

同济医药研究院（新加坡）主办

同济医药

TONG

JI

YI

YAO



Established by Thong Chai Institute of Medical Research

2019年12月·第七期



同济医药研究院
赠阅

MCI (P) 069/11/2019



同济医药研究院第9届（2019 – 2021）董事会

Thong Chai Institute of Medical Research
9th Term (2019 – 2021) Board of Directors

17-06-2019



- 主席:** 林源利
- 副主席:** 张克荣 杨应群
- 秘书长:** 刘廷辉 **副秘书长:** 张国强
- 财政:** 林镇川 **副财政:** 陈笃汉
- 学术组主任:** 郑黄芳 **学术组副主任:** 张骏发(科研、高等教育)
李慧敏(继续教育)
- 董事:** 邱武烈 卢金玉 鲁小健 陈慧贞
陈泉铭 蓝忆婷 陈姿吉 郭艳萍

《同济医药》征稿启事

1. 本刊欢迎医理论述、临床研究、医界讯息、医家病案等文稿，亦欢迎投稿英文撰写的文章。
2. 来稿要求研究资料真实、字迹清楚、图表清晰、文字通顺规范。
3. 来稿字数应不超过5000字，并附第一作者职称、参考文献。
4. 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。
5. 作者请留底稿，任何稿件，本刊一概不退还。
6. 来稿文责由作者自负，如有侵权行为，本刊不承担任何责任。
7. 若自投稿之日起，1个月未收到任何稿件处理通知的作者，可与本刊编辑部联系。严禁一稿多投，一经发现，本刊一律退稿；若发现一稿多用，对于未发表的稿件本刊将立即退稿，对于已发表的稿件，将发布撤稿声明。
8. 来稿刊出后，赠送应期杂志两册，以资感谢（敬请附上邮寄地址）。
9. 来稿务求用电子版电邮至编辑部tjyy2013@stcmi.org.sg。

《同济医药》 2019年第七期目次

磁珠耳穴贴压治疗乳腺癌相关性失眠疗效观察.....	曾志豪等 (01)
非小细胞肺癌的西医治疗与靶向治疗副作用的中医应对.....	陈泉铭 (04)
肾病综合征的认识及中医中药如何配合西医治疗.....	张骏发 (06)
浅谈大黄治疗慢性肾衰竭的运用.....	林韦翰 (09)
中西医治疗糖尿病的简介.....	陈姿吉 (12)
痛风性关节炎的中药治疗研究进展.....	洪秋惠 (16)
陈巧凤博士中医药治疗肿瘤的临床思路.....	许子欣等 (19)
卢金玉医师治疗男性畸形精子症经验浅析.....	洪湘菱 (21)
侯锡光医师治疗中风后遗症的治疗思路.....	李嘉雯 (23)
谭翠蝶医师治疗膝骨性关节炎的经验介绍.....	陈慧贞 (25)

《同济医药》杂志

2019年(年刊) 第七期

2019年12月出版

2013年12月创刊

主办单位: 同济医药研究院

出版单位: 同济医药研究院

地 址: 振瑞路50号 #01-02 同济大厦
新加坡邮区169784

顾 问: 林源利 BBM

学术顾问: 曹洪欣 王庆国 杨关林 林叶青

出 版 人: 刘廷辉

主 编: 郑黄芳

副 主 编: 林昀杉 张骏发

编 委: 张国强 卢金玉 鲁小健 陈泉铭
陈姿吉 蓝忆婷 陈慧贞 李慧敏
林理铄 颜添乙 郭艳萍

Vol 7, 2019 (Yearly Journal)

Published on December, 2019

Established in December, 2013

Sponsor: Thong Chai Institute of Medical Research

Publisher: Thong Chai Institute of Medical Research

Address: 50 Chin Swee Road #01-02 Thong Chai Building
Singapore 169874

Advisor: Lim Guan Lee BBM

Academic Advisors: Cao Hongxin Wang Qingguo
Yang Guanlin Linn Yeh Ching

Publisher: Low Theng Whee

Chief Editor: Zheng Huang Fang

Deputy Editor: Lam Yun Shan Teo Chun Huat

Editorial Members:

Teo Kok Keong	Loh Kim Gek	Lu Xiao Jian
Tan Quan Ming	Tan Tze Kiat	Na Yi Ting
Tan Hui Chin	Lee Hui Min	Lin Lay Yiak
Yen Tian Yi	Quek Yan Peng	

磁珠耳穴贴压治疗乳腺癌相关性失眠疗效观察

曾志豪 侯丽

【摘要】目的：观察磁珠耳穴贴压辅助治疗乳腺癌相关性失眠患者的临床疗效。

方法：采用随机、对照的临床研究方法，将42例合格病例随机分为对照组和治疗组各21例。对照组予常规中药治疗，治疗组在此基础上采用磁珠耳穴贴压，两组均治疗28天，观察其匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）变化情况，并对其失眠疗效进行评价。

结果：两组之间疗效差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。两组均能有效改善PSQI总分、睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率（ $P<0.05$ ），治疗组亦能改善入睡时间、日间功能障碍（ $P<0.05$ ）。

结论：磁珠耳穴贴压能有效缩短患者的睡眠潜伏期和改善日间功能障碍。

【关键词】磁珠；耳穴贴压；乳腺癌；肿瘤相关性失眠

肿瘤相关性失眠于肿瘤相关性症状群中位居第二位^[1]，而在所有癌症病种中乳腺癌患者失眠发生率最高，占60%^[2]，严重影响患者生活质量与预后。目前常用于临床的镇静催眠西药起效虽快，但同时存在诸多副作用。耳穴贴压治疗为中医非药物特色疗法之一，操作简单，副作用少，

值得我们探讨其治疗乳腺癌相关性失眠的疗效。

1 临床资料

1.1 纳入标准

①乳腺癌诊断标准：有乳腺癌病理诊断；②失眠诊断标准：根据《中国精神障碍分类与诊断标准》第三版（CCMD-3）^[3]；③自诉乳腺癌诊断前无失眠表现；④肝郁脾虚证诊断标准：参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[4]；⑤知情同意，自愿参加。

1.2 排除标准

①不符合纳入标准；②剧烈疼痛、恶心、呕吐等原因所导致的睡眠障碍；③对胶布过敏；④存在严重并发症；⑤精神病患者。

1.3 一般资料

病例来源于2018年9月至2019年1月北京中医药大学东直门医院血液肿瘤科及北京中医药大学第三附属医院肿瘤血液科的门诊患者。42例女性患者随机分为治疗组和对照组各21例。两组患者年龄、病程、KPS评分、匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。详见表1~2。

表1 两组年龄、病程、KPS评分比较

组别	例数	年龄	病程		KPS评分
			($\bar{x} \pm s$, 岁)	[$M(P_{25}, P_{75})$, 月]	[$M(P_{25}, P_{75})$]
治疗组	21	53.67±7.16	28.0 (12.5, 40.5)		90.0 (90.0, 90.0)
对照组	21	55.81±11.17	44.0 (18.0, 70.0)		90.0 (90.0, 90.0)
t/Z		-0.74	-1.81		-0.03
P		0.464	0.070		0.973

表2 两组治疗前PSQI比较 [$M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物	日间功能障碍	总分
治疗组	21	2.0(2.0, 2.0)	3.0(1.5, 3.0)	3.0(2.0, 3.0)	3.0(2.0, 3.0)	2.0(1.0, 2.0)	0.0(0.0, 0.0)	1.0(0.0, 3.0)	13.0(11.0, 16.0)
对照组	21	2.0(2.0, 2.0)	3.0(1.0, 3.0)	2.0(1.5, 3.0)	3.0(1.5, 3.0)	2.0(1.0, 2.0)	0.0(0.0, 0.0)	2.0(1.0, 2.5)	12.0(9.5, 14.0)
Z		-1.40	-0.67	-1.66	-0.65	-0.91	-0.23	-0.40	-1.28
P		0.162	0.506	0.097	0.518	0.361	0.816	0.687	0.201

2 治疗方法

2.1 对照组

予常规中药治疗，中药汤剂以疏肝健脾为主要治法，以逍遥散、加味逍遥散、柴胡加龙骨牡蛎汤等为基础方。

2.2 治疗组

于常规中药治疗基础上采用耳穴贴压治疗。耳穴主穴选取心、神门、皮质下、交感、枕，配穴选取肝、脾，耳穴定位根据中华人民共和国国家标准GB/T 13734—2008《耳穴名称与定位》^[5]。

操作者先以75%乙醇棉球将局部消毒,用探针定位耳穴后,将磁珠耳贴贴敷于耳穴。每天按揉3次,每次每穴2分钟,以局部酸、麻、胀、痛为度。每3~4天换一次耳贴,先左耳后右耳,双侧交替,14天为1个疗程,共治疗2个疗程。

3 治疗效果

3.1 观察治疗

采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表评价睡眠情况,积分越高说明睡眠情况越差。

3.2 疗效标准

根据《中药新药治疗失眠的临床研究指导原则》^[6]:①痊愈:睡眠时间恢复正常或夜间睡眠时间>6h,睡眠深沉,醒后精神充沛;②显效:睡眠明显好转,睡眠时间增加>3h,睡眠深度增加;③有效:症状减轻,睡眠时间较前增加<3h;④无效:治疗后失眠无明显改善或反加重。

3.3 统计方法

采用 SPSS 21.0 统计软件进行数据分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)或中位数和四分位数 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 进行描述;计数资料用频数(构成比)进行描述。组间计量资料比较数据为正态性分布用独立样本t检验,非正态性分布用Mann-Whitney U 检验,计数资料用卡方检验;组内计量资料比较数据为正态性分布用配对t检验,非正态性分布用Wilcoxon符号秩检验。检验水准为 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 即认为差异具有统计学意义。

3.4 结果

3.4.1 两组失眠疗效比较

治疗组总有效率为76.2%(16/21),对照组为66.7%(14/21),经卡方检验, $\chi^2=0.47$, $P=0.495$,其差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表3。

表3 两组失眠疗效比较[例(百分比, %)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效
治疗组	21	2 (9.5)	1 (4.8)	13 (61.9)	5 (23.8)
对照组	21	2 (9.5)	1 (4.8)	11 (52.4)	7 (33.3)

3.4.2 两组治疗前后PSQI量表评分比较

治疗组与对照组治疗后对比,其差异无统计学意义($P>0.05$);治疗组治疗前后对比,其PSQI总分、睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、

睡眠效率、日间功能障碍改善具有统计学意义($P<0.05$);对照组治疗前后比较,其PSQI总分、睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率改善具有统计学意义($P<0.05$)。详见表4。

表4 两组治疗前后PSQI比较 $[M(P_{25}, P_{75})]$

组别	治疗时间	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物	日间功能障碍	总分
治疗组 (n=21)	治疗前	2.0(2.0, 2.0)	3.0(1.5, 3.0)	3.0(2.0, 3.0)	3.0(2.0, 3.0)	2.0(1.0, 2.0)	0.0(0.0, 0.0)	1.0(0.0, 3.0)	13.0(11.0, 16.0)
	治疗后	1.0(1.0, 2.0) ^{▲▲}	2.0(1.0, 3.0) [▲]	2.0(1.0, 2.5) ^{▲▲}	2.0(1.0, 3.0) ^{▲▲}	1.0(1.0, 2.0)	0.0(0.0, 0.0)	1.0(0.0, 1.0) [▲]	8.0(7.0, 12.5) ^{▲▲}
对照组 (n=21)	治疗前	2.0(2.0, 2.0)	3.0(1.0, 3.0)	2.0(1.5, 3.0)	3.0(1.5, 3.0)	2.0(1.0, 2.0)	0.0(0.0, 0.0)	2.0(1.0, 2.5)	12.0(9.5, 14.0)
	治疗后	1.0(1.0, 2.0) ^{▲▲}	2.0(1.0, 3.0)	2.0(1.0, 2.0) [▲]	2.0(0.0, 3.0) [▲]	1.0(1.0, 2.0)	0.0(0.0, 0.0)	2.0(0.5, 2.5)	10.0(4.0, 13.0) ^{▲▲}

注:①两组间治疗后比较:睡眠质量: $Z=-0.83$, $P=0.408$;入睡时间: $Z=-0.63$, $P=0.526$;睡眠时间: $Z=-1.29$, $P=0.197$;睡眠效率: $Z=-0.27$, $P=0.791$;睡眠障碍: $Z=-0.29$, $P=0.771$;催眠药物: $Z=-0.15$, $P=0.885$;日间功能障碍: $Z=-1.69$, $P=0.091$;总分: $Z=-0.63$, $P=0.950$;②治疗组治疗前后比较:睡眠质量: $Z=-3.88$, $P=0.000$;入睡时间: $Z=-2.11$, $P=0.035$;睡眠时间: $Z=-2.84$, $P=0.005$;睡眠效率: $Z=-3.03$, $P=0.002$;睡眠障碍: $Z=-1.67$, $P=0.096$;催眠药物: $Z=-1.34$, $P=0.180$;日间功能障碍: $Z=-2.43$, $P=0.015$;总分: $Z=-3.66$, $P=0.000$;③对照组治疗前后比较:睡眠质量: $Z=-3.36$, $P=0.001$;入睡时间: $Z=-1.46$, $P=0.145$;睡眠时间: $Z=-2.14$, $P=0.032$;睡眠效率: $Z=-2.23$, $P=0.026$;睡眠障碍: $Z=-0.71$, $P=0.480$;催眠药物: $Z=-1.00$, $P=0.317$;日间功能障碍: $Z=-0.35$, $P=0.726$;总分: $Z=-3.17$, $P=0.002$;④与治疗前比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$

4 讨论

数据显示,肿瘤相关性失眠为第二常见的肿瘤相关性症状^[7],而在所有肿瘤病种当中,失眠在乳腺癌患者中发生率较高^[8],严重影响患者生活质量和预后。肿瘤相关性失眠的发病机制目前尚不清楚,研究显示,肿瘤患者睡眠障碍可能与中枢神经递质代谢紊乱有关,其中 γ -氨基丁

酸(γ -Aminobutyric acid, GABA)为中枢神经系统的抑制性神经递质,在睡眠时大脑皮层释放更多GABA,故认为GABA与睡眠-觉醒生理机能的调节有关^[9]。失眠能导致抑郁、焦虑状态,研究显示,失眠和抑郁状态之间存在重叠的症状,二者互为因果,相互促进,彼此共存^[10]。目前临床最常用于治疗肿瘤患者失眠问题的药物有GABA_A激

动剂(苯二氮卓类和非苯二氮卓类药物)、抗抑郁药物等。镇静催眠西药起效虽快,但同时存在依赖性、耐药性、停药后戒断反应等副作用。因此,探索一种操作简单,副作用又少的干预手法对于乳腺癌相关性失眠的治疗具有重要意义。

乳腺癌属于中医“乳岩”范畴。乳腺癌的发生与情志因素密切相关,其主要病机为木郁克土^[11],脾虚生痰,痰瘀互结于乳房。许多医家临证治疗乳腺癌时重视调理肝脾,其代表方有逍遥散、丹栀逍遥散、柴胡疏肝散等^[12]。失眠属于中医“不寐”范畴。乳腺癌患者肝失条达,魂不入肝,或脾虚生化乏源,心神失养而见失眠,故乳腺癌相关性失眠的主要病机亦为肝郁脾虚。有学者认为,由于乳腺癌相关性失眠的病因病机与乳腺癌的发生发展及抗肿瘤治疗等关系密切,因此乳腺癌患者失眠发生率较高^[13]。耳穴贴压治疗为传统中医外治法的一种。

《灵枢·口问》曰:“耳,宗脉之所聚也。”中医学认为,人体五脏六腑、四肢百骸通过十二经络与耳联系,故耳部穴位是机体于局部的反应点,而刺激耳穴能激发经气,调节经络,调整脏腑阴阳气血,使机体恢复阴平阳秘状态,从而达到治疗作用。现代医学认为,耳廓上的神经分布丰富。有学者提出,刺激耳上迷走神经能激活对应的副交感神经系统,并通过调节副交感神经系统的功能来改善睡眠情况^[14]。另有研究表明,耳穴治疗能通过增加椎-基底动脉血流速度来改善大脑的血供,从而改善睡眠情况^[15]。磁珠耳贴不仅能刺激耳穴,其磁场更是能作用于耳部神经,并通过神经传导来起到镇静作用^[16]。本研究所选取的耳穴心穴能安神定志;神门穴是调节大脑皮层兴奋和抑制功能的要穴^[17];交感穴能调节植物神经功能^[18];皮质下穴能调节大脑皮层功能^[17];枕穴能改善失眠所引起的不适症状如头晕、头痛^[19];肝穴、脾穴能疏肝解郁,健脾养血安神。

本研究在辨证论治方面兼顾了乳腺癌和乳腺癌相关性失眠的病机特点,选穴方面结合了中医耳穴理论和西医神经理论,既有中医辨证取穴,又有与西医脏器相对应的穴位,故可取得标本兼治的作用。结果提示,治疗组和对照组均能改善患者睡眠质量、睡眠时间和睡眠效率,治疗组亦能有效改善患者入睡时间和日间功能障碍,说明治疗组在改善患者睡眠潜伏期和日间功能方面优于对照组。

5 结语

磁珠耳穴贴压能有效缩短乳腺癌失眠患者的

睡眠潜伏期和改善患者日间功能障碍,且其具有操作便捷、方法简单、不良反应少等特点,值得在临床上推广。本研究属于前期临床研究阶段,尚存在样本量少和缺乏长期随访的不足,因此有待深入研究,以进一步明确磁珠耳穴贴压治疗乳腺癌相关性失眠的疗效与机制。

作者简介:曾志豪,男,2016级硕士研究生,研究方向:中西医结合防治恶性肿瘤及血液病。

导师简介:侯丽,女,北京中医药大学东直门医院血液肿瘤科主任,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中西医结合防治恶性肿瘤及血液病。

参考文献

- [1] 霍添琪,马云会.肿瘤相关性睡眠障碍发生原因及其中医护理干预研究进展[J].中国医疗管理科学.2018,8(1):48-52.
- [2] Dhruva A, Paul SM, Cooper BA, et al. A longitudinal study of measures of objective and subjective sleep disturbance in patients with breast cancer before, during, and after radiation therapy[J]. J Pain Symptom Manage. 2012,44(2):215-228.
- [3] 中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准.第3版(CCMD-3)[M].济南:山东科学技术出版社,2001,118-119.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:364.
- [5] 北京中医药大学,GB/T,13734-2008,耳穴名称与定位[S].北京:中国标准出版社,2008:6-8.
- [6] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则·第一辑[M].北京,1993:187.
- [7] 林汉瑜,林海波,张毅敏,等.肿瘤相关性失眠的中医治疗[J].中医临床研究.2018,10(2):27-29.
- [8] Davidson J R, MacLean A W, Brundage M D, et al. Sleep disturbance in cancer patients[J]. Soc Sci Med. 2002,54(9):1309-1321.
- [9] Lee R S, Steffensen S C, Henriksen S J. Discharge profiles of ventral tegmental area GABA neurons during movement, anesthesia, and the sleep-wake cycle[J]. J Neurosci. 2001,21(5):1757-1766.
- [10] 郝淑芹,孙海民,李德成,等.失眠患者焦虑抑郁的相关性研究[J].现代中西医结合杂志.2012,21(32):3535-3536.
- [11] 贾玫,何莹莹,李佳汝,等.情志因素与乳腺癌[J].中国临床医生.2011,39(6):28-29.
- [12] 念家云,于明薇,王笑民.健脾疏肝法治疗乳腺癌的临床研究概况[J].中华中医药学刊.2016,34(10):2472-2474.

(下接第8页)

非小细胞肺癌的西医治疗与 靶向治疗副作用的中医应对

陈泉铭

非小细胞肺癌的西医治疗

世界卫生组织根据其生物学、治疗及预后把肺癌分为2个主要类别：小细胞肺癌（SCLC）和非小细胞肺癌（NSCLC）。非小细胞肺癌占有肺癌病例的 $\geq 85\%$ ，并且它包括2个主要类型：1) 鳞状细胞（表皮）癌；和2) 非鳞状细胞癌（包括腺癌、大细胞癌和其他细胞类型）^[1]。早期疾病为I期或II期（淋巴结阴性），局部晚期疾病为II期或III期（淋巴结阳性）；晚期或转移性疾病是IV期^[2]。许多非小细胞肺癌患者有脑转移（30 - 50%），大大影响了他们的生活质量^[3]。

在治疗前执行病理评估的目的是对肺癌的组织类型进行分类、确定浸润程度、确定是否是原发性肺癌或转移性癌症，以及进行分子诊断研究来确定某些基因是否存在改变^[4]。手术、放疗和化疗是最常用于治疗非小细胞肺癌的3种方式。另外，靶向治疗可能对有特异性基因突变或重排的患者是非常有效的^[5]。取决于疾病状态，它们可以单独或组合使用。

手术切除是优先选择的局部治疗方式。一般情况下，对于I或II期疾病患者，手术治疗提供了治愈的最佳机会。重要的是得确定患者是否能够耐受手术；被认为不可进行手术的一些患者可能能够容忍亚肺叶切除和/或微创外科手术，如射频消融、冷冻疗法和立体定向消融放疗。很少针对IV期患者进行手术；然而，手术切除单发脑转移可改善某些IV期患者的生存期^[6]。

放疗在非小细胞肺癌各期都有着潜在的作用，无论是根治性还是姑息性治疗。现代放疗的重要目标是将肿瘤控制最大化，将治疗毒性反应最小化^[7]。立体定向消融放疗被推荐用于医学上不适合手术或胸外科评价后拒绝手术的早期患者。不可手术的II期和III期患者的标准治疗是同步放化疗^[8]。对于晚期/转移性非小细胞肺癌，放疗推荐用于局部姑息或防止疼痛、出血或阻塞等症状的出现。

非小细胞肺癌患者局限性脑转移的治疗与中枢神经系统癌症指南的建议不同，因为前者通常具有长期生存率；因此，全脑放疗可能造成的潜在神经认知障碍是一个考量^[9]。临床医生并不常

在局限性脑转移的患者中使用全脑放疗。

至于联合治疗的讨论，对于已完全切除非小细胞肺癌的患者，辅助化疗已被证明可以改善早期疾病患者的生存期，但有一些研究也表明，新辅助化疗（术前给予化疗）一样有效，且比辅助化疗耐受性更好。另外一个议题则是关于IIIA期疾病患者的诊疗；因为所有3种治疗方式，即手术切除、化疗和放疗均可用于治疗III期患者，所以当前的争论主要集中在使用哪种方式以及以何种顺序进行^[10]。

靶向治疗副作用的中医应对

分子靶向治疗针对的是细胞癌变过程中的受体或传导过程中关键的酶、蛋白、因子或基因，间接杀伤或抑制肿瘤的一种生物治疗模式，在一定程度上实现了诊疗的个体化^[11]。目前已经开发了用于晚期非小细胞肺癌的具体靶向疗法，主要包括表皮生长因子受体（EGFR）抑制剂、抗肿瘤血管生成剂、棘皮动物微管结合蛋白4 - 间变淋巴瘤激酶（EML4 - ALK）融合基因抑制剂等^[12]。一般而言，基因突变以非重叠方式呈现，尽管1-3%的患者可能具有多重突变。

靶向药物多应用于晚期癌症患者，此时患者多经癌毒及各种治疗手段的攻伐，脏腑亏虚，气血津液暗耗而邪毒残留，内不稳，外不固，容易引发各种变证^[13]。靶向疗法也增加了癌症治疗的未知因素，因为某些成分可能对药物代谢酶有影响，而中草药对这些酶也可能有增强或抑制的作用^[14]。尽管靶向药物对正常细胞的损伤比传统治疗大大减少，但从临床研究及实践来看，其毒副作用如皮疹、消化道反应等不容忽视。严重的不良反应导致靶向治疗药物减量或中断，从而减低抗肿瘤疗效。中医药的合理辨证应用可缓解此种情况，改善患者生存质量，比如内服后将药渣再煎，外洗促透提高局部血药浓度，且干扰靶向治疗药物的体内代谢^[15]。

皮肤不良反应的主要表现为皮疹、皮肤干燥瘙痒、甲沟炎或甲裂、皮肤色素沉着、毛发异常、毛细血管扩张、口腔黏膜炎等。EGFR在皮肤的基底层、基底上层以及外毛根鞘均有分布，另外在毛囊上皮细胞、外分泌腺及皮脂腺中均有

表达,刺激表皮细胞生长,抑制其分化,保护细胞抵抗紫外线相关损伤,抑制炎症并加速创面愈合^[16]。其中皮疹的发生机制尚未完全明确,一般认为与表皮信号传导通路的干扰有关;药物抑制 EGFR后可影响角质细胞的增生、分化、迁移及黏附,从而导致皮疹形成,属中医学“中药毒”、“药毒疹”等范畴,治疗多以疏风清热解毒法为主,如消风散等方药。轻度甲沟炎可不作相应处理;出现甲沟炎症状者,临床多采用中药浸泡方式。治疗口腔黏膜炎中药内服、外治均有疗效,并且认为“诸痛疮疡,皆属于心”,泻心火对本病大有裨益^[12]。

腹泻的发生率仅次于皮疹,属中医“泄泻”范畴,主要可分为脾胃虚弱型、肾阳虚衰型和肝气乘脾型,可以参照参苓白术散、四神丸与痛泻要方拟方治疗^[13]。EGFR抑制剂包括酪氨酸激酶抑制剂(tyrosine kinase inhibitors, TKI),而TKI与传统化疗药致腹泻发生机制不同,至今仍不明确。TKI相关腹泻病变部位为小肠,而结肠黏膜无明显改变,可能与药物直接作用于肠道黏膜内皮细胞,拮抗内皮细胞表面EGFR受体,抑制肠黏膜增殖有关^[15]。除此之外,中药灌肠联合TKI治疗可明显降低腹泻发生率,改善生活质量评分^[17]。

参考文献

[1] TRAVIS W D, BRAMBILLA E, BURKE A P等. WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart[M]. 第4版. WHO Press, 2015.

[2] POSTMUS P E, KERR K M, OUDKERK M等. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up[J]. Annals of Oncology, 2017, 28(Supplement 4): iv1-iv21.

[3] HU C, CHANG E L, HASSENBUSCH S J等. Nonsmall cell lung cancer presenting with synchronous solitary brain metastasis[J]. Cancer, 2006, 106(9): 1998-2004.

[4] SCHWARTZ A M, REZAEI M K. Diagnostic Surgical Pathology in Lung Cancer Diagnosis and Management of Lung Cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines[J]. Chest, The American College of Chest Physicians, 2013, 143(5): e251S-e262S.

[5] FORDE P M, ETTINGER D S. Targeted therapy for non-small-cell lung cancer: Past, present and future[J]. Expert Review of Anticancer Therapy, 2013, 13(6): 745-758.

[6] MAGILLIGAN D J, DUVERNOY C, MALIK G等. Surgical

Approach to Lung Cancer with Solitary Cerebral Metastasis: Twenty-Five Years' Experience[J]. Annals of Thoracic Surgery, The Society of Thoracic Surgeons, 1986, 42(4): 360-364.

[7] NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Non-Small Cell Lung Cancer, Version 5. 2019[R]. 2019.

[8] O' ROURKE N, MARTA R i F, NURIA F B等. Concurrent chemoradiotherapy in non-small cell lung cancer (Review) [R]. 2010, 41(6).

[9] BROWN P D, JAECKLE K, BALLMAN K V.等. Effect of radiosurgery alone vs radiosurgery with whole brain radiation therapy on cognitive function in patients with 1 to 3 brain metastases a randomized clinical trial[J]. JAMA - Journal of the American Medical Association, 2016, 316(4): 401-409.

[10] MARTINS R G, D' AMICO T A, LOO B W等. The management of patients with stage IIIA non-small cell lung cancer with N2 mediastinal node involvement[J]. JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 2012, 10(5): 599-613.

[11] 李凤珍, 崔廷宝. 对中医药治疗肿瘤靶向药物不良反应的研究与分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(6): 183-184.

[12] 李天苗, 方志红. 肺癌靶向治疗常见不良反应及中西医结合防治[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(12): 1361-1365.

[13] 余玲, 林丽珠. 中医药治疗原发性肝癌分子靶向药物不良反应的经验总结[J]. 广州中医药大学学报, 2014, 31(1): 133-134.

[14] LINN Y C. Doc, can I take TCM for my cancer? (Part 3) [EB/OL]. . https://www.pss.org.sg/your-medicines/safe-use-medicines/doc-can-i-take-tcm-my-cancer-part-3#.XV_MV6Nfjgl.

[15] 邓博, 贾立群, 邓超等. 中医药防治分子靶向治疗药物相关不良反应的研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(7): 1580-1583.

[16] 张誉华, 龙麟, 杨婕等. 肺癌靶向药物相关皮肤不良反应的中西医治疗进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(2): 287-289.

[17] 张琇文, 邵悒, 张欣欣. 参苓白术颗粒联合吉非替尼/厄罗替尼治疗脾气虚型晚期非小细胞肺癌临床研究[J]. 新中医, 2014, 46(1): 127-129.

肾病综合征的认识及中医中药如何配合西医治疗

张骏发

肾病综合征是由多种病因引起的临床症候群。它不是独立的疾病，而是许多疾病过程中，损伤了肾小球毛细血管滤过膜的通透性而发生的以大量蛋白尿为特征的一个症候群。最典型的特征是大量蛋白尿($>3.5\text{g}/24\text{hr}$)、低蛋白血症(白蛋白 $<30\text{g}/\text{L}$)、明显水肿及高脂血症(血清胆固醇 $>6.5\text{mmol}/\text{L}$)等。肾病综合征常见的病理类型是微小病变(Minimal Change Disease)，膜性肾病(Membranous Nephropathy)及局灶节段性肾小球硬化(Focal Segmental Glomerulosclerosis)。

西医对肾病综合征的病因及发病机制的认识尚未完全明了，主要的病理改变是肾小球滤过膜对血浆白蛋白的通透性增高。以下为肾病综合征的常见症状及其发生机制：

蛋白尿：24h尿蛋白定量 $>3.5\text{g}$ ，是本病的主要诊断依据。

蛋白尿的发生机制：基本原因包括电荷屏障、孔径屏障的变化，而肾小管上皮细胞重吸收原尿中的蛋白，并对之进行分解代谢的能力对蛋白尿的形成也有一定的影响。蛋白尿的量还受血浆蛋白浓度及肾小球滤过率等因素的影响。血浆白蛋白严重降低时，可使尿蛋白排出量减少，反之，当静脉输注浓缩蛋白制剂时，尿蛋白排出量可一过性增高。

低蛋白血症：血浆白蛋白 $<30\text{g}/\text{L}$ ，久病可出现毛发稀疏，干脆及枯黄，皮肤(白光)白，肌肉消瘦和指甲有白色横行的宽带等表现。

低蛋白血症的发生机制：大多数肾病综合征患者均伴有低蛋白血症，但程度相差很大，可能与营养、肝脏功能及其他激素代谢情况等有关。一般来说，肝脏合成蛋白的功能在本病时有明显增加，但如果饮食未能提供充分蛋白质，该功能不可能达到最大程度，此外，白蛋白代谢情况与饮食蛋白摄入情况也有一定影响。

水肿：水肿程度轻重不一，以组织疏松及体位低处为明显。初见踝部呈凹陷性，晨起眼睑、面部可见水肿，活动后下肢水肿明显。严重者全身水肿、阴囊水肿或胸腔腔和腹腔腔积液，甚至心包积液并产生压迫症状。

水肿发生机制：肾脏病变，导致大量蛋白从尿中漏出，使血浆蛋白浓度及胶体渗透压降低，血管内的水分及电解质漏到组织间隙，从而血容量减少，刺激了容量感受器和压力感受器，激活肾

素-血管紧张素-醛固酮系统以及抗利尿激素分泌增加等，使肾对钠、水重吸收增加，于是导致了水肿的形成。

高脂血症：血浆胆固醇，甘油三酯和磷脂均明显增加，低密度及极低密度脂蛋白浓度增加，高密度脂蛋白正常或稍下降。

高脂血症及脂尿的发生机制：血浆白蛋白下降引起脂蛋白代谢紊乱的机制有多种解释：(1)由于低蛋白血症，导致肝脏合成极低密度脂蛋白(VLDL)增加，且周围组织对脂蛋白的分解或利用减少；(2)由于尿中丢失白蛋白及其他调节因子导致胆固醇代谢紊乱是原发因素。

常见并发症：有感染疾病(通常与蛋白质营养不良，免疫球蛋白水平低下有关)，血栓、栓塞性并发症(血液浓度、高黏状态、抗凝因子缺乏和纤溶机制障碍有关)，肾功能损害，营养不良等。

西医治疗

一般治疗：

休息，适当运动，饮食治疗(限钠，优质蛋白质摄取，少进食富含饱和脂肪酸的饮食，多食富含不饱和脂肪酸和可溶性纤维的饮食)。

对症治疗：

利尿治疗：常用噻嗪类利尿剂和袢钾利尿剂以提高利尿效果并减少钾代谢紊乱。

降脂治疗：高脂血症可随着蛋白尿消失而恢复正常，但在血脂水平明显增高时可用他汀类或贝特类降脂药物。

降压治疗：通常无明显的升高或降低，但有需要时可用钙离子拮抗剂、ACEI类药物(这类药物有抗蛋白尿作用，防止肾小球滤过率增高)， α 及 β 受体阻滞剂。

抗凝治疗：低分子肝素，抗血小板聚集药物如潘生丁或阿司匹林。

特殊治疗：治疗需有抗炎、调节免疫功能、减少尿蛋白的排出、巩固疗效、防止复发的措施，常用糖皮质激素及免疫抑制剂，细胞毒类药。

糖皮质激素：泼尼松及氢化泼尼松，遵循四宜：使用宜早，首量宜足，撤减宜慢，维持宜长。但用糖皮质激素病情复发率高，副反应大，可见感染、类似肾上腺皮质功能亢进，股骨头无菌性坏死，抑制生长发育，神经精神症状等不良反应。

免疫抑制剂：环磷酰胺、苯丁酸氮芥等。

细胞毒类药:有协同激素治疗,主要用于肾病综合征反复发作和激素依赖或无效型者,但副反应有出血性膀胱炎,肿瘤,骨髓抑制,中毒性肝损伤,脱发,抑制性腺功能等。

中医对肾病综合征的理解

肾病综合征归属中医学的“水肿”、“腰痛”、“尿浊”病证范畴。病理机制以脾肾功能失调,阴阳气血不足,尤以阳气不足为病变之本;以水湿、湿热、瘀血阻滞为病变之标,表现为虚中夹实之证。

水肿的病因病机有:(1)风邪外袭、风寒外束或风热上受,致肺气失于宣畅,肺合皮毛,为水之上源,肺失宣畅,则水液不能敷布,于是流溢肌肤,发为水肿;(2)时令阴雨、居处湿地、涉水冒雨等致湿邪内侵,均能损伤脾胃运化水液的功能,使脾气不能升清降浊,水液泛于肌肤,而成水肿;(3)湿热疮毒痈疖、乳蛾红肿、猩红疹、疮疹成脓等,均可致湿热毒邪弥漫三焦,伤及气化,致水液停蓄发为水肿;(4)气滞血瘀,水湿内留,阻滞气机,或久病不愈,由气及血,均可伤及肾络。肾络不通,水道瘀塞,开合不利,可致水气停着,发为水肿;

(5)虚劳内伤或纵欲,均能耗气伤精,累及脾肾。致精血匮乏,水湿内生,发为水肿。病机以肺脾肾虚为本,风湿热毒瘀为标,阳水以标实为主,阴水以本虚为主,病情反复,出现寒热虚实错杂,常见本虚标实之证。

中医如何配合西医治疗

肾病综合征的病机特点错综复杂,虚实交织,必须掌握证候特征及演变规律才能抓住疾病之重点,明确标本缓急。中西医配合治疗肾病综合征较单纯西医或中医药治疗效果显著,尤其是对一些激素无效型或不能耐受激素治疗的患者而言,更具有治疗优势,可以起到中西并举,扬长避短的效果。

激素使用

在使用激素及细胞毒药物初中期阶段,中医中药的治疗目的主要是减轻激素、细胞毒药物的副作用,保证激素、细胞毒药物的治疗疗程完成。但对在激素撤减阶段,或使用激素后仍然反复发作或激素无效、激素依赖的患者,中医中药应通过分阶段的辨证论治,纠正内环境失衡,减少激素副作用并提高激素疗效。

激素的使用阶段可以分为,首剂量-减量-维持量-停用,在中医辨证论治中出现相对的阴虚火旺-气阴两虚-阳虚-阴阳两虚的病理改变^[1]。

初期大量激素多表现为阴虚火旺,湿热血瘀,治疗宜滋阴降火,清热解毒,方可用杞菊地黄丸,知柏地黄丸,二至丸等,中药可用银花,连翘,黄芩,生地,牡丹皮,玄参,麦冬,女贞子,墨旱莲,菊花,枸杞子,赤芍,丹参,知母,白花蛇舌草,甘草等。

减量阶段时多表现为脾肾气阴两虚,治疗宜益气养阴,可用防己黄芪汤,生脉饮,参芪地黄汤,中药可用黄芪,生地,当归,知母,沙参,麦冬,丹参,猪苓,芡实,金樱子,石韦等。

激素维持期主要出现脾肾阳虚之证,治疗宜温补脾肾,扶正固本,可用补中益气汤合二仙汤,右归丸,真武汤,济生肾气丸等,药用附子、肉桂、杜仲、肉苁蓉,党参,黄芪,当归,赤芍,防风,白术,益母草等。

激素停止阶段多表现为阴阳两虚,宜阴阳并补为主,可用金匱生气丸,右归丸,大补元煎等,也可采用平补肺脾肾如参苓白术散加减。

同时,活血化瘀法应贯穿激素治疗的始终,可适当加入养血活血之品如丹参,红花,川芎,桃仁,泽兰,鸡血藤等^{[2][3][4]}。

蛋白尿

大量蛋白尿是肾病综合征的主要见证,而大量蛋白的持续丢失,可导致血浆蛋白降低,不仅产生一系列的临床证候群的基础,且能加速肾小球硬化和肾功能减退的进程,造成各种虚损证候,影响疾病预后。因此对于大量的尿蛋白应采取塞流、澄源、复本的治疗措施。

塞流指的是消除或减少尿蛋白的流失,而澄源指的是消除发生蛋白尿的病因,减少尿蛋白排出。中药当中有许多药物都已被证实有激素样作用及免疫抑制功效,在配合西医治疗和中药开方时可以随辨证论治适当的采用以下的药物,以加强治疗的功效,减轻病情及减缓蛋白质的流失。

激素样作用的中药:熟附子,肉桂,冬虫夏草,地黄,何首乌,杜仲,补骨脂,菟丝子,淫羊藿,肉苁蓉,枸杞子,仙茅,鹿茸,巴戟天,紫河车,秦艽等。

免疫抑制作用的中药:熟地黄,天门冬,天花粉,北沙参,五味子,泽泻,黄芩,柴胡,夏枯草,山豆根,牡丹皮,红花,穿心莲,蝉蜕等。

血管紧张素转换酶抑制作用的中药:柴胡,赤芍,牛膝,土鳖;水蛭等。

非甾体消炎作用的中药:秦艽,防己,豨莶草,细辛,羌活,桂枝,防风,柴胡,丹参,牡丹皮,芍药,益母草,毛冬青,三七,桃仁,红花,牛膝,秦皮,夏枯草,香附,黄芪,党参,

当归, 麦门冬, 女贞子等。

复本指的是对疾病引起的蛋白尿等精血耗伤所采取的补偿措施。为了增加蛋白来源, 首先应改善饮食, 多摄取优质蛋白如鸡蛋、鸡肉、牛奶、猪瘦肉和鱼类等, 同时也必须摄入充分的热量。之后应加强对蛋白质的消化及吸收和体内的合成蛋白质的功能。中医在帮助机体对于蛋白的消化、吸收及合成主要是从消化系统着手, 一旦改善肠胃吸收功能就可促进蛋白质的摄入。

促进蛋白质吸收的中药: 木香, 砂仁, 鸡内金, 石斛, 麦芽, 谷芽, 神曲, 山楂等。

促进肝脏合成白蛋白的中药: 三七, 丹参, 当归, 牛膝, 人参, 党参, 黄芪, 灵芝, 熟附子, 鹿茸, 补骨脂, 淫羊藿, 肉苁蓉, 五味子, 枸杞子, 白术, 龟甲, 五加皮等。^[5]

感染及复发

肾病综合征患者经常因感染起病, 又因感染而加重病情。因此防止肾病综合征复发首先必须防止感染, 患者可以服用玉屏风散, 以达到益气固表, 提高机体免疫能力。也需告诫患者做好个人生活防护, 力避各种感染因素, 对临证治疗效果不佳、病程绵长的患者, 需检查病因, 看是否有潜在的感染因素影响尿蛋白的增加, 一旦发现应立即治疗。对于呼吸道感染、扁桃体炎可用板蓝根, 金银花, 连翘, 野菊花, 黄芩, 鱼腥草; 泌尿道感染(多为大肠杆菌): 大黄, 黄连, 黄芩, 金银花, 夏枯草。同时在使用中药时也必须警惕忌用对肾有损害药物如关木通, 苍耳子, 全蝎, 山慈姑, 雷公藤, 昆明山海棠, 腊梅根, 安宫牛黄丸等。

对于此病的其他症状及并发症, 中医中药也可有相应的治疗方法。

水肿: 低蛋白血症、继发性水肿、钠储留是引起水肿的重要因素, 所以可以运用中药利尿消肿的药物加强利尿, 促进水、钠的排出, 药物包括茯

苓皮, 猪苓, 泽泻, 车前子, 玉米须, 石韦, 麻黄, 浮萍, 地肤子, 白茅根, 金钱草, 葶苈子, 海金沙, 瞿麦, 篇蓄, 桑白皮, 黄芪, 白术等。

高血脂: 低蛋白血症也可导致低密度及极低密度脂蛋白增加, 可导致其他并发症如动脉粥样硬化、血栓形成及肾脏损伤, 所以降血脂是不可忽略的治法, 可用何首乌, 泽泻, 山楂, 丹参, 大蒜, 女贞子, 玉竹, 决明子, 虎杖, 杜仲, 夜交藤, 桃仁, 枸杞子, 黄精, 淫羊藿, 葛根, 槐花, 银杏叶降血脂。

血栓形成: 由于机体血液浓稠、高黏状态、抗凝因子缺乏和纤溶机制障碍, 肾病综合征的常见并发症可见深部静脉血栓形成。有抗凝、抗血栓的功效的中药就有川芎, 当归, 赤芍, 红花, 益母草, 丹参, 毛冬青, 水蛭, 地龙, 血竭, 莪术, 牡丹皮, 桃仁, 木香, 丁香, 乌药, 桂枝等。^[6]

总之, 在肾病综合征漫长的病程中, 阳损及阴、气病及血、因虚致实、因实致虚等, 都是经常发生的, 因此中医药治疗肾病综合征时, 必须善于把握, 审度病机, 知常达变, 适时调控, 使之以平, 不可过于拘泥, 并保持用药用方的灵活性。

参考文献

- [1] 鲍海军, 温成平, 谢志军, 等. 激素治疗肾病综合征不同阶段中医证型特点的研究[J]. 中医研究, 2009, 22(11): 14-15.
- [2] 李敏, 刘雪燕, 刘番芹. 中药配合激素辨证治疗肾病综合征的体会[J]. 陕西中医学院学报, 2009, 32(02): 40.
- [3] 赵斌. 肾病综合征应用激素后的中医辨证治疗[J]. 浙江中医杂志, 2009, 463(10): 727.
- [4] 张敏. 激素联合中药辨治原发性肾病综合征[J]. 广州医药, 2009, 40(05): 54-55.
- [5] 杨霓芝. 泌尿科专病中医临床诊治[M]. 人民卫生出版社, 2005: 80-81.
- [6] 叶传蕙教授治疗原发性肾病综合征的经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2002, (8): 439.

(上接第3页)

- [13] 贾金平, 万冬桂. 乳腺癌患者睡眠质量调查分析[J]. 中国医药科学, 2015, 5(6): 129-131, 149.
- [14] 王建渝. 耳针与副交感神经系统关系的探讨[J]. 中华中西医杂志, 2006, 7(7): 629-630.
- [15] 王翔宇, 霍永芳. 单用耳穴贴压治疗失眠症总结与分析[J]. 上海针灸杂志, 2007, 26(4): 47-48.
- [16] 王松涛. 磁珠耳压治疗失眠疗效观察[J]. 安徽中医临床杂志, 2002, 14(4): 165.
- [17] 倪美琴, 沈献芳, 高力琴. 耳穴埋籽在缓解围手术期患者焦虑、促进睡眠中的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2016, (12): 104-106.
- [18] 常洪雁. 耳穴埋籽治疗失眠疗效观察与护理[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(9): 192-193.
- [19] 陆祎, 侯黎莉, 曹燕华, 等. 耳穴埋豆在肺癌患者放疗失眠中的应用[J]. 上海护理, 2017, 17(1): 41-44.

浅谈大黄治疗慢性肾衰竭的运用

林韦翰

慢性肾功能衰竭（简称“慢性肾衰竭”）是多种肾脏疾病持续进展的最终结局，并以代谢产物潴留、水电解质紊乱、酸碱平衡失衡等为特征的一组临床综合征^[1]。大黄是中医慢性肾衰竭治疗里的重要用药之一。自上个世纪60年代初，已有医务工作者注意到大黄用于慢性肾衰竭治疗^[2]。数据挖掘分析更提示，大黄是中医慢性肾衰竭治疗里最常用的中药^[3]。然而，其苦寒之性易伤胃气，并且存在肝毒性及肾毒性，甚至致癌致畸致突变等风险^[4]。因此，如何在慢性肾衰竭的治疗里有效运用大黄具备重要的临床意义。

1 中医古籍对大黄治疗慢性肾衰竭的认识

1.1 大黄的药性与功效

有关大黄的论述，最早载于《神农本草经》，其描述为“味苦，寒，主下瘀血、血闭、寒热、破癥瘕、积聚、留饮宿食，荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏”。《名医别录》则记载，“大寒，无毒，平胃下气，除痰实，肠间结热，心腹胀满，女子寒血闭胀，小腹痛，诸老血留结”。《本草纲目》曰：“大黄乃足太阴、手足阳明、手足厥阴五经血分之药，凡病在五经血分者，宜用之”，但需注意“凡病在气分，及胃寒血虚，并妊娠产后，并勿轻用。其性苦寒，能伤元气、耗阴血故也”。明·张景岳则对大黄的临床运用高度推崇，将之比喻为“乱世之良将”，与人参、熟地、附子并列药中四维，提示大黄在中医临床里的重要性。

1.2 大黄用于慢性肾衰竭溯源

“慢性肾衰竭”并非传统意义上的中医病名。在古籍里，其相关描述多见于对“关格”、“肾劳”、“癃闭”、“溺毒”等病证的记载^[5]。最早对关格有专方论述的古籍，为唐代名著《备急千金要方》^[6]，其中“治关格，大便不通方”（芒硝、乌梅、桑白皮、芍药、杏仁、麻仁、大黄）及“大黄泻热汤”（蜀大黄、黄芩、泽泻、升麻、芒硝、羚羊角、栀子、生玄参、地黄汁）等，是现存文献里最早的大黄治疗关格记载。其它治疗关格并含有大黄的方剂则如《千金翼方》的“关格不通方”、《圣济总录》“大黄散方”、《证治准绳》“加味麻仁丸”及“又服八正散加槟榔、枳壳、朴硝、桃

仁、灯芯草、茶根”等^[7]，为后世大黄类方治疗慢性肾衰竭奠定基础。

2 现代研究对大黄治疗慢性肾衰的认识

2.1 现代医学研究

现代药理学研究提示，大黄有降低血清肌酐、抑制肾小球硬化、抑制细胞外基质的积聚、改善炎症状态^[8]、抑制促纤维化蛋白^[9]、调节脂质代谢、改善自由基对肾功能损害、抑制肾代偿性肥大、抑制系膜细胞增长^[10]等功效。目前，有关大黄的临床研究多聚集在两种给药途径，即口服和药物灌肠。叶任高等^[11]报道，以辨证论治为基础加大黄治疗慢性肾衰竭的治疗组，其尿素氮及血肌酐均较治疗前下降，纯西医疗的对照组反而较治疗前增加。马济佩等^[12]以加味解毒活血汤给予138例慢性肾衰竭患者口服中药治疗后发现，治疗后血红蛋白、24小时尿蛋白定量、尿素氮、肌酐、血清钙、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇等指标均有明显改善，但血红蛋白、血清磷、总胆固醇、甘油三酯等指标虽有改善，却与治疗前后差异无显著意义。李萍^[13]以大黄为主，佐以其他药物对68例非透析患者进行保留灌肠3个月观察，发现与无灌肠治疗的对照组相比，治疗组总有效率为87%，对照组总有效率72%，并总结大黄配伍保留灌肠能有效降低血尿素氮和肌酐，缓解症状，延缓慢性肾衰竭进展。邹川等^[14]则以中药大黄复方灌肠对20例慢性肾脏病5期非透析患者进行肠道菌群观察，并发现灌肠治疗组的大肠杆菌菌落计数较治疗前明显减少，双歧杆菌、乳杆菌菌落计数较治疗前均明显增加，D-乳酸水平及内毒素水平较前明显降低。

2.2 大黄毒性研究

目前，现代药理研究对大黄有效成分的药理作用，主要集中在蒽醌类化合物，包括大黄素、大黄酸等。有研究显示，连续口服大黄素14周以上，可以导致肝脏肥大、肾小管透明小滴生成和肾矿化、膀胱细胞浆变性等，提示大黄蒽醌类成分具有肝肾毒性及致癌性的可能^[15]。王清秀等^[16]在整理大黄及其主要成分的毒性毒理研究时提出，有研究发现大黄重复给药6个月产生毒性反应的剂量为10g/(kg·d)，而大黄重复给药的无明显毒性反应剂量为2.5g/(kg·d)，而这种毒

性作用是可逆的。另有研究^[17]显示,大黄的毒性多发生在老龄大鼠中,其肾脏损伤主要集中在近端肾小管。在该研究里,未成年大鼠无死亡,而老年大鼠死亡率为23.3%,主要发生在高剂量,即40g/(kg·d)的大鼠。另一篇^[18]由该研究组提出的文章则提示,大黄对肝脏既有保护作用及可能存在毒性作用,其保肝机制很可能来自抗氧化作用,拮抗自由基对肝细胞的损伤,但在高剂量时,大黄依然可能会导致纤维化发生。

结肠黑变是另一项备受关注的大黄副作用。然而,目前研究对结肠黑变是否会增加致癌风险尚无定论。Nusko等^[19]认为,结肠黑变不是致使结肠腺瘤的危险因素,而结肠黑变患者检出腺瘤比例较高的现象,源自于在肠道黑色素沉着后腺瘤更容易被发现,易检出更小、更早期的腺瘤。Nascimbeni等^[20]则在2002年的报道中提出,结肠黑变与结肠癌之间并无因果关系。倪涛等^[21]认为,结肠黑变病的不严谨传播,增加了患者的焦虑情绪,由此可能提高其他疾病的发生率,增加医疗纠纷,造成医患关系紧张。

3 各家论述

对于大黄在慢性肾衰竭中的使用时宜,邵朝弟^[22]提出“固护胃气,通腑泄浊”的理论,并且宗《内经》“不治已病治未病”的观点,认为初期慢性肾衰竭患者,即使症状不明显,依然应该在健脾补肾、益气补血的基础上,酌情配合熟大黄或小剂量生大黄,以泻浊解毒,活血化瘀,开通三焦,令湿去浊孤,免生瘀毒。叶任高^[23]亦在治疗慢性肾衰竭的方药中一律加入大黄(后下)8-12g,务使每日排软便2次为度。时振声^[24]则主张大黄一般在慢性肾衰早中期运用收效较佳,而对终末期患者,各种途径给大黄均无效果,反而促使全身情况恶化,并提倡“有是证而用是药”原则,把握住有大便秘结者才选用大黄。张琪^[25]则将慢性肾衰竭分为三期,并对中期(肾功能不全失代偿期及衰竭期)及晚期(尿毒症期)患者,用含有大黄的扶正化浊活血汤及化浊汤治疗。邹燕勤^[26]则认为,大黄应该用在体质尚好,血肌酐大于200 $\mu\text{mol/L}$,并伴有大便秘结、偏干或不偏干,无明显便塘的患者。

对于大黄炮制法及用量的掌握,邵朝弟^[22]认为,在四种常规炮制品中,生大黄泻下力强,长于泻浊通便;熟大黄泻下力缓,长于祛湿活血;酒大黄专于活血祛瘀;大黄炭长于凉血止血。聂莉芳^[27]则用生大黄在肠胃积热、大便燥结的患者,而脾胃虚弱兼大便偏干,或老年患者,宜

用制大黄,两者用量皆为3-20g,并且以每日排便2次为度,需注意出现腹泻过多,患者体力不支;或胃肠不适,难以受纳;或尿素氮虽降而症状不减等情况。张大宁教授^[28]根据“补肾、活血、排毒”的理论,大量使用大黄(10-30g)排毒破瘀,祛浊降逆,并以每日排便2-3次为度,旨在既能排毒而不伤正。另外,张教授在灌肠药的使用上,还提出了炭类药的问题,如大黄炭,生芪炭,海藻炭等,以起到吸附作用,提高灌肠疗效^[29]。任继学^[30]则采用《清太医院秘录医方配本》里“秘制清宁丸”的秘制法,用炮附子煎汁拌大黄蒸制,以制其寒性,使之不伤气、不伤津、不损阳,可引邪外出,避免生大黄所产生的副作用,从而使之更加适用于慢性肾衰竭的患者。

在用药配伍上,诸家皆认为应在中医辨证论治理论指导下配伍用药。时振声^[24]指出,如属脾阳不足,浊邪泛积者,宜温脾通腑,运用温脾汤;胃肠积滞,浊邪热秘者,宜清热通腑,运用大承气汤;气阴两虚者,宜用参芪地黄汤加大黄;脾气虚弱者,用香砂六君子汤加大黄;若属湿浊化热者,用黄连温胆汤加大黄;湿浊贮留,血尿素氮、肌酐较高者,宜通腑泄浊,用大黄或复方大黄汤浓煎灌肠。张大宁^[28]则常以大黄配甘草,取甘草和胃保津,甘暖之性制大黄苦寒之弊;而大黄配大量活血化瘀药,则法仲景之意“攻下活血并存”,既能排毒,又有活血之攻;大黄与补阳散寒药,如故纸、附子、肉桂同用,则有“补泄同施,邪正兼顾”之意,而大黄与冬虫夏草、黄芪配伍,或与当归、黄精配伍,均能体现“祛邪不伤正,扶正不滞邪”的特点。对于大黄用量达15g以上仍便秘者,则可加炒莱菔子30g行气润肠,甚者加番泻叶5g助大黄通便;伴慢性腹泻者,可换用虎杖徐泄溺毒;而肺与大肠互表里,可配伍桔梗6-10g轻宣上源,助肺气肃降,以疏利肠腑,协同排毒^[29]。邵朝弟^[22]对气血亏虚的患者,则常用酒大黄加当归、首乌、黄芪等;湿热蕴结者,则用熟大黄;呕吐、大便带血者,予连苏饮加大黄炭,清热止呕,凉血止血。陈以平^[31]对慢性肾衰竭肾性贫血的患者,在补肾生血同时佐以少量制大黄活血祛瘀,以达到祛瘀生新的效果;而尿毒症皮肤瘙痒的患者,则以祛风养血止痒为基础,加用大黄粉、苏打粉外洗,缓解瘙痒症状。

4 小结

综上所述,大黄在临床的运用上,应注意掌

握其用量，一般从小剂量用起，注意患者身体情况，尤其是老年患者，以用药后每日排便2次为度，令祛邪而不伤正。此外，大黄不同炮制法、配伍用药及用量，亦是需要掌握的要点。笔者认为，本病患者常见脾肾虚衰与湿浊瘀血相兼，而湿浊瘀血蕴蓄不解，化而为毒，虚浊瘀毒互为因果，是导致慢性肾衰竭进一步恶化的重要因素。如《金匱要略心典》所述，“干血不去，则足以留新血而渗灌不周，故去之不可不早也”。浊阴不降，清阳不升，瘀血不去，新血不生。因此，对于有湿浊瘀血蕴留的患者，笔者持“去之不可不早”的观点。在辨证的指导下，以健脾益肾、活血化瘀为主，辅以发汗、利小便，并酌情配伍通腑泻浊下瘀的大黄，是去积久浊邪水物，启玄府遣气，从而使三焦气化通利，气秽复除，保五脏元真通畅，达到“精自生，形自盛，骨肉相保，巨气乃平”的方法之一。

参考文献

- [1] 王吉耀主编. 内科学[M]. 北京. 人民卫生出版社. 2010. 667-676.
- [2] 文玉敏, 张并璇, 严美花, 等. 大黄及其制剂在慢性肾衰竭治疗中的概述[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(10): 2030-2032.
- [3] 林韦翰, 戈娜, 郭维加, 等. 基于数据挖掘总结李顺民教授诊治慢性肾衰竭经验[J]. 世界中医药, 2017, 12(12): 3167-3178.
- [4] 毕礼明, 陈英兰, 陆曙, 等. 大黄治疗肾脏病安全性探析[J]. 医学争鸣, 2016, 7(6): 29-36.
- [5] 陈英兰, 毕礼明, 杜浩昌. 中医古文献对慢性肾衰竭病名的认识[J]. 中国中医急症, 2010, 19(6): 1011-1012.
- [6] 王佳丽, 武士锋, 杨洪涛. 关格病源流及其病机治法的文献研究[J]. 江苏中医药, 2013, 45(9): 68-70.
- [7] 张蕾, 刘旭生. 慢性肾衰竭证治方药的古代文献研究[J]. 中医药信息, 2012, 29(3): 25-30.
- [8] 文玉敏, 张并璇, 严美花, 等. 大黄及其制剂在慢性肾衰竭治疗中的概述[J]. 辽宁中医药杂志, 2015, 42(10): 2030-2032.
- [9] Zhang ZH, Vaziri ND, Wei F, et al. An integrated lipidomics and metabolomics reveal nephroprotective effect and biochemical mechanism of *Rheum officinale* in chronic renal failure[J]. Scientific Reports, 2016, 23:6:22151. doi: 10.1038/srep22151.
- [10] 郑玲. 大黄治疗慢性肾功能衰竭的研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(69): 133-134.
- [11] 叶任高, 李彦春, 孙铎. 大黄为主治疗慢性肾功能衰竭的疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(2): 107-108.
- [12] 马济佩, 邵君. 加味解毒活血汤治疗慢性肾衰的临床研究[J]. 新中医, 2007, 39(2): 18-19.
- [13] 李萍. 大黄配伍保留灌肠治疗慢性肾衰68例临床观察[J]. 光明中医, 2007, 22(5): 66-68.
- [14] 邹川, 吴禹池, 罗丽, 等. 中药大黄复方灌肠对慢性肾脏病5期(非透析)肠道菌群和肠道屏障功能影响的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(7): 1309-1311.
- [15] National Toxicology Program. NTP Toxicology and Carcinogenesis Studies of EMODIN (CAS NO. 518-82-1) Feed Studies in F344/N Rats and B6C3F1 Mice[J]. National Toxicology Program Technical Report Series, 2001, 493: 1-278.
- [16] 王清秀, 吴纯启, 廖明阳. 大黄及其主要成分的毒性毒理研究[J]. 毒理学杂志, 2007, 21(4): 301-302.
- [17] Wang JB, Kong WJ, Wang HJ, et al. Toxic effects caused by rhubarb (*Rheum palmatum* L.) are reversed on immature and aged rats[J]. Journal of ethnopharmacology, 2011, 134(2): 216-220.
- [18] Wang JB, Zhao HP, Zhao YL, et al. Hepatotoxicity or hepatoprotection? Pattern recognition for the paradoxical effect of the Chinese herb *Rheum palmatum* L. in treating rat liver injury[J]. PLoS ONE, 2011, 6(9): e24498.
- [19] Nusko G, Schneider B, Ernst H, et al. Melanosis coli—a harmless pigmentation or a precancerous condition? [J]. Zeitschrift fur Gastroenterologie, 1997, 35(3): 313-318.
- [20] Nascimbeni R, Donato F, Ghirardi M, et al. Constipation, anthranoid laxatives, melanosis coli, and colon cancer: a risk assessment using aberrant crypt foci[J]. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 2002, 11(8): 753-757.
- [21] 倪涛, 张漫, 唐庆. 关于“结肠黑变病”的商榷[J]. 世界中医药, 2018, 13(7): 1777-1781.
- [22] 巴元明, 胡刚明. 邵朝弟教授运用大黄治疗慢性肾衰竭的临床思辨经验[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(11): 2763-2764.
- [23] 聂莉芳, 韩东彦. 著名专家诊治慢性肾功能衰竭的经验[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(8): 10-12.
- [24] 傅文录. 时振声教授辨治慢性肾衰的思维方法浅析[J]. 中医药研究, 1994, 4: 3-5.
- [25] 林启展, 徐大基, 马育鹏. 张琪治疗慢性肾功能衰竭经验[J]. 中医杂志, 2006, 47(8): 576-577.
- [26] 刘琪刚. 学习邹燕勤老师治疗慢性肾衰用大黄经验的体会[J]. 现代中西医结合杂志, 1999, 8(12): 2072-2073.
- [27] 聂莉芳. 慢性肾功能衰竭的中医辨治经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2000, 1(1): 49-53.

(下接第15页)

中西医治疗糖尿病的简介

陈姿吉

1 概述

糖尿病 (Diabetes Mellitus, DM) 主要是因胰岛素分泌不足或胰岛素生物作用障碍所致的一组以慢性持续高血糖为主的代谢疾病。典型临床表现为多饮、多食、多尿及消瘦, 同时伴有脂肪, 蛋白质、水和电解质等代谢障碍, 且可并发眼、肾、神经、心脑血管多脏器和组织慢性损害。根据2015年国际糖尿病联盟 (IDF) 报道^[1], 全球有4.15亿成年人患有糖尿病, 另有3.18亿成年人处于糖耐量受损状态, 而糖耐量受损是未来糖尿病发生的高危因素。根据统

计^[2], 新加坡在年龄位于18岁至69岁的新加坡人群中, 每9个人就有1名患上糖尿病, 占了新加坡总人口的11.3%。2015年世界卫生组织的报道^[3], 糖尿病估计直接造成了160万例死亡, 同时也是失明、肾衰竭、心脏病发作、中风和下肢截肢的主要病因。

2 糖尿病的西医诊断与治疗

2.1 糖尿病与糖尿病前期的诊断

以下表为2017年, 世界卫生组织 (WHO) 糖尿病和糖尿病前期的诊断标准^[4]。

表 1 糖尿病诊断标准

诊断为糖尿病应符合以下一个或多个标准	诊断为糖耐量受损 (IGT) 应同时符合以下两个标准	诊断为空腹血糖受损 (IFG) 应同时符合以下两个标准
空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dL)	空腹血糖 < 7.0 mmol/L (126 mg/dL)	空腹血糖为 6.1–6.9 mmol/L (110 到 125 mg/dL)
或者	并且	并且
75g 口服葡萄糖耐量试验之后的两小时血糖 ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dL)	75g 口服葡萄糖耐量试验之后的两小时血糖 ≥ 7.8 且 < 11.1 mmol/L (≥ 140 到 < 200 mg/dL)	75g 口服葡萄糖耐量试验之后的两小时血糖 < 7.8 mmol/L (140 mg/dL)
或者		
随机血糖 > 11.1 mmol/L (200 mg/dL) 或 HbA1c ≥ 48 mmol/mol (等效于 6.5%)		

WHO 糖尿病前期的诊断标准与2017年美国糖尿病协会 (ADA) 的诊断标准有所差异。在 ADA 标准中, 空腹血糖 ≥ 5.6 mmol/L (100 mg/dL) 可诊断为空腹血糖受损, HbA1c 在 5.7–6.4% 即可诊断为糖尿病前期。我国目前的诊断标准主要以 WHO 的诊断标准为主。

2.2 西医治疗糖尿病的主要途径^[5]

- 1) 一般治疗: 糖尿病教育、饮食治疗 (总热量确定、合理分配三餐营养素)、体育锻炼等。
- 2) 口服降糖药: 目前口服降糖西药仍然是糖尿病用于控制血糖的主要途径。

常用口服降糖西药	作用机制	主要副作用
1) 双胍类 (Biguanides) 例如: 二甲双胍 (Metformin)	<ul style="list-style-type: none"> - 增加周围组织对葡萄糖的利用。 - 抑制葡萄糖从肠道吸收, 增加肌肉内葡萄糖的无氧化酵解。 - 抑制糖原的异生。 - 增加靶组织对胰岛素的敏感性。 - 广泛用于2型糖尿病。 	<ul style="list-style-type: none"> - 胃肠道反应 - 诱发乳酸性酸中毒 - 孕妇、哺乳期妇女和儿童不宜用
2) 磺脲类 (Sulfonylureas, SU) 例如: 格列吡嗪 Glipizide	<ul style="list-style-type: none"> - 此药物主要作用在胰岛细胞 β 细胞表面的受体, 促进胰岛素释放, 还可通过改善胰岛素受体和 (或) 受体后缺陷, 增强靶细胞组织细胞对胰岛素的敏感性, 产生胰外降糖作用。 - 可抑制血小板凝聚、减轻血液粘稠度作用。 	<ul style="list-style-type: none"> - 低血糖 (特别是饮酒后) - 其他副作用: 恶心、呕吐、消化不良、胆汁淤积、 - 肝功能损害、贫血 - 皮肤过敏

<p>3) α-葡萄糖苷酶抑制剂 (Alpha Glucosidase Inhibitor (AGI)) 例如: 阿卡波糖 (Acarbose)、伏格列波糖 (Voglibose)</p>	<p>- 通过抑制α-葡萄糖苷酶的活性, 减少多糖和双糖的分解, 延缓小肠葡萄糖的吸收, 降低餐后血糖, 可作为2型糖尿病的一线药 - 适于空腹血糖正常而餐后血糖受损。</p>	<p>- 胃肠道功能障碍, 严重肝功能不全、儿童均不应用 - 消化道副作用: 腹泻、肠鸣音亢进、排气增多</p>
---	---	---

3) 胰岛素治疗^[5]:

【主要适应症】1型糖尿病的替代治疗; 糖尿病酮症酸中毒 (DKA), 高渗性昏迷和乳酸性中毒伴高血糖; 2型糖尿病口服降糖药治疗无效; 妊娠糖尿病; 糖尿病合并严重并发症; 全胰腺切除引起继发性糖尿病。

【不良反应】低血糖反应、胰岛素性水肿、屈光不正、注射部位脂肪营养不良。

3 中医对糖尿病的认识

“消渴病”一词, 最早出现在唐·王焘《外台秘要》。该书引隋·甄立言《古今录验》曰: “消渴有三: 一渴而饮水多, 小便数, 无脂似麸片甜者, 皆是消渴病也”, 其中所描述消渴病“小便甜”, 反应了现代医学糖尿病、血糖高的临床特征^[6]。早在20世纪30年代, 北京四大名医之一施今墨先生就开始倡导中西医病名统一, 用西医疾病分类学的方法作为诊断标准, 同时强调中医“异病同治, 同病异治”理论, 认为用中医辨证的灵活性加上西医诊断的标准化, 能在临床中创造出一条中西医结合、集中西医各自优势的新方法。《祝选施今墨医案》就是按照当时西医对疾病的分类和命名编辑的, 如其在凡例中所说: “本书按西医规律化之分门别类以便检查”。在该书“卷六·血液及物质代谢系”即出现了糖尿病的病名, 并指出“古人所谓之消渴病, 即近世之糖尿病也”^[7]。施今墨先生也强调用中西医汇通理论分析证候治疗, 在临证制定治法时其常用西医理论来指导, 其认为中医过去治疗糖尿病, 常分为上、中、下三消, 而西医认为是胰腺胰岛素分泌不足所致。五脏六腑中并无胰腺, 而中医理论中却有“脾主运化”的学说。运化者, 代谢也。因此, 施先生治糖尿病重视脾胃功能, 承先后天之说, 注重脾肾^[7]。这也给予后人提示中西医诊断结合的知识对于糖尿病治疗的重要性。

现代医家吕仁和教授认为^[6], 根据《古今录验》所论述的“消渴病”作为糖尿病的病名相较“消渴”一词更加确切。“消渴”在古籍文献记载包括许多“口渴多饮”症状的疾病, 以“消渴病”为病名, 代表特定的病机变化, 对疾病的界定更清晰。吕仁和教授也根据《黄帝内经》脾瘵, 消渴, 消瘵相关论述, 将糖尿病分为三期:

一、脾瘵期 (糖尿病前期); 二、消渴期 (糖尿病期); 三、消瘵期 (糖尿病并发症期)。吕仁和教授也认为消渴病的发展过程中均有热邪的表现, 治疗重视清热祛湿。

《吕仁和临床经验集》中提到糖尿病期 (消渴期) 的病机为“甘气上溢; 二阳结, 所致郁热、实热和湿热”。“甘气”为甘甜之气, “上溢”为血液含糖量超过正常标准的意思。《素问·阴阳别论》云: “二阳结, 谓之消”。又云: “二阳之病发心脾”。二阳为阳明, 结为热结, 二阳结, 《东垣十书》注释云“消渴皆燥热为病也”。吕仁和教授认为消渴发病是二阳 (足阳明胃、手阳明大肠) 有结滞, 结则化热, 胃热则消谷善饥, 大肠热则大便干。正如王冰所注释: “二阳结, 胃及大肠结也。手阳明大肠主津液, 热则目黄口干, 是津液不足也, 足阳明胃主血, 热则消谷善饥, 血中伏火是血不足也”。胃肠结热可出现多饮、消谷善饥、多尿、大便秘结, 进而乏力消瘦等症状与现代医学所诊断的糖尿病的典型症状一致。脾瘵期 (糖尿病前期) 是由于脾热, “数食甘美而多肥”而导致。因脾经有热, 运化转输功能加快, 加上胃结化热, 则出现能食、能化、能运的消谷善饥。若长时间, 处于这种状态, 超过机体能负荷, 损伤脾胃则脾胃运化失司, 则出现结滞而发病。因此, 治疗糖尿病时重视清热祛湿。消瘵期 (糖尿病并发症期) 的病机为“怒气上逆, 胸中蓄积, 血气逆留, 髓皮充肌, 血脉不行, 转而为热, 热则消肌肤”, 主要病因为陈气不除, 五脏柔弱, 复加怒气; 病位在五脏、经络和血脉, 治疗应标本兼顾, 补脆弱之脏器, 同时应活血通络。

4 苏雅虹医师治疗糖尿病的用药经验

苏雅虹医师是同济医院代谢组组长, 拥有32年的诊病经验。苏雅虹医师常用于治疗二型糖尿病的处方主要以益气养阴为主, 药物组成有: 黄芪10g, 山药15g, 生地10g, 麦冬10g, 玄参10g, 苍术10g, 荔枝核15g, 金刚头30g。方中也含近代名医施今墨先生提出的著名“降糖对药” (即黄芪、山药、苍术、玄参)^[8]。以下图表为消渴方所含的中药功效与有关其降糖作用的现代研究归纳。

药物组成	中药药性与功能	降血糖机制的现代研究
黄芪	味甘、微温。归肺、脾经。 具有补气升阳、固表止汗、利水消肿、生津养血之功效。 用于气虚乏力、中气下陷、表虚自汗等症状 ^[9] 。	黄芪多糖当给予正常小鼠Aps-G250和500mg/kg腹腔注射给药连7d,可改善小鼠糖耐量,降低糖负荷后的血糖值,与对照组相比,分别下降43.6%和90.8%,并能明显对抗肾上腺素导致的小鼠血糖升高 ^[9] 。
山药	味甘、平。归脾、肺、肾经。 具有补脾养胃,生津益肺,补肾涩精之功效。	山药多糖能降低糖尿病大、小鼠血糖值,增加肝脏组织己糖激酶(HK)、琥珀酸脱氢酶(SDH)活性,肌肉中苹果酸脱氢酶(MDH)活力也增强,升高血清胰岛素水平;提高糖尿病大鼠肾组织中InsR、IRS1、PI3K表达水平 ^[10] 。
生地黄	味甘、苦、寒。归心、肝、肾经。 具有清热凉血,养阴生津之功效。	蔡春沉等 ^[11] 通过大鼠试验发现地黄多糖可以有效改善肥胖糖尿病大鼠的相关生化指标,同时血清中GLP-1、GIP的水平也有所升高。地黄多糖可以通过促进GLP-1、GIP的分泌对肥胖糖尿病大鼠起到治疗作用。
麦冬	味甘、味苦、微寒。归心、肺、胃经。 具有养阴生津,润肺清心之功效。	麦冬多糖能改善链脲佐菌素所致糖尿病小鼠糖耐量水平,降低妊娠期糖尿病小鼠血糖,降低血清胰岛素抵抗指数,降低CRP含量,降低链脲佐菌素诱发的高血糖大鼠血糖及糖化血红蛋白,推迟大鼠口服蔗糖后血糖升高时间,降低血糖峰浓度 ^[10] 。
玄参	味甘、苦、咸、微寒。归肺、胃、肾经。 具有清热凉血,泻火解毒,滋阴之功效。	赵洪伟等 ^[12] 在大鼠模型实验研究中发现玄参多糖中,高剂量可显著改善STZ与高脂高糖饲料所致2型糖尿病大鼠糖代谢及脂代谢功能($P<0.05$ 或 $P<0.01$),提高机体的抗氧化能力并促进胰岛素的分泌量($P<0.05$),显著降低模型大鼠的血糖($P<0.05$)。
苍术	味辛、苦、温。归脾、胃、肝经。 具有燥湿健脾,祛风散寒之功效。	苍术多糖能降低阿脲糖尿病小鼠的血糖,降血糖作用是苍术多糖抑制体内巴斯德效应所致。此外,茅苍术粗多糖能显著地降低小鼠血糖浓度,提高胰岛素水平。苍术的乙醇提取物、水提取物及乙酸乙酯提取物在体外均有不同程度抑制 α -葡萄糖苷酶活性的作用,以乙醇提取物抑制作用最强,且为竞争性抑制类型 ^[13] 。 药理活性研究表明苍术具有抑制胃酸分泌、促进肠胃运动及胃排空、降血糖、抗菌抗炎、心血管保护和神经系统作用等 ^[14] 。
荔枝核	味辛、微苦、温。归肝、胃经。 具有行气散结,散寒止痛之功效。	李常青等 ^[15] 通过小鼠实验证实荔枝核有效部位群具有改善糖脂代谢、提高胰岛素敏感性、改善胰岛素抵抗和治疗2型糖尿病作用,其机制与抑制胰组织内质网应激关键基因GRP78及CHOP的mRNA表达有关。
金刚头 (金刚藤)	《本草纲目》上记载金刚藤性平、味甘、酸,具有活血化瘀,通络散结,清热解毒,化瘀止痛,标本兼治之功效 ^[16] 。 又名菝葜,始载于《名医别录》。 异名:金刚头、假草薢、山菱角、霸王力(《岭南采药录》)	沈忠明等 ^[17] 证实从菝葜中分离并鉴定出一种具有显著降血糖活性的化合物,结构为3(S)-5,7,4'-三羟基二氢黄酮(柚皮素),具有 α -葡萄糖苷酶和醛糖还原酶抑制活性。

5 结论

历代中医医家对糖尿病的病因病机、辨证与治法各有不同,施今墨先生注重中西医结合,补脾肾。吕仁和教授根据《黄帝内经》的理论与文献,将糖尿病分为三期,主要注重清热祛湿与活血通络,形成其独特的糖尿病辨证思路,这形成了指导后世医家治疗糖尿病重要理论。在临床上,因地域、患者曾经接受不同治疗或合并其他疾病,糖尿病患者所表现的临床症状与特征可出现差异。因此,我认为应参考历代医家对糖尿病发病机制与辨证思路,在临床上以患者舌脉与症状辨证施治为主,四诊合参,结合目前现代研究已证实有降糖作用的中药运用,逐渐形成糖尿病治疗地域性与中西医结合降血糖的用药规律。

【医师小传】

苏雅虹,女,新加坡同济医院特别门诊代谢组组长(1988-2018年),广西中医学院硕士,福建中医药大学医学博士(骨伤科),同济医药研究院高级中医专业文凭,中国厦门中医院内科疑难病症结业,中国北京中医研究院西苑医院妇科结业。

参考文献

- [1] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015. <http://www.diabetesatlas.org>
- [2] <https://www.channel8news.sg/news8/specialreports/ndr2017/news/20170820-sg-ndr-diabetes/3801962.html>
- [3] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/zh/>
- [4] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium: International

Diabetes Federation, 2017. <http://www.diabetesatlas.org>

- [5] 陈志强. 全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材·全国高等中医药院校规划教材(第9版): 中西医结合内科学[M]. :中国中医药出版社, 2012.
- [6] 赵进喜,肖永华. 吕仁和临床经验集. 第一辑[M]. 北京. 人民军医出版社. 2009.
- [7] 庞博,赵进喜,王世东,傅强,张亚欣,宫晴. 施今墨诊疗糖尿病学术思想与临证经验[J]. 世界中医药, 2013, 8(01): 60-63.
- [8] 闻静娟. 浅谈黄芪对糖尿病的治疗作用[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 90.
- [9] 赵晟珣,陈辉,刘菊等. 中药降糖成分及其机制的相关研究[J]. 医学新知杂志, 2017, 27(4): 397
- [10] 吕景娣,苗艳艳,苗明三. 单味中药降血糖作用特点分析[J]. 中医学报, 2012, 27(10): 1314-1318. -399.
- [11] 蔡春沉,王洪玺,王肃等. 地黄多糖对肥胖糖尿病大鼠模型的治疗作用及对血清中GLP-1、GIP水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(18): 4506-4507. DOI:10.3969/j.issn.1005-9202.2013.18.060.
- [12] 赵洪伟,张宁,李自辉,董婉茹,刘树民. 玄参多糖对2型糖尿病大鼠降糖作用的研究[J]. 中医药信息, 2017, 34(05): 8-12.
- [13] 吴佳新. 茅苍术挥发油成分及药理活性综述[J]. 江苏农业科学, 2016, 44(03): 28-30
- [14] 邓爱平,李颖,吴志涛,刘谈,康利平,南铁贵,詹志来,郭兰萍. 苍术化学成分和药理的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(21): 3904-3913
- [15] 李常青,廖向彬,李小翠,郭洁文,屈喜玲,李丽明. 荔枝核有效部位群改善实验性2型糖尿病胰岛素抵抗的作用及机制[J]. 中药材, 2015, 38(07): 1466-1471.
- [16] 刘卫东,付庆霞. 金刚藤现代研究概述[J]. 中外医学研究, 2012, 10(05): 155-156
- [17] 沈忠明,丁勇,施堃,殷建伟. 菝葜降血糖活性成分及对相关酶的抑制作用[J]. 中药材, 2008(11): 1717-1720.

(上接第11页)

- [28] 张勉之,李树茂,何璇. 张大宁名老中医学学术思想及思辨特点研究报告[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2012, 13(8): 662-665.
- [29] 孙义,车树强. 国医大师张大宁从虚瘀湿毒论治慢性肾功能衰竭[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(10): 4448-4450.
- [30] 童延清. 任继学治疗慢性肾功能衰竭用药经验采著[J]. 中医文献杂志, 2004, 1: 34-36.
- [31] 朱戎. 陈以平治疗慢性肾功能衰竭经验撷菁[J]. 辽宁中医药杂志, 2005, 32(7): 648-650.

痛风性关节炎的中医治疗研究进展

洪秋惠

【摘要】 痛风性关节炎是一个常见病、多发病，严重影响着患病者的生活质量，目前西医对痛风性关节炎的治疗多以排尿酸药、糖皮质激素及秋水仙碱等，这些药物并不能改变其病理性质，且毒副作用较大。随着中医药对痛风的研究逐渐增加，中医药治疗痛风性关节炎有了显著进展，临床上也取得良好成效。本文着重从中药内治及中医外治两个方面，总结了近年来痛风性关节炎中医药治疗的研究进展。

痛风性关节炎，简称痛风(Gouty Arthritis)是嘌呤代谢紊乱导致尿酸生成增多或排泄减少引起的一种临床综合征，主要表现为关节疼痛和活动障碍。

1 一般治疗

痛风，指体内血尿酸长期累积高于360mmol/L，过多的单钠尿酸盐晶体沉积于关节腔内、关节软骨面及其他组织，导致反复发作的急性或慢性关节炎^[1]。急性关节炎最初表现为单关节发病，常累及第一跖趾关节，症状包括急性疼痛、压痛、发红、肿大、灼热。临床上还可见痛风石沉积，最常见于第一跖趾关节、踝关节、跟腱及腓骨肌腱^[2]。病程长久可见特征性慢性关节炎、关节畸形亦可累及肾脏。

急性发作也通常会在数日到数周内完全缓解，特别是早期疾病，很多抗炎药物都能加快症状缓解，例如口服糖皮质激素(glucocorticoid)或非甾体类抗炎药(NSAID)，部分患者可选择秋水仙碱(colchicine)。进入缓解期，大部分患者都会复发，随着发作频率的上升，症状可能会更加严重持久，而无症状期会缩短。反复发作的患者及发展为慢性关节炎的患者可使用降尿酸药物如别嘌醇(allopurinol)、非布司他(febuxostat)、丙磺舒(probenecid)、雷西纳德(lesinurad)、苯溴马隆(benzbromarone)或聚乙二醇重组尿酸酶(polyethylene glycol recombinant uricase)长期预防，以防痛风复发或发展为慢性痛风石性疾病^[3]。

2 中医病名

《金匱要略》中记载“盛人脉涩小，短气，自汗出，历节痛，不可屈伸，此皆饮酒汗出当风所致。”《诸病源候论》亦言：“历节风之状……此由饮酒后腠理开，汗出当风之所致也。

亦有血气虚，受风邪而得之者；风历关节与血气相搏交击，故疼痛也。”朱丹溪的《格致余论·痛风》记载：“彼痛风者，大率因血受热，已自沸腾，其后或涉冷水，或立湿地，或扇取凉，或卧当风，寒凉外搏，热血得寒，污浊凝涩，所以作痛，夜则痛甚，行于阴也。”^[4]中医认为，痛风性关节炎属于“痹症”、“热痹”、“痛痹”、“痛风”、“白虎历节”、“脚气”、“痰火毒”的范畴。致病机理为禀赋不足，饮食不节，酗酒、体形肥胖等，导致脾胃运化功能失常，外感风、寒、湿之邪，湿热蕴毒，络脉瘀滞，痹阻不通而导致疼痛。主要临床症状是患病关节红、肿、热、痛、活动障碍，部分患者伴随发热、舌红、心烦口渴、苔黄等。痛风性关节炎分为湿热蕴结证、瘀热阻滞证、痰浊阻滞证、肝肾阴虚证、风寒湿痹证五型^[5]。

3 中医治疗

3.1 中药内治法

一般认为痛风发病主要因湿热蕴结，阻滞经络，故许多急性期治疗倾向使用四妙丸，取其清热、利湿、通络、镇痛之功。

3.1.1 急性痛风发作

朱飞等^[6]使用加味四妙汤联合秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎和高尿酸血症，所有患者均给予秋水仙碱口服，治疗组再予加味四妙汤，主方：苍术15g，黄柏15g，薏苡仁30g，牛膝10g，土茯苓30g，萆薢30g，秦艽10g，每日一剂。结果显示94%有效率，治疗组患者感受关节功能改善和血尿酸指数下降更明显，相较于对照组较高发的肾功能损伤，治疗组患者的肾功能相反的得到提升。尹新生^[7]、付军霞^[8]和赵建强^[9]等临床观察各80-90多例急性痛风性关节炎使用加味四妙汤，分别取得85%、92%和93.75%临床治愈率，治疗组患者血尿酸和血沉指数皆低于对照组，充分肯定了中药汤剂的疗效优势。

陈于翠^[10]用痛风平颗粒联合非甾体抗炎药治疗106例痛风急性发作患者，治疗组用药后24h、36h、72h及一周后显效、有效、总有效率均明显优于观察组单纯使用非甾体抗炎药，这结果为痛风急性发作期的治疗提供了更多的选择。宋迎红^[11]以桂枝芍药知母汤加减联合外敷金黄散治疗54例急性痛风性关节炎，对照组口服秋水仙碱。结果显示治疗组症状、血尿酸水平均明显优

于对照组,总有效率达92.9%。

3.1.2 痛风缓解期

金晓畅^[12]认为痛风病位在肝,原因:(1)“诸风掉眩,皆属于肝”,痛风发作疼痛游移,符合“风”的特性;(2)痛风最常见之发病部位第一跖趾部属于肝经所过之处;(3)肝主疏泄,可调控体内血尿酸排泄,也与情志相关。该组治疗缓解期痛风患者60例,治疗组单纯使用中药六味痛风饮(土茯苓、虎杖、红藤、萆薢、芦荟、郁金),取其清肝、化瘀、通络之功。治疗组总有效率76.6%,与对照组单纯使用促尿酸排泄药,苯溴马隆,有效率无明显统计学差异,显示中药与西药临床可比性强。另外中药组总胆固醇也有明显下降,而对照组则无改善。

另有医者认为痹症发病内虚为本,外邪为标,更有病理产物穿插其中互为因果、相互作用,治疗上强调顾护人体正气。丁园园^[13]采用益气祛瘀法治疗慢性痛风性关节炎。组方选用黄芪、当归、党参、川芎、防风、白芷、甘草、僵蚕、全蝎。结果显示益气祛瘀法联合别嘌醇治疗慢性痛风性关节炎能明显降低血尿酸水平、关节疼痛VAS评分,改善患者临床症状,疗效确切且安全性高。

3.2 中医外治法

陈新华等^[14]总结前沿痛风性关节炎中医外治法包括:(1)针刺疗法,包括一般针刺、电针、火针、梅花针;(2)刺血疗法,三棱针点刺放血结合拔罐增加排出量,可止痛,增强免疫力;(3)灸疗法能温通经络、活血化瘀、清热解毒,提高患者治疗舒适度;(4)中药贴敷疗法,通过对穴位的刺激和透皮吸收达到凉血清热、消肿止痛之效。

3.2.1 针刺

潘青花^[15]研究84例急性痛风性关节炎患者,基础治疗之上,治疗组予针刺主要受累关节中瘀阻明显的局部,穴位选取支沟、三阴交、内庭、足三里、阿是穴、阴陵泉等,腕关节疼痛加合谷、阳池、外关;膝关节疼痛加血海、阳陵泉、膝眼;肘关节疼痛加曲池、合谷;第一跖趾关节疼痛加太冲。治疗组总有效率92.86%,疗效显著高于单纯使用西药(80.9%)。彭才勇^[16]认为痛风性关节炎,尤其急性期,使用针灸疗法可有效降低血沉、血尿酸,起到消肿止痛的效果,而且操作简单无毒副作用,是临床首选疗法。

逢雯伊和陈新华等^[17]搜索近10年来关于针灸治疗痛风性关节炎的临床文献,总结并分析后得到结论:针灸治疗痛风性关节炎的主穴为足

三里,选取率为74.47%,前5位还包括三阴交(70.21%)、阴陵泉(55.32%)、太冲(44.68%)、曲池(42.55%),选用率都在40%以上;主要经脉为足太阴脾经;聚类分析显示有效穴位群为:太冲-曲池、行间-内庭-血海、太溪-太白、大椎-合谷-丰隆-阳陵泉;关联分析显示支持度和置信度最高的为足三里-三阴交。《灵枢·顺气一日分为四时》曰:“经满而者,病在胃及以饮食不节得病者,取之于合。”足三里为合穴,胃的下合穴,为保健要穴,归属于足阳明胃经,可激励阳明精气;阴陵泉为合穴,利水渗湿要穴,归属于足太阴脾经,足三里和阴陵泉相配伍可以促进脾胃的运化,并且通利关节湿滞。梁爽等^[18]于2014年的针灸选穴规律分析结果与上述高度契合,仅足三里和三阴交选穴排名对调,进一步证明针刺疗法的临床有效性和可复制性。

3.2.2 放血疗法

近代研究^[19]显示放血疗法可以从多层次多途径发挥作用,不仅能通过调整血液的粘度、流速、流量和容量来改善循环,还能对腧穴形成慢性刺激,引导身体反馈机制来调节嘌呤代谢,抑制尿酸的形成和促进排泄。田雅姣^[20]采用局部刺络放血治疗20例跖趾关节疼痛患者,观察治疗1周时间,总有效率达80%。许素瑜等^[21]对35例急性痛风患者采用火针点刺放血患侧相应经络郄穴。总有效率达94%,患者疼痛评分和血尿酸水平均明显改善,复发率显著降低。陈戈^[22]基于中医经络理论,创新使用深静脉放血疗法治疗踝关节、跖趾关节红肿热痛。该研究在患者小腿外踝上6-10cm处针刺深静脉,放血30-40ml,大部分患者在治疗后立刻感觉关节肿胀疼痛明显改善,达到76%有效率。

3.2.3 外敷

痛风起病急,病患一般感觉发病关节疼痛剧烈难忍,对于症状严重的患者,采用内服加外敷的方法能有效改善临床症状。张翠霞^[23]使用两种自制药膏(1)金黄膏:组方大黄75g、姜黄75g、白芷75g、天南星30g、陈皮30g、苍术30g、厚朴30g、天花粉150g、甘草30g。诸药磨粉,取100g与500g凡士林调和成20%膏状。(2)消瘀膏:组方生南星30g、生栀子30g、白芷30g、川断30g、生川乌30g、泽兰20g、紫荆皮20g、赤芍30g。诸药磨粉过筛,与500g凡士林,500g蜂蜜和100g蒸馏水调和成膏。观察20例急性痛风性关节炎患者,总有效率达到100%。

熊阳春等^[24]于常规西药治疗上以如意黄金散穴位贴敷治疗证属湿热蕴结的急性痛风性关节

炎。总结治疗组总有效率90.48%，患者关节疼痛不适更快改善，血尿酸、炎症因子水平降低效果优于对照组。临床上外敷膏剂种类众多，许多医院采用自治药膏且组方大，成分多，药物之间相互作用也更复杂，因此难以进行统一的疗效机制研究^[25]。

3.2.4 熏洗

陈建等^[26]于2018年应用数据挖掘法，分析71首痛风性关节炎中药熏洗方总结出174味药物使用规律。其中使用频次前10位的中药依次是黄柏、威灵仙、红花、苍术、大黄、土茯苓、赤芍、当归、丹参、川牛膝，常见药对前5位为“苍术-黄柏”、“土茯苓-黄柏”、“当归-威灵仙”、“丹参-赤芍”、“防己-黄柏”，总结出中药熏洗治疗痛风性关节炎常用的药物以清热类、利水渗湿类、活血化瘀类、祛风湿类等药物为主。崔莉^[27]的研究显示中药熏蒸法避免了药物对口腔黏膜、消化道及胃肠的刺激，能减轻肝、肾负担，提高药物利用度。

4 总结

痛风多发于40-60岁^[28]，这个年龄段也容易伴发高血压、高血脂和高血糖等代谢疾病，故治疗时需要多方面考虑，尤其药物的安全性和对肝肾功能的负担。急性期中医多采用清热利湿镇痛之法，缓解期辨证论治，常以健脾、补肾、疏肝之法扶正，兼以清热、祛风、除湿、化瘀。外治法不论针刺或草药外敷熏洗也均取得良好疗效。综上所述，相较传统西药常规治疗，中医治疗痛风性关节炎有效率高，方法更多元，毒副作用也更少，安全性更高。但目前，对于痛风的分型仍未有规范化的辨证论治系统，治疗方法虽各有千秋却也缺乏大规模、可信度高的总结和统一标准。因此，我相信通过大规模，多中心，随机对照的严谨科学研究，我们能总结出一套高效率，安全，符合经济效益的统一治疗方案。

参考文献

[1] Anindita Santosa. An Update on the Diagnosis and Management of Gout. *The Singapore Family Physician*, 2017 43(2): 11-18.

[2] 范小萍. 分析双能量CT检查痛风患者足部痛风石沉积特点. *双足与疾病*, 2017(168): 102-103

[3] Michael A Becker, Angelo L Gaffo. (2019) Treatment of Gout Flares. Paul L Romain, UpToDate, Retrieved August 10 2019 <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-gout-flares?source=Out%20of%20date%20-%20zh-Hans>.

[4] 吴名波 沈鹰. 迁移朱丹溪对痹症的贡献. *天津中医药*, 2008 25(4): 309-310.

[5] 袁小静 沈不安 戴琪萍 裘敏蕾 陈永强. 痛风性关节炎的

中医治疗进展. *现代生物医学进展*, 2014 28(14): 5582-5584.

[6] 朱飞 欧阳桂林. 加味四妙汤联合秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎和高尿酸血症. *长春中医药大学学报*, 2013 29(3): 402-403.

[7] 尹新生. 加减四妙汤对痛风性关节炎的治疗体会. *中医中药*, 2014(03): 270.

[8] 付军霞 侯小强 王琴. 加味四妙汤治疗痛风性关节炎临床效果分析. *中医中药*, 2014(01): 176-177.

[9] 赵建强. 加味四妙汤治疗急性痛风性关节炎的临床疗效观察. *医药与保健*, 2014 22(4): 91.

[10] 陈于翠, 孙宝会, 陈志颜. 痛风平颗粒治疗痛风急性期106例临床观察[J]. *世界中医药*, 2017.

[11] 宋迎红, 何思君. 中医药治疗急性痛风性关节炎的临床疗效探讨[J]. *中外医疗*, 2015(17): 171-172.

[12] 金晓畅, 郝志民, 于清欣, 朱维平. 六味痛风饮治疗痛风性关节炎60例临床观察[J]. *山东中医药大学学报*, 2015(03): 37-39.

[13] 丁园园. 益气祛瘀法治疗慢性痛风性关节炎20例临床观察[J]. *黑龙江医药*, 2015(04): 281-283.

[14] 陈新华 王洪峰 王维正 尚蕊 王朝辉. 痛风性关节炎中医外治法的研究进展. *中国老年学杂志*, 2019(39): 730-733.

[15] 潘青花. 急性痛风性关节炎采用针灸治疗的有效性评价[J]. *临床医药文献电子杂志*, 2016(56): 11119-11122

[16] 彭才勇. 针灸治疗痛风性关节炎的临床研究概况. *中国药物经济学*, 2014(5): 110-111.

[17] 逢雯伊, 陈新华, 王洪峰. 针灸治疗痛风性关节炎选穴规律分析[J]. *中医学报*, 2018, 33(09): 209-212.

[18] 梁爽, 黄凯裕, 许岳亭, 卢圣峰. 基于数据挖掘的针灸治疗急性痛风性关节炎临床选穴规律分析. *World Science and Technology/Modernization of Traditional Chinese Medicine and Materia Medica*, 2014 16(12): 2598-2604.

[19] 洒玉萍, 文绍敦, 胡珊. 火针放血治疗急性痛风性关节炎机理探讨[J]. *时珍国医国药*, 2009(02): 146-147.

[20] 田雅姣, 王卫强. 局部刺络放血治疗痛风性关节炎20例[J]. *实用中医药杂志*, 2018, 34(12): 115-116.

[21] 许素瑜, 涂云, 王志花. 郄穴火针放血治疗急性痛风性关节炎35例[J]. *《世界针灸杂志: 英文版》*, 2016(2期): 73-78.

[22] 陈戈, 梁基源. 深静脉放血疗法治疗下肢痛风性关节炎13例[J]. *海南医学*, 2016, v. 27(09): 163.

[23] 张翠霞. 金黄膏与消瘀膏外敷治疗双足跖趾痛风性关节炎. *湖北中医杂志*, 2012 10(34): 54-55.

[24] 熊阳春, 何克剑, 侯小强. 如意黄金散穴位贴敷治疗痛风性关节炎(湿热蕴结证)的临床疗效. *中国中医急症*, 2018 27(10): 1835-1837.

[25] 蒋恩于 孙波. 中药外敷法治疗急性痛风性关节炎的研究进展. *中医正骨*, 2019 31(4): 56-60.

[26] 陈健, 吴俊哲, 曾东杰. 基于数据挖掘的痛风性关节炎中药熏洗处方用药规律分析[J]. *《广西医学》*, 2018(16): 1805-1807.

[27] 崔莉. 中药熏蒸对痛风性关节炎患者实施护理干预的疗效观察[J]. *贵州中医学院学报*, 2013 35(6): 199-201.

[28] 许瑜佳, 陈士芳. 痛风发病年龄特征及降尿酸治疗对内皮功能的影响[J]. *中国现代医生*, 2017(28).

陈巧凤博士中医药治疗肿瘤的临床思路

许子欣 陈巧凤

一、概论

中医对肿瘤的认识始于殷商时期，甲骨文上发现的“瘤”字，由“疒”和“留”组成，示意疾病在体内的积聚、病发而留聚不去，这是中医最早记载肿瘤的文献。中医经典著作《黄帝内经》中已经有了“癥瘕”、“石瘕”、“膈中”等病名，其描述的症状与现代医学所认识的肿瘤的临床表现高度吻合，其中“石瘕生于胞中……恶血当泻不泻，血不以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下，皆生于女子”，与现代子宫肌瘤、子宫内膜癌等妇科疾病相似。

现代医学认为肿瘤是机体在各种致癌因素作用下，局部组织的细胞在基因水平上失去对其生长的正常调控，导致其克隆性异常增生而形成的新生物。肿瘤的形成可以归纳为两点：基因突变和免疫系统紊乱。

诊治上，现代医学通过“辨病”，而中医通过“辨证”来了解疾病。“辨病”考虑的是疾病客观的病理表现，并且治疗手段围绕着引起病理改变的病因来进行处理；“辨证”着重患病个体的临床表现，进而推断出体内的正邪偏颇，并且以恢复机体阴阳平衡为主要治疗原则，重视的是患病机体的本体状况。

二、现代医学治疗

基于对肿瘤的病因病理研究，肿瘤治疗有三大手段：

- 1) 外科治疗：外科手术作为其中一种侵入性的手段，必须在具有明确病理诊断的情况下操作，并且严格遵守无瘤原则，以避免肿瘤细胞因手术操作而脱落播散，造成医源性播散。微创手术的应用，在彻底清除病灶的基础上尽量保存组织器官和功能，尽可能减轻对健康组织的伤害，大大提高了外科治疗的成果。
- 2) 内科治疗：肿瘤的内科治疗包括细胞毒性药物治疗、内分泌治疗和生物、基因治疗。内科治疗有别于外科、放射等局部治疗手段，其治疗作用于全身，着重于杀伤肿瘤细胞和增进机体的免疫功能。在综合治疗中，内科治疗可以运用于术后以消灭剩余的肿瘤细胞以及降低复发率；术前以降低肿瘤负荷和及早控制远处转移灶；与放射治疗结合以缩小病灶减轻放射损伤面积；姑息性治疗以针对不适外科治疗的多发性或广泛转移的肿瘤。
- 3) 放射治疗：放射线可以穿透人体的组织破坏

靶点细胞的遗传物质，从而使该处细胞受损、死亡。随着现代科技的发展，放疗适用于治疗由体表至体内任何部位的各种肿瘤。目前放疗已成为恶性肿瘤的主要治疗手段之一，据国内外报道，约70%的患者在病程的不同时期需接受放疗，甚至有些癌症采用单独放疗就能取得根治的效果，例如鼻咽癌，皮肤癌，宫颈癌等。

三、中医治疗

《内经》中提到了“虚者补之，劳者温之，结者散之，坚者削之”为中医治疗肿瘤奠定理论基础。东汉张仲景强调“观其脉证，知犯何逆，随证治之”，开创了辨证论治治疗肿瘤之先河。

随着诸代医家的发展，尤其宋代各医学流派之间百家争鸣，中医理论的提升为治疗疑难杂病提供了更多思路。至明清时代，中医对肿瘤的认识逐渐成形，理法方药日臻完善。明代陈实功提出“内之证或不及于外，外之证则必跟于内”。清代张锡纯在《医学衷中参西录》中论述了食道癌和贲门癌的理法方药，并强调补中逐瘀的治则，都认为治内求本以调理脾胃为首要，体现了癌症所表现的恶性体质，强调在肿瘤治疗中内外并重，攻逐峻消不忘扶正培本，方可有效提高患者的生存期和生存质量。

随着现代医学对肿瘤的认识不断深入，各种治疗手段日新月异，中医药与现代医学相结合的综合治疗模式为目前肿瘤治疗的趋势。其所提倡的“带瘤生存”、整体观等理念着重考量患者的整体生存情况和生存质量，更为贴切的反映患者临床所需，在临床上具有明显的优势。

四、陈巧凤博士对肿瘤辨证论治的思路

《素问·至真要大论》曰：“谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之，必先五胜，疏其血气，令其调达，而致和平，此之谓也。”强调在临床诊治中，首要抓住病机，了解其发生、发展、变化以及结束的规律。在临床实践中，抓住病机即掌握了疾病的走向，医者方能在疾病的各个阶段，胸有成竹的给予适合的治疗。众所周知，癌症是系统性的疾病，并且随着患者的个体差异性而改变，使得癌症的治疗极其复杂，现代医学亦已摒弃单一的诊治方案，采用综合性的治疗。在中医领域里，该如何掌握病机是一大重点。笔者有幸随师侍诊，

兹将陈博士的临床经验整理如下，以飨读者：

1) **辨病**：在肿瘤治疗中，不同的病理类型的癌细胞对其后续的发展、预后乃至治疗都起着决定性的作用，辨病论治是一个宏观的概念，可从数个角度来一探究竟：

a) **中医理论**：在现代医学为主流的大趋势下，中医治疗必须坚守其辨治特色，方能跳脱固有的思维，从不同角度考虑疾病，突破治疗的盲点。譬如乳癌，从经络循行的角度思考，胃经行贯乳中、肝经布胸胁绕乳头而行，并且考虑乳腺癌的患者在临床上多有“肝”功能障碍的表现，因此在治疗上始终紧守疏肝解郁，和血柔肝的治疗原则。陈博士多选用加味逍遥散、柴胡疏肝汤、一贯煎等经方加减治疗。

b) **现代医学理论**：所谓：“择其善者而反之，其不善者而改之”，固然以现今的医学知识人类仍不能全面的解释患癌的机制，其从分子层面研究病理改变的成果仍然是非常值得中医借鉴的，譬如急性白血病、淋巴瘤等在化疗后已经可以取得的30%以上的治愈率。因此在临床实践中，陈博士非常重视“辨病”，辨其癌症分期、癌细胞类型、浸润转移情况等等，在治疗上具有临床意义。譬如乳癌多配合半枝莲、半边莲、光慈姑等药理研究证实对乳腺癌细胞具有杀灭作用的针对性药物、组织钙化可加海带、牡蛎等软坚散结的药味等等。

c) **病程**：癌症的不同阶段对于中草药的临床应用有着截然不同的意义。

1. 在癌症初期，正气尚存，瘤体稳定，治疗方案以清热解毒，攻伐消散为主，以期抑制瘤体的生长扩散之势。

2. 治疗阶段，按患者所接受的治疗，以增敏解毒为主要目的，协助患者在提高免疫力的基础上，安然完成指定的疗程和剂量。譬如化疗后出现的胃肠道、骨髓抑制反应，以健脾补肾，益气养血法为原则，选用黄芪、党参、女贞子、鸡血藤等中药。放疗属于中医“热邪”范畴，热能化火伤阴，以清热凉血，养阴扶正法酌用红条紫草，玄参、生地、金银花等。实体瘤中有10%~50%的乏氧细胞，对放射线有着明显的拮抗作用，是肿瘤放疗疗效不佳的重要原因，活血化瘀中药可以改善肿瘤细胞的乏氧，其中莪术不仅功能行气破血，消积止痛、毒副作用小兼具抗肿瘤作用，是以临床多用。

3. **缓解期**：治疗以扶正培本为大法，遵循《内经》：“正气存内，邪不可干”的原则，主要增强机体自身免疫机能，再由机体自身杀死肿瘤细

胞或诱导其凋亡，避免过度攻伐损伤天年元寿。

2) **辨体质**：中医体质学以个体为研究出发点，旨在研究不同体质构成特点、演变规律、影响因素、分类标准，从而应用于指导疾病的预防、诊治与康复。同一病邪，在不同的体质内可以有不同的发展轨迹，最终临床表现出不同的“症候”，医者由此而能“辨证”。相对于“证”，体质是相对稳定的，譬如“肝郁质”的患者，尽管在接受放疗后表现火热炽盛之证，临床用药也不宜苦寒直降过度，以免过抑其气机，因此用药仍以疏肝散热为主，酌加苦寒降火之品。

3) **辨证**：《伤寒杂病论》：“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。“证”是代表一个疾病在一定阶段的一个横断面，反映了一个特定时间点个体的本质与正邪盛衰。陈博士在临床诊治中非常重视“标本缓急”，认为患者只有在主诉得到缓解的情况下方能安心养病。中医药治疗症状，必须以辨证论治的思维为法则，不能机械的从药理学来考虑，所谓“异病同治”、“同病异治”即是辨证论治的具体操作。例如以不寐为主诉，即便是同一症状，有的患者以气血两虚为主要表现，宜归脾丸；余者或有阴虚火旺甚至心肾不交之证，治宜天王补心丹及交泰丸。

五、结论

陈博士在临床上的辨证思路，通过患者的病理学诊断、分期、病程，首先对患者病机和预后有一个全面的了解。在此基础上，以中医理论为指导，通过四诊辨别患者的体质和中医证型，分清轻重缓急、正邪偏颇，制定处方。最后根据患者的主诉和现代科研成果，在不偏离辨证论治的原则内，对方剂进行加减。

【医师小传】

陈巧凤，女，中国中医研究院医学博士（中西医结合），新加坡同济医药研究院（高级中医专业文凭），新加坡籍，在临床从事中医药对肿瘤的治疗和指导工作30余年。

许子欣，男，辽宁中医药大学硕士（中医内科），新加坡南洋理工大学与北京中医药大学双学位（生物医学与中医内科），马来西亚籍，主要在新加坡从事中医药和针灸治疗的临床工作。

参考文献

- 林丽珠. 肿瘤中西医结合治疗学[J]. 2013.
Wouter A, Pauwel B, Lardon F, et al. Implications of in vitro research on the effect of radiotherapy and chemotherapy under hypoxic conditions [J]. *Oncologist*, 2007, 12(6): 690-712.

卢金玉医师治疗男性畸形精子症经验浅析

洪湘菱

男性不育症是指夫妻同居有正常性生活，未避孕超过1年，由于男方因素致使女方未能受孕。大约有15%的夫妇因在一年内不能受孕而寻求药物治疗。在不育的夫妇中，有50%的不育夫妇是由于男性精液参数异常引起的。若妻子的生育能力正常，或许能弥补丈夫的生育问题。因此不孕不育通常在夫妻双方的生育能力下降时更为显著。常见的男性不育症的原因有：射精障碍和性功能障碍、遗传性疾病、特发性男性不育症、精索静脉曲张、性腺功能低下、男性附属性腺感染、睾丸下降不全、免疫因素、全身的系统性疾病等^[1]。

1 现代医学对畸形精子症的认识

近半个世纪来，男性精液中的精子数和精子各项活动参数都呈明显下降的趋势。临床上，畸形精子症往往和少精子症和弱精症同时存在，称为少弱畸形精子症。在第5版《世界卫生组织人类精液分析实验室技术手册》^[2]中提出正常形态的精子比率低于4%，即为畸形精子症。正常的精子分为头和尾两部分，头部的细胞核含有遗传物质，顶体内含有酶，尾部含有轴丝和线粒体鞘等，主要负责精子运动。要判定精子形态，需要首先将精液染色处理，对精子各个部分的长短、比例、外形和结构进行检测，并将头部和尾部处于临界形态的精子认为是异常的。其中以头部异常的精子最常见，占约70%^[3]。

畸形精子在结构和功能上出现异常，导致精子受精潜能降低。畸形精子经常出现顶体与核膜分离、双层膜结构部分或全部消失、顶体反转等现象，所以当精子形态异常时，就会影响到精子表面的糖基结合蛋白的结构，精子附着于卵细胞透明带能力下降，使精子与卵子的顶体-透明带反应发生障碍，从而影响精子穿透卵子透明带和质膜与卵子结合受精的能力^[4]。此外，畸形精子也是引起精子活力减弱的重要因素之一。

生殖道和生殖腺体感染及炎症、精索静脉曲张、基因异常或者突变、药物因素、环境的生殖毒性、内分泌紊乱、吸烟、饮酒、高温工作环境、高辐射环境均是畸形精子症的病因。感染及损伤引起炎症反应，造成精子膜脂质过氧化，破坏精子内部结构，影响精子形态，造成畸形率上升，特别是支原体、衣原体感染。如解脲支原体感染会导致解脲支原体附着在精子表面，颈

部形态发生变化，尾部卷曲，精子形态改变，形成畸形精子症，影响精卵结合。精液中的白细胞浓度也会使到精子正常形态降低。精索静脉曲张，静脉血液回流受阻，代谢物聚集，阴囊局部升温，影响睾丸功能。许多化学物质和有机农药具有生殖毒性。重金属如铅、镉、锰、砷对精子形态影响更为明显。长期服用某些药物，如抗生素、抗癌药、抗狂躁等药物，均可引起畸形率上升。

西医目前没有针对性药物治疗畸形精子症，常用的治疗方法有内分泌治疗、抗氧化治疗、微量元素治疗，但是这些治疗没有确切的疗效。

2 卢金玉医师用药经验

畸形精子症属中医的“无子”、“绝育”、“无嗣”范畴。男性不育症主要以肝、脾、肾病变为本，痰湿阻滞、气血停滞或气血不足为标。卢金玉医师从事中医不孕不育症临床工作三十余年，具有丰富的临床经验，注重辨证与辨病相结合，考虑到新加坡不孕患者中的男性在精液检查中以精子活动率低、畸形率高及精子黏附卵子能力偏低为多见，从肝肾论治，认为肾虚为本，血瘀、痰湿为标，结合新加坡人文及地理因素，临床上多见肾阴虚兼肝郁证型，治以补肾舒肝，益心安神，佐以清利湿热，应用自拟方补肾益精丸治疗畸形精子症，临床上获得一定的疗效。

补肾益精丸是由太子参、枸杞子、丹参、淮山药、车前子、菟丝子、败酱草、淫羊藿、麦冬、白芍、覆盆子、山茱萸、柴胡、五味子和甘草制成的胶囊。卢医师的自拟方补肾益精丸是以五子衍宗丸为基础，加上疏肝解郁，益心宁神，清利湿热等药而组成。五子衍宗丸源于唐代《悬解录》，是张果献给唐玄宗的圣方——五子守仙丸，是五子衍宗丸的原方名。明代医家王肯堂云：五子衍宗丸“为繁衍宗嗣种子第一方也。”本方五药皆用“种子”。取“以子补子”之义，故五子衍宗丸被誉为“填精补髓、温补肾阳的补肾经典方。”现代药理研究表明，五子衍宗丸能够保护精子线粒体结构与功能的完整，还能明显增加动物模型的精子密度，显著改善精子活力，对睾丸组织的病理损伤有一定的保护作用^[5]。

补肾益精丸中的菟丝子味辛、甘，性平，归肾、肝、脾经，能补肾阳、益肾精但又不过于温燥；枸杞子归肝、肾经，味甘性平，滋补肝肾之

阴；两药共为君药。覆盆子固精缩尿、又能补益肝肾与五味子既能补肾涩精，又能宁心安神。太子参益气生津、麦冬养阴生津、清心除烦；淫羊藿归肾、肝经，补肾壮阳；山药补脾肾之气，兼能滋养脾肾阴；山茱萸归肝、肾经，既能益精又可助肾阳，可以增强本方阴阳双补之功，七药相伍共为臣药。

柴胡疏肝解郁，调畅气机，与白芍敛肝和营，一散一收，补肝体而和肝用，刚柔相济。丹参归肝经，活血祛瘀，凉血安神；败酱草辛、苦，微寒，归肝经，清热行滞，助丹参活血化瘀；车前子甘，微寒，归肾经，清热利湿，以制辛温之品助阳太过之弊，五药共为佐药。

生甘草益气又清热，调和诸药。诸药配合，共达补肾填精、养阴益血、宁心安神、疏肝解郁兼清利湿热之功。《广嗣纪要·调元篇》曰：“补养之法，诚求子之所当讲求者也……男子弱者，精常不足，当补肾以益其精。”补肾益精丸虽为补肾之方，却不过于温补，以免灼伤阴精。因此在滋阴补肾中配合少量补肾壮阳之品，亦为前人所云：“善补阳者，比于阴中求阳，则阴得阳升，而泉不竭。”

临床上卢医师对于精子活动力差者，常选用生黄芪、黄精、巴戟天、续断；死精多者，加土茯苓、蚤休、薏苡仁；精液中有脓细胞者，加蒲公英、红藤、黄柏；精液不液化呈团块者，加泽泻、丹皮、赤芍。若伴有支原体、衣原体感染，加土茯苓、黄柏、蒲公英、苦参等清热解毒利湿及牡丹皮、赤芍活血凉血；伴精索静脉曲张，则加鸡血藤、川芎、红花、莪术等以改善局部微循环。

3 典型病案

洪某，男，35岁。2015年5月14日初诊。

婚后6年未育。患者结婚6年，夫妻感情和睦，婚后同居，性生活正常，未采用避孕措施未育。其妻妇科检查未发现明显异常。患者幼时有急性腮腺炎史。外生殖器无异常。2年前行宫腔内人工授精（IUI）4次皆失败。平素腰酸不适，心烦，体热，工作压力大，纳眠可，二便调。舌尖红苔少，脉弦细略数。

精液常规：量7ml，色白，精液完全液化，精液稍黏，精子密度24万/ml，活动率34%，正常形态精子2%，头部畸形61%，中部畸形21%，尾部畸形16%，精子黏附卵子能力（HBA）25%。

西医诊断：畸形精子症

中医诊断：无子（肾阴虚兼肝郁）

治法：滋阴补肾，兼以疏肝

方药：补肾益精丸。每天服3次，每次服3粒。

2015年8月19日，服药3个月，腰酸不适好转，心烦体热减轻，自诉容易出汗，口唇干，需要外涂唇膏。舌红苔少，脉弦细。继服用上方，服法同前。

2015年11月18日，服药第6个月，无明显腰酸不适、心烦体热，汗出改善，口已不干。舌红苔薄，脉弦细。

精液复查：量43.3ml，色白，精液完全液化，精液稍黏，精子计数61.5万/ml，活动率38%，正常形态精子3%，头部畸形58%，中部畸形18%，尾部畸形21%，精子黏附卵子能力（HBA）78%。

继服用上方，服法同前。

2016年10月2日，其妻末次月经2015年11月15日，患者告知于2016年9月2日产3.52公斤女婴。

按：患者婚后6年未育，妻子妇科检查未见异常，精液检查发现精子畸形，精子黏附卵子能力低，平素腰酸不适，心烦，体热，工作压力大，舌尖红苔少，脉弦细略数，诊断为男性不育症畸形精子症，症属肾阴虚兼肝郁型。患者服药三个月后腰酸不适好转，心烦体热减轻，尚容易出汗，口唇干，继服用3个月后已无明显腰酸、心烦体热，容易汗出亦改善，口干不作；精液畸形率减低、活动力增加、精子黏附卵子能力增高。卢金玉医师以补肾益精丸，补肾填精，疏肝清热为主，改善患者体质，使肾精充，肝气调，最终患者通过半年的调理成功使妻子怀孕，顺利产子。

【医师小传】

卢金玉，女，新加坡同济医院特别门诊生育组。中国中医研究院医学博士（中西医结合），中国中医研究院医学硕士（中西医结合），同济医药研究院高级中医专业文凭，在临床从事中医药不孕不育的治疗和指导工作30余年。

参考文献

- [1] World Health Organisation. WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. 2000, Cambridge University Press: Cambridge.
- [2] World Health Organisation. WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. 5th ed. 2010:100.
- [3] 李俊君,任京龙,董良,常德贵,毕明帅. 畸形精子症的解读及临床意义分析[J]. 中国男科学杂志, 2016, 30(08):69-72.
- [4] 刘睿智,武婧,王瑞雪. 中华男科学杂志 2013; 19(12):1059-1067
- [5] 许甜甜,聂松柳,屠家启,王法财,沈炳香. 海峡药学 2015;27(5): 12-15

侯锡光医师治疗中风后遗症的治疗思路

李嘉雯

【摘要】 中风后遗症是指中风后遗留下来的口眼歪斜，语言不利，半身不遂等症状的总称。通过临床实习总结出侯锡光医师对中风后遗症的针灸治疗经验手法，辅以穴位说明。

【关键词】 中风后遗症，迎随补泻，透针，奇穴

中风是指脑部因为失去血液及氧的供应而造成的脑功能损伤。当发生中风时，平均每分钟会有两百万脑细胞发生死亡。中风可导致永久性脑损伤甚至死亡。

现代医学主要将脑中风分为两种类型：缺血性中风和出血性中风。缺血性中风患者占87%，主要是由于血栓或者脂肪等其他物质形成的栓塞阻塞了动脉血管所造成，而出血性中风患者占13%，主要是由大脑中的血管发生破裂出血、血液流入大脑内所导致。虽然出血性中风所占比例不高，但是却占中风致死率的30%以上。

中风后遗症可表现为半身不遂、麻木、失语、吞咽困难以及嘴角变形或下垂等面部变形等。即便如此，患者在中风后如果可以得到很好的康复治疗，受到损害的身体功能仍然能够得到很有效的恢复。

中医学认为本病的病性属本虚标实，上盛下虚之证。标实不外乎风（肝风）、火（肝火、心火、痰火）、痰（风痰、湿痰、痰热、痰浊）、气（气逆）、血（血瘀）；本虚为气血阴阳不足，以阴虚、气虚较多见，而肝肾阴虚为其根本。急性期，多以标实证候为主；恢复期及后遗症期，多虚实夹杂，或以本虚证候为主。

本院针灸研究组成立于1987年，治疗该病已有30年的临床经验。本专科组主要纳入中风后遗症的患者，必须是发病不超过1年。本专科组前任组长侯锡光医师对于本病治疗颇有个人特色，以下介绍侯医师临床常用针法：

（一）侯医师进针手法

针手握针柄进针，切记勿握针身，以免遮盖穴位而容易刺到血管。压手寻穴后，针尖对着穴位旋转进针。如果手指乏力，可用橡胶擦来练习指力。

（二）侯医师常用的迎随补泻针法

迎随补泻为刺法名。《灵枢·小针解》曰：

“迎而夺之者泻也；追而济之者补也”。迎随补泻又称针向补泻，指以针尖方向与经脉之间的逆（迎）顺（随）关系来分别补泻的办法。《灵枢·终始》曰：“泻者迎之，补者随之，知迎和随，气可令和”。后世医家据此加以发挥，认为迎随即指经络循行的顺逆。《针灸大成》曰：“至于经脉为流行之道，手三阳经，从手上头，手三阴经，从胸至手，足三阳经，从头下足，足三阴经，从足入腹。故手三阳泻者，针芒望外（针尖向四肢），逆而迎之；补者，针芒望内（针尖向头身），顺而追之，余者仿此。乃是因其气血往来，而顺逆行针也”。即顺（随）着经脉循行方向进针的为补法，逆（迎）着经脉循行方向进针的为泻法。

侯医师以上述理论为基础，发挥于其中风后遗症患者的针法上。

1. 百会穴：位于人体的头部，头顶正中心，当前发际上五寸，后发际上七寸，经属督脉，为手足三阳、督脉之会。侯医师在临床上常以针尖往前额方向进针（随）。
2. 足三里穴：位于外膝眼下三寸，胫骨外侧约一横指。经属足阳明胃经，足阳明之脉所入为合。侯医师进针常以针尖往下针刺（随），病患常会感觉到针感到踝前。
3. 阳陵泉穴：位于小腿外侧，当腓骨小头前下方凹陷处。侯医师进针常以针尖往下针刺（随），病患常会感觉针感到外踝或足小趾。
4. 肩髃穴：位于肩部，三角肌上，臂外展，或向前平伸时，当肩峰前下方凹陷处。属于手阳明大肠经，适用于伴有手臂麻痹，肩关节脱位的患者。中风患者一般在发病3周内，因为稳定肩关节的周围肌肉，如岗上肌、岗下肌、三角肌、胸大肌、胸小肌的松弛，使固定肩关节的稳定结构强度降低，加上患侧上肢的重力牵引使其向下移位，使肩关节脱离正常位置。其它因素也被指出对半脱臼有影响，如拉扯偏瘫患者的手和不正确的姿势。除了交代患者家属注意此问题，对于该症状，侯医师进针常以针尖往下针刺（随），患者常感觉针感往肘部。

（三）透针手法

透穴刺法是继《黄帝内经》以后，毫针应用

的一种新的特殊刺法，其特点是，针刺数量少，但刺激穴位多。透穴刺法是用卧针沿皮刺或直立深刺，让毫针从一穴刺入，使针尖到达另一穴的部位，达到一针二穴或一针多穴的目的。透刺法开始于元代，如《玉龙歌》：“偏正头风最难医，丝竹金针亦可施，沿皮向后透率谷，一针两穴世间稀”。侯医师常以以下透针法治疗中风后遗症患者。

1. 合谷透劳宫

合谷穴属手阳明大肠经，经脉循行：“其支者，从缺盆上颈，贯颊，入下齿中，还出挟口，交人中，左之右，右之左。上挟鼻孔”。劳宫穴为“心主手厥阴心包络之脉……是主脉所生病者，烦心，心痛，掌中热”。《灵枢·经脉》曰：“合谷原穴手阳明，……二透劳宫刺宜深，痰饮咳嗽鼻内腥，手指拘挛亦可用，透掌之法古方承”。合谷透劳宫可治疗手少阴心经与手阳明大肠经之气血，舒缓手指拘挛等疾病。

侯医师常对于手指紧握无法张开的患者，施行以上针法后，患者往往可以马上松懈。

2. 后溪透少府

后溪穴属手太阳小肠经，微握拳，位于第5指掌关节后尺侧的近端掌横纹头赤白肉际。八脉交会穴中通督脉，故称为小督脉，督脉总督一身之阳经，六条经都与督脉交会于大椎，督脉有调节阳经气血的作用，故称为“阳脉之海”。而少府穴为手少阴心经之荣穴，位于手掌面，第4、5掌骨之间，握拳时，当小指尖处。后溪透少府可以调理心与小肠的气血，即心与小肠相表里，也可以与督脉联系，从而达到振奋阳气，舒筋活络、理气止痛的目的。

对于腰背疼痛患者，侯医师施于以上针法后往往可以取得良效。

3. 曲池透尺泽/曲池透手三里

曲池位于肘横纹外侧端，屈肘，当尺泽穴与肱骨外上髁连线中点，属手阳明大肠经之合穴。尺泽属手太阴肺经，为合穴，位于在肘横纹中，肱二头肌腱桡侧凹陷处，微屈肘取穴。手三里属手阳明大肠经，位于前臂背面桡侧，当阳溪与曲池连线上，肘横纹下2寸。侯医师常以曲池透尺泽、曲池透手三里治疗中风后手臂肌肉痉挛性症状，适合于肘常保持在一个特定姿势的患者，针灸后加上拉伸运动常可缓解肌肉紧张。

4. 太冲透涌泉

太冲穴属足厥阴肝经，为俞穴，位于足背

侧，第1、2跖骨结合部之前凹陷处，为人体足厥阴肝经上的重要穴道之一；涌泉穴属足少阴肾经，为井穴，位于足底部，蜷足时足前部凹陷处，约当足底第2、3趾趾缝纹头端与足跟连线的前1/3与后2/3交点上。此透法可达到泻肝火滋肾水的功效，对于脚趾麻痹的患者，常取得良效。

(四) 奇穴针法

侯医师也采用奇穴治疗中风伴随症状如足内翻以及皮肤过敏患者。

a. 纠内翻穴：位于承山穴外开1寸，本穴适用于小儿麻痹、小腿痉挛等病证。在中风后身体有一个自然恢复的过程，常出现肌肉紧张，会逐步发展成足下垂内翻，影响脚掌着地步行功能，侯医师则运用此穴治疗中风患者常出现的足内翻症状，常取得满意的疗效。

b. 百虫窝穴：位于股前区，髌底内侧端上3寸，当脾经血海上1寸处取之，具有清热凉血、散风止痒的功效。中风患者常伴随皮肤敏感症状或风疹的现象，侯医师常以此穴治之。

结语

中风后遗症为新加坡常见病之一，中医治疗此病也具有特色，主要以中药内服以及针灸治疗。侯医师对于本病治疗已有30年的治疗经验，常见病患从原本坐轮椅进诊室到后来可以自行步入或拿拐杖步入诊室，见证针灸治疗的效果。另外，治疗必须抓紧时间早期积极治疗，中风后遗症的恢复是个漫长的过程，治疗一定要循序渐进，持之以恒。希望粗浅的经验总结能给予其他中医师小小的启发。

【医师小传】

侯锡光，男，新加坡同济医院特别门诊中风痛症针灸组。同济医药研究院高级中医专业文凭，在临床从事中风后遗症中医药针灸治疗和指导工作30余年。

谭翠蝶医师治疗膝骨性关节炎的经验介绍

陈慧贞

膝骨性关节炎(Knee Osteoarthritis, KOA), 又称为膝关节增生性关节炎、退行性关节炎、肥大性关节炎、退行性膝骨关节炎等病。病理特点为局灶性关节软骨的退行性变, 软骨下骨质变密(硬化), 边缘性骨软骨骨赘形成和关节畸形。是以关节软骨破坏, 周围反应性骨质增生为病理特征的关节疾患。

现代医学将KOA分为原发性和继发性两大类。原发性膝骨性关节炎, 又称为特发性骨性关节炎, 以50岁以上患者多发, 多见于体力劳动者、高血压者、妇女和体型肥胖者, 也与遗传、环境及老龄化过程、慢性损伤等因素有关。而继发性骨关节炎主要由于关节的损伤、畸形、发炎, 血运障碍等, 又称创伤性关节炎。临床认为本病是由年龄、性别、遗传、体重、饮食、气候及关节创伤(包括急性创伤, 慢性劳损及炎性关节疾病)等七个因素所引起^[1]。

谭翠蝶医师治疗膝关节炎的治则主要根据两种理论:

1. 传统中医理论: 认为此病是人体营卫失调, 感受风、寒、湿、热之邪, 使经络痹阻, 气血运行不畅, 引起经络、筋骨、关节, 失于濡养而出现酸痛、麻木、重着、疼痛, 甚至关节红肿热痛、变形、屈伸不利为主症的一种病证。

膝骨关节炎的发生, 乃外因和内因相互影响, 常虚实夹杂, 其病因病机错综复杂。中医认为本病多因中老年人肝肾亏虚, 气血不足, 筋脉失养, 风寒湿邪乘虚侵袭, 留于膝部, 阻滞经络气血运行不畅, 不通则痛, 引起组织变性而发本病^[2]。

2. 经筋理论: 十二经筋是十二经脉之气结聚于筋肉关节的体系, 十二经筋结聚于四肢关节部位, 起于四肢末端, 结聚于关节和骨骼部, 入膝、踝等部, 每条经筋的经气运行和汇聚之处。经筋简单的说, 就是局部阿是穴或痛点, 因此筋结点经常也会是条索状或结节点^[3]。

由于膝部长期受外邪侵袭、反复过度劳累、不协调运动而导致正常经筋运动力线不相协调。膝部经筋运动力线失衡, 进而出现经筋力线上的点一线一面一体损伤。膝关节经筋辨证对KOA的诊断、治疗提供了有效的临床思路。

经筋在《经筋理论与临床疼痛诊疗学》^[4]里已

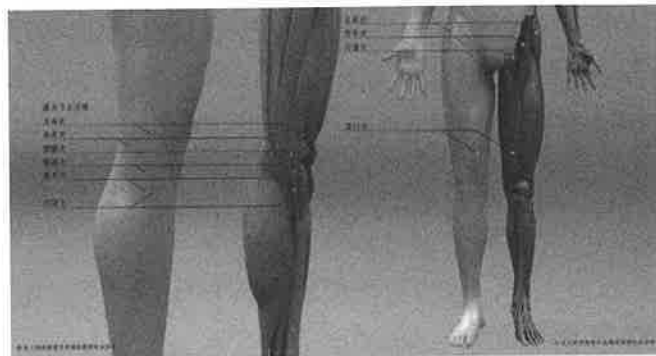
有规范定位的损伤点, 包括传统腧穴, 以及传统腧穴旁的肌肉韧带抵止点, 一般都有痛性的条索或结节。循经筋阿是穴有别于腧穴的传统定位, 但又在传统腧穴周围, 故以邻近腧穴名加“次”而命名。

经筋取穴是“以痛为腧”, 即在病理状态下产生的有形可查的阳性体征, 如痛性结节或条索, 故也称“阳性反应点”、“经筋病灶”; 一个小小的“病灶”也能引起大范围的疼痛, 因此解除“病灶”可以治愈大范围疼痛, 即起到“以点治面”的作用。

取穴方法是患者取坐位, 循经筋触诊指下有痛性结节或条索即为阳性反应点, 先观察膝部有无过伸、屈曲、外翻、膝内翻畸形、肿胀, 再用均匀的力度沿着大腿、膝盖周围经筋循行的区域进行检查。

总体检查时需结合膝关节被动与主动屈伸旋转运动, 通过对比正常与异常触觉, 结合患者对检查的反应, 识别阳性病灶, 以确定筋结点位置。

局部检查足三阴经筋循行的方法从膝内侧股骨, 沿髌内缘检查髌内、髌内上、髌内下、鹤顶次等, 并向大腿内侧向上检查血海次、阴包次、箕门次、髀关次等结筋点。当检查者触诊指下有痛性结节或条索时, 可以确定为阳性反应点及筋结点, 做标记后便是进针的位置。足三阴经筋常触及的部位有: 髌髌次(当股骨内髌内侧面)、阴陵上(当胫骨内髌内侧面, 平胫骨结节处)、髌膝间(在膝外侧部, 正当膝关节间隙处)、血海次(在股内侧部, 髌内缘直上与缝匠肌交界处)等经筋筋结点中至少5处以上触及有条索、结节、团块, 并伴有压痛^[5]。(如图)



足三阴经筋筋结点

以下是谭翠蝶医师常用的穴位：

1. 筋结点

①局部筋结点定位

阴陵上：当胫骨内髁内侧面，平胫骨结节处

髌髁次：当股骨内髁内侧面

血海次：在股内侧部，髌内缘直上与缝匠肌交界处

②远端筋结点定位

箕门次：在股内侧，缝匠肌下1/4与上3/4交点处

阴廉次：在股内侧，当耻骨上支的耻骨梳处

府舍次：在腹股沟韧带上方外侧，腹外斜肌腱膜及腹内斜肌下部

2. 传统穴位

主穴选取患膝的鹤顶、膝眼、曲泉、委中等。根据患者的证型，不同的痹证选用不同的配穴。如行痹配穴选血海、风池；痛痹配穴选关元；着痹配穴选阴陵泉、足三里、丰隆；风湿热痹配穴选大椎、合谷、曲池；热盛伤阴配穴选三阴交、太溪、气海；寒凝久痹配穴选气海、关元。

在临床上，虽同样有膝关节疼痛的表现，可是不是每个患者的疼痛部位都一样，因此中医辨证，结合局部经筋点治疗能达到事半功倍的效果，提高临床疗效。经筋为十二经脉在肢体外周连属部分，与经脉并行，它需要十二经脉运行所产生的气血来濡养。同时，经筋又像一层屏障伴随着经脉运行，当十二经脉出现气血不通或不荣时，便失于对经筋的濡润作用，而出现筋弛或筋纵的表现。但当经筋首先受邪或失于濡养，则会过度“结聚”，阻塞十二经脉的运行。对于足三阴经筋型的膝骨性关节炎患者，其主要矛盾是经筋“结聚”，经筋损伤的同时，又阻碍了经脉气血的运行。现代研究认为，经筋在病理状态下为“横络”、“条索”与“结节”状物，《灵枢·刺节真邪》有云：“一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经，令之不通”，这也充分说明了经筋损伤会卡压经脉，造成其气血不通^[6]。

单纯的针刺经穴会疏通气血，促进局部血液循环，产生一定的神经效应，改善局部组织水肿、充血、渗出、粘连等病理变化^[7]。经络与脏腑具有相关性，除取膝关节局部的穴位外，针对不同的证型配以相应的穴位，可以调理脏腑（如肝脾肾）的气血功能，而从整体上治疗患者。但经络阻塞是由于经筋的“横络”卡压，“横络”

不解除，单纯的针刺经穴不能达到疏通气血和联络脏腑的作用，并不能完全发挥其功效，故有效但不理想^[8]。

谭医师为新加坡同济医院针灸科医师多年，治疗过很多的膝骨性关节炎以及相关疾病的患者，具有较丰富的临床经验。在膝骨性关节炎的经筋辨证分型中，有足阳明经筋型、足太阳经筋型以及足三阴经筋型。谭翠蝶医师之所以多选用针刺足三阴经筋治疗膝骨性关节炎是因为她在临床上常见足三阴经筋型的患者；而她认为股骨与胫骨有个交角，角度越大，内侧疼痛越严重，尤其女性，骨盆较宽，交角较大，因此内侧疼痛更为常见。触诊检查时，内侧的筋结点也明显多于其它部位。膝内侧为足三阴经脉和经筋循行所过之处，是大小腿众多肌肉附着结聚之处，也是膝骨性关节炎的易发之处，故常选足三阴经筋的穴位为患者治疗。

临床上运用经筋治疗取得好的疗效主要有以下两点原因：①解结。膝骨性关节炎患者的膝部有很多由各种原因引起的筋结点，它们阻碍了膝部气血的运行，构成了更多的炎症病灶，阻碍了病理产物的代谢，是患者膝关节肿胀、疼痛的主要原因。通过针刺可以将“打结”的筋结点解开，恢复其正常的状态^[9]。②提高膝部筋的功能。膝关节附着着很多大腿小腿的肌肉、韧带，它们的运动以及状态连接着膝关节，当这些组织由于外伤或长期负重磨损等原因造成拘挛或痿废不用时，会造成膝关节的损伤，久而久之便会发为膝骨性关节炎；而膝骨性关节炎日久也会对这些筋肉组织造成损伤，两者具有因果关系，相互影响。因此取足三阴经筋上远端的穴位如阴廉次、府舍次等，一方面从远端疏通经筋，另一方面阴廉次、府舍次下面有肌肉附着，通过刺激这些经筋点来激发肌肉的运动，恢复其功能，有助于膝骨性关节炎的治疗。

通过针刺相应的经筋点可去除筋结点，气血通，则炎症消，肿胀与疼痛也随之减轻，疾病的主要矛盾就被解决了，故经筋组取得了很好的疗效。

经筋伴经脉分布，经筋损伤也会直接或间接地引起经脉痹阻、气血不通，若要使气血通畅，必先解除横络卡压，去除筋结点。但膝骨性关节炎不只是膝关节局部的瘀滞问题，也是肝脾肾等脏腑功能失调的一个表现，并且患病日久，也会累及肝脾肾三脏，造成全身的气血失调，故又选用一些经穴来配合治疗。经脉（经穴）脏腑相关

是经络理论的核心^[10]，也是针刺发挥其效应的一个重要的基础，两者无论是在生理上还是在病理上都有着重要的联系，针刺相应的经穴，会对其经脉循行所经过的器官脏腑等组织产生相应的效应，发挥相应的作用。所以谭医师在一般情况下，也以局部取穴为主，辅以辨证配穴。常用穴位有血海、阳陵泉、足三里、阴陵泉、太冲等，具有滑利关节、通痹止痛、活血散瘀等作用。若膝内侧痛重，则加膝关、曲泉两个穴位；若膝外侧痛重，加梁丘、伏兔、膝阳关；脾虚痰湿型，加丰隆、三阴交。这不仅接替了解结后的加强补充治疗，使膝部及全身气血及时流通和充盈，促进脏腑功能恢复，也弥补了不同证型之间的差异性，使症状不同，治疗不同，从而全面完整的治疗膝骨性关节炎。

谭医师通过进行大量临床实践发现，针灸疗法通过对关节周围的经络、穴位造成刺激作用而直达病灶，可以使患者肿胀症状得以改善，使患者的痛阈得以提高，起到较好的止痛效果，且可以使患者的关节功能得以改善，提高患者的生活质量。一般情况下，如果膝关节炎患者的病情比较轻，可以采用一种疗法对其进行治疗。如果膝关节炎患者的病情比较严重，病程比较长，则可以采用两种或两种以上的综合疗法对膝关节炎患者进行有效治疗，而达到立竿见影的效果。

典型病案介绍:

患者，女，68岁。否认家族及既往病史。主要患病在左侧膝关节，反复疼痛1年，肿痛甚，晨起僵滞多于1小时，下蹲及上下楼梯时加重，活动困难。伴有汗出多，口干畏冷，舌质淡苔白腻，脉濡滑。经西检膝关节X线显示髌骨周围有骨赘形成。中医诊断为痹症，西医诊断为膝骨性关节炎。治则当以舒筋活血，通络止痛，兼以祛风散寒化湿。针灸治疗选用：犊鼻、内膝眼、血海、曲泉、梁丘、足三里、阳陵泉、阴陵泉等穴位。局部筋结点取：阴陵上、髌髌次、膝关次、曲泉次、髌膝间、血海次。针刺采用提插、捻转手法，穴位得气后用加以多功能电疗仪治，给予疏密波，刺激强度以缓和能耐受为宜。每次治疗取4-6个治疗点，30分钟，10次为1疗程。休息4天后，行第2疗程。嘱咐患者在家里进行功能锻炼。治疗2个疗程后患者自觉疼痛改善80%，活动转利，晨僵时间缩短，诸症改善明显。

按：由于髌骨关节病病因不清，临床上还没有特效的治疗办法，因此采用针灸加功能锻炼等方法治疗。而膝关节炎病位在膝，治宜舒筋通

络，兼以祛风散寒化湿。再配上电针循经筋阿是穴局部筋结点和传统穴位，双管其下综合一起治疗，更能疏通经络，促进血液循环，改善气血运行以及调理机体的自身免疫功能，而达到通则不痛的目的，尤其在缓解疼痛和改善膝关节功能方面疗效显著，同时也可有效恢复股四头肌的功能，从而达到纠正膝关节力学失衡，使患膝的症状得以缓解，功能得以改善。

【医师小传】

谭翠蝶，新加坡同济医院中风痛症组组长，住院医师，辽宁中医药大学中医针灸推拿学硕士。科研：2014年沈阳市科技计划项目《中新现代针刺疗法治疗膝骨性关节炎的临床研究》；针刺治疗结合西医常规治疗新加坡中轴型脊柱关节炎。

参考文献

- [1] 丁红. 中药外洗治疗膝关节骨性关节炎67例[J]. 浙江中医, 2005, 36(6).
- [2] 杨东. 温针灸和普通针刺治疗研究治疗退行性膝骨关节炎(阳虚寒凝型)临床研究
- [3] 雷龙鸣, 韦英才. 试论经筋理论对推拿治疗腰椎间盘突出症的指导意义[J]. 中华中医药杂志. 2010. 25(9):1384-1386
- [4] 薛立功. 经筋理论与临床疼痛诊疗学. 北京:中国中医药出版社[M], 2002
- [5] 薛立功. 中国经筋学 [M]. 北京:中医古籍出版社, 2009.
- [6] 董宝强, 李曦明, 董刚. 论十二经脉气血多少与经筋的关系. 中华中医药杂志, 2008, 23(2):94-97
- [7] 张蓉, 李峰, 李珩, 等. 膝关节骨性关节炎针灸治疗选穴特点及分析[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(4):357-358.
- [8] KU Xiu-juan, JIANG Shu-yun, CHU Li-xi. Clinical Efficacy Evaluation on Electroacupuncture for Osteoarthritis and Observation on Biomechanical Indexes[J]. J Acupunct Tuina Sci, 2009, 7(5):261-264.
- [9] 董宝强, 韩煜, 李春日, 等. 长圆针解结法治疗膝骨性关节炎的随机、单盲、多中心临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(8):883-885.
- [10] 周逸平. 经脉-脏腑相关是经络理论的核心[J]. 针刺研究, 1999, 24(3):238-241, 197.

2019年继续教育课程



《伤寒论》古松教授

【远程视频讲座】

《伤寒论》 21/04/2019

1. 太阳病辨证纲要
2. 桂枝汤证

《伤寒论》 19/05/2019

1. 桂枝汤方
2. 桂枝汤的煎服法

《伤寒论》 23/06/2019

1. 仲景桂枝汤的临床应用
2. 桂枝汤的现代临床应用

《伤寒论》 14/07/2019

1. 桂枝汤加味方
2. 桂枝汤减味方
3. 桂枝汤演变方



《血液病中西医诊治》
林叶青医生、陈泉铭医师
【现场讲座】 30/06/2019

1. 浅谈血液病：中医师须知
2. 从中医角度看待血液病



【午餐视频讲座】

02/2019 - 12/2019

1. 百家讲坛解读中医
2. 千古传奇之中医故事：华佗、扁鹊、李时珍、孙思邈、张仲景

李海波教授【远程视频讲座】
《温病学》 08/09/2019

1. 甘寒养胃阴
2. 轻法频下
3. 甘苦合化



同济医药研究院中医硕、博班

2019级第四届 《中医硕士班》 开班授课



第四届硕士开班说明会，两地实况



在新加坡远程视频授课



抵达辽宁中医药大学开展临床实习



参观《人体生命馆》



在沈阳面授情况

2018级第一届《中医博士班》开题



国际学院为博士班接风



准备开题



开题实况



开题完毕



与董宝强教授临床实习



中医博士班与学校合照