

同济医药研究院（新加坡）主办

# 同濟醫藥

TONG

JI

YI

YAO



Established by Thong Chai Institute of Medical Research

2015年12月·第三期



同济医药研究院  
赠 阅

# 世界中医药学会联合会内科专业委员会 第四届国际中医内科学术论坛·开幕式

2015.11.08 新加坡



主宾·卫生部兼环境及水源部高级政务部长  
许连碹博士致辞



大会筹委会主席林源利先生代表致欢迎词



世界中医药学会联合会内科专业委员会会长  
孙塑伦教授致辞



世界中医药学会联合会代表秦树坤主任致辞



主宾·卫生部兼环境及水源部高级政务部长许连碹博士为开幕式鸣锣

# 《同济医药》

## 2015年第三期目次

|  |           |
|--|-----------|
| 脑血管病的中医辨治与相关研究 .....                       | 高颖 (01)   |
| 中医内科疑难病的诊治思路与特色 .....                      | 张立清等 (06) |
| 重建免疫稳态—中西医结合治疗重症肌无力新策略 .....               | 况时祥 (09)  |
| 危北海教授脾胃病治法特色 .....                         | 周滔 (12)   |
| 境外中医教育体会与思考 .....                          | 王晓兰 (15)  |
| 传承文化，弘扬中医，删繁就简，寓教于乐 .....                  | 耿满 (19)   |
| 心脏冠状动脉气球扩张与内置支架、绕道、换心失效与并发症的中医药补救法介绍 ..... | 李政育 (22)  |
| 中医药防治动脉硬化及抗衰老的临床应用 .....                   | 张艳等 (24)  |
| 清络散血治疗血管炎感悟 .....                          | 房定亚 (28)  |
| 试论中药治疗慢性咳嗽 .....                           | 黄美龄 (30)  |
| 脾胃学说与临床 .....                              | 林理铄 (32)  |
| 中医药排出人体垃圾 .....                            | 陈金生 (34)  |

### 《同济医药》杂志

|                   |   |
|-------------------|---|
| 2015年 (年刊)        | Vol 3, No. 1, 2015 (Yearly Journal)                                       |
| 2015年12月出版        | Published on December, 2015   |
| 2013年12月创刊        | Established in December, 2013   |
| 主办单位：同济医药研究院      | Sponsor: Thong Chai Medical Institute of Research                         |
| 出版单位：同济医药研究院      | Publisher: Thong Chai Medical Institute of Research                       |
| 地    址：新加坡振瑞路50号  | Address: 50 Chin Swee Road #01-01 Thong Chai Building<br>Singapore 169874 |
| 名誉顾问：林源利 BBM      | Honorary Advisor: Lim Guan Lee BBM  |
| 学术顾问：曹洪欣 王庆国 杨关林  | Academic Advisors: Cai Hongxin Wang Qingguo<br>Yang Guanlin               |
| 出 版 人：邱武烈         | Publisher: Khoo Boo Liat  |
| 主 编：孙丽敏           | Chief Editor: Sun Limin   |
| 副 主 编：郑黄芳 黄明春 黄金菊 | Deputy Editor: Zheng Huangfang Nge Beng Choon<br>Ng Jin Ju                |
| 编 委：耿满 张国强 欧阳强波   | Editorial Members:  |
| 蔡惠峙 许子欣 沈雁珊       | Geng Man Teo Kok Keong Aw Yong Keong Poh                                  |
| 林昀杉 张骏发 彭永豪       | Chua Huishi Amanda Khor Tze Hsin Sin Yen Suan                             |
| 李嘉雯               | Lam Yun Shan Teo Chun Huat Pang Weng Hou Edmund<br>Lee Jia Ven            |

# 脑血管病的中医辨治与相关研究

北京中医药大学东直门医院 高颖

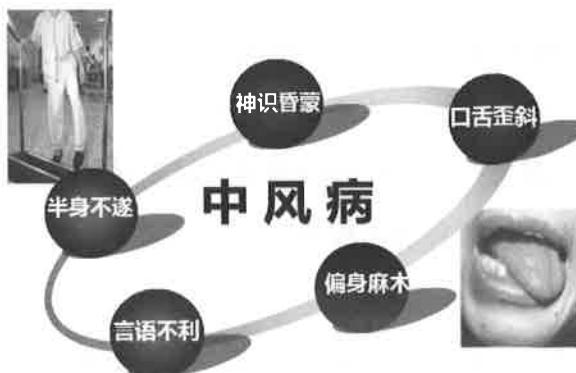
## 在中国，中风已成为死亡的首要因素

- ◆ 高发病率：新发250万/年
- ◆ 高致残率：75%
- ◆ 高死亡率：农村23.37%  
城市20.23%

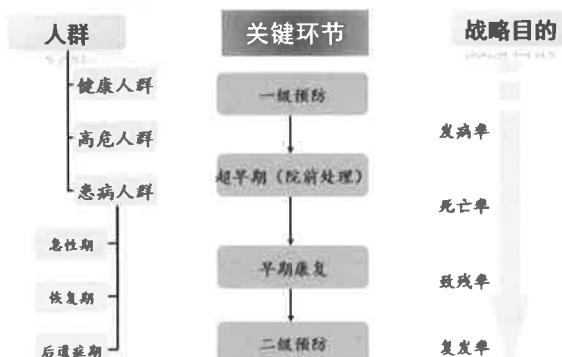
- ◆ 治疗费用高
- ◆ 护理难度大
- ◆ 社会负担重



[1] Liu L, Wang D, Wong K S L, et al. Stroke and Stroke Care in China: Huge Burden, Significant Workload, and a National Priority [J]. *Stroke*, 2011, 42(12): 3651-3654.  
[2] Gonghuan Yang, Yu Wang, Yixin Zeng, et al. Rapid health transition in China, 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013, 381: 1987-2015.



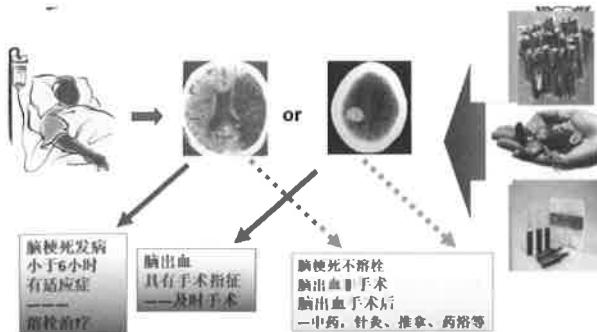
## 脑血管病防治的需求



## 中医药具有实现早期干预的潜力与优势



## 中医治疗具有广泛适应症



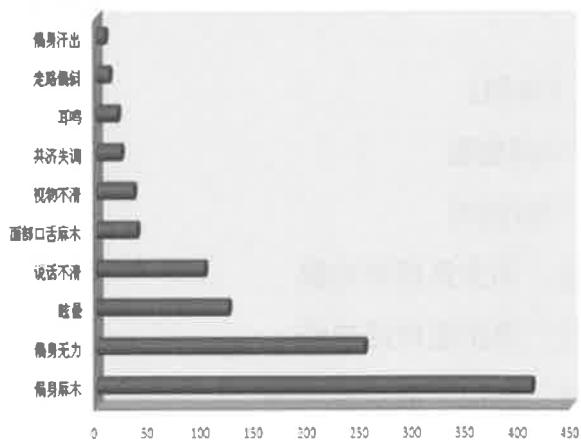
## 容易忽视的症状

### 眩晕

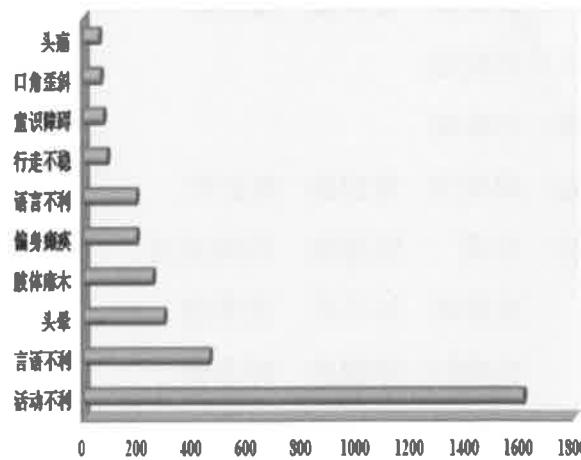
以椎-基底动脉系统病变为主的脑卒中，常以眩晕为首发症状，还可伴有恶心、呕吐、复视等，应注意对老年眩晕患者进行细致的查体，必要时做影像学检查，以明确诊断，而不要轻易诊断为中医的“眩晕”而延误病情。

## 发病前状态与首发症状分布

### 发病前2个月一过性症状

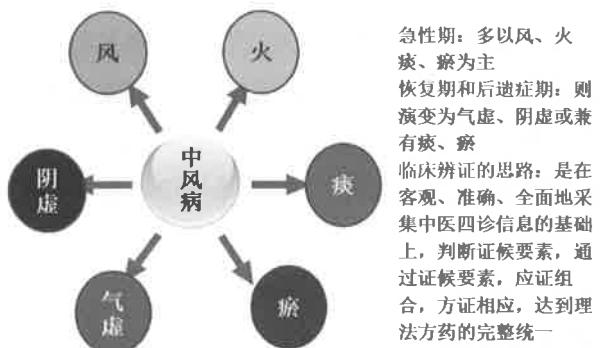


### 中风首发症状



将患者发病前2个月内出现的一过性症状与首发症状进行比较，发现发病前2个月一过性症状出现频率与中风病的首发症状基本相似，与中风病的五大主症基本吻合，同时提示中风病的血管病变有一个发展过程。

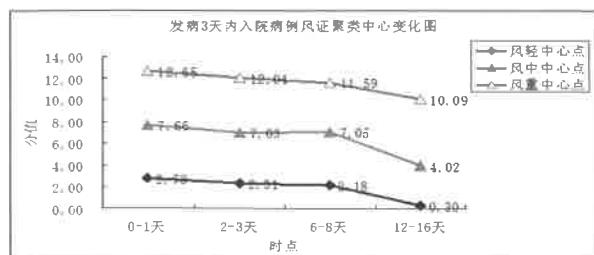
## 辨证思路



## 常见证候要素的临床特征

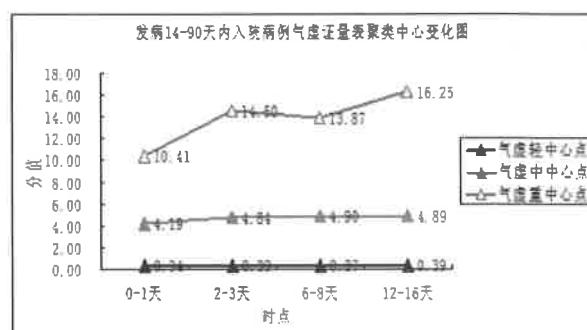
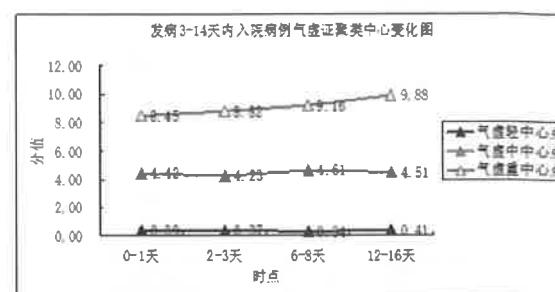
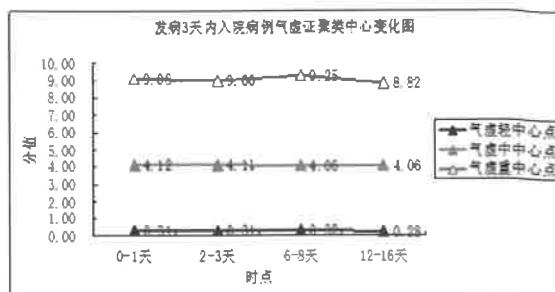
- 风证特征——起病急骤，病情数变，肢体抽动，颈项强急，目偏不瞬，头晕目眩等
- 火热证特征——心烦易怒，躁扰不宁，面红身热，气促口臭，口苦咽干，渴喜冷饮，大便秘结，舌红或红绛，舌苔黄而干等
- 痰证特征——多粘涎或咯痰，鼻鼾痰鸣，表情淡漠，反应迟钝，头昏沉，舌体胖大，苔腻，脉滑等
- 血瘀证特征——头痛，肢痛，口唇紫暗，面色晦暗，舌底脉络瘀张青紫，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑等
- 气虚证特征——神疲乏力，少气懒言，心悸自汗，手足肿胀，肢体瘫软，二便自遗，脉沉细无力等
- 阴虚证特征——心烦不寐，手足心热，盗汗，耳鸣，咽干口燥，两目干涩，舌红少苔或无苔等

## 缺血性中风证候演变—风证



中风病入院经过治疗病情逐渐趋于稳定，风证逐渐减

## 缺血性中风证候演变规律—气虚证



随着风火痰瘀邪实证候的消减，气虚证逐渐显现出来，及时扶助正气十分重要

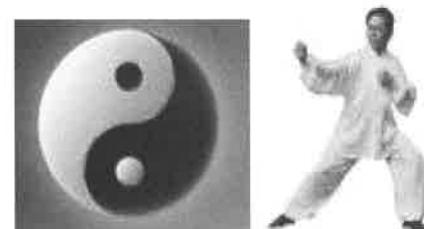
## 证候演变与缺血性中风病程的关系



痰、瘀是反映缺血性中风病核心病机的证候要素

**整体观念 辨证论治**

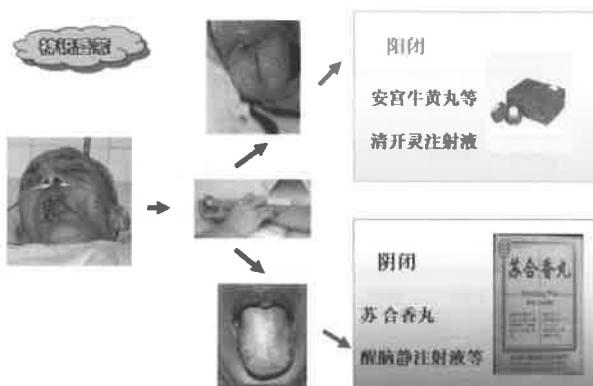
**促进神经功能康复、提高生活质量**



整体与个体相结合  
辨病与辨证相结合

急性期：祛邪  
恢复期：扶正祛邪  
后遗症期：扶正固本

急性期——神昏 ----中脏腑



### 中经络的辨证论治

肝阳爆亢证——天麻钩藤饮加减（出自《杂病证治新义》）

风痰阻络证——化痰通络汤加减（出自《临床中医内科学》）

痰热腑实证——星萎承气汤或大承气汤加减（出自《伤寒论》）

气虚血瘀证——补阳还五汤加减（出自《医林改错》）

阴虚风动证——镇肝熄风汤加减（出自《医学衷中参西录》）

### 肝阳暴亢证

常用方：天麻钩藤饮

天麻9g 钩藤12g 石决明30g 川牛膝12g 杜仲9g 桑寄生9g 黄芩9g 山梔9g 益母草9g 夜交藤15g 茯神9g

头晕头痛者，加菊花12g、桑叶9g

肝火甚者，加龙胆草6g

便干、便秘者，加生大黄6g

### 风痰阻络证

常用方：化痰通络方

制半夏10g 生白术10g 天麻10g 胆南星6g 丹参20g 香附10g 酒大黄5g

瘀血重，舌质紫暗或有瘀斑者，加桃仁10g、红花10g、赤芍10g

舌苔黄，兼有热象者，加黄芩10g、山梔5g

舌苔黄腻，加天竺黄6g

头晕头痛者，加钩藤10g、菊花10g、夏枯草10g

### 痰热腑实证

常用方：星萎承气汤

全瓜蒌30g 胆南星6g 生大黄10g（后下）芒硝10g（冲服）

方中大黄用量以10-15克、芒硝用量以6-10克为宜

口干口苦热象明显者，加黄芩10g、山梔6g

年老体弱津亏者，加生地20g、麦冬10g、玄参10g

痰多者，加天竺黄6g、浙贝母10g

腹胀明显者，加枳实10g、厚朴6g

### 化痰通腑法的应用

一可通畅腑气，祛瘀通络，敷布气血，促进半身不遂等症的恢复

二可清除肠胃痰热积滞，使浊邪不得上扰神明

三可急下存阴，以防阴劫于内，阳脱于外

### 化痰通腑法的应用

正确运用化痰通腑法，掌握通下的时机，是治疗痰热腑实证的关键

主要临床指征为舌苔黄腻、脉弦滑、便干便秘

若用药后虽大便已通，但舌苔剥脱，舌质红或红绛，则为邪热伤阴之象，应改用清热养阴法

若采用星萎承气汤治疗而仍腑气不通时，可改用大柴胡汤，或加入行气之品

### 气虚血瘀证

常用方：补阳还五汤

生黄芪30g 全当归10g 桃仁10g 草红花10g 赤芍10g 川芎10g 地龙10g

气虚明显者，加党参15g、太子参15g

言语不利者，加远志10g、石菖蒲10g、郁金10g

心悸、喘息者，加桂枝6g、炙甘草10g

肢体麻木者，加木瓜15g、伸筋草15g

下肢瘫软无力者，加川断10g、桑寄生10g、杜仲10g、牛膝10g

小便失禁者，加桑螵蛸10g、益智仁10g

血瘀重者，加莪术6g、水蛭6g、鬼箭羽10g、鸡血藤15g

## 阴虚风动证

常用方：育阴通络汤

生地黄20g 山萸肉10g 钩藤15g 天麻10g 丹参20g 白芍10g

挟有痰热者，加天竺黄6g、胆南星6g

心烦失眠者，加莲子心10g、夜交藤15g、珍珠母30g

头痛头晕重者，加生石决明30g、菊花10g

半身不遂而肢体拘急麻木者，加当归15g、赤芍10g、鸡血藤15g、水蛭6g

## 主要治法的评价

**活血化瘀法：**是治疗缺血性脑卒中的主要方法，已经成为大多数专家共识。

为评价丹参类药物改善急性缺血性脑卒中患者的功能性结局及可能的不良反应，进行Meta分析，结果显示治疗组有效率与对照组相比差异有统计学意义，治疗过程中均未发生死亡（I a级证据）。

**化痰通腑法：**急性期痰热腑实证者建议短期使用化痰通腑法治疗。

中风发生后，约有40%~50%的急性期病人表现出痰热腑实证，治疗要点应重在化痰通腑。（“三化汤”治疗中风二便不通）

1986年，王永炎等使用化痰通腑法对158例脑梗死患者进行治疗观察，有效率达82.3%（II a级证据）

**清热解毒法：**适合于中风痰热证，代表药物是清开灵注射液。（在“安宫牛黄丸”的基础上研制成的中药制剂，具有清热解毒的功效）

对清开灵的临床疗效与安全性进行系统评价，提示清开灵注射液对于中风病治疗的有效性（I a级证据）。

**清开灵注射液的主要成分：**珍珠母 桉子 水牛角 黄芩苷 金银花 板蓝根 猪去氧胆酸 胆酸

## 并发症治疗：

**肩-手综合征：**康复训练；中药熏洗、药浴；复元通络液。

（中药熏洗：川乌 草乌 红花 当归 川芎 络石藤 桑枝）

## 综合治疗方案的评价

2001-2004年制订了具有辨证论治特点的中风病急性期综合治疗方案。



进行了多中心的临床验证和评价共观察522例中风病急性期患者



随机对照研究结果显示，发病14天时，综合治疗组有效率77.1%，西医治疗组有效率60.1%，差异有统计学意义。（I b级证据）

## 中医药早期干预与救治研究

### 前移干预时点提高临床疗效

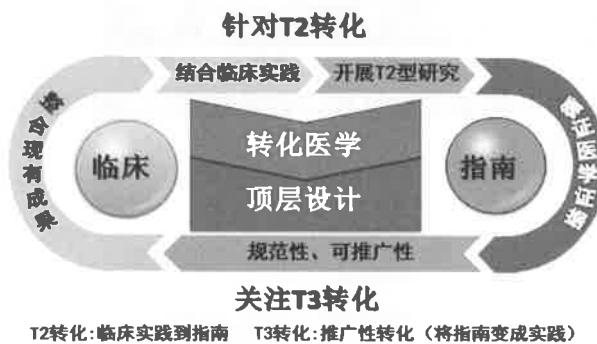


## 辨证论治全程适时干预方案优化

强调全程适时干预方案评价，重视社区适宜技术转化



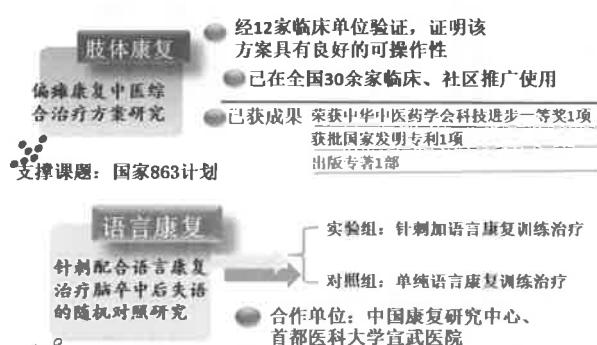
## 辨证论治全程适时干预方案优化 转化医学理念的应用



## 辨证论治全程适时干预方案优化 技术转化社区推广



## 中医神经康复理论与技术规范化研究 中风病康复综合治疗方案

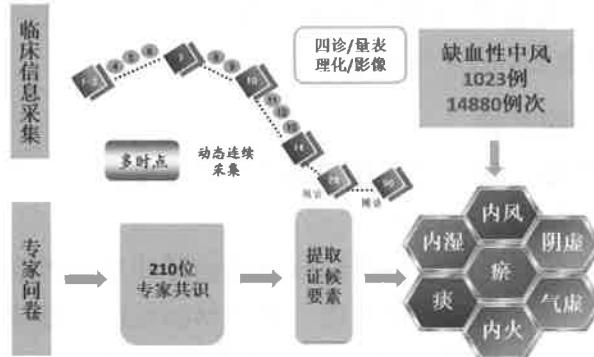


## 中医神经康复理论与技术规范化研究 fMRI技术应用

- ▼ 针刺通里、悬钟组穴激活颞上回、颞下回、海马旁回、角回、岛叶等脑区，证实针刺此组穴位可以改善失语症患者的语言功能。
- ▼ 针刺左侧阳陵泉可以激活左侧岛叶前部、额下回、中央前回、梭状回、小脑、中脑等区域，调节运动相关网络促进偏瘫恢复，缓解痉挛状态。



## 《缺血性中风证候要素诊断量表》研制



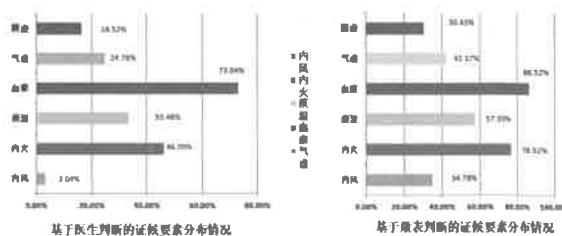
## 《缺血性中风证候要素诊断量表》研制

| 94标准与新一代量表诊断性试验指标比较 |        |        |        |        |        |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 指标                  | 94血瘀   | 新-血瘀   | 94内风   | 新-内风   | 94气虚   |
| 灵敏度                 | 40.80% | 73.60% | 67.26% | 89.38% | 38.81% |
| 特异度                 | 94.94% | 86.08% | 65.93% | 69.23% | 94.16% |
| Youden指数            | 35.74% | 59.68% | 33.10% | 58.61% | 32.97% |
| 正确率                 | 61.76% | 78.43% | 66.67% | 80.39% | 75.98% |
|                     |        |        |        |        | 83.82% |



## 在多中心临床研究中提高证候诊断的一致性

### 在多中心临床研究中提高证候诊断的一致性



中风病患者发病第3天证候分布情况

(接8页)



# 中医内科疑难病的诊治思路与特色

新加坡中医药促进会属下中医学研究院 张立清 徐瑞樟

**【关键词】** 疑难病 诊治思路 经方治疗特色 验方治疗特色

**【总论】** “疑难”，意即悬疑难懂，疑难病证难以根治，其癥结在于证情复杂，病程较长，主次难以分辨，病理机制属于虚实兼夹，欠缺有效疗法。这一切已经超越常见病的一般规律，给医师造成很大的困扰。因此，临床必须具备准确辨证和针对性用药，才能显现突出的治疗效果。纵观古今中外医家，对各种疑难病的诊治思路，都各具特色，临床用药也常有出人意表的神效。目前，由于疑难病的治疗，尚未普及化，中医同道尚需加倍努力、突破疑难病的治疗瓶颈，以造福病黎。

## 【辨疑思路与方法】

### (一) 辨证求因、审因论治

辨证论治，是中医诊断和治疗疾病的基本原则，是中医诊疗体系的一大特点，更是临床医学的精华，它让医师更深入了解疑难病的致病特点、致病规律及其相关关系，以作为疑难病治疗和预防的指导思想。因而突出显现“辨证求因与审因论治”的重要性。

辨治疑难病，“必伏其所主，而先其所因”，那是因为，引起疾病的病因，不论顽疾或新病，审因论治至关重要，如忽视了病因，临幊上常感到不能得心应手，因为同一病因作用于不同部位，或不同病因侵及同一部位，虽然证候表现各异，也可出现部分相似的症状。如临幊见手足汗多证，其病因多责之脾胃，但也与其他脏腑功能失调有关；即便病因不同，例如脾胃气虚或脾胃湿热等因虚或因实等病因所致的多汗症状，皆可见到手足潮湿多汗、食纳减少等相似症状。因此，在治疗复杂多变的疑难病时，要善于突出重点，抓住主证和疾病的矛盾，思路清晰，不为兼夹证所迷惑。准确了解疾病的病因、病机、病位、病性，掌握疾病的阴阳表里、寒热虚实，才能拟定合理有效的治疗方案，组方遣药才能紧扣病机。那么，对疑难病的治疗定然得心应手。就如《丹溪心法·审察病机无失其宜论》中所云：“别阴阳于疑似之间，辨标本于隐微之际。有无之殊者，求其有无之所以殊；虚实之异者，责其虚实之所以异。”说穿了，也就是“治病必求于本”，的思想体现吧了。

### (二) 善用经方、守方图治

1) 纵观古今医家对疑难病的治法、临床用药各方面，不论经方、时方或验方均各有所长，；我们认为经方更具独特疗效，诸如小青龙汤治疗外寒里饮症、茵陈蒿汤用治湿热黄疸病，虽历经数千年以至现在，还是现代临床必用的方剂，由此可见经方疗效既可靠又独特的一面。因此经方之诊治思路是值得推崇的。因为，仲景先师的《伤寒论》，是法中有法，方中有方，若能学以致用，配合实践，融会贯通，则更能彰显经方的独特疗效。就如北派伤寒论大师刘渡洲教授所言，“仲景制方，不拘病名为何，但求脉证切当，病机合宜，有其证则用其方。经方治病有两大优势：一是组方精简，配伍严密，药少量宏。二是方证结合紧密，观其证而定病情，随证施治，不拘一格”。因此临幊治疗疑难病时，常有出人意表之效果。这是我俩推崇经方治疗疑难病之原因之一。

2) 此外，随着近年来中药现代药理学研究的进展，中药的运用更具明确性，疗效也随之提高。让我们深切了解只有掌握药理，才能对症下药，对疑难病的治疗，更有把握。就以喘咳证的用药为例；本证常因痰湿为患，一般用药皆以桔梗、前胡祛湿化痰，以蜜炙麻黄与紫菀泄肺定喘。根据现代药理分析，桔梗与前胡均具较强的促进支气管的分泌作用，能稀释痰液，故有较好的祛痰作用，蜜炙麻黄与紫菀均能开肺泄郁，定喘降逆，以上诸药共同发挥祛邪功效，再佐以陈皮、半夏、茯苓等燥湿健脾益肺以扶助正气，可见掌握现代药理，对疑难喘咳

证深具疗效是无容置疑的。

3) 疑难病有其特殊性；临幊上除了病情复杂、主次难辨、变化多端、病程较长之外更容易形成虚实兼夹症等特点，因此在治疗过程中，对于用之有效之方药，必须坚持使用，但也应灵活变通，务求与证候相结合，一旦证候有变，立法、用药与治疗方案也应随之而变更，以符合证情的发展，才能取得治疗成果。这就是“守方图治”之要旨。

### (三) 突破常规、另辟蹊径

1) 一些辗转治疗无效的疑难病，现阶段已被实践证明确无良法，或用常规法，已难取效者，则应当广开思路，突破常规，另辟蹊径，以提高临床治疗的效果。而治法的创新，要在探求存在难治病特殊性之中的、具有普遍性的病理特征，在理论与实践结合、传统与现代结合的理性临床思维中，开创具有经验性、有效性学术成分的治疗方案，指导疑难病的处方用药。

2) 现今医家在治疗一些疗效不确切的疑难病，有些治法思路，是值得借鉴的；如“怪病释难，治痰为先”。“久病顽疾，化瘀取效”。“顽毒久霸，以毒攻毒”等治法思路，也给疑难病的治疗开辟了新天地，取得肯定的成果；如程士德教授用活血化瘀法治疗疑难病时，除了见到脉细涩或沉弦外，基本上遵循两条原则，一是“前方皆不应”、“百方不效者”；二是“治之无一效”的疑难病。

程教授治疗久治不愈的耳鸣病案，病者患阵发性耳鸣4年余，历经各项检查，未发现任何异常。经中、西医多方治疗，疗效均不明显。程教授用平肝、重镇、潜阳、泻肝、通窍等法，亦无显效。后宗王清任瘀血之法，用血府逐瘀汤合旋复代赭汤加减治愈。可见久治不愈之疑难病，另辟蹊径，实属良方善策，宜推而广之。

### (四) 返本创新、中西结合

1) 疑难病疗效难有突破性提高，是疑难病难治的癥结所在。返本创新，可给现代中医学提供许多有意义的新思维，去开创治难新途径。所谓返本，就是发掘年代已久，却具有辨治价值的中医学理论和经验特效方，重新进行整理，并用于临幊，事实

上，从《内经》13方起，到《伤寒论》之113方、《金匱要略》253杂病方，甚至到后代的洋洋中医学巨著中，不知又可发现多少特效方。有利于疑难病的治疗。

2) 以非传统思维去创新技术，凭借古老的中医理论与经验，并借助现代科学仪器、检测手段等医学技术，促进中西医结合，明确诊断，以突破疑难病的治疗瓶颈，增添疑难病治愈的机率。

### 【疑难病案】

案例---不寐

郑xx，女 31岁教师

初诊：1977年7月15日，病人自诉彻夜不寐，失眠已二年有余，经西医治疗，长期服食多种镇静安眠药无效，痛苦不堪。又因口舌碎烂生疮而长期服用抗生素，方能消炎。因鉴于过分依赖安眠药担心产生副作用而改由中医师诊治。自诉病起于体弱、工作烦劳及家庭压力，情绪不能舒缓，终成不寐之症。证见辗转难眠，五心烦热，心悸眩晕，脸色苍白，精神倦怠，口干而燥，腰酸健忘，舌红少苔，脉弦细数。

脉证合参：属阴虚火旺，心肾不交证。

治法：滋阴降火，交通心肾

处方：黄连阿胶汤加减

黄连二钱、黄芩三钱、阿胶三钱（烊化）、白芍三钱、

牡蛎六钱、枣仁三钱、龙齿三钱、

鸡子黄二枚（每煎一次用一枚）

连服5剂，每日一剂，煎二次，早晚分服。并配合针灸治疗。

取穴：神门、三阴交、肾俞、内关。

二诊：7月21日

三剂药服后较能入睡，每晚能睡3小时，惟偶而尚需借助安眠药方能入睡，口舌生疮及其它伴随症状较为好转，药已中病，守方缓治。

处方：依初诊方加女贞子、麦冬、夜交藤各三钱以滋肾润肺，养血安神。

再服3剂，每日一剂，煎二次，早晚分服。针灸穴位：同上

三诊：7月25日

神情轻松，自言失眠情况大致改善，没再借助安眠药，也能睡上4小时，口疮已较减少，其余症状已明显减轻，惟有时睡觉至半夜，偶尔惊醒，睡不安稳，舌淡红，少苔，脉细微数。

上方加旱莲草和鲜竹叶各3钱，以滋阴凉血，清热除烦。

续服3剂，服法如前。

取穴：心俞、安眠、太溪、关元。

四诊：8月1日

精神转佳，睡眠已经开始恢复正常，以前伴随症状多数消失。

舌淡红苔薄白，脉细。

处方：方药改以六味地黄丸作善后调治。每天3次，每次6丸。

针灸穴位：同上。

五诊：9月1日

患者告谓病情有长足进展，睡眠时间每天约7至8小时，气色转佳，心悸眩晕诸症悉除。舌淡红，苔薄，脉细。

临走时尚告知已有身孕之喜讯。

随访数月，患者已平安无碍，安心养胎。

**【按】**临床不寐一症，在辨证过程中需根据不同情况详辨兼证分析了解癥结所在，再抓住病机之虚实属性，对症下药，因为灵活辨证确实是提高疗效的关键所在，就像这位患者因体质虚弱工作

压力大（在学校负责教导自闭儿的班级），加上她的家婆，因心急儿媳结婚日久，尚未怀孕而屡屡催促，让她心理承受极大的压力，以致肾阴亏虚，心火亢盛，而导致不寐。余等以黄连阿胶汤滋阴清热，交通心肾，配合潜镇安神的龙齿、牡蛎和滋阴清热、养血安神之女贞子、麦冬与夜交藤加以调治，配合针灸治疗，目的在于补肾阴宁心神以达安神定志之功效；并说服她转换工作，减轻压力，终把2年之痼疾治愈，尚且因口舌生疮治愈后，停服抗生素而成功怀下第一胎，实属意外之喜讯也。

诚如清《静香楼医案·内伤杂病门》云“阴不足者，阳必亢而上燔。欲阳之降，必滋其阴，徒恃清凉无益也。”

注：据最新医药报导，长期服用西药抗生素，是导致妇女不孕的原因之一。

## 【总结】

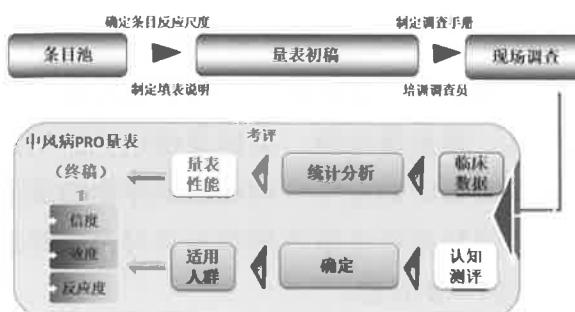
综上所述，中医治疗内科疑难病，其优势和特色是肯定的。辨证论治是中医学的灵魂，辨疑思路须从整体观、动态平衡观、天人相应观出发，运用中医诊察疾病的步骤，对整个病情详加分析、判断、辨出病证，然后进行论治。正如《素问·至真要大论》所说“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”疑难病在治法上应多样化，针药并用，辅以心理治疗，发挥中医疗法多元化的特长，以提高疗效，为治疗疑难病作出贡献。

(接5页)

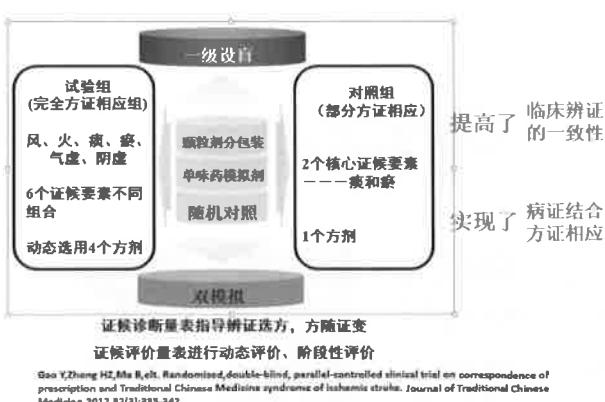
### 《基于中风病患者报告的临床结局评价量表》

#### (PRO) 研制

参照美国FDA指南，结合中国国情



### 提高临床试验研究质量



Gao Y, Zhang H, Ma R, et al. Randomized, double-blind, parallel-controlled clinical trial on correspondence of prescription and Traditional Chinese Medicine syndrome of ischaemic stroke. Journal of Traditional Chinese Medicine. 2012;32(3):335-342.

# 重建免疫稳态—中西医结合治疗 重症肌无力新策略

贵阳中医学院第二附属医院 贵州省中西医结合医院 况时祥

## 概述

重症肌无力为难治性神经疾病之一，近10年来其发病呈日益增高趋势，如何提高临床治疗水平，是中西医神经病学领域一直探索的热点课题。我们在十五年的实践中通过对1000余例患者的观察和总结体会到，中西医结合，致力于使病人机体免疫系统重新回归到平衡协调状态，是促使病情改善乃至获得痊愈的关键要素之一。

## 一、重症肌无力的结局与免疫稳态

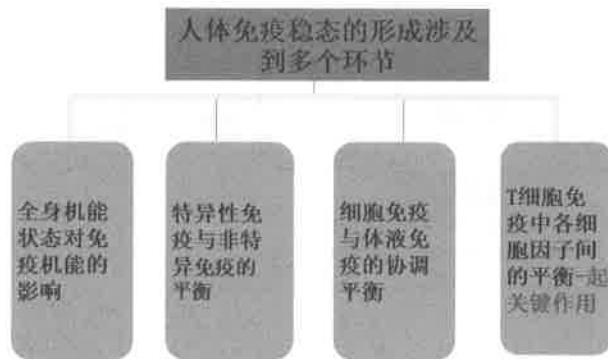
重症肌无力是由于乙酰胆碱受体抗体介导的、细胞免疫依赖的、补体参与的累及神经肌肉接头处突触后膜乙酰胆碱受体的自身免疫疾病。其发病累及了机体免疫系统的多个组分，导致多方面的功能异常，而神经肌肉接头处突触后膜乙酰胆碱受体受累为其结果。

1. 只有机体的免疫系统保持或重新恢复其正常的平衡协调的功能状态，才会免于发生MG，或患病后能重获痊愈

2. 机体免疫系统的失平衡或失稳态，是导致MG发生的基础和前提

- 免疫紊乱无法纠正且日益严重，则是病情不断恶化加重甚至不治的关键

免疫稳态系指机体免疫系统维持自身正常生理活动的一种动态平衡状态，重建免疫稳态指应用不同药物或其他治疗措施促进或诱导机体失衡的免疫系统逐渐恢复至平衡状态，在高水平免疫平衡基础上使疾病达到最终痊愈。只有消除各类异常的免疫反应，恢复免疫系统各部分的正常功能，进而恢复免疫平衡协调状态，才可能促使病情得到完全控制，而不至于反复复发。



**CD4T细胞：**CD4T细胞能够识别所有AchE受体亚单位且对其产生免疫应答。MG患者存在T细胞功能紊乱和成熟B细胞激活，前者是后者的基础，后者是AchE-Ab产生的前提。

CD4T细胞共存在5种各自相对独立的细胞亚群

1.Th1细胞生成促炎性因子白细胞介素（IL-2, 12, 18），干扰素-γ（IFN-γ），转化生长因子β（TGF-β）、肿瘤坏死因子α（TNF-α）等，增强细胞免疫、抑制体液免疫

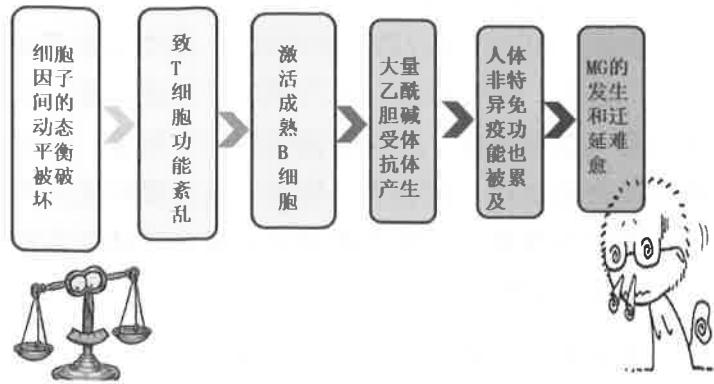
2.Th2细胞生成IL-4、IL-5、IL-13，下调活化的抗原呈递细胞和Th1细胞，从而调节和终止免疫反应，但IL-4、IL-10能通过促进B细胞分化刺激抗体反应

3.Tfh为主要的辅助抗体产生的CD4T细胞，参与生发中心形成和调控B细胞反应

4.Treg能特异性表达Foxp3，Foxp3-Treg的主要细胞类型之一适应性调节性T细胞（aTreg或iTreg）能生成TGF-β、IL-10、IL-35，共同参与外周免疫耐受机制的形成

5.Th17主要分泌IL-17，后者是一种促炎性因子，能上调免疫应答，在许多实验性自身免疫性疾病的发病过程中发挥重要作用。

CD4T细胞的5种细胞亚群具有各自独特的生理特点，它们通过所分泌细胞因子间的相互协同、促进，或拮抗、牵制等作用，共同促使机体的细胞免疫、体液免疫能时刻处于一种动态的平衡协调状态，进而使人体特异性免疫系统和非特异免疫系统也能处于动态的平衡状态。



## 二、重建免疫稳态的方法与途径

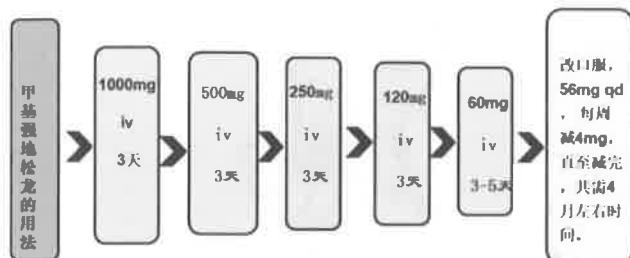
**重建免疫稳态：**是通过抑制异常免疫反应，同时强化受到抑制或损伤免疫组分的功能，综合调节免疫系统的机能状态，使之重新复归于平衡协调，进而促进人体内环境恢复正常，使症状改善，疾病痊愈。临床应根据不同的情况选择不同的措施。

### 临床分四类情况制定方案

1. 首诊的IIa、IIb型或III型患者，胸腺摘除术后患者；经过较长时间常规中西药治疗无明显疗效的I、IIa、IIb型或III患者。
2. 体质较弱，合并症多，症状不重的I型及IIa型患者
3. 老年人及儿童患者
4. 首诊单纯眼肌型儿童患者

(一)、首诊的IIa、IIb型或III型患者，胸腺摘除术后患者；经过较长时间常规中西药治疗无明显疗效的I、IIa、IIb型或III患者。

1. 甲基强地松龙
2. 免疫抑制药：硫唑嘌呤、他克莫司、环磷酰胺
3. 激素冲击治疗期间，配合黄芪、生脉注射液或参附注射液（静点）
4. 配合内服中药复方及中药制剂，在所有西药停完后仍要继续服中药1-1.5年。



## 免疫抑制药

**硫唑嘌呤：**0.1g，口服，日1次，坚持服用到激素减完两个月后停服；伴胸腺增生者及年轻患者多用。用药期间注意观察白细胞总数，如白细胞低于4000时应考虑停药或减量。

**他克莫司：**经济条件较好者可换用他克莫司2-3mg/日，疗程同上。

**环磷酰胺：**症状较重或急危者、老年人及伴胸腺瘤者可用环磷酰胺，剂量为0.4-0.8/次，iv，每周两次；输液总剂量达到3g时则改成口服，0.1/次，日1次，用药期间亦要注意观察白细胞数；疗程同上。

### (二)、体质较弱，合并症多，症状不重的I型及IIa型患者

1. 甲基强地松龙首次20mg，日1次，以后3天加一次，每次4mg，直至60mg/次，维持此剂量1个月，然后逐步减量，每周减1次，每次4mg，直至减完。
2. 同时配用免疫抑制药：1) 硫唑嘌呤，0.1g，口服，日1次，坚持服用到激素减完两个月后停服；2) 经济条件较好者可换用他克莫司2-3mg/日，疗程同上。
3. 黄芪注射液40-50ml/次/日，胎盘多肽注射液8ml/次/日，均为经适量液体稀释后静点，每月连用10天，连续6-9月。
4. 常规配合内服中药复方及中药制剂(脾肾阳虚证用扶阳解毒复方，肝肾阴虚证用滋肾解毒复方)治疗，在所有西药停完后仍要继续服中药1-1.5年。

**(三)、老年人及儿童患者：**因其特殊性对老年及儿童患者免疫抑制剂宜审慎、小剂量使用。

**甲基强地松龙：**(老年患者) 甲基强地松龙首次20mg，日1次，以后3天加一次，每次4mg，直至60mg/次，维持此剂量1个月，然后逐步减量，每周减1次，每次4mg，减至8mg/日维持观察。(儿童患者) 甲基强地松龙首次8mg，日1次，以后1周加一次，每次4mg，直至32mg/次，维持此剂量1个月，然后逐步减量，每周减1次，每次4mg，减至8mg/日维持观察。共计用药时间6-9月左右。

**免疫抑制药：**配用免疫抑制药：他克莫司2-3mg/日，激素停药后再服用2月后停药

静脉输液制剂：黄芪注射液、生脉或参附注射液、胎盘多肽注射液静点，每月连用10天，连续6-9月；激素开始治疗前予免疫球蛋白0.8g/次，日1次，连用10天。

配合内服中药复方及中药制剂：常规配合内服中药复方及中药制剂(脾肾阳虚证用扶阳解毒复方，肝肾阴虚证用滋肾解毒复方)治疗，在所有西药停完后仍要继续服中药1-1.5年。

#### (四) 首诊单纯眼肌型儿童患者

黄芪注射液、胎盘多肽注射液静点，每月连用10天，连续6月。

内服中药复方及中药制剂为主。一般疗程1-1.5年。

配合小剂量溴吡斯的明、中药马钱子胶囊。

### 三、中医药疗法与免疫稳态重建

中医药在促进MG患者免疫机能恢复至正常状态，即重建免疫稳态及增强机体整体抗病机能等方面作用至关重要，主要表现在以下方面：

1. 单味及复方中药本身有多向调节作用
2. 中药对MG免疫异常的多个方面有独特的调节作用
3. 中药对非特异免疫及对全身状态的影响
4. 多样化的治疗手段的综合作用

中医药疗法在恢复免疫稳态及增强机体整体抗病机能等方面作用：中药是多种成分并存的复合体，且中药复方通常由数味甚至十数味组成，因此能针对病变的多个环节、多种病理反应发挥多重作用，是促使机体免疫系统重新回归平衡协调状态的重要途径。

中药对MG免疫异常的多个方面有独特的调节作用：中药黄芪复方可通过调控血清中 IFN- $\gamma$ 、TGF- $\beta$ 水平，抑制AchR-Ab的生成或增加其降解而达到治疗EAMG作用。人参皂苷具有免疫调节作用；鹿茸对机体细胞免疫和体液免疫都有不同程度增强作用；女贞子、仙灵脾对对异常的免疫功能有双向调节作用，土茯苓可显著抑制细胞免疫而不影响体液免疫。

中药对非特异免疫及对全身状态的影响：人参、黄芪、女贞子、附子以及众多的补益类复方都有较突出的增强体质，提高患者非特异免疫机能作用，这是中药在促进MG重新恢复免疫稳态方面所具

有的十分突出和独特的功效作用。

多样化的治疗手段的综合作用：除中药及其复方外，针灸、穴位埋线、点穴疗法、推拿按摩、火罐以及气功等方法，都有较肯定的调节免疫，增强非特异免疫功能，改善病人体质，以及缓解肌无力症状等方面作用，临幊上根据病人情况选择配合使用，有助于提高临幊疗效。

### 四、免疫稳态重建与其它疗法的关系

1. 免疫抑制与免疫稳态重建：传统免疫抑制疗法是针对异常活化或处于对机体不利活化状态的免疫细胞的治疗措施，其在强力抑制异常免疫反应的同时，也使机体正常的免疫防御机制遭到破坏，在原有免疫异常未得到完全纠正的同时又出现新的失衡，从而导致疾病长期迁延不愈。对适宜于大剂量免疫抑制剂冲击治疗的病例，同时配合中医药疗法或小剂量丙种球蛋白输注，致力于免疫稳态的恢复，既有利于较快稳定病情，也减少了疾病反复复发的机会。

2. 抗胆碱能治疗：作为一种常规的对症治疗，在实施免疫稳态治疗的早期，可常规配合使用，一旦稳态治疗已产生效应，而临床症状显著改善时即应逐渐减停使用。

3. 胸腺摘除治疗：对适宜于胸腺手术摘除治疗者，手术前可予中药大输液（黄芪、生脉或参附注射液等）、中药复方以及针灸疗法等以强化治疗，术后及无力症状仍然重者，应采用大剂量激素冲击并用细胞毒性药物，同时配合中医药疗法，如术后症状改善或病情平稳者，则单纯配用中医药方法促使机体免疫稳态早日恢复。



# 危北海教授脾胃病治法特色

首都医科大学附属北京中医医院顺义医院 周滔

## 危北海教授主要学术研究领域



## 危北海教授部分学术研究内容：

- 开展脾虚证研究，提出脾虚综合征概念。
- 提出胃肠复元理论及其临床应用。
- “舌为胃之镜”等脾胃病宏观与微观辨证研究。
- 中医药治疗萎缩性胃炎伴癌前病变、抗HP研究。
- 脾主肌肉理论及临床应用。
- 脾胃病方药临床与实验研究、量效关系研究。
- 较早建立了脾胃脾胃理论知识库。
- 较早建立了脾胃病方药知识库。
- 不断总结中医、中西医结合消化学科发展成就。

## 危北海教授脾胃病治法特色：

- 脾胃病治法与脾胃生理特性密切相关：
  - “有胃气则生，无胃气则死”
  - 脾主升清，胃主降浊
  - “太阴湿土，得阳始运；阳明阳土，得阴自安”
  - “脾喜刚燥，胃喜柔润”
  - 人体为有机整体，五脏相生相克，保证正常的生命活动。
- 脾胃病治法与脾胃病病机特点：
  - 脾胃易虚，病多虚证。
  - 脾胃气机易滞，升降失调。
  - 阴火内生，病机之变。
  - 瘀血内生，疾病难去。

## 危北海教授脾胃病治法特色1

益脾胃以益气养阴为先  
培先天以助后天之本

**益脾胃的理论依据：**脾胃虚弱是脾胃病发生的内在根本原因。脾胃内伤，“百病由生”、“百病皆由脾胃衰而生也”。脾胃之病，往往病程长，反复发作，多脾胃同病。他脏久病，往往累及脾胃。

**益脾胃特色在于益气养阴：**危老益脾胃在于益脾气与养胃阴并举。益脾之法，源于东垣。《脾胃论》责之“阳气不足”，以补中益气汤、小建中汤、四君子汤等为主。益胃之法，源于叶天士。治胃则宜甘凉通降，“甘平或甘凉濡润之品”，以益胃汤、沙参麦冬汤等为主。常用益脾胃药对为黄芪伍太子参，黄芪伍北沙参或石斛。

**益脾胃特色在于培先天以助后天：**危老中医整体观来深入认识脾胃与肾之关系。肾与脾胃为人体先天、后天之本，人体元气、元阴、元阳皆从肾出，肾主温煦滋养五脏，肾气足，则脾胃气足；肾阳旺，则脾胃阳气旺；肾阴充，则脾胃阴充。益脾胃还应当着眼于肾，脾肾同治。危老常用药对：生地与石斛或沙参，干姜与肉桂等。

## 危北海教授脾胃病治法特色2

调升降为脾胃病治疗之要  
重在脾（胃）肝

**脾胃与气机升降：**脾脏在中，为上下升降之枢纽。脾宜升则健，胃宜降则和。脾主升清，胃主和降。气机升降失常为脾胃病发病的主要病机。

**调升降为脾胃病治疗之要，重在脾升胃降：**脾不升清，则清气不能上升，出现脘腹胀满、纳食不佳、

大便稀溏或泄泻等症。胃不降浊，则浊气不降，出现可以产生呃逆反胃、嗳气早饱、脘腹胀满等症，是饮食不纳，阻滞中焦。危老调理脾胃升降，常用半夏泻心汤、旋覆代赭汤等。药物常用黄芪、党参、太子参、砂仁、木香、藿香、半夏等健脾升阳，厚朴、黄连、枳实、旋复花、煅赭石等降气和胃。

**调脾胃升降，须重视肝：**危老认为肝木疏泄脾土，对脾胃气机影响密切。木郁克土：肝气郁结影响脾胃气机，出现呃逆反酸，两肋胀痛，食欲不振，腹胀等症候。土壅木郁：脾胃气机壅滞，引起肝之疏泄异常，出现腹胀腹痛、大便失调等症候。土虚木乘，木虚土侮等等。

**肝主疏泄，体阴而用阳：**肝郁气滞：用小柴胡汤、柴胡疏肝散或郁金、虎杖、茵陈蒿、夏枯草等为常用方药。肝虚失养：用一贯煎等为常用方。危老认为要辨清虚实，方可选对方药。

### 危北海教授脾胃病治法特色3

降阴火截脾胃病病机之变

须兼顾三焦

**“阴火”之源流：**李东垣《脾胃论》中说：“元气不足，而心火独盛，心火者，阴火也，起于下焦，其系系于心，心不主令，相火代之，相火，下焦包络之火，元气之贼也，火与元气不两立，一胜则一负”。《内外伤辨惑论》、《兰室秘藏》、《医学发明》等书中均提到“阴火”，指出“阴火”为心火、肾火、脾火、胃火、肝火、肺火、经脉之火、五志化火等。阴火产生的病理机制在于中焦虚弱不能制水，下焦相火上冲，心火独亢。

**危老对“阴火”之认识：**“阴火”之说，实源于《内经》。《内经》谓“帝曰：阴虚生内热奈何？岐伯曰：有所劳倦，形气衰少，谷气不盛，上焦不行，下脘不通，胃气热，热气熏胸中，故内

热”，以及“壮火食气，气食少火”。阴火内生是脾胃病病机之变，中焦虚损，脏腑经络失调所致。“阴火”本为虚火，然而在疾病发展中，虚火亦可以转化为实火，表现的脏腑经络病位亦可以各不相同。

**“阴火”论治：**危老在脾胃病治疗中，紧紧抓住“阴火”之本，以益脾胃为根本治法，兼顾三焦，辨其虚实病位而治。危老以黄芪、太子参、北沙参、甘草为主补益中焦，抓住病机之根本。

若见身热有汗，渴欲热饮，少气懒言，舌嫩色淡，脉虚大者，则用甘温除热法，以补中益气汤、升阳散火汤加减；若“阴火”表现在肝，出现心烦急躁，则用莲子心、茯神清之；若“阴火”表现在肝，出现易怒失眠，则用郁金、钩藤、煅龙骨平之；若“阴火”表现在脾胃，出现口干、烧心、胃脘嘈杂，则用黄连、瓦楞子、乌贼骨降之。危老在治疗脾胃病中，重视“阴火”的治疗，采用标本兼治，截断“阴火”所致的危害。

### 危北海教授脾胃病治法特色4

化瘀血提高脾胃病治疗疗效

须重视致瘀之因

**瘀血内生的病理因素：**血瘀系指由各种病因所引起的血流受阻或血不归经所造成的一切出血及血供障碍。瘀证是一种可以血行不畅或失度的临床病证，大致可分为“内结为血瘀”，“污秽之血为血瘀”，“离经之血为血瘀”和“久病入络为血瘀”等不同类型。

#### 瘀血表现：

根据历代医书所载，血瘀的表现有疼痛、寒热、自觉腹满、燥渴、癫痫、唇青舌紫、皮下瘀斑、肌肤甲错、青筋暴露、便黑、小便自利、出血、肿块、小腹硬满急结、脉迟涩等。

近代研究，血瘀证表现为血液循环和微环障碍、

血液流变性异常、血栓形成、代谢失调、免疫功能障碍、体液调节功能和内分泌紊乱等多角度的病理状态。

**脾胃病与瘀血：**危老认为，在脾胃病发展过程的全部阶段或某一阶段往往出现血瘀证的表现，应用活血化瘀法则治疗可以取得明显的疗效。如溃疡病是一种以疼痛为主症的慢性疾病，危老认为基于“久痛必瘀”、“久病必瘀”、“痛久入络”以及气虚、气滞均可导致血瘀的认识，所有溃疡病都有不同程度的血瘀存在。临床实践表明，采用失笑散、丹参饮，或元胡索、川芎、三七、当归、丹参等活血化瘀方药能显著缓解。

慢性萎缩性胃炎常常由浅表性胃炎长期反复发作、迁延不愈所致，内镜可见胃粘膜有局部缺血性改变，即粘膜颜色苍白或红白相间，粘膜变薄，腺体萎缩以及颗粒结节、肠上皮化生等改变。活血化瘀方药能改善微循环，增加局部血液供应，有利于病变的修复。

#### 活血化瘀须重视致瘀之因：

危老应用活血化瘀法治疗脾胃病时，重视导致血瘀产生的病因，如气滞、热郁、阳虚、寒凝、气虚、食积等。

根据辨证与理气、清热、温阳、散寒、益气、消食等其他治法的配伍应用。

#### 活血化瘀治法配伍：

活血化瘀法与行气解郁法配伍用于治疗气血瘀滞性疼痛。常用延胡索、当归、香附、槟榔配伍，治疗肠粘连、慢性胰腺炎等病证。

活血化瘀法与清热解毒法配伍用于治疗热毒瘀滞所致的脾胃病。危老常用郁金、莪术、赤芍、甘草配伍，治疗结肠炎、肿瘤等病证。

活血化瘀法与温中散寒法配伍用于治疗寒凝瘀阻所致的脾胃病。危老常用干姜、三七配伍，治疗消化性溃疡、胃炎等病证。

#### 【典型病例-胃食管反流病】

患者吴某，男，42岁，首诊时间2014年3月15日

主诉：反酸烧心7年。

现病史：患者7年前因饮酒及饱食后出现反酸、烧心，当时给予西药制酸治疗好转。后因饮食不慎再次发作，再次服用制酸治疗效果不佳。此后行胃镜检查示慢性浅表性胃炎；24小时PH值检测示酸碱混合反流，食管廓清功能降低。此后经常服用奥美拉唑、雷贝拉唑、埃索美拉唑、铝碳酸镁、吗丁啉、莫沙必利等药物治疗，病情控制不理想，时有加重。近因反酸烧心加重而来就诊。

现在症见：反酸，烧心，胃脘时胀，隐痛，嗳气，时有恶心，纳呆少，不思食，腹胀，口苦，心烦，脾气急躁，眠差多梦，体瘦，肢软乏力，大便不畅，1-2日1行，成形。

舌脉：舌红，苔白干，脉沉弦细。

诊断：中医 吐酸病 脾胃气阴虚弱、升降失常、阴火内生

#### 西医 胃食管反流病

治则治法：健脾益气、养阴和胃、理气降逆、清火制酸

方药：生黄芪20克 太子参15克 生地15克 石斛20克 旋复花30克 煅赭石30克 柿蒂15克 清半夏9克 黄芩15克 瓦楞子15克 茵陈20克 郁金20克 大腹皮15克 莲子心10克 三七10克 冲服 甘草9克。

患者服药7剂后反酸烧心明显好转，其余诸症亦减轻，以上方为基础加减治疗3月余而痊愈，随访半年无复发。



# 境外中医教育体会与思考

新加坡南洋理工大生物科学院 王晓兰

**【摘要】** 1.境外中医教育机构多属私人创办，学员结构复杂，大多利用业余时间修读，学习态度积极认真。2.随着境外中医教育的蓬勃发展，教材应与时并进，编写更加适合本地应用的临床学科教材已势在必行；针灸教材在腧穴定位下当加入取穴方法的教学内容，对提高针灸教学质量和统一规范各国针灸取穴考试工作将会起到很大的促进作用。3.境外师资匮乏，水平参差不齐，是影响和阻碍中医教育健康发展的因素之一，充实和培养高素质的中医师资队伍是保证和提高教学质量的有效方法。4.中医理论教学与临床实践必需紧密结合，才能学好中医，成为一个出色的医生。

**【关键词】** 境外 中医教育 教材 师资 教学

随着国际社会对自然疗法与天然药物的崇尚与追求，中医药日益受到世人的关注，从上个世纪90年代开始，国际上掀起了学习中医的热潮，不仅各国来华学习中医的留学生日益增多，而且海外也纷纷办起了中医、针灸学校，为了增进国际间中医药的交流与合作，国内各中医药大学纷纷走出国门，与世界不同国家合作办学，积极开展中医教育，1997年我曾被派往西班牙，2001年受邀来到新加坡，至今在国外从事中医教育与中医临床工作十八年。本文根据本人在西班牙、新加坡从事中医教育的经历和经验，谈谈对外中医教育实践的体会与思考。

## 一. 境外中医教育现状

### (一) 中医教育机构

境外中医教育机构大多属于民间团体或私人创办，如西班牙中医基金会属下中医学校，约开办于1993年，是由一位从事律师工作的西班牙人（拉蒙）与北京中医药大学及云南中医学院联合创办的一所私立中医学校附带中医诊所。该校开设中医针灸专业，学制4年，设有4个分校，分布在巴塞罗那、马德里、瓦伦西亚等城市，每个年级招收1个班约20人，师资主要由国内两所大学选派。

新加坡有两所主要中医院校，即“新加坡中医学院”与“中医学研究院”，分别由两间不同的华人慈善团体创办，新加坡是东南亚地区华人为主体的国家，早期中医药是随着华人移居新加坡而传入，中医药历史相对比较悠久。

早在1953新加坡就成立了“中医专门学校”，1976年更名为“新加坡中医学院”；1972年新加坡

中医药促进会为了发展中医药慈善事业及培养中医人才，创立了2年制的“针灸研究班”。1974年扩大成立了“中医学研究院”，学制改为4年，1988年改为5年，1996年改为6年部分时间制中医专业文凭课程，入学资格均需达到当地A水准，毕业生将有资格参加由新加坡中医管理委员会主办的中医师资格考试。

2001年开始中医学研究院与中医学学院分别与北京、南京、广州中医药大学联合招收中医硕士及中医博士研究生，研究生的课程全部由北京、南京、广州中医药大学资深教授副教授授课。

2006年根据新加坡中医管理委员会的规定，中医学研究院与北京中医药大学合作开办了7年部分时间制中医学士学位课程；中医学学院分别与南京、广州中医药大学合作开办了5年全日制中医学士学位课程及7年部分时间制中医学士学位课程，以提高本地中医水平及素质。

新加坡中医学学院建校62年；中医学研究院建校43年，两所院校已小有规模，但目前仍属民间社团办学，尚未被纳入新加坡政府正规大专院校教育系统。

近些年来有些国家的中医教育逐步走进政府正规大学，2005年新加坡南洋理工大生物科学院与北京中医药大学强强联手开办了生物--中医双学位5年全日制课程，前3年在本地大学修读生物与中医基础学科、四部经典、针灸学等课程；后2年去北京中医药大学附属东方医院修读临床学科和临床实习，毕业后获得生物中医双学位。中医授课老师均由北京中医药大学选派，所有学生均需精通中、英双语。

## (二) 学员构成

### 1. 来源不同阶层和行业，成分复杂

由于中医教育机构大多属于民间团体或私人创办，学校的性质决定了他们必须面向公众招生，学员来自不同社会阶层和各种职业，如律师、教师、面包师；有警察、监狱官；有移民厅、金融管理局、银行职员；有健身教练，美容师等职业，也有药材店老板等个体经营者；退休人士及家庭主妇等，因而学员构成十分复杂。

### 2. 年龄差距大，文化水平悬殊

学员年龄及其基础文化教育水平悬殊很大，在一个班里，学员年龄分布，可从20到65岁，有的刚参加工作，有的已经退休；文化程度低的仅有初中水平，高的拥有大学甚至研究生学历，与国内大学统一从应届毕业生中通过高考后录取完全不同。由于学习人员的文化水平高低不等，年龄差距很大，为教学增加了一定的难度。

## (三) 教学与修读

### 1. 教学多取成人教育模式，学员大多利用业余时间修读

由于学员来自不同社会阶层和各种职业，且相当多的学员在职，所以学校课程设置和教学安排，相当于国内成人教育模式。虽然大部分学员的工作生活阅历比较丰富，对中医理论的理解上从某些方面看有着一定的优势，但因职业和工作的关系，难以保证有充足的学习时间，这也是影响培养高素质中医人才的因素之一。

### 2. 学员学习态度积极而认真

国外学习中医的学生，无论是西班牙还是新加坡，无论是华人还是西方人，无论是私校的兼读生还是全日制大学生，虽然他们有着种种的差别和不同，但是他们的共同点就是热爱中医，对中医抱有浓厚的兴趣，学习态度十分认真，积极性和主动性相当强。尽管中医药医疗服务，在西班牙官方并不认可，学生毕业后也只能开展一些保健性的工作；在新加坡政府医院至今尚未完全接受中医药，政府方面并没有为中医专业大学毕业生创造任何就业机会，在就业和收入境况不佳前途未卜的情况下，新生代的大学生们仍怀抱对中医药极大热情和信任，义无反顾大胆的选择了中医专业，坚持走中医道路，迄今为止，已经有5届毕业生走向新加坡中医药

医疗科研及医疗行政管理岗位，为新加坡中医药事业注入了新生力量，相信在不久的将来，他们将会成为新加坡中医药队伍的主力军，也使我们看到了新加坡中医药的未来。

## 二. 教材应用与思考

### 1. 教材应用情况

关于中医教材的应用，世界不同国家和地区有着很大的差别。据我所见：

上个世纪80年代末，我东渡日本于东京后藤针灸学园留学交流时，他们就已经开始使用自编的日本语中医、针灸学教材。老师同学人手1册。其教材主要是由较早前留学中国学习中医的日本留学生编写；也有中国在日本从事中医教育的人士编写的。

上个世纪90年代欧洲开办的中医学校，基本都是使用国内普通高等教育中医药类规划教材第5版，因为当时还没有人将教材翻译成西班牙语，所以学生手里并没有教材，学校只为老师准备了一套并不齐全的5版教材，学生完全靠课堂笔记，和老师整理的授课要点由翻译译成西班牙语后发给学生。

新加坡中医院校采用华语授课，所招收的学生全部是华人，中医学院1953年开创时期曾自编部分教材，1962年后开始使用国内中医院校统编教材；中医学研究院自1972年创办即开始使用国内中医院校统编教材；新加坡南洋理工大学生物中医双学位课程，均由北京中医药大学派遣老师上课，均使用国内教材。2001年开始由官方机构“新加坡中医管理委员会”主办的医师资格认证考试标准答案仍以国内教材为依据。各中医院校都以考试规定的教材蓝本进行教学。但国内大学派来临时授课的老师，也有善用自编教材或自己喜欢的教材授课的情况。

### 2. 教材问题与思考

#### 1) 教材的国际化与本土化

教材是培养人才保证教学质量的重要工具，随着境外中医教育机构的蓬勃发展，教材也要与时俱进，编写适合各国中医药院校使用的中医药教材已势在必行。由于国度区域的不同，生活地理环境的差异，地区病种常见病、多发病以及人的体质等方面都与国内有所不同，因此教材也必须“因地制宜”，不断朝着国际化本土化的方向发展。

这项工作首先当由“世界中医药联合会”与“世界中医教育指导委员会”联合牵头，负责召集国

内外长期从事中医教育的专家学者共同商讨。并在两会的管理指导下，由各国分别组织编写，最后由国内相关专业的专家学者审核把关，如此既可保证教材质量，又可真正实现教材的本土化，才能编写出更加适合本国本地应用的教材。

编写可从临床学科着手，基础学科如《中基》、《中诊》、《中药》、《方剂》可以不动。

### 2) 针灸教材改进意见

历版《针灸学》包括针灸专业使用的《腧穴学》教材中，都是仅有腧穴的定位方法和腧穴的定位，却都没有把每个穴位的取穴方法这部分内容编入教材中，因而导致国内外各中医院校，在针灸取穴教学中自由发挥错误百出极不统一的混乱局面，不仅影响了针灸教学质量，同时也会直接影响针灸疗效。多年的针灸教学深刻体会到，腧穴的取穴方法是针灸教学中非常重要的环节，其操作性很强，学生仅凭书本定位根本无法掌握腧穴的准确位置，即使是老师如果没有通过特别训练和名家指点，在教学中也会出现一些错误。为了提高针灸教学质量，针灸学、腧穴学教材中在每个腧穴的定位下面，当加入取穴方法的教学内容。

著名针灸腧穴学专家杨甲三教授以及他的亲传弟子耿恩广教授，在针灸取穴方面有着深入的研究和丰富的教学经验，杨老已故去，耿老已年迈，当争取时机将他们的宝贵经验编入教材，保留下。对提高针灸教学质量以及各国医师资格统一考试的规范化，将会起到很大的帮助和推动作用。

### 3) 对《中医基础理论》列入研究进展内容的商榷

近些年使用的新世纪普通高等教育“十五”、“十一五”规划教材，大胆创新，在编写过程中吸收了一些现代研究及各家不同的观点，目的是让同学们开阔眼界，了解接受新知识，这一点无可非议，但对这部分内容的处理上还存在一些不足。

比如在十五《中基》规划教材的每一章节后，基本都有研究进展的内容，选用了很多现代研究尚未定论或者难度很高的假说和推断，其中也不乏引用古今医家的不同认识和不同见解。我认为这些内容应当是高年级或者是研究生阶段应该学习和了解的内容，而不是1年级刚入学的学生，1年级的教学重点应该放在如何引导他们走入中医的殿堂，使他们逐步理解和掌握中医的基本知识和基本概念，如

果在他们尚未打牢基础，并没有任何分辨能力的情况下，引用一些带有争议性的不同论点和假说，反而会造成概念上的混乱，对教学有损无益。可以适当选择对本章节的教学内容能够起到加强和辅助作用的古今医家的认识或公认的成熟的科研成果。如果没有适合的内容，也不需生拉硬搬。

## 三. 教师资源与教师素质

### 1. 教师资源

境外中医教育机构发展迅速，出现了前所未有的良好局面，但是发展中难免存在诸多问题，如办学条件薄弱，管理不当，尤其是师资的匮乏，可说是境外中医教育存在的最大问题，如西班牙中医学校，由于学生及班级比较多，师资严重不足，也有当地的和外籍应聘来的老师任课，大学外派老师的教学任务相当繁重，1位个老师要承担多门课程。在国内老师陆续回国或离开后，由于师资无法保障，以后的课程大部分由网络教学代替，也有的课由资深一些的翻译承担，教学质量难以保障。据了解西班牙欧洲中医基金会旗下的中医学校，现仍然存在，学生人数不少，但是由于师资问题，中医理论课全部采用网络教学。

新加坡两所院校虽有自己的师资队伍，但是基本都是兼职老师，他们有自己的事业和工作，并不能把全部的精力和时间投入到教学中去，师资水平参差不齐。由于境外中医教育师资以及教学管理方面人力资源的缺乏，某种程度上影响和阻碍了中医教育在境外的健康发展。

思考与对策：面对国际中医教育机构蓬勃发展的大好局面，国内相关机构与境外教育机构当紧密合作，共谋发展，一方面加强中医药教育人才的输出，充实境外中医教育师资力量；另一方面积极开展对当地师资的培训工作，帮助建立考核聘任制度，提高境外教师的基本素质。

### 2. 教师素质

发展中医药事业的关键是教育，只有高素质的中医师资队伍才能培养出高水平的中医药人才。即建设一支高素质的中医师资队伍是搞好中医教育的前提。教师的综合素质主要体现在思想素质与专业素质两个方面。

思想素质：教师是人类灵魂的工程师，担负着“教书育人”的重任，作为老师首先要热爱教师

职业，对教育事业和教育对象具有满腔热情和高度责任感是教师具备的思想素质。要时刻重视自身的修养，不断完善自我。作为中医学的教师，培养的是医学人才，医乃仁术，司性命，断生死，为患者生命之所系。作为一名中医专业的教师，必须具备更高的素质和修养，积极主动地传道授业解惑，以高尚的情操感染学生，真正做到“学为人师，行为世范”的教师行为准则。

**专业素质：**作为一名高校教师，应当熟练掌握大量的专业知识和实践技能。并不断的学习扩充和更新知识，充实和提升自己，只有具备了相当扎实的专业知识和广博的科学文化知识，才能在教学中得心应手，教课才能生动活泼。作为中医学的教师，仅有充实的理论知识还不够，还必须具备较强的临床诊治能力，必须将理论与实践紧密结合，具备丰富的实践体会，才能把课讲活讲透，才能激发同学学习的兴趣，才能培养出高素质实用型中医人才。

#### 四. 境外教学体会

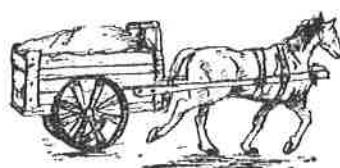
中医药教育应重视理论教学与临床实践紧密结合，指导学员在临床实践中学习提高。中医学历史悠久，文化背景与国外迥异，外国学生由于语言文化的障碍，对古老中医理论理解方面存在很大难度，对此要求教师不能照本宣科，而应在充分备课的前提下，结合外国学生的特点，循序渐进，由浅入深，把基本概念和理论要点讲清楚，分析透彻，使他们在不同层次上逐步提高，并逐步建立和掌握中医整体观与辨证论治思维模式。这一层面的中医思维教育，对于国外学生来讲，是学习中医最难也是最关键的环节。为了有效地解决这个问题，除了做好课堂教学以外，更重要的是紧密配合临床实践。为了做到这一点，除了学校安排的临床见习和实习以外，老师还应创造更多的机会让学生早临床、多临床、亲自临床。

1997年初到西班牙中医学校，主要承担4年级的临床课，教学中不断发现即将毕业的学生，对中医的辨证论治几乎一窍不通，穴位不会找，针也扎不进，为了在短时间里以最快最有效的方法提高学生的临床诊治和操作能力，除了课堂对病历及针灸操作方面的强化训练以外，唯一的办法就是在临床实践中学习提高。我号召同学们推荐实习病人，并把

病人带进课堂，然后免费为他们诊治。同学以小组形式轮流负责接收病人，从四诊开始到辩证诊断，最后提出治疗方案每一个步骤均由学生先开始，最后由老师点评和提出自己的诊治意见。第一次的针灸治疗由老师亲自示范操作，同学观摩，第二次以后的治疗均由同学们在老师指导下完成。老师作为总指导，及时发现和纠正同学们在诊治过程中存在的错误或模糊认识。这种让同学直接参与诊治病人的临床实践的方法，充分调动和培养了学生学习的积极性，变被动为主动，通过临床训练不仅逐步养成自主学习、独立思考的习惯，更重要的是在临床实践中通过反复的练习逐步熟悉和初步掌握了中医的整体观和辨证论治思维模式，几个月下来，同学们的辩证施治能力和针灸操作技能均有了非常明显的提高，教学效果十分显著。这样的课堂临床实践教学方法同样被应用于2、3年级的教学，随着临床诊治能力的不断提高，也增强了自信，在校学习期间，已经有很多同学私下开始接诊病人。

这种教学模式也曾经被应用于新加坡南洋理工大学中医学生教学中，均获得好评，现在学生的临床实习仍然是老师看病，学生旁观，并不是直接参与，往往导致学生用心不专，并不能积极主动思考，仍处于被动学习状态，教学效果并不理想，我在临床带教中尽可能让实习学生亲自参与诊治病人，比较只是观摩不能直接参与要主动积极的多，而且实习效果也会完全不同。

医学尤其是中医学是一门实践性很强的学科，中医理论源于长期的医疗实践，当老师在课堂把理论知识传授给学生后，学生应在最早的时间里进入对应的实习环节，才能获得最好的学习效果，才能加深或真正理解课堂所学的理论知识，这一点对于国外学生尤其重要。中医有“熟读王叔和，不如临证多”的警训，说明了中医实践的重要性，只有通过临床实践才能把知识转化为智慧，只有在实践中获取知识，才能成为一个出色的医生。



# 传承文化，弘扬中医，删繁就简，寓教于乐

## 中医内科学、针灸学教学中的点滴体会

新加坡 耿满

中医药学博大精深，中华文化源远流长。在异域他乡，面对不同的文化背景，如何将中医传统文化传承与他人，是我们海外学子的一项光荣而艰巨的任务。

弘扬中医，传承中华文化，简单的10个字，却要倾尽毕生之精力。了解当地的文化，熟悉当地的用语，唤醒学生的积极性，寻找最佳的教学方法，以收到最大的课堂教学效果，是很难的一项课题。

时下，掀起的学习中医的热情，是基于特定人群构成的需要，以及中医中药的有效性和实用性；但也往往有一些人，在学习的进程中，由于遇到意想不到的困难，因事业、文化差异的原因而中途退学，而继续学习的学生也倍感中华文化的精深难懂，承受着巨大的学习压力。作为讲导师，如何造就学生的学习热情？如何提高学生学习中医的积极性？如何将复杂的中医辨证简单化？如何将我们的教学提升到“我要学”的程度？是我们在教学中需不断提升的教学精华。

教育不应该只是简单的教，而更应该是一种思维。寓教于学，寓教于乐，就是让学生在没有感觉到教育的任何束缚中，不知不觉获得了教育的真谛，也领会了教育所付托的寓意。在我所接触的绝大多数学生中，几乎都是在职员工、兼职学习，大家在各自的工作岗位上忙乎了一天，下了班，急急忙忙赶赴学习场所，有时连饭都吃不上；他们的年龄大多偏大，所以，精力、记忆力都是个很大的问题。如何删繁就简，将复杂的中医知识简单化，将众多的课堂教材精炼化，为学生们减轻繁重的学习负担，是我们讲师需要面对的一项难题。因此，在每一次的讲课之前，我会先让学生了解本次讲课的主要内容，哪些内容是学生必须掌握的（20~30%），哪些内容是学生需要熟悉的（40~50%），哪些内容是现在需要一般了解（20~30%），需要以后不断加深记忆的。让不同年龄层的学员，尽可能按照自己的学习经验和精力分配学习时间，学生心中有底，克服了许多畏惧情绪，学生们的学习热情提高了，畏难情绪减少了，因学习困难退学的机率消失了，学业获得了比

较好的效果。

博大精深的中医瑰宝，具有五千年的悠久历史，如何传承好中医药，将教科书中的精髓灌输到学生们的头脑中、应用到实践中？在存在巨大文化背景的异域，是我们需面对的一个非常复杂教学问题。

如何将复杂的问题简单化，就一定要倾尽毕生之精力与智慧，将所学，所见、所用，删繁就简，去粗取精，达到学以致用的目的。

### 一、在中医内科的教学中，教导学生在思维上学会删繁就简

人们的认识过程，一般由简单到复杂，再由复杂到简单。简单，是思维结果的一种内在和外在表现，反映的是对事物本质的精练认识，体现的是认识上的跨越和升华。中医内科学，是中医学的主要构成部分，学好中医内科学，是从事中医者一生中的行医关键。中医内科学的规划教材，是集众多医家的心血编撰而成的规范教科书。但在国外的教学中，却面对抽象、难懂的困境。我在教学的过程中，就采取必须掌握的知识反复强调；需要熟悉和了解的内容就简单讲述和自学为主，而最后总结，则是以图表形式展现，课堂内容尽在其中，让学员们一目了然、记忆深刻。

例如：在讲授中医内科学心系病证心悸篇时，强调必须记住心悸的定义（病人自觉心中悸动、惊惕不安，甚者不能自主的一种病证。临床一般多呈发作性，每因情志波动或劳累过度而发作，且常伴有胸闷、气短、失眠、健忘、眩晕、耳鸣等症）。一般了解各家学说对心悸的阐释和演变过程；对于病因病机、诊断依据要理解其共性（所有七章，病因不外主要有外邪、饮食、情志、体虚劳倦四个方面；诊断依据不外病名定义、伴有症状、诱发因素三个方面）。熟悉证治分类方面，则其中必须掌握各个证型的名称；熟悉各个证型的特点，掌握以证论治的方法（治法），学会以法定方的要素。

在这里简单的举例说一下记忆方法：

心悸病证共有七个证型，在证型的记忆上，我

要求同学们先记住七个字：三心阴虚水痰瘀。记牢以后再以联想方式展开思索（请记住：前面证型三个都有心，而且是以心字开头一心虚胆怯、心血不足、心阳不振；后三个字水痰瘀，也都有心，但心字是在后—水饮凌心、痰火扰心、瘀阻心脉；而中间的证型是阴虚火旺。也就是说，在心悸的证型记忆里，有前三心、后三心，中间是阴虚火旺。在认识病证的过程中，记住了证型，通过简单的引导，开拓了学生们的思路，提高了学生们的学习兴趣，必须掌握的知识，在不知不觉中已牢记心中。

接下来，再引导讲述要熟悉的各证型中的特点：

1、心虚胆怯主证：心悸不宁，善惊易恐，坐卧不安，少寐多梦而易惊醒，食少纳呆，恶闻声响，苔薄白，脉细略数或细弦。

2、心血不足主证：心悸气短，头晕目眩，失眠健忘，面色无华，倦怠乏力，纳呆食少，舌淡红，脉细弱。

3、心阳不振主证：心悸不安，胸闷气短，动则尤甚，面色苍白，形寒肢冷，舌淡苔白，脉虚弱，或沉细无力。

4、阴虚火旺主证：心悸易惊，心烦失眠，五心烦热口干，盗汗，思虑劳心则症状加重，伴有耳鸣，腰酸，头晕目眩舌红少津，苔少或无，脉象细数。

5、水饮凌心主证：心悸眩晕，胸闷痞满，渴不欲饮，小便短少，下肢浮肿，形寒肢冷，伴有恶心呕吐，流涎，舌淡胖苔白滑，脉弦滑或沉细而滑。

6、痰火扰心主证：心悸时发时止，受惊易作，胸闷烦躁，失眠多梦，口干苦，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄腻，脉弦滑。

7、瘀阻心脉主证：心悸不安，胸闷不适，心痛时作痛如针刺，唇甲青紫，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩或结或代。

熟悉了各证型的特点，就可以引导学生依据证型和病名自己练习确立治法。

心虚胆怯：镇惊定志，养血安神。

心血不足：补血养心，益气安神。

心阳不振：温补（振）心阳，安神定悸。

阴虚火旺：滋阴清（降）火，养心安神。

水饮凌心：温振心阳，化气行水，宁心安神。

痰火扰心：清热化痰，宁心安神。

瘀阻心脉：活血化瘀，理气通络。

以证论治，以法定方。确立了治法，就可以按照书本上的要求，辨证选择不同的方剂进行治疗了。

每一章、每一篇，都按照一定的规则进行学习，多次反复，从反复中寻找共性，在共性中不断加深记忆，删繁就简，那就能够善于透过纷繁复杂的现象，把握住本质、抓住主要矛盾，并为掌握中医的精髓提供了一定的指导捷径。

删繁就简，还要善于分解，将复杂的大问题变成数个相对简单的小问题。

例如：气血津液病证章节中，血证是较复杂、内容较多的一篇。若将血证简单地分解为7个小单元来记，可能就容易了许多。

血证，按鼻、齿、咳、吐、便、尿、紫可以分成7个小单元；按数字四、二、三、三、三、四、三来留心记忆证型；接下来，再按上述证型记忆方法分别记忆就可事半功倍了。把整个血证尽可能人为地分成相对独立、若干相对简单的子单元，子单元因素少，相对简单而就变得容易记忆了。

删繁就简，就是要善于突破“复杂”的重围，在想“简单办法”上下些工夫。能够“提出简单的方法”是思维的高级阶段，“简单”比“复杂”，往往更有价值。

## 二、在中医教学中，也要寓教于乐

为了实现教学的目的，采取另外一种诙谐、娱乐、比喻的方法和策略，应用迂回目标转移法，也能够获得比较好的教学成果。这样只是调整了一下学习的思路，整个学习效果就会发生变化，这就是“寓教于乐”。

譬如，在学习中医记忆方剂的过程中，有的学员感觉自己年纪大了，记忆力不好了，晚上背熟了，早起忘光了；有的学员是由于工作时间长、压力大，没有时间认真思考和复习学习过的东西，感到沮丧。我就将一些方剂变换成顺口溜，或者教学生如何编一些顺口溜，这样，朗朗上口，就比较容易记忆。像补肾的左归丸和右归丸。我先让学生们记忆右归丸。编成口诀是：右归附子肉桂杜，三补当归鹿枸菟（附子、肉桂、杜仲、熟地、淮山药、山茱萸、当归、鹿角胶、枸杞子、菟丝子），让同学们在课堂上熟读出声，再默写数遍，达到记忆的效果；然后摇身一变，告诉同学们记忆左归丸的方法，只需记忆右归丸的后半句，并将当归改为牛龟（牛膝、龟板胶），三补加上五个类似于动物的名

称，即三补牛龟鹿构菟（熟地、淮山药、山茱萸、牛膝、龟板胶、鹿角胶、枸杞子、菟丝子）。同学们觉得很好笑、很好玩、在笑声中解决了记忆中的困难。

还有，在针灸的教学中，针灸定位往往是一大重点、难点，定位不准，针灸效果就不佳。我在教学中，将本国要求的重点穴位编成口诀，形成普遍记规则、重点记定位的方法，也取得了较好的教学效果。

例如：针灸学足太阳膀胱经有67个穴位，当地政府职能部门在考试大纲中重点要求记30个。在记背腧穴的时候，我让同学们先记三项原则（规律）：1.人体部位；2.局部部位；3.具体部位。实际上就记6个字：人体、局部、具体。然后让同学们记口诀：大风肺厥心督膈、肝胆脾胃三肾气，大关小膀……。在记口诀的同时，寻找18个穴位的共性。如：第一个条件，大杼、风门、肺俞、厥阴俞、心俞、督俞、膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞都在人体的背部；第二个条件，按大杼在后正中线第一胸椎棘突下凹陷中，以此类推（记住没有第八胸椎的穴位）；第三个条件是旁开1.5寸。记住这三条原则，第一、第三条不变，只是第二条按顺序变换数字1、2、3……（空8）就可以了，记忆非常简单明了。

督脉、任脉及其他经脉，皆可总结，找出共性，一同记忆，可谓化腐朽为神奇。

(接31页)

#### 药物组成：

紫菀，荆芥，桔梗，百部，白前，陈皮，甘草

#### 4、燥邪犯肺

证候：干咳，喉痒，咽喉干痛，唇鼻干燥，无痰或少痰，不易咯出，或痰中带血，口干，舌尖红，苔薄黄干而少津，脉浮涩。

治法：润燥止咳。

主方：桑杏汤《温病条辨·卷一上焦篇》

#### 药物组成：

桑叶，山楂子，浙贝母，南沙参，北杏仁，淡豆鼓，梨皮

#### 5、痰热壅肺

证候：咳嗽，气息粗促，或喉中有痰声，痰多而黄稠，咯吐不爽，或痰气腥臭，或吐脓血痰，胸

在任脉重点穴位的记忆中，还可体现中华文化对联的精髓。如：

中关气神下腕建，

中上膻天廉泉承。

将下腕与廉泉对，即有相关的重点穴位，又体现中华文化的工整对应，即在弘扬祖国医学的同时，又体现中华文化的源远流长。

有时候，生活中过分强调了教学的功能，而忽略了“润物细无声”的效果。当我们能够用一种教育的灵性来感召殷殷学子，那么教育的至高境界也就自然而然的产生了。“寓教于乐”的出发点，是为了充分调动学生学习的积极性，在不知不觉中，让学生拥有了自发的最高追求，但是，这并不是忽略了老师的规范教学，而是让老师对学生的引领实现了较好的转移。我们常常觉得：有时候，当我们对学生以教的高度来严格要求时，应当看作是一种教育对学生油然而生的引领，学生才会跟随着老师的思路而前行。

在多年的国外教学中，我深深地体会到：不同区域的文化差异所带来的教学上的困难或困惑，然而，我们应该根据当地的具体情况和实际环境，依据于教科书，但不拘泥于教科书，在弘扬中医药的同时，宣扬中华文化，也将我们多年心血所演化的精髓，分享给所有热心中医事业的有识之士。

愿他们在努力攀登中医药顶峰的过程中，领略无限的风光。

闷胸胀，面赤，发热，口干欲饮，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰、宣肺止咳。

主方：瓜蒌枳实汤《万病回春》

#### 药物组成：

全瓜蒌，枳实，桔梗，黄芩，山楂子，浙贝母，当归，砂仁，木香，甘草

#### 预防：

1. 慢性咳嗽饮食要以清淡为主，要忌糖、甜食、冷饮等。其次虾蟹、冰冻、海鱼等含大分子蛋白容易导致过敏，不宜多吃。
2. 避免接触过敏源，少去拥挤的公共场所，减少感染，多喝水，适当吃化痰药物。

# 心脏冠状动脉气球扩张与内置支架、绕道、换心失效与并发症的中医药补救法介绍

台湾育生中医诊所 院长 李政育

## 一、冠状动脉狭窄气球扩张与内置支架的治法

### (一) 缺点：

1. 气球扩张：只扩张较大口径部的血管，微细末梢无效且无能。
2. 支架内置法：只能支撑较大的血管，微细末梢无效且无能。
3. 气球扩张的副作用：血管壁破裂、痉挛、末梢水肿、末梢破裂、血栓沉积更快，患处血管壁囊肿、结瘤、塌陷。
4. 支架内置法的副作用：支撑处血栓沉积、沾粘，支架前后血栓易沉积，支架的器材过敏反应，取出支架后血管壁易出血与塌陷，末梢缺血与萎缩的继续进展。

(二) 扩张无能（不开）之反弹痉挛，或已扩张后之反弹性痉挛，导致真性冠状动脉阻塞致心肌梗死与水肿。

### (三) 再灌注（流）性病变

1. 肺瘀郁血、肋膜积水、纵隔腔积水、心包膜积水、心包膜填塞。
2. 脑血管神经病变：出血、栓塞，耳、颈、吞咽、构音障碍。
3. 肝郁血、肿大、肝郁血致食道静脉曲张性出血。
4. 脾肿大、瘀阻
5. 截瘫：主动脉或剥离或破裂或血栓脱落栓塞致脊椎神经缺血性损伤。
6. 周边血管瘀阻与末梢水肿，血管破裂如痔血、足痿软无力，下肢水肿。
7. 肾栓塞致急性肾衰竭。

(四) 多次气球扩张与内置支架失效或再置不能时，亦不能再作冠状动脉绕道手术。

## 二、中医药治疗之辅助与补救

### (一) 治法总则

1. 气球扩张与内置支架手术之前，先行内服“育生

补阳还五汤”，加黄芩、茯苓、麻黄、川七、人参，以为预防与保护，能在手术前的叫醒大脑对冠状动脉与全身循环相关的自动控制功能。

2. 手术之前应调整睡眠。每天至少睡8~10小时以上，彻底放松心情，让冠状动脉不处于紧张与痉挛状态，避免手术时的反弹性痉挛性梗塞，或血管痉挛缺乏弹性而破裂，或再灌注性他脏器之栓塞或出血。

3. 手术完成后，可以进水了。不管自鼻胃管或口腔进水，立即将活血化瘀而凉血、止血药服用。原则以圣愈汤用人参与丹参，加茯苓、泽泻、苍术、大黄、麻黄、杏仁、黄芩、川七为主方，再视个体健康状态加入适当药物。例如：胸胁胀满，腹如复盘者，加入柴胡、半夏；基底动脉狭窄者，加银杏叶或葛根、川芎；颈动脉狭窄者，改用“育生补阳还五汤，加人参、川七、骨碎补、山楂；肝硬变而食道静脉曲张，甚且大出血者，加入干姜、附子、玉桂，或改用”育生五苓散“（肾炎方），加玉桂、人参、川七、大黄；溶血者，去穿七加鹿茸、竹七或怀牛膝、旱莲草；纵隔腔与心包膜或肋膜积水者，加葶苈子、防己；脑干病变致眩晕者，加天麻，或改为”育生补阳还五汤“或”育生半夏天麻白术散“，再加人参、川七、干姜、附子、大黄。

4. 通治方剂为乳没四物汤，或桃红四物汤、血府逐瘀汤、少腹逐瘀汤、当归芍药散、芩连四物汤、丹栀四物汤或地骨皮饮加川七、朮、芩、泻，微量大黄以维持每天有2~3次答辩为准。

5. 针灸可取神门、内关、劳宫、足三里、太冲、百会、凤池、心俞、膈俞、合谷、膻中。

### (二) 辨证论治

1. 冠状动脉反弹性痉挛致心肌缺血与坏死，可用“育生补阳还五汤”加干姜、附子、玉桂、黄芩、薤白、川七、人参。
2. 手术后发烧：大都为少阳热，可用小柴胡汤加青

虚、血瘀、痰湿、毒邪等方面。我们通过临床二十多年的经验和实验研究，认为AS是气虚在前，气虚不能运血，血脉不通，血液瘀滞。血水同源，血脉不行，痰湿不能运化，痰凝气滞，痰郁化火，火热之极可成热毒；痰湿内蕴，湿热之邪长期不解也可成湿热毒；邪气长期蕴结不解亦可化为毒。临床中病人表现复杂，往往虚证和实证兼见，痰瘀症互见等，找出中医对动脉粥样硬化病因病机的实质，对今后抗动脉粥样硬化高水平研究会出现新的突破<sup>[2]</sup>。

### 3.3 在中药临床应用方面

针对AS的病因病机，临床常用相应的中药进行治疗，不但能够防止动脉粥样硬化的形成，而且具有简、便、廉、效的优点，可以长期服用而无副作用，具有养颜抗衰的功效。举例说明。

**3.3.1 黄芪：**中医认为“脾为后天之本”。脾胃派代表人物李杲认为黄芪“益元气而补三焦”，清代的黄宫绣称黄芪为“补气诸药之最”。现代研究发现，黄芪不仅能扩张冠状动脉，改善心肌供血，提高免疫功能，而且能够延缓细胞衰老的进程。

**3.3.2 三七：**清代名医赵学敏在他所著的《本草纲目拾遗》中说：“人参补气第一，三七补血第一，味同而功亦等”，称三七为“中药之最珍贵者”。现代研究发现，三七的化学成分、药理作用和临床应用与人参有相似之处。其人参总皂甙含量超过人参。三七可扩张血管，降低血管阻力，增加心输出量，减慢心率，降低心肌耗氧量和毛细血管的通透性，在心血管病防治方面比人参有明显的优势。

**3.3.3 枸杞子：**《神农本草经》称枸杞子“久服坚筋骨，轻身不老，耐寒暑”。《本草汇言》赞之“使气可充，血可补，阳可生，阴可长”。枸杞子有类似人参的“适应原样”作用，且能抗动脉硬化、降低血糖、促进肝细胞新生等作用，服之有增强体质，延缓衰老之功效。

## 4 心脑动脉粥样硬化的中医治疗经验

### 4.1 单味药

临床中常以中药人参、黄芪、丹参、麦冬等益气养阴，以银杏叶、川芎、丹参、桃仁等活血化

瘀，以半夏燥湿化痰，降逆止呕，以金银花、黄连等清热解毒。现代研究表明益气养阴中药能保护血管内皮细胞，抑制平滑肌细胞增殖、迁移，减少血管内膜弹力纤维和胶原纤维的形成，从而明显减小粥样斑块面积。而川芎嗪等可以增加冠状动脉血流量，改善心肌缺血缺氧，抗血小板聚集，促进血管损伤后内皮细胞的修复。半夏则具有较明显降低甘油三酯和低密度脂蛋白的作用，能够降低全血黏度、抑制红细胞的聚集和提高红细胞的变形能力。金银花等对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、大肠杆菌、流感病毒、疱疹病毒等均有抑制作用。

### 4.2 复方

#### 4.2.1 补益祛邪类

动脉粥样硬化的病人大多数是中老年人。中年以后，元气、肝肾阴津已渐亏虚。故治以补肾填髓、益气养血为法。

周强等<sup>[3]</sup>认为颈动脉粥样硬化斑块形成的病位在血脉，病根在肾，肾虚是导致AS和斑块形成的根本，瘀血内阻为标。选择地黄饮子治疗颈动脉粥样硬化斑块形成，结果表明地黄饮子能明显降低血浆内皮素、丙二醛、C反应蛋白的含量；明显减少粥样斑块数量及缩小斑块体积；增加颈动脉管腔直径(CCAD)，减少内中膜厚度(IMT)，且无毒副反应。

#### 4.2.2 活血化瘀类

近几年研究认为，瘀血和动脉硬化关系密切。血脉不通，心血瘀阻，血行不利易致动脉粥样硬化，应用活血化瘀药物治疗往往能取得较好的疗效。

陈文实等<sup>[4]</sup>研究发现益气活血汤可稀释黏稠血液、维持血管正常功能、抑制平滑肌细胞增殖、使钙内流减少从而抑制脂氧化酶活性，减少氧化低密度脂蛋白(OX—LDL)形成，有保护血管内皮，调节血脂，减少泡沫细胞形成量，清除AS斑块的作用。陈建宗等<sup>[5]</sup>用多中心随机对照试验观察复方丹参滴丸对CAS斑块的消退作用，并与阿司匹林作用相比较，结果表明复方丹参滴丸具有使CAS软斑消退的作用，其效果与阿司匹林相似。莫颖敏等<sup>[6]</sup>研究发现血脂康(主要成分是红曲，具有活血化瘀，健脾消食之功效)有调整血脂、抗脂质氧化、保护血管内皮的

作用，并能消除或稳定TIA患者的颈动脉粥样硬化斑块。

#### 4.2.3化痰通络类

动脉粥样硬化的首要因素是血脂过高，低密度脂蛋白(LDL)升高是动脉粥样硬化最主要致病因素之一。中医认为动脉粥样硬化的病机与痰浊有关，因而治疗上多采用化痰泄浊、升清降浊法治疗。

王琴等<sup>[7]</sup>采用半夏白术天麻汤治疗CAS斑块，可明显改善临床症状，降低动脉硬化指数(AI)，缩小颈动脉IMT、斑块体积，增加平均血流速度，降低搏动指数(PI)。其机制是通过治痰达到降脂祛浊的目的。赵萍等<sup>[8]</sup>观察以温胆泄浊法组成的温胆片(由半夏、竹茹、枳实、橘皮、茯苓、党参、郁金、炙甘草等制成)治疗痰浊型高血压病伴颈动脉粥样硬化患者，6个月后发现颈动脉斑块面积缩小，颈动脉斑块积分降低。

#### 4.3针灸治疗

AS属中医痰凝、血瘀范畴，治则以化痰软坚、行气散结、活血化瘀、益气通络为主，应辨证循经取穴以调整脏腑功能，使气血灌注周身，津液流通，已胶结之痰浊瘀血及日久坚凝之斑块软化、消散。

栗璇等<sup>[9]</sup>证实醒脑开窍针刺法对CAS患者有降低血脂，消除颈动脉斑块的作用。王占奎等通过颈动脉超声形态学和血液动力学检查发现针灸治疗组较药物对照组CAS斑块的厚度和面积明显减少，明显改善了颈动脉和脑动脉血流状况。

### 5 中医药抗衰老的研究进展

衰老是机体各种生化反应的综合表现，是体内外许多因素(环境污染、精神紧张、遗传等)共同作用的结果。中医理论认为，肾气亏耗，脾气虚衰，以及由此产生的阴阳气血失调，是造成衰老的重要原因。临幊上抗衰老的中药多具有抗氧化，调节神经、内分泌以及促进蛋白、核酸的代谢等，从而达到抗衰老的目的。

#### 5.1抗氧化作用

抗氧化是指抗氧化自由基的简称。人体因为与外界的持续接触，包括呼吸(氧化反应)、外界污染、放射线照射等因素不断的在人体体内产生的自

由基。科学研究表明，癌症、衰老或其它疾病大都与过量自由基的产生有关联。而芦荟提取物能提高机体抗自由基氧化损伤的能力，减轻肝、脾细胞DNA损伤程度，从而达到延缓衰老的目的<sup>[10]</sup>。有实验证明，当归能明显增加衰老小鼠大脑皮层SOD活性，降低脂褐素(LPF)含量，提高机体抗自由基对膜结构损伤的能力，减轻自由基对生物膜大分子的攻击，从而减弱过多自由基对生物膜损害，提高脑细胞膜的Ca<sup>2+</sup>-ATPase活性，使脑细胞代谢正常。同时，由当归、芍药、地黄和川芎组成的四物汤能够显著提高红细胞中SOD活性，降低血浆中过氧化脂质(LPO)含量，具有一定的抗衰老作用。多数抗氧化中药成分主要有黄酮类、多糖类、皂苷类等。有研究表明，黄酮类的自由基清除活性与其所含有的酚羟基数量和结构密切相关，黄芩苷的酚羟基数量较黄芩中其它的有效成分为多，且A环中含有邻二酚结构，因而具有较强的自由基清除活性。

#### 5.2调节神经系统

神经功能失常是衰老的重要标志之一，大量的神经细胞萎缩、凋亡，致使老年人思维、记忆能力减退。银杏叶提取物EGb 761为一较强的抗氧化剂，对NO供体硝普钠(SNP)诱导的海马神经元凋亡具有明显的保护作用，其抗凋亡机制可能与增加Bcl-2表达、降低Bax表达有关。

#### 5.3调整内分泌

衰老过程中细胞死亡及器官功能减退受神经-内分泌的控制。中药可以通过改善和提高老年人的内分泌功能来延缓衰老。附子、菟丝子、人参、黄芪、杜仲、冬虫夏草、补骨脂、肉苁蓉等能显著增加淋巴细胞糖皮质激素受体，增加唾液皮质醇浓度，促进肾上腺皮质功能，从而改善和平衡老年人内分泌水平，延缓人体衰老。灵芝水提取液可通过强化内分泌系统(如下丘脑-垂体-性腺轴)、甲状腺系统和肾上腺皮质功能来调节机体的多种代谢活动，达到抗衰延寿目的。

#### 5.4调节免疫功能

随着年龄的增长，机体的免疫器官逐渐萎缩，免疫功能逐渐衰退，对外界病原的抵抗能力明显减弱，这是引起衰老的原因之一。中药主要是通过延

缓免疫器官的衰退和提高机体的免疫功能来延缓衰老。大黄降脂素能降低血清和肝脏中的过氧化脂质的含量，提高免疫器官的重量，并有一定程度的降低心脏、脑中的脂褐素的作用。当归芍药散对免疫系统的影响具有一定选择性，以增强细胞免疫功能为主，对淋巴细胞增殖具有一定的促进作用<sup>[11]</sup>。

### 5.5 促进蛋白、核酸代谢

随着年龄增加，蛋白尤其是胶原合成速度减慢，角质层更新也随之减慢，造成皮肤老化，出现皱纹。天麻、黄芪使血中羟脯氨酸(HOP)明显升高，说明天麻、黄芪有促进胶原代谢，加速其转换率的作用。有研究表明，杜仲叶甲醇提取物中京尼平苷酸及桃叶珊瑚苷为杜仲叶促进假老龄模型大鼠胶原合成及表皮细胞增殖的活性物质<sup>[12]</sup>。

总之，延缓衰老是目前生命科学研究中的重点和难点之一。随着现代生物学的快速发展，衰老机制的研究已有了较大进展，中药抗衰老作用与其活性成分密切相关。目前，一部分抗衰老中药已明确有效成分，而大部分中药的活性成分还有待于进行药理学研究。另外，抗衰老中药研究主要集中在一些贵重药材上，开发更多易种植、药效好的普通药物，对于珍贵中药资源的保护、降低药物成本都具有更为现实的意义。

同时，抗衰老药物的研究已越来越多地应用了免疫学和分子生物学研究方法，但目前对于衰老基因及中药对衰老相关基因影响的研究有待加强。另外，中药的药物动力学研究将有助于推动传统中医药走向国际化，但大量的中药尤其是复方所含有效成分相当复杂，影响了药效学的深入研究及评价，有待于探索更科学的研究方法。

- [1] 宋剑南. 中医药在动脉硬化性疾病防治研究中的比较优势及思考[J]. 中国动脉硬化杂志, 2012, 3(1): 193-196.
- [2] 张艳, 杨关林, 于睿. 动脉粥样硬化中医虚瘀痰毒病因病机实质研究探讨 [J]. 时珍国医国药, 2007, 18(6): 1513—1515.
- [3] 周强, 冯健兰. 地黄饮子治疗颈动脉粥样硬化斑块的疗效及对血内皮素、丙二醛和C反应

蛋白的影响[J]. 中国全科医学, 2006, 9(4): 335—337.

- [4] 陈文实, 张锋, 李仁柱. 益气活血汤治疗颈动脉硬化斑块疗效观察[J]. 蚌埠医学院学报, 2009, 34(8): 677—679.
- [5] 陈建宗, 赵永峰, 崔大江, 等. 复方丹参滴丸对颈动脉粥样硬化斑块的消退作用: 多中心随机对照实验[J]. 中国临床康复, 2005, 9(19): 208—211.
- [6] 莫颖敏, 韩敏, 谢胜芳. 等. 血脂康对短暂性脑缺血发作患者颈动脉粥样硬化斑块和血脂的影响[J]. 临床神经病学杂志, 2006, 19(2): 133—135.
- [7] 王琴, 朱浩, 王璇, 等. 半夏白术天麻汤治疗颈动脉粥样硬化斑块疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(13): 1752—1753.
- [8] 赵萍, 陈浩, 洪永敦, 等. 温胆泄浊法对痰浊型高血压病患者血管内皮舒张功能与粥样硬化改善作用的超声研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(1): 21—24.
- [9] 栗璇, 巫祖强. 醒脑开窍针刺法配合辛伐他汀治疗颈动脉斑块观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(5): 445—446.
- [10] 吕明庄, 陈波, 张遵真, 等. 芦荟提取物对衰老模型鼠抗自由基损伤DNA作用的实验研究 [J]. 中国医药学报, 2003, 18(3): 136—138.
- [11] 寇俊萍, 华敏, 严永清. 当归芍药散对小鼠免疫功能的影响[J]. 中国现代应用药学, 2003, 20(3): 171—173.
- [12] 赵晖. 杜仲叶药理作用研究(1)-抗衰老作用[J]. 国外医学·中医中药分册, 2000, 22(3): 151—154.



# 清络散血治疗血管炎感悟

中国中医科学院西苑医院 房定亚

血管炎在风湿病中，既是病名又是病理表现。就病名而言是一个大家族，如大动脉炎、结节性多动脉炎、韦格纳肉芽肿、过敏性紫癜、显微镜下多血管炎、白塞病等多种。命名的依据来源于受累血管的大小、部位或病理特点<sup>[1]</sup>，而基本病理表现则均为血管坏死和炎症病变<sup>[2]</sup>。其主要发病机制与感染原对血管的直接损害和免疫异常介导的炎症反应这两方面的因素有关<sup>[2]</sup>。因此可以认为，本类疾病病因分为两端，外因是感染外界致病因素，内因是体内异常免疫介质，两者综合作用的结果，是体内抗原、抗体、免疫复合物的出现，以及内皮细胞和淋巴细胞的活化，多种炎症介质的蓄积，造成血管壁炎性细胞浸润，血管内皮细胞损害、肿胀、通透性增加，进而导致管腔狭窄或扩张、血栓形成、微循环障碍、出血、坏死等，可以出现皮温升高，皮肤红肿，或各种形式斑疹，结节，溃疡，紫癜，血疱，红线，齿衄，鼻衄，便血，尿血以及痒痛等症状。

根据对上述血管炎的病因、病理以及临床症状的分析，窃以为血管炎是热毒入营伤及血脉的“络病”。人体络脉系统，分为“阳络”与“阴络”，“络病”则是全身性的，即多为“阴阳络俱病”，也就是西医所谓“系统性病变”。但我们肉眼所观察到的多是阳络病变，分析病情、判断疗效也多从阳络病变着眼，并以此推测阴络病变的程度和预后。通过对“阳络病证”诊疗的临床实践，我萌生了“清络散血治络病”的观点，经临床验证这种治则确有实效，故仅就血管炎的皮肤表现，谈谈我的治疗感悟与同道共商。

## 一、犀角地黄汤

犀角地黄汤由犀角、生地黄、芍药（赤芍）、丹皮四味药物组成，缘犀角为国家禁用品，可用水牛角代用。四药合用，共奏清热解毒凉血散血的功效，被广泛用于各科。我常用于治疗皮肌炎、成人斯蒂尔病以及红斑狼疮等所导致的血管炎。

病案举例：清络散血治疗皮肌炎所致血管炎。

陈某，女，43岁。主诉：全身泛发红色皮疹11个月，加重1月余。病始不明原因，出现前额、两颊、胫前区红色皮疹，略凸出皮表，皮肤瘙痒，但压之不退色，对阳光不过敏。转诊于各多家医院，最后诊为皮肌炎。外院与足量泼尼松和甲氨蝶呤治疗，病情有所好转，停药后病症复发，周身泛发皮疹，低热，遂收住院治疗。检查：颜面、颈前、胸前区、颈后及后背上部可见弥漫性紫红色皮疹，双上肢散在红色皮疹，略高出皮肤，肌力正常，血常规、肌酶谱正常，但肌电图示肌源性损害。舌暗红，苔黄腻，脉数。诊为皮肌炎，证属热毒伤及络脉，淫血溢瘀。治宜清络散血，化斑祛瘀。予犀角地黄汤加味：水牛角30g（先煎），生地黄20g，牡丹皮10g，赤芍15g，生石膏60g（先煎），紫草15g，槐米10g，石韦20g，桑白皮15g，生甘草10g，日一剂，水煎服。

二诊：3剂后诸症好转，上方继服4剂。

三诊：皮疹颜色变浅，瘙痒有明显好转，但皮疹仍高于皮肤，且上肢发僵。仔细考虑，湿与热结，二者粘附不化，致使病症缠绵，遂予上方加白花蛇舌草、蒲公英、黄柏以清热利湿解毒，同时，恐湿热毒邪日久，耗伤气阴，又加生黄芪、知母顾护气阴，续服7剂，皮疹基本回落，上肢僵硬、肌肤瘙痒全无。

犀角地黄汤是我常用方，治疗血管炎有实效，经得起重复。原方本意，清热解毒，凉血散血，治疗络病出血。综合现代对其整方和拆方研究，该方能活血止血，改善血循环，促进免疫复合物的清除，又能减少多种炎症介质的产生，有较好的调节免疫和抗炎作用，符合中西医治疗血管炎医理。

## 二、当归饮子

当归饮子由当归、白芍、生地、川芎、何首乌、黄芪、荆芥、防风、白蒺藜、甘草组成。全方共奏和血祛风，清络散血的功效。该方被用于变态反应性皮肤病，也为风湿科所常用，我常以此方为

基础加味，治疗风湿热、风心病，以及变态反应性皮肤病，如药疹、荨麻疹、风疹等。

**病案举例：清络疏风治疗药物过敏引起的血管炎。**

陈某，女，45岁，因发热服解热镇痛药后，全身泛发皮疹，经治周余病症不减。就诊于我处时，皮肤泛红，颜面微肿，皮肤布满红疹，形似红高粱嵌入满身，日夜奇痒，心烦难以入眠，抓痕累累，舌红，苔少，脉细数，尺肤微热。即诊为过敏性血管炎，证属毒热入络，血脉凝滞。治宜清络散血，疏风消疹。予当归饮子加味：当归10g，赤芍12g，川芎10g，生地黄15g，生黄芪20g，荆芥10g，防风10g，制首乌12g，白蒺藜10g，黄芩10g，丹皮10g，生甘草10g。水煎服，日一剂。药尽3剂，病症显着好转，皮疹逐渐回落，面浮、肤热皆退，继服7剂症状全无。

当归饮子原方主治“心血凝滞，内蕴风热”，症见“皮肤遍身疮疖，或肿，或痒，或脓水浸淫，或发赤疹”。我常以此方治疗过敏性血管炎，每每获效。究其所以然者，因过敏性血管炎的证情与原方主治相同，并参照现代中药药理，当归饮子整方有抗炎、抑制变态反应作用，抑制炎症介质释放，对皮肤致敏、速发和迟发过敏有效。

### 三、麻黄连翘赤小豆汤

麻黄连翘赤小豆汤由麻黄、连翘、赤小豆、杏仁、生梓白皮（桑白皮）、甘草、生姜、大枣组成。有疏风通络、双解湿毒之功。主治湿毒内陷，黄疸性肝炎，肾炎，肾病综合征。我常用于变态反应性皮肤病，如荨麻疹，湿疹，过敏性紫癜以及紫癜性肾炎等。

**病案举例：疏风清络、散血消斑治紫癜性肾炎。**

孙某，女，46岁。主诉：间断双下肢紫癜，伴血尿、蛋白尿32年，加重2周。病始曾与外院就诊，予强的松和来氟米特治疗，症状一度缓解。先后2次因外感复发，服中药好转。2周前再次外感，紫癜症状第3次反复。就诊时见：双踝周围布满紫癜，并感刺痒，伴尿潜血++++，RBC 28.8/HP，自觉疲惫，下肢无力，咽喉不利，素日容易外感，纳佳，大便

调，舌暗红，苔白，脉细弱。遂诊为过敏性紫癜，紫癜性肾炎，证属风毒化热伤络，营血溢瘀。治以疏风清络，散血消斑，麻黄连翘赤小豆汤加味治疗。麻黄6g，连翘12g，赤小豆30g，桑白皮15g，杏仁10g，生甘草10g，黄芩10g，生黄芪30g，防风10g，赤芍10g，紫草12g，仙鹤草15g，茯苓15g。水煎服，日一剂，连服10余剂，乏力减轻，咽喉清爽，紫癜未新发，但旧斑仍存。考虑病史较长，热毒深伏络脉，损伤气血较重，非重剂不胜，遂在麻黄连翘赤小豆汤基础上合生黄芪30g，银花30g，当归30g，土茯苓30g，黄芩10g，即三两三方加味。又服14剂，为加强祛风解毒力量，又与祛风解毒颗粒（院内制剂）。经治1个月，复查尿常规两次，尿蛋白、潜血皆阴性。双踝周围未出新发紫癜，仍有陈旧色素沉着。

麻黄连翘赤小豆汤为双解剂，内清湿热，外散表邪，主治湿热黄疸及湿毒内陷。我常以此方为基础加味用于治疗紫癜、紫癜性肾炎，以及急性肾炎水肿。若问所以然者，因为该方能清宣湿毒内陷诸症，而紫癜性肾炎正属湿毒内陷病，并参以现代药理，诸药有抗变态反应作用，所以用于治疗过敏性紫癜、湿疹、荨麻疹有效。

传统理论认为，有诸内必形诸外，所以血管炎不仅存在皮肤病变，内脏也往往受累，称之为系统性血管炎。因此，上面诸方不仅治疗血管炎皮肤病变有效，对红斑狼疮，皮肌炎，成人Still病，过敏性紫癜等疾病所导致的肾脏、肝脏、心脏、以及血液系统损害也有良效。临床如能辨病与辨证相结合，参照现代药理成果，配伍具有抗变态反应、免疫调节作用的药味，则可进一步增强疗效。

### 【参考文献】

- [1] 唐福林. 风湿免疫科医师效率手册[M].1版.北京:中国协和医科大学出版社, 2001:112-113.
- [2] 蒋明, 张奉春. 风湿病诊断与诊断评析[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2004: 241

# 试论中药治疗慢性咳嗽

新加坡同济医院 黄美龄

**慢性咳嗽**是指既往无相应的慢性呼吸系统疾病病史，胸部体检和胸片都无异常发现，也就是排除了肺癌等器质性疾病，应用常规抗感染或镇咳治疗无效。此类患者最易被医生和病人自己所疏忽，慢性咳嗽病因繁多且涉及面广。很多患者长期被误诊为“慢性支气管炎”或“支气管炎”，大量使用抗菌药物治疗无效，常因诊断不清反复进行各种检查，不仅增加了患者痛苦，也加重了患者经济负担。影响患者的日常工作和生活质量，增加了药物不良反应的发生。另外，频繁的咳嗽可能引起多种并发症。

## 慢性咳嗽的并发症：

许多疾病伴有咳嗽症状，需要与咳嗽变异性哮喘鉴别的疾病包括COPD、慢性支气管炎、胃食道返流诱发的咳嗽、反复呼吸道感染(recurrent respiratory tract infections, RRTI)、典型哮喘、后鼻孔滴漏综合症(PNDS)、支气管内膜结核和血管紧张素转换酶抑制剂诱发的咳嗽等，这些疾病是慢性咳嗽常见病因。

在诊断咳嗽变异性哮喘时需要仔细排除这些疾病。此外，慢性心功能不全、食道裂孔疝、高血压病，气道炎症、肿物、异物、以及烟雾刺激、焦虑等都可导致慢性咳嗽。

## 慢性咳嗽症状和体征

超过3周的咳嗽称为慢性咳嗽。也有学者认为咳嗽8周才可称为慢性咳嗽。引起慢性咳嗽的五大病因为：

1. 鼻后滴漏综合症、
2. 咳嗽变异性哮喘、
3. 胃食道反流、
4. 慢性咽喉炎、
5. 心因性咳嗽。

### 1. 各种鼻、咽、喉疾病引起咳嗽

慢性咳嗽，很多人会立刻想到支气管炎或慢性咽炎。鼻炎也是引起慢性咳嗽的罪魁祸首之一。

鼻炎、鼻窦炎都可以引发慢性咳嗽，因为患者的

鼻腔分泌物从鼻咽部返流到咽喉部，这些分泌物中含有导致咳嗽的致病因素，刺激咽喉部或气管从而引发咳嗽，这在医学上被称为“鼻后滴漏综合征”。

此类疾病在临床中统称为鼻后滴流综合征，是一种常见引起慢性咳嗽的疾病，现命名为“上气道咳嗽综合征”。它的特点是发作性或持续性咳嗽，以白天咳嗽为主，入睡后较少咳嗽，鼻后滴流和(或)咽后壁黏液附着感，有鼻炎、鼻窦炎、鼻息肉或慢性咽喉炎等病史，检查发现：咽后壁有黏液附着、鹅卵石样观。普通感冒引起咳嗽也可能是鼻后滴流刺激所致。普通感冒可被认为是一种鼻后滴流综合征。由于普通感冒是人类最常见的疾病，故鼻后滴流综合征是引起咳嗽最常见的原因之一。近年来随着气候变迁，大气污染加重，患者叠进感冒药、滥用抗生素等，使本病发病日趋增多。

## 中药治疗：

鼻通灵合响声铁笛

鼻通灵

药物组成：辛夷，苍耳子，白芷，金银花，连翘，防风，藿香，鹅不食草，薄荷

响声铁笛<万病回春>

药物组成：桔梗，连翘，诃子，阿仙药，砂仁，川芎，大黄，薄荷，甘草

## 2. 胃食管反流性咳嗽

咳嗽是胃食管反流最常见的食管外症状之一，其次为咽球感和(或)咽部异物感、咽喉灼痛、声音嘶哑。其咳嗽多为刺激性干咳，亦可表现为有痰的咳嗽。绝大多数为白天咳嗽，个别表现为夜间咳嗽，常伴胃灼热、反酸及胸痛、恶心等消化系统症状。

但临幊上也有不少患者完全没有反流症状，咳嗽是其惟一的临幊表现。24小时食道Ph监测可以诊断。其机理不清，可能与咽、喉、气管的咳嗽受体，受反流物刺激有关。使用制酸剂或促胃肠动力药(如吗丁啉)或H2受体阻止剂、质子泵抑制剂可迅速减轻，但明显改善需5个月。中药辨证治疗对缓解病情效果较为明显。

失所统而妄行脉外，发生出血。在病因病机方面、认为“夫百病之所生者，必起于燥湿寒暑风雨、阴阳喜怒、饮食起居。”故外感六淫、饮食起居及内伤七情等因素者。皆能引起脾胃功能失调，而血液病的发生，又与脾胃功能失调息息相关。

#### 4. 脾与化气利水的关系：

脾主运化、一是运化水谷精微为生化之源，以滋养全身各部；二是运化水湿、将机体所需的水液上输于肺、经肺的宣降、内而灌养五脏六腑、外而滋润肌腠皮毛、其浊者、一部分化为汗液、而排出体外，一部分经肾下至膀胱为尿。可見脾在机体的水液代谢过程中起着转输的重要作用、若脾失健运、水湿内停，则泛滥肌肤而为水肿。所以健脾化气利水是泌尿系统疾病的重要治疗方法。

#### 5. 脾胃与风湿疾病的关系：

脾属中央、禀气于胃、浇灌四旁、为人体气机升降之枢纽、生理活动之中心。脾气散精、脾气上升，将营卫气血津液敷布于四肢以温煦滋养、营养维系内脏、筋膜、肌肉等组织、脾气健运、营养充分、则筋膜肌肉健壮、亦即《素问·阴阳应象大论》所言“清阳实四肢”之意。《素问·五脏生成论》“肾之合骨也，其荣发也，其主脾也。”肾者，先者之本、主骨生髓而肾气赖以后天脾胃的滋养。《素问·痹论》“饮食居处、为其病本。”强调痹证发病不仅与外感风寒湿邪有关，还与饮食生活环境有密切系。同时，痹证的发病还与情志有密切关系。脾主思，思虑过度、忧思则日久、则直接损伤脾土或引起脾气郁结、脾脏功能受损、主要表现为脾运化无力、胃受纳腐熟失职、出現神疲乏力、食欲不振，腹胀便溏、甚至泄泻或便秘。人体正气损伤和肠胃损伤的情况下容易导致痹证。李东垣说：脾胃有病则“五脏六腑、十二经、十五络，四肢皆不得营卫之气、而百病生焉。”可見脾胃失健与风湿性疾病有着密切关系。在风湿病中、湿邪重浊粘滞、易犯脾胃、而脾失健运又致湿浊内生，湿聚成痰，阻滞经络；脾胃虚弱、元气不足、阳气不能固护体表、故易受邪、不任风寒，脾胃健运、不受外湿、不生内湿、邪难停滞、中土健运、有利于药物发挥作用、而缩短病程。

#### 6. 脾胃与心脏关系：

脾胃与心脏有经络相通、生理上息息相关，病理上相互影响。心与脾胃的气血阴阳关系表现在心主血脉、全身的血液在脉中运行，均依赖于心脏的正常搏动而输送至全身。心气充沛、血液充盈和脉道通利、是血液正常运行的前提条件、气血充足有赖于脾胃后天之本的生化。血液于脉中运行、依赖脾气之统摄方不致溢于脉外。心主神志，血液是神志的活动物质基础、脾在志为思，思则气结、气结则气血流通失常，影响心主神明。因此脾胃运化正常，气血充足则神明得养、神志得安、故说心脏功能的正常运行有赖于脾胃的正常生理功能。脾胃与心脏在生理上密切相关、若脾胃先天不足或脾失健运，可引发一系列的心脏病理状态。

#### 总结：

張景岳提出“后天养先天”之说，认为“凡先天之有不足者，但得后天培养之力、到补先天之功、亦可居其强半。”徐春圃在《古今医统》中则直言：“治病不察脾胃之虚实，不足为太医。”亦足見前人在内伤杂病的治疗中、以调补脾胃为主的治疗思想、是深得脏腑辩论之真谛。原因是脾胃为后天之本，气血生化之源。亦为气之根本、五脏六腑，四肢百骸、周身经络、无不赖此而濡养、若脾胃受伤、则它脏亦将“皆无以受气而俱病。”此时调理脾胃、脾胃复建，则它脏之病便可自愈；当它脏有病、涉及脾胃之时，调理脾胃，充实后天以治它脏之病、则更属势在必择、若危重之证，顾护胃气乃是当务之急，“有胃气则生，无胃气则死。”总之，在临幊上不论是脾胃先伤还是后病、都应该无病早防、有病防变。“見肝之病、当先实脾”是中医临幊的“治未病”原则，防范于未然；既病之传、实脾为先机、確是内伤杂病提高治疗效果的奥窍处、正所谓“脾胃安则五脏自安”。近年来，中西医几乎一致认为调治脾胃是中医治疗体系中的一个独特的重要环节。

# 中药排除人体垃圾

新加坡同济医院 陈金生

## (1) 人体垃圾的定义

人体垃圾是人体不需要的甚至对人体有害的物质，如血脂、瘀血、乳酸、尿酸、脂肪、自由基、尿素、宿便、结石、积水、坏死的细胞、食品中的毒素（添加剂，防腐剂）、农业的毒素（杀菌剂，除草剂，杀虫剂），以及各种各样的毒素等等。这些人体垃圾的来源一是从外界接触人体或进入人体，如大气污染，农业残留毒素，化学药品或化妆品中的重金属等；一是内在产生的垃圾，如新陈代谢的废物，蛋白质代谢产生的毒素，宿便经肠道有害菌分解所产生的毒素等。

据估计，成年人身体有3公斤-25公斤的垃圾，分别分佈在人的脸、两手、两脚、毛发、身体内部。

## (2) 人体垃圾致病的临床症状

恶心呕吐、饱胀不适、嗳气、呃逆、腹痛。腹泻、便秘、食欲减退、肥胖、口臭、头痛、头晕、睡眠障碍、嗜睡、乏力、感觉迟钝、情感淡漠、意识丧失、辗转不安、肌肉震颤、黄褐斑、痤疮、湿疹、皮肤瘙痒、关节周围及软组织出现明显红肿热痛、肌肉酸痛、胸闷、呼吸困难、水肿、尿量减少等等。

## (3) 排除人体垃圾的途径

1. 皮肤：皮肤是人体最大的器官，皮肤分佈有汗腺，皮肤的垃圾可以通过发汗排出体外，如积水，盐，代谢废物和重金属等。

2. 肠道：食物及饮水含有不少的毒素，它们和未经吸收的残渣通过肠道排出体外，此外，肝脏的代谢废物也经胆汁通过肠道排出体外。

3. 肾脏：人体的血液里含有大量的毒素，血液经过肾脏时，毒素也经过肾脏，除非肾脏功能出现问题，否则毒素不会停留在肾脏，而是透过肾小球的过滤和肾小管的分泌，经尿液排除体外。

4. 肺脏：肺脏每天都在进行呼吸作用，吸入有用的氧气，呼出二氧化碳及其他废气，呼出的气体成分有氮气、氧气、二氧化碳、氢气、氩气、一氧化碳、水蒸气、甲醇、乙醇、氨、丙酮。此外，气管，支气管腺体和环状细胞不断有小量分泌物排除，吸附吸入的尘埃，细菌等，借助柱状上皮细胞纤毛的摆动，将其排向喉头，随唾液吞入胃里，但如果分泌物大量增加，则形成痰液，借咳嗽的动作咳出体外。

5. 肝脏：食物中所含的各种有毒物质及在肠道内代谢产生的毒素，在肝脏内经过氧化，还原，乙酰化，甲基化等多种化学反应，转变为无害的物质。血液及淋巴内的毒素都要靠肝脏过滤处理，将它们分解，代谢或转化。肝脏是人体最大的解毒器官。

6. 免疫器官：免疫器官由胸腺、骨髓、淋巴结、脾、淋巴细胞、粘膜淋巴组织组成。免疫器官里有一种吞噬细胞，它除了能吞噬细菌，病毒，还能吞噬人体不断产生的垃圾，是人体的清道夫。吞噬细胞分大吞噬细胞及小吞噬细胞，大吞噬细胞由单核细胞及巨噬细胞组成，单核细胞一般在两三天就固定在人体器官及组织内部，分化成巨噬细胞。小吞噬细胞由中粒性细胞，嗜酸性粒细胞组成，而以中粒性细胞的吞噬能力较强。

7. 眼耳鼻：眼泪能冲刷眼球表面上的垃圾，保持眼球的清洁，眼泪还能杀死细菌。在外耳道有一种黄白色的碎屑，它是外耳道的耵聍腺和皮脂腺所分泌的粘稠分泌物，能将灰尘和皮肤的脱屑粘在一起排出体外。人的鼻腔粘膜时时都在分泌粘液，粘住由空气中吸入的灰尘，花粉，微生物，阻止它们进入呼吸道引起感染。

## (4) 排除人体垃圾的中药

1. 解表中药：解表中药一般具有发汗或促进汗

腺分泌的作用，通过发汗，把体内多余的水，盐，尿素及重金属排出体外。常用的中药有荆芥、防风、柴胡、薄荷、桑叶、菊花。此外，它们还分别具有抗氧化，降血脂，保肝，利胆，增加免疫功能的作用。

2. 泻下中药：泻下中药能刺激肠粘膜，使胃肠蠕动增加，把粪便排出体外。常用泻下药有大黄，火麻仁。大黄还具有保肝利胆，降血脂作用，还能促进尿素和肌酐随尿排出体外，使血中尿素和肌酐明显下降。火麻仁另有降血脂和抗氧化的作用。

3. 利水中药：常用利水药有茯苓、泽泻、猪苓、金钱草、茵陈、薏苡仁，它们都具有利尿作用。茯苓还能降血糖，保肝，增加免疫功能，猪苓能增加免疫功能，金钱草能抑制尿道结石，利胆，抗氧化，茵陈降血脂，利胆保肝，薏苡仁降血糖，增加免疫功能。

4. 祛痰中药：痰液能吸附支气管及气管的细菌和各种垃圾并排出体外，祛痰中药能促进呼吸道的分泌功能，稀释痰液，使痰液容易咯出。常用祛痰中药有苦杏仁、半夏、浙贝母、桔梗。苦杏仁还有泻下，降血糖，增强免疫的功能，半夏降血脂，桔梗降血糖，降血脂，利尿。

5. 保肝中药：肝脏是人体最大的解毒器官，要消除人体垃圾，保护肝脏及不让肝脏生病(肝硬化，脂肪肝，肝纤维化等)是很重要的。凡能增强肝脏的解毒功能，促进肝细胞再生，防止肝硬化，减轻脂肪肝，防止各类毒素造成肝损伤的中药都叫保肝中药。常用保肝中药有三七、大黄、五味子、当归、苍术、何首乌、茵陈、茯苓、枸杞子、黄芪。其中三七有抗血栓，抗氧化，调节代谢，调节免疫功能的作用，五味子抗氧化，增强免疫功能，当归抗血栓，抗氧化，降血脂，增强免疫功能，苍术利尿，降血糖，何首乌降血脂血糖，抗氧化，增强免疫功能，枸杞子降血糖血脂，抗氧化，增强吞噬细胞功能，黄芪抗氧化，降血脂，增强免疫功能。

6. 补虚中药：补虚中药可调节人体的免疫功能，当人体免疫功能处于低下时，能提高人体的

免疫功能，当人体免疫功能表现亢进时，则降低免疫功能。补虚中药大部分能增强巨噬细胞的吞噬作用。常用补虚中药有人参、党参、黄芪、沙参、麦冬、女贞子、甘草、白术、山药、刺五加、枸杞子、当归、何首乌、白芍、冬虫夏草、肉苁蓉、淫羊藿、鹿茸。除了补虚，它们还有其他功能，或降血糖，或降血脂或抗氧化。

7. 化瘀中药：当血管受损，血液中的血小板和纤维蛋白会聚集形成血块，以避免继续出血，但血块如果脱落，随血液卡在肺脏或其他重要的器官的动脉，就会形成致命的血栓栓塞症。血栓是垃圾，而且是致命的垃圾。化瘀中药可以抑制凝血，促进纤维蛋白溶解，抑制血小板功能，抗血栓形成。常用化瘀中药有川芎、延胡索、五灵脂、丹参、红花、益母草、鸡血藤、三棱、莪术。红花尚能降血脂，鸡血藤利尿，莪术保肝。

## (5) 后记

凡人要活着，就要吃要喝，要吃要喝就会带来垃圾，吃喝一辈子，垃圾就跟随你一辈子，吃喝和垃圾伴随你一生。应对人体垃圾，应以防和养为主，防避外界的垃圾，养壮自身的清洁团队，选择具有排除垃圾的中药和饮食，把人体垃圾减少到最低程度。

### 《内经》载四季养生之道

#### 春

春三月，此为发陈，天地俱生，万物以荣，夜卧早起，广步于庭，被发缓形，以使志生，生而勿杀，予而勿夺，赏而勿罚，此春气之应养生之道也。

#### 夏

夏三月，此为蕃秀，天地气交，万物华实，夜卧早起，无厌于日，使志无怒，使华英成秀，使气得泄，若所爱在外，此夏气之应养长之道也。

# 世界中医药学会联合会内科专业委员会 第四届国际中医内科学术论坛·专题演讲

2015.11.08 新加坡



北京中医药大学东方医院陈志刚教授



首都医科大学附属北京世纪坛医院冯兴中教授



成都中医药大学附属医院张晓云教授



北京中医药大学东直门医院徐红日教授



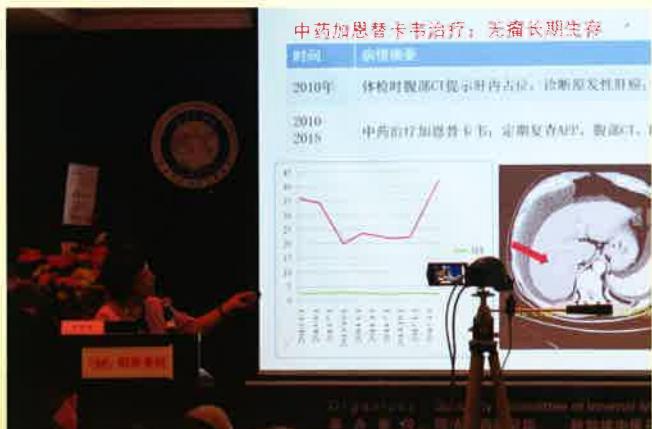
北京中医药大学东直门医院赵明镜教授



北京中医药大学东方医院张晓梅教授

# 世界中医药学会联合会内科专业委员会 第四届国际中医内科学术论坛·主题演讲

2015.11.08 新加坡



北京市传染病研究所李秀惠教授



北京中医药大学东直门医院高颖教授



新加坡中医学研究院张立清高级讲师



北京中医药大学东直门医院姜良铎教授



大会会场