

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

2017年9月·第五期



同济医药研究院
赠阅

MCI (P) 112/12/2016

2017医师继续教育CPE



30/04/2017 辽宁中医药大学卢秉久教授主讲 肝胆脾胃一体化辨证的临床思维



21/05/2017 辽宁中医药大学马晓燕教授主讲 中医经典理论在慢性肾功能衰竭中的应用



18/06/2017 辽宁中医药大学鞠宝兆教授主讲 《黄帝内经》藏象理论与临床应用



16/07/2017 辽宁中医药大学王垂杰教授主讲 慢性胃病中医诊疗策略

2017年南大2012级双学位中医学士学位同济补足临床时间带教



《同济医药》

2017年第五期目次

基于人类全基因表达谱对“生长壮老取决于肾”科学内涵的解析	郑洪新等 (01)
从热毒论治中风病先兆证	尤可 (07)
心脑血管病的中医认识与临床体会	张艳等 (09)
“塞流，澄源，复旧法”治疗崩漏临床教案案例分析	孙丽敏 (13)
对痛经的认识和防治	鲁小健 (17)
“仙方活命饮”治疗痈疡临床应用心得	黄明春 (21)
针刺刺激痛点治疗膝骨性关节炎临床疗效观察	张文静等 (23)
卵巢储备功能低下的中西医研究进展	卢金玉等 (28)
从“参赭镇气汤”论纳气在临床运用中的重要性	郑黄芳 (33)
临床中联合运用麻黄附子细辛汤与小柴胡汤之浅见	刘洋 (36)
无排卵性不孕症的治疗经验总结	彭永豪等 (38)

《同济医药》杂志

2017年 (年刊)

Vol 5, 2017 (Yearly Journal)

2017年9月出版

Published on September, 2017

2013年12月创刊

Established in December, 2013

主办单位: 同济医药研究院

Sponsor: Thong Chai Institute of Medical Research

出版单位: 同济医药研究院

Publisher: Thong Chai Institute of Medical Research

地址: 新加坡振瑞路50号

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

顾问: 林源利 BBM

Advisor: Lim Guan Lee BBM

学术顾问: 曹洪欣 王庆国 杨关林

Academic Advisors: Cao Hongxin Wang Qingguo
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

编委: 耿满 张国强 欧阳强波

Ng Jin Ju

Editorial Members:

蔡惠峙 许子欣 林昀杉

Geng Man Teo Kok Keong Aw Yong Keong Poh

张骏发 李嘉雯 彭永豪

Chua Huishi Amanda Khor Tze Hsin Lam Yun Shan

Teo Chun Huat Lee Jia Ven Pang Weng Hou Edmund

基于人类全基因表达谱对“生长壮老取决于肾”科学内涵的解析

郑洪新 孙丽 辛华 (辽宁中医药大学·中国沈阳 110032)

【摘要】 目的：“生长壮老取决于肾”源于《素问·上古天真论》，是肾藏象理论研究的重要命题。本论文旨在从基因水平阐明“生长壮老取决于肾”的科学内涵。方法：辽宁、上海两地生长壮老不同年龄阶段健康人84例，每10岁为一个年龄段，取外周血，进行人类全基因表达谱检测，并进行生物信息学分析。结果：在13723个基因表达探针中的主要差异基因改变，可见在10-19岁的生长发育阶段，人类全基因表达谱66个差异基因明显上调；在50-59岁的衰退老化阶段，38个差异基因表达明显下调。差异基因改变的生物信息学分析主要包括细胞代谢过程、生物过程调节、应激反应、细胞组分、细胞器及其成分、细胞膜、大分子复合物、核酸/蛋白结合、催化活性、结构分子活性、分子功能调节器、分子传感器活性；多条信号通路如后叶催产素信号通路、雌激素信号通路、神经营养因子信号通路、MAPK信号通路、G蛋白信号通路、T、B细胞活化、烟碱乙酰胆碱受体信号通路、钙信号通路、白细胞介素信号通路以及某些疾病相关基因多方面。结论：人类生长壮老不同年龄段肾中精气由渐而盛、由盛而衰的基本机理在于基因表达的改变。

【关键词】 肾藏象；生命过程；人类全基因表达谱

【基金资助】 国家自然科学基金 (NO.81273612)

“生长壮老取决于肾”源于《素问·上古天真论》，是篇详尽阐述人的生命活动过程中，在生长发育、形体壮盛、衰退老化各阶段，随着肾中精气的盛衰，齿、骨、发、天癸等出现相应的生理变化。因此，生长壮老取决于肾，齿、骨、发、天癸等是肾中精气盛衰的外候。那么，“生长壮老”取决于肾的科学内涵是什么？这是中医学学术界亟待解决的问题之一，对于揭示生命科学的奥秘具有重要的研究意义。

本研究曾通过流行病学调查的方法对生长壮老不同年龄段健康人的头发、耳目、骨骼、牙齿、皮肤、二阴、二便、生殖方面，有相应由盛而衰的外在指征变化，为“生长壮老取决于肾”的宏观表象^[1]。进而，基于人类全基因表达谱技术，研究生长壮老不同年龄段健康人的血液标本人类全基因表达谱的改变规律，从基因水平阐明“生长壮老取决于肾”的科学内涵。

1. 材料与方法

1.1 健康人标准：研究经过辽宁中医药大学医学伦理委员会审查批准(批准文号：20137189454549)

参照健康的定义 (WHO 1948) 和衡量是否健康的十项标准(WHO 1978)

纳入标准：

1-70岁健康男性、女性	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
近2周内血、尿常规检测；心电图、肺CT或胸部X片检查；血液生化检查、血清免疫球蛋白、血脂、血糖及肝、肾功能检查正常者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
1年内无重要慢性身体疾病者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
1年内无精神心理疾病者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
签署知情同意书者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
如以上任何一个答案为“否”，此受试者不能参加试验	

排除标准：

不符合纳入标准者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
近2周内有明显不适症状或体征异常者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
近2周内生活有明显变化者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
如以上任何一个答案为“是”，此受试者不能参加试验	

84例健康人生长壮老不同年龄阶段的例数分配

组别	1-9 (N1)	10-19 (N2)	20-29 (N3)	30-39 (N4)	40-49 (N5)	50-59 (N6)	60以上 (N7)
男	6	6	6	6	6	6	6
女	6	6	6	6	6	6	6

健康志愿者84例来自辽宁中医药大学附属医院体检中心、上海中医药大学附属龙华医院体检中心，严格按照纳入标准和排除标准选择。

1.2 人类全基因表达谱检测及生物信息学分析

人类全基因表达谱芯片：Affymetrix公司的PrimeView™ Human Gene Expression Array基因表达谱芯片。

检测及关键技术：由北京博螯生物技术有限公司检测：样品RNA抽提和纯化，总RNA提取质量检测；cDNA/aRNA 样品合成和标记；标记效率质量检测；芯片杂交；图像采集和生物信息学分析。

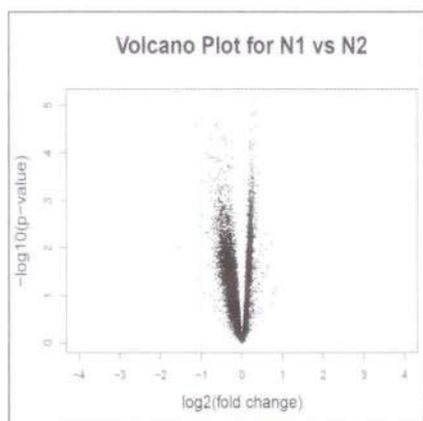
取材：晨8:00 取健康志愿者静脉血5ml，加入百泰克生产血液总RNA快速提取试剂，混匀，-70度保存。统一干冰冷冻寄送北京博螯生物技术有限公司检测。

2. 结果

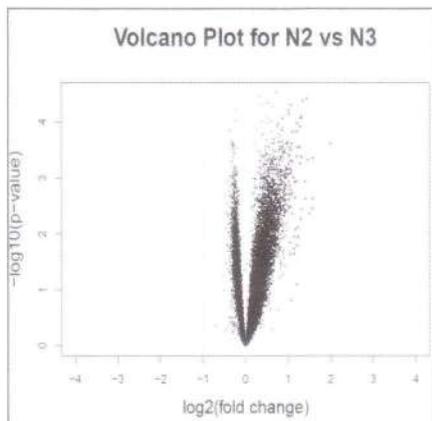
2.1 生长壮老不同年龄段健康人的外周血人类全基因表达谱的改变

如图1所示，在13723个基因表达探针中，N1与N2比较，有3个差异基因表达下调(FC < 0.5; Q < 0.001)：粒酶H (GZMH)、WAS蛋白家族成员2 (WASF2)、防御素α1 (DEFA1)；与N2比较，N3有66个差异基因

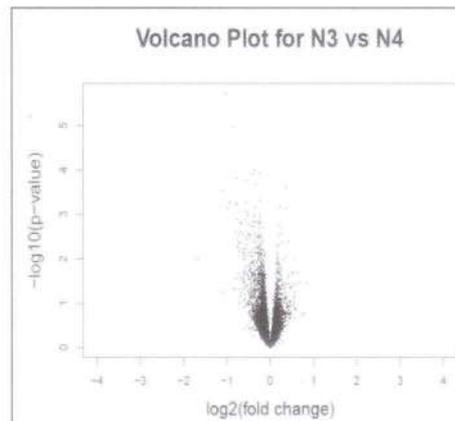
表达上调(FC ≥ 2; Q < 0.05)，前10位的是：免疫球蛋白 Kappa 常数 (IGKC)、免疫球蛋白重常数 Gamma 1 (IGHG1)、热休克蛋白家族 A (Hsp70) 成员8 (HSPA8)、人类白细胞相容抗原DPB1 (HLA-DPB1)、免疫球蛋白 (IGHM)、多聚IgA和IgM连接链 (IGJ)、人类白细胞相容抗原DPA1 (HLA-DPA1)、SNORD139小核仁RNA (RNU86)、T细胞受体β常数1 (TRBC1)、BLOC1S5-TXNDC5阅读 (NMD候选)等；与N3比较，N4有3个差异基因表达下调(FC < 0.5; Q < 0.001)：蛋白质颗粒复合物1 (TRAPPC1)、血小板活化因子乙酰水解酶1b调节亚基1 (PAFAH1B1)、tRNA磷酸转移酶1 (TRPT1)；与N4比较，N5有2个差异基因表达下调(FC ≥ 2; Q < 0.05)：造血蛋白 (HEMGN)、tRNA磷酸转移酶1 (TRPT1)；与N5比较，N6有38个差异基因表达下调(FC < 0.5; Q < 0.001)，前10位的是：谷胱甘肽过氧化物酶1 (GPX1)、CD9编码基因 (CD9)、基本转录因子3 (BTF3)、6号染色体开放阅读框48 (C6orf48)、ATP酶H+运输V0亚基E1 (ATP6V0E1)、异构核糖核蛋白A1 (HNRNPA1)、肌动蛋白β (ACTβ)、β微球蛋白 (B2M)、α-核蛋白 (SNCA)、真核翻译起始因子3亚基H (EIF3H)等；N6与N7比较，差异基因表达则无明显改变。



3/13723



66/13723



3/13723

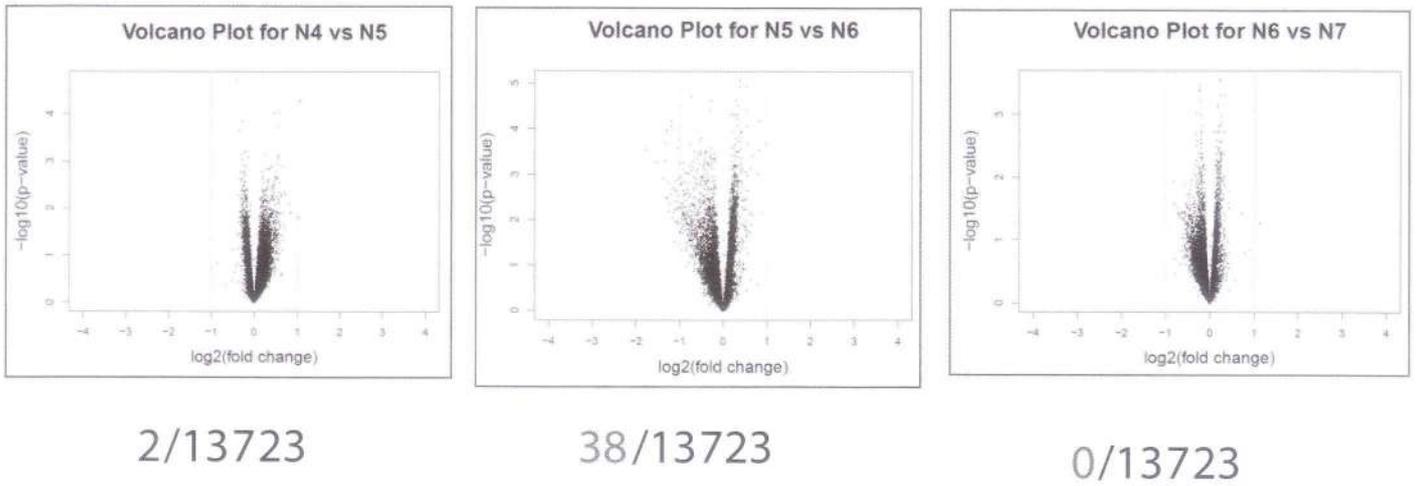


图1 生长壮老不同年龄段人类全基因表达谱火山图

上述结果，已经通过实时荧光定量PCR(Real-Time PCR)进行验证，另文发表。可见在10-19岁的生长发育阶段，人类全基因表达谱差异基因明显上调；在50-59岁的衰退老化阶段，差异基因表达明显下调；为《素问·上古天真论》“生长壮老”理论提供依据。

2.2 生长壮老不同年龄段健康人的外周血人类全基因表达谱改变的生物信息学分析

为了较为集中地反映生长壮老不同年龄段健康人的外周血人类全基因表达谱改变，合并1-29岁(生长期)、30-49岁(壮盛期)、50-69岁(衰老

期)健康人的外周血人类全基因表达谱改变，进行生物信息学分析。

2.2.1 GO(Gene Ontology)分析

GO-BP(biological process)分析显示：从生物学过程分析,生长期与壮盛期的差异基因表达主要(>60%)与细胞加工、代谢过程、细胞成分、单生物过程、生物过程调节等有关；壮盛期与衰老期差异基因表达主要(>60%)与细胞过程、代谢过程、单生物过程、生物调节、生物过程调节、细胞成分、应激反应等相关。见图2。

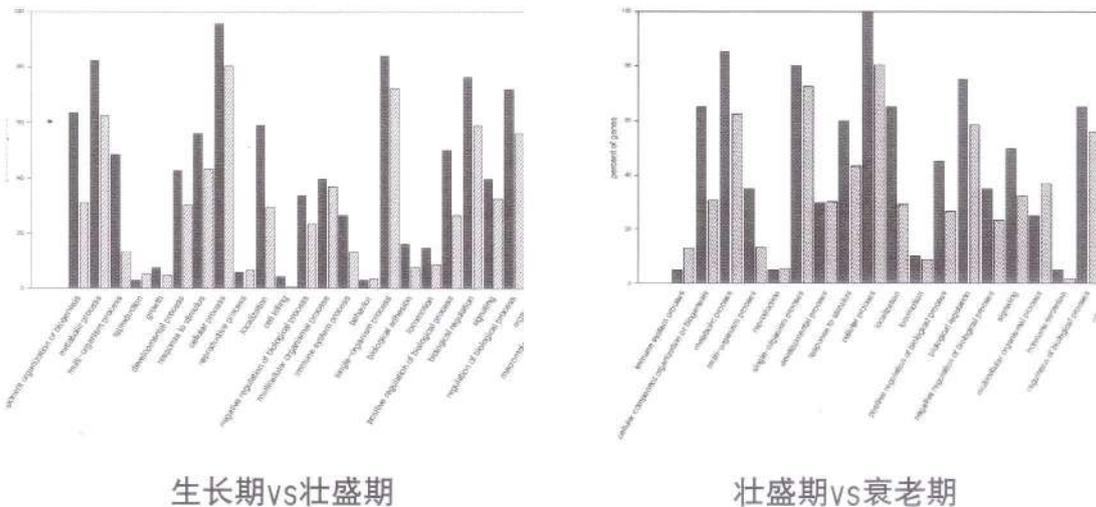
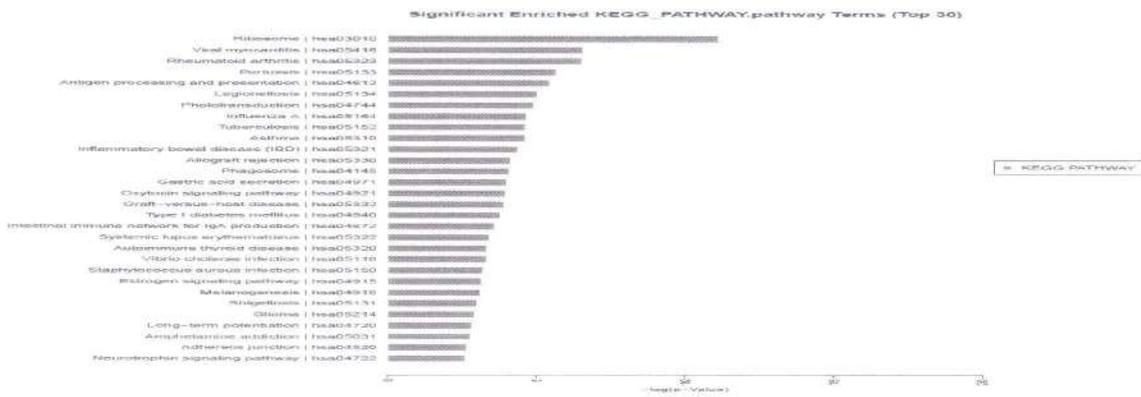


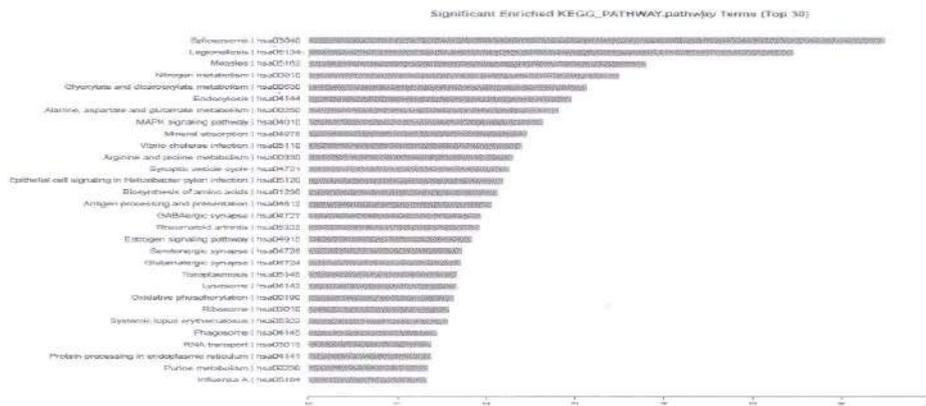
图2 生长期、壮盛期、衰老期GO-生物过程分析图

GO-CC (cellular component)分析显示：从细胞组成分析,生长期与壮盛期的差异基因表达主要(>60%)与细胞组分、细胞、细胞器、细胞器成

分、细胞膜、大分子复合物等等有关；壮盛期与衰老期差异基因表达主要(>60%)与细胞、细胞组分、细胞器、细胞膜、胞外区等等相关。见图3。



生长期vs壮盛期



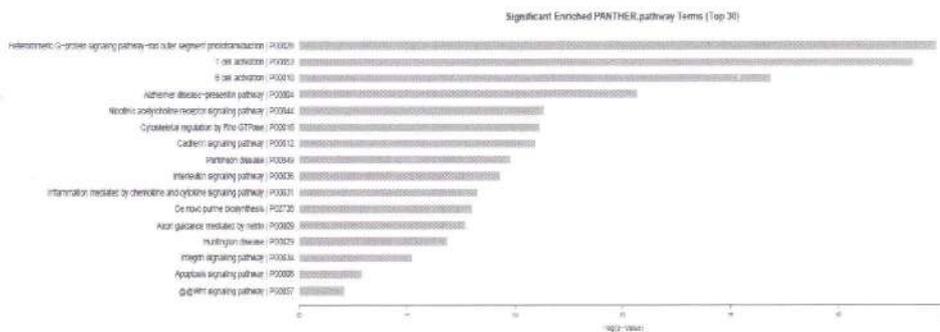
壮盛期vs衰老期

图5 生长期、壮盛期、衰老期KEGG PATHWAY分析图

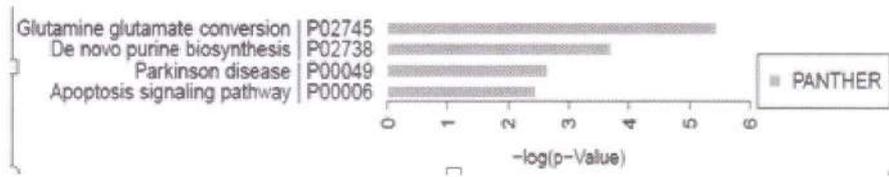
2.2.3 PANTHER. PATHWAY分析

PANTHER.PATHWAY分析显示：生长期与壮盛期的差异基因表达分别与G蛋白信号通路、T、B细胞活化、烟碱乙酰胆碱受体信号通路、细胞骨架调节、钙信号通路、白细胞介素信号通路、趋化因子与细胞因子信号通路介导的炎症反应、嘌呤合成、

神经生长因子介导轴突导向、整合素信号通路、凋亡信号通路、Wnt信号通路等相关；而壮盛期与衰老期差异基因表达主要与谷氨酰胺谷氨酸转化、嘌呤生物合成、帕金森病、凋亡信号通路等相关。见图6。



生长期vs壮盛期



壮盛期vs衰老期

图6 生长期、壮盛期、衰老期PANTHER.PATHWAY分析

2.4 讨论

人类是在进化历程上最高级的生物，对其研究有助于认识自身、掌握生老病死规律、疾病的诊断和治疗、了解生命的起源。人类全基因组表达谱芯片广泛地应用于疾病分子分型和分子通路分析、疾病基因诊断、基因突变及多态性分析、药物作用新靶标的发现、毒物基因组学等研究领域上，具有广阔应用前景。目前，运用人类全基因组表达谱芯片对不同年龄健康人进行检测及系统研究，国内外尚未见到。

关于“生长壮老”某一阶段的人类基因表达谱的变化，在青少年肾阳虚研究中，倪红梅等利用基因芯片技术等方法筛选、分析青少年肾阳虚体质者外周血白细胞的差异表达基因，共筛选出127条差异表达基因，其中63条呈上调表达，64条呈下调表达。认为与青少年肾阳虚体质相关的基因表达涉及到细胞周期蛋白类、发育相关、细胞生长、原癌基因和抑癌基因、代谢、离子通道和运输蛋白、细胞骨架和运动、DNA结合、转录和转录因子、细胞受体、细胞信号和传递蛋白、蛋白翻译合成等多方面。其中CCNH基因与PSMB7基因的表达差异最大，提示这两条基因可能与青少年肾阳虚体质密切相关^[2]。

利用人类基因表达谱芯片技术关于肾虚衰老证候的研究，李炜弘等采用基因表达谱芯片技术，筛选老龄肾阳虚证患者3名和正常对照者3名，采用美国Affymetrix公司的HG-u133Plus2.0基因表达谱芯片，通过组间比较，筛选出老龄肾阳虚患者差异表达基因。结果表明，芯片数据组间比较分析后获得34条差异表达基因，聚类分析得到6条有特征性地差异表达基因，主要涉及细胞周期和凋亡，肿瘤发生以及免疫。提示老龄肾阳虚证的发生涉及一系列免

疫紊乱的复杂的过程，可能与个体的衰老存在密切关联^[3]。

此外，王琦研究团队采用人类全基因表达谱分别对气虚质、阳虚质、血瘀质、痰湿质、过敏体质等进行检测研究，获得很有意义的研究结果^[4-8]。

今后，将进一步扩大样本含量进行拓展研究，对提高中医脏象理论基础研究水平、健康管理与主动医疗的实践能力、临床疾病预警及精准诊断与精准治疗具有重要价值。

参考文献：

- [1] 邓洋洋,王梅,吕爱平,郑洪新,王拥军,等.“生长壮老取决于肾”流行病学调查信息采集表的信度和效度评价[J].中华中医药杂志,2014,29(6):1944-1948.
- [2] 倪红梅,何裕民,方盛泉.青少年肾阳虚体质差异表达基因的筛选研究[J].浙江中医杂志,2007,34(9):1220-1222.
- [3] 李炜弘,雍小嘉,范怀昌,等.老龄肾阳虚证的差异表达基因谱分析[J].时珍国医国药,2009,20(5):1210-1212.
- [4] 王琦,龚海洋,高京宏.肥胖人痰湿体质外周血基因表达谱特征研究[J].中医杂志,2006,47(11):851-858.
- [5] 姚实林.阳虚质理论及其外周血基因表达谱研究[D].北京中医药大学.博士学位论文.2007.
- [6] 田栓磊.血瘀体质理论及其外周血基因表达谱研究[D].北京中医药大学.博士学位论文.2009.
- [7] 王睿林.过敏体质理论及其外周血基因表达谱研究[D].北京中医药大学.博士学位论文.2009.
- [8] 王睿林.气虚体质者外周血基因表达谱初步研究[D].北京中医药大学.硕士学位论文.2005.

从热毒论治中风病先兆证

尤可 (山东中医药大学附属医院 · 山东 济南 250011)

【摘要】 提出热毒化风是中风先兆的基本病机, 本文总结了从热毒论治中风先兆的学术思想及其临床应用。

【关键词】 中风先兆; 清热解毒

中风病先兆证 (以下简称中风先兆) 是中风病发生的重要危险因素, 其出现预示着中风病发生的高度危险性。中风先兆一旦出现, 能否抓住有利时机, 举“上工治未病”之措, 确定正确的治疗方法, 以防微杜渐, 收事半功倍之效, 显得至关重要。从热毒论治中风先兆的思路, 对本病的治疗有极为重要的意义。

1 对病因病机的认识

中风先兆与中风病一脉相承, 有着相同的病因病机, 涉及病因繁多, 病机演变复杂。中风病是在年老体弱、积弱致损, 亦即正衰积损的基础上, 痰浊、瘀血, 脏腑失调, 气机不畅等多种病因不断积累的必然结果。当病邪积累和正衰积损, 久稽而不得解, 终致诸邪归一, 酿积成热毒, 成为中风发病的基本病机, 同样, 也成为中风先兆的发病基础。

中风病的发生, 多因情志失调、饮食不节、劳倦内伤和年老体衰等引起, 这些复杂的病因作用于人体, 在长期的隐性演变过程中, 随着病因的不断积累, 终致痰浊、瘀血、热毒等诸邪丛生。中风先兆与中风病之病机虽属一脉相承, 以年老体虚、肝肾不足、气血两亏、瘀痰内伏为其发病基础, 但二者所处病理阶段不同, 其病机亦有差异。中风先兆以“内风旋动”为特征。

一般认为, 内风时时升动, 扰动体内瘀血伏痰, 走窜脑脉经络, 导致眩晕欲仆, 手足麻木, 阵发性偏身不遂和语言不利等症, 时发时止, 变化不定。可见, 内风旋动为中风先兆发病的主要病机, 瘀血痰浊是重要的致病因素。然而, 内风因何而起, 痰浊瘀血因何而动, 多数医家责之于肝阳化风, 如清代医家叶天士云: “精血内耗, 水不涵木, 木少滋荣, 故肝阳偏亢, 内风时起”。

在中风先兆的发病机制中, 肝阳化风仅是内风起因的一个方面, 而热毒化风则起着更为重要的作用。众所周知, 中风先兆和中风病虽属急性发病, 然而, 其重要致病因素痰浊瘀血的形成, 则远非朝夕之际而成, 阻碍于脉络之中的痰浊瘀血经历了长期的形成过程。正因认识到这一点, 前人才有“皆内伤积损, 颓败而成”之说《景岳全书·非风》。现代医学也认为, 中风先兆是在动脉粥样硬化、高脂血症、血液流变学异常等慢性病变的基础上而形成。与中风病相同, 本病的发生与诸多因素密切相关, 其中尤以年老体衰、体质阴虚阳盛、性情急躁易怒、烦劳过度、嗜食肥甘厚味、辛辣炙煇等更为重要。“肥者令人内热, 甘者令人中满”。恣食膏粱厚味, 过食辛辣炙煇, 复因现代人体力劳动减少, 脑力劳动增加, 思虑过度, 致脾胃运化失职, 水湿不化, 痰浊内生; 并致脏腑功能失调, 气血运行不畅, 痰浊瘀血由此而生。痰瘀交阻, 相互搏结, 气血运行受阻, 日久不解, 郁而生热化火; 火热炼津为痰, 灼血为瘀, 如此相互促进, 形成恶性循环, 火热痰瘀胶结不去, 伏于体内, 侵于脉络, 日久弥重, 蕴积不解, 终酿热毒。此即《金匱要略心典》云: “毒者, 邪气蕴结不解之谓”。故诸邪积聚, 日久成毒, 是诸邪日久不解的必然转归, 也是正衰积损, 无力驱邪排毒的必然趋势。既成热毒, 虽寓痰瘀之形更具火热之象, 热毒为患, 其性峻烈, 变化无常, 从而演变为各种中风先兆症状。其病机演变途径大致为: 火性炎上, 主升主动。火入气分, 则气无常态, 气机逆乱, 上冲清窍; 火侵血分, 则血无常形, 血热妄行, 上扰清官, 而为阵发性偏瘫语謇, 内损脑府而为短暂眩晕昏瞽。其起急, 其发骤, 其酷烈, 其峻

猛，常邪莫能似之，故当以“毒”名。热极令气离位，火盛命血异形，故毒即“离经叛道”之气血，而热乃内生毒邪之本由。故中风先兆从整体认识属本虚标实，发病期则是痰浊瘀血，酿毒生风，扰乱清窍为患，热毒是中风先兆发病的关键因素之一。

从临床角度来看，中风先兆亦显示浓厚的热毒致病的特点：（1）起病急骤，变化迅速，这与毒邪致病的暴戾猛烈之性是分不开的。（2）发病时临床多见眩晕、头胀、烦躁不安、口干口苦、面红目赤、便秘溲赤、舌红苔黄、脉弦滑数等火热之象，这符合毒邪致病的火热之性。（3）病位在脑，涉及五脏气血，累及血脉经络，见兼症多端，这体现了毒邪致病易攻脏腑，损伤血脉的特点。（4）病理因素涉及风、火、痰、瘀、气、血，体现了毒邪易耗气败血、夹痰夹瘀等致病特点。正是这些因素，才为毒生、毒聚、毒滞提供了可能的条件。

2 治疗原则

基于上述对病因病机的认识，清热解毒应为中风先兆的重要治疗原则，以获毒消邪散，病势扭转之效，以避免中风病的发生。

2.1 清热解毒，以清毒源

中风先兆的出现常预示着中风发生的高度危险。此时痰瘀已成，热毒始盛，虽尚处萌芽状态，但已蠢蠢欲动，故能否清除热毒于始发态，阻止其化风动血，挟痰上窜，扰动清窍，则显得至关重要。中风先兆以热毒为多，在治疗时，应抓住热毒这一中心环节，重剂清热解毒。以澄其火源，折其火势，收清其毒源之功，如此，毒源可竭，毒质可消，毒邪引发的中风先兆诸症可除。

有鉴于此，自拟方脑宁康颗粒（由野菊花、蚤休、夏枯草、半边莲、水蛭、川芎、陈皮、大黄等组成）即遵循清热解毒，涤痰通络之旨而拟定。用其治疗本病意在绝其源，折其势，畅其路。方中野菊花疏风、清热、解毒；蚤休清热解毒、熄风定惊，二药相合，清热泻火，直折火热之势，解毒活血，力断热毒之源，共为君药。夏枯草疏肝解郁，补养阴血，护肝之体，清火之源；半边莲清解热毒，且能利水，去菀陈莖，毒

邪当可去之，二药臣辅野菊、蚤休。川芎、陈皮疏肝理气、活血消痰，川芎上行又可引药直达病所；火热痰瘀，胶结难解，破瘀散结，非水蛭莫属，且其兼具利水之功，水道既通，毒邪当顺流而下焉，更喜其性趋下，与川芎相合则无往不至；大黄通腑荡邪功著，与水蛭相合，前后分消，热毒焉有藏身之处，此四药相合，共为佐使。如此配伍，围绕热毒，既绝热毒之源，更折热毒之势，排既生之毒，故临床获得满意疗效。

2.2 通腑泻下，以排毒质

中风先兆脏腑功能失调，痰浊瘀血内生，复因正衰积损，脾胃运化功能减弱，肠腑传导无力，加之热毒内聚，津液耗伤，常见腹胀便秘，致糟粕废物不能及时排出，毒素稽留体内，成为热毒难消的又一重要因素，故在清热解毒的同时，佐以通腑泻下的药物，以保证大便通畅，使热毒随大便而出，可谓相得益彰。因通腑能排污泻浊，泻热排毒，引血下行，从而浊降清升，益脑醒神；同时，通腑能调理气机，斡旋阴阳，恢复六腑的生理功能。否则，腑气不通，中焦热毒下降无门，反蒸于上，与风阳相结，上扰清窍，诱发中风先兆的发生。因此，常于方中以大黄、芒硝、芦荟、火麻仁等辩证施用，以通腑泻下，清热排毒，

2.3 调理气机，以助排毒

中风先兆的主要病机是毒滞脉络。滞于血脉，每与瘀血相结；滞于经络，每与痰浊相挟。故调理气机，有助于瘀祛痰消，脉通络活，使毒无勾结，易解易排。另外，人体的气血也是排毒系统的重要组成部分，气为排毒之动力，血为运毒、排毒之载体。气行血自行，有助于运毒排毒；血行则气畅，有助于经通络和，瘀祛滞消，排毒有力。同时，从临床所见，稍伍理气活血之品，不仅鼓舞气血，使气旺血畅焕发生机。而且对尽快改善症状，亦大有裨益。邵师常在清热解毒方中配伍行气理气之品，喜以枳实、香附、青皮、檀香、川芎、柴胡、路路通、元胡、郁金、沉香、香橼等药，随正施用，每获良效。

（后接09页）

心脑血管病的中医认识与临床体会

张艳 朱爱松 王思尹 肖雪 (辽宁中医药大学附属医院·辽宁 沈阳 110033)

【摘要】 随着人口老龄化社会的到来和现代医学抗感染药物的迅速发展,人类的疾病谱发生了重大改变,心脑血管病已成为人类生命和健康的主要威胁。在其防治方面,尽管现代医学的介入疗法、外科手术及新的药物被应用于临床,但对于如何减少并控制心脑血管事件的发生,仍远未达到令人真正满意的效果。而中医在这方面有着明显的优势,效果显著。临床上心脑关系密切,主要体现在神志与血液的运行方面,二者相互影响。其实证多以寒凝、气滞、血瘀等,虚证多以气虚、血虚等为主,根据其临床表现及其证型进行治疗,合理运用中药古方,辨证论治,准确把握其病因病机能有效的防治心脑血管疾病的发生发展。

【关键词】 心脑血管病; 中医防治; 辨证论治

心脑血管疾病是一种严重威胁人类健康的常见病,是中老年人住院率致残率最高的疾病。即使应用中西医药物治疗,仍可有50%以上的脑血管意外幸存者生活不能完全自理!全世界每年死于心脑血管疾病的人数高达1500万人,居各种死因首位。近年来,随着医学的发展,对心脑血管疾病的认识和治疗研究逐步加深,心脑同治,使心脑血管疾病的预防和治疗效果也得到显著的提升。早期预防心脑血管病是提高生活质量的关键,中医药在心脑血管病中呈现明显优势,主要认识如下。

1. 心脑血管病的中医认识

1.1 心主神明:

中医认为,以五脏为中心的人体活动中,脑的神志活动由“心”主宰。《灵枢·本神》云:“所以任物者谓之心”。指出人能够接受外来信息并作出相应反应。再者《素问·五脏生成篇》云:“诸血者,皆属于心”。意指心除主神明外,尚且具有主血脉的功能。“心藏脉,脉舍神”,“血者,神气也”。心在人体活动中主神志和主血脉,而且两者生理功能密切相关,正因为心具有主血脉的功能,才有了主神志的功能。因此,心主血脉的功能出现异常,也会带来主神志的功能改变。《灵枢·邪客》:“心者,五脏六腑之大主也,精神之所舍也。”血气是产生神的物质基础,而血气又是由心之所生,可见心与脑的关系十分密切。临床中往往心脑同病,神志

(前接08页)

2.4 祛痰通络 清解热毒

中风先兆是以痰瘀阻络为基础的病变,从隐性起病到病情发生,病程较长。而久病必痰,久痰必淀,久淀必变,表现为络管坚,络道隘,甚者络道塞堵。治疗时必须联合采用通络祛痰之法。一者通关夺隘,可助解毒药之气味畅达;二者通络开道,使毒邪有所出路;三者久淀之痰浊瘀血,必与热毒搏结,故须祛痰通络与清解热毒两法同施,方可除尽病邪。此通络主要指虫类通络,因虫类通络药性善走窜,上行下达,搜剔络

道,俾络道一通,痰瘀一去,热毒必孤,易为解毒之品所除。通络祛痰之品,用水蛭、土鳖虫、地龙、蜈蚣、全蝎、僵蚕、胆南星、天竺黄、陈皮、瓜蒌等味,特别是地龙、蜈蚣、全蝎、僵蚕诸品,通络之中,尚可熄风,对中风先兆内风旋动之证尤为适用。

总之,有关中风先兆从热毒论治,为中风先兆这一中风病最重要的危险因素的治疗另辟了蹊径,深得临床要领,值得推广和深入探讨。

的症状和心脑血管有关。

1.2 脑为元神之府

心主血脉，主神志。神经症状和心有关。“脑为元神之府”，也与脑有关。《灵枢·海论篇》谓：“脑为髓之海，其输上在于其盖，下在风府”。脑为髓汇聚之处，脑髓的功能对于维持人体的生命活动具有极其重要的作用。清·汪昂在《本草备要》中有“人之记性皆在脑中”的记载。近代学者对脑的功能，特别是脑与精神活动的关系，还做了较为深入的探讨和论述，总结了许多相关理论，其中还有脑主记忆，脑主五志和“脑为奇恒之府，藏髓，主领肢体”等理论。此外脑为中清之脏，至清之脏，不能容邪，犯之则病，说明神志症状和心脑血管的关系。

1.3 心与脑的联系

《素问·灵兰秘典论》云：“心者，君主之官，神明出焉。”指出心具有主神志的功能。心主神志的生理功能与心主血脉的生理功能密切相关。血液是神志活动的物质基础，正因为心具有主血脉的生理功能，所以才具有主神志的生理功能。而脑居颅内，由髓汇集而成，为髓之海。脑髓有赖于血的营养，如果心主血脉功能失常，则会影响脑髓的功能，导致神明失养，神机失充，临床表现为健忘、精神恍惚、烦躁、思维能力低下、失眠多梦、甚至昏迷。“精髓同源，精血同源”。

因此，心主血脉功能的正常是脑主神明的前提条件。脑有协调五脏六腑功能的作用，通过经络系统，脑调节心气对血液的推动作用。如此可见心脑共为神明之府，又有血脉相通，故“一处神明伤，则两处俱伤”。脑之神明伤，可累及于心，心之神明伤，可累及于脑。以上论述明确地阐述了心与脑的生理功能存在着密不可分的关系。为此，临床中常常心脑血管症状同现，可以心脑同治。

2. 心脑血管病的常见证型

临床中病人的表现常常是有心的症状和脑的症状。根据我们的三十年临床经验主要常见的几种证型如下：

2.1 寒凝心脑证

多见于春秋季节交替的冠心病和脑血管病。症见：头痛如绞，多因气候骤冷或突感风寒而发病或加重。可伴有心痛，喘息不得平卧，伴形冷，甚至手足不温，冷汗不出，胸闷气短、心悸、脸色苍白，苔薄白，脉沉紧或沉细。治以辛温散寒，宣通心脑。方用枳实薤白桂枝汤合当归四逆汤加减。方中薤白辛温，通阳散结，化痰散寒，能散胸中凝滞之阴寒、化上焦结聚之痰浊、宣胸中阳气以宽胸；当归甘温，养血和血；桂枝辛温，温经散寒，温通血脉，细辛温经散寒，助桂枝温通血脉；白芍养血和营，助当归补益营血。诸药配伍，使心脑得温，阴寒消，气机畅。

2.2 气滞心脑证

多见于生气时或情绪紧张的心脑血管病。症见：头痛，头晕，心胸满闷，隐痛阵发，痛有定处，时欲太息，遇情志不遂时容易诱发或加重，或兼有脘腹胀闷，得暖气，苔薄或薄腻，脉细弦。治以疏肝理气，活血通络。方用柴胡疏肝散加减。方用四逆散去枳实，加陈皮、枳壳、川芎、香附，增强疏肝行气，活血止痛之效，故服后使心脑气血通畅，痛止而诸症亦除。

2.3 心脑瘀阻证

临床常见冠心病和脑血栓的病人。症见：头痛，半身不遂，头晕，心胸疼痛，如刺如绞，入夜为甚，甚则胸痛彻背，背痛彻心，或痛引肩背。可伴胸闷，日久不愈，可因暴怒、劳累后加重，舌质紫暗，有瘀斑，苔薄，脉弦涩。治以活血化瘀，通脉止痛。方用血府逐瘀汤加减。方中当归、生地、柴胡养血活血，清热疏肝；桃仁、赤芍、红花逐瘀活血；血不得气不活，气不得血不行，川芎为血分气药，枳壳擅长理气疏肝，二者合用，助本方理气活血，诸药配伍，共成活血逐瘀之剂。

2.4 痰瘀心脑证

临床常见于脑血栓和冠心病的人，或心脑血管粥样硬化的。症见：胸痛，头痛，局部肿块刺痛，或肢体麻木、痿废，胸闷痰多或痰中带暗紫血块。可伴眩晕，有关节屈伸不利，拘挛疼痛

等，舌质紫暗或有斑点，苔腻，脉弦涩。治以祛风除湿，化痰通络，活血止痛。方用小活络丸加减。方中川乌、草乌温经活络、祛风除湿、散寒止痛。天南星燥湿活络，以祛经络之痰，并能祛风；乳香、没药活血化痰止痛。地龙通经活络。诸药合用，共奏温养心脑、祛痰逐瘀之功。

2.5 肝火上扰证

临床多用于高血压的冠心病和脑出血或脑血栓病人。症见：心悸怔忡，伴头晕头胀痛，不寐多梦，甚则彻夜不眠。急躁易怒，目赤耳鸣，口干而苦，不思饮食，便秘溲赤，舌红苔黄，脉弦而数。治以疏肝泻火，镇心安神。方用龙胆泻肝汤加减。方中龙胆草善泻肝胆之实火，并能清下焦之湿热；黄芩、栀子、柴胡苦寒泻火，车前子、木通、泽泻清利湿热，使湿热从小便而解；肝为藏血之脏，肝经有热则易伤阴血，故佐以生地、当归养血益阴；甘草调和诸药为使。配合成方，共奏泻肝胆实火，清肝经湿热之功。

2.6 气虚血瘀证

临床多用于脑血管疾病后遗症伴有心血管疾病的人。症见：胸痛，心悸，眩晕，半身不遂，或半身麻木，面色晦暗，身倦乏力，少气懒言，疼痛如刺，痛处不移，自汗，遗尿，肢体活动不利等，舌质淡紫，苔薄白或白腻，或有瘀斑，脉沉涩。治以补气化瘀，通经活络。方用补阳还五汤加减。方中生黄芪重用，大补脾胃之元气，使气旺血行，瘀去络通。当归尾长于活血，兼能养血，因而有化瘀而不伤血之妙。赤芍、川芎、桃仁、红花助当归尾活血祛瘀；地龙通经活络。大量补气药与少量活血药相配，气旺则血行，活血而又不伤正，共奏补气活血通络之功。

2.7 气阴两虚证

临床多用于老年心脑血管粥样硬化或老年心脑血管病的人。症见：心胸或头部隐痛，时作时休。头晕，肢体麻木，心悸气短，动则益甚倦怠无力，声息低微，面色晄白，易汗出，舌质绛红，舌体胖而边有齿痕，苔薄白，脉虚细缓或结代。治以益气养阴，活血通脉。方用生脉散合人

参养荣汤加减。方中人参甘温，益元气，补肺气，生津液。麦门冬甘寒养阴清热，润肺生津。五味子酸温，敛肺止汗，生津止渴。熟地、当归、芍药养血之品。黄芪、茯苓、白术、甘草、陈皮，补气之品，血不足而补其气，此阳生则阴长之义。诸药合用，益气养阴，生津止渴，敛阴止汗，使气复津生，汗止阴存，气充脉复。

3. 心脑同治的临床体会

随着心脑血管疾病发病率的增加，国内有资料研究显示，心脑血管疾病病死率与恶性肿瘤基本相仿，严重威胁到了人类的生命安全。近年来随着中医学的不断深入发展，中医药预防心脑血管病在临床中取得明显效果。临床中根据心脑同病的中医理论基础和临床表现，常用的治疗原则主要有扶正祛邪、调整阴阳、调理脏腑气血、区分标本缓急等。心脑血管疾病的发生发展的过程，从邪正关系来讲，就是正气与邪气互相争斗的过程。邪正的胜负，直接决定着疾病的产生和进退。因此扶正祛邪是其治疗的基本方法。从阴阳关系上来说，即是阴阳相对平衡遭到破坏，出现偏盛偏衰的结果。因此，调整阴阳平衡，促进体内阴平阳秘，乃是临床治疗心脑血管疾病的根本法则之一。脏腑为人体生理功能活动的中心，心脑血管疾病的发生，无论外感还是内伤，都必然造成脏腑生理功能的紊乱和脏腑阴阳、气血的失调，因此，调理脏腑气血亦是重要的治则之一。

3.1 心脑同治的常用中药

临床中心脑血管病症常常同时出现，脑血栓并冠心病，高血压并冠心病，脑血管病的比较多。我们常常心脑同治。中医认为心主血脉，血行要靠心气推动，气血健运是生命健康的基本保证，心气不足则心脑血管血运不畅导致气滞血瘀，瘀血既成，则反耗气血，阻滞津液运行，损及心脑脏腑。《素问·调经论》中提到“血之与气，并走与上，则为大厥”，“血气不和，乃百病变化而生”。李东垣亦说：“中风为百病之长，乃气血闭而不行”。因此心脑同治，临床中活血化瘀药物使用率最高，其中的化瘀止血药的三七、活

血化瘀药的银杏叶、川芎、丹参、红花、水蛭、郁金、牛膝、桃仁等为常用药。其次,心脑血管同治我们常用引经药物,走上的药物。像升麻,桂枝,川芎等。气推动血液的运行,心脑血管病主要是本虚标实证,补气可以行血,补虚药中的人参、黄芪、当归、麦冬常用;心脑血管粥样硬化有虚瘀痰毒说,清热凉血,清热解毒药的牡丹皮、赤芍、黄芩等也常用。

3.2 心脑血管同治的临床体会

临床中心脑同治,主要从以下几方面论治。

3.2.1 祛风宁脑,化痰醒神:

头巅之上,唯风可达。故无论外感心脑血管病或内伤心脑病中,均可见到风邪为患所致心脑血管病,所以合理的应用祛风宁脑是十分有益的。可以用瓜蒌,桂枝,防风,葛根等。若见痰浊于头面,口眼歪斜,用牵正散祛风化痰止痉。其中痰浊壅盛,风痰上扰等,均可导致的风痰瘀滞经络而致中风,治宜祛风化痰,醒脑通窍,常用涤痰汤加减,严重者先以苏合香丸以豁痰开窍。

3.2.2 益气活血,通络止痛:

通则不痛,痛则不通。若气机紊乱,由气及血,气虚则血瘀,瘀滞脑脏,均可致心脑血管为病,是以益气活血通脉法,为临床所必用。若见中风偏瘫半身不遂,口角流涎,遗尿失禁等可用益气活血通络的补阳还五汤治疗。若见头痛昏晕,面色青紫等,可用通窍活血汤。其中冠心病发作的主要原因是心脉瘀阻、不通则痛,而血瘀又是导致心脉瘀阻的主要原因。因此在治疗冠心病上,通常以益气活血化瘀为关键。

3.2.3 补气养阴,宁心安神:

心脑血管多因内伤劳倦,或久病营血耗损,心脑血管失所养,症见心悸怔忡,失眠健忘,头晕目眩,盗汗,五心烦热,脉细弦。治宜益气养阴,宁心安神。常用天王补心丹合人参养荣汤加减。其中病毒性心肌炎多由瘟疫热毒侵袭,逆传心包,常以气阴两虚证候为多,常从益气养阴安神立法,善用生脉散加减。

3.2.4 温阳利水,健脑益智:

多因久病或劳倦内伤,而致心阳亏虚,脑失所养。症见心悸怔忡,形寒肢冷,面色发白,失眠健忘等,治宜人参养荣汤加减。其中缓慢性心律失常多由心阳虚弱,则鼓舞无力,血行迟滞而致,此外还可以导致水液内停。治宜温阳通脉,常用参附汤。若有心功能不全者而致水饮停滞,治宜温阳化饮,予茯苓桂枝白术甘草汤加减。

此外,还有补益肝脾、交通心肾、清热泻火等等。总之,心脑血管病,在传统医学中病情较为复杂,病证多变,辨证论治时,既不可失其理论原则,又不可呆板凝滞,需把握规律,灵活应用,多法综合,方能以活法应变于临床。

病例:患者王某,男性,64岁,汉族。主诉:反复心前区疼痛,头晕3年余,加重一个月。病史:患者自3年前开始,每因劳累、情绪激动而诱发心前区疼痛,持续3-5分钟,疼痛向左肩部及左上肢放射,休息和含服硝酸甘油可缓解,经常头晕头痛。今年2月份突感心前区剧烈疼痛,大汗出,在医院住院治疗,诊为“急性广泛性前壁心肌梗死”。予扩张冠状动脉、抗凝、抑制血小板等治疗后好转出院,但剧烈活动时仍有心前区疼痛,休息后缓解,伴乏力、胸闷、气短、头晕、饮食可、大便干,小便正常,舌质黯,苔薄黄腻,脉弦细。查体:血压165/95mmHg,双肺检查阴性,心界不大,心率78次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音,腹软,肝脾肋下未触及,双下肢不肿。心电图示V₁-V₅导联异常Q波,T波倒置。西医诊断:高血压,冠心病、急性广泛前壁心肌梗死恢复期,梗死后心绞痛(劳力型)。

中医诊断:胸痹(气虚血瘀夹痰浊)。

治法:益气活血,通阳宣痹、化痰降浊。

处方:生黄芪15克,丹参12克,赤芍10克,红花10克,川芎10克,延胡索10克,藿香10克,佩兰10克,瓜蒌30克,薤白20克,半夏10克,陈皮15克,桃仁12克,十剂水煎服。

服后诸症缓解,继来二、三诊,微调方药,再服用10剂后诸证悉除。

“塞流，澄源，复旧法”治疗崩漏 临床教案案例分析

孙丽敏(新加坡同济医院 169874)

崩漏是指经血非时暴下不止或淋漓不尽，前者又称崩中或经崩，后者又称漏下或经漏。

崩与漏的出血情况虽不相同，但其发病机理基本一致；在疾病发展过程中，崩与漏常相互转化，血崩日久，气血耗伤，可变为“漏”；久漏不止，病势渐进，也能成“崩”，所以临床上常常崩漏并称。

就临床资料分析，崩漏有以下特点：

①崩证发病急，病情比较严重，大出血时可危及生命，属于妇科急症之一。漏证漏下不止，缠绵难愈。崩漏为常见病，也是疑难急重病证。

②发病年龄常在青春期和绝经期，病程偏长，反复发作，少数患者病程达数十年以上。

③发病之前均有月经失调，绝大多数有月经先期或闭经史；发病后均伴有程度不同的贫血，即气血不足的现象。

【临床教导学生——辨明病机是关键】

中医认为崩漏的发生是肾一天癸一冲任一胞宫生殖轴的功能失调，导致崩漏的常见病因是虚、热、瘀，主要病机是冲任不固，不能制约经血，使子宫藏泻失常。《兰室秘要·妇人门》云：“妇人血崩，是肾水阴虚不能镇守胞络相火，故血走而崩也。”《诸病源侯论》曰：“妇人月水不断者，因损伤经血，劳伤经脉，冲任之气虚损，不能制约其经血，致令月水不断也。”

崩漏其血离经，“即是离经之血，虽清血鲜血，也是瘀血”。孙思邈《备急千金要方》提出：“瘀血占据血室而致血不归经”。现代研究根据“离经之血必将成瘀”的理论，在辨证施治上酌予祛瘀止血，祛瘀才能生新，引血归经，达到止血目的。祛瘀止血多选用茜草根、山楂炭、益母草、田七粉等，使增生的子宫内膜尽快脱落，起到药物性刮宫的作用。

如李东垣在《兰室秘藏》论崩主脾肾之虚，又认为阴虚致崩的机理是“肾水阴虚，不能镇守

胞络相火，故血走而崩也”。明代医家对崩漏的认识较深刻，如方约之在《丹溪心法附余》中提出治崩三法：“初用止血以塞其流，中用清热凉血以澄其源，末用补血以还其旧”，后世医家继承并发展了三法的内涵，推陈出新，成为治疗崩漏的“塞流”、“澄源”、“复旧”三法。

现代医学认为：功能失调性子宫出血（简称功血），是由于调节生殖的神经内分泌机制失常引起的异常子宫出血，而全身及内外生殖器官无器质性病变存在。功血可分为无排卵型和排卵型两类，约85%的病例属无排卵型功血。功血可发生于月经初潮后至绝经间的任何年龄。

无排卵型功血属中医崩漏的范畴。有排卵型功血与中医的月经先期、月经过多、经期延长和经间期出血等病证相类似，可互相参考。功血常伴见不孕。

【临床表现】

临床最常见的症状是子宫不规则出血。特点是月经周期紊乱，经期长短不一，出血量时多时少，甚至大量出血。或先有数周或数月停经，然后发生不规则出血，血量往往较多，不能自止。有时一开始即为不规则阴道出血。无明显下腹痛，多伴不同程度的贫血。妇科检查：子宫软，大小正常，没有明显的器质性改变。

【现代医学的治疗方法】

现代医学在治疗无排卵型功血主要包括：性激素治疗和手术治疗。总的来说，终止内膜过度增长，是治疗无排卵性功血必不可少的环节。但激素治疗周期长，方法复杂，病人不宜掌握，不易坚持，且有恶心、呕吐、乳房胀痛等副反应，近年来额外增加性激素对人体代谢特别是脂代谢和肝功能的影响也越来越受到人们关注。对于激素治疗效果不佳或出血不止患者，亦常采用手术治疗，如诊断性刮宫术可以清除增生过度的

子宫内膜，止血的同时可将子宫内膜常规送检以排除恶性疾病。诊断性刮宫虽然在短期内可以达到止血目的，但因不能改变下丘脑—垂体—卵巢轴系统对血清激素水平的调控作用，容易复发。对于药物治疗无效、持久不愈、年龄较大、无生育要求的患者也可采用子宫内膜去除术或子宫切除术等手术治疗，但必须承担手术风险和较高的医疗费用。对大多数功血患者而言，中药治疗成其为一个不错的选择。

在中医方面，对于崩漏（功血）的治疗，世人多遵从《丹溪心法·附余》之“塞流、澄源、复旧”三法。其中塞流一法，尤当谨慎，若一味见血止血，恐有留瘀致崩之弊。临床治疗上要求我们审证求因，正本清源，此时崩漏下血不止只是表面现象，瘀血阻络才是病机之根，疏通冲任之瘀阻才是治疗崩漏的根本大法。

夏天等研究证实活血化瘀止血、健脾益气之“坤宁活血汤”（三七粉，桃仁，赤芍，丹皮，黄芪，桂枝，大黄，甘草）可兴奋大鼠离体子宫，提高平滑肌收缩强度、频率和子宫活动力，一方面促进内膜剥脱，排除宫腔瘀血，另一方面子宫平滑肌收缩，压迫子宫血管止血，并且可明显缩短凝血时间，具有良好的促凝血作用。益母草、当归、川芎、蒲黄等活血化瘀中药具有收缩子宫和缩短凝血时间的作用，有利于宫腔积血的排除，使子宫内膜脱落完全，起到了药物性刮宫作用，与现代医学加强子宫收缩及诊刮清宫的治疗法可谓不谋而合。

根据多年治疗崩漏的临床总结，结合现代药理研究，有学者认为针对崩漏下血不止患者，应果断采用活血化瘀法来治疗。常用的活血化瘀药如桃仁、红花、水蛭、虻虫、三七、益母草；活血药如当归、川芎、桂枝、姜黄、元胡之品；炒蒲黄、生地炭、血余炭、藕节等止血不留瘀之属。

成都中医药大学江秀成副教授将活血化瘀法作为治疗崩漏急性发作期的主要方法辨治要点，虚瘀并见，活血化瘀为要。

北京中医药大学刘雁峰教授认为：一般而言，崩漏虚证多，实证少；因热者多，因寒者少；在崩中之际，多见标证，血势缓，或出血停

止后常显本证，但本病标本常错综复杂，故在审证求本中应当掌握辨证要点，视其转化判断证情的轻重缓急和寒热虚实。由于崩漏轻重缓急不同，故治疗崩漏当根据“急则治其标，缓则治其本”的原则，灵活采用塞流、澄源、复旧三法。还需考虑患者不同的年龄阶段，以及女性生理特点、月经周期规律等因素辨证施治。

治崩三法

1.塞流：即是止血。崩漏是以流血为主的疾病，在出血期间，特别是暴崩之际，如不迅速、有效地止血，则可导致气随血脱，甚而危及生命，故此时急当止血防脱。止血的方法可根据出血的原因不同而有所不同：①益气摄血：在暴崩之际，由于大量失血，气随血脱，因此不论何种病因导致的暴崩，都应首先采用益气摄血的方法，用独参汤；如见四肢厥逆，脉微欲绝等，则可用参附汤。待病势稍缓以后按不同病因病机进行辨证施治。②清热止血：常用生地黄、墨旱莲、阿胶、大蓟、小蓟、侧柏叶、藕节、地榆、牡丹皮等。③收涩止血：常用陈棕炭、血余炭、贯众炭、乌贼骨、煅龙骨、煅牡蛎、赤石脂。④化瘀止血：常用蒲黄炭、茜草、三七、益母草、花蕊石等。⑤温经止血：常用艾叶、炮姜等。

以上各种止血方法中，益气摄血是在暴崩期间应用的基本方法，收涩止血在各种止血方法基础上可以适当配合应用，其他各种方法则需根据临床辨证分清不同情况而选择应用。但不可一味止血固涩，以免留瘀，同时可配合针灸止血。若血势不减，可采用西药（止血药或激素类药物）进行中西医结合治疗，或考虑诊断性刮宫；贫血甚者应考虑输血。

2.澄源：乃正本清源，求因治本。往往与塞流同步或先后重叠进行。于血量减少，病势渐缓时，当辨证论治，包括四诊八纲、辨证分型用药，使治疗更具有针对性，也含有鉴别诊断之内容。

3.复旧：即固本善后，巩固疗效。复旧的依据是澄源，即在血止之后，谨守病机、辨证论治，以调整与恢复月经周期、维持正常经量为要。同时应考虑青春期、育龄期、围绝经期患者的不同特点，用药有所侧重，并注意全身调整。

治疗崩漏的三大方法在临床应用过程中不可截然分开，塞流需澄源，澄源当固本。澄源始终贯穿于塞流与复旧的过程中。

中医崩漏的常见临床表现有：腹痛，阴道异常出血，多伴有瘀血块，舌质多为紫暗或舌边有瘀点、瘀斑。瘀血阻滞胞络，血不循经，经血非时而下，淋漓不断，经血运行不畅，故经血色暗，且常伴有瘀血块，舌质瘀暗。冲任受阻，血行缓慢，滞塞不通，不通则痛，故经期腹痛。气随血脱，同时并见头晕，气短乏力，唇甲色淡等气虚、血虚证候；阳虚不温，患者同时伴有畏寒肢冷，舌质淡嫩，边有齿印等征象；肝郁气滞，常伴有胸胁胀痛，心烦口苦等征象。

现将2案例治疗结果分析如下：

【案例1】

杨某，女，49岁。2012年10月21日初诊。患者经血漏下不止已月余，下血如注，色偏黯，夹有大量瘀血块，曾服用激素及其它止血药物治疗而未获效。诊见：面色恍白，语音低微，气短乏力，腰酸，小腹隐痛，舌质淡黯，舌体胖大，边有齿印，苔白滑，脉沉涩无力。诊断为崩漏，辨证为气虚血瘀，瘀血阻络。治疗活血化瘀，补气摄血。

处方：桃仁9g 红花6g 生地炭9g 当归9g
川芎9g 党参20g 炒白芍6g 茯苓9g
黄芪20g 桂枝6g 炒蒲黄(布包)6g
血余炭6g 益母草20g 炒白术6g
每日一剂，连服3剂。

2012年10月28日患者复诊之时，主诉：出血量减少，色鲜红，精神状态转佳，舌体大，边有齿印，舌质黯，苔白腻，脉沉无力。

处方：艾叶9g 茯苓12g 桂枝6g 炒白术9g
熟地9g 当归9g 川芎9g 炒白芍6g
干姜6g 红花6g 益母草20g 炙甘草6g

继服3剂后患者下血停止，此后以益气健脾，温阳补肾等加减治疗一月，患者次月月经来潮，色、质、量恢复正常，随访半年，未再复发。

按：本案患者就诊时，一方面表现出大量失血后的头晕、疲乏、面色苍白、气短乏力等气虚症状外在的表象；同时舌质淡黯，边有齿印，苔

白滑，脉沉涩无力，是由于气虚日久导致阳虚推动无力，血脉瘀阻于络，月经色黯，夹有大量瘀血块，此乃病机之本。故患者的病机为气虚不运，因虚致瘀，经过临床辨证治疗，收到良效。

【案例2】

于某，女，47岁，白领工作者。此患者跟进5年余。

自2001年2月始，患者月经发生变化，月经每至提前1周，经来量多，时有血块，色暗，手脚心热，烦躁，少腹闷胀，每次月经前一周开始小腹疼痛不适。一个月来没有几天舒适的日子，导致生活质量下降而来诊。

由于患者工作繁忙，不能煮药，故每日晨起服用“丹栀逍遥丸”，晚间服用“六味地黄丸”，连服2个月经周期后，月经恢复正常而自行停药。

患者2003年5月3日来诊，述说自2002年2月又开始月经提前一周，而在来潮前一周开始腹痛。由于工作繁忙，无法煎药，按前法服药2个月后终止服药，月经基本正常而停药。又于今年3月2日月经来潮，量多五天，血色黯红，无血块，无腹痛，之后血量逐渐减少，淋漓不断已20余天，至月末30日停经，4月5日月经又再次来潮，量多如注，如厕血溅厕盆内外，站起后在镜中见自己面色苍白，同时伴有头晕。经西医检查：未见器质性病变，诊断为功血。西药止血药治疗后好转，阴道仍有少量流血，淋漓不断，自觉疲乏无力，恶寒，近两天血量逐渐增多，并伴有头晕、气短乏力。中医查体：面色苍白、眼睑发白而淡，舌淡苔白，脉沉细无力，患者拒绝再服西药，于是，拟方自购：白人参20g，西洋参20g，煎两次，分两次服完/日。两日后血止，面色改善，而腰酸，继服上方2剂，腰酸改善。

2004年6月1日，月经又来潮，连续7天量多而色红有血块。经血停止一周后，又现阴道出血。现症状：阴道流血量时多时少而色淡，气短神疲，面色恍白，手足不温，舌质淡，苔薄白，脉沉弱。治法采用：补气活血，固冲止血调经。方用：《医学衷中参西录》固冲汤以塞流、澄源为主。

药物组成：白术12g 生黄芪15g 煅龙骨15g

山茱萸9g 白芍9g 乌贼骨12g 桃仁9g 红花6g
茜草12g 棕榈炭9g 五倍子6g 煅牡蛎15g
方中重用白术、黄芪补气健脾；山茱萸、白芍补益肝肾，养血敛阴；煅龙骨、煅牡蛎、棕榈炭、五倍子收涩止血；在大队固涩药中，又配乌贼骨、桃仁、红花、茜草活血化瘀止血，使血止而无留瘀之弊。综合全方，补气活血固冲以治其本，收敛止血以治其标，共奏补气活血、固冲止血之效。

服药3剂后，血量减少，但阴道仍有少量流血。按上方续服3剂，煎药至后期加入食醋50ml，6剂后血停，又续服6剂，巩固疗效。

8月28日来诊：主诉月经来潮后，经血又持续20余天不止，已去西医检查诊治，仍无器质性病变，血色素10.8g/dl，行诊断性刮宫并止血，给与孕激素治疗。嘱其停用中药。

2005年4月8日来诊。自述应用西药孕激素炔诺酮（妇康片）每日10mg口服后，停药后撤退性出血，先6个月血量接近正常，近2个月来血量又明显增多，量多时1小时更换卫生巾一次，血色素经检测为8.0g/dl，已有明显贫血；伴有头晕，腹痛，经来时腹痛，不来时也腹痛，只要服用妇康片，腹痛就持续不止，不服药2天，又马上出现阴道出血，痛苦万分。无奈之下又来求助中医。现症状：月经量时多时少，或忽然大下或淋漓不断，经色淡红，质清稀，少腹时时作痛，伴有恶寒、头晕眼花，面色萎黄，舌质淡红，脉沉细。

故采用：补血益气、调经止血之法。（停用西药）

方用：党参18g 山药15g 山萸肉9g 熟地15g
杜仲15g 当归9g 黄芪18g 枸杞9g
茜草15g 元胡15g 甘草6g 荆芥炭6g
3剂水煎服 每例早晚各服一次。

4月25日来诊：服药后，腹痛明显减轻，经血量减少，但仍不止，昨日又量多而来诊。

时下，笔者见2005年2月中医杂志专题笔谈，重用益母草治疗功能失调性子宫出血歌诀一首：“功能出血无专方，多用归脾补血汤，不如四两益母草，归芍甘草佐木香”。

遂疏方：益母草50g，白芍12g，当归6g，木香6g，甘草6g 3剂水煎服。每日一剂，分2次服用。服药一剂后经量明显减少，3剂后血止。为巩

固疗效，嘱其续服3剂。

5月10日来诊。患者服药后血已止，但时有头晕乏力，恶寒，时腹中冷痛，面白，脉沉细。为此，采用澄源、复旧辨证施治。

处方：玉屏风散+温经汤

黄芪30g 防风9g 白术6g 当归6g 川芎6g
白芍9g 桂心3g 丹皮9g 党参15g
甘草6g 川牛膝6g

连续服用6剂，上症悉愈。嘱其以后每值月经来潮前1周，服用上方3剂，经净后续服3剂，连续3个月经周期。

随访：自服用上药后，月经周期正常，经期4-5天，经量正常。一年后停经。

【讨论】

古往今来，论治崩漏，推崇塞流、澄源、复旧三法。崩漏出血时，急则治其标，塞流止血是当务之急，此时宜用塞流澄源法，旨在澄清本源，辨证求因，审因论治；如若不审病原，盲目止涩，可使塞而不止，或止辄复发。

《蒲辅周医案》有载：“若见血崩即用炭涩之品，虽取效一时，恐随止随发。崩漏血止后，虽病势向愈，但血去而正虚，属正虚营血不足之躯，尚若不能复旧，恐有祸不旋踵之虞。”

此患治疗初起阶段，复发多次，以证实此论无误；后阶段遵循此法，收到良好效果。

急则治标，“瘀血不去，新血不生”，方用桃仁、红花等活血化瘀之品，其着眼点在于一个“通”字，倘若见血止血，用大剂量止血药物只会加重瘀血在体内的蓄积，导致出血更甚。同时，用中药加速子宫收缩，促进子宫内膜的脱落，则避免了诊刮对子宫的机械物理刺激，方中重用益母草即能担此重任。李时珍《本草纲目》认为益母草能“活血破血，调经解毒，治胎漏产难，胎衣不下……崩中漏下”。现代医学研究证实，益母草有祛瘀生新的作用，可以使子宫平滑肌兴奋收缩，且大剂量益母草有收缩子宫，缩短出凝血时间的作用，有利于宫腔瘀血的排除，使子宫内膜完全脱落，起到药物刮宫的作用。现代医学研究显示：改变下丘脑—垂体—卵巢轴系统对血清激素水平的调控作用（考虑到益母草现代药理学的研究，提倡一般不可长用！）。

对痛经的认识和防治

鲁小健 (新加坡同济医院 169874)

【概述】 痛经多伴有，也常诱发不孕。不孕症是指生育年龄的妇女，配偶生殖功能正常，婚后同居一年以上，有规律的性生活，未采取避孕措施未能受孕的妇女。从未受孕的称为原发性不孕，如曾经受孕，但未采取避孕措施一年以上又不再受孕，则称为继发性不孕。

不孕症的原因：排卵障碍，黄体功能不全，输卵管阻塞，子宫因素，宫颈因素，免疫因素，遗传因素，不明原因性不孕等。而这些引起不孕的因素都会直接或间接地导致月经失调（如经期延长，正常经期为3-7天，多数为3-5天，持续时间不超过7天，而经期延长的女性往往行经时间超过7天以上，甚或淋漓半月方净），痛经，闭经，崩漏等问题。在这里又涉及到了女性的月经问题。女性到了青春期，她们的卵巢逐渐生长，发育趋于成熟，卵巢有产生卵子并排卵的生殖功能，还可以产生大量的雌激素，在雌激素的作用下子宫内膜变厚，当雌激素达到一定水平且有明显波动时，引起子宫内膜脱落出现月经。平时遇到的一些不孕症患者或者调理月经的患者大多都伴有轻重程度不同的痛经，并且发现痛经一旦消除，有些患者也随即受孕，通过我们的临床实践也观察到，经行腹痛是不孕症的常见症状之一，痛经多伴有，也常诱发不孕。

痛经指妇女在经期及其前后，出现小腹或腰部疼痛，甚至痛及腰骶，严重者可伴恶心呕吐、冷汗淋漓、手足厥冷，甚至晕厥，给工作生活带来影响。好发于15-25岁及初潮后的6个月至两年内，是妇科最常见症状之一。痛经分为原发性和继发性两类；继发性痛经是指盆腔器质性疾病引起的痛经。

原发性痛经：多指生殖器官无明显病变者，故又称功能性痛经。常发生在月经初潮或初潮后不久；继发性痛经：指生殖器官有器质性疾病者，如子宫内膜异位症、子宫腺肌病、盆腔炎、子宫内膜息肉和子宫黏膜下肌瘤等。

原发性痛经多见于青春期少女，未婚及已婚

未育者，此种痛经在正常分娩后多可缓解或消失，继发性痛经常常发生在30-40岁左右的女性，多见于已婚或已育女性。

（一）现代医学对痛经的认识

现代医学认为原发性痛经与子宫肌肉活动增强、子宫张力增加和过度痉挛性收缩有关，这些因素造成子宫血流量减少，子宫缺血而导致厌氧代谢产物堆积，刺激疼痛神经元而发生疼痛。

常见的有以下几种因素：

- 1.子宫颈狭窄，子宫位置异常，或子宫发育不良
- 2.经期子宫内膜合成和释放的前列腺素含量升高
- 3.精神、神经因素，或部分女性对疼痛过于敏感
- 4.遗传因素
- 5.经期剧烈运动
- 6.内分泌因素
- 7.痛经患者常有子宫收缩异常

（二）中医学对痛经病因病机的认识

中医学认为痛经的发生与素体因素及经期、经期前后特殊的生理环境有关。非行经期间，子宫藏精气而不泻，冲任气血平和，致病因素不能引起冲任、胞宫瘀滞或不足，故不发生疼痛，而经期或经期前后，女性体内原本充盛的气血经经期泻出体外之后而变得匮乏，血海由满盈而泄溢，胞宫气血由气盛血旺至经后暂虚，气血变化急骤，致病因素乘势而作，使气血运行不畅，胞宫经血流通受阻，以致不通则痛；经血下泻必耗气伤血，致冲任胞宫（子宫）失于濡养，不荣而痛。痛经的发病机制有寒、热、虚、实之分，以实证为多。

1.气滞血瘀：素多抑郁，复伤情志，肝郁则气滞，气滞则血亦滞，血海气机不利，经血运行不畅，发为痛经。

2.寒凝血瘀：经前经期当风感寒、饮冷或冒雨涉水，或久居湿地，致寒湿或寒邪客于冲任、胞中，经血凝滞不畅，发为痛经。

3.湿热瘀阻：经期产后感受湿热之邪（如洗涤

不洁、不禁房事等)，或宿有湿热内蕴，流注冲任，蕴积胞中，于行经期间阻碍经水运行。

4. 气血虚弱：脾胃素虚，生化乏源，或大病久病，耗损冲任气血，经期阴血下泻为经，势必更虚，冲任胞脉失于濡养而发痛经。

5. 肝肾不足：禀赋素弱，或多产房劳，损及肝肾，精亏血少，冲任不足，胞脉失养，经将净血海更虚，故而作痛。

(三) 临床表现

(1) 腹痛：为其主要症状。

疼痛的时间可于月经前1-2天即开始，或月经第1-2天，甚至月经刚净时亦可发。疼痛的特点是呈阵发性下腹部绞痛、胀痛、坠痛，并放射到腰骶部及阴道、肛门。腹痛剧烈时，可伴有面色苍白、出冷汗、手足发凉，甚至产生晕厥、虚脱等症状。

(2) 胃肠道症状：

恶心、呕吐、腹泻及肠胀气或肠痉挛等。一般可持续数小时，或1-2天，之后症状逐渐减轻、消失。

(四) 辨证要点

- 根据痛经发生的时间辨虚、实
 - 经前或经行之初疼痛多属实证
 - 月经将净或经后疼痛多属虚证
 - 根据疼痛的部位察病位在肝在肾，在气在血
 - 痛在小腹正中多为胞宫瘀滞
 - 痛在少腹一侧或两侧多属气滞，病在肝
 - 痛及腰骶多病在肾
 - 疼痛的性质、程度是本病辨证的重要内容
 - 掣痛、绞痛、灼痛、刺痛、拒按——实证
 - 隐痛、坠痛、喜揉喜按——虚证
 - 灼痛，得热痛剧——热证
 - 绞痛、冷痛，得热痛减——寒证
 - 痛甚于胀，持续作痛——血瘀
 - 胀甚于痛，时痛时止——气滞
- 临床上痛经以实证居多，虚证较少

(五) 治疗

(1) 西医治疗

原发性痛经的西医治疗

1. 一般疗法：包括精神心理治疗，使用镇静、镇痛、解痉药等。

2. 前列腺素合成酶抑制剂：如芬必得等。

3. 口服避孕药抑制排卵：仅适用于要求避孕的妇女。

继发性痛经的西医治疗

原则是针对引起痛经的病变进行治疗。

主要以药物治疗，在药物治疗效果不理想的情况下，则会采取手术治疗。

虽然痛经很痛苦，但部分女性仍然认为痛经是正常的，忍两天就过去了。却不知道痛经也是很多女性病的表现之一，特别是继发性痛经有可能掩盖了正在发生的其他疾病，如果不及时找出病因加以治疗，可能后果会很严重。痛经很可能是患上慢性盆腔炎、子宫内膜异位症、子宫腺肌病等疾病的报警信号，这些病都属于妇科的常见病，也是难治之症，若不积极的治疗，便会影响将来的婚后生活及生育，因为这些疾病如慢性盆腔炎会引起盆腔内生殖器官发炎、感染、黏连，使输卵管阻塞不通，从而导致不孕症。另外，子宫内膜异位症由于内膜异位的部位不同，还会出现性交痛、肠道症状（如出现与月经有关的周期性排便痛，肛门坠胀，排便次数增多，少量便血。）及泌尿道症状（如经期出现尿痛、尿频、尿急、周期性血尿）和不孕。所以，一旦出现持续痛经难忍或痛经越来越加重的情况，一定要到医院进行检查，不能掉以轻心！

西医学发现原发性痛经主要是由于子宫收缩造成子宫缺血缺氧而痛，继发性痛经病久，生殖器官充血水肿，影响血运，均符合中医学气血运行不畅，不通则痛的认识，所以治疗时我们采取行气活血，祛瘀止痛的方法，通过辨证论治，运用中药或中成药来对症治疗。

(2) 中医治疗

1. 气滞血瘀型：经前一两天或经期小腹胀痛，拒按，或伴胸胁、乳房作胀，或经量少，或经行不畅，色紫暗有块，血块排出后痛减，经净疼痛消失；舌紫暗或有瘀点，脉弦或弦滑。

处方：膈下逐瘀汤加减或元胡止痛片

2. 寒湿凝滞型：经前数日或经期小腹冷痛，

得热痛减，拒按，经量少，色暗有块，或畏寒身痛，恶心呕吐；舌苔白腻脉沉紧。

处方：少腹逐瘀汤加减或痛经丸

3. 气血虚弱型：经期或经后小腹隐隐坠痛，喜按，或小腹空坠，月经量少，色淡、质清稀，面色无华，神疲乏力；舌质淡舌苔薄白，脉细无力。

处方：圣愈汤加减或八珍益母丸

4. 肝肾不足型：经期或经后小腹绵绵作痛，伴腰骶部酸痛，月经量少，色淡暗、质稀，头晕耳鸣，失眠健忘，或伴潮热；舌质淡红苔薄白，脉细弱。

处方：益肾调经汤加减或乌鸡白凤丸

5. 湿热瘀结型：经前或经期小腹灼热胀痛，拒按，经色暗红，质稠有块。或伴有腰骶部胀痛，或平时小腹部时痛，经来疼痛加剧，患者时有低热起伏，小便短黄，舌红苔黄腻脉弦滑或濡数。

处方：清热调血汤加减或妇炎净胶囊

【预后及转归】

一般原发性痛经经过治疗，症状可以很快得到控制，症状明显者通过一般治疗、药物治疗和针灸推拿等综合治疗，来控制症状，能提高患者的生活质量，部分患者可获痊愈。继发性痛经患者，及时有效的治疗，多能使病情得到缓解。但如不及时治疗，可能会引起免疫力降低、感染、经前期综合症甚至不孕等疾病。

【预防与调护】

(一) 预防

1. 正确地认识和对待痛经：月经是生理现象，一般盆腔充血可能出现轻度腰酸、下坠感、嗜睡、疲倦等不适，但当行经前后出现的疼痛或不适影响个人的工作、学习和生活就是一种病理状态。

2. 原发性痛经患者需保持良好的生活方式和饮食习惯、健康的精神心理、科学的营养补充、恰当的运动量、避免环境刺激和有害物质的摄入和坚持定期检查等。妇科学普查应每年进行1次。注意子宫、卵巢、乳腺和内分泌疾病的防治。所有药物治疗均应在医生的指导下进行。

(二) 调护

1. 生活调护

平时的生活、起居、劳作要合理安排，有一定的规律。

积极参加适当的体育锻炼，增强体质，增强抵抗力，防止痛经，俗话说生命在于运动，运动是我们生命活动中的一种本能，运动能促进人体的新陈代谢，增强人的体质，汉代医学家华佗就早已认识到体育锻炼能促进气机调畅、血脉流通、关节流利，并发明了五禽戏，模仿虎、鹿、熊、猿、鸟五种动物的动作做体操，供世人健身养生；注意劳逸结合才会提高你的工作效率，睡眠充足，生活规律，经期避免过度疲劳和紧张，避免重体力劳动和剧烈运动，经期要防寒保暖，避免淋雨、涉水，忌冷水洗脚和冷水浴等；保持外阴清洁，月经期间禁止同房和游泳。

2. 饮食调养

痛经患者要注意少吃寒凉生冷，生冷食品会刺激子宫、输卵管收缩，从而诱发或加重痛经。即中医所谓的经脉凝涩，血行受阻；避免含咖啡因的食物，咖啡、可乐、巧克力中含有咖啡因；均衡饮食，避免过甜或过咸的食品，多吃蔬菜、水果、鸡、鱼、瘦肉等。注意补充维生素及矿物；避免一切刺激性食物：如辣椒、生葱、生蒜、胡椒、烈性酒等。

痛经患者在月经来潮前3-5天内饮食宜以清淡易消化为主，不宜吃得过饱。痛经患者无论在经前或经后，都应保持大便通畅，尽可适当吃些蜂蜜、香蕉、芹菜等。

痛经的饮食调养原则

①合理营养：食物中应该含有人体所需要的一切营养素，包括蛋白质、脂肪、糖类、维生素、无机盐、水和纤维素等七大营养素。有证据表明维生素E在一定程度上能减轻原发性痛经的疼痛程度和持续时间，减少患者月经期的月经失血量，且使月经期服用镇痛药的人数比例下降，维生素E含量高的食物有谷胚、麦胚、蛋黄、豆类、坚果、叶菜、花生油、香油等，痛经患者可适当吃些此类食物。

②饮食应多样化，不可偏食：应经常食用具有理气活血作用的蔬菜水果，如芹菜、香菜、胡萝卜、橘子、佛手、生姜等。身体虚弱，气血不足者，宜常吃补气、补血、补肝肾的食物，如鸡、鸭、鱼、鸡蛋、牛奶、豆类等。

③补充多元不饱和脂肪酸：多食含有该类成分的食物，对于痛经的改善是有科学根据的，而最好的摄取这些脂肪酸的方法就是天天吃鱼。特别是多吃各种深海的如鲭鱼、鲑鱼等富含脂肪酸的鱼类，痛经情况就会大大改善。

④食疗方：益母草煮鸡蛋。益母草15-30克，鸡蛋两个，红糖适量。将益母草与鸡蛋放入适量水中同煮，待鸡蛋刚熟时剥去蛋壳，加入红糖，再煮片刻，吃蛋喝汤。具有活血去瘀，通经止痛之效。

⑤食疗方：丝瓜莲藕汤。鲜丝瓜切片，鲜藕（不去节），切片，加生姜3片，水煎代茶饮，一日数次。具有清热利湿，调经止痛的功效，适用于湿热下注引起的痛经。

3. 按摩

痛经较严重的女子每次来月经，精神都极度恐惧，甚至紧张焦虑。加上月月遭受痛经折磨，则会引起心烦易怒，心慌气短，失眠多梦等，并易引起其他疾病，影响健康。痛经的发生有多方面的因素，轻者一般用热水袋敷一会儿可缓解。重者腹痛如刀绞，冷汗淋漓，甚至发生昏厥。对待痛经，临时用止痛片只能解一时之急，但不治本。其实用按摩的方法治疗痛经往往比药物效果好，而且无副作用。

痛经的按摩治疗方法

先要按摩背腰部，再按摩腹部，后按摩下肢。

①用手指或掌根揉按背腰部胸椎第11节至腰椎第2节，并按揉两侧的肌肉和相关的悬中、命门、夹脊、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、志室等穴。

肾俞：位于腰部，当第二腰椎棘突下，旁开1.5寸。有温肾填精的功效。

命门：位于腰部，当后正中线上，第二腰椎

棘突下的凹陷中。主治月经不调，不孕，痛经等妇科病症，是补命门火的重要穴位，可接续督脉气血。

②用拳头轻捶背腰部压痛处。

③用手指按揉腹部疼痛的肌肉和神阙、气海、关元、天枢、外陵、大巨等穴。

气海：前正中线上，脐下1.5寸处。有培补元气、回阳固脱、行气、调经固经之功效。

关元：前正中线上，脐下3寸处。是补益元气的重要穴位。

④用手指按压下肢的阴陵泉、血海、三阴交、太冲等穴。

阴陵泉：小腿内侧，当胫骨内侧髁后下方凹陷处，可以清利湿热，健脾理气，运中焦，化湿滞，调膀胱，祛风冷。

三阴交：在小腿内侧，当足内踝上3寸，胫骨内侧缘后方。可健脾益血，调肝补肾。

太冲：在足背侧，第一、二跖骨结合部之前凹陷处，可疏肝理气，主治月经不调、痛经、经闭、带下等妇科病证。

一般按摩背腰部5分钟后腹部疼痛开始减轻。继续按摩背腰部和腹部20分钟，腹痛可缓解。每天按摩一次，连续按摩3-5天。以往有痛经史者，可在月经前2天开始按摩。如要巩固疗效，可隔2-3天按摩一次，要达到理想的效果需要持之以恒。

⑤自我按摩对痛经有一定的辅助治疗作用：自我按摩方法，经前3天每晚用双手重叠，掌心向下压于小腹正中，逆时针旋转揉摩10分钟，同时从小腹至脐部反推30-50次，（使其发热有舒适感为度）。

4. 精神调理

不良的心理变化过度持久刺激，易造成人体气机紊乱，血行不畅而诱发痛经，因此需要家属、朋友的协助配合，给予其同情、安慰和鼓励。

注意：以上推荐的生活调护、饮食调养还有按摩方法，对于准备怀孕或者已孕妇女不适合，她们需要在医生的指导下进行。

“仙方活命饮”治疗痈疡临床应用心得

黄明春 (新加坡同济医院 169874)

“仙方活命饮”首见于陈自明《妇人大全良方》。“仙方”，托名仙人所传之方，“活命”因能使到皮肤外科诸证痈肿消、止痛，如有回生之功，故有“仙方活命”之称。

仙方活命饮的药方

白芷3克 贝母6克 防风6克 赤芍药6克
当归尾6克 甘草节6克 皂角刺(炒)6克
穿山甲(炙)6克 天花粉6克 乳香6克
没药6克 金银花9克 陈皮9克

用法：用酒一大碗，煎五七沸服（现代用法：水煎服，或水酒各半煎服）。

禁忌：本方只可用于痈肿未溃之前，若已溃则断不可用；本方性偏凉，阴证疮疡忌用；脾胃本虚，气血不足者均应慎用。

仙方活命饮的功效主治

“仙方活命饮”主治阳证痈疡肿毒初起。红肿热灼痛，或身热凛寒，苔薄白或黄，脉数有力。现代常用于疔肿、脓疮疮、蜂窝组织炎、乳腺炎、化脓性扁桃体炎等属于热毒实证者。阳证痈疡多为热毒壅聚，气滞血瘀痰结而成。《灵枢·痈疡篇》云：“营卫稽留于经脉之中，则血液不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不得行，故热。大热不止，热盛则肉腐，肉腐则为脓，故命曰痈”。热毒壅聚，营气郁滞，气滞血瘀，聚而成形，故见局部红肿热痛；邪正交争于表，故身热凛寒；正邪俱盛，相搏于经，则脉数而有力。“仙方活命饮”能起到清热解毒，消肿溃坚，活血止痛的作用。《医宗金鉴》云：“此方治一切痈疽，不论阴阳疮毒，未成者即消，已成者即溃。化脓生肌，散瘀消肿，乃疮痈之圣药，诚外科之首方也”。

方解与禁忌

方中金银花性味甘寒，最善清热解毒疗疮，前人称之为疮疡圣药，故重用以为君。然单用清

热解毒，则气滞血瘀难消，肿结不散，白芷、防风、陈皮通经理气而疏其滞，又以当归尾、赤芍、橘皮行气活血通络，乳香、没药活血止痛，消肿，共为臣药。疮疡初起，其邪多羁留于肌肤腠理之间，气机阻滞可导致液聚成痰，故配用贝母、花粉清热化痰散结，山甲、皂刺通行经络，透脓溃坚，可使脓成即溃，均为佐药。甘草清热解毒，并调和诸药；助药力直达病所，共为使药。诸药合用，共奏清热解毒，消肿溃坚，活血止痛之功。

本方只可用于痈肿未溃之前，若已溃则不可用；本方性偏凉，阴证疮疡忌用；脾胃本虚，气血不足者均应慎用。

现代药理研究

现代药理研究证实，将仙方活命饮煎液加入细菌培养基中，对乙型链球菌有高度抑制作用，对葡萄球菌抑制作用也很强，但对大肠杆菌及绿脓杆菌无效。

临床体会

“仙方活命饮”是笔者在临床上常用的方剂，尤其是肝郁痰热互结、饮食不节引起疮疡尤为多见，相信这和新加坡天气炎热，经常大汗淋漓湿热之邪郁于肤，加上许多国人喜欢吃辛辣、煎炸食物或饮酒，容易损伤肠胃，若又生活紧张压力，更容易导致火毒内生而引起疮疡。当各种治病因素侵入人体，可以破坏生理功能，若不能及时控制，可进一步形成热盛肉腐为脓，导致疮疡的形成，因此“仙方活命饮”能清热解毒、消肿溃坚成了首选方药。然而当毒邪热盛时，除了发于肌肤的疮疡时，也会因邪盛，出现许多病理反应，如便秘、口渴、溲赤或痒等，故此，我会酌情在“仙方活命饮”原方中做加减。红肿痛甚，热毒重者，可加蒲公英、连翘、紫花地丁、野菊花等以加强清热解毒之力；便秘者，

加大黄、生地以泻热通便；血热盛者加丹皮以凉血；气虚者加黄芪以补气；不会饮酒者可用酒水各半或用清水煎服。此外，还可以根据疮疡肿毒所在部位的不同运用引经药。由于穿山甲在动物受保护的法令下，很多国家包括新加坡已禁止使用，因此在临床上在开方时会以桃仁、五灵脂、生龙骨或生牡蛎等取而代之。即便患者不喝草药，笔者运用“仙方活命饮”合剂，再根据患者的症状，必要时加五味消毒饮或皮肤清毒药丸，皆取得颇好的效果。

【病案举例】

病案(一)

何某，男，48岁，于2017年4月26日初诊。

主诉：身体多处肿块三月余。

现病史：患者自述三个月前发现左腹部和双手出现如核桃般大小的无名突起肿块，无压痛且不影响生活，偶尔有肿胀之感，患者担心蔓延或皮肤癌而寻求西医诊治。经某医院检查确诊为多发性脂肪瘤、良性非肿瘤性病变，建议其行手术切除。患者因畏惧手术，遂求中医药诊治。触诊发现肿物略高出于皮肤，按之柔软，边缘清楚光滑，不红不痛，推之移动，余无它状。患者平素工作压力大，胸闷、烦躁、失眠，加上得喝酒吃夜宵应酬，近一个月，常胃胀、便秘、纳可，小便黄赤，舌红、苔黄、脉弦。

证属：肝气郁滞，痰瘀互结。

治则：疏肝解郁，活血化瘀，软坚散结。

方药：金银花30克，防风15克，白芷15克，陈皮15克，浙贝15克，天花粉15克，乳香10克，没药10克，皂角刺15克，北沙参20克，生栀子10克，石菖蒲10克，远志15克，杭白芍25克，当归15克，柴胡10克，白术15克，生龙骨30克，生牡蛎30克，远志12克，炒枣仁15克，甘草6克

按语：患者在服用3剂后睡眠、便秘与胸闷已改善，在服用10剂后，右手的脂肪瘤已变小，再根据病人每次复诊的情况的基础方做加减，服了30余剂，脂肪瘤基本上已消退。

病案(二)

张某，女，21岁，于2004年10月26日初诊。

主诉：颜面部痤疮1年余。

现病史：脸部痤疮，呈现大小不一的脓疱，密集连片，油脂分泌较多，月经期较甚，脸部灼热、疼痛瘙痒；平素喜食煎炸食品，偶尔月经2个月一行，无血块，纳佳，睡眠时好时差，口干，伴有大便秘结，小便黄，舌红、苔黄、脉数。

证属：热毒壅结，气血凝滞。

治则：清热解毒，消肿溃坚，活血通络。

方药：金银花、连翘、赤芍各15g，白芷、当归、防风、荆芥、天花粉、益母草、柴胡、生甘草各10g。每天1剂，水煎服

服药5剂，皮损明显减轻。原方再进8剂，症状完全消失。

按语：仙方活命饮是治疗外科疮疡肿毒阳症的常用方剂，凡疮疡肿毒属于阳证者，均可使用。其既能散、能清、又能消、能溃。脓未成者，服之可消散；脓已成者，可促使外溃。痤疮的发生是由于热毒壅结，气血凝滞而形成之阳热证。笔者以“仙方活命饮”加减治疗，收到满意疗效。

病案(三)

林某，女，61岁，于2004年10月26日初诊。

主诉：甲状腺肿大已8个月

现病史：患甲状腺肿大多年，用西药久治不愈，平日痰黄白相兼，口干，善怒多愁，消谷善饥，大便2-3天一行，小便正常，舌红、苔白腻、脉弦数。

证属：肝郁化热，热毒瘀结，气结痰凝。

治则：舒肝清热，化痰散结，软坚化痰。

方药：仙方活命饮合海藻玉壶汤加减
金银花10g、防风10g、白芷10g、当归10g、陈皮10g、大贝母10g、花粉15g、乳香10g、没药10g、赤芍15g、皂刺15g、海藻30g、昆布30g、生牡蛎30g、葶苈子15g、柴胡6g、黄药子10g

(后接23页)

针刺激痛点治疗膝骨性关节炎临床疗效观察

张文静¹ 董宝强^{1*} 张卉萍² 谭翠蝶³ 宋杰¹ 张鹏¹

1 辽宁中医药大学 110032 2 沈阳军区空军司令部 110015 3 新加坡同济医院 169874

【摘要】目的：观察针刺激痛点与传统经穴治疗膝骨性关节炎的临床疗效差异。方法：将100例KOA患者随机分为治疗组（激痛点针刺组，50例）和对照组（传统经穴针刺组，50例）。治疗组按照激痛点选穴规律进行针刺；对照组按照传统经穴选穴规律进行针刺。每日1次，30min/次，7天为一个疗程，两个疗程间休息2天，两组均治疗4个疗程后，对比疗效。结果：治疗结束后，治疗组有效率为92.0%，对照组有效率为76.0%，两组间比较差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。VAS、WOMAC评分情况比较，治疗组的疗效更优于对照组。结论：针刺激痛点治疗膝骨性关节炎具有较佳疗效，是治疗本病的一种简便易行、经济实用的有效方法，值得临床推广应用。

【关键词】 KOA；激痛点；传统经穴；针刺；疗效评价

【键基金编号】 沈阳市科技计划项目（项目编号：F14-232-6-03）；2013年辽宁省第二批次科学技术计划项目（项目编号2013226012）

Clinical Observation on Treatment of Knee Osteoarthritis by Acupuncture Trigger Points

Zhang Wenjing¹, Dong Baoqiang^{1*}, Zhang Huiping², Tan Cuidie³, Song Jie¹, Zhang Peng¹

1 Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang Liaoning 110032

2 Shenyang Military Region Air Force Command, Shenyang 110015

3 Singapore Thong Chai Medical Institution, Singapore 169874

Abstract: Objective: To observe the clinical difference of treatment for knee osteoarthritis (KOA) between traditional acupoints and trigger points. Methods: 100 patients were divided into two groups, the trigger points group with 50 patients were treated by acupuncture trigger points, and control group with 50 patients were treated by needling traditional acupoints.

（前接22页）

患者每日服用1剂，再根据复诊情况做加减，水煎服用4个月，甲状腺缩小。

再续服巩固疗效，8个月后甲状腺肿块已消失。

按语：本患者由于肝气久郁化火，灼液成痰，痰热互结，壅塞中焦，气机失畅，血脉不行，久则痰瘀互结，凝于颈部，发为瘰疬。

总结：

“仙方活命饮”是治疗疮疡肿毒的常用方剂，疗效肯定，现在药理学发现本方有抗菌、抑

制病毒，消炎解毒，改善血液循环，只要根据疮疡的初、中、后期随症加减，以消、托、补为总则。消，即使在初起的疮疡得到消散，不致使邪毒结聚成脓；托，是用补益气血和托脓的药物，扶住正气，托毒外出，以免邪毒扩散和内陷的治疗法则；补，即用补养药物，恢复正气，助养其新生，使到疮疡早日愈合。故此，只要通过临床辨证，在“仙方活命饮”基础上做加减，无不应手取效。

Treatment was administered once daily for 30min, and 7 days as a course, two days off, rest between two courses, then compare the efficiency between these two groups after 4 courses. Results: After the treatment, the effective rate in trigger points group is 92.0%, that in control group is 76.0%, the comparison between these two groups has statistical significance ($p < 0.05$). Contrast with control group, VAS, WOMAC values in treatment group are better. Conclusion: Needling trigger points is not only the best way but also the easier and more economic way for the treatment of KOA, hence it should be popularized and applied.

Keywords: knee osteoarthritis (KOA); trigger points; traditional acupoints; acupuncture; therapeutic evaluation

Number of fund: Science and technology plan projects of Shenyang (NO. F14-232-6-03); Second batch of Science and technology plan projects of Liaoning Province in 2013 (NO. 2013226012)

膝骨性关节炎 (knee osteoarthritis, KOA) 又称为膝骨关节病、膝退行性骨关节炎或膝增生性骨关节炎, 是一种以关节软骨的变性、破坏以及骨质增生为特征的膝骨关节慢性、进展性、退行性病变, 是中老年人的常见病、多发病, 临床以关节疼痛、关节僵硬畸形和功能障碍为特征^[1]。治疗原则主要以缓解关节疼痛和改善关节功能为主。随着我国人口逐渐老龄化, 膝骨性关节炎的发生率呈逐年上升趋势。

激痛点 (Myofascial Trigger Point, MTrP) 是指骨骼肌内可触及之紧绷肌带内所含的局部高度敏感的压痛点, 也称触发点。按压它时, 可激发特征性的整块肌肉痛、并扩散到周围或远隔部位, 称为“感传痛”或“牵涉痛”点^[2]。激痛点是造成疼痛的关键因素, 而且, 它也常常是一些其他躯体症状的重要因素, 消除激痛点可以快速有效地改善症状, 治愈疾病。本文通过对比针刺激痛点与传统经穴的疗效, 找出针刺治疗膝骨性关节炎的最佳选点, 从而提高膝骨性关节炎的临床治疗。

1 临床资料

1.1 一般资料

将2014年1月到2014年12月辽宁中医药大学附属第三医院确诊的100例KOA患者, 采用简单随机数字表的方法, 随机分为治疗组 (50例), 对照组 (50例)。对照组男24例, 女26例, 共计患膝57个, 单侧患膝43个, 双侧患膝7个, 患者年龄最小为41岁, 最大为70岁, 病程最短者4个月, 最长期者20年; 治疗组男22例, 女28例, 共计患膝59个, 单侧患膝41个, 双侧患膝9个, 患者年龄最小为40岁, 最大为68岁, 病程最短者

6个月, 最长者18年。两组患者均表现为关节疼痛, 劳累后症状加重, 并伴有膝关节僵硬与膝关节功能障碍。两组患者一般资料比较无统计学差异。见表1。

表1 两组KOA患者一般资料比较

组别	例数	性别		平均年龄(岁)	平均病程(年)
		男	女		
对照组	50	24	26	52.76±6.84	16.99±1.70
治疗组	50	22	28	50.36±7.03	16.93±1.64

1.2 诊断标准

参照2007年中华医学会骨科学分会修订的膝骨性关节炎临床诊断标准^[3]。

①近1个月内反复膝关节疼痛;

②X线片 (站立或负重位) 示关节间隙变窄、软骨下骨硬化和 (或) 囊性变、关节缘骨赘形成;

③关节液 (至少2次) 清亮、粘稠, 白细胞 <2000个/ml;

④中老年患者 (>40岁);

⑤晨僵≤30min;

⑥活动时有骨摩擦音 (感)。综合临床、实验室及X线检查, 符合①+②条或①+③+⑤+⑥条或①+④+⑤+⑥条, 可诊断膝骨性关节炎。

1.3 纳入标准

①确诊为膝部骨性关节炎者, 符合上述诊断标准者, 年龄在40-70岁;

②至少3个月未曾用过非甾体抗炎药、激素等西药者;

③能接受和坚持针刺治疗一个月, 并配合本项目研究者;

④签署知情同意书。

1.4 排除标准

①不符合纳入标准者；膝关节具有红肿热痛症状者；

②孕妇、妇女经期、过敏及虚弱体质、病情属晚期关节严重畸形者；

③心、肝、肾功能不全，严重结核病、急性化脓性、传染性病变及慢性皮肤病，动脉压降低者；

④排除其他骨关节病：膝关节感染性关疾患（化脓性骨髓炎）；类风湿性关节炎（RA）；痛风；膝关节骨肿瘤；神经源性膝关节功能障碍；髌骨软骨软化症；大骨节病；膝关节特发骨坏死；膝关节发育畸形；伸膝筋膜炎；髌下脂肪垫损伤；运动性损伤（跳跃膝）；膝关节交叉韧带损伤；膝部滑囊炎等。

1.5 剔除标准

患者在临床试验过程中要求中途停止，可以停止病例的临床试验。

2 治疗方法

将100例KOA患者随机分到治疗组和对照组，每组各50例。治疗组与对照组按照不同的选点进行针刺，并对其疗效进行评价。

2.1 治疗组

首先进行激痛点的触诊检查，依照患者疼痛部位，选择相关的肌肉进行触诊。膝部前侧疼痛选用股直肌，股内侧肌，长收肌和短收肌处激痛点，膝部前内侧痛采用股内侧肌，股薄肌，股直肌，缝匠肌，内收长肌和内收短肌处激痛点；膝部外侧疼痛采用股外侧肌激痛点；膝部后侧疼痛采用半腱肌和半膜肌，股二头肌（长头或短头），腓肌，腓肠肌，比目鱼肌，跖肌等处激痛点。检查时以手指来回推动检查区的肌肉组织，仔细地寻找条索状物或硬结，当患者出现疼痛或感传疼，关节活动因疼痛受限的时候，即可确定为激痛点，并用定点笔标记。采用杏林牌0.35×40mm毫针针刺治疗，施平补平泻手法，30min/次，每日1次，7天为一个疗程，两个疗程间休息2天，连续治疗4个疗程。

2.2 对照组

选用临床常用穴位进行毫针针刺治疗，选取的穴位有：承山、委阳、犊鼻、膝关、阴陵泉、

阳陵泉、足三里等，穴位定位参照《针灸学》^[4]选取，采用杏林牌0.35×40mm毫针针刺治疗，施平补平泻手法，30min/次，每日1次，7天为一个疗程，两个疗程间休息2天，连续治疗4个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

①疼痛程度评价，采用视觉模拟评分VAS评分（visual analogue Scale, VAS），于针刺前后分别进行评价，VAS指数是将疼痛范围设定为0-10分，将10cm的直尺分为10段，其中10分为极度疼痛，0分为无痛。患者根据自觉疼痛程度在线上标出能代表疼痛强度的点，测量0到标出点的距离即为疼痛强度评分值。

②WOMAC评分，WOMAC骨性关节炎指数评价，于针刺前后分别进行评价，WOMAC骨性关节炎指数评价体系是国际通用的膝关节生命质量调查问卷，根据患者相关症状及体征来评估其关节炎的严重程度及其治疗疗效。分为疼痛、僵硬、关节功能三大方面来评估患者膝关节的结构和功能的改善。

3.2 疗效判定标准

临床症状测定评分采用VAS指数和WOMAC评分的改善值百分率，即改善值/治疗前值×100%（改善值为治疗前值-治疗后值），把各指标的改善值百分率计算平均百分率后进行疗效评价，分四个等级。治愈：改善百分率为≥90%；显效：改善百分率为90%~50%；好转：改善百分率为50%~30%；未愈：改善百分率为≤30%。

3.3 统计学处理

所有资料均在SPSS 17.0统计软件中进行处理，VAS评分和WOMAC评分比较用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，用t检验方法，总有效率用 χ^2 检验。

4 结果

4.1 VAS评分

两组治疗前后及治疗后的VAS评分比较情况见表2。对照组和治疗组治疗前评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。两组治疗后评分明显低于治疗前，数据不符合正态性，经秩和检验比较，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），而治疗后两

组间比较, 治疗组低于对照组, 经秩和检验, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表2 两组治疗前后及随访VAS评分
($n=50, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	50	7.09 ± 1.23	2.87 ± 1.34 ^a
治疗组	50	6.94 ± 1.46	2.10 ± 1.45 ^{ab}

注: 秩和检验, ^a与治疗前比 $P < 0.05$, ^b与对照组比 $P < 0.05$ 。

4.2 WOMAC评分

两组治疗前后及治疗后的WOMAC指数比较见表3。对照组和治疗组治疗前评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后评分明显低于治疗前, 经配对t检验比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 而治疗后两组间比较, 治疗组

低于对照组, 经成组t检验, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表3 两组治疗前后及随访的WOMAC评分比较
($n=50, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	50	36.46 ± 5.74	29.41 ± 4.73 ^a
治疗组	50	34.83 ± 5.42	26.53 ± 4.39 ^{ab}

注: t检验, ^a与治疗前比 $P < 0.05$, ^b与对照组比 $P < 0.05$ 。

4.3 疗效评价

两组患者治疗评价情况见表4。对照组的总有效率为76.0%, 治愈显效比例为34.0%。观察组的总有效率为92.0%, 愈显率为56.0%, 两组有效率经 χ^2 检验, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但愈显率经检验, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明治疗组的疗效优于对照组。

表4 两组KOA患者疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)	愈显率
对照组	50	4	13	21	12	76.0	34.0
治疗组	59	5	23	18	8	92.0	56.0 ^a

注: 经 χ^2 检验 ^a与对照组比较 $P < 0.05$ 。

5 讨论

KOA是一种由多种因素引起的以关节软组织退行性改变和继发性骨质增生为主要病理特征的慢性骨关节疾病^[5]。临床上因严重的疼痛和膝关节功能障碍而备受关注。目前, 减轻KOA患者的疼痛, 提高膝关节活动幅度, 减缓膝关节功能的损伤, 改善患者的生活质量是KOA治疗的首要任务^[6]。中医学认为KOA疼痛属于“痹症”范畴, 一般由风寒湿邪侵犯人体, 流于膝部关节, 至使经脉受阻, 不通则痛; 而老年人年老本虚, 肝肾不足, 筋失濡养, 不容则痛, 遂成此病。《素问·长刺节论》: “病在筋, 筋挛节痛, 不可以行, 名曰筋痹。刺筋

上为故, 刺分肉间, 不可中骨也。”因此, 针刺疗法具有调节经络, 调理脏腑的功效, 而且镇痛效果得到广泛的认同, 是治疗本病的常用方法之一。

激痛点现象是指在按压局部时出现敏感性痛点, 同时可引起特定的远端疼痛, 有时还可产生感传性植物神经症状及本体感觉障碍的现象, 根据其是否伴有自发性疼痛, 它可分为活性激痛点与隐性激痛点。前者可自发地引起疼痛, 而后者在受压下才会引起疼痛^[7]。长期的慢性疼痛常常是由一连串肌的激痛点共同导致, 它们彼此相互联系相互促进, 常常可以累及半边身体^[8]。现代医学研究发现^[9], 众多来自非器质性神经肌纤维的疼痛

综合征都是由于肌筋膜痛性激痛点所造成的。激痛点是受累骨骼肌上能够激惹疼痛的位置,大部分研究^[9-10]认为激痛点是位于肌肉带状物中的一个敏感部位,是肌纤维内肌小节收缩所致,通常可在这个位置上摸到一个拉紧的带或条索样结节,按压时疼痛,并且能引起远处的牵涉痛、压痛和交感现象。所以在治疗肌筋膜疼痛综合征中,激痛点是关键点。

根据经络学说经筋理论,肌筋膜疼痛综合征属筋病,病在经筋,属中医学“筋痹”范畴,“经筋”一词首见于《灵枢》经,是十二经脉的外周连属部分,十二经筋是十二经脉之气结聚于筋肉关节的体系。《灵枢·经脉》中所谓“脉为营,筋为刚”说明机体的部分组织构成,在“筋”,而非“脉”。十二经筋循行于体表,不入脏腑,分布大体与十二经脉相同,补充和延伸了十二经脉在体表分布循行及功能上的不足^[11]。《灵枢·四时气》篇说:“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹”。筋相当于现代解剖学中的肌肉、肌腱、韧带、筋膜等组织结构。经筋病证多表现为肌肉、肌腱、筋膜、关节、韧带等组织在感觉、运动方面的机能失常。《灵枢·经筋》篇说:“经筋之病,寒则筋急”,临床所见,肌筋膜疼痛综合征的疼痛症状便是寒则筋急的表现^[12]。激痛点即局部经筋气血瘀滞不通、寒引筋急所形成的具体病理产物。膝关节是人体关节软骨面积最大且活动和

负重很多的关节,大量的肌肉肌腱组织附着在膝关节周围,同样也形成了比其他关节更多的激痛点,当膝关节受到长期的磨损或因风寒湿等外邪侵袭引起局部气血不畅时,容易引起激痛点部位血流灌注的变化,形成瘢痕、结块等病灶,造成膝关节的疼痛和功能障碍。

本试验研究通过观察与比较针刺激痛点和传统经穴治疗膝骨性关节炎的疗效得知,针刺激痛点在疗效和各项评分上都有明显的优势。国内有人总结了255个Simons和Travell提出的激痛点与传统腧穴在解剖位置和临床主治的相关性,发现有92%激痛点和腧穴在解剖位置上相对应,79.5%的激痛点与腧穴在临床主治上相关,76%激痛点的牵涉痛范围与其对应腧穴所在的经络走向一致^[13-14];但是,在临床工作中由于针刺传统经穴位不会产生肌肉局部抽搐反应,而通过临床的检查发现,激痛点大多出现在肌肉肌腹部,或神经入肌部位,因此针刺激痛点能有效缓解肌肉病态的紧张情况,所以针刺激痛点治疗膝骨性关节炎的疗效更优于针刺传统穴位的疗效。笔者也将会从针刺选择的针具,针刺深度以及针刺干预时效等其他方面进行进一步优化针刺激痛点治疗膝骨性关节炎的治疗方案。

参考文献:略

(接32页)

19. 付雨.雷公藤多苷致大鼠卵巢功能低下模型的病理机制与中医证候属性研究[D].成都:成都中医药大学,2010.
20. 吴克明,付雨,徐晓娟,等.通脉大生片对卵巢功能低下大鼠卵巢激素与血供的影响[C].哈尔滨,第十次全国中医妇科学术大会论文集,哈尔滨,2010.
21. 李继坤,曹保利,季萍,等.补肾活血周期疗法调控大鼠卵巢功能低下模型激素水平[C].中国中西医结合学会.第八届全国中西医结合妇产科学术大会,重庆,2012.
22. 游方.调经助孕方对DOR模型大鼠卵泡发育障碍影响的实验研究[D].湖北中医药大学:2014.
23. 王敏,赵苏萍,李瑛,等.补肾益气胶囊治疗卵巢功能低下的临床疗效观察[J].中国妇幼保健,2014,29(28):4640-4642.
24. 金晔.卵巢功能低下不孕症配合中医的治疗经验[J].环球中医药,2015,8(S2):8.
25. 杨花兰.卵巢功能低下伴有不孕症患者的预治疗临床研究[J].北方药学,2013,10(5):91.
26. 李潇.78例卵巢功能低下伴有不孕症患者的预治疗临床观察[J].中国医学工程,2013,21(4):42,44.

卵巢储备功能低下的中西医研究进展

卢金玉 卢锦燕 鲁小健 彭永豪 洪湘菱 (新加坡同济医院生育组 169874)

【摘要】 卵巢储备功能低下(Decreasing Ovarian Reserve, DOR)临床表现为月经稀发、闭经甚至不孕等,进一步可发展为卵巢早衰,严重影响了女性的生殖健康和生活质量。近年来,许多学者采用中医、中西医结合疗法治疗DOR,与单纯雌孕激素序贯疗法相比,具有一定优势。现从病因病机、临床、实验等方面对DOR的研究进展进行综述,为临证治疗提供参考。

【关键词】 卵巢储备功能低下;发病机制;治疗,临床研究性;治疗,实验研究性;综述

Advances in Integrative Medicine on Decreasing Ovarian Reserve

LOH Kim Gek, LOH Kin Yee, LU Xiao Jian, PANG Weng Hou Edmund, ANG Xiang Ling
Singapore Thong Chai Medical Institution 169874

Abstract: Decreasing Ovarian Reserve (DOR) clinical manifestations include amenorrhea and infrequent/ scanty menstruation, further development of premature ovarian failure. Recent studies have shown that integrative treatment has some advantage over sequential administration of estrogen or progesterone in DOR. Advances in integrative medicine on DOR were reviewed in this article, focusing on its pathogenesis, clinical and experimental studies.

Key words: Decreasing Ovarian Reserve; Pathogenesis; Therapies, investigational; Therapies, experimental research; Review

卵巢储备功能低下(Decreasing Ovarian Reserve, DOR)指40岁以前的育龄期女性由于卵巢内的卵泡减少、或卵泡发育不良,或外源性损伤引起的卵巢功能减退的现象。主要表现为月经稀发、量少,或伴有继发性闭经、不孕,性功能减退,严重时还可出现围绝经期症状^[1],若不及时治疗可进一步加剧卵巢功能的衰减甚至发展为卵巢早衰^[2]。近年来,随着生活节奏的加快,工作压力的增大,DOR的发病率也逐年增高,并有低龄化的趋势^[3],严重影响了患者的心身健康^[4]。目前,有关卵巢早衰的研究较多,但对DOR的研究至甚少,现就中西医学对DOR的认识及治疗进展综述如下。

1 病因病机

DOR的病因病机研究大多涉及肾、肝二脏,并责于心脾,常相互影响,虚多实少,形成了DOR的病机特点。有研究认为,DOR的病因可分为外因、内因,与妇女的经、带、胎、产、乳密切相关,房劳多产、月经先期量多、手术等均可导致妇女伤气耗血,多脏受累。病机可概括为肾

虚为本,兼及心肝脾失调,病位在冲任胞宫,变化在气血^[5]。胡道敏等^[3]认为,DOR的中医证型以肾气阴两虚为多,其次兼夹肝郁,单证型以肾虚为多,其次为阴虚。惠雪莲等^[6]认为,卵巢早衰病机以肾虚为本,分为肾阳虚、肾阴虚、肾阴阳两虚三型,并对应的给予口服右归饮、左归饮、二仙汤。朱俊芬^[7]回顾性分析了DOR月经不调的中医证型和相关因素,认为该病与肝肾关系密切,以肾阴亏虚证、肝郁气滞证多见,与患者年龄、初潮年龄、孕产次等因素有较大的关系。陈赟等^[8]总结夏桂成教授经验认为,DOR为肾中阴阳失调,以肾虚偏多,癸水不足为主,心肝郁火可耗伤阴液、津液亏少,则血海空虚,魂不守舍而表现出相关症状。辨证要点为肾阴亏虚、阴虚火旺,但常兼阳虚、气郁,日久可夹痰、夹瘀。杨永琴等^[9]总结尤昭玲教授治疗DOR不孕的经验,认为DOR的中医病因病机乃肾虚为本,肝心脾功能失调,瘀是关键,且虚实夹杂。

2 临床研究

2.1 中医治疗:目前,中医药治疗DOR多从辨证

论治、辨病论治、方药加减、中医药调整月经周期节律等方面入手,并已取得满意疗效。韦彩素等^[10]观察复方玄驹胶囊治疗肾虚型DOR性不孕的疗效。将78例肾虚型DOR性不孕症患者按照年龄分为3组,低年龄组(18~30岁)、中年组(>30~40岁)、高年龄组(>40~50岁),每组各26例。在月经第3天开始服复方玄驹胶囊,并给予心理疏导辅助治疗。服用3个疗程后,观察各年龄组FSH、LH、FSH/LH、E2及宫颈黏液评分,随访2年,观察妊娠率及不良反应。结果,各年龄组治疗后血清FSH、LH、FSH/LH水平均较同组治疗前降低、E2水平均较同组治疗前升高($P < 0.05$),中年组优于低年龄组和高年龄组($P < 0.05$);各年龄组宫颈黏液评分治疗后均较治疗前升高,低年龄组、中年组同组治疗前后宫颈黏液评分差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明,复方玄驹胶囊辅助心理疏导,可有效缓解肾虚型DOR性不孕症患者临床症状,提高妊娠率。

杨永琴等^[9]总结尤昭玲治疗卵巢功能低下不孕经验,认为该病病机以肾虚为本,肝心脾功能失调,瘀是关键,且虚实夹杂。有生育要求者,予以巢、泡、膜同治,精与血共养。经期针对痼疾调治为主,经后护卵养膜,促泡、调泡;孕后养胎、安胎。常用仙灵脾、巴戟天、肉苁蓉、补骨脂、紫石英等辛温之药滋养充填肾精,温煦肾阳;覆盆子、枸杞子等滋补肝肾、养阴补血;菟丝子、枸杞子、覆盆子、桑椹子、茺蔚子等可益肾健脾、暖巢增液、助养泡膜;用山药、莲子、百合、石斛、黄精、沙参、玄参等重在滋阴增液、助卵泡液增加,协同补肾益阴,使卵泡有所濡养而迅速增大、成熟。

李淑荣^[11]观察中医药综合疗法治疗卵巢储备功能低下或不足的临床效果。将98例卵巢功能不足患者随机分为治疗组56例,采用中医药综合疗法(一般治疗;药膳茶饮;艾灸;口服调经促孕丸、坤泰胶囊),对照组42例,单用坤泰胶囊口服。3个月为1个疗程。观察治疗前后临床症状改善情况及血清E2、FSH、LH的变化。结果,治疗组56例中,治愈49例、好转6例、未愈1例,治愈率为87.50%、总有效率为98.21%;对照组42例中,治愈22例、好转14例、未愈6例,治愈率为52.38%、总有效率为85.71%。两组治愈率、总有

效率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后2组临床症状消失,治疗组血清FSH、LH水平较同组治疗前后降低,血清E2水平较同组治疗前后升高($P < 0.05$),且治疗组血清FSH、LH水平下降,E2水平升高情况均明显优于对照组($P < 0.05$)。

李晓燕^[12]将DOR所致不孕症30例,辨证分肾阴虚型(8例)、肾阳虚型(14例)、脾肾两虚型(3例)、肾虚肝郁(5例)4型,均以补肾为主结合辨证,采用中药人工周期法治疗。经后期(增殖期)治以滋肾调气血,药用女贞子、当归、墨旱莲、丹参、香附、木香、乌药、泽泻,若肾阴虚加太子参、枸杞子,肾阳虚加巴戟天、肉苁蓉、淫羊藿,脾肾两虚加黄芪、山药、莲肉,肾虚肝郁加柴胡、郁金;经间期(排卵期)治以温阳通络行气活血,药用桂枝、桃仁、红花、当归、丹参、香附、木香、乌药、泽泻,若肾阴虚加二至丸,肾阳虚加鹿角胶、淫羊藿,脾肾两虚加佛手、山药,肾虚肝郁加川楝子、郁金;经前期(分泌期)治以滋肾温肾、气血双调,药用淫羊藿、仙茅、女贞子、墨旱莲、当归、丹参、香附、乌药、泽泻,若肾阴虚加生地、熟地、枸杞,肾阳虚加巴戟天、肉苁蓉,脾肾两虚加黄芪、山药,肾虚肝郁加柴胡、川楝子;月经期(行经期)治以行气活血调经,药用桃仁、红花、牛膝、当归、丹参、香附、乌药、泽泻,若肾阴虚者加二至丸,肾阳虚加肉桂、桂枝、吴茱萸,脾肾两虚加陈皮、薏苡仁,肾虚肝郁加川楝子、丹皮。结果,30例患者中,治愈20例、有效8例、无效2例,治愈20例受孕时间为:半年内受孕7例,7~12月受孕11例,1~2年内受孕2例。

2.2中西医结合治疗:在不孕症诸多原因中,DOR是很重要的一个方面。中西医结合治疗DOR以人工周期序贯疗法并辅以中药治疗为主,疗效多优于单纯西医激素治疗,且可降低口服西药所致的不良反应。陈建玲^[13]将71例DOR患者随机分为观察组36例和对照组35例,对照组采用芬吗通(2/10)周期性激素替代治疗,观察组在对照组基础上口服坤泰胶囊。2组均治疗3个月。治疗前后测定患者的基础血清激素水平,观察临床症状与体征及性激素的变化。结果,观察组痊愈20例、显效15例、有效1例,痊愈率为55.6%,总有效

率为100.0%；对照组痊愈13例、显效11例、有效9例、无效2例，痊愈率为37.1%，总有效率为94.3%。治疗后两组血清FSH、LH均较同组治疗前明显下降($P<0.01$)，血清E2明显升高($P<0.05$)。随访1年，观察组恢复排卵12例，自然妊娠7例，自然妊娠率19.4%；对照组恢复排卵9例，妊娠3例，自然妊娠率8.6%。

李巍巍等^[14]探讨芬吗通联合坤泰胶囊治疗DOR的临床效果及促排卵后的受孕情况。将57例DOR患者采用芬吗通联合坤泰胶囊治疗3个月，检测血清FSH、LH、雌二醇(E2)、抗苗勒管激素(AMH)、窦卵泡数、卵巢体积、动脉收缩期峰值流速(PSV)。治疗前后采用自身对照。结果，57例患者血清FSH、LH水平较治疗前下降，E2、AMH、窦卵泡数、PSV水平较治疗前上升，卵巢体积较治疗前增加，治疗后再给予来曲唑促排卵受孕率提高。提示，芬吗通联合坤泰胶囊治疗DOR，可有效改善卵巢储备，加以促排卵治疗，可提高DOR患者的受孕成功率。

孟晓红等^[15]以俞氏促卵泡方为主，辅助适量的雌激素+调经促孕丸治疗DOR伴有不孕症患者49例，治疗3个月同时行心理健康辅导进行半年，观察治疗后患者症状、排卵率、妊娠率以及月经第3天后血清性激素的变化。结果，49例患者中，妊娠16例(32.65%)、显效5例(10.20%)、有效14例(28.57%)、无效14例(28.57%)，患者全身症状明显改善，血清FSH水平明显下降($P<0.05$)，提示俞氏促卵泡方为主的预治疗，可有效缓解了DOR患者的临床症状，降低了血清FSH水平，提高临床排卵率及妊娠率。

张婷等^[16]观察了DOR伴不孕患者在促排卵前行人工周期预治疗的临床疗效。将46例DOR不孕患者随机分为精人工授精(AIH)失败组15例，卵巢早衰组9例和卵巢功能低下组22例。在促排卵前行人工周期(戊酸雌二醇片+黄体酮针)序贯治疗，辅以调经促孕丸(北京同仁堂)3个月，加以心理疏导观察治疗后月经第3天血清性激素变化、排卵率、妊娠率的变化。结果，46例DOR患者经过预治疗后，各组血清FSH水平、FSH/LH比值明显下降($P<0.05$)，妊娠率35%，排卵率由治疗前的15%增至治疗后的54%(25/46)。表明，人工周期(戊酸雌二醇片+黄体酮针)序贯治疗，辅以调经促孕

丸在DOR者促排卵前行预治疗，可明显降低体内FSH、ESH/LH水平，提高临床排卵率及妊娠率，降低流产率。

2.3 针灸疗法：近年来，针刺疗法在辅助生殖领域中的应用被越来越多的人所关注，针刺辅助治疗DOR也取得满意疗效。杨小芹^[17]观察针灸治疗DOR的疗效。以108例DOR患者为研究对象，随机均分为实验组和对照组，每组54例。对照组口服西药乙蔗酚治疗，实验组在对照组基础上配合针刺治疗，主穴关元、子宫、肾俞、中极、大赫，若有肝肾阴虚者则加三阴交、风池、阳陵泉；脾肾阳虚者则加命门、脾俞。结果，实验组痊愈7例、显效35例、有效10例、无效2例，总有效率为96.20%；对照组痊愈1例、显效23例、有效22例、无效8例，总有效率为85.18%，实验组总有效率高于对照组。莫颖茵等^[18]观察针药联合治疗肾虚肝郁型DOR患者的疗效。将诊断为肾虚肝郁型DOR患者60例，随机分为针药组和对照组，每组30例。对照组口服补肾调肝合剂(由菟丝子、枸杞子、女贞子、淫羊藿、熟地黄、山萸肉、鹿茸、柴胡、枳壳、白芍等组成)，针药组在对照组基础上联合针灸治疗(选穴：百会、水沟、天枢、关元、气海、中极、阳陵泉、足三里、三阴交、太溪、太冲、合谷、内关)，2组均以3个月为1个疗程。结果，针药组有效27例(90.00%)、妊娠8例(26.67%)；平均疗程(3.31±1.64)个月，对照组有效18例(60.00%)、妊娠2例(6.67%)，平均疗程(5.25±1.48)个月。针药组的有效率、妊娠率均明显高于对照组，疗程较对照组缩短($P<0.05$)；治疗后，2组血清FSH、E2水平明显下降($P<0.05$)、抗苗勒氏管激素(AMH)水平明显升高($P<0.05$)；且针药组的有效率、妊娠率、疗程及血清FSH、AMH改善情况明显优于对照组($P<0.05$)。

3 实验研究

近年来，诸多学者对中医药治疗DOR的作用机制进行了较深入的研究，如病理机制、中医证候属性、调控大鼠DOR模型激素水平等。付雨^[19]对雷公藤多苷致大鼠DOR模型，运用“以药测证”法探讨该模型的中医证候属性及补肾中药复方干预性治疗的作用机理。将动情周期正常雌性育龄

期SD大鼠设为受试动物, 随机选取6只为正常对照组, 其余大鼠予雷公藤多苷40mg/kg/d灌胃造模, 将造模成功的30只大鼠随机分为模型组, 倍美力组, 中药高、中、低剂量组, 每组6只, 分别为分别予倍美力和通脉大生片不同剂量治疗7d后处死。观察大鼠一般情况, 测算卵巢指数; 检测血清E₂、孕酮(P)、抑制素B水平及卵巢雌激素受体(ER)、孕酮受体(PR)、肿瘤坏死因子及其受体(TNF- α /TNFR-1)、Caspase-3、血管内皮生长因子及其受体(VEGF/Flk-1)、内皮抑制素(Endostatin)等, 分析卵巢组织细胞学形态改变并计数各期生长卵泡数与黄体数。结果, 运用通脉大生片干预性治疗后, 大鼠一般情况得到明显改善, 动情周期恢复至正常范围, 卵巢指数升高; 血清E₂、INH-B水平升高; 卵巢血管中VEGF及其受体的表达升高, Endostatin表达降低; 卵巢中细胞凋亡因子TNF- α 、Caspase-3表达降低; 卵巢中生长卵泡数量明显增多, 且卵巢血管壁变薄, 管腔增宽。结果提示, 具有补肾气益精血功效的通脉大生片可通过提高激素水平, 增强卵巢局部血供, 抑制卵巢细胞凋亡改善和提高卵巢功能。同时, 通脉大生片的有效性还可从一定程度上反映该大鼠模型符合中医肾虚证候。

吴克明等^[20]察补肾法中药复方对雷公藤多苷致大鼠卵泡发育障碍模型进行干预性治疗, 探讨通脉大生片对DOR大鼠卵巢激素与血供的影响。随机选取6只动情期雌性育龄期SD大鼠设为正常组, 其余大鼠予雷公藤多苷灌胃造模, 将造模成功的30只雷公藤模型大鼠, 随机分为空白组、倍美力组、中药高剂量组、中药中剂量组、中药低剂量组5组, 分别予倍美力和通脉大生片不同剂量治疗7天, 正常组同期给予等量生理盐水。各组均于治疗前采血。治疗后采血并处死动物, 称重法测算卵巢指数; 放射免疫法检测血清E₂、孕酮; 酶联免疫吸附法检测抑制素B水平; 免疫组化法检测卵巢雌激素受体、孕酮受体、内皮抑制素、血管内皮生长因子及其受体等; HE染色光镜下分析卵巢血管形态的改变。结果, 用通脉大生片干预性治疗后, 大鼠动情周期恢复至正常范围, 卵巢指数升高; 血清E₂、ER、INH-B水平明显升高; 卵巢血管中Endostatin表达明显降低。VEGF表达明显升高; 卵巢血管横截面积增大而血管壁厚度面

积比减小, 与空白组比较差异有统计学意义。提示, 补肾气益精血的中药复方“通脉大生片”可显著提高模型大鼠的抑制素B和雌激素水平及其受体表达。调节卵巢血管生成抑制因子Endostatin血管表皮生长因子VEGF及其受体, 卵巢血管横截面积加大而血管壁厚度减小。从而增加卵巢局部血供, 有效地促进卵泡发育和提高卵巢功能。

李继坤等^[21]实验观察补肾方1号、补肾方2号周期治疗DOR大鼠模型血清FSH、LH、E₂、抑制素B(inhibitantB, INH-B)以及 β -内啡肽(β -endorphin, β -EP)含量变化, 探讨补肾方1号、补肾方2号周期治疗DOR的作用机理。应用腹腔注射顺铂(2mg/kg*7d)方法构建DOR的大鼠模型。造模成功后, 随机分为模型对照组, 中药治疗组以及正常对照组, 每组8只。中药治疗组以大鼠的正常生理周期(5天)给药, 前3d予补肾1号方(药物组成为: 当归10g、红花10g、赤芍10g、川续断10g、女贞子15g、枸杞子10g)灌胃、后2d予补肾2号方(药物组成为: 何首乌10g、枸杞子10g、菟丝子30g、熟地15g、附子6g、肉桂6g)灌胃, 连续给药, 于第10、20天时于麻醉下采取腹主动脉血, 同时摘取双侧卵巢、子宫和肾上腺标本。检测INH-B和 β -EP含量及血清E₂、FSH、LH水平。结果表明, 补肾活血周期疗法可提高DOR大鼠血清E₂水平及血清INH-B和 β -EP含量, 降低血清FSH、LH水平, 恢复受损卵巢的内分泌功能, 调节大鼠性腺轴。

游方^[22]通过灌胃雷公藤多苷片建立大鼠DOR模型, 观察中药复方“调经助孕方”对卵巢功能低下模型大鼠卵巢储备功能、卵泡质量及内膜容受性的影响。将造模成功的大鼠随机分为模型组、联合组、西药组及中药组。后其中空白组和模型组大鼠以10000mg/(kg·d)生理盐水灌胃; 西药组大鼠予以激素替代加促排卵治疗。中药组按成人等效剂量灌胃调经助孕中药复方颗粒5250mg/(kg·d), 连续10天; 中西药联合组则参照中药组及西药组给药方法和计量, 给予中西药联合用药10天。检测大鼠血清FSH、LH、E₂、P及AMH水平; 观察各组大鼠卵巢、子宫的形态及组织病理学改变; 统计各级卵泡及黄体计数; 观察卵巢内干细胞因子、生长分化因子-9及骨形态发生蛋白-15的蛋白表达水平变化; 观察卵巢细胞

促凋亡基因Bax的表达情况及卵巢细胞凋亡率的变化;检测围着床期子宫内膜降钙素基因的表达情况以观察其容受性的变化。结果表明,调经助孕方能通过下丘脑-垂体-卵巢生殖轴以调节紊乱的生殖激素水平、修复模型大鼠子宫、卵巢组织损伤并改善其显微结构的病理改变,同时可促进模型大鼠卵泡及黄体发育,减少闭锁卵泡的生成,并提高卵巢内相关细胞因子的蛋白表达量来调节模型大鼠卵巢的自/旁(邻)分泌功能;还能抑制模型大鼠卵巢内卵泡颗粒细胞的凋亡、减缓卵泡闭锁以正向调节卵泡的正常发育;除此之外,调经助孕方还能上调围着床期时子宫内膜CTmRNA的表达来提高内膜的容受性以利于胚胎的着床。

4 结语

目前,西医治疗DOR多运用激素替代疗法为主,但增加了子宫内膜增生、乳腺癌、子宫内膜癌、中风等疾病的发病危险。中医虽无DOR的病名,但依据其临床表现应属于“闭经”、“血枯”、“不孕”、“经断前后诸症”等范畴。近年来,中医、中西医结合治疗DOR均取得满意疗效^[23-24],根据DOR病因病机,运用中药或中西医结合进行整体调节,促使卵巢功能恢复和改善,对于有生育需求的患者,可改善月经不调的症状,提高其受孕机率^[25-26]。但由于女性存在周期性激素水平的波动,使得临床治疗时要灵活辨证,也可与西医序贯疗法联合应用,改善DOR临床症状。同时,为进一步验证中医或中西医结合治疗DOR的有效性,仍需开展大样本随机对照研究,为临床治疗提供依据。

参考文献

1. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis[J]. N Engl J Med, 1991, 325(7): 445-453.
2. 谢京红,姜坤. 中医治疗卵巢储备功能低下性月经不调临床观察 [J]. 世界中医药, 2008, 3(6): 338-339.
3. 胡道敏,吴克明. 37例卵巢功能低下月经不调患者的中医证型及相关因素分析[J]. 西部中医药, 2012, 25(2): 87-89

4. 潘芳,俞瑾. 中西医结合治疗卵巢功能低下性不育症48例临床观察 [J]. 生殖医学杂志, 2008, 17(4): 246.
5. 杨涓,李巧芬,夏天,等. 中医学对卵巢早衰病因病机的认识 [J]. 甘肃中医, 2007, 20(8): 47-48.
6. 惠雪莲,丁红卫,舒瑾. 补肾方治疗卵巢储备能力下降100例[J]. 陕西中医, 2014, 35(11): 1443-1444.
7. 朱俊芬. 卵巢功能低下月经不调患者的中医证型及相关因素研究[J]. 中医临床研究, 2012, 4(19): 39-40.
8. 陈赓,钱菁. 夏桂成教授辨治卵巢功能低下性不孕症经验探析术[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(2): 129-131.
9. 杨永琴,尤昭玲,游卉. 尤昭玲治疗卵巢功能低下不孕经验[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(5): 29-31.
10. 韦彩素,蓝燕,李建湘,等. 复方玄驹胶囊治疗卵巢功能低下性不孕症疗效分析[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(12): 1710-1712.
11. 李淑荣. 中医药综合疗法治疗卵巢储备功能不足效果分析[J]. 中国医药科学, 2015, 5(17): 87-89, 109
12. 李晓燕. 中药人工周期法治疗卵巢功能低下所致不孕症[J]. 辽宁中医学院学报, 2002, 4(2): 133.
13. 陈建玲. 坤泰胶囊联合雌孕激素周期疗法治疗卵巢功能低下71例疗效观察[J]. 中国实用医药, 2015, 10(8): 156-157.
14. 李巍巍,王婧彦,安丽红,等. 芬吗通联合坤泰胶囊对卵巢储备功能低下性不孕的预处理及促排治疗[J]. 当代医学, 2014, 20(33): 119-120.
15. 孟晓红,范玉华. 98例卵巢功能低下伴有不孕症患者的预治疗临床观察[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(19): 2973-2975.
16. 张婷,黎少琴. 卵巢功能低下伴不孕46例预治疗观察[J]. 临床医学, 2010, 30(10): 78-79.
17. 杨小芹. 针刺治疗卵巢功能低下54例[J]. 中国中医药现代远程教育: 上半月刊, 2014, 12(7): 67-68.
18. 莫颖茵,谭桂云,杨俊雯,等. 针药联合治疗肾虚肝郁型卵巢功能低下60例临床研究[J]. 国际医药卫生导报, 2016, 22(12): 1690-1692.

(接27页下)

从“参赭镇气汤”论纳气 在临床运用中的重要性

郑黄芳 (新加坡同济医院 169874)

参赭镇气汤出自于张锡纯的《医学衷中参西录》。张氏认为其功能主治阴阳两虚，喘逆迫促，有将脱之势，亦治肾虚不摄，冲气上干，致胃气不降而作满闷。

原方组成如下：

野台参四钱 生赭石六钱 生芡实五钱
生山药五钱 山萸肉六钱 生龙骨六钱
生牡蛎六钱 生杭芍四钱 苏子二钱

张氏所记载的病案如下：“一妇人，年三十余，劳心之后兼以伤心，忽喘逆大作，迫促异常。其翁知医，以补敛元气之药治之，觉胸中窒碍不能容受。更他医以为外感，投以小剂青龙汤喘益甚。延愚诊视，其脉浮而微数，按之即无，知为阴阳两虚之证。盖阳虚则元气不能自摄，阴虚而肝肾又不能纳气，故作喘也。为制此汤，病患服药后，未及复杯曰：“吾有命矣。”询之曰：“从前呼吸惟在喉间，几欲脱去，今则转落丹田矣。果一剂病愈强半，又服数剂全愈。”

本例患者，脉象属浮而微数，重按无力，证因属虚喘，然他医以小青龙汤属温化寒饮之剂投之，进一步攻伐虚弱的正气因此患者出现喘证加重。然而，服用收敛元气之品后，患者又出现胸中窒碍，细究其因是由于虚喘的根本原因在下焦肾不纳气，而补敛元气之品不能纳气归元，反而导致气机雍滞于胸中引起胸中窒闷感。张氏则独具匠心的判断患者为阴阳两虚，肾气不纳，投以参赭镇气汤以补阴益阳，纳气归肾，药物组方切入病机要点，取得捷效。

方中野台参为现今的党参，能补脾肺气，补血，生津。山药、山萸肉、芡实能补脾肺肾，有固涩的作用。张氏认为山萸肉味酸性温，“大能收敛元气，振作精神，固涩滑脱”，因此在方中的用量颇重。生龙骨、生牡蛎具有收敛固涩的作用，能固精气，收敛元气。白芍味酸性微寒，具

有养血敛阴的作用。紫苏子功能降气化痰，止咳平喘，润肠通便，性主降，长于降泄肺气，有助于大肠传导。整体处方以收敛为主，重视元气的通降，使全方有良好纳气归肾的功效。

方中妙用代赭石一药，本科书上记载代赭石味苦，性寒，功效能平肝潜阳，重镇降逆，凉血止血。张氏则补充认为：“生赭石压力最胜，能镇胃气冲气上逆，开胸膈，坠痰涎，止呕吐，通燥结，用之得当，诚有捷效。虚者可与人参同用。”张氏认为代赭石需要生用，其原物质为铁氧化合 (Iron Oxide) 而成，生研服之不伤肠胃，而且生用能保证其氧化纯全，能有养血之功，除了善镇逆气，尚可纳气归元。人参虽可救气分之脱，但用人参纯补气之品有助气上升之弊，若与代赭石并用，则能达到引气归原，代赭石能引人参补益之气下行，直至涌泉。张氏认为除了逆气上干以外，若兼呕吐，证属上盛下虚者，皆可参、赭并用治之。

在临床治疗中，笔者使用了参赭镇气汤治疗一神疲乏力，气短懒言，气喘不足以息的患者，经常规使用补中益气汤治疗后效果欠佳，取得了显著的疗效，让笔者为之赞叹古圣先贤们的思想与智慧。

病案举例如下：

林某某，女，61岁，

初诊日期：27/3/2017

主诉：卵巢癌手术及化疗后，乳腺癌手术及放疗后。

现病史：患者自述2016年1月缘腹痛较剧前往西医诊治，经陈笃生医院CT 扫描及病理活检诊断卵巢癌 (ovarian clear cell carcinoma)，于20/1/2016在竹脚妇幼医院行全子宫切除术及盆腔淋巴结清扫。术后病理活检提示：高级别癌，伴有盆腔子宫腔浆膜浸润。术后行化疗6次

(Paclitaxel + carboplatin)，每周一次，化疗后出现四肢麻痹。于2016年7月进行例常检查时发现左侧乳房阴影，19/7/2016行手术切除左侧乳房及局部淋巴结清扫。术后病理活检提示：浸润性导管癌，ER+/PR+/cerbB2-ve，清除20粒淋巴结有1粒有癌细胞浸润。2016年9月结束放疗15次。2016年10月开始服用芳香化酶抑制剂（来曲唑）至今。7/11/2016骨扫描未见异常。25/11/2016 CA199-16.1，肌酐 60，2/12/2016及27/2/2017 癌症中心CT扫描均未见复发。

既往史：布鲁加达综合症。

27/03/2017刻诊：面色萎黄，神疲乏力，少气懒言，语声低微，气喘，四肢麻痹，尚能持物，无畏寒，右肩臂疼痛，双膝疼痛，口干口苦，纳眠可，二便畅。舌淡红齿痕中有裂纹苔黄腻，脉细滑。

辨证：脾肾两虚，气血不足

治法：补脾益肾，补益气血

处方：补中益气汤加味

党参 15 克 黄芪 20 克 白术 10 克 升麻 10 克
柴胡 10 克 陈皮 10 克 茯苓 10 克 白芍 10 克
姜黄 12 克 羌活 12 克 黄芩 15 克 狗脊 15 克
桑寄生 15 克 五味子 10 克 炙甘草 6 克
鸡血藤 30 克

1 剂，水煎服，每两日 1 剂，2 次分服。

二诊至五诊均以上方加减服用。病患叙述药后气力稍有改善，但气喘仍明显，每每看诊时，需攀附于诊室墙壁方能稳妥就坐，就坐后需休息 5-10 分钟方能言语。期间加减使用紫苏子 12g，肉桂 10g，生脉散等，并加重补气药的药量（党参 20g，黄芪 40g），但症状未见明显改善。后笔者逢缘学习到张氏的参赭镇气汤，即采纳使用于该患者。

09/05/2017六诊：今日心脏科医生检查心电图无异常。刻诊：面色萎黄，神疲乏力，少气懒言，语声低微，气喘稍有改善，行走头重目蒙，四肢麻痹，右肩臂晨起疼痛活动度改善，双膝疼痛改善，口干口苦，纳眠可，二便畅。舌淡红齿痕中有裂纹苔白微腻，脉细滑 关弦。

辨证：脾气不足，肾不纳气

治法：补脾益肾，纳气归元

处方：参赭镇气汤加味

党参 15 克 代赭石 12 克 芡实 12 克
山药 15 克 山茱萸 15 克 白芍 12 克
陈皮 10 克 紫苏子 6 克 白术 12 克
茯苓 12 克 炙甘草 6 克 黄芪 20 克
牡蛎(生) 20 克 龙骨(生) 20 克

1 剂，水煎服，每两日 1 剂，2 次分服。

17/05/2017七诊：神疲乏力、少气懒言改善，气喘改善，语声低微，行走头重目蒙减轻，四肢麻痹，右肩臂晨起疼痛活动度改善，双膝疼痛改善，口干口苦，纳眠可，二便畅。舌淡红齿痕中有裂纹苔白微腻，脉细滑 关弦。

效不更方，再予前方给予服用，黄芪增加到 30g，加白扁豆 15g，杜仲 15g。

24/05/2017八诊：患者一步入诊室，即立即言谢，表示上症处方有效，气喘改善明显，述已能做简单的家务事。

后继以上方加减使用至今，患者总体症状均获得改善，并能开始抹地，进行较繁重一点的家务事，患者感到非常欣慰，自觉自立能力明显优于治疗前，于今年 7 月已开始回到岗位上班。

上述病例让本人深刻体会到补肾纳气，引气归元的重要性。本证患者，因 1 年内经历两次大手术，以及放疗、化疗等治疗，伐伤正气，出现脾肾两虚，肾阳不足，气脱于上。经采用补敛正气之品未能全面照顾到患者病情的本质，因此未能明显奏效。经采用补阴益阳，纳气归肾的参赭镇气汤后，患者病情获得明显的改善，于每周诊病病情都有显著的进步，可参见纳气归肾的重要性。

在方剂学当中，尚有诸多从纳气的角度治疗咳嗽、喘息、呃逆等症的方剂，比如苏子降气汤、定喘汤、都气丸、旋覆代赭汤等，这一系列方剂均有降气的作用，常用于气逆诸证。而气逆之证多见于肺、胃二脏，表现为肺逆喘咳和胃逆呃呃的病证。苏子降气汤和定喘汤长于降肺气。苏子降气汤主要治疗上实下虚的喘咳证，上实为痰涎壅肺所致，下虚为肾阳不足而引起，症见喘咳短气，呼多吸少，方中以紫苏子、半夏、厚朴、前胡降气平喘，化痰止咳，以肉桂温

补下元，滋补肾阳，纳气平喘，当归既能养血又能止咳逆，《神农本草经》中云当归“主咳逆上气”。定喘汤主治风寒外束，痰热内蕴之证，方中用麻黄解表，宣肺平喘，白果敛肺定喘祛痰，两者合用，一散一收，可加强平喘的功效。方中尚有苏子、杏仁、半夏、款冬花降气化痰，止咳平喘，桑白皮、黄芩清泄肺热。在临床看诊过程中，笔者发现若病患感冒后诸症得到缓解，但仍遗留咳嗽或呛咳阵作，咽干咽痒时做，或伴有少量痰涎，遇风加重，使用中成药合剂：白果定喘汤+浙贝合剂治疗，若痰粘难咳出可加千金苇茎汤，治疗效果显著，多能在服药3天内咳嗽得到明显的改善。体会到只要表邪不重，以呛咳频频为主诉的患者，均可以定喘汤收效。都气丸为在滋补肝肾的六味地黄丸中加了五味子，取其收敛固涩，益气生津之功，全方能滋肾纳气，主治肺肾两虚的咳嗽气喘，呃逆滑精，腰痛等症状。

旋覆代赭汤出自于《伤寒论》，原文“伤寒发汗，若吐若下，解后，心下痞硬，噎气不除

者。”证属胃虚痰阻气逆证，症见胃脘痞闷，频频暖气，或可见呃逆、恶心呕吐等，主要由于胃气虚弱，痰浊中阻引起。方中代赭石用量颇小，因恐其味苦，性寒，因此少少用之以镇其胃中虚气，并可助君药旋覆花下气除痰。张氏认为“降胃之药，实以赭石为最效”，医者在运用代赭石时可依患者辨证分型，权衡正虚邪实的程度，以定夺代赭石的药量，胃气足可多用，胃气虚则酌情减之。亦可佐以补气药如人参以补养脾胃之气，或如旋覆代赭汤重用生姜以制约代赭石寒凉之性，以达到平降冲逆而不伤胃的目的。

综上可见，在临床遣方用药中，若遇气虚引起的神疲乏力，气短懒言，气喘不足以息的患者，若从常规思维补气升阳的角度着手，用方如补中益气汤、升陷汤、举元煎等，效果不显，则应从纳气的角度上考虑。而在治疗气逆喘息证中，使用代赭石以纳气归元，不失为一个良策，为临床提供多一条思路，或能取得意想不到的效果。

(前接37页)

无，头痛愈，稍觉疲倦，纳佳，脉象平和，基本痊愈，嘱其慎起居，调饮食，可自愈。

此次治疗，前后两次用药量稍有不同。初诊时，病人的症状较严重，情况较紧急，此时以驱邪为主，采用猛药急攻的方法，能够在较短的时间内扭转正邪斗争的形势，避免病重药轻，病情持续恶化，正气不能胜邪，迁延不愈的情况发生。煎煮也按照《伤寒论》的原文记载，及其服用方法。加水量是影响煎煮效果的一个主要因素，水量少，不能将成分完全提出，过多即降低浓度不便服用。《伤寒论》采用较大量水分煎煮一次，增加了煎煮的时间，减轻了麻黄辛温燥烈之性，减低了心率加快的毒副作用。药物煎煮一次与煎煮两次后其渗出率也是有区别的，一次煎煮，无论煎煮的时间延长多久，均不能将药物成分全部提出，一次煎出率为40-50%，第二次为30%，所以临证时应用《伤寒论》的原方原量，

也必须要按照原文的煎煮及服用方法。复诊时，病情已大为改善，邪气由里出表，正气逐渐恢复，此时不宜用药过猛，耗伤正气。根据病人的情况适时减少药量，避免病轻药重，引起身体不适感。两次煎煮，能够增加药物的渗出率，特别对于补益药，两次煎煮还可节省药材。

通过上面的实际病案，我们可以看到，应用经方只要药证相对，便能立竿见影，效如桴鼓，对于一些急性传染性疾病，确实能够做到一剂知二剂已的效果。但是在本次治疗的过程，也有一些值得思考的问题，特别是对于本次病案在第一次用药组方，麻黄附子细辛汤与小柴胡汤化裁时，患者当时并未出现恶心欲吐的症状，是否可以加入半夏，这样对于二诊时出现的纳食欲呕能否起到“见肝之为病，知肝传脾，当先实脾”的治未病的作用呢？可以在以后的临床实践中与各位同仁继续探讨。

临床中联合运用麻黄附子细辛汤与小柴胡汤之浅见

刘洋（新加坡同济医院 169874）

2017年中旬的新加坡天气炎热，新闻报道正值一种新的流感病毒流行之际，诊所患者陡增，我家邻居也不幸染病，遂来求诊。以下是我为病患诊断治疗过程的详细论述，愿与各位同道分享其中的一些临证经验与体会，以飨同好。本人行医经验尚且不足，才疏学浅，希望得到众多前辈批评指正。

田姓病人，男，40岁，2017年6月6日夜，发烧，未测体温，自觉大概38度，服用班纳度2片。自述家中儿子3天前感冒发烧，药后烧退，但咳嗽未愈，近几日工作较繁忙，劳累过度，抗病能力下降而染病。次日晨，无发烧症状，又服用班纳度2片，遂去上班。由于空调工作环境，温度较低，加衣后仍觉寒冷，鼻涕如注，色清如水，听闻期间用掉两盒纸巾，食欲不佳，中午并未进食，下午鼻涕止，转而恶寒逐渐加重，至下午6时，恶寒无汗，时发全身寒战。同日晚7时，始觉再次发烧，未测体温，自觉38度。当晚8时，初诊病患，恶寒甚，加衣不减，手足心热，体温未测，无汗，无鼻塞，无咽痛，神疲乏力，嗜卧欲寐，头晕头痛较重，以颈项、后头紧痛为主，纳差，寒战较重，脉沉细。

这是一次典型感染型外感疾病，由于患者失治误治后，寒盛伤阳，导致病情逐渐加重。临诊时，病人出现严重恶寒无汗，加衣被不减，系其为典型的伤寒重证。新加坡天气炎热，较少出现恶寒无汗，加衣被不解的伤寒病，概由于患者患病后，未及时休息治疗，加之工作环境寒冷，寒邪太盛伤了少阴的阳气，正不亢邪，邪气入里，病情逐渐加重，而出见嗜卧、脉沉的见证。《伤寒论》第281条：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也。”，提纲挈领给出了少阴病的辨证要点。其脉微细，指脉搏非常非常弱。《脉经》中对于

微脉的论述：“极细而软，或欲绝，若有若无”，即轻取模糊，重按全无。提示了阴阳俱虚，机体处于一种机能衰竭的状态。但欲寐，指患者精神萎靡不振，对外界事物的反应能力下降，阴阳俱衰，精神失养的表现。本次患者正是出现了以上少阴病的见证。《伤寒论》第301条：“少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。”这里的少阴病，脉沉，是阴阳俱虚的表现。少阴病发展到最后会出现阴盛格阳的身热反不恶寒的症状，但此时的少阴病，刚刚开始，没有出现手足逆冷，而是发热的反常表现，属于太阳表证的发热，太阳少阴同感，表里同病。

综上所述，拟用麻黄附子细辛汤，麻黄解太阳表寒，附子温少阴里阳，细辛散少阴寒，止头痛。但是病人有一个很明显的症状寒战时作，又该做何解呢？《伤寒论》第101条：“伤寒中风，但见一证便是，不必悉俱。”尊仲景先师之意，临证时我对此病机的理解是邪在太阳经未解，传入少阳经，少阳是小阳弱阳，抗病能力较弱，与邪气相争时，互有进退，故寒战时作。因由其它经病不解传入少阳，非少阳本经自病，对于少阳病与其他经合病或并病来说，“但见一证便是，不必悉俱”。根据有是证用是药的原则，因无呕吐去生姜半夏大枣，有热去人参，只取柴胡与黄芩，柴胡解少阳经邪止战，黄芩清邪退热，组方以麻黄附子细辛汤为主，加黄芩、柴胡：麻黄30克，细辛30克，制附子20克，柴胡60克，黄芩20克，以水2000毫升，煮取600毫升，每次温服200毫升，日三服。

在这个组方里需要讨论用量与煎煮方法两方面的问题。首先药量的问题，《伤寒论》原方麻黄附子细辛汤中麻黄二两，细辛二两，附子一枚。小柴胡汤中柴胡半斤，黄芩三两。仲景生活

在东汉时代，一两是现代多少克，这个问题有物可证，有文可查，从历史博物馆收藏的出土文物东汉司农铜权，它是国家的农业管理最高行政部门，所制定的标准的衡重器具，12斤的铜权，实际称下来，汉代的一斤等于250克。班固《汉书》记载了汉代的计量单位和它们的进位关系，16两是一斤。换算过来汉代的一两等于15.625克。

另外我们还需要讨论细辛用量的问题。今日药房有一个陈旧的观点说“细辛不过钱”，关于这个观念今天该如何认识？北京中医药大学的教授郝万山，在《伤寒论讲稿里》明确的回答了这个问题，郝老师说：“应当说细辛不过钱，在最早的时候，是说的细辛作为散剂吃不可过钱。这句话出自于南宋的陈承的《本草别说》，但是这部书已经丢失了。我们现在能看到《证类本草》，它引别说的话，说：‘《别说》云，细辛若单用末，不可过半钱匕，多则气闷塞不通者死。’还不是说的不过钱。《本草纲目》引用陈承的话说，‘细辛若单用末，不可过一钱’，《本草纲目》就把它改了‘细辛若单用末，不可过钱，多则气闷塞不通者死。’所以细辛不过钱大概就出自明代，李时珍的《本草纲目》，细辛不过钱之说，就是这么来的。作散剂不能过钱，作汤剂，细辛用量可以超过钱的。”所以组方中麻黄附子细辛汤是主方，我按照《伤寒论》的原方原量，一两按照15克换算，取麻黄30克，细辛30克；根据普通高等教育“十五”国家级规划教材伤寒学中关于柯雪帆氏等对上海中医药大学中药标本室所陈列的药物进行的测定，其结果是附子小者10克左右，大者约20-30克，特大者约70克左右，《伤寒论》中未提及附子大小，故取附子一枚20克；小柴胡汤只取用黄芩与柴胡治疗兼证，用原方一半的剂量，取柴胡60克，黄芩20克。

《伤寒论》原文中记述的煎煮方法“以水一斗，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。”从历史博物馆收藏的实际文物来看，1合等于20毫升，1升等于200毫升，1斗等于2000毫升。实际煎煮时加水2000毫升，浸泡全部药物约20分钟，文武火只煎

一次，煮取600毫升，分三次服用，每次服用200毫升。需要注意的是，与现代的煎煮两次的服用方法略有不同。

隔日2017年6月8日傍晚，二诊，自诉昨夜服药后，加被两床，关门窗仍不觉热，药后2小时，始觉微汗出，烧退，稍掀衣被，即觉恶寒寒战。晨起后恶寒减，寒战无，发烧褪，头稍痛，精神好，由于工作繁忙未请病假遂去上班，早晨中午又各服两次药。刻下，无发热，稍觉恶风，天热少汗出，纳差，多食觉恶心，头稍痛如裹，口气重，话说多稍觉喘，自觉疲倦乏力，双尺脉沉，脉浮。

药证相符，阳气渐复，祛邪达表，少阴与少阳的病状基本痊愈，病邪由里出表，表现为太阳经证及其兼证。恶风，汗出，头痛如裹，参照《伤寒论》第13条“太阳病，头痛，发热，汗出，恶风，桂枝汤主之。”的条文，以桂枝汤作为主方；可是患者大病阳气刚复，疲倦乏力，双尺脉沉，《伤寒论》第50条“脉浮紧者，法当身疼痛，宜以汗解之，假令尺中迟者，不可发汗，何以知然，以营血不足，血少故尔。”又见第62条“发汗后身疼痛，脉沉迟者，桂枝加芍药生姜各一两，人参三两，新加汤主之。”临证患者无身体疼痛，故芍药生姜无需加量，可于桂枝汤中加入人参，扶助正气，驱邪外出；《伤寒论》第397条，“伤寒解后，虚羸少气，气逆欲吐，竹叶石膏汤主之。”这里描述了一个大病初愈，正气不足，胃气上逆，食欲不振，余热在卫的临床表现。而本证病患也是于重病中刚刚恢复，动则感到少气，食少欲呕，口气重，胃有郁热的表现，但未见余热。故取石膏清胃热，降气逆，半夏和胃气，降逆止呕。临床组方：桂枝20克，白芍20克，生姜20克，红枣6枚，炙甘草10克，生石膏30克，姜半夏20克，人参10克。按照常规的煎煮方法，煎煮一次后，药滓再煎，两次煎剂混合后分三次服用，日三次。

2017年6月9日，三诊，恶风无，恶心欲呕

(后接35页)

无排卵性不孕症的治疗经验总结

彭永豪 卢锦燕 (新加坡同济医院 169874)

(一)概述

女子婚后夫妇同居1年以上,配偶生殖功能正常,未避孕而未受孕者,或曾孕育过,未避孕又1年以上未再受孕者,称为“不孕症”,前者称为“原发性不孕症”,后者称为“继发性不孕症”。古称前者为“全不产”,后者为“断绪”。

在女性不孕症中,无排卵是造成不孕主要因素之一。西医认为无排卵的原因多由于下丘脑—垂体—卵巢轴中任何一环存在病理障碍所致,但也可能受身体其他内分泌腺疾病因素所影响。中医则认为主要是由于肾、天癸、冲任、胞宫之间的阴阳平衡失调所致。卵子属于生殖之精的范畴,肾藏先天之精,肾精滋长是卵子发育成熟的基础,冲任经脉气血通畅则是排卵的条件。

西医诊断无排卵性不孕症的标准^[1]为有正常性生活,未经避孕1年未妊娠者,基础体温单相,宫颈粘液评分(Inslar) <7分,内分泌测定可见雌二醇、卵泡刺激素(LH)、黄体生成素(FSH)降低,月经第12天开始,每日1次B超连续监测3个月以上无成熟卵泡(18-24mm)或卵泡发育<5mm。

(二)西医治疗

现今西医治疗无排卵性不孕症主要以克罗米芬(Clomiphene Citrate (CC))为主。CC是当前公认有效的诱发排卵药,作用为调节下丘脑-垂体-卵巢轴。但克罗米芬和雌激素受体结合后,干扰了雌激素对宫颈管腺上皮的刺激作用,使宫颈粘液少而粘稠,不利于精子穿透。而且CC诱发排卵后所形成的黄体,常由于FSH不正常,卵泡发育时的颗粒细胞增殖欠佳,排卵后转变成黄体细胞少,出现黄体功能不足,导致不孕或流产。通过体外受精实验发现使用CC过程中出现卵泡期LH作用和LH峰的提前出现,以及卵泡局部雌激素水平过高,影响了卵泡发育和卵细胞成熟和质量,从而降低受精能力和干扰着床,并引起黄体功能不全和未破裂卵泡黄素综合症(LUFS)等^[1]。而且有研究报道克罗米芬虽然排卵率高,但妊娠率低,原因为CC抑制子宫内膜发育,特别是腺上皮细胞

内雌孕激素受体(ER、PR)的合成,使细胞核内DNA的合成受阻,导致低妊娠率。^[2]

(三)中医治疗

中医辩证施治治疗无排卵性不孕症,有其绝对的优势和显著的疗效。在卵泡期采用滋补肾精、养血益阴法,使阴精充盈,促使卵泡发育。至排卵前期,在补肾填精的基础上,加用助阳活血之品,以促进阴阳转换,卵泡破裂,正常排卵。从整体调整,根源上调节阴阳,促进卵泡自然排出,为受孕创造良好的机体内环境,提高受孕机率。

(四)卢锦燕医师用药经验

同济医院生育组在2014年统计了成功生育病例不孕症的现代病因当中,其中无排卵性不孕症占42.25%,是导致本地女性不孕的重要原因。

本院生育组组长卢锦燕医师结合30年的临床经验,认为“的候”的到来与肾密切相关。若素体肾精充实,肾气较旺,阳气内动,冲任相资,由虚至盛,由阴转阳,即可出现排卵。因此温补肾气是诱发排卵的关键。卢医师也认为无排卵性不孕症所涉及的脏腑以肾、肝、脾三脏为主,在临床较多见的证型为肾虚肝郁脾虚证,制定了补肾调肝健脾法,在临床上取得了满意疗效。

卢锦燕医师主要以毓麟珠加减为主方,结合患者的卵泡期、排卵期、黄体期及行经期进行辨证论治,加减治疗,从而达到调经种子的目标。毓麟珠来源于《景岳全书》,药物组成以八珍汤(人参、白术、茯苓、炙甘草、芍药、川芎、当归、熟地)为基础以补气养血,加上温肾暖宫、调补冲任的菟丝子、杜仲、鹿角霜、川椒。其中鹿角胶乃血肉有情之品,现代药理研究认为本品含有雌二醇及蛋白质,能促进子宫发育,增强机体生殖功能,少佐川椒一味,性温气烈,专入督脉,启动肾火,促卵排出,故不可缺。若需促排卵在月经中期加入丹参15g,赤芍10g,皂刺6-10g;便秘加大黄3-5g后下;BBT双相则在月经后期加入温肾药如巴戟天10g、桑寄生10-15g、续断10-15g、淫羊藿10g。

【典型病例】

叶某，女，30岁，于2014年1月2日初诊。

职业：牙医。

主诉：结婚3年，未避孕未孕。

月经史：14，5/60-90天

现病史：既往月经周期28天，27岁后周期60-90天1行，行经5天。2012年于 KK Hospital 体检，示：输卵管通畅，PROG=2.33，FSH=16.1，LH=32.74，E2=866，TEST=1.8，PRL=12.21，FSH=7.4，LH=2.73，服排卵药从1粒增至4粒尚无排卵，改LETROZOLE亦无排卵。刻下：LMP 23-1-2014，PROG=0.79，A.M.H.=4.7，行经5天，容易疲倦，量适中，无痛经，稍乳房胀痛，腰酸，纳眠可，大便调，脉沉弦尺弱，舌淡，苔薄白。月经第六天（D6）。

辨证：肾虚肝郁脾虚

治法：补肾疏肝健脾

处方：毓麟珠加减

党参10g 白术10g 茯苓10g 甘草6g
当归6g 熟地10g 白芍10g 川芎6g
杜仲10g 川椒3g 鹿角霜10g 菟丝子10g
丹参10g 砂仁6g 覆盆子10g

服法：1周3剂，1剂分2日，水煎服。

医嘱：饮食宜清淡，忌生冷、辛辣、油腻饮食。保持心情舒畅，适当运动劳逸。

18/2/14 二诊：D27，BBT上升，双相体温欠典型，续方

党参10g 白术10g 茯苓10g 甘草6g
当归6g 熟地10g 白芍10g 川芎6g
杜仲10g 川椒3g 鹿角霜10g 菟丝子10g
丹参10g 砂仁6g 覆盆子10g

服法：1周服3剂，1剂分2日，水煎服。

25/3/14 三诊：LMP17/3/16，D9，月经量少，色淡，舌淡红，苔薄白，脉弦。采用养血补肾疏肝法。

辨证：血虚肾虚肝郁

治法：养血补肾疏肝

处方：四物汤加减

当归6g 熟地10g 白芍10g 川芎6g
香附6g 白术10g 玉竹10g 砂仁6g
菟丝子6g 女贞子10g 覆盆子10g
菟丝子10g 益母草10g 炙甘草6g
旱莲草10g 丹参10g

服法：1周服3剂，1剂分2日，水煎服。

9/5/14 四诊：LMP15/5/14，D6，上个月BBT呈双相但不典型，量适，无痛经，稍腰酸，舌淡红，苔薄白，脉弦。

辨证：肾虚脾虚

治法：补肾健脾

处方：毓麟珠加减

党参10g 白术10g 茯苓10g 甘草6g
当归6g 熟地10g 白芍10g 川芎6g
杜仲10g 川椒3g 砂仁6g 覆盆子10g
鹿角霜10g 菟丝子10g

服法：1周服3剂，1剂分2日，水煎服。

23/5/14 五诊：D20，BBT上升，无明显不适，建议患者行房。照上方加丹参以促排卵。

党参10g 白术10g 茯苓10g 甘草6g
当归6g 熟地10g 白芍10g 川芎6g
杜仲10g 川椒3g 砂仁6g 覆盆子10g
鹿角霜10g 菟丝子10g 丹参10g

服法：1周服3剂，1剂分2日，水煎服。

13/5/14 六诊：D41，检查尿HCG (+)，西医B超检查正式怀孕。照上方去川椒之辛，鹿角霜之滋腻，加入菟丝子、续断、桑寄生以安胎。

党参10g 白术6g 茯苓6g 甘草6g
当归6g 熟地6g 白芍6g 川芎6g
杜仲10g 续断10g 砂仁3g 菟丝子15g
覆盆子10g 桑寄生10g

15/2/2015自然生育1男，2.83kg，健康。

按语：

明·薛己《校注妇人良方·产宝方序论第三》：“妇人以血为本，苟能谨以调护则气血宜行，其神自清，月水如期，血凝成孕。若脾胃虚弱，不能饮食，荣卫不足则难以子息。”指出“血聚受孕”的妊娠生理理论，较完善地指出“气血”乃妇女怀孕基本条件，倘若血少精亏，则可导致不孕。卢医师以毓麟珠为基础方，益气血、健脾气、补肝肾为主，从而改善患者体质，使经血按时而下，定时排卵，最终患者通过3个月的调理成功怀孕，顺利生产1童。

参考文献：

- [1] 罗元恺.罗元恺论医集,北京:人民卫生出版社,1990:38.
- [2] 夏雅山,周馥贞,黄荷凤,等.克罗米酚对子宫内膜雌、孕激素受体的影响.中华妇产科杂志,1996,31(10):608

2017级（第三届）中医硕士班赴辽宁中医药大学学习花絮



新加坡六位在读中医硕士整装待发



凌晨3点我们要出发了



辽宁中医药大学欢迎你们



参观辽宁中医药大学校史馆



参观医史馆



参观辽宁省中医院康复中心



董宝强教授与郑晓佳、陈慧贞



实验室学习



蓝忆婷(后左二)随白光教授出诊



学员们与李新教授(左三)合影



学员们与韩晓伟教授(左三)合影



体验沈阳地铁



游览丹东鸭绿江断桥



参观沈阳故宫



参观张作霖大帅府

同济医药研究院与同济医院医务组合作开展午餐时间精品课程学习



新加坡中医学研究院2011级同学在同济临床实习



2017级中医硕士生赴沈阳学习



左起：陈慧贞医师 郑晓佳医师 黄秀凤医师 谷建军教授
右起：洪湘菱医师 蓝忆婷医师 陈姿吉医师



从左向右分别为：
陈慧贞医师 韩晓伟教授 蓝忆婷医师 洪湘菱医师 黄秀凤医师 郑晓佳医师