

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



2021年12月 • 第九期

同济医药研究院

赠阅

MCI(P) 080/11/2021





## 同济医药研究院第10届(2021-2024)董事会就职典礼

Inauguration Ceremony of the  
Thong Chai Institute of Medical Research  
10<sup>th</sup> Term (2021-2024) Board of Directors

恭请 卫生部 王乙康部长 监誓

Officiated by Mr Ong Ye Kung  
Minister for Health  
15-8-2021



以上照片由电脑合成，整个拍摄流程在严格遵守安全管理措施下进行。

前任主席：林源利

主席：杨应群

副主席：张克荣

秘书长：刘廷辉

财政：柯顺耀

学术组主任：郑黄芳

董事：卢金玉

蓝忆婷

林镇川

副秘书长：张国强

副财政：邱武烈

学术组副主任：张骏发（科研、高等教育）

李慧敏（继续教育）

陈慧贞

洪秋惠

陈泉铭

林韦翰

陈姿吉

## 同济医药研究院第10届（2021-2024年）董事会就职典礼



王乙康部长参观同济医院图书馆



王乙康部长挥毫



王乙康部长与董事合影留念

# 《 同济医药 》

## 2021年第九期目次

新加坡中医肿瘤门诊癌症患者特征的横断面调查.....	王慧琴等 (02)
化疗相关性手足综合征的中药治疗研究进展.....	曾志豪 (07)
浅谈从太阴经论治慢性肾衰竭.....	林韦翰 (10)
浅论高脂血症的中医证治.....	洪秋惠 (13)
总结中西医治疗慢性心衰临床诊断与治疗.....	王美勳 (15)
中医药对卵巢早衰的认识及研究概述.....	邢雅雯 (18)
儿童变应性鼻炎从肺脾气虚论治临床随机对照试验的Meta分析.....	廖欣婷 (21)
小儿哮喘的中西医诊治.....	张骏发 (27)
小儿推拿治疗湿疹.....	庄慧娜 (30)
基于表里气水血的柴胡剂阐述.....	陈泉铭 (34)
手术后的肠粘连腹痛中医治疗.....	颜添乙 (37)
加减麦冬麻仁汤治疗便秘.....	黄明春 (40)
经筋治疗非特异性腰痛.....	陈慧贞 (42)
浅谈肩周炎的针灸治疗方法.....	郭素安 (45)
浅谈针灸治疗高血压报告.....	林宇斌 (48)

### 《 同济医药 》 杂志

2021年(年刊)第九期

2021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: 新加坡振瑞路50号 #01-02 同济大厦  
新加坡邮区169874

顾问: 林源利BBM 杨应群

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: 李慧敏 张骏发

编委: 张国强 卢金玉 陈泉铭 洪秋惠  
陈慧贞 曾志豪 邢雅雯 何雪舟

Vol 9, 2021 (Yearly Journal)

Published on December, 2021

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 Yeo Eng Koon

Academic Advisors: Cao Hongxin Wang Qingguo

Yang Guanlin Linn Yeh Ching

Publisher: Low Theng Whee

Chief Editor: Zheng Huang Fang

Deputy Editor: Lee Hui Min Teo Chun Huat

Editorial Members:

Teo Kok Keong Loh Kim Gek Tan Quan Ming

Hong Qiu Hui Tan Hui Chin Chan Zhihao

Fiona Heng Ya Wen He Xuezhou

# 新加坡中医肿瘤门诊癌症患者特征的横断面调查

王慧琴<sup>1</sup> 郑黄芳<sup>2</sup> 陈泉铭<sup>2</sup> 曾志豪<sup>2</sup> 张国强<sup>2</sup> 陈巧凤<sup>2</sup> 夏誉激<sup>2</sup> 赵雁<sup>1</sup>

<sup>1</sup>新加坡南洋理工大学 生物医学学院 <sup>2</sup>新加坡同济医院 肿瘤组

**摘要:** 癌症的发病率有逐年上升的趋势, 尽管癌症的治疗方法日新月异, 癌症仍然是主要的死亡原因。在新加坡, 中医通常被视为辅助的治疗选择。对同时使用西药和中药安全性的疑虑, 及医护人员与病患缺乏诚实开明的非西药应用情况让人担忧。因此, 本研究旨在更深入了解癌症患者寻求中医治疗的临床特征及原因。通过研究员询问或自我填写问卷调查表的方式在新加坡同济医院肿瘤门诊部收集共165份问卷。结果: 病患群体多数是华族、女性、已婚、目前没有工作、文化程度较低且年龄较大的人士。大多数患者寻求中医治疗的原因是为了预防肿瘤复发和提高免疫力。大多数病患在完成西医常规治疗后才开始接受中医药治疗, 且大部分没有告知其主治医生。

**关键词:** 肿瘤患者特征; 新加坡; 中医门诊

## ABSTRACT:

Cancer incidence rate have been on the rise steadily. Despite treatments being developed continuously, cancer remains the principal cause of death. In Singapore, Traditional Chinese Medicine (TCM) is often reached out to as an additional treatment option. Doubts on the safety of concurrent usage of Western and Chinese medicine and the inadequate communication between patients and doctors surrounding non Western medicine use are worrying problems. Hence, this paper aims to better understand cancer patient characteristics associated with TCM use and their reasons behind seeking TCM treatments, to enable provision of relevant advice for patients to make informed decisions. 165 responses were collected through self-administered or interviewer-administered survey. Results showed that majority were Chinese, female, married, not currently working, of lower education attainment and older age. Most patients sought TCM treatments for prevention of cancer recurrence and to improve immunity. Most only started Chinese Herbal Medicine treatment after completion of their conventional treatments. This study has provided insights on the use of TCM in oncology, but more needs to be done to bridge TCM and its scientific evidence to resolve the current dilemma.

## KEYWORDS:

Cancer patient characteristics; Traditional Chinese Medicine; TCM outpatient clinic

## 研究背景:

根据新加坡癌症注册局的统计, 本地的癌症发病率持续上升。从2013年到2017年期间, 病例总数高达71,165例。一项新加坡人口对健康和医疗态度的调查发现, 42%的受访者在接受常规癌症治疗的同时会服用中药<sup>[1]</sup>。另外一项由新加坡国立癌症中心进行的研究揭示, 56.3%的成年癌症患者曾使用过补充和替代医学, 而在主要为使用中医的患者当中, 有一半以上曾服用中药<sup>[2]</sup>。然而, 许多文献报道, 大多数患者在使用补充和替代医学之前不会咨询或通知自己的主治医生<sup>[2-4]</sup>。

## 研究目的:

本研究旨在从中医肿瘤门诊调查癌症患者特征, 分析其在常规疗法以外寻求中医的目的, 并与国外的情况进行比较。

## 1 材料与方法

这是一项横断面调查, 于2020年6月在新加坡同济医院肿瘤特别门诊组进行了3周。4名肿瘤组医师参照下列标准筛选患者的资格:

- ① 属于肿瘤组特别门诊的患者,
- ② 有确诊癌症病史,
- ③ 同意参加研究。患者可以自行或通过访谈完成调查问卷。问卷主要采集患者的基本信息及中医药使用信息。患者的临床信息由各自的医师从病历记录中检索并填写。由于患者在就诊时不一定能提供所有的医疗诊断报告, 因此部分信息可能不完整。使用Microsoft.Excel (16.38版) 分析患者的人口统计学和临床特征, 并将其汇总为频率和百分比。

## 2 结果

本研究共收集165份问卷调查表。

### 2.1 人口学资料

受访者中大多为女性 (83%)、已婚人士 (81.8%)、非在职人士 (61.8%), 并介于56至75岁 (68.5%)。受访者的最高学历以小学、中学为主 (分别为30.3%、38.2%), 详见表1。165受访者中164位为华族, 1位为印度族。

表1 受访者性别、年龄、婚姻、就业状况及最高学历的分布状况 [例 (百分比, %)]

性别	年龄	婚姻状况	就业状况	最高学历
女	<35岁	已婚	退休	无
137 (83)	2 (1.2)	135 (81.8)	80 (48.5)	14 (8.5)
男	36-45岁	未婚	在职	小学
28 (17)	10 (6.1)	28 (17.0)	63 (38.2)	50 (30.3)
	46-55岁	离婚	待业	中学
	18 (10.9)	2 (1.2)	22 (13.3)	63 (38.2)
	56-65岁			19 (11.5)
	53 (32.1)			18 (10.9)
	66-75岁			1 (0.6)
	60 (36.4)			
	76-85岁			
	20 (12.1)			
	>86岁			
	2 (1.2)			

## 2.2 临床特征

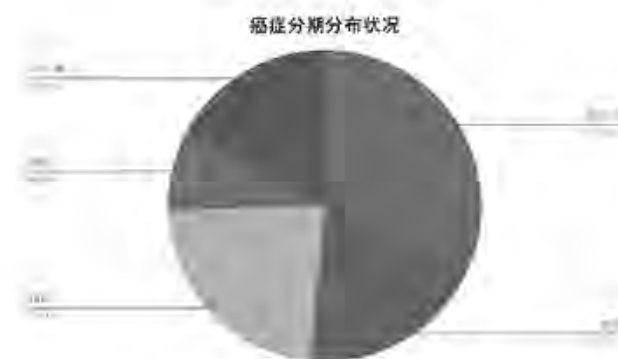
受访者中以女性乳腺癌患者占多数 (43.0%)，其次为胃肠道癌 (18.2%)，以结直肠癌为主，并包括胆管癌、肝癌、胰腺癌及胃癌。头颈部癌占12.1%，包括鼻咽癌、甲状腺癌、喉癌及舌癌。由于样本量较少，本课题未进行性别差异的统计分析，但仍观察到所有实体肿瘤类型中以女性患者占多数 (除外性别特异性癌症和乳腺癌)，详见表2。受试者癌症分期分布状况详见图1，大于半数为早期癌症患者 (0至II期)。

表2 受访者的临床特征 [例 (百分比, %)]

	男 (n=28)	女 (n=137)	男和女 (n=165)
前列腺癌	3 (10.7)	不适用	3 (1.8)
妇科癌症	不适用	17 (12.4)	17 (10.3)
乳腺癌	0 (0)	71 (51.8)	71 (43.0)
胃肠道癌	9 (32.1)	21 (15.3)	30 (18.2)
头颈部癌	9 (32.1)	11 (8.0)	20 (12.2)
肺癌	1 (3.6)	10 (7.3)	11 (6.7)
泌尿系癌症	2 (7.1)	2 (1.5)	4 (2.4)
血液肿瘤	4 (14.3)	2 (1.5)	6 (3.6)
其它	0 (0.0)	3 (2.2)	3 (1.8)
总数	28 (100.0)	137 (100.0)	165 (100.0)

注：癌症病种按病灶部位或系统进行分类。前列腺癌及妇科癌症仅分别见于男性和女性，故将其分开整理。

图1 受访者癌症分期的分布状况



\*将受访者所提供的TNM分期与美国癌症联合委员会 (AJCC) 癌症分期手册 (第8版) 进行交叉核对后所得出的癌症分期。若受访者的资料有限或因AJCC手册中未提供某癌症的分期信息则将其归入“不明确”组。

## 2.3 所接受的常规治疗

抗癌治疗方案的制定依赖于患者的分期及瘤体大小，故治疗方法因人而异。受访者的常规治疗状况详见表3。由于有关其它药物治疗的数据较少，本课题仅记录受访者的手术、化疗及放疗信息。大多数受访者曾接受手术及化疗，而少于一半曾接受放疗。新加坡同济医院肿瘤门诊以中药治疗为主，故本研究仅收集受访者的中药治疗信息。超过三分之二的受访者在接受常规抗癌治疗后开始中药治疗，反之仅四分之一受访者在化疗期间同时服用中药，详见表4。

表3 受访者所接受的常规治疗

	回复例数	百分比 (%) (n=185)
手术	140	84.8
化疗	117	70.9
放疗	76	46.1
总数	333	-

注：患者可接受多过一种治疗。

表4 受访者的中药干预时间

中药干预时间 [例 (百分比, %)]	
常规抗癌治疗结束后 <sup>^</sup>	111 (67.3)
化疗结束前 <sup>*</sup>	39 (23.6)
化疗结束后, 放疗结束前	2 (1.2)
放疗结束前 (无化疗)	12 (7.3)
手术前 (无化疗或放疗)	1 (0.6)
总数	165 (100.0)

注：常规抗癌治疗结束前即开始接受中药治疗的患者被细分为化疗前、化疗后以及未行化疗但于诊断与常规治疗结束期间服用中药。<sup>^</sup>指任何抗癌治疗 (手术, 化疗和/或放疗)。<sup>\*</sup>不考虑患者的手术和/或化疗情况。

## 2.4 中药干预前的中医接触情况

95例患者在服用抗癌中药前已接触中医 (一种或多种中医治疗手法)，其中有90.5%曾服用中药。70例患者未曾接触中医，主要原因为身体健康良好而无需寻求中医治疗。详见图2。

图2 受访者在接受中药干预前的中医接触情况、所接触的中医治疗类型及未接触中医的原因



注：患者可接触多过一种中医治疗。

### 2.5 寻求中药治疗的原因

当被问及寻求中药治疗的原因时，受访者常给予多个原因。在接受常规治疗后寻求中药治疗的三大原因为预防肿瘤生长或复发 (50.9%)、增强免疫力 (46.1%) 及调理身体或改善体质 (41.2%)，详见表5。在完成常规治疗前即开始接受中药治疗的原因为预防肿瘤生长或复发 (53.7%)、增强免疫力 (48.1%) 及减轻毒副反应 (38.9%)，详见表6。

表5 受访者在接受常规治疗后寻求中药治疗的原因

	回复数量 [例 (百分比, %)]	百分比 (%) (n=111)
增强免疫力*	50 (22.7)	45.0
延长生存期	28 (12.7)	25.2
减轻毒副反应	25 (11.4)	22.5
预防肿瘤生长、复发转移*	55 (25.0)	49.5
调理身体、改善体质*	53 (24.1)	47.7
辅助西医治疗	2 (0.9)	1.8
其它	7 (3.2)	6.3
总数	220 (100.0)	

注：患者可同时给予多个原因。\*为三大原因。

表6 受访者在常规治疗结束前寻求中药治疗的原因

	回复数量 [例 (百分比, %)]	百分比 (%) (n=54)
增强免疫力*	26 (22.6)	48.1
延长生存期	16 (13.9)	29.6
减轻毒副反应*	21 (18.3)	38.9
预防肿瘤生长、复发转移*	29 (25.2)	53.7
调理身体、改善体质	15 (13.0)	27.8
辅助西医治疗	5 (4.3)	9.3
其它	3 (2.6)	5.6
总数	115 (100.0)	

注：患者可同时给予多个原因。\*为三大原因。

### 2.6 中药治疗的介绍来源

受访者主要经朋友 (33.9%) 及癌友 (25.5%) 的介绍前来寻求中药治疗，而仅3.0%是由医生介绍，详见表7。

表7 受访者的中药治疗介绍来源

中药治疗介绍来源 [例 (百分比, %)]	
朋友	56 (33.9)
癌友	42 (25.5)
医生	5 (3.0)
家人	20 (12.1)
早前已经常寻求中医治疗	15 (9.1)
报章	4 (2.4)
电视	1 (0.6)
网络	2 (1.2)
自发	20 (12.1)
总数	165 (100.0)

### 2.7 通知主治医生或肿瘤专科医生关于所接受的中药治疗

75例患者有通知其主治医生有关中药治疗的事宜，当中有50.7%的医生表示接受中药治疗，而有10.7%表示反对。95例患者则未通知，大部分原因为其主治医生未提及。详见图3。

图3 医生对患者中药治疗的知情情况、看法以及患者未通知医生的原因



## 2.8 中药治疗有效性的看法

大部分患者觉得从中药治疗中受惠,尤其在提高活力(60.0%)及生活质量(52.7%)方面。活力包括患者的体力及精神,详见表8~9。

表8 受访者对中药治疗有效性的看法

中药治疗的帮助 [例 (百分比, %)]	
许多帮助	101 (61.2)
一点帮助	34 (20.6)
中立	25 (15.2)
无任何感觉	5 (3.0)
无帮助	0 (0.0)
总数	165 (100.0)

	回复数量 [例 (百分比, %)]	百分比 (%) (n=165)
改善情绪	45 (15.0)	27.3
减轻症状及副作用	40 (13.3)	24.2
改善活力 (精神及体力) *	99 (32.9)	60.0
提高生活质量/整体舒适度*	87 (28.9)	52.7
和平心态	9 (3.0)	5.5
提高免疫力	7 (2.3)	4.2
未答复	10 (3.3)	6.1
其它	4 (1.3)	2.4
总数	301 (100.0)	

注: 大部分受访者给予多个回复。\*为受访者的两大回复。

## 3. 讨论

本研究以调查问卷形式收集中医肿瘤门诊病人的特点。调查结果显示,大部分患者为华族、女性、已婚、目前没有工作、受教育程度较低、年龄介于56至75岁之间。与西方国家的研究相比,患者的特征有显著差异。例如,在欧洲,虽然女性患者也占大多数,但她们更年轻,受教育程度更高<sup>[6]</sup>。这结果的差异在一定的程度上是由于过去新加坡教育机会有限,据2011年全国老年人调查发现,只有41%的男性老年人至少接受过小学或初中教育,而40%的女性老年人没有或未完成小学教育<sup>[7]</sup>。因此,老年患者可能较少接触现代(西方)医学,所以更倾向于咨询一种更熟悉的医疗实践形式—TCM。

多个文献均提示乳腺癌患者更倾向于使用补充和替代医学(Complementary and alternative medicine, CAM)<sup>[5, 8]</sup>,这结果也反映在本研究中,即43.0%的受

访者是女性乳腺癌患者。其次为胃肠道癌、头颈癌和肺癌患者,这可能与新加坡的癌症发病率有关。然而,在欧洲的调查显示,CAM在肝癌、胰腺癌、骨癌或脑癌患者中的使用率较高,且推测与预后不良有关<sup>[6]</sup>。在美国的一项研究也显示,癌症分期较高或“癌症预后不太乐观”的患者更倾向于寻找CAM<sup>[9]</sup>。

Shih等人研究表明,朋友和其他癌症患者的推荐是引导患者寻求TCM的主要原因,表明患者社交圈的影响<sup>[2]</sup>。有趣的是,在我们的研究中,我们观察到少数患者表示自行选择寻求TCM,这表明文化背景和教育对患者选择中医的决定有一定的影响。Chang & Basnyat等讨论了这一观点,指出文化影响和信念在决定接受某种医疗起着重要作用<sup>[10]</sup>。因此,提高人群对TCM的认识,在长期可能具有重要价值。

本研究发现,54名(32.7%)的受访者表示完成常规癌症治疗前服用中药,其中有39名受访者在接受化疗的同时服用中药。其中一个主要原因是为了减少常规治疗所引起的副作用或症状,这提示常规癌症治疗过程中所出现的副作用和症状可能促使患者更倾向于在接受常规治疗时寻求其他药物治疗。另外,67.3%的受访者表示只有在完成常规的癌症疗程后才开始服用中药,这意味着大多数患者并没有将TCM视为替代疗法,而是在使用西药后作为恢复健康的补充疗法。这一群受访者寻求中医治疗的三个主要原因是:预防肿瘤生长、提高免疫力和调理身体。这可能与常见的思想观念,即西医“对身体的危害更大”,而TCM能够“保护或恢复身体机能”<sup>[10]</sup>。因此,除了研究化疗期间的疗效和药物相互作用外,还应研究常规治疗后长期服用中药对预防肿瘤生长和免疫系统的影响,从而为预防医学提供佐证。

多年来,患者不告知医生其它药物的使用一直是普遍存在的问题<sup>[2-4]</sup>,本研究结果显示,这一问题确实存在。超过一半的受访者表示没有告诉西医正在服用中药,其中,多数受访者提到这是因为西医没有问及此事。此外,许多患者害怕医生不同意中药的使用,因此选择不主动告知。相比之下,Lee, W.Q.等<sup>[11]</sup>的一项研究提示,由于西医对中医药的应用不熟悉,会导致医生较少与患者讨论使用TCM的课题。这表明,医学专业人员如果能接受有关TCM的医学教育,将有利于掌握患者全面的治疗情况,预防不良事件的发生,为患者的健康带来最佳的治疗方法。这项初步研究可以为中医药在肿瘤临床中的应用奠定基础,以便开展更多相关的临床研究和发

展。这项研究存在的局限性包括无法与不寻求中医药治疗的癌症患者进行比较,原因在于无法接触到这群患者,因此本研究的结果仅显示了肿瘤中医专科门诊患者特征的分布。此外,这是一个初步的横断面研究,要求患者凭据记忆回答问题,这可能会导致回忆偏差。尽管

本研究中的大多数患者认为中医药治疗对他们有好处,特别是在增强体力和改善生活质量等方面,这些反应属主观和抽象的概念,较难测量。

### 参考文献

[1] Medix Medical Monitor Survey Uncovers Singapore's Health Concerns and Perceptions, 2020-09-25. <https://en.pmasia.com/story/223918-0.shtml>.

[2] SHIH V, CHIANG J Y L, CHAN A. Complementary and Alternative Medicine (CAM) Usage in Singaporean Adult Cancer Patients[J/OL]. Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO, 2009, 20(4): 752-757.

[3] LEE T-L. Complementary and Alternative Medicine, and Traditional Chinese Medicine: Time for Critical Engagement[J/OL]. Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 2006, 35(11): 749-752.

[4] LIMMK, SADARANGANIP, CHANHL, et al. Complementary and Alternative Medicine Use in Multiracial Singapore [J/OL]. Complementary Therapies in Medicine, 2005, 13(1): 16-24.

[5] KUO Y-T, CHANG T-T, MUO C-H, et al. Use of Complementary Traditional Chinese Medicines by Adult Cancer Patients in Taiwan: A Nationwide Population-Based Study [J/OL]. Integrative Cancer Therapies, 2018, 17(2): 531-541.

[6] MOLASSIOTIS A, FERNÁNDEZ-ORTEGA P, PUD D, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients: A European Survey[J/OL]. Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO, 2005, 16(4): 655-663.

[7] [https://www.msf.gov.sg/publications/Documents/National%20Survey%20of%20Senior%20Citizens%202011\\_Complete\\_amended\\_use%20this%20CH.pdf](https://www.msf.gov.sg/publications/Documents/National%20Survey%20of%20Senior%20Citizens%202011_Complete_amended_use%20this%20CH.pdf).

[8] MORRIS K T, JOHNSON N, HOMER L, et al. A comparison of complementary therapy use between breast cancer patients and patients with other primary tumor sites[J/OL]. American journal of surgery, 2000, 179(5)[2020-10-14].

[9] JOHNSON S B, PARK H S, GROSS C P, et al. Use of Alternative Medicine for Cancer and Its Impact on Survival[Z/OL](2018).

[10] CHANG L, BASNYAT I. Negotiating Biomedical and Traditional Chinese Medicine Treatments among Elderly Chinese Singaporean Women[J/OL]. Qualitative Health Research, 2015, 25(2): 241-252.

[11] LEE W Q, TEOH J, LEE P Z K, et al. Factors Influencing Communication of Traditional Chinese Medicine Use between Patients and Doctors: A Multisite Cross-Sectional Study[J/OL]. Journal of Integrative Medicine, 2019, 17(6): 396-403.

### 上接第9页

[17] 何伟.恶性肿瘤现代中医病因病机研究现状及问题分析[J].中国中医基础医学杂志, 2019, 25(6):848-850.

[18] 周春姣,杨丽明,刘秋萍,等.“蔡炳勤和营方”预防化疗后手足综合症的临床观察[J].护士进修杂志, 2015, 30(5):437-438.

[19] 山广志,刘文奇.当归四逆汤加味治疗卡培他滨导致手足综合征[J].浙江中医药大学学报, 2010, 34(5):687-688.

[20] 钟亚珍,许远,林胜友.希罗达相关性手足综合征中医治疗概述[J].山东中医药大学学报, 2014, 38(3):291-293.

[21] 张若燕,李利亚,吴清临.加味黄芪桂枝五物汤防治希罗达相关性手足综合症的临床观察[J].辽宁中医杂志, 2007,34(6):783-784.

[22] 郭中宁,杨宇飞.中药护胃愈肤汤治疗希罗达相关性手足综合征77例[J].中国肿瘤, 2005,14(9):55-58.

[23] 郭俊华,黄挺,张志娣,等.益气通络中药浸泡疗法预防化疗患者手足综合征临床观察[J].浙江中西医结合杂志, 2015,25(6):567-568.

[24] 熊晓华,卢晶.加味八珍汤防治希罗达致手足综合征30例[J].中国中医药现代远程教育, 2015, 13(22):48-49.

[25] 龚俊宇,钟春成,张洪燕,等.中药外泡治疗卡培他滨化疗所致手足综合症的临床疗效[J].慢性病学杂志, 2019, 20(2):207-208.

[26] 李月芳,刘杨,姚曼.中西医结合治疗在卡培他滨引起的手足综合征中的应用[J].湖北中医药大学学报, 2018, 20(5):76-79.

[27] 吴霜,徐烨,陈诚豪.“麻桂通络汤”浸洗对卡培他滨化疗后手足综合症的防治作用研究——附49例临床资料[J].江苏中医药, 2019, 51(6):40-42.

[28] 吕辉.自拟仙草方对卡培他滨化疗所致手足综合征自觉症状改善的疗效和护理观察[J].四川中医, 2018, 36(9):209-212.

[29] 郭杨,郭勇.中药泡脚方治疗卡培他滨相关性手足综合征21例疗效观察[J].福建中医药大学学报, 2014, 24(5):59-60.

[30] 文菊,周礼平,汤利萍.仙芍通络方外洗对卡培他滨所致手足综合征的护理干预效果观察[J].四川中医, 2018, 36(9):212-213.

[31] 孙莉红.芪藤通络汤泡洗在手足综合征的应用[J].世界最新医学信息文摘, 2018, 18(4):232-238.

[32] 郭婷,何虹,胡丰阳,等.复方黄柏液治疗卡培他滨所致手足综合征的效果[J].中国医药导报, 2018, 15(26):125-128.

[33] 田玉梅,郭占芳,张红武,等.中药熏蒸治疗卡培他滨所致II度手足综合症的疗效观察[J].青海医药杂志, 2017, 47(7):68-70.

[34] 陈冬来.酒调乳黄散防治卡培他滨致手足综合征的疗效观察[J].中医药导报, 2010, 16(10):35-36.

[35] 覃霄燕,李鸿章,王海存,等.五味消毒饮熏洗联合心理疏导综合干预阿帕替尼后手足综合征(热毒壅盛)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志, 2018, 32(8):24-28.

[36] 梁隽婷,姜梅.益气养阴活血方治疗卡培他滨相关性手足综合征的疗效观察[J].现代实用医学, 2013, 25(8):917-918.

[37] 刘健美,黄静.中药熏洗治疗希罗达所致手足综合征30例疗效观察[J].湖南中医杂志, 2016, 32(3):129-131.

[38] 李军,万强,张强,等.复方苍公合剂治疗舒尼替尼相关手足综合征26例临床观察[J].卫生职业教育, 2016,34(16):118-119.



# 化疗相关性手足综合征的 中药治疗研究进展

曾志豪

化学治疗(化疗)是肿瘤治疗的主要手段之一。手足综合征(hand-foot syndrome)又称掌跖感觉丧失性红斑综合征(palmar-plantar erythrodysesthesia),是化疗引起的常见不良反应之一,为四肢病理反应,并呈剂量累积性。症状常在用药后第2至21天出现,最初多表现为手和(或)足麻木、疼痛等感觉异常,逐渐演变成针刺痛、烧灼感,出现红斑、水肿、瘙痒,肿胀进而发展为水疱,破裂后形成溃疡、出血、脱屑等<sup>[1,2]</sup>,剧烈疼痛,并伴行走和持物困难,影响患者日常生活和行动,亦影响抗肿瘤治疗方案的进行。手足综合征多与卡培他滨(希罗达)、5-氟尿嘧啶、多柔比星、多西他赛、阿糖胞苷、酪氨酸激酶抑制剂(舒尼替尼、索拉非尼)等药物的应用有关<sup>[3]</sup>。目前可用于预防和治疗手足综合征的西药较少,疗效亦有限<sup>[3]</sup>。临床研究证实,在化疗过程中配合中医药治疗,根据中医理论指导辨证论治,能起到减轻化疗毒副作用、提高生活质量的作用<sup>[4]</sup>。

## 1 西医对手足综合征的认识与治疗

### 1.1 发病机制

现代医学对手足综合征的发病机制目前尚不明确,其可能的机制有:

- ① 卡培他滨可能通过与环氧化酶-2(COX-2)过度表达有关的炎症反应来引起手足综合征。Lou Y等<sup>[5]</sup>发现卡培他滨所诱导的手足综合征患者手掌及脚掌部位有炎症细胞聚集。
- ② 氟尿嘧啶类药物可能通过其代谢酶胸苷磷酸化酶(thymidine phosphorylase, TP)来导致手足综合征的发生。Chidharla A等<sup>[6]</sup>发现患者的手掌及脚掌部位有大量的TP。
- ③ 卡培他滨可能通过其代谢产物来产生手足综合征<sup>[7]</sup>。
- ④ 手掌及脚掌的血运丰富,局部机械压力(如日常劳动、行走)亦较大,对其毛细血管较易产生损伤,而受损的毛细血管易导致化疗药物渗出,从而损伤皮肤<sup>[8]</sup>。
- ⑤ 化疗药物通过外分泌腺(汗腺)排泄。手掌及脚掌汗腺丰富、表皮细胞集聚,这有利于药物的蓄积,从而促进手足综合征的发生<sup>[9]</sup>。

### 1.2 治疗

在出现手足综合征后西医常通过减少药物剂量或停药来改善症状。有些西药有预防和改善手足综合征的作用,但其种类较少,如口服维生素B6能改善2级或3级手足综合征<sup>[10]</sup>。Lee SD等<sup>[11]</sup>曾报道服用维生素E可部

分缓解多西他赛联合卡培他滨所致的手足综合征症状。一项荟萃分析结果提示选择性COX-2抑制剂塞来昔布(celecoxib)能降低手足综合征的发生率<sup>[12]</sup>。有学者发现,治疗神经痛的普瑞巴林(pregabalin)能改善手足综合征的症状<sup>[13]</sup>,酒石酸溴莫尼定(brimonidine tartrate)凝胶能预防和治疗手足综合征<sup>[14]</sup>。其它治疗措施包括保持皮肤湿润、避免摩擦,使用二甲基亚砜(dimethyl sulfoxide)、激素类外用药<sup>[7]</sup>及护肤品,如芦荟胶、尿素霜等<sup>[15]</sup>。

## 2 中医对手足综合征的认识与治疗

### 2.1 病机及证型

化疗相关性手足综合征可归属于中医“痹证”、“血痹”、“肌痹”、“不仁”、“络病”等范畴,亦可归属于“药毒”范畴<sup>[16]</sup>。《素问·举痛论》云:“脉泣则血虚,血虚则痛……痛而闭不通矣。”肿瘤的发生发展往往是在内虚的基础上,加上痰、瘀、癌毒等致病因素所产生<sup>[17]</sup>。脾主四肢肌肉。肿瘤患者正气本虚,化疗愈伐正气,脾胃虚弱,生化乏源,气血亏虚,脉道空虚,血行滞涩,四肢失于养荣;化疗后阳气亏虚,气血瘀阻,四末失于温养;脾虚失健,痰湿内生,阻碍气机,气滞血瘀,日久化热,湿热瘀阻,络脉痹阻;内热煎灼津液,伤及阴液,气阴两虚,营伤血瘀,经络不通;血热受风,入里化热,损及营阴,血不荣络<sup>[18-20]</sup>。综上所述,手足综合征的核心病机乃“气血痹阻,经脉失养”,其证型可分为:

- ① 气血亏虚,脉络瘀阻;
- ② 寒凝经脉,气血瘀阻;
- ③ 脾胃虚弱,湿热瘀阻;
- ④ 瘀热内结,气阴两虚;
- ⑤ 血热受风,营伤血瘀。《医宗必读·心腹诸痛》记载:“痛则不通,通则不痛”,故瘀血阻络贯穿本病的始终。

### 2.2 治疗

目前常用于治疗手足综合征的中医治疗方法有口服、外用、注射药物,有汤剂、颗粒剂、膏剂等多种剂型。

#### 2.2.1 补益气血,活血通络

化疗药物为大毒之品,攻伐人体正气,气血衰颓,营卫失和,血行涩滞,四末失于濡养<sup>[21]</sup>,则见手足麻木、疼痛、感觉迟钝。若患者证属气血两虚、脉络瘀阻,其治法当以补气养血、活血通络。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六》云:“血痹阴阳俱微,寸口

关上微，尺中小紧，外证身体不仁，如风痹状，黄芪桂枝五物汤主之。”张若燕等<sup>[21]</sup>采用黄芪桂枝五物汤加当归、海风藤对接受希罗达化疗的患者进行干预，结果显示治疗组和对照组的手足综合征发生率分别为34.5%和58.3%。弓剑<sup>[4]</sup>以三痹汤（黄芪15g、党参15g、茯苓12g、牛膝15g、杜仲10g、白芍10g、秦艽10g、续断10g、防风10g、独活10g、熟地黄10g、桂枝6g、川芎10g、当归10g、甘草6g、细辛3g）治疗以卡培他滨化疗为主的32例结直肠癌患者，结果显示治疗组手足综合征发生率较对照组低，生活状况改善更明显。郭中宁<sup>[22]</sup>予33例希罗达化疗患者护胃愈肤汤（由太子参15g、茯苓10g、炒白术10g、甘草6g、姜半夏10g、广陈皮10g、川芎10g、赤芍10g、当归10g、红花10g、桃仁10g、丹参15g等组成）口服治疗，治疗后手足综合征发生率仅为12.12%，并皆为1级及2级反应。陈红英等<sup>[23]</sup>采用参地二仙汤治疗卡培他滨相关性手足综合征，治疗组有效率为86.5%，明显高于对照组（维生素B6）的62.2%。参地二仙汤由以下中药组成：太子参30g、生黄芪30g、炒白术15g、白芍15g、当归15g、仙茅12g、熟地黄12g、仙灵脾12g、桂枝9g、僵蚕9g、川芎9g、秦艽9g、五加皮9g、生甘草6g；畏寒肢冷加附片6~9g、吴茱萸3g；呕吐频加姜半夏6g、陈皮6g、姜竹茹9g；泄泻加茯苓10g、肉豆蔻10g、补骨脂10g；脱发加制首乌15g、桑椹子15g、侧柏叶15g；诸药共奏健脾温肾、补益气血、调和营卫、化瘀通络之功。

《理渝骈文·略言》曰：“一外治之理。即内治之理。外治之药。亦即内治之药。所异者法耳。”手足综合征的病位浅表，适合中药外治，药力可直达病所。郭俊华等<sup>[23]</sup>使用定痛逐瘀汤（黄芪60g、川芎15g、红花15g、桃仁15g、桑枝15g、桂枝15g、附子15g、地龙15g、紫草60g、老鹳草30g）为接受卡培他滨治疗的患者进行浸泡治疗后发现手足综合征发生率明显下降。熊晓华等<sup>[24]</sup>随机将60例接受希罗达化疗的患者分为观察组（加味八珍汤内服联合浸泡手足）和对照组（口服维生素B6）各30例。干预后观察组出现手足综合征0级14例、1级11例、2级4例、3级1例，对照组手足综合征0级5例、1级8例、2级14例、3级3例（ $P<0.05$ ），提示加味八珍汤能有效预防和减少手足综合征发生。龚俊宇等<sup>[25]</sup>选取千年健30g、桂枝30g、鸡血藤30g、苏木30g、络石藤30g、当归尾30g、黑老虎20g、丹参20g、红花15g、细辛15g为口服卡培他滨化疗患者进行中药外泡治疗，治疗组总有效率为92.00%，显著优于对照组（甲钴胺片）的76.00%。李月芳等<sup>[26]</sup>观察了中西医结治疗卡培他滨所致手足综合征的疗效，治疗组予口服维康福多维片配合康艾注射液及中药泡洗，对照组仅予维康福多维片，治疗后治疗组手足综合征分级和疼痛程度均明显低于对照组。

### 2.2.2 温阳散寒，活血通络

气血两虚，经络瘀阻，四末失于温养，又化疗药物多为寒毒，易伤阳气，阳气不达四末<sup>[19,27]</sup>，则见手足麻木不仁、感觉异常；卫外不固，营阴外泄，则见肿胀、

水疱。若患者证属寒凝经脉、气血瘀阻，其治法当以散寒助阳、活血通络，犹如《临证指南医案》所云：“大凡络虚。通补最宜……其虚者。必辛甘温补。佐以流行脉络。”山广志等<sup>[19]</sup>以《伤寒论》当归四逆汤为基础方进行加减（当归10g、桂枝10g、白芍15g、细辛3g、木通10g、生甘草6g、大枣6枚、蜈蚣3条），将其予卡培他滨相关性手足综合征患者口服治疗，总有效率为79.2%，对照组则予口服维生素B6，总有效率为47.9%。

吴霜等<sup>[27]</sup>的自拟外洗方麻桂通络汤（麻黄15g、桂枝15g、白芍30g、当归15g、红花15g、花椒10g、黄芪30g）可将卡培他滨治疗后手足综合征发生率由68.2%降至40.8%。吕辉<sup>[28]</sup>选用仙灵脾20g、黄芪20g、紫草15g、赤芍15g、桂枝15g、红花12g、白芷12g、没药12g、乳香12g、当归10g、鸡血藤10g、附片10g、生川乌10g、生草乌10g、寻骨风10g制成浸泡方，治疗28例卡培他滨化疗后手足综合征，其总有效率为92.86%，而采用口服维生素B6的对照组总有效率为58.62%。郭杨等<sup>[29]</sup>采用自拟泡脚方（鸡血藤45g、桂枝12g、红花6g、川芎12g、络石藤30g、虎杖30g、威灵仙30g、玫瑰花9g）治疗卡培他滨相关性手足综合征，治疗组总有效率显著优于对照组，治疗组溃疡发生率显著低于对照组。文菊等<sup>[30]</sup>自拟的外洗方仙芍通络方（仙灵脾20g、赤芍15g、桂枝15g、当归10g、黄芪10g、没药10g、乳香10g、鸡血藤10g、寻骨风10g、泽兰10g、紫草10g、薄荷5g）具有温经散寒、通络止痛之功效，干预后治疗组手足综合征发生率为10.0%，而未中医干预的对照组发生率为53.3%。孙莉红<sup>[30]</sup>采用芪藤通络汤为30例出现手足综合征的胃癌化疗患者进行手足泡洗，治疗组和对照组的总有效率分别为81.4%和53.3%。芪藤通络汤是由黄芪20g、丹参20g、桂枝10g、红花10g、鸡血藤15g、络石藤15g、木瓜10g、全当归10g组成。

### 2.2.3 清热祛湿，活血通络

正气亏虚，脾失健运，痰湿内生，气血郁滞，日久化热，湿热郁结，络脉瘀阻<sup>[32]</sup>，不通则痛，则见手足麻木、刺痛、肿胀。若患者证属湿热郁结、脉络瘀阻，其治法当以清热祛湿、活血通络。郭婷等<sup>[32]</sup>临床研究结果显示使用具有清热解毒、消肿祛腐、活血通络的复方黄柏液能有效治疗卡培他滨相关性手足综合征，明显缓解疼痛。田玉梅等<sup>[33]</sup>运用清热燥湿、凉血解毒原理，自拟处方（牡丹皮30g、赤芍30g、黄芩30g、苦参30g、蒲公英30g、山慈菇30g）熏蒸治疗卡培他滨所引起的II度手足综合征患者，治疗组治愈率显著高于对照组（口服维生素B6、强的松、西乐葆）。陈冬来<sup>[34]</sup>以酒调乳黄散（黄柏30g、大黄20g、苍术30g、姜黄20g、天花粉30g、赤芍20g、丹参30g、紫草20g）为卡培他滨所致手足综合征乳腺癌患者外敷治疗，对照组采用消炎镇痛药物25%硫酸镁湿敷，经治疗后，总有效率治疗组为96.7%，对照组为90.0%，其差异具有统计学意义。覃霄燕等<sup>[35]</sup>采用五味消毒饮熏洗（金银花30g、

蒲公英30g、野菊花20g、紫花地丁30g、紫草15g、赤芍15g、当归12g、大黄10g、地黄30g、侧柏叶15g；皮损明显加丹皮15g、苦参15g、徐长卿15g；手足麻木加海风藤15g、路路通30g、川芎10g；皮肤瘙痒加蛇床子15g、地肤子15g、蝉蜕10g)配合心理疏导干预阿帕替尼所致手足综合征患者，其总有效率为93.33%，明显高于对照组的53.33%。

#### 2.2.4 清热活血，益气养阴

湿热瘀阻，热炼津液，气阴两虚，或又复感外邪，入里化热，内热愈盛，损伤营阴，阴伤血瘀<sup>[20]</sup>，经络不通，血不养络，则见手足麻木、刺痛。若患者证属瘀热内结、气阴两虚，其治法当以清热祛瘀、益气养阴。毕炜<sup>[7]</sup>予30例希罗达化疗患者黄芪生脉散合四物汤加味(黄芪30g、太子参15g、麦冬15g、五味子10g、当归15g、白芍15g、生地黄15g、川芎10g)服用，其手足综合征发生率为36.7%，未予处理的对照组发生率为63.3%。梁隽婷等<sup>[36]</sup>观察了益气养阴活血方(沙参15g、麦冬12g、天冬12g、川石斛12g、白英30g、川芎12g、当归12g、赤芍12g、鸡血藤30g、白花蛇舌草30g)治疗卡培他滨化疗后手足综合征的疗效，其手足综合征发生率为80%，明显低于空白对照组(96%)。

#### 2.2.5 清热消风，凉血活血

血热受风，入里化热，热伤营阴，营伤血瘀，血不荣络，经脉不通<sup>[6]</sup>，则见手足麻木、疼痛；热毒炽盛，灼伤血络，破血妄行，则见红斑、血疱<sup>[7]</sup>。若患者证属血热受风、营伤血瘀，其治法当以清热消风、凉血活血。周春姣等<sup>[6]</sup>以蔡炳勤教授“和营方”为接受卡培他滨化疗的30例患者进行中药熏洗，治疗组手足综合征发生率为38.7%，对照组则为58.6%。和营方由桂枝10g、白芍30g、赤芍30g、红花30g、甘草30g组成，诸药可使血热得清、风邪得祛、营卫和顺、肌肤得以濡养。刘健美等<sup>[37]</sup>选取赤芍15g、牡丹皮10g、防风10g、蝉蜕5g、红花5g、桃仁10g、地肤子10g、鸡血藤15g、桂枝10g、当归15g、黄芪20g、锁阳10g制成熏洗方，为30例希罗达相关性手足综合征患者进行熏洗，对照组予口服维生素B6，总有效率治疗组为90.00%，对照组为66.67%。李军等<sup>[38]</sup>采用复方苍公合剂(苍术10g、蒲公英10g、赤芍10g、金银花10g、牡丹皮10g、生地黄10g、地肤子10g、百部10g、桃仁10g、苦参12g；血热加白茅根、加大牡丹皮用量至20g、赤芍用量至20g；血虚加党参、黄芪；血燥加土茯苓、白鲜皮；血瘀加红花、三七)治疗舒尼替尼所引起手足综合征，对照组予尿素软膏涂擦，结果显示治疗组疗效优于对照组。

### 3 结语

手足综合征为抗肿瘤药物所引起的常见皮肤不良反应，其发生给肿瘤患者带来诸多痛苦及不适，不仅给患者日常生活带来不便，还影响抗癌治疗疗效，故预防手足综合征的发生及降低其分级起着重要临床意义，值得临床医师重视。许多临床研究已表

明，中医药在抗癌综合治疗中能起到预防及减轻化疗毒副作用的作用，改善患者临床症状，提高生活质量，减少化疗药物剂量调整，协助患者顺利完成整个化疗疗程。手足综合征的主要病机为“气血痹阻，经脉失养”，临证时中医师可考虑从气血亏虚、寒凝经脉、湿热瘀阻、气阴两虚、血热受风等证型进行辨证论治。除了口服中草药，手足综合征亦可通过中医外治法治疗，这为患者提供了不同治疗选择。中西医结合治疗必有利于肿瘤患者的恢复。

### 参考文献

- [1] Santos B C, Rodrigo I, Polizel O J, et al. Do you know this syndrome? Hand-foot syndrome[J].Anais Brasileiros de Dermatologia, 2017,92(1):131-133.
- [2] 陈红英, 沙建飞, 顾永伟.参地二仙汤治疗卡培他滨所致的手足综合征37例[J].陕西中医, 2015,36(6):714-715.
- [3] 杨爱, 方明治, 李敏.中药治疗手足综合征的研究进展[J].中医药导报, 2020, 26(11):86-92.
- [4] 弓剑.三痹汤防治卡培他滨相关手足综合征32例[J].福建中医药, 2018, 49(4):16-17.
- [5] Lou Y, Wang Q, Zheng J, et al. Possible Pathways of Capecitabine-Induced Hand-Foot Syndrome[J]. Chemical Research in Toxicology, 2016,29(1): 1591-1601.
- [6] Chidharla A, Kasi A. Cancer, Chemotherapy Acral Erythema (Palmar-Plantar Erythrodysesthesia, Palmo-plantar Erythrodysesthesia, Hand-Foot Syndrome) [J]. Treasure Island(FL): StatPearls Publishing, 2019, 25(9):58-60.
- [7] 毕炜.黄芪生脉散合四物汤加味防治希罗达相关性手足综合征30例临床观察[J].中医药导报, 2011,17(4):22-23.
- [8] Jung S, Sehoul J, Patzelt A, et al. Influence of Mechanical Stress on Palmoplantar Erythrodysesthesia - a Case Report [J]. Oncology Research and Treatment, 2015, 38(1-2):42-44.
- [9] Nikolaou V, Syrigos K, Saif M W. Incidence and implications of chemotherapy related hand-foot syndrome[J]. Expert Opinion on Drug Safety, 2016, 15(12):1625-1633.
- [10] 赵德华, 楚明明, 陈静, 等.维生素B6用于预防卡培他滨所致手足综合征的Meta分析与GRADE评价[J].实用药物与临床, 2018, 21(10):1132-1136.
- [11] Lee S D, Kim H J, Hwang S J, et al. Hand-Foot Syndrome with Scleroderma-like Change Induced by the Oral Capecitabine: A Case Report [J]. Korean J Intern Med, 2007, 22(2):109-112.
- [12] Huang X Z, Chen Y, Chen W J, et al. Clinical evidence of prevention strategies for capecitabine - induced hand-foot syndrome[J]. Int J Cancer, 2018, 142(12):2567-2577.
- [13] Orare K, Nambafu J, Ali S K. Pregabalin for Treatment of Docetaxel-Related Hand-Foot Syndrome[J].J Pain Symptom Manage, 2019,58(1):e1-e2.
- [14] Gerber P A, Duschner N, Homey B, et al. Brimonidine tartrate 0.33% gel for the prevention and management of hand-foot syndrome[J]. J Dtsch Dermatol Ges, 2019, 17(5):552-554.
- [15] 朱孝娟, 贾程辉, 李杰.抗肿瘤药物引起手足综合征机制及中西医结合治疗进展[J].辽宁中医杂志, 2015, 42(2):434-438.
- [16] 李培训.中医药治疗恶性肿瘤化疗后白细胞减少症[J].天津中医药, 2004, 21(2):174-176.

# 浅谈从太阴经论治慢性肾衰竭

林韦翰

《伤寒论》张仲景应用三阴三阳的辨证方法，即“六经辨证”，是在《黄帝内经》阴阳学说理论上，赋予了新的内容，包括脏腑经络的营、卫、气、血、津、液等物质基础和脏腑经络功能活动，从而成立的辨证体系<sup>[1]</sup>。所谓“三阴三阳”，指的是“太阳”“阳明”“少阴”“太阴”“少阴”“厥阴”，代表自然界阴阳离合的六种状态。“仲景约法，能合百病，兼该于六经，而不能逃六经之外”，六经辨证不仅适用于伤寒，更能“以六经钤百病”。其中，运用六经辨治肾病是部分名家曾发表过的学术观点。笔者在学习过程中，尝试整理六经辨治慢性肾衰竭的学习体会，并分为六篇文章，一篇一经逐一探讨。因慢性肾衰竭最常见证候是“脾肾两虚”<sup>[2]</sup>，而传统六经传变规律认为太阴传病于少阴，故在此选择先从太阴试述。

## 1. 对“太阴”的认识

“三阴三阳”属于阴阳学说的阴阳三分法，现存中医典籍最早记载于《黄帝内经》<sup>[3]</sup>。在《黄帝内经》里，“三阴三阳”含义大抵可以归纳为4类：

- ① “开阖枢”的阴阳离合状态；
- ② 五运六气之六气；
- ③ 经脉；
- ④ 脉象<sup>[4]</sup>。

笔者根据上述分类，将“太阴”的特性粗浅概括：

### 1.1 阴阳离合状态

《素问·阴阳离合论》曰：“圣人南面而立，前曰广明，后曰太冲。太冲之地，名曰少阴。少阴之上，名曰太阳...中身而上，名曰广明。广明之下，名曰太阴。太阴之前，名曰阳明...厥阴之表，名曰少阳...是故三阳之离合也，太阳为开，阳明为阖，少阳为枢...三阴之离合也，太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢”。若以图示，则如下：

图1 三阴三阳开阖枢图在太极图里的体现



至以后，阳中生阴，阴气渐长，故名阴之“开”<sup>[5]</sup>。另一种说法，则理解太阴为阴中至阴，如《灵枢·经水》所述，“足太阴外合于湖水，内属于脾...湖以北者为阴中之阴”。清代名家张志聪<sup>[6]</sup>认为，湖水有五湖，即洞庭彭泽震泽之类，脾位于中央灌溉四傍，而湖以北者乃脾土所居之分，所以太阴为阴中至阴。《素问·阴阳离合论》“太阴根起于隐白，名曰阴中之阴”、《素问·阴阳类论》“三阴者，六经之所主也。交于太阴...”，皆提示太阴为阴中至阴。因太阴为阴之盛，故主开，能司阴气动静之基。太阴与少阴、厥阴及三阳又相辅相成，形成阴阳离合的合状态，如《素问·阴阳离合论》所形容，“阴阳彙彙，积传于一周，气里形表，而为相成也”。因此，正常阴阳离合状态下脉应“转而勿浮”及“转而勿沉”，呈现负阴而抱阳的状态。

## 1.2 五运六气之六气

《黄帝内经》对三阴三阳在五运六气里的描述可见于许多篇章。譬如《素问·天元纪大论》里黄帝问“上下相召奈何？鬼臾区曰：寒暑燥湿风火，天之阴阳也，三阴三阳上奉之。木火土金水火，地之阴阳也，生长化收藏下应之”，此处“寒暑燥湿风火”即为“六元”，是天真元气分成的六化，亦名“六气”。六气司天之阳生阴长，与地之五行主阳杀阴藏相对应，天地互相感召，共主一岁里阴阳四时变化。六气的不及太过又称为“六淫”，在《素问·至真要大论》中可见“天气之变何如？岐伯曰：厥阴司天，风淫所胜...少阴司天，热淫所胜...太阴司天，湿淫所胜...少阳司天，火淫所胜...阳明司天，燥淫所胜...太阳司天，寒淫所胜...”。又如《素问·六微旨大论》“少阳之上，火气治之，中见厥阴；阳明之上，燥气治之，中见太阴；太阳之上，寒气治之，中见少阴；厥阴之上，风气治之，中见少阳；少阴之上，热气治之，中见太阳；太阴之上，湿气治之，中见阳明...”，提示三阴三阳的六气从化本标关系。

笔者浅见，太阴的特点：在天为湿，在地为土，主岁丑未，从化于本（阴湿之土见太阴之阴，故标之阴从本化生，所以太阴从本），并中见阳明燥金。因此，太阴病的特点也突出在“寒湿”上，如《素问·六元正纪大论》所提到“太阴之政奈何？...民病寒湿，腹满，身膜愤，肘肿，痞逆，寒厥，拘急”。这与《伤寒论》第273条“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结硬”意义相似。这也反映了太阴病脾阳虚衰，寒湿伤脾的特点<sup>[7]</sup>。

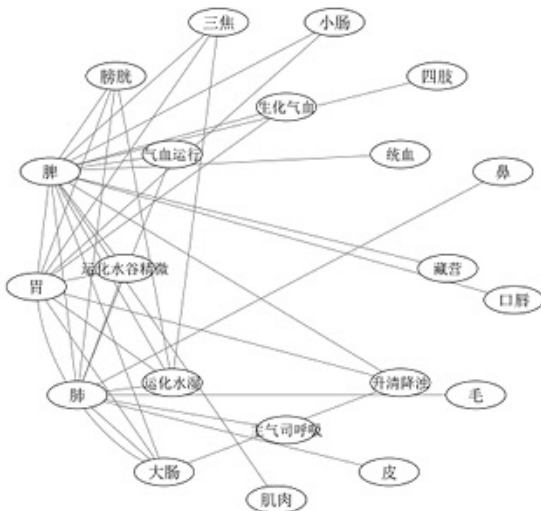
太阴湿邪的另一种常见性质为湿热。薛生白《湿热病篇》云：“湿热之证，阳明必兼太阴者...太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外

相引，故病湿热”。《伤寒论》第278条提到的“暴烦下利”，即提示太阴湿热的表现。另有一种情况是太阴病外迫阳明，如《伤寒论》第279条桂枝加大黄汤证，能在太阴病里见到大实、大满、大痛的阳明腑实表现。此皆如柯韵伯<sup>[6]</sup>所言“胃实则太阴转属阳明，胃虚则阳明转属太阴”，为太阴“中见阳明”的病理体现。

### 1.3 经脉（及藏象）

太阴经脉在体表循行于上下肢的内侧及胸、腹两侧，进入体内后属肺、脾而络于大肠、胃，构成太阴与阳明经络脏腑之间的密切联系。《灵枢·本藏》提到“肺应皮”和“脾应肉”，《素问·六节藏象论》“脾胃大肠小肠三焦膀胱者，仓廩之本...其华在唇四白，其充在肌...”，《素问·阴阳应象大论》“清阳实四肢”，皆提示太阴经藏象体系也包括小肠、三焦、膀胱、口唇、四肢、肌肉<sup>[9]</sup>。在功能上，笔者认为，太阴经藏象系统主要包括运化水谷精微、运化水湿、主气司呼吸、升清降浊、藏营、统血等功能，并与生化气血和气血运行息息相关（见图2）。

图2 太阴经藏象系统的脏腑器官及主要功能网络图



此外，对于六经的循经传变规律，张仲景虽然按照《素问·热论篇》六经传变顺序将六经病排列为太阳→阳明→少阳→太阴→少阴→厥阴，但亦有医家如杜雨茂<sup>[10]</sup>教授认为，六经循经传变规律应为太阳→少阳→阳明→太阴→厥阴→少阴。临床上，病在三阳，过用克伐，损伤太阴阳气，或因外寒直中太阴，或素食生冷伤脾，皆可能形成太阴病。在太阴病阶段，若正（阳）气愈衰，则可以见到太阴病内陷少阴、厥阴，进一步发展为少阴病或厥阴病。

### 1.4 脉象

《素问·阴阳类论》曰：“三阴者，六经之所主也。交于太阴...”提出太阴之脉为六经之主。这里对于太阴的理解，大致上有两种解释：一如王冰<sup>[11]</sup>注解，太阴指手太阴肺经，以肺朝百脉，皆交汇于气口，故为六经之所主；二如张志聪<sup>[6]</sup>注解，太阴指脾土，三阴之气交于太阴，犹如六气归于地中。上述两种

见解，皆提示太阴脉象的重要性。正常太阴脉象，如《素问·至真要大论》所形容，应当为沉而和，按之乃得，脉力不弱不强。若脉甚（沉甚）、反（浮）、至而不至（不当其气位）、未至而至（位不能沉），则皆为病。另有死脉，如《素问·阴阳别论》“三阴俱搏，二十日夜半死...三阴三阳俱搏，心腹满，发尽，不得隐曲，五日死”等。由于《黄帝内经》对于脉学的内容太过深奥，故不在此悉俱。

《伤寒论》对太阴病脉记载，则多是病、症状与脉象的结合。如第274条“太阴中风，四肢烦疼，阳微阴涩而长者，为欲愈”、第276条“太阴病脉浮者，可发汗，宜桂枝汤”、第280条“太阴为病脉弱，其人续自便利，设当行大黄芍药者，宜减之，以其人胃气弱，易动故也”，充分体现《伤寒论》“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的精髓。

纵观诸条文，笔者浅见，对脉象理解，也许当如清代名家张志聪<sup>[6]</sup>所言，“欲识病脉，先知经脉，然欲知经脉，又当体析其经与气焉”。唯知常，才能达变，提升辨证准确性。

## 2. 慢性肾功能衰竭从“太阴”论治

伍炳彩<sup>[12]</sup>教授认为，慢性肾小球肾炎的太阴病病理特点，以脾肺气虚为主，辨证要点为下半身水肿，并且病情反复，兼有疲劳乏力、食欲差、短气、大便稀溏等症状。杜雨茂<sup>[13]</sup>教授亦提出，各种肾脏病若发展至太阴病阶段时，多已进入慢性期，其病机为病至太阴，脾肺气虚，水湿不能布运而内聚外溢，临床上常见面目浮肿，或全身浮肿，或下肢浮肿较甚，或午后下肢微肿，病势较缓，但水肿反复。若中气下陷，统摄无权，则可以表现为精微下漏，症见大量蛋白尿。同时，能伴有神疲体倦，乏困无力，气短自汗，纳差恶心，食后腹胀，大便溏泄，舌淡胖，边有齿痕，脉沉缓弱无力等。在肾脏病六经辨证里，除了太阴病阶段，也可见太阴少阴并病<sup>[14]</sup>。张喜奎<sup>[15]</sup>教授则将慢性肾衰竭早期病变归于太阴、少阴、少阳三经，认为脾肾阳虚、浊毒壅滞是常见证型，病机主要为太阴脾虚不摄、少阴肾精不藏，致使肾开阖失职，精微外泄，久而正伤，出现脾肾两虚，气化失常，痰湿壅塞三焦，导致少阳枢机不利，肝失疏泄，肺失宣降，脾失运化，肾失气化，水道不畅。若邪停日久，则能阻碍阳气，阳气郁结化火，变为寒热错杂，并最终进入厥阴。赵进喜<sup>[16]</sup>教授应用“三阴三阳体质学说”辨治慢性肾衰竭，并认为“太阴体质”之人，一般体力较弱，大便偏稀，自觉腹部寒冷，常因进食生冷、油腻等诱发腹泻，临床常见如面色萎黄，乏力体倦，自汗易感，舌苔薄腻，脉象沉弱等肺脾气虚、血瘀湿浊证表现。

在治疗上，伍炳彩<sup>[12]</sup>教授认为，慢性肾小球肾炎的太阴病阶段，法当以健脾利水渗湿，可用《丹溪心法》的胃苓汤或《医宗金鉴》的茯苓导水汤加减治疗。若患者兼见怕冷等阳虚症状，则常用《济生方》实脾饮加减。杜雨茂<sup>[13]</sup>教授则认为，肾脏病太阴病期的治法，宜

补脾益肺，一般可予理中汤或薯蓣丸。若腹胀满、恶心者，则合厚朴生姜半夏甘草人参汤；兼外邪者，则可用桂枝人参汤化裁。杜教授强调，对慢性肾衰病人必须注意顾护脾胃，通过“顾护中州，以图久效”，并认为“肾之蛰藏，必藉土封”，常用黄芪、白术、党参、干（生）姜、茯苓等药，或在柴苓汤、温阳降浊汤基础上常加上四君子汤、六君子汤等调理顾护脾胃之方<sup>[14]</sup>。对慢性肾衰竭太阴体质的患者，赵进喜教授提出治当以健脾益肺、化痰泄浊为法，方用参苓白术散合温脾汤加减。李顺民<sup>[15]</sup>教授则提出“肾病从脾论治八法”（健脾摄血、健脾固精、健脾固表、健脾升阳、健脾降浊、健脾利水、健脾益肾、健脾理气等八法）及“二补五通法”（补脾、补肾、通大便、通小便、通汗液、通呼吸、通血脉），并应用归脾汤，或金锁固精丸，或玉屏风散，或补中益气汤，或陈夏六君子汤，或防己黄芪汤合五皮饮，或健脾益肾方，或逍遥散等方加减治疗。何立群<sup>[16]</sup>教授亦指出，肾脏病的湿热证以内伤脾胃而致脾胃湿热者多见，通过调理脾胃使胃纳脾运得以恢复，可以后天补先天，又能使气血生化有源，改善贫血状况，并更充分地发挥药效。对于脾胃不和，湿热中阻，清浊混淆，水气内停证者，临床上可常应用黄连、黄芩清热除痞；干姜、砂仁温脾胃，助运化；白术、人参、甘草、茯苓益气健脾；厚朴、枳实、姜黄开郁理气散满；半夏、陈皮和胃降逆；猪苓、泽泻、茯苓利水；知母清肺以利水之上源。

### 3. 小结

综上所述，笔者浅见，在辨证上，慢性肾衰竭的太阴阶段，当掌握脾虚（或脾肺两虚）及湿邪（寒湿或湿热）伤脾的表现，并注意气血虚和瘀血情况。在治疗上，当从太阴经藏象系统着手认知，体析其经与气的特性，掌握太阴病特点，方能“师古而不泥古”，有效的从太阴论治慢性肾衰竭。

### 参考文献

- [1] 郁保生. 试述《伤寒论》六经理论的临床应用[J]. 中医药学刊, 2005(08):1479-1481.
- [2] 林韦翰, 戈娜, 郭维加, 刘小燕, 罗登贵, 李雨彦, 李顺民. 基于数据挖掘总结李顺民治疗慢性肾衰竭经验[J]. 世界中医药, 2017, 12(12):3167-3174, 3178.
- [3] 朱红俊, 陆曙. 《黄帝内经》五运六气理论源流探析[J]. 国医论坛, 2020, 35(03):17-19.
- [4] 唐利, 余佳蓓, 李慧珊, 梁傢铭, 丹禹钦, 古继红, 杨忠华. 《内经》《难经》“三阴”“三阳”的指代和含义研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(03):918-923.
- [5] 顾植山. 从五运六气看六经辨证模式[J]. 中华中医药杂志, 2006(08):451-454.
- [6] (清)张志聪. 黄帝内经集注[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2015:125, 480, 592-594.
- [7] 刘渡舟. 刘渡舟伤寒论讲稿[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:305-306.
- [8] (清)柯琴. 伤寒来苏集[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1978:86.
- [9] 许济泽, 吴允耀. 六经藏象系统揭秘[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2015:201-220.
- [10] 董正华, 赵天才. 杜雨茂学术思想与临证经验集锦[M]. 西安: 陕西科学技术出版社, 2015:108-111.
- [11] (唐)王冰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2015:482-483.
- [12] 宋高峰, 伍炳彩. 六经辨治慢性肾小球肾炎经验撷英[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 07:994-996.
- [13] 董正华, 赵天才. 杜雨茂教授运用六经辨证辨治肾脏病法要[J]. 陕西中医, 2013, 06:738-739.
- [14] 梁广生, 苗原, 傅文录. 肾脏病中的六经辨治体系一评——《杜雨茂肾病临床经验及实验研究》一书[J]. 国医论坛, 2000, 02:52-53.
- [15] 官大方, 张喜奎. 张喜奎教授辨治慢性肾脏病经验浅识[J]. 中国民族民间医药, 2020, 23:80-82.
- [16] 蒋里, 赵进喜, 张耀夫, 穆国华, 赵翹楚, 倪博然. 赵进喜治疗慢性肾功能衰竭临床经验采撷[J]. 中华中医药杂志, 2020, 12:6151-6153.
- [17] 董正华, 韩志毅, 杜雨茂. 杜雨茂教授治疗慢性肾功能衰竭的用药经验[J]. 中华中医药杂志, 2013, 06:1758-1760.
- [18] 杨栋, 杨曙东, 李顺民. 李顺民教授从脾论治肾病经验[J]. 新中医, 2014, 06:22-23.
- [19] 李雨彦, 林韦翰, 李顺民. 李顺民“健脾益肾二补五通”法治慢性肾衰经验总结[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 11:1519-1522, 1538.
- [20] 何立群. 脾胃湿热理论在肾脏病治疗中的应用[J]. 中西医结合学报, 2004, 01:7-9.

# 浅论高脂血症的中医证治

洪秋惠

## 1. 概述

高脂血症又称高脂蛋白血症，俗称高血脂、高胆固醇。是指血液中任何一种或所有脂类、脂蛋白水平异常升高的情况，是血脂异常最常见形式。

根据2017年人口健康普查<sup>[1]</sup>，本地18-69岁人口中高脂血症及胆固醇偏高的发病率高达33.6%，高于高血压(21.5%)和糖尿病(8.6%)，同比2010年的25.2%，也有8.4%明显增幅。世界卫生组织(WHO)的数据<sup>[2]</sup>指出每年有约260万人死于高脂血症相关疾病，占全球总死亡率的4.5%。该数据也指出高收入国家中，高脂血症发病率也相对增加。约三分之一的心血管疾病与高血脂直接相关，而研究也显示40岁以上男性若减低10%血脂，其患上心血管疾病的概率将减少50%，70岁以上的则能减少20%心脏病发病率<sup>[3]</sup>。

## 2. 西医治疗

他汀类药物(Statins)<sup>[4]</sup>，即3-羟基-3-甲基戊二酰辅酶A(HMG-CoA)还原酶抑制药，是目前第一线治疗药，也是最有效的降脂药物，不仅能强效地降低总胆固醇(Total Cholesterol, TC)和低密度脂蛋白(Low-density lipoproteins, LDL)，而且能一定程度上降低甘油三酯(Triglyceride, TG)，还能升高高密度脂蛋白(High-density lipoproteins, HDL)，所以他汀类药物也可以称为较全面的调脂药。临床上主要用于降低胆固醇尤其是低密度脂蛋白-胆固醇(LDL-C)，治疗动脉粥样硬化，现已成为冠心病预防和治疗的的首选药物。近年来，研究发现他汀类药物具有多方面非降脂作用，其中包括抑制动脉粥样硬化与血栓形成，还具有缓解器官移植后的排异反应、治疗骨质疏松症、抗肿瘤、抗衰老等多种作用。

一般服用他汀类常见副作用有口干、鼻塞、流鼻血、流感症状、皮疹、肌肉疼痛和肠道症状如便秘、腹泻和消化不良等，较少见的症状包括失眠、眩晕、耳鸣、肢端麻痹、皮肤瘙痒。但这些不影响治疗，停药后均可消失<sup>[5]</sup>。研究也显示他汀类的药物有可能提高糖尿病风险和使肝酶升高<sup>[6]</sup>，但发生率极低。柑橘类水果(e.g.西柚)和石榴与他汀类同服可增加血液中的药物浓度，可能增加药物不良反应的发生<sup>[7]</sup>。目前没有明确证据显示他汀类与中药同服会产生不良反应。

其他药物包括贝特类(fibrates)、烟酸类(niacins)、树脂类(resins)、抗氧化剂等。

## 3. 中医怎么看待高脂血症

### 3.1 中医概念

中医虽无血脂的概念，但对人体“脂”、“膏”则早

有认识，常把膏脂并称。由于过多的膏脂浊化酿生湿浊、痰饮，使气血运行发生障碍，脏腑功能失调，形成高脂血症。《素问·通评虚实论》述“甘肥贵人，则高粱之疾也”，《灵枢·逆顺肥瘦》曰：“刺壮士真骨，坚肉缓节监监然，此人则重气涩血浊”。《脾胃论》曰：“夫脾胃不足，皆为血病”。中医历来把这一类疾病归为“痰浊”，“胸痹”，“血浊”，“膏脂”，“眩晕”等，发病因素多为湿、痰、瘀。

经多个诊疗标准的资料整合，《2017血脂异常中西医结合诊疗专家共识》将血脂异常诊断为“血浊”<sup>[8]</sup>，并总结血脂异常主要符合证型为痰浊内阻证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证、阴虚阳亢证、脾虚湿盛证、气滞血瘀证、气阴两虚证、气虚血瘀证、肝郁脾虚证、脾虚痰阻证、湿热内蕴证、肝胆湿热证和痰瘀互阻证。虽然诸多学术分析提出不同的证型命名，但整体契合度高。高脂血症主要中医证型均为肝郁脾虚证、肝肾阴虚证、痰瘀内阻证、脾肾阳虚证、阴虚阳亢证五大证型<sup>[9]</sup>。

该文献也提出，近年来研究发现高脂血症中医临床证候病位证素分布中与“肝”相关的证候为主要证候：病性证素分布中与“痰瘀”相关的证最多。提示“肝”在高脂血症发病中较脾、肾占有更重要地位。同时对痰、瘀之邪也不可忽视。

### 3.2 病因病机

现代中医学认为，高脂血症的病因有肝失疏泄，湿浊内停；或素体脾虚痰盛；或饮食不节，恣食肥甘，痰浊内生；或年老体虚，脏气衰减，阳虚痰滞，终致痰积血瘀，化为脂浊，滞留体内为病。

#### 3.2.1 肝失疏泄

肝主疏泄，肝疏泄不畅必将导致气机郁滞，气滞必血瘀，气郁不达，津液停聚，亦可酿痰。高脂血症临床多见肝郁气滞证，对此郭皎等<sup>[10]</sup>提出了“社会生活方式变化—机体功能情志变化—肝失疏泄—高脂血症”中医发病模式。认为肝是主要病变脏腑，“肝失疏泄”是关键病机，肝的功能失调，会影响到其他脏腑功能失调，进而导致气、血、津液代谢障碍，生成痰、瘀等病理产物，最终导致高脂血症的发生发展。

#### 3.2.2 脾失健运

脾为生痰之源，《素问·经脉别论》中就指出“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水津四布，五经并行”，因此脾失健运是高脂血症早期的基本病机。清·张志聪《灵枢集注》云“中焦之气，蒸津液化，其精散溢于外，则皮

肉膏肥，余于内则膏脂丰满。”指出饮食不节导致脾胃损伤，故脾胃失去转输运化功能，水谷精微不归正化，分泌浊失利，不能将多余的脂质排泄出去，则生成膏脂。膏脂属于污浊，日久脂浊形成沉积，积聚于血脉中，最终引发高脂血症。有医家<sup>[11]</sup>提出，高脂血症的病机在于脾虚脉道不固。“气为血之帅”，气虚则血流迟滞而缓慢而形成瘀血。瘀血与膏浊相互搏结于脉，产生高脂血症，进而引起心脑血管疾病。

### 3.2.3 肾气虚损

肾为先天之本，肾虚则命门火衰，不能温煦脾脏，脾肾两虚，则脂质运转排泄不及，积而为害，发为本病。在高脂血症患者中，40岁以上者占大多数，并且随着年龄的增长，人体的肾气逐渐衰败，属于虚证型的高脂血症患者数量也逐渐增加。李七一<sup>[12]</sup>认为人到中年，阴气自半，故肾元虚损，精气衰；肾气不足，气不化津；肾阴亏虚，虚火灼津；则清从浊化，使膏脂聚积，引起高脂血症。肾为水脏，主化气行水，水液之所以能在体内敷布运行，需仰赖肾的气化作用。若肾阳亏虚则不能温化水液，致三焦气化不利，水不暖脾致脾失健运，水湿停滞脉道，久聚成膏脂；肾阴滋润机体，若肾阴不足则不能滋养血脉，营血运行失畅，血脉阻滞，聚而生痰，痰浊瘀血日久形成膏脂。

### 3.2.4 痰浊、血瘀

《血证论》曰：“血积既久，亦能化为痰水”，可见“痰可生痰”。且痰阻气机，气机不利导致血瘀内阻，是故“痰可致瘀”。痰致瘀，瘀生痰，痰瘀互化互生，如此反复阻滞气机，形成恶性循环，痰浊瘀血日渐加重，最终发为本病。大量文献整合分析<sup>[13]</sup>也证实痰浊和瘀血是高脂血症发病过程中的重要因素。周仲瑛<sup>[13]</sup>认为本病分两阶段论治，前期多以痰浊论治，表现为血脂升高，血液高粘稠状态；后期多以血瘀论治，表现为动脉粥样硬化，血液高凝状态。袁肇凯等<sup>[14]</sup>发现高脂血症痰瘀辨证与高密度脂蛋白胆固醇和低密度脂蛋白-胆固醇两项指标密切相关。而血瘀证与血清中总胆固醇及心脏射血功能高度相关，提示血脂升高是“痰浊内阻”病理的物质基础，而高血脂并见心功能减低是其“痰致瘀”的病理特征。

### 3.2.5 相互作用

五脏关系紧密相连，其中任何脏腑功能的虚损，都会引起津液代谢障碍，运行失畅，终致膏脂蓄积。根据五脏相关理论，肝木克脾土，肝病则首先传脾，导致水湿内停，痰浊内生而发病；另外肝为刚脏，主藏血，赖肾水以滋养，若肾水亏虚，则水不涵木，阴虚阳亢，化火生风，火旺可灼津为痰。肝郁气滞可致痰凝血瘀，而痰凝血瘀又可加重“肝”之病，两者互相影响，导致高脂血症及其并发症的发生发展。肝脾肾功能失调为本，痰瘀阻滞为标。本虚标实相互作用形成恶性循环，日久脉络受损，引发心脑血管病。

## 3.3 中药治疗

中医治疗以辨证为基础，2017年中国中西医结合学会心血管病专业委员会动脉粥样硬化与血脂异常专业组依常见证型提供治疗方案<sup>[9]</sup>。（1）痰浊内阻治以温胆汤加减；（2）脾虚湿盛治以胃苓汤加减；（3）气滞血瘀治以血府逐瘀汤；（4）肝肾阴虚治以一贯煎合杞菊地黄丸加减。

一项针对近10年文献所报道的降血脂中药检索<sup>[15]</sup>，降血脂的单味中药数共140味，其中以补虚类(31味)、清热类(27味)最多，药性以寒凉为主，五味以甘、苦、辛为主(共86%)，归经主要在肝，其次为肺、肾、脾、胃，功效以清热、补阴、理气、活血、补阳、祛痰、补气为主。提示中医治疗高脂血症以调理肝脾为主，兼顾肺脾胃以治其本，重用清热化痰、行气活血类降脂中药。

2008年，王京齐等<sup>[16]</sup>总结了中药的降脂机理主要通过减少内源性脂质的合成(泽泻、绞股蓝)，减少外源性脂质的吸收(大黄、何首乌)，调节脂质代谢(山楂、黄芪)和促进脂质的转运和排泄(人参、虎杖)四个方面，对不同阶段高脂血症治疗有良好指导意义。综上，降脂中药在临床应用中既达到其降血脂的目的，又避免了西药的不良反应，更好地防治了动脉粥样硬化和心脑血管疾病的发生。

## 4. 总结

传统上，医家们认为的膏脂与脾、肾、痰、瘀关系较大，治疗主要以健脾化痰祛湿、活血化痰、补益肝肾为主。然而近代越来越多研究倾向于认为“肝”才是关键发病之脏，肝失疏泄是基本病机，治疗在调理脾肾之外，也更多使用清肝疏肝之法，这或许与现代人生活习惯、压力相关，以致血脂异常的主要病因发生转移。虽辨证思路不同，但辨证论治依旧是恒守原则。血脂异常的基本病理机制是本虚标实，辨证以虚实为纲，虚则气虚、阴虚、阳虚，实则血瘀、痰浊、气滞等。治疗需标本兼顾，补虚泻实，而不是一味注重降脂药物的叠加，失去中医药治疗特色。

高脂血症常无明显临床症状，诊断应结合中医四诊与西医检查手段，早发现，早进行生活和中药干预，将血脂控制在良好范围，配合血压、血糖管理，避免心脑血管疾病的发生。

## 参考文献

- [1] Executive Summary on National Population Health Survey 2016/17, The Ministry of Health and Health Promotion Board joint survey
- [2] WHO Noncommunicable disease and Health promotion (NHP) unit Global Health Observatory, Indicator Metadata Registry List, Raised cholesterol [https://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/cholesterol\\_text/en/](https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/)
- [3] Ministry of Health Lipids-Clinical Practice Guidelines 2/2016



# 总结中西医治疗慢性心衰 临床诊断与治疗

王美勤

## 1. 现代医学对心衰的认识

### 1.1 心衰定义及现况

心力衰竭，简称心衰，是由各种原因所导致的心肌损伤和(或)心脏负荷过度而引起心肌结构和功能变化的一种综合征，为大多数心血管疾病发展的终末阶段和主要死亡原因。心力衰竭并不意味着心脏已完全停止跳动。实际上，心衰所指的是心脏结构的改变或心脏功能的异常，导致正常的泵血功能丧失，心脏的充盈和(或)射血功能受损，最终缺乏足够的血液来维持机体组织的灌注。

目前全世界大约有2600万个心衰患者，加上未被确诊或误诊的病例，患病人数估计高达3770万，确诊人数也有逐年增加的趋势<sup>[1,2]</sup>。心力衰竭患者的死亡率极高，17%至45%的死亡发生于确诊后1年内，而大多数死亡发生在入院后5年间<sup>[3]</sup>。其中，缺血性心脏病和高血压是全球心力衰竭的主要发病因素<sup>[4]</sup>。尽管如此，多数人还是没意识到心脏病的严重性。新加坡的统计显示，心衰的病因以冠心病居首，其次为高血压。每年约6000名患者因心衰入院，每天有17人死于心血管疾病(心脏病和中风)。心血管疾病占2018年所有死亡人数的29.2%。这意味着，在新加坡每年有三分之二的死亡是由心脏病或中风所引起<sup>[5]</sup>。

在正常状态下，心脏的收缩可以将挤出的血液输送到全身的组织器官；心脏的舒张可以让血液流进心腔内，为下个收缩做好准备。当心脏的舒张和收缩功能出现问题，心脏所排出的血量已不能满足机体的需要。心排量减少，临床上会出现疲倦、乏力等症状。若血液流动方向改变，如血液回流等可引起体肺循环淤血，临床上可表现为呼吸困难、体力活动受限和体液潴留致水肿。

左心室射血分数值(Left ventricular ejection fraction, LVEF)衡量心脏每次搏动泵出的血液百分比，可反映左心室的泵血功能是否正常，初始评估心衰的程度。正常的LVEF为 $\geq 55\%$ 。此值与心肌的收缩能力有关，心肌收缩能力越强，则每搏输出量越多，射血分数越大。当然，如果心肌的收缩功能减弱，射血分数会随着减少。

收缩性心衰主要是由左心室的心腔增大，导致收缩功能异常，收缩末期容量增加。这会直接导致有氧血输出减少，所以射血分数会下降。舒张性心衰则是因为左心室肥大，引起左心室舒张功能异常，导致左心室充盈功能受限。虽然舒张功能出现异常，但是有收缩功能正常，所以氧血输出正常，射血分数仍能处于正常值。

### 1.2 心衰高危人群

心衰的病因以冠心病居首，当冠状动脉血管发生粥样硬化病变，会引起血管腔狭窄或阻塞，造成心肌缺血、缺氧或坏死而导致心脏病。此外，长期高血压可引起心脏结构和功能的改变。由于动脉血管压力持续过高，会阻碍心脏泵血功能，心脏长期高负荷工作，心肌肥厚和僵硬增加，逐步发展出现心肌收缩和舒张功能减退，最终发生心力衰竭。再者，罹患糖尿病可提高心衰的风险。长期的血糖控制欠佳可以导致心血管和神经损伤，会引起心肌缺血、缺氧，最终发展为心衰。最后，曾经有心脏病发作史患者，每次心脏病发作，部分心肌会因缺氧缺血而坏死，增加心衰的风险。

### 1.3 心衰临床表现

心衰临床表现可分为左心衰或右心衰，如果是全心衰，就会出现全部的症状。临床上以左心衰较为常见，通常以左心衰竭先出现，继之出现右心衰竭，后为全心衰竭。

程度不同的呼吸困难是左心衰的主要临床表现，可表现为劳力性呼吸困难、端坐呼吸、阵发性夜间呼吸困难等几种形式。劳力性呼吸困难是左心衰最早出现的症状。轻度心力衰竭患者仅在体力活动时出现呼吸困难，休息后可缓解，或仅在剧烈活动或体力劳动后出现呼吸急促，如登楼、上坡或平地快走等活动时出现气急。随肺充血程度的加重，可逐渐发展到更轻的活动或体力劳动后、甚至休息时，也发生呼吸困难。随着心衰病情加重，呼吸困难的程度也随之加重，可见端坐呼吸，指患者呼吸困难而被强迫采取端坐位或半卧位的状态。最后一类的呼吸困难是阵发性夜间呼吸困难，指患者在夜间熟睡后，突然憋醒而需被迫坐起。左心衰临床症状还可以伴乏力、疲倦、头晕、心慌等心排量不足，器官、组织氧气供养不足等症状。

右心衰以体循环瘀血为主，胃肠道瘀血可出现腹胀、食欲不振、恶心呕吐；肾脏瘀血出现少尿、肝脏瘀血出现肝区胀痛；并伴有下肢凹陷性水肿，或全身性水肿。

### 1.4 心衰诊断

西医诊断检查主要分为胸部X线、心电图、超声心动图和血浆心衰标志物检测。通过胸部X线可以观察心脏的大小外形，是否有心肌肥厚或扩张，还有是否有肺淤血或肺水肿。通过心电图主要可观察心律是否规

律。通过超声心动图可以观察心脏各腔大小变化、心瓣膜结构,评估心脏的收缩、舒张功能。通过心衰标志物检测可以测量B型利钠肽(BNP)和N末端B型利钠肽原(NTproBNP)在血浆中的浓度。若血浆BNP和NTproBNP浓度增高,这可提示有心衰的可能。其实,临床上也可能出现假阳性的现象,如肥胖者,年长或肾衰竭的患者都可见到高于正常水平的BNP及NTproBNP浓度,而且女性的BNP及NTproBNP浓度一般会比男性高,所以需同时结合其他检查指标才能确诊。

### 1.5 心衰治疗

血管紧张素转换酶抑制剂(Angiotensin-converting enzyme inhibitor, ACEI)已被证实能降低心衰患者的病死率,是治疗心衰的首选药物。凡是LVEF下降的心衰患者都必须终身服用ACEI,除非有禁忌症或不耐受。心衰高发危险人群可应用ACEI以预防心衰的发生。

利尿剂对于有液体潴留心衰患者治疗中不可缺少的药物。此药可促进肾脏排出体内多余的水钠,从中减轻肺淤血、外周水肿,减少血容量,最终达到减轻心脏前负荷的效果。利尿剂可分为好几种,不同类别利尿剂的原理或作用的部位不一样,但是副作用大同小异。最常见的不良反应为电解质紊乱、血压下降、尿酸升高、糖耐量减低、代谢紊乱等。临床上,长期使用利尿剂或用量过大会导致体内钾排出过多,引起低钾血症。这些看似不起眼的“钾”其实对心脏起着很大的保护作用。血钾水平太低容易诱发心脏传导异常及心率失常,所以备受关注。有些利尿剂拥有保钾功能,有的没有,所以在服用没有保钾功能的利尿剂期间,很多时候会同时配合氯化钾片来补充流失的钾离子。

β-受体阻滞剂具有负性心力作用,能直接抑制心脏的收缩功能,主要通过拮抗交感神经系统的过度兴奋,降低心排血量,使血压降低,防止心肌过度疲劳并起到调整心律的作用。

针对末期心衰患者,当他们已对治疗药物敏感度丧失,可以选择进行心脏手术延长生存期。可考虑的治疗包括左心室辅助器,这种植入胸腔的机械泵可以帮助心脏将富氧血液输送至机体的各个部位,但它不能完全取代原有的心脏。另外还有机械心脏装置,这是种人造心脏,可完全取代心脏压送功能的人工泵送装置。不适宜以上治疗手法的患者,或可选择全心脏移植手术。

## 2. 中医对心衰的认识

### 2.1 中医古籍心衰的定义

中医古籍中有诸多与心力衰竭相似的病证记载,但却无“心力衰竭”这一病名,仅有简称“心衰”二字的相关记载。心衰最早记录于西晋王叔和所著作的《脉经》中,其《脉经·卷三·脾胃部第三》曰:“心衰则伏,肝微则沉,故令脉伏而沉”。继宋代《圣济总录·心脏门·心脏统论》中所记载:“心衰则健忘,不足则胸膈肋下与腰背引痛,惊悸,恍惚,少颜色,舌本强”。虽然

两段原文中均提到心衰之词,但其实只是部分病机的描述,而并非相等于现代医学心力衰竭疾病的完全阐述<sup>[6]</sup>。基于中医古籍文献的整理,西医学中的慢性心力衰竭终可归属于中医“心水”、“痰饮”、“水肿”、“心胀”、“心痛”、“喘证”等范畴<sup>[7]</sup>。

汉代张仲景首提“心水”病名,《金匮要略·水气病脉证并治》内提到“其身重而少气,不得卧,烦而燥,其人阴肿”,文中概括了心脏疾病的总论,被后世认为是中医古籍中最接近心力衰竭的论述<sup>[8]</sup>。“水停心下,甚者则悸,微者短气”,“水在心,心下坚筑,短气,恶心不欲饮”,切确指出心水的病位在心,还具体列出了心水的典型症状“心悸、心烦、胸闷”,以及“短气、脘痞、不得卧、恶心不欲饮水、水肿身重”等。可见,心水和现代医学中的心衰疾病症状相近,基本同属一种疾病。在方剂用药上,《伤寒杂病论》中所载真武汤、葶苈大枣泻肺汤、苓桂术甘汤、肾气丸、木防己汤等至今仍是临床上治疗心力衰竭相关病证的常用方。

### 2.2 心衰中医证型及对应阶段

心力衰竭日益备受中医界的重视,“十二五”规划教材《中医内科学》首次在心系疾病中加入了心衰病,与西医的急慢性心力衰竭相对应<sup>[9]</sup>。2014年的《慢性心力衰竭中医诊疗专家共识》将心衰的中医证型概括为气虚血瘀、气阴两虚血瘀、阳气亏虚血瘀 3 种基本证型,3者均可兼见痰饮证<sup>[10]</sup>。

基于诸专家的总结,根据心衰的发生发展过程,从心衰的高发危险因素进展为结构性心脏病,到出现病灶症状及体征,至难治性终末期心衰,可分为A、B、C、D四个阶段。不同阶段的中医证候分布特点有所不同。

**阶段A为潜心衰阶段。**患者为心衰的高危人群,尚未出现心脏结构或功能异常、心衰症状或体征。在此阶段应根据原发疾病特点进行辨证论治,发挥中医治未病的特点,干预心衰的危险因素,防止心衰发生。如《黄帝内经》所说:“上工治未病,不治已病,此之谓也”,根据前置疾病辨证论治,防止其进一步发展成心衰。

**阶段B为潜心衰阶段。**患者从无心衰的症状和体征,发展成出现结构性心脏病,中医证候依旧以原发病证候为主。如心气虚证者会出现轻微的气短、心悸、乏力。在治疗原发病辨证的基础上,结合补益心气,以延缓心衰的发生发展。

**阶段C为潜心衰阶段。**患者已有基础的结构心脏病,并伴有心衰的症状和体征。中医核心证候为气虚血瘀证,不同个体可表现出偏阳虚和偏阴虚,常兼见水饮、痰浊证。临床常见的证型有气虚血瘀证、阳虚血瘀证、气阴两虚血瘀证,或可兼水饮证和痰浊证。

**阶段D为潜心衰阶段。**患者有进行性结构性心脏病,虽然中医证候与阶段C相似,但程度更为严重,以阳虚、水饮证更多见。辨证论治可以参考阶段C。部分患者由于长期大量使用利尿剂,可能开始出现

利尿剂抵抗或敏感度减弱,配合中医辨证治疗用药,提高利尿的效果。

### 2.3 当代中医治疗与方药应用

《美国心脏协会杂志》在2019年发表一项针对China PEACE心衰住院患者的中医药使用情况进行了回顾性分析。参与研究的189家中国中西医医院所纳入的10004例急性心衰住院患者中有74.7%使用中药,其中的83.3%是通过静脉注射用药。分析用药规律的榜首为丹参(51.2%),其次为三七(17.1%)、银杏(9.7%)、黄芪(7.4%)、红花(6.3%)。四分之一(24.2%)的患者同时服用至少两种中药,最常见的药对为丹参+三七(8.2%)和丹参+黄芪(4.4%)。虽然丹参为首选药物,但研究人员却发现丹参对急性心衰患者可能存在不良影响;应用丹参的患者发生出血事件和死亡的风险分别增加39%和36%,其中应用丹参超过2天者出血风险明显增加。虽然没有发现中医药取代循证治疗的可靠证据,但是研究总结表明中医药在心衰的治疗中可作为一种辅助疗法<sup>[11]</sup>。

一项荟萃分析对真武汤治疗阳虚水泛型慢性心衰进行治疗效果及安全性评价。真武汤出自张仲景《伤寒论》,主治少阴证,肾阳虚衰,水饮内停的名方,用于少阴病不解“腹痛,小便不利,四肢沉重疼痛,自下利,其人或咳,或小便不利”,由附子、芍药、茯苓、白术、生姜组成。以真武汤为基本方合并西医基础方案(包括常规的吸氧、强心、利尿、扩血管)治疗慢性心衰在能提高治疗的有效率为29%,当中可见中医治疗组的LVEF改善、6分钟步行试验改善以及BNP和NTproBNP水平降低。但是,所纳入的25篇文献均未提及临床研究的不良反应,因此使用真武汤的安全性还有待进一步的临床观察<sup>[12]</sup>。

系统评价益气养阴法配合常规西药治疗心力衰竭的临床疗效发现治疗组的心功能分级、LVEF、6分钟步行实验及血清BNP值均有明显改善作用。纳入研究的中药方剂包括生脉散、参脉散、参麦注射液、参麦宁心合剂、益气养阴方等。虽然研究结果显示有良好的疗效,但研究数据在选择、实施、测量及研究结果数据的完整性可能存在偏倚。今后还需要更多大样本量、高质量、多中心的临床研究来提供更有力的循证医学证据<sup>[13]</sup>。

芪苈强心胶囊,益气温阳,活血通络,利水消肿,组成包括黄芪、人参、附子、丹参、葶苈子、泽泻、玉竹、桂枝、红花、香加皮、陈皮。自2020年12月起,芪苈强心胶囊已被证实能显著改善心室舒张功能,提高舒张性心力衰竭治疗的有效率,成功被列入由中国心衰中心联盟制定的《舒张性心力衰竭早期防治专家建议(2021)》。尤其针对高血压、高血脂症、2型糖尿病及肥胖人群,推荐芪苈强心胶囊用于治疗舒张性心力衰竭,改善心室舒张功能<sup>[14]</sup>。

### 3. 总结

心衰一旦出现明显症状或体征时,死亡率也将随着增高。因此,中医治疗需采取相应的措施,加强对早期无症状心衰的防治,所以提到“治未病”的治疗原则。中医治疗心衰不仅能改善症状、提高患者生活质量,减轻西药所致的副作用、增加患者依从性,更重要的是防止和延缓心衰的发生发展,从而维持心脏的正常生理功能。

### 参考文献

- [1] Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *J Am Coll Cardiol.* 2014; 63:1123–33.
- [2] Ziaeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2016; 13:368.
- [3] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC): developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2016; 18:891–975.
- [4] João PF, Sarah K, Sharon M, et al. World Heart Federation Roadmap for Heart Failure. *Global Heart.* 2019; 14:197–214.
- [5] Singapore Heart Foundation, 2016. About the heart & heart disease. Retrieved from: <https://www.myheart.org.sg/my-heart/heart-statistics/singapore-statistics/>
- [6] 罗良涛, 付帮泽, 郭淑贞等. 中医古籍中的“心衰”及其与心力衰竭的关系. *中医杂志*, 2014, 55(6), 532–534
- [7] 周杰, 马占东, 李忠轩. 心衰的中医古籍文献整理研究. *中国医学创新*, 2018, 15(31), 54–57
- [8] 祝珍珍, 袁灿宇, 袁智宇. 心力衰竭的古病名探究. *中国中医基础医学杂志*, 2017, 23(11), 1509–1511
- [9] 张伯礼, 薛博瑜. *中医内科学*. 北京: 人民卫生出版社, 2002, 88–94
- [10] 冠心病中医临床研究联盟、中国中西医结合学会心血管病专业委员会、中华中医药学会心病分会、中国医师协会中西医结合医师分会心血管病学专家委员会, 慢性心力衰竭中医诊疗专家共识. *中医杂志*, 2014, 55(14); 1258–1260
- [11] Yuan Y, Erica SS, Qi T, et al. Traditional Chinese Medicine Use in the Treatment of Acute Heart Failure in Western Medicine Hospitals in China: Analysis From the China PEACE Retrospective Heart Failure Study. *Journal of the American Heart Association.* 2019; 15(6).
- [12] 温速女, 王瑞, 吴小环等. 真武汤为基本方治疗阳虚水泛型慢性心衰的 Meta-分析. *中医临床研究*, 2017, 9(30), 21–26.
- [13] 田轩, 杨蕊琳. 益气养阴法治疗心力衰竭临床疗效Meta分析. *亚太传统医药*, 2019, 15(11), 157–162.
- [14] 廖玉华, 廖梦阳, 余淼等. 中医心衰中心联盟, 舒张性心力衰竭早期防治专家建议. *临床心血管病杂志*, 2020.

# 中医药对卵巢早衰的认识及研究概述

邢雅雯

中医古籍中并无关于“卵巢早衰”(Premature Ovarian Failure,POF)的论述但是根据本病的临床表现,可将其归属于“月水先闭”、“经水早断”、“年未老经水断”、“血枯”、“闭经”等疾病的范畴,故可参照古代医学对经水早断、血枯、不孕症等疾病的相关阐述从而认识卵巢早衰。现代医学对于卵巢早衰的病因尚未明确,POF的临床特征为小于40岁的妇女,出现持续性闭经,同时可伴随绝经过渡期的低雌激素的表现如潮热、汗出、心悸等表现。

## 1. 中医学对卵巢早衰的认识

《素问·上古天真论》：“……二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子……四七，筋骨坚，发长极，身体盛壮……七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之。”《灵枢·邪气脏腑病形》：“肾脉……微涩为不月”，早至内经时期已阐述女子的生理特点，肾主生殖，为元气之根本，随着肾气肾精充盛，促使天癸的成熟，为月经提供物质基础则月经来潮。随着不同年龄阶段的发育成熟至衰老有着机体自然的生长阶段及规律。同时指出，肾虚亏损，冲任二脉衰弱，不能濡养胞宫胞脉导致月经不能来潮。

《素问·阴阳别论》：“二阳之病发心脾，有不得隐曲，女子不月”。《素问·评热病论》：“月事不来者，胞脉闭也，胞脉者属心而络于胞中。今气上迫肺，心气不得下通，故月事不来也”。《傅青主女科》：“……年未至七七而经水先断者，人以为血枯经闭也，谁知是心肝脾之气郁乎！……然则经水早断，似乎肾水衰涸……倘心肝脾有一经之郁，则其气不能入於肾中，肾之气即郁而不宣矣……”指出年龄未到49岁而出现闭经的发病特点，这与没有到绝经期年龄而出现与绝经相关的临床症状的卵巢早衰相一致。同时认为经闭是因心、肝、脾郁闭，不能濡养肾精肾气，日久经水匮乏，化生失源逐渐形成闭经。

《灵枢·水胀》：“石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻……月事不以时下”认为寒邪侵袭胞宫，气血运行受阻，瘀血内停，形成坚硬如石的瘕瘕，导致月经不能按时来潮。《素问·腹中论》：“病名血枯，此得之年少时，有所大脱血；若醉入房中，气竭肝伤，故月事衰少不来也”认为失血过多，或饮酒过度，湿热伤阴，均能导致精、气、血不足，肝肾失养导致血枯。《血证论》：“妇女经闭

有四。一寒证。一热证。一实证。一虚证。”《金匱要略》：“妇人之病，因虚积冷结气，为证经水断绝……”认为寒、热、虚、实如气血亏虚、寒冷积聚、气机郁结均能导致闭经。外因如寒、热之邪侵袭，内因如气血亏虚，肝郁气结等不同原因均能逐步形成瘀血等病理产物，影响气血运行，加重耗伤气血，导致闭经。

## 2. 卵巢早衰病因病机研究进展

韩延华教授<sup>[1]</sup>和尤昭玲教授<sup>[2]</sup>认为POF的主要病因病机为肾虚，同时结合“久病必瘀”、“虚久必瘀”的观点，因肾气虚则无力推动血液运行、阴虚则脉道失于柔润、阳虚则脉道失于温通，均能导致血瘀的形成。肾虚能导致瘀血的形成瘀血亦能阻碍气血的运行，致使瘀血不去、新血不生，精血化生失源，加重肾虚的情况。柴松岩教授<sup>[3]</sup>认为肾虚为POF发病的根本，肾气虚则冲任二脉虚衰致使天癸渐竭。脉络瘀滞是本病持续存在的病理状态，因胞宫、胞脉气血不畅为本病的主要临床表现之一。尤昭玲教授<sup>[7]</sup>根据《素问·奇病论》：“胞络者系于肾”，定位卵巢早衰病位在胞宫胞络。冲脉、任脉、督脉三脉同源三岐，皆起于胞宫，胞宫为“奇恒之腑”，提示着胞宫的生理功能与肾、冲脉、任脉、督脉密切相关。

罗颂平教授<sup>[4,5]</sup>认为POF的病机特点为肾精早亏，天癸早衰，冲任早虚。罗教授认为阴阳学说是中医理论的核心，也是女性生殖调节的核心。卵巢早衰的患者为当健之时出现衰竭的表现，为阴精亏虚，天癸过早匮乏，冲任虚衰，血海枯竭。罗教授也指出生殖功能的衰退，最先体现在阳化气的功能和脾胃功能减退。脾为后天之本，为气血生化之源。脾失健运，则气血生化乏源，不能润养他脏则冲任失养。因此罗颂平教授认为本病的基本病机是阴精虚衰，阳亦不足。

陈滢教授<sup>[6]</sup>认为POF的主要病因病机以肾虚为本，与肝脾功能失调密切相关，同时因虚致瘀，属以虚为主的本虚标实之证。肾为先天之本，脾为后天之本，先天之精气依赖后天之水谷精微的濡养。“肝肾同源”，五行中肝肾为母子关系，肾藏精，肝藏血，精血互生。因此脾虚不能滋养先天，肝郁血虚等均能累及肾脏，加重肾虚的表现。

## 3. 中医学对卵巢早衰的治疗

卵巢早衰的病因病机复杂，治疗难度较大，因此临床中治疗本病思路多样化，主要有经方古方治疗，辨证分型治疗。专方验方治疗。针刺治疗。针药结合等不同治疗。

### 3.1 经方古方引用

《傅青主女科》：“治法必须散心肝脾之郁，而大补其肾水，仍大补其心肝脾之气，则精溢而经水自通矣。方用益经汤(大熟地、白术、当归、白芍、生枣仁、丹皮、沙参、柴胡、杜仲、人参)”。陈素珍等<sup>[7]</sup>进行滋癸益经汤联合滋肾育胎丸治疗POF的临床疗效观察。滋肾育胎丸是罗元恺教授<sup>[8]</sup>制定的经验方(人参、菟丝子、党参、白术、川断续、巴戟天、杜仲、桑寄生、艾叶、制何首乌、砂仁、熟地黄、枸杞子、鹿角霜、阿胶等)。滋癸益经汤是张玉珍教授合益经汤、右归肾丸、大补元煎、丹参散化裁而成。治疗6个月，治疗组的总有效率、证候、月经周期、经质、增加子宫内膜厚度、提高血清AMH水平等方面的改善均优于对照组( $P < 0.05$ )，差异有统计学意义。

武燕等<sup>[9]</sup>进行脾肾阳虚型卵巢早衰的临床疗效观察，治疗组使用右归丸口服，一次9g(50丸)，一日3次，观察组给予安慰剂(以大枣、甘草、淀粉为原料制成的蜜丸，口服，一次9g(50丸)，一日3次，疗程为16周。治疗组总有效率为90.00%，安慰剂组总有效率为3.33%，治疗组显著优于安慰剂组( $P < 0.01$ )。同时治疗组的Kupperman评分、相关激素水平均有显著性改善( $P < 0.01$ )，优于安慰剂组( $P < 0.01$ )，差异有统计学意义。

### 3.2 辨证分型

#### 3.2.1 脾肾亏阳虚证

蒋定芬等<sup>[10]</sup>使用健脾补肾活血方治疗脾肾阳虚证卵巢早衰，对照组使用补佳乐和黄体酮胶丸，治疗组则加上自拟健脾补肾活血汤剂(菟丝子15g、太子参15g、旱莲草15g、女贞子15g、熟地黄10g、当归10g、黄精10g、炒白术10g、茯苓10g、杜仲10g、红花6g、蛇床子3g)结果显示研究组的血清性激素改变、Kupperman评分、中医证候积分改善均比对照组显著。

滕秀香等<sup>[11]</sup>使用加减毓麟汤治疗脾肾阳虚证卵巢早衰，治疗组予口服中药加减毓麟汤(太子参15g、菟丝子15g、熟地黄10g、炒白术10g、茯苓10g、蛇床子3g、女贞子15g、墨旱莲15g、杜仲10g、黄精10g、当归10g、红花5g、川芎5g)，对照组予口服戊酸雌二醇片加黄体酮胶丸治疗。研究组的总有效率及中医证候变化均优于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。对照组的的治疗显示可以改善子宫三径，但是治疗组的效果不明显。

#### 3.2.2 肝肾阴虚证

肖承惊教授<sup>[12]</sup>认为POF是以肾虚为主、血虚为病之基础、冲脉虚衰为病之关键。治疗应以益肾为主、阴阳双补，理冲为要、兼顾气血，化裁古方五子衍宗丸而拟定七子益肾理冲汤(女贞子、枸杞子、菟丝子、覆盆子、沙苑子、香附、桑椹、黄芪、黄精等)。吴丽婷<sup>[13]</sup>

使用七子益肾理冲汤治疗肝肾阴虚型卵巢早衰的临床研究观察。中药组使用七子益肾理冲汤，对照组使用克龄蒙。治疗后，中药组总有效率为89.13%，对照组总有效率为94.44%，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。但是中药组患者治疗后的月经周期、经期、经量、经色、经质评分和中医临床证候评分改善优于西药组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

#### 3.2.3 肾虚血瘀证

周紫琼等<sup>[14]</sup>使用尤氏卵巢早衰方治疗肾虚血虚型卵巢早衰的临床疗效研究。治疗组使用尤氏POF经验方(熟地黄15g、黄精10g、怀牛膝10g、红花10g、石斛10g、香附10g、橘叶15g、莲子15g、山药15g、百合10g、月季花10g、菟丝子10g、桑葚子10g、枸杞子10g、覆盆子10g、淫羊藿10g、巴戟天10g、益母草10g、甘草5g)。对照组使用人工周期疗法(补佳乐和黄体酮胶囊)。治疗3个周期后，治疗组的月经症状、中医证候、各项激素的改善情况和子宫血流状、阻力指数下降情况均优于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3.3 针药结合

来玉芹等<sup>[15]</sup>进行中药周期疗法联合腹针治疗卵巢早衰的临床疗效观察。采用中药周期疗法治疗，基本方以枸杞子15g、当归12g、女贞子15g、淮山15g、熟地黄15g、丹皮10g、川芎10g、黄精15g、淫羊藿12g、山茱萸12g、菟丝子15g、桑椹30g组成。黄体期则在基本方加杜仲15g、桑寄生15g、续断15g，经期不服药，卵泡期则在基本方加党参12g、墨旱莲15g、丹参15g，排卵期则在基本方加茺蔚子10g、桃仁10g、牛膝10g、肉苁蓉10g、赤芍10g。治疗组是中药周期治疗再加上腹针治疗(主穴：中脘、下脘、气海、关元，配穴：气穴、天枢、水道、归来)。治疗组的总有效率为96.6%，对照组为82.8%，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组的血清FSH及中医证候改善优于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3.4 针刺治疗

房繁恭教授<sup>[16]</sup>认为POF是因肾精亏虚，冲任失调，伴随情志不调造成。治疗原则为调冲任、补肝肾、安神志，同时着重调理“心(脑)-肾-天癸-冲任-胞宫”生殖轴平衡。通过此治疗原则拟定调经促孕十三针(百会、本神、神庭、大赫、天枢、关元、中脘、次髎、卵巢、足三里、三阴交、太溪、太冲)。房繁恭等<sup>[16]</sup>进行预针刺干预卵巢早衰24例的临床观察，进行自身前后对比，血清FSH水平显著降低，血清雌激素水平增加，同时临床妊娠率达31.8%。

### 3.5 其他

曹志芳等<sup>[17]</sup>通过补肾健脾中药联合穴位艾灸治疗卵巢早衰,探讨对于患者LH、E2、FSH水平的影响及临床效果。通过补肾健脾汤(女贞子10g、补骨脂10g、巴戟天10g、仙茅10g、覆盆子10g、葫芦巴10g、淫羊藿10g、当归12g、白术12g、党参15g、熟地黄15g、黄芪15g、山药15g、泽泻6g、丹皮6g、炙甘草6g),以及配合艾灸治疗(三阴交、足三里),发现治疗后患者子宫内膜厚度增加,E2水平升高,同时能减低LH、FSH水平并且有效地改善临床症状,总有效率为85.7%。

徐慧英等<sup>[18]</sup>进行督任灸联合坤泰胶囊治疗卵巢早衰的疗效分析。观察组使用督任灸联合口服坤泰胶囊治疗,对照组使用口服坤泰胶囊治疗。治疗后,两组患者证候和激素水平均有改善( $P < 0.05$ ),但是观察组的总有效率和证候、激素水平的改善优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 4. 小结

古籍中并没有卵巢早衰此病名,因此根据相关的临床症状如闭经、不孕症等,从古代以及相关的病证归纳总结,从而学以致用,为本病提供相应的病因病机理论概念及治疗思路。卵巢早衰为妇科临床疾病的疑难杂症之一,大部分医家认为本病以肾虚为主,伴血瘀,虚实夹杂,同时与脾、肝、心等密切相关。中医治疗通过中药、针刺、针药结合、埋线疗法等方法都在卵巢早衰这种疑难杂症中取得不错的临床疗效为病人提供另一种治疗方案。

### 参考文献

- [1] 孙美娜,韩延华,韩延华教授治疗肾虚血瘀型卵巢早衰经验总结[J].中国医药导报,2020,01:142-145.
- [2] 胡金芳,刘慧萍,张楚洁,等.尤昭玲运用助卵方治疗卵巢早衰经验[J].中华中医药杂志,2021,06:3369-3372.
- [3] 李伟,柴松岩.柴松岩治疗卵巢早衰不孕验案[J].中国中医药信息杂志,2017,11:110-111.
- [4] 朱玲,罗颂平.罗颂平从阴阳论治卵巢早衰[J].中国中医基础医学杂志,2020,06:841-843.
- [5] 罗玉雪,李贝,李晓荣,等.从脾论治卵巢早衰探析[J].中国中医药现代远程教育,2021,06:50-52.
- [6] 张文军.陈莹教授治疗卵巢早衰经验总结[D].辽宁中医药大学,2010.
- [7] 陈素珍,赵颖,张玉珍.滋癸益经汤联合滋肾育胎丸治疗卵巢早衰的研究[J].广州中医药大学学报,2020,01:41-45.
- [8] 闫晓彤,齐联.滋肾育胎丸临床应用及作用机制研究进展[J].上海中医药杂志,2016,08:98-100.
- [9] 武燕,束芹.右归丸治疗脾肾阳虚型卵巢早衰的临床疗效观察[J].现代中药研究与实践,2016,03:61-64.
- [10] 蒋定芬,谢卫琴.健脾补肾活血方治疗脾肾阳虚证卵巢早衰临床研究[J].新中医,2020,10:93-96.
- [11] 滕秀香,李培培,姚海洋,等.加减毓麟汤治疗卵巢早衰脾肾阳虚证的临床研究[J].中华中医药杂志,2017,08:3849-3851.
- [12] 吴丽婷,石玥,刘雁峰,等.肖承棕治疗卵巢早衰经验[J].中医杂志,2017,02:108-110.
- [13] 吴丽婷.七子益肾理冲汤治疗肝肾阴虚型卵巢早衰临床疗效观察[D].北京中医药大学,2017.
- [14] 周紫琼,杜雪莲,黄剑美.尤氏卵巢早衰方治疗肾虚血虚型卵巢早衰的临床疗效研究[J].中医临床研究,2020,29:103-106.
- [15] 来玉芹,韦媛媛,凌沛,等.中药周期疗法联合腹针治疗卵巢早衰58例临床观察[J].湖南中医杂志,2017,12:52-53.
- [16] 房繁恭,陈滢如,王飞,等.预针刺干预卵巢早衰24例[J].中国针灸,2017,03:256-258.
- [17] 曹志芳,张月红.补肾健脾中药联合穴位艾灸对卵巢早衰患者LH、E2、FSH水平的影响及临床效果评价[J].实验与检验医学,2020,03:564,565+577.
- [18] 徐慧英,程洪顺,张玲,等.督任灸联合坤泰胶囊治疗卵巢早衰的疗效分析[J].中国医药导刊,2021,03:177-180.

# 儿童变应性鼻炎从肺脾气虚论治 临床随机对照试验的Meta分析

廖欣婷

**目的：**对儿童变应性鼻炎从肺脾气虚论治的中医药随机对照试验进行Meta分析，旨在为中医从肺脾气虚论治儿童变应性鼻炎提供循证医学依据。

**方法：**全面搜集所有有关中医药从肺脾气虚论治儿童变应性鼻炎的临床随机对照试验。研究对象为肺脾气虚的变应性鼻炎患儿，试验组的干预措施采用中医健脾补肺益气法治疗（治疗途径不受限制）或中西医结合治疗，对照组采用常规西医治疗、安慰剂。采用Cochrane系统评价方法，制定合理的文献纳入与排除标准，采用合适的检索策略检索中英文数据库进行文选筛选和资料提取。采用Cochrane协作网偏倚风险评估工具对纳入文献进行偏倚风险评价。使用Revman5.3软件对纳入文献进行数据统计，对中医试验组及西药对照组治疗儿童变应性鼻炎的总有效率、随访后有效率以及随访后复发率等方面进行统计分析，比较其疗效及安全性。

**结果：**最终共纳入25篇随机对照研究，均为中文文献，总样本量为2184例，其中试验组1148例，对照组1036例。Meta分析结果显示：中医治疗组的总有效率大于西药组，差异有统计学意义[RR=1.14, 95%CI (1.09, 1.19)]。中医治疗组的随访后有效率高于西药组，差异有统计学意义[RR=1.44, 95%CI (1.28, 1.61)]。中医治疗组的随访后复发率低于西药组，差异有统计学意义[RR=0.52, 95%CI (0.37, 0.72)]。本次研究所纳入的文献方法质量普遍低下，异质性较高，选择偏倚、实施偏倚、测量偏倚、报告偏倚风险较大。

**结论：**中医治疗儿童变应性鼻炎在改善鼻部症状和降低血清IgE水平方面比单纯西药治疗的疗效更好。中医治疗儿童变应性鼻炎在长期疗效方面比用西药治疗更有优势。本次Meta分析的结果提示儿童变应性鼻炎从肺脾气虚论治有一定的疗效，然而本次研究所得出的结论仍需在未来开展更多大样本、多中心、双盲设计、更规范化的随机对照试验来进行证实。

**关键词：**变应性鼻炎；儿童；肺脾气虚；Meta分析；随机对照试验

## 1. 研究资料和方法

### 1.1 文献纳入标准

#### 1.1.1 研究类型

儿童变应性鼻炎从肺脾气虚论治的中医药临床随机对照研究，盲法不限，仅限中英文文献。

#### 1.1.2 研究对象

- ① 符合儿童变应性鼻炎的西医诊断标准，参考《儿童变应性鼻炎诊断和治疗的专家共识》（2010年，重庆）拟定的诊断标准；
- ② 年龄 ≤ 18岁儿童，性别和种族不受限制；
- ③ 符合肺脾气虚证型的诊断，参考中华中医药学会《中医耳鼻喉科常见病诊疗指南》关于“鼻渊—肺脾气虚证”制定的中医诊断标准；
- ④ 家长知情，同意参与本试验者。

#### 1.1.3 干预措施

试验组可采用中医健脾补肺益气法治疗（治疗途径不受限制）或中西医结合治疗，对照组采用常规西医治疗、安慰剂。

#### 1.1.4 结局指标

- ① 主要结局为临床有效率；
- ② 次要结局指标为随访情况、复发率及不良结局指标。

## 1.2 文献排除标准

- ① 非随机对照研究，半随机对照研究，观察性研究、经验总结、综述、个案报道、理论探讨、动物实验研究、会议文献等研究类型文献；
- ② 合并鼻窦炎、血管运动性鼻炎、鼻息肉、鼻中隔偏曲等其他鼻部疾病者；
- ③ 合并有原发性心血管、肝、肾、造血系统及神经系统疾病者；
- ④ 合并呼吸道感染、肺炎、肺结核、中耳炎等感染性疾病者；
- ⑤ 合并腺样体肥大、支气管哮喘等合并症患者；
- ⑥ 无明确诊断标准、数据不详而无法获取数据的研究；
- ⑦ 未提及疗效标准和疗效判定标准的文献研究；
- ⑧ 内容和数据重复报道的文献。

## 1.3 研究方法

### 1.3.1 文献检索策略

中文文献通过检索中国知网（CNKI）、万方数据库(Wanfang Data)、重庆维普中文科技期刊数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(CBM)，外文文献通过检索PubMed和Cochrane Library数据库，检索时间限定为建库至2020年12月，初步获得可能符合本次研究所需的文献。中文文献检索词以“过敏性鼻炎、变应性鼻炎、鼻渊”，“儿童、小儿”以及“气虚、益气、补气、补肺、健脾”等为关键词进行检索。英文

检索词以“Rhinitis, Allergic”、“perennial rhinitis”、“seasonal rhinitis”、“child”、“children”、“qi deficiency”、“invigorating qi”、“replenishing qi”、“invigorating spleen”、“tonifying lungs”, 为主题词或关键词进行检索。

### 1.3.2 文献筛选方法

- ① 通过检索制定的中英文数据库, 导出与本次研究相关的文献并将其导入文献管理软件EndNoteX9中, 用该软件进行筛查并剔除重复文献;
- ② 通过阅读初步筛选的文献标题及摘要, 剔除与本研究不相关的文献, 或试验组干预措施不符合纳入标准等;
- ③ 剔除非随机对照临床试验、半随机对照试验、观察性研究、动物实验、病例报道、理论机制探讨、传统综述、会议文献等;
- ④ 下载筛选后的文献, 通过阅读全文, 根据纳入和排除标准对纳入研究进行二次筛选;
- ⑤ 最终确定纳入本次研究的文献数目。

### 1.4. 数据提取

使用Excel2010软件来建立资料提取表, 具体提取的条目包括: ① 纳入文献的基本特征: 题目、作者、发表年份、西医及中医诊断标准、疗效评价标准、受试者的基线资料(年龄、性别、病程)、治疗组与对照组例数、治疗组与对照组干预措施、疗程、结局指标、脱落失访(例数、原因描述)、随访情况、不良事件。② 试验方法学特征: 随机序列生成法、分配隐藏法、盲法(包括受试者、研究者、结局测量者、结局数据评价者)、结局数据的完整性、是否选择性报告研究结果、其他偏倚来源。

### 1.5. 数据文献质量评价

采用Cochrane系统评价员手册5.1.0版的每个风险偏倚工具对纳入文献进行质量评价。

### 1.6. 统计学方法

使用Revman5.3软件进行数据统计分析。首先根据试验组及对照组干预措施情况的不同, 将结局指标均一致的研究文献进行合并分析。对于二分类变量数据结果, 可通过合并相对危险度(relative ratio, RR) 来分析效应量及其95%可信区间(confidence interval, CI)表示。对纳入文献进行合并分析时, 可通过I<sup>2</sup>数值来评定纳入文献统计学异质性的等级。若计算结果I<sup>2</sup> ≤ 50%, P > 0.05, 可采用固定效应模型进行合并分析。若计算结果I<sup>2</sup> > 50%, P < 0.05, 宜采用随机效应模型进行合并分析, 并寻找异质性来源。如果纳入的研究存在明显的异质性, 则全部一律使用随机效应模型。

## 2. 研究结果

### 2.1 文献筛选的流程

本次研究检索出的相关文献共424篇, 阅读题目及摘要后, 排除综述类、动物实验类、会议类及不相关研究共166篇。按照纳入及排除标准进行全文阅读, 最终纳入25篇文献, 具体文献筛选流程图见图1。

图1 文献筛选流程图



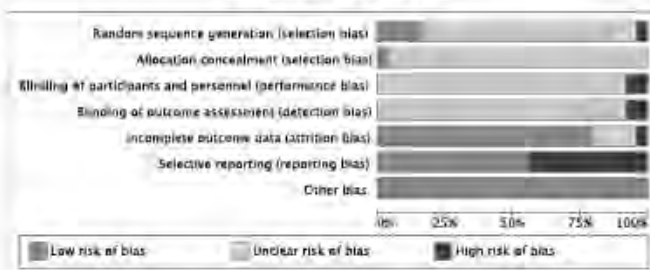
### 2.2 纳入研究的特征

纳入文献中, 总样本量为2184例, 最大样本量180例, 最小样本量59例; 对照组干预措施均为西医治疗方案, 试验组干预措施包括中药治疗、中医外治治疗、中医内外合治治疗及中西医结合治疗方案。纳入研究以中药治疗为试验组13篇, 以中医外治或中医内外合治为试验组5篇, 以中西医结合治疗为试验组7篇。纳入研究皆以临床疗效评价为结局指标, 其余指标不尽一致, 且个别研究差异性较大。纳入研究各采用的诊断标准不尽一致。各纳入文献的基本信息见表1。

### 2.3 Cochrane偏倚风险评价

采用Revman5.3软件对纳入研究进行Cochrane偏倚风险评估, 绘制偏倚风险评价图, 具体的文献偏倚风险评价见图2。

图2 纳入研究偏倚风险图



### 2.4. 儿童变应性鼻炎从肺脾气虚论治的Meta分析

#### 2.4.1 两组总有效率的比较

所有纳入的25篇研究均报告了两组治疗的总有效率, 均采用西药为对照组, 治疗有效例数在中医治疗组及西药组分别为1052/1148, 814/1036。合并效应量后I<sup>2</sup>= 43%, P = 0.01, 研究间存在轻度统计学异质性。合并效应量后显示RR = 1.14, 95%CI = [1.09, 1.19], 两组间的差异有统计学意义, 中医治疗组的总有效率大于西药组。合并效应量的检验 Z = 5.59, P < 0.00001, 提示从肺脾气虚论治的中医治疗与西药治疗相比临床疗



表1 纳入研究的基本特征

研究编号	样本量 T/C	年龄 ( )		干预措施		治疗程/ 随访时间	结局指 标	主要症 状积分 或 其他指标
		试验组 (T)	对照组 (C)	试验组	对照组			
陈文英 2010 <sup>[1]</sup>	35/35	4.86 0.43	4.76 0.42	自拟固 表健脾 方	氯雷他 定+苯 海拉 明黄 素滴 鼻剂	4周/ 无随访	疗效评 分	鼻部症 状积分 sI- CAM-1 水平
余亮 2013 <sup>[2]</sup>	32/32	9.875 3.58086	9.4063 3.72316	健脾通 窍饮	糠酸莫 米松 喷雾剂	2周/ 2个月	全身症 状积分	鼻部症 状评分 血清 IgE、 IL-4 水平
刘玉 2013 <sup>[3]</sup>	30/30	5.20 1.80	5.60 2.10	益气脱 敏汤	氯雷他 定 颗粒	3周/ 无随访	鼻部症 状评分 鼻部体 征评分	鼻部症 状评分 鼻部体 征评分
林彪 2013 <sup>[4]</sup>	60/59	7.04 2.39	6.94 2.42	玉屏风 散+对 照组	布地奈 德喷 雾剂+ 氯雷他 定片	8周/ 6~12 个月	鼻部症 状评分	鼻部症 状积分 鼻部体 征积分 中医证 候积分
吴拥军 2014 <sup>[5]</sup>	30/30	9.08 2.46	9.05 2.63	益气温 阳方	盐酸西 替利 糖浆	4周/ 6个月	鼻部症 状评分 鼻部体 征评分	临床症 状评分 血清 IgE、 LTB4 IL-4 IL-6 IL-10 水平
吴新春 2014 <sup>[6]</sup>	56/50	= 8.5	= 8	玉屏风 散+苍 耳子 散+对 照组	布地奈 德喷 雾剂	3个月/ 无随访	鼻部症 状评分 鼻部体 征评分	鼻部症 状评分 鼻部体 征评分 IgE水平
黄东辉 2014 <sup>[7]</sup>	66/66	9.360 2.005	9.480 2.032	加味补 中益 气汤	氯雷他 定片+ 孟普司 特钠+ 糠酸莫 米松 喷雾剂	4周/ 无随访	鼻部症 状评分	鼻部症 状积分 鼻部体 征积分
王雪青 2015 <sup>[8]</sup>	46/44	3岁: 27 6岁: 14 10~13 岁: 5	3岁: 25 6岁: 13 10~13 岁: 6	鼻炎贴 敷脐	孟普司 特钠	4周/ 3个月	鼻部症 状积分 眼部症 状积分 生活质 量积分	鼻部症 状评分 血清 IgE、 IL-10、 IL-17 水平
袁海霞 2015 <sup>[9]</sup>	120/60	10.26 3.22	11.05 3.65	辛香喷 鼻剂+ 鼻保健 操	布地奈 德喷 雾剂+ 鼻保健 操	4周/ 无随访	鼻部症 状评分 鼻部体 征评分 中医证 候积分	鼻部症 状积分 鼻部体 征评分 中医证 候积分
吕林亚 2016 <sup>[10]</sup>	30/30	5.40 2.06	5.28 2.64	温肺健 脾方	氯雷他 定 糖浆	4周/ 6个月	鼻部症 状积分 鼻部体 征评分	鼻部症 状积分 鼻部体 征评分 中医证 候积分
张永政 2016 <sup>[11]</sup>	30/30	6.30 1.20	6.50 1.70	益气脱 敏汤	氯雷他 定 颗粒	3周/ 3个月	鼻部症 状评分 鼻部体 征评分	鼻部症 状积分 鼻部体 征评分 中医证 候积分
刘小东 2016 <sup>[12]</sup>	60/60	7.58 2.53	7.43 2.83	冲鼻1号 方+中 药内服 方	布地奈 德喷 雾剂	4周/ 无随访	鼻部体 征评分	鼻部症 状评分
黄敬之 2017 <sup>[13]</sup>	68/32	6.24 2.14	6.22 2.19	玉屏风 颗粒+ 中药敷 涌泉 穴	氯雷他 定片	30天/ 6个月	鼻部症 状评分 鼻部体 征评分 中医证 候评分	鼻部症 状评分 眼部症 状评分
石艳红 2017 <sup>[14]</sup>	30/30	5.83 3.48	5.73 2.75	鼻炎方	氯雷他 定片	4周/ 无随访	鼻部体 征评分	鼻部症 状积分 鼻部体 征积分
安静娟 2018 <sup>[15]</sup>	30/30	7.00 2.05	8.00 2.43	益气温 阳方	氯雷他 定片	4周/ 无随访	鼻部体 征评分	鼻部症 状评分 鼻部体 征评分
宋卫军 2018 <sup>[16]</sup>	38/38	8.70 1.40	8.50 1.30	益气脱 敏汤	氯雷他 定片	3周/ 3个月	鼻部体 征评分	鼻部症 状评分 血清 IgE、 IL-4 水平
翁超尘 2018 <sup>[17]</sup>	30/29	6.92 2.42	7.24 2.09	益气通 鼻散+ 艾灸百 会穴	糠酸莫 米松 喷雾剂	4周/ 3个月	鼻部症 状积分 鼻部体 征积分 中医证 候积分	鼻部症 状积分 鼻部体 征积分 中医证 候积分
雷丁婷 2018 <sup>[18]</sup>	49/49	6.12 1.53	6.08 1.49	自拟益 气脱敏 汤+对 照组	氯雷他 定片	4周/ 无随访	鼻部体 征评分	临床症 状评分 血清 IgE、 LTB4 IL-4 IL-6 IL-10 水平
黄丽燕 2019 <sup>[19]</sup>	45/45	= 8.3	= 7.7	参苓白 术散+ 生理性 海水 鼻腔喷 雾剂	糠酸莫 米松 喷雾剂	4周/ 无随访	鼻部体 征评分	鼻部症 状评分 鼻部体 征评分 IgE水平
贾露 2019 <sup>[20]</sup>	35/35	8.20 3.10	8.40 3.10	益气温 阳散 汤+对 照组	盐酸西 替利 糖浆	4周/ 无随访	鼻部体 征评分	鼻部症 状积分 鼻部体 征积分
陈双 2019 <sup>[21]</sup>	53/53	9.02 3.28	9.18 3.63	自拟益 气脱敏 汤+对 照组	氯雷他 定片	3周/ 无随访	鼻部体 征评分	鼻部症 状评分 血清 IgE、 IL-10、 IL-17 水平
杜雅琦 2019 <sup>[22]</sup>	35/35	2~6 岁: 25 7~14 岁: 10	2~6 岁: 20 7~14 岁: 15	温肺止 流丹	氯雷他 定片	4周/ 2个月	鼻部体 征评分	鼻部症 状积分 鼻部体 征评分 中医证 候积分
田怡 2019 <sup>[23]</sup>	29/26	4~6 岁: 6 7~10 岁: 16 11~14 岁: 7	4~6 岁: 3 7~10 岁: 15 11~14 岁: 10	益气固 卫通 窍方	氯雷他 定片	4周/ 1个月	鼻部体 征评分	鼻部症 状积分 鼻部体 征评分 中医证 候积分
赵夫研 2020 <sup>[24]</sup>	75/75	4.00 1.50	5.00 0.50	玉屏风 散+对 照组	盐酸西 替利 糖浆+ 孟普司 特钠	4周/ 无随访	鼻部体 征评分	鼻部症 状评分
潘善伟 2020 <sup>[25]</sup>	37/35	3岁5个 月~13岁 7个月	3岁9个 月~13岁 4个月	益气温 阳散+ 苍耳子 散	地氯雷 他定干 混悬液 +糠酸 莫米松 喷雾剂	3周/ 3个月	鼻部体 征评分	鼻部症 状评分 眼部症 状评分

效更有优势。由于纳入研究的干预措施不统一，考虑到不同的干预措施使用效果可能不同，故根据纳入研究试验组干预措施的不同进行亚组分析以解决研究间的异质性，所有的Meta分析一律采用随机效应模型进行合并分析(图3)。

以单纯中药治疗为试验组共纳入13篇研究，治疗有效例数在中药组及西药组分别为402/451, 351/445。合并效应量后 $I^2=14\%$ ,  $P=0.30$ ，统计研究间存在轻度异质性。合并效应量后结果显示 $RR=1.10$ ，95%CI(1.04, 1.16)，两组间的差异有统计学意义，中药组的总有效率大于西药组。合并效应量的检验 $Z=3.19$ ， $P=0.001$ ，提示中药与西药相比临床疗效更有优势。

以中医外治或中医内外合治为试验组共纳入5篇研究，治疗有效例数在中药组及西药组分别为305/324, 191/225。合并效应量后 $I^2=64\%$ ， $P=0.02$ ，统计研究间存在中度异质性。合并效应量后显示 $RR=1.10$ ，95%CI(0.99, 1.22)，两组间的差异无统计学意义。

以中西医结合治疗为试验组共纳入7篇研究，治疗有效例数在中西医结合治疗组及西药组分别为

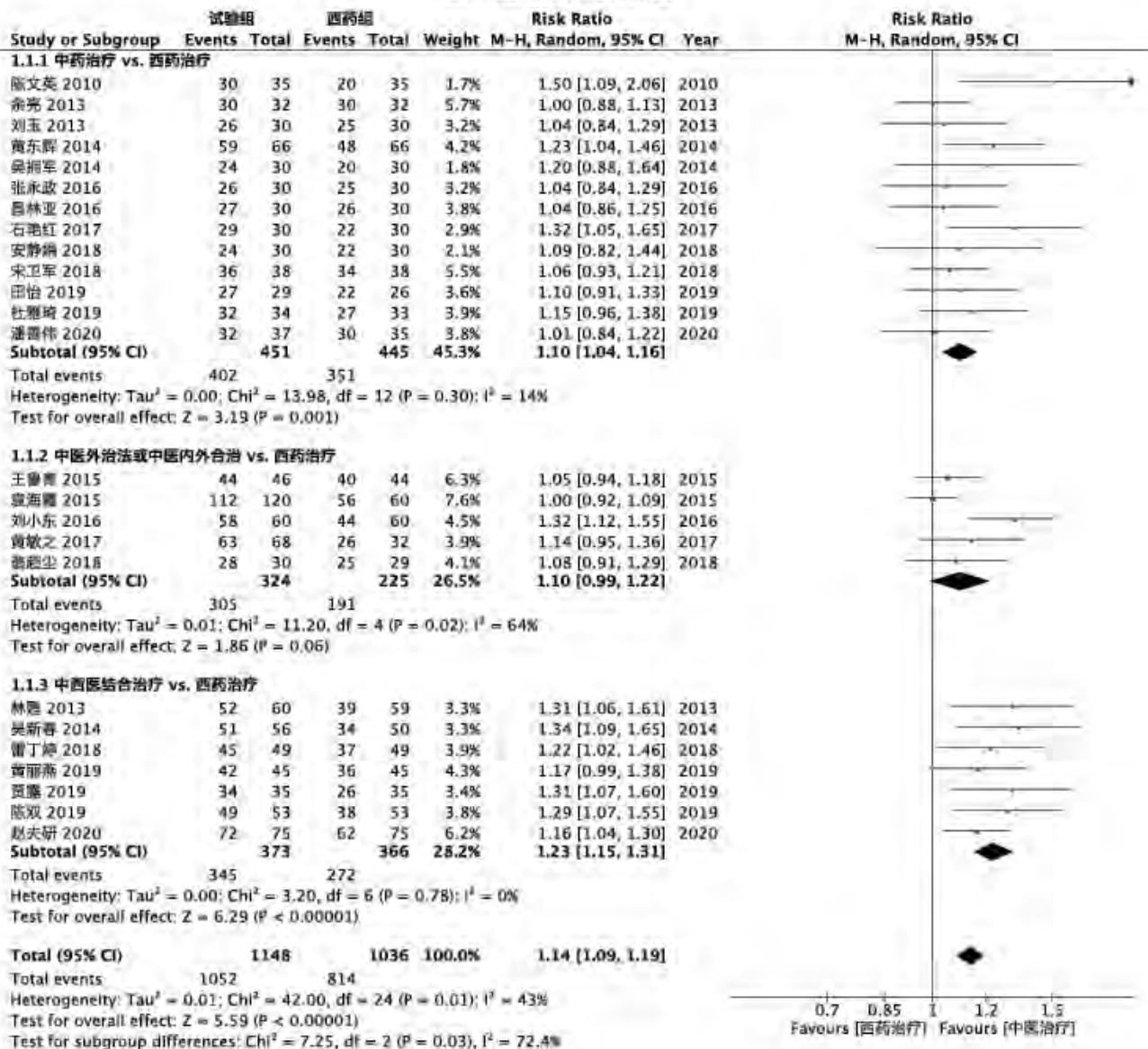
345/373, 272/366。合并效应量后 $I^2=0\%$ ， $P=0.78$ ，各研究间不存在统计学异质性。合并效应量后显示 $RR=1.23$ ，95%CI(1.15, 1.31)，两组间的差异有统计学意义，中西医结合治疗组总有效率大于西药组。合并效应量的检验 $Z=6.29$ ， $P<0.00001$ ，提示中西医结合治疗与西药治疗相比临床疗效更有优势。

## 2.4.2 远期疗效的比较

### 2.4.2.1 两组随访后有效率的比较

共有9篇研究均报告了治疗后随访的总有效率。合并效应量后 $I^2=0\%$ ， $P=0.61$ ，统计研究间不存在任何异质性。由于纳入研究的干预措施不能统一，且随访周期各异，故采用随机效应模型进行合并分析。合并效应量后显示 $RR=1.44$ ，95%CI(1.28, 1.61)，两组间的差异有统计学意义，中医治疗组的随访后有效率高于西药对照组。合并效应量的检验 $Z=6.16$ ， $P<0.00001$ ，提示从肺脾气虚论治的中医治疗在远期疗效方面与西药治疗相比临床疗效更有优势(图4)。

图3 两组总有效率的森林图



### 2.4.2.2 两组随访后复发率的比较

共有5篇研究均报告了治疗后随访的复发率。合并效应量后  $I^2 = 37\%$ ,  $P = 0.17$ , 统计研究间存在轻度异质性。由于纳入研究的干预措施不能统一, 考虑到不同的干预措施使用效果可能不同, 且随访周期各异, 因此采用随机效应模型进行合并分析。合并效应量后显示  $RR = 0.52$ ,  $95\%CI(0.37, 0.72)$ , 两组间的差异有统计学意义, 中医治疗组的随访后复发率低于西药对照组。合并效应量的检验  $Z = 3.89$ ,  $P = 0.0001$ , 提示从肺脾气虚论治的中医治疗在远期疗效方面与西药治疗相比临床疗效更有优势 (图5)。

## 3. 讨论分析

### 3.1 研究的结论

中医治疗对比西药的Meta分析结果显示: 总体而言, 中医治疗在总有效率以及随访有效率方面均优于西药治疗; 中医治疗组的随访后复发率低于西药对照组。根据以上的定量评价结果, 总体而言, 从肺脾气虚论治的中医治疗在治疗儿童变应性鼻炎与单纯西药相比更有优势, 且复发率较低。

### 3.2 纳入研究的方法质量学分析

本次纳入的25篇研究在4项Cochrane偏倚风险来源中, 分别是随机分配方法、分配隐藏方案以及研究者和受试者盲法的实施, 多数被评价为偏倚风险不确定 (图2), 可能对本次研究的质量学评价上有一定的影响。尽管本次纳入的研究表面上称为随机对照试验, 还

是无法确定“随机”的真实性, 仅有4篇研究具体阐明了所采用的随机分组手段。本次纳入的研究未充分地执行分配隐藏, 所有纳入的25篇研究中仅有1篇研究实施分配隐藏方案。如果这些随机生产分配序列在招募和分配受试者时不能充分掩蔽, 所形成的不可预测的和无偏倚的序列就可能是无效的。本次纳入的研究除了2篇描述因时间及资金的限制而无法实施盲法, 其余研究均未提及盲法的实施。由于中医药的特点, 实施的研究者及受试者均易于明确分辨出所实施的干预措施, 因此进一步使盲法的实施更加困难。

除此之外, 纳入的研究多数为阳性结果报道, 部分文献因未完整报道了预先指定的结局指标而存在选择性偏倚, 可能存在遗漏或蓄意掩盖阴性结果等情况, 进而产生引用偏倚。这可间接影响到评价中医治疗对比西药治疗在各方面比较的数量, 导致各研究间存在显著统计学异质性, 甚至影响两组比较的统计学差异和合并效应量。据此, 本次研究存在选择性偏倚、实施偏倚、测量偏倚及报告偏倚多方面高风险的可能性, 反映出纳入研究的方法学质量普遍逊色。

### 3.3 从肺脾气虚论治儿童变应性鼻炎的用药规律

纳入本次研究的25篇文献中, 试验组的中医干预措施皆使用了健脾补肺益气类的中药, 25篇文献中出现频率最高的首4味中药分别是黄芪 (20篇)、防风 (18篇)、白术 (15篇) 及苍耳子 (12篇)。由此可见, 儿童变应性鼻炎的治疗中经常使用补气类及解表散寒类的中药。

纳入本次研究的随机对照试验所采用的中药干预措施常由玉屏风散合苍耳子散加减化裁。玉屏风散有益气

图4 两组随访后有效率的森林图

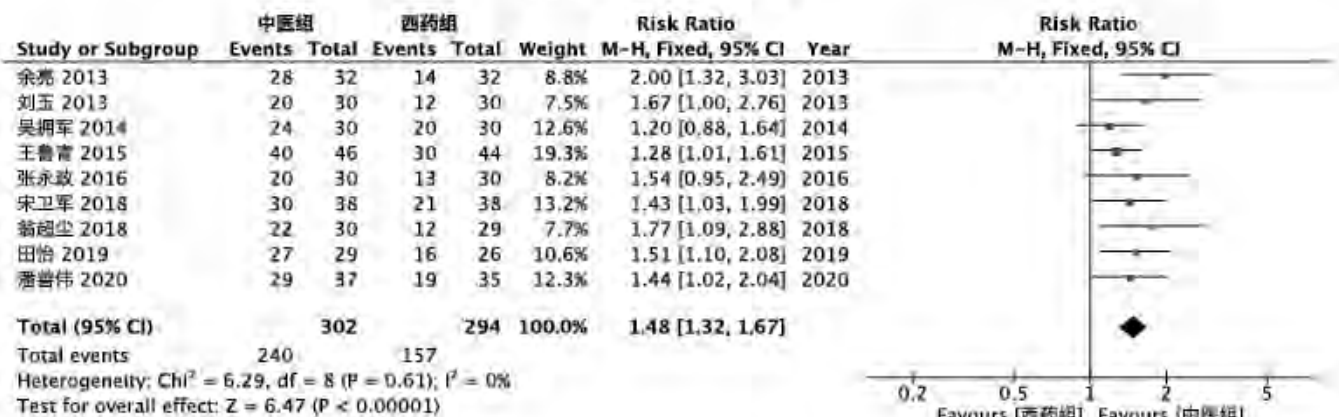
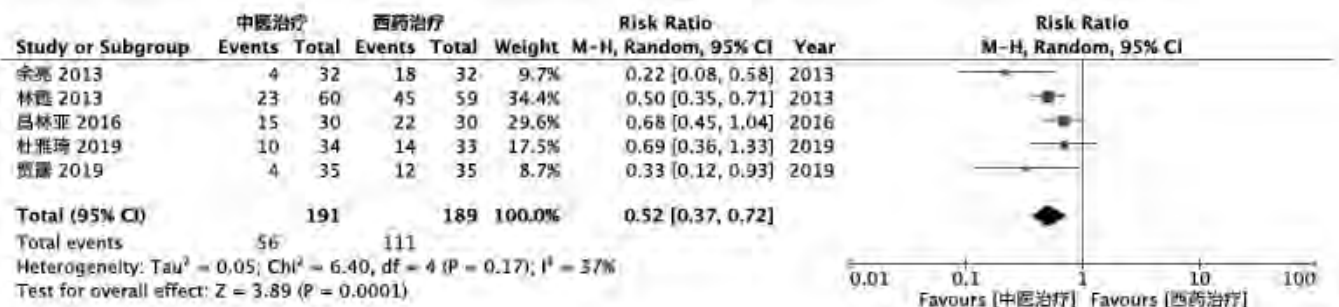


图5 两组随访后复发率的森林图



实卫固表之功效，方中药物为黄芪、白术、防风。三药相伍，补中寓散，散不损正，补不碍邪。顾瑛<sup>[26]</sup>等用玉屏风散提取物对变应性鼻炎小鼠进行治疗，实验结果显示玉屏风散能使Th1/Th2比值升高，尚能使过度表达的Th2细胞被抑制，从而防止Th2细胞所介导的上呼吸道非特异性炎症反应发生。黄芪味甘、性微温，入脾、肺经，长于健脾补肺、益气升阳、固表止汗，为补气要药，并在许多治疗鼻鼽的处方中是必不可缺。

肺脾气虚，营卫不和是小儿鼻鼽的发病基础，风犯肺窍是诱发鼻鼽发病的重要外因。现代著名中医儿科医家汪受传教授认为“伏风”在鼻鼽和其他变应性疾病的发病起主导作用，其形成多由脏腑、气血阴阳失调，风邪内生所致。“伏风”来自先天禀赋，它潜伏于体内，形成小儿特异体质。鼻鼽患儿的特异禀质随小儿终身，因此通过健脾补肺益气之法进行调理，即可消除肺窍之“伏风”。

诸多医家认为鼻鼽的治疗若单纯从肺论治，而不同时辅以健脾益气，则临床疗效往往欠佳，正如《石室秘录》所述：“五脏之中，除肺一经之外，俱可正治，独肺经不可正治”，“治肺之法，正治甚难，当转治以脾”。治病用药，必须借助脾胃之气以施布药力至周身，若脾胃气虚，则百药难以施效。脾气调养，则土自生金；不培其土，则土无以生金，脾气旺盛则肺卫自充，有利于药效的发挥和鼻窍的恢复<sup>[27]</sup>。导师吴力群教授根据小儿“肺常不足，脾常不足”的生理特点，并谨遵“治病必求于本”之训，提出从肺脾气虚论治儿童变应性鼻炎，创制了“益气祛风方”。

此外，许多研究在治疗小儿鼻鼽在补肺健脾的基础上，辅以疏风散寒通窍之药，其代表方为苍耳子散。君药苍耳子“独能上达巅顶，疏通脑户之风寒”，具有祛风除湿、通窍止痛之功，善治鼻鼽，为鼻科要药<sup>[28]</sup>。它尚能减轻豚鼠鼻黏膜的病理改变，降低血清中IL-4水平，升高IFN- $\gamma$ 的水平，从而调节Th1/Th2之间的平衡，降低血清IgE水平，对变应性鼻炎的治疗有良效。因为伏风阻滞气道，气机不畅，肺脏则无法正常发挥通调水道之职，导致水液内停，化生痰饮。病程日久，肺主治节功能不及，气郁痰滞，血行不畅，痰瘀内停，久病入络。久病气虚，鼓动无力，亦痰瘀内生。因此，许多医家在上述的基础上巧用活血通络、化痰通络及虫类通络之品，如当归、川芎、石菖蒲、蝉蜕以增强临床疗效。

#### 4. 结论

- ① 从肺脾气论治儿童变应性鼻炎的中医治疗在长期疗效方面比用西药治疗更有优势。
- ② 本次Meta分析的结果提示儿童变应性鼻炎从肺脾气虚论治有一定的疗效，然本次研究所建立的结论仍需在将来开展更多大样本、多中心、双盲设计、更规范化的随机对照试验来进行证实。

#### 参考文献

- [1] 陈文英.固表健脾方治疗小儿肺脾两虚型过敏性鼻炎35例[J].中医学报,2010,25(2):316-317.
- [2] 余亮.健脾通窍饮治疗小儿变应性鼻炎(肺脾两虚型)的临床研究[D].成都中医药大学,2013.
- [3] 刘玉,史军.益气脱敏汤治疗儿童变应性鼻炎的疗效观察[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2013,21(6):444-445+433.
- [4] 林甦.中西医结合治疗小儿过敏性鼻炎60例临床观察[J].福建中医药,2013,44(2):14-15.
- [5] 吴拥军,严道南,杨祁.益气温阳方治疗儿童变应性鼻炎肺气虚寒证临床观察[J].南京中医药大学学报,2014,30(3):229-231.
- [6] 吴新春,冯斌.中西医结合治疗肺脾气虚型儿童过敏性鼻炎56例[J].河南中医,2014,34(7):1390-1391.
- [7] 黄东辉,陈俊曦,纪树芳,等.加味补中益气汤治疗儿童变应性鼻炎的疗效探讨[J].中医临床研究,2014,6(11):3-5.
- [8] 王青普.自制“鼻炎贴”敷脐治疗小儿过敏性鼻炎肺气虚寒证的临床研究[D].山东中医药大学,2018.
- [9] 袁海霞.辛香喷鼻纳米乳剂治疗儿童变应性鼻炎的临床研究[D].南京中医药大学,2015.
- [10] 昌林亚.温肺健脾配方颗粒治疗儿童变应性鼻炎30例临床观察[J].中国民族民间医药杂志,2016,25(9):94-95.
- [11] 张永政,王海.益气脱敏汤治疗儿童变应性鼻炎[J].吉林中医药,2016,36(11):1132-1135.
- [12] 刘小东,张燕平.基于中医外治内服法治疗小儿变应性鼻炎(肺气虚寒型)的临床效果分析.黔南民族医学学报,2016,29(3):173-175.
- [13] 黄敬之,林甦.玉屏风散口服联合涌泉穴贴敷治疗儿童变应性鼻炎肺气虚型35例临床观察[J].中医儿科杂志,2017,13(2):80-85.
- [14] 石艳红,范文萃,徐丹,等.鼻炎方治疗儿童变应性鼻炎临床观察[J].新中医,2017,49(7):124-126.
- [15] 安静娟,杨祁,吴昆昱,等.益气温阳方治疗儿童变应性鼻炎的60例疗效观察[J].中医临床研究,2018,10(26):23-24.
- [16] 宋卫军,黄坤平,黄嘉韵,等.益气脱敏汤治疗小儿变应性鼻炎疗效分析[J].中华中医药学刊,2018,36(6):1519-1521.
- [17] 翁超尘.内外合治、益气温阳治疗小儿鼻鼽的临床疗效观察[D].福建中医药大学,2018.
- [18] 雷丁婷.自拟益气脱敏汤联合氯雷他定治疗小儿过敏性鼻炎肺气虚寒型49例临床观察[J].中医儿科杂志,2018,14(6):53-56.
- [19] 黄丽燕,郑妮亚.参苓白术散加减结合生理性海水治疗儿童肺脾气虚型鼻鼽临床观察[J].光明中医,2019,34(20):3141-3143.

# 小儿哮喘的中西医诊治

张骏发

支气管哮喘是一种以慢性气道炎症和气管高反应性为特征的异质性疾病，以反复发作的喘息、咳嗽、气促、胸闷为主要表现，常在夜间和/或凌晨发作或加剧。呼吸道症状的表现形式具有随时间而变化的特点，并常伴有可变的呼气气流受限。哮喘可发生在任何年龄，儿童哮喘多起始于3岁前，是导致儿童严重发病和死亡的主要原因<sup>[1]</sup>。

根据全球哮喘防治倡议（GINA）的估计，2004年世界上约有3亿人患有哮喘，到2025年，这数字将增加到4亿<sup>[2]</sup>。近年来，补充和替代医学（Complementary and Alternative Medicine, CAM）对管理慢性病的兴趣和使用呈上升趋势。在哮喘的治疗上，除了常规西药治疗以外<sup>[3]</sup>，中医药、针灸也是哮喘管理中常见的替代疗法<sup>[4,5]</sup>。因此我们应重视中医药在西医的治疗基础上的辅助及配合。

## 1. 小儿哮喘的西医认识

### 1.1 小儿哮喘的西医诊断标准

根据中华医学会儿科学分会呼吸学组《中华儿科杂志》“儿童支气管哮喘诊断与防治指南（2016年版）”<sup>[6]</sup>，儿童哮喘的诊断如下：

- 1) 反复喘息、咳嗽、气促、胸闷，多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、呼吸道感染、运动以及过度通气（如大笑和哭闹）等有关，常在夜间和（或）清晨发作或加剧。
- 2) 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性，以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。
- 3) 上述症状和体征经抗哮喘治疗有效，或自行缓解。
- 4) 除外其他疾病所引起的喘息、咳嗽、气促和胸闷。
- 5) 临床表现不典型者（如无明确喘息或哮鸣音）应至少具备以下1项：（1）证实存在可逆性气流受限：①支气管舒张试验阳性；吸入速效 $\beta_2$ 受体激动剂（如沙丁胺醇压力定量气雾剂salbutamol 200–400 $\mu\text{g}$ ）后15min第一秒用力呼气量（FEV1）增加 $\geq 12\%$ ；②抗炎治疗后肺通气功能改善：给予吸入糖皮质激素和（或）抗白三烯药物治疗4–8周，FEV1增加 $\geq 12\%$ ；（2）支气管激发试验阳性；（3）最大呼气流量（PEF）日间变异率（连续监测2周） $\geq 13\%$ 。符合第1–4条或第4、5条者，可诊断为哮喘。

### 1.2 哮喘分期

根据临床表现，哮喘可分为急性发作期（突然发生喘息、咳嗽、气促、胸闷等症状，或原有症状急剧加重）、慢性持续期（3个月内不同频度和/或程度的出现哮喘症状）及临床缓解期（临床症状、体征消失，肺功能恢复到发作前水平并维持3个月以上）。

### 1.3 哮喘的治疗原则

哮喘控制治疗应尽早开始，要坚持长期、持续、规范、个体化的治疗原则。急性发作期的治疗应快速缓解症状，如平喘、抗感染治疗。慢性持续期和临床缓解期应防止症状加重和预防复发，如避免诱发因素、抗感染、降低气道高反应性、防止气道重塑，并做好自我管理。

### 1.4 药物治疗

根据哮喘分期及药物的应用，哮喘的治疗药物可分为急性期缓解剂和长期控制用药。

#### 1.4.1 急性期缓解剂

缓解剂用于哮喘急性发作，在几分钟内通过舒张支气管的作用使得哮喘症状得以缓解。吸入速效 $\beta_2$ 受体激动剂（Short-acting beta-agonists, SABA），如沙丁胺醇（Salbutamol），是所有年龄段患儿的一线用药。虽然间断或长期应用SABA可以启动或增加抗感染治疗的效应，但通常还是以按需使用为基础。与其他缓解剂（如抗胆碱能药物）相比，SABA安全性好，且对平滑肌细胞的作用最快、最强，剂量依赖，其常见的不良反应也是剂量依赖、自限性颤抖及心率增快。

#### 1.4.2 长期控制药物

吸入性糖皮质激素（Inhaled Corticosteroids, ICS）针对各年龄段哮喘患儿，应用治疗剂量的ICS可以改善症状及肺功能，降低额外药物的应用，减少因喘息急性发作的住院率，因此各指南或治疗方案均推荐持续性发作的哮喘患儿应每日用ICS。低剂量ICS可以使大部分轻度哮喘分级患儿的病情得到控制。一旦症状控制良好，应该逐渐将ICS减至最低有效剂量。常用吸入性糖皮质激素有：布地奈德（Budesonide）与氟替卡松（Fluticasone）。其他控制药物类型包括：白三烯调节剂（Leukotriene modifier），长效 $\beta_2$ 受体激动

剂 (Long acting beta agonist, LABA), 缓释茶碱 (Theophylline)。

### 1.4.3 哮喘的阶梯治疗

根据患者缓解期病情变化的情况制定个体化治疗方案, 当病情加重时, 增加药物剂量或种类 (升级治疗); 当病情明显改善而且稳定时, 减少药物用量或种类 (降级治疗)。在阶梯治疗中, 需遵守一个“急升慢降”的原则: 在病情加重时要尽快升级, 而病情缓解时则不要急于降级, 应当等病情稳定一个时期 (大约3个月) 再降级, 否则降级很难成功。

### 1.5 家长对小儿哮喘用药的误区

由于对使用类固醇影响孩子生长发育有潜在副作用的误解, 一些父母不愿意为他们的哮喘儿童开始ICS治疗, 或者一旦他们的孩子没有出现任何喘息迹象就自行在没有医生指示的情况下减少处方剂量。哮喘延迟或治疗不良的后果可严重影响儿童的发育和学习能力, 并且该疾病可能在成年期进一步发展为慢性阻塞性肺病(COPD)<sup>[7]</sup>。

## 2. 中医如何看待哮喘

### 2.1 哮喘的中医病因病机

支气管哮喘属中医学“哮喘”范畴。中医认为小儿哮喘的内因是由于肺、脾、肾三脏亏虚, 痰饮留伏, 成为哮喘之夙根, 外因责之于感受外邪 (包括外感邪气、接触异物、异味以及饮食有所偏嗜等)。感受外邪, 导致肺气不利, 触动伏痰, 痰随气升, 气因痰阻, 相互搏结, 阻塞气道出现咳嗽、喘促等哮喘的临床症状。由于感邪的性质不同和体质上的差异, 在急性发作期, 病性上可有寒热的区别。在发作期后若邪伤正虚, 外邪夹痰留伏, 又可出现痰邪敛肺、虚实夹杂之慢性持续期; 肺脾肾不足能致哮喘, 而哮喘反复发作, 又可反致三脏亏虚, 出现缓解期的正虚表现。

### 2.2 哮喘的中医治疗原则

在小儿哮喘的治疗上, 中医采取“急则治其标, 缓则治其本”的治疗原则, 与西医基本相同, 在急性发作期以祛邪治标为主; 慢性持续期则标本兼顾; 临床缓解期则扶正固本为主。

临床上, 尤其是在医学知识充足的新加坡, 在小儿哮喘急性发作期, 患儿出现喘息、咳嗽、气促、胸闷等症状时, 家长都会首选到小儿急诊治疗, 或已采取使用缓解喷雾剂治疗, 所以中医门诊较少接诊急性发作期患儿。但这并不代表中医师应该忽略哮喘发作期的诊治, 反之中医应对哮喘发作的表现更熟悉, 以便即时发现及判断患儿急性发作期并建议采取相应的治疗。小儿哮喘发作易反复, 临床难以治愈, 所以在临床缓解期的预防

当是其病治疗的关键所在, 于此中医“缓则治其本”, 善于调养脏腑的疗法对此期的功效更值得重视。

### 2.3 小儿哮喘缓解期从“脏”论治

基于中医对哮喘病因病机的认识<sup>[8]</sup>, 现代医家在此基础上有所延伸, 也认为小儿哮喘的主要病变部位在肺, 但与脾、肾、心和肝等脏腑密切相关, 且相互影响, 在治疗上也各有所重视的脏腑。

首先, 肺主气, 司呼吸, 肺常虚则气无所主, 少气不足以息则喘。肺主皮毛, 开窍于鼻, 肺常虚则卫表不固, 外邪从皮毛、口鼻而入, 引动伏痰, 诱发哮喘。肺朝百脉, 主治节, 肺脏正常才得以“水精四布, 五经并行”, 肺常虚则津液带些失常而聚为痰液储于肺中, 血行无力, 瘀阻于脉, 痰瘀交结, 蕴伏于肺而成为宿根。汪受传教授<sup>[9]</sup>根据反复感受风邪易致哮喘反复发作的发病特点, 认为小儿哮喘缓解期应从固本御风治疗, 临证选用玉屏风散为主加减。高雅等<sup>[10]</sup>以益气固本、理肺祛邪为小儿哮喘缓解期基本法则, 常以太子参、黄芪、白果、黄芩、炙麻黄、丹参、炙款冬花、枳壳组成基本方, 可较好控制小儿哮喘的反复发作。诸位中医都通过补肺益气固本的治法治疗哮喘缓解期的患儿, 同时也能预防哮喘的发作。

其次, 小儿脾常不足, 运化功能尚不完善, 且生长发育迅速, 所需水谷精微更为迫切, 加之饮食不知自节, 贪食生冷酸咸甘肥或因喂养不当, 极易造成饮食失节、损伤脾胃。诸因相合, 则积热蒸痰, 使肺气宣降不利, 每能诱导哮喘的发生。孟晓露<sup>[11]</sup>从“脾主运化”角度来论治小儿哮喘缓解期, 认为在哮喘缓解期, 哮喘已平, 应以清除“夙根一痰”为主, 保持脾运如常在防治小儿哮喘缓解期起着至关重要的作用, 主要通过补脾益胃、健脾运脾、未病先防, 临床常用参苓白术散、香砂六君子汤等加减治疗。董幼祺等<sup>[12]</sup>认为小儿患者病理基础为痰饮留伏, 食滞脾虚为重要原因, 因此应当重视调和脾胃, 服用保和丸可以起到助运化湿及消食健脾的效果, 结合其临床表现, 加入薄荷及苏叶可以加强宣散风邪的效果; 甘草、杏仁及苏子共奏化痰降气肃肺之功。在小儿哮喘缓解期, 治以健脾益气, 不仅能使脾健运, 痰湿易除, 也能起到“虚则补其母”的效果, 使肺气功能可正常运作, 减少哮喘的发作。

再者, 小儿肾常虚或久病伤肾, 若劳倦过度, 耗伤正气, 肾气无以蒸腾气化水湿则水液代谢异常, 痰浊内生。肾主纳气, 气根于肾而归于肺, 故肾气之摄纳有助于肺气之肃降, 肾虚失于纳气侧肺气上逆, 发为哮喘; 肾内寄元阳, 命门之火温煦脾土以助其健运, 肾阳不足, 脾土失温, 水谷运化失司, 内生痰饮。杨瑛<sup>[13]</sup>根据肾主纳气的理论, 从肾藏精、精化气方面论述肺与肾的关系, 用都味肾气丸治疗小儿哮喘肾不纳气证, 结果显示可以减少哮喘发作次数。程

度、改善肾不纳气的体质及Asthma Control Test (ACT)评分方面有效。

最后,肝与情志关系密切,且小儿心、肝常有余,情志失调极易导致肝失疏泄,气机不利,从而影响到肺,肺失宣降,肺气上逆而作咳喘。且根据五行学说,金克木,肝木疏散太过或肝气郁闭、郁而化火,皆可引起肝木侮金,气机上逆,引动伏痰,亦可诱发哮喘。由此可见五脏功能失司皆可致哮喘,在治疗和预防上,现代医家也各有见解。郭军雄等<sup>[14]</sup>认为哮喘的发作与肝有着密切的关系,从肝失疏泄、肝火上炎、肝郁气滞、肝肾阴亏等方面阐述小儿哮喘发病与肝的密切关系,并通过疏肝理肺法、清肝泻肺法、调肝畅肺法、滋肝润肺法等,均在临床上得到验证。祝冬灿<sup>[15]</sup>也认为小儿肝火相对亢奋者居多多见性格任性、易烦躁、易敏感、多汗等症,采用芍麦钩藤汤治疗小儿哮喘缓解期,效果满意。临床上,现代医家也逐渐意识到小儿所面临的环境、生活及学习上的压力,及其与哮喘发作的关系,所以在哮喘的治疗及预防也会注重肝主疏泄的问题。

### 3. 总结

综上所述,小儿哮喘的治疗需考虑到哮喘的分期,在急性发作期,应当首先采取相应的西医急救治疗,以避免情况危急,威胁生命,中医仍可配合其用药及针灸治疗,但不可耽误西药急救。处于缓解期时,患儿仍应继续吸入ICS抑制气道炎症,预防哮喘发作,并按照西医指示进行阶梯治疗,此时中医可通过调理肺脾肾诸脏,改善病人的身体状态及免疫功能,从而减少哮喘复发的情况,也有助于缩短哮喘的疗程。

### 参考文献

- [1] Martinez FD, Vercelli D. Asthma. The Lancet 2013; 382(9901) 1360-72.
- [2] Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Allergy 2004; 59(5) 469-78.
- [3] Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2017. <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
- [4] Lim MK, Sadarangani P, Chan HL, Heng JY. Complementary and alternative medicine use in multiracial Singapore. Complementary therapies in medicine 2005; 13(1) 16-24.
- [5] Ang KL, Foo S. Childhood Asthma And Dietary Management Among Singapore Parents.
- [6] 鲍一笑,陈爱欢,符州,李昌崇,刘传合,向莉,尚云晓,赵德育,陈志敏,洪建国. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南(2016年版)[J]. 中华儿科杂志, 2016, 03: 167-181 Nutrition & Food Science 2001; 31(6) 319-35.
- [7] Silva GE, Sherrill DL, Guerra S, Barbee RA. Asthma as a risk factor for COPD in a longitudinal study. Chest 2004; 126(1) 59-65.
- [8] 中西医结合防治儿童哮喘专家共识[J]. 国际儿科学杂志, 2020, 47(06) 373-379.
- [9] 王明明. 汪受传教授治疗小儿哮喘临床经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12 (18) : 26-28.
- [10] 高雅, 田丽, 李芳, 等. 基于益气固本、理肺祛邪法论治小儿支气管哮喘缓解期[J]. 中医杂志, 2016, 8(16): 1428-1429.
- [11] 钟诗旭, 孟晓露. 孟晓露从“脾主运化”论治小儿哮喘缓解期经验[J]. 广西中医药, 2014, 37(5) : 44-45.
- [12] 董幼祺, 董继业, 郑含笑. 董氏儿科运用杜痰法治疗小儿哮喘缓解期经验[J]. 中华中医药杂志, 2014(4) 1127-1128.
- [13] 杨项. 都气丸治疗小儿哮喘肾不纳气证的临床研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2016.
- [14] 郭军雄, 呼兴华, 程畅和. 从肝论治小儿支气管哮喘[J]. 中医儿科杂志, 2006, 2 (6) : 22-23, 30.
- [15] 祝冬灿. 芍麦钩藤汤治疗小儿哮喘缓解期45例[J]. 浙江中医杂志, 2008, 43 (10) : 583.

# 小儿推拿治疗湿疹

庄慧娜

湿疹 (Eczema) 是小儿最常见的皮肤疾病。据估计, 全球约有15%至20%的儿童患有湿疹, 而在新加坡, 约20%的学龄儿童患有湿疹。湿疹是几种类型的皮肤炎症总称, 在儿童中以特应性皮炎 (Atopic Dermatitis) 为最常见。现代中医称湿疹为“湿疮”。

一般湿疹表现为多形性皮损, 以丘疹, 红斑, 丘疱疹为多, 并伴有明显瘙痒, 皮损易渗出液体, 遇热, 遇湿都可使湿疹表现显著。此外, 患者的皮损常对称性出现, 发病部位不一, 易于复发。

小儿湿疹多病发于小儿出生二至六个月后, 大部分患者是在五岁之前发病, 而且往往始于首次进食或引入新食物的婴儿。发生于两岁以下婴儿的过敏性皮肤病叫“婴儿湿疹”, 又称“奶癣”, 相当于西医的婴儿湿疹。婴儿湿疹是一种急性或亚急性湿疹, 常病发在婴儿的额头, 两颧和头皮, 严重者可以蔓延到全身。患儿常有家族过敏史。湿疹也多见于人奶哺育的婴儿。大部分的湿疹患儿会随着年龄增长而逐渐好转, 有些儿童的皮肤状态可能会延续到青年期, 而仅小部分到成年期仍会有严重的湿疹。

## 湿疹的中医病因

### 1. 先天因素

古代医家对小儿湿疹早有认识, 如中医名著《外科正宗》指出, 婴儿湿疹的发病和禀受胎湿热毒密切相关。中医认为“湿疹的发生多源于湿邪, 与脾胃关系密切。”脾为后天之本, 气血生化之源, 脾喜燥而恶湿, 最容易被湿邪所伤。而湿疹是由于禀性不耐 (俗称过敏体质), 或母怀胎时, 食物辛辣, 遗热与儿, 兼之后天调养失常, 如饮食不当, 嗜食肥甘厚味之品, 使湿从内生, 湿毒内蕴, 而成病的夙根。小儿形气未充, 肌肤薄嫩, 所以易外受风邪入侵。风湿热毒相搏, 侵淫肌肤而发为湿疹。热毒蕴于肌肤, 日久化燥, 风燥相兼, 而使局部皮肤干燥而痒。

### 2. 外感湿热夹风

湿为阴邪, 湿性黏滞, 缠绵难愈, 一旦郁于肌表, 阻遏阳气, 则气血不能正常达于外而固护肌表, 反以相互搏结郁于肌表发为湿疹。湿疹往往病程较长, 缠绵不愈, 逢阴雨湿热天气加重, 创面常有潮湿或者流黄水等, 与湿邪特点相符。

《外科大成·不分部位小症》中道: “诸疮痛痒, 皆属于火。风盛则痒, 盖为风者, 火之标也。凡风热客于皮肤, 作痒起粟者, 治宜疏风。”说明火热邪与风邪均为皮肤的重要致病因素。热邪具有易生疮痒易生风动血, 易耗伤津液等特点。

风为百病之长, 其为阳邪, 易袭阳位, 善行而数变, 所以风邪侵袭人体后往往首先出现外表肌肤的病变, 并且发病迅速, 易致痒。湿疹责之脾虚, 湿热内聚, 外受风邪袭于皮肤而发为湿疹。

### 3. 内有食积化热

小儿属“纯阳之体”, 且“阳常有余, 阴常不足”。《宣明方论小儿门》云: “小儿病着纯阳, 热多冷少也”。小儿阴气相对衰弱, 阳气相对旺盛, 本身偏热性体质居多, 故小儿疾病多为热证。明代万全首次提出“小儿体质少阳”之说, 强调小儿阳气偏盛, 易呈热性体质。现代小儿食积的倾向甚多, 内热多重。在临床辨证中, 食积化热的病机不容忽视。小儿易内火旺盛, 形成偏热性体质, 极易与外感湿热之邪或者风邪相合, 且内热旺盛的患儿血行迅速或者气血壅滞, 毛细血管脆性更大, 亦可诱发小儿湿疹。

## 湿疹分类

### 1. 急性湿疹

主要特征: 多见于宝宝最初发湿疹时, 病情较简单, 皮肤常见红疹, 红斑, 呈潮红色, 有水泡, 一般没有皮屑; “热邪”症状: 容易心烦, 口渴, 体温/体表温度略高, 身体觉得热, 汗出不畅身体发痒, 大便干结, 颜色偏深, 舌质偏红, 苔黄腻, 舌头上有芒刺突起, 俗称草莓舌。

### 2. 过渡期湿疹

主要特征: 热像不明显, 脾虚湿蕴, 皮损变成暗红色, 皮肤破溃结痂后会脱屑,

脾虚症状: 孩子一般表现胃口变小, 腹胀, 大便稀, 舌淡红, 苔白腻。

### 3. 慢性湿疹

主要特征: 皮损颜色暗, 患处肥厚干燥。

正气不足症状: 血虚则易生风化燥。





## 中医治疗

湿疹虽然属于皮肤表病，但源于内因，因此对于本病，中医着重于内治，其次辅以外治。中医治疗湿疹主要是把体内积聚的湿、热毒引出并排除，同时也要改善患儿的体质，让身体机能恢复正常。中医治疗可根据患儿的体质而定，主要可采用健脾、化湿、活血、清泻等治法，治疗方式包括内服、外用中药，以及配合小儿推拿以增强疗效。通过中医治疗能缓解临床症状，改善皮损，并在一定程度上控制疾病的复发。

小儿湿疹主要可分三型论治：

1. 热盛型：其特征是局部皮肤潮红，红斑水疱，流滋，甚则黄水淋漓，糜烂，结黄色痂皮，瘙痒不安，大便干，小便黄赤。治法宜疏风清热止痒，常用方剂消风散加减，中药有木通，知母，苦参，胡麻仁，苍术，蝉蜕，牛蒡子，防风，荆芥，石膏，当归，生地黄，甘草。
2. 湿盛型：其特征是局部皮肤暗淡，不热，渗出不多，或有脱屑，结痂厚，痒感较轻，患儿多有消化不良，大便稀溏，或完谷不化。治疗宜清热利湿，祛风止痒，常用方剂萆薢渗湿汤加减，中药有萆薢，薏苡仁，黄柏，茯苓，牡丹皮，泽泻，滑石，通草。
3. 血虚风燥型：其特征是局部皮肤干燥，甚至皮肤干枯，自觉瘙痒剧烈，夜间加重，湿疹时间长反复发作，搔抓痕遍布，结有血痂，大便秘结，舌红有裂纹，苔少，脉细数。治疗宜养血祛风止痒，常用方剂当归饮子加减，中药有当归，白芍，川芎，生地黄，白蒺藜，防风，荆芥，何首乌，黄芪，甘草。

## 小儿推拿治疗湿疹

小儿推拿治疗湿疹是安全，无副作用，唯一的“劣势”就是需要家长花精神和时间，可是为了孩子的健康，只要有效果，这种付出就是值得的。



## 常用小儿推拿穴位

### 1. 清补脾经

定位：拇指桡侧，指根至指尖。

手法：术者拇指桡侧或指面自孩子拇指桡侧指根推至指尖，推100-500次。

### 2. 清胃经

定位：拇指掌面第1节，亦有在大鱼际桡侧赤白肉际之说。

手法：术者食指自孩子大鱼际桡侧掌根推至拇指根，推100-500次。

### 3. 清肝经

定位：食指螺纹面，从指根至指尖成一直线。

手法：术者右手拇指自孩子食指螺纹面从指根推至指尖，推100-500次。

### 4. 清肺经

定位：无名指螺纹面，从指根至指尖成一直线。

手法：术者右手拇指自孩子无名指螺纹面从指根推至指尖，推100-500次。

### 5. 清大肠经

定位：食指桡侧缘，自虎口至指尖一直线。

手法：术者右手拇指桡侧面，自孩子虎口直推至食指指尖，推100-500次。

### 6. 清天河水

定位：在前臂内侧正中，自腕横纹至肘横纹成一直线。

手法：术者食、中二指指腹沿孩子前臂正中线，从腕横纹起推至肘横纹，推100-500次。

### 7. 掐揉合谷穴

定位：在手背，第1、2掌骨间，当第二掌骨桡侧的中点处。

手法：术者拇指指甲重掐孩子虎口凹陷，继以揉之，掐3-5次，揉100-150次。

### 8. 掐揉曲池穴

定位：肘横纹外侧端与肱骨外上髁连线中点。

手法：术者拇指指甲于孩子肘弯横纹头凹陷中掐之，继以揉之。掐3-5次，揉100-500次。

### 9. 揉风门

定位：第2胸椎棘突下，旁开1.5寸。

手法：术者两手四指扶孩子肩，两手拇指指腹揉风门，揉20-30次。

### 10. 揉肺俞

定位：第3胸椎棘突下，旁开1.5寸。

手法：术者两手四指扶孩子肩臂处，两手拇指指腹揉肺俞，揉50-100次。

## 小儿湿疹推拿穴位解析

### 1. 内有湿热

内有湿热可选：清补脾经、清肺经、清天河水、清大肠、揉足三里、揉丰隆各2分钟，捏脊5次。

推拿方解：清补脾经，揉足三里，揉丰隆，捏脊能健脾，帮助除湿；清肺经，清天河水可以清热祛风。

## 2. 脾虚湿热

脾虚湿热可选：补脾经、补胃经、揉板门、顺运内八卦、清肺经各2分钟，揉脾俞、揉足三里、揉丰隆各1分钟，捏脊5次。

推拿方解：补脾经，补胃经，揉板门，顺运内八卦，揉脾俞，揉足三里，揉丰隆，捏脊健脾除湿，清肺经祛风。

## 3. 脾虚风燥

脾虚风燥可选：补脾经、补胃经、揉二人上马各2分钟，揉板门、顺运内八卦，清肺经、揉脾俞、揉胃俞、揉足三里、揉血海各1分钟，捏脊5次。

推拿方解：补脾经，补胃经，揉二人上马，揉板门，顺运内八卦，揉脾俞，揉足三里，揉血海，捏脊有助于健脾养血滋阴，清肺经祛风。

## 小儿湿疹的护理方法

### 1. 寻找病因

准备患儿的食物及新接触物日记。每次孩子皮损加重或是瘙痒加重，考虑是否与食物或是接触物有关联，然后记录下来。经过一段时间的观察后，可以大致上了解孩子对哪些食物或物品比较敏感。

### 2. 适当忌口

对于母乳喂养的婴儿，母亲应尽量少食辛辣刺激食物，如辣椒，海鲜，牛羊肉，鸡肉，亦应忌食香菜，韭菜，芹菜，姜，葱，蒜等辛香之品。小儿食物尽可能以新鲜、清淡饮食为好，应减少盐份，以免体内积液太多而易发湿疹。家长也应避免让小儿食用含有色素、防腐剂、稳定剂、膨化剂等的加工食品。小儿也应忌口热带水果（芒果、桂圆、荔枝、榴莲等），辛辣，油腻，酸奶，甜食，饼干，生冷，以及发物类食物，如鸡肉、牛羊肉、海鲜鱼虾等。如果不能确定过敏源，则无需特意禁食。自主进食的孩子应多进食薏米，山药，冬瓜，扁豆等食物。

### 3. 防止搔抓

反复搔抓皮损，会损伤皮肤，容易继发细菌感染使病情恶化，因此应经常修短小儿指甲，减少抓伤。晚上可用纱布包住患儿的双手，防止抓伤，平时也可戴布帽，减轻后枕部的摩擦。患儿的衣服、被褥等也应柔软干净，宽松适宜，同时保持患儿的室内温度及湿度适宜。

### 4. 保护皮肤

一般父母都明白勤洗手和洗澡可以消除病菌，却忽视了皮损的保护措施如润肤，因而加剧皮肤的干燥，也破坏了皮肤的屏障功能。清洗时用温水，在皮肤上的沐浴剂一定要冲净。润肤时应选用非油性，无色无香的润肤霜。

### 5. 耐心配合

教育家长别为孩子随意外用涂药，应让专业医疗人员推荐治疗方案。在护理过程中，清洁、湿敷、外敷时的手法都要轻软，以减少患儿疼痛。对于焦躁，哭闹不止的孩子，要有耐心和细心。

### 6. 纯棉衣服

湿疹患者的衣服，特别是内衣要选择纯棉、宽松、透气良好的纹理，如果是其他材质的衣服容易引发过敏反应。棉质内衣质地柔软，更有利于皮肤健康，避免皮肤摩擦，不要使化纤类衣物直接接触到皮肤。

### 7. 环境清洁

尽量保持室内环境的清洁，避免过敏原。室内最好经常打开窗户以保持空气流通，避免潮湿。常用热水清洗被套和床单避免感染源。

### 8. 生活起居

保持小儿排便通畅，睡眠充足，适当进行体育锻炼。

## 案例

苏某某，男，4岁，2021年4月28日触诊。

主诉：全身皮肤瘙痒反复发作2年。

现病史：患儿全身皮肤瘙痒反复发作2年，曾于竹脚妇幼医院诊断为“小儿湿疹”，间断使用西药（激素类具体不痒）口服加外用，效果均不显。奶奶诉以四肢尤其双肘窝与膈窝瘙痒为主，分散性红斑，表面稍潮热，表面有抓痕，少许结痂，部分渗出，无皮屑，夜间瘙痒明显，纳呆，挑食，体质瘦小，眠差，偶醒来，二便调，舌尖红，苔白腻，脉滑细。

过敏史：鸡蛋，花生，牛奶，海鲜。

既往史：过敏性鼻炎。

家族史：父亲过敏性鼻炎。

诊断：湿疹。

治法：清热利湿，健脾止痒。

处方：消风散加减。

小儿推拿：补脾，清肝经，清肺经，清大肠经，清天河水，按揉板门，推小横纹，运八卦各200-300次，揉合谷，揉曲池，摩腹各100次，揉风门，揉肺俞各50次，捏脊5次，揉血海，揉足三里各100次。

## 医嘱：

1. 若有服用西药，西药和中药隔开2小时服用；

2. 避免搔抓，以防感染；

3. 忌食辛辣，鱼虾海鲜，鸡牛羊肉等发物，香菜，韭菜，芹菜，姜葱蒜等辛香之品；

4. 衣着应柔软宽松；

5. 发作期忌用热水烫洗，忌用肥皂等刺激物洗患儿。

5月3日二诊：服药后诸症稍有改善，偶上肢皮肤瘙痒，夜间瘙痒明显，纳可，挑食，眠差，二便调，舌尖红，苔白腻，脉滑细。继续治疗服中药配合小儿推拿。

5月7日三诊：服药后瘙痒改善，上肢偶瘙痒，夜间瘙痒减轻，纳可，挑食，眠差改善，二便调，舌红，苔白，脉滑细。继续治疗服药加小儿推拿。

5月14日四诊：服药后全身皮肤瘙痒改善，上肢瘙痒改善，纳眠可，二便调，舌红，苔白，脉滑细。今日无拿药，只是小儿推拿治疗。

5月18日五诊：左身体出现小疔疮，皮色红，瘙痒，纳可，挑食，眠差，瘙痒影响睡眠，舌红，苔白，脉滑细。用草药外洗方，金银花，野菊花，黄柏，蛇床子，地骨皮，蒲公英，苦参，紫花地丁，土茯苓各10克，白花蛇舌草，白鲜皮，防风各15克。配合小儿推拿。

5月25日六诊：用外洗方后皮肤瘙痒改善，左身体小疔疮缩小，纳可，眠差，二便调，舌红，苔白腻，脉滑数。方药用消风散和五味消毒加减配合小儿推拿。

6月1日七诊：近日去竹脚妇幼医院检查皮肤，口服加外用药。2天前吃薯条后皮肤瘙痒发作，上下肢瘙痒明显，舌红，夜间瘙痒加重，纳可，眠差，二便调，舌红，苔白腻，脉滑数。继续小儿推拿。

6月8日八诊：患儿服抗生素仍皮肤瘙痒，偶上肢瘙痒，夜间瘙痒明显，纳可，眠差，二便调，舌红，苔白腻，脉滑细。继续小儿推拿。

6月15日九诊：夜间全身皮肤瘙痒明显，偶上肢瘙痒，晨起打喷嚏，纳可，眠差，二便调，舌红，苔白腻，脉滑细。方药消风散加鼻通灵加减。配合小儿推拿。

6月22日十诊：药后与小儿推拿后皮肤瘙痒明显改善，皮肤瘙痒少发作，晨起打喷嚏少，纳眠可，二便调，舌红，苔白腻，脉滑细。继续服药与小儿推拿治疗。

#### 按语：

目前患儿皮肤瘙痒稳定，当患儿不忌口时湿疹发作，患儿对鸡蛋，牛奶，花生与海鲜过敏，过敏反应立刻全身皮肤瘙痒。患儿有过敏性鼻炎，父亲也有过敏性鼻炎史，中医认为肺主皮毛，开窍于鼻。肺气通于鼻，肺与鼻有直接联系，所以皮肤和肺与鼻有密切相关。

《素问·五脏生成篇》曰：“肺之合皮也，其荣毛也。”皮肤是由肺经的气机来充养，如肺经气机太足，血液循环加速，导致皮肤发红，怕热，导致皮肤过敏。

患儿湿疹属脾虚湿盛型，风邪侵淫，止痒必先疏风，治宜疏风为主，佐以清热除湿之法，故采用消风散治疗。方中以荆芥，防风，牛蒡子，蝉蜕之辛散透达，疏风散邪，使风去则痒止，共为君药。配伍苍术祛风燥湿，苦参清热燥湿，木通渗利湿热；石膏、知母清热泻火，是为热邪而用，以上俱为臣药。然风热内郁，易耗伤阴血；湿热浸淫，易瘀阻血脉，故以当归、生地、胡麻仁养血活血。甘草清热解毒，和中调药，为佐使。

小儿脾常不足，四时脾旺不受邪，以补脾经；肝常有余，以清肝经能安神除烦；清肺经，揉肺俞，肺外合皮毛，皮毛是肺的外延；肺与大肠相表里，《医经精义·脏腑之官》曰“大肠之所以能传导者，以其为肺之腑”，以清大肠经；以清天河水为铺，既可清五心烦热，而无清热太过之弊；按揉板门健脾和胃，消食化积；运八卦，推小横纹调中行气以助脾运，通过健脾补脾行气，以达脾运湿化之效；揉合谷，揉曲池能解表退热，宣肺止咳；揉风门祛风化湿；揉血海，治风先治血的道理，活血养血祛瘀；按揉足三里常能健脾和胃，补气补血；捏脊对五脏六腑之背俞穴有较大的刺激，可以起到调理全身机能，促进脏腑气血，改善体质，提高免疫力的作用。推拿与中药相辅相成，提高临床疗效，使患儿少受湿疹皮损瘙痒之苦。

#### 参考文献

- [1] 王金贵. 津沽小儿推拿[M]. 上海: 上海人民卫生出版社, 2018:172-173.
- [2] 江育仁. 实用中医儿科学[M]. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2005:948-951.
- [3] 何玉华, 康静. 推拿治疗婴幼儿湿疹120例[J]. 中国针灸, 2012,32(12):1103-1104.

# 基于表里气水血的柴胡剂阐述

陈泉铭

柴胡剂是由柴胡为中心，临床应用较多的方剂群体，始见与《伤寒论》。《伤寒论》偏六经、《金匮要略》偏脏腑，本为一书，用《金匮》表里气水血解释《伤寒论》方子，应该说得通。

《医学源流论·表里上下》载：“何谓表？皮肉筋骨是也；何谓里？脏腑精神是也”，据此，任何一种疾病，从大体病位来说，总不外表和里。气、血、津液则是人体维持生命活动必须的营养物质和动力。它们的不足和运行、输布的失常，是人体患病基本病机的重要原因，如湿、痰、饮为津液不归正化而形成的病理产物<sup>[1]</sup>。表里如果不落实到气血津液、脏腑经络上，就不能说明具体的病机，就不能确定相应的治疗原则和方法<sup>[2]</sup>。

本题以柴胡剂的原文为中心，以方剂化裁为重点，以气血水为主线，将柴胡剂系统归纳分析，论述其衍化模式，突出原文的病机、治法，从体质、药证的角度阐述其配伍意义，探求二者之间是通过什么联系的，完善对柴胡剂的认识。

## 1. 小柴胡汤证：气血津液、表里之间

傷寒五六日中風，往來寒熱，胸脅苦滿，嘿嘿不欲飲食，心煩喜嘔，或心中煩而不嘔，或渴，或腹中痛，或脅下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微熱，或欬者，小柴胡湯主之。（傷寒論96條）

《灵枢·经脉》载“胆足少阳之脉...络肝，属胆，循胁里...循胸，过季肋”，循行于身体之侧。少阳为初生之气，主生发，《伤寒例》载“始表中风寒，入里则不消矣”，邪转少阳，气往里进攻就会恶寒，少阳之气向外抗邪就会发热；经气不利，肝胆气郁，相火化热，腑病及胃，分别就会胸胁发满，表情静默。不欲饮食，心烦，喜呕。《伤寒论条辨·阳病阴病图说》载“少阳者。邪过肌肉而又进。则又到躯壳之内。腑脏之外。所谓半表半里者。少阳足胆经之合也”，方有执用皮肤、肌肉、壳之内腑脏之外定义太阳、阳明、少阳，用脾、肾、肝定义太阴、少阴、厥阴。其实，《伤寒论》、《金匮要略》中“表里”，俱为人体躯干的内外实体部位，“表”确切的含义是体表症状，包括四肢、官窍、经络、血脉等；“里”泛指内部脏腑，包括胸腹腔、胃肠等<sup>[3]</sup>。“寒热”，可以看作是体表的症状，邪正相争进退于少阳半表半里之间，因此有“往来”的特点；“胸膈苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕”，均可解为体内的症状。从表里论治，小柴胡汤证介于表里之间。“其

支者...合于手少阳”，足少阳胆经和手少阳三焦经有联系。“三焦者，决渎之官，水道出焉”，“三焦者，水谷之道路，气之所终始也”，胆气一郁，上、中、下焦就有不利的情况，病在水、在气。从水论治，半夏、生姜散饮祛痰；从气论治，半夏、生姜下气；柴胡疏郁使肝胆气机舒畅条达。气为血帅，血为气母，总的来说，小柴胡汤调和气血津液，和解表里。

## 2. 或然见证：柴胡体质，加减药证

若胸中煩而不嘔者，去半夏、人參，加枳實一枚；若渴，去半夏，加人參，合前成四兩半，枳實根四兩；若腹中痛者，去黃芩，加芍藥三兩；若脅下痞硬，去大棗，加牡蠣四兩；若心下悸，小便不利者，去黃芩，加茯苓四兩；若不渴，外有微熱者，去人參，加桂枝三兩，溫覆微汗愈；若欬者，去人參、大棗、生薑，加五味子半升、乾薑二兩。（傷寒論96條）

药证是中医临床用药的指征和证据，是某种症状、症候群、或体质状态<sup>[4]</sup>。药证是由体征和症状构成的诊断单元，柴胡证由“胸胁苦满”与“往来寒热”组成。前者的他觉体征有胸肋的硬满、肿块；自觉症状有胸膈间的满闷和肋肋下的气胀感，乃至一种抑郁痛苦的状态。后者的他觉体征有较长时间的体温异常；自觉症状有寒热交替感，乃至心理的过敏<sup>[5]</sup>。或然见证如此之多，都和三焦，和表里的气机有关系，提示柴胡证的覆盖面很大。就其内涵，冠之“柴胡体质”或更合适，自觉症状为多；一般体型中等或偏瘦；面色微暗黄，缺乏光泽；舌坚老、暗而紫点、舌体不淡胖；脉多弦细<sup>[6]</sup>。《类证活人书》载“所谓药证者，药方前有证也”，采用体质、药证的方法分析第96条的或然见证，把陈述化的症状相对应到公式化的药物加减，有利于建立柴胡剂的组方原则与相互之间的关联和差异。

## 3. 柴胡桂枝汤证：柴胡体质+表证

傷寒六七日，發熱，微惡寒，支節煩疼，微嘔，心下支結，外證未去者，柴胡桂枝湯主之。（傷寒論146條）

“若不渴，外有微熱者，去人參，加桂枝，溫覆微汗愈”，说明表证未罢，无里热伤津，去了主治气液不足的人参<sup>[7]</sup>，此条可理解为柴胡体质取“桂枝解肌”与药后调护。第146条叠有两个“微”字，“發熱，微惡寒，支節煩疼”，是表证未去，“微嘔，心下支結”是少阳里气

不和，可见表、里之证均较轻微，柴胡桂枝汤证亦可理解为柴胡体质取“桂枝解肌”。郑玄《周礼》说：“烦，犹剧也”，“支節煩疼”，就是四肢关节剧烈疼痛，表重里轻，据此，古人叫“七表三里之证”。从表里论治，两方发表和里兼施，但柴胡桂枝汤证整体较轻、症状偏表。

#### 4. 大柴胡汤证、柴胡加芒硝汤证：柴胡体质+里实热证

太陽病，過經十餘日，反二三下之，後四五日，柴胡證仍在者，先與小柴胡湯；嘔不止，心下急，鬱鬱微煩者，為未解也，與大柴胡湯，下之則愈。（傷寒論103條）傷寒十餘日，熱結在里，復往來寒熱者，與大柴胡湯。（傷寒論136條）

傷寒十三日不解，胸脅滿而嘔，日晡所發潮熱，已而微利，此本柴胡證，下之以不得利，今反利者，知醫以丸藥下之，此非其治也。潮熱者，實也，先宜服小柴胡湯以解外，後以柴胡加芒硝湯主之。（傷寒論104條）

“若胸中煩而不嘔者，去半夏、人參，加枳實”，说明热聚胸胁，未犯胃腑，不得甘补，去了人參，去了主治呕而不渴的半夏，加了主治胸中至心下闷痛的枳实，此条可理解为柴胡体质枳实实证。第103条，邪气越过太阳到了少阳，应与小柴胡汤，反而错误泻下，由无形热郁，到热邪进入胆腑，与有形精汁相结，使热邪内收、内敛、内聚，不能向外张扬，“心煩”减轻而成“微煩”。“嘔不止，心下急，鬱鬱”是“胸脅苦滿”、“喜嘔”、“嘿嘿”的加重。大黄主治痛而闭、烦而热，枳实主治胸腹痞满而痛；“心下急，鬱鬱微煩”、“热结在里”为“烦而热”、“胸腹痞满”。正气尚旺，去了人參、去了主治羸瘦的甘草<sup>[7]</sup>，大柴胡汤证可理解为柴胡体质大黄证、枳实证。

第104条“胸脅滿而嘔”为“胸脅苦滿”、“喜嘔”；“阳明之为病，胃家实是也”，“日晡所發潮熱”是阳明有燥热，应该用大柴胡汤，却用了丸药，“已而微利”。“实也”为阳明主治的“痛而闭”、或芒硝主治的“便秘”<sup>[7]</sup>；除“微利”外大柴胡汤证依存在，但胃津已损，燥结仍留，里实不甚，先用小柴胡汤达邪解表，后用柴胡加芒硝汤软坚清热。柴胡加芒硝汤证可理解为柴胡体质芒硝证，攻下逊于大柴胡汤，然润燥清热优于大柴胡汤。

从表里论治，偏表有柴胡桂枝汤；偏里、偏实、偏热，有大柴胡汤、柴胡加芒硝汤。或然见证、大柴胡汤证、柴胡加芒硝汤证，三方针对柴胡体质里热程度、津液损伤与所见症状的逐级加重，体现在药物配伍的调整，提示治则有常有变。

#### 5. 柴胡加龙骨牡蛎汤证：柴胡体质+气不利证

傷寒八九日，下之，胸滿煩驚，小便不利，譫語，

一身盡重，不可轉側者，柴胡加龍骨牡蠣湯主之。（傷寒論107條）

“若脅下痞鞭，去大棗，加牡蠣”，为胸胁苦满的进一步发展，乃气郁血滞，病在血分，以致两胁下痞满而硬，牡蛎主治惊悸、口渴而胸胁痞硬，此条可以理解为柴胡体质牡蛎证。第107条，伤寒下之，邪气内陷，“胸滿”同“胸脅苦滿”；“凡十一脏取决于胆也”，少阳之气不利则剧惊；太阳表膀胱气不利则“小便不利”，阳明里气不利则“谵语”，表里之气不和则“一身盡重，不可轉側”。龙骨主治惊悸<sup>[7]</sup>，“胸滿煩驚”为“胸胁痞硬”、“惊悸”，柴胡加龙骨牡蛎汤证可以理解为柴胡体质牡蛎证、龙骨证。从精神、病位、症状方面都可与第106条对比。桃仁承气汤证是血分有病，热与血结；柴胡加龙骨牡蛎汤证是气分有病，少阳气机不利。

从气论治，牡蛎咸寒软坚，去肝胆之气的凝结；或然见证、柴胡加龙骨牡蛎汤证，二方针对柴胡体质气分不利与所见症状的加重，体现在气分药物的配伍调整。

#### 6. 柴胡桂枝干姜汤证：柴胡体质+水气证

傷寒五六日，已發汗而復下之，胸脅滿微結，小便不利，渴而不嘔，但頭汗出，往來寒熱心煩者，此為未解也，柴胡桂枝干姜湯主之。（傷寒論147條）

“若心下悸、小便不利，去黃芩，加茯苓”，说明水气内停，水液转输不利，水气凌心；“若渴，去半夏，加人參、枳實根”说明津液已伤。茯苓主治小便不利，枳实根主治渴，二条病偏在水，可分别理解为柴胡体质茯苓证、枳实根证。第147条，下后邪转少阳，“胸脇滿微結”、“往來寒熱心煩”为“胸脅苦滿”、“往來寒熱”、“心煩”。邪转少阳，痰饮互结胸胁，津液不能上承则口渴，下不转输，小便不利；津液、气虚了，正气不能越热外出，“但頭汗出”。《张仲景伤寒论辨证广注》载“兹者小便不利，心不悸但烦，是为津液少而燥热，非蓄水，故留黄芩不加茯苓”，柴胡桂枝干姜汤证可理解为柴胡体质牡蛎证、枳实根证。和大柴胡汤证少阳之邪并入少阳腑实、阳明腑实对比，柴胡桂枝干姜汤证有太阴病的转机，有脾寒和气阴、气液受伤，气化不利，病在气、在水。从气水论治，桂枝、干姜助气化；牡蛎咸寒软坚，去肝胆之气的痞硬；枳实根生布津液。或然见证或治气，或治水；柴胡加龙骨牡蛎汤偏治气；柴胡桂枝干姜汤则气水均治。

#### 7. 奔豚汤：柴胡体质+血证

奔豚氣上衝胸，腹痛，往來寒熱，奔豚湯主之。（金匱要略·奔豚氣病脈證治第八二）

“若腹中痛者，去黃芩，加芍藥”，乃邪郁及脾，病机由气及血，脾家经脉气血不和，产生腹痛。小建中汤、桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤提示大剂量芍药治疗腹痛<sup>[7]</sup>；此条可理解为柴胡体质芍药证。《长沙方歌

括》载“气冲腹痛号奔豚，四两夏姜五葛根，归芍芎芩甘二两，李皮须到一升论”，组成虽无柴胡，但《金匮要略广注样论》载“奔豚加桂枝宜也，此用黄芩凉剂，何欤？不知往来寒热，尚有半表半里在，黄芩与半夏、甘草、生姜同用，即小柴胡汤例也，芎蒭入肝经，散寒热与用柴胡无异。《金匮要略法释》：奔豚汤为小柴胡的变方。陈逊斋认为，方中生葛，系柴胡之误。葛主汲升，水逆上犯，决不宜升提；李根白皮以治热性奔豚；归、芍、芎以和肝镇痛，黄芩清解肝胆之热；姜、夏和胃降水逆。”据此，“伤寒中风，有柴胡证，单见一证便是，不必悉具”，可视奔豚汤为柴胡剂。奔豚汤亦可理解为柴胡体质芍药证。从气血论治，芍药入血。

### 总结

水与气必须保持在身体的不同隔间，就像地平线将大海与天空分开一样。仲景对气、血、水为病的关系，明确提出“病有血分、水分”之分，“血不行则为水”之说。少阳证用小柴胡汤，但小柴胡汤证不等于就是少阳证。其病机首先是肝胆气机郁结，继之气郁不散，则血行不利，进而导致水饮内停。仲景所论小柴胡汤的或然见证，具有一定规律可循，可见气、血、水三者在病理机转上有着气郁-血滞-水停，层层相应的联系，证与证之间病机密切相关。柴胡剂同样的可从表、里、气、

血、水剖析，注意病邪由浅入深侵害人体的层次，从这一角度，说明不同层次的特点及其转变关系。药证为具体、朴素的病态表现；方证是几位药证的复杂组合，其中还涉及、蕴含了药量、方剂剂型、用法等内容。体质+药证虽不能完全概括柴胡剂的药物配伍，但能对应上在表、里、气、水、血等层面的症状。虽然在几种不同体系的互译中不存在一个简单的可以套用的公式，但本篇文章从体质、药证与表、里、气、血、水的两个方向，相对齐备。论述明确地整合了《伤寒论》、《金匮要略》中柴胡剂原文的病机、治法、配伍意义与相互之间的联系无差异，丰富了柴胡剂的认识。

### 参考文献

- [1] 中医内科学[M]. 田德禄. 人民卫生出版社, 2002.
- [2] 任应秋.任应秋医学讲座文集[M]. 学苑出版社, 1970.
- [3] 李成卫,王庆国.表里的界限[D]. 北京中医药大学, 2005.
- [4] 黄煌.关于药证的思考[J].南京中医药大学学报,1997,13(1): 9-11.
- [5] 黄煌.药证与经方[M]. 人民卫生出版社, 2008.
- [6] 黄煌.药人方人说[J]. 中国中医药报, 2009.
- [7] 黄煌.张仲景50类药证[M]. 第4版. 人民卫生出版社, 2018.

### 上接第26页

- [20] 贾露,傅红明,陈慧.益气温阳散寒汤治疗肺脾虚寒型儿童变应性鼻炎的临床观察[J].世界最新医学信息文摘, 2019, 19(63): 222-223.
- [21] 陈双.自拟益气脱敏汤联合西药治疗小儿变应性鼻炎53例临床观察[J].中医儿科杂志, 2019, 15(2): 38-41.
- [22] 杜雅琦.温肺止流丹加减治疗儿童变应性鼻炎肺气虚寒证的临床研究[D].成都中医药大学, 2019.
- [23] 田怡.益气固卫通窍方治疗小儿变应性鼻炎(肺气虚寒证)的临床疗效观察[D].南京中医药大学, 2019.
- [24] 赵夫研.玉屏风散佐治儿童肺气虚寒型变应性鼻炎的疗效观察[J].山东医学高等专科学校学报, 2020, 42(3): 211-212.
- [25] 潘善伟,张建敏,宋平等.益气脱敏苍耳子散治疗肺气虚寒型儿童过敏性鼻炎临床观察[J].山西中医, 2020, 36(7): 12-14.
- [26] 顾璐,沈朝斌,陆磊,等.玉屏风散对过敏性鼻炎动物模型的Th1/Th2影响[J].中成药, 2006, 8: 1163-1166.
- [27] 黄桂锋,卢健敏,熊大经,等.培土生金法对脾气虚变应性鼻炎大鼠鼻黏膜组织STAT-6 mRNA表达的影响[J].江西中医学院学报, 2012, 24(2): 67-69.
- [28] 徐克菲,陈璐,邓丽华,等.基于聚类分析及关联规则探讨中医药治疗小儿鼻炎的用药规律[J].中国中西医结合儿科学, 2020, 12(5): 442-446.

# 手术后的肠粘连腹痛中医治疗

颜添乙

西医的外科或妇产科门诊常见手术后粘连腹痛病例，例如一般外科或消化道外科的胃肠、胰脏、肝胆的溃疡、出血、发炎、癌症肿瘤、肠梗阻等手术，妇产科的剖腹产、宫外孕、子宫及卵巢肌瘤或癌症手术一段时间后可能会发生腹腔脏器粘连的腹痛后遗症。腹腔手术后大部分病人会产生轻重不一的肠道粘连，尤其在手术后2-6周最常见，但也有多年以后，甚至十多年以后才发生。

## 1. 西医对肠粘连的认识

肠粘连的原因，是因腹部大小手术导致腹部脏器发炎出血；组织切除需要止血缝合时，会使用手术器械，纱布，缝线等，可能会引起身体组织细胞的排斥及空气的接触容易引起发炎；加上人体会产生对组织创伤自我修复的能力，会把接近组织器官黏一起。大范围的肿瘤切除，需要腹腔和盆腔淋巴系统完善清除，避免癌细胞转移，因此更容易引起肠粘连腹痛。因个人的体质状况不同，如有蟹足肿体质会更容易肠粘连腹痛，腹痛的情况轻重不一。

肠粘连腹痛的临床表现，轻则腹胀，腹痛不适，肠胃绞痛，恶心呕吐，大便不畅，重则可出现激烈的腹痛、拒按，肠扭转或肠梗阻。因为脏器的血流不通，造成肠及器官血管阻塞坏死，会变成腹膜炎及败血症，必须紧急手术切除坏死器官，把粘连部位分离，但可能会有新的粘连产生。

诊断跟检查一般除了了解手术病史外，也可包括腹部按压触诊及理学检查，尿液及血液常规，腹部X光，钡剂灌肠摄影，腹部超声波，腹部电脑断层摄影，腹腔镜及剖腹探查手术。

西医的治疗以排除其他并发症后，再以西药口服或注射止痛药减轻疼痛为主。如果有肠梗阻，肠坏死，卵巢扭转则需要立刻紧急手术救治，否则可能会引发腹膜炎、败血症，危及生命的情况，一般尽量避免肠粘连剥离手术。

## 2. 中医对肠粘连的认识

中医临床门诊肠粘连腹痛偶而也会看见，因为一般的严重腹痛会先西医诊治，轻微到中度腹痛才有可能看中医治疗，常见主诉为胃痛，胃胀，腹痛，便秘，但如果没有详细问诊，有时候会误诊或治疗改善不大。

手术后肠粘连腹痛的治疗，在中医古籍无相关的文献，《中医内科学》教科书<sup>[1]</sup>归类在“腹

痛”范畴，腹痛是指胃脘以下，耻骨毛际以上部位疼痛为主要表现的一种胃肠病证。多种原因导致脏腑气机不利，经脉气血阻滞，脏腑经络失养，皆可引起腹痛。文献中的“脐腹痛”、“小腹痛”、“少腹痛”、“环脐而痛”、“绕脐痛”等，均属本病范畴。

《黄帝内经》已提出寒邪、热邪客于肠胃可引起腹痛，如《素问·举痛论》曰：“寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络引急，故痛。……热气留于小肠，肠中痛，痒热焦渴，则坚干不得出，故痛而闭不通矣。”《诸病源候论·腹痛病诸侯》首次将腹痛作为单独证候进行论述，并有急、慢腹痛之论。《医学发明·泻可去闭葶苈大黄之属》篇，明确提出了“痛则不通”的病理学说，并在治疗上确立了“痛随利减，当通其经络，则疼痛去矣”的治疗大法。

### 2.1 病因病机

凡外邪入侵，饮食所伤，情志失调，跌仆损伤，以及气血不足，阳气虚弱等原因，引起腹部脏腑气机不利，经脉气血阻滞，脏腑经络失养，均可发生腹痛。

### 2.2 辨证分型

1. 辨寒热虚实：腹痛拘急冷痛，疼痛暴作，痛无间断，腹部胀满，肠鸣切痛，遇冷痛剧，得热则痛减者，为寒痛；腹痛灼热，时轻时重，腹胀便秘，得凉痛减者，为热痛；痛势绵绵，喜揉喜按，时缓时急，痛而无形，饥则痛增，得食痛减者，为虚痛；痛势急剧，痛时拒按，痛而有形，疼痛持续不减，得食则甚者，为实痛。
2. 辨在气在血：腹痛胀满，时轻时重，痛处不定，攻撑作痛，得暖气、矢气则胀痛减轻者，为气滞痛；腹部刺痛，痛无休止，痛处不移，痛处拒按，入夜尤甚者，为血瘀痛。
3. 辨病势缓急：突然发病，腹痛较剧，伴随症状明显，因外邪入侵，饮食所伤而致者，属急性腹痛；发病缓慢，病程迁延，腹痛绵绵，痛势不甚，多由内伤情志，脏腑虚弱，气血不足所致者，属慢性腹痛。
4. 辨部位：诊断腹痛，辨其发生在哪一位置往往不难，辨证时主要应明确与脏腑的关系。大腹疼痛，

多为脾胃、大小肠受病；胁腹、少腹疼痛，多为厥阴肝经及大肠受病；小腹疼痛，多为肾、膀胱病变；绕脐疼痛，多属虫病。

### 2.3 治疗原则

腹痛的治疗以“通”为大法，结合辨证论治，实则泻之，虚则补之，热者寒之，寒者热之，滞者通之，瘀者散之。腑以通为顺，以降为和，肠腑病变因用通利，因势利导，使邪有出路，腑气得通，腹痛自止。但通常所说的治疗腹痛的通法，属广义的“通”，并非单指攻下通利，而是在辨明寒热虚实而辨证用药的基础上适当辅以理气、活血、通阳等疏导之法，标本兼治。

### 2.4 分证论治

#### 2.4.1 瘀血阻滞证

症状：腹痛如锥如刺，痛势较剧，腹内或有结块，痛处固定而拒按，经久不愈，舌质紫暗或有瘀斑，脉细涩。

治法：活血化瘀，理气止痛。

方药：少腹逐瘀汤。

方中当归、川芎、赤芍等养血活血，蒲黄、五灵脂、没药、延胡索化瘀止痛，小茴香、肉桂、干姜温经止痛。若瘀热互结者，可去肉桂、干姜，加丹参、赤芍、丹皮等化瘀清热；若腹痛气滞明显者，加香附、柴胡以行气解郁；若腹部术后作痛，可加泽兰、红花、三棱、莪术，并合用四逆散以增破气化瘀之力；若跌仆损伤作痛，可加丹参、王不留行，或吞服三七粉、云南白药以活血化瘀；若少腹胀满刺痛，大便色黑，属下焦蓄血者，可用桃核承气汤活血化瘀，通腑泄热。

#### 2.4.2 湿热积滞证

症状：腹部胀痛，痞满拒按，得热痛增，遇冷则减，胸闷不舒，烦渴喜冷饮，大便秘结，或溏滞不爽，身热自汗，小便短赤，苔黄燥或黄腻，脉滑数。

治法：通腑泄热，行气导滞。

方药：大承气汤。

方中大黄苦寒泄热，攻下燥屎；芒硝咸寒润燥，软坚散结；厚朴、枳实破气导滞，消痞除满，四味相合，有峻下热结之功。本方适宜热结肠中，或热偏盛者。若燥结不甚，大便溏滞不爽，苔黄腻，湿象较显者，可去芒硝，加栀子、黄芩、黄柏苦寒清热燥湿；若少阳阳明合病，两胁胀痛，大便秘结者，可用大柴胡汤；若兼食积者，可加莱菔子、山楂以消食导滞；病程迁延者，可加桃仁、赤芍以活血化瘀。

如果有严重腹痛，腹部坚硬，大便秘结无法排出，高热，意识不清，情志发狂，类似伤寒论中太阳病经证之下焦膀胱蓄血证，可用活血化瘀方“抵挡汤”加减，水蛭、虻虫、桃仁、大黄四药，利用虫类的破血逐瘀峻药

有情之品，加大黄，桃仁泻下导瘀，清热通便，瘀血得下，则诸证皆解。

### 3. 引述文献

杨丽丽等<sup>[2]</sup>采用活血通腑方防治腹腔镜术后腹腔粘连多中心随机双盲对照临床研究，治疗组在对照组基础上予活血通腑方治疗，药用生大黄15g，桃仁10g，延胡索10g，炒莱菔子10g。手术后1-3月对照组有43.1%腹腔粘连，治疗组只有14.76%产生腹腔粘连，结论为中药活血通腑方对术后腹腔粘连疗有明显预防治疗效果，因为中药可以改善手术的相关器官细胞的血液及淋巴组织，预防或减少腹腔组织粘连发生。张远梅<sup>[3]</sup>进行理气活血汤在妇科术后粘连的临床应用效果分析，治疗组给予理气活血汤，药物组成：丹参30g，败酱草30g，生薏苡仁30g，蒲公英20g，赤芍12g，桃仁10g，厚朴12g，香附10g，枳壳12g，炒延胡索12g。手术后1个月内腹痛粘连发生率，对照组为6.45%，治疗组为0%，1个月后对照组 25.81%，治疗组 16.13%；粘连是妇产科常见的术后并发症，因为剖腹手术，因为麻醉及手术时间比较长，手术后恢复比较慢，服用中药理气活血汤，有清热解毒及活血化瘀作用，预防妇科术后粘连腹痛，疗效治疗组比对照组好，故中药可以辅助改善手术后粘连腹痛。

### 4. 以下为笔者临症治疗中的同济医院临床参考病例

病例1：女性，56岁，一诊09/04/2020

即往史：幼年车祸腹部大出血手术史，2次剖腹产手术。

刻下：腹部疼痛、冰冷感，无欲呕，纳眠可，二便调，脉细，舌淡红，苔薄白。

处方：失笑颗粒1包，桂枝茯苓颗粒1包，水蛭1包，大黄1包，乳香1包，没药1包。

回诊上次服药后腹痛改善明显，其他病症看诊治疗。

病例2：女性85岁，一诊20/8/2020

即往史：20多岁宫外孕手术史，高血压，高胆固醇服用西药。

刻下：腹痛数十年，大便难排出，西医告知为宫外孕腹部手术肠粘连后遗症，腹胀，打嗝，口干，纳呆，眠差，难入眠，面色白，神疲，偶尿频，小便灼热感，脉细弦，舌淡暗，苔薄。

处方：少腹逐瘀合剂120毫升，活络效灵合剂120毫升，络瘀通片48片。每日3次，每次合剂20毫升，4片。

回诊腹痛减轻改善。



病例3: 男性, 77岁, 一诊7/10/2020

即往史: 1998年胃肿瘤切除手术, 3/2020胆结石胆囊切除手术, 前列腺增大, 颈椎C3-7长骨刺。

刻下: 晨起腹部绞痛, 平时便秘, 2日无排大便, 纳少, 眠可, 小便可, 脉细弦, 舌暗红, 苔薄白。

处方: 少腹逐瘀合剂160毫升合复元活血合剂80毫升, 清热泻下片48片, 每日3次, 每次合剂20毫升, 4片。

回诊腹痛减轻明显及便秘改善。

病例4: 男性, 65岁, 一诊18/9/2020

即往史: 30多岁阑尾炎切除手术, 3/1/2020大肠息肉切除手术, 高血压服用西药, 右眼白内障手术。

刻下: 腹部闷胀痛不适, 无打嗝呃酸, 腹部肥胖, 容易头晕, BP 152/91mmHg, P96/min, 纳眠可, 二便调, 脉细弦滑, 舌淡暗瘀斑, 苔白。

处方: 失笑颗粒1包, 活络效灵颗粒1包, 郁金1包, 水蛭1包, 地龙1包, 川楝子1包, 桃仁1包,

回诊腹胀闷痛改善良好。

以上病例治疗处方依病人服药习惯, 以及当时配药的药物现有库存而决定用药取舍, 故有一些用药限制及不足和完善。

### 5. 总结

中医治疗手术后粘连腹痛有一定的效果, 关键在于正确诊断辨证, 对证下药, 灵活运用对证药方及加减药材, 如果有严重病症, 例如昏迷, 意识病情, 疑腹膜炎, 肠梗阻坏死, 急性并发症, 建议转诊西医医院治疗处理。

### 参考文献

- [1] 中国中医药出版社, 全国高等中医药院校规划教材, 中医内科学。
- [2] 杨丽丽, 卞尧尧, 钱海华, 等. 活血通腑方防治术后腹腔粘连多中心随机双盲对照临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2019, 35(02):130-134.
- [3] 张远梅. 理气活血法在妇科术后防粘连的临床应用效果分析[J]. 吉林医学, 2012, 33(03):536-537.

### 上接第41页

- [4] 梁佩玲, 罗嘉樑, 刘新迎, 等. 中医药治疗慢性功能性便秘临床研究 [J]. 光明中医, 2019, 34(14): 2112-2114.
- [5] 冯上新. 黄芪增液汤治疗功能性便秘(气阴两虚型)的疗效观察 [D]. 长春: 长春中医药大学, 2018.
- [6] 周峰, 张旗, 张永安, 等. 益气养阴方治疗气阴两虚型慢性功能性便秘疗效及对患者症状体征积分的影响 [J]. 中医临床研, 2018, 10(16):68-70.
- [7] 易书林, 谢超群, 王生华, 等. 朱莹从脾肾论治老年慢性便秘经验介绍[J]. 山西中医, 2021, 37(02):9-10.
- [8] 冯丽英. 穴位埋线配合白术通便饮治疗老年功能性便秘62例[J]. 中国针灸, 2014, 34(9):898.
- [9] 徐伟, 石海英, 徐晓艳, 等. 生地黄色素的抑菌活性研究 [J]. 安徽农业科学, 2009, 37(34):16820-16821.
- [10] 王琿, 陈平, 张丽萍, 等. 玄参中色素提取物的抗炎镇痛作用 [J]. 中国医院药学杂志, 2008, 28(17): 1456-1458.
- [11] 张燕丽, 田园, 付起凤, 等. 白芍的化学成分和药理作用研究进展 [J]. 中医药学报, 2021, 2(49): 104
- [12] Vodolazska D, Lauridsen C. Effects of dietary hemp seed oil to sows on fatty acid profiles, nutritional and immune status of piglets. J Anim Sci Biotechnol, 2020, 11(1): 28.
- [13] 张亚州, 徐峰, 梁静, 等. 蒙古黄芪中异黄酮类化学成分研究 [J]. 中国中药杂志, 2012, 37(21): 3243-3247
- [14] 黄国栋, 黄媛华, 黄道富, 等. 砂仁挥发油抗胃溃疡的机制探讨 [J]. 中成药, 2009, 31(10): 1617-1618.

# 加减麦冬麻仁汤治疗便秘

黄明春

便秘主要表现为排便困难和(或)排便次数减少、粪便干硬、排便不尽感、甚至需辅助药排便。便秘不仅可以作为一个独立的疾病,也可作为其他疾病的主症或伴随症状,长期便秘会带来巨大的危害。特别是高龄心脑血管患者,排便过程中用力过大可导致血压升高,耗氧量增加而容易引发脑出血、心绞痛、心肌梗死。故此,有些医生把便秘称作“百病之源”。

## 1. 中医对便秘病因病机的认识

由于大便变干,粪块阻塞肠道会引起腹胀、腹痛甚至烦躁不安等现象,《素问·举痛论》云:“热气流于小肠,肠中痛,痒热焦渴,则坚干不得出,故痛而闭不通矣!”认为热邪内犯可以导致便秘。《诸病源候论》大便难篇曰:“大便难者,由五脏不调,阴阳偏有虚实,谓三焦不和,则冷热并结故也!”认为便秘由脏腑不调,三焦不和、冷热并结所致。《素灵微蕴·噎膈解》云:“饮食消磨,其权在脾;粪溺疏泄,其职在肝。”张景岳认为:“秘结一证,……当辨者惟二,则曰阴结、阳结而尽之矣。盖阳结者邪有余,宜攻宜泻者也;阴结者,正不足,宜补宜滋者也……有火者便是阳结,无火者便是阴结。”<sup>[1]</sup>《素问·金匱真言论》谓:“北方黑色,入通于肾,开窍于二阴,藏精于肾。”“夫肾主五液,故肾实则津液足,而大便滋润,肾虚则津液竭,而大便燥结。”肾阳亏虚,温煦无权,气虚无力推动血液运行,而致瘀血停留肠道加重便秘,是故患者受到外邪侵袭、情志损伤、饮食不节、年老体衰、病后产后体质虚弱等内外因的影响,使得人体气机紊乱、脏腑不调,人体气血亏虚,阴阳失于平衡,易导致大便干结,引起便秘。

## 2. 中医治疗原则与疗法

### 2.1 治疗原则

便秘,中医根据辩证论治,采取不同的治疗原则,对于实者应该泻热、顺气导滞;虚者养正则滋阴养血、益气温阳加甘温润肠。老年人血虚肠燥多见,故治疗应以养血润燥为主,不可妄用硝黄之品。若单纯用泻下药,尤其单味药大黄“力猛善行,走而不守”,具有泻下攻积,清热泻火之功,现代药理研究表明大黄含有一定量的蒽醌类衍生物,在肠道细菌的作用下既能通过刺激大肠黏膜及兴奋肠道平滑肌M受体增加肠蠕动,使水分留在肠腔而促进排便<sup>[2]</sup>,但长期使用能导致药物依赖,并损害消化道神经系统,加重便秘。此外,长期使用富含蒽醌类的植物药能引起结肠黏膜黑色素沉着,导致结肠黑病<sup>[3]</sup>。

## 2.2 其它疗法

除了中药内服治疗外,在中医理论的指导下结合针灸、推拿、药浴、敷贴、脐疗、耳穴等方法,外通经络,内调脏腑,调节阴阳,近年形成了中药内服、针灸、按摩、灌肠以及穴位埋线等系列疗法。

## 2.3 西药治疗

西药治疗主要包括便秘的常规治疗药物,主要为渗透性泻剂、刺激性泻剂等,但渗透性泻剂在改善粪便性状和肠道传输时间方面仍存在争议,而长期使用刺激性泻剂容易出现吸收不良、药物依赖、和电解质紊乱,部分患者反复就医或滥用泻药,增加了医疗费用<sup>[4]</sup>。

## 3. 历代医家治疗便秘的经验

冯上新<sup>[5]</sup>运用黄芪增液汤治疗气阴两虚患者,服药后症状有很大程度的改善,并且研究对象均未出现不良反应。周峰等<sup>[6]</sup>运用益气养阴方治疗36例气阴两虚患者,治疗后发现,疗效优于对照组,同时提高了患者的生活质量。朱莹教授<sup>[7]</sup>在临床中,注重温补肾阳,兼以润肠,善用济川煎加减为主,酌情使用火麻仁、决明子、郁李仁、柏子仁等润肠通便;由于肺与大肠相表里,肺失肃降,可引起腑气不通,传导不畅,酌情添加杏仁以调畅气机;对于畏寒肢冷者,多加用补骨脂、菟丝子补肾温阳。

## 4. 加减麦冬汤治疗津亏肠燥便秘

中医认为便秘主要表现3方面:①大肠津液不足,肠道失于濡养,粪便干结;②大肠气机郁滞,痞塞不畅;③蠕动无力。正如《严氏济生方秘结论治》所言:“素问云:大肠者,传导之官,变化出焉。平居之人,五脏之气,贵乎平顺,阴阳二气,贵乎不偏,然后津液流通,肠胃益润,则传送如经矣。”因此治疗以滋养胃阴,柔润通降为主。

《温病条辨》云:“水不足以行舟,而结粪不下者,当增水行舟”,因此我根据此思路和“肠胃益润,则传送如经矣。”在辩证论治的基础上,若是气阴两虚,导致的便秘,临床上我以麦冬麻仁汤做加减,以组方的配伍特点,滋养胃阴,调理肠胃,达到润燥通便之功效。

## 5. 加减麦冬麻仁汤的配伍意义

许多老年人因胃阴亏虚而肠中津液不足,导致肠燥干涩,引起便秘。“疴伤胃阴,不饥不饱,不便,潮热,得食则烦热愈加,津液不复者,麦冬麻仁汤主之”。老年功能性便秘之肠燥津亏证与此证之病机大体相合,皆为胃阴亏虚而肠中津液不足,胃气通降不利之故。肠中糟粕停于大肠,若是一味苦寒攻下则虽肠中燥屎能一时畅快而下,然而过多苦寒药会使大肠之津液更伤,而导致便秘反复。故而选择麦冬麻仁汤为基础,裁去为劫疴而

设之首乌、知母、肉桂、以及酸收涩肠之乌梅；加入生地、玄参、黄芪、砂仁而成加减麦冬麻仁汤。

## 6. 加减麦冬麻仁汤治疗便秘的历史渊源

加减麦冬麻仁汤是在麦冬麻仁汤的基础上演变而来，麦冬麻仁汤来源吴鞠通所著之《温病条辨》卷二，主治疴伤胃阴，不饥不饱，不便，潮热，得食则烦热愈加，津液不复。适用于素体虚弱，热病伤津、胃阴不足所致的大便不通等症。原书谓之曰：“疴伤胃阴，不饥不饱，不便，潮热，得食则烦热愈加，津液不复者，麦冬麻仁汤主之。”

其药物组成为：生地黄15g、玄参15g、肉桂3g（另包泡服）、黄芪15g、砂仁6g、麦冬15g、火麻仁15g、生白芍12g、何首乌9g、乌梅肉6g、知母6g组成。

原书自注：“复胃阴者莫若甘寒，复酸味者，酸甘化阴也。”是为此方之立方依据。

## 7. 加减麦冬麻仁汤的药物分析

本方以麦冬重补胃阴为君，《神农本草经》将麦冬列为养阴润肺的上品，言其“味甘，平。主心腹结气，伤中，伤饱，胃络脉绝，羸瘦短气。久服轻身，不老不饥。”加入生地、玄参为臣，以入足少阴经之生地、玄参加强麦冬滋养胃阴。

白芍酸寒，养血柔肝，用它收溃散之脾阴，亦为臣药，火麻仁为臣药，帮助养阴药润肠通便。黄芪具有益气，壮脾胃，为佐药，使表和而里自通。胃为阳明燥金，喜润恶燥；脾为太阴湿土，喜燥而恶湿，此方以滋养胃阴为主，以阴柔之药为多，入一味辛温刚燥之砂仁以加强调理脾胃功能，加强诸药而调通腑气。

## 8. 现代药理学研究

麦冬主要含沿阶草苷、甾体皂苷、生物碱、谷甾醇、葡萄糖、氨基酸、维生素等，具有抗疲劳、清除自由基、提高细胞免疫功能麦冬多糖能改善消化道黏膜的血供，抑制其发生的炎症反应，促进消化道黏膜损伤修复<sup>[8]</sup>。生地黄黄色素对多种细菌有抑制作用，可调节肠道菌群<sup>[9]</sup>。

玄参浸出液在体外能抑制多种细菌生长，具有良好的抗菌消炎作用<sup>[10]</sup>。药理作用广泛，具有抗炎镇痛、抗抑郁、抗癌、抗血栓、降血脂、降糖<sup>[11]</sup>。火麻仁中含有不饱和脂肪酸，具有调节免疫系统、凝血、调节神经递质、胆固醇代谢<sup>[12]</sup>。

现代医学研究表明，黄芪内含黄芪黄酮具有改善肠胃功能，而多种抗菌有效成分，而且能增强机体的免疫功能<sup>[13]</sup>。砂仁的挥发油成分可通过对抗胃肠黏膜的攻击因子产生胃肠保护作用<sup>[14]</sup>。

## 9. 病案举例

### 病案一

庄某，女73岁，患者排便困难6年余，两星期排便一至二次，排便时间一般在15分钟以上，有时还得配

合肥皂水。服用过排毒保健品、麻仁丸、肠润茶，均慢慢失效。结肠镜：未见异常。患者形体偏瘦，大便燥结如羊屎，神疲乏力，排便后尤甚，睡眠差，容易腹痛腹胀，口干，舌质淡裂纹，脉沉细无力。

结合其症状、舌脉情况，辨证属气阴两虚。

治理方法：滋阴通便。

处方：玄参15g、生地黄20g、麦冬12g、黄芪15g、白芍12g、火麻仁12g、砂仁6g、柏子仁15g（3剂）。

二诊：一周后。

一周排便一至两次，大便稍干，神疲乏力好转，腹胀改善。

在原方的基础上再作加减，治疗一个月后，已能2-3天排便一行。嘱患者继服5剂，以资巩固。

### 病案二

林某58岁，中风兼糖尿病患者。2018年初诊，患者排便不畅，5-7日1行，过去在同济，一直在服用润肠片，一天2次，每次3-4片。常仍得加服用西药，塞药才能通便。排便不尽感，肛门灼热感，口干，易感疲劳。纳眠佳，左侧拘紧，行走不利。舌淡黯裂纹苔薄，脉沉细

结合其症状、舌脉情况，辨证属气阴两气兼血瘀。

治理方法：滋养胃阴，益气活血。

处方：玄参15g、生地黄15g、麦冬12g、黄芪15g、白芍12g、火麻仁12g、砂仁6g、当归尾15g、天花粉10g、枸杞12g、鸡血藤12g，5剂水煎服。

二诊：两周后。

一周内排便两次，排便不尽感基本消失，大便稍干，舌质暗少津，神疲乏力好转。

随访，经过3个月的调理，目前已能每天正常排便。

## 总结

慢性便秘的病情较长，反复发作。西医治疗便秘常可治其标，不可治其本，且停药后复发率较高。中医治疗便秘有显著优势，但应根据患者病情的不同，辨证论治选择针对性地治疗，本课题加减麦冬汤在治疗文献中不多，然而我在临运用在临床上，对于气阴两虚的便秘患者常获得一定的疗效。

## 参考文献：

- [1] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组，中华医学会消化病学分会功能性胃肠病协作组. 中国慢性便秘专家共识意见（2019,广州）[J]. 中华消化杂志, 2019, 39(9): 577-598.
- [2] 罗培, 徐象珍, 谭正怀. 大黄游离蒽醌致泻作用机制研究[J]. 中药药理与临床, 2013, 29(3):88-90.
- [3] Lee B H, Kim N, Kang S B, et al. The long-term clinical efficacy of biofeedback therapy for patients with constipation or fecal incontinence [J]. Neurogastroenterol Motil, 2010, 16 (2): 177-185.

# 经筋治疗非特异性腰痛

陈慧贞

腰部是人体活动的枢纽和中心，下肢的支撑功能和上肢的活动都有赖于腰肌。腰部的肌肉，尤其下腰部，丰厚且结实，包含了人体最重要的骨骼肌，是唯一一条连接上半身和下半身的肌肉(脊椎到腿部)，控制髋关节和腰椎的稳定和活动。这条肌肉的位置靠近身体的核心，其功能也具有维持身体平衡及影响神经、能量系统。腰部的肌肉损伤具有特定人群发生率高的特点，常与职业、生活方式等有关，常见于静坐少动、久坐不动、缺乏锻炼、腰部动作过多和腰部负荷过大者较易患病。从生物力学角度，不良的生活方式，如久坐少运动，核心部位稳定性弱，容易造成腰椎的局部稳定肌萎缩和功能异常、椎间盘退变，日久腰椎和周围肌肉不足以承载日常负荷，临床出现疼痛<sup>[1]</sup>。

腰痛分为两种，特异性和非特异性，而临床上非特异性下腰痛占85%<sup>[2]</sup>。非特异性下腰痛(Non Specific Lower Back Pain)是排除如感染、炎症、肿瘤、强直性脊柱炎、骨质疏松症、骨折或马尾综合征等已知的特异性病理变化，主要以后背腰、骶部疼痛或不快感，可伴有或不伴有下肢放射痛，发病机制不明的常见病<sup>[3]</sup>。

中医学认为非特异性下腰痛归属于“腰痛”、“筋伤病”、“痹证”等范畴。外因包括风、寒、湿、热等外邪侵袭人体，痹阻经络，气血运行不畅所导致；而内因包括先天禀赋不足、素体亏虚、劳累过度，或年老体衰、肾元不足，或久病伤损，或房劳不节，以致肾精亏损，筋脉失于濡养，血瘀阻络，最终导致肌肉、筋骨发生疼痛、麻木、重着、屈伸不利等，为主要临床表现。根据中医辨证理论分析，可将腰痛分为四种类型：寒湿腰痛表现为腰部冷痛，湿热腰痛表现为腰痛重着而热及活动后减轻等症状，瘀血腰痛表现为腰痛痛处固定、日轻夜重，以及肾虚腰痛表现为腰部隐痛，反复发作<sup>[4]</sup>。

目前，非特异性腰痛的现代医学发病机制尚不明确，有肌肉因素、韧带因素、椎间盘因素、小关节因素、病毒感染因素、生物力学异常因素、化学因素、神经根及背根神经节病变在内等多种机制假说，其中有三种因素与经筋密切相关：

## 1. 肌肉因素

核心肌肉包括多裂肌和棘突间肌等稳定肌群使腰椎各个阶段保持协调从而保证椎体的稳定性。长时间腰椎活动受限导致肌肉不同程度的废用性萎缩而引起肌肉失衡，腰椎稳定性下降，继而加剧患者腰部症状<sup>[5]</sup>。

## 2. 椎间盘退变因素

椎间盘在解剖上由三部分构成：内部的髓核，外部的纤维环以及上下软骨终板。椎间盘具有多种功能，承受大量的各种各样的压力和运动，它与小关节一起承担躯体的全部压力载荷。当椎间盘退变、终板损伤或释放出某些因子，刺激椎间盘内疼痛感受器而引起腰痛。椎间盘源性疼痛常因椎间盘突出后释放大量生物介质如神经源类和非神经源类，使神经纤维末梢感受器致敏，甚至产生持久性兴奋动作电位变化，从而继发无菌性神经根炎<sup>[6]</sup>。这些生物介质诱导释放IL-1、IL-6、TNF- $\alpha$ 等细胞因子<sup>[7,8]</sup>，刺激炎症介质，引发神经根痛，加剧炎症和疼痛反应<sup>[9]</sup>。

## 3. 小关节因素

腰椎小关节，即关节突关节，是腰椎椎骨间连接中唯一的滑膜关节，由相邻椎骨的上、下关节突的关节面构成。目前研究显示小关节退变、脱位为导致非特异性下腰痛的重要病理因素之一。随着年龄的增加，脊柱逐渐出现退行性变，退变的椎间盘形态发生变化，如髓核含水量减少，椎间盘变窄、膨出，椎间隙变窄，部分负荷转移到关节突关节、上下关节突易发生脱位，导致关节突关节也发生退变。由于脊神经内侧分支走行靠近关节突关节，关节突关节的退变、半脱位均可刺激脊神经并产生临床症状<sup>[10]</sup>。

结合经筋的现代医学，经筋是包括了肌肉、韧带、筋膜、神经等多种组织在内的筋性复合体。当内外多种致病因素作用于腰部的经筋组织时，可能引起不具有明确影像学证据支持的非特异性腰痛。从现代医学角度论述经筋治疗，其发病机制复杂，所以需要着重于经筋理论中的肌肉组织，才能更明确的分析其中的发病原因和过程<sup>[11]</sup>。

目前，研究腰部生物力学的改变已成为防治慢性腰痛的重点。该观点认为当患者腰部处于劳损或过度不良姿势时，腰部的肌肉会出现肌紧张和挛缩。然而，这种短时间的改变，在机体正负反馈机制的调整下，健侧区肌肉会部分代偿患侧肌肉的功能，所以不会产生不良反应。当这种不良的作用机制长期存在时，健侧肌肉的代偿功能会被减弱，引起腰椎双侧肌肉组织缺血、缺氧，并造成局部血液循环和组织代谢障碍，局部肌肉力量下降，使脊柱失去保护功能，造成腰椎不稳，引起慢性损伤<sup>[12]</sup>。应用经筋疗法调节椎体、椎间盘、韧带等的异常位置，能够改善腰部肌肉病理性代偿，通过解除腰部挛缩肌肉结聚的状态，改善腰椎双侧肌肉组织的缺血缺氧

情况,恢复被卡压的神经的神经功能,使腰部恢复生理性的组织代谢环境,从而重塑人体核心肌群功能及腰背部的稳定性<sup>[13]</sup>。

经筋最早见于《灵枢》,是机体肌肉系统的总称,是十二经脉在肢体外周的附属部分,为十二经脉之气汇聚于筋肉、骨骼、关节的体系。经筋和经脉行于人体周身,具有线性分布规律,皆起于四肢末端,结于关节,终于头身,呈向心性分布。具有联系四肢关节,约束骨骼,维络周身,主司运动的作用<sup>[14]</sup>。经筋体系是中医经络学说中相对独立的一部分,经筋和经脉有着密切的生理关系,两者相辅相成,属经络的一部分。

经筋损伤多由外感六淫、创伤、劳力损伤等因素造成。《素问·生气通天论》说:“湿热不攘,大筋软短,小筋弛长,软短为拘,弛长为痿”。当筋受到外邪如风寒湿热等邪气侵袭时,相应的病症如疼痛、转筋、拘挛、弛纵以及关节不利、肢体不用等则会出现,而经筋循行于体表,更易受外邪侵袭而发为经筋病<sup>[15]</sup>。当外邪侵袭人体时,人体经筋系统会保护性收缩,以阻止外邪入侵,如人在寒冷环境中会不自觉蜷缩、腠理关闭。在正常时候,保护性的收缩不会对人体产生影响,但当外邪持续时间过长或突然加剧时,这会使经筋超出其承受负荷,从而使经筋受损,产生疾病。

经筋损伤的内在原因包括过度用力、慢性劳损、失于濡养三方面。经筋使人体产生运动功能,当用力过度超过其可承受的范围,便会造成经筋的拉伤。慢性劳损多和生活劳作中腰部受力且活动频繁造成,也和长期维持一个姿势、腰部缺乏锻炼有关,反复受力后使损伤不断积累最后产生临床症状。经筋失于濡养产生疾病,多由先天禀赋不足、素体虚损、劳累过度,或年老体衰、肾本不充,或房劳不节所致。此外,这些经筋的外在表现又与内脏有着密切的关系。《灵枢·经脉》有云:“骨为干,脉为营,筋为刚,肉为墙”。如果筋骨功能不够强大,就容易受病邪侵袭和留恋<sup>[16]</sup>。

经筋刺法的取穴原则为“以痛为腧”、“以灶为腧”。治疗原则为消灶解结,达到灶去病除的目的。针刺“结筋病灶点”是治疗经筋病症的有效手段之一。《灵枢·刺节真邪》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。视而泻之,此所谓解结也”。当经筋受损造成“筋结点”病理结构的改变,筋结点长期反复劳损,形成“结筋病灶点”<sup>[17]</sup>即为“横络”;松解消除结筋病灶点则为“解结”,谓之“横络解结法”<sup>[18]</sup>是治疗经筋病最直接有效的方法。其治疗机制是松解筋结,消除炎症,增加局部血供,促进组织修复及肌细胞再生,从而缓解疼痛<sup>[19]</sup>。

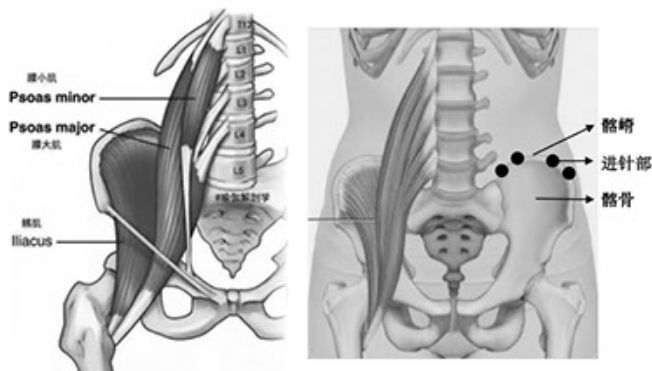
经筋的穴位,亦称结筋病灶点,有别于腧穴的传统定位,但又在传统腧穴的周围,故以邻近腧穴名加“次”而命名,比如肾俞次、志室次、腰椎横突(L1-5横突顶端)<sup>[20]</sup>。脏腑疾病可导致相应腧穴出现气血

不畅的现象,从而影响周围浅表经筋出现损伤。根据解剖,髂骨附近覆盖多层次的肌肉,局部肌肉错综复杂,且相互重叠。腰背部肌群包括竖脊肌(Erector spinae)、腰大肌(Psoas Major)、腰小肌(Psoas Minor)、髂肌(Iliacus)等,主要控制腰部、下肢的自主运动(Voluntary actions),腰部伸展、弯曲等腰部活动。腰部对侧的肌肉-拮抗肌(Antagonist muscles),如腹直肌(Rectus abdominis muscles)、腹外斜肌(External oblique muscles)等,主要在腰、下肢活动时,通过维持腹内压以保持脊柱、骨盆的稳定<sup>[21]</sup>。

在治疗方面,本人总结了自己临床上的治疗心得及体会,认为应结合中医及经筋治疗,方能扩大治疗的范围及延长治疗效果。中医治疗讲究辨证论治,根据不同证型,可灵活的在不同穴位进行补泻手法。常用穴位如下:肝肾亏虚取肾俞、腰阳关、命门、曲泉;瘀血取膈俞、血海;湿热取秩边、曲池、大椎;寒湿取阴陵泉、然谷。若伴游走性酸痛,可加后溪。

至于经筋治疗,需局部触诊找到经筋点,触摸时若出现压痛感,或结节、条索、皮下有碍手的感觉,就是结筋病灶点的位置。髂骨上部边缘涵盖多层重叠性肌肉,斜刺(在不同角度)髂嵴周围及髂骨上缘的骨面可达到“多肌肉治疗”,同时刺激不同的肌群,扩大治疗范围及疗效。针刺方法主要有两种:

- 1.用手指沿着脊柱两侧,由上到下触摸经筋点。结筋病灶点一般在浅表处(皮肤和肌肉之间),局部浅刺20-30mm,稍微行针,一般直刺,若靠近脏腑则斜刺。
- 2.沿着髂嵴周围针刺,大约3-5针。进针大约40-50mm,斜刺45度,沿着骨面进针,每次提插时,稍微倾斜,在不同角度进行提插后才留针。避免用过长的针向上深刺以免刺伤肾脏。



总而言之,一般慢性腰痛都以老年人肝肾亏虚型居多,其病理变化复杂且长久,加上生理及病理变化,单纯治疗局部的经筋点往往不足够。针刺辨证的传统腧穴不仅能增加疗效,也能调节身体内的脏腑功,有助于功能的恢复。另外要注意的是,据自己的观察,有一半的腰痛病人,原发病都不在髂腰处。比如,如果核心肌肉不稳定,其病因在腹部肌肉(拮抗肌)无力,导致骨盆

前倾、腰椎过度弯曲等，这时需要患者配合锻炼腹部肌肉才能彻底解除疼痛。因此，临床上仍需通过很多其他诊断方法来确定发病的原因，才能提高治愈率，减少复发率。

参考文献：

- [1] 吴建贤, 王斌, 石淑霞. 下腰痛生物力学特点的研究进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2014, 8(24): 4449-4453.
- [2] Deyo RA, Phillips WR. Low back pain: A primary care challenge[J]. Spine, 1996, 21(24):2826-32.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 193.
- [4] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版, 2013:498 - 500.
- [5] Kjaer P, Leboeuf-Yde C, Korsholm L, et al. Magnetic resonance imaging and low back pain in adults: A diagnostic imaging study of 40-year-old men and women[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2005, 30(10): 1173-1180.
- [6] 任玉娟, 段红光, 倪家骥. 某些神经肽及一氧化氮在腰椎间盘突出源性疼痛中的重要作用[J]. 中国疼痛医学杂志, 2004(05): 302-304.
- [7] Ohtori S, Inoue G, Ito T, et al. Tumor necrosis factor-immunoreactive cells and PGP 9.5 - immunoreactive nerve fibers in vertebral endplates of patients with discogenic low back Pain and Modic Type 1 or Type 2 changes on MRI[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2006, 31(9): 1026-1031.
- [8] Bleil J, Maier R, Syrbe U, et al. In situ analysis of interleukin-6 expression at different sites of zygapophyseal joints from patients with ankylosing spondylitis in comparison to controls[J]. Scand J Rheumatol, 2015, 44(4): 296-301.
- [9] 田融, 袁建军, 徐天同. 腰椎失稳与局部组织炎性反应的相关性研究[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2014, 23(09): 729-732.
- [10] 于文强, 赵瑞, 张淑云. 非特异性下腰痛病因机制研究现状[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(98): 60-61.
- [11] 魏理洋, 董宝强, 王树东, 等. 从经筋理论论治非特异性下腰痛[J]. 中医药信息, 2021, 38(5): 59-61.
- [12] 李小金, 韩秀兰, 麻守珍. 下肢生物力学矫正联合脊柱区核心肌群训练治疗慢性非特异性下腰痛[J]. 中国骨科临床与基础研究杂志, 2014, 6(4): 233 - 237.
- [13] 陵小文, 张盘德. 非特异性下腰痛的病因研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(10): 1009 - 1012
- [14] 梁繁荣, 王华. 针灸学[M]. 中国中医药出版社, 2016.
- [15] 杨岚菲, 黄于婷, 廖军. 经筋治疗颈椎病医案举隅[J]. 现代医学与健康研究杂志, 2018, 2(10): 178.
- [16] 李林峰. 非特异性腰痛经筋精确辨证诊疗方法研究[D]. 辽宁中医药大学, 2020.
- [17] 林星星, 董宝强, 马铁明. 对经筋理论中若干“点”概念的辨析与整合 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(5): 584 - 585, 626.
- [18] 董宝强, 林星星, 王树东, 等. 经筋刺法与针至病所理论的关系[J]. 中医杂志, 2017, 58(3): 189 - 191.
- [19] 石方圆, 董宝强, 林星星, 等. 基于经筋理论腰腹联合针刺治疗非特异性腰痛临床观察 [J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(2): 93-96.
- [20] 薛立功. 中国经筋学[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2009, 57-408.
- [21] 许伟亮. 核心肌群训练结合针刺疗法治疗慢性腰背痛的疗效观察 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2019.

上接第47页

- [15] Esain I, Gil S M, Bidaurrezagaletona I, et al. Effects of 3 months of detraining on functional fitness and quality of life in older adults who regularly exercise [J]. Aging Clin Exp Res, 2019, 31(4): 503-510.
- [16] Chan H B, Pua P Y, How C H. Physical therapy in the management of frozen shoulder[J]. Singapore Med J, 2017, 58(12): 685-689.
- [17] Diercks R L, Stevens M. Gentle thawing of the frozen shoulder: a prospective study of supervised neglect versus intensive physical therapy in seventy-seven patients with frozen shoulder syndrome followed up for two years [J]. J Shoulder Elbow Surg, 2004, 13: 499-502.
- [18] Järvinen T A, Järvinen T L, Kääriäinen M, Kalimo H, Järvinen M. Muscle injuries: biology and treatment [J]. Am J Sports Med, 2005, 33: 745-64
- [19] Donatelli R, Ruivo R M, Thurner M, Ibrahim M I. New concepts in restoring shoulder elevation in a stiff and painful shoulder patient [J]. Phys Ther Sport, 2014, 15: 3-14

# 浅谈肩周炎的针灸治疗方法

郭素安

肩关节周围炎（肩周炎）俗称冻结肩、五十肩，是指肩关节囊、滑膜囊、周边韧带等出现慢性炎症反应，在发病的过程中，盂肱关节上形成过多的疤痕组织或粘连，导致僵硬，疼痛和功能障碍。肩周炎的患病率为2%~5%，临床常见于40~70岁的人，女性多于男性<sup>[1]</sup>。肩周炎可以是原发性（特发性），或继发性。原发性肩周炎一般没有明确病因。继发性肩周炎大多发生于肩关节周围骨折或肱骨关节脱位或其他严重的关节创伤后<sup>[2]</sup>。很多人认为肩周炎是一种自限性疾病，大多数可在1~3年内自行缓解，但是大约20%至50%的患者会有持续性的疼痛和肩关节活动受限<sup>[3]</sup>。

## 1. 肩周炎的常规西医疗疗

肩周炎的治疗目标是缓解疼痛，恢复肩关节正常功能。一般西医首选的治疗方法是物理治疗和功能锻炼。如果疼痛剧烈，给予止痛药，如非甾体类抗炎药（NSAIDs）和皮质类固醇，配合物理治疗。对于一般的患者，常规的物理治疗和锻炼，配合止痛药有良好的疗效。若常规治疗的疗效不理想，则可能选择局部注射皮质类固醇。若经过多种治疗后疼痛和僵硬感仍未减轻，导致关节活动严重受限，最终会考虑手术治疗<sup>[4]</sup>。临床上很多患者因各种原因无法完成规范的物理治疗、接受物理治疗后无改善、不愿服止痛药或手术等，最后选择中医针灸治疗。

## 2. 中医对肩周炎的认识

肩周炎属于中医学中“肩凝症”、“肩痹”的范畴。《黄帝内经·素问》中说：“风、寒、湿三气杂至合而为痹，其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹。”中医认为肩周炎基本病机是肩部经络阻滞不通或筋肉失于濡养，病位在肩部筋肉，与手三阳经、手太阴经关系密切。发病有内因和外因两种因素。内因主要是年老体虚，肝肾亏虚，精血不足，筋骨失养，日久则筋骨衰颓、筋脉拘急，是所谓的“不荣则痛”；外因包括营卫虚弱，感受外邪，或者久居湿地，以致风寒湿邪侵犯于血脉筋骨，阻滞经络，脉络拘急；或因劳累过度，外伤筋骨，致使筋脉受损，瘀血内阻，脉络不通，不通则痛。

## 3. 肩周炎的诊断标准

参照中国中医药管理局发布的《中华人民共和国中医行业标准中医病证诊断疗效标准》中有关肩周炎的诊断依据及证候分类。其诊断依据与国际标准大同小异，

有明确的诊断才能有针对性的治疗，疗效也较好。因此，熟悉诊断标准和临床查体对多种痛症十分重要。肩周炎的诊断标准如下：

1. 病史包括慢性劳损，外伤筋骨，或者有严重感受风寒湿邪。
2. 年龄多发于50岁左右，女性患病率高于男性，左肩多于右肩，多见于体力劳动者，多为慢性发病。
3. 肩周疼痛，以夜间疼痛严重，通常因天气变化及劳累而诱发，肩关节活动功能障碍。
4. 肩部肌肉萎缩，肩前、后、外侧均有压痛感，外展功能受限明显，出现典型的“扛肩”现象。其它肩关节活动范围也经常受限或伴随疼痛。
5. X-线检查多为阴性，病程久者可导致骨质疏松。

## 4. 中医治疗肩周炎

中医讲究辨证论治，各医家对肩周炎有自己的认识，但肩周炎总体的治则是舒筋活血，滑利关节。对于肩周炎，传统中医有很多不同的治疗方法，例如刺络拔罐法、穴位注射法、小针刀疗法，推拿手法等。在此简单介绍的是治疗肩周炎最常见的毫针刺治疗。

针灸是临床上治疗肩周炎的主要手段之一。针灸治疗本病的方法包含了毫针刺法、温针灸、电针及其他针刺方法。其中毫针刺是新加坡最常用的针灸治疗。

毫针刺治疗肩周炎最常见的方法是利用局部取穴联合辨证取穴法。十二五《针灸学》教材中以局部穴位为主，配合循经远端取穴，书中提出的主穴包括：肩髃、肩贞、肩髃、臂臑、曲池、阳陵泉和阿是穴，疏通肩部经络气血以达到止痛的作用。根据不同功能的受限程度再辨经络取穴，手阳明经证配合谷，手太阳经证配外关，手少阳经证配后溪，手太阴经证配列缺<sup>[5]</sup>。根据辨证分析，外邪内侵者加合谷、风池；气滞血瘀者加内关、膈腧；气血虚弱者加足三里、气海<sup>[6]</sup>。再根据症状可以适当针对穴位进行补泻手法。一些传统的针灸疗法例如子午流注针法讲究不同疾病的五行和经络属性的关系，根据经络和五行在不同时辰的气血盛衰而取穴<sup>[6]</sup>。除了传统取穴以外，临床上也有其他的选穴方法及针法亦可取得不错的疗效。

### 4.1 靳三针疗法

靳三针疗法最简单，临床上广泛运用，治疗肩周炎主要用肩三针为基础，再辨证取穴，或根据症状配穴。肩三针这三穴与常用的肩部穴位有些不同。肩1针即肩髃穴，在三角肌上部的中央。肩髃在手阳明经上，阳明

经多气多血，此穴又是手太阳、手阳明、阳跷、足少阳交会穴，可以通经活络，散结止痛。肩2针在肩髃穴同水平前方2寸，在三角肌前缘。肩3针在肩髃穴同水平后方2寸，在三角肌后缘，下层为大圆肌。肩2针和肩3针分别在肩关节囊前、后方，局部经常有条索状物或压痛点，因此这2穴也可以说是一种阿是穴<sup>[7]</sup>。根据笔者的经验，肩周炎患者外展手臂时往往引发疼痛，活动幅度越大疼痛越重，是三角肌病变的关系，肩三针也正好主要针对这个毛病进行治疗，调整局部经络气血。

对于针灸手法，彭增福在《靳三针疗法》中提出肩1、2针都是向肩关节方向直刺，肩3针可向外斜刺或向前夜方向透刺，以肩关节周围或向下有麻胀感为度。肩内侧痛配尺泽、曲泽；肩前侧痛配手三里、足三里；肩外侧痛配外关、阳陵泉；肩后侧痛配后溪、天宗；肩臂肌肉萎缩配血海、三阴交。手麻痹则配手三针，颈肩酸痛配颈三针。风寒阻络型可配肩井、曲池；气虚血瘀型可配手三针。针用平补平泻法，可灸，或配合电针<sup>[7]</sup>。

#### 4.2 平衡针疗法

平衡针疗法是一种现代针灸疗法，以西医神经调控学说和中医心神调控学说为理论基础，平衡针灸疗法强调通过针灸调节大脑中枢系统的平衡，达到对各脏器生理功能修复。平衡针疗法所取的平衡穴位均分布于四肢，利用单穴疗法，针对肩周炎，治疗时取1个肩痛穴即可。肩痛穴位于腓骨小头和外踝尖的连线上1/3处，趾纵伸肌、腓骨长肌之间，相当于足三里下2寸，外1寸。分布在周围的神经包括腓浅神经、腓深神经、胫前动静脉肌支，针刺肩痛穴后可刺激相关神经，将良性刺激信号传递至大脑中枢，使大脑重新分配针刺部位及病损部位刺激，降低病损部位对应大脑皮质处的兴奋性，促进机体自我平衡<sup>[8]</sup>。研究也证明平衡针治疗肩周炎可以减少血清IL-1 $\beta$ 和TNF- $\alpha$ ，通过降低机体炎症反应改善疼痛<sup>[9]</sup>。

平衡针手法都平补平泻，只强调一个提插手法，针感以局部酸、麻、胀，放射到足部为宜。各别患者针感可能传导至肩部，能传至肩部者往往能获得较好的疗效。平衡针疗法留针不久，一般在3分钟左右，每日1次，根据发病时间疗程为14次（发病2周以内）到28次（发病4周以上）<sup>[10]</sup>。临床上有的医师会配常规针灸，或根据“动静结合”的理论在行针得气时嘱咐患者做些肩关节的旋转活动。

#### 4.3 筋针疗法

筋针疗法主要针对经筋损伤后导致的经脉不畅和疼痛。经脉伏行于分肉之间，分肉（经筋）的损伤自然会间接影响经脉的畅通，阻碍气血的运行，不通则痛。刘农虞和刘恒志<sup>[11]</sup>认为寒热是经筋病的诱发因素，外因主要是慢性劳损，内因主要是气血衰退，筋骨失养，筋僵骨痛。经筋与传统针灸相比，筋经点以痛为腧，针灸时主要找痛点，而非固定的传统穴位<sup>[9]</sup>。

《筋针临床应用》中把肩周炎分为3型：筋肉型，筋骨型，筋脉型。根据各型的不同表现和特征也提出了对应的治疗方案。筋针疗法主要针对筋肉型。

筋肉型多见于发病初期，疼痛昼轻夜重，关节活动未受限。取穴在患侧肩部的压痛点，根据压痛点的肩前、外、后侧的不同，循筋上下寻找筋节点为筋穴，大多分布于天泉，臂臑，手五里，臑会、肩贞附近。利用较长的针（30mm或40mm）沿皮下向肩部压痛点透刺25-35mm，再嘱患者活动肩部或拮抗运动，直到疼痛减轻。隔日1次，5次为1疗程<sup>[11]</sup>。

筋骨型多见于病变中期或有外伤史，以较严重的弥漫性疼痛和活动受限为特征。X-线可见肱骨头有斑点状骨质疏松，肱骨大结节有不规则增生和致密阴影。此类型患者筋针疗法效果不显，可以运用以下的针刺手法：

- 如果疼痛部位固定：对于病位较浅的患者，在筋穴用齐刺法，先直刺1针，后在左右或上下再直刺2针，总共3针并行直刺的齐刺法。病位较深者，用偶刺法，在肩前后的筋穴进针的同时向痛处深针，形成1前1后透刺的偶刺法。
- 如果疼痛部位较广：用报刺法。让患者活动患痹寻找疼痛点，先针刺疼痛最严重的痛点，得气后行提插泻法，再将针提至皮下，让患者活动上肢。如果疼痛依旧，再行手法，如果疼痛减轻，留针在皮下，在其他痛点进行相同手法。一般选2-3个痛点，隔日1次，7次为1疗程<sup>[10]</sup>。

筋脉型多见于疾病后期，以活动明显受限，肌肉萎缩为主要特征。此阶段建议通过物理治疗和锻炼恢复肩关节功能。

#### 4.4 原始点疗法

根据原始点的理论，病痛是由于体伤和热能不足，普通的原始点处理程序包括按推原始点，后补充热能，适当运动，充分休息<sup>[12]</sup>。原始点最常见用于按摩推拿，但在原始点上也可以行针灸，肩部的原始点位于肩胛冈下和肩胛骨上，涵盖肩峰、肩前、腋下、侧胸、上臂至肘关节之间的所有病变。临床上，可以随着原始点的范围行局部针刺，平补平泻。《灵枢·官能》曰：“针所不为，灸之所宜”。针对久病或情况较严重的患者，为了加强疗效可以配合灸法，借助灸热和艾叶本身的功能，达到温通经络、祛风散寒除湿的功效。因此原始点疗法除了针灸也强调配合温针灸、照神灯等，临床上可在皮肤直接灸。根据原始点的理论，病痛是由体伤和热能不足也可以用艾条灸或温针疗。可以建议患者饮姜汤，热敷局部，配合定期适量运动，激发体内阳气，但同时注意避免过剧烈运损伤正气。笔者认为由于长期服用大量姜汤可以导致体质过于燥热，因此强调辨证论治，根据病情的进展适量饮用。



图1: 肩背原始点的分布 [13]



## 5. 功能锻炼

除了单纯使用针灸, 肩周炎恢复多靠患者自行运动锻炼, 有研究证明, 比起单纯针灸或者单纯理疗, 针灸配合理疗的疗效较好<sup>[14]</sup>。功能锻炼能加速肩颈局部血液循环, 使渗出液吸收加快, 从而起到松解肌肉粘连, 修复肌腱韧带, 减轻肌肉挛缩, 恢复肩关节功能作用<sup>[15]</sup>。

一些基本锻炼运动包括: 梳头运动, 越头膜耳运动, 面壁爬墙运动, 患臂(外展)扶墙压肩, 和后背拉手运动。根据患者的需求以及他们面对的活动障碍, 可以重点锻炼不同的运动, 例如: 对于有肩关节旋转功能障碍患者, 可以做背墙屈肘肩关节外旋运动, 和单臂顺时针环转运动。

值得重视的一点是运动和功能锻炼在肩周炎的不同阶段有不同的运动锻炼方法, 因此看诊时必须注重肩周炎的分期<sup>[16]</sup>。

第1期: 此阶段是肩关节发炎导致疼痛的疾病初期阶段, 患者该在相对无痛的活动范围内进行短时间(1-5秒)的简单关节伸展活动。在早期阶段剧烈活动或反复伸展超过疼痛阈可加重关节发炎, 影响恢复, 疗效也会较差<sup>[17, 18]</sup>。

第2期: 除了注重肩关节本身的功能锻炼, 也应当足够伸展胸部肌肉和肩膀后方肌肉。为了避免加重炎症和疼痛, 患者可以先做关节内外旋转的伸展运动, 再进一步做抬肩运动。在这个阶段, 因为关节纤维化明显, 经常伴随肩关节的僵硬导致的活动受限, 有的患者因活动不利而尽量避免使力, 肌肉不用, 久而久之导致上臂肌肉萎缩。为了避免肌肉萎缩, 可以增加少量锻炼肌力的运动, 能让肌肉等距或静态收缩运动, 不需要关节活动也能操作的间断运动能避免加重疼痛和炎症<sup>[16, 19]</sup>。

第3期: 在恢复期, 患者会逐渐恢复肩关节的正常活动范围。跟第1期相比, 患者可以做更大幅度的伸展活动并能较长时间保持伸展状态。很多患者因在第1-2期减少肩部活动, 导致肌肉萎缩, 因此在这期间, 为了恢复肩关节正常功能, 必须注重增强肌力, 例如举重,

或者使用运动带进行抵抗运动<sup>[16]</sup>。有些医生也会建议配合肩袖运动、姿势运动及三角肌和胸部肌肉的运动。

## 6. 总结

针刺肩周炎方法灵活多样, 除了以上简单介绍的几种还有来许多自不同医家的独特针刺方法, 各有特色, 自古以临床运用广泛, 疗效佳。但是治疗任何疾病, 应该从多方面配合, 除了针灸、服药、推拿, 平时患者也得配合, 积极锻炼, 生活习惯也得注意, 例如忌食冷凉, 避免过度操劳, 做工或做家务时保持正确的姿势, 以免加重病情, 耽误疾病的恢复。

## 参考文献

- [1] Provencher M, LeClere L, Smith J. Adhesive Capsulitis, BMJ, Retrieved 4 January 2021, from <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/1043>
- [2] Le H V, Lee S J, Nazarian A, Rodriguez E K. Adhesive capsulitis of the shoulder: review of pathophysiology and current clinical treatments. *Shoulder & elbow*, 2017, 9(2): 75-84.
- [3] Manske R C, Prohaska D. Diagnosis and management of adhesive capsulitis[J]. *Curr Rev Musculoskelet Med*, 2008, 1: 180-189
- [4] Ramirez J. Adhesive Capsulitis: Diagnosis and Management[J]. *Am Fam Physician* 2019, 99(5): 297-300.
- [5] 王华, 杜元灏. 针灸学十二五教材[M]. 北京: 中国中医药出版社. 2012: 228-229.
- [6] 石学敏. 针灸学十一五教材[M]. 北京: 中国中医药出版社. 2005: 213-214.
- [7] 彭增福. 靳三针疗法[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社. 2000: 29-30.
- [8] 王红伟. 平衡针结合传统针刺治疗肩周炎的临床研究[J]. 广州中医药大学 2017
- [9] 李凌涛, 卢洪丹, 金远林. 平衡针联合功能锻炼对肩周炎患者肩周运动障碍和临床症状的影响. *辽宁中医杂志*, 2020.
- [10] 王文远. 平衡针灸"针刺肩痛穴治疗肩周炎技术[J], *中国乡村医药杂志*, 2007: 14(1):36
- [11] 刘农虞, 刘恒志. 经筋疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社. 2015.
- [12] 张钊汉. 原始点医学[M]. 张钊汉原始点医疗基金会. 2019.
- [13] 艾蜜莉. 身上12个「原始点」, 按一按就鬆筋解痛! Digital Image, Heho健康, 2019. Retrieved 6 June 2021 from <<https://heho.com.tw/archives/12920>>.
- [14] 刘冬桂. 中医针灸、理疗对肩周炎患者疼痛缓解和肩关节功能恢复程度的影响[J]. *环球中医药*, 2014, 7(S2)

# 浅谈中医针灸治疗高血压

林宇斌

高血压是一种血管持续高压的一种疾病，血液循环保持着高压易损伤心、脑及肾脏，从而导致肾衰或中风等慢性疾病。据世界卫生组织的定义，收缩压指数高于140毫米汞柱，舒张压高于90毫米汞柱可诊断为高血压<sup>[1]</sup>。早期高血压的临床表现不明显，稍突出的症状如头疼、头晕、颈项僵硬、胸闷等；在多种疾病均可出现，导致疾病被忽略或失诊，因此高血压被称为“无声杀手”。高血压的致病因素繁多，如遗传因素、生活起居、情绪、饮食，或是其他病症的兼症。目前主流治疗方案是以西药来快速降低血压，但是这些药物存在着一定的副作用或禁忌症。

具有千百年历史的针灸疗法在古书上也记载了治疗高血压的方案，加上此方法安全及较少副作用，因此针灸逐渐迈入高血压治疗方法之一。针灸主要功效以针刺手法来刺激神经，透过神经刺激分泌因子或荷尔蒙来调节身体；也可放松局部的肌肉紧张度。目前研究显示针灸本身可取得一定的临床效果，若配合西药可比单纯用西药或针灸来的更佳。以下的报道将总结西医对高血压的不同病因与机制，分为：神经机制、肾脏机制及胰岛素机制<sup>[2,3]</sup>。

## 1. 高血压机制和治疗方案

### 1.1 神经机制

大脑维持正常身体活动主要是透过神经的传导来刺激荷尔蒙的分泌，从而调节身体的需求。维持高血压的主要荷尔蒙为血浆内皮素、儿茶酚安和肾上腺素。当大脑皮下神经过于亢奋时，以上的荷尔蒙会过量的释放，从而导致血压不间断的升高。导致此症状的诱因有2种：

- 1) 当病患持续性地保持高压的情绪状态：如工作压力等；
- 2) 当神经的正反馈机制出现问题时，也可导致血压持续升高，因为神经的敏感性消失或神经的传导中受到阻碍时，令身体失去调节的能力<sup>[4]</sup>。从西医的治疗角度，主要是以放松血管肌肉、扩张血管为主要的目的，针对的是防止激素与激素受体的结合，因身体的激素受体具多，因此研发出不同的激素受体阻滞剂。

从中医针灸角度，可从不同体系来治疗。首先从十二经脉的肝经调治，中医说“肝主情志，主疏泻，肝藏血”，从中得知肝脏在情志的变化中对疏通血液在体内的流畅度有着一定的影响。处于高压或紧张的状态则会影响肝脏的疏泄，导致肝气郁结，气郁久而化火，肝火则会促进血在体内的流动，随着火性炎上的特性使肝血往上行，从而出现头晕、头痛及烦躁易怒的临床表现。虽知肝经为治病的主要经

络，但胆腑与肝脏相表里，因此治疗从肝、胆两经着手。另一体系则是利用人体解剖学与神经学选择针刺穴位，以针刺颈部穴位为主要方案，颈部肌肉群如胸锁乳突肌、斜方肌、肩胛提肌。这些肌群深层有颈动脉窦、交感神经、迷走神经与压力感受器，跟高血压的调节有着非常密切的关系。中医四大经典《黄帝内经·灵枢》里提到“人迎穴可用来调宗气的输布，使气行血调和”<sup>[5,6]</sup>。

### 1.2 胰岛素机制

胰岛素在身体的主要功能为调节血中葡萄糖糖份，它可将多余的血中葡萄糖转化为糖原并储存于肝脏；此外，胰岛素对血管也起着双向作用。在正常生理状态时，胰岛素可透过内皮细胞的一氧化氮机制，使血管舒张从而导致血压下降，并促进血管抗炎作用。可是在胰岛素抵抗的状态下，一氧化氮机制被封锁，而身体透过丝裂原激活的蛋白激酶途径，从而提高肾脏对钠与水分的吸收，间接导致血管收缩令血压增高<sup>[7,8]</sup>。

胰岛素抵抗属于一种生存性的生理反应，当身体处于高压环境如禁食、怀孕或严重感染状态容易被激发。若胰岛素抵抗反应持续过久，将会成为一种病理状态，导致血压不断升高。这种表现多出现于2型糖尿病患者。据目前研究也证明高达80%的2型糖尿病患者患有高血压，而50%的高血压患者患有高胰岛素血症或葡萄糖耐受不良<sup>[9]</sup>。目前西医的治疗方案主要以降血糖药物，如二甲双胍配合高血压药物，配合多运动以及饮食的量及种类的控制，从中把两个病理指标降低<sup>[9,10]</sup>。

糖尿病在中医角度属于消渴病的范畴，临床表现以多饮、多食、多尿及形体消瘦为主。主要病因为脾胃虚弱，导致脾脏运化功能失常，津液代谢减弱，导致多饮与多尿的表现。津液代谢失职，体内阴津来源受阻，病症持续长久则会导致元阴的衰弱，出现阴虚内热的表现。因此中医的针灸治疗方案主要从肺、脾、肾经着手，这三脏主要掌控体内水液的代谢功能，在强化水液代谢的基础上，泄体内的燥热及补元阴的不足。

### 1.3 肾脏机制

肾脏角度导致高血压的主要因素为肾动脉狭窄，导致肾脏血液流动减少。为了恢复体内平衡，肾脏会释放出肾素。肾素会催化肝脏所排出的血管紧张素原，把血管紧张素原转化成血管紧张素I。血管紧张素I透过血管紧张素转化酶形成血管紧张素II。血管紧张素II则会经过血管到不同部位引发多重反应。首先会刺激交感神经，促进肾上腺素的排出，这会使血管收缩并加强肾脏对钠离子与水分的吸收。血管紧张素II也会刺激下丘脑

释放抗利尿激素，抗利尿激素使肾上腺皮质排出醛固酮，醛固酮则会加强钠离子与水分的吸收并排出钾离子，使血压再次升高。持续性的高血压会破坏肾脏的血管，再次减少肾脏里的血液流动，形成一个病理反应的恶性循环，最终导致肾衰。

目前西医主要是以血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素 II 受体拮抗的药物为主，如依那普利、氯沙坦、硝苯地平等药物。这是为了防止血管的持续破坏<sup>[11]</sup>。患者也要禁食高盐分食品，以防止水钠储留。中国名老中医廖宾甫在治疗高血压的临床经验中，发现曲池与丰隆穴治疗高血压有明显的疗效<sup>[12]</sup>。曲池是手阳明大肠经的穴位，阳明经为多气多血之经，而曲池属“合穴”。在《难经·六十八难》中“合主气逆而泻”，而高血压的病理表现主要是以血管收缩导致血的流动往上冲，从中医角度为气机失调的表现。曲池为气血积聚之处，又可调节气血流动，因此选用此穴位。选用丰隆穴则是考虑到现代的饮食习惯；油腻与甜食的普遍性伴暴饮暴食的习惯容易导致脾胃虚弱。脾胃运化失职，水谷不化，津液代谢失调，聚集成湿，久而成痰，痰邪以阻碍血管，导致痰瘀互结的病证，血管不通则导致身体的反射来加强血管收缩以助血液流通，从而导致高血压。丰隆穴同曲池都属气血旺盛的穴位，归足阳明胃经，在临床是专用于祛痰的穴位<sup>[13]</sup>。

## 2. 研究方法与结果

### 2.1 神经机制

在一项对于风池与行间在治疗神经机制高血压的研究中，研究院使用西药复方降压片为对照组。此研究的1个疗程时间定为15天。针灸组的治疗过程为：泻法；捻转频率约为160转/分，得气后留针30分钟；对照组为：每次1片，每日3次。从研究报告显示，经过针灸治疗后血中血浆内皮素含量（治疗前：84-120pg/ml 到治疗后：50-70pg/ml）明显低于降压药组（治疗前：89-121pg/ml到治疗后：77-115pg/ml）。这说明针灸有效的降低血管内皮素的生成（ $P < 0.01$ ）。此外针灸也增强血管内皮的功能，提高血管舒张的功能，因此更有效地抵抗血压的升高<sup>[14]</sup>。

另一项研究则是参考了两种不同针灸理论治疗高血压。对照组使用的是《经络腧穴学》中的传统穴位治疗高血压而治疗组所用的是颈部的穴位，主穴位有：人迎、扶突、天牖、天窗、风池。两组的手法与治疗过程为：平补平泻，得气后留针30分钟；每日1次，10次为1次疗程，总共6个疗程<sup>[5]</sup>。结果显示实验组（治疗前 SBP: 142-158 mmHg, DBP: 87-99 mmHg）；对照组治疗前 SBP: 138-158 mmHg, DBP: 89-99mmHg）经过颈部针灸和传统治疗后的收缩压和舒张压都降低（治疗后 SBP: 116 - 130 mmHg, DBP: 76 -86mmHg；对照组 治疗后 SBP: 123-143 mmHg, DBP: 83-94mmHg），血中的一氧化氮指标升高（治疗前：51-

69 $\mu$ mol/L，治疗后：66-86 $\mu$ mol/L；对照组治疗前：53-69 $\mu$ mol/L，治疗后：57-79 $\mu$ mol/L）血浆内皮素降低（治疗前：74-90ngl/L，治疗后：57-69ng/L；对照组治疗前：73-90ngl/L，治疗后：68-ng/L），这说明针灸疗法是有效地降低血压。仔细对比研究数值，经过颈部穴位治疗的效果显然的比传统穴位治疗来有效，在每一个研究指标上都胜过传统穴位的方案（ $P < 0.05$ ）。这也表示了用针灸与人体解剖学的双重运用可比单用十二经脉的治疗来得有效。

### 2.2 胰岛素机制

两项研究利用了肺、脾、肾三脏的穴位来进行治疗。第一项研究采用了针灸穴位与生活起居改善的对比，手法与治疗过程为：平补平泻；得气后留针20分钟，期间行针3次；每日1次，10次为1疗程；共进行3疗程，期间休息5天，共40天。生活起居改善包括戒烟、减轻体重、适度饮酒、限制钠盐、综合膳食改变、增强体育活动、保持心情舒畅等。这项研究主要观察针灸是否有效地提高身体对胰岛素的敏感度与吸收能力。此外也是探讨改变生活起居是否能平稳地控制消渴病<sup>[9]</sup>。此研究的治疗组使用针灸治疗而对照组主要以改善生活起居为主，未经过任何治疗方案。两组的对比反映了各组都有效地控制血压与空腹胰岛素含量。针灸治疗组患者对胰岛素敏感性（Insulin Sensitivity Index, ISI）有明显的提高（治疗前：1.49 - 2.27, 治疗后：1.42 - 1.94；对照组治疗前：1.58 - 2.16, 治疗后：1.52 - 2.14； $P < 0.05$ ），近健康人群的水平（1.33-1.99）。此外，针灸也调整了患者体重，加强身体的代谢导致体重指数接近健康人群的标准。这说明了针灸在治疗上能有效的调整体内的生理功能，达到体内平衡的状态。这是单从调整生活无法实现的效果。

另一项研究则是对比西药与针灸的效果，对照组所使用的西药为马来酸依那普利，服用法为：每次10mg，每日一次口服，30天为一疗程，针灸疗程则使用了：平补平泻；得气后留针30分钟，每隔10分钟行针1次，每日1次，30天为一疗程。结果显示针灸与西药马来酸依那普利的对比可看出服用西药在控制空腹中的胰岛素相对较差，其余的血糖与胰岛素指标效果一致。两组在控制高血压均有良好的效果但两组间的差异未能达到统计学意义（治疗组治疗前后：SBP:151-171mmHg 降到 129-147mmHg，DBP: 95-105mmHg 降到78-92mmHg；对照组治疗前后：SBP: 150-170mmHg 降到 124-142mmHg，DBP: 89-104mmHg 降到77-89mmHg； $P > 0.05$ ）<sup>[10]</sup>。

### 2.3 肾脏机制

利用了中国名老中医廖宾甫医师的经验穴以降压药硝苯地平做了比较。西药的服药过程为：每次1片，14天为1次疗程。针灸手法疗程为：捻转提插泻法，血压降

至正常后平补平泻；留针15-30分钟，5分钟/行针；2周，每日1次，14天为1次疗程。研究显示虽然针刺组在治疗前与治疗后有降低血中的血管紧张素II含量，可是因为下降的效果不佳因此无统计学意义；以降低血压的效果对比，两组均有降低血压至正常水平，因此针刺疗法在肾脏机制所导致的高血压中无明显的优势<sup>[12]</sup>。

### 3. 总结与讨论

以上的各种研究可发现针灸在治疗高血压有一定的效果。不同的发病机制采用不同的治疗方案体现了中医辨证论治的运用，从不同的致病机理找出治疗方案，所谓“异病同治，同病异治”。这也证明了传统医学在疗效现代的疑难杂症还是有一定的效果，只是在久病或较严重的病情如“肾脏疾病”，可能需要多一点研究结果或医者得从不同思维方式来考虑不同的穴位来治疗此病。单纯用针灸治疗未必是对患者的最佳治疗方案，结合西药以及患者生活上的调整对患者可能是目前长久及最有效的方法。

### 参考文献

[1] 世界卫生组织|高血压相关问答.(2015,September29). Retrieved April 18, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension/>

[2] 张艳玲, 李创鹏, 彭敏, 等. 针药结合治疗高血压及对血浆神经肽Y的影响[J]. 中国针灸, 2005, 03:11-13.

[3] 王霄霄, 王海霞. 原发性高血压与代谢性疾病的相关性研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 14:2262-2264.

[4] 颜凡辉, 姜文锡. 心理压力参与高血压病形成的机制及研究进展[J]. 中国循环杂志, 2015, 01:89-92.

[5] 袁恺, 李万瑶, 熊俊, 等. 针刺颈穴对原发性高血压患者血压、血清一氧化氮及血浆内皮素-1的影响[J]. 时珍国医国药, 2013, 06:1528-1530.

[6] 王舒馨, 刘健. 针刺治疗单纯舒张期高血压临床医案[J]. 中华针灸电子杂志, 2020, 01:13-14.

[7] Salvetti A, Brogi G, Di Legge V, Bernini GP. The inter-relationship between insulin resistance and hypertension. *Drugs*, 1993, 46(2):149-59.

[8] Zhou MS, Wang A, Yu H. Link between insulin resistance and hypertension: What is the evidence from evolutionary biology?. *Diabetology & metabolic syndrome*, 2014, 6(1):1-8.

[9] 赵东杰, 范群丽. 针刺对高血压病胰岛素抵抗的影响[J]. 中国针灸, 2003, 03:40-42.

[10] 郭玉红. 针刺治疗高血压病胰岛素抵抗的临床观察[J]. 中医药学报, 2007, 06:51-53.

[11] 夏思维, 冉飞, 万进东, 等. 双侧肾动脉狭窄致难治性高血压2例并文献复习[J]. 中国心血管病研究, 2021, 02:190-192

[12] 陈越峰, 钱红, 李兰, 等. 针刺对高血压病患者血浆内皮素、血管紧张素II影响的研究[J]. 中国针灸, 2000, 11:51-53+4.

[13] 黄凡, 姚国新, 黄小丽, 等. 针刺治疗痰瘀阻络型高血压病临床观察[J]. 中国针灸, 2007, 06:403-406.

[14] 张朝晖, 周洁, 王强等. 针刺治疗原发性高血压病及其对血管内皮功能的影响[J]. 中国针灸, 2004, 08:24-25.

[15] Tough EA, White AR, Richards SH, Lord B, Campbell JL. Developing and validating a sham acupuncture needle. *Acupuncture in Medicine*, 2009, 27(3):118-22.

### 上接第14页

[4] Hoover LE. Cholesterol Management: ACC AHA Updates Guideline. *Am Fam Physician*. 2019 May 1;99(9):589-591. PMID: 31038893.

[5] 曲守伟, 张桂君, 罗婉. 他汀类药物的药理作用及其临床应用的相关问题[J]. 临床药物治疗杂志, 2004(01):41-45.

[6] Naci H, Bruggs J, Ades T (July 2013). "Comparative tolerability and harms of individual statins: a study-level network meta-analysis of 246 955 participants from 135 randomized, controlled trials" (PDF). *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 6 (4): 390-99.

[7] Rouhi-Boroujeni H, Heidarian E, Mohammadzadeh F, Rafelan-Kopaei M. Herbs with anti-lipid effects and their interactions with statins as a chemical anti-hyperlipidemia group drugs: A systematic review. *ARYA Atheroscler*. 2015 Jul;11(4):244-51. Review.

[8] 中国中西医结合学会心脑血管病专业委员会动脉粥样硬化与血脂异常专业组. 血脂异常中西医结合诊疗专家共识中国全科医学, 2017, 20(3):262-269.

[9] 喻珊季光. 中医对高脂血症的研究进展[J]. 中医学, 2018, 7(5): 307-313

[10] 郭效, 朴胜华, 石忠峰, 等. 高脂血症中医证候分布规律文献研究[J]. 广州中医药大学学报, 2013, 30(05):609-614+632.

[11] 叶世龙, 谢为民, 丁文, 等. 中药治疗高脂血症探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2004, 2(12): 727-729.

[12] 李七一. 周仲瑛教授论五脏痰瘀[J]. 北京中医, 1996(3): 6-7.

[13] 林巧云. 周仲瑛教授从“痰瘀”辨治高脂血症的临床经验及学术思想研究[D]. 南京中医药大学, 2017.

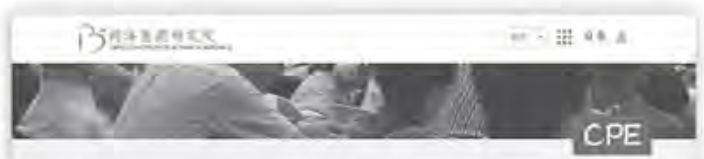
[14] 袁肇凯, 简亚平, 黄献平, 等. 高脂血症痰瘀辨证的血脂和血流动力学检测分析[J]. 湖南中医学院学报, 2001, 21(3):1-4.

[15] 钟周, 周鸿图, 胡志希, 等. 140味降脂中药治疗高脂血症的用药规律分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2015, 35(1): 64-66.

[16] 王京齐, 张秉, 薛凤敏, 等. 四生降脂方治疗非酒精性脂肪肝64例临床观察[J]. 北京中医药, 2008(3): 207-208.

# 同济医药研究院官网和面簿新面貌

同济医药研究院在2020年8月6日提升官方网站。网站设计新颖、类别清晰、查阅简易，使用者可以一目了然地获取现有及已结束的CPE讲座信息，并直接通过网站报名参加。



本院的面簿页面在2020年5月3日开始更新。欢迎关注我们的页面以获取同济医药研究院的最新动态及活动信息！

请游览 [www.tcimr.org.sg](http://www.tcimr.org.sg)，或扫描QR码



# 征稿通知

《同济医药》是由同济医药研究院主办的一部综合性、国际性、学术性的中医学类专业年刊。办刊宗旨是提升中医师的专业水平；促进国内外中医药学术交流和科学发展。

望《同济医药》能不断得到海内外广大同道的关心与支持，成为中医界学术争鸣和弘扬中医的平台。诚挚邀请广大中医界人士、专家、学者踊跃投稿。

本刊主要设有以下栏目：

- (1) 中医药基础理论研究、临床研究；
- (2) 中医药文化发掘与研究；
- (3) 中医药文献整理研究；
- (4) 名老中医学术经验传承研究；
- (5) 中医、中西医结合临床报道；
- (6) 中医药人才培养目标及措施探讨。

收稿截止时间：

每年为当年10月1日，  
12月出版。

投稿请电邮至：

tcimr@stcmi.org.sg

或请致电67389569了解详情。

论文要求及认定问题：

- (1) 文稿要求研究资料真实、字迹清楚、图表清晰、文字通顺规范。
- (2) 论文按照学报格式规范撰写，字数以3000-5000字左右为宜。参考文献要规范引用和著录。
- (3) 投稿不退稿，一个月内未通知采用，作者可自行处理。
- (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) 来稿文责由作者自负，如有侵权行为，本刊不承担任何责任。
- (6) 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。
- (7) 来稿刊出后，赠送当期期刊两册，以资感谢。
- (8) 来稿一经刊登，作者可向新加坡中医管理委员会申请继续教育学分。

## 募捐

本院心系本地中医人才发展，致力为他们提供学习和成长的机会。您的捐助与支持，可使同济医药研究院运作不息！

同济医药研究院是公益机构（IPC），您的所有捐款均可获得2.5倍的扣税。捐款时请备注捐款人的姓名和NRIC/FIN/UEN。若未注明，将无法获得扣税优惠。

您可以通过以下方式向本院捐献医药科研基金：

- Giving.sg

您可以登陆 Giving.sg 网站进行在线乐捐。

- 现金捐款

请在办公时间内，亲临本院，捐款同时可直接获得正式收据。

- 支票捐款

请把支票支付给：“同济医药研究院”

请把捐款者姓名、地址、身份证（用于扣所得税）和联络号码写在支票背面，邮寄至：

Thong Chai Institute of Medical Research, 50 Chin Swee Road,  
#01-02, Thong Chai Building Singapore 169874

- 扫码捐款 (PayNow)

登陆您的银行账户，扫描右侧二维码，确认收款方为

“Thong Chai Institute of Medical Research” 后进行捐款。

请扫码捐款

Scan QR to Donate





新加坡同济医院医务主任，林叶青医生

2021年1月9及23日，由同济医药研究院主办，中国中医科学院中医临床基础医学研究所承办的《新加坡中医临床科研思路与方法培训班》两场培训在新加坡召开。本地的中医师通过远程视频，向中国的专家们学习前沿的科研技能及思路方法。



中国中医科学院中医临床基础医学研究所副所长王忠研究员



4名南洋理工大学生物医学与中医双学位学生于2021年5月10日，在同济医院展开为期12周的研究工作。经指导教师的提携与监督，他们顺利地完论文资料的采集与撰写并在同济医院医务组会议上分享各自的研究报告。





杨应群主席代表签署合作备忘录



王乙康部长与杨应群主席为合作牌匾揭幕



两院合照



远程视频进行合作备忘录签署仪式

## 与多所中国中医院校签署合作协议

· 辽宁中医药大学 · 黑龙江中医药大学



重庆市中医院合作协议签署仪式  
2020年6月17日



上海中医药大学合作协议签署仪式  
2020年7月3日



天津中医药大学合作协议签署仪式  
2020年10月29日

## 为本地中医师提供多种多样的继续教育课程讲题

