



本期之药

梔子

花白色，漿果黃橙色，性寒，味苦。歸心經、肺經、三焦經。
功效瀉火除煩，清熱利尿，涼血解毒；外用消腫止痛。

治熱病虛煩不眠、黃疸、淋病、消渴、目赤、咽痛、吐血、
目赤、尿血、熱毒瘡瘍。

中華醫院

仁風義舉 澤及病黎 功德无量



Singapore Chung Hwa Medical Institution

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友，

中华医院是本地最大的中医慈善医疗机构，也是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 Chiat 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@singaporectcm.com

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

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

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

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

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

临床

1. 林英主任医师治疗肺癌的中医用药规律研究 / 新加坡·郑黄芳 2
2. 中医治疗卵巢早衰导致的不孕验案1例 / 新加坡·欧翠柳 12
3. 喉痞的中医诊治 / 新加坡·卓扶蓉 15
4. 针药合用治疗老年痴呆症浅析 / 新加坡·杨昌志 22
5. 不孕不育病例一则 / 新加坡·胡燕玲 27
6. 咽喉反流性疾病的治疗探讨 / 新加坡·何宇璇 31
7. 浅谈甘温除热法 / 新加坡·曾玉珠 34
8. 湿邪与皮肤病的论述 / 新加坡·翁亚庆 39
9. 简谈阳痿 / 新加坡·蔡瑞和 42

台中针灸高级研修班专辑

1. 前瞻视野的中西结合医学文化——台中针灸高级研修班感悟 / 新加坡·陈蓓琪 45
2. 从微环境气候学解构——中医基础理论的认知 / 新加坡·王美凤 48
3. 荐髂关节功能障碍的简介医疗处置及浮针治疗
——台中高级研修班学习及初实践结果分享 / 新加坡·王晖闵 50
4. 穴位贴敷治疗便秘学习心得 / 新加坡·张博翔 52
5. 从特殊针灸看软组织肌骨疾病的针刺治疗
——台中针灸高级研修班课后分享 / 新加坡·陈源彬 54

学术探研

1. 新加坡中医新冠病毒 COVID-19 科研的过程 / 新加坡·白伟良 56
2. 纤维肌痛征——现代医学与中医药缓解策略和临床案例（上篇） / 新加坡·邓凯文 60

新加坡杏林人物志

1. 促成县花镜影慈善剧社义演 助中华筹募基金的何益甫 / 新加坡·林英 75

学术交流

1. 新加坡中医新冠肺炎抗疫概况 / 新加坡·白伟良、黄惠萍、林英 等 77
2. 2023年第93届国医节暨第15届台北国际中医药学术论坛纪事 / 新加坡·林英 84

甘醇共享

1. 外科学概说 / 新加坡·谢斋培 87
2. 谈伤寒论后——辨太阳白虎证与厥阴白虎证之异同 / 新加坡·方焕辉 91

知识库-分享栏目

1. 失传的营养学——远离疾病 / 新加坡·陈蓓琪 94

林英主任医师治疗肺癌的中医用药规律研究

郑黄芳（新加坡）

据新加坡癌症注册局的统计，从2016年至2020年间，新加坡共有大约8620病患诊断患上肺癌，肺癌更是致死率最高的癌种。一项2004年至2013年的肺癌疾病谱调查显示，肺癌患者的中位年龄为68岁，65%为男性，88%为华人，92%患有非小细胞肺癌，76%为第IIIB/IV期的病人^[1]。患上肺癌者，多数都会有一些临床症状如咳嗽、气短、咯血、胸闷或胸痛等。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”、“息贲”等范畴。

新加坡中医师公会属下的中华医院成立于1952年，是本地较有规模的中医院之一，其肿瘤组门诊设立于1997年。根据中华医院常年病人报告，2021年的全年门诊量为27万6049人次，肿瘤科全年总病人次为14341。中华医院的肿瘤专病组组长，林英医师，主任医师，南京中医药大学医学硕士，中华医院医疗内科主任，从事中医临床和教学工作长达30余年，肿瘤科临床工作20余年，有着丰厚的临床经验。本研究旨在搜集林英主任医师的肺癌门诊病历，并进一步进行用药规律分析，以探讨其临床辨治规律。

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^[2]。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 建立数据库

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 53 例，263 诊次处方，涉及药物 183 味，总药物频数 4397 味。

2.1 性别统计：

53 例病患中，有 27 例女性，26 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 60-69 岁及 70-79 岁（见表 1-1）。

表 1-1 林英医师 53 例病患年龄分层统计

年龄分层	患者数目
40-49	3
50-59	9
60-69	20
70-79	15
80-89	4
90-99	2

2.3 中药频次统计及药量分析

中药频次从高到低的排序结果，以白术使用频次最高，达 246 次，使用频次为

93.54%，使用频次达 40% 以上的中药有 10 种，而使用比例前 40 位常用药物的使用百分比为 $\geq 11.79\%$ (见表 1-2)。

表 1-2 林英医师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	246	93.54%	12.40	6.0	20.0	2.37
2	茯苓	239	90.87%	15.42	9.0	30.0	4.22
3	半枝莲	209	79.47%	27.19	15.0	60.0	8.17
4	黄芪	201	76.43%	21.36	10.0	30.0	6.01
5	陈皮	188	71.48%	8.57	6.0	10.0	1.37
6	女贞子	161	61.22%	12.43	10.0	15.0	1.17
7	土茯苓	143	54.37%	19.17	10.0	30.0	5.47
8	太子参	128	48.67%	16.40	10.0	24.0	2.71
9	半夏	126	47.91%	9.79	6.0	12.0	0.83
10	鸡血藤	121	46.01%	25.21	12.0	30.0	5.64
11	厚朴	75	28.52%	9.69	3.0	10.0	1.22
12	南星	72	27.38%	6.28	6.0	10.0	0.93
13	白花蛇舌草	66	25.10%	26.48	15.0	45.0	7.79
14	绞股蓝	65	24.71%	14.91	10.0	18.0	2.21
15	麦冬	65	24.71%	13.18	10.0	15.0	1.57
16	浙贝母	63	23.95%	10.21	9.0	12.0	0.95
17	莪术	60	22.81%	11.28	9.0	15.0	2.3
18	仙鹤草	58	22.05%	12.57	10.0	24.0	2.31
19	薏苡仁	58	22.05%	19.59	10.0	30.0	4.86
20	枸杞子	56	21.29%	13.55	5.0	20.0	2.22
21	党参	54	20.53%	21.28	15.0	30.0	5.84
22	百合	53	20.15%	11.85	10.0	12.0	0.53
23	枳壳	52	19.77%	9.33	6.0	10.0	0.67
24	北沙参	48	18.25%	14.31	10.0	25.0	5.68
25	天花粉	48	18.25%	12.71	10.0	15.0	1.35
26	大枣	46	17.49%	12.48	10.0	15.0	1.84
27	五味子	45	17.11%	5.73	5.0	6.0	0.44

表 1-2 林英医师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
28	甘草	44	16.73%	6.02	3.0	10.0	1.62
29	天麻	43	16.35%	9.44	9.0	10.0	0.5
30	神曲	42	15.97%	13.17	10.0	15.0	1.54
31	阿胶	42	15.97%	15.00	15.0	15.0	0.0
32	白芍	41	15.59%	13.10	12.0	15.0	1.45
33	白英	41	15.59%	16.32	15.0	18.0	1.49
34	肿节风	41	15.59%	16.76	12.0	18.0	2.2
35	紫菀	40	15.21%	10.80	9.0	12.0	1.05
36	白前	38	14.45%	10.00	10.0	10.0	0.0
37	葶苈子	36	13.69%	9.11	6.0	10.0	1.66
38	怀牛膝	34	12.93%	12.97	12.0	15.0	1.4
39	柴胡	32	12.17%	8.97	6.0	10.0	0.59
40	人参	31	11.79%	15.55	10.0	24.0	3.46

在 263 诊次的病例中，一共有 8 味药有不同的中药炮制法或为同一种药物的不同入药部分，分别为“白术”（包括白术、炒白术）、“半夏”（包括姜半夏、法半夏）、“甘草”（包括甘草、炙甘草）、“枳壳”（包括枳壳、炒枳壳）、“大枣”（包括红枣、黑大枣）、“天南星”（包括天南星、胆南星）、“车前子”（包括车前子、车前草）、“紫苏”（包括紫苏叶、紫苏梗）、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
白术	白术	206	大枣	红枣	33
	炒白术	40		黑大枣	13
半夏	姜半夏	21	南星	天南星	2
	法半夏	105		胆南星	70
甘草	甘草	25	车前子	车前子	8
	炙甘草	19		车前草	9
枳壳	枳壳	1	紫苏	紫苏叶	3
	炒枳壳	51		紫苏梗	3

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 1391 次，其次为平性药物，使用频次为 1033 次，第三为寒性药物，使用频次为 660 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 2492 次，其次为苦味药物，使用频次为 2130 次，第三为辛味药物，使用频次为 1461 次。

2.4.3 中药归经统计

中药归经统计分析发现，所用的药物以归肺经的药物最多，使用频次为 2321 次，其次为归脾经的药物，使用频次为 1967 次，第三为归肝经的药物，使用频次为 1620 次。而后为归肾经（1347 频次）、胃经（1341 频次）、心经（958 频次）。

2.4.4 中药功效统计

对林英医师治疗肺癌的前 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（18.4%）、化痰祛湿法（16.3%）、清热解毒法（14.3%）。具体的中药功效归类与频次如下（见表 1-4）。

表 1-4 林英医师治疗肺癌前 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、太子参、绞股蓝、党参、大枣、甘草、人参	9	18.4
	养血法	阿胶、白芍	2	4.1
	补肾法	女贞子、枸杞子、怀牛膝	3	6.1
	养阴法	女贞子、麦冬、百合、北沙参、五味子	5	10.2
祛邪抗癌类	化痰祛湿法	茯苓、陈皮、半夏、南星、绞股蓝、浙贝母、薏苡仁、白前	8	16.3
	活血化瘀法	鸡血藤、莪术	2	4.1
	清热解毒法	半枝莲、土茯苓、白花蛇舌草、绞股蓝、天花粉、白英、肿节风	7	14.3
	理气开郁法	陈皮、厚朴、枳壳、柴胡	4	8.2
	软坚散结法	半夏、南星、浙贝母、天花粉	4	8.2
	以毒攻毒法	—	0	0.0
	其他类			
	止咳平喘法	紫菀、葶苈子	2	4.1
	其他	仙鹤草、天麻、神曲	3	6.1

*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 0.46，置信度为 0.76，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－茯苓，半枝莲－白

术，半枝莲－茯苓。使用频次 ≥ 120 的前 21 位基于关联规则的药物组合规律分析见（见表 1-5）。

表 1-5 林英医师治疗肺癌前 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	茯苓	237	11	陈皮	黄芪	149
2	半枝莲	白术	206	12	半枝莲	陈皮	142
3	半枝莲	茯苓	199	13	白术	土茯苓	142
4	黄芪	茯苓	195	14	半枝莲	女贞子	139
5	白术	黄芪	194	15	茯苓	土茯苓	134
6	白术	陈皮	174	16	黄芪	女贞子	133
7	陈皮	茯苓	174	17	半枝莲	土茯苓	132
8	半枝莲	黄芪	163	18	太子参	茯苓	120
9	白术	女贞子	161	19	白术	鸡血藤	120
10	茯苓	女贞子	152	20	茯苓	鸡血藤	120

2.6 中药聚类分析

对 263 诊次中医药治疗肺癌的医案中频次 ≥ 11.79% 的前 40 味中药进行聚类分析，聚类分析结果（见图 1-1）。

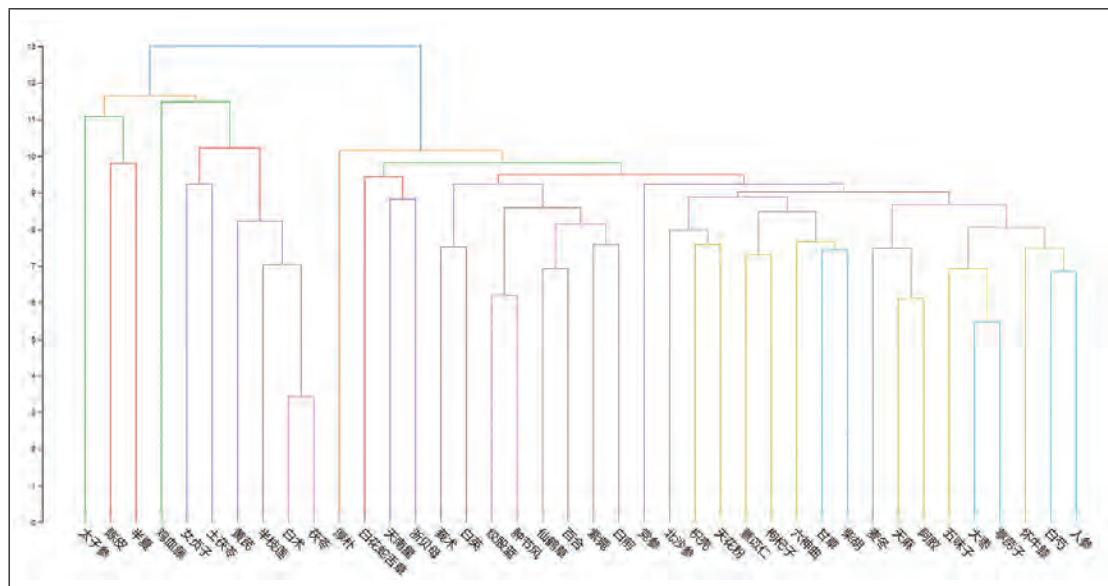
以距离 >12 为界，可将上述中药分为 2 组，具体分组情况如下：

第 1 组：太子参、陈皮、半夏、鸡血藤、女贞子、土茯苓、黄芪、半枝莲、白术、茯苓；

第 2 组仍可以距离 >9 为界，分为：

- ① 厚朴、白花蛇舌草、南星、浙贝母；
- ② 莪术、白英、绞股蓝、肿节风、仙鹤草、百合、紫菀、白前；
- ③ 党参、北沙参、枳壳、天花粉、薏苡仁、枸杞子、神曲、甘草、柴胡、麦冬、天麻、阿胶、五味子、大枣、葶苈子、怀牛膝、白芍、人参。

图 1-1 林英医师中医药治疗肺癌的中药聚类分析图（欧式类平均法）



3 讨论

从林英医师辨治肺癌的数据挖掘分析，可以总结出林医师在治疗肺癌时，使用频次超过 40% 的核心药物为：白术、茯苓、半枝莲、黄芪、陈皮、女贞子、土茯苓、太子参、半夏、鸡血藤 10 味药。以白术使用频次最高，使用频率为 93.54%。这 10 味药物含有六君子汤的组方思想，以太子参易党参，同时也含有黄芪、女贞子提高免疫力的药物组合。

通过中药的四气统计中，使用频次依次为温、平、寒性。补脾益气的药物如黄芪、白术、大枣等，药性均偏温，理气化痰药物如陈皮、半夏、天南星、枳壳等，及止咳化痰药物如紫苑、百部、白前等，性味也偏温。性平的药物包括茯苓、党参、人参、太子参、枸杞子等药。清热解毒，消肿散结的药物如半枝莲、白花蛇舌

草、绞股蓝、仙鹤草等，及滋阴润肺的药物如百合、麦冬、天花粉等药药性偏寒或微寒。

中药功效统计方面也验证了核心用药组成的思路。以健脾法最为多用，占 18.4%、其次为化痰祛湿法（16.3%）、清热解毒法（14.3%）。林英医师在肿瘤病的治疗中提倡以辨证为指导，视患者所处的治疗期，进行四诊合参，辨证论治。林英医师认为肿瘤病乃正虚为基础，尤以脾胃气虚最为常见，夹有实邪，包括痰饮、湿聚、气滞、血瘀及热毒。

在健脾补气的药物选择方面，林英医师提示在健脾时所选用的参类药物应按照患者的体质而定是否要平补、温补或大补元气，虽在《中药学》教材中记载党参、人参性味属平，但在临床运用中观察到，除太子参以外，党参和人参的性味均偏

温。若患者为气虚兼有热像，容易上火的体质，林医师习惯用太子参清补肺脾之气，又有生津润肺之效，适用于不宜温补的病患。林医师也进一步提示肺为娇脏，喜润勿燥，在谴方用药中常联合使用黄芪与党参，因黄芪偏温燥，在新加坡的炎热气候下，容易引起上火的征兆，党参补气之力较平和，性甘、平，党参既能补气，也能补血、生津，因此联合使用可以避免需要使用到大剂量的黄芪而引起的燥热症状，又能达到类似的补气效果。

在清热解暑药物的选择中，林医师除了常用的半枝莲及白花蛇舌草以外，也时常会选择土茯苓、绞股蓝、天花粉、白英和肿节风等。林医师体会白花蛇舌草由于性味苦、寒，若大剂量使用容易引起腹泻的症状，若患者素有脾胃虚寒，会加重腹泻症状。半枝莲性味辛、平，寒凉之性较白花蛇舌草轻，因此若患者出现腹泻，可以首选半枝莲或土茯苓作为清热解暑药。林医师表示由于新加坡气候炎热潮湿，很多病患都会夹有湿邪，因此土茯苓非常适用于新加坡的地理环境。土茯苓除了解毒，消肿散结，且可除湿，通利关节，具有良好的抗肿瘤作用。有研究显示土茯苓、印度菝葜联合的提取物对非小细胞肺癌细胞有时间和剂量依赖性的毒性作用^[3]，还可观察到显著的抗氧化和抑制菌落形成的作用^[4]。绞股蓝除了可以益气健脾，清热解暑，亦有化痰止咳的功效，这三方面的功效非常适用于改善肺癌患者所表现的症状。与此同时，绞股蓝的主要药效成分为绞股蓝总皂苷，且部分与人参皂苷相

同，研究显示绞股蓝总皂苷对于多种癌细胞的增值有显著的抑制作用^[5]。天花粉具有清热泻火，生津止渴，消肿排脓的功效。早在70年代，天花粉就被运用于治疗恶性滋养叶肿瘤^[6]，随着研究的深入，天花粉已被广泛运用于各种肿瘤的治疗。天花粉抗肿瘤的机制主要从对NK细胞的杀伤活性，诱导细胞凋亡，抑制蛋白质的合成，免疫调节作用几方面发挥其功效^[76]。天花粉含有多种有效成分，包括多糖类、天花粉蛋白、皂苷、氨基酸类等，其中天花粉蛋白（Trichosanthin）是抗肿瘤主要的活性成分，可用于治疗肺癌、乳腺癌、结肠癌等多种癌症^[8]。

从药物组合规律分析，前三位组合分别是白术－茯苓，半枝莲－白术，半枝莲－茯苓。最常用的药物组合是白术配伍茯苓，白术健脾益气、燥湿利尿，被誉为“脾脏补气健脾第一要药”；茯苓利水消肿，渗湿，健脾，为“利水消肿之要药”，可以用于治疗寒热虚实各种水肿。由于脾失健运，容易导致水湿内停，因此这个对药能有助于祛湿健脾，改善脾运。半枝莲为常用的抗肿瘤药物，具有清热解毒，散瘀止血，利尿消肿的功效。白术性温，茯苓性平，半枝莲性平，三者合用药性平和，在健脾、利尿消肿的基础上，佐以抗癌之功。

通过中药聚类分析结果，可以分为4组药物。

第1组：太子参、陈皮、半夏、鸡血藤、女贞子、土茯苓、黄芪、半枝莲、白术、茯苓；太子参、白术、茯苓、陈皮、

半夏为六君子汤的组成。黄芪、女贞子一阴一阳，黄芪补气健脾，女贞子滋补肝肾，滋养肝、脾、肾三脏，补气填精，有助于提高白细胞和机体的免疫力。林医师体会鸡血藤有良好的特性，其苦而不燥，温而不烈，性质和缓，即可行血调经，又可补血，并有藤类的特性，可以舒筋活络，对于经化疗引起的后遗症如肢体麻痹有良好的恢复作用，联合黄芪、当归等补气养血、活血之品，效力更佳。半枝莲和土茯苓清热解毒，抗癌。上述药物共奏补气健脾、理气化痰、清热解毒的效用。

第2组：厚朴、白花蛇舌草、南星、浙贝母；白花蛇舌草清热解毒，利湿通淋，亦有助于保肝利胆。胆南星清热化痰，息风定惊的功效。南星与半夏为燥湿化痰要药。浙贝母清热化痰，散结消痈，即可治疗痰热咳嗽，也可治痰火瘰癧、乳痈、肺痈。厚朴辛温，能燥湿化痰，下气除满，亦可消积导滞，有助于通利肠腑，消除实满，协调肺与大肠的气机升降出入功能。上述药物共奏清热化痰，行气之功。

第3组：莪术、白英、绞股蓝、肿节风、仙鹤草、百合、紫菀、白前；白英、绞股蓝、肿节风均为清热解毒，具有抗癌功效的中药。仙鹤草收敛止血，补虚，百合养阴润肺，清心安神，紫菀润肺化痰止咳，白前降气化痰，这四味药能有助于改善肺癌常见的咳嗽症状，通过百合养阴润

肺的作用及仙鹤草收敛止血的功效，对于咳嗽咯血也有治疗改善作用。林英医师认为肺癌中常见的证型有肺阴亏虚，气阴两虚及痰湿内蕴，尤以气阴两虚较常见。因此临床上常用百合固金汤为基础方进行加减，尤其适用于伴有咯血的阴虚肺燥的患者，百合亦有良好的滋养安神的作用。

第4组：党参、北沙参、枳壳、天花粉、薏苡仁、枸杞子、神曲、甘草、柴胡、麦冬、天麻、阿胶、五味子、大枣、葶苈子、怀牛膝、白芍、人参。人参、麦冬和五味子为生脉散的组成，可益气养阴，敛汗，有益于“补肺中元气不足”。北沙参养阴清肺，生津；党参补益脾肺之气，生津，养血；枸杞子滋补肝肾，益精；阿胶补血，滋阴，润肺，止血；白芍养血敛阴；大枣补中益气，养血安神；上述药物共用有助于治疗气阴两伤之证，补而不燥。天花粉清热泻火，生津止渴，消肿排脓；薏苡仁利水消肿，渗湿健脾，清热排脓，两者有助于清热除湿，消肿排脓。枳壳行气开胸，宽中除胀；柴胡疏肝解郁；神曲消食和胃，改善食欲。天麻平抑肝阳，怀牛膝补益肝肾，强筋健骨，葶苈子泻肺平喘，利水消肿，上药对于肺癌所出现的兼证可以酌情配伍使用，改善患者的症状及生活质量。

综上所述，林英医师辨治肿瘤的主导思想为扶正抑瘤，以健脾益气为主，佐以化痰祛湿，清热解毒，及随症加减用药，以改善患者的临床症状和生活质量。

【参考文献】

- [1] Toh CK, Ong WS, Tan DS, Ng QS, Kanesvaran R, Fong KW, Ang MK, Tan EH, Lim WT. Improved Survival of Advanced Lung Cancer in Singapore Over the Past Decade. Ann Acad Med Singap. 2017 Sep; 46(9): 333-338. PMID: 29022033.
- [2] World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. 2021.3.3.
- [3] Pathiranage VC, Thabrew I, Samarakoon SR, et al. Evaluation of anticancer effects of a pharmaceutically viable extract of a traditional polyherbal mixture against non-small-cell lung cancer cells. J Integr Med, 2020, 18(3): 242-252.
- [4] 杨晓鲲, 苏杰, 徐贵森.土茯苓提取物对消化道肿瘤细胞的体外作用 [J].西南国防医药, 2014, 24(03): 253-256.
- [5] 肖忠革, 金芝贵.绞股蓝的抗肿瘤作用及其药理基础 [J].浙江中西医结合杂志, 2001, (12): 68-69.
- [6] 王海英, 刘旭东.天花粉抗肿瘤研究进展 [J].国医论坛, 200 5, (01): 54-55.
- [7] 冯果, 陈娟, 刘文, 等.天花粉有效成分及药理活性研究进展 [J].微量元素与健康研究, 2015, 32(06): 59-62.
- [8] 张铎, 陶磊, 路丽明.天花粉蛋白 (TCS) 诱导肿瘤细胞凋亡及其抗肿瘤作用机制的研究进展 [J].复旦学报 (医学版), 2012, 39(06): 663-667.

中医治疗卵巢早衰导致的不孕验案1例

欧翠柳（新加坡）

卵巢早衰（premature ovarian failure, POF）是指卵巢功能衰竭所导致的40岁之前即闭经的现象。特点是原发或继发闭经伴随血促性腺激素水平升高和雌激素水平降低，并伴有不同程度的一系列低雌激素症状如：潮热多汗、面部潮红、阴道干涩、性欲低下等。卵巢早衰导致的不孕症占不孕症的15~25%，而近年发生率逐年升高，并有向年轻化发展趋势。

多数女性的平均自然绝经年龄为50~52岁，因饮食，生活习惯和体质不同，绝经年龄存在着种族和地域不同分布的差异，但其绝对值相差不大，学者Coulam等总结1858例妇女的自然闭经情况，小于40岁的POF发生率为1%，小于30岁的POF发生率为1%^[1]。

现代医学认为卵巢早衰的病因与遗传、自身免疫、感染及医源性因素（如卵巢手术）有关，此外，人们食用的某些食物可能含有残留农药，某些药物具有的生殖毒性（如附子、雷公藤等）^[2]以及空气污染等因素，都可能是卵巢早衰发病的诱因。治疗主要采用HRT激素替代疗法^[3]。

中医古籍无“卵巢早衰”的病名记载，结合卵巢早衰疾病的症状与发病特点，可归属“闭经”、“血枯”、“血隔”、“经断前后诸症”、“不孕症”等范畴。中医认为本病是以肾虚为主导，并累及心、肝、脾乃至全身气血病变的一种疾病，《黄帝内经》云：“二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下……”在1982年，中国妇科名家罗元恺教授就提出肾-天癸-冲任-胞宫”生殖轴^[4]这一学说，认为女性月经生理及生殖功能的变化，与肾气由产生、渐盛、充盛、渐衰到衰竭的自然过程，呈现一致的规律。

月经生理的正常运行，依赖脏腑气血调和的体内环境。肾与其他脏腑关系密切，肾藏精，主生殖，肝藏血，脾生血，气行血，五脏在生理上相互依赖制约，在病理上也相互影响。卵巢早衰病变的主要脏腑在肾，又与肝脾有关，因此，肾虚和气血不足，是卵巢早衰发病的主要病机。治疗上以补肾为治疗原则，调理心肝脾和全身气血。此外，情绪与卵巢早衰发病也密切相关。现代女性既要工作又要兼顾家庭，容易引发紧张焦虑、抑郁等情志问

题，长期强烈的不良情志变化也会干扰“肾-天癸-冲任-胞宫”生殖轴的正常功能，从而导致包括卵巢早衰等多种妇科疾病发生。所以，健脾补肾，益气养血，疏肝解郁是中医临床治疗卵巢早衰的常用治法。笔者在临床上用此法治疗一位卵巢早衰病患，取得佳效，在此和大家分享。

患者郑某，38岁，已婚未育，2020年6月3日来我院初诊。主诉：未避孕未孕7年余，月经后期5年。患者初潮16岁，既往少女时期月经每35日一行，经期3-4天，经量少。17岁时，因面部多发痤疮，看皮肤科后断断续续服用Diane 35治疗痤疮约半年，之后月经常后期30-90日不等。自2016年开始，月经每半年或一年来潮一次，经期1-2日，经量少。末次月经：2019年5月13日。

现病史：月经量少，色红，伴少许血块，痛经，经前腰酸。既往体健，纳眠可，二便调，舌质淡白，苔薄白，脉沉弱。2019年1月23日B超检查示：内膜厚0.3cm，左卵巢内未见优势卵泡，右卵巢已萎缩。验血查AMH为0.92ng/ml。辨证属脾肾阳虚，治疗以健脾补肾为主，方药如下：当归15g、川芎8g、白芍15g、续断15g、桑寄生15g、女贞子15g、旱莲草15g、党参20g、杜仲20g、鸡血藤30g、白术15g、山药15g、山茱萸15g、菟丝子15g、黄芪15g、砂仁9g。每日1剂，水煎2次取药汁，分早晚2次温服，连服28天。

患者服药后，于2020年7月2日二诊，症见：口干，腰腹轻微酸胀，夜眠不佳，眠浅易醒，舌淡苔薄白，脉细弦。方药稍作调整如下：熟地15g、川芎8g、白芍15g、党参20g、枸杞子15g、续断15g、桑寄生15g、女贞子15g、旱莲草15g、杜仲20g、鸡血藤30g、白术15g、山药15g、山茱萸15g、菟丝子15g、玉竹15g、夜交藤20g。每日1剂，水煎2次取药汁，分早晚2次温服，连服28天。

2020年8月5日三诊症见：乳胀，腰腹轻微酸胀，夜眠稍改善，眠浅易醒，情绪紧张易怒，舌淡红苔薄白，脉细弦。方药稍作调整如下：当归15g、熟地15g、川芎8g、白芍15g、桃仁15g、续断15g、覆盆子15g、香附15g、柴胡12g、鸡血藤30g、白术15g、山药15g、丹参20g、川牛膝15g、红花12g、夜交藤20g。每日1剂，水煎2次取药汁，分早晚2次温服，连服14天。

患者于2020年8月25日四诊，述月经于8月18日来潮，持续2天净，量中，色先暗褐后红，有血块，轻微腹痛。舌淡红苔薄白，脉细。以二诊方为主，嘱患者以服用7天停1天，再服药3个月，期间可定期看妇产科并做B超检测是否有优势卵泡，若有优势卵泡，可考虑取卵做试管婴儿(IVF)。

患者于2020年12月20日五诊，述已在11月中B超检测有优势卵泡2个并将其

取出培植成受精卵冰冻，现欲调理身体，待时机成熟便将受精卵植入子宫。方药以健脾补肾，养血暖宫为主：黄芪 20g、熟地 15g、川芎 8g、白芍 15g、党参 20g、枸杞子 15g、续断 15g、桑寄生 15g、覆盆子 15g、鸡血藤 30g、白术 15g、山药 15g、巴戟天 15g、菟丝子 15g、砂仁 10g。每日 1 剂，水煎 2 次取药汁，分早晚 2 次温服，连服 14 天。

在 2021 年 3 月 15 日六诊时，患者述已在 1 月将 2 个受精卵植入子宫，有一受精卵顺利着床发育，现已妊娠 8 周，目前有服用 Progesterone 安胎。考虑到患者目前有服用西药和诸多保健品例如叶酸，孕

期综合维生素等，故不给予中药口服。患者在 2021 年 10 月剖腹产一女婴。

小结

本人以健脾补肾，益气活血为治疗原则，以肾为主轴，对该患者整体气血进行调整，改善子宫卵巢功能，为日后妊娠打下基础，同时配合西医辅助生殖医学先进技术，故获得较好疗效及顺利妊娠结局。然而，这仅是一则有效病例，中药的补肾助孕治疗卵巢早衰，以及临床疗效是否具有可重复性，仍需要更多病例进一步验证。分享此病例同时，希望能抛砖引玉，得到更多同道专家指正和分享其他有效方法。

【参考文献】

- [1] Coulam CB, Adamson SC, Annegers JF. Incidence of premature ovarian failure. Obstet Gynecol 1986; 67:604.
- [2] 《中华人民共和国药典》(2015 年版)
- [3] <https://www.uptodate.com/contents/zh-Hans/treatment-of-menopausal-symptoms-with-hormone-therapy/abstract/1>
- [4] 刘敏如.罗元恺的女性生殖轴学说 [N].中国中医药报, 2014-10-15(004).

喉痞的中医诊治

卓扶蓉（新加坡）

喉痞是指以声音嘶哑为主要特征的喉科疾病。“喉痞”之名，始见于明代医家楼英所著《医学纲目》一书。清代罗国纲《罗氏会约医镜·卷十四》载：“痞者，谓有言无声，非绝然之不语也。”本病轻则声音不扬，变粗，甚则声音嘶哑或失音。发病无年龄、性别的区别，尤于职业性用嗓工作者多见。如讲师、演员、播音员、导游、售货员等罹患率较高。学龄儿童发声不当，也较多发。本病与环境的烟尘、化学气体污染及噪声亦有密切关系。

喉痞起病有缓急，根据病程的长短可分暴痞及久痞。暴痞多为实邪外袭所致，或为风寒、或为风热，或为痰热，或为瘀血等邪客喉窍，影响声门开合，即“金实不鸣”；久痞多为脏腑虚损，喉窍失养，声户开合不利，如钟破而声不宏，多为虚证或虚实夹杂之证，常见肺脾气虚，肺肾阴虚。清代叶天士《临证指南案·卷二》言：“金空则鸣，金实则无声，金破碎亦无声。”本病涉及肺、脾胃、肾等多个脏腑。宋代杨士瀛著《仁斋直指方·卷八》载：“心为声音之主，肺为声音之门，肾为声音之根。”干祖望教授根据其临床经验在此基础上提出：“脾为声音之本”、“声带属肝”。

一、咽喉生理功能

《重楼玉钥·喉科总论》所言：“喉者

空虚，主气息出入呼吸，为肺气之道也。”肺气充沛，则喉的功能正常，呼吸通畅，语音洪亮。《灵枢·忧恚无言论》曰：“咽喉者，水谷之道也；喉咙者，气之所以上下者也；会厌者，音声之户也”。咽喉是气息出入之所，为饮食所纳之处，气血升降合宜可濡养咽喉以利声息。因此，咽喉以通为要，气血通调则咽喉之窍和畅得以通。

二、经脉循行于咽喉

咽喉虽为“弹丸之地”，却是经脉循行交会之要冲。《灵枢·经脉》、《灵枢·经别》等篇对咽喉与经脉的广泛联系均有详尽记载。《灵枢·经脉》记载：“足太阴脾经上膈，挟咽，连舌本，散舌下”；“足阳明胃经其支者，从大迎前下人迎，循咽喉，入缺盆”；“足少阴肾经其直者，从肾上贯肝膈，入肺中，循咽喉，挟舌本”；“足厥阴肝经上贯膈，布肋肋，循喉咙之后，上入颞颥，连目系。”《灵枢·经别》记载：“手太阴肺经上出缺盆，循咽喉”；“手少阴心经上走喉咙，出于面，合目内眦”；“手阳明大肠经上循咽喉，出缺盆”；“足少阴胆经上挟咽，出颐颌中，散于面，系目系。”由此可知，咽喉既是呼吸饮食之门户，又是发声的器官，也是心、肝、脾、肺、肾之外窍。十二经脉皆直接或间接达于咽喉，将咽喉与脏腑联系

起来，每个脏腑的生理，病理变化，常可循经波及咽喉。喉瘖一证虽责之于肺与咽喉，但治疗应通晓咽喉与其各脏腑的关系。

三、寻因求本，探索病机

1、心系病变

心主血脉，藏神，为一身之大主也。《景岳全书·卷二十八》载：“舌为心之苗，心病则舌大不能转，此心为声音之主也。”《医学摘萃》亦言：“声出于气，而气使于神。盖门户之开阖，机关之启闭，气为之也，而所以司其开阖启闭，俾疾徐中节，高下合宜者，神使之也。”若心血旺盛，神明清朗，使于肺气，充于声户，则声出合度，随心而行，徐疾高低，节律合宜，声音清晰悦耳。若心血亏虚，神荡无舍，失于内守，失于主声之用，则发声不能随心意而动，变声控制能力减弱，声音不扬甚至嘶哑。《景岳全书·卷二十八》曰：“如以忧思积虑，久而致瘖者，心之病也。”杨士瀛《仁斋直指方》谓：“大惊入心，则败血顽痰填塞心窍，故瘖不能言。”此皆说明心系有疾，也可导致发音失常。

2、肺系病变

喉者，候也，所候者“天气”（即自然界的清气）。喉上连颃颥、鼻窍，下接气道而通于肺，属肺之系。《景岳全书·卷二十八》载：“声由气发，肺病则气夺，此气为声音之户也”。《疮疡经验全书·卷一》言：“喉应天气，乃肺之系也。”因此，喉与肺关系密切，实为喉之根本。肺

为华盖，主气，以肃降为顺，肺能正常肃降，喉无壅滞则气息出入通畅。

2.1 风寒袭肺

风寒外袭，首先犯肺，壅遏肺气，失其宣畅之机，邪不外达，寒邪凝聚于咽喉，阻滞脉络，致声户开合不利，发为喉瘖。《灵枢·忧恚无言》曰：“人卒然无音者，寒气客于厌，则厌不能发，发不能下，至其开阖不致，故无音。”《备急千金要方》亦记载：“风寒之气客于中，滞而不能发，故瘖不能言及瘖哑失声。”

2.2 风热犯肺

风热外袭，由口鼻而入，内伤于肺，清肃失职，邪滞喉窍，声门开合不利；或风热灼津为痰，则风、热、痰合而为祟，喉肿声嘶益甚。叶天士《临证指南医案》中提出：“有风热痰涎，塞遏肺窍而瘖者。也是因外感暑湿燥热之邪而致生喉瘖者。”明代官修《普济方》言：“风热之气上冲咽喉，攻于会厌，故令肿痛，语声不出也。”《杂病源流犀烛》亦载：“盖声哑者，莫不由于肺热……暴暗者，莫不由于火盛。”

2.3 外寒内热

素有积热，而外感寒邪者，肺气闭郁，内热不消，气不宣畅，喉窍失利而声音突发嘶哑。张景岳《景岳全书》载：“因热极暴饮冷水，或暴吸风寒而致瘖者。”《张氏医通》提出：“盖暴瘖总是寒包热邪，或本内热而后受寒，或先外感而食寒物。”

2.4 痰热壅肺

素有肺胃积热，复感风热，内外热结，热盛为火，火动痰生，痰热壅结喉门，声户开合不利，则声音重浊不扬，甚至嘶哑。

2.5 肺气亏虚

肺居高位，为娇嫩之脏，亦为诸脏之首。肺之经脉直循喉中，故肺气宣发，宗气上升，金令以行，应喉而鸣，以为声音，肺中阴液上承于喉，故喉门启闭舒利而为用。喉通天气属肺，肺气充沛，胸中宗气贯喉，鼓动声门开闭有力，而发声自如，声音洪亮而持久。若肺气不足，金气不行，喉门失于鼓动，而出现声音嘶哑。唐代《备急千金方·卷十七》提出：“肺气不足，言语失声。”此外，情志伤肺也可致瘖，如朱丹溪《脉因证治》载：“忧伤肺亦可致瘖，即七情气郁，损伤肺金，致金破不鸣。”

2.6 肺阴虚损

喉属肺系，肺阴濡养喉咙。肺为金脏，金本燥。若素体阴虚，或久病失养，或用嗓过度，或久咳不愈，或过用苦寒之品等，耗伤肺阴，阴虚火炽，灼伤喉门，声户开合失司，而致声嘶不畅。

3、脾胃系病变

《诸病源候论·卷三十》载：“咽喉者，脾胃之候也。”脾为后天之本，主运化输布水谷精微，气血生化之源，脾气旺则清窍有所滋养。干祖望教授根据其临床

经验提出：“脾为声音之本”、“有形之质者，室带属脾，得气血之养而能活跃”。若思虑劳倦、饮食不节，损伤脾气，清阳不升，水谷精微无以上承濡养喉窍，窍失所养，发声乏源，气虚声门鼓动无力，而致声嘶、讲话费力。如明代《景岳全书·卷二十八》曰：“或以饥饱或以疲劳，致败中气而喘促致暗者，脾之病也。”若脾的运化功能失常，酿生痰湿，阻于咽喉，故发声不利，如《杂病广要》说：“痰凝壅滞，随气而升，结于胸膈，上逼咽喉。”《张氏医通》亦言：“肥人痰湿壅滞，气道不通而声暗者。”

咽者，咽也，所咽者“地气”（即由土地所化生的水谷）。咽上连口腔，下接食道而通于胃，属胃之系。《严氏济生方·咽喉门》谓：“咽者，言可以咽物，义谓之噤，气之疏通厄要之处，胃所系。”因此，胃与咽关系密切。胃主受纳、腐熟水谷，咽主吞咽水谷，故胃实为咽之根本。

《景岳全书·卷二十八》言：“胃气直透咽喉，故又为阳明之火最盛。”胃主受纳腐熟水谷，以降为顺，以通为用。若饮食不节、嗜食肥甘厚味，导致胃热炽盛，受纳腐熟功能失调，邪热夹胃之浊气循经上犯咽喉而发病。

4、肝胆系病变

肝胆为木，互为表里，一升一降，同主疏泄，性喜条达。足厥阴肝经之脉循喉咙，入颞颥；足少阳胆经循咽喉至缺盆。

《素问·奇病论》言：“夫肝者，中之将也，取决于胆，咽为之使。”此说明肝胆

之疏泄功能正常，气机调畅，则咽喉通利。若情绪激动或精神刺激，稍有不遂便生郁闷，气机失畅，气滞于咽喉，而致卒然失声。情志不遂，郁久化火、伤阴、及血，可致热、痰、瘀壅滞声带，而影响声带的启闭。明代医家张景岳谓：“惊恐愤郁，卒然致音者，肝之病也。”《罗氏会约医镜·杂证·论声喑》言：“声喑之症……暴怒气逆之夺，伤其肝也。”《景岳全书·卷二十八》亦载：“大驚大恐之夺，伤及胆也”。

5、肾系病变

肾为先天之本，为藏精之脏，寓元阴元阳，为水火之宅。肾精充沛，水升火降，咽喉得精气濡养，则其生理功能健旺，声音洪亮，呼吸均匀，且不易受外邪所犯。且足少阴肾经之脉入肺中，循喉咙，在经络上又直接联系。肾阴虚，虚火上炎或肾阳虚，虚阳上越，均可循经上炎于咽喉而为发病。《景岳全书·卷二十八》言：“肾藏精，精化气，阴虚则无气，此肾为声音之根也。”《证治要诀》也说：“有声音不出之人，服冷剂愈失声，乃是肾经虚寒，投附子之剂数枚方可。”此指出过服寒药所导致的失音。

6、血瘀病变

《证治准绳·杂病》言：“肺间邪气，胸中积血作痛，失音。”此提出瘀血致瘖。外感风寒袭肺，因寒性凝滞，肺气不升，血凝于脉中，导致瘀阻；外感热邪或内有郁热，热迫血旺行而溢于脉外或黏滞

不畅而化生瘀血；饮食不节，嗜食肥甘厚腻之品，食滞内停，脾胃不化，湿浊内停，清气不升，困阻血行而化瘀，或湿而化热，蒸腾血液而化瘀；脾胃失和，气血生化乏源，气虚无力推动血液运行而凝聚成瘀；情志不遂，或暴怒或抑郁，肝失疏泄，气机郁滞，血滞成瘀，壅塞咽喉，导致气脉不通；若脾肾阳衰，温煦不足，水湿不化或阴寒凝滞而成瘀。此外，患病日久，余邪未清，结聚于喉，阻滞脉络；或喉瘖失治误治；或用嗓过度，耗气伤阴，喉部脉络受损，经气郁滞不畅，气滞则血瘀痰凝，造成声带肿胀或形成小结及息肉，妨碍声门开合，而致久喑难愈。总之，寒凝、热结、气滞、气虚等皆可导致血瘀发生，瘀血滞留喉窍，故本虚标实之证亦为临床常见之证。

7、用嗓不当

古代医家认识到用嗓不当可导致喉瘖，如《景岳全书·卷二十八》谓：“复有号叫、歌唱、悲哭……而致喑者。”《古今医统大全·声音门·病机》言：“有因争竞大声号叫，以致失声。或因歌唱伤气，而声不出，此不内外因也，养息自愈。”《类证治裁》亦言：“其逆风叫号，致伤会厌者。”《医碥·杂症·瘖》曰：“……又有大声疾呼、讴歌失音者，亦金破之义也。”

此外，古医籍也记载五运六气的变化对喉瘖的发生发展亦有一定的影响。如《素问·至真要大论》曰：“少阴之复，懊热内作……暴瘖心痛。”《素问·气交变大

论》亦言：“岁火不及，寒乃大行……民病……心痛暴瘕。”此论述运气致瘕为天行时气之病证。

综上所述：失音“不离乎肺，又非独肺也。”《景岳全书》载：“声音出脏器气，凡脏实则声宏，脏虚则声怯，故五脏之病能为喑。”根据其病位病因的迥异，常见的证型有风寒袭肺、风热犯肺、寒邪包火、肺热壅盛、肺脾气虚、肺肾阴虚、血瘀痰凝、痰瘀夹风、肝气郁结、肝郁化火等，通过辨病辨证，给予对症治疗。

四、遣方用药

1、中药口服

王士贞教授^[1]治疗1例：声音嘶哑约4个月，伴咽微痛，少痰，口不干，纳可，眠差，平素大便溏，日1~2次。舌质淡红，苔白，脉细。检查：咽部充血。证属肺脾气虚，痰浊结聚，治以补益肺脾，化痰开音。王教授以五指毛桃、茯苓、党参、白芍、木蝴蝶、蝉蜕、甘草为基本方随症加减。治疗期间嘱患者避免过度用嗓、注意声休。经5诊后症状明显缓解。

戴倩妤等^[2]治疗1例：6个月反复声音沙哑，咽喉不适，未经治疗。1周前感冒声嘶症状加重，服西药感冒症状改善，但声音嘶哑依旧，伴咽喉红肿疼痛，咳嗽，咳少量黏痰，咽干，心烦胸闷，大便干结。舌质暗红有瘀点，苔薄白，脉细数。咽喉检查显示：咽喉部黏膜红肿，伴滤泡增生，声带肥厚，活动度可，声门闭合不全。证属热瘀交阻，治以清热利咽，凉血祛瘀，处予桂枝茯苓丸加减。并嘱患

者减少发声，忌食辛辣油腻之品。治疗3周后，患者发声正常，无咽干咽痛。喉镜检查：咽喉黏膜充血、声带肥厚充血较前好转，声门开合可。续服7剂以巩固疗效。

王光安^[3]治疗1例：证属心气大虚型40岁女教师，反复出现声音嘶哑已6年。因教学任务重，用嗓频繁，又多思虑。近1周声音嘶哑加重，平素口服金嗓子缓解不适。患者兼有心悸，气短，自汗，神疲体倦，面色淡白，月经量少。施予口服生脉散，7剂，水煎服，日1剂，1周后复诊，患者声音恢复正常，余症明显改善。

2、针刺治疗

王光安^[3]治疗1例：风寒犯肺型女患者，症见声音嘶哑，语声不畅，发热，鼻塞，流清涕，纳少，眠可，二便可。苔薄白，脉浮紧。针刺大椎穴得气后，行苍龟探穴法，使经气向远处扩散，并嘱患者发声，自觉喉中嘶哑症状改善，余症消失，治疗1次声音嘶哑未发作。

王光安^[3]治疗1例：5天前因家事生气，突发失音，语而无声，服消遥丸未见改善。患者平素急躁，症见两胁肋胀痛，烦躁。舌红，苔黄，脉弦。证属肝火旺盛，治以清火肃肺，兼降肝火。直刺鱼际穴，留针30分钟，每10分钟行针1次，施予泻法，并嘱患者轻微发声，当时即能语，两胁肋胀痛大减，心中烦躁平息而痊愈。

王碧君等^[4]治疗治疗喉瘖（声带麻痹）证属气滞血瘀、肝肾亏虚型患者。于风池、廉泉、天突、阴陵泉、三阴交等行

针刺治疗，配合其独特进针及行针手法，4周后声嘶基本消失。

3、综合治疗

王光安^[3]治疗1例：48岁男性患者，近2年腰膝酸软，耳鸣，失眠多梦，记忆力减退，潮热盗汗，咽干。舌质红，脉细数。1年前无明显诱因出现声音嘶哑，语声不扬。曾服中药及针刺未见好转。证属肾气虚衰，针刺鱼际、太溪穴。鱼际穴采用捻转泻法，60次/分，太溪穴采用捻转补法，120次/分，留针30分钟，每10分钟行针1次，每次行针1min，同时口服地黄饮子。7剂水煎服，日1剂。7日后，声音恢复正常，余症明显改善。

闫慧新等^[5]治疗感冒后声音嘶哑，针刺“咽四穴”配合揪痧法，点面结合，内外兼顾。

魏振铎^[6]采用揠针针刺人迎、水突、上廉泉穴配合嗓音训练治疗血瘀痰凝型慢喉瘖。治疗结果显示：其效果较单纯嗓音训练能更好的改善嗓音质量，疗效更明显。

4、其他治疗

王光安^[3]治疗1例：因饮食不节，进食过量，夜间感觉腹部胀满，打嗝后稍缓解。翌日晨起突语声嘶哑，声音不扬，证属脾胃瘀滞型患者。于督脉、膀胱经行捏脊操作治疗30分钟，并点按脾俞、胃俞。每周治疗2次，1周后痊愈。

王光安^[3]治疗1例证：属气血不足型30岁女患者，近3年来常熬夜。面色苍白，乏力，记忆力减退，动则汗出、气

喘。近1年月经量少，色淡，质尚可，无明显诱因突发声音嘶哑，语声不扬，情绪低落，自服中药未见改善。王光安采用酸甘化阴法，嘱患者制作“蜂蜜醋”，取5勺蜂蜜及3勺山西老陈醋，每勺约5毫升，放进茶杯调匀至有花粉香气而无陈醋的刺激气味时，用温水冲服。2周后复诊，患者声音嘶哑基本消失，声音洪亮有力，余症状均有改善。

邱宝珊教授^[7]治疗慢喉暗以百合固金汤和沙参麦冬汤为基础方制成膏方，以达到清养肺胃，生津润燥，标本兼治的目的。

五、预防与调护

- * 加强体育锻炼以增强体质，积极防治感冒及鼻腔、鼻窦、鼻咽、口腔疾病。
- * 注意气候变化，及时增减衣服，避免感寒受热。
- * 保持口腔卫生，养成晨起、饭后及睡前刷牙漱口的习惯。
- * 注意声带休息，避免用嗓过度，适当减少说话的时间，降低说话的音量及强度。
- * 外出及工作时做好防护，避免粉尘及有害气体的刺激。
- * 保持室内空气清新。
- * 忌酒、避免浓茶、浓咖啡和进食辛辣、过冷、过热及粗糙食物，以免刺激声带。
- * 当咽喉有灼热感时，勿常清嗓子，适量喝温水，少饮冷水。
- * 病初起，及时治疗，一般可痊愈。反复发作，病程迁延，缠绵难愈。

六、验案

1、喉痞误诊

卜XX, 43岁

患者近3周来因忙于教学,导致咽喉干燥疼痛,声音嘶哑。自饮凉茶未愈,某医师配予铁笛合剂加普济消毒饮2日,仍罔效。翌日友人建议饮用冷冻的杨桃汁,数分钟后患者完全不能发声,颇以为苦急,心情懊恼来本院诊治。观其咽部无红肿,舌体胖边齿痕,舌质淡,苔白水滑。

本例患者过服寒凉清热之剂,导致阳气愈虚,阴寒内盛凝滞客于少阴,上逆会厌,致使脉络痹阻,开合不得,遂成喉痞重症。辨证为寒凝血滞,法当和阳通滞的阳和汤加减化裁。

处方:熟地黄 10g,麻黄 3g,桂枝 9g,鹿角霜 12g,干姜 3g,木蝴蝶 3g,蝉蜕 3g,细辛 3g,甘草 3g

方中麻黄以散寒通滞;桂枝辛散温通,能温散血中之寒凝;熟地黄以滋阴补血,填精益髓;鹿角霜益肾助阳。二药相伍,鹿角霜得补阴的熟地黄而有充足的

物质基础供其生化;熟地黄得补阳的鹿角霜才有生化之机,亦即阳无阴无以生,阴无阳无以化之意。方中加入木蝴蝶以清肺利咽,疏肝和胃。盖足少阴肾之脉循喉咙,挟舌本,且肺为声音之门,肾为声音之根,用细辛入肺肾二经以散寒通窍;蝉蜕以宣肺利咽,开音疗哑;干姜以温中;甘草以甘缓守中。

上方能散寒通滞,使阴寒之凝能解,气旺则痹阻通,即所谓“离照当空,阴霾自散”。药尽4剂,已能发声。再服用2剂,吐字清楚但带喘,停服上方,给予补中益气丸调服,3日而愈。

小结

本例无实火,医者囿于炎症概念,不察阴阳,不辨寒热,误报清凉之剂,加之患者误信友人曾饮用杨桃汁治疗失音而愈。病后治法失宜,方药欠当,误以寒凉之剂,遂成喉痞重症,致使患者蒙受不必要的痛苦,不可不慎。

【参考文献】

- [1] 杨素娟,刘元献,邱宝珊.王士贞教授诊治喉痞经验[J].中医耳鼻喉科学研究,2020,19(3):19-20.
- [2] 戴倩妤,邵晓梅,管丽华,等.浅谈从痰论治声音嘶哑[J].新中医,2019,51(11):300-302.
- [3] 段平平,孙宁,常丽君,等.王光安治疗暗哑经验总结[J].名医传承中国民间疗法,2021,29(4):43-45.
- [4] 王碧君,李明妍,牟东晓,等.喉麻痹案[J].中国针灸,2019,39(07):708.
- [5] 闫慧新,于建,孙建华,等.针刺“咽四穴”为主加揪痧法治疗感冒后声音嘶哑16例[J].中国针灸,2018,38(2):184.
- [6] 魏振璧.揪针配合嗓音训练治疗血瘀痰凝型慢喉暗的临床研究[D].广州中医药大学,2019.
- [7] 李丽君,巫丹,刘海媚,等.邱宝珊运用膏方治疗慢喉暗临床经验[J].山东中医杂志,2018,37(2):145-147.

针药合用治疗 老年痴呆症浅析

杨昌志（新加坡）

概论

随着现在生活水平提高和医疗保健事业进步神速，我国人民的平均寿命明显提高，老年人在人口中所占比例逐年提高，老年痴呆的发病率也逐年上升。

老年性痴呆，又称阿尔茨海默型痴呆 AD (Alzheimer's disease) 是一种渐进式的痴呆症。异常的蛋白质沉积损害了神经细胞，导致思考、推理、计划和记忆的能力下降。最初的迹象是开始出现记忆丧失，性格改变，情绪波动，在熟悉的地方迷路、慢慢地，进行日常生活活动，应对变化的环境可能变得更加困难。

现在医学认为老年性痴呆是一组慢性进行性精神衰退性疾病，病理改变大脑的萎缩和变生为主，西药治疗无明显改善。

老年性痴呆症属于中医学的“痴呆”，“善忘”，“郁证”，“癫狂”等病证范畴。

痴呆症的分期症状

1、轻度痴呆期（早期症状）

此阶段的患者容易出现：

- 记忆力衰退
- 神经衰弱症状群
- 情感障碍，易激惹，焦虑或欣快，淡漠甚致哭笑等，但多有自知力。

2、中度痴呆期（中期症状）

- 患者的远近记忆力严重受损。
- 无法独立活动。
- 出现各种神经症状，如妄想状态，幻觉状态，或意识障碍，失语，失用，失认等。及人格改变。

3、重度痴呆期（后期症状）

- 须依靠他人照顾，完全丧失自理能力，大小便失禁，呈现缄默。
- 表现老态龙钟，发白齿落，皮肤干皱，色表增生，有者眼底动脉硬化Ⅱ级以上或主动脉弓增宽，腱反射两侧不对称。
- 有强握，摸索和吸吮等原始反应，最终昏迷，感染并发症，亦可能有脑卒中，言语障碍，进而威胁生命。

痴呆症的传统理论源流

- “痴呆”一词首见于《华佗神医秘传》。
- 晋代《针灸甲乙经》及明代《针灸大成》均以“呆痴”命名。
- 晋·王叔和《脉经》中说：“两手脉浮之俱有阳，沉之俱有阴，阴阳皆实感者，此为冲督之脉也。冲，督用事，则

十二经不复朝于寸口，其人皆苦恍惚狂痴。”从脉象上论及了本病。

- 明以前痴呆专论极少，直至张景岳《景岳全书·杂证谟》才论述了有关内容。
- 明·张景岳说：“痴呆证，凡平素无痰或以郁结，或以不遂，或以思虑或以疑惑，或以惊恐而渐致痴呆……此其逆气在心或肝，胆二经，气有不清而然……“并认为情志不遂是其主要病因，其病位在心，与肝，胆二经有关。
- 张景岳描述了痴呆的症状与脉象：“……言辞颠倒，举动不经，或多汗，或善愁，其症则千奇百怪，无所不致，脉必或弦或数，或大或小，变易不常。”
- 清·陈士铎在《辨证录·呆痴门》中论述了痴呆的病因病机。陈士铎说：“大约其始也，起于肝气之郁；其终也，由于胃气之衰。肝郁则木克土，而痰不能化，胃衰则土不制水而痰不能消，于是痰积胸中，盘踞于心外，使神明不清，而成呆病矣。“且认为木郁克土，痰浊内积是其主要病因病机。
- 陈士铎在《石室秘录》中还说：“痰气最盛，呆气最深。”
- 陈士铎在《辨证录·呆病门》中列举了“洗心汤”转呆丹等治疗痴呆的方剂，对临床有一定参考价值。
- 陈士铎在《石室秘录·痴呆》中说：“治呆无奇法，治痰即治呆也。”化痰开窍这一方法至今仍被临床应用。
- 清·王清任在《医林改错·脑髓说》中说：“小儿无记性者，脑髓未满；高年

无记性者，脑髓逐渐空”。说明了老年肝肾亏损，脑髓失养是此病的主要原因。

- 在辨证论治方面，早在《灵枢·天年》里就有与痴呆相似的有关症状：“六十岁，心气始衰，苦忧悲，血气懈惰，故好卧……八十岁，肺气衰，魄离，故言善误”。

老年痴呆症的病因病机

痴呆是一种全身性疾病，本病的病位在脑，心，肝，脾，肾的关系密切，火虚及虚实夹杂为主，虚者多为肝肾精亏，脾肾俱虚；实者常见火郁，痰浊，痰热，风阳，气滞，瘀血等，为本虚标实之证。

病情一般发展缓慢，逐进加重，病情较长，在发展过程中，正虚邪实互相影响，互为因果。其发病多由于年迈体虚，七情内伤，久病耗损，气血不足，肾精亏耗，痰瘀互结，导致脑髓空虚等。

1、脑髓空虚

人到老年，脏腑功能退化，肾主骨生髓或肝肾亏损，心脾不足，气血虚弱，精血衰少导致脑髓空虚，或将息失盗，烦劳过度，或大病久病，邪热久羁，耗气伤精，津液消脱，脑髓渐消，神机失用，神明错乱，痴呆乃生，导致健忘，迟笨，此乃肝肾亏虚所致的根本。

2、七情内伤

由于七情伤，久病不愈，年老体虚，导致气血不足，脏腑亏虚，兼之痰瘀阻痹，渐至髓海空虚，脑髓失养。其位在

恼，与心、肝、脾、肾功能失调有密切的相关，老年人或大怖惊恐，志意懦怯，或久思积虑，疑惑敏感，或郁怒愤恚，隐屈难言，皆能伤心脾肝胆，导致五脏功能失调，气滞血瘀，脏腑化生之气血，不能正常充养于脑而出现一系列智能障碍的临床表现。

3、痰瘀阻窍

痰瘀为脏腑气血失和之病理性产物，脾为后天之本，禀五谷之气，老年人脾阳虚衰，中气不足，运化失司，则痰浊内停。或肾阳虚衰，蒸化无权，聚液为痰。或肾阴不足，虚火内炽，灼伤津液，炼液为痰。或七情所伤，肝郁气滞，气机不畅，则血涩不行气滞血瘀，痰结，蒙蔽清窍。或瘀血内阻，脑髓不通，脑气不得与脏气相接，气滞血瘀，阻滞脉络。

辨证论治

老人痴呆证，以扶正为主，辅以祛邪扶正以填精补髓为主，祛邪多以祛瘀化痰，具体分为五型如下：

1、脑海不足型

证候：高龄老人，记忆力，理解力逐渐下降，沉默寡言，呆若木鸡，目光晦暗，头晕肢麻，举止不灵，喃喃自语，语无伦次，哭笑无常，焦躁不安，生活不能自理，舌体瘦小，脉弦细等。

治法：补益脑髓，益智醒神。

针灸处方：针补百会、四神聪、神庭、神门、风池、内关、肝俞、肾俞、太冲、太溪、足三里、三阴交等。

药物处方：地黄饮子加减或灵芝益寿丸。

药物：熟地黄、山茱萸、远志、麦冬、山药、黄精、石菖蒲、补骨髓、人参、灵芝、枸杞子等。

药物加减：偏阳虚可加淫羊藿、菟丝子补肾精；偏阴虚可加天冬、麦冬。

2、肝肾精亏型

证候：神情呆滞，反应迟钝，沉默寡言，记忆减退，理解计算力差，肢麻，举动不灵、眩晕耳鸣，腰膝酸软，神疲乏力，五心潮热，颧红，盗汗，舌质暗红，苔薄白，或少苔，舌体瘦小，脉沉细弱或细弦。

治法：补益肝肾，熄风潜阳。

针灸处方：针补百会、四神聪、神庭、神门、本神、照海、肝俞、肾俞、三阴交、足三里、太溪等。

方药处方：知柏地黄丸加减，左归丸加减，还少丹加减。

药物：熟地黄、枸杞子、山茱萸、肉苁蓉、巴戟天、菟丝子、杜仲、茴香、怀牛七、远志、郁金、龟板胶、鹿角胶、龙骨、生牡蛎等。

药物加减：肝肾阴虚加女贞子、何首乌、旱莲草；肝肾阳虚加杞菊地黄丸、天麻钩藤饮。

3、气虚血瘀型

证候：痴呆不语，精神恍惚，萎靡不振，气短乏力，面色无华，烦乱少寐，胸闷太息，头痛如刺，舌暗淡有瘀斑，脉弦细或沉涩不畅。

治法：补气活血，通络化瘀。

针灸处方：百会、四神聪、风池、血海、三阴交、足三里、合谷、膈俞。

方药处方：益气聪明汤加减，或补阳还五汤加减。

药物：黄芪、党参、升麻、蔓荆子、葛根、石菖蒲、川芎、生地黄、归尾、地龙。

药物加减：血瘀甚者加桃仁、红花、水蛭；烦乱少寐者加酸枣仁、龙骨、牡蛎。

4、脾肾两虚型

证候：表情呆滞，智力低下，终日寡言，行动迟缓，记忆减退，思维迟钝，神情恍惚，气喘乏力，畏寒肢冷，纳食减少，心悸失眠，舌质淡胖，脉弱。

治法：补益脾肾，生精益智。

针灸处方：百会，四神聪，脾俞，肾俞，心俞，足三里，三阴交。

方药处方：归脾汤加减兼金匱肾气丸。

药物：党参、黄芪、白术、茯神、龙眼肉、当归、远志、大枣、生姜、肉桂、山药、茯苓、石菖蒲、胆南星等。

药物加减：心悸加龙骨、牡蛎、五味子。

失眠加夜交藤、合欢皮、合欢花。

5、痰浊阻窍型：

证候：智力衰退，哭笑无常，或终日无言，表情呆钝，终日寡言，倦忌嗜卧，纳呆腹胀，口多痰涎，头身困重，舌淡苔白腻，脉滑或濡缓。

治法：健脾化湿，涤痰开窍。

针灸处方：丰隆、中脘、足三里、风池、风府、大椎、百会、神庭、木神、神门、列缺、照海、三阴交、合谷、曲池、内关等。

方药处方：温胆汤兼涤痰汤加减。

药物：半夏、茯苓、陈皮、枳实、石菖蒲、甘草、竹茹、胆南星、远志、僵蚕等。

药物加减：痰壅患者加皂角刺、郁金等。

预防与调护

- 饮食要均衡：饮食宜清淡，少食肥甘厚味，避免摄取过多的盐分，动物性脂肪，糖，蛋白质等，多食有补肾益精之品，如核桃、黑芝麻、山药等。
- 适度运动：维持腰部及手脚的运动，如写字、练气功、太极拳、烹饪、画画、玩奏乐器等，可以促进脑的活力，有健脑作用，预防痴呆。
- 避免过度烟酒，生活起居要有规律。
- 小心跌倒：高年龄者必要时应该使用手杖。
- 要积极用脑，预防脑力衰退，如下棋，每天日记，手工等。
- 保持年轻的心态，对事物常保持高度的兴趣，可以参加公益活动，社会活动来强化脑部神经。
- 避免过于深沉，消极，唉声叹气，保持开朗的心情生活。
- 本病中晚期患者多有认知障碍严重，如妄想、幻听、幻视，甚至有攻击行为。
- 晚期时均行动不能，卧床不起，生活全无自理能力，此时要精心护理。
- 老年痴呆症呈慢性进行性发展，病程较长，治疗难收速效，应坚持治疗，耐心服药，才可奏效。

病案举例

病例一

刘某：女性 80岁

主诉：记忆减退五年余，加重二年，女儿代诉其母远近事遗忘，家属不让她单独外出，出则忘记如何返家，基本生活自理能力丧失，靠女佣照顾日常生活，自诉无明显不适，头晕、失语，表情冷漠，问之反应迟钝，尚能回答姓名。

西医院检测为脑萎缩，属中度痴呆期，眠差少寐，舌质暗苔白，脉弦细。

辨证：气血不足，肾阴虚衰，脑失所养。

治法：补气活血，补益脾肾，通络化瘀，安神益智。

针灸处方：百会、四神聪、风池、血海、三阴交、足三里、脾俞、肾俞、心俞、膈俞。

方药处方：益气聪明汤加减，或补阳还五汤加减。

药物：黄芪、党参、炙升麻、蔓荆子、葛根、石菖蒲、川芎、生地黄、归尾、地龙。

血瘀者加桃仁、红花、水蛭；烦乱少寐，加酸枣仁、龙骨、牡蛎。

观察：十诊后，病人心气渐振，意识稍微清澈，已经辨路回家，言语渐多，已能自理日常基本生活能力。

病例二

陈某：男性 65岁

主诉：近事易遗忘，伴有幻觉已二年余，面色欠华，沉默少语，反应迟钝，记忆力衰退，易焦虑，有时神志恍惚。有一

次来中华医院看诊后，在停车场徘徊，我刚看完诊欲回家时，问之才知忘记住家地址。舌质红少苔，脉沉细，属轻痴呆期。

辨证：脑海空虚，肝肾精亏。

治法：补益脑髓，补益肝肾，生精益智。

针是处方：针补百会、四神聪、神庭、神门、内关、肝俞、肾俞、足三里、三阴交，太冲、太溪。

药物处方：地黄饮子加减，加左归丸加减。

药物：熟地黄、山茱萸、远志、麦冬、山药、黄精、石菖蒲、补骨脂、人参、茯苓、枸杞子、炙甘草等。肝肾阴虚者加女贞子、何首乌、旱莲草。

观察：十诊后，病人症状及智力明显改善，幻觉已无，反应灵活，言语渐多，记忆力恢复，已无焦虑感。

小结

老年痴呆症是一组慢性，进行性精神衰退性疾病，主要表现为记忆力，判断力，计算能力，识别能力，言语能力，抽象思维能力，进行性下降，伴随情感障碍等，或有妄想、幻听、幻视等，多见于65岁以后老年人，现代医学尚无有效的治疗方法。

中医以针药合用治疗此症，能获得较满意的疗效，因中药滋补肝脾肾之力较强，配合针灸所选穴位，主要是经络走向偏于上身及脑部配穴通下身，针灸通经之力强于中药，针药合用则标本同治，虚实并顾，取长补短，内外结合，配合治之则肾充髓足，痰祛瘀通，窍开呆变而收良效。

不孕不育病例一则

胡燕玲（新加坡）

2022年的5月至7月间，我在陈建生医师领导的不孕不育组临床观摩了3个月。在这段期间我见证了中医在这方面的优势，想与大家分享一位女病患的诊治过程。

简介

女子无避孕，有正常的性生活至少12个月而未孕，称为不孕症。女子虽能受孕，但因种种原因导致流产，死胎而不能获得活婴儿，也称为不育症。

在新加坡约有15%的夫妻不能在1年内在无避孕生活下而怀孕。在这些病例中，约有29%是因女子不孕，20%因男子不育，26%为男女双方不孕，而有15%的不孕因素不明确。^[1]

概述

《素问·上古天真论》“女子七岁，肾气盛……二七而天葵至……故有子。”；“丈夫八岁，肾气实……二八肾气盛，天葵至，精气溢泻，阴阳合，故能有子。”。可见女子在14岁左右因天葵至而能受孕，男子在16岁左右天葵至而能有子。

在医学上，女子最易受孕期在20岁至30初岁。在35岁后，女性的受孕率会因卵子数量减少和质量恶化而大幅度下降。

有些女子在他们最易受孕期也有不孕问题。而这些不孕问题可由以下因素造成，例如：

- 1、不能排卵，卵子质量不佳。
- 2、输卵管因素，严重子宫内膜异位症或之前手术而导致。
- 3、子宫问题；例如严重子宫肌瘤。

男子的不育主要问题是，

- 1、无精子
- 2、精子数量低或质量不良，如活动力低。
- 3、勃起功能障碍，逆行射精等。

病因和发病机制

不孕不育症的发生有先天和后天因素。

明。万全《广嗣纪要·择偶篇》对选女配偶，云：“五种不宜”，而“男子亦有五种病”。或先天因素，即因生殖器官的畸形而导致不孕；或后天因素如为外邪侵袭，禀赋不足，七情内伤，劳逸失度，房事过度而造成无子。

症状与体征

除了先天因素，女子一般以月经不调，闭经，崩漏或经期病痛而求医。男子除了勃起功能障碍，一般是无明显症状。

女子多囊卵巢综合症患者或有黑棘皮症，多毛和痤疮的体征。

男子的体征在检查时或见前列腺肥

大，精索静脉曲张和睾丸缩小，异位，副睾肿大和结节等。

检查

1、现代医学检查

下列是一般不孕不育症的医学检查。

- 1、子宫输卵管造影 Hysterosalpingogram (HSG)
- 2、经阴道超声波照影 Transvaginal Ultrasonography
- 3、卵巢储备测试 Ovarian Reserve Testing
- 4、超声波检查窦卵泡计数
- 5、腹腔镜检查子宫内膜异位症，盆腔粘连和其他异常。
- 6、血液检查其他因素，如：促甲状腺激素（Thyroid-Stimulating Hormone, TSH）、催乳素（Prolactin）、硫酸脱氢表雄酮（Dehydroepianrosterone Sulfate, DHEAS）羟孕酮（17- α hydroxyl progesterone）、总睾酮（Total testosterone）等。
- 7、男子的精液分析

2、中医检查

望、闻、问、切，四诊合参。加上陈建生医师的手测法以检查卵巢的大、小，卵子的大小和数量及子宫内膜的厚度。

辨病与辨证论治

现代医学把不孕不育病因分类为不同的病种而辨病论治。中医学上，除了不孕症外，女子一般是以月经病来辨证论治。

1、辨病论治

以下是一般不孕不育的病因：

- 1、多囊卵巢综合症
- 2、卵巢早衰
- 3、卵巢储备功能低下
- 4、黄体功能不足性不孕症
- 5、未破裂卵泡黄素化综合症
- 6、高泌乳素血症
- 7、子宫内膜异位症
- 8、输卵管性不孕症
- 9、内膜因素导致的不孕症
- 10、免疫因素导致的不孕症
- 11、男子性功能障碍
- 12、男子精子不良

2、辨证论治

后天因素的不孕不育一般是因外邪侵袭，自身脏腑功能失调等导致冲任气血失调，胞宫胞脉失养而造成不孕。一般可分为以下的病证

2.1 肾虚证

肾藏精，主生殖，胞络系于肾。肾功能失常必造成不孕不育的问题。临床上分为肾气虚，肾阴虚，肾阳虚及阴阳两虚。

2.2 肝失调达

肝藏血，主疏泄。妇人以血为基本，若素性忧郁，或七情内伤，或他脏病变伤及肝木，则肝的功能失常，表现为肝气郁结，肝郁化火，肝经湿热，肝阴不足，影响冲任，导致不孕不育症。

2.3 脾失健运

脾运失常，气血生化不足，冲任亏损，血海不盈，故胎萎不长而致不育。脾阳不振，运化失常，水湿流注下焦，湿聚成痰，壅滞冲任，胞宫而致不孕。

2.4 心气不通

“心主神明”，“心主血脉”，“胞脉者属心而络于胞中”。若忧愁思虑，积郁在心，心气不得通于肾，胞脉闭阻，可造成不孕。

临床病例

女患者韩某，今年34岁。初诊在6月8日2023年。

患者结婚已5年，第1胎在第3个月时因无心跳而流产。第2胎自然怀孕，产1子，已3岁。夫妇俩尝试自然怀孕半年，但不得孕。

初诊：末次月经（LMP）22年5月19-24日。第2天量多，有血块，稠。经前腹痛，想吃面食。腰酸，乳房胀，乳头不痛。经期觉累。纳可，二便调。有子宫肌瘤2-3cm。

中医检查：

望：舌淡红，苔薄白，略黄；

闻：无异常

问：无异常。

切：右脉：弦，稍

左脉：弦，稍沉

中医手检：已排卵

中医诊断：不孕症

证型：肾气虚

首次治疗

治法：补益肝肾，健脾温阳

处方：参灵五子汤、六味地黄汤、梔芩合剂、左归

颗粒药－熟地黄、女贞子、制何首乌、桑寄生、丹参、菟丝子、杜仲、续断、山药、炙甘草、枸杞子、墨旱莲、白芍、淫羊藿、巴戟天、肉苁蓉。

医嘱：

1. 每日测量基础体温（BBT）
2. 勿喝冷泡茶，须饮温水

复诊一：22年6月22日

LMP 22年6月17日至22日。昨日经血点滴，无腹痛，月经量首两天多，色深红，少血块，质稠。经期觉累，乳头敏感。经前胃脘胀，善饥，喜吃面食。腰酸改善。口不干，微怕冷，纳可，二便调。

舌象：舌淡红，苔薄白，略黄

脉（左）：弦稍沉

脉（右）：弦稍沉

处方：参灵五子汤，六味地黄汤、梔芩合剂、左归丸

颗粒药：熟地黄、山茱萸、女贞子、墨旱莲、制何首乌、丹参、白芍、玉竹、川牛膝、杜仲、枸杞子、肉苁蓉、党参、川芎、山药、炙甘草、泽兰、香附、柴胡、淫羊藿、丹参。

针刺法：关元、子宫、中极、三阴交、内分泌、内生殖器；用续断波，留针15分钟

复诊二：22年6月29日

经期 LMP 22年6月17日。BBT 双相。口不干，腰不酸，不怕冷，有长白带，微带血。纳可，二便调。

舌象：舌淡红，苔薄白，稍黄

脉（左）：弦滑

脉（右）：弦滑

处方：颗粒药—熟地黄、女贞子、肉苁蓉、制何首乌、桑寄生、丹参、菟丝子、杜仲、续断、山药、枸杞子、墨旱莲、白芍、淫羊藿、巴戟天、炙甘草、丹参。

复诊三：22年7月27日

已告知怀孕。22年7月23日检查有胎儿在子宫。晨起孕吐。

注：西医打安胎针，院外中医给安胎药。

复诊四：22年8月17日

怀孕8周（第61天），口不干，腰酸，纳差。

舌象：舌淡红，苔薄白，稍黄

脉（左）：滑

脉（右）：滑

处方：甘露清热片

颗粒药—熟地黄、女贞子、肉苁蓉、制何首乌、桑寄生、丹参、菟丝子、杜仲、续断、山药、枸杞子、墨旱莲、白芍、淫羊藿、巴戟天、炙甘草、丹参。

病例分析

患者与丈夫尝试自然怀孕半年，但不得孕。虽说尝试失败1年以上才算不孕不育，但因患者曾流失第1胎，本身子宫有肌瘤，又加上年龄渐大，故来求医。

初诊时，已是患者末次月经后的21天，已属排卵后期。陈医师用手测法检查出卵子已排出卵巢。患者在经期第2天，量多，有血块兼稠，显示体内有热。腰酸为肾气虚，经期乳房胀为肝郁之象。

陈医师对病对证开方。方药以滋养肝脾肾，养血益精，清热除烦，补肾助阳，以达到血海充盛，胞脉通调，胞宫气血足以容纳胚胎。也嘱患者必须每天自己检查基础体温。这基础体温可直接反映患者是否有排卵。因基础体温实质上是体内气血阴阳变化表现于外的一种反应。医嘱也包括了不可饮用寒性饮料，而应以温水为主。

第一次复诊时，患者正当经期末，故陈医师开了滋补肝肾，健脾益气，养阴活血的方药；以填充血海帮助子宫内膜增生和使卵子发育有气血浇灌之源，又温肾助阳，疏肝理气活血以促使卵子的成熟。

针内分泌和内生殖器以调节体内荷尔蒙之分泌。针关元，子宫，中极，三阴交以滋阴肝肾，冲任。

第二次复诊时，患者正当排卵期，故方药可滋阴助阳，理气活血，以帮助顺利排卵。第三次复诊时，患者只来咨询，因她已怀孕。第四次复诊时，患者已怀孕8周，陈医师开方药以补肾安胎。

【参考文献】

- [1] <https://www.healthxchange.sg/women/pregnancy/infertility-women-causes-treatment> 的 Infertility in Women: Causes and Treatment Options

咽喉反流性疾病的治疗探讨

何宇瑛（新加坡）

咽喉反流性疾病（laryngopharyngeal reflux disease, LPRD）是因胃内容物异常反流至食管上括约肌以上部位，包括鼻腔、口腔、喉、气管、肺等引起的一系列症状和体征的总称。临床症状常表现为咽部不适，咽部异物感，咳嗽，声音沙哑，咽喉痛，吞咽困难等^[1]，以普通慢性咽炎治疗的效果不好，容易反复发病，常表现为难治性咽喉炎，影响病人的生活素质，因上食管括约肌松弛引发胃内容物反流，但LPRD患者的烧心，反酸症状不典型^[2]，容易误诊，临床治疗不能忽略。

1、现代医学研究

从临床症状研究显示，咽喉反流与咽部异物感有密切相关，并采用质子泵制剂治疗有效，也认为与慢性咳嗽有密切关系^[3]，当合并胃食管反流病等LPRD患者的临床症状更明显^[4]，唾液胃蛋白酶检测阳性率更高，尤其咳嗽症状更明显，咳嗽导致腹压增加，使上行的反流物更容易突破上食管括约肌的压力发生反流^[5]。在产生反流的发生时间分布特征的研究认为除气体弱酸反流以外，反流时间发生率呈现餐后升高的趋势，尤其在晚餐后更明显，气体弱酸反流在反流事件中的占比最大^[6]。在50病患的症状研究中，声音沙哑，持续轻嗓的87%，痰多的71%，烦人的咳嗽79%，咽部异物感为92%，并

对PPI治疗后症状明显改善^[7]。有研究表明，采用PPI抑制胃酸分泌，咽喉反流症状残留的病因可能与残余酸、弱酸及碱性反流有关^[8]。可是，PPI治疗能抑制胃酸分泌，减少胃食管酸反流，但不能减少非酸反流。

到目前为止，咽喉反流性疾病的发病机制尚未有完全明确，临床研究表面，与多因素和机制共同作用的结果，其中与神经功能障碍有关。有研究认为咽喉反流性疾病与自主神经功能障碍有明显相关性。^[9]纳入病例组共53例为治疗组，健康志愿者纳入55例为对照组，根据自主神经功能评价时域指标、频域指标，进一步分析自主神经受累程度，结论为LPRD患者存在以迷走神经活性降低为主的自主神经功能障碍，LPRD的严重程度与自主神经功能障碍具有明显相关性，尤其与迷走神经功能活性呈负相关。推测LPRD患者主要存在以迷走神经活性相对降低，而交感神经活性相对升高为主的自主神经功能障碍。由于自主神经功能控制着胃肠系统，自主神经功能障碍将影响食管蠕动及胃运动^[10-11]。负面情绪越多，反流症状越明显，临床治疗效果越差^[12]，在临床治疗时伴有焦虑情绪患者会降低药物治疗疗效，需助以心理干预治疗以提高药物治疗。

食管动力障碍也是发病机制之一，

目前公认^[13]咽喉反流机制与食管蠕动，食管下括约肌，食管上括约肌和抗酸功能障碍有关，药物治疗一般以PPI抑酸，胃肠动力药和胃黏膜保护剂等，主要减轻胃酸和胃蛋白酶对黏膜的损害，促进黏膜恢复。

2、中医研究

中医古文献中虽未有咽喉反流性疾病的病名，但根据其临床表现，本病当归属“喉暗”、“喉痹”、“吞酸”、“梅核气”等范畴。因饮食不节，烟酒无度，情志不畅，思虑过度导致肝胆适于疏泄，气逆犯胃，或有胆病，肝胆湿热犯胃；外感之邪客于胃络；肺失宣降，皆可导致胃液巡经上逆而诱发本病。治疗可通过调节肝胆气机，调理脾升胃降功能达到疗效。

临床研究显示有不同的证型及方药治疗，如孟海平^[14]观察清热解毒、和胃降逆、疏风利咽类中药治疗反流性咽喉炎的疗效。

方法：采用清热降逆汤（山豆根、射干、半夏、厚朴、白术、枳壳、木香、柴胡、白芍、莱菔子、茯苓、甘草）治疗本病51例。结果：总有效率92.2%。结论：本方法对本病有清热解毒，和胃降逆，疏风利咽的功效。周立等^[15]用疏肝和胃法中药复方免煎颗粒（柴胡10g，香附10g，陈皮10g，法半夏10g，厚朴10g，紫苏叶10g，黄连6g，诃子10g，瓦楞子10g，党参15g，赤芍10g，甘草5g）治疗咽喉反流性疾病（肝胃不和证）取得良好临床疗效。能缓解持续清嗓、痰过多或鼻涕倒流、咽喉异物感、烧心胸痛胃痛等症状。

也有中西医结合治疗研究显示，^[16]贝母栝楼散（贝母10g，栝楼皮8g，天花粉8g，茯苓10g，橘红10g，桔梗10g，白术10g，甘草6g）联合奥美拉唑治疗，也有^[17]中药方剂（威灵仙30g，金银花15g，冬凌草15g，浙贝母15g，玄参20g，桔梗8g，茯苓15g，木蝴蝶5g，蝉蜕5g，甘草5g，加香附12g，苏梗10g，山豆根6g，金果榄10g，白僵蚕10g等）联合西药多潘立酮治疗皆取得良好的临床疗效。针对食管动力异常有针灸配合药物治疗，针刺配合药物治疗肝郁脾虚型反流性咽喉炎可改善患者症状及体征，调节食管动力及唾液胃蛋白酶水平，其疗效优于单独药物治疗^[18-19]。可见，针灸与中药或配合西药治疗有良好疗效。

3、病例讨论

周先生在18/3/2023因咽部不适，咳嗽数月求诊，曾多次西医就诊，服用抗生素及止咳糖浆，症状不能缓解，后来医生给抑酸药治疗，咳嗽稍有减少，2周前自觉有鼻涕倒流，咳嗽加重，ENT就诊行喉镜发现有胃酸上泛，常在周末喝红酒，老师工作，刻下咳嗽咽痒，咳时大声用力，时有灼痛感，痰少而黏，嘈杂，暖气，时有口苦，咽部黏膜轻度充血，色暗红，食欲好，大便日一次，舌尖红苔略腻，脉弦数。西医诊断为反流性咽喉炎，中医诊断喉痹，治疗以清热化痰，和胃降逆，养阴利咽，方药（药粉）：黄芩1g，吴茱萸0.3g，射干1g，半夏1g，厚朴1g，白芍1g，莱菔子2g，柴胡1g，桔梗1g，甘草1g，板蓝根2g，服药3周后以上症状消

失，仍有胃胀，以健脾和胃的六君子汤和针灸调理保健。取穴：膻中，中脘，足三里，太冲，能疏肝降逆，和胃健脾。

4、总结

反流性咽喉炎发病与现代人的饮食生活习惯有着密切关系。学者们认为该病是由于不良饮食生活习惯造成胃内容物反复反流刺激咽喉部黏膜。患者需要调整饮食和改变生活方式，但部分人接受 PPI 治疗效果不佳，因此运用中医学来探索治疗该

病是非常必要的。我们根据中医学理论认为该病有饮食或情志因素等伤胃，胃气上逆、气机郁结、日久化火生痰，肝胆气机失调，胆热上犯而发病。治以清痰热、畅气机、健脾利咽。组方中黄芩、射干、板蓝根清热利咽；半夏、厚朴和胃降逆；桔梗，欲降先升也能化痰，与莱菔子相配，能调畅脾胃气机、柴胡、白芍、吴茱萸疏肝解郁，调达肝胆气机，甘草调和诸药。症状缓解后用六君子汤健脾和胃，并与针灸能预防复发。

【参考文献】

- [1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会咽喉组，中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会咽喉学组.咽喉反流性疾病诊断与治疗专家共识（2015年）[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志，2016,51(5): 324-326.
- [2] 张园园，胡国华.咽喉反流的研究进展[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志，2010,24(1): 45-47.
- [3] 李慧.咽喉反流与慢性咳嗽的相关的临床研究[J].中国医学文摘耳鼻喉科学，2018,24(18):166-167.
- [4] 汪晓宇，李进让，张金红，等.合并胃食管反流病对咽喉反流性疾病临床特征影响研究[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志，2022,57(10):1178-1184.
- [5] Huang WC, Sheu CC, Hsu JY, et al. The prevalence and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease patients with traits of asthma in Taiwan[J]. J Formos Med Assoc, 2022, 121(1 Pt 1): 25-35. DOI: 10.1016/j.jfma.2021.01.003.
- [6] 张金红，汪晓宇，王嘉森，等.咽喉反流事件发生时间点分布特征点点研究[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志[J]. 2023,58(4):345-349.
- [7] 成雷，孙凤新，贾若.咽喉反流性疾病临床分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科，2017,24(10):540-542.
- [8] 王河，往安江，朱萱.胃食管反流病药物治疗进展.世界华人消化杂志，2011,19:1711-1719.
- [9] 王刚，王阿敏，黄宁，等.咽喉反流性疾病与自主神经功能障碍等相关研究[J].听力学及言语疾病杂志，2020,28(3):243-246.
- [10] 黄宁，王阿敏，郑彦焱，等.咽喉反流性疾病患者精神心理状态分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科，2019,26(2):92-94.
- [11] 黄先哲，李勇.咽喉反流与焦虑/抑郁症状等相关分析和治疗[J].中国医学文摘耳鼻喉科学，2020,35(4):254-256.
- [12] 刘蕊，石磊.咽喉反流患者症状与负性情绪的关系分析[J].现代诊断与治疗，2021,32(6):908-910.
- [13] 欧阳天赋.咽喉反流疾病发病机制及诊断等相关进展[J].上东大学耳鼻喉眼科学报，2010,24(5):48-50.
- [14] 孟海平.清热降逆汤治疗反流性咽炎51例[J].陕西中医，2011,32(8):952-953.
- [15] 周立，张静，梁方琪，等.疏肝和胃法治疗咽喉反流性疾病（肝胃不和证）等随机安慰剂对照研究[J].临床研究经验，233-243.
- [16] 任禾.[J].国际中医杂志，2014,36(9):848-849.
- [17] 金杨君，金朝阳，金银芝.中西医结合治疗反流性咽喉炎126例的临床疗效[J].中国临床药理学杂志，2015,31(7):498-500.
- [18] 赵静，王铁，杨翠蓉，等.针刺配合肝郁脾虚型反流性咽喉炎等疗效观察[J].shanghai research institute of acupuncture and meridian 2021,19(3):226-230.
- [19] 李勇，李国云.针药并用治疗反流性咽喉炎等疗效观察[J].shanghai J acu-mox, 2020,39(11):1414-1418.

浅谈甘温除热法

曾玉珠（新加坡）

甘温除热法是由李东垣先生针对脾胃气虚而提出，创建的治法，甘温除热即甘温益气、生阳散火。

1、甘温除热法的产生与应用

李东垣先生之所以倡导此治法是基于以下：

1.1 时代背景

李东垣先生生活的时代战乱纷繁，百姓流离失所，饥饱无时，因而饮食不节，劳伤导致了脾胃病，他认为治疗上当固护脾胃。然而当时很多医者都不辨察，妄用攻伐之药，以致患者脾胃愈伤而正气耗竭。攻伐“有表发者，有以巴豆推之者，有以承气汤下之者，因误治而变成结胸、发黄；又以陷胸汤及茵陈汤下之，导致患者死亡”。针对临床脾胃虚证居多，而医者妄用攻伐的时弊，李东垣提出了“内伤脾胃，百病由生”的内伤致病说，治疗上他重视固护脾胃，以温补为要。

1.2 理论依据

东垣先生根据《内经》“阴虚则内热”的理论，认为内伤脾胃所致诸病，多见热象，他称之为“阴火”。其甘温除热思想即是基于内伤发热理论提出的。主张阴火内盛可耗气，乘脾可焦土。补土培元养正，则阴火自除。补土唯以甘温之品最

宜。他发挥了《素问·至真要大论》“劳者温之，损者益之”及“温能除大热”之旨，提出“惟当以甘温之剂，补其中而升其阳，甘寒以泻其火”的治法。

1.3 具体应用

甘温除热思想立足脾胃，广泛应用于内伤诸证，是李东垣学术思想的体现。他据病机之不同，对甘温之品施以相应配伍，灵活变化。其具体应用概述于下。

- 1.3.1 配伍诸风药，升清助阳，散火除湿，治疗中焦阳气虚弱证，如补中益气汤。
- 1.3.2 配伍养血药，阳生而阴长，治疗脾胃虚弱而造成的阴血伏火，火热日渐煎熬而致血亏之证，如当归补血汤。
- 1.3.3 配伍甘寒药，益气阴而除虚热，治疗元气亏虚，阴火内盛，耗气伤津，而致气阴两虚证，如门冬清肺饮。
- 1.3.4 配伍苦寒药，益气阴而除虚热，治疗脾胃先衰，再加七情损伤正气而至心火亢盛证，如补中益气汤合泻火安神之朱砂安神丸。

此外，李东垣尚将甘温之品与清透虚热药相伍，以散脏腑虚热，如参术调中汤；与化痰熄风药相伍，以清头目而定眩，如半夏白术天麻汤等。

2、“甘温除大热”论争鸣

^[1]对于“甘温能否除大热”，邓铁涛邓老认为对此持否定的史学家是未经很好临床验证，是错误的。而对于那些对未能充分理解者，或认为“热”乃虚热，是患者自觉发热，而体温计探之则无热；或指甘温所除之“大热”不是“高热”，邓老认为这些学者承认甘温药可以治发热之证，只对大热有怀疑。

针对“大热”的热度，邓老引述李东垣在《内外伤辨惑论·辨寒热》中说：“是热也，非表伤寒邪皮毛间发热也，乃肾间脾胃下流之湿气，闭塞其下，致阴火上冲，作蒸蒸而燥热，上彻头顶，旁彻皮毛浑身燥热作，须待坦衣露居，尽寒凉处即已，或暖极而汗出亦解。”认为这种发热，是高热不是低热，更不是自觉之发热。而对于这种发热的论治《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》说：“脾胃之虚……则气高而喘，身烦热，为头痛为渴而脉洪大……然而与外感风寒所得之证颇同而理异。内伤脾胃乃伤其气，外感风寒乃伤其形，伤外为有余，有余者泻之，伤内为不足，不足者补之。……《内经》曰：劳者温之，损者温之，盖温能除大热，大忌苦寒之药泻胃土耳。今立补中益气汤。”从上述引文，邓老指出东垣先生所指之大热，是以白虎汤证为对照，为了区别于白虎汤证，故不说壮热而称之为大热。若以体温计测之则可称为高热，亦包括扪之壮热，久按热减之中热一类因虚而致之发热。而对于患者自觉发热，但体温计探之无热及低热之属于脾胃气虚之证，也可以用甘温法治疗。

邓老总结说甘温除大热有其特定的含义，即指气虚或阳虚所致之发热。其发热程度可随阳气虚衰、虚阳亢奋的程度不同而不同，亢奋程度重的则发高热，否则发低热。因此，主张体温表上是否显示发热或高热，不能作为是否采用甘温除大热法的依据，而应抓住气虚或阳虚这个关键，所以他提出临证不必拘于只应用补中益气汤，亦可采用升阳益胃汤、归脾汤、桂附八味丸等其他方剂来治疗，肯定了甘温能够除大热。

3、甘温除热法现代临床应用

^[2]甘温除热法的临床应用有：

- 3.1 广泛运用于内、外、妇、儿、皮肤、口腔各科，其中内科疾病占较大部分。
- 3.2 多应用于素体虚弱或术后、应用多种抗生素后体虚者或患慢性虚损疾病者。
- 3.3 不明原因发热者。
- 3.4 癌性发热或恶性肿瘤化疗期间发热者。
- 3.5 消化系统、泌尿系统慢性炎症如长期慢性胃炎、自觉胃脘灼热疼痛；慢性肾炎 有尿隐血长期波动，尿蛋白波动、顽固性口腔溃疡等。
- 3.6 血液系统疾病伴见发热者，如再生障碍性贫血伴低热持续不退；急性白血病伴发热原因待查。
- 3.7 风湿、内分泌系统疾病，如 ANCA 相关小血管炎；糖尿病非低血糖状态下饥饿患者。
- 3.8 外科发热者，如颅脑手术后高热者；

乳腺脓肿切开引流术后持续高热者。

药物性肌病，中医诊断为痿证者。

3.9 产后发热者。

3.10 其他如慢性湿疹者；顽固性口腔溃疡者等。

4、甘温除热法应用指征

^[2] 治疗发热时，温度不是必要指征，低热、中等度热、高热均可应用，亦可应用于体温不高、自觉发热者。此外，热型与发热规律可不一，可有持续性发热，亦可有间断发热。

5、专家验案举例

邓铁涛邓老^[3]用有甘温除热作用的桂枝加龙骨牡蛎汤治疗5岁发热20多天不退（腋下体温38.5℃之间）的女孩，两剂后热稍降，后用桂甘龙牡汤（桂枝、炙甘草、生龙骨、生牡蛎）两剂而热退净。

邱志济主任^[4]用具有甘温除大热的理冲汤加减治愈一38岁女患者，长期发热，（体温每日上午38.5℃至下午时渐降至37.5℃），两少腹扪及条索状肿块，双下肢多处结节性红斑，辨证属脾气不足，阴火上冲，气滞血瘀者。（方药有生黄芪、炒白术、文党参、怀山药各30g，花粉、徐长卿、桂枝、鸡内金各15g，三棱、莪术、赤白芍、炮山甲各10g，15剂后加仙灵脾30g）。

刘渡舟刘老^[5]用补中益气汤加味治疗一已病数月35岁女患者，心烦口干，气弱食衰，周身发热如同火灼，必须将后背贴靠家中方石筑砌之墙方觉凉爽。月经每来

必多，下肢浮肿，动作乏力。大便时有溏泻，小便微黄，脉大而无力的，舌质淡苔薄白。曾服滋阴凉血之方，非但无效，反增胸闷而纳呆不食。刘老辨证为内伤脾胃，清阳下陷，阴火乘于心胸，方药如下，疗效显着。患者热退后改服参苓白术散巩固（方药有黄芪9克，人参6克，生、炙甘草各6克，当归6克，陈皮3克，柴胡3克，升麻3克，葛根3克，生姜3克，大枣3枚。复诊时，患者心烦，口干等已去，燥热有所改善。上方加知母、黄柏各3克）。

于红伟等^[6]把64例癌性发热患者随机分为观察组和对照组，每组32例。对照组给予吲哚美辛栓纳肛治疗，观察组在对照组基础上予以（+）中药归芪退热汤口服，7天为1个疗程。得出观察组的退热总有效率为87.5%（28/32），高于对照组的62.5%（20/32），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。总结气虚血亏型癌性发热患者经服用归芪退热汤治疗，能提高患者的治疗效果，减少吲哚美辛栓的使用次数，减少不良反应的发生，值得临床应用推广。

许彭龄教授治疗经颅脑手术后高热患者1例，该患者体温38.0~38.5℃，辨证为气虚发热，以黄芪建中汤加减治疗，服用3剂后好转，体温为37.5~37.8℃，重用生黄芪至100g，服用3剂后病愈。

6、小结

以上病案中，专家们采用了甘温除热法治愈了患者的发热。提到甘温除热法，

我们一般会想到补中益气汤这张代表方，但以上多数专家们采用此法，都只抓住了气虚这个关键，灵活选用甘温之品。正如邓铁涛邓老所说：“临证不必拘于只应用补中益气汤，亦可采用升阳益胃汤、归脾汤、桂附八味丸等其他方剂来治疗。”

7、甘温除热代表方

李东垣先生创建甘温除热法，应用性味甘温的药物治虚损劳倦引起的发热，其代表方剂为补中益气汤。但这种治法并不是最先起自补中益气汤，而是金匱要略中用小建中汤治疗手足烦热，所以小建中汤可谓是后世甘温除热治法先声的方剂。

那甘温除热的代表方是小建中汤还是补中益气汤呢？答案是二者都是，但补中益气汤更有代表性，因为应用的范围更广更普遍。笔者临诊就常应用补中益气汤治疗癌症患者疲倦、乏力、纳差等属脾气不足者。

8、笔者病案举例

8.1 例1：右乳腺癌Ⅳ期 女73岁

患者于6/2020确诊右乳腺癌后，因肩背痛3个月，影响睡眠，于7/2020寻求中医治疗。除了要解决肩背痛的问题，她也希望化疗期间中西医结合。她于10/8/22至今，间断接受化疗。化疗后她常感觉非常疲倦气短，尤其是后来她曾不慎感冒后。她也曾经在地铁站从扶梯跌下，更加形伤气弱。从患者面色偏白、疲倦、走多气短、语声低弱、下肢乏力、时有腰酸、小

便频、怕热、舌淡红边有瘀、边尖齿印、苔白腻、脉细、红细胞、血红蛋白及白血球低等，可见患者的内环境偏向肺脾气虚、肝肾亏虚。由于患者内伤脾胃，气虚下陷，加上化疗药损伤脾胃及造血系统（中医归属于肝肾功能受损），因此笔者常以补中益气汤来建中，加具有补益肝肾的药物（如六味地黄、女贞子、枸杞子、补骨脂等）来调理，改善其内环境。感冒后，患者常常痰多，笔者应用半夏、陈皮来祛痰。患者服药后大多感觉人较有精神气力，脸色也较好。化疗期间，她曾出国旅行，也感觉较耐走远路，无气短。

8.2 例2：左肺癌Ⅲ期化疗中 男58岁

患者因肺癌化疗了2次，觉难以承受副作用，想用中医药来减轻痛苦，于17/2/2023初次来诊。他述说刚化疗后，总是纳差、欲呕、便秘、疲倦、气短，非常难受。虽然几天后，他的胃口有好转，但还是欠理想，有时夜里胃腹疼痛，同时，他总觉得很疲倦、思睡、说话气短、怕冷、常流涕（他有鼻敏感史）、血红蛋白低于正常值。舌质淡红暗瘀，苔薄，脉沉细弦。患者因本病加化疗的伤害，使他的内环境偏向脾肺肾虚。由于他化疗后疲倦气短明显且很难恢复，因此，我主要以补中益气汤来补其中气（有时也随证加用香砂六君子汤），再加补益肝肾及养血的药物（如女贞子、枸杞子、补骨脂、阿胶等）来改善因化疗引起的骨髓抑制，辅助他进行化疗。不久前他因为与感冒的岳母近距离接触后，感觉异常疲倦，脉浮数，我重

用了补中益气汤加银翘解毒散加味，他反馈吃了药后效果很好，精神很快恢复。

9、结论

补中益气汤是李东垣先生甘温除热法的代表方，小建中汤是此治法先声的方

剂。临床上，补中益气汤的应用范围更广更普遍。邓老指出临证应用甘温除热法时，只要抓住气虚或阳虚这个关键，无需拘于只应用补中益气汤，亦可采用升阳益胃汤、归脾汤、桂附八味丸等其他方剂来治疗，开拓了我们的思路。

【参考文献】

- [1] 私淑仲景.邓铁涛浅谈甘温除大热
- [2] 林如琦,王文荣.李东垣“甘温除热法”的现代临床应用[J].中国民间法, 2021,29(6):12-15.
- [3] 邓铁涛医案
- [4] 邱志济医案
- [5] 刘渡舟医案
- [6] 于红伟, 乔元勋.归芪退热汤 治疗气虚血亏型癌性发热临床观察[J].中国中医药现代远程教育, 22021,19(18).

湿邪与皮肤病的论述

翁亚庆（新加坡）

湿邪为阴邪，其侵入人体后，最易留滞于脏腑经络阻遏气机，使脏腑气机升降失常，经络阻滞不畅。临床上，一些皮肤病病灶发病过程中，可同时见到胸膈满闷，脘痞腹胀，小腹胀满，小便淋涩不畅，低热，食言，便溏，苔腻等湿证的临床表现。

湿为太阴中土，其致病必夹它邪。即风、寒、热与燥邪。湿邪所引发的皮肤病，因湿邪蕴阻郁结不散，与气血相搏，皮肤损害多表现水疱，疱疹，渗出液，糜烂等病理表现。

近代皮科大家赵炳南医师，将皮肤病统称为“风湿疡”，即外受不法之风邪与体内湿热三气相搏，则表现为风湿疹，说出了湿邪与皮肤病关系密切。

湿邪致皮肤病的特点

1、湿邪多夹外邪致病：

风湿蕴阻型：素体湿盛，复感风邪，风湿之邪蕴阻肌肤，不得发散，常易形成顽固性瘙痒性皮肤病，如急性慢性荨麻疹、神经性皮炎、结节性痒疹等。

湿热内蕴型：风邪与体内湿热之邪而致的皮肤病，临床多见于急性慢性湿疹、神经性皮炎、荨麻疹等。

寒湿凝滞型：素体阳虚，感受寒湿而发病，皮疹可见红斑或紫斑，丘疹，水疱，风团或溃疡，遇冷和受凉后皮疹加

重，易发于肢体暴露部位。可见于结节性红斑、硬皮病、冻疮等。

痰湿阻络型：素体湿盛，致水湿凝聚成痰饮，留滞于皮肤，肌肉经络关节之间。可见丘疹结节，肿块囊肿，无自觉症状或有疼痛，如脂肪瘤、寻常疣等。

2、湿邪性黏滞，病情反复

因湿性黏滞，易阻滞气机，气不行则湿不化，其质体胶着难解，故起病缓慢，病程较长，反复发作，缠绵难愈，如皮肤肥大粗糙，脱屑，干裂，皆因湿邪的存在而不易速愈或反复发作。

3、降低人体免疫力

湿邪致病，使脾阳受损而造成人体免疫力的低下，机体抗病能力减弱使疾病长期留于体内而不去，病程长，迁延难愈。

本文试以临床常见的两种皮肤病即湿疹和荨麻疹，来论述中医通过辨证论治，以祛除湿邪的方剂和用药，以治疗皮肤病。

湿疹的诊治

中医称湿疹为浸淫疮，以皮损呈现多型化，伴有瘙痒，糜烂，易见渗出液等症状的皮肤病，因发病时皮疗浸淫遍身，且有渗出物极多而得名为浸淫疮。

诊断要点有：

1. 急性期发病急而突然，发病部位不定，皮疹常为弥漫性而对称性分布。
2. 皮疹为多型性呈现。可为红色丘疹，水疱，灼热瘙痒，溃后渗水，糜烂，甚至浸淫全身，干燥后结成黄色痂皮。
3. 慢性湿疹，皮损呈局限性，界限明显，患部皮肤增厚粗粘，常伴有少量抓痕，血痂及色素沉着，若发于关节处，常呈皲裂状，痛痒并作。

临床上中医对湿疹的证治，主要归类为热重于湿和湿重于热两类型。

1. 热重于湿：临床表现为，发病急，皮肤潮红，旋即出现丘疹，水疱，脓疮或疱疹集而成片。灼热，瘙痒，夜间为甚。伴有烦躁易怒，口干口苦，大便干，小便短赤。

病因病机：内外湿热交蒸，蕴阻而成湿毒，外溢肌肤，形成丘疹，水疱脓疱。湿热郁于腠理，络脉痹阻，故灼热瘙痒。

治法：治宜清热利湿。

方药：可用清热渗湿汤合二妙散。用药有黄芩、苦参、生地、白鲜皮、茯苓皮、滑石、板蓝根、竹叶、苍术、黄柏。

2. 湿重于热：临床表现为，发病缓，病程长，患处皮肤暗淡，皮疹有水疱，抓破渗水，瘙痒，不红不肿，浸淫糜烂，伴有脘腹闷胀，纳呆，肢倦乏力等。

病因病机：湿邪蕴久化热，透发肌表而见水疱，丘疹。湿浊中阻，则见胃脘痞闷，纳呆。

治法：健脾除湿，佐以清热。

方药：健脾除湿汤（赵炳南临床经验方）。药用薏苡仁、扁豆、山药、芡实、枳壳、萆薢、黄柏、白术、茯苓。

荨麻疹的诊治

荨麻疹是皮肤出现红赤色或白色的疹块，以突然发作，痒而不痛，时隐时现，皮疹消退后不留任何痕迹为特征。中医称荨麻疹为瘾疹。

《景岳全书》中叙述了瘾疹者，自卑湿而得之这段话。说明受湿邪侵入，使到脾胃失其运化功能，使水湿之邪流注肌肤，再与风邪结合，风湿相搏，会出现苍白色风团，身体疲倦等症。

有过敏体质者，也容易引发发瘾。主要是脾胃功能受损，正气不足，抵抗力低下，导致肌肤腠理虚空，风湿之邪易侵入肌表，而引发瘾疹。所以荨麻疹的治疗大方向在疏风，祛湿与健脾。

1. 风邪袭表：临床表现为，疹块色淡或苍白，遇冷或风吹而发，为风寒之证。若全身或面，手足暴露部位，出现红色疹块，剧痒，有焮热感为风热证，若周身散发丘疹水疱，焮起红块，晚上痒重，为风湿瘾疹。

治法：疏风解肌，调和营卫，兼以清热，散寒和祛湿。

方药：祛风胜湿汤加减，药用荆芥、防风、羌活、蝉衣、陈皮、茯苓、银花、甘草。

2. 胃肠湿热：临床表现为，出现疹块时，伴有腹痛，纳呆，大便秘结或溏泄，倦怠无力。

胃肠湿热内蕴，脾胃运化失司，而见腹痛，纳呆之症。风湿热浸淫皮肤而出现疹块。

治法：清热利湿祛风

方药：多皮饮加减，用药有五加皮、干姜皮、陈皮、桑白皮、白藓皮、丹皮、地骨皮、冬瓜皮、茯苓皮、扁豆皮、大腹皮、浮萍和当归。

3. 肺脾气虚证：临床表现，为慢性荨麻疹，皮疹经常发生，疹块色白，痒不甚，时隐时现。

治法：益气健脾，固表疏风。

方药：四君子合玉屏风散加味。党参、白术、茯苓、甘草、防风、黄芪。

急性瘾疹，发病急骤，多由外邪饮食诱发，经过治疗一般可以缓解。慢性瘾疹，原因复杂，可以缓解。慢性瘾疹，原因复杂，经常反复发作或者缠绵不愈，若瘾疹突然出现喘息痰鸣，面色紫赤，手足不温者，可顷刻危及生命，必须极时抢救。

荨麻疹患者，要注意避免接触诱发因素，如某种食物，某种特异气味等。加强锻炼身体，起居作业有序，以增强体质。慢性瘾疹者，于缓解期，有必要进行预防性治疗，以恢复脏腑的正常功能。尤重调整脾胃运化功能的正常。

简谈阳痿

蔡瑞和（新加坡）

概说

阳痿是指成年男子性交时，由于阴茎痿软不举，或举而不坚，或坚而不久，无法进行正常性生活的病证。若因发热、过度疲劳、情绪不佳等引起一时性阴茎勃起障碍，不能认为是病态，属于中医“阴痿”、“阳痿”、“筋痿”等病证范畴。

阳痿可分成原发性和继发性两种。前者指阴茎从未入阴道进行性交者，后者是指阴茎曾有过入阴道的性交，后因若干因素而使性交时痿软。

西医的病因病理

一为器质性病变，如脊髓损伤、脊髓横断、脊髓肿瘤、颞叶病变等，可形成传导性兴奋神经障碍，导致阳痿。又有动脉硬化使供应阴茎的动脉或支配营养的血管供血不足，导致阳痿。有糖尿病患者下丘脑——垂体异常或原发性腺功能不全，形成内分泌障碍，导致阳痿。

进行可影响阴茎勃起的各种手术并发症，如会阴前列腺切除术、交感神经切除术、直肠癌根治术、睾丸外伤阉割、骨盆骨折、阴茎外伤、阴茎硬结症、精索静脉曲张、包茎、阴囊象皮肿、慢性前列腺炎等及药物和有毒物质均可导致阳痿。

二为非器质病变，即大脑皮质对性兴奋的抑制作用加强及脊髓勃起中枢兴奋性减退，如长期手淫或纵欲过度。还有体质

衰弱、过度劳累、慢性病引起身体衰弱或神经衰弱所致。其他有精神因素，如害怕妊娠、性交环境不良、夫妻感情淡漠、及缺乏性知识而产生恐惧和害怕心理，均可引起阳痿。

中医病因病机

病位在宗筋，宗筋由肝所主，肾司作强之处，宗筋之举起，思念于心，培养于脾，临床与肝肾心脾四脏密切相关。分虚实辨证：虚证源于肾精不足、阳气虚弱，宗筋不能勃起。实证源于气郁、血瘀、痰湿阻络，宗筋因滞不能勃起。病因可分为：

命门火衰——房劳过度，或少年频犯手淫，或过度早婚育，致使肾之精气虚损。

心脾受损——思虑焦劳忧郁太过，损伤心脾，以致气血两虚。

恐惧伤肾——恐则气下，渐至阳痿不振，举而不刚，出现病状。

肝郁不舒——情志不遂，忧思郁怒，肝失疏泄条达，则宗筋所聚无能。

湿热下注——过食酒类厚味，损伤脾胃，运化失常，水谷精微不化，反成湿热之邪，湿热下注，宗筋弛纵，痿软无力。

证治方药

1、命门火衰

症状：阴茎不举，或举而不坚，伴精

神萎靡，面色无华，头昏耳鸣，房事后腰膝酸软，神疲畏寒肢冷，面色苍白，小便清长夜尿频，舌淡，苔薄，脉沉细。

治法：填精温肾、振奋宗筋

处方：鹿角胶 12g，菟丝子 12g，淫羊藿 12g，韭菜子 15g，蛇床子 10g，杜仲 10g，熟地 12g，当归 12g，龟甲 12g，山萸肉 10g，枸杞子 15g，九香虫 8g，黄精 12g，甘草 6g

2、心脾受损

症状：性欲低下，阴茎不举或举而不坚，举而即泄，伴精神不振，夜寐不安，面色萎黄，心悸健忘，失眠多梦，胃纳不佳，便溏，舌淡白，苔薄，脉细弱。

治法：补益心脾，荣润宗筋

处方：党参 12g，黄芪 15g，白术 15g，茯苓 15g，酸枣仁 18g，远志 12g，当归 12g，龙眼肉 15g，薏苡仁 15g，陈皮 12g，益智仁 12g，甘草 6g，大枣 6枚

3、恐惧伤肾

症状：阳痿不振，举而不坚，伴心悸易惊，胆怯多疑，夜里恶梦，舌苔薄白，脉细弦。

治法：安神定志，益肾固精

处方：熟地 12g，山萸肉 12g，菟丝子 12g，枸杞子 15g，沙苑子 12g，五味子 10g，酸枣仁 15g，茯苓 12g，远志 10g，杜仲 12g，党参 15g，龙骨 24g，牡蛎 24g，柴胡 10g，黄连 6g，甘草 6g，大枣 6枚

4、肝郁不舒

症状：常因情志不畅而阳痿不举，情

绪抑郁或烦躁易怒，胸胁满闷，食少便溏，舌淡苔薄白，脉弦滑。

治法：疏肝解郁，理气活血

处方：柴胡 12g，白芍 12g，当归 12g，白术 15g，茯苓 15g，香附 9g，补骨脂 15g，菟丝子 15g，枸杞子 15g，川楝子 9g，甘草 6g，大枣 6枚

5、湿热下注

症状：阴茎痿软不举，阴囊潮湿或有坠胀，下肢酸困，小便黄赤或涩滞不利，或小便后有白色分泌物，大便干结或软而不畅，舌红苔黄腻，脉弦滑。

治法：清利湿热，兴阳祛痿

处方：龙胆草 12g，黄芩 12g，栀子 10g，柴胡 10g，木通 6g，车前子 12g，泽泻 12g，当归 12g，生地 12g，杜仲 15g，续断 15g，蜈蚣1条，甘草 6g

病案举隅

1、张某，男，29岁，工人，于1999年4月16日诊治。患者阳痿2年，每月行房4次，阴茎略举而不坚，无法入阴道，但白天看言情、色情电影即阴茎举而泄精，每月梦遗10次之多。精神不佳，神疲乏力，胃纳尚可，腰酸脚软，大便次数多偏烂，小便色黄，舌深红，苔黄腻，脉弦大，B超示前列腺略增大，尿常规中尿胆原阳性，生殖系统检查无异常。

病属：阳痿，证为湿热下注，君相火旺，精关不固。

治法：清泄湿热，清君相二火，佐涩精关。

处方：龙胆草、黄柏、连翘、黑山栀

各 10g, 酸枣仁、车前子、茨实各 12g, 乌贼骨 15g, 黄连 8g, 甘草 6g, 煅龙骨、煅牡蛎各 30g

嘱忌行房半月, 戒手淫, 忌肥甘、辛辣之食物, 服药半月。

5月2日又诊。半月梦遗仅3次, 白天阴茎举, 泄精好转, 夜里阴茎已举, 神疲乏力、腰酸脚软、小便色黄均好转, 舌红苔薄, 脉弦细。证属湿热渐退, 君相火旺渐轻, 精关渐固, 肾精仍亏。

治法: 宁心填精, 佐以清泄。

处方: 黄连、五味子各 6g, 连翘、黑山栀、车前子各 10g, 沙苑子、菟丝子、山茱萸、酸枣仁各 12g, 煅牡蛎、煅龙骨各 30g

此方加减服 1 月。

6月2日又诊, 白天阴茎举及泄精均无, 未行房、手淫, 此月梦遗 4 次, 嘱控制房事次数, 每月 5 次左右。此方加减再服 1 个月后。阳痿已无, 每月能成功行房 5-6 次, 其他症状已无, 至今未复发。

2、姚某, 男, 38 岁, 农民, 于 2000 年 1 月 29 日诊治。患者阳痿已一年, 每月行房 5 次, 阴茎举而不坚, 未入阴道即精液外泄, 形体消瘦, 神疲乏力, 腰腿无力, 胃纳尚可, 大便正常, 小便次数多量少, 舌红苔薄脉小无力。

病属: 阳痿。证属肾精不足, 精关不固。

治法: 以填精补肾, 固涩精关。

处方: 生地、六曲各 15g, 山茱萸、首乌各 12g, 枸杞子、女贞子, 仙灵脾, 仙茅、黄精各 10g, 服半月。

2月15日又诊, 阳痿略有好转, 未见显效。医者与其密谈, 询问起病之因, 述妻子 1 年前, 忽然性欲大增, 每晚欲得性交否则烦躁不寐、面红汗出, 羞于自己精力不够, 每晚努力完事, 致使房事过度。

处方: 前方加党参、黄芪各 15g, 沙苑子、菟丝子各 12g, 嘱妻子诊病及远房事 1 个月, 服 7 剂。

2月22日又诊, 告知妻子看病后, 诊断为甲状腺功能亢进。服西药治之, 妻子性欲已减。患者晚上已有阴茎勃起, 时间较长, 阳举时较粗壮, 其他症状已明显减轻。前方加减服 2 个月, 每月 5 次性交, 已无阳痿, 其他症状已无。

后语

混淆阳痿与早泄, 阳痿是指性交时阴茎不能勃起, 特点是无能不坚; 早泄是指在性交之始阴茎能勃起, 但过早排精, 排精之后导致阴茎痿软不能进行正常的性交。由于两证在病因病机、治则和方药有所不同, 临床时应注意区分: 辨有火与无火, 无火见面色苍白, 畏寒肢冷, 舌淡苔薄白脉沉细, 表现肾阳虚衰; 有火见烦躁易怒, 小便黄赤, 舌红苔黄腻脉弦数, 多属肝郁化火或湿热下注。临床时应注意。

另, 乱用补肾壮阳, 一见阳痿就认为是肾虚命门火衰, 不加辨证地乱用补肾壮阳药致使诊断失误。也不要忽视心理因素, 在药物治疗的同时注意心理调节, 做好患者的思想工作。最后, 治疗期间, 药物治疗不能与节制房事相配合会致使疗效欠佳, 也不利于阳痿的治疗和康复。

前瞻视野的 中西医结合医学文化

——台中针灸高级研修班感悟

陈蓓琪（新加坡）



5月24-26日由新加坡中医师公会主办，中华医院承办，中华针灸研究院协办的台中针灸高级研修班，此次研修班地点在台中——中国医药大学，由于这次参加课程的医师人数多达59人，所以分成A、B两班来上课。A班课程内容以筋伤痛症组为主，B班的课程内容是以盆底疾病及其他疾病为主，我有幸参加了B班的课程。

这次的研修班以理论结合实际操作的形式，既有前瞻的视野，又有丰富的案例

分析，更让我学习到了新的操作技能。虽然本期学习班只有短短的3天时间，但我觉得感触很多，收获也很大。在此，与大家分享其中一些内容。

5月24日上午的课程是由周立伟教授主讲的“荐髂关节功能障碍的简介，医疗处置及浮针治疗”。周教授是中国医药大学物理治疗系暨复健科学硕士班主任，亚洲大学附属医院复健部主任，中国医药大学附设医院复健部主治医师。



周立伟教授（面对镜头者）

周教授擅长于复健治疗及浮针疗法，通过周教授的讲解使我认识到了荐髂关节功能障碍所导致的症状、临床诊断及治疗方法，通过周教授的讲解使我能够很快找到荐髂关节，在治疗腰部疼痛患者时针刺及推拿荐髂关节，可达到更佳效果。周教授还在课堂上，介绍了浮针疗法，讲解了浮针疗法的具体操作方法，包括进针方法、进针位置、扫散动作、再灌注动作等，还以学员为例，进行了2例实际操作，我也作为模特儿，亲自体验了浮针疗法，我的问题是右侧颈肩疼痛，在治疗前，周教授先做了一些触诊等检查，检查时发现我的包括眼周穴位针刺操作示范，头部右转时活动范围受限，旋转时右侧颈肩有明显僵硬及拉痛感，经过检查后分析，周教授在我的右手前臂使用了浮针疗法，进针时我稍感觉局部皮肤刺痛，进针后疼痛感即减轻，还演示了扫散动作，在扫散的同时也嘱咐我左右旋转头部，扫散数次后可以明显感觉到头部右转时活动范围改善，僵硬及拉痛感减轻，扫散过程中局部没有明显的疼痛感，之后在留针过程中周教授还配合做了一些物理治疗，治疗后我感觉右侧颈肩部的僵硬疼痛明显改

善，之后又固定针头留针了2个小时左右再出针，出针后可感觉症状明显减轻。浮针疗法在新加坡未被中医管理委员会认可使用，但是通过对浮针疗法的学习，我觉得在临床上也可以用一般的针灸针，按照浮针疗法的取穴原理，以及包括动气疗法，针灸配合物理治疗等方法来进行操作，应该也会达到很好的疗效，期待今后在临床上可以加以运用。

5月25日下午的课程是由孙茂峰教授主讲的“八髎穴、膏肓穴、球后穴的取穴定位与临床应用”，孙教授是中国中医药大学医学院的特聘教授，中国中医药大学附设医院的院长室顾问，美国德州华美中医学院、南京中医药大学、广州中医药大学、黑龙江中医药大学的客座教授，世界针灸联合会执行委员。



孙茂峰教授（面对镜头者）

在课堂上，孙教授首先介绍了球后穴、睛明穴等眼周穴位的取穴定位与临床应用，并指出一些眼周穴位如攒竹穴等位置在切迹处，所以在针刺时要注意正确定位，以达到最佳疗效，并介绍了青光眼等眼疾的临床治疗经验及眼周取穴的注意事项，强

调针刺眼周穴位时必须注意动作轻柔，缓慢进针，不采用强烈提插捻转手法，以避免造成球后出血、眼周瘀血、眼球穿透等副作用。最后孙教授还在课堂上，以学员为例，进行了实际眼周穴位针刺操作示范，学员反馈效果良好。



孙茂峰教授现场眼针演示

接下来，孙教授讲解了八髎穴的取穴方法。孙教授所讲的取穴方法与之前学习过的方法有所不同，是先在与髂后上棘下缘同高，并与髂后上棘与荐正中嵴的中央处取次髎穴，再向上及向下触摸，触及凹陷处分别为上髎穴及中髎穴，最后再从中髎穴向下触摸至凹陷处，即为下髎穴，针刺方法是向内（荐正中嵴方向）斜刺，并讲解了八髎穴的临床应用，并分享了八髎穴的临床使用经验，同时还以学员为例，进行了现场针刺操作示范，让大家加深了对八髎穴针刺的印象。

最后孙教授向大家讲解了膏肓穴的定位及临床运用经验，孙教授提出，他在临床上经常使用颈六针：风池穴（双侧）、肩井穴（双侧）、膏肓穴（双侧）来治疗颈肩相关疾病，并以学员为例，进行了现场针刺操作示范。

回到新加坡后我也在几位患者身上实践了孙教授所教授的八髎穴及颈六针的针刺方法，感觉比之前更容易定位，针刺起来更简便，并更容易得气，针刺后患者对针刺效果的反映更佳。

在这3天的课程中，让我真正领会到了中西交融的文化背景催生的独特的中西医结合文化，在台湾很多的中医师都是中西医结合贯通的，他们在研究中医治疗的同时对西医的人体解剖学、神经学等方面都相当精通，更让我体会到了针灸是一门很有用的学科，虽然我也曾系统地学习了针灸学这门课程，并通过近20年的临床经验累积，在基础上有了更进一步的体会及应用心得，但是学无止境，通过每一次的进修课程，能够使我对我对中医中药、针灸、中西医结合治疗等方面有更进一步的认知及体会，在每次学习后将所学到的新知识运用到临床上，都会得到意想不到的效果。

从微环境气候学解构

——中医基础理论的认知

王美凤（新加坡）

对冠病疫情后开办的台中针灸高级研修班，是抱着即兴奋又期待的心情出发。结果不负众望，A和B两班，三天共12个课程，内容精彩充实。

A班的课程内容，从中山大学林荣志主任“缓解便秘与治疗”、彰化基督教医院黄颂俨主任“五官科针灸治疗+推拿”、台中慈济医院宋礼安医师“运用镭射针灸于临床之经验分享”、亚洲大学附设医院陈志昇医师“从经方医学痹症、虚证的疾病治疗”到分别来自中国医药大学附设医院黄敬轩主任“从特殊针灸看软组

织肌骨疾病的针刺治疗”和廖先胤医师“骨盆与下肢结构的诊断与治疗”，无论在针灸，用药及预后转归，当中都结合中西分析为出发点，开阔同学临床治疗的思路。

使中医较科学、哲学和医学化

其中陈志昇医师虽以“从经方医学痹症、虚证的疾病治疗”为题，但却从微环境的气候学着手，深入浅出地引导大家进入微环境环境（六淫气）与人体微循环学（中医人）和寄生物微生态学（戾气）疾病三大因素窥探六经、宗、营、卫三气的密切关系，从中以现代知识的认知方法解构传统中医思想与人体疾病的发生，使中医能较科学、哲学和医学化，并提倡针灸处方调治。

环境压力与疾病

比如，他指出传统医学素体心气心力不足，容易引起胸闷，这切合了与环境压力低，右心房的肺循环不足儿滞留。临床上，医师可以按压下肢胫骨前沿有凹陷，意味心气不足，可针内关来提心气。

还有气压不稳，会引起的宗气不升，容易引起脑鸣，耳鸣之症；临床上按压两



陈志昇医师（左）

乳间有疼痛即是。而人体约 70% 的淋巴在腹腔，即中医的腹里膜外，气压低时，回推压力小，淋巴液渗出微血管外，组织间液增多，淋巴聚集促使淋巴肿。临床若能结合环境学，治疗上会更具成效。

湿度高低与疾病

又如湿度，陈医师解析现代微环境的湿度影响着细菌病毒在呼吸道的生长，当湿度低，流感病毒致病力强，湿度过高，有霉浆菌感染；当高温高湿，人体蒸发散热困难，水分滞留肌肤之间，影响肺宣发产生水肿等病，影响肠胃道。湿度过低，人体的粘膜干燥，纤毛活动减少，灰尘容易附着，刺激发炎，这理论就合于寒杂病论（桂林古本）湿病脉证并治第九^{（注1）}。

他建议临床针灸处方采用的健脾三穴：太白（功同白术）、阴陵泉（功同茯苓）和三阴交（功同丹参、川芎、四物汤）。

温度与疾病

湿气外，环境气候温度高低也能从中医基础学解构。温度与人体的散热、血管的收缩与扩展、流汗、排尿等调节有密切

关系，温度高，皮肤舒张，汗出多，离子大量流失、水分电；解质失衡，会出现四肢抽搐、两目上视、颈项强直，角弓反张等热极生风现象。高温高湿，使消化液下降、肠胃收缩和免疫功能皆低。

建议临床针灸处方，是清胃散（泻内庭、三阴交）、生化汤（泻三阴交、灸关元）、犀角地黄汤（透天凉、泻三阴交、神门）、少腹逐瘀汤（泻三阴交、阿是穴（小腹块上二三针））。

此外，温度+湿度，衍生出湿热，寒湿、燥热、凉燥病证；其中如湿热会引发湿热下注、组织间液；寒湿带来的疼痛等。另，风与光等因素，也都在会影响影响人体的微环境，引发疾病，甚至睡眠问题等。

所以，陈医师的中医现代化方法论，就这样地出入传统与现代医学间，从中掌握体质、穷究病因、谨守病机，三联合参、辨证论治，或多或少令同学们对以现代知识去解构中医认知的传统思想有所开悟！

注1 寒杂病论（桂林古本）湿病脉证并治第九：湿气在内，与脾相搏，发为中满；胃寒相将，变为泄泻。中满宜白术茯苓厚朴汤；泄泻宜理中汤；若上干肺，发为肺寒，宜小青龙汤；下移肾，发为淋漓，宜五苓散；流于肌肉，发为黄肿，宜麻黄茯苓汤；若流于经络，与热气相乘，则发痈脓；脾胃素寒，与湿久留，发为水饮，与燥相搏，发为痰饮，治属饮家。

荐髂关节功能障碍的 简介医疗处置及浮针治疗

——台中高级研修班学习及初实践 结果分享

王晖闵（新加坡）

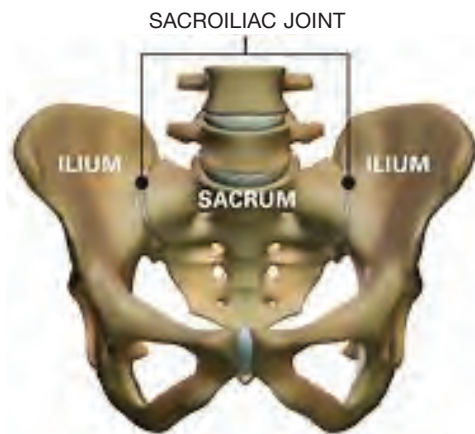
原定2020年5月（由中华医院盆底组主办）到台中中国医药大学参加“新加坡针灸临床继续教育高级研修班”（简称研修班），但因冠病19被迫取消。盼了三年左右，海外研修班重启（中医师公会主办、中华医院承办、中华针灸研究院协办），近60名中医师浩浩荡荡飞到宝岛“取经”，于2023年5月24日至5月26日在台中的中国医药大学当了三日留学生。

三日的课程，非一页纸张可以道尽，故笔者就重点分享让我较深刻的一堂课：中国医药大学附设医院周立伟主任主讲的“荐髂关节功能障碍（Sacroiliac Joint Dysfunction）的简介医疗处置及浮针治疗”的内容及临床初实践结果。

荐髂关节是荐骨（位在脊椎最下方）和髂骨（在骨盆的两侧）所形成的关节。此关节功能障碍时，临床表现为局部疼痛，疼痛可扩散，部位多见下背部，骶部，腹股沟及大腿。侧面至大腿后侧和小腿后侧部可兼麻木或刺痛感（见下图）。仰卧，侧睡（患部）或坐硬椅子时可诱发疼痛。有些患者大小解时出现会阴部疼痛。

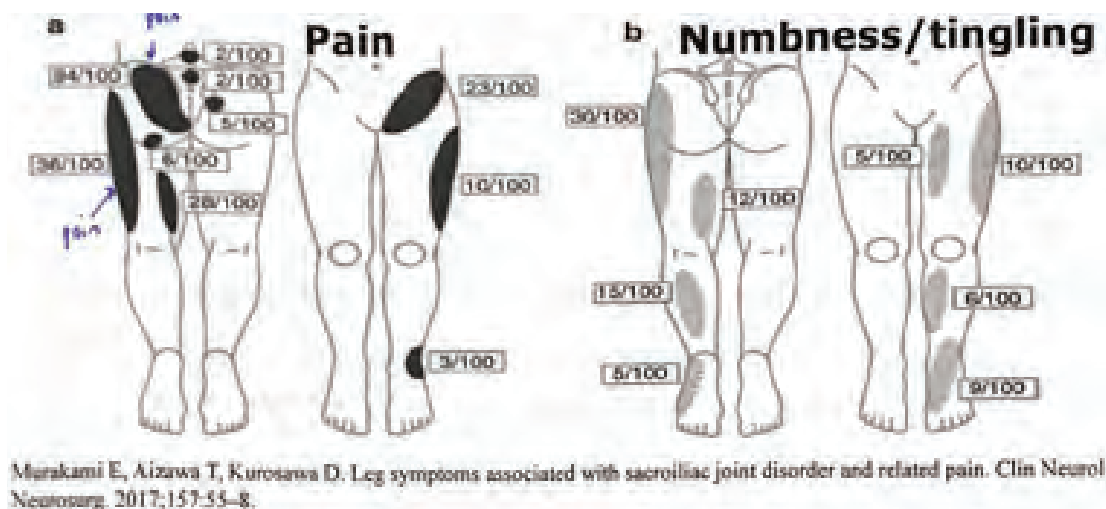
伸直抬脚测试（SLRT），在30-70度时，感觉坐骨神经痛，即为荐髂关节功能障碍阳性。SLRT阳性的角度下，把膝盖弯曲回来一些，对胫神经施压，又出现坐骨神经痛，即荐髂关节功能障碍阳性。

虽然周主任上课时讲解浮针治疗，不过临床中方可使用毫针针刺治疗。针刺方法为在荐髂关节处向外斜刺。



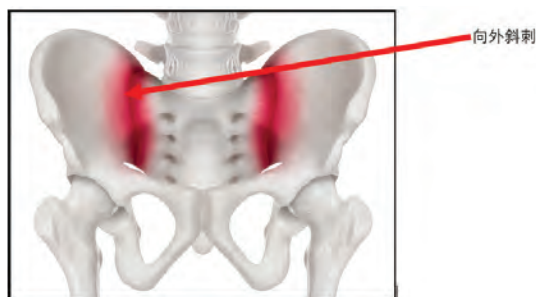
初实践与结果

回国后，笔者于2023年6月10日实践在一位林姓患者（58岁）。这位患者除了肩周炎以外，腹股沟中点向耻骨联合方



向疼痛数月，双大腿外侧有拉紧不适感，双脚没法盘到对侧大腿上，将弯曲的大腿推进腹部时，腹股沟处有明显拉紧感，右侧甚。双侧坐骨神经处有压痛。之前针刺“足五里”、“秩边”、“环跳”等穴，效果不佳。虽然没有上述指出的下背部等多处疼痛或麻木感，笔者决定举一反三，针刺患者双侧荐髂关节处，针刺时使针刺部位有酸胀感，留针 20 分钟。

患者 6 月 17 日回诊时反馈右侧大腿现可盘到左大腿上 1 分钟左右，腹股沟的疼



痛稍减但疼痛处有往上移。虽说针刺 1 次后的疗效不大，但却见小小进步。笔者决定守方治疗，患者也愿意配合。如有好的疗效结果，他日有机会再做分享。

结论

这次的台中研修班除了学习新知识、针灸技术及工具等，也认识很多同道，不枉此行。期待每年的海外研修班，让我们同道们一起到海外各地向中医界的泰斗、翘楚学习，进修交流，提高自身素质，将学习到的知识技能在临床中实践，更好照顾病患，最终提高临床疗效，弘扬中医。



周立伟主任医师（面对镜头者）

穴位贴敷治疗便秘学习心得

张博翔（新加坡）

便秘已形成现代人的一个通病，因生活方式、饮食习惯造就了现代人在厕所中遇到了极大的困扰。这回到了宝岛台湾体验了当地生活，发现台湾人在许多方面都与新加坡有相似之处。

5月份的台湾为梅雨季节，气候环境与新加坡雷同，气温与湿度都偏高，再加上台湾也是一个美食岛屿，饮食文化丰富，街边美食多为油腻煎炸及甜食，过食阻滞脾胃消化功能，因而形成了许多湿热内蕴或是痰湿气虚体质者。这些体质具有的相同症状多为排便困难或无力，便质粘腻或质硬如羊屎。年轻工作族多为非体力劳动者，长时间在室内坐着上班，久坐不动，导致腹部脂肪大量堆积，腹肌力量不强，也使得直肠下部及肛门部的肌肉功能减弱，从而影响肠道蠕动，诱发便秘。

不仅如此，老年性便秘更成为了焦点。老年人便秘所带来的危害远远超出年轻人。过度用力排便可致原有冠心病的老年人发生心绞痛以及心肌梗死，高血压者发生脑血管意外。老年便秘者排便时间较长，由蹲位站起时，可因体位性低血压导致脑供血不足发生晕厥而跌倒。长期应用泻药可导致结肠黑变病，长期便秘者还易发生结肠癌。因此，便秘已受到许多关注，笔者也希望通过其他方式帮助患者缓解便秘的难题。

这回有幸参与在台中中国医药大学举办的新加坡针灸高级研修班，为课程打头阵的是中山医学大学的林荣志主任，题目是“中医缓解便秘与治疗”。其中林主任讲解了中医穴位贴敷治疗便秘的作用让笔者印象深刻。我们都了解中医外治为中医治疗的特色之一，外治法百百种包括针灸、按摩、熏洗、针刀、敷贴、膏药、脐疗、足疗、耳穴疗法等。

“从外治内”的作用机制

在《理瀹骈文》就有提到：“外治之理，即内治之理；外治之药，即内治之药。所异者法耳。”指出了外治法与内治法几乎相同，只是在给药途径上外治法将药物直接作用于皮肤和粘膜，通过局部吸收，从而达到治疗目的，这就让我们了解到“从外治内”的作用机制。我们通常都以口服药物来直接用药，往往忽略了中医外治的好处。给药途径除了口服，也有很多形式，甚至现代医学在治疗便秘时也有栓塞剂，如开塞露，可润滑并刺激肠壁，软化大便，主要适用于有便秘高风险和严重动力问题的老年患者。我们中医也能使用穴位贴敷让中药制剂通过皮肤吸收，达到其效果。

笔者临床经验尚浅，但在治疗便秘往往以针灸配合中药内服为主，疗效参

差不一。甚至有许多患者因惧怕针灸或是无法配合服药则半途而废不了了之。因此，需要许多耐力及信心才能获得患者在治疗上的配合。或许如此也使笔者在临床上无法达到一定的疗效。在临床上，曾遇到患者拒绝服药，希望通过针灸来缓解便秘问题，但往往因工作忙碌，无法配合治疗。因此，笔者也在临床上找寻其他治疗方式能更便于患者使用，节省时间，也减少口服药物的负担。穴位贴敷将会是一个更好的取代疗法。

三伏贴疗法的引用

林主任在分享讲解的当儿就引用了《张氏医通》里的三伏贴疗法。这也是有关三伏/三九贴最早的记载。《张氏医通·诸气门下·喘》一篇中“白芥子涂法”治疗冷哮的案例。此方本是治疗哮喘病，林主任却引用此方来治疗癌症末期患者的便秘，乃异病同治法。

原文摘选：“冷哮灸膏肓天突，有应有不。夏月三伏中，用白芥子涂法，往往获效。方用白芥子净末一两，延胡索一两，甘遂、细辛各半两，共为细末，入麝香半钱，杵匀，姜汁调涂肺俞膏肓百劳等穴。

在现代运用下，将原方中的白芥子、元胡、甘遂、细辛等同量磨成粉，以蜂蜜作为介质调成丸剂，直接敷在中脘、气海、神阙、天枢（双），并且滴上甘油。

此法达到了油水共溶的溶剂，使溶剂不但能由毛孔及汗腺进入，还能直接穿透表皮将有效成分带入真皮。这样一来不仅运用了中医辨证论治理论去选用中药，也用现代方式将药物成分更有效吸收。

除了使用原药材磨成药粉，林主任也提到可使用现代科学浓缩中药粉剂以同样方式制作为丸剂敷于穴位上进行治疗，做法简单及疗效显著。我们在临床上常用的配方如三黄泻心汤、小承气汤、大承气汤、附子理中汤都能制成外制剂敷于腹部的穴位上。这样一来也节省了成本，无需另外采购原药材，浓缩中药粉剂可以多功能使用，非常灵活。

穴位贴敷有许多的优点：它具有作用直接、用药安全、诛伐无过、简便易于操作、取材广泛、价廉药俭、疗效确切，无创无痛等，也因此广受喜爱。在这次学习中让我领悟到了中医“以外治内”的治疗方式，可在临床上尝试使用，给予患者更多的治疗方案，有效并安全地缓解症状。



林荣志主任

从特殊针灸看软组织肌骨疾病的针刺治疗

——台中针灸高级研修班课后分享

陈源彬（新加坡）

今年5月参加台中针灸高级研修班，分配到以筋伤痛症组为课程内容的A班。三天的课程，6位老师融汇中西医学讲解和现场演示，让大家对课题的内容深切的体会。

课程中，来自台中中国医药大学附设医院中医伤科主任黄敬轩医师主讲“从特殊针灸看软组织骨疾病的针刺治疗”，给我们清楚分析小针刀、干针、浮针和毫火针等的特点和疗效，提升我和大家对这些针刺手法有完善的观点。

小针刀：松解软组织的黏连

有“胖虎”外号的黄敬轩主任也是中台湾针刀医学会和台湾浮针学会秘书长。他称小针刀的发明者是江苏朱汉章，他将传统针具改良，即加粗后在尖端加上扁刀口，便于切割与松解软组织的黏连，对肌肉和关节的疼痛疗效佳。

不过，他提醒大家使用小针刀有可能切断患者体内的神经线，韧带或血管，存

在一定的风险，故操作者对人体解剖学必须非常清楚，以免疏失而对人体造成医疗伤害。

黄主任在课堂上分享并演示如何用毫针操作类似小针刀疗法治疗弹响指。只见他在指掌关节的同一疼痛点上，同时用5支毫针，以不同方向扎针。这操作就有如小针刀在软组织上做突破口，松解软组织。好处是毫针是针不是刀，只能在软组织上多刺几个小孔来松解黏连却不是切割，不易造成医疗疏失或伤害，对不能使用小针刀的新加坡医师，就可以操作类似小针刀的技术为患者治疗软组织黏连的痛症。

干针：针对软组织的“激痛点”

对干针，黄主任指出这是西方复健治疗师研发的针刺法，与湿针相对，是用不含药液的注射针具刺入软组织的“激痛点”，刺激后可以放松软组织，缓解肌肉疼痛。然而西医所使用注射针具粗且痛感明显，现在已被毫针取代。

浮针：疏通皮下层筋膜

由南京符仲华博士发明的浮针，使用配有软管的一次性浮针注射入局限性病痛周围的皮下层，然后进行扫散活动。扫散完毕后，拔出针身，将软管留在皮下，以增加刺激。浮针疗法优点是可以大面积持久的疏通皮下层筋膜，促进新陈代谢，疏筋活络的作用，对颈、肩、腰、腿痛症疗效甚佳。



黄敬轩医师（站立者）

黄医师除了现场示范浮针的正规操作，也同时演示了在受限制（没有浮针注射器和软管）的情况下，如何使用 1.5 寸的毫针平刺肌肉浅层，扫散皮下层软组织，取得类似浮针的疗效。这也开启我们学习使用毫针来操作浮针的另一种治疗技术。

毫火针

关于毫火针，由于台湾卫生部不颁发火针入口准证，故台湾不能入口火针。然而在受限制的环境中，台湾也有毫火针的“变身”，即用火烧热了毫针后，快速刺入患者身上的穴位或疼痛的软组织部位，来缓解软组织疼痛。

总而言之，针灸虽然是许多中医师的日常“作业”，但黄敬轩主任从另一角度的讲解与演示，确实开阔同学的眼界！

新加坡中医新冠病毒 COVID-19 科研的过程

白伟良（新加坡）

新冠病 COVID-19 疫情初期，新加坡卫生部在 2020 年的 4 月 20 日通知新加坡中医师公会属下的中华医院有关卫生部中医科研基金（Traditional Chinese Medicine Research Grant – COVID-19）的申请。赵英杰会长带领中医师公会，中华医院与中医学院组成核心科研团队准备两项科研计划，A：临床治疗研究 – “The efficacy of Qing Fei Pai Du Tang in Treatment of mild to moderate COVID-19 patients in Singapore: A Pilot study 清肺排毒汤对新加坡冠状病毒肺炎轻型与普通型患者的初步疗效观察；B：观察性研究 – “TCM syndrome analysis of COVID-19 patients in Singapore 新加坡冠状病毒肺炎患者的中医临床证型研究”。最终因找不到适合传染病医生担任此主要科研负责人 Principal Investigator (PI)，此临床的计划书没能得到任何医院和研究院的支持和批准。

核心科研团队立即修改和准备新的科研计划书 “Clinical observation of TCM intervention Qing Fei Pai Du Tang concoction to shorten time to 2019-nCoV RT-PCR negativity in asymptomatic COVID-19 patients 清肺排毒汤对新加坡无症状冠

肺炎患者缩短核酸转阴时间的临床观察”（观察 + 临床治疗）。经过卫生部中医科研基金的联系，有西医愿意当主要科研负责人 PI，受试点在新加坡博览中心（Singapore Expo）社区隔离设施（Quarantine facilities）。但是在 2020 年 6 月 21 日，新加坡卫生部政策又有了变动，中央医院（Singapore General Hospital, SGH）负责的新加坡博览中心社区隔离设施将不再接受新的病人，故科研也不能如期计划进行。赵会长与科研团队经过慎重考量，只能在 2020 年 6 月 22 日退出卫生部科研基金的申请。卫生部中医科研基金也连同中医团体成立了中医疫情防控工作小组，研讨在疫情中如何展开科研，远程医疗服务和继续教育等事宜。

新加坡在 2021 年 6 月开始流传了 Delta 病毒变种，2021 年 11 月则开始流传 Omicron 病毒变种^[1]。在 2021 年底至 2022 年初，尽管新加坡的人口接种率已超过 93%^[2]，但每天的社区病例人数仍在激增。据报道，连花清瘟胶囊可以抑制 SARS-CoV-2 病毒的复制能力并影响病毒的形态和发挥体外抗炎的活性^[3]，体外对新变种的 Delta SARS-CoV-2 也有很好的

抑制作用^[4]。由于抗病毒药物（Paxlovid）数量有限也只能优先给予中度和重度患者，以科研方法正式验证中医辅助治疗 COVID-19 轻症居家康复患者受到新加坡中医界的重视。

中医没有被正式纳入新加坡治疗 COVID-19 的医疗保健系统，所以中医师无法给予 COVID-19 的治疗。西医诊所和西医医院不允许发配中药处方，而中医诊所也不允许发配西医药物。新加坡中华医院秉着循证医学的理念，根据新加坡卫生部 2021 年对抗疫情的政策，在 2021 年中开始制定新的科研计划书，调查在新加坡对抗 COVID-19 疫情最常用的中药方剂“连花清瘟胶囊”的疗效和安全性，以及“辨病施药，万人一方”的可行度。

临床试验的研究题目命名为“Assessing the efficacy of TCM capsules Lian Hua Qing Wen Jiao Nang as adjuvant treatment in mild COVID-19 patients on home recovery program in Singapore 评估中药连花清瘟胶囊在辅助治疗新加坡居家康复计划的轻度 COVID-19 患者的疗效”。这是一项中药连花清瘟胶囊辅助治疗轻度 COVID-19 成人患者（21-79 岁）的有效性和安全性的随机、双盲、安慰剂对照 III 期（Phase 3）的临床试验。目的针对完全接种疫苗、轻度新冠病毒的患者，探

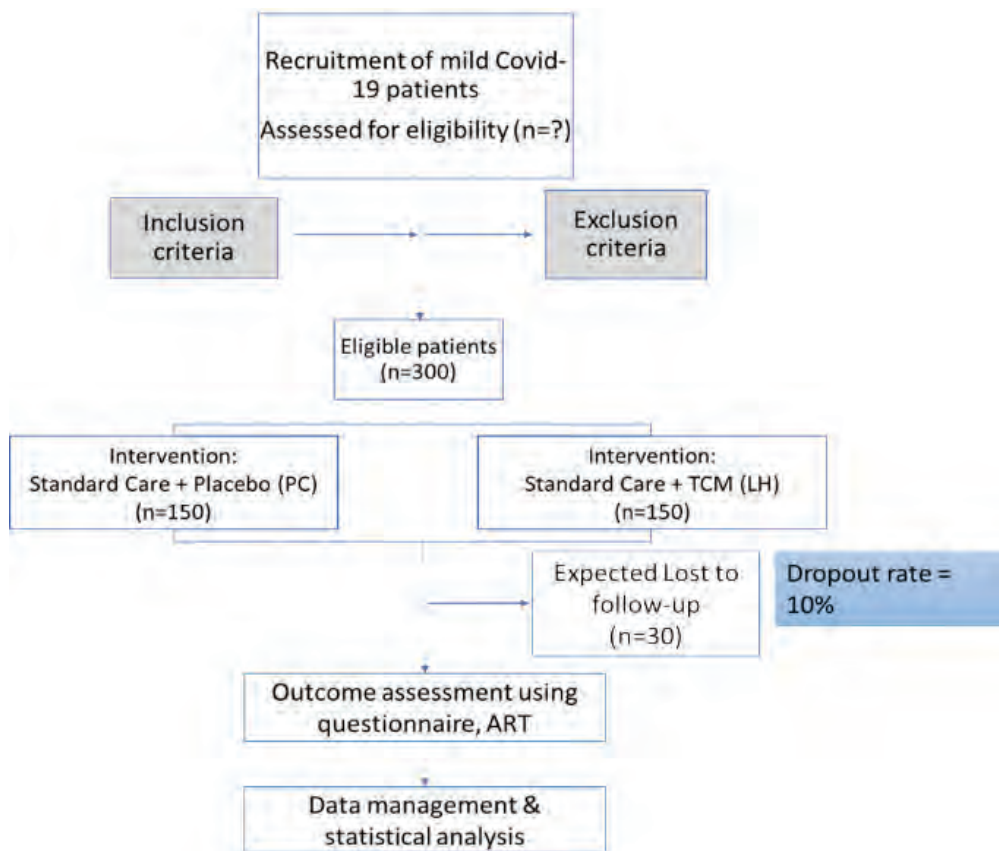
讨连花清瘟胶囊辅助西医药物治疗，可否缩短 8 种主要冠病症状（鼻塞或流涕、咽痛、咳嗽、精神不振或疲倦、肌痛或身体痛、头痛、发冷或寒战、感觉发热）^[5]的天数时间，以及新冠病毒自检抗原快速检测 ART（Antigen Rapid Test）转阴的天数时间。

此研究通过统计学的生存分析检测（Survival Analysis Log-rank test）和风险比率（Hazard Ratio）方法，假设（Hypothesis）中医辅助治疗可以将 COVID-19 的 8 种主要临床症状到无症状和轻度患者的抗原快速检测（ART）阴性的天数时间缩短 1.5 倍。主要结果指标在于 COVID-19 的所有 8 种主要症状至无症状的天数时间；次要结果指标是

1. ART 转阴时间、
2. 症状严重度评估（通过分数量表）、
3. 副作用（相对危险度 Risk Ratio）、
4. COVID-19 的三大主要症状（鼻塞 / 流涕、咽痛、咳嗽）至无症状的天数时间。

探索性结果则根据《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行 7 版）》和《中医诊断学》加以分级量化中医证型和体质。总样本量根据主要结果的假设包含了损失率，计算出最少需要 300 个参与者。

科研流程图



此临床试验是第一次中医医疗机构（中华医院）与四间西医医疗保健诊所（Primary care clinics）的合作项目。科研团队包含了六位西医医生以及六位中医师，共十位双盲和两位非双盲人员。此科研资金（Sponsor and Funding）来自中华医院。

新加坡卫生科学局（Health Science Authority, HSA）在 2022 年 1 月 26 日以及 Parkway Independent Ethics Committee（PIEC）道德伦理委员在

2022 年 2 月 16 日批准了唯一采用中医辅助治疗 COVID-19 的研究方案（Protocol Number: SCHMI-2021-001; PIEC/2021/060）^[6]。2022 年 2 月新加坡再一次面临了新冠病毒的高峰期^[7]。庆丰有限公司（以岭药业的经销商）免费提供连花清瘟胶囊与安慰剂胶囊研究药物（Investigational Product, IP）于 2022 年 3 月 31 日抵达新加坡。研究团队在 2022 年 4 月 5 日开始招收 COVID-19 的病人。至今，此科研临床试验还在进行当中。

【参考文献】

- [1] <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>
- [2] Singapore, M.o.H., COVID-19 VACCINATION. 2021, Ministry of Health: Singapore
- [3] Runfeng, L., et al., Lianhuaqingwen exerts anti-viral and anti-inflammatory activity against novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Pharmacol Res*, 2020. 156: p. 104761.
- [4] <https://www.prnewswire.com/news-releases/tcm-lianhua-qingwen-shows-stable-in-vitro-antiviral-effect-on-the-delta-variant-expert-301346739.html>. 2021, PRNewswire: Guangzhou, China.
- [5] FDA, Assessing COVID-19-Related Symptoms in Outpatient Adult and Adolescent Subjects in Clinical Trials of Drugs and Biological Products for COVID-19 Prevention or Treatment Guidance for Industry, U.S. Department of Health and Human Services, Editor. 2020: USA.
- [6] https://eservice.hsa.gov.sg/prism/ct_r/enquiry.do?action=getAllTherapeuticArea#
- [7] <https://www.moh.gov.sg/covid-19/statistics/>

纤维肌痛征

——现代医学与中医药缓解策略 和临床案例（上篇）

Fibromyalgia Syndrome

——Overview, Clinicopathological Features, Contemporary and TCM Treatment Strategies and Clinical Case Study (1)

邓凯文（新加坡）

缩写词 [abbreviations]

1,25(OH)₂D₃ – 1,25-dihydroxyvitamin D₃

25(OH)D₃ – 25-hydroxyvitamin D₃

ACR – American College of Rheumatology

ANS – Autonomous Nervous System

BMC – Blood Mononuclear Cell

BMI – Body Mass Index

CGRP – Calcitonin Gene-Related Peptide

CQ10 – CoEnzyme Q10

CRH – Corticotropin-Releasing Hormone

EULAR – European League Against Rheumatism/European Alliance of Associations for Rheumatology

GABA – Gamma-Aminobutyric Acid

HBOT – Hyperbaric Oxygen Therapy

HERV – Human Endogenous Retrovirus

HPA – Hypothalamic-Pituitary Axis

IGF-1 – Insulin-like Growth Factor 1

IL – Interleukin

INF – Interferon

ME/CFS – Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome

mtDNA – Mitochondrial DNA

MTP – Myofascial Trigger Point

NGF – Nerve Growth Factor

OEF – Oxygen Extraction Fraction

POTS – Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome

PPT – Pressure Pain Threshold

SNRI – Serotonin–Noradrenaline Reuptake Inhibitor

SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

SSS – Symptom Severity Score

TE – Transposable Element

TMJ – Temporomandibular Joint

TNF – Tumor Necrosis Factor

VDR – Vitamin D Receptor

WPI – Widespread Pain Index

概述^[1, 2]

纤维肌痛征 fibromyalgia syndrome 是一种以广泛、弥漫性的肌肉骨骼疼痛、多局灶肌肉压痛为特征的慢性疾病，经常可伴有极度疲劳、睡眠与情绪问题、和认知功能、记忆障碍。原发性纤维肌痛是特发性的，即自发性或原因不明；而继发性纤维肌痛与强直性脊柱炎 ankylosing spondylitis、外伤或手术等潜在疾病有关。

医学统计证明女性比男性更容易患纤维肌痛综合征，患者中位数年龄约 49 岁，而患病率随年龄增长而稳步上升，最高患病率在于 60 岁以上。社会经济文化因素被认为对其患病率有影响。尽管在发达国家，这疾病的患病率比欠发达国家超过两倍（11.4%），但生活在发达国家乡村环境的人口也未能幸免（5.2%）。在城市化社会中，低社会经济水平 / 地位和肥胖是病发的决定性因数。

迄今，似乎还没有关于纤维肌痛在亚洲患病率的统计数据。近期的一项研究证实，中国大陆的纤维肌痛综合征患者与其他西方国家的患者具有相似的临床特征，但症状不那么严重，因此他们的生活质量受到这疾病的影响较小，后者可有助于解释中国纤维肌痛患病率远低于世界其他国

家。但更详细的区域性数据分析显示，香港特别行政区的患病率（0.82%）是中国大陆的六倍多。这进一步表明，即使在亚洲背景下，纤维肌痛综合征主要是一种的城市化疾病。

纤维肌痛的定义、发病机制、诊断和治疗仍然是争论的焦点，直到制定了美国风湿病学会 ACR 纤维肌痛综合征诊断标准，医学界有些人甚至质疑该病的存在性。纤维肌痛不是一种相互排斥的疾病 diagnosis by exclusion (per exclusionem)，它可以与其他疼痛相关疾病以及自身免疫性疾病并存。

纤维肌痛综合征的特征与症状^[3-6]

美国风湿病学会 ACR 2016 年纤维肌痛综合征诊断评分 Fibromyalgia Diagnostic Criteria 表明该疾病主要是根据临床表现进行鉴定。这诊断标准完全基于两个量表：广泛疼痛指数 WPI 和症状严重程度量表 SSS。根据这诊断标准，纤维肌痛综合征临床表现多样化，主要有下述症状：

1、 主要症状

全身广泛性肌肉疼痛 pain 和广泛存在的压痛点 tenderness point 是所有纤维肌

痛征病人都具有的症状。根据美国风湿病学会 ACR 定义, 慢性广泛疼痛是指至少持续三个月的疼痛, 并且影响身体两侧, 包括腰部上下区域。全身性疼痛应遍布于广泛疼痛指数 WPI 规定之全身各处五个区域中的至少四个区域, 包括中轴骨骼 axial skeletal region (颈、上背、下背、骨盆、胸椎、腹部), 左右上部区域 left & right upper regions (颞骨、肩胛带、上臂、肘、下臂、腕、手), 及左右下部区域 left & right lower regions (臀部、大转子、大腿、膝、踝、小腿、足)。大多数患者将这疼痛描述为持续性钝痛, 疼痛强度却可令人心烦意乱。大部分的患者常自述有关节疼痛, 但无关节肿。

WPI 统计多达 19 个受影响的身体特定部位, 每个压痛点都归为一分。由于 WPI 统计是基于患者 7 天内出现的疼痛或压痛部位进行评分, 这意味着纤维肌疼痛的频率应该不少于每周一次或疼痛期间可持续好几天。

2、常见症状

纤维肌痛征的常见症状包括但不限于极度疲劳、晨僵、睡眠障碍、认知功能障碍。这些临床表现主要通过症状严重程度评分 SSS-2a 进行评估。因为睡眠常受到疼痛干扰, 绝大多数的患者有睡眠障碍, 表现为难入眠、眠浅、易醒、多梦、精神不振, 但纤维肌痛患者的睡眠障碍有二个显著的特点, 第一是患者的非恢复性睡眠 non-restorative sleep; 即使睡眠时间与同年龄正常人的睡眠时间相等, 但患者的精神和体力仍然没有得到补充, 甚

至一些患者睡眠后比睡前更累。另一个特点是难入眠。超过一半的患者有疲劳感, 约一半患者的疲劳症状较严重, 而这乏力与运动量无关。随着患者的精力下降, 约半的病人甚至无法从事普通日常家务或现有的工作而需改换工作方法/类型^[3]。以上症状常因天气变化、精神紧张、过度劳累而加重。

晨僵是患者的普遍症状, 普遍性可高达 90%, 甚至部分患者还感觉到全身发僵。大多数患者还会出现认知功能障碍, 表现为注意力难以集中、记忆力减退/缺失、计算功能衰退、语言表达能力下降。

3、其他症状

一些患者会出现关节、关节周围疼痛、肿胀, 但无明显的关节肿。其他症状还有肌肉抽搐、紧张性头痛、颞下颌关节 TMJ 紊乱病、不宁腿综合征、肠道或膀胱易激综合征、体位性心动过速综合征 POTS。肠道易综合症的患者容易出现腹痛、腹泻与便秘交替, 但胃肠道内窥镜检查无异常发现; 膀胱易激的患者会出现尿频、尿急, 但尿液和膀胱以及肾脏检查都为阴性。女性患者经常受到痛经的折磨。纤维肌痛引起的 POTS 可能是由自主神经系统 ANS 功能障碍引起的, 这通常涉及 ANS 的交感神经或副交感神经成分的故障 dysautonomia。

一些纤维肌痛的患者通常还会出现心理异常, 包括情绪低落、烦躁、抑郁和焦虑。这些临床表现主要通过症状严重程度评分 SSS-2b 进行评估。

4、合并其他疾病的症状

纤维肌痛也可与甲状腺功能减退和慢性自身免疫性疾病如类风湿性关节炎和系统性红斑狼疮并存。当这些合并症 comorbidities 出现时, 临床症状即为两者症状的交织与重叠^[7]。

纤维肌痛征的现代病理生理学

疼痛的整体感知和体验取决于外周伤害性输入的平衡处理以及随之而来的情绪、心理、自主神经、激素有关的反应。

纤维肌痛征的发病机制至今尚未明朗, 但当代医学对该疾病的最新观点是一种中枢性疼痛状态。中枢疼痛机制在中枢神经系统上运行, 导致广泛的疼痛敏感性增强。中枢疼痛处理增强的患者将表现为弥漫性痛觉过敏 hyperalgesia, 即对正常疼痛刺激的反应增加疼痛, 和异常性疼痛 allodynia, 即对正常非疼痛刺激产生疼痛。

中枢疼痛处理异常可分为下行促进性和抑制性疼痛途径的异常以及中枢致敏。下行疼痛途径从脑干、下丘脑和大脑皮层结构下行, 并调节来自脊髓背角初级传入纤维和投射神经元的感觉输入。最具特征的下行镇痛途径是 5-羟色胺能-去甲肾上腺素能 serotonergic-noradrenergic 途径和阿片能 opioidergic 途径。这些途径导致 5-羟色胺 serotonin、去甲肾上腺素和内源性阿片类物质的释放, 抑制谷氨酸 glutamate 等兴奋性神经递质的释放。这些途径在对有害刺激的反应中被激活, 导致受剧烈疼痛刺激后疼痛敏感性的普遍降

低。在慢性疼痛综合征中, 下行镇痛活性通常受损或缺失, 也称为下行镇痛丧失 loss of descending analgesia^[8]。

当中枢性疼痛敏化时, 患者的神经系统持续处于高活性状态, 从而降低对神经动作电位 nerve action potential 的敏感性。发生这种情况时, 尽管周围神经系统提供的输入有限, 但中枢神经系统的反应就像已出现了高度的疼痛刺激。外围神经动作电位放电的增加导致中枢神经信息的扩大使患者变得对疼痛过敏^[9]。当中枢神经系统对疼痛变得更敏感, 导致痛阈下降时, 就会出现中枢性疼痛。总之, 纤维肌痛的原因可能是中枢神经系统对伤害感受器 nociceptors 的反应性增强; 久而久之, 更可转变成一种习惯性反应 learned response。

临床上, 这高度感觉状态呈现在背角神经元的 C 纤维被重复激活所产生的诱发反应的幅度逐渐增加, 通常发生在组织损伤和炎症之后, 并被认为可引起痛觉过敏; 普通触摸可会产生疼痛, 即异常性疼痛, 或潜在的疼痛刺激变得更严重, 亦即痛觉过敏^[10]。

此外, 有证据显示在纤维肌痛皮肤活检时, 肥大细胞 mast cells 的数量有所增加。肥大细胞, 即结缔组织免疫细胞, 以及其产物, 如肿瘤坏死因子 TNF、白介素-1 和 6 IL-1 and IL-6, 会导致痛觉过敏。

在纤维肌痛, 神经传递和胶质细胞活化可随着炎症细胞因子的增加和皮肤中肥大细胞的参与而发生。在某些情况

下, 神经元产生促肾上腺皮质激素释放激素 CRH 和促炎肽 P 物质 Substance P, 进而激活肥大细胞释放神经敏感的促炎物质, 如细胞因子 cytokines、预制介质 performed mediators 和脂质, 从而加剧低度炎症 low-grade inflammation。肥大细胞所衍生的肿瘤坏死因子 TNF 诱导神经生长因子 NGF, 并参与皮肤超敏反应中的神经纤维伸长。这些促炎细胞因子 pro-inflammatory cytokines 在纤维肌痛征中提升, 并介导肌肉疼痛^[11]。

几项研究表明, 纤维肌痛征具有家族成分, 但这遗传倾向与上述的性别倾向无关。从纤维肌痛征诊断评分的数据分析, 50 岁以下的较年轻人似乎比老年人具有更强的遗传成分; 反之, 老年人的纤维肌疼痛多与自身免疫或结构性原因有关^[12]。

当代医学已清楚地认识到 45% 的人类基因组由转座子 TE 构成。TE 即从基因组的一个位置移动到另一个位置的 DNA 序列, 而具有转录活性。转座子的失调, 包括人类内源性逆转录病毒 HERV 序列, 已被证明与多种疾病相关, 包括肌痛性脑脊髓炎/慢性疲劳综合征 ME/CFS, 一种常与纤维肌痛征合并的疾病。更近期的研究表明, HERV 在纤维肌痛征患者的免疫细胞中过度表达, HERV 表达增加的患者, 有干扰素 β 和 γ INF- β & INF- γ 水平提升。这些发现可以解释纤维肌痛综合征患者在没有伴随感染的情况下经常出现的流感样症状^[13]。

超重与肥胖在纤维肌痛征患者中极易

发生, 是一个非常普遍观察。而在这些患者体内可发现与体重相关的激素, 如瘦素 leptin (食欲调节激素)、生长激素 GH 和胰岛素样生长因子 IGF-1, 的血清水平改变和异常。瘦素水平的提升与体内脂肪组织的数量成正比, 更与肥胖、暴食和炎症相关疾病有关, 包括高血压、代谢综合征和心脏病。IGF-1 是一种可参与、启动和维持 GH 刺激体细胞生长的主要激素介体, 也是许多细胞和组织中 GH 非依赖性合成代谢 anabolic 反应的媒介。这方面的研究显示, 纤维肌痛征患者的 GH 和 IGF-1 水平显著低于健康对照组, 瘦素水平显著高于健康对照组。这意味着对患者代谢率的双重打击和恶性循环。虽然纤维肌痛征患组的三种激素水平与疾病严重程度无关, 但与 BMI 相关。这些发现可能与下丘脑-垂体轴 HPA 功能障碍、BMI 和能量代谢有关^[14]。

深层组织血流量长期减少可能是产生纤维肌痛征疼痛的一个因素。从生理学观点, 纤维肌痛征的典型表现是深层组织疼痛, 患者也通常出现心理异常。这广泛的深层组织疼痛可能是慢性心理压力/应激和自主神经失调所导致血管收缩 vasoconstriction 的结果。心理压力/应激作用于中枢神经以促进疼痛, 并通过交感神经血管收缩作用于外周, 以建立疼痛性肌肉缺血 muscular ischemia^[16, 17]。此外, 慢性应激会导致线粒体损伤和血管系统的病理变化, 从而进一步减少血流。

临床上, 纤维肌痛患者的微循环 microcirculation 显然存在缺陷, 表现为

毛细血管密度、毛细血管通透性和血流量减少，导致组织氧合作用 tissue oxygenation 降低；即使在动态和静态运动（充血）期间血流量的正常增也会减弱^[18]。患者肌内的糖酵解 glycolysis 代谢物和产物，谷氨酸 glutamate、丙酮酸 pyruvate 和乳酸 lactate，浓度增加，并与肌肉的压痛阈值 PPT 呈负相关^[19]。

维生素D缺乏 hypovitaminosis D 与广泛的肌肉疼痛和中枢超敏反应有关^[21]。维生素D是脂溶性甾体 secosteroid，属于核类固醇转录调节因子超家族，负责促进钙、镁和磷酸盐在肠道的吸收，其作用由维生素D受体 VDR 介导，维生素D受体是参与细胞增殖和分化、细胞凋亡和血管生成的 200 多个基因的转录因子。

几项研究报告了 25-羟基维生素-D3 25(OH)D3 的血清水平降低与关节炎和纤维肌痛患者慢性疼痛之间的关联。一项系统性审查^[22]得出的结论是，尽管纤维肌痛与维生素D之间的生理关系尚无定论，但9项研究中有6项研究显示，以每日1200 IU 至单剂量 600,000 IU 的口服 25(OH)D3 补充疗法可改善疼痛感知和肌肉骨骼超敏反应^[22]。

现代医学对纤维肌痛征的缓解策略

除了疼痛，睡眠障碍和疲劳一直被患者和临床医生列为纤维肌痛最常见和最关注的症状^[28]。但迄今为止，现代医学还无法确实纤维肌痛征的病因病机，更无法治愈此病。因此，纤维肌痛的防治一般偏向于症状缓解和抑制 symptomatic relief and suppression，常局限于减轻疼痛，提升恢

复性睡眠，并通过减少相关症状来促进身体功能。由于疼痛是这疾病的核心，能识别所有存在的疼痛源，如神经性疼痛、外周炎性疼痛或内脏疼痛，对于纤维肌痛的正确临床防治至为关键，在治疗上，也通常需要以多学科模式、多方面的防治方法，包括药物与非药物疼痛管理策略。

由于上述原因，现代医学目前尚无防治纤维肌痛的医疗标准，只有个别国家的医疗专业机构对防治纤维肌痛的共识循证临床实践建议；通常来自权威机构如 ACR 和 EULAR。

药物方面，除了曲马多 Tramadol，目前任何治疗纤维肌痛的医疗指南都不建议使用阿片类药物^[29, 30]。然而，大多数非甾体抗炎药 NSAIDs 的效应有限（却比对乙酰氨基酚 acetaminophen 更有效）^[31]，但抗抑郁药如选择性5-羟色胺再摄取抑制剂 SSRI、5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂 SNRI 和神经调节抗癫痫/抗惊厥药 antiepileptic/anticonvulsant 如 γ -氨基丁酸类似物 GABA analogues 即可发挥重要作用；与此同理，尽管曲马多是一种弱阿片类药物，因其具有 SNRI 作用，也受广泛使用。

目前，杜洛西汀 duloxetine、米那齐普兰 milnacipran 和普瑞巴林 pregabalin 是美国食品和药物管理局 FDA 批准治疗纤维肌痛的唯一药物^[32]。

尽管如此，只有 25% 至 40% 的纤维肌痛可通过药物减轻，而这些疼痛也只有 40% 至 60% 能得到有效缓解，部分原因是剂量限制性副作用和不完整的药物疗效。临床实践中的这些限制导致医学界假

设,与单一疗法相比,通过不同机制发挥作用的不同镇痛药物的组合可能提供更好的结果^[33]。

大麻素 Cannabinoid 分子已被证明具有镇痛特性和促进睡眠的作用,因此医学界对此植物性药物在疼痛管理中的应用也越来越关注。内源性大麻素 endocannabinoid 及其受体已定位于外周和中枢神经系统的多个层面,并在帮助调节与疼痛感知、情绪、食欲和记忆相关的神经过程中发挥着公认的作用。而内源性大麻素系统的缺乏与纤维肌痛有关^[34]。

合成大麻素纳比隆 nabilone 在减少纤维肌痛症状方面表现比安慰剂优越,显著减少疼痛和焦虑^[35],改善睡眠;然而,服用纳比隆的参与者比服用其他药物的患者经历更多的不良反应如头晕/嗜睡、口干和眩晕^[36]。副作用虽多,但有效性却明显,因此医用大麻仍应作为纤维肌痛的治疗选择之一。

长期服用药物来改善纤维肌痛症状的严重程度无疑会导致剂量增加,从而提升药物毒性的风险。近年来,补充剂的使用和饮食的选择以降低纤维肌痛发作的发生率也越来越受关注。除了上述维生素 D3 的服用之外,对于使用辅酶-Q10 CoQ10 作为联合治疗的一部分也兴起一股较明显的兴趣。这有很多原因。首先,纤维肌痛患者的血单核细胞 BMC 显示 CoQ10 和线粒体脱氧核糖核酸 mtDNA 含量降低,比一般人少 40%,线粒体活性氧自由基 ROS 和血清肿瘤坏死因子- α TNF- α 和转录物水平却升高^[37,38],而口服 CoQ10 (40d>300mg/day<90d) 可恢复生化参数,并显著改善

临床症状^[39,40]。

其次,纤维肌痛的明显特征是线粒体功能障碍,在有症状的纤维肌痛患者中,线粒体数量、自噬率和大小的变化在生物检测上清楚地被证明了。补充 CoQ10 具有高度特异性。除了能强烈地抗氧化外和促进 AMPK 基因表达水平的恢复,CoQ10 具有改善线粒体功能潜力,是不可或缺的线粒体辅因子^[41]。研究进一步表明,CoQ10 可通过减少大脑活动来增强疼痛缓解。在一项双盲随机安慰剂对照试验中,CoQ10 可有效减轻疼痛、焦虑和大脑活动、线粒体氧化应激和炎症。CoQ10 还提升了纤维肌痛患者谷胱甘肽 glutathione 和超氧化物歧化酶 SOD 水平^[42]。

第三,CoQ10 的药毒性较低,并不会加重纤维肌痛的敏感状况。一般而言,CoQ10 的每日口服剂量可高达 3000mg 而疗程可持续 8 个月,1200mg 而疗程可持续 16 个月,或 600mg 而疗程可持续 30 个月,在此期间并无显著副作用;每日摄入高达 1200mg 安全性很强^[43-45]。

到目前为止,由于没有单独的治疗能有效缓解纤维肌痛的症状,研究人员和患者都开始通过饮食来探索预防方案。众所周知,谷氨酸 glutamate 是一种兴奋性神经递质,当释放过量时,可使突触后神经元 postsynaptic neurons 过度兴奋,导致不可逆转的损伤或坏死;这个过程被称为兴奋毒性^[46]。在伤害感受过程中与谷氨酸共释放的 P 物质 Substance P 已被证明可增加血脑屏障的通透性^[47],使大脑摄入血浆中高浓度的谷氨酸^[48]。与健康对照

组相比，纤维肌痛和偏头痛患者的脑脊液谷氨酸浓度更高，亦导致更高的大脑谷氨酸水平，这可能是由于中枢致敏期间P物质浓度升高导致血脑屏障通透性增加所致^[49, 50]。

从饮食角度来看，谷氨酸有两种类型，谷氨酸 glutamate 和天门冬氨酸 aspartate，以结合形式和游离形式存在。由于结合形式在消化后才缓慢地释放到血液中，血浆浓度的增加是缓慢的，与游离形式不同。在一项临床试验中，当纤维肌痛患者在一个月内服用了消除兴奋毒素的饮食后，症状明显改善，并有8名参与者症状完全缓解。同样，与安慰剂相比，患者在使用谷氨酸一钠 monosodium glutamate 激发后症状显著恢复，表明消除兴奋性毒素是症状缓解的原因^[51]。

最近研究还表明，人体微循环缺乏，如毛细血管密度、毛细血管通透性或毛细血管血流量的降低导致组织氧合降低，为纤维肌痛原因之一。纤维肌痛患者经历的慢性应激 chronic stress 可导致心血管功能障碍，而由于血管收缩和内皮依赖性血管舒张减少，外周血流量减少；与男性相比，女性的外周血管收缩的静息水平特别高^[52]。

与“战斗或逃跑 fight or flight”的心理相关的活动有效地减轻在健康个体中的应激，而运动就是这原理的一种表达。急性应激导致的心血管异常已被证明在运动后会减弱^[53]。运动也能激活健康个体的内源性镇痛，运动后疼痛阈值增加是由于内源性阿片类药物的释放和大脑协调的脊髓伤害性抑制机制的激活。然而，运动后的

纤维肌痛患者肌肉内丙酮酸 pyruvate 和乳酸 lactate 的浓度增加，导致患者的肌肉力量和耐力下降，肌肉紧张力增加，以及运动引起的疼痛增加，并与肌肉的压力疼痛阈值 PPT 呈负相关^[54]。炎症活动发生的改变，也导致促炎细胞因子过度产生。因此，对于具有线粒体功能障碍，血液单核细胞中 CoQ10 缺乏与内源性镇痛功能失调的纤维肌痛患者，运动疗法应因人而异，重点偏向预防症状复发。

当部署运动疗法时，应遵循以下规范。锻炼方案和内容应与患者取得共识，该符合患者的需要和要求，锻炼对患者应有趣而不感觉是负担，多选用有氧运动和运动控制锻炼，并偏向于同心 concentric 而不应强调离心 eccentric 锻炼。当策划培训时，应设定保守的基线；更倾向于较低的基线，以确保其完全在患者体力范围内，并在练习时设有多次长时间的恢复间歇。锻炼时，应包括身体非疼痛部位的锻炼，以提高身体内源性镇痛的释放，运动后不久可允许短暂疼痛增加，但要避免疼痛强度持续性增加；亦时刻监测症状发作，特别在治疗开始和分级期间，并适当修改锻炼方式。在运动治疗的最初阶段，轻微的症状发作是自然的，然而一旦建立了运动常规，症状发作就应该停止^[55]。总之，恰当的长期运动计划对纤维肌痛和其他缺血性肌肉疼痛患者是利大于弊。

纤维肌痛患者每毫米毛细血管密度 (9.92 ± 0.19) 显著低于正常人 (11.31 ± 0.34) 但仍在正常范围内^[56]。纤维肌痛的主要症状是持续性弥漫性肌肉疼痛，类似于剧烈运动和肌肉无氧代谢后出现的肌肉

酸痛。还有证据显示，这肌肉代谢和微循环的改变引起的症状与氧合作用受损和氧化系统异常有关，因此纤维肌痛可能与组织供氧异常有关。患者压痛点上皮肤常出现血管收缩，导致局部肌肉灌注不足、缺血、低氧提取分数 OEF 和氧合恢复半衰期延长，从而导致疼痛^[57]。

越来越多的证据表明，高压氧治疗 HBOT 可以减轻纤维肌痛患者的疼痛疲劳，改善患者的整体功能和生活质量，并在随访评估期间，这缓解可持续 3 个月^[58]。HBOT 是指在医疗监督下，以高于大气压 atmospheric pressure 的环境压力 ambience pressure 下向患者提供纯氧气，并导致血氧水平的显著提升。HBOT 的生理效应是改进循环受损的缺血区域的氧合作用，从而导致组织中氧浓度的净增加，促进新生血管和血管生成，恢复组织稳态，增强白细胞功能。它还表现出抗炎作用，促进神经可塑性，影响线粒体功能，并刺激一氧化氮合成，这可以减少痛觉过敏，促进一氧化氮依赖性内源性阿片释放^[59, 60]。HBOT 是一种较安全的可靠治疗方式，对与缺氧相关的各种情况几乎没有不良反应；唯一的绝对禁忌症是未经治疗的气胸。

热疗已用于治疗许多疾病，包括风湿性疾病和癌症。该疗法的目的是通过应用外部热源（如各种频率的电磁辐射）来克服身体的自然体温调节机制，从而导致躯体发热发烧。通常，施加的温度在 38.5–43.0° 范围内。热疗可施行于局部或全身（后者称为全身性热疗）。

在风湿病中，使用高温主要是针对人

体免疫系统；这种效应取决于热疗的类型和所施加的温度。最多文献记载的是高温对纤维肌痛和强直性脊柱炎的影响。大体上，在超过 41°C 的温度下进行热疗会抑制免疫系统，而轻度全身高温热疗即温度 <41°C 会刺激免疫系统，增强 γ 干扰素 gamma interferon 的合成。轻度局部高温可导致两种促炎细胞因子，白介素 -1 IL-1 和白介素 -6 IL-6 的激活，同时还会降低两种细胞因子的浓度，前列腺素 -E2 prostaglandin E2 和白三烯 -B4 leukotriene B4^[61]。

中医对纤维肌痛征的观点

纤维肌痛征临床以遍身疼痛、僵硬为主要特点，失眠、抑郁等为并发症，因此大多数医家都将此痼疾归类为“痹证”或“周痹”范畴。“痹”病在《黄帝内经》是指人体营卫气血失调，感受的邪气留于体内后，使经络、肌肤、血脉、筋骨气血运行不畅，从浅入深，累及五脏六腑，气血闭塞不通，气滞血凝，出现肢体疼痛酸楚、麻木沉重、活动受限的一类病证的总称。秦景明《症因脉治·痹症论》云：“痹者，闭也。经络闭塞，麻木不仁，或攻注作疼，或凝结关节，或重着难移，故名曰闭”^[62]。《灵枢·周痹》云：“周痹者，在于血脉之中，随脉以上，随脉以下，不能左右，各当其所”，也符合纤维肌痛核心症状之弥漫性疼痛，是周痹的主要临床表现。再说，中医认为“肝者，罢极之本”，藏血、主一身之筋”；李挺《医学入门》云：“周身掣痛者，谓之周痹，乃肝气不行也”^[23]。正如《素问·痹论》所

述“筋痹不已，復感於邪，內舍於肝”；则由筋痹“日久不愈，復感於邪，邪氣內積”导致的肝痹与纤维肌痛症的众多特异症状和特性相符。

肝痹一疾，或称筋痹，痹病邪侵肝脏出现的病证，亦可由筋痹发展而成。

《素问·痹论》云：“肝痹者，夜卧则惊，多饮，数小便，上为引如怀”。《圣济总录·诸痹》云：“肝痹。……肝之合，筋也。故筋痹不已，复感于邪，则舍于肝也”^[24]。《症因脉治·肝痹》云：“肝痹之症，即筋痹也。夜卧则惊，多饮，数小便，腹大如怀物，左胁凝结作痛”^[62]。温病学派创始人清代名医叶天士在《临证指南医案》云：“女子以肝为本”，即女子以肝为先天^[25]。肝为将军之官，主疏泄，性喜条达而恶抑郁，肝疏泄失职可导致气滞血瘀，而女性常肝气不舒，因此纤维肌痛综合症好发于中老年女性，而其特异症状与肝痹的内在病因相符。

此外，纤维肌痛征与其他痹症有所不同；它无须外源性因素引起的。《内经博议》云：“凡七情过用，则亦能伤脏气而为痹，不必三气入舍于其合也”^[26]。

由于纤维肌痛征临床症状非常广泛，从周身疼痛、睡眠失调、至认知功能障碍等，逻辑上不能单用个别脏或腑的表现不佳来解释。病位传变是中医基础一核心概念，包括基本的表里出入、从阳入阴之六经传变、由上至下焦之三焦传变、温热病的卫气营血传变、脏腑相互传变等。经脉是运行气血的通路，犹如《灵枢·海论》说“内属于腑脏，外络于肢节”，把人体

各部的组织器官联结成一个有机整体，也成为病邪传播转移的通路和病理变化反应的部位。所以尽管肝失疏泄是周痹发生因素之首要，但中医认为本病的发生亦与五脏功能失调相关，并将其视为一种本虚标实的疾病。

根据五行学说，由于脏腑分属五行，脏腑之间也是依据五行学说的生克规律相互影响，脏腑相互传变^[27]。当肝郁横逆，肝病传脾，脾失健运，即木旺乘土；肝郁气滞，肝病传心，血运失畅，为母病及子；肝郁化火，痰热内扰，肝病及肺，即木侮刑金；久郁伤阴，肝病及肾，肝肾阴虚，为子病及母；而脾病及肝，即土虚木乘。这些情况都可在纤维肌痛中连续性或并行性发生。

参照中国国家中医药管理局“纤维肌痛症中医诊疗方案（2018年版）”，其中肝郁气滞、寒湿痹阻、痰热内扰、肝肾不足是其四个主要病机与临床类型，详情如下：

- 1、肝郁气滞证：肌肉疼痛、焦虑易怒、胸胁胀闷、寐差多梦、每因抑郁恼怒、或情绪紧张之时加重、或纳呆暖气或腹痛腹泻、疲乏无力、便溏、或疼痛夜甚、胸胁刺痛、月经不调、或痛经、经色紫暗有块、舌质暗淡、舌苔白或腻、脉弦细。
- 2、寒湿痹阻证：肌肉酸胀、疼痛、僵硬、四肢萎弱无力、每遇寒肢端发凉变色疼痛、无汗、或面浮肢肿、大便稀溏、小便不利、舌淡苔白腻、或舌有齿痕。脉沉细或濡缓。

- 3、 痰热内扰证：肌肉疼痛、沉重、头重身困、胸脘痞闷、惊悸不安、口苦心烦、头痛失眠、食欲减退、渴喜冷饮、性情急躁、反复梦魇、腹胀或者便溏、舌质红、苔黄腻、脉弦滑或弦滑数。
- 4、 肝肾不足证：肌肉疼痛、无力、四肢怠惰、筋缩、手足不遂、畏寒肢冷、

或肢体麻木、或面色萎黄、或面色晄白、身体消瘦、失眠健忘、妇女见月经量少、舌淡苔白、脉沉或弱。

尽管如此，在临床上这些症状并无如上文所述的明显或整齐地划分，而是以混合的方式或同时呈现肝郁脾虚、气滞血瘀、阳虚寒凝、经脉不通之症状。

*由于篇幅有限，本文分上、下篇两期刊登。下期为中医药对纤维肌痛征的缓解策略和临床病案举例。

Fibromyalgia Diagnosis Calculator

附件1

I. Widespread Pain Index (WPI)

- Jaw, left ---> yes
- Jaw, right ---> yes
- Neck ---> yes
- Shoulder girdle, left ---> yes
- Shoulder girdle, right ---> yes
- Upper arm, left ---> yes
- Upper arm, right ---> yes
- Lower arm, left ---> yes
- Lower arm, right ---> no
- Chest ---> yes
- Upper back ---> yes
- Abdomen ---> no
- Lower back ---> yes
- Hip (buttock, trochanter), left ---> yes
- Hip (buttock, trochanter), right ---> yes
- Upper leg, left ---> yes
- Upper leg, right ---> yes
- Lower leg, left ---> yes
- Lower leg, right ---> no

II. Symptom Severity Score (SS scale score)

Fatigue ---> 2 - moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level

Waking unrefreshed ---> 2 - moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level

Cognitive symptoms* ---> 2 - moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level

Considering somatic symptoms in general, the patient has: ---> 2 - a moderate number of symptoms

Somatic symptoms considered: muscle pain, IBS, fatigue, cognitive issues, muscle weakness, headache, pain/cramps in abdomen, numbness/tingling, dizziness, insomnia, depression, constipation, upper abdomen pain, nausea, nervousness, chest pain, blurred vision, fever, diarrhea, dry mouth, itching, wheezing, Raynaud's phenomenon, hives/welts, ringing in ears, vomiting, heartburn, oral ulcers, loss of/change in taste, seizures, dry eyes, shortness of breath, loss of appetite, rash, photophobia, hearing difficulties, easy bruising, hair loss, frequent urination, painful urination, and bladder spasms

III. Duration ---> 3 months or more

IV. Etiology ---> pain cannot be attributed to another etiology

WPI: 16

SS scale score: 8

Diagnosis: POSITIVE

Fibromyalgia Assessment: MEETS CRITERIA: Symptoms at a similar level of at least 3 months. Pain cannot be attributed to another etiology. SS scale score of 5 or more AND WPI of 7 or more.

【参考文献】

- [1] Marques AP, Santo AD, Berssaneti AA, et al. (2017). Prevalence of fibromyalgia: Literature review update. *Revista Brasileira De Reumatologia (English Edition)*, 57(4), 356-363
- [2] Jiao J, Cheng Z, Wang W, et al. (2021). Demographic characteristics and clinical features of fibromyalgia in China: A cross-sectional study. *Rheumatology and Therapy*, 8(2), 817-831
- [3] Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. (2016) 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria, *Semin Arthritis Rheum*, 46:3, 319-329
- [4] Wolfe F, Clauw DJ, FitzCharles M, et al. (2016) 2016 Revisions to the 2010/2011 Fibromyalgia Diagnostic Criteria [abstract]. *Arthritis Rheumatol.*; 68 (suppl 10)
- [5] Galvez-Sánchez CM & Reyes Del Paso GA. (2020). Diagnostic Criteria for Fibromyalgia: Critical Review and Future Perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 1219
- [6] Cabo-Meseguer A, Cerda-Olmedo G, Trillo-Mata JL. (2017) Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles, and economic costs. *Med. Clin.*, 149, 441-448
- [7] Yunus MB. (2007) Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 36(6): 339-356
- [8] Lee YC, Nassikas NJ & Clauw DJ. (2011) The role of the central nervous system in the generation and maintenance of chronic pain in rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia. *Arthritis Res Ther* 13, 211
- [9] Cook DB, Lange G, Ciccone DS, et al. (2004) Functional imaging of pain in patients with primary fibromyalgia. *J Rheumatol*; 31(2): 364-378
- [10] Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. (2011) Mar; 152(3 Suppl): s2-s15
- [11] Conti P, Gallenga CE, Caraffa A, Ronconi G, et al. (2020) Impact of mast cells in fibromyalgia and low-grade chronic inflammation: Can IL-37 play a role? *Dermatol Ther*; 33: e13191
- [12] Dutta D, Brummett CM, Moser SE, et al. (2020) Heritability of the Fibromyalgia Phenotype Varies by Age. *Arthritis Rheumatol*. May; 72(5):815-823
- [13] Ovejero T, Sadones O, Sánchez-Fito T, et al. (2020). Activation of Transposable Elements in Immune Cells of Fibromyalgia Patients. *Int J Mol Sci*, 21(4), 1366.
- [14] Koca TT, Berk E, Seyithanoğlu M, et al. (2020) Relationship of leptin, growth hormone, and insulin-like growth factor levels with body mass index and disease severity in patients with fibromyalgia syndrome. *Acta Neurol Belg.*;120(3):595-599
- [15] Martinez-Lavin M. (2007) Biology and therapy of fibromyalgia. Stress, the stress response system, and fibromyalgia. *Arthritis Res Ther* 9, 216
- [16] Morf S, Amann-Vesti B, Forster A, et al. (2005). Microcirculation abnormalities in patients with fibromyalgia - measured by capillary microscopy and laser fluxmetry. *Arthritis Res Ther.*;7(2): R209-16

- [17] Katz, DL, Greene L, Ali A, et al. (2007). The pain of fibromyalgia syndrome is due to muscle hypoperfusion induced by regional vasomotor dysregulation. *Medical Hypotheses*, 69(3), 517–525
- [18] Elvin A, Siösteen AK, Nilsson A, Kosek E. Decreased muscle blood flow in fibromyalgia patients during standardised muscle exercise: a contrast media enhanced colour Doppler study. *Eur J Pain*. 2006 Feb;10(2):137-44
- [19] Gerdle B, Ernberg M, Mannerkorpi K, et al. (2016). Increased interstitial concentrations of glutamate and pyruvate in vastus lateralis of women with fibromyalgia syndrome are normalized after an exercise intervention – a case-control study. *PLOS ONE*, 11(10)
- [20] Koca TT, Berk E, Seyithanoğlu M, et al. (2020). Relationship of leptin, growth hormone, and insulin-like growth factor levels with body mass index and disease severity in patients with fibromyalgia syndrome. *Acta neurologica Belgica*, 120(3), 595–599
- [21] von Keanel R, Muller-Hartmannsgruber V, Kokinogenis G, et al. (2014). Vitamin D and central hypersensitivity in patients with chronic pain. *Pain Med.*; 15:1609–1618
- [22] Martins YA, Cardinali CAEF, Ravanelli MI, & Brunaldi K. (2020). Is hypovitaminosis D associated with fibromyalgia? A systematic review. *Nutrition reviews*, 78(2), 115–133
- [23] 明·李梃撰，田代华，等整理（2016）《医学入门》人民卫生出版社
- [24] 宋·赵佶（2016）《圣济总录》上海科学技术出版社
- [25] 清·叶天士（2011）《临证指南医案》中国医药科技出版社
- [26] 清·罗美（2015）《内经博议》中国中医药出版社
- [27] 张宗明（2004）论阴阳五行学说对中医理论发展的影响科学技术与辩证法；21(1), 76-80
- [28] Mease P, Arnold LM, Choy EH, et al. (2009) Fibromyalgia syndrome module at OMERACT 9: domain construct, *J Rheumatology*, 36(10), 2318–2329
- [29] Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, et al. (2008) EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome, *Ann Rheumatic Diseases*, 67 (4), 536–541
- [30] American Pain Society (2011). Guideline for the Management of Pain in Fibromyalgia, American Pain Society Clinical Practice Guidelines Program,” <http://www.ampainsoc.org/>.
- [31] Wolfe F, Zhao S, and Lane N. (2000) Preference for NSAID drugs over acetaminophen by rheumatic disease patients: a survey of 1,799 patients with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia, *Arthritis & Rheumatism*, 43: 378–385
- [32] Forte ML, Butler M, Andrade KE, et al. (2015) Treatments for Fibromyalgia in Adult Subgroups [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). (Comparative Effectiveness Reviews, No. 148.) Table 1, FDA-approved drugs for the treatment of fibromyalgia.
- [33] Maffei ME. (2020) Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. *International Journal of Molecular Sciences*. 21(21):7877
- [34] Smith SC & Wagner MS. (2014) Clinical endocannabinoid deficiency (CECD) revisited: can this concept explain the therapeutic benefits of cannabis in migraine, fibromyalgia, irritable bowel syndrome and other treatment-resistant conditions? *Neuro endocrinology letters*, 35(3), 198–201
- [35] Skrabek RQ, Gallmova L, Ethans K, Perry D. (2008) Nabilone for the treatment of pain in fibromyalgia. *J. Pain*, 9, 164–173
- [36] Ware MA, Fitzcharles M.A, Joseph L, Shir Y. (2010) The effects of nabilone on sleep in fibromyalgia: Results of a randomized controlled trial. *Anesth. Analg.*, 110, 604–610
- [37] Cordero MD, Díaz-Parrado E, Carrión AM, et al. (2013) Is inflammation a mitochondrial dysfunction-dependent event in fibromyalgia?. *Antioxidants & redox signaling*, 18(7), 800–807
- [38] Cordero MD, Moreno-Fernández AM, deMiguel M, et al. (2009). Coenzyme Q10 distribution in blood is altered in patients with fibromyalgia. *Clinical biochemistry*, 42(7-8), 732–735
- [39] Cordero MD, Cotán D, del-Pozo-Martín Y, et al. (2012) Oral coenzyme Q10 supplementation improves clinical symptoms and recovers pathologic alterations in blood mononuclear cells in a fibromyalgia patient. *Nutrition*, 28, 1200–1203
- [40] Cordero MD, Alcocer-Gómez E, de Miguel M, et al. (2013) Can coenzyme Q10 improve clinical and molecular parameters in fibromyalgia. *Antioxid. Redox Signal*, 19, 1356–1361

- [41] Campisi L & La Motta C. (2022). The Use of the Coenzyme Q10 as a Food Supplement in the Management of Fibromyalgia: A Critical Review. *Antioxidants* (Basel, Switzerland), 11(10), 1969
- [42] Sawaddiruk P, Apaijai N., Paiboonworachai S, et al. (2019). Coenzyme Q10 supplementation alleviates pain in pregabalin-treated fibromyalgia patients via reducing brain activity and mitochondrial dysfunction. *Free radical research*, 53(8), 901–909
- [43] Ferrante KL, Shefner J, Zhang H, et al. (2005) Tolerance of high-dose (3,000 mg/day) coenzyme Q10 in ALS. *Neurology*. 65(11):1834-1836
- [44] Shults CW, Oakes D, Kieburtz K, et al. (2002) Effects of coenzyme Q10 in early Parkinson disease: evidence of slowing of the functional decline. *Arch Neurol*. 59(10):1541-1550
- [45] The Huntington Study Group. (2001) A randomized, placebo-controlled trial of coenzyme Q10 and remacemide in Huntington's disease. *Neurology*. 57(3):397-404
- [46] Mehta A, Prabhakar M, Kumar P, Deshmukh R, Sharma PL. (2013) Excitotoxicity: bridge to various triggers in neurodegenerative disorders. *Eur. J. Pharmacol*. 698(1–3), 6–18
- [47] Dossantos MF, Holanda-Afonso RC, Lima RL, et al. (2014) The role of the blood-brain barrier in the development and treatment of migraine and other pain disorders. *Front. Cell. Neurosci*. 8, 302
- [48] Hawkins RA. (2009). The blood–brain barrier and glutamate. *Am. J. Clin. Nutr*. 90(3), S867–S874
- [49] Peres MF, Zukerman E, Senne Soares CA, et al. (2004). Cerebrospinal fluid glutamate levels in chronic migraine. *Cephalalgia* 24(9), 735–739
- [50] Harris RE. (2010). Elevated excitatory neurotransmitter levels in the fibromyalgia brain. *Arthritis Res. Ther*. 12(5), 141
- [51] Holton KF, Taren DL, Thomson CA, et al. (2012). The effect of dietary glutamate on fibromyalgia and irritable bowel symptoms. *Clin. Exp. Rheumatol*. 30(6 Suppl. 74), 10–17
- [52] Spieker LE, Hurlimann D, Ruschitzka F, et al. (2002) Mental stress induces prolonged endothelial dysfunction via endothelin-A receptors. *Circulation*, 105:24, 2817–2820
- [53] Brownley KA, Hinderliter AL, West SG, et al. (2003) Sympathoadrenergic mechanisms in reduced hemodynamic stress responses after exercise. *Med Sci Sports Exercise*, 35:6, 978–986
- [54] Gerdle B, Söderberg K, Puigvert LS, et al. (2010) Increased interstitial concentrations of pyruvate and lactate in the trapezius muscle of patients with fibromyalgia: a micro dialysis study,” *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42:7, 679–687
- [55] Nijs J, Kosek E, Van Oosterwijck J, & Meeus M. (2012). Dysfunctional endogenous analgesia during exercise in patients with chronic pain: to exercise or not to exercise?. *Pain physician*, 15(3 Suppl), ES205–ES213
- [56] Morf S, Amann-Vesti B, Forster A, et al. (2005). Microcirculation abnormalities in patients with fibromyalgia - measured by capillary microscopy and laser fluxmetry. *Arthritis research & therapy*, 7(2), R209–R216
- [57] Katz DL, Greene L, Ali A & Faridi Z. (2007). The pain of fibromyalgia syndrome is due to muscle hypoperfusion induced by regional vasomotor dysregulation. *Medical hypotheses*, 69(3), 517–525
- [58] Curtis K, Katz J, Djaiani C, et al. (2021). Evaluation of a Hyperbaric Oxygen Therapy Intervention in Individuals with Fibromyalgia. *Pain medicine* (Malden, Mass.), 22(6), 1324–1332
- [59] Staples JR, Clement DB, Taunton JE, & McKenzie DC. (1999). Effects of hyperbaric oxygen on a human model of injury. *American journal of sports medicine*, 27(5), 600–605
- [60] El-Shewy KM, Kunbaz A, Gad MM, et al. (2019) Hyperbaric oxygen and aerobic exercise in the long-term treatment of fibromyalgia: A narrative review. *Biomed Pharmacother* 109:629–38
- [61] Jeziorski K. (2018). Hyperthermia in rheumatic diseases. A promising approach? *Reumatologia*, 56(5), 316–320
- [62] 明·秦景明撰，清·秦皇士补辑（2006）《症因脉治》人民卫生出版社

促成县花镜影慈善剧社义演 助中华筹募基金的何益甫

林英（新加坡）



何益甫先生

1952年中华施诊所（中华医院前身）借用中山会馆为临时所址展开施医赠药的工作，在短短的几个月之中声誉不胫而走^[1]。

前身为新加坡中国医学会的新加坡中

医师公会发起人之一的陈占伟医师在接受《老中医录》编辑组的访谈中提到，施诊所成立三个月，经费完全用完了，正当施诊所经费无着落时，何益甫先生说他介绍县花镜影慈善剧社筹款，最少有二万多元，后来筹得2万3千294元正。从此中华施诊所的基础遂由此而奠定了。中华医院有今日之成就，何益甫医师实在也应记一大功^[2]。

何医师于1940年参加县花镜影慈善剧社，在社里负责弹奏木琴^[2]“县花镜影慈善剧社”，成立于1931年以演剧筹款为活动主轴的民间组织，它最初位于广合源街。几十年来，它积极为各种公益事业筹款，也为南洋大学的筹建粉墨登场。日本占领新加坡前，县花镜影慈善剧社曾积极参与抗日义演筹款。

何医师出生于1910年，广东番禺县人，16岁南来新加坡，在精于喉科的父亲何蔚霞设在戏院街（士敏街）的医务所一边工作一边学习，何氏在中国时也曾习医于其伯父。《医宗金鉴》、《沈氏尊生书》、《温热论》、《陈修园医书》等，都是何氏常翻阅之医书，何氏尤其推崇《沈氏尊生书》。1935年，拜师于精于妇儿科的邓天衢老医师门下学习妇儿科历时七年，于25岁时开始在士敏街开业独立应诊。1952年何氏也任“中华施诊所”义务医师，为期两年，并积极参与中华施诊所之活动。

何医师以喉科、妇儿科病见称。在治疗喉科疾病时，何氏通常用药散吹喉，然后再开方给病人服用，后来改用提炼合剂配合吹喉散。何氏也有自己出品成药计有：“胃痛丸”、“妇科丸”、“呕疴肚痛散”这些成药都只用于自己的病人，并无外销。

何医师在治疗喉科病时也是根据中医之八纲辨证，来分阴阳表里寒热虚实，而在处方用药，阳虚者用肉桂附子等，气虚者当用北芪、党参等，有表证者配解表之药。

在提炼合剂尚未在新马面市前，何医师通常都是开草药方给病人服，后来在提炼合剂的大量普遍应用下，也常应用提炼合剂以方便病人服用，不过，何医师依旧认为病人服单味草药之疗效会比提炼合剂好一些。

何氏认为用药散与药丸会比单味草药方来得经济，因为一钱药散与药丸等于三钱草药之功效。所以，为了减轻病人之负担，何氏常用自制药散与药丸，以方便病人服用。

在第二次世界大战和平之后，游杏南、陈占伟、谢斋孙、符伯华、沈少洲、曾志远等及好多位老前辈组织“中国医学会”主办中华施诊所：为病者施医赠药；在第一年及第二年何氏都有担任义务医

师。初办之时，我公会之会员非常之热心支持，每一位会员都有认捐药费一有的认捐几百剂药费，有的认捐几十剂药费，当时施诊所的义务医师为病人诊病之后，开药方给病人去药店买药而药费由公会支给药店，后来因为药费日益增加，于是经济发生了问题。

当时何医师主动提议要求邀请昙花镜影慈善剧社，为中华施诊所筹款以解决当时之经济危机，何医师认为自己身为中华施诊所之一位成员，又是昙花镜影慈善剧社之社员，既然，该社时常有为社会上各慈善机构义演筹款，而中华施诊所也是慈善机构之一，它现今面临经济危机，应该为它筹款才是呀！这也是昙花镜影慈善剧社，第一次为中华施诊所筹款，是次筹得义款两万多元。

【参考文献】

- [1] 大巴窑中华医院落成纪念特刊, p183
- [2] 老中医录编辑小组:《老中医录》p11, p40, p36-41
- [3] 周维介 再谈文化大坡 [J] 怡和世纪 2018(37)

新加坡中医 新冠肺炎抗疫概况

Overview of Singapore TCM in the fight against COVID-19 pandemic

林英^{1,2,3}, 黄普觉^{1,2,3}, 冯佳怡^{1,2}, 陈佩玟^{1,2},
李益欢^{1,2}, 张俭², 黄惠萍^{1,2,3}, 白伟良^{1,2,3} (新加坡)

LIM ing^{1,2,3}, HUANG Pu-jue^{1,2,3}, FENG Jia-yi^{1,2}, CHEN Pei-wen^{1,2},
LI Yi-huan^{1,2}, ZHANG Jian², HUANG Hui-ping^{1,2,3}, BAI Wei-liang^{1,2,3}

摘要：自新冠肺炎在新加坡传播，从阻断措施到疫苗接种措施，我国中医师应卫生部政策对抗疫情。新加坡中医师公会与卫生部协调免费发放口罩和联合COVID-19疫苗线上研讨会。属下中华医院建立和实施控制传染性疾病预防的流程，也进行了一项随机、双盲、安慰剂对照III期的临床试验，研究“连花清瘟胶囊”的疗效和安全性以及“辨病施药，万人一方”的可行性。通过病例数据库调查，因我国的湿热气候，患者后期易产生气虚、阴虚、痰湿或湿热的虚实夹杂证型。中医治疗新冠肺炎后期与后遗症需辨证论治，治则为扶正祛邪，攻补兼施。

关键词：新冠肺炎；疫情；中医；科研；辨证论治

基金资助：无

Abstract: Since the beginning of Covid-19 in Singapore, from “Circuit breaker” to vaccination measures, TCM physicians have responded to Ministry of Health (MOH) policies in fighting the pandemic. Singapore Chinese Physicians’ Association (SCPA) with MOH had coordinated free distribution of masks and jointly organized online seminars on COVID-19 vaccines. SCPA’s affiliate Singapore Chung Hwa Medical Institution established and implemented protocols to control the spread of infectious diseases, conducted a randomized, double-blind, placebo-controlled Phase III clinical trial to study the efficacy and safety of “Lianhua Qingwen Capsules” and the feasibility of one TCM formulation to treat COVID-19. Through the study of medical cases in database, due to hot and humid climate in

Singapore, post-COVID patients are prone to qi deficiency, yin deficiency, phlegm-dampness, or damp-heat syndromes, having both deficiency and excess syndromes at the same time. The treatment principle is both offensive and supplementary: to strengthen the body and eliminate pathogens. TCM treatment of post-COVID-19 symptoms requires treatment based on pattern differentiation.

Key words: COVID-19; Pandemic; Traditional Chinese Medicine (TCM); Research; Treatment based on pattern differentiation

Funding: Nil

一、2020-2022年新加坡的疫情情况

自2019年12月在中国武汉出现新冠肺炎(COVID-19, 简称冠病)以来, 该疾病已在全球迅速传播。新加坡是中国以外首批受到影响的国家之一, 于2020年1月出现首例输入型病例^[1]。迄今(2023年2月7日截止), 累计确诊病例共2,220,062宗, 其中死亡人数占了0.08%^[2]。尽管采取了初步防疫措施, 我国开始不断出现社区感染群。从2020年3月开始病例急剧增加。政府展开了一系列的社交隔离措施。

2021年1月政府开始鼓励70岁以上的年长者开始注射冠病疫苗。新加坡成为亚洲第一个开始冠病疫苗接种运动的国家^[3]。在7个月内, 80%的人口已全面接

种疫苗, 是世界上疫苗接种率最高的国家之一^[3]。

随后至2022年为止, 所有的安全措施跟着疫情的发展做出了调整。如今随着所有防疫措施在2023年2月13日放宽, 新加坡正式迈入把冠病视为地方流行病的新常态。

二、新加坡中医师响应卫生部抗疫政策

在疫情期间, 虽然我国中医师未能参与第一线抗疫工作, 但所有中医师都极力配合卫生部的指示, 齐力对抗疫情。例如中医师须检查患者是否发烧和他们的出国旅游记录, 并加以将疑似病例隔离且分流处理, 将病情稳定的疑似患者转介至最近的公共卫生防范诊所。中医师、发烧和患有呼吸道症状的患者都必须戴上口罩, 保持良好的卫生习惯。

实行阻断措施期间(2020年4至5月), 卫生部宣布停止所有非必要活动。除了允许提供癌症或慢性疾病患者辅助性治疗以外, 其余非必要服务和治疗(如针灸、拔罐、艾灸、刮痧和推拿等需要与病人长时间直接接触)都需推迟。

2021年在政府推动疫苗接种计划下, 大多数的中医师已接种冠病疫苗。

三、新加坡中医师公会在疫情扮演的角色

3.1 联合新加坡中医团体向卫生部请缨抗疫

新加坡中医师公会联合八个中医团体于2020年3月商讨如何配合政府的防治疫病政策, 运用中医的理法方药, 提供预

防、治疗和愈后调理，向卫生部呈交一份联合声明。其指出，中医在数千年的历史长河中，曾经被用来克服中国历史上无数次严重的瘟疫。尤其是 2003 年对抗非典时，其疗效更为世人称道。这次冠病 19 肆虐，中国中医药又再次用治愈率证明其存在的价值。卫生部表示感谢中医界对于冠病防疫工作的支持与配合，也透露当局已在审核国际治疗方案，并有密切关注中医的运用。

3.2 免费发放口罩给会员医师

公会在关注疫情的同时，也时刻关心会员们的健康和防疫需要，积极寻找医护用品。在阻断措施期间，中医也被列为必要服务，身为医护人员的医师们得继续坚守岗位，照顾社区医疗，责任重大，故让有需要的会员领取口罩。

3.3 与卫生部、中医管委会和国家感染中心联办 COVID-19 疫苗线上研讨会

在疫情期间，公会与卫生部、中医管委会和国家感染中心联办 COVID-19 疫苗线上研讨会，共有 300 位医师参加。主讲者是新加坡国家传染病中心赖建文教授，传统与辅助医疗司主任兼中医管理局注册官林诗晖教授和新加坡中医师公会会长赵英杰教授。

3.4 冠病阻断期中医组织与卫生部对话

卫生部召开了视频对话会，让本地主要中医团体了解当局的抗疫措施及将面临的挑战，也借此机会了解本地中医如何发挥辅助作用。卫生部与大家分享当局在这

期间推展的事项包括：发布《中医行业的良好临床实践与传染控制的一般咨询》、中医列为“必要服务”和推出冠病科研补助金等。

四、中医师公会属下中华医院疫情的中医医疗服务程序

疫情期间，中华医院根据卫生部发布的通告建立可预防及控制传染性疾病预防的标准作业流程，实施了一系列的防疫措施，对原有的中医医疗服务程序进行相应的调整。这些调整的目的在于确保医院在疫情期间可继续为患者提供有效的医疗服务，同时保障公众及中医执业者的健康安全。

疫情下实施的医疗服务程序调整包括：

1. 制定疫情期间工作流程指南：以着重于减低诊所内交叉传播感染的风险为原则总纲而设立^[4]，并要求各个诊所在营运期间严格遵守此指南。为了加大监管力度，在疫情期间对旗下诊所进行了二次疫情管控的审查工作，致力于更全面地推行防疫作业流程。
2. 诊所入口处设立检测站：作为患者进入诊所前的第一站，便于更有效地对患者进行风险评估。为排除疑似病例，除了例行的体温检测，患者也必须填写申明表格（包括是否有急性呼吸道症状或与冠病患者密切接触史等），以便将患者转诊至最近的公共卫生防范诊所^[5]。此外，为了配合政府推行的管制措施，检测站使用“合

力追踪登记”(Trace Together)以登记所有进入诊所的员工和患者^[6]。

3. 严格的感染防控措施：诊所内所有员工、患者、访客等都必须遵守防控措施如时刻佩戴口罩、诊所候诊厅不允许饮食、保持至少1米的安全距离、限制诊室内人数、设立隔离区(提供给疑似病例患者使用)、定期清洁及消毒诊室内设施和设备。
4. 提供疫情政策培训：通过电话信息及发布医务通告和张贴于诊所的告示，让中医师们在第一时间内掌握并了解卫生部发布针对安全管理措施的更新。同时也不忘倡导中医师们维持良好的临床实践，如时刻保持手部卫生、适当使用防护配备、定期清洁与病人接触的表面(如诊疗床)等，以确保持续应用当前的传染控制措施。
5. 强制性例行快筛检查：分发冠病毒抗原快筛检测盒给全体医师，并规定医师看诊前务必先完成自检，确认检测结果为阴性方能与患者进行面诊。与此同时，检测后需通过线上表格汇报检查结果，以确保医师有遵循医院的指示。
6. 工作场所安全管理措施：安排部分职员居家办公，错开工作时间，并将所有工作会议改为线上会议等。

五、新加坡中医新冠肺炎科研

卫生部在2020年的4月设立了冠病中医科研基金，但是其中的要求是科研的首席研究员必须是西医。中医师公会与属单位中华医院与中医学院组成核心科研团

队提交科研计划书“清肺排毒汤对新加坡无症状新冠肺炎患者缩短核酸转阴时间的临床观察”。经过卫生部中医科研基金的联系，有西医愿意当首席研究员。但是在2020年6月，因疫情防控政策的更动，欲参与科研的社区隔离设施不再接受新病例，故科研也不能如期展开。

我国在2021年6月开始流传了Delta病毒变种，11月则开始流传Omicron病毒变种^[7]。尽管我国人口接种率已超过93%^[8]，但每天的社区病例人数仍在激增。据报道，连花清瘟胶囊可以抑制SARS-COV-2病毒的复制能力并影响病毒的形态和发挥体外抗炎的活性^[9]，体外对新变种的Delta SARS-CoV-2也有很好的抑制作用^[10]。由于抗病毒药物(Paxlovid)数量有限也只能优先给予中度和重度患者，以科研方法正式验证中医辅助治疗冠病轻症居家康复患者受到我国中医界的重视。

中医没有被正式纳入治疗冠病的医疗保健系统，所以中医师无法给予治疗。中华医院秉着循证医学的理念，根据卫生部对抗疫情的政策，在2021年中开始制定新的临床研究方案“评估中药连花清瘟胶囊在辅助治疗新加坡居家康复计划的轻度COVID-19患者的疗效”，研究我国抗疫最常用的方剂“连花清瘟胶囊”的疗效和安全性，以及“辨病施药，万人一方”的可行性。这项随机、双盲、安慰剂对照Ⅲ期(Phase 3)的临床试验研究连花清瘟胶囊辅助西医药物治疗轻度冠病患者(21-79岁)的有效性和安全性，针对完成接种疫苗、轻度患者，探讨可否缩短8种

主要症状即鼻塞或流涕、咽痛、咳嗽、精神不振或疲倦、肌痛或身体痛、头痛、发冷或寒战、感觉发热^[11]的天数时间，以及新冠病毒抗原快筛 Antigen Rapid Test (ART) 转阴的天数时间。

此研究通过统计学的生存分析检测 (Survival Analysis Log-rank test) 和危险比率 (Hazard Ratio) 方法，假设中医辅助治疗可以将新冠肺炎的 8 种主要临床症状到无症状和轻度患者的 ART 转阴的天数时间缩短 1.5 倍。主要结果指标在于所有 8 种主要症状降至无症状的天数时间；次要结果指标是

1. ART 转阴时间、
2. 症状严重度评估量表、
3. 副作用 (相对危险度 Risk Ratio)、
4. 冠病的 3 大主要症状 (鼻塞 / 流涕、咽痛、咳嗽) 降至无症状的天数时间。

探索性结果则根据《新型冠状病毒肺炎诊疗方案 (试行第 7 版)》和《中医诊断学》加以分级量化中医证型和体质。总样本量根据主要结果的假设包含了损失率，计算出最少需要 300 个参与者。

此临床试验是新加坡首个中医机构与四间西医医疗保健诊所的合作项目。科研团队包含了 6 位西医医生与 6 位中医师，共十位双盲和两位非双盲人员。此科研资金来自中华医院。

新加坡卫生科学局和 PIEC 道德伦理委员会相续在 2022 年 1 月和 2 月批准了唯一采用中医辅助治疗冠病的研究方案。2022 年 2 月新加坡再一次面临了冠病

的高峰期^[8]。以岭药业通过本地的经销商免费提供连花清瘟胶囊与安慰剂胶囊研究药物于 2022 年 3 月 31 日抵达新加坡。研究团队在 2022 年 4 月 5 日开始招收患者。迄今，此科研临床试验还在进行当中。

六、新加坡中医治疗 COVID-19 后期与后遗症的病例分享

中华医院病例数据库，验案举隅 2 例：

第一例：

男，36 岁，主诉咳嗽咯痰近 1 个月，2022 年 4 月 2 日初诊，3 月 4 日确诊新冠肺炎。核酸检测转阴后，1 个月来，咳嗽咯痰不适，遂中华医院诊治。刻诊：神疲乏力，心悸，偶咳嗽，咯痰难出，口渴，纳可，眠可，二便调，舌淡红，有裂纹，苔薄白，脉左弦细，脉右弦。辨证：气阴两虚证。草药处方，均每日一剂，处方：党参 4.8g，麦冬 3.2g，五味子 1.6g，薄荷 6g，炙甘草 3g。2022 年 4 月 23 日复诊 (第三诊)：偶心悸，进食过程中易作咳，纳寐可，二便调，舌脉同前。处方：同上方，加百合 10g

患者看诊 4 次，2 周后患者前来门诊，告知诸症皆除。

按语：本医案患者为青壮年，但平素心气不足，得新冠肺炎后伤及肺津。症状以神疲乏力，心悸，偶咳嗽，咯痰难出为主，此为肺气宣肃司失，治节失常，以致周身气机不利，肺气上逆。治以党参、麦

冬，气阴双补；五味子，敛肺止咳；薄荷，清热通气；炙甘草、百合，补益心肺，缓解心悸。肺为娇脏，用药应轻灵，加之患者平素体虚，不易攻伐太过或大剂温补，正如清代吴鞠通所云：“治上焦如羽，非轻不举”，因以清补为主，避免过多止咳药物，伤及正气。治则以扶正为主，使用轻灵宣肺之法，辅佐心肺，使正安而邪自祛，处方以生脉散加减，但因人参昂贵，以党参代之。患者看诊四次，气阴恢复，肺得宣肃，形神得养。

第二例：

男，37岁，主症：咯痰反复发作13天，2022年8月22日初诊，8月10日确诊新冠肺炎。核酸检测转阴后，症状迁延不愈。近2周，咯痰，痰多，遂中华医院诊治。刻诊：痰多，色白，质粘，神疲乏力，腰酸，舌有裂纹，剥苔，腻，脉左细数弦，脉右细数弦。辨证：痰湿郁热，气阴不足证。草药处方，每日一剂。处方：滑石15g，茵陈蒿15g，黄芩10g，石菖蒲6g，川贝母6g，木通3g，藿香3g，射干3g，连翘3g，薄荷3g，白豆蔻3g，黄芪10g，前胡10g，射干6g，浙贝母10g，杜仲15g，太子参1.5g，麦冬10g，白芍6g，五味子6g，川芎6g。患者服用4剂药后痊愈。

按语：本医案患者为青壮年，得新冠肺炎后，余邪未尽，痰湿阻肺，郁而化

热，耗气伤阴，虚实夹杂。症状以咯痰，痰多，色白，质粘为主，体征为舌有裂纹，剥苔，腻，脉细数弦。方用甘露消毒丹化裁，以白豆蔻、石菖蒲、藿香，行气化湿；连翘、薄荷，射干、川贝母，浙贝母清热解毒化痰；木通，导湿热从小便而出；黄芪、太子参、麦冬：补气养阴；前胡：降气化痰清热；五味子，敛肺止咳；杜仲，补肾壮腰；白芍、川芎，活血养血。治则：扶正祛邪，攻补兼施。

七、总结

新加坡位于东南亚，地理位置靠近赤道地区，常年的气温介于25度至34度之间，年均降雨量为2,400毫米左右，因此空气中湿度高，环境较潮湿。因常年酷热的气候，形成了新加坡室外高温，室内空调低温的常态。有学者采用群体体质调查，发现新加坡人多数体质偏于气虚、阴虚和湿热^[12]。在高温高湿的气候下，感染冠病后，身体容易产生虚实夹杂的情况，形成了气虚、阴虚、痰湿或湿热的病机体质。新加坡中医在冠病后期治疗上突显出个体化，辨证论治以及同病异治的思路。

疫情的爆发已有两年多的时间，对全世界造成了多方面的影响。虽然我国中医在治疗冠病患者受到限制，但仍能发挥所长，为战疫情尽一份力。更多人因冠病后遗症而寻求中医治疗、许多病人也希望能通过中医调理，提高自身免疫力，体现了中医“治未病”的观念。

【参考文献】

- [1] SIM S Z, TEO S H, KONG J W, et al. COVID-19 in Singapore - a case series from primary care [J]. Singapore medical journal, 2021, 62(1): 48-51.
- [2] MOH. COVID-19 Situation at a Glance [J/OL] <https://www.moh.gov.sg/>.
- [3] ZHANG J, YANG H, YANG M, et al. The role of vaccines in COVID-19 control strategies in Singapore and China [J]. Health Policy and Technology, 2022, 11(2): 100620.
- [4] 新加坡卫生部, 中医管理委员会. 中医行业的良好临床实践与传染控制的一般咨询 (2020) [Z]. 新加坡; 新加坡卫生部. 2020
- [5] 卫生部通告 157/2020 在阻断措施期后的第二阶段恢复中医服务和安全管理及访客政策 [Z]. 新加坡; 新加坡卫生部. 2020
- [6] 卫生部通告 49/2021 中医服务提供者的安全管理措施和在第三阶段提供中医服务的最新通知 [Z]. 新加坡; 新加坡卫生部. 2021
- [7] WHO. Tracking SARS-CoV-2 variants [J/OL] 2023, <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>.
- [8] MOH. COVID-19 Vaccination Statistics [J/OL] 2023, <https://www.moh.gov.sg/covid-19/vaccination/statistics>.
- [9] RUNFENG L, YUNLONG H, JICHENG H, et al. Lianhuaqingwen exerts anti-viral and anti-inflammatory activity against novel coronavirus (SARS-CoV-2) [J]. Pharmacological Research, 2020, 156: 104761.
- [10] TCM Lianhua Qingwen shows stable in vitro antiviral effect on the Delta variant: Expert [J/OL] 2021, <https://www.prnewswire.com/news-releases/tcm-lianhua-qingwen-shows-stable-in-vitro-antiviral-effect-on-the-delta-variant-expert-301346739.html>.
- [11] U.S.FDA. Assessing COVID-19-Related Symptoms in Outpatient Adult and Adolescent Subjects in Clinical Trials of Drugs and Biological Products for COVID-19 Prevention or Treatment [J/OL] 2020, <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/assessing-covid-19-related-symptoms-outpatient-adult-and-adolescent-subjects-clinical-trials-drugs>.
- [12] 仲伟梁; 新加坡地区湿热证的研究 [D]; 南京中医药大学; 2010 年

2023 年第 93 届国医节 暨第 15 届台北国际中医药 学术论坛纪事

林英（新加坡）

由中华民国中医师公会全国联合会主办，台北市中医师公会承办大会主题为“中医实证与全球化”的第93届国医节庆祝大会暨第15届台北国际中医药学术论坛，于2023年3月11日(星期六)、12日(星期日)，在台北市徐州路2号/台大医院国际会议中心举行。

新加坡中医师公会包括赵英杰会长伉俪，吴佳盛常务理事等13人出席了本次学术论坛，副会长陈建生及一些会员视讯线上参会；新加坡中医中药联合会9人参会。出席论坛大会的除了超过1100位台湾中医师外，本次大会共11个国家160余位

国外专家学者及医师等出席会议及106位远端视讯出席，包括来自世界各国的中医药团体，有中国、韩国、日本、奥地利、欧洲各国、香港、新加坡和马来西亚等。并有全球五大洲同步直播，台湾及国外贵宾中医专家学者69位，研讨会分为6个会场，有71场精彩主题，有“经方研讨会”、“针内科医学临床应用研讨会”、“纪念台湾经方大师张步桃教授第二届国际研讨会”、“中医药临床研究暨新知研讨会”、“112年健保法规暨感染性别研习会”。会议主题涵盖典籍研究、临床案例、实证研究、中医药基础研究、中医药科技研发及中医健保法规。



第93届国医节庆祝大会暨第15届台北国际中医药学术论坛全体出席嘉宾合影。

3月12日大会开幕典礼，现场播放了总统跟论坛祝贺的录制的影片，由台湾副总统赖清德先生致开幕辞，代表政府肯定中医界对国人健康的贡献。除了要衷心祝福所有中医界的先进国医节快乐，也要再次感谢他们平时站在第一线，守护国人健康，在疫情期间协助政府不畏艰难，共同进行防疫的工作，功不可没。出席的贵宾除了总统府副总统赖清德，还有卫生福利部薛瑞元部长、卫生福利部黄怡超司长、各县市中医师公会理事长、中国医药大学前副院长张永贤、花莲慈济医院何宗融副院长、义守大学中医部蔡金川部长、长庚大学中医学系杨贤鸿系主任、慈济大学林宜信系主任等。

大会开幕式政府首长及各国贵宾代表致词合影之后，特别演讲嘉宾有卫福部中医药司司长黄怡超教授“近年来中医药重

要发展”、中央研究院林昭庚院士“针刺深度之探讨”。林院士指出，古籍对于定穴行针虽十分重视，却忽略了针刺的安全深度，医师在针灸治疗时，稍有疏忽则十分容易因下针深度不当而造成意外（如气胸、出血），不但给予病患疾病，疼痛上的额外负担，亦容易引起无谓的医疗纠纷。林院士说，我们搜集从古至今的穴位深度论述，包括典籍，各国教科书，期刊论文研究等，作系统性的回顾，发现针灸典籍内之穴位针刺深度和现代教科书之穴位针刺深度有统计上的差异，因此必须重视穴位针刺安全深度的研究。在研究方面，有尸体解剖和电脑断层扫描等不同技术，研究对象也有尸体和活体的差别，由研究的结果，建议针刺深度，研究方法以影像技术为主，研究对象则建议为活体，且必须根据个体差异，如性别，身高，体重，BMI指数等，进行穴位安全深度统计



出席“全球中医学会联合会筹备会成立仪式”的各国代表。

前排左三为新加坡中医师公会赵英杰会长。

分析，另外还有特殊体型研究，如儿童等。

本次大会除了论坛也组织“全球中医学联合会筹备会成立仪式”各国代表均出席签约仪式。新加坡代表则由中医师公会赵英杰会长，和中医中药联合会郭俊细出席签约仪式。

2023年3月5日（星期日）401会议室 传统医学国际交流研讨会上，新加坡中

医师公会赵英杰会长发表了“新加坡中医发展近况”（卫生政策）报告。

通过本次为庆祝第94届中医节而举行的国际中医药学术论坛，结合国际，各区域的中医药学者，共同探讨了中医的科学性，确立实证医学地位，裨益中医药文化传承，创新中医药的临床疗效，推动中医全球化，促进中医药事业蓬勃发展。

外科学概说

谢斋培（新加坡）

由于外科学是一门错综复杂难懂的科学，同时学外科学主要是依靠临床观察，故在种种缺乏条件下，我校难于设立外科学这部门，以致同学们对外科这一门是很陌生。但作为一个现代的中医生，只懂得内科各部门知识，而不懂得外科这门科学在临床上的应付是不够的，正如像只能在医学路程上跑了一半而已，为了弥补这一个缺陷，小弟愿把数年来从我胞兄斋孙中医师那里学得的一些外科常识，写在这里贡献给诸位同学，使大家对外科学有了一些的概念。限于技术水平，在言论上，缺点和错误一定在所难免，如有不妥的地方请多多给予批冲和指正。

外科学在中国医学文化中，也和其他各科同样具有悠久的历史、它也同内科一样有一套完整的理论。在外科疾患的致病原因，亦不外六淫、七情、饮食、起居、房事、虫兽所伤。如世人所惊怕之癌证，在中医立场上亦认为是由七情中之“怒”伤肝，肝气郁结，忧“思”伤脾，脾气迭运而成。又如六淫中之“风”热，侵入人体内，则发生面部的疮疡（皮炎）等……。

总的来说，不论内因和外因，都能使营卫不和，气血凝滞；经络阻隔，引起各种的外科疾患。在现在医学理论中，身体

部份组织受刺激损伤后，细菌因而侵入，故引起了炎症：然后以毒素多少，抵抗力强弱，以及伤害了什么器官而产生种种不同的症候。这是中西医对外科病的不同处，所以在治疗的原则上亦就各不相同了。接着我再介绍一些外科常见病症及其特性，现简介如下：

外科常见病症及其特性

1、疔

是热毒阻于肌肤而发，在现代医学认为是由化脓球菌（葡萄球菌）所侵袭，而致使皮肤或皮下层毛囊皮脂腺因感染而引起的一种炎症，其症状表现，初生红色小丘疹，发硬有压痛，逐渐扩大，日后即可达小粟大，中心有膜液为黄白色，脓头自溃排出脓头后，其跳胀肿胀现象也随之消退，全程约5-10日，同时兼有全身不适，头晕、怠倦、等症。

2、疔

是外科中严重危险而又急性进行的一种疾病，外形虽小，根脚却很深长如铁钉之状而得名，是由五脏蕴毒，恣食厚味，醇酒辛辣，或感受四时不正之气或昆虫咬伤所致。在现代医学认为疔是发生血管丰富神经密布区域的一种疔，是由于溶血性链球菌传染为多，其状初起时一般是一粒；只有微痛痒的小疮，根盘坚硬

漫肿不收束，后则更向周围漫延肿大，发展很快，在短时间内处理不妥，则有生命危险。

疔常发生部位是在面部（如人中疔、反唇疔、鼻疔、颊疔、等），及生于手足部（如蛇头疔、蛇眼疔、蛇疔疔、红丝疔）它们有这些形形色色的名称，都是以部位形状等而定名的。

3、痈

痈属阳的大症，是由外感或过食膏粱厚味，或外来损伤等原因。在中医外科上，痈一是指西医的所谓“浅性脓疡”，如在乳的乳痈，背部的黄瓜痈等是；它们的症状初起一肿块红热，若不能消散数日后就肿起一粒由硬块而渐在肿顶处转软；十余日后溃破出黄白脓，数日后，收口痊愈。

一是指西医的所谓痈，即由多粒疔混合而成，如在背部的莲子发、蜂窝发等是，初起一小疔而周围红肿在原疔之旁又起多粒白点，不久即成疮；十余日后，疮上如莲蓬、蜂窝之状，在第20日左右，脓头去疮渐口收而愈。

4、疽

属阴大证，多由于火湿热之毒凝结而成，或忿怒郁闷，肝胆气火郁结所致。在中医亦是分作二种。一种是指多粒疔混合在一起而成，西医亦叫做痈，它与上述的痈的分别是前面的痈属阳症顺症。生后不久就成莲子蜂窝的溃烂成疮，这一种的痈

亦进由疔变成但多生于破皮之处，生后外只一小疮微露脓意，正是所谓“孔中结子似留芳”而皮下漫积脓似疽往往有危及性命，（如胸疽、胸蝼，发背等是）。

一种是指现代医学认为是属于深部脓疡，属一种发生在局部或器官的局限性脓液积聚，本症特征有四点：

- (1) 发展过程很缓，初期只觉得局部有酸痛；
- (2) 漫肿坚硬、无头皮色如常，只发一处；
- (3) 中期就逐渐有疼痛的感觉，待脓成熟，中央部方始发现轻微的潮红，局部有柔软其疼痛程度若发于筋骨则疼痛彻骨，难以转动；
- (4) 后期自溃或切开后，泄脓液多为不正常的如在四肢或关节处以其病灶深在，故痊愈后往往造成畸形久不收口，若严重的有生命之危。本症易发生在大腿部及膝部（如阴疽、鹤膝风、液疽、踝疽）等是。

以上所举之四症，乃是外科代表证，另有各种皮肤病如在这马来西亚之热带地区最常见之湿疹皮炎。又有顽固之阴证，如癌、瘰癧、痰注（属疽部门）更有鼻、耳、咽科内外部疾患……等等，都是外科的重要范围，但因版位关系，无法一一详言，只希望同学自己去参考一些外科学籍及请教有丰富经验，学识渊博的外科医生。最后我们来谈谈关于辨证论治法则：

中医外科除局部疗法，兼用全身疗

法，故对病人体质全身症状的鉴别极为重视，所以称中医的特点是从整体出发，不是以局部来看问题，如辨证上大体可分阳证与阴证，善症与恶症，顺证与逆证，虚证与实证，及鉴到肿和痛，脓和痒…

外科辨证法则

这些都是外科辨证法则。由于辨证是一复杂而细致的工作，因此不厌繁再举例简单介绍：

1、阳证：凡在病理变化中有热、实、兴奋、亢进、激动、强盛……等现家时统称阳，在症状表现是高肿，色赤痛甚，皮薄而泽、脓水稠粘、神清气朗、在腑在肤。

预后：脓易化口易敛，其来速愈亦速。

2、阴证：凡在病理变化中有寒、虚、抑制、衰退、宁静、微弱……等现家时统叫做阴，在症状表现是初起如粟大的乞丐（从广），未熟已见白头，不红不肿不掀热，木硬不痛、形平塌脓水清稀，或臭败，痿惫，在骨在脏。

预后：其来不骤，其愈最难，有疮毒未形精神先困，现恶症，成为败症。

3、虚症：代表机体反应力衰弱、抑制、的证候群，如怕冷脉弱无力，面色苍白、声音低微、食欲不振，粪溏薄尿清。

4、实证：代表机能应力强盛、兴奋的证候群：如壮热，脉洪大有力，面色潮红、声大呻吟，口渴腹胀，便秘尿短赤、舌苔黄燥。

以上只叙述阴阳、虚实之诊断法，其他的善恶症、顺逆症及痛痒白脓肿的鉴别，可参考外科专书，但要懂得它们共同法则——就是鉴别局部及整体好坏二方面，故凡见一切外科疾患，属阳证实证顺症善症等都是预后良好，若见阴证，虚症，逆症，恶症，等都是预后不良。

而关于论治法则，中医对外科病的外理，主要的精神是以局部来看问题，要分阴阳，虚实，表里寒热，必须具有整体统一的观念，随着病症的演变并结合病者体格情况，在不同的病状转变过程中施以适当的疗法，换言之，中医外科所遵守的治疗法则，初步估计的有下则三项要点：

- (1) 扶植人体，抵抗力；
- (2) 掌握疾病的发展规律和它的演变；
- (3) 解除人体阻碍发挥自然疗能的一切因素。

中医外科处理疮疡可分内治和外治法两方面来谈，在内治方面，是按病变过程中分消、托、补、三大法；如：

1、消法：适用于未成脓的肿疡，能使共消散于无形，常用之剂是主要仙方活命散，或内消散。

2、托法：施用于肿疡和溃疡的初起的初期，在正气不足的情况下，能托毒外出，或化脓，迟授佐以攻透，排脓不畅的佐以排脓；常用方剂如托是消毒散，透脓散，排脓散。

3、补法：用于溃疡后期，气血虚的宜补益气血，方剂宜四物、四君、八珍、十全、等剂帮气血的恢复。

以上三法在临床作为主法，另因发病原因不同，病情的变化不一，又分出攻里法、行气法、化痰法、清热法、理湿法、养胃法、温养法等都是与上述三法有着密切关系，在临床常常配合应用。一般在中医外治法，是在帮助内治之法，有如疮疮初起须用消法，在处理时除内服消散之药，在外治上宜用如意金锭散、四虎散、或膏药，外敷助其消散。在脓已成之期，

内用托法，外宜膏药或药丁助其拔脓消毒，症见溃疡，属气血虚之症一面内用补法一面外用生肌玉治资，大乙膏助生肌收口……等法。但临床上的病症是千变万化的不能以刻板的或公式的方剂而进行治疗，要结合患者的体格症类病等等须灵活运用。

上面所介绍外科之概说，只不过是外科上一个初步的概念，若要真的了解外科精华。必须要下一番功夫，才能达到目的。

【参考文献】

- 1、 医宗金鉴（外科）
- 2、 外科正宗
- 3、 外科大成、
- 4、 中医科学讲义
- 5、 中医外科诊疗学
- 6、 皮虐科临床手册
- 7、 皮肤病诊疗学
- 8、 临床外科须知（西医）

*本文转载自新加坡中医专校第五、六届高初级毕业刊，第 70-71 页。（1964 年）

读伤寒论后

——辨太阳白虎证与厥阴白虎证之异同

方焕辉（新加坡）

据伤寒论太阳篇白虎证条下曰：“伤寒，脉浮滑，此表有热，里有寒。”厥阴篇白虎证条下曰：“伤寒，脉滑而厥者，里有热也。”两条脉证互有异同，惟其治法均主用白虎汤。

考其平脉，在太阳曰：“脉浮滑，”无厥字。在厥阴曰：“脉滑而厥，”无浮字。其辨证在太阴既曰：“此表有热，里有寒。”在厥阴又曰：“里有热也。”

因进而求其故，知仲圣示人以寒热，所以特揭一“此”字，重提三“有”字。其意实欲提醒医者之着眼，须细认之，而知此为有也。恐熟视无睹者流，粗认之，辄引以为无也。盖“有寒”，“有热”云者，非显然与人以共见者也。

夫证象既不能与人以共见，纵能悬揣而得之，而“里有寒”与“里有热”之分，得母大相径庭乎？盖白虎汤对于有热者，当然中与；若在太阳之“里有寒”，或在厥阴之外而厥者，又得母间乎？然而毅然敢主用之者，果何恃耶？

间尝细味其谊旨，知善用伤寒方者，其识见当以脉象为准绳。识脉然后识阴

阳，识阴阳然后知气化，能从气化上着眼，则病形无所隐遁矣。是则上述白虎证二则，俱系在脉象上露端倪，而从阴阳气化上讨消息，所谓不得于证，当求诸脉者是也。

以故，太阳篇曰：“伤寒，脉浮滑。”盖太阳病，脉当然浮，发于阴曰伤寒，脉当浮紧，不为浮紧而为浮滑，显见伤寒之变相，知入里之寒而化热于表，所谓热病皆伤寒之类也。

惟别具只眼者，能从浮滑之脉象上，辨出表有热，里有寒。假使脉浮滑而里有热，是热不浮而寒浮，寒浮则表有寒，即伤寒论内所谓“其表不解者，不可与白虎汤”矣。

况太阳病，若寒浮于热，是邪从本不从标，邪既从本，太阳之本为寒，安有从本之寒邪，而能酝酿成白虎证乎？此正由其已化之热浮于表，未化之寒犹在里。表者，太阳之标也。里者，太阳之本也。是脉浮滑则邪从标不从本，已大显其然矣。故虽暂时里有寒，终必尽化为表有热，若待其里之寒尽化为表之热之后，则白虎又不中与矣！

何则？盖现在之热，即过去之寒，现在之寒，即未来之热，迨里无寒时，热又过去矣。于是一变而为在表则重热，在里则无邪。其里只有太阳之本气中气在，实属无可白虎汤之理。且里有寒，白虎汤亦非尽可滥用，势必征诸脉浮滑，里有寒，始可主用之。

原因，系浮滑之脉，正里寒外向之征，白虎一到，弥增其外向之力量，因势利导，借里寒以辟易其表热，寒去热自去，是太阳白虎证全在脉浮滑上见真途，所以毅然主用之而无不中肯。

若厥阴篇，则仅曰：“脉滑”。夫滑为阳脉，滑而不浮，则知热不在表而在裏，推而知之，在里之热，乃少阳中见之热，以助行其阳，故脉得流利而滑，所谓阴病见阳脉者是也。

独是脉滑而不浮，必无表有热之希望，（厥阴病脉微浮为欲愈）有滑脉在，亦无里有寒之隐变，（厥阴里有寒属脏有寒）惟不为脉滑而热，而为滑脉而厥。又不曰滑脉厥，更不能认厥作热。不过浮藏则厥露，故多一“而”字，正厥阴中见之热，为厥所掩，于是知“里有热也”。

假令不厥，又仿似太阴之“表有热”矣。果尔，则不浮之热，又不能久持，势必前热者，后必厥。是热掩其厥，为里有厥矣。与本证厥掩其热又不同论。

况热本非厥，厥亦非未来之热。在太阳则寒化热，热化寒。在厥阴则阴为厥，阳为热。则须认定厥阴在里，不能任受白虎汤，必厥阴在表，然后白虎汤始可行也。盖厥阴为绝阴，行里中之半表里。以三阳为表，其表为太阳之范围，虽厥阴在表，亦不能作其表不解论，故不曰：表有厥，为可知矣。

且阴阳气不相顺接便为厥，脉滑则阳长于阴，阳伸厥必缩，是“里有热”三字，便可受白虎汤而有余矣。热去厥必远，无非归纳阴阳之本位。脱令得白虎汤而厥不远，是其阳已消失，无复见阳之地矣。

夫白虎汤，在太阳则主表而及于里，在厥阴则主里而不及于表，无非恃有浮脉在，则阴阳俱有充沛之活动力，乃能驾御白虎行所无事以去热邪。其掣悍若驯，化逆为顺之功，固仲圣制方之妙，亦惟能守其法者，始能见机而用之耳。

综观《伤寒论》立白虎证达八条，加参者有其五，无加参者有三。究其命方之旨，实自易，“风从虎”中得来，取秋凉之义。方中君石膏而（操）用之。石膏纹如肌理，有从腠理直达毫毛（之效用），本属表药。特佐以粳米，斯稟中气而行。再用甘草以掣其悍，合知母以下清肃之气，故能从三焦以达膀胱，其猛进之势，一往无前，此其间不容有丝毫阻力，故小

便不利，与其表不解者，皆禁用之。其加人参者，乃为其渴，是以伤寒论内有加参者，皆有渴字，无加参者，则无渴字。盖有渴之证，其热露，无渴之证，其热藏。要之，辨证不离乎平脉，用方尤必明其制作，庶几见病知源，而指挥如意，岂斤斤于据证以用药已哉？

作者——暇喜读《伤寒论》。间或辨其异同，且载之于笔，以备研揣之助，近见中医学报首期，关于伤寒论撰述甚多，见猎心喜，因不揣谫陋，阐释是篇，就正于星马医学界诸先进，冀有所裨益也。

1962年11月写于新加坡长沙医学会

*本文转载自新加坡中医专校十周年纪念特刊，第74页。（1963年）

失传的营养学——远离疾病

陈蓓琪（新加坡）

前言

最近阅读了江西科学技术出版社出版，王涛博士撰写的《失传的营养学——远离疾病》一书，此书作者作为医学博士，独辟蹊径，在营养医学领域倾注心血多年，对营养在生命内循环中的作用和影响提出了一些新见地，并在多年的跟踪随诊实践中证实了营养在医学领域的新贡献。

此书对高血压、糖尿病、冠心病、高血脂、脂肪肝、肥胖、失眠、痛风、肝硬化、肾炎、更年期综合征、脑萎缩、老年性痴呆、多种精神心理疾病和各种骨关节肌肉疾病等几十种难以治愈的病症从营养学角度提出了新的见解。

王涛，1968年生，河北人，跟医学打交道二十多年。西医本科、硕士，中西医结合专业博士，后到日本东京大学做肺癌研究两年。医学专业知识功底深厚，对临床各科、男性学、病理学和肿瘤学等多学科都有很深的造诣，对各种疾病的发生、发展和治疗，对人体营养与健康的关系都有深刻独到的见解。王涛博士倡导建立的营养医学，是一套全新的理论体系。王涛博士带着他的营养医学先后在北京、上海、青岛、郑州和乌鲁木齐等全国各地演

讲，大江南北，好评如潮。为全国各地渴望健康的朋友进行健康指导，救治各种疑难病症众多。

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

第1章 用知识指导生活

当您翻开这本书，恭喜您，您就已经开始用知识指导生活了。您知道用知识指导生活有多重要？您知道您靠什么活到今天的？太危险了!!! 您生活中绝大多数的行为方式都是模仿来的，也就是说，您是靠模仿活到今天的。比如刷牙，我们是怎么学会刷牙的？就是看父母怎么刷我们就怎么刷，当初父母横着刷牙，我们就横着刷牙，这就是模仿。有一天有一位懂得一点点牙科知识的人告诉我们，横着刷不好，横着刷会把牙龈刷坏，而且脏东西都在牙缝里，横着刷也刷不出来，清洁效果差，应该竖着刷。您看就这么一点点的牙

科知识，就改变了今天所有人的刷牙方式，这就是用知识指导生活。而今天我们生活中的绝大多数动作仍然是模仿，看别人喝酒，没死，看来酒就可以喝；看别人吸烟，没死，烟就可以吸；看别人喝敌敌畏，扔下小瓶就倒下了，不行，这个不能模仿，这个劲儿太大。正是因为看别人怎么活着您就怎么活着，所以人家得什么病，您就得什么病，人家怎么走的，您将来就会怎么走。正因为是靠模仿而不是靠知识活到今天的，所以死都是死于无知。发生在您自己、您的家人、您的亲戚朋友身上的悲剧都是缘于无知，是缘于您生活中的点点滴滴，缘于您没有用知识指导您的生活。而用知识指导生活，就会让我们轻松、快乐、安全地享受生活，不再为健康担忧。“不再为健康担忧”这是多少人一生的追求，多少人挣了钱也不敢花，因为不知道意外什么时候到来，担心自己生病而无能力救治，每天生活在提心吊胆之中。其实让健康有保障只有一条可行之路，就是通过学习获得维护健康的知识。这就是本书的目的。所以您千万不要把本书简简单单地就看成是一本书，它将成为您一生的良师益友。我以为它是有生命的，它将为您搭载一个获得健康的平台。

第2章 被严重误解的“亚健康”

第1节 正确认识亚健康

让我们先来测试一下，您觉得您有没有病？有病？没病（即100%健康）？还是处在亚健康阶段？为什么要做这个测试呢？因为这里涉及到一个极其重要的概

念—亚健康。首先说，“亚健康”这似乎是一个很流行很常用的词，不学医的说，学医的也说，一般医生说，医学专家们也常用。连世界卫生组织（WHO）这个管全世界人民健康的机构也不甘人后，公布了亚健康的人群比例，世界卫生组织提供的数据告诉我们，在这个世界上5%的人处于健康状态，20%的人有病，而剩下的75%的人是亚健康。其次，只有真正认识了亚健康的本质，我们才能对自己的健康有一个正确的认识，才会懂得随时随地关注和维护自己健康是何等的重要。

亚健康这个名字是由谁开始使用的已不重要，重要的是“亚健康”这三个字就不知害死了多少人。我们看到：一些人疲劳、乏力被说成是亚健康；一些人头昏、失眠被说成是亚健康；一些人烦躁、注意力不集中、记忆力下降被说成是亚健康；一些人浑身上下哪里都不舒服，就是找不出是什么病，也被说成是亚健康；以至于有些人到死都搞不清是怎么死的。所以有一句顺口溜：亚健康是个筐，搞不清楚就往里装。所谓的“亚健康”这种模糊的叫法实在害人不浅，因为它严重妨碍了我们对疾病的认识和理解。但可悲的是，即使是世界卫生组织也没能给我们一个清晰易懂的定义。它告诉我们“亚健康”是指介于健康与疾病之间的边缘状态，又叫“慢性疲劳综合症”或“第三状态”^①。这样的定义对我们解决“亚健康”问题又有多大的指导意义呢？这个概念对我们太重要了，不能一直糊里糊涂地叫下去，我们一

定要搞清楚它的本质，更何况揭开它的实质并不难。

人的一生很简单，想想看，人的一生其实就两种生活状态，我管它们分别叫做院内状态和院外状态，即医院内状态和医院外状态，您要么是在医院里住着，要么在医院外住着。您发现没有，从健康的角度讲，人总在健康和疾病这两种状态之间徘徊，这一辈子永远走在去医院的路上。一端是100%健康，另一端是疾病，那中间区域就是我们常说的亚健康，对不对？

那么亚健康到底意味着什么？举个例子您就明白了。有很多朋友都听说过冠心病这个病吧，什么是冠心病呢？就是给您心脏供血的动脉血管（医学上称之为冠状动脉）堵塞了，当堵到70%左右时，您就不舒服了，就会出现心慌气短胸闷等症状。您就得赶快去医院看医生，医生给您一检查，发现您的冠状动脉血管已经堵了70%左右了。就给您写下了一个诊断，即冠心病。那您说是医生写“冠心病”这三个字时，您的冠脉血管一下子就堵到了70%吗？答案很明确，当然不是了。我跟您讲，要想让您的冠脉血管堵到70%，那要经过您几十年的“努力”才能实现。您的血管可能在您几岁时就开始堵塞了。那么当血管堵到40%时，您有感觉吗？您平时什么感觉都没有，充其量是很生气或干重活儿时，可能会出现胸闷和容易疲劳的表现。但血管堵到40%时您有没有病？您一定是有病呀，因为您生下来时一点也没有堵。也就是说，在这一阶段，虽然有病，但您没什么感觉。您的血管一点都没

有堵时，这就是100%健康的状态，而当堵到70%时，您就有感觉有症状了，到这时才给您诊断成冠心病，而从血管一点都没有堵到堵到70%的程度之间的状态就是我们常说的所谓的“亚健康”。

这个例子告诉我们，“亚健康”这个叫法是不准确的，准确的叫法应该把“亚健康”改称为“疾病的早期阶段”，而不是什么“慢性疲劳综合症”或“第三状态”。也就是说“亚健康”时，您不是没有病，而是处在“疾病的早期阶段”，或叫“疾病的非临床阶段”，您几乎没有什么症状，但您已经有病了。而今天我们称呼的“疾病”，应该称为“疾病的晚期”或“疾病的临床阶段”。当您见到一位朋友，您问他“你怎么了”，他说“我病了，我要去医院”，其实他是到了疾病的晚期。想想您自己和周围的人，大多都是受不了了才去医院的。所以，您要清楚，不只是癌有早期晚期之分，所有的病都有早期晚期之分。必须到医院去治的所有疾病都是疾病的晚期，因为如果您身体能够忍受，您就不会去医院。

在疾病发展的过程中您为什么有受不了的阶段？这就涉及到“亚健康”的本质了。亚健康的本质其实是消耗储备的过程，储备是什么意思呢？就是等着用。平时往银行里存钱就是一种储备，可以称为资金储备，就是等着用的钱。国家不打仗，要不要生产军火？要，等着用，万一要打起来呢，这就是军备。我们的身体就有这样的储备机制。我们看换肾的人，只换一个肾也能活得很好，为什么要长两个

肾？这就是储备，再比如，您有两个肺，左肺和右肺，您静静地站着聊天，可能用半个肺就够了，那剩下的一个半肺做什么？等着用。一会儿您去跑步，半个肺就不够了，可能就得用到一个肺，那还剩下一个肺作为储备等着用。您可以想一想，如果您只有半个肺，那您稍微一动就会出现胸闷气短的症状，因为您没有储备了，而当您有两个肺有完好的储备时，您就可以随心所欲地去运动。但危险也随之而来。比如有一天，您的右肺上长了一点东西，就这么一小点东西，因为您有储备，一定不会影响到您的呼吸功能，您不会出现胸闷气短等症状，也就是说因为没有感觉，您不知道已经长了这个东西，所以也不会去看医生。疾病就是这样，您不管它，它就会继续长大，您还是不知道。再长大一点，您还是不知道，那就再长大一点，再长大一点，直到有一天，把储备都消耗完了，您才会有症状，出现胸闷气短，赶快去看医生，一查是肺癌晚期。所以一方面有储备是非常好的一件事，它让我们有很多的活动方式可以选择，正因为有身体各部位的功能储备，我们才可以为所欲为，才会有挑战极限，有奥运会等等的活动。运动员所做的就是挖掘储备、挑战自己的储备极限的过程。我们通常说的人的潜能，就是人的身体各部位的功能储备，激发潜能的过程就是大量动用储备的过程。但另一方面储备也有一个弊端，就是它导致绝大多数疾病在早期没有症状，导致我们很难发现它们，比如冠心病、癌症的早期。

注：世界卫生组织制定了一个有30个项目的指标，认为只要有人符合其中6项以上，就可以初步认定为处于亚健康状态。这30个项目是：

- (1) 精神紧张，焦虑不安；
- (2) 孤独自卑，忧郁苦闷；
- (3) 心悸心慌，心律不整；
- (4) 耳鸣耳背，易晕车船；
- (5) 记忆减退，熟人忘名；
- (6) 兴趣变淡，欲望骤减；
- (7) 懒于交往，情绪低落；
- (8) 易感乏力，眼易疲倦；
- (9) 精力下降，动作迟缓；
- (10) 头昏脑胀，不易复原；
- (11) 体重减轻，体虚力弱；
- (12) 不易入眠，多梦易醒；
- (13) 晨不愿起，昼常打盹；
- (14) 局部麻木，手脚易冷；
- (15) 掌腋多汗，舌燥口干；
- (16) 自感低烧，夜有盗汗；
- (17) 腰酸背痛，此起彼伏；
- (18) 舌生白苔，口臭自生；
- (19) 口舌溃疡，反复发生；
- (20) 味觉不灵，食欲不振；
- (21) 反酸暖气，消化不良；
- (22) 便秘便稀，腹部饱胀；
- (23) 易患感冒，唇起疱疹；
- (24) 鼻塞流涕，咽喉肿痛；
- (25) 憋气气急，呼吸紧迫；
- (26) 胸痛胸闷，心区压感；
- (27) 久站头昏，眼花目眩；
- (28) 肢体酥软，力不从心；
- (29) 注意力分散，思考肤浅；
- (30) 容易激动，无事自烦。

第2节 您多长时间“检修”一次

正是因为疾病有早期阶段，而且在这一阶段，您不会有什么明显的感觉，所以要主动自觉地检查自己的健康状况，要定期对自己的健康状况进行评估，毫无疑问，要做到这些只有通过一个行之有效的途径——检修。检修的意识非常重要，但可悲的是，很多人一辈子都几乎没有检修过，这样非常危险。很多人做事没有逻辑，很怪，您看他买一辆破车可上心了，每天擦呀洗呀，定期保养，该大修还去大修，这样做不就是为了能让车多用几年吗？而我们人体，可以说是世界上最精密的一台仪器，但却不定期检修，即使有往往也是检而不修。直到有一天不能再用了，只好被送到医院大修。到医院去修，肯定是该拆拆该卸卸，这儿不能用了，扔掉；那儿不能用了，扔掉；整个儿都不能用了，扔掉。最后您就这样被扔掉了。

检修不是简单地到医院做一些例行体检就行了。医院的各项检查是很有用很有帮助的，但这些检查需要非常细致入微地分析，而具有这种分析能力的人并不多，更不要讲很多人靠机器进行评估了。通过医院的检查获得的各种数据，即使是在正常值的范围内，也并不能说明您是非常健康的，因为这些检查有一定的分辨率。比如您的肝脏都严重受损了，甚至到肝硬化阶段了，但您的肝功能的检查结果仍可以是正常的。这就需要评估人员对这些检查结果有很深的理解，有敏锐的洞察力，要通过您的检查结果和您在生活中及身体上的各种变化，包括您的睡眠、您的食欲、

消化、大小便、平时的疲劳感、体重的变化等等很多很多的细节，对您的健康状况进行综合评估，分析出您目前的健康状况和未来的健康走向。这是一个运用专业知识进行综合分析的过程。

光检不修也是一个普遍现象。例如很多人检查发现自己是高血脂，因为高血脂并不太影响日常的生活和工作，所以很多人并不重视它，甚至还轻松地跟朋友们讲自己是高血脂。事实上，您不知道，您出现高血脂的那天，就是您的心肌梗塞和脑血栓快速发展的开始。对于检查出的问题一定不要置之不理，要及时将它们解决掉。否则一方面光检不修使检查变得没有意义，另一方面，置之不理的结果就是让疾病得到快速发展的机会而造成严重后果。就像一个苹果，您在屋子里放了两个多月，也没坏，但一旦有一天您发现它坏了一小点，那么这个苹果会在一周之内烂掉。

第3节 世界上有100%健康的人吗？

如前所述，世界卫生组织，这个世界上最权威的卫生机构，告诉我们健康人群占5%，20%的人有病，而剩下的75%的人是亚健康。通过上述对亚健康的讨论，您已经清楚了，亚健康也是病，是疾病的早期阶段。所以，从这个角度讲，我认为世界卫生组织的数据可以改一改了，也就是，这个世界上，有病的人多达95%。那还剩下5%的人是健康的。如果问您是否健康，您可能也觉得自己很健康。

那么这个世界上有 100% 健康的人吗？想想我们的生存环境，您相信不相信您呼吸的空气中有大量有害气体？如果相信，那您吸一口空气，身体就会受到伤害；您相信不相信您喝的水中有很多有害物质，如果相信，那您喝一口水身体就会受到伤害；您相信不相信，您吃的饭中有大量有害物质？如果相信，那您吃一口饭身体就会受到伤害。您吸一口气，喝一口水，吃一口饭身体都会受到伤害，更何况空气中的有害物质会通过您的皮肤不断进入身体而损伤到您的身体。也就是说，您在时时刻刻随时随地受到伤害，那您怎么会是完全健康的呢？从逻辑上就讲不通。就像一个人一会儿从墙上抽一块砖扔掉了，一会儿又从墙上抽一块砖扔掉了，虽然楼没有塌，但这个楼还完整吗？

世界卫生组织判定一个人是不是健康，充其量也就是通过各种仪器检查。您相信不相信他们所使用的仪器有分辨率？即便如此，这些仪器也不能查出所有疾病。很多肝硬化病人甚至到死他的肝功能都是正常的。所以健康是相对的，不健康是绝对的，在这个世界上没有一个人是 100% 健康的，所有人都是病人。也就是说，所有人都是走在通向医院的这条路上的，只是距离医院的大门远近而已。

第 3 章 健康要掌握在自己的手里

人生的终极目标就是追求自由。试想，如果在您的生活中，时间是自己支配的，财富足够您使用，可以做到随心所欲，空间移动是自由的，想去哪里就去哪

里，这是何等美好的生活。但您一定要认识到，健康自由才是您的第一自由，一切的一切都是以您的健康为基础的。因为失去健康，扔下自己的亲人、朋友、财富、家产、事业等等的一切而独自一人离开这个世界的悲剧举不胜举。尤其是那些社会精英，那些科学界。知识界、演艺界、商界的精英因为健康问题而过早离开我们，无疑是整个社会的损失，是我们每一个人的损失。

重视健康无论强调到什么程度都不过分。而只有那些因为不重视自己的健康而被生活教训过的人、那些从死亡线上又回来的人，才会真切地体会到健康有多重要。我们看到很多“死过一回”又活过来的人在生活释然了，不计较了，只在乎自己的健康了。健康是底线，千万不要越过。生活中多少人拼命赚钱，但最后却拿钱救不了自己的命；生活中多少人因为没了健康，家产变成了遗产，而自己独自一人惨淡离开人世。问您想不想得病，您的回答一定是否定的，但您为了防止得病做些什么了吗？您为健康有多少投资呢？太多的人每天喊着要健康，但却时常做伤害自己身体的事。

很多人觉得手里没几个钱心里不踏实。当有了一些钱后，心里有底了：这下好了，看病不用发愁没钱了。有一次，我和我的大学同学一起吃饭，他是一家有名的大医院的血液病科的医生，他人很优秀。在边吃边聊中，我问他：“你们一天最多能帮病人花多少钱呀？一两万没什么问

题吧。”他回答道。血液病很少有在几个月或半年之内治愈的，治疗几年的很常见，您算算要花多少钱？不单血液病是这样，在临床我们经常看到的事实是：一个中产阶级家庭，从他们富裕的生活到赤贫只需要一场大病。跟医学打交道20年的时间，让我深深懂得：有钱不能获得健康，只有懂得如何维护健康的知识才能拥有健康。

尽管健康维护需要一定的费用，但维护健康绝不是有没有消费能力的问题。维护健康更需要的是相应的知识和维护健康的观念。很多人把自己的健康维护托付给医生，但不知道这是多么危险的事。我的一位同学，是一名外科医生，有一天打电话跟我说，他要去做个手术，我吓了一跳，赶忙问他怎么了，他说是慢性胆囊炎。做手术的前一天，我担心他会很紧张会多虑，因为他是医生，医生由于十分了解病情他会联想无穷，他知道这是多么危险的事，您没见很多医生给别人看病时轻松自如，而等到自己得病后却吓得要死？所以我就打电话给他，告诉他不要紧张，在外科胆囊手术很常见，不是一个什么了不起的大手术，手术一定会很安全的，因为那些医生都做熟了。为了心理上支持他，我说我第二天会去看他。他很要强

的，不让我去，说：“你不要来，刚做完手术，肯定不好看。”我说：“没关系，反正你平时也不好看。”手术的当天下午我就去了，那会儿他刚醒，身上还插了一些管子，见到我来了，苦笑了一下，那个笑确实不好看，但他说的一句话，我印象却很深，他说：“没想到这次让别人给收拾了。”等到他出院后，我又跟他一起庆贺，一定要庆贺，因为他能活着回来呀。几杯酒下肚，他说了一段很触动我的话，他说当他被麻醉前的那一刻，自己躺在手术台上，人生第一次深切地感受到生命的脆弱，因为马上自己的生命就不由自己做主了，而要交给别人管理几个小时。您想想把生命交给别人管理几个小时，这是多么危险的事。您把自己的一点点钱放在别人那里保管一会儿都不会放心，您把自己的生命交给别人管理，您会放心吗？所以健康一定要由自己管理，要掌握在自己的手里。一个医生，做的是胆囊手术，而切除胆囊又是一个很小的手术。但您看看人家在手术之前做了什么准备？他把自己家的银行账号和保险号工工整整都写在一张纸上，交由他的妻子管理。因为他知道，即使是这样的一个小手术，也可能出现意外，也可能让他一去不归，所以健康只有掌握在自己的手里才最放心、最有尊严。



《新加坡中医杂志》是新加坡中医师公会主办、国内外公开发行的专业性学术半年刊。编委群旨在与时俱进，反映新世纪、新年代、新潮流的中医中药的发展史轨迹，举凡中医药、中西医结合的最新科研成果、先进技术探讨、临床经验与医药动态以及中医中药新的解决办法、中医药最新的理论研究、骨伤推拿及其他理疗方法在各科临床的应用、非药物康复疗法经验汇总以及复方制剂的开发与探讨等，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、创新性及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（加方据号置右上角）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7月31日

顾问 赵英杰 林秋霞

编印 新加坡中医师公会

主编 王美凤(宣传出版组主任)

副编 潘虹陵(宣传出版组副主任)

编委 梁桂贤 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

