则胃的蠕动出现亢进表现。所以吸拔力的大小、吸拔位置直接影响到治疗效果。通过调整吸拔力大小的机械刺激作用，是可以调节机体脏腑功能，使其趋于平衡。

2. 温热刺激

拔罐疗法对局部皮肤有温热刺激血管扩张作用，从而促进局部的血液循环，加速新陈代谢，改善局部组织的营养状况及网状细胞的吞噬力，局部的耐受性和机体抵抗力，促使疾病好转。

3. 负压刺激

拔罐疗法由于是有很强的负压吸附力量，故能使拔罐部位毛细血管破裂，局部瘀血，引起溶血现象，因而释放血清素（名为5-羟色胺）等。神经递质通过神经的体液机制，刺激整个机体的功能，传入神经传至大脑皮

质，再由大脑皮质发生反射作用，使机体提高抗病能力。

4. 激发吞噬细胞能力

一些研究表明，拔罐疗法吸拔刺激能激发吞噬细胞作用。历来已有多项研究表明经拔罐前后比较，拔罐后白细胞的吞噬细胞功能提高（反映白细胞对细菌的吞噬能力），说明了拔罐疗法可增强白细胞和网状内皮系统的吞噬功能，从而增加机体的抗病能力。

5. 调节神经系统

拔罐疗法对皮肤的良性刺激，可通过皮肤感受器和血管感受器传导到中枢神经系统，从而发生反射性兴奋，调节大脑皮质的兴奋与抑制作用，使之趋于平衡，因而加强了大脑皮质对身体各部分的调节和控制功能，使病灶部份组织代谢作用增强，机体恢复，疾病痊愈。

拔罐疗法也能调节人体微循环，促进人体血液与组织间的物质交换；调节毛细血管的舒缩功能，促进局部血液循环、新陈代谢和组织营养；也能使淋巴的吞噬细胞功能加强，以增强机体抗病能力。

6 消炎作用

拔火罐后引起神经体液调节，可反射性改善病变部位的血液循环和新陈代谢，迅速带走炎性渗出物及致痛因子，消除肿胀和疼痛，使其组织恢复和再生。所以在吸拔之后局部白细胞可以发挥更高的吞噬细菌和病毒能力，起到消炎作用。

皮脂腺的分泌。

另也可增强关节，肌腱的弹性和活动度，同时可促进周围血液循环，增加肌肉的肌力和耐力，防止肌肉萎缩；也可兴奋支配腹腔内器官的神经，增进胃肠的分泌功能；更能可加速静脉血管中血液回流，降低大循环的阻力，减轻心脏负担，调整肌肉与内脏血流量及贮存氧气的分布情况，走罐的缓慢轻的手法，对神经系统也具有镇静的作用。

走罐循经能改善各经络功能，尤其是结合药物的药罐法，在罐内负压和温热作用下，可促使局部毛孔、汗腺开放，毛细血管扩张，血液循环加快，所配合的用药因而也能更快地被直接吸收，有助于达到更好的治疗效果。对于皮肤病，药罐法的局部治疗作用会更明显。

临床上，背部排罐疗法（即走罐疗法）配合针灸、刺络，更是治疗中风病例为首选手段。这是根据中医阴阳五行学说、脏腑经络学说而创立的一种新走罐疗法，主要是罐内负压，使局部表皮层组织被充血使局部血管扩张，流血量增加，血液循环加速，导致改善皮肤血液供应增强皮肤深层细胞的活力，增强血管的渗透性以及白细胞的吞噬能力，使局部痛点温度升高，增加耐受力 and 抵抗力，还能提高人体免疫力。

临床治疗病案

病案一

方某（男），48岁。

主诉：接受微创疗法后四肢能活动稍无力，其他生活能自理。

刻诊：一般体检血象正常，属脑部有微创疗法后遗症——形成术后脑溢血，兼有轻中风，四肢能活动但稍无力，伴颈椎狭窄兼症。

治疗：先在背部走罐，从颈1至骶1，

走罐的治疗优势

在火罐共性的基础上，不同的拔罐法，也各有其特殊作用。例如水罐法是温经散寒为主；刺络拔罐以逐瘀化滞、解闭通结为主；针罐结合则因选用的针法不同，可产生多种效应。走罐法，则具有按摩、刮痧疗法相似的效应，能改善皮肤的呼吸和营养，有利于汗腺和

后出现瘀血。经以刺络大椎和双肩胛，触摸均有条状肌结，再加双上肢臂臑穴、手三里穴、曲池穴，针刺双委中穴、脊中穴求以少量出血。

一周三次复诊，后改为针刺头皮针。治疗后患者四肢无肌肉萎缩，能行动自如，入夜能眠，饮食正常。之后改为每周1次体针和头皮针配合。数次治疗后，见四肢活动较自如，行走能力渐增。

病案二

秦某（男）62岁。

主诉：西医诊断右后脑为3.5mm良性肿瘤，术后造成患者右眼及口角侧歪。右眼不关，多泪，口流唾液，左耳重听，体检血象一般，已7月余，西医建议第二次手术，患者不愿意，经亲人介绍而至。

刻诊：患者精神状态良好，唯语言有少许障碍。右面部的阳白穴、四白穴，头面部少阳胆经麻木。

治疗：从颈1至骶1，按督脉两侧的足太阳膀胱经，包括华佗夹脊穴进行走罐疗法。第二日复诊，在大椎穴、肩胛（双）刺络。头面以上取星穴、双太阳穴、印堂穴和百会穴刺络，治疗后患者感觉面部较松弛。

第三日复诊，家属表示患者目能闭，口无流唾液。第四日复诊，右面四白穴及头觉麻木，故以火针针刺头部10次，面部四白穴10次。第五日复诊患者头部右侧触摸已有感觉。第六日复诊，右侧四白穴重按有少许疼痛感觉，但眼睛已能张合。第七日复诊，用火针针刺头部右侧10次，面部右侧10次，病患已有轻微疼痛感觉。

案例分析：右后脑手术后引发枕神经萎缩，牵引右侧枕小神经，并发目后视神经萎缩。以足太阳膀胱经为主的肺俞、心俞为走罐治疗，目的治疗心血管疾病、精神疾病；配合刺络则以改善失眠、面麻、语言障碍为目的。

病案三

高某（男），78岁，个体肥胖。

主诉：年轻时为苦力工人，扛重活，刻下颈椎难转侧，项背特别疼痛，难眠，一直服用西药以止痛，西医手术从颈1至颈2后装钉，术后三个月来求助。

刻诊：双上肢及下肢均无力活动，能言语但张口有障碍，二便自调，舌质红，苔腻，口干，脉数。有高血压及高胆固醇，无糖尿病。

治疗：患者坐病床上，走罐于手术正中线，而后刺络出血，患者自诉颈项、双肩不适症状改善，口开自如不紧，神怡。随后在手术切口旁开0.5寸，以1寸针针刺两侧，留针30分钟。

第二日复诊，诉说已能入眠。再走罐至双下肢，用4寸针针刺环中穴、委中穴、跗阳穴。

由于颈1至颈7手术后遗症影响四肢不灵活，所以施以侧针，一日左一日右地重复针刺，并坚持走罐为主要治疗。在第28次复诊时，病患已能手扶椅子行走。

小结

走罐在临床上针对颈或腰膝疼痛后遗症，尤其对手术后遗症均有特别效果，但须要注意的拔罐在临床治疗的禁忌证，对有皮肤溃烂或严重之过敏、肿瘤、白血病、糖尿病者，得小心处理。

“清肺排毒汤” 的药性分析

新加坡·陈建生

冠状病毒 Covid-19 在2020年席卷全球，全球已有两百多个国家受影响。该病毒是属于中医“疫”病范畴，病因为感受“疫戾”之气。为一种急性呼吸道传染疾病，病毒首先侵袭咽喉，出现一些症状，如咽痛，口干，咳嗽，发烧，嗅觉或味觉障碍，及乏力等。若病毒再下传至肺部，则出现一些肺部病变，如咽痛，口干，咳嗽，发烧，苔腻，气喘，右寸滑等症状。若病毒扩散至其他脏腑，则造成器官功能衰竭。

在2020年3月3日，中国国家中医药管理局发布了“关于印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案”（试）行第七版的通知，将临床证状检查上分为四型：即轻型、普通型、重型及危重型。在疫情高发期，方舱医院人满为患，无法根据中医之辨证论治，个体化处理，故在中医治疗

临床确诊病例上，推荐大锅药“清肺排毒汤”来治疗各阶段的病患。“清肺排毒汤”共由21味中药组成，各个药性兹说明如下：见附表。

因冠状病毒初发是在年底冬季，约11月至12月间，气候寒冷，故多用辛，温之药物。

药物也以治疗肺，胃，脾为主，同时也兼顾心，肾，膀胱等脏腑，加强全身各脏腑抗病毒的功能。由于用药正确，疗效显著。

参考资料：

- [1] 中草药学，商务印书馆，
- [2] 新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试）行第七版。

若以药性分类：

药性	辛	温	平	苦	甘	寒
药数目	10	10	5	8	8	5

若以药物归经来分类：

入经	肺	胃	脾	肾	心	肝	胆	膀胱	大肠	小肠	三焦
药数	15	8	9	4	6	3	2	4	2	1	1

附表:

序	药物类别	药名	克重	性味	入经	功效	临床应用
1	发散风寒	麻黄	9	辛， 微苦	肺， 膀胱经	发汗解表， 宣肺平喘， 利水	治外邪侵袭，肺气不畅 之喉痒咳嗽，咳痰不 爽，胸闷，气喘。
2	发散风寒	桂枝	9	辛， 甘，温	心，肺， 膀胱经	发汗解表， 温通经脉， 通阳化气。	治风寒表症，及水湿停 滞之痰饮咳嗽。
3	发散风寒	细辛	6	辛， 温	心，肺， 肝，肾经	发散风寒， 祛风止痛， 温肺化饮。	治外感风寒，阴寒里 盛。肺寒咳嗽，痰多质 稀色白。
4	发散风寒	生姜	9	辛， 微温	肺，脾， 胃经	发汗解表， 温中止呕， 解毒。	治感冒风寒轻症，恶寒 等，增强麻黄，桂枝发 汗力量。
5	发散风热	柴胡	16	苦， 平	心包络， 肝，三 焦，胆经	解表， 退热， 疏肝解郁， 升举阳气。	用于感冒，发热，邪在 少阳之寒热往来，可引 邪外出。
6	清热泻火	生石膏	15 - 30	辛， 甘， 大寒	肺，胃经	清热泻火， 收敛生肌。	邪热袭肺，肺热咳嗽， 身发高热，气急鼻煽， 口渴欲饮，气喘。
7	清热解毒	射干	9	苦， 寒	肺，肝经	清热毒， 利咽喉， 消痰涎。	用于痰涎壅塞，咳嗽气 喘，射干能清肺热而消 痰涎。
8	清热燥湿	黄芩	6	苦， 寒	心，肺， 胆， 大肠， 小肠经	清热燥湿， 泻火解毒， 安胎。	黄芩清热燥湿作用颇 强，对湿温发热，胸 闷，口渴不欲饮等。
9	芳香化湿	藿香	6	辛， 微温	脾，胃， 肺经	化湿和中， 解暑， 发表。	藿香能化湿，发表，适 用于外感风寒湿阻中 焦，胸皖满闷。
10	利水渗湿	茯苓	15	甘， 平	心，肺， 脾，胃， 肾经	利水渗湿， 健脾和中， 宁心安神。	茯苓能利水渗湿，凡小 便不利，水湿停滞，不 论偏寒湿，或偏湿热， 或脾虚湿聚，便溏泄 泻，或痰饮停滞，咳逆 胸闷等。
11	利水渗湿	猪苓	9	甘， 平	肾， 膀胱经	利水渗湿	猪苓利尿作用显著，用 于小便不利，水肿，泄 泻，淋浊带下等。
12	利水渗湿	泽泻	9	甘， 寒	肾， 膀胱经	利水， 渗湿， 泄热。	泽泻善于利水渗湿而泄 热，用于治小便不利， 水肿泄泻，淋浊带下， 痰饮停留等。

13	理气药	陈皮	6	苦，辛，温	肺，脾经	健脾行气，燥湿化痰。	治脾失健运，胸腹胀闷及咳嗽多痰等。
14	理气药	枳实	6	苦，微寒	脾，胃经	破气消积，泻痰除痞。	痰湿内阻或寒凝气滞，致胸腹间痞满不舒，积实长于破气泻痰，以通痞塞，亦治湿阻气滞，脾胃不能运化水湿痰饮而腹胀满闷塞。
15	温化寒痰	姜半夏	9	辛，温	脾，胃经，有毒	降逆止呕，燥湿化痰，消痞散结。	姜半夏主要功能为化痰止呕，用于咳嗽气逆，痰湿壅滞。
16	止咳平喘	杏仁	9	甘，苦，温	肺，大肠经，有小毒。	止咳定喘，润肠通便。	杏仁功能降气止咳，主要用于咳嗽气逆，喘促等，杏仁品质润多油，有润肠通便之功。
17	止咳平喘	款冬花	9	辛，温	肺经	化痰止咳	用于咳嗽气喘，肺虚久咳等，款冬花有较好的化痰止咳作用。
18	止咳平喘	紫苑	9	辛，苦，温	肺经	化痰止咳	对咳嗽气逆，咯痰不爽，肺虚久咳，痰中带血等。紫苑辛散苦泄，祛痰作用较强。
19	补气药	白术	9	苦，甘，温	脾，胃经	补脾燥湿，利水，止汗。	为培补脾胃的药，补气作用较弱，但苦温燥湿，能补脾阳，如脾阳不振，运化失职，必里湿不化，水湿停留，而生痰饮，痞满，泄泻等。
20	补气药	山药	12	甘，平	肺，脾经	补脾胃，益肺肾	山药补而不滞，不热不燥，补脾气而益胃阴。对肺虚久咳，山药益肺气，养肺阴，可用于肺阴虚咳嗽之症。
21	补气药	炙甘草	6	甘，平	心，肺，脾，胃经	补脾和胃，益气复脉，镇咳，祛痰，平喘，缓和药性，缓急定痛。	能补脾胃不足而益中气。对咳嗽气喘等，炙甘草甘缓润肺，能祛痰止咳，止喘息等。炙甘草性质平和，不论肺寒咳嗽或肺热咳嗽，均可配合。

浅谈电针

新加坡·蔡慧馨

电疗的起源

远在公元数千年前，古埃及、希腊及罗马人便懂得利用电鱼所发出的电击来治疗疼痛。自此，人们开始专注于研究电击仪器来取代电鱼，并成功的在18、19世纪时将其研发。而19世纪更是电疗的鼎盛时期；医者除了将电疗用于镇痛，还被推广延用至牙齿，神经，精神病和妇科疾病的治疗当中。然而，到了20世纪初，电疗因止痛药的问世与普及而逐渐被遗忘，也因缺乏科学依据而遭到世人的诟病，一度淡出了医学舞台。直至20世纪末，通过大量的动物实验及临床研究总结出了电疗的神经生理机制后，电疗才重新回到了人们的视野之中^[1]。

电针的历史与发展

中国最早有关于电针的记载是《针灸杂志》1934年第1期。唐世丞首创先河，将近代科学与传统针灸结合，大胆创新，提出将电子管产生的脉冲电针用于临床^[2]。此后，他更是立志于从事与电针相关的科研，先后发表了《电针手术及学理》、《电针学之研究》等数篇有关电针学的论著，为电针的后续发展奠定了牢固基础^[3]。1953年，在朱玉龙成功的研制出电针治疗机后，电针便被广泛地应用于许多临床治疗当中。迄止至今，电针已是现代针灸治疗中最为广泛使用的医疗器材之一^[2]。

电针法

电针法是指在针刺穴位得气后，将针通上微量电流，利用针和电同时刺激穴位，以防治疾病的一种方法。

电针仪的种类繁多，临床上多使用脉冲式的半导体电针仪。半导体电针仪交、直流电两用，不受电源限制，可输出接近人体生物电的低频脉冲电流，既安全又稳定^[4]。

电针的原理

电针的原理可分为针刺与脉冲电流两部分阐述：

I. 针刺的机理

每个穴位都有各自不同的穴位电压数值。当某个穴位的电压数值不处于自身最佳数值范围时，它局部的肌肉组织或与该穴位相关的器官就会出现功能障碍。同样，身体器官功能失常时亦会通过电压数值的改变反映在与之相连的穴位上^[5]。

当针刺入穴位后，针体的机械运动所产生的动压会对针体周围穴位肌肉组织产生电荷，并迭加在穴位原有的电荷上，从而对穴位起到调节作用。而穴位周围还有丰富的肌肉组织、血管、淋巴管、神经等。针刺穴位后，针刺的信号亦通过肌肉组织的机械运动传送至血管、淋巴管和神经末梢，再经神经系统传递至大

脑及大脑皮层，激发大脑作出相应的调整及修复措施^[6]。

II. 脉冲电流的机理

脉冲电流作用于人体时，人体组织内的离子会发生定向运动，使离子浓度和分布产生改变，促进周围血液循环，调节神经肌肉组织的紧张度，使肌体恢复平衡状态^[7]。

电针的刺激参数

电针的参数包括波型、频率、强度、时间等。经研究发现，不同的刺激参数对机体某些功能有着不同的效应。

波型

I. 疏密波

是疏波、密波自动交替的一种波型。疏、密波持续交替出现，各约1.5秒，能够避免机体产生适应。由于动作力较大，治疗时兴奋效应较显著。疏密波能引起肌肉有节奏的舒缩，促进血液循环，增强代谢，改善组织营养，消除炎性水肿，故常用于软组织损伤、肌肉劳损、神经肌肉麻痹、关节周围炎、气血循环障碍等疾病^[4]。

II. 断续波

是有节律地时短、时续，交替输出的一种波型。断时1.5秒内无脉冲电输出；续时密波连续输出1.5秒。续断波型亦不易让机体产生适应。其动力更甚于疏密波，能提高肌肉组织的兴奋性，对横纹肌有良好的刺激、收缩作用，故常用于肌肉萎缩性疾病如痿证、瘫痪等^[4]。

III. 连续波

是单个脉冲采用不同方式组合而形成。频率有每分钟几十次至每秒几百次不等，可用频率旋钮任意选择疏密波型。频率快的称为密波，频率慢的称为疏波。密波可抑制感觉神

经与运动神经，常用于止痛、镇静、缓解肌肉和血管痉挛等；疏波可引起肌肉收缩，提高肌肉和韧带张力，调节血管舒张功能，改善气血循环和促进神经肌肉功能的恢复，故常用于治疗痿证，各种肌肉关节、韧带、肌腱损伤和慢性疼痛^[4]。

频率

不同频率的刺激可达到不同的镇痛效果。经研究发现，不同频率(2Hz-100Hz)的电针刺激可引起不同中枢神经递质的释放：低频率刺激释放脑啡肽、内吗啡肽，高频率刺激释放强啡肽。而2Hz / 100Hz交替(各3秒)的疏密波能够引起强啡肽和内吗啡肽的释放，达到最佳镇痛效果^[8]。

强度

电针的强度因个人阈值而异，主要分为感觉阈、痛阈和耐受阈。

“感觉阈”是指当患者有麻、刺感的电流值数；“痛阈”是指达到“感觉阈”后，继续增加电流直至引起刺痛感的电流值数；而“耐痛阈”则是指当患者感觉痛不可耐的电流值数。在一般情况下，感觉阈与痛阈之间的电流强度为治疗最适宜的刺激强度，但这个范围较小，又以患者主观意识为主，故较难准控制^[5]。

时间

时间可分为电针的操作时间及使用电针治疗的频率。

I. 电针的操作时间

一般电针操作时间为5-20分钟。经研究显示，电针镇痛以30分钟为宜^[9]。

II. 使用电针治疗的频率

慢性炎症痛的急性期以每周2次最佳，稳定期以每周1次最佳，治疗过频不但效果不明显，有时炎症局部肿胀反而加重^[10]。

电针的操作

电针治疗仪在使用前先把强度调节旋钮调至零位。针刺入穴位得气后，以负极接主穴，正极接配穴，或不分正负极，将两根导线任意接在两根针柄上。连接后，打开电源开关，选择适宜的波形，再慢慢逐渐调高至所需输出的电流强度^[4]。

选穴

电针选穴与针刺法相同，可参照针刺法的主穴，配穴。此外，选穴还可用神经干通过和肌肉神经运动点取穴。例如：

I. 头面部

听会、翳风（面神经）；下关、阳白、四白、夹承浆（三叉神经）。

II. 上肢部

颈夹脊6~7、天鼎（臂丛神经）；青灵、小海（尺神经）；手五里、曲池（桡神经）；曲泽、郄门、内关（正中神经）。

III. 下肢部

环跳、殷门（坐骨神经）；委中（胫神经）；阳陵泉（腓总神经）；冲门（股神经）。

IV. 腰骶部

气海俞（腰神经）；八髎（骶神经）。

若为神经功能损伤，可按照神经分布特点取穴。如面神经麻痹，可取听会、翳风为主，皱眉障碍配阳白、鱼腰；鼻唇沟变浅配人中；口角歪斜配地仓、颊车；坐骨神经痛取环跳、大肠俞外，配殷门、委中、阳陵泉等穴^[1]。

电针的临床应用

电针的适应范围和毫针刺法基本相同，可

广泛应用于内、外、妇、儿、五官、骨伤等各种疾病。而电针的镇痛效果尤为突出，故临床上常用于治疗各种痛症，痹症，肌肉、韧带、关节损伤性疾病等。

电针的注意事项

I. 体质虚弱，精神紧张者，电针电流不宜过大，以免发生晕针。

II. 调节电流时应缓慢，逐渐将电流强度增加，不可突然增强，以防肌肉强烈收缩，造成弯针、断针。

III. 心脏病患者，应避免电流回路通过心脏，尤其是安装心脏起搏器者，应禁止使用电针。

IV. 在接近延髓、脊髓部位使用电针时，电流强度应小，切勿通电太强。

V. 电针仪在使用前须检查性能是否完好，若出现电流输出时大时小，时断时续等，应检查修理后再使用。

电针的优点

首先，电针具有良好的镇痛效果，加强了针刺对于舒缓疼痛的临床疗效。

其次，电针的操作既简单又安全，可以长时间的以电流刺激穴位，替代长时间的运针，从而节省人力，提高工作效率。

再来，医生也可根据患者的不同病症，准确地调节适当、适量的电刺激。据赵教授总结自己的临床经验发现，针刺后通以脉冲电刺激，疗效远远优于普通针刺。外界的电刺激可以增加对神经的刺激，促使人体调整机体功能恢复平衡状态^[2]。

电针的不足

正所谓“久居兰麝之室而不觉其香”，电针的一大弊端便是人体产生适应性。笔者

通过临床上的观察发现,许多患者常在电针的10-15分钟内,反映电流的刺激逐渐减少,甚至感觉不到电流。此类现象得到了研究的验证—根据曹杨的研究显示,在刺激强度、频率和波型不变情况下,感受器的传入反应将很快适应而减少并逐渐停止。随着电针强度的加大,神经元的反应逐渐加大,在到达一个平台后有所下降。当电针强度控制在3.5mA时,在电针的前7分钟内,神经元的反应上升后达到一个平台,然后逐渐下降,并于17分钟后下降至第二个平台,表明电针出现了适应^[13]。

其次,笔者亦发现电针的正极与负极所输出的电压并非完全对等。有许多患者反映负极的刺激相对正极而言较强烈,或者根本无法感受到正极的刺激,因此造成患者的电针刺激感觉不对称。

再来,电针在临床应用时,一对电极需要选择两个穴位。这两个穴位之间所形成的电场对两个穴位及之间的穴位和经络都产生刺激作用,而不仅仅是单纯的作用在接上电极的穴位上。这无形中将扩大电针的治疗范围。然而这种治疗范围的扩大是否有利于治疗则有待研究^[14]。

另外,电流与经气的运行都是具有方向的,但目前的电针疗法却未能提供与这种方向性有关的电极的参考接法。在不清楚电流和经气循行方向之间的关系是否存在任何矛盾下,我们也很难判断这是否会影响到治疗效果,及若真有影响,那其可能影响疗效的程度又会有多大^[14]。

电疗仪技术的展望与未来

对此,近年来电疗仪技术的发展都着重于克服目前电疗仪的不足。

首先,对于人体产生适应性这一方面,笔者认为最直接、简单的方法为每当患者反映电针感减轻或消失时,医者可将电疗仪关掉再重新调整电流。

而曹杨等则是在探讨以针刺手法电疗仪取代普通脉冲电疗仪。“针刺手法针疗仪”将12种常用针刺手法刺激穴位而产生的群组编码生物信息作为电脉冲信号源,经过放大输出至针疗仪的电极。因为是生物体自身的神经传入信息编码脉冲而非普通电疗仪单纯不变的脉冲刺激,所以组织感受器不易发生适应。不仅如此,针刺手法针疗仪还能按照生物信息反馈疗法原理使仪器针对不同病人个体,准确表达和量化针灸针刺手法作用方式与强度,提高中医针灸疗效。针刺手法针疗仪不但适用于临床,在针灸科研中也解决了针刺手法无法量化的问题,还为针灸教学的模拟针刺手法提供了刺激信号的验证方法,实属一举三得^[13]。

其次,刘堂义等则探讨以单穴电针来克服上述所提及的其他两极电针的短处。他们提出“双极针灸针”的概念,即在一枚传统的针灸针上实现两个电极,达到对单个穴位的电刺激。通过单穴电针治疗,我们可以实现对穴位处方中的每个穴位进行单独的电刺激,在单个穴位内部形成电流刺激的环路。这样,因两极电针所导致的扩大的电流环路及电流与经气循行方向之间的关系矛盾都能迎刃而解^[14]。

结语

电针疗法历史悠久,其疗效也是大家有目共睹的。此外,它还具有操作简单,节省人力,使用安全等诸多优点,非常适合医者于临床上广泛使用。但人无完人,电针还是有许多值得探讨的问题存在。希望随着科技的进步,电针技术能有更好的发展与创新,改善目前的不足与局限。

参考资料:

- [1] August Heidland, et al. (2013). "Neuromuscular electrostimulation techniques: historical aspects and current possibilities in treatment of pain and muscle wasting." *Clinical Nephrology* 79(Supplement 1): 12-23.

- [2] 刘堂义, 杨华元, 蒯乐, 高明, 徐刚. "单穴电针仪的研制及其意义." 辽宁中医杂志 第 37卷, 第 2期 (2010): 241-43.
- [3] "近代针灸学的发展-中国针灸学会". 2020. Caam.Cn. Accessed May 17 2020. <http://www.caam.cn/article/855>.
- [4] 石学敏. 针灸学, 新世纪第二版北京: 中国中医药出版社, 2002.
- [5] 黄耀佳. "电针镇痛." 针灸治疗痛症国际学术研讨会, 中国香港, 2009.
- [6] 向谊, 翁恩聪. "从生物电压效应探讨经穴实质." 中国针灸, 1996; 16(5): 47-9
- [7] 张兆发, 庄鼎. 电针基础与临床. 北京: 中国科技出版社, 1995, 7-51
- [8] 韩济生. "影响针刺镇痛效果的若干因素". 针灸研究, 1994; 19 (3,4): 1-4
- [9] 叶建红, 刘永莉, 孔庆玺. 电针不同时段对大鼠中枢CGMP含量的影响. 广西医学, 2002; 24 (1): 19-20
- [10] 刘香红, 蒋玉辉, 熊亮, 罗非, 韩济生. 经皮神经电刺激治疗慢性炎症痛的适宜参数探讨之一: 不同频度的疗效比较. 中国针灸, 2000; 20 (1): 41-6
- [11] "电针操作". 2020. Class.Ibucm.Com. Accessed May 17 2020. http://class.ibucm.com/cfjfx/5/a5_72.htm.
- [12] 刘双岭, 王伟华, 高维滨. "高维滨教授针灸学术思想简介." 上海针灸杂志 第35 卷, 第8 期 (2016): 906—08.
- [13] 曹炆, 徐爱民, 邢鲁栋, 李盛. "针刺手法电针仪的创新原理及其特点." 中国针灸学会针灸器材专业委员会成立20周年暨2009'国际针灸器材学术研讨会, 中国上海, 2009
- [14] 刘堂义, 杨华元, 高明, 徐刚, 唐文超. "基于传统针刺特征的单穴电针治疗技术的实现." 针刺研究 第 35 卷, 第 5 期 (2010): 384-87.

《道德经》与《黄帝内经》 在养生智慧上的互参研究

新加坡·李明姝

《道德经》是春秋时期由老子所著的一部记载生命规律、宇宙规律的经典，其核心是柔弱和谐，提倡合道而行、修养玄德。《道德经》四通八达，是融通天下各个领域的根文化，乃“内圣外王”之学，文意深奥，包涵广博，被誉为“万经之王”。

《黄帝内经》（简称《内经》）是中医发展史上最早的、影响最大的一部医学经典，它集中反映了中国古代的医学成就，创立了中医学的理论体系，奠定了中医学的发展基础，是“医家之宗”。其成书晚于《道德经》，在学术思想上受到了道家的影响。

道医，就是以老子《道德经》的“道”为基本理论与核心内容，形神兼治的医学。其根本特征是援道入医与援医入道，昭示了医道同源，医道一体与医道互补的道家医学传统。历史上的道医名家很多，如汉代张道陵、晋代葛洪、唐代孙思邈等。

一向来，《内经》的研究者多是从医学入手；《道德经》的研究者多是从哲学入手。今天，笔者从“道医”的角度入手，来研究《道德经》与《内经》的相关理论和思想。希望以二者智慧的碰撞，给我们医者及大众带来些许的智慧启迪。

“道”和“人”的关系

（一）、“道”是万事万物发生发展的总

本源和总力量

老子在第二十五章《道法自然》中说：“有物混成，先天地生。寂兮寥兮，独立而不改，周行而不殆，可以为天地母。吾不知其名，字之曰道。”说明了“道”是浑然一体的物质混沌状态，是圆满和谐的整体，是创生万物的本源，是独立唯一、其外无物的，在天地诞生之前，就已经出现了。老子勉强给它起了一个名字，叫做“道”。

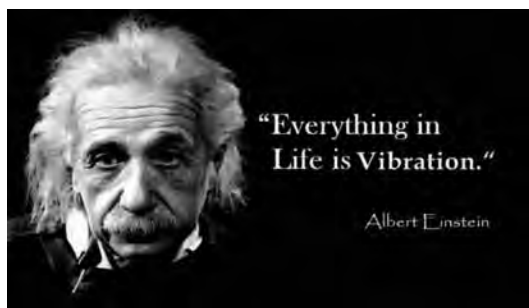
大道的能量无限，但它始终保持在寂然无声、盛大肃穆、空旷无极的宁静之中。它“视之不足见”、“听之不足闻”、“博之不得”但“用之不足既”，没有形象、没有声音、没有实质可以把握，但能量却用也用不完。它超越生死，恒久不变，“迎之不见其首，随之不见其后”。说它“有”，是因为它遍布宇宙每一个角落；说它“无”，是因为没有办法实实在在地抓到它。说它绝对运动，是因为它的存在就是不停地运动；说它绝对静止，是因为它从开天辟地以来，就一直保持着这样的状态，而且直到宇宙崩坏都不会改变。这种高度矛盾又统一的存在方式，就叫“混成”。

（二）、一切事物，包括人，都是从道中产生的

《道德经》在第四十二章《道生万物》中说：“道生一、一生二、二生三、三生万物”，在第十六章《虚静归根》中指出：“夫物芸芸，各复归其根。”在第二十五

章中指出：“大曰逝，逝曰远，远曰返”。道从“无”出发，无中生有，然后物极必返，有形归于无形，有象归于无象。然后，继续无中生有，生生不息。道中恒久“不变”的是“变化”——不变的是本体，变化的是外形；不变的是“无”，变化的是“有”；不变的是道，变化的是天地万物。

量子力学早已证明，万物皆是振动的能量。从上面对“道”的阐述中，我们是否感到，“道”就是“振动的能量”呢？或者说，“道”是最基本的创造宇宙的“能量聚合体”呢？



爱因斯坦说过，“万物皆振动。”

图片来源：
<https://steemit.com/steemiteducation/@ellaironheart/everything-in-life-is-vibration-do-you-know-that-we-all-have-a-vibration-and-frequency>

万物来自于大道，只是表现形式不同，大道运行在每一种宇宙存在中。大道能量和万事万物的关系，就象电能和电器的关系一样。电能是无形无象，无声无味，其大无外，其小无内的存在，我们看不见，也摸不着。但它可以让MP3发声，让电视机显示图像，可以转化为“热能”让电饭煲煮饭，还可以变为“光能”照亮一方，等等等等。每一个电器的存在，无一不是为了让电流通过它，从而显示出自己的功能和价值。同样，每一个人的存在，无一不是为了让大道能量充满，而显示出自己本有的功能和作用，实现生命的价值。

在由刘力红老师整理的《开启中医之

门》一书里，我们知道，古人为了了解和测定天道的运行情况，立有圭表，观察太阳在圭表下的投影，就可以知道天道的运行和有无的相生变化。因为晷影是黑色的，所以叫做“玄”，玄就是黑色的意思。虽然“道”看不见，但是“玄”是可以观测的，所以老子说：“无，名天地之始；有，名万物之母……此两者，同出而异名，同谓之玄。玄之又玄，众妙之门。”妙是生化化，万物的生长衰老的变化就叫“妙”。春生夏长，秋收冬藏，都是观察“玄”得到的经验总结，“玄”的变化是万物生长变化之门，所以是“众妙之门”。

《道德经》对“道”的认识，得到了《黄帝内经》的赞同和继承。为了方便阐述，《内经》中有时也用“天”、“天地”、“玄”、“变化”、“阴阳”等表达“道”的内涵。

如：《素问·天元纪大论》中说：“天有五行，御五位，以生寒暑燥湿风”“夫变化之用也，在天为玄，在人为道，在地为化，化生五味，道生智，玄生神。神在天为风，在地为木；在天为热，在地为火；在天为湿，在地为土；在天为燥，在地为金；在天为寒，在地为水；故在天为气，在地成形，形气相感而化生万物矣。”我认为，这段文字中“互文见义”的地方很多，可以简明地理解为“道可以体现在自然规律和人的生命规律中，在地可以化生各种各样的味道，人可以运用智慧，道可以表现为自然莫测之变化。道的变化既体现在自然气候上，也体现在具体的物质形态上，自然与基本物质有互相感应的关系，从而慢慢地生成了万物。”

另外，《内经》又在《素问·宝命全形论》中说：“夫人生于地，悬命于天，天地合气，命之曰人。”

可见，两部经典都认为“道”不仅生成万物，带来了生命；也生成人体，产生了天地间最高等的智慧。

（三）人能于天地同功，与造化同能

在《道德经》第二十五章中，老子说：“故道大、天大、地大、人亦大。域中有四大，而人居其一焉。”在老子看来，在广大宇宙中，存在着拥有巨大能量的四大要素，老子给他们作出的排列是：道大——天大——地大——人大，从而建立了以“道”为首的天、地、人一脉相承的宇宙世界大格局。

同样的，《黄帝内经》在《素问·宝命全形论》中也说：“天覆地载，万物悉备，莫贵于人。”也认为人是天地间最尊贵的生命，从而确立了中医“天地人三才”的医学模式。

虽然人的生活离不开天地，但人所具有的灵性智慧也非常了不起。试想如果离开了人，哪里还有人类社会的文明呢？哪有人类对自然宇宙的认知、和对生活环境的改造呢？所以说“人亦大”、万物“莫贵于人”。

在养生智慧上的共同认识

《道德经》可以视为全篇论述人类如何“天长地久”“深根固柢、长生久视”的智慧法宝；《内经》则具体提出了“宝命全形”，其中“宝命”是珍惜生命的意思；“全形”即保全形体，“宝命全形”即保养生命，就是“养生”。二者在养生智慧方面有哪些共同点呢？

（一）遵循大道规律者长生，违背者短命

人既是从道中而生，以天地为父母，当然其思维、生活必须遵循天地大道的规律。《道德经》在第五十一章《道尊德贵》中指出“是以万物莫不尊道而贵德。”在第十六章《虚静归根》中又说：“知常曰明”“道乃久，没身不殆。”就是说，合道之人明白通达，不妄为，因此才会长久，才会终身没有危险。“常”就是指大道规律。反之，“不知常，妄作凶”“不道早已”（第五十五章），就是说：不认识常道，妄加作为就

要遭来凶祸，不守道就会过早地消亡。

《道德经》在第四十二章《道生万物》中也提及阴阳，指出：“万物负阴而抱阳，冲气以为和。”就是说万物皆包含阴阳两种力量，二者达到平衡而且合一的话，就会成为一股和谐的成长力量。

《内经》也非常重视人对道的规律的遵循，《素问·上古天真论》和《四气调神大论》中有很多论述，例如：“道者，圣人行之，愚者佩（通违背的‘背’）之。从阴阳则生，逆之则死；从之则治，逆之则乱。”这是总纲。

“上古之人，其知‘道’者，法于阴阳”“淳德全道，和于阴阳，调于四时”“法则天地……逆从阴阳，分别四时，将从上古合同于道，亦可使益寿而有极时”，“圣人春夏养阳，秋冬养阴，以从其根，故与万物沉浮于生长之门。”说明顺道者昌，人合道而行则可同自然万物一样，在生长收藏的生命过程中运动发展，而尽终天年。

反之，“逆其根，则伐其本，坏其真矣。故阴阳四时者，万物之终始也，死生之本也，逆之则灾害生，从之则苛疾不起，是谓得道。”说明逆道则亡，提倡“得道”。

可见，两部经典都指出：顺道而行，把握天地阴阳之道，并化为自己养生行为者，是个人养生所能达到的最高境界。

（二）养成良好的日常生活习惯，有利于健康

《道德经》在第十二章《去奢取淡》中提醒人们：“五色令人目盲，五音令人耳聋，五味令人口爽，驰骋畋猎令人心发狂。”“是以圣人为腹不为目。”又在第二十九章《无为而治》中提出忠告：“是以圣人去甚、去奢、去泰。”告诉大家，过头的享受使人的身心受到伤害，圣人只为满足需要，而不受制于欲望。提倡大家在生活上、思维上去掉极端、去掉奢侈、去掉放纵。

《内经》则在很多篇章中，提出人应建立良好的生活习惯，如在《素问·生气通天论》中提倡“暮而收拒，无扰筋骨，无见雾露”“谨和五味”，在《素问·上古天真论》中说：“虚邪贼风，避之有时”，“其知‘道’者……饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能……尽终其天年，度百岁乃去。今时之人不然也，以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也”，举了正反两面的例子说明遵循常道的重要性。其它要在日常生活中注意避开外邪，培植正气的建议更是散在于各篇章。

可见，《内经》对《道德经》的说法有进一步的细化，更具体地提出了人要避开对身体不利的外在因素；日常饮食有节，和五味，忌偏嗜，适寒温，节饥饱；同时，起居有常，不妄作劳，如此，才能保持形体健壮，各项生理功能正常，精神饱满，健康长寿。反之，则耗散天真能量，削弱生命能力。

（三）清静无为，利于养生

《道德经》可以说是一本打造圣人的书，很多篇章都在以天地垂范的自然之象来提示人类应该效法天地，内心柔和不争，天下为公，无我利他。最具代表性的，是老子提倡“无为”，他反复提出“是以圣人处无为之事，行不言之教”（第二章），“为无为，则无不治”（第三章），“道常无为而无不为”（第三十七章）。以前有的研究者认为“无为”是消极的，其实不然。“无为”不是什么都不做，相对于“有为”是在看得见的物质层面用力、有所获得；“无为”是在看不见的高维能量层次有所做为，是在“无”上的“为”，层面更高，格局更大。另外，“无为”也表现为不妄为，谨言慎行；和“为”之后能够放下，功成身退，不居功、不张扬、不炫耀，因此“无为”是更积极而且更智慧的作为，会让我们的生命发挥出博大的生长力。

“清静”也是道家的常用词汇，老子在第三十七章中说：“不欲以静，天下将自定。”在第四十五章中也说“清静以为天下正。”告诉我们，只有心思宁静，才能吸收能量，精力充沛、精神饱满。因此，以《道德经》为人生指导的人，自然会好清静、无为、中正，而自然地养生、长生。

作为一部医学著作，《内经》也突出了保养真气的原则，强调精神情志的调摄。除了《素问·上古天真论》的名句：“恬憺虚无，真气从之，精神内守，病安从来？”以外，还有“志闲而少欲，心安而不惧，形劳而不倦”“适嗜欲于世俗之间，无恚嗔之心……外不劳形于事，内无思想之患，以恬愉为务，以自得为功，形体不敝，精神不散，亦可以百数。”

《素问·生气通天论》中也说：“苍天之气，清静则志意治，顺之则阳气固，虽有贼邪，弗能害也。”《灵枢·本脏》说：“和喜怒。”“志意和，则精神专直，魂魄不散，悔怒不起，五脏不受邪矣。”

由此可见，《内经》的养生思想受道家的影响很大，强调清静合道对人体防御外邪的能力、自我康复能力和健康长寿有着重要作用。

精神情志是生命活动的基本体现，但若长期产生不良的情志，任凭欲望、念头层出不穷，就会损耗人的正能量，动摇人的精气神根本，是引起气血运行紊乱，导致脏腑功能失调，形成内伤病变的重要因素。而调养心神，保持精神上的安闲清静，不耗神，生命状态才会平衡，气血的运行才会和顺，百病不生。

（四）在具体的修养方法上，《道德经》和《内经》一脉相承

《素问·上古天真论》中说：“其知‘道’者，法于阴阳，和于术数”，这里的“术数”泛指修身养性之法，内涵很广，包括了心态上的调摄之法、呼吸法、气功导引、

打坐内观等。下面举几个方面的例子，说明两部经典之间的“同频共振”。

1、少私寡欲，知足常乐

《道德经》在第十九章中，指出人要“见素抱朴，少私寡欲。”在第四十四章《知足不辱》中指出：“甚爱必大费，多藏必厚亡。故知足不辱，知止不殆”，又在第四十六章《知足常乐》中说“罪莫大于可欲，祸莫大于不知足，咎莫大于欲得。故知足之足，常足矣。”告诉我们，人生要想平安、无咎、无祸、无罪，就必须清晰地了解，哪些是自己的需求，哪些是欲望。一个人的需求是很容易满足的，但欲望则是永远也满足不了的！过分贪爱必定带来巨大的耗费，过多收藏必定造成惨重的损失。当需求得到满足时，我们容易感受幸福喜悦；反过来，如果被欲望控制，要么心神外驰，要么生出抱怨、仇恨、嫉妒等等更多的负面情绪，不仅伤身，而且伤神损德。

所以，《道德经》第八十章《和谐社会》中描述的“甘其食，美其服，安其居，乐其俗”的景象，就是政通人和的“至治之极”，人们“复归于朴”，社会和谐自然，人心和平纯朴，是天下最美好的社会制度。

《内经》对此完全赞同，《素问·上古天真论》提出的：“嗜欲不能劳其目，淫邪不能惑其心，愚智贤不肖，不惧于物，故合于道”“美其食，任其服，乐其俗，高下不相慕，其民故曰朴”和《灵枢·本神》的“和喜怒而安居处”几乎直接就是《道德经》相关内容的翻版。

所以说，《道德经》和《内经》都是从根本上修正一个人的思想和心态的人生指导书，可以互参以为修道。修道，并不是打坐静修、不问世事；修道，就是修正一个人的思想和心态，用正确的理念做正确的事，借事炼心，提升生命品质。在有道与无道之间，隔着的就是人的欲望——能控制欲望，就是有道；被欲望所控，便是无道。

2、形神一体

在《道德经》第十章《修养玄德》中，老子提出了六问，第一问即“载营魄抱一，能无离乎？”“载”指身体；“营魄”指神魂；这里说的“抱一”，就是抱朴归真，身心合一。老子问“身心合一，能不分离吗？”是因为身心合一是身体健康的基础，也是“明白四达”的基础。

相应地，《内经》在《素问·上古天真论》中提出：“形与神俱，而尽终其天年”和在《灵枢·天年》中说的：“血气已和，荣卫已通，五藏已成，神气舍心，魂魄毕具，乃成为人”，都强调形与神统一，即形体可寓神，神依附于形，形与神是生命存在不可分割的两个方面。

人是身心的统一体，形神协调，是健康长寿的基本保证。故而一个人的养生，需要形神一起修。后世在这一思想指导下，发明了许多健身术，如五禽戏、太极拳、武术、气功等，成为了具有中华传统医理文化特色的健身方式。

3、保持精神内守

老子观察世界的方法是内证法，所以特别强调静定的功夫。《道德经》在第十六章《虚静归根》中第一句话，就是“致虚极，守静笃”。守住了极度的清静，就能“万物并作，吾以观其复”，观察到世界万物的根本运动规律，所以“守一”是非常重要的。

《内经》在《素问·上古天真论》中说的“恬淡虚无”，“精神内守”“呼吸精气，独立守神，肌肉若一”“形体不敝，精神不散”，不仅仅是为了充实和畅达真气，达到健康长寿的目的，更高级地，这种修持方法可以最终让人得以“寿敝天地，无有终时，此其道生”“游行于天地之间，视听八达之外”“象似日月，辩列星辰”。正如王冰注：“神全之人，不虚而通，不谋而当，精照无外，志凝宇宙，若天地然……唯然之音，虽

远际八荒之外，近在眉睫之内，来于我者，吾必尽知之。”

这足以证明，《内经》是知“道”者的著作，（顺便插一句，当初空智大师问达摩祖师修行的真谛，达摩说：“看那看不到的东西，听那听不到的声音，知那不知的事物，才是真理！”看来，古圣大德所体悟的最高境界都是一样——道。）当我们保持对自己内在的关注，我们的精气神将向内凝聚而不会涣散，随着功夫的提升，不但我们的精力会越来越旺盛，我们的身体也会慢慢得到调养，同时，我们会以自己的身心为道场，接收宇宙信息，内证智慧，成为自己生命的主宰。

常言道，“窥一斑而见全豹。”从以上寥寥几点，我们就能明了，《道德经》和《内经》虽有不同侧重，但都为世人展现了真正的智慧境界，故而同称为“经”，成为了传世不朽的权威性、奠基性的典籍。

（五）《道德经》是在《内经》之前的“治未病”先驱

《内经》在《素问·四气调神大论》提出的“是故圣人不治已病，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，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎？”被后世广为流传和赞扬，认为“治未病”的思想由此而立，这是预防医学的鼻祖，对后世中医学的发展产生了深远的影响。

其实，远在其之前的《道德经》早就提出了“防治”的思想。《道德经》在第六十四章《善始善终》中指出：“其安易持，其未兆易谋；其脆易泮，其微易散。为之于未为，治之于未乱。”提出安定时容易维持，未露苗头时容易谋划；脆弱时容易分解，细微时容易消散。要在未发生前处理，要在没混乱前治理。在第四十八章《为道日损》中，老子也提出：“取天下常以无事，及其有事，不足以取天下。”

可见，《内经》是继承了《道德经》的“预防”思想而提出的“不治已病治未

病。”当然，作为一本医学典籍，《内经》对中医界的影响要比《道德经》更受瞩目。

结语

作为“万经之王”的《道德经》，是一本宇宙规律、生命规律的说明书，格局广阔，对《黄帝内经》理论体系的形成有重要影响。作为一本医学典籍，《内经》更有医学上的针对性和实用性。在认同《道德经》宇宙观和“预防”论的基础上，《内经》在养生方面对《道德经》的智慧不仅有继承，而且有更深入和更详细的拓展与推广。

总的说来，《道德经》与《内经》都是充满智慧的经典，都一致地认为：万物从道而生，如果万事万物循道而行，一切就会自然化育、生机勃勃；如果背道而驰，就必然会受到阻碍和惩罚，人也不例外。万物“莫贵于人”，只有身心健康，人才能显示其智慧与创造力，故而人的养生非常重要。其原则，一是知“道”，把握天地阴阳变化规律，养成合道健康的生活习惯；二是重视精神的摄养，无论处于世俗之间，还是“去世离俗”，都应该保持清静无为，虚无恬愉；三是清心寡欲，“形与神俱”，身心合一，精神内守，不仅可保阳寿，更有可能达到与天地相通，回归于道的最高境界。

健康是每个人最基本的责任，对于修行人，应当多了解一些《内经》提出的顺时养生的具体方法，便于受其指导；而作为中医师，也应该适当地了解一些《道德经》的思想，一方面可以增加对《内经》的理解能力；另一方面，也可以修身养性，优化自身磁场，有利于我们更好地为广大患者和民众服务。

主要参考文献：

- [1] 《内经选读》（中医类专业用），主编：王洪图，上海科技出版社，1997年12月第1版。
- [2] 《道德经—人类健康幸福的瑰宝》，作者：赵妙果，香港文汇出版社，2007年4月第1版。
- [3] 《开启中医之门—运气学导论》，讲述：李阳波，整理：刘力红、唐农，刘方，中国中医药出版社，2005年11月第2版。

分享栏目

第十七期_临床常见病证用药简介

新加坡·陈蓓琪

前言

之前在网上看到一份资料，是关于临床上百多种常见病证的用药简介，感觉对临床用药方面有一定的指导及参考作用，在此转载与大家分享，希望对大家在诊病用药思路方面能够有所帮助。不过，需要提醒大家的是，其中有些中药比较特殊，在临床上并不常见，请务必在网上查找资料，掌握了药性、功效及用法后再使用，以免导致失误。

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

临床常见病证用药简介

1. 感冒常用药：

(1) 风寒表证：麻黄、桂枝、紫苏、荆芥、防风、羌活、白芷、细辛、藁本、香薷、辛夷、苍耳子、生姜、葱白、淡豆豉

(2) 风热表证：薄荷、牛蒡子、蝉衣、浮萍、桑叶、菊花、金银花、连翘、蔓荆子、葛根、升麻、柴胡、淡豆豉

(3) 暑湿表证：藿香、佩兰、紫苏、大腹

皮、香薷、白扁豆、厚朴

(4) 暑热表证：青蒿、滑石、金银花露、通草、连翘、绿豆、荷叶、白扁豆、西瓜翠衣、淡竹叶、香薷

2. 气分实热证常用药：

石膏、知母、寒水石、栀子、黄芩、黄连、黄柏、竹叶、芦根、天花粉、鸭跖草

3. 营分血分实热证常用药（包括热入心包证）：

水牛角、生地、玄参、赤芍、丹皮、丹参、莲子心、连翘心、连心麦冬、竹叶卷心

4. 温毒发斑证常用药：

水牛角、玄参、生地、赤芍、丹皮、大青叶、板蓝根、青黛、羚羊角、升麻、紫草、红花

5. 湿温暑温证常用药：

白豆蔻、薏苡仁、杏仁、藿香、佩兰、青蒿、黄芩、滑石、通草、香薷、茵陈、厚朴、黄连、金银花露、绿豆、荷叶

6. 温邪发热、骨蒸潮热证常用药：

青蒿、白薇、地骨皮、银柴胡、胡黄连、秦艽、龟甲、鳖甲、女贞子、旱莲草、牡蛎、玄参、泽泻、丹皮、熟地黄、生地黄、知母、黄柏

7. 咳嗽常用药:

(1) 寒痰阻肺证: 白芥子、苏子、莱菔子、生姜、皂角子、半夏、天南星、白果

(2) 湿痰阻肺证: 半夏、天南星、白前、旋覆花、橘皮、枳壳、茯苓、苍术、厚朴、白术、香椽、佛手、桔梗

(3) 热痰阻肺证: 瓜蒌、贝母、知母、青黛、海蛤壳、胆南星、竹茹、竹沥、瓦楞子、海浮石、车前子、石韦、冬瓜子、芦根、天花粉、前胡、四季青、鸡矢藤

(4) 燥痰阻肺证: 知母、贝母、桑叶、沙参、杏仁、天花粉、阿胶、百合、麦冬、天冬、玉竹、百部、紫菀、款冬花、梨皮、荸荠

8. 肺癆常用药:

百合、地黄、天冬、麦冬、阿胶、西洋参、知母、五味子、川贝、百部、沙参、紫菀、款冬花、冬虫夏草、枸杞子、黄柏、龟甲、鳖甲、仙鹤草、白及、三七、丹皮、山梔、紫珠、血余炭、花蕊石

9. 喘证常用药:

(1) 肺热壅遏证: 石膏、麻黄、杏仁、黄芩、桑白皮、地骨皮、葶苈子、牛蒡子、前胡、地龙、鱼腥草、马兜铃、枇杷叶、金荞麦、瓜蒌、海蛤壳、旋覆花、白前、羚羊角

(2) 寒饮涉肺证: 麻黄、干姜、细辛、桂枝、苏子、沉香、五味子、厚朴、肉桂、磁石

(3) 痰浊阻肺证: 陈皮、半夏、茯苓、苏子、白芥子、莱菔子、旋覆花、皂荚、白前

(4) 肺肾虚喘证: 人参、蛤蚧、冬虫夏草、胡桃仁、五味子、补骨脂、紫河车、山萸肉、沉香、磁石、钟乳石、诃子、硫黄、黑锡

10. 痞证常用药:

(1) 脾胃气滞证: 橘皮、枳实、枳壳、木香、苏梗、乌药、砂仁、白豆蔻、厚朴、沉香、檀香、降香、柿蒂、大腹皮、槟榔、甘松、薤白

(2) 湿滞伤中证: 藿香、佩兰、苍术、厚朴、白豆蔻、砂仁、白扁豆、草豆蔻、香薷、陈皮、大腹皮

11. 胃脘痛常用药:

(1) 寒邪客胃证: 高良姜、干姜、吴茱萸、生姜、小茴香、胡椒、乌药、丁香、砂仁、荜茇、荜澄茄、白豆蔻

(2) 脾胃虚寒证: 黄芪、党参、茯苓、白术、山药、白扁豆、干姜、桂枝、蜂蜜、大枣、饴糖

(3) 肝胃气滞证: 香附、青木香、半夏、吴茱萸、佛手、香椽、木香、乌药

12. 呕吐常用药:

(1) 胃寒呕吐证: 半夏、生姜、吴茱萸、砂仁、木香、丁香、橘皮、柿蒂、刀豆、灶心土、旋覆花、藿香、佩兰、代赭石

(2) 胃热呕吐证: 竹茹、黄连、芦根、枇杷叶、黄芩、生石膏、梔子、藿香、佩兰

13. 呃逆常用药:

丁香、柿蒂、刀豆、沉香、荜茇、荜澄茄

14. 腹痛常用药:

(1) 寒邪内阻证: 高良姜、吴茱萸、荜茇、荜澄茄、乌药、丁香、小茴香、花椒、胡椒、白芷、檀香、草豆蔻

(2) 脾肾虚寒证: 干姜、桂枝、芍药、益智仁、乌头、附子、肉桂、蜂蜜、饴糖

15. 便秘常用药:

(1) 热结肠燥证: 大黄、芒硝、番泻叶、芦荟、牵牛子、枳实

(2) 津枯肠燥证: 火麻仁、郁李仁、蜂蜜、杏仁、桃仁、柏子仁、松子仁、瓜蒌仁、决明子、冬葵子、苏子、知母、天冬、麦冬、玄参

(3) 精血亏虚证: 桑椹、黑芝麻、当归、

生首乌、胡桃肉、锁阳、肉苁蓉

(4) 气滞肠燥证：槟榔、枳实、木香、厚朴、郁李仁

(5) 阳虚寒凝证：巴豆、干姜、硫黄、半夏、肉苁蓉、锁阳

16. 泄泻常用药：

(1) 暑湿蕴结证：葛根、黄芩、黄连、茯苓、木通、车前子、藿香、香薷、白扁豆、荷叶、穿心莲、地锦草、拳参、鸡屎藤

(2) 食滞肠胃证：山楂、神曲、莱菔子、鸡屎藤、枳实、枳壳、青皮、槟榔

(3) 脾胃虚弱证：党参、茯苓、白术、白扁豆、山药、莲子、芡实、薏苡仁、砂仁、苍术、厚朴

(4) 脾肾阳虚证：补骨脂、五味子、肉豆蔻、吴茱萸、干姜、白术、菟丝子、仙茅、益智仁、附子、肉桂、葫芦巴

17. 痢疾常用药：

(1) 湿热室滞证：黄连、黄芩、黄柏、苦参、胡黄连、马尾连、三颗针、拳参、鸡屎藤、马齿苋、椿根皮、穿心莲、地锦草

(2) 疫毒蕴结证：白头翁、秦皮、黄连、黄柏、地榆、马齿苋、鸦胆子、银花炭、山楂炭、鸡冠花

18. 久泻久痢常用药：

罂粟壳、乌梅、五倍子、诃子肉、赤石脂、禹余粮、肉豆蔻、菟丝子、金樱子、石榴皮、五味子、椿根皮、芡实、灶心土

19. 蛔虫挠虫病常用药：

使君子、苦楝皮、苦楝子、鹤虱、芜荑、榧子、槟榔、雷丸、川椒、乌梅、牵牛子、篇蓄、石榴皮、百部

20. 绦虫病常用药：

槟榔、南瓜子、雷丸、鹤草芽、贯众、山

楂、干漆、雄黄

21. 钩虫病常用药：

榧子、雷丸、槟榔、百部、鹤虱、贯众、大蒜

22. 胁痛常用药：

(1) 肝郁气滞证：柴胡、白芍、郁金、川芎、香附、乌药、青皮、青木香、白蒺藜、延胡索、佛手、香橼、川楝子、荔枝核、娑罗子、八月札、玫瑰花、绿萼梅、九香虫、橘叶、橘核

(2) 肝胃气滞证：佛手、枳壳、香橼、青木香、甘松、娑罗子、八月札、玫瑰花、绿萼梅

(3) 瘀血阻滞证：延胡索、川芎、郁金、姜黄、五灵脂、三棱、莪术、丹参、红花、旋覆花、茜草、鳖甲

23. 黄疸常用药：

(1) 湿热蕴蒸证(阳黄)：茵陈、栀子、黄柏、黄连、大黄、虎杖、金钱草、秦艽、苦参、白鲜皮、猪胆汁、大青叶、板蓝根、垂盆草、地耳草、龙胆草、蒲公英、柴胡、黄芩、郁金、珍珠草、水飞蓟、熊胆、半边莲

(2) 寒湿阻遏证(阴黄)：茵陈、茯苓、苍术、泽泻、桂枝、猪苓、附子、干姜、金钱草

24. 癥瘕积聚常用药：

丹参、红花、桃仁、郁金、乳香、没药、三棱、莪术、鳖甲、生牡蛎、昆布、鸡内金、山楂、干漆、穿山甲、大黄、土鳖虫、虻虫、麝香、凌霄花、山慈菇、黄药子

25. 梅核气常用药：

紫苏、半夏、厚朴、茯苓、柴胡、郁金、绿萼梅、旋覆花、八月札、全瓜蒌、大贝母

26. 眩晕常用药：

(1) 肝阳上亢证：羚羊角、钩藤、天麻、

石决明、珍珠母、磁石、代赭石、白蒺藜、生龙骨、生牡蛎、罗布麻、紫石英、紫贝齿、菊花、桑叶、夏枯草、青箱子、白芍、玳瑁

(2) 肝肾阴虚证：龟甲、鳖甲、牛膝、杜仲、桑寄生、女贞子、旱莲草、枸杞子、沙苑子、菟丝子、玄参、生地黄、熟地黄、山茱萸

(3) 痰浊中阻证：半夏、白术、天麻、陈皮、茯苓、生姜、枳实、竹茹

27. 痉证常用药：

(1) 肝风实证：羚羊角、牛黄、钩藤、天麻、地龙、僵蚕、全蝎、蜈蚣、玳瑁、紫石、菊花、青黛、蚤休、水牛角、龙胆草、熊胆

(2) 肝风虚证：龟甲、鳖甲、阿胶、牡蛎、白芍、生地黄、鸡子黄、麦冬、五味子、天麻

28. 破伤风证常用药：

白附子、天麻、天南星、防风、蝉衣、白芷、僵蚕、全蝎、蜈蚣、守宫

29. 中风中经络常用药：

(1) 脉络空虚，风痰阻络证：羌活、秦艽、防风、川芎、当归、地龙、黄芪、全蝎、蜈蚣、白附子、半夏、天南星、皂菟、远志、菖蒲、生姜汁

(2) 肝阳化风，痰瘀阻络证：龙骨、牡蛎、龟甲、代赭石、天麻、钩藤、菊花、白芍、牛膝、石决明、羚羊角、牛黄、天竺黄、竹沥、竹茹、胆南星、猴枣、礞石、沉香、大黄、菖蒲、郁金、白矾

30. 中风中脏腑闭证常用药：

(1) 寒闭证：麝香、苏合香、安息香、皂菟、细辛、樟脑、菖蒲、生姜汁

(2) 热闭证：麝香、冰片、牛黄、羚羊角、竹沥、礞石、大黄、郁金、白矾、猴枣

31. 中风中脏腑脱证常用药：

(1) 亡阳证：附子、人参、干姜、肉桂、

葱白、山茱萸、龙骨、牡蛎

(2) 亡阴证：人参、麦冬、五味子、西洋参

32. 郁证常用药：

(1) 肝气郁滞证：柴胡、枳壳、香附、川芎、白芍、青皮、郁金、合欢皮、合欢花、远志、菖蒲

(2) 气郁化火证：丹皮、栀子、赤芍、柴胡、当归、龙胆草、川楝子、延胡索、郁金、菖蒲、远志

(3) 心肝血虚证：酸枣仁、柏子仁、合欢皮、合欢花、龙眼肉、茯神、郁金、菖蒲、远志、小麦、大枣、甘草

33. 癔证常用药：

(1) 风痰闭阻证：白附子、半夏、天南星、皂菟、远志、菖蒲、生姜汁、天麻、钩藤、全蝎、蜈蚣、僵蚕

(2) 痰火阻窍证：牛黄、天竺黄、竹沥、竹茹、枳实、胆南星、大贝母、猴枣、礞石、沉香、大黄、黄芩、菖蒲、郁金、白矾、天麻、钩藤、羚羊角、僵蚕、地龙

34. 癲证常用药：

痰气郁结证：半夏、陈皮、天南星、白附子、白芥子、皂菟、茯苓、厚朴、远志、菖蒲、郁金、木香、香附、檀香、沉香、苏合香、麝香、安息香

35. 狂证常用药：

痰火上扰证：牛黄、竹沥、天竺黄、大贝母、胆南星、郁金、白矾、茯神、远志、菖蒲、竹茹、礞石、丹参、朱砂、黄芩、黄连、栀子、冰片、麝香、珍珠、生铁落

36. 自汗证常用药：

(1) 肺气不足证：生黄芪、白术、浮小麦、糯稻根须、人参、牡蛎、麻黄根、五味子、山萸肉、五倍子、冬虫夏草

(2) 营卫不和证：桂枝、白芍、生姜、大枣、龙骨、牡蛎

37. 盗汗证常用药：

知母、黄柏、生地黄、熟地黄、五味子、五倍子、山萸肉、白芍、龟甲、鳖甲、天门冬、酸枣仁、柏子仁、丹皮、地骨皮、牡蛎、龙骨、浮小麦、麻黄根、糯稻根须

38. 鼻衄常用药：

(1) 邪热犯肺证：桑叶、菊花、薄荷、连翘、白茅根、丹皮、桑白皮、地骨皮、黄芩、侧柏叶、槐花、生地、大蓟、小蓟、藕节、鲜艾叶

(2) 胃火炽盛证：石膏、知母、黄连、栀子、黄芩、丹皮、牛膝、白茅根、侧柏叶、槐花、羊蹄、大蓟、小蓟、藕节、茜草、大黄

(3) 肝火上炎证：龙胆草、柴胡、栀子、地骨皮、黄芩、黄连、郁金、丹皮、赤芍、白茅根、侧柏叶、大蓟、小蓟、荷叶、藕节、茜草、蒲黄、槐花、旱莲草

39. 齿衄常用药：

(1) 胃火炽盛证：黄连、大黄、黄芩、白茅根、大蓟、小蓟、侧柏叶、丹皮、赤芍、槐花、地榆、羊蹄、茜草、蒲黄、紫珠、仙鹤草

(2) 阴虚火旺证：生地、麦冬、玄参、知母、黄柏、牛膝、丹皮、赤芍、水牛角屑、大蓟、小蓟、侧柏叶、槐花、藕节、地榆、羊蹄、茜草、蒲黄、紫珠、仙鹤草、阿胶

40. 咳血常用药：

(1) 燥热伤肺证：桑叶、沙参、杏仁、玉竹、麦冬、贝母、栀子、丹皮、黄芩、桑白皮、鱼腥草、白茅根、大蓟、小蓟、侧柏叶、槐花、藕节、茜草、仙鹤草、生地、阿胶

(2) 肝火犯肺证：青黛、海蛤壳、栀子、海浮石、桑白皮、地骨皮、黄芩、白茅根、大蓟、小蓟、侧柏叶、槐花、藕节、茜草、血余

炭、蒲黄、仙鹤草、生地、紫珠草、阿胶、鳖甲、白薇

41. 吐血常用药：

(1) 胃热壅盛证：黄芩、黄连、大黄、代赭石、竹茹、白茅根、侧柏叶、大蓟、小蓟、槐花、地榆、荷叶、羊蹄、三七、茜草、蒲黄、花蕊石、降香、白及、仙鹤草、紫珠、棕榈、血余炭、藕节

(2) 肝火犯胃证：龙胆草、栀子、柴胡、黄芩、黄连、郁金、川楝子、丹皮、赤芍、白茅根、侧柏叶、大蓟、小蓟、槐花、地榆、羊蹄、三七、茜草、蒲黄、花蕊石、降香、白及、仙鹤草、紫珠、棕榈、血余炭、藕节

(3) 气不摄血，阳虚失血证：人参、白术、黄芪、附子、灶心土、炮姜、鹿角胶、艾叶、阿胶、仙鹤草、棕榈炭、藕节

42. 便血常用药：

(1) 大肠湿热证：地榆、槐花、槐角、黄芩、黄连、黄柏、防风炭、枳壳、赤石脂、三七、花蕊石、茜草、降香

(2) 脾胃虚寒证：灶心土、党参、白术、附子、炮姜、鹿角胶、艾叶、阿胶、白及、乌贼骨、棕榈炭、仙鹤草、三七、花蕊石

43. 紫斑常用药：

(1) 血热妄行证：生地、水牛角、赤芍、丹皮、紫草、白茅根、侧柏叶、大蓟、小蓟、槐花、地榆、羊蹄、大黄、茜草

(2) 阴虚火旺证：生地、玄参、女贞子、旱莲草、棕榈炭、藕节、蒲黄、茜草、紫珠

(3) 气不摄血证：人参、白术、黄芪、仙鹤草、棕榈炭、藕节、茜草、紫珠

44. 胸痹常用药：

(1) 瘀血痹阻证：丹参、川芎、桃仁、红花、苏木、降香、蒲黄、五灵脂、山楂、益母草、三七、郁金、羊红擅、沙棘

(2) 气滞血瘀证：川芎、沙棘、延胡索、郁金、姜黄、降香、檀香、丹参、红花、橘皮、青木香、莪术、三棱

(3) 痰浊痹阻证：瓜蒌、薤白、半夏、枳实、桂枝、橘皮、生姜

(4) 阴寒凝滞证：附子、乌头、干姜、桂枝、高良姜、荜茇、檀香、延胡索、苏合香、麝香、冰片

(5) 气阴两虚证：人参、黄芪、白术、茯苓、甘草、麦冬、五味子、地黄、当归、丹参、山楂、红花、降香、延胡索

45. 心悸常用药：

(1) 心胆气虚证：人参、茯苓、白术、远志、石菖蒲、五灵脂、磁石、朱砂、珍珠、珍珠母、龙齿、龙骨、牡蛎、紫贝齿

(2) 心脾两虚证：人参、黄芪、白术、茯苓、炙甘草、当归、龙眼肉、酸枣仁、柏子仁、灵芝、景天三七、五味子

(3) 阴虚火旺证：生地、玄参、麦冬、天冬、五味子、知母、黄柏、当归、酸枣仁、柏子仁、丹参、远志、朱砂、龙骨、牡蛎、珍珠母

(4) 心阳不振证：桂枝、甘草、人参、附子、龙骨、牡蛎、珍珠母、紫贝齿、琥珀

(5) 水气凌心证：茯苓、桂枝、白术、泽泻、甘草、附子、干姜、白芍、生姜、葶苈子、龙骨、牡蛎

(6) 心血瘀阻证：丹参、桃仁、红花、赤芍、川芎、延胡索、郁金、当归、桂枝、龙骨、牡蛎

46. 不寐常用药：

(1) 肝郁化火证：龙胆草、柴胡、黄芩、栀子、郁金、赤芍、泽泻、车前子、朱砂、磁石、龙骨、牡蛎、珍珠母、合欢皮、合欢花、夜交藤

(2) 痰热内扰证：黄芩、黄连、栀子、郁金、胆南星、大贝母、茯苓、橘皮、竹茹、半夏、珍珠母、龙骨、牡蛎、朱砂、磁石

(3) 阴虚火旺证：生地、玄参、麦冬、五味子、阿胶、鸡子黄、当归、郁金、黄连、丹参、朱砂、牡蛎、龟甲、磁石、柏子仁、酸枣仁、合欢花、夜交藤、

(4) 心脾两虚证：人参、黄芪、白术、甘草、当归、熟地、白芍、阿胶、五味子、柏子仁、酸枣仁、龙眼肉、合欢花、夜交藤、龙骨、牡蛎

(5) 心胆气虚证：人参、茯苓、茯神、菖蒲、远志、酸枣仁、龙骨、牡蛎

47. 健忘常用药：

(1) 心脾两虚证：人参、黄芪、白术、茯苓、甘草、当归、龙眼肉、酸枣仁、柏子仁、远志、石菖蒲、龟甲

(2) 肾精亏耗证：熟地、山茱萸、山药、枸杞子、黄精、补骨脂、阿胶、菟丝子、紫河车、鹿角胶、酸枣仁、五味子、远志、石菖蒲、龟甲

48. 水肿常用药：

(1) 肺失宣降证：麻黄、杏仁、浮萍、桑白皮、葶苈子、槟榔、生姜皮、桂枝、防己

(2) 脾虚湿盛证：茯苓、黄芪、党参、白术、薏苡仁、赤小豆、猪苓、泽泻、大腹皮、苍术、厚朴、葫芦、玉米须、泽漆、荠菜

(3) 脾肾阳虚证：附子、肉桂、干姜、桂枝、茯苓、黄芪、白术、泽泻、车前子

(4) 湿热壅遏证：车前子、滑石、泽泻、猪苓、木通、通草、防己、萆薢、冬瓜皮、葶苈子、桑白皮、椒目、大黄、灯心草、白茅根、半边莲、梔子、淡竹叶、益母草、泽漆、冬葵子

(5) 阳实水肿证：甘遂、大戟、芫花、葶苈子、番泻叶、商陆、乌柏根皮、牵牛子、千金子、巴豆

49. 脚气常用药：

(1) 湿热下注证：黄柏、苍术、牛膝、防

己、萆薢、滑石、薏苡仁、木瓜、槟榔、木通

(2) 寒湿下注证：薏苡仁、木瓜、赤小豆、蚕沙、吴茱萸、生姜、紫苏、胡芦巴、槟榔

50. 淋证常用药：

(1) 热淋证：车前子、木通、篇蓄、萆薢、连翘、淡竹叶、灯心草、黄柏、梔子、土茯苓、地肤子、龙胆草、苦参、鸭跖草、瞿麦、石韦、大蓟、小蓟、四季青、旱莲草、白薇、琥珀、白茅根、蒲公英、滑石、海金沙、冬葵子、鸡内金、金钱草、苈麻根、穿心连、白花、蛇舌草

(2) 血淋证：小蓟、藕节、蒲黄、石韦、瞿麦、木通、琥珀、旱莲草、白茅根、生地、牛膝、阿胶、侧柏叶、血余炭、茜草、白薇、地锦草

(3) 石淋证：滑石、海金沙、冬葵子、金钱草、鱼首石、鸡内金

51. 尿浊证常用药：

萆薢、芡实、莲子、白果、菖蒲、益智仁、桑螵蛸、菟丝子、土茯苓

52. 遗精证常用药：

鹿茸、巴戟天、淫羊藿、锁阳、肉苁蓉、韭菜子、金樱子、菟丝子、山萸肉、沙苑子、五味子、龙骨、牡蛎、芡实、莲子肉、莲须、桑螵蛸、覆盆子、刺猥皮、山药、补骨脂

53. 遗尿证常用药：

益智仁、补骨脂、菟丝子、鹿茸、巴戟天、淫羊藿、仙茅、山药、乌药、桑螵蛸、金樱子、覆盆子、山萸肉、龙骨、牡蛎、刺猥皮、鸡内金、白果

54. 阳痿常用药：

鹿茸、海狗肾、黄狗肾、紫河车、淫羊藿、仙茅、巴戟天、肉苁蓉、锁阳、枸杞子、

菟丝子、冬虫夏草、蛇床子、阳起石、九香虫、附子、肉桂、人参、丁香

55. 痹证常用药：

(1) 风湿寒痹证：羌活、独活、防风、桂枝、麻黄、桑枝、细辛、藁本、海风藤、松节、川芎、当归、乳香、没药、姜黄、川乌、草乌、附子、肉桂、秦艽、木瓜、蚕沙、苍术、老鹤草、臭梧桐、钻地风、徐长卿、威灵仙、寻骨风、伸筋草、路路通、枫香脂、雪莲、雪上一枝蒿、丁公藤、雷公藤、蕲蛇、白花蛇、乌梢蛇

(2) 风湿热痹证：忍冬藤、络石藤、穿山龙、苍术、黄柏、牛膝、秦艽、防己、白鲜皮、桑枝、地龙、木瓜、薏苡仁、萆薢、赤小豆、赤芍、丹皮、熟地黄、木通

(3) 风湿顽痹证：白花蛇、乌梢蛇、全蝎、蜈蚣、地龙、穿山甲、川乌、草乌、威灵仙、乳香、没药、马钱子、丁公藤、雷公藤、昆明山海棠

(4) 肝肾不足证：桑寄生、五加皮、千年健、鹿衔草、石楠叶、牛膝、杜仲、续断、狗脊、淫羊藿、仙茅、巴戟天、鹿茸、锁阳、肉苁蓉、附子、肉桂

56. 痿证常用药：

(1) 湿热浸淫证：黄柏、苍术、萆薢、防己、木通、薏苡仁、蚕沙、木瓜、北五加、知母、穿山龙、川牛膝、白鲜皮

(2) 肝肾亏损证：虎骨、怀牛膝、锁阳、当归、白芍、熟地、龟甲、枸杞子、鹿角胶、补骨脂、鸡血藤、巴戟天、淫羊藿、骨碎补

57. 腰痛常用药：

(1) 肾虚腰痛证：五加皮、桑寄生、狗脊、杜仲、怀牛膝、续断、菟丝子、锁阳、肉苁蓉、淫羊藿、补骨脂、鹿茸、巴戟天、仙茅、海狗肾、海马、沙苑子、韭子、阳起石、核桃仁、冬虫夏草、紫河车、黄精、枸杞子、

墨旱莲、女贞子

(2) 瘀血腰痛证：川牛膝、桃仁、红花、川芎、当归、延胡索、姜黄、乳香、没药、五灵脂、鸡血藤、土鳖虫、自然铜、莪术、骨碎补、血竭、刘寄奴

(3) 寒湿腰痛证：麻黄、桂枝、独活、羌活、白术、苍术、茯苓、干姜、细辛、川乌、附子、肉桂、川芎、威灵仙、怀牛膝

(4) 湿热腰痛证：黄柏、苍术、川牛膝、薏苡仁、蚕沙、木瓜、秦艽、川木通、防己、白鲜皮、秦皮

58. 虚劳常用药：

(1) 肺气虚证：人参、黄芪、党参、山药、太子参、西洋参

(2) 脾气虚证：人参、党参、黄芪、白术、茯苓、山药、黄精、扁豆、莲子肉、芡实、龙眼肉、薏苡仁、大枣

(3) 中气下陷证：人参、黄芪、白术、升麻、柴胡、葛根、桔梗

(4) 肾阳虚证：附子、肉桂、鹿茸、鹿角胶、鹿角霜、淫羊藿、仙茅、补骨脂、益智仁、海狗肾、海马、肉苁蓉、锁阳、菟丝子、沙苑子、杜仲、续断、韭菜子、阳起石、胡芦巴、核桃仁、冬虫夏草、紫河车

(5) 心肝血虚证：熟地黄、何首乌、当归、白芍、阿胶、桑椹、龙眼肉、大枣、鸡血藤、枸杞子、山萸肉、鹿角胶、紫河车、黑芝麻、党参、黄芪、人参、肉桂、皂矾

(6) 肺胃阴虚证：北沙参、南沙参、麦冬、天冬、石斛、玉竹、黄精、芦根、天花粉、知母、生地、太子参、西洋参、白茅根、五味子

(7) 肝肾阴虚证：熟地黄、白芍、何首乌、阿胶、天冬、玄参、石斛、枸杞子、墨旱莲、女贞子、桑椹、龟甲、鳖甲、知母、黄柏、山萸肉、菟丝子、沙苑子、续断、桑寄生、五加皮、狗脊、千年健、石楠叶、鹿衔草

(8) 精血亏虚证：鹿茸、鹿角胶、淫羊

藿、巴戟天、海狗肾、黄狗肾、海马、肉苁蓉、锁阳、蛤蚧、冬虫夏草、紫河车、熟地黄、何首乌、黄精、枸杞子、山萸肉

59. 消渴常用药：

(1) 肺热津伤证：花粉、生地、藕汁、桑叶、麦冬、天冬、葛根、知母、黄芩、桑白皮、人参、五味子

(2) 胃热炽盛证：石膏、知母、麦冬、生地、石斛、牛膝、玄参、黄连、栀子、芒硝、大黄

(3) 气阴不足证：黄芪、人参、西洋参、太子参、黄精、玉竹、枸杞子、乌梅、熟地、山药、山萸肉、丹皮、知母、黄柏

60. 疟疾常用药：

(1) 热疟证：常山、青蒿、柴胡、黄芩、知母、槟榔、仙鹤草、生何首乌、鸦胆子

(2) 寒疟证：常山、草果、青蒿、青皮、槟榔、仙鹤草、鸦胆子

61. 头痛常用药：

(1) 风寒头痛证：防风、荆芥、白芷、细辛、羌活、苍耳子、辛夷、川芎、独活、川乌、吴茱萸、半夏、藁本

(2) 风热头痛证：薄荷、桑叶、菊花、蔓荆子、升麻、葛根、谷精草、白僵蚕、川芎

(3) 寒湿头痛证：羌活、独活、半夏、藁本、蔓荆子、防风、苍术、白术、天麻、生姜

(4) 肝火头痛证：龙胆草、黄芩、柴胡、夏枯草、决明子、菊花、钩藤、牛膝

(5) 肝风头痛证：石决明、珍珠母、罗布麻、羚羊角、钩藤、菊花、白芍、天麻、牛膝、全蝎、蜈蚣、僵蚕

(6) 痰浊头痛证：半夏、白术、天麻、茯苓、陈皮、生姜、天南星、白附子、川芎

(7) 瘀血头痛证：川芎、赤芍、当归、红花、桃仁、麝香、生姜、葱白、牛膝、延胡索、全蝎、蜈蚣、土鳖虫、虻虫、水蛭

* 附引经药：太阳头痛用羌活、川芎；阳明头痛用葛根、白芷；少阳头痛用柴胡、黄芩、川芎；厥阴头痛用吴茱萸、藁本；少阴头痛用细辛、独活。

62. 月经不调常用药：

(1) 肝血不足证：当归、熟地、白芍、川芎、丹参、鸡血藤

(2) 气滞血瘀证：川芎、当归、益母草、泽兰、桃仁、红花、苏木、凌霄花、月季花、牛膝、刘寄奴、五灵脂、蒲黄、延胡索、乳香、没药、王不留行、马鞭草、赤芍、鸡血藤、茜草、香附、乌药、柴胡、玫瑰花、姜黄、郁金、山楂、干漆、三棱、莪术、水蛭、蟅虫、土鳖虫

(3) 阴虚血热证：生地、熟地、地骨皮、玄参、麦冬、阿胶、丹皮、白芍、桅子、茜草、女贞子、旱莲草、椿根皮、川断、生牡蛎、乌贼骨

(4) 下焦虚寒证：肉桂、吴茱萸、小茴香、艾叶、乌药、川芎、阿胶、当归、熟地、白芍

63. 痛经常用药：

(1) 气滞血瘀证：当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、枳壳、延胡索、五灵脂、丹皮、乌药、香附、甘草、益母草、川楝子、柴胡、三七、没药、苏木

(2) 阳虚内寒证：吴茱萸、乌药、当归、赤芍、川芎、人参、生姜、阿胶、附子、艾叶、小茴香、肉桂

(3) 寒湿凝滞证：小茴香、干姜、延胡索、没药、当归、川芎、肉桂、附子、赤芍、蒲黄、灵脂、苍术、茯苓

(4) 湿热下注证：丹皮、黄连、生地、当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、莪术、香附、延胡索、红藤、败酱草、白鲜皮、龙胆草、川楝子、三七

(5) 气血虚弱证：人参、黄芪、当归、川芎、熟地、生地、白芍、香附、延胡索

(6) 肝肾虚损证：熟地黄、当归、白芍、山萸肉、阿胶、巴戟天、山药、枸杞子、龙眼肉、鸡血藤、延胡索、香附

64. 闭经常用药：

(1) 气滞血瘀证：川芎、丹参、益母草、泽兰、桃仁、红花、苏木、凌霄花、月季花、玫瑰花、牛膝、刘寄奴、五灵脂、蒲黄、延胡索、乳香、没药、穿山甲、王不留行、赤芍、山楂、鸡血藤、茜草、姜黄、郁金、干漆、三棱、莪术、水蛭、虻虫、土鳖虫、大黄

(2) 肝肾不足证：熟地黄、山药、山萸肉、当归、枸杞子、杜仲、菟丝子、鸡血藤、何首乌、巴戟天、仙茅、淫羊藿

65. 崩漏常用药：

(1) 阴虚血热证：生地、熟地、白芍、山药、麦冬、五味子、女贞子、旱莲草、阿胶、黄芩、黄柏、丹皮、龟甲、大蓟、小蓟、地榆炭、苎麻根、羊蹄、荷叶

(2) 血热妄行证：黄芩、桅子、生地、地骨皮、地榆炭、阿胶、藕节、棕榈炭、龟甲、牡蛎、大蓟、小蓟、侧柏叶、地榆炭、苎麻根、羊蹄

(3) 心脾两虚证：人参、黄芪、熟地、白术、当归、龙眼肉、大枣、升麻、柴胡、炮姜炭、黑荆芥、仙鹤草、灶心土、紫珠

(4) 肾阳不足证：附子、肉桂、熟地、山药、山萸肉、枸杞子、菟丝子、杜仲、鹿角胶、紫河车、淫羊藿、艾叶、炮姜炭、阿胶

(5) 瘀血阻络证：熟地、当归、川芎、白芍、灵脂、蒲黄、桃仁、红花、益母草、仙鹤草、地榆、茜草根、三七、血余炭

66. 带下病常用药：

(1) 湿热带下证：黄柏、苍术、薏苡仁、牛膝、秦皮、苦参、苦豆子、鸡冠花、椿根皮、车前子、龙胆草、土茯苓、山药、芡实、山萸肉、茯苓、扁豆、莲子肉、龙骨、牡蛎、

乌贼骨、白果、白藓

(2) 寒湿带下证：制首乌、鹿茸、补骨脂、菟丝子、沙苑子、狗脊、蛇床子、山药、芡实、山茱萸、茯苓、扁豆、莲子肉、龙骨、牡蛎、乌贼骨、韭菜子、金樱子、白藓

67. 不孕常用药：

人参、鹿茸、巴戟天、淫羊藿、海马、肉苁蓉、鹿角胶、锁阳、紫河车、枸杞子

68. 阴痒常用药：

(1) 肝经湿热证：龙胆草、柴胡、生地、栀子、黄芩、木通、车前子、苍术、薏苡仁、黄柏、萆薢、茯苓、丹皮、泽泻、通草、滑石、苦参、百部、明矾、川椒、蛇床子

(2) 肝肾阴虚证：知母、黄柏、熟地、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻、当归、何首乌、白鲜皮、苦参、蛇床子、百部

69. 胎动不安常用药：

紫苏、香附、砂仁、藿香、佩兰、竹茹、半夏、灶心土、陈皮、白术、黄芪、桑寄生、菟丝子、杜仲、续断、阿胶、黄芩炭、艾叶炭、苎麻根

70. 产后瘀阻常用药：

川芎、当归、丹参、益母草、泽兰、桃仁、红花、赤芍、苏木、牛膝、刘寄奴、蒲黄、五灵脂、延胡索、姜黄、土鳖虫、血竭、三棱、莪术

71. 乳少常用药：

穿山甲、王不留行、漏芦、木通、通草、冬葵子、白蒺藜、生麦芽、猪蹄甲

72. 乳癖常用药：

(1) 肝郁痰凝证：柴胡、郁金、香附、青皮、枳实、川芎、白芍、当归、大贝母、皂刺、半夏、南星、白芥子、夏枯草、玄参、远

志、猫爪草、山慈菇、穿山甲、漏芦、三棱、莪术、鳖甲、丹参、鸡内金

(2) 冲任失调证：熟地、怀山药、山萸肉、枸杞子、知母、黄柏、菟丝子、鹿角胶、当归、仙茅、淫羊藿、巴戟天、大贝母、牡蛎、夏枯草、玄参、鳖甲

73. 麻疹常用药：

薄荷、蝉蜕、牛蒡子、葛根、升麻、荆芥、浮萍、怪柳、胡荽、芦根、钩藤、紫草

74. 急惊风常用药：

蝉蜕、菊花、蚤休、青黛、拳参、羚羊角、牛黄、天麻、钩藤、地龙、紫贝齿、珍珠、僵蚕、全蝎、蜈蚣、天生黄、竹沥、胆南星、礞石、熊胆

75. 慢惊风常用药：

人参、白术、茯苓、甘草、山药、黄芪、附子、肉桂、白芍、天麻、钩藤、白僵蚕、蜈蚣、全蝎

76. 食积常用药：

莱菔子、麦芽、神曲、谷芽、山楂、鸡内金、陈皮、青皮、枳实、槟榔、大黄、郁李仁、芦荟、三棱、莪术、鸡屎藤、隔山消

77. 疳积常用药：

胡黄连、银柴胡、秦艽、使君子、芜荑、芦荟、鸡内金、鸡屎藤

78. 痈肿疮疡常用药：

金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、野菊花、紫背天葵、七叶一枝花、黄芩、黄连、黄柏、栀子、赤芍、丹皮、冰片、牛黄、拳参、络石藤、大黄、虎杖、四季青、益母草、穿心连、鸭跖草、金荞麦、绿豆、地锦草、白花蛇舌草、半边莲、山慈菇、漏芦、垂盆草、乳香、没药、雄黄、麝香

79. 脓成不溃常用药:

砒霜、轻粉、升药、雄黄、松香、斑蝥、巴豆、穿山甲、皂角刺

80. 疮疡不敛常用药:

血竭、儿茶、铅丹、炉甘石、象皮、乳香、没药、白芷、地榆、乌贼骨、煅石膏、赤石脂、血余炭、冰片、生黄芪

81. 乳痈常用药:

全瓜蒌、牛蒡子、白芷、大贝母、蒲公英、金银花、连翘、丹皮、赤芍、丹参、当归、青皮、橘皮、橘叶、白蒺藜、夏枯草、乳香、没药、皂角刺、穿山甲、柴胡、黄芩、路路通、王不留行、漏芦、芒硝、半边莲

82. 肺痈常用药:

芦根、桃仁、冬瓜仁、薏苡仁、鱼腥草、金荞麦、蒲公英、合欢皮、金银花、地耳草、大贝母、全瓜蒌、桔梗、甘草

83. 肠痈常用药:

大黄、丹皮、芒硝、冬瓜仁、败酱草、红藤、蒲公英、瓜蒌仁、地榆、赤芍、延胡索、桃仁、薏苡仁、地耳草

84. 疝气常用药:

小茴香、吴茱萸、萆薢、乌药、木香、香附、青皮、延胡索、高良姜、橘核、山楂、荔枝核、胡芦巴、乌头、附子、肉桂

85. 痔瘡常用药:

地榆、槐角、防风炭、荆芥炭、黄芩炭、马兜铃、木贼草、熊胆、白敛、胡黄连、地锦草、刺猥皮、砒石、芒硝

86. 瘰癧瘰癧常用药:

夏枯草、玄参、大贝母、川贝母、牡蛎、山慈菇、黄药子、海蛤壳、瓦楞子、海浮石、

海藻、昆布、地龙、穿山甲、白附子、连翘、全蝎、蜈蚣、守宫、牛黄、僵蚕、乳香、没药、雄黄、麝香、金荞麦、拳参、蚤休

87. 阴疽流注常用药:

白芥子、鹿茸、鹿角、远志、白附子、天南星、麻黄、肉桂、黄芪

88. 蛇虫咬伤常用药:

紫花地丁、蚤休、蒲公英、半枝莲、白芷、蜈蚣、半边莲、白花蛇舌草、雄黄、穿心连、金荞麦、拳参、地锦草、垂盆草、五灵脂

89. 风疹常用药:

荆芥、防风、蝉蜕、白蒺藜、白僵蚕、浮萍、地肤子、白鲜皮、苦参、生姜皮、茯苓皮、桑白皮、防己、苏木、姜黄、凌霄花、丹皮、赤芍、生首乌、首乌藤、露蜂房、蛇蜕、全蝎

90. 湿疹常用药:

黄柏、黄连、苦参、白鲜皮、四季青、地耳草、鸡屎藤、苍术、枯矾、土茯苓、地肤子、秦皮、龙胆草、白芷、冬葵子、草薢、蜀椒、蛇床子、百部、艾叶

91. 疥癬常用药:

硫黄、雄黄、轻粉、明矾、皂矾、大蒜、露蜂房、大风子、木槿皮、松香、苦参、白鲜皮、地肤子、白花蛇、乌梢蛇、蛇蜕、苦楝根皮、苦楝子、藜芦、蛇床子、樟脑、石榴皮

92. 麻风常用药:

大风子、苦参、苍耳子、白花蛇、乌梢蛇

93. 梅毒常用药:

土茯苓、轻粉、大风子、升药、水银

94. 水火烫伤常用药:

大黄、地榆、四季青、白蔹、垂盆草、羊蹄、侧柏叶、紫珠、煅石膏

95. 筋伤常用药:

红花、桃仁、川芍、当归尾、赤芍、丹皮、姜黄、郁金、大黄、穿山甲、威灵仙、三七、延胡索、苏木、乳香、没药、自然铜、血竭、麝香、续断、儿茶、骨碎补、土鳖虫、刘寄奴、五灵脂、凌霄花、牛膝、虎杖、松节、徐长卿

96. 骨折常用药:

骨碎补、续断、自然铜、土鳖虫、血竭、苏木、乳香、没药、儿茶、麝香

97. 目赤翳障常用药:

(1) 风热上扰证: 桑叶、菊花、蝉蜕、蔓荆子、谷精草、白蒺藜、蛇蜕、白僵蚕

(2) 肝热上攻证: 青箱子、决明子、密蒙花、夏枯草、夜明砂、熊胆、龙胆草、黄芩、黄连、槐角、车前子、秦皮、钩藤、羚羊角、紫贝齿、珍珠母、石决明、珍珠、白僵蚕、益母草子、野菊花、蒲公英、冰片、炉甘石、硼砂

98. 目暗昏花常用药:

枸杞子、菊花、熟地黄、生地黄、菟丝子、沙苑子、女贞子、石斛、黑芝麻、桑叶、密蒙花、白芍、石决明、苍术

99. 鼻塞鼻渊常用药:

薄荷、辛夷、白芷、苍耳子、鹅不食草、细辛、鱼腥草、黄芩、冰片、藿香、猪胆汁

100. 牙痛常用药:

(1) 胃火牙痛证: 石膏、黄连、升麻、山豆根、谷精草、丹皮、牛黄、生地、知母、玄参

(2) 风冷虫蛀牙痛证: 细辛、白芷、草

芩、徐长卿、川椒、蜂房

101. 口疮常用药:

(1) 脾胃积热证: 石膏、知母、黄芩、栀子、黄连、丹皮、天花粉、藿香、佩兰、木通、生地、大黄、芒硝

(2) 虚火上炎证: 知母、黄柏、熟地、山药、山茱萸、丹皮、茯苓、泽泻、玄参、牛膝、麦冬、藿香、佩兰

102. 喉痹乳蛾常用药:

(1) 风热上犯证: 金银花、连翘、荆芥、牛蒡子、薄荷、蝉蜕、僵蚕、牛黄、西瓜霜、冰片、玄明粉、硼砂、蟾酥

(2) 肺胃火盛证: 板蓝根、黄芩、山豆根、大青叶、射干、马勃、金果榄、胖大海、玄参、麦冬、鸭跖草、锦灯笼、木蝴蝶、青果、金荞麦、野菊花、桔梗、生甘草、牛黄、西瓜霜、冰片、玄明粉、硼砂、蟾酥

(3) 肺肾阴虚证: 玄参、麦冬、生地、玉竹、百合、丹皮、知母、黄柏、熟地、山茱萸、牛膝、白芍、石斛、桔梗、甘草、锦灯笼

103. 耳鸣耳聋常用药:

(1) 肝火上攻证: 龙胆草、柴胡、黄芩、栀子、细辛、石菖蒲、黄柏、牡蛎

(2) 清阳不升证: 黄芪、升麻、桔梗、葛根、细辛、石菖蒲

(3) 肾虚证: 熟地黄、山药、山茱萸、旱莲草、女贞子、黄柏、五味子、骨碎补、珍珠母、石菖蒲、牡蛎、磁石



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

《新加坡中医杂志》来稿要求：

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

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

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

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

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

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

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

来稿请注明《新加坡中医杂志》寄至：

新加坡中医师公会宣传出版组

640 Lorong 4 Toa Payoh

Singapore 319522

或电邮至 assoc@singaporetcm.com



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

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2020年7月30日

顾问 赵英杰 林秋霞

编印 新加坡中医公会

主编 王美凤(宣传出版组主任)

副编 潘虹陵(宣传出版组副主任)

编委 梁桂贤 王木瑞 陈蓓琪
林英 郑爱珠

刊名题字 杨松年

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

出版准证 MCI(P) 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

