



本期之药

地黄

药用的根茎，鲜时黄色；归心、肝、肾经。

生地黄性味甘，寒；具清热凉血，养阴，生津功效。用于热病舌绛烦渴，阴虚内热，骨蒸劳热，内热消渴，吐血，衄血，发斑发疹。

熟地黄性味甘，微温。具滋阴补血，益精填髓功效。用于肝肾阴虚，腰膝酸软，骨蒸潮热，盗汗遗精，内热消渴，血虚萎黄，心悸怔忡，月经不调，崩漏下血，眩晕，耳鸣，须发早白。

中华医院

仁风义举 泽及病黎 功德无量



Singapore Chung Hwa Medical Institution

(Established By Singapore Chinese Physicians' Assn.)

亲爱的朋友，

中华医院是本地最大的中医慈善医疗机构，也是经卫生部批准的公益机构。目前除了大巴窰总院外，在全岛还设有分院：义顺分院、兀兰分院、武吉班让分院、马林百列分院及中华医院@VIVA。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, Marine Parade Branch, SCHMI@VIVA. SCHMI provides quality TCM medical services to the community at low charges, regardless of race, religion or nationality. The patients from low-income families can apply for medical fee waivers.

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

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

兀兰分院 Woodlands Branch

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

义顺分院 Yishun Branch

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

中华医院@VIVA SCHMI@VIVA

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

马林百列 Marine Parade Branch

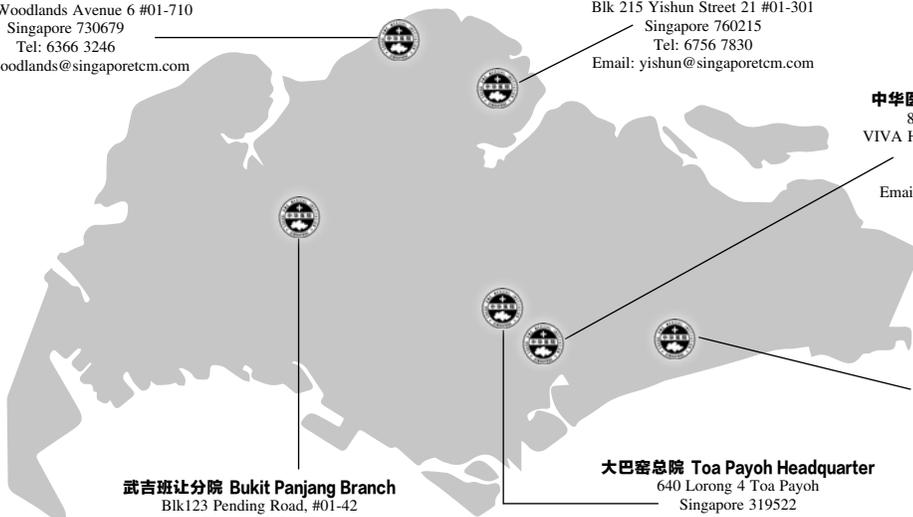
Blk 60 Marine Drive #01-54
Singapore 440060
Tel: 6444 8727

武吉班让分院 Bukit Panjang Branch

Bk123 Pending Road, #01-42
Singapore 670123
Tel: 6766 7576
Email: bukit_panjang@singaporetcm.com

大巴窰总院 Toa Payoh Headquarter

640 Lorong 4 Toa Payoh
Singapore 319522
Tel: 6251 3304
Email: chunghwa@singaporetcm.com



临床

1. 胆囊炎并发心血管疾病临床治疗效应一例 / 新加坡·何和松 2
2. 仙方活命饮的临床应用 / 新加坡·卓扶蓉 4
3. 牵旋针推复位法治疗颈源性心脏病 (CHD) 临床观察 / 新加坡·许柏光 7
4. 从历节病——解读临床类风湿关节炎 / 新加坡·王美凤 13
5. 针刺阿是穴治疗梨状肌综合症 50 例 / 新加坡·朱晓刚 17
6. 针药并用治疗郁证 / 新加坡·杨昌志 20
7. 董氏奇穴治疗肠胃病探讨 / 新加坡·何明根 26
8. 浅谈贲门失弛缓症的中西医治疗概况 / 新加坡·闫立群 31
9. 浅谈通调带脉法治疗腹型肥胖 / 新加坡·李倩绮 35

学术探研

1. 九宫八风针刺法简介 / 新加坡·李明姝 37
2. “晕”的病因与鉴别 / 新加坡·黄惠萍 47
3. 大柴胡汤的现代研究及临床运用 / 新加坡·黄子伟 57
4. 浅谈内经《咳论》 / 新加坡·李月香 62

新加坡杏林人物志

1. 推崇经典 精勤不倦——杨松年 / 新加坡·林英 67
2. “悬壶济世 福荫众生”的陈立健——澄清中医世家十四代 / 新加坡·林英 73

学术交流

1. 广西壮医游学记 / 新加坡·祁梁 74
2. 传承创新 团结共赢
——世界中医药学会联合会肿瘤康复专委会第七届学术大会 / 新加坡·林英 78
3. 引领中医 开拓专科——新加坡首届专病组高峰论坛成功召开 / 新加坡·林英 81

甘醇共享

1. 发痒的皮肤病 / 新加坡·谢霁孙 85
2. 立竿见影——针灸临床经验谈 (续) / 新加坡·李金龙 89

知识库-分享栏目

1. 失传的营养学——远离疾病 (三) / 新加坡·陈蓓琪 93



你可通过本目录点击“click”直接进入要阅读的文稿，阅毕可点击文章下方的返回箭头，返回主目录页。

胆囊炎并发心血管疾病 临床治疗效应一例

何和松（新加坡）

历年来，临床上我们面对和处理了不可胜数的心血管疾病，前年末（2022年11月8日）我院来了一例棘手与错综复杂的病例。

患者杨某某，男性，年龄65岁，身体瘦削，2个月前因胃痛入院检查，经CT检查扫描检查为胆结石，造成胆管穿孔，胆汁外溢，酿成败血症，全身肤黄，右胸部还挂着一囊，以引导体内外溢胆液，以防胆汁内注为患。在他住院期间，祸不单行，不幸受病毒感染，导致心脏病发作，损及心脏。

来诊时病情已企稳定，心悸已除，唯晨起手麻、手凉，怕冷，口渴微苦，下肢微肿，纳微不振，寐差，血糖测试7.1，患者素有三高病史，脉弦细，舌淡苔白腻。

辨证为肝胆湿热、心阳痹阻，以清肝祛胆湿、通阳除痹。

处方：人参20克、天冬15克、五味子10克、炒枳壳10克、瓜蒌10克、薤白10克、茯苓15克、棉茵陈10克、黄芪12克、佩兰10克、炒白术12克、山楂12克、淮山30克、玄参15克、柴胡10克、藿香10克、鸡骨草15克、干姜10克、丹参15克、酸枣仁15克、远志10克、薏苡20克、炒麦芽15克。7帖。

三周后（21/11/2022）回来复诊，体重微增，睡眠改善、血糖6.0恢复正常水平，其他症状无大变化，患者为求早日依期切除胆囊，以防后患，几乎每周皆按时复诊，及至2023年6月2日，身体状况尚属稳定，体态有所改进。由于胆囊手术前须进行全身麻醉，故依肠胃科专家的专业流程，术前必须通过心脏科体检那一关，无奈病患当天心脏科检测有一条主要心血管狭窄为65%，处高风险手术范畴，所以不能如期进行胆囊手术，患者来诊时的焦急心情可想而知。

疾病的治疗还得继续按部就班，难于一蹴而就，尽管患者的胆液溢出已经没有问题，然而在肠胃科专家眼里，认为胆囊炎还是存有复发隐患，为免后患，切除在所难免，所以患者依托于我们的治疗还得继续。

2023年3月27日，大概一个月后西医心血管科医生再检测以上血管狭窄降至59%，认定已无需服药和进行心血管支架手术，可以让肠胃科进行胆囊的手术治疗，患者心情欣喜若狂，虽然我告知中医治疗他的心血管同时也在处理他的胆道疾患，可以暂缓手术，患者还是如期进行了胆囊切除术。按医疗和法律职责上，中医

师是可以提供专业认知，不过最终还是要尊重患者的选择权。

从2022年11月8日的初诊至2023年3月27日的4个月的期间，我始终按照初诊的基本方基础，顺序渐近地按证状的改善而稍有增减，分别针对心血管和胆道疾病，以两组的方药同时处理，以中医的辩证论治来治疗以上的病理变化，具体情况是“心”受“胆”的湿热侵挠，气血运行受阻，阳气内郁而不畅，在清除肝胆湿热的同时，需兼顾心的气血顺畅和通阳化浊，以这样的思路来诊治，成功的解决了患者的“心头之患”，为西医的手术治疗解除了障碍。2023年4月13日，患者顺利的完成胆囊切除。患者对这一次的看诊“战果”，无比的安慰，于4月17日出院后还特地带食品和特制了一盾牌，以表感激之情。

从这个病例治疗的历程，虽然只是唯一的病例，并不能具体说明可以规范化，

但毕竟是成功的战果，每一个成功的病例就是对患者的贡献，因为没有一个病例都是规范化的，这就是中医人性化的治疗成果，每一个成功的病例都值的我们借鉴。



仙方活命饮的临床应用

卓扶蓉（新加坡）

【关键词】 仙方活命饮 临床应用

仙方活命饮，出自《校注妇人良方》，集清热解毒，消肿溃坚，活血止痛诸法于一方。主治热毒痈肿，局部红、肿、热、痛，是阳证疮疡消法的代表方。后世推广应用此方于各种病症，主治的病症主要有：

- 1、五官科：睑腺炎、鼻窦炎、鼻前庭疔、急性咽喉炎、疱疹性咽峡炎、急性化脓性中耳炎、扁桃体周围脓肿、急性或慢性扁桃体炎等。
- 2、妇科：急性乳腺炎、哺乳期乳腺炎、乳腺增生、乳房小叶增生、乳房肿块、带下病、急性或慢性盆腔炎性、盆腔炎性包块、慢性宫颈炎、子宫肌瘤、附件囊肿、霉菌性阴道炎等。
- 3、男科：睾丸炎、急性或慢性附睾炎、精液不液化症、慢性前列腺炎等。
- 4、皮肤科：粉刺、带状疱疹、湿疹、水痘、荨麻疹、疔腮、丹毒、皮下脂肪瘤、脂膜炎类皮肤病等。
- 5、肛肠科：肛周脓肿、肛隐窝炎、肛漏、混合痔等。
- 6、消化科：慢性糜烂性胃炎、消化性溃疡、反流性食管炎、肠系膜淋巴结炎、慢性胆囊炎、慢性胰腺炎、溃疡性结肠炎、幽门管溃疡、肝脓肿等。
- 7、骨伤科疾病：感染性开放骨折、软组织损伤、宿伤、挤压伤、闭合性骨折、创伤性骨化性肌炎、慢性化脓性骨髓炎等。

仙方活命饮配伍示意图

君	金银花	清热解毒，疏散邪热
臣	当归尾、赤芍、乳香、没药、陈皮	活血行气，消肿止痛
佐	白芷、防风 贝母、天花粉 穿山甲、皂角刺	疏风透邪，消肿散结 清热化痰排脓 通行经络，透脓溃坚
使	甘草	清热解毒，调和诸药

配伍意义

方中君药为金银花其善清热解毒疗疮，乃“疮疡圣药”。当归尾、赤芍、乳香、没药、陈皮能行气通络，活血散瘀，消肿止痛，共为臣药。白芷、防风相配，能疏散外邪，又可散结消肿；贝母、天花粉清热化痰排脓，可使脓未成即消；穿山甲、皂角刺通行经络，透脓溃坚，可使脓成即溃，以上均为佐药。甘草为使，助清热解毒，并调和诸药。煎药加酒者，能活血通络，助药力直达病所，使邪尽散。全方辛苦偏凉，寓清热解毒，疏风解表，化瘀散结诸法于一方的配伍特点。前人称本方为外科之首方，为止痛消毒之良剂。

病例 1

女，60岁，家庭主妇

初诊：2023年7月下旬，自述因优惠券即将到期，与友人1周内连续吃3次鸡肉、牛肉烤肉串，2天后右上牙龈红肿疼痛，触之坚硬，无法置假牙，自服“牙周炎胶囊”，每日3次，每次3粒，1周后牙龈红肿疼痛症状未见改善。数日后牙龈内有白脓，触痛明显，继续服上方加清热片（穿心莲、栀子、麦冬），疼痛稍减轻，牙龈出现乳黄色脓，右鼻腔生疮疼痛难擤涕，只能吃软性食物，眠尚可，大便软，舌质淡，边齿痕，苔薄白，脉细。

诊断：牙疔

辨证：热毒壅盛

治法：解毒消肿，活血排脓

处方：新方仙方活命饮5g，加薏苡仁1g、黄芪1.5g，共2剂（颗粒）。每日服

1剂，早晚分服。用毫针点刺牙龈，微流血但脓难排，再用珍珠西瓜霜喷敷患处，早晚2次。嘱患者在治疗期间避免进食辛辣、烧烤燥热之物，宜食流汁及软性食物。

二诊：右牙龈开始消肿，按之较软疼痛减轻，但牙龈内仍有乳黄色脓，右鼻腔疼痛减轻。续服上方3剂，点刺牙龈及珍珠西瓜霜喷敷牙龈。

三诊：右鼻腔已没痛，停药，继续用毫针点刺牙龈轻挤让脓液排出，再用珍珠西瓜霜喷敷患处，每天2次。牙龈红肿逐渐消退而愈。

体会：患者过食烧烤燥热食物，导致胃肠积热，热邪循经熏蒸牙龈，热毒壅聚作肿，热灼血肉，以致腐坏成痛，出现牙龈红肿疼痛。正如《灵枢·痈疽篇》所言：“热盛则肉腐，肉腐则为脓”。处予具有解毒消肿，活血排脓的新方仙方活命饮（本方无穿山甲，而用连翘，其具有清热散结、解毒排脓的作用）；方中薏苡仁能健脾清热排脓。患者正虚毒盛难托毒外达，故加入黄芪，以补气生血，扶助正气，以托毒外出。牙龈点刺放血，可使邪随血去，通络中之瘀，达治病的目的。外加珍珠西瓜霜喷敷患处，以加强清热解毒，消肿止痛的良效。

病例 2

男，57岁，煤气送货员

初诊：22年10月29日。自述肛门不舒服3天，照片显示肛内红色脓肿物脱

出，行走及坐时患处受压与内裤接触摩擦，触痛明显，排便疼痛，甚至流血，纳可，眠差，大便软。舌质淡红，苔薄白，右脉弦，左脉弦滑。

诊断：脱肛

辨证：正虚热毒

治法：益气升提，佐于清热，消肿止痛

处方：补中益气汤合仙方活命饮加减

基本方药：黄芪1.5g、升麻0.5g、柴胡0.5g、金银花1.4g、甘草0.4g、当归1g、赤芍0.9g、乳香2g、没药1g、陈皮1g、槐花0.9g、地榆炭0.5g、知母0.7g、酸枣仁1g。8剂（颗粒）。每日服1剂，早晚分服。

二诊：22年12月1日。自述脓肿物开始消肿及回纳，流血量减少，效不更方，继续服8剂。

三诊：22年12月24日。症状进一步改善，患者因复重而出现腰酸，以上方为基础，稍作调整，共治疗6次。08/04/24见到患者，他告诉我脱肛已经痊愈没复发。

体会：患者工作在外，饮水少，喜食燥热之物，加之久坐，虽有便意，忍大便没即时排，大肠吸收水分致使粪质干结，便时怒挣及用力负重，导致肛门垂脱直肠粘膜脱出肛门外，直肠粘膜受到肛门局部连续长期受到压迫及摩擦，而引起充血、水肿、出血。方中黄芪、升麻、柴胡益气托毒，升阳举陷；金银花、甘草清热解毒；当归、赤芍、乳香、没药活血散瘀，

以消肿止痛；陈皮理气行滞，消肿散结；再加入凉血止血的槐花、地榆炭；知母、酸枣仁以滋阴润燥，养心安神。随症加减，共治疗6次，药尽病愈。

为保证疗效发挥，治疗期间，嘱患者每天定时排便，同时避免憋便，蹲厕时间不宜过长及久蹲努责，以免肛门口瘀血。经常保持肛门清洁，便纸要柔软，勤换内裤，养成良好的卫生习惯，以防局部感染。饮食中应多含蔬菜水果，少食燥热辛辣之品，这可防止大便干燥而擦伤肛门。避免久坐久立，宜进行适当的活动或定时做提肛运动以助排便顺畅。发病后应积极治疗，以防病情加重。

小结

仙方活命饮原为痈疮肿毒而设，就其病机，《灵枢·痈疽篇》载：“营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓”，总以邪毒壅聚，气血凝滞为主。这种病理机制亦可以导致其他多种疾病发生。在各类疾病中，凡具有热、湿、痰、肿、痛的临床表现，辨证为“阳证”，可考虑使用本方。历代医家不断拓展仙方活命饮的临床范围，随证加减内服用于各科疾病，亦可熏洗、坐浴治疗混合痔、肛周脓肿等，均取得满意疗效。

本方清热解毒、活血散瘀偏重，攻伐的力量较强，长期使用会导致正气受损，故用时应中病即止。后期还应注重顾护脾胃，可加入健脾助运的药物。脾胃素虚，气血不足者应慎用。

牵旋针推复位法治疗 颈源性心脏病（CHD） 临床观察

许柏光（新加坡）

【摘要】 颈源性心脏病（Cervical Heart Disease）属于一门新兴边缘学科，以脊椎相关疾病有关，由于颈椎病所引起的心脏病不适症状，交感神经自颈椎和胸椎发出后分布到心脏病影响心脏的活动。随着对颈椎病研究的深入，发现颈椎病除了头痛头晕、上肢麻木疼痛等一些常见症状外，还常常可以累及心血管系统。临床表现出了类似冠心病、心绞痛，部分者会出现心动过速、心动过缓等心脏病症状。常容易被误诊为冠心病，给临床上的正确诊断和治疗带来困难，但由它引发的心绞痛也是有规律可循的。本文采用牵旋针推复位法治疗颈源性心脏病临床观察均能获得显著疗效。

【关键词】 颈源性心脏病，颈椎牵引，中医手法中医单针，定点旋转复位，牵旋针推复位法治疗。

颈源性心脏病（Cervical Heart Disease）简称（CHD），是指颈椎病引发的心脏不适症状，医学上称为“颈心综合征”、“颈源性心脏病”、“颈性心绞痛”或“颈性心律失常”。“颈源”是指“颈椎根源”所引起的心脏不适症状的疾病^[1]。“顾名思义”，本病多发于中老年人。近年来，颈源性心脏病发病率呈逐年上升趋势，并趋于年轻化、低龄化^[2]。本病严重危害中老年人健康。随着对颈椎病研究的深入，发现颈椎病除了头痛头晕、上肢麻木

疼痛等一些常见症状外，还常常可以累及心血管系统。

由颈椎病引起颈源性心脏病主要是因为交感神经，交感神经自颈椎和胸椎发出后分布到心脏病影响心脏的活动^[3]。当颈椎出现病变时，会压迫到交感神经，从而影响到支配心脏的神经继而引发心脏疾病，于是就表现出了类似冠心病、心绞痛，部分者会出现心动过速、心动过缓、胸闷不适感、心悸、气促等心脏病症状^[4]。颈

源性心脏病常容易被误诊为冠心病，给临床上的正确诊断和治疗带来困难，但由它引发的心绞痛也是有规律可循的。诊断颈源性心脏病之前，要首先通过心电图、冠状动脉造影等检查方法排除心脏病^[5]。本文采用牵旋针推复位法治疗颈源性心脏病临床观察均能获得显著疗效。

1. 颈心综合症的发病机制

1.1 中医病因病机

1.1.1 风寒湿邪侵袭《素问·痹论》言：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”太阳经主表，固护于外，为“诸经之藩篱”。风寒湿邪入中脊柱，太阳经首当其冲，先受之于皮肉筋骨，后传至骨与关节，最后到达各个经络脏腑，形成“五脏痹”^[6]。现代医学并无“颈心综合征”的病名，但根据本病的发病原因与临床特点，本病属“心痹”的范畴^[7]。风寒湿外邪侵袭，导致“脉道不通，气不往来”等不通则痛的颈肩疼痛的表现。

1.1.2 正气亏虚，气血不足《素问》云：“邪之所凑，其气必虚。”肾为先天之本，藏先天之精。《景岳全书》曰：“诸血藏于肝而化于脾胃。”后天之精，多源自脾胃。《素问·痿论》又言：“阳明者，五脏六腑之海，主濡宗筋。”颈心综合征若因脾因胃功能失常，气血生化乏源，可出现“心悸、眩晕、怔忡、肌痹”等脏腑经络失养的表现。年老体衰，劳倦损伤，导致人体气血亏虚。因心主血脉，充养脑窍，正气不足腠理空疏不足以阻挡外邪，会出现头脑、肩颈系列的症状^[8]。

1.1.3. “骨错缝，筋出槽”^[9]《素问·痿论》言：“宗筋主束骨而利关节。”筋附于骨，小筋附骨外，大筋络关节，协同主司肌肉关节的运动。经络内属脏腑，外络肢节，运行精微物质以充肌肉、养脏腑、泽皮毛、濡百骸。《医宗金鉴·正骨心法》曰：“跌扑闪失，致骨缝开错。”慢性劳损或跌打损伤易导致骨错缝，筋出槽等经络受损、筋脉失养的表现。《伤科汇纂》云：“大抵脊筋离出位，置于骨缝开弼^[10]。”意即经络损伤后，骨若被筋牵拉成绞索状而不能复位而发生错缝，筋若离开了正常的解剖位置而致筋出槽，正为邪阻，不能宣行，导致气血瘀阻^[11]。

2. 颈源性心脏病的发病机制

2.1 西医发病机制

2.1.1 发病学说颈源性心脏病有5种发病学说，包括交感神经紊乱学说、颈神经根刺激学说、椎动脉-延髓-交感神经学说、神经免疫内分泌学说、脊髓或脊髓血管神经受压学说。目前，较为公认的是交感神经紊乱学说^[12]。

颈源性心脏病是由于颈椎受损或退行性病变（如骨赘、颈椎失稳、颈椎间盘突出、或椎间隙狭窄等）引起的颈部无菌性炎症^[13]，炎症刺激压迫神经根与血管，导致患者出现头晕、心悸、胸痛等假性心绞痛症状。但是，患者经过心电图、心肌酶谱、冠脉造影检查并未发现心脏器质性病变，经抗心绞痛、营养心肌等治疗，症状并无明显改善^[14]。

2.1.2 假性心绞痛产生的机制心脏活动与冠状动脉舒张受交感神经与副交感神经的支配。心交感神经节前纤维，起自胸1-5节段脊髓灰质侧角神经元，在星状神经节或颈神经节换元后发出节后纤维组成心上、心中与心下神经，支配窦房结、心房肌、房室交界、房室束和心室肌的各部分，心脏的副交感神经，沿两侧颈部下行入胸腔后再深入左心房下部及房室沟的脂肪垫，发出节后纤维进入心肌组织，通过释放化学递质对心脏起到抑制的作用^[15]。颈6、颈7神经支配前臂的桡侧腕屈肌，受压迫时可引起前臂的放射性疼痛^[17]。有学者等^[16]认为颈6、颈7神经根受到压迫时，也可通过内侧与外侧胸壁神经产生引起类似“心绞痛”的症状，有学者等^[18]认为，当颈神经根或颈脊髓受压时，可出现复视、呼吸困难、恶心、出汗等自主神经症状^[19]。

3. 诊断

3.1 临床症状与表现

患者长时间低头工作的职业史。患者在发病前有慢性颈痛史或急性颈痛发病史。部分患者有外伤史。部分患者有头痛史或头晕史^[20]。急性起病多见患者颈部酸痛、颈肩背痛、双肩或单肩背部疼痛、颈肩背肌肉僵硬、上肢麻木、颈椎棘突偏左或右（C5-T2）、低头久时症状加重或颈部运动和睡眠时疼痛加重，颈椎旁压痛明显、颈部活动受限。胸前部紧束、心悸、胸闷、胸痛、心慌、心前区隐痛、绞痛间断性发作、并伴有头晕、恶心、视物不清、呕吐、出汗异常、乏力、心动过速、

过缓、血压升高或降低等病症为主要表现^[21]。

3.2 颈椎X线片

颈椎影像学出现有颈椎典型退变、颈椎生理屈度变直，颈椎生理屈度变直，颈椎生理屈度反曲，椎体失稳、颈椎前缘、后缘增生、钩突增生、颈椎前纵韧带、后纵韧带钙化，椎间隙变窄、椎体出现双边双突征或仰倾改变^[22]。

4. 颈椎病的危害

可引起胃脘不适，患者会出现恶心、头昏的症状，这也是导致慢性五官科疾病的重要原因^[23]。

会导致高血压或使患者血压不稳，甚至引发脑血管痉挛等心脑血管病^[24]。

若不抓紧治疗，可能导致无规律性流涕，视力下降，面瘫或上肢肌肉萎缩等后果^[25]。

一般都是隐性发作，早中期易被忽视，晚期有导致瘫痪的危险^[26]。

5. 治疗方法

5.1 推拿治疗原则

推拿手法具有行气活血、舒筋活络、宣痹止痛、消除肌肉疲劳、松解粘连、解除肌肉紧张状态、理筋整复的功效，可刺激穴位局部的感受器，反射性地降低交感神经的兴奋性，改善施术部位的血液循环，缓解肌肉、血管痉挛，促进炎症致痛

物质的消散及吸收，解除软组织对神经根的机械性压迫及化学性、免疫性刺激，松解局部软组织的粘连，整复脱位，纠正椎间关节紊乱，恢复颈椎的动静力平衡和稳定，从而缓解临床症状^[27]，为治疗颈心综合征的常用疗效。

医者选用按揉法、点法、滚法、拿法、搓法等手法进行操作。主穴：风池、肩井、肩髃、肩中俞、肩外俞、天宗穴、大杼穴。操作：患者端坐在方凳上（以患椎右偏歪为例），双上肢自然下垂，医者立于患者背后，医者先采用按揉法对风池、肩井、肩外俞、肩髃、肩中俞、天宗穴、大杼穴等穴位治疗5分钟。用滚法放松颈肩部，滚法力量4kg，频率120次/min，操作时间10min。用点斜方肌、胸锁乳突肌等肌群法，解除肌痉挛，点法力量2kg，操作时间5分钟。用拿法拿颈项夹肌、头夹肌、及两侧肩井，并搓患侧肩部至前臂反复3次。每周治疗1次。

5.2 颈椎牵引治疗原则

颈椎牵引主要是解除颈部的肌肉痉挛，缓解疼痛症状，使肌肉放松，缓解疼痛；松解软组织粘连，牵伸挛缩的关节囊和韧带；改善或恢复颈椎的正常生理弯曲；增大椎间隙和椎间孔，有助于已突出的髓核组织部分的还纳，缓解和解除神经根受压与刺激，促进神经根水肿的吸收，解除对椎动脉的压迫，促进血液微循环，有助于局部的一些软组织的血瘀，减少骨质增生，使粘连的关节囊松解等^[28]。

患者取俯卧位或端坐位，行枕颌带牵引，重量从5kg，开始每周1次，每次增加1kg，增加到9kg，间中可以根据病人的具体情况调整。每次牵引20~25分钟，7次为1个疗程，间歇1周做第2个疗程。2~3个疗程为度。牵引时应注意牵引角度，C4~C5病变者，牵引角度为0°，C5~C6病变者，牵引角度为前屈5~10°，C6~C7病变者，牵引角度为前屈15°，病变在上颈椎者，牵引角度为后伸5~20°。在行颈椎牵引时，再对颈肩部行按、揉、滚、拿等放松手法来确定病变部位，行定点旋转复位，最后运用理筋手法。定点旋转复位可纠正错位的颈椎，扩大狭窄的椎间孔，恢复关节突的位置，减轻对颈交感神经的刺激，消除症状^[29]。

5.3 定点旋推复位

颈椎病相当于中医的痹症范畴，由于风寒外袭或慢性损伤导致颈部的经脉不通，气血凝滞，筋骨不利。局部走罐法治疗颈椎病，可起到疏通经络、行气活血、消除瘀滞、“通则不痛”的目的^[30]。同时走罐法可以缓解颈部肌肉的紧张、痉挛状态，改善局部组织的血液循环，更有助于颈椎手法复位。根据脊柱的内外平衡理论，无论直接或间接外力所造成的颈部急性或慢性损伤，都可使颈椎发生细微的解剖位置变化，造成颈椎错缝、半脱位或小关节紊乱，破坏了颈椎间的内在平衡，在已有退行性变的颈椎则更易发生，从而引起神经根、血管、脊髓、周围组织等刺激和压迫症状，出现颈椎病的各种临床表现^[31]。

采用脊柱（定点）旋转复位法目的在于分解颈椎小关节的粘连，纠正颈椎关节的错缝、半脱位及小关节紊乱和筋脉的离位，并可加宽狭窄的椎间隙，扩大椎间孔，使颈椎恢复正常解剖位置和生理曲度，从而缓解由于颈椎病变对神经根、血管、脊髓及周围软组织压迫和刺激而引起的症状。走罐后行脊柱（定点）旋转复位法治疗，增强了颈椎复位的效果，减少并发症^[32]。

患者取坐位（以患椎右偏歪为例），医者立于患者背后，用滚法、揉捻法放松颈项部及胸大肌、上背部肌群等软组织，再用右手拇指指端桡侧，顶住偏歪的棘突右侧嘱患者头颈前屈35°，再向左侧偏45°，术者左拇指与余四指夹住患者下颌使头左侧旋转，当旋转力达右手拇指时，双手同时向内侧用力，可听到一咔嚓声，或感到右手拇指下有松动感即表示手法复位成功，让患者头颈处于中立然后对颈棘上韧带分筋、理筋、松解两侧颈肌。操作该手法应用要具有“稳、准、轻、巧、透”的特点。每周1次，4周为1个疗程，共治疗1个疗程^[33]。

5.4 中医针灸

颈源性心脏病的治疗中，天柱穴是足太阳膀胱经上的常用腧穴之一，位于颈后区，横平第2颈椎棘突上际，斜方肌外缘凹陷中。针灸具有独特的疗效，针灸选穴上以足太阳膀胱为主，能起到调整阴阳，通络

活血止痛，交感神经，颈椎小关节紊乱，放松肌肉紧张，促进脊髓局部血液循环，快速致病炎症因子的吸收，减轻血管神经的压迫，促进脊髓神经功能的恢复^[34]，能起到疏风通络、行气活血、醒脑开窍等作用。

患者取俯卧位、俯伏坐位或端坐位，项肌放松。医者要找准穴位，局部消毒后，用1.5寸毫针斜刺，取穴：天柱、肩井。用1.5寸毫针直刺，取穴：悬钟、后溪、束骨配董氏的正筋正宗正士、四花中穴。心脏病用1.5寸毫针斜刺，取穴：内关配心三通（通关、通山、通天）、通心、通灵、四花上穴。留针30min。每周治疗1次，为1个疗程。

6. 结语

颈源性心脏病属于脊椎相关疾病的范畴，属于一门新兴边缘学科，也是国内外目前医学领域研究的一项热门重点学科。脊椎病因学补充了目前冠状动脉粥样硬化性心脏病及心律失常病因的内容^[34]。通过本文希望能使更多的中医师认识到颈椎病和心脏病之问的关系，从而减少颈源性心脏病的误诊误治率。由于颈源性心脏病产生的机制并不单一^[35]。因此，在治疗上也应寻求多手段，多方法。深信随着临床和基础研究工作的不断深入，脊柱相关疾病学这门新兴边缘学科必将迎来飞跃性的发展。

【参考文献】

- [1] 张卫斌, 罗陆一, 栾杰男, 颈心综合征研究进展 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6(12): 1440-1442.
- [2] Iwasa M. Clinical analysis of angina pectoris and anginalike pain with special reference to ECG during attack, "cervical spondylosis" and selective coronary arteriography [J]. Jpn circ J, 1976, 40(10): 1191-12303.
- [3] 杨柱. 中西医对颈性心绞痛的病因病机的认识 [J]. 国医论坛, 2008, 23(5): 13.
- [4] 钱继存. 补血养心推拿法治疗颈心综合征的临床观察 [D]. 山东中医药大学, 2012: 93-94.
- [5] 张梦, 樊光辉, 张宜. 颈心综合征的认识及中西医结合治疗进展 (广州军区武汉总医院 / 湖北中医药大学临床医学院, 湖北武汉 430000)。
- [6] 李申林 1, 李波 2, 自拟益肾通督镇惊汤治疗颈源性心脏病 54 例疗效观察 (1. 吉林省通化县中医院, 吉林通化 134100; 2. 长春市双阳区中医院, 吉林长春 130600)。
- [7] 蒋戈利, 李坚将, 刘向健, 李文敏, 夏喜云. 三步针罐疗法治疗颈胸综合征效果观察天津, 中医 2002 年月第 19 卷第 4 期。
- [8] 王抓, 张鹏, 李华荣, 奇经梅花磁针灸综合疗法治疗颈也综合征疗效观察。
- [9] 孙小清, 李红 (指导) 刘方铭针灸治疗颈也综合征 30 例实用中医药杂志 2014 年 10 月第 30 卷 10 期。
- [10] 苗茂李兰英针刺颐椎夹脊穴为主治疗颈也综合征 58 例第五次中青年学术研讨会论文汇编。
- [11] 针挑拔罐治疗颈也综合征广西南宁市大沙田南地区复退军人医院 (30219)。
- [12] 吴永才. 颈心综合征 85 例临床分析 [J]. 医学综述, 1998, 4(2): 9698.
- [13] 李俊杰, 叶向宇, 赵宝力, 等. 脊源性类冠心病机制探讨及手法治疗的临床研究 [J]. 中国骨伤, 2007, 20: 19-22.
- [14] 孙建峰, 段俊峰. 颈心综合征的研究现状 [J]. 37(4): 719-922.
- [15] 陶泉, 罗从风. 脊源性胸痛 [J]. 中国康复, 2007, 22(2): 133-135.
- [16] Brodsky AE. Cervical angina, a correlative study with emphasis on the use of coronary arteriography [J]. spine, 1985, 10(8): 699-709.
- [17] 张开滋. 实用心血管综合征 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1999: 211-214.
- [18] 王达建. 颈 6 横突前结节注射治疗颈心综合征的分析 [J]. 中国误诊学杂志, 2005, 6(15): 2852-2853.
- [19] 郑瑞凤, 马利. 老年颈心综合征 34 例临床分析 [J]. 临床荟萃, 2005, 20(1): 43-44.
- [20] 刘明军, 陈立, 罗才贵, 等. 颈性心痛发病机制的探讨 [J]. 长春中医学院学报, 2003, 19(2): 3.
- [21] 胥晓丽, 徐天娇. 心脏迷走神经 - 乙酰胆碱 - M 受体研究概况 [J]. 现代医药卫生, 2013, 29(6): 868-869.
- [22] 董国平. 颈心综合征误诊为不稳定型心绞痛 12 例分析 [J]. 临床误诊误治, 2008, 21(10): 51.
- [23] 陈志令, 旋推复位加指压法治疗颈源性心脏病临床观察. 郑州中医骨伤病医院, 河南郑州 450016.
- [24] 卯殿杰. 颈椎病的 X 线诊断 [J]. 现代医院, 2008, 8(11): 63.
- [25] 陈焯贤. 实用放射学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005, 18(5): 260-262.
- [26] 张明才, 石印玉, 王翔, 等. 颈椎生理曲度异常对颈椎病发病作用的病例对照研究 [J]. 中华骨伤, 2010, 23(10): 746-749.
- [27] 胡秀玮, 张坤, 郭旭. 老年人颈心综合征 40 例临床分析 [J]. 中华老年医学杂志, 2006(7): 536-48.
- [28] 齐越峰, 张军, 孙树椿, 等. 国外颈性心绞痛研究进展 [J]. 中国骨伤, 2007, 15(7): 445-446.
- [29] 段俊峰, 龙层花, 宁俊忠. 颈椎病与心脏病相关的研究及康复治疗 [J]. 按摩于引, 2003, 20(2): 2-3.
- [30] 李俊杰, 叶向宇, 赵宝力, 等. 脊源性类冠心病机制探讨及手法治疗的临床研究 [J]. 中国骨伤, 2007, 20: 19-22.
- [31] 陶泉, 罗从风, 龙层花. 脊源性胸痛 [J]. 中国康复, 2007, 22(2): 133-134.
- [32] 杨柱, 唐东昕, 于浩. 浅析炎症因素在颈性心绞痛发病中的意义 [J]. 河南中医, 2008, 28(3): 26-27.
- [33] 张开滋. 实用心血管综合征 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1999: 211-214.
- [34] 王达建. 颈 6 横突前结节注射治疗颈心综合征的分析 [J]. 中国误诊学杂志, 2005, 6(15): 2852-2853.
- [35] 郑瑞凤, 马利. 老年颈心综合征 34 例临床分析 [J]. 临床荟萃, 2005, 20(1): 43-44.
- [36] 刘明军, 陈立, 罗才贵, 等. 颈性心痛发病机制的探讨 [J]. 长春中医学院学报, 2003, 19(2): 3.

从历节病 ——解读临床类风湿关节炎

王美凤（新加坡）

一、概述

“类风湿关节炎”是一种关节内膜炎，引发手或膝、脚趾关节肿疼痛、发热等症。疼痛到一定程度，会出现关节的活动受限，痛得寸步难行；再严重下去，造成软骨及骨组织受破坏，导致最后僵直及功能丧失。则会出现关节的变形，导致最后僵直及功能丧失。

中国著名风湿病专家王承德教授曾在受采访时指出“类风湿关节炎”是最常见的风湿病之一。不过，中医药防治该病已有数千年的历史，积累了极其丰富的经验，疗效好、副作用小、方法简便易行，挽救了不少病人。”^[1]个人多年的临床中，确实碰到有不少类关节疼痛的病患前来求诊，在治疗后，疼痛确实有得到良好的改善。

二、历代医家的解读

在古中医记载中，没有所谓的“类风湿关节炎”（Rheumatoid arthritis, RA），不过历来不少医家认为这与古代中医文献记载“历节”病相对应。例如王教授就有陈述，古代的中医师把类风湿关节炎（简称类风关），称为“白虎历节”。

“历节”，就是“遍历全身关节”的意思。当发作时，疼痛剧烈，累及全身关节，就像被老虎咬住一样，疼得难以忍受。

中医常说：“不通则痛，不荣则痛。”不通又为“痹”，加上活动不灵活，关节出现僵硬感，故“历节”也有称“痛痹”或“风痹”或“顽痹”。随医学历史的延续，“历节”也逐渐被解读为风湿病中类风湿关节炎。

三、病理因素

类风湿关节炎的病理因素，主要因体虚、寒冷、潮湿、疲劳、创伤及精神刺激等等因素而致病。临床上，一般可以分为五大证型：表虚邪侵证、寒湿痹阻证、湿热痹阻证、痰浊痹阻证、瘀血痹阻证、肝肾亏虚证。但归根究底的病理因素是痹阻经脉。

《黄帝内经·素问》中痹论篇就讲到：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”意思是说，由于风寒湿邪气乘虚而入，流注于关节，使得气血运行不畅所导致的。当寒湿结合，在体内一直没有被赶走，郁

而化热，蕴久成痰，体内有了痰热，临床表现为关节肿痛、发热，伴有灼热感。活动受限，关节僵硬，就形成了热痹，也是类风湿关节炎急性发作期的首要导病因素。

姑不论我们讲的寒痹，还是热痹，类风湿关节炎最主要的邪气是湿邪。湿邪是有形的邪气，为阴邪，易袭阴位，湿性重浊，黏滞不爽，阻遏气机，导致病位疼痛难忍，病程长。人体上部为阳，下部为阴，故湿邪侵袭人体下部，一般会在脚下，如足趾头、脚踝处、膝关节等发病。

正如《景岳全书》载：“外是阴寒水湿，令湿邪袭人皮肉筋脉；内由平素肥甘过度，湿壅下焦，寒与湿邪相结而化热，停留肌肤……，病变部位红肿潮热，久则骨蚀。”

四、体征和症状

类风湿关节炎多数患者发作前无明显征兆，或仅有疲乏、全身不适和关节刺痛等。其体征和症状可能包括：

- 关节疼痛、发热、肿胀；
- 通常在早晨和不活动后感觉关节僵硬更严重；
- 疲劳、发热和食欲不振。

早期的类风湿关节炎，往往先从小关节发病，如手和脚关节。随病情的发作，症状有会逐渐扩展范围，影响手腕、膝盖、脚踝、手肘、肩、臀部。若不及时医

疗，患者日后会出现残疾状况，至生活不能自理。

五、与痛风性关节炎鉴别

在很多时候，人们会把类风湿关节炎与痛风性关节炎混淆，临床上需要鉴别。

- 1、它与骨关节炎的磨损不同，类风湿关节炎会影响到关节内膜，引起疼痛肿胀，最终导致骨侵蚀和关节畸形。
- 2、在大多数情况下，类风湿性关节炎的主要症状是发生在身体两侧的同关节。当疼痛到一定程度，有的人会出现关节的活动受限，痛得寸步难行；再严重下去，则会出现关节的变形，关节处长出硬硬的疙瘩。
- 3、痛风性关节炎是由于患者体内尿酸水平过高，尿酸盐沉积在关节囊、滑囊、软骨、骨质和其他组织中而引起病损及炎性反应。

六、治疗

现代医学的研究，类风湿关节炎是一种以关节滑膜炎为特征的慢性全身性自身免疫疾病，相对于中医的病因病机，不论是寒痹，还是热痹，临床上，只要痹阻经脉，基本治疗原则是：散寒、清热、祛湿、温经、通络、化瘀，然后再根据具体症状增减方药，达到治疗的作用。

- 1、方药：一般选择的方子主要是桂枝芍药知母汤、桂枝加附子汤、防己黄芪汤加减、宣痹汤加减、三妙散加减，这类方子对类风湿性的关节炎治疗效果比较好。

2、针刺包括使用毫针刺、火罐等，其中针刺放血，其具有泄热解毒，活血祛瘀之效，可令血气通行，使邪气随血外出，正气随瘀血出而被激发，达到血行气通、血气调和的目的。正如《黄帝内经》中记载：“血有余，则泻其盛经出其血”、“宛陈则除之，出恶血也。”

3、穴位

以局部选穴为主，发于足趾者取太冲、太白、行间等；发于膝关节者取双膝眼、阳陵泉、血海等；发于踝关节者取解溪、三阴交、丘墟等，点刺穴位后出针，也可采用刺络放血结合电针。

七、理疗及调护

类风湿关节炎与一般外伤引起的炎症不同，故无论冷敷或热敷，疗效往往不理想。冷敷确实可以减轻疼痛，但是在低温环境下局部血流少，不利于炎症吸收，且局部低温，让症状加重；热敷时如果温度过高，可能会加重病变部位充血、水肿，让疼痛升级。所以，避免在类风湿急性发作时不可局部冷热敷。

临床治疗，可以在疼痛稍微缓解后，建议使用红外线、艾灸等来促进局部血液循环加快、皮温升高，促进炎症消散、止痛、缓解肌肉痉挛和僵直，加速组织再生复原和创面愈合。

八、临床医案

病案一：

陈XX，女，62岁，身材中等，2022年6月间双膝肿痛，持双杖来求症。自述一周前疼痛，已寻求治疗无效，且日益严重，迄今无法步行。刻诊：双膝关节肿，肤微热，僵硬，舌体淡红，苔腻微黄，脉弦数。

病因病机：本证由于风湿之邪，合而流注于筋骨，搏结于关节，气血痹阻不畅而致诸肢节疼痛而肿大，风湿相搏，病久不解，正虚邪盛，营卫气血耗损，而日渐化热伤阴。

辨证：历节（类风湿关节炎）

治则：祛风除湿，温经散寒，佐以滋阴清热。

针灸：取穴双膝眼、阳陵泉、阴陵泉、血海、曲池。痛处刺络出血，以促进血肿吸收，帮助消炎消肿，加速组织修复。用活血化瘀膏包扎。

方药：桂枝芍药知母汤加减桑枝、虎杖、防己。

医嘱：多喝温水、忌饮冷水、辛辣饮食。

二诊：一周后来复诊，已弃双拐杖，用雨伞支撑前来，舌淡红，苔白，脉弦滑，给予防己黄芪汤加减。

三诊：一周后再跟进复诊，已不靠雨伞，已可自行步行。舌淡红，苔薄白，脉细，给予补中益气汤巩固。

医案二：

王XX，女，58岁，2023年1月30日年节后坐轮椅前来求诊。身材肥胖，面色晄白，双手指关节多弯曲变形，属乳癌患者，10余年前已切除。

自述红肿疼痛1天，无法步行。刻诊：双足大趾、中足趾及足面红肿，肤热绷硬，肢体困重，活动不利。舌体胖淡红，苔白腻，脉弦细滑。

病因病机：素体虚，适逢年节操劳过度，风湿之邪，合而流注于筋骨，搏结于足关节，气血痹阻不畅，化热伤阴，而致诸肢节疼痛而肿大。

治法：清热除湿，宣痹通络。

方药：宣痹汤加减、加木瓜、桑枝，清热消肿止痛。

针灸：取穴（双）阿是穴、三阴交、足三里、内庭、太冲、曲池、合格、足临昆仑、太溪、加局部刺络拔罐。灸足三里（双），并用活血化瘀膏包扎。

医嘱：多休息、忌饮冷水、辛辣饮食。

二诊：一周后复诊，可持杖步行前来，足面肿已消，不肿。针灸三阴交、足三里、内庭、血海，太溪、昆仑，并改用防己黄芪汤加减。

九：总结

对类风湿关节炎，临床上发现病患若能及时接受中医药治疗，多能取得较好的改善，至少能减轻疼痛不舒，防治关节活动功能僵硬或丧失，或甚至是畸形的发展。

【参考文献】

- [1] 王承德. 类风湿关节炎辨治六要点[J]. 江苏中医药, 2008, (01): 7b.

针刺阿是穴治疗梨状肌综合征 50 例

朱晓刚（新加坡）

【摘要】目的：观察针刺阿是穴治疗梨状肌综合征的临床疗效。

方法：选取 2018 年 1 月至 2023 年 5 月期间在门诊就医的梨状肌综合征患者，共计 50 例，其中男 35 例，女 15 例，年龄 20~65 岁，采用针刺阿是穴治疗。参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》观察两组患者治疗前后，臀部疼痛减轻程度，活动范围改善程度等。

结果：痊愈 33 例，显效 10 例，有效 6 例，无效 1 例，总有效率为 98%。

结论：针刺阿是穴治疗梨状肌综合征有显著疗效，值得临床推广运用。

【关键词】针刺；梨状肌综合征；阿是穴

梨状肌综合征是指梨状肌损伤引起以一侧或双侧臀部出现酸胀痛，伴有大腿后侧或小腿后外侧放射性疼痛，甚至引发肢体活动受限等病症为主的临床综合征^[1]。本病为引起急慢性坐骨神经痛的常见疾病。由于坐骨神经变异，如腓总神经高位分支，自梨状肌肌束间穿出或坐骨神经从梨状肌肌腹中穿出。当臀部受风寒湿邪，或梨状肌受到闪、扭、跨越等外力损伤，发生充血、水肿、痉挛、粘连和挛缩时，该肌间隙或该肌上，下孔变狭窄，挤压其间穿出的坐骨神经、血管，因而出现的一系列临床症状和体征称为梨状肌损伤综合征。

1. 资料与方法

1.1 纳入与排除标准

纳入标准：参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]中“梨状肌综合征”的诊断标准拟定。

- (1) 有外伤或受凉史；
- (2) 常发生于中老年人；
- (3) 臀部疼痛，严重者患侧臀部呈持续性“刀割样”或“烧灼样”疼痛，多数伴有下肢放射痛，跛行或不能行走；
- (4) 检查臀部梨状肌可触及条索状隆起，压痛明显，直腿抬高试验在 60° 以内疼痛明显，超过 60° 疼痛反而减轻；

- (5) 梨状肌紧张试验阳性，腰椎和髋关节X线摄片、CT或MRI显示正常。
- (6) 排除标准：患有严重心脏、肝脏、肾脏疾病以及其他系统性疾病患者，精神病患者，恶性肿瘤患者等。

1.2 一般资料

选取2018年1月至2023年5月期间因臀部疼痛在门诊就医的梨状肌损患者，共计50例，其中男35例，女15例，年龄20~65岁。

1.3 治疗方法

1.3.1 选穴原则：遵循局部取穴、循经取穴及经外取穴相结合的原则，以足太阳膀胱经、足少阳胆经穴、臀部压痛点最明显处为主。主穴：阿是穴、臀中、秩边、环中。随证配穴：太阳证配承扶、委中、昆仑；少阳证配环跳、阳陵泉、悬钟；混合证配委中、昆仑、环跳、阳陵泉。

1.3.2 针刺方法：芒针刺、齐刺。患者取俯卧位，根据病人胖瘦选用0.30x75mm或0.35x100mm毫针，以梨状肌体表投影中点针刺一针，针体缓慢透至确定的阳性反应点，行小幅度提插捻转手法使之得气后，沿梨状肌肌纤维方向在第一针左右（或上下）各旁开2寸各进1针，臀中、秩边、环中各以0.30x75mm毫针深针一针，得气后留针30分钟。

1.3.3 配穴针法：其余配穴选用0.3x60mm毫针刺，得气后留针30分钟。

每星期两次。6次为1个疗程。

1.4 疗效标准

痊愈：臀部疼痛消失，局部无压痛，活动自如；

显效：局部疼痛明显缓解有轻微压痛，活动基本自如；

有效：疼痛减轻，仍有压痛活动仍受限；

无效：治疗前后无明显变化。

2. 结果

本组50例，痊愈33例，显效10例，有效6例，无效1例。总有效率98%。其中治疗6次即痊愈者18例，治疗12次痊愈者15例。

3. 典型病例

林某某，男，29岁。2018年9月21日初诊。

主诉：左侧臀部及下肢疼痛两星期。患者两星期前运动后出现左侧臀部及下肢疼痛，未经任何诊治后来我院就诊，症见：左侧臀部及下肢疼痛，伴紧缩感，左侧下肢不能伸直，自觉下肢短缩，步履跛行。

查体：梨状肌体表投影区可触及条索状物，压痛明显，梨状肌紧张试验阳性，左直腿抬高试验30°~60°疼痛加剧，超过60°时疼痛反而减轻。

诊断：梨状肌综合征。

治疗：针刺主穴：阿是穴、臀中、秩

边、环中。随证配穴：太阳证配承扶、委中，每星期2次，共计6次，症状逐渐改善而痊愈，随访半年未见复发。

4. 讨论

梨状肌损伤属于中医学“痹证”、“伤筋”等范畴，多由于经络痹阻，气血不畅，脉络失和所致。《素问·痹论》载：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”《类证治裁》中更明确指出：“诸痹……良由营卫先虚，腠理不密，风寒湿趁虚内袭，正气为邪所阻，不能宣行，因而留滞，久而成痹。”故在治疗上应以温经散寒、舒筋通络、解痉止痛为原则。针刺具有疏通经

络、调和气血的作用。而齐刺法首见于《灵枢·官针》，是古人针对寒气侵袭所致痹症的一种针刺方法，为“十二节刺”之一。马莒曰：“齐刺，用一针以直入之，用二针以傍之，所以治寒痹之小且深者……”。而相较于常规针刺而言，齐刺法因为其三针齐下，较为深入，因而温经散寒、舒筋通络、解痉止痛的做用强大，尤其适合用于软化条索状硬结、达到治愈效果。在治疗过程中及治疗后的一段时间内，患者应避免从事剧烈运动及重体力劳动，以免加重损伤梨状肌，同时注意患处保暖。

【参考文献】

- [1] 张鹏贵, 赵道洲. 梨状肌综合症的机理与治疗进展 [J]. 甘肃中医, 2007, 20(6).
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 204.

针药并用治疗郁证

杨昌志（新加坡）

（一）概述

郁证为病名，见于《赤水玄珠·郁证门》简称郁，其含义甚广，古代有草郁则为腐，人郁则为病，但人不离乎七情，七情不快，郁久成郁，郁久则为病，故称郁证。

郁证是以心情抑郁，情绪不宁，胸部满闷，胸肋胀满，或以哭笑善怒，或咽中如有异物哽塞（梅核）气，或夜眠不安等，凡因七情所伤而致，气郁，痰结，血滞，食滞，乃至脏腑不和而引起的种种病症均属之。

往昔多以女性为多，但随着这几年间，由于冠状病毒广泛流行，男性犯郁证者增多，兼之社会生活节奏加快，郁证发病率增高，复发率亦高，病程增长，常常缠绵难愈，造成社会与家庭成员负担加重。

现代医学中的癔病，焦虑性神经症，抑郁症，神经官能病，情感性精神障碍，以及更年期抑郁症等均可参照本病范畴。

（二）鉴别诊断

郁证与其他疾病相鉴别如下：

① 郁证的诊断

- 以忧郁不畅，情绪不宁，胸肋胀满疼痛，或易哭善怒，或咽中如有物阻塞为主要临床症状。

- 病史多忧愁，焦虑，悲哀，愤怒等，情志内伤史。
- 病情反复发作与各种因素导致情志变化有关。
- 各种检查和实验室检查正常，排除器质性疾病。

② 阴虚喉痹证

- 郁症中有梅核气症状者多为青中年女性，自觉咽中有异物哽塞。
- 而阴虚喉痹证多以青年男性为主，与感冒，长期嗜食辛辣及吸香烟，喝酒，自觉咽中有异物感，与情绪变化无关，当感冒和劳累则加重，常伴咽干、咽痒，咳吐黏痰等可鉴别之。

③ 噎膈

- 郁症中有梅核气导致咽部异物感，但进食无阻塞，不影响吞咽。
- 噎膈则以吞咽困难为主，其梗阻感与进食有关，多在于胸骨后而不在咽部，且吞咽困难程度日益加重，重者水，米不进，多发病于中老年男性。

④ 痴呆

- 郁证患者病发前认知功能正常，即使有认知功能减退，也是与郁症发

作有关，属于突发性郁症患者，虽然有联想困难，思维贫瘠，思维迟缓，如果给予较长反应时间，患者可以给出正确答案，一般郁证者无人格变化，具有一定的自制力。

- 而痴呆证为智力全面减退，可能反应较快，但其答案错误，或反应迟钝，给予长时间亦无法准确作答，痴呆证患者早期人格与自知力相对完整，病情进展时间可发生人格改变，如固执，自私，收集破烂，不修边幅，不知羞耻，随地大小便等。

(三) 郁证的病因病机

自古至今，历代医家对郁证的含义有不同的认识，一种认为凡外感内伤所致的脏腑气机阻滞导致气血、痰、火、湿、食结聚于内的一切症候，皆可称郁证，病机涉及五脏，包括病种较为广泛，正如《证治汇补》曰：“郁乃滞而不通之义，有七情之抑遏，或寒暑之侵，而为九气拂郁之候，或雨雪之侵淫或酒食之积聚而为饭湿郁之候。”

另一种认为，郁乃肝郁，皆因情志不畅所致，正如陈言云：“郁不离乎七情”，七情与肝至为密切，当指肝气郁结而云。

亦正如明·李中梓所谓：“七情不快，郁久成病，或为虚怯，噎膈，或为痞满，或为腹胀，或为胁痛，如此则经闭坠结，带下崩中，可见病兼郁如：“说明肝气郁结病变之复杂性。”

郁证发病可急可缓，如情志过急而致气结，则起病急，如忧愁思虑，担忧恐

惧，日久伤及脏腑，则为缓慢起病。

郁证初起多见实证，亦有虚证，日久多为虚实夹杂之证。郁病起病在脑，联系五脏，如实证病者，初多为气滞，久之兼见瘀血，痰结，化火，食滞等，最终导致脏腑气血失调，形成虚实夹杂。

而虚证起病者多以脾气亏虚，心气，心血不足，肾精亏虚为主，久之因虚致实，兼见水湿，食积，痰结，气滞等证。本病一旦形成虚实夹杂之病，则变证丛生，病情迁延，病情多变，如病久不愈，或失治，误治，形成诸虚百损之病。

郁证发生是由情志所伤，五脏气血不和，脑神不利所致，故情志因素是郁证所致的病因，肌体的脏气弱是郁证发病的内在因素。

(四) 郁证的辨证治疗

(1) 肝气郁结

主证：情绪不宁，精神抑郁，郁闷烦躁，胸部满闷，胸胁胀痛，脘闷暖气，不思饮食，大便失调，经前乳胀，腹痛，舌质淡红，舌苔薄白，脉弦细。

病机分析：肝气郁结，疏泄功能失常，气机不畅，故情绪不宁，精神抑郁，胸部满闷、胸胁胀痛等症，肝气郁结，横逆犯于中焦，则见脘满暖气，不思饮食，大便失调，经前乳房胀痛。

治则：疏肝解郁，健脾益气，安神定志。

方药：四逆散（可疏肝理脾透邪解郁），加柴胡疏肝散（治肝气郁结，未化热者）。

针灸取穴：太冲，支沟，内关，肝俞，中脘，公孙，期门，阳陵泉，三阴交，蠡沟等。

操作：针用泻法，每周二次，每次留针30分钟。十次为一疗程。

(2) 痰气郁结：

主证：精神抑郁，情绪不稳，胸胁胀满，咽中梗阻，如有炙腐，咯之不出，咽之不下，腕部胀闷，噫气不除，但饮食不受影响，或有胃病史，舌淡红，苔白腻，脉弦滑。

病机分析：气郁痰凝，阻滞胸咽，肝郁刺脾，脾失健运生湿聚痰，痰气郁结于胸膈之上，故自觉咽中不适，如有物梗阻感，咯之不出，咽之不下亦称“梅核气”，气失舒展，则胸中窒闷，胁为肝经之所过，经络郁滞，故胁痛，苔白腻，脉弦滑，为肝郁挟痰湿之症。

治则：行气解郁，化痰散结，清热理气。

方药：半夏厚朴汤加减（可理气化痰开郁），加温胆汤（可化痰清热而利气机），兼柴胡疏肝散（可治肝气郁结）。

针灸取穴：肝俞、脾俞、丰隆、太冲、神门、阴陵泉、内关、足三里、三阴交等。

操作：针用泻法，每周二次，每次留针30分钟，十次为一疗程。

(3) 气郁化火：

主证：性情急躁易怒，胸胁胀满，口苦，口干，头痛，目赤，耳鸣或嘈杂吞酸，大便秘结，舌质红，苔黄，脉弦数。

病机分析：肝气郁结而导致胸胁胀满疼痛，肝郁日久化火，故性情急躁易怒，口苦而干，舌红，苔黄，脉弦数。肝火上炎而头痛，目赤，耳鸣。肝火犯胃则嘈杂吞酸。

治则：清肝泻火、解郁和胃。

方药：加味逍遥散（可以疏肝解郁清热），配左金丸（可以泻肝和胃）；如口苦，口干，便秘可加大黄，龙胆草（可以清热燥湿，攻积导滞泻下）。

针灸取穴：期门、行间、太冲、内庭、支沟、阳陵泉（泻法）、百会、印堂、神门、合谷（平补平泻）。

操作：针用泻法和平补平泻。每周二次，每次30分钟，十次为一疗程。

(4) 心脾两虚

主证：多思善疑，头晕神疲，心悸胆怯，多梦易醒，失眠健忘，食欲减退，面色淡白或萎黄，舌质淡，苔白，脉细弱或缓。

病机分析：忧愁思虑，损伤心脾，使气血生化不足，心失所养，则心悸胆怯，失眠健忘，脾失健运，气血不充，症见纳差，头晕神疲，面色淡白或萎黄，舌质

淡，苔卜白，脉细弱，均为心脾两虚，气血不足之象。

治则：补脾养心，益气养血，宁心安神。

方药：归脾汤加减。如自汗，心慌（心悸）加桂枝，白芍；如夜寐易醒加阿胶，熟地，夜交藤，合欢花。

针灸取穴：心俞、脾俞、足三里、三阴交、神门、百会、照海、申脉、安眠穴等。

操作：针用补法可加灸，每周二次，每次留针30分钟，十次为一疗程。

(5) 阴虚火旺

主证：眩晕，情绪不宁，心悸健忘，失眠多梦，心烦易怒，五心烦热，或遗精腰酸，妇女月经失调，舌红苔少，脉弦细数。

病机分析：脏阴不足，营血暗耗，阴虚则虚阳上浮，故眩晕易怒；阴血亏耗，心神失养，以及阴虚生热。虚热扰神，则心悸少寐而烦躁；肾阳不足，腰府失养则腰酸，阴虚火旺，扰动精宅，精关不固则遗精，肝肾失养，冲任不调，故月经不调，舌红，脉弦细而数，均为阴虚有火之象。

治则：滋阴清热，镇心安神，

方药：滋水清肝饮加减。如腰酸遗精乏力患者加龟板，知母，杜仲，牡蛎等以

益肾固精。如月经不调者加香附，益母草以理气开郁调经。

针灸取穴：三阴交、太溪、太冲、神门、心俞、肾俞。如烦躁易怒患者，加四神聪，阳陵泉等。

操作：针用补泻兼施，每周二次，每次留针30分钟，十次为一疗程。

(6) 忧郁伤神：

主证：神态恍惚不安，心神不宁，多疑善虑，悲忧善哭，喜怒无常，时时欠伸，或手舞足蹈，骂器械叫，或伴有面部及肢体的痉挛，抽搐等多种症状，舌质淡，舌尖红，苔卜白。

病机分析：忧思郁虑，情志过极，使肝气郁结，心气耗伤，营血不足，以致心神失养，故见精神恍惚，心精神不宁，多疑善虑；心神惑乱，故见悲忧善哭，喜怒无常，时时欠伸，手舞足蹈，骂器械叫等症。

治则：安神助眠、和中缓急。

方药：甘麦大枣汤加减。可加柏子仁，酸枣仁，茯神，合欢花，合欢皮以增强药力。

针灸取穴：神门、通里、内关、足三里、太冲、三阴交、太溪、肾俞、心俞、胆俞、肝俞、颞中等。

操作：针用平补平泻法，每周二次，每次留针30分钟，十次为一疗程。

(五) 病案举例

病例一：G.P.(印度籍)，女43岁，2024年1月17日来中华医院初诊。

主诉：抑郁焦虑，心悸，晕眩，多疑，悲忧善哭。

病人患有 multiple sclerosis(多发性硬化病)已七年，二年前迁移到新加坡，自诉15年来因受家婆欺凌而导致精神受创，情绪紧张时双手掌出汗，晨起手足僵硬，双上下肢乏力，身体疲倦乏力，精神差，夜里不能入眠，头晕，头痛时作，腰酸背痛，便秘，夜尿2-3次，口苦舌淡，舌干苔白，舌边尖有齿印、脉细稍数。

诊断：郁病(混合型)

辨证：肝郁气滞，脑神受扰，心神不安，多疑善虑，营血耗伤，情志过极。

治法：疏肝解郁，养心安神，益气养血，和中缓急。

方药：甘麦大枣汤加减，丹栀逍遥散加归脾汤(冲剂)，加柏子仁、茯神、合欢花、合欢皮，百合等加强疗效。配舒筋活络(3x3)、腰痛片(3x3)。

针灸取穴：百会、四神聪、神门、内关、太冲、合谷、足三里、三阴交、心俞、肝俞、肾俞、胆俞。

操作：针用平补平泻法，每周二次，每次留针30分钟。

观察：针药合并，治疗二月后，现已能入眠，心悸心慌改善，头晕，头痛已未发作，腰痛明显改善，二便调。

病例二：黎女士，女80岁，(2024年3月初来诊)

主诉：抑郁，心悸、失眠、健忘，身疲乏力，纳差。病人诉说今年二月中旬，在家中因缺氧跌倒昏迷不醒，经西医院治疗后康复，即郁郁寡欢，自疑患重症，急躁易怒，精神恍惚，身疲乏力，失眠易醒。有时悲伤欲哭，偶而胸胁满闷，脘闷暖气，不思饮食，大便失调或便秘，小便尚可，舌质紫暗，苔白，脉弦细。

诊断：郁病(心脾两虚兼肝气郁结型)

辨证：情绪不宁，精神抑郁，气机不畅；忧思愁虑，损伤心脾，气血生化不足。

治法：疏肝解郁，健脾益气，益气养心，宁心安神。

方药：归脾汤加减兼四逆散或柴胡疏肝散；便秘加阿胶，肉苁蓉；失眠加合欢皮，合欢花，百合。

针灸取穴：心俞、脾俞、胆俞，肝俞、足三里，三阴交，百会，神门、申脉，照海，太冲，内关，期门等。

操作：针用平补平泻法，每周一次，每次留时30分钟。

观察：针药并用治疗八次后，失眠已改善，抑郁，心悸，健忘，疲倦亦已减轻。

(六) 小结

中医治疗郁病具有显著的疗效，因为郁病乃功能性疾病，错综复杂，变化多端，中医在临床上应用辨证论治，对症下药，标本同治，攻补兼施，临床上已经证明了中医的疗效。古典医书中亦早有记载，毋庸置疑。

以往众多中医者均以单纯的中药治疗郁病，却忽略了针灸调神解郁之优势，针灸在疏肝解郁，醒脑抗郁，养心安神，镇静安眠等，尤其在控制病情发作，缓解和解除症状方面有显著疗效，且较快速，在临床治疗上更胜一筹，故针灸与中药并用治疗郁病，可以相辅相成，相得益彰，更容易被患者所接受。

董氏奇穴治疗肠胃病探讨

何明根（新加坡）

【摘要】 肠胃病一般都以中药治疗为主，但在临床上针刺治疗对于肠胃病具有独特的优势。笔者随着自己临床中，频密使用董氏奇穴治疗肠胃病有经验效穴，因此提出一些常用穴董氏奇穴治疗肠胃疾病。董氏奇穴在临床上具有取穴少、见效快、易操作、安全性高、治疗范围广等优势，治疗许多病症均有显著效果。文章通过理论研究及临床实践，加以1则病案为佐证，总结分析针刺穴位治疗肠胃病的独特经验，以期作为肠胃病的针刺治疗提供新的思路和方法。

【关键词】 董氏奇穴；肠胃病；针刺；

董氏奇穴是董景昌先师创立的独特针灸疗法，其所选用的穴位多与十四经腧穴不同，有“奇正相通”的特色。杨维杰根据《黄帝内经》《难经》《易经》及《针灸甲乙经》等中医古籍中的相关理论，结合大量的临床经验，研创“动气针法”“倒马针法”等，丰富了董氏奇穴的理论基础，拓展了董氏奇穴的适用范围。目前关于董氏奇穴的临床研究较多，如功能性消化不良^[1]、慢性特异性结肠炎^[2]均等肠胃病均收效颇佳。董氏奇穴临床上具有取穴少、见效快、易操作、安全性高、治疗范围广等优势，治疗重症、急症、痛症均有显著效果。笔者在临床工作中，应用董氏奇穴治疗诸多肠胃病中，获得满意的疗效，突显了董氏奇穴在治疗肠胃病方面的优势，现将部分病案整理分析，抛砖引玉。

1. 董氏奇穴特色针法

董氏奇穴，或称为董氏针灸，乃董景昌先师祖传数十代之针灸绝学，具有特殊的穴位、针法和临床的实效性^[3]。董氏奇穴的理论源于《黄帝内经》，虽有别于传统的十四经穴针灸体系，但与传统针灸经络系统一脉相传，再加以董氏家族数十代的针灸绝学精髓和创新而自成一派。董氏奇穴共有740余穴，分布于手、足、臂、腿、耳、头面等部位，又分为十二个部位，这是依照《针灸甲乙经》分配的模式。董氏奇穴不仅具有独立完善的理论体系，其诊疗理论基础包括：脏腑别通、生物全息、五脏辨证；还创立了多种特色针法，包括：动气针法、牵引针法、倒马针法及刺血疗法^[4]。

1.1 动气针法

动气针法是董氏奇穴针法中应用最普遍及最广的一种针法，此针法不仅是董氏奇穴中的重要针法，而且也是目前传统针灸中的一种重要手法。此针法由杨维杰医师于1975年的自著作《针灸经纬》中最早提出，并得到董师的认可，一直沿用至今。动气针法，即是针刺得气后，立动患处牵引其气的一种操作针法，使病痛立即缓解，表示所选之穴已发挥应有的功效。

1.2 牵引针法

牵引针法为董氏奇穴的特色内容之一，此理论也是杨维杰医师根据董师的传承与自己长期经验而提出，经过临床实际运用，具有取穴少、疗效高、作用强、操作简单之优势，是临床值得推广的一种实效针法。牵引针法的理论基础来置于“引来效应”，可以理解为将气引拉过来的针法。实际操作如下，牵引针法一般先针治疗针，后再刺牵引针，例如内侧膝痛，是足厥阴肝经所过之经络，先针健侧的内关为治疗针，然后针刺在患侧远端的太冲穴为牵引针，如此两穴形成一组牵引针。

牵引穴主要是于五输穴中的俞穴为主，《难进·六十八难》曰：“俞主体重节痛”，《黄帝内经》曰：“病时间时甚者取之俞”，也就是说病痛时发时止则针刺俞穴。俞穴在阳经属木。在阴经属土，木主筋，土主肉，因此治疗身体沉重、关节疼痛的疗效佳。此外，牵引针法还含着另一

个原理，就是《黄帝内经》中的“巨刺”法。牵引针法上部下部同时针刺，而且是左右交刺，既能上下疏导，又能左右平衡，同时有交济调整的作用。牵引针法是董氏动气针法的基础上发展出来的一中针法。

1.3 倒马针法

倒马针法是董氏奇穴特色针法之一，也是董氏奇穴经典内容之一，有异于传统针灸，具有鲜明的特点和特色。倒马针法即是利用两针或三针在临近部位针刺，以加强疗效的一种特殊针法，有小倒马和大倒马之分。两针并用称之小倒马，如灵骨配大白、天皇配肾关等互相连用；三针并用为大倒马针，是董氏奇穴针刺较突出的特点之一，如上三黄（明黄、天黄、其黄）、足三重（一重、二重、三重）、下三皇（天皇、人皇、地皇）等，均为董氏奇穴之要穴，作用非常广泛，功效非常强大，是独具特色的理论之一。不仅如此，如此的针法，具有联合、协同、强化效应，是提高针刺治疗的有效方法，犹如在中药的相须相使的功效。

1.4 刺血针法

刺血针法，即是俗称的“放血”疗法，就是用锋利的机械（一般指三棱针），在患者的体表的某处刺破血管，使之流出一些血液，以期达到治疗目的。而此针法自古有之，并非董氏针灸所独有，但董氏刺血针法别于传统刺血疗法，具有独特的经验，对此多有发挥，实乃董氏针

刺之绝妙处，对当今刺血疗法的普及及推广起到了重要作用。

刺血疗法早在汉书《足臂十一脉灸经》和《阴阳十一脉灸经》成书时，刺血疗法已有运用。《黄帝内经》一书的问世标志着刺血疗法理论体系已基本形成。《内经》论及刺血疗法就有40多遍，可见刺血疗法在当时已广为运用。董氏刺血针法乃董氏针法之精妙处，是予董师在秉承家传绝学的基础上，又广涉及诸多医家活血化瘀文献，厚积薄发，独处机杼，将董氏刺血针法运用得出神入化，因此刺血针法是董氏针灸不可分割的重要内容。

董氏刺血针法具有独特的“络病理论”，并认为“久病必瘀”“重病必瘀”“痛症必瘀”“难病必瘀”“怪病必瘀”等相关理论用于临床治疗各类疑难杂症。一旦能把这四种特色针法结合起来，能达到了“邪有出路”和“气至病所”的祛邪与扶正目的，使恶血邪气尽去而立起沉疴痼疾。

董氏针法是构成董氏针灸的重要内容之一，每个针法均独具特色，虽然说奇穴有奇用，但是董氏针法也是不可忽视的重要环节，奇穴配特效针法，才达到了董氏针灸取穴少、疗效高的治疗效果。董氏针法具有易学、易操作的优势特点，无须复杂的补泻手法，又能达到效如桴鼓的治疗作用。倒马、动气、牵引针法，看似简单，但其理深奥，实乃形神合一之上乘针法，使气至病所，令诸多疑难杂症，顽固病疾速愈。

2. 董氏奇穴之肠胃病常用穴

长期以来，针灸治疗肠胃病多取腹部部位为主，如中脘、下脘、气海、关元等，而董氏奇穴多以四肢取穴为主，如土水穴、灵骨、大白、天皇、天副（肾关）、门金等；其中董氏奇穴也能同时配合其他学派的针刺法，如腹针，靳三针等，不一定单独使用。以下笔者整理出董氏奇穴在肠胃病的常用穴。

土水穴（二二部位）位于拇指第一掌骨内侧，该掌骨小头一寸处一穴，后五分处一穴，又及五分处一穴，共三穴。其中土水二穴就是传统针灸的鱼际穴，为荣穴，同时也能治疗咳喘、清肺热。本组穴位在董公原著中主要治疗胃炎、久年之胃病。此穴位所处于手太阴肺经上，其治疗消化系统疾病为用，主要因“手太阴肺经起于中焦，下络大肠，还循胃口”为主要依据。同时也充分体现出肺与脾胃的紧密关系，肺固然重要，如“肺主气”及“肺朝百脉”，但肺气的来源需要脾胃的营养供给。由此体现出董公对经络的深入理解，对中医学的深入发挥。

灵骨穴（二二部位）位于手背拇指与食指叉骨间，第一掌骨与第二掌骨结合出。大白穴（二二部位）位于手背面，拇指与食指叉骨间凹陷中，约传统针灸三间穴处。本组穴位是董氏奇穴第一大组穴，临床上运用范围极广。本组穴位最主要的功效于大补肺气，凡因肺气虚所导致的相关疾病，皆能运用。同时，本组穴位位于多气多血的阳明经上，因此具有补气行气调

气温阳的作用，是本组穴的运用核心。灵骨、大白对于肺癌、肺气肿、肺积水有确实的作用，但笔者认为此组穴治疗范围可以扩大，也能用于治疗胃癌及肠癌。

肠门、肝门、心门（三三部位）为一组穴位，一般对于肠胃病多选择肠门。肠门穴位于尺骨内侧，距豌豆骨三寸。肝门穴位于尺骨内侧，距豌豆骨六寸。心门穴位于尺骨鹰嘴突起上端，去肘尖1.5寸凹陷中。肠门穴具有通下焦、理肠胃的功效特性。本组穴位所设完全是根据全息与三焦理论而设，具有很强的整体性和关联性，颇有中医韵味之组穴。肠门穴在下部，以治疗下焦病为主，肝门穴在中部，以治疗中焦病为主，心门穴在上部，故用于上焦病为主，体现了董氏奇穴中非常重视全息与三焦理论的运用思想。

门金穴（六六部位）位于第二跖骨与第三跖骨连接补之前凹陷中。一般主治肠炎、胃炎、腹部胀满或腹痛、盲肠炎等，具有健脾化湿、通调肠胃之功效。本穴常与内庭形成倒马组合，可以多用于治疗许多疾病，如痛经、鼻炎、偏头痛、耳鸣等病。

四花上穴（七七部位）位于犊鼻穴下三寸，胫骨外廉。作者只抽取四花上穴来讨论肠胃病的治疗，应该以一组穴位来认识，而这四花大组一共有七穴，有可以细分成四组；四花上穴、四花中穴、四花副穴为一组；四花下穴、腑肠穴为一组；四花里穴及四花外穴。四花上穴具有健脾和

胃、补益气血、扶正培元之功效。四花上穴与传统针灸的足三里相近，但本穴须紧贴胫骨进针。此穴据董公经验，须针深2-3寸，2寸则治疗哮喘，3寸能治疗心脏病。

天皇穴、肾关穴、人皇穴为下三皇一组穴，是董氏奇穴中一组重要的组穴，临床作用非常广泛，治疗疗效极为突出，但一般治疗肠胃疾病，取天皇和肾关就足够了。天皇穴位于胫骨头之内侧凹陷中，去膝关节2.5寸；肾关穴即天皇穴直下1.5寸。董公命名此组，比喻肾为先天之本之本意，将补肾的穴位全设在脾经上，其意以补后天来养先天，达到有效的治疗目的。此外，天皇穴具有健脾补肾、降逆通滞之功效，而肾关具有大补元气、滋补肝肾的功效。

3. 病案举隅

3.1 医案一

患者，男，57岁，已婚，2023年3月30日初诊：患者服中成药后入A&E，西医检查后无异常，前来看诊。刻诊：胃痛1年余，尤其饭后胃痛、胃胀甚，餐后易腹泻，久坐后胃痛甚，体重逐渐下降，寐差、夜尿多。舌淡红，苔薄白，脉弦细左弦滑右。中医诊断为胃痛，证属脾胃气虚，治法为健脾益肾，大补元气。主穴：中腕、下腕、气海、关元、滑肉门、外陵；配穴：灵骨、大白、天皇、肾关、太冲。留针24分钟，不行针，不补泻，每周1次，10次为1疗程。1个疗程后结束后，患者胃胀痛基本恢复正常。

4. 小结

笔者在肠胃病的临床上运用针刺治疗非常多，常与董氏奇穴配合其他针灸学派，如靳三针，薄氏腹针等。最常用的穴位组成是灵骨、大白，天皇、肾关，此穴位组成笔者命名为大补元气法。一般来看肠胃病的患者，多半已经患病已久，以虚症为主，因此采用此穴位组成，肺脾肾三脏同时大补元气，采用以后天补先天之

意，同时取肺经补中焦之气。若可以配合薄氏腹针中的引气归元（中腕、下腕、气海、关元）合腹四关（滑肉门、外陵）是如虎添翼。董氏奇穴作为中医文化的一部分，其独特创新的诊疗系统及取穴少，用穴精、疗效好的优点，在本地中医临床逐渐得到认可，希望更多同行一起更深入的探讨此学派的精髓，发扬针灸技术。

【参考文献】

- [1] 林佳, 刘小琼. 针刺及手法治疗功能性消化不良 71 例 [J]. 中医药临床杂志, 2016, 28(08): 1176-1178. DOI:10.16448/j.cjtc.2016.0416.
- [2] 邵雅斐, 张俊智, 高丽等. 肠炎康方配合针灸治疗慢性非特异性结肠炎 240 例 [C]//中国转化医学和整合医学研究会, 中华高血压杂志社. 中国转化医学和整合医学研讨会 (广州站) 论文综合刊. [出版者不详], 2015: 2.
- [3] 左常波. 董氏奇穴针灸特色疗法 (1) [J]. 中国针灸, 2003(05): 34-37.
- [4] 王艺静, 林海波, 钟淑芬等. 董氏奇穴临床应用概况 [J]. 河南中医, 2020, 40(06): 964-968. DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2020.06.0243.

浅谈贲门失弛缓症的中西医治疗概况

闫立群（新加坡）

【摘要】贲门失弛缓症（Achalasia）是一种表现为食管节律性收缩（称为蠕动）缺失或受损、食管下括约肌不能正常松弛以及食管下括约肌静息压升高的疾病。其主要病理改变为食管壁间神经丛的节细胞数量减少甚至消失，可累及整个胸段食管，以食管中下部症状最明显，该病治疗不及时有潜在发生食管癌的危险。这种疾病通常病因不明，贲门失弛缓症的主要症状是吞咽困难、吐出液体和食物、胸痛和贫血、体重减轻。它是临床疑难病，现代医学无针对本病的有效药物，以微创介入手术治疗为主。中医将本病命名为“食管痹”，以气郁痰阻、痰瘀阻隔为主要病机。以行气降逆和胃、化痰活血通膈为基本治法。既往研究显示，针灸、中成药等对本病均有一定疗效，为本病的中医药综合治疗提供依据。现就近年来中西医治疗该病的进展概述如下。

【关键词】贲门失弛缓症中医药治疗

1 中医治疗

1.1 辨证论治张声生教授^[1]根据病因病机，提出本病最常见四个证型，为肝胃不和证、痰气阻隔证、痰瘀阻隔证、脾胃虚弱证。并指出本病以行气降逆和胃、化痰活血通膈为基本治法，并提出了兼症的加减用药经验。

1) 肝胃不和证 主症：吞咽困难或呕吐间歇发作，胸骨后有梗塞疼痛感，每因情绪活动而诱发或加重；次症：胸骨后灼痛，胃脘灼痛，脘腹胀满，暖气或反食，易怒，口干苦；舌脉：舌红苔薄黄，脉弦。治宜疏肝和胃，方用四逆散合半夏厚

朴汤加减。心烦易怒、舌红苔黄腻者，加龙胆草、黄芩、栀子；反酸烧心者，加吴茱萸、黄连；呕吐频作者，可加苏叶、黄连、生姜。

2) 痰气阻隔证 主症：进食迟缓，甚则餐后呕吐，胸膈闷痛；次症：暖气，呕吐痰涎黏液，反流，吞咽困难，声音嘶哑，半夜呛咳。舌脉：舌苔白腻；脉弦滑。治宜祛痰理气宽膈，方用四七汤加减^[2]。呃逆频作者，加旋覆花、代赭石；失眠多梦者，加竹茹、茯苓；便秘者，加槟榔、莱菔子；舌红苔黄腻者，加小陷胸汤。

3) 痰瘀阻隔证 主症：吞咽梗阻，胸膈刺痛，呕吐痰涎；次症：后背痛，胃脘刺痛，烧心，反酸，暖气或反食，面色黧黑。舌脉：舌质暗红或带青紫，苔薄白腻，脉细涩。治宜祛痰化瘀宽膈，方用丹参饮^[3]合贝母瓜蒌散加减。胸闷刺痛者，加三七、元胡。

4) 脾胃气虚证 主症：吞咽困难，胸膈痞满，呕吐食物或痰涎；次症：胃脘隐痛，胃痞胀满，纳少便溏，神疲乏力，少气懒言，形体消瘦，大便溏薄；舌脉：舌淡苔薄白，脉细弱或沉缓。方用茯苓半夏汤加减。胃脘隐痛，遇寒加重者，可选用黄芪建中汤。中气不足，内脏下垂，身体消瘦者，可予补中益气汤加减；形体消瘦，纳食不消，怠惰嗜卧，肢节痛，可予升阳益胃汤加减。

本病多与情志有关，治疗当注重疏肝行气，可选用佛手、香橼行气导滞；病位偏上，可选用清宣之品，如牛蒡子、薄荷、射干、山豆根等；化痰宜选用半夏、化橘红等性味偏辛窜之品；消痰当选用行气活血又兼有降逆之品，如降香、檀香、香附、川芎等；由于本病表现为食管括约肌的痉挛，故可用芍药甘草汤柔痉；本病以胃气上逆为表现，故可选用辛开苦降法，可选用苏连饮、半夏泻心汤等^[4]。顾荣斌^[5]应用《伤寒论》方旋复代赭汤加减治疗42例食管贲门失弛缓症患者，取得了较好的疗效。42例患者中早期组34例，晚期组8例。处方旋复花、代赭石、党参、法半夏、生姜片、大枣、甘草、竹茹、丁香、枳壳、郁金、荔枝核。

水煎服，每日1剂，1剂2服，疗程10天。早期患者实证居多，以气滞为主，可酌加重舒肝理气药物；如柴胡、香附等。晚期患者虚实夹杂，则应虚实并治，或加用活血化瘀之品。疗效标准以本病主症：咽下困难的消失与否或症状减轻的程度、结合X线钡透检查、内镜检查区分基本治愈、好转、无效。42例中基本治愈20例，好转14例，无效8例。8例无效患者均为晚期患者，总有效率为81%。

1.2 针灸治疗 针灸治疗，以降逆和中，理气止痛的原则，以双足三里、双内关、膻中、中脘为主穴^[6]。肝胃不和证加太冲、期门穴；痰气阻隔证加丰隆、内庭、巨阙；痰瘀阻隔证加气海、公孙、丰隆、膈俞、三阴交、太溪；脾胃气虚证者加下脘、天枢、三阴交。主穴采用补法，配穴则用平补平泻法。脾胃虚寒者可行艾条灸或温针灸^[7-12]。

2 西医治疗

2.1 口服药物治疗 给予抗胆碱能类药物，如阿托品、普鲁苯辛等抑制迷走神经，舒张平滑肌张力，降低食管下段括约肌（LES）压力，可以减轻临床症状。有类似疗效的药有硝酸酯类^[13]、麦角胺等，另外有人试用肌紧张-循环改善剂盐酸乙哌立松和抗焦虑药洛拉酮联合治疗，获良好效果^[14]。这些药物均作用较弱且持续时间短暂，仅暂时缓解吞咽困难，长期效果受药物不良反应和患者耐受性的限制，可作为一种姑息性的减缓症状的治疗手段。

2.2 内镜下注射治疗肉毒杆菌毒素 (botulinum toxin, BT) 是肉毒杆菌代谢产生的一种蛋白质, 能与突触前胆碱能神经末梢不可逆的结合, 抑制神经末梢乙酰胆碱的释放, 从而导致食管下段括约肌松弛^[15-17]。1995年Pasricha首先在内镜直视下应用BT向LES局部注射, 治疗贲门失弛缓症, 初期有效率达90%。该方法是从发病机制出发作出的特异性、选择性治疗, 具有方法简单、安全、费用低, 患者易接受等优点^[18-19]。蔡逢春等^[20]对比研究, 显示该方法近期疗效无论从临床效果还是食管动力检测结果上看都不如气囊扩张效果好, 且疗效随时间延长不断降低, 远期效果不佳, 需要反复注射, 偶可引起胃食管反流、食管糜烂和食管周围炎, 对后来的手术切开造成很多困难, 甚至穿孔。马颖才等^[21]在内镜下采用气囊扩张治疗贲门失弛缓症26例疗效确切达96.1%。

3 个案治疗

下面将我在临床看诊中的一例贲门失弛缓症的病人治疗过程简介如下: 患者男性, 58岁; 来诊诉: 感觉咽喉有异物感4周, 胃胀, 反胃酸, 一年前胃镜检查诊断“贲门失弛缓症”, 喉镜检查正常, 有贲门癌症家族史; 患者对此较紧张; 舌淡红, 苔薄, 脉弦滑; 纳可, 二便常。

药物粉剂治疗: 半夏厚朴汤, 旋复代赭汤, 加木香, 瓦楞子、柿蒂、淡竹叶、佛手等治疗一周后复诊, 病人感觉咽部异

物感、反胃酸症状好转, 继续治疗。连续服药3周后, 感觉前述症状明显好转, 同时也建议病人避免食辛辣、油腻食物, 多吃易消化的食物。停药约4月后, 病人因小便困难, 夜尿频, 西医诊断“前列腺肥大”, 但服西药未见好转, 逐来就诊。诉咽部异物感, 反胃酸症状已痊。此次的治疗体会到: 通过中药可调节胃部功能, 促进胃肠蠕动, 以缓解贲门失弛缓的症状。

讨论和展望

目前, 西医治疗食管贲门失弛缓症主要用解痉止痛类药、镇静剂、管扩张疗法和手术疗法。临床上由于药物治疗效果不佳而多采用手术治疗。但手术具有不同程度的机体损害, 并发食管粘膜破裂、胃食管返流或术后瘢痕形成或挛缩, 故不易为患者接受。近年来, 中医对本病的研究治疗逐渐形成共识, 即本病属于中医“噎膈、反胃”等病的范畴, 主要与忧思郁怒、先天禀赋有关。病位在食管, 属胃气所主, 与肝脾有关, 基本病机为气、痰、瘀交结食管, 胃失和降, 故治疗上主要以理气解郁、化痰散结、健脾和胃为主, 在临床治疗上取得了较为满意的疗效。使患者避免了手术之苦。目前治疗贲门失弛缓症的各种方法各有其优势和局限性, 几种方法的联合方案尤其是中西医结合治疗, 将能优势互补, 这应是该病今后治疗的发展趋势。

【参考文献】

- [1] 周强, 朱春生, 张声生. 中华中医药杂志 (原中国医药学报) 2018年10月第33卷第10期 CJTCMP, October 2018, Vol. 33, No. 10 4451-4453.
- [2] 张晓江, 张本灏, 朱莹, 等. 加味四七汤治疗贲门失弛缓症 46 例临床观察. 湖南中医杂志, 1999, 15(1): 12-13.
- [3] 梁绍坤, 孙林波. 加味丹参饮治疗贲门失弛缓症临床观察. 中医临床研究, 2013, 5(7): 84-85.
- [4] 陆为民, 徐丹华, 周晓波. 国医大师徐景藩教授诊治胃食管反流病的经验. 中华中医药杂志, 2013, 28(3): 703-705.
- [5] 顾荣斌. 旋复代赭汤治疗食道贲门失弛缓症 42 例临床分析. 实用中西医结合杂志, 1996, 9(2): 127.
- [6] 张顺德. 针刺足三里治疗“食痹”. 四川中医, 1986, 1(8): 48.
- [7] 翁利婷, 郑自芳, 童昌珍. 胆舒胶囊联合针灸治疗贲门失弛缓症的临床观察, 湖北中医杂志, 2009, 31(4): 49-50.
- [8] 翁利婷, 郑自芳, 童昌珍. 胆舒胶囊联合针灸治疗贲门失弛缓症的临床观察, 湖北中医杂志, 2009, 31(4): 49-50.
- [9] 樊树英. 针刺治疗食道失弛缓症 60 例临床观察, 中国针灸, 1995, 8(2): 11-12.
- [10] 陈玉华, 赵渤. 针灸治疗贲门失弛缓症, 上海针灸杂志, 1992, 13(4): 25.
- [11] 魏庆兴. 针灸治疗食管疾患的体会. 中国针灸, 1989, 43(4): 54.
- [12] 庞海燕. 针灸治疗胃肠动力障碍性疾病的临床和基础研究进展. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(3): 61-64.
- [13] 温忠慧, 王一平. 硝酸酯类药物治疗贲门失弛缓症评价 [J]. 中国循征医学, 2002, 2(2): 82.
- [14] 傅文安. 盐酸乙哌立松在贲门失弛缓症中的应用 [J]. 临床消化杂志, 1998, 10(1): 44.
- [15] 陈达民. 肉毒杆菌毒素的胃肠应用 [J]. 国外医学. 消化分册, 1998, 18: 169~171.
- [16] 董蕾. 贲门失弛缓症治疗的现状 [J]. 国外医学. 消化分册, 1999, 19: 138~139.
- [17] 叶萍, 李兆申, 许国铭, 等. 贲门失弛缓症经气囊扩张与肉毒杆菌毒素联合治疗后的食管运动功能 [J]. 第二军医大学学报, 2001, 22: 576~578.
- [18] 叶萍, 李兆申, 许国铭, 等. 贲门失弛缓症经气囊扩张与肉毒杆菌毒素联合治疗后的食管运动功能 [J]. 第二军医大学学报, 2001, 22: 576~578.
- [19] 乔文, 薛辉, 苒新明, 等. 内镜下食管括约肌内注射肉毒素 A 治疗贲门失弛缓症 12 例 [J]. 陕西医学杂志, 2003, 32(2): 125.
- [20] 王社论, 袁群, 王宗焯, 等. 内镜下注射 A 型肉毒素治疗贲门失弛缓症 [J]. 中华消化内镜杂志, 2000, 17(6): 330~332.
- [21] 马颖才, 熊元治, 周翠萍, 等. 内镜直视下贲门失弛缓症的气囊扩张治疗 [J]. 中华消化内镜杂志, 2002, 19(3): 175~176. 山东中医杂志 2004 年 4 月第 23 卷第 4 期。

浅谈通调带脉法 治疗腹型肥胖

李倩绮（新加坡）

肥胖是一种慢性代谢性疾病，多因过食、缺乏体力活动等多种原因导致体内膏脂堆积过多而使体重超标。世界卫生组织（WHO）统计显示，自1980年以来，全球肥胖率大幅上升，已增加至两倍以上。2022年，全球有25亿的成年人（18岁以上）超重，其中有8.9亿为肥胖。根据2021/2022年新加坡全国人口健康调查（National Population Health Survey），肥胖比率从2019/2020年的10.5%增加至11.6%。肥胖率的上升趋势，是威胁人类健康的严重问题。不仅如此，肥胖本身是一种慢性疾病，同时也是许多其他慢性疾病的主要致病因素。因此，控制体重的必要性不容忽视。

腹型肥胖定义

依据脂肪积聚的部位，肥胖可以分成腹型肥胖（中心型肥胖）和皮下脂肪型肥胖（周围型肥胖）。腹型肥胖主要以肥胖积于腹部，内脏脂肪增加，腰部增粗。皮下脂肪型肥胖则以脂肪积聚于股部、臀部等处为特征。腹型肥胖患者更易罹患糖尿病等代谢性疾病。本文将重点探讨腹型肥胖的治疗。

肥胖通常通过体质量指数（BMI，

Body Mass Index）和腰围来评估。健康成年人的BMI正常范围为18.5-22.9，BMI \geq 23为超重，BMI \geq 30为肥胖。比起BMI，腰围能更好地测量身体脂肪，也通常用于评估心血管疾病风险。若亚洲成年人腰围 $>$ 80cm（女性）或 $>$ 90cm（男性），即可判断为腹型肥胖。

通调带脉针刺法的临床应用

2023年冬季笔者有幸回返北京中医药大学第二临床医学院东方医院见习，其中得以与针灸科的梁翠梅副主任医师跟诊，学习腹型肥胖的针灸治疗。梁副主任以“通调带脉经气，调和阴阳”为纲纪，“兼顾脾胃”为枢纽的机理来促进人体代谢功能正常，从而治疗腹型肥胖。

带脉横亘于腰腹如束带，与多条经脉相交，连接先天与后天，环腰贯脐，沟通三焦，是调控人体阴阳气血平衡，维持生命活动的关键之所，故可视作人体之“枢机”。腹型肥胖患者共同特征是膏脂主要积聚于腹部，也与带脉循行部位一致。《素问·经脉别论篇》云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行，合于四时五脏阴阳，揆度以为常

也。”人体正常生命活动以“脾胃散精”为基础，脾胃功能正常，人体才有力量运作。

针灸选穴以带脉穴位为主，配合脾胃相关的穴位。其中天枢、大横、带脉穴以脐为界，上为阳，下为阴，疏调带脉及诸经上下之阴阳气机；任脉穴中脘即是腑会，又是胃募穴，属“阴中之阳”，且下取气海穴相配，可增调和阴阳之效，胃经穴梁门、水道上下相配亦是同理，配合下肢足三里、上巨虚、丰隆可调和阳明经气血，以助气血运化，精微输布。外关、足临泣为八脉交会穴，且均为少阳经穴，取之通调带脉与少阳气血，以利人体之“枢机”。在此基础上，依照患者的症状随症加减配穴。

病案举例

近日我院一名患者因肥胖就诊，笔者采用了梁副主任的通调带脉思维为病人治疗。诊疗过程兹录于下：

患者欧阳某，女，27岁，2024年1月17日初诊，主诉体重近5个月增加，伴纳

差、消化不良、全腹胀、大便秘结，质硬如羊屎、无暖气、矢气频，西医院检查诊断脂肪肝，给予助消化药（具体不详），服用药后症状无明显改善，自行服用肝脏排毒药物（具体不详），症状改善但体重未下降。患者自诉自行运动、控制饮食后也未见体重下降。刻诊：形体肥胖，无腹胀，大便成形，偶粘，纳可，眠差，舌淡红，舌尖边红，舌边现齿痕，苔薄白，脉沉滑。

中医诊断：肥胖（脾虚湿盛型）。

处方：下脘、太乙、天枢、带脉、大巨、气海、关元、阴陵泉、丰隆、三阴交、太冲、曲池、外关，予0.25mm×40mm毫针刺，双侧天枢、带脉接电针，针刺时长20min，每周1次，针刺结束后腹部拔罐留罐治疗。

二诊：2024年1月24日、2024年2月2日复诊，持续治疗。

三诊：2024年2月17日复诊，患者自诉2024年2月10日自量腰围，减少4.5cm，自觉腹部触诊时较软，治疗效果满意。

【参考文献】

- [1] 范冰冰, 胡慧, 梁翠梅 & 倪金霞. (2023). 基于“带脉为枢”浅析通调带脉法. 长春中医药大学学报, 39(12), 1318-1322. doi:10.13463/j.cnki.cczyy.2023.12.005.
- [2] 梁翠梅, 胡慧 & 李媛媛. (2012). 通调带脉法针刺治疗腹型肥胖疗效观察. 针刺研究, 37(6), 493-496. doi:10.13702/j.1000-0607.2012.06.009.
- [3] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会, 内分泌系统疾病基层诊疗指南编写专家组. (2020). 肥胖症基层诊疗指南(2019年)[J]. 中华全科医师杂志, 19(02): 95-101. doi:10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2020.02.002

九宫八风针刺法简介

Introduction to the Nine Palaces and Eight Winds Acupuncture Method

李明姝 (新加坡)
LI Mingshu (Singapore)

【关键词】九宫八风；针灸；黄帝内经

KEYWORDS: Nine Palaces and Eight Winds; Acupuncture; Huangdi Neijing

摘要：

九宫八风针刺法是基于《黄帝内经》九宫八风时空医学理论，结合针灸临床实践总结而得的针刺方法。本文阐述了九宫八风理论中的“人体身形应九野”及人体阳气运行路线，介绍了九宫八风舌诊法、整体调气法及局部疏通治疗法的具体操作步骤及注意事项，同时说明了九宫八风针刺法的手法及心法，以及针刺禁忌。九宫八风针刺法是《黄帝内经》九宫八风时空医学理论在针灸临床上的具体应用，是中医传统针刺法的发展与补充，为临床诊治疾病提供了新的方法与思路。

ABSTRACT:

The Nine Palaces and Eight Winds Acupuncture Method is based on the Nine Palaces and Eight Winds Spatio-temporal Medical Theory of Huangdi Neijing and the author's clinical experience. This paper elaborates on the theory of the "Correspondence of the Nine Districts and the Human Body" as well as the operating route of Yang energy in the human body. It illustrates the procedures and precautions of the Nine Palaces and Eight Winds Tongue Diagnosis Method, the Overall Qi Adjustment Method, and the Patial Unblocking Treatment Method. The acupuncture techniques, mental treatment methods, and taboos of the Nine Palaces and Eight Winds Acupuncture Method are also explained. The Nine Palaces and Eight Winds Acupuncture Method is the clinical application of the Nine Palaces and Eight Winds Spatio-temporal Medical Theory of Huangdi Neijing. It can supplement and develop Traditional Chinese Medicine acupuncture by providing new theory and methods for TCM clinical diagnosis and the treatment of diseases.

九宫八风针刺法是笔者基于《黄帝内经》九宫八风时空医学理论（以下简称“九宫八风理论”），结合针灸临床实践总结得出的针刺方法。九宫八风时空医学理论是笔者以《灵枢》中《九宫八风》《岁露论》《九针论》等篇章的相关内容为基础，以时空与人立体动态相关的医学观念为指导，经过对经典的继承、挖掘和整合，建立起来的关于疾病预防、诊治的中医医学理论体系^{[1][2][3]}。其实际应用目前主要体现在两个方面：

一是在中医医学气象学方面，为各地区气象相关性疾病的发病规律研究与预测预防做出贡献^{[4][5]}；

二是在中医针灸领域，为临床针刺理论及应用服务^[6]。

本文在上述研究的基础上，比较完整地阐述了九宫八风针刺法中的“人体身形应九野”及人体阳气运行路线、九宫八风舌诊法、九宫八风针刺整体调气法及局部疏通治疗法，同时说明了九宫八风针刺法的手法及心法，以及针刺禁忌。由于篇幅有限，具体的病案分析另文分享。

一、九宫八风针刺法的重要理论基础

——人体身形应九野

(一) 人体身形应九野

九野是地面的九宫方位划分，与四时八节相对应^[6]。在《灵枢·九针论》中，黄帝与歧伯就人体的身形如何与九野相应展开了问答，其中有言“左足应立春，其日戊寅己丑。左肋应春分，其日乙卯。左手应立夏，其日戊辰己巳。膺喉首头应夏至，其日丙午。右手应立秋，其日戊申己

未。右肋应秋分，其日辛酉。右足应立冬，其日戊戌己亥。腰尻下窍应冬至，其日壬子。六府膈下三藏应中州”，其中“日”指的是一日中的具体时间^[6]。

在《淮南子·天文训》中有云：“甲乙寅卯，木也；丙丁巳午，火也；戊己四季，土也；庚辛申酉，金也；壬癸亥子，水也。”^[7]由此可见，九宫八风理论呈现的是中土五行结构（如下图）：

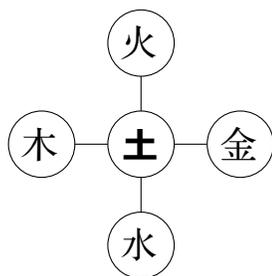


图1 中土五行图

根据《灵枢·九宫八风》的内涵及上述论述，可得“人体身形应九野”图示如下：

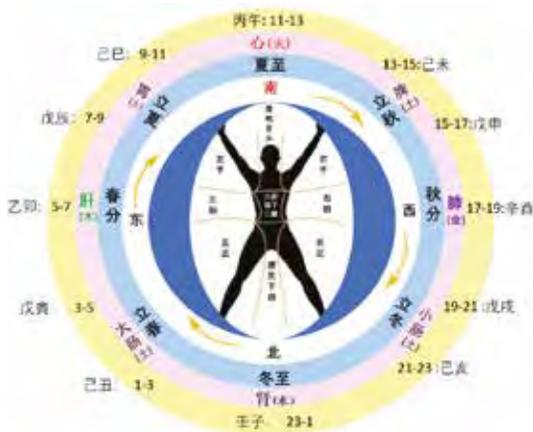


图2 人体身形应九野图

这充分展示了《灵枢·岁露论》所言“人与天地相参也，与岁月相应也”的

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

与生克五行结构不同的是，图1与图2所呈现的中土五行结构更强调“土”行对他行具有核心调节作用，即“土居中央，掌控四方”，这也是五行互藏理论之体现^[7]。即所谓“土生万物而法天地”（《素问·太阴阳明论》），土能蓄养万物，为万物之本，虽与季节无所配属，但旺于四时，无时不主，这正是后世重土论的理论基础，也是九宫八风针刺法重视腹部针刺的理论依据。

《素问·八正神明论》中提出了“法天则地，合以天光”的针刺法则，九宫八风理论的科学基础是地球的公转与自转，运用北斗历和太阳历，结合洛书来说明生命科学规律^{[1][2][3]}，正是典型的“法天则地，合以天光”的针刺理论。将其运用到针灸临床，有充分的必要性和可行性。

（二）人体气机规律

九宫八风理论包含了洛书太阳历，正如图2所示，自然界中阳气运行的路线，对应到人体，则表现为气机以阳气之升降出入为主，其有以下特点：

1、左升右降

《素问》之《阴阳应象大论》及《五运行大论》皆云：“左右者，阴阳之道路”，正如图2中所示，太阳从东方升起，所照之地阳气渐盛，故人体左侧（肝之藏象）主阳气之升发；过午之后，太阳渐落于西方，阳气下降而阴气渐盛，故人体右

侧（肺之藏象）主阳气之肃降；阳气升降循“一→三→九→七→一”之规律，正乃人体气机“左升右降”“肝升肺降”的明示。

2、后升前降

世界和人体都是立体的，以九宫八风理论逻辑推演，可知图2中的环也非单一平面，而是立体多维的。将九宫八风平面图逆时针转90度，可见人体的阳气后升前降，即从会阴升至百会，再从百会降至会阴，这与中国传统气功练习中的气机升降是一致的，也与太极拳练习中的气机方向一致，也与诸腑（多位于身体腹面）之气以通降为顺一致。

3、人体带脉区域气机逆时针运行

同理，将九宫八风平面图向后放平，可见人体中心——带脉区域的气机向左侧运行，背部的气机向右侧运行，开成一个逆时针运行的环（见下图）。在腹部，这与人体横结肠的运行方向一致，符合人体解剖功能。

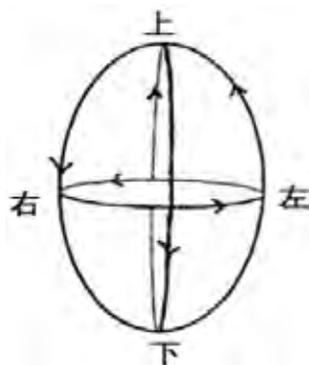


图3 人体立体经气循行图^[8]
（上下、左右、带脉区域）

4、整体气机还穿插着斜行的环

人体全身之气的运行，除了上下、左右、前后几个正方向以外，也犹如电子围绕原子核运转一样多平面，多角度，使人身无论哪一部分，都与整个身体的上下左右内外是一气贯穿，全方位沟通的（见下图）。

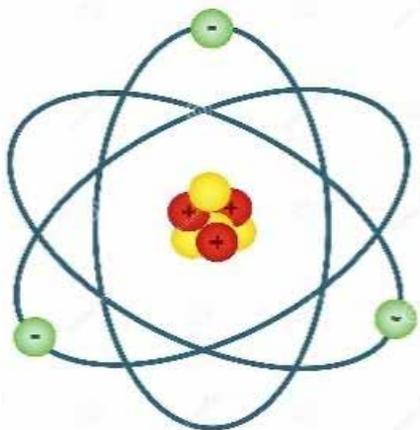


图4 人体立体经气循行图
(斜向，以电子运行轨迹模拟)

这样就很容易理解传统中医上病下取、下病上取、左病右取、右病左取、前病后取、后病前取的针灸思路，这其实也是一种“同气相求”。

二、九宫八风舌诊法

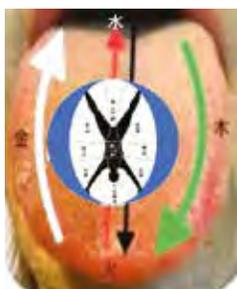


图5 九宫八风理论中舌与人体之对应
(舌上的人体身形应九野)

《素问·骨空论篇》有云：“任脉者，起于中极之下……至胸中而散。”“督脉者，起于少腹以下骨中央……上颐环唇，上系两目之下中央。”很明显，舌头不属于任脉，舌中分布着督脉之气。如前所述，人体督脉的气在背部上升，过头，再下行，故舌头的分区与倒立的人体对应。

如上图所示，舌的前部为心（火）的藏象功能区，人体左侧的舌体为肝（木）的藏象功能区，人体右侧的舌体为肺（金）的藏象功能区，舌体中央为脾（土）的藏象功能区，舌根为肾（水）的藏象功能区，舌中线则对应着人体的脊柱（图5中的红线）。

在临床上，舌分区的面积减小，则为所对应的藏象功能虚，面积变大则为气郁或者有实邪。例如：图5中黑线为实际舌中线，向左偏离标准舌正中线的，造成舌体左小右大，提示肝升无力，肺气郁而失降；反之，若是左大右小，则为肝气郁结，肺降无力。

舌中线在某节段歪曲明显，提示对应部位可能有脊柱侧弯，或者扭转。

舌上某部位有较深的裂纹，提示所对应之藏象有气滞，例如靠近舌中线的深而斜的裂纹，提示背部某一区域有损伤，造成气滞。

舌塌陷提示所对应的藏象气血虚弱；舌增厚提示有邪气淤堵。

其余的看舌色、舌体、舌苔、瘀痕瘀斑、舌下络脉等，则与中医诊断学上的内容一致，只需留意与之相对应的藏象，在脉象上确认其功能，若二者一致，即可作为较为有意义的临床信息。

九宫八风舌诊法根据九宫八风理论和笔者自己的临床经验，参考了殷氏现代舌诊法[9]整编。由舌诊法及其它望闻问切、及参考西医诊治资料等所收集的临床信息，是进行九宫八风针刺法的基础。

三、九宫八风针刺法之整体调气法

【主治】以气滞为主要病机的病证，包括：

- 1、清阳上升不足引起的病证：例如虚证型的头痛、眩晕、记忆力衰退等；
- 2、浊气下降不足引起的病证：例如实证型的头痛、眩晕、呕吐、腹胀、胸闷、胁痛等；
- 3、全身阳气升降、发散不利或不平衡引起的病证：例如部分精神性疾病（莫名焦虑、失眠等）、偏身麻木或发冷等。

【功效】升清降浊，调畅气机。

【针法】按人体阳气运行的路线，辨病证施针。

例如：调人体督脉、左侧气机：
以升气为意，针尖朝上针刺；
调人体任脉、右侧气机：
以降气为意，针尖朝下针刺；
腹部为土，是调畅一身气机之重地，关于腹部针刺下文有详细分解。

下针顺序：《灵枢·周痹》指出：“痛从上下者，先刺其下以遏之，后刺其上以脱

之；痛从下上者，先刺其上以遏之，后刺其下以脱之。”可以理解为，病的源头在上面，造成下面的部分出现症状者，先针下面治标，再治其上治本；病的源头在下面，造成上面的部分出现症状者，先针上面治标，再治其下治本。这符合“急则治其标，缓则治其本”，是九宫八风针刺法在标本兼治方面，须遵循的下针顺序原则。

【简单举例】

症状：眩晕1天，伴呃逆，欲吐，腹胀胸闷，大便未通。

辨病及辨证：眩晕（浊气上逆，上干清阳型）。

病机：湿困中焦，气机不利，浊气不降反升，导致清气不能后上以利清窍。

针刺：百会（向前平刺）、印堂（向下平刺）、中脘、下脘、气海（向下斜刺），左右天枢（向左斜刺），右合谷、足三里、太冲、内庭（向下斜刺）；左合谷、足三里、太冲（向上斜刺）。

下针顺序：病证标在上，本在下，“先刺其上以遏之，后刺其下以脱之”，针刺时先针头部，再针腹部及四肢，四肢穴位时可先右后左。

留针：25-30分钟左右，腹部以温灯加热。

出针：以泻法出针为主，气海、足三里平补平泻。

四、九宫八风针刺法的局部疏通治疗法

这是九宫八风针刺法运用到人体的某一具体部位，治疗因为扭伤，或实邪，或气血虚弱所造成的局部病症，主要是根据九宫位置（见下图）和阿是确定施针穴位，达到行气、活血、通络的功效。

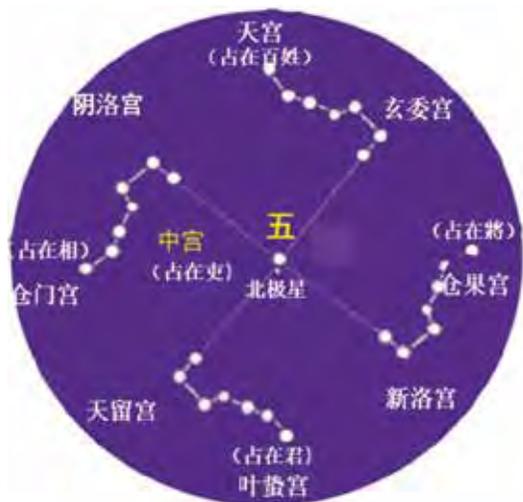


图6 九宫八风理论北斗历
九宫名称及位置^{[1][2][3]}

一般以痛点或肿块中心为中宫，再沿八宫方位找附近的穴位或阿是。九针之间的距离、进针深浅以具体部位为定，不必拘泥于同等间距，或同等深度，针尖可以朝向中宫所在位置，也可根据需要朝向其它方向。

注意：九宫不等于九针，宫位是四正四隅的方位概念，可以在同一宫位上取1-3针或更多。施针顺序一般先针中宫穴位，再针四正宫位之穴位，然后针四隅宫位之穴位。

(一) 头部

九宫八风头针刺法采用平刺，行针手法为捻转，不提插。

1、针对表现在头部本身的病症

【主治】比较明显的头痛、脱发、眩晕、神志病（如神经衰弱）等。

【针法】以百会或痛点为中宫穴，按九宫方位针灸，针尖朝向中宫，根据症状轻重和范围，可以增加圈数，加大刺激量。



图7 头部病症的九宫取穴及实例

2、参与治疗由于气滞、血少、阳亢、中气下陷等造成的病症

【主治】高血压、低血压、脱肛、子宫脱垂、痔疾、大小便失禁等。

【针法】取百会及几个宫穴即可。

3、按头部的“人体身形应九野”，按对应关系（见下图）取穴治疗身体疾病



图8 头部的“人体身形应九野”，注意左右对应关系有对调

【主治】由于脑血管意外偏瘫、脑炎后遗症、小儿麻痹症等引起的运动系统障碍。

【针法】取百会为中宫穴，按照对应关系加强某一区域的针刺刺激，如左侧肢体麻木，则在玄委宫位、新洛宫位多加针刺。

九宫八风头针刺法与方云鹏所创的方式头针、汤颂延所创的汤氏头针、刘炳权所创的八卦头针、王新明头针等头针流派均有相通之处^[10]，但理论基础不同，全息象不同，今后可以通过临床应用，进一步探索。

(二) 腹部

这是九宫八风针刺法最常用到的部位，脾胃为气机升降之中枢，“土生万物而法天地”（《素问·太阴阳明论》），无论是治疗腹部本身的病症，还是以“培土”的方式治疗所有与气血生成、气机不畅相关的病症，都需要用到腹针。

特点是以肚脐为中宫穴，但中宫不针，只针八宫方位的穴位，每个方位可选1-3穴。

1、治疗腹部本身的病症，及源于气血不足而引起的全身性疾病

【主治】腹痛、腹胀、胃酸返流、呃逆、呕吐、纳差、腹泻、便秘、痛经、（贫血性）眩晕、肥胖、肿瘤、免疫系统疾病等。

【针法】斜刺，朝向肚脐。

【功效】健脾益气，调节五脏。



图9 常用的腹部九宫取穴

2、治疗阳亢所引起的疾病

【主治】高血压所引起的头痛、眩晕等。

【针法】先针任脉及腹部左侧（肝木），后针右侧（肺金），全部斜向下；出针时全为泻法（应配合头针及体针）。

【功效】抑木扶土，疏肝平亢。

3、治疗中气下陷造成的疾病

【主治】低血压性眩晕、脱肛、子宫下垂、痔疾、大小便失禁等。

【针法】先针任脉及腹部左侧（肝木），后针右侧（肺金），全部斜向上；出针时全为补法（应配合头针）。

【功效】健脾益气，举阳升陷。

4、为了调畅全身气机

【主治】以气滞为主要病机的病症。

【针法】任脉斜向下，腹部左侧（木）斜向上，腹部右侧（金）斜向下（参见整体调气法之举例）。

【功效】升清降浊，调畅气机。

（三）背面

1、治疗表现在背面的损伤或疼痛

【主治】颈肩紧痛、背痛、腰酸、腰痛、脊柱侧弯、椎间盘凸出、内脏病反射痛、咳喘等。

【针法】以病症中心或疼痛中心为中宫穴，先针中宫穴（在颈胸椎者，斜向上），再针八宫穴，每个方向可选1-2个穴位，斜刺，朝向中宫或朝向督脉。

【功效】活络柔筋，疏通气血。



图10 背痛九宫针刺举例（督脉有瘀斑处为中宫穴，本案例增加了一针阿是穴）

2、治疗源自于背腰部的其它疾病

【主治】下肢酸软、麻痹、畏寒肢冷等。

【针法】以命门穴或腰阳关穴为中宫穴，八宫方位每个方向可选1-2个穴位。

【功效】扶阳补火，通经活络。

（四）其它关节部位

【主治】跌打损伤、风湿性关节炎、退化性关节炎、痛风、诸关节活动不利（如五十肩）等。

【针法】以疼痛或肿块中心为中宫穴，八宫方位每个方向可选1-2个穴位，施针时一般先针中宫穴位，再针四正宫位之穴位，然后针四隅宫位之穴位。

【功效】活血化瘀、通络止痛。



图11 膝关节内侧疼痛之九宫针刺

五、九宫八风针刺法的手法

九宫八风针刺法采用毫针刺，一般留针30分钟左右。除了选穴以外，针刺的手法与疗效有直接关系。九宫八风针刺法在补泻方面：

补法：重按轻提，就是针刺得气以后，再“缓而紧地向下推进”和“快而松

地很快提上来”，重要的是心中想着要让某种“气场”进去，指下其实只是一点点而已；患者可能会觉得“针下热”；

泻法：轻按重提，针在深处，医者轻轻将针尖一点，然后紧紧捏住针柄往上提，心中想着要把不好的东西“引出来”；患者可能会觉得“针下凉”；

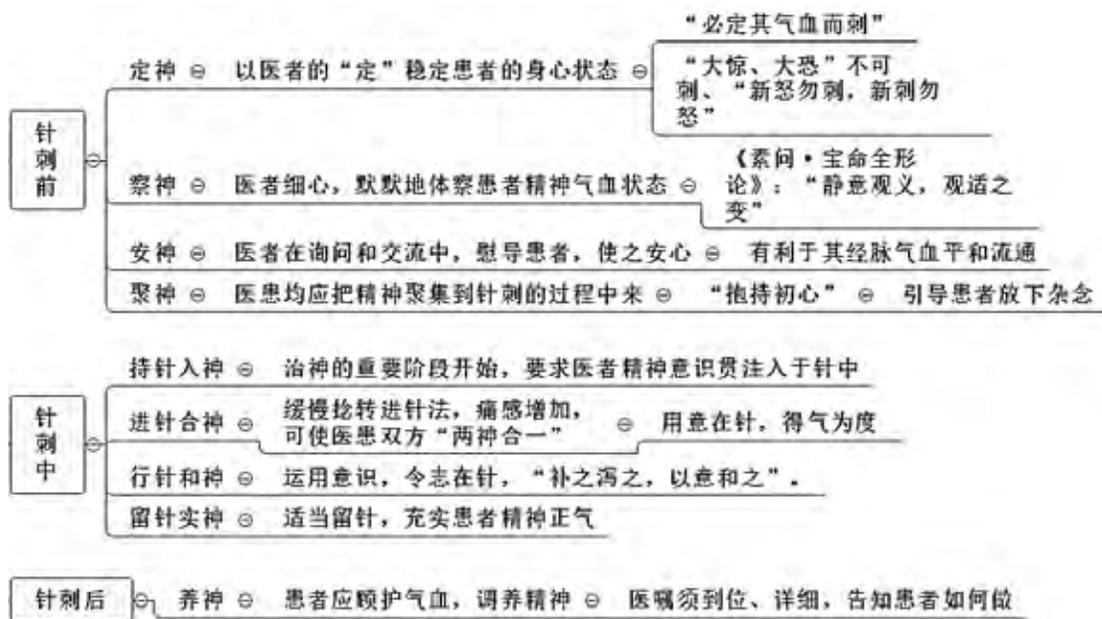
导气同精法：针在体内徐入徐出，一般是得气后三进三出，患者感觉不明显，但整个人的“气”会变得比治疗前顺畅很多。

其它手法与传统针刺法一致。

六、九宫八风针刺法的心法

《素问·宝命全形论》有云：“凡刺之真，必先治神”，《灵枢·本神》亦指出：“凡刺之法，先必本于神”。广义的“神”是人体生命活动（活力）的外在表现，也是内脏功能活动的综合反映；狭义的“神”指人的精神意识、思维活动，由心所主。可以说，病人之所以“病”，都是“神”病了，而所谓的治疗过程，就是医者运用自身和大自然的“正常之神”来调整和矫正患者的“病神”，使之变为正常。

九宫八风针刺法之心法同“靳三针”的调神、治神、养神理论^[1]。



七、九宫八风针刺法的针刺禁忌

- 1、病患当下血糖检测超过 11.0mmol/L 者不针，可等血糖低于 11.mmol/L 以后再针，针后医嘱不可污染伤口。平素须控制饮食，按时服药，控制血糖；
- 2、病人服用大量活血药者：针刺不可过深；
- 3、其余针刺禁忌根据每个具体穴位的位置而定（同针灸学教材）。

在关于针刺介入时间的禁忌中，“天忌”“大禁”与“天忌日”来源于九宫八风理论^[6]，其临床价值在使用毫针刺时体现不出来，但当使用其它较大型的针具时，对医者应有积极的参考意义。

八、九宫八风针刺法之优点及展望

- 1、九宫八风针刺法是《黄帝内经》九宫八风理论在针灸临床上的具体应用，有着坚实的科学背景与丰富的理论内

涵，与九宫八风舌诊法、九宫八风药物疗法组成了一个较为完整的诊疗体系；

- 2、九宫八风针刺法是中医传统针刺法的发展与补充，与其它针刺法（如传统体针、耳针、筋针、董氏针法等）可以一起使用，互相配合，为临床诊治疾病提供了新的方法与思路。

运用九宫八风针刺法时，把针换为艾柱，或者使用针上灸，或针刺后使用红外线治疗灯照射局部，就扩展成了九宫八风针灸法。在灸法中，腹部的中宫——脐，就可以施灸。

目前九宫八风针刺法还需要在临床上取得更多的案例支持，亦可通过 RCT 实验，取得明确的数据，进行统计分析，得出科学结论。总之，九宫八风针刺法不仅有丰富而扎实的理论基础，而且在操作上简单易行，有临床意义，值得临床进一步研究和应用。

【参考文献】

- [1] 李明姝.《黄帝内经》九宫八风理论探析[J].新加坡中医杂志,2022(52):50-59.
- [2] 李明姝.从《内经》九宫八风理论探讨中医时空医学思想[J/OL].台北市中医医学杂志,2022,28(02):1-11.
<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/P20170607001-202209-202211070003-202211070003-1-11%0A>.
- [3] 李明姝.《灵枢·九宫八风》「占」与「风」之内涵及意义探析[J/OL].台北市中医医学杂志,2023,29(02):23-37.
<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/P20170607001-N202310280011-00002>.
- [4] 李明姝.《内经》九宫八风的医学气象内涵[C]//第十三届亚细安中医药学术大会.新加坡,2023:135-142.
- [5] 李明姝.洛书的医学气象基础与应用模型研究[C]//2023第三十四届周易与现代化论坛.中国安阳:第三十四届周易与现代化论坛组委会,2023:661-681.
- [6] 李明姝.从九宫八风时空医学理论探讨针刺理论与宜忌[J].新加坡中医杂志,2023(53):41-48.
- [7] 《淮南子·天文训》第20条[M/OL]//中国哲学书电子化计划.[2022-07-17].
<https://ctext.org/huainanzi/tianwen-xun/zhs>.
- [8] 江涌.沿经气流注顺序针刺法[C]//中国针灸学会第七届全国中青年针灸推拿学术研讨会论文汇编.2006:281-282.
- [9] 殷鸿春.殷氏现代舌诊原理与图谱[M].人民卫生出版社,2019.
- [10] 张子迪,王锐卿,刘敬萱等.头针不同流派比较与分析[J].针刺研究,2021,46(9):809-814.
- [11] 李明姝.“靳三针”之“治神调神”学用体会[J].新加坡中医杂志,2022(52):60-63.

“晕”的病因与鉴别

黄惠萍（新加坡）

一、概述

“晕”是老年人最常见的主诉之一。“晕”可分为眩晕（Vertigo）、头晕（Dizziness）和失衡（disequilibrium or imbalance）等皆是主观感觉。三者的共同点是皆由前庭系统疾病引起的，而且还可能导致老年人跌倒，故有高发病率和死亡率。^[1]曾有国外研究报道 60 岁以上的眩晕或头晕患者占了 30%，而 85 岁以上的患者则是 50%。^[2]根据一项本地的研究（n=216），前庭功能障碍（vestibular dysfunction）的患病率是 30.1%。^[3]

二、现代医学的定义、病因与特征

2019 年发表的头晕/眩晕基层诊疗指南中指出，在没有自身运动的时候有自身运动感觉或在正常头部运动时扭曲的自身运动感觉为**眩晕**，其涵盖了虚假的旋转感觉（旋转性眩晕）及其他虚假感觉，如摇摆、倾倒、浮动、弹跳或滑动（非旋转性眩晕）。相对的，若患者有空间定向能力受损或障碍的感觉但无或非旋转性的感觉，则为**头晕**。图 1 显示头晕/眩晕病因的区分。^[4]

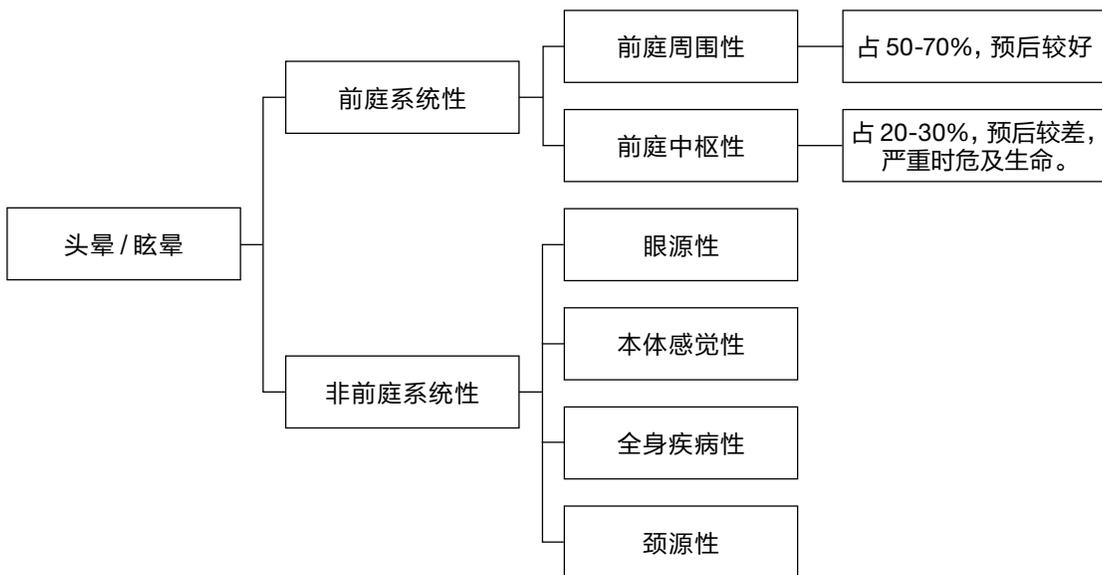


图 1 头晕 / 眩晕病因的区分

前庭系统 (Vestibular system) 是人体的感觉系统, 负责人体自身平衡感和空间定向感。前庭系统和耳蜗 (负责听觉) 构成了内耳迷路, 是内耳最重要的组成部分^[6]。前庭系统通过前庭神经发送神经信号给中枢神经系统, 控制我们的眼球运

动, 确保我们在移动的时候, 视觉可保持清晰; 同时也发送信号给控制肌肉的神经结构, 让身体能保持直立。如果该系统受损, 平衡、头部移动时眼球运动的控制以及空间方向感都会受到影响。

表 1 提供老年前庭系统性头晕/眩晕的鉴别。^[2, 4]

	前庭周围性头晕/眩晕	前庭中枢性头晕/眩晕
病因	前庭周围器官和第八对颅神经病变引起	前庭中枢性结构病变引起, 包括前庭神经核以上传导通路 (脑干、小脑或前庭皮层及皮层下白质)。
病因分类	【急性】前庭神经炎 Vestibular neuritis、急性迷路炎 Acute labyrinthitis	【急性】卒中 Stroke、中枢神经系统感染 Central nervous system infections、脱髓鞘病 Demyelinating diseases
	【发作性】梅尼埃病 Meniere's disease、良性阵发性位置性眩晕 Benign paroxysmal positional vertigo	【发作性】前庭性偏头痛 Vestibular migraine、短暂性脑缺血发作 Transient ischemic attack
	【慢性】持续性姿势知觉性头晕 persistent postural dizziness、双侧前庭功能丧失 Bilateral vestibular loss	【慢性】神经系统退行性病变 Nervous system degeneration、后颅窝占位 posterior fossa mass、颅颈交界区发育异常 developmental abnormalities at the craniocervical junction
疾病性质	常见旋转性或姿势不稳, 伴有运动性错觉, 多与身体头位或体位变化相关	常见姿势不稳, 有旋转感, 或伴运动性错觉
时间	起病急, 持续时间短, 数小时或数天	起病缓慢长, 可达数周
眩晕程度	重	轻
平衡障碍	轻	明显

表 1 提供老年前庭系统性头晕/眩晕的鉴别。^[2, 4]

	前庭周围性头晕/眩晕	前庭中枢性头晕/眩晕
自主神经反应	出汗，恶心、呕吐常反应剧烈	少见或者不明显
意识障碍	无	可能有
中枢神经系统症状/体征	无	有。如脑干、小脑症状和/或体征，如共济失调、锥体束征、构音障碍、吞咽困难及复视等。
听力	伴明显耳鸣、耳堵、听力减退或耳聋	少见或者无
自发性或凝视性眼球震颤	眼震方向不随注视方向改变而改变。通常眼球震颤属水平或水平略带旋转性。	眼震方向随注视方向改变而改变。通常眼球震颤属水平、纯旋转或纯垂直。
固视抑制	可抑制	不可抑制
扫视试验	正常	欠冲/过冲
平滑追踪眼动	正常	侵入性扫视
前庭-眼反射(VOR)抑制	可抑制	不可抑制

非前庭系统功能减退而导致老年性头晕/眩晕主要多因其他系统有各种原因损伤维持平衡^[2, 4]，如：

- (1) 眼睛疾病；
- (2) 全身性疾病（如心血管疾病包括体位性低血压、心律失常、心力衰竭等）；
- (3) 颈部本体感觉系统疾病（如颈源性眩晕）；

- (4) 药物源性如某些药物如镇静剂、抗癫痫剂、骨骼松弛剂等。

头晕或眩晕的发病机制主要是人体的平衡系统通路病变损坏或者受到了刺激。维持人体的平衡三联包括前庭系统、视觉系统和本体感觉系统。

三、现代医学的鉴别诊断

笔者将头晕/眩晕基层诊断指南（实践版 2019）提供鉴别诊断简化如下^[4]：

(1) 急性持续性头晕/眩晕

类别	前庭周围性头晕/眩晕			
病因	前庭神经炎	伴眩晕的突发性耳聋	急性中耳炎继发迷路炎	听神经瘤
临床表现	急性眩晕持续数日	眩晕、呕吐、恶心；突然听力下降	突发耳部疼痛；穿孔前疼痛多剧烈，穿孔后患耳多有溢出脓液可缓解	急性听力下降
伴有症状	恶心、呕吐、身体不稳感、振动幻视	耳鸣、耳闷胀，听觉过敏或重听，耳部周围皮肤异常	上呼吸道感染症状	眩晕
重要体征	水平扭转性眼震 nystagmus（自发性朝向健侧）；站立时，身体向患侧倾倒	西医 Rinne/Weber 试验：感音神经性耳聋；单向水平扭转性眼震；固视抑制成功	鼓膜充血肿胀。若穿孔，会有脓液溢出；耳后乳突可能有压痛	西医 Rinne/Weber 试验：感音神经性耳聋
注意事项	1. 无听力下降； 2. 需与中枢性病变鉴别，注意患者的意识，中枢神经系统损伤的症状等； 3. 可伴耳石症（良性阵发性位置性眩晕）； 4. 需与前庭性偏头痛急性发作鉴别	1. 眩晕症状较严重； 2. 后循环梗死偶尔可能早起表现突发性听力下降，而中枢神经系统随梗死范围扩大可出现在听力下降后	若伴有迷路炎或颅内感染，患者眩晕剧烈	治疗效果不佳或者突发性耳聋复发患者应注意排除

类别	前庭中枢性头晕 / 眩晕	
病因	后循环梗死（脑干小脑为主）	脑干小脑出血
临床表现	急性头晕 / 眩晕	突发持续性头晕 / 眩晕
伴有症状	语言欠清晰，肢体无力或面部肢体麻木，持物或行走不稳	恶心，呕吐，早起出现意识障碍
重要体征	复视，吞咽困难，构音障碍，偏瘫，交叉性感觉障碍，共济失调，跌倒发作	脑干、小脑受累体征
注意事项	少见。但症状类似前庭神经炎，容易误诊	应进行脑部 CT 检查

(2) 发作性头晕 / 眩晕

类别	前庭周围性头晕 / 眩晕		前庭中枢性头晕 / 眩晕
病因	良性阵发性位置性眩晕	梅尼埃病	前庭性偏头痛
临床表现	突发短暂眩晕（持续不超过1分钟），可在起床、躺下、翻身或者头部位置转变时出现	发作性旋转性眩晕	头晕，眩晕，姿势不稳或前庭视觉症状；可持续数秒或者数天
伴有症状	恶心、呕吐等自主神经症状	自主神经功能紊乱、平衡障碍、无意识丧失；波动性听力损失，早期低频听力损失逐渐加重；伴耳鸣或耳胀满感	或伴有偏头痛；恶心、呕吐、畏光、畏声
重要体征	位置试验诱发眩晕和眼震；眼震特点符合相应半规管兴奋或抑制表现	发作期或中晚期神经性耳聋	发作期可见眼震
注意事项		必须依据病史和听 - 平衡功能检查，影像学检查等诊断；部分耳蜗症状和前庭症状不同时出现	
备注	属内耳变性疾病，常见于年龄为 50 岁及以上的女性 ^[6]	属内淋巴积水为主要病理学特征的特发性内耳病，发病年龄为 30 至 70 岁 ^[7]	

(3) 慢性持续性头晕

类别	前庭周围性头晕	前庭中枢性头晕	
病因	双侧前庭病	后颅凹占位病变 (第四脑室占位, 脑干和小脑肿瘤)	脑干、小脑退变性疾病
临床表现	慢性持续性的行走或站立不稳, 静坐或平躺症状消失	头晕, 平衡障碍, 行走不稳	头晕, 平衡障碍, 行走不稳
伴有症状	行走、头部或头部快速运动是诱发视物模糊或振动幻觉; 在黑暗或者地面不平的环境中, 症状加重		
重要体征	头脉冲试验显示双侧前庭眼反射(VOR)阳性; Romberg睁眼稳, 闭眼不稳	听力下降, 构音障碍, 共济失调	眼球运动异常, 共济失调
类别	非前庭周围性头晕		
病因	持续性姿势-知觉性头晕	全身系统性疾病如贫血、低血压、睡眠呼吸暂停综合征; 药源性	
临床表现	非旋转性头晕和行动不稳症状持续3个月以上, 经常发作, 时轻时重	慢性持续性头晕, 尤其老年人	
注意事项	需与其他体位相关的头晕类疾病如双侧前庭病、直立性低血压和颈椎关节不稳等鉴别		

(4) 其他头晕 / 眩晕疾病

类别	颈源性头晕 / 眩晕	药源性头晕 / 眩晕	晕厥前 presyncope
病因	旋转性椎动脉闭塞（后循环缺血）、颈部交感神经损伤、颈部本体觉损伤	药物的不良反应，可能与低血压、低血糖、耳毒性、中枢镇静、骨骼肌松弛等机理相关	大脑血液供应下降
临床表现	眩晕	头晕/眩晕多发生与用药一定时期后（除了过敏反应）；头晕/眩晕产生较快；周围环境不稳会有颠簸不定的感觉，较少旋转性	黑朦、快失去意识知觉（即将晕倒的感觉）
伴有症状	颈肩区域的疼痛、颈椎活动受限、或头痛	或伴有眼震	头部昏沉、胸闷、心悸、乏力

四、中医的定义，病因与特征

根据中医理论，眩晕又称为“眩冒”、“眩”、“目眩”、“头眩”和“眩运”等，通常以头晕、目眩为主症，即患者会感觉自身或外界景物旋转，经常同时伴有眼花或眼前发黑。一般上，轻者闭目则症

状即止，重者如坐车船旋转不定，无法站立，或伴有恶心、呕吐、汗出甚则仆倒等。现代医学的良性阵发性位置性眩晕、脑缺血、梅尼埃病等可归属本病范畴^[6]。

历代中医经典上对于眩晕的病因病机有诸多论述如下^[6]：

朝代	经典	病因病机	内容
先秦至汉	素问·至真要大论	肝；髓海不足、血虚、邪中等	“诸风掉眩，皆属于肝。”
先秦至汉	灵枢·海论	髓海不足	“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒。”
先秦至汉	灵枢·大惑论	邪中	“故邪中于项，因逢其身之虚……人于脑则脑转，脑转则引目系急，目系急则目眩以转矣。”
先秦至汉	素问·六元正纪大论	肝郁	“木郁之发……甚则耳鸣眩转。”

朝代	经典	病因病机	内容
东汉	金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治	痰饮	“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之。” 无痰则不作眩。
宋	济生方·眩晕门	六淫、七情	“所谓眩晕者，眼花屋转，起则眩倒是也。由此观之，六淫外感，七情内伤，皆能所致。” 提出六淫、七情可致眩晕。
金	素问玄机原病式·五运主病	风火	“风火皆属阳，多为兼化，阳主乎动，两动相搏，则为之旋转。”
元	丹溪心法·头眩	有气虚、痰湿、痰火之别，又与感邪、七情及宿病诱发有关。	“无痰则不作眩”
明	景岳全书·眩运	“无虚不能作眩”，下虚而眩	“眩运一证，虚者居其八九，而兼火兼痰者，不过十中一二耳。”
明	医学正传·眩运	癖血可致眩晕；眩晕为中风之先兆	“外有因呕血而眩冒者，胸中有死血迷闭心窍而然。” “眩运者，中风之渐也”

病因病机的总结如下^[9]：



图2 眩晕的病因病机

中医的辨证分类：

证型	主要症状	头面目	耳部	情绪, 精神状态	睡眠	其他	舌象	脉象
肝阳上亢	眩晕, 遇烦劳郁怒而加重, 甚则仆倒	头目胀痛, 颜面潮红	耳鸣	急躁易怒	失眠梦多	口苦, 肢麻震颤	舌红苔黄	弦或数
痰湿中阻	眩晕	头重如蒙或伴视物旋转			多寐	胸闷恶心, 呕吐痰涎	舌苔白腻	濡滑
瘀血阻窍	眩晕	头痛有定处, 面唇紫暗	耳鸣耳聋	精神不振	失眠	健忘, 心悸	舌暗有瘀斑, 舌下脉络迂曲增粗	涩或细涩
气血亏虚	眩晕动则加剧, 劳累即发	面色皖白		神疲	少寐	自汗, 倦怠懒言, 唇甲不华, 发色不泽, 心悸, 纳少腹胀	舌淡, 苔薄白	细弱
肾精不足	眩晕日久不愈	两目干涩, 视力减退, 齿摇, 颧红咽干或面色皖白	耳鸣	精神萎靡	少寐多梦	健忘, 腰酸膝软, 遗精滑泄, 五心烦热或形寒肢冷	舌红少苔, 或舌淡嫩, 苔白	细数或沉细无力, 尺脉尤甚

五、总结

头晕和眩晕是老年人的常见症状, 影响其平衡和步态, 从而增加跌倒的风险, 造成骨折, 也影响患者的健康和生活质量。老年患者一般有多种全身疾病如心脏

病、高血压、糖尿病等, 这些疾病本身就可能导致头晕和眩晕的发生。故对于老年人的头晕和眩晕症状, 需要综合考虑多种因素。在中医辨证更需明确, 以制定适当有效的治疗方案。

【参考文献】

- [1] Uneri, A. and S. Polat, *Vertigo, dizziness and imbalance in the elderly*. J Laryngol Otol, 2008. **122**(5): p. 466-9.
- [2] 赵妍; 鞠奕, 老年头晕/眩晕患者的诊断评估和治疗 [Diagnostic evaluation and treatment of elderly patients with dizziness/vertigo]. 中华全科医师杂志, 2021. **20**(01): p. 123-126.
- [3] Tan, J.L., et al., *Investigating the risk factors of vestibular dysfunction and the relationship with presbycusis in Singapore*. J Laryngol Otol, 2016. **130**(9): p. 816-21.
- [4] 中华医学会, et al. 头晕/眩晕基层诊疗指南(实践版·2019) *Guideline for primary care of dizziness/vertigo: practice version (2019)*. 2019 [cited 2023年9月18日].
- [5] Purves, D.A., George J.; Fitzpatrick, David; Katz, Lawrence C.; LaMantia, Anthony-Samuel; McNamara, James O.; Williams, S. Mark, *The Vestibular System*. 2nd ed. 2001: Neuroscience.
- [6] Hospital, K.T.P. *Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) 2023* [cited 2023 25 Sep]; Available from: <https://www.healthhub.sg/a-z/diseases-and-conditions/757/Benign-Paroxysmal-Positional-Vertigo>.
- [7] 于慧前, 李庆忠, and 李华伟, 多国“梅尼埃病指南/声明/共识”的解读和比较. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2021. 56(08): p. 898-902 页.
- [8] 田金洲. 眩晕. 2023 [cited 2023年9月28日]; Available from: <https://www.zgbk.com/ecph/words?SiteID=1&ID=130307&Type=bkzyb&SubID=102582>.
- [9] 吴勉华, 石岩, *中医内科学(十四五教材)*. 2021, 北京: 中国中医药出版社.

大柴胡汤 的现代研究及临床运用

黄子伟（新加坡）

1、引言

大柴胡汤源自于张仲景的《伤寒杂病论》，是一首由小柴胡汤化裁而成的方子，在小柴胡汤的基础上去人參、炙甘草，加入芍药、枳实和大黄，并具有和解少阳，通下热结的功效，主治少阳阳明合病^[1]。

在《伤寒杂病论》中，大柴胡汤出现于4条原文，分别为《伤寒论》第103条：“太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡汤。呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤，下之则愈。”，第136条：“伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。”，第165条：“伤寒发汗，汗出不解，心中痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。”和《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》：“按之心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤^[1]。”

结合对《伤寒杂病论》的描述及理解，大柴胡汤的基本病机可归纳为“少阳胆热兼阳明燥实内结”，因此适用于“呕吐、郁郁微烦、寒热往来或发热汗出不解，心下按之满痛者作为一首经方，大柴胡汤的临床疗效已接受了时代的验证，而通过后世医家的见解、研究和临床实践，大柴胡汤在现代医学认知的疾病中也被广

泛运用。例如肝炎、胆囊炎、急慢性胰腺炎等消化道疾病及流行性感冒、肺炎等外感发热病证都具有良好的疗效。此外，药理研究也证实了大柴胡汤具有利胆、保护胃肠黏膜、调节免疫功能等作用^[2]，巩固了我们对大柴胡汤疗效的认知和理解。因此，这篇文章的目的是为了探讨大柴胡汤在临床治疗中的应用及研究发展，并通过不同的病案增强我们在临床上运用经方的灵活度及辩证思维。

2、现代临床研究及运用

经过现代药理研究对大柴胡汤的深度解析后，我们发现大柴胡汤具有利胆护肝、保护胰腺和肠胃黏膜、调节脂质代谢、增强胃肠动力、调节免疫功能、抗动脉粥样硬化、抗炎、抑菌等作用^[2]，因此大柴胡汤在不同的疾病中被广泛运用中。

2.1 胆道系统疾病

胆囊是位于右侧腹部，肝脏下方的梨形器官，主要功能为储存和排出胆汁，以利于乳化脂肪。胆囊炎是胆道的常见病，主要分为急、慢性胆囊炎，可与胆结石相关，临床上伴胆结石的病例居多。胆囊炎的主要临床表现是右肋疼痛、恶心、呕吐、厌食、便秘等，属于中医范畴中

的“胁痛”、“胆胀”等，以少阳胆府实热证为主^[3]，因此使用柴胡系列的方剂。

从现代西医的角度，慢性胆囊炎是因反复性炎症所致，而急性胆囊炎可因结石梗阻或细菌性感染等因素导致急性发病，因此现代医学常以手术、抗感染或消炎治疗^[4]为主。许多研究验证了中药的药理特性，大柴胡汤中的几味中药具有抗炎的效果，例如大黄素可抑制 NF- κ B 及 p38 的活性，以降低 IL-6、IL-8 和 NF α -1 等炎症介质的表达^[4]；柴胡皂苷可介入 NOD2 所传导的 NF- κ B 通路，以减少减轻炎症介质的释放，达到抗炎作用^[4]。此外，大柴胡汤也具有提升胆汁量，降低血浆中白血球数值、胆囊组织中的炎症因子，从而达到护肝，减轻疼痛及促进胃肠功能恢复，以助于患者术后的康复^[5]。因此，中西医结合治疗胜于单独西医治疗的效果，为病人提供了多样及有效的治疗方案。

2.2 胰腺疾病

胰腺是位于胃后的腺体，具有促进食物消化和调节血糖的功能。急性胰腺炎是临床中常见的急腹症，主要以发热、腹部胀痛、恶心呕吐等表现为主，属于中医范畴中的“胃脘痛”、“腹痛”等，也被归纳为少阳病证。在急性胰腺炎发作时，胰腺会降低其所分泌的抗菌肽，从而改变肠道中的菌群比例，使得有害菌群增量，导致肠粘膜屏障功能减弱，形成“肠漏”。当“肠漏”发生时，肠道菌群会移位到血液中，导致肠源性高内毒素血症，从而活化单核巨噬细胞，促进 TNF- α 的活化，加大对胰腺组织的损伤^[6]。在现代医学的治

疗中，医生往往会以抗感染、维持水电解质平衡、营养支持，手术等为主，但对于胃肠功能修复及防止肠道菌群移位的疗效却有限，因此大柴胡汤在这方面可弥补疗效的不足。大柴胡汤中许多中药具有抗炎的作用以外，也能促进胃肠功能的修复，以防止肠内菌群移位、内毒素血症发生，从而降低胰腺的损伤^[7]。其中，柴胡具有促进肠道蠕动而增强胃排空及肠道推进的作用，配合黄芩抑制炎症因子的释放；大黄刺激肠道内的神经丛，改善肠道蠕动和保护肠粘膜屏障；芍药可增强肠壁血流速度，提升胰腺组织的微循环及肠道菌群移位、肠内毒素的吸收等^[8]，从而减低西药的副作用并改善胰腺炎的情况。

2.3 心血管疾病

心血管疾病是心脏及血管疾病的总称，其中包含了常见的冠心病、中风、心衰等，是全球的头号杀手。在新加坡，每天约有 23 人死于心血管疾病，而这类疾病的致病因素往往和生活习惯有关，如不健康的饮食、缺乏运动量和使用烟酒均能提升患有高血压、高血糖和高血脂的机率，逐渐引发心血管疾病的诞生。根据不同的临床表现，这类疾病可属中医范畴中的“胸痹”、“心悸”、“怔忡”、“中风”等。根据辨证论治的用药原则，适当运用大柴胡汤可降低患上心血管疾病的风险。大柴胡汤中有许多活性成分已证实具有良好的降压作用，例如 β -谷甾醇可通过调节脂肪代谢，从而减少血管内的脂肪堆积，以增强血管的弹性，使血压降低^[9]。此外，大柴胡汤具有抑制肝脏 HepG2 细胞的作用，

减少三酸甘油脂的合成，降低患有冠状动脉疾病的风险。组成中的枳实可降低三酸甘油脂及低密度胆固醇，并提升高密度胆固醇；大黄可抑制胰脂肪酶，干预胃肠道的脂肪吸收^[10]。其次，动物实验显示相比单纯使用他汀类药物的组合，大柴胡汤配合他汀类药物可明显降低总胆固醇、肝脂肪含量及脂肪细胞^[10]。最后，一项人体试验也展示了服用大柴胡汤12周后，试验对象的三酸甘油脂均明显下降，而这个疗效不逊于使用 OMEGA-3 脂肪酸的实验组^[10]。

3、验案举隅

3.1 便秘^[11]

刘某，男，69岁

就诊日期：2018年8月1日

主诉：大便干结5年

患者5年前因进行腹部手术后而出现便秘，大便干结成块，如羊屎状，色黑坚硬，难以排出，每3~5日1行，需用开塞露等药物才能排便。1年前开始服用大黄水助其排便，共服用了约30kg生大黄。

刻诊：体格壮实，性格坚韧，平素自觉火气大，口干口苦，声音嘶哑，汗出多，喜食冷饮，上腹部胀满不适，排便时觉肛门灼热。舌尖红，苔黄厚而干，脉弦。

诊断：便秘

方药：大柴胡汤加味

方药：醋柴胡20g，生黄芩20g，炒枳壳20g，生白芍30g，清半夏10g，生大黄10g，生姜6g，大枣6g，生白术50g，瓜

蒺仁30g，当归30g，川牛膝20g，火麻仁20g，生地黄30g，炒杏仁10g。

颗粒剂，7剂，冲服，每日2次。

二诊：患者诉服药后大便干结明显好转，不再成块，但仍感排便不畅及无力，因此在原方基础上加入炒莱菔子30g，炒槟榔15g，生木香15g，继服用3个月后，大便转软，排便通畅，停药则有复发。

3.2 失眠^[12]

沈某，男，58岁

就诊日期：2015年4月2日

主诉：入睡困难半年

患者半年前出现睡眠障碍并间断性服用多种中西药物，但效果不显著，因此前来就诊。刻诊：体壮面红，入睡困难，半夜而醒，醒后无法再眠，平均夜寐时间2~3小时，情绪急躁，脘腹胀满，夜间口干，右肩疼痛，二便正常，舌暗红，苔薄黄腻，脉弦滑数。

诊断：不寐

方药：大柴胡汤

处方：柴胡15g，黄芩15g，制半夏15个，枳实15g，炒白芍30g，生甘草6g，制大黄6g，生姜3片，大枣3枚。7剂，水煎服。

二诊：患者诉服药后夜寐时间为5~6小时，未再半夜而醒，脘腹舒畅，情绪好转，夜间口干缓解，大便每日2次，偏软，舌暗红，苔薄黄腻，脉弦滑，因而将

制大黄减量为 3g，加入丹参 15g、生薏苡仁 15g。

三诊：患者诉夜寐时间为 6~7 小时，无入睡困难、半夜而醒，情绪稳定，精神状态良好，大便每日 1 行，偏软，舌淡，苔薄黄，脉弦滑，继而使用血府逐瘀汤合酸枣仁汤加减治疗 2 周之后失眠未再发作。

3.3 中风^[13]

王某，男，52 岁

就诊日期：29/11/2023

主诉：头痛、左侧肢体活动不利 9 天

患者 9 天前上午工作时头痛，但尚能忍受而未重视，下班行走回家时突感身体向一侧倾斜而摔倒，并遂急送诊。住院期间患者感头痛加重，伴头晕、恶心呕吐，间断性喷射样呕吐，呕吐物为胃内容物伴血丝，血压为 220/110mmHg，颅内 CT 检查显示“右侧丘脑出血破入脑室，出血量约 16mL”，当晚转入 ICU，次日病情平稳后转至普通病房，给予输液治疗、口服之镇痛药及静脉注射甘露醇。

刻诊：头痛，左侧肢体活动不利，上肢肌力正常，下肢步行欠稳，需人搀扶，腹胀，夜间入睡困难，大便干，舌淡，苔白，脉滑有力。

腹诊：上腹部胀满，双侧胸肋按之有抵抗感，肚脐下压痛。

诊断：中风，脑出血，高血压

方药：大柴胡汤合桂枝茯苓丸加减

处方：北柴胡 15g，黄芩 10g，清半夏 10g，枳实 10g，大黄 3g，赤芍 10g，生姜 10g，大枣 10g，肉桂 8g，茯苓 10g，桃仁 10g。颗粒剂，7 剂，冲服，每日 1 剂。嘱咐停止止痛药，配合康复治疗。

二诊：患者诉服药 2 天后，头痛已缓解，行走有所改善，服用 7 剂后，可独自行走。

3.4 按语

以上的验案举隅分别来自于肝胆、脾胃、心及脑系疾病，但均以大柴胡汤为主方医治，体现了大柴胡汤在不同的疾病中的灵活运用以及疗效。此外，虽然这些患者体现了不同的症状，但通过辨证论治，均可使用大柴胡汤主治，展现了中医体系中“异病同治”的概念，提示了中医治病并非以病为主，而是结合病-证-症施治，了解病情的本质，确立相应的治疗原则和方药，以达到最佳的疗效。

4、总结

这篇文章描述了大柴胡汤在《伤寒杂病论》中的使用，以及现代临床及药理研究对于它的深度解剖和理解，并通过不同的病案展示了大柴胡汤的灵活运用。作为经方，大柴胡汤的疗效毋庸置疑，而现代医家应掌握好辨证论治的技巧，从而运用经方以提高治病的疗效。

【参考文献】

- [1] 薛筠. 大柴胡汤方证探讨及临床应用的研究进展 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2017, 24(2): 220-222.
- [2] 黄煌主编,《黄煌经方使用手册第4版》,北京,中国中医药出版社,2020年.
- [3] 栾晓峰,王磊,盖雪峰. 大柴胡汤辅助治疗慢性胆囊炎对炎症因子、 β -EP的变化研究 [J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(3): 14-16.
- [4] 张静喆,余奎. 急、慢性胆囊炎的中西医结合治疗进展 [J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(5): 838-842.
- [5] 夏成根. 大柴胡汤联合常规疗法促进急性胆囊炎胆囊切除术后康复临床研究 [J]. 新中医, 2020, 52(5): 26-29.
- [6] 温华,李茜,路宁,苏媛媛,马培晗,张明鑫. 肠道菌群与胰腺炎: 现状及未来 [J]. 世界华人消化杂志, 2021, 29(22): 1269-1275.
- [7] 胡晓光. 大柴胡汤治疗早期重症急性胰腺炎的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(20): 136-138.
- [8] 梅礼强,周世骥,唐先斌,岳红. 大柴胡汤加减方治疗急性重症胰腺炎 25 例 [J]. 世界华人消化杂志, 2011, 19(4): 407-409.
- [9] 陈凯明,李焱,薛一涛. 大柴胡汤治疗高血压病潜在机制的网络药理学研究, 中医学报, 2021, 36(5): 1064-1070.
- [10] Lee YS, Lee JM, Chung H, Woo JS, Lee BC, Kim W. Efficacy and Safety of Da-Chai Hu-Tang in Lipid Profiles in High-Risk, Statin-Treated Patients with Residual HyperTG: A 12-Week, Randomized, Active-Control, Open Clinical Study. *Life (Basel)*. 2022;12(3): 408.
- [11] 郑一,高玉红. 临床运用体质学说验案举隅 [J]. 应用海洋学学报, 2020, 36(10): 82.
- [12] 傅慧婷. 大柴胡汤治疗顽固性失眠临证体 [J]. 上海中医药杂志, 2015, 49(12): 24-25.
- [13] 马培锋. 大柴胡汤为主治中风验案三则 [N]. 中国中医药报, 2024-03-06.

浅谈内经《咳论》

李月香（新加坡）

咳嗽是临床常见症状，可见于肺系疾病或肺系以外的多种病证。咳嗽是指肺失宣降，肺气上逆作声，咯吐痰液为主药症状。咳是有声无痰，嗽为有痰无声。《素问·咳论》指出“五藏六腑皆令人咳，非独肺也”。“皮毛者肺之合也，皮毛先受邪气，邪气以从其合也。其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺则肺寒，肺寒则外内合邪因而客之，则为肺咳”。^[1]

1、咳嗽的病因病机

肺主气，司呼吸，肺为娇藏，不耐邪侵，毫毛必咳。

1.1 感受外邪，肺气上逆

这是咳嗽最主要、最常见的病因。外邪是指各种四时不正之邪，但寒邪是引起咳嗽的常见病因，《灵素·百病始生》曰：“重寒伤肺”。风邪上受，首先犯肺，肺失宣肃，气逆而咳。秋伤于湿，《素问·生气通天论》曰：“秋伤于湿，上逆而咳”。肺当秋令，湿浊犯肺可以引起肺气上逆而为秋咳。又或秋伤于湿，留恋至冬，发为冬咳，“秋伤于湿，冬生咳嗽”，《素问·阴阳应象大论》。肺喜润恶燥，燥邪犯肺，伤津耗液，气逆而咳，如《素问·至真要大论》：“阴阳司天，燥淫所胜”。外感咳嗽为六淫之邪，从口鼻皮毛而入，入侵肺系，肺气被郁而肺失宣降。

又或者起居不慎，寒温失宜，或过度劳累，肺的卫外功能减退或失调，以致气候转变时，外邪客肺而导致咳嗽。《河间六书·咳嗽论》谓：“寒、暑、燥、湿、风、火六气，皆令人咳。”

1.2 外内合邪，肺气上逆

外有寒邪犯肺，内有寒饮食入胃，其寒气从肺脉上至肺，肺寒则肺气宣降失司，气逆而咳。若患者本身体内已有饮邪，若寒邪外受，也可引起水气上逆，而引起咳嗽，《灵枢·邪气脏腑病形》曰：“形寒寒饮则伤肺以其两寒相感，中外皆伤，故气逆而上行。”

1.3 “五脏六腑皆令人咳，非独肺也”：

《内经·咳论》对咳嗽的病因病机说明非独邪气犯肺才可以引起咳嗽，邪气也可先犯他藏后才转于肺而引起咳嗽，认为咳嗽虽然是肺脏受邪后的病理反应，与五脏六腑的功能障碍也有密切关系。所以在临床辩证必须考虑其他脏腑功能失调对肺气宣降得影响。

1.4 针刺中肺，伤肺而咳

《素问·刺禁论》：“刺中肺，三日死，其动为咳……刺液下肋间内陷，令人咳。”明确记载了误刺伤及肺体可引起咳嗽，甚至死亡的严重后果。

2、咳嗽的传变

《素问·咳论》曰：“五脏之久咳，乃移于六腑”^[1]。六腑咳是由于五脏久咳不愈，病势继续发展而影响六腑所致。咳证日久不愈，可通过脏腑表里关系进行传变。从五脏六腑的临床表现，五脏咳是初期阶段，以各藏经脉气血失调为主要病机，以咳为主要表现。六腑咳多兼呕、矢气、遗尿等症，都有泄的特征，表现出气虚不能固摄的病机。六腑咳较五脏咳的病程长，病情重。

3、咳嗽的分类与临床表现

3.1 五脏咳^[1]:

3.1.1 肺咳：为外感风寒，寒气从肺脉上犯于肺，导致肺寒失于宣肃，肺气上逆而咳嗽喘息，咳甚则伤肺络，而见痰中带血。《素问·咳论》曰：“肺咳之状，咳而喘息有音，甚则唾血。”

江某，军人，1972年7月初诊。常咳嗽痰多质薄，病起逾20年。自1962至1966年每当秋季辄发，伴咯血，色鲜红盈口，每日多次，历时数日或十数日，经治血能渐止。上年秋发病，西诊为“支气管扩张”。特来就治。其语声微，气短胸闷，面色不荣，纳食、二便调，脉细数，舌苔薄。脉证所见为久病肺虚，拟六君子汤加味：太子参15g，炒白术9g，茯苓12g，陈皮6g，制半夏6g，甘草5g，冬虫夏草3g，北沙参12g，炒白苏子9g，炙远志6g。患者服药10剂后，咳嗽咯痰即趋休止，呼吸气平，胸闷消失，精神好转。

（《内经临证发微·病因病机篇》）

按：《素问·咳论》曰：“肺咳之状，

咳而喘息有音，甚则唾血。”，本案“咳嗽20年，伴咯血”，故为肺咳。患者久咳必虚，故用六君子汤加减。此方以五行论治，具有“培土生金”、“虚则补其母”之义。冬虫夏草、北沙参益肺肾，苏子、远志降气化痰，有补肺祛痰之功，而无伤正之弊，肺气充沛，诸证乃消失。

3.1.2 心咳：由肺咳及心或心病及于肺所致，因心脉起于心中，上挟咽喉，所以咳嗽伴心经经气失调会出现如心胸疼痛，咽喉不利，如有异物梗塞，又因心火上炎，也可见咽喉肿痛，声音沙哑的症状。《素问·咳论》曰：“心咳之状，咳则心痛，喉中介介如梗状，甚则咽肿喉痹。”张志聪谓此为“薪火刑金”。治疗心咳，法当降肺气、清心火，《证治准绳·杂病绪气门》提出用桔梗汤；《类证治裁·咳嗽》主张用凉膈散去硝黄，加黄连、竹叶，均可参照选用。

熊续柏1993年6月曾治陈某，男，48岁，患咳嗽月余，某医院诊断支气管炎。其可频剧，可时痰粘极不易出，其色黄稠，并见胸中闷胀，每咳则胸中疼痛，咽中热痛，伴口苦、咽干，小便黄，舌红苔黄腻，脉滑数。综析脉症，是痰热壅阻胸膈、心火上炎、肺气不利之咳证，当以心咳论治。取方小陷胸汤合桔梗汤，再加杏仁、贝母以治之。服5剂，其咳大减；进继5剂，诸症悉愈。（《熊续柏医论集·理论研究》）

3.1.3 脾咳：由肺咳及脾或脾病及于肺所致，因脾气主右，上连于肺，咳嗽伴有右

肋下痛，并牵引肩背隐隐作痛，严重时身体不可以动，动则咳嗽加剧。《素问·咳论》曰：“脾咳之状，咳则右肋下痛阴阴引肩背，甚则不可以动，动则咳剧。”临床上常见脾病及肺或肺病及脾的咳证，表现咳嗽气短，痰多稀白，兼食少体倦、四肢乏力、大便溏薄等症，是脾气虚的咳证。

《证治准绳》与《医宗必读》都提出用升麻汤，《类证治裁·咳嗽》六君子汤加枳壳、桔梗等。

汪石山曾治一脾咳：“某妇，年30，质弱，产后咳嗽痰臭，或作肺痈治，愈剧，两脚渐肿至膝，大便溏泄，小腹胀痛，午后发热，面红气促，不能向右卧，诊脉虚细而数。曰：此病原于脾，脾主诸臭咳……盖脾不能运行其湿，湿郁为热，酿成痰之臭也咳……脾虚则肺失所养，其劣行迟，壅遏道路，故咳嗽气促，不能右卧也。脾虚必夺母气以自养故心虚发热而见于午也。脾主湿，湿胜则内渗于肌肉为浮肿。乃用参、术、甘草补脾为君，茯苓渗湿为臣，麦冬保肺气、枣仁安心神为佐，陈皮、前胡消痰降气为使。盖土能解诸臭，亦能补土，取黄土汤之义也。服一帖，前病略减。进数剂后无反复，方是佳兆。”（《古今医案按·咳嗽》）

3.1.4 肾咳：由肺咳及肾或肾病及于肺所致，因肾脉穿过脊柱，入肺中，咳嗽伴肾经经气失调，腰背牵引作痛，严重时可见咳吐痰涎。《素问·咳论》曰：“肾咳之状，咳则腰背相引而痛，甚则咳涎。”又“肾者水藏，主津液”，肾病而水气上泛，于是咳则多涎。治疗肾咳，法宜温肾

散寒化饮，《证治准绳》、《医宗必读》都提出用麻黄附子细辛汤。如真武汤、苓甘五味姜辛汤，皆可随证选用。

冯某，女，年八旬，1992年3月就诊。诉于1991年冬患咳嗽，兼气喘，数月不愈。且愈咳愈剧，不能平卧，咳吐稀白痰涎，其味颇咸，小便频数清长，咳时每有小便遗出，伴畏寒肢冷，两足浮肿，腰背酸痛。舌淡苔白，脉沉细。患者表现肾阳虚衰、水气上泛之候，用问1肾、纳气、化饮之法，用苓甘五味姜辛汤加益智仁、桑螵蛸、菟丝子。服药5剂，咳喘均减；又服5剂，咳喘控制，遗尿亦愈。继以金匱肾气丸加五味子善后，竟获全功。（《熊续柏医论集·理论研究》）

3.1.5 肝咳：由肺咳及肝或肝病及于肺所致，因上通过膈肌，分布肋部，沿气管之后，向上进入颅颞（喉头部），咳嗽伴肝经经气失调会出现如两肋下疼痛，严重时使人不能转侧，转则两肋胀满。《素问·咳论》曰：“肝咳之状，咳则两肋下痛，甚则不可转，转则两肋下满。”盖肝木气逆则可上乘肺金为咳；又肝之经脉布肋肋，故咳则两肋下痛，或肋下胀满。由于肺气不利而为咳，故治疗肝咳应当泻肺气、疏肝气。《证治准绳·杂病绪气门》载：“肝咳……用小柴胡汤”。朱丹溪：“咳引肋痛，宜疏肝气，用青皮、枳壳、香附子。临床还可选用泻白散，或泻白散合小柴胡汤之类。后世用泻白散合黛蛤散治疗肝火犯肺之咳呛肋痛。

李某，女，45岁。咳嗽3年余，一日咳嗽3-7次，每次3分钟，无痰，咳时两

肋及少腹牵引痛，剧则呕吐，鼻衄，有似小儿百日咳状，久治不效。患者饮食一般，大便干秘，二三天一次，眩晕腰困，口苦思冷。舌淡红少苔，脉沉弦，为肝咳，肝火犯肺，木反侮金，四逆散加减：白芍15g，柴胡10g，甘草6g，桑白皮15g，地骨皮15g，瓜蒌15g，苏子15g，青黛3g，乌梅15g。3剂。

二诊：咳嗽次数减少，脉沉弦，左尺弱。脉弦主肝旺，尺弱示肾虚。木反侮金者，乃水不涵木也。当补肾养肝，滋水涵木。若津液上承，肺气自会清肃下降，不治咳而咳自止也。用六味地黄加减：生地24g，山药12g，乌梅10g，茯苓10g，白芍15g，甘草10g，苏子15g，丹皮10g，5剂。咳愈。

按：本案以咳时两肋及少腹牵引疼痛为主证，故属肝咳。

3.2 六腑咳

病程较长，五脏久咳，传变六腑，咳嗽症状可见明显气虚、肺气上逆兼气虚不得固摄。^[1]

3.2.1 大肠咳：由肺咳日久邪传大肠，大肠传导失势，气虚不能固摄而见大便失禁。《素问·咳论》曰：“肺咳不已，则大肠受之，大肠咳状，咳而遗失。”

3.2.2 小肠咳：由心咳日久邪传小肠，咳久气虚不能固摄而见矢气，咳嗽与矢气同时出现的病症。《素问·咳论》曰：“心咳不已，则小肠受之，小肠咳状，咳而失气，气与咳俱失。”

3.2.3 胃咳：由脾咳日久邪传胃，肺气上逆引动胃气上逆而见咳和呕吐，甚至呕吐蛔虫的病症。《素问·咳论》曰：“脾咳不已，则胃受之，胃咳之状，咳而呕，呕甚则长虫出。”

3.2.4 膀胱咳：由肾咳日久邪传膀胱，膀胱不能藏津液而小便失禁的病症。《素问·咳论》曰：“肾咳不已，则膀胱受之，膀胱咳状，咳而遗溺。”

3.2.5 胆咳：由肝咳日久邪传胆，肺气上逆引动胆气上逆而见咳而呕出胆汁的病症。《素问·咳论》曰：“肝咳不已，则胆受之，胆咳之状，咳呕胆汁。”

3.2.6 三焦咳：由诸脏腑咳久咳不愈传来，三焦主一身气化，脏腑久咳则三焦受邪，导致三焦气壅闭不通，水气不能气化，留于胸腹，上溢头面，故见咳而腹胀满，不欲饮食，面目浮肿，流痰涎的病症。《素问·咳论》曰：“久咳不已，则三焦受之，三焦咳之状，咳而腹满，不欲食饮此皆聚于胃，关于肺，使人多涕唾而面浮肿气逆也。”

4、咳嗽的治疗原则和治法

针灸治疗咳嗽，《咳论》提出以针灸治疗咳嗽的治疗原则，帝曰：“治之奈何？岐伯曰治藏者治其俞，治腑者治其合，浮肿者治其经。”^[1]五脏咳治其俞穴，六腑咳治其合穴，五脏六腑咳兼见浮肿者，说明水气内停，治其经穴。按照此治则，肺咳取太渊，心咳取神门，肝咳取太冲，脾咳

取太白，肾咳取太溪；也可取五脏之背俞穴，肺俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞；大肠咳取曲池、小肠咳取小海、胃咳取足三里、膀胱咳取委中、胆咳取阳陵泉、三焦咳取天井；肺咳伴浮肿取经渠，大肠咳伴浮肿取阳溪，脾咳伴浮肿取商丘，心咳伴浮肿取灵道，小肠咳伴浮肿取阳谷，膀胱咳伴浮肿取昆仑，肾咳伴浮肿取复溜，三焦咳伴浮肿取支沟，胆咳伴浮肿取阳辅，肝咳伴浮肿取中封。

除了针灸治疗外，内经对咳嗽的药物治疗原则，如《素问·藏气法时论》：“肺苦气上逆，急食以泄之”，以治疗肺实咳嗽，常用葶苈子、枇杷叶、紫菀、杏仁、百部、贝母等苦味药以泄肺降气；《素问·藏气法时论》：“肺欲收，急食酸以收之，用酸补之，辛泄之。”

5、古人治咳举隅

叶天士《临证指南医案·咳嗽》：俾上焦蒙昧之邪。下移出腑而后已。若因于湿者。有兼风兼寒兼热之不同。大抵以理肺治胃为主。若因秋燥。则嘉言喻氏之议最精。若因于火者。即温热之邪。亦以甘寒为主。但温热犹有用苦辛之法。非比秋燥而绝不用之也。至于内因为病。不可不逐一分之。有刚亢之威。木扣而金鸣者。

当清金制木。佐以柔肝入络。若土虚而不生金。真气无所禀摄者。有甘凉甘温二法。合乎阴土阳土以配刚柔为用也。又因水虚而痰泛。元海竭而诸气上冲者。则有金水双收。阴阳并补之治。或大剂滋填镇摄。葆固先天一元精。至于饮邪窃发。亦能致嗽。另有专门。兼参可也。以上诸法。皆先生临证权衡之治。非具慧心手眼。能如是乎。^[2]这些论述，堪味治疗咳嗽的基本规律，对临床有参考价值。

《慎斋遗书·咳嗽》：“咳嗽不一，所因不同也。因于风，宜辛凉以散之，前胡、紫苏、防风、葛根之属。因于寒，宜辛温以发之，麻黄、羌活、细辛之属。因于湿，宜燥之，六君子汤，或半夏、桑皮之属，或二陈汤。因于火，宜清润之，麦冬、紫菀、花粉、元参之属。因于虚，宜补之，人参、黄芪之属，或保元、四君、六君。因于气逆，宜清而降之，杏仁、苏子、陈皮、百合之属。因于痰，实则疏之，虚则补之，水泛则温而敛之。盖肺属金，金受火炼，则煎熬津液而成痰，宜清其火，火熄则痰消。寒则肺不下降，肺液壅而成痰，宜温其肾，水暖则肺金下降之令行而痰消。此治咳之大略也。若夫神而明之，在乎辩脉证之寒热虚实也。”

【参考文献】

- [1] 《黄帝内经·素问》咳论篇第三十八：王洪图等主编，2版，人民卫生出版社，2011.4.^[1]
 [2] 清·叶天士《临证指南医案》上海：上海科学技术出版社。1959.-^[2]



杨松年医师

推崇经典 精勤不倦 ——杨松年

林英（新加坡）

已故的杨松年医师于1919年出生于中国福建惠安县，年少时在中国归依佛门，师承四川广禅法师，法号传默^[1]。早年毕业于中国福建师资训练学院。世代皆为儒医，从小便有机会浸淫在药香扑鼻的环境，置身于医斋中。他父亲杨淑斋是位名中医师，当时不单行医还从事教学。因父亲亦是位老学究，开设私塾教学，除了教导一般学问外，一边还传授医学知识^[2]。

杨老年轻的时候，便打下了稳固扎实的中医基础。杨老十八岁时，当时五十岁的父亲，不幸丧失视力，步履需人扶持，就这样杨医师被逼离开学校跟随父亲继续行医，经历数年、承继了父亲对待医术的认真态度，一丝不苟的勤学苦练，再加上天赋异禀，使他少壮就成。^[2]

二战后，正当少壮的杨老南渡行医。于1955年在印尼石叻班让联合创办弥陀堂，行播善种。历任印尼廖省端本学校教职；印尼石叻班让培文学校教务主任。^[1]在五十年代，已是四十多岁的杨老报考厦门

大学习完五年函授医学课程——中医内科学与针灸学，并考试及格。

杨老早在1954年就已加入新加坡中医师公会，后来，虽然在印尼苏岛石叻班让坡行医，但仍继续和新加坡中医师公会保持联系。1970年代回到新加坡，任中医学院讲师，积极参加公会活动，更于1976年至77年间当选为中医学院之财政；1978年至79年间当选为中华第一分院之医务一职，1982年至88年间当选为中华医药研究院院长，1988-1989年任新加坡中医学院院长，1990年起为名誉理事^[3]，1974年起担任中医学院讲导师。

杨老与2妻共育5男4女，儿女都受高深教育，孙儿满堂；2012年11月7日凌晨撒手西升，享寿94岁。^[1]

推崇经典 重视阅读

杨老勤读苦钻，甚至晚暮之即，他对医学的探索还是孜孜不倦；他认为，医学是一门至精至微的学问，钻研要深入，要

彻底，各种医学经典，古今文献，如《内经》《伤寒论》《金匱要略》《本草綱目》等都必须熟读，医学刊物书籍等都要广泛涉猎，同时并应吸取现代医学知识，对针灸及内外各科普遍精通，以充实自己，杨老强调：“学习要广博、要全面；掌握要专精。”^[4]

在强调经典医籍学习之重要的同时，杨老还推荐《陈修园医书七十二种》，其中一些部份是颇有学习价值。杨老认为这些著作总结了清代以前的各医家的一些经验。他对目前各地繁多的杂志、医刊、医案价值的看法：“我认为目前在中国各地的刊物医案出版甚多，有给人目不暇视之感，从发掘、发展、创新、突破、争鸣的角度来看是好的，尤其医案整理是保存老中医临床经验的当前急务，但一般杂志及著作看来，好的佳作，新的发现，亦不少见，虽有大都是属于因袭前人之言，难免赘言、重复、令人缺乏清新之感，不过我认为对每期刊物付出数元，只要其中有一篇高水平之佳作就值得了。”^[2]

理解现代医学 把握传统医学精华

杨老指出，西医是辨病，我们是辨病辨证，两者都需要具备。例如，一个妇人的血崩，在我们中医，它可能是由于中气下陷，脾虚不能摄血所引起的症状；而在西医方面，它可能是功能性子宫出血，或是更年期综合征，亦可能是子宫长瘤並糜烂等病变。若我们投以益气止血治疗不好时，那就要考虑她可能是西医的“病”，然后进一步劝她给医生作进一步病理检

验，作正确的诊断。这样，我们就不会耽误了病人，所以辨病也是非常重要的。

杨老虽然强调中西结合的必要性，但他亦告诫大家：“身为一个医师如果对西医的“病”懂得很肤浅，而中医的辨证又辨不清，这样是很落伍的。因为中西医都有他们自己的一套方法论，如果你不懂现代医学的方法，就会误解西医，西医若不了解中医的方法论亦是会误解中医的。所以，中医方法论的研究目前在中国是非常热门的一个课题。”

杨老又指出说：“我们中医的好处是异病同治，同病异治。例如补中益气汤，在临床上它可治疗肠胃、子宫、肛门下坠以及小便不通等中气下陷所引起的症候，临床时小便太多，我们用补中益气汤；因中气下陷不能固摄，而小便太少，亦用补中益气汤，因为它是中气不足气化失利所引起的。

又如胃病，我们分为肝胃不和，湿阻中焦或是气滞血瘀等证。故在同一个胃病的治法，我们就有调和肝胃，燥湿健脾以及行气化瘀等不同治疗法，所以我们中医治病是多样化的。”

在临床处方用药上，杨医师是主张必须辨证用药，须随症加减处方的，特别强调中药提炼合剂的应用是会减弱中医辨证论治的严格与灵活的精神，杨医师处方常常应用羚羊角骨、蜀羊泉、石见穿等药，这些药在成药中是没有的^[2]。

在临床治验上，杨医师对胃病风湿病、哮喘、肝病等都有特别的研究与心得^[2]。

1978年，我还在中医学院就读，那时偏头痛频发，发作时右侧头部抽痛或头痛欲裂感，伴恶心欲呕，甚至有眼球突出感。头痛发作时对声音亮光很抗拒，会静静缩在一个角落。我自己也用过中药，包括川芎茶调散，完全无效。我在杨老临床带教的一个晚上挂号让杨老诊治，杨老开了一张散剂方子，吩咐我请中药店依方制散服用，我只服了一份，再也不曾有偏头痛，可惜方子已不知去向，只依稀记得方中有蜈蚣、僵蚕、全蝎等走窜定痛的药物，类似牵正散。

杨老糖尿坏疽治验方

糖尿病失治，病情恶化，可引起各种并发症。其中坏疽一症，并不少见。严重时，患部大片坏死，可以危及生命，故往往被逼作截肢治疗，造成患者的伤残痛苦。古今医家，虽曾提出治疗方剂。但付之实践，收获并不十分理想，杨老反复推敲，而从古方的基础上组成一张新方，名之为“糖尿病坏疽新方”，反复实践，觉得疗效不俗。

处方组成：

内服：银花二两、玄参二两、当归二两、甘草一两、黄芪二两、丹参一两、桃仁三钱、红花三钱、赤芍四钱、丹皮三钱、天花粉一两、蒲公英一两、大青叶一

两、野菊花五钱、紫地丁五钱、青天葵五钱。水煎二次服。

外用：生肌散、云南白药、正天然冰片各等分研细调匀备用。用药前先用双氧水洗净疮口，然后掺上药粉，再以消毒纱布覆盖，并以胶布粘贴固定。如渗液过多，一日可掺药二次。

功能主治：本内服方能清热解毒，活血化痰，化腐生肌，外用药粉化腐生肌，效用可靠。

坏疽新方是以“四妙勇安汤”合“五味消毒饮”以清热，解毒；伍以丹参、桃红、赤芍、丹皮以凉血化瘀；并以大量黄芪配合天花粉以益气生肌，并有治疗糖尿病的作用，故用之以治糖尿病坏疽疗效可靠。治病求本是中医治病的不易原则。当坏疽治愈之后，应积极调治糖尿本病，以避免并发症的继发，控制饮食，力避肥甘厚味，是治疗糖尿病的一个重要措施故治疗坏疽时，应教导病人切实履行，不然的话，虽华陀再世，亦将无可奈何！

病例一：下肢糖尿坏疽

XXX男，51岁，患糖尿病近二十年。近来，右侧足大趾逐渐溃疡，疮面灰黑，不断渗出臭味浆液，周围皮肤变为褐黑，向上扩大，使半截足趾皮质变厚变黑，感觉消失，行动疼痛。医院认为应该截除整个足趾，以免坏疽向上蔓延。患者未能接受，故来杨老诊所求治，诊脉沉弦，舌质红绛，苔黄腻。投以“糖尿病坏疽新方”，外用生肌散。内外兼治，历时近三

个多月，疮口日见平复，渗液停止，肤色减淡，血糖亦下降近乎正常。

病例二：躯体坏疽

XXX男，50岁，患糖尿病十多年。十多日来觉身体不适，家人带往XX医院诊治。入院后不久，渐渐神识模糊，进而陷入极度昏迷。经多方救治，六十多天之中，病人未曾半刻清醒，群医无策，认为病人已成植物人，难望康复。家人张惶无计，为尽人事恳求杨老到院一行。因感于家属来意之诚，姑以醒脑开窍药鼻饲。不料更在数天之内，意识恢复，逃出生天。由于糖尿病人偃卧过久，骶部有大片褥疮，迅即变为坏疽，渗出大量臭液，疮部腐烂见骨，家属决心让病人出院，坚持煎服“糖尿坏疽新方”，及外用生肌散。曾有一次在清洗疮面时，有一片腐骨脱落，可见坏疽的严重程度。经治疗三个月，服药一百方剂，坏疽平复，糖尿病病情亦随之改善^[5]。

手足症治疗经验

口手足症（Hand Foot and Mouth Disease）是新近才为医家们公认的一个病名，因为它与偶蹄兽（牛羊猪等）的口蹄症的症状颇为相似，因此有人把人的口手足症亦呼为口蹄症者。但通过研究，认为两者之传染途径并没有交叉互传的迹象。本病是由肠病毒通过空气而传播，主要侵犯年幼儿童。其他的病菌感染、可引起严重的并发症，如脑膜炎麻痹、或瘫痪、脑炎和心脏衰竭等。

症状：高热之后，手掌、足板出现红色水泡，口腔舌面溃疡。其他如喉痛，头痛，失去食欲，偶有呕吐。

辨证：本病具有传染性和流行性的特点，属于中医的瘟疫范围。病邪传自口鼻，而直干脏腑。舌乃心苗，脾主四肢，故出现口手足症候群；邪犯肝胆故烦热呕吐。

治法方药：治以辟瘟、解毒、清热利湿。故以紫雪为主药。热毒炽盛者，辅以清瘟败毒汤；口舌溃疡较甚，而兼咽痛者，合普济消毒饮；如湿热痛重者加甘露消毒饮等。

病例：男孩，黄XX，2岁。

诊治日期：病卡20082。1999年10月3日。

家人代诉：五天前突发高烧，呕吐不食，哭闹不宁，急在附近西医诊所求诊，医断为口手足症，介绍其到XXX医院留医，经过二天，症状如故。家人焦急万分，要求病儿出院，而到杨老诊所求医。证见高热呕吐，口手足症具备。脉数而乱，指纹青紫直透气关，口舌溃疡，苔黄而腻，为处方如下：

紫雪丹一支、甘露消毒饮1/2剂、小柴胡汤1/2剂。

三药合服，三、四小时一次，如服药后吐出，可反复并服，或以冰水送服。经

过了一昼夜细照顾，按时授药，终于热退，吐止，渐能安睡，进而知饥索食。举家欢慰，并通电话，告知病儿已脱离险境。此时杨老如释重负。

其余三例：二例均用紫雪丹合清瘟败毒汤；一例用紫雪丹配普济消毒饮，亦取得一致的疗效。

治疗口手足症，除紫雪外，还有特定的三个方剂（清瘟败毒汤、普济消毒饮、甘露消毒饮）治疗效应各有侧重，不能把它画个等号。各个方子，对清除病毒的作用是一致的。因此，在药物不齐的情况下，不妨选择代替。唯紫雪丹独不可缺，亦不可以他药代替。

紫雪丹见于《太平惠民和方》，功能清热解毒、镇痉开窍。治温热内陷心包、高热烦躁、神昏谵语、抽搐痉厥。也用于流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎、猩红热等病。但有人认为此药药力较强，体气强者方可使用，因此畏之如虎，终其一生，不敢问津。杨老对此方，体会颇深，经常赖以起急重危症。数十年来，未曾债事^⑥。

立志躬行 笃实求是

杨老认为精勤不倦是成功的惟一途径，医学的路程是漫长的，任何事业的成功都得靠自己的努力，一分耕耘，一分收获，所以立志躬行最为首要。清代名医徐大椿晚年在《洄溪道情·题山庄耕读图》

一诗中述他的苦读生涯：“终日遑遑，总没有一时闲荡；严冬雪夜，拥被驼绵，直读到鸡声三唱。到夏月蚊多，还要隔帐停灯映末光，只今日，目暗神衰，还不肯把笔儿轻放。”孙思邈也曾有：“肯稔之前，高尚兹典，白首之年，未尝释卷。”

杨老强调求学问要有恒心及百折不挠的精神，语云：“有恒为成功之本”，我们既然选中中医学作为追求的目标，又花了许多时间埋头攻读，付出了偌大的代价。中医学又是一门广博无垠的学问，欲成名家，就必须博览多读。要博览多读，就必须坚忍不拔，锲而不舍，不达目的，决不甘休，而不是一暴十寒，空中鸟瞰，信马游疆所获得。语云：“锲而不舍，金石可镂”，李时珍写《本草纲目》历时三十载，考书 800 余家。王清任著《医林改错》前后历时 42 年。近贤王玉润教授花了 30 多年时间研究一味桃仁对肝纤维化的治疗作用。用这些事实可以说明一门学术的成就，经常是既费力又费时的。

杨老指出中医学者应有笃实求是的态度，一个医学工作者，在学术探讨，在临床研究，一定要有谦虚和谨慎的态度，处处踏踏实实。有了这种态度，用以求学必有真理可明，用以作事则功业可成。

杨老劝勉中医工作者应重视个人的养生之术，从大量的古今名医的生存寿限加以查考，发现有不少人都在未届耄耋之年而溘然长逝。在成才周期慢，寿命不太长

的比例下，这种“晚成早凋”的情况，的确是一种浪费和损失。尤其是五十岁开外的中医人材，经历了几十年的学习，并在实践中积累了无数宝贵经验。许许多多变成了自己知识，甚至有独创的学术经验。但当他这种经验达到相当水平之后，不久便悄然长逝，这些宝贵技能一旦随之灭

掉，这能不算是一个莫大的损失？因此人们懂得如何养生，对延长天年不无少补，故应注重个人的修养，清心寡欲、节制嗜好、太极拳、五禽戏、气功导引和食疗等等都有益于却病延年。应守之以恒，能践行的越早，获益越多。因此一个好的医师能多活一天，便能为人们多造福一天^[7]。

【参考文献】

- [1] 杨府治丧委员会，杨松年老中医简史，《联合早报》2012年11月8日刊。
- [2] 陈美莲“苍苍白发心尚热，耿耿情怀老未闲—访问杨松年老中医”[J]新加坡中医学报，1985, 6(2): 59-63。
- [3] 新加坡中医师公会60周年纪念特刊，p81-85。
- [4] 杨松年“与本届同学杂谈医道”，新加坡中医学院第11届毕业纪念刊(1976)。
- [5] 杨松年“糖尿坏疽治疗初探”[J]新加坡中医杂志，6(3) p2。
- [6] 杨松年“手足症（Hand Foot and Mouth Disease）治疗经验”[J]新加坡中医杂志，7(2) p1-2。
- [7] 杨松年“祝你长寿”[J]新加坡中医杂志，7(1) p6-7。

广西壮医游学记

祁梁（新加坡）

卫塞节的清晨，当国人还沉浸在公共假期的梦乡中，中华医院董事会主席刘少夫医师、董事会董事王木瑞医师、总裁许文楷医师率领由19位医师组成的访问团，已踏上前往广西的旅程。

第1日——广西国际壮医医院

刚下飞机的中华医院访问团一行不顾舟车劳累，马不停蹄的前往位于南宁市五象新区的广西国际壮医医院，在广西中医药大学副校长、广西国际壮医医院院长岳桂华及医院领导班子的陪同下先后到门诊大厅、院史馆、壮医经典病房、壮医针灸科、民族医学特色诊疗中心、治未病中心等进行了参观学习，了解医院发展情况和壮瑶医药发展历程。

壮医是中国壮族传统医学的一种，采用自然疗法、中草药、按摩、针灸等传统疗法，注重调理身体的平衡和促进自愈能力。广西国际壮医医院是一家专门提供壮医医疗服务的医院，具有悠久的历史和丰富的经验，该医院致力于传承和发展壮医，为患者提供优质的特色医疗服务。

第2日——柳州市中医医院

经过一夜的休整，中华医院访问团又精神抖擞的来到了柳州市中医医院。在柳州市中医医院治未病中心刘静主任和肖敬

副主任陪同下参观了医院的杏园，医师们惊叹八卦回音台的神奇，二十四节气长廊对应介绍柳州24位名老中医的设计让人印象深刻，纷纷拍照留念。

紧接着，中华医院访问团与柳州市中医医院院长周晓玲、副院长税典奎以及相关科室负责人进行了座谈。座谈交流会上，由周晓玲院长亲自介绍医院的现况和发展史。

柳州市中医医院始建于1956年，2020年11月20日正式增加“柳州市壮医医院”的机构名称，是一所集中西医临床、科研、教学、预防保健于一体的综合性、现代化国家三级甲等中医医院和全国市级龙头中医医院。医院还是广西中医药大学第三附属医院、第三临床医学院中医研究生联合培养基地，国家中医药传承创新工程重点中医医院、中医特色重点医院，国家中医住院医师、全科医生规范化培训基地，广西中医外治示范基地，以及全国文明单位。医院已发展成为一个创新型、研究型、教学型的区域性龙头中医医院。

柳州市中医医院拥有两个毗邻公园的“花园式”生态三甲院区：柳侯院区与莲花山院区。现有职工2606人，设有临床医技科室50个，实际开放床位1806张。同时还有2个同质化管理的社区卫生服务中心，5家县域二级紧密型医联体，3家一

级乡镇卫生院，牵头成立了广西首个中医医疗集团。

柳州市中医医院名医辈出，拥有高级职称 549 人，博士 42 人，硕士 507 人；全国老中医药专家学术经验工作指导老师 5 人，广西名（老）中医 11 人，柳州市名中医 9 人，广西岐黄学者 1 人，广西青年岐黄学者 1 人，5 个国家级中医重点专科、8 个自治区级中医重点学科、5 个市级临床重点专科，9 个名医工作室，成功创建了中国胸痛中心、国家高级卒中中心、创伤中心。

2023 年柳州市中医医院以高分佳绩通过“三甲”复审，2022 年度全国 568 家中医三级公立医院绩效考核成绩迈入 A+ 行列，位列全国第 28 名，取得历史最好成绩。

座谈中，中华医院和柳州市中医医院双方领导还就中医特色专科建设、红外热成像技术、科研创新、院内制剂、中药药膳等方面进行深入交流与探讨。

座谈结束后，中华医院访问团先后参观了柳州市中医医院东院院区的制剂楼、门诊大厅、治未病中心等。

第 3 日 —— 柳州市中医医院治未病中心

本次中华医院访问团的成员主要以治未病专病组和筋伤痛症专病组的组员为主，由治未病专病组组长吴忠辉医师和筋伤痛症专病组组长王美凤医师亲自带队，重点向柳州市中医医院治未病中心进行交流学习。

柳州市中医医院治未病中心成立于 2009 年。专科充分发挥中医药及中医特色

技术优势，以“传播中医文化，服务百姓健康”为宗旨。是以提供中医治未病诊疗及健康干预服务为主的一级科室。

柳州市中医医院治未病中心以广西名中医周晓玲院长为学术带头人，经过多年发展，目前团队拥有专职医护人员共 60 名，医师 31 名，护理 29 名。其中主任医师 2 名，副主任医师 4 名，主治医师 12 名，副主任护师 2 名，主管护师 7 名。博士 1 人，硕士研究生 16 人。

治未病中心始终秉承中医治未病理念，并将其运用于患者的养生和疾病防治。创新提出了“预测 + 预防 + 体质辨识 + 个体化诊疗 + 中医文化产品 + 患者参与”的“6P”中医健康诊疗管理模式。提出“体病一体化”、“六经体质”的学术思想理念，在临床形成了独具特色的中医优势病种诊疗方案。将传统中医体质、经络学与现代红外热成像技术相结合，积极构建红外六经体质模型，通过建立可视化、客观化的中医辨证模型，来指导中医药的应用。

在传统中医治疗的基础上不断创新，开展了十大类 40 余项中医外治疗法及五音、五觉、身心自然疗法等特色干预技术及中医体验，部分外治疗法成为国家中医药管理局适宜推广技术项目及临床验证方案。积极响应国家提出的“互联网 +”的号召，率先在柳州市构建“互联网 + 治未病”的服务模式。

柳州市中医医院治未病中心自成立以来高度重视推进科研发展，先后获得中医外治法相关的国家自然科学基金 3 项，参与国家中医药管理局中医药标准化项目

课题5项，承担广西重点研发项目2项，广西区适宜技术推广奖三等奖2项，发表学术论文100余篇。

柳州市中医医院治未病中心目前是广西壮族自治区建设规模最大、功能分区最完善、中医设备最先进的中医治未病中心。

进入两日的交流学习环节，在柳州市中医医院的精心安排下，中华医院访问团不仅进行了系统的理论知识学习，还近距离的体验实操观摩，以经验分享、门诊带教、实操演练、专家讲座、病例讨论等多种形式进行了丰富的教学和交流。其中主要项目包括红外热成像技术临床实习、中医适宜技术培训等。

在柳州市中医医院东院红外热成像重点实验室，柳州市中医医院的带教老师为访问团成员讲解《六经体质红外模型的构建与应用》，随后就一些常见病例、中医体质辨识、红外热成像技术应用等进行了针对性指导，并进行实际操作。

在中医适宜技术培训环节，柳州市中医医院的带教老师围绕壮医筋经针刺、六经针法、穴位埋线、浮针、铜砭刮痧、神龙灸、火龙罐、熨蛋疗法、潜阳安神疗法等，为访问团成员讲解并操作，授课内容丰富。

带教老师深入浅出分析、娓娓道来，访问团成员认真听讲，积极互动，

现场气氛热烈，部分访问团成员亲身体验针灸、拔罐、刮痧等特色疗法，品尝中医药膳，现场学习中医红外热成像技术。每一环节的活动都深深吸引着访问团成员，纷纷感叹中医的博大精深。

第4日——柳州市中医医院

“2024年桂中地区中医体质监测技术与‘医-康-养’全生命周期诊疗模式在慢病管理中的应用暨中医药膳在基层中医健康管理中的应用与推广暨广西桂派特色外治疗法培训班”大会隆重开幕，各地的名医大家欢聚一堂，分享各自的经验和知识，互相学习和交流，促进了中医医学领域的进步，并且有助于改善治未病治疗理念在世界各地的推广。这样的聚会也为各地中医师们提供了一个机会和平台，建立彼此的联系和合作，共同探讨和面对中医医学领域的挑战。

中华医院董事会主席刘少夫医师在会上发表了主题为《新加坡的中医概况》的演讲，向世界各地的中医师们递出了新加坡的中医名片，广邀名医大家来新加坡参观交流。

中华医院筋伤痛症专病组组长王美凤医师也以《足底筋膜炎的临床针灸疗法》为主题进行临床经验分享。

第5日——柳州市一日游

柳江，柳州市被誉为世界第三美夜景城，“百里柳江，百里画廊”是柳州市柳江部位最具有特色的旅游景观，华灯万盏、流光溢彩、蟠龙新塔、文庙新风，还有亚洲最大的人工瀑布，世界第三的声控音乐喷泉，横跨柳江的各具特色的大桥，美轮美奂，游船夜游，别具特色。

柳侯祠，位于柳州市中心的柳侯公园内，始建于1906年，原名罗池庙（因建于罗池西畔得名），现改名为柳侯祠。是柳州人民为纪念唐代著名的政治家、思想

家、文学家柳宗元而建造的庙。现在的柳侯祠是按照清代建筑物重建的，祠内陈列有许多文物及史料，反映了柳宗元的生平和政绩。

工业博物馆，位于文昌大桥东侧，市民广场对面，2012年5月才建成。作为老牌工业城市，柳州几乎是中国近代工业进程的缩影。

龙潭公园，龙潭公园又叫大龙潭景区，位于柳州市区南部，毗邻市中心，是一个集合喀斯特山水景观、中国南方少数民族风情文化、亚热带岩溶植物景观为一体的大型风景游览区。公园内树木苍翠、群山环抱，卧虎山、美女峰、孔雀山等二十四峰形态各异。清澈的潭水泻入镜湖，雷龙二潭水温恒定，每逢隆冬，水汽蒸腾，故称双潭烟雨。

第6日——返程

为期5天的参观学习稍纵即逝，但对于学习中医医学知识和经验来说，任何时间都是宝贵的。在短短的5天内，访问团成员亲身体验了不同地区的医疗实践，了解不同医院和医疗机构的运作方式，观察名医们的工作方法和技术。虽然时间有

限，但这样的学习经历仍然可以为访问团成员带来很多收获和启发。

此外，参观学习结束后，访问团成员纷纷表示受益良多，看到了许多具有中医特色技术的广泛运用，希望有机会可以继续深入学习和实践，以进一步提升医学技能和知识。

结语

2023年6月，“柳州市中医医院-新加坡中华医院中医医用红外热成像应用研究基地”揭牌，两院在基于医用红外热成像技术上共同构建“中国-新加坡慢病中医体质管理平台”，开启了两院中医药领域的文化交流之路，搭建集医疗、教学、科研、产业为一体的中医药合作平台。

随着交流基地与平台的深入推进，柳州市中医医院先后派骨干赴新加坡进行中医药文化交流。此次中华医院访问团来柳州回访交流，有助于推动中医药文化建设和技术创新，造福更多的新加坡民众。未来，两院也将以此为契机，继续推进中医药的传承与创新，坚定不移地走中医药高质量发展之路，推动中医药文化走向世界。

传承创新 团结共赢

——世界中医药学会联合会肿瘤康复专委会第七届学术大会

林英（新加坡）



大会全体照

为提升肿瘤康复质量，发挥多学科团队协作优势，推动中医肿瘤康复治疗的现代化、规范化、国际化进程，由世界中医药学会联合会肿瘤康复专业委员会主办，陕西中医药大学附属医院、中国中医科学院广安门医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院协办的“世界中医药学会联合会肿瘤康复专委会第七届学术大会”，于2024年6月13日-15日在陕西省咸阳市宝德海宇酒店召开。新加坡参会代表有中医师公会的林英主任医师、唐跃博士、邝慧芳博士和同济医院的张国强博

士；林英医师及张国强博士也受本次大会特邀为主持嘉宾。

此次会议以“传承创新，团结共赢”为主题，邀请肿瘤治疗及康复领域的知名专家，世界中联副主席兼秘书长李昱、世界针联主席刘保证、世界中联肿瘤康复专委会会长林洪生教授、陕西中医药大学副校长缪峰、陕西中医药大学附属医院院长李京涛、中国中医科学院广安门医院张英教授、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院龚亚斌教授等多位知名专家进行了

学术报告。专家们从多角度、多层次、全方面探讨分享了中医领域的癌症治疗与康复，探索多学科综合诊疗康复新模式，打造学术交流平台，推动肿瘤康复事业的发展。

2024年6月14日上午举行的世界中联肿瘤康复专委会第七届学术大会开幕式上，世界中联李昱秘书长在致辞中表示，中医学包含着中华民族几千年的健康养生理念，是中华民族的伟大创造和中国古代科学的瑰宝。肿瘤康复以患者康复需求为中心，多学科合作的医疗服务。中医药强调以人为本综合调养，在肿瘤治疗和康复中具有特色优势，世界中联肿瘤康复专委会成立以来在学术，科研标准人才培养等方面取得了优秀成绩，提升了专委会的影响力。相信专委会在林洪生会长及理事会的带领下，秉承开放、包容、合作、共享的

理念，依托世界中联这一平台，发挥桥梁纽带作用，聚焦国际需求、把握学术热点，促进学术交流，推动中医药在肿瘤康复领域的发展。

林洪生会长在讲话中表示，肿瘤康复专业委员会须以“传承创新，团结共赢”为主要指引目标，大力强化国际交流与合作，积极与全球各地的同行深入交流心得体会，广泛分享经验，携手共同探索中医肿瘤康复的新理念、新技术、新方法，坚定不移地秉持创新发展理念，持续不断地适应新时代人们对健康的多元需求。中医肿瘤康复领域迫切需要我们深入挖掘并不断完善传统理论，紧密结合现代科学技术，大力开展创新性研究与实践，以期达成更为卓越的治疗效果与康复效果。开幕式后进入主报告环节，刘保延教授、包婷教授、李仁廷教授和张英教授分别围绕中



新加坡参会的医师：(左起) 林英、唐跃、邝慧芳、张国强

医肿瘤康复进行了精彩绝伦的专题报告，午休后各专家的专题报告，则从针灸、外科、护理等多视角，综合管理、症状管理、焦虑抑郁状态管理等多方法，汇集全球专家对于肿瘤康复进行与会座谈。

最后，世界中医药学会联合会肿瘤康复专业委员会副会长、辽宁中医药大学殷东风教授主持大会闭幕式，有龚亚斌教授宣读大会纪要、李安平教授发表“中医肿瘤康复发展寄语”和林洪生教授致闭幕词。

6月15日召开的本届年会青年论坛，通过专家书面评审、会上发表了八篇论文

报告及二段讨论环节，经过激烈角逐，由高宏教授指导，辽宁中医药大学硕士研究生唐凯乐同学完成的《肿瘤患者免疫治疗后腹泻的中医证型分布及相关因素分析研究》获大会优秀论文奖。

本次世界中联肿瘤康复专委会学术年会顺利召开，将会进一步推动中医肿瘤康复临床科研和学术交流活动，规范中医肿瘤康复标准，完善中医肿瘤康复学术体系，助力培养更多掌握现代中医肿瘤康复知识和医疗技能的专业人才做出，让更多肿瘤患者获益，推动中医肿瘤康复事业的进一步发展。

【参考文献】

- [1] 刘晓婷世界中联学术部 (EB/OL) <http://www.wfcms.org/show/21/6972.html>

引领中医 开拓专科

——新加坡首届专病组高峰论坛 成功召开

林英（新加坡）



论坛主宾为新加坡中医管理委员会主席张佑宾博士（右四）和特邀嘉宾卫生部传统与辅助医药部门主任兼中医管理委员会注册官林诗晖教授（右六）的现场合照。

中华医院首届专病组高峰论坛，也是新加坡首届专病组高峰论坛，于2024年06月23日在 Holiday Inn @ Singapore Orchard City Centre 隆重召开。来自中华医院的11个专病组医师、关心中医专病发展的中医师以及一些马来西亚的同仁，共200余人参加此次论坛，被认为除了促进中医药专业人士之间的学术交流，也是一个分享中医专病治疗的临床技术、经验、新技术和研究成果的平台。

院有专病，病有专药，医有专长

中华医院董事会刘少夫主席致开幕时指出：三十余年前，中华医院前辈意识到“院有专病，病有专药，医有专长”，故前瞻规划设立中医专病研究组，简称“专病组”，以推动我院全面建设的创新发展。

1989年，中华医院首先设立了中医心血管专病组。到了2000年，增添了肿瘤、生育、中风后遗症和肠胃专病组。在

2003年至2012年间，糖尿病、眼科、针灸刮痧和筋伤痛症专病组也相继成立。2013年，中华医院对专病组制度进行了大幅度的改革，除了相关中医专病的硕士和博士医师们，也允许对该专病有兴趣但未达专病门诊资格的医师们入组，使这些准组员们经历严格的培训而达到组员们的临床学术水平。……目前，中华医院已有11个专病组，共有171位专病组医师，在大巴窰总院和各分院服务。

进入二十一世纪，随着我国逐步迈入老龄化社会，各种慢性病如肿瘤、中风、心血管疾病、三高症等日益剧增。为了应付新加坡人口老化的挑战，中华医院致力培养专病组医师，壮大医师队伍，并为有需求的患者提供特需和特邀门诊服务。此外，中华医院充分使用病例数据库进行统计、分析和研究，积极开展各专病的科研项目。中华医院也正探讨如何运用人工智能支配各专病组的数据库。

而今天论坛的课题分享，具有各中医专病的诊疗技术、科研成果以及临床经验等不同方面的内容。这不仅是一个展示中医药专病最新研究成果的平台，更是一个促进中医药学术交流和合作的重要契机。

刘主席也感谢医师们的积极参与和支持，和主讲医师们的真知灼见和毫无保留的学术经验分享，表示中医药的发展需要不断地创新与传承。在未来的工作中，中华医院将继续加强与各位同仁们的交流与合作，推动中医药事业的前进。我坚信，通过大家的共同努力，中医药必在医疗保健行业发挥更大的作用，造福黎明百姓。

中医具有广泛的应用潜力

主宾新加坡中医管理委员会主席张俐宾博士致辞时表示，中医专病组高峰论坛为我们本地中医提供了一个难得的机会，共同探讨中医领域最新的实践和治疗方法。中医药作为医疗保健行业的珍贵遗产，历经数千年的发展，至今仍在现代医疗体系中发挥着重要的角色。中医药不仅是古老的智慧结晶，更是一门不断发展的实践，具有广泛的应用潜力。

中医专病组的成立在中医药的发展过程中具有重大的意义，为中医药在各类疾病治疗中的推广提供了专病的平台和资源。通过专病的研究和探讨以及临床实践，专病组可以在现有的中医治疗方法和技术上不断地创新，提升了中医药治疗的有效性和科学基础。

中医药以整体观念和辨证论治为基础原则。无论是慢性病或疑难杂病，中医药可以提供有效的解决方案。本次论坛汇聚了众多本地的中医药领域的医师和学者，以及马来西亚的中医同仁，期待通过大家的交流和分享，进一步推动中医专病的治疗和发展。

张博士指出，近年来，世界卫生组织对中医药有所关注，我们都看到中医药在国际上的影响，尤其在预防、治疗和康复中的优势，得到越来越多医疗界的认可和重视。这不仅是中医药发展的机遇，更是大家共同的责任和努力。作为中医药从业者，大家都肩负着传承和发扬中医药的使命。大家必须不断实践和学习，为新加坡的患者提供更高质量的中医医疗服务。

他也对中华医院举办此次研讨会，为

本地中医药的交流与合作搭建了一个重要的平台，使大家能够在此分享临床经验和学术成果，共同为中医药的发展做出贡献表示感谢。

茶歇后论坛由中医师公会会长，中华医院肿瘤组顾问赵英杰教授首先开讲“中医防治肿瘤病的策略”；接着中华医院董事会副主席，眼科组组长林秋霞博士讲授“中医改变泪液分子因子分析”。由郭忠福副会长及李沛然博士主持。午餐后论坛分为A、B两个会场进行。

A场两时段两组主持人：林英、吴忠辉和黄纪威、王美凤

中医筋针治疗于筋伤痛症的临床应用
(讲师：陈源彬)

咽喉反流性疾病的研究近况及中医临床治疗的心得(讲师：何宇璜)

针刺治疗大便失禁的临床研究(讲师：陈坤耀)

从新解构中医对心血管疾病的认识
(讲师：何和松)

授人予渔的健康管理方式(讲师：许文楷)主持人：

B场两时段两组主持人：何和松、吴少豪和黄惠萍、杨昌志

老年性耳鸣的研究进展(讲师：黄惠萍)

中风先兆的中医诊治与防治(讲师：杨昌志)

刮痧沿革及其治疗方法(讲师：李沛然)

中医治疗提高精子质量的临床经验
(讲师：吴少豪)

毫针刺治疗重症斑秃的临床观察
(讲师：刘立)

为专病组提供更多支持与资源

中华医院董事会副主席林秋霞博士在闭幕仪式致辞时，对所有专病组表示由衷的感谢。她看到很多专病组积极努力，在各自的领域中不断创新和探索，并且取得了令人瞩目的成绩，为中医事业的发展做出了不可磨灭的贡献。

希望未来有更多的专病组能够在国际舞台上发表他们的心得，展示我们中华医院的实力和风采。为了实现这一目标，医院也将继续努力，提供更多的支持和资源，帮助各专病组提升专业水平。

每一年，我们都会对各专病组进行评估。评估标准包括特色治疗，比如针灸，刮痧、拔罐等不同治疗方法；诊病人次，病例书写规范，专病组服务调查问卷，轮值出席率，参加对外学术活动，参加全体医师会议，承担对内、外公众、继续教育讲座，刊登文章及书籍，临床带教，进行科研研究，收到表扬或投诉，组员是否分布在各个分院。综合以上标准，我们会评选出最佳专病组。从前只有几个专病组得到奖，但近几年，所有专病组都获得了一等，二等或三等奖，希望未来每个专病组都能名列前茅获得一等奖。

今年，为了鼓励专病组医师长期为我院病患服务，我们引入了新的激励政策，特别设立了中医专病特色培训补助经费。只要符合条件，专病组组员将获得一次性\$500的海外培训补助经费。申请条件包括：

- ① 完成中医科研项目、
- ② 成为中国中医院校相关科室的海外合作基、
- ③ 组员必须已加入专病组五年以上并完成至少一项科研、
- ④ 该专病组过去三年获得至少一次最佳专病组一等奖。

此外，为了调动医师的积极性，除了设立、评选和分发最佳专病组奖项外，专病组组员（轮值医师），每年会获得继续教育费 \$400，准组员（轮值医师）则获得继续教育费 \$200。若该年出席率在 90% 及以上，诊病人数达到院方要求，下一年度的继续教育费再增加 \$100。

期望未来专病组能取得更大进展

展望未来，医院期望在以下几个方面取得更大的进展：

首先，将加大对科研项目的支持力度，鼓励专病组在各自领域中开展创新研究，通过科研推动中医药理论和实践的进一步发展。

其次，希望继续加强团队合作和交流。特别是吸引和培养年轻医师，通过相互学习交流，提高专病组的治疗效果。这些年轻医师将来能接过前辈们的接力棒，确保中医事业的薪火相传，避免青黄不接的局面。同时，积极地与海内外专家学习，强化自身医疗技术，朝更专业的医疗手法和技术领域迈进。

希望将来各专病组都能撰写该专病的临床诊治方药手册，在各种疾病中，系统性的引导专病组员在临床的诊治思路，也助于个别专病组相互参考学习。由此总结的经验方，进行对照分析研究，再制成高效率的中成药，既有显著疗效，又方便患者服用。最后，我院将不断完善评估机制和激励政策，提高专病组的服务质量和专业水平。

最后，她再次感谢这次论坛中各专病组派出的代表们的精彩分享和宝贵经验。这不仅促进了各专病组之间的交流与合作，也为未来的科研和临床实践提供了新的思路 and 方向，希望各组茁壮成长，承前启后，砥砺前行，提升疗效，拓展未来。



约 200 人出席了中华医药专病组高峰论坛

发痒的皮肤病

谢斋孙（新加坡）

近代的皮肤病属于中医外科（疡科）范围，而有发痒的皮肤病甚多，我今晚只选一些常见的和大家谈谈。

在未谈及病的症状前，先谈谈中医对皮肤病的处理上应有的认识：

- （一）中医治病是对人不对病，因为人与人之间是不全相同的，受病时的情形亦不全相同；因此，治一种相同的病，就有多种多样的不同疗法，不能固执一法，治疗皮肤病亦是如此。
- （二）皮肤病并不是独立的，它只是全身病的表现在皮肤上的一种现象，因此我们治皮肤病时，是应将皮肤病与全身联系起来。另一方面我们亦要了解全身病可引起皮肤生病；例如：“黄疸皮痒症”、“神经性皮炎”。而皮肤病亦可引起全身病，例如：“疮毒水肿”与“疔疮走黄”等是。
- （三）皮肤病有寒热痛痒等的感觉，是因为皮下知觉神经的存在，而这种知觉神经是受脑神经的控制。因此，人的情志亦就通过脑与神经的作用而影响到皮肤来，由此可知神经系统对于正常及病态之皮肤反应的支配上，起着主导的作用。正如《内

经》所说：“诸痛痒疮疡皆属于心”，这个“心”就是指神经系统呀！

中医说皮肤作痒主要是因脏腑湿热，再兼风的外搏，或积热生风，郁于肌肤而发的郁久又能燥血而使皮肤干燥，西医却说是由于神经末梢受到刺激，或由于过敏性反应或由外部的刺激，如寄生虫，霉菌病是可为连续性或阵发性。

现在将今晚所要谈常见发痒的皮肤病（以现代病名为标准）列下：

- （一）过敏性的荨麻疹和湿疹。
- （二）神经、精神性的皮肤瘙痒病。
- （三）接触性的皮炎。
- （四）浅在性霉菌感染——癣（包括①手足癣、②花斑癣（汗斑）、③体癣、④股癣、⑤发癣、⑥甲癣、⑦涡纹癣（叠瓦癣）、⑧黄癣、⑨红癣、⑩头皮糠疹及皮脂溢性皮炎。

现在分别将各病的病原症状，病理、以及治疗介绍出来，给大家作参考。

荨麻疹

病原：此病病因甚为复杂。同一个患者，可因过敏性关系，在一个时期产生荨

麻疹，另一时期又会发生血管神经水肿或气喘。

A、全身性荨麻疹发病原因多由于体内发出的，如①由于食物引起，②肠胃病消化失夺等，③由药物引起过敏反应，④精神情绪、⑤物理刺激（冷热不调）。

B、局部发作的荨麻疹病原多由于外来者，如①物理刺激（冷或热）、②接触性（如漆、蚊虫噬痒）、③花粉猫皮等。

症状：突起蚊刺状皮丘疹群，作痒非常，不久即消失于无形，此起彼伏或时消时发，有时头面脚下指硬肿（可能兼发血管神经性水肿）如唇粘膜肿大。如此疹发于喉间粘膜，则发生呼吸困难，严重者可能因气室塞，发生危险。

病理：这是由于毛细管扩张，渗透压增加，以及小动脉扩张所致者。

治疗：外用可以酒或醋抹患处。

内服方：土伏一两、生地一两，用水蟹一只合煎。

内服（此方得自潘仁医师）连服数十剂有根治作用。

除了上述的内服，外敷药物疗法外，心理的治疗亦是重要的一个环节。

湿疹

病原：由于内部或外界的轻微的刺激而引起重大反应，且又起浅在性的皮炎。

症状：开始时发红肿胀和剧痒，发疹是极小而又很快破裂的水疱，破后流水而糜烂，痂皮鳞屑，也可能形成脓疱。

有一种慢性的湿疹是不湿烂和起水疱，只有“苔癣”样硬化及剧痒。（“苔癣”样，形状如表皮肥厚，用两指将此皮肤撮成摺时，就可看出比正常的皮肤要厚得多。沟纹深抓时有血痂。

湿疹与皮炎之鉴别，皮炎只要除去致病的原因，经数日后即可愈，但湿疹却较皮炎顽固，病势较剧且易蔓延。

湿疹之治疗：以除去起病的刺激物为最重要，而且勿再染上有刺激性的物质，如药物热水及肥皂。

所以在处理湿疹病，我主张除某一人对某一物有过敏外，食物是免戒的。但对用药皂或什么止痒药水来洗或抹，以及搔抓，或用热水烘烫，都是要绝对禁止的。

神经性皮炎

症状：呈一个或数个病灶与周围病肤的界限很明显，患部显然地干燥，该处的皮肤肥厚坚实，粗糙有薄的脱屑，表面上有多数交叉着的沟纹，多见于颈、膝腘窝、阴囊。

有一种弥漫性神经炎——即上述病变延及全身皮肤及起剧烈全身瘙痒。

中医常把此种“神经皮炎”与“苔癣状的慢性湿疹”及一些“硬化的手足癣”叫着“硬壳磁”。又把有湿烂作痒的湿疹与皮炎，和一些癣病叫做“蛾”，迅速蔓延的称皮“生蛇”。我个人却因它是有皮肤存在的地方炎症却蔓延到那里，所以我把它命名为“食皮蛇”。

婴儿荨麻疹（婴儿苔癣）

通常在出生后第一年开始而可继续多年，或增恶或好转。特徵为在皮肤出现散在的大小不等的凸疱，由0.4cm至1cm，红色中央有紧张的水疱。水疱很快地即为病人抓破，而代之以痂皮。这些疱疹有的可存在一至三日，常可看到夜间发疹伴有难耐的瘙痒，妨碍睡眠，本病常伴发如脓疱及脓疮之类的续发性脓皮病。

此病常因食了一些忌物，或由于代谢障碍或由胃肠而来的，自家中毒而引起的，故有称为荨麻疹之名。

若此病延及幼少年及成年的称“痒疹”。差别点在于丘疹显小而硬，且水疱更小的看不出，搔破之后代之以血痂。

神经性皮肤搔痒病

一般的皮肤瘙痒，常是疥癣、瘰病、湿疹、和荨麻疹等皮肤病的病状。

如没有上述等皮肤病而有剧烈的皮肤瘙痒的多是神经性皮肤搔痒病。

此病多见于黄疸病，老年人，妇人更年期。

接触性皮炎（毒性皮炎过敏性皮炎）

多半是于接触某种物质（如漆）而发生的皮炎。轻的只是单纯的充血。

大多先发痒然后发红，再变成丘疹和水痕，水痕破后形成表皮擦伤、湿润，继而结痂，只限于被接触的部分，但却可蔓延开去，有痒及灼热感。我上面所说的食皮蛇和世俗的所谓漆疮或痒疡病等大都是这一种皮肤病。

亦有因药物的服食或外抹而引起各种皮疹的称为“药疹”。

癣

霉菌传染了皮肤、头发、或指趾甲，所引起的病变称为癣。兹将癣的种类略分于后：

- （一）手足癣，包括①水疥型、②硬皮型、③脱屑型、④磁状型。
- （二）汗斑（花斑癣），俗称白胀。
- （三）涡纹癣（叠瓦癣）
- （四）体癣（多种不同的病原菌与病型）。
- （五）股癣（绣球风）。
- （六）发癣（鬼剃头、脱毛癣）。
- （七）黄癣（生于发部与皮肤）生病后不久头发变硬，颜色变淡，无光泽，同时现出硫黄色痂。
- （八）甲癣有许多癣病是免用外敷只要增加皮肤的抵抗力，就可自愈的。现

代科学认为健康的皮肤有一种物质能抵抗癣菌的繁殖，这正合中医谓：“邪之所凑，其气必虚”的道理。所以我治癣病，有一些是不注重外敷药的。

处理皮肤病，在西医称为急性阶段，中医是认为外有风邪内有湿热，故一般上是以消风散或防风通圣散为主加减的双解法；若积热太盛则易以龙胆泻肝为主的加减法治之。

在西医称为慢性阶段，中医是认为风邪郁久燥血或气血凝滞、荣卫不行或气血衰弱。风郁燥血的以何首乌素加减，荣卫不行的以桂枝汤加减，气血衰弱的以十全大补加减治之，至于有瘀血的以大黄蛰虫丸加减。常用加减药物是苍耳子、白癣皮、蒺藜、荆芥、苦参、菊花、合欢皮等。

总之治疗皮肤病，重在学识与经验，临床上认症要明，治法要准，若差之毫厘则失之千里了。

立竿见影

——针灸临床经验谈（续）

李金龙（新加坡）

前言：继上期（55期）刊载已故李金龙医师的作品后，本期续刊文稿的后半部分内容。

41、介绍台湾针灸名家庄育民老中医 ——针除脑瘤之灵验穴

脑瘤三穴主治良性脑瘤。

州圆穴：百会穴各旁开1.3寸穴。

州昆穴：州圆穴向后2寸是穴。

州仓穴：州圆穴向前1寸是穴。

针法：沿皮进针1寸。

42、介绍厦门市针灸名家陈应龙老中医 ——五针治脊椎疾患之灵验穴

督脉五针

风府：后发际正中直上1寸，在枕骨粗隆直下是穴。

大椎：第七颈椎棘突下，约与肩平。

身柱：第三胸椎棘突下是穴。

筋缩：第九胸椎棘突下是穴。

腰阳关：第四腰椎棘突下是穴，约与髂嵴相平。

43、介绍日本针灸名家泽田健——排毒十针之灵验穴

附分穴：第二胸椎棘突下各旁开3寸是穴。

膏肓穴：第四胸椎棘突下各旁开3寸是穴。

骑竹马穴：第六胸椎棘突下各旁开1寸是穴。

镜禧穴：第六胸椎棘突下各旁开3寸是穴。

筑宾穴：排毒要穴。太溪穴直上5寸是穴。

44、介绍人体八个强壮穴的应用

足三里穴：胫骨粗隆下1寸，胫骨前嵴外一横指是穴。

大椎穴：第七颈椎棘突下，约与肩平。

关元穴：肚脐下3寸是穴。

气海穴：肚脐下1寸是穴。

中腕穴：肚脐上4寸是穴。

肾俞穴：第二腰椎棘突下各旁开1.5寸是穴。

命门穴：第二腰椎棘突下是穴。

膏肓俞穴：第四胸椎棘突下，各旁开3寸是穴。

45、介绍人体二止痛穴的应用

合谷穴：针刺合谷穴对人体有良好的镇痛作用，针刺20分钟后，大脑会产生内在啡啡，以达到镇痛作用，其有效是以肚

脐以上，特别是头部疼痛的镇痛作用最快。

三阴交：针刺三阴交穴20分钟后，大脑也会产生内在啡，以达到镇痛作用。其有效是以肚脐以下，特别是下腹部疼痛的镇痛作用最快。

46、治疗颈肌及腰肌劳损之灵验穴

颈肌劳损

取穴：大推穴、百劳穴（双）。

腰肌劳损

取穴腰阳关穴、肾俞穴（双）。

针后加灸大椎穴或腰阳关穴疗效更佳。

47、治疗小便失禁的特效穴

尿三针：中极穴、大赫穴（双）。

夜尿穴：三阴交穴下5分是穴（双）。

48、治疗小便不利之特效穴

利尿穴：脐下2寸半是穴。

中极穴：脐下4寸是穴。

针后二穴电疗、疗效显著。

49、治疗胃下垂之特效穴

胃上穴（双）：脐上3寸，旁开3寸是穴。

提胃穴：膈上4寸，旁开4寸是穴。

针后电疗30分钟，疗效显著。

50、治疗不能抬肩之特效穴

肩陵穴位于阳陵泉下1.5寸是穴。

针刺法：左肩不能抬举，取右侧之肩陵穴，右肩不能抬举，取左侧之肩陵穴。

在运针时，并用动气疗法，疗效显著。

51、治疗腰骶椎神经痛之要穴

八髎穴为治疗腰骶神经痛之要穴，其取穴法如下：

上髎：骶椎第一孔中，距离中线为1.2寸。

次髎：骶椎第二孔中，距离中线为1寸。

中髎：骶椎第三孔中，距离中线为9分。

下髎：骶椎第四孔中，距离中线为8分。

52、治疗咀嚼神经麻痹症特效穴

下关穴透颧髎穴。

颊车穴透巨髎穴。

上述二穴，针后电疗30分钟，能使咀嚼神经恢复功能。

53、针刺头痛四条阳经辨证的穴法

阳明经头痛：额穴配合谷穴（电疗30分钟）。

太阳经头痛：攒竹穴、通天穴、天柱穴（电疗30分钟）。

少阳经头痛：率谷三针，即①率谷穴、②率谷穴朝向太阳穴、③率谷穴朝向风池穴（电疗30分钟）。

督脉头痛——印堂、百会、风府（电疗30分钟）。

54、治疗哮喘之有效穴组

肺俞穴：胸椎第三推棘突下，各旁开1.5是穴。

膏肓俞穴：胸椎第四椎棘突下，各旁开3寸是穴。

针加灸或用 K.F，针后哮喘日渐减少，有一定的疗效。

55、治疗糖尿病之有效穴

降血糖三穴

胰俞穴：位于背胸部第八椎各旁开1.5寸，针刺胰俞穴20分钟后，会使胰脏分泌胰岛素增加，从而消化血中糖分。

曲池穴及地机穴：针刺地机穴配曲池穴，可引起胰脏的蠕动而促使胰岛素分泌增强，从而使体内血糖下降。

56、酸、麻、痛等三种感觉，在临床上的意义及其治疗。

酸：身体某部位出现酸的感觉，反应其肌肉之疲劳，治疗以温熏为主。

麻：身体某部位出现麻的感觉，反应其缺血现象，以温补和拔罐治疗为主。

痛：身体某部位出现痛的感觉，反应其瘀血现象，治疗以刺络拔罐为主。

57、肩胛岗上、下神经痛之灵验穴

上肩胛岗三穴

乘风穴：肩胛岗上窝中点是穴。

曲垣穴：肩胛岗上窝内侧端，约当臑俞穴与第二胸椎棘突连线的中点是穴。

天宗穴：肩胛岗正中部位，约当肩贞穴与胸推平。

下肩胛岗三穴

肩胛岗下穴：肩胛岗下正中处是穴。

膏肓俞穴：第四胸椎棘突下，各旁开3寸是穴。

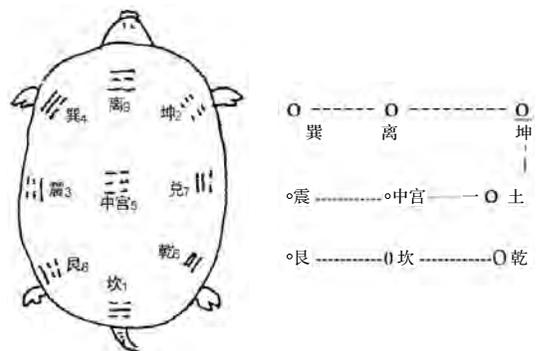
肩贞穴：位于手臂后侧横纹端上1寸是穴

58、介绍道家九宫取穴法

九宫八卦，是由洛书演变而来。相传周文王（公元前11世纪）将伏羲先天八卦以乾坤为纲改为以坎离为纲，就是受了洛书的启发，将文王后天八卦方位图并入洛书中，就成了坎1、坤2、震3、巽4、中宫5、乾6、兑7、艮8、离9。八卦配八方，中央为中宫，这就成了九宫八卦图。

后来大禹受洛书“九宫八卦图”的启发，疏通了九河，完成了治水伟业。

后来道家之针灸家应用九宫八卦图作为病患处之取穴图，在临床上广泛应用，有如大禹疏通九河，取得疗效。如图：



59、介绍道家八卦减肥针和增胖针

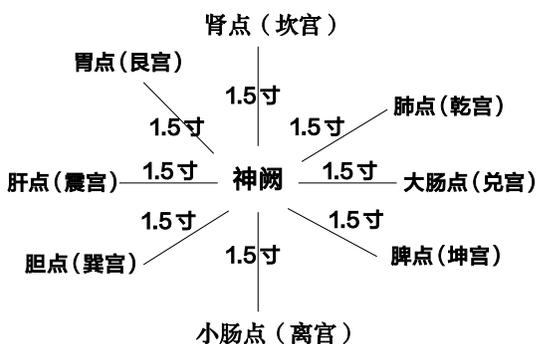
取穴法：以肚脐为中心，左右上下各旁开 2.5 寸是穴；再以肚脐为中心，并以以上四穴之间，各旁开 2.5 寸是穴，共 8 穴组成。

减肥针手法：进针 3 寸，并以强刺激手法刺激。

增胖针手法：进针 1 寸，并以弱刺激手法刺激。

60、介绍道家八卦脐针

八卦脐针是道家之针灸家以脐为中心而组穴，以治疗肠胃病为主。



失传的营养学——远离疾病3

陈蓓琪（新加坡）

前言

续上一期分享内容，继续与大家分享王涛博士撰写的《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，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5章 今天的食物能给我们提供充足而均衡的营养吗？

前面说过了，营养素就是参与人体构建的那些东西，包括蛋白质、脂类、糖类、维生素、矿物质、水，还有膳食纤维，我们到后面再讨论它。把它们列出来一看就清楚了。

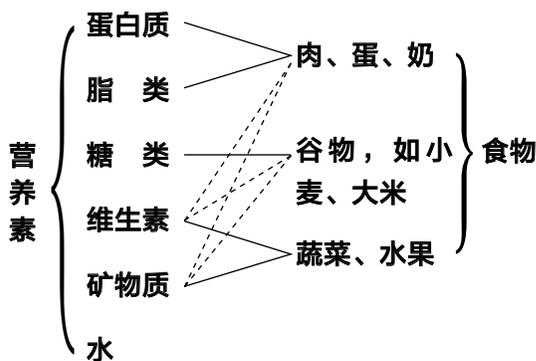


图12 各种营养素的食物来源

第1节 蛋白质的来源

一看上边的图，您就清楚我们每天为什么吃饭了。有一次我问一位非常实在的大哥，人为什么吃饭？他张嘴就说：“为了不饿”。真是名言，我佩服得五体投地，吃饭是为了不饿，睡觉是为了不困，休息是为了不累。其实吃饭就是为了获得我们人体所需要的营养。但问题是今天我们的食物能不能给我们提供充足而均衡的营养。先看看我们蛋白质的来源。身体需要的蛋白质主要从鱼、肉、蛋、奶等食物中获得。您有没有感觉，今天的红烧肉可不如20年前的红烧肉香了。为什么？这说明猪肉中的营养下降了，以前的猪养一年才出栏，今天呢，三个月。各位都知道南方的大米不如北方的大米好吃，因为北方的大米生长期长。猪也是一样

呀，生长期短，营养就下降了，而且这只是猪肉内营养素下降的原因之一。虽然营养下降了，但因吃猪肉中毒的人却增加了。以前我经常建议我的朋友们吃猪肝，因为猪肝的营养丰富，且营养素的种类也多，但现在连我自己都不敢吃了，因为在全国各地因吃猪肝而导致食物中毒的案例时有发生。鸡肉怎么样？说句实话，我长这么大就吃过一次肉鸡，却让我终生难忘，肉很糟，没有我想象的肉香味，口感很差，骨头很容易嚼碎。有的老太太炖鸡时很骄傲，说你看看今天鸡炖得多好，连骨头都烂了。哪里是因为炖得好，而是因为鸡缺钙。现在的鸡长多少天上市？只需40天。您想想看鸡肉能有多少营养呢？鸡蛋的质量又怎么样？以前的鸡蛋黄黄黄的，谁家炒个鸡蛋，街坊四邻都能闻到香味，今天呢，嚼到嘴里都不香。原来的鸡是散着养的，吃得好，而且还经常到粪堆上扒扒，找点零食吃，今天的鸡可惨了，看看笼养鸡的生活就知道它下的蛋好不了，鸡的一生就生活在一个小笼子里，没有鸡身自由，笼子前面是食槽，笼子后面是装蛋的槽子，前面吃食，后边下蛋，这哪里是养鸡，整个就是下蛋的机器。为了提高产蛋率，鸡农们不让鸡见阳光，而是用灯来调节时间，开灯8个小时，关灯8个小时，所以在鸡的世界里，一天是16个小时，别看鸡连笼子都出不去，但鸡的生活节奏比人的生活节奏快了很多。另外为了提高产蛋率，很多鸡农大量使用激素。鸡的营养状况差了，它的蛋就缺营养，所以今天鸡蛋的品质也下降了。

奶的质量呢？关于牛奶质量问题的报道经常见于报纸、电视和网络等各种媒体，牛奶卫生问题、抗生素问题、常温奶的营养问题、增稠剂问题、香精问题、劣质牛奶、假牛奶问题等等。这里笔者最想说的是抗生素污染，不光是牛奶，很多养殖业都大量使用抗生素，如养鸡、养鱼等。导致食物中抗生素残留。每天接触一点抗生素而且长此以往是很危险的事情，细菌对抗生素的反应就和人喝酒的过程是一样的。您看您让一个人第一次喝酒，他一个劲儿地推辞：“不喝，不喝，不能喝。”拗不过去，就喝了一点，喝完后感觉不舒服，头痛、头晕；第二次再让他喝酒时，还是不太舒服，头痛、头晕，但比第一次轻多了；第三次再让他喝时，感觉还可以，而且喝起来还有点香味；第四次时，刚坐下，他就问：“酒呢？”是不是这样的过程？细菌对抗生素的反应也是这样，第一次遇到抗生素，十个细菌死了八个，剩下两个头晕的，这两家伙迅速繁殖，又长成十个细菌；第二次遇到抗生素，头晕的程度减轻了，适应了一些；第三次遇到抗生素时，它们就不以为然了，爱来不来；第四次遇到时，没准就把抗生素当饭吃了。您说危险不？耐药性就出来了。等到您细菌感染时，抗生素的药效就会大大降低，甚至是耐药。笔者在这里讲食品安全问题，不是针对某个行业或某个企业，我只想告诉您我们今天蛋白质的来源很成问题，一方面蛋白质的品质下降了，而另一方面，有害物质却大量增加了。其实这样的问题也不是中国独有的，世界上每一个国家都存在这些问题。

第2节 糖的来源

糖类的来源主要是谷类食物，我们最常吃的就是大米和面粉，以面粉为例，最早我们吃的面粉是95粉，就是100斤麦子出95斤面粉，这样的面粉黑，口感差，有点涩味。再后来，大家都抢着吃富强粉，富强粉是81粉，富强粉就白了很多，口感也好了很多，吃到嘴里爽滑。而今天我们吃的面粉，大多数都是70粉，而且还有65粉，这就是说，对于一粒麦子来讲，我们只把麦子中央的纯淀粉吃了。其实上苍真的很仁慈，他赐给我们一粒麦子时，就把在体内利用这粒麦子所需要的营养素都放到麦皮下了。而人类进化到今天，已经不在意上苍的用意了，我们只吃了麦子芯部的淀粉，而把存在于麦皮下的维生素、矿物质、膳食纤维等都做成麦鼓子喂猪了。如果一种食物是高糖、高脂、高热量而低蛋白，我们称它为什么呢？“垃圾食品”。

所以不仅只是快餐店有垃圾食品，我们的餐桌上也有垃圾食品。我们每天吃垃圾食品，而把营养素都喂猪了，所以人家猪很健康，您看猪吃食比人吃饭头部动作要大很多呀，但您没看到哪头猪吃食时一下子就倒下得了脑溢血或脑血栓。谷物是人类重要的6族维生素的来源，通过精加工，在我们的餐桌上，含有某些8族维生素的食物已经极缺乏了，您想想这是多么可怕的事情。有人讲：“我每天吃很多东西，什么都不缺。”因为我们现在吃的食物中根本就不含有我们所需的某些重要营养素，所以就是撑死您，您也不能获得所

需的营养素。当营养不均衡时，您吃其它营养素越多，对身体的危害可能就越大。因为营养不均衡时，一些营养素进入身体越多，越消耗进入身体相对不足的营养素。导致这些营养素更加不足。比如吃进的淀粉较多而蛋白质和维生素相对不足时，为了消耗掉那些进入身体的多余的糖，就要消耗掉本来就相对不足的蛋白质和维生素，导致蛋白质和维生素更加不足。

第3节 维生素和矿物质的来源

人体矿物质和维生素来源主要是蔬菜和水果，也会从肉类和谷类获得一些。但您想想，今天的西红柿和20年前的西红柿的味道一样吗？记得我小的时候，去姑姑家，把自行车往她家的院子里一扔，就直奔她家院子里的菜园子，去摘西红柿吃。我很会选西红柿，只要西红柿的“脑袋”红一些，这个西红柿吃起来就酸甜可口了。您再看看现在的西红柿，都红到了“屁股”，可连西红柿的味道也没有。您再想想看，今天的蔬菜和水果的味道是不是大不如从前？味道不好了，说明蔬菜、水果里相应的营养素少了、品质下降了，蔬菜、水果的品质下降了，但有害物质却大大增多了，这方面的报道不计其数，比如四岁小女孩来“月经”。爸爸妈妈是种草莓的，小女孩很爱吃草莓，爸爸妈妈给自家种的草莓打催熟剂，结果因为吃了含催熟剂的草莓，四岁的女儿也被“催熟”了。这样的例子有很多很多。农药也是一个大问题，一户人家吃桃子，一家四口人，死了三口，一查原因，农药

中毒，您说有多可怕。农药问题甚至严重影响到我们农副产品的出口，比如中国的蔬菜大量出口日本，但曾因蔬菜的农药含量超标而受到严重影响。我们与欧盟和韩国也都出现过类似的情况。现在蔬菜、水果上的问题越来越多，我的一个学生，她的家乡被誉为中国的猕猴桃之乡，产出来的猕猴桃又大又硬，为什么？打了膨大剂。有一年政府明令禁止使用膨大剂，结果猕猴桃卖得很不好。我曾在市场上买过几个这样的猕猴桃，个头很大很硬，但很漂亮，买回来后两个月都没有变软，硬梆梆的，我就想，这哪里是猕猴桃，简直就是一个手榴弹，最后只好扔掉了。而在当地呢？桃农们自己吃的却是那种又小又丑但味道很美的猕猴桃。

所以蔬菜、水果的情况也是这样，营养成分下降了，但有害物质增加了，有害物质进入身体后，身体为了将有害物质排出体外，还要再消耗大量的营养素，所以有时我就想，我现在都搞不清楚吃了一个西红柿后，我是赔了还是赚了。我可能会获得一些维生素、矿物质，但为了消除进入我身体的有害物质，如催熟剂、农药、重金属盐及其它有害物质，我还得消耗掉身体里的蛋白质、维生素、矿物质，您说对不对？我讲这么多的事实，只想告诉您一件事，我们今天的食物已经不能给我们提供充足而均衡的营养了，所以今天不是您要不要吃营养素的问题了，而是我们为了自己的健康而不得不服用营养素。每个人的营养缺乏都是客观存在的，只是缺乏程度轻重不同而已。我讲到这里，很多朋

友已经明白为什么要吃营养素了，但生活中仍有很多朋友问我吃中药行不行，或是吃什么西药好等等诸如此类的问题。还有的朋友认为我太极端了，不论别人有什么健康问题，我说的最多的一句话是：“吃营养素。”所以现在有很多人很烦我，说“你还会不会说点别的，就会说吃营养素呀。”我跟他说：你要知道这句话不简单，你知道这句话的背后是多了不起的一个知识背景呀。这个知识背景一定会引起医学界和营养学界的一场革命。为了证明给他看，我就写了这本书。有一次，我告诉我的老师，我想写一本书，但怕别人盗版，他听后大笑，说：“你先别担心这个，有没有人看还是回事呢！”这也是我写这本书的初衷之一。

第6章 营养素与高级补品

中国人可能是受中医的影响，很注意补充营养，所以很多人热衷于高级补品，很多年轻人都很有孝心，父母的身体不太好，就给父母买一些高级补品回来吃。一些人得了大病不治之症，比如癌，也很有意识地吃一些此类的东西，如人参、蜂胶、冬虫夏草、灵芝、鹿茸、松花等等。其实之所以称之为高级补品，就是因为它们的营养价值高。您买一瓶蜂胶看看它的说明书，它一定写的是营养丰富，含有多种人体必需氨基酸、多少种维生素和矿物质。这就是您吃它的意义。您说是它里边的营养素的纯度高还是营养素里边的营养素纯度高？人们对人参的推崇由来已久，后来有一个人从人参中提出了一种成分，叫人参皂苷，结果死死认定人参

皂苷是人参的主要成分。您看看人参都有哪些作用：人参可治疗神经衰弱、阳痿、糖尿病、高血脂、高血压、冠心病、心律失常等疾病，用于肿瘤的治疗可改善患者的症状，延长生存时间。也是一种抗衰延寿的佳品。如果不是营养素，怎么可以治疗这么多系统的疾病？人参皂苷不可能胜任这么多工作。笔者偏激一点说，与其说是人参皂苷的作用还不如说是人参中维生素E的作用。冬虫夏草是人们偏爱的高级补品，我这里给您摘录了中药学的专业书籍里的一段话：虫草中蛋白质氨基酸达17种和0.004%~0.37%的游离氨基酸，其中人体必需氨基酸较多，这是虫草补益作用的物质基础。所谓补益作用相当于提高您的体质和免疫力。所以您能明白吗？吃高级补品就是为了吃其中的营养素。

吃高级补品就是为了吃其中所含的营养素，但高级补品有三大缺陷影响到它们的利用价值：第一就是营养不均衡。人家长在这个世界上，不是生来就为给您吃的，所以人家不会按照您身体的需要来配备其体内的营养素的含量和比例，人家一定是按自己的生存需要配备其体内的营养素。营养不均衡就会大大降低它们的利用价值。

而且有时会因此而起反作用。第二就是成分不明。您的身体需要维生素B，而您吃的高级补品里有没有维生素B？搞不清。不同的产地、不同的生长环境、制备

工艺都会影响到一些营养素的存在。所以很难搞清楚您吃的补品里有没有您需要的营养素。第三就是含量不足。您给您妈妈买了一些西洋参，告诉她每天syg10片泡水喝。可要解决您妈妈的健康问题每天可能需要500毫克维生素E，那5到10片的西洋参怎么能满足这样的需要量。即使它里面有一些维生素E，在泡水过程中也早已被破坏了。我这样讲并不是否认高级补品的价值，而是想使您了解这样使用高级补品的局限性。高级补品在您的身体没有明显状况时使用还是有益的，总比不吃好，毕竟它可以给您提供一些重要的营养素，尤其是其中的一些我们还没有认识清楚而人体又很需要的植物营养因子。但当您有了明显的健康状况时，我建议您直接使用营养素，因为营养素可以根据您身体的需要做到缺什么补什么、缺多少补多少、什么时候缺就什么时候给。这是任何一种高级补品都做不到的。其实从健康投资的角度讲，在平时使用营养素也划算得多。

第7章 营养医学与中医

前些日子网上热论要不要取消中医，害得卫生部的官员都站出来为中医说话。朋友们，中医千万不能取消，中医的很多方面比西医先进得多，比西医有价值得多。首先说几千年来，中医药一直是人们通过长期实践而积累起来的经验，所以如果哪个方子有效，那肯定是真的，肯定很有研究价值，甚至可能为医学的研究和发展提供指导性的方向。中医理论是建立在

朴素的唯物主义哲学的基础上的，比如阴阳学说，这不就是哲学中的矛盾论吗？所以我私下认为中医理论只是一套符号系统，是跟人体症状、体征和中药相对应匹配的一套符号系统。这样说可能很费解，我的意思就是中医的这套理论可能跟一个人疾病的发生、发展和治愈过程没有必然的联系，虽然表面看上去很符合的样子。举个例子，看到一个人的舌苔发白，中医就诊断了是中焦的寒湿，这可能就跟您用眼看远处的大山一样，您一睁眼就看到大山了，一闭眼就看不到了，所以表面上您的眼跟大山有直接的关联，您完全可以把这种关联解释成那座大山是眼睛产生的，因为一睁眼它就有，一闭眼它就消失了嘛，或者您也可以解释成是您的眼皮把那座大山给盖住了，因为如果眼皮不盖住大山，您的眼睛怎么会看不到大山呢？您这样的认识会在您不断地看东西的过程中得到印证，您会充分相信您的眼睛是万能的，因为其他人、楼房、树木都是您一睁眼才看到的，都在充分证明您的理论是正确无疑的。但遗憾的是，它不是正确的。虽然表面上貌似的相关对应、相关联。

中医理论我认为就是这样一套符号系统。有很多人期望中医有大发展，没有理论的突破，中医就不可能有发展，而中医理论因为它是一套符号系统，因此它不可能被突破，一突破，整个理论体系也就散掉了。我这样讲不是为了哗众取宠，只是自己对中医的一点极粗浅的感觉，说出来只是为了给您提供一个不同的思路和视角

来认识中医。当我看到用中医的方法很好的解除了一些患者的痛苦时，我感觉到中医有它博大精深的一面。它是很值得我们去仔细研究的。其实在中医里蕴含着一个值得我们每个人思考的哲理：自然是大道，取法自然才是最有境界的。而中医正是取法自然的典范。比如中医的整体观，在任何时候都是有境界的都是恰当的。中医要想实现大发展，就一定要有理论的突破，要看清中医的本质，只有这样才会看清中医的发展方向，否则您都不知道从哪里入手。笔者对中医本质的问题也有一些思考，说出来给您作个参考。我认为中医的本质其实就是营养学。您看看中药由什么组成？植物、动物的尸体、还有就是矿石，搞一锅水，把这些东西放到里面煮，您说能出来什么东西？这跟您熬鱼汤、鸡汤、骨头汤有多大区别？没区别，中医最讲食药同源。中药汤中不过就是一些营养素，即使有其它的东西，也不是人体需要的，因为人体只需要营养素。但中医这种营养学是不彻底的营养学，和前面提到的高级补品是一个道理。人参、虫草、鹿茸、蜂胶等等这些所谓的高级补品也是中药，既然高级补品存在三大缺陷，那么毫无疑问，中药也存在这三大缺陷。第一就是营养不均衡。营养贵在均衡，只有均衡的营养才能让它们的效能达到最大化，但一副药不可能给我们提供蛋白质、各种维生素和矿物质，即使能提供，也不会是均衡的，因为您要相信，世界万物中的营养成分多少都是按人家自己的需要成长的，而不是为了补您的身体而生长的。第二就

是成分不明，一副中药有没有 B 族维生素呀？有没有维生素 C 呀？有没有维生素 E 呀？是不是搞不清？第三用量不足，即使有，有多少 B 族维生素呀？有多少维生素 C 呀？我需要 800 毫克的天然维生素 E，这一副药能给我提供吗？是不是不能？所以您才会看到很多人用中药治病时，就出现一种情况，就是吃药时，就好些，一停药，就又不行了，显然是用量不足。

正是上述三大缺陷限制了中药的疗效，所以中医一定要向正确方向发展，从不彻底的营养学转变成彻底的现代营养学。记得我刚走进医科大学的校门，就听到主席的一句话——中西医要走结合的道路。我听了之后就为主席发愁，这怎么办呀，中医、西医完全是两个系统，它们的形成背景。理论体系完全不同，毫不相关，这可怎么结合呀，西医院校的学生学英语，中医院校的学生学古文，这个东西比英语还要难学很多，西医是以组织学、解剖学、生理学和生物化学等为基础的，而中医是以阴阳平衡等朴素的唯物主义哲学为基础的，相差太远了。忽然有一天，我明白了中、西医是可以结合的。我是西医院校的一名学生，有一天，我问一个同学，我们宿舍的老三哪儿去了？他告诉我说：“中西医结合去了。”我一愣，就问：“怎么中西医结合去了？”原来是去中医学院找了一个女朋友！事实上，今天看来，中医和西医是可以结合的，而它们的结合点就是营养医学。西医发展到今天我认为已经偏离了它所应该遵循的发展方

向，您没有发现吗？临床上各种所谓新特效药层出不穷，但能治愈的病却不多。除了细菌感染和缺铁性贫血之类能 100% 治愈外，其它疾病能治愈的好像就不多了。病真的这么难治吗？不是，是因为没有遵循正确的方向。如果按照正确的方向去治疗，我们身上所有的疾病几乎都能治愈，包括冠心病、糖尿病这样的被人们认为的“不治之症”。而这个正确的方向就是营养医学。

西医要想走正确的方向，就要回到营养医学的轨道上，中医要想大发展，也要走营养医学的路，这样，中西医不就结合了吗？而它们的结合点就是营养医学。如果您今天就开始从事健康产业，走营养学的道路，您知道您是多么幸福吗？中医和西医要想真的相结合，可不是一件容易的事，这可能要经历几代人，十几代人甚至是几十代人的努力，为什么这样说，中医走营养医学的道路并不容易，因为这要打破中医理论原有的框架，这对于从事中医工作的人们来说，是难以接受的，所以难度在他们的大脑里。而西医想回归营养学，这个震动不亚于人类毁灭多少次，因为世界上所有的药品生产商、经销商、医院和医生这是四位一体的利益共同体，想让他们放弃现在的这条路，就会有不计其数的人破产、失业，不计其数的人利益受损，更可怕的是世界上还有多少支持今天医学发展方向的研究人员在摇旗呐喊推波助澜。所以中西医相结合的日子虽然很美好，但还是遥遥无期，而从事营养医学的

您，今天已经站在了这个结合的点上了，您是不是很开心？您的事业是不是非常有远景？您不知道您已经领先别人多少代了。您一定要知道，这本书给您讲的可不是一般的营养学，我不会去跟您讲吃西红柿有多少好处，您会从中获得多少维生素C、钙、番茄素等等，不会去跟您讲吃一个鸡蛋会给您多少蛋白质、多少B族维生素等等，所有这些话题都没有多大的意义，因为您说的是今天的西红柿还是20年前的西红柿？是今天的鸡蛋还是20年前的鸡蛋？您说的是产自北京的西红柿、鸡蛋？还是产自云南丽江的西红柿、鸡蛋？您说的是笼养的鸡，还是自由鸡产的蛋

呀？是不是都不一样？所以没有意义，这本书告诉您的不是一般的营养学，而是营养医学，将营养学和医学的知识相融合而发展出来的，通过饮食调整 and 营养素来治疗各种各样的疾病，当然也包括人们平时的健康维护，是医学和营养学的终极发展方向。跟您聊到这里我就有一点心满意足的感觉了，因为我把我最先想让您知道的东西都交待了，我们不得不吃营养素，营养素是用来维护我们健康的，是用来治疗我们身体里已经有症状或还没有症状的那些疾病的。用营养素来维护我们的健康是最正确最根本的一条路。

《新加坡中医杂志》稿约



《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、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。
- 编委会有权对来稿进行文字修改、删节。凡对修改有持异议者，请在稿末声明。任何文稿，本刊一概不退还。

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 2024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) 034/01/2024

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



新加坡中醫師公會

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



ISSN 0219-1636



9 770219 163001