

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



2023年12月 • 第十一期

同济大厦

同济医药研究院

赠阅

MCI(P) 039/11/2023

# 2023年《现代针灸新进展》中医药高峰论坛



# 中国-新加坡中医药中心揭牌仪式



# 2023年第十一期目次

02	浅述同济医院肾病组辨治慢性肾脏病特色 (一)	林韦翰, 王思谕, 张骏发, 张国强
08	中医地域性流派研究综述	何霞芬
12	仲景柴胡剂治疗脾胃病证规律探析	陈文恬
15	The use of Chinese Medicine and Acupuncture in conjunction with Western Medicine for the management of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	李任远
24	儿童抽动障碍的中医认识与现代名医经验撷萃	廖欣婷
27	儿童腺样体肥大的中医治疗进展及验案举例	庄慧娜
31	多囊卵巢综合征的中西医治疗概述	陈慧贞
37	浅谈输卵管性不孕的中西医治疗	吴馨怡
41	分析“醒脑开窍”理论创见与用穴针法	欧阳强波
44	肠易激综合征的中医病因病机及辨证论治	念惠明
47	同济医院暨同济医药研究院董事会代表团访问马来西亚吉隆坡中医院校	
50	同济医院暨同济医药研究院董事会访问团访问中国中医药院校	

## 《同济医药》杂志

2023年(年刊)第十一期

2023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: 杨应群 林源利BBM

学术顾问: 林叶青 尤可 刘景峰

出版人: 刘廷辉

主编: 郑黄芳

副主编: 李佳倚

编委: 张国强 张骏发 林韦翰 邢雅雯  
陈泉铭 罗悦绮 何雪舟

Vol 11, 2023 (Yearly Journal)

Published on December, 2023

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: Yeo Eng Koon Lim Guan Lee BBM

Academic Advisors: Linn Yeh Ching Youke Liu Jingfeng

Publisher : Low Theng Whee

Chief Editor : Zheng Huang Fang

Deputy Editor : Lee Chia Khee

Editorial Members: Teo Kok Keong Teo Chun Huat  
Lim Weihan Heng Ya Wen

Tan Quan Ming Loh Yue Qi

He Xuezhou

## 浅述同济医院肾病组辨治慢性肾脏病特色(一)

林韦翰 王思谕 张骏发 张国强  
新加坡同济医院

同济医院肾病组成立于1987年,至今已步入第36年,诊病人次超过16万。秉承薪火传承的理念,在此浅述本组治疗慢性肾脏病的学术特色,望能承前启后,为造福肾脏病患者的工作做出微薄贡献。本文为上半段,先发表“掌握中医辨治,熟悉西医知识”、“重视健脾补肾,治肾保心,调肝益肺”和“治肾必活血调水”等3个学术特色,后续再发表其余特点。

### 1. 掌握中医辨治,熟悉西医知识

张国强主任医师指出,慢性肾脏病的病因复杂,可因原发性肾病、感染性疾病、遗传性肾病、先天性肾病或其它基础病(如代谢性疾病、自身免疫性疾病及结缔组织疾病、肿瘤等)导致,并且在慢性病程中可以出现加剧因素(如感染、心衰、电解质紊乱、药物损害等)。因此,以中医辨治为基础的同时,也必须熟悉西医知识,做到能确诊病因,及时纠正可逆因素,延缓进展,预防并发症的诊疗目的。下列本组在中医辨治与熟悉西医知识要求上的特点。

#### 1.1 辨病、辨因、辨证、辨体、辨经

##### 1.1.1 辨病

张国强主任医师强调,在慢性肾脏病的治疗里,首当辨明患者的中西医病名。临床上,经常要求患者必须完善西医检查,携带检查报告及医生报告前来就诊,以防疏漏。这也利于通过循证医学判断患者的病情及预后,从而辅助规划患者的诊疗方案。

然而,西医辨病虽有大量研究支持,却尚未普遍达到个体化的程度,未能结合“天地人”的整体诊疗理念。因此,在西医辨病基础上,也突显了中医辨病的重要性。中医辨病可以分为两个要点:

①病名:病名当体现患者的病因、病机和症状,以对中医师起到正确指导的作用。对于慢性肾脏病,现今国际上常用的病名包括溺毒、虚劳、关格、水肿、癃闭、肾风、肾劳、溺毒、肾衰病、肾厥、慢肾衰等<sup>[1-3]</sup>。

慢性肾脏病的中医病机,是处于动态变化的过程中,并非一成不变。张国强主任医师经多年临床经验总结,早期慢性肾脏病以脾肾两虚或气阴两虚为主,故当名为“肾虚损”。“肾虚损”主要体现“本虚”为主,但病情较轻的特点,对应慢性肾脏病1期及2期阶段,属于“代偿期”的范畴。若到了慢性肾脏病3A期,或处于“代偿期”至“失代偿期”之间的阶段,则当命名为“肾虚劳”。

随着病情进展,因虚致实,湿瘀浊毒蕴结,血清肌酐及尿毒素升高,则当名为“溺毒虚劳”,体现其“本

虚标实”,邪毒盛与虚劳并存的特性。“溺毒虚劳”一般对应失代偿期以后的阶段,临床分级为慢性肾脏病的3B、4及5期。当病情发展至晚期,患者因脾肾虚衰,气化不利,浊邪壅塞三焦,而致小便不通与呕吐时,则可根据症状名为“溺毒关格”和“溺毒癃闭”。若患者溺毒入脑,蒙闭心神,出现神识昏迷不醒,则可名为“溺毒肾厥”。

②病性与病机:《素问·阴阳应象大论》曰:“治病必求于本…善诊者,察色按脉,先别阴阳”。《素问·至真要大论》则曰:“谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之,盛者责之,虚者责之,必先五胜,疏其血气,令其调达,而至和平,此之谓也”。本者,本于阴阳也,故辨病当先辨其本于阳邪阴邪,求其病在阳分阴分气分血分,气之升降出入。所发之病机,各有五脏五行之属,或五脏病气有余,或五脏精气不足,或太甚,或虚微。若明病之阴阳,疾病五脏五行之归属,通过补泻调和、升降出入之法,令阴平阳秘,五行制而生化,血气调达,则能达到让人体处于平和状态的治疗目标。此外,辨病性、病机也是结合中医经典对疾病理解和变化规律的要诀。

##### 1.1.2 辨因

《素问·三部九候论》言:“必审其所始病,与今之所方病,而后各切循其脉,视其经络浮沉,以上下逆从循之”。《素问·疏五过论》又曰:“凡欲诊病者,必问饮食居处,暴乐暴苦,始乐后苦…凡诊者,必知终始…”。上述经文皆体现中医“审证求因,审因论治”的重要认识和认识方法。时振声教授认为,在慢性肾衰竭的病程里,务必随时注意可逆性的加剧因素,如感染、心衰、电解质紊乱等,并包括中医的风寒、风热、湿热、水湿等病理因素<sup>[4]</sup>。张国强主任医师继承导师时振声教授的学术思想,在临床上十分重视辨病因的重要性。林韦翰医师则从临床中总结,认为“没有无缘无故的病”。患者往往会容易忽略自己的病因,甚至部分患者认为自己生活习惯健康,对得病感到讶异。然而,在细问之下,通常能发现患者对疾病、健康生活习惯和养生理念的误区。根据经验,在治疗慢性肾脏病患者时,常需确认的中西医病因有:①病史(包括既往史、家族史);②个人史(包括婚姻、工作史);③用药史(包括服用西药、中药的长期经历);④饮食习惯(包括饮食规律、时间、量、类别、嗜食、偏食、饮水习惯等);⑤睡眠习惯(包括睡眠时长、规律、入睡时间、起床时间、午睡习惯、夜尿频次、睡眠质量等);⑥运动习惯(包括运动类别、运动强度、运动规律,体检前

是否有剧烈运动等);⑦精神压力、思想与心态(包括工作、家庭、生活、子女、固有化思想、乐观或悲观心态等)。

从长远角度,在治疗慢性肾脏病时,若能定期监测患者的血压、血糖、体重等因素,则对患者的预后有益。林韦翰医师的体会,对于非住院或危急的患者,本地西医检查慢性肾脏病患者肾功能的间隔往往可长达3-12个月。部分患者在未得知中药治疗结果前会抱有担忧。通过监测和调理血压、血糖、体重等因素,患者可以增加参与感和积极感,提高慢病管理意识,并且更早见到其它客观指标的改变,从而提高医患关系间的信心,改善患者心态。这也更符合中医“治人”及“以平为期”的思想。

##### 1.1.3 辨证

在辨证上,以“先别阴阳”为要领,继而通过八纲辨证、脏腑辨证、气血(包括卫气营血)辨证、六经辨证、辨病位(比如咽、胸、腹、腰、膝、足、头等不同部位)等方法,总结出患者的证候与病位,从而指导遣方用药。

需提出,慢性肾脏病患者的证候为动态变化的病程。动态辨证的根本在于患者正气与邪气动态斗争过程,而正邪斗争的动态过程可以表现为各种复杂病变,如虚寒、实热、虚实夹杂、蓄血、蓄水等<sup>[5]</sup>。叶任高教授认为,慢性肾衰竭存在着虚、浊、瘀、毒四大病理机制,早期多以虚证为主,肾虚为本,兼及肝脾肺,晚期则为虚实夹杂,标实反成主要矛盾,证候复杂,故临证需动态观察<sup>[6]</sup>。

##### 1.1.4 辨体

早在《黄帝内经》中就有提到体质学的叙述,如《灵枢·五变》以人应木,提到“材木之阴阳尚有坚脆…坚脆不同…皮之厚薄,汁之多少,而各异耶”。《灵枢·阴阳二十五人》进一步根据五行来分类体质。《灵枢·通天》则以阴阳为本,将人体分为太阴、少阴、太阳、少阳和阴阳和平五种体质,并提出“其态不同,其筋骨气血各不等”的观点。清·章虚谷《医门棒喝》亦指出:“邪之阴阳,随人身之阴阳而变也”,认为六淫邪气伤人会受体质阴阳强弱从化改变。

现代中医理论中,王琦教授提出了“九种体质”<sup>[7]</sup>,并认为“辨体论治”是将辨体、辨病、辨证三者综合运用的一种临床诊疗模式,以“体病相关”和“体质可调”学说为依据,适应多元复杂的临床要求<sup>[8]</sup>。赵进喜教授则认为不同体质是因个体脏腑功能不平衡及气血阴阳盛衰有别所导致,体质差异会影响病邪从化,造成临床表现和发展趋势的不同,相应的养生防病与临床治法都当有所别,并提出“三阴三阳体质”学说<sup>[9]</sup>。

张国强主任医师认为,新加坡气候潮湿,又素有天热饮冷的习惯,故从体质上容易生湿伤脾。因此,脾虚夹湿的太阴体质较常见。病在太阴,若虚则湿邪随阴化从湿化而归太阴,形成湿浊、寒湿;若实则随阳化从燥化而归阳明,证见湿热或湿化燥。本院曾调查198位新加坡糖尿病患者的“三阴三阳体质”,发现太阴体质

(20.3%)最常见,若将“三阴三阳体质”按照表里经进行配对,太阴-阳明体质组在糖尿病微血管病变(41.9%)及大血管病变(35.6%)里最常见,具有糖尿病20年以上病史的患者,也以太阴-阳明体质组(39.5%)居多<sup>[10]</sup>。这与本组在治疗肾病时重视“从脾论治”和“祛湿为先”的学术思想相合,也提示临床辨体对了解从化、发展趋势和既病防变的重要性。

林韦翰医师亦提出,新加坡四面环海,故潮湿的气候中夹有海风。《素问·五常政大论》又言:“东南方,阳也,阳者,其精降于下,故右热而左温…此腠理开闭之常…”,提示南方之人多腠理稀疏。加上晚睡熬夜易导致肝胆火热,阴血暗耗,故本地太阴体质的患者,在中病时表证易兼见少阳。若因空调或冒雨而伤于寒者,则在表证阶段也可兼见太阳。

##### 1.1.5 辨经

《灵枢·海论》曰:“夫十二经脉者,内属于脏腑,外络于肢节”。人体经络网布周身,外达肌表腠理,内至脏腑骨髓,联属经脉、经别、经筋、络脉等经络系统分支<sup>[11]</sup>。因此,通过经络辨治,能更精确的指导辨证论治,以及帮助应验辨证的正确性。下述本组用于辨经的两种主要方式:

①经络循行部位:人体脏腑通过经脉与其它器官组织相联,故经络循行部位亦可反映患者疾病的本质。从经络循行部位上,又可以分为两类。第一种方式是通过患者自诉的症状部位,如阴囊痛、腰痛、膝痛、小腿抽筋、项肩紧痛等,均对指导经络辨治有一定帮助。然人体经络网布,往往一个部位不止一条经脉循行。因此,经络辨治又需要结合舌脉辨证与病机。

第二种经络循行部位的运用方法是检查局部形态改变。经脉的形态变化,主要涉及循行部位的异常,如凹陷、虚软、隆起、结节、粗细、毛细血管扩张、局部温度、皮肤湿粘度等。《灵枢·经脉》云:“凡诊络脉,脉色青则寒且痛,赤则有热…其黑者,留久痹也;其有赤有黑有青者,寒热气也;其青短者,少气也”,提示可以通过毛细血管的颜色来协助辨治。在临床上,患处或穴位的凹陷及虚软能反映该经脉的虚证,而隆起、结节则是实证。局部温度反映经脉阳气状态,比如冷而酸楚者是以阳虚为主,冷而拒按,按之痛甚则考虑为寒邪凝滞。局部皮肤的湿粘度也可反映津液输布或血脉运行的状态。举例如患者局部皮肤粘冷,则一般反映寒湿;皮肤干燥瘙痒,则当查其是否有血虚风燥;若局部肌肤甲错,则当审其瘀血病机,以此类推。

②经脉应验:经过上述的辨病、辨因、辨证、辨体及经络循行部位后,医师已有完善的四诊信息,能做出辨治判断。在此基础上,可以进一步查验经脉,以协助明确诊断。应验经脉时先查与病机、证候、体质相关的经脉,简易法可以查五输穴和与病机相合的特定穴位。患者受影响的穴位当会出现与其它穴位相比更明显的压痛或敏感度。需提出,虚证明显的患者,有时候压痛及敏感度的变化并不会明显,因其气血虚衰,难以起到沟通作用。慢性肾脏病患者,多呈慢性虚弱过程,故经络循行部位多会体现出形态改变,能助佐证。

## 1.2 结合中西药科学研究

### 1.2.1 中医辨治结合现代科研

张国强主任医师认为,在中医辨治基础上,当结合现代医学研究成果,以提高疗效及避免出现中药药物性损害的可能。

张国强主任医师继承导师房定亚教授的学术思想,善用冬虫夏草治疗慢性肾脏病<sup>[12]</sup>。然而,考虑到冬虫夏草价格昂贵,天然药源稀少,故上海名医陈以平教授提倡使用金蝉花作为替代品<sup>[13]</sup>。现今,本组常用的冬虫夏草替代品包括金蝉花、蛹草及地蚕。金蝉花与蛹草含冬虫夏草有效中药成分Cordycepin<sup>[14,15]</sup>,具有保护肾脏功能的功效。张国强主任医师使用地蚕时则是取其“补肺而不燥,兼以补血,药性平和”的特点,用于肺肾气阴两虚或阴虚血燥的患者。

其余特殊用药,如降糖用荔枝核、金刚头、鬼箭羽;降尿酸用土茯苓、萆薢、车前子、牛蒡子;降肌酐用落得打、猫须草;降钾用通草;活血用丹参、鸡血藤等;心率过快者可用丹参强心和减缓心率<sup>[16]</sup>,均是在中医辨证基础上,结合现代科学研究的用药。另一类则是需要注意使用的中药,如对高钾血症患者,应当避免使用益母草和泽泻等影响钾排泄的药,减少大青叶、马齿苋、白豆蔻粉、茵陈、旱莲草、鸭跖草、半边莲、紫花地丁、金钱草、蒲公英、细辛、淡竹叶、红花等高钾中药用量<sup>[17]</sup>;对肾损害患者避免使用含马兜铃酸的药物,如马兜铃、防己等,从而达到减少患者出现中药药物性肾损害的风险。

### 1.2.2 中西药相互作用

本组的另一特色,是对中西药相互作用(Herb-drug interaction, HDI)的研究。所谓中西药相互作用,指的是中草药与西药同时使用可能产生的相互影响,这种影响可能表现为增强药物疗效、抵消药物功能、减弱药物毒副作用,或者导致某些不良反应等情况<sup>[18]</sup>。在当前的医疗体系中,大多数慢性疾病患者主要接受西药治疗,而中药通常以辅助治疗或与西药并用的方式存在,也就是说多数看中医的患者都同时在服用中药及西药<sup>[19]</sup>。因此,深入了解和重视中药与西药之间的相互作用对于确保患者获得全面、有效和安全的治疗至关重要<sup>[20-22]</sup>。这需要我们不断研究和了解这些相互作用,以确保患者能够获得最佳的医疗照顾。

我们所探讨的其中一个课题涉及中西药相互作用对药物吸收环节的影响。药物代动力学的相互作用可能导致药物浓度在血浆中的增加或减少,这在治疗过程中具有重要意义。药物的吸收过程包括释放、吸收、分布、代谢和排泄等环节<sup>[23]</sup>。例如,某些中药中含有活性炭,如活性炭,可以有效吸附物质,减缓某些西药(如阿司匹林)的吸收速度<sup>[24]</sup>。此外,一些中药含有生物碱和鞣质,可能与西药发生相互作用,降低药物的吸收效率<sup>[25]</sup>,从而影响治疗效果。钙是人体代谢和细胞功能中的关键元素,但它可能与某些抗生素类药物(如喹诺酮类和四环素类药物)相互作用,降低它们的吸收<sup>[26]</sup>。因此,为了减少中西药相互作用在药物吸收环节可能带来的风

险,建议中药与西药的服用应间隔2至4小时。然而,需要注意的是,这个时间段仅涵盖吸收环节,未包括药物代谢、分布和排泄环节可能发生的相互作用<sup>[21]</sup>。因此,在中西药同时使用时,仍需谨慎监测和医生指导,以确保治疗的有效性和安全性。

另外,我们也探讨了个别药物与西药联用时所可能出现的一些相互作用,例如:甘草是一种广泛应用的中草药,但其潜在副作用和与西药结合使用的安全性需要认真考虑。甘草中的主要成分,如甘草酸,经过体内代谢可产生葡萄糖醛酸和苷元甘草次酸<sup>[27,28]</sup>。葡萄糖醛酸具有解毒作用<sup>[29]</sup>,而苷元甘草次酸则表现出肾上腺皮质激素类似作用<sup>[29]</sup>。因此,与某些西药有相辅相成作用,但对于某些西药则相克相杀,能导致一系列不良反应,包括消化道溃疡、低血钾、水钠潴留、假性醛固酮症状等。虽然甘草运用广泛,也是常用药之一,但研究中发现,特别是对于具有消化道问题、高血压、心脏问题、糖尿病、风湿病等慢性疾病的患者,应慎重使用甘草<sup>[31-33]</sup>。孕妇在怀孕期间的甘草摄入也需要谨慎。在中药与西药的联用时,医生应根据患者的具体情况制定合适的治疗方案,并密切监测患者的反应,以确保治疗的安全性和有效性。

另一例子是大黄(更明确为酒大黄)对慢性肾脏病的使用。大黄是慢性肾脏病中后期常用以泄浊的中药之一<sup>[34-37]</sup>。大黄联合西药应用能够有效改善血糖、血脂、肾功能等指标,降低血肌酐和血尿素氮水平,减少蛋白尿等症状,显示出一定的治疗潜力<sup>[38-39]</sup>。然而,在使用大黄时,药物剂量的控制至关重要,通常建议从小剂量起始,逐渐增加,以达到大便质软、每日2-3次的排便频率。虽然大黄在治疗肾病时表现出一定的安全性,但在与西药合用时,需要密切监测不良反应,特别是高钾血症的发生<sup>[40]</sup>。此外,大黄的用量超过一定程度可能引发腹痛和腹泻,长期使用可能带来结肠黑变病,也有动物试验提示大黄增加癌症机率的风险<sup>[41-42]</sup>。因此,正确使用大黄治疗肾病需要谨慎,应根据患者的具体情况制定合适的剂量,以确保治疗的有效性和安全性,同时遵循药证对应、毒药治病去为度、炮制剂型宜选择、配伍减毒亦增效等原则。

总体而言,中西药相互作用可能会对药物的疗效和安全性产生影响,深入研究和充分重视这些相互作用对确保患者获得最佳医疗护理至关重要。中西药相互作用的研究领域仍在不断发展,为医疗实践提供了更多宝贵的信息和指导,因此值得高度重视。

## 2. 重视健脾补肾,治肾保心,调肝益肺

### 2.1 健脾补肾

脾肾两虚证是慢性肾脏病最常见的证型<sup>[43]</sup>。张国强主任医师认为,脾肾两虚是慢性肾脏病的根本,根据阴虚和阳虚的区别,在初期以脾肾气阴两虚及脾肾气虚证型最常见。随着病情进展,则逐渐发展为肝肾阴虚和脾肾阳虚,并最终发展至阴阳两虚。脾肾又为后天与先天之本,若脾虚失运,则气血生化乏源,难以滋养先天,而肾精亏损,则精血生化不足,作强之官的功能失常,五脏虚损,导致病情进一步加重。脾肾又是确保气血津

液正常运行的重要脏器,若脾肾两虚,运化与气化功能失常,则会出现气虚、气机运行不畅、血虚、血瘀、痰湿、水停等病理因素。正如明·张景岳《景岳全书·水肿论治》所言:“盖水为至阴,故其本在肾;水化于气,故其标在肺;水惟畏土,故其制在脾”。因此,慢性肾脏病的治疗,常以健脾补肾为基础。

常用健脾药<sup>[44]</sup>包括黄芪、山药、茯苓、党参、白术、土茯苓、甘草、陈皮、芡实等,并可视情况酌加法半夏、厚朴、砂仁、白蔻仁、紫苏叶等,意在健脾益气,祛湿化浊。常用补肾药则包括杜仲、桑寄生、山茱萸、枸杞子、生地黄、菟丝子、女贞子、旱莲草、淫羊藿、熟地黄、金樱子等,慎用重补滋腻,一般只用2-3味补肾药即可,并注意当阴中求阳,阳中求阴。

### 2.2 治肾保心

“治肾保心”是张国强主任医师继承导师房定亚教授学术思想所得<sup>[45]</sup>。房定亚教授认为,慢性肾脏病后期,病传心脏后是致死的重要原因之一,传统中医论心肾关系里心为火脏,肾为水脏,水火相济则生化无端,而“心病者,未有不由乎肾,肾病者,未有不由乎心”。《灵枢·邪客》又提到“心为五脏六腑之大主”,《素问·灵兰秘典论》则言:“主明则下安…以此养生则寿…主不明则十二官危…以此养生则殃”,故在治疗慢性肾脏病的同时,必须重视保护心脏功能,补肾保心。

张国强主任医师认为,秉承“肾病及心”的思想,求“上工治未病”之意,“见肾之病,知肾传心,当实心也”。“保”之一字,在于心病未发生以前,当开始保心,以防止肾病传心之虑。因此,从慢性肾脏病早期开始,即可以房定亚教授的仙草冲剂(人参、麦冬、五味子,冬虫夏草、仙灵脾、菟丝子等)加减或生脉地黄汤为基础方补肾养心。此外,心主血脉,而瘀血贯穿慢性肾脏病病机全程,当佐以养血活血,化瘀通络之品,如丹参、鸡血藤等。对于氮质血症期的患者,可以冬虫夏草配伍大黄;需提高肾功能及血红蛋白者,可以人参配伍冬虫夏草,并能改善生活质量;肾衰瘀血症者,则可冬虫夏草配伍三七。林韦翰医师则提出,秉承《温热论》“通阳不在温,而在利小便”的原则,“治肾保心”里应重视利水药和活血药的使用,以防水湿阴邪与瘀血互结,阻滞阳气。

### 2.3 调肝

张国强主任医师认为“母病及子”,肾虚能导致肝虚,临床上又常见慢性肾脏病患者因恐惧最终需要透析而有心理压力,因而常见肝郁。因此强调,治慢性肾脏病当注意调肝。早期的慢性肾脏病患者,若表现出肝郁的症状,可佐以疏肝解郁,养血柔肝,如柴胡、白芍、当归、郁金、香附、合欢花、玫瑰花等药。若肝肾阴虚内热者,则可用滋水清肝饮。医者当细心解释病情,开解患者心结。

林韦翰医师则提出,慢性肾脏病兼有肝郁或肝阴血不足的患者,当重视审其睡眠,找出影响睡眠的因素,并从中药、针灸及生活作息入手,治肾病同调睡眠,以保相火不耗肾水,肝肾得养。此即《金匱要略·脏腑经络先后病脉证并治》提到的“五脏病各有所得者愈,五脏病各有所

恶,各随其所不喜者为病”。临证慢性肾脏病,当注意调整睡眠起居、压力、惊恐忧伤、思虑过度等因素。

“调肝”的另一层理解,则来源于“肝主筋膜”理论。张国强主任医师认为,肝所主的筋膜,也包括心血管内皮细胞。心主血脉,肝主筋膜,故在血管疾病的治疗上,也可以属于“心肝相关”的关系。

### 2.4 益肺

“益肺”在中医治疗慢性肾脏病的文献里,是较少提到的治法之一。从中医理论上,肺与肾、脾、心、肝关系密切,而肺主气,主宣发肃降,司呼吸,通调水道,朝百脉,内助心行血,外达皮毛,对人体气血液液运行均起到重要作用。姚树锦教授认为,肺脾肾三脏的亏虚,决定了慢性肾衰发生发展演变,而水湿浊毒瘀血弥漫三焦是病机演变关键,故提出“补脏通腑法”治疗慢性肾衰,即补肺脾肾之虚,通泄上中下三焦蕴滞之浊毒<sup>[46]</sup>。事实上,无论从西医或者中医角度,慢性肾脏病均有可能影响到肺。何灵芝等<sup>[47]</sup>曾观察,慢性肾衰尿毒症组患者通气功能下降,残气量增加,气道阻力增加,表现为混合型通气功能障碍。另一项研究则从80位慢性肾衰竭患者的透析前后经络电能量变化进行观察,发现在透析前,肺经、肾经、心包经、三焦经容易患虚证,小肠经、大肠经、膀胱经、肝经、胆经、脾经易患实证,胃经、心经容易患虚实夹杂证<sup>[48]</sup>。

张国强主任医师认为,在中医治疗慢性肾脏病里需注意调肺。其中突出在肺无实证时“益肺”的重要性。“益”之一字,取于四个考量点:① 肺为肾之母,益肺利于金水相生;② 肺为脾之子,《难经·七十五难》言“子能令母实”,故益肺有助于脾虚;③ 根据五行制约理论,益肺金有助于调心,即《金匱要略·脏腑经络先后病脉证并治》里提到“益用…之药调之…此治肝补脾之要妙也”,与《素问·六微旨大论》里“承乃制,制则生化”之意相同,适用于心虚证;④ 肺正气足,则邪不可干,能起到“治未病”、预防疾病传变的作用,有助于常保气机与水道调畅。

林韦翰医师认为,益肺当顺应肺为娇脏的特性,用药以“不过寒过热,不过腻过燥”为特点,尽量选择较平和之品,如金水六君煎,或党参、太子参、北沙参、黄芪、麦冬、五味子、甘草、山药、牛大力、地蚕等,佐以橘红、北杏仁、茯苓、法半夏、枳实等,切记太阴从化于湿,勿助长痰湿内生。若肺有实证或虚实夹杂,则改以“调肺”,随证治之。

### 2.5 “五脏相关”及“五脏相通”

张国强主任医师提出,慢性肾脏病治疗过程里,需掌握“五脏相关”理论。“五脏相关”理论的特点,是在五行学说的基础上克服其理论的机械性,能综合藏象、阴阳、气血、经络等理论,全面反映人体五脏系统的功能,以及五脏间的关联作用<sup>[1]</sup>。若面对奇难杂症,无法找到病机要点时,张国强主任医师则强调可以从《医学入门》的“五脏相通”理论着手,即“心与胆相通(心病怔忡,宜温胆汤为主;胆病战栗癫狂,宜补心为主),肝与大肠相通(肝病宜疏通大肠,大肠病宜平肝经为主),

脾与小肠相通(脾病宜泻小肠火,小肠病宜润脾土为主),肺与膀胱相通(肺病宜清利膀胱水,后用分利清浊;膀胱病宜清肺气为主,兼用吐法),肾与三焦相通(肾病宜调和三焦,三焦病宜补肾为主),肾与命门相通(津液胃虚,宜大补右肾)”,从而达到“合一之妙”。

### 3. 治肾必活血调水

中医理论肾、心、水、火、气、血之间关系密切。《血证论·阴阳水火气血论》解释:“人之一身,不外阴阳,而阴阳二字即是水火,水火二字即是气血,水即化气,火即化血…如《易》之坎卦,一阳生于水中,而为生气之根”。因此,肾虚除了及心,也必然会影响到水火气血。就如《医林改错》所言:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而为瘀”,提示肾虚与瘀血形成的直接关系。《金匱要略·水气病脉证并治》也提到,“气分”与“血分”两种水气病,前者病机为阳气虚气化不足,后者则为“血不利则为水”。现代医家国医大师张大宁更提出“肾虚血瘀论”和“补肾活血法”,认为肾虚与血瘀并存于慢性肾衰竭始终,其病机能概括为“肾虚血瘀为本,湿毒内蕴为标”<sup>[50]</sup>。

因此,在治疗慢性肾脏病时,审视肾、心、水、火、气、血六者之间的关系尤为重要。林韦翰医师认为,在补肾的基础上,配合活血调水法,能更好的概括六者之间的病机。“血不利则为水”,故活血亦能行水气,而利水不仅能祛水邪以使阳气通,也有“利小便以调气化”之妙,气行血亦行<sup>[51]</sup>。调水法中的“调”字,意在于和,并不限于利水一法,常用包括:①“滋阴养血”(如四物汤合二至丸)、②“温阳化气”(如利水消肿药少佐桂枝、肉桂、附子,或五苓散、济生肾气丸等)、③“利水祛湿”(如胃苓汤,或猪苓、茯苓、泽泻、车前子、苍术等)、④“温阳利水”(如真武汤或实脾饮等)、⑤“益气利水”(如防己黄芪汤)、⑥“宣肺利水”(如越婢汤等)、⑦“分消水湿”(如己椒藜黄丸)、⑧“清热利湿”(如甘露消毒丹加减等)、⑨“发汗”(如加减紫苏叶、荆芥等)、⑩“行气”(如五皮饮)等。因瘀血贯穿慢性肾脏病全程,故在上述基础上,常加活血利水药,如当归芍药散加丹参、泽兰、益母草、三七等,瘀血入络者则可加地龙、土鳖虫、水蛭等药。

需注意,调水法的运用要诀,意在于和,目标为气机调畅。因此,若水湿不明显,切不可重用利水之品,以防伤正。尤其在晚期慢性肾脏病限水,或口服大量西药利尿剂、ACEI/ARB等降压药的患者里,当须注意。若水停明显,用祛水药时也应注意固护正气和阴津。利水甚者,可根据辨证,加黄芪、生地黄、山药、金樱子等益气固阴,攻中有益,利中有收;温阳甚者,则可加白芍、生地黄等护阴,生姜、荆芥等布散阳气,通达腠理。

慢性肾脏病的病因及病机复杂,病程长,证型多见虚实夹杂,希冀此文能供同道参考,为中医药治疗慢性肾脏病做出绵薄贡献。

### 【参考文献】

[1] 陈英兰,毕礼明,杜浩昌. 中医古文献对慢性肾衰竭病名的认识[J]. 中国中医急症, 2010, 19(6):1011-1012.

[2] 中华中医药学会. 慢性肾衰竭诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(9):132-133.

[3] 徐鹏. 慢性肾衰竭的中医病名之探讨[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(4):2-3.

[4] 倪青. 中医治疗慢性肾功能衰竭的思路与方法-时振声临床经验运用[J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(12):712-713.

[5] 覃志成,柴可夫(指导). 《伤寒论》辨证动态观的研究[J]. 浙江中医学院学报, 2002, 26(6):12.

[6] 远方,叶任高. 叶任高治疗慢性肾功能衰竭经验集要[J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(6):336-337.

[7] 王琦. 9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(4):1-8.

[8] 靳琦,王琦“辨体-辨病-辨证诊疗模式”的理论要素与临床应用[J]. 北京中医药大学学报, 2006, 29(1):41-45, 55.

[9] 赵进喜,丁英钧,王颖辉,李景. 辨体质、辨病、辨证“三位一体”诊疗模式与糖尿病临床实践[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(8):994-998.

[10] Thein Mwei Aung. TCM body constitution study of diabetes and diabetes-related complications[D]. Nanyang Technological University, 2022.

[11] 郭秋蕾,贾文睿,孙启胜,郭骥影,黄莺,金宗郁,杨芳媛,王赫,战河,刘清国. 《内经》腰痛之经络辨治[J]. 中国针灸, 2017, 37(06):658-662.

[12] 房定亚,张国强. 慢性肾功能不全的治疗体会[J]. 中医杂志, 1998(07):400-401.

[13] 王海颖,陈以平. 陈以平教授巧用蝉花经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2000(10):71.

[14] 涂俊铭,王碧,夏险. 蛹虫草生物活性成分及药理作用研究进展[J]. 食用菌, 2020, 42(06):4-7.

[15] 任颖芳,朱戎. 中药蝉花药物考证及其防治肾病的研究进展[J]. 河南中医, 2013, 33(05):781-784. DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2013.05.025.

[16] 金顺姬. 丹参对心血管系统作用的研究[J]. 现代医药卫生, 2008(09):1376.

[17] 杜倩. 可能引起药源性高血钾的中药[A]. 中华中医药学会、世界中医药学会联合会中药专业委员会、北京药师协会. 中华中医药学会2014年医院药学会学术年会暨世界中医药专业委员会2014年国际学术会议暨北京药师协会慢病防治药专业委员会成立大会论文集汇编[0]. 中华中医药学会、世界中医药学会联合会中药专业委员会、北京药师协会. 中华中医药学会, 2014:3.

[18] U. S. Department of Health and Human Services. (n.d.). Herb-drug interactions. National Center for Complementary and Integrative Health

[19] Lim MK, Sadarangani P, Chan HL, Heng JY. Complementary and alternative medicine use in multiracial Singapore[J]. Complement Ther Med. 2005 Mar;13(1):16-24.

[20] 张凤瑞,杨明慧,刘玥欣等. 中西药配伍相互作用研究[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(08):70-71.

[21] 陈守芳. 中西药联合相互作用研究进展[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(73):197-198.

[22] Clement YN, Williams AF, Khan K, Bernard T, Bholra S, Fortuné M, Medupe O, Nagee K, Seaforth OE. A gap between acceptance and knowledge of herbal remedies by physicians: the need for educational intervention[J]. BMC Complement Altern Med. 2005 Nov 8;5:20. [23] 毕承华. 中西药相互作用对药物吸收环节的影响[J]. 中国实用医药, 2011, 6(36):243-245.

[24] Dargan PI, Wallace GI, Jones AL. An evidence based flowchart to guide the management of acute salicylate (aspirin) overdose[J]. Emergency Medicine Journal 2002;19:206-209. 11.

[25] Drugs.com [Internet]. Activated Charcoal Interactions[OL]. c(1996-01-01) [2023-10-01].

[26] Evidence-based medicine consult [Internet]. How do calcium supplements decrease the absorption of ciprofloxacin (Cipro) [OL]. EBM Consult[2018-02].

[27] 于鲁志. 中药甘草抗炎作用药理和临床研究进展[J]. 光明中医, 2017, 32(19):2895-2898.

[28] Pastorino G, Cornara L, Soares S, Rodrigues F, Oliveira MBPP. Liquorice (Glycyrrhiza glabra): A phytochemical and pharmacological review[J]. Phytoter Res. 2018 Dec;32(12):2323-2339.

[29] 谭亲友. 甘草酸18H差向异构体及其水解产物对II相解毒酶的影响及其机制的研究[D]. 中南大学, 2012.

[30] 张明发,沈雅琴. 甘草酸及其苷元甘草次酸的盐皮质激素样作用研究进展[J]. 现代药物与临床, 2011, 26(06):448-452.

[31] 王强,霍艳明. 甘草升高血压的机制及应用注意事项[J]. 医学综述, 2020, 26(12):2402-2405+2410.

[32] Takahashi K, Yoshino T, Maki Y, Ishiuchi K, Namiki T, Ogawa-Ochiai K, Minamizawa K, Makino T, Nakamura T, Mimura M, Watanabe K. Identification of glycyrrhizin metabolites in humans and of a potential biomarker of liquorice-induced pseudoaldosteronism: a multi-centre cross-sectional study[J]. Arch Toxicol. 2019 Nov;93(11):3111-3119.

[33] Kwon YJ, Son DH, Chung TH, Lee YJ. A Review of the Pharmacological Efficacy and Safety of Licorice Root from Corroborative Clinical Trial Findings[J]. J Med Food. 2020 Jan;23(1):12-20.

[34] 薛滋平. 大黄不同炮制品对早期糖尿病肾病大鼠干预作用的探究[D]. 呼和浩特市:内蒙古医科大学, 2019.

[35] 巴元明,胡刚明,王林群等. 熟大黄不同煎煮时间对慢性肾功能衰竭影响的实验研究[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(12):2912-2914.

[36] 周迎晨,周恩超,易岚等. 国医大师邹燕勤治疗肾病经验撷粹[J]. 江苏中医药, 2017, 49(12):13-14.

[37] 赵怡蕊,陈曦,牛肖媛. 国医大师张大宁教授巧用炭剂治肾病[J]. 世界中医药, 2015, 10(12):1906-1908.

[38] 佟娇,刘阳. 大黄酸治疗糖尿病肾病研究简况[J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(9):1558-1560.

[39] 李萌,宋春泉,王帅,等. 大黄素辅助治疗糖尿病肾病的作用研究[J]. 中国药物警戒, 2018, 15(5):260-263.

[40] 杨丽虹. 中药对慢性肾脏病3-5期(非透析)患者血钾影响的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2012.

[41] 韦忠红,赵杨,李晓曼,吴媛媛,陈文星,王爱云,陆茵. 大黄蒽醌类成分影响肠道微生物的组成平衡损伤结肠黏膜屏障促进结肠癌发展[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2021, 35(10):750-751.

[42] 郁强. 结肠黑变病的发病特点及与结肠癌相关性的临床和实验研究[D]. 北京中医药大学, 2018.

[43] 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.

[44] Sow Li Ying. Data analysis on herbal treatment for chronic kidney disease stage 3 patients in Singapore Thong Chai Medical Institution[D]. Nanyang Technological University, 2021.

[45] 卢志远,房定亚. 房定亚教授治疗慢性肾脏病经验[J]. 中国现代医生, 2012, 50(36):88-89.

[46] 范彩文,乔黎焱,王维英,姚树锦补脏通腑法治疗慢性肾功能衰竭的经验[J]. 陕西中医, 2015, 36(04):476-478.

[47] 何灵芝,王晓亚. 从慢性肾衰尿毒症肺功能变化探讨肺肾关系[J]. 浙江中医杂志, 1998(06):273.

[48] 李增变,纠三伟. 80例慢性肾衰患者透析前后经络电能量变化研究[J]. 中医研究, 2016, 29(11):31-33.

[49] 邓铁涛,郑洪. 中医五脏相关学说研究——从五行到五脏相关[J]. 中国工程科学, 2008(02):7-13.

[50] 焦剑,张大宁教授治疗慢性肾功能衰竭的经验[J]. 天津中医药, 2015, 32(06):325-328.

[51] 林韦翰,庞鹤教授治疗下肢静脉功能不全的经验分析[D]. 北京中医药大学, 2015.

# 中医地域性流派研究综述

何霞芬  
新加坡中医学院

【摘要】综述新安医派、孟河医派、龙江医派、海派中医、岭南医派的形成及其主要学术思想。

【关键词】地域性流派；学术思想

《四库全书总目纲要》有云“儒之门户分于宋，医之门户分于金元”，可见中医流派的研究自古有之。从近20年中医流派研究文献来看，地域中医流派传承及其学术思想整理是研究热点之一，研究较多的包括新安医派、孟河医派、龙江医派、海派中医、岭南医派等<sup>[1]</sup>。本文就近20年来热点研究的数个地域性流派及其主要学术思想综述如下。

## 1. 新安医派

新安医学发源于新安江流域的古徽州地区，兴起于宋元，繁盛于明清，没落于民国时期，伴随着徽州文化的昌盛而昌盛，是徽州文化的重要分支，儒医众多，受儒学、理学等传统文化熏陶者众多<sup>[2]</sup>。由于新安地区地理位置相对封闭，少有战乱，因此在两汉、唐宋时出现的四次北方大迁徙中，使得中原文化深深扎根于新安，而后在医学方面“形成了以家族链为纽带的世医传承”<sup>[3]</sup>。新安医学的特点主要可以概括为儒医多、家传多、著述多、流派多<sup>[2]</sup>，著述如李杲的《医说》，徐春甫编纂的《古今医统大全》，吴谦的《医宗金鉴》，程杏轩的《医述》，吴昆的《素问吴注》与《医方考》，方有执的《伤寒论条辨》，汪昂的《汤头歌诀》与《本草备要》，程钟龄的《医学心悟》等等，无一不对后世产生了深远影响；流派包括了固本培元派、错简重订派、养阴清润派、时方轻灵派、医学启蒙派等。

新安医学中最具代表性的学说是汪机开创的“固本培元”思想<sup>[4]</sup>，即培补先后天之本，温养人体气血。杨勤军等<sup>[5]</sup>将固本培元思想用于慢性阻塞性肺病(Chronic obstructive pulmonary disease, COPD)稳定期的治疗中，认为COPD稳定期最常见的便是肺脾气虚，久病及肾，夹痰夹瘀，运用固本培元法完全契合病机，研究表明固本培元方药能改善慢性炎症，改善免疫失衡、代谢异常等，从而达到治疗稳定期的COPD。李丹凤等<sup>[6]</sup>探讨了固本培元法在痹证中的应用，认为湿邪致痹最多，固本培元乃以培补先后天为主，从后天言，调脾胃和气血，可化湿邪痰瘀；从先天言，补肝肾强筋骨，扶正以伐湿邪，因此可通过固本培元以祛湿来达到防治痹证的目的。张晓军<sup>[7]</sup>认为固本培元法可用于溃疡性结肠炎的治疗，溃疡性结肠炎的基本病机是脾虚，与免疫相关，根据汪机《石山医案》用药规律确定固本培元基本方，

药物组成包括黄芪、人参、白术、茯苓、当归、白芍、陈皮、麦冬、黄芩、黄柏、甘草，以补益脾胃，调和营血，兼清热燥湿解毒为主要功效，临床上每获良效。

## 2. 孟河医派

孟河地处江苏常州武进县西北地区，“是晚晴时期的一个医学中心”<sup>[8]</sup>。目前普遍认为孟河医派起源于魏晋南北朝时期，以葛洪、陶弘景等为代表；形成发展于明清时期，以胡慎柔、顾元交、法徽麟、法公麟等为代表；鼎盛弘远于清末民国初，以费、马、巢、丁四家为代表<sup>[9]</sup>。孟河医派中各家之言众多，但孟河医派兼收并举，破除门户，互为师长，博采众长，不拘中西，辨证多寒温统一，用药和缓醇正<sup>[10]</sup>。

孟河医家精于诸科，在疾病的治疗方面研究颇多。内科方面，刘亦冰等<sup>[11]</sup>通过整理马培之在《孟河四家医集》中治疗痿证的医案，认为马培之治痿重在补益肝脾肾，兼和气血，同时注重和营理气，当归配伍丹参、牛膝，五加皮均是其常用药物，而且强调不要拘泥于“治痿独取阳明”，而应清补同施。常俊杰等<sup>[12]</sup>通过整理费伯雄治疗痹证的医案医论，发现费伯雄认为痹证发病根本是脾肾虚弱，营血亏虚，治疗上重视调肝脾肾，养血和营，对于风痹自制温经养荣汤，药物包括熟地、白芍、当归、大枣等；对于痛痹自制龙火汤，药物包括肉苁蓉、肉桂、鹿角霜等；对于着痹自制立极汤，药物包括党参、茯苓、白术、薏苡仁等；遣方用药中正和缓，平淡醇良。皮外科方面，孟河医家马培之对后世影响较大，主张治外科必先究内科，孟河医家强调在精确辨证基础上进行施治，辨证细腻，治法灵活，不分内服外用，发展到现在，主张中医辨证结合西医辨病，中医辨证与中药辨证统一，用药轻灵但药效突出，注重顾护后天脾胃<sup>[13]</sup>。孟河医派在毒性中药方面的炮制也颇具特色，体现了“和法缓治”的风格，如浸、煮、油炸、土炒制法结合炮制马钱子；病证结合用特色辅料进行炮制，如半夏治脾虚泄泻宜“艾汁炒”，治外感湿温宜“盐水炒”，治呕吐、反胃、噎膈等宜用“竹沥半夏”等<sup>[14]</sup>。

## 3. 龙江医派

龙江医派的主要医学活动范围在中国北疆，即现今的黑龙江地区，黑龙江地区在古代主要依靠民族医，如满族、达呼尔族等，北宋被攻陷后一大批汉医官被虏北疆，到清朝又因文字狱而致大批文人流放至此，因此为龙江医派的兴起奠定了基础，到20世纪初，高仲山的出现，使得龙江医派得以发展并兴盛<sup>[15]</sup>。高仲山生于1910

年，与马骥、韩百灵、张琪并称为黑龙江四大名医，是四大名医之首，也是龙江医派创始人，在黑龙江地区的中医教育、中医药团体的组建、医刊的创办等方面贡献巨大<sup>[16]</sup>。龙江医派的出现与黑龙江地区的气候环境密切相关，因为北方气候严寒，高发病证多以寒病为主，如心脑血管病、痹证、肾病、水肿等，因此龙江医家对寒地多发疾病的防治认识较为深入<sup>[17]</sup>。

龙江医派诊治疾病带有鲜明的寒地和黑土文化特色，学术方面重视经典，衷中参西；辨治外感热病重视伏气学说，强调结合体质；疑难杂症多用大方复法，治疗多重扶阳化气、化痰利水法。在治疗痹证方面，考虑到黑龙江地区的寒冷与干燥，龙江医派多以乌头汤进行加减，同时考虑寒地多瘀，因此治疗上多同时使用藤类、虫类等活血化瘀之品，如土鳖虫、地龙、水蛭、全蝎、蜈蚣等，在此基础上，仍需适当结合清热利湿药物如三黄、四妙辈。在治疗咳嗽方面，高仲山<sup>[18]</sup>认为咳虽在肺，但中气失和却最关键，与脾胃、肝关系密切，马骥<sup>[19]</sup>认为辨治宜从风、热、痰入手，清热解暑，宣肺理气，华庭芳<sup>[20]</sup>对于外感咳嗽喜用“煮散”，常以对药组方，如银花配连翘，枇杷叶配桑叶，知母配天花粉，生地配玄参，茯苓配杏仁，鳖甲配龟板等。龙江医派的研究较为注重龙江医家的学术思想及临证经验的研究，如王选章<sup>[21]</sup>倡导道理学说，推崇道法自然，将推拿手法按阴阳五行分类，注重伤科行气辨证，并将推拿手法的拿、推、摩、按、动五法与皮、脉、肌、筋、骨五部结合，提出了五部辨证法；如陈景河<sup>[22]</sup>认为寒地多瘀，重察舌下络脉，治病多配合活血，老年病重视通导，强调肝为百病之贼；如白郡符<sup>[23]</sup>擅长治疗皮肤病，尤其重视中药炮制，认为中药炮制得当与否将直接影响临床疗效。

## 4. 海派中医

海派中医主要医学活动范围在上海，萌芽于明清，形成于近代上海，季伟莘等将“海派”解释为具有“开放、吸纳、创新”特点的上海中医，认为其特点包括了中医教育模式多种，中西两法并用，吸纳新知临床求变等<sup>[24]</sup>。海派中医包括了不同医学门派，家传的如何氏内科、陈氏内科、张氏内科、蔡氏妇科、朱氏外科、于氏眼科等，非家传的如李士材学派<sup>[25]</sup>。海派中医里医学门派虽多，但互相兼容，这应是中国传统文化“和而不同”的思想所造就<sup>[26]</sup>。

目前对于海派中医的研究多从各个医学门派入手。内科方面主要以丁氏内科为主，其分支包括徐高年、黄文东、程门雪，徐高年是丁氏流派中医肾病的代表性人物之一，重视“三焦气化”，治疗多用活血化瘀及清利之法<sup>[27]</sup>；黄文东强调“人以胃气为本”，继承并发挥王旭高学术思想，重视肝气、肝风，肝火犯胃，辨证瘀血重视面部苗窍望诊，治疗哮喘认为除了发作期、培本期外，还应注重平稳期的治疗<sup>[28]</sup>；程门雪擅从肝治疗失眠，认为“肝风之证，每从火化而来，而其本则为阴亏血少”，后人将此思想运用于帕金森病的治疗，临床疗效较好<sup>[29]</sup>。妇科方面，海派中医流派众多<sup>[30]</sup>，目前研究较多的是陈氏妇科、蔡氏妇科。陈氏妇科源于清代御医

陈耀宗，在妇科治疗方面强调以元气为本，以调治血分为要，杂病重在调肝<sup>[31]</sup>；蔡氏妇科源于清代蔡杏农，传至现在强调病证结合，强调妇人以气血为本，注重补肝肾，健脾胃，调冲任，理气活血化瘀，其第七代传人蔡小荪创立了“审时论治学说”、“健肾助孕三步疗法”用于指导临床，效果满意<sup>[32]</sup>。外科方面，有顾氏外科善治疮，强调“以消为贵，贵乎早治”，治以凉血清热解毒，用药轻灵，处方一般不超过10味，用量多在6-9g之间，其创制“六应丸”、“解毒片”、“锦红片”等疗效较好<sup>[33]</sup>。儿科方面，海派中医涵盖了“寒凉”及“温阳”两大主流学派，也涵盖了“运脾”及“调肺”两大流派<sup>[34]</sup>，其中海派金义成小儿推拿流派治疗疾病的报道较多，如小儿推拿治疗外感发热<sup>[35]</sup>，小儿推拿治疗遗尿<sup>[36]</sup>等。眼科方面，有姚氏眼科擅长内外同治，曾研究出黄连西瓜霜眼药水运用于临床，用海螵蛸摩治沙眼、针拨白内障等；有陆氏眼科提出“肝肾立论”、“脾胃论治”、“健脾利湿”等见解，将西医方法运用于眼科临床；有范氏眼科尊崇仲景“血不利则为水”，运用活血温阳利水方治疗视网膜脉络膜炎，其研制的“龙新眼药水”治疗慢性结膜炎效果显著<sup>[37]</sup>。针灸方面，有杨氏针灸首创“絮刺火罐疗法”，注重手法，重叩可祛瘀生新、舒筋活血，轻叩可疏通营卫、调和气血<sup>[38]</sup>；有陆氏针灸提出“五脏不足调以脾胃”，临床多以脾俞、胃俞为重点，再以经络理论为指导寻找体表的阳性反应点<sup>[39]</sup>。

## 5. 岭南医派

岭南医派的主要医学活动范围在五岭以南地区，包括现在的广东、广西、海南、港澳等地，岭南医派的形成与当地的气候环境、地域特点、文化特色等密不可分<sup>[40]</sup>。目前普遍认为岭南医学自晋代开始，当时名医主要有支法存、葛洪、鲍姑、仰道人，初步形成于元代，大发展于清代<sup>[41]</sup>。岭南医学对于地域性疾病研究较为深入，传染病防治工作突出，对于岭南药物的开发利用广泛，养生理念普及，同时岭南名医辈出，医籍丰富<sup>[42]</sup>。

内科方面，岭南地区多湿热证，周登威等<sup>[43]</sup>认为岭南地区湿热病四季均有，外感内伤中均可见湿热证，且下非先受，上焦先受者多，如反复不明原因的顽固性咳嗽等，往往兼见脾胃气虚，久则出现气阴两虚。岭南内科医学流派医家医著颇丰，袁天慧等<sup>[44]</sup>将内科流派分为综合类、伤寒金匱类、温病类、汇通类，综合类代表人物如何梦瑶、刘渊、黄岩等，治疗上无明显偏颇；伤寒金匱类代表人物如陈伯坛、黎庇留、谭彤辉、易巨荪等，治疗内科病多以仲景理论及仲景方为主；温病类代表人物如陈任枚、潘名熊等；汇通类代表如陈定泰、陈相静、陈珍阁等。肿瘤病方面，岭南中医肿瘤学术流派在周岱翰带领下渐趋完善，在吸收发扬黄河、长江流域优秀学术思想的同时，推动“中西汇通”，将“带瘤生存”作为新理念引入治疗中，将温病学说应用于肿瘤领域，善用南药治疗肿瘤，如阳春砂、广陈皮、广藿香、广金钱草、溪黄草等，同时开创了中医肿瘤食疗学<sup>[45]</sup>。

儿科方面,岭南儿科治法特色鲜明,总以立足脾胃为主,以运脾和中为先,用药清凉,不远温补,擅用南药,如独脚金、孩儿草等,灵活运用小儿推拿、刮痧、放血、针灸等外治法,同时配合寓医于食<sup>[46]</sup>。妇科方面,岭南罗氏妇科流派研究较多,其代表医家为罗元恺,治疗妇科疾病首重望诊,包括望神态面色以察重证,望舌以审寒热虚实,望形态、经带以辨妇科病证<sup>[47]</sup>。皮肤病方面,禩国维是岭南皮肤病流派的创始人,其在治疗皮肤病时强调“平调阴阳”,尤其是调整肾中阴阳,特别是对于反复发作的难治性皮肤病,在此基础上,禩老创立了“补肾八法”,包括温阳、滋阴、养血、凉血、解毒、祛风、活血、补肾;同时强调要中西结合、内外结合<sup>[48]</sup>。骨伤科方面,岭南骨伤科流派多以师承方式进行传承,博采众方,在继承先人的基础上,融汇了北京清宫正骨流派、北京罗氏正骨、上海石氏伤科、峨眉武医流派等,治疗用药具有地方特色,常用药物如两面针、路路通、透骨消、过江龙等<sup>[49]</sup>。针灸方面,岭南针灸医家最早源于葛洪、鲍姑,至清代代表性人物包括叶广柞、陈复正,叶广柞提出灸法对实热、虚热均有效,陈复正对儿科灸法研究颇深;民国时期代表性人物如周仲房、梁慕周;近现代名医涌现,如连可觉、陈主平、卢觉愚、曾天治、苏天佑、庞中彦、韩绍康、司徒铃、靳瑞等,其中如司徒铃善用背俞穴,阐述针灸亦应辨证论治,又如靳瑞被誉为“靳三针”,其核心在于“头四项”,具体包括脑三针、颞三针、智三针、四神针<sup>[50]</sup>。

伤寒方面,岭南伤寒学派师古又不泥古,跨越了错简重订派、维护旧论派、辨证论治派,尽可能融合诸家,如临证中突破地域限制,以经方治疗瘟疫,又如辛温方药在岭南地区的使用等<sup>[51]</sup>。温病方面,岭南温病学派喜花、叶、汁类轻灵之品,善用地方药材如广佛手、广藿香、新会陈皮、独脚金、孩儿草、青天葵、木棉花等“南药”,亦善用进口药材如沉香、肉桂、安息香、龙脑香、血竭、没食子等“海药”,治疗重清热解毒、祛湿养阴、通调气机、食疗食养<sup>[52]</sup>。养生方面,唐思诗等<sup>[52]</sup>从《中外卫生要旨》入手,发现岭南医学养生在继承了传统养生精髓的同时,也加入了近代西方保健知识,融中医养生、西方运动学、营养学等为一体。

## 6. 小结

中医地域性流派较多,其形成发展受各地域地理、文化、历史等的影响极大。如发源于新安江流域古徽州地区的新安医派具有儒医多、家传多、著述多、流派多的特点;发源于江苏常州武进县西北地区的孟河医派具有兼收并举,破除门户,互为师长,博采众长,不拘中西,辨证多寒温统一,用药和缓醇正的特点;发源于现今黑龙江地区的龙江医派对寒病的防治较为深入;发源于上海的海派中医具有“开放、吸纳、创新”的特点;发源于岭南地区的岭南医派以不同学科为主进行研究,在内科、儿科、经典、中药等各学科都有深入研究。

中医地域性流派众多,但目前各地域性流派研究较为注重各派医家学术思想的整理,较为依赖临床实践经验和个人经验,缺乏系统的实证研究,研究结论的可靠

性和可重复性难以保证,这导致了中医治疗效果缺乏科学的评估标准和证据,难以在现代医学中被广泛认可和应用。因此如何能更好地进行中医地域性流派的相关研究,仍是需要不断探讨的课题。

## 【参考文献】

[1] 王鑫,黄敏,尹浩,唐晓龙,周轶群,汤海林,谢佳东,骆建平,金庆江.近20年中医流派研究知识图谱分析[J].中国中医药信息杂志,2022,29(04):34-40.

[2] 王保芹.浅议新安医学形成的历史背景及特点[J].中国民族民间医药,2015,24(19):27-28.

[3] 卜菲菲,杨硕鹏,郜彦.新安医家儒医文化现象研究[J].陕西中医药大学学报,2019,42(01):33-34+37.

[4] 刘珍珠.新安医学固本培元思想研究[D].北京中医药大学,2020.

[5] 杨勤军,童佳兵,王传博,杨程,朱洁,高雅婷,王心恒,吴凡,王小乐,李泽庚,韩明向.新安“固本培元”理论发展及在慢性阻塞性肺疾病稳定期中应用的思考[J/OL].中国中西医结合杂志:1-7

[6] 李丹凤,左坚,许萍,王畅,罗佳佳,胡英豪,李艳.初探“固本培元以祛湿为要”在痹证中的应用[J].中医药临床杂志,2021,33(06):1082-1086.

[7] 张晓军.固本培元法治疗溃疡性结肠炎的研究思路和策略[J].中医药临床杂志,2012,24(08):790-792.

[8] 蒋熙德.孟河医学源流论[M].北京:中国中医药出版社,2016:15-16

[9] 张琪,曹震.孟河医派概要[J].江苏中医药,2016,48(10):58-62.

[10] 李明.兼收并举,和而不同——孟河医学特色探析[J].中华中医药学刊,2012,30(04):820-821.

[11] 刘亦冰,常俊杰,解强,高俊,张曦.孟河医派马培之辨治痿证学术特色浅析[J].新中医,2022,54(08):209-212.

[12] 常俊杰,戴文昊,高俊,张曦.孟河医派费伯雄辨治痹证经验[J/OL].中国中医基础医学杂志:1-5[2022-05-22].DOI:10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.20211203.001.

[13] 刘霞,李媛媛,张乐其,谭城.吴门医派及孟河医派学术思想对中医皮肤科发展的影响[J].中医杂志,2017,58(13):1089-1092.

[14] 颜晓静,刘产明,曹震,张琪.孟河医派毒性中药临方炮制特色[J].中华中医药杂志,2019,34(08):3772-3773.

[15] 姜德友,常存库,王磊,常佳怡.龙江医派形成与发展[C].中医学学术流派菁华——中华中医药学会第四次中医学学术流派交流会论文集.[出版者不详],2012:128-132.

[16] 姜德友,高雪,常存库.龙江医派创始人高仲山[C].中医学学术流派菁华——中华中医药学会第四次中医学学术流派交流会论文集.[出版者不详],2012:189-196.

[17] 王红,隋方宇,姜德友,韩洁茹,张淼,乔羽.龙江医派特色专科专病方概析[J].中医药信息,2016,33(04):122-124.

[18] 刘艳,王立民.在龙江医派档案中挖掘高仲山先生辨治咳嗽经验[J].黑龙江档案,2020(05):114.

[19] 张宇,姜德友.龙江医派马骥教授治疗咳嗽经验[J].西部中医药,2018,31(10):16-18.

[20] 姜德友,张宇,袁颖超.龙江医派杰出医家华廷芳教授治疗咳嗽经验[J].四川中医,2017,35(05):16-18.

[21] 谭曾德,张明明,潘军英,姜德友,王选章,王先滨.龙江医派著名医家王选章学术经验[J].四川中医,2020,38(09):13-16.

[22] 陈星燃.龙江医派杰出医家陈景河学术经验探讨[D].黑龙江中医药大学,2020.

[23] 王远红,赵卫浩,李晓陵,姜德友,王绍莹,高杰.龙江医派著名医家白郡符治疗皮肤病中药炮制经验总结[J].中国医药导报,2019,16(09):134-136+153.

[24] 季伟苹,陈沛沛.论“海派中医”[J].上海中医药杂志,2007,41(5):1-3.

[25] 杨杏林.简述海派中医及其流派传承特点[J].中医药文化,2012,7(04):27-31.

[26] 陈沛沛,杨枝青,杨杏林,张晶莹,肖芸,苏丽娜.中国传统文化“和而不同”思想造就了“海派中医”[C].全国第十八次医古文研究学术年会论文集.[出版者不详],2009:131-136.

[27] 龙医传薪——海派中医流派(丁氏内科徐嵩年学术思想研究基地)[J].上海中医药杂志,2021,55(07):2.

[28] 龙医传薪——海派中医流派(丁氏内科黄文东临床传承研究基地)[J].上海中医药杂志,2021,55(06):2.

[29] 龙医传薪——海派中医流派(丁氏内科程门雪学术思想研究基地)[J].上海中医药杂志,2021,55(05):2.

[30] 张亚楠,黄素英,胡国华.海派中医妇科流派简介[J].中医文献杂志,2011,29(4):31-35.

[31] 龙医传薪——海派中医流派(陈氏妇科)[J].上海中医药杂志,2021,55(09):2.

[32] 龙医传薪——海派中医流派(蔡氏妇科)[J].上海中医药杂志,2021,55(04):2.

[33] 王天怡,庞博,宋坪.当代中医皮外科名家学术特色与流派探讨[J].北京中医药,2012,31(10):746-750.

[34] 吴焕淦,房敏.海派中医儿科流派初探[J].中华中医药学刊,2009,27(5):904-905.

[35] 万力生,李海朋.小儿推拿各流派手法治疗外感风寒发热的临床运用及学术特点[J].中医儿科杂志,2020,16(2):14-16.

[36] 李黎,吴泽湘.五大小儿推拿流派治疗小儿遗尿浅析[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(92):313-314,323.

[37] 董志国,张殷建.海派中医眼科流派初探[J].中医文献杂志,2011,29(2):31-33.

[38] 高以谦,卢月婷,张明贤,等.海派中医“杨氏针灸”经验穴举隅[J].中医临床研究,2021,13(10):38-40.

[39] 王峰,张骥,洪冬英,等.陆李还“五脏不足调以脾胃”思想的临床应用[J].中医外治杂志,2019,28(5):69-70.

[40] 徐志伟,吴皓萌,刘小斌.岭南医学特色述要[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(09):1083-1084+1104.

[41] 邓铁涛.岭南医学[J].新中医,1999(08):9-10.

[42] 徐志伟,吴皓萌,刘小斌,敖海清.岭南医学流派的形成与特色[J].中华中医药杂志,2015,30(07):2272-2274.

[43] 周登威,徐志伟.岭南医学湿热病的形成与学术特色[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(08):1052-1053+1098.

[44] 袁天慧,冼绍祥,杨忠奇,汪朝晖,李小兵,陈洁.岭南内科医学流派探析[J].中医杂志,2013,54(08):634-636.

[45] 张恩欣,黄海福,唐莹,等.岭南中医肿瘤学术流派传承轨迹[J].中医肿瘤学杂志,2019,1(1):63-69,45.

[46] 杨京华,李彦昕,王莲玉,高奎杰.岭南儿科治疗用药特色初探[J].广州中医药大学学报,2020,37(10):2026-2031.

[47] 罗颂平.罗元恺教授临证望诊之经验述要[J].环球中医药,2015,8(07):772-773.

[48] 王武浩,李红毅,党若楠,等.岭南中医皮肤病流派核心学术思想特点分析[J].中国医药导报,2021,18(9):152-155.

[49] 刘军,洪坤豪,潘建科,等.岭南骨伤科流派学术传承研究[J].世界中医药,2017,12(11):2817-2820.

[50] 毕文卿,庄礼兴.岭南针灸医家及其学术贡献研究述略[J].中国针灸,2014,34(06):611-614.

[51] 宁百乐,罗丁,周登威.近代岭南伤寒学派的发展概要与学术探析[J].中华中医药杂志,2018,33(08):3262-3264.

[52] 刘秋卉,丁品品.浅探岭南温病学派用药特色[J].光明中医,2021,36(16):2826-2828.

[53] 唐思诗,潘毅.从《中外卫生要旨》看近代岭南医学养生思想的变迁[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(10):1366-1367+1495.

# 仲景柴胡剂治疗脾胃病证规律探析

陈文恬<sup>1</sup> 叶进<sup>2</sup>

1. 国际医药大学, 马来西亚, 57000

2. 上海中医药大学基础医学院, 中国 上海, 201203

**【摘要】** 少阳病与脾胃关系密切, 柴胡剂相关原文有较多脾胃相关症状记载, 由病机分析来看, 凡由外邪侵袭, 或情志不舒, 致肝胆郁滞, 枢机不利而引起的脾胃病, 柴胡剂都是适用选方。柴胡剂以小柴胡汤为基础, 小柴胡汤宜于胆胃不和的脾胃病; 大柴胡汤宜于兼腑实证的脾胃病; 柴胡桂枝汤宜于兼有表证之脾胃病; 柴胡桂枝干姜汤适用于寒湿困脾之证; 四逆散介于小柴胡汤和大柴胡汤之间, 适用于阳郁不伸或肝木乘脾的腹痛和泄泻, 柴胡龙骨牡蛎汤适于心神逆乱所致之胃气上逆或轻微腑实证。

**【关键词】** 张仲景; 柴胡剂; 柴胡类方; 脾胃病

## 概述

仲景柴胡剂包括小柴胡汤、大柴胡汤、柴胡桂枝汤、柴胡桂枝干姜汤、四逆散、柴胡加芒硝汤、柴胡去半夏加栝楼汤、柴胡龙骨牡蛎汤, 均以柴胡为主药。《神农本草经》中载柴胡“主肠胃中结气、饮食积聚”, 《别录》“大肠停积”, 《药性论》“主下气消食”, 皆将之作为肠胃用药。从仲景原文、适应症、临床研究和中医经验来看<sup>[1,2]</sup>, 柴胡剂与脾胃病关系十分密切, 其中以大小柴胡汤、柴胡桂枝汤、柴胡桂枝干姜汤、四逆散和柴胡龙骨牡蛎汤为最, 以下予以分述。

## 1. 小柴胡汤

小柴胡汤为柴胡剂核心方剂。此汤证病机为少阳受邪, 肝胆疏泄不利, 脾胃运化失常。从《伤寒论》原文第265条“少阳不可发汗, 发汗则谵语, 此属胃。胃和则愈, 胃不和, 烦而悸”, 第230条“上焦得通, 津液得下, 胃气因和”可得知此汤证主要病位围绕“胃”; 从《伤寒论》原文第96、100条, 《金匱·黄疸》篇中三次提及“腹痛”及其四大主症“嘿嘿不欲饮食、喜呕”等描述中可知其主要脾胃症状为喜呕、不欲饮食和腹痛, 其中又以“呕”为关键。刘渡舟<sup>[3]</sup>论少阳病不愈, 太阴首当其冲, 默默不欲饮食为脾胃病证先兆, 方内人参、甘草、大枣相配以“当先实脾”是重要环节。腹痛腹胀、心烦喜呕等胃肠症状是小柴胡汤证的特征之一<sup>[4]</sup>。

小柴胡汤和解少阳, 疏肝和胃, 柴胡、黄芩、半夏辛开苦降, 开通上焦与胃脘, 方内更兼有小半夏汤降逆止呕, 姜、枣、草、参顾护脾胃, 故凡属少阳不利而致胃中饮食停积, 症见喜呕、纳呆, 甚则腹痛者, 宜用小柴胡汤。条文内“腹痛者去黄芩”, 以其苦寒败胃, 应宜于脾胃病见少阳邪热较甚, 食积内停郁热者。

小柴胡汤与半夏泻心汤组方极似, 两者都有呕和下利的症状, 后者为调和肠胃经典代表方, 亦可将小柴胡汤理解为是半夏泻心汤方变化而成的“和解肝胆脾胃之方”<sup>[5]</sup>。小柴胡汤所涉条文内有“心烦”、“心下悸”

等情志症状, 可推测情志不舒而致脾胃病者亦属此汤适应证。

现代临床研究也提示小柴胡汤有利于脾胃病的治疗, 如小柴胡汤联合西药治疗胆汁反流性胃炎的临床报道Meta分析<sup>[6]</sup>显示其临床有效率、胃镜下胆汁反流消失率、胃镜下炎症改善率表现等有较好的疗效。其对慢性胆囊炎合慢性胃炎<sup>[7]</sup>、胃十二指肠溃疡<sup>[8]</sup>、消化性溃疡<sup>[9]</sup>、反流性食管炎<sup>[10]</sup>皆有一定疗效。

## 2. 大柴胡汤

《伤寒论》第103条“呕不止, 心下急, 郁郁微烦者”, 第165条“心中痞鞭, 呕吐而下利者”; 《金匱·腹满寒疝宿食病》“按之心下满痛者, 此为实也”所论, 大柴胡汤为小柴胡汤证入里转实, 主要病因病机是少阳阳明热壅于肠胃, 以呕吐、便秘或下利为主要症状, 主要病位在胃与大肠。心下急是胃脘部胀满或疼痛之极的症状, 是阳明胃热结聚的表现<sup>[3]</sup>。《汉方简义·太阳中》篇“夫惟邪腑而化热, 故犯胃中则呕吐”可知“呕不止”是热壅肠胃致胃气上逆的实证。

其治在和解少阳, 泄热通腑。大柴胡汤为小柴胡汤去人参、甘草, 加大黄、枳实相当半承气汤方以泻热通腑, 更加芍药以助之, 《本经》载芍药主邪气腹痛, 《伤寒论》原文“太阴之为病, 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”。可知仲景认为芍药之攻伐之力与大黄相当, 三药配合可达泻下、通腑、止痛之用。大柴胡汤的生姜较小柴胡汤多了二两以和胃止吐, 并借此牵制大黄峻猛速下而伐胃之力<sup>[3]</sup>。

关于大柴胡汤的药理试验观察, 连乐堯<sup>[11]</sup>提出其对胃肠道有双向调节功用, 对泄泻和胃脘不舒都有治疗作用。大柴胡汤现代临床研究提示其对胆汁反流性胃炎<sup>[12]</sup>、功能性消化不良<sup>[13]</sup>、消化性溃疡<sup>[14]</sup>、急性胰腺炎合并肠梗阻<sup>[15]</sup>都有一定疗效。

## 3. 柴胡桂枝汤

柴胡桂枝汤证以表证兼见轻微呕吐和胃脘痞闷为主, 类于胃肠型感冒, 如第146条“发热微恶寒, 支节烦疼, 微呕, 心下支结, 外证未去者”所述。此外, 《金匱》“治心腹卒中痛者”、《伤寒论》“心下支结”和“心腹痛”皆为此汤原文提及之脾胃症状。《外台秘要》认为其可治寒疝腹痛, 《伤寒论译释·辨太阳病脉证并治下第七》论有“少阳证必呕而心下支结, 逼近胃口”, 此心下支结可为心下痞满或心下两边痞结<sup>[3]</sup>, 也可理解为胃脘胀闷, 因此胃脘胀闷轻症到胃脘猝然剧痛重症, 属肝胃不和者都可为其适应症。其治在解表散寒, 疏肝和胃。桂枝汤与小柴胡汤相合, 有助解表和胃, 另一方面, 《金匱》妊娠恶阻轻证以桂枝汤治疗,

于腹中急痛用小建中汤, 可知桂枝汤能温胃降逆止痛。桂枝是张仲景治疗情志疾患要药<sup>[16]</sup>, 有研究<sup>[17]</sup>指出柴胡桂枝汤有解郁的作用, 尤善治肝郁脾虚证的精神疾病, 可说桂枝汤有助柴胡剂增强解郁并调和脾胃的作用。芍药与桂枝相配调和营卫以解太阳表证, 也可缓急止痛。综上, 柴胡桂枝汤证的少阳脾胃症状较小柴胡汤证轻, 可治有太阳表证的胃肠道疾病、肝木乘脾或寒实引起的胃痛病和胃脘痛症。

现代临床报道, 柴胡桂枝汤对消化性溃疡<sup>[18]</sup>、功能性消化不良<sup>[19]</sup>、胃肠神经官能症<sup>[20]</sup>、克罗恩病<sup>[21]</sup>有治疗作用。

## 4. 柴胡桂枝干姜汤

柴胡桂枝干姜汤原文没有明显脾胃症状, 但此汤证为少阳未解, 柴胡证仍在, 则脾胃症状仍有可能出现。此汤方证是下之后, 伤及脾胃, 以方测证, 其主要病机为胆热脾寒, 湿困脾土, 以腹泻、大便不成形、食欲不振等为主要脾胃症状。刘渡舟认为此方与大柴胡汤为一寒一热, 一虚一实的对比, 此汤证有太阴虚寒的证象, 加上少阳病一定程度胆腑郁热, 故形成胆热脾寒的病机。柴胡桂枝汤出现“心下支结”, 而柴胡桂枝干姜汤为“胸胁满, 微结”, 则可知“微结”接近于心下痞硬<sup>[30]</sup>, 故此汤证可能出现腹满。方内天花粉和牡蛎养阴而不滋腻, 柴胡合黄芩散胆腑郁热, 又可解心下痞硬, 桂枝、干姜、炙甘草辛甘合用斡旋中州, 振奋脾阳。因不呕而恐燥, 故减半夏, 但生姜易于姜更可攻肠胃之寒湿。李克绍<sup>[22]</sup>认为此汤证水饮稠浊成痰, 必用于姜和桂枝温化痰饮, 此汤证应以温脾散饮为主要治法。

现代临床研究亦提示, 柴胡桂枝干姜汤对功能性消化不良<sup>[23]</sup>、肠易激综合征<sup>[24]</sup>、溃疡性结肠炎<sup>[25]</sup>、胆源性腹泻<sup>[26]</sup>有较好疗效。

## 5. 四逆散

四逆散以肝郁乘脾, 阳郁不伸为主要病机, 是调和肝脾、肝胃的祖方<sup>[27]</sup>。据《伤寒论》第318条, 其主要脾胃症状是泄利和腹痛, 李克绍认为唯此二症才是本条主症, 二者至少必见其一<sup>[22]</sup>。腹痛是四逆散最关键的指征<sup>[4]</sup>, 刘渡舟指出下利、里急后重、脘腹胀满疼痛、厌食是此汤方的适应症之一。其治在调和肝脾, 解郁泻热。此方与大小柴胡汤相似, 以小柴胡汤原文有“若腹中痛者, 去黄芩, 加芍药三两”, 方中含治疗妇人产后腹痛之枳实芍药散, 可知仲景常于腹痛实证中加入芍药。柴胡合芍药疏肝和胃止痛, 枳实消积理气, 此方较小柴胡少了参、枣补益药, 治以通泄宣通为主, 适于气滞实证腹痛或下利。

李洋<sup>[28]</sup>将四逆散治疗功能性消化不良、胆汁反流性胃炎和肠易激综合征三种消化道疾病临床研究文献作Meta分析, 结果表明四逆散治疗这三种消化道疾病具有显著疗效, 以肝气郁结胃气为共同病因病机。

## 6. 柴胡龙骨牡蛎汤

此汤证主要病机为少阳郁热, 心神逆乱。方有执《伤寒论条辨》曰此汤方证之谵语为“胃中燥”所致, 章楠《伤寒论本旨》云“脾胃伤则身重不能转侧”。方中柴胡与黄芩疏泄少阳, 大黄泻热通腑, 人参、茯苓、枣益气健脾, 桂枝、半夏与生姜和胃降逆, 龙骨、牡蛎重镇

安神, 又可制酸, 适于情志躁郁兼见反酸、呃逆等胃气上逆者, 或腹胀、便秘等轻微腑实证者。

现代临床研究显示柴胡龙骨牡蛎汤对非糜烂性食管反流病<sup>[29]</sup>、胃癌术后胆汁反流性胃炎<sup>[30]</sup>、胆胃不和型慢性胃炎<sup>[31]</sup>、功能性消化不良伴失眠<sup>[32]</sup>都有较好疗效。

柴胡剂中柴胡加芒硝汤、柴胡去半夏加栝楼汤因脾胃症状不明显, 但可视为柴胡剂的加减运用, 因相关文献证据较少, 不予展开讨论。

## 7. 讨论

少阳病与脾胃有密切关系, 凡由肝胆乘脾犯胃, 情志不舒或枢机不利引起的脾胃病, 柴胡剂都是适用选方。按《中医内科学》<sup>[33]</sup>脾胃系病证分类, 将上述6方主治范围归纳如下表:

柴胡剂	病因病机	症状	病位	治法	相关脾胃病
小柴胡汤	木邪犯土 胆胃不和	不欲饮食、呕吐、腹痛	肝、胆、脾、胃	调和肝胆脾胃	胃痛、呕吐、痞满
大柴胡汤	二阳合病 热壅肠胃	呕吐、下利、便秘	胃、大肠	和解少阳 泄热通腑	呕吐、便秘、泄泻
柴胡桂枝汤	太少合病 肝胃不和	微呕、胃痛、胃脘痞闷	肝、胃	解表和里	呕吐、胃痛、痞满
柴胡桂枝干姜汤	胆热脾寒 湿困脾土	下利、腹满	三焦、脾、大肠	温脾散饮	痞满、泄泻
四逆散	肝郁乘脾 阳郁不伸	泄利、腹痛	肝、脾、大肠	调和肝脾	泄泻、腹痛
柴胡龙骨牡蛎汤	少阳郁热 心神逆乱	腹胀、便秘、反酸、呃逆	肝、胆、胃	疏泄少阳安神降逆和胃	呃逆、痞满、便秘

表1 柴胡剂针对脾胃病证主治范围

由上可见, 柴胡剂所涉的脾胃症状有“呕、下利、不欲饮食、大便硬/便秘、胃脘痞、腹满、腹痛”, 病机



都与肝胆乘脾犯胃相关, 治疗皆兼顾脾胃。柴胡剂中柴胡是用量最大的核心药物, 《本经》《药性论》《本草正》等相关记载说明柴胡能调气导滞消积。外邪影响少阳, 导致肝胆郁滞, 脾胃升降失调, 正是柴胡大显身手之际。卞嵩京《伤寒如是读》提出柴胡解半表半里之少阳发热表证, 也主半表半里之肠胃里证。柴胡剂中常用配伍为黄芩和甘草, 再者是半夏、姜、枣和芍药, 柴胡与黄芩相配和解少阳, 与甘草则缓中和胃, 配半夏则开痞止呕。柴胡剂的通便作用不可忽视, 小柴胡汤证虽有大便秘结的症状, 方内除柴胡外, 无其他行气通便药物, 结合小柴胡汤第148条文中“设不了了者, 得屎而解”, 提示柴胡及小柴胡汤可导滞通便。综上, 柴胡通过三个方面治疗脾胃病: 一者和解少阳病引起的胃肠症状, 二者疏肝理脾, 三者消食通便导滞。

柴胡剂以小柴胡汤为基础, 余方皆是以此为本加以化裁。小柴胡汤宜于胆胃不和的脾胃病; 大柴胡汤宜于兼腑实证的脾胃病; 柴胡桂枝汤宜于兼有表证之脾胃病; 柴胡桂枝干姜汤适用于寒湿困脾之证; 四逆散介于小柴胡汤和大柴胡汤之间, 适用于阳郁不伸或肝木乘脾的腹痛和泄泻, 柴胡龙骨牡蛎汤适于心神逆乱所致之胃气上逆或轻微腑实证。

#### 【参考文献】

[1] 杨军宣, 舒承情, 唐欣, 等. 小柴胡汤及其类方治疗脾胃相关疾病的临床运用研究[J]. 中国全科医学, 2016, 19(S1): 404-405.

[2] 高黎, 梅国强. 梅国强教授运用柴胡类方治疗脾胃病摘英[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2011, 18(06): 32-33.

[3] 刘渡舟, 傅士垣. 伤寒论论解[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 109-119.

[4] 黄煌. 中医十大类方[M]. 第3版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 73-105.

[5] 朱西杰, 牛阳, 刘东鹏. 脾胃病六经辨证治疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 135-148.

[6] 薛晓焕, 宋俊生, 高岑, 等. 小柴胡汤联合西药治疗胆汁反流性胃炎疗效比较的系统评价[J]. 中医学报, 2013(4): 495-500.

[7] 高磊. 小柴胡汤加减治疗慢性胆囊炎、慢性胃炎合病110例[J]. 河南中医, 2013(01): 24-25.

[8] 王飞. 小柴胡汤加减治疗消化性溃疡临床研究[J]. 河南中医, 2014(04): 589-590.

[9] 张定学, 赵萍霞. 小柴胡汤治疗消化性溃疡60例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014(06): 126.

[10] 焦念勇, 张涵健. 中西医结合治疗反流性食管炎肝胃不和证46例临床观察[J]. 中医药导报, 2015(09): 88-90.

[11] 连乐葵, 陈汉锐. 论大柴胡汤的双向作用[J]. 江西中医药, 2005(09): 56-57.

[12] 彭仁通. 大柴胡汤加减治疗胆汁反流性胃炎64例[J]. 河南中医, 2010(05): 437-438.

[13] 刘芊. 大柴胡汤加减方联合黛力新治疗顽固性功能性消化不良60例疗效观察[J]. 北京中医药大学, 2010(10): 779-780.

[14] 俞辅军, 寿洲芳. 大柴胡汤加雷尼替丁治疗消化性溃疡84例临床研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2002(05): 51-52.

[15] 邓耀辉. 大柴胡汤保留灌肠联合西医常规治疗急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻32例[J]. 中医研究, 2015(08): 15-17.

[16] 朱文清, 吴中平. 张仲景运用桂枝治疗情志疾患规律探析[J]. 中医杂志, 2014(20): 1729-1731.

[17] 李岳芳. 经方解郁证治探讨及柴胡桂枝汤解郁文献研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2014: 24-40.

[18] 林化冰, 宋海英. 柴胡桂枝汤对消化性溃疡患者治疗后复发的影响分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015(11): 155-157.

[19] 姚宗英. 柴胡桂枝汤加味治疗功能性消化不良临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2012(12): 33-34.

[20] 黄冬娟. 柴胡桂枝汤辅助胃肠神经官能症疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2015(08): 1462-1463.

[21] 郇义超, 赵佳, 包永睿, 等. 柴胡桂枝汤治疗克罗恩病的临床疗效分析[J]. 中国医药导报, 2012(07): 103-104.

[22] 李克绍. 伤寒论语释[M]. 山东: 山东科学技术出版社, 1982: 269.

[23] 王会丽, 高天曙, 杨小平, 等. 柴胡桂枝干姜汤联合氟哌噻吨美利曲辛治疗顽固性消化不良60例[J]. 中医研究(10): 31-33.

[24] 王小奇, 叶蔚. 柴胡桂枝干姜汤对腹泻型肠易激综合征胃肠激素的影响[J]. 福建中医药, 2006(01): 10-11.

[25] 何鲲鹏. 柴胡桂枝干姜汤对溃疡性结肠炎的疗效分析[J]. 世界中医药, 2013(09): 1051-1052.

[26] 梁建芬. 柴胡桂枝干姜汤治疗胆源性腹泻30例[J]. 中国中医急症, 2011(12): 2033.

[27] 窦志芳. 经方方证纵横[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2011: 101-125.

[28] 李洋. 四逆散治疗消化道疾病: 系统性汇总和META分析[D]. 桂林: 桂林医学院, 2013.

[29] 周鸿飞. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗非糜烂性食管反流病的疗效分析[J]. 实用中西医结合临床, 2017, 17(09): 58-59.

[30] 徐威, 向培, 陈强. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗胃癌术后胆汁反流性胃炎的近期疗效及成本效果分析[J]. 中国肿瘤外科杂志, 2016, 8(03): 197-199.

[31] 郭金华, 唐宋. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗胆胃不和型慢性胃炎40例[J]. 中医研究, 2017, 30(03): 20-22.

[32] 邵明义. 基于方证辨证思维运用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗功能性消化不良伴失眠32例[J]. 国医论坛, 2018, 33(01): 9-11.

[33] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 第2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007.

## 中药针灸与西药治疗胃食管反流病 (GERD) 的结合与应用

### The use of Chinese Medicine and Acupuncture in conjunction with Western Medicine for the management of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)

李任远

新加坡同济医院 新加坡国立大学

**【摘要】** 胃食管反流病 (GERD) 在全球影响高达 1/5 的人, 在亚洲人群中则高达 1/10。若管理不当, 它可影响生活质量, 甚至导致不良的预后。两千多年来, 中药和针灸治疗 GERD 已有广泛的文献记载, 而现代研究表明其与西药联合使用有望持续控制症状。本文从西医和中医的角度探讨 GERD 的病因、病理生理学、治疗和管理, 以及中药和针灸结合西医治疗 GERD 的现代研究。

**【关键词】** 胃食管; 反流病; 胃食管反流; 针灸; 中医; 中药

#### Abstract

Gastroesophageal reflux disease (GERD) affects up to 1 in 5 people worldwide, and up to 1 in 10 people in Asian populations. It greatly affects quality of life, and in some cases can lead to serious outcomes if not managed properly. The treatment of GERD with Chinese medicine and acupuncture has been widely documented for over 2000 years, and modern research has shown promise in its use alongside Western medicine in the sustained management of symptoms. This paper explores the aetiology, pathophysiology, treatment and management of GERD from both Western medicine and Chinese medicine perspective, as well as modern research in its management with Chinese medicine and acupuncture in conjunction with Western medicine approach.

**Keywords:** gastroesophageal, reflux, disease, GERD, acupuncture, Chinese, medicine

#### Introduction

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a chronic gastrointestinal disorder caused by the abnormal backflow of gastric acid into the oesophagus and mouth. Common symptoms include heartburn, regurgitation, coughing, chest pain, dysphagia, vomiting, sore throat and globus sensation.

GERD is estimated to affect up to 20% of the global population and 10% of Asian population, with adults in their mid-twenties most affected by the disease<sup>[1-4]</sup>. A 2020 study by Katzka et al. found GERD to be the most common diagnosis made in gastroenterology practice, and these numbers are expected to rise in the near future amidst an ageing population and global obesity epidemic, among other factors<sup>[5, 6]</sup>.

Common causes of GERD include ageing, pregnancy, smoking, obesity, diet, medication and other medical conditions such as mood disorders, peptic ulcer disease and irritable bowel syndrome (IBS)<sup>[7]</sup>. The pathophysiology of GERD in western medicine is multifactorial, and is often attributed to the loss of intrinsic sphincter tone and/or reduced function of the lower esophageal sphincter (LES), resulting in gastric backflow and irritating the mucosal linings of the oesophagus and mouth<sup>[8]</sup>.

The successful treatment of GERD in Chinese medicine is documented as far back as the Warring States period in China (476 BC - 221 BC) in the Suwen text of the Yellow Emperor's Inner Canon, a group of texts used as a fundamental doctrinal source for Chinese medicine concepts till date. In Chinese medicine, GERD is thought to be caused by a sudden upward expulsion of the stomach Qi and can be due to either exogenous or endogenous causes. Due to the chronic and recurrent nature of GERD, many patients turn to complementary and alternative medicine such as Chinese medicine and acupuncture for the long-term management.

If left unmanaged, chronic GERD may cause irreversible damage to the tissue lining of the oesophagus through repeated irritation and inflammation, leading to esophagitis, esophageal ulcer, esophageal stricture. Through further cycles of cellular damage, the esophageal cells may start to thicken and resemble intestinal cells, a change leading to a condition known as Barrett's oesophagus. Patients with Barrett's oesophagus are at a higher risk of esophageal adenocarcinoma, which carries a poor prognosis with an overall five-year survival rate of 4-40% [9, 10].

In this paper, we will explore the aetiology, pathophysiology, treatment and research of GERD from both Western medicine and Chinese medicine perspectives.

#### Western medicine (WM) approach to GERD

There is currently no gold standard for the clinical diagnosis of GERD in WM, and clinical features of heartburn and regurgitation are usually sufficient for a diagnosis of symptomatic GERD. Both the American Academy of Family Physicians and American College of Gastroenterology recommend tests such as the upper endoscopy and 24-hour ambulatory acid

pH test for a definitive diagnosis of GERD [11]. According to the Los Angeles classification of GERD, the disease can be grouped into 4 grades (LA Grades A through D) according to severity of mucosal breaks along the circumference of the oesophagus [12]. More recently, the Lyon Consensus has attempted to redefine the clinical diagnostic criteria of GERD through new endoscopic and functional parameters, redefining LA grades C and D as objective evidence of GERD [13].

Patients diagnosed with GERD are usually prescribed antacids and alginates to neutralise stomach acids and form protective barriers along the gastrointestinal (GI) tract to relieve symptoms and reduce further damage to the gut lining [14]. Proton pump inhibitors (PPIs) such as omeprazole, as well as histamine-2 receptor antagonists (H2RAs) are often used to reduce gastric acid production [15]. Prokinetics are also sometimes prescribed to hasten the emptying of stomach contents [16].

It is estimated that around 30% of patients on PPI therapy may not experience adequate resolution of symptoms [17]. Patients with more severe episodes of GERD and show poor response to drug therapy may be evaluated for surgery with esophageal manometry. For patients requiring surgical intervention, a laparoscopic antireflux surgery, also known as Nissen fundoplication procedure, is most commonly performed [18]. In this surgery, the top of the stomach is wrapped around the lower oesophagus to reinforce the LES and reduce acid travel back into the oesophagus.

However, with proper pharmacological interventions and lifestyle changes, majority of patients with GERD do not require surgical intervention or progress to Barrett's oesophagus. Although GERD may reduce quality of life to various extents, the disease has not been

conclusively shown to be associated with increased mortality in multiple studies when sufficiently managed [9].

#### Chinese medicine (CM) syndrome classification of GERD

In Chinese Medicine, similar to WM, a diagnosis of GERD, traditionally labelled as 吐酸, can be made through primary GI symptoms including acid reflux, regurgitation and upper abdominal distension or dyspepsia. GERD is believed to be caused by an upward expulsion of the otherwise downward flowing stomach Qi, commonly as a result of either one of three clinical syndromes: Heat syndrome (热证), Cold syndrome (寒证) or Food Stagnation syndrome (食滞证) [19]. These syndromes are closely related to dysfunctions in the cross-interaction between the liver, spleen and stomach systems. However, it is important to note that the organ systems mentioned recognized in CM are symbolic abstracts of bodily functions and may not be equivalent to anatomical organs as commonly described in WM.

In Heat syndrome GERD, a sudden increase in liver fire due to emotional factors, or increase in stomach fire due to an imbalanced diet of hearty foods, can lead to the upward movement of heat and stomach contents, resulting in GERD symptoms alongside secondary presentations of swelling pain in the ribcage, dry and bitter mouth, foul mood, red tongue with yellow coating and a rapid and taut pulse [19]. In WM, GERD has also been associated with depression, anxiety, and other psychoemotional symptoms, and psychological interventions have been shown to improve symptoms [20].

In Cold syndrome GERD, exposure to cold weather (exogenous cold pathogen) or consumption of cold foods leads to prolonged damage to spleen and stomach systems,

resulting in a dysregulation in the downward flow of stomach Qi [19]. Secondary symptoms of cold syndrome and stomach insufficiency include uncontrolled drooling, preference for warm foods, cold extremities, frequent diarrhoea, pale tongue and deep slow pulse. In WM, both frailty and extended cold weather has also been found to be correlated to a higher frequency of reported GERD symptoms [21, 22].

In Food Stagnation syndrome, a chronic habit of overeating results in a weakened spleen function and presents with eructation with food contents, as well as a white tongue coating and taut and slippery pulse [19]. In WM, obesity, in particular higher body mass index (BMI) has been proven to be strongly associated with GERD and other GI disorders [23].

#### Classical CM approach to GERD

In CM, treatment options are dependent on syndrome classification and are tailored to each individual. Herbal decoctions are commonly used to achieve an overall effect to balance the Yin and Yang, heat and cold, excess and deficiency of organ systems and their functions in accordance with fundamental CM theories.

For GERD patients diagnosed with Heat syndrome, the aim of treatment is to reduce the liver and stomach fire, and regulate the downward flow of the stomach Qi [19]. Traditionally, formulations such as Zuojinwan (左金丸), Banxiaxixin (半夏泻心汤) and Xuanfudaizhe (旋覆代赭汤) decoctions are prescribed to achieve this effect in GERD management.

In Cold syndrome, the treatment goal is to warm the spleen and stomach, reduce acidity and improve Qi flow [19]. Xiangshaliujinzi (香砂六君子汤) decoction is commonly used to improve the spleen and stomach functions and expel pathogenic cold elements with an indirect effect of regulating the secretion of gastric acids.

In Food Stagnation syndrome, Baohewan (保和丸) decoction is commonly used to aid digestion and the emptying of gastric contents to reduce acid reflux and improve overall spleen and health [19].

Besides the above decoctions, certain individual herbs have also been documented to have complementary effects in treatment of GERD, most of which are described as having an antacid effect on the body. These include *Scutellaria baicalensis* (黄芩), *Coptis chinensis* (黄连), *Tetradium ruticarpum* (吴茱萸), *Gardenia jasminoides* (栀子), cuttlefish bone (乌贼骨), ark shell (煅瓦楞子), *Pinellia ternata* (半夏) and *Fritillaria thunbergii* (浙贝母) [24].

### CM trials in GERD management

In modern evidence-based research, CM has been shown to be largely effective in clinical trials for the management of GERD.

In a randomized controlled trial (RCT) of 204 patients with symptomatic, non-erosive GERD (NERD), the use of 10mg omeprazole together with the JianpiQinghua (JQ) granules (combination group) over 4 weeks was shown to be superior to 20mg omeprazole (control group) using the GERD Q symptom score, with effects sustained up to at least 6 weeks and no significant adverse events recorded [25]. Microbiota analysis also showed a higher diversity and richness of intestinal flora in the combination group, which is widely thought to be beneficial to gut and overall health [26]. Through metabolomics analysis of the decoction, JQ granules were found to decrease serum glutamic acid concentration and provide a rectifying effect to the D-glutamic acid metabolism pathway, potentially alleviating hypersensitivity and anxiety symptoms in participants [25].

Another systematic review of the use of Modified Banxia Xiexin Decoction (MBXD)

in 1210 patients across 12 RCTs found statistically significant differences in clinical outcomes between MBXD and WM as well as moderate heterogeneity in efficacy under gastroscopy studies [27]. Majority of the trials also reported improvement in symptom scores, acid regurgitation and heartburn in MBXD vs WM. There were no significant differences in sternalgia and recurrence rate between MBXD and WM groups.

Multiple network pharmacology analysis of MBXD decoction have elucidated potential key active ingredients such as quercetin, baicalein, wogonin, and baicalin [28], as well as gingerol, shogaol, stigmasterol,  $\beta$ -sitosterol, berberine, palmatine, coptisine, baicalein, baicalin, ginsenosides, liquiritin and glycyrrhetic acids [29]. Some of these compounds are believed to have an enrichment effect on pathways such as the TNF signaling pathway, IL-17 signaling pathway, and AGE-RAGE signaling pathway [30]. However, mechanisms behind the symptom-alleviating effect of these compounds on GERD and other GI diseases remain elusive due to the extensive scope and cost required of pharmacology research in CM.

In another 3-arm study, 79 GERD patients were given either 10mL/d aloe vera syrup, omeprazole tablets or ranitidine tablets over a period of 4 weeks and found aloe vera to have similar effects compared to the other groups in reducing the frequency of GERD symptoms [31]. A study on aloe treatment in mice found that the active glycoprotein aloctin A in aloe may reduce gastric acid secretion and pepsin. Histopathological investigation further showed reduced inflammation and ulcer size with an increased epithelial cell proliferation comparable to the ulcer-preventing drug sucralfate [32, 33].

*Helicobacter pylori* has been in the spotlight of late due to its potential association with GERD,

although it is yet unclear if there is a direct link between the bacteria and an exacerbation of GERD symptoms. A 2020 meta-analysis of 6889 patients in RCTs evaluating the association between *H. pylori* and GERD found that increased presence of the bacteria may lead to development of new erosive GERD, but did not affect recovery time or relapse of existing GERD diagnoses [34].

Of the singular herbs commonly used in GERD management described in the previous section, *Coptis chinensis* (黄连), the bulk of 2 herbs in Zuojinwan (左金丸), has been extensively studied due to its active compound berberine, known for its inhibitory effects of *H. pylori*. Berberine has been shown to inhibit bacterial glucose oxidation and metabolic intermediates of glucose, leading to eradication of *H. pylori* in the GI tract [35].

Another study on *Tetradium ruticarpum* (吴茱萸), the second component in Zuojinwan (左金丸), found that the herb was able to inhibit *H. pylori* growth while sparing other intestinal gut flora, potentially shining light on the possible mechanism of these herbs in the treatment of GERD and other GI diseases [36].

### Acupuncture trials in GERD management

Acupuncture treatment has also been shown to improve symptoms in GERD patients.

A study from the Neuroenteric Clinical Research Group at the University of Arizona randomised 30 patients into either a twice-daily omeprazole group or once-daily omeprazole group in combination with acupuncture 2-3 times weekly (PC6, ST36, CV12, CV17, LR3, SP9) [37]. The results showed that after 10 sessions of acupuncture treatment, patients in the combination group reported a significant improvement in day- and night-time heartburn, and acid regurgitation as compared to the WM

group with doubled PPI dose, potentially offering a safe and effective alternative to patients with refractory GERD on existing PPI treatment.

A meta-analysis of 1235 participants across 12 trials of acupuncture and/or PPI treatment of GERD found that compared to standard therapy alone, acupuncture and WM combination therapy yielded the best results in terms of symptom reduction and QoL improvement with no significant adverse events reported [38].

In another RCT, 480 GERD patients were randomised into 4 groups that either received electroacupuncture (EA), EA with CM treatment, CM treatment alone or a WM treatment of omeprazole with mosapride [24]. Participants were evaluated with 24-hour pH monitoring and upper endoscopies following 6 weeks of treatment. It was discovered that patients treated with a combination of EA and CM showed the highest reduction in pH reflux, endoscopy grading scores and improvement in quality of life (QoL), highlighting the continued relevance of CM's multimodal treatment strategy in a modern context.

Acupuncture treatment, particularly at ST36 (足三里) and PC6 (内关) which are well documented acupuncture points in literature, has been shown to reduce basal acid output and gastric acid secretion through opioid pathways in experimental trials of animals and humans [39-43]. ST36 has also been observed to increase plasma pancreatic polypeptide (PP) levels, potentially resulting in a stimulatory effect on vagal activity and hence gastric motility [44]. PC6 was observed to reduce gastric tachyarrhythmia in motion sickness, and decrease nausea and vomiting, potentially through regulation of gastric myoelectrical activity [45-47].

In GERD patients, these effects translate to an overall regulation in LES relaxation and esophageal peristalsis, as well as inhibition

of acid secretion via the somatosympathetic pathway<sup>[41]</sup> to achieve an overall improvement in patients with symptomatic and refractory GERD<sup>[48-50]</sup>.

### Lifestyle modifications to manage GERD

There are many similarities between WM and CM management of GERD in terms of lifestyle modifications. These changes hold the key to the long-term management of GERD symptoms, and increase the efficacy of pharmacological interventions.

In WM, patients are encouraged to maintain a healthy weight to reduce the risk of hiatal hernias, increased intragastric pressure and increased gastric capacity<sup>[51]</sup>. A large study of 10,545 women found that even modest weight gains within normal BMI range can cause or exacerbate GERD symptoms<sup>[52]</sup>. In CM, obesity is associated with phlegm stagnation in the spleen and stomach, resulting in one of the three main syndromes of GERD - Food Stagnation syndrome. This leads to frequent nausea, dizziness, chest tightness, soft stools, bloating and indigestion<sup>[53]</sup>.

Patients are also encouraged to avoid trigger foods in WM management, most common of which are acid-producing foods such as spicy and fried foods, dairy, chocolate, garlic, onions and alcohol<sup>[54]</sup>. These foods lower the pH of refluxed stomach contents which increases esophageal clearance time, leading to exacerbation of symptoms. In CM, these foods are documented to be of heaty nature, which can result in an increase in stomach fire and a dysregulated upward motion of stomach Qi, presenting as an regurgitation of stomach acid<sup>[53]</sup>.

Additionally, in WM, patients are often advised to avoid eating while lying down or before bedtime, and to raise the head of the bed

by 6 to 8 inches to facilitate the physiological downward emptying of stomach contents<sup>[55]</sup>. Patients are also advised to adhere to regular mealtimes in CM to facilitate the natural cycle of organ Qi throughout the day, and to avoid stagnation and accumulation of both exogenous and endogenous pathogens through lifestyle disturbances.

### Conclusion

Although GERD is widely prevalent and affects up to 20% of the global population, WM treatment is mostly limited to symptomatic management with continued medication. Complete and sustained resolution without long-term medication or surgery is difficult to achieve in many patients. Due to lifestyle shifts in modern society resulting in increased incidence of the disease, there is an increasing need for alternative treatment methods for GERD and other GI diseases with equivalent efficacies. In modern research, CM and acupuncture and/or in combination with WM therapy has shown great potential in reducing symptom severity, symptom recurrence and better QoL with a favourable safety profile. Further research and evidence are needed to unravel the underlying pharmacokinetic—pharmacodynamic mechanisms of CM and acupuncture on GERD in order to safely incorporate these treatment modalities into existing standard-of-care in clinical settings.

### References

1. Al Ghadeer, H.A., et al., Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease and Associated Risk Factors in the Eastern Region, Saudi Arabia. *Cureus*, 2021. 13(11): p. e19599.
2. Wu, J.C., Gastroesophageal reflux disease: an Asian perspective. *J Gastroenterol Hepatol*, 2008. 23(12): p. 1785-93.

3. Sharma, P., S. Bhatia, and K.L. Goh, The Rise of Acid Reflux in Asia. 2018.
4. Almadi, M., et al., Prevalence of Symptoms of Gastroesophageal Reflux in a Cohort of Saudi Arabians: A Study of 1265 Subjects. *Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 2014. 20: p. 248-254.
5. Katzka, D.A., J.E. Pandolfino, and P.J. Kahrilas, Phenotypes of Gastroesophageal Reflux Disease: Where Rome, Lyon, and Montreal Meet. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2020. 18(4): p. 767-776.
6. Sweis, R. and M. Fox, The global burden of gastro-oesophageal reflux disease: more than just heartburn and regurgitation. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2020. 5(6): p. 519-521.
7. Taraszewska, A., Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet. *Rocz Panstw Zakl Hig*, 2021. 72(1): p. 21-28.
8. Diamant, N.E. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. 2006.
9. Fitzgerald, R.C., et al., British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus. *Gut*, 2014. 63(1): p. 7.
10. Hassen, H.Y., M.A. Teka, and A. Addisse, Survival Status of Esophageal Cancer Patients and its Determinants in Ethiopia: A Facility Based Retrospective Cohort Study. *Front Oncol*, 2020. 10: p. 594342.
11. Scott, M. and A.R. Gelhot, Gastroesophageal reflux disease: diagnosis and management. *Am Fam Physician*, 1999. 59(5): p. 1161-9, 1199.
12. Sami, S.S. and K. Ragunath, The Los Angeles Classification of Gastroesophageal Reflux Disease. *Video Journal and Encyclopedia of GI Endoscopy*, 2013. 1(1): p. 103-104.
13. Ghisa, M., et al., The Lyon Consensus: Does It Differ From the Previous Ones? *J Neurogastroenterol Motil*, 2020. 26(3): p. 311-321.
14. van der Pol, R.E. and M.A. Benninga, Antacids and Alginates in the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease, in *Esophageal and Gastric Disorders in Infancy and Childhood*, H. Till, et al., Editors. 2017, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 983-986.
15. Sigterman, K.E., et al., Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013. 2013(5): p. Cd002095.
16. Ren, L.H., et al., Addition of prokinetics to PPI therapy in gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis. *World J Gastroenterol*, 2014. 20(9): p. 2412-9.
17. Naik, R.D., M.H. Meyers, and M.F. Vaezi, Treatment of Refractory Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*, 2020. 16(4): p. 196-205.
18. Frazzoni, M., et al., Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol*, 2014. 20(39): p. 14272-9.
19. Wu, M. and X. Wang, 中医内科学 (九版教材——十二五规划). 2012: 中国中医药出版社.
20. Kamolz, T. and V. Velanovich, Psychological and emotional aspects of gastroesophageal reflux disease. *Diseases of the Esophagus*, 2002. 15(3): p. 199-203.
21. Asaoka, D., et al., The Association between Frailty and Abdominal Symptoms: A Hospital-based Cross-sectional Study. *Intern Med*, 2020. 59(14): p. 1677-1685.

22. Chen, K.Y., et al., Seasonal variation in the incidence of gastroesophageal reflux disease. *Am J Med Sci*, 2009. 338(6): p. 453-8.
23. Peat, C.M., et al., Binge eating, body mass index, and gastrointestinal symptoms. *J Psychosom Res*, 2013. 75(5): p. 456-61.
24. Zhang, C., et al., Clinical curative effect of electroacupuncture combined with zhizhukuanzhong capsules for treating gastroesophageal reflux disease. *J Tradit Chin Med*, 2012. 32(3): p. 364-71.
25. Zhang, J., et al., JianpiQinghua granule reduced PPI dosage in patients with nonerosive reflux disease: A multicenter, randomized, double-blind, double-dummy, noninferiority study. *Phytomedicine*, 2021. 88: p. 153584.
26. Manor, O., et al., Health and disease markers correlate with gut microbiome composition across thousands of people. *Nature Communications*, 2020. 11(1): p. 5206.
27. Dai, Y., et al., Efficacy and Safety of Modified Banxia Xiexin Decoction (Pinellia Decoction for Draining the Heart) for Gastroesophageal Reflux Disease in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2017. 2017: p. 9591319.
28. Wang, W., et al., Exploration of the potential mechanism of Banxia Xiexin Decoction for the effects on TNBS-induced ulcerative colitis rats with the assistance of network pharmacology analysis. *Journal of Ethnopharmacology*, 2021. 277: p. 114197.
29. Wang, W., et al., Bioactive components of Banxia Xiexin Decoction for the treatment of gastrointestinal diseases based on flavor-oriented analysis. *Journal of Ethnopharmacology*, 2022. 291: p. 115085.
30. Wu, T., et al., Study on the Mechanisms of Banxia Xiexin Decoction in Treating Diabetic Gastroparesis Based on Network Pharmacology. *Interdisciplinary Sciences: Computational Life Sciences*, 2020. 12(4): p. 487-498.
31. Panahi, Y., et al., Efficacy and safety of Aloe vera syrup for the treatment of gastroesophageal reflux disease: a pilot randomized positive-controlled trial. *J Tradit Chin Med*, 2015. 35(6): p. 632-6.
32. Saito, H., K. Imanishi, and S. Okabe, [Effects of aloe extracts, aloctin A, on gastric secretion and on experimental gastric lesions in rats]. *Yakugaku Zasshi*, 1989. 109(5): p. 335-9.
33. Eamlamnam, K., et al., Effects of Aloe vera and sucralfate on gastric microcirculatory changes, cytokine levels and gastric ulcer healing in rats. *World J Gastroenterol*, 2006. 12(13): p. 2034-9.
34. Zhao, Y., et al., The Effect of *Helicobacter pylori* Eradication in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *Digestive Diseases*, 2020. 38(4): p. 261-268.
35. Huang, Y.Q., et al., Inhibitory effects of emodin, baicalin, schizandrin and berberine on hefA gene: treatment of *Helicobacter pylori*-induced multidrug resistance. *World J Gastroenterol*, 2015. 21(14): p. 4225-31.
36. Hamasaki, N., et al., Highly selective antibacterial activity of novel alkyl quinolone alkaloids from a Chinese herbal medicine, Gosyuyu (Wu-Chu-Yu), against *Helicobacter pylori* in vitro. *Microbiol Immunol*, 2000. 44(1): p. 9-15.
37. DICKMAN, R., et al., Clinical trial: acupuncture vs. doubling the proton pump inhibitor dose in refractory heartburn. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2007. 26(10): p. 1333-1344.
38. Zhu, J., et al., Acupuncture for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Acupunct Med*, 2017. 35(5): p. 316-323.
39. Zhou, L. and W.Y. Chey, Electric acupuncture stimulates non-parietal cell secretion of the stomach in dog. *Life Sci*, 1984. 34(23): p. 2233-8.
40. Jin, H.O., et al., Inhibition of acid secretion by electrical acupuncture is mediated via beta-endorphin and somatostatin. *Am J Physiol*, 1996. 271(3 Pt 1): p. G524-30.
41. Sodipo, J.O. and J.M. Falaiye, Acupuncture and gastric acid studies. *Am J Chin Med*, 1979. 7(4): p. 356-61.
42. Tougas, G., et al., Effect of acupuncture on gastric acid secretion in healthy male volunteers. *Dig Dis Sci*, 1992. 37(10): p. 1576-82.
43. Lux, G., et al., Acupuncture inhibits vagal gastric acid secretion stimulated by sham feeding in healthy subjects. *Gut*, 1994. 35(8): p. 1026-9.
44. Chang, C.S., et al., Effect of electrical stimulation on acupuncture points in diabetic patients with gastric dysrhythmia: a pilot study. *Digestion*, 2001. 64(3): p. 184-90.
45. Gan, T.J., Postoperative nausea and vomiting--can it be eliminated? *Jama*, 2002. 287(10): p. 1233-6.
46. Hu, S., R.M. Stern, and K.L. Koch, Electrical acustimulation relieves vection-induced motion sickness. *Gastroenterology*, 1992. 102(6): p. 1854-8.
47. Lin, X., et al., Electrical stimulation of acupuncture points enhances gastric myoelectrical activity in humans. *Am J Gastroenterol*, 1997. 92(9): p. 1527-30.
48. Diamant, N.E., Neuromuscular mechanisms of primary peristalsis. *Am J Med*, 1997. 103(5a): p. 40s-43s.
49. Habu, S., et al., Diurnal motor activities of the esophagus in conscious dogs. *Dig Dis Sci*, 2000. 45(7): p. 1267-73.
50. Hall, K.E., T.Y. el-Sharkawy, and N.E. Diamant, Vagal control of canine postprandial upper gastrointestinal motility. *Am J Physiol*, 1986. 250(4 Pt 1): p. G501-10.
51. Chang, P. and F. Friedenber, Obesity and GERD. *Gastroenterol Clin North Am*, 2014. 43(1): p. 161-73.
52. Jacobson, B.C., et al., Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. *N Engl J Med*, 2006. 354(22): p. 2340-8.
53. Li, C. and C. Wu, 中医诊断学 (九版教材——十二五规划). 2018: 中国中医药出版社.
54. Newberry, C. and K. Lynch, The role of diet in the development and management of gastroesophageal reflux disease: why we feel the burn. *J Thorac Dis*, 2019. 11(Suppl 12): p. S1594-s1601.
55. Khan, B.A., et al., Effect of bed head elevation during sleep in symptomatic patients of nocturnal gastroesophageal reflux. *J Gastroenterol Hepatol*, 2012. 27(6): p. 1078-82.

# 儿童抽动障碍的中医认识与现代名医经验撷萃

廖欣婷  
新加坡同济医院

## 1. 概述

儿童抽动障碍(Tic disorders, TD)是一种起病于儿童时期,以抽动为主要表现的神经精神疾病,其临床表现多样化。抽动障碍的临床特征为不自主的、反复的、快速的、无目的单个或多个部位肌肉抽动,其症状常在应激因素影响下诱发或加重。常见的临床表现包括挤眉、眨眼、咧嘴、耸鼻、耸肩、甩手、鼓肚、清嗓、吭吭发声、吼叫或发出秽语等。抽动症状多因精神紧张、压力过度而加重,患儿全神贯注时抽动症状随之减轻,入睡消失。

根据临床表现,儿童抽动障碍主要分为运动性抽动、发声性抽动和感觉性抽动。根据美国精神障碍诊断与统计手册(第五版)(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM),抽动障碍可分为短暂性抽动、慢性抽动和多发性抽动症(Tourette's syndrome, TS)<sup>[1]</sup>。抽动障碍患儿可伴有多种共患病,包括注意力缺陷多动障碍、睡眠障碍、强迫障碍、学习困难等功能和发育行为问题。本病严重影响了患儿的学习、生活及社交活动,终究阻碍了儿童的身心健康发展。本病的病因尚未清楚,多数学者认为儿童抽动障碍是由遗传因素、免疫因素、神经递质代谢异常及心理社会因素在儿童发育过程中相互作用而起。目前西医多采用多巴胺阻滞剂、中枢性激动剂、抗癫痫药等药物治疗,配合心理行为治疗,但总体疗效仍有限,亦有一定的不良副作用。笔者旨在通过本文来总结儿童抽动障碍的中医病因病机,并整理撷采当代儿科名家的临床经验及用药特点。

## 2. 中医病因病机

中医古籍中未提及儿童抽动障碍一名词,但本病可归属于“瘵痲”、“肝风”、“筋惕肉瞤”、“慢惊风”等范畴。抽动障碍的病因是多方面的,与先天禀赋不足、产伤窒息、感受外邪、情志失调等因素有关。本病多由五志过极,风痰内蕴而引发。抽动障碍多责之于肝、心、脾、肺、肾五脏功能失调,主要病位在肝。痰浊、瘀血是本病的重要致病因素。

### 2.1 五脏功能失调为发病基础

#### 2.1.1 肝亢风动是核心病机

钱乙在《小儿药证直诀》中载:“五脏六腑,成而未全,全而未壮”,小儿脏腑娇嫩,稚阳未充,稚阴未长,阳常有余而阴常不足,故具有“易虚易实,易寒易热”的发病特点。儿童抽动障碍病位主要在肝,但该病并非责于一脏,与五脏均密切相关。《素问·至真要大论》曰:“诸风掉眩,皆属于肝”。钱乙<sup>[2]</sup>在此基础上提出肝风之论:“凡病或新或久,皆引肝风,风动而上于头目,目属肝,肝风入于目,上下左右如风吹,不轻不重,儿不能任,故目连割也”。可见,肝风是导致抽

动障碍的主要致病因素。肝系风木之脏,主疏泄条达,小儿肝常有余,易升发太过,失其柔和曲直之性,过刚则易兴奋激动。孩子心智尚未成熟,易受情志、外界环境和学习压力所影响。现代社会独生子女居多,家长娇宠溺爱,致其偏执任性,一旦所欲不遂,则易致肝气郁结,化火生风。肝主筋,开窍于目,肝风上袭阳位,故见眨眼、皱眉、扭颈、耸肩等一系列抽动表现。肝郁化火,灼津成痰,肝风夹痰,循经上壅咽喉,则变生发声性抽动。

#### 2.1.2 脾虚痰聚是病理基础

钱乙云:“脾胃虚衰,四肢不举,诸邪遂生”,“脾主困,实则困睡,身热,饮水:虚则吐泻,生风”。万全<sup>[3]</sup>在《育婴秘诀》中载:“脾虚则吐泻生风,此脾土败而肝木乘之”。脾为后天之本,小儿“脾常不足”,现今儿童饮食不知自节,恣食肥甘厚味及生冷之品,影响脾胃运化功能,致脾虚失运,气血生化乏源,不能濡养四肢百骸,则肌肉挛缩而抽动。脾为生痰之源,脾虚则运化失职,水湿不得运化,聚湿成痰。肝风夹痰,流窜经络,痹阻脉络,且易聚易散,故抽动时作时止,反复发作。

#### 2.1.3 肺气不畅,气机升降失调

肺在儿童抽动障碍的发病亦占重要地位。肺主一身之气,开窍于鼻,为音声之门,喉之根本。《灵枢·脉度》曰:“肺气通于鼻,肺和则鼻能知香臭矣”。喉上通于鼻,为肺之门户,喉之能发声,实乃肺气之推动。肺为华盖,小儿“肺常不足”,外邪首先犯肺,外风侵袭,易引动内风,风痰上犯清窍,攻于咽喉,致喉中异常发声。另外,肝肺两脏在生理、病理上有密切联系<sup>[4]</sup>。在生理功能上,肝主疏泄,肝气以升发为宜,肺主司呼吸,肺气以肃降为顺,肝肺两脏在气机升降运动上存在相互制约和协调的关系。肺气肃降有序,有利于肝气升发;肝气升发调达,则利于肺气的肃降。若肺金肃降失职,则肝风不宜平息,肝亢生风,木火刑金引发清嗓、吭吭等异常发声。

#### 2.1.4 肾水不涵肝木,阴虚阳亢

肾在儿童抽动障碍的发病至关重要。《石室秘录》云:“肾生肝也,肾之中有火存焉,肾水干枯,肾水不能生肝木矣,火无水制,则肾火沸腾……水足而熄,肾不克木,而反生木矣……至于肝为木脏,木生于水,其源从癸”。肝肾乙癸同源,肾阴滋养肝阴。若肾精亏虚,阴不制阳,水不涵木,则易致肝阳上亢,阳气亢逆无所制,引动肝风,即阴虚风动<sup>[5]</sup>。肾水不能上济于心,水火失济,心神不宁,故表现为注意力不集中,神思涣散,记忆力欠佳,学习困难。《灵枢·经脉》云:“肾足少阴之脉……从肾上贯肝膈,入肺中,循喉咙,挟舌

本……是主肾所生病者,口热舌干,咽肿上气,嗑干及痛”。肾主水,为先天之本,气之根,又为音声之根<sup>[6]</sup>。若肾阴亏虚,津液不能上承于咽,致咽喉痒痛不适、咽干、咽内异物感等<sup>[7]</sup>。

#### 2.1.5 心神失调,血脉不畅

心为君主之官,主宰神明、藏神,统帅五志来维持人体的精神和思维活动。钱乙在《小儿药证直诀》中提及“肝有风,目连扎不搐,得心热则搐”,“心主静,实则叫哭,发热,饮水则搐;虚则卧而悸动不安”。小儿心常有余,心火亢盛,感邪易从阳化热,扰乱心神,心神失调,故部分的抽动障碍患儿伴有心神不宁、惊叫啼哭、急躁易怒、恐惧敏感等各种神经质特点。抽动障碍患儿一旦遇到精神刺激即引发抽动症状。

近年来发现40~55%的抽动障碍患儿在发病前有身体局部不适感,包括压迫感、痒感、痛感、麻木感或其他异样感觉<sup>[8]</sup>。这种先兆冲动让患儿烦躁不安,因此他们需通过肌肉收缩或舒张来缓解这种不适感。《内经》云:“诸痛痒疮,皆属于心”,因此从中医的角度,先兆冲动可归根于心。心神是全身脏腑功能的主宰,心主血脉,心气充足则血脉通畅。痛感的产生是由于心气不足,推动乏力,血行迟滞,脉络痹阻所致的“不通则痛”和各种原因导致的血脉不通,气血运行不畅,营血不能布达全身,脏腑肢体失于营养所致的“不荣则痛”。痒感的产生是由于血脉不充所致。疼痛与瘙痒发生与否和严重程度均受心神的影响<sup>[9]</sup>。

## 2.2 痰浊、瘀血为重要的致病因素

痰浊、瘀血是体内津血运行失常所形成的病理产物,是导致儿童抽动障碍发生发展的直接重要因素。津液与血液的运行全仰赖于气的推动,故气机郁滞,则津液、血液运行不畅,津聚为痰,血凝为瘀。《杂病源流犀烛》中言:“痰为诸病之源,怪病皆由痰成也”。痰之湿性黏滞,留伏遏阳,滞涩不散,故痰邪致病,具有病情缠绵、病程较长、难以速愈等特点<sup>[10]</sup>。肝风挟痰,随气升降,上扰走窜筋脉皮肉,影响气机肃降,形成一系列的抽动表现。

瘀血在儿童抽动障碍的发病亦是重要的致病因素。《灵枢·百病始生篇》中言:“凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去而积成矣”。痰源于津,瘀本于血,而津血同源,津液代谢失常,聚而生痰,导致气血运行不畅,血络涩滞为瘀,脉络阻滞则瘀血自生。叶天士<sup>[11]</sup>云:“初为气结在经,久则血伤入络”,阐明了络病的病程进展,由经入络、由气及血、由浅入深的慢性复杂性病程。儿童抽动障碍病程冗长,迁延难愈,具有反复发作的特点,符合叶天士“久病入络”的病机特点。因此,根据本病风痰袭扰的基本病机,并尊从“络以通为用”的原则,治疗应以调畅气机,息风止动为主,兼以豁痰祛瘀通络。适当佐以辛味药、化痰药、虫类药、藤类药等,既可祛瘀除络中邪气,改善气血运行,也可引药入络,直达病所<sup>[12]</sup>。

## 3. 现代名医治疗儿童抽动障碍的心得

儿童抽动障碍的核心治疗原则为息风止动。现代医家们力倡“从肝论治”儿童抽动障碍,以平肝潜阳,清肝泻火,熄风镇静为主,同时根据患儿的临床表现进行辨证论治。

### 3.1 刘弼臣主张肝肺同调

刘弼臣<sup>[13]</sup>教授认为儿童抽动障碍属于肝风证,其“本源在肝,病发于肺”,系“风痰鼓动,横窜经髓,阳亢有余,阴静不足,动静平衡失制”。刘老认为肺为华盖,外邪入侵,首先犯肺,肺脏受邪后又易引起其他脏腑的病变<sup>[14]</sup>。多发性抽动症患者常见吸鼻、耸鼻、吭吭等动作,或伴有鼻塞、流涕、鼻黏膜发红,以及咽喉不适、咽部干痛或红肿等鼻咽部症状。抽动障碍患儿常在感染病原体后出现症状加重或复发的现象。因此,刘老根据此特点总结出“外风引动内风”的发病规律,主张“从肺论治”本病,以切断病邪入侵途径,防止疾病传变。他认为小儿气机紊乱与肺脏息息相关,若肺金宣降不及则肝气有余而亢动,故强调“治肝勿忘调肺”,采用疏风通窍、熄风化痰通络法,肝肺同治,创立熄风静宁汤。方药组成:辛夷、苍耳子、玄参、板蓝根、山豆根、菊花、蝉蜕、全蝎、葛根、伸筋草、白芍、甘草。刘老根据患儿的抽动发病部位进行临床加减<sup>[15]</sup>:如伴有喉鸣、怪叫属风热壅滞、咽喉不利,配以蝉蜕、僵蚕;伴有噤嘴属中土不运、饮食停滞之象,治以焦三仙、鸡内金、稻芽调运脾胃、疏散中土;伴有谩骂秽语属痰蒙心窍,选用半夏、石菖蒲以化痰开窍。

### 3.2 王素梅从肝脾论治

王素梅<sup>[16]</sup>教授认为脾虚肝亢是儿童抽动障碍发作的核心病机,风痰是贯穿儿童抽动障碍的主要病理因素。肝主疏泄,脾主运化,脾气不足,则肝气虚陷,气机郁滞,乘克脾土<sup>[17]</sup>。脾虚失运,脾虚生痰,肝亢生风,风痰互结,横窜经络。早期的儿童抽动障碍症状多出现在眼部,如眨眼,后逐渐向整个面部蔓延,如咧嘴、耸鼻,再逐渐向躯干及四肢发展。因此,王老主张以疏肝健脾,熄风止动为治疗本病的大法,创立了健脾止动汤,以扶土抑木,健脾平肝,宁心安神,化痰开窍。方中包括太子参、白术、茯苓、山药、陈皮、半夏、钩藤、川芎、防风、白芍、木瓜、伸筋草、谷精草、葛根、石菖蒲。王教授对其他共患病针对性地遣药组方,善用“角药”<sup>[18]</sup>治疗:若患儿伴有注意力缺陷多动症,可加石菖蒲、远志、郁金以豁痰开窍,宁心安神;伴有梦中遗尿,可加桑螵蛸、煅龙骨、五味子以补益心肾,固精缩尿。

### 3.3 韩新民应用“三根汤”治疗发声性抽动

韩新民<sup>[19]</sup>教授结合临床观察发现许多患儿抽动症状容易加重或反复,并认为外风引动内风是重要的诱因。咽喉为肺胃之门户,多数患儿平素喜食油炸煎炒之品,引动肺胃火热上蒸,加之风热外邪侵袭,内外邪毒搏结于咽喉,津液受灼,炼液为痰,痰火蕴结,发为本病。故韩教授以清热解毒,利咽止吭为法,创制三根汤。方中的“三根”为板蓝根、山豆根和芦根,共奏清肺解毒利咽之功。临床上可见到此类患儿多伴有咽部充血,扁桃体肿大或淋巴滤泡增生等上呼吸道感染体征。韩教授在辨病辨证选方用药的基础上随证加减<sup>[20]</sup>:如伴有眨眼、皱眉等眼部症状,可加青箱子、谷精草、密蒙花;伴有搐鼻、吸鼻,可加辛夷、苍耳子;伴有摇头、点头,可加葛根、蔓荆子;抽动症状剧烈者,可加全蝎、蜈蚣等虫类药。

### 3.4 韩斐从心肝论治

韩斐<sup>[21]</sup>教授认为情志因素是儿童抽动障碍的主要致病因素，情志致病具有首伤心神的特点。《灵枢·口问》载：“悲哀忧愁则心动，心动则五脏六腑皆摇动”。韩教授从抽动障碍患儿的性格特征出发，提出本病的病理基础为“心主神明”功能失调，并认为患儿的眨眼、发音异常、睡眠异常皆为心神失调所致。临床观察发现多数抽动障碍患儿在病程的不同阶段中存在一系列情志失调表现，包括性格内向、执拗、脾气急躁或有强迫、孤独倾向等各种神经质特点。因此，韩教授治疗时强调镇心安神，平肝潜阳，创制静心止动方，首用珍珠母、煅龙骨、煅牡蛎、酸枣仁、柏子仁<sup>[22]</sup>，以治心为主，治肝为次，兼调肺脏。

### 3.5 王烈提出“妄为症”，主张从肾脑论治

王烈<sup>[23]</sup>教授认为儿童抽动障碍发病之根源在于先天的肾脑失充，并将本病归属于“妄为症”的范畴。王老认为本病的病机关键为先天肾脑不足，心肝火旺、阴阳失调。小儿肾常虚，肾精不足则志弱，成为精神行为障碍的病理基础，诚如《灵枢·本神》所云：“肾藏精，精舍志”。此外，王老强调脑为元神之府，儿童的大脑发育尚未完全成熟，加之肾与脑经络相通、精髓互化，若先天之精不足或后天失养，致肾精亏虚，不能上充于脑，髓海亏虚，元神失养，神机失用<sup>[24]</sup>。王教授倡导从三期分治本病，用药力求平和，提倡用补肾健脑、开窍益智之品来促进肾脑发育<sup>[25]</sup>。同时强调不宜用重剂、猛药，以免郁遏小儿生长之机。急性期病作之时，宜平抑心肝之气，以缓多动，采用自拟方妄为散，方取生铁落、紫贝齿、龟甲、珍珠母等平肝重镇安神之品。缓解期，标本兼治，宜疏风止动，养心安神，采用自拟方安脑饮，方中的胡荽含有茺菘醇，具有抗焦虑和镇静的作用，可“治五脏，补不足，通心窍”。稳定期则滋补肝肾，以促阴阳平衡，采用自拟方滋肾散，以女贞子、枸杞子、胡荽滋补肝肾，填精补髓。

### 4. 结语

儿童抽动障碍的发病原因和病理机制复杂，且受各类因素的影响，导致本病迁延难愈并难治。儿童抽动障碍的发病牵涉到五脏，以肝脏联系最为密切。虽然该病表现错综复杂多变，但该病的核心病机为肝风内动，风痰胶结。治疗儿童抽动障碍宜遵从“息风止动”的原则，亦不忘乎兼以豁痰祛瘀通络。最后，治疗过程中应注重患儿的生活调理、心理卫生。医师、家长和学校三方需要密切配合，不宜过度谴责，多予患儿鼓励，并创造一个舒适的生活和学习环境，有助于患儿健康恢复。

#### 【参考文献】

[1] American Psychiatric Association. (2022). Neurodevelopmental disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders

[2] 宋·钱乙. 小儿药证直诀[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006:7.

[3] 安邦昱. 张牧寒. 明代万密斋儿科学[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1991.

[4] 张奕星, 姜之炎. 从肺论治儿童多发性抽动症临床体会[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(11): 6481-6484.

[5] 余雪妮, 董幼祺. 董幼祺从肝肾同源论治小儿多发性抽动症经验, 2021, 56(11): 827-828.

[6] 程康明, 程雯. 干祖望的嗓音论及其临床价值[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2012, 20(04): 319-320.

[7] 樊李根, 张喜莲, 马融, 陈朝远. 从五脏论治小儿发声性抽动[J]. 江苏中医药, 2021, 53(05): 50-52.

[8] 中华医学会儿科学分会神经学组. 儿童抽动障碍诊断与治疗专家共识(2017实用版)[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2017, 32(15): 1137-1140.

[9] 梁志刚, 李瑞, 邓成哲. 从“心”理解“诸痛痒疮皆属于心”[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(04): 370-371.

[10] 袁辉, 张丽萍, 钱同, 袁昌林. 袁昌林教授从伏风宿痰辨治神经系统“怪病”[J]. 浙江中医药大学学报, 2019, 43(10): 1102-1104.

[11] 黄志英. 叶天士医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 6-99, 208, 227, 279, 284.

[12] 王童童, 陈自佳. 基于络病理论浅析通络药在抽动障碍治疗中的应用[J]. 北京中医药, 2023, 42(02): 192-195.

[13] 夏桂选, 徐荣谦. 刘弼臣教授从肺论治儿童抽动障碍思路的形成及其治未病思想[J]. 中医儿科杂志, 2011, 7(01): 1-2.

[14] 田建东. 刘弼臣教授从肺论治小儿抽动-秽语综合征经验[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2005, 12(1): 26.

[15] 张广. 刘弼臣教授治疗抽动-秽语综合征经验拾萃[J]. 环球中医药, 2009, 2(01): 47.

[16] 黄家伟, 郝宏文, 杨宗贤, 等. 王素梅教授从肝脾论治儿童抽动障碍经验[J]. 河北中医, 2023, 45(5): 709-712.

[17] 张建奎, 马丙祥, 史文丽, 等. 马丙祥从“肝风”论治儿童抽动障碍经验[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(4): 55-57.

[18] 丁一芸, 卫利, 王素梅. 王素梅教授运用“角药”治疗儿童抽动障碍共患病经验撷萃[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(06): 758-760.

[19] 李亚群, 田云龙, 韩新民, 王爱珍. 韩新民教授治疗儿童发声性抽动经验[J]. 陕西中医药大学学报, 2022, 45(05): 42-46.

[20] 郭玉清, 韩新民. 韩新民治疗儿童难治性抽动障碍的临床经验[J]. 中医临床研究, 2021, 13(34): 76-78.

[21] 南彦武, 韩斐. 韩斐从心论治小儿抽动障碍经验总结[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(08): 113-115.

[22] 范菲, 韩斐. 韩斐运用“角药”治疗小儿抽动障碍经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2017, 24(05): 109-111.

[23] 陈慧丹, 孙丽平, 王烈. 国医大师王烈教授从肾脑论治儿童抽动障碍经验[J]. 吉林中医药, 2023, 43(02): 150-152.

[24] 杨福双, 孙丽平, 王烈. 王烈基于“补不足, 损有余”分期论治儿童精神行为障碍经验[J]. 中医杂志, 2022, 63(11): 1013-1016+1057.

[25] 田野, 孙丽平, 王烈. 国医大师王烈三期分治儿童妄为证经验[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(06): 3182-3185.

## 儿童腺样体肥大的中医治疗进展及验案举例

庄慧娜  
新加坡同济医院

### 概述

腺样体又称增殖体或咽扁桃体，是位于鼻咽顶后壁的淋巴组织，小儿2~6岁是其增殖旺盛期，6、7岁时达到发育的高峰期，青春期以后就逐渐萎缩，到15岁左右基本可以达到成人状态，如果15岁以后腺样体厚度与鼻腔宽度两者比率大于0.7，即为理性肥大<sup>[1-2]</sup>。

扁桃体及腺样体属人类免疫活性器官，位于上呼吸道部位。若扁桃体及腺样体肿大，极易导致上呼吸道狭窄，阻碍机体正常的气体交换，严重影响儿童身体、智力的正常发育。若不加以治疗，可导致面部发育及牙齿咬合异常、引发中耳炎、鼻窦炎等疾病的发生<sup>[3, 4]</sup>。而反复的炎症刺激会导致腺样体肥大(adenoid hypertrophy, 腺样体肥大)，出现鼻塞、张口呼吸、寐时打鼾等症状。报道显示，腺样体肥大在国外儿童的发病率为34%~70%<sup>[5]</sup>，其中6~7岁的发病率高达9.9%~29.9%<sup>[6]</sup>。

西医治疗主要是手术切除或鼻用激素联合白三烯受体拮抗剂为主。但腺样体是人体早期的重要免疫器官，在儿童3~6岁时对呼吸道免疫应答和保护呼吸道的作用最活跃<sup>[7]</sup>。中医治疗强调整体论治、辨证求因，既可明显改善疾病临床症状，又可减轻或消除原始病因，且药物副作用小。

### 1. 中医学对腺样体部位的认识

腺样体位于鼻咽部，相当于中医学的颞颥，《灵枢·经脉》记载：“肝足厥阴之脉……循喉咙之后，上入颞颥，连目系……”鼻咽部是呼吸的通道，也是口、鼻、咽、喉、双耳贯通之地，张志聪在《灵枢集注·卷二·经脉第十》中记载：“颞颥者，腭之上窍，口鼻之气及涕唾，从此相通。”口、鼻、咽、喉、耳疾病常相互影响，互为因果。《素问·评热病论篇》中云“邪之所凑，其气必虚”，正气亏虚多责之肺、脾、肾气亏虚，气滞、痰浊、瘀血结于颞颥为发病之标，多于外感风寒或风热而诱发病。

### 2. 病因病机

#### 2.1 内因至病

##### 2.1.1 肺脾肾不足

多数医家认为小儿为稚阴稚阳之体，肺脾肾虚弱为发病基础，然各有侧重。姜之炎<sup>[8]</sup>认为腺样体肥大应归属于“痰核”范畴，病位在肺脾两脏，由肺脾气虚，水液疏布失常，痰凝气滞阻于鼻咽部所致。李淑良指出腺样体位于耳鼻咽喉交通处，与肺脾肾三脏关系密切，故腺样体肥大发病的根本原因在于肺气不足、脾胃薄弱、肾气不充<sup>[9]</sup>。林季文<sup>[10]</sup>结合岭南地区气候特点，总结出此地腺样体肥大患儿脾土多被湿困，母病及子，肺气虚弱，失于宣降，久成肺脾气虚之证。陈小宁<sup>[11]</sup>侧重小儿禀赋不足或后天失养为致病因素，脾失健运，痰浊互阻

而发病。刘虹<sup>[12]</sup>认为本病的核心病机为痰壅清窍，脾胃为生痰之源，肺为储痰之器，故提出化痰散结，宣通肺窍的治疗原则。孙桂莲<sup>[13]</sup>指出因腺样体肥大患儿肺脾两虚，正不胜邪，常反复感邪，迁延不愈，变生他疾。

#### 2.1.2 肝常有余

肝之经脉循喉入颞颥，肝之经气上于咽喉，若肝气郁结，疏泄失职，则影响喉的正常生理功能。

也有医家从肝对全身气机的调控出发认识腺样体肥大。冯寿岐<sup>[14]</sup>认为当今社会家长过度宠溺孩子，导致孩子任意妄为，不善交流，稍有不顺心，则脾气暴躁，长期更使肝气郁结，乘克脾土，致运化水湿功能减弱，凝结成痰，聚于咽喉。豆子莹等<sup>[15]</sup>将腺样体肥大分为初期和中后期，初期责之于肺，中后期归于肝脾两脏，而肝常有余，又影响肺、脾的气机升降，导致痰瘀互结颞颥，病情迁延难愈。毋桂花<sup>[16]</sup>根据多年临证经验总结出，腺样体肥大有邪陷少阳，气郁不舒，胆火上炎灼津，热郁上蒸，内伤脾气，太阴虚寒的病机。

#### 2.1.3 气滞痰阻瘀血相互为患

《诸病源候论·咽喉心胸诸病候》言：“人喉咙气上下也，气血若调，虽寤寐不妨宣畅。气有不和，则冲击咽喉，而作声也。”小儿先天不足，后天失养，气化不能，气滞不行，致津液运行受阻，痰、瘀伴生。《临证指南医案》指出“久病入络”，“痰瘀”既是病理产物，又是致病因素，更是此病迁延不愈的重要原因。

赵继福认为腺样体肥大病变部位以肺为主，病机关键在于痰瘀互结，腺样体肥大早期失治误治，久致毒邪停滞脉络，气血、津液运行不畅，渐致成瘀，肿实难消<sup>[17]</sup>。

### 2.2 外因诱发

《医学三字经·小儿》指出“稚阳体，邪易干”，说明小儿正气不足，易感外邪，咽喉为肺胃之门户，外邪犯肺，咽喉首当其冲，又因小儿祛邪乏力，致使外邪搏结于颞颥，邪毒留恋，导致临床症状缠绵难愈。

风为百病之长，易夹寒邪或热邪，周文谨等<sup>[18]</sup>根据小儿发病传迅迅速的病理特点，指出感邪后易化热化火。赵彦秋<sup>[19]</sup>指出外感风寒热毒之邪，直入鼻、咽、喉，气血瘀滞，经络不通，致腺样体增生，治疗以疏散风寒、活血透窍为原则。李淑良认为腺样体肥大的发病原因多为外邪侵袭或食积生痰，治疗上重视解表散风或健运脾胃，强调标本同治，未病先防<sup>[20]</sup>。

### 3. 腺样体肥大的临床表现

以下列出腺样体肥大的主要症状。其实腺样体肥大会引起很多睡眠相关的症状，此外，其临床表现还涉及全身症状、鼻部症状、耳部症状、咽、喉部及下呼吸道症状。

**全身症状：**腺样体肥大患儿可出现生长发育迟缓、注意力不集中、记忆力下降、学习困难<sup>[21]</sup>、多动障碍<sup>[22]</sup>、焦虑<sup>[23]</sup>、抑郁<sup>[24]</sup>等症状，多数学者认为这与患儿夜间缺氧及频繁觉醒导致睡眠结构异常相关<sup>[25]</sup>。

**与睡眠呼吸障碍相关症状：**腺样体肥大是引发儿童阻塞性睡眠呼吸暂停综合征最常见的病因，常表现出与睡眠呼吸障碍相关的症状。肥大的腺样体阻塞后鼻孔，使气流通过鼻腔时受限，表现为睡眠期间打鼾、张口呼吸、呼吸暂停、鼻翼煽动、汗出过多、遗尿及体位异常等症状。

**鼻部症状：**增生肥大的腺样体阻塞后鼻孔，导致鼻腔分泌物潴留，持续刺激鼻腔黏膜，进而引起继发感染，导致鼻炎或鼻窦炎久治不愈。腺样体肥大和鼻炎、鼻窦炎等鼻腔疾患互为因果，形成了恶性循环。国内外研究者均认为，腺样体肥大是儿童慢性鼻窦炎发病的重要原因之一，而腺样体切除术是治疗儿童鼻窦炎的有效方法，对于儿童慢性鼻窦炎且有腺样体肥大者，应尽早施行腺样体切除术<sup>[26-29]</sup>。

**耳部症状：**研究者发现儿童分泌性中耳炎约 50% 是由腺样体肥大导致<sup>[30-31]</sup>。多数学者认为阻塞因素致咽鼓管功能障碍是分泌性中耳炎的主要原因。此外，有研究发现分泌性中耳炎的发病与腺样体本身的体积大小及重量无关，主要是腺样体功能活跃，引起组胺大量释放，导致周围血管扩张、通透性增高及咽鼓管黏膜水肿，从而导致咽鼓管功能障碍，引发渗出性中耳炎<sup>[32]</sup>。故也有研究者认为腺样体免疫功能障碍是导致分泌性中耳炎的主要原因。

**咽、喉部及下呼吸道症状：**肥大的腺样体阻塞后鼻孔，导致鼻腔引流不畅，分泌物可倒流至咽部，引起上气道咳嗽综合征，出现持续性咳嗽，咽异物感等症状，甚至并发气管炎<sup>[33]</sup>。

### 4. 中医辨证

王永钦在《中医耳鼻咽喉口腔科学》中，将本病分为肺肾阴虚、虚火上炎，肺脾气虚、痰湿凝结，以及邪毒久留、气血瘀阻三型。基于临床经验及相关研究发现<sup>[34]</sup>，部分患儿临床症状及鼻内镜下腺样体表现具有一致性，但不能归入以上 3 型中。因此，专家委员会决定分为四种证候：

- 1) 肺脾气虚证：交替性、间断性鼻塞，涕清稀或黏白，咳嗽，无痰或少量白痰，多汗，倦怠，气短懒言，声音低怯，纳少腹胀，大便溏泄，睡眠时有鼾声，可见张口呼吸；腺样体肿大色淡，多伴有鼻黏膜苍白；舌淡胖有齿痕，苔白，脉缓弱。
- 2) 肺肾阴虚证：交替性、间断性鼻塞，涕黄白，量不多，颧颊不适，口咽干燥，偶有咽痛，咳嗽，少量黄黏痰，体弱多病，形体消瘦，学习能力差，睡眠时有鼾声，可见张口呼吸，夜卧不宁；腺样体肿大色红或暗红，舌红少苔，脉沉细弱或细数。
- 3) 气血瘀阻证：鼻塞日久，持续不减，少量白黏涕，咳嗽，少量白黏痰，耳内闷胀，听力下降，睡眠中鼾声

时作，张口呼吸；腺样体肿大暗红，上布血丝，舌质暗红或有瘀斑，脉涩。

- 4) 痰凝血瘀证：鼻塞日久，持续不减，痰涕黏稠，色黄，咳嗽，咯痰，痰白黏，量不多，咽痛，尿床，听力下降，睡眠中鼾声时作，张口呼吸；腺样体肥大，表面凹凸不平，呈明显分叶状，色红或暗红，表面可附有分泌物；舌红或紫暗，苔腻，脉滑或涩。

### 5. 小儿推拿治疗腺样体肥大研究概况

小儿推拿对改善腺样体肥大的症状有很大的帮助。张素芳<sup>[35]</sup>将本病发病过程分为“三期分治、远近结合”为治疗特点。张素芳认为腺样体肥大形成过程可分为3个阶段，邪著期、痰凝期、成核期。以三期分治、远近结合为特点，治疗本病。近端取穴揉鼻通、迎香穴，拿揉风池、风府穴，远端取穴以各期病机特点处方，邪著期选用清肺经，补脾经，掐揉四横纹，揉太渊、列缺、鼻咽点（位于中指根中点）及肺、脾、肾俞，按肩井。痰凝期选用揉外劳宫，揉鱼际，清板门，补脾经，掐揉四横纹，揉太渊、列缺，擦揉肺、脾、肾俞，按肩井。成核期以阳热煎炼而成的痰瘀之“核”，则应养阴清热、化痰散结。选用揉二马，补脾经，补肾经，掐揉四横纹、鼻炎点，擦揉肺、脾、肾俞，按肩井。采用小儿推拿治疗儿童腺样体肥大，在临床上获得良好的疗效。朱莹<sup>[36]</sup>通过应用小儿推拿与中药汤剂治疗腺样体肥大进行对比，得出小儿推拿治疗组患儿睡眠质量优于中药汤剂，总有效率为94.12%。林家华<sup>[37]</sup>辨证运用扶正清咽推拿法治疗腺样体肥大，总有效率可达到93.75%；治疗4周后随访显示总有效率为90.62%，说明扶正清咽推拿法治疗腺样体肥大疗效显著，且疗效作用时间较持久。邓依兰<sup>[38]</sup>用推拿联合活血散结方治疗气血瘀阻型腺样体肥大，对“鼻塞”和“寐时打鼾”症状改善明显，且观察短期疗效和长期疗效，均优于单纯中药治疗。陈逸驰<sup>[39]</sup>以益气消解饮配合小儿推拿治疗气虚血瘀证腺样体肥大患儿60例总有效率为93.33%，而反观西药组有效率仅78.57%。王怡超<sup>[40]</sup>运用小儿推拿治疗腺样体肥大，结果显示对腺样体肥大症候积分的改善优于药物组。耿亚琪等<sup>[41]</sup>及舒维萍<sup>[42]</sup>均用三字经流派推拿方法。①开天门、推坎宫、揉太阳、揉迎香各3min；②补脾经、清肺平肝、清天河水各2min；③按揉涌泉3min；④横擦肺俞，令局部发热；⑤捏脊6遍。二者推拿组治疗有效率高。马红青等<sup>[43]</sup>采用颞颥部按摩法（该手法是在颈前气管后侧、胸锁乳突肌前缘、下颌骨下缘组成的三角区域内进行操作）辨证治疗小儿腺样体肥大。王赛娜等<sup>[44-46]</sup>采用常规推拿手法（开天门50次，推坎宫1min，补脾经、补脾经、补肾精各300次，按揉迎香、合谷、足三里各300次，擦肺俞、肾俞、脾俞，透热为度，捏脊3~5遍）结合内舒拿治疗小儿腺样体肥大疗效明显，远期疗效也较好。王赛娜通过进行临床观察，结果显示，推拿配合内舒拿治疗总有效率90.0%，结束治疗后6个月进行随访调研，推拿配合内舒拿治疗的总有效率仍可达到83.3%。

小儿推拿治疗腺样体肥大的效果在外治法中处于佼佼者，但临床上应用小儿推拿治疗腺样体肥大的研究多是各家经验方，缺乏对小儿推拿处方及治疗量的标准规定

### 6. 其他疗法治疗小儿腺样体肥大

中医外治法凭借丰富多样的治疗方法有针对性地治疗本病；腧穴多为人体气血运行的聚集之处，通过经络循行与五脏六腑密切联系；针刺、艾灸、推拿治疗通过刺激腧穴以疏通气血，宣通鼻窍，达到调理全身脏腑、提高免疫力的作用；推拿治疗多从整体角度出发，根据小儿特有的生理、病理特点，穴位以点状、线状、面状为主，以双手穴位居多，在治疗腺样体肥大同时，还可调节患儿体质。

#### 【验案举例】

林某某，女，5岁。

初诊：2023年2月17日

主诉：睡觉打鼾声响3个月余。

现病史：睡眠夜里打鼾鼻塞明显，盗汗，醒后疲倦，无流涕喷嚏咳嗽。曾看西医诊断为腺样体肥大（Adenoid Hypertrophy），西医建议手术，安排在12/05/2023手术。自1岁开始食欲较差，食量减少，不欲进食，喜食零食，经常腹胀，无恶心呕吐，大便日1次，偏干。

望诊：腺样体肥大，舌淡红，舌尖红，苔白腻，面色无华，眼眶发黑，体重15.4kg，身高109cm。

切诊：脉滑细。

中医病名：顽颞

西医病名：腺样体肥大

证型：肺肾阴虚，肺脾气虚证。

处方：开胃消食合剂60毫升，鼻通灵合剂60毫升，咽炎合剂30毫升，六君子合剂30毫升。6天量，每日2次，每次15毫升。

小儿推拿：补脾经，清肺经，补肾经各200-300次，揉板门，推四横纹，分手阴阳，揉鼻炎点各100-200次，开天门，推坎宫，揉太阳，揉耳后高骨，揉迎香各50-100次，推桥弓，推磨咽周淋巴环各100-200次，摩腹，按揉中腕各100-200次，捏脊5-7次。

第二诊：2023年2月24日。

推药后睡眠尚可，睡觉无打鼾，夜里仍鼻塞，盗汗改善，偶尿床，醒后疲倦，食欲改善，食量较多，腹胀改善，大便日1次，偏干偶成型。望诊腺样体肥大缩小，舌淡红，苔白味腻，脉滑细，继续服中药与小儿推拿治疗。

第三诊：2023年3月3日。

推药后睡眠安，偶打鼾，夜里鼻塞改善，盗汗少，醒后疲倦，无喷嚏流涕咳嗽，食欲改善，食量较多，无腹胀，大便日1次，偏干偶成型。望诊腺样体肥大缩小，舌淡红，苔白味腻，脉滑细，继续服中药与小儿推拿治疗。

第四诊：2023年3月10日。

推药后睡眠安，偶打鼾，夜里鼻塞，盗汗少，醒后偶流涕，无喷嚏咳嗽，食欲改善，食物能吃完，无腹胀，大便日1次，偏干偶成型。望诊腺样体肥大缩小，舌淡红，苔白味腻，脉滑细，继续服中药与小儿推拿治疗。

第五诊：2023年5月11日。

患儿在KKH检查，报告为“this patient has previously been seen for snoring and adenoid hypertrophy. A repeat lateral neck XR today shown reduction in the adenoid size to 50% obstruction. The bilateral middle ear diffusion seen last visit has also resolved.”腺样体肥大改善50%，无需手术切除。刻下夜里睡眠无打鼾，在空调里偶鼻塞流涕，无打喷嚏咳嗽，纳可，食量较多，无腹胀，无恶心呕吐，大便2-3日1次，偏干偶成型。体重16.3kg，身高110cm，望诊面色有华，眼眶无发黑，舌淡

红，苔白微腻，脉弦滑。继续服中药与小儿推拿治疗。

【按语】腺样体肥大病位在肺、脾及肾，处方开胃消食合剂中的神曲，山楂，木香，炙甘草，陈皮，槟榔，厚朴，山药，麦芽能健脾开胃，消食和胃，六君子合剂成分中的参，茯苓，白术，陈皮，半夏，炙甘草，能健脾益气化痰。咽炎合剂成分中的桔梗，连翘，玄参，麦冬，马勃，薄荷，金银花，山豆根，牛蒡子，甘草能清热解毒，利咽消肿，鼻通灵合剂成分中的辛夷，鹅不食草，苍耳子，金银花，连翘，防风，广藿香，白芷，薄荷能清热解毒，疏风散寒，通利鼻窍功效。小儿推拿穴位从补脾能健脾和胃，清肺经能清肺热也能补肺气，补肾能滋阴润燥，揉板门能健脾化痰，推四横纹能消食健脾，分手阴阳能调理阴阳，揉鼻炎点能利咽通鼻，开天门，推坎宫，揉太阳，揉耳后高骨能散寒解表，安神定志，揉迎香能通鼻开窍，推桥弓，推磨咽周淋巴环能利咽消肿，摩腹，按揉中腕能健脾和胃，捏脊能调理脏腑，调和阴阳，加强免疫功能。

### 7. 结语

腺样体作为人体免疫器官的一部分，参与机体免疫功能的调节，手术切除会对患儿的免疫功能造成一定损害。有研究表明手术半年后免疫功能才可能恢复到正常水平。且手术治疗不能完全根治本病，仍存在感染和复发风险。中医治疗本病具有一定的疗效，还可调节患儿体质，防止疾病复发。因此，在临床上可考虑中西医结合治疗以增强疗效。

#### 【参考文献】

- [1] 李浩, 侯辉. 健脾缩腺汤合鼻渊舒治疗儿童腺样体肥大的临床观察 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2001, 9(6): 294-295.
- [2] 孙一枚, 60例低温等离子射频消融治疗儿童腺样体肥大临床观察 [J]. 中国医药导报, 2010, 7(19): 241.
- [3] 苗玉良, 时文珠, 郭文治, 等. 帕瑞昔布钠超前镇痛用于小儿鼾症腺样体及扁桃体切除术 [J]. 临床军医杂志, 2012, 39(2): 300-302.
- [4] 方仕婷, 乐凌. 鼻内镜下腺样体切除术治疗小儿鼾症的护理 [J]. 护士进修杂志, 2011, 25(13): 1234-1235.
- [5] Pereira L, Monyor J, Almeida F T, et al. Pach.co-Pereira Camila. Prevalence of adenoid hypertrophy: a systematic review and metaanalysis [J]. Sleep medicine reviews, 2018, 38: 1-2.
- [6] Bowercg, Gungora. Pediatric obstructive sleep apnea syndrome [J]. Otolaryngol Clin North Am, 2000, 33(1): 50.
- [7] LOURENCO E A, LOPES K C, PONTES A J, et al. Comparison between radiological and assessment of adenoid tissue volume in mouth breathing children [J]. Braz J Otorrinolaringol, 2005, 71(1): 23-28.
- [8] 林燕, 姜之炎. 姜之炎教授运脾化痰通窍方治疗小儿腺样体肥大经验 [J]. 光明中医, 2015, 30(6): 1171-1172.
- [9] 赵文明, 刘静, 李蕾, 李淑良治疗小儿腺样体肥大经验 [J]. 江西中医药, 2011, 42(6): 17-18.



- [10] 林煜瑜, 林晓红, 林季文. 林季文治疗小儿腺样体肥大经验 [J]. 中国中医药信息杂志, 2019, 26(12):123-125.
- [11] 倪平敏, 陈小宁. 陈小宁教授治疗小儿腺样体肥大经验 [J]. 吉林中医药, 2012, 32(12):1208-1209.
- [12] 李龙义, 刘虹. 刘虹主任医师辨治小儿腺样体肥大经验 [J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(8):696-698.
- [13] 孙桂莲. 分期论治小儿腺样体肥大临床观察 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(12):1723-1724, 1727.
- [14] 冯寿岐. 从肝论治小儿腺样体肥大 [J]. 河北中医, 2012, 34(9):1335-1336.
- [15] 豆子莹, 陈文霞. 从肺、脾、肝分期论治小儿腺样体肥大 [J]. 中医研究, 2017, 30(5):61-63.
- [16] 南志勇, 毋桂花, 贾南, 等. 柴胡桂枝干姜汤加味治疗腺样体肥大举隅 [J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(5):871-873.
- [17] 陈希, 曹亚丽. 赵继福教授治疗小儿腺样体肥大临床经验 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(30):175, 177.
- [18] 周文瑾, 覃冠钺, 彭清华, 等. 白虎加人参汤加减治疗小儿腺样体肥大30例临床观察 [J]. 江苏中医药, 2012, 44(7):46-47.
- [19] 赵彦秋. 川芎茶调散合苍耳子散治疗腺样体肥大78例 [J]. 中医临床研究, 2017, 9(4):118-119.
- [20] 李蕾, 刘静. 李淑良治疗儿童腺样体肥大的经验 [J]. 世界中医药, 2012, 7(1):25-26.
- [21] Gozal D. Sleep-disordered breathing and school performance in children[J]. Pediatrics, 1998, 102(3 Pt 1):616-620.
- [22] Goldman LS. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association[J]. JAMA, 1998, 279(14):1100-1107.
- [23] 王振霖, 李源, 张革化, 等. 腺样体肥大儿童焦虑抑郁情绪调查 [J]. 中国临床心理学杂志, 2006, 14(6):604-606.
- [24] 刘大波, 周丽枫, 钟健文, 等. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征儿童睡眠结构的改变 [J]. 中华儿科杂志, 2004, 42(4):284-287.
- [25] 薛飞, 李泽卿, 王秋萍, 等. 南京地区腺样体肥大儿童并慢性鼻窦炎调查 [J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 4(2):281-282.
- [26] 刘英, 赵允沛, 王学峰. 腺样体切除对治疗儿童慢性鼻窦炎疗效的影响 [J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2005, 13(3):147-148.
- [27] 乔秀军, 李建胜, 汪艳, 等. 腺样体切除术对儿童慢性鼻窦炎转归的影响 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2005, 12(7):445-447.
- [28] Ungkanont K, Damrongsak S. Effect of adenoidectomy in children with complex problems of rhinosinusitis and associated diseases[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2004, 68(4):447-451.
- [29] 李保平, 田斐, 马敏. 儿童反复发作分泌性中耳炎的病因分析 [J]. 中华耳科学杂志, 2010, 8(3):348-349.
- [30] 李翠娥, 陶泽璋, 周涛, 等. 儿童与成人分泌性中耳炎临床特征比较 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2007, 14(8):451-453.
- [31] 韩德民. 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 北京:中华医学电子音像出版社, 2006:83-92.
- [32] Cassano P, et al. Adenoid tissue rhinopharyngeal obstruction grading based on fiberoptic findings: a novel approach to therapeutic management[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2003, 67(12):1303-1309.
- [33] 周艾, 黄群. 两种腺样体检查方法诊断儿童腺样体肥大程度的比较 [J]. 重庆医学, 2010, 39(23):3187-3189.
- [34] 乔静, 李美静, 常远, 等. 腺样体肥大中医辨证分型的临床观察及评价研究 [J]. 世界中医药, 2014, 6(9):6-8.
- [35] 姚笑, 张素芳. 推拿治疗儿童腺样体肥大经验 [J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(11):53-55.
- [36] 朱莹. 小儿推拿治疗儿童腺样体肥大的效果及对患儿睡眠质量的影响 [J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2021, 36(1):33-35.
- [37] 林家华. 扶正清咽推拿法治疗儿童腺样体肥大的临床疗效观察 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2021.
- [38] 邓依兰. 推拿联合活血散结方治疗气血瘀阻证腺样体肥大的临床疗效观察 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2021.
- [39] 陈逸驰. 益气消解饮联合小儿推拿治疗儿童腺样体肥大气虚血瘀证的临床疗效观察 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2020.
- [40] 王怡超. 推拿治疗小儿腺样体肥大临床疗效研究 [D]. 上海: 上海中医药大学, 2019.
- [41] 耿亚琪, 李洪秋, 韩雪松, 等. 推拿配合刮痧治疗儿童腺样体肥大30例临床观察 [J]. 临床检验杂志(电子版), 2017, 6(2):378.
- [42] 舒维萍. 小儿推拿联合核消散治疗小儿疝症18例 [J]. 中医外治杂志, 2017, 26(1):29-30.
- [43] 马红青, 李建仲. 颊颞部按摩法治疗小儿腺样体肥大的应用体会 [J]. 山西中医, 2018, 34(6):34, 39.
- [44] 王赛娜, 盛锋, 徐枫, 等. 推拿联合药物治疗儿童腺样体肥大30例临床观察 [J]. 江苏中医药, 2017, 49(10):56-58.
- [45] 王赛娜, 盛锋, 徐枫, 等. 推拿手法治疗儿童腺样体肥大的临床观察 [J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(3):1155-1157.
- [46] 王赛娜, 盛锋, 徐枫, 等. 推拿治疗儿童腺样体肥大长期疗效观察 [J]. 北京中医药, 2018, 37(12):1184-1187.

## 多囊卵巢综合征的中西医治疗概述

陈慧贞  
新加坡同济医院

### 概述

多囊卵巢综合征 (Polycystic Ovarian Syndrome, PCOS) 是妇女常见的内分泌和代谢紊乱疾病之一, 其定义为雄激素过多和卵巢功能障碍的体征和症状的组合。这个综合症的病因虽依然不明确, 但越来越多的证据表明<sup>[1]</sup>, PCOS可能是一种复杂的多基因疾病, 其病因病机尚未阐明, 常涉及遗传学、炎症因子、肠道菌群、生殖内分泌激素、微小RNA、信号转导通路和胰岛素抵抗等, 以及环境的影响, 包括饮食和生活方式因素<sup>[2]</sup>。

### 1. 多囊卵巢综合征的定义

PCOS以不孕、月经失调、多毛和痤疮等为主要临床表现, 不仅给患者的生活带来困扰, 还增加了子宫内腺癌、II型糖尿病和心脑血管疾病等发生的风险<sup>[3]</sup>。

对于PCOS诊断、评估和治疗认识不足, 不同地区采用的诊断标准、评估和管理存在较大的差异<sup>[4]</sup>。新加坡医疗机构主要以Rotterdam作为诊断依据<sup>[5]</sup>, 2003年颁布的Rotterdam标准<sup>[6]</sup>, 在国际上应用最为广泛, 其对PCOS的定义为:

1. 有高雄激素的临床表现和/或生化改变;
2. 稀发排卵或无排卵;
3. 超声提示卵巢体积 $\geq 10\text{mL}$  (卵巢体积 $= 0.5 \times \text{长} \times \text{宽} \times \text{厚}$ ), 和/或同一个切面上直径 $2\sim 9\text{mm}$ 的卵泡数 $\geq 12$ 个。

以上3个条目中至少符合2条, 并排除其他疾病, 即可诊断为PCOS。

### 2. 西医对PCOS的认识

#### 2.1 病因病机

PCOS的病因病机复杂且涉及多系统, 以下为现代医学对PCOS的主要致病观点和研究结果:

#### 2.1.1 遗传学

在遗传学说中, 基因改变可影响激素分泌异常, 例如影响促性腺激素的产生, 是基因的改变导致下丘脑-垂体-卵巢轴 (Hypothalamic-Pituitary-Ovarian axis, HPOA) 紊乱和促性腺激素 (Gonadotropin-Releasing Hormone, GnRH) 分泌障碍出现异常, 造成类固醇生成途径 (Steroidogenesis Pathway) 的紊乱和高雄激素血症分泌障碍<sup>[7]</sup>。

#### 2.1.2 生殖内分泌激素

引起多囊卵巢的生殖内分泌激素异常, 主要涉及到:  
(1) 雄激素和性激素结合球蛋白  
女性的雄激素主要来源于卵巢 (Ovary) 和肾上腺 (Adrenal Gland), 对卵巢卵泡发育至关重要, 可以直接与雄激素受体结合, 刺激原始卵泡发育, 同时转化为雌激素, 间接发挥作用, 在卵巢发育过程中发挥重要作用<sup>[8]</sup>。

正常情况下, 下丘脑-垂体-卵巢轴分泌黄体生成素 (Luteinizing hormone, LH) 和卵泡刺激素 (Follicle Stimulating Hormone, FSH), 调节雌雄激素。当垂体对GnRH敏感性增强, 垂体分泌LH的频率及幅度增加 (不影响FSH)<sup>[9]</sup>, 直接作用于卵巢的卵泡膜细胞产生过多雄激素, 引发多囊。

另外, 性激素结合球蛋白 (Sex hormone binding globulin, SHBG) 主要由肝脏产生, 与循环中性类固醇 (Circulating sex steroids) 如睾酮、DHT和雌激素结合, 调节其血液中的浓度<sup>[10]</sup>。当SHBG水平降低, 游离的睾酮 (Free Testosterone) 浓度升高, 增加雄激素的生物利用度, 从而导致无排卵和PCOS的发生发展<sup>[11]</sup>。因此, GnRH高和SHBG的降低皆导致高雄激素血症、未成熟卵泡增多和排卵异常, 出现多毛、多痤疮、肥胖等症状。

#### (2) LH、FSH和催乳素

LH和FSH在GnRH的作用下由垂体进行分泌, 通过调节LH/FSH比值来调节月经周期; FSH主要功能为促卵泡发育成熟, 而LH是促排卵和黄体的生成<sup>[12]</sup>。国内外研究发现, 正常女性的LH/FSH比值在1-1.5之间, 而PCOS患者LH升高和LH/FSH比值升高可高达2-3, FSH保持平稳或稍有波动<sup>[13]</sup>。当下丘脑-垂体-卵巢轴发生异常, GnRH分泌增加, 垂体分泌过多LH (FSH水平不受影响), LH刺激卵泡膜细胞 (Theca cell) 分泌雄激素, 发育许多窦卵泡 (未成熟卵泡) (Antral follicles), 造成排卵异常<sup>[14]</sup>。

催乳素 (Prolactin) 为一种多肽激素, 具有促进乳腺增生。高水平催乳素可抑制GnRH分泌, 影响妊娠、卵巢功能和免疫调节等<sup>[15]</sup>。据临床观察, PCOS患者中有6%~20%的催乳素水平升高<sup>[16]</sup>, 从而抑制LH和FSH, 以及雌激素和睾酮, 影响正常排卵。

#### (3) 胰岛素抵抗

胰岛素抵抗 (Insulin Resistance, IR) 是指胰岛素作用的肝脏、肌肉和脂肪组织等靶器官对胰岛素的敏感性降低, 导致葡萄糖升高; 胰腺通过分泌更多胰岛素来克服这个问题, 引起代偿性的高胰岛素血症 (Hyperinsulinemia, HI)<sup>[17]</sup>。异常升高的胰岛素水平可增加垂体LH分泌, 直接刺激卵巢产生过多睾酮, 同时减少肝脏SHBG的合成, 睾酮水平升高加重IR的发生发展, 从而形成恶性循环, 加重PCOS的进程<sup>[18]</sup>。

### 2.2 西医治疗

目前西医治疗PCOS主要通过调节激素水平, 改善高雄激素血症、胰岛素抵抗等状态, 恢复下丘脑-垂体-卵巢生殖轴的正常功能, 达到促进卵泡发育及排出的目的, 同时增加受孕的可能性<sup>[19]</sup>。

### 2.2.1 降低雄激素水平治疗

复方口服避孕药 (Oral contraceptives pills, OCP) 作为治疗 PCOS 首选药物, 可缓解多种内分泌异常引发的症状, 包括多毛症和痤疮。OCP为雌孕激素复合剂, 常用的如Belara, Mercilon, Microgynon等制剂中含有的孕激素可通过负反馈调节机制抑制 LH 分泌, 抑制睾酮生成; 也可促进 SHBG 的合成, 减少患者血清中游离的睾酮<sup>[20]</sup>。OCP与其他治疗方法相比安全性更高, 因其为雌孕激素复合剂, 可使子宫内膜呈分泌变化, 防止内膜增生过度, 使子宫内膜癌的发病风险更低<sup>[21]</sup>。但口服避孕药会影响排卵, 不适于有计划生育的患者; 另外, 可能升高血糖, 导致糖代谢受损、胰岛素抵抗等副作用<sup>[22]</sup>。临床上通常在促排卵前使用口服避孕药干预治疗, 改善激素水平, 从而增加促排卵的成功率, 为无生育要求患者的首选治疗。

### 2.2.2 促排卵治疗

对于有生育要求或生育期患者, 通常选用促排卵药物进行治疗, 主要阻断雌激素的负反馈作用, 旨在恢复患者正常排卵。临床上常用的促排卵药物分为口服与注射液。口服促排卵药物最为常用的为来曲唑 (Letrozole) 与枸橼酸氯米芬 (Clomiphene citrate/Clomid), 此二者的作用机制与促排效果也不尽相同。

氯米芬作为雌激素受体拮抗剂, 主要在下丘脑部位与内源性雌激素竞争雌激素受体。雌激素与雌激素受体有效结合减少, 循环中雌激素减少阻断雌激素的负反馈作用, 使GnRH分泌增加, 继而促进FSH以及LH的分泌, 助益于卵泡发育和成熟的过程, 提高排卵率。氯米芬促排成功率高, 但妊娠率较低, 可能原因有2个:

①氯米芬可在宫颈与雌激素竞争雌激素受体, 使子宫粘液变稠厚不利于精子进入宫腔; ②氯米芬也可与子宫内膜上的雌激素受体结合, 抑制子宫内膜增厚, 对胚胎着床过程产生负面影响。来曲唑作为芳香化酶抑制剂, 抑制雄激素向雌激素转化, 使雌激素水平下降, 解除雌激素对下丘脑的负反馈作用, 促进FSH分泌并使其分泌增加, 降低 LH/FSH 水平, 起到促进卵泡发育成熟排出的作用<sup>[23]</sup>。来曲唑作为PCOS不孕症的一线治疗药物, 具有安全性高、改善了妊娠率活产率等优点。

### 2.2.3 改善胰岛素抵抗治疗

循证医学证据显示, 作为胰岛素增敏剂二甲双胍 (Metformin) 可通过降低胰岛素、雄激素浓度及促进雌二醇分泌等途径, 达到改善 PCOS 的多毛症, 促使规律性月经周期形成, 以及诱发排卵的目的<sup>[24]</sup>。二甲双胍在改善胰岛素抵抗及高血糖症等代谢异常的同时, 也可提高 PCOS 患者的妊娠率<sup>[25][26]</sup>。二甲双胍可使外周组织对胰岛素的敏感性提高, 促进组织对葡萄糖的利用从而改善胰岛素抵抗, 并降低血清 LH 水平、睾酮浓度, 从而促进卵泡发育和排卵<sup>[27]</sup>。

### 2.2.4 手术治疗

当药物促排未能发挥作用时, 可使用手术增加排卵几率。临床上常选择的术式有卵巢楔形切除和卵巢打孔术 (Laparoscopic Ovarian Drilling, LOD) 等, 其中最常用的是腹腔镜卵巢打孔术。腹腔镜卵巢打孔术是用腹腔镜进行的一种微创手术, 从脐边的小切口进入腹腔, 经

微型摄像镜头观察卵巢, 通过下腹部其他小切口插入手术器具, 在卵巢上打许多小孔。LOD的成功率可达84%, 并且可以改善胰岛素抵抗<sup>[28]</sup>、增加性激素结合球蛋白的水平, LOD 的流产率也较低。但是术后易引发卵巢粘连, 卵巢功能衰退, 尤其AMH水平降低<sup>[29]</sup>等并发症。

### 2.2.5 非药物治疗

腹型肥胖PCOS患者可以通过改善生活方式及运动治疗, 减低体重, 可取得良好的治疗效果。肥胖型PCOS患者IR的发生率为70%~80%, 而非肥胖型PCOS患者IR发病率为20%~25%<sup>[30]</sup>。可见, 肥胖是PCOS患者IR发病率的重要影响因素之一。通过改善生活方式及运动, 使肥胖型PCOS患者的BMI、腰臀比等接近或达到正常范围, 有助于降低IR的发病率, 降低IR导致子宫内膜病变的风险。是治疗PCOS-IR的手段之一。研究显示, 体质指数 (Body mass index, BMI) 与子宫内膜胰岛素受体底物-1、葡萄糖载体4 (glucose transporter 4, GLUT4) 的表达呈负关系<sup>[31]</sup>, 降低BMI可增加糖运载体, 降低血糖, 进而减少雄激素分泌。目前PCOS 的病因尚未明确, 控制体重只能对部分PCOS患者起作用。在PCOS-IR治疗中, 改善生活方式及运动治疗是重要的辅助治疗手段, 往往与其他治疗方案配合进行<sup>[32]</sup>。

## 3. 中医治疗

目前西医对于PCOS的治疗停滞于对症治疗阶段, 副作用较多, 部分患者不耐受。而中医在该病的治疗中临床数据丰富, 治疗形式多样, 以辨证论治为基础, 采用多种治疗方法, 除了能减轻症状, 还能取得十分良好或较持久的疗效。

### 3.1 病因病机

#### 3.1.1 中医对于PCOS伴高雄激素 (Hyperandrogenism, HA) 发病机制的认识

中医学中并没有PCOS这一病名, 但根据临床表现, 属于“月经失调”、“闭经”, “不孕症”, “癥瘕” 等范畴。关于PCOS-HA病因病机, 有很多不同的学说, 普遍认为主要与肝、脾、肾三脏相关, 涉及到冲任胞宫, 脏腑功能失调所致痰湿、瘀血。关于PCOS-HA伴有痤疮、多毛论述较多, 总结多由痰瘀阻滞、火热之邪 (实火、虚火) 及冲任失调等方面阐明<sup>[33]</sup>。

#### 3.1.1.1 肾虚

《傅青主女科》中提出“经水出诸肾”、“经本于肾”, 强调肾在月经形成中的重要性。肾主藏精, 为天癸之源, 生殖之本, 《素问·上古天真论》中提出“二七而天癸至, 任脉通, 太冲脉盛, 月事以时下, 故有子。”肾-天癸-冲任-胞宫轴学说<sup>[34]</sup>中认为四者皆是月经按时来潮的要素, 以肾气盛衰最为关键, 天癸充盈消长、协调则经孕正常。人出生后, 肾精及肾气不断充盈化生天癸, 促进人体生殖器官和机能的发育成熟, 阴阳相合, 才能受孕成子。若先天肾精不足, 或后天机体损害致肾精亏虚, 可致肾阴及肾阳化生不足, 导致经血化源不足, 引起月经量少和闭经<sup>[35]</sup>。

肾阴是卵泡发育成熟的基础, 肾阳是促进卵泡生长成熟并排出的动力, 阴阳功能协调才可排卵受孕。肾阳不足, 冲任虚寒, 无力孕育, 子宫内膜无阳气温煦, 内膜

容受性差, 易滑胎、流产; 肾阳主温煦机体, 若机体阳气不足, 则寒从中生, 寒凝则血瘀, 瘀血阻滞冲任, 胞宫阻络<sup>[36]</sup>, 瘀血不除, 新血不生, 难以摄精受孕<sup>[37]</sup>。

若肾阴亏虚则导致卵泡不能成熟, 生长发育受限, 发育为扁卵泡或萎缩, 且子宫内膜不得肾精滋润, 内膜过薄不易胚胎种植。故肾虚血瘀为引发女性不孕主要原因<sup>[38]</sup>, 肾气充盈, 天癸如期而至, 冲任脉充, 卵泡则发育、成熟及排出顺利<sup>[39]</sup>。肾脏不能化气行水, 水聚为湿, 阻遏气机, 气滞瘀阻, 瘀滞胞脉, 致月经失调、经水稀发或闭经等症<sup>[40][41]</sup>。

#### 3.1.1.2 肝郁

《临证指南医案》提到“肝为女子之先天”, 强调肝对女子生理活动的重要性。肝藏血, 血是月经的物质基础, 肝为刚脏, 体阴而用阳, 主疏泄, 藏血, 调控月经来止。现代女性工作与家庭繁忙, 压力重大, 再加上妇女经孕胎乳, 数伤阴血的生理特点决定女性易因阴血相对不足而影响肝的疏泄, 导致情志不舒。情志不舒, 肝气郁阻, 气血运行不畅, 则阴血下注胞宫无时, 可致月经后期, 甚至闭经、不孕。另外卵子排出不仅需要肾气的推动, 亦需要肝之疏泄来调节, 卵子排出障碍是致不孕的主要原因。

#### 3.1.1.3 脾虚

脾者, 五行属土, 为后天之本, 气血生化之源, 主运化水谷精微至全身脏腑组织 (包括胞宫); 人体肾精、肾气及肝血依赖于脾胃运化水谷精微的滋养。若脾虚运化水谷失调, 则肝肾经血不足, 导致月经量少、闭经。脾之生理功能依赖脾阳维持, 而肾阳为一身阳气之主, 脾阳根于肾阳, 肾虚则命门火衰, 无力暖土, 脾阳不振, 水精不能四布, 内聚为痰。《景岳全书·痰饮》篇提出: “五脏之病, 虽俱能生痰, 然无出乎脾肾, 盖脾主湿, 湿动则为痰; 肾主水, 水泛亦为痰, 故痰之化无不在脾, 而痰之本无不在肾”<sup>[42]</sup>, 表明脾、肾功能失调导致痰的生成。痰阻则生瘀, 痰瘀留滞下焦, 壅阻冲任胞宫, 可致卵巢体积增大, 成多囊样改变, 气血运行不通, 阻碍卵子的排出, 经候失调, 甚或不孕。且湿性黏滞, 不易祛除, 因此PCOS临床治疗困难<sup>[43]</sup>。

#### 3.1.1.4 痰湿

丹溪云: “肥盛妇人, 禀受甚厚, 恣于酒食, 经水不调, 不能成孕。以躯脂满溢, 湿痰闭塞子宫故也。宜燥湿、去痰、行气、二陈加木香、二术、香附、当归或导痰汤。”<sup>[44]</sup> 《傅青主女科·种子门》云: “妇人有身体肥胖, 痰涎甚多, 不能受孕者。”若食肥甘厚, 损伤脾, 脾气虚, 影响水谷运, 水液精微停聚成痰湿稽留胞宫, 阻碍气机, 经脉气血流通受, 冲任受, 从而导致月经后期、闭经、不孕、肥胖等<sup>[45]</sup>。

#### 3.1.1.5 血瘀

王清任倡导气虚而血瘀的理论, 认为不孕症多由瘀血所致, 血瘀为其主要病机, 善用活血化瘀之大法, 用少腹逐瘀汤种子安胎。<sup>[46]</sup> 南宋《普济本事方·妇人诸疾》: “盖阴气乘阳, 则胞寒气冷, 血不运行, 所谓天寒地冻, 水凝成冰, 故令乍少而在月后。”经期产后, 感受寒邪, 气机郁滞, 或手术, 异物所伤, 或者过食生冷, 瘀

血阻塞胞脉, 冲任不畅, 血行受阻, 经血不得下行, 则月经过少、闭经、不孕<sup>[47]</sup>。

### 3.1.2 PCOS-HA痤疮、多毛形成病因病机

根据大部分医家的经验总结发现“痰瘀蕴热”是PCOS痤疮的主要病因, 脾、肾、肝功能失调致痰瘀内生, 痰瘀积久化热, 湿热循经上蒸于面, 郁于皮毛, 则发为痤疮。有些学者从多脏论治HA痤疮等, 包括肺经蕴热、肝郁化火、脾胃湿热以及肾之虚火 (心肾不交、上热下寒等)<sup>[48]</sup>。外感风热入里, 或风寒之邪入里化热, 火热邪气上迫于肺, 肺经蕴热, 致肺失宣降, 腠理开阖失调, 久则痤疮; 或肾阳虚衰, 阴寒过盛, 使得虚阳浮越于表, 熏蒸于面部, 表现为痤疮。部分医家从冲任失调论治HA痤疮、多毛。冲脉为十二经脉之海, 并入少阴之经, 所行之处环绕口周; 任脉为阴脉之海, 主胞胎, 其所行亦环绕口周。《灵枢·五音五味》载: “妇人无须者, 无血气乎? 岐伯曰: 冲脉任脉皆起于胞中, 上循背里……会于咽喉, 别而络唇口, 血气盛则充肤热肉, 血独盛则滲皮肤生毫毛。”<sup>[49]</sup> 因此, 痤疮及多毛乃因冲脉受阻, 冲任之气血溢于脉外, 溢于唇口发为多毛; 血中含阳, 阳盛腠理开泄, 如遇外邪, 郁闭而发为痤疮<sup>[50]</sup>。

## 3.2 中医治疗

### 3.2.1 从肾论治

治疗以温补元阳、滋肾助孕, 调理冲任为原则<sup>[51][52]</sup> 配以阴阳双补的药物滋补阴阳, 调理子宫内膜, 改善子宫内环境容受性, 促进卵子发育及排出<sup>[53]</sup>。

肝肾同源, 阴虚内热, 阴阳失衡, 则加重机体内环境之紊乱<sup>[54]</sup>。治则滋阴养肝, 补益肝肾, 以利气血化生, 冲任相滋, 气血通畅, 胎孕自成<sup>[55]</sup>。《傅青主女科·种子·身瘦不孕》提出治疗不孕症之“滋水涵木”法, “治法必须大补肾水而平肝木, 水旺则血旺, 血旺则火消, 便成水在火上之卦。方用养精神玉汤”, 既可补益肾精, 又滋养肝血<sup>[56]</sup> 阴平阳秘。

肾虚兼血瘀证, 宜补肾调冲、活血痛经, 常用药有炒菟丝子、旱莲草、当归、赤芍、益母草等; 肾虚兼肝郁证, 宜补肾疏肝、活血开郁, 常用药有炒菟丝子, 山茱萸、枸杞子、柴胡、黄芪、当归等<sup>[57]</sup>。

不同研究显示以运用补肾药为主, 可达到多项作用, 如可调节体内激素, 产生不同机制以治疗多囊卵巢和不孕。其作用包括可提高妊娠率和排卵率, 降低血清胰岛素浓度, 从而提高排卵率, 降低LH、FSH水平<sup>[58]</sup>等效果。

### 3.2.2 从脾论治

病机在脾虚生痰, 气虚则难以运行水湿津液, 故聚为痰涎, 浸润子宫, 男子之阳精被子宫滔滔之水势“化精成水”而无法受孕。治疗脾胃主要以四君子、六君子、香砂白术汤, 健脾益气, 以五苓散温化阳气, 利湿行水以逐饮, 以二陈汤祛燥湿祛痰; 针对脾虚痰湿的病因病机。傅青主采用“泄水化痰以治其标, 补气健脾以治其本”的方法, 使用加减补中益气汤 [人参三钱, 黄芪三钱 (生), 柴胡一钱, 当归三钱 (酒洗), 白术一两 (土炒), 升麻四分, 陈皮五分, 茯苓五钱, 半夏三钱 (制)], 本方为补中益气汤合二陈汤, 二陈汤治痰湿之标, 主方补中益气汤升提脾气。脾的升提气化作用使痰湿如地面之积水蒸发上行, 成为轻盈且易于运化的水

汽、水湿。加减补中益气汤在原方基础上增加白术的比重,旨在补脾益气之余兼能燥湿;茯苓和半夏增强化痰的功效。全方共奏补益脾气、开发阳气之功,既促进脾胃痰湿运化,如此则“阳气充足,湿邪散除”<sup>[59]</sup>,提高摄精受孕的概率。若兼有肝郁气滞,疏泄失常,以致经水不下者,则加逍遥散,或单味药如陈皮、青皮、柴胡等疏肝解郁。临床研究发现健脾祛湿法可促黄体素、黄体生成素水平改善<sup>[60]</sup>,以及效缩小卵巢体积,降低体重,调节血糖至正常等功效<sup>[61]</sup>。

### 3.2.3 从肝论治

叶天士有言“女子以肝为先天”,众医家遵从肝“体阴而用阳”的生理特点,肝藏血,肝血充盈才能下注血海,PCOS的不孕症病机在肝郁气滞致冲任胞脉受阻,无法摄精受孕,故宜疏肝解郁、活血化瘀,常用药物有白芍、柴胡、香附、延胡索、川楝子等疏肝、清肝之品,可行气解郁,使冲任胞脉气行以致血行<sup>[62]</sup>,月经量减少也得以显著改善<sup>[63]</sup>。

肝气以降为用,故配伍调节气机,疏肝解郁之药物,通达疏利上下之气,《傅青主女科·种子·嫉妒不孕》提出:“其郁不能成胎者,以肝木不舒……以开胞胎之门则几矣。方用开郁种玉汤”,疏肝理气,冲任自通,气血调和则可致孕<sup>[64]</sup>。

### 3.2.4 针刺治疗

针刺膻穴作为传统疗法,以经络学说为核心,刺激相关穴位,疏通周围气血。针药常联合治疗以提高PCOS患者的治疗效果,显著改善患者卵泡发育,提高患者的妊娠率<sup>[65][66]</sup>。针灸治疗包括普通针刺、电针、子午流注、飞针以及灸法等,最常用穴位分别为关元、三阴交、子宫、中极、气海、归来、足三里等,主要分布于督二脉、足太阳脾经、足阳明胃经、足太阳膀胱经、足少阴肾经、足厥阴肝经等。治疗周期以3个月经周期最常见。除针刺以外,还有灸灸疗法,包括但不限于温和灸、温针灸以及隔药灸(如麝香、肉苁蓉、肉桂、乌药等)<sup>[67]</sup>。

对于腹型肥胖的患者,在针刺与电针治疗下,可降低腰臀比及体质指数方面明显优于二甲双胍组,且无副作用,接受度高,表明腹针可成为一种安全有效替代二甲双胍治疗的方式<sup>[68]</sup>。

### 3.2.5 穴位埋线治疗

埋线是一种融多种效应于一体的复合性疗法,通过穴位与埋线的双重作用,刚柔相济的刺激过程,发挥其独特的减肥消脂、调理冲任之功。临床多选取腹部任脉、膀胱经之背俞穴如肝俞、膈俞,及肾经、脾经、肝经穴位如足三里、中极、三阴交带脉等<sup>[69]</sup>,以调节脏腑,达到“阴平阳秘”的状态,改善肥胖及升高胰岛素敏感度,使月经恢复,妊娠率提高。

### 3.2.6 耳穴贴压治疗

耳穴贴压又称耳穴埋籽,是将药丸、药籽、磁珠等置

于胶布上贴于穴位,借助机械压迫以激发经气,治疗疾病。一般选用肝、肾、脾、内分泌、下丘脑、三焦、卵巢、子宫等,配合针刺治疗<sup>[70]</sup>。临床观察可降低血脂水平,明显降低,认为刺激耳穴可引起相应经络感传,使脏腑功能趋于平衡<sup>[71]</sup>。压籽不但对阻断PCOS-IR的进程具有重要意义,更是控制血压、预防糖尿病等远期并发症的关键。耳穴压豆以其无创无痛、价格低廉、操作简便,成为治疗PCOS的一种重要辅助疗法<sup>[72]</sup>。

## 4. 结论

近年来,中医治疗PCOS性不孕症主要发挥着多靶点和长效性的优势,而西医治疗本病可制定个体化方案,并借助现代监测手段有针对性地指导受孕,故中西医结合协同治疗本病具有标本兼顾、降低治疗的经济成本的特点,值得在临床上大力推广。根据多项研究表明,中西医结合治疗PCOS性不孕症能显著提高临床综合疗效,即月经周期规律性、排卵情况、性激素水平(LH、LH/FSH、T)等有明显改善,并能有效改善临床症状、提高排卵率、增加子宫内膜厚度,降低炎症因子-TNF- $\alpha$ 水平,从而提高临床妊娠率,且疗效均优于单纯西药治疗。

## 【参考文献】

[1] 毛伟维,刘雪玲,钱华等. 多囊卵巢综合征病因病机及治疗的最新研究进展[J]. 江苏大学学报医学版, 2022

[2] Escobar-Morreale HF. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment[J]. Nat Rev Endocrinol. 2018, 14(5):270-284

[3] 张丽娜,王娟,姚雪等. IFN- $\gamma$ 在多囊卵巢综合征中的表达及对卵巢颗粒细胞的影响[J]. 江苏大学学报(医学版), 2020, 30(6):480-485

[4] Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)-Conditions & Treatments. (n.d.). <https://www.singhealth.com.sg/patient-care/conditions-treatments/polycystic-ovary-syndrome>

[5] Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)-Conditions & Treatments. (n.d.). <https://www.singhealth.com.sg/patient-care/conditions-treatments/polycystic-ovary-syndrome/diagnosis>

[6] Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long term health risks related to polycystic ovary syndrome(PCOS) [J]. Hum Reprod, 2004, 19(1):41-47

[7] Shaaban Z, Khoradmehr A, Jafarzadeh Shirazi MR, et al. Pathophysiological mechanisms of gonadotropins and steroid hormones-related genes in etiology of polycystic ovary syndrome[J]. Iran J Basic Med Sci, 2019, 22(1):3-16

[8] 祎俐,石鸿娇,赵彤等. 雄激素与卵巢卵泡发育的相关研究进展[J]. 医学综述, 2022, 28(5):871-875

[9] Kalro BN, Loucks TL, Berga SL. Neuromodulation in polycystic ovary syndrome[J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2001, 28(1):35-62

[10] Xing C, Zhang J, Zhao H, He B. Effect of Sex Hormone-Binding Globulin on Polycystic Ovary Syndrome: Mechanisms, Manifestations, Genetics, and Treatment[J]. Int J Womens Health, 2022, 14:91-105

[11] Qu X, Donnelly R. Sex hormone-binding globulin (SHBG) as an early biomarker and therapeutic target in polycystic ovary syndrome[J]. Int J Mol Sci, 2020, 21(21):8191

[12] Su NJ, Huang CY, Liu J, et al. Association between baseline LH/FSH and live-birth rate after fresh-embryo transfer in polycystic ovary syndrome women[J]. Sci Rep, 2021, 11(1):20490

[13] Hendriks ML, Brouwer J, Hompes PG, et al. LH as a diagnostic criterion for polycystic ovary syndrome in patients with WHO II oligo/amenorrhoea[J]. Reprod Biomed Online, 2008, 16(6):765-771

[14] 殷淑君,康志媛. 多囊卵巢综合征伴高雄激素血症中西医机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 9:1-10

[15] 孔伶俐,许良智. 高泌乳素血症的病因学[J]. 实用妇产科杂志, 2016, 32(7):481-483

[16] 张媛凤,谢鸣,钱梦. 泌乳素一女性肝郁证一个潜在的生物表征物[J]. 北京中医药大学学报, 2017, 40(2):98-102

[17] 葛均波,徐永健,王辰. 内科学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社, 2018:105

[18] TOSI F, NEGRIC, PERRONE F, et al. Hyperinsulinemia amplifies GnRH agonist stimulated ovarian steroid secretion in women with polycystic ovary syndrome[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2012, 97(5):1712-1719

[19] 杨婷. 中西医结合治疗多囊卵巢综合征性不孕症Meta分析[D]. 湖北中医药学, 2022

[20] Schlesselman JJ. Risk of endometrial cancer in relation to use of combined oral contraceptives. A practitioner's guide to meta-analysis[J]. Human Reprod, 1997; 12:1851-1863

[21] Ehrmann DA, Kasza K, Azziz R, et al. Effects of race and family history of type 2 diabetes on metabolic status of women with polycystic ovary syndrome[J]. Clin Endocrinol Metab, 2005; 90:66-71

[22] Rimm EB, Manson JE, Stampfer MJ, et al. Oral contraceptive use and the risk of Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus in a large prospective study of women[J]. Diabe-

tologia, 1992; 35:967-972

[23] Vivek Pandey et al. Role of oxidative stress and low-grade inflammation in letrozole-induced polycystic ovary syndrome in the rat[J]. Reproductive Biology, 2016, 16(1):70-77

[24] Tang Thomas et al. Insulin-sensitising drugs (metformin, rosiglitazone, pioglitazone, D-chiro-inositol) for women with polycystic ovary syndrome, oligo amenorrhoea and subfertility[J]. The Cochrane database of systematic reviews, 2009:CD003053

[25] Bart C.J.M. Fauser et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome(PCOS): The Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group[J]. Fertility and Sterility, 2011, 97(1):28-38

[26] Gambineri Alessandra and Zanotti Laura. Polycystic ovary syndrome in familial partial lipodystrophy type 2 (FPLD2): basic and clinical aspects[J]. Nucleus (Austin, Tex.), 2018, 9(1):392-397

[27] 谢艳华,谭毅. 青春期多囊卵巢综合征的研究进展[J]. 中国临床新学, 2013, 6(03):285-290

[28] Seow KM, Juan CC, Hsu YP, Hwang JL, Huang LW, Ho LT. Amelioration of insulin resistance in women with PCOS via reduced insulin receptor substrate-1 Ser312 phosphorylation following laparoscopic ovarian electrocautery[J]. Hum Reprod, 2007; 22:1003-1010

[29] Lind T, Hanmarstrom M, Lampic G, Rodriguez-Wallberg K. Anti-Mullerian hormone reduction after ovarian cyst surgery is dependent on the histological cyst type and preoperative anti-Mullerian hormone levels[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2015; 94:183-90

[30] 丁凤娟,郝翠芳. 多囊卵巢综合征患者胰岛素抵抗的研究进展[J]. 生殖医学杂志, 2019, 28(3):315-319

[31] 张小魏,王晓燕,王丽娥. 体重指数与PCOS患者子宫内膜IRS-1、GLUT4表达水平的相关性[J]. 现代妇产科进展, 2016, 25(6):461-464

[32] 李慕白,陈靖馨,王婷婷,马红丽等. 多囊卵巢综合征子宫内膜胰岛素抵抗的中西医治疗进展[J]. 医学综述, 2019, 25(19):3761-3766

[33] 殷淑君,康志媛. 多囊卵巢综合征伴高雄激素血症中西医机制研究进展[J/OL]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 1-10

[34] 林琪明,张伟. 浅议“肾-天癸-冲任-胞宫”生殖轴异常及玄府气液失调对围月经期哮喘病机及治疗的影响[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(01):150-152

[35] 布威坚乃提·托合提如则,闫宏宇,阿布都热西提·吐尔送托合提. 多囊卵巢综合征的中西医病因病机及治疗进展[J]. 新疆中医药, 2019, 37(04):101-104

[36] 韩梦婷, 赵薇. 从“虚、湿、瘀”论补通相合、益肾调周法治疗多囊卵巢综合征所致不孕[J]. 亚太传统医药, 2021, 17(7):111-113

[37] 黄鑫, 高思宇, 高智. 高智治疗输卵管阻塞性不孕症经验[J]. 浙江中医药大学学报, 2021, 45(2):146-149

[38] 刘淑君, 张占波, 苏丽梅等. 温针灸配合补肾祛瘀汤对肾虚血瘀型不孕症预后妊娠及外周血PagT、D-D水平影响[J]. 上海针灸杂志, 2020, 3(12):1576-1581

[39] 李艳青, 刘艺, 姜雪洁等. 腔内理疗联合养膜汤治疗肾气虚型薄型子宫内膜不孕症临床观察[J]. 中医临床杂志, 2021, 33(10):1996-1999

[40] 柳亚平, 潘桂娟. 《景岳全书》痰证诊治研讨[J]. 中华中医药杂志, 2007(07):427-429

[41] 陈旭. 从“肾脾两虚, 痰瘀壅络”论多囊卵巢综合征病机[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(02):267-269

[42] 李成文, 杨艳芳. 门成福教授治疗多囊卵巢综合征不孕经验[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(07):2411-2413

[43] 丁楠, 周惠芳. 周惠芳诊治多囊卵巢综合征经验拾萃[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(06):846-848

[44] 季顺欣, 冯晓玲. 朱丹溪妇科临证探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(12):1646-1647

[45] 侯枫, 施艳秋. 多囊卵巢综合征病因中西医研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(05):932-934

[46] 莫冬梅, 唐英, 王增珍, 魏绍斌. “五逐瘀汤”治疗妇科疾病概况[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(11):190-191

[47] 韩亚光, 朱小琳, 韩延华等. 韩延华教授少腹逐瘀汤之古方今用[J]. 中医药学报, 2016, 44(02):117-119

[48] 卢燕. 从火论治女性高雄激素血症痤疮[J]. 浙江中医药大学学报, 2019, 43(04):339-342

[49] 楼毅云, 傅萍. 从《黄帝内经》阳气理论探析妇人月事[J]. 浙江中医药大学学报, 2022, 46(12):1347-1349+1358

[50] 梁娜, 徐国梅, 袁姣姣等. 徐国梅基于“肾-天癸-冲任-胞宫”理论治疗多囊卵巢综合征合并痤疮经验[J]. 中医药导报, 2022, 28(05):171-174

[51] 王会茹. 毓麟珠加减治疗妇科疾病研究综述[J]. 黑龙江科学, 2021, 12(22):68-69

[52] 董文然, 刘奕, 陆华. 温肾填精方及其拆方对肾阳虚不孕小鼠生殖功能的影响[J]. 中成药, 2022, 44(8):2654-2659

[53] 夏中颖, 蔡超产, 杨二鹏等. 从脏腑辨证治疗不孕症探析[J]. 环球中医药, 2020, 13(9):1577-1579

[54] 侯红霞. 从肝论治不孕症[N]. 中国中医药报, 2017, 10:25(5)

[55] 常文蕊, 张大伟. 张大伟教授治疗肝肾阴虚型不孕症经验拾要[J]. 中医临床研究, 2019, 11(15):122-125

[56] 李祖昂, 崔晓萍. 《傅青主女科》养精神玉汤治疗身瘦不孕症浅析[J]. 亚太传统医药, 2020, 16(11):162-164

[57] 刘会会, 储继军. 储继军治疗多囊卵巢综合征不孕经验[J]. 中医临床杂志, 2019, 31(6):1049-1052

[58] 周夏芝, 刘英莲, 岳雯等. 补肾活血促卵方对肾虚血瘀型多囊卵巢综合征所致不孕症的临床疗效[J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33(9):786-789

[59] 傅山. 傅青主女科[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019:35-36

[60] 李小华, 陈卓. 完带汤治疗脾虚湿盛型多囊卵巢综合征疗效观察[J]. 中药药理与临床, 2019, 35(4):202-205

[61] 李雪娇, 赵锐, 陈惠丽等. 二术二陈汤加减对脾虚痰湿型多囊卵巢综合征患者的调理作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(8):101-106

[62] 王睿, 张丽梅. 多囊卵巢综合征中医治疗研究进展[J]. 黔南民族医学学报, 2021, 34(01):30-32

[63] 米玉茹, 李晓倩, 折娜. 疏肝益坤汤联合枸橼酸氯米芬治疗多囊卵巢不孕症疗效及对患者子宫内膜容受性、HOMA-IR 影响[J]. 陕西中医, 2019, 40(9):1205-1207

[64] 杜娟, 林丽娜, 丛慧芳. 子宫内膜异位症性不孕中医病机治法探析[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(5):960-963

[65] 安俊丽, 王京, 丁先娥等. 针刺加中药对多囊卵巢综合征卵泡发育情况及临床疗效分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2018, 20(2):229-2

[66] 尹燕, 张迎春, 张花等. 针药联合治疗来曲唑诱导排卵的多囊卵巢综合征不孕患者临床疗效观察[J]. 中国针灸, 2018, 38(1):27-32

[67] 邢利威, 赖明星, 赵冬等. 真就对多囊卵巢综合征排卵障碍研究特点分析[J/OL]. 辽宁中医杂志, 2019, 11(28):1-10

[68] 赖毛华, 马红霞, 姚红等. 腹针对肥胖型多囊卵巢综合征患者内分泌及糖脂代谢的影响[J]. 针刺研究, 2010, 35(4):298-302

[69] 陈莉. 穴位埋线对肥胖型多囊卵巢综合征患者的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2018, 10(10):36-37

[70] 李茜茜, 钟伟泉, 张建等. 针刺加耳穴贴压治疗多囊卵巢综合征临床观察[J]. 上海真就杂志, 2017, 36(8):895-899

[71] 李玉嫦, 冯婷, 何明静. 耳穴压豆法联合二甲双胍对肥胖型多囊卵巢综合征患者胰岛素抵抗的影响[J]. 中国医学创新, 2020, 17(25):153-157

[72] 朱国香, 魏素兰. 耳穴贴压对代谢综合征合并焦虑患者身心状况的影响[J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(9):32-34

## 浅谈输卵管性不孕的中西医治疗

吴馨怡  
新加坡同济医院

不孕症在新加坡影响约15%的育龄夫妇。常见原因可包括排卵障碍、输卵管、子宫、宫颈、免疫因素及其他不明原因。其中输卵管性不孕占大约25%~35%的常见病因<sup>[1]</sup>。输卵管性不孕即各种原因引起的输卵管梗阻及粘连, 从而影响精子与卵泡结合或受精卵正常运输至宫腔而导致育龄期女性不能受孕。本文主要针对输卵管性不孕症, 综述其在中医、西医、中西医结合治疗的进展, 为临床诊疗提供参考。

### 1. 临床表现

输卵管性不孕常无特殊症状, 主要表现为难以受孕或不孕, 经过妇科检查才发现此情况。其根据不同的原因会出现不同的临床症状:

#### 1) 输卵管阻塞:

不孕是主要症状, 其次可见腹部不适, 不同程度的腹痛、腰背和骶骨酸痛感、月经不调、也可出现痛经或月经量多、性交痛。

#### 2) 输卵管炎:

急性输卵管炎可有下腹疼痛坠胀感、尿频尿痛、阴道脓血液体、还可见腹胀、便秘或腹泻。若在月经期或流产后发病, 可出现流血量多、经期延长。同时也可有妇科病或性病接触史。慢性输卵管炎除了经期或性交后或劳累时加重下腹隐痛、也可出现腰骶坠胀痛、平日带下量增多、月经量多、经期延长、痛经。同时也可有盆腔炎及子宫颈炎病史。

#### 3) 输卵管积水:

可有盆腔炎症状如小腹一侧或两侧有疼痛、下坠感、分泌物增多、腰痛。输卵管积水的液体流至宫腔可干预及影响子宫内膜容受性。而且输卵管积水含有毒性物质会影响胚胎。

### 2. 影像学检查

输卵管阻塞诊断传统上是通过子宫输卵管造影术(通过宫颈注射射线的造影剂并拍摄X线片)。若出现异常, 可使用宫腔声学造影(通过超声检查过程中, 通过宫颈将盐水溶液注射到子宫内部)进一步检测或评估输卵管以及子宫内膜病变和子宫结构异常。子宫输卵管超声造影是目前最新的技术, 是将子宫输卵管造影术和宫腔声学造影技术融合在一起的新技术。它可以减少造影术的辐射也能同时检测输卵管和宫腔内的情况。

在罕见情况下如子宫合并症则可使用腹腔镜检查以便同时检测输卵管和盆腔内其余病理性检测。

### 3. 病因病机

#### 3.1 现代医学对输卵管性不孕的认识

导致输卵管性不孕的病因有很多, 经研究报道, 最常见的是盆腔炎性疾病(PID, Pelvic Inflammatory Disease)、急性慢性输卵管炎症和子宫内膜异位症等引起的粘连<sup>[2-4]</sup>。

其中以PID和急性慢性输卵管炎症为首见原因。其危险因素有性交感染、不全流产、异位妊娠或宫内节育器引发的炎症、以及盆腔术后粘连等。常见病原体感染主要有:

- ①内源性病原体, 包括需氧菌及厌氧菌;
- ②外源性病原体, 主要为性传播疾病(STD, Sexually Transmitted Disease)的病原体, 如淋病奈瑟菌、沙眼衣原体及支原体<sup>[6-7]</sup>。

子宫内膜异位症可形成腹膜粘连, 使输卵管伞端外部粘连或卵巢周围粘连, 导致成熟卵不能被运输入输卵管内而致不孕<sup>[8]</sup>。

除此之外, 输卵管结构问题如输卵管先天性闭合、节段性闭锁、一侧或双侧输卵管部分缺失、输卵管畸形等, 虽无明显症状, 但都会导致精卵不能相遇, 常易引起女性不孕<sup>[2-4]</sup>。

#### 3.2 中医学对输卵管性不孕的认识

中医古籍中并无对“输卵管性不孕”这一病名有明确论述, 但根据其临床表现可散见于“不孕”、“无子”、“妇人腹痛”、“断绪”、“癥瘕”等范畴。

中医亦有“胞脉”之说, 胞脉可有广义和狭义之分。《灵枢·五音五味》“冲脉、任脉皆起于胞中”。广义指的是分布于胞宫上的冲任二脉络。可相当于西医学子宫上分布的动静脉。而狭义胞脉则相当于西医的输卵管。正如朱丹溪所云“子宫上有两歧, 一达于左, 一达于右”, 此两歧即指输卵管。因此, 输卵管的概念及功能应包括在中医狭义的胞脉之中。

《神农本草经》云“无子者多系冲任瘀血, 瘀血去则自能有子”, 论述了瘀与不孕的关系。《诸病源候论》言“血结于脏, 阴阳之气不能施化, 所以无子也。”《石室秘录》言“任督之间尚有痼疾之症, 则精不能施, 因外有所障也。”这说明古代医家早已认定“瘀血”为输卵管性不孕的主要致病因素。

输卵管性不孕总归与输卵管不通或功能障碍有关, 瘀血是其致病因素, 即也是病理产物。病位在胞宫, 与肾、肝、脾三脏密切相关。病机为冲任气血失调, 胞脉瘀阻。根据不同体质病史, 又有夹虚、夹郁、夹寒、夹

热之区别。故治疗总则以活血化瘀通络为根本大法,而根据辨证佐以行气、温经、补肾、清热祛湿,得以标本兼治<sup>[9-10]</sup>。

#### 4. 西医疗法

西医对于输卵管性不孕治疗主要采用输卵管疏通手术助孕或辅助生殖技术。输卵管疏通手术是一个非创伤性手术,它可以在X射线引导下进行疏通术。这项技术创伤较小、恢复较快,可提高轻中度近端输卵管阻塞患者的复通率与妊娠率。风险可包括出血和新瘀痕的出现。术后也可出现输卵管通而不畅,导致异位妊娠<sup>[11]</sup>。

但对于严重输卵管阻塞患者或疤痕组织面积大或是以远端输卵管阻塞为主的患者,通常辅助生殖技术是首选。输卵管内的积液倒流可降低子宫内膜容受性,以及影响子宫内膜和胚胎的发育。因此体外受精-胚胎移植术(IVF-ET)前可把损坏的输卵管切除防止输卵管积水影响IVF-ET的成功率。

#### 5. 中医治法

##### 5.1 中医内治法

###### 5.1.1 辨证论治

现代多位医家认为输卵管性不孕的最主要病机为“瘀血阻络”,因此在治疗本病时常贯穿“活血化瘀”。

李赛等<sup>[12]</sup>输卵管性不孕症中药规律分析纳入167篇文献中,多数的病机以血瘀为主,治疗以活血化瘀为主。使用频率最高的为当归、赤芍、穿山甲、丹参、川芎、路路通、桃仁、三棱、莪术、香附。其中赤芍、当归的出现频率及与其他药物的关联频度最高,是处方中最重要的药物。血瘀较轻者可选用当归、赤芍、丹参、川芎。血瘀严重甚至有梗阻、粘连者可加用穿山甲、桃仁、三棱、莪术等破血消瘀之品。

许润三教授<sup>[13]</sup>认为输卵管阻塞性不孕的主要病机为胞脉闭阻,即瘀血阻滞胞脉,使两精不能相合而致不孕。其基本治疗大法为“理气活血、化瘀通络”。临证根据四逆散加味创立了“通络煎”作为主方,同时结合输卵管造影结果,或兼以活血利水,或软坚散结,调理全身和消除局部病灶以达理气活血通络之功。通络煎的主要药物组成为北柴胡10g、枳实12g、赤芍15g、甘草10g、路路通10g、穿山甲9g、丹参30g、水蛭10g、三七粉(冲服)3g、黄芪30g、土鳖虫10g、蜈蚣5条。

因不同的病因对输卵管病变影响程度和临床症状有所不同,许教授在临床诊病过程中也非常重视辨病。因此提出了局部辨病和全身辨证相结合的双重诊断方法。临床上辨别是机械损伤如术后粘连、炎性输卵管阻塞、炎性渗出液过多引起的输卵管积水或结核性输卵管阻塞而针对性地选择抗炎性渗出、抗结核、消积水、松解粘连的药物,使疗效更显著<sup>[14]</sup>。

杨鉴冰教授<sup>[14]</sup>则认为本病多由经期或产后生活不节、性生活不洁等而感染湿浊热毒;或因脏腑功能失调导致湿热内生,内外之邪相互感应,失治误治最终导致湿热瘀互结于冲任胞宫,胞脉不通。病程多较长,正虚邪恋,虚实夹杂,多以瘀、湿、热、虚互见。

杨教授治疗以活血化瘀药为主,兼以利湿、清热、行气、补气、温经通络等,使气血调和,冲任经脉通畅。杨教授自拟盆炎通管汤,在介入术后或者复查后内服,阴道血净后再保留灌肠。处方为:党参15g、当归10g、白芷12g、蚤休12g、赤白芍各15g、三棱10g、莪术12g、路路通15g、皂刺15g、蒲公英15g、红藤15g、续断15g、乌药10g、炙甘草6g。

江南何氏妇科<sup>[15]</sup>把输卵管性不孕主要分为3大类:

(1)肾虚血瘀证(2)湿热蕴结证(3)气滞血瘀证。在辨证的基础上,常加用通络之品。轻者加皂角刺,路路通,石见穿,王不留行,丝瓜络等草木药物。久瘀入络者,加入穿山甲、水蛭、地鳖虫、蜈蚣等虫类药搜风通络。何氏也认为临证时也应辨证基础上进行分期论治。

##### 5.1.2 周期治疗

夏桂成教授<sup>[16]</sup>认为治疗不孕症应顺应女性月经周期节律各阶段气血阴阳变化,以“补肾调周”为大法,提倡以“补肾”为主,分行经期、经后期、经间期、经前期四期论治,并结合祛瘀通络法治疗输卵管性不孕。行经期行气活血,祛瘀通络,药多为活血化瘀之品,如当归、丹参、赤芍、泽兰、益母草、桃仁、红花等;经后期滋阴填精,多用醋鳖甲、山萸肉、熟地黄、白芍、山药等;经间期补肾活血、调畅气血,多用丹参、赤芍、白芍、五灵脂、香附等;经前期补肾助阳、疏肝助孕,多用炙黄芪、续断、杜仲、菟丝子、鹿角霜等,分期治疗兼行祛瘀通络,以疏通输卵管、调经助孕。

叶敦敏教授<sup>[17]</sup>也认为该病的基本病机为血瘀,与痰凝、气滞、邪毒相互结合,并将月经周期分为2大期:着床前期和着床后期。着床前期重在“辨病”,根据病情和临床症状用药,临床常用忍冬藤、穿破石、丹参、王不留行、荔枝核、路路通、大腹皮、茯苓、枳壳、浙贝母、甘草为主方化痰解毒、祛痰理气。着床后期则重在“辨证”,多以扶正补虚、温肾暖宫,临证常用四君子汤合寿胎丸加减。

#### 5.2 中医外治法

##### 5.2.1 中药灌肠

中药灌肠在国内是临床中常用的外治法。此疗法是将中药注入直肠,通过肠道粘膜吸收到盆腔微环境,使药液直达病灶,从而有助于炎症吸收、粘连松解和瘀痕消散,让疏通输卵管恢复其功能,使得精卵在输卵管结合,受精卵顺利到达宫腔而成功受孕。

国医大师许润三教授<sup>[13]</sup>在多年经验当中也运用灌肠外治法。他认为灌肠治疗优势在于促进盆腔血液循环状态,改善组织营养,降低毛细血管的通透性,减少炎症渗出,有利于粘连松解,创立了通络灌肠方(莪术20g、细辛3g、透骨草30g、赤芍30g、蒲公英30g),每晚灌肠1次。若患者保留灌肠时间少于4h,许教授建议原方中加入收敛涩敛肠药如诃子10g、五倍子10g和温阳止泻药补骨脂10g。

金华通<sup>[18]</sup>过针刺联合中药灌肠治疗78例输卵管伞端粘连性不孕患者3个月经周期,针灸穴位使用气海、中极、子宫、三阴交、太冲、血海穴,并在针灸前在肝俞穴上拔罐10分钟。中药灌肠选用川芎、乳香、没药、皂角刺、丹参、蒲公英,每天治疗一次,连续灌肠7天。发现联合治疗效果较明显( $p < 0.05$ ),能够提高输卵管通畅度,和宫内妊娠率。

##### 5.2.2 针灸治疗

针灸主要通过针刺手法改善盆腔内组织的循环和血液的流动,以便减轻炎症反应,促进病变组织的再生和修复,疏通输卵管。

从文献的系统分析中可见针灸联合手术或者中药治疗输卵管阻塞性不孕症相对于单纯的手术或者中药疗效明显较高,妊娠率及输卵管通畅率较均有显著提高<sup>[20]</sup>。

从穴位归经来看,常用频率最高的包括任脉、足太阳脾经、足阳明胃经和足太阳膀胱经。穴位选择包括局部及远端选穴。局部穴位使用频率最高的为子宫、关元、中极、气海;远端穴位为三阴交、足三里<sup>[21]</sup>。

唐李梅<sup>[22]</sup>在输卵管通液治疗的基础上,按月经周期使用序贯针灸疗法,分经前期(黄体期)、行经期(月经期)、经后期(卵泡期)及排卵期4期采用不同的针法。经前期使用穴位阳陵泉、气海、关元、太冲,治疗前15分钟使用温针,后20分钟使用电针疏密波;行经期使用穴位十七椎、命门,起针后局部刺络拔罐;经后期使用穴位三阴交、太溪、肾俞、膈俞;排卵期使用穴位气海、关元、子宫、足三里、复溜,针用补法。每周治疗2次,以3个月为一疗程。治疗效果优于单用卵管通液治疗( $p < 0.05$ )。

李梦华<sup>[23]</sup>采用针灸调理冲任结合内服中药少腹逐瘀汤加减治疗肾虚血瘀型输卵管不孕症疗效优于仅用中药。联合治疗法可有效提高患者宫内妊娠率和改善输卵管通畅情况。文献中提及使用的穴位为(1)冲脉:气穴、四满、中注(2)任脉:阴交、气海、关元、中极。治疗皆从每个月经周期结束后首日开始连续治疗10日,疗程共计6个月。

在中医治疗当中,调畅情志也为其中重要部分。这是因为现代女性的工作与生活压力均较大,加上饮食不调,喜吃甜食油腻食物,作息不规律,长期可导致内分泌失调和炎症性疾病。因此在治疗过程中也应对患者及其家属进行心理疏导和引导,同时鼓励规律作息,清淡饮食,两性生活协调。

#### 6. 中西医结合治疗

对于输卵管性不孕症,西医手术治疗还是首选方法。但西医手术常伴随着术后再粘连、再复发、异位妊娠、感染性盆腔炎等风险。中医治疗疗效缓慢,治疗时间长,患者不宜耐受。有研究提示中西医结合治疗能互补彼此的不足,更有效地降低炎症因子,有利于输卵管功

能恢复,提高妊娠率。

王晓燕等<sup>[24]</sup>予输卵管通液术前术后3个月联合使用化瘀通络方(当归、川芎、延胡索、丹参、牡丹皮、香附、红藤、黄柏、柴胡、川断、小茴香、甘草),发现中西医治疗能有效降低患者腹腔液中炎症因子IL-2的水平,降低宫腔局部血流阻力,增加子宫内血流,改善患者子宫内腔容受性,增加宫内妊娠率。

刘音吟等<sup>[25]</sup>予腹腔镜输卵管通液术后使用中药盆炎方3个月(当归、川芎、香附、牡丹皮、丹参、大血藤、延胡索、炒黄柏、川续断、小茴香、柴胡、甘草),治疗气滞血瘀证输卵管性不孕,其治疗后输卵管通畅度显著优于单纯西医手术。此外中西医结合治疗能明显下调血清IL-6、TNF- $\alpha$ 、ICAM-1水平抑制炎症因子生长,可解除输卵管粘连,减少术后再复发的情况。

孟珍珍<sup>[26]</sup>予输卵管通液辅助针灸治疗,在腹部行刺气海、关元、中极、血海、三阴交,发现针灸辅助后的输卵管通畅性较单用西医治疗手法有明显改善( $p < 0.05$ )。

#### 7. 总结

输卵管在女性妊娠的生理过程中扮演重要角色。现代医学对输卵管性不孕的治疗方式很多,但每种治疗手段都有各自的局限性。西医通液术治疗,疗效明确,治疗时间短,但不适合有严重输卵管阻塞或严重粘连炎症的妇女,术后也有再次粘连、梗阻,引起炎性病变的可能。辅助生殖技术可越过输卵管的问题但价格昂贵,花费时间长,使用的药物可能有副作用。中医药历史悠久,对此病的治疗有一定的独特优势。通过内服、外用、针灸、灌肠等多种治疗途径,除了改善局部病理因素问题,也可综合调整全身状态。但对于严重的输卵管阻塞问题仍无法完全根治,诊断与疗效判定标准也缺乏统一性,临床治疗时间也相对较长。中西医结合可互补彼此的不足,更好地恢复输卵管的形态及功能,提高妊娠率。但中西医结合治疗的疗效尚不清楚,还需要更深入的探索研究及临床数据支持。

#### 【参考文献】

- [1] Ministry of Health. Assessment and Management of Infertility at Primary Healthcare Level. AMS-MOH Clinical Practice Guidelines, 1/2013 : p. 98.
- [2] 朱慧莉, 黄薇. 输卵管性不孕的流行病学及病因[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2016, 03: 212-216.
- [3] Dun, E. C., Nezhat, C. H. Tubal factor infertility: diagnosis and management in the era of assisted reproductive technology[J]. Obstetrics and gynaecology clinics of North America, 2012, 39(4): 551-566.

- [4] 林小娜, 黄国宁, 孙海翔等. 输卵管性不孕诊治的中国专家共识[J]. 生殖医学杂志, 2018, 27(11):1048-1056.
- [5] Simms I, Stephenson JM. Pelvic inflammatory disease: what do we know and what do we need to know[J]. Sex Transm Infect, 2000, 76(2): 80-87.
- [6] Simms, I., Stephenson, J. M., Mallinson, H., et al. Risk factors associated with pelvic inflammatory disease[J]. Sexually transmitted infections, 2006, 82(6):452-457.
- [7] Holmes, K. K., Eschenbach, D. A., Knapp, J. S. Salpingitis: Overview of etiology and epidemiology[J]. International Symposium on Pelvic Inflammatory Disease, 1980, 138(7, Part 2):893-900.
- [8] Vercellini, P., Viganò, P., Bandini, V., et al. Association of endometriosis and adenomyosis with pregnancy and infertility[J]. Fertility and Sterility, 2023, 119(5): 727-740.
- [9] 刘丽, 孙一鸣, 谷娜等. 中医药治疗输卵管炎性不孕研究进展[J]. 黑龙江中医药, 2019, 03:161-162.
- [10] 邓天琦. 输卵管炎性不孕症临床分型、用药规律分析及实验观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2017.
- [11] Briceag, I., Costache, A., Purcarea, V. L., et al. Current management of tubal infertility: from hysterosalpingography to ultrasonography and surgery[J]. Journal of medicine and life, 2015, 8(2):157-159.
- [12] 李赛, 辛喜艳, 丁宁等. 基于复杂网络分析的输卵管性不孕症中药用药规律分析[J]. 北京中医药, 2018, 04:376-379.
- [13] 许琳, 刘弘, 许润三. 许润三运用化瘀通络法治疗输卵管阻塞性不孕经验[J]. 中医杂志, 2020, 18:1591-1593.
- [14] 雒挺托, 杨鉴冰. 杨鉴冰教授治疗输卵管阻塞性不孕的临床经验[J]. 陕西中医药大学学报, 2017, 04:18-19+24.
- [15] 马娴, 何嘉琳, 傅萍等. 何氏妇科治疗输卵管炎性不孕症临证经验[J]. 新中医, 2021, 12:238-241.
- [16] 钱海晴, 赵可宁, 王利红等. 国医大师夏桂成治疗输卵管性不孕临床经验[J]. 中华中医药杂志, 2021, 05:2719-2722.
- [17] 王颖, 夏天, 叶敦敏等. 叶敦敏二分法周期性治疗输卵管性不孕经验[J]. 中医学报, 2021, 12:2597-2601.
- [18] 梁静, 孙维峰, 周建龙. 中药内外治法联合治疗输卵管阻塞性不孕[J]. 吉林中医药, 2014, 11:1137-1139.
- [19] 金华. 针灸联合中药灌肠治疗输卵管伞端粘连性不孕症的临床研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2021, 04:139-141.
- [20] 胡玉姣, 陈昊, 夏有兵. 针灸治疗输卵管阻塞性不孕症的Meta分析[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 12:2469-2473.
- [21] 彭叶建. 针灸治疗输卵管阻塞性不孕症的系统评价[D]. 浙江中医药大学, 2017.
- [22] 唐李梅. 序贯针灸治疗输卵管阻塞性不孕症临床观察[J]. 山西中医, 2016, 10:38-39.
- [23] 李梦华. 针灸调理冲任联合中药治疗肾虚血瘀型输卵管阻塞性不孕症临床疗效观察[D]. 安徽中医药大学, 2022.
- [24] 王晓燕. 化瘀通络方联合腹腔镜手术对输卵管性不孕患者临床疗效评价[D]. 南京中医药大学, 2017.
- [25] 刘音吟, 夏亲华, 顾俊杰等. 盆炎方联合腹腔镜手术治疗输卵管性不孕症的临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2016, 11:49-51.
- [26] 孟珍珍. 针灸辅助输卵管通液术治疗输卵管不孕症女性的效果观察[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 08:152-155.

## 分析“醒脑开窍”理论创见与用穴针法

欧阳强波  
新加坡同济医院

**【摘要】**卒中,属于中医学“中风病”范围<sup>[1]</sup>,“醒脑开窍”针刺疗法是石学敏院士通过结合现代医学,并承继古代各医家理论的基础上,探索出中风病其主要原因是大脑血管的血流阻塞不通(缺血性中风)或大脑血管突然出血(出血性中风)。脑功能异常而出现两大症状——神志障碍与肢体运动障碍,脑窍闭塞则神无所依与肢无所用,明确提示中风病的根本病因病机为“窍闭神匿,神不导气”。“醒脑开窍”针刺法是石学敏院士于1972年创立的用于治疗中风病的治疗方案,为中风病患者创造了更优越的治疗方案,确立了以醒脑开窍、滋补肝肾为主,疏通经络为辅的针刺方法。它是一套针对中风病的基本病机为凝血、肝风、痰浊等病理因素,而提出的治疗原则与针刺方法。这一疗法阻止脑细胞死亡速度基本上比药物吸收过程快,做到了物理康复治疗同步进行,开辟了中风病治疗新途径。

**【关键词】**石学敏; 针刺疗法; 中风; 醒脑开窍; 脑血管

### Abstract

Stroke, belongs to the scope of Traditional Chinese Medicine 'stroke disease' [1], The 'Xingnao Kaiqiao' acupuncture method is academician Shi Xue-min by combining of modern medicine studies, and inheriting the Traditional Chinese Medicine's classical theory on the basis of the main cause of stroke disease is by blocked blood flow to the blood vessel of brain (ischemic stroke) or sudden bleeding in the blood vessel of brain (haemorrhagic stroke). Brain function abnormal causes two main symptoms - Spirits disorders and Body movement disorders. blocked blood vessel of the brain caused spirits has nothing to rely on and physically handicapped, clearly indicated that the main cause of stroke disease is brain ventricle cannot contain spirits, and the spirits does not channel qi.

The 'Xingnao Kaiqiao' acupuncture method is founded by academician Shi Xue-min in 1972 for the treatment of stroke, creating a better treatment plan for stroke patients. This treatment program for stroke patient has established a acupuncture method that mainly on "Xingnao Kaiqiao", nourishes the liver and kidneys, and unblocks the meridians. It is a set of treatment principles and acupuncture methods for the basic pathogenesis of stroke disease is thrombus, liver wind, phlegm turbidity and other pathological factors. This therapy prevents brain cell death basically faster than the drug absorption process, so that physiotherapy rehabilitation can

be carried out simultaneously, opening up a new way of stroke treatment.

### Key words

Shi Xue-min; Acupuncture therapy; Stroke; Xingnao Kaiqiao; blood vessel of brain; spirits.

### 前言

石学敏院士创立的“醒脑开窍”针刺法治疗中风病取得显著疗效,他率先提出针刺手法量学理论,使传统针刺手法向规范化、剂量化、标准化发展;他提出治疗中风病的“石氏中风单元疗法”,经9005例临床验证<sup>[6]</sup>,“石氏中风单元疗法”具有调神开窍、补气活血、豁痰熄风的作用,能够明显改善半身不遂、口舌歪斜、舌强语蹇或不语、偏身麻木等中风症状。针对缺血性中风,强调化瘀通络,配合康复训练、心理疗法并加强护理,解决了中风后出现的一系列合并症、并发症。针对出血性中风,根据发病阶段、出血量大小、合并症情况,调整针刺应用时机,达到醒神、调神、疏导经气并化解离经之瘀血的效果。使中风病的治疗,显著提高了临床疗效。醒脑开窍针刺法主要作用是保存最大量的脑细胞,使萎缩变性的细胞恢复正常的形态结构,保证组织存活,并增强日渐衰弱的脑生物电活动,使其能发出正确的神经信号。醒脑开窍针刺法是针对中风病的基本病机包括瘀血、肝风、痰浊等病理因素蒙蔽脑窍致“窍闭神匿,神不导气”而提出的治疗法则和针刺方法。在选穴上以阴经和督脉穴为主,并强调针刺手法量学规范,有别于传统的取穴和针刺方法。

### 1. 中风病因病机的继承与发展

脑卒中,又称为“脑中风”,属于传统中医学的“中风病”范畴<sup>[2]</sup>。是一种发病突然的脑血管意外,脑部血液循环异常导致脑血管突然堵塞或破裂,脑组织受损的一组疾病总称。脑中风主要分为出血性脑中风(脑出血或蛛网膜下腔出血)和缺血性脑中风(脑梗塞、脑血栓形成)两大类,以脑梗塞最为常见。无论是缺血性或是出血性脑中风都会造成脑功能障碍,脑中风发病急,病死率高,致残率高<sup>[3]</sup>,后遗症多,给家庭和社会带来沉重的负担。

《内经》称中风为“大厥”“薄厥”,《素问·调经论》:“血之与气,并走于上,则为大厥。厥则暴死。气复反(返)则生,不反则死。”中国历代各医家对中风论述颇为不一,缺乏统一的认识。常见的中风症状包括单侧的肢体无法移动或是一侧肢体麻木失去握力、舌根部发硬,不能言语或说话断续、一扭头就感到晕眩、其中一侧的视野模糊、重影等。由于该病一直欠缺有效的治疗方案,石学敏院士结合历代各医家理论与现代医学的基础上,“调神为主,辅以通经”,创立了“

醒脑开窍”针刺法，以调治“脑神”为核心，通过针刺激发复苏人体脑窍及其连属组织的受抑、受挫、受损的功能，开发恢复脑神的主宰、传导、联络和支配的功能[4]。“醒脑开窍”分“主方1——“大醒脑开窍””和“主方2——“小醒脑开窍””两种临床针刺方法。

## 2. 针灸处方与选穴上的创新

### 2.1 主方1

“大醒脑开窍”组成：内关、人中、三阴交为主穴以醒脑开窍，滋补肝肾。极泉、尺泽、委中为辅穴（患肢）以疏通经络。

配穴：咽喉障碍：风池、翳风、完骨；手指握固：合谷；语言不利：上廉泉，金津、玉液放血；足踝内翻：丘墟透照海。

主要用于心神昏瞢，意识丧失及某些疾病的急性期，因患病初期，病人精神紧张，神不守舍，以调整心神，同时根据不同的伴随症状，进行辨证，随症加减，将整体观念与辨证论治有机地结合起来运用于临床针刺。

### 2.2 主方2

“小醒脑开窍”组成：上星、百会、印堂、双侧内关、三阴交为主穴，辅穴及配穴同主方1。

### 2.3 中风病其他并发症治疗

- (1) 便秘：外水道、外归来、丰隆
- (2) 呼衰：双侧气舍
- (3) 尿失禁、尿潴留：中极、曲骨、关元、三阴交。局部施灸
- (4) 共济失调：风府、哑门、颈椎夹脊穴
- (5) 复视：风池、天柱、睛明、球后
- (6) 癫痫：人中、大陵、鸠尾、内关、风池
- (7) 肩周炎：肩髃、肩髃、肩贞、肩中俞、肩外俞
- (8) 血管性痴呆：内关、人中、百会、四神聪、风池、四白、合谷、三阴交、太冲
- (9) 睡眠时间倒错：上星、百会、四神聪、三阴交、神门  
每日针刺2次，10天为1疗程，持续治疗3~5个疗程。

### 3. 针刺操作手法提出手法量学与规范

在手法操作上，古代医家基于“正气本虚，风邪外入”而致中风的观点，以“疏经活络”“风取三阳”法治疗中风，故行针施术多以“补”法为主。石学敏院士基于中风病“神窍匿闭”之病机学说和“启闭开窍”针刺法的确立，提出“针刺手法量学”理论<sup>[6]</sup>，捻转补泻手法“四大要素”为针刺量学的规范化、统一化。

#### 3.1 捻转补泻与作用力方向的关系

十二经脉以任、督二脉为中心，左右两侧捻转时施加作用力的方向，向心者为补，离心者为泻。

#### 3.2 捻转补泻与作用力大小的关系

捻释时，小幅度、高频率，其限度为1/2转，其频率为每分钟120次以上为补；捻转时，大幅度，低频率，其限度为一转以上，频率在每分钟50-60次为泻。

#### 3.3 施行捻转补泻手法所持续时间的最佳参数

每个穴位1-3分钟。这个参数，是经过对正经365穴，经外50余穴的逐一考察对比提出的。

#### 3.4 两次施术间隔时间的最佳参数为3-6小时

针刺治疗后其持续作用时间因病而异，为找出针刺治疗有效作用的蓄积时间，经50余病种的逐一勘测，提出每个穴位在治疗不同病种中所持续时间的最佳参数。如针刺人迎穴治疗脑血管疾患，施术3分钟，其脑血流图改变最为明显，施术后6小时，其脑供血开始衰减。因此，对此疾病应该6小时蓄积一次治疗。

## 4. 醒脑开窍针法组成与操作

### 4.1 组成

内关、人中、三阴交为主穴以醒脑开窍，滋补肝肾。极泉、尺泽、委中为辅穴以疏通经络。

还选风池、完骨、百会以补益脑髓；金津、玉液或咽后壁放血及上廉泉改善语言功能和吞咽功能；手指握固加合谷；足内翻取丘墟透照海。

### 4.2 主穴的治疗特点

- (1) 内关(手厥阴心包经)：为八脉交会穴之一，通于阴维，属厥阴心包经之络穴，具有养心安神、通调气血之功。是治疗内脏疾病之常用穴，特别是治疗心、神志疾患、消化道疾患的首选穴位。
- (2) 人中(督脉)：为督脉、手足阴阳之交会穴、督脉起于胞中，上行入脑达巅，故泻人中可调督脉，开窍启闭，可健脑安神。是十三鬼穴之一，为治疗精神、神志疾患的首选穴位。
- (3) 三阴交(足太阴脾经)：为足太阴脾、足厥阴肝、足少阴肾经之交会，可补三阴，益脑髓，调气血，安神志。本穴为回阳九针之一，统治足三阴经所主治的病证。

### 4.3 针灸处方

#### 4.3.1 主方1——“大醒脑”

(1) 穴位组成：  
主穴：双侧内关、人中、三阴交  
辅穴：患肢极泉、尺泽、委中  
配穴：咽喉障碍加风池、翳风、完骨；手指握固加合谷；语言不利加上廉泉，金津、玉液放血；足内翻加丘墟透照海。

(2) 操作：  
先刺双侧内关，直刺0.5~1.0寸，采用提插捻转结合的泻法，施手法1分钟；继刺人中，向鼻中隔方向斜刺0.3~0.5寸，采用雀啄手法(泻法)，以流泪或眼球湿润为度。再刺三阴交，沿胫骨内侧缘与皮肤呈45°斜刺，进针1.0~1.5寸，采用提插补法；以患肢抽动3次为度。

#### 4.3.2 主方2——“小醒脑”

(1) 穴位组成：  
主穴：上星、百会、印堂、双侧内关、三阴交  
辅穴及配穴同主方1。

(2) 操作：  
先刺印堂，刺入皮下后使针直立，采用轻雀啄手法(泻法)，以流泪或眼球湿润为度。继之，选3寸毫针由上星刺入，沿皮刺入百会穴后，针柄旋转90°，转速20~160次分，行手法1分钟。其他主穴、辅穴、配穴手法同主方1。

只要没有系统地接受正规醒脑开窍针刺治疗的患者，开始治疗的前3天均必须使用醒脑开窍针刺法主穴之方1。主穴之方1的醒神开窍、通调元神的作用比主穴之方2作用强，3天以后如果患者意识障碍尚未解除，主穴之方1应该继续应用；如果意识障碍解除，但主动运动尚未出现，则主穴之方1和主穴之方2可以交替使用；如果意识障碍解除，主动运动出现，仅是力量不足或精细动作差，可以用主穴之方2代替主穴之方1。

比较而言，主穴之方2更多用于中风的恢复期、后遗症期及非器质性的心悸、疼痛、遗尿、阳痿及遗精等证。

## 5. 临床研究

石学敏教授和其临床科研团队采用“醒脑开窍”针刺法，每日2次，10天为1疗程，持续治疗3~5个疗程。观察总结了中风病住院患者9005例<sup>[6]</sup>，诊断标准以参照《中药新药治疗中风病的临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>，其中男性6029人，女性2976人；年龄最小19岁，最大87岁。病种包括脑出血3077例，脑梗塞5928例，合并假球麻痹者521例；病程最短2小时，最长2年；首次发病6765例，两次以上发病者2240例。疗效标准以参照国标公认的改良爱丁堡+斯堪的那维亚疗效评定标准(脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准)<sup>[8]</sup>。研究结果发现醒脑开窍针刺法不论对脑出血、脑梗塞、假球麻痹的治疗同样有效，且总效率均高达98.56%以上。

“醒脑开窍”针刺法明显优于其他针刺法、中药疗法、西药疗法等各类疗法，且应用越早疗效越好<sup>[9]</sup>。基础研究表明“醒脑开窍”针刺法可双向调节中风急性期患者的血流动力学指标，改善脑血流量状态；提高超氧化物歧化酶(SOD)活性，降低过氧化脂质(LPO)含量，减轻脑组织氧化损伤；升高PGI<sub>2</sub>/TXA<sub>2</sub>比值，良性调节中枢神经递质的异常代谢，减轻脑细胞的坏死或凋亡，减少血栓形成的机会。从而促进脑组织的康复<sup>[10]</sup>。

## 6. 结语

石学敏院士的醒脑开窍针刺法突破前人，针对中风的病不同病变病机创立“醒脑开窍”针刺理论，并结合古籍经典、临床应用、现代研究进行取穴，且较传统针刺法具有更好疗效。石学敏院士创立的醒脑开窍针刺法因其选穴精准、操作手法规范化、治疗效果显著，开创了中风病治疗的新纪元。“醒脑开窍”从选穴到针刺方法上，围绕“调神”这一原则，都有精当的考究，督脉为阳脉之海，入络于脑，总督一身之阳气。根据脑为“神明之府”，而“神明”所具备的条件是髓海充足，肾主骨生髓，脑为髓之海，即髓由肾所生，故肾阴充盈、肾气不亏，肾阳不虚，才能髓海充足，“神”则可“明”也。因此，石学敏院士提出以“醒脑开窍，滋

补肝肾”为治则的针刺法<sup>[11]</sup>。醒脑开窍针法对脑出血中风的的治疗亦具有显著的疗效，可明显改善患者的肢体功能，降低异常增高的肌张力，较传统针刺有明显的优势<sup>[12-13]</sup>。相关研究<sup>[14-15]</sup>表明，醒脑开窍针法促进血及脑组织一氧化氮合成，提高超氧化物歧化酶活性，减低脑细胞的坏死与凋亡是其主要的治疗环节。醒脑开窍针法是一种治疗中风病简单、有效、安全的方法，如果能在有条件的医院进行超早期介入治疗，不仅可提高临床疗效，同时也可减轻患者的经济负担，值得更进一步探索研究。

## 【参考文献】

- [1] 金栋, “卒中”病名考. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(3): 156-158.
- [2] 李经纬, 邓铁涛、欧明等主编. 中医大辞典[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 971.
- [3] 王陇德, 刘建民等. 《中国脑卒中防治报告2017》概要. 中国脑血管病杂志, 2018, 15(11): 611-617.
- [4] 刘涛, 韩景献. “醒脑开窍”针法特色刍议. 中医药学报, 2003, 31(4): 7-8.
- [5] 卞金玲, 张春红. 《石学敏院士针刺手法量学的概念及核心》[J]. 中国针灸, 2003, 23(5): 287-289.
- [6] 石学敏, “醒脑开窍”针刺法治疗中风病9005例临床研究, 中医药导报, 2005, 11(1).
- [7] 郑筱萸, 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 99.
- [8] 贝政平, 蔡映云主编. 现代临床医学诊断标准丛书. 内科疾病诊断标准[S]. 北京: 科学出版社, 2007: 888-890.
- [9] 叶信画, 杨少华. 醒脑开窍针刺法治疗脑卒中偏瘫40例[J]. 实用中西医结合临床, 2008, 8(1): 17-18.
- [10] 石学敏, 许军峰, 李军. “醒脑开窍”针刺法治疗中风9005例临床及实验研究[J]. 上海针灸杂志, 2001, 7(22): 25-29.
- [11] 李夏珍, 高新新, 马芬, 等. 浅探“醒脑开窍”针刺法之“小醒脑”[J]. 中国针灸, 2016, 36(7): 779-780.
- [12] 方相, “醒脑开窍”针刺法治疗中风后遗症 30 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(8): 607.
- [13] 方芳, 陈秀华, 石尧, 等. 醒脑开窍针法配合雷火灸治疗椎基底动脉供血不足疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(11): 1043-1045.
- [14] 刘强, 王秀娟, 张哲成, 等. 醒脑开窍针刺法治疗中风后焦虑障碍的临床疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2017, 28(1): 150-152.
- [15] 方相, 林咸明. “醒脑开窍”针刺法结合补阳还五汤加味治疗中风偏瘫[J]. 浙江临床医学, 2016, 18(10): 1896-1897.

# 肠易激综合征的中医病因病机及辨证论治

念惠明  
新加坡同济医院

## 1. 概述

肠易激综合征 (Irritable Bowel Syndrome, IBS) 属于一类功能性疾病, 其特点是以慢性、反复性腹痛、腹部不适伴排便习惯改变 (如腹泻、便秘) 和 (或) 大便秘性状改变 (如稀便、粘液便、硬便) 为主要临床表现, 亦可伴有精神抑郁或焦虑、慢性疲劳综合征等全身症状。目前, IBS的病理机制尚未完全明确, 多数学者普遍认为 IBS可能与胃肠运动异常、内脏高敏感、脑-肠轴调节异常、肠道感染及免疫功能紊乱、肠道菌群紊乱、精神心理应激、饮食及遗传因素等密切相关<sup>[1]</sup>。虽然 IBS不是致命性疾病, 但其难治愈、易复发的特征, 却对患者的生活和工作造成了极大的影响。

根据国际公认的诊断标准为2016年发布的罗马IV标准<sup>[2]</sup>, IBS典型的临床表现为反复发作的腹痛, 最近3个月内每周至少发作1天, 伴有以下2项或2项以上: 1) 与排便有关; 2) 发作时伴有排便频率改变; 3) 发作时伴有粪便性状 (外观) 改变。诊断前症状出现至少6个月, 近3个月持续存在。根据患者的主要异常排便习惯, IBS可分为4个主要分类, 即: 腹泻型 (IBS-D)、便秘型 (IBS-C)、混合型 (IBS-M) 及不定型 (IBS-U)。

由于缺乏可解释的器质性病变和理化检查异常, 故西医治疗方案没有规范统一, 没有一种药物或方案能完全有效地治疗各种类型的IBS, 目前主要的方法是对症治疗及综合治疗, 其中包括对患者进行教育、饮食调整、心理疗法、解除肠管痉挛、减轻肠管扩张、改善胃肠道动力及抗菌消炎等<sup>[3]</sup>。随着中医药的发展研究, 中医中药在治疗本病的疗效得到越来越多的认可。

## 2. 中医病名

中医典籍并没有肠易激综合征之病名, 依据其临床症状不同, 多将其归属于腹痛、泄泻、便秘、肠郁等范畴。在张仲景的《伤寒论》、李东垣的《脾胃论》、朱震亨的《丹溪心法》、张介宾的《景岳全书》等论及腹泻、便秘等所使用之方药至今有些皆是中医治疗肠易激综合征的常用方。现今的肠易激综合征研究除了单方、复方的临床试验, 也有许多对肠易激综合征中医证型分类以及病因病机的研究探讨。但目前对于肠易激综合征尚未有个统一的证型分类标准, 其治法及使用的方药也十分多样。

## 3. 中医病因病机

### 3.1. 病因

肠易激综合征的几个常见病因如下:

#### 3.1.1 外邪入侵

外感六淫为主要发病诱因之一。六淫中的湿邪最能引起泄泻, 故《医宗必读》有“无湿不成泻”之说。脾喜燥恶湿, 外感湿邪最易困遏脾阳, 致脾失健运, 发为泄

泻。外感温热病邪, 邪犯于肺, 移热大肠; 或内传阳明耗伤津液; 或感受寒邪, 阴寒凝滞, 肠道失于传导, 均可导致便秘的发生。

#### 3.1.2 情志失调

中医理论中七情包括喜、怒、忧、思、悲、恐、惊, 是人体生理活动的一部分。然而, 长期的精神刺激或突发、剧烈的精神创伤, 超过了人体本身生理活动所适应和调节能力的范围时, 则会引起脏腑气机功能的紊乱, 从而导致疾病的发生。例如大怒伤肝, 肝失疏泄, 乘脾犯胃, 脾胃受制则发为泄泻; 又如情志怫郁, 肝气郁滞, 日久横逆犯脾, 脾胃气机失畅则引起腹痛; 情志抑郁, 肝郁乘脾, 脾气郁结升降失调, 则可致肠腑气滞而发生便秘。总而言之, 情志因素会影响气机, 引起肠易激综合征的发生。

#### 3.1.3 饮食失宜

人之生长发育及健康需要饮食营养来维护。若饮食失宜, 则会引起各种疾病。《济生方·宿食门》明确指出: “若素禀怯弱, 饥饱失时, 或过餐五味, 鱼腥乳酪, 强食生冷果菜, 停蓄胃脘, 遂成宿滞。轻则吞酸呕恶, 胸满噎噎, 或泄或痢; 久则结聚, 结为癥瘕, 面黄羸瘦, 此皆为宿食不消而主病焉”。

脾胃为后天之本, 若饮食失节或饮食不洁, 损伤脾胃则出现胃肠征候, 如腹痛、呕吐、泄泻、痢疾、便秘等。例如过食生冷寒凉, 久则耗损脾阳, 脾失运化而寒湿停滞, 阻滞气机则发为腹痛; 脾胃气机升降失调则导致大肠传导失常而发为泄泻; 又如饮食过量, 肠道积滞, 蕴而化热, 则腑气失于通降而成便秘; 若恣食生冷之品而致阴寒内盛, 凝滞肠胃, 损伤脾阳, 亦会使大肠传导失常而致便秘。

#### 3.1.4 体质虚弱

人体正常动态平衡的维系取决于正气的强弱, 疾病的过程实际上就是邪正斗争的过程。素体虚弱, 或长期饮食不节, 或情志失调, 或久泻伤正, 以致脾胃亏虚, 升运无权, 则发泄泻; 又若素体阳虚或腹痛日久伤及脾阳, 中阳衰惫运化失职则气血不足, 导致脏腑经络失其温养而致腹痛; 若素体阳盛, 易于化热, 则导致肠胃积热少津而成便秘; 又如素体阴虚或阴血不足, 则易因肠道失润而发生便秘。

## 3.2. 病机

肠易激综合征的几个常见病机如下:

#### 3.2.1 肝失疏泄

肝为将军之官, 主疏泄, 与情绪变化关系最为密切, 情志失调会使肝气郁结失于疏泄, 因此肝极易为情志所

伤。当情志怫郁或恼怒伤肝, 则会使肝气不疏、气失调达而壅滞, 进而使脾气不畅, 升降失调而导致腹胀。若脾气不升, “清气在下, 则生飧泄”, 可出现肠鸣、腹泻。肝失疏泄, 气机闭阻, 大肠传导滞涩则成便秘。

#### 3.2.2 肝脾不和

肝藏血而主疏泄, 脾统血而主运化。脾的运化, 有赖于肝的疏泄, 肝的疏泄功能正常, 则脾的运化功能健旺; 脾胃运化正常, 营血化生充足, 则肝木冲和条达, 肝血充盈, 疏泄功能正常。肝脾相互依存, 功能上相互联系, 反映到病理上则相互影响。不论是忧思过度气结于中, 还是郁怒伤肝使肝失疏泄; 不论是肝失疏泄在先, 或是脾气虚弱在后; 或是脾虚在先, 木乘在后, 肝脾不和都是肠易激综合征的主要病机之一。

#### 3.2.3 脾气亏虚

肝气不疏, 横逆乘脾, 致脾气虚弱, 水谷运化失司, 清气不升, 水反为湿, 谷反为滞, 精华之气不能输化, 合污下降则可致泄泻; 若湿邪日久化热, 湿热中阻, 亦可见腹胀、腹痛、便秘等症状。

#### 3.2.4 肾阳不足

肠易激综合征患者一般病程漫长, 多久病不愈, 久病脾虚化源衰少则五脏之精亦少, 肾藏不足则真阳亏虚不能温煦脾阳而致泄泻。同时, 肾为一身之阴阳根本, 为水火之脏, 命门所附, 主司二便, 命门火衰则不能温化脾阳, 致脾失温煦而运化失司, 湿从内生, 湿浊下注则成泄泻。又肾为胃之关, 若肾阳不足, 关闭不利, 则亦引起大便稀溏。若脾肾阳虚或腹痛日久损伤脾阳, 致中阳衰惫而气血不足、血行迟滞, 脏腑经络失其温养则致腹痛。若阴寒内生伤于肠胃, 致阳气不通而津液不行, 则肠道失于传导而成便秘。

## 4. 中医证型分类

### 4.1. 肝郁气滞证

主症: 便秘, 欲便不畅, 便下艰难; 胸胁或少腹胀满窜痛; 烦躁易怒; 舌暗红, 脉弦。

次症: 肠鸣矢气; 暖气呃逆, 食少纳差; 后重窘迫; 失眠多梦; 口苦咽干, 或咽部如有物梗阻感。

### 4.2. 肝气乘脾证

主症: 腹痛即泻, 泻后痛缓 (常因恼怒或精神紧张而发作或加重); 少腹拘急; 胸胁胀满窜痛; 舌淡胖, 也可有齿痕, 苔薄白, 脉弦或弦细。

次症: 肠鸣矢气; 便下黏液; 情志抑郁, 善太息; 急躁易怒; 纳呆腹胀。

### 4.3. 脾胃虚弱证

主症: 经常餐后即泻, 大便时溏时泻, 夹有黏液; 食少纳差; 食后腹胀, 脘闷不舒; 舌质淡, 舌体胖有齿痕, 苔白; 脉细弱。

次症: 腹部隐痛喜按; 腹胀肠鸣; 神疲懒言, 肢倦乏力; 面色萎黄。

### 4.4. 寒热夹杂证

主症: 腹泻便秘交作; 便下黏冻, 或夹泡沫; 便前腹痛, 得便减轻; 舌暗红, 苔白腻; 脉弦细或弦滑。

次症: 腹胀肠鸣; 口苦; 肛门下坠; 排便不爽。

### 4.5. 大肠燥热证

主症: 大便秘积, 数日一行; 粪如羊矢, 外裹黏液; 少腹结块, 按之胀痛; 舌质红, 苔黄少津; 脉细数。

次症: 头晕头胀; 形体消瘦; 口干或口臭; 失眠、焦虑。

### 4.6. 脾肾阳虚证

主症: 腹痛即泻, 多晨起时发作, 大便夹有不消化之物; 腹部冷痛, 得温痛减。

次症: 腰膝酸软; 不思饮食; 形寒肢冷。舌脉: 舌淡胖, 苔白滑; 脉沉细。

## 5. 中医辨证论治

### 5.1. 中药治疗

#### 5.1.1 肝郁气滞证

治法: 疏肝理气, 行气导滞。

主方: 六磨汤 (《证治准绳》) 加減。

常用药物: 木香、乌药、沉香、枳实、槟榔、大黄、龙胆草、郁金。腹痛明显者加延胡索、白芍; 肝郁化热见口苦咽干者加黄芩、菊花、夏枯草; 大便硬结者加麻仁、杏仁、桃仁。

#### 5.1.2 肝气乘脾证

治法: 抑肝扶脾。

主方: 痛泻要方加味。

常用药物: 炒白术、生白芍、防风、炒陈皮、柴胡、煨木香、炒枳壳、制香附、生甘草。腹痛甚者加延胡索、川楝子; 暖气频繁者加沉香、白蔻仁; 脾虚甚者, 加党参、茯苓、白扁豆、鸡内金; 腹胀明显者加槟榔片、枳实、大腹皮; 烦躁易怒者加丹皮、栀子; 夜寐差者加炒枣仁、夜交藤。

#### 5.1.3 脾胃虚弱证

治法: 健脾益气

主方: 参苓白术散加減

常用药物: 党参、炒白术、茯苓、白芍、山药、炒扁豆、莲子、薏苡仁、砂仁、炒陈皮、木香、甘草。久泻不止、中气不足者加升麻、柴胡、黄芪; 脾虚及肾、清晨腹泻者加补骨脂、肉豆蔻; 腹痛喜按、畏寒便溏者加干姜、肉桂; 脾虚湿盛者加苍术、厚朴、藿香、泽泻。

#### 5.1.4 寒热夹杂证

治法: 平调寒热, 益气温中

主方: 乌梅丸加減

常用药物: 乌梅、黄连、黄柏、川椒、制附片、炮姜、党参、白术、茯苓、当归、白芍、甘草。少腹冷痛者去黄连, 加小茴香、荔枝核; 胃脘灼热、口苦者去川椒、炮姜、附子, 加栀子、吴茱萸; 大便黏腻不爽、里急后重者加槟榔片、厚朴、山楂炭。



### 5.1.5 大肠燥热证

治法：泄热清肠，润肠通便

主方：麻子仁丸加减

常用药物：生大黄（后下）、火麻仁、杏仁、白芍、枳实、白蜜（冲服）、北沙参、麦冬、当归。便秘重者加玄参、生地、生首乌；腹痛明显者加延胡索，原方重用白芍。

### 5.1.6 脾肾阳虚证

治法：温补脾胃

主方：附子理中汤（《太平惠民合剂局方》）和四神丸（《内科摘要》）加减

常用药物：党参、白术、茯苓、山药、五味子、补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸。气短神疲，加黄芪以补益元气；完谷不化者，加赤石脂温阳助运。

## 5.2. 中成药治疗

### 5.2.1 参苓白术丸（颗粒）

每次6-9g，每日2次；补脾益肠丸：每次6g，每日3次；人参健脾丸：每次6g，每日2次。适用于脾虚湿阻导致的泄泻。

### 5.2.2 固本益肠片

每次8片，每日3次；四神丸：9g，每日1-2次。适于脾肾阳虚导致的泄泻。

### 5.2.3 葛根芩连微丸

每次6g，每日2次；香连丸：每次6g，每日2次；适用于脾胃湿热导致的泄泻。

### 5.2.4 麻仁丸

每次6-9g，每日2次；麻仁润肠丸：每次6g，每日3次；适用于肠道燥热导致的便秘。

### 5.2.5 六味能消胶囊

每次2粒，每天2-3次，适用于气滞肠燥型便秘。

### 5.2.6 乌梅丸

每次2丸，每天2-3次，适用于寒热夹杂，腹泻便秘交替型。

## 5.3. 针灸治疗

泄泻取足三里、天枢、三阴交，实证用泻法，虚证用补法。脾胃虚弱加脾俞、章门；脾肾阳虚加肾俞、命门、关元，也可用灸法；脱痞加公孙；肝郁加肝俞、行间。便秘取背部俞穴和腹部募穴及下合穴为主。一般取大肠俞、天枢、支沟、丰隆，实证宜泻，虚证宜补，寒证加灸。热秘加合谷、曲池；气滞加中脘、行间，用泻法；阳虚加灸神阙。

## 5.4. 脐敷

脐敷疗法是中医外治的传统方法。脐即是神阙，是人的本源，是任脉的重要穴位，有“任通百脉”之说。脐表皮薄弱，药物易于穿透和扩散，通过药物的渗透直接作用在神阙穴上，联系五脏六腑，刺激该穴可达到调节全身脏腑功能的作用。

## 5.5. 耳穴贴压

人体任何部位发生的病理变化都能反映到相应的耳穴，耳穴贴压具有健脾助运、止痛解痉、调整自主神经、镇静/兴奋等功能，通过刺激相应耳穴，能畅轻经络和血液，从而达到治疗目的。

## 6. 预防调护

保持心理健康，生活起居规律，养成良好的饮食习惯可减少IBS的发生。饮食原则：

- 1) 规律饮食，以饮食清淡、易消化、少油腻，避免冷食、辛辣刺激食物、生食。一日三餐定时定量，不过饥过饱，不暴饮暴食，这样有利于肠道消化吸收平衡，避免因无规律饮食而致肠道功能紊乱。
- 2) IBS-C患者可适量补充水果、蔬菜、谷类、玉米等富含植物纤维食物以加速食物的运转，使排便顺利。IBS-D患者尽量避免纤维素含量丰富的食物，可能会促进肠道蠕动进一步加重腹泻症状。
- 3) 食物诱发或加重肠易激症状的机制主要与食物不耐受、食物过敏等因素有关。从日常饮食中剔除过敏或不耐受食物，是肠易激患者饮食管理的重要内容。对已明确引起症状的食物应尽量避免，常见的有豆类、含乳糖食品、高脂肪食品、产气食物（如咖啡、碳酸饮料、豆类、甘蓝、苹果、葡萄、土豆、红薯等）。
- 4) 低 FODMAP (Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols) 饮食，即减少难吸收的短链碳水化合物如果糖、乳糖、多元醇、果聚糖、低乳半聚糖的摄入，可能有利于改善IBS症状。

## 7. 总结

中医对IBS的认识概括了病因、病机、理法方药等各个方面。中医治疗从整体观念出发，以辨证论治为基础，并注重“因时”“因地”“因人”制宜。治疗方法既有内服中药方剂，亦有中医外治法。临床上对于缓解患者症状、改善生活质量等具有明显的疗效优势。但是中医对IBS的诊断治疗过程中缺乏统一判定标准，因此中医药治疗疾病的靶点、作用机制仍需不断的探究。

### 【参考文献】

- [1] 董玉玺, 王静. 中西医结合治疗肠易激综合征临床研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(7): 1264-1266.
- [2] 张声生, 魏玮, 杨俭勤. 中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中医杂志, 2017, 58(18): 1614-1620.
- [3] 宾金秀, 欧阳波. 中医药治疗肠易激综合征近况[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(105): 95-97.

# 同济医院暨同济医药研究院董事会代表团访问 马来西亚吉隆坡中医院校

2023年5月22日至24日

在2023年5月22日至24日，新加坡同济医院暨同济医药研究院组织访问团前往马来西亚吉隆坡的中医院校进行参观和交流。访问团共有八位成员，由杨应群主席带领，协同李秉毅副主席，刘廷辉秘书长，柯顺耀财政，张国强博士，谭翠蝶博士，郑黄芳博士，张骏发博士组建而成。

本次组团前往吉隆坡中医院校参访的目的地包括 1) 增进新一马中医界得认识，互相交流、学习与借鉴，参访中医院运营模式，门诊和专科诊疗范围和服务等；2) 开拓合作关系，如学术交流，短期培训，中医继续教育课程，联合开展科研项目等。

## (一) 同善医院

访问团首站来到了历史悠久的同善医院，在1881年华人甲必丹叶观盛创立了中医诊所“培善堂”，提供传统医疗护理。随着求诊者日渐增加，培善堂改为公共慈善机构，于富都街建立留医病楼，并易名为“同善医院”。在1970年，同善开启另一篇章，正式启动西医治疗，也是马来西亚第一家为看诊和住院病人提供中西医疗服务，实行中西医双管齐下的医院。我们的访问目的是加深了解同善医院的医疗设施和所提供的服务，并促进双方在医疗技术、研究和培训方面的合作。我们参观了同善医院的病房和护理设施、理疗康复中心、中医门诊中心、配药处、煎药室等部门和设施。我们对医院的设备水平和技术实力给予了高度评价。

我们也和同善医院的领导和负责人分享双方医院在特定领域的成果和经验，并探讨了潜在的合作机会。通过访问同善医院，我们深入了解了他们的医疗设施和服务，并与医院的代表建立了密切联系。我们相信，这次访问将为两家医院之间的进一步合作奠定基础，并为提高医疗服务水平和推动中医药科研的发展做出贡献。



## (二) 马来西亚中医总会

随后我们前往马来西亚中医总会及参观其属下的中华施诊所，受到马来西亚中医总会10余位董事的热情接待。总会长邢益腾、副会长林新和秘书长郭伟康重点为访问团介绍了马来西亚中医总会的创建历史、中医医现况和管制情况。新加坡同济医院秘书长刘廷辉先生也代表向马来西亚中医总会介绍了新加坡同济医院的发展沿革和中医服务的现状，增进了彼此的认识。

马来西亚中医总会成立于1948年，一路以来，总会身为专业的中医师团体，从多管道积极发展马国中医药事业，包括创办中医教育，培训中医接班人，提高马国的中医学学术水平。2004年12月，马来西亚卫生部成立传统与辅助医药部门规管传辅医疗，并正式委任马来西亚中医总会为执业医师团体的地位，有权鉴定及发出“中医执业行医证”于合格中医师，扮演着重要的角色。为回馈社会，总会也于2014年起定期每月举办社区义诊活动，派出数位医师为该地居民提供免费诊疗服务。另外，为减轻民众的负担，其辖下中华施诊所及中华中医院推出全马首家全免无收费标准施针施药的服务。

他们也安排了访问团参观中医总会开辟的中医药历史走廊，展示了中医在马来西亚的发展历程和里程碑。我们对中医的历史传承和贡献有了更深入的了解，并对马来西亚中医界的努力和成就表示钦佩。

作为友好交流的一部分，我们与马来西亚中医总会代表一起共进晚餐。在轻松愉快的氛围中，我们进一步加深了彼此的了解，分享了中医行业的心得和经验。我们期待未来的合作，并将积极推动双方之间的中医交流和合作项目的实施。



### (三) 马来西亚国家癌症中心 Putrajaya National Cancer Institute

马来西亚国家癌症中心 (Institut Kanser Negara, IKN) 成立于2013年9月30日, 是马来西亚最主要的癌症治疗和研究机构之一。该中心不仅致力于提供先进的传统癌症治疗, 还积极推广和使用辅助医药方法来帮助患者在治疗过程中获得更好的康复和生活质量。本次访问由马来西亚国家癌症中心传统与辅助医药部门主管张家玄接待, 为代表们介绍马来西亚中医界的发展沿革, 和国家卫生部对于中医的定位是传统与辅助医疗将会和西医学共同存在。因此在建立IKN的时候, 就已经将传统与辅助医药部门规划在内, 这是非常难得的运作模式。IKN为癌症病患提供全面治疗, 以及精密的癌症医疗服务, 通过传统与辅助医药部门, 以针灸及中草药治疗减轻病患进行放射治疗或化疗后所产生的生理负担和不良副作用, 扮演辅助性角色, 让病人耐受性加强, 生活质量变好。IKN针灸师也在病患化疗前的数小时进行针灸, 观察到能有效减轻病人出现的恶心呕吐等胃肠道不适的症状。目前IKN有一位内科医师和一位针灸师为病人提供服务。为了能更集中资源照顾癌症病患, IKN只接受从其他医院或医疗机构得医生所推荐的病患, 并不接受未预约就登门造访得病人。

IKN的传统与辅助医药部门也致力于进行科研, 如关注效果、病人反应如何以及TCM的安全性评价等, 通过这些资料系统性的收集和研究, 以期证明TCM辅助癌症治疗存在价值, 进一步体现出中医药治疗的有效性和安全性。

双方在交流会中分享了在传统医学领域的经验和知识, 并探讨了双方之间的合作机会。交流会结束后, 张医生也带领代表团一行参观和考察了IKN的设施和服务。

### (四) 厦门大学马来西亚分校

新加坡同济医院访问团也访问了厦门大学马来西亚分校。此次访问旨在加深两所机构之间的合作交流, 并了解厦门大学在中医药教育领域的发展与成就。

访问团首先前往厦门大学马来西亚分校的模拟诊所, 这是一处为学生提供临床实践培训的场所。大学通过模

拟真实的临床场景, 锻炼临床技能和诊所管理能力, 为将来成为优秀的中医师做好充分准备。随后, 我们参观了厦门大学马来西亚分校的中医技能培训中心。这里提供了先进的设施和设备如脉诊仪、舌诊仪、按摩模型等, 用于学生们学习临床技能和实践。培训中心的设施和师资力量的优势为学生们提供了良好的学习环境和资源支持。

在访问过程中, 中医系主任金渊真教授也为我们详细的介绍关于厦门大学的的历史背景和发展情况。厦门大学作为一所享有盛誉的综合性大学, 在中医药教育领域也有着卓越的成就。厦门大学秉持严谨的学术态度, 注重培养学生的专业知识和临床实践能力。他们的中医药学位课程注重理论与实践相结合, 为学生提供了全面的中医药教育。

最后, 我们参观了校园的各个部分, 包括草药园、研究院区、学生活动中心等。通过参观, 我们对厦门大学的校园环境和学术氛围有了更深入的了解。此次访问在参观完校园后圆满结束。厦门大学以其卓越的教学质量和丰富的中医药教育资源赢得了我们的赞赏。我们相信, 通过双方的合作与交流, 中医药教育将迎来更加美好的未来。

学生获得真实世界的经验, IMU也提供流动资金, 鼓励学生到国外参与实习并早期接触临床工作。两方也讨论了临床培训和带教、学术资源共享、国际交流以及联办科研等合作。

访问的尾声, 我们参观了IMU的图书馆和临床技能实验室。图书馆资源丰富, 拥有大量的医学文献、参考书籍和学术期刊供学生们进行学习和研究。学生们还可以参考人体标本来进行学习, 加深对人体结构和解剖学知识的理解。临床技能实验室的设备齐全, 提供了学生进行临床技能训练的理想场所。实验室还配备了仿真模型, 学生们可以在这些模型上进行各种临床技能的实践训练如注射、静脉穿刺、心肺复苏等。通过在实验室中的训练, 学生们能够提高自己的临床技能, 并增强在实际临床工作中的应对能力。

总的来说, 我们对马来西亚国际医药大学的访问印象深刻。IMU提供了优质的医学教育与培训, 致力于培养具有国际竞争力的医学专业人才。我们希望与IMU进一步合作, 促进医学教育的发展, 并加强国际间的学术交流与合作。

### 结语

此行为首次新加坡同济医院的领导和代表们亲自组团前往邻国马来西亚中医院校进行访问, 意义重大且非凡。通过此次互相交流, 启动了双方之间有意义的互补互助关系, 并在探讨合作方面, 取得了初步的进展, 大家都增广了见闻。同济医药研究院学术组非常感谢杨主席和各位董事领导们的鼎力支持, 促成此次的交流访问, 本团成员默契十足, 互助互补, 体现出同济医院绝佳的团队精神。我们也感谢马来西亚林新和医师的邀请, 使得我们萌生此次的交流访问概念, 林新和医师也拨出宝贵的时间几乎全程陪同我们, 让我们感到宾至如归。我们也由衷感谢行政秘书处的支持与协助。

### (五) International Medical University(IMU), Malaysia

本次访问行程的最后一站是马来西亚国际医药大学 (IMU)。首先, IMU的教职员向我们介绍了学校的概况。学校拥有悠久的历史, 并致力于提供符合高质量和标准要求的培训计划。我们了解到, IMU注重学生的学习过程, 将理论课程与实践临床相结合。学生在大学接受课堂教学, 然后进入医院进行临床实习, 以提升他们的临床技能和经验。IMU还提供国际路径, 通过学分转移及认可、学生流动及学术合作、联办双重学位、推展研究项目等方式, 为学生提供跨境学习与合作的机会。在中医药项目方面, IMU专注于培养学生独立的临床技能, 并推出为期五年的课程, 以满足马来西亚注册中医师执照的要求。

随后, 张副主任也为向与会者介绍了新加坡同济医院及同济医药研究院的概况, 两院借此机会进行相关合作方式的讨论。我们重点讨论了学生的实习要求, 据悉在中医系培训的最后一年, 学生主要进行全职临床实习, 而学生的流动性是大学目前面临的重大问题。为了帮助



# 同济医院暨同济医药研究院董事会访问团访问中国中医药院校

2023年9月8日至9月15日

同济医院暨同济医药研究院董事会代表团于9月8日至9月15日正式开启为其八天，跨越中国四省的八所中医药院校取经和开拓之旅，旨在进一步加深机构之间的了解与互信，为未来的合作奠定坚实的基础。

访问团由11位同济医院暨同济医药研究院董事组成，由主席杨应群带队，及副主席张克荣，副主席李秉毅博士，秘书长刘廷辉，副秘书长张国强博士，副庶务组主任谭翠蝶博士，副医务组主任及学术组主任郑黄芳博士，副学术组主任张骏发博士，医师主管王思谕医师，医师技能培训发展主任林韦翰博士，医师技能培训发展主任陈泉铭硕士，共同前往考察各地院校，并希望能够将“所见、所闻、所学”的优点和长处，带入本院的发展，提升本院临床、教学和科研方面的技能。

## （一）上海中医药大学暨附属曙光医院

访问团乘坐9月8日星期五凌晨的飞机，一抵达上海便直接蹦往上海中医药大学，我们也很感激上海同仁的热情，为我们准备了很地道的早餐，两个肉包子，一个鸡蛋和一包牛奶，简单却不失美味，为我们带来了上海东道主为我们准备的温暖。

随后由陆静波主任带领我们前往参观上海中医药博物馆，我们非常有幸欣赏到镇馆之宝，即在清乾隆九年（约1744年）建造的唯一一尊女性针灸铜人像，汲取馆内丰富的中医药发展史，观赏到精美的中医药标本和绘画，馆内也展示了脉诊仪、舌诊仪、针灸仪等器械，参观者都跃跃一试。随后我们前往科技创新楼的中药实验参观，我们很高兴与曾经在新加坡国立大学工作的特聘中药学首席教授，徐宏喜教授碰面并合影留念。科研是我们卫生部长敦促中医需要学会科研，才能很好与西医沟通与对话。所以我们的研究院也希望能够在在这方面有所作为，把需要庞大经费的研究工作进行部署，共同打造全新面貌。

紧接着进入交流座谈会阶段，我们与上海中医药大学副校长舒静教授，国际教育学院院长韩丑萍教授，国际教育学院院长书记成琳女士，国际教育学院副院长、国际交流处副处长傅勤慧教授，国际教育学院副院长颜彦博士，国际交流办公室主任任怡君博士，国际教育学院中医教学中心主任沈琴峰女士，国际教育学院短期培训部主任陆静波先生，上海市卫生健康委员会中医药传承发展处副处长聂爱国先生，进行了多层面的交流。

在座谈交流会上，舒静副校长表示，继2020年7月上海中医药大学与同济医药研究院签署合作协议书后，举办了三年，获得新加坡中医师的广泛认可与支持。今天恰逢新一年的开学典礼，在这喜庆的日子里欢迎同济代表团的来访。上海中医药大学属下共有九家附属医院，三所规模较大的医院依次为曙光医院、龙华医院及岳阳医院。且表示上海具备其独特的优势，国际学生很多，可以采用法

语、韩语、日语、英语进行教学。上海是个非常国际化的城市，全国附属医院中名列前茅，病人量多，且有对外国人特别提供对外服务。座谈会中与与会者就中医短期进修项目，特殊针灸技能如火针、浮针的专业培训、中医专科技能培训等进行广泛的交流。

秘书长刘廷辉代表发言时表示上海是传承了吴越文化的精髓，具备优雅细致，思想敏捷和富有创造力的人文特质，加上是最早对外开放的城市，汲取了最新的时尚、进步的科技、超前的思维方式，对国际化具有认同感和包容性的融合，形成特殊的海派文化，具备地灵人杰的条件，相信此行和上海中医药大学及附属曙光医院的交流也会更上一层楼，希望我们同济医院与同济医药研究院，能促进双方之间的医术的交流、文化的沟通与彼此的信任，更能传承祖先遗留下来的瑰宝，培养新一代中医学界的精英，发挥弘扬中医奥妙的精华，必须提高医师们自身医疗的专业水平，才能解救在病海飘流的黎明百姓为己任，所谓一切治疗是为了健康，没有了健康就没有了一切。在新时代的崛起，同时也迎来了中医备受瞩目的契机，与时俱进的拼搏精神，提升医疗专业服务的新局面，把努力化为习惯性的学习，提升于无形，精益求精的大无畏精神，挥发出中医的无限潜力造福人群，今天参观了你们的历史博物馆、科技创新中心，收集的资料之多，使我们瞠目结舌大开眼界，受益匪浅。

而此行的重点即两家院校签署国际培养合作备忘录，这个备忘录将为未来的合作奠定坚实的基础，涵盖了人才培养、学术交流、科学研究等多个领域。我们期待着与上海中医药大学共同开创新的合作篇章。

继工作午餐后，访问团便前往上海中医药大学附属曙光医院，曙光医院是一所沪上的百年老院，三级甲等综合性中医院，位列上海十大综合性医院之一、全国示范中医院。医院中医特色显著，优势突出，拥有的国家级重点学科和专科有：肝病科、骨伤科、肾病科、内分泌科、脾胃病科、心血管科、针灸科、肛肠科、肺病科、妇科、重症医学科、临床药学科以及护理学科。医院坚持加强中医内涵建设，相继成立了“名医诊疗中心”、“传统诊疗中心”、“治未病中心”、“石氏伤科”、“柏氏肛肠科”、“蔡氏书屋”等科室。

黄主任带我们非常详细参观并介绍了医院的林林总总，参观路线包括门诊区域，配药处等，最后回到会议室与房敏院长、石瑛骨伤科副主任、黄文祺办公室主任进行更深入的交流座谈。双方代表均互相介绍了两院的组织、规模与希望达成的工作交流。

房敏院长对于访问团的到来表示热烈地欢迎，也表示今天是廿四气节中的秋季白露凉。石瑛主任是石氏伤科第五代传人，全国第四批名老中医学术经验继承人。毕业后一直在上海中医药大学附属曙光医院骨伤科工作，石瑛主

任非常热情地带领我们参观骨伤科病房，并通过各个精美的壁报为我们阐述该科属如何运用石氏伤科理论并结合现代骨伤理论，主攻骨质疏松症及退行性、创伤性骨与关节疾病等防治研究及中西医临床评价方法学的研究，获得佳效。

于此我们结束了第一天的丰富旅程。

## （二）山东中医药大学暨附属医院

同济医药研究院访问团前往山东中医药大学，这是一次充满希望的访问，旨在深化双方在传统中医药领域的合作。我们与大学领导进行了重要的会面，山东中医药大学校长李可建代表学校表达了热烈的欢迎之情，他对两所机构之前的合作表示充分的肯定。在会议中，他向我们介绍了学校的历史、使命和愿景，以及学校在人才培养、学科建设和科学研究等方面的卓越成就。李校长再三强调了合作的紧迫性和重要性，特别是在传统中医药领域，这个领域在世界范围内都备受尊重。

王琳副校长详细介绍了大学的优势和特色，包括其深厚的中医药文化、创新的临床技能和研究团队建设。她表达了希望，希望两所机构能够利用各自的优势，在学科发展、人才培养和科学研究等领域加强合作。双方的合作旨在推动传统中医药文化的传承、创新和发展。她强调了深化合作的机会和潜力，包括：

传统中医药理论的深入研究：利用现代技术进一步探索并为传统中医药理论提供科学证据。例如，研究针灸与草药治疗结合后对细胞的影响。

中国研究人才的系统培养：吸引顶尖学者，建设优秀的年轻研究团队，使用先进设备，并总结传统中医药的实践经验，形成坚实的理论基础，积极参与传统中医药领域的国际交流。

新传统中医药的研发：开发具有显著疗效、市场广泛接受且具有全球潜力的专利产品，以及推广中医外治疗法，如儿童视力矫正按摩等领域。

在这次会面后，我们双方达成了一项重要的合作协议，即签署了合作备忘录。这个备忘录将为未来的合作奠定坚实的基础，涵盖了人才培养、学术交流、科学研究等多个领域。我们期待着与山东中医药大学共同开创新的合作篇章。

作为访问的一部分，我们有幸参观了山东中医药博物馆，这是一个充满历史和文化内涵的地方。博物馆内陈列着丰富多彩的中医药历史文物，其中包括古老的草药、针灸工具、中药煎煮设备等。这次参观让我们更深入地了解了传统中医药的深厚历史和传统。在参观结束后，我们与大学领导们共享了一顿传统的中医药膳午餐，这不仅是一种味觉享受，还是文化的交流。我们互赠纪念品，这一仪式不仅加深了友谊，还为我们未来的合作留下了美好的回忆。

最后，我们的访问之旅还包括参观了山东中医药大学附属医院千佛山院区。这次参观让我们近距离了解了医院的设施和医疗实践。在医院内，我们首先被大厅墙壁上的壁龛浮雕所吸引，这些浮雕生动地展示了中医药的历史和传统。随后，我们了解了医院的一项令人印象深刻的工作——自制新品种，这些药物不仅在疗效上有显著的表现，还带来了可观的收入，进一步彰显了中医药的实用性和创新性。我们还有机会参观了医院内的针灸科和推拿科，亲眼见证了耳穴综合疗法、脐疗以及督灸治疗强直性脊柱炎等治疗方法。这些治疗方法展示了中医药的实际应用，以及医院在健康宣传方面所做的工作。我们也参观了

思邈楼的多个中医外治法科系，包括小儿推拿（侧重儿童青少年近视预防与控制），官窍疗法、穴位贴敷等。这次医院的参观不仅让我们了解了中医药的实际应用，还为我们未来在医疗领域的合作提供了更多的启发。

通过这次访问，我们对与山东中医药大学在传统中医药领域的深化合作充满期待。我们相信，通过合作，我们将能够共同推动中医药文化的传承、创新和发展，为更多的人带来健康和福祉。

## （三）辽宁中医药大学暨附属医院

访问团于2023年9月13日莅临辽宁中医药大学，进行一场医疗交流与合作的盛大之旅。这次访问不仅是两国医疗机构的合作延续，更是医学界的一次携手前行，共创医疗未来的起点。

### 一、合作的历史

首先，回顾两院之间长达12年的合作历程。自2011年首次签署合作协议以来，新加坡同济医院与辽宁中医药大学建立了广泛而深刻的合作关系。这种合作不仅涵盖了CPE远程继续教育项目、硕博研究生联合培养项目等多领域，还包括了共同成立海外中医药中心、联合举办学术论坛以及医疗合作项目等方面的合作。

这些合作为新加坡参与的医师提供了宝贵的学习机会，不仅丰富了医学研究，还有助于提高医疗水平。两院之间的紧密联系成为两国医学界的一面旗帜，为医学知识的传播和技术的创新打下了坚实的基础。

### 二、对辽宁中医药大学的访问与交流

在这次访问中，我们深切感受到了辽宁中医药大学的热情款待和细致安排。代表团的成员对附属医院和康复中心的设施留下了深刻的印象。特别是在附属医院综合楼和康复中心的参观中，我们对中医药传统疗法产生了极大的兴趣。

在康复中心，我们看见了不同的中医药传统疗法及其现代发展，特别值得一提的是院方独特的田氏眼针疗法，让我们刮目相看。与辽宁中医药大学的专家进行交流，我们了解到更多关于这一领域的知识，探讨了相关医学问题。这种面对面的交流为我们带来了更深刻的医学理解，也为未来的合作奠定了更加坚实的基础。

此外，在学校的图书馆和中医药创新工程技术中心的参观中，我们感受到了中医药的悠久历史和文化底蕴。图书馆中陈列着丰富的中医药经典文献，让我们深刻领略到了中医药的博大精深。在创新工程技术中心的各类实验室，我们见识到了智能化平台建设和先进的中医药技术。这些技术的创新和应用为中医药的发展提供了有力支持，也让我们对未来的医疗前景充满信心。

### 三、合作备忘录的签署

本次访问的另一个重要亮点是合作备忘录的签署仪式。这份备忘录不仅是两院长期合作的延续，更是新一阶段合作的开端。合作备忘录的签署标志着两院将进一步深化合作，共同努力，为中医药的发展和医疗技术的创新贡献力量。

在签署仪式上，辽宁中医药大学党委书记吕晓东代表辽宁中医药大学致辞，她表示热烈欢迎并介绍了学校的基本情况和“一校三区”的办学格局。她还回顾了两院之间的合作历程，并表示希望未来能够继续发挥各自的优势专长，促进师生交流，提高医疗水平，为两国人民的健康服务。

我院刘廷辉秘书长代表新加坡同济医院暨同济医药研究院发表了致辞，他感谢了学校的热情招待和细致安排。他表示，在附属医院和康复中心的参观给代表团留下了深刻的印象。同时，他强调了新加坡同济医院回馈社会的使命，并表示希望未来双方能够在多领域合作中取得更大的突破。

#### 四、展望未来

这次访问不仅仅是合作的延续，更是一个新的起点。两院将共同努力，为中医药的发展和医疗技术的创新贡献力量，携手前行，共创医疗未来。这次访问也为两国医疗机构之间的友好交流提供了宝贵的机会，相信这种合作将在未来继续取得更多的成果。

愿辽宁中医药大学与新加坡同济医院的友谊长存，合作更加紧密，为全球医疗事业的进步贡献力量。我们期待着未来更多的交流与合作，共同推动医学领域的创新与发展，让医疗事业造福更多的人群，为人类的健康福祉作出更大的贡献。

新加坡同济医院暨同济医药研究院代表团的这次访问将成为两院合作历程中的重要一页，也将在医学界留下深刻的印记，为未来的合作铺平了道路。在共同的努力下，我们有理由相信，医疗界的明天将更加光明，中医药的传统智慧将与现代医疗技术相结合，为世界带来更多的医疗奇迹。同济医院将一如既往地支持和参与这一历史性的合作，与辽宁中医药大学一起，为新加坡中医学事业的进步贡献力量，实现更多的医疗梦想。

#### (四) 北京中医药大学

同济医院暨同济医药研究院董事会代表团于9月14日到访北京。代表团的北京首站是秉持“勤求博采，厚德济生”，持续培育中医药人才67年的北京中医药大学。

抵达北京中医药大学，国际与港澳台工作部副主任安超教授已在中医药体验馆外候任多时。中医药体验馆是北京中医药大学新设立的展馆，馆内设有杏林苑、岐黄宫、造药局、驻颜坊、九体堂、功夫馆、四珍堂、养心斋、时药阁等九馆，将丰富的传统中医药文化与现代生活及科技结合得活灵活现，意在向全世界弘扬中医药文化。

参观中医药体验馆后，访问团与北京中医药大学的代表进行了合作会议。北京中医药大学的代表包括国际与港澳台工作部副主任安超教授、继续教育学院副主任张倩、国际与港澳台工作部刘威加、北京中医药大学校友会负责人穆燕。会议上，双方展现了彼此在中医药教育、科研和临床上的成就，并探讨同济医院暨同济医药研究院与北京中医药大学就短期进修、专科培练、兼职制研究生课程、教授互访等多方项目的实质性合作。

会议后，安超教授也介绍了北京中医药大学模拟医院。模拟医院于2023年4月27日落成，其设计和建设理念围绕“医教融合、科教融合、医管融合、医药融合、医文融合”，是对中医药高等教育“思想引领、设计引领、考试方法引领”的充分体现。借助这个平台，北京中医药大学希望能让学生学得真本领，培养真正的中医思维、扎实的临床技能，并且深刻感受到中医药与现代科技、大数据等深度融合的新发展模式。院内设施齐全，学生们能从枯燥的课本形容转变为实训，在未踏入临床之前加强技术操作的练习，增加专业技术熟练度，是北京内高水平综合实训与考试的平台。

对于访问团的医师们，到访北京中医药大学别具意义。在11人的访问团中，有5位医师毕业于南洋理工大学与北京中医药大学合办的生物医药科学及中医学双学位课

程。这不仅仅是他们的母校，也是新加坡众多双学位课程毕业生及北京中医药大学毕业生的母校，为新加坡中医界培养了一代代的中医莘莘学子。本次访问为同济医院暨同济医药研究院与北京中医药大学的合作奠定了坚实的基础。愿在未来中医药发展及服务百姓的道路上，能彼此同舟共济，继续勤求博采，厚德济生。

#### (五) 广安门医院

2023年9月15日，值秋高气爽的周五，团队来到广安门医院，受到国际合作处崔永强主任、周冰主治医师、南继红副研究员的接待，首先参观了广安门医院的院史展，后于会议室与吕文良副院长、医院办公室黄达副主任、宣传科樊瑗晗科长进行会谈。我院刘廷辉秘书长与中医国际交流主任张骏发博士介绍了新加坡同济医院及同济医药研究院的发展史。吕院长对补肾益精丸的审批、中药来源、新加坡执业医师考试与注册医师现状、非华裔就诊情况与中西医交流等倍感兴趣，并勉励医师“解决患者活的了、解决患者活得好”。双方将保持一种科研、临床、教学等多机制多方面的合作。团队随后参观了针灸脑病科、肿瘤病房与急诊病区。

针灸脑病科的李珊珊主治医师介绍了广安门医院在针灸领域的科研成就，如《电针治疗严重功能性便秘的随机对照临床研究》与《电针对女性压力性尿失禁漏尿量疗效的随机临床试验》。这些文章的发表标志着针灸临床研究质量和水平的国际认可度，成为中医针灸走向世界的又一里程碑，也给“引领中医药科研，推动本区域中医的现代化与专业化发展”的同济医药研究院打了一支强心针。李医师还介绍了科室的特色疗法，如电梅花针、苇管器灸、核桃皮眼镜灸等。后者是传承医典古籍改进形成，用于近视、飞蚊症、慢性结膜炎、视神经萎缩、视网膜色素变性等眼部疾患。相信这对近视高发与超老龄化的新加坡社会绝对是个有待开展的中医治疗项目。

随后参观的肿瘤病房，可谓再续前缘。我院肿瘤特别门诊组员曾多次与林洪生主任交流学习，资深医师陈巧凤博士也师从朴炳奎主任。当天则是由郑红刚主任给团队介绍如何将中医与西医癌症治疗结合起来，帮助患者获得更好的健康结局。

最后，急诊科赵昕主任给我们介绍了既配备急救全新相关专业设备又不失中医多途径特色疗法的急诊区。透过退热洗剂中药塌渍退热、加味通关散雾化吸入治疗中风闭证、九生散鼻饲治疗上消化道出血、消胀贴神阙穴贴敷治疗胃肠功能障碍、护臀油防治失禁性皮炎等，让我们见识了何谓真正的中西并重。

此行给这8天8所中医高校医院的访问划下暂时的句点，有待回国后如期有序开展所谈的合作项目。

#### 加场站：江苏省中医院

高校访问团结束后，张国强、林韦翰、王思谕、谭翠蝶与陈泉铭医师到南京参加了世界中医药学会联合会糖尿病专业委员会第二十届学术年会，并有幸受江苏省名中医孙伟教授之邀参观江苏省中医院。孙教授亲自带领我院参会医师，介绍了肾病病房、血液透析室、肾病门诊与示范了其中医药大数据监管平台。那是一个集合了医疗人员数据存储、查询、分析与病人慢病管理的统一平台。我们期待有朝一日，新加坡中医机构也能与科技公司强强联手，把中医临床与科研推到如此高度。

# 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。

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。

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。

## 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



# 同济医院暨同济医药研究院董事会代表团访问中国中医药院校



辽宁中医药大学访问



上海中医药大学暨曙光医院访问



山东中医药大学访问



广安门医院访问



北京中医药大学访问

