



本期之药

丁香花

味辛，性温。归脾、胃、肺、肾经。功效有温中降逆，补肾助阳。用于脾胃虚寒，呃逆呕吐，食少吐泻，心腹冷痛，肾虚阳痿。

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,也是经卫生部批准的公益机构。目前除了大巴窑总院外,在全岛还设有多间分院:义顺分院、兀兰分院、武吉班让分院、如切分院、中华医院@VIVA,以及与IAPPS HEALTH GROUP合作、由中华医院管理的唯医中医。中华医院不分种族、宗教和国籍,以低廉的价格为社会大众提供高质量的中医医疗服务,经济困难的病人还可以享有医药费减免。

中华医院总院及各分院每天诊治的病人超过1,000人次,我们有30多位驻院医师和500多位轮值医师。医院每年的营运开销一千多万,诊疗收入无法应付庞大的营运开销。

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。您的捐款可自动获得2.5倍的税务回扣。

Dear Friends,

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

Currently, apart from the Headquarter in Toa Payoh, there are several branches situated across the island, namely Yishun Branch, Woodlands Branch, Bukit Panjang Branch, Joo Chia Branch, SCHMI@VIVA, and 1doc TCM which is managed by SCHMI in cooperation with IAPPS HEALTH GROUP. SCHMI provides quality TCM medical services to the community at low charges, regardless of race, religion or nationality. The patients from low-income families can apply for medical fee waivers.

SCHMI provides TCM consultation and treatment for more than 1,000 patients daily. We have more than 30 resident physicians and more than 500 duty physicians. The annual operating expenses of the Institution are over 10 million, and the income from consulting service and medical treatment cannot cover the huge operating expenses.

We sincerely hope to receive generous donations from kind-hearted people from all walks of life. Your generosity is our patients' blessings. Your donation is automatically eligible for 2.5 times in tax deductions.

兀兰分院 Woodlands Branch
Blk 679 Woodlands Avenue 6 #01-710
Singapore 730679
Tel: 6366 3246
Email: woodlands@singaporetcm.com

义顺分院 Yishun Branch
Blk 215 Yishun Street 21 #01-301
Singapore 760215
Tel: 6756 7830
Email: yishun@singaporetcm.com

中华医院@VIVA SCHMI@VIVA
8 Sinaran Drive #03-01
VIVA Hub Novena Specialist Centre
Singapore 307470
Tel: 6334 1290
Email: viva@singaporetcm.com

唯医中医 1doc TCM
11 Bedok North Street 1 #01-11/12
Heartbeat@Bedok
Singapore 469662
Tel: 6284 5788
Email: 1docTCM@singaporetcm.com

如切分院 Joo Chiat Branch
291 Joo Chiat Road JK Centre #02-01
Singapore 427543
Tel: 6444 8727
Email: joo_chiat@singaporetcm.com

武吉班让分院 Bukit Panjang Branch
Blk 123 Pending Road, #01-42
Singapore 670123
Tel: 6766 7576
Email: bukit_panjang@singaporetcm.com

大巴窑总院 Toa Payoh Headquarter
640 Lorong 4 Toa Payoh
Singapore 319522
Tel: 6251 3304
Email: chunghwa@singaporetcm.com

临床

1. 赵英杰教授治疗肺癌的中医用药规律研究 / 新加坡·郑黄芳 2
2. 合谷穴的临床应用体会 / 新加坡·陈蓓琪 14
3. 足底筋膜炎诊治体会 / 新加坡·朱奕达 17
4. 小青龙汤加减治疗肺癌晚期胸腔积液一例 / 新加坡·林莲湘 20
5. 中医治疗慢性腰肌劳损临床体验 / 新加坡·朱晓刚 22
6. 升阳益胃汤之浅析及运用 / 新加坡·钟舒云 23
7. 大杼穴的临床应用体会 / 新加坡·梁桂贤 28
8. 临床观察针刺有效缓解面部痉挛 / 新加坡·黄惠萍 32

学术探研

1. “治未病”与筋伤痛症 / 新加坡·吴忠辉 37
2. 中医可以治疗白内障吗? / 新加坡·林秋霞 39
3. 从九宫八风时空医学理论探讨针刺理论与宜忌 / 新加坡·李明姝 / 中国·黎敬波导师 41
4. 中医外治在化疗诱导周围神经病变 (CIPN) 中的应用 / 新加坡·白伟良 49

新加坡杏林人物志

1. 学识渊博, 尔雅温文——许颖之医师 / 新加坡·林英 55

学术交流

1. 再论手法检查卵泡 / 新加坡·陈建生 56
2. 中医对功能性消化不良的机制研究 / 新加坡·何宇璇 58
3. 辛开苦降法与半夏泻心汤病机分析 / 新加坡·吴多丽 63
4. 2022年世界针灸学术大会记事 / 新加坡·林英 66

综述

1. 中医治疗良性前列腺增生症研究进展 / 新加坡·陈坤耀 68
2. 浅谈女性尿失禁的中医治疗 / 新加坡·蔡慧馨 71
3. 谈带脉 / 新加坡·曾玉珠 74
4. 浅谈颤证的中医治疗 / 新加坡·周瑞芳 78

甘醇共享

1. 谈外感热性病的开始及它的极期与转化为亡阳亡阴的变化规律及证治——从伤寒论中得到的体会 / 新加坡·子云 81
2. 论五脏所藏 / 新加坡·游杏南 90
3. 谈读伤寒论 / 新加坡·谢斋孙 92

赵英杰教授治疗肺癌的中医用药规律研究

郑黄芳（新加坡）

肺癌（Lung cancer），全称为原发性支气管肺癌，是指起源于支气管粘膜、腺体或肺泡上皮的肺部恶性肿瘤。从组织学分类，可以分为小细胞肺癌（Small cell lung cancer, SCLC）及非小细胞肺癌（Non-small cell lung cancer, NSCLC）两大类，其中非小细胞肺癌占肺癌总发病率的80~85%。从肿瘤的起源分类，起源于肺段支气管及段以上支气管称为中央型肺癌，起源于肺段支气管以下为周围性肺癌。

根据世界卫生组织2020年的报告，肺癌占全球癌症发病率第二，死亡率仍占第一位^[1]。新加坡近10年来，肺癌的发病率在男性和女性病患占前三位，为排名第一的癌症致死因素。因此在全球的范围上，肺癌是严重影响人类健康的重大疾病之一。肺癌的疾病进展快，具有多变性、复杂性、全身性的致病特点，涉及医疗费用高昂，严重影响患者的生活质量及预期寿命等特征。

在中医古代文献中无肺癌的病名，但有不少类似于肺癌的记载。根据肺癌的发病症状和体征，肺癌可以归属于祖国医学的“肺积”、“肺岩”、“肺胀”、“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”、“喘息”、“痰饮”、“息

贲”等范畴。近代学者与医家普遍认为应中西接轨，统一病名为“肺癌”，此病名不仅符合藏象学说，又能反映该病的本质属性。辨证论治固然重要，但是辨病论治在癌疾中扮演着举足轻重的角色，有助于揭示疾病发生、发展、治则、预后等重要临床指导原则。现代科学的检验方法，弥补了中医“像”学说的不足，使得诊断更为明确，以便于制定完善的医疗手法，并且可借助现代科学量化中医药的治疗效果。“癌”这一名称首次出现在宋代外科专著《卫济宝书》卷上的“痈疽五发”：癌、癰、疽、瘤、痈，其中第一个出现的就是“癌”。《中医大辞典》^[2]中对于癌的解释为“肿块凹凸不平，边缘不齐，坚硬难移，状如岩石。溃后血水淋漓，臭秽难闻，不易收敛，甚至危及生命。”中医肺癌病名最早见于方药中1985年所主编的《实用中医内科学》，而后许多中医教材均沿用此命名。

近年来，随着科技的进步，中医用药规律研究的数据挖掘已逐渐成为研究名老中医临床经验及经验传承的重要方法。通过搜集研究名老中医的临床用药经验，可以探索出丰富的经验与独到的见解，有助于培养新医师，制定诊疗规范，为中医师

提供临床借鉴。本研究搜集了赵英杰教授的门诊肺癌病历处方进行用药规律分析研究。

1 研究方法

1.1 病例收集

收集检索 2015 年 1 月至 2019 年 12 新加坡中华医院的的电子病历数据库，符合“肺癌”诊断的病历记录。

1.2 纳入和排除标准

经西医病理学或临床标准明确诊断为原发性支气管肺癌^[3]。病患的性别、病理类型、基础治疗及中医辨证分型不限，并收集患者的一般资料。

纳入标准：

- 1) 符合原发性支气管肺癌的诊断标准；
- 2) 年龄 ≥ 18 岁以上；
- 3) 复诊 ≥ 3 次以上，药后无明显不适者；
- 4) 入选方剂是针对肺癌所设计的方药；
- 5) 录入的方药只限中草药处方，包括配合其他西医疗法，如手术、化疗、放疗、靶向药物等治疗期间的配合用药；
- 6) 中药处方务必药味齐全，药量明确。

排除标准：

- 1) 诊断不明确者；
- 2) 同时患有超过一种肿瘤的患者；
- 3) 药味或药量记载不全，或有方无药；
- 4) 妊娠期或哺乳期的妇女；

- 5) 合并有心、脑、肝及造血系统等严重原发性疾病并发症的患者。

1.3 研究方法

将符合纳入标准的肺癌中草药处方进行整理，采用古今医案云平台的 Excel 模板建立数据库，录入患者编号、姓名、性别、年龄、就诊日期、病理诊断、西医治疗手法与阶段、中药处方等。将中草药处方中的药物及克数全部录入。

本研究采用古今医案云平台（v1.3.7）批量处理医案信息，通过智能化采集分析功能进行如下的相关分析：

- ① 用药频次分析：归纳出常用药中的高频中药并以此排序，以树状图来呈现高频中药的系统聚类分析结果。
- ② 核心药物分析：采用恰当的支持度和置信度，提取常见药物组合及方剂组方规律分析。
- ③ 新方分析：挖掘潜藏或未引起重视的新方。

2 结果

本研究共纳入病例 50 例，486 诊次处方，涉及药物 132 味，总药物频数 7454。

2.1 性别统计：

50 例病患中，有 27 例女性，23 例男性病患。

2.2 年龄统计：

发病年龄倾向中老年病患，患病人数最多的年龄段是 70-79 岁（见表 1-1）。

表 1-1 赵英杰教授 50 例病患年龄分层统计

年龄分层	患者数目
20-29	1
30-39	0
40-49	1
50-59	8
60-69	12
70-79	20
80-89	7
90-99	1

2.3 中药频次统计及药量分析

96.71%。使用频次达 40% 以上的中药

中药频次从高到低的排序结果，以白

有 12 种，而使用比例前 40 位常用药物的

术使用频次最高，达 470 次，使用频次为

使用百分比 ≥8.44% 如下（见表 1-2）。

表 1-2 赵英杰教授中医药治疗肺癌的中药频次统计及药量分析

序号	中药	频次	百分比	平均剂量	最小剂量	最大剂量	标准差
1	白术	470	96.71%	18.45	10.0	60.0	10.66
2	半枝莲	464	95.47%	76.30	15.0	150.0	32.58
3	茯苓	461	94.86%	13.62	10.0	24.0	1.84
4	黄芪	358	73.66%	41.28	15.0	150.0	30.11
5	人参	356	73.25%	25.86	12.0	45.0	5.86
6	甘草	329	67.70%	16.46	3.0	30.0	5.57
7	半夏	328	67.49%	12.24	9.0	24.0	2.35
8	太子参	316	65.02%	19.91	12.0	30.0	6.27
9	白花蛇舌草	310	63.79%	39.15	15.0	120.0	24.31
10	焙附子	255	52.47%	16.54	6.0	45.0	5.87
11	陈皮	255	52.47%	10.13	6.0	12.0	1.28
12	莪术	238	48.97%	20.11	10.0	50.0	8.45
13	仙鹤草	185	38.07%	28.28	15.0	60.0	11.03

表 1-2 赵英杰教授中医药治疗肺癌的中药频次统计及药量分析

序号	中药	频次	百分比	平均剂量	最小剂量	最大剂量	标准差
14	干姜	165	33.95%	17.17	6.0	45.0	8.1
15	炒麦芽	161	33.13%	20.57	12.0	30.0	6.33
16	龙葵	143	29.42%	25.24	15.0	50.0	8.01
17	鱼腥草	135	27.78%	26.64	15.0	60.0	6.76
18	薏苡仁	125	25.72%	34.10	15.0	60.0	14.87
19	北沙参	109	22.43%	22.75	10.0	30.0	6.61
20	南星	102	20.99%	11.59	9.0	15.0	1.0
21	生地黄	85	17.49%	21.58	10.0	30.0	6.07
22	土茯苓	83	17.08%	20.53	15.0	45.0	7.84
23	天冬	81	16.67%	20.77	10.0	30.0	5.33
24	桂枝	80	16.46%	17.13	12.0	30.0	5.54
25	灵芝	79	16.26%	13.32	10.0	15.0	1.69
26	蜈蚣	74	15.23%	7.16	3.0	10.0	2.01
27	紫菀	70	14.40%	15.00	15.0	15.0	0.0
28	大枣	68	13.99%	20.29	10.0	30.0	7.81
29	麦冬	65	13.37%	11.42	10.0	20.0	1.43
30	桔梗	64	13.17%	10.89	6.0	15.0	1.99
31	白英	64	13.17%	17.77	15.0	30.0	4.32
32	绞股蓝	64	13.17%	18.84	15.0	24.0	3.89
33	干蛤蟆	62	12.76%	9.68	9.0	12.0	1.25
34	鸡内金	58	11.93%	16.81	10.0	24.0	4.23
35	当归	55	11.32%	12.22	9.0	15.0	2.05
36	百部	47	9.67%	14.94	12.0	15.0	0.43
37	淫羊藿	44	9.05%	13.45	10.0	15.0	1.78
38	八月札	42	8.64%	15.21	12.0	24.0	3.1
39	山楂	41	8.44%	20.41	12.0	24.0	4.5
40	茜草	41	8.44%	17.78	12.0	24.0	4.26

在 486 诊次的病例中，一共有 9 味药有不同的中药炮制法，分别为“甘草”（包括甘草、炙甘草）、“谷芽”（包括谷芽、炒谷芽）、“天南星”（包括天南星、胆南星）、“薏苡仁”（包括薏苡仁、炒薏苡仁）、“黄芪”（包括黄芪、炙黄芪）、“半夏”（包括法半夏、姜半夏）、“白术”（包括白术、炒白术）、“大枣”（包括黑大枣、红枣）、“大小蓟”（包括大蓟、小蓟），各别使用频次如下（见表 1-3）。

表 1-3 不同中药炮制法的频次统计

中药标准名	中药（炮制）名称	频次	中药标准名	中药（炮制）名称	频次
甘草	甘草	100	半夏	法半夏	556
	炙甘草	543		姜半夏	110
谷芽	谷芽	18	白术	白术	861
	炒谷芽	14		炒白术	74
南星	天南星	95	大枣	黑大枣	74
	胆南星	120		红枣	74
薏苡仁	薏苡仁	150	大小蓟	大蓟	4
	炒薏苡仁	98		小蓟	2
黄芪	黄芪	694			
	炙黄芪	10			

2.4 中药属性统计

2.4.1 中药四气统计

中药四气统计分析发现，所用的药物以温性药物最多，使用频次为 1994 次，其次为平性药物，使用频次为 1980 次，第三为寒性药物，使用频次为 1361 次。

2.4.2 中药五味统计

中药五味统计分析发现，所用的药物以甘味药物最多，使用频次为 4199 次，其

次为苦味药物，使用频次为 2956 次，第三为辛味药物，使用频次为 2301 次。

2.4.3 中药归经统计

中药归经统计分析发现，所用的药物以归脾经的药物最多，使用频次为 4338 次，其次为归肺经的药物，使用频次为 4134 次，第三为归心经的药物，使用频次为 2403 次。而后为归胃经（2293 频次）、肝经（2122 频次）、肾经（2062 频次）。

2.4.4 中药功效统计

对赵英杰教授治疗肺癌的前 40 味中药进行功效归类统计分析发现，排名前三位的治法依次为：健脾法（18.8%）、清热解

毒法（14.6%）、化痰祛湿法（12.5%）及软坚散结法（12.5%）。具体的中药功效归类与频次如下（见表 1-4）。

表 1-4 赵英杰教授治疗肺癌前 40 味中药功效归类

治法	功效	药物	药味	百分比 (%)
扶正培本类	健脾法	白术、茯苓、黄芪、人参、甘草、太子参、灵芝、大枣、绞股蓝	9	18.8
	养血法	当归	1	2.1
	补肾法	淫羊藿	1	2.1
	养阴法	北沙参、生地黄、天冬、麦冬	4	8.3
祛邪抗癌类	化痰祛湿法	茯苓、半夏、陈皮、薏苡仁、南星、绞股蓝	6	12.5
	活血化瘀法	莪术、茜草	2	4.2
	清热解毒法	半枝莲、白花蛇舌草、龙葵、鱼腥草、土茯苓、白英、绞股蓝	7	14.6
	理气开郁法	陈皮、八月札	2	4.2
	软坚散结法	半夏、焙附子、干姜、龙葵、南星、八月札	6	12.5
	以毒攻毒法	蜈蚣、干蛤蟆	2	4.1
其他类	止咳平喘法	紫菀、桔梗、百部	3	6.2
	消食法	炒麦芽、鸡内金、山楂	3	6.2
	其他	仙鹤草、桂枝	2	4.2

*药物列表按照药物的使用频次排序。

2.5 基于关联规则的药物组合规律分析

设支持度为 0.61，置信度为 0.93，按照药物组合出现频次由高到低排序，前三位组合分别是白术-半枝莲，白术-茯苓，

茯苓-半枝莲。使用频次 ≥ 295 的前 20 位基于关联规则的药物组合规律分析（见表1-5）。

表 1-5 赵英杰教授治疗肺癌前 20 位的药物组合规律分析

序号	中药 1	中药 2	频次	序号	中药 1	中药 2	频次
1	白术	半枝莲	448	11	茯苓	甘草	317
2	白术	茯苓	446	12	半枝莲	半夏	314
3	茯苓	半枝莲	439	13	白术	半夏	313
4	半枝莲	人参	345	14	茯苓	半夏	310
5	白术	黄芪	343	15	半枝莲	甘草	309
6	白术	人参	341	16	半枝莲	太子参	306
7	半枝莲	黄芪	337	17	白术	太子参	302
8	茯苓	黄芪	334	18	半枝莲	白花蛇舌草	299
9	茯苓	人参	331	19	茯苓	太子参	298
10	白术	甘草	322	20	白术	白花蛇舌草	295

2.6 中药聚类分析

对 486 诊次中医药治疗肺癌的医案中频次 $\geq 8.41\%$ 的前 40 味中药进行聚类分析，聚类分析结果（见图 1-1）。

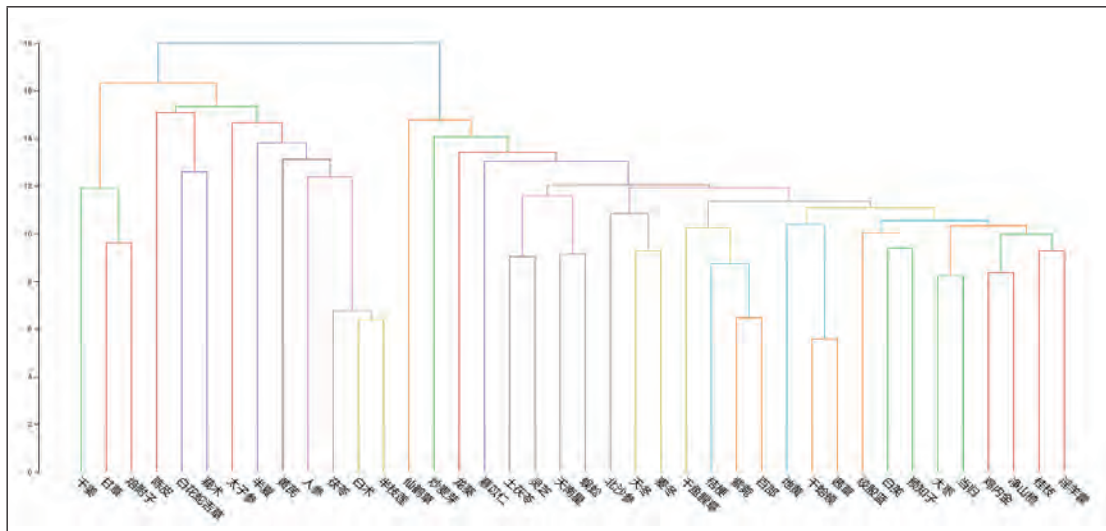
以距离 >15 为界，可将上述中药分为 3 组，具体分组情况如下：

- 第 1 组：焙附子、干姜、甘草；
第 2 组：陈皮、白花蛇舌草、莪术、太子参、半夏、黄芪、人参、茯苓、白术、半枝莲；

第 3 组：仍可以距离 >11 分为：

- ① 仙鹤草、炒麦芽、龙葵、薏苡仁、土茯苓、灵芝、天南星、蜈蚣、北沙参、麦冬、天冬；
② 鱼腥草、桔梗、紫菀、百部；
③ 生地黄、干蛤蟆、茜草、绞股蓝、白英、八月札、大枣、当归、鸡内金、山楂、桂枝、淫羊藿。

图 1-1 赵英杰教授中医药治疗肺癌的中药聚类分析图（欧式类平均法）



3 讨论

从赵英杰教授辨治肺癌的数据挖掘分析，可以总结出赵英杰教授在治疗肺癌时，使用频次超过 40% 的核心药物为：白术、半枝莲、茯苓、黄芪、人参、甘草、半夏、太子参、白花蛇舌草、焙附子、陈皮、莪术 12 味药。其中以白术使用频次最高，使用频率为 96.71%。根据赵英杰教授 2015 年在第 11 届亚细安中医药学术大会中对于辨治新加坡肺癌的临床经验分享，赵教授自拟的肺癌基本方为人参、黄芪、白术、茯苓、半枝莲、白花蛇舌草、龙葵、半夏、天南星、三棱、莪术，这里面的 8 味药在本研究中获得验证，另外通过本研究统计发现，赵教授临证中应用焙附子的频率较高，为 52.47%，而龙葵、天南星、三棱的临床、使用频率则较少，分别为 29.42%、20.99%、1.44%。

通过数据挖掘药量分析也得出有意义的结果，所谓中药不传之秘在量，除了具

体药物的品名以外，能体现出医者的经验和把握的地方为药量的掌握。赵教授在调整中药用量时胆大而心细，在晚期、复发、转移或顽固难消瘤体的治疗上，半枝莲的用量能达到 150g，白花蛇舌草的最大用量为 120g，龙葵的用量可达 50g。在大剂量清热解毒药物的使用上，赵教授也会辅以健脾益气的药物，观察到黄芪的用量介于 15-150g 之间，白术的用量介于 10-60g 之间。半枝莲味辛、性平，无毒，具有清热解毒，活血化瘀，消肿止痛，抗癌的功效。根据中华人民共和国药典记载药量为 15-30g，鲜品加倍。但近年来应用于抗肿瘤时，半枝莲在中药处方中的用量越来越大。早期，李佩文^[4]对此进行了临床的毒性观察，纳入 20 例脾胃虚寒证癌症患者口服四君子汤加半枝莲 120g 水煎剂口服 10 天，用药后观察患者的肝肾功能、血常规、免疫球蛋白、血浆蛋白等均未有明显改变。仅有 3 例药后出现胃脘不适，但

在改为饭后服药后2例症状消失。表明大剂量使用半枝莲较为安全。白花蛇舌草味微苦、甘，性寒，有清热解毒，利湿通淋的功效。据药典记载的药量为15-60g。现代药理研究发现具有抗菌消炎^[5]，增强免疫力^[6]，抗肿瘤^[7]，抗氧化^[8]等作用。张静等^[9]对白花蛇舌草进行急性毒性、遗传毒性及亚慢性毒性的动物实验，大鼠90天最大剂量组为8.00g/kg·BW，折合为人体推荐量的48倍为最高剂量组。结果显示，三项毒性实验中均无统计学意义，未观察到有害作用，为白花蛇舌草的安全性评价提供一定的依据。孟繁钦^[10]从白花蛇舌草中采用溶剂提取了多糖类物质，对白花蛇舌草粗多糖提取物进行急性毒性试验，结果未能测出50%致死剂量。表明白花蛇舌草粗多糖基本无毒性，对小鼠灌胃给药也是安全的。

赵教授治疗原发性肺癌也注重破血消癥，其临床常用莪术，破血行气，消积止痛，药量介于10-50g之间。但赵教授提示因莪术与三棱两味药物破血力量较强，因此临床使用需注意：

- ① 若患者正值术后或正行放化疗，则正气耗损愈重，此时破血之品宜少用，甚或不用；
- ② 若患者未行手术，未行放化疗或其他治疗，或肺癌复发，则破血之品应早用，必要时需重用，如莪术最大可用至50g；
- ③ 使用破血之品应兼补益药物。《药品化义》中云：“蓬术味辛性烈，专攻气中之血，主破积消坚，去

积聚癖块，经闭血瘀，扑损疼痛。与三棱功用颇同，亦勿过服。”

通过四气分析，赵教授所用的药物以温性药物最多，使用频次为1994次，其次为平性药物（1980次），第三为寒性药物（1361次）。体现出赵教授对于温阳和清热的重视，善于运用温清法治疗恶性肿瘤。温清法^[11]中温法是以辛热温阳药来起到温里散寒的作用，常用药物有附子、干姜、桂枝等；清法是指运用清热解毒等苦寒药物为代表，如半枝莲、白花蛇舌草等，两者合用谓之温清。《广温疫论》有“寒热并用谓之和，补泻合剂谓之和，表里双解谓之和，平其亢厉谓之和”，温清法当属广义和法，常用来治疗寒热错杂证。张景岳认为“有形之火不可纵，无形之火不可残”，故当温清并行，以苦寒之品清泄实火，以温阳之品来温补真阳，可驱散邪热，补助真阳，而起扶正祛邪之功。

赵教授根据其多年的临床观察，中医治疗可控制病情，提高肿瘤患者的生存质量。由于肺癌患者往往虚实夹杂，寒热并存，因此立法处方需补泻兼顾，寒热并用。尤其年老病患，若病情迁延不愈，可导致阴损及阳或耗气伤阳，表现为畏寒肢冷，精神萎靡，小便清长，夜尿频，或便秘，治疗上应注意温补脾肾，临证常用焙附子、干姜、炙甘草。附子具有回阳救逆，补火助阳，散寒止痛的功效，为“回阳救逆第一品药”，附子含有多种乌头碱

类化合物，具有较强的毒性，尤其表现为心脏毒性。但经水解后形成的乌头碱毒性则显著降低。炮附子，别名炮附子，是采用盐附子洗净后清水浸泡一夜，再加水泡至口尝稍有麻辣感为度，取出后用姜汤浸1-2天，然后蒸熟，焙干后炒热，经过炮制后的附子毒性能相对的减低。赵教授强调附子配伍甘草的重要性，往往焙附子和炙甘草的用量同等，认为炙甘草能解附子之毒，并视阳虚的程度，常用的焙附子药量介于12-24g之间。中药复方相互配伍减毒增效的机理和作用备受关注，能为临床上安全、合理用药提供依据。有研究将四逆汤组方拆分为不同配伍，分别为单用附子、附子与甘草、附子与干姜、附子与干姜甘草全方，通过乌头碱含量测定，研究结果显示干姜对附子药效起着主要促进作用，而甘草在降低附子毒性起着主要作用^[12]，体现出《政治要诀》所云“附子无干姜不热，得甘草则性缓”。

从药物的五味分析统计，使用频次依次为甘、苦、辛。甘味药具有补益、和中、调和药性和缓急止痛的作用。一般而言，补虚药物如黄芪、人参、白术、太子参、大枣、甘草多具有甘味。甘味补虚药中也体现出赵教授喜用人参治疗肺癌，频次达73.25%。人参皂苷是传统珍贵药材人参的主要活性成分，具有抗肿瘤、抗氧化、抗细胞凋亡、抗衰老的作用^[13]。人参皂苷Rg3能减少肺癌细胞中的DNA损伤，并且通过识别DNA损伤上调CRK1的表达和P53BP1灶的形成，从而抑制肺癌细胞的生长能力^[14]。Rg3经研究能通过抑制新

生血管抑制乳腺浸润性导管癌移植瘤的生长^[15-16]。

在中药归经统计中，所使用的药物以归脾、肺两经的药物为主。中药功效统计结果可发现，赵教授前三位最常用的治法为健脾法（18.8%）、清热解毒法（14.6%）、化痰祛湿法（12.5%）。赵教授认为肺癌的发生，是正气虚弱与邪毒壅盛共同作用的结果，因此在遣方用药中提倡在益气扶正的基础上，兼以清热解毒、理气化痰、活血化瘀。清热解毒药物的使用在肺癌的治疗中不可或缺，常以半枝莲配伍白花蛇舌草。通过药物频次分析，其他常用的清热解毒抗癌药包括仙鹤草、龙葵、鱼腥草、薏苡仁、土茯苓、白英、绞股蓝、干蛤蟆。若病情轻浅，初起无明显症状，清热解毒药物控制在两味左右，每味药物剂量介于15-30g之间；若病情较重，则适当增加药味与药量。其中赵教授强调白花蛇舌草、仙鹤草等清热解毒药久用耗气，治疗必重视健脾益肺，常以人参配伍黄芪，大补肺脾之气，治疗肺癌患者神疲乏力、劳后气喘等症。另有白术配伍茯苓，为补脾益肺，培土生金的常用组合，治疗肺癌患者咳痰、便溏、齿痕舌等水液运化障碍的表现。基于关联规则的药物组合规律分析中，前三位频次的药物组合为白术-半枝莲，白术-茯苓，茯苓-半枝莲。体现出在健脾益气的基础上配合清热解毒的核心思想。

赵教授提倡健脾祛湿之余，对于已形成的病理产物痰浊，治疗应同时配伍理气化痰药。临床常用半夏配伍天南星燥湿化

痰。南星与半夏均为燥湿化痰要药，但在作用方向上有一定的区别，如《本经逢原》所云：“南星、半夏皆治痰药也。然南星专走经络，故中风、麻痹以之为向导；半夏专走肠胃，故呕吐、泄泻以之为向导。”在药物炮制法分析上，赵教授运用南星的总频次为215次，其中天南星的频次95，胆南星频次120，由于天南星药性辛温有毒，因此临床上多制用，经牛胆汁拌制而成的胆南星性味微辛、凉，功能清热化痰，息风定惊。半夏也有姜半夏和法半夏之分，两者的使用频率分别为法半夏556次、姜半夏110次。法半夏长于燥湿化痰，若患者表现为咳嗽、痰多以法半夏治疗为多，若患者因化疗而出现食欲不振，愠愠欲吐时姜半夏能起到降逆和胃、止呕的功效。

中药聚类分析方面可以分为3组：

第1组：焙附子、干姜、甘草为四逆汤的组成；焙附子走而不守，能够补火助阳，散寒止痛，干姜性守而不走，可温中散寒，温肺化饮，为温暖中焦的主药，能够配合增强附子的功效，如《本草求真》所言“干姜，大热无毒，守而不走……故书有附子无姜不热之句。”甘草药性缓和，能调解其他药物寒热过偏之性，在四逆散中能缓和附子和干姜的燥烈之性。

第2组：人参、太子参、茯苓、白术、陈皮、半夏、黄芪、白花蛇舌草、莪术、半枝莲，此组含有六君子汤的组成，以培土生金，提高患者的免疫力，促进康复。黄芪甘温，能补益肺脾之气，固表，托毒排脓，配合补血药更有补气生血的功效，在癌症的治疗中是必不可少的补中益

气要药。半枝莲、白花蛇舌草有清热解毒，抗癌消肿的功效，莪术有破血行气，消积止痛之功，这三味药是赵教授在扶正的基础上，用于抑瘤的主要药物。

第3组仍可以距离>11为界分为3组：

① 仙鹤草、龙葵、薏苡仁、土茯苓、天南星、蜈蚣、炒麦芽、灵芝、北沙参、麦冬、天冬；龙葵、薏苡仁、土茯苓均有清热解毒，除湿的功效，联合仙鹤草这4味药经现代药理研究均有抑瘤的功效。天南星燥湿化痰，蜈蚣攻毒散结。灵芝补气安神，止咳平喘、北沙参、麦冬、天冬有养阴生津之功，炒麦芽消食健胃，上述药物共奏养阴生津，燥湿化痰，解毒除湿的功效。

② 鱼腥草、桔梗、紫菀、百部四味药物配合使用能降气化痰止咳。

③ 生地黄、干蛤蟆、茜草、绞股蓝、白英、预知子、大枣、当归、鸡内金、山楂、桂枝、淫羊藿。生地黄清热凉血，茜草凉血止血，当归补血活血，大枣补气养血，桂枝温通经脉，淫羊藿补肾助阳，鸡内金、山楂消食化积，预知子疏肝行气，绞股蓝益气健脾，清热化痰，白英清热解毒、利湿消肿，干蛤蟆能破血消痈。上述药物共奏清热，凉血活血，补肾助阳的功效，能兼治肺癌患者所出现的兼证。

4 结论

赵英杰教授在肺癌的治疗中以扶正为主，祛邪抗癌为辅，主要治法为健脾、清热解毒及化痰祛湿。

本研究尚有不足之处，由于本研究是回顾性研究，新加坡病患未必提供全面的报告及治疗信息，加之医师的电子病历记

录信息并不都属周详，因此限制了新加坡方面按照中医辨证分型或西医治疗阶段进行用药规律分析和对比的拓展。另外，研究样本量由于观察时间有限，因此样本量比较少，日后如有条件应采集更大的病历数据库，以加强统计结果的准确度。

【参考文献】

- [1] World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. 2021.3.3.
- [2] 李经纬、邓铁涛.中医大辞典[M].北京：人民卫生出版社 1995, 1726.
- [3] American Joint Committee on Cancer. Lung. In: AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 431-456.
- [4] 李佩文、郝迎旭、崔惠娟.处方中应用大剂量半枝莲的毒性观察[J].中医药学报, 1987,(04):36-37.
- [5] 蒋丹、王关林.22种中草药抑菌活性的研究[J].辽宁高职学报, 2003,5(4):140-142.
- [6] 王宇翎、张艳、方明等.白花蛇舌草总黄酮的免疫调节作用[J].中国药理学通报, 2005,21(4):444-447.
- [7] 于春艳、李薇、刘玉和等.白花蛇舌草提取物体外抗肿瘤作用及机制研究[J].北华大学学报:自然科学版, 2004,5(5):412-416.
- [8] 闫洪森、张守勤、侯丽丽等.提取工艺对白花蛇舌草提取液稳定性和抗氧化活性的影响[J].吉林大学学报:工学版, 2008,38(suppl):214-218.
- [9] 张静、唐慧、张艳美等.白花蛇舌草的毒理学安全性研究[J].毒理学杂志, 2014,28(03):249-252.
- [10] 孟繁钦.白花蛇舌草粗多糖的抗肿瘤作用研究[D].硕士学位论文.吉林大学, 2013.
- [11] 张婷、周红光.温清法治疗恶性肿瘤应用探析[J].中国中医药信息杂志, 2020,27(05):120-122.
- [12] 杨海润.四逆汤组方配伍毒效关系的研究[D].硕士学位论文.北京中医药大学, 2014.
- [13] 罗飘、楚世峰、高岩等.人参皂苷 Rg1 在肝脏疾病中的药理作用研究进展[J].药学报, 2018,53(1):21-27.
- [14] Tianhua Liu, Ling Zuo, Dongqing Guo, et al. Ginsenoside Rg3 regulates DNA damage in non-small cell lung cancer cells by activating VRK1/P53BP1 pathway[J]. Biomedicine & Pharmacotherapy, 2019, 120.
- [15] 陈大富、赵扬冰、白绍槐等.人参皂甙 Rg3 对乳腺浸润性导管癌的抗癌作用及其机制[J].四川大学学报(医学版), 2003(03):546-548.
- [16] 李贵明, 李燕.人参皂苷药理作用研究现状[J].中国临床药理学杂志, 2020,36(08):1024-1027.

合谷穴的临床应用体会

陈蓓琪（新加坡）

合谷穴又名虎口，含口，合骨。合谷在大指次指歧骨间，言两骨相合如谷也。合，合拢；谷，山谷。故名合谷。又穴在手大指虎口两骨间，故又名虎口。

合谷穴为手阳明大肠经之原穴。原穴为脏腑原气输注、经过和留止的部位。

“原”即本原，原气之意，是入体生命活动的原动力，为十二经之根本。《灵枢·九针十二原》说：“五藏有疾也，应出十二原，而十二原各有所出，明知其原，睹其应，而知五藏之害矣。”和“五藏有疾，当取之十二原”。说明原穴与脏腑内外相通，通过经络有机地联系在一起，生理上相互为用，病理上相互影响。

合谷穴为治疗头面、五官部疾病的第一要穴。《杂病穴法歌》说：“头面耳目口鼻病，曲池、合谷为之主。”《四总穴歌》概括为“面口合谷收”一语，均说明了该穴的主治重点。该穴对头面五官许多疾患均有良性调整作用，如治疗牙痛、面瘫、各种鼻炎、咽喉肿痛以及部分头痛、眼目疾患等。《针灸甲乙经》说：“痒，痿，臂腕不用，唇吻不收，合谷主之。”又“聋，耳中不通，合谷主之。……齿齲痛，合谷主之”。此外尚能贯通表里二经，有清热散风，发汗止汗，理气活血，通络止痛功能，可用于治疗风热外感表

证，对汗出不止又有敛汗固表作用。急性热病、神志病等均可使用本穴。但由于手阳明大肠经循行从颈部上行面部，挟口环唇，终于鼻旁，所以其治疗重点仍应以鼻部、口唇、咽喉及颈部疾病为主。

此穴还具有全身性的镇痛作用。既可治疗头面五官疼痛，又可止四肢疼痛、腹痛、痛经。现代研究证明，针刺一侧合谷穴，可使全身皮肤痛阈不同程度地提高，40~50分钟时达最高点。其镇痛效果依头颈部、胸部、腹部、下肢、上肢的顺序递减。该穴镇痛效果与配穴亦有一定关系，如合谷配三阴交，对上臂疼痛最好；配太冲，即“四关”刺法，对上肢肩背疼痛较佳。

该穴的局部治疗作用主要用于手指运动及感觉功能障碍。此外，用于难产等妇产科疾病。古代医籍及大量临床实践证明，本穴对临产妇有增强宫缩、扩张子宫颈口作用，多用于引产、无痛分娩及闭经，须与三阴交同时应用。

我在临床上常运用该穴来治疗：齿痛、面神经麻痹、面肌痉挛、面瘫、鼻炎、过敏性鼻炎、急性角膜炎等。治疗以上诸病症，主要是根据经脉的循行，针感走向和功能取刺本穴。

【病案举例】

例一：宋某，女，42岁。初诊2006年3月。

主诉：咽喉肿痛2个月。

现病史：患者咽喉干燥不适5年，近2个月肿痛加剧。伴发热、头痛、咳痰黄稠、口渴引饮、大便秘结、小便黄赤，脉洪数，苔黄厚。

咽部检查：咽部弥漫性充血，咽壁部散在粒状滤泡，扁桃体不肿大。

诊断：慢性咽炎急性发作。

立法：清热利咽，消肿止痛。

选穴：主穴合谷、天突

配穴：曲池

方义：合谷疏泻阳明之郁热，且取手阳明经原穴合谷配曲池，有疏风解表清咽。天突系阴维、任脉之交会穴，可清利咽喉。

方药：荆芥、防风、牛蒡子、甘草、金银花、连翘、桑白皮、赤芍、桔梗、黄芩、天花粉、玄参、浙贝母，3剂，水煎服。

首周每日1次，第2周开始每2天一次，共治疗10次，咽部异物感消失，复查咽部，未发现异常体征，随访一直未见复发。

例二：张某，男，26岁。初诊2005年8月10日。

主诉：左侧面部触感迟钝三天。

病史：患者曾于2003年4月底右侧面

瘫，经西医治疗2个月才痊愈。于2005年8月10日，因工作劳累，外感风寒之邪诱发左侧触感迟钝。

现病史：晨起漱口，口角漏水，左侧面部触感迟钝已2天，耳后翳风穴明显压痛，舌苔薄白，脉弦。

辨证：劳累耗伤气血，导致气血不和，风邪侵袭面部经络。

立法：调和气血，散风活络。

选穴：主穴取合谷、翳风穴。

配穴：取颊车、地仓、攒竹、足三里、三阴交。

方义：主穴合谷善治头面诸疾，可疏解表邪和营通络；翳风施用泻法以祛风通络止痛。配穴颊车、地仓、攒竹可疏通面部经气，调和局部气血；足三里和三阴交施用补法以调补气血，滋阴补肾以固本，远近结合，标本兼顾，则气旺血行，风邪自愈。

二诊：8月15日来诊，患者病情进一步发展，左眼已不能闭合，口角下垂，流涎，流泪，唇歪，闭合不全，鼓腮吹气漏气，患侧额纹消失，蹙额皱眉均消失，继续以疏通经气、散风活络之法。

经过4次治疗，病情显著好转，唇歪矫正，眼裂进步。又经6次治疗，基本恢复，面部外观正常，已无自觉症状。虽然此次面瘫比2003年患病程度严重。但疗效明显提高，关键在于使用了针灸治疗，以合谷、翳风为主穴远近结合，疏通经络。

【体会】

我在临床上较常使用合谷穴，特别是头面部的疾患。合谷穴之所以能作为头面五官疾病的治疗主穴，与其经络的分布有重要关系。手阳明大肠经的分布从手走头面，上达颈部、面颊、下齿及鼻部，再加上该经的络脉、经筋和皮部，其联系范围更广。经络所通到的部位，也就是其治疗作用到达的部位。《灵枢·杂病》说：“齿痛，恶清饮，取手阳明；聋而痛者，取手阳明；颤痛，刺手阳明。”《灵枢·经脉》载手阳明大肠经的病候有齿痛、颈肿、口干、𩈶衄、喉痹等，说明其经络通路和主病一致，合谷为该经的原穴，所以对这些

病证有突出的治疗作用。现代研究证明，针刺合谷的同时，面部的血运即明显增强，说明合谷治疗头面疾病是有其生理学基础的。所以我将合谷穴作为治疗头面疾患的基础穴，我也曾是过治疗面瘫时不用合谷穴，疗效明显较差，而且疗程较长。

从合谷的穴性来看，本穴攻实散邪之功有余，补养气血之力不足，故我一般用此穴来治疗一些实证，气血不足者一般不用或慎用。另外，由于其理气、活血、通经作用较强，还曾遇到导致病人晕针现象的发生，所以针刺合谷时患者宜尽量采取卧位。

足底筋膜炎诊治体会

朱奕达（新加坡）

足底筋膜炎的定义

足底筋膜是位于脚底的扇形结缔组织，一端附着于脚跟骨，另一端则分出五支，向前延伸，分别附着于五只脚趾。足底筋膜就像弹簧，能够吸收脚踩地时地面所产生的反作用力，以及维持足弓的稳定度。如果足底筋膜承受太多冲击力，就会开始产生一些小撕裂伤，经年累月下就容易发炎、肿胀，造成足底筋膜炎。

主要临床表现

- 1) 晨起醒来后下床，或久坐后站起来走路，脚一踩地，脚跟底部的内侧突然阵发性感到针刺一样的疼痛。

疼痛部位多位于内侧足弓，而且是跟骨偏内侧的部位，占60%。约30%的足底筋膜炎发生在前侧的足底。其余10%则是其他部位的足底，多数是因脚踝的神经压迫导致，或是小腿激痛点转移。

- 2) 疼痛会在走两三步后逐渐减少，然后久站或长时间走路、运动后则又加重疼痛。
- 3) 多数人的足底筋膜炎在早期多休息、按摩、热敷均可适当缓解。

诊断依据

- 1) 足底呈进行性疼痛。晨起站立或行走过久足底出现疼痛。

- 2) 压痛点明显。手指压在压痛点上，痛感可沿着足底筋脉的方向延伸。压痛点可在足跟，也可能位于足心，如果位于足心，还可能并有脚底肌腱的问题。
- 3) 施加压力将大拇趾往上扳，同时足踝向上跷，足跟触发疼痛感明显。
- 4) 通过肌肉骨骼超音波与X光能精准诊断足底筋膜炎。X光显示后跟及底部软组织阴影增厚，有时可见足骨疏松、骨膜增厚及跟骨基底结节部有粗糙刺状突或骨质增生。排除跟骨器质性病变。

鉴别诊断

- 1) 跟骨骨折：有典型外伤史，跟骨周围肿胀、疼痛。

跟骨骺骨软骨炎：有进行性足跟痛，局部触疼和疼痛步态，但多发于学龄期儿童。X线检查可见受累跟骨骨骺硬化和碎裂片，以后可见骨密度减低和萎缩，骺线不规则。

- 2) 跟骨结核：多发于青少年，局部微热，肿痛范围大，全身情况差，常半低热盗汗、疲乏无力、食欲不振。
- 3) 足跟部软组织化脓感染：有跟痛症状，但局部红肿发热的炎症表现明显，严重者可有全身不适症状。

足底筋膜炎好发原因

- 1) 40 岁以上。
- 2) 长期站立或行走：老师，军人，运动员，美发师，餐饮服务员等。
- 3) 患有扁平足：因足部结构异常，导致足底筋膜长期被拉扯而发炎。
- 4) 患有高弓足：足弓过高导致缓冲功能降低，足跟承受较大的地面冲击力而容易发炎。
- 5) 体重过重：身体肥胖会造成足部承受较大的压力，引发足底筋膜炎。
- 6) 常穿不适合的鞋子：穿高跟鞋或鞋底太硬的鞋子，会让足弓承受更大压力。

足底筋膜炎典型治疗

保守型治疗

- 1) 冰敷：适合在足底筋膜炎急性发作、剧烈疼痛时使用，可以减缓疼痛、减轻发炎。
- 2) 口服药物：西医多会配给比如阿斯匹灵、伊布洛芬、萘普生、依托考昔等消炎止痛药物。
- 3) 电疗：用电流刺激足底患部周围的血管与肌肉，使血管扩张，并促进血液循环，达到消炎止痛的目的。每次疗程约 20 分钟，一周 2~3 次效果较佳。
- 4) 足弓垫：有些足底筋膜炎与足弓变形、塌陷有关，使用足弓垫可以矫正足弓形状、吸收走路时的冲击力，以减轻足底筋膜的张力。

激进型治疗

- 1) 局部注射类固醇：类固醇能减缓足底

筋膜发炎情况，也可配合使用超音波仪器帮助找到最好的注射部位。

- 2) 局部注射血小板丰富血浆(platelet-rich plasma, PRP)：方法是从患者身上抽出血液，并使用离心机从中分离出血小板丰富血浆，再注射回患部，其原理是利用血小板释放的生长因子促进伤口愈合。
- 3) 体外震波治疗：将高能量震波导入脚底，对足底筋膜产生微破坏，促进微循环，再依靠人体自然修复的能力，加速足底筋膜炎的恢复进程。治疗后应搭配正确饮食，多摄取蔬菜、水果、瘦肉等，帮助组织修复。
- 4) 手术：以上所有治疗都无效，且病况持续6个月以上的患者，就应该考虑接受手术治疗。话虽如此，真正走到这一步的患者只有不到5%。手术的目的是切除部分筋膜，以达到使其放松的效果。目前可以通过内视镜完成手术，伤口较小，恢复速度比传统方法快。

中医针刺及推拿治疗

推拿手法：点、按、揉、拿、弹拨、擦等法。

部位及穴位：踝关节周围：三阴交、金门、然谷、太冲、照海、昆仑、太溪、申脉、涌泉等穴。

膝部、小腿周围：委中、委阳、承山、飞扬、跗阳等穴。

操作：

- 1) 活血止痛：患者仰卧位。医者站其患侧，点按三阴交、金门、然谷、太

冲、照海、昆仑、太溪、申脉、涌泉等穴及足跟部，每处半分钟；以掌跟或握拳叩击痛点，连续数十次。

- 2) 疏通经络：患者俯卧位。医者站其患侧，从小腿腓肠肌起，至跟骨基底部施按揉、拿法、上下反复操作5分钟；横行足趾方向弹拨足底筋膜1分钟。
- 3) 松筋整理：患者仰卧位。医生站其足侧，轻摇踝关节，屈伸踝关节，反复十次；以小鱼际擦法沿跖筋膜走行方向擦足跟部及涌泉穴，均以透热为度。

针刺特定治疗：除了以上足踝穴位，也可采取天应治疗法。在对侧上肢的大陵穴位附近处找激痛点，扎针流针后，可嘱咐患者行走活动5-10分钟。采用动气疗法使患者缓解局部紧张疼痛感。

包扎固定：多数患者在治疗后症状均可得到缓解改善。包扎固定起到治疗维持性的作用。可采用中药外敷药以活血消肿作用，配合足踝关节包扎起到稳定关节作用，防治错误姿势而导致局部炎症加重。

足底筋膜炎康复运动

1、伸展小腿肌肉

做放松小腿肌肉的伸展操，比如弓箭步，能够连带放松足底筋膜。手扶着椅子或墙壁，一腿前弓，另一腿向后伸直，脚跟着地。每次维持30秒，重复5次。

2、伸展足底筋膜

直接针对足底筋膜做伸展运动。坐在床沿或椅子上，将患侧脚放在另一条腿上，用手将五只脚趾向后拉伸，直到足底

筋膜有被拉紧的感觉。每次维持30秒，重复5次。

3、脚底按摩

脚底按摩也有助于放松足底筋膜。准备一颗网球，正坐在床沿，患侧脚踩住网球来回移动，用网球按摩脚底，但是要避开骨头隆起的部分。每次做30秒，重复3次。

4、穴位按压

按压承山穴与太溪穴，加强放松小腿肌肉和足底筋膜。提起脚跟，承山穴位于小腿后鼓起肌肉下方的尖角凹陷处；太溪穴则位于足内侧，内踝尖与跟腱之间的凹陷处。坐在椅子上，以右手按压左腿，或以左手按压右腿的承山穴与太溪穴，每次揉按20下，重复3~5次。

总结体会

足底筋膜炎属于足底软组织损伤的疾病，也归类为退化性损伤。多数致病因素起于长期的姿势不良导致足底筋脉压力过大而发炎。患者如早期发现及治疗，一个月内缓解改善，甚至治愈的疗效性良好。本人认为软组织损伤的康复十分重要。康复运动有比如内科用药一般，需患者每日勤劳执行运动。在每日康复及改善不良姿势，足底筋膜炎治愈的可能性非常大。

身为现代中医，除了掌握针刺和推拿的优势，采用多元性的综合治疗确实能提供患者更快的康复机会。中医治疗的目的和任务始终如一，所有保守性治疗是在减少更多患者上手术台的可能性。

小青龙汤加減 治疗肺癌晚期胸腔积液一例

林莲湘（新加坡）

肺癌为常见的恶性肿瘤之一，其发病率和死亡率近年来有上升趋势，在我国肺癌是男性的第二大癌症，女性的第三大癌症，在2010至2014年间每年平均有1370人被诊断患上肺癌，肺癌的死亡率在肿瘤中属于较高的一类疾病，肺癌晚期多伴合胸腔积液，治疗上很困难，病人亦很痛苦，尤其在病人不能接受化疗的情况下，应积极给予中药治疗，笔者用小青龙汤加減法以治疗，在缓解病情，减少病人的痛苦上，取得一定效果，现分享如下：

临床病案

陈某，女，81岁，

主诉：咳嗽气喘于2017年3月20日入院检查发现肺癌晚期胸腔积液，抽液后症状改善，拒绝化疗。4月27日咳嗽气喘复甚，入院检查左胸腔积液，左肺不张，拒绝抽液。

5月3日遂来求诊，诉咳嗽夜甚，痰多清稀有泡沫，气喘不能平卧，伴有体倦乏力，音嘶，口淡，纳呆，肢冷，畏寒，面色晦暗，口不渴，小便正常，大便日行，欠实。舌质淡，舌苔白厚，脉弦。

中医诊断：饮证，辨证为中气不足，寒饮内伏，饮停胸胁，水饮上迫于肺，使肺气下行受阻，故用小青龙汤以温阳散寒

化饮，另考虑病人属肺癌晚期，体质虚弱，又无表寒之证，不可用峻猛之药以攻之；因此以小青龙汤减少剂量，再加黄芪、党参、白术、陈皮、茯苓等益气健脾等药。

处方：麻黄6g，芍药9g，干姜3g，五味子6g，桂6g，半夏9g，细辛3g，杏仁9g，黄芪15g，党参12g，白术9g、陈皮9g、茯苓12g。

患者每日1剂连服7剂，病人自觉症状明显改善，续服7剂，咳嗽减轻，痰少色白，气微喘，体倦乏力等均改善，原方去麻黄，再继续服21剂，微咳无痰，精神振，胃纳佳。6月27日复查局部仅有少量胸水，无须抽液。

体会

肺癌乃因正气虚损，脏腑功能失调，邪毒侵肺所致，后期出现胸腔积液属中医之“支饮”范畴，为肺气膈郁，引起肺失肃降，津液失于输布，水化不利所致。小青龙汤加減治疗对消除胸水疗效好，但本病患者本虚而无表证，故用小青龙汤之剂量宜小，加杏仁、陈皮以增其止咳化痰平喘之功，再加芪、参、术、苓等补气健脾之药以固其本。待其病情缓解，即去麻黄，以防发散太过之弊，使其效益彰。

查小青龙汤出自汉代·张仲景《伤寒论》第40条：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满，或喘者，小青龙汤主之。”《伤寒论》第41条：“伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴。服汤已，渴者，此寒去欲解也。小青龙汤主之。”及《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》：“病溢者，当发其汗，大青龙汤主之；小青龙汤亦主之。”“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之。”均指出本方主要用于风寒表实兼水饮内停（喘咳）证。体现了辛温解表兼涤化水饮的治法，是治疗寒饮喘咳的有名方剂。原方组成：麻黄9g，芍药9g，干姜9g，五味子9g，桂枝9g，半夏9g，细辛9g。方中麻黄、桂枝相须配伍，发汗宣肺而解表邪，止咳喘。且麻黄降肺气而利水，可有助于里饮之蠲化，白芍配桂枝，调和营卫。张仲景曰：“病痰饮者，当以温药和之。”故用干姜、细辛温肺化饮。且干姜又能温中，使饮去脾醒以散布精微，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水液得以运行，正常则饮邪分清。半夏燥温，配以五味子之酸敛，使散中有收，可防肺气耗散之弊。炙甘草调合诸药，合芍药酸甘化阴以缓解麻桂辛散太过。

小青龙汤是麻黄汤的变方，即麻黄汤去杏仁，加干姜、细辛、五味子、芍药而成。《医宗金鉴》认为“表实无汗，故合麻桂二方以解外，去大枣者，以其性滞也；去杏仁者，以其无喘也，有喘者仍加之；佐干姜、细辛，极温极散使寒与水俱得以汗而解；佐半夏逐痰饮，以清不尽之饮；佐五味收肺气，以敛耗伤之气……。”本方外解表寒，内散水气，故凡属表寒内饮者用之皆效，内饮无表证亦可。但因其药物，多为辛温燥药，量大则容易化燥伤津，故此证用之须减小其剂量。

现代药理表明

小青龙汤中麻黄、白芍合能解除支气管痉挛，对抗肥大细胞释放的化学介质；麻黄与半夏、细辛合用有泻水祛毒作用，能改善胃肠、气管黏膜水代谢，从而稳定肥大细胞膜，抑制组织胺等化学介质释放，并且细辛有麻痹气管黏膜末梢神经、阻滞气管黏膜冲动刺激传导的作用。五味子有镇咳作用，可增强肾上腺皮质功能，提高机体非特异形免疫功能，消除呼吸道炎症，因此能消除胸腔积液并能改善咳喘诸症。此外，本岛孝夫的实验研究证实小青龙汤有抗癌的作用，加上黄芪、党参等以提高免疫功能，增强体质，改善患者的生活质量，诸药合用共奏其效。

中医治疗慢性腰肌劳损 临床体验

朱晓刚（新加坡）

慢性腰肌劳损，又称功能性腰痛、慢性下腰损伤、腰臀肌筋膜炎等，实为腰部肌肉及其附着点筋膜或骨膜的慢性损伤性炎症，是腰痛的常见原因之一。主要症状是腰或腰骶部胀痛、酸痛，反复发作，疼痛可随气候变化或劳累程度而变化，如日间劳累加重，休息后可减轻时轻时重，为临床常见病，多发病，发病因素较多。其日积月累，可使肌纤维变性，甚而少量撕裂，形成瘢痕、纤维索条或粘连，遗留长期慢性腰背痛。长年累月的久坐，导致人的腰部承受不住，患上了腰肌劳损的症状。腰肌劳损会严重影响患者的工作和生活。

本人在临床上采用针药并用之疗慢性腰肌劳损，现将体会分享如下。

针灸穴位

- 1) 阿是穴（即局部疼痛部位，本人采用检查时的压痛点）
- 2) 肾俞
【标准定位】在腰部，当第2腰椎棘突下，旁开1.5寸（命门旁开1.5寸）
【功用】益肾助阳，强腰利水。
志室
【标准定位】在腰部，当第2腰椎棘突下，旁开3寸。

【功用】内散肾脏之热，降体表之温。

3) 委中

【标准定位】位于腘窝横纹正中。

【功用】主治急性腰扭伤，腰背疼痛，下肢痿痹筋等。

4) 大肠俞

【标准定位】在腰部，当第4腰椎棘突下，旁开1.5寸。俯卧位，腰阳关（督脉）旁开1.5寸处取穴，

【功用】理气降逆，调和肠胃。

以上穴位针刺得气后留针30分钟，可配合电疗仪，每星期两次，六次为一疗程。在进行针灸治疗的同时，我们还可以辅助一些推拿手法和功能锻炼。嘱咐加强腰部的力量练习以及伸展练习，可以取得更好的治疗效果。

中药内治

治疗腰肌劳损的中药处方，独活10g，川牛膝10g，防风15g，桑寄生15g，杜仲15g，淫羊藿15g，酒白芍20g，甘草9g，秦艽15g，鸡血藤20g，枸杞12g，枳壳10g。上方各药水煎服，每日一剂分早晚两次服。临床可根据病情随证加减。

升阳益胃汤之浅析及运用

钟舒云（新加坡）

升阳益胃汤首见于金元时期李杲的《内外伤辨惑论》，亦见于《脾胃论》。升阳益胃汤主治脾胃虚弱而湿邪不化，阳气不升，湿热中阻之证。其曰“脾胃之虚，怠惰嗜卧，四肢不收。时值秋燥令行，湿热少退，体重节痛，口苦舌干，食无味，大便不调，小便频数，不嗜食，食不消。兼见肺病，洒淅恶寒，惨惨不乐，面色恶而不和，乃阳气不伸故也。”^[1]

李东垣思想概要

《脾胃论》开篇的《脾胃虚实传变论》揭示了李东垣“脾胃内伤，百病由生”的本位思想。其曰“历观诸篇而参考之，则元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气；若胃气之本弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也”，非常强调胃气的重要性。李东垣还系统性地将内伤疾病分为外感和内伤两大类，并认为脾胃内伤最为常见。李东垣在《内外伤辨惑论》中卷分别论述了“饮食劳倦论”、“暑伤胃气论”、“肺之脾胃虚方”、“肾之脾胃虚方”，对应春升、夏浮、秋降、冬沉的季节特点，分别提出补中益气汤、清暑益气汤、升阳益胃汤、沉香温胃丸四主方^[2]。而这种立法处方上重视“藏气法时”及“升降浮沉”的中心思想亦延续至《脾胃论》里。

“藏气法时”论即五藏之气，象法于四时。《素问·宝命全形论》说：“人以天地之气生，四时之法成。”指出人秉天地阴阳之气而生，五脏六腑顺应生、长、收、藏之四时规律。而《脾胃论》论述的“……脾胃虚弱，阳气不能生长，是春夏之令不行，五脏之气不生”，“升麻（二分或三分，引胃气上腾而复其本位，便是行春升之令”，“……真气下溜，或下泄而久不能升，是有秋冬而无春夏……”等等，皆提示了人身五脏六腑效法天地四时五行规律而运作。

脾能生肺，肺可调脾

脾胃为枢，维持精微津液运化与布散，及全身的气机升降运动，其中少不了肺气的调节参与。《脾胃论》中云：“饮入于胃，而精气先输脾归肺，上行春夏之令而滋养周身，乃清气为天者也；升已而下输膀胱，行秋冬之令，为传化糟粕转味而出，乃浊阴为地者也。”由此可见，肺之津气是由脾气散精归于肺的水谷精华与津液之所化。脾土生肺金，肺之宣降亦有助于调节脾气升清。如何梦瑶所说：“饮食入胃，脾为运行精英之气，虽曰周布诸脏，实先上输于肺，肺先受其益，是为脾土生肺金，肺受脾之益，则气愈旺化水下降，泽及百体。”^[2]

升阳益胃汤证病机分析

因此，若“脾胃虚，则肺最受病”^[1]，脾为肺之母，母病及子，故肺弱表虚而洒淅恶寒，如《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》所述：“脾胃之气下流，使谷气不得升浮，是生长之令不行，则无阳以护其荣卫，不任风寒，乃生寒热，皆脾胃之气不足所致也。”脾肺皆属太阴，太阴气化主湿，是生理上不可或缺的六气之一，其湿来源于饮食中水谷精微与津液，必须脾肺健运才能正常布化。肺病则气血精微不得布散，停滞而生湿，脾土虚弱亦不能制湿，湿邪重故而感到怠惰嗜卧，四肢无力、体重节痛、心不思食。肺不宣降，脾气不升，津液不能上呈于口，则出现口干舌燥。浊阴不降，湿困中焦，郁久化热，阴火内生，热迫胆汁上行而出现口苦。中运不健，故口中无味，不嗜食，食不消，水谷下流，传化失宜，则出现大便不调，小便频数。阳气不得升，故洒淅恶寒，面色不和，惨惨不乐。因此，升阳益胃汤专治脾胃虚弱，湿热中阻，阳气不伸之证。^[3]

升阳益胃汤组成及方解

黄芪60克，羌活15克，独活15克，防风15克，柴胡9克，人参30克，白术9克，茯苓9克，炙甘草30克，白芍15克，半夏30克，陈皮12克，黄连6克，泽泻9克，共为粗末，每服10克，生姜5片，枣2枚（去核），水三盏，同煎至一盏，去滓温服。

升阳益胃汤中黄芪为君药，“肺气受邪，为热所伤，必须用黄芪最多，甘草次之，人参又次之，三者皆甘温之阳药

也。”“脾始虚，肺气先绝，故用黄芪之甘温，以益皮毛之气而闭腠理，不令自汗而损其元气也。”黄芪固表益胃、补气升阳，羌活、独活、防风、柴胡升举清阳之气，风药并能胜湿。《医宗金鉴·删补名医方论》曾说：“……羌、防辈为散，不知佐于参、芪中，即为补中升也。近世之医，一见羌、防辈，即曰：发散不可轻用。亦不审佐于何药之中，皆因读书未明，不知造化别有妙理耳。”配合人参、甘草益胃气，体现本方升阳益胃的核心理念。方中半夏、白术燥湿，茯苓、泽泻渗湿而降浊阴，少佐黄连以退阴火疗湿热；陈皮平胃气；白芍敛阴和营，防止羌活、柴胡升发太过。^[4]全方补中有散，升中有收，使正气足，阳气生，水精四布，五经并行，合于四时五脏阴阳揆度”的生理状态，自然身健病痊。

医案举隅

1、病例一

杨女，63岁；病史：哮喘30年，忧郁症2年余，子宫脱垂全切术后2年。

主诉：胸闷呼吸不畅二十余年

2022年7月12日初诊：患者自患哮喘后，经常性胸闷气短、呼吸不畅，甚时额头闷痛，上半身自汗。腰膝酸软，右膝关节疼痛无力。纳一般，眠差早醒，多于凌晨三点醒后难入睡。自子宫全切术后，肛门经常便后脱出，需用手纳回。望诊面色晦暗，身型肥胖。舌暗红，点刺，苔白腻，脉滑，尺弱。

处方：六君子汤25克，黄芪5.5克，柴胡9克，枳壳5克，泽泻6克，白芍

6克，苍术5克，厚朴5克，独活2.5克，羌活2.5克，防风2.5克，怀牛膝2.5克，7剂

针灸穴位：中脘、天枢、关元、犊鼻（右）、内膝眼（右）、阳陵泉（右）、足三里（左）、三阴交。

2022.07.20复诊：头闷痛愈，胸闷大减，痰多，晨起自汗。腰中部疼痛，腰膝酸软。纳一般，早醒于凌晨4点。

处方：六君子汤15克，半夏白术天麻汤15克，柴胡4.5克，防风2.5克，独活2.5克，白芍3克，厚朴5克，怀牛膝5克，丹参5克，7剂。

针灸穴位：身柱、肺俞、肾俞、大肠俞、关元俞、委中、足三里（右）、丰隆（右）、阴陵泉（左）。

嘱每周复诊一次，守方加减，针药结合调理。

2022年8月22日复诊：胸闷气短、痰大减，面色较明亮红润，诉便后肛门已较能回收。腰中部疼痛无力改善。

辨证分析

患者素体肥胖、面色晦暗，复有哮喘痰多，为脾肺两虚兼痰湿血瘀体质。肺虚不能固摄，营阴外泄故自汗。中气不足，清阳不升，痰湿困阻，故见头闷痛；浊阴不降，困遏中焦，并有气虚日久，不能振奋胸中阳气，血行郁滞，故经常气短胸闷。此外，因子宫切除术后中气更损，气虚不能托举而出现脱肛。久病伤肾，无以濡养筋脉，并湿邪粘滞而出现腰痛、腰膝酸软。方以升阳益胃汤加减。半夏白术天麻汤与升阳益胃汤有近半重叠，部分功效

近似，故以此方为汤底加减，加厚朴行气平喘，怀牛膝补肝肾、强筋骨，丹参活血化瘀。针灸身柱、肺俞补虚劳、止哮喘，肾俞、大肠俞、关元俞、委中强肾腰、通经络，足三里、丰隆、阴陵泉健脾化湿。守方加减，针药结合治疗一个月后症状明显改善。

2、病例二

黄女，74岁，病史：蛋白尿，子宫切除术后

主诉：蛋白尿3年余。

2021年7月23日初诊：发现蛋白尿3年余，已就诊西医，一直观察与更换高血压药物，12月将转诊泌尿专科。在家自测血压110-120/70-80mmHg，目前隔日服用降压药，现尿中偶有泡沫，味道偏重，腰酸，稍畏寒，纳眠可，二便调。舌暗红，苔薄白，脉细。

处方：黄芪5克，四君子20克，陈皮5克，薏苡仁10克，泽泻5克，防风5克，黄柏5克，枳壳5克，苍术5克，葛根7克，杜仲11克，何首乌6克，丹参5克，7剂。

2021年8月13日复诊：服药后觉畏寒减，眠进步，余症同前。守方续调。

2021年9月3日复诊：自诉小便已无泡沫。余症平平。

守方2个月后，于2021年11月9日就診西医，自述西医称蛋白尿减少，指数有下降。

2022年6月17七复诊：2022年5月18日尿检结果改善，eGFR73(>60), Total Urine Protein 1.1 (<0.1), Albumin/Creatinine

Ratio:77.1 (0.0-3.5), 11月复查肾功。现无余不适。

辨证分析

诸家多认为蛋白尿多责之为肾封藏失职,精气外泄,从固肾涩精角度论治,虽有效者,然不效者亦多。颜德馨认为蛋白尿缠绵不解,往往与风邪作祟有关。^[5]风邪入里,肾络受损,风邪开泄,精微失固而形成蛋白尿。故颜氏治疗蛋白尿重在气化,谓“气化而愈者,愈出自然”。尤其肺主一身之气而治节,故在整体辨治基础上,适当运用宣肺祛风法,有利于消除持续存在的蛋白尿。

此患者就诊时除尿中偶有泡沫外,无过多全身不适症状,伴见舌暗红、脉细,为虚象,宜固本祛邪,故用健脾益肾,祛风除湿之法调理。方用升阳益胃汤加減,加防风、枳壳两味风药,枳壳“苦泄辛散之功,兼能引诸风药入于二脏,故为治风所需”,泽泻、黄柏泻浊阴,伴薏苡仁、苍术利湿燥湿,杜仲、何首乌补肾固精,丹参、葛根通络。守方两个月开始见效,半年后尿检结果继续改善。

临床应用及诸家心得

升阳益胃汤被广泛地利用于诸多系统疾病,最常见有消化系统疾病如腹泻、慢性萎缩性胃炎、慢性胃炎、功能性消化不良、肠易激综合征、溃疡性结肠炎、慢性疲劳综合征、失眠、慢性肾脏病蛋白尿、风湿性关节炎、肌肉风湿、重症肌无力、低热综合征等。^[6]

焦树德用此方时,经常把白术改为苍

术,并适加厚朴、草果等芳香化湿之品,以助化湿之力^[4]。周迎春教授则将白术与苍术通用,黄元御言:“白术偏入戊土,则纳粟之功多,苍术偏入己土,则消谷之力旺,己土健则清升而浊降,戊土健则浊降而清亦升。”二者相合则清自升、浊自降。基于湿热于下焦,周教授亦将黄连改为黄柏,再合四妙散共奏清利湿热之功。^[3]王有奎教授善用升阳益胃汤治疗肺系疾病以杜绝生痰之源,并重视痰饮在肺系疾病发作的作用,加用三子养亲汤等行气祛痰。^[7]

类方运用

1、东垣清暑益气汤

新加坡为常年潮湿炎热之地,加上现代人生活习惯如饮食不当、劳役失度、情志失调等因素内伤脾胃,经常可见到脾胃虚弱兼夹湿热体质的人们。此种体质亦适合使用东垣清暑益气汤,与升阳益胃汤之别为前者属于暑伤脾胃之证,可见生脉饮、当归、苍术、葛根、黄柏等益气生津,健脾祛湿药物,而后者为脾胃不升而延伸出的肺气不足,阳气不伸之证,症见故洒淅恶寒,面色不和,惨惨不乐等。因此升阳益胃汤与李氏清暑益气汤最大区别于加了独活、防风、羌活、柴胡之类升阳风药。

2、补中益气汤、补脾胃泻阴火升阳汤

此两方皆有补脾益气、升阳风药。补中益气汤病机为饮食劳倦之“热中”,盖“脾胃气虚,则下流于肾,阴火得以乘其土位”,故“劳者温之,损者温之……

温能除大热”，方中黄芪、人参、白术药量最大，而升阳药仅升麻和柴胡两味，并无苦寒泻火及淡渗利湿之药物，整体但升不降。

补脾胃泻阴火升阳汤则是在长夏之令中立方，“谓正当主气衰而客气旺之时也”，大升阳气，柴胡量独重，并加羌活、升麻助之，少佐苦寒之芩连，少用甚至不用石膏，白术易苍术。此方以升脾气为主，加补脾气剂少许泻阴火之方向，组成与机制远无升阳益胃汤复杂。^[2]

3、升阳散火汤

本方去黄芪、白术、半夏、茯苓、泽泻、黄连、陈皮，加升麻、葛根、生甘草，名升阳散火汤，也是李东垣先生创造

的方剂。用于治疗因脾阴血虚，胃阳气弱，春寒不去，胃虚过食冷物，抑制少阳清气，郁遏阳气于脾土之中所致的火郁发热，见四肢发热、肌热、发困、筋骨间热、热如燎、扪之烙手等诸症。

总结

升阳益胃汤结构精密较为复杂，组成包括四君子汤、二陈汤、玉屏风散、泽泻汤等多种基本复方，涉及上中下焦气机升降、脾肺胃肠为主的脏腑虚实、寒热夹杂的调衡，并能兼治湿，盖能益气升阳，兼清湿热，专治脾胃虚弱，湿热中阻，阳气不伸之证，故能在临床多种慢性难治性、虚损性疾病有广泛的应用机会。

【文献参考】

- [1] 金. 李杲《脾胃论》(公元1249年). 中医世家. Retrieved from <https://www.zysj.com.cn/lilunshuji/piweilun/index.html>
- [2] 邵卫荣.(2015).升阳益胃汤探析及临床应用体会.浙江中医杂志, 683-684.
- [3] 许桐、胡昌磊、韩新、陈广鸿、张国勇.(2022).周迎春运用升阳益胃汤治疗杂病经验介绍.新中医, 177-180.
- [4] 焦树德.(1995).《方剂心得十讲》.人民卫生出版社.
- [5] 吕立言.(1994).颜德馨治疗慢性肾炎慎过六关的经验.辽宁中医杂志, 9期 385-386.
- [6] 王小文、白建英、芦迪、范瑞菊、张秀芬、杨贵真、徐昭娟、李付平、康立英.(2022).经典名方升阳益胃汤的历史沿革与现代临床应用研究概况.中国实验方剂学杂志, 173-184.
- [7] 徐赫.(2022).王济梅主任运用升阳益胃汤治疗脾肺气虚型肺系疾病的理论探析.中医临床研究.

大杼穴的临床应用体会

梁桂贤（新加坡）

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

大杼

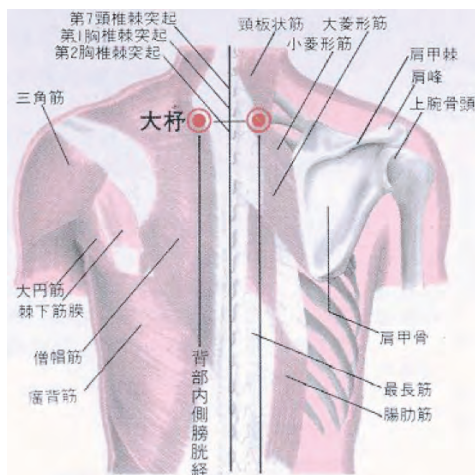
大杼（Dàzhù, BL11）八会穴之骨会

【定位】在脊柱区，第1胸椎棘突下，后正中线旁开1.5寸（右图）。

【解剖】有斜方肌、菱形肌、上后锯肌，最深层为最长肌；有第1肋间动、静脉的分支；浅层有第1、2胸神经后支的内测皮支，深层为第1、2胸神经后支的肌支。

【主治】①咳嗽，发热；②项强，肩背痛。

【操作】斜刺0.5~0.8寸。本经背部诸穴，不宜深刺，以免伤及内部重要脏器。



大杼，出自《灵枢·刺节真邪》。别名：背俞穴，本神穴，百旁穴。本穴属足太阳膀胱经，为足太阳、手太阳之会，是八会穴之骨会。

骨会：骨，水也；会，汇合也。本穴为骨会，是因为本穴的气血物质为人体五脏六腑外输之气的冷缩水湿汇合之处，冷缩水湿表现出水的润下之性。

除了有会穴的属性，大杼穴亦是经络学说的四海中的血海的输穴。《灵枢·海论》曰：“人有髓海、有血海、有气海、有水穀之海，凡此四者，以应四海也。……冲脉者，为十二经之海，其输上

在于大杼，下出于巨虚之上下廉……”提示了大杼穴可直通冲脉，具有调节冲脉血气之功效。

1) 针刺大杼等穴治疗妇科杂病^[2]

天津中医药大学李志道教授以其所命名的“调冲三穴”（即根基于《灵枢·海论》直通冲脉的大杼、上巨虚、下巨虚），针刺以此三穴为主穴，治疗妇科杂病。

痛经案：李某，女，26岁，2019年9月4日初诊。自14岁初潮以来，每次月经来潮前两天腹痛、坠胀感明显，时腹泻，严重时面白、出冷汗。诊断：痛经；

辨证：气虚寒凝。治法：温宫散寒。患者取俯卧位，针刺大椎、大杼、次髎、上巨虚、下巨虚20分钟；继则仰卧位，针刺子宫七穴、地机，去针后患者自诉疼痛明显减轻。治疗维持整个月经周期。1个月后患者于月经前再诊，选穴同前，诉本次月经第1天腹痛较前有所缓解。下个月再复诊时，诉腹痛几无。

缺乳案：张某，女，36岁，2019年10月27日初诊。主诉：产后缺乳15天。自诉15天前二胎出生后母乳少，不能满足日食所需，中药治疗无效。就诊时乳汁质稠量少，乳房胀硬、疼痛，胸肋胀闷，情志抑郁，叹息后胸闷稍舒，食欲不振，体型偏胖，舌质正常、苔薄黄，脉弦滑。诊断：缺乳；辨证：肝郁气滞。治法：疏肝解郁。患者取俯卧位，针刺大椎、大杼、上巨虚、下巨虚20分钟，继则仰卧位，针刺膻中、期门、少泽、合谷20分钟，以7天为1个疗程，行针5天，停针2天。第1个疗程后诉乳汁增加明显。同上法连续治疗3个疗程，后诉乳汁增多，恢复母乳喂养。

2) 广西韦立富用大杼穴治疗经验^[3]

韦老为中国第三批老中医药专家学术经验继承工作指导老师。他采用大杼穴为主治疗呼吸系统和骨关节系统慢性疾患，疗效显著，见解独到，为临床治疗提供了宝贵经验。

支气管哮喘验案：3岁幼女，过敏哮喘两年（主要过敏物为牛奶），伴有胸闷，呼吸困难。诊为：过敏性哮喘，小儿营养不良。因患儿虚弱，韦老初补足三

里。旬日，患儿气血有盈后，取正坐位，针双侧大杼穴，行抑制法二型，留针15分，留针期间尝试予患儿牛奶饮用，饮250毫升未见哮喘发作，1个月后随诊哮喘无再发。

过敏性鼻炎验案：青某，26岁男性，鼻塞、流涕反复3年，天气变化及晨起时加重。诊为：过敏性鼻炎。患者取正坐位，韦立富在大杼（双）、印堂、风池（双）、迎香（双）、风门（双）、合谷（双）等穴中，每次选2-3穴，行针刺抑制法二型手法，留针30分，温和灸大杼、大椎、风门共10分钟。每日一次，治疗1个疗程后，鼻塞、流涕减轻，3个疗程后症状基本消失。

颈椎病验案：周某，50岁女性，颈项部疼痛，伴右手发麻6年余。患者因痛彻肩背，颈部仰俯活动受限，头晕、头痛、右手麻木无力。诊断：颈椎病。患者正坐位，韦立富在大杼（双）、天柱（双）、风池（双）、附分（双）、外关（双）、支沟（双）、新设（双）、新义（双）等穴中，每次选2-3穴，行针刺抑制法一型手法，留针30分，温和灸或拔罐大杼穴15分钟。每日一次，10次为一疗程，治疗1个疗程后，颈项部疼痛减轻，活动比较自如。2个疗程后，除偶有手麻，其他症状基本消失。

骨会：大杼与大椎之争^[4]

骨会大杼首见于《难经》，但是从清代开始，医家就骨会大杼还是骨会大椎产生了分歧、安徽中医药大学童艳通过对比考证大杼与大椎二穴的穴名、经脉联系、

基础研究、临床应用等方面，最终认为骨会大杼更为准确。

童艳认为大椎的临床应用主要以治疗神经系统疾病为主，其对骨性疾病的治疗只是其中很小的一部分。而大椎治疗的骨性疾病主要以治疗颈椎间盘突出为主，其原因到底是穴位的近治作用还是骨会的作用还没有定论。童艳亦引述了广西中医药大学梁珍惠^[5]的论文说明大杼穴治疗的病症较多且比较杂乱，其多以气病、骨病、热病为主。

大杼穴的临床研究^{[6][7]}

湖南旷秋和通过临床探索，发现运用不同的针灸方法或配伍不同的穴位，大杼穴可广泛应用于颈椎病、腰背痛、膝关节炎、呼吸系统等疾病，治疗疾病的种类可涉及到临床各科，表明大杼穴的临床应用范围广，疗效肯定。

黑龙江中医药大学孙丽英教授调查了大杼穴在临床应用中所涉及的其他一些病症：捏脊至大杼到大椎穴有很好的降血糖作用，治疗原发性多汗症，促进骨折愈合，针刺大杼等穴配合六味地黄汤加味治疗妇女绝经后骨质疏松等。

孙丽英教授总结文献研究时，发现针刺大杼穴或配穴及推拿手法可用于腰背痛、膝关节炎、颈椎病、牙痛及哮喘等疾病，治疗疾病的种类可涉及到内、外、妇、儿等临床各科，表明大杼穴的临床应用范围广，疗效肯定。她认为这也是“经脉所过，主治所及”和“宁失其穴，勿失其经”的道理所在，“观其脉证，知犯何逆，随证治之”，临床上应该在掌握大杼

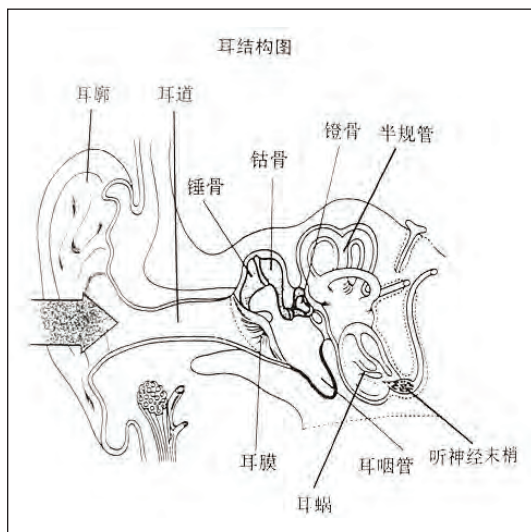
穴应用的基础上灵活运用，依托于文献，不拘泥于文献。

讨论

纵览中医经典，《难经》曰：“骨病治此。”《针灸甲乙经》：“颈项痛，不可以俯仰，头痛，振寒，痠痲，气实则胁满，侠脊有并气，热汗不出，腰背痛，大杼主之。”

中耳里有听骨（ossicle）为人体中最小的骨，又称为听小骨，左右耳各三块听骨由锤骨、砧骨及镫骨组成，大部分居于上鼓室内，借韧带及关节相连接组成听骨链。锤骨柄在鼓膜的内侧面，位于粘膜层与纤维层之间。镫骨足板为环韧带连接于卵圆窗。锤、镫骨之间为砧骨。

听小骨的功能是相互震动，复制声源，刺激内耳。听小骨能把鼓膜的振动传给内耳，传导过程还像放大器一样，把声音信号放大十倍，所以即使很轻微的声音人们也能听到。



听小骨跟听力有关，理论上针刺大杼穴也应该可以治疗听力相关疾病，如耳聋，耳鸣，重听等，然而这方面的论文却非常罕见，只是找到了一份 2021 年的硕士论文。^[8]

文章论述了以靳瑞教授的颈三针，即天柱穴、百劳穴、大杼穴，结合普通穴位治疗颈性耳鸣的临床研究。颈三针原来是治疗颈椎病的经验用穴，现代医学研究表明，针刺颈三针能够改善颈部的微循环，降低局部炎症对椎动脉的异常刺激，改良椎动脉血液供应。

论文作者认为，对于颈性耳鸣可从导致耳鸣的重要原因颈椎病着手，可以达到病因治疗，提高疗效目的。治疗后临床疗效比较显示，使用颈三针结合普通穴位的治疗组的显效率为 80.33%，而使用普通穴位的对照组的显效率则是 40.00%，表明了治疗组疗效显著优于对照组。

本人亦有使用大杼穴治疗耳鸣的经验，患者反馈有显著的改善。然而，由于缺乏临床案例、耳鸣严重程度评估、疗效评定标准等，使用大杼穴的治疗方案仍需要进一步探讨。

参考文献

- [1] 梁繁荣、王华等：针灸学（新世纪第四版）[M].中国中医药出版社.2016
- [2] 张迪、王立存：李志道运用“调冲三穴”针刺法治疗妇科杂病验案 2 则[J]. 海南中医杂志. 2020 Vol36 No12
- [3] 霍金、吴鹏：韦立富用大杼穴治疗经验[J].中国中医药报 4 版.2019 (https://www.cntcm.com.cn/xueshu/2019-06/21/content_62109.htm)
- [4] 童艳、瞿巧钰、王笑笑等：“骨会大杼”“骨会大椎”辨析[J].贵州中医药大学学报.2021 Vol43 No2
- [5] 梁珍惠、范郁山：八会穴的配伍应用研究概况[J]. 云南中医中药杂志.2015. 36(6)
- [6] 旷秋和：大杼穴临床运用举隅[J].中医临床研究 2019 Vol11 No17
- [7] 孙丽英、董清华等：大杼穴的临床研究进展[J].针灸临床杂志 2016 Vol32 No10
- [8] 刘芊汝：颈三针结合普通针刺治疗气滞血瘀型颈性耳鸣的临床研究[D].新疆医科大学；2021 年硕士论文

临床观察

针刺有效缓解面部痉挛

黄惠萍（新加坡）

一、概述

面肌痉挛（Hemifacial Spasm），也被称为面肌抽搐，是神经系统常见病。它的特征是单侧面部肌肉（包括眼轮匝肌、表情肌、口轮匝肌）不自主、持续阵挛性和强直性收缩反复发作。^[1]发病初起多从单侧眼轮匝肌（orbicularis oculi）阵发性痉挛开始，逐渐扩散到同侧面肌、口角，痉挛范围不超过面神经支配区。^[2]双侧的面肌痉挛是罕见的。^[3]面肌痉挛易在紧张或者情绪激动时加重，严重时可能影响五官如睁眼困难、耳内抽动样杂音和口角歪斜。

典型面肌痉挛是指从眼睑开始痉挛，并逐渐向下发展，牵涉面颊部表情肌等下部面肌。非典型面肌痉挛则是从下部面肌开始痉挛，并逐渐向上发展，最后影响眼睑和额肌。^[4]其病程长，治愈率低，可影响患者形象，严重时可能导致患者出现焦虑抑郁的状态。现代医学主要以微血管减压手术、肉毒素注射、辅助药物和脉冲电流刺激为治疗。由于治疗创伤性大，而且容易复发，所以常增加患者的经济负担。临床上，针灸在治疗面肌痉挛上有独特的优势，可以有效改善患者的症状。

二、多发率与病因

据估计，全球面肌痉挛的患病率为每10万名女性中有14.5人患病，而每10万名男性中有7.4人患病，患病的年龄多发于40至79岁之间。^[3]这显示女性患面肌痉挛的发生率是男性的两倍。有研究报道，与白人相比，亚洲人的患病率略高但原因不明。^[3,5]一种可能性的说法是亚洲人的颅骨较小，颅神经和血管结构较拥挤。

原发性面肌痉挛（Primary Hemifacial Spasm）是指动脉（如小脑前下动脉 anterior inferior cerebellar artery、小脑后下动脉 posterior inferior cerebellar artery、前庭动脉 vestibular artery等）异常，导致面神经根受压。最常见的原因是颅后窝的异常或扩张血管导致面神经受压。^[6]

面肌痉挛被认为是面神经受压迫、血管被扩张、血管异常或者其他病理性病态造成的。本地的一项研究指出，25名患者中，22名患者被发现在靠近面神经处有异常的血管。^[3]

继发性面肌痉挛的病因包括创伤、面瘫（Bell Palsy）、脑干病变如脱髓鞘性多发性硬化症和中风、动静脉异常、颅内动脉瘤、动静脉瘘、血管瘤、乳突和耳部感染（中耳炎、胆脂瘤）、腮腺肿瘤、颅后窝畸形和其他结构异常。^[6]

三、现代医学诊断与鉴别诊断

现代医学诊断面肌痉挛主要以特征性的临床表现。缺乏特征性临床表现的病人则需要采用辅助检查如电生理检查（包括肌电图 electromyography，异常肌反应 abnormal muscle response 检测）、影像学检查和卡马西平 Carbamazepine 治疗试验。

面肌痉挛需要其他面部肌张力障碍性疾病进行鉴别，如面肌纤维颤搐 Facial myokymia，心因性阵发性面肌痉挛 Psychogenic facial spasm，双侧眼睑痉挛和梅杰综合征 Blepharospasm and Meige syndrome，抽动综合症 Tic，迟发性运动不能 Tardive dyskinesia。^[5]

表 1. 面肌痉挛与其他面部肌张力障碍性疾病鉴别诊断

	面肌痉挛	面肌纤维颤搐	因性阵发性面肌痉挛	双侧眼睑痉挛和梅杰综合征	抽动综合症	迟发性运动不能
常发部位	单侧	眼皮	面部和身体任何部位	双侧	面部和四肢	口面部
收缩特征	受面神经支配的肌肉有间歇性阵挛或强直收缩。肌肉在两收缩期之间会放松。	面部肌肉波浪形起伏地运动。	面部肌肉间歇性或持续收缩。	仅眼轮匝肌的肌张力障碍运动。梅杰综合征包括眼睑痉挛和面部肌肌张力障碍。通常涉及不受面神经支配的肌肉。	类似于正常协调运动的快速抽动。可能涉及不受面神经支配的肌肉。	肌肉的舞蹈或肌张力障碍运动。可能涉及不受面神经支配的肌肉。
收缩性质	涉及多个面部肌肉时，所有同侧肌肉同步痉挛。但若涉及双侧，双侧肌肉不会同步痉挛。	单肌束有节奏性收缩。	动作无规律，频率和强度各不相同。容易分心。	局灶性肌张力障碍（focal dystonia）。涉及上下面部时，收缩不同步。	抽动强度不一，无节律性。	运动不规则。涉及上下面部时，收缩不同步。
加重因素	因自主面部运动、焦虑、压力、疲劳或头部位位置变化而增加。睡眠中持续痉挛。	因焦虑、压力、疲劳而增加。	因焦虑、压力、疲劳而增加。	因焦虑、压力、疲劳而增加。	可以自主性收缩	因焦虑、压力、疲劳而增加。
缓解因素			可以慰问剂（placebo）治疗缓解。	睡眠可缓解	可以暂时抑制收缩	

四、现代医学治疗方法

治疗方法包括：

- (1) 微血管减压手术；
- (2) 肉毒素注射，用于不能耐受手术、拒绝手术、手术失败或术后复发、药物治疗无效或药物过敏的成年病人；
- (3) 药物治疗包括 carbamazepine、Oxcarbazepine、baclofen、clonazepam、haloperidol 等，可减轻部分病人面肌抽搐症状，同于发病初期、无法耐受手术或者拒绝手术者以及作为术后症状不能缓解者的辅助治疗。但药物治疗可有肝肾功能损害、头晕、嗜睡、白细胞减少、共济失调、震颤等不良反应。^[4]

五、中医定义、病因病机

面肌痉挛属中医的“面风”、“筋惕肉瞤”、“痉证”等范畴。病位主要是在面部的经筋。病机是正气亏虚、卫外不固为本；外邪侵袭，阻滞经络，筋脉肌肉失养为标。^[7]有一些研究认为面肌痉挛的病理因素包括风、痰、虚、瘀，有些则从肝胃二经、肝风内动等不同角度解释面肌痉挛的发病因素。^[8]肝风内动可由肝肾亏虚，阴血不足，筋脉失养导致；面部经筋失养也可由于脾胃虚无法正常运化，导致生化乏源，筋脉失养，血虚则不能上荣于面；风寒诸邪，久留经络而血不荣筋，故经络收引抽搐。脾胃与“肝”“风”有着紧密的联系，故有研究提出治疗面肌痉挛时，必须重视调理脾胃。^[9]

六、针刺治疗面肌痉挛

针刺疗法是中医临床常用于治疗面肌痉挛的手段。研究认为，针刺可促进了面部血液循环，消除了某些刺激源如炎症等。当针刺信号与某些异常传入的信号偶合时，可减低了异常信号的传入，从而消除面神经的异常兴奋状态，并缓解面肌痉挛。针刺神经系统也有双向良性调整作用。临床上，针刺以舒筋通络，调和气血，息风止痉为治疗原则。^[9]

有临床报道，在针刺时配合调理脾胃作用的穴位，效果明显优于普通局部针刺。治疗组共 30 例，取双侧足三里、血海，施以补法；取健侧阿是穴、鱼腰、太阳、四白、下关、颧髎、迎香、地仓、颊车穴，施以浅刺。对照组共 30 例，取患侧太阳、下关、四白、地仓、颊车、颧髎、合谷，施以平补平泻。两组各穴得气后行针 3-5 分钟，间隔 15 分钟行针 1 次，留针 30 分钟，10 次为 1 疗程，疗程间休息 2 天，3 个疗程后观察疗效。结果在治疗组有 50% 患者显效，治疗后症状缓解，眼睑或面部不再抽动，疗效维持至少 3 个月以上；对照组则只有 33% 患者显效。治疗组有 43% 患者有效，治疗后症状缓解，面部抽动次数减少，或Ⅲ级以上患者面部强直抽搐得到缓解，形态不引起面容的改变；对照组则只有 40% 患者有效。治疗组总有效率时 93.3% ($P>0.05$) 而对照组是 73.3%。^[10]

七、临床病例观察

临床上，笔者观察以治疗脾胃的穴位立即带给患者面肌痉挛缓解的疗效。

女性患者，60岁。2016年右侧面肌痉挛突然发作，无定时，无规律、不自主的持续阵挛性抽搐。严重的时候，右侧头颈部牵痛，右侧面部口眼歪斜，若有压力时，痉挛加剧。初发作时，西医每4-6个月给予肉毒素注射，但未有效改善面肌痉挛。

2022年6月初诊，但复诊时间不定时。素有胃痛史，经常发作。复诊3次，每次经过针灸治疗，针灸过程中面部痉挛未能完全缓解。采用的穴位包括合谷、太冲开四关；中脘、下脘、天枢、气海、关

元、足三里调理脾胃；百会、头维、率谷、曲鬓治疗头颈痛，以平补平泻，留针20分钟。

2022年8月复诊第4次时，当时患者右面痉挛3天，右侧头颈牵痛，痉挛次数多和时间长，右面口眼歪斜。这周无胃痛，但停服缓解胃痛的西药后，痉挛发作。舌边尖有齿印，舌淡红，苔薄黄。弦滑数。当下针刺主穴：风池（右）、双侧内关、公孙、足三里，面肌痉挛即刻得以缓解，患者自觉面部肌肉不再绷紧。然后再针刺合谷、太冲、率谷、通天等穴位。

当下的思路：以辨经取穴。由于患者有胃痛史，采取调理足阳明胃经的穴位。以下是主穴的穴解：

穴位	穴解
公孙	公孙和内关乃八脉交会穴，公孙属足太阴脾经通冲脉，有健脾和胃、理气化湿、调和冲脉之作用
内关	公孙和内关乃八脉交会穴，内关属手厥阴心包经通阴维脉，有理气宽胸、和胃降浊、养心安神、醒神开窍的作用
风池	风池属足少阳胆经，是手足少阳、阳维经之所会，阳跷脉之所入，有平肝熄风、疏风解表、清头明目、通利官窍的作用。
足三里	足三里属足阳明胃经，为本经之合穴，胃腑的下合穴，有调理脾胃、补中益气、通经活络、疏风化湿、扶正祛邪的作用。

以上主穴在另外2次复诊时同样采用，得到同样的效果。在针刺前，患者右面部肌肉紧绷，目外眦向后牵。右脸裂高度（上下眼睑的距离）缩小，鼻唇纹向上明显。相对在针灸后，患者右面部肌肉松

弛，右脸裂高度恢复与左脸裂高度相同，鼻唇纹明显度减少（图1）。笔者也观察到若针刺翳风穴，患者反而面肌痉挛更甚。接下来的治疗，笔者希望能采用量表来评估疗效，以证实针刺疗效后，再做报告。

图 1 患者针刺前（左图）后（右图）脸裂高度和鼻唇纹的改变



【参考文献】

- [1] Wabbels, B. and A. Yaqubi, Validation of a new hemifacial spasm grading questionnaire (HFS score) assessing clinical and quality of life parameters. J Neural Transm (Vienna), 2021. 128(6): p. 793-802.
- [2] 张子晶和高锋, 近 5 年特殊针刺法治疗面肌痉挛的临床研究进展. 中医学, 2022. 11(2): p. 189-195.
- [3] Au, W.L., L.C. Tan, and A.K. Tan, Hemifacial spasm in Singapore: clinical characteristics and patients 'perceptions. Ann Acad Med Singap, 2004. 33(3): p. 324-8.
- [4] 上海交通大学颅神经疾病诊治中心面肌痉挛诊疗中国专家共识 (2014). 022. DOI: 10.11850/j.issn.1009-122X.2014.11.018.
- [5] TAN, N.C., L.L. CHAN, and E.K. TAN, Hemifacial spasm and involuntary facial movements. QJM: An International Journal of Medicine, 2002. 95(8): p. 493-500.
- [6] Chopade, T.R. and P.C. Bollu. Hemifacial Spasm. 2022 [cited 2022 27 Aug]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526108/>.
- [7] 张宁、陈志强、吕沛然, 近十年针灸治疗面肌痉挛临床研究概况. 湖南中医杂志, 2022. 38(278): p. 196-199+204.
- [8] 张帆、etal., 中医治疗面肌痉挛的研究概况. 实用中医内科杂志, 2022. 36(5): p. 20-22.
- [9] 刘丽斯、etal., 论补肝肾调脾胃在面肌痉挛治疗中的重要作用. 实用中医内科杂志, 2019. 33(10): p. 91-93.
- [10] 万裕萍、杜念念, 补脾针刺法治疗面瘫后遗症面肌痉挛临床观察. 湖北中医杂志, 2012. 34(307(11)): p. 64-65.

“治未病”与筋伤痛症

吴忠辉（新加坡）

“治未病”理论源于古代防患于未然的预防思想。《周易·既济》：“水在火上，既济。君子以思患而预防之”，这是中医“治未病”理论的萌芽。中医“治未病”，《素问·四气调神大论》：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱……”，将“治未病”引入疾病的防治。筋伤痛症属中医痹症范畴，《素问·痹论篇》中最早提出：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。风胜者为行痹，寒胜者为痛痹，湿胜者为着痹”。目前临床对痹症的治疗，尚无明确有效持久的方法，故“治未病”比“治已病”更为重要，“治未病”包括未病先防、既病防变和病后防复三个方面。临床上，筋伤病既可合并于骨关节创伤的同时，也可因慢性积累，积久成损，久损及骨。因此，“治未病”要强调疾病发生、发展过程中的条件，重视条件的形成和转化，把握治疗的深度和方法，以获得最佳疗效，从而彰显中医学的临床优势。

一、未病先防

针对急慢性筋伤的发病率增高，平时注意加强筋骨关节的柔韧性锻炼，保持其轻劲状态。提倡有效而安全的科学锻炼方法，以减少筋伤病患的发生。并根据颈、胸背、腰、肩、肘、腕、髌、膝、踝足等部位的解剖结构、生理功能及关节的不同

运动形式、发病特点，作为防治筋伤病变的重要措施。

二、既病防变

《素问·痿论》：“宗筋主束骨而利机关”。筋在人体运动系统中，直接参与骨关节的构建及运动。因此，筋伤病的病理范围并不限于软组织，当筋因病而不能发挥正常作用时，往往伴有骨性关节结构的失稳。这种失稳状态的持续存在，是造成关节退变的基础，同时又会加重肌筋膜的痉挛和劳损。所以，防止骨关节病损的发生和加重，应以舒筋、柔筋、强筋为基础。

对脊柱的劳损性病变，临床检查常见条索状筋结，其形成是因为不协调姿势造成了局部的气滞血瘀或津凝痰聚。筋结的大小、硬度提示痰瘀阻络的轻重、久暂，且随着病变存在时间的延长，渐而影响韧带及骨关节的稳定，加重劳损。随着功能障碍时间的延长和程度的加深，最终将会造成骨关节的形变。因此，骨伤病的治疗，应将恢复筋“束骨而利机关”的生理功能作为防止骨关节形变的前提。临床诊疗中，以此选择治疗的最佳方案，达到“既病防变”的目的。

不同部位的损伤，都会出现筋膜的拘挛聚结，因部位或局部结构的差别，可以

产生不同的临床表现。如寰枢关节错缝的病人，常伴有颈性眩晕，临床多可在高位颈椎横突旁找到筋结，如果将局部的痉挛或筋结进行疏通理顺治疗，错缝往往可以通过不定点旋转法得到纠正，而眩晕也可随之得以改善。

再如神经根型颈椎病多在神经根发出的相应椎棘突旁或颈肩交界处触到筋结，临床触压可诱发肢体症状的加重。治疗时若将筋结进行有效的松解，则患肢的疼痛、麻木也会得到明显的改善。又如腰骶关节紊乱的患者，常在腰骶椎旁找到筋结，如果能很好松解，紊乱就很容易得到纠正。筋的形态异常作为结构失调的信号，不仅为骨关节疾病的形成提供了可控防变的预警信息，也为临床治疗提供了依据。

三、病后防复

重视练功方法的恰当运用，制定了“详查病情，合理选练；动静结合，主动为主；循序渐进，持之以恒”的练功应用原则。在练功的次数和强度上，要求由无到有、由少到多、由小到大、以健肢带患肢，先求姿势正确，再达力量要求的完善措施，无论是从筋伤的转化和日常预防的角度，均可达到由量变到质变的临床效果。科学而有效的指导，避免了练功的盲目性和过度、过激的弊病。应当指导病人认识工作、运动、生活中的一些不良姿势、不良习惯对机体功能和结构的影响，更重视对临床医生防病、防变思想的培养，将“治未病”理论的应用深入到临床的各个环节。

中医可以治疗白内障吗？

林秋霞（新加坡）

在中医眼科临床的工作经验上，病人最常问及的也是医者感觉最难回答的便是中医是否可以治疗白内障这个问题。以我们对现代医学的了解，白内障超乳化手术已经进展到了15分钟内可以妥善完成替换晶状体的程度，有什么理由我们必须推崇白内障由中医来处理呢？毕竟老年性白内障归根究底就是一个人老珠黄的问题，珠黄了还可以用中医逆转吗？这么说来治疗白内障还真不是中医的优势。

在中医的古老历史里，白内障在西医现代医学还未面世的时候，老年性白内障在唐代已经由手术处理，那时候手术名为“金针拨障”，是由印度僧人传入当时的中国医学界，唐代诗人白居易还为此发文记录。施行此手术的前提便是白内障已经很厚了，按今天的白内障浑浊程度来说，至少第四级以上，然后以一根金针，穿越角膜及晶状体的囊包，将整个熟透的晶状体自囊包里拨拔下来，让它掉进玻璃体内沉淀下去。

这其实是非常考技术的一门手艺，第一必须懂得检测晶状体的浑浊程度，如果晶状体不够厚及沉，那么晶状体被剥下后就会在玻璃体内浮沉不定，造成视线干扰之外，接下来还可能出现视网膜脱离或炎症。第二手法要巧，在眼睛局部麻痹情况及手术环境及手术条件不那么完全发达的情况下，必须穿刺角膜及晶状体的囊包，将如一粒米样的晶状体整个完整无缺地剥离下来，沉淀到玻璃

体，是一件非常考技术的活，每次我同西医说到这种技术，他们都承认在那么有限的条件下，他们今天也不一定做得到。第三是术后的保养处理，以今天西医那么高端的手术技巧，白内障术后的瓶瓶罐罐点滴眼药水，少说也有四种，两三类抗炎药物包括类固醇，加上控制眼压的眼药水，有些一天点滴6次，有些点滴3-4次，有些点滴2次，即使在这么样的严谨控制下，很多病人还是在术后遭遇到不良反应，该发炎的发炎，该眼压高的眼压高，眼压飙高到45以上的也多见，术后处理的困难甚至比手术困难更甚。

导师韦企平教授一家四代人从清朝开始便从事中医眼科工作，从见报的宝贵资料中发现他的外祖父韦文贵、外祖父韦文轩那辈先贤们，一开始便是以金针拨障这门活在杭州眼科界打天下，还登报发广告说来就诊的病人，三餐住宿给全包办，这就吸引了全中国络绎不绝的病群前往就医，让他们以金针拨障术闻名全中国。新中国成立后，他们就被中国中央政府吸纳入北京专开辟中医眼科，韦文贵先生进驻广安门医院，收录了一群弟子，开始重点培养中医眼科人才，其中一位就是后来成了国医的眼科大专家唐由之教授。

新中国主席毛泽东先生在高龄80岁的时候动了白内障手术，由于他要求第一时间动完手术后就得看书写字，医生团队们就选择了这自唐代流传下来的金针拨障

术，操刀的第一把手就是唐由之教授，韦文贵先生的高徒。

因为这么样的历史背景，在中医眼科的领域中，我们必须面对的现实是，如果是年老性的白内障，眼前由条絮阴影或云雾样暗影，视力逐渐下降的情况，犹如雾里看花的视线模糊，首选第一应该是动手术。

但是针对白内障初期譬如晶状体不够浑浊，或浑浊程度是第一级或第二级，在不需动用手术的情况下，给予药物治疗则是十分重要，部分病人即可制止病情发展恶化，延缓手术时间，又可提高视力。年老性白内障一般大多数属于肝肾不足，精血不能上荣于目；或年老体弱，肾精日衰，气血两亏，目失濡养所致。中医治疗时多以滋养肝脏补益肾脏、益气养血为主，辅助以退翳明目。

在具体治疗时，对肝肾不足者，常用杞菊地黄汤、明目地黄汤；伴有心悸健忘、神烦失眠活年老体弱兼夜卧多梦者，治疗以补肾宁神为主，方用补水宁神汤加味；畏寒、肢冷、便溏者，治宜温阳益肾，方用附桂八味汤加味；对年老体弱肾精日衰，气血两亏者，治以益气补血为主，常用四物五子汤、人参养荣汤、八珍汤加味；双眼疲困，眼肌无力者，治以益气升阳为主，方用补中益气汤或益气聪明汤。

早期的白内障在治疗过程中，经常搭配服用其他药方如石斛夜光丸、明目还睛丸、磁朱丸等；脾胃虚弱者，汤药和丸药交替使用，特别是磁珠丸，属于质量重难消化之品，脾胃虚弱者不宜服用。

此外，针对早期白内障病人，眼前如果有点条状黑影或云雾样暗影时，首选方剂为桑麻丸，桑叶、黑芝麻、菟丝子、五

味子、何首乌、石决明、沙苑蒺藜等，以助滋养肝肾，平肝退翳之力。

关于手术治疗，以目前的西医常规，只要视力低于0.5 (6/15)，晶状体浑浊程度达第三级，就可以考虑动手术。相比较几十年前的手术情况，白内障术后整个晶状体被摘除之后由于无晶状体，必须佩戴高屈光度达1200度的凸透镜矫正视力，手术眼失去原有的调节能力，因此在工作上和生活上都不太方便。但是来到21世纪的今天，白内障超声乳化手术已经进展到飞秒切割，在没有复杂的情况下，一般手术可以在短短的15分钟内完成，只要视力低下明显即可考虑手术，不必久等。中医眼科界一般也认可此种手术不只彻底的改善白内障，还是一种增加视力的手术，在替换晶状体的同时也纠正了先前的近视度，将不同度数的晶状体安装进去，一并解决了近视戴眼镜的问题。或在前房角狭窄的情况下或患者患有青光眼的情况下，在动白内障的过程中，一并将前房角给扩大了，那对病人的病情进展，实在是一种比较有效的解决办法，所以目前中医眼科不但不反对手术治疗白内障，反而大加鼓励，且精益求精，技术磨练得日益成熟。在目前中国的中医眼科界，操刀的白内障医生，在第一线的多是中医，而非西医。这完全颠覆了我们的认知，也同新加坡的国情是有很大的分别。

虽然白内障手术如今已经大行其道，但不代表有关白内障的中医药物治疗已经式微。早期白内障的各种药物治疗依然是今天中医眼科研究的热点，而先贤们有关的用药经验对非手术治疗白内障的临床工作及研究，依然有着非常重大的参考价值。

从九宫八风时空医学理论 探讨针刺理论与宜忌

李明姝（新加坡）
黎敬波导师（中国）

【关键词】九宫八风；时空医学；左升右降；虚风；针刺禁忌

KEYWORDS: Nine Palaces and Eight Winds; Spatio-temporal Medical Theory; “Left Ascending-Right Descending” Acupuncture Method; Weakening Winds; Taboos of Acupuncture

摘要：

《黄帝内经》九宫八风时空医学理论运用北斗历来说明生命科学规律，是以天地人立体动态相关的医学观念为指导，建立起来的关于疾病预防、诊治的完整体系，是典型的“法天则地，合以天光”中医基础理论。它集合了时间、空间、气象、物候、人体、疾病六要素，综合描述了时空与气象变化对人体的影响。运用九宫八风时空医学理论，就容易理解与中医藏象、五行、方位、气机相关的针灸学说，如“左升右降”针灸法；同时，有利于针灸新理论与手法的创新，如“后升前降”等，只要临床有效，就能让世界的针灸学说和实践更加充实。“虚风伤人”的理念可以用来理解针灸介入时间的“天忌”并且借助现代诊室的设置加以避免。本研究重新定义和解读了“日”字在九宫八风时空医学理论的不同含义，据此提出新的“大禁”与“天忌日”时间概念，为进一步在临床上观察和研究其实用价值奠定了理论基础。

ABSTRACT:

The Nine Palaces and Eight Winds Spatio-temporal Medical Theory (The NPEW Theory) of Huangdi Neijing uses the Big Dipper Calendar to explain the laws of life science. It is a complete system for disease prevention, diagnosis and treatment. This basic theory is established on the TCM (Traditional Chinese Medicine) concepts regarding the Heaven-Earth-Human dynamics. With the integration of the six elements of time, space, meteorology, phenology, human body and disease, it comprehensively describes the impact of time, space and meteorological changes on the human body. Using the NPEW Theory, it is easy to understand the acupuncture theories related to the TCM inner organs, the five elements, the orientation, and the Qi mechanism, such as “Left Ascending--Right Descending” acupuncture method. It is also conducive

to the innovation of new acupuncture theories and techniques, such as “Back Ascending–Front Descending” acupuncture method. The damage caused by “the weakening winds” to the human body is the reason behind the “Meteorological Taboo” when choosing the time for acupuncture. However, nowadays, the damage can be avoided with the help of modern clinic settings. This study redefines and interprets the different meanings of the character “Ri(日)” in the NPEW Theory. It proposes new time concepts of the “Big Ban” and “Time Taboo for Pus Drainage”, which lays a theoretical foundation for further clinical observations and studies.

《黄帝内经》九宫八风时空医学理论（以下简称“九宫八风理论”），是笔者以《灵枢》中《九宫八风》《岁露论》《九针论》等篇章的相关内容为基础，以时空与人立体动态相关的医学观念为指导，经过对经典的继承、挖掘和整合，建立起来的关于疾病预防、诊治的中医学理论体系。该理论以河洛文化地区的天文、地理及气候规律为形成的科学背景，明晰地阐明了不同的气候变化、地域环境因素对人们健康水平所产生的影响，并提出了疾病预防和治疗的原则^{[1][2]}。其主要内容如下图所示：

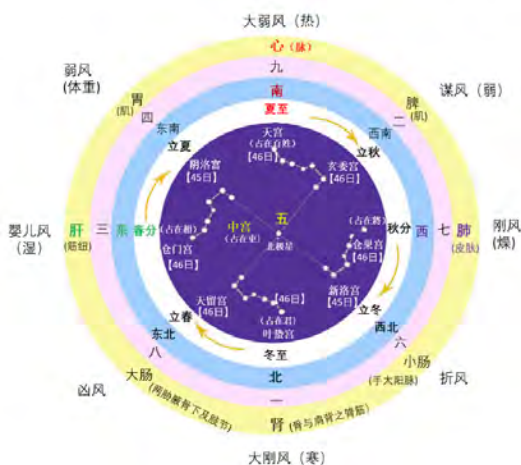


图1 《灵枢·九宫八风》图解

《素问·八正神明论》中提出了“法天则地，合以天光”针刺法则，九宫八风理论的科学基础是地球的公转与自转，运用北斗历来说明生命科学规律，正是典型的“法天则地，合以天光”的理论。运用九宫八风理论，特别容易理解与中医藏象、方位、气机相关的中医针灸学说，如“左升右降”针灸法，同时，有利于针灸新理论与手法的创新。该理论可以用来理解针灸介入时间的“天忌”“大禁”与“天忌日”等禁忌，对现代诊室的设置亦有指导作用。

1 九宫八风理论的六要素

1.1 时间

北斗历以北斗斗柄旋转指向作为依据，可以用来标注一天之内的时间，也可以用来确定一年四时八节的时间节点。如图1所示，九宫八风理论的北斗历是顺时针方向运行的^[1]。

由于九宫八风理论是一个时空对应理论，所涉及的《黄帝内经》原文中的“日”字有不同的意思：

- (1) 方向或位置；
- (2) 日子、天数^[1]；
- (3) 一天中的具体时间：如在《九针论》“左足应立春，其日戊寅己丑”的说法中，“日”字就不表示“日子”或单纯的“位置”，而是引申为一日之内，北斗斗柄在这个位置的时间。

九宫八风理论长期未得到足够的重视与研究，部分原因就在于多少年来，学者们对“日”字的理解，只限于作“日子”“日数”来讲^{[3][4]}，而未曾考虑过“方位、位置”或“时间”的含义，就难以理解古人真正想表达的意思。

1.2 空间

天空区间：天空有“九宫”区位，即依据“井”字将天空划分九个空间区位，便于对北斗七星一夜、一年不同时段运行轨迹予以度量。地面区间：地面以观测中心所在之处为“中央”，地之各分野（八方）对应着天空各“宫”。

1.3 气象

实风与病风、虚风代表着正常与反常气候，判断天象对人的有益与不利。

1.4 物候

随着时间、空间和气象的转变，地表物候会发生变化，如实风“主生长，养万

物”；而“病风（即超过8级以上^[5]的风）折树木，扬沙石”；虚风“主杀，主害”。

1.5 人体

八风对应着人体不同的脏腑、部位或经络；虚风和病风主要伤害与当下时令对冲的藏象功能。人体的不同部位、气机与九野相应，也与天空之“九宫”对应，与不同的节气与时辰相应。

1.6 疾病

引起人类疾病的因素主要有二：病风虚邪和人体自身腠理疏松开放。人类的病症种类有二：一是当令的疾病，中而即发；一类是伏邪致病，是两邪相搏的后果，病因更加复杂。

九宫八风理论结合了以上六要素，综合描述了时空与气象变化对人体的影响。这些重要的思想有着丰富的现实基础，又充满了哲学思考的智慧，奠定了中医“天地人三才”的医学模式，是中医学者应该掌握的中医基础理论。

2 人体身形应九野

在《九针论》中，黄帝与岐伯就人体的身形如何与九野相应展开了问答，如前所述，其中“日”指的是一日中的具体时间，结合图1，根据方位、时辰与干支的对应关系，人体身形与一年之节气、一日之时间（24小时制）的对应关系可用下图予以展示。

这完全展示了《岁露论》所言“人与天地相参也，与岁月相应也”的“天人相

应”观，说明了人与大自然有着统一的本原，一致的属性，相似的结构，并按相同的规律运作。

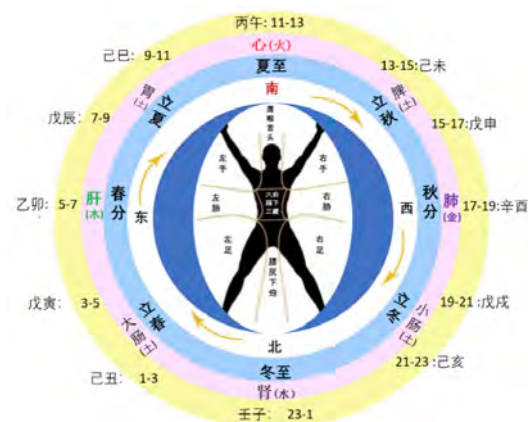


图2 人体身形应九野图

3 以九宫八风理论理解“左升右降”针刺法

《素问·刺禁论》云：“肝生于左，肺藏于右。”很多人认为这是中医理论中的糟粕^[6]，因为不符合现代医学肝脏、肺脏的解剖位置。实际上，从九宫八风理论就能明白，中医的藏象概念，更多的是指与四时、方位“天人相应”的五脏，是抽象的功能概念。例如，肝与春季、东方相应（见图1），而东方与人体的左肋相应（见图2），故说“肝生于左”；同理，肺与秋季、西方相应，西方与人体的右肋相应，故说“肺藏于右”。

太阳从东方升起，所照之地阳气渐盛，故肝主气之升发；过午之后，太阳渐落于西方，阳气下降而阴气渐盛，故肺主气之肃降。因此，《素问》之《阴阳应象大论》及《五运行大论》皆云：“左右者，阴阳之道路”，图1中阳气升降循“一→三

→九→七→一”之规律，实乃阳气“左升右降”的明示。

利用这个气机规律，很多医者创立了不同的“左升右降”针刺方法，用于多种疾病的治疗，例如：王祚邦、马军杰用“左升右降针法”^[7]对70例缺血性中风患者进行随机分组治疗试验，“右降”指的是用“泻”法针刺右侧手太阴肺经及足少阳胆经相关腧穴；“左升”指的是用“补”法针刺左侧足厥阴肝经及足少阴肾经的相关腧穴；结果证明试验组的临床疗效优于传统针刺组。

张晓阳、刘琦创立“左升右降微针调气法”^[8]对150名失眠患者进行分组治疗，主要内容是针刺左太冲、照海、三阴交意使肝脾肾左升；针刺右足临泣、足三里、尺泽、神门意使胆胃肺心降于右。他们使用0.18mm×13mm的细针浅刺皮部，不求针感，发现左升右降微针调气法可有效治疗失眠。

周炜^[9]选择使用左侧阴经穴位及右侧阳经穴位，用“左阴右阳”的选穴和针刺手法来平衡与调节经脉状态，治疗疾病。黎海军、刘旭光^[10]选择“补”左侧陷谷、足三里和曲池，泻右侧列缺，治疗慢性腹泻52例，结论是左升右降法治疗慢性腹泻疗效显著。

类似的研究还有很多，虽说具体取经、取穴与手法不同，但总体上都运用了人体气机“左升右降”的规律。以九宫八风理论来理解以上各种针刺法，就不难理解它们的理论基础与用意，就不再会认为中医“虚玄”难懂。反之，各国的中医实践者也可以依九宫八风理论创立自己的气机升降针刺学说和

方法，只要在临床上有效，就能让世界针灸学说和实践更加百花齐放。

4 “后上前下”“腹部左行”针刺法的临床实例

世界和人体都是立体的，以九宫八风理论逻辑推演，可知图1、2中的环也非单一平面，而是立体多维的。人体经气左升右降，后升前降，腹部逆时针运行（图3），同时全身之气也犹如电子围绕原子核运转一样多平面，多角度，使人身无

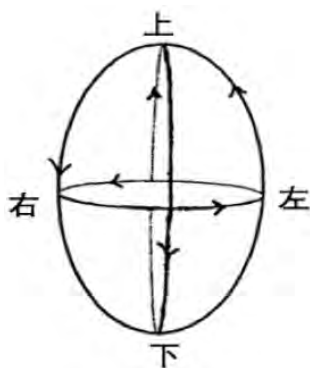


图3 人体立体经气循行图^[11]
(上下左右腹部)

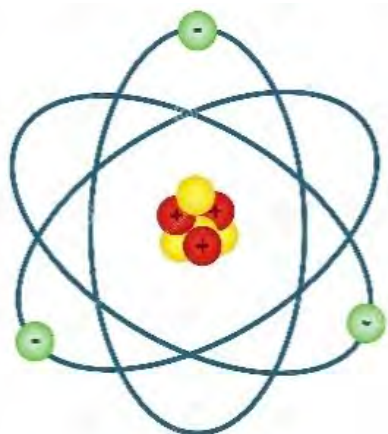


图4 人体立体经气循行图
(斜向，以电子运行轨迹模拟)

论哪一部分，都与整个身体的上下左右内外是沟通的（图4）。

笔者医案举例：患者郭女士，74岁，2022年9月25日因眩晕5天来看诊，伴胸腹胀闷，呃逆频作，视物不清，纳寐可，大便少；舌淡红，苔白腻，脉滑。血压、胆固醇、血糖控制良好。运用九宫八风理论，诊断病证为浊气上逆，上干清阳，病机为湿困中焦，气机不利，前气不降反升，导致清气不能后上以利清窍。针刺采用百会（向前平刺）、印堂（向下平刺）、中脘、下脘、气海（向下斜刺），左右天枢（向左斜刺），左合谷、足三里、太冲（向上斜刺），右合谷、足三里、太冲、内庭（向下斜刺）；采用《灵枢·周痹》“痛从下上者，先刺其上以遏之，后刺其下以脱之”的顺序，下针时先上后下，先左后右；留针25分钟，腹部以温灯加热；除左侧补法出针以外，其余以泻法出针。治疗后，患者自觉胸腹胀感减少，腹部变小变软，呃逆感减少，无眩晕，视力提高，显示其气机已较正常。

总之，以九宫八风理论，较容易理解上病下取、下病上取、左病右取、右病左取、前病后取、后病前取的中医针灸思路，这其实也是一种“同气相求”。

5 “虚风”理论对现代针灸治疗室设置的启示

《素问·八正神明论》中岐伯所言“八正之虚邪，而避之勿犯也”与《九宫八风》篇“谨候虚风而避之”完全一致。虚风是来自于与当下时令所对应的方向相反方向的风，如夏至刮北风，冬至刮南风

等，而所谓“虚邪”，可以理解为虚风所包含的致病因素^[5]。

具体在针刺治疗时，医者应该尽量避免诊室内的“虚邪”对病人的损害。以新加坡诊室的温度为例，因为常年气温较高，绝大多数中医诊所内天天使用空调，往往室内外的温差在8℃以上。有些来针灸的复诊病人，进入诊室后马上就进入治疗室，脱去衣物，暴露身体，而这时其腠理尚处于开放，突遇冷气，就难免造成虚邪入侵，形成了九宫八风理论中“太一在夏至之日有变”的局面。如图1所示，“夏季刮东风”的后果是“占在百姓”，会造成骨关节如“骨与肩背之膂筋”的毛病，骨节经络中寒，不但影响针刺治疗的效果，甚至会造成新的问题。相反，在气温严寒的地区，如果诊室内空调温度太高，虽然有利于针刺，但病人出去时也会急速以温就寒，亦易造成“占在百姓”的问题。

因此，建议有条件的诊所，治疗室的温度宜保持在27度左右，但候诊室的温度要调节到比诊室更接近室外温度，即冬要稍冷，夏要稍热，要让病人在针刺前后在候诊室呆几分钟，有一个温度缓冲调节的时间，以尽量减少寒热之间的温差，减少病人中“虚邪”的机会。

6 源于九宫八风理论的针刺时间禁忌

针灸日时避忌在针灸发展史上占有重要地位，它强调了时间因素与针灸效应之间的密切关系^[12]。在关于针刺介入时间的禁忌中，“天忌”“大禁”与“天忌日”来源于九宫八风理论。

6.1 “天忌”

“天忌”一词来自于《素问·八正神明论》，强调在有虚风邪气之时，即气候特别反常的时候禁忌针刺，所谓“八正之虚邪，而避之勿犯也”“故曰天忌不可不知也”。这一针刺时间禁忌源于九宫八风理论的疾病预防思想，在古代是医者不可不守的禁忌。不过如前所述，现代房屋建筑非常稳固，气温也可以调节，所以只要做好了治疗室与候诊室的设置，这一禁忌对当代针刺治疗的限制不大。

6.2 “大禁”

《灵枢·九针论》中提到的“大禁”，被后人称为“太乙忌”或“太乙神禁忌”^{[12][13]}。“太乙”又称“太一”，大部分时候指北极星，但在九宫八风理论中多指北斗斗柄^[1]。有的学者认为，太乙忌的方法最早载于窦汉卿的《针经指南》^[12]。实际上，早在《灵枢·九针论》中，就提出了身形各部位针刺治疗的禁忌时间。笔者认为，《九针论》原文中，在“六腑膈下三脏应中州”之后就应划上句号，“其大禁，大禁太一所在之日，及诸戊己”应单独成句。如果认为“大禁”针对的只是腹部针刺的话，根据北斗历，太一（北极星）永远在中宫（中州），那么腹部就永远不能针刺了，这不符合中医理论与实践，也不符合《九针论》自身的思维逻辑及语言习惯。

所以，“大禁”指的应该是

- (1) 太一（北斗斗柄）游至处，禁忌针刺身体相应的部分，根据图2，此时人体对应部位气血运行正盛，如行针

刺，可能反而影响了该处气血的正常运行；

- (2) 禁“诸戊己”，如图2所示，戊己属土^[14]，人体的五行核心是“土”，所以无论针刺何部位，最好都能避开“土”时，不能伤及人体的“土”气。

长久以来，众多医家都凭“日”字，把“大禁”当作禁针的日期来研究^{[13][14]}，可这种说法缺乏合理的逻辑，很少有人遵循。本研究开创了一条研究“大禁”具体时段的新思路，其理论价值可在将来的研究中进一步探讨。

6.3 “天忌日”

《九针论》云：“身体有痈肿者，欲治之，无以其所直之日溃治之，是谓天忌日也”，其与“大禁”大致相同，最大的区别在于不忌“诸戊己”。这说明古人知道有些痈肿形式急迫，若顾虑太多，耽误排脓时间，一旦“走黄”，可以危及生命。所以“天忌日”在一天内，最多就是4个小时而已。由此，可以验证，所谓的“日”字不指“某一天”，否则长时间耽误病情，岂不是害人？

张景岳认为提出“天忌日”的原因是“恐其走泄元气”“此当与九宫八风及贼风邪气乘虚伤人二章参阅”^[14]，由此可推断，古人认为针刺属一种强力的外界干

预，在身体部分经气运行正盛，局部腠理开放之际，行针刺或溃脓，就易造成邪气入侵。以此思路，“大禁”与“天忌日”的意义就不难理解了。

值得注意的是，在提出“大禁”与“天忌日”时，针刺工具特别是用以治急病、痈肿的针具，一般都较粗、硬且长，如锋针（主痈热出血）、铍针（主大痈脓，两热相争）和长针均有锋刃结构，因此可以取泻邪气^[15]。在今天看来，使用这些针具相当于施行小型外科手术，所以，不能以毫针刺的研究方法来否定“大禁”与“天忌日”的临床意义。



图5 九针示意图

综上所述，运用九宫八风时空医学理论，各国中医学用者更容易理解与藏象、五行、方位、气机相关的针刺理论，并为新的理论突破和技法创新打下良好的基础；同时，也能更清晰地明白《内经》中一些针灸介入时间的禁忌，以在临床中加以观察和研究。在该理论指导下，医者也能更科学地对自己的诊所进行设置，更好地服务于世界各地的病患。

【参考文献】

- [1] 李明姝.《黄帝内经》九宫八风理论探析[J].新加坡中医杂志, 2022(52):50-59.
- [2] 李明姝.从《内经》九宫八风理论探讨中医时空医学思想[J].台北市中医医学杂志, 2022, 28(02):1-11.
- [3] 孙基然.西汉汝阴侯墓所出太一九宫式盘相关问题的研究[J].考古, 2009(06) 77-87.
- [4] 孙基然.《灵枢·九宫八风》“大、小周期”考辨[J].中国中医基础医学杂志, 2010, 16(06):455-457.
- [5] 秦玉革.虚邪是大风气象灾害中明暗物质的综合作用[J].亚太传统医药, 2010, 6(01):17-19.
- [6] 金栋、李冬梅、杜宝良.亦谈“肝生于左,肺藏于右”暨“左升右降”[J].四川中医, 2012, 30(08):37-38.
- [7] 王祚邦、马军杰.“左升右降针刺法”治疗缺血性中风偏瘫的临床研究[J].中华中医药学刊, 2014, 32(9):2195-2197.
- [8] 张晓阳、刘琦、左升右降微针调气法治疗失眠 150 例[J].中国中医药现代远程教育, 2019, 17(18):92-94.
- [9] 骆璐, 杨宇洋周炜.周炜“左阴右阳”针法及“左升右降”气机升降理论在针灸临床中的应用[J].中国中医基础医学杂志, 2017, 23(12):1745-1747.
- [10] LI HAI-JUN (黎海军) L X (刘旭光). Observations on the therapeutic effect of acupuncture with left ascending and right descending method for 52 cases of chronic diarrhea[J]. World Journal of Acupuncture-Moxibustion (WJAM), 2013, 23(04): 36-39.
- [11] 江涌.沿经气流注顺序针刺法[C]//中国针灸学会第七届全国中青年针灸推拿学术研讨会论文汇编.2006:281-282.
- [12] 李磊.针灸日时知避忌——试论针灸日时避忌的原则和方法[J].上海中医药杂志, 1995(6):26-27.
- [13] 苏绪林.论针灸时间之宜与忌的统一性[J].中华中医药杂志, 2015, 30(12):4254-4256.
- [14] 张景岳.《类经》九卷第三十五[EB/OL].中国哲学书电子化计划, [2022-09-22]. <https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=344197&remap=gb>.
- [15] 刘斌、郭青丽、苏晓川等.基于《灵枢》原文的九针形制分析[J].中华中医药杂志, 2021, 36(11):6654-6656.

中医外治 在化疗诱导周围神经病变 (CIPN)中的应用

白伟良（新加坡）

根据一项 140 例 2015 - 2017 年新加坡乳腺癌患者的中医证素分布规律研究，乳腺癌患者中气虚证候要素最多见（86.4%），其他依次为气滞证（40.7%），阴虚证（30.7%），痰湿证（17.1%），血瘀证（12.9%）及热毒证（10.7%）。无论在任何治疗阶段（化疗、放疗、内分泌治疗），有或无手术，分期，雌激素、孕激素、癌基因受体测定，气虚证的比率均占最多，符合肿瘤病乳腺癌性质是本虚之病的认识。新加坡为高温高湿地带，乳腺癌患者的痰湿证候要素的频率次数无特别体

现增多（17.1%），体现出乳腺癌的中医病因、病机、证候要素可能无明显地域的区别，总体符合乳腺癌患者在肿瘤病的特征多以气虚、气滞证为主。以此类推，新加坡其它肿瘤的中医证素分布和数据也是类似于乳腺癌。

中医药治疗的恶性肿瘤五个模式

中医治疗恶性肿瘤有 5 种模式和目的：中医防护治疗；中医加载治疗；中医巩固治疗；中医维持治疗；单纯中医治疗。

	中医防护治疗	中医加载治疗	中医巩固治疗	中医维持治疗	单纯中医治疗
目的	为手术期、放化疗、内分泌及靶向治疗期间的患者	有合并症、老年、PS2，不能耐受多药化疗而选择单药化疗	手术后无需辅助治疗或已完成辅助治疗者	放化疗后疾病稳定的带瘤患者	不适合或不接受手术、放化疗、内分泌治疗、靶向治疗的患者
治疗原则	以扶正为主	以祛邪为主	扶正祛邪	扶正祛邪	扶正祛邪
适应人群	减轻上述治疗手段引起的不良反应，促进机体功能恢复，改善症状，提高生存质量。	提高上述治疗手段的疗效	防止复发转移，改善症状，提高生存治质量	控制肿瘤生长，延缓疾病进展或至下阶段放化疗期间，提高生存治质量，延长生存时间	控制肿瘤生长，减轻症状，提高生存治质量，延长生存时间
治疗手段	辨证汤药	成药针剂点滴	辨证汤药	成药针剂点滴	成药针剂点滴
治疗周期	与西医治疗同步	与化疗治疗同步	3 个月	2 个月	2 个月

林洪生：恶性肿瘤中医诊疗指南 2014 年

中医治疗癌症有 5 大益处：

1. 缓解症状（如化疗诱导周围神经病变 CIPN）；
2. 增强病人的免疫系统，调节身体机能；
3. 提高生活质量；
4. 防止肿瘤进展或肿瘤复发；
5. 延长终末期癌症患者的生存时间（包括临终关怀治疗）。

化疗引起的周围神经病变（CIPN）是一种剂量性、化疗期间所引起的副作用。据报道，全球约有 30-40% 的癌症患者在化疗过程中甚至完成化疗后接受 CIPN [Pignataro & Swisher, 2010]。

CIPN 的临床特征包括：

- 1) 感觉神经病变症状（如麻木、刺痛或“针刺感”、四肢灼痛）Sensory Neuropathy

- 2) 运动感觉神经病变症状（如难以操作小物件、握笔、开瓶等）Motor-sensory neuropathy
- 3) 感觉运动神经病变症状（如因脚下垂变而行走困难、站立或行走时较难感觉地面等）Sensorimotor neuropathy
- 4) 自主神经病变症状（如视力模糊、头晕、听力困难等）Autonomic neuropathy

这些症状的持续时间和强度各不相同 [R.Zajęczkowska, et al. 2019]。严重的 CIPN 会对癌症患者的生活质量和情绪产生不利影响，也可能导致在重要的化疗疗程期间停止使用药物或药物减量，以及化疗疗程结束后的持续性不适。

CIPN 的发病率取决于化疗药物 [M.D. Stubblefield et al. 2009]。

Drug class 药物类	Drugs 药物	Overall Incidence 总发病率（%）	Onset Dose 起始剂量
Platinum-based drugs 铂类药物	Cisplatin 顺铂	28-100	300 mg/m ²
	Carboplatin 卡铂	6-42	800-1600 mg/m ²
	Oxaliplatin (acute) 奥沙利铂（急性）	85-95	any
Vinca alkaloids 长春花生物碱	Vincristine, vinblastine, vinorelbine, vindesine	30-47	4-10 mg
Taxanes 紫杉烷类	Paclitaxel 紫杉醇	57-83	100-300 mg/m ²
	Nab-paclitaxel	73	Unclear
	Docetaxel	11-64	75-100 mg/m ²
Thalidomide and its analogues 沙利度胺及其类似物	Thalidomide	25-83	20g
	Lenalidomide	10-23	Unclear
Others	Ixabepilone	63	40-120 mg/m ²
	Bortezomib	31-55	1.3 mg/m ²

“标准治疗Standard treatment”的局限和副作用

一些随机对照试验显示度洛西汀 (Duloxetine) 和加巴喷丁 (Gabapentin) 等药物治疗有减少神经病变的益处。然而, 洛西汀治疗 CIPN 常见的不良反应有恶心、疲劳和失眠 [E.M. Smith et al. 2013]; 而在加巴喷丁治疗中有疲劳、头晕和嗜睡等的不良反应 [M.Aghili et al. 2019]。

1血清素 (Serotonin or 5-hydroxytryptamine) 综合征的风险与度洛西汀与其它血清素再摄取抑制剂的使用有关。如与 CYP2D6 底物共同使用可导致底物药物的血清浓度, 增加身体里的毒性物质。度洛西汀诱导的 CYP2D6 酶抑制 (Duloxetine-induced CYP2D6 enzyme inhibition) 作用可抑制他莫昔芬 (Tamoxifen) 转化为其活性代谢物安多昔芬 (Endoxifen) [E.M. Smith et al. 2013]。

维生素 B 和E胶囊在治疗和预防 CIPN 方面没有确凿的临床效果 [Lang-Yue Hu et al. 2019]。

CIPN的中医理论和概念

中医概念包含了辨病、辨证 (八纲辨证、脏腑辨证等)、和中医九大体质。中医的内外治法也有独特的统一体系: 外治之理, 即内治之理, 外用之药亦即内治之药。

CIPN中医辨病属于: 麻木、痹证、络病的范畴。证型以“虚”为本、以“瘀毒”为标, 属气虚血瘀、本虚标实之证, 病机为不通则痛和不荣则痛。中医治则多

以益气活血, 通络化瘀。众多临床试验显示中医外治法能显著改善 CIPN 手足疼痛麻木症状, 明显提高患者生活质量。

临床意义: 中医针刺 (灸) 治疗 CIPN

针灸治疗是 CIPN 的非中药治疗方法之一, 广为使用, 价格低廉, 安全, 不良反应事件稀少, 有效, 持续缓解症状, 是常用肿瘤治疗的方法。针灸通过调节细胞因子和增加降钙素基因相关肽 (calcitonin gene-related peptide) 具有抗炎作用 (anti-inflammatory effect) [Zijlstra FJ et al. 2003], 通过减少神经炎症来改善 CIPN 症状, 通过抑制环氧化酶-234 (cyclooxygenase-234)、释放内源性阿片类药物 (opioids) 和调节伤害感受受体 (nociception receptor) 来减轻疼痛 [Lin JG et al. 2008], 具有可能这些机制同时发生而达到临床效果。

六项随机对照针刺试验 (Randomised Controlled Trial – RCT) 的系统综述报告 (Systematic Review) 显示疼痛评分和癌症治疗功能评估 / 神经毒性问卷评分 (FACT/GOG-Ntx Functional Assessment of Cancer Therapy/Neurotoxicity) 针刺治疗后有显著的改善。大多数 RCT 均有针灸的效果和益处的结论 [T.J. Chien et al. 2019]。针刺与电针对 CIPN 的疗效则无明显差异 (无论是继续波、疏密波)。针灸和假针灸 (Sham) 均“有效”, 但是针灸的效果比假针灸 Sham 较好 [K.Li et al. 2019]。种种科研的结果还是难以定出针灸是 CIPN 的“最佳”治疗或预防方案的结论。

CIPN 常用的针灸穴位有肢体双侧的大陵 (PC 7)、外关 (TE 5)、足三里 (ST 36)、三阴交 (SP 6)、合谷 (LI 4)、太冲 (LR 3)、血海 (SP 10)，针刺正中神经，补益脾胃气阴，开四关疏泄气机，同时使用电针疏密波的频率和波形。

中医电针治疗名称	频率、波形	特点	主治及功用
密波	同频 50-100 次/秒	能降低神经应激功能	止痛、镇静、缓解痉挛、针麻
疏波	低频 2-5 次/秒	能引起肌肉收缩，提高肌肉韧带张力	痿证，各种肌肉、关节、韧带损伤
疏密波	疏、密波交替，持续时间各约 1.5 秒	能促进代谢，气血循环，改善组织营养，消除炎性水肿	止痛，扭挫伤，关节炎，面瘫，肌无力，冻伤等
断续波	断时，1.5 秒内无电流，续时，1.5 秒密波	能提高肌肉组织的兴奋性	痿证、瘫痪
锯齿波	6-20 次/分，锯齿形波	能提高神经肌肉兴奋性，改善气血循环	刺激膈神经，做人工电呼吸，抢救呼吸衰弱

CIPN 中草药浴治疗的新颖

国际上均有许多关于 CIPN 中医治疗的高质量研究。通过荟萃分析 (Meta Analysis) 和系统综述报告 (Systematic Review) 都基于针灸治疗 (包含了针灸时间干预的研究：越早治疗，疗效越好，恢复期就越短的研究)。中药手足浴的高质量研究或国际系统综述报告 / 荟萃分析数量非常有限 [Feng YQ, 2011; Cai ZB, 2016]。大多数的中药手足浴研究都是在中国完成和报告的。至今全世界仍无 CIPN 中草药浴治疗的“金标准”，安慰剂与双盲随机的临床试验。

CIPN 中草药浴治疗项目的研究提案

手足浴的中药药物的使用得适应于新加坡的居民和文化，尤其是适合非华裔族同胞的药物。参考了中医治疗 CIPN 的原则和体质证型、各中医期刊、中医肿瘤学教科书和中华医院医疗内科主任林英医师多年的临床经验，调剂了方剂的中药药物。

方剂药物：益痹通络汤 (Yi Bi Tong Luo Tang)

桂枝、川芎、桃仁、赤芍、红花、海风藤、鸡血藤、络石藤、威灵仙 (各30g)
Ramulus Cinnamomi, Ligusticum Striatum, Semen Persicae, Radix Paeoniae Rubra,

Flos Carthami, Caulis Piperis Kadsurae, Caulis Spatholobi, Caulis Trachelospermi, Radix Clematidis (each 30g)

中医功效：舒筋活络，活血化瘀，祛湿止痛。

生物学功能：改善血液循环，抑制血小板聚集，减少微血栓的形成，促进毛细血管生长，改善受损神经的微循环，促进氧气和能量代谢，让神经组织恢复，增进血液和氧气循环。

煎前拌匀，用清水浸泡 20 分钟，加水约 4000 毫升，煮沸，文火煮约 20 分钟，煎汤约 3000 毫升 [由指定的草药厂家统一代煎]。使用温度计测量水温为 40°C (可在上下 1°C 以内)，加入约 1000ml 热水或冷水，使水温达到约 40°C。在两个沐浴容器中浸泡上下肢，每次 30 分钟，每天一次，28 天即可完成疗程。

双盲试验安慰剂的颜色和气味应该与治疗 CIPN 的草药方剂相同，但不含治疗 CIPN 的有效成分，患者、医师和临床助理无法区分安慰剂和使用的方剂。安慰剂可使用止咳化痰药物，5% 常规剂量的“止嗽散 Zhi Sou San” [Zhang et al. 2019]。

草药浴治疗 CIPN 的潜力和益处

治疗特点：

- 非侵入性：淋巴水肿患者（手术和淋巴结切除术后）可以使用这种治疗。
- 相对安全：根据一项南京中医药大学的评价和荟萃分析，非口服、非侵入性草药浴治疗没有不良反应或副作用的情况；轻度皮肤过敏的情况罕见 – 2025

例患者中只有 7 例，占~0.35% ($p=0.06 > 0.05$, Null hypothesis is not rejected 零假设未被拒绝, there is no statistically significant difference between groups 治疗引起的过敏和无治疗引起的过敏组对比无统计学意义, 注：2025 例是“大数字”样本量) [Ji Yi et al. 2017]。

治疗接受率：

- 医疗保健工作者（肿瘤科、姑息治疗、社区护理部门医生和物理治疗师）会比较接受非侵入性的中医治疗方法。
- 在草药浴治疗过程中，患者一般有舒服和良好的感觉，从而提高患者中医治疗的接受程度。
- 简单和方便：患者可以在家自己做，不一定需要医疗人员亲手操作。
- 经济效益：与其它治疗方法相比不贵。一包草药和一天草药浴应该在 5 元新币左右，整个疗程可以在 1 到 2 个月完成。

治疗效果及潜力：

- 能有效预防和治疗 CIPN，很适合害怕针头或容易出血的患者，尤其在西药与化疗药引起的易出血症状的情况。
- 中西医结合治疗，在化疗过程中可以安全地进行，在化疗开始的时候可以同时使用的中医外治法，由于是草药外治而非内服的方法，中药与西药的相互作用（Herbs Drugs Interaction）的可能性很少。

- 一些研究显示草药浴也可以改善癌症患者的生活质量（包括癌症相关的疲劳症 cancer-related fatigue）[Ranhee Park, 2015]。
- 此治疗不限于CIPN，可用于包括糖尿病引起的周围神经病变。

【参考文献】

- [1] Pignataro, Rose M. PT, DPT, CWS1; Swisher, Anne K. PT, PhD, CCS2 Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy: Risk Factors, Pathophysiology, Assessment, and Potential Physical Therapy Interventions, Rehabilitation Oncology: Volume 28 - Issue 2 - p 10-18, 2010
- [2] R.Zajączkowska, M. Kocot-Kępska, W. Leppert, et al. "Mechanisms of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy," International journal of molecular sciences, vol. 20, no. 6, p. 1451, 2019
- [3] M.D. Stubblefield, H.J. Burstein, A.W. Burton, et al. "NCCN task force report: management of neuropathy in cancer," Journal of the National Comprehensive Cancer Network, vol. 7, no. Suppl_5, pp. S-1-S-26, 2009
- [4] E.M. Smith, H. Pang, C. Cirrincione, et al. "Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial," Jama, vol. 309, no. 13, pp. 1359-1367, 2013
- [5] M.Aghili, M. Zare, N. Mousavi, et al. "Efficacy of gabapentin for the prevention of paclitaxel induced peripheral neuropathy: A randomized placebo controlled clinical trial," The Breast Journal, vol. 25, no. 2, pp. 226-231, 2019
- [6] Lang-Yue Hu et al. Prevention and Treatment for Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Therapies Based on CIPN Mechanisms. Current Neuropharmacology; 17, 184-196, 2019
- [7] Zijlstra FJ, van den Berg-de Lange I, Huygen FJ, Klein J. Anti inflammatory actions of acupuncture. Mediators Inflamm 2003;12:59-69.
- [8] Lin JG, Chen WL. Acupuncture analgesia: a review of its mechanisms of actions. Am J Chin Med 2008; 36:635-45
- [9] T.J. Chien, C.-Y. Liu, C.-J. Fang, et al. "The Efficacy of Acupuncture in Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Systematic Review and Meta-Analysis," Integrative cancer therapies, vol. 18, p. 1534735419886662, 2019
- [10] K.Li, D. Giustini, D. Seely. A systematic review of acupuncture for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. Current Oncology, Vol. 26, No. 2, e147-e154, April 2019
- [11] Feng YQ. Clinical observation of prevention and treatment of oxaliplatin-induced neurotoxicity by Chinese medicine hand and foot bath [中药外洗防治奥沙利铂神经毒性的护理观察]. Straits Pharm J; 23:203-204, 2011
- [12] Cai ZB. Clinical Observation of Prevention of Oxaliplatin-Induced Neurotoxicity by Wenjinghuoxue Formula Bath [温经活血方外洗预防奥沙利铂周围神经毒性的临床观察]. Guangzhou, China: Guangzhou University of Chinese Medicine; 12-16; 2016
- [13] Ji Yi et al. Prevention of Oxaliplatin-induced Peripheral Neurotoxicity by External Washing of Traditional Chinese Medicine: A Systematic Review and Meta-analysis. [中药外洗预防奥沙利铂所致周围神经毒性的系统评价及Meta分析]. Chinese Archives of Traditional Chinese Medicine [中华中医药学刊]; Vol 35, No. 2, Feb 2017
- [14] Yihong Liu, Brian H. May et al. Integrative Herbal Medicine for Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy and Hand-Foot Syndrome in Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Integrative Cancer Therapies; 1-21, 2018.
- [15] Hyeonseok Noh et al. A Systematic Review of Herbal Medicine for Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy. Hindawi Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine; Article ID 6194184, Volume 2018.
- [16] Ranhee Park, Chaisoon Park. Comparison of Foot Bathing and Foot Massage in Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. Cancer Nursing; Vol. 38, No. 3, 2015.



学识渊博，尔雅温文 ——许颖之医师

林英（新加坡）

许颖之医师，原籍广东澄海县人，少怀大志，远渡南洋，医术精湛，曾任同济医院首席医师多年，悬壶济世于新加坡干拿街八号A(8-A, Canal Road, Singapore 1)四十余载。

许老医师亦是新加坡中医师公会发起人之一，于1968年-1970年任新加坡中医专门学校（新加坡中医学院前身）副校长，许老医师临床经验丰富，学识渊博，为人和蔼可亲，素为大家敬重。^[1]

从事中医教育多年，许颖之医师总是劝勉医专同学，“天下事有难易乎，为之，则难者亦易矣；不为，则易者亦难矣！”。他为中途退学的同学感到惋惜，何以故耶？盖彼等意志不坚，始则乘兴入学，及至中途，益觉艱年，终乃顿萌退意，而前功尽弃。对于完成学业的同学，许老指出，苟非有恆以钻仰，曷望其成？修业期满，对医学仅略窥门径，犹未登堂入室，然已属难能可贵，此后继续浏览各家学说，参以临床经验，则将来成就，固未可限量。

他勉励同学，离校之后，对前贤著作，尚须三折其肱，以冀学能深造，倘学问渊博，即遇疑难之证，自能觸类旁通。

许老也指出，病情千变万化，临床之际，处方用药，应活用而不可拘泥。^[2]

1968年许颖之任中医专门学校副校长（校长游杏南），6月12日通过了中医专门学校校训为“慎勇端勤”，延用至今，恒久长新。同年8月20日第十九届第8次委员会通过中医专门学校的课程不再分高初级班，改为四年制中医课程，中医教育进入新阶段。

1971年4月19日国家发展部正式批准在大巴窑四巷拨地1万9560方尺，充作中华医院建院之用，准予建筑五层楼，许颖之为建院筹备委员会委员之一。

许医师於1977年6月1日溘然辞世，享寿69岁，其后嗣长男许汉斌，次男许国斌皆受高等教育，许老医师将数十年医术心得传授三女婿戴文政及五女许珏莹继承衣钵。^[3]



1968拟定的校训

【参考文献】

- [1] 大巴窑中华医院落成纪念特刊，p83, 87, 175
- [2] 中医专校第七、八届高初级班毕业刊(1968)p3
- [3] 星洲日报、南洋商报1977/6/3

再论手法检查卵泡

陈建生（新加坡）

前言

本篇文章首登于2015年9月之第六届国际中医妇科学术大会论文集中，在2016年经中医学院校友会的中医药报转载，引起新加坡中医界的重视。这个手法，突破了中医生育科在预测排卵期的瓶颈。

女性的生理

卵巢是女性的生殖腺，能产生卵子及分泌女性激素。在青春期生殖器官迅速发育成熟，卵巢开始排卵并分泌性激素，子宫内膜出现周期性变化，乳房增大，性成熟，具有生育能力。《黄帝内经》中之《素问·上古天真论》篇中主要是论先天真气在人体生长衰老和生殖功能盛衰过程中的作用与规律。“女子七岁肾气盛，齿更发长，二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子，……”。新加坡地理位置处于赤道，天气炎热，饮食与环境均佳，造成小女孩性早熟，九、十岁来月经者，时有闻之。

正常卵巢是成对的实质性器官，位于子宫两侧、横结肠下方、盆腔侧壁的卵巢窝内，卵巢呈扁椭圆形，成年女性的卵巢约为4cm×3cm×1cm，卵巢的大小和形态因人而异，也随年龄而不同，在更年期后随月经停止而逐渐萎缩。

卵泡与性激素

妇女在青春期以后，在脑垂体分泌的卵泡刺激素（FSH）和黄体生成素（LH）的作用下，每个月经周期（约28-30天）均会从卵巢中排出一个成熟卵泡，在正常的生理周期，每月只从其中一个卵巢排卵，但有一些特殊情况，即每个卵巢每月都会排卵，或一个卵巢中有多过一个成熟的卵泡，多囊卵巢综合征（PCOS）即一个卵巢中有多个小卵泡，但由于卵泡成熟期较长，PCOS最明显特征是月经周期可以从20多天至3、4个月。在临床上，约70%的卵泡是在左卵巢排出，约20%是从右卵巢排出，约10%是左右卵巢轮流排出。在中药、针灸或服用西药，例如克罗米芬等均有机会排出多个卵泡，卵泡经输卵管伞吸入而后在输卵管中与精子会合而成受精卵。

卵泡的检查

成熟卵泡是卵泡发育的最后阶段，卵泡体积很大，直径可达到22mm，并突向卵巢表面，检查卵泡大小的方法有两种，即：

- 1、最好及准确检查卵泡大小的方法是通过阴道超声波检查，但在新加坡的医疗体系是以西医为主，中医为辅的地

位。这些具有侵入身体的检查仪器，则只有经过特别训练的西医妇产科专科医生方可使用，而且每次检查收费约为 S\$200-250 之间，费用高昂。

2、具有专业的妇科中医师，在经过特别训练后，可通过手法触诊来推测卵泡大小及排卵时间。检查的手法如下：

- ① 病人首先必须排空体内之粪便与尿液，然后平躺于治疗床上，放松腹部肌肉，呼吸自然，将脐下与曲骨间之腹肌露出。
- ② 医师立于床侧，双足平立，身体放松，沉肩垂肘，呼吸平和，精神集中，以食、中、无名及尾指指腹轻轻按压病人腹部双侧，以找出卵巢的位置大小投影；若是卵巢中有卵泡，手中会感觉有一团肉突出，并微带弹性。然后再根据病人体内脂肪、肌肉厚度来计算卵泡大小，排卵日期。

检查卵泡时注意事项

注意事项：

- 1) 诊室温度宜设于 27-28°C 间，太冷会造成腹肌收紧，影响检查。
- 2) 医师的手指必须消毒，手要温暖，手冰冷，则病人抗拒，腹肌收紧。
- 3) 肥胖的病人则须更有经验的医师方可查出。
- 4) 腹部胀风或矢气多者，较难查出。
- 5) 触诊无法分辨出是卵泡还是卵巢囊肿。
- 6) 一些腹部手术，会影响检查手法。
- 7) 做人工受孕（IVF 或 ICSI）的妇女，因注射荷尔蒙药，每侧卵巢可能产生 2 至 3 粒或更多卵泡，在检查卵泡的大小有一定的困难。

触诊是中医检查病情手法之一种，触诊的好处是体外检查，较卫生，病人无痛楚，约五到十五分钟的检查时间，收费低，准确度可达 90 至 95%，可助推测排卵日期以提高受孕机会。

中医对功能性消化不良的机制研究

何宇瑛（新加坡）

前言

功能性消化不良（Functional Dyspepsia, FD）是消化系统的常见病，临床症状以早饱、餐后不适，上腹胀痛、上腹烧灼感的一个或多个症状。近几年求诊中医治疗的患者增加，临床专家认为发病机制与脑肠轴，胃肠激素，胃肠动力障碍，胃肠道过度敏感以及社会因素和精神情志因素有关^[1]。FD属于中医的“痞满”，“胃痛”等范畴。中药及针灸针对本病的机制治疗研究有不同靶点，本文尝试将其相关机制与中医诊治加于结合，为临床治疗提高参考。

一、中药对胃肠激素的影响

胃肠动力障碍是FD发病多关键因素之一，与胃肠激素有密切关系。中药与针灸治疗对胃肠激素调节有临床指导意义。胃肠激素又称为“胃肠肽”，是分布于胃肠黏膜细胞之间，包括有胃动素（motilin, MTL），胃泌素（gastrin, GAS），生长抑素（somatostatin, SS），降钙素基因相关肽（calcitonin-related gene peptide, CGRP），促胆囊收缩素（cholecystikinin, CCK）等等。这些激素能影响消化功能和调节胃肠动力。

中药改善胃肠动力关于^[2]香砂六君子汤合半夏泻心汤治疗老年功能性消化不良的研究（脾虚气滞型）包括有以下3方面内容：

- 1、研究收集FD患者136例，随机分为观察组和对照组，每组68例，疗程8周，观察胃肠动力指标和血清CGRP，神经肽S受体-1（neuropeptide S receptor 1, NPSR1），白细胞介素-6（interleukin=6, IL-6）水平，结果观察到组总有效率为93.94%，显著高于对照组的82.26%（ $p < 0.05$ ）。
- 2、在胃动力方面：胃动素（MTL）高于对照组，半排空时间（ $t_{1/2}$ ）显著短于对照组，2h存留率显著低于对照组，随访6个月，观察组复发率为3.57%，显著低于对照组23.81%，（ $p < 0.05$ ）。结论为：香砂六君子汤和半夏泻心汤治疗老年FD（脾虚气滞型）疗效显著，能改善临床症状及胃肠动力，其机制可能与调节IL-6、CGRP、NPSR1。
- 3、白细胞介素（IL-6）是免疫T细胞分泌，可以激活肠道黏膜神经元参与调节胃肠活动，过高表达时导致胃肠功能紊乱^[3]。具体表现为以下几点：

- ① 降钙素基因相关肽（CGRP）降低：若FD病人CGRP的表达升高时，表示参与FD的发病^[5]。

（注：CGRP是一种脑肠肽，^[4]参与内脏痛觉调节，保护心肌细胞和免疫调节，也对胃肠功能有调节作用。）

- ② IL-6降低，（注：患功能性消化不良患者的血清IL-6明显高于健康者^[6]）。在以上研究表明能降低患者IL-6，提示香砂六君子汤合半夏泻心汤加减可以通过改善FD患者的脑-肠功能。
- ③ NPSR1升高，这神经肽S是胃肠细胞分泌，与肠道的炎症，对肠道的刺激，引起早饱、焦虑，也影响睡眠^[7-8]。

所以认为本研究可以降低IL-6和CGRP，升高NPSR1，改善脑肠轴功能，也增进胃肠的动力。

二、 中药方对胃肠激素影响是针对不同靶点

胃动素（MTL）是可以使胃体和胃窦收缩，松弛幽门括约肌；胃泌素（GAS）能增加胃蛋白酶分泌，促进胰腺和胆汁分泌，促进胃排空。

1、 中药方的具体作用机制如下：

- ① ^[9]六君子汤对脾虚型功能性消化不良的调节，是通过改善血清胃动素（MTL）水平，缓解饱胀和上腹痛，加强胃动力。

- ② ^[10]香砂六君子汤加减对胃动素及生长抑素水平的影响以助于胃肠动力恢复。

- ③ 另有研究认为^[11]柴胡六君子汤具有调节胃肠平滑肌、腺体分泌作用，利于调节胃泌素（GAS），促进胃肠动力，增强脑肠功能，缓解症状。

- ④ 此外，^[12]中药单体隔山消提取物能升高MTL和GAS水平，促进胃肠道运动。^[13]5-羟色胺（5-hydroxytryptamine, 5-HT）是一种肠脑型神经递质，越来越多研究证明它与胃肠动力、胃肠内脏高敏密切相关，参与功能性消化不良的发生。^[14]5-HT也与忧郁症有关，提高5-HT浓度可以缓解忧郁症状。临床研究证明^[15]柴枳平肝汤和^[16]四君子汤能升高血清的5-HT，也能提高患者血清MTL和GAS水平以改善胃肠动力，调节胃肠敏感性。

- 2、 有学者从脾虚辨证治疗本病，总结出从“脾虚”治疗FD的疗效更优越，干预点多，提出从“脾虚”治疗FD可以调节脑肠轴，改善胃动力，修复十二指肠屏障，降低内脏敏感，为中医治疗FD提供理论依据^[17]。

- 3、 另外，近年来也有针灸治疗FD的研究：如^[18]肖开婷研究针灸治疗胃肠动力障碍患者，对胃肠激素影响，结果治疗后MTL升高，胃肠道症状积分降低。^[19]郑朝怡也采用推拿针灸治疗FD，研究结果对胃肠动力和血清胃肠

激素水平显著提高，恢复消化功能。可见，针灸能通过增强胃肠激素以恢复胃肠动力。

三、 中药复方对胃肠神经的影响

胃动力障碍是FD发病的主要病机，而脑-肠轴异常也是发病的关键。现代医学认为，^[20]肠道和大脑之间还可以通过内分泌，肠道菌群等体液途径实现双向调节，在维持正常的胃肠功能方面有重要作用。脑-肠肽作为神经递质，双向调节脑-肠轴在FD的调控。其中5-HT是脑-肠肽之一，在实验研究显示：

- 1、^[21]中药复方胃康宁（党参15g，黄芩9g，白芍15g，姜半夏10g，厚朴10g，砂仁8g，炙甘草9g，郁金8g）能上调5-HT的表达，到达改善胃肠动力，降低胃肠过敏的作用。此试验研究也显示^[22]神经元TRPV1表达上调，细胞兴奋增加，为内脏高敏的重要环节。
- 2、香砂六君子汤能下调TRPV1和5-HT的表达，从而缓解胃高敏状态，本方可明显缓解患者的上腹痛，餐后腹胀，早饱等症状。
- 3、此外，兴奋胃肠动力的神经递质乙酰胆碱（ACh）具有促进胃和十二指肠运动，加快胃排空作用；ACh的神经递质的水溶酶AChE，动物实验证明茯苓甘草汤能增加大鼠胃底AChE的含量，改善胃液排空延迟^[23]，并发现FD的发病过程常伴有胃黏膜组织多种

蛋白的异常，茯苓甘草汤可以使胃黏膜蛋白AQP3、Ghrelin、Claudin-1、Occludin的表达上调，减少水潴留导致腹胀、动力障碍症状^[24]。

总之，中药和针灸能针对FD的机制不同靶点治疗，临床治疗在辨证论治基础上配合与机制相关性的药物治疗更有针对性，疗效更好。

四、 病案讨论

患者，女，46岁，21.6.2022初诊。纳后上腹堵塞感约半年，上周去泰国回来加重，刻诊上腹饱胀，今天午餐进食一半觉有饱胀，胀痛，暖气，口气大，口干，大便不成形，胃有水音，肠鸣，总觉咽部有痰，舌根厚腻，脉细弦。西医诊断为功能性消化不良。

1、 中医诊断：

脾虚夹湿浊之痞满，治以健脾益气理气，和胃化浊，方药选取四君子汤和半夏厚朴汤加减：半夏厚朴汤3g，四君子汤3g，黄芩1g，白芍1g，苍术1g，麦芽2g，山楂1g，枳壳1g，薏苡仁1.5g，7天药。

7天后复诊，胃部胀满明显缓解，口干，大便不成形，日1次，舌淡红，苔改善呈略腻，脉细弦。上方加麦冬1.5g，山药1g，再服用14天后患者不再复诊，2月后因感染Covid-19转阴性后求诊，胃胀消失，无明显暖气，大便成形，嘱忌生冷之品，避免辛辣，油腻食物。

2、 病例讨论

患者脾虚运化失司，湿浊郁滞中焦，气机壅滞，胃腑不能通降发为痞满。选药四君子汤健脾益气，苍术运脾燥湿，半夏厚朴汤降气除满，现代临床研究认为^[25]半夏厚朴汤能增加胃排空，加强胃动力，并不影响肠运动功能，配以黄芩为“辛开苦降”之法，白芍以敛阴止痛，枳壳降中焦滞气，消胀，薏苡仁淡渗利湿，祛湿不忘养阴扶正，麦冬、山药益胃生津。通过健脾和胃，调理气机症状自除。

五、 小结

本文介绍了现代西医的功能性消化不良的病理机制，即降低白细胞介素-6（IL-6）和降钙素基因相关肽（CGRP），及升高神经肽S受体-1（NPSR1），能协助改善脑肠轴功能，也增进胃肠的动力。根据中医学的整体思维，对功能性消化不良的治疗是有多途径，通过多靶点的作用机制，调理人体阴阳平衡，纠偏脾升胃降的功能同时，调节情志，提高患者生活素质。通过从现代医学的获得的知识，结合运用在中医理论和中医药为病患诊治功能性消化不良的问题，疗效会更好。

【参考文献】

- [1] 唐旭东.常见脾胃病中医临床实践指南[M].科学技术文献出版社.71-98.
- [2] 郭令飞, 徐明兴, 葛华等.香砂六君子汤合半夏泻心汤对老年功能消化不良(脾虚气滞型)患者胃肠动力及血清IL-6、CGRP、NPSR1水平的影响[J].中药材 2019,42(10):2440-2444.
- [3] 赵波.炎症性肠病者IL-6、SICAM-1及chemerin改变及自主神经功能相关性研究[J].胃肠病学和肝病学杂志 2017,26(5):555-558.
- [4] 邓慧玲, 张玉凤, 付凤.降钙素基因相关肽的研究进展[J].中国小儿急救医学 2015,22(5):337-340.
- [5] 张旭.脑源性神经营养因子(BDNF)、降钙素基因相关肽(CGRP)在功能性消化不良(FD)患者中的表达及其临床价值
- [6] 曾俊, 唐亮.功能性消化不良血清白介素-6浓度与焦虑抑郁评分的相关性研究[J].临床和实验室医学杂志, 2015,14(3):207-209.
- [7] 侯一平, 王灿, 谢宇平, 等.神经肽S对睡眠觉醒的调节[J].兰州大学学报.2014,40(4):79-92.
- [8] 付培培, 刘剑波, 林秀金, 等.神经肽S受体1和消极应对在慢性心理反应[J].中华行为医学与脑科学杂志 [J].2018,27(11):1016-1019.
- [9] 周利林.六君子汤脾虚型功能性消化不良患者血清胃动素水平的影响分析[J].中西医结合与祖国医学, 2020, 24(14):2025-2026.
- [10] 胡绍山.香砂六君子汤联合潘立酮治疗功能性消化不良的疗效及对血清胃动素, 生长抑素水平的影响[J].医学伦理与实践 2019, 32(15):2387-2388.
- [11] 付慧婷.柴芍六君子汤治疗功能性消化不良的临床效果[J].河南医学研究, 2020, 29(8):1473-1475.
- [12] 隔山消提取物对功能性消化不良模型大鼠脑肠肽及胃肠道功能的作用机制研究[J].中国药业, 2021, 30(13):23-26.
- [13] 古巧燕、张军.5-羟色胺与功能性消化不良相关性研究进展[J].西部医学 2015, 27(1):155-158.
- [14] 刘运至、魏立仁.柴枳平肝汤治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床观察[J].中医药导报, 2012, 18(2):53-54.
- [15] 马克强、李万禹、冯雪祯.柴枳平肝汤对功能性消化不良肝胃不和证患者血清5-HT、SS含量的影响, 2016, 32(6):528-531.
- [16] 齐晓霞、万晓燕、王波等.四君子汤治疗功能性消化不良等临床治疗分析[J].现代生物医学进展, 2017, 17(19):3734-3737.

- [17] 刘嘉彬、王静、叶振昊等.从“脾虚”论治功能性消化不良机制等研究[J].中国中医基础医学杂志, 2022, 28(5):827-831.
- [18] 肖开婷.胃肠三针改善脑中风后胃肠动力障碍对临床疗效观察[D].广州中医药大学, 2019.
- [19] 郑朝怡.推拿配合针灸治疗脾虚虚弱型功能性消化不良的临床疗效及对患者胃动力, 血清胃肠激素水平的影响[J].解放军预防医学杂志, 2019, 37(3):158-159, 161.
- [20] 张宇迪、刘纯伦.功能性消化不良与脑-肠轴[J].胃肠病学和肝病学杂志, 2019, 28(8):939-946.2
- [21] 常玉娟、曹敏敏、刘艳君等.胃康宁对功能性消化不良大鼠十二指肠黏膜神经递质变化的研究[J].世界中西医结合杂志 2016, 11(2):245-249.
- [22] 袁莉莉、余跃、蒋楠等.内脏高敏大鼠结肠特异被根神经节神经元 TRPV1 表达和电生理特征变化[J].chin J gastroenterol.2015,20(6):340-344.
- [23] 茯苓甘草汤对功能性消化不良大鼠胃底 NO、ACHE 影响的实验研究[J].贵阳中医学院学报, 2011,33(3):43-46.
- [24] 曹峰、杨秦.茯苓甘草汤对功能性消化不良模型大鼠的改善作用机制研究[J].中国药方, 2019,30(4):473-477。
- [25] 吴建平.功能性消化不良与心理因素、胃肠动力关系的研究及半夏厚朴汤干预[D].中国科学院2005.

辛开苦降法与半夏泻心汤病机分析

吴多丽（新加坡）

笔者通过“名老中医百家讲坛”在线学术讲座聆听姜建国教授的“《伤寒论》复杂性辨证思维”后，上网查有关文献，学习他用经方的辨证思维，其中挑选了治疗脾胃病具有代表性的半夏泻心汤，概述姜建国教授辨证思维分析辛开苦降法与半夏泻心汤病机。

姜建国教授是山东省名中医药专家，山东省教学名师，第五批、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。

半夏泻心汤源于《伤寒论》原文149条：“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，后与柴胡汤。此虽已下之，不为逆，必蒸蒸而振，却发热汗出而解。若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之。但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤”。

辛开苦降之性味理论^[1]

中药既有四气（性）包括寒热温凉，又有五味（用）包括辛甘酸苦咸。中医组方配伍中对于寒性药物及热性药物的使用，除了以寒治热、以热治寒的最基本常规的使用之外，姜建国强调还尚有一种特殊的配伍方法，也是一种变法思维，即舍性取用法，也可称为舍气取味法^[2]。

它不着眼于干姜性热以治寒病、黄芩黄连性寒以治热病，而是通过辛开苦降以泻心和胃，通过泻心和胃以消痞、满、痛之症。对半夏泻心方的证治认识应在于通过“泻”心下之邪以达“消”心下之痞、满、痛的目的。黄连配伍干姜，并非是取寒热之性，而是取辛开苦降之意。辛开苦降调理脾胃气机升降，是治疗脾胃病的根本之法。《脾胃论》云黄连药性“沉也”，《日华子本草》云黄芩能够“下气”，说明二药能“苦降”；《本草思辨录》云干姜可“温太阴之阴”，半夏“辛则开结，平则降逆”，说明二药可以“辛开”。

辛走气，用辛以散之，消痞满者必配伍辛味药物，以辛为助。每一味中药都具有“性”与“味”两个方面，并且二者联系密切。清代叶天士在《临证指南医案》中指出：“痞闷为气分之郁……辛开苦降，开达上下升降之路”。“微苦以清降，微辛以宣通”的论点，认为苦辛合用可以达到清热除湿的治疗效果^[3]。张秉成在《成方便读》明确指出“半夏泻心汤”中配伍“黄芩、黄连与干姜”正是体现了“一升一降，一苦一辛”的治法。姜建国也说辛，往上升；苦，往下降。这样如同将“痞”撕开了，痞一撕开，气机上下通畅了，就达到了泻心消痞的目的。

辛开苦降法，既按照脾胃的生理特点与病机特点用药，又符合复杂性病证临床证治的配伍方法。善于清除湿热而舒畅气机，以此法治疗病人的胃腔疾病，以通为补，用药方能“效如桴鼓”。辛味有伤阴之弊，配伍苦寒药之黄连可消除此弊，苦寒太过又易伤脾阳，故配伍辛热之干姜可解寒凉之弊。辛开苦降之法具有散结消痞，调畅气机，分解湿热，制约偏性，反佐从治等作用。

半夏泻心汤病机分析

有关半夏泻心汤证的病机，历代医家多有论述，但是观点却是各抒己见，参考的文献主要归纳以下几种观点^[4]：

第一、热挟水饮：以清代医家程应施为代表，认为半夏泻心汤的病机是热邪与水饮之邪相互搏结于心下而致。即其所论述的“热邪挟水饮，尚未成实”。

第二、寒热错杂：以清代医家柯琴为代表，认为半夏泻心汤的病机是“寒热之气互结心下”所致，配伍干姜与半夏之辛味，黄芩与黄连之苦味，以达到消除寒热的作用^[5]。刘渡舟先生也认为其病机为是中焦之气升降失序，寒热错杂所致。

第三、湿热为病：清代著名医家汪琥认为半夏泻心汤是治疗“湿热不调，虚实相伴之痞”的方剂。当代著名中医学专家任应秋也认为本方证的病机在于是“湿热兼虚”。

第四、胃虚有热：医学史上《伤寒论》注解第一人成无己曾云“胃气空虚，客气上逆”，认为半夏泻心汤能够让“痞消”使“热已”。

第五、痰涎为病：明末清初著名医学家喻嘉言曾云：“诸泻心汤，原以涤饮，此证因呕，故推半夏为君”。清代医家秦之桢所著之《伤寒大白》也认为诸泻心汤病证“皆是痰饮作祸”。

以上这些观点分开来看，第一种观点，若邪气为热邪水饮，为何还配伍干姜呢？这一点恐怕解释不通。第二种观点的矛盾之处在于寒热两性本为对立双方，如水火之矛盾，怎可同时、同位而见？对于认为使用寒性药物就治疗热性病证，用热性药物就治寒性病证，必然会导致陷入线性思维之中，不能因半夏泻心汤，寒热药物并用，就简单的推导其病机为“寒热错杂”，是对张仲景原方旨意的误读。第三种观点，湿热为病，的确，半夏泻心汤方中配伍药物有祛除湿邪的，有清除热邪的，但并不足以说明该方证病机便是湿热。第四种观点胃虚有热，若只是胃虚有热，胃气亏虚的情况下，同时配伍黄芩、黄连会不会进一步导致胃气更虚？热病为何用热药？第五种观点与第三种观点类似，若病机只为痰饮，为湿热，配伍人参，大枣，甘草岂不更是助痰而生、助湿热更重？

基于对以上问题的理解，姜建国对半夏泻心汤的认识有独到的见解。认为其病机，是为脾胃呆滞，湿浊中阻，升降失常。脾胃呆滞，则运化失职；湿浊内生，则阻滞气机，故出现心下痞硬满的症状；升降失常，气机逆乱，则出现肠鸣；清气不升，则可导致下利；浊阴不降，则发生呕吐；湿浊内阻，反应于舌苔则出现腻苔。

现代医家多认为半夏泻心汤以辛热之干姜配伍苦寒之黄芩、黄连，进而推测其病机是为“寒热错杂”，更以“痞”做为邪气结聚之病。姜建国认为这是为常法思维^[6]。若认为中医的组方配伍规律，就是用寒性药以治疗热证，用热性药就治疗寒证，必然陷于线性思维的囹圄里，所以对半夏泻心汤的认识，姜建国认为应从变法思维的角度进行认知。况且《伤寒论》中条文第158条中张仲景明言“此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也”。既然“此非结热”，所以更谈不上“寒热错杂”之证了。

结语

新加坡在1978年禁用黄连等含小檗碱（berberine）成分的中药材，终于在2016年4月1日起正式解禁^[7]。中华医院

药房清单也在2020年左右引进半夏泻心汤颗粒药剂，我们才有机会临床应用此方。

姜建国临床使用半夏泻心汤时，认为使用的关键在于辨准病机，而病机之辨，并不必纠缠于寒与热，而是重在气滞湿阻及苔腻之辨。临证中存在脾胃呆滞、湿浊中阻的基本病机，就可以使用半夏泻心汤。

中医学院《方剂学》教材是根据“寒热互结”的病机，分析半夏泻心汤的组方原理，所以临床上一般性的辨证思维是以教材最为典型常规的思维模式。笔者回顾一些去年的病案，临床上也有病患以胃脘痞满为主症，既没有明显的热象，又没有显著的寒象，更没有寒热错杂的表现，受教材辨证论治常规辨证思维，的确错过运用半夏泻心汤治疗的机会。

【参考文献】

- [1] 吴琰、姜建国以伤寒理法辨治脾胃病的经验.山东中医药大学, 2016(03):5-8.
- [2] 姜建国《内经》气味论的本意义.山东中医学院学报, 1980,(3):45-47.
- [3] 李明珠、方剑锋.从开阖枢论半夏泻心汤之辛开苦降.河北中医, 2015,37(11):1678-1679
- [4] 王小溪、王丽、寇姆.半夏泻心汤证病机初探.现代中西医结合杂志, 2012(36):4062-4063.
- [5] 兽美君.半夏泻心汤刍议.中医药学报, 2006,34(4):54-55.
- [6] 姜建国、倪方利.半夏泻心汤的疑难问题与临床应用.山东中医杂志, 2005,24(10):583-585
- [7] 早报网站 <https://www.zaobao.com.sg/zlifestyle/beauty-health/story20160322-595335>

2022 年世界 针灸学术大会记事

林英（新加坡）

新加坡中医师公会于2022年11月18-20日，假莱佛士城会展中心举办世界针灸学会联合会第十届会员大会暨2022世界针灸学术大会。本次大会由新加坡中医师公会与世界针灸学会联合会联合主办，新加坡中华医院及新加坡中医学院承办，支持单位包括新加坡卫生部，新加坡中医研究院、南大中医、新加坡同济医院、新加坡中医药促进会、新加坡中医中药联合会、新加坡针灸学会、新医协会、新加坡中医学院校友会和新加坡中华医学会；除了线下，大会还设线上会场，各国代表们以线上、线下相结合的方式，围绕着大会主题“弘扬中医针灸，护佑全民健康”展开交流。

2022年11月19日上午9时，大会在莱佛士城会展中心四楼展厅举行盛大的开幕典礼，主礼嘉宾为我国卫生部长王乙康先生。与会贵宾包括中国驻新加坡特命全权大使孙海燕女士，新加坡中医管委主席符喜泉女士，世界针灸学会联合会主席刘保延教授，及新加坡中医师公会会长赵英杰，世界针灸学会联合会副会长和新加坡中医师公会副会长郭忠福等；中国针灸学会副会长兼秘书长喻晓春、世界针联秘书长杨金生等来自26个国家和地区的600

余名领导专家以线上加线下的形式参加会议。

新加坡中医师公会会长赵英杰教授在开幕仪式致欢迎辞表示，2022世界针灸学术大会是新冠肺炎疫情暴发三年来，首次在新加坡举行的大型国际中医药盛会。多年来，新加坡中医师公会与世界各地中医机构合作，共同促进针灸医学的研究、发展和传承。相信本次大会在针灸医学的理论、方法、验证、未来的发展方向、传承和创新方面，能够进行深入探究，为人类健康做出更大的贡献。

世界针联第十届主席刘保延教授在开幕辞中表示，世界针联自成立以来，持续与各会员单位拓展交流与合作，并与国际组织、区域性组织、各国卫生部门、研究机构等保持密切联系，推动针灸在196个国家和地区使用；新冠肺炎疫情以来，创新打造在线针灸学术交流平台，提升服务会员、服务行业和服务社会的能力。

中国国家中医药管理局副局长黄璐琦院士在视频致辞时指出，国家中医药管理局高度重视世界针联作为重要平台在促进

中医药国际化中的作用，并将一如既往地支持世界针联的工作，希望针灸能够实现传承创新发展，提高针灸疗效，加强交流合作，发挥独特优势，团结资源力量，联手应对挑战。

中国驻新加坡大使孙海燕在致辞中分享亲身体验针灸疗效的往事以及对中医针灸的思考时指出，中西医各有所长，只有在深入了解的基础上，才能共同解决人类面临的问题与挑战。本次大会搭建了学术交流的桥梁，意义非凡，世界各地的会员和专家汇聚在新加坡，交流最新研究成果和实践经验，未来要探索更加行之有效的办法，将中医针灸文化的理念与内涵传递给更多的民众。相信中新双方未来能够在中医针灸科学领域有更多的合作与交流，让这项人类非物质文化遗产得到更广泛的传承，让中医药及针灸更好地维护人民健康。

新加坡卫生部长王乙康在致辞中指出，新加坡的医疗体系以西医学为主，中医药则扮演重要的辅助作用，近年来中医药和针灸普遍为更多新加坡人接受和使用。王部长认为要促进中西相辅相成，应利用循证医学来客观证明中医药疗效。卫生部在2014年推出“中医药科研津贴”，目前已投入超过50万元。2020年卫生部

属下的护理效能评估中心在研究后，肯定了针灸治疗腰痛和颈部疼痛的有效性、安全性和成本效益。王乙康表示，随着新加坡把国家医疗体系重心转向预防保健，西医和中医之间同中化异，异中求同的机会将会增加。王部长也建议，像今天的学术大会这样的平台，将来请更多的西医参与，中西医都能互相照应。

开幕仪式后，张伯礼院士、刘保延主席、石学敏院士、仝小林院士、韩济生院士、林昭庚教授、吴以岭院士、沈远东主席、德国 Hedi Luxenburge 教授和希腊 Konstantina Throdorotou 教授分别作了精采的主题报告。

11月20日从上午9时至5时的第一分会场及第二分会场，共进行了52个学术报告，最后由世界针联第十届主席刘保延教授大会总结报告，筹委会主席郭忠福医师在致谢辞中感谢大会主宾，领导及各国专家学者的出席，发表精彩学术报告之外，也感谢2022年世界针灸学术大会（新加坡）筹委会各组成员的付出和出色的表现，包括翻译、交通接待、论文审核、行政、会务、晚宴节目，支援及大会司仪等，使得此次国际针灸大会得以圆满成功落幕。

中医治疗良性前列腺增生症研究进展

陈坤耀（新加坡）

良性前列腺增生症（Benign prostatic hyperplasia, BPH）是中老年男性的常见疾病之一，以尿频、夜尿次数增多、排尿困难为主要临床表现，严重者发生尿潴留或尿失禁。研究表明，60岁男性患者的BPH发病率大于50%，80岁时可达80%以上^[1]。本病归属于中医“精癰”、“癰闭”、“淋证”等范畴，与患者年老肾气虚衰，气化不利，肾和膀胱功能失调密切相关。

目前本病主要治疗目标是缓解患者下尿路症状，延缓疾病临床进展，预防并发症，提高患者生活质量^[1]。中医治疗本病总以补肾益气，活血利尿为主，强调综合治疗，治疗方法多样，综述如下。

1、针药合治

赵明等^[2]认为本病诱发的重要原因是“脑-心-肾-精室”轴紊乱，针刺或施灸于任督二脉、头部、心经、肾经、腹部等部位腧穴，可调节全身阴阳之气，有利于化生精血，濡养精室，常用组合为“百会-少府-大钟-气海”；同时可采用“石菖蒲-丹参-桃仁-车前子”为核心的中药组合，通调“脑-心-肾-精室”轴，消散瘀浊。

郑燕军等^[3]采用益肾疏肝活血法治疗

前列腺增生患者48例，中药用复元活血汤加减，药物包括柴胡、瓜蒌、炒菟丝子、黄芪、川牛膝、桃仁、当归、乌药、益智仁、杭白芍、甘草，每日1剂，水煎服；同时采用益肾疏肝法针刺，取穴中极、三阴交、太冲、太溪，留针30分钟，隔日1次，每周3次；对照组48例予以口服坦索罗辛缓释胶囊，治疗8周后，中药组的有效率为81.3%，明显高于西医组的62.5%。

刘永存等^[4]采用针药并用配合提肛运动治疗前列腺增生患者27例，疗效肯定，能够升高雌二醇水平，降低睾酮、PSA水平。

2、中药治疗

王耀武等^[5]通过数据挖掘及分析万方数据和中国知网2001-2021年间中医药治疗BPH的临床研究文献，发现治疗本病最常用的药物为黄芪、牛膝、穿山甲、茯苓、肉桂，最常见的药对为桂枝-茯苓、党参-黄芪、红花-桃仁，置信度最高的角药为山茱萸-牡丹皮-茯苓、熟地-牡丹皮-茯苓、泽泻-牡丹皮-茯苓。

刘丹等^[6]通过挖掘并分析王琦院士治疗BPH时的组方用药，发现使用频次最高的药物为水蛭、王不留行、乌药、桃仁、

赤芍、桂枝、茯苓、丹皮。秦铭等^[7]在给予患者前列欣胶囊治疗的基础上,加用当归芍药消癥散治疗肝脾两虚型BPH患者56例,2个月后观察其疗效,症状改善明显,且能改善其尿动力学参数及性生活质量。临床亦多见以血府逐瘀汤^[8]、补中益气汤^[9]等治疗本病,且疗效优良。

3、针灸治疗

张涛等^[10]采用火针点刺关元、水道、曲骨治疗轻中度肾阳虚证BPH患者27例,每周治疗2次,连续治疗4周,对照组予以生活方式指导,每周进行1次,连续观察4周,火针组的IPSS评分、QoL评分、平均每日夜尿次数较治疗前及对照组有明显降低。邹瑶瑶等^[11]在常规护理的基础上,采用穴位贴敷合耳穴贴压治疗BPH术后患者39例,持续至术后第4天,发现能有效减少膀胱痉挛发生率及发作频次,减轻痉挛程度及疼痛程度。

吴少霞等^[12]在常规治疗及护理的基础上,加用雷火灸治疗肾气亏虚型BPH患者39例,治疗30天后,各项症状均有明显减

轻,前列腺功能得到改善,夜尿次数明显减少。徐龙等^[13]采用八髎穴埋线法治疗BPH患者40例,对照组采用口服普乐安片,3个疗程后观察到治疗组的总有效率为97.5%,明显高于对照组的80%。程智强^[14]采用针刺结合关元穴隔附子饼灸治疗肾阳虚型BPH患者34例,每日1次,连续治疗5天为1个疗程,休息2天后继续下一个疗程,治疗4个疗程后,观察其与口服西药组的区别,发现其能明显降低患者的IPSS评分、QoL评分、中医症状积分及残余尿量。

4、其他治疗

有学者通过实验研究观察本病的治疗手段,如池宁娟等^[15]将如意金黄散制成外用贴剂,通过实验研究验证了其对BPH大鼠有治疗作用,认为如意金黄贴可能通过降低TGF β 1、PTGS2 mRNA及Pro-COL-1和c-Fos表达,上调VCAM-1和p-ERK表达抗大鼠BPH。亦有热水坐浴、肛门栓剂、灌肠疗法等也被广泛应用于临床^[16]。

【参考文献】

- [1] 于文晓.良性前列腺增生症中西医结合多学科诊疗指南(2022版)[J].中国男科学杂志,2022,36(02):96-102.
- [2] 赵明,郭军,王福等.从“脑-心-肾-精室”轴探讨良性前列腺增生的中医康复思想[J].吉林中医药,2022,42(10):1121-1124.
- [3] 郑燕军,汪云兴,徐秀娟.益肾疏肝活血法治疗肝郁肾虚血瘀型前列腺增生效果观察[J].中国乡村医药,2022,29(19):26-28.
- [4] 刘永存,赵会谢,刘国伟.针药并用配合提肛运动治疗前列腺增生的疗效观察及对血清PSA、睾酮、雌二醇的影响[J].上海针灸杂志,2022,41(01):5-9.DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2022.01.0005.
- [5] 王耀武,郭付祥,杨荣超等.基于数据挖掘探讨中医药治疗良性前列腺增生症的临床运用现状及规律[J].中国男科学杂志,2022,36(02):28-38.
- [6] 刘丹,汤轶波,白雪等.国医大师王琦院士临床治疗前列腺增生症的组方挖掘及用药思路探究[J].天津中医药,2021,38(09):1108-1115.

- [7] 秦铭, 李金珂, 陈忠宝. 当归芍药消癥散加减治疗肝脾两虚型良性前列腺增生对患者尿动力学参数及性生活质量的影响[J]. 四川中医, 2021,39(12):135-138.
- [8] 徐世锐. 中药血府逐瘀汤治疗老年性前列腺增生的临床效果[J]. 名医, 2021(23):157-158.
- [9] 黄辉虎, 黄卫, 邢益涛等. 补中益气汤加味对老年前列腺增生术后并发症及性激素水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2021,41(18):4017-4020.
- [10] 张涛, 荀韵清, 刘慧林等. 火针治疗轻中度肾阳亏虚型良性前列腺增生疗效观察[J]. 中国针灸: 1-6.
- [11] 邹瑶瑶, 陈艳. 穴位贴敷联合耳穴贴压对良性前列腺增生患者术后膀胱痉挛的影响[J]. 光明中医, 2022, 37(14):2601-2604.
- [12] 吴少霞, 于文琦, 林俏丽等. 雷火灸联合常规疗法治疗良性前列腺增生临床研究[J]. 新中医, 2022,54(14):184-188. DOI:10.13457/j.cnki.jncm.2022.14.041.
- [13] 徐龙, 范惠琴, 王娣等. 八髎穴埋线治疗良性前列腺增生临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(11):102-104.
- [14] 程智强. 针刺结合关元灸治疗肾阳虚型良性前列腺增生的临床疗效观察[D]. 福建中医药大学, 2022. DOI: 10.27021/d.cnki.gfjzc.2022.000151.
- [15] 池宁娟, 刘明义, 冯娟等. 如意金黄贴对良性前列腺增生大鼠 TGF β 1、PTGS2 mRNA 及相关蛋白的影响[J]. 中国老年学杂志, 2022,42(19):4831-4834.
- [16] 赵琦, 李海松, 王继升等. 中医药治疗良性前列腺增生临床研究评述[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022,28(02):236-241. DOI:10.13422/j.cnki.syfjx.20220294.

浅谈女性尿失禁的中医治疗

蔡慧馨（新加坡）

尿失禁（Urinary Incontinence）是无法自主控制尿液的排泄，导致尿液漏出的一种疾病^[1]。而压力性尿失禁（Stress Urinary Incontinence）主要表现为在喷嚏、咳嗽或运动等腹压增高时出现尿液从尿道不自主的流出。导致尿失禁的常见原因包括尿道括约肌或盆底肌肉松弛，控制力减弱等^[2]。许多人误认为尿失禁是属于衰老的自然现象，因此并未给予重视；也有部分患者因为觉得尿失禁难以启齿而不积极寻求医疗帮助。

随着年龄的增长，尿失禁的发生也越频繁^[1]。根据研究显示，全球8.7%的人口（4.2万人）都有尿失禁的问题，其中以女性较多见。荟萃分析显示，45.1%的亚洲年长女性都受尿失禁问题困扰^[3]。新加坡一项研究（2017）则发现，本地有约41.74%（n=230）的老年人受尿失禁困扰^[4]。

尿失禁属于中医“遗尿”，“遗溺”的范畴。“遗溺”最早在《素问·宣明五气》中记载：“膀胱不利为癃，不约为遗溺”。而压力性尿失禁则对应中医“膀胱咳”的范畴－《素问咳论篇》“膀胱咳状，咳则遗溺”^[5]。

《妇人大全良方》云：“经云膀胱不利为癃，不约为遗尿者。乃心肾之气，传送失度之所为也。故有小便涩而遗者，有失禁而出不自知者。”《素问脉要精微论篇》

则提到：“水泉不止者，是膀胱不藏也。”故本病病机以肾气失司，气化失常，心肾不交，膀胱失约为主，多因先天禀赋不足，老年体弱，久病劳损亏耗肾气所致。

各医家在临床上对治疗尿失禁都有各自的辨证思路。魏俊英^[6]等总结出女性压力性尿失禁的常见证型有：肾气亏虚型，气血亏虚型和湿热下注型。肾气亏虚型，方用桑螵蛸散（桑螵蛸30g，黄芪30g，金樱子15g，柴胡6g，升麻6g，枳壳6g）；气血亏虚型，方用加味八珍汤（人参6g，黄芪15g，炒白术10g，茯苓6g，熟地黄15g，当归10g，川芎6g，芍药6g，生龙骨15g，生牡蛎15g，炙甘草6g）气虚明显的可以加大人参、黄芪的用量，血虚明显的可以加大当归、熟地黄用量；湿热下注型，方用薏苡仁散（薏苡仁30g，黄柏15g，石韦15g，滑石30g，芡实15g，川楝子10g）若湿重于热，可加茯苓、泽泻、车前子等。若热重于湿，可加黄柏、苦参等。

魏俊英等^[7]后又根据临床观察，发现痰湿型压力性尿失禁也颇为常见，故将女性尿失禁分为4种症型：痰湿内蕴，痰浊蕴结，痰浊壅肺和气郁痰阻。从脾胃论治，痰湿内蕴型方药多选半夏、茯苓、白术、陈皮、车前子等运脾祛痰化湿之品，如湿邪明显，可加苍术、白豆蔻。由于茯苓、车前子同时有利水的作用，可选桑螵

蛸、芡实、莲子固涩以制约其性。如果有气滞，可加枳壳、厚朴；如有寒，可加干姜。痰热蕴结型有热邪内扰，故应注意清除热邪，可选用栝蒌、半夏、枇杷叶、黄连以清热化痰，车前子、滑石导邪从小便出。痰浊壅肺型还应考虑清肺化痰，可选用半夏、茯苓、桔梗、前胡。偏寒者，可加生姜、细辛温肺化饮；偏热者，可加黄芩、大贝等清热化痰。咳甚者，加苏子、百部。气郁痰阻则当从肝脾论治，方用柴胡、白芍、茯苓、白术、陈皮、竹茹、金樱子、山茱萸。气郁化热者，加牡丹皮、栀子；以血虚明显的可以加当归、生地黄。

毛正^[8]等则是认为压力性尿失禁为脾肾气虚，固摄无力所致，故以补中益气汤和二仙汤加减（黄芪、熟地黄、菟丝子各30g；党参、黄柏、当归各20g；白术、知母、巴戟天、陈皮、仙茅各15g；柴胡、山药、芡实、金樱子各12g；红花、肉苁蓉、桃仁各10g；升麻、炙甘草各6g）补脾益气，温肾助阳。脾虚明显者加炒扁豆30g，夜尿多者加补骨脂15g，血虚者加熟地黄、何首乌各20g。此研究发现，治疗总有效率为96.55%。

除了中药，针灸、电针等治疗压力性尿失禁也有良好的疗效。黄睿^[9]等分析针灸治疗压力性尿失禁的用穴规律，发现十四经穴为主要处方用穴，经外奇穴应用较少。十四经穴中，以关元、三阴交、中级、肾俞、气海、足三里和次髎等穴位使用频率较高。而按部位分类，则以腹部穴位为主。

Zhishun Liu et al^[10]于2013年至2015

年在中国进行多中心、随机对照研究，共收治504位患有压力性尿失禁的女性，以电针双侧中髎、会阳穴作为治疗，研究电针治疗压力性尿失禁的疗效。治疗每周3次，连续6周，共治疗18次，随访24周。治疗结果显示，经上述治疗后，患者的1小时漏尿量从治疗前的18.4g（95%CI, 15.5-21.4g）减少至8.2g（95%CI, 6.3-10.0）。64.6%的治疗组患者于6周治疗后有≥50%漏尿量减少，38.1%的治疗组患者第1-6周的平均72小时漏尿次数减少≥50%，第15-18周有64.1%及第27-30周有67.5%，突显了电针良好的长期治疗效应。

夏德鹏^[11]等以针刺八髎穴联合任脉与督脉交替施灸与普通针刺进行比较。治疗组患者接受针刺八髎穴联合任脉与督脉交替施灸，对照组接受普通针刺（中级、关元，针刺得气后快速出针；三阴交、膀胱俞、命门、脾俞平补平泻，留针30分钟，同侧三阴交和肾俞为一组接电针仪，电针30分钟）。治疗组每日针刺治疗1次，每次30分钟，每周治疗7次，艾灸每周3次，每次40分钟，1周为1疗程，共治疗1个疗程。对照组每日治疗1次，每次30分钟，1周为1个疗程，共治疗1周。治疗后治疗组总有效率为100%，高于对照组的75%，结束后3个月随访时，治疗组总有效率为75%，高于对照组的36.1%。

苏婉贞^[12]等则是以温电针八髎穴配合Kegel运动治疗女性压力性尿失禁。治疗组接受温电针八髎穴配合Kegel运动治疗，对照组则单纯采用Kegel运动锻炼。

治疗组每2日治疗1次，每次30分钟，共治疗20次。对照组每日3次，锻炼20分钟。治疗后治疗组的1小时漏尿量(g)从 13.21 ± 3.45 减少至 1.26 ± 0.78 ，相比对照组治疗前 14.05 ± 3.21 减低至 5.10 ± 1.75 ，疗效更为显著。而治疗组的总有效率为90%，优于对照组63.33%。

徐蕾^[13]等则认为八髎穴是治疗压力性尿失禁的核心穴位，其针刺角度及深度是影响治疗的关键，故通过研究深刺、浅刺方式电针刺激八髎穴，了解不同深度针刺八髎穴治疗压力性尿失禁的治疗效果。患

者随机分成A、B两组，依次进行浅刺和深刺电针八髎，隔日治疗一次，每次30分钟，每周3次，连续治疗2个月。研究结果显示，深刺电针八髎穴的总有效率为95%，高于浅刺电针八髎穴的80%。

综上所述，中医治疗压力性尿失禁还是有很大的优势的。无论是中药还是针灸、电针等，都能显著地改善和减轻女性压力性尿失禁，从而提高患者的生活素质，让她们能重拾自信，继续拥抱美好的生活。

【参考文献】

- [1] I. Milsom & M. Gyhagen (2019) The prevalence of urinary incontinence, *Climacteric*, 22:3, 217-222, DOI: 10.1080/13697137.2018.1543263
- [2] Gibbs, C., Johnson, T., & Ouslander, J. (2007). Office Management of Geriatric Urinary Incontinence. *The American Journal Of Medicine*, 120(3), 211-220. doi: 10.1016/j.amjmed.2006.03.044
- [3] Batmani, S., Jalali, R., Mohammadi, M., & Bokaei, S. (2021). Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatrics*, 21(1). doi: 10.1186/s12877-021-02135-8
- [4] Luo R, Dai W, Tay LH, Ng FC, Koh LT. Urinary incontinence in female outpatients in Singapore. *Int Urogynecol J*. 2018 Apr;29(4):579-584. doi: 10.1007/s00192-017-3488-z
- [5] 柯先莎、雷正权、孙子昕.近五年中医药治疗压力性尿失禁临床研究进展. *辽宁中医药大学学报*. 1-15
- [6] 魏俊英、徐立然、郑志攀.女性压力性尿失禁中医辨证施治[J]. *中医学报*, 2010,v.25;No.151(06):1192-1193.
- [7] 魏俊英、徐立然、郑志攀、张彪、孟鹏飞.从痰论治女性压力性尿失禁[J]. *中医学报*, 2010,v.25;No.146(01):81-82.
- [8] 毛正、陈贵恒.补中益气汤联用二仙汤加减治疗对 SUI 患者的影响[J]. *实用中西医结合临床*, 2022, v.22(02):33-35+63.
- [9] 黄睿、杨丹.针灸治疗压力性尿失禁的选穴规律分析. *中国中医急症*, 2020,29(9),1543-1544+1557
- [10] Zhushun Liu et al. (2017). Effect of Electroacupuncture on Urinary Leakage Among Women With Stress Urinary Incontinence, A Randomised Clinical Trial. *JAMA*. 2017;317(24):2493-2501. doi:10.1001/jama.2017.7220
- [11] 夏德鹏、陈培芳、任婷婷、张雪飞、杜培学.针灸治疗老年性尿失禁的临床研究 *上海针灸杂志*. 2021, 40(4):421-425
- [12] 苏婉祯、钟伟泉、唐纯志.“八髎穴”配合 Kegel 运动治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J]. *中医药导报*, 2019, 25(6):106-107,115.
- [13] 徐蕾、丁敏、林天云、张雪、冯骅.不同深度电针八髎穴对女性压力性尿失禁的疗效影响. *中国民间疗法*, 2021,V29, No17: 48-51

谈带脉

曾玉珠（新加坡）

1、带脉的循行

带脉为奇经八脉之一，因环腰一周状如古之束带而得名。据《难经·二十八难》记载：“带脉者，起于季肋，回身一周。”此脉起自约第二腰椎同高的季肋部下边，斜向下行到带脉穴、五枢穴、维道穴，横行腰腹，绕身一周。并于带脉穴处再向前下方沿髂骨上缘斜行到少腹。

《奇经八脉考·带脉篇》：“带脉者，起于季肋足厥阴之章门穴，同足少阳循带脉穴，围身一周，如束带然。”带脉起于足少阴之正脉，出于舟骨粗隆下方之然谷穴。

2、带脉的作用

带脉横在我们的腰间，作为古籍中明确记载的唯一一条横行经脉，具有约束纵行的十二经脉和其余的七条奇经，因此，带脉与身体的其他诸经均有联系，可调节脏腑经络气血的运行。又因带脉居中位，为中轴之枢，承上启下，亦有协调肝胆疏泄、调节脾胃运化之功效。此外，还有固护胎儿和主司妇女带下的作用。

3、带脉的病变

带脉发生病变，主要表现为腹部胀满，腰脊疼痛，妇女带下，足痿不用等。大体上可分为带脉不和与带脉失约。

带脉不和，以实证为主，病因是外邪

侵袭或湿热瘀滞交阻，其病表现是经气阻滞，带脉紧束。《难经》云：“带之为病，腹满，腰溶溶若坐水中。”其为病多系寒湿外侵，脾经受邪，继而累及带脉，以寒证居多。此外，由于带脉总束诸脉，“诸经上下往来，遗热于带脉之间”，以致客邪郁遏，湿热下注，则属热证。腰痛引及少腹季肋之症，即带脉为病。妇女之带下病，因冲、任、督三脉皆络于带脉，若湿邪郁遏，带脉失束，任脉不固，则连绵而下。

带脉失约，以虚证为主，病机是肾精亏损，经脉失养。病理表现是经气虚衰，带脉松弛，约束无力，导致各种弛缓、痿废诸证。多因肝肾下虚，带脉失肾精之充养，脾气无力，带脉失后天之支持，以及冲、任、督之内损，殃及带脉所致。临床常见子宫脱垂，腹型肥胖、腰部冰冷僵硬，阳痿、遗精、月经不调、崩漏、带下、少腹拘急、疝气下坠等证。

4、带脉临床应用

近代文献报告显示，临床较常从带脉论治的疾病是妇科疾病如带下病、不孕症、多囊卵巢综合征与月经病等。腹型肥胖及腰脊疼痛也常从带脉论治。也有从带脉治疗痿证、糖尿病、前列腺增生、慢性前列腺炎、子宫颈癌等的报导。

向丽莉等^[1]认为带脉与督脉、任脉、

冲脉、足厥阴肝经、足少阳胆经、足太阴脾经、足阳明胃经、足少阴肾经直接或间接的产生联系与之相关的腧穴分别为章门、带脉、五枢、维道、肾俞、足临泣。从带脉论治腰部疾病、肥胖、消渴和痿证,能够取得良好的效果。

吕致君等^[1]总结了自2010年来近10年带脉的临床应用研究进展,得出应用带脉治疗的疾病有:以腰椎间盘突出症和腰部软组织损伤引起的腰痛、腹型肥胖、妇科疾病尤其是月经病、带下病、痿病、其他疾病如前列腺增生症、顽固性荨麻疹、骨质疏松症、骶髂关节综合征、带脉主治的引申疾病如脾胃相关疾病及胸、心脏、肺系疾病。

4.1 腰痛

带脉之所以能治疗腰痛,是因为带脉围于腰间,固护气机,维持腰部俯仰及脏腑气血阴阳的正常运行,带脉约束失职,则气机运行不畅,不通则痛,或气血失于濡养,不荣则痛,发为腰痛。

邓越等^[3]对80例腰椎间盘突出症患者,观察组采用带脉穴透刺法治疗,对照组针刺患侧腰部的背俞穴及阿是穴,治疗4周后,观察组患者的视觉模拟疼痛量表(VAS)评分明显低于对照组,显效率明显高于对照组,证实了针刺带脉治疗腰椎间盘突出症引起的腰痛疗效较好。

李亚军^[4]针刺46例腰骶疼痛患者的带脉、足临泣,二穴直刺进针后施以提插泻法,治疗1周后,40例患者治愈,6例患者疼痛明显减轻。

4.2 腹型肥胖

脂肪沉积在腹部或腹腔脏器内,就形成腹型肥胖。带脉环绕腰腹,若约束失职,则影响脾脏的升清降浊功能,日久酿生痰湿、膏浊堆积于腹部。通调带脉则痰湿、膏浊得以运化,机体代谢得以改善。临床中采用针刺、穴位埋线等方式通调带脉治疗腹型肥胖及腹型肥胖合并症效果显著。

梁翠梅等^[5]使用75mm长针针刺腹型肥胖患者双侧带脉穴,得气后加用电针,治疗8周后患者腹壁脂肪及内脏脂肪厚度明显下降,尤其是内脏脂肪厚度的减少更为明显,表明通调带脉法治疗腹型肥胖疗效确切,能显著改善内脏脂肪异位沉积。

4.3 妇科疾病(如月经病、带下病)

《临证指南医案·崩漏·奇经阴虚风阳动》指出若带脉约束功能正常,月事则按时以下,若带脉约束失职则出现崩漏、闭经、月经周期紊乱等疾病。《备急千金要方·妇人病》也提及针加灸带脉穴可治疗闭经。

夏新意等^[6]指出带脉病多见于女子月经带下,与阳明、厥阴二经关系最为密切,其病机多为脾胃、肝肾不足,阴液亏损,厥阴横乱,阳明久虚,带脉不固,有开无阖,而出现带下、经水淋漓不止,日久则阴液伤损,骨髓枯涸。

江泳教授^[7]强调带下病的共性病机为带脉不固,脾湿下注,治疗以醒脾燥湿、升清止带为总则。

师瑞华^[8]治疗带下过多,通过结合分推、提捻、按揉手法作用于带脉、膀胱

经、肝脾肾经上的穴位，起到通调脏腑、疏肝、健脾、益肾，通络除湿止带的作用，经常取得良好的临床疗效。

4.4 痿病

《素问·痿论》“阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋……故阳虚则宗筋纵，带脉不引，故足痿不用也”，论述了阳明经、带脉、痿证三者之间的关系。

邱凤娟^[9]等在临床上治疗痿证时，发现许多痿证与带脉病变有关，故治疗时配合带脉交会穴和与带脉联系密切的穴位，取效良好。如对一例87岁男患者，腰部及双下肢无力不能站立3天，腹部总有下坠感，中医辨证为痿证者，采用针刺足三里、下巨虚、陷谷、内庭、天枢、大横、带脉、气海、五枢、维道、阳陵泉、足临泣。留针30 min，日1次。针刺治疗10天后，患者可自己行走。因患者腹部下坠感和腰部无力是很典型的带脉病的特征，所以在取阳明经穴位的同时配以带脉、五枢、维道、足临泣以疏通带脉，调理带脉之经气，从而辅助治疗而取得显著疗效。总结出临床治疗痿证，在取阳明经的穴位补益阳明气血的同时，更需实带脉关系密切的穴位，取效就会良好。

4.5 其他疾病

4.5.1 前列腺增生症 (Benign Prostatic Hyperplasia, BPH)

潘良^[10]将32例BPH者随机分为通调带脉组与普通针刺组，针刺干预6周，发现通调带脉法对于BPH患者在改善尿路梗阻症状方面优于普通针刺；对于干预BPH的

疗效产生与腹部脂肪厚度减少有相关性。通调带脉法对于BPH的起效是通过对于ER蛋白表达的调节而产生的，同时因疗法合并对于脂肪组织的影响，从而加强了治疗效果。

4.5.2 顽固性荨麻疹

廖方容等^[11]采用艾条悬灸腰腹部带脉的循行线治疗顽固性荨麻疹患者48例，结果显示随着艾灸治疗时间的延长，总有效率也显著提高。

4.5.3 骨质疏松症

廖方容等^[12]采用艾灸带脉法治疗老年人的骨质疏松症，与常规口服钙尔奇-D、维生素AD片者相比，结果显示，采用艾灸带脉法治疗者的骨质疏松程度较后者明显改善，两组比较，差异有统计学意义。

4.5.4 子宫脱垂

临床对子宫脱垂，认为体虚羸弱体质的妇女尤其易患此病，因此治疗除培补先后天，升举清气外，必须固束带脉，才能增强疗效。清代名医傅青主“两收汤”药用人参、白术、川芎、熟地、山药、山萸肉、芡实、扁豆、巴戟天、杜仲、白果为治疗子宫脱垂之良方，傅氏云：“此方补任督而仍补腰脐者，盖以任督连于腰脐也，补任督而不补腰脐，则任督无助，而带脉何以升举？惟两补之则任督得腰脐之助，带脉亦得任督之力而收矣。”

5、入带脉的中药

曾培善^[13]从四气整理出入带脉的药物有温性药12味（续断、当归、赤石脂、紫

石英、乳香、五灵脂、山茱萸、补骨脂、熟地黄、艾叶、五味子、海螵蛸)；平性药7味(禹余粮、没药、芡实、龙骨、莲子、莲须、甘草)和寒性药7味(升麻、代赭石、朱砂、牡蛎、白芍、黄柏、黄芩)，共26味。

有医家指出在众多中药中入带脉的中药有：当归，白芍，川断，艾叶，龙骨，升麻，苍术，甘草。强调这些药物是专入带脉的药物，能够很好的治疗带脉的疾病。

清《得配本草》中也记载归入带脉的药有当归、白芍、川续断等。

6、病案举隅

80岁男患者，走动多/提重物时右侧腹股沟有突出物已半年，平卧后可回复。西医诊断为腹股沟疝，认为暂无需手术，逐来寻求中医治疗。患者60岁时曾因左侧腹股沟疝行手术治疗。他从2022年1月中来诊至今，前后共9次(前4诊每周1次，后5诊约2周1次，每诊取药8天，颗粒剂)。除了典型的右侧腹股沟突出物症

状，他也有右侧腰髂及足跟痛，其舌淡红胖苔薄，脉沉弦，有时会带点涩。辨证是气虚证。在前几诊的药方里，我多数给他升提中气的补中益气汤(3包)及补肾气的金匱肾气(1包)，加杜仲(1包)、牛膝(1包)等。但发现虽有点作用，但效果还是不太理想。在一次的阅读中，读到一段关于带脉的论述：

“因带脉围身一周，固能总束诸脉。带脉气虚，提系乏力，弛缓下垂，脾胃经脉失约，中气下陷则……治当固带脉、补中气……带脉不固，可使中气下陷，而中气不足，又可致带脉不固而互成因果，故用补中益气汤治疗，补气则能巩固带脉提系之力。”

于是，第8诊时，我就去了金匱肾气，在补中益气汤(3包)的基础上，加了入带脉的续断(2包)(这两种是主要的药)×8天。2周后患者复诊时述突出物症状的改善明显。由于剂量的问题，我稍修改了方子，让患者再服8天。今待患者复诊反馈效果。

【文献参考】

- [1] 向丽莉、黄伟.带脉探析[J].湖北中医药大学学报, 2021(01).
- [2] 吕致君、许军峰.近10年带脉临床应用研究进展[J].湖南中医杂志, 2021,37(4):187-189.
- [3] 邓越、王世广、王桂玲等.带脉穴透刺法治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J].中国医药导报, 2019,16(23):135-138.
- [4] 李亚军.针刺带脉、足临泣治疗腰骶疼痛46例[J].中国针灸, 2008,28(7):544.
- [5] 梁翠梅、胡慧、李媛媛.通调带脉法针刺治疗腹型肥胖疗效观察[J].针刺研究, 2012,37(6):493-496.
- [6] 夏新意、王一婷、张晶等.《临证指南医案》奇经病“通因”法证治方药规律探析[J].中华中医药杂志(原中国医药学报), 2021,36(11):6821-6824.
- [7] 杨雅、斐叶莹.江泳.国医大师郭子光教授“人-症-病-证”体系辨治带下病探析[J].四川中医, 2021(04).
- [8] 史志华.师瑞华“提捻带脉法”为主治疗带下过多临床体会[J].中医药临床杂志, 2019,31(6):1046-1048.
- [9] 邱凤娟、韩云、商庆新.带脉与痿证治疗关系体会[J].山东中医杂志, 2013,32(3):171-172.
- [10] 潘良.通调带脉法干预良性前列腺增生的实验及临床研究[D].北京中医药大学, 博士学位论文, 2008.
- [11] 廖方容、傅春文.艾灸带脉治疗顽固性荨麻疹48例[J].中国针灸. 2011,31(11):991-992.
- [12] 廖方容、李运方、王志军.艾灸带脉治疗老年性骨质疏松症30例[J].中国民间疗法, 2011,19(9):12-13.
- [13] 曾培善.奇经八脉理论与乳腺癌防治的关系研究[D].广州中医药大学, 博士学位论文, 2020:76.

浅谈颤证的中医治疗

周瑞芳（新加坡）

一、概说

颤证又称为颤振、震颤。现代医学归纳于帕金森症，病名的由来是在1817年，英国医生叫詹姆斯·巴金森首先对此病症进行了详细的描述，故此病症就以他的名进行命名。本病是中枢神经系统的疾病，病变部位在黑质与纹状体。临床上，病程缓慢进行性加重。症状是震颤、僵直、运动减少为特征性疾病。震颤方面，以头部、肢体摇动颤抖为主，轻者手、头微颤抖、牙颤等，还可以工作，生活能自理；重者头部摇摆幅度大；僵直方面常出现项强、四肢拘挛。在运动方面，出现慌张步态、平衡减退等症。本病以老年人居多，而男性比女性多。

内经中并无“颤证”之名，根据临床表现，归纳于颤振、痉病的范围。中医以为皆属于风邪，而在《素问·至真要大论》有“诸风掉眩，皆属于肝”故将此证归于风象，与肝有直接关系。

二、病因病机

根据病因可分为原发性与继发性。原发性震颤麻痹病因未明，可能与遗传因素、环境因素、年龄老化有关。继发性可由某些疾病引起，如脑炎、动脉硬化、脑梗塞、颅脑损伤、脑肿瘤，或服食抗精神疾病药物等引起，称为震颤麻痹综合症。

发生帕金森病的病机是因脑中的多巴胺神经元退化，多巴胺分泌不足而影响运动功能。

中医认为颤证多由于肝肾阴虚、气血不足，或因痰热互结所致。

三、临床表现

- 1) 早期出现肢体一侧抖动，慢慢发展为双侧抖动，而且是静态抖动，就是在不动时抖动甚，典型的是出现手指数钞票形的抖动，精神紧张时加剧，睡眠中则停止颤抖。
- 2) 动作缓慢，走路时，手往往无摆动；下肢常拖地，步距也越走越小（碎步），出现“慌张步态”，且在迈开步伐行走时困难。
- 3) 肢体僵硬，关节在运动时肌张力增高。
- 4) 患者面部无表情，呈“面具脸”。
- 5) 语言迟涩，声音单调低沉，吐字不清、吞咽困难，口角流涎。
- 6) 因平衡失调，走路时身体往往前倾，故易跌扑。
- 7) 上肢不能做精细动作，故书写困难，且越写越小；记性差，脑子反应慢。
- 8) 患者经常伴有便秘。
- 9) 晚期经常出现吞咽困难。
- 10) 逐渐发展到生活起居失去自理能力。
- 11) 患者容易出现情绪低落，焦虑，睡眠障碍，认知障碍，疲劳感。

四、中医辨证

1、肝肾阴虚：

这是颤证常见的原因，主要因肝藏血主筋，肾藏精生髓。摄生不慎，或因疾病所伤，肝肾阴虚，精血俱耗，导致水不涵木，风阳内动，筋脉失养，肢体颤动，或拘急强直，进而形成颤证。症状除上面所说的症状外，常见的有头晕目眩、耳鸣、这是因肝肾阴虚，引起肝阳偏亢，阳盛化风；虚阳上扰，神舍不安而出现失眠多梦；腰为肾之府，肾虚则腰痠腿软、肢体麻木，筋脉拘紧、动作笨拙等。肾虚脑髓不充，则呆傻健忘等。舌质暗红，少苔，脉细弦或沉细弦。

治法：滋补肝肾、育阴熄风

方药：大补阴丸 + 六味地黄汤加减。

方中用龟板、生熟地黄、何首乌、山萸肉、玄参：滋补肝肾阴液而潜纳浮阳；丹皮、知母、黄柏滋阴降火；钩藤、白蒺藜、生牡蛎以平肝熄风；茯苓、山药以益气健脾而利于生化之源。顽固症可用大定风珠。这是滋阴熄风的代表方，方中有鸡子黄、阿胶滋养阴液以熄风；生地、麦冬、火麻仁：养阴生津；白芍、五味子、炙甘草：酸甘化阴，柔肝缓急；别甲、龟板、牡蛎：滋阴潜阳。

针灸治疗：主要取督脉、足少阴肾经、足厥阴肝经穴位。

穴位：百会、四神聪、肝俞、太冲、肾俞、太溪、合谷，还可加风池等。

针百会可熄风潜阳，通督解痉；四神聪：起镇静作用。

太冲加合谷，即开四关，可起止痉的功效。肝俞配肾俞能直接调整有关脏腑的功能。太溪是肾经的原穴，为脏腑原气输注，经过和留止之处，故能增强肝肾的功能。风池能熄风潜阳，健脑安眠，为治风之要穴。

2、气虚血少

多因劳倦过度、饮食不节、或思虑过度，伤及心脾，导致气血不足，使筋脉失养，而成颤证。

常表现在颤振较重、肌肉强直、四肢无力、运动少、慌张步态、书写困难、表情呆滞、气短、面色无华，头晕眼花、倦怠、舌质胖淡、苔薄白、脉细弱。

治法：益气养血，熄风镇颤

方药：八珍汤 + 天麻钩藤汤加减

方中用人参、茯苓、白术、补气；当归、熟地、白芍养血；天麻、钩藤、石决明平肝熄风；杜仲、桑寄生益肾；益母草、川牛膝、丹参活血通络。便秘可加大黄。

针灸治疗：以足太阴脾经、足阳明胃经、足厥阴肝经穴位为主

穴位：脾俞、足三里、三阴交的功能是调理脾胃以资气血生化之源。太冲为肝经原穴，而肝主筋，阳陵泉又是筋会，故可使筋脉得养，颤动自能得到改善。

同时加百会、四神聪、膈俞、气海。因百会、四神聪有镇静作用，而膈俞、气海又能增强气血的功能。

3、痰热动风

常出现胸脘痞闷，头晕，内热口干，咳痰色黄，或多汗，舌苔黄腻，脉弦滑数。这是因痰热内蕴，阳盛风动，筋脉失于约束，以致颤振；胸痞内热，头晕口干，咳痰色黄，皆由痰热而生，苔腻脉滑亦属痰热动风之象。

治法：清化痰热，镇肝熄风

方药：导痰汤 + 天麻钩藤饮加减

即二陈汤加胆南星、枳实以燥湿祛痰，行气开郁；

天麻，钩藤，生石决明的平肝熄风，潜阳降逆。

针灸治疗：以足太阴脾经、手足阳明经穴位为主。

穴位：阴陵泉、丰隆、曲池、合谷、足三里、三阴交，还可加中脘、风池、风府、太冲等，阴陵泉为脾经合穴，丰隆为胃经络穴，也是治痰要穴；中脘又是胃经的募穴，诸穴合用以调理脾胃运化痰湿、升清降浊，清泻痰热。

曲池、合谷、足三里、三阴交却可生化气血而益阴液。

风池、风府以疏风阳。太冲、合谷为四关穴，在此能平肝熄风、镇静安神则振颤可改善。

五、其他治疗

小柴胡汤去人参，加防风，可治疗头部猝然摇摆不能自制。手

颤较为明显者，加姜活；小腿发胀、

紧者，加豨签草；口水多者，加白术；小便失禁者加益智仁。

针灸的头针疗法对颤证效果明显，通常用舞蹈震颤区，一侧病变，针对侧，两侧病变针双侧。还可配合运动区、感觉区、督脉穴位等。

西医目前认为最有效的治法是对某些原发性巴金森病患进行深脑刺激治疗，接受此治法者在初期的药物治疗过程中必需有最佳疗效，但到中晚期时服药时间越来越远，才能采用深脑刺激疗法。即手术将电极置入脑中以控制病情。

颤症主要病因虽是肝肾为主，但久病常涉及心脾，因肝肾不足，虚风内动，脾失健运，心失所养，出现情绪低落、焦虑、失眠等，故治疗中常以柔肝熄风为主，加以养心安神，健脾化痰之剂，更为奏效。

六、颤证的预防

- 1) 保持愉快心情，避免过度劳累、忧思过虑、脑怒等精神刺激。
- 2) 要有健康的生活起居、清心寡欲。
- 3) 饮食宜清淡，避免酗酒、吸烟。
- 4) 适当参加一些体能活动，如气功、太极拳等活动，这对预防颤证有益。

七、预后

颤证多见于老年患者，多为原发病；但也有由温热病、痹证、中毒象一氧化碳中毒或服过多抗精神疾病药物、颅脑外伤或脑部其他疾病所引起，故一般治疗不易，或取决于原发病本身治疗的进展。

谈外感热性病的开始及它的极期与转化为亡阳亡阴的变化规律及证治

——从伤寒论中得到的体会

子云（新加坡）

前言

外感热性病是现代感染性及传染性疾病中最为重要的课题。千百年来，它严重的威胁着人类的生命，一直到细菌与病毒等致病因素的被发现及抗菌素的采用，西方医学才找到了确切的原因及有效的治疗方法（抗病毒之药则尚在广泛的研究中）。然而早在几千年前，中医对此类基本的辨证论治已累计了极其丰富的经验。张仲景所著的《伤寒论》就是那个时期中最特出，最有价值的一本著作。书中对外感热性的病因病机，临床表现，治法方药都有系统的论述，但由于时代久远，文字的古典繁深，要读懂读通《伤寒论》真是谈何容易，难怪研究了《伤寒论》多年的导师仍经常谦虚的表示自己依然是个门外汉。

对于我们来说，读了不到一年的伤寒，若要大谈学习伤寒的体会，想想不免有些惭愧。所以这里只能谈谈初学《伤寒论》后的一点感受和一些初浅的看法。

一、何谓外感热性病？如何分型？

读过《伤寒论》之后给我带来的第一个感受是辨别名词概念的重要性。例如什

么叫外感热性病？不先解决这一问题，则本文旧无从写起。理由有二：一是由于年代的久远，《伤寒论》中所叙述的外感性热病与后世所说的温病各有所指，特别是在温病学说产生之后。第二是论中所叙的辨证辨病内容与现代医学的观点有吻合亦有差异之处。所以我建议在运用《伤寒论》的观点去认识外感热性病之前，最好能先清楚以下四个问题，即：

- 1) 本病在现代医学中所包括的范围。
- 2) 本病在《伤寒论》原文的含义。
- 3) 中西医对本类疾病的分型或分期方法。
- 4) 《伤寒论》之辨病辨证观点是否能与西医之辨病及病理分期法相吻合。

举个例来说，外感热性病在现代医学的观点看来，主要是由病毒与病菌等微生物致病因素所引起，就因为这样，我们可以理解到它所包括的病种是极其多样化的，例如上呼吸道感染、肺炎、各型感冒、感染性脑膜炎、流行性出血热、疟疾、病毒性肝炎以及各系统器官或组织之感染性炎症病变等等。

它们都是感染性以发热为主症的疾

病，但是，由于病种病源，病变部位以及机体的抗病能力的不同，所以各类疾病的病程，临床表现也极其不同，各有各的分期分型特点，现代医学尚且只能笼统的概括为毒血症、菌血症与败血症（至于各病种的具体分期分型则只能分别论述），我们又怎能恰到好处的将它与伤寒的观点结合呢？这是一个值得学习者慎重思考的问题。

在《伤寒论》中，属辨病的有所谓“六经病”，即太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴等三阳三阴病，辨证分型有所谓麻黄汤、桂枝、白虎汤证等。三阳三阴病都有其一定的证候表现，而且多数从太阳病开始。若将六经病的发病规律与现代医学的各类病种相比，则它们有吻合亦有差异之处。

打个比方，肺结核，结核性胸膜炎不论从那一个病变阶段看，都不打可能出现太阳病之脉症，但若从其典型症候表现上看，结核性胸膜炎与《伤寒论》中之结胸症倒颇有相似之处。本病是否亦属结胸症我尚未敢下定论，但从后世多以“小陷胸汤”合“小柴胡汤”治之一点看来，对于进一步用现代医学的观点帮助理解《伤寒论》是深具意义的（本段参见中医内科学265页）。此外一些感染性疾病往往再极短的时间内就出现类似《伤寒论》中之少阳、阳明，甚至三阴病的脉症。如果将各类感染性疾病的分期定为：初期属太阳病，极期属阳明病，后期或休克期才属三阴病仍然未能十分贴切。我认为若能先了解个别病种的临床表现，进而灵活的将之印证于伤寒各篇中应该是一种较恰当的学习方法。

二、《伤寒论》的理论根据

开始学习《伤寒论》，最感到烦恼头痛的一个问题是历来为《伤寒论》做注解的医家太多，众说纷纭，叫人无所适从，所以学习伤寒，最好能以原文为主，同时最好能先打好以《内经》为主的中医理论基础，因为《伤寒论》的根据本来就是源自《内经》的。不懂《内经》之理论观点，则会对学的伤寒条文无从理解而往往盲从于他人之臆说，这如何能正确的体会《伤寒论》中的关于外感热性病之变化规律及其证治的精神所在。

例如：只要懂得《内经》中关于天地之六气、五行合成人身之脏腑，而脏腑之气化，产生三阴三阳的理论观点，就不至于将《伤寒论》中之太阳病误为太阳经病，因为太阳是由小肠与膀胱之寒热二气化，太阳经病只不过是太阳所循行的途径（经络），虽然它与太阳之间关系密切，但两者是不同的，后世的医家提出的所谓经症，腑症，病邪传经（循经发展）甚至将太阳篇中的白虎汤证（太阳里症）归属于阳明症，这显然是由于不站在《内经》与《伤寒论》的出发点上谈论伤寒，难怪只能叫人越读越不能理解。

这种由于脱离《内经》与《伤寒论》观点而造成错误的例子多得不胜枚举，以下的段落将会陆续谈到。

三、热性病之变化规律及证治

现在就进一步具体的谈谈，读外感热性病的发展变化规律及其证治中，《伤寒论》所给我们的启示：

1、外感热性病的整个病变过程：

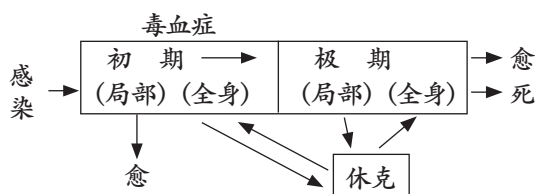
1.1 三阳与三阴病

从《伤寒论》中可以认识到张仲景将外感热性疾病发展过程中所出现的各种症候，依据人体抵抗力的强弱，生理合病理的反映情况，以及病势的进退缓急等方面进修分析综合，找除其最一般的规律，归纳成六个主要症候类型。

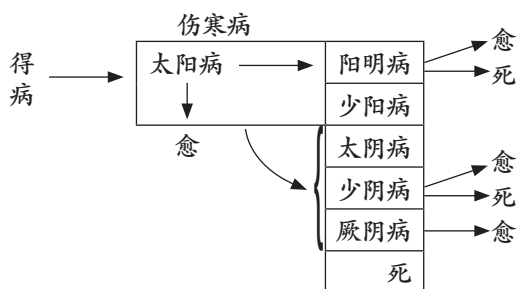
从所归纳的六个症候类型中，我们可以认识到一个问题，即凡抗病力强，病势亢奋为三阳证，抗病力弱，病势虚衰为三阴病。这种分病进而分型的形式，充分突出了外感病过程中，正邪斗争的两大阶段特点。

1.2 病邪发展的趋势与途径

外感热性病在现代医学上虽无统一的分期（前已叙述过），但一般是，绝大多数的感染性疾病，由发病到痊愈或死亡，疾病都是由轻到重，由抵抗力的强盛到机体功能的衰歇，开始的发病阶段机体抗病力强，毒素之作用尚弱的症状仍未十分突出，多由轻微之恶寒发热，但到了极期时毒素作用强，症状转为亢奋突出，这两个阶段由于人体正气尚属旺盛，故多数可于此二期获得治愈。但是如果一发病，人体就表现抵抗力极度低落而毒素作用又强的话，则一开始就可能出现休克等危证。所以分期与病情的凶险程度，在现代医学来说也不是绝对的。为了进一步说明本类疾病的发展趋势及其转归，列表如下：



这种疾病发展的趋势与变化过程，《伤寒论》是以六经的观点加以概括。对于初期感染外邪出现以发热为主的阶段，《伤寒论》称之为太阳症，这以后出现发热而不恶寒全身症状亢奋的称为阳明病。机体抗病弱以及出现休克综合病症候为主的称为三阴病。初步断之，其发展规律似乎可用下图示之：



但是需要强调的是，外感热性病的发展与转化虽有一般的规律，但不是一成不变的，故此对于《伤寒论》中所提到的六经、传经等概念必须认识清楚，从《伤寒论》之原文看来，六经显然是指六组不同的症候类型，这是对外感病临床的一般概括，并非意味着外感病只有六种表现，六经更不是只经络。经络与脏腑固然与六经有密切联系，但对六经病来说显然是有不同含义。如果错把六经病误为经

络，甚至把传经（指某一经之症型转变为他经的脉症）理解为某一条经接另一条经传病（即传导之意），那么对于《伤寒论》所叙述的错综万变的症候转化就无从解释了。

从这里我们可以体会到，张仲景试图告诉我们，疾病的由阳到阴，由热到寒，由太阳而阳明只是一般的变化规律，但它并不是绝对如此的，所以在论中他屡次提到三阳病期间可出现三阴病之转机，同时太阳病亦可不转变为阳明或少阳病即自愈。于此类推，即可证明太阳→阳明→少阳→太阴→少阴→厥阴的传变规律不是绝对的，我认为这就是《伤寒论》深具科学实践性以及张仲景的过人之处。

1.3 外感热性病发展过程中的邪正关系

“正气存内，邪不可干”这种强调疾病的过程中，人体正气之重要性的观点。在《伤寒论》全文中都始终贯彻着。从这里我们可以体会到只要人体正气旺盛，就不容易产生疾病，即使产生疾病，机体亦有能力与其对抗，往往能达到自愈，或者不易向他经传变，反之如果正气衰微，初病往往都可以出现三阴之病症，病多凶险难治。但若此期正气来复则仍有转机。除此以外，《伤寒论》还以机体正气的虚实状况作为区分三阳与三阴病的主要依据（因三阳三阴病都可出现表里寒热，但实属三阳，需属三阴），都说明人体正气在整个外感热性病过程中的主导作用。这里我们应当多学习张仲景善于“扶阳气，存阴液”的治病特点。

2、谈外感热性病之初期症治规律

2.1 太阳病

若将现代医学的观点印证于《伤寒论》各篇，我们可以发现传染病初期的毒血症，因病人体力尚属旺盛，对病原体毒素能够起正常反应，出现恶寒、发热、脉浮、头项强痛等临床表现，这个阶段，《伤寒论》称之为太阳病，有条文为证：

条文 1：太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒，

这是辨别太阳病的最起码源自，不论出现怎么样的兼症，它仍是属于太阳病的范畴。

2.2 太阳病与伤寒中风、温病的关系

根据《内经》的观点，“太阳”是小肠与膀胱二腑的合化作用，二腑又属五行中的水火二行，六气的寒热二气。太阳产生之后称为人体之外卫外正气，主一身之表，所以外邪伤人，多从太阳开始，由于太阳为寒热二气所化生，故又本阳和本阴之分；太阳之阳发病时，因阳主升，故有汗而脉缓，恶风而怕热，这就是所谓的“太阳中风”，也称“桂枝汤症”。

太阳之本阴初受病时，因阴主闭，故无而脉紧、恶寒、发热，称为“太阳伤寒”，也称表证。

“伤寒”与“中风”虽有不同意见，但都出现“恶寒，发热，头项强而脉浮。”这个范围的脉症，所以说它们是正规的太阳病。

但所谓“温病”（第六条）与风温不但没有上述的基本脉症反而出现只有发

热，汗多，脉阴阳俱浮等脉症，故可知它们不是正规的太阳病。

从这里，我们可以体会到《伤寒论》中所谓的太阳病，其重点主要是放在“伤寒”与“中风”上，对于温病的病机及证治则从略，这是《伤寒论》的特点，亦是它不足之处。难怪后世出现所谓的温病学说以补充它的不足。故此，我认为不但要熟读伤寒，更要研究温病，才不至于将外感热性病初起之银翘散证（温病初起之表证）误治以“麻、桂”二方。

2.3 太阳病之辨证论治

太阳病的证治访问可以从标为的麻桂汤证，到里症的白虎汤证，亦有所谓半表半里的小柴胡汤证，现将其重点分述如下：

2.3.1 太阳表证疗法

① 太阳表证主要指的是表实的麻黄汤证与表虚（亦称外证）的桂枝汤证，它们都是属于同类而不同型的正规太阳病。这里要强调的是，表实与表虚是麻黄汤证的“伤寒”与桂枝汤证的“中风”相对而言，表实固然是实证，但表虚却不疑问着真是“虚证”着特别与后世常用人参败毒散治疗外感表虚证是有所不同的，应当加以识别。

正规的太阳中风治以桂枝汤，正规的太阳伤寒治以麻黄汤，其脉证如下：

- 第13条：太阳病，头痛，发热，汗出，恶风，桂枝汤主之。
- 第35条：太阳病，头痛，身热，身痛，腰痛，骨节疼痛恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。

麻黄汤与桂枝汤证的主要区别十在于恶风，恶寒的轻重，是否汗出，以及脉象的浮紧或浮缓。

② 兼症的治疗

从伤寒论各条文看来，不论病变发展到那一个阶段，只要出现麻、桂汤症（即使在误治后），还可以用麻桂汤治之，如条文第12、13、15、42、44、53、54、57、91、95和164，以上诸条皆以桂枝汤主之；35、36、37、46、51、52和55，则以麻黄汤主之。但是病症是千变万化，错综复杂的，同样的病因由于病机的不同则可出现个别症状的不同表虚，这种情况，《伤寒论》教导我们如何在原方的基础上对兼症进行治疗。例如：

属桂枝汤（太阳中风）之兼症的有：

- 第14条兼项背强几几症……用桂枝加葛根。
- 第18条兼有喘证者……用桂枝汤加厚朴杏子汤。
- 第62条兼营气不足身痛……用桂枝汤加芍药生姜各1两人参3两新加汤主之。
- 第22条兼有微恶寒症……用桂枝汤去芍药加附子汤。
- 第20条兼有阳虚，汗流不止……用桂枝加附子汤。

属于麻黄汤之兼症者有：

- 第31条兼有项背强几几症……用葛根汤。
- 第38条兼有内热烦躁证……用大青龙汤。

- 第40条兼有水饮喘咳证……用小青龙汤

2.3.2 太阳病之变证及其疗法

太阳病的痊愈取决于三个条件，即①正气的虚实，②邪气的强弱，③治疗的是否恰当。若人体正气旺盛往往可以出现自愈，否则邪盛正虚或误治都可以引起变证。《伤寒论》不但清楚告诉我们变证产生的原因，还进一步教导我们如何变证论治，现将其证治列述如下：

① 表证进一步发展为半表半里症

发于阴的麻黄汤证若不能从汗而解，常可发展为更深入一层的半表半里症。其主要临床表虚是往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕等，其治法是在通结出汗去邪中稍加扶正的方药，主方是小柴胡汤，故又称柴胡汤。

从各条文对本病病机的论述以及治法方药的选用上，我们可以认识到其实小柴胡汤症并非是元气极度虚衰的变证。有关第97条文所说的血气尽，实际上只是反映本症是麻黄汤症的进一步发展，但其病位还未完全入里，有关的条文有37、96、97、98、99、100、102、103、104、105和123。

② 由表入里，由寒化热之证治，有：

- 第26条之白虎加入人参汤症。
- 第29、30、70及105条之调胃承气汤症。
- 第48条之二阳病症。

上述是太阳表证由表入里，由寒化热的证治。

③ 由阳转阴，由热转寒之变证

由阳转阴，由热转寒，意味着基本不但由向内里传变之势，同时人体之阳气亦已转趋虚弱，证情较为危重。属于这类变证的有：

- 第20条之桂枝加附汤
- 第30条之桂枝增桂加附汤
- 第29条之四逆汤
- 第30条之甘草干姜汤
- 第60、61条之干姜附子汤
- 第68条之芍药甘草附子汤
- 第69条之茯苓四逆汤
- 第82条之真武汤

④ 其他除了以上所谈的证治之外，由误治而产生变证的尚有：

- 以烦热，口渴，多饮或饮入即吐，小便短不利为主要见证的五苓散，它是初期的太阳病被误汗导致气机失调，五令失司，水液代谢功能失常所引起的。有关的条文是71、72、73和74。
- 至于误汗后或吐下后出现虚烦不得眠，甚而反复颠倒，心中懊恼为主要变证，则以栀子豉汤治之。有关条文为76、77、78、79、80和81。
- 火逆亡阳之救治用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤，有关条文为110、111、112、113、114、115、116、117、118和119。

3、谈外感病极期变之变化规律及证治

从现代医学之观点看来，经过了传染病初期的毒血症，若病情继续加重，则全

身器官逐渐中毒，临床表虚亦由恶寒发热脉浮，渐变成不恶寒反恶热或但热，口渴，脉实大有力，切有明显肠胃与神经系统的中毒脉症。这种临床脉症若与伤寒印证比较。那么这个极期的阶段，应当是属于伤寒论的阳明症。

3.1 阳明病的由来

读过《伤寒论》之太阳篇与阳明篇，我们可以体会到外感病初起是恶寒发热的太阳病，一到不恶寒反恶热，且汗多甚或所谓胃中实的脉症时，多是以转为阳明病了。我们又可以从太阳篇第 48 条、97 条与阳明篇之第 185 条文中了解到太阳病之转属阳明病，不但有自然的演变而且有许多是由误治而来的。

3.2 阳明病之变化规律及症治

一般来说，阳明病之变化规律及期症治取决于阳明气化之强弱。从《伤寒论》中可以认识到阳明气化盛时的阳明病多发展为阳明初期的白虎汤症及中、后期腑证，而阳明气化弱时的阳明病，多发展为四逆与吴茱萸汤证。现分述如下：

① 阳明初期之表外证

- 第 210 条为阳明病而身汗出，用白虎汤治之。
- 第 222 条为阳明病渴饮，口干舌燥用白虎加人参汤。
- 第 223 条脉浮、热渴欲饮，小便不利者用猪苓汤。
- 第 228 条阳明病心中懊憹，饥不能食物，多汗出用栀子豉汤。
- 第 229 条阳明病见潮热，便溏，胁满者用小柴胡汤。

- 第 234 条阳明病见脉迟，汗多，微恶寒用桂枝汤。
- 第 244 条渴欲饮水用五苓散。

② 阳明中期与后期之腑实证

阳明病在中期与后期的阶段主要表现为胃中实的脉症，出现潮热，谵语，腹满硬痛或绕脐疼痛大便秘结，手足汗出，脉沉实有力，舌苔黄燥或起芒刺。此时期的治则主要是用下法，以三承气汤为主要代表方剂。若兼有出现湿热熏蒸发黄的宜清热利湿，可用茵陈蒿汤（第 236 条），若津伤便秘者，可用麻子仁丸猪胆汁或蜜煎导等（第 233 条）。

③ 阳明之四逆汤与吴茱萸汤证

阳明气化如果不足，就可能出现如第 225 条文所说的脉症——脉浮而迟，表热里寒，下利清谷，这是阳气衰歇之象，应当急以四逆汤温其中阳。若出现第 243 条文之食谷欲呕，得汤反剧之证，则当以吴茱萸汤。

3.3 由阳明病得到的体会

① 阳明病多由太阳病不愈转化而来，但若一感邪即出现胃中实，或有阳明外证的脉症，即使在发病初期亦属阳明病。

② 里实热症是指阳明与太阳相对而言，事实上阳明病本身有阳明表外症，亦有阳明里症，例如白虎汤与阳明承气汤症。

③ 阳明在《内经》被称为二阳，阳而日明即阳气盛之意，故阳明病多出现实

症。但从阳明篇中脉症看来，须知此时期人体中毒情况极深，虽不若三阴病之凶险，但亦不乏危证，死证之例，如条文第205、210、211、212和225条诸证即是。

④ 阳明病的治则主要是清法和下法，除非出现有桂麻汤症，如条文232，234，否则禁用汗、利等法。

⑤ 阳明病之转机有四：第一是治愈或自愈；第二十病重甚或死亡；第三十转为邪少正虚的太阴病；第四是亡阳而转为少阴危证。

4、谈少阳病

4.1 何谓少阳病

关于少阳病与少阳在六经中的位置问题，历来都引起争论。近代的许多医书都因为少阳症常表现为往来寒热，胸胁苦满等半表半里脉症而认定它是太阳病的进一步传里但尚未完全入阳明之里，意即它的位置介于太阳与阳明之间。

但是若从《内经》之将太阳比喻为三阳，阳明二阳，少阳一阳以及《伤寒论》少阳病篇中的有关条文：

- 第269条：伤寒六七日，无大热其人躁烦者，此为阳去阴入也。
- 第270条：伤寒三日，三阴当受邪，其人反能食而不呕，此为三阴不受邪也。

看来，少阳又似乎应当介绍于三阳与三阴之间，故此我把太阳理解为敷布于体表的卫外正气，较太阳为里且盛行于中焦，腐熟水谷理解为阳明，而充斥于表里之间（与三阴相对而言），流布于三焦上

下，生发获得，较为温和的少火理解为少阳。

如果我的理解没有错的话，我认为表里在《伤寒论》中是没有固定分位的，若以三阳三阴来说，三阳是表，三阴是里，太阳与阳明相对，太阳是表，阳明是里，而太阳，阳明本身又可有表里之分（故又所谓太阳表外证，阳明表外证），如此看来，所谓半表半里的定义不是固定不变的，决不能因见一往来寒热即理解为半表半里（指太阳和阳明之间），而将少阳理解为介于太阳与阳明之间。

4.2 少阳病变化规律及症治

从外感热病初期的太阳病到极期的阳明病，因人体正气尚盛故多能治愈，但是如果阳气进一步衰退，病情进一步恶化，可能进一步转属为三阴病的阶段，在这外未出三阳内未入三阴的阶段，就是属于《伤寒论》所谓的少阳病。

正规典型的少阳病，因邪不完全在表，亦为完全入里，故汗、下等法都不能解邪于外清于里，故当选用和解少阳的小柴胡汤治之。

5、外感病转化为亡阳亡阴的规律及证治

外感病若不能在阳病的阶段得到痊愈，多数回转属于三阴症，甚至会因为阳气与阴液的衰歇而产生亡阳亡阴的危证。

所谓的亡阳亡阴即相当于现代医学所说的休克综合症。它是感染后引起的微循环障碍为特征的急性循环功能不全，是一种组织灌注不良状态导致组织缺氧和体内主要器官损害的综合症。

此时大多数病人表现为血压下降，脉压缩小，脉搏细数，皮肤苍白显冷，肢端青紫，神志障碍，少尿和全身代谢性紊乱等系列症状。

为了切合本论的需要，这里重点谈汤外感热性病从初期、极期到转为亡阳亡阴的特点，至于三阴篇中的辨证论治，这里从略。

5.1 亡阳亡阴说明了什么？

从上面所引述的现代医学对休克的由来与临床表现，可以体会到亡阳亡阴可以说是基本由阳性转为阴性，由表入里，由热转寒的恶化发展过程，在《伤寒论》中，它已属三阴病的范畴，特别是少阴病，它的脉症可以说与现代医学的休克症最为吻合。

5.2 亡阳亡阴由何转化？

学习现代医学，我们可以知道休克的产生是由于毒素的过剧与抵抗力的衰败造成，读了《伤寒论》可以知道，亡阳亡阴的产生主要是体内正气的虚脱所致，所以从这里我们可以体会到一点，除了少阴病重的亡阳亡阴之外，外感热性病的任何阶段，如果人体的阳气不足或阳气收到病邪的严重摧残，都可以出现亡阳亡阴症。例如外感病初期太阳病之并发虚脱的有第20条的桂枝加附子汤症等。极期阳明病发为亡阳的有第225条的四逆汤症等。

5.3 亡阳亡阴的证治

亡阳亡阴的病机是阳气与阴液虚越枯竭，故治法当以温阳就你为主。在初期太阳病发送的，治疗上有第20条的桂枝加附子汤证；第22条的桂枝去芍药加附子汤证；第61条的干姜附子汤证；第69条的茯苓四逆汤证；第82条的真武汤证；第112条的桂枝去芍加蜀漆龙骨牡蛎救逆汤证。在极期阳明病发生的治疗有第225条的四逆汤证。

至于少阴篇中有关的证治条文，更是针对亡阳亡阴之虚脱症而设的，例如由于阴液亏耗引起的脉症有第303条的黄连阿胶汤证；至于阳气衰歇的更有第309条之吴茱萸汤证，第314、315条之白通汤；第317条之通脉四逆汤证等。我们只要小心阅读，反复比较求证，假以时日，必能灵活而正确的掌握各类方证。

结论

以上是学习《伤寒论》后，得到几个粗浅看法，由于学龄有限，加以《伤寒论》文字古朴、言简义深，要在这样短的时间内摸透伤寒全貌，实在是不可能的事，但是我总以为若能遵循正确的学习途径，以《内经》、《金匱》为研究伤寒之理论基础，以伤寒原文做为主要研究对象，以注解做为辅助参考，则总有参透伤寒精神的一次。

*本文转载自中医学院第14届毕业纪念特刊，第74-78页(1979)

*子云是现任中医师公会会长赵英杰教授的笔名。

论五脏所藏

游杏南（新加坡）

五脏者，心，肝，脾，肺，肾是也，是指实质而言，人皆易知，但其所藏灵秀之神，又非肉眼所能窥探，人为万物之灵，盖即有灵秀之神，居藏其内。故经有曰：五藏者。所以藏精神血气魂魄者也。人死则其神离五脏。人病则五脏之神不安，知五神之所司，然后知五病之情况。此即中医学理之精华所在。非徒使检查器具所能测量其万一也。

一、心藏神：

经曰：心者生之本。神之变也。人所以有知觉，神主之也。神是何物？浑言之，则两精相搏谓之神，空言之，则变化不测谓之神。此皆放言高论，未着实际，使人坠入五里雾中，有愈看愈难懂之慨，兹吾且为之实指曰，肾藏精，精生气，气生神，为是神乃生于肾中之精，而上归于心，即心肾相交之意，亦永火既济之义也。盖神即心火之精，得肾阴济之，而心中湛然，神明出焉，故曰心藏神，又曰心者神之舍也，再以病理证之，为心血不足则神烦，天王补心丹之症也，心火不足则心悸，炙甘草汤之症也，邪入心包则神昏，紫雪丹牛黄丸之症也，西医知心为生血迴血之藏，而谓心不主知觉，谓主知觉者，是脑髓筋，殊不知脑筋有通于心即脑与心通，无可否认，彼不知脑实心之所用而非髓能知觉也，盖髓为肾水之精，得心

火照之而光见，故生知觉矣。古文思字从亠从心，即以心照脑髓之义，髓为月魄，心为日光，相照为明，此神之所以为用也。世之以知识属脑属心者，至此可以浮一太白矣。

二、肝藏魂：

经曰：肝者罢极之本，魂之居也。根据《左传注疏》里说；附形之灵为魄，附气之神为魂，可见魂者阳之精，气之灵也，人身气为阳血为阴，阳无阴则越，气无血不煦，肝主血而内生阳气，是之谓魂，究魂之根源，则生子坎水之一阳“三”即水生木，惟魂之功用，则启发于乾金之元气“三”天一生水也，不藏于肺（肺主气气阳也）而藏于肝者，（肝主血血阴也）阳藏于阴也，不藏于肾（肾阴藏也）而藏于肝者（肝阳藏也）阴出之阳也，昼则魂游于目而为视，夜则魂归于肝而能寐，魂不安者梦多，酸枣仁汤加朱砂远志之症，魂木强者虚怯，即温胆汤安神定志丸之症，其所以造成魂之不安不强，非关于肝之体，而关于肝之用也，用者何？魂主之也，外医不知魂是何物，故不言及于梦，然彼邦人类之知觉，与华人同，试问彼等夜寐恍惚，若有所见者，是何事物？因何缘故？则彼将哑然，莫知所答，即答亦不外以神经两字总括之，故吾敢断其不知也。

三、肺藏魄：

经曰：肺者气之本，魄之处也，人出生时，耳目的感觉，手足的运动，和啼哭的成声，都是所谓灵（魄）的作用，唐容川氏曰：“肺主气，本阳也，而藏阴魄，阴生于阳也，实指此物，即肺中清华润泽之气，西医所谓肺中只有膜沫是也，惟有此沫，则散为膏液，降为精血，阴质由是而成矣”。即经所谓飲入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺之理，魂主动而魄主静，金匱内之百合病，恍惚不宁，魄受扰也，故仲景以百合地黄汤补虚清热，魔魔中恶，魄气所掩也，后人以苏合香丸芬香逐秽，此等治法只有中医能知之。夫谈医而不及魂魄，吾敢谓其未窥门径耳。

四、脾藏意：

经曰：脾胃者，仓廩之本营之居也。此指脾为胃行其津液，以奉心脏，实为血液生化之产地，至于脾藏意之说奈何？根据唐氏谓：“心所计虑谓之意”即欲正其心者，先诚其意，盖心火生脾土，故意藏于

脾，按脾主守中，能记忆也，又主运用，能思虑也，脾之藏意为此，为脾阳不足，则思虑短少，故主治以建中，脾阴不足，则记忆多忘，故主治以归脾，一为扶阳，二为护阴，其深奥，实不止此。

五、肾藏志：

经曰：肾者主蛰，封藏之本，精之处也。何言肾藏志？盖旧注“心之所谓之志”志生于心，而藏于肾，肾生精为五藏之本，精生髓，为百海之源，人之多才多能，良由精髓充足，经曰：肾者作强之官，伎巧出焉，此为志之用也，若髓海不足，则脑转耳鸣，古人以金匱肾气丸加鹿角胶治之，肾精干枯，则思想迟钝，孔圣枕中丹治之。按志即古誌字记也，可见人之记性，记在何处，则在肾经，西说则谓在脑，其实脑是块然一个阴质，然脑之灵在髓，髓之灵在心盖即志生于心，而藏于肾，即心肾相交也，为心血虚者，必兼补肾水，观天王补心丹，仲景复脉汤，均用地黄，其义可知也。

*本文转载自中医专门学校十周年纪念特刊第62页（1962）

谈读伤寒论

谢斋孙（新加坡）

我读《伤寒论》一书已有多年，除领略伤寒论的一些重要法则，和零碎地在临床上使用伤寒论中数张方子外，对伤寒论这一部医学的巨著可说依然是一个门外汉。

我看到许多同道们和我一样，大家都觉得《伤寒论》是中医学的泉源和典范，要成一个真正的中医，非读通它不可。但虽经过多年的钻研，除条文较熟外，还是不能融会贯通。在临床上治病处方，还不是依然时方一套，不敢动用伤寒的方与法，并藏拙地对人说：“中医的特长，就是轻药愈重病”，或者是“南洋地处热带，四面环海，温病书比伤寒论，对当地是更适用的”。但大家心中又都雪亮，所谓温病书，亦是由伤寒论发展而来。《伤寒论》并不是一部专问指导治寒病的书，它里面的许多方剂，亦就是后世温病书里的主方，或是由它们演变而来的，且诸温病书的作者，亦都是熟读伤寒论的人。因此要精通温病书，亦必要精通《伤寒论》为先着。从那一方面来说，《伤寒论》依然是中医必定要读，并且还要精通的一本古典著作，非如此你不能在临床的诊断与治疗上有更特出的成就。

《伤寒论》原著，字简而义深，著作时期，又离现代已近二千年的时间，历代

虽有百余家对它加以注解，但多随文敷衍，或闭门造车地在文字上下工夫。后代的人想凭它们而登堂入室，是很困难的。

《伤寒论》原已难读，要找一本善本的注解，来帮助我确体会仲景原意，而融会贯通，将书中的理、法、方、药，运用自如，将是难上加难。千数百年来，少人能入伤寒之堂者，未始不是这个原委。

在我们的同道中，有广东新会故名医陈伯坛先生的弟子们，他们治病主要的是伤寒方，方中药物分量，亦以伤寒原书为例。与他们谈学理时，他们亦纯以内难、伤寒、金匱、本草的理论为理论，不渗什说。从上面二点而引起我注意的是我遇到一群中医，他们会真正使用伤寒论方法治病和以古典且有系统的中医药学理论作为学问的基础。我进而探听他们的老师，方知陈伯坛先生以讲与用仲景医学而成名，他以所著《读过伤寒论》与《读过金匱》二书为课本授徒，入室弟子都亦以仲景医学应世成名。自己能如此，随其学者亦如此，这非对仲景学说有特殊造就，是不可能的事。《伤寒论》注家何尝没有洋洋大观的著作，可是他们无力使读者融会贯通，将书中理论与实践配合起来。例如清代柯韵伯，亦尝被人赞为《伤寒论》注家中的佼佼者，但读柯著《来苏集》与《论翼》二书虽熟，对伤寒论中的理、法、方、

药、无法运用者又比比皆是。从这里，我揣测陈著《读过伤寒》与《金匱》二书必有过人处。所以我想从这二书将《伤寒论》从头读起，希望有一日，我能真正地运用《伤寒论》中的理、法、方、药。

二年的时间很快的过去，我读完《读过伤寒论》全书几篇后，我发觉全书中陈伯坛先生以内难经及伤寒金匱的原文来注解《伤寒论》，没有一句是臆说，亦不抄袭他人一句唾余。原原本本地站在中医传统的独特理论体系上来谈论中医药。若能熟读此书，在循循善诱之下，慢慢地学会仲景的见病知源地运用《伤寒论》的理法方药外，对中医传统独特理论体系，亦将打下一个坚实的基础。

兹将对陈著《读过伤寒论》一书所理解的一部分写在下面，其中免不了有许多错误。星马一带不少陈先生入室弟子的先进们，希望他们多多给予指正。这是我虔诚的期望。

先生在全论中认为人体会不会病伤寒，和伤寒之后，病邪的进止，完全是由人体正气来决定，而不是由病邪来决定。这就是根据《内经》的“虚邪不能独伤人”及“邪之所凑，其气必虚”和“虽有大风苛毒，弗之能害”的原理。所以，他反对一般人所说伤寒是由“寒伤”或“风中”而来的以病邪为主动的理论。他凭同种理由去反对世俗的“传经学说”。因为假若“传经学说”真的能成立的话，那么病邪一旦侵入人身之后，将如入无人之

境，为所欲为了。事实上，陈先生的见解确比其他注家高出一等，一个人除非他的正气崩溃，否则正气时时刻刻阻止病邪的入侵，就是被侵入之后，亦从未放松过抵抗。疾病的成立和进退以人体正气为主动抑或病邪为主动，正是中医与西医的分界线。中医是以人体机能失常之后才发病，并不如西医的以病菌即能使人生病。病菌是在人体机能（正气）有了失常之后才能起病，并不是有了病菌，人就要生病。故中医论病，可无细菌，治法可无杀菌，而病亦可愈。近代苏联巴甫洛夫的机能病理学说已证明上述中医理论的正确与科学性了。

先生认为人身的三阴三阳，是由脏腑的六气所合化而成为维护人身健康的生理机能（亦即就是正气）。举太阳以为例，太阳就是由膀胱与小肠二腑的寒热二气合化而成的“外卫正气”。这“外卫正气”的“太阳”，若它的势力强盛时，则外邪不能侵入使人患病，只有在太阳势力衰弱时，邪气才有机会侵入人体起病。太阳本身虽是由寒与热二气合化而来，但正常的太阳并不显露寒或热的气，一朝有病，就有了恶寒和发热了。这在气化的术语上，就有所谓：化宜盛不宜衰，气贵藏不贵露了。（读伤寒论时，人身的三阴三阳与脏腑及十二经络是有关系，但不能混为一谈，这是一个很重要关键与必需注意的地方）。

书中以太阳本身是寒热二气合化而成，故亦就是阴阳的混合体。当这个外卫

正气的太阳势力衰弱时，病邪乘机而入，故有了太阳病。这时，不是标阳受病就是本阴受病。太阳的标阳受病则呈现阳浮的发热，和阴弱的汗出的见证，在伤寒论中称为外证，亦叫做中风；太阳的本阴受病，则或未发热必恶汗的见证，在伤寒论中称为表证，亦叫做伤寒。中风的治法在解外，代表的方剂是桂枝汤；伤寒的治法在发表，代表的方剂是麻黄汤。但人身的阴阳是有消长的转化，或由误药的缘故，往往原初是外证的中风因阳消阴长而转成表证的伤寒，表证的伤寒同样地亦有转成外证的中风。表证转成外证时，多数改用桂枝汤来解外；但外证转成表证时，只有少数改用麻黄汤来发表，但多数该然可再用桂枝汤解表发汗。所以太阳病中桂枝汤是比麻黄汤有更多使用的机会。

近年来，中国方面的伤寒书都是把太阳病分为经病的桂枝麻黄证，和腑病的五苓抵当证。原意是以“经”字代表“表”字，“腑”字代表“里”字，但终是有语病。若初学的人把经字看作“经络”的话，那就将走入迷途了。

太阳病初期，不是外证的桂枝证，就是表证的麻黄证。若病再进入一步，变成似桂非桂，似麻非麻的病证时，往往就是小柴胡证，如太阳病十日已去，脉浮细而嗜卧者，外已解也，设胸满胁痛者，才与小柴胡汤（第三十七条），又如伤寒五六日中风往来寒热胸胁苦满……（第九十六条）和九十七条的血弱气尽，腠理开邪气因入的小柴胡证等，还不足以证明上面使

用小柴胡汤的说理吗？这时使用小柴胡汤，因本阳已无力以自解病，往往是要借助少阳枢转机能使病邪自外的太阳解，抑或自里的阳明解，故先生常告人说，用小柴胡必在少阳未病的时候，一朝少阳有病，小柴胡汤已是半有效半无效了。小柴胡证用小柴胡能愈的就痊愈，不愈的往往转入阳明，第九十七条原文不是有“服柴胡汤已，渴者，属阳明”的指示吗？在阳明篇二五一条原文中有，“太阳柴胡证”字外，全论并无言及少阳柴胡证。且原书的少阳篇中并无用柴胡汤来治少阳病，其中有用小柴胡汤的一条亦明明写下“本太阳病不解”字句。如此这样，最近新出版的伤寒书，还是将太阳，阳明的柴胡证，移入少阳篇，且明言柴胡汤是治少阳病的主方。这些修改和主张，是否会违背仲景原意，真使人怀疑？

从来，伤寒论的注家，都把五苓散证看作蓄水证。五苓散证在原文中，又多烦渴，脉又见浮数，且有发热见证，如此热脉、热证、谁有胆量来使用以白术和桂枝等辛温药物组成的五苓散呢？所以后世注家虽花了许多文字来注释，依然无法使读注解的人能运用五苓散，这样有注解不是等于无注解。陈先生对五苓散证先以《内经》的“饮入于胃……”的生理作基础，然后再言说明误汗所引起的病理，汗药在水入胃后，直接导水化汗不似正常地经过脾、肺、三焦和膀胱，然后再散布全身而化汗；在此情形下，汗者自汗，病邪不解脉故浮数，三焦膀胱无水津以化小便，故见小便不利，体内缺水故口渴。口渴饮

水，水入胃又再化汗，依然无补于事，故不但渴而且消，再多饮，胃阳无力以化水最后还可转成水逆。读书至此为什么有五苓证，见病知源，谁还不敢放胆使用五苓散呢？

再从结胸证来说，伤寒的注家，都是把结胸证当作误下后，热与痰水相结的热实证。他们有这样的结论，可能是从陷胸汤中的药物悟出来的。亦就是有了他们这样的解释，后来读伤寒的人，只知陷胸汤的厉害，而无法了解使用陷胸汤的方法。陈伯坛先生书中，却认为“病发于阳”，是指太阳外证中风病，外证属阳，趋势在外，不像伤寒属阴，易于入里，外证有入里的，多是误下所引起。太阳病时，太阳正气与邪气互相抗拒于躯体之表，邪气在外上；正气在下在里，误下之后，太阳正气下陷，邪气亦随之下陷，压在正气之上，壅塞胸胁（胸是阴阳的通路）病所已连及少阳和阳明了。轻的只有标阳逆入在胸而未入膈，邪尚有外出可能，故以桂枝去芍药汤使邪从外解。重的成为结症，凡结症有出路的必有呕证（邪欲下而正气冲

上抵抗，故使呕）则解以柴胡汤或再用大柴胡或柴胡加芒硝汤之类尾其后而愈其病。结而有出路，所以见“呕”或“头汗出”等证，这是体内阴阳未至全断不通，故不成结胸证。若误下之后，邪入占满全胸，而阳气在邪之下，直陷入膈。（人身有阳气存在地方，才有知觉。故结胸证因邪在胸，故无胸部症状，阳气在膈，故见心下或连少腹痛证）。这样结胸证已是成立，故膈上阳气不能下降，膈下阴气不能上升，上下阴阳隔绝如“藏结”之状，这时既不能像用桂枝去芍药汤证使邪外出，那只有使用倒壁推墙猛剂的陷胸汤使邪自下而解，不这样，病人必死了。读书至此，既能见病知源，且又有这样的详细辨证，读过陈著《读过伤寒论》，谁遇到大结胸证，还不敢放胆使用大陷胸汤吗？

上面所述各点，使我慢慢地明白陈伯坛先生和他的弟子们敢以仲景学问应世而有特效，是因为他们对《伤寒论》有深入的心得。他的书，确有导入进入仲景书堂室，这亦就为什么我要来推荐“读过伤寒论”这一本书了。

*本文转载自中医专门学校十周年纪念特刊，第 65-67 页（1962）



《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、非药物康复治疗经验汇总以及复方制剂的开发与探讨等，以能促进中医药在世界范围内有着更好地发展，为全球人类的生命健康发挥出更大的作用。

因此，《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、实用性的新加坡品牌的中医杂志。

来稿要求

- 文稿一般为综述、活动报导勿超过5000字，论著不超过4000字，其它文稿不超过3000字（包括摘要、图表和参考文献）。
- 文题力求简明扼要，突出文章主题，中文一般不超过20个字，文题中不能使用非公用的缩略语。
- 文稿可以附上中文摘要和关键词（英文部分则省略），摘要一般在200字左右，内容及格式必须包括论文的目的、方法、结果及结论四部分。而重点是结果和结论，结果中要有主要数据。文稿可标引2至6个关键词，标引关键词应针对文稿所研究和讨论的重点内容。
- 参考文献，仅限于作者亲自阅读过的近期重要文献，尤以近两年的文献为宜，并由作者对照原文核定。机关内部刊物及资料等请勿作文献引用。参考文献的编号，按照国际GB7714-87采用在正文中首次出现的先后顺序连续排列于文后，正文中一律用阿拉伯数字（加方括号置右上角）表示。

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

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

提醒

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

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

640 Lorong 4 Toa Payoh
Singapore 319522



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

新加坡中醫雜誌

SINGAPORE JOURNAL OF
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

1991年11月创刊

出版日期 2023年1月x日

顾问 赵英杰 林秋霞

编印 新加坡中医师公会

主编 王美凤(宣传出版组主任)

副编 潘虹陵(宣传出版组副主任)

编委 梁桂贤 陈蓓琪 林英
郑爱珠 张翠文

刊名题字 杨松年

出版 新加坡中医师公会

Singapore Chinese Physicians' Association

640 Lorong 4 Toa Payoh Singapore 319522

电话 (65) 6251 3304

传真 (65) 6254 0037

网址 <http://www.singaporetcm.com>

电邮 assoc@singaporetcm.com

出版准证 MCI(P) 023/01/2023

国际刊号 ISSN : 0219-1636

承印 高艺出版社

Superskill Graphics Pte Ltd

1001 Jalan Bukit Merah #03-11

Singapore 159455

Tel: 6278 7888

info@superskill.com

定价 5.00新元

版权所有 翻印必究

ISSN 0219-1636



9 770219 163001



新加坡中医师公会

SINGAPORE CHINESE PHYSICIANS' ASSOCIATION

中华医院 SINGAPORE CHUNG HWA MEDICAL INSTITUTION

新加坡中医学院 SINGAPORE COLLEGE OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

中华医药研究院 CHINESE MEDICAL AND DRUGS RESEARCH INSTITUTE

中华针灸研究院 CHINESE ACUPUNCTURE RESEARCH INSTITUTE

