



泄肺逆，泻心火，清肝火，坚肾水。

本期之药

槐花

功能：疏通腠理、清热解毒、活血通络、行气止痛、祛风燥湿  
「炒香频嚼，治失音及喉痹，又疗吐血衄血，崩中漏下。」

——《本草纲目》

# 中華醫院

仁風義舉 澤及病黎 功德无量



**Singapore Chung Hwa Medical Institution**

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

## 亲爱的朋友：

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

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

©新加坡中医师公会

## 临床

1. 针刺治疗大便失禁的体会 — 新加坡·陈坤耀 .....p2-5
2. 耳胀耳闭的中医病因病机及治疗概况 — 新加坡·卓扶蓉 .....p6-10
3. 淋巴瘤中医治疗经验分享 — 新加坡·李明妹 .....p11-16
4. 阳和汤加味在乳腺癌术后愈合中的应用 — 新加坡·邓凯文 .....p17-20
5. 临床应用大包穴体会 — 新加坡·梁桂贤 .....p21-22
6. 溃疡性结肠炎 — 新加坡·张赛丽 .....p23-25
7. 浅谈跟痛机制和中医治疗 — 新加坡·王美凤 .....p26-28
8. 溃疡性结肠炎治例 — 新加坡·姚鑑亮 .....p29
9. 针灸治疗中风后语言障碍 — 新加坡·杨昌志 .....p30-32
10. 浅谈大肠癌中西医诊断治疗 — 新加坡·白伟良 .....p33-38
11. 柴胡疏肝汤合香砂六君子汤的临床体会 — 新加坡·黄丽芳 .....p39-41
12. 中医针药调理对子宫肌瘤的缓解作用 — 新加坡·罗泉卿 .....p42-44
13. 浅谈临床常用针刺穴位治疗痔疮及疗效 — 新加坡·王晖闵 .....p45-49
14. 小儿厌食症 — 新加坡·梁妹 .....p50-51

## 学术探研

15. 连花清瘟胶囊的药理研究及临床应用探讨 — 新加坡·何宇瑛 .....p52-54
16. 判断癌症预后的影响因素 — 新加坡·郑黄芳 .....p55-60
17. 癌症扶正培本治疗 — 新加坡·郭佩华 .....p61-62
18. 浅谈脾阴 — 新加坡·钟舒云 .....p63-66
19. 浅谈胃食管反流病 — 新加坡·刘立 .....p67-69
20. 浅谈圆翳内障 — 新加坡·廖矫治 .....p70-73

## 新加坡杏林人物志

21. 为狮城中医事业建树良多的梁世海医师 — 新加坡·林英 .....p74-75

## 学术交流

22. 读“中医创造奇迹-熊继柏诊治疑难危急病症经验集”体会 — 新加坡·郑爱珠 .....p76-78
23. 我的随诊笔记 — 新加坡·苏如俐 .....p79-82
24. 珍惜机会治好糖尿病前期 — 新加坡·冯启发 .....p83-84
25. 浅谈结肠曲综合征的诊断与治疗 — 新加坡·闫立群 .....p85-86
26. 论“脾胃虚弱”贯穿肿瘤病发生发展及治疗策略 — 新加坡·曾玉珠 .....p87-89
27. 辨证辨病并举诊治糖尿病 — 新加坡·张达开 .....p90-93

## 知识库

28. 分享栏目 刘嘉湘教授治疗肿瘤经验总结 — 新加坡·陈蓓琪 .....p94-96



# 针刺治疗大便失禁的体会

新加坡·陈坤耀

**【摘要】**通过临床病例，分析大便失禁的常见病因病机及针刺选穴，探讨针刺在该病中的应用及疗效。

**【关键词】**大便失禁；八髎穴

大便失禁 (Fecal Incontinence, FI) 是指反复发作的排便不能控制，持续时间至少1个月以上<sup>[1]</sup>。其形成原因复杂，老年人及产妇中较为高发<sup>[2]</sup>，其临床表现往往让患者尴尬，因此部分患者羞于求诊，以致疾病加重，给患者身体、心理、生活等都带来极大痛苦。现代医学对FI治疗手段较为局限，疗效一般。笔者通过临床发现针刺治疗FI具有患者接受度高、易操作、疗效好、价格经济等优点，因此小结临床体会如下。

## 病因病机

现代医学认为大便失禁的原因相当复杂，大概分为三类，一是功能性损伤，如肠道传输加快、盆底协调障碍、心理异常等，常见于肠易激综合征、炎症性肠病、脊髓损伤、痴呆、精神性疾病；二是括约肌薄弱，如括约肌损伤、阴部神经损伤、中枢神经系统损伤等，常见于产伤、意外损伤、手术损伤、周围神经损伤、脊柱裂、脊髓损伤、脑血管意外等疾病；三是感觉损伤，如传入神经损伤，常见于糖尿病神经病变、脊髓损伤等。

中医学认为，大便失禁病位在肛门、大肠，与脾肾关系密切。《圣济总录》云：“大肠为传导之官，掌化糟粕，魄门为之候。若其脏寒气虚，不能收敛，致化糟粕无所制约，故遗矢不时”。中国中医药行业标准认为<sup>[3]</sup>本病应从脾、肾辨证看待，应分为脾虚不固、肾虚不固两种证型。脾位居中焦，为后天气血生化之源，主运化水谷及水液，脾气主升，不仅有升清阳之功，亦有升举脏器之效，若脾虚则不能升举清阳及脏器，导致脾湿下流，出现大便泄泻，甚至可能出现脱肛；脾气一虚，不能固摄津液，以致大便不能完全控制；此证患者往往同时兼有神疲乏力，食纳减少，面色苍白等症状。肾位居下焦，为先天之本，主闭藏，能统摄二便，肾气一虚，失于统摄，则见大便不能控制，同时可伴有小便清长、或遗尿，腰膝酸软，或腰痛，或头晕耳鸣等症状。综合临床上所见大部分FI患者，多是脾肾同病，气虚不固，肛门失摄。从经络方面看，本病多与大肠经、肾经、脾经、膀胱经相关，亦与督脉、肝经有联系。

## 针刺选穴

针刺治疗多从大肠经、肾经、脾经选穴，因肾与膀胱相互表里，亦多选膀胱经穴位。总以补益脾肾为原则，常用穴位包括八髎、百会、气海、关元、肾俞、脾俞、大肠俞、足三里、三阴交等。

其中八髎穴是治疗FI的一组重要选穴，八髎穴属足太阳膀胱经，位于腰骶部，上髎、中髎、下髎分别为膀胱经与胆经、肝经、脾经的交会穴，具有补肾强腰，通调二便之功；同时八髎属于局部取穴可以改善骶尾部气血运行，达到气至病所的目的。百会位于督脉，为手足三阳经与督脉及足厥阴肝经之会，督脉为阳脉之海，总督一身之阳气，具有提气升阳的作用。关元穴为任脉与脾经、肾经、肝经交会穴，三阴交为肝经、脾经、肾经交会穴，配合气海以温补脾肾。足三里属足阳明胃经，补之可培中固本。肾俞、脾俞、大肠俞可通调脾肾之气，升提举陷，固摄二阴。除此之外还选用太溪、合谷和太冲。太溪穴是足少阴肾经原穴，能益肾气、补肾精、强肾脏。太冲配合谷为开四关。合谷是手阳明大肠经原穴，既能补益气血，又能健运脾胃。太冲为足厥阴肝经输、原穴，肝主筋，全身筋腱关节的运动功能，都赖于肝的精气滋养。太冲穴能调气血，强肝益肾培元，配合谷有气血双补之功，能壮肌肉，强筋脉。通过以上选穴针灸，配合电针与神灯，能较好的控制大便失禁，改善患者生活质量。

### 针刺体会

#### 3.1 针刺优势

针刺治疗大便失禁与现代治疗手段相比具有一定优势。现代医学对于FI治疗视情况给予保守或者手术治疗，多采用药物、生物反馈、骶神经刺激、括约肌修补、骨骼肌移植、人工肛门括约肌植入等方法<sup>[4]</sup>。保守治疗往往疗效不明显，手术治疗是一种侵入性手段，过程较为复杂，价格昂贵，但却无法保证疗效，往往

给患者带来沉重的经济负担却又无法保证疗效。FI患者多为中老年人，多合并有各种基础疾病，平常即需口服多种西药，加之口服中药口味欠佳，煎煮较为麻烦，因此部分患者不愿意尝试口服中药。相比之下，针刺更显简便廉效，深刺八髎可以直接刺激病位，与现代医学的骶神经刺激 (Sacral Nerve Stimulation, SNS) 机理类似，往往收效甚佳。

#### 3.2 深刺八髎穴

八髎穴位于后腰部，对应骶神经孔，通过深刺八髎可以刺激骶神经根，引起括约肌收缩，从而达到调节腰骶植物神经功能治疗大便失禁的目的。如今很多原因引起的大便失禁都可以用骶神经刺激 (Sacral Nerve Stimulation, SNS) 治疗，通过植入刺激电极，刺激骶神经而改善大便失禁的症状。骶神经根是从骶后孔穿出，其受电刺激后兴奋传入纤维，再经脊髓和脑桥反射后作用于盆腔器官，从而调整尿便反射。目前认为SNS可以增强横纹肌功能，表现为肛管收缩力增加和肛管括约肌松弛的减少。通过深刺中髎、下髎可以直接引导深部经气，加强针刺感应，达到气至病所的要求，而取得较好疗效。

临床发现针刺八髎的角度和深度非常重要，一般下髎采用直刺，中髎针尖向下约70度斜刺，次髎针尖向下约50度斜刺，上髎针尖向下约30度斜刺，采用4-5寸的毫针，刺入4-5寸。

#### 3.3 兼顾兼证

大便失禁患者以脾肾亏虚证多见，大便难以控制是主要临床表现，但同时可兼有肾虚不能濡养腰府所致的腰酸腰痛，肾虚不能固摄津液所致的小便清长或遗尿或夜尿频多，脾虚不能涵养四肢肌肉的疲倦乏力，气血不足不能濡养心神所致的失眠心悸等。针刺治疗大便失禁，不仅可以改善主要症状，往往也能改善以上兼证，因而从整体上改善患者的生活质量，这也体现了中医整体观念在针刺治疗疾病中的应用。

### 3.4 病例讨论

**病例一：**陈某某，女，61岁，已婚，生育过1胎。2018年7月4日初诊。大便失禁10多年，加重4年。每天凌晨2~3点腹痛泄泻，如不及时到厕所就会漏便，经常在工作地点因无法及时到厕所而大便失禁，严重时1天大便失禁3、4次。小便频，约每小时需如厕，如服西药能控制在2小时。纳差，进食生冷易泄泻，眠少，每天约早上4点半就醒。2011年子宫切除。舌暗淡，体胖，边有齿印，苔薄，脉细弱。中医诊断为大便失禁，脾肾亏虚证。

**治疗：**下髎、中髎、次髎、大肠俞、肾俞、脾俞、百会、合谷、太冲、中脘、下脘、天枢、气海、关元、足三里、三阴交、太溪。髎穴先用100mm x 0.30mm针深刺，并加用电针仪，选用疏密波，通电留针30分钟，其余穴位用40mm x 0.30mm针，常规针刺。

2018年7月7日、9日、11日就诊：大便失禁改善，偶无法控制，但已不再凌晨2~3点腹痛泄泻漏便，大便时间现在在清晨6点，睡眠改善。继续按照以前方案针灸治疗。

2018年7月14日、16日就诊：大便已正常，无腹痛漏便，控制良好，睡眠良好，现能睡到早上6点半才起上班，其余症状如尿频、纳差也明显改善。

**病例二：**叶某某，女，73岁，已婚，生育过2胎，顺产。2019年4月20日初诊。大便失禁三年。25年前疑因生育时间过长导致肛门括约肌松弛，大便失禁，故行肛门括约肌修复手术，术后大便基本恢复正常，无失禁。近3年开始大便失禁复发，西医不建议再做手术。刻下大便平均每日1行，大便偏软，1周内出现2-3次大便无法控制漏便。有服西药控制夜尿，有服西药控制焦虑，纳眠可。舌淡紫，苔薄，中有裂痕，脉沉滑尺脉弱。中医诊断为大便失禁，脾肾亏虚证。

**治疗：**下髎、中髎、次髎、大肠俞、肾俞、脾俞、百会、合谷、太冲、中脘、下脘、

天枢、气海、关元、足三里、三阴交、太溪。髎穴先用100mm x 0.30mm针深刺，并加用电针仪，选用疏密波，通电留针30分钟，其余穴位用40mm x 0.30mm针，常规针刺。

2019年4月22日就诊：大便失禁改善，无漏便。继续按照以前方案针灸治疗。

2019年4月25日、27日、5月2日、4日就诊：大便有急迫感时能控制超过20分钟，无漏便，自停西医夜尿药，夜尿1~2次。

2019年5月6日就诊：大便控制良好，大便有急迫感时能控制超过30分钟，无漏便，夜尿1~2次。

2019年5月9日、11日、13日、15日就诊：大便控制良好，大便有急迫感时能控制超过1小时，无漏便，夜尿1~2次。

**病例三：**孙某某，女，68岁，已婚。2018年8月23日初诊。大便失禁6年。大便1天3~4次，常觉排便不净，时无法控制而漏便，时矢气漏便。畏寒，偶胃酸倒流，易感冒，纳可，眠浅，半夜易醒，舌暗红，苔白腻，脉弦细。中医诊断为大便失禁，脾肾亏虚证。

**治疗：**下髎、中髎、次髎、大肠俞、肾俞、脾俞、百会、合谷、太冲、中脘、下脘、天枢、气海、关元、足三里、三阴交、太溪。髎穴先用100mm x 0.30mm针深刺，并加用电针仪，选用疏密波，通电留针30分钟，其余穴位用40mm x 0.30mm针，常规针刺。

2018年8月25日就诊：大便失禁改善，能控制，大便次数减少到2次。继续按照以前方案针灸治疗。

2018年8月27日、29日、9月1日、3日、5日就诊：大便能控制，无漏便，睡眠改善，大便次数1~3次。继续按照以前方案针灸治疗。

2018年9月8日、10日、12日、19日就诊：大便控制良好，无漏便，大便次数平均1~2次，其余症状如睡眠也明显改善。

**病例四：**胡某某，男，68岁，已婚。2018年11月17日初诊。大便失禁1年半。晨起5点左右腹痛伴大便失禁，便溏，大便每日3~4次。平素畏寒肢冷，下肢尤甚，耳鸣，夜尿2次，纳眠可，高血压，2016年9月痔疮外科手术。舌尖红，苔黄，脉弦。中医诊断为大便失禁，脾肾亏虚证。

**治疗：**下髎、中髎、次髎、大肠俞、肾俞、脾俞、百会、合谷、太冲、中脘、下脘、天枢、气海、关元、足三里、三阴交、太溪。髎穴先用100mm x 0.30mm针深刺，并加用电针仪，选用疏密波，通电留针30分钟，其余穴位用40mm x 0.30mm针，常规针刺。

2018年11月19日、22日、24日、26日就诊：大便改善，无晨起腹痛泄泻，大便1日2次。继续按照以前方案针灸治疗。

2018年11月26日、29日、12月1日、3日、6日就诊：大便改善，成型。继续按照以前方案针灸治疗。

2018年12月13日、15日、17日、20日、22日、24日就诊：大便改善，已能开始控制大便。继续按照以前方案针灸治疗。

2019年1月3日、5日就诊：大便改善，控制大便良好，已无紧迫感。

### 按语

以上病例均为老年人，产伤及腹部手术往往是导致大便失禁的重要原因，考虑与患者年龄较大，脏腑虚弱亦有很大相关性。FI患者多为虚证，虚在脾、肾，针刺治疗重在调补脾肾。其中八髎是最主要的一组选穴，针对盆底疾病可以起到直接治疗作用，具有双向调节功能，大便失禁时可以通过针刺八髎控制排便，若排便困难亦可通过针刺八髎起到排便作用。若要取得良好的针刺疗效，就须掌握精准深刺八髎穴的技术，这不止要熟悉八髎穴局部解剖特点，也要根据患者的体型胖瘦、骶骨是否有劳伤史等，才能顺利刺入骶后孔后

继续接近或触及骶神经根前支，从而取得明显疗效。临床部分患者针刺10次不到，即能取得非常有效排便控制，同时其他腰酸腰痛、睡眠等问题可以得到很大改善；但也有部分患者需要针刺15次以上才能达到满意效果；分析这些病例，发现短时间内就能得到很大改善的FI患者多为神经损伤、括约肌损伤患者，推断针刺能够调节受损的神经及括约肌。不同病因所致的大便失禁，是否有不同疗程或方案，还有待进一步探讨。

### 参考文献

- [1] 王晓锋, 刘素琴. 神经电刺激疗法治疗粪失禁现状与展望[J]. 结直肠肛门外科. 2015, 21(2): 76-80
- [2] 宋玉磊, 林征, 林琳. 大便失禁的诊治进展[J]. 胃肠病学. 2012, 17(2): 79-82
- [3] 肛门失禁的诊断依据、证候分类、疗效评定. 中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)
- [4] 刘连杰, 喻德洪. 肛门失禁的诊断与治疗[J]. 中华普通外科杂志. 2000, 15(11): 691-692



# 耳胀耳闭的中医病因病机及治疗概况

新加坡·卓扶蓉

**【关键词】** 耳胀耳闭，病因病机，中医治疗

耳胀耳闭是指耳内胀闷感、堵塞感及听力下降、自听增强为主要特征的中耳疾病。耳胀、耳闭是同一疾病的不同阶段。耳胀为病之初，以耳内胀闷为主，或兼有疼痛，多因风邪侵袭，经气痞塞而致，所以古人又有“风聋”之称。耳闭多为病之久者，耳内如物阻隔，清窍闭塞，听力明显下降，多为邪毒滞留耳窍，并与脏腑虚损有关，迁延日久转化而致，古代医籍中又有“气闭耳聋”之称。本病相当于现代医学的分泌性中耳炎、气压损伤性中耳炎等。

## 中医诊断标准

根据《中华人民共和国中医药行业批准·中医病证诊断疗效标准·中医耳鼻咽喉病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>：①以耳内胀闷不适或闭气阻塞感为主要症状。伴有听力下降或低音调耳鸣，部分患者有耳痛。②耳胀起病较急，一般病程较短。耳闭多由耳胀迁延不愈而成，亦有缓慢起病者，病程2个月以上。③耳部检查：鼓膜有内陷，或有混浊、增厚，黏连，或有充血及鼓室积液表现。咽鼓管不通畅。

④听力检查呈传导性耳聋。声阻抗检查有鼓室负压等表现。

## 病因病机

### ①风邪外袭

肺主气，令耳闻声和，肺司耳咽管开合，保耳清灵。外感风寒或风热之邪，风邪袭肺，肺失宣降，循经上犯，导致耳部经气痞塞，耳窍闭塞不通，出现耳胀耳闭、听力减退。《诸病源候论·卷二十九》云：“风入于耳之脉，使经气闭塞不宜，故为风聋。”《丹溪心法》也言：“耳者，宗脉所附。脉虚而风邪乘之，风入于经，使经气闭塞不宜，所谓风聋”。又肺为水之上源，风邪袭肺，致使肺失宣降，水液通调不利，容易稽留耳窍。《外科大成》云：“耳者，心肾之窍，肝胆之经，宗筋所聚也...肝胆主外，如风热有余，或胀痛或痒，邪气客也。”此都说明风邪对耳窍的影响。

### ②肝胆湿热

平素嗜辛辣厚味，滋湿生热，蕴积肝胆，湿热循经上蒸，壅滞耳脉，积留中耳，或邪毒内侵，湿热邪毒壅盛，犯及肝胆，肝胆湿



热，循经博结于耳窍，而致耳胀。《景岳全书》言：“气闭者，多肝胆气逆，其证非虚非火…气有所结而然。”此认为肝胆气逆，气机不调，内生湿热，上蒸耳窍而为病。本病也可因情志不遂，肝气郁结而上逆阻塞清官，郁而化火上扰清窍所致。耳络不通，经气痞塞则耳胀、耳闷、耳痛。明·方隅《医林绳墨》云：“耳闭者，乃属少阳三焦之经气之闭也”。

### ③脾胃虚弱

由于脾胃为后天之本，气血津液生化之源，能运化水湿，又主升清，若脾胃运化失职，清阳之气不能上达濡养耳窍，致使湿浊停聚于耳，故见中耳积液长期不消，表现耳窍闭塞不通。《素问·玉机真脏论》载：“脾为孤脏，其不及则九窍不通。”《脾胃论》又言：“胃气一虚，耳目口鼻俱为之病”。

### ④肾精不足

《普济方·耳门》说：“夫耳者，属足少阴之经，肾家之寄窍于耳也。肾气通于耳，所主者精，精气调和，肾气充足，则耳闻而聪。”若肾精不足，不能上注耳窍，导致清阳失充，出现耳闭不闻。《太平圣惠方》载：“夫卒聋，由肾气虚，为风邪所乘，搏于经脉，随其血脉上入于耳，正气与邪气相击，故令耳卒聋也。”此指出脏腑虚弱，无力濡养耳窍，而致耳胀耳闭。

### ⑤气滞血瘀

耳胀失治，或反复发作，以致邪毒滞留不去，阻于脉络，窍络闭塞，气滞血瘀而致耳闭不通。

## 辨证论治

### 1.从肺论治

顾亦婷<sup>[2]</sup>采用宣肺通窍法，治疗风寒外袭型之急性分泌性中耳炎。30例对照组采用麻黄碱滴鼻液联合醋酸泼尼松片、桉柠蒎肠溶软胶囊口服。30例治疗组采用麻黄、苦杏仁、

陈皮、法半夏、茯苓、六一散、白芷、苍耳子、川芎、石菖蒲、浙贝母等药物组成宣肺通窍方。1周为1个疗程，3天为1个观察点，共观察2个疗程，即7天。治疗结果显示：对照组：痊愈3例，显效9例，有效15例，无效3例，总有效率90%。治疗组：痊愈3例，显效3例，有效20例，无效4例，总有效率86.67%。两组治疗风寒外袭型之急性分泌性中耳炎均有疗效，总体疗效无差异性。对照组在改善耳塞胀闷感、耳痛优于治疗组。

林蔚达等<sup>[3]</sup>治疗30例分泌性中耳炎，治以温肺化饮、温通耳窍法，处于小青龙汤加减。药用：芍药9g，桂枝、半夏、五味子各6g，通草、石菖蒲各5g，麻黄、细辛、淡干姜、甘草各3g。随证加减，7天为1个疗程，2个疗程后结果显示，痊愈9耳，好转17耳，无效4耳，有效率达87.6%。

赵文明<sup>[4]</sup>报道李淑良使用疏风通窍、清肺利水法，自拟清肺通窍汤（辛夷、白芷、桑白皮、葶苈子、车前草、茯苓、路路通、柴胡、甘草等）随症加减，治疗急性分泌性中耳炎效果显著。

赵金晓等<sup>[5]</sup>采用宣肺通窍法治疗急性分泌性中耳炎，辨证分外感风寒、风热侵袭两型。前者给予三拗汤加味，后者给予银翘散加减。治疗47耳，痊愈32耳，有效13耳，无效2耳，总有效率95.74%。

### 2.从脾论治

胡少争等<sup>[6]</sup>治疗30例证属脾虚水泛耳胀耳闭患者，其中30例对照组采用鼓膜穿刺联合吉诺通胶囊，治疗组30例采用参苓白术散合五苓散加减。结果；治疗组总有效率86.6%，明显高于对照组总有效率70.0%。

薛向上<sup>[7]</sup>使用二陈汤加减治疗病程在2周-1个月，证属脾虚湿盛型的中期分泌性中耳炎患者，药用：僵蚕、桔梗、茯苓、白芥子、陈皮、制半夏各10g，甘草、石菖蒲各6g。舌苔色白者加白术10g，舌苔色黄者加

黄芩10g,耳中积液黏稠者加竹茹10g。7d为1个疗程,治疗2个疗程后,治疗效果显著。

段淑兰等<sup>[9]</sup>治疗儿童分泌性中耳炎证属脾虚湿困清窍患者,治以化湿调中,升阳开窍,采用调中益气汤。药用:黄芪、柴胡、陈皮、蝉蜕各3g,人参、甘草,苍术各1.5g,升麻、防风各1g,木香0.5g。

### 3.从肝肾论治

李莉等<sup>[9]</sup>治疗肝肺郁热型82例分泌性中耳炎患者,通过口服柴芩清窍汤(莱菔子15g,茯苓、桑白皮、陈皮各12g,柴胡、枳壳、藿香、路路通、石菖蒲、芦根、淡竹叶、菊花、赤芍各10g,夏枯草、栀子各9g)。治疗结果显示:痊愈29例,好转50例,无效3例,总有效率为96.35%。

王丹凤<sup>[10]</sup>针对肝胆湿热型之分泌性中耳炎,随机分对照组和观察组各39例。对照组用常规西药治疗,观察组采用龙胆泻肝汤加减。药用:柴胡15g,龙胆草12g,泽泻、车前子各10g,焦栀子、黄芩、当归各9g,细木通6g,甘草5g。文火煎煮,取药液200ml,早晚分服,日1次,7天1疗程。治疗结果显示:观察组总有效率为94.8%,对照组总有效率为71.8%。

霍炳杰等<sup>[11]</sup>观察117例慢性分泌性中耳炎患者,治疗组58例证属肝肾阴虚患者,处于耳聋左慈丸合通气散治疗,临床随症加减。药用:煅磁石30g(先煎),熟地黄、茯苓、泽泻、牡丹皮各15g,制山茱萸、石菖蒲、柴胡、香附各12g。结果显示:治愈42例,显著改善16例,改善11例,总有效率为89.61%。59例对照组采用西药外加喷鼻剂滴鼻治疗,结果显示:治愈30例,显著改善7例,改善23例,总有效率为76.92%,治疗组优于对照组( $P<0.05$ )。

张叶<sup>[12]</sup>治疗肝火上扰,经气痞塞型耳胀耳闭患者。96例治疗组采用具有泻肝通窍、开郁聪耳之功的泻肝聪耳丸,由本溪市中医院研制

用于耳胀耳闭的中药制剂(龙胆草、山栀子、黄芩、柴胡、石菖蒲、香附、蔓荆子、枳壳、泽泻、车前子、茯苓、当归、川芎、葛根、路路通、蝉蜕组成),96例对照组采用龙胆泻肝丸,观察2个疗程后,治疗组:痊愈37例,好转52例,未愈7例,总有效率92.71%。对照组:痊愈16例,好转55例,未愈25例,总有效率73.96%。

### 4.从湿痰论治

孙小迪<sup>[13]</sup>从痰论治慢性分泌性中耳炎分4种证型:风邪生痰、脾虚生痰、湿浊生痰、肾虚生痰。主方均选取通窍活血汤,药用:半夏、枳壳、茯苓、浙贝母、僵蚕各10g,桃仁、红花各9g,陈皮、石菖蒲、甘草、白芥子、桔梗、升麻、柴胡各6g,川芎、赤芍各3g,老葱3根,红枣7枚,对于风寒型患者配合荆防败毒散加减治疗。对照组以口服强的松片(5mg/次,3次/d)联合罗红霉素胶囊(饭前30mins服,150mg/次,2次/d)。结果:治疗组29例,痊愈20例,好转7例,总有效率为93.11%。对照组29例,痊愈14例,好转6例,总有效率为68.97%。

吴初武<sup>[14]</sup>治疗30例耳胀患者,使用二陈汤合三拗汤治疗,治疗分3期。早期采用疏风化痰清热法,药用:枳壳、僵蚕、桔梗各10g,法半夏、浙贝母各8g,白芥子、茯苓、陈皮、甘草各6g,石菖蒲5g。中期采用补脾祛湿消痰法,药用:石菖蒲、白僵蚕、枳壳、法半夏各10g,陈皮9g,茯苓、桔梗各6g,白芥子5g。晚期采用温肾化痰法,药用:薏苡仁15g,枸杞子、熟地黄各12g,甘草、茯苓各10g,制附子9g,白芥子8g。结果:显效27例,有效1例,有效率达93.3%。

吴畏<sup>[15]</sup>运用二陈汤加减治疗60例分泌性中耳炎,辨证分3期。早期治宜清热疏风化痰,药用:制半夏、茯苓、僵蚕、浙贝母各10g,陈皮、白芥子、桔梗、石菖蒲、甘草各6g。中期治宜健脾利湿化痰,上方去浙贝

母。后期温肾涤痰，药用：熟地黄15g，山茱萸12g、山药、枸杞子各12g，茯苓10g，制半夏、白芥子、桔梗、甘草各6g。各期均随症加减，7d为1疗程，治疗2个疗程后，总有效率达86.67%。

### 5. 从瘀论治

邓志峰等<sup>[16]</sup>治疗证属气血瘀络型耳胀患者，治以活血通络，聪耳开窍，处予补阳还五汤加减，疗效显著。

刘成云等<sup>[17]</sup>使用启闭通窍汤加减配合喷鼻剂外用治疗60例因外邪侵袭日久，气血瘀阻，邪毒滞留，闭塞耳窍之分泌性中耳炎。药用：薏苡仁15g，柴胡、辛夷花、白芷、生地黄、赤芍、黄芩、石菖蒲、鱼腥草、陈皮、茯苓、泽泻各12g，川芎、半夏各9g，炙甘草6g，随症化裁，7d为1个疗程，2~4个疗程后，疗效显示：痊愈30例，有效13例，无效3例，总有效率达93.5%。

赵晶晶等<sup>[18]</sup>报道陈小宁教授治疗儿童分泌性中耳炎，证属气血瘀滞，痰浊闭耳，方选补阳还五汤合三子养亲汤加减，可达活血理气、启闭开窍之效，临床效果俱佳。

### 6. 针灸治疗

明荷<sup>[19]</sup>治疗1例风邪犯耳患者，症见耳内胀闷，似棉球堵塞感，听音不清，听力下降，耳内重者。取耳门、听宫、听会、翳风、耳和髎、风池、合谷、外关、重手法强刺激，留针20mins，出针后点按耳门、听宫、听会、翳风以增强疗效。经2d治疗耳胀痊愈。

明荷<sup>[19]</sup>治疗1例肝肾阴虚型耳胀患者，强刺激泻（翳风、太冲），补（耳门、听宫、听会、三阴交、肝俞、肾俞、太溪、照海），留针20mins，出针后点按耳门、听宫、听会、翳风以增强疗效。治疗1周，症状全无。

慈勤仁等<sup>[20]</sup>使用针刺治疗耳胀耳闭，取耳门、听宫、听会、翳风、中渚。风邪犯耳者加外关；痰湿积聚者加丰隆；气滞血瘀者加

行间、太冲；脾气虚弱者加足三里，三阴交；肝肾阴虚者加肝俞、肾俞。每日针1次，15次为1疗程。治疗2个疗程取得良好疗效。

### 7. 综合疗法

陈秀峰等<sup>[21]</sup>治疗急性期儿童分泌性中耳炎，随机分观察组及对照组各50例。对照组参照《儿童中耳炎诊断和治疗指南（草案）》，未给予治疗，观察组使用苍耳子散熏鼻联合鼓膜按摩。每周评估1次，连续观察4周，结果：观察组总有效率80.0%，对照组总有效率48.0%。

符之武<sup>[22]</sup>以补气健脾法治疗分泌性中耳炎，处于参苓白术散合通气散加减。药用：党参、茯苓、山药、黄芪、泽泻、生薏苡仁、白术各15g，砂仁、炒白扁豆、川芎、柴胡、桔梗、莲子、香附各10g，陈皮、甘草各5g。配合1%呋麻滴鼻液滴鼻，3次/d，坚持滴鼻3d后停用，并自身进行耳门按摩与捏鼻鼓气，服中药5剂患者症状显著好转，18剂后症状基本消失，后继续服药7剂，效果较佳。

刘柳等<sup>[23]</sup>治疗48例分泌性中耳炎患者使用具有通经活血功效的中药王不留行子制成耳贴贴压在耳朵表面的耳穴进行揉压按摩，起到局部治疗的作用。主穴取耳、肾、外耳、内耳；配穴取神门。再配合临床辨证，外感风邪者加肺；脾虚湿滞者加脾；肝胆湿热者加肝。初诊或疼痛剧烈者可3d更换1次穴位进行按压；若病情渐愈或为了巩固疗效，可5~7d更换1次穴位。治疗期间每天按压3~5次，每次15mins，并配合中药汤剂（党参、白术、茯苓各15g，半夏、苏子、白芥子、莱菔子、石菖蒲各10g，陈皮5g）。7d为1疗程。治疗2~3疗程，结果显示：痊愈16例，有效29例，无效3例，总有效率93.8%。

谢强<sup>[24]</sup>针药并用治疗1例肝胆湿热，耳部经脉痞塞不通患者，以清泻肝胆，利湿通窍法。处于：炙黄芪12g，葛根10g，柴胡、郁金、香附、石菖蒲、杏仁各6g，田七粉3g（水冲服）7剂，水煎，日1剂，分两次服。同时针

刺取百会、印堂、太阳、听宫、风池、合谷，三阴交、太冲、地机，以平补平泻法，起到清肝泻胆、通利耳窍。再配合艾条灸耳门、听宫、听会，依序进行回旋、雀啄、往返灸之。每次10~15mins，隔日1次。二诊，服药后耳内堵塞胀闷感减轻，继服上方20剂，患者耳胀耳闷感消失，听力检测在正常范围内。

综上所述，耳胀耳闭的病位在中耳，其基本病机是升清降浊失常。由于肺失宣肃，肝（胆）失疏泄，脾（胃）健运失司，肾失气化，导致痰浊瘀血留滞耳窍，而发本病。风邪外袭，内伤脏腑失调是致病的主因。主病之脏在肺、肝（胆）、脾（胃）、肾。西医治疗局限于耳部治疗，以清除中耳积液，改善中耳通气引流为主。多采用抗生素、咽鼓管吹张、滴鼻液滴鼻、鼓膜穿刺抽液及鼓膜切开置管术以达到治疗的目的。中医重视从整体观念，辨证及辨病相结合，局部和整体相联系，内治、外治等多种手段联合应具有一定优势。

## 护理与调摄

### 一. 护理

1. 耳胀早期患伤风鼻塞或鼻渊等鼻病出现鼻涕多，可使用滴鼻药物，保持鼻腔通畅，能减轻咽鼓管内肿胀，尽量保证鼓内外气压的平衡。

2. 养成正确的擤鼻方法，有鼻涕时两侧鼻腔交替擤鼻，避免用力过度，防止邪毒窜入耳窍。

### 二. 调摄

1. 加强体育锻炼以增强体质，积极防治感冒及鼻腔、鼻咽慢性疾病，是预防的关键。

2. 在压力变化的环境，如坐飞机、登山、潜水等，应多做吞咽动作以调节耳咽管的功能。

3. 患耳胀后应尽早彻底治愈，可以有效预防耳闭的发生。

## 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] 顾亦婷, 陈小宁. 宣肺通窍方治疗风寒外袭型急性分泌性中耳炎临床观察疗效[J]. 南京中医药大学: 南京中医药大学, 2019.
- [3] 林蔚达, 蒋姚燕, 黄炳峰, 等. 小青龙汤加减治疗分泌性中耳炎30例疗效观察[J]. 中国中药科技, 2014, 21 (5): 516.
- [4] 赵文明, 李淑良. 从肺论治急性分泌性中耳炎经验浅识[J]. 北京中医药, 2011, 30 (3): 188.
- [5] 赵金晓, 彭帆, 舒海荣, 等. 宣肺通窍方治疗急性分泌性中耳炎40例[J]. 中国中医急症, 2011, 20 (5): 808.
- [6] 胡少争, 申琪, 参苓白术散合五苓散治疗耳胀耳闭30例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 65 (2): 65-66.
- [7] 薛向上. 二陈汤治疗分泌性中耳炎的疗效观察[J]. 光明中医, 2012, 27 (5): 955-956.
- [8] 段淑兰, 王景云. 调中益气汤儿科临床应用举隅[J]. 四川中医, 2005, 23 (4): 70.
- [9] 李莉, 张萍, 毋桂花. 柴苓清窍汤治疗肝胆郁热型分泌性中耳炎的临床疗效[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46 (10): 2116-2118.
- [10] 王丹凤. 龙胆泻肝汤治疗分泌性中耳炎肝胆湿热型临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34 (2): 159-160.
- [11] 霍炳杰, 常靓, 刘羽, 等. 耳聋左慈丸合通气散治疗慢性分泌性中耳炎的疗效及对血清通道蛋白1及4水平的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22 (12): 191-194.
- [12] 张叶. 泻肝聪耳丸治疗耳胀耳闭临床疗效观察[J]. 中国临床研究, 2013, 26 (1): 75.
- [13] 孙小迪. 中医辨证治疗慢性分泌性中耳炎的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2016, 14 (36): 180.
- [14] 吴初武. 二陈汤三拗汤治疗分泌性中耳炎30例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11 (22): 20.
- [15] 吴畏. 二陈汤加减治疗分泌性中耳炎60例[J]. 实用中医药杂志, 2011, 27 (1): 26.
- [16] 邓志峰, 杨明杰. 中医辨证分型治疗分泌性中耳炎临床研究[J]. 亚太传统医药, 2015, 11 (10): 105-106.
- [17] 刘成云, 梁俊薇. 启闭通窍汤治疗分泌性中耳炎46例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2013, 34 (6): 40.
- [18] 赵晶晶, 陈小宁. 陈小宁治疗儿童分泌性中耳炎经验总结[J]. 内蒙古中医药, 2013, (22): 52.
- [19] 明荷. 针灸治疗耳胀34例[J]. 特色疗法中国民间疗法, 2014, 22 (8): 13.
- [20] 慈勤仁, 解乐青, 靖海波, 等. 针刺治疗耳胀耳闭[J]. 中国针灸, 2011, 31 (5): 394.
- [21] 陈秀峰, 卢娜, 周思平, 等. 苍耳子散熏鼻联合鼓膜按摩治疗儿童分泌性中耳炎急性期50例[J]. 江西中医药大学学报, 2018, 30 (3): 44-47.
- [22] 符之武. 补气健脾法在耳鼻喉科的运用[A]//2005年世界中联耳鼻咽喉口腔专业委员会第五届学术年会中华中医药学会耳鼻咽喉分会第十九届学术交流会暨贵州省中西医结合学会耳鼻咽喉分会第二次学术交流会论文集[C]. 贵州, 2013: 330-332.
- [23] 刘柳, 王毅. 耳穴贴压法结合中药方剂治疗分泌性中耳炎48例[J]. 新疆中医药, 2013, 31 (4): 39-41.
- [24] 陈璐璐. 谢强针药并用治疗耳胀耳闭经验[J]. 河南中医, 2012, 32 (3): 374-375.



# 淋巴瘤中医治疗 经验分享一例

## A Case of Lymphoma Successfully Cured Purely Using Traditional Chinese Medicine Methods

新加坡·李明姝

**【关键词】** 淋巴瘤；中医；治疗

**Keywords:** Lymphoma; Traditional Chinese Medicine Treatment; TCM Treatment

### 摘要:

淋巴瘤 (Lymphoma) 是起源于淋巴系统的一种癌症，在新加坡，它对于男性是第五大最常见的癌症，而对于女性，则排名第六；同时也是儿童和年轻人中最常见的癌症之一。本病案根据传统中医辨治思路，通过“证素辨治法”，辨取证素“痰”“脾”“三焦”，以“健脾理三焦，化痰散结”为治则，采用“内外合治，形神同调”的传统中医治疗方法，成功治愈患者的复发性淋巴瘤。本治疗全过程为100%纯中医中药，为淋巴瘤的身心整体疗愈提供了参考。

### Abstract:

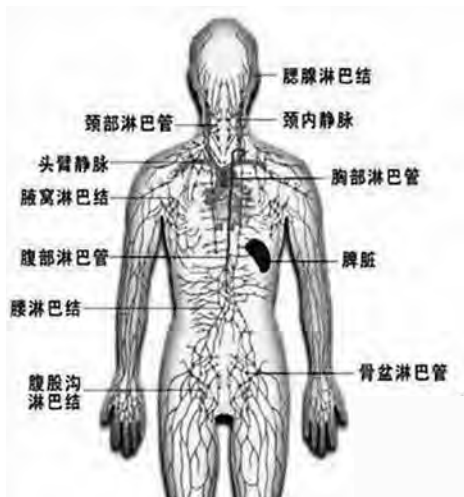
Lymphoma is a cancer that develops in the lymphatic system. Lymphoma is the 5th most common male cancer and the 6th most common cancer for females in Singapore. It is one of the most common cancer seen in children and young adults as well. In the following case, based on Traditional Chinese Medicine principles on disease diagnosis and treatment, by using the “Method on Syndrome Factor Differentiation and Treatment”, the “Phlegm”, “TCM

Spleen”, and “TCM Sanjiao” were identified as the main factors affecting the disease. Thus, the treatment was to strengthen the TCM spleen, and clear the TCM Sanjiao to reduce the phlegm and break up the nodes. Therefore, external and internal treatment methods were adopted. The mental health of the patient was also cared for to aid the treatment. As the result, the patient’s relapsed lymphoma was successfully cured.

Throughout the entire treatment, only Traditional Chinese Medicine methods were used. This case sharing provides a reference for a holistic treatment for lymphoma patients.

淋巴瘤 (Lymphoma) 是起源于淋巴系统的一种癌症，为淋巴组织所长的恶性肿瘤，主要表现为无痛性淋巴结肿大，肝脾肿大，全身各组织器官均可受累，患者往往伴发热、盗汗、疲乏等全身症状。中国央视主播罗京、日本著名演员高仓健、香港知名实业家霍英东都是死于淋巴瘤，新加坡总理李显龙也患过淋巴瘤。

根据新加坡国立癌症中心 (National Cancer Center Singapore, NCCS) 在其网站上公布的统计, 淋巴瘤对于新加坡男性, 是第五大最常见的癌症, 对于女性, 则排名第六。2011-2015年间, 新加坡平均每年发现717例, 男性多于女性, 它也是儿童和年轻人中最常见的癌症之一。一般认为, 淋巴瘤的病人若不接受治疗, 平均存活不超过二年。但若接受适当治疗, 缓解机率约有七成, 但有百分之四十的病人可能会复发, 复发者死亡率较高。



图一、人体淋巴系统 (部分) 示意图

传统中医药治疗淋巴瘤能取得确切的疗效, 下面, 我为大家分享一则真实的病例:

**病人基本信息:** 蔡XX, 女, 1945年9月生。

**主诉:** 请求用纯中医治疗复发性淋巴瘤

**首诊日期:** 2019年3月11日

**既往病史:** 2013年查出淋巴瘤后, 完成了手术, 未完成化疗 (因为副作用太强, 不能承受)。

二十多年前, 患者有甲状腺功能亢进史, 以汗多为主症, 用药几年后, 控制良好, 遂停药, 至今甲亢未复发。

**现病史:** 在2019年3月1日例行体检中, 发现淋巴瘤复发。

患者平素多粘痰, 易腹痛腹泻, 刻下口干, 易疲累, 纳寐可, 二便可。舌淡红, 苔腻, 脉缓。患者心态平稳从容, 心理素质较好。

**触诊:** 可触及右锁骨上窝淋巴结肿大两粒, 大小均在1cm左右, 圆韧光滑, 无压痛, 活动度较差, 皮肤表面无异常。

#### 生化及影像学检查:

2019年3月1日在新加坡国立癌症中心的胸部、腹部及盆腔电脑断层扫描 (CT Chest, Abdomen and Pelvis) 检查报告主要结论如下:

Interval redevelopment of adenopathy involving bilateral cervical, mediastinal, right axillary, retroperitoneal and mesenteric nodes

双侧颈部、纵隔、右腋窝、腹膜后和肠系膜淋巴结间断性复发增大

例如, Cervical lymphadenopathy(颈部淋巴结肿大):

Right(右侧): 1.2cm x 0.9cm, 1.4cm x 1.1cm;

Left (左锁骨上窝): 1.6cm x 1.9cm

Aortopulmonary windowing node (主肺窗结节): 1.8cm x 1.2cm

Right axillary node (右腋窝结节): 1.8cm x 1.1 cm

Left Para-aortic node (左主动脉旁结节): 1.9cm x 1.5cm

Pleural nodule (胸膜结节): 0.9cm

除此以外, 还发现:

Right thyroid nodule (甲状腺右侧结节): 1.8cm

另外, 她的血液检查也发现异常, 肿瘤指标很高 (患者遗失检查报告, 只记得西医告诉过她。)

**西医诊断:** Suspicious for Relapse of Lymphoma (疑似淋巴瘤复发)

## 中医诊断

<sup>[2]</sup>根据中国江苏省中医院大内科主任医师  
郦永平创导的“证素辨治法”

### 本病证最主要的病机证素是：

痰——主要来源于“据病辨证素”，中医辨证本病，多是由于脾肾的不足，导致体内的水湿运化失调，聚而生痰结瘤。“痰”在淋巴瘤的早期多属无形之痰，而当其瘤成发病之时，即可看作是有形之痰在体内的聚结。所以痰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，例如患者痰多，苔腻，所以“痰”可被列为基本证素之一；

脾——主要来源于“据病辨证素”及“据症辨证素”，除了上述的中医辨病认识以外，“脾主大腹”，“脾为生痰之源”为主要考虑因素。病人素体脾虚，因而易生痰及腹痛腹泻；“脾不化津，津不上承”，所以口干；舌淡红，苔腻及脉缓也印证了脾虚之证。

还有一个重要病位的判定，也从“据病辨证素”而来，就是我认为，全身广泛的淋巴病变应属于三焦病证。

首先，《黄帝内经》在《素问·灵兰秘典论》中说“三焦者，决渎之官，水道出焉。”三焦为水液的生成敷布、升降出入的道路，当三焦辖水不利之时，就容易使水停成痰，痰聚而成结；

第二、三焦是一个“腑”，其实就是一个把五脏六腑都包括在里面的大腔，正如张景岳所说：“三焦者，确有一腑，盖脏腑之外，躯壳之内，包罗诸脏，一腔之大腑也”（《类经·脏象类》）。三焦管辖面积大，内容杂而多，涉及淋巴系统，也涉及胸膜、腹膜和肠系膜等内脏筋膜，一旦失利，各处受害，给治疗带来极大的难度，病变范围太广也是淋巴瘤致死的主要因素；

第三、《灵枢·经脉》指出：“三焦手

少阳之脉……循膈外上肩，入缺盆，布膻中，散络心包，下膈，遍属三焦；其支者，从膻中上出缺盆，上项”，其循行路线，正是病患发生淋巴肿瘤的主要区域。

据此可证，本病中，“三焦”可被确定为病位之一。

根据“痰、脾、三焦”这些证素，可以得出证型为：脾虚三焦不利，痰凝为结。

## 治疗经过

我确立治则为：健脾理三焦，化痰散结。同时采用外治法与内治法来对病人进行治疗：

外治法方面，主要是针灸，刚开始一周一次，后来平均每两周一次。以胸腹部为主，如膻中、中脘、下脘、梁门、天枢、大横、气海等；

**1. 常加：**四肢的一些健脾和胃、理气化痰的穴位，如合谷、阴陵泉、足三里、丰隆等；

**2. 或加：**既可通利三焦经脉，同时又可调节水湿之气的三焦经穴位，如：外关（可治瘰癧）、丝竹空（可降浊除湿）、耳门（可降浊升清）等；

**3. 有时也用：**前后所交接经脉的穴位，如内关（心包经穴位，心包经与三焦经在手部交接；内关通于心、胸、胃，是治疗脏腑阴络气机失调病证的常用穴、特效穴）、丘墟（胆经原穴，胆经与三焦经在头部交接；丘墟可治腋下淋巴结肿）等；

**4. 有时也根据病人的病症，加其它穴位，**如印堂、太阳、曲池等。

针完以后，以温灯照射患者腹部及腿部，加强体内气血运行能力及向下向外散邪的能力。一般在针灸半小时后起针，患者都会觉得腹痛消除，身体舒展变轻，体力增长。

### 内治法又分为三个方面：

处方用药上，我重用温胆汤以健脾化痰，或加如下药物：

| 功能        | 药物举例                     |
|-----------|--------------------------|
| 清热解毒或化痰散结 | 黄芩、银花、连翘、半枝莲、猫爪草、胆南星、瓜蒌等 |
| 辅助脾运      | 山楂、神曲、莱菔子等               |
| 祛瘀        | 五灵脂、乳香、没药等               |
| 温中燥湿或健脾顺气 | 高良姜、苍术、白术、郁金、香附、旋覆花、代赭石等 |

总之随证加减，谨遵《素问·至真要大论》中所说的“谨守病机，各司其属”，“寒者热之，热者寒之……结者散之……适事为故”。

蔡女士的痰在治疗一个月后大为减少，之后很少出现。患者面容渐有光华，音量变大，精气神状态变好。

二、以三焦为病位的思路除了体现在治疗中，也体现在要求患者停止服用所有保健品上。在癌症复发之前，患者已经听从家人的安排，开始服用大量的灵芝、冬虫草、绿茶、鱼肝油、当归膏等好几种保健品，一天好几次，连续服用好几年。而我认为，三焦即为腑，正如《素问·五脏别论》中所说：“三焦……天气之所生也，其气象天，故泻而不藏。”“六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也”，因此三焦为病，应以通为用，以降为顺，不宜进补，补则壅滞。即使对于是“脏”的脾来说，我也非常赞同江育仁先生的提法：“健脾不在补贵在运”，一味地补，只会加重脾运的负担，导致脾胃之气受损。因此，从始至终，在我对此病的治疗中，从未纯补，而那些以补养为主的保健品，我认为也应该停药。患者听从以后，我们的治疗进展顺利，为最后的完全康复扫清了很多障碍。

三、治“神”上，考虑到“形者神之质，神者形之用，形为神之基，神为形之主”，我非常重视蔡女士的情志状态。

我鼓励她每天坚持八卦掌、回春操等锻炼，也鼓励她多接近自然，多出国散心。在2019冠状病毒疾病流行之前，她的出国旅游行程安排得比年轻人还要满，体力一直维持得很好。每次出国，她都很开心，从我这拿的预防各种突发情况（如晕车、发热，食物中毒、关节扭伤等）的中药，一路上大都用于支持团友或者当地人，自己很少使用。她告诉我，大家都说，只要有她在，就会安心。

我也支持她读书、分享、在老人院做义工。蔡女士做事负责有担当，做人谦虚低调，是义工中的核心人物。她常告诉我她内心充满喜乐，从不埋怨。她一直觉得自己这一生很“值”，一心只想再多做回报社会、回报家庭的事，我真心佩服她的这份坚定与奉献，也时常赞美她。

我与她分享说：“《道德经》上讲‘既以为人己愈有，既以与人己愈多’，打造健康的生命关系，就是创建健康的生活环境。当您的生命关系是一片祥和时，您就生活在最完善的健康环境中，这比任何单一的营养或者运动都更有益！”她完全赞同。和谐的人际关系对她的康复非常有利！

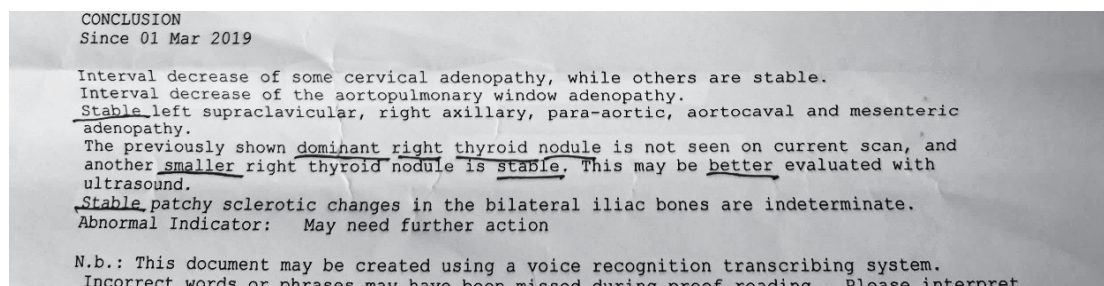
### 治疗结果

2019年5月底，在中医治疗两个多月后，蔡女士的血像报告已无异常，她的血清乳酸脱氢酶 (Lactate Dehydrogenase, serum)



数值是417U/L，完全正常（正常值范围是222-454U/L）；我触诊发现她右锁骨上窝的淋巴结肿已经变软，变小。

9月做CT检查，发现所有肿瘤都呈稳定或缩小状态，甲状腺上最大的结节更是已经消失；我触诊发现原有的右锁骨上窝淋巴结肿已经摸不到了。



图二、2019年9月4日在新加坡国立癌症中心的胸部、腹部及盆腔电脑断层扫描报告(CT Chest, Abdomen and Pelvis)，显示与2019年3月1日的结果相比，部分颈部淋巴结肿、主肺窗淋巴结肿已经缩小，其余淋巴结肿大小稳定；之前所见的最大甲状腺结节已经不见。

蔡女士高兴地告诉我，医院的医生都告诉她，已经不再把她当癌症病患，而是按普通病人对待了，我对此感到欣慰。在中药上，我改变了治法，仍然以温胆汤为主方，但剂量减为原来的一半，也不再用活血理气、化痰散结的药了，但和胃助运的药，如山楂、神曲、莱菔子等坚持使用。

到了2020年3月，蔡女士按医院要求再行超声波检查，全身除了轻度脂肪肝以外，无任何异常影像学发现，她的验血报告也基本无异常。

2020年10月29日的腹部超声波报告也显示“本次检查未查出任何淋巴结肿大。”

当然，比生化指标和影像学报告更重要的，是蔡女士本身的身体变化：她现在体力增长，不易疲乏；几乎没有痰，除非饮食不洁或食物中毒，否则腹痛腹泻不再出现；整个人神清气爽，每日活动安排紧凑。我也告诉她，在中医看来，患者自身的感受比医院

的检查报告重要，请她把关注点放在自己身上，而不单纯向外追求指标上的合格。

从我开始为蔡女士进行中医治疗以来，她未使用过任何西药，也未进行过手术或化疗，只是按照医院的流程进行必要的检查，本病的治疗是100%的纯中医运用。我给她的中药，没有什么特别昂贵、特别稀罕的药材，都是新加坡本地生产的普通中成药，以片剂和胶囊为主，有时也用到颗粒剂。

## 讨论及体会

1、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依，更具体，更有操作性。

按照“证素辨治法”，中医的处方并不是无章可循，不可捉摸，也不是仅凭经验用

药，而是按法组方、循证用药、方证一致、随机而治，直接而简约，无需机械地套用经方名方，省却了临证处方中许多不必要的干扰，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，具有可重复性和实证性。

2、癌症是由多种病因长期综合作用形成的，针灸与内服中药内外合治，取效较快；同时，对癌症的治疗不仅要从医疗的角度入手，还要从更深层次的“心神”入手。中医是人类生活的艺术，是生命整体疗愈的智慧，绝不仅仅是一门知识和技术。在治疗错综复杂的疾病中，以人为本，遵循身体的自然平衡功能，才能回归“万物之纲纪，变化之父母”的阴阳之道；同时，帮助患者恢复全面自然的身心通畅、和谐广大，才是真正的“治病必求于本。”（全文完）

## 参考文献

- [1] 图片来源: <http://www.wenhuaqiang.net/goods-891.html>
- [2] 祁永平, 李明姝. “证素辨治法”简介和运用. 新加坡中医杂志, 2020年总48期: 29-36



# 阳和汤加味在乳腺癌术后愈合中的应用

新加坡·邓凯文

## 乳房切除术后血清肿概述

乳房切除术是切除整个或部分乳房的乳腺癌手术。手术伤口的渗出液可提供很多有关该部位是否正常愈合的信息。在正常情况下，术后渗出液应在术后数天内从血性引流 (sanguineous drainage) 转变为浆液性引流 (serous drainage)。

手术引流 (surgical drainage) 在乳腺癌手术/重建乳房手术后的愈合中起着重要作用。渗出液经常积聚在切除乳房的区域，如果不将积液向外排出，可能会导致不适并延迟愈合。

积液排泄还会减少血清肿 (seroma) 的形成，血清肿是一种不舒服的液体，可引起疤痕，也可导致钙化。因此，外科医生会将引流管放置在预料会积聚液体的乳房区域。体重较高/肥胖，首三天引流量较大，并且接受根治性乳房切除术的患者与单纯乳房切除术相比，发生血清肿的风险更高。

乳腺外科手术最常用的引流仪器是 Jackson-Pratt 引流系统。引流管放置在手术区域内，并连接到穿过并缝合到皮肤的柔性管上。管道远端是个柔软的塑料泡囊盖住，该囊可以收集并容纳液体。多数引流仪器在拆除前要放置两到三周甚至更长的时间。

引流管的位置取决于所进行手术的范围，在乳房以及淋巴结切除术部位通常会各自安装

一个引流管。安装引流管的缺点在于它为细菌提供了进入人体的途径，感染往往21天后开始迅速增加，因此保持引流管周围区域的清洁和干燥非常重要。

引流仪器收集的液体积量，颜色和稠度为拆除引流管时间 (cannula indwelling time) 提供了基础。液体积量应稳定性地从每天约100毫升减到少于25毫升，几天后颜色应从鲜红色变为稻草色，液体稠度并应逐渐变薄而无气味。这些迹象如没被观察到，而患者还有温度为38°C的发热或持续性低烧，引流管周围皮肤发红疼痛或不适，基质变硬，出口处有恶臭变色的液体或脓液，排出的液体变稠而不变稀，这代表引流相关感染已发生了。

引流相关感染可用抗生素阻止，但有时感染的遏制仍可能导致伤口愈合延迟和/或继发感染，通常在免疫力受损和血液循环不良的患者中观察到这种情况。

## 阳和汤组成与方义分析

阳和汤出自于清代医家王洪绪《外科证治全生集》，是专注于治疗虚寒阴疽证的中医处方，有“阴疽活命丹”之称。阴疽类似于当代医学中的湿性坏疽 (wet gangrene)，并以血液循环障碍为共同原因，有导致组织坏死的倾向，发现时常需

要施清创切除术 (debridement)。

阳和汤原方的组成为熟地30克、鹿角胶9克、白芥子6克、炮姜炭2克、生麻黄2克、肉桂3克、生甘草3克是效于温阳补血，散寒通滞，主治患处漫肿无头，皮色不变，痠痛无热，口中不渴，舌淡苔白，脉沉细或迟细的贴骨疽、脱疽、阴疽或流注、痰核等属于阴寒证。

组成阳和汤的药物基本上可分为两类：温补营血药的熟地和鹿角胶；与辛散温行药的肉桂、姜炭、麻黄和白芥子。

方中重用熟地，滋阴补血，填精益髓；配以血肉有情之鹿角胶，以补草木之品补益之不足，善于益精血补骨髓，补肾助阳，强壮筋骨，二药相伍，“补之以味”，温阳养血，具有阴中求阳之意，以治其本，共为君药。

寒凝湿滞，非温通而不足以化，故方用炮姜炭、肉桂为臣。姜炭苦温，入血分，温经散寒，肉桂辛甘大热，功擅补火助阳散寒。脾主肌肉，姜炭、肉桂温运脾肾二脏之阳，散寒以通利血脉，“温之以气”，破阴通阳，并引熟地、鹿角胶之药力直达病所。寒在营血，肉桂入营，温通血脉。

麻黄、白芥子有助姜、桂以散寒凝而化痰滞为佐药。麻黄，轻扬上达，辛温达卫，宣通经络，与诸温和药配合，可开腠理，散寒结，引阳气由里达表，发越阳气，通行周身；“又能深入痰凝积血之中，凡药力所不能达之处，此能无微不至”《神农本草经百种录》，但在本方中麻黄用量轻，实取其通阳为主，散寒为辅。

白芥子辛温气锐，性善走散，祛寒痰湿滞，可达皮里膜外，两味合用，既能使血气宣通，从筋骨、血脉、肌肉、腠理到皮毛，层层温煦，以化阴凝。阴凝得散，则阳气得宣，血运周流不息。滋补与滋腻是滋补药类的正/利、反/弊两面，滋补有益于入，有补益强壮之功；滋腻药物则有生湿、腻滞之弊，能妨碍脾胃运化。而熟地、鹿角胶性皆滋腻，得姜、桂、麻、芥之宣通，则补而不滞，滋而不

腻，散寒不伤阴，宣通不伤正，温阳不偏亢，有相辅相成之效。

本方的配伍特点有二：一为补血与温阳药物合用，形气均补；一为辛散温通与味厚滋腻之品相伍，则补中求散、寓通，而无壅滞滋腻之弊。

此方为疡科阴证治疗大法之代表方，具有温补和阳，散寒通滞；化痰祛湿，祛瘀通络，能回阳消阴，阴证转阳。王洪绪据其祖传秘方及临床验证，提出“诸疽白陷者，乃气血虚寒凝滞所致，其初起毒陷阴分，非阳和通腠”，不能解其寒凝；“已溃而阴血干枯，非滋阴和畅”，不能厚其脓浆；“盖气以成形，血以华色，诸疽平塌，不能逐脓者，阳和一转，则阴分凝结之毒，自能化解”。

从局部表面观察，患处色之不明而散漫者，乃气血两虚也；患之不痛而平塌者，毒痰凝结也；初起之形，阔大平塌，根盘散漫，不肿不痛，色不明亮，此疽中最险之证，均属阴疽之重症。

此外，毒之化必由脓，脓之来必由气血，即痈疡出脓是机体托毒外出之途径，必须气血旺盛，脏腑无损，方不致发生变证。阴疽已溃亦可从脓与气血的关系而理解，气血之化必由温也，因此不可施寒凉，只能以温补厚脓之道。总之，寒为阴邪，其性凝滞，易伤阳气，若阳气受损，失去温煦推动之力，人体气血津液运行则受阻，阳虚阴寒之病遂生。

这似乎与对毒的理解有所相反。故一般而言，“火盛者必有毒，热从毒化，热极亦化毒，变从毒起，瘀从毒结”。所以“一概清火以解毒，殊不知毒即寒，寒凝即毒蕴，解寒而毒自化{解}，清火而毒愈凝”，而“妄行清解，反伤胃气，使阳和不振，难溃难消，倘误服寒凉，其色变如隔宿猪肝，毒攻内腑，神昏即死”。

因此，治诸疽内陷王洪绪主张以“阳和通腠，温补气血”为治疗阴疽的基本原则，而以“清火解毒”与“内托”为畏。



## 阳和汤在乳腺癌术后愈合中的应用

在大复度手术或涉及大量组织破坏的手术后，包括乳腺癌手术、隆胸和腹部整形手术以及疝修补术等广泛的重建或整形手术，血清肿是最常见的并发症。血清肿是由于在手术期间或受伤 (blunt trauma) 导致的血液和淋巴管损伤而形成的。来自受损血管的液体和细胞渗出而入组织并形成柔软的集合液体。

未经治疗的血清肿会发展成脓肿，可导致血清肿钙化，美容效果差，疤痕外观不理想以及在严重迟愈合情况下手术伤口裂开 (dehiscence) 和感染败血症 (sepsis)。当代医学将血清肿的严重后果归因于年龄、糖尿病、感染、肥胖、吸烟和营养不足等等；多与免疫功能不足和血液循环障碍的状况相关。

从中医的角度，这些状况归因于离经之血。经脉是运行气血的通道，当血不再参与经脉循行就是离经之血，是失去了气的血，亦是丧失了血液生理功能没生命力的瘀血。在《灵枢·九针十二原》说到：“凡用针者，虚则实之，满则泄之，宛陈则除之，邪胜则虚之”，《灵枢·小针解》有补充解释：“宛陈则除之者，出恶血也”。

《素问·调经论》曰：“血有余则怒，不足则恐，血气未并，五脏安定，孙络水溢，则经有留血……视其血络，刺出其血，无令恶血得入于经，以成其疾”。这里也指出如果血气还没受邪，五脏应该安和，如孙络受邪而津液外溢，则经脉有留血迹象...在治疗上应穿刺和释放血液，使不良血液不会进入血管并导致疾病。这符合当代医学血清肿手术引流的概念。

中医的瘀血是病理产物，亦是致病因素，成因可概括为五点：(1)气滞则血行不畅；(2)气虚则血运无力；(3)阳虚血寒而凝滞；(4)外伤脉络，血不归经；(5)寒、热、痰、湿等邪气阻络，血液凝涩或壅塞而形成瘀血；也多为气结则血凝之虚症。病因于血分者，仍必从血而求之。

乳腺癌术后伤口持久难愈一证与阴疽局部漫肿、诸疽内陷征候相似；多由素体阳虚，营血不足，寒凝湿滞所致，因正气不足，卫外不固，邪气乘虚而入，致使气血凝滞，经络痹阻，故时见局部或全身一系列虚寒表现，治疗以温阳补血，散寒通滞为主，也相当于阳和汤症。

## 临床病历分享

女病人患有AJCC第二B阶段乳腺癌时只是36岁，也患有其他慢性疾病包括游走性风湿性关节炎 (migratory rheumatoid arthritis)，多发性胃息肉 (multiple gastric hyperplastic polyps) 和癫痫发作 (intermittent epileptic seizure)。乳腺癌确诊时，体痣广泛分布，被怀疑患有基因缺乏症。中医初诊时，由于多疾缠身，该患者正试图寻找其他可靠的选择来避免手术，但被说服继续进行术前化疗和乳房切除术。

该患者术前和术后最大的健康问题是失眠和食欲不振 (严重肠胃气胀)；出院后复诊时目光乏神、表情淡漠、倦怠乏力、呼吸迟缓、肌肉萎缩松软、脸白少华、唇色浅淡；脉象细数无力而微。此时已术后约10天，但尽管进行了抗生素治疗、伤口压力压缩和局部按摩，引流液体积量与质素都欠佳；并预计第三周后将安排另一次手术来修复伤口。虽然修复手术不是危险的手术，但患者还非常担心她无法在下次手术中幸存下来。因此患者亦接受服用中药汤以提高愈合速度的建议。

虽然有关阳和汤的加减，王洪绪认为“不可增减一味”，但亦应临证据实际情况，方能前后进退。所用处方为阳和汤加味，原方熟地、鹿角胶、白芥子、炮姜炭、生麻黄、肉桂、生甘草加上党参、黄芪、升麻以增进益气升阳效力，蒲黄、五灵脂 (失笑散) 以强化化瘀止血之功。剂量为每天一剂，分早晚两次服用；七天后复诊。

为了避免治疗复杂性，患者术后头痛、失眠和严重肠胃气胀以针灸、推拿、刮痧治疗。

七天后复诊时，患者精神、体质都大有改善，引流液体每日积量、颜色和稠度都有改善，从透明塑料泡囊中可以观察到引流液体变更清晰、血腥少和更稀薄；伤口炎症亦减轻。因此守方七天，如见便溏即停，再次复诊。

在随后的外科检查时，由于伤口明显改善，修复手术被推迟，等待进一步观察。在下次外科检查时，患者感到放心的是，手术已无限期地推迟了。

### 小结

血液高凝 (hypercoagulation) 是癌症发生的先决条件和确定性发现。癌症可通过改变凝血和纤溶系统之间的平衡来赋予血栓形成或高凝状态，导致血液循环减慢，与中医的血瘀概念相吻合，亦与预后和治疗有关。乳腺癌也不例外，在妇科疾病中，中医认为多以痰凝血瘀为患。因此，体质较弱的患者更会因高凝和免疫力下降的相互作用下而遭受术后伤口愈合困难的并发症。

中医早就意识到循环不足和免疫受损在伤口愈合中的综合作用。血为气之母，既可滋补气，亦可运载气，循环障碍与血瘀既有相同含义，因两者都可阻碍向伤口位置的正气运送和供应，而使正气修复受损组织的功能下调。为此，两学科都自有方法，当代医学可使用抗凝剂之肝素 (heparin)，甚至水蛭素 (hirudin) {如用于糖尿病性坏疽}；而中医则从唐容川《血证论》之“血积既久，亦能化为痰水”与朱丹溪《丹溪心法》之“痰加瘀血，遂成囊窠”中取得许多对痰瘀互结治疗的灵活选择。

然而适当地解决循环不足的血液黏度问题往往留下其他血液动力 (hemodynamics) 系统问题如心输出量，血湍流，血管阻力和血管壁张力等等。中医却通过重新建立阳气以解决这些心系统性问题。与此同时，中医从宏观角度

针对偏衰的阳气状态，间接地提升正气水平，导致人体免疫力上调。

《成方便读》：“夫痼疽流注之属于阴寒者，人皆知用温散之法，然痰凝血滞之证，若正气充足者，自可运行无阻，所谓邪之所凑，其气必虚，故其所虚之处，即受邪之处。痼因于血分者，仍必从血而求之”。

在临床上，阳和汤是普遍用于因局部寒凝痰滞、血不充盈所致的阳虚不能温运阴血所致的疾病，治当温通“阳虚寒凝”的症状，是治疗虚寒阴疽证的中医处方，有“阴疽活命丹”之称。阳和汤虽出于中医外科，应用亦有偏向外科，但实际上可对某些疑难杂症治疗亦有所奇效。

阴阳是治疗一切疾病最根本、最高度的原则，阳和汤是一个补阳气的处方，独特之处在于补阳气而不伤阴，所以称阳和。因体内阴寒偏多，阴盛阳衰，用阳气来高度的调和阴阳，让人体阴阳平衡，身心安和，阴阳平衡百病自退。

### 参考文献

- [1] Hashemi E, Kaviani A, Najafi M, et al (2004) Seroma Formation after Surgery for Breast Cancer World Journal of Surgical Oncology
- [2] Kuroi K, Shimozuma K, Taguchi T, et al (2006) Evidence-based risk factors for seroma formation in breast surgery Jpn J Clin Oncol. 36(4):197-206
- [3] Prins M, Otten H-MMB (2004) Thrombosis and cancer. A short history of Trousseau's syndrome In: Lugassy G, Falanga A, Kakkar A, Rickles F, eds Thrombosis and Cancer. London, New York: Taylor & Francis 1-10
- [4] Stoyanov G S, Tsocheva D, Marinova K, et al (2017) Drainage after Modified Radical Mastectomy - A Methodological Mini-Review Cureus 9(7) July 10
- [5] Woodworth PA, McBoyle MF, Helmer SD, et al (2000) Seroma formation after breast cancer surgery: Incidence and predicting factors The American Surgeon Atlanta Vol 66, Issue 5 May: 444-50
- [6] 孙世发 [南京中医药大学] (2005) 名方配伍分析及应用第一版第二印人民卫生出版社
- [7] 李冀, 连建伟 (2016) 方剂学/全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材第十版中国中医药出版社
- [8] 于华芸, 徐日强 (2005) 难病奇方系列丛书: 阳和汤中国中医药出版社
- [9] 张秉成 (2010) 成方便读学苑出版社

# 临床应用大包穴体会

新加坡·梁桂贤

根据中国中医药出版社的《针灸学》最新版教材（通称“十三五”）<sup>[1]</sup>，大包穴的解剖定位、主治等如下：

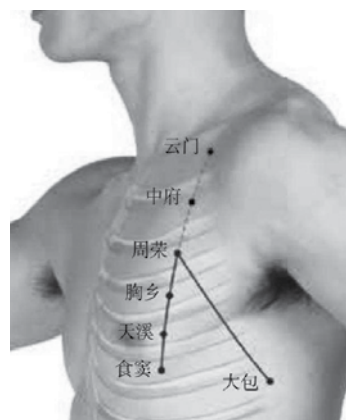
**大包 (Dà bāo, SP21)** 脾之大络

【定位】在胸外侧区，第6肋间隙，在腋中线上（右图）。

【解剖】在第6肋间隙，前锯肌中；有胸背动、静脉及第6肋间动、静脉；布有第6肋间神经，当胸长神经直系的末端。

【主治】①气喘；②胸胁痛；③全身疼痛；④四肢无力。

【操作】斜刺或向后平刺0.5-0.8寸。



《灵枢·经脉》云：“脾之大络，名曰大包，出渊腋下三寸，布胸胁。实则身尽痛，虚则百节尽皆纵，此脉若罗络之血者，皆取之脾之大络脉也。”《针灸大成》云：“脾之大络，总统阴阳诸络，灌溉于脏腑者也。”

## 针刺大包穴治疗急性扭伤

南京医学院第一附属医院徐静霞医师用大包穴治疗50例急性扭伤<sup>[2]</sup>，男性23例、女性27例，年龄20至73岁。针法以斜刺患侧入5分深，取得总有效率98%，且绝大病例均1~2次，针后取得满意效果。

## 王瑞辉教授病例

陕西中医药大学博士生导师王瑞辉教授在临床上应用大包穴颇有心得<sup>[3]</sup>，介绍如下：

### 1. 顽固性膈肌痉挛案

患者呃逆反复发作1年余，发作时呃声低沉短促而频，难以忍受，伴心烦失眠，疲乏，口干等症。辨证为呃逆（心脾两虚证），治以宁心健脾为法，选取大包（双）合内关（双）。二诊时患者自诉呃逆未再发作。

## 2. 疲劳综合征案

患者疲乏伴记忆力减退半年余，工作劳累后出现全身疲劳倦怠，嗜睡，休息后不能缓解，伴头晕，记忆力及注意力下降，食欲减退、大便溏薄。辨证为虚劳（脾肾亏虚证），治以健脾益肾，补益气血。针灸处方为：大包（双）、百会、内关（双）、气海（温针灸）、足三里（温针灸）、三阴交（双）、太溪（双），每天1次，每次留针30分钟。连续治疗10次，患者自诉疲乏、嗜睡、头晕、食纳欠佳等症较前逐渐好转，自诉身体状态恢复从前，精力充沛。

## 3. 脑震荡后遗头痛症案

患者脑震荡后遗头痛1年余，疼痛部位主要为前额与头顶之间，时轻时重，发作时痛如锥刺，常伴有头昏脑胀。辨证为头痛（瘀血阻络证），治以活血化瘀，疏通经络为法，选取大包（双）、神庭、百会、太阳（双）、合谷（双）、血海（双）、三阴交（双）、太冲（双）。常规针刺操作，每天1次。第二日复诊患者自诉头痛明显缓解，继续针灸治疗1个疗程（10次），上述症状逐渐好转直至消失，电话随访3月，患者头痛症状未再发作。

纵观以上三例，王瑞辉教授认为人体络脉横行交错，网络周身，五官九窍，四肢百骸，无处不到，内关具有宽胸理气，调畅气机通道之效，配合大包穴不仅可以调节本经的气血，还可以调畅气机，沟通其他经脉的气血输布，从而达到“利关节，濡筋骨，渗灌诸节，营养全身”的作用。王教授临床中发现久痛易入络，故遇见瘀血的患者，常观其大包穴附近存在小的血络，颜色青紫，且大包穴处常常伴有痛、瘀、积等表现，所以针刺大包穴可以起到活血化瘀，行气止痛之效，可以泻出其郁积之气，达到“气散则血行，血行则痛止”的功效。

## 本人病例：下肢疼痛案

李某，男，58岁，2020年10月14日初诊，

**主诉：**右腿站立时胀痛3-4周，站立5-10分钟即感疼痛，胀痛感从脚踝开始逐渐延伸至大腿，疼痛时需要立即坐下，坐下后即缓解，跑步时不痛。

**舌苔象：**舌暗，舌下脉有瘀点，苔薄

**脉诊：**弦细涩（左），滑（右）

**触诊：**右胸外侧区有结节

**诊断：**痹证（气滞血瘀证）

**处方：**大包（右，刮痧）

经刮痧大包穴后，立即感觉轻松，站立15-20分钟亦无疼痛。

2020年10月21日二诊，在刮痧后加针刺大包穴，治疗后更轻松，现能站立约20分钟，疼痛时稍微活动即缓解。

2020年10月28日三诊，除了大包穴，亦在小腿处刮痧，胆经痧点明显。在阿是穴上刺络出血后，疼痛感消失。

## 讨论

《灵枢·经脉》的记载“实则身尽痛，虚则百节尽皆纵，此脉若罗络之血者，皆取之脾之大络脉也”以白话文来说是，实证：一身尽痛，血瘀；虚证：周身肌肉关节松弛无力。这突出了脾与四肢百节的关系，亦指出络脉如罗网般围绕全身，如有血瘀证，可取大包穴治疗。大包穴统阴阳诸络，灌溉于脏腑，称之为大络，可见大包穴有其特殊之处。

在大包穴针刺或刮痧虽取得了满意的效果，但因病例较少，仍需努力进一步探讨。

## 参考文献：

- [1] 梁繁荣、王华等：针灸学（新世纪第四版）[M]. 中国中医药出版社. 2016
- [2] 徐静霞：针刺大包穴治疗50例急性扭伤[J]. 上海针灸杂志. 1988(04)
- [3] 杨欢：王瑞辉教授临床应用大包穴经验拾遗[J]. 四川中医. 2019(07)



# 溃疡性结肠炎

新加坡·张赛丽

最近，日本前首相安倍因溃疡性大肠炎 (Ulcerative Colitis, UC) 复发而辞职，引发人们对此病的关注。根据早报的报道，有文献证据指出，溃疡性大肠炎病程较长、溃疡状况明显者，罹患大肠癌的几率就会提高。故患者必须长期服用药物以控制和抑制发炎的症状，如果不遵守医嘱而自行停药西药，发炎情况可能会持续蔓延、恶化。

溃疡性结肠炎是慢性发炎性肠道疾病 (Inflammatory Bowel Disease, IBD) 的一种。溃疡性大肠炎主要侵犯结肠和直肠的黏膜，造成黏膜反复或是渐进性的发炎。常见症状为腹泻、腹痛及粘液血便，多伴有里急后重等症状。由于其临床表现上和大家熟知的细菌性痢疾、阿米巴痢疾非常相似，以至于早期医家无法区分，古代中医统一称为“痢疾”。不同于细菌性痢疾、阿米巴痢疾这类疾病是由于微生物所导致的肠炎，而溃疡性结肠炎则是因为自身免疫系统出现了问题所导致的疾病。一般认为 UC 与微生物感染、精神心理、遗传、药物、肠道菌群失调等多种因素有关。据报道慢性发炎性肠道疾病在本地是越来越普遍，新病例有逐年增加的现象。西医认为药物治疗是第一线疗法，多数患者对药物反应良好，能有

效控制炎症，而无须动手术。当药物治疗不能很好地控制疾病，或结肠产生癌变时，则可能须要通过手术切除整个结肠和直肠。

根据中华中医药学会脾胃病分会于2010年发布的“溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见”，本病多因外感时邪、饮食不节（洁）、情志内伤、禀赋不足所致。病变部位在大肠，又可涉及到脾、肝、肾、肺等脏腑。脾虚失健为发病的基础，湿热蕴肠，气滞络瘀为其基本病机。

参照“溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见”的分型标准，有大肠湿热证、脾虚湿蕴证、寒热错杂证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证和阴血亏虚证等6个证型。活动期湿热蕴肠，气血不调，以实证为主；缓解期脾虚湿恋，运化失健，多属虚实夹杂，寒热错杂。除了药物治疗，可以选择应用针灸治疗溃疡性结肠炎。

溃疡性结肠炎是一种目前病因不明确的慢性疾病，其影响因素众多，而且病机复杂，病程长，一旦确诊可能会终身患病；其临床转归多样化、治疗效果难以预测。预防胜于治疗，故应嘱咐患者注意生活调摄，起居有常，饮食有节，营养均衡；注意个人卫生，避免进食生冷不洁，油腻，辛辣，煎炸及难消化之食物，防止肠道感染；避免劳累、工作压力，长期脑

力劳动、情绪波动太大等不良因素；适度体育锻炼，达到正气内存，邪不可干的健康状况。

以下为今年接诊溃疡性结肠炎的病案两例：

### 病例一

卢先生，46岁，2010年5月16日于2019年12月，被西医诊断为溃疡性结肠炎，现服西药控制病情。患者希望通过中药调理改善体质，减少西医的服用剂量。初诊：纳可无腹胀，饭后困倦，大便2-3天一次，便质块状，虽有便意，但只矢气而无排出大便，偶尔少量便血，眠可梦多，腰酸，小便正常；胖大舌，舌淡白，苔白厚腻，脉缓。从患者舌诊，脉象，整体表现显示为脾虚湿蕴。

**处方：**六君子汤和温胆汤加减。

**2020年6月13日**

复诊：症状改善，纳可，大便日一行，仍偶血，眠可，偶困倦，四肢冷，舌淡白，苔白腻，脉滑缓。守上方，加四逆散（疏肝解郁），仙鹤草（收敛止血，止痢，同时又有补虚之功），槐花（止血）。

**2020年7月11日**

复诊：症状改善，大便日一行，便血一周两次，眠差。上方去温胆汤，换十味温胆汤（调理睡眠），加侧柏叶（没有地榆，故退而求次）助槐花止血的功用，藿香与佩兰祛湿。

**2020年9月12日**

复诊：大便2日一行，便血一周一次，眠差多梦。上方六君子汤改为四君子汤，保留四逆散，藿香、佩兰、仙鹤草、槐花、侧柏叶换生地榆，加合欢花、枳壳、牛膝、太子参。

**2020年9月26日**

复诊：症状改善，大便1-2日一行，便血一周减一次。守上方，加针灸。针灸治疗取穴：天枢（天枢为大肠的募穴，可通调大肠的气血）、中脘、上巨虚（为大肠的下合穴，

“合治内腑”，可清化肠道湿热）、气海，配穴神门，四神聪，安眠穴，帮助睡眠。

**2020年10月17日**

复诊：患者自觉针灸后，首几天症状明显改善，建议患者一周针灸至少两次。守方兼针灸治疗。此病例提示，针药同用有相使的作用。

### 病例二

**潘先生，46岁，2010年6月27日**

今年1月胃、肠镜检查，显示慢性非萎缩性胃炎，食道下端发炎，溃疡性结肠炎。初诊：纳可，饭后微腹胀，便血，大便细，肛门疼痛，眠可。BP123/70，P69舌谈，苔白厚腻，脉滑。温胆汤，失笑散，槐花，白花蛇舌草。

**2010年7月11日**

复诊：纳可，饭后无胀，偶胃痛，大便细如食指，便血劳则加重，眠可，舌谈，苔白厚腻，干，中裂，脉滑，BP133/83，P58。以丹栀逍遥散疏肝解郁为主；加失笑散、侧柏叶、槐花、白花蛇舌草活血祛瘀，散结止痛；藿香，佩兰，芳香化湿。

此方加减一个月。因为患者每两周来复诊，故针灸只能两周一次；穴位选：天枢穴、大肠俞（膈募配），承山，上巨虚，足三里，内关，太冲，昆仑。

**2010年8月8日**

复诊：因为复工，刻下便溏，便血，纳可，口干，眠一般，小便黄，舌谈，苔白厚腻，干，中裂，脉滑。处方：丹栀逍遥散、参苓白术散、槐花、生地榆、藿香、佩兰、太子参、仙鹤草。针灸选穴，同上，加中脘，气海，关元。此方加减一个月。针灸每两周一次。

**2010年9月12日**

复诊：大便难，时硬时软，偶便血，纳可，偶胃痛，躺下痛减，口干喜饮，眠

一般，小便顺畅，偶尔头疼，舌谈，苔白厚腻，干，中裂，脉滑BP139/80，P57。太子参、白术、茯苓、丹栀逍遥散、活络效灵、藿香、佩兰、槐花、生地榆、仙鹤草、芦根、海螵蛸、浙贝母。针灸（穴位同上加减）。

## 2010年9月26日

复诊：大便难，硬，偶便血，纳可，腹胀，晚餐后胃痛，躺下则舒，眠一般，小便顺畅，舌谈，苔白厚腻，干，中裂，脉滑。太子参、白术、茯苓、增液汤、四逆散、平胃散、槐花、生地榆、仙鹤草、蒲黄、五灵脂、威灵仙、丹参、芦根。针灸（穴位同上加减）。

## 2010年10月10日

复诊：症状改善，大便顺畅，便血减，纳可，晚餐后胃痛减，口干喜饮，眠一般，小便顺畅，舌谈，苔白厚腻，干，中裂，脉滑。守方。针灸治疗，穴位以次髎，大肠俞，天枢，足三里，上巨虚，中脘为主。

此患者病情复杂，既有慢性胃炎兼有结肠炎，劳则症状加重，以肝郁脾虚为主。治疗期间以疏肝解郁，健脾益气固其本，活血化瘀止血治其标。针灸的疗效，可能会因为两周一次的频率，而不能达到所预期的疗效。在治疗的同时，应注意生活规律，饮食适度，适当锻炼，保持情绪稳定，促进身体康复。



# 浅谈跟痛机制和中医治疗

新加坡·王美凤

## 前言

跟痛 (Painful Heel, 足跟痛), 是很常见且很恼人的毛病, 主要是由于足跟的骨质、关节、滑囊、筋膜等处病变引起的疾病, 常见的为足底筋膜炎, 不红不肿, 行走不便, 往往发生在晨起下床的时候特别痛, 走动后逐渐缓解, 或久立或行走者, 长期、慢性轻伤引起足跟疼痛。

跟痛患者一般有逐渐起病的疼痛, 无急性创伤史。疼痛多发生于足跟的足底内侧面, 不伴有远端放射痛及感觉异常, 多为单侧发病, 也有多达15%-25%的患者双侧发病。有近侧或远侧放射痛、麻木或感觉异常提示有神经卡压或腰椎管狭窄。

晨起时疼痛尤其剧烈, 但是开始行走后, 疼痛多减轻。典型病例其疼痛随日间活动的增多而加重。也有患者主诉在久坐后站起时突然出现疼痛。对于重症患者, 会出现“防痛步态”, 患者会说每走一步都有疼痛。

临床多年来, 常有不少跟痛的患者上门求医, 年龄介于40-70岁间, 并以足底筋膜炎最为常见, 也发现好发于中年人群, 患者年龄介于40-60岁。

## 足的结构

人的脚, 共有26块骨头, 除了脚掌与脚趾的跖骨与趾骨外, 脚踝处还有距骨、舟状骨、

骰骨、楔状骨、跟骨等等, 这些骨头间有百多条韧带把这些骨头牢牢系住。

除了韧带外, 也有一条“胫后肌腱”, 从小腿后侧延伸到脚内侧支撑起足弓; 足底还有一片很厚宛如扇形结构的缔结纤维组织—筋膜, 从跟骨延伸到五个脚的跖骨上。作用是拉紧足跟骨及足部, 使脚底成一弓形, 被伸张时能提供弹力, 能吸收地面的反作用力, 是天然避震器。

## 病因病理变化

多样, 机制不明, 复发率高, 严重可发展成顽固性跟痛 (有长达5年)。19世纪, 就有医学家提出腱膜炎是足跟痛的导因, 后来医学界也有人提出跟骨高压、脂肪垫老化占3-5%。

现代医学认为, 当跖筋膜承受了超过其生理限度的作用力时, 这种反复长期的超负荷将诱发炎症, 形成退变、纤维化, 导致跖筋膜炎。久而久之, 跖筋膜挛缩引起跟骨附着处持续性的牵拉损伤, 韧带和筋膜的纤维也就不断地被撕裂, 人体为加强此处的强度, 就引起附着处钙盐沉积和骨化而形成骨刺。

南京中医药大学闵文教授于2019年5月的讲课上指出: 在一项跟骨骨刺的对象研究中, 发现跟骨骨刺与跟痛有密切关系, 75%患者患骨刺, 但是骨刺不是跟痛的直接的原因, 而是常合并有足趾筋膜退变, 所以跟骨骨刺+足趾筋膜病变和跟痛属于三角关系!



## 中医辨证

现代医学认为足跟痛与纤维组织炎、局部炎性渗出及骨内压升高有关。中医则认为，足底筋膜炎与肝肾不足，经脉痹阻，瘀血阻滞有关。肝主筋，肾主骨，肝肾不足，筋骨失养，不荣则痛，或受到风寒湿邪侵袭或慢性劳损，以至经络瘀滞，气血运行不畅，不通则痛。

人到中年后，肝肾渐亏，筋骨失养，若经常站立或过度的跑跳运动行走健身等，跟骨结节部跖筋膜容易遭受慢性牵拉刺激，使足跟部的气血运行受阻，或兼风寒湿邪内侵而引起足跟疼痛。

## 中医跟痛证型

**1、气滞血瘀证：**足跟痛如刺，痛处固定，拒按，动则痛甚。舌质暗或有瘀斑，苔薄白，脉弦紧或涩。

**2、寒湿痹阻证：**足跟痛日久反复发作，劳则痛甚，休息疼痛减轻，舌淡苔白，脉细。

**3、肝肾亏虚证：**足跟隐痛，劳累后加病情重，神疲乏力。舌红少苔，脉细弱。

## 临床诊断与鉴别

临床上，按跟痛的部位，常见跟痛病类型有：

### ①足底筋膜炎

足底（跖）筋膜炎的疼痛容易偏向足底的中1/3，在足弓牵扯时，足底易发生内侧的带状疼痛，不伴有远端放射痛及感觉异常。多数人在起床时痛到不能走路，要马上坐回床上，慢慢试着多走几步疼痛才会逐渐缓解。

### ②脂肪炎

足跟皮下有一层脂肪，也就是“脂肪垫”，更偏向足底的后1/3，即足跟的位置。如果按

压时容易留下按痕而没有很快地反弹恢复饱满，就是足跟脂肪垫已经有退化的现象了。

### ③跟下滑囊炎

脂肪垫深层和跟骨之间的滑囊就是所谓的“跟下滑囊”。偏向足底的后足跟位置。

可以深压脂肪垫，手下一般可摸到硬硬的弹性结节，用力压到时特别痛，就是跟下滑囊发炎了。

### ④跟腱滑囊炎

跟腱滑囊位于小腿跟腱与跟骨之间，足跟部上方，有内部的疼痛、酸痛、压痛、僵硬，活动后加剧。早期可能有脚后跟发红、疼痛和发热的症状，后来滑囊形成结节，嫩而柔软，属于无菌性炎症。在X光片上，有时候能够看到跟腱压出现了骨刺一样的增生改变。

## 中医临床治疗

中医药物治疗，主要是通过针灸、内服中药和外用中药来治疗。

**①针灸取穴：**阿是穴、太溪、昆仑、阳陵泉。

在临床上治疗足底筋膜炎，我常根据“以痛为腧”的原则，选阿是穴为主穴，取阿是穴直达病所，疏通患部经气，再根据“肾主骨”，取肾经原穴太溪；也多取与肾经相表里的膀胱经和足部经络循行穴，如昆仑穴能疏通经络。对感觉神经起抑制作用，改善了局部血液循环和代谢，减轻了炎症反应，以达到止痛愈病的目的。

针刺后，在主穴加灸，起温经通络、行气活血、散寒化瘀的作用；最后对足部周边进行推拿，例如小腿后侧的腓肠肌、比目鱼肌的紧绷，以促进局部血液循环，消肿止痛；并可在疼痛部位敷舒解活血外用等，达到快速改善足跟痛的目的。

**内服药：**选用活血养血、温经散寒、滋补肝肾配合。

### 小结

足底筋膜炎的中医治疗中，常见的病因是肝肾不足，筋骨失养；外邪侵袭，血瘀痹阻，在这大方向下，针灸、内服药、外敷药、推拿疗法等治疗方法，均可取得一定疗效。

### 临床病案

#### 医案一

卓XX，女，45岁，咖啡师，个子偏瘦削。舌淡苔薄白，脉细弦。

2020年5月初诊，诉跟疼痛2周，晨起着地疼痛，至午后方稍缓解，但隔日又复发。

刻下检查后，疼痛部位为右足跟偏外侧缘有压疼痛点，属足底筋膜炎。主要是病患偏瘦削，筋骨失养，加上工作久站，跟骨结节部跖筋膜容易遭受慢性牵拉刺激，加上有癖好洁净，工作时只穿大头塑料鞋，方便经常洗脚。

**辨证：**寒湿痹阻。足跟受寒湿气内侵，气血运行受阻，引起足跟疼痛。

**治疗：**针阿是穴、太溪、昆仑、阳陵泉、悬钟；阿是穴针上灸三壮，阳陵泉和昆仑加电疗。最后循膀胱经经络推拿，并在阿是穴外敷药进行包扎。当下，病患已感觉疼痛减轻。

**方药：**桂枝汤合活络效灵加减。

一周后再回来复诊，表示疼痛已减轻许多，决定接受诊治，之后带友人来，表示疼痛不复发。

#### 医案二

赵XX，护士，56岁，身材略肥胖，舌淡略暗，脉弦。2019年10月就诊，前后就诊三次。

初诊自述左足跟疼痛一个月，开始时晨起疼痛，步行尤甚，无法正常行走，导致工作不便。

刻下检查，疼痛部位为左足底，近足跟深压特别疼痛拒按，属脂肪炎。主要是病患工作久站劳损，脂肪垫中的一些小的神经分支会受到刺激和卡压，引起气血运行瘀阻疼痛。

**辨证：**气滞血瘀。

**治疗：**先针阿是穴、太溪、昆仑、阳陵泉，舒解脂肪垫瘀滞的紧张度，最后循膀胱经络推拿，并在阿是穴外敷药进行包扎，病患已感觉疼痛减轻，步行也比较正常。

**方药：**芍药甘草合二陈汤加减。

2周后，病患再度前来就诊。表示针灸5天后，工作一直无法休息，每每下班后又开始步行疼痛，于一周前往医院的X光检测，显示有骨刺，接受震波疗法后，依然疼痛难忍，决定继续接受针灸。

之后经过2次的针灸、推拿疗法，她取消第3次的预约，表示走路已不在“步步惊心”。

# 溃疡性结肠炎治例

新加坡·姚鑑亮

溃疡性结肠炎属于中医学“腹痛”、“泄泻”、“痢疾”、“肠风”、“脏毒”范畴。中医学认为本病的病因有：1)外邪侵袭 2)饮食不节 3)七情内伤 4)脾肾素虚等。”(消化科专病·中医临床诊治·溃疡性结肠炎)

溃疡性结肠炎又称慢性非特异性结肠炎或特发性溃疡性结肠炎，简称溃结(UC)，是一种病因不明的慢性非特异性炎症性肠病病变，主要限于直肠，结肠黏膜及黏膜下层……，临床表现为腹痛，腹泻，黏液脓血便，里急后重。部分患者有发热，贫血，体重减轻等全身表现。

池XX，男61岁，患溃疡性结肠炎9年，每日腹泻4-5次至十多次不等，于中央医院治疗至今未愈。1999年5月11日来我所寻求治疗。刻诊：病人体型魁伟，脸色苍白，现每日泻黏液脓血便5、6次，大小便皆难忍，纳少，夜里咽干。脉弦滑数，舌淡，齿痕，苔薄黄腻。因未治过此病，只能勉疏下方一试：

**白人参须15克 五味子6克 麦冬15克**

**研桃仁9克 生苡仁24克 捣冬瓜子15克**

**天花粉15克 桔梗9克 炒槐花15克**

**炒地榆15克 丹皮12克 炒枳壳9克**

**3剂水4.5碗煎1.5碗，分2次服，日1剂**

服上方1剂，大便日泻12次，色黑臭秽，但不见脓血；第2剂，日泻下8次；第3剂，大便2次，已成形，皆不见脓血，小便较能禁，咽不干。

一周后复诊，停药时大便日下5次，脉左弦细滑数，右弦滑数，舌淡红，齿痕，苔薄腻。上方加：葛根12克，黄芩、知母各9克，炙甘草6克，3剂。

10日后复诊，大便日行3次，成形，未见脓血，停药一周，病情稳定。病人欣喜若狂，到处鼓吹。原来此兄认为病已痊愈，今日前来只是要告知他准备去旅行。我劝他必须再吃药强身巩固疗效，他这才勉强接受。八珍汤加北芪，炮干姜、生苡仁等，二诊共7剂。病人随旅行去，未再回头。第二年4月11日来告：去年底作内窥镜检查，诊结肠溃疡已愈合。二便正常，体重增加。二年前在外相遇，告知病仍稳定，中央医院医生认为这是奇迹。

查本案例病人素来嗜食高粱厚味，食量特大，因而造成消化不良，湿热蕴阻，湿热与气血相搏，久则化腐成脓，泄泻不已。此时必须清热凉血，化脓解毒。由于久泻气阴两伤，故必须气阴两补。故用槐花散加减，凉血解毒，止血，千金苇茎汤加减化脓，生脉散滋补气阴。不期竟两诊而愈，实属意料之外。

# 针灸治疗中风后语言障碍

新加坡·杨昌志

## (一) 概述

中风后语言障碍又称中风后失语症。

失语症，是由多种疾病引起的大脑损伤所致的语言障碍，以中风最为多见。

中风失语也是中风病的主要症状之一，中医对中风失语病名的描述，有神昏不语，语言不利，暴瘖难言，中风不语，舌强言蹇，瘖痺，风懿，风暗等不同的论述。

现代医学认为语言是大脑功能的重要体现，其中枢存在大脑中，在大脑半球、小脑以及脑干等部分布，可协作完成语言从提取分析，思维形成到语言活动组织，以对外间周围语言器官控制的一系列活动，也是人类有别于动物的一大基本特征。

大约三分之一的中风病人罹患失语症，这会影响到一个或多个领域，言语，口语理解，阅读和书写，对患者的心现创伤巨大，较多患者由此变得沉默寡言，性格扭曲，不愿与外界接触，有者变得焦虑、烦躁不安，甚至拒绝治疗，给患者及家庭成员带来巨大的精神和经济压力。

## (二) 古代源流述要记载

舌暗是中风后期的证候，中医称之为中风失语，舌强言蹇，舌痿失语，舌蹇，失语，暗俳等。

《黄帝内经》记载：“人中为暗者，阳盛以衰，故为暗也。内夺而厥，则为暗俳，此肾虚也。”

《素问·脉解篇》便有关于中风失语的描述“邪入于脏，舌即难言”。

汉朝《针灸甲乙经·寒气客于厌发暗不能言第二》记载“暴暗气硬，刺扶突与舌本出血，暗不能言……舌缓，暗不能言，刺暗门……暴暗不能言，支沟主之。暗不能言，合谷及涌泉，阴交主之”。

唐·孙思邈在《诸病源候论·风病诸候》认为“舌强不能言，病在脏腑。”

宋·陈无择在《千金要方·诸风》指出：“言语蹇涩”，“失音不语”，“舌强不能语”，“口噤不能语”。

明·楼英在《三因极-病言方论·中风治法》中认为“舌暗乃中风舌不属运之类。”

明·张介宾在《医学纲目·中风》指出：“舌强不能言者，心肾经病。”

清·吴谦在《景岳全书·非》认为“舌强难言，神气不清，则是痰火为病。”

又云“心清语蹇，舌痿无力难言者，为营卫不足之病。”

清·王清任在《医林改错·半身不遂论叙》中明确指出“语言蹇涩非痰火”，“半身无气，不能动，舌亦半边无气亦不能动，故说话不真。”

清·林佩琴在《类证治裁·中风》强调：“舌强不语，舌为心、脾、肝、肾四经所系；邪中其经，则痰涎闭其脉道，舌机不掉也。”

总之，中风病舌暗者，轻者，则言謇也，为言语障碍矣；重者，则失语也，为言语丧失矣。



### (三) 中医病因病机

中风后语言障碍是指舌肌转运失灵，语言不利而言。由于舌络受到闭阻，舌肌运动失灵，或舌肌失养，舌肌运动无力，语言不利而成的舌暗。

中风后失语症的发生，乃与喉咙、会厌、口唇、舌、悬雍垂等器官的协调有关，主要与舌肌功能失常有密切关系。

舌体失去柔和及运动功能障碍会导致舌强，这是中风常见的症状，其病机为清窍被蒙，神明散乱，机关失利，故出现舌强不语，舌体收缩，不能伸舌，也不能上卷舌体等症状。

总之，中风失语症为脑海损伤，统领失司，气虚不运，导致舌络失调，功能失用，故出现舌体活动不灵，而致失语症矣。

### (四) 辨证论治

中风后语言障碍是以后舌肌活动失常为主要病证，中风，温病，瘧病，各型脑炎，以及其他病证中出现的或后遗的舌强，舌卷，舌肌挛等的舌暗，亦在辨证论治的范围。

风邪挟痰，阻滞舌络；风阳挟痰，走窜舌络；温邪上攻，邪闭舌络；肺肾气虚，舌肌失调；气血亏虚，舌肌失养；气虚血瘀，舌络失调；心脾不足，舌络失调等等，都能导致舌暗，必须分清证型，进行辨证施治。

中风失语症在临床表现有邪阻舌络，肺肾气虚，气虚血滞，气血亏虚等证型，分述如下：

#### (1) 邪阻舌络型：

**主证：**舌肌活动不灵，语言不清，或兼见语言迟钝，吞咽困难，痰涎较多，或有肢体麻痹，或肢体轻度瘫痪，舌红苔黄，脉滑。

**辨证：**风邪挟痰阻闭舌络之证候。

**治则：**祛除风痰，通畅舌络。

**取穴：**针泻曲池，风府，通里，丰隆，

廉泉；点刺金津、玉液，可祛除风痰，佐以通络。

**配穴：**针泻行间，风池，可平肝熄风，涤痰通络。

#### (2) 肺肾气虚型：

**主证：**舌肌活动不灵，转运无力，吞咽不利，少气倦怠，动则气喘，头晕，腰膝酸软，舌淡少津，脉软无力或脉象沉细。

**辨证：**肾阴不足，气虚失调。

**治则：**滋肾益气，佐以宣畅舌络。

**取穴：**针补合谷，太溪，复溜，补益肺肾之气。

针泻廉泉，点刺金津，玉液出血，以泄其血，通畅舌络。

#### (3) 气虚血滞型：

**主证：**中风病后，舌肌转动不利，舌强语涩，吞咽不利，手足欠温或麻木，肌肤不仁，皮下瘀斑，少气懒言，舌紫暗，脉细涩或虚弱。

**辨证：**气虚血瘀，舌肌失养。

**治则：**益气活血，行气通络。

**取穴：**针补合谷(捻补8分钟)，针泻三阴交(捻补4分钟)，可补益气血，类似补阳还五汤。

针泻廉泉，可通调舌络。

针补下关，可以健壮面颊关节筋脉。

#### (4) 气血亏虚型：

**主证：**中风病后，舌强语涩，吞咽不利，肢体麻木，半身不遂，手足乏力，舌肌转运无力，语言不清或见迟钝，气短，精神不振，面色少华，或有头晕，心悸健忘，舌淡苔白，脉象细弱。

**辨证：**气血亏虚，舌肌失养。

**治则：**补益气血，调补舌络。

**取穴：**针补合谷，三阴交，可以补益气血。

针补廉泉，可以调补舌络。

#### (5) 肾精亏虚型：

**主证：**舌痿失语，舌肌活动不灵，转运无力，语言不清，腰膝酸软，气短心悸，尿频尿急，健忘，失眠，舌淡苔少，脉象细弱。

**辨证：**肾虚精亏，舌络闭阻。

**治则：**补肾益精，通络宣窍。

**取穴：**针补关元，肾俞，复溜，可以温补下元，滋肾填精。

针泻通里，可宣音窍通舌络。

针泻廉泉，可通畅舌络。

### (五) 病案举例

#### 病例一：吴XX 男性 46岁

**主证：**（父亲代述）：右半身不遂伴语言蹇涩已10天。病者于16/7/2019年，无明显诱因，突然出现右侧上下肢麻痹乏力，活动不利，伴语言蹇涩，当天进入TTS西医院诊治，CT显示左脑栓塞，右侧上下肢麻痹乏力（右侧偏瘫），住西医院治疗6天后出院，病人于26/7/2019来中华医院就诊，当时神智清楚，神情疲倦，须靠手杖支持才能缓慢行动，右上下肢麻痹乏力，语蹇，右手持物不稳，不能握笔写字，二便尚可，纳尚可眠差，舌淡，边有齿印，苔白腻，脉弦细，（病史：高血压有20年左右，从事建筑工程。）

**辨证：**中风（中经络），肾虚精亏，舌络闭阻。

**治则：**醒神开窍，滋补肝肾，通络宣窍。

**取穴：**主穴：廉泉三针，通里透神门，大钟，金津、玉液点刺出血，董氏奇穴，针补健侧，灵骨，大白，三重穴。

**配穴：**头针（百会，运动区，及体针）合谷，三阴交，足三里，太冲。

**效果：**针灸治疗三次后，语言已清晰正常，右侧上下肢活动灵活，已无麻痹乏力感觉，已康复。

#### 病例二：陈XX 男性 66岁

**主证：**（妻子代述）：右半身麻痹乏力伴语言不利已14天病患于24/04/2019，因工作劳累，突然出现右侧上下肢麻痹乏力，活动不利，伴语言不利后进入西医院诊疗，CT显示

左脑栓塞，右侧半身麻木乏力（半身不遂），住西医院10天后出院，于10/5/2019来中华医院（如切分院）就诊，来诊时言语不利，意识不太清晰，命名障碍和记忆力减退，患侧上下肢麻痹乏力，伸舌略偏，便秘，小便可，纳眠尚可，舌暗，苔白，脉细。

**辨证：**肝肾亏虚，气滞血瘀。

**治则：**滋补肝肾，活血通络，佐以宣畅舌络。

**取穴：**主穴：廉泉三针，通里透神门，大钟，董氏奇穴，灵骨，大白，三重穴，针刺金津、玉液点刺出血。

**配穴：**体针加头针（百会，运动区）合谷，三阴交，足三里等。

**效果：**十诊后，语言已清晰，肢体活动有力，神智清晰已返回工作岗位。

### 小结

中风失语症是中风病常见并发症，发生率较高，因言语表达和理解困难，严重影响患者的生活质量，而针灸治疗对本病有一定疗效。

对于患病时间短，又属于功能性舌肌活动失灵性之失语者，即属于中经络证型者，易于治愈，如果是属于中风中脏腑证型者，严重性舌强语蹇之失语症患者，较为难治愈。

治疗语言障碍应以头部及舌体穴位为主，主张强刺激舌，舌体放血，穴位取金津，玉液，哑门，廉泉穴给予刺激。

在中风整体治疗中，应突出失语症的治疗，以进一步提高治疗。

在针刺治疗时应配合系统而有针对性的言语功能康复训练。

# 浅谈大肠癌 中西医诊断治疗

新加坡·白伟良

## 概述

大肠癌 (CRC - Colorectal Cancer) 是消化道常见的恶性肿瘤之一，包括结肠癌和直肠癌。其发病率和死亡率有逐年上升的趋势。在发达与发展中国家，随着居民饮食和生活习惯的改变，其发生率逐渐上升，位于恶性肿瘤致死原因的前3位，在英国每年有超过36,000例新发病例诊断，美国则超过140,000例，中国则超过375,000例，新加坡则超过1200例。

超过80%的患者多在60岁以上发病，很少低于40岁（遗传形式的除外）。男女的发病率之比为1.2:1，男性的患病风险为1/18，女性为1/20。

从中医文献所述，古代医家虽然未能提出“大肠癌”之病名，但对其已有相当深刻的认识。依其临床表现，本病属中医“肠覃”、“积聚”、“脏毒”、“便血”等范畴。

## 【中医病因病机】

1. 外因主要是寒气客于肠外，或久坐湿地，或寒温失节，损伤肠胃，导致运化失司，湿热内生，热毒蕴结，流注大肠与肛门，结而为肿。

2. 内因恣食肥甘厚腻之品，或长久忧思抑郁，思伤脾，怒伤肝，肝脾不和，肠胃失调而致湿热邪毒蕴结，乘虚下注，浸淫肠道，气滞血瘀，湿毒凝结而成肿瘤。

## 西医病因

**遗传：**家族性腺瘤样息肉病 (FAP - Familial Adenomatous Polyposis) 占有结直肠癌病例的1%；遗传性非息肉样结直肠癌 (HNPCC/Lynch syndrome - Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer) 约占所有结直肠癌病例的5%；超过25%的大肠癌患者有家族史。患者的一级亲属发展成大肠癌的风险增加（相对危险2.25倍）。

**炎症肠道疾病：**溃疡性结肠炎发生大肠癌的累积风险20年为8%，30年为18%，增加患大肠癌的危险性。

**饮食和补充：**红肉类、能量的过量摄入，体重指数增高增加患大肠癌的风险；而蔬菜的大量摄入和高纤维饮食是保护因素。

**药物：**女性激素替代疗法和经常规律服用阿司匹林 (Aspirin) 的人发生大肠癌的风险较低。

**生活方式：**长期吸烟是大肠癌和腺瘤死亡率的高危因素；规律身体锻炼降低患大肠癌的风险，在统计数据意义上，男性患病风险更为明显地降低。

### 临床表现-症状

**1. 便血：**肿瘤表面与正常黏膜不同，与粪便摩擦容易出血。远端大肠中粪便较干硬，故便血多见。左半大肠癌出血较多，常为肉眼血便，直肠癌由于常因肿瘤表面继发感染可有脓血大便，而右半结肠大便为流体状态，故出血量较少，且因混于粪便中而使色泽改变呈果酱状，肉眼血便较少见，大多数为隐血阳性。

**2. 腹痛：**腹痛早期可为隐痛，容易被忽视。直至肠管狭窄引起肠梗阻而出现阵发性腹部绞痛，并伴有肠梗阻症状。肛门剧痛可由于直肠癌侵犯肛管引起，少数患者肿瘤出现穿孔引起急性腹膜炎，晚期患者侵犯后腹壁可引起相应部位的疼痛。

**3. 排便习惯的改变：**排便习惯的改变是最常出现的症状，排便次数增多，大便不成型或稀便。病灶越低症状越明显，排便前可有轻度的腹痛，常被误诊为肠炎及痢疾而延误治疗。引起轻度的肠梗阻时，可使稀便和便秘交替出现。

**4. 腹部肿块与梗阻：**有部分结肠癌患者可触及腹部肿块。可有大便习惯的改变及腹痛等症状，位于盲肠及升结肠附近感染者可被误诊为阑尾脓肿。肿瘤生长致肠腔狭窄甚至完全堵塞，可引起肠梗阻表现。

**5. 贫血：**贫血的原因主要是营养不良、慢性失血所致。此时患者伴有消瘦乏力、低蛋白血症等衰弱表现。

### 临床表现-体征及转移

大肠癌发病部位最常见的是直肠，其次是乙状结肠，接着是升结肠、横结肠、降结

肠等部位，盲肠最少见。多部位（两个及以上部位病变者）、其他交界部位（如降乙交界、直乙交界、直肠肛管处）的病变并不常见。左半结肠比右半结肠常见（乙状结肠和直肠超过一半），男女性别差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

几乎所有的大肠癌都是腺癌（Adenocarcinoma），由腺瘤样息肉经过多步骤发展而来。约80%的原发性大肠癌和70%的转移性大肠癌表达CK7阴性、CK20（CK - Cytokeratin）阳性。少见的组织学类型包括：鳞状细胞癌（Squamous cell carcinoma）、小细胞癌（Small cell carcinoma）、腺鳞癌（Adenosquamous carcinoma）和髓样癌（Medullary carcinoma）。

### 结肠直肠癌分期：

**0期：**癌组织只出现在结肠或直肠的内层黏膜，这阶段又称原位癌。

**I期（Dukes'A，11%患者）：**肿瘤已经生长至结肠或直肠的内壁，不过并没有穿过内壁。

**II期（Dukes'B，34%患者）：**肿瘤更深入地延伸或已经穿过结肠或直肠的内壁，可能已经入侵周边的组织，不过癌细胞并未扩散至淋巴结。

**III期（Dukes'C，26%患者）：**癌症已经扩散至周边的淋巴结，不过并未扩散至身体其他部位。

**IV期（Dukes'D，29%患者）：**癌症已经扩散至身体其他部位，如肝脏或肾脏。

**复发期：**指的是经过治疗，在一段时间内不再检测到癌细胞后，癌症复发。复发部位可能在结肠、直肠，或其他身体部位。

### 辅助检查

**1. 直肠指诊：**方法简单易行，可发现距肛门7-8cm内的肿物。



**2. 内镜检查：**可以观察肿瘤位置、侵犯范围、瘤缘与肛缘的距离，并可做活体组织检查，确定肿瘤的类型。

**3. X线检查：**目前结肠双重对比造影是诊断大肠癌的首选方法。

**4. CT检查：**可判断病期，了解周围组织转移情况，为制定治疗计划和判断预后提供依据。

**5. MRI检查：**具有较高的对比分辨率，清楚显示周围组织结构和脏器的比邻关系，对直肠癌分期、指导手术方案和放疗计划有一定作用。

**6. B超检查：**直肠腔内超声可见肿瘤的侵犯深度、周围淋巴结转移情况，其效果明显优于CT和MRI，低位早期直肠癌选择保肛手术者可以行腔内超声检查，筛选病例。

#### 7. 实验室检查：

**(1) 大便潜血检查：**可作为大肠癌普查初筛方法和诊断的辅助检查。

**(2) 血清癌胚抗原 (CEA) 检查：**血清CEA水平与病变范围呈正相关。对大肠癌手术后监测提供手段。

**(3) 其他血清相关抗原检查：**血清CA199、CA242等亦已应用于大肠癌的检查。

### 鉴别诊断

1. 右半结肠癌可有右下腹痛、腹部包块等，有时需与阑尾炎、阑尾脓肿、肠结核、克罗恩病相鉴别。

2. 一部分结肠癌患者，多见于右半结肠癌，以贫血为首发症状，由于慢性失血、贫血为小细胞低色素性，对于原因不明贫血者，特别是年龄较大者，应做粪潜血检查，必要时做肠镜检查。少数患者可误诊为溃疡性结肠炎或血吸虫病肉芽肿而延误治疗。

3. 直肠癌及乙状结肠癌常有脓血便及里急后重，有相当部分患者因误诊为“痢疾”、“肠炎”，甚至延误诊断达数月之久。对于

脓血便患者，遇下列情况应做进一步检查：

- (1) 非传染病流行季节；
- (2) 粪便中血多于脓；
- (3) 按炎症治疗效果不佳或见效后又复发；
- (4) 患者年龄较大者；
- (5) 粪便潜血持续阳性。

4. 便血是直肠癌最常见的症状，很容易误诊为“痔疮”。如果对于便血患者常规做肛门指诊检查，确诊直肠癌并无困难。

#### 误诊的原因包括：

- (1) 以往有“痔疮”病史，患者及医生均满足此诊断；
- (2) 因痔疮是多发病，接诊医生凭主观诊断，而不做必要检查；
- (3) 部分患者不愿意接受肛门指诊及直肠镜检查。

### 中医治疗原则

结肠癌在初期阶段多呈湿热内蕴，继则气滞血瘀的病理表现，故当正气尚存时应以清热利湿、行气活血为主。

病至后期，可出现脾肾阳虚、气血亏虚的表现，因此应以扶正为主，祛邪为辅，治疗以温补脾肾、补益气血为基本法则。

### 常见证治分类

#### 1. 湿热内蕴证

**证候：**腹部阵痛，下痢赤白，里急后重，肛门灼热，胸闷口渴，恶心纳差，发热。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

**治法：**清热利湿，清肠散结。

**方药：**槐花地榆汤加减。

#### 2. 瘀毒内阻证

**证候：**腹胀腹痛，腹有包块，下痢紫脓血，里急后重，肛门下坠，大便困难，口干舌燥。舌质紫暗或有瘀斑，苔黄，脉涩或细数。

**治法：**化瘀解毒，行气活血。

**方药：**桃红四物汤加减。

### 3. 脾肾阳虚证

**证候：**面色萎黄，腰酸膝软，畏寒肢冷，腹痛绵绵，喜按喜温，五更泄泻，或便溏、便黏液，纳差。舌淡，舌体有齿痕，苔薄白，脉沉细弱。

**治法：**温补脾肾，祛湿散寒。

**方药：**参苓白术散加减。

### 4. 气血双亏证

**证候：**形体瘦削，面色苍白，气短乏力，纳差食少，四肢浮肿，腹部胀满，时有便溏，或脱肛下坠。舌质淡，苔薄白，脉细弱无力。

**治法：**补气养血，扶脾益肾。

**方药：**八珍汤加减。

## 常用中成药

**1. 西黄丸《外科证治全生集》：**由麝香、牛黄、乳香、没药组成。具有解毒散结，消肿止痛的功效。主治肠癌及一切恶核。每日3次，每次3g，温开水送服。

**2. 华蟾素片、华蟾素注射液：**中华大蟾蜍皮水制剂，具体用法为华蟾素注射液20-40ml，加入10%葡萄糖液500ml中静脉滴注，每日1次，连用1个月为1疗程，休息4周后再开始第2疗程。华蟾素片剂，每次3-4片，每日3次，连用1个月为1疗程。具有清热解毒，利水消肿，化积溃坚的作用。

**3. 安替可胶囊：**由当归、干蟾皮组成，具有软坚散结，解毒定痛，养血活血的功效。每次2粒口服，每日3次，饭后服用。

**4. 平消胶囊：**主要成分有郁金、马钱子粉、仙鹤草、五灵脂、白矾、硝石、干漆（制）、积壳（鼓炒）。具有活血化瘀，止痛散结，清热解毒，扶正祛邪的功效，对肿瘤具有一定的缓解症状、缩小瘤体、抑制肿瘤生长、提高人体免疫力、延长患者生命的作用。临床上广泛用于胃癌、肠癌等消化道肿瘤。每次4-8粒口服，每日3次。

**5. 鸦胆子乳剂：**从中药鸦胆子中提取，含有较多油酸成分，广谱抗肿瘤。用法：鸦胆子油乳注射液：静脉注射，每日1次，每次10-30ml，1个月为1疗程，使用时加生理盐水250ml稀释。鸦胆子口服液：口服，每日2-3次，每次20ml，1个月为1疗程。

**6. 抗癌平丸：**由珍珠菜、半枝莲、白花蛇舌草、蛇莓、藤梨根、蟾酥、香茶菜、肿节风、兰香草、石上柏组成。用法：每次1g，每日3次，饭后半小时服。具有清热解毒，散瘀止痛的作用。

**7. 参莲胶囊：**由苦参、山豆根、半枝莲、防己、三棱、莪术、丹参、补骨脂、苦杏仁等组成。每日3次，每次6粒，饭后温开水送服，6周为1疗程。具有清热解毒，活血化痰，软坚散结的作用。

**其它常用中成药：**抗癌解毒胶囊、痛块灵口服液、消水II号膏、参苓白术丸、加味保和丸、归脾丸、六味地黄丸、知柏地黄丸、云南白药、延胡索止痛片、八珍冲剂、益气维血颗粒、消瘤片、利佳片、施普瑞胶囊、四神丸等。

## 西医治疗原则

### 1. 手术

医生会通过手术切除带有肿瘤的组织，以及周边组织/淋巴结。这可以通过腹腔镜内窥镜手术（锁孔手术）或开腹手术进行。Duke's A、B或者C1期的情况需要手术切除。

### 2. 术后配合辅助化疗，不同期的大肠癌根据情况而化疗

化疗使用抗癌药物缩小或杀死癌细胞，药物从血液进入身体，以打击全身的癌细胞。化疗可以帮助控制IV期癌症的病情发展，也可用于III期，偶尔也用于II期癌症手术后的治疗，帮助提高治愈的几率。PS (Performance Status) 评分0-2的患者考虑辅助化疗。常

用化疗方案有：奥沙利铂 (Oxaliplatin) 与 5-FU, CPT-11与5-FU。

### 3. 放疗

放射治疗用高能射线杀死癌细胞，它只影响治疗区域的癌细胞。

### 4. 分子靶向药物

用于某些癌症已经扩散的结肠直肠癌患者。靶向治疗指的是通过药物或其他物质，阻碍某些特定的肿瘤增长和扩散相关分子，从而阻止癌细胞生长和扩散。常用靶向药物：贝伐单抗 (Bevacizumab)、西妥昔单抗 (Cetuximab)。

## 转诊原则

1. 对有可疑大肠癌患者随时转送上级医院肿瘤专科进行检查，以明确诊断，做到早发现，早诊断，早治疗。明确诊断后，其治疗原则是以手术治疗为主，以放、化疗和中医治疗为辅的综合治疗，对于无手术指征或者手术后需要接收辅助化疗的患者转送肿瘤内科化疗。

2. 放化疗后社区康复期间，出现白细胞低于 $3.0 \times 10^9/L$ 、血红蛋白低于 $80g/L$ 、血小板低于 $80 \times 10^9/L$ 时，需转送上级医院肿瘤内科治疗。

3. 出现下列情况者也需转上级医院进一步治疗：大量便血、剧烈腹痛可能提示出现穿孔、肠梗阻等急腹症，应尽快转入上级医院救治。发热、黄疸、腹水、恶病质等情况均提示病情进展，需要转诊。

## 预后

原发肿瘤的大小、是否有转移都是预测生存最有用的指标。5年总生存率在75%左右。4cm大小的肿瘤是局部控制的界限，超过95%的小于或等于4cm的肿瘤可达到对大肠癌治疗完全病理性的缓解。

局部淋巴结的播散是生存的不利指标，患者5年生存率约20%，低于无淋巴结转移的患者。如果腹股沟淋巴结未侵及皮肤或深层结构，单纯大肠癌治疗的控制率约为80%。肛周的肿瘤较肛管肿瘤均有良好的预后，淋巴结转移的风险也相对的降低。

远处转移患者的中位生存时间为9-12个月。

I期 (Dukes'A) 的5年生存率大于90%，无危险因素的II期 (Dukes'B) 为70% - 85%，有危险因素的II期和III期 (Dukes'C) 为40% - 60%，IV期为5%。

接受最佳支持治疗的不可切除转移性肿瘤的中位生存时间为6个月，接受化疗的为18-20个月，接受靶向治疗的超过2年。

## 养生与康复

1. 心理保健：应鼓励患者正确对待病情，增强自信，多与人交往，创造良好的生活氛围，不消极等待，做生活的主宰，保持良好的精神状态。

2. 饮食保健：肿瘤患者在康复期的饮食以“四高一低”为原则，即高热量、高维生素、高蛋白、高无机盐和低脂肪。对于大肠癌患者，宜进食含钾丰富的食物，如橘子、玉米、瘦肉等，还要食用各种含维生素、纤维素的新鲜蔬菜和水果，如芦笋、白菜、萝卜等。少吃油腻和含有较多饱和脂肪酸 (Polysaturated fatty acids) 的食物。

## 健康教育

1. 饮食因素与大肠癌的发病关系密切，长期进食高脂肪食品与纤维素不足是重要因素。

2. 大肠腺瘤性息肉、炎性肠病等疾病也是大肠癌的高危因素。

### 3. 预防措施:

(1) 一级预防: 目的是防止大肠癌的疾病, 主要措施包括改变不良生活方式, 如控制脂肪摄入、增加纤维素摄入, 同时积极防治癌前病变, 对于大肠腺瘤应及时治疗并定期复查。

(2) 二级预防: 主要是早发现、早治疗, 对高危人群进行监测有利于降低大肠癌的发病率和死亡率, 监测的项目包括定期大便潜血检查、直肠钡剂造影检查和结肠镜等。

(3) 高危人群需常做体检: 包括有肠道症状者、大肠癌高发区的中老年人群、大肠腺瘤患者、大肠癌患者的家庭成员、家族性大肠腺瘤病患者、炎性肠病患者、盆腔接收过放疗者。

### 参考书籍/文献:

- [1] 《常见恶性肿瘤内科诊治思路及案例分析》, 殷东风, 高宏, 人民卫生出版社
- [2] 《恶性肿瘤中医诊疗指南》, 林洪生, 人民卫生出版社
- [3] 《孙桂芝实用中医肿瘤学》, 孙桂芝, 中国中医药出版社
- [4] 《肿瘤专科医师培训教程》, 罗成华, 北京大学医学出版社
- [5] 《肿瘤中西医结合治疗学》, 林丽珠, 人民军医出版社
- [6] 《中医肿瘤学》“十一五”普通高等教育本科国家级规划教材, 周岱翰, 中国中医药出版社
- [7] 2127例大肠癌临床发病特点的回顾性分析, 李红平, 苏薇, 狄连君, 方兴国, 周元昆, 王红, 刘模荣, 虞必光, 肿瘤防治研究2017年第44卷第12期





# 柴胡疏肝汤合 香砂六君子汤的 临床体会

新加坡·黄丽芳

## 柴胡疏肝汤

本方由柴胡、白芍、枳壳、陈皮、香符、川芎、炙甘草七味药组成。

**功效：**解表退热，疏肝解郁，升举阳气

**主治：**肝气郁滞证。胁肋疼痛，胸闷喜太息，情志抑郁易怒，或噎气，脘腹胀满，脉弦。

## 现代医学

现代常用于肝炎，慢性胃炎，胆囊炎，肋间神经痛等属肝郁气滞者。

## 现代药理研究

表明白芍对中枢神经系统有抑制作用，有镇静作用，并对平滑肌有松弛作用；柴胡主含皂甙及挥发油，有镇静和镇痛作用，并有抗炎、利胆作用；陈皮主含挥发油有松弛平滑肌作用，有抗炎，抗溃疡作用；香附含挥发油和糖类，可提高小鼠的痛阈，有镇痛作用及健胃，驱除消化道积气的作用；枳实含挥发油、黄酮甙等，有健胃作用。半夏有镇吐作用。

## 香砂六君子汤

本方由人参、白术、茯苓、半夏、陈皮、广木香、砂仁、炙甘草八味药组成。

**功效：**益气健脾，行气化痰。

**主治：**气虚肿满，痰饮结聚，脾胃不和，变生诸证者

## 现代医学

常用于辨证后属于脾胃气虚之胃炎、十二指肠溃疡、支气管扩张、慢性肾小球肾炎氮质血症等疾病。

## 现代药理研究

方中人参可提高机体抵抗力，白术健脾胃，甘草解平滑肌痉挛，陈皮抑制小肠运动，木香扩张支气管平滑肌；人参、甘草、茯苓、陈皮均能抗溃疡；甘草、陈皮、半夏可镇咳祛痰，以半夏煎剂镇咳为显著。香砂六君子汤是安全有效的常用方剂。

## 柴胡疏肝汤合香砂六君子汤

**【组方依据】**情志不畅或郁怒伤肝，致肝气郁结。肝主疏泄，肝郁气滞不畅，疏泄失常，可因气机郁滞而致血瘀；瘀血阻络，可见胁肋疼痛、寒热往来。肝郁失其条达之性，易克伐脾土，使脾气亏虚，失其健运之职；脾不健运，一则痰湿内生，可见胸脘痞满，或咳嗽痰多；二则后天生化乏源，可见纳少便溏、四肢无力，正所谓“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，故以本合方疏肝理脾，益气活血，行气止痛。

**【方药分析】**柴胡疏肝散乃四逆散去枳实，加陈皮、枳壳、川芎、香附而成，方中柴胡疏肝解郁，与香附合而增强疏肝之力，与陈皮、枳壳合而增强升降调气之力；人参补气健脾养胃，白术、茯苓健脾祛湿，半夏和中祛湿，使脾旺不受邪；加川芎活血止痛，芍药益阴养血，合柴胡疏肝理脾，甘草和中调药，与芍药合而缓急止痛。诸药合用，可使邪去郁解，脾气健旺，气血调畅，营卫和而痛止，寒热自除。

**【用方指征】**临床上以胁肋疼痛，往来寒热，胸胁满闷，时时太息，四肢无力，面色萎白，饮食减少，大便不实；或腹中痛，恶心呕吐，胸脘痞闷，或咯痰稀白，舌质暗淡，苔薄白，脉弦细或沉弦。

### 【医案1】陈某某，男，48岁

24/12/19：昨晚吃日本咖喱导致胃胀甚，今早恶心，素压力大则胃胀，纳眠差，二便正常。Bp100/80mmhg，MC1天-513511，舌淡暗，舌边尖有齿印，苔薄黄，脉弦细。

**病名：**胃胀

**辨证：**肝胃气滞兼饮食不节

**方药：**柴胡疏肝散4g，香砂六君子3g，保和丸1g，陈皮1g x 7剂

**针灸：**中脘、下脘、上脘、天枢双、气海、足三里左、阳陵泉右、内庭双、合谷双、内关双、红外线治疗。

**服药时间：**饭后

**服法：**口服，每天2次，每次4克

**医嘱：**忌生冷及油腻食物。

17/1/20：12/1跌倒导致左膝瘀肿且痛，前来看病得知胃胀愈。

### 【医案2】李某某，男，44岁

23/12/19：初诊。上周吐泻已愈。刻太饱则胃胀，头晕，胸闷，气短，烦躁，纳少，眠差，大便稍硬。Bp75/60mmhg，舌暗红，有裂痕，少苔，弦滑数。

**病名：**胃胀

**辨证：**肝胃气滞兼食滞

**方药：**柴胡疏肝汤3g，香砂六君子汤2g，保和丸3g，枳壳1g。14剂

**针灸：**中脘、上脘、下脘、气海、天枢双、足三里右、阳陵泉左、合谷双、内庭双

**服药时间：**饭后

**服法：**口服，每天2次，每次4克

**医嘱：**忌生冷及油腻食物。

8/1/20：二诊。

上证皆减轻，偶心跳加速，纳眠改善，二便正常。Bp75/60mmhg，舌暗红，有裂痕，少苔，弦滑数

**辨证：**肝胃气滞兼阴虚

**方药：**柴胡疏肝汤3.5g，香砂六君子汤2g，沙参麦冬汤1.5g，神曲1g，牡蛎1g

**服药时间：**饭后

**服法：**口服，每天2次，每次4克

**医嘱：**忌生冷及油腻食物。

22/1/20：三诊。

胃胀及心跳加速少发，纳眠佳，二便正常。Bp75/60mmhg

**辨证：**肝胃气滞兼阴虚

**方药：**柴胡疏肝汤4g，香砂六君子汤2g，沙参麦冬汤2g，神曲1g。14剂以巩固疗效。

## 【医案3】许明华，男，62岁，高血压

6/8/20：每早便溏1次，饭后胃堵住感反复发作1个月，矢气则舒，易紧张，口渴，纳呆，眠佳，夜尿3-4次。舌边红，苔白，脉弦缓。Bp133/89mmhg, Hr55

**病名：**泄泻

**辨证：**肝郁气滞兼脾虚证

**方药：**柴胡疏肝散1g，香砂六君子1g，二陈汤1g，白豆叩1g，神曲1g，煅瓦楞子1g，薏苡仁1g，葛根1g，山楂1g，麦芽1g。

**服药时间：**饭后

**服药方法：**口服，颗粒：每天1整袋分2次服用，7剂

**医嘱：**忌冷饮、油腻、辛辣食物。

13/8/20：前症显效。每早大便成形，饭后胃堵住感大减，矢气则舒，口微渴，纳改善，眠佳，夜尿1-2次。舌边红，苔白，脉弦缓。Bp133/89mmhg, Hr55，效不改方。再服7剂。

蛛痣加丹参、泽兰、红花；湿热内蕴加虎杖、茵陈、黄芩、连翘；小便短少，水肿腹满加赤小豆、栀子、葫芦。

## 临床体会

在临床上多以本合方治疗脾胃病，不仅可以治疗泄泻，同时也能治疗腹胀等，即异病同治，只要使用时以肝郁气滞及脾胃气亏虚为病机要点。

临床治疗慢性胃炎时如伴纳呆加鸡内金、焦三仙；肝气不舒胁痛者加延胡索、川楝子；暖气者加旋覆花、代赭石；脘腹胀甚者加莱菔子、青皮；舌苔厚腻者加藿香、佩兰；大便干结，数日一行者加熟大黄；若是萎缩性胃炎者加白花蛇舌草；胆汁返流者加郁金。

治疗消化性溃疡时如疼痛剧烈者加乳香、没药；嘈杂加黄连；口苦泛酸者合左金丸；大便隐血或便血加白芨、生地榆；呕恶加竹茹、藿香、白豆蔻；便溏乏力加扁豆、薏苡仁；气血瘀滞加瓦楞子、牡蛎、丹参。

对肝硬化者有食积湿滞加莱菔子、厚朴、神曲；胁痛加全蝎、郁金、川楝子；肝掌、蜘蛛

# 中医针药调理对 子宫肌瘤的缓解作用

新加坡·罗泉卿

选读于《清·笔花医镜》一月经：经者，常也。

月经有常度，经水有常期，其愆乎常者，皆病也。方书以赶前为热，退后为寒，此说亦难尽信。经色，察其色，总以红为正，其变为紫黑者，热也；黄如米泔者，湿也；浅淡红白者，虚也；或成块而紫黑，色黯者，寒凝也；成块而紫黑，色明者，热结也。

## 兼症

月经将行而腹痛拒按者，气滞血凝也；即行而腹痛喜按者，气虚血少也；经前发热者，为血热；经后发热者，为血虚；腹胀者，为气滞；腹痛者，为血滞；泄泻者，是脾虚；溏泻者，是寒湿。

凡逆行上溢而吐衄，错行下流而暴崩，皆属血热妄行，而亦有络脉伤损，瘀积肝旺所致。若经水过多者，色淡为虚，色深为热；或兼赤白带而下者，臭者为湿热，腥者为寒湿。如《女科经纶》引戴元礼说：“经事来而腹痛，不来腹亦痛，皆血之不调故也。”气为血帅，经血积滞于胞宫，胞络，不通则痛，气滞则血凝，久成癥瘕。

## 治疗

血枯与经逆者，并用益母胜金丹加牛膝主之。经水紫黑者，生地四物汤加丹参、丹皮、益母草。淡红者，八珍汤主之。黄如米泔者，六君子汤加苡仁、扁豆；寒凝成块者，四物汤加桂心、牛膝。热结成块者，生地四物汤加丹参、丹皮、益母草。气血凝滞而作痛胀者，调经饮或四物汤加延胡、香附、木香。气虚血少，而或痛或热者，四物汤加人参、白术。泄泻溏利者，六君子汤主之。

血热而上下妄行者，四物汤加丹皮，阿胶、黄芩、黑山栀。肝火旺不能藏血者，逍遥散主之；其兼赤白带者，五苓散加减治之。其气滞血凝者，桂枝茯苓丸加减丹参、三棱、莪术类软坚散结。

近年临床上，就有位患子宫肌瘤（中医为癥瘕）的妇女，坚持前来接受调治，经过双方的努力，逐步地取得良好的成果，我特将调治过程与机理整理总结，与大家分享！

## 临床医案

患者黄某，女，现年43岁。患子宫肌瘤。



**初诊：**于2017年5月求诊，希望透过中医针药调理，避免手术。病患求诊时，提呈2016年5月25日竹脚妇科医院检查报告。

**2016年5月25日检查报告**

子宫尺寸-Size(cm) 8.6 x 6.5 x 5.6

子宫内膜-Endometrium(mm): 8

Anteverted Retroflexed

右卵巢肌瘤尺寸-Right Ovary Size(cm):

3.4 x 2.1 x 2.0, 体积Volume(cc): 7.47

左卵巢肌瘤尺寸-Left Ovary Size(cm):

3.5 x 1.9 x 1.9, 体积Volume(cc): 6.61

适应症-Indication:

Fibroid, No cyst (子宫肌瘤, 无囊肿)

**既往史：**12岁初潮，月经周期28-30天，行经2-4天，第2-3天量多伴凝固，色黯红伴小腹疼痛，点滴量延至5-6天。健康状况无异常。

**现病史：**近数年，月经失调，月经量增多，经期延长，经常头晕，心悸乏力，面色萎黄，下腹疼痛伴腰酸，舌质淡，脉细涩，纳一般，眠可，尿频，常便秘。

**四诊记录：**形体乏力，面色萎黄。尿频，便秘。舌质淡。脉细涩。

**触诊：**下腹部扪及质硬，表面微隆。

**辩证分析：**经量多，经期延长，引起贫血，故面色萎黄。寒凝气滞，气血运行不畅，见舌质淡。瘀结胞宫，损冲任，压迫盆腔组织导致下腹疼痛伴腰酸，压迫膀胱引起尿频，压迫直肠致便秘腹胀。

**辩证诊断：**中医为癥瘕，西医认为与雌激素增多有关。

**病名：子宫肌瘤**

**治则治法：**行经期破血软坚消癥，经后固摄升提，补气培元。针灸协同中药配合。

**医嘱及注意事项：**饮食营养忌辛温生冷，起居适时，体质锻炼。定时西医复诊。

**复诊治疗**

**一、2017年6月-12月：**患者定时应诊，针药调理冲任。并于提呈2017年8月10日西医检查报告：

子宫尺寸(cm): 9.3 x 5.8 x 5.3

子宫内膜-Endometrium(mm) 11

Anteverted Retroflexed

右卵巢肌瘤尺寸-Right Ovary size(cm):

3.0 x 2.0 x 1.9, 体积Volume (cc): 5.96

左卵巢肌瘤尺寸-Left Ovary size (cm):

Not seen (不见肌瘤)

**二、2018年1月-8月：**病患继续前来复诊，接受针药调理，以行经期破血软坚消癥，经后固摄升提，补气培元。

**三、2018年9月：**患者定时针药调理。提呈2018年9月14日的西医检查报告：

子宫尺寸-Uterus Size(cm):

8.3 x 7.0 x 6.2

子宫内膜-Endometrium (mm): 5

Anteverted

右卵巢肌瘤尺寸-Right Ovary size(cm):

2.8 x 2.7 x 1.5, 体积 (cc): 5.93

左卵巢肌瘤尺寸- Left Ovary size(cm):

Not seen (不见肌瘤)

**四、2018年10月-2019年9月：**病患持续针药调理及定时西医复诊。提呈2019年9月13日西医检查报告：

子宫尺寸-Uterus Size(cm):

10.2 x 5.8 x 5.4

子宫内膜-Endometrium(mm): 4.0

Anteverted

右卵巢肌瘤尺寸-Right Ovary: Not seen

左卵巢肌瘤尺寸-Left Ovary: Not Seen

Both ovaries are not visualised (两个卵巢均不见肌瘤)

**五、2019年10月-2020年11月：**持续针药调理及定时西医复诊。患者经调理后，机体逐渐恢复健康，面色有华，活力增，月事时下，冲任固约。将于2021年6月再接受西医检查。

注：本篇病案，也通过患者详阅一遍，其求诊内容，确认无误。

## 调治总结

这次的治疗过程中，我对病患采取了以下的方药和针灸，双管齐下的调治：

### 一、方药调治

1、经期破血软坚消癥：行经期第1、2天服，连服2天。

处方：四物汤(加减)

青皮、三棱、莪术、乌药、太子参、白术、浙贝、知母、五灵脂、蒲黄、甘草、菟丝子。

2、经后固摄升提，补气培元：经后第10天，连服6天

处方：四君子汤(加减)

黄芪、党参、香附、益母草、升麻、杜仲、续断、丹参、阿胶、炒白芍、丹皮

### 二、针灸调治

治疗原则：以调三阴经，冲任脉为主。

1、中脘、气海、三阴交(气血虚)；

2、血海、地机(血瘀气滞)；

3、中极、子宫(助气化、调胞宫)；

4、公孙，足临泣(调脾胃，系冲脉，阴维，连带脉)



# 浅谈临床常用针刺穴位 治疗痔疮及疗效

新加坡·王晖闵

笔者于2019年首次在临床中遇到一位前来就医痔疮兼有便血的中年女患者。从未有临床经验治疗痔疮的笔者，当时在师兄、师姐的指导下主要以承山和二白穴，以及给予槐花等内服药物治疗了这位患者。这位女患者后来没有回诊，所以不确定给予的治疗法是否有效。笔者到处询问后，得知临床中主要以内服药物治疗，不然就是俗称“绑”痔疮，即结扎法（听说现已少有中医医者会这门技术）或最后选择手术治疗。笔者开始有了针灸能治疗痔疮的疑问，于是萌起想要知道临床常用（有效）的针刺穴位有哪些，还有探索以针灸为主治疗痔疮的临床疗效，希望以后能“派上用场”并能更好的服务前来就诊的痔疮患者，尤其是抗拒手术治疗的患者。

## 痔疮的病因病机

### 中医论痔疮

《山海经》最早提出“痔”的命名。<sup>[1]</sup>晋代皇甫谧在《针灸甲乙经》中记载了痔痛，攒竹主之；痔，会阴主之”是针灸治疗痔疮的先例。“内痔”、“外痔”病名最早出现于唐代《外台秘要》中。<sup>[2]</sup>古书《痔疮经验全书》记载：“痔……多由饮食不节、醉饱无时、恣食肥腻、胡椒辛辣、禽兽异物”，“久坐湿地，恣意耽着……乃生五痔”等，指出饮食不节及久坐久立为导致痔疮重要因素，脏腑功能失调，风燥，湿热下迫，瘀阻魄门，瘀血浊气结滞不散，筋脉横解而成痔。<sup>[1,2]</sup>《医宗

金鉴》中指出痔疮发作的基本因素乃脏腑虚弱，原因则是感受风湿燥热邪气。《东垣十书》则提出“治痔瘻大法以泻火、凉血、除湿、润燥为主”，说明了当时医家认为痔主要以风湿燥热邪气所致。《外科正宗》中记载“气血纵横，经脉交错，浊气瘀血，流注肛门，俱能发痔”，阐述痔疮的病机为血瘀，并把活血化瘀治法应用于治疗痔疮。<sup>[2]</sup>

### 西医对痔疮的定义<sup>[3]</sup>

痔是直肠末端黏膜下和肛管皮下的静脉丛发生扩大曲张所形成的柔软静脉团或肛管下端皮下血栓形成或增生的结缔组织，俗称痔疮。此病临床常见、多发，好发于20岁以上的成年人。根据发病部位的不同，分为内痔、外痔和混合痔。

### 内痔

内痔是指肛门齿线以上，直肠末端黏膜下的痔内静脉丛扩大曲张和充血所形成的柔软静脉团。好发于截石位的3、7、11点处。其特点是便血、痔核脱出、肛门不适。

### 临床表现

便血：便血是内痔最常见的早期症状。初起多为无痛性便血，血色鲜红，不与粪便相混。可表现为手纸带血、滴血、喷射性出血，便后出血停止。出血呈间歇性，饮食不节如过食辛辣食物或饮酒、疲劳、便秘等诱因使症状加重。

脱出：随着痔核增大，排便时可脱出肛门外。如不及时回纳，可导致内痔嵌顿。

肛周潮湿、瘙痒：痔核反复脱出，肛门括约肌松弛，常有分泌物溢出肛门外，所以感到肛门潮湿。分泌物常刺激肛周皮肤，容易发湿疹，瘙痒不适。

便秘：患者常因出血而人为控制排便，造成习惯性便秘，干燥粪便又极易擦伤痔核表面黏膜而出血。

疼痛：脱出的内痔发生嵌顿，引起水肿、血栓形成，糜烂坏死，可有剧烈疼痛。

### 内痔分度

**I度：**便时带血，滴血或喷射性出血，便后出血可自行停止，无痔脱出。

**II度：**常有便血，排便时有痔脱出，便后可自行还纳。

**III度：**偶有便血，排便或久站、咳嗽、劳累、负重时痔脱出，需用手还纳。

**IV度：**偶有便血，痔脱出不能还纳，多伴有感染、水肿、糜烂及坏死，可有剧烈疼痛。

### 外痔

外痔发生在齿线以下，由痔外静脉丛扩大曲张或痔外静脉丛破裂或反复发炎纤维增生而成的疾病。其表面被皮肤覆盖，不易出血。其特点为自觉肛坠胀、疼痛、有异物感。临床可分为静脉曲张性外痔、血栓性外痔和结缔组织外痔等。

静脉曲张性外痔发生在肛管或肛缘皮下，局部有椭圆形或长形肿物，触之柔软。便时或下蹲等导致腹压增加时，肿物增大，并呈暗紫色，按之较硬，便后或按摩后肿物缩小变软。一般不痛，仅觉肛门坠胀不适为主要症状。若便后肿物不缩小，可致周围组织水肿而引起疼痛。有静脉曲张性外痔的患者，多伴有内痔。多由内痔反复脱出，或经产、负重，筋脉横解，瘀结不散而成。

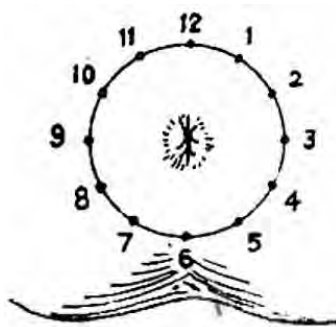
血栓性外痔是指痔外静脉破裂出血，血积

皮下形成血凝块。肛门部突然剧烈疼痛，肛缘皮下有一触痛性肿物，排便、坐下、行走甚至咳嗽等动作均可使疼痛加剧。检查时在肛缘皮肤表面有一暗紫色圆形硬结节，界限清楚，触按痛剧。有时3-5天后血块自行吸收，疼痛缓解而自愈。血栓性外痔好发于膀胱截石位的3、9点处。

结缔组织外痔是急、慢性炎症反复刺激，使肛门缘皱襞的皮肤发生结缔组织增生、肥大。痔的质地柔软，一般无疼痛，不出血，仅觉肛门有异物感。发生于截石位6、12点处的外痔，常由肛裂引起；若发于3、7、11点处的外痔，多伴内痔；赘皮呈环形或形如花冠状的，多见于经产妇。

### 混合痔

混合痔是指同一方位的内外痔静脉曲张，相互沟通吻合，使内痔部分和外痔部分形成一整体者。多发于截石位3、7、11点处，以11点处最为多见。兼有内痔和外痔的双重症状。



截石位

### 现代文献取穴运用频次统计

长春中医药大学赵树明、曹方和王富春<sup>[4]</sup>采用计算机探索的方法，检索1956年-2016年中国期刊全文数据库(CNKI)、万方数据知识服务平台(WF)和维普数据库中针灸治疗痔疮的相关文献，得到相关文献共43篇。43篇文献当中，选用腧穴48个，其中十四经腧穴39个，经外奇穴9个。具体结果见表1。



表1 选穴运用频次统计表

| 腧穴名称                                                                        | 出现频次 |
|-----------------------------------------------------------------------------|------|
| 承山                                                                          | 25   |
| 长强                                                                          | 19   |
| 二白                                                                          | 18   |
| 会阳                                                                          | 15   |
| 大肠俞                                                                         | 13   |
| 次髎                                                                          | 10   |
| 百会                                                                          | 6    |
| 承扶、关元                                                                       | 5    |
| 足三里                                                                         | 4    |
| 腰俞、中髎、下髎、痔疮穴、阿是穴                                                            | 3    |
| 合谷、秩边、肾俞、飞扬、命门、上髎、天枢、脾俞、曲池                                                  | 2    |
| 血海、膈俞、攒竹、兑端、束骨、脊中、气海、郄门、委中、涌泉、商丘、大椎、承肛、痔根、龈交、阴陵泉、天窗、神阙、三阴交、十七椎、承浆、列缺、臀中穴、噤口 | 1    |

归纳表1穴位所属经脉，统计表2可见现代医家大多选取足太阳膀胱经（59.86%）和督脉（23.13%）的腧穴为主。其方义为足太阳膀胱经别“下尻五寸，别入于肛，足膀胱经经脉病候是“主筋所生病者，痔、疟、狂、癲疾。”然而，督脉“经长强，行于后背正中”，“督脉之别，名曰长强”，督脉循行痔疮所患之处，因此也可治疗痔疮。出现频次最多的承山穴除了属于足太阳膀胱经外，且位于下肢，即展现了循经取穴结合了《黄帝内经》的“远道刺”特点。<sup>[4]</sup>

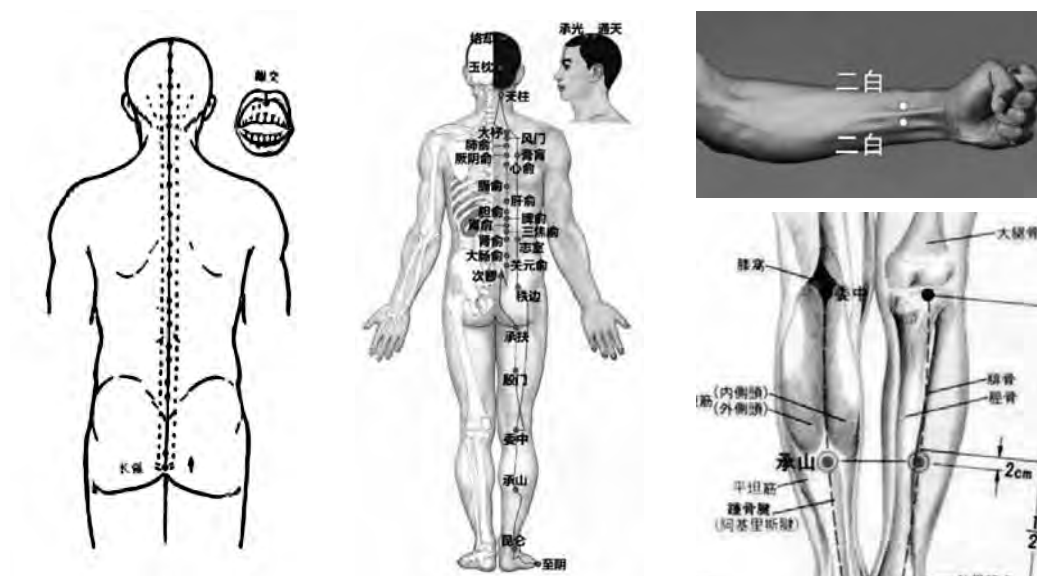


表2 选穴所属经脉统计表

| 经脉     | 频次统计 |       | 用穴统计 |       | 腧穴                                               |
|--------|------|-------|------|-------|--------------------------------------------------|
|        | 频数   | %     | 个数   | %     |                                                  |
| 足太阳膀胱经 | 88   | 59.86 | 16   | 41.03 | 承山、会阳、大肠俞、次髎、承扶、中髎、下髎、飞扬、脾俞、上髎、肾俞、膈俞、束骨、委中、攒竹、秩边 |
| 督脉     | 34   | 23.13 | 8    | 20.51 | 长强、百合、腰俞、命门、大椎、兑端、脊中、龈交                          |
| 任脉     | 8    | 5.44  | 4    | 10.26 | 关元、承浆、气海、神阙                                      |
| 足阳明胃经  | 6    | 4.08  | 2    | 5.13  | 足三里、天枢                                           |
| 足太阴脾经  | 4    | 2.72  | 4    | 10.26 | 三阴交、商丘、血海、阴陵泉                                    |
| 手阳明大肠经 | 4    | 2.72  | 2    | 5.13  | 合谷、曲池                                            |
| 足少阴肾经  | 1    | 0.68  | 1    | 2.56  | 涌泉                                               |
| 手太阳小肠经 | 1    | 0.68  | 1    | 2.56  | 天窗                                               |
| 手厥阴心包经 | 1    | 0.68  | 1    | 2.56  | 郄门                                               |

再来，根据上述穴位按部位来分析，使用率高的长强和会阳都位于痔疮病患部位附近，体现中医“腧穴所在，主治所在”的理论。而运用频次较多又位于腰骶部的穴位有八髎穴、大肠俞、阿是穴和秩边，体现了现代医家针灸治疗痔疮有重视病变邻近腧穴的治疗作用。<sup>[4]</sup>

另外，二白穴为经外奇穴，是古今治疗痔疮的经验穴，对痔疮疼痛、痒、出血症状有着特殊的治疗作用。早在《扁鹊神应针灸玉龙经》中便有“痔漏之疾亦可针，里急后重最难禁，或痒或痛或下血，二白穴从掌后寻”的记载。<sup>[4]</sup>

综观以上统计结果，现代文献针灸治疗痔疮取穴主要使用承山、长强、二白、会阳、大肠俞和次髎穴，这无疑体现现代医家治疗痔疮时，遵循循经、局部、远端、邻近和经验取穴的规律。

### 现代文献以针灸为主的临床疗效总结

成都中医药大学何芮、陈星宇的《针灸治疗痔疮的临床研究进展》<sup>[4]</sup>文章中总结了近年针灸治疗痔疮的文献报道，其总结概况综述如下：

龚氏收治100例痔疮患者，治疗组使用针刺配合马应龙麝香痔疮膏，选取承山、承扶、会阳、大肠俞、合谷，针刺6天，痊愈率为71%。蒙氏用针灸结合中药熏洗治疗患者32例，针刺次髎、承山、束骨、长强、二白，治疗20天对比单纯中药熏洗对照组，治疗组总有效率为93.8%。再来，张氏使用“董氏奇穴”结合点刺放血、耳穴压丸法治疗无手术指征痔疮患者55例，针刺其门、其正、其角加上委中点刺放血，于耳穴大肠、直肠、肛门、脾穴行王不留行压丸治疗，2天一个疗程，共2个疗程，总有效率为92.7%。王氏针刺腰骶近脊柱处痔疮阳性反应点进行针刺，3天一个疗程，治疗

率为**94.44%**，且在一年内随访时间内，仅有**2例**复发。

此外，广西中医学院的唐咏梅<sup>[5]</sup>在她的文章《针灸治疗痔疮的临床概况》中总结了**2001至2010年**以针灸为主治疗痔疮的临床进展，其综述报告简要如下：

裴穗东取二白穴，肠热内盛和湿热下注型用泻法，气血瘀滞型用平补平泻法，均采用一次性治疗，治疗痔痛**49例**，**36例**疼痛消除，**9例**只有轻微疼痛，总有效率为**100%**。张艺取臀中、二白、承山穴治疗痔疮急性发作**46例**，针刺组**24例**，总有效率**91.7%**。冯秋科取长强、百会穴治疗痔疮**169例**，显效**141例**，好转**24例**，无效**4例**，总有效率**97.9%**。杨贤海等取主穴秩边，配穴百会、支沟、承山治疗痔疮**27例**，治愈**11例**，好转**15例**，无效**1例**转手术治疗，总有效率为**96.3%**。张国武取双侧承山穴治疗痔痛**20例**，其中内痔**7例**，显效**5例**，好转**2例**；外痔**6例**，显效**3例**，好转**3例**；混合痔**7例**，显效**5例**，无效**2例**。曹朕笃等取二白、承山、承扶、次髎、会阳、大肠俞、长强为主穴，伴脱肛者灸百会、神阙，肛门肿痛配秩边、飞扬，共治疗**19例**，内痔治愈**8例**，有效**2例**；外痔治愈**1例**，有效**1例**，无效**1例**；混合痔治愈**1例**，有效**4例**，无效**1例**。

### 结论

综上，从现代文献中现代医家选穴以阳经为主（足太阳为首，督脉次之），主要取承山、长强、二白、会阳、大肠俞和次髎穴治疗痔疮。同时，文献也显示以针灸为主治疗痔疮的临床疗效相当显著。针灸能疏通经脉，调节气血阴阳，加上具有简、便、廉、验，无副作用等优势，易于被患者接受。因此，笔者认为以针灸为主治疗痔疮值得推广，在临床中灵活运用。

### 参考文献

- [1] 何芮,陈星宇. 针灸治疗痔疮的临床研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017 (86)
- [2] 崔建,李铁,王喜臣. 针灸疗法在痔疮治疗中的应用[J]. 长春中医药大学学报, 2019 (06)
- [3] 李日庆. 全国高等中医药院校规划教材中医外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007年7月第二版. 227
- [4] 赵树明,曹方,王富春. 基于数据挖掘的针灸治疗痔疮的现代文献取穴规律分析[J]. 中华中医药学刊, 2017 (12)
- [5] 唐咏梅. 针灸治疗痔疮的临床概况[J]. 针灸临床杂志, 2012 (05)

# 小儿厌食症

新加坡·梁妹

厌食是指小儿，食欲不振或减退，甚至拒食的一种病证。一般各年龄皆可发病，尤多见于1~6岁的儿童，学龄儿童患病者明显减少。本病起病缓慢，病程较长，长期厌食患儿可发生营养不良，体力衰弱，抗病力下降，甚至影响生长发育和智力低下。以往认为厌食不是一个独立的疾病，而是发生在其他疾病过程中的一个症状。近年来，随着对于本病认识的逐步提高和诊断技术的更新，特别是都市儿童发病率似有逐年增长的趋势，目前已成为儿科较为常见的疾病之一。

结合本病临床表现，一般将其归类于中医“恶食”、“伤食”、“纳呆”等范畴，属儿科难治之病证。

## 病因病理

### （一）西医：

#### 1. 病因：

①不良的饮食习惯和不规则的生活方式。即喂养方法不合理，片面追求高蛋白、高脂肪或高级营养滋补品；饭前吃糖果等零食，致使小儿食欲不振、偏食、或进食不定时，饥一餐、饱一餐，生活无规则等原因，造成消化系统功能紊乱。

②精神因素的影响。即对小儿室内活动加以过分限制或学前教育早行，采取诱逼方式喂食，强烈的惊吓，过度的兴奋，变换生活环境等，都可引起小儿情绪改变，使食物中枢的兴奋性发生改变而易形成本病。

### 2. 病理：

小儿患厌食病时，体内酶系统发生改变，小肠在D-木糖吸收的试验中吸收功能降低，血清及尿中淀粉酶含量低，提示厌食儿胰腺分泌消化的水平不足；食物中枢的兴奋性降低或抑制；微量元素锌缺乏，唾液中锌含量减少，则味觉素作用减退，并引起舌粘膜增生和角化不全，阻塞味蕾小孔，使味觉敏感下降。此外，近年来有人报道厌食儿除血清锌元素外，其血清铁、铜、磷等元素也较正常儿为低。

### （二）中医：

有关本病成因的论述，历代医籍中专门记载不多。多散见于脾胃病等章节之中。宋代《小儿药证直诀·虚羸》指出：“脾胃不和，不能食乳，”《幼幼新书·乳食不下》指出：“脾脏也；胃脏也。脾胃二气合为表里。胃受谷而脾磨之，二气平调，则谷化而能食。”则进一步说明食欲的正常与脾胃功能的正常，协调相关。

本病的形成，主要原因在于脾胃的功能失调，而造成脾胃功能失调的主要因素是，喂养不当，饮食不节，饮食偏嗜，进食不定时，生活无规律，饥饱无度，情志因素及环境变迁等。特别是超质、过量的饮食使脾胃负担过重。医著《内经》所谓“饮食自倍，脾胃乃伤”正是明确的指出了这一点。

## 治疗原则

小儿肠胃娇嫩，脾常不足，或因饮食失



调，或因外邪伤胃愈后，或因肠内有虫，导致脾胃虚弱。临床表现见食不食，食欲不振，甚则拒食。而厌食之初，由于家长疼爱，患儿仍被强迫进食，脾胃不运，积聚肠胃为宿食。故厌食患儿大多都有宿食不化的病理特点。因此治疗应治标缓图其本—健脾和中，方能达到两个目的：

1) 消化宿食后，胃内空虚，使胃之受纳功能得到发挥，患儿既有饥饿感，可迅速改善症状。

2) 消化宿食后，其精微物质输送入脾胃，培补中焦，胃气渐强则能纳食，能纳食才能有所补充，脾胃虚弱有补充则逐渐增强。临床以健脾消食化滞常用四君子汤加开胃消食之品，少佐清热通腑之剂治疗，全方寒温并举、消补兼施，能使患儿食欲明显增强，体重显著增加，疗效明显。

### 兹介绍病案如下：

袁XX 男 6岁

初诊：2018年12月24日，其外婆代述：患儿偏食、纳差少食多年。患儿体形瘦小、肤色黑、大便日行时。体重14公斤。查舌红苔薄腻，脉滑。辨证为脾失健运，食积胃脘。治以健脾消食化滞。方投四君子汤加开胃消食之品，少佐清热通腑之剂。

二诊：2018年12月29日：药后食欲稍增，体重14.5公斤。

三诊：2019年1月7日：续上法调治。体重增至15.5公斤。

四诊：2019年1月22日：续调理，药后食欲大增，体重15公斤。

五诊：2019年2月25日：续调理，体重已增至16公斤。

## 讨论

方中四君子汤健脾、焦山查、炒麦芽、神曲、槟榔、木香、陈皮等药消食导滞助消化并可驱除各种虫体。消食不理气，必致气

机壅塞，故加枳实行气。综合全方用药，寒温并用、消补兼施。有消食开胃、健脾理气作用，故药后第二诊，其外婆代述，患儿食欲大增，体重显著增加，疗效明显。

# 连花清瘟胶囊的药理研究及临床应用探讨

新加坡·何宇瑛

连花清瘟胶囊是新近的加坡新注册中成药，在中国，广泛用于治疗流行性感冒、肺炎、扁桃体炎以及手足口病等治疗，也是2003年中国防治严重急性呼吸综合征(SARS)的中成药，尤其近年来用于H1N1等多种流行感冒的治疗。在当今的疫情下，本药也在《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第六版）》被推荐治疗轻型与普通型的中成药。本文章谈谈连花清瘟胶囊的药理研究及中医临床应用，提供中医临床参考。

## 1 连花清瘟胶囊体现在络病理论的临床应用

络病理论<sup>[1]</sup>是研究络病发生发展与辨证治疗规律的应用理论。络脉是指气血网络系统，循行于肺的络脉称为肺络，有气络和血络之分，于气道（气管）密切配合，共同完成呼吸运动，达成气体交换。肺之气络有温煦、防护、信息传达、调节控制等作用，涵盖了神经-内分泌-免疫网络功能，与呼吸运动的调节及调节免疫等密切相关。肺的血络与肺组织的血液供应等功能相关。气络与血络结构功能正常使正常进行气体交换，这与现代医学各级支气管和肺泡、神经-内分泌-免疫系统及肺毛细血管结构功能有一致性<sup>[2]</sup>。气道障碍可引起换气功能障碍，可导致呼吸系统传染性疾病呼吸困难发生。COVID-19病位在肺，主要经呼吸道飞沫和密切接触传播，<sup>[3]</sup>在新加坡的潜伏期约4天，一般在5、6天后出现症状。初起临床见发热、干咳、乏力为主要症状，重症患者约在7-10天出现呼吸困难或低氧血症，严重

者甚至发展为急性呼吸窘迫综合征。这属于肺络病变，疫毒袭肺，气络虚滞而壅滞，发展为热毒阻络，不能正常换气转血，气病及血，血络瘀阻为后期表现，如肺纤维化及心肌损伤等后遗症。连花清瘟胶囊由连翘、银花、炙麻黄、板蓝根、贯众、生石膏、藿香、红景天、薄荷、鱼腥草、大黄、炒杏仁、甘草13味药组成，组方以汉代医家张仲景《伤寒论》的麻杏石甘汤和清代吴鞠通《温病条辨》的银翘散为基础方，体现卫气同病、表里双解的宣肺泄热治疗思路，亦有因肺与大肠相表里，选用具有苦寒之性的大黄，力量威猛如将军，可以清热解毒凉血，通腑泻热，通大肠实热以清肺热。体现明代医家吴又可《瘟疫论》的“逐邪”的治法，因此现代医家认为连花清瘟胶囊是运用了三朝古方治疗“疫病”经验的体现<sup>[4-5]</sup>。方中金银花和连翘都有疏散风热，清热解毒作用，金银花为甘寒，而连翘味苦，微寒，疮家要药。薄荷，辛凉，具有疏散风热，透疹利咽，也有疏肝作用。甘草健脾益气，调和诸药和清热解毒作用，共凑清热解毒，透邪利咽功效，麻杏石甘汤以炙麻黄、生石膏、杏仁及甘草组成，具有辛凉解表、宣肺平喘作用，为治疗表邪未解，邪热壅肺的基础方。红景天药性甘寒，入脾、肺经，具有健脾益气，清肺止咳，活血化瘀功效，防治肺纤维化的先证用药。贯众、鱼腥草和板蓝根皆能清热解毒，其中贯众也能凉血止血。藿香，具有辛温之性，既能发散在表的风寒之邪，也芳香化湿，祛在里的湿浊，有辟秽、和中、止呕作用，是治疗霍乱吐泻的要药。在大量寒凉药予

辛温药,以防苦寒败胃的反佐之功,全方有清瘟解毒,宣肺泄热的疗效,治疗热毒袭肺证,临床用于流感、感冒和瘟疫等表现为发热或高热恶寒、肌肉酸痛、鼻塞、流黄涕、头痛、咳嗽、喘、咽痛,舌红苔黄或黄腻,脉数等热毒袭肺症状,可以选用本方。如果脾阳虚患者,药后便溏、腹泻时,可喝姜茶以温胃散寒或停药。

## 2 连花清瘟胶囊现代药理研究

### 2.1 抗炎作用和抑制“炎症风暴”

“炎症风暴”又称为细胞因子风暴,是机体受到感染后免疫系统的过度反应,引起体液中多细胞因子迅速大量产生,造成发挥机体自身损伤的现象<sup>[6]</sup>。当病毒或者细菌侵入人体后,激活人体免疫系统,机体的自身免疫作用产生促炎细胞因子。《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行七版)》的常规治疗提出抑制“炎症风暴”,是导致COVID-19患者病情加重甚至死亡的一个重要因素。病毒刺激机体产生炎症反应因子过度释放,如白细胞介素(Interleukin, IL)、干扰素(Interferon, IFN)、肿瘤坏死因子(Tumor Necrosis Factor, TNF)等发生的连串反应<sup>[7]</sup>, COVID-19病理解剖见弥漫性肺泡损伤伴细胞纤维渗出,肺间质淋巴细胞浸润,并有免疫紊乱表现为淋巴细胞减少但又过度激活<sup>[8]</sup>。尸体解剖见气管腔内大量白色泡沫黏液,支气管腔见胶冻状黏液,肺泡大量粘性分泌物,这些炎症反应引起深气道和肺泡损伤<sup>[9]</sup>。连花清瘟胶囊在前期研究中,可以降低慢性阻塞性肺炎患者痰液炎症反应因子IL-8、IL-17、IL-23和TNF- $\alpha$ 的水平,和血液中IL-8和IL-17的水平<sup>[10]</sup>,还有研究也表明花生四烯酸(Arachidonic Acid AA)代谢通路主要用于合成炎症反应递质,可介导多种炎症反应因子的产生,抑制花生四烯酸代谢通路可能是治疗COVID-19的重要作用靶标<sup>[11]</sup>。此外,关于连花清瘟胶囊的体外研究,可以降低急性损伤小鼠肺泡灌洗液中的TNF- $\alpha$ 和

趋化因子MCP-1水平,以及血清中MCP-1、TNF- $\alpha$ 、IL- $\beta$ 和IL-8水平,减轻肺组织的炎性反应浸润,保护肺泡上皮细胞和肺血管内皮细胞结构完整性<sup>[12-14]</sup>。可见,连花清瘟胶囊可以抑制细胞炎症风暴,减轻肺损伤。

### 2.2 抗病毒

在连花清瘟胶囊药物抗病毒的药理分析显示,处方里的金银花、连翘、板蓝根、贯众、藿香、大黄、薄荷共七种成分都有对流感病毒的蛋白酶的抑制作用,红景天提升人体免疫力,石膏降低病毒引起的高热,炙麻黄和杏仁止咳平喘,兴奋中枢作用。为多靶点抑制病毒的蛋白酶,使复制受阻,不能完成自身的生物转化功能,达到抗病毒的目的<sup>[15]</sup>。同时也在急性肺炎采用本药治疗的体外实验的药效研究中发现,能够通过降低巨噬细胞自身分泌因子(MCP-1),使病灶炎症减低,能抑制巨噬细胞浸润的基础上,进一步减少肺组织水肿,缓解病理损伤<sup>[12]</sup>。另有一项体外实验研究<sup>[16]</sup>发现,急性肺损伤的肺组织中,本药能通过降低IKK/I $\kappa$ B/NF- $\kappa$ B信号通路表达来减轻肺炎炎症反应程度。可见既有抗病毒作用,也能保护被感染器官。

## 3 连花清瘟胶囊临床应用

### 3.1 流行性感冒

流行性感冒(简称流感)是病毒感染引起的常见呼吸道疾病,研究采用连花清瘟胶囊与磷酸奥司他韦分别治疗随机分组为对照组和观察组各40人,5天后对比疗效,结果观察组治疗总有效率更高( $p < 0.05$ ),对比鼻塞缓解时间、肌肉酸痛时间、疲劳缓解时间、退热时间,观察组均比对照组短( $p < 0.05$ ),结论认为采用酸奥司他韦与连花清瘟胶囊治疗流行感冒效果明显能迅速缓解症状<sup>[17]</sup>,宜临床应用。

### 3.2 扁桃体炎

急性化脓性扁桃体炎是常见上呼吸道感染疾病,多因溶血性链球菌感染,连花清瘟胶囊具有清肺泻热,利咽消肿功效,临床研究<sup>[18]</sup>

采用本药治疗80例轻中度急性扁桃体炎分成对照组和观察组各40例患者，两组皆接受青霉素V钾片，对照组和观察组分别以板蓝根和连花清瘟胶囊治疗，结果5天后，观察组体温恢复、扁桃体肿大消失、咽痛消失时间均明显短于对照组 ( $p < 0.05$ )，观察组治愈率为72.5%，明显优于对照组40.0% ( $p < 0.05$ )，两组有效率及不良反应差异均无统计学意义 ( $p > 0.05$ )。结论，连花清瘟胶囊能有效治疗急性化脓性扁桃体炎，促进局部症状恢复及提高治愈率，安全可靠，值得推广。

### 3.3 COVID-19

在武汉治疗42例COVID-19确诊患者中，以西药常规治疗配合连花清瘟胶囊治疗，能明显缓解发热、咳嗽、气促、等临床症状，发热时间比常规治疗减少1.5天<sup>[19]</sup>；也有研究显示对可疑患者的发热，咳嗽，乏力气促等明显改善，并减低轻症转重症比例<sup>[20]</sup>。以上连花清瘟胶囊治疗COVID-19在临床使用有一定的临床应用价值。

## 4 总结

连花清瘟胶囊的药理机制具有抗病毒、抗炎及有阻于调节免疫等，临床用于治疗呼吸道感染的多种疾病，治疗时应辨证与辨病相结合，只要病机相同，一药治疗多病，为中医异病同治的体现。

## 参考文献

- [1] 吴以岭. 络病理论体系构建及其学科价值[J]. 前沿医学, 2007, 1 (1): 40-46.
- [2] 贾振华, 魏聪, 李虹蓉, 等. 肺络病变证治研究[J]. 南京中医药大学学报, 2019, 35 (5): 484-490.
- [3] Rachael Pung, Calvin JC, Barnaby E et al. Investigation of three clusters of COVID-19 in Singapore: implications for surveillance and response measures. Lancet Published Online March 16, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30528-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30528-6).
- [4] 李红蓉, 常丽萍, 魏丛, 等. 连花清瘟胶囊治疗新型肺炎病毒性肺炎的理论研究基础和临床疗效[J]. 世界中医药: 1-5[2020-03-12].
- [5] 贾振华, 吴以岭. 络病理论指导外感温病研究[J]. 环球中医药, 2010, 3 (1): 26-28.
- [6] 刘倩, 朱平. EB病毒相关淋巴细胞增殖病与细胞因子风暴[J]. 中国实验血液杂志, 2013, 21 (2): 498-502.
- [7] 凌亚豪, 魏金峰, 王爱平, 等. 急性肺损伤和急性呼吸窘迫综合征发病机制的研究进展[J]. 综述, 2017, 29 (2): 151-154.
- [8] Xu Z, Shi L, Wang YJ, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome [J]. Lancet Re-spir Med. 2020-2-18. [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(20\)30076-X](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(20)30076-X).
- [9] 刘茜, 王荣帅, 屈国强, 等. 新型冠状病毒肺炎尸体系统解剖大体观察报告[J]. 法医学杂志, 2020 36 (1): 1-3.
- [10] Dong L, Xia JW, Gong Y, et al. Effect of lianhuqingwen capsules on airway inflammation in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2014, 63796.
- [11] 任越, 姚美村, 霍晓乾, 等. 抗新型冠状病毒方剂基于花生四烯酸代谢通路防治“细胞因子风暴”的研究[J]. 中国中药杂志: 1-8.[2020-2-27]. <http://doi.org/10.19540/j.cnki.cjcmm.20200224.405>.
- [12] 李琦, 尹婕, 冉庆森, 等. 急性肺损伤模型中连花清问对巨噬细胞趋化能力的药效与机制研究[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(11): 2317-2323.
- [13] 崔雯雯, 金鑫, 张彦芬, 等. 连花清瘟胶囊对脂多糖致急性肺损伤小鼠IKK/IkB/NF-KB信号通路影响[J]. 中成药, 2015, 37 (5): 953-958.
- [14] 崔雯雯, 金鑫, 张彦芬, 等. 连花清瘟胶囊对脂多糖致急性肺损伤小鼠炎症因子和衔接蛋白表达影响[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2015, 29 (2): 213-219.
- [15] 丁新侃. 连花清瘟胶囊抗流感病毒的药理分析[J]. 临床合理用药, 2012, 10 (10A): 32.
- [16] 崔雯雯, 金鑫, 张彦芬, 等. 连花清瘟胶囊对多糖致急性肺损伤小鼠IKK/IkB/NF-KB信号通路影响[J]. 中成药, 2015, 37 (5): 953-957.
- [17] 张娟, 秦进国. 连花清瘟胶囊与磷酸奥司他韦联合治疗流行性感冒的疗效观察[J]. 黑龙江医药, 2019, 32 (5): 1047-1049.
- [18] 邱文. 连花清瘟胶囊治疗急性化脓性扁桃体炎的疗效观察[J]. 西南国防医药, 2016, 26 (5): 536-539.
- [19] 姚开涛, 刘明瑜, 李欣, 等. 中药连花清瘟胶囊治疗新型冠状病毒肺炎的回顾性临床分析[J]. 中国实验方剂学杂志: 1-7.
- [20] 吕睿冰, 王文菊, 李欣. 中药连花清瘟胶囊治疗新型冠状病毒肺炎疑似病例63例临床观察[J]. 中医杂志: 1-5. [2020-02-27]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2166.R.20200215.1633.004.html>



# 判断癌症预后的影响因素

新加坡·郑黄芳

恶性肿瘤是一个全球性的问题，是发病率和死亡率最高的疾病之一。据世界卫生组织 (WHO) 报道<sup>[1]</sup>，在2012年就有约1400万新增病例，820万死亡病例，因此癌症是全球第二大致死率的致病因素，将近六分之一的人口因癌症而死亡。

据新加坡癌症登记处<sup>[2]</sup>2015年报告显示，在2011-2015年间，共有64,341例新增癌症病患，其中48.6%属男性，51.4%属女性，平均约为10万人当中就有330人得癌症。在新增癌症病例当中，男性前十位的癌症依次为结直肠癌 (17.2%)、肺癌(14.8%)、前列腺癌(13.0%)、肝癌(7.5%)、淋巴瘤 (6.8%)、皮肤癌 (5.8%)、胃癌 (4.7%)、

肾及其他泌尿系统肿瘤 (3.8%)、鼻咽癌 (3.4%) 及造血系统肿瘤 (3.2%)；女性前十位的癌症依次为乳腺癌 (29.1%)、结直肠癌 (13.4%)、肺癌 (7.5%)、子宫癌 (6.9%)、卵巢癌 (5.4%)、淋巴瘤 (4.4%)、皮肤癌 (4.2%)、甲状腺癌 (3.8%)、胃癌 (3.4%)、子宫颈癌 (3.1%)。

作为临床中医肿瘤科医师，需要掌握瞬息万变的恶性肿瘤治疗新进展，系统的综合了解相关病史、检查、诊断与治疗等。通过癌症的分期、等级、病理类型等参数，对于决定患者应该接受什么样的治疗方法，及判断预后至关重要。本文将针对各项西医常用的恶性肿瘤检测指标对于预后的影响进行介绍。

| 因素                     | 检测什么？                         | 临床意义                                                   | 如何检测？                                                  |
|------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 肿瘤大小<br>Tumour size    | 肿瘤的大小。                        | 与癌症复发和生存期有关的重要因素。<br>较大的肿瘤通常比较小的肿瘤预后差。                 | - 体检；<br>- 影像学（超声、X线、钼靶等）；<br>- 组织病理学（手术过程中切除）是最准确的方法。 |
| 肿瘤等级<br>Tumour grade   | 癌细胞与正常细胞有多相似。<br>细胞异常越多，等级越高。 | 与低级别肿瘤相比，高级别肿瘤更可能扩散到淋巴结和身体的其他部位。<br>高级别肿瘤通常比低级别肿瘤的预后差。 | 组织病理学。                                                 |
| 肿瘤类型<br>Type of tumour | 组成肿瘤的病理学分型。                   | 治疗方式及预后因肿瘤病理类型而异。                                      | 组织病理学。                                                 |

|                                           |                    |                                                                         |                                              |
|-------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 淋巴结转移<br><b>Lymph node status</b>         | 被癌症侵及的淋巴系数。        | 癌症复发和生存期的重要因素。阳性淋巴结转移提示预后较差。                                            | 组织病理学（手术后）是最准确的方法，因为身体检查可能会产生误导。             |
| 肿瘤浸润范围<br><b>Metastasis</b>               | 肿瘤的浸润程度。           | 局限于局部者，预后较好；浸润较深、较广时，预后较差。                                              | CT/MRI/PET-CT等影像学检测。                         |
| 激素受体状态<br><b>Hormone receptor status</b>  | 癌细胞中存在的激素受体量。      | 激素受体阴性肿瘤（激素受体很少或没有激素受体的肿瘤）不能用激素疗法治疗，并且倾向于具有较高的复发率。<br>激素受体阳性肿瘤可用激素疗法治疗。 | 免疫组织化学 (Immunohistochemistry)。               |
| 肿瘤基因表达分析<br><b>Tumour profiling score</b> | 癌细胞中任一时刻许多基因的活性水平。 | 肿瘤细胞内基因的活性水平有助于显示某些癌症转移的风险。<br>在某些情况下，显示出低转移风险的测试结果有助于某些人避免化疗。          | 核糖核酸 (Ribonucleic acid, RNA)。<br>较常用于早期的乳腺癌。 |

## 1. 肿瘤的分期 Tumour stage

国际公认的肿瘤分期方法由美国癌症联合委员会 (AJCC) 和国际抗癌联盟 (UICC) 所创建。采用TNM分期系统来描述患者体内肿瘤细胞的数量和扩散的范围。

原发肿瘤 (Primary Tumour, T) 描述肿瘤的大小及是否向附近组织扩散；

区域淋巴结 (Regional lymph nodes, N) 描述癌症扩散到附近淋巴结的情况；

远处转移 (Distant metastasis, M) 描述癌症转移扩散到身体的其他部位。

医生会结合T, N, M结果和癌症特有的其他因素来确定病人的癌症分期。大多数类型的癌症分为四个分期：

**Stage 0:** 原位癌。0期癌症仍位于其开始的位置，尚未扩散到附近组织。此阶段的癌症通常可以通过手术切除整个肿瘤。

**Stage I:** 肿瘤较小，且尚未扩散/转移。癌细胞可被定位、手术移除，不需借助循环全身的化学药物治疗；

**Stage II:** 肿瘤较大但尚未扩散。癌细胞尚可被定位、手术移除，可能不需借助循环全身的化学药物治疗；

**Stage III:** 不断增生的癌细胞扩散至肿瘤周遭的组织及邻近的淋巴结。需借助循环全身的化疗药物治疗；

**Stage IV:** 癌细胞扩散至距离原始肿瘤遥远的器官及组织，此时癌细胞流窜于全身。需借助循环全身的化疗药物治疗。

## 2. 肿瘤的等级 Tumour grade

组织学分级指的是肿瘤细胞在显微镜下与正常细胞的相似程度。根据显微镜下肿瘤细胞组织学上的异常程度，肿瘤可以被分成G1、G2、G3、G4级。

**GX:** 级别无法评定 **Grade cannot be assessed** (未定级)；

**G1:** 高分化 **Well differentiated** (低级别)；

**G2:** 中度分化 **Moderately differentiated** (中级别)；

**G3: 低分化** Poorly differentiated (高级别) ;

**G4: 未分化** Undifferentiated (高级别)。

乳腺癌和前列腺癌是临床常见的恶性肿瘤, 且具有专属的等级分类系统。

## 2a. 乳腺癌

临床多数采用Nottingham组织学分级系统<sup>[3-4]</sup>, 该系统对浸润性乳腺癌从三项指标进

行评估: (1) 腺管形成的比例; (2) 细胞核的多形性; (3) 核分裂象计数。之后, 将这三项指标的得分累加:

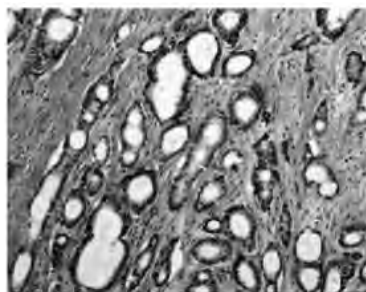
总分=3-5分为1级 (G1, 即高分化/低级别)

总分=6-7分为2级 (G2, 即中分化/中级别)

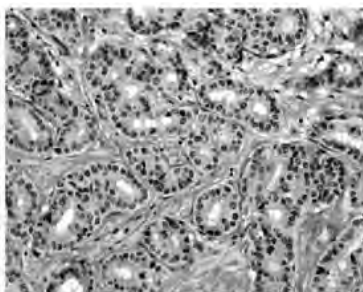
总分=8-9分为3级 (G3, 即低分化/高级别)

乳腺癌分级显微镜下细胞图<sup>[5]</sup>:

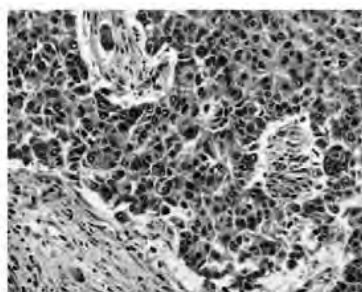
a) 1级



b) 2级



c) 3级



## 2b. 前列腺癌

前列腺癌采用Gleason评分系统来判断肿瘤的等级<sup>[6]</sup>, 对于判断前列腺癌的预后起着重要的作用。Gleason评分系统的原则是以组织切片中肿瘤的主要生长方式和次要生长方式的综合得出积分。AJCC推荐将Gleason评分划分为以下:

Gleason X: 级别无法评定

Gleason 2-6: 高分化

Gleason 7: 中度分化

Gleason 8-10: 低分化或未分化

## 3. 激素受体检测

激素敏感性癌症或激素依赖性癌症是一种依赖激素来生长和/或存活的癌症。如果肿瘤对激素敏感, 意味着在细胞表面存在称为受体的特殊蛋白质。当激素结合匹配的受体时, 它会导致癌细胞的生长和扩散。

激素敏感性癌症的主要类型如下:

1) 乳腺癌: 雌激素 (estrogen) 和孕激素 (progesterone)。

2) 卵巢癌: 雌激素 ( $\beta$ -Estradiol, E2)。

3) 前列腺癌: 雄激素, 例如睾丸激素和类似的激素。

4) 子宫/子宫内膜癌: 雌激素和孕激素。

## 4. 人表皮生长因子受体II

(Human epidermal growth factor receptor 2, HER2)

HER2是出现在某些癌细胞膜表面的蛋白。HER2阳性肿瘤指的是肿瘤有较多的HER2受体, HER2高表达常见于乳腺癌及胃癌, 其他肿瘤可包括唾液腺癌、非小细胞肺癌、卵巢癌、直肠癌、胰腺癌等<sup>[7]</sup>。大约20至25%的乳癌属于HER2阳性肿瘤。相比其他类别的肿瘤, HER2阳性肿瘤增长更快。确定癌症是否呈HER2阳性将影响治疗的选择, 因为患有此类乳腺癌的女性可以从抗HER2靶向治疗受益。

常见的乳腺癌分子亚型<sup>[8]</sup>

|                       | ER | PR  | HER2 | Ki-67 | 特征及预后                            |
|-----------------------|----|-----|------|-------|----------------------------------|
| Luminal A             | +  | +/- | -    | 低     | 肿瘤生长较慢，扩散性较弱。预后良好，一般对激素治疗有效。     |
| Luminal B             | +  | +/- | +/-  | 高     | 相较Luminal A型扩散较快，预后较差。           |
| 三阴性TNBC               | -  | -   | -    | 高     | 生长快速，扩散性强。预后较差。激素治疗或HER2治疗都无效。   |
| HER <sup>2</sup> 高表达型 | -  | -   | -    | 高     | 增长和扩散速度较快。可以采用HER2靶向治疗时预后有较大的改观。 |

\*ER=Estrogen receptor, PR=Progesterone receptor, 抗原Ki-67是一种与细胞增殖有关的核蛋白。

5. 肿瘤标志物检测

肿瘤标志物是指由肿瘤细胞直接产生或由非肿瘤细胞经肿瘤细胞诱导后而合成的物质。这些标志物可以是癌细胞分泌或脱落到体液或组织中的物质，也可能是宿主对肿瘤反应性产生并进入体液或组织中的物质。这两类物质都可以被临床检测到，并用于指导肿瘤的辅助诊断和治疗。肿瘤标志物的检测有其帮助，但也有很多局限性。肿瘤标志物正常不能代表一定没有肿瘤，肿瘤标志物升高也不能作为确认患癌的证据。仍需通过组织病理学检测作为确诊依据。

肿瘤标志物的检测对于肿瘤的早期筛查、辅助诊断及判断肿瘤预后、转归，评价疗效，都具有重要的意义。

常见的肿瘤标志物检测

|   | 中文名      | 英文缩写   | 相关疾病                                                                     |
|---|----------|--------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 癌胚抗原     | CEA    | 广谱肿瘤标志物，非组织特异性<br>*在胃肠道癌、胰腺癌、肺癌、乳腺癌及肝癌等多种癌症中可发现CEA水平升高。CEA持续升高提示有癌残留或复发。 |
| 2 | 甲胎蛋白     | AFP    | 原发性肝癌                                                                    |
| 3 | 前列腺特异性抗原 | PSA    | 前列腺癌<br>*在前列腺肥大和前列腺炎中有时会发现PSA明显升高。                                       |
| 4 | 糖类抗原19-9 | CA19-9 | 胰腺癌的首选检测方法<br>*在其他腺癌，如肺癌、胃肠癌、胆道癌和结肠癌中也可见CA19-9上升。                        |
| 5 | 糖类抗原125  | CA125  | 卵巢癌                                                                      |



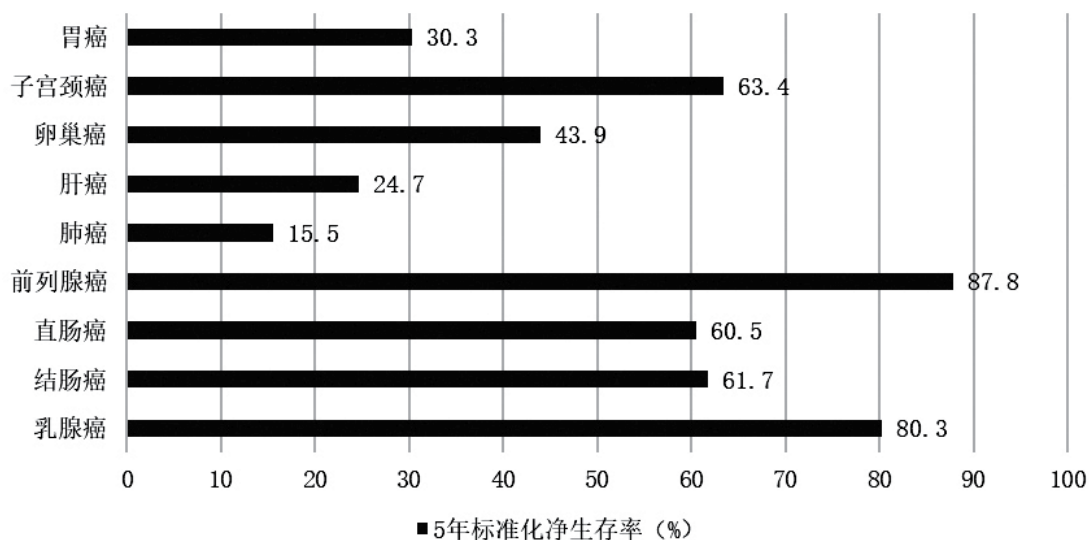
|    |            |           |            |
|----|------------|-----------|------------|
| 6  | 糖类抗原15-3   | CA15-3    | 乳腺癌        |
| 7  | 糖类抗原72-4   | CA72-4    | 消化道肿瘤，尤其胃癌 |
| 8  | 神经元特异性烯醇化酶 | NSE       | 小细胞肺癌      |
| 9  | 细胞角蛋白十九偏短  | CYFRA21-1 | 非小细胞肺癌     |
| 10 | 人绒毛膜促性腺激素  | HCG       | 滋养层细胞肿瘤    |

## 6. 生存率

了解各种癌症的生存率有助于临床工作者判断疾病的预后。5年生存率指的是患癌以后，存活时间超过5年的概率。由于癌症复发和转移的高峰期是在术后的前5年，因此如果5年内没有复发和转移，患癌概率会降低。但也有一部分患者会出现迟发性的复发和转移，因此肿瘤患者需要长期的检测和复查。

### 新加坡2010-2014年癌症5年标准化净生存率<sup>[9]</sup>

#### 净生存率（2010-2014年）



Source: National Registry of Diseases office

## 结语

恶性肿瘤是一个多因素致病，具有病情慢性化、多样化、复杂化的特点，我们应抱着对患者高度负责的精神，结合当代先进、科学、全面的各项参数，综合判断，给予专业性

的建议与指导。适时结合中医药特色疗法如中药、外治法、针灸推拿、心理疗法、食疗、运动疗法等以促进患者恢复身心健康。

### 参考文献:

- [1] Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11.
- [2] Singapore Cancer Registry, Annual Registry Report 2015. National Registry of Diseases Office (NRDO).
- [3] Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up[J]. Histopathology, 1991, 19(5): 403-410.
- [4] Tavassoli FA, Devilee P. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs[M]. Lyon: IARC Press, 2003.
- [5] Rakha, Emad A., et al. "Breast cancer prognostic classification in the molecular era: the role of histological grade." Breast Cancer Research 12.4 (2010): 1-12.
- [6] American Joint Committee on Cancer. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer; 2010.
- [7] Yan, M., Parker, B. A., Schwab, R., & Kurzrock, R. (n.d.). HER2 aberrations in cancer: Implications for therapy. Cancer Treatment Reviews. doi:10.1016/j.ctrv.2014.02.008
- [8] Prat, Aleix, et al. "Clinical implications of the intrinsic molecular subtypes of breast cancer." The Breast 24 (2015): S26-S35.
- [9] National Registry of Diseases office. <https://www.nrdo.gov.sg/publications/cancer>.



# 癌症扶正培本治疗

新加坡 郭佩华

正气虚是发生癌症的重要因素。肿瘤属慢性消耗性疾病，多为虚证，用扶正培本法扶助人体正气，调和阴阳偏盛偏衰，补益人体虚弱状态，提高患者免疫功能，加强抵御和祛除病邪的能力，抑制癌细胞的生长，为进一步治疗创造条件。

所谓“扶正”，就是扶助正气，所谓“培本”就是培植元气，提高机体的抗病能力。人体正气的生成来自脾肾两脏，肾为先天之本，脾为后天之本，二者是相互依存，相互为用的。

人体构造及其功能依赖先天禀赋和后天的给养和调理，人体正气的盛衰关系极为密切。扶正培本的正确使用，要以辨证为依据，首重脾胃，处处照顾脾胃，重视“胃气”的恢复，所谓“有胃气则生，无胃气则死。扶正培本法在肿瘤防治中具有重要的意义，可以说它贯穿了肿瘤治疗的全程。扶正培本法可广泛用于早期肿瘤术后；配合肿瘤放化疗；放化疗期间的中药维持治疗；晚期肿瘤的姑息治疗。

## 扶正培本治则在恶性肿瘤的防治过程中的重要性：

### (1) 扶正培本法与手术结合：

迄今为止，手术仍然是肿瘤治疗方法中应用最广泛治疗方法之一，扶正培本法通过综合治疗，提高了手术的成功率，缩短恢复时间，在减少并发症、后遗症，发挥了重要的作用。

**1. 术前的扶正培本治疗：**此阶段应用扶正培本法能调整患者的阴阳气血、脏腑功能，争取早日完成手术。补气养血、健脾益气，滋补肝肾等，可以改善机体的免疫功能，提高术中的应激能力，减少术后并发症。

**2. 术后的扶正培本治疗：**主要目的是恢复机体免疫功能，消除残留的癌细胞，防止复发、转移，以使正气尽早恢复，为进一步化疗创造条件。

### (2) 扶正培本治则与化疗相结合：

化疗可作为全身和局部治疗，能弥补手术和放疗所难以完成的任务。扶正培本法与化疗综合应用，可扶其正气，解其毒性，修补耗损，纠正偏离，不仅能减轻化疗的毒副作用，而且具有增效功效。

#### 1. 减轻化疗的毒副作用

• **消化道反应：**几乎所有的化疗药物都会对消化道产生不同程度的影响，治以健脾和胃，配以理气降逆、开胃醒脾等法。

• **骨髓抑制：**白细胞减少者多以气虚为主，治以益气补血；血小板减少者，治以补气凉血止血。

• **脏器及组织损伤：**多数是肝细胞中毒，其次中毒性心肌炎、膀胱炎、肾炎等。肝脏功能损害者治以清热利湿、疏肝利胆；心肌损害者治以益气安神、活血化瘀。

#### 2. 增强化疗的疗效

扶正培本方药的减毒作用可使化疗发挥抗癌效能，同时具有整体调节作用，可改善机体免疫状态，增强抗癌能力，从而抑制肿瘤转移。

### (3) 扶正培本治则与放疗相结合：

放疗常作为肿瘤术后辅助治疗。由于放射线作为一种杀伤物质，常常伤脾害胃，影响气血生化之源。

• **益气养阴生津法**：能防治放疗毒副作用，从而达到提高生存率的目的，增敏增效作用。

• **益气配以活血化瘀药**：可改善气血循环，从而改变乏氧细胞的乏氧状态，使放疗效能充分发挥。

• **滋补肝肾**：减轻放疗的毒副作用，放射线这种热性物质，会耗灼体内阴津，引起阴亏火热证候，化疗局部反应在临床常见口腔、咽喉及消化道粘膜糜烂、水肿、溃疡、皮肤红斑干裂、潮湿糜烂等。在扶正治则的基础上加用清热解毒、活血化瘀等法，防治其毒副作用。

#### (4) 扶正培本法治疗癌前病变：

在高危人群中开展普查，发现癌前病变，并运用中药阻断癌前病变是非常有效的方法。中医的治未病，既病防变的治则尤其适用于肿瘤的预防治疗。健脾益气、滋补肝肾，辅以清热解毒、软坚化瘀等治则，针对食管、胃粘膜上皮增生和萎缩性胃炎、胃窦肠上皮化生等治疗具有显著疗效。

扶正培本法首先应辨清阴阳气血盛衰，然后辨别五脏虚损及脏腑间的相互关系。通过多方辨证，弄清虚在何脏何腑，属阴属阳及其性质。然后根据病情早晚、病程长短、用药情况、体虚程度、结合个人体质、和患者年龄等情况分别进行调治。扶正培本的具体方法很多，如健脾益气、补肾填精、养阴生津、补益气血、温肾助阳等，可以有效提高患者的生活质量，延长生存期，减轻放化疗的不良反应，在与放化疗合用的基础上，更能有效提高恶性肿瘤局部控制率，减少远处转移的发生。

癌症病人，其病情发展多表现为一系列慢性衰弱状态，所以应用补益剂时，宜缓补而少峻补，有些正气衰竭病人甚至“虚不受补”，宜平补而慎用温补。常用中药材有黄芪、党参、太子参、人参、茯苓、黄精、白术、山药、天冬、麦冬、沙参、生地、龟板、鳖甲、天花粉、旱莲草、女贞子、枸杞子、鸡血藤、当归、阿胶、熟地、淫羊藿、补骨脂、紫河车等。

#### 选用归经药，会有较好的疗效

| 补气  |       | 补血   |       | 补阴  |       | 补阳  |       |
|-----|-------|------|-------|-----|-------|-----|-------|
| 药   | 归经    | 药    | 归经    | 药   | 归经    | 药   | 归经    |
| 人参  | 肺/脾/心 | 枸杞子  | 肝/肾   | 生地  | 肾/肝/心 | 肉桂  | 肾/肝/脾 |
| 党参  | 肺/脾   | 鸡血藤  | 肝/肾   | 龟板  | 肾/肝/心 | 杜仲  | 肾/肝   |
| 太子参 | 肺/脾   | 熟地   | 肝/肾/心 | 鳖甲  | 肾/肝/脾 | 淫羊藿 | 肾/肝   |
| 黄芪  | 肺/脾   | 桑葚   | 肝/肾/心 | 旱莲草 | 肾/肝   | 补骨脂 | 肾/脾   |
| 甘草  | 肺/脾/胃 | 阿胶   | 肝/肾/肺 | 女贞子 | 肾/肝   | 附子  | 肾/脾/心 |
| 山药  | 肺/脾/胃 | 白芍当归 | 肝/肾   | 天冬  | 肾/肺   | 肉苁蓉 | 肾/大肠  |
| 黄精  | 肺/脾/胃 |      | 肝/脾/心 | 沙参  | 肺/胃   | 巴戟天 | 肾     |
| 茯苓  | 脾/肾   |      |       | 麦冬  | 肾/肝/心 | 仙茅  | 肾     |
| 白术  | 脾/肾   |      |       |     |       |     |       |
| 紫河车 | 肺/肾/心 |      |       |     |       |     |       |

除药补外，还应结合食补，教会患者摄入适当的食物，共同起到扶正抗癌的作用。如在放疗期间，由于热灼伤阴，在饮食上可多补充些补阴清凉、甘寒生津的食物，如芦笋、黑木耳、甘蔗汁、蜂蜜、百合、鳖肉等。化疗期间易出现骨髓抑制，在饮食上可以多补充足量的造血原料，如含铁的食物菠菜、动物肝脏及健脾食物薏米粥、山药粥等。在药补的基础上结合食补，正确贯彻扶正培本的治疗思想，注意患者精神状态的调摄，对癌症患者身体的恢复十分有利。



# 浅谈脾阴

新加坡·钟舒云

在临床脾胃系统的虚性疾病中，我们经常会谈及脾气虚、脾阳虚、胃阴虚证，而较少提及脾阴虚。由于脾胃共为仓廪之官，在病理层面，一般脾阴虚也容易被等同为胃阴虚。此外，历代医家也多重视脾阳，而略于脾阴。脾阴和胃阴虽有相似之处，但终有别。

## 脾阴理论溯源

在生理方面，脾以阳气温煦推动用事，脾阳健则能运化、升清，因此宋代以前的医家多详于脾阳，而论述脾阴者稀也。到了元代，滋阴派大家朱丹溪为脾阴论的发展起到了关键作用，明确提出了脾阴的概念。《格致余论》曰：“脾土之阴受伤，转输之官失职...遂成鼓胀。”指脾阴受损可导致鼓胀。《丹溪心法》曰：“嗜酒则血伤，血伤则脾土之阴亦伤。”从饮食偏嗜角度指出嗜酒损脾阴。

明清时期，在滋阴派、温病学派兴起的背景之下，脾阴论获得更进一步的发展，及诸多医家的重视。从明清时代的周慎斋、缪希雍、吴澄、唐容川等，一直到近代的张锡纯，多对脾阴病的病理及治法有专述。唐容川在《血证论》中曰：“脾阳不足，水谷固不化，脾阴不足，水谷仍不化也。譬如釜中煮饭，釜底无火固不熟，釜中无水亦不熟也”，对脾阴重视可见一斑。

## 脾阴与胃阴的生理之别

《素问·宝命全形论》曰：“人生有形，不离阴阳。”每个脏腑皆有阴阳二面，脾胃亦然。脾为脏属阴，藏精气而不泻，其性主运化升清，故脾性喜燥而恶湿；胃为腑属阳，传化物而不藏，其性主受纳通降，故胃性喜润而恶燥。脾与胃同属中焦，互为表里，为气血生化之源、后天之本，然而二者阴阳属性不同，故脾阴与胃阴的生理特性亦不能等同。

脾阴是脏阴，胃阴乃腑阴。

所谓脾阴，指的是水谷精微所化生的营血、阴液、膏脂之类的物质，《灵枢·本神》谓“脾藏营”，《灵枢·营卫生会篇》云：“营者，水谷之精气也”，能濡养本脏及灌溉其它脏腑肌肉，并参与运化。《素问·平人氣象论》曰：“藏真濡于脾。”张锡纯亦云：“脾阴足自能灌溉诸腑。”

所谓胃阴，则指的是胃中的津液和精微，用以濡润、通降、腐熟食物。胃的受纳腐熟，所依赖的不只是胃气的推动与蒸化，还有胃中的津液。胃阴足即为胃津充，则能受纳腐熟。唐容川在《血证论》云：“夫人之所能化思食者，全赖胃中之津液。”“津液尤是融化水谷之本。”历代医家还把胃阴称为“胃汁”、“胃津”、“胃液”。

脾阴发挥的作用是升清的，而胃阴的作用是润降的。《素问·厥论》云“脾主为胃行其津液也。”胃肠道中的饮食水谷被吸收后，均“上输于脾”，“脾气散精”将水谷精微和津液向上输布。虽然胃阴和脾阴一升一降，但脾和胃在运纳水谷精微的功能还是密

不可分，相辅相成的。胃阴受纳腐熟饮食，生成水谷精微，为脾阴提供物质基础；而脾气也直接将津液布散至全身脏腑，包括补充胃阴，《素问·玉机真藏论》称之脾有“以灌四傍”的生理功能。

### 脾阴虚及胃阴虚的病因病机

吴鞠通云：“病邪有伤脾阴，有伤胃阴，有两伤脾胃，彼此混淆，治不中窠，贻害无穷。”指出辨别脾胃阴虚的重要性。

脾阴虚多见于内伤杂病，久病、病程较长者多见。饮食劳倦、忧思郁怒，营阴内耗，易伤脾阴。内经曰：“脾藏营，营舍意”。王泰林云“思虑伤脾之营”，张路玉亦谓“此本平时思虑伤脾，脾阴受困”。可见思虑过度，是脾阴伤的主要原因。饮食劳倦，多伤脾气脾阳，也可伤及脾阴。顾氏《医镜》曰：“劳倦伤脾，乃脾之阴分受伤者多。”饮食失节，脾胃运化失职，脾阴生化乏源；过劳则虚火内动，灼伤脾阴。脾阳虚运化无权，多见寒象、湿象，湿郁日久亦可化燥伤阴。素体脾阳气虚者，阳损及阴，能导致脾阴虚。此外，胃阴枯涸，他脏阴亏，亦可损及脾阴。此外，在治疗中，世人多混淆脾阴及脾阳、脾阴虚及脾湿，而过用辛温燥烈之药物，误伤脾阴。

胃阴虚多发生在外感热病末期，燥热火邪劫伤胃津，或温病误汗误吐伤津。叶天士有言：“热邪不伤胃津，必耗肾液。”“汗则耗气伤阳，胃汁大受劫炼，变病由此甚多。”此外，饮食炙煨、过于辛辣，或过用辛温燥烈之物，皆可导致火热炽盛，消灼胃津。情志过极，或肝郁日久，亦能化火伤及胃阴。

### 脾胃阴虚症状之别

脾胃阴虚病有相同之处，如纳运失常、大便秘结，舌干少津。

而其不同之处，如脾阴虚营气不足，周身

脏腑肢体失养，常见四肢消瘦，倦怠乏力，皮肤干燥，毛发憔悴，口干不欲饮，食少腹胀，大便稀泻或干燥，舌淡红少津，或舌苔花剥，脉濡微数。

胃阴虚不能滋降，常见饥不欲食，口渴欲饮，干呕呃逆，胃中嘈杂灼热，齿龈红肿，便干溲少，舌红绛干，或舌苔花剥，脉细数等津亏胃逆之象。

胃阴虚日久可出现脾阴虚，病位由腑入脏，是病情转危之象；脾阴虚则经常会兼见胃阴虚之象，而脾阴虚好转以后，也会出现或轻或重的胃阴虚症状，为脏病出腑，预后良好。

### 脾阴虚的论治

治脾阴虚应用甘淡酸升之品。甘以补脾，淡以渗湿，配以酸敛、生津之药，酸甘化阴。

《素问·刺法论》曰：“欲令脾实，宜甘淡也”明确指出补脾以甘淡为主。常用的甘淡之品有山药、莲肉、扁豆、粳米、太子参、薏苡仁、芡实、茯苓等。其中，山药是补脾阴的常用药。李时珍在《本草纲目》云：“据吴绶云，山药入手足太阴，补其不足，清其虚热。”黄宫绣《本草求真》认为山药能补脾肺之阴，补脾益气除热。近代张锡纯于《医学衷中参西录》创一味薯蓣饮，单山药一味，谓其“能滋阴又能利湿，能滑润又收涩，是以能补肺肾兼补脾胃”。周慎斋在《慎斋遗书》言：“用四君加山药引入脾经，单补脾阴，再随所兼之证而用之，俟脾之气旺，旺则土能生金，金能生水，水生而火降矣”。山药性味平和，不如黄芪、白术之温燥，是为补脾阴佳品。

基于阴阳互根之理，可运用药物如人参、党参补脾气，气为阳，阳生则阴长，使阴气恢复更速。酌情添加酸药如白芍、五味子、乌梅等，能敛阴亦能散阴。酸味入肝而助疏泄之气，故能敛营又能布散营气，对脾阴虚者尤其

适宜。此外，也可加入葛根、柴胡等升津、升提之药，以兼顾营气之上升及布散。

常用的理脾阴方剂有吴澄《不居集》中和理阴汤（人参、山药、扁豆、莲肉、老米、燕窝）、《慎柔五书·虚损门》慎柔养真汤（四君子、山药、莲子肉、白芍、五味子、麦冬、黄芪）、陈藏器《三因方》六神散（四君子汤、山药、扁豆）、《局方》参苓白术散。

### 胃阴虚的论治

治胃阴虚多用甘寒、甘凉濡润之品，甘润以益胃生津，寒凉以清胃肠之热。热愈久，阴伤愈甚，故叶天士说“救阴不在血，而在津与汗”，指出治胃阴虚即在保津液。常用药物有北沙参、麦冬、石斛、天花粉、玉竹、梨汁等生津润燥兼清之品。若胃气不顺，便秘明显，叶天士以濡润胃肠之法，取脾约丸之半，用麻仁、甜杏仁、白芍、大麦仁，以润为通，不主张攻下。

常用方有益胃汤、沙参麦冬汤、麦门冬汤、叶氏养胃汤（麦冬、沙参、生扁豆、桑叶、玉竹、甘草）等。当胃阴虚并出现脘肋隐痛、嘈杂吞酸等肝木乘土，肝胃阴虚之症状，可选用一贯煎、连梅汤（黄连、乌梅、麦门冬、生地、阿胶）。热病后期伤津口渴者可用五汁饮、竹叶石膏汤等。

### 脾胃阴虚病用药禁忌

补脾胃之阴当忌用温燥峻烈之品，以免更伤阴液；慎用苦寒之品，避免克伐脾胃之生气；禁用滋腻碍胃之品如熟地、生地之类，以防助湿生热。

### 药膳调理

所谓“药补不如食补”，《内经》有云“谨和五味，食养尽之”，况且脾胃之阴已

伤，服药有可能加重脾胃负担，阻碍运化，因此服药膳不失为长期调理脾胃阴虚的好方式。在上述方药中，有许多药食同用之品，如山药、扁豆、莲肉、乌梅、薏苡仁、芡实等，因此可变化的补脾胃阴药膳种类繁多，如四神汤（山药、莲子、芡实、茯苓）、山药薏仁大米粥、百合银耳粥、沙参玉竹莲子粥、雪梨百合汤、或以甘蔗汁、梨汁、鲜藕汁、鲜萝卜炖汁饮汤等等。

### 午雪岍医案一则

门某，男，4岁。初诊1980年10月27日。

患儿系七个月早产儿，一岁三个月会走路，语言智力均正常。

一个半月前因食肉过多致患儿腹泻，以腹泻脱水及营养不良先后住某医院一个半月。经用氨基酸、痢特灵、胰酶、青链霉素、维生素及输液、输血等治疗，泄泻虽减，营养不良未见改善。入院时体重为12.5公斤，出院时只有10公斤，转来午老诊治。

**证见：**面色萎黄，遍身骨露，皮肤肌肉干枯而涩，手足枯痿而软，不会坐、不能站，头不能抬，颈细腹大，颈部肉消，烦躁口渴，无泪无涕，饮食懒进，困倦喜睡，口渴而干，大便粘液，腹痛滞下，日三~四次，舌质红、苔白、中心干厚，脉沉细。

**辨证：**饮食自倍，肠胃乃伤，禀赋不足，饮食不节，嗜食甘肥，湿热蕴积，损伤脾胃，泄泻不止，耗伤津液，成此疳证，此虚中挟实之候。宜先清利。

**方药：**川连4克，黄芩4克，白芍5克，川朴3克，枳壳3克，木香1克，地榆4.5克，槟榔3克，当归4.5克，葛根3克，青皮3克，生草1克水煎服二剂

**二诊（10月30日）：**药后大便日一次，量多质稠，尿增多，已自索食，口渴喜饮，腹不痛，痿弱干瘦有增无已，困倦嗜卧，脉细数，舌红无苔。宿滞已去，脾胃阴虚之象

毕露，拟经验方加减，先补脾阴。

**方药：**白糖参8克，山药15克，莲子10克，扁豆1克，山楂8克，鸡内金6克，石斛8克，麦芽8克，薏仁8克，白芍6克，天花粉8克，大枣3枚，葛根5克

水煎服，三剂。并辅以推拿捏脊三法。

**三诊（11月8日）：**上方服七剂后精神好转，头可抬起，能坐仍不能站，易饥索食，口渴喜饮糖水，日夜喝水达2000~3000毫升，尿频数如米泔，夜尿多，每次间隔40分钟，面色苍白，晚间有时发热，脉细数，舌红苔白腻。

化验尿蛋白(-)，血糖(-)，此痞证之痞渴也，乃脾阴虚好转，胃阴虚显现。再拟养胃阴消痞止渴，方用清热甘露饮。

**方药：**生地10克，麦冬8克，石斛8克，知母6克，枇杷叶6克，生石膏8克，茵陈8克，黄芩4克，灯芯引。

**四诊（11月20日）：**服上方十剂后，口渴大减，喝水每天250毫升，饮食大增，日7~9两，精神好，面色红润，面、胸、背、四肢肌肉较前丰润，有鼻涕、眼泪、汗液；夜尿大减，日5~6次，能独立行走，大便日三次，色黄成条，昨日有咳嗽清涕、脉细数，舌红苔白薄。痞证已除。继补脾阴佐以散风寒。

**方药：**山药15克，薏仁10克，白芍8克，麦芽8克，扁豆8克，山楂8克，葛根5克，芡实6克，内金6克，莲子肉8克，杏仁5克，苏叶5克，桔梗5克，大枣3枚

服上药后外感解，食欲、精神俱好，体重14公斤，已接近正常。嘱其慎风寒、节饮食，同时调服成药参苓白术散善后。

### 总结

脾阴与胃阴的生理性质有别，病理机制不同。滋养脾阴及润养胃阴的药物性味也有一定的差异，如岳美中先生指出：“脾胃虽互为表里，脾阴虚、胃阴虚用药有相似之处，但终有别...差异甚多，不应含混。”治脾阴宜甘淡酸

升，养胃阴宜甘凉濡润。在临床上，应详查病因，注意脾胃阴虚互相之转化，甚至有否累及其它脏腑，治病求本，才能效如桴鼓。

### 参考文献：

- [1] 陆敏. 浅论脾胃阴之不同. 陕西中医, 1995, (7). 306-307.
- [2] 午雪峤. 脾阴虚的辨证论治体会. In 杨文儒, 陕西名老中医经验选陕西: 陕西科学技术出版社, 1988. 10-13.
- [3] 文荣学. 脾胃阴虚证治探析. 内蒙古中医药, 2010. 102.
- [4] 黎忠民. 论脾阴、胃阴之异. 四川中医, 1994. 15-16.
- [5] 海霞论甘淡濡润、药食并用治疗脾胃阴亏虚证. 国医论坛, 2014 21-22.
- [6] 张世平. 论脾阴与胃阴. 中医药学报, 1984. 46-48.



# 浅谈胃食管反流病

新加坡·刘立

胃食管反流病 (Gastroesophageal Reflux Disease, GERD) 是一种由胃内容物反流入食管引起症状和并发症的疾病。典型的症状是烧心与反酸,还包括上腹痛、非心源性胸痛、睡眠障碍、吞咽困难等。胃、十二指肠内容物反流入食管,导致食管炎和咽、喉、气道等食管以外的组织损害。还有胸痛、吞咽困难、慢性咳嗽等一些非典型症状<sup>[1,2]</sup>。这些症状在临床上迁延不愈,反复发作,给患者带来不适和痛苦,严重影响患者的生活质量。GERD可分为非糜烂性反流病 (Non-Erosive Reflux Disease, NERD)、糜烂性食管炎 (Erosive Esophagitis, EE) 和Barrett食管 (Barrett's Esophagus, BE) 三种类型<sup>[2]</sup>。这是一种长期易复发的疾病。1934年,美国胃肠病学家Winkelstein首次将烧心与反流导致的食管炎联系起来,从而建立了GERD这一概念。近十几年来,人们对GERD的认识不断完善。

胃和食管之间的阀门叫食管下括约肌。在正常情况下,食管下括约肌是闭合的,直到我们吞咽食物或液体为止,食管下括约肌一直保持关闭状态。当这括约肌功能相对疲弱而无法正常收缩时,胃中的酸性成分可能会越过括约肌,而被推回到食道中。用餐后立即躺下会使反流问题更加严重,是因为胃里的酸性液体在水平位置能轻易越过阀门(食管下括约肌)导致反流到食管。

胃食管反流病的发生是抗反流防御机制下降和反流物对食管粘膜攻击作用的结果。食道收缩力弱,食道过度敏感,或胃食管交界处的

胃食管阀瓣功能欠佳等都是发病的原因。如缺乏诊治,或造成巴雷斯特食道症 (Barrett's Oesophagus),巴雷特食管症被认为是一种癌前病变,患有巴雷特食管会增加患食管腺癌 (esophageal adenocarcinoma, 食管癌的一种) 的风险。

据报道:新加坡胃食管反流病患者超过65万人<sup>[3]</sup>。流行病学资料显示<sup>[4]</sup>,欧美国家GERD患病率约为10% - 20%,胃镜检查是常用的检查方法。胃镜检查可让医生看到食管内壁和发现GERD造成损伤的证据。胃镜检查有助于确定食道下端是否有灼伤、溃疡以及巴瑞特的变化 (Barrett's changes)。

目前西药疗法主要是抑制胃酸分泌<sup>[5]</sup>,常用药物包括质子泵抑制剂(如奥美拉唑、兰索拉唑等);H<sub>2</sub>受体拮抗剂(如西米替丁、雷尼替丁等)。如果抑酸类药物效果不理想,联合用胃肠动力药,如:多潘立酮、莫沙必利等。必要时加上胃黏膜保护剂(如铝制剂,铋制剂等)、抗焦虑药和抗抑郁药物(如黛力新等)<sup>[6-8]</sup>。

## 中医对胃食管反流病的看法

胃食管反流病在中医学古代文献中无完全对应的病名,但临床症状与中医学中的“吞酸”,“胃痛”,“嘈杂”,“胸痹”,“食管瘁”等有对应关系。中医的主要病机为肝气犯胃、脾胃失和,肺失肃降,以致胃气上逆而发病。脏腑气机逆乱,脾胃升降失和。

多数学者认为,GERD病位在食管,为胃所主,与肝、脾、肺密切相关。其发病多与饮食不节、情志失调、脾胃虚弱、外邪入侵有关。胃主受纳,脾主运化,胃主通降,脾主升清。若饮食不节,损伤脾胃;或情志失调,肝失疏泄,肝木克土,横逆犯胃,影响正常的脾升胃降气机;久病伤脾或素体脾胃虚弱,气机升降失和;或寒热之邪客于脾胃中土,气机壅滞,和降失司就容易生病。主要病理因素为热、火、气、痰、湿、瘀。目前,中医对于GERD的治疗主要有中药疗法、针灸疗法、中药联合针灸等疗法。

## 1. 中医辨证分型

胃食管反流病是临床上常见的消化系统疾病。2009年中华中医药学会脾胃病分会制定了第一个中医诊治胃食管反流病的共识意见,即《胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009深圳)》<sup>[9]</sup>,2017年修订形成了《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》<sup>[10]</sup>。诊疗共识是业内专家对该专病形成的一致诊疗意见。辨证是中医的特色,新版共识将胃食管反流病分为6个证型<sup>[10]</sup>。

1) 肝胃郁热:烧心,反酸;胸骨后灼痛;胃脘灼痛;脘腹胀满;嗳气或反食;易怒;易饥;舌红,苔黄;脉弦。

2) 胆热犯胃:口苦咽干;烧心,胁肋胀痛;胸背痛;反酸;嗳气或反食;心烦失眠;易饥,舌红,苔黄腻;脉弦滑。

3) 气郁痰阻:咽喉不适如有痰梗;胸膈不适;嗳气或反流;吞咽困难;声音嘶哑;半夜呛咳;舌苔白腻;脉弦滑。

4) 瘀血阻络:胸骨后灼痛或刺痛;后背痛;呕血或黑便;烧心;反酸;嗳气或反食;胃脘刺痛;舌质紫暗或有瘀斑;脉涩。

5) 中虚气逆:反酸或泛吐清水;嗳气或反流;胃脘隐痛;胃痞胀满;食欲不振,神疲乏力;大便溏薄;舌淡,苔薄;脉细弱。

6) 脾虚湿热:餐后反酸;饱胀胃脘灼痛;

胸闷不舒;不欲饮食;身倦乏力,大便溏滞;舌淡或红,苔薄黄腻;脉细滑数。

## 2. 中医治疗

1) 肝胃郁热证,治法:疏肝泄热,和胃降逆。主方:柴胡疏肝散《景岳全书》合左金丸《丹溪心法》。加减:泛酸多者,加煅瓦楞、乌贼骨、浙贝母;烧心重者,加珍珠母、玉竹。

2) 胆热犯胃证,治法:清化胆热,降气和胃。主方:小柴胡汤《医方集解》合温胆汤《备急千金要方》。加减:口苦呕恶重者,加焦山栀、香附、龙胆草;津伤口干甚者,加沙参、麦冬、石斛。

3) 气郁痰阻证,治法:开郁化痰,降气和胃。主方:半夏厚朴汤《金匱要略》。加减:咽喉不适明显者,加苏梗、玉蝴蝶、连翘、浙贝母;痰气交阻明显,酌加苏子、白芥子、莱菔子。

4) 瘀血阻络证,治法:活血化瘀,行气止痛。主方:血府逐瘀汤《医林改错》。加减:胸痛明显者,加制没药、三七粉、全瓜蒌;瘀热互结甚者,加丹皮、郁金。

5) 中虚气逆证,治法:疏肝理气,健脾和胃。主方:旋覆代赭汤《伤寒论》合六君子汤《医学正传》。加减:嗳气频者,加砂仁、豆蔻;大便溏薄甚者,加赤石脂、山药。

6) 脾虚湿热证,治法:清化湿热,健脾和胃。主方:黄连汤《伤寒论》。加减:大便溏滞严重者,加木香、黄芩、茯苓;胃脘灼痛甚者,加吴茱萸、煅瓦楞、乌贼骨。

治疗该病中医遵循治病求本的原则,在辨病的基础上,以健脾和胃、调和气机为基本治法。通过健脾胃达到降逆气来改善症状,实现临床的治愈。常用中成药有:开胸顺气丸;越鞠丸,舒肝和胃丸;左金丸;乌贝散等。临床常用的药物有:陈皮、茯苓、白芍、吴茱萸、砂仁、佛手、黄连、枳壳、丹参、白术、谷芽、佩兰、香附、生姜、白豆蔻、乌药、延胡

索、竹茹、青皮、旋覆花等。治疗时可配合针灸，针刺内关、公孙、阳陵泉、中脘、天枢、足三里、脾俞、胃俞，阿是穴等；同时在背部督脉两侧拔罐可加强疗效。

### 3. 预防疾病

GERD是一种慢性病，病程长、需要长期服药，停止治疗后易复发。胃食管反流病的中医和西医的治疗目标相似：缓解症状、治愈食管炎、提高生活质量、预防该病的复发和并发症。

预防疾病的复发在中医学里属于治未病的范畴。治未病是中医的强项，治未病的理论来源于《黄帝内经》，其内涵包括：未病养生，防病于先；欲病救萌，防微杜渐；已病早治，防其传变。养胃对预防和治疗胃食管反流病是非常重要的。按时作息、三餐有规律、清淡饮食，少寒凉之物，适量锻炼，进食后不立刻平卧等方法可以减少胃食道反流病的发生。此外，精神因素对脾胃影响很大，过度的喜怒、忧愁、思虑、紧张等不良情绪也会伤及脾胃，诱发或加重胃食管反流病。因此保持良好的心态，控制调整好情绪对患者很重要。另外，避免服用降低食管下端括约肌张力的药物<sup>[10]</sup>，如普鲁本辛、颠茄、阿托品等。治未病体现的是中医学重视保健、防范于未然的传统理念，有利于大众重视健康、养成良好的生活习惯。

### 4. 治疗该病的注意事项

在胃食管反流病的诊断方面，先要采用西医检查方法明确诊断，这是符合临床实际的。胃食管反流病的临床表现十分复杂，除典型的食管症状外，还有许多非典型的消化道症状以及食管外的多个系统症状，许多食管外症状为主的患者因为缺乏典型表现而很容易被误诊。治疗胃食管反流病应着手于“胃”这个最主要的病位。在胃内容物沿着食管向上逆行的过程中，会影响到咽喉、气管、肺、口腔、牙齿、鼻、耳、眼，以及与之相邻的心脏等部位，如

果忽视对GDRD的认识，特别是当典型反流症状缺如时，就很容易将病位误辨为肺、心、肝、肾等部位<sup>[11]</sup>。因此，治疗时着手于“胃”这个最主要的病位，是把握好GERD中医诊治的关键。如果病位辨错，就会导致治疗方向错误、治疗无效甚至病情加重。因此中医在诊断本病时，必须坚持中西医结合的原则，先西医辨病，掌握好胃食管反流病的症状特点及其发病机制，在此基础上再进行中医辨证处方，方能达到治病的目的。

### 参考文献

- [1] Kethman W, Hawn M. New Approaches to Gastroesophageal Reflux Disease. *J Gastrointestinal Surg.* 2017; 21(9): 1544-1552
- [2] Badillo R, Francis D. Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2014; 5(3): 105-112
- [3] 陈映葵 改用腹式呼吸法舒缓胃食管反流, 新加坡联合早报, 2018年8月7日
- [4] Sharma P, Wani S, Romero Y, Johnson D, Hamilton F. Racial and Geographic Issues in Gastroesophageal Reflux Disease. *The American Journal of Gastroenterology.* 2008; 103(11): 2669-2680
- [5] Kahrilas P J, Shaheen N J, Vaezi M F, Hiltz S W, Black E, Modlin I M, Johnson S P, Allen J, Brill J V; American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2008; 135(4): 1383-1391, 1391.e1-e5
- [6] 李敏, 张红, 冯培民. 中西医结合治疗胃食管反流病简况. *实用中医内科杂志.* 2016; 30: 120-123.
- [7] 赵王磊, 陈欣, 陈凤英. 质子泵抑制剂在治疗反流性食管炎中的疗效: 网状Meta分析. *胃肠病学和肝病学杂志.* 2017; 26: 697-703.
- [8] 张红文, 王准. 镁加铝辅助治疗反流性食管炎患者的疗效及其对生存质量的影响. *广西医科大学学报.* 2016; 33: 641-644.
- [9] 中华医学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗共识意见 (2009, 深圳) [J]. *中医杂志.* 2010, 51(9): 844-847.
- [10] 中华医学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见 (2017) [J]. *中国中西医结合消化杂志.* 2017, 25 (5): 321-326
- [11] 白兴华. 胃食管反流病: 一种很容易被误辨的疾病[J]. *上海医药杂志.* 2019. 53(5): 14-19

# 浅谈圆翳内障

新加坡·廖矫治

## 1 定义

圆翳内障瞳神大小展缩正常，透见瞳内呈圆形银白色翳障，故称“圆翳内障”。明·傅仁宇《审视瑶函》：“此病色白，而大小不等，厚薄不同。”圆翳内障是因高年体弱，精气日衰，目失涵养所致晶珠混浊，视力渐降，最终瞳神内呈圆形银白色翳障，视力障碍的眼病。可一眼或两眼先后或同时发病，病程一般较长。圆翳内障相当于西医学的年龄相关性白内障。

## 2 圆翳内障的诊断依据<sup>[1]</sup>

### 2.1 诊断依据

(1) 视力模糊，逐渐加重，渐至不辨人物，仅存光感。无眼红、眼痛、流泪等症。

(2) 裂隙灯检查见晶状体混浊，皮质性老年性白内障分四期。1) 初发期：皮质中出现水隙，空泡和板层分离，周边部皮质首先可见楔状混浊，逐渐向中央进展。2) 膨胀期：晶状体混浊加重，饱满，前房变浅。3) 成熟期：晶状体全部混浊，虹膜投影阴性，前房恢复正常。4) 过熟期：晶状皮质混浊呈液化状乳白色、核下沉、前房加深。老年性核性白内障，混浊从核开始，呈棕色混浊，向周围发展，影响视力。

## 3 病因病机

### 3.1 肝肾亏损

《素问·调经论》云：“肾者水脏，主津液”。《灵枢·五癯津液别论》说：“五脏六腑之津液，尽上渗于目”。《审视瑶函·目为至宝论》：“究其因皆从耽酒恋色，嗜穷”，“因知肝肾无邪，则目决不病”，说明肝肾不足，阴精亏损是本病的主要病因。《目经大成·偃月障七十一》：“盖真阳衰惫，好动能劳”，提示真阳亏损亦是偃月翳的病因之一。

### 3.2 脾气虚弱

《素问·玉机真脏论》认为脾之虚实：“其不及，则令人九窍不通”是发病的原因。金元四大家之一李东垣《兰室秘藏》：“夫五脏六腑之精气，皆禀受于脾，上贯于目。脾者诸阴之首也，目者血脉之宗也，故脾虚则五脏之精气皆失所司，不能归明于目矣”。故年老脾虚气弱，运化失健，精微输布乏力，不能运送精气上濡目窍，晶珠失养而混浊，形成圆翳内障。

### 3.3 肝热上扰

《证治准绳·七窍门》银风内障中云：“瞳神大，成一片雪白如银，……偏于气忿，怒郁不得静，而伤真气。此乃痼疾。”述及如银内障：“有一点从中起，视渐昏而渐变，大不见者，乃郁滞伤乎太和清纯之元气”。故肝郁气滞，日久化火，热灼晶珠，晶珠日渐混浊，形成翳障。综上所述，干眼的病因大致可概括为先天禀赋不足、年老体衰，内伤七情等



诱因；病位与肝、肾、脾胃相关；主要病机为肝肾亏虚、脾气虚弱、肝热上扰等。

## 4 治疗

### 4.1 内治法<sup>[2]</sup>

#### 4.1.1 补益肝肾：

元朝无名氏著《明目至宝》圆翳内障：“此是肝肾风虚……宜服五子丸，拂手散，锦鸠丸，岩电丸”。《证治准绳》仰月内障证治宜：“补肾丸，治肾虚，眼目无光”，补肾丸处方：巴戟肉、山药、补骨脂、牡丹皮、茴香、肉苁蓉、枸杞子、青盐。还有《原机启微》石斛夜光丸及《审视瑶函》明目地黄丸（六味地黄丸去茯苓加茯神、生地、柴胡、当归、五味子）等均属恒久常用方。

#### 4.1.2 健脾益气：

《证治准绳·七窍门》云：“饮食不节，劳伤形体，脾胃不足，内障眼病宜人参补胃汤，益气聪明汤，圆明内障升麻汤，复明散。娄云：“上四方治目不明，皆气虚而未脱”，故可与参芪中散加连柏，若气既脱则黄柏等凉剂不可施。经云：“阳气者，烦劳则张，精绝目盲不可以视，耳闭不可以听之类，是其证也”。四方之中，益气聪明汤、人参补胃汤（黄芪、人参、炙甘草、蔓荆子、黄柏、白芍）最为适宜脾虚气弱之证，而圆明内障升麻汤和复明散偏于清利湿热。

#### 4.1.3 清热平肝：

明·袁学渊《秘传眼科七十二症全书》浮翳内障：“此乃浮在外，近黄仁金井边，盖因三焦不顺，肝风上冲，肺热气盛……宜服拨云散，洗肝散，坠翳丸”。其中拨云散由石决明、草决明、黄芩、黄连、川芎、白芍、麦冬、菊花、甘草组成；洗肝散由当归、栀子、薄荷、大黄、防风、羌活等组成；坠翳丸由石决明、牛胆、草鱼胆、熊胆、羊胆、麝香组

成。以上三方药物均属清热平肝常用之品。至今清热平肝最常用方为明·朱棣《普济方》中的石决明散（石决明、草决明、羌活、栀子、大黄、荆芥、木贼、青箱子、芍药、麦冬）。

#### 4.1.4 清热利湿：

《秘传眼科七十二症全书》枣花翳内障：“此症头旋脑热……眼中有翳，参差如枣花……宜服羚羊角饮、凉膈散、枸杞兔丝汤、还睛丸”。其中凉膈散（黄连、黄芩、栀子、薄荷、黄柏、连翘、朴硝、大黄）较为适宜且常用，但偏重于清热、利湿之力尚待临证加强。清热平肝与清热利湿常常合用，仅用药各有偏重而已。

#### 4.1.5 气血双补：

《证治准绳·七窍门》散翳内障证“形如鳞点……四物汤”。《秘传眼科七十二症全书》散翳内障：“此散翳者，翳膜类脓疥疮形状、有重皮色着，内有浆水似脓，或如鼻涕……宜服四物汤、洗肝散、还睛丸”。益气可用前述益气聪明汤、人参补胃汤。肝郁气滞依理可致圆翳内障，但临床处方用药很少选用此法。内治法虽多，但正如《审视瑶函》圆翳障症云：“病若久，虽治亦不能免终身之患矣”。水晶障翳“治虽略减，而亦终身不痊之症也”。这说明当圆翳内障后期已非药物所能及，手术治疗是使患者视力痊愈的最后选择。

## 4.2 外治法

### 4.2.1 金针拨内障

早于公元752年《外台秘要》即有金蓖针治脑流青盲眼的记载，为白内障最早的针拨术。《秘传眼科龙木论》明确指出针拨白内障的适应证“不辨人物，犹见三光，此眼宜令金针拨之”，并命名为针内障眼法。从清末到新中国成立初期，韦氏眼科三代坚持用拨障手术使白内障的病人复明。现代中国利用此技术

的还有杭州眼科中医李云泉, 以及为毛主席做了针拨白内障手术的国医大师唐由之和其助手高培质教授<sup>[3]</sup>。

#### 4.2.2 针灸治疗

《针灸甲经》云: “白膜覆珠, 瞳子无所见, 解溪主之。”说明针灸可以治疗白内障。

《太平圣惠方》云: “凡开内障……七日后开封……既开见物, 或有痛处, 随左右针之, 及掐捻左右督脉、颞颥、风府等穴。”这是针灸治疗针拨白内障术后反应的具体体现。新加坡中医学院已故前院长李金龙, 在大椎穴治疗白内障的研究, 针刺大椎八卦针, 治疗白内障第一和二期的疗效佳<sup>[4]</sup>。张彬主任以主穴承泣、太阳风池、攒竹, 配穴足三里, 以滋养肝肾、补益精血、通络开窍、解郁明目之效, 治疗白内障。国医唐老则辨证分型, 以针刺不同穴位治疗白内障<sup>[5]</sup>。张浩等利用耳针穴(眼、肝、肾、内分泌、交感、神门)治疗初发期和未成熟期白内障的研究, 也有取效<sup>[6]</sup>。

#### 4.2.3 超声乳化白内障吸出联合人工晶体植入法<sup>[7]</sup>

此法是目前最常用的临床手术方法, 此法切口小, 手术时间短, 创伤小, 保留了后囊膜, 可迅速回复视力。此法在国内外临床手术普遍利用。

#### 4.3 内外兼治

圆翳内障因病程阶段及其色泽形态不同, 命名各异; 临证所见及病因病机则大同小异, 虚者多为先天不足、肝肾亏损、脾虚气弱及气血两亏; 实者多为肝热上扰、湿热内壅及肝郁气滞。《审视瑶函》: “治内失外是为患, 治外失内是为凝, 内外兼治是良医”, 这也是中医眼科的共识。内治以审因论治为法, 却难以免除最终失明之苦, 后期需要以手术疗法解决问题。

### 5 圆翳内障的护理<sup>[8-12]</sup>

圆翳内障的护理, 是避免疾病的发生, 缓慢已经发生的疾病的进展和内障手术前后的护理。文献研究眼睛的日常护理, 白内障期间, 术前和术后的护理对白内障的发生, 保持患者视力健康和活的质量的是有意义的。

#### 5.1 营造合理的生活规律

《内经》: “饮食有节、起居有常、劳作有序。”能节饮食, 慎起居、避风寒、调情志, 适当的体育运动, 强壮体质, 则正气内存, 邪不可干, 故病无以生。

#### 5.2 手术前后的护理

患者在长期的视力障碍后, 心情难免焦虑不安, 内障手术前患者更常顾虑重重, 情绪紧张和波动。护理人员术前要向患者作必要的说明和讲解, 排除患者的心理障碍, 手术是情绪达到最佳状态, 使手术能顺利完成。术后要注意患者的身体状况, 嘱咐患者术后眼睛局部和全身护理, 让患者的眼睛正常的康复。

### 小结

圆翳内障是老年常见的眼病, 也是致盲的原因之一。近代的研究文献表明, 治初期期和未成熟期白内障的早期治疗、护理对提高患者的视力有效<sup>[13-16]</sup>。目前, 即使在中西医治疗分隔的新加坡, 患者接受西医的检查和治疗, 同时也到中医诊所接受中医的药物和针灸治疗。患者选择中医为辅助治疗白内障, 因为认可中药和针灸的治疗少有副作用的发生。他们的目的是希望缓解白内障的进展, 在不用手术治疗的情况下, 提高因白内障而日渐衰退的视力。随着人口老化人数的逐年增加, 患病的人数也随之增加, 因此, 白内障的初期干预以提高视力是值得研究的。

## 参考文献

- [1] 中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准(ZY/T001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, v.21; No.186(10): 172.
- [2] 涂良钰. 圆翳内障的古文献证治概要[J]. 中国中医眼科志, 2000, (02): 44-46.
- [3] 韦企平, 孙艳红.《燕京韦氏眼科学术传承与临床实践》[M]. 人民卫生出版社, 2018, 12-14 + 86-91.
- [4] 李金龙. 中医如何治疗新加坡20种常见眼病[M]. 2002.
- [5] 张彬著. 针刺治疗眼病图解[M]. 北京科学技术出版社, 2005.4.
- [6] 张浩, 郭体绪, 康润华等.耳针治疗老年性白内障153例[J] <http://cnki.net>, 1984, (5), 19-20.
- [7] 孙兴怀, 卢奕. 眼科住院医师规范化培训教材[M]. 复旦大学出版社, 2017. 75-80.
- [8] 傅小毅, 宋碧英, 百世凤等. 综合护理应用于白内障患者对症状改善及并发症的效果[J]. 医学食疗与健康, 22020-08, (15): 119,121.
- [9] 刘艳珣. 中医穴位按摩结合心理干预对白内障患者的治疗依从性及满意度的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, v.16; No.279(07): 144-146.
- [10] 何睦. 老年性“圆翳内障”护理体会[J]. 长春中医学院学报, 2004,(03): 28-29.
- [11] 卢长庆. 老年白内障患者的药膳[J]. 中老年保健, 2007, No.168(10): 28.
- [12] 陈斐然. “三早”让白内障患者享有新视界[N]. 中国中医药报, 2012-06-06(007).
- [13] 秦杏蕊, 石文成. 河北中医学院学报[J].1996,11(1): 31-32.
- [14] 牛家凤, 孙法丽, 刘玉芬, 张秋红. 益肝明目颗粒的制备及临床应用[J]. 中国中医药科技, 2013, v.20; No.119(05): 578.
- [15] 闵奇, 金秀华, 齐昌莉. 针刺早期干预对老年性白内障患者视力的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, v.20; No.226(05): 76-77.



# 为狮城中医 事业建树良多的 梁世海医师



新加坡·林英

梁世海先生于1926年出生于中国福建省泉州市丰泽区，北峰镇霞美村。

1947年南渡新加坡与在新加坡定居的祖父梁光南会合，梁光南先生 (BBM) 是成立于1958年的新加坡福建公会第一任主席，且连任6届 (1958-1969)，世业农商，潜心研究中医，悬壶济世，梁世海是他的长孙，后来也受到启发与中医结下不解之缘。

1958年梁世海毕业于新加坡中医专门学校高级班 (新加坡中医学院前身)，毕业后开启了经营一生的中医事业，1971年出任新加坡中医公会副会长，1974年被推选为会长，1990年梁先生退休，应聘出任会务执行顾问，领导新加坡公会长达30余年，奠定了中医师公会与中国各中医药大学与医院合作的根基。

1970年担任公会秘书长，当年7月政府在宪报上宣布征用于1967年成立的芽笼中华医院第二分院，(1961年由蓝晋强先生捐赠的第一分院，也由于市区重建于1983年被政府征用)，同年8月公会通过授权中华医院第二分院产业信托人向政府要求拨地作为筹建中华医院之用，1971年国家发展部正式通知。在陈庆元医师，梁世海医师等公会领导的奔走下，获得社会各阶层的热烈响应，社会各界举办各项活动，筹募

到五百多万元义款，1976年梁世海医师任会长时，大巴窑中华医院邀请了当时的卫生部长杜进才博士主持大巴窑中华医院动土仪式，1978年大巴窑中华总院终于建成了并于1979年10月27日敦请劳工部长王邦文先生主持开幕仪式。

## 促进国际学术交流

梁世海发起组织的亚细安中医药学术大会，促进亚细安的中医药发展，以新加坡为秘书处，1983年6月在新加坡举办了第二届亚细安中医药学术大会。梁医师也是世界中医药学会联合会的发起人之一，积极动员亚细安中医各团体会员加入世界中联，2003年9月世界中联成立大会，梁医师被推选为高级专家顾问委员会委员。1993年4月中国泉州市中医药学会选举产生第四届理事会聘请梁世海医师为名誉副会长；1998年梁医师率领公会代表团访问香港，台湾，了解香港中医药规管架构及参观台湾著名的中医院。1999年7月25日，中华医药研究院举办了新加坡第1届针灸推拿学术交流会；2001年12月7日至9日在新达城国际会议中心承办世界针联国际针灸学术研讨会。1999年4、5月，梁医师率领公会代表团访问北京，南京，上海，广州各



中医药机构及中医药大学，为新加坡中医师公会与中国各大中医药大学与中医院的合作作了铺垫。1999年10月梁医师率领新加坡中医团体协调委员会代表团随同总理公署暨卫生部政务次长曾士生先生访问中国北京，成都和香港，了解中国国家的中医政策，管理，发展。自任公会会长至1990年担任新加坡中医师公会会务执行顾问其间频繁出席国际中医药学术会议，扩大国际联系，贡献深远。

## 重视发扬学术

1980年公会创办《新加坡中医学报》，1991年《新加坡中医杂志》创刊号出版，1998年起《新加坡中医学报》停刊，而将主力集中在“新加坡中医杂志”。

## 为狮城中医发展献力

1994-2006年领导由本地8大中医团体成立新加坡中医团体协调委员会，成为中医界与官方的桥梁，推动中医立法进程，1998年出版了《新加坡中医师名册》。2000年11月针灸师，中医师注册法令正式通过，中医管理委员会成立，2002年梁世海医师受委为中医管理委员会委员。1995年梁世海医师为主席的新加坡中医团体协调委员会，根据传统中医药委员会的建议，制订了《新加坡中医教育指导原则备忘录》。

梁世海也多次代表新加坡中医团体协调委员会致函卫生科学局，争取允许被禁用含乌头生物碱、小檗碱和延胡索乙素的中药材列为处方用药，让注册中医师在管制下使用。

2003年沙斯肆虐期间，新加坡中医团体协调委员会成立了以梁世海为主席的沙斯工作委员会，积极配合卫生部的要求，有计划的部署各项抗沙措施。

## 服务社会贡献杰出

梁医师除致力于发展中医事业外，他把所有业余时间都贡献于社会公益事业，历任新加坡武吉班让区公民咨询委员会及民众联络所管理委员会主席，正华学校董事长，新加坡福建会馆总务主任等二十余年，福建会馆副会长，多所学校董事，中国福建省海外交流协自，泉州市丰泽区及鲤城区归国华侨联合会顾问，及多间社团之顾问或名誉职位。

1970年梁医师荣获新加坡总统颁赐公共服务星章(BBM)，1981年再获总统颁赐最高荣誉之公共服务星章（勋条）BBM(L)，2003年荣获新加坡教育部颁授教育金牌奖。

## 身在狮城情系故里

梁世海医师于2001年4月15日，携夫人回家乡参加其捐建的村老人会大楼的落成仪式，受到家乡父老乡亲的夹道欢迎。为了使出生在新加坡的孩子们不忘他们的根之所在，梁先生总是寻找机会把每位孩子都带回祖籍地寻根问祖，结交新朋友。梁先生育有七个儿女。三女儿掌管中药店，三儿子和媳妇则在福建中医学院本科毕业后一起经营诊所，承传他的衣钵，继续把中医事业发扬光大；梁医师于2014/4/16辞世，他在新加坡中医界所做出的贡献将永被纪念。

## 参考文献

- [1] 新加坡中医师公会70周年纪念特刊
- [2] 丰泽文史资料. 第六辑《一生致力发展祖甸中医事业的典范》——记北峰霞美旅新侨亲梁世海先生P5-8
- [3] 梁世海 梁世海中医工作文集
- [4] <https://www.docin.com/p-417103.html>
- [5] <http://www.qzzyy.cn/About/>

# 读“中医创造奇迹-熊继柏诊治疑难危急病症经验集”体会

新加坡·郑爱珠

## 引言

中医在一般人眼中，是只适合治疗一般慢性病、功能性疾病或调理身体的慢郎中，遇到危急重症，中医是无能为力的。自喻为“中医界老兵、纯中医”的国医大师熊继柏教授，却以他超过50年的临床经验，颠覆、推翻了这个看法。在“中医创造奇迹-熊继柏诊治疑难危急病症经验集”书中，巨细无遗的记录了他如何以纯中医的思想和治疗方法，让81个疑难危急重症患者化险为夷，药到病除。熊教授以他炉火纯青的医术，纠偏了一般人对中医拙于应对疑难危急病症的看法，对症下药的话，中医也能创造临床奇迹！

这些案例的时间跨度很大，涉及内、外、妇、儿、五官科等，是熊教授一生诊疗疑难危重病经验的集中展示。书中选录的每个案例都四诊资料翔实，每一个案例之后，熊教授都不厌其烦的对其进行深入的分析、点评，包括疾病的特点、辨证的四路、选方用药的依据、引经据典的理论指导等。熊教授所用处方，皆是中医师普遍耳熟能详的常用方剂。这些寻常方剂在熊教授的巧妙运用下，一跃而为救命浮木！阅读之际让人犹如临其境，参与了一趟难能可贵的学习之旅。

## 熊教授对中医的实践心得总结

熊教授在他逾半世纪的临床实践中，得出三点重要的认识：

第一、中医学必须将理论与实践有机结合才可发挥作用。有理论无实践陷于空谈，有实践无理论只能充当下工。医者务须不断的通过师古鉴今，再证之于临床实践，才能不断的提升医术水平。

第二、中医的生命力在于临床。中医生命力的旺盛与否，取决于中医的临床实践水平。中医学5000多年来长盛不衰，缘于中医学以人为本、整体观念的理论与临床实践的结果。疗效就是生命力！

第三、中医能够创造奇迹。奇迹指的是奇特的疑难重症。数千年来，中医古籍中不乏中医先贤如扁鹊、华佗等治疗奇病甚至起死回生的记载。熊教授力倡行中医者要笃信中医有能力治疗疑难杂症。

## 中医治病有四个明显的优势

熊教授认为以下是中医治病的四大优势：

第一、整体观念指导下的辨证论治。整体观念与辨证论治是中医学的两大核心理念。较之西医学的微观局部治疗，中医学的整体观念更显全面与宏观。在这个中心思想的指导下，中医独特的认识疾病和解决疾病的过程，辨证和论治，是理论和实践相结合的体现，是理法方药在临床上的具体运用，是指导中医临床的基本原则。

第二、具有完整的理论体系指导临床。中医学的理论知识，是古人长期不断实践经验的升华与总结，《黄帝内经》是这些理论最早的集大成者。历代医家在这些理论的基础上，不断的钻研发扬光大。这些博大精深、完整又系统的理论，提供了临床实践的理论依据。

第三、积累了几千年的实践经验。中医重视实践，重视经验。数千年来的中医书籍汗牛充栋，蕴含了极其宝贵、全面又丰富的临证实践总结，是一座有待深入探索的宝库，以个人之力，犹如以管窥豹。因此，学医、行医者要不断精进学习。

第四、三条重要的治疗法则。这三条法则就是：注重平衡（补偏救弊、阴平阳秘）、治病求本、三因制宜（因人、因时、因地）。

## 临床诊病三要素

熊教授提出诊病时不可忽略的三个要素：

第一、四诊合参。中医治疗注重人的整体功能，西医的检测结果只能做参考而不能做治疗的依据。望闻问切，四诊合参，不可偏废。书中例举一19岁女生因感冒发热入院治疗，不久即陷入昏迷而3天3夜不醒。体温不到38℃，熊教授受邀会诊时，患者牙关紧闭，双拳紧张。熊教授嘱护士用钳子撬开望舌，发现舌体被白厚腻苔覆盖，脉细。熊教授诊其为湿痰蒙蔽心包证。于是处以鼻饲菖蒲郁金汤。患者于次日傍晚即苏醒。

闻诊方面，熊教授在列举的病例中，分享他如何通过辨识“白喉”与“百日咳”的不同咳声而使到患者获得及时的治疗。医师在问诊时，熊教授建议要抓住患者的主症和特点，对患者进行有针对性的发问。此外，熊教授也在他某次切诊的过程中，发现一久患咳嗽、气喘患者的脉（数大而滑）症不符，怀疑他或患肿瘤，检查之后果然证实是肺癌。

第二、辨证分析。四诊的资料综合分析就是辨证。辨证的前提是抓住主病和主症。

这当中有两个重要关键，就是辨病性和辨病位。熊教授举例一患者不明原因的进行性消瘦，70天内瘦了21斤，血糖尿糖及其他检查都无异常。但病人却善饥少食，口干，大便稍干不秘，舌红脉细。诊其病性为阴虚，病位在胃。辨证即为胃阴虚。予以益胃汤，半个月后口干、饥饿感明显好转，体重未再减少，再服药半月病愈。

第三、因证选方。通透方剂，不囿一方一药。熊教授提醒不可光凭一味药去治病，也不要随便的加减古人的方剂，一定要熟背方剂，才能流利的掌握和得心应手的运用。使用时，务必要确保方证合拍。

限于篇幅，现举熊教授书中二则奇特病例与诸位共勉：

## 1. 忍尿则手掌胀痛

女，60岁。因手掌心胀痛1月求诊。她偶然发现在解小便后掌心胀痛可以缓解，但很快手掌心又开始胀痛，而小便一解又不痛了。由于手掌心胀痛可因解小便而缓解，因此又出现小便频数的症状。服消炎止痛药皆无效。化验小便、膀胱B超、镜检、手掌照片子皆正常。西医诊为“神经症”，且建议其看心理医生。熊教授望诊时见患者手掌不红不肿，小腹不痛不胀，小便不黄不热，无尿急、尿痛。诊为“水气凌心”证。用五苓散（化气利水）加丹参（通心脉止痛）50克，10付愈。《灵枢·经脉》云：“心手少阴之脉...是主心所生病者...掌中热痛。”熊教授根据经络与全身脏腑的关系来解释手掌心胀痛与解小便的关系。而膀胱归肾，小便的排泄由肾与膀胱共主。此证缘于水气上泛，凌侮心火所致。

## 2 一身出黑汗

女，30余岁。身出黑色汗2个月，当发现内衣上有黑色如墨汁，不解黑色从何而来，后来每次换衣服都是如此。才意识到自己出黑汗了。西医诊为“内分泌失调”。但不管

用什么药，黑汗还是照流不止。熊教授问诊时，患者自谓汗不多，从未摸到黑汗，只在内衣上显现，而且晚上不盗汗，口干明显。手足心微热。无其他自觉症状。望诊舌红苔薄少，切诊脉细略数。熊教授诊断为肾阴虚。因患者口干、舌红苔薄，脉细略数，手足心微热揭示明显的阴虚症状。且黑色属肾。方用知柏地黄汤，并加龙骨、牡蛎，以加强止汗作用。一共开了15付药，半个月后黑汗消失。

### 我的体会

熊教授此书，收录的几乎都是西医认为已无可为的绝症、死症，但熊教授却在中医理论指导下，化不可能为可能，创造一个又一个的奇迹。这些结果在熊教授看来，是“必然”而不是“偶然”。熊教授认为一个真正的中医，务必要掌握中医的辨证论治法则，在临床时就能熟练的准确的辨证分析各种疾病。中医学之所以屹立数千年而生命力依然鲜活，仰赖的不是尖端科技，是积累数千年的理论和实践结果的升华与总结。这些千锤百炼经得起时空考验的医疗成就不仅限于对治疾病，还有倡导未病先防的“治未病”前卫思想。中医的着眼点的确不在“病”上，而是在健康上。这个健康概念允许“病”与“人”共存。当医疗生活化已成为现代人的生活模式，视科学为保障，中医学在他们眼中，与“活化石”无甚差异，他们无论如何也不相信古老的中医理论能够指导治疗疾病。因此，这些疑难危急重症几乎清一色都是西医束手，病人本身也不抱希望的姑且让中医“试试”！

此外，若对中医学保持不信、或模棱两可态度者有机会阅读此书，或可纠偏他们对中医的一贯看法，认为中医学不可能治疗危急重症，只能治慢性病。这一点也是熊教授极不认同的。当多数人对中医学增加了解，增进医患的交流。而中医学浩瀚博大的养生

学内容的防病养生内容更是其他医学源流望尘莫及的。

阅毕全书，熊教授一个个成功的临床铁证，鲜活的证明中医学的确不但可以治病，还可以治奇病、怪症，现代医学望之也茫然的棘手病案。熊教授此书振奋我们中医人，只要功夫硬，怪病也低头。身为中医人，我们要对中医学有坚定的信心。但胆大还需艺高，没有娴熟的理论做基础，也是纸上谈兵。更重要的还要不断的吸取临床实践经验，熊教授疾呼：“中医的生命力在临床！”临床疗效超越任何空谈，疗效就是硬道理！熊教授超过半世纪宝贵经验的结晶与心得，跟我们无私分享，我等后辈唾手得之，岂可不珍之贵之？我等理应发奋学习，方可不负先贤流传下来的宝贵智慧成果，也能造福病黎。与诸位共勉。



# 我的随诊笔记

新加坡·苏如俐



我和何和松老师合照（21/1/2020，中华医院）

何和松医师为新加坡卫生部注册中医师，新加坡中医师公会会员，历任新加坡中医师公会理事，中华医院副主任医师，中华医院心血管专病组组长，新加坡中医学院资深临床导师，临床经验丰富，善用经方治病。擅长中医心血管病。苏医师随何老临床3年，尝试整理何老临床验案，共同交流。

## 1.卓XX，男，55岁

初诊（2019年8月）：患者自述2015年事缘下肢水肿、行走困难、气短乏力而往西医院求诊。经一系列体检，确诊为肺积水、心力衰竭、左心室射血指数（LVEF）为30%。西医建议患者装置心脏起搏器，但遭患者拒绝。患者始允服西药。

2018年7月超声心动图显示心肌疾患：【1】左心房心室扩张、【2】左心壁增厚、【3】左心室收缩功能严重障碍、【4】二尖瓣轻度

返流、【5】三尖瓣轻度返流、【6】肺动脉瓣轻度返流、【7】主动脉瓣增厚、【8】区域性心壁运动异常/不足【9】但无血栓形成等一系列

2018年7月腹部扫描示：【1】睾丸结节【2】肾脏白点，怀疑钙化

2018年7月血液检查示：【1】creatinine, serum肌酐117（高）(67-112)

2018年10月血液检查示：【1】creatinine, serum肌酐132（高）(67-112)

刻下：心悸，紧张或提重则发或加重，饱餐自觉胸闷压迫感同时出现倦怠，纳可，易胃胀、打嗝，腰酸，眠可，寝卧鼻塞、打鼾及口渴，小便缓慢而无力，淋漓不尽，夜尿1-2次，大便溏粘日2-3行，舌淡暗，苔薄腻，脉滑结。

病名：心悸

辨证：心脾肾皆虚，水湿瘀血内停

治法：补益心脾，温中补虚，活血化淤

方药：（颗粒）归脾汤1包、小建中汤1包、桂枝茯苓丸1包、西洋参2包、干姜1包、白扁豆1包、辛夷1包，7剂，日1服。

方解：归脾汤、白扁豆、西洋参，补益心脾，益气生津；小建中汤，温中补虚，加强通阳化瘀；桂枝茯苓丸，活血化瘀，散结消癥，临床上何老师常用于减缓心壁的增厚。

7剂后复诊：胃胀除，苔转白，脉缓不齐结。其他症状同上。加厚朴1包，行气燥湿，续7剂，日1服。

**7剂后复诊：**饱餐后胸闷压迫感减。缘腰膝酸痛，寝卧则右中指及右膝僵麻，再加独活寄生汤1包、桑枝1包，补益肝肾，祛风通络，利关节，续7剂，日1服。

**2019年9月复诊：**胸闷、心慌，活动或紧张则引发，心悸，气喘，饱餐后胸闷及压迫感减，纳可，胃胀除，偶打嗝，腰微酸，左膝外侧压痛减，眠可，寝卧鼻塞、打鼾及口渴，右中指及右膝僵麻，小便异味带泡沫，排尿缓慢而无力，淋漓不尽，夜尿1次，大便粘日2-3行，舌暗紫，苔黄腻，脉缓不齐结。

**2019年7月超声波扫描示：**左肾2.1cm囊肿。

**方药：**（颗粒）生脉散1包、归脾汤1包、西洋参2包、干姜1包、白扁豆1包、辛夷1包、厚朴1包、桑枝1包、瓜蒌1包、路路通1包、山慈姑1包、黄连1包，7剂，日1服。

**方解：**生脉散合西洋参，益气生津，敛其气阴；加瓜蒌、路路通、山慈姑，宽胸化痰，通络散结；加黄连，清热燥湿化浊。

**7剂后复诊：**加桂枝1包、炙甘草1包，加强温通血脉，补中。之后，胸闷、心慌、心悸、气喘发作次数减少，胃纳改善，方药有见效，乃效不更方，依上方跟进。

**2019年11月28日复诊：**心慌、心悸偶发，急行与上高则出现气短、气喘，饱餐则胸闷，口疮，纳可，寝卧则鼻塞、打鼾及口渴改善，眠差且梦多，排尿缓慢而无力，夜尿1次，大便偏软日2-3行。舌淡苔薄。脉沉迟不齐。

**10/2020超声心动图：**心肌病合左心室功能障碍，【1】左心房心室无扩张，容量正常范围、【2】左心壁增厚、【3】左心室舒张异常、【4】二尖瓣无返流、【5】三尖瓣无返流、【6】肺动脉瓣轻度返流、【7】主动脉瓣无增厚、【8】区域性心壁运动无异常、【9】无血栓、【10】静息射血分数（rest EF）50%

**方药：**（颗粒）生脉散1包、归脾汤1包、西洋参2包、干姜1包、白扁豆1包、厚朴1包、

桑枝1包、瓜蒌1包、山慈姑1包、桂枝1包、炙甘草1包、通草1包、淡竹叶1包。7剂，日1服。上方减黄连、路路通，加通草、淡竹叶，清心泻火。

以上的病患，何老师开方皆以颗粒剂，每日总量不超过20克，日1服。

仅接受三个月的中医中药与西药结合治疗，病患出现明确心功能的改善，射血指数从30%提增至50%。因心血能正常的排出，左心房心室的血液滞留随着减少，左心房心室的扩张也逐渐减缓。心脏的负荷减少，心壁的运动也正常起来。二尖瓣，三尖瓣，主动脉瓣闭锁避免返流的功能也大幅度改善甚至恢复。总的来说，心脏的器质与功能，病患的临床表现均有显著惊奇的改善。病患继续治疗至今。

## 2. 沈XX，男，64岁

**2013年4月-2015年6月期间求诊：**患者的主诉是尿频数，尿量多，时有尿失禁，舌质胖大，边尖有齿印，苔白或白腻，脉弦缓或弦滑。

**病名：**尿频

**辨证：**脾肾气虚，膀胱气化失司

**治法：**益气补肾，缩尿止遗

**方药：**参苓白术散、补中益气汤、五苓散、金樱缩泉丸、六味地黄丸、附桂八味丸。何老师用以上颗粒，随诊配伍。

**2016年1月复诊：**尿频数，尿量多，时有尿失禁，舌质胖大，边尖有齿印，苔白，脉弦大。

**方药：**因病患要求合剂，何老师开了炙甘草汤合剂合附桂八味合剂各半，参苓白术片、补中益气丸，8剂。

**2016年3月复诊：**患者已在西医院因冠心病进行了3条冠状动脉搭桥手术，为左前降支（LAD）、左回旋支（LCX）、后降支（PDA）。

**2016年3月-2017年12月期间复诊：**术后偶心动悸，患者坚持服中药，随着治疗，心

动悸发作次数及持续时间减少，尿频数、量亦多、时有尿失禁则继续有改善。

**病名：**心悸

**辨证：**心脾肾皆虚。

**治法：**补益心脾，温肾缩尿

**随证用方：**【1】症状同上，脉结代—炙甘草汤合剂合附桂八味合剂各半，参苓白术片，补中益气丸；或【2】症状同上，脉弦滑或滑或滑数—五苓散合剂合桂八味合剂各半，生脉片，参苓白术丸或平胃健脾丸；或【3】症状同上，左寸脉无力—补中益气合剂合附桂八味合剂各半，生脉片，平胃健脾丸。

**2018年1月复诊：**血液检查示：血糖8（高）（3.6-6），其他症状，虽有逐渐改善，但仍未痊愈。舌质淡红，胖大，舌根苔白，脉滑。

**方药：**归脾汤加味

黄芪30克、人参12克、白术12克、陈皮6克、甘草3克、柴胡6克、升麻6克、玄参12克、淮山30克、苍术10克、丹参10克、桑螵蛸12克、益智仁（捣碎）12克。7剂，水煎服，日2服。

**方解：**归脾汤，补益心脾，使气血生化有源；丹参活血化瘀；玄参、淮山、苍术，健脾祛湿，滋肾养阴，临床上有利于降血糖；桑螵蛸、益智仁，温肾缩尿。

**2018年3月复诊：**脉滑结。上方加炙甘草10克、麦冬6克、阿胶（捣碎）12克，增强补气养阴之效。

**2018年6月-2019年7月期间复诊：**

**2018年6月血液检查示：**血糖6.1（3.6-6）、尿素7.9（2.8-7.7）eGFR估算肾小球滤过率56（>=60），指数均有改善，接近正常值，尿仍频数，脉无结代，先上方减阿胶免滋腻碍胃，加乌药10克温肾阳，使司膀胱气化。后复诊再加芡实12克、金樱子12克加强缩尿。再次复诊自述血液检查示缺铁，加熟地黄30克、当归片10克、麦冬10克，滋阴养血。

**2019年9月复诊：**胸微不适，口渴，尿频数，夜尿1次偶急，纳眠可，大便调，舌淡

红，胖大，中间裂纹，苔腻，脉弦数。

**2019年8月31日血液检查示：**血糖正常值5.5（3.6-6）、尿素正常值5（2.8-7.7）、肾小球滤过率正常值>60（>=60），红细胞正常值5.09（4.50-6.30）、血红蛋白正常值15.7（13.5-18.0）

**2019年8月31日基线心电图示Baseline ECG：**【1】窦性心律—心室异位搏动sinus rhythm with ectopic ventricular beats

**2019年8月31日动态心电图示Stress ECG：**【1】心律失常—室性期前收缩arrhythmia—premature ventricular contractions

**2019年8月31日基线超声心动图示Baseline Echo：**【1】左心室扩张【2】左心室射血分数LVEF35%【3】区域性心壁运动异常/不足

**2019年8月31日心电图示：**【1】窦性心动过速【2】下心肌梗死，时间不确定

**2019年9月10日CT冠状动脉造影：**左前降支口（LAD）50-70%狭窄

**辨证：**心脾肾皆虚，痰瘀闭阻心脉

**治法：**补益心脾，涤痰活血，温肾缩尿

**方药：**生脉散、瓜蒌薤白炒枳壳加味。人参15克、麦冬6克、瓜蒌20克、薤白10克、炒枳壳10克、丹参10克、三七10克、凌霄花10克、黄芪30克、炙甘草10克、熟地黄30克、炒白术12克、陈皮10克、玄参12克、淮山30克、苍术12克、桑螵蛸20克、益智仁（捣碎）12克、乌药10克、金樱子12克、淫羊藿15克。7剂，水煎服，日2服。

**方解：**生脉散，黄芪，熟地黄，益气生津，滋阴养血，亦敛其气阴；瓜蒌，薤白，炒枳壳，宽胸理气，通阳散结；丹参、三七、凌霄花，活血化瘀；炒白术、陈皮、麦冬、玄参、淮山、苍术，健脾燥湿，滋肾养阴，临床上有利于降血糖；桑螵蛸、益智仁，乌药、金樱子，温肾缩尿；淫羊藿，加强温阳通脉缩尿。

**2019年10月复诊：**症状同上。拟10/10/19作心脏介入术。何老师守方巩固疗效。

**2019年11月复诊：**无心悸、无胸闷、无头晕、无气短、尿仍频数，纳眠可，大便调，舌淡红，中间裂纹，苔白，脉弦大结。

**2019年10月10日心肌灌注扫描示MIBI：**左前降支口51%狭窄。患者自述西医确诊为无需作心脏介入术。何老师见效不更方，依上方跟进。

**2020年4月复诊：**症状同上，舌淡红，中间裂纹，苔润，脉浮大。

**2020年3月21日超声心动图示：**【1】左心室无扩张【2】左心室射血分数LVEF 52.4%【3】静息区域性心壁运动异常/不足【4】第I级左心室舒张功能障碍，轻度左心房扩张【5】轻度二尖瓣返流【6】极轻度三尖瓣返流【7】主动脉瓣轻度硬化

何老师乘胜追击，仍用原方，继续治疗。

病患在2016年3月做了三条冠状动脉搭桥术，但术后仍感觉心动悸，出现脉无力甚至结。2018年1月发现血糖过高。在2018年6月，血糖和尿素皆高，肾脏开始衰竭，肾小球滤过率低于60。经何老师一年余的中医中药治疗，肾脏功能恢复，血糖和尿素值也基本正常。2019年8月作心脏检查，发现心力衰竭，左心室射血分数只剩35%，心血的滞留造成左心室的扩张。左前降支虽在2016年3月做了搭桥，但发现其口处51%的狭窄。何老师处方以生脉散、瓜蒌薤白炒枳壳加活血化瘀的药物，再短短的一年多，逆转了患者的心力衰竭，左心室射血分数上升至52.4%，降低左前降支口的狭窄，病患避免再次做心脏介入术。





# 珍惜机会治好 糖尿病前期

新加坡·冯启发

什么是糖尿病前期，或称糖前期 (Pre-Diabetes)?

糖尿病前期与人体胰腺分泌胰岛素紊乱，或血液脂质高，影响胰岛素功能障碍，不能正常运作，进入人体细胞，造成血糖上升。这时的血糖，上升超过正常的数值，但还没有达到糖尿病的标准。根据美国糖尿病协会 (ADA) 的标准，空腹血糖升高到5.6-6.9mmol/L (100-125mg/dl) (空腹血糖受损，IFG)，或餐后2小时血糖在7.8-11.00mmol/L (140-199mg/dl) (糖耐量减低，IGT) 之间，糖化血红蛋白 (HbA1c) 在5.7-6.4%的范围，但还没有达到糖尿病的标准 (即空腹血糖 $\geq$ 7.00mg/dl/L，或餐后2小时血糖 $\geq$ 11.10mg/dl/L)，还不是糖尿病。这个阶段，身体的代谢已经轻度异常，不能耐受血糖，但程度还轻，还不像患上糖尿病，血糖代谢受损的程度。在糖尿病前期，如果让血糖继续升高到一定标准，就会患上糖尿病。如果做适当调整，让血糖降低至正常标准，就可以做个健康的人。糖前期是糖尿病的“后备军”，有患上糖尿病的风险，但是这也是一个关键期，处理得当，也有逆转的机会。

糖尿病前期的患者，比糖尿病病人更多，但是症状不明显，通常是西医检验血糖时发现的。一般上在糖前期，西医没有给予药物治疗，一般是吩咐患者调整生活方式，多做运动和控制饮食。这是一个难题，人的一举一动，工作和活动，发育生长，维持活力，都需要营养和热量，加上食物的诱惑，要控制自己不吃或少吃，真不容易。所以，根据ADA统计，通

过饮食控制，1/3的糖前期病人会进展成糖尿病患者，1/3会保持原状，只有1/3会恢复正常人。机会不多，请好好把握！

不少人认为，糖尿病不比癌症危险，不会死亡，没有癌症那么紧急，可以拖它几十年，有的甚至中西药都不服，也不控制生活方式和饮食。但是请别忘记，糖尿病有许多并发症，有的会瞎眼，有的需要截肢或洗肾。瞎眼不说了，截肢者一般活不过二年；洗肾也很痛苦。所以糖尿病并发症，后果也很严重。另外，西医对糖尿病的治疗，是给病人长期或终身服降糖药，或注射胰岛素。但许多糖尿病患者，最后还是出现并发症。对许多人，长期服用药物，也是一种负担和烦恼。您愿意跨前一步，为糖尿病终身服用药吗？或成为洗肾、截肢的对象吗？如果您不愿意，就调整生活方式，控制饮食，或寻求中医的调理或治疗吧。

## 中医治疗糖前期的优势

中医对糖尿病的治疗，有丰富的经验。中医将糖前期，归于“脾瘅”、“郁证”范畴。“脾瘅”是指过食肥甘厚味而致湿热内生，蕴结于脾的一种热病。“脾瘅”的发展，可演变成糖尿病。古代医家认为“郁”可以致百病，现代中医专家，将糖前期也纳入糖尿病“郁”证阶段，认为“郁”（特别是“食郁”）会导致本病。

糖前期的病机，主要与脾胃有关，其次是肝肾。体质不佳，脾胃虚弱，易生湿、痰、

浊；或饮食不节，嗜吃肥甘厚味和醇酒，引起消化不良，脾胃食滞、食郁，腹胀痞满，造成肥胖、“啤酒肚”，也会生痰、湿、瘀、浊。这些病理产物，会影响脾胃升降失调，气血运行不畅，营养物质的输送障碍，脂质累积阻滞，影响了对血糖的利用和吸收，导致腹胀痞闷，疲倦乏力，血糖升高。

肝失条达，气机郁结，情绪激动，烦躁易怒。肝郁气滞，化火伤阴，致口干口渴。或肝火伤胃阴，则易饥。总之，肝气郁滞，导致气血输送紊乱，营养物质、杂质郁于血中，致血糖升高。

若禀赋不足，或房事不节，劳欲过度，导致肾阴不足，肾水不能上济于肺、胃，造成口渴、饥饿。因此，阴虚燥热，也是糖尿病前期的病机之一。

中医的治疗原则，是采用中医综合疗法，包括药物、针灸、拔罐等，配合基本疗法（饮食、运动、心理等），调理体质，让血糖恢复正常，截断糖前期的发展，预防糖尿病出现。

### 中医治疗糖前期的优点：

1. 既然糖前期的发生，与个人的禀赋不足、饮食失节、脏腑运作失调有关，中医可通过收集到的病人的资料，辩证分析，找出病因病机，制定出适合病人体质的治疗方案。例如，脾虚湿困者，宜健脾祛湿；中土壅滞者，治以行气导滞；肝郁气滞，适合疏肝解郁；肾阴虚者，则滋补肾阴。总之，有热清热；有寒散寒；有虚补虚；有实泻实。通过辩证治疗，调理不足的体质和功能紊乱的脏腑，让气血运作通畅，使升高的血糖得到充分利用，血糖会自动会下降。即中医能从根本上，调理机体的功能，让血糖平稳下降，与西药压制性降血糖，是有差别的。

2. 中医除了调理体质，也辩证治疗，由于机体失调引起的不适症状。例如，口渴就清热生津止渴，腹胀就行气消胀，嗜食就清胃解饥，皮肤痒就祛风止痒。有湿祛湿，有

痰化痰，有风祛风，有瘀祛瘀；纳呆则消食开胃，气虚疲倦则补气等等，都可取得一定效果，让病人舒适。

3. 现代中国中医，做过许多科研，证实许多中医药方和药物，针灸穴位等，可以降低血糖，可以治疗和调理糖尿病。中药多是植物药，副作用较少，降血糖平稳，不会造成低血糖，而且能调理身体，补虚泻实，强身壮骨，消除病痛，恢复健康。根据中药的经典著作《本草纲目》（明代医家李时珍作）记载，约有三百多种谷类、蔬菜和果子，是药食同源的，即可以做药，也可以当成食物或茶水，长期服用，降低血糖和调理身体。例如，大家都熟悉的苦瓜、枸杞子、淮山、陈皮、山楂、薄荷、荷叶、菊花、牛蒡、长豇、芥菜、韭菜、白萝卜、茄子、魔芋、蒜、姜、莲子、芡实、杏仁、核桃、茶叶等等，比比皆是，怕中药，要避开中药，不吃中药都难。不过，要食得有疗效，应该寻求中医指导。例如，要降血糖，要减肥降脂，要开胃消滞，很多粗粮蔬果都有效，然而要吃得有更好效果，还是要中医辩证服用的。

4. 中医可以“治未病”，即通过调理体质，能够预防疾病的发生。防治糖尿病及并发症是其中之一。现代中国糖尿病专家就指出，在糖前期这个阶段，患者已有“络滞”（经络瘀滞）的症状，为预防日后患上心血管疾病、中风和糖尿病的风险，是需要早作预防的。

糖尿病前期是可以逆转，恢复正常健康的。因此，请珍惜这个宝贵的治疗时机和机会，减少饮用“垃圾”食物，尽早寻求中医调理糖前期，可大大降低患糖尿病和并发症的危险。

中华医院也有糖尿病中医专病研究组，为您提供服务。让我们共同努力，预防糖尿病和并发症吧！

### 参考文献：

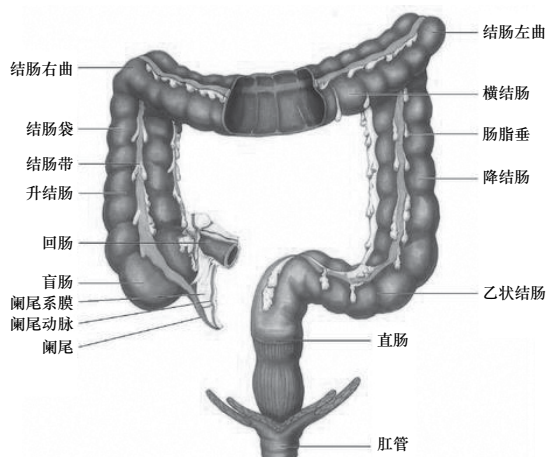
- [1] 《糖尿病中医防治标准（草案）》，全小林主编，科学出版社，2015。

# 浅谈结肠曲综合征的诊断与治疗

新加坡·闫立群

## 前言

结肠曲综合征属于消化系统的一种病症，它的临床症状很常见，但由于对此病症认识的不足，在临床上误诊率很高。在升结肠行至肝脏下方时，向左弯曲形成横结肠，该弯曲处叫肝结肠曲，横结肠行至脾下方时向下弯曲形成降结肠，这个弯曲处叫脾结肠曲，我们统称它们为结肠曲。在整个结肠中，结肠曲的位置最高。由于肠道中常有一些气体，而气体有上行的特点，所以肠道中的气体易集聚于结肠曲处，气体的集聚引起的一些症状被称作结肠曲综合征。临床上以结肠脾曲综合征(SSFC, syndrome of splenic flexure of colon)，为多见。此病最早于1910年由德国学者Payer发现。认为是一种独立疾病，称为Payer综合征。但近年报告渐多，因内科、外科、影像科的医师们缺乏对本病的认识，诊治经验亦尚且不足，误诊误治较多见。



## 一. 发病机制

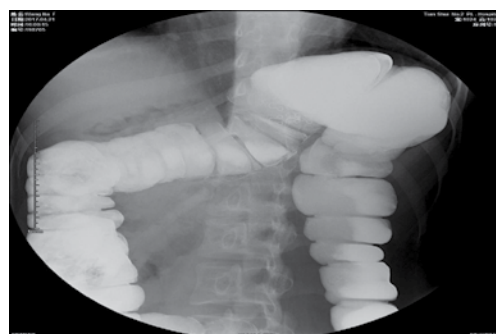
本病的发病机制主要是由于横结肠冗长、下垂，先天性膈结肠韧带过短、结肠脾曲固定点过高，横结肠与降结肠移行夹角太小( $<45^\circ$ )，甚至呈 $180^\circ$ 折返，而导致肠腔狭窄，使肠内气体或粪便积滞，难以通过成角的结肠脾曲而出现肠梗阻症状。

## 二. 症状

结肠曲综合征最主要的症状是：右或左上腹的外侧、右或左下胸的外侧胀痛，有时牵涉到前胸部隐痛；腹痛及腹胀多在餐后发作，有时疼痛伴有便意，排便、排气后疼痛可缓解，当生气或心情郁闷时，症状可加重。

## 三. 诊断

1. 对有长期便秘的患者，如出现呕吐、腹痛及腹胀、停止排气及排便等肠梗阻症状的病人，应常规行腹平片或X线钡剂灌肠造影检查。



结肠脾曲综合征钡餐造影示意图

2. 结肠脾曲综合征若反复发作腹胀、腹痛应与慢性胰腺炎、慢性胆囊炎、胆管结石、慢性阑尾炎、慢性胃炎等相鉴别，可行超声波、CT、MRI等检查，必要时可行内窥镜检查。应排除结肠器质性病变，如结肠癌、溃疡性结肠炎等。

## 四. 治疗

### 1. 保守治疗：

包括饮食干预、口服肠动力药物、缓泻剂、通便药等，也可以试行电子结肠镜通过脾曲结肠角，使通便顺畅。结肠曲综合征发作时可服用促进胃肠动力药物等对症治疗。

### 2. 中医治疗：

本病相当于中医学“腹胀”等证范畴。病因为劳倦、气郁等均可伤及脾胃，而使功能失调，浊气壅滞不通。病机为脾之升降功能失调，浊气不降，上攻胸胁，则胀满作痛。治疗以调理升降，通腑行气、舒肝健脾、通便为主。有些中医专家辨证分以下型治疗：

**饮食积滞** - 症见上腹胀满，疼痛拒按，痞塞不舒，噎腐吞酸，恶心呕吐，大便不通。舌质红，苔厚腻，脉象滑实。治宜消食导滞，利气和胃。方选大安丸（《丹溪心法》卷五）加平胃散，大便秘结者加大黄、芒硝。

**肝郁气滞** - 症见上腹部胀满疼痛，连及两胁，噎气不舒，情志不畅时加重，排气排便后减轻。舌质淡，苔白，脉象弦细。治宜疏肝解郁，理气消滞。方选五磨饮子加味，若烧心吞酸者加吴茱萸、黄连；胁痛重加柴胡、赤芍、川楝子、延胡索等。

**痰浊闭阻** - 症见胸闷腹胀，恶心欲吐，身重倦怠或胸痛气短。舌质淡，苔白腻，脉象弦滑。治宜健脾化痰，顺气宽中。方选二陈汤加平胃散加味，若胸闷、胸痛重者加瓜蒌、薤白；兼心悸气短者加远志、郁金、酸枣仁等。

### 3. 外科手术治疗：

结肠脾曲综合征的治疗分非手术和手术治疗，如果病人全身状态尚好，症状较轻、病程短以及无加重因素的单纯性脾曲综合征者，可内科治疗。如经内科治疗无效，出现反复发作的结肠不全梗阻或非手术无效或效果差、消耗症状明显、严重影响日常生活者应尽早手术治疗。手术方式为分解脾曲，切除过长结肠，一般都能达到很好的效果。

## 五. 结语

结肠曲综合征，临床上虽少见，但给患者带来很大痛苦。结肠曲综合征的发生与结肠功能紊乱有关。症状轻微者应控制、调理饮食、调控情绪，经对症处理多数患者可逐渐缓解症状，严重者应手术治疗。在临床上遇到慢性不典型消化道症状的患者，应想到本病的可能，需进一步进行必要的辅助检查，以提高对本病的诊断率。相信中西医结合在治疗结肠曲综合征方面有广阔前景。



# 论“脾胃虚弱”贯穿肿瘤病发生发展及治疗策略

新加坡·曾玉珠

## 1. 肿瘤病病因病机

中医认为肿瘤病正虚邪实，虚实夹杂，虽然是身体局部有肿块的病变，但它的病位广泛，涉及多脏腑功能的失调。正气内虚、脏腑经络失和是肿瘤的发病基础，中焦脾胃运化无源、升降失权、燥湿相抟是产生痰、火、瘀、浊、毒等致病邪气，进而形成肿块的关键病机。<sup>[1]</sup>

《黄帝内经》云：“正气存内，邪不可干”“邪之所凑，其气必虚”。目前，已知的肿瘤患者“正气不足”的内因有：①先天因素：先天禀赋不足，脏腑功能低下。现代医学研究也发现肿瘤发病因素有家族遗传病史，部分肿瘤如乳腺癌、宫颈癌、结肠癌等检查出有明确的遗传基因变异或缺失。②年龄因素：年老体衰，气血虚弱，脏腑经脉功能下降，导致气血营卫、阴阳失调，中焦脾胃运化失司，容易导致气、痰、毒、瘀等有形之邪的产生与积聚，形成肿块。临床中肿瘤患者常多见中老年体弱之人。在外因方面，因素有外感六淫、饮食劳倦、房事不节、情志内伤、宿疾等。现代医学也指出环境污染，化学农药、食品添加剂等的滥用、辐射线等、以及现代人大都面临生活、精神、心理压力，又喜欢熬夜，可导致机体免疫力下降，从而容易发生肿瘤。

正气虚弱是肿瘤发生发展的主要原因，而脾胃虚则更是其关键所在。李东垣说：“内伤脾胃，百病由生”。明代医家张景岳亦言：“中虚则脾不能运，故有积气在腹”。李梴亦言：“积聚癥瘕痞满，皆太阴湿土之气”。张元素也曾言：“壮人无积，虚人则有之，脾胃虚

弱，气血两衰，四时有感，皆能成积”。《四圣心源》云：“溯其原本，总原于土，己土不升，则木陷而积，戊土不降，则金逆而气聚。中气健运而金木旋转，积聚不生，癥瘕弗病也。”直接指出脾胃升降失职是癥瘕发病的本原。可见脾胃虚弱是肿瘤发病的基本病机。由于脾胃虚弱，运化不畅，气机升降失调，气不能行血，致瘀血内停；水谷津液不能输布，则聚结为湿，凝聚成痰。由于痰湿瘀内生，久之积聚成瘤而成。临床研究证明，脾胃虚弱会导致人体的免疫功能下降，而其引起的免疫监视失调则与肿瘤的发生有着很大的关系<sup>[2]</sup>。

## 2. “脾胃虚弱”贯穿肿瘤病的发生和发展

《景岳全书》曰：“凡脾肾不足及虚弱失调之人，都有积聚之病”。肿瘤病的发生，脾胃虚弱是重要病机，临床常见疲倦、乏力、纳呆、腹胀等症状。

脾胃为后天之本，气血生化的来源，脾虚则生化无源。而肿瘤病是一个慢性、消耗性的疾病，若患者长期气血来源匮乏，营养不良，先天不资，免疫力下降，不能有效地监控癌细胞，就可使癌细胞更快速发展及转移，从而影响生存率。若脾胃虚弱发展致脾胃衰败，无法进食，则提示患者已经濒临死亡。

现代医学治疗肿瘤主要有手术、放疗、化疗、靶向治疗、内分泌治疗、免疫治疗等方法。虽然治疗方案在逐年改进，大多数肿瘤的疗效显著，但治疗创伤大，副作用多，在去除肿瘤的同时，对机体损伤较大，产生多种并发

症,尤其会伤及患者脾胃的功能。

中医认为手术是一个耗气伤血的过程,经过手术的肿瘤患者,气血大伤,大多数人的身体会进入一个衰弱期,需要较多的营养(气血)补充耗失的气血,同时修复损伤的部位。气血来源于脾胃的运化功能,较多的营养需求可加重脾胃的工作,使脾胃虚弱。而对于脾胃功能本来就弱的患者,此时就会觉得更虚。若患者未能早日恢复体能,手术部位难以早日修复,就会延误接下来的西医治疗。

化疗常见消化道反应、骨髓抑制、神经毒性等不良反应。患者脾胃功能损伤,脾胃虚弱,摄取不到足够的营养,免疫力就会下降,增加感染的机率,也可进一步影响骨髓造血功能,使血象过低而没有办法继续疗程,被迫中断,影响生存率。患者也可能会因为身体过于衰弱而死亡。

放疗及应用靶向治疗药也可以引起消化道毒性,使脾胃虚弱,但其影响相对化疗小。

康复期中的肿瘤患者由于经过手术或/和放疗或/和化疗等创伤性治疗,脾胃功能已经损伤,免疫力已经下降,如果不能修复监控癌细胞,可能就会使癌细胞死灰复燃,更快速发展及转移,从而影响生存率。

对于不能够接受西医治疗的肿瘤患者,由于肿瘤病的消耗,身体,尤其是脾胃功能,会逐渐衰败。若衰败越快,癌细胞就会越猖狂发展,最终会因为无法进食而死亡。

### 3. 治疗策略

李东垣《脾胃论》曰:“脾胃五行属土,其位在中,是为生化之源,后天之本,主化生气血,灌溉四傍,充养五脏。是为枢机之主,升降之轴,主传输精微,布散津液,助肺通调水道”。《素问·平人氣象论》:“人以水谷为本,故人绝水谷则死,脉无胃气亦死。”“有胃气则生,无胃气则死”。因此“保胃气”当贯穿恶性肿瘤治疗的始终。

对于手术后的肿瘤患者,顾护脾胃之气

可以有效减轻术后并发症的发生,还能促进术后机体康复,也为后续进一步治疗提供了有利条件。

对于放、化疗或靶向治疗的患者,注重调理脾胃功能可以减轻放、化疗或靶向药物的不良反应,增加完成率,在提高患者生活质量,延长生存期等各方面都能发挥着积极的作用。

对于康复期患者,保胃气可以尽早恢复治疗造成的创伤,提高免疫力及生活质量,巩固西医治疗效果,预防复发转移,延长生存期。

对于无法接受西医治疗的晚期患者,注重调理脾胃功能可以改善生活质量,提高免疫力,延长生存期。

### 4. 贯穿“保胃气”于恶性肿瘤治疗的始终

“调理脾胃者,医家之王道也”。重视脾胃气虚致病,强调积聚扶正培本的治则普遍得到医家重视。明·张景岳云:“总其要不过四法,曰攻、曰消、曰散、曰补。”并强调“积聚渐久,元气日虚……只宜专培脾胃以固其本。”对积聚治疗在于掌握攻补的时机与分寸,依据病势的缓急和正气的盛衰平衡、扶正与祛邪的偏重进行了详细的阐述,对于积聚初成阶段,正气未损者应当“速攻”,防止“缓之则养成其势”;对于“积聚渐久,元气日虚”者应当“缓治”,强调从脾胃入手培护正气、扶正固本是治疗积聚的基本大法,明晰了晚期固护脾胃的分期论治思路。

近代医家曹启洪<sup>[1]</sup>对手术后的肿瘤患者常用四君子汤合当归补血汤等治疗。必要时加入行气宽肠之品。他还常用小葱炒食盐热敷患者腹部,促进患者胃肠早日排气,可以进食及康复。

李培<sup>[4]</sup>常用党参、白术、薏苡仁等药物调理脾胃,对放化疗患者多使用六君子汤、枳实消痞丸等。有学者<sup>[5]</sup>予自拟方(当归补血汤、四君子汤加减,其药物组成为黄芪、党参30g,当归、茯苓、女贞子、炒白术、枸杞子各15g-30g,炙甘草6g。气阴两虚者酌加麦

冬、旱莲草、百合各15g；阴虚内热者酌加白花蛇舌草25g，地骨皮、生地黄各15g；脾虚失运者酌加炒神曲、炒麦芽、鸡内金、焦山楂各15g；肝气不舒者酌加八月扎15g，陈皮、砂仁各10g，广木香6g）调治化疗后恶心呕吐，不仅能明显改善化疗后白细胞减少症，并且加强抗肿瘤作用。曹启洪<sup>[1]</sup>对放疗者常用益胃生津、益气养阴、清热解毒之法，方选益胃汤或沙参麦冬汤。药选北沙参、麦冬、石斛、玉竹、生地、冰糖、党参、白术之属。可减轻放疗的毒副反应，同时提高放疗的效果。对化疗者，他在西药镇吐药物的基础上，配合中药健脾和胃，降逆止呕等治疗。方选平胃散、四君子汤、香砂六君子汤和旋复代赭汤等。可缓解化疗的毒副反应，同时提高化疗的疗效。

张小萍<sup>[2]</sup>主张通、运、化三大治理脾胃大法。贾英杰等<sup>[3]</sup>通过益气扶正，调理脾胃，提高机体抗癌能力，“人瘤并存”。肿瘤名家余桂清、段凤舞、朴炳奎、刘嘉湘、林洪生、杨宇飞、花宝金等<sup>[4]</sup>均强调“扶正培本”基本治则在防治恶性肿瘤中的主导地位，并强调胃气以通降为顺，常宜顾护，所谓“存得一分胃气、便留得一分生机”。

## 5. 病案举例

淋巴瘤Ⅲ期患者，男性，81岁。

患者于9/2019至16/3/2020行每3周1次化疗。化疗第6次起就发烧及下肢红肿，口服抗生素、利尿剂、排便药，安眠药等。29/4/2020初诊后因为已经在服用很多西药而没来看诊。

再次见到患者是19/6/2020。当时，家属诉患者纳差、腹胀、头晕、下肢乏力、进食后大便，便溏夹风，日3，4次、喜低头难抬、口不干、卧下则咽痒而咳，少量白痰、手冷、下肢如初诊仍有肿。舌淡红、苔白腻，脉沉细弦滑。口服TV药及减轻其副反应的西药、抗生素等。中医辨证为脾虚证，予颗粒剂：参苓白术散2包、神曲2包、谷芽2包、枳壳2包、木香2包。14剂，日1剂，口服，1天2次，饭

后，中西药隔开2小时。

患者于6/7/2020复诊。家属对患者近2天胃纳增加、低头改善、头晕减轻、较有精神、大便条表示欣慰。余症同上。中医仍辨证为脾虚证，给予健脾益气兼辨病用药的中草药7剂（因患者虚弱程度已经减轻，所以开始加入少量攻邪的抗癌中药如山慈菇、猫爪草等）。

此后，患者定期回来复诊。调理中（大多用中草药），扶正常不忘“保胃气”，再适当加入中草药改善症状及辨病用药。经过3，4次调理，患者可正常抬头，在家也可起身走动，胃纳也好，大便畅，生活质量明显改善。

按语：此是一例以“保胃气”“调理脾胃者，医家之王道也”为主导，贯穿了康复期的调理的典型病案。患者脾胃健，就能好好吸收营养，以后天资先天，增强抵抗力，改善生活质量。正所谓“存得一分胃气、便留得一分生机”。

## 文献参考

- [1] 姜晓晨, 庞博, 王萍, 等. 脾胃藏象学说在肿瘤治疗中的应用探讨[J]. 北京中医药, 2020, 39 (5): 414-417.
- [2] 薛娜, 林洪生. 免疫编辑理论与中医药抗肿瘤免疫[J]. 中医杂志, 2012, 53(21): 1801-1804.
- [3] 曹启洪. 论肿瘤治疗护胃气[J]. 世界最新医学信息文摘. 2015, 15(48): 135.
- [4] 米明超, 秦万玉, 苏慧芬. 李培中脾胃论治肿瘤临床经验浅析[J]. 四川中医, 2018, 36(2): 11-14.
- [5] 李红艳, 陆明. “顾护胃气”与恶性肿瘤治疗相关性的研究进展[J]. 新疆中医药, 2017, 35(1): 81-84.
- [6] 付芳梅, 楚瑞阁, 张小萍. 张小萍从脾胃气化学说论治肿瘤经验[J]. 中国民族民间医药, 2016, 25 (9): 51-52.
- [7] 谢东玲, 李小红, 贾英杰. 论贾英杰教授从脾胃论治恶性肿瘤[J]. 天津中医药大学学报, 2018, 37(2): 89-91.
- [8] 花宝金, 侯伟, 鲍艳举. 名中医经方时方治肿瘤[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 1-346.
- [9] 阳国彬, 刘玉芳. 《伤寒论》“保胃气”思想在恶性肿瘤治疗中的价值初探[J]. 甘肃中医药大学学报, 2016, 33(4): 32-34.
- [10] 吴芳汀, 郑明岚. 调理脾胃法在恶性肿瘤治疗中的运用[J]. 中医肿瘤学杂志, 2020, 2(2): 54-57.
- [11] 王永红, 张燕忠. 调理脾胃之法在肿瘤治疗中的应用[J]. 光明中医, 2020, 35(11): 1644-1646.
- [12] 付焕萍. 浅谈脾胃在治疗肿瘤过程中的重要性[J]. 新中医, 2020, 52(11): 193-194.
- [13] 王瑞, 曹丽君. 刘永惠教授“保胃气”思想在肿瘤治疗中的应用研究[J]. 河北中医药学报, 2018, 33(2): 50-52.
- [14] 罗凌燕, 刘建利, 阳辉兵, 等. 从《脾胃论》浅析恶性肿瘤的中医治疗[J]. 云南中医中药杂志, 2016, 7(4): 17-18.
- [15] 邵丽, 邹勇, 顾友琼. “脾胃气衰”理论在老年肿瘤治疗中的指导作用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(4): 12-13.

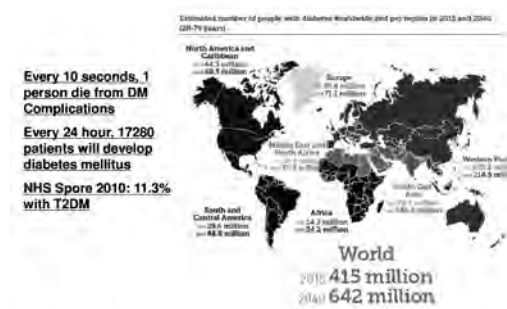
# 辨证辨病并举诊治糖尿病

新加坡·张达开

## 1. 引言

根据国际糖尿病联盟 (IDF) 的资料, 全世界每一天有一万八千人确诊糖尿病, 而每十秒钟就有一人死于糖尿病并发症。目前受影响的人群超过4.25亿, 仅中国就有1.21亿人患有糖尿病, 而印度的糖尿病人口总数为7,400万。这是个触目惊心的数字。新加坡每年有1,500宗和糖尿病相关的截肢手术, 即每天4.1宗。依人口比例, 在全世界发达国家中排第二位 (2015年IDF资料)。

而防治糖尿病正是中医的强项, 还有待大家多努力, 在人类和糖尿病的抗争中贡献一份力量。本文探讨辨病在中医诊治的角色, 并进一步讨论糖尿病辨证与辨病相结合的思路。希望借此抛砖引玉。



## 2. "无证可辨"

辨证论治乃多年来中医诊治的核心, 中医教育的中心考点, 说是重中之重一点也不夸张。但随着日新月异的现代医学发展和体检的普及化, 单纯强调辨证施治已经无法完全满足现代社会的需要与病患的需求。

近年来临床经常出现不少近乎“无证可辨”的患者。不少糖尿病患者以体检报告中的空腹血糖以及HbA1c (糖化血红蛋白) 等数据就诊, 并无自觉症状, 相当接近“无证可辨”的范畴。其他以肝功能异常、胆固醇、甘油三酯偏高而就诊的人也很多。此类无证可辨的肝炎、高血脂症, 慢性胃炎患者。血常规与尿常规, 或加上B超检查, 常常是唯一的疾病指征。

这时候虽然患者可能从辨证的角度具有一定程度上的亚健康迹象, 但也往往并不明显。若能在辨证的同时, 以其相关的“疾病”为切入点, 便能加强疗效, 甚至立竿见影。

## 3. 古代消渴只是2型糖尿病的一个自然病理阶段

传统上中医以“上消、中消、下消”的分型看“消渴”。而西医的“糖尿病”与中医的“消渴”的范畴不完全相同, 许多文章已经在这方面做了很好的分析。

本文仅从2型糖尿病临床辨证与辨病施治的角度作讨论。

任何疾病的自然发展都是一个完整的时空过程。糖尿病在病程上分为 (前期、) 早期、中期及晚期并发症期, 其病理演变过程是从早期胰岛素抵抗为主, 逐渐发展为胰岛素抵抗与胰岛细胞损伤并最终导致胰岛细胞衰竭。因此, 早期以实证为主, 逐渐发展为虚实相兼, 至晚期则演变为以虚证为主。而消渴则并不符合一个完整疾病的自然发展过程。

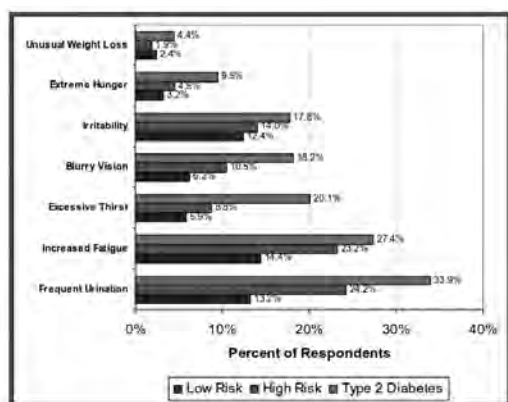


从症状上来看,临床许多糖尿病患者的三多一少的症状也不明显。

中日友好医院杨文英教授明确指出“血糖高到一定程度才有三多...典型的三多症状是在中等程度以上的病人中出现。”

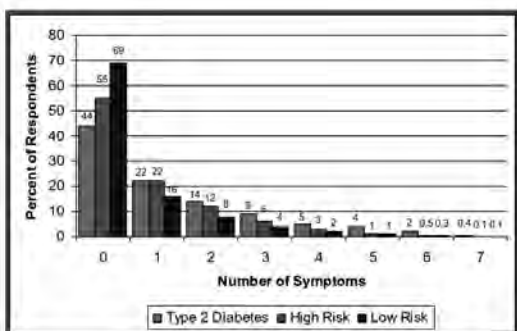
全小林院士曾对5,465例社区人群进行流行病学调查,共筛查出1,060例糖尿病患者,其中仅12.7%具有典型“三多一少”症状,无典型症状者多达925例,占87.3%。因此,2型糖尿病的临床面貌与古代消渴差距甚大。

美国的糖尿病学会(ADA)在本世纪初,对22,001名糖尿病患者,进行了一项命名为SHIELD的长达五年的调查研究,其大数据也得到一致的结论。调查列举了三多一少,与疲惫、视觉模糊、急躁七个症状。有接近2/3的糖尿病患者仅有不多于一个症状。



Number of Symptoms

- Percent of respondents who reported one or more ADA symptom in the past 12 months:
  - 56% T2D
  - 46% 3-5 risk factors (high risk)
  - 31% 0-2 risk factors (low risk)
- Most respondents (~2/3) with T2D reported either 0 or 1 ADA symptom (Figure 2).



各医家的分期分型各有特色,不太容易像西医界达到完全统一、标准化的论述。

全小林把西医针对糖尿病病理的分析所作的分期,和中医辩证论治有机结合,总结出糖尿病的自然演变过程可分为郁、热、虚、损四个阶段。其中医的辨病过程,也和西医的糖尿病和病理有非常好的对应关系,这在临床具有重要意义。

为节省篇幅,本文对郁热虚损内容略作删减,读者可参照全小林院士相关著作。

### A. 郁证阶段

疾病早期,多数肥胖糖尿病患者在前期肥胖阶段,因过食和少动形成以食郁为先导的气血痰火湿食六郁。过食则谷气壅滞中焦,脾运不及,土壅进而导致木郁,肝气郁滞不行,脾胃升降受阻,土壅木郁更甚。临床表现肥胖、多食、不耐疲劳。消瘦糖尿病患者则因脏腑柔弱,机体调节能力较差。临床表现消瘦、情绪波动、精神抑郁、易外感。糖尿病前期多属于郁的阶段。

### B. 热证阶段

代表疾病的发生。肥胖者在中满的基础上化生内热,此阶段表现出一派火热之象,如痰热、湿热、胃热、肠热、肝热等,临床可见易怒口苦(肝)、消谷善饥(胃)、便秘(肠)、大渴引饮(肺)等,以肝胃郁热最常见。或中土郁滞日久化热,形成脾胃胃热,临床可见情绪急躁易怒、口渴多饮、饥饿多食、舌红面赤等。糖尿病早、中期多处于热的阶段,肥胖型以实热为主,消瘦型实热兼本虚。

郁、热阶段的病理基础是以胰岛素抵抗为主,胰岛β细胞损伤轻微,表现为β细胞数量增加,分化作用丧失。

### C. 虚证阶段

代表疾病的发展,火热未除,脏腑功能持续亢进,耗散脏腑元气,则脏腑经络等组织器

官功能活动无力，气血津液生成及代谢障碍，加之燥热伤阴，故气阴两伤，进而阴损及阳，同时痰浊瘀血等病理产物积聚内生。脾运不健致脾气亏虚，水饮失运聚而生湿，水谷精微不归正化，注于脉中成痰成浊，古代消渴病机“阴虚燥热”亦与此阶段病机本质一致。

此阶段病理特点为胰岛 $\beta$ 细胞损伤加重，表现为细胞肥大，胰岛素储备下降。

#### D. 损证阶段

代表疾病的终末，糖尿病后期，或因虚极而脏腑受损，或因久病入络，络瘀脉损而成，此期根本在于络损（微血管）和脉损（大血管），导致脏腑器官的损伤。《证治要诀·三消》云：“三消久之，精血既亏，或目无视，或手足偏废无风疾，非风也。”此时火热渐消退，诸虚渐重，多以气血精津亏损，脏腑功能衰败立论。

病理上，胰岛素抵抗较前一阶段减轻， $\beta$ 细胞损伤愈加严重，胰岛形态结构改变，胰岛纤维化、 $\beta$ 细胞凋亡速度加快，功能衰竭。

郁、热、虚、损四个阶段，因郁而热，热耗而虚，由虚及损。“郁热虚损”概括了糖尿病在时间和空间上的动态演变过程，代表了疾病发展的早、中、后及末期，无论肥胖糖尿病（脾瘕）或消瘦糖尿病（消瘕），其自然发展过程均将经历郁、热、虚、损的演变。

这演变过程也对应了现代医学对糖尿病的分期以及病理基础。

#### 5. 辨证辨病并举的临床思路与治疗优势。

通过了解疾病的发展过程，中医能够更好的发挥中医调理的优势。这和历代医家的经验和教诲完全一致。如大家所熟悉的，张仲景云：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”。还有，“...是故传经之邪，而先夺其未至，则所以断敌之要道也；...”（《用药如用兵论》，徐大椿的《医学源流论》）。

结合了辩证与辨病的思维，加上对疾病发展过程有更深入的了解，现代医家对糖尿病的治疗可有以下特点和优势。

A. 综合调治。中医对糖尿病合并为多代谢紊乱的患者，比如代谢性的高血压、血脂异常、高尿酸血症，包括肥胖都可以综合调治。综合调治代谢综合征正是西医界的难题。另外，中医一般都可以有效地治疗高血糖带来的不少症状，如失眠、便秘、焦虑、抑郁、月经不调等。

B. 在从辨病角度了解了糖尿病的进程之后，中医可在辩证的基础上全程用上活血通络的药物，有效的预防或延迟糖尿病出现并发症，也就有效减少致残、致死。这是一个非常重要的优势。糖尿病自身的病理特点决定了络瘀贯穿病程的始终，所以早期即因用活血通络的治法，防治对大小血管与神经的损伤，具较高的临床价值。近代医家经常在辩证的基础上对早期糖尿病患加用田七或丹参。

C. 中西医结合全程治糖。全小林院士和广中医的李赛美教授均以中药治糖战绩辉煌。许多病人都能逐渐少西药降糖药。部分中期病人能完全停止西医降糖药仍不回弹。在大陆有不少完全以中药控糖而完全康复的案例。

中华医院糖尿病专病研究组亦有不少成功的案例，不少病患由于血糖稳定，都在西医的同意下，减少了降糖药的品种和药量。大陆和本地的病例都证明了确诊糖尿病患仍然在一定的程度上是可逆的。

在辨证论治决定方药组成的基础上，黄连乃两位医家常用的降糖要药。笔者曾向李教授请教黄连的安全性问题。李教授指出有部分病患在较长时间服用黄连后出现转氨酶升高，建议定期追踪检查血常规。这在大陆是常规作业，本地却并不普遍，需要注意。

D. 指导用药。以黄芪为例。从糖尿病的全程病情发展来看。黄芪几乎全程适用并具防范的意义。黄芪建中汤常用于治疗糖尿病性胃轻瘫。黄芪亦为治糖尿病肾病要药，补气

益阴可以固涩蛋白，免下泄精微之虑。黄芪桂枝五物汤适用于周围神经病变，脑卒中可以补阳还五主之。黄芪配伍当归则可改善DKD后期贫血状态。低血糖反应亦以益气固脱为主。

从辩证角度，蜜炙黄芪补气效果更佳；但从辨病角度医家多用生黄芪。这也是辨证辨病并举增加疗效的例子。

## 6. 病案一例。

男。20岁。曾在某次军训期间入院，后经西医诊断完全康复。但出院两三个月后，偶然发现餐后血糖超出10。跟踪一段时日，空腹血糖基本正常，但餐后血糖经常超标。患者饮食营养平衡，身体健康，其他体检指标均正常。基于餐后血糖数次飙高可达10，合理的推断若以OGTT（口服葡萄糖耐糖检测，75g）经标准检测，可能达到糖尿病确诊标准。家属选择了纯中医调理。

以中诊标准患者接近无证可辩证的范畴。近年来有研究报告显示饭后血糖飙高对血管和神经破坏较大。中医治疗方案辨病论治与辩证论证并举是必需的。考虑到患者算是曾大病一场，一定程度上经历过脏腑皆柔的阶段，气阴两伤。再考虑到糖尿病郁与热阶段的相关病机，以生脉散加黄芪益气养阴为基础，再加以滋补肝肾，健脾疏肝理气。开始二周疗效不显，坚持三周以上后却开始略有起色。一个月后开始加速复原，三个月便可完全停中药而不回弹。

## 7. 小结

笔者认为，全小林院士对糖尿病的全面性的研究、理论和实践的总结，根据中医辨病原则辨病，辨证辨病并举，可以是今后中医研究的典范。

仅以中医学家姜春华（1908~1992年）的论述作为结语。

姜春华认为，现代科学物理、生物、实验室的检查所得出“病”的证据，超出了中医的

望闻问切。只要指标还在，即使症状已经完全缓解，我们也不能说病已经完全治好了。通过实践，寻找有针对性的方药是无可非议的。也不能说西医治病，中医治证。中医除掉西医的病这个主体外，还要根据中医辨病的原则去辨病，同时也根据中医辨证精神去辨证。

姜春华：如果片面强调辨病，丢掉辨证论治，则失掉中医的灵魂。如果无视现代科学对病的研究，则中医临床疗效得不到提高，中医学术得不到发展。

## 8. 致谢

笔者首次较有系统的接触到辩证施治与辨病施治有机结合的课题，是在赵英杰教授多年前的一次讲座。赵教授也分享了相关的临床施治思路。亦感谢糖尿病专病研究组组长冯启发老师分享了多年来治疗糖尿病患的思路和案例，并指点晚辈学习全小林教授的著作与理论。最后以此文缅怀笔者中医的启蒙老师，一位曾在上世纪末旅居新加坡，行事低调但医术精湛，仁心仁术的研究中西医结合的前辈。仅以本文作为学习汇报向前辈们致敬。

## 文献参考

- [1] 糖尿病中医药临床询证实践指南。全小林主编。
- [2] 糖尿病中医防治标准（草案）。全小林主编。
- [3] 国际糖尿病联盟（IDF）近年年鉴。
- [4] 网络资料。百度。中医世家等。
- [5] 糖络杂病论。全小林著。
- [6] 美国糖尿病协会（ADA American Diabetes Association）资料。

# 分享栏目

## 刘嘉湘国医大师 治疗肿瘤经验总结

新加坡·陈蓓琪

### 前言

刘嘉湘国医大师，福建省福州市人。上海中医药大学附属龙华医院肿瘤科主任、教授、主任医师，博士生导师。刘教授1950年毕业于福建军医学校医科，在军队任西医工作时，自学针灸，并治疗多种病证，常获奇效，燃起他学习中医的兴趣。1956年考入上海中医学院，六载刻苦学习，成绩斐然，1962年于上海中医学院医疗系本科毕业留校工作，1965年起，刘教授在龙华医院开设了中医肿瘤专科门诊，1968年起任上海中医学院肿瘤研究组组长，1970年开设了拥有30张病床的肿瘤病区。

为寻找中医治癌有效方法，刘教授博览古代医籍、近代文献，重新整理跟师张伯臾、陈耀堂、庞泮池等名医期间的笔记，结合2000余例肿瘤患者的临床资料，他认识到正气虚损是癌症发生发展的根本原因和病机演变的关键，主张“以人为本”、“除瘤存人”、“人瘤共存”的肿瘤治疗理念。刘教授常说：“中医药能治肿瘤，我们要有唱主角的信心和勇气”。龙华医院肿瘤科在他的创建和引领下，从无到有不断发展壮大，已成为拥有300多张床位、6个病区的国家中医临床基地。

前段时间我在网上看到一篇关于刘嘉湘教授治疗癌症的经验总结内容，在此与大家分

享，希望对大家能够发扬刘教授的学术思想，为临床治疗癌症方面开阔了思路。

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

### 刘嘉湘教授治疗肿瘤经验总结

#### 一、常用的抗癌药

##### 1. 清热解毒药：

(1) 山慈菇：有清热解毒，消中散结、抗癌的作用。主要用于乳腺癌、恶性淋巴瘤，对宫颈癌、食管癌、肝癌、胃癌、肺癌、鼻咽癌等也有一定的疗效。

(2) 石上柏：具有清热解毒、活血祛瘀、消肿抗癌的作用，为临床常用的抗癌中草药。临床上主要用于肺癌、肝癌、鼻咽癌、喉癌、消化道癌、宫颈癌、乳腺癌等肿瘤。

(3) 龙葵：具有清热解毒、活血消肿、利尿、抗癌的作用。主要用于呼吸系统、泌尿系统、生殖系统的恶性肿瘤，尤适宜于癌性胸腹水的治疗。



(4) 七叶一枝花：具有清热解毒、消肿止痛的作用。可用于肺癌、肝癌、脑瘤、骨肉瘤、恶性淋巴瘤等恶性肿瘤。

(5) 白花蛇舌草：具有清热解毒、利尿消积的作用。可以广泛用于各种恶性肿瘤。

(6) 半枝莲：具有清热解毒、利尿的作用。可用于各种癌症，尤其多用于消化道肿瘤。

(7) 莪术：具有消肿解毒、祛风利湿、抗癌的作用。可用于治疗食管癌、贲门癌、胃癌、肠癌、肝癌、胰腺癌等消化道恶性肿瘤。

## 2. 化痰软坚药：

(1) 夏枯草：具有清热泻火、消肿散结的作用。主要用于甲状腺癌、乳腺癌、纵隔肿瘤、恶性淋巴瘤、肺癌、肝癌等。

(2) 海藻：具有软坚散结、消痰利水的作用。可用于甲状腺癌、肝癌、肺癌、胃癌、恶性淋巴瘤、腮腺癌等各种恶性肿瘤。

(3) 昆布：具有化痰利水、软坚散结的作用。可用于甲状腺癌、食管癌、肺癌、淋巴转移性癌、恶性淋巴瘤等。

(4) 天南星：具有燥湿化痰、消肿散结、祛风解痉的作用。主要用于宫颈癌、食管癌、脑瘤、口腔肿瘤、软组织肉瘤等。

## 3. 理气药：

(1) 八月札：具有疏肝理气、活血散结的作用。常用于各种肿瘤，证属肝气郁结、瘀血阻滞者。

(2) 木香：具有温中和胃、行气止痛的作用。临床上多用于肝癌、食管癌、胃癌、胰腺癌等消化系统恶性肿瘤，伴有肝胃气滞症状者。

(3) 枸橘：具有行气散结、消积止痛的作用。常用于食管癌、胃癌、肝癌、乳腺癌等恶性肿瘤伴有气机阻滞者。

## 4. 活血化瘀药：

(1) 石见穿：具有清热利湿、活血消肿、解毒止痛、抗癌的作用。可用于肺癌以及胃癌、食管癌、肠癌、肝癌等多种消化道肿瘤，尤其对癌性疼痛有活血止痛的功效。

(2) 莪术：具有行气破血、祛瘀消积的作用。主要用于宫颈癌、肝癌、胆管癌、胃癌、卵巢癌、肺癌、肠癌、恶性淋巴瘤等。

(3) 天龙：具有祛风定惊、化瘀散结的作用。可用于食管癌、胃癌、肺癌、恶性淋巴瘤、脑瘤等肿瘤。

(4) 蜂房：具有解毒消肿、活血止痛之作用。主要用于肺癌、乳腺癌、舌癌、喉癌、牙龈癌、骨肉瘤等恶性肿瘤。

## 5. 以毒攻毒药：

(1) 全蝎：具有解毒通络、散结抗癌、祛风止痉的作用。常用于肺癌、脑部原发或转移性癌，骨肉瘤等恶性肿瘤。

(2) 蜈蚣：辛、温，有毒。具有解毒散结、通络止痛的作用。常用于脑部肿瘤、骨肿瘤等恶性肿瘤，尤其多用于由肿瘤引起的癌性疼痛。

(3) 斑蝥：具有攻毒抗癌、活血逐瘀的作用。临床上可用于肝癌、肺癌、胃癌、肠癌等多种恶性肿瘤的治疗。

(4) 马钱子：苦、寒，有大毒。具有活血消肿、通经止痛的作用。主治食管癌、胃癌、肠癌、肺癌、乳腺癌、皮肤癌、子宫癌、白血病等多种肿瘤，尤其适用于各种肿瘤引起的癌性疼痛。

## 6. 扶正培本药：

(1) 黄芪：具有补气固表、托毒生肌的作用。主要用于消化道肿瘤、肺癌等各种恶性肿瘤，尤其适合临床气虚证患者。

(2) 人参：具有大补元气、补肺健脾、生津安神的作用。可用于各种肿瘤有气虚表现者。

(3) 天冬：具有滋阴润燥、清肺降火的作用。可用于各种肿瘤出现阴虚内热证者。

(4) 山药：具有补脾胃、益脾肾的作用。临床用于消化系肿瘤、肺癌等各种肿瘤。尤其适宜于脾胃虚弱、肺肾亏损患者。

(5) 太子参：具有益气健脾、养胃生津的作用。可用于各种肿瘤，对手术后及放、化疗后患者的正气恢复，有较好的作用，尤其适于正气虚弱、气血不足者。

(6) 冬虫夏草：具有滋肺补肾的作用。可用于肺癌、肾癌、前列腺癌等恶性肿瘤。冬虫夏草素对人鼻咽癌细胞的生长具有抑制作用。

(7) 灵芝：具有滋补强壮、止咳平喘的作用。可用于肺癌、胃癌以及各种癌症的虚证患者。

2) 神经系统症状：

头晕，失眠，倦怠乏力：上星、百会、神门

头痛：太阳、合谷

3) 血液系统症状：

白细胞减少：大椎、内关、曲池、足三里

## 6. 调整免疫功能：

主穴：合谷、内关、曲池、足三里、三阴交

配穴：脾俞、胃俞、肾俞、太冲、太溪、悬钟、阳陵泉、神门、外关

## 二、常用针灸选穴

### 1. 宫颈癌：

气海、子宫、蠡沟、三阴交

### 2. 乳腺癌：

大椎、膻中、足三里、蠡沟；

乳痛肿块加曲池、阳陵泉

### 3. 皮肤癌：

列缺、合谷、足三里；

发热加大椎、曲池；

贫血加血海、膈俞

### 4. 白血病：

大椎、膏肓；

发热加合谷；

鼻衄加二白；

抽搐加太冲、阳陵泉

## 5. 减轻放、化疗反应常用穴：

### 1) 胃肠道症状：

恶心，呕吐，腹痛，腹泻，食欲不振：

中脘、足三里、天枢、建里里急后重，便血或

粘液：气海、阳陵泉、下巨虚



《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](mailto: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 2021年1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](mailto:assoc@singaporetcm.com)

出版准证 MCI(P) 045/01/2021

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](http://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

