



本期之药

山茱萸

干燥成熟果肉入药。味酸、涩，性微温。归肝、肾经。
功效：补益肝肾，收涩固脱。主治眩晕耳鸣，腰膝酸痛，阳痿遗精，
遗尿尿频，崩漏带下，大汗虚脱，内热消渴。

中華醫院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



Singapore Chung Hwa Medical Institution

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友：

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

中华医院总院及各分院每天诊治的病人超过1,000人。我们有22位驻院医师，400多位义务医师。医院每年的营运开销超过一千万，来自登记券的收入无法应付庞大的营运开支。

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

Dear Friends,

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

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

The Headquarters and the 4 branches provide consultation to more than 1,000 patients daily. With physician strength of 22 Station Physicians and more than 400 Volunteer Physicians, the operating expenses of the Institution amounts more than 10 million annually, where collections from the registration fees solely is unable to cover.

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

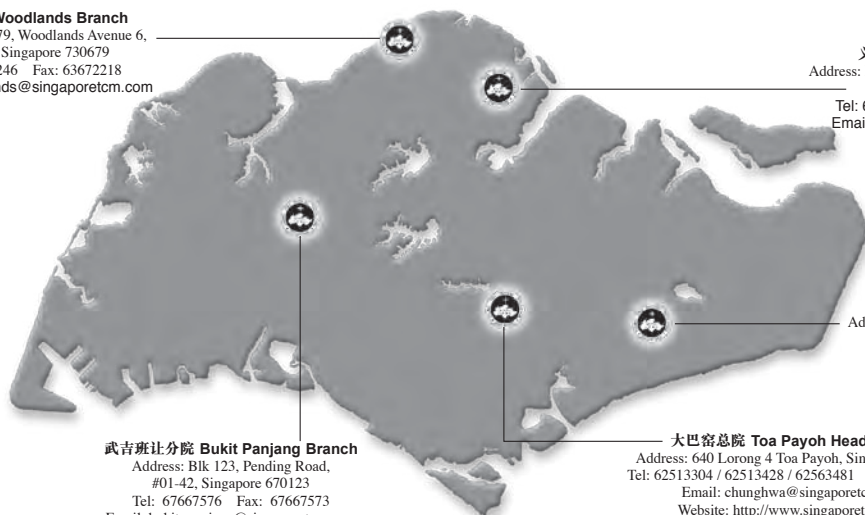
兀兰分院 Woodlands Branch
Address: Blk 679, Woodlands Avenue 6,
#01-710, Singapore 730679
Tel: 63663246 Fax: 63672218
Email: woodlands@singaporetcm.com

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

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

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

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



临床

1. 中医药在印尼治疗普通型新冠肺炎的病例报告
— 印尼·范悦琳 Yelini Fan Hardip2-5
2. 五苓散加味治疗肾结石医案二则 — 新加坡·李明姝p6-10
3. 表现为中风先兆的非外伤性凸面蛛网膜下腔出血3例中医辨证治疗
— 中国 北京·王娟 李祥舒 齐锡友p11-16
4. 中医综合治疗耳眩晕 — 新加坡·卓扶蓉p17-23
5. 耳鸣用药及病例分享 — 新加坡·蔡欣洁p24-26
6. 从“胃不和则卧不安”论治不寐 — 新加坡·陈静君p27-28

学术探研

7. 浮沉脉科学秘密 — 新加坡·杨永新医生p29-35
8. 中医药在化疗诱导周围神经病变 (CIPN) 治疗中的应用 — 新加坡·邓凯文p36-49
9. 中医药对乳腺癌内环境的干预 — 新加坡·曾玉珠p50-53
10. 现代医学的肺癌分类与诊断 — 新加坡·黄普觉p54-56
11. 1.5型糖尿病? LADA亚型青年糖尿病初探 — 新加坡·张达开p57-60
12. 眩晕病因病机学术源流浅探 — 新加坡·钟舒云p61-64
13. 谈中医脾胃升降论的运用 — 新加坡·翁亚庆p65-66
14. 肌萎缩性侧索硬化症发病机理研究进展 — 新加坡·Scott Xiao (肖谦)p67-70

新加坡杏林人物志

15. 精于岐黄易理, 赋性厚德的唐逢祥 — 新加坡·林英p71-72

学术交流

16. 新加坡海外高峰论坛 — 新加坡·林英p73-75
17. 干支原理探讨 — 新加坡·陈岁p76-78
18. 我的随诊笔记(3) — 新加坡·苏如俐p79-87
19. 经方应用浅谈 — 新加坡·闫立群p88-89

知识库

20. 谈荆芥的配伍及临床应用 — 新加坡·陈蓓琪p90-92
21. 漫谈肺癌 — 新加坡·曾玉珠p93-96



中医药在印尼治疗

普通型新冠肺炎的病例报告

Case Reports of Traditional Chinese Medicine Treatmentw for Common Type COVID-19 in Indonesia

印尼·范悦琳 Yelini Fan Hardi

Nalanda Buddhist Traditional Health College, Dharma
Usada Traditional Health Faculty, Jakarta 13950, Indonesia

【关键词】印尼 新冠肺炎 中医药治疗

摘要

新冠肺炎已传播到世界各地包括印度尼西亚(印尼)。印尼基于现代西医学原则遏制了这种高度传染病，然而中医药发挥了其预防和治疗效果。文章介绍按中医辨证论治治疗当地普通型新冠肺炎非住院患者的病例，取得良好效果。

前言

新冠肺炎(COVID-19)是一种由严重急性呼吸系统综合症冠状病毒2(SARS-CoV-2)引起的传染病，大规模爆发于2019年末首次发生在中国湖北省武汉市。随后，在2020年初迅速扩散至全球多国，逐渐变成全一场球性大瘟疫。截至2021年7月下旬，全球累计报

告确诊新冠肺炎病例逾**1.94**亿例，其中逾**417**万人死亡。^[1]印尼于**2020**年**3**月发现第一个确诊病例，于**7**月下旬确诊病例超过**86**千人，并于**2021**年**1**月首次接受中国疫苗，于**7**月**3**日曾经为全球新冠肺炎发病率最高的国家，全国累计病例已突破**2,567,630**例，于**7**月**20**日突破全球新增死亡数目即为**1,338**例。根据印尼新冠病毒疫情防控工作小组公布的最新资料，截至**2021**年**7**月**27**日，全国累计病例为**3,239,936**例，累计死亡病人数已升至**86,835**例，累计治愈患者为**2,596,820**例，仍在医疗中患者为**556,281**人，已接受两次疫苗为**18,666,343**人。^[2,3,4,5,6]

根据《温疫论》，新冠肺炎当属中医“疫病”范畴，由“天地之疠气”所致，无论老少强弱，触之者即病，且病状相似，并按照一些规律在体内传变。按《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第七版)》和《新型冠状病毒肺炎中医诊疗手册》等中医诊疗部分，新冠肺炎病机为热毒外侵、肺经受邪、正气亏虚，病理性质主要是“湿、热、毒、瘀、虚”。^[7,8,9]病毒从口鼻而入，邪伏膜原，易于出现传变、发展为重症；受袭的不独肺脏，亦可影响消化、神经等各个系统，影响体内气机通调，甚至营卫气的循行，邪毒易伤营血而成瘀，甚至逆传心包出现神志传变，其传变规律符合中医温病学卫气营血的演变规律。

新冠肺炎患者临床表现主要以发热、咳嗽、乏力为主。按《印度尼西亚共和国卫生部长法令编号HK.01.07/MENKES/413/2020关于2019年冠状病毒病(COVID-19)预防和控制指南》诊断分型为无症状型患者没有明显症状；轻型分患者可有或无出现以上症状，兼味觉或嗅觉丧失、咽痛、肌肉痛、不适之消化道症状如恶心呕吐、纳差、腹泻、便秘等；中型患者出现轻度肺炎症状如胸闷、气促；重型患者出现严重肺炎症状如低氧血症；危重型患者可快速进展为急性呼吸窘迫综合征、脓毒性休克、难以纠正的代谢性酸中毒和出血功能障碍

碍以及多器官功能障碍综合征等。^[10,11,12]可见和《新型冠状病毒肺炎中医诊疗手册》诊断如重型和危重型基本相同，无症状型归纳为轻型，轻中型归纳为普通型。

历史上，中医有已被证明可有效对抗传染病流行。尽管其作用机制通常未知且低证据水平，中医概念和方法在突发性突发传染病的管理中值得关注，特别是在没有特效药的情况下有帮助治愈疾病。^[13,14,15,16]在抗击疫情期间新冠肺炎在中国的爆发，中医药治疗新冠肺炎的优势主要是体现在三个方面，有效去除疑似和确诊新冠肺炎患者的症状，又能延缓从轻度和常见的进展到严重和危急，并降低重症患者的全因死亡率危重病人。据中国新闻网报道，**90%**中国新冠肺炎患者使用中医药治疗，据报道有效率超过**80%**并且没有患者病情恶化的情况。^[17]另一个回顾分析对**308**例病例的分析表明，经中医药治疗后，轻、中度新冠肺炎病例均痊愈，无一例转为重症/危重症。^[18]

中医在印尼历史悠久超过**500**年，为人民带来了传统医学服务，成为医疗保健体系的补充，发挥独特优势，造福当地人民。虽然缺乏正规临床报道证据，中医在印尼各领域如内外妇儿做出巨大成果。疫情期间，印尼卫生部规定**15%**确诊病例，指定重型和危重型患者为优先可接受住院治疗，并向无需住院治疗之轻型和普通型患者推荐使用传统医学治疗。^[12]此时，中医药发挥了对新冠肺炎治疗和防御作用。下面以整体观念和辨证论治为基础，使用中医药汤剂治疗普通型新冠肺炎的病例报告。

第一例：

男，**45**岁，**2021**年**5**月就诊，主诉发热，恶心呕吐**3**日。既往，**3**天前患者自觉发热而出现恶心和呕吐清水**1**次，大便不通，立即到附近医院门诊就诊，确诊新冠肺炎阳性后，医生给予抗生素治疗，诉服药后恶心呕吐症状加重，次数增多，仍未排便。患者来我门诊就诊情况有体温**38℃**，怕冷，无汗，嗅觉丧

失，恶心，少许咳嗽气促，黄痰，纳差，大便秘通，舌红苔微黄滑，脉浮滑。中医诊断为外感风热，邪热壅肺，内伤湿滞。故治以辛凉宣泄，清热平喘，化湿和中。方用麻杏甘石汤和藿香正气散加减：炙麻黄3克，桂枝3克，石膏10克，瓜蒌仁5克，杏仁5克，藿香10克，紫苏叶3克，陈皮3克，厚朴6克，大黄3克，白术6克，茯苓6克，生姜6克，大枣3枚，甘草3克。每日1剂，连服3剂后体温正常，咳嗽气喘好转，仍有恶心，其余症状消失。给予藿香正气散加减，藿香10克，紫苏叶3克，法夏3克，陈皮3克，厚朴6克，白术6克，茯苓6克，生姜6克，大枣3枚，甘草3克，炙麻黄3克，杏仁3克。每日1剂，连服3剂后自诉不适症状消失。

第二例：

男，65岁，2021年1月就诊，主诉发热，咳嗽1日。发病1周前，曾经接触新冠肺炎阳性亲朋好友，患者自行隔离。就诊时，患者有体温38℃，咽痒痛，频繁咳嗽，少许白痰，乏力，全身肌肉痛，纳差，舌红苔白，脉浮略数。中医诊断为外感风热犯肺，故治以疏风清热，宣肺止咳。方用止嗽散和银翘散加减：白前10克，荆芥10克，紫菀10克，陈皮3克，百部10克，桔梗3克，金银花10克，连翘10克，防风10克，薄荷3克，甘草2克。服2剂后症状消失。

第三例：

男，10岁，2020年6月就诊，主诉干咳，咽痛1周，已确诊新冠肺炎阳性。既往无发热，无恶风寒，无汗出异常，纳可，二便调，舌尖红苔薄白，脉数。中医诊断为外感风热袭肺，故治以疏风清热，宣肺止咳。方用桑菊饮加减：桑叶5克，菊花5克，牛蒡子5克，连翘5克，板蓝根5克，薄荷3克，桔梗1克，玄参5克，甘草1克。每日1剂，连服5剂后痊愈，复查结果新冠肺炎指标转阴。

第四例：

孕妇，43岁，已孕5个月，2021年5月就诊，主诉发热，咳嗽气促1周。既往发病前，曾经接触因新冠肺炎去世的家属。就诊时，体温37.8℃，乏力，头晕，口苦，咳嗽，咯白痰，气促，恶心，纳眠差，二便调，舌淡红苔白，脉浮弦数。中医诊断为外感风热犯肺兼少阳证，故治以疏风清热止咳，和解少阳。由于患者为孕妇，先用三拗汤和小柴胡汤加减：柴胡3克，黄芩3克，法夏3克，生姜3克，大枣3枚，甘草3克，炙麻黄1.5克，杏仁1.5克，陈皮3克，茯苓3克。每日1剂，服药期间严密观察孕妇和胎儿情况未出现其它不适症状，连服7剂后症状消失。

临床体会

印尼在地理位置属于热带国家，一年两季，即为夏季和雨季，气候潮湿，为温热病高发区。印尼当地人喜冷饮及爱食煎炸辛辣油腻食物，离不开被热邪湿邪所犯。中医治病强调辨证论治，因人而异，对证施策，是真正的个体化治疗，并非拘束于使用某种药方；强调同病异治，异病同治。喻嘉言在《尚论篇》中说：“邪既入急以逐秽为第一义，上焦如雾，升而逐之，兼以解毒；中焦如沤，疏而逐之，兼以解毒；下焦如渌，决而逐之，兼以解毒。营卫既通，乘势追拔，勿使潜滋。”喻嘉言提出瘟疫早期以逐邪解毒为要。四位患者为普通型新冠肺炎，属于温病初期，第一例患者邪在卫气分夹湿，第二三四例患者是风热犯肺，但分别于第二三例患者症状不同、第四例患者兼少阳证，故治疗以辛凉解表为基础加清热解毒，宣肺止咳，化湿和中，和解少阳。

吴又可在《瘟疫论》中说：“大凡客邪贵乎早逐，乘人气血未乱，肌肉未消，津液未耗，病患不至危殆，投剂不至掣肘，愈后亦易平复。欲为万全之策者，不过知邪之所在，早拔去病根为要耳。但要谅人之虚实，度邪之轻重，察病之缓急，揣邪气离膜原之多寡，然后

药不空投，投药无太过不及之弊。”吴又可提出对疫病早期防治，并且根据邪气轻重之分选用处方。第三例为最轻度，症候表现无发热，使用辛凉轻剂；第二例有发热但是症候表现轻，故使用辛凉平剂；第一例为最重，故使用麻杏甘石。此外，药剂量必按患者年龄、体重、是否孕妇状态来定以保证中药处方安全服用，减少药毒性和副作用。

《儒门事亲》云：“夫病之一物，非人身素有之也，或自外而入，或由内而生，皆邪气也。邪气加诸身，速攻之可也”，认为外感邪气而正气未衰之时可尽早驱逐。《素问·四气调神大论篇》云：“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎。”这段“治未病”论述反映出跨越病机阶段的动态防守思想。普通型新冠肺炎患者病情相对轻，正气未虚，虽然本病传遍快但是在此阶段进行干预治疗能预防病邪入营血分，防止病情恶化，让患者早期康复。

综上所述，印尼普通型新冠肺炎治疗选用辛凉解表药为主。结合当地气候及患者征候特提出中药方剂离不开解毒清热祛湿药。基于整体观念，辨证论治，同病异治，治疗效果良好，中药副作用少。提倡防止疾病传变，减少轻症向重症的转化，降低死亡率。

参考文献

- [1] <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- [2] <https://www.covid19.go.id>
- [3] <https://kemkes.go.id>
- [4] <https://www.infeksiemerging.kemkes.go.id>
- [5] <https://s.id/laporhariancovid>
- [6] <https://satudata.kemkes.go.id/>
- [7] 杨道文，李得民，晁恩祥等。关于新型冠状病毒肺炎中医病因病机的思考[J]。中医杂志，2020，61(7):557-560。
- [8] 苗青，丛晓东，王冰等。新型冠状病毒感染的肺炎的中医认识与思考[J]。中医杂志，2020，61(4):286-288。
- [9] 邹璐，喻晓，吴雨沁，等。中医药防治重症新型冠状病毒肺炎的分析和思考[J]。上海中医药大学学报，2020，34(2):11-16。
- [10] Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [J]. Lancet, 2020,395 (10223):497-506
- [11] <https://www.who.int/zh/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

- [12] Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ MENKES/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian CoronaVirus Disease 2019 (COVID-19)
- [13] 邓燕君，刘博文，贺桢翔，等。基于网络药理学和分子对接法探索藿香正气口服液预防新型冠状病毒肺炎(COVID-19)活性化合物研究[J]。中草药，2020，51(5): 1113-22。
- [14] 姚运秀，贺桢翔，刘晓凤，等。基于网络药理学和分子对接技术的抗病毒颗粒治疗新型冠状病毒肺炎(COVID-19)的潜在物质基础研究[J]。中草药，2020，51(6): 1386-96。
- [15] 蒋鹏飞，李书楠，刘培，等。全国各地区新型冠状病毒肺炎中医防治方案分析[J/OL]。中医学报，2020: 1-20 [2020-04-15]。
- [16] G. Chen, W. Su, J. Yang, D. Luo, P. Xia, W. Jia, et al., Chinese herbal medicine reduces mortality in patients with severe and critical Coronavirus disease 2019: a retrospective cohort study, Front Med. 14 (6) (2020) 752-759.
- [17] <http://www.gov.cn/index.htm>
- [18] Fang L, Zhu QG, Cheng W, Zhan C, Fang XM, Guo CY, et al. Retrospective analysis on 308 cases of COVID-19 and clinical application program of Kangyi Qiangshen Gong exercise prescription. Shanghai Journal Traditional Chinese Medicine 2020;5:40e5
- [19] Xuedong An, YueHong Zhang, Liyun Duan, De Jin, Shenghui Zhao, RongRong Zhou, Yingying Duan, Fengmei Lian, Xiaolin Tong. The direct evidence and mechanism of traditional Chinese medicine treatment of COVID-19, Biomedicine & Pharmacotherapy 137 (2021) 111267
- [20] Ren J-l, Zhang A-H, Wang X-J. Traditional Chinese medicine for COVID-19 treatment. Pharmacol Res. 2020;155:e104743. 126.
- [21] Shih-Chang Tsai, Chi-Cheng Lu, Da-Tian Bau, Yu-Jen Chiu, Yu-Ting Yen, Yuan-Man Hsu, Chih-Wei Fu, Sheng-Chu Kuo, Yu-Shiang Lo, Hong-Yi Chiu, Yu-Ning Juan, Fuu-Jen Tsai, Jai-Sing Yang, Approaches towards fighting the COVID-19 pandemic (Review), International Journal of Molecular Medicine 47: 3-22, 2021
- [22] Liqiang Ni, Lili Chen, Xia Huang, Chouping Han, Jianrong Xu, Hong Zhang, Xin Luan, Yongfang Zhao, Jianguang Xu, Weian Yuan, Hongzhuan Chen. Combating COVID-19 with integrated traditional Chinese and Western medicine in China, Acta Pharmaceutica Sinica B 2020;10(7):1149-1162
- [23] 李筱，冯教梓，马文，吕军，徐安定。新型冠状病毒肺炎中医证候学的系统评价和Meta分析[J]。世界中医药，2020,(03)
- [24] Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention[J]. JAMA, 2020, 323(13):1239-1242.
- [25] 王琦，谷晓红，刘清泉。新型冠状病毒肺炎中医诊疗手册。中国中医药出版社。2020年2月第一版
- [26] 林举择，兰小和，王昌俊。基于卫气营血辨证和脏腑辨证相结合治疗新型冠状病毒肺炎验案1则。天津中医药，2020，37(3): 251-254。
- [27] 帅旷，尹雅倩，Harry null，等。印度尼西亚中医药发展现状与分析[J]。国际中医中药杂志，2021,43(4):318-323。

五苓散加味 治疗肾结石医案二则

Two Medical Records of Treating Kidney Stones with Wulinsan

新加坡·李明姝

【关键词】五苓散；肾结石；中医治疗；医案

Keywords : Wulinsan; Kidney Stones; Traditional Chinese Medicine Treatment; Medical Records

摘要:

在新加坡以五苓散加味治疗肾结石，对于实证或虚证，即使不配合针灸或西药，都可以取得令人满意的临床疗效。

Abstract: Satisfying clinical results can be produced when using Wulinsan with different medicine combinations to treat different types of kidney stones in Singapore, even without the assistance of acupuncture or western medicines.

肾结石(Kidney Stones)是尿液中的矿物质结晶(如草酸钙等)或非晶体有机物质(如蛋白质大分子等)，沉积在肾脏里而引起的疾病^[1]。一般认为，小于1厘米的肾结石可以随尿液排出体外，但更大的结石可能会堵住输尿管，造成尿液受阻、小便出血、或引起剧烈腰痛，有时疼痛会延伸到下腹部或腹股沟。留在肾中的结石往往造成患者腰部疼痛，或出现血尿，也容

易引发尿路感染或肾积水等。

西医对肾结石的病因仍未完全阐明，一般认为其形成与食物、饮水、遗传相关^[2]。西医治疗肾结石，主要采用：排石或溶石治疗、调节尿液PH值、体外震波碎石、手术(包括腔镜手术)治疗及抗感染、止血等对症治疗，目前尚无有效的根治性药物，治疗效果并不令人满意^[3,4]。

中医认为肾结石属于“砂淋”“石淋”“血尿”“腰痛”“腹痛”“蓄水证”“水肿”等病的范畴，病机总属本虚标实，主要以脾虚和肾阳不足为本，以湿热蕴结、瘀阻水道为标^[5]。中国有很多医者使用五苓散配合针灸或西药治疗肾结石，取得了良好的疗效^[6,7,8]。五苓散是《伤寒论》名方，具有利水渗湿，通阳化气的功效，现代药理研究证实五苓散具有利尿、降压、调节血糖血脂、保护肾脏等作用，是利水专方^[9]。同时，泽泻还有抗肾结石形成的作用^[10]。

新加坡地处赤道，四面环海，常年高温湿热，加之人民喜食海鲜、肉类、咖喱等滋腻碍胃之品，肾结石病人很多。中医临床上用五苓散加味治疗肾结石，只要辨证正确，用药精当，就能取得较为满意的疗效。笔者从自己的临床医案中选用了两个比较具有代表性的，加以说明。

病案一：

病人基本信息：陈XX，男，1970年11月生，从事饮食业。

主诉：血尿3周

首诊日期：2020年7月18日

既往病史：半年前胃酸倒流史，未进行影像学检查或系统治疗，已自愈。

问诊：肉眼可见血尿，伴尿频、尿痛、尿时断时续、尿分叉3周。自觉身体发热，无腰痛，纳寐可，大便可。平素喜食肉类及咖喱等滋腻之品，工作环境高温、紧张。

望诊：体格健壮，面部发红；舌红，边尖尤其明显，苔腻。

切诊：脉滑数。

影像学检查：自述超声波检查示右肾结石2枚(患者未保存报告)，未做其他检查。

西医诊断及治疗：肾结石，建议体外震波碎石治疗，患者不愿意。

中医诊断：石淋、血淋；

证型：湿热下注、血络受损

辨证分析：患者平素嗜食肥厚滋腻之品，再加上工作环境高温、紧张，酿生湿热，故面红体热，舌红苔腻，脉滑数；湿热蕴久，在肾煎灼津液炼为砂石，阻遏尿道，损伤血络，故出现尿时断时续、尿分叉、血尿；湿热下注膀胱，出现尿频、尿痛。正合《证治准绳》云：“湿热蕴结下焦，尿液受其煎熬，日积月累结为砂石，成为石淋。”《外台秘要》中亦指出“石淋者，淋而出石也。肾客砂石，肾虚为热所乘，热则成淋。其病之状，小便则茎里痛，溺则不能卒出”。患者腰不痛而只有

尿痛，表明砂石已在尿路，唯有尽快排出一法最能救急。

治法：清热利湿，通淋排石。

处方：五苓散加味。

用药：五苓散加重泽泻、茯苓用量(利水渗湿)

金钱草、海金沙(排石通淋)

茵陈、白花蛇舌草、虎杖、车前子、篇蓄(清热利水通淋)

枳实(行气)

陈皮、姜半夏、竹茹(和胃；患者素有胃疾，谨防苦寒药伤胃败胃)

上述药物共奏清热利湿、通淋排石之功。

其中，实验室研究证实，金钱草、海金沙及很多利尿中药能增强输尿管蠕动和尿流量，使输尿管上段的压力明显增强^[1]，有利于结石的排出。因为尿血是结石损伤血络所造成，所以未加入止血药，期待石去血自止。同时，嘱咐患者大量喝水，多吃蔬菜水果，尽量减少食用动物性蛋白质和高盐食物，适当休息，避免劳累。

治疗结果：服药六天后，患者排出结石一枚，长约1.2厘米，宽约0.5厘米，厚度约0.4厘米，颜色深黄，有些地方略为发黑。形状不规则，多角多刃，异常坚硬，刮在玻璃上作响而不碎裂。患者自排出此结石以后，尿频、尿痛、尿血消除，小便通畅，感觉全身轻松。继续按照医嘱生活，至今(2021年8月)肾结石未复发。



图1、2 陈XX于2020年7月25日从尿道中排出的结石

临床体会：五苓散可以通阳，但不属于

温阳剂，这一点，从《伤寒论》原文，五苓散的服法“以白饮和服……多饮暖水，汗出愈……多饮暖水，取其气散营卫”中可见。

《伤寒论》中以“白饮和服”的方药还有四逆散、三物小白散、牡蛎泽泻散、半夏散等方，但服后“多饮暖水”却只有五苓散一方。这是因为五苓散在服后需要暖水与白饮相合，加上桂术的力量，才可很好地温通中焦，出汗宣散水饮，故仲景强调药后靠“多饮暖水”来“取其气散营卫”，这和桂枝汤服后啜热稀粥是同一个道理。五苓散的这个特点，使临床上见有里热象或湿热重的病人，只要配伍更多的清热利湿药，就可以产生良好疗效。从治太阳蓄水证的角度看，五苓散开太阳经气之表，以利太阳膀胱腑之水，也是一种“提壶揭盖法”。

本病案中，患者体壮，故用药量稍大，尽快清除下焦湿热、排石通淋。排石以后，既痿防复，继续保持良好的饮食习惯还是非常重要的。

有趣的是，当我于2021年5月请患者再为结石拍更清晰的图片时，他告诉我由于他保存结石的地方非常干燥阴凉，这颗结石已经化为渣粉，几个月前被他扔掉了。这是不是提示我们，湿热性的结石只要周围环境湿、温度改变，这些结石就可分解呢？这是否证明了中医理论的正确性？体外的结果，在体内是不是也会发生？这又是一个等待有兴趣的科研人员去研究的课题。

病案二：

病人基本信息：洪XX，女，1960年8月生。

主诉：尿痛2个月

首诊日期：2020年7月27日

既往病史：2001年颈椎手术史，植入钢片支撑，常期服用铁剂与钙补充剂；高血压25年，每天服用硝苯地平(Nifedipine)；高血脂3年，每天服用阿托伐他汀(Atorvastatin)

；血糖偏高3年，未用药；中风史5年，右侧偏身发麻痺痛，阴雨天明显。

现病史：患者已服抗生素2周，正在服用强的松(Prednisolone)，但不愿继续服用，希望尽快停药。

问诊：小便快结束时尿道口疼痛明显，伴阴痒，大便难。双侧小腿容易水肿，久坐后明显，活动后可慢慢缓解。口渴不欲饮，平素怕冷，畏风，纳寐可。患者平素多食糙米饭。

望诊：面色苍白，舌淡红，苔白腻。在新加坡30多度的高温下，还需要穿两层长袖衣服，外加一件挡风的连帽外套，拉链全部拉起，穿两层裤子，长袜，运动鞋。

切诊：双小腿轻微水肿，按之轻微凹陷；四肢肤温低。脉弦滑。

影像学及生化检查：



Left kidney shows an apparent hypodensity at the inferior lip of the hilum (2-47) likely artifactual from the streak artefacts of the embolisation coil better seen on coronal view (4-32). No interval deforming renal lesion appreciated. Stable partial staghorn calculus measuring 16 mm (4-33 coronal), is again seen in the left lower calix. There is mild long segment left ureteric wall thickening (4-39) with mild distension, but with no hydronephrosis, likely representing ureteritis.

Right kidney is unremarkable apart from small lower renal cyst (2-51) and a speck of parenchymal calcification at mid upper aspect (2-43). Interval resolution of the previous bladder wall thickening and large intravesical clot. Previous endometrial distension has improved. A simple 14 mm left ovarian cyst noted. No enlarged pelvic or adnexal mass noted.

图3、4 2020年7月21日在新加坡综合医院(Singapore General Hospital)腹部及盆腔CT扫描(CT Abdomen and Pelvis)肾结石影像照片及报告相关内容

主要发现：双肾结石多枚，大者为1.6cm；左输尿管管壁增厚，稍肿胀。

生化检查(2020年7月23日)：详见表一。

表1 洪XX异常生化检验指标对比表(2020年)

项目/检验时间	7月23日	8月6日	9月3日	10月8日	正常值域
血液指标:					
Urea (尿素)	11.8	9.3	9.3	5.3	2.7-6.9 mmol/L
Creatinine (肌酸酐)	163	149	105	106	37-75umol/L
Haemoglobin (血红蛋白)	7.3	8.1	10.0	10.2	12.0-16.0G/DL
RBC Count (红血球计数)	2.39	2.61	3.23	3.28	4.2-5.4 × 10 ¹² /
Haematocrit (血细胞比容)	22.3	24.7	29.8	30.7	36.0-46.0%
尿液指标:					
WBC (白血球)	60	18	10	0	0-6/ul
Epithelial Cell (上皮细胞)	13	5	5	0	0-4/ul

西医诊断: 肾结石、输尿管炎

中医诊断: 石淋, 劳淋

证型: 脾肾阳虚

辨证分析: 患者长年患病, 服用多种西药, 体质已虚, 肺、脾、肾多脏腑阳气不足, 故面色苍白、形寒肢冷、畏风; 气不化津, 津不上承, 故口渴不欲饮; 肾阳虚而膀胱气化不利, 加之长年服用铁剂与钙补充剂, 血液中杂质无法正常排出, 在肾脏久聚为石; 结石阻碍肾主水的功能, 水液下注, 出现下肢水肿; 结石导致局部气滞血瘀, 故出现输尿管增厚; 肾虚则下体易受外邪侵袭, 故出现尿路口疼痛, 阴痒; 肾主二便, 肾虚则大便难排; 舌淡红, 苔白腻主脾虚湿困; 脉弦滑主水饮内停, 邪盛气滞。

中医治疗: 本病证本虚标实, 治宜标本皆治, 攻邪与扶正并进, 但因侧重点不同而分为两个阶段进行:

第一阶段治法: 利水通淋止痛, 兼健脾益气。

所谓“急则治其标”, 第一阶段先解决患者小便时的尿路口疼痛和下肢水肿问题。

方药: 五苓散(利水渗湿, 通阳化气)

土茯苓(解毒除湿)

金银花(清热解毒)

淡竹叶(清热利尿)

陈皮、制半夏(和其脾胃)

人参(补益肺脾之气)

在生活中, 嘱其避免动物性蛋白质, 多吃白米饭, 易消化, 可健脾和胃、益气生津; 多进行适宜的体育锻炼, 如八段锦等。

疗效: 两周后, 患者自觉尿痛减少了90%, 无阴痒; 下肢水肿在坐久了之后会出现一些, 但站立或行走后很快消除; 大便一日1-2次; 自我感觉很好, 外衣可以卷起袖子和敞开了, 袜子也减少一双。一周以来, 她已经自停西药。

第二阶段治法: 健脾和胃, 补肾利水。

方药: 五苓散(利水通阳)

杜仲、人参、黄芪、山药等(健脾温肾)

陈皮、制半夏、神曲等(运脾和胃)

土茯苓、白茅根(清热利湿)

治疗结果: 约两个月后, 患者的尿液检验已无异常, 一周内偶有几次轻微的尿路口疼痛, 自觉无碍; 大便1日1-2次; 下肢无水肿; 同时, 肾功能改善很多, 红血球等指标增长(详见下表), 其中9月14日的尿检发现有草酸钙结晶排出。患者自觉体力变强, 可穿一件长袖衣服、普通长裤、鞋袜就出门, 走路较快, 遂停止肾结石方面的治疗。至今(2021年8月)小便痛及水肿等症未复发, 体质维持。

临床体会：《中藏经》有云：“虚伤真气，邪热渐强，结聚而成砂……”。脾肾为人体正气之本，其运化和气化作用，能够促进体内水液的正常代谢和输布，使湿毒无以蕴结，从根本上杜绝了结石形成的物质基础。肾结石患者中有很多是脾肾虚弱，阳气不足，湿浊瘀结，日久成砂者，对于这样的病证，急则治标，缓则治本，才能稳妥周全。

另外，根据中医“阴成形、阳化气”的理论，结石作为一种实质性病理产物，其本身属性为“阴”，此时若单纯给予清热利湿等苦咸寒凉药物治疗，并不符合中医“以阴治阳，以阳治阴”的治疗理念，而若在利湿清热的基础上加用少许辛热药物，则往往可达到“阳化气”的治疗效果，有助于结石的顺利排出，方媛^[7]和王雪峰^[8]等在这方面用临床实验作出过印证。

本证虽然结石未完全排出，但患者不适的症状却已消除或减轻，且体质增强，若能长期维持，也不失为一种好的疗效。若是能进行下一阶段的治疗，可适当加强活血、溶石化石的力量。治疗中未投入淫阳藿、巴戟天等温肾力较强的药物，是考虑到新加坡长年高温，再逢8、9、10月为阳光集中于赤道的月份，强力温补药要谨慎使用，否则壮火食气，恐会起到反作用。

结论：

肾结石是临床常见病，经典方剂五苓散功可利水渗湿，通阳化气，以五苓散加味治疗肾结石，即使不配合针灸或西药，也可以取得很好的疗效。在以上两例病案中，虽然两证因病机、症候表现大不相同，一证以实为主，一证以虚为主，但运用五苓散加味治疗都能取得令人满意的疗效。

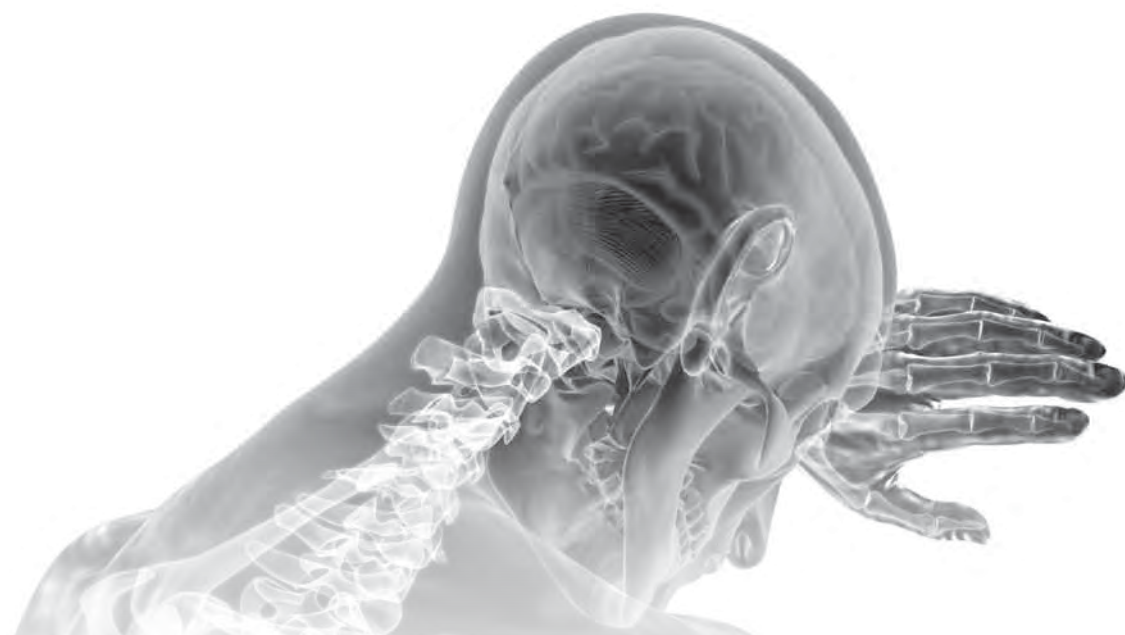
值得注意的是，在这些理论探讨与临证过程中，重点不是证明五苓散是一个“包治百病”的“神方”，而是要证明，面对不同的病证，经过中医“五诊”合参(望闻问切查)、病

证结合、辨证论治、整体治疗，配合不同的药物，就可以让一方经过变化，发挥出如此良好的疗效。

值得临床推广的，不仅仅是五苓散，更关键的是中医思维！

参考文献：

- [1] 周艳. 基于结石成分分析和尿液理化性质检测的护理措施对尿石症患者的效果比较 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(20):98, 101.
- [2] 梁金, 李建明, 陆荣枢, 等. 结石成分分析与饮食干预预防泌尿系结石的临床意义分析 [J]. 中医临床研究, 2018, 10(3):42-44.
- [3] 王刚, 何海宝, 王涛, 等. 泌尿系结石并发代谢综合征与结石复发的关联性分析 [J]. 中国医师杂志, 2018, 20(3):458-460.
- [4] 张屹. 泌尿系结石行微创经皮肾镜碎石取石术(PCNL)后并发症的相关因素探讨 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(9):32-33.
- [5] 赵大鹏, 初贺明, 唐宇, 等. 李延治疗石淋 [J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36(05):887-890.
- [6] 刘志飞. 五苓散联合针刺治疗肾结石的临床效果分析 [J]. 特别健康, 2019 (19):79-80. DOI:10.3969/j.issn.2095-6851.2019.19.106.
- [7] 方媛. 五苓散加味联合西药治疗肾结石疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(06):644-646.
- [8] 王雪峰. 五苓散加味联合西药治疗肾结石疗效观察 [J]. 北方药学, 2018, 15(06):96-97.
- [9] 王玉兰, 龚李萍, 郭超峰. 五苓散实验药理作用及临床应用研究进展 [J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(02):118-120.
- [10] 禹建春, 叶红梅, 林西西. 泽泻的药理研究概况 [J]. 海峡药学, 2011, 23(02):92-93.
- [11] 杨俊锋. 化瘀尿石汤对实验性肾尿酸钙结石形成的影响 [D]. 中国中医科学院, 2007:5-6.



表现为中风先兆的 非外伤性凸面蛛网膜下腔出血 3例中医辨证治疗

中国·王 娟 李祥舒 齐锡友

北京市怀柔区中医医院
北京市怀柔区青春路1号

【关键词】 非外伤性凸面蛛网膜下腔出血 中风先兆 中医治疗

非外伤性脑凸面蛛网膜下腔出血(cSAH)是非动脉瘤性蛛网膜下腔出血(SAH)的一种类型,是指出血通常集中在1个或几个皮质表面的脑沟内,而脑实质、脑基底池、脑侧裂和脑室则无近期出血征象。

2012年以前国外仅有几个单中心病例系列报道,2012年协和医院周立新、倪俊、张遥、

彭斌、崔丽英等^[1],回顾性研究北京协和医院4年余收治的明确诊断的8例cSAH病例,是我国国内首次单中心cSAH病例系列报道,此后我国才有陆续报道。

本文报道我院2017-2019年之间3例以中风先兆为表现的非外伤性凸面蛛网膜下腔出血病例。

病例1:

男性，62岁，因“发作性左侧肢体无力、麻木4天”入院。患者体力劳动时突发左手指麻木，向左上肢放射，继而扩展至左侧颈部、躯干及下肢，上肢重，下肢轻，3分钟缓解，无头晕头痛，无言语不清，无发热，无行为异常，无意识丧失。4天共发作20余次，发作形式刻板，持续时间1~10分钟不等。

既往体健。否认头痛、头晕病史，否认外伤，否认烟酒等不良嗜好。

入院查体：血压120/65mmHg，内科检

查未见异常。神经系统查体未见异常。面色红润，呼吸平稳，形体适中。舌质暗，边有齿痕，舌苔白根部腻，脉弦滑。

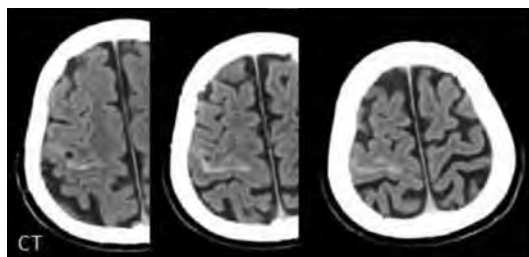
中医诊断：中风先兆，证属风痰内盛，瘀血阻络。

西医诊断：非外伤性凸面蛛网膜下腔出血(右侧中央沟)，病因为右侧大脑中动脉狭窄可能性大。

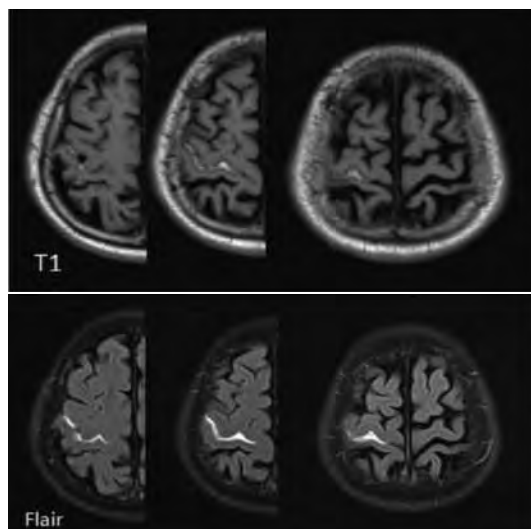
西医治疗：阿托伐他汀钙片40mg QN稳定斑块，拟出血吸收后给予阿司匹林肠溶片抗血小板聚集。

中医治疗：熄风、化痰、健脾，佐以活血止血。天麻15g，钩藤后15g，石决明先20g，清半夏9g，茯苓15g，生白术20g，炒白扁豆30g，炒栀子15g，白芍10g，木瓜20g，蒲黄包10g，三七粉冲4g，水蛭4g，炮山甲4g，水煎服日两次。

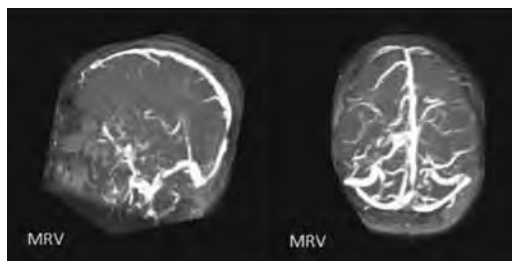
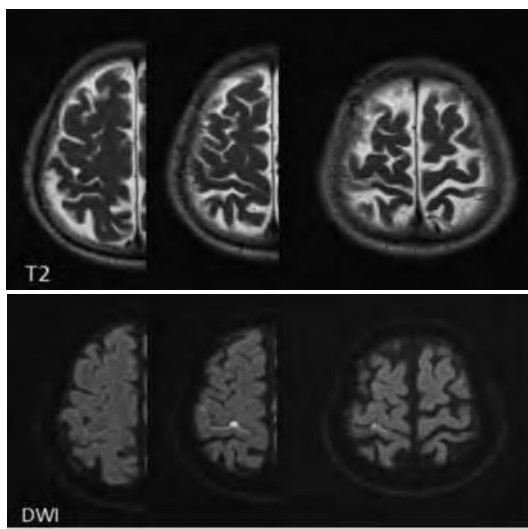
服用7天，症状好转，未再发作左肢麻



头CT提示右侧中央沟出血



头部核磁提示右侧中央沟出血



头部MRV未见异常



CTA提示右侧大脑中动脉重度狭窄

木无力。但觉身乏力，大便仍干。舌质暗，边有齿痕，苔薄白，脉细滑。复查头CT出血大部分吸收。予益气健脾、活血止血：生黄芪50g，党参20g，茯苓20g，生白术20g，地龙10g，川芎15g，桃仁10g，赤芍15g，红花10g，全当归20g，水蛭3g，三七粉冲4g，炮山甲4g，肉苁蓉20g，水煎服日两次。症状一直未发作，诸证皆减，出院。

病例2:

女性，65岁，因“发作性右侧肢体麻木、

无力3天”入院。患者无明显诱因突发右侧肢体麻木、无力，上肢重，3~20分钟缓解，无头晕头痛，无发热，无行为异常，无意识丧失，言语不清和饮水呛咳较前无变化。每天发作2~6次不等，发作形式刻板。

既往有脑梗死病史，遗留右侧肢体活动不利、言语不利、饮水呛咳，有高血压、周围神经病、子宫内肌瘤术后及化疗6次病史。否认外伤史。

入院查体：血压130/70mmHg，内科检查未见异常。

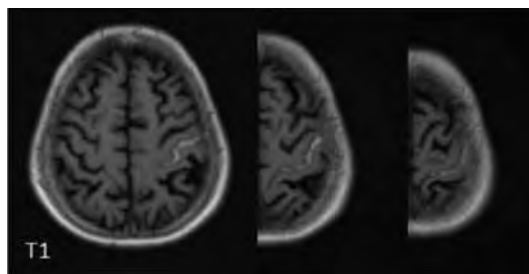
神经系统查体：言语欠流利，右侧肢体腱反射活跃，右侧病理征阳性。面色红润，呼吸平稳，形体适中。舌质暗，苔白，脉弦滑。

中医诊断：中风先兆，证属风痰内盛，瘀血阻络。西医诊断：非外伤性凸面蛛网膜下腔出血(左侧中央沟)，病因为左侧大脑中动脉狭窄可能性大。

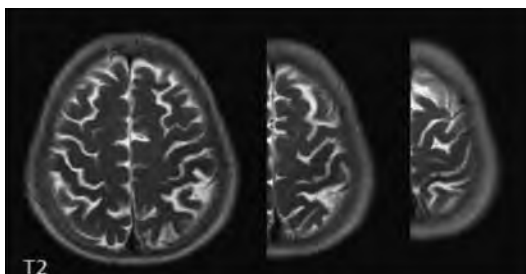


CT

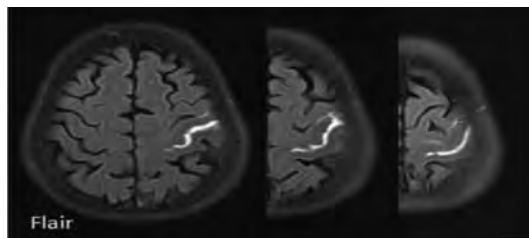
头CT示左侧中央沟出血



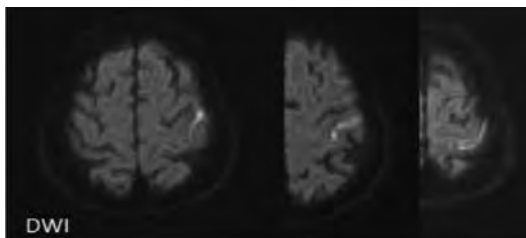
T1



T2

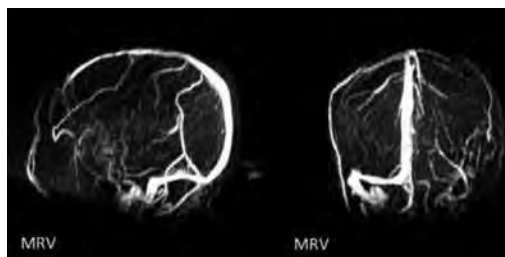


Flair



DWI

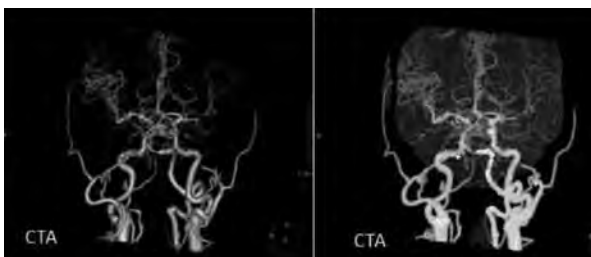
头部核磁示左侧中央沟出血



MRV

MRV

头部MRV未见明显异常



CTA

CTA

头颈CTA示右侧大脑中动脉重度狭窄

西医治疗：阿托伐他汀钙片40mg QN稳定斑块，尼莫地平片60mg Q6H预防血管痉挛，暂停口服阿司匹林肠溶片，待血液吸收后再予口服。

中医治疗：熄风化痰，活血止血通络。天麻钩藤饮加三七、水蛭、当归、红花、蒲黄等活血止血药物，症状未再发作，复查头CT出血逐渐吸收后出院。

病例3:

女性，76岁，因“发作性左侧面部麻木、左上肢麻木无力1天”入院。患者无明显诱因突发左侧面部麻木、左上肢麻木无力，1~5分钟缓解，无头晕头痛，无意识丧失。共发作3

次，症状同前。

既往有冠心病、高血压、胃食管反流病病史。否认外伤史。

入院查体：血压135/65mmHg，内科检查未见明显异常。神经系统查体未见异常。面色少泽，呼吸平稳，形体偏胖。舌质暗红，苔白腻，脉弦滑。

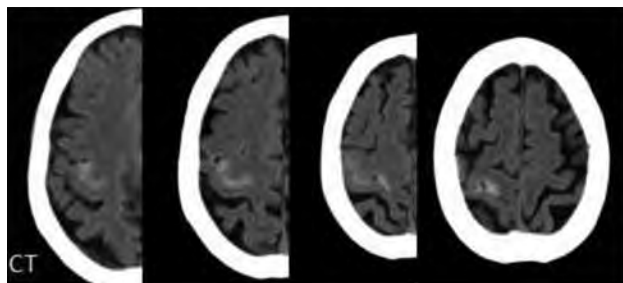
中医诊断：中风先兆，证属痰瘀阻络。西医诊断：非外伤性凸面蛛网膜下腔出血(右侧中央沟)，病因为右侧C5狭窄可能性大。

西医治疗：阿托伐他汀钙片40mg QN稳定斑块，丁苯酞0.2g TID改善循环，尼莫地平片60mg Q6H预防血管痉挛，暂停阿司匹林肠溶片，待血液吸收后再予口服。

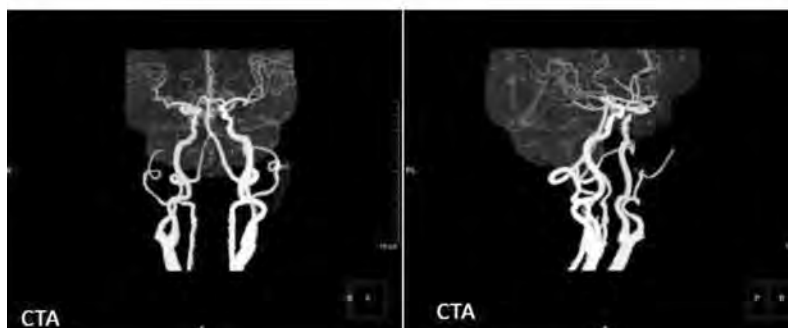
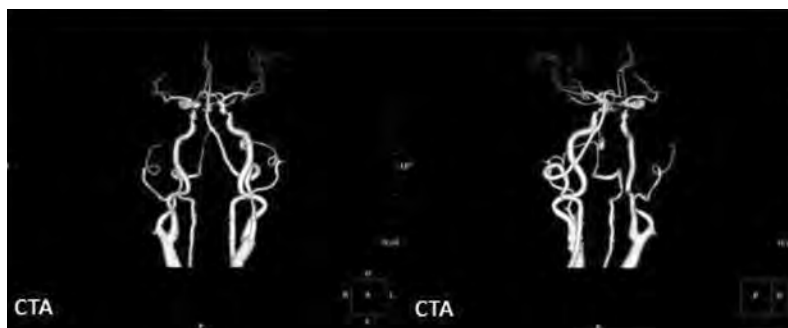
中医治疗：化痰活血通络。化痰通络方加三七、水蛭、穿山甲、当归等活血药物，服药5天，症状未再发作。因患者无法平卧，未能行核磁检查，复查头CT出血逐渐吸收，1个月后加用阿司匹林肠溶片抗血小板聚集。

讨论：目前文献报道cSAH患者的发病年龄较为广泛，17~91岁均可发病，但

以中老年人多见，女性多于男性，临床表现缺乏特异性。60岁以下患者多以头痛起病，但头痛并无明显规律及特异性，很少出现动脉瘤性SAH的突发剧烈头痛。60岁以上患者多以短暂局灶性神经功能障碍症状起病。cSAH的病因多样，常见的有可逆性脑血管收缩综合征、脑淀粉样血管病、颅内静脉系统血栓、动静脉畸形等，少见的原因是脑动脉狭窄或闭塞、脑动脉夹层、血管炎等。Kumar等研究认为，60岁以下的患者，可



头颅CT提示右侧中央沟出血



头颈CTA示双侧颈内动脉终末端重度狭窄

逆性脑血管收缩综合征是cSAH的主要原因，而在老年患者，cSAH通常是由于脑淀粉样血管病引起^[2]。而Nakajima等的研究提示，一半以上的cSAH患者存在脑血管闭塞^[3]。我国王拥军等^[4]报道，对39例有脑血管造影结果的人群，占比最多的为脑动脉狭窄59.0%。

颅内外大血管狭窄或闭塞时，软脑膜动脉代偿性扩张。在血流量增大或压力升高时，那些小的代偿血管因管壁薄弱而破碎或者血管通透性增高^[5,6]。血管影像学提供了诸多证据：首先，cSAH常常出现于分水岭区，其次，通过MRI的FLAIR等序列可以观察到软脑膜上扩张的侧支血管，另外，经颅多普勒检查(TCD)可以观察到动脉搏动指数下降的低阻血流^[7]。

厉海娜^[8]的10年汇集分析报道，非外伤性凸面蛛网膜下腔出血最常见症状依次为TIA、头痛、卒中等。本病的3例均为脑动脉狭窄引起，符合我国最常见原因。症状均表现为中风先兆，是国内外近些年统计的最常见症状。

病名溯源：本病相对于中医的诊断众多，“中风”、“中风先兆”、“头痛”、“眩晕”、“痫病”等均可涉及，其中以中风先兆、头痛多见。中风先兆是与中风病有密切联系的临床症状。对中风先兆证的探讨最早见于《黄帝内经》，《素问·调经论》云“气血未并，五脏安定，肌肉蠕动，命曰微风”。本病的发生进展“如矢石之中的，若暴风之疾速”，其症状又可在短时间内完全缓解。清代张锡纯则将脉象作为诊察重点，认为早期症状除表现在肢体与言语异常之外，还有脉象的异常，“弦硬而长，倍于常人”是中风先兆的重要特征^[9]，本文所见3例患者，脉象均为弦脉，提示中风将至之症。

古代医家论述：中风先兆多以风痰阻络、瘀血阻滞、脑脉不通为主，无血溢脉外者的论述。《素问·病机气宜保命集》云：“中风者，俱有先兆之证，凡人如觉大拇指及次指麻木不仁，或手足不用，或肌肉蠕动者，三年内必有大风之至……宜先服八风散、愈

风汤、天麻丸”，提出了中风先兆的症状和重要性，并予熄风治疗为主。《医学准绳六要》中有记载：“即中风症，必有先兆，中年人但觉大拇指时作麻木，或不仁，或手足少力，或肌肉微掣，三年内必有暴病，急屏除一切膏粱厚味，鹅肉面酒，肥甘生痰动火之物……更远色戒性，清虚静摄，乃得有备无患之妙，肥人更加意慎口绝欲方是。”明确指出了中风先兆的典型表现以及预防措施，建议远离生痰动火的食物，这和目前我们临床的认识不谋而合。叶天士认为中风先兆病机属“肝阴不足，肝风内动”，治以“增液柔肝，封固护阳”。张锡纯首次提出了“气血冲脑”的理论，研究推断中风先兆的病机是肝阳化风，气血上逆冲脑。可见，中风先兆，均与“风”、“痰”息息相关。

现代医家论述：王娟等研究了化痰通络汤治疗中风先兆有效率明显高于对照组^[10]，崔金海^[11]将中风先兆分为4型：肝阳上亢、气虚血瘀、虚风内动、痰浊阻络。魏东^[12]将中风先兆辨证为气虚血瘀型、风痰阻络型、肝肾阴虚型、肝阳上亢型、痰瘀阻络5个分型，重点强调瘀血是形成中风的重要因素，善用丹参、红花等“治血”药物。齐锡友^[13]通过回顾性调查分析研究，认为“内风”为中风先兆的关键要素，辨证分型中风痰内盛、瘀血阻络型所占比例最高。

无论古代医家还是现代学者对于中风先兆的论述，多是从风、火、痰、瘀、虚五大方面入手，尤其风、痰最为常见。但是随着现代技术的发展，出现了西医诊断为脑出血的中风先兆。脑出血貌似与经络不通、脑脉瘀阻悖悖，但是我国古代早有对于离经之血的论述。

治疗离经之血的古今论述：王肯堂在《证治准绳》中指出：“离经之血便为瘀血”。而清代唐容川在《血证论·瘀血》中进一步指出：“离经之血，虽清血鲜血，亦是瘀血。此血在身，不能加于好血，而反阻新血之化机，故凡血证总以去瘀为要”，这些中医理论是破

血逐瘀法治疗脑出血相关疾病的基础。许小泰研究的Meta分析结果显示活血化瘀法,治疗蛛网膜下腔出血有效,且不增加再出血的风险^[14]。高永红等总结近五年活血化瘀药、具有活血作用的方剂、以及活血化瘀的复方注射液治疗脑出血的作用靶点,证实了活血化瘀从各种机制及靶点治疗脑出血的有效性^[15]。李丹等^[16]研究证明急性脑出血应用破血逐瘀药可促进血肿吸收,药理研究水蛭素具有良好的抗凝血作用,并且可以很好地抑制血栓的形成。李克明^[17]采用大鼠局灶性脑缺血模型,研究水蛭微粉对脑缺血再灌注损伤大鼠炎症因子的影响,研究结果提示水蛭微粉可以使炎症因子数量减少,进而促进脑出血的吸收。

从目前国内外文献中,cSAH最常见症状为中风先兆。但是对于西医影像学为出血性疾病的中风先兆,古代受影像学技术限制,没有对中风先兆患者病因病机为血溢脉外的相关论述;而现代中医辨证及治法论述者亦极少。查阅文献,仅有刘华等汇报了4例cSAH患者的中医证候分析,但中医诊断均不同,分别为头痛、中风、眩晕^[18],无中风先兆的诊断。本文的3例患者,西医确定诊断为凸面蛛网膜下腔出血,病因考虑大动脉狭窄,中医诊断均为中风先兆,辨证分型以风、痰为基础,伴有血瘀之证。笔者治疗均在辨证施治基础上,给予活血止血、祛瘀通络等药物,效果甚佳。

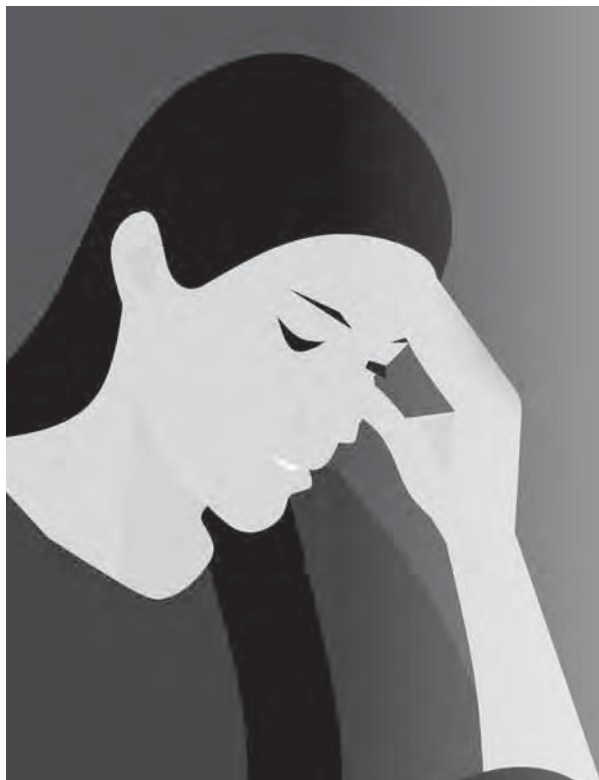
西医对于大动脉狭窄引起的凸面蛛网膜下腔出血并无特效疗法,止血药物应用,有引起脑梗死风险,抗血小板聚集有加重出血风险可能,抗癫痫及预防脑血管痉挛药物均无明确证据。本文中涉及的3例中风先兆患者,西医诊断均为凸面蛛网膜下腔出血。治疗在辨证施治基础上,结合破血逐瘀之法,活血止血,取得了不错的效果。目前西医治疗无确切方案,祖国医学在这方面有进一步扩大研究的价值。

参考文献

[1] 周立新,倪俊,张遥,彭斌,崔丽英.皮层蛛网膜下腔出血临床影像特征及其病因[J].协和医学杂志,2012,3(4)

: 457-461.

- [2] Kumar S Goddeau RP Selim MH, et al. A traumatic convexal subarachnoid hemorrhage: Clinical presentation, imaging patterns, and etiologies[J]. Neurol, 2010, 74: 893-899.
- [3] Nakajima M, Inatomi Y, Yonehara T, et al. Nontraumatic convexal subarachnoid hemorrhage concomitant with acute ischemic stroke[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2014, 23: 1564-1570.
- [4] 杜万良,荆京,王伊龙,王拥军.自发性凸面蛛网膜下腔出血的临床和影像学特点[J].中国卒中杂志,2015,10(7): 580-585.
- [5] Kleinig TJ, Kimber TE, Thompson PD. Convexity subarachnoid haemorrhage associated with bilateral internal carotid artery stenoses[J]. J Neurol, 2009, 256: 669-671.
- [6] Chand ra RV, Leslie-Maz wi TM, Oh D, et al. Extracranial internal carotid artery stenosis as a cause of cortical subarachnoid hemorrhage[J]. Am J Neuroradiol, 2011, 32: E51-E52.
- [7] Gerald es R, Sousa P R, Fonseca A C, et al. Nontraumatic convexity subarachnoid hemorrhage: Different etiologies and outcomes[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2014, 23: e23-e30.
- [8] 厉海娜,曲方.非外伤性皮质凸面蛛网膜下腔出血237例汇集分析[J].中国临床神经科学,2014,22(5): 545-551.
- [9] 陈坤黄,王东.针灸治疗中风先兆证的古今研究进展[J].湖北中医杂志,2018,40(12): 57-59.
- [10] 王娟,齐锡友,谢春荣,董致邦.化痰通络汤联合西药对痰瘀阻络型中风先兆患者血清低密度脂蛋白、超敏C反应蛋白、同型半胱氨酸、尿酸、D-二聚体水平的影响[J].四川中医,2017,35(12): 150-153.
- [11] 张洪品,蒋刚.崔金海主任医师辨治中风先兆经验[J].河北中医,2007,29(11): 968.
- [12] 魏东.辨证治疗中风先兆临床体会[J].中国中医急症,2012,21(5): 786.
- [13] 齐锡友,董致邦,谢春荣.从证型分布特点谈内风与中风先兆证的关系[J].中国中医急症,2012,21(6): 936-937.
- [14] 许小泰.中医活血化瘀法治疗蛛网膜下腔出血系统评价[J].临床医药文献杂志,2017,4(100): 19672-19674.
- [15] 高永红.活血化瘀法治疗脑出血作用机制实验研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(5): 222-226.
- [16] 李丹,李泽宇.疏血通注射液治疗急性脑出血的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(11): 1337-1338.
- [17] 李克明,武继彪,隋在云等.水蛭微粉对脑缺血再灌注损伤大鼠ICAM、VCAM、PDGF的影响[J].中药新药与临床药理,2009,20(2): 136-137.
- [18] 刘华,徐欢.对4例自发性大脑凸面蛛网膜下腔出血患者的中医证候分析[J].当代医药论坛,2018,16(1): 84-86.



耳眩晕 中医综合治疗

新加坡·卓扶蓉

耳眩晕是突然发作，自觉天旋地转，身体向一侧倾倒感觉，站立不稳，并有耳鸣耳聋，或有恶心呕吐等症状。《全生指迷方·眩晕》所言：“头眩之状，谓目眩旋转，不能俛仰，头垂不能举，目不能开，开则不能视物；或身如在车船上，是谓徇蒙招尤，目瞑耳聋”。

《医学津梁·眩晕》言：“眩晕……所见之物，皆颠倒摇动，身如腾云，足如履空，饮食即呕，胸中怏怏，眼花不定。”对于耳眩晕，古人有“无痰不作眩”“无虚不作眩”“上虚则眩”“风火作眩”“血瘀致眩”“心下有支饮，其人苦冒眩”之说。西医学的内耳疾病所引起的眩晕，如梅尼埃病、良性阵发性位置性眩晕、前庭神经炎等均可参考本病进行辨证治疗。

A. 病因病机

1 外邪引犯，上扰清窍

外邪多为风邪，风为六淫之首，其性主

动，轻扬向上，常夹风寒暑湿，易犯清窍，故眩晕而作，如坐舟车、恶心呕吐。隋代巢元方《诸病源候论》载：“风邪入脑，而引目系故也……逢身之虚，则为风邪所伤，入脑则脑转而目系急，目系急故成眩也。”明代虞抟《医学正传》言：“风木太过之岁，亦有因其气化而为外感风邪而眩者。”清代钱俊《经验丹方汇编》载：“故风则有汗、寒则挛痛、暑则烦闷、湿则重滞，此四气乘虚而眩晕也。”禀赋不足也易导致外风侵袭而致眩，如宋代《圣济总录》言：“以气体虚怯，所禀不充，阳气不能上至于脑，风邪易入，与气相鼓，致头晕而眩也。”此外，风火亦可致眩晕，如《素问玄机原病式·五运主病》所言：“所谓风气甚而头目眩运者，由风木旺，必是金衰不能制木，而木复生火，风火皆属阳，多为兼化；阳主乎动，两动相博，则为之旋转。”清代陈修园《医学从众录·眩晕》提出：“盖风非外来之风，指厥阴风木而言，与少阳相火同居，厥阴之逆，则风生火发，故河间以风火立论。”

《素问·至真要大论》载：“厥阴之胜，耳鸣头眩，愤愤欲吐。”此说明“厥阴风木”所主的时节眩晕容易发作或者反复。

2 痰浊中阻，蒙蔽清窍

脾胃位居中枢转津液，使全身津液随脾胃之气的升降而上腾下达。若饮食不当，过食肥甘油腻，损伤脾胃，内生痰湿，或脾虚水液运化失司，聚湿生痰，痰湿中阻，上蒙清窍，发为本病。“因痰致眩”在“金匱要略”中提出：“心下有痰饮，胸胁支满，目眩”“心下有支饮，其人苦冒眩”“吐涎沫而癫眩，此水也。”此为饮停下焦，气化不利，水饮逆动上泛空窍而致眩。清代沈金鳌《杂病源流犀烛》谓：“眩暈者，痰因火动也”，提出痰火亦可致眩。

3 气血瘀滞，闭塞耳窍

宋代杨士瀛《仁斋直指方论》言：“瘀滞不行，皆能眩暈。”明代李中梓《医宗必读》则说：“瘀血停蓄，上冲作逆，亦作眩暈。”若情志过极，肝阳上亢，或肝火上扰，气机失调可致血瘀；或阴虚生热，灼血致瘀，正如《读医随笔》所说：“阴虚必血滞”。阳虚不能温煦，气化失职，无力鼓动血脉运行，导致瘀血内停；痰浊中阻，气机不利，血运受阻，也可导致瘀血停聚。张山雷言：“瘀涎积于经隧则络中之血必滞。”瘀血内停，脉络受阻，三焦气化不利，脾运失健，可致痰浊内生。如唐容川《血证论》所言：“瘀血既久，亦能化为痰水。”痰浊和瘀血并存，上犯耳窍，致使眩晕反复发作。由此可知，气虚血瘀、气滞血瘀或痰瘀互结，均可导致气血不能上达以营养耳窍而发病。

4 肝阳上亢，扰乱清窍

肝为风木之脏，内寄相火，体阴而用阳，主升主动，主疏泄。素体阳盛之人，肝阳偏亢，亢极化火生风，风火上扰清空，发为眩

晕；或长期情志不遂，郁怒伤肝，气郁化火，耗伤肝阴，肝阴不足，肝阳上亢而致病；或肝阴素亏，兼因纵欲伤精，肝失所养，肝阴虚而肝阳上亢导致耳眩晕而作。《素问》载：“诸风掉眩，皆属于肝”“木郁之发……甚则耳鸣眩转，目不识人，善暴僵仆。”《素问·至真要大论》言：“厥阴之胜，耳鸣头眩，愤愤欲吐。”

5 脾肾阳虚，寒水上犯

脾主运化，肾主水液，脾阳虚则土不治水，肾阳虚则气化失职，水液停聚，火衰则阴寒内生，导致寒水互结，上泛空窍，而引发眩晕。如明代秦景明《症因脉治》云：“真阳不足，虚阳上浮，亦令人头目冒眩之症。”《伤寒论》载：“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲僻地。”

6 气血不足，耳窍失养

脾胃为后天之本，气血生化之源，主升清降浊，濡养清窍。若脾胃虚弱或思虑过度或久病耗伤气血，气虚则清阳不升，血虚则清窍失养，出现耳眩晕、耳鸣之症。《灵枢·口问》曰：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。”清代李用粹《证治汇补·上窍门·眩晕》言：“血为气配，气之所丽，以血为荣。凡吐血崩漏产后亡阴，肝家不能收摄营气，使诸血失道妄行，此眩暈生于血虚也。”

7 肾精亏虚，髓海不足

肾藏精，主骨生髓，脑为髓海，若禀赋不足，后天失养，或年老精衰或房劳过度，耗伤肾精，髓海空虚，空窍失养，而发本病。《灵枢·海论》言：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”丹波元坚《杂病广要·眩晕》：“淫欲过度，督与肾脉皆虚，不能纳气归元，使诸厥奔上而眩暈。”

B. 辨证论治

耳眩晕的病机为本虚标实，实为风、火、痰、瘀为患，虚为气、血、阴、阳之虚。虚实之间，可以转化，涉及病变脏腑与肝、脾、肾三脏关系密切。

一、内服中药汤剂治疗

1. 治风

外感风邪，引动内风，上扰清窍，眩晕而作，如坐舟车，恶心呕吐，治宜疏风散邪，清利头目。古医籍多采用解表剂，随证加减，如《圣济总录》载：“治风头晕倒眼旋…枳实汤方：枳实、防风、麻黄、芎、杏仁……入竹沥半合”“治风头眩、眩晕欲倒……防风散方：防风、芎、山芋、人参、白术、远志、独活、桂、茯苓”。四时乘虚而致眩，如《医方类聚·眩晕门》载：“风，脉浮，有汗，强项不仁，《局方》消风散、青州白丸子、济生姜附汤。《本事》川芎散，甚则羚羊角散。寒……不换金正气散加芎、芷、白芍药，甚则姜附汤。暑……黄连香薷散、十味香薷散、消暑丸、济生术附汤、三因黄龙丸。湿……渗湿汤、术附汤、济生芎术散。”

李玉霞治疗^[1]1例耳眩晕反复发作10余年，每因劳累，情绪波动而诱发。曾多次入院治疗，确诊为梅尼埃病。临症出现眩晕，头重如蒙，耳鸣，听力减退，恶心呕吐痰涎，胸闷气短，纳呆，心悸失眠，小便可，大便秘。舌质淡红夹瘀，苔白根腻，脉细滑涩。中医诊断为耳眩晕，属本虚标实之证。本为气血亏虚，标为风痰上扰，瘀阻脉络。自拟清晕汤：天麻、茯苓各30g，石决明30g(先煎20mins)，白术、泽泻、丹参、僵蚕各15g；制半夏、白豆蔻各10g，甘草6g，加厚朴、枳壳各15g，陈皮10g。7剂，水煎服，日1剂，3次温服。治疗期间嘱卧床休息，保持心情舒畅，饮食宜清淡富有营养，忌油腻之品。二诊，眩晕，头

重明显缓解，耳鸣减轻，呕吐止。方中用炒白术15g，加入黄芪30g，当归、白芍各15g，酸枣仁10g。服用7剂，诸症尽除。

2. 治痰

由痰浊为患而导致耳眩晕，治宜燥湿健脾，涤痰止眩。金代李东垣《兰室秘藏》提出半夏白术天麻汤治疗脾胃气虚，痰浊上逆之眩晕，其言“足太阴痰厥头痛，非半夏不能疗。眼黑头眩，风虚内作，非天麻不能除。其苗为定风草，独不为风所动也”。《丹溪心法》认为“头眩，痰，挟气虚并火。治痰为主，挟补药及降火药。无痰则不作眩，痰因火动……痰湿者，多宜二陈汤。火者，加酒芩。挟气虚者，相火也，治痰为先，挟气药降火”，并创丹溪治湿痰方，认为“祛痰须用苍白术”，二术能健脾胃，助运化，又能燥湿土，祛湿邪。其亦强调“大凡治痰用利药过多，致脾气虚则痰易生而多”。此说明泽泻、车前子、猪苓等利水药，不宜过用、久服，否则耗伤肾气，亦可影响脾胃运化。

林书阳等^[2]采用化饮利水法治疗痰浊中阻型梅尼埃病患者。对照组63例，采用银杏达莫注射液及甲磺酸倍他司汀片。治疗组63例，采用五苓散加减治疗。治疗结果显示：对照组有一定的治疗作用，但易复发，治疗组疗效较好，临床未发现毒副反应，愈后不易复发，安全性高，值得临床推广应用。

张新树^[3]治疗1例梅尼埃病，证属痰浊中阻夹风邪型患者，采用芳香化湿，升清降浊法，处予藿香正气散化裁。药用：大腹皮、泽泻各12g，厚朴、法半夏、茯苓各12g，藿香、紫苏、白术、陈皮、白芷、天麻、蔓荆子、石菖蒲各10g，桔梗6g。6剂，水煎服，日1剂，早晚饭后温服，诸症状皆除而愈。

熊大经教授^[4]治疗1例痰浊中阻，蒙蔽清窍型患者。症见头晕，视物旋转，恶心呕吐，伴神疲乏力，倦怠难言，面色无华，眠差，耳内蔽塞感，小便可，大便干结。舌质淡红，苔

厚腻，微黄，脉沉细。治以健脾燥湿，消痰化浊，采用半夏白术汤加減。药用：黄芪、党参各30g，茯苓、天麻各20g，白术、陈皮、瓜蒌15g，法半夏、石菖蒲10g，6剂，水煎服，日1剂，早晚分服。二诊，无恶心呕吐，视物旋转已减轻，仍感头晕。上方去瓜蒌、天麻，加麦芽15g，酸枣仁、麻子仁各10g，药后诸症悉除。

3. 治痰

气血瘀滞而导致耳眩晕，治宜活血祛瘀，通窍除眩。王清任《医林改错》创立通窍活血汤治疗头面四肢、周身血络瘀阻之证。此方一直沿用至今，疗效显著。段文艳^[5]采用化痰利水法，处予当归芍药散加味治疗梅尼埃病，疗效确切。本方能增加循环血量，改变血液流动性，从而改善脑、耳微循环的作用。吕学威等^[6]以活血化痰法，采用加味桃红四物汤治疗眩晕，此方能行气活血，扩张血管，使血黏度降低，抑制血小板聚集，改善血循环乃至微循环，促进组织功能恢复，有利脑部组织的血氧供应。

4. 治肝

肝阳上亢导致耳眩晕，治宜平肝息风，滋阴潜阳。清代俞根初《通俗伤寒论》创立以平肝息风，通窍耳络之羚羊钩藤汤。张锡纯《医学衷中参西录》创立具有镇肝息风，滋阴潜阳之镇肝息风汤，其载“上盛下虚，头目时常眩晕，或脑中时常作疼发热，或目胀耳鸣，或心中烦热。”后世医家胡光慈编写《杂病证治新义》，其中天麻钩藤饮能平肝息风、清热活血、补益肝肾、滋阴潜阳，以达止眩之效。

熊大经教授^[4]治疗1例肝阳上亢，上扰清空型患者。7日前与人发生口角，出现头晕、耳鸣、胸闷等症。治以平肝息风，滋阴潜阳，处予天麻钩藤饮加減。药用钩藤、石决明、黄芩、茯苓、牛膝、夏枯草各20g，天麻15g，柴胡、丹参各10g，6剂，水煎服，日1剂，早

晚分服。二诊，诸症状均减轻，仍有头晕、耳鸣，上方去钩藤、丹参，加白芍30g，石菖蒲15g，药后诸症悉除。

5. 治脾

对于气血不足所导致的耳眩晕，治宜补益气血，健脾止眩。《严氏济生方》载归脾汤治疗气血不足之证。清代陈梦雷《古今图书集成医部全录》根据辨证施治的内容“头目眩运，若右寸关脉浮而无力，脾肺气虚也，用补中益气汤……血虚者，四物汤加参苓白术；气虚者，四君子汤加当归黄芪……脾气虚弱者，补中益气汤。”

刘建华教授^[7]治疗1例耳眩晕反复发作，伴左耳鸣听力下降已3个月，证属脾虚湿困型患者，治宜健脾利水，通络开窍，处予苓桂术甘汤加減。经四诊后，眩晕未发作，左耳听力明显提高。

何伟平教授^[8]治疗1例眩晕、伴左耳鸣反复发作1年余，加重半个月患者。症见：眩晕，呈天旋地转感，精神疲惫，伴恶心呕吐，左耳鸣，呈持续性嗡鸣响，安静时尤甚，口干口苦，喜温饮，手足冰冷，眠纳差，难入睡，睡后易醒，大便溏，夜尿2~3次/天。舌质淡胖，边齿痕，苔白稍腻，脉沉细。西医诊断：梅尼埃病；中医诊断：耳眩晕，证属脾胃阳虚，处予附子理中汤加減治疗。

王爱平^[9]以温阳化饮法，治疗1例脾阳不振，痰饮内停，上蒙清窍型患者。因天气炎热，贪凉饮冷，一周内眩晕频作，伴右耳鸣，听力未明显下降，胸闷，泛泛作恶。苔白腻，脉濡滑。药用：白术、法半夏各20g，茯苓、桂枝、陈皮各15g，炙甘草6g。服用2剂，眩晕消失，诸症悉平。

王爱平^[9]治疗1例证属脾胃虚弱，痰饮内阻型患者。症见：头眩心悸，咽喉不适，恶心，心下痞，全身软弱乏力。舌质淡，苔白腻，脉虚弱。治宜健脾温胃，散饮止呕，处予小半夏汤合茯苓汤加減。药用：党参20g，

茯苓12g,法半夏、生姜各10g。水煎服2个月余,症状基本消失。

张伟宏^[10]等治疗1例气血亏虚型梅尼埃病患者,症见头晕,视物旋转,闭目静卧症减,双耳鸣,堵塞感,听力下降,恶心欲呕,面色苍白无华,纳少,倦怠懒言等症,治以补益气血,健脾安神。药用:黄芪、党参、炙甘草甘温健脾益气;酸枣仁、龙眼肉养血安神;白术、茯苓健脾祛湿;熟地黄、何首乌、白芍补气养血。3剂后诸症状均改善,再进2剂症状消失。

6. 治肾

髓海不足所致耳眩晕,治宜滋阴补肾,填精益髓。《景岳全书》载:“凡精髓内亏,津液枯涸等证,俱速宜壮水之主,以左归丸治之。”清代董西园著《医级宝鉴》以杞菊地黄丸治疗本病。新安医学家程文囿《医述·眩晕》言:“治阴虚者,用归芍六味汤加人参之类,壮水之主,以生精血;治阳虚者,用八味养血汤加人参之类,益水之源,以生元气。”

赵彦秋^[11]治疗1例证属肾阳亏虚,耳失温养,寒水上泛型耳眩晕患者。以温阳利水,散寒止眩法,方用真武汤合苓桂术甘汤加减。药用:茯苓、生龙骨、生牡蛎各30g,制附子、白术、泽泻各15g,吴茱萸、石菖蒲12g,肉桂、白芍9g,甘草6g,生姜3g。6剂,水煎服,日1剂。药后眩晕未作,畏寒怕冷减轻,续服6剂,诸症悉除。嘱服金匱肾气丸1个月,以巩固疗效。

熊大经教授^[12]治疗1例耳眩晕患者,证属肾阴亏损,清窍失养型。治以滋阴补肾,填精益髓,处予杞菊地黄丸和二至丸加减。药用:怀山药、黄芪各30g,熟地黄、山茱萸、枸杞子、茯苓、女贞子、墨旱莲各20g,五味子、牡丹皮10g。6剂,水煎服,日1剂,早晚分服。二诊,诸症状均有改善,守方续服。

二、针灸疗法

古医籍记载,耳眩晕的治疗方法多样,如

《针灸甲乙经·足太阳阳明手少阳脉动发目病第四》载:“目眩无所见,偏头痛,引外眦而急,颌厌主之。”《普济方·针灸门·头旋》载:“治忽头旋(资生经),穴目窗。治头旋耳鸣,穴络却。治头旋脑重,穴大杼。治坐如在船车中,穴中脉。治脑重鼻塞,头目眩疼,穴百会。治头重目眩运,穴陶道”等。

廖逸茹等^[12]采用“泥丸内八阵”治疗前庭周围性眩晕残余症状,主要以百会穴为中心,从百会穴到印堂穴的距离分成三等份,以内1/3为半径画圆,圆圈等分为八份,该八个点即是内八阵穴。此为局部取穴,百会穴可改善脑部气血运行,其具有醒脑开窍之功,而且能调畅情志的作用,促进眩晕恢复。

黎滔等^[13]治疗32例梅尼埃病患者,使用点燃的艾条置于印堂穴的上方,悬灸15~20mins,总有效率达100%。

庞智文^[14]治疗12例梅尼埃病,患者仰卧位针刺百会、四神聪、印堂、太阳、风池、翳风、神门、内关、中脘、气海、足三里、太冲。留针30mins,出针后再俯卧位隔姜灸大椎、背腧穴治疗,5次为1个疗程。结果:有效率达100%。

张荣伟^[15]治疗66例内耳性眩晕患者,采用艾灸百会穴,治愈48例,好转16例,无效2例,总有效率97%。

黄卫玲^[16]采用针灸治疗32例美尼尔氏综合征患者,取双侧风池、合谷、太冲穴,百会、印堂。痰浊上扰者加内关、足三里,灸丰隆、中脘。肝肾阴虚者加太溪、行间,灸肾俞、肝俞。太溪、足三里用补法,其余穴位发作时用泻法,缓解时用平补平泻法。治疗后总有效率达96.87%。

三、针药同治

光爽等^[17]采用平眩汤(半夏、陈皮、茯苓、白术、川芎、防风等药组成)配合针刺百会、风池等穴位治疗痰浊中阻型梅尼埃病,取得满意疗效。

马智教授^[18]分阶段治疗梅尼埃病，急性期以平肝息风、涤痰止眩为则，缓解期以温运脾阳、温化痰饮为则，随辨证中药施治，再配合针刺双侧晕听区、太阳、百会、印堂穴，疗效确切。

陈华德教授^[19]以针药并施治疗1例耳眩晕，反复头晕耳鸣，恶心呕吐十余年，加重2天。症见劳累头晕，天旋地转，不能睁目，双目紧闭，伴耳内胀闷感，恶心呕吐，不能进食，精神欠佳，面色苍白。舌胖有齿痕，苔白腻，脉弦滑。证属气虚痰湿中阻型患者。取穴：百会、双侧(听宫、悬钟、足三里、阴陵泉、丰隆、中渚)留针20分钟，并结合头针及耳针疗法。1周治疗3次，10次为1个疗程。中药以健脾化痰，益气通络为主，药用：灵磁石30g，合欢皮15g，炒白术、茯苓、泽泻、党参、当归各12g，地龙10g，柴胡10g，制半夏、天麻各9g，炙甘草6g。水煎服，日1剂，2次分服。治疗2个疗程而痊愈。

王福海^[20]将90例梅尼埃病分为3组，每组各30例。A组内服中药定眩汤，药用：生龙骨、生牡蛎[打碎，先煎]、茯苓各30g，柴胡、桂枝、白术、黄芩、半夏、当归、川芎、党参各15g，甘草10g，大枣5枚，生姜3片。随症加减。B组施予针刺(风池、百会、头维、翳风、太阳、听宫、悬钟，随证加减)，C组施予定眩汤加针刺治疗。治疗结果显示针药联合疗效优于单独中药疗法和单独针刺疗法。

四、其他疗法

熊德兴等^[21]以推拿手法治疗40例证属痰湿眩晕患者，用一指禅从印堂推至前发际，再从印堂沿眉弓推至太阳；分推额部、眼眶部；抹太阳至率谷；用双手拇指按揉太阳、睛明、攒竹、四白、角孙；用扫散法在头部两侧胆经循行部位从前向后操作；医者立于患者左侧，左手扶头，右手按揉颈项部，重点刺激风池及天柱穴；医者立于患者右侧，拇指按揉百

会穴；按揉中脘、足三里、丰隆。治疗后总有效率达87.50%。

卢少祥^[22]治疗43例对照组采用中药内服(党参、黄芪各15g，当归、白芍、麦冬、桂枝各9g，五味子、炙甘草各6g，麻黄3g，水煎服，每日1剂)。治疗组44例采用中药内服，再以吴茱萸贴敷(取冰片10g[研成细末]，吴茱萸20g，两者均匀混合，再以醋调成糊状)于双侧太阳穴，每日临睡前贴敷1次。7天为1个疗程，共治疗4个疗程。治疗结果显示：治疗组总有效率(93.18%)，高于对照组(72.09%)。

李云霞等^[23]运用耳穴按摩配合中药治疗美尼尔综合征，疗效显著。

陈慕远^[24]将头部围针，取上星、头维、晕听区、玉枕均双侧等穴位，再电针双侧头维、晕听区、玉枕，共治疗60例梅尼埃氏眩晕患者，总治愈率达80.0%。

C. 预防与调护

1. 眩晕发作期间，应缓慢让患者卧床休息，注意防止起立时突然眩晕而跌倒，症状缓解后才下床活动。

2. 眩晕患者恢复后不宜高空作业，避免游泳、乘船及各种旋转的动作和游戏。

3. 平素应注意劳逸有度，进行适当的体育运动，避免突然或强力的头部运动，可减少眩晕发作。

4. 保持房间安静，光线柔和及空气流通。

5. 患者应保持心情舒畅，生活有规律，以减少复发机会。

6. 注意气候变化，适时增减衣物，调整作息时间。

7. 饮食结构合理，五味均衡，饥饱当适宜、寒温适中。

D. 小结

耳眩晕可单耳发病，也可累及双耳，为难治性疾病。其起病突然，来势汹汹，易反复发作，经久难愈，严重影响日常生活与工作。本病的病因病机涉及多方面，中医治疗方法繁多，如采用中药、针灸、针药合用等多种方法，作用相叠加，多数治疗后眩晕可得到缓解，从而提高生活质量，防止病情进展，少数患者可遗留耳鸣及不可逆性的耳聋。

参考文献:

- [1] 李玉霞.自拟清晕汤治疗耳眩晕68例疗效观察[J].云南中医中药杂志, 2017, 38 (1): 45.
- [2] 林书阳, 吴志敏, 胡万华, 等.五苓散加减治疗痰浊中阻型梅尼埃病临床观察[J].新中医, 2018, 50 (12): 169-171.
- [3] 张新树.藿香正气散加减治疗梅尼埃病的临床讨论[J].中国医药指南, 2015, 13 (1): 219.
- [4] 李莉.熊大经教授治疗耳眩晕医案举隅[J].中医学报, 2012, 27 (170): 817-818.
- [5] 段文艳.当归芍药散加味治疗梅尼埃氏综合征58例[J].湖南中医药杂志, 2014, 30 (5): 40-41.
- [6] 吕学威, 郑敬茹.加味桃红四物汤治疗眩晕[J].医学信息, 2011, (9): 4958-4959.
- [7] 朱雅静, 刘建华, 闫占峰, 等.刘建华教授治疗梅尼埃病的辨治思路[J].中国医药导报, 2021, 18 (12): 162-165.
- [8] 傅妙玲, 何伟平.从脾胃论治梅尼埃病经验探析[J].中国医药导报, 2020, 17 (21): 149-152.
- [9] 王爱平.运用仲景方治疗梅尼埃病的经验体会[J].中华中医药学刊, 2015, 33 (10): 2490-2493.
- [10] 张伟宏, 张艳枫, 霍东增.梅尼埃病发作期的中医辨证论治[J].吉林中医, 2009, 29 (7): 571-572.
- [11] 赵彦秋.温阳利水治疗耳眩晕[J].中国中医药报, 2018.
- [12] 廖逸茹, 窦豆, 谢亭亭, 等.针刺“泥丸八阵”治疗前庭周围性眩晕残余症状[J].四川中医, 2017, 35 (07): 198-201.
- [13] 黎滔, 胡志华.艾灸印堂治疗美尼尔氏综合征32例临床观察[J].中国医药科学, 2012, 2 (12): 84.
- [14] 庞智文.针灸治疗梅尼埃病12例[J].湖南中医, 2010, 30 (5): 502-503.
- [15] 张荣伟.艾灸百会治疗内耳性眩晕66例[J].上海针灸杂志, 2010, 29 (12): 812.
- [16] 黄卫玲, 杨运宽, 赵娟妮, 等.针灸治疗梅尼尔氏综合征32例[J].针灸临床杂志, 2009, 25 (11): 15.
- [17] 光爽, 孙海波.平眩汤配合针刺治疗痰浊中阻型梅尼埃病临床研究[J].医药前沿, 2017, 7 (3): 300-301.
- [18] 冷辉, 马智.马智教授分阶段治疗梅尼埃病经验[J].辽宁中医药大学学报, 2015, 17 (9): 60-63.
- [19] 倪芳英, 陈华德.陈华德教授针药并施治疗梅尼埃病经验总结[J].浙江中医药大学学报, 2013, 37 (12): 1437-1438.
- [20] 王福海.中药联合针灸治疗梅尼埃病30例[J].中医研究, 2012, 25 (11): 72-73.
- [21] 熊德兴.推拿疗法治疗痰湿性眩晕症40例[J].中医外治杂志, 2014, 23 (4): 31.
- [22] 卢少祥.用吴茱萸贴敷双太阳穴法治疗眩晕的临床效果观察[J].当代医药丛, 2014, 12 (18): 29-30.
- [23] 李云霞, 孙红丽, 王天松.耳穴按摩配合中药治疗美尼尔综合征疗效观察[J].临床合理用药, 2010, 3 (21): 70.
- [24] 陈慕远.头部围针治疗梅尼埃氏眩晕60例[J].世界针灸杂志, 2009, 19 (4): 41-42.





耳鸣用药及病例分享

新加坡·蔡欣洁

(一) 浅谈耳鸣用药

耳鸣是指患者自觉耳内有鸣响：如蝉声、汽笛声、嗡嗡声、潮声、电视的声音、开水声等等。也就是说，耳鸣指在没有外界声源或电刺激存在的情况下，患者自觉耳内或颅内有一种主观感觉，常伴随听力下降、睡眠障碍、心理障碍等等。甚者无法正常工作。

随着环境变化、生活节奏加快、饮食变化、噪声增多等因素的影响，耳鸣的发病率逐年增加，且逐渐年轻化。

一般耳鸣可分：实证、虚证及虚实夹杂。

实证：肝胆火热，痰火上扰居多。实证耳鸣特点是发病时间不长，每次持续时间短，声音高亢如蝉叫。

虚证：肾气不足、中气下陷、脾胃虚弱、气血不足。耳窍失养也会诱发耳鸣。虚证耳鸣往往是病程较长，每次发作时间长，声音相对

低。当患者过度累耳鸣显。

其快速检测方法：双手按双耳，若是鸣声大，多属于实证；按双耳，若是鸣声细者多属于虚。

《景岳全书》记载：凡暴鸣而声大者多实，渐鸣而声细者多虚。

阅读了一些名医及教授们(如：南京中医药大学中的干祖望教授，河南中医药大学教授李鲤等)，悉知他们常用的单味药物有：石菖蒲、茯苓、当归、半夏、甘草、白术、山药、路路通、熟地黄、葛根、党参等，来治疗耳鸣、耳聋。我们可以运用中医学理论，不难发现，医家治疗耳鸣的思路：多用于调理脾胃，健脾益气，通祛湿利水，补血调血。耳鸣是清窍被闭，用夏枯草、石菖蒲、葛根以清热、升清阳、开窍闭等。

前辈医家也用五味与五脏所入，从五行理论相克关系，来调节身体平衡。如用药茯苓、

甘草味甘、黄芩味苦、柴胡味辛。也是说：辛味发散、甘味缓和、苦味降泄。

五行理论：辛克甘、甘克苦。辛、甘、苦是一个相克关系。

(酸入肝、辛入肺、苦入心、咸入肾、甘入脾。)

有些医家认为耳鸣与肝经有关，用药归肝经为先！如：王新志老中医治疗耳鸣验案中用柴胡疏肝散合磁朱丸加减，治邪入少阳、肝胆枢机不利、痰浊内生上，蒙清窍导致耳鸣的患者，疗效确切。

a) 实证用药

《素问·脉解》云：“所谓耳鸣者，阳气万物盛上而跃，故耳鸣也。”意为阳热在上太过致耳鸣。如南京中医药大学中已故干祖望教授治耳鸣医案，常用夏枯草、菊花、蝉蜕来疏泻肝火，胆南星化痰，来治疗肝火夹痰型耳鸣。

火旺而阴血伤的耳鸣患者，常用柴胡以疏肝郁、白芍、生地黄、当归，补养邪火太旺而耗伤阴血，黄芩、龙胆除其余邪火。

b) 虚实夹杂用药

从肝阳上亢：肝肾阴液不足，致使肝阳上亢。常用药有石斛、枸杞子、天冬补益肝肾，兼清虚火。牡蛎平肝潜阳，山茱萸、酸枣仁收敛固涩。用龙胆草配上黄芩、栀子、泽泻、柴胡、生地、当归、甘草，清泻肝胆湿热。阴阳平衡则虚火消则病愈。

从心肾不交，肾水不足，不能上济心火，致使心火旺，用泻心火、补肾水法。常用药有白术、甘草、半夏健脾祛湿化痰；淡竹叶、白茅根、灯心草以清热利尿，尿液出而泻心火；柏子仁养心安神；生地黄、桑椹、菟丝子、覆盆子补肾阴。生地黄、桑椹补肾水，菟丝子、覆盆子补肾水中之阳，调动肾水上济心阳，心肾相交则虚火除、肾水足。

从外风常夹杂寒、热、湿邪，肺气不利，

外邪来犯，亦可致鸣。常用药有麻黄、杏仁、桔梗、宣降肺气。外邪侵入半表半里，清热解毒有柴胡、黄芩。石菖蒲、路路通等开窍通络。枳壳、槟榔、姜活，收痰涤浊，通窍利关节。

从风痰湿邪《医学入门》：“风痰，外感贼邪。”常用药有荆芥、防风、僵蚕、薄荷、桔梗、陈皮、紫苑、杏仁、竹茹、枇杷叶等。在临床上，可依具体情况随证加减。

c) 虚证用药

1 从脾胃虚弱治耳鸣：

脾胃为气血生化之源，供脏腑组织的正常活动。反之，脾胃虚弱，运化失调，则耳窍得不到气血滋养致耳鸣。

医家们常用太子参、白扁豆、山药、党参、黄芪补脾气；白术、茯苓健脾化湿；虚则补其母，百合安心神，心安则脾健。

在《脾胃论》中，脾胃虚弱的耳鸣，常用补中益气汤治耳鸣，如党参、黄芪、甘草以补气；此外，还用柴胡、陈皮以理气，黄柏以清热，苍术祛湿，升麻以助气上提。

金代医家李东垣，认为脾胃强健则鸣息。现代人思虑多而运动少，故耳鸣因脾虚所致者较多。

2 从肾虚治耳鸣：

肾藏精，精生髓。《灵枢·海论》：“髓海不足则脑转耳鸣。”

用六味地黄丸方加减以滋肾水。肾水需要阳气才能上济耳窍。

从五脏的角度看，肝、心、脾、肺、肾中哪一脏失调都会导致鸣；

从虚实角度看，实则风、火、湿邪易致耳鸣、虚则脾肾亏虚易致耳鸣；虚实夹杂常见肝阳上亢、心肾不交致耳鸣。这些知识与论点，是发展中医治疗耳鸣不容忽视的重要部分。

总结：耳鸣常伴有耳聋，耳聋亦可由耳鸣发展而来。长期耳鸣，严重会影响患者的生活质量，出现脑供血不足、心慌、烦躁、焦虑，甚至有抑郁症。

耳鸣是一种慢性病，也是疑难杂症，治疗难度偏大、治疗时间较长、治疗恢复时间较长等情况，也导致许多患者最终放弃治疗。

预防耳鸣要点：

- 1) 锻炼身体。
- 2) 生活有规律，克服不良习惯，有病及早疗。
- 3) 找出病因，对症治疗。
- 4) 心理治疗也很重要。
- 5) 放松身心。

(二) 临床耳鸣病例分享

中医师临床上，一般通过望、闻、问、切四诊合参，采集患者的症状体征等。根据这些信息辨别疾病的病因、病性、病位等。

病因：肾精亏虚、气滞血瘀、脾胃虚弱、心脾两虚、肝火上亢、痰火郁结、肝肾亏虚、风热上扰、中气不足等。

病性：虚、实或虚实夹杂。

病位：肝、肺、脾、心、胃、肾可说五脏皆有，不可因耳为肾窍而调肾脏！

病例：

曾某，女，38岁，行政人员。2021年4月就诊。

主诉：该诊耳鸣如蝉叫，已经有数月。素体偏瘦弱，怕冷，倦怠乏力，欲静厌动，懒言语怯。目前居家办公，工作压力重，常爱吃零食来减压，兼有颈强感，纳可其量小、休息不佳而发耳鸣，昼夜不止，稍劳则甚，其他一般。月经可量少色淡。

检查：双耳正常，舌质淡，苔薄白，脉细

弱。BP97/68mmHG

诊断：耳鸣。

辨证：心脾两虚，清阳不升，耳失温养。

治则：健脾益气，养心安神。

处方：颗粒剂：归脾汤与生脉散加石菖蒲、远志、葛根、桂枝、黄芩。每天一袋的颗粒剂，服了8袋颗粒剂，耳鸣症状改善。

再守处方继服12袋颗粒剂：归脾汤与生脉散加减，单味药加太子参、合欢皮、陈皮、酸枣仁、木香。嘱患者自己注意生活方式。以善其后。

思路：因思虑过度，劳伤心脾而发耳鸣。故用归脾汤与生脉散做基方来加减治疗，基本方有重振脾气而化生气血，养益心神而复其静谧。

参考前辈医家经验：

《灵枢·口问篇》：“耳者，宗脉之所聚也。故胃中空则宗脉虚，虚则下溜，脉有所竭者，故耳鸣。”

《古今医统》：“忧愁思虑则伤心，心虚血耗必致耳鸣耳聋。”

结语：前南京中医药大学干祖望教授的经验用药：认为辨证施治的方法是“固定安排，灵活应用”。

所谓“固定安排”，是指每个病有常见的证型，每个证型有常规的治疗大法和代表方剂；“灵活应用”是指五官虽有一定的归经属脏。

例如耳为肾窍、舌为心之苗等等。

但在临床证候千变万化，而处方用药，也须因人、因时、因病因证制宜，病位归经属脏的分析也应该灵活。如果死搬教条，墨守成规，往往铸成大错。

从“胃不和则卧不安” 论治 不寐

新加坡·陈静君

中医的不寐也就是一般所谓的失眠，是经常不能正常入眠的病证。主要表现为睡眠时间和深度不足，或彻夜难眠，影响人们正常生活，工作和身体健康。不寐，《内经》称之为“不得卧”，“目不瞑”。认为是邪气客于脏腑，卫气行于阳，不能入阴所致。

“胃不和则卧不安”最早见于《内经》，《素问·逆调论篇》云：“人有逆气不得卧，……是阳明之逆也。……阳明者，胃脉也。胃者，六腑之海，其气亦下行。阳明逆，不得从其道，故不得卧也。”下经曰：“胃不和则卧不安，此之谓也。”此处虽然提出“胃不和则卧不安”的观点，但并未对“胃不和”与“卧不安”的关系进行详细论述。明代李中梓将理论与治疗相结合，从“胃不和”论治失眠，如《医宗必读》记载：“不寐之故大约有五：……一曰胃不和，橘红、甘草、石斛、茯苓、半夏、神曲、山楂之类。”清代唐容川在《血证论·卧寐》提到“不得卧有二证，一是胃病，一是肺病”，认为胃病者常伴有卧不安。后历代医家对“胃不和则卧不安”进行阐述常从脾胃论治失眠。

病因病机：

饮食不节，暴饮暴食，宿食停滞，脾胃受损，酿生痰热，壅遏于中，胃气失和，而不得安寐。

不寐病因甚多，病理变化主要是阳盛阴虚，阴阳失交。暴饮暴食，脾胃损伤。心与胃五行相生，经络相通，如《灵枢·经别》记载：“足阳明之正，……上通于心。”生理病理密切相关，心与胃的病变可相互影响，如《素问·宣明五气篇》曰：“五气所病，心为噫……胃为气逆，为啰。”《景岳全书·不寐》云：“真阴经血不足，阴阳不交，而神有不安其室耳。”阴阳不交导致心神不安，胃心密切相关，进而影响睡眠。失眠亦可影响肝，《素问·五藏生成篇》云：“人卧血归于肝”，失眠则血不得归于肝，肝血不足，失于滋养，疏泄功能减弱，不能助脾胃消化；血液运行需心气推动，失眠日久耗散心气导致心气不足，母病及子，脾胃运化功能减弱；失眠日久易致情志不畅，肝气郁结，横逆犯胃，胃腑失和；失眠日久，思虑过度，内伤心脾，耗伤心血，无以滋养脾胃，脾胃虚弱，运化失常。失眠患者可表现为焦虑、抑郁。失眠加之饮食不节，胃失和降，胃腑受纳腐熟功能减弱，脾之运化功能失常，湿聚、痰生，或化生浊毒，损伤胃膜。如此脏腑互累，互为因果，最终造成“卧不安”，而其病机不外乎“胃不和”。

治疗原则：

治疗应从心神、脾胃入手。治宜养心安

神，健脾和胃。常酸枣仁汤、香砂六君子汤合用。若胃痛较重，食积不下者可加保和丸；脾虚水湿难化可加参苓白术散；大便稀溏次数较多者可加葛根、防风，取其风能胜湿之意。中医认为此类患者多属情志不畅，心神不悦，肝胃不和，治从心、肝、胃着手，颇见成效。如睡后易醒，常在足厥阴肝经循行之时即凌晨一点到三点醒来，随情绪而波动，常反复发作，胃胀，嗳气频繁，胸胁胀痛，烧心，口干口苦，舌质红，舌黄，脉弦滑。治疗宜宁心安神，疏肝和胃。常用柴胡加龙骨牡蛎汤。柴胡加龙骨牡蛎汤出自《伤寒论》，现用于治疗神经症，对于抑郁症亦有确切的疗效。牡蛎还可制酸止痛，对于伴有烧心反酸者尤为适宜，一举两全，效果显著；胸胁胀满不适未减轻者可加八月札、醋青皮、香附等。

若彻夜难寐，伴有目赤耳鸣、大便秘结者可合用左金丸清肝泻火，若身热心烦，辗转反侧不能入睡者可合用栀子豉汤清热除烦。临床常见心烦不寐，入睡困难，心悸多梦，腹部胀满疼痛，口干，手足心热，五心烦热，大便秘结，干如羊屎，舌红少苔，脉细数者。治宜宁心安神，滋肾和胃。常以天王补心丹、二至丸、麦门冬汤加减用之。天王补心丹、二至丸心肾阴同补，滋阴养血，宁心安神，更有滋先天以养后天之意，加之麦门冬汤益胃生津，标本同治，效果显著。女贞子、墨旱莲，药性平和，平补肝肾养阴血而不滋腻，《本经》记载：“主补中，安五脏，养精神，除百病。”茯苓与茯神同用，可增强健脾宁心安神之功。心中烦热较重者可合用百合地黄汤，养阴清心安神。现代药理研究表明，百合地黄汤具有很好的治疗失眠的作用。

病案：

患者，男，55岁。

初诊时间：2021年9月17日

主诉：夜间难眠3个月。患者自述担心家庭职场之事而心情欠佳，影响夜寐，夜寝难安。

初诊症见：夜寐困难，每晚彻夜难眠，心烦，易醒，醒后再难入眠，面色差，无腹胀，无烧心反酸，无恶心呕吐，纳可。大便调。舌红，苔薄白。脉弦。

治则：疏肝解郁，清热安神

处方：丹栀逍遥散，(疏肝解郁，肝脾调和)加沙参麦冬汤(养阴清热)，复方颗粒加合欢花、牡蛎、龙骨、酸枣仁单味颗粒(养心安神)。

服用五日。

第二诊：2021年9月22日

服药5天后，睡眠稍有改善，但仍心烦、寡欢，易醒，醒后再难入眠，纳可，大便烂，每日2-3行。患者平素喜食煎炸油腻，自觉身热，触诊皮肤粘腻有湿气。舌红，苔薄白，脉弦。

治则：疏肝解郁，清热化湿，

处方：丹栀逍遥散，(疏肝解郁，肝脾调和)加平胃合剂(燥湿健脾)，复方颗粒加黄连、黄芩、合欢花、牡蛎、龙骨(清热安神)单味颗粒。

服用五日。

第三诊：2021年9月27日

患者神情轻松，面带笑容，夜寐安。纳可，二便调。

处方：

继续处予第2诊方药，再服五日以巩固疗效。

小结：

患者情志抑郁，沉默寡言，兼素体脾胃欠佳。由于胃不和则卧不安故而影响睡眠，笔者治以平胃合剂以燥湿健脾，行气和胃，丹栀逍遥散以疏肝解郁，健脾和营，兼清郁热，另加黄连、黄芩清热，合欢花配合重镇潜阳的牡蛎，龙骨以安神。患者经过三次诊疗诸症缓解。



浮沉脉科学秘密

新加坡·杨永新医生

1983年新加坡国立大学医学系毕业，1986年新加坡工业医学结业，新加坡医学协会会员，目前在私人诊所行医。由于受过十二年华文基础小学、中学、高中教育，以及对古中医学浓厚兴趣，认为中医和西医皆从相同的人体发展而来，应有基本共同点。经过廿多年研究，终于有些发现，愿与有相同希望者分享。

摘要：浮沉脉是中医基本脉已经最少两千年，虽然现代医学几乎没有提到它，现今是想通过浮沉脉的科学原理，让它成为中医和现代医学交流的平台和共同语言，使现代医学明白浮沉脉是科学的，和具临床实用价值。

这浮沉脉的科学原理，就是一个物体在水中浮沉的原理。只是这物体是会动的动脉，这水是脉周围的组织液、肌肉和脂肪。从方程式(1)到方程式(2)，最后演化至方程式(3)。

$K = \frac{\text{人体重指数}(\text{钠} \times 2 + \text{葡萄糖} + \text{尿素})}{(\text{蛋白质})(\text{血红素})(\text{氧气})(\text{二氧化碳})}$ 方程式(3)

这方程式中有代表人体密度和脂肪的体重指数BMI，有重要的蛋白质，有代表碳水化合物

葡萄糖，有血液中最重要血红素，血中氧气、二氧化碳代表血中许多电离子的钠和代谢物尿素等。这些因素时常影响血的密度。

当方程式(3)的K值<1时，出现浮脉。当K值>1时，出现沉脉。

脉诊是科学的，希望如此使中医能让更多科学家和现代医学者了解，使中医走向世界，让更多人接受中医治疗。

浮沉脉是中医基本脉最少已经两千年，浮脉是将手指轻轻地放在气口的皮肤上就感觉到脉动，这脉就像浮在水上。沉脉则是手指用力往气口下按才感觉到脉动，这脉就像沉在水

中。虽然现代医学几乎没有提到它，如今是想通过浮沉脉的科学原理，让它成为中医和现代医学交流的平台和共同语言。若是现代医学明白它的科学原理和实用价值，相信全世界医生都会乐意应用它。

记得十多年前，有一天清晨，读小学的小女儿跑来说，她生病发烧了，我急忙检查发现居然是沉滑脉，心想小孩才生病那里来的沉脉，病不简单。再过一会大儿子也过来说他生病发烧了，检查发现是沉弦脉，还有皮肤有像紫癜的红疹，立刻想到是骨疼溢血症。那女儿也是发烧和沉脉，应该也是骨疼溢血症。连忙给他们验血和用抗病毒药，很快烧退病就好了。这里可看出脉诊的重要性，小孩多数是浮脉，若是出现沉脉，不论是沉弦还是沉滑脉，就是有问题病重了。病邪入里，早发现和早治疗，病是快好，这也是一次中西医结合治疗。

这浮沉脉的科学原理，就是一个物体在水中浮沉的原理。只是这物体是会动的动脉，这水是脉周围的组织液、肌肉和脂肪。

浮沉定律就是物体的浮力 F 为物体(脉)的体积 V 和其周围的水(组织液，肌肉，脂肪)的密度 $D1$ 的乘积。

一、方程式 (1)

浮力 F = 脉的体积 V $\times$ 组织液，脂肪，肌肉密度 $D1$ (1)

$$F = V \times D1$$

若是物体(脉)的浮力大于物体(脉)的重力，它就是浮脉。

若是物体(脉)的浮力小于物体(脉)的重力，它就是沉脉。

首先计算不同脉的浮力

根据“北京中医学院学报1991年第14卷第6期中的论文”弦，平，细脉的超声脉冲多普勒测定”是徐胜民和秦红两位医师发表的检查结果。

(1) 脉的血流量，平脉是24ml/m，细脉是12ml/m，弦脉是49ml/m。

脉的体积 = 脉的血流量/脉息，脉息 = 72/分m，因此

(2) 脉的体积，平脉是0.33ml，细脉是0.16ml，弦脉是0.68ml。

脉的浮力 = 脉的体积 $\times$ 组织液，肌肉，脂肪密度，组织液，肌肉，脂肪密度大约是人体密度 = 1.09，因此

(3) 脉的浮力，平脉是0.35克，细脉是0.18克，弦脉是0.74克。

脉的重力 = 脉的体积 $\times$ 血的密度，血的密度 = 1.05，因此

(4) 脉的重力，平脉是0.34克，细脉是0.16克，弦脉是0.70克

由此可见，脉的浮力>脉的重力，脉其实浮在组织液，脂肪肌肉中。但是这里无法分辨浮脉或沉脉，因为人体的密度和血的密度是每个人都不同，而且脉病情变化，才出现浮脉或沉脉。

二、方程式 (2)

在同一体积下，决定一个物体脉的浮沉就是该物体脉的密度和组织液脂肪肌肉密度之比，是为方程式(2) 如下：

密度之比 K = 血的密度 (2)

组织液脂肪肌肉密度

$$K = 1.05/1.09$$

$$K = 0.96$$

若是计算病人的密度之比 $K < 1$ ，就出现浮脉。

若是计算病人的密度之比 $K > 1$ ，就出现沉脉。

这方法看起来简单，但要真实计算就困难了。因为首先必须抽动脉的血液，然后放入有冰块盒子里，以保持血中的氧气和二氧化碳含量，再赶急送去实验室用精密的仪器测量血的密度。

另外还要测量手臂的密度或人体密度。人体各种组织如组织液，脂肪，肌肉的密度都不一样，只能大约以手臂的密度或人体密度代

替。要测定手臂的密度可以用准确水测法，先测手臂在空气中的重量，再测手臂在水中的重量，从中计算手臂的密度。在学术研究这是可靠的方法，计算方程式如下：

$$\text{手臂密度} = \text{重力} \times \text{水密度} / \text{浮力}$$

$$\text{手臂密度} = \text{空气重量} / (\text{空气重量} - \text{水中重量})$$

若要测定人体的密度也是用准确水测法，也要测量人体在空气中的重量和人体在水中重量，临床上非常困难，因此无法用水测法测定人体的密度。只好考虑其他间接方法，比如可用电子体重器测量人体的水份和脂肪或是计算人体体重指数BMI。

三、方程式 (3)

为了临床可以应用浮沉脉和方程式计算K值，终于总结出新方程式如下：

$$K = \frac{\text{人体体重指数}(\text{钠} \times 2 + \text{葡萄糖} + \text{尿素})(\text{蛋白质})(\text{血红素})(\text{氧气})(\text{二氧化碳})}{\text{BMI}}$$

$$K = \frac{\text{BMI}(\text{Na} \times 2 + \text{Glucose} + \text{Urea})(\text{Protein})(\text{HB})(\text{SaO}_2)(\text{PCO}_2)}{\text{BMI}}$$

此方程式(3)和方程式(2)相比变化很大，但是原理一样。在此要好好的分析。

四、分析方程式 (3) 中的原素

1、人体的密度和人体体重指数BMI

$$= \text{体重} / \text{体高} \times \text{体高}$$

首先是方程式上方第一个原素人体体重指数BMI，人体体重指数BMI其实是间接的人体脂肪指数。前面提到用水测法测量人体密度或是手臂的密度，临床上是非常困难的，因此考虑其他间接方法，比如可用电子体重器测量人体的水份和脂肪含量%或是计算人体体重指数BMI，因为影响人体密度最大的主要因素是水和脂肪，而两者对人体密度影响相反。当人体脂肪含量减少时，人体密度则增加。但是当人体脂肪含量增加时，人体密度则减少。因此原本人体密度是在方程式下方的分母，换成人体体重指数BMI时，人体体重指数BMI是在方程

式上方的分子数。

测量人体的脂肪含量%可以用现成的电子体重测量器，但是这电子测量的人体脂肪含量%变化幅度太大，影响计算密度之比K值也变化大而不准确而得到错误结果。因此测量人体的脂肪含量%以间接代替人体的密度的方法不够好，若是用人体体重指数BMI代替，效果较好，因为这人体体重指数BMI的变化比人体脂肪含量%百分率变化小和稳定，用人体体重指数BMI间接代替人体密度，效果比较好和准确。

$$\text{人体体重指数BMI} = \text{体重} / \text{体高} \times \text{体高}$$

$$\text{人体体重指数BMI正常值} = 18.5 - 27,$$

$$\text{人体体重指数BMI值} < 18.5, \text{为体重不足},$$

$$\text{人体体重指数BMI值} > 27, \text{为体重过多}.$$

普通情况下，人体水份含量增加，人体密度增加，人体体重指数BMI减少。但是当人体水份含量减少，人体密度则减少，人体体重指数BMI增加。比如女性的体重指数BMI较高，因此女性的人体密度较低，女性脉多沉。反之男性体重指数BMI较少，男性人体密度较大，男性脉多浮。瘦人体重指数BMI少而脉浮，肥人体重指数BMI高而多脉沉。

2、血的密度和血浆的渗透压 Osmolarity

$$= (\text{钠} \times 2 + \text{葡萄糖} + \text{尿素})$$

血是人体重要的体液，主要组成是血球45%和血浆55%。血球中有红血球，白血球和血小板。血球大约含有水份65%、血红素33%、蛋白质1%、葡萄糖1%、电解质和其他。血浆则含有水份92%、蛋白质7%、葡萄糖0.85%、脂肪、电解质和许多其他。

此方程式中有代表人体密度和脂肪的体重指数BMI，有重要的蛋白质，有代表碳水化合物葡萄糖，有血中最重要血红素，血中氧气，二氧化碳，代表血中许多电离子的钠，和代谢物尿素等。这些因素时常影响血的密度，有些因素增加使血的密度也增加和脉沉，如蛋白质、葡萄糖、钠、尿素等，它们被放在方程

式上方为分子数。相反的，有些如血红素、氧气、二氧化碳，它们的增加使血的密度减少和脉浮，因此它们被放在方程式下方为分母数。

人体密度主要受到脂肪和水份变化影响，而从血液的组成可知血球和血浆主要成份是水，因此血的密度受到血中的水份变化影响最大。为了知道血中水份的含量可计算血浆的渗透压，方程式如下：

血浆的渗透压 $Osmolarity = (\text{钠} \times 2 + \text{葡萄糖} + \text{尿素})$

血浆的渗透压 $Osmolarity = (\text{Na} \times 2 + \text{Glucose} + \text{Urea})$

血浆的渗透压的定义是在一公升/Kg的血浆中有多少的溶解物Osm，正常的血浆透压为275—290mOsm/Kg。当血浆的渗透压增加>290mOsm/Kg时，身体会开始感觉缺水，会口渴和产生抗利尿荷尔蒙，肾会浓缩尿液，减少排尿，同时微循环的组织液中水份会渗透入微细管以减少血浆的渗透压。相反的情况，当血浆透压<275mOsm/Kg时，身体会开始感觉水份太多，不口渴和减少抗利尿荷尔蒙，尿会变淡和增加排尿。

在实验室可以用渗透压法测出真正的血浆的渗透压，它和方程式计算法的血浆渗透压会有一些不同。在这里用算法已经足够，因为方程式里有代表电解质的钠离子，有代表碳水化合物的葡萄糖，有代表代谢产物和肾功能的尿素，而血浆渗透压方程式本身就代表血中有多少水份。血浆渗透压增加时，人体水份减少。血浆渗透压减少时，人体水份过多。因此血浆的渗透压计算法本身就是奇妙的组合，它代表人体水份的含量，是计算血的密度中一个非常重要的组合。

血浆中有许多电离子，最多的是钠离子140mmol/L，它大约是所有其他电离子的总和，如氯离子103mmol/L、钾离子4.5mmol/L、钙离子2.3mmol/L、磷离子1.0mmol/L和重碳酸离子28mmol/L等。因此用(钠离子 $\times 2$)大约是所有电离子的总浓度，这就是其中一个

奇妙的原因。钠离子和血中的水份含量多少息息相关，当钠离子增加时，人体多数水份不足而脉沉。当钠离子减少时，人体多数血中水份太多而脉浮。

葡萄糖也是个重要的渗透原，当糖尿病者血糖开始升高>10mmol/L时，血浆渗透压升高(140 $\times 2$ +10+5=295mOsmol/Kg)，血的密度也升高，组织液中水份进入血中，使血和脉的体积增大，形成虚大脉。当糖尿病严重进入三消发作，血糖非常高>20mmol/L时，身体排出大量尿液，血浆渗透压更高(140 $\times 2$ + 20 + 5 = 305mOsmol/Kg)，身体也进入严重缺水状况，使脉变更沉和细小的细数脉，病人会头晕乏力，进入气阴两虚的状态。

尿素是另一个渗透原，它是蛋白质的代谢产物，正常尿素值是2.5—6.6mmol/L。当缺水、肾病、消化道出血等状况时，尿素都升高，血浆渗透压升高，血的密度也升高而形成沉脉，这些都是里病。

3、血中蛋白质

在血浆渗透压之后另一个原素是蛋白质，大约有6--8克/100毫升，其中有白蛋白4.5克/100毫升和球蛋白3.0克/100毫升。蛋白质在血中含量很稳定，蛋白质形成的渗透压也很稳定，它很少有变化。但若是蛋白质有减少而形成浮脉，或是蛋白质增加时形成沉脉，大多数是重病。

4、血红素HB和血的密度

血中最重要的是红血球中的血红素，因为它能与氧气结合，然后供给身体需要的氧气，正常男性血红素13.5—18克/100毫升，正常女性血红素11.5—16克/100毫升。

而最为特别的就是血红素，大家一定认为血红素减少时，血的密度也减少和脉浮。但是临床时贫血的病人都出现沉脉，这临床表现和想像的密度的不同，是因为血红素带有氧气而影响血的密度。当血红素多和所带氧气多时，

使血密度变小，浮力增加，出现浮脉。而血红素少和所带氧气少时，使血密度变大，因此贫血的病人常出现沉细弱脉。这是我的推理，真实情况必须抽不同病人的动脉血和血红素研究以证明。因此血红素被放在方程式(3)下方为其中一个分母数。

5、氧气和血的密度

脉诊中的感觉的脉搏都是在动脉，因此必须是研究动脉血中的氧气和二氧化碳。每100毫升动脉血中有氧气19.8毫升，其中19.5毫升的氧气由血红素携带，另0.3毫升氧气溶解在血浆，血氧浓度为97%—99%，而血氧的分压为100mmHg。在方程式(3)中的氧气以血氧器测量的血氧浓度为准，因为血氧器能很容易的测到血氧浓度，而它的变化较小和稳定，又不用抽动脉血。若是用血氧分压要很辛苦的抽动脉血，而氧气-血红蛋白S形解离曲线变化大，会严重影响方程式的计算结果。这氧气-血红蛋白S形解离曲线常受到五大因素影响，这五大因素是体温升高，运动，血的酸性升高，血中二氧化碳浓度升高和2, 3二磷酸甘油酸酯，它们使S形解离曲线向右移动，让血红素释放更多氧气。

而每100毫升静脉血中有氧气15毫升，所以人体大约在100毫升血中消耗了 $19.8 - 15 = 4.8$ 毫升的氧气。因此静脉血中氧气少了25%，不能用以测量氧气浓度和计算方程式(3)的K值。

6、二氧化碳与血的密度

另一个重要的血中气体是二氧化碳，它比氧气20倍更易溶于水和血浆。在每100毫升动脉血中有二氧化碳49毫升，其中46.4毫升的二氧化碳大部份化为碳酸氢盐 HCO_3^- 和碳酸胺化合物carbamino compounds，另2.62毫升二氧化碳溶解在血浆。血中二氧化碳气体分压 $\text{PCO}_2 = 35 - 45\text{mmHg}$ 之间，若是血中二氧化碳气体分压 $\text{PCO}_2 > 45\text{mmHg}$ ，人体开始呼吸性酸中毒，如慢性支气管病者，

多为虚大脉。若是血中二氧化碳气体分压 $\text{PCO}_2 < 35\text{mmHg}$ ，人体开始呼吸性碱中毒，多为沉细脉。要测量血中二氧化碳浓度又只能抽取动脉血，困难又不方便，因此只要病人的呼吸不快不慢，大约呼吸15—20次/分，方程式(3)就用二氧化碳气体分压 $\text{PCO}_2 = 40\text{mmHg}$ 来计算。

在静脉血中，每100毫升静脉血中有二氧化碳52.68毫升，多了 $52.68 - 49 = 3.68$ 毫升二氧化碳。

另外溶解在水中的气体会使水表面的密度减少，这是有实验证明。有学者用汽水(重水)做实验，发现溶解了气体后，汽水的表面密度减少。因此可知有二氧化碳和氧气溶解在其中的血浆，血浆密度减少和体积也可能增加一些。如越多二氧化碳溶解在血浆中，血浆密度则减少而其体积有增加，因此抽烟者和慢性支气管炎证的病人，其血中二氧化碳比普通人多，其多有虚大脉。反之，血中氧气和二氧化碳减少，血的密度增加和体积减少，而形成沉细脉。

五、开始计算方程式 (3)

1、普通健康人的K值

首先设定普通健康人体各原素的标准值：

人体体重指数 = 25，

钠 $\text{Na} = 140\text{mmol/L}$ ，

葡萄糖Glucose = 5.5mmol/L

尿素Urea = 4.5mmol/L

蛋白质Protein = 白蛋白4.5 + 球蛋白3.0
= 7.5 克/100毫升

血红素(男性) HB = 15克/100毫升

血红素(女性) HB = 13克/100毫升

血氧浓度 $\text{SaO}_2 = 98\%$

二氧化碳分压 = 40 mmHg

方程式 (3)

$$K = \frac{\text{人体体重指数}(\text{钠} \times 2 + \text{葡萄糖} + \text{尿素})(\text{蛋白质量})(3)}{(\text{血红素})(\text{氧气})(\text{二氧化碳})}$$

$$K = \text{BMI}(\text{Na} \times 2 + \text{Urea} + \text{Glucose})(\text{Protein})$$

(HB) (SaO₂) (PCO₂)

$$K = \frac{25 (140 \times 2 + 5.5 + 4.5) (7.5)}{15 \times 98 \times 40}$$

$$K = 0.925$$

若用方程式 (2)

血的密度 = 1.05

组织液脂肪肌肉密度 = 人体密度 = 1.09

密度之比K = 血的密度 (2)

组织液脂肪肌肉密度

$$K = 1.05/1.09$$

$$K = 0.96$$

方程式 (2) K=0.96, 方程式(3) K = 0.925,

由计算结果, 两个K值相似, 因此方程式 (3) 基本可靠。而且两K值都 < 1, 可知普通健康人大多是有微浮脉。

若是计算病人的密度之比K < 1, 就出现浮脉。

若是计算病人的密度之比K > 1, 就出现沉脉。

2、健康瘦者的K值

瘦者人体体重指数 < 18.5

$$K = \frac{BMI (Na \times 2 + Urea + Glucose) (Protein)}{(HB) (SaO_2) (PCO_2)}$$

$$K = 18.5 (140 \times 2 + 5.5 + 4.5) (7.5)$$

$$15 \times 98 \times 40$$

$$K = 0.68$$

K值0.68<1, 因此可知瘦者, 大多数是浮脉。

3、健康女性的K值

血红素(女性) HB = 13克/100毫升

$$K = \frac{BMI (Na \times 2 + Urea + Glucose) (Protein)}{(HB) (SaO_2) (PCO_2)}$$

$$K = 25 (140 \times 2 + 5.5 + 4.5) (7.5)$$

$$13 \times 98 \times 40$$

$$K = 1.06$$

K值1.06>1, 因此可知健康女性有微沉脉。

4、健康超重者的K值

超重者人体体重指数 > 28

$$K = \frac{BMI (Na \times 2 + Urea + Glucose) (Protein)}{(HB) (SaO_2) (PCO_2)}$$

$$K = 28 (140 \times 2 + 5.5 + 4.5) (7.5)$$

$$15 \times 98 \times 40$$

$$K = 1.035$$

K值1.035>1, 因此可知健康超重者BMI>28时, 就开始有沉脉。

5、贫血者的K值

贫血者的血红素HB < 13 克/100毫升

$$K = \frac{BMI (Na \times 2 + Urea + Glucose) (Protein)}{(HB) (SaO_2) (PCO_2)}$$

$$K = 25 (140 \times 2 + 5.5 + 4.5) (7.5)$$

$$13 \times 98 \times 40$$

$$K = 1.06$$

K值1.06>1, 因此可知贫血者, 表现是沉细脉。

6、外感者的K值

外感病者初病时多数因发热出汗而开始身体流失水和钠离子, 但在抗利尿激素强大的作用下, 血管中水份没减少, 反而是钠离子被稀释减少。现设定钠离子浓度=136mmol/L,

$$K = \frac{BMI (Na \times 2 + Urea + Glucose) (Protein)}{(HB) (SaO_2) (PCO_2)}$$

$$K = 25 (136 \times 2 + 5.5 + 4.5) (7.5)$$

$$15 \times 98 \times 40$$

$$K = 0.899$$

K值 0.899<1, 因此外感病者, 初病表现是浮脉, 浮洪脉、浮数脉。

若是外感病者长期不愈而成重病, 其时血也严重缺水, 血中钠离子浓度反相对增加, 尿素增加, 血渗透压增加, 脉的体积变小, 最后成沉细脉。

7、慢性支气管炎者的K值

血氧浓度<96%，二气化痰分压>45 mmHg

$$K = \frac{BMI (Na \times 2 + Urea + Glucose) (Protein)}{(HB) (SaO_2) (PCO_2)}$$

$$K = \frac{25 (140 \times 2 + 5.5 + 4.5) (7.5)}{15 \times 96 \times 45}$$

$$K = 0.839$$

K值 0.839<1，因此慢性支气管炎者，表现是浮脉，浮虚脉。

从以上几个例子可以更了解不同的人 and 病者，可知浮脉和沉脉的原因，为何浮脉是表证，沉脉是里证。但方程式(3)的准确率大约为70%，因为血中还有许多原素如酸碱度等需要考滤。

8、肾病者的K值

肾病者尿素升高，设尿素>10mmol/L，和贫血设血红素Hb <13克/100毫升，

$$K = \frac{BMI (Na \times 2 + Urea + Glucose) (Protein)}{(HB) (SaO_2) (PCO_2)}$$

$$K = \frac{25 (140 \times 2 + 5.5 + 10) (7.5)}{13 \times 98 \times 40}$$

$$K = 1.08$$

K值1.08>1，因此可知肾病者，大多数是沉脉，沉大脉。

结论

浮沉脉的科学原理是非常重要的

1、首先它证明脉诊是科学的，简单的浮沉脉就已经有如此多的学问，当大家一起加入研究，加入更多原素更完善这个方程式(3)时，它将更精彩。

2、脉诊是科学的，那它将是第一个可以和现代医学在同一个平台交流，由此将引出更多的中医科学原理，如能量和脉息定律方程式

$$VO_2 = HR \times SV \times (A-V)/100$$

摄氧量 = 脉息 X 心搏出量 X (动脉氧——静脉氧)/100

还有脉学总能量定律方程式

$$W = BP \times Q + (1/2) P \times Q \times V_2$$

心搏能量 = 血压X血流量 + (1/2) 血密度 X 血流量X血流速

如此使中医能让更多科学家和现代医学者了解，使中医走向世界，让更多人解受中医治疗。

3、脉诊是科学的，它使中医走向世界，为未来医学发展做出贡献，是未来医学中重要的支柱。

参考文献

- [1] 王叔和《脉经》
- [2] 徐胜民和秦红《北京中医学院学报》1991年第14卷第6期中的论文《弦、平、细脉的超声脉冲多普勒测定》
- [3] William F. Ganong.《Review of Medical Physiology》
- [4] Dhaval A. Doshi, Erik B. Watkins, Jacob N. Israelachvili, and Jaroslaw Majewski.《Reduced water density at hydrophobic surfaces: Effect of dissolved gases》

中医药在化疗诱导 周围神经病变(CIPN) 治疗中的应用

The Relevance of TCM in the Management of
Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy(CIPN)

新加坡·邓凯文

缩写词 [abbreviations]

ALA – Alpha-lipoic acid

ALC – Acetyl-L-carnitine

ATP – Adenosine Triphosphate

ASCO – American Society of Clinical Oncology

BAK – Baclofen, Amitriptyline, and Ketamine

DRG – Dorsal Root Ganglia

DTR – Deep Tendon Reflexes

ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group

FACT-GOG-NTX – Functional Assessment of
Cancer Therapy/Gynecologic Oncology Group -
Neurotoxicity

FNE – Free Nerve Ending

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IENF – Intraepidermal Nerve Fiber

mPTP – mitochondrial Permeability Transition Pore

MRC – Medical Research Council (UK)

NCAP – Nerve Compound Action Potential

NCI-CTC – National Cancer Institute - Common
Toxicity Criteria

NF- κ B – Nuclear factor kappa B

ROS – Reactive Oxygen Species

SGC – Satellite Glial Cells

SNCV – Sensory Nerve Conduction Velocity

SSNRI – Selective Serotonin - Norepinephrine
Reuptake Inhibitor

TCM – Traditional Chinese Medicine

TRP – Transient Receptor Potential

VDAC – Voltage-Dependent Anion Channel

感觉神经与疼痛的概述^[1,2]

疼痛是一种有助于防止持续创伤的感觉，
并在愈合过程中保护受伤区域免再次受伤害。
疼痛是一种动态现象。从外周到大脑，伤害性

(nociceptive)信号将在中枢神经系统的各个层面进行调制和整合。

触摸和疼痛的信息通过初级传入轴突传递到脊髓和大脑,这些轴突是连接到皮肤、肌肉和内脏器官中不同类型受体的神经纤维。传导疼痛的伤害性神经纤维在结构上与感觉纤维不同。触觉纤维末端有特殊结构(如Pacinian小体和Messner小体),而伤害性纤维则只有游离神经末梢(FNE)。神经末梢包含感知和检测损伤的瞬时受体电位(TRP)通道。这些游离神经末梢形成密集的神经网络,其多个分支被视为伤害感受器或疼痛感觉受体(nociceptors),而在刺激强度足以威胁身体完整性时才会做出反应。

这些纤维其直径和周围髓鞘的厚度差别很大。这两种特性都会影响轴突传导神经冲动的速度,即纤维直径越大,髓鞘越厚,纤维传导神经冲动的速度越快。以这两个特征,按大小顺序排列不同的神经纤维,可区分感觉纤维为A- α 、A- β 、A- γ 、A- δ 和C-神经纤维。A组神经纤维与髓鞘绝缘(myelin insulated),B组神经纤维与髓鞘中度绝缘(moderately myelinated),C神经纤维无髓鞘(unmyelinated);其中唯有A- δ 纤维和C纤维是伤害性神经纤维。据估计,C纤维约占所有伤害性纤维的70%。

功能上,A- α 神经纤维传导与本体感觉(肌肉感觉)相关的信息;A- β 神经纤维传导与触觉相关的信息;A- γ 纤维将信息传递给肌梭;A- δ 神经纤维传导与疼痛和温度相关的信息以及C神经纤维传导与疼痛、温度和瘙痒相关的信息。

由于A- δ 和C传导神经冲动的速度有差异,它们的信息不会同时到达大脑。这种时滞(time lag)直接解释了受伤时的两种痛感,首先会感到剧烈的特定疼痛,但A- δ 纤维传导的“快速疼痛”消失相当快,随后会出现更弥漫的隐痛,而是来自C纤维传递的“缓慢和持续性疼痛”。

不同类型感觉纤维的激活阈值(activation

threshold)也不同。换句话说,一些纤维需要更强烈的刺激才能开始产生神经冲动。短暂、可忍受、高度局部化的疼痛感是由在A- δ 纤维中产生神经冲动的较低强度刺激所引起的。然而,增加相同刺激的强度会激活C纤维,而传递代表强烈、弥漫性疼痛的信号。

由A- δ 纤维和C-纤维组成的上行伤害感觉通路是一个典型的通道,它促使大脑对疼痛感觉的定位。但这些通道并不完美,也并不是完整无误地将疼痛信号从身体外围传送到大脑。在这方面,伤害感受器可被高度激活,但个人不会感到疼痛,例如伤兵在行动中感觉不到疼痛。又如安慰剂效应,尽管不含任何活性成分药物也可缓解疼痛。这种下行疼痛控制通路的操作,其中从神经系统中枢结构下行的神经通路调节从身体到大脑的上行通路的疼痛信号;这些下行的疼痛控制机制有时可以完全消除某些形式的疼痛。

因此,疼痛代表了并存和双向的上行和下降神经影响的净效应。这是痛觉门控制理论(gate-control theory of pain)的前提,而痛觉门存在于上行痛觉通路的主要中继点。调节闸门的口径可调节伤害性冲动,疼痛也可通过增强下行通路的作用进一步减轻或抑制。这些生物闸门或过滤器的控制位于脊髓、延髓、中脑和前额叶皮质。

这种节段性疼痛缓解机制是中医针灸有效刺激穴位而产生稳定的非伤害性疼痛冲动的前提。A- β 神经纤维将非伤害性疼痛冲动传输至胶状质(substantia gelatinosa),胶状质是位于脊髓后角的神经细胞集合,它覆盖或短路来自A- δ 和C纤维的任何疼痛冲动,并导致闸门关闭^[50]。

CIPN的临床表现

周围神经病变是指大脑和脊髓以外的神经损伤。化疗诱导的周围神经病变(CIPN)是与多种广泛使用化疗药物相关的常见副作用。CIPN主要是感觉神经病变,可引发剧

痛,也可伴有不同强度和持续性的运动和自主神经病变。CIPN的发生率与严重性以病人情况而不一,单药治疗导致严重的神经病变可达3-7%,但在多种药物联合治疗时可提升至38%,因此限制了化疗的潜力^[3]。

已知引起CIPN的药物包括铂类似物 platinum analogues (cisplatin, oxaliplatin, carboplatin)、抗管蛋白 anti-tubulins (vinca alkaloids, taxanes, eribulin)、蛋白酶体抑制剂 proteasome inhibitors (bortezomib)、免疫调节剂 immunomodulatory agents (thalidomide, lenalidomide, pomalidomide) 和一些较新的生物制剂 biologics (alemtuzumab, ipilimumab, brentuximab)^[4]。这些药物对感觉神经产生直接与间接作用,以降低患者的神经冲动/动作电位振幅 (nerve impulse/action potential amplitude),降低传导速度 (conduction velocity) 并诱发疼痛,尤其是那些在治疗期间经历伤害性 (nociceptive) 感觉丧失的患者。

铂类药物已成为癌症治疗的主流化疗药;大约一半接受化疗的患者接受铂类药物治疗^[5]。经典铂类药物诱导凋亡细胞死亡的最重要机制是抑制转录 (transcription inhibition)。当RNA聚合酶 (RNA polymerases) 转录DNA时,它们在铂交联 (platinum cross-link) 处停滞,并启动转录偶联修复机制;铂-DNA交联抑制转录,诱导DNA单功能加合物 (monofunctional adducts) 和链间/链内交联 (inter/intra-chain crosslinks) 的形成。

顺铂 (cisplatin) 是一种常用的抗癌药物,并是临床应用最广泛的抗肿瘤药物之一。顺铂神经毒性主要表现为感觉神经病变,最初主诉为远端肢体疼痛和感觉异常。这种感觉神经病变可能在开始治疗数周后延迟发作。在晚期,它可发展为严重的神经病理性疼痛和感觉性共济失调 (sensory ataxia)。

奥沙利铂 (oxaliplatin) 与其他铂化合物诱导神经病变区别在于给药后不久出现急性疼

痛性神经病。患者有短暂的肢体和口周感觉异常、感觉迟钝或痉挛,时伴有下颌肌肉收缩,尤其是对低温度有严重过敏。这急性而短暂的综合征可发生在约90%的患者,并在寒冷环境中更易引发或增强。另一个情况发生在奥沙利铂长期使用者,这类型的神经毒性通常是迟发性的,并与奥沙利铂在体内累积剂量相关。患者发展为慢性周围神经病变,其特征是感觉轴突神经损伤,表现为深度感觉丧失、感觉共济失调和功能损害,与顺铂诱导的损伤非常相似^[6]。

紫杉醇 (paclitaxel) 和长春新碱 (vincristine) 通过与 β -微管蛋白 (β -tubulin) 结合,然后破坏活跃分裂细胞中的有丝分裂纺锤体 (mitotic spindle), 发挥其抗肿瘤活性。但是,轴突微管 (axonal microtubules) 也是由 β -微管蛋白组成,紫杉醇和长春新碱引起的神经毒性主要归因于微管结构的破坏,导致轴浆转运 (axoplasmic transport) 受损和神经退行性病变 (axonal degeneration)。然而,这观察只成立于高剂量化疗药物诱导的轴突变性。据报道,大剂量紫杉醇所诱发的神经病变不是典型的神经性疼痛症状,而是感觉减退、麻木和感觉异常^[7]。

尽管如此,低剂量紫杉醇和长春新碱会产生疼痛超敏反应,包括痛觉超敏 (allodynia),即通常不引起疼痛的刺激则引起的疼痛,和痛觉过敏 (hyperalgesia),即通常引起疼痛的刺激则引起的疼痛增加。在低剂量长春新碱和紫杉醇的作用下,C纤维的平均直径略有增加,A和C纤维中轴突也有其他的细微变化^[8,9];然而,在其他类似状况下的报告并未提及外周神经的轴突变性^[8,9,10]。这表明低剂量和高剂量抗癌药物以不同的机制分别参与了神经病理性疼痛和神经病的发展。

临床上,紫杉醇引起的神经毒性通常表现为感觉神经病,最常见的主诉是麻木、刺痛和灼痛。患者主要经历刺痛和痛觉超敏,通常以“手套和长袜”分布模式表达。感觉症状通常

最初从脚对称开始,但也同时出现在脚踝和手腕向上的近端发展^[11]。大多数病例在紫杉醇治疗停止后数月内痊愈,但感觉异常和疼痛有时会成为慢性问题^[12]。神经病变的发生和严重程度取决于许多因素,包括单次剂量强度、输注持续时间、累积剂量、先前或同时使用顺铂治疗,以及糖尿病和酒精滥用等共存条件。

长春新碱诱发的神经病包括手和/或脚麻木、针刺感觉/刺痛、手和/或脚灼烧、口腔周围麻木和位置感丧失。

硼替佐米(Bortezomib)是一种蛋白酶体复合物抑制剂,通过破坏各种细胞信号通路发挥作用,从而导致细胞周期阻滞、凋亡和抑制血管生成。用于治疗难治性多发性骨髓瘤,周围神经病变是硼替佐米的显著剂量限制毒性。疼痛的发生与硼替佐米的使用时间密切相关,常发生在第一个疗程内,疼痛之前会出现感觉异常。检查时,患者显示远端感觉丧失,以及本体感觉(proprioception)的变化,深部肌腱反射(DTR)可减弱或消失。下肢远端的无力也可影响运动技能。这些神经病变可表现为轻微到严重,随后会转化为疼痛,疼痛性神经病常出现在治疗的前5个周期内。这些不良副作用在随后的周期达到稳定,似乎没有增加^[13]。

CIPN的机制

从现代医学的角度,化疗药物可损伤神经系统结构,并根据具体化合物的不同,可引起多种神经病变:大小纤维、感觉和/或运动、脱髓鞘和轴突、颅神经和自主神经^[14]。神经损伤症状通常于化疗结束后数周或数月延迟出现,其严重程度常与药物的累积剂量成正比,但亦可立即地引起急性神经病变^[15]。亦有在停止化疗后出现反常的症状恶化和/或加剧,以及称为“滑行”现象的轻度神经病变恶化或出现新的CIPN。

这些情况确实给医学界带来了极大挑战,因为在化疗过程中,并没有任何迹象或适应症可提示减少剂量以避免或减轻CIPN症状^[16]。

更困惑的是停止化疗后,感觉异常和疼痛时可持续至数年。因此,了解CIPN的发病机制成为确定循证神经保护策略目标的基石。

a. 周围神经的结构变化

化疗药物对周围神经系统结构可产生不同的影响,主要是神经体细胞病变、轴突病变和/或髓鞘病变。化疗引起的周围神经损伤似乎主要是由于轴突病变^[17]。因此,周围神经退化或小纤维神经病变通常被认为是CIPN发展的基础^[18,19]。

具有不同形态、髓鞘化程度、功能和生化特征的周围神经对化疗药物的神经毒性反应具有不同的敏感度,其中最长的神经轴突最易受伤害,一般来说,神经轴突越长就越脆弱,这可能与他们较高的代谢需求有关^[20]。因此,有时多发性神经病变(polyneuropathy)被称为长度相关神经病变^[21]。

神经病变的特征,尤其是紫杉醇诱导的,也可表现为髓鞘纤维功能优先选择性损害。髓鞘纤维虽受损,但髓鞘结构的病理改变并非必然^[17],而无髓纤维大部分不受影响。如前所述,紫杉醇诱导产生的神经病变,其特征是A- β 髓鞘纤维功能明显受损,A- δ 髓鞘纤维有中度受损,C-无髓鞘纤维受损相对的稀少^[11]。

除此以外,感觉神经传导速度(SNCV)的减慢不一定是由于周围神经轴突脱髓鞘或变性所致^[17]。因为在评估神经传导速度降低与髓鞘病变是否有相关,只有当神经复合动作电位(NCAP)完整性仍然保持才能可靠地将感觉神经传导速度降低归因于髓鞘病变,而今天的显微神经造影技术仍然无法对此进行调查^[17]。

表皮内神经纤维(IENF)的丢失可是导致CIPN的另一机制。临床上, 尽管CIPN患者的周围神经轴突计数和神经传导正常, 但患者仍会发生IENF丢失。IENF的丢失可出现在奥沙利铂^[18]、长春新碱和紫杉醇^[19,22]化疗期间和/或之后。神经纤维的部分丧失可造成神经过度兴奋, 因为轴突横断或末端乔木(*terminal arbor*)退化的神经纤维可导致自发发电(*spontaneous discharge*)和机械敏感性的情况^[23]。

温度感受体(*thermoreceptors*)是处于皮肤、肝脏、骨骼肌和下丘脑的游离神经末梢(FNE), 冷受体与热受体的对比常见于3.5倍。当A- δ 和C传导神经在神经病变损失时, 这包括其表皮A- δ 纤维的冷特定(*cool specific*)温度感受体、C纤维的暖特定(*warm specific*)温度感受体和伤害感受器。因此, A- δ 纤维的冷特定感受体的缺失可导致冷异常性疼痛(*cold allodynia*)^[24]; 丢失了C纤维的暖特定感受体亦然。

b. 线粒体功能障碍

线粒体功能障碍存在于几乎所有的神经病变中, 包括糖尿病相关、HIV相关的感觉神经病变, 而并非CIPN独有。因此, 周围感觉神经纤维线粒体结构和功能的异常被认为是关键的CIPN机制, 似乎与疼痛直接相关。

线粒体是体内的细胞器, 负责通过细胞呼吸作用而产生能量。线粒体功能障碍可损害细胞能量代谢, 影响器官和细胞, 如神经元, 并可导致细胞死亡和神经退行性病变。能量不足亦可导致钠钾泵活性降低, 最终导致触发感觉神经元自发活动的情况, 从而导致神经病理性疼痛。

创伤性神经损伤导致神经代谢需求提升,

导致糖酵解/葡萄糖的氧化(*glycolysis*)和耗氧量增加; 并导致酸中毒(*acidosis*)和缺氧(*hypoxia*)。与此同时, 线粒体功能障碍导致其特征性的糖酵解功能降低, 对总能量生产下降, 以及能量需求增加的反应能力不足。

紫杉醇诱发的疼痛性周围神经病变与轴突线粒体肿胀和空泡化的发生率显著增加有关。紫杉醇打开线粒体通透性转换孔(*mPTP*), 这是一种包含电压依赖性阴离子通道(*VDAC*)的多分子复合物^[9]。在非神经细胞中, 紫杉醇也导致mPTP开放, 导致线粒体肿胀、空泡化和功能受损^[25]。

线粒体在细胞内钙 Ca^{2+} 稳态(*calcium homeostasis*)中起关键作用。紫杉醇诱发的mPTP开放, 导致线粒体释放钙, 胞浆 Ca^{2+} 浓度的增加, 造成了广泛的神经元功能, 包括膜兴奋性、神经递质释放、突触可塑性、基因表达和兴奋毒性而诱发疼痛。但这也未必绝对的, 因为之前使用乙酰左旋肉碱(ALC)阻止mPTP的开放而使线粒体膜功能正常化, 并减轻紫杉醇诱导的神经性痛的发展^[27]已经被否定了^[28]。反之, 使用钙螯合剂(*calcium chelating agents*)可逆转这种情况也证实了线粒体钙释放^[26]。

卫星神经胶质细胞(SGC)在周围神经系统神经节中的单个神经元周围形成薄细胞鞘, 而为周围神经元提供保护性缓冲和营养。硼替佐米(*bortezomib*)通过线粒体凋亡途径(*mitochondrial apoptotic pathway*), 包括半胱天冬酶激活(*caspases activation*)和钙稳态失调导致背根神经节(DRG)的卫星细胞与雪旺氏细胞(*Schwann cells*)胞浆内空泡化、线粒体和内质网扩大^[29]。

DRG的血-神经屏障并没有有效地将硼替佐米毒性分隔,而使有毒物质能干扰线粒体中的氧化磷酸化,导致钙稳态失调。硼替佐米的毒性也抑制转录因子核因子 κ B(NF- κ B)的活性导致神经生长因子介导的神经元转录受阻,从而使得神经营养素(neurotrophins)的失调^[30]。

c. 氧化应激

抗肿瘤药物产生活性氧(ROS)以诱导癌细胞凋亡。然而,化疗期间产生的ROS可干扰正常细胞和组织,并与各种毒性事件有关,如心脏毒性、肾毒性、神经毒性、等等。

外周神经系统的某些结构和功能属性使其更容易积聚某些化疗药物和神经毒素。由于缺乏有效的血管屏障和淋巴引流,外周神经系统更容易受到毒性化学物质的伤害。此外,众所周知,因为神经纤维有高含量的磷脂、富含线粒体的轴浆以及较弱的细胞抗氧化防御,更容易受到氧化应激(oxidative stress)的影响。抗癌药物引起

的结构和功能性损伤增强了线粒体自由基(free radical)的产生。在这方面产生的氧化应激通过脱髓鞘、线粒体功能障碍、微管损伤和凋亡对神经元造成物理损伤^[31]。

氧化应激介导的神经变性可以通过生物能量衰竭、抗氧化防御的消耗、生物分子损伤、微管破坏、离子通道激活、脱髓鞘、神经炎症、线粒体自噬损伤和通过细胞凋亡引起的神经元死亡来实现。

线粒体是细胞活性氧的主要来源,在健康组织中,线粒体产生少量的活性氧作为氧代谢的副产物。低效率的线粒体吞噬导致功能失调的线粒体积累进一步增加了自由基的泄漏。这生物分子和线粒体氧化损伤的恶性循环提供了前馈机制,导致在CIPN发展和进展过程中神经元的ROS进一步积累,也是神经退行性变的原因^[32]。

CIPN的诊断

外周神经病变的早期发病表现通常由患

Scores	0	1	2	3	4
Total Neuropathy Scores (TNS)*					
A. Sensory symptoms	None	Symptoms limited to fingers or toes	Symptoms extend to ankle or wrist	Symptoms extend to knee or elbow	Symptoms above knee or elbow or functionally disabling
B. Motor symptoms	None	Slight difficulty	Moderate difficulty	Require help/assistance	Paralysis
C. Autonomic symptoms, n	0	1	2	3	4 or 5
D. Pin sensitivity	Normal	Reduced in fingers/toes	Reduced up to wrist/ankle	Reduced up to elbow/knee	Reduced to above elbow/knee
E. Vibration sensitivity	Normal	Reduced in fingers/toes	Reduced up to wrist/ankle	Reduced up to elbow/knee	Reduced to above elbow/knee
F. Strength	Normal	Mild weakness (MRC 4)	Moderate weakness (MRC 3)	Severe weakness (MRC 2)	Paralysis (MRS 0-1)
G. DTR	Normal	Ankle reflex reduced	Ankle reflex absent	Ankle reflex absent, others reduced	All reflexes absent
ECOG	None	Decreased DTR, mild paraesthesias, mild constipation	Absent DTR, severe paraesthesias, severe constipation, mild weakness	Disabling sensory loss, severe neuropathic pain, severe weakness, bladder dysfunction, constipation	Respiratory dysfunction secondary to weakness, constipation requiring surgery, paralysis (chair/bedbound)
Ajani (sensory)	None	Paraesthesias, decreased DTR	Mild objective abnormalities, absent DTR, mild to moderate functional abnormality	Severe paraesthesias, moderate objective abnormality, severe functional abnormality	Complete sensory loss, loss of function
NCI-CTC 2.0, revised 1 June 1999 (neurosensory)	None	Loss of DTR or paraesthesias but not interfering with function	Objective sensory loss or paraesthesias interfering with function, but not interfering with activities of daily living	Sensory loss or paraesthesias interfering with activities of daily living	Permanent sensory loss that interferes with function

者发现。反射和振动感觉丧失是先于其他临床症状。对于运动感觉,拇长伸肌(*extensor hallucis longus*)通常是第一块表现出无力的肌肉^[33]。CIPN的诊断通常以临床表现为基础。许多制表被用来对临床症状的严重程度进行分级,尽管如此,完美的制表还待开发。以下制表组合是广泛使用的CIPN严重程度分级的工具^[34]。

现代医学对CIPN的防治

针对神经病理性疼痛,现代医学早期的一线治疗策略包括使用各类型的皮质类固醇、抗惊厥药、三环类抗抑郁药,在严重情况下还使用阿片类药物,甚至局部麻醉剂也可以作为一种选择。这些药物通常是联合使用,即使如此,临床试验的总体疗效也是微不足道。近期的一项涉及局部应用巴氯芬、阿米替林和氯胺酮(BAK)的进展也只取得有限的疗效^[35]。只有度洛西汀(*duloxetine*),一种美国临床肿瘤学会(ASCO)推荐用于治疗CIPN的神经元选择性5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SSNRI)显示出适度的效果^[36]。

尽管如此,现代医学从病变的机制找到了另一个应对CIPN的新方向,亦即在同时不干扰其抗肿瘤特性,使用预防性药物(*chemoprotectants*)减少药物的神经毒性作用。然而,ASCO所公布关于预防CIPN的近期指南,基于对42项随机对照试验的系统式回顾,对18种药物进行了调查后,发现没有药物对CIPN的预防具有一致性临床意义的效果,其中一些药物虽然在动物试验中表现有潜力,但在随机对照试验中被证明无效,甚至可能加重CIPN症状或引发其他严重不良反应^[37]。

近年来,现代医学也转向使用天然物质来缓解CIPN的症状。如前所述,乙酰左旋肉碱已经停止使用,因为它被证明可能加重CIPN症状。口服谷氨酰胺(*glutamine*)由于对CIPN的防治效果不显著,且出于价格原因,也不被推荐^[38]。谷胱甘肽(*glutathione*)对铂类神经

毒性的保护作用也显示出不同的效果。虽然使用 α -硫辛酸(ALA)防治CIPN的效果亦喜忧参半^[39],但笔者多年前对一名TNBC患者作出以相同的非处方药物进行了化疗介入临床测试时,治疗效果明确,更被后来的一项研究证实了^[40]。尽管如此,在硼替佐米相关的CIPN,应尽量避免使用该药物或相同保健品^[41]。

中医对CIPN的理解

从临床表现观点,CIPN属于中医痹症的范畴,也有将其后期发展归类为痿症。痹症的含义有广义、狭义之分。痹者闭也,广义的痹症,指机体正气不足,卫外不固,邪气乘虚而入,脏腑经络气血为之痹阻而引起的疾病统称为痹症。

《素问·痹论四十三》指出:“风、寒、湿三气杂至,合而为痹。其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹也。”《素问·痹论四十三》以整体观建立了痹与五脏的关系:“五脏皆有合,病久而不去者,内舍于其合也。故骨痹不已,复感于邪,内舍于肾。筋痹不已,复感于邪,内舍于肝。脉痹不已,复感于邪,内舍于心。肌痹不已,复感于邪,内舍于脾。皮痹不已,复感于邪,内舍于肺。”并在临床表现上有所启示“痛者寒气多也,有寒故痛也。其不痛不仁者,病久入深,荣卫之行涩,经络时疏,故不通,皮肤不营,故为不仁。其寒者,阳气少,阴气多,与病相益,故寒也。……痹在于骨则重;在于脉则血凝而不流;在于筋则屈不伸;在于肉则不仁;在于皮则寒。故具此五者,则不痛也”。更在转归与预后方面指出:“其入脏者死,其留连筋骨者痛久,其留连皮肤者易已。”

从中医病因学说,任何癌症的发生都是由于正气不足,未能制约细胞泛滥生长而导致的。众所周知,常规化疗是一种可控的细胞毒素,它的作用是系统性地针对所有快速生长的细胞,其目的是在化疗对患者造成无法弥补的伤害之前摧毁猖獗的癌细胞生长,换句话说,它是一种植入而可制其量非可束其势的人造邪气。所谓敌之敌是盟,邪气之邪

气亦是一种正气，只是这股力量具有双刃效应；既能祛邪又可伤正。其实，化疗造成了人为地邪衰正更虚的状况，使已虚的正气进一步不足。由于化疗细胞毒性较持久而使毒素体内累积，它导致正气虚的逐渐恶化，形成“虚者更虚”的恶性循环。

当正常生理时“五脏化五气”，但在病理情况下则“五脏生五邪”，中医学统称为内生五邪。在化疗恶性循环发展的过程中，脏腑经络及阴阳气血津液的功能异常所产生类似与外感六淫所致的临床表现，由于病起于内，或化风、或化寒、或化湿、或化燥、或化火而导致的内风、内寒、内湿、内燥、内火，其病理变化有五个特点：临床表现，类似外感、发病前期，脏腑失调、发病隐匿，起病缓慢、病程较长，病情反复、和外邪诱发，病情加重^[42]。这些特点也符合CIPN发病机制的临床特征。

又如之前所述的“风、寒、湿三气杂至，合而为痹”，同样地CIPN亦可发病于内风、内寒、内湿的相互作用。《素问·至真要大论》云：“诸风掉眩，皆属于肝；诸寒收引，皆属于肾；诸气膹郁，皆属于肺；诸湿肿满，皆属于脾”。再以《素问·评热病论篇》之“邪之所凑，其气必虚”为大前提，邪气(病原体)的聚集取决于正气(免疫)的反向强度，这启示了《素问·至真要大论》里的“诸”应包括外邪与内生五邪。

内寒指机体阳气虚衰，温煦功能减退，多因先天禀赋不足，阳气素虚，外邪急损阳气，或久病伤阳，虚寒内生，或气化功能失司，阳不化阴，阴寒之邪弥漫积滞病理产物、代谢废料堆积异常，阴盛阳虚，寒从内生，则形成水湿、痰饮等积聚或停滞。《素问·至真要大论》云：“诸病水液、澄澈清冷，皆属于寒”，寒者为水之化，其性收引、凝滞，故属肾水。然据《素问·调经论》云：“寒则气收……气不行”，则“收引”更有气不行，即气机不畅之义。

诸湿肿满，皆属于脾，肿者现于外而满者

形于内。当脾失健运，水湿停聚则产生了内湿邪，湿浊内困，久必损脾阳，脾阳不足，导致痰饮聚腹，中焦胀满，阳虚湿停之证。湿有内外之分：外则寒邪困脾，水湿四溢而致肌肤浮肿；笔者时观察患者在CIPN发生之前有与淋巴结切除无关的不同程度下肢水肿，代表了相应程度的脾虚。

水湿内停，虽首责于脾，但非限于脾。脾之运化失职，水谷精微不能散精而上输于肺，土乏不生金，肺之通调水道，下输膀胱失司，使清者难升，浊者失降，水谷湿郁不化，内积于腹发为胀满，外溢于肌肤而成浮肿。对此，三焦失利亦可导致水道不通。

对于肾为水脏而内寄元阳一说，元阳即真阳，亦称少火，即生理性之火也。《素问·阴阳应象大论》云：“少火之气壮……少火生气”，即阳气正常，能使元气旺盛。脾土赖肾阳之温煦，一旦肾阳不足，脾阳亦虚，脾不制水，肾难主水，气不化水，水湿停滞，溢于外则浮肿，郁于内则中满，治疗中多用八味肾气丸合五苓散，如气水互结而水肿胀满严重者，治疗应添加实脾饮。这也是中医药治疗CIPN的基础。

肝为一脏，以血为体，以气为用，体阴而用阳，集阴阳气血于一身，为阴阳统一之体。虽主疏泄而藏血，但肝气、肝阳素有余而肝血、肝阴常不足，故易动内风。此外，肝为五脏之贼，除本身病变外，且易牵涉和影响其他脏腑功能，形成较复杂的病变，因此对于CIPN不良反应的调节中具有重要作用。

CIPN 病理 - 中西医结合点

对于CIPN一症，中西医有不同的病理观点，因此治法也不同。现代医学总是从微观客观的角度看待疾病，而中医则从整体、宏观以及更全面的角度分析问题。现代医学的分析源自疼痛病理生理学，可从先前提到的表皮内神经纤维丢失、线粒体变化、间质钙失衡、氧化应激和炎症发生到瞬时受体电位、香

草醛、半胱天冬酶和钙蛋白酶、丝裂原活化蛋白激酶、5-HT受体等等活性水平变化作为切入点。中医乃偏向“五脏生五邪”之内风、内寒、内湿，以接触主题。在这情况下，两学派的思想是否总是走在平行线上而永不交接？还是事实上已存在了一个共同的概念平台，而在这个平台上，为了众患者的最佳利益，两学派的观点与思想在某些方面可以协调一致？以下笔者为两学派在CIPN发病机制方面的不同观点上大胆尝试做个协调。

众所周知，中医认为，CIPN肢体疼痛麻木主要包括两点，气血不足和瘀阻，“瘀”象征着血的循环速度减缓，而“阻”则表示气的阻滞。当化疗药物影响了患者的气血和肝脾肾功能导致气血生化不足，气虚血瘀即引起手脚末端失养而麻木。肝脾肾之不荣也使气化失司，水湿内停，阳气不能随着经脉和血脉通达四肢末端，造成末端缺营养失养，从而导致相关的生理组织，包括脆弱的神经结构损伤或坏死。

正常气化本为人体之生命力，为生理。反之，气化异常即为病理。从现代医学的微观角度，这可以线粒体活动来解释。线粒体是细胞内的动力源，其适当的功能决定了细胞的代谢活动最佳水平，也成为脏腑正常功能的基石。因此，线粒体功能障碍成为CIPN的研究重点，并已被确认为发病决定因素。研究证实，受CIPN影响的周围神经轴突由于ATP合成酶的抑制而产生的ATP显着减少，从而加剧了细胞能量缺乏^[44]。更进一步观察，在周围神经轴突中发现了许多肿胀和空泡化的线粒体，证实了周围神经线粒体的功能损伤^[9]。

从中医的整体观念，《素问·五常政大论》指出：天地、人体与细胞^[43]之阴阳五行秩序、平衡、生克等等，都是“化不可代，时不可违……必养必和，待其来复”，即气化有其规律和节奏，而不能代替、也不能违背，必须善于调养，协调阴阳，等待真气的恢复。然而，由于线粒体的损伤与坏死，真气无法的恢

复，能量缺乏会导致钠钾泵失效，从而导致细胞通过渗透作用膨胀。

线粒体具有很大的钙缓冲容量，每当线粒体的钙摄取功能受损或线粒体钙储存的泄漏增加即可引起胞浆与间质液中Ca²⁺的相对浓度提升。这也是CIPN线粒体功能障碍形成的气化异常所导致的“内湿”，因为内湿一概念，不仅基于气化失司，亦包含着“聚集”，“过剩”，与“壅阻”之意。基于此因，使用钙螯合剂以中和Ca²⁺浓度而非以mPTP抑制剂正常化线粒体壁通透性才有效地缓解了这“聚集”，“过剩”，与“壅阻”状况^[26]。

中医学对CIPN的防治

《素问·举痛论》云：“百病生于气也，”《素问·经脉别论》亦云：“生病起于过用，”气化过度或气化不足，精、气、神转化障碍、升降出入紊乱都可导致疾病。《素问·五常政大论》亦以此建立了气化论疾病观，其论病和养生，都要“各从其气化也”。

《素问·调经论》云：“人之所有者，血与气耳，”《景岳全书·血证》又云：“人有阴阳，即为血气。阳主气，故气全则神旺；阴主血，故血盛则形强。人生所赖，唯斯而已。”所以中医认为气与血是人体内两大基本物质，虽从人体精华所化，气血同源，但具有互根互用的关系。因而在生理有“气为血之帅，血为气之母”之说法，在病理时，除了需要根据临床表现而侧重某一方面的调理，亦应气血并治。另外，久病成瘀，血瘀意味着气滞，气滞亦带来水湿痰饮，CIPN也因痰瘀互结所致。

中医把CIPN这虚症更详细分析，将早期阶段的麻木、感觉异常、疼痛视为痹症范畴，而后期临床表现之运动障碍和肌肉萎缩，则归类为痿症。因此，在该病防治过程中，应以“温通经脉、以通为补”，以健脾补肾为前提，采取“益气温阳化湿、活血化瘀通络”为主要治则^[45]。

针对上述治则，中医有各种特定的经典方

剂，并在此呈现。

济生肾气丸善治肾阳不足、气化不利、水饮内停所致的肾虚水肿，适用于CIPN之内生寒湿症。方中之肉桂、制附子是大热之品，均补火助阳、引火归源；牛膝善补肝肾、苦泄下行、强腰膝兼利尿。三药配伍，温阳化气利水。熟地滋阴填精益髓；山茱萸温补肝肾；山药甘补涩敛、养阴益气、补脾肺肾；三药合用，肝脾肾阴并补，又伍桂附，以阴中求阳，收阴生阳之效。茯苓健脾渗湿利水；泽泻泄热渗湿利尿；丹皮清泻肝火；车前子清热利尿化痰。四药相合，有助利水而消肿。全方配伍，补而不膩、温而不燥，温化通利兼施，有温肾化气、利水消肿之功。

济生肾气丸一方，虽在日本被广泛使用于CIPN症状，并被有限地验证，但其功效好坏参半^[37,46,47]。笔者认为此方的功效已知可靠性来自现代医学临床试验的限制 - 局限于其单独使用，但使用单一处方只可纠正CIPN这复杂疾病的部分症状。

此外，如患者内藏久寒，又血虚不能温于四末而表现为手足厥逆，即当归四逆加吴茱萸生姜汤证，也可在济生肾气丸上加炙甘草、细辛、大枣、吴茱萸，使阳长则阴自消。

对于素体营卫不足，临床以肌肤麻木不仁，肢节疼痛之血痹风痹，黄芪桂枝五物汤是常用处方。方中黄芪甘温益气、补表卫气为君药。桂枝通阳散寒、温经通痹，与黄芪配伍，益气温阳，和血通经。桂枝得黄芪益气而振奋卫阳；黄芪得桂枝，固表而不留邪。芍药养血和营而通血痹，与桂枝配对为臣药，调营卫又和表里。生姜辛温，疏散风邪，以助桂枝之力；大枣甘温，养血益气，以助黄芪、芍药之功；与生姜为伍，又能和营卫，调诸药，以为佐使。用于CIPN病例中，多用作预防。笔者之前在另一CIPN急性发作患者身上使用了益气温经散寒的黄芪桂枝五物汤，功效并不理想。

补阳还五汤是王清任《医林改错》中治元

气亏虚，血脉运行不畅，脉络瘀阻，肌肉筋脉失荣之气虚血瘀证的代表方。原方配伍特点是黄芪用量比方中全部活血化瘀药的总量大五倍，大剂补气药配伍少量活血通络药，即祛瘀药的使用并非针对逐瘀而意在于助黄芪之行气活血通经络^[48]。方中重用黄芪，大补脾胃之元气，当归活血和血，化瘀不耗血。川芎、赤芍、红花、桃仁助当归活血祛瘀；地龙行散走窜，息风止痉，通经活络，借黄芪之推动力而周行全身。

此方虽被专用于治疗脑血管意外后遗症与其他瘫痪症，但可被稍加修改以治具有类似“因虚致瘀”的CIPN。病因虽似，病机却异；然药量应随差异而变。况且原方是“当久服才能有效，且愈后药不可止”的缓治渐愈之剂，因此针对瘀瘀互结所致之CIPN特殊症状，这方应进行修改以达到祛瘀与通络之间的平衡。此方更不可滥用，正如张锡纯在《医学衷中参西录》所说，它只能对脉虚而无力者有效^[49]。

临床病历分享

陈性女士，63岁；初诊日期：Mar 2021

主诉：

癌症复发治疗后，化疗诱导周围神经病变(CIPN)加剧

病历简介：

2015 因恶性乳腺肿瘤3期接受左胸以及相关淋巴结全切除手术，接着开始化疗，但由于严重过敏反应而终止。住院期间，接受高剂量类固醇和抗组胺药物治疗。数月后接受放疗EBRT 15次，后服常规药物，选择性雌激素受体调节剂，但因不良反应，反复更换不同类型的芳香化酶抑制剂。2016年初四肢末端麻痹(CIPN)开始，2018年患者因慢性药物毒性因体而呈现难纳、难排、难眠状况，求诊中医，症状数月后缓解，包括CIPN症状也显然的减轻，约一年后，患者自行停止治疗。

2021年初患者出现同侧颈部结节

(Troisier's sign), 经CT扫描及活检证实为癌症复发并转移至锁骨上淋巴结(Virchow's node)。接着经辅助外照射放疗再进行淋巴结切除手术, 取出5个全被癌症入侵结节。一个月后开始15个周期的化疗, 选用灌输抗管蛋白药紫杉醇(paclitaxel)和类固醇地塞米松(dexamethasone); 化疗期间, 患者返回寻求中医药方案以改善化疗不良反应。由于周期频繁, 患者只能每周服用处方中药两次, 却还能有效避免多项不良反应。七个周期后, CIPN症状加剧。经过12个周期, 虽然该病情成功被制约, 但下肢水肿、肢体末端极度麻痹、肌肉失控和严重瘙痒导致患者在化疗专家推荐下终止化疗。之后, 患者专注地以中药重建其健康与生活质量。

当开始CIPN中医药治疗时, 诊断除了CIPN症状外, 患者大体上已康复, 脸色精神一般、纳眠佳、体重增加、二便无异常、舌淡苔少、脉细弱时滑结、Lbp -/- Rbp 95/60 p 79, 动脉沉积率2.0, 除冠状动脉外, 大体上循环系统应无严重阻塞。

四肢体检:

麻痹以“手套和长袜”分布模式呈现, 从手脚末端延伸到腕踝关节, 左侧明显比右侧严重, 双下肢的情况明显比上肢严重。上肢症状包括关节僵硬、感觉异常、力量丧失和麻木, 患者通常难以进行日常活动, 包括使用餐具。双下肢除了感觉和运动功能减退, 下肢远端无力之外, 踝深肌腱反射(ankle DTR)也减弱/丧失, 双脚皮肤温度极低, 戴了乳胶检查手套仍可感觉到其冰冷, 但总的来说, 四肢有对热过敏。神经病变总分(TNS)指数应定为2级。

特殊情况:

患者具有糖尿病II型、心律不齐、地中海贫血症、高血压、绝经。在服Amlodipine, Metformin。

诊断: 脾肾阳虚、气血生化不足、温煦减

退、寒从内生、水湿痰饮积聚停滞、经脉瘀阻不通、血虚末梢失养、手足麻木、肢体冰冷。

治法: 温阳补火、益气除湿化痰、活血行瘀、蠲痹通络。针药并用。

处方: 补阳还五汤、加味济生肾气丸

黄芪、赤芍、川芎、当归、地龙、桃仁、红花、车前子、茯苓、附子、牡丹皮、牛膝、肉桂、山药、山茱萸、熟地、泽泻、炙甘草、细辛、吴茱萸、大枣

方义: 本方虽还重用黄芪, 但黄芪用量比方中全部活血化瘀药的总量各半, 对患者情况而配伍适量活血药, 使气旺血行无阻, 活血之余又不伤正, 共奏补气活血通络之功。

选穴: 气海、足三里/丰隆、曲池、合谷、三阴交、太冲、血海、梁丘、阳陵泉、阴陵泉、内关、外关、昆仑、太溪、八风、八邪/气端(共33穴)

选穴依据:

穴位的选择无非是先取“大气大血所过”的经脉, 即手足阳明两经; 其次选择可强化与巩固气血生化之穴位, 并具有连接“因虚致瘀”所伤及脏腑的经脉, 通常是肝脾肾兼三焦。第三, 选择促进肌腱和经络愈合的穴位。操作这些经穴将可标本兼治, 改善受损组织和促进其修复效果。

特别一提是相对穴透刺法的应用; 中医治疗的依据是恢复阴阳的动态平衡, 而针灸治疗也在于协调阴阳。故《灵枢·根结》云: “用针之要, 在于知调阴与阳, 调阴与阳, 精气乃光, 合形与气, 使神内藏。”相对穴是阴阳表里经的相对腧穴, 透刺相对穴可起阴阳并治、气血同调, 从阴引阳、从阳引阴的阴阳相济作用。这里所选的穴位是内关透外关、血海透梁丘、阳陵泉透阴陵泉与昆仑透太溪。

临床观察:

在撰写本文时, 患者仅完成了5个周期的治疗, 一般来说, 每次治疗对患者似乎都是

痛苦的经历，尤其是在操作四肢末端穴位(八风、八邪、气端)时。在某程度上，患者在治疗期间曾要求暂停。然而，患者随后坚持治疗表明治疗方案有一定效果。

当第一次治疗后，右手的感觉和运动功已恢复了50%，患者现能毫无困难地使用餐具和处理小物件，但左手痉挛的程度只有<10%的轻微改善。这可能是因为在完成乳腺切除术后，她的左臂缺少淋巴引流。下肢的感觉和运动功能恢复也不太明显约10%，这是因为下肢的神经轴突较长，因此更容易受到神经毒性药物的损伤。此外，长的轴突需要更多的能量来恢复，因此恢复较慢(请参阅上文)。尽管如此，患者声称当在任何姿势变位之前，需要以往相比较少的时间热身。

第二次治疗后，虽无显著的症状改善，但患者手掌的血液灌注(perfusion)明显改善，患者也强调指甲和趾甲底部出现可见更深颜色。然而，针疗后呈现一个不良反应是在一周内竟发生了几次从左手掌部贯穿臂内侧致腋窝，而一直延伸到切除的乳腺区域的射痛。下肢亦然。这是由于CIPN的痛觉超敏(allodynia/hyperalgesia)效应所致(请参阅上文)。

在第三次治疗，当刺激强度和针刺深度减轻后，情况好转，治疗后右手症状持续改善，下肢毫无不良反应，左臂问题虽缓和但持续存在。鉴于其反应的严重性，在尚未获得合理的医学理解之前，建议患者延迟对左臂的治疗。此时，治疗暂停一周。

在第四、五次治疗，尽管改善缓慢，患者在观察到其CIPN症状持续改善后，重新建立了对治疗的信心。除了左手需要一些努力来克服任何活动前的痉挛，患者其他肢体神经病变有不同程度的缓解，最重要和有意义的是她右上肢神经病变的60-70%缓解。

病人现状:

患者有许多先前存在不利于CIPN康复的疾病。糖尿病本身已经有导致周围神经病变

的倾向，在此也可能会加重CIPN症状。患者的心律不齐和地中海贫血症也使她CIPN的康复速度减慢。至于服药时间安排，除了各种处方西药，患者仍在服用制约癌症的处方中药，这几乎使服用CIPN处方时间有限。

患者接受了CIPN症状改善通常缓慢的事实，也承认症状是昔日旧疾的加重，但对目前治疗效果非常满意，因为她现在可以独立进行许多日常活动，下肢力量也有一定程度的恢复，手足厥逆也改善了。患者最终的CIPN康复进展，还待观察。

小结

疼痛作为一种感觉有助于防止持续的创伤，并在愈合过程中保护受伤区域免受伤害。然而，在某些情况下，疼痛的经历远远超过任何组织损伤，并无传达任何生存价值，但确实延长了个体的痛苦。

化疗无疑对多种人类癌症有效，能延长了生存期，而在某些情况下还可提供了治愈方案，但这优点是有代价的。常规化疗是可控的细胞毒性，其目的是在化疗对患者造成无法弥补的伤害之前摧毁猖獗的癌细胞生长，但首当其冲地承受这细胞毒性经常是中枢和周围神经系统。

化疗的细胞毒性对肿瘤与器官的影响较直接和迅速，但在引起神经毒性经常延迟发生，并可随着时间的推移而进展。在周围神经系统中，毒性攻击主要针对周围神经，靶向神经细胞体、轴突运输系统、髓鞘和胶质支持结构，导致剂量限制性的化疗诱导周围神经病变。通常表现为远端，对称性疼痛综合征，化疗诱导周围神经病变目前还没有确定的预防或治疗方法。

了解CIPN的发病机制成为确定循证神经保护策略目标的基石。化疗药物对周围神经系统结构可产生不同的影响，主要是神经病变、轴突病变和/或髓鞘病变。

化疗诱导的周围神经病变不是单一性的综

合征,因为多种细胞抑制药物表现出不同的周围神经病系统损伤模式。由于原有潜在性的医疗状况、患者群体和不同类型疼痛表现的多样化,可用于治疗CIPN的治疗方案几乎与病因一样多样化,因此,无法确定特定疗法以及个体对特定治疗干预的反应。

现代医学对CIPN的认识是基于疼痛病理生理学,但在很大程度上,其防治仍然无效。虽然已经尝试了不同的策略,但还没有任何药物被证实是有特效。因此,许多患者被迫减少剂量或停止使用可能具有疗效的抗癌神经毒性药物。近年来,现代医学也转向使用天然物质来缓解CIPN的症状。

中医认为CIPN该是个虚症,由化疗的广谱细胞毒性导致“虚者更虚”,“内生五邪”引起,更从详细分析中将早期阶段视为痹症范畴,但后期临床症状为痿症。在这病的防治过程中,应“温通经脉、以通为补”,采取“益气温阳化湿、活血化瘀通络”为主要治则。针对这些治则,中医有各种特定的经典方剂,更以针药并用。

尽管医疗行业对中医药在CIPN治疗和预防的功效看法不一,但由于中医药可为CIPN相关创伤提供了有一定限度的疗效、安全且经济实惠的缓解手段,因此也受到患者的支持。

文献参考

- [1]. Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, Hall WC, LaMantia A-S, McNamara JO, & Williams SM (Eds.). (2004) Neuroscience (3rd ed.). Sinauer Associates
- [2]. Nix WA. (2017) Muscles, nerves, and pain a guide to diagnosis, pain concepts and therapy 2 Ed. Springer
- [3]. Connelly E, Markman M, Kennedy A., et al. (1996) Paclitaxel delivered as a 3-hr infusion with cisplatin in patients with gynaecologic cancers: unexpected incidence of neurotoxicity. *Gynecol. Oncol.* 62, 166-168
- [4]. Wolf S, Barton D, Kottschade L, et al. (2008) Chemotherapy induced peripheral neuropathy: prevention and treatment strategies. *Eur. J. Cancer* 44, 1507-1515.
- [5]. Galaski M, Jakupiec MA, Keppler BK (2005) Update of the preclinical situation of anticancer platinum complexes: novel design strategies and innovative analytical approaches *Curr Med Chem.* 12(18):2075-94
- [6]. Pasetto LM, D'Andrea MR, Rossi E, et al. (2006) Oxaliplatin-related neurotoxicity: how and why? *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 59, 159-168.
- [7]. Cliffer KD, Siuciak JA, Carson SR, et al. (1998) Physiological characterization of taxol-induced large-fiber sensory neuropathy in the rat. *Ann. Neurol.* 43, 46-55
- [8]. Tanner KD, Levine JD, Topp KS. (1998) Microtubule disorientation and axonal swelling in unmyelinated sensory axons during vincristine-induced painful neuropathy in rat. *J. Comp. Neurol.* 395, 481-492
- [9]. Flatters SJL & Bennett GJ. (2006) Studies of peripheral sensory nerves in paclitaxel induced painful peripheral neuropathy: evidence for mitochondrial dysfunction. *Pain* 122, 247-257
- [10]. Polomano R, Clark U, Mannes AJ, Bennett GJ. (2001) A painful peripheral neuropathy in rat produced by the chemotherapeutic drug, paclitaxel. *Pain* 94, 293-304
- [11]. Dougherty PM, Cata JP, Cordella JV, et al. (2004). Taxol-induced sensory disturbance is characterized by preferential impairment of myelinated fiber function in cancer patients. *Pain* 109, 132-142
- [12]. Rowinsky EK, Eisenhauer EA, Chaudhry V, et al. (1993). Clinical toxicities encountered with paclitaxel (TAXOLw). *Semin. Oncol.* 20 (Suppl. 3), 1-15.
- [13]. Bilińska M, Usnarska-Zubkiewicz L & Pokryszko-Dragan A. (2013). Bortezomib-induced painful neuropathy in patients with multiple myeloma. *Contemporary oncology (Poznan, Poland)*, 17(5), 421-426.
- [14]. Cioroiu C & Weimer LH. (2017) Update on Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2017, 17, 47
- [15]. Maestri A, De Pasquale Ceratti A, Cundari S, et al. (2005) A pilot study on the effect of acetyl-L-carnitine in paclitaxel and cisplatin-induced peripheral neuropathy. *Tumori* 91, 135-138
- [16]. Cavaletti G, Albert P, Frigeni B, et al. (2011) Chemotherapy-Induced Neuropathy. *Treat Options Neurol* 13, 180-190 Page 19 of 21
- [17]. Gilardini A, Avila RL, Oggioni N, et al. (2012). Myelin structure is unaltered in chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Neurotoxicology* 33, 1-7.
- [18]. Boyette-Davis J & Dougherty PM (2011) Protection against oxaliplatin induced mechanical hyperalgesia and intraepidermal nerve fiber loss by minocycline. *Exp. Neurol.* 229, 353-357.
- [19]. Boyett-Davis J, Xin W, et al. (2011) Intraepidermal nerve fiber loss corresponds to the development of Taxol-induced hyperalgesia and can be prevented by treatment with minocycline. *Pain* 152, 308-313
- [20]. Mironov SL. (2007) ADP regulates movements of mitochondria in neurons. *Biophysical J.* 92, 2944-2952
- [21]. Gutiérrez-Gutiérrez G, Sereno M, Miralles A, et al. (2010) Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: clinical features, diagnosis, prevention, and treatment strategies. *Clin. Transl. Oncol.* 12, 81-91.
- [22]. Siau C, Xiao W, Bennett GJ (2006) Paclitaxel- and vincristine-evoked painful peripheral neuropathies: loss of epidermal innervation and activation of Langerhans cells. *Exp. Neurol.* 201, 507-514
- [23]. Devor M, Seltzer Z., 1999. Pathophysiology of damaged nerves in relation to chronic pain. In: Wall PD, Melzack R. (Eds.), *Textbook of Pain*. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 129-164
- [24]. Ochoa JL, Yarnitsky D (1994) The triple cold syndrome Cold hyperalgesia, cold hypoesthesia and cold skin in

- peripheral nerve disease. *Brain* 117, 185-197
- [25]. Varbiro G, Veres B, Gallyas F, et al. (2001) Direct effect of Taxol on free radical formation and mitochondrial permeability transition. *Free Radic. Biol. Med.* 31, 548-558
 - [26]. Siau C, Bennett GJ. (2006). Dysregulation of neuronal calcium homeostasis in chemotherapy-evoked painful peripheral neuropathy. *Anesth. Analg.* 102, 1485-1490
 - [27]. Jin HW, Flatters SJ, Xiao WH, et al. (2008). Prevention of paclitaxel-evoked painful peripheral neuropathy by acetyl-L-carnitine: effects on axonal mitochondria, sensory nerve fiber terminal arbors, and cutaneous Langerhans cells. *Exp. Neurol.* 210, 229-237
 - [28]. Hershman DL, Unger JM, Crew KD, et al. (2018). Two-Year Trends of Taxane-Induced Neuropathy in Women Enrolled in a Randomized Trial of Acetyl-L-Carnitine (SWOG S0715). *Journal of the National Cancer Institute*, 110(6), 669-676
 - [29]. Broyl A, Corthals SL, Jongen JL, et al. (2010). Mechanisms of peripheral neuropathy associated with bortezomib and vincristine in patients with newly diagnosed multiple myeloma: a prospective analysis of data from the HOVON-65/GMMG-HD4 trial. *Lancet Oncol.* 11, 1057-1065
 - [30]. Lenz HJ. (2003) Clinical update: proteasome inhibitors in solid tumors. *Cancer Treat Rev* 29: 41-8
 - [31]. Areti A, Yerra VG, Naidu V, et al. (2014) Oxidative stress and nerve damage: Role in chemotherapy induced peripheral neuropathy. *Redox Biology*, 2, 289-295
 - [32]. Starobova H & Vetter I. (2017) Pathophysiology of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 10, 174
 - [33]. Hughes R (2008) Peripheral nerve diseases. *Pract Neurol* 8:396-405
 - [34]. Cavalett G, Jann S, Pace A, et al. (2006) Multi-center assessment of the Total Neuropathy Score for chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity. *Journal of the Peripheral Nervous System*, 11(2), 135-141.
 - [35]. Trivedi MS, Hershman DL, Crew KD, et al. (2015) Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *The American Journal of Hematology/Oncology*, 11, 4-9.
 - [36]. Hou S, Huh B, Kim HK, et al. (2018) Treatment of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Systematic Review and Recommendations. *Pain physician*, 21(6), 571-592.
 - [37]. Hershman DL, Lacchetti C, Dworkin RH, et al. (2014) Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol*;32(18):1941-1967.
 - [38]. 孫婉娜, 蘇靖偉, 申子蘋, et al. (2018). 运用实证探讨口服麸氨酸对癌症病人接受化学治疗引起的周边神经病变之成效Effect of Oral Glutamine on Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Cancer Patients: An Evidence-Based Appraisal *护理杂志The Journal of Nursing*, 65(1), 61-69.
 - [39]. Guo Y, Jones D, Palmer JL, et al. (2014). Oral alpha-lipoic acid to prevent chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(5), 1223-1231.
 - [40]. Suliman MA, EL-Sharkasy AM, Hassanin EM, et al. (2019). Assessment of the role of alpha lipoic acid in prevention of chemotherapy induced peripheral neuropathy. *International Journal of Advanced Research*, 7(3), 179-184.
 - [41]. Takács A, Lajkó E., Lóing, O, et al. (2020). Alpha-lipoic acid alters the antitumor effect of bortezomib in melanoma cells in vitro. *Scientific Reports*, 10(1).
 - [42]. 岳晓莉, 秦林, 滕佳林等. (2008) 论“内生五邪”的致病特点. 《山东中医药大学学报》
 - [43]. Chung S, Cha S, Lee SY, et al. (2017). The five elements of the cell. *Integrative medicine research*, 6(4), 452-456.
 - [44]. Xiao WH, Bennett GJ (2012) Effects of mitochondrial poisons on the neuropathic pain produced by the chemotherapeutic agents, paclitaxel and oxaliplatin. *Pain*, 153, 704-709
 - [45]. Li YQ, Sun H, Xue D, Li ZD, et al. (2017) Effects of Chinese Medicine on Chemotherapy-induced Peripheral Neuropathy: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Clinical Trial. *Chin J Rehabil Theory Pract.* (12): 1321-1325.
 - [46]. Kaku H, Kumagai S, Onoue H, et al. (2011) Objective evaluation of the alleviating effects of goshajinkigan on peripheral neuropathy induced by paclitaxel/carboplatin therapy: A Multicenter Collaborative Study. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 3(1), 60-65.
 - [47]. Matsumura Y, Yokoyama Y, Hirakawa H, et al. (2014) The prophylactic effects of a traditional Japanese medicine, Goshajinkigan, on paclitaxel-induced peripheral neuropathy and its mechanism of action. *Molecular Pain*, 10
 - [48]. 温长路, 刘玉玮, 温武兵编 (2002)《医林改错识要》中医古籍出版社Page 21 of 21
 - [49]. 张锡纯 (2001)《医学衷中参西录》河北科学技术出版社
 - [50]. Gong C & Liu W. (2019). Advanced research validates classical principles—the neurobiological mechanisms involved in acupuncture for pain management. *Longhua Chinese Medicine*, 2, 16-16.

中医药对乳腺癌 内环境的干预

新加坡·曾玉珠

1 概述

乳腺癌是发生在乳腺上皮或导管上皮的恶性肿瘤，它是在多种因素的影响下导致细胞增殖与凋亡失去平衡，最后逐步发展而成的癌块。它是女性常见的恶性肿瘤之一，发病率随着年龄的增长而呈上升势态，近几年有年轻化的趋向。遗传、月经早潮、迟闭经、不育、生活方式不健康和精神压力过大是引发乳腺癌的几种常见因素。在我们的生活中接触到的乳腺癌患者虽然多为女性，但这并不是表示男性就不会患乳腺癌。有研究就发现，在每100名患者中大约1位是男士。

2 人体自身有抗肿瘤能力

西医对乳腺癌的认识是正常细胞的基因被改变，使到控制细胞分裂增殖机制异常，凋亡基因失去活性，正常细胞变成“不死”的癌细胞，无限制地生长。因此，强调癌细胞的生长与发展是导致此病发展的主要原因，在治疗与预防上注重针对癌细胞的杀伤与抑制，即对癌细胞的“直接对抗”。事实上，即使乳腺上皮细胞因各种因素发生了“癌变”事件，乳腺局部病变也并非一定发展成威胁生命的浸润性乳腺癌。例如，在上世纪80年代，哈佛大学研究者对生前未被诊断为乳腺癌，因其它原因死亡的妇女进行尸检，在年龄40-49岁的女性中检出39%的导管内癌(DCIS)。另一个例子是对只进行活检而未进行其它治疗的28名低级别导管内癌患者，长期随访30年，结果只有11例发展成为浸润性乳腺癌，其中5例死于远处转移，而17例并未发生浸润性乳腺癌。这些研

究提示了肿瘤的发展不仅仅是因为有癌细胞的存在,还取决于机体本身的状态,而人体自身就具有一种强大的抗肿瘤能力,这能力可以使到“癌变”的细胞不会进展为浸润性癌。人体的这种抗肿瘤的能力,可用中医基础理论中的“正气”来认识。

3 中医正气维护机体内环境平衡

正气是中医学中最重要、最基本的概念之一。它是指人体的机能活动(包括脏腑、经络、气血等功能)以及对外界环境的适应能力、抗病能力和康复能力的综合体现,它有维护自身生理平衡与稳定的功能(即机体内环境的平衡)。

《素问·刺法论》说:“正气存内,邪不可干。”即当正气充盛,抗病力强,致病邪气难以侵袭,疾病也就无从发生。反之,当人体正气不足,或正气相对虚弱时,卫外功能低下,往往抗邪无力,则邪气可能乘虚而入,导致机体阴阳失调,脏腑经络功能紊乱,以致引发疾病。故《素问·评热病论》说:“邪之所凑,其气必虚。”

正气的抗病能力还表现在维持脏腑功能的协调、气血的流行畅达(即平衡内环境)。在中医病因学中,特别注意内生邪气,如痰饮、瘀血以及内生五邪等。这些邪气,往往是脏腑功能失调,气血失和的病理产物,可反过来影响人体,导致疾病的发生。

中医药由于能提高人体生活质量、缓解西医手术、放化疗、内分泌治疗,靶向治疗等的副作用、增加患者免疫功能以及减少治疗后的复发与转移等,已经成为乳腺癌防治的一种不可欠缺的方法。其在乳腺癌的防治是建立在承认人体天生具有抗肿瘤的能力(即正气)的理论基础上,而影响甚至决定这种能力的包括脏腑、经络、气血阴阳等机体内环境的平衡状态,以及机体内如气滞、血瘀、痰凝、湿聚等内环境失衡的病理产物。因此,陈前军等^[1]就认为从内环境平衡理论来认识中医药防治乳腺癌有

助于清晰梳理其理论,并且在理论上能与现代医学进行更好的结合。

4 乳腺癌的内环境

乳腺癌属于中医学中“乳岩”、“奶岩”、“石乳”、“乳石痈”等病证范畴,病位多在肝、脾、肾三脏,病机特点是正虚邪实,虚实夹杂。正虚有肝肾亏虚或脾肾不足。邪实有气滞、血瘀、痰凝、湿聚、癌毒。任何因素,包括情志因素、先天禀赋不足(遗传因素)、后天六淫外侵、乳腺癌细胞的侵犯、以及针对乳腺癌的各种治疗等,都可使得人体内环境失衡,使正气亏虚,自身抗乳腺癌的能力减弱,促进肿瘤的生长发展。在各种因素中,情志内伤,忧思郁怒是本病发生发展的重要因素。

对于不同年龄段的患者,陈前军等^[1]认为主因有别。他们指出老年乳腺癌多因虚致癌;中青年乳腺癌则多因郁致癌。这是因为老年患者机体脏腑功能自然衰退(内环境多属脾、肾亏虚)导致自身抗病能力(正气)的减弱而发病。中青年乳腺癌则由于工作生活压力大,生活节奏过快,导致年轻患者情绪紧张,日久肝失调达,脏腑功能紊乱,或病理产物积聚(实证)而导致发病。

对于乳腺癌是否复发转移,中医认为是由患者内环境的失衡(正虚)影响气滞、血瘀、痰凝、湿聚、癌毒的走窜与停留而决定的。

5 “种子”与“土壤”的关系

肿瘤细胞由正常细胞分化、变异而来,肿瘤细胞和宿主是“种子”与“土壤”的关系。在1889年,Stephen Paget对肿瘤转移的器官特异性提出肿瘤的“种子与土壤”假说:肿瘤细胞要成功地建立转移集落,必需有合适的生长环境。肿瘤细胞是“种子”,“土壤”是适合肿瘤细胞生长的特殊宿主微环境。

近代中医肿瘤专家如林毅教授、林洪生教

授等也从“种子”与“土壤”的关系的角度提出了他们的学术观点。如林毅教授^[2]指出乳腺癌的发生、发展取决于两大因素：一是癌细胞(种子)的存在及其增殖生长；二是机体内环境(土壤)失衡状态下自身抗肿瘤能力(正气)的减弱。乳腺的局部病变是“种子”，这个“种子”是否发展成乳腺癌，还要看发展演变的“土壤”是否适合“种子”发芽生长，即取决于机体内环境是否存在相应的条件。他认为“种子”在发芽前是安静的，以静息状态休眠于体内；一旦人体自我修复能力遭到破坏，抗病能力下降(正气亏虚)，“种子”即有机可乘，机体平衡的打破为乳腺癌发生发展提供了这样的土壤。换句话说，我们体内可有乳腺癌细胞，但并不是所有人都会得乳腺癌，原因就在于癌细胞的生长需要一定的土壤环境。如果我们的身体抵抗力强，癌细胞就会被遏制住，如果身体抵抗力差，癌细胞就可能发展为癌症。林毅教授也强调，气滞、血瘀、痰凝是诱发乳腺癌的“帮凶”，可以扰乱脏腑、经络、气血等内环境平衡状态，降低人体自身抗肿瘤的能力。

林洪生教授^[3]说肿瘤的发生多是在多种致病因素影响下使正气亏虚，进而引起痰湿、血瘀等病理产物聚结，日久形成癌毒，发为癌瘤。癌毒好比“种子”，靶器官好比“土壤”，痰、瘀、湿、热、寒等病理因素就犹如肥料，只有在具备以上综合病理环境的条件下，癌毒方能在靶器官中着根生长。

6 中医药对乳腺癌内环境的干预

林毅教授^[2]及林洪生教授^[4,5]皆认为，“正气亏虚”是乳腺癌发生、发展、转移的主要原因，即“邪之所凑，其气必虚”。西医治疗方法在减少体内肿瘤细胞的同时，也损伤人体“正气”。中医防治乳腺癌，关键在于扶助正气。“扶正”不仅包括气、血、阴、阳的“补虚固本”，还包括清除体内病理产物比如气郁、痰凝、血瘀、湿浊、食滞等内生之邪的能力，也就是改良土壤品

质、调整内环境平衡、提高自身抗肿瘤能力。

针对中医扶正祛邪治疗肿瘤的原则，我的硕士生导师林洪生教授在老一辈医家“扶正固本”学术理论的基础上，进一步凝练出“固本清源防治肿瘤”的学术思想^[3&4]。“固本清源”是稳固根本，清理源头的意思。即一方面要固护机体“正气”，提高患者的防病抗病能力，即固本；另一方面要祛除肿瘤发生、发展的致病因素，从源头上控制形成肿瘤的“邪毒”，即清源。“固本”方法有补(补其不足)、调(调畅气机)、和(如和脾胃、肝胃、肠胃)、益(辅助补法)。“清源”方法有活血化瘀、理气化痰、清热解毒、软坚散结。

王彦晖教授^[6]认为，癌症本质上是实证，痰浊和瘀血贯穿于癌症病程的全过程，在癌症的病理病机中，痰瘀是相对不变的，而气滞、寒热、肺虚、脾虚、肾虚等病理病机则是可变的。对于癌症的治疗，他善用重剂，非常重视化痰散结和活血化瘀的治法，并注意处理好祛邪与扶正的关系、调理好寒热以及气机升降出入的状态。

7 结论

乳腺癌的内环境有正虚与邪实，医家们通过适当处理扶助正气及祛除邪实的关系，同时注重增强自身制止邪实生成的能力来干预、调控宿主内环境的平衡，从而达到“未病摄生、欲病防发”，“既病早治、防其传变”，“已变防渐、带瘤生存”的目的。

8 病案举例

乳腺癌Ⅱ期患者 激素依赖型 女 53岁
患者18/1/2020初诊时刚动完右乳腺癌根治及重建手术2周余。她在7/2/2020-24/7/2020接受化疗，结束后开始至少5年的内分泌治疗。

她有鼻敏感，运动后也常出汗多。由于她性格易郁多思，所以常觉得运动出汗后人特别轻松舒爽。她的肠胃功能虽好但若她心情较

抑郁时就会受到影响而觉胀气不舒，同时，也影响她的睡眠。从初诊至今，她的舌脉偏向舌淡红暗有瘀，边尖齿印，脉细弦数。从这些可知道患者素来的内环境偏向有气虚、气滞及血瘀。

患者刚动完手术后，她的气血较亏虚，情绪也较不畅，因此初诊时来诉：早晨鼻塞，手术部位较硬，有积血，右上肢麻，伤口痛影响睡眠，半夜醒后难再入眠，纳可，大便烂(与饮食有关)舌淡红暗有瘀，边尖齿印，脉细弦数。中医辨证：肝郁气血虚兼血瘀。治则：补气健脾，疏肝养血。处方：玉屏风散，丹栀逍遥散加活血化瘀及清热解毒药。

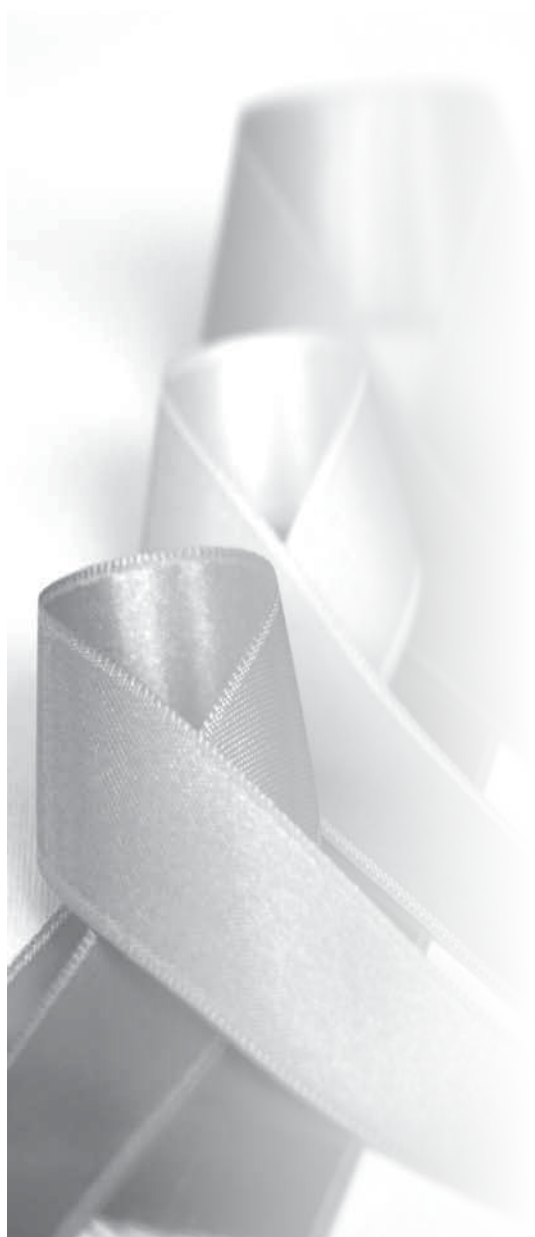
在化疗期间，患者肠胃功能虚弱，常表现为纳差欲呕，再加上第一次化疗时正值月经来潮，点滴难净，进一步加重虚弱。又患者心情抑郁，所以气血虚血瘀情况加重，舌头瘀斑明显。在这段期间，中医辨证多属脾肾亏虚，我常用香砂六君子汤为主，加补气养血益肾的中药如黄芪、当归、阿胶、枸杞子、女贞子等帮她调理。有时气滞太重时会加用柴胡；瘀血太重时也少加一些活血化瘀药如红花等入方中。在其中几次的调理中，我也加用针灸以进一步提高疗效。

在康复期间对她内环境的改善方面，我重视对她气虚、肝肾不足(由于经过化疗及内分泌治疗所致)、肝郁气滞、血瘀等方面的干预。常用丹栀逍遥散、柴胡疏肝散、六味地黄汤、香砂六君子汤等为主加味，视当时的辨证而定。

参考文献：

- [1] 陈前军,司徒红林,林毅.中医药防治乳腺癌应引入“内环境平衡”概念[M]. HYPERLINK "https://chn.oversea.cnki.net/kns/Navi?&DBCode=CPFD&BaseID=ZHZY201110003" \t "_blank" 第十二次全国中医、中西医结合乳房病学术会议论文集,北京:医药卫生科技,2011.
- [2] 严慧芳.全国名中医林毅教授:气滞血瘀痰凝是诱发乳腺癌“帮凶”.南方报业传媒集团南方+客户端访,2018.
- [3] 张英,刘杰,刘硕等.高山仰止 医海渡舟:林洪生教授学术思想经验传承集[M].北京:中国中医药出版社,2018: 20-54.
- [4] 李道睿,崔太荣,吴皓.林洪生辨治肿瘤学术思想初探

- [5] 于会勇,王学谦,李麒麟等.林洪生“固本清源”思想在肺癌治疗中的应用[J].中国中医药信息杂志,2016,23(10):107-109.
- [6] 何宽其,奚胜艳,李鹏程.王彦晖教授善用重剂治疗癌症学术经验及验案举要[J].中华中医药杂志,2014,29(7):2240-2242.



现代医学的肺癌分类与诊断



新加坡·黄普觉

肺癌的分类

以解剖学分类,根据肺部解剖学特点,肺癌可分为中央型和周围型两种。中央型肺癌指癌变部位主要发生在肺段和(或)肺段以上支气管,其病理类型多以鳞状上皮细胞肺癌和小细胞肺癌为主;周围型肺癌指癌变部位主要发生于肺段以下的支气管,其病理类型多以腺癌为主。

肺癌可按发生部位、组织病理、细胞形态等不同方式分类。依照世界卫生组织分类系统,按部位主要有中央型和周围型;按组织病理及细胞形态又分为非小细胞肺癌(NSCLC)

和小细胞肺癌(SCLC)两大类,其中NSCLC根据酶标方法又可分为鳞状细胞癌、腺癌、腺鳞癌、大细胞癌、类癌及肉瘤样癌等不同亚型;SCLC约占所有肺癌的1/5,其包括燕麦细胞型、中间细胞型、复合燕麦细胞型等亚型。

小细胞肺癌具有内分泌和化学受体功能,主要分泌5-羟色胺、儿茶酚胺、组胺和激肽等物质,可引起类癌综合征(Carcinoid Syndrome)。SCLC易于侵犯血管,早期易转移到肺门和纵膈淋巴结,其癌细胞具有生长速度快、远处转移早,而且对放疗、化疗较敏感的特点。非小细胞肺癌中,鳞癌则以

发展缓慢,转移延迟为特点,所以鳞癌患者5年生存率较高,但其对放疗、化疗敏感性较差。而腺癌,因其血管网络丰富,所以具有血行转移快,易局部浸润的特点,常可累及胸膜引发胸腔积液。近年来,由于肺癌分期的特异性,通过对患者的生存期长短及肺癌转移方式区别的研究,又发现了腺癌中的腺鳞癌、支气管腺癌、细支气管肺泡癌和大细胞腺癌等众多亚型。

关于病理类型和预后的相关性,目前说法不一。林潇等通过对154例接受手术的NSCLC患者进行预后因素分析发现,T、N分期以及肿瘤病理类型与肺癌患者总生存期相关,而进一步COX回归分析发现病理类型并不是影响预后的独立因素^[1]。但随着化疗药物培美曲赛及分子靶向药物应用的普及,NSCLC病理类型与治疗预后的关系越发受到关注。

随着精准医学的发展,如今对肺癌的认识,已深入至分子、基因水平,临床上对靶向药物的研究及应用较为成熟,因此对靶点的检测尤为重要,不同靶点对药物的敏感性 & 患者预后各不相同。目前基因测序、FISH检测等各类病理检测手段可对患者癌驱动基因进行检测。现常见的肺癌驱动基因有EGFR, HER2, KRAS, PIK3CA, AKT1, MEK1, MET, BRAF等。这些驱动基因在西方与亚洲人群中分布有差异,亚洲人群的EGFR(Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR)突变高于西方人群,西方人群中KRAS突变率高于亚洲人群^[2]。其中EGFR突变约占NSCLC的30-40%,主要发生在肺腺癌,其次为腺鳞癌、大细胞癌和未分化癌,鳞癌突变率低且小于5%,经典的EGFR突变(E19缺失和E21的L858易位)对EGFR抑制剂敏感,E20插入突变对第一代和第二代EGFR抑制剂均耐受^[3]。ALK(Anaplastic Lymphoma Kinase)基因重排在NSCLC的发生率为3-5%,对晚期NSCLC患者预后的影响现已比较明确,研究指出,ALK阳性患者和ALK阴性患者对含铂化疗方案的敏感性无

统计学差异,ALK阳性患者和ALK阴性患者DFS和OS无统计学差异^[4],ALK阳性者在确诊后的5年内,疾病进展和复发率是ALK阴性者的2倍^[5]。针对ALK阳性靶点的抑制剂现已成功上市,克唑替尼已被NCCN(National Comprehensive Cancer Network)指南推荐作为ALK基因重排的NSCLC患者的一线治疗药物,但部分患者在用药1-2年内出现耐药症状,而影响患者的持续治疗^[6]。

肺癌的分期

肺癌的分期多采用TNM分期方式,该指南已于2016年更新至第八版,并已于2017年7月1日正式实施。第八版TNM分期更突出了肿瘤大小对预后的影响,主支气管受累距隆突的距离及肺不张/阻塞性肺炎的范围不再作为T分期的依据之一,而N分期则增加了病理亚分期,另外将寡转移引入M分期中^[7]。而对于小细胞肺癌,除了上述TMN分期,更多是采用美国退伍军人肺癌协会将其划分的局限期(LD)和广泛期(ED)。总之,肺癌分期的不断修订对于肺癌病情判定及治疗选择和预后评估等方面均有举足轻重的意义。

肺癌的诊断

肺癌的诊断主要包括病史、症状、体征、影像学检查、病理诊断及基因检测等。早期肺癌可无明显症状,即使有症状的患者,也因其临床表现的非特异性,容易与先前存在的症状或体征相混淆,从而影响诊断的及时性和准确性,约70%的非小细胞肺癌患者在初始诊断时已是局部晚期或远处转移^[8]。肺癌的临床表现复杂,大致可分为原发肿瘤、胸内蔓延、远处转移和副肿瘤综合征等四类。原发肿瘤引起的症状包括咳嗽、咯血、呼吸困难、胸痛等。胸内蔓延可导致声嘶(肿瘤压迫喉返神经)、膈神经麻痹、吞咽困难、上腔静脉压迫综合征、胸腔积液、心包积液、肺尖肿瘤综合征等。远处转移包括脑、骨、肝、肾上腺及其他器官转移

的相应临床症状。副肿瘤综合征即与肿瘤侵犯不直接相关的症状和体征。包括库欣综合征、皮肤副癌综合征、抗利尿激素综合征、类癌综合征、副癌神经综合征、高钙血症等。

肺癌的影像学诊断主要是为了明确分期，胸部增强CT、上腹部增强CT(或B超)、头部增强MRI(或增强CT)以及全身骨扫描是肺癌诊断和分期的主要方法。对于高危人群^[9](年龄在55-74岁，既往或现在有超过30包/年的吸烟史，而且无肺癌证据的人群)推荐进行低剂量螺旋CT筛查。

病理学诊断是肺癌诊断的金标准，主要包括细胞学(痰、胸水等);组织形态学(术后标本、活检等)。目前参照2015年WHO肺肿瘤组织学分类。

免疫组化分型主要为腺癌:CK7、TTF-1、Napsin-A,鳞癌:P40、P63、CK5/6,小细胞肺癌:TTF-1、Syn、CD56,胸膜间皮瘤:钙结合蛋白+、WT-1+、EMA+、CEA-、TTF-1-。

近年来,随着肺癌系列致癌驱动基因的相继确定,中国及国际上多项研究表明靶向治疗药物可大幅度改善和延长携带相应驱动基因的NSCLC患者的预后和生存时间。肺癌的分型也由过去单纯的病理组织学分类,进一步细分为基于驱动基因的分子亚型。对于晚期肺癌患者,针对EGFR敏感突变和ALK阳性的精准靶向治疗疗效已被临床证实。靶向治疗成为晚期肺癌患者继放疗及化疗后,又一项强而有效的治疗手段。

参考文献

- [1]. 林潇, 陈愉生, 李鸿茹, 等. 非小细胞肺癌淋巴结转移与临床病理特征及预后的相关性分析[J]. 临床肿瘤学杂志, 2015(12):1110-1116.
- [2]. 赵建国, 熊建萍. 非小细胞肺癌驱动基因研究进展[J]. 中国肺癌杂志, 2015,19(1):42-47.
- [3]. 杨清海, 陈惠玲, 郑智勇. 肺腺癌临床病理研究新进展[J]. 临床与实验病理学杂志, 2014,30(1):53-55.
- [4]. Vijayvergia N, Mehra R. Clinical Challenges in targeting anaplastic lymphoma kinase in advanced non-small cell cancer[J]. Cancer Chemotherapy and Pharmacology, 2014,74(3):437.
- [5]. Yang P, Kulig K, Boland J M, et al. Worse disease-free survival in never-smokers with ALK + Lung

adenocarcinoma.[J]. Journal of Thoracic Oncology Official Publication of the International Association for the study of Lung Cancer, 2012, 7(1):90-97.

- [6]. 蒋涛, 周彩存. ALK阳性非小细胞肺癌患者克唑替尼耐药机制和治理措施[J]. 中国肺癌杂志, 2015(2):69-74.[7]. 叶波, 赵珩. 第八版国际肺癌TNM分期修订稿解读[J]. 中国肺癌杂志, 2016,19(06):337-342.
- [8]. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2009[J]. Ca A Cancer Journal for Clinicians, 2009, 59(4): 225-249.
- [9]. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, et al. Baseline characteristics of participants in the randomized national lung screening trial. J Natl Cancer Inst, 2010, 102(23): 1771-1779.



1.5型糖尿病？

LADA亚型青年糖尿病初探

新加坡·张达开

引言

近年来许多国家糖尿病患者人数成井喷式发展此说并不为过。病患年轻化的趋势尤其令人揪心。

以中国为例，1979年成人糖尿病患病率不到1%，2002年已经达到2.6%，2010年更高达9.7%。不健康的饮食习惯和缺乏运动是导致中国人超重和肥胖的两大主因，统计显示中国三分之一以上的成年人超重，7%的成年人肥胖。与此同时，不健康的生活方式也使儿童和青少年面临罹患糖尿病的风险。11-17岁的青少年中，超过4/5的人缺乏运动，约一成的女孩和两成的男孩超重或肥胖。^[1]

世界各地的糖尿病患也同时有明显的年轻化趋势。国际糖尿病联盟(IDF- International Diabetes Federation)年鉴目前仍未特别列出年轻糖尿病患的数据，但从不少科研期刊以及各别国家的初步统计已见端倪。

JAMA 2001-2017对美国青少年人群糖尿病发病率变化趋势作了研究。此统计包括I型糖尿病(T1DM)与II型糖尿病(T2DM)青少年与儿童。

2001年每335万19岁以下青少年中，有4958人患有I型糖尿病，2009年的数据为每346万人中有6672人，2017年数据为每361万人中有7759人。在10至19岁的人群中，2001年，每173万人中有588人患有II型糖尿病，2009年的数据为每185万人中有814

人,2017年数据为每185万人中有1230人。19岁以下青少年中,每1000人I型糖尿病患病人数,从2001年的1.48例大幅上升到2009年的1.93例,到2017年上升至2.15例,青少年I型糖尿病发病率的绝对增长率为0.67%,16年来的相对增长率为45.1%,其中非西班牙裔白人(0.93/1000)和非西班牙裔黑人(0.89/1000)的绝对增长率最高。每1000名10至19岁青年中,II型糖尿病患病率也显著增加,从2001年的每1000人0.34例增加到2009年的0.46例,再到2017年的0.67,绝对增加率为0.32%,相对增加了95.3%,其中非西班牙裔黑人(0.85/1000)和西班牙裔(0.57/1000)青年的绝对增长率最高。^[2]

国际糖尿病联盟(IDF)统计资料亦显示:中国大陆20岁至79岁人群中,糖尿病的患病人数从2013年的9840万增长到2019年的1亿多,位居世界首位。^[3]与此同时,糖尿病流行年轻化的趋势愈发明显。中国科学技术大学附属第一医院副院长、内分泌科主任医师翁建平说,40岁以下人群的糖尿病患者增长速度快,患病率高达5.9%。翁主任进一步指出:与老年糖尿病患者相比,中青年糖尿病患者发生糖尿病的病因和病理机制有较大不同,治疗更为棘手且疗效相对不如老年人理想。

简介: I型糖尿病与II型糖尿病

根据病因分类(aetiological classification):自体免疫系统或不明原因导致,T1DM表现为胰岛β细胞坏死或凋亡,约占糖尿病患者5-10%。T2DM则见胰岛β细胞功能障碍与(或)胰岛素抵抗,约占患者90%。^[4]

绝大多数T1DM患者幼年即发病。患者胰岛β细胞快速被破坏至丧失功能,一般确诊后即须以注射胰岛素治疗,

T2DM的绝大部分患者则是到中老年才发病,多和饮食及生活作息有关。一般上病程发展相对缓慢,具不同程度的胰岛素抵抗,确诊

后多先以口服降血糖药治疗。若血糖控制不佳,T2DM发展至后期亦可见胰脏丧失生产胰岛素功能,最终亦导致胰岛素依赖,甚至诱发各种严重的并发症。正由于病程缓慢加上不少患者未足够重视,并发症问题相当严重。单以糖尿病足为例,新加坡每年有1500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高居第二位。^[3,5](备注:当年不少媒体曾报道为每天4宗。)

青年人II型糖尿病

翁建平指出:“现代社会节奏紧张,年轻人经常饮食不规律,喜欢煎炸、烧烤、辛辣等‘重口味’的食品,经常饮用含大量添加糖的饮品。日常通勤以开车、公共交通为主,体力活动减少,平时也没有锻炼习惯。这些‘多吃少动’的生活习惯,就容易导致肥胖、胰岛素抵抗、糖代谢紊乱直至2型糖尿病。”

全小林院士:“随着经济社会的发展、生活节奏的加快,人们生活和职业压力更大,睡眠时间及睡眠质量下降,机体长期处于应激环境。……压力增大、情绪波动、长期焦虑等都是诱发糖尿病的重要因素。”

北京大学人民医院内分泌科副主任医师罗樱樱:“从门诊观察来看,前些年,2型糖尿病患者多是四五十岁以上的中老年人,年轻人多患的是与生活方式基本无关的1型糖尿病。而如今,很多2型糖尿病患者确诊时年纪较轻,他们往往都有肥胖、饮食不健康、运动量少等特征。”

根据笔者搜集的资料以及临床观察与诊治的病例,确诊为T2DM的青年人糖尿病患,仍然可大致上分为肥胖糖尿病患与消瘦糖尿病患两大类。多数肥胖糖尿病患在前期肥胖阶段,亦因过食和少动形成以食郁为先导的气血痰火湿食六郁。消瘦糖尿病患则因脏腑柔弱,机体调节能力较差。

从中医角度,一般上来说青年人II型糖尿

病的基本病机与诊治手段没有太大程度上的改变,亦可见“郁、热、虚、损”相关的病因病位病性病势的病机辨证。^[5,6]部分病患的病情甚至可以体现相当大程度的可逆性,有望达到完全停药而血糖稳定,一般体检指标无异常,亦无任何症状与不适的水平。

但青年人糖尿病患者当中亦可见其他并非完全属于I型与II型的糖尿病。这很可能是前文翁建平医师所说的:“与老年糖尿病患者相比,中青年糖尿病患者发生糖尿病的病因和病理机制有较大不同,治疗更为棘手且疗效相对不如老年人理想。”

根据西医的分型,有两种相对较常见而一般未完全归类于I型或II型的青年人糖尿病类型,LADA(Latent Autoimmune Diabetes in Adults)与MODY(Maturity-Onset Diabetes of the Young)。^[7]本文仅介绍LADA(别称1.5型糖尿病)并作进一步的探讨。

青年人1.5型糖尿病: LADA亚型(T1.5DM)

LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults)可翻译为“潜伏型成人自体免疫糖尿病”。此类型糖尿病同时具有I型糖尿病(本文简称为T1DM)与II型糖尿病(本文简称为T2DM)的特色。故常被称为1.5型糖尿病,本文简称为T1.5DM。(T1.5DM并非正式的数字分型或学名)。亦有学者把LADA归类于I型糖尿病(T1DM)。^[3,7,8]

LADA(T1.5DM)是一种胰腺自体免疫性疾病。如同T1DM病患,患者胰脏分泌胰岛素的β细胞功能受损,但受损的速度不像I型的快速,所以一开始比较难被诊断出来,常会被误认为T2DM。通常以年轻成年人较为常见,但随着胰岛细胞功能的渐渐衰竭,口服药物也会逐渐失效,最后改采胰岛素治疗。^[7,8]所以它常被认为是介于T1DM和T2DM中间的中间亚型,据两型混杂的特性。

T1.5DM起病的特色与T2DM类似,常以T2DM治疗方案6-12月。一般初期有效,但一段时日后可见较迅速的恶化。T1.5DM没有明显的胰岛素抵抗,可见自体抗体:胰岛素相关抗体。大多数病患都将在若干年后发展为胰岛素依赖:一般最快六个月,平均四年。

T1.5DM患者不常见代谢综合征。若血糖控制得当,其心血管病的风险相对于T2DM患者还来得低。T1.5DM一般在30岁后发病,几乎都在25岁以后。医学界亦有不少看法认为T1.5DM(LADA)应归类于第一型糖尿病,并在确诊后便立刻开始打胰岛素。

潜伏型成人自体免疫糖尿病 (LADA, T1.5DM) 中医治疗案例

病患: 韦XX, 女, 26岁。2021年春初诊,称两个月前HbA1C为10,西医确诊为I型糖尿病并已开始注射胰岛素。当时患者自觉身体总体上还健康,患者不能接受毕生须注射胰岛素的治疗方案。求诊中医,希望能扭转终生注射胰岛素。

笔者在进一步了解之后,初步推断病患实际上仍和多数I型糖尿病(T1DM)患者有别。患者可能属于LADA分型,即兼具I型与II型糖尿病特色的T1.5DM型糖尿病。

笔者建议患者向其西医专科医生进一步咨询,其糖尿病型是否为LADA。笔者表示虽然多数人不知道或不相信,中医治疗T2DM确实可有一定程度的可逆性;但对于非T2DM的治疗方案与疗效却仍在探索之中,疗效难以保证,几乎肯定会相对更低。病患表示即使无法一定的程度上逆转目前的情况也非常希望好好调理。笔者答应尽力而为。

初诊:

疲惫。纳眠可。痛经。口干,二便常。舌淡略见剥苔。脉沉细稍弱。

患者气阴两虚,以七味白术作为基础方随证加减。

备注:

笔者当时义诊值班时间为周六晚。只能开14天的处方。病患表示周六晚只能尽可能三周来一次(患者每周只有周六下午较空。周一至周五因为工作忙碌并不可行,表示不想换医师,亦不确定其他医师是否熟悉“I型”糖尿病,或如何看待I型糖尿病“确诊”病患)。

病患接下来多数时候仅每4-5周才来看诊。每次仅取14天药。

三诊后诸症减轻。四诊后病患发现到能开始逐步减少胰岛素,每餐均能少打至少一个单位而血糖仍然保持稳定。若忌口可有更大幅度的减量。五诊后胰岛素减量更明显且诸症基本消除。

小结

以上案例中,由于主观与客观因素,患者在治疗期间时常仅有一半的时间在服药,自然在很大的程度上影响了疗效,但仍然能够逐步减少对胰岛素的依赖。这是非常令人鼓舞的。患者胰岛功能很可能有一定的康复。

合理的推断,若患者没有一开始就注射胰岛素,在以服用常用西药如二甲双胍(Metformin)的同时配合中医治疗,或有机会在一定程度上延缓胰岛素依赖的到来(目前平均为四年)。不能排除或可让患者较长期不打胰岛素,至少不必在20多岁就开始。对于患者来说,即使只是较有效的延缓胰岛素依赖的到来,也是病患所期盼的,是生活质量的提升。

此案例或提示中药不仅是对T2DM有效。只要非纯I型,即使具一定的自体免疫系统因素,中药仍能发挥相当的疗效,有望能有效推迟胰岛素依赖,提高患者的生活品质。

潜伏型成人自体免疫糖尿病(LADA, T1.5DM)目前在西医界仍处于相对较新的研究领域,单靠口服西药效果不显。LADA将来或可成为中西医共同进行科

研的领域,为许多青年糖尿病患者造福。愿同道共同努力为盼。

参考资料

- [1]. 《[央视]我国糖尿病患病率呈爆炸式增长 年轻化趋势明显》。20160408. 中国疾病预防控制中心 (Chinese Centre for Disease Control and Prevention)。
- [2]. 美国青少年人群I型于II型糖尿病发病率变化趋势。2021年8月。August 24/31, 2021. JAMA. Trends in Prevalence of Type 1 and Type 2 Diabetes in Children and Adolescents in the US, 2001-2017 Jean M. Lawrence, ScD, MPH, MSSA; Jasmin Divers, PhD; Scott Isom, MS; et al
- [3]. 国际糖尿病联盟 (IDF) 近年年鉴。
- [4]. 牛津大学内分泌学与糖尿病手册。第三版。Oxford Handbook of Endocrinology and Diabetes (3ed) 2014. Edited by John Wass and Katharine Owen.
- [5]. 《辨证辨病并举诊治糖尿病》新加坡 张达开。新加坡中医杂志 Singapore Journal of Traditional Chinese Medicine. 第49期。2021年正月版。
- [6]. 糖尿病中医防治标准(草案)。仝小林主编。
- [7]. MBBS西医内科教材。
- [8]. 中、美、英网上糖尿病资讯。如:美国糖尿病协会(ADA, American Diabetes Association)资料。
- [9]. 其他网络资料: 百度、中医世家等。

眩晕病因病机 学术源流浅探

新加坡·钟舒云

摘要:

目的: 以眩晕主要的病理因素风(火)、痰、瘀、虚为纲,进行各病因病机的学术探源,以及总结现代眩晕常见的病理证型。

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

眩晕是临床常见症状,可见于西医学中的前庭周围性病变(良性阵发性位置性眩晕、前庭神经元炎、梅尼埃病)、中枢神经系统病变、脑供血不足、后循环缺血、脑动脉硬化症、高血压病、脑梗塞、椎动脉型颈椎病、精神障碍性眩晕等。虞抟所著《医学正传·眩晕》记载了“眩晕者,中风之渐也。”由此可知中风的发生与眩晕有一定的联系,因此临床应重视眩晕的证治。

眩晕的病因病机

关于眩晕的病因病机,历来医家观点不

一,但总结起来不外风(火)、痰、瘀、虚四方面。本病病位在头窍,其病变脏腑与肝、脾、肾相关。病情多为本虚标实,早期及发作期多为实证,如肝阳上亢、痰浊上扰、瘀血阻窍等;后期及缓解期则虚证突显,如气血不足、肾精亏虚、脑髓失充。

1. 因“风”致眩

因风致眩的理论是首次被提出的眩晕的病因病机,并较为详细地在《内经》中被论述,由后世医家持续扩充引申此理论。风邪致病,可分内外虚实之风。

1.1 外风致眩

外感六淫之邪气致眩论曾被多位隋代至宋金时期的医家论治。首位从外风立论的医家为隋代的巢元方,在其著作《诸病源候论》中记载:“风头眩者,由血气虚,风邪入脑而引目系故也。五脏六腑之精气,皆上注于目,血气与脉并于上系,上属于脑,后出于项中。逢身之虚,则为风邪所伤,入脑则脑转而目系急,目系急故成眩也。”^[1]解释了血虚风邪易入脑成眩,正所谓邪之所凑,其气必虚。孙思邈、王焘亦多遵循上气不足之论,从外风论治眩晕,处方多从祛风益气补血之法。孙思邈尤

善用防风治疗眩晕，在《千金方》有多首以防风命名的方子。

宋代陈无择在《三因极一病证方论·眩晕证治》除了明确提出了“眩晕”的病名，也将眩晕的病因三分化，即内因、外因、不内外因。内因即为六淫邪气；外因为七情内伤，或饮食饥饱、房劳过度、外伤失血，属不内外因。

近代医家陈枢燮亦主张首辨内外因^[2]：外感眩晕乃六淫侵袭，干扰清窍，使头脑失其清灵之用而致，病情发展迅速，病势较急，多兼怕风、恶寒、流涕等表证；而内伤眩晕，或由痰浊兼肝火化生风痰，或阴虚肝旺，阳虚水聚，虚风内起上扰清空。

1.2 内风致眩

内风致眩说仍是当今眩晕较为外风多见的病因病机。内风理论被金元时期之后的医家阐发，尤其是叶天士的肝阳化风的病机，为后世医家为肝风致眩提供了辨证施治的重要依据。

1.2.1 肝阳化风

《素问·至真要大论》云：“诸风掉眩，皆属于肝。”肇始了内风致眩的学说。叶天士在《临证指南医案·眩晕门》云：“头为诸阳之首，耳目口鼻皆系清空之窍，所患眩晕者，非外来之邪，乃肝胆之风阳上冒耳，甚则有昏厥跌仆之虞。”论述了肝阳化风，上扰清空，发为眩晕。

1.2.2 风火致眩

刘完素主张风火兼化之说：“风火皆属阳，多为兼化，阳主乎动，两动相搏，则为之旋转。故火本动也，焰得风则自然旋转。”

^[3]此理论被清代岭南名医何梦瑶所推崇，认为“风即火气之飘忽者，风从火生，火借风煽，观焰得风而旋转可见矣。外风内风，热风冷风，皆能煽火。”^[4]除了风火相煽，何梦瑶亦从刘完素“六气皆可化火”论拓展，认为“六淫七情，饮食痰水诸邪，皆能动火生风”。

1.2.3 阴虚动风

肝为风木之藏，主藏血，体阴而用阳，故肝阴易虚。素体阳盛，或七情过极，皆可化火灼阴。肝阴虚不能育阳，肝阳化为风阳上升，阻塞清窍。《临证指南医案·肝风》中华岫云按：“倘精液有亏，肝阴不足，血燥生热，热则风阳上升，窍络闭塞，头目不清，眩晕跌仆。”然而此风“非发散可解，非沉寒可清”，与六气外风不同，应以辛甘化风法，拟补肝之意治。

乙癸同源，肝肾阴阳之间也存在着相互滋养与制约的关系。肾阴滋养肝阴，共同制约肝阳，则肝阳不偏亢。叶天士认为“内风乃身中阳气之变动”，若肾阴不足，累及肝阴，肝肾阴虚，阴不制阳，水不涵木，则能致“厥阳化风鼓动”，加之“烦劳阳升”，扰动清窍，引发眩晕。治宜“缓肝之急以熄风，滋肾之液以驱热”，“以介类潜真阳，咸酸之味为宜”。若内风上冒，阳气变现，则进一步形成“根本虚在下，热化内风在上”的上实下虚、络脉中热证，体现了叶天士“久病入络”的思想，治应清标火为先，选用羚角、玄参心、连翘心、生地黄等清络脉之品。

1.2.4 阳虚生风

肾为水火之脏，肾阴不足固然会水不涵木，使肝风内动，然而肾中阳气匮乏，水寒亦能使肝木龙雷之火伏蛰不能，引动内风上扰清窍。黄元御在《四圣心源·六气解·厥阴风木篇》云：“水土温和，则肝木发荣，木静而风恬；水寒土湿，不能生长木气，则木郁而风生。”方用附子都气丸，以附子温肾中之阳，及都气丸补阴以滋肾火之源，正所谓“善补阳者，必于阴中求阳。”

1.2.5 它脏动风

造成肝风者，非肝肾而已，心、脾、肺脏皆可令肝风内动。心生血，心血亏耗，营阴内损，肝血失养，不能涵阳，心肝厥阴之火上炎于上，夹风阳上扰清空而为眩晕，治宜“先拟清血分中热，继当养血熄其内风”。五行相克

脏腑中，脾五行属土，脾土虚弱则肝木乘之，犯脾土而扰中宫，以致土虚木摇，内风动越。

《柳选四家医案·评选静香楼医案》云：“四肢禀气于脾胃，脾胃虚衰，无气以禀，则为振颤。土虚木必摇，故头晕也”。另外，肺金克制肝木，肺气虚弱肃降不及，则肝气升发太过，如刘完素在《素问玄机原病式·五运主病》中曰：“所谓风气甚，而头目眩运者，由风木旺，必是金衰不能制木，而木复生火”，体现了五行脏腑生克的相关特点。

2. 因“痰”致眩

2.1 痰饮致眩

张仲景首创因痰致眩之说，为后世“无痰不作眩”的理论依据奠定了基础。他在其著作未将眩晕独立成篇论述，但在多处对痰饮所致眩晕有所证治阐述。痰饮因阳虚不能化水而生，日久亦伤阳气，故痰饮病多本虚标实。根据痰饮水气部位及阳气虚损程度，治以温阳、利水，标本同治。张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》多处提到与眩晕相关方证：如痰饮停于中焦，胸胁支满，苓桂术甘汤主之；如水蓄下焦，膀胱气化不行而见水气上冲头目，方用五苓散化气利水。若阳虚较甚，水饮上冲清阳，出现头眩，身瞤动，振振欲擗地者，用真武汤温阳利水。如呕吐较重，心下痞，膈间有水，眩悸者，用小半夏加茯苓汤；若饮盛上犯头窍，头晕目眩严重者，则用泽泻汤直捣其穴。

2.2 痰浊致眩

朱丹溪在《丹溪心法·头眩六十七》提出“无痰不作眩”之论：“头眩，痰挟气虚并火。治痰为主，挟补气药及降火药。无痰则不作眩，痰因火动。又有湿痰者，有火痰者。”痰浊中阻者，平时多忧思，或饮食不节，劳倦伤脾，运化失司，水津不得调布，湿聚成痰，痰浊中阻，则清阳不升，浊阴不降，发为眩晕。细分痰邪有寒痰湿痰、热痰风痰之别：“夫寒痰、湿痰作眩，或因外感寒湿，或

因内伤生冷；热痰、风痰作眩，乘或因外感风暑，或因内动七情”，论述了内外寒热之因皆可导致湿聚痰生，痰浊中阻，或因火动挟痰，痰随火升，上攻头目。

痰邪为病理产物，成因不一，可因脾失健运、肺失肃降，或气虚津不化气、气郁不能布津，再有火热之邪灼津为痰，临床更常有痰邪与风、火、瘀互结。近代医家钟一棠治疗气郁痰滞而致眩晕^[5]，每于化痰药中加入顺气开郁之品，或如郁金、柴胡、陈皮之类。痰热则用黄连温胆汤加菊花、竹叶等；肝风挟痰者用半夏白术天麻汤加味；而风、火、痰胶结者，每发作较剧，如坐舟车，治必三者兼顾，以清热化痰熄风为法，用竹叶、竹茹、黄芩、杭菊、天麻、钩藤、柴胡、白芍、半夏、夏枯草之类。

3. 因“虚”致眩

《黄帝内经》首次提出因虚致眩的概念。

《灵枢·卫气》篇中有云“上虚致眩”，并在《灵枢·口问》曰“故上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。”阐明了因为上部正气不足于支撑头部，头目清窍不充而出现耳鸣，头倾目眩。《灵枢·海论》云：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”可见下虚上实之概念。宋代以后医家在《内经》因虚致眩的基础上阐发了许多各种虚损而导致的眩晕。张景岳力倡“无虚不作眩”之说，《景岳全书·眩晕》中关于虚证头眩论治如是云：“头眩虽属上虚，然不能无涉于下。盖上虚者，阳中之阳虚也，下虚者，阴中之阳虚也。阳中之阳虚者，宜治其气，如四君子汤、五君子煎、归脾汤、补中益气汤，如兼呕吐者，宜圣术煎大加人参之类是也。阴中之阳虚者，宜补其精，如五福饮、七福饮、左归饮、右归饮、四物汤之类是也。”张景岳将因虚致眩的病因病机总结得非常全面，指出劳倦过度、因汗吐下伤津，损伤阳中之阳，造成上虚清阳不展；失血家、房事

不节者，损伤阴中之阳，导致下焦肾精亏虚，髓海失充；再有饮食七情不节，而伤阴气、中气，使脾胃不能健运水谷，生化气血，致气血两虚，脑失所养；年迈体衰、劳倦日积，而发为不寐眩晕者，是为营卫两虚。总之，认为人体阴阳气血受损、年老肾亏、营卫两虚才是眩晕的根本。

4. 因“瘀”致眩

瘀证所致眩晕，可因跌仆坠损，头颅外伤，形成离经之血；或气滞、气虚、血寒、血热等所形成之瘀血，或痰瘀交阻，致脑络痹阻，气血不能上荣头目，脑失所养，发为眩晕。虞抟在《医学正传·眩运》：“外有因坠损而眩运者，胸中有死血迷闭心窍而然”为后世医家运用活血化瘀法治疗眩晕提供了理论依据。瘀证眩晕亦常见虚中夹实证，如产后、失血后，血不归经，再加上气随血脱，气虚不能行血，血脉瘀滞更甚，治当祛瘀生新，益气通络，方可用通窍活血汤加减。

现代临床证型分布规律

根据多项大样本临床证型分布规律研究及文献报告病例，痰浊中阻证是临床比例明显的证候类型，其次依序为瘀血内阻、气血亏虚、风阳上扰证、肝肾阴虚证。根据刘红梅等纳入分析的337篇文献报告^[6]，共15846起眩晕病例，痰浊中阻占比33.4%，气血亏虚占14.4%，肝阳上亢占11.2%，余次为风阳上扰(7.7%)、肝肾阴虚(4.4%)、痰滞血瘀(3.9%)。林丰基临床调研300例眩晕患者^[7]，风阳上扰证占36%，痰浊上蒙证占32.3%，气血亏虚证占17%，肝肾阴虚证占14.7%。黄健庭所纳200眩晕病例^[8]之痰瘀阻窍证所占比例最高(35.5%)，其次为风痰上扰(22.5%)、气虚痰湿(16.5%)、气血亏虚(11.5%)、肝阳上亢(7.5%)、肝肾阴虚(6.5%)。

综上所述，隋唐、宋时期所论眩晕多由外风论治，至宋代陈无择提出病因三分化之后，诸家逐渐重视内风学说，并且较其它病因病机更详尽地被历代医家拓展开来，如风阳上扰、阴虚风动、阳虚生风等。金元时期，百家争鸣，刘完素提出“风火致眩”说；朱丹溪则认为眩晕之风非外风肝风，而是痰并火夹气虚，提倡“无痰不作眩”之论。明代张景岳推崇“无虚不作眩”说，而虞抟探讨了瘀血阻窍的致病因素。清代何梦瑶考虑了岭南地理气候因素，力崇刘完素、朱丹溪之痰火致眩论，用药因地制宜。现代研究发现痰、瘀是目前较为主要的发病因素，然而眩晕的病机常互化互兼，如风可夹痰夹火，上扰清窍；痰湿郁久可化热，或与瘀血胶结阻络；肝肾不足，病久损阴及阳，或气虚血亏，气血运行不畅，皆可痰、加重湿、瘀、热等病理产物，使下虚不能制上更甚。若风阳暴升，气机逆乱，甚可发展为中风或厥证。眩晕一证，病因复杂，病状虚实夹杂，不易速愈，本虚标实为多，临床仍得详细辨证论治。

参考文献：

- [1] 隋·巢元方. (1955). 诸病源候论·卷二. 北京人民卫生出版社影印本.
- [2][5] 单书健, 陈子华. (1999). 古今名医临证金鉴·头痛眩晕卷. 北京: 中国中医药出版社.
- [3] 金·刘完素. (2005). 素问玄机原病式. 北京: 人民卫生出版社.
- [4] 清·何梦瑶. (1982). 医编. 上海: 上海科学技术出版社.
- [6] 刘红梅, 李涛. (2007). 眩晕辨证方法的文献分析. 中西医结合心脑血管病杂志, 5 (5), 423-424.
- [7] 林丰基. 中医诊治眩晕证学术源流探讨及文献整理与数据库建立. 广州: 广州中医药大学.
- [8] 黄健庭. (2020). 眩晕病的中医证候要素及证型分布规律研究. 山东中医药大学学报, 37 (7), 1398-1402.

谈中医脾胃升降论的运用



新加坡·翁亚庆

脾胃的功能特点之一，就是升降运动。上升运动指脾将营养物质，上归于肺然后送达全身。下降运动指胃主受纳、腐熟水谷、传化水谷糟粕。脾胃一升一降，一运一纳，共同完成了食物的消化吸收过程。

金元时期的医家李东垣，在所著《脾胃论》中，认为脾气升发，则水谷之精气化生气血。升降悖逆者，则“清气不升，浊气不降，清浊相干”。飧泄腹胀，阴阳反作，周身气血逆行而百病由生。脾胃升降失常，则化源良少，机体失养。脾胃位居中焦，为一身气机升降之枢，升降失常也影响其他脏腑，故调理脾胃可安五脏。

脾胃升降和五脏的关系

脾胃和，五脏安，气机通畅，阴平阳秘，才能纳化正常，身体健康。脾胃的升降活动，不仅依赖本身功能的强健，还需要肝的升发条达。肺的肃降宣发、心火的下降温煦、肾阳的蒸腾及肾水的上济。这说明了脾胃居中，与五脏相联系。是五脏升降运动的枢纽。

1. 肺与脾胃升降的关系

中医五行学说中脾与肺为母子关系，脾土生肺金，两脏在生理相互为用，病理上互相影

响。肺胃之气同属肃降，脾升肺降，共同完成人体气机的循环。

在病理影响方面，脾气虚可以导致肺气不足，土不生金。脾失健运，水液停聚为痰饮，可影响肺的宣发和肃降，出现咳、喘、痰的症状。“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”。肺气不足，宣降无力，水湿内停也可影响脾的健运，出现气短、乏力、纳呆、腹胀、便溏等脾肺气虚之证。

临床用药：主要以培土生金、健脾祛湿、肃肺化痰及温中健脾补肺。如治疗喘咳之证，应以补脾益气，温运中州为主，兼顾肺肾。如《薛生白医案》治疗咳嗽之症，方用小建中汤加茯苓、姜皮，治取中州以绝生痰之源。临床上有全身水肿，兼有咳喘者，则要温阳利水，可加猪苓、泽泻、枳实，以淡渗利湿，化痰除积。

2. 肝与脾胃升降的关系

肝主疏泄的功能正常，则全身气机调畅，气血调和。脏腑器官的活动、精微物质的生化、输布、水液的代谢才能正常。脾胃的升降功能和肝的疏泄功能，有密切相关。肝的疏泄异常，就会影响胆汁的生成和排泄，导致脾胃升降功能紊乱。脾失运化，胃失受纳，则出现纳呆、食欲不振；中焦气机停滞，则脘腹

胀满、疼痛。

临床用药：肝的病变很容易犯脾胃，出现肝脾失和的症状。另一方面，脾胃的病变，又很容易影响肝的疏泄，出现气机阻滞的表现，如胸胁胀满、乳房胀痛、月经不调，急躁易怒。故治疗上，治肝必护脾胃，治脾胃也必调理肝气。所以调理脾胃，都要加入调肝之品，如郁金、柴胡、木香、白芍、生麦芽、素馨花。

3. 心与脾胃升降的关系

人体的血液的生成，有赖于脾气的健运，血液的运行则有赖心气的推动和脾气的统摄。情志方面，心主神志，脾主思虑，情志的调节上，心与脾是协调一致的。病理上，脾气不足，气血生化之源不足，心失所养，则心脾两虚，思虑过度，伤及心脾，亦可导致心脾两虚，脾胃健运，元气充足，则心火自降。

临床用药：可从两方面理解。一是脾为生痰之源，若脾胃损伤，则水液停留为痰浊。痰浊凝聚于血脉，则导致血瘀。瘀血，胸阳痹阻，阻于胸膈，则成胸痹、心痛之证。故治疗胸痹，采取化痰浊，祛湿通心络的方法。

另一方面，脾虚失其统血，宜通脉，则造成心肝血虚。思虑过度则伤脾，脾伤则心神不定，魂魄失所。故治疗心悸、少寐、情志失调之证，用脾胃党参、白术、茯苓、半夏、枣仁、陈皮、怀山药、秫米等药可安神养心兼调脾胃，使胃和则寐安，升降调而转输得所。

4. 肾与脾胃升降的关系

肾为先天之本，脾为后天之本。脾胃健运，气血生化有源，则肾精充足。脾肾精气相互资生，相互促进。一方亏虚，常损及另一方。如脾气虚水谷之精，化生不足，不能充养肾精，以致肾精亏虚，可出现发育迟缓等症。

脾主运化水液，为水液代谢的枢纽。肾主气化，在水液代谢中有蒸化作用。若脾肾两脏功能失调，脾气不能运化水液，肾气失其蒸化

之职，均可导致水液代谢障碍，出现水肿，泄泻，小便不利临床表现。

临床用药：人体水液的代谢中，肺为水之上源，肾为主水之脏，脾居中州，三脏相互协调，相互完成。治水肿以，其本在肾，其标在肺，其制在脾，以健脾益气制水为正治之法，健脾温肾，健脾肃肺为权变法。

治疗心肾失交不寐者，症见不寐易醒、心悸、耳鸣、盗汗等。治则务必健运脾胃，化生气血，以上济心阴，下滋肾水。药用太子参、茯苓、姜半夏、炒枳实，健脾益气和中。调理升降向上引阴以制心火；黄连、莲子心、栀子，向下益精以补肾水，远志、浮小麦、绿萼梅，使心肾相济、上下相交。故调脾胃是交通心肾的常用治法。

结语

脾胃论主要论述，强调脾胃气盛，其他脏腑虽虚，犹能溉之。脾胃不足，则诸脏不荣。而其他脏腑，受邪或劳损内伤，也都会伤及脾胃。因此各脏腑的病变，均可通过调理脾胃来治疗。

对于脾胃受损，气机升降失常者，通过调理脾胃，以使气机升降如常，常用升脾阳的药物有黄芪、升麻、柴胡、防风、葛根、羌活和苍术等。降胃气的药物主要有木香、枳实、厚朴、枇杷叶、旋覆花等。

另外脾胃的健运功能，有赖肝气的调达。肝气过旺时，出现土壅木郁之症肘，调理脾胃，要加入疏肝之药如，郁金、柴胡、木香、白芍、生麦芽等。

肌萎缩性侧索硬化症

发病机理研究进展



新加坡 · Scott Xiao (肖谦)

1.引言

肌萎缩侧索硬化症(ALS)是神经系统中的难治性疾病,是以累及脊髓前角、脑干后组运动神经核及锥体束为特征的慢性进行性退行性疾病,上下运动神经元同时受损,死亡率极高。近年来,已有不少治疗该病的报道,但从整体来看研究仍处于萌芽阶段,对病因病机、临床辨证施治等欠缺系统研究及统一认识。本文将对ALS的发病机理的最新研究进展做一小结汇报。

2.现代医学对ALS的发病机理的研究进展

2.1 兴奋毒性

氨酸是中枢神经系统(CNS)中主要的兴奋性神经递质。谷氨酸受体的过度活化和突触间隙对神经递质的清除失败或对谷氨酸的突触后敏感性增加导致兴奋性介质的积累,引起神经元损伤。^[1]针对兴奋性毒性的神经元保护仍然是ALS的主要治疗目标。

2.2 氧化应激的损伤

由于多种原因,中枢神经系统特别容易受到氧化应激的影响。神经元膜中含有大量的多不饱和脂肪酸,含有很高的氧气消耗率和高浓度的氧化还原活性过渡金属,但抗氧化剂的浓度相对较低。氧化应激会破坏关键的细胞大分子,最终可能导致细胞坏死或凋亡而死亡。

2.3 线粒体功能障碍

线粒体是一种半自助细胞器，由线粒体DNA和核DNA共同调控。雷沙吉兰是一种单胺氧化酶B(MAOB)抑制剂，可通过抑制MAOB降低多巴胺的分解代谢。在ALS中有关雷沙吉兰的试验，该药物显著增加了血液中的线粒体膜电位，表明雷沙吉兰可能会积极改变部分患者的疾病进展。

2.4 自噬

巨噬细胞自噬是自噬的最常见形式。研究表明自噬途径中的缺陷会导致神经退行性变。ALS/FTD光谱中的许多蛋白质参与自噬途径，显示这是这些疾病的主要致病机制。在ALS的临床前模型中，突变SOD1蛋白与蛋白酶体功能受损有关，这可能有助于加速错误折叠的突变SOD1蛋白在细胞中的积累致病性循环。

2.5 神经炎症

研究表明，中枢神经系统中补体系统的异常激活可能与ALS的病理生理有关。这种观察使先天免疫系统成为ALS中潜在的治疗靶标。神经炎症是ALS病理生理学的基本组成部分，神经退行实际上可能是主要事件，这是由退化的运动神经元与周围细胞之间的负面相互作用导致的。

2.6 细胞凋亡

程序性细胞死亡机制(称为细胞凋亡)可能导致ALS的运动神经元退化。在包括ALS在内的几种神经退行性疾病的细胞和动物模型中，DLK的抑制和敲除已被证明具有神经保护作用。

2.7 核质运输

在大多数患有ALS和FTD的患者中，疾病的病理特征是核RNA结合蛋白TDP43的细胞质沉积。TDP43和相关的RNA结合蛋白的

亚细胞定位对于神经元的功能和存活至关重要。TDP43含有核定位和核输出信号，可促进核与细胞质之间的快速运输。GGGGCC重复RNA可能通过与RanGAP1的物理相互作用而损害核质运输。

2.8 DNA损伤

神经元中DNA损伤的主要原因是由线粒体呼吸作用和其他代谢过程产生的内源性ROS，FUS突变会降低蛋白质修复DNA DSB的能力。TDP-43病理状态的ALS患者组织与DSB修复缺陷以及散发性ALS患者的神经元基因组中的损伤积累密切相关。

2.9 RNA剪接 / 代谢

在C9orf72重复扩增的ALS患者和散发的患者中，小脑和额叶皮层的剪接调节失调。由于大多数ALS和FTD病例都表现出TDP-43病理学特征，其特征是细胞核中的蛋白质耗竭并在细胞质中形成沉积物，因此普遍认为正常的TDP-43剪接功能丧失是根本的疾病进展的致病因素。

2.10 细胞骨架完整性和轴突运输

运动神经元的特点是轴突较长，所以非常容易破坏轴突的代谢和运输。因此，几个与ALS相关的基因(最相关的是PFN1，TUBA4A和KIF5A)直接与细胞骨架或轴突运输有关，并且它们的突变会损害轴突运输。

3. 中医对ALS的病机研究进展

ALS在中医属痿证范畴。ALS慢性隐匿起病，从中医角度“审证求因”，对病因病机加以论述，主要以本虚立论。标实为风动、血瘀，湿邪形成虚中夹实之证。

3.1 古代医家观点

《内经》对痿证病因病机大可以总结为以下几方面：饮食失衡、情志异常、劳逸过度。则

是《内经》对痿证的临床表现描述。如：“肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。”巢元方在《诸病源候论》中，提出痿证是由于脾胃虚弱、营卫不和与外邪侵袭发病。张锡纯从大气亏虚的角度论述痿证的病因归总为中气亏虚，宗气不足和肾脏亏虚之类。中气亏虚，水谷精微布散失司，四肢不得禀水谷气；或宗气亏虚，行血能力下降；或肾精不足，不得充骨填髓，骨属屈伸不利，发为骨痿。

综上所述，古代医家从多个角度讨论了痿证的病因和病机，和复杂性。对痿证的研究发挥了积极的启示意义。根据其既有外感内伤，又有实证虚证的不同，亦可因脏腑气虚阴阳的偏胜偏衰而发病，提示医者临证应辨证论治，审因求本。

3.2 现代医家观点

现代医家的论述多从脏腑论证，认为ALS与肺、脾、肝、肾关系密切，常见多脏同时发病，并结合经脉。以虚证为主，且多虚实夹杂并见。

3.2.1 脾胃亏虚

脾胃互为表里，其中胃为水谷之海，主受盛水谷；脾可为胃行津液，布散精微而周达全身。只有脾胃功能正常，气血充沛，肌肉得以濡养，才能使痿废的机体恢复功能。相反，脾胃功能不足，精血生化乏源，^[2]痰液积聚，脾失健运，则难以恢复。

3.2.2 肝脾亏虚

邓自耀等则指出，如果肝的气血不足，筋膜失养，则肌肉无力。此外，肝的阴血不足，筋肉不得濡润，则手足肌肉颤抖，四肢麻木，屈伸不利。若脾不健运，清阳不升，不能正常布散水谷精微，四肢失养，则会出现倦怠无力，甚至痿弱不用。

3.2.3 脾肾同治

王宝亮教授从五脏虚损辨治ALS，但重在补养脾肾。两精相搏合而为人，最终藏父母之精于肾中故肾为先天之本。脾胃之经多气多血，可以滋养五脏六腑，若脾胃失运，五脏六腑不得禀水谷，则易于发病。

3.2.4 肺脾同病

赵晶等提出五脏气热，耗伤精气为发病的内在因素，多责之于肺脾。五脏因肺热叶焦，使肺失宣肃，主治节功能减退，津液和水谷精微不能正常敷布，日久五脏六腑失养，发为痿痹；脾胃气血受困，气血亏虚，肢体失养。提出重补元气，健脾益肺的必要性。

3.2.5 肝脾肾同病

张静生教授认为ALS的发生多因先天禀赋不足，后天亏虚，或情志不调及病后未复，损伤肝脾肾三脏而发病。脾胃虚使气血不能正常生化，肝肾阴精不足，痰瘀痹阻经络，损伤督脉，筋脉失养而生痿。裘昌林从肝脾肾亏虚的角度出发，进一步提出ALS疾病死亡原因，在于脾气不足，内生痰湿，病及子脏，肺气亏虚，肾不纳气，呼吸困难，导致宗气虚弱，最后使呼吸肌麻痹而死。

3.2.6 奇经发病

钱百成、吴以岭^[3]等认为ALS的发生以诸脏亏虚为本，常累及多个脏腑，并且与奇经关系密切，十二经气血的协调依赖于奇经。督脉是阳脉之海，经脉通行脊中，上可入脑髓，脊中分支则连肾，可知与脑、脊髓、肾关系紧密，因此督脉闭塞可能是本病发病至关重要的环节。任脉为阴脉之海，冲为血海，且为气血汇聚之处，故冲任二脉是调节一身气血的关键，冲任不畅或亏虚则肢体失养。带脉具有约束纵行诸经的作用，跷脉主司下肢运动，

故机体运动的协调有赖于带脉和跷脉功能的正常。维脉亦维系一身经脉。若先天禀赋不足、劳倦内伤、外邪侵袭等致诸脏亏虚，奇经功能失常则发病。

3.2.7 毒邪致病

王永炎^[4]教授提出了ALS发生与毒邪浸渍关系密切。由于外部毒邪侵袭人体，初期症状不显，伏藏于督脉与络脉中，日久不除，气血耗散，络脉不通，形体败坏，使肝风内动，发为本病。从毒邪内生而言，由于内生湿浊与痰热等邪气日久不去，积酿生毒，阻滞脉络，导致此病发生。临床诊治中需要重视本虚致病，同时不可忽略实证。

小结

近年来，中医对该病的研究在不断的深化，但是我们不能否认对肌萎缩侧索硬化的发病机理仍未达到中医界的共识，要解决这个问题，我们需要将中医四诊与临床症状、化验指标相结合，建立规划化的病因病机体系，并通过它制定出中医治疗规范。

参考文献

[1] 张伊：《不同FUS基因突变的肌萎缩侧索硬化患者发病机制的研究》：华北理工大学，2020年。
[2] 古春青：《段海辰教授治疗痿证经验》，《中医研究》2021年第10期，第68-71页。
[3] 吴以岭：《从奇经论治运动神经元病探讨》，中国北京，2014年。
[4] 刘全民：《王永炎教授治疗痿证验案2则》，《北京中医药大学学报》1995年第02期，第57页。

缩略语对照表

英文缩写	中文全称
ALS	肌萎缩侧索硬化
ROS	活性氧
FUS	肉瘤融合基因
SOD1	超氧化物歧化酶基因
RNA	核糖核酸
DLK	双亮氨酸拉链激酶
GGGGCC	C9ORF72基因六核苷酸
FTD	额颞叶痴呆

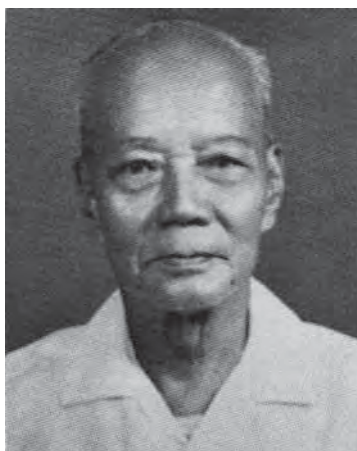
精于岐黄易理 赋性厚德的唐逢祥

新加坡·林英

唐逢祥先生(1888-1972)原籍福建省惠安县^[1,4],唐老终其一生为教育及中医药事业效力,唐老青年时期,在中国金门县古宁乡与前水头乡历任校长之职,培育英才。南下新加坡之后,在梧槽律四马路麻街三号(Muar Road)悬壶济世,素来热爱中医药事业的唐医师也长期担任中华医院义务医师及新加坡中医专门学校义务课堂教职及临床导师,且自编三卷药理学讲义,两部方剂学讲

义。唐医师办事认真负责,富责任感,态度谦恭,待人接物和霭可亲,甚得友人及后辈敬仰^[1,2]。

唐老云^[3]:“山不登喜马拉雅之巅,不足



唐逢祥医师

以言其高;声不涉五大海洋之渺,不足以言其远。医学之为道亦犹是也。当其未学之先,虽有救病扶危,起死回生之道,亦且冥就罔觉。迨其既学之后,乃知医之宝贵,术之高妙,可以救种救国,而起兴趣于无穷,思欲再接再厉,精益求精,医师们当有如是之理念”。壮哉斯言!

唐老勉励医专毕业医师继续学习精进,云:“夫所

谓毕业者,乃至喜马拉雅山之麓,到五大海洋之滨耳,而前途之高远尚无穷也;苟不各自勉,力求精进,而自以为学成名立,心中满足,则人进我退,人登我止,他人登喜马拉



唐老自编三卷药理学讲义，两部方剂学讲义

雅山之巅，我徒高山仰止，他人进五大海洋之渺，我惟望洋兴叹，有何益哉？”谆谆教喻，学海无涯，唯勤是岸也。

唐老劝诫毕业医师们不可自满，“昔苏子瞻游赤壁，履巉岩，披蒙茸，踞虎豹，登虬龙，攀栖鹘之危巢，俯冯夷之幽宫，而二客不能从者，此无勇也。楚人有习操舟者，始试於洲渚之间，平澜浅濑，水波不兴，投之所向，无不如意，以为尽操舟之术，而不知汪洋之中，有吞天浴日之涛，移山倒海之风，此自满也。夫无勇与自满均非我诸毕业学友之志也”。满招损，谦受益，此之谓也。

唐老劝勉大家，治学不可狭窄和片面，犹如竹管天窥，瓢测海水。“医之为道，至危至微，至精至一，必去其危而尽其微，极其精而定其一，斯为上乘也。巴霜本极热毒迅利，而李中梓以治王肯堂八十老人之脾泄，砒石本甚

猛烈散血，而陶节菴以治食羊肉涉水结胸之险症；仲师调胃承气汤，本治燥实便秘，而后人加味为凉膈散，以治温病内外实热，又加味而为防风通圣散，以治风热暑湿疮疡斑疹；近人更发明以杜仲酊，为治高血压之特效药，以牛黄至宝丹、甘露消毒丹，为治急性脊髓前角灰白质炎；此不过略举一二，即可见我中医之道，高明奥妙，广大精深，非可以管窥蠡测也”。医道精微，人命千金，岂不慎乎？

唐逢祥医师于1972年11月11日与世长辞^[2]，11月12日下午光明山火化，享年八十有七。^[5]

参考文献

- [1]. 游廷华.本会会员录[J]医粹.1948.(2):316
- [2]. 新加坡中医师公会金禧纪念特刊[M]:55
- [3]. 新加坡中医专门学校 (1957) 毕业纪念刊: 28
- [4]. 《新华历史人物列传》[M] 教育出版社 1995:161
- [5]. 南洋商报计告 1972 11 12



新加坡海外 高峰论坛

新加坡·林英

“肿瘤综合治疗新进展学术大会暨世界中联癌症姑息治疗研究专业委员会第七届学术年会、新加坡海外高峰论坛”，于2021年10月29日(星期五)在中国广州及新加坡举行，此次“新加坡海外高峰论坛”，由世界中医药学会联合会、广州中医药大学、新加坡中医师公会联合主办，论坛采取线上线下的方式进行，中国方的主场在广州市广东大厦召开。新加坡海外高峰论坛暨中医继续教育项目(继续教育学分4分)则在华乐酒店(One Farrer Hotel)进行，汇聚中新肿瘤专家医者相互交流。本次新加坡会场出席者相当踊跃，线上线下共250人参会。此外，出席本次大会的还有中国各省的专家。据肿瘤资讯网报导，中西互补。整合创新2021年全国肿瘤综合治疗新进展学术大会开幕线上线下共计有来自全球各地近3万人参会。

本次大会由世界中医药学会联合会癌症姑息治疗研究专业委员会、新加坡中医学院承办，中华医院、中华医药研究院、中华针灸研究院协办，支持单位为就业与职能培训中

心。大会主题为“中西互补·整合创新”。

议题内容包括：

- 中医、中西医结合肿瘤研究进展；
- 抗肿瘤中药的机制与方法学研究；
- 中医、中西医结合肿瘤疗效评价标准的制订与科学评价；
- 循证医学与真实世界研究；
- 肿瘤姑息研究新进展；
- 免疫治疗的新进展；
- 精准治疗的新进展；
- 中医药与人文关怀及护理；
- 现代科学技术在中医药防治肿瘤中的合理应用；
- 中西医结合肿瘤学与转化医学研究；
- 针灸、外治法等适宜技术在肿瘤康复中的应用。

第十九届全国肿瘤综合治疗新进展学术大会开幕式于10月29日上午八点三十分在广东大厦国际会议厅召开，新加坡参会者在华乐酒店通过线下参与其盛，接着是特邀学术报告(中国



赵英杰教授致辞

• 广州)，特邀专家包括：

周岱翰教授——“医道仁爱、佑护健康——中医学是以人为本的医学模式”；

林丽珠教授——“中医药治疗恶性肿瘤的研究进展与思考”；

苏薇薇教授——“复方中药现代评价新模式及其应用”；

凌昌全教授——“关于癌毒理论的几点思考”。

午餐后，新加坡海外高峰论坛在开始本地肿瘤医师的学术报告之前，由分会场主席，赵英杰教授致辞。赵教授指出恶性肿瘤已经成为新时期人类死亡第一杀手，虽然目前肿瘤治疗的手段多样，但其昂贵价格和不甚理想的疗效，使肿瘤疾病成为日益突出的社会问题。令人欣慰的是，中西医结合综合治疗在增效减毒、提高生活品质等方面具有明显优势，日后应继续致力于提高疗效，探索中西医结合方式及制定疗效评定标准。赵英杰教授同时也宣布成立新加坡中医肿瘤专业学会以推进相关工作。

紧接着开始学术报告环节，首先由赵英杰教授主讲《病证结合恶性淋巴瘤证治体会》。赵教授首先回顾了恶性淋巴瘤的现状，病名源流和病因病机，并指出恶性淋巴瘤是本虚

标实的疾病。

赵教授重点介绍了他的诊治体会：

一是分析淋巴瘤形成的过程及致病因素，采用病证结合的方法，多法组方，形成专病专方；

二是考虑到痰凝在本病中的重要性，治疗时注重行气化痰药的使用，同时注意心理疏导，以达到行气化痰散结之目的；

三是临证重视寒温并用，以适应本病虚实夹杂、寒热错杂之病机，同时考虑到本病病位多变，与风邪“善行数变”之特点一致，因此治疗本病可适当配伍治风药；

四是分析本病的形成与正气不足，气滞、痰凝、热毒、瘀血阻滞相关，正虚邪实，虚实夹杂，因而治疗时要扶正祛邪，同时也需重视“治未病”，既病防变，瘥后防复，如此方能缓缓收功。

下一位进行分享的是林丽珠教授。林教授的演讲题目是《肺癌中西医整合优势结合及临床实践》。林教授指出了当前肺癌治疗的瓶颈和难题，并分享了她所在肿瘤中心承担的肺癌研究项目，主要包括四个方面：

一是肺癌的核心病机和理论创新；

二是肺癌中西医协同增效研究；



大会四位主讲嘉宾（左起：郑黄芳博士，赵英杰教授，林英主任，黄普觉博士）

三是肺癌的中西医结合减毒研究；

四是建立符合中医药特点的临床疗效评价体系。林教授总结了在肺癌治疗上取得的进展，提出目前仍存在的问题，呼吁各位同道一起攻坚克难，让中医药更好地发挥治疗作用。

茶歇后首位学术报告者新加坡的林英主任向大家介绍了《脑瘤中医治疗》。林主任指出，尽管各医家对脑瘤的病机认识有不同的侧重，但都普遍认可其为本虚标实的疾病。在治疗思路，林英主任指出，临床治疗颅内肿瘤，应以辨证论治为基础，参合辨病，以扶正固本为主，辅以搜剔逐瘀、化痰散结之品，并加入引经药以载药上行。

接下来是两位博士的分享。第一位郑黄芳博士分享的是《林丽珠教授及新加坡医师治疗肺癌的中医用药规律》。恶性肿瘤在全球的发病率持续增长，不仅造成沉重的社会与经济负担，更严重影响人类健康。本报告采用数据挖掘的形式，参照古今医案云平台进行数据分析的方法，通过门诊病历整理和数据挖掘，郑博

士与我们分享了几位医师的学术思想和用药特点、用药特色等内容，并比较了新加坡与广州两个城市的用药规律差别。

第2位分享的黄普觉博士则用现代统计学方法分析《赵英杰教授治疗非小细胞肺癌的证治规律》，赵英杰教授擅长治疗肿瘤科疾病，黄博士收集其所诊治的非小细胞肺癌患者的病案，共85例1498诊次，运用中医传承辅助平台进行整理、统计、分析、总结，观察项目主要是性别与年龄、症状、证候、处方总药物的次数和频率、用药规律、药物的四气五味与归经的分布。并深入剖析赵英杰教授对非小细胞肺癌临床辨证治疗的共性规律，分析思维特点，提炼学术见解。包括：

重点介绍赵教授的自拟方——**健脾益气清肺汤**，让我们进一步体会赵英杰教授的治疗思路与临证思维。

最后，由新加坡中医学院董事会秘书长赵卫权博士致闭幕辞。赵博士对各位与会同道、演讲专家及所有工作人员表示感谢，肯定了这次论坛取得的成绩，并宣布会议圆满结束。

干支原理探讨



新加坡·陈岁

干支基础知识

干：有单个的意思，干有十个，甲、乙、丙、丁、戊、己、庚、辛、壬、癸。古人用它纪日、纪天次序，现在主要用它表达年运。

《汉书·律历志》说：“出甲于甲，奋轧于乙，明炳于丙，大盛于丁，丰懋于戊，理纪于己，敛更于庚，悉新于辛，怀妊于壬，陈揆于癸。”由此可知，甲为嫩芽将破甲而出的形状；乙为初生之芽尚乙屈的形象；丙为阳气充盛，生长显著之象；丁为幼苗不断壮大成长；戊为幼苗日益茂盛；己为幼苗长大并成熟至极；庚为果实收敛，生命将从此更换；辛为果实成熟收杀后新的生机又开始蕴酿；壬为新的生命又开始孕育；癸为第二代新的生命又将开始。

支：有分支的意思，支有十二支，子、丑、寅、卯、辰、巳、午、未、申、酉、戌、

亥。古人用它纪月，纪时，现在主要用它表达六气。

因为每一年的阳气复苏都是从上一年的冬至就开始了，冬至在十一月，故建子于十一月，称“月建”。十一月冬至一阳复苏，生命潜藏于地，已渐有滋生之机(孳荫于子)，故建之以子。十二月，阴气尽，阳气生，新的生命已将解脱而阴纽而出土(纽芽于丑)，正月为孟春，三阳开泰，生机已蜷然活泼(引达于寅)，故建之以寅。二月仲春，阳气方胜，生物的成长渐茂(卯者茂也)，故建之以卯。三月季春，春阳振动，生物越发茂美(振美于辰)，故建之以辰。四月阳气益为盛(已盛于巳)，故建之以巳。五月阳盛阴生，生物成长，蓂繁叶布(阴阳交，蓂布)，故建之以午。六月生物盛长，果实成熟(物成有味)，故建之以未。七月凉秋初至，生物成熟渐收(申贼万物)，故建之以

申。八月阴气渐盛，阳气益衰(万物之老)，故建之以酉。九月秋季，生物尽收(万物尽灭)，故建之以戌。十月阴气渐盛于外，阳气潜藏于内(阳气藏于下)，故建之以亥。

天干、地支排序均含有生、长、收、藏及再生长涵义。

干支运气意义

由于十天干和十二地支名称具有特定的含义，古人将它们作为符号系统应用于运气学说，使运气学说有了说理工具。更主要运气学说是研究自然气候变化规律，以及这种规律对于人类生物，植物产生影响的一门学问，具有空间性质概念，必然会同具有时间概念的干支相联系。这样时、空、人三者有机结合，才能够整体探讨人与自然的各种关系。干支说理运气，运气融进干支，干支运气意义由斯而来。

再者，干支运气意义更广阔。一是运气学说是中医学同历法，天文、气象、物候等学科交叉的产物。是中医人2000多年前的一次成功的创新活动，而这个活动的载体就是干支运气。二是数千年来中医学每一次飞跃和辉煌无不与运气学说有密切关系。张仲景之论伤寒，金元四大家，主火、主土、主水(滋阴)、主汗、吐、下，清代温病学之鼎盛无一不是运气学说指导下的崛起。中医学下一步要发展，打破瓶颈，打开缺口，寄希望于干支运气研究上的再创新。要想实现中医现代化，走传统中医理论研究干支运气这条路应该是正途大道。运气学说是中医学基础的基础，皇冠上的明珠。

干支运气学说中阴阳五行理论是核心理论。天干、地支、五运、六气因为有了阴阳五行理论指导，才使它们之间活化产生内在联系。十天干中有阴阳分类，有五行归属，十二地支中亦有阴阳分类，也有五行归属。“阴阳中有五行就能化，五行中有阴阳就能运”。干支原理就是阴阳五行之理。

此外，阴阳学说中有太过、不及之说，阳

太过和阳不及，阴太过与阴不及。五行中有“亢害承制”等理论。概念一环套一环，使运气学说更具说理性，更贴近四时六气气候变化的实际。还有，疫情预测是干支运气的一个重要内容。干支运气意义大哉！

十天干化五运

五运：就是木运、火运、土运、金运、水运。

有一个概念先要搞清楚，五行不代表五运。木火土金水五行为在地之气，只有升腾于天，成为在天之气才叫五运。这里不是文字游戏，而是要表达一个重要的原理孤立、静止的东西需要运化才能够运动联系起来。不动的称作地气，动的称作天气。阴阳中有五行，五行中有阴阳。阳中有木火土金水，阴中也有木火土金水，五行中阳木阴木，阳火阴火，阳土阴土，阳金阴金，阳水阴水，是阴阳二气相互激荡，升腾运化，才使属阴在地的五气(五行)转化为属阳在天的五气(五运)。

《内经》中“五气经天”理论是十天干化五运的传统解释。《素问·五运行大论》说：“丹天之气，经于牛女戊分(奎壁)；苍天之气，经于心尾己分(角轸)；苍天之气，经于危室柳鬼；素天之气，经于亢氐昂毕；玄天之气，经于张翼娄胃。”五气，指五色之气，各有固定的方位，丹天之气，位合戊癸，故戊癸化火；苍天之气，位合甲己，故甲己化土；苍天之气，位合丁壬，故丁壬化木；素天之气，位合乙庚，故乙庚化金；玄天之气，位合丙辛，故丙辛化水。这里说明五运是从五天之气观察得来的。运气学说产生是有客观基础的。“候之所始，道之所生。”“天地阴阳者，不以数推，以象之谓也。”

十二地支化六气

十二地支：是怎样同六气联系起来的？依旧是应用阴阳五行的机理。首先将六气划分阴阳归属五行，然后再将十二地支也划分阴阳

归属五行。两两相对，化生出焉。

这里需要引进一个新的概念：三阴三阳。厥阴、少阴、太阴叫三阴，少阳、阳明、太阳叫三阳，它是根据阴阳气多少划分的。三阴之中厥阴阴气最少，少阴其次，太阴最盛；三阳之中，少阳阳气最少，阳明其次，太阳最盛。而六气的产生是由于阴阳二气，一主一从，两相激荡而发生。所以，六气本身也有阴阳气多少的区别。这样六气就同三阴三阳联系了。所谓“六气为本，三阴三阳为标”。标就是标识的意思，用三阴三阳标识六气中的阴阳气多少。

六气归属五行，六气中数字是六，五行中数字是五，五与六数字不等，古人将火分为君火与相火，以“形”与“气”两种形式将火一分为二，所谓“君火以明，相火以位”。还有五行君火属阴，相火属阳，六气热为阴，火为阳，六气之热相当于君火，六气之火相当于相火。这样六六相对，组成“厥阴风木，少阴君火，太阴湿土，少阳相火，阳明燥金，太阳寒水”这六组固定架构，成为运气学说说理工具中的关键概念，核心词组。

根据月建标准，将十二地支划分为前六支阳支，后六支阴支，前后相合(六合)即阴阳支结合就构成：子午、丑未、寅申、卯酉、辰

戌、巳亥六对，再按五行相生规律排列六对，地支配五行成焉。还可以联系上述固定架构搭配：子午之上，少阴主之，少阴配君火；丑未之上，太阴主之，太阴配湿土；寅申之上，少阳主之，少阳配相火；卯酉之上，阳明主之，阳明配燥金；辰戌之上，太阳主之，太阳配寒水；巳亥之上，厥阴之上，厥阴主之，厥阴配风木。运气学说正是利用这六组搭配联系，体现中医学“天人相应”之理，揭示中医学之真谛所在。

十二地支化六气，《内经》中有“临御之化”之说，王冰解释为“正对之化”。本文省略叙述。

最后表述

运气，即五运六气。五运指自然界木、火、土、金、水五行之气的运动。六气指自然界风、寒、暑、湿、燥、火六种气候的变化。一个是运动，一个是变化。运气学说以天干、地支这一特定的符号系统作为运算工具，以“阴阳中有五行就能化，五行中有阴阳就能运”作为理论依据，演绎推算自然的运动和变化规律，以及这个运动变化规律对于人类的影响。

干支原理即是阴阳五行之理。



我的随诊笔记(3)

新加坡·苏如俐

病例1

宋XX 男 58岁 未婚 经营杂货店

胸痹 / 冠状动脉粥样硬化及二尖瓣脱垂

第1诊 — 12/12/2019

患者自述27/1/2019因胸背受撞，过天桥时出现严重气短乏力，逐往盛港综合医院求诊。入院观察时发现血压超低，于29/1/19作了一系列的心脏检查：



世界中联癌症姑息治疗研究专业委员会第七届学术大会
新加坡海外高峰论坛 29/10/2021
何和松老师和我的合照

冠状动脉造影

1. 右冠状动脉中段(mid-RCA)狭窄100%
2. 回旋支中断(mid-LCX)狭窄70%，钝缘支一(OM1)狭窄60%
3. 左前降支近端(proximal LAD)狭窄90%
4. 左前降支中段(mid-LAD)狭窄70%
5. 第二斜行冠状动脉(D2)狭窄50%
6. 其中右冠状动脉丛边缘支及回旋支各别建立侧支

超声心动图

1. 左心室射血分数(LVEF)52%
2. 区域性心壁运动不足
3. 左心室壁有部分无动力/梗塞
4. 二尖瓣前叶脱垂

5. 二尖瓣环扩张
6. 二尖瓣中度返流/闭锁不全
7. 三尖瓣轻度返流/闭锁不全
8. 肺动脉瓣极轻度返流/闭锁不全

心电图

1. 窦性心律
2. 右束支传导阻滞
3. ST段抬高

血检报告显示心肌酸激酶增高。

西医建议急性心脏搭桥及二尖瓣膜置换术。患者坚持拒绝接受而不时拖延外科手术治疗。

病史：高血压、尿蛋白、尿血2次，癔闭1次

药物过敏史：青霉素Penicillin

服用西药：抗血小板药物-替格瑞洛 Ticagrelor、血管扩张剂-硝酸异山梨酯 Isosorbide Dinitrate、降血脂药物-他汀类-阿托伐他汀 Atorvastatin、降压药物-Beta受体阻滞剂-毕索洛尔 Bisoprolol Fumarate、抗缺血(抗心绞痛)代谢剂-曲美他嗪 Trimetazidine Dihydrochloride

西医诊断：冠状动脉粥样硬化导致冠状动脉一处闭塞多处50-90%狭窄。虽右冠状动脉从边缘支及回旋支各别建立侧支，但对心脏的供血严重不足，出现左心室壁有部分无动力，甚至梗塞。心电图显示右束支传导阻滞，ST段抬高，血液检查的心肌酶素增高，说明已出现部分心肌梗塞坏死。然而，左心室射血分数为52%，一般50%-70%为正常范围。这意识患者的心功能尚可。二尖瓣前叶脱垂，二尖瓣环扩张，造成了二尖瓣在心室收缩期间中度无法完全闭合的现象，因而导致左心室的血液经二尖瓣逆流至左心房内。当左心功能失代偿时，常见症状有倦怠乏力，心悸，胸痛，劳力性呼吸困难等因心排量减少导致的症状。随后，病情加重，可出现端坐呼吸，夜间阵发性呼吸困难，甚至急性肺水肿，最后导致肺动脉高压，右心衰。患者告知从小就有尿蛋白，尿血的问题，其肾功能欠佳，这也很可能造成他的肾源性高血压。但因为患者没有提供肾脏检查的任何报告，这只是我的推断。

刻诊：精神疲惫，眼眶黑黯，唇暗。

中医分析：患者自述其项背疼痛20年，今年左胸部刺痛5次，今天则出现3次刺痛持续1分钟，且胸背顶撞感，心悸，登高则气喘，倦怠乏力，纳差，胃胀，矢气频转，常于半夜2点方能入眠，寐差多梦，小便调，大便每日1行，便质或稀或软，舌淡紫，苔白，左脉弦缓寸涩，右脉弦缓，血压146/88mmHg，心跳66次/分钟。

病名：胸痹

证型：气虚血瘀证

病机：心脾两虚，气虚血瘀，心络瘀阻

征机辨析：患者自营杂货商店，长年累月劳作不休，饮食无常：脾主肌肉四肢，劳倦伤脾；精神疲惫，倦怠乏力、气喘、心悸、纳寐差、大便不调；脾失健运，气血化生乏源；眼眶黯黑、左胸刺痛时发，痛处固定，胸背绷紧不舒，唇暗、舌淡紫，脉涩：气虚血瘀，瘀血内阻，不通则痛。

治法：益气活血，化瘀通络

方药：生脉散1包、瓜蒌1包、薤白1包、炒枳壳1包、法半夏1包、水蛭1包、丹参1包、三七1包、凌霄花1包、檀香1包、厚朴1包、枳实1包(999颗粒)，14剂，每日2剂，日服2次。

方解：生脉散一用生脉散益气养阴补血，党参益气补血，方中的五味子味酸收敛心气心阴。瓜蒌薤白半夏汤来自《金匱要略》第9篇第4条：“胸痹不得卧，心痛彻背者，瓜蒌薤白半夏汤主之。”瓜蒌为君，理气宽胸，涤痰散结，薤白为臣，通阳散结，行气止痛。瓜蒌配伍薤白，即祛痰结，又通阳气，相辅相成，为治疗胸痹的常用要对。方中加法半夏，燥湿化痰散结，共凑宽胸散结，消心胸痹塞之功。何老师惯加炒枳壳，行气宽胸除痞。对治患者胸部刺痛，胸背顶撞感，眼眶黑黯，唇暗，舌淡紫，左寸脉涩，因此何老师用多味活血化痰止痛的中药。凌霄花、檀香、丹参、三七，甚至破血逐瘀的水蛭。患者因出现纳差、胃胀、矢气，加了厚朴、枳实，行气消痞消胀。

第2诊 — 23/12/2019

患者自述服第1诊方后则大腿出现黄斑及瘀斑，疑是丹参造成的皮下出血，自行减服中药为日1服，后斑褪。

刻诊：倦怠乏力有所改善，胸背顶撞解除，胸刺痛及心悸亦除，疾行与紧张则觉喉梗感，登高气喘，眼眶黑黯，唇暗，纳可，胃胀矢气除，夜梦仍多，时有尿血，大便日1

行，质稀软，舌淡紫，苔薄白，左脉弦缓寸涩，右脉弦缓。

方药：原方加白茅根1包，8剂，日1服。

何老师点评：诸症皆缓，在原方的基础上加白茅根以止其尿血。

第3诊 — 30/12/2019

眼眶黑黯渐褪，唇暗，倦怠乏力有所改善，心悸则胸部微感梗塞，胸背顶撞感减，登高则无气喘，纳可。下肢皮肤出现痕痒，迟睡及多梦，尿血已除，大便日1行，舌淡紫，苔薄白，脉缓。

方药：上方加金银花1包，8剂，日服1次。

何老师点评：依照效不更方的原则，按原方再加金银花以解除其肤痒。

第4诊 — 13/01/2020

晨起头皮出现蚁行感(何老师怀疑是凌霄花之副作用)，右手臂压麻感，患者自谓或与平时习惯右卧有关，眼眶黑黯渐褪，唇暗，倦怠欲寐，心急则胸觉微梗，患者自述迟睡则背部(大椎处)不舒，登高则微气喘，纳可，下肢皮肤无痕痒，仍迟睡多梦，无尿血，大便日1行调，舌淡暗，苔薄白，脉浮弦，血压137/89mmHg，心跳63次/分钟。

方药：上方减凌霄花，加黄芪1包，8剂，日1服。

何老师点评：撤凌霄花，代以黄芪以加强益气之效。

第5诊 — 20/1/2020

患者自述因习惯迟睡，日间背部(大椎处)出现顶撞不舒感约1-2个小时，前晚胸抽痛持续10分钟，今日胸闷持续10分钟，唇暗，眼眶黑黯渐褪，气喘减，倦怠欲寐，夜尿2次，迟睡及梦多，大便调，舌淡，齿印，苔薄白，脉弦，血压133/88mmHg，心跳67次/分钟。拟21/2/2020血液尿液检查。

方药：上方减厚朴、枳实，加茜草1包、芡实1包，8剂，日1服。

何老师点评：患者胸部抽痛及背部的顶撞不舒反复发作，鉴于只是短暂发作而无加重之势，尚属轻微。只是一些兼症不时出现，无须更动已经奏效之剂。守方是临床治疗慢性病的重要一环。我们坚守原方，胃胀除去厚朴、枳实，加茜草、芡实以管控尿蛋白。

第6诊 — 30/1/2020

上次诊治之后行走约20步则出现气喘，之后则无再发作。27/1/20在凌晨3点左右，头皮麻甚及咽干甚，迟睡而日间背(大椎处)顶撞感1-2个小时仍存。唇暗，眼眶黑黯渐褪，肩颈酸紧，气喘减，倦怠欲寐，夜尿2次，迟睡及梦多，大便调，舌淡紫，苔薄白，脉弦。

21/2/20血液尿液检查：心肌酸激酶、胆固醇、尿蛋白指标恢复正常。

方药：生脉散1包、瓜蒌1包、薤白1包、炒枳壳1包、法半夏1包、水蛭1包、三七1包、金银花1包、黄芪1包、丹参1包、川芎1包、天麻1包、葛根1包、北沙参1包，8剂，每日1服。

何老师点评：本次尿检指标正常，证明过去六次诊治疗效显著。针对患者的头麻、咽干已除，代以天麻、川芎、葛根和北沙参。

03/02/2020 — 29/5/2020

基本症状同上，胸闷，胸微刺痛，背部交替蚁行麻感、针刺感、顶撞感的不适，偶而交替发作，唇淡暗，眼眶黑黯渐褪，肩颈时酸紧，健忘，微气喘，精神可，纳寐可，夜尿1-2次，大便调，舌淡暗，苔薄白，脉弦细或弦缓。

22/4/20心电图：

1. 窦性心律
2. 右束支传导阻滞
3. ST段抬高。

5/20超声心动图:

1. 左心室射血指数(LVEF)62%

方药: 上方随症加檀香1包、山茱萸1包、山楂1包、石菖蒲1包、当归1包、桂枝1包

按语: 与29/1/19的心电图和超声心电图对比,这1年半内,在中西药结合的治疗下,病情得到控制,胸闷胸痛的发作、程度及持续时间均有明显改善。左心室射血分数从52%增至62%,意识心功能,心力已逐渐增强。山茱萸有强心的作用,可以改善心功能,增加心肌收缩性和心输出量,并能防止心肌缺血的出现。

5/6/2020 — 15/4/2021

基本症状同上,可以慢步走1公里逐步增加到3-5公里而无胸部不适或气喘感,平时无胸闷,无胸微刺痛,呼吸畅,背部仍交替蚊行麻、针刺感、顶撞感的不适,寐仍不佳,迟睡梦多。

方药: 原方加酸枣仁、远志各1包,养心安神。

6/5/2021 — 2/9/2021

自觉心脏哆嗦(患者疑是二尖瓣返流),无胸闷,时胸隐痛,无背部不适,气短,下午倦怠欲寐,肩项酸紧,纳寐可,二便调,舌淡红,齿印,苔薄,脉弦缓。

方药: 生脉散1包、归脾汤1包或炙甘草汤1包、瓜蒌1包、薤白1包、枳壳1包、丹参1包、桂枝1包、檀香1包、葛根1包、三七粉1包、山茱萸1包、水蛭1包,当归1包8剂,日1服。

按语: 患者坚持服药,中西医结合治疗,从2019年1月至今仍能有良好的生活素质,诚属难能可贵。他自营小杂货店,为了生计所需,时时需要搬运负重,实也无奈。西医坚持手术治疗,除了经济上的负担,尚须看护高龄老母,且手术风险高,预后难测,迄今仍踌躇难决。

何老师点评: 一位重症心血管病患者,在12/12/2019转移前来心血管专病组。病情已经1年,在中华医院3位医师诊治之前,也已经在外接受数位医师和医生的治疗,但患者情况似乎没有太大的进展。患者心血管2019年1月在西医检查下已经确诊多条出现了50-100%的狭窄、心肌酵素(心脏坏死程度的指标,也是急性心肌梗塞最准确的诊断工具)也超标,同时日常已经出现了胸背顶撞的现象。这意识心脏已经处在紧急及不安定状态。西医建议急速进行心脏搭桥手术,患者却坚决拒绝接受而不时拖延外科手术。患者曾多次咨询我们给以是否免除外科手术的建議。身为中医师,我们不宜越俎代庖,病人应自行斟酌是否进行手术的决定,既然病人选择求诊于中医,唯有在安全范围内随证施治。

病例2

吴XX 男 60岁 未婚 会计师
消渴/糖尿病及慢性肾炎

第1诊 — 22/7/2019

患者自述近1年来体重减2-3公斤,现58.7公斤。面浮红,形体高瘦,神疲乏力,时心悸,口不渴,晚餐纳少易胃胀,矢气频,下肢不肿,日夜频排泡沫尿,夜尿1次,寐浅,易醒难再入眠,大便1-2日1行,便色深褐质软,舌红紫,少苔,脉滑数,血压104/72mmHg,心跳100次/分钟。

18/1/19血液尿液检查:

1. 尿白蛋白尿肌酐比值albumin/creatinine, urine 102(<2.5mg/mmol) (>30mg/mmol severe albuminuria重度白蛋白尿)
2. 糖化血红蛋白HbA1c, blood 7.2(4.6-6.4%)

22/2/19血液尿液检查:

1. 血钠sodium, serum 135 (136-146mmol/l)

2. 血氯chloride, serum 93 (100-107mmol/l)
3. 血肌酐creatinine, serum 116(54-101 umol/l)
4. 尿蛋白尿肌酐比值urine protein/creatinine 1.20(<0.2g 正常normal) (>3g 肾病nephrotic)
5. 糖化血红蛋白HbA1c, blood 8.6(4.6-6.4%)

8/4/19血液尿液检查:

1. 糖化血红蛋白HbA1c, blood 8.5(4.6-6.4%)
2. 空腹血糖glucose, plasma, fasting 11.3(3.9-6.0 mmol/L)
3. 血氯chloride, serum 97(100-107mmol/l)
4. 血肌酐creatinine, serum 120(54-101 umol/l)
5. 尿白蛋白尿肌酐比值albumin/creatinine, urine 57.1(<2.5mg/mmol)

25/6/19血液尿液检查:

1. 糖化血红蛋白HbA1c 7.9(4.6-6.4%)
2. 尿白蛋白尿肌酐比值 albumin/creatinine, urine 69.3(<2.5mg/mmol)

病史: 右上眼皮肿瘤切除术、高血脂、高血压、糖尿病,

过敏史: 葡萄糖六磷酸去氢酵素(G6PD)缺乏症(蚕豆症)

西药: 降血糖(Empagliflozin 12.5mg, Metformin HCl 500mg, Linagliptin 5mg), 降血脂(Fenofibrate 100mg); 降血压(Telmisartan 80mg)

中医病名: 消渴/关格

西医病名: 糖尿病/慢性肾脏病

证型: 湿热蕴结

病机: 湿热蕴郁, 热入血分, 络脉瘀阻

治法: 清透湿热, 凉血通络

方药: 天麻15g、钩藤(后下)15g、石决明(先煎)15g、绵茵陈12g、生龙骨(捣碎)15g、生

牡蛎(捣碎)15g、夏枯草10g、黄连6g、黄芩10g、葛根30g、荆芥6g、防风6g、茜草12g、白茅根12g、槐花6g、地榆6g、丹参10g、大黄4g、金樱子12g、芡实10g、(自备)水红花子10g, 7剂, 水煎煮, 日二服。

方解: 患者面生红, 心动过速(100次/分钟), 脉数, 于肝阳上亢象, 用天麻、钩藤、石决明, 生龙骨、生牡蛎, 平肝祛风, 重镇降逆; 绵茵陈、夏枯草, 清肝火, 祛湿热; 葛根辛凉解肌于表, 黄芩、黄连苦寒清热于里, (现代实验研究发现葛根芩连汤具有降糖和改善糖尿病病变的功效*); 荆芥、防风祛风祛湿; 茜草、白茅根、槐花、地榆、丹参祛湿清热, 活血凉血**; 大黄清泻降糖降脂; 金樱子、芡实。益肾固精缩尿。

按语: *刘亮《葛根芩连汤对糖尿病大鼠早起视网膜病变影响的实验研究》天津中医药2016。 **赵绍琴治疗慢性肾病的基本方- 荆芥、防风、茜草、白茅根、水红花子、槐花、地榆、丹参。

29/7/2019— 2/9/2019

面浮红褪, 神疲乏力, 心悸无发, 口不渴, 晚餐纳少易胃胀, 矢气频, 下肢不肿, 白天小便多带泡沫减, 夜尿1次, 寐改善, 大便日1-2行质软, 舌紫暗/淡暗, 苔薄白, 脉滑数结、弦滑结, 血压107/73mmHg, 心跳104/分钟、血压116/73 mmHg, 心跳77/分钟、血压97/72mmHg, 心跳89次/分钟。

方药: 玄参15g、炒麦芽10g、石决明(先煎)15g、绵茵陈12g、生龙骨(捣碎)15g、生牡蛎(捣碎)15g、夏枯草10g、黄连6g、黄芩10g、葛根30g、荆芥6g、防风6g、茜草12g、白茅根12g、槐花6g、地榆6g、丹参10g、(自备)水红花子10g, 7剂, 水煎煮, 日二服。

方解: 由于血压和血糖的相继偏低, 减去潜降和养阴的天麻、钩藤、大黄、金樱子、芡实, 加玄参滋阴清热凉血, 并降血糖; 炒麦芽顾护脾胃, 扶正气。

12/9/2019

面浮红褪，神疲乏力，心悸无发，口不渴，纳可，下肢不肿，白天小便多有异味带泡沫减，夜尿1次，寐可，大便日1-2行质软，舌紫暗/淡暗，苔薄白，脉弦滑结，体重增至60公斤。

11/9/19血液尿液检查:

1. 糖化血红蛋白HbA1c, blood 6.9(4.6-6.4%)
2. 尿白蛋白尿肌酐比值albumin/creatinine, urine 41.1(<2.5mg/mmol)

方药: 玄参15g、炒麦芽10g、石决明(先煎)15g、绵茵陈12g、生龙骨(捣碎)15g、生牡蛎(捣碎)15g、夏枯草10g、黄连6g、黄芩10g、葛根30g、荆芥6g、防风6g、茜草12g、白茅根12g、槐花6g、地榆6g、丹参12g、(自备)水红花子10g, 7剂, 水煎煮, 日二服。

方解: 效不更方

23/9/2019— 21/11/2019

症状基本同上，脉结，处方上加炙甘草、生地黄、麦冬和阿胶，滋阴养血，复脉通心。

5/12/2019 — 2/1/2020

面浮红褪，神疲乏力，心悸无发，口不渴，纳可，下肢不肿，白天小便多异味泡沫均减，夜尿1次，寐可，大便日1-2行成形，血压108/75mmHg, 心跳92次/分钟，舌暗紫/紫绛，苔白厚，脉浮动/浮缓/滑数结。

22/11/19 CT 检查:

1. 脂肪肝 fatty liver
2. 数粒胆结石 uncomplicated cholelithiasis
3. 双肾囊肿，右肾最大粒3.5cm bilateral simple renal cysts

29/11/19血液尿液检查:

1. 糖化血红蛋白HbA1c 6.2(4.6-6.4%)
2. 血氯chloride, serum 93(100-107mmol/l)
3. 血肌酐creatinine, serum 107(54-101 umol/L)
4. 尿白蛋白尿肌酐比值 albumin/creatinine, urine 42.1(<2.5mg/mmol)
5. 尿蛋白尿肌酐比值urine protein/creatinine 0.61(<0.2g 正常normal) (>3g肾病nephrotic)

方药: 玄参15g、炒麦芽10g、石决明(先煎)15g、绵茵陈12g、生龙骨(捣碎)15g、生牡蛎(捣碎)15g、夏枯草10g、黄连6g、黄芩10g、葛根30g、荆芥6g、防风6g、茜草12g、白茅根12g、槐花6g、地榆6g、丹参12g、(自备)水红花子10g、炙甘草10g、生地黄15g、麦冬12g、鸡骨草12g、火麻仁12g、苍术10g, 7剂, 水煎煮, 日二服。

方解: 效不更方，随症加减。祛过于黏腻的阿胶，改用火麻仁滋养；苔白厚，用苍术燥湿健脾；鸡骨草，清热利湿，疏肝利胆，能降低血脂，对于脂肪肝也有一定的调理作用。

16/1/2020 — 9/3/2020

面浮红褪，神疲乏力，心悸无发，口微渴，纳可，下肢不肿，白天小便多异味泡沫均减，夜尿1次，寐可，大便日1-2行成形，舌暗紫/紫绛，苔白厚，脉浮动/浮缓/滑数结，血压90-108/63-75mmHg, 心跳73-92次/分钟。

方药: 玄参15g、炒麦芽10g、石决明(先煎)15g、绵茵陈12g、生龙骨(捣碎)15g、生牡蛎(捣碎)15g、夏枯草10g、黄连6g、黄芩10g、葛根30g、荆芥6g、防风6g、茜草12g、白茅根12g、槐花6g、地榆6g、丹参12g、(自备)水红花子10g、生地黄15g、麦冬12g、鸡骨草12g、黄芪10g、甜菊叶2g, 7剂, 水煎煮, 日二服。

方解: 效不更方。患者仍神疲乏力，加黄芪健脾益气；甜菊叶、甘凉，降血糖，消除疲

劳。病患投诉苦药难咽，何老师借用甜菊叶的甜味使汤药甘苦，较易服用。

9/4/2020

自述缘血压过低，复诊时，西医将降压药减至1种。面浮红褪，神疲乏力，心悸无发，口微渴减，纳可，下肢不肿，晨起小便泡沫较多，夜尿1次，寐可，大便日1-2行成形，舌紫暗，苔薄白，脉弦数结，血压99/73mmHg，心跳91次/分钟，

20/3/20超声波：

1. 双肾囊肿bilateral renal cysts右肾1个囊肿3.1x2.9cm，左肾2个囊肿，1个1.5cm
2. 脂肪肝变性hepatic steatosis
3. 胆腺肌瘤adenomyomatosis
4. 数粒胆结石 uncomplicated cholelithiasis

20/3/20血液尿液检查：

1. 血氯chloride, serum 99(100-107mmol/l)
2. 糖化血红蛋白HbA1c 7.1(<7%)
3. 血肌酐serum creatinine 116(54-101 umol/L)
4. 尿白蛋白尿肌酐比值albumin/creatinine, urine 28.9(<2.5mg/mmol)

方药：玄参15g、炒麦芽10g、绵茵陈12g、生龙骨(捣碎)15g、生牡蛎(捣碎)15g、黄连6g、黄芩10g、葛根30g、荆芥6g、防风6g、茜草12g、白茅根12g、槐花6g、地榆6g、丹参12g、(自备)水红花子10g、生地黄15g、麦冬12g、鸡骨草12g、黄芪10g、甜菊叶2g、金钱草30g，7剂，水煎煮，日二服。

方解：效不更方，随症加减。血压偏低，面浮红已褪，肝阳上亢的形象已消除，则祛石决明、夏枯草；针对数粒胆结石，加金钱草，清热通淋，化坚排石。

27/4/2020 — 6/7/2020

缘大便日1-2行稀溏带残渣，结脉，依上

方，加炒白术15g阿胶(捣碎另包烱化)10g、火麻仁(捣碎)12g、炙甘草10g，7剂，水煎煮，日二服；

再加生脉片3片，日3次；鸡骨草胶囊4粒，日3次。

方解：炒白术健脾燥湿，阿胶、火麻仁、炙甘草滋阴养血，复脉通心；久病耗气伤阴，用生脉片；另加用鸡骨草胶囊(三七、人工牛黄、猪胆汁、牛至、毛鸡骨草、白芍、大枣、栀子、茵陈、枸杞子)，疏肝利胆，清热解毒，主治肝胆湿热证的慢性肝胆病。

20/7/2020

心悸偶发，下肢皮肤痕痒搔抓，出现疤痕及色素沉着，晨起尿带泡沫有异味减，精神可，久坐腰酸，夜尿1次，大便日1-2行软，舌紫暗苔白，脉沉缓尺弦

9/7/20血液尿液检查：

1. 糖化血红蛋白HbA1c 6.7(4.6-6.4%)
2. 尿白蛋白尿肌酐比值 albumin/creatinine, urine 36.5(<2.5mg/mmol)
3. 尿蛋白尿肌酐比值 urine protein/creatinine 0.56(<0.2g 正常normal) (>3g 肾病nephrotic)

方药：玄参15g、黄连6g、黄芩10g、葛根30g、荆芥6g、防风6g、茜草12g、白茅根12g、槐花6g、地榆6g、丹参12g、(自备)水红花子10g、麦冬12g、黄芪12g、生地黄30g、甜菊叶2g、炒白术15g、阿胶(捣碎另包烱化)10g、火麻仁(捣碎)12g、炙甘草10g、金银花12g、白鲜皮12g、鸡骨草12g、桂枝10g，水煎煮日二服。生脉片3x3，石淋通片4x3。

方解：效不更方，随症加减。加金银花、白鲜皮，疏风清热止痒。

30/7/2020 — 24/12/2020

症状基本同上，下肢肌肉萎缩，下肢静脉曲张，晨起尿带泡沫减但有臭鸡蛋味。

15/10/20血液尿液检查:

1. 糖化血红蛋白HbA1c 7.3(<7%)
2. 尿白蛋白尿肌酐比值 urine albumin/creatinine 23.3(<2.5mg/mmol)
3. 尿蛋白尿肌酐比值urine protein/creatinine 0.43 (<0.2g 正常normal)(>3g 肾病nephrotic)

方解: 效不更方, 随症加减。下肢肌肉萎缩, 上方加鹿角胶配阿胶, 温补肝肾, 填精益血; 用草薢, 利水湿而分清泌浊。

4/1/2021, 7/6/2021, 2/8/2021,
23/8/2021, 13/9/2021

从4/1/21后, 5个月无服中药。精神佳, 纳寐可, 下肢不肿, 下肢肌肉萎缩改善, 下肢静脉曲张改善, 小便带少许泡沫无异味, 大便调, 舌紫暗, 苔薄白, 脉弦滑。体重60kg

15/3/21 超声波:

1. 肝脂肪变性liver steatosis
2. 胆结石数粒uncomplicated cholelithiasis
3. 双肾囊肿bilateral renal cysts右肾2粒囊肿, 最大3.7cm, 左肾2粒囊肿, 最大1.6cm

6/1/21血液尿液检查:

1. 糖化血红蛋白HbA1c 7.3(<7%)
2. 尿白蛋白尿肌酐比值urine albumin/creatinine 23.7(<2.5mg/mmol)
3. 尿蛋白尿肌酐比值urine protein/creatinine 0.5(<0.2g 正常normal)(>3g 肾病nephrotic)

15/3/21血液尿液检查:

1. 糖化血红蛋白HbA1c 7.3(<7%)
2. 空腹血糖glucose plasma, fasting 8(3.9-6mmol/l)
3. 血肌酐creatinine, serum 107(54-101 umol/L)

4. 尿白蛋白尿肌酐比值urine albumin/creatinine 29.9(9<2.5mg/mmol)

22/6/21血液尿液检查:

1. 糖化血红蛋白HbA1c 6.8(<7%)

14/9/21血液尿液检查:

1. 糖化血红蛋白HbA1c 6(<7%)
2. 空腹血糖glucose plasma, fasting 8(3.9-6mmol/l)
3. 血肌酐creatinine, serum 107(54-101 umol/L))
4. 尿白蛋白尿肌酐比值urine albumin/creatinine 29.9(<2.5mg/mmol)

方药: 西洋参15g、五味子10g、玄参15g、黄连6g、黄芩10g、葛根15g、荆芥6g、防风6g、茜草12g、白茅根12g、槐花6g、地榆6g、丹参12g、(自备)水红花子10g、麦冬12g、黄芪12g、生地黄30g、甜菊叶2g、炒白术15g、火麻仁(捣碎)12g、炙甘草10g、鸡骨草12g、桂枝10g、法半夏10g、路路通10g, 水煎煮日服。加石林通片4, 日3次。

方解: 效不更方, 随症加减。久病耗气伤阴, 用生脉饮; 桂枝甘温通阳, 免药物过凉伤阳气; 法半夏配路路通, 化痰散结通络, 消除肾囊肿。

1/11/2021

夜尿1次, 小便少许泡沫, 舌紫暗, 苔薄白, 脉沉濡不齐, 血压98/68mmHg, 心跳85次/分钟。

方药: 西洋参15g、五味子10g、玄参15g、葛根15g、白茅根12g、丹参12g、(自备)水红花子10g、麦冬12g、黄芪12g、生地黄30g、甜菊叶2g、炒白术15g、炙甘草12g、桂枝10g、法半夏10g、路路通10g、火麻仁(捣碎)15g、阿胶(捣碎另包烱化)10g、淮山30g, 水煎煮日服, 加石林通片4片/日3次。

方解: 根据西医的血液尿液检查报告, 患



药，患者的三高与肾病已经基本上得到了控制和缓解。

此病例病情复杂，初来诊时以心悸为主，但要顾及其三高与慢性肾炎等宿患，治疗上相当的棘手，他虽然表象呈虚但脉证却属“大实有羸象”，理论上是属湿热蕴郁，热入血分，络脉瘀阻，临床治疗方案为清热利湿活血凉血。

细读清末三朝御医承继者赵绍琴治疗肾病颇有心得，疗效卓著。作

者的三高与慢性肾炎已经基本上受控制，故祛苦寒的黄连、黄芩、茜草、槐花、地榆及祛湿的荆芥和防风，转而重用益气健脾，滋阴养血的药物。患者见指标有大幅度的改善，逐渐懈怠。不勤复诊服药。何老师提醒患者不可掉以轻心，须继续服药及注意起居饮食，调节心情，劳逸适度。

何老师点评：一位文质彬彬的壮年男性三高、肾炎与皮肤黑斑癌等多样性疾病患者，来诊时满面通红，犹如经过暴晒或酗酒后面色，似属肝阳上亢之症，但患者语声低微，面带倦容，从2019年7月至今2年余的治病疗程，他总是坚持复诊服药，对中医药治疗信心十足，令人激赏及印象深刻。经过2年多的中医药精心治疗，配合服用西药，中西医结合用

为老一派的大师，把现代医学的肾炎归类为“关格”，这是一脉相承临床资料的归类，现代派肾病大师张大宁则不以为然，张大师是当代身负盛名的大家，宇宙8311小行星是以他名字于1998年8月命名。因为大部分的肾病都不具备关格的特征。我们暂且撇开这些争论，回归病的本原来梳理，尝试选择赵绍琴大师的治疗肾病思路，是因为他有大量成效的临床医案为依据，成方的主要药物为，荆芥、防风、槐花、地榆(或碳)、丹参、茜草、白茅根、水红花子。临床上以此为基础方，确实取得了不少疗效，验证了肾病在中医的治疗上是可逆的。我们采用前贤的医疗方案并非一味抄袭，只是继承与借鉴前人经验，他山之石攻玉之际亦可充鉴戒。

经方应用浅谈

新加坡·闫立群

经方是中医经典方的略称，主要指东汉著名医家张仲景所著《伤寒论》和《金匮要略》中收录的经典著作中的古代配方。这些配方历经数千年大样本的检验，配伍规范严谨，规范性强，疗效显著可靠，不仅是中医治病救人的有效手段，更是中医学学术传承的重要载体。临床实践证明，经方的疗效好，使用方便。下面就谈一下我在临床看诊中常用经方治病的一些体会。

一. 吴茱萸汤

吴茱萸汤出自《伤寒论》：“少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。”本条叙述清晰，主治肝胃虚寒，浊阴上逆证。食后泛泛欲吐，或呕吐酸水，或干呕，或吐清涎冷沫，胸满脘痛，巅顶头痛，畏寒肢冷，甚则伴手足逆冷，大便泄泻，烦躁不宁。舌淡苔白滑，脉沉弦或迟。临床常用于治疗：“慢性胃炎、神经性呕吐、神经性头痛、耳源性眩晕等属肝胃虚寒者。”本方温中与降逆并施，温中补虚，降逆止呕。

临床常用剂量：吴茱萸9g，人参9g，生姜18g，大枣十二枚。

(一) 临床主治：

肝胃虚寒，浊阴上逆证。食后泛泛欲吐，或呕吐酸水，或干呕，或吐清涎冷沫，胸满脘痛，巅顶头痛，畏寒肢冷，甚则伴手足逆冷，大便泄泻，烦躁不宁，舌淡苔白滑，脉沉弦或迟。

(二) 病历例举：

例1：男38岁，头痛时恶心，甚至呕吐，怕冷，出汗，吃凉东西后时有腹痛，纳呆，大便不成形，眠可，舌淡苔白腻，脉沉弦。

辨证分析：肝阳不足，寒滞肝脉，浊阴之气上犯故头痛；肝寒犯胃，胃失和降，故恶心，呕吐；食用寒凉食物后腹痛，脾胃虚寒，助寒凝滞，不通则痛；中焦失运，故大便不成形；舌淡，苔白腻，脉沉弦均为肝脾肾虚寒，浊阴上逆。处方粉剂：吴茱萸汤、川芎、砂仁、木香、炙甘草、白术、山药、香附、陈皮、柿蒂、肉桂等。每天服2次，6天后头痛、胃痛及纳呆症状减轻，继续服8天，诸症明显好转。

例2：女30岁，头痛数年，以巅顶痛为主，痛甚需服止痛西药；头痛时伴有呕吐，工作紧张、压力大，眠差，手足冷。此次头痛复发，遂来就诊。神疲倦怠，面色苍白，舌淡，苔薄白，脉沉弦。处方粉剂：吴茱萸、人参、川芎、炙甘草、茯苓、白术、山药、香附、当归、陈皮、柿蒂。每天服2次，4天后头痛大减，恶心症状好转，但手足冷未减。续方吴茱萸汤加当归四逆汤、香附、乌药、肉桂温通经络，散寒降逆，止呕和中。服药一周后诸症明显改善，后因其它病来诊续疗。

(三) 临床体会：经方吴茱萸汤治疗内伤头痛的肝寒气逆头痛疗效显著，本方的辨证要点是：头痛，头两侧痛或者是巅顶痛，头痛时恶心，严重时则吐涎沫，偶见手足不温，恶寒，小便清长，大便溏薄等，舌淡，苔白腻，脉沉或弦。临床上如有头痛患者，须视其伴随症状和舌脉等综合分析辨证论治，只有辨证属于肝寒气逆者方可用本方治疗。《伤寒论》：“干呕吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。”吴茱萸入巅顶而降逆，治疗久寒，寒饮上逆的头痛、头晕疗效也很好。同时也是临床上治疗虚寒胃痛、腹痛的常用药。

二. 旋覆代赭汤

旋覆代赭汤出自《伤寒论》，是一剂降气的方药，降逆化痰，益气和胃。主治胃气虚弱，痰浊内阻。症见心下痞硬，噎气不除，或反胃呕逆，吐涎沫。

旋覆代赭汤原方：旋覆花9g(布包)，生代赭石24g(先煎)，半夏9g，人参6g(党参9g)，炙甘草5g，生姜9g，大枣12枚。本方原为治疗“伤寒发汗，若吐、若下，解后，心下痞硬，噎气不除者”而设，具有调补脾胃、升清降浊、降虚气之逆而和胃安中的功效。

(一) 方解：

方中以旋覆花下气除痰，并且咸能软坚，以治心下痞硬为主药；以生赭石重镇浮逆之气为辅药；生姜、半夏辛降以除痞逆之气，人参、大枣甘能缓中，补胃气之虚弱，共为佐药；甘草甘缓入胃，补虚安中为使药。

(二) 治疗范围：

旋覆代赭汤为理气剂，具有降逆化痰，益气和胃之功效。主治胃虚痰阻气逆证。胃脘痞闷或胀满，按之不痛，频频嗳气，或见纳差、呃逆、恶心，甚或呕吐，舌苔白腻，脉缓或滑。临床常用于治疗胃神经官能症、胃扩张、慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、幽门不完全性梗阻、神经性呃逆、膈肌痉挛、胃肠运动神经机能的失调等。

(三) 病案列举：

例1：呕吐

女，40岁，呕吐反复发作5年，每发则不能进食，需要休息方可缓解。近月来发病频繁，虽经西药治疗，效果不佳。遂来看诊。自述每发则食后尽吐，夹杂痰涎，胸脘痞闷，舌淡，苔白腻，脉细滑。既往胃镜检查“轻度胃炎”。辨证属“胃虚气逆”，痰气交阻。治宜益气和胃，降逆止呕、化痰。方用旋覆代赭汤(粉剂)加白术、茯苓、砂仁、神曲、炙甘草。每日服2次，每次1包。4天后诸症好转，呕吐未发。续服上方及香砂六君汤(粉剂)一周，呕吐未发，胃纳明显好转。

本证病机为脾胃虚弱，气机痞塞，胃气上逆。症见心下痞，呕吐清水稀涎，舌苔白腻，脉弦滑无力。现代医学认为噎气上逆，为食道、膈肌痉挛，胃逆蠕动所致。本方主要作用于上消化道，尤其对食管痉挛、贲门痉挛、膈肌痉挛有解痉镇降作用，故用于反流性食管炎、胃炎、胃溃疡等症见噎气、呕逆者。

例2：眩晕

女50岁，主诉：经常眩晕、呕吐数年，西医检查考虑“耳水不平衡”；服西药症状反复，近一周头晕目眩，呕吐不止、纳呆、烦躁、眠差。脉细微滑，舌苔白腻。处方粉剂治疗：旋覆代赭汤加枳壳、竹茹、天麻、茯苓、泽泻、白术、神曲、香附、酸枣仁、陈皮等治疗6天。同时配合针灸四神针、内关、神门等穴位治疗，头晕、呃逆症状明显好转。

“耳水不平衡”属于中医“眩晕”范畴，多与风邪犯肝、痰湿内阻等密切相关。临床表现为头晕、恶心呕吐、耳鸣和耳闷胀感等。方中旋覆花下气化痰、降逆止呕，为君药；代赭石降逆下气，助旋覆花降逆化痰，止呕；佐以半夏、陈皮祛痰散结、降逆和胃；生姜温胃化痰、散寒止呕；竹茹清热化痰、清肺防燥；茯苓、泽泻利水渗湿；白术、陈皮燥湿化痰兼健脾益气，加炙甘草、大枣，甘温益气健脾。眩晕常因内风引起，辅以天麻可镇肝熄风；酸枣仁宁心安神、养肝。诸药合用，有降逆化痰、健脾燥湿、平肝熄风的共奏之效。

三. 结语

中医经方疗效明显，使用简便。随着人们生活节奏的加快，目前服药方法也变得简化。中药粉剂、颗粒剂型在临床上得到广泛应用。结合临床实践对经方加减化裁，使经方发扬光大；古为今用。中医治病，遵循个体化原则，灵活变通，从整体调节，使各脏腑的气血阴阳平衡，气机通畅。有鉴于此，中医看病三要素——四诊合参、辨证分析、因证选方在临床使用时比西医治疗更具特色与优势。

分享栏目

前言

赵绍琴，北京市人，生于1918年，卒于2001年。1934年，悬壶北京。赵绍琴先生为清末三代御医之后，自幼深受中医熏陶，后又拜其父文魁公的门人、太医院御医韩一斋、翟文楼和北京四大名医的汪逢春，尽得三名医之真传。赵老临床善治温热病，并把温病卫气营血理论引入内科杂病的辨治中。赵老临床以善治疑难重症著称，其治疗辨证准、立法明、用药少、疗效好。今天选取《赵绍琴临床经验辑要》中赵老用药心得一篇，与大家分享。

本栏目中的大部分内容是从网上或书籍中转载的，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！

谈荆芥的配伍及临床应用

新加坡·陈蓓琪

荆芥，一名假苏，味辛苦而性温，气芳香而升散，主入肝胃二经，行气而兼能和血，功擅轻宣、发表、祛风、理血、解郁、升和。临床与其他药物配伍运用更能变化多端，有得心应手之妙。兹将本人临床运用荆芥的一些体会分述于后，以供参考。

一、荆芥的功能与临床应用

（一）祛风解表

荆芥穗味辛性温，其性升浮，善能发汗祛风解表邪。凡风寒束表而致头痛寒热，无汗，周身痛楚之表闭证，用之最宜，常配入复方应用，如荆防败毒散之类。因其温而不燥，疏风之功擅长，故又常以之配入大队辛凉疏散之品而治风热感冒初起，如银翘散用以加强疏风散热之力。此因其配伍而异其用，可谓通治感冒之良药也。

（二）清头目、利咽喉

荆芥体轻升散，上行于头面空窍而有清头

目利咽喉之功。凡风邪上犯头目诸窍，而致头目眩晕、头昏鼻塞、耳目不清等症，无问其有无寒热身楚等全身症状，皆可用此以除风邪，风邪去则头目清，诸窍清利矣。至于咽喉肿痛用之者，亦取其疏风利窍之功也，如清咽利膈汤、六味汤等即是其例。

（三）散风胜湿以治痹痛

荆芥本为疏风圣品，此人皆知之，而其又专能胜湿，则为人所鲜知矣。古云：风以胜湿，洵为至理。凡风邪阻于脉络，湿邪困阻气机。症见周身痛楚，项背强直，四肢关节疼痛，肌肤麻木不仁等，用此有一举二得之妙。至于某些风湿性关节炎，关节红肿疼痛，已成热痹者，则当于凉血活瘀配入本品，庶免其寒凉凝涩之弊，又无温散助热之虞。决不可为了“消炎”而纯用苦寒之药。

（四）治风热瘾疹、皮肤瘙痒

若风湿之邪入于营分，蕴郁化热而发瘾疹奇痒难忍，夜间尤甚，搔之不已，皮肤遍起片

状红疹，治疗必须疏风祛湿，凉血活瘀。荆芥既能疏风，又能胜湿，既入气分宣郁，又入血分通络，故为治疗瘾疹必用之品。古云：治风先治血，血行风自灭。所谓血行非指纯用血分药，乃令血行流通之意耳。风药自可通络宣郁行滞，故不可缺也。

（五）除颜面歪斜

颜面神经麻痹而成口眼歪斜，考其原因甚多，总属阳明经络受病，以阳明之脉上行于面也。若单纯风邪袭于阳明络分，则当用荆芥以散风邪则愈矣。若阳明腑实，大便秘结而致口歪不遂，必俟其积滞化，腑气通，病当向愈，方中宜加用荆芥穗以助其活络之功，则收效更捷矣。故曰：荆芥为阳明行经之药。凡头面诸疾属阳明经络受病者，用荆芥自能行诸药直达病所。但若属肿瘤压迫颜面神经，则荆芥无功矣。

（六）助脾消食

荆芥辛温芳香，故能醒脾开胃。胃主受纳，脾主运化，司消化之职。若中州湿阻寒凝，脾胃运化失职，胃不能纳，脾不能化，诸病生矣。荆芥辛温芳化，温以通阳，芳以化浊，为醒脾开胃之佳品。凡湿邪困阻中宫，用此得心应手，其效超过甘温补中之品。若属湿阻中宫，胸闷不畅，肺气不宣，中满而气逆，用宣散、温中、化湿等法皆不效者，于对症方中加入本品，用之甚灵。

（七）治诸出血证

荆芥炒炭用能入血止血，故为止血要药，可用于多种出血证候。

1. 肠风便血

肠风者乃风邪留恋于肠中而致便血不止，荆芥善除风邪，炒炭后入于血分搜剔肠络中之风邪，故治肠风便血，其效甚捷。若便血之由湿热下迫者，用之尤良，以风能胜湿故也，当配黄柏、山栀，则下焦湿热必去而愈。

2. 吐血盈口

多是胃热上迫，或肝郁逆上，用炒荆芥既能疏风(火郁发之)，又能止血(血见黑则止)，且有疏解肝郁和血之效。故治吐血有效。惟肝硬化食道及胃底静脉曲张破裂所致的胃大出血及肿瘤出血则当从外科处理，不可延误。

3. 崩中出血

妇女非经期，子宫忽然大量出血名崩中，其原因甚多，若因暴怒之后，气郁且热，下迫胞宫而致崩中者，除用止血凉营之剂外，必须配以疏调解郁之品以和之，荆芥可为首选，况其又具入血止血之功，妇人带下用荆芥即是升和疏肝之意，与崩中证虽不同，其义有相通之处。

（八）破结解毒，为疮家圣药

疮疡之为病全是气血壅滞，热郁不散，结聚成毒，轻则为痈肿，甚则为疔毒。推究其病机，一言以蔽之曰，结郁为病也，若郁开结散，则何毒之生？荆芥开郁疏调营卫，有开郁散结之功。凡疮疡初起宜宣解热毒，不使增重，重者清热解毒，然无论热郁轻重，皆当疏调开郁为法，故以荆芥为要药。若是后期已成虚疮者，自当补益气血，然纯补须防其留邪为患。故疮家早、中、晚各期均宜酌情配以荆芥，故曰疮家圣药也。

（九）升阳

一般认为，升阳药物当选柴、葛、升麻之属似乎已成定局，然不知凡是风药，则每有升阳之意，况荆芥入阳明气分而疏调升和，入厥阴血分而解郁和血，性温而不燥，通三焦而和营卫，非若柴葛升麻升散之太过，麻桂羌独而辛散者过烈也。故欲升阳者，当选用荆芥，不亦宜乎？

二、荆芥的临床配伍应用举例

荆芥是辛苦温、芳化升和之品，以辛走

气，炒入血，既解郁，又通阳，芳香疏化，升和醒中，不论表病里疾，在气在血，皆可应用，配伍得法，其效甚捷。举例如下：

（一）荆芥配黄芪

既能益气固表，又能疏调气血，荆芥助黄芪补中而兼化湿郁，使益气而无满中之虑，补益而无恋邪之患。

（二）荆芥配防风

防风辛甘微温，解表升浮，疏肝泄肺，为祛风要药。二药相伍则疏散风邪之功更捷，举凡风邪为患，皆当荆防并用，以收除风之效。又因其皆能疏肝泻肺，故又用于肝热日久，肺热郁结，上焦风热所致的肝热头痛、风火头眩、肝热目赤等证。病虽为热症而不避其辛温者，取其善能解郁，所谓火郁发之也。

（三）荆芥配羌活

羌活味辛苦性温，气雄而散，味薄而升，入少阴厥阴气分，配荆芥以理游风，祛风湿而利关节。羌活专行气分，荆芥兼能入血，俱善祛风胜湿，合用则有协同作用，而为风湿痹痛之要药。肝经郁热时又可疏散其郁结。惟当注意实热或虚火时慎用。

（四）荆芥配黄芩

黄芩味苦，泄中焦实火，酒炒上行于肺，郁热在上焦，风湿阻于中、上二焦时，以荆芥配黄芩用之最妥。以其既能疏风清热，又能泄火热祛湿邪，故能表里两解，而治风热化火，郁于中上二焦者。

（五）荆芥配木贼

木贼体轻而中空，味苦微温，能发汗，擅退目翳。目翳的产生多是肝热郁火，上蒸于目。目为火户，肝家主之，风热入于足厥阴肝、足少阳胆，必用木贼祛之，配以荆芥者，以其入肝而善祛风热也。

（六）荆芥配地榆

地榆苦酸微寒，性沉而涩入下焦，凉血分，主治肠风、崩中、血痢等因热郁下迫血分而致出血之疾。凡出血之证，清则血止，过凉则寒凝，甚则血分淤塞，为害非浅。如配以荆芥，既能清血分之郁热而止血，又能调和血分以畅气机。习惯上炒黑用之，如有营卫不和或湿邪留恋，则不必炒用。

（七）荆芥配大黄

大黄大苦大寒，走而不守，荡涤肠胃，推陈致新，因其性猛，故号将军，又入血分，有化瘀生新之力，配以荆芥，能倍增其力，且将其引入气分，既能温以化瘀活血以通络，又能避免其攻之过猛，故有表里合用，气血双调之功。

（八）荆芥配白术

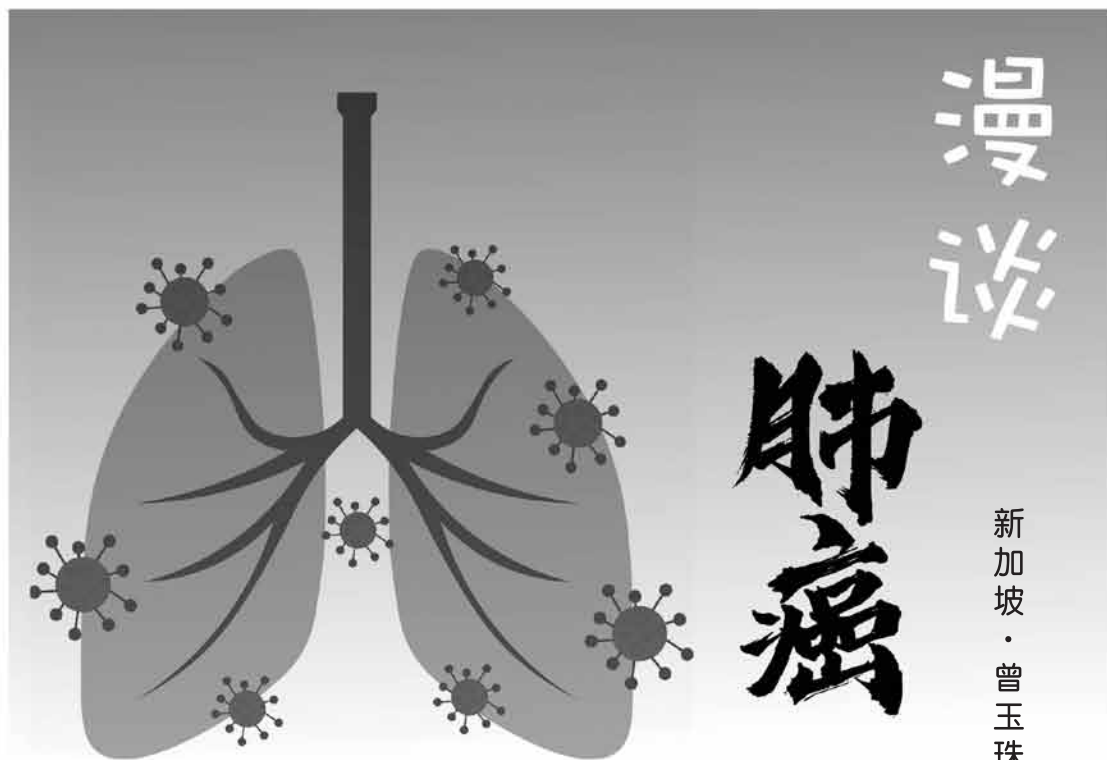
白术味甘苦温，燥湿健脾，补中益气，常与参苓共为补中之剂，今配合荆芥旨在防其滞膈满中之弊，因荆芥善能宣郁化湿、疏调气机、疏化升和，故能醒中阳，消痞满，助运化，增强参术的补益作用。

（九）荆芥配川楝子

川楝苦寒入肝经泻火解郁，常用于肝经郁热所致的胃脘痛、少腹痛、疝痛等症，惟其病机属热者方宜，若寒痛则不宜用。川楝为厥阴气分之药，配以荆芥，借其升和疏调之力，能增强疏肝解郁之效，更能解除湿邪郁热，故用金铃子散时加入荆芥炭，则收效更佳。

（十）荆芥配片姜黄

片姜黄苦辛性温，入脾肝经，为血中之气药，有下气破血，除风消肿之功，亦为行气开郁之物，故升降散用以升降气机之用，若配以荆芥疏肝解郁，则开郁疏调，流通气机之力益增，二药配伍，广泛用于诸郁不开。如气郁、湿郁、痰郁、食郁、血郁、火郁及寒凝、冰伏等因药误所致郁结不开之证。



1. 什么是肺癌？

肺癌分原发性肺癌和转移性肺癌。一般上，当我们提到肺癌时，是指原发性肺癌，即原发于支气管黏膜、腺体、肺泡上皮的恶性肿瘤。而转移性肺癌是指原来发生在身体另一个部分的癌症，因扩散到了肺部而出现在肺部的恶性肿瘤。

2. 肺癌有些什么临床表现？

提到肺癌，相信很多人一定会想到有咳嗽、咯血、胸痛、气促、消瘦等的症状，其实，当这些症状出现时，往往表示病灶已经出现压迫、阻塞、侵蚀血管、转移等表现了。临床上，有些肺癌的症状与体征早已预警肿瘤的发生，如难于治愈的对称性的骨关节肿胀疼痛、杵状指(趾)、肩背痛、声音嘶哑、黑棘皮病、下肢的深静脉血栓引起的血栓侧肢体肿

胀、高钙血症、重症肌无力、皮肤炎、男性乳房增大、疲劳乏力或满月脸等。

医学上有一个病名叫肺性肥大性骨病，又称 Marie-Bamberger 综合征，特点是膝、肘、腕、踝等关节的多发性关节炎、骨膜炎与杵状指(趾)。临床上分三型，其中一型叫类风湿性关节炎型，表现为对称性的关节肿痛，以大关节受累最常见，例如膝关节肿胀疼痛，活动不灵活，常被误诊为类风湿关节炎。另外两型是杵状指(趾)型及肢端肥大型。

什么是杵状指(趾)呢？

其表现为末端指(趾)节明显增宽增厚，



注：图片取自网站

指(趾)甲从根部到末端呈拱形隆起似鼓槌，因此也称为“鼓捶指”。请见下图。这张图片是一个以肺性肥大性骨病为首发症状的肺癌病例。

什么是肢端肥大呢？请见下图(伴有杵状指)：



注：图片取自网站

这里要声明的是肺性肥大性骨病肺癌。这个病最常见和最主要的病因是胸腔内疾病，大约占**90%**，而当中的**80%**合并肺内疾病。其中**2/3**是肺癌，**1/5**是良性肿瘤。

3. 肺癌有哪些致病因素？

已知肺癌的致病因素有吸烟、室外的雾霾及空气污染、室外室内弥漫的烟草烟雾烟气(二手烟、三手烟)、厨房的油烟、房屋装修装饰材料中的挥发性有机化合物、长期爱生闷气、饮食不当、年龄较大、曾经患有其他癌症、或肺结核、或慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化、遗传、工作需长期接触致癌物质的铀矿工人、粉尘作业者等。其中，吸烟和长期吸入二手烟是肺癌非常重要的危险因素，大多数肺癌患者患病的原因就是长期吸烟。

4. 吸烟一定得肺癌吗？

有时，我们会听到有些人说他家的长辈

吸烟几十年，活到八九十岁，身体还是很硬朗，质问吸烟怎么会有害处、怎么会得肺癌呢？这只能说是个别的案例。

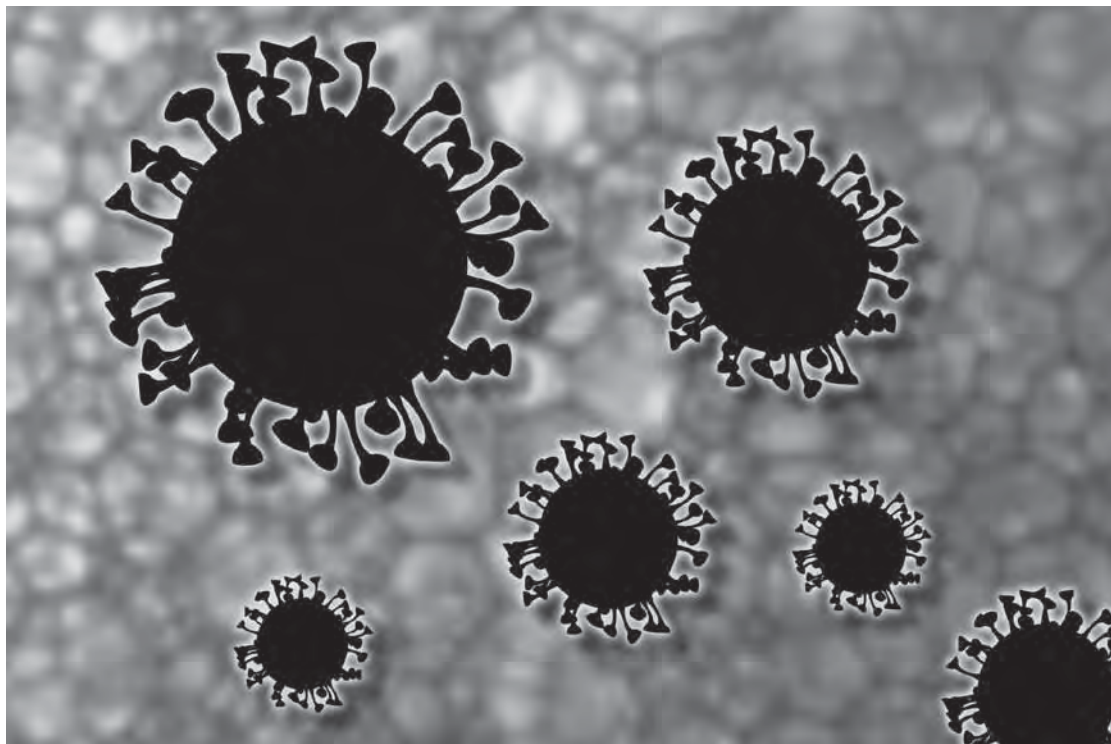
还有些吸烟者经常认为不吸烟的人也会得肺癌，那自己何必戒烟呢？事实是吸烟越少，得肺癌的机会越少。根据统计，吸烟者得肺癌的风险是不吸烟者的**10-20**倍。

5. 中医药在肺癌治疗方面扮演什么角色？

中医药对肺癌的适用范围非常广，无论是在预防肺癌的发生，或在西医的任何治疗阶段，还是在患者的康复方面，都可介入应用，在不同时期扮演不同角色。在预防肺癌的发生方面，中医药起到养生健体的作用。在刚被确诊，未接受任何西医治疗时，中医药能提高患者免疫功能，预防癌细胞进一步发展，同时使患者能耐受接下来的各种西医治疗。在西医的任何治疗期间，中医药治疗的优势在于提高患者免疫功能，改善患者的生活质量，减少手术、放化疗、靶向治疗毒副作用，提高放化疗、靶向治疗敏感性。而对已经完成有西医治疗，正在康复中的病人，中医药起着修复/提高免疫功能，改善生活质量及预防复发转移的作用。对于无法接受西医治疗的患者，中医药则扮演治疗与改善生活质量的角色。中医药这种广阔的适应症和独特优势是西医药难以取代的。

6. 中医药在肺癌治疗方面有什么特点？

中医药治疗肺癌的特点主要是在提高免疫功能，改善患者生活质量方面。中医药通过促进患者免疫功能，让自身的免疫系统去对抗、抑制、甚至消除癌细胞。虽然有不少中草药具有抗癌的作用，但原植物药本身的抗癌成分及力量没有提炼的化疗药或手术



强及快，因此在消除癌瘤方面就非中医药所长，因此，中医药主要强调在好的生活质量下“与癌共存”。

7. 肺癌患者在日常生活中应注意什么？

肺是人体最重要的呼吸器官。肺部长了肿块压迫肺组织，必定会影响其呼吸功能。肺癌患者经过手术把部分/全肺叶/半肺切除后，呼吸功能必更进一步受损，经常感到气不足而容易动则气喘、疲倦。即使是无经手术的患者，亦可因放化疗或靶向治疗的副作用影响了免疫功能。因此，肺癌患者不能过度劳累，也不能运动过量。

中医认为“肺为娇脏，不耐寒热”，最容易被病毒侵害，因此，肺癌患者应注意气候变化，适当加衣，避风寒，避免感冒。

此外，肺癌患者由于免疫力降低，应避免生冷污染饮食(含细菌、寄生虫)，避免过

度辛燥油辣食物如辣椒、姜、葱、生蒜、胡椒等(可加重胃肠道的负担)，忌加工、油炸、烟熏、烧烤、腌制食品(含致癌物质)，戒烟酒(致癌物)。饮食宜清淡，富含营养，注意营养均衡，多蔬菜水果(根据体质)。平时可多吃养肺的食物如白木耳、淮山药、百合、薏苡仁、白萝卜、雪梨、苹果、杏仁等。

8. 使用抗癌药物治疗的肺癌患者有什么特别需要注意避开食物吗？

西柚(葡萄柚)是抗癌药物的头号大敌，患者必须远离。而与西柚同家族的还有红心柚，沙田柚和普通柚子。此外，杨桃也是应该避开的水果。这些水果以及用这些水果做成的果汁与多种抗癌药物会发生交互作用，在无意中加大药物在血液中的剂量。有一种说法是一颗药与西柚同服，等同于连吃20颗药，使本来是治病的药变成“毒药”。

这怎么说呢？原来，西柚含有大量的呋喃香豆素(furanocoumarin)，这种物质能显著抑制人体内一种名叫细胞色素P450 3A4的代谢酶(CYP3A4)。CYP3A4酶主要存在于肝脏和小肠，在人体代谢口服药物的过程中发挥着重要作用。呋喃香豆素抑制了这种酶，就会减少药物在肠道的代谢和外排，使药物以平常数倍乃至几十倍的量进入血液，导致不良反应的发生率增加。肺癌的靶向药物，大多都会受CYP3A4影响，如易瑞沙(Gefitinib)、特罗凯(Tarceva)、克唑替尼(Crizotinib)、布加替尼(Brigatinib)等都是会通过CYP3A4代谢。

9. 什么运动最适合肺癌患者？

肺部功能受损后，患者常会因缺氧而容易疲倦气短，通过调气增强肺活量可改善症状。适合的运动有打气功，打太极，打坐，

吐纳、深呼吸或慢步走等。其中，大家熟悉的深呼吸运动可说最简单有效。此运动可以站、坐或躺着做。躺姿时，将手上举轻轻放置头两侧，可放松上胸廓及肩颈的肌肉，并增加腹部及下胸廓的扩张量。

深呼吸的方法如下：

先慢慢地由鼻孔吸气，使肺的下部充满空气。吸气过程中，由于胸廓向上抬，横膈膜向下，腹部会慢慢鼓起。然后再继续吸气，使肺的上部也充满空气，这时肋骨部分就会上抬，胸腔扩大，这个过程一般需要5秒钟(若有头晕现象，建议暂停练习回归一般呼吸至缓解)。最后屏住呼吸5秒钟。经过一段时间练习，可以将屏气时间增加为10秒，甚至更多(若有心血管问题，建议省略此憋气动作)。肺部吸足氧气后，再慢慢吐气，肋骨和胸腔渐渐回到原来位置。停顿1、2秒钟后再重复，重复约6~10次。





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

《新加坡中医杂志》来稿要求：

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

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

编委会欢迎电子稿发到本刊电子信箱，处理快捷省时和方便。

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

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

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

来稿刊出后，稿酬为《新加坡中医杂志》两本，以资感谢。

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

来稿请注明《新加坡中医杂志》寄至：

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

或电邮至 assoc@singaporetcm.com



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

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2022年1月15日

顾问 赵英杰 林秋霞

编印 新加坡中医公会

主编 王美凤(宣传出版组主任)

副编 潘虹陵(宣传出版组副主任)

编委 梁桂贤 王木瑞 陈蓓琪
林 英 郑爱珠

刊名题字 杨松年

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

出版准证 MCI(P) 025/01/2022

国际刊号 ISSN : 0219-1636

承印 先锋印刷装订私人有限公司

Tel: (65) 6745 8733

Website: www.pcl.com.sg

定价 5.00新元

版权所有 翻印必究

ISSN 0219-1636



新加坡中医公会

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

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

